



جامعة المنصورة
كلية التربية



**أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI)
في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي
اضطراب التوحد**

إعداد

إيمان أسامة المنشاوي محمد

إشراف

أ.د/ ليلى عبد العظيم متولي
أستاذ الصحة النفسية المتفرغ
كلية التربية - جامعة المنصورة

أ.د/ عصام محمد زيدان
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة المنصورة

مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة

العدد ١٢٩ - يناير ٢٠٢٥

أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

إيمان أسامة المنشاوي محمد

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى قياس أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج التجريبي، وذلك للتحقق من الهدف الرئيسي للدراسة وهو قياس أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واعتمدت الباحثة على تصميم المجموعة الواحدة وقياس قبلي وبعدى. اعتمد البحث الحالي على عينة من فئة الأطفال الذاتيين عمر ٥,٥ - ٧ سنوات و عددهم ١٠ أطفال ذاتيين مرتفعي الاداء بمركز Son Rise بالمنصورة محافظة الدقهلية. قامت الباحثة بالاعتماد على الأدوات الآتية وذلك لتحقيق أهداف الدراسة والتأكد من فروضها وهي: مقياس جودة الحياة (إعداد المجلس الأوروبي لتطوير مشروع KIDSCREEN لتعزيز جودة الحياة لدى الأفراد " تطوير الباحثة")، وبرنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (إعداد الباحثة). وأسفرت نتائج الدراسة عن أنه بلغت الدرجة الكلية (٨٦) وبلغت قيمة المتوسط البعدي (٦٧) ، أما المتوسط القبلي فكانت قيمته (٢١,٧) . ويتطبيق المعادلة وجدت الباحثة أن نسبة الكسب المعدل المتحققة للبرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية = (١٤)، وهي أكبر من (١)، مما يدل أن البرنامج التدريبي يتسم بالقدر المقبول من الفعالية في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية. كما أسفرت نتائج الدراسة عن أنه يوجد تأثير معنوي للبرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على أبعاد مقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الكلمات المفتاحية: التدخل بتطوير العلاقات (RDI)، جودة الحياة، الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

Abstract

The study aimed to measure the effect of a relationship development intervention (RDI) program in improving the quality of life of children with autism spectrum disorder. The researcher relied on the experimental approach in the current study to verify the main objective of the study, which is to measure the effect of a program based on the relationship development intervention (RDI) in improving the quality of life of children with autism disorder. The researcher relied on the single-group design and pre- and post-measurement. The current research relied on a sample of autistic children aged 5.5-7 years, numbering 10 high-performing autistic children at the Son Rise Center in Mansoura, Dakahlia Governorate. The researcher relied on the following tools to achieve the study objectives and confirm its hypotheses: the Quality of Life Scale (prepared by the European Council for the Development of the KIDSCREEN Project to Enhance the Quality of Life of Individuals "developed by the researcher"), and a program based on the relationship development intervention (RDI) to develop social and linguistic skills in children with autism disorder (prepared by the researcher). The results of the study showed that the total score reached (86) and the post-average value

reached (67), while the pre-average was Its value is (21.7). By applying the equation, the researcher found that the adjusted gain ratio achieved by the program in developing social and linguistic skills = (1.14), which is greater than (1), indicating that the training program is characterized by an acceptable degree of effectiveness in developing social and linguistic skills. The results of the study also showed that there is a significant effect of the training program based on the relationship development intervention (RDI) on the dimensions of the quality of life scale for children with autism disorder.

Keywords: Relationship Development Intervention (RDI), Quality of Life, Children with Autism Spectrum Disorder.

مقدمة :

يحظى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة Individual With Special Needs باهتمام خاص في معظم دول العالم ، وذلك تمشياً مع التشريعات والقوانين الدولية ، والتي تحت على ضرورة الاهتمام بهم ورعايتهم ، شأنهم في ذلك شأن أقرانهم من العاديين في المجتمع . كما ينال الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة جانباً كبيراً من اهتمامات الباحثين والأخصائيين في ميدان التربية الخاصة ، وقد جاء هذا الاهتمام كنتيجة ومحصلة للأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية حول الدور الحاسم للسنوات الأولى من عمر الطفل في تغيير مسارات النمو. ويعد التوحد (Autism) من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة ، وذلك حيث يعد التوحد من أكثر الإعاقات النمائية (Developmental Disabilities) غموضاً لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية ، وكذلك شدة غرابة أنماطه سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى ، فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها إنشغال الطفل بذاته وإنسحابه الشديد ، إضافة إلى عجز مهارته الاجتماعية ، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي ، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به ، كما يؤثر التوحد في قدرة الطفل على التواصل الاجتماعي واللعب والتفاعل مع الآخرين ، ولا يعني ذلك أن التوحد حالة مرضية تكتسب من خلال الإتصال بالبيئة بل هو إعاقة حادة في نمو الطفل تحدث خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره (أحمد عواد ونادية صالح ، ٢٠١٢ - ص ٩). والذاتوية من أكثر الاضطرابات السلوكية صعوبة، نتيجة انعكاسه سلباً على معظم جوانب الأداء والشخصية ، فهو يعد من أكثر الإعاقات النمائية (Developmental Disabilities) غموضاً لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، وكذلك شدة غرابة أنماط سلوكه التوافقي من ناحية أخرى. فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وإنسحابه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به (عوشة المهيري ، ٢٠١٩ : ٦٢٨). كما أن اضطراب الذاتوية يؤثر بالسلب على الجانب العقلي والمعرفي ، والجانب الاجتماعي ، والجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل لفظي وغير لفظي ، والجانب الإنفعالي ، واللعب ، والسلوكيات بصفة عامة. لذا كان من الضروري البحث عن برامج تدريبية وتقنيات جديدة لعلاج هذه الاضطرابات والخفض من السلوكيات الغير سوية لهذه الفئة . هذا وتركز البرامج القائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على تنمية اللبانات الأساسية للاتصال الاجتماعي - مثل الإحالة ، ومشاركة المشاعر ، والتنظيم ، ومشاركة الخبرات -

التي تتطور عادةً في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. برامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) هو برنامج قائم على الأسرة ، حيث يقوم المستشارون المدربون بدعم العائلات لتغيير أساليب التفاعل والتواصل. هناك فترة لتعليم الوالدين ، يتبعها تقييم لكل من العلاقة بين الطفل والوالد. بعد ذلك ، يقوم المستشارون بدعم الأسرة من خلال مجموعة من الأهداف المحددة لبناء علاقة "مشاركة موجهة" بين الوالدين والطفل والتي ستسمح للطفل أن يصبح مرة أخرى "متدرباً معرفياً" للوالدين. بمجرد أن يتم التدريب المهني المعرفي ، يمكن للعائلة الانتقال إلى أهداف علاج معرفي محددة للطفل. هذه أهداف تنموية تم تصميمها لاستعادة الاتصال العصبي الأمثل من خلال سلسلة من "الاكتشافات" و "التفصيل". (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108)

تم تطوير برنامج RDI بواسطة عالم النفس ستيفن جوتشتاين في التسعينيات. درس جوتشتاين الوسائل التي من خلالها يصبح الأطفال النموذجيون مؤهلين في عالم العلاقات العاطفية. نظر إلى البحث في علم النفس التنموي ووجد أن التفاعل المبكر بين الوالدين والطفل تنبأ بقدرات لاحقة في اللغة والتفكير والتنمية الاجتماعية. نُشر كتابان عن الأنشطة القائمة على RDI بالإضافة إلى كتاب يشرح أفكار الخلفية في عام ٢٠٠٢ ، لكن RDI تغير بشكل كبير منذ ذلك الحين وهو الآن متاح فقط من خلال RDI_LS ، أو نظام التعلم ، الذي يمكن الوصول إليه من قبل المستشارين المدربين (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2109).

يعتمد RDI على فكرة أنه يجب تعزيز "الذكاء الديناميكي" للأطفال المصابين بالتوحد لتطوير سلوكيات نموذجية. الذكاء الديناميكي يعني القدرة على التفكير بمرونة ، واتخاذ وجهات نظر مختلفة ، والتعامل مع التغيير ، ومعالجة المعلومات في وقت واحد (على سبيل المثال ، الاستماع والنظر في نفس الوقت) . (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108) هذه القدرات ضرورية في العالم الحقيقي.

ومن خلال عمل الباحثة وترددها على العديد من مراكز علاج وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وذوي اضطراب التوحد بشكل خاص ، لاحظت غياب العديد من المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال من ذوي اضطراب التوحد ، ووجود عجز في التفاعل الاجتماعي والتواصل والمهارات اللغوية وسلوك طقوسي واستحواذي ونمطي ووجود العديد من الاهتمامات المقيدة ، لذا كان من الضروري البحث عن برامج تدريبية لعلاج هذه الاضطرابات والخفض من السلوكيات الغير سوية لهذه الفئة .

لذا تسعى هذه الدراسة إلى تقصي أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

مشكلة الدراسة :

يعد التوحد من الإعاقات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية، الاجتماعية، الانفعالية، الحركية والحسية إلا أن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب الاجتماعي، حيث أن الطفل التوحد غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، ويترتب على القصور في النواحي السابقة العديد من المشكلات كأن يصبح الطفل في حالة من العزلة والوحدة الدائمة، كما لاحظت الباحثة من خلال عملها في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة – تحديداً فئة التوحد - وجود قصور في التدريب على مهارات التفاعل الاجتماعي من قبل القائمين على رعاية هؤلاء الأطفال في مؤسسات المجتمع المدني (من جمعيات أهلية وخلافه) وبمراجعة التراث النفسي في هذا المجال ومراجعة الدراسات السابقة وجد أن نسبة الإصابة بالتوحد عالمياً تقدر من ٧:٥ في كل عشرة آلاف مولود، وقد تصل نسبة الإصابة بالتوحد مع التوسع في الصفات المصاحبة إلى حالة توحد لكل

١٠٠٠ مولود. وقد حددت الباحثة مجال دراستها بمهارات التفاعل الاجتماعي، حيث أن التفاعل الاجتماعي يعد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين عند التعامل مع هؤلاء الأطفال. ولذا فإن الباحثة ترى أن التدريب على تنمية التفاعل الاجتماعي يعد ضرورة لهؤلاء الأطفال للتغلب على هذه المشكلة.

إن الكثير من الاتجاهات التربوية الحديثة أكدت على أهمية بناء البرنامج التربوي للأطفال العادين قبل سن المدرسة وذلك لمساعدتهم في تنمية القدرات المعرفية، وتنشيط المثيرات الحسية لديهم، وحب الاستطلاع، والتجريب، وتطوير المهارات الحركية، والاتساق الحسي الحركي وتنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. واستناداً إلى الفلسفة التربوية التي تعني بذوي الاحتياجات الخاصة، والمرتكزة على أن كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة قابل للتعليم والتقدم (مجدي غزال، ٢٠٠٧، ص ١٩).

وقد تبلورت مشكلة الدراسة من خلال عمل الباحثة مع الأطفال الذاتيين في عدة مراكز والتي تختص بالتعامل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم لاحظت ضعفاً وقصوراً واضحاً لديهم في استخدام مهارات التواصل الاجتماعي واللغوي. وتعد المهارات الاجتماعية أكثر جوانب القصور وضوحاً حيث يكون الطفل فيها غير قادر على التفاعل الاجتماعي من خلال استخدام اللغة وتكوين علاقات مع الآخرين، وكذلك مشكلات في الانتباه والتركيز، وفي الملاحظة والتقليد، والتي تعتبر من المهارات الهامة واللازمة في نمو الطفل واكتساب الكثير المفردات اللغوية واللفظية وغير اللفظية والتي تساعده على بناء شخصيته ومواجهة صعوبات جمة في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به.

وبناء على ما تقدم، فإن مشكلة الدراسة انبثقت من خلال متابعة مراحل تطور المهارات الاجتماعية واللغوية التي يمر بها الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وندرة الدراسات التي تناولت تصميم برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية وأثره في تحسين جودة الحياة لدى ذوي اضطراب التوحد، مما استدعى القيام بتصميم برنامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويمكن صياغة المشكلة في التساؤل الآتي :

ما أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

أهداف الدراسة :

- أهمية تشكيل مدركات الشعور بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في ظل اعتبارها من الحاجات النفسية والاجتماعية والجسمية والمعرفية التي تتطور وفق أبنية تفاعلية متبادلة في ضوء سياق ثقافة المجتمع والأسرة وبالتالي فإن العمل على تنمية النواحي الإيجابية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وتذليل الصعوبات التي تواجههم في تحقيق هذا الهدف أصبح هدفاً من أهداف العلوم والبحوث الإنسانية والتربوية وصولاً إلى تحقيق أقصى درجات التوافق النفسي والاجتماعي .
- معرفة تأثير برنامج قائم على تطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى ذوي اضطراب التوحد .
- التحقق من فاعلية برنامج قائم على تطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى ذوي اضطراب التوحد.

- التحقق من استمرارية فاعلية برنامج قائم على تطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى ذوي اضطراب التوحد.
أهمية الدراسة :

يمكن توضيح الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة الحالية فيما يلي:
١ - الأهمية النظرية :

- ترتبط أهمية الدراسة بمدى أهمية فئة الأطفال الذاتيين كجزء من المجتمع يعيش ويتعايش مع التغييرات المتواجدة بالمجتمع، فأصبحت الذاتية قضية خاصة وهامة يجب للمجتمع أن يتصدى لها بنشر المزيد من الوعي حولها ومواجهة كافة التحديات التي تواجهها، فنتناول الدراسة الحالية فئة هامة جد؟ من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

- تقدم الدراسة الحالية إطاراً نظرياً وميدانياً حول البرنامج القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) واستخدمه.

- بالإضافة إلى دراسة متغيرات لم يتم تناولها من قبل على حد علم الباحثة وهو متغير حول البرنامج القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) بما يحتويه من تقنيات وطرق مختلفة وأنشطة وأدوات حديثة حيث يندر على حد علم الباحثة استخدام هذا المتغير في أغلب الدراسات التربوية والنفسية .

٢ - الأهمية التطبيقية :

- استخدام التدخل بتطوير العلاقات (RDI) بما فيه من أنشطة تربوية واجتماعية وعقلية تساعد الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية .

- تفيد نتائج الدراسة القائمة والمختصين في هذا المجال من خلال فتح آفاق جديدة لبناء برامج حديثة قائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) كبرنامج وأنشطة بديلة من أجل الارتقاء بالمهارات الاجتماعية واللغوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد مما يساهم في تسهيل وتحسين عملية التعلم الخاصة بهم .

مصطلحات الدراسة :

١ - التدخل بتطوير العلاقات (RDI) Relationship Development Intervention

برنامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) هو برنامج قائم على الأسرة يهدف إلى تحسين المراجع العاطفية ، والتنسيق الاجتماعي ، واللغة التصريحية ، والتفكير المرن ، ومعالجة المعلومات العلائقية ، والبصيرة والإدراك المتأخر للأطفال ذوي اضطراب التوحد ، حيث يقوم فيه المستشارون المدربون بدعم العائلات لتغيير أساليب التفاعل والتواصل وتكون هناك فترة لتعليم الوالدين ، يتبعها تقييم لكل من العلاقة بين الطفل والوالد. بعد ذلك ، يقوم المستشارون بدعم الأسرة من خلال مجموعة من الأهداف المحددة لبناء علاقة "مشاركة موجهة" بين الوالدين والطفل والتي ستسمح للطفل أن يصبح مرة أخرى "متدرباً معرفياً" للوالدين. بمجرد أن يتم التدريب المهني المعرفي ، يمكن للعائلة الانتقال إلى أهداف علاج معرفي محددة للطفل. (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108)

وتعرفه الباحثة إجرائياً على أنه أنشطة حسية حركية بسيطة تركز على أنواع العمليات العقلية المتعلقة بالفعل الكائن الذي يكون داخل الإنسان على وفق استجابة خارجية عن طريق إحساس أو استجابة لتصور وخيال الحركي أو نتيجة تفكير داخلي والتي يقوم بها ذوي اضطراب التوحد من أجل تنمية مهارات الإدراك البصري لتسهيل عملية التعلم الخاصة بهم.

٢ - جودة الحياة Quality of Life:

يعرف (Aras et al 2017) جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لمواقف الحياة وما تشملها من أهداف وتوقعات ومعايير واهتمامات في سياق ثقافة المجتمع وقيمه ، في ضوء شعوره بالسعادة النفسية ودرجة الرضا عن الحالة الصحية والعلاقات الاجتماعية والحاجات المادية والتعليمية . هذا وترى جمعية التوحد الأمريكية (Autism Society of America 2019) أن جودة الحياة للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد هي حق من حقوق الإنسان التي تسمح للأفراد بالتفاعل مع بعضهم البعض بشروطهم الخاصة ، واقتراح التزام المجتمع توفير أهم المؤشرات التي تسهم في رفع مستوى جودة الحياة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال السعي في أن يشعر هؤلاء الأطفال بالاحترام والقبول من قبل الآخرين في المجتمع والأسرة ، والترحيب بهم للمشاركة بالنشاطات الجماعية في البيئة المدرسية وأماكن عملهم ، كما يجب أن يكونوا قادرين على التعبير عن أنفسهم والتفاعل مع الآخرين بطريقة هادفة ، وأن يشعروا بصحة جيدة وأن يحصلوا على الخدمات الصحية التي يحتاجونها ، وأن تتاح لهم الفرصة في المشاركة داخل فصول التعليم . كما تعرف جودة الحياة على أنها شعور الفرد بالسعادة الذي يعكس رضاه عن الحياة خلال إشباع حاجاته الصحية والاجتماعية والنفسية والتعليمية والمعيشية (Egilson et al., 2017) .

وتعرفها الباحثة إجرائياً عن أنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص نتيجة التقدير السلوكي من جهة أولياء الأمور على مقياس جودة الحياة بأبعاده الخمسة (الرفاه البدني - الرفاه النفسي - الاستقلالية والعلاقات الأسرية - الدعم الاجتماعي والأقران - البيئة المدرسية) من إعداد المجلس الأوروبي لتطوير مشروع KIDSCREEN لتعزيز جودة الحياة لدى الأفراد (تطوير الباحثة) .

٣ - الأطفال ذوي اضطراب التوحد Autistic children: تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد على أنه :

هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة يتميز بقصور نوعي في التفاعل الاجتماعي والتواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وذخيرة محدودة جداً من الأنشطة والاهتمامات وسلوك نمطي ومتكرر وتظهر أعراضه قبل بلوغ الطفل العام الثالث من العمر (American Psychiatric Association, 2016).

ويعرفوا إجرائياً بأنهم هم الأطفال الذين يحصلون على درجات مرتفعة على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال التوحد إعداد (هشام الخولي، ٢٠٠٤).

وتعرف الباحثة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على أنهم الأطفال التي تتراوح أعمارهم من (٣ - ٦) سنوات والمصابين بجملة من الأعراض الاجتماعية والسلوكية واللغوية تمنعهم من التعامل الفعال مع الآخرين واللجوء إلى سلوكيات غير منضبطة تعوق عملية استكمال تعليمهم بشكل مباشر كغيرهم من الأقران.

٤ - البرنامج Program :

يعرفه فيصل عبد الله (٢٠٠١) بأنه مجموعة من الخبرات المعدة وفق تنظيم يزيد عن إمكانية تنفيذها (فيصل عبد الله ، ٢٠٠١ ، ص ١٧٣). ويعرفه نبيل عبد الهادي (٢٠٠٢) بأنه عبارة عن تصور ذو مخطط يضعه الباحث أو الدارس. أو المخطط حول ظاهرة تعليمية أكاديمية ولا بد أن يكون للبرنامج أسس معينة مثل التصميم الذي يستعرض فيه الإطار العام وفيه نوع من العمل الإبداعي ، كذلك مدى ملائمة هذا التصميم لعملية التنفيذ وان لا تكون فجوة بين التصميم أو التنفيذ أي الملائمة بين النظرية والتطبيق (نبيل عبد الهادي ، ٢٠٠٢ ، ص ١٠٦).

وهو مجموعة من الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة، وتقدم خلال فترة زمنية محددة، وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج (Beaumont & Sofronoff, 2015: 749). وتعرف الباحثة البرنامج بأنه مجموعة من الأنشطة والألعاب التربوية القائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) المخطط لها مسبقاً من أجل تحقيق هدف مرسوم مسبقاً. أما التعريف الاجرائي للبرنامج التدريبي والذي يخدم أغراض البحث الحالي فإنه مجموع الأنشطة والفعاليات الرياضية والفنية والحركية واللغوية والاجتماعية التي سوف تعدها الباحثة ضمن الدروس التعليمية للبرنامج التدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى ذوي اضطراب التوحد.

الإطار النظري والدراسات السابقة :

أولاً : اضطراب التوحد.

نشأة مفهوم اضطراب التوحد:

على الرغم من إن مصطلح اضطراب التوحد لم يكن معروفاً قبل مئة عام، إلا أنه توجد بعض الدلائل على وجوده؛ حيث قدمت الوثائق التي قام بها ليو كانر (1894-1981) وصفاً تفصيلياً لحالات مشابهة لاضطراب التوحد حيث نشر بحث عنه بعنوان "الاضطرابات التوحدية للتواصل العاطفي" أو "Autistic disturbances of affective contact" كمحصلة لعمله مع هؤلاء الأطفال الذين لديهم أعراض متشابهة محددة، وقد أطلق كانر على هذه الأعراض مصطلح اضطراب التوحد الطفولي المبكر (Early Infantile Autism).

(جوزيف ريزو وروبرت زابل، 2010: 387؛ Elsabbagh, Divan, Koh, et

al., 2012: 169

كما قدم برنارد ريملاند Rimland في عام 1964 منهجاً تحليلياً للقدرات المعرفية للأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل الكلام، اللغة، الإدراك، الذاكرة؛ وأوضح أن ذوي اضطراب التوحد لديهم بعض نقاط القوة، وبعض نقاط الضعف؛ لذا ظهرت فكرتان متناقضتان إحداهما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد هم أطفال معاقين عقلياً بصفة عامة، والأخرى أنهم أطفال أذكىاء جداً، وفي الحقيقة هذان النمطان موجودان بالفعل لدى ذوي اضطراب التوحد. وفي عام 1971 نشرت مجلة الفصام عن مرض التوحد واضطرابات النمو، وفي عام 1989 عُرض فيلم رجل المطر الذي كان له تأثير على زيادة الوعي العام بالمرض، ثم توالى الجهود البحثية وازدادت أعداد الحالات أيضاً مع زيادة الوعي وتوسيع نطاق الطيف التوحدي، وفي عام 1990 أصبحت متلازمة اسبرجر من المسميات المألوفة (Connie Wong, et al., 2014, 11).

وتم الاعتراف بهذه الحالات كفئة مرضية منفصلة عن الاضطرابات التي كانت تتداخل معها في التشخيص أو يعد اضطراب التوحد عرضاً لاضطرابات سيكاترية أخرى، وبات اضطراب مستقل وأطلق عليه اضطراب التوحد باعتبارها إعاقة مستقلة أو اضطراب له أعراض تميزه عن غيره من الاضطرابات السيكاترية الأخرى حيث ذكر في الدليل الدولي التاسع لتصنيف الأمراض ICD-9 عام 1978 باسم اضطراب "التوحد الطفولي" Infantile Autism. وأطلق عليه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي - الإصدار الثالث- المعدل (DSM 3-R) عام 1980 مصطلح اضطراب التوحد حيث تم التفريق بينه وبين الفصام باعتباره إعاقة وليس مجرد حالة مبكرة من الفصام.

(Amr, Raddad, El-Mehesh, Bakr, Sallam, Amin, 2012: 240-248)

تعريف اضطراب التوحد:

يتألف مصطلح اضطراب التوحد Autism من جزأين: الجزء الأول مشتق من الكلمة اليونانية αὐτο أو Aut وتعني ذاتي أو ما يتعلق بالذات، أو النفس Self، وأما الجزء الثاني من المصطلح Ism فيشير إلى التوجه أو الحالة، ومن ثم فإن مصطلح Autism يعني التوجه الذاتي أو الحالة الذاتية، حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد؛ من ثم أتى المصطلح باللغة العربية بمعنى التوحد أو الذاتية أو الاجترارية (جوزيف ريزو وروبرت زابل، ٢٠١٠: ٣٨٧).

ويرى ماتسون، وآخرون (٢٠٠٨) أن اضطراب التوحد هو خلل في الجهاز العصبي غير معروف المنشأ والسبب، يؤثر على عدد من جوانب النمو الممثلة غالباً في الأبعاد التالية: بعد العناية بالذات، والبعد اللغوي والتواصل، والبعد المعرفي والأكاديمي، والبعد السلوكي، والبعد البدني، والبعد الاجتماعي والانفعالي، والبعد الحسي ويظهر الاضطراب منذ الولادة وحتى سن الثالثة، ولا يوجد سبب رئيسي لظهوره كما لا يوجد علاج شاف منه.

(Matson, Dempsey, LoVullo, Wilkins, 2008: 341-350)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه اضطراب يظهر بأعراضه الرئيسية في الثلاثين شهراً الأولى من العمر، التي تشمل كل من نسبة النمو والتطور وما يتبعها، والاستجابة للمثيرات الحسية، والنطق واللغة، والقدرات المعرفية، والقدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء

(National Institutes of Health, 2009,21)

ويعرف سمونس (٢٠١٠) اضطراب التوحد بأنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بانخفاض نسب الذكاء عن المعتدل المتوسط لها مما ينتج عن ذلك شذوذ في التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل (Simons, et al, 2010,15).

يعرف اضطراب التوحد وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٥) بأنه إعاقة تنشأ أثناء النمو تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعلات الاجتماعية، وتتضح بصفة عامة خلال السنوات الثلاث الأولى، وتعوق الأداء التعليمي بالإضافة إلى وجود السلوكيات التكرارية والحركات النمطية، ومقاومة التغير الذي يطرأ على المكان المحيط أو الأعمال اليومية، ورد الفعل غير المعتاد على الخبرات الحسية، ولا يستخدم مصطلح اضطراب التوحد للإشارة إلى أي طفل يتدهور أداؤه بسبب اضطراب انفعالي (عبد المطلب القرطي، ٢٠١١: ٤٤٨).

ويعرف زيدان السرطاوي وأحمد عواد (٢٠١١) التوحد بأنه اضطراب نمائي تظهر أعراضه خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر متمثلة في إعاقة في التفاعل الاجتماعي وإعاقة في التواصل، والسلوك المحدود والنمطي، واستجابة غير اعتيادية للمثيرات الحسية، ولم يحدد سببه المباشر بشكل قطعي حتى الآن.

وعرفه كلا من ماكفيترس، وورن، وساس، بريذك، وآخرون (٢٠١١) بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠-٤٢ شهراً) من العمر، ويؤثر في سلوكهم حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبدل المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية (الجماد) ويلتصقون بها.

(McPheeters, Warren, Sathe, Bruzek, Krishnaswami, Jerome, and Veenstra-VanderWeele, 2011,110)

ويعد تعريف الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا National Autistic Society (NAS) من أكثر التعريفات قبولاً لدى الباحثين والعلماء ممن يرون أن اضطراب التوحد هو

اضطراب أو متلازمة سلوكية، على أن تظهر المظاهر المرضية الأساسية قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً، والتي تتضمن الاضطرابات التالية:
اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

(Skokauskas, Gallagher L.,2012: 248)

ويذكر اسكوكيسكاس، وجيلجير (٢٠١٢) بأن اضطراب التوحد اضطراب نمائي ينتج عن عوامل غير معروفة، ويؤثر في اللغة والتفاعل الاجتماعي والتعامل مع البيئة المحيطة.

(Skokauskas, Gallagher.,2012: 249)

وعرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين الشهر ٣٠ إلى الشهر ٤٢ من العمر ويؤثر في سلوكهم؛ حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصرفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها. (The American Psychiatric Association.,2015,44)

وحددت منظمة الصحة العالمية اضطراب التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي شديد ومعقد يصيب الذكور بقوة، ويتميز بالضعف في ثلاثة مجالات رئيسية هي: التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، وأنماط مقيدة ومحدودة من السلوك، على أن تلاحظ هذه المشكلات في العام الثاني من العمر إلا أن البحوث الحديثة ترى أنه يمكن اكتشاف الاضطراب في مرحلة مبكرة عن ذلك (<http://www.who.int>).

ويتفق مع هذه التعريفات تعريف الجمعية الوطنية للتوحد National Autistic Society (NAS) بأنه إعاقة نمائية ممتدة طوال حياة الفرد، وتؤثر على الطريقة التي يتواصل بها مع الآخرين، وتؤثر على إحساسه بالعالم من حوله، وأن طيف التوحد يتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة؛ فجميع المصابين باضطراب التوحد يعانون من صعوبات مختلفة التأثير عليهم، فبعضهم يستطيع الحياة بصورة مستقلة نسبياً، وبعضهم لا يستطيع ذلك وترافقه صعوبات مدى الحياة، ويحتاج إلى دعم من المتخصصين، ولديهم مشكلات في الحواس المختلفة مثل (اللمس، الشم، السمع، والتذوق) فتلك الصعوبات تكون متطرفة في الشدة أو في الضعف (Elizabeth Devita- Raeburn, 2016,55).

وعرفه اليزابيث ديفيت - ريبين (٢٠١٦) بأنه اضطراب نمائي يستمر طوال الحياة على أن تظهر الأعراض المميزة له قبل ثلاث سنوات من العمر، هو الأكثر مطابقة لأعراض الاضطرابات النمائية والأكثر انتشاراً فيما بينها وتتراوح درجته ما الاضطراب الشديد (غياب الكلام، العزلة، والسلوك التكراري) إلى الاضطراب المتوسط (ضعف في مهارات الحديث، الاهتمامات المحدودة، السلوك الاجتماعي غير المناسب) (Elizabeth Devita-Raeburn, 2016,23).

يتضح من العرض السابق أن هناك تعريفات متعددة ومختلفة لاضطراب طيف التوحد وفقاً لرؤية كل باحث ونظريته للاضطراب، ورغم اختلاف التعريفات في بعض الجوانب؛ إلا أن هناك اتفاقاً عاماً في النظر إلى اضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي عصبي لم تحدد أسبابه بعد بدقة، وأنه قد يمتد طوال حياة الفرد المصاب، على أن تظهر الأعراض خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، وأنه يتميز بالضعف في ثلاثة مجالات رئيسية هي:

- قصور في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي.
- أنماط مقيدة ومحدودة من السلوكيات.

ثانياً : التدخل بتطوير العلاقات (RDI) Relationship Development Intervention

يحاول التدخل بتطوير العلاقات RDI معالجة الأنماط المتميزة من الصعوبات الإدراكية والمعرفية والعاطفية الفريدة للأفراد في طيف التوحد (Gutstein, 2001; Gutstein and 2002b; Sheely 2002a). العوامل الأساسية للتغيير في RDI هم والدا الطفل ، الذين يبدؤون تدريبهم من خلال حضور ٦ أيام من ورش العمل المكثفة في نظرية ومبادئ ومكونات RDI ، يليها تخطيط شامل واجتماعات استشارية أسبوعية أو نصف شهرية منتظمة مع مستشار RDI معتمد. تشمل الاجتماعات تحديثات التقدم ، ومناقشة الأهداف ، وتخطيط البرنامج ، ومراجعة شرائح محددة مسجلة بالفيديو لمقدمي الرعاية الأساسيين الذين يعملون مع أطفالهم. يشارك الآباء والأطفال في إعادة التقييم المكثف كل ٦ أشهر تقريباً.

في صميم البرنامج ، يتعلم الآباء كيفية إدراك الفرص وإسنادها لأطفالهم للاستجابة بطرق أكثر مرونة ومدرسة في المواقف والمشكلات الجديدة والصعبة والتي لا يمكن التنبؤ بها بشكل متزايد. يتم تدريب الآباء على دمج هذه الفرص في نمط حياتهم ، بحيث يتضمن كل يوم فرصاً متكررة ومحددة بعناية يتم تقديمها بسلسلة في روتين الطفل.

يعد برنامج (RDI) Relationship Development Intervention® تدخلاً شاملاً موجهاً من الوالدين مصمماً لتسهيل التطور الاجتماعي والعاطفي والمعرفي للأطفال والمراهقين والبالغين المصابين باضطرابات طيف التوحد (ASD). الهدف الأساسي لبرنامج RDI هو تعزيز تطوير الذكاء الديناميكي من خلال إعادة علاقة المشاركة الموجهة (GPR) بين الوالد والفرد المصاب بالتوحد. يقترح Gutstein (٢٠٠٩) أن الذكاء الديناميكي هو مجموعة من العمليات العقلية ، مثل التوقع والتقييم والدمج ، والتي تنتج للأفراد أن يكونوا مرنين في تفكيرهم وحل المشكلات والتعامل مع المواقف غير المؤكدة. إنه نتاج الاتصال العصبي الديناميكي ، الذي يتطور في وقت مبكر من الطفولة نتيجة للتجارب التي قدمها الآباء أثناء المشاركة الموجهة (Gutstein ، ٢٠٠٩). يأتي مفهوم المشاركة الموجهة من أعمال Vygotsky (١٩٧٨) و Rogoff (١٩٩٠). توصف بأنها العملية التي يقوم من خلالها شخص بالغ أكثر خبرة بتدعيم كفاءة الطفل وفهمه من خلال تقديم تجارب صعبة أعلى بقليل من مستوى قدرته الحالي. يعمل الآباء جنباً إلى جنب مع مستشار RDI معتمد لإنشاء GPR من خلال منهج توجيه الوالدين ولتيسير تطوير الذكاء الديناميكي من خلال منهج ذكاء ديناميكي قائم على التنمية (Gutstein ، ٢٠٠٩). يتم استهداف أهداف التدخل أثناء الأنشطة اليومية ، ويتحمل الوالدان تدريجياً المسؤولية الأساسية عن تنفيذ البرنامج بتدريب استشاري RDI.

مفهوم التدخل بتطوير العلاقات

برنامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) هو برنامج قائم على الأسرة يهدف إلى تحسين المراجع العاطفية ، والتنسيق الاجتماعي ، واللغة التصريحية ، والتفكير المرن ، ومعالجة المعلومات العلائقية ، والبصيرة والإدراك المتأخر للأطفال ذوي اضطراب التوحد ، حيث يقوم فيه المستشارون المدربون بدعم العائلات لتغيير أساليب التفاعل والتواصل وتكون هناك فترة لتعليم الوالدين ، يتبعها تقييم لكل من العلاقة بين الطفل والوالد. بعد ذلك ، يقوم المستشارون بدعم الأسرة من خلال مجموعة من الأهداف المحددة لبناء علاقة "مشاركة موجهة" بين الوالدين والطفل والتي ستسمح للطفل أن يصبح مرة أخرى "متدرباً معرفياً" للوالدين. بمجرد أن يتم التدريب المهني

المعرفي ، يمكن للعائلة الانتقال إلى أهداف علاج معرفي محددة للطفل .(Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108)

وتعرفه الباحثة إجرائياً على أنه أنشطة حسية حركية بسيطة تركز على أنواع العمليات العقلية المتعلقة بالفعل الكائن الذي يكون داخل الإنسان على وفق استجابة خارجية عن طريق إحساس أو استجابة لتصوير وخيال الحركي أو نتيجة تفكير داخلي والتي يقوم بها ذوي اضطراب التوحد من أجل تنمية مهارات الإدراك البصري لتسهيل عملية التعلم الخاصة بهم.

خلفية تاريخية

تم تطوير برنامج RDI من قبل الدكتور ستيفن جوتشتاين والدكتورة راشيل شيلي "لمعالجة عيوب معالجة المعلومات العالمية ولكنها ليست فريدة بأي حال من الأحوال للأشخاص الذين يعانون من طيف التوحد" (Gutstein, 2009, p. 23) . جاء البرنامج كاستجابة لما رآه جوتشتاين على أنه نقص في برامج التدخل التي عالجت أوجه القصور الأساسية في ASD وأثرت على الجودة الشاملة لحياة الأفراد المصابين بالتوحد. نُشر الكتاب الأول الذي يتناول بالتفصيل برنامج RDI في عام ٢٠٠٠ ، تلاه نشر كتابين عن أنشطة RDI ، أحدهما موجه للأطفال الصغار (Gutstein & Sheely, 2002a) والآخر موجه للأطفال والمراهقين والبالغين (Gutstein & Sheely, 2002b). في عام ٢٠٠٩ ، تم نشر كتاب RDI: صياغة مسارات جديدة للتوحد ، و Asperger's و PDD مع برنامج تطوير العلاقات ، وهو يعمل ليحل محل الأعمال السابقة. يتضمن كتاب RDI لعام ٢٠٠٩ العديد من التعديلات على البرنامج بما في ذلك منهج ذكاء ديناميكي منظم ومنهج توجيه الوالدين (Gutstein, 2009). برنامج تدريب استشاري RDI ، برنامج لتعميم RDI في بيئة مدرسية (Gutstein, Gutstein, & Baird, 2007) ، كما تم تطوير تطبيق تفاعلي قائم على الإنترنت. يشار إلى التطبيق المستند إلى الإنترنت ، والذي تم إطلاقه في عام ٢٠٠٧ ، باسم نظام التعلم (RDI) (RDILS). يسمح RDILS للأباء والمعلمين ومستشاري RDI في التدريب للوصول إلى معلومات حول البرنامج وحضور الندوات عبر الإنترنت والتواصل مع الأفراد الآخرين في جميع أنحاء العالم. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن للوالدين التواصل مع الاستشاريين من خلال RDILS ، وتحميل مقاطع الفيديو ، وتتبع تقدمهم (Gutstein, 2009). يشير Gutstein (٢٠٠٩) إلى أنه يوجد حالياً ما يقرب من ٤٠٠ مستشار RDI في التدريب في ٢٠ دولة مختلفة.

أهمية البرامج القائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI)

هذا وتركز البرامج القائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على تنمية اللبنة الأساسية للاتصال الاجتماعي - مثل الإحالة ، ومشاركة المشاعر ، والتنظيم ، ومشاركة الخبرات - التي تتطور عادةً في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. برامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) هو برنامج قائم على الأسرة ، حيث يقوم المستشارون المدربون بدعم العائلات لتغيير أساليب التفاعل والتواصل. هناك فترة لتعليم الوالدين ، يتبعها تقييم لكل من العلاقة بين الطفل والوالد. بعد ذلك ، يقوم المستشارون بدعم الأسرة من خلال مجموعة من الأهداف المحددة لبناء علاقة "مشاركة موجهة" بين الوالدين والطفل والتي ستسمح للطفل أن يصبح مرة أخرى "متدرباً معرفياً" للوالدين. بمجرد أن يتم التدريب المهني المعرفي ، يمكن للعائلة الانتقال إلى أهداف علاج معرفي محددة للطفل. هذه أهداف تنموية تم تصميمها لاستعادة الاتصال العصبي الأمثل من خلال سلسلة من "الاكتشافات" و "التفصيل". (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108)

تم تطوير برنامج RDI بواسطة عالم النفس ستيفن جوتشتاين في التسعينيات. درس جوتشتاين الوسائل التي من خلالها يصبح الأطفال النموذجيون مؤهلين في عالم العلاقات العاطفية. نظر إلى البحث في علم النفس التنموي ووجد أن التفاعل المبكر بين الوالدين والطفل تنبأ بقدرات

لاحقة في اللغة والتفكير والتنمية الاجتماعية. نُشر كتابان عن الأنشطة القائمة على RDI بالإضافة إلى كتاب يشرح أفكار الخلفية في عام ٢٠٠٢ ، لكن RDI تغير بشكل كبير منذ ذلك الحين وهو الآن متاح فقط من خلال RDI_LS ، أو نظام التعلم ، الذي يمكن الوصول إليه من قبل المستشارين المدربين (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2109).

يعتمد RDI على فكرة أنه يجب تعزيز "الذكاء الديناميكي" للأطفال المصابين بالتوحد لتطوير سلوكيات نموذجية. الذكاء الديناميكي يعني القدرة على التفكير بمرونة ، واتخاذ وجهات نظر مختلفة ، والتعامل مع التغيير ، ومعالجة المعلومات في وقت واحد (على سبيل المثال ، الاستماع والنظر في نفس الوقت) . هذه القدرات ضرورية في العالم الحقيقي (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108).

يؤدي نقص الاتصال العصبي لدى المصابين بالتوحد إلى رؤية جامدة وثابتة للعالم ، بسبب كره التغيير وعدم القدرة على التعامل مع المعلومات الجديدة ، لا يطور المصابون بالتوحد ذكاء ديناميكي ، وهو أمر ضروري للعلاقات والاستقلالية ونوعية الحياة . يطور الأطفال النموذجيون ذكاءً ديناميكياً من خلال المشاركة الموجهة ، والتي يتم توجيهها وتحدياتها من قبل مقدمي الرعاية. بسبب الصعوبات الاجتماعية التي يعانون منها ، تتفكك هذه العلاقة لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولذلك يجب دعم العائلات لإعادة بنائها بطريقة بطيئة ومدروسة. يحتاج الأطفال إلى تعلم كيفية الإشارة إلى والديهم ومشاركة المشاعر واستخدام لغة مشاركة الخبرات لبناء علاقة وثيقة وثقة حيث يمكنهم التعلم والتعامل مع عدم اليقين في الحياة.

هذا وتتمثل الأهداف الستة ل RDI تحسين ما يلي (Solomon et al., 2014, 22) :

المراجع العاطفية : التعلم من التجارب الذاتية والعاطفية للآخرين
التنسيق الاجتماعي : ضبط السلوك ومراقبة الآخرين لتمكين المشاركة في العلاقات الاجتماعية

اللغة التصريحية : استخدام اللغة والتواصل غير اللفظي للتفاعل مع الآخرين

التفكير المرن : تكيف الخطط وتغييرها عندما تتغير الظروف

معالجة المعلومات العلائقية : وضع الأشياء في سياقها وحل المشكلات التي تفتقر إلى حلول واضحة

البصيرة والإدراك المتأخر : توقع الاحتمالات المستقبلية بناءً على التجارب السابقة

ثالثاً: جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط يعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا النخب في هذا الإطار فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزاً من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقاً لعوامل كثيرة مرتبطة ذا السلوك. (رغداء علي نعيمة، ٢٠١٢) .

وتعتبر سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين عقدي الكفاية والفعالية بينما تعد تسعينيات القرن العشرين عقد الجودة، وبداية القرن الواحد والعشرين تعتبر عقد الجودة.

ومصطلح جودة الحياة من المفاهيم التي لاقت اهتماماً كبيراً في العلوم الطبيعية والإنسانية والاجتماعية، حيث اهتم علم النفس بدراسة جودة الحياة بدرجة الأولى، وقد تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية النظرية منها والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد

المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منه. وتعتبر جودة الحياة من المتطلبات الأساسية في الوقت الحاضر لتحقيق الصحة النفسية.

مفهوم جودة الحياة :

لغة : يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل " جود " أي شيء جيد، والجمع جياذ، وجياذ بالهمزة، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه، وجودة تجويدا، أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن. (عزب، ٢٠٠٤ : ٥٨٥) .

اصطلاحا:

تشير الأدبيات النفسية إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة، فعلى الرغم من شيوع استخدامه إلا أنه غير واضح ويتسم بالغموض (عبد الفتاح وحسين، 2006) إلا أنه عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة، ويتضمن هذا الأخير مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل :أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية، حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية. (أبو حلاوة، ٢٠١٠ : ٣) .

ومن جهة أخرى قد أوضح بولينغ وآخرون (2002) إلى أن المؤشرات الذاتية هي الأكثر أهمية في تحديد جودة الحياة من المؤشرات الموضوعية، فالجوانب الاجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي والقيم الاجتماعية والمعتقدات الدالة على السلوك الاجتماعي وغيرها من المتغيرات النفسية هي من العوامل التنبؤية لجودة الحياة عند الأفراد، وهذا ما أكدته شالوك Scholock (٢٠٠٢) عندما قدم تحليلا مفصلا لتعريف جودة الحياة (مبارك د. ت : ٧٢٤) .

ويعرف فرنك Frank (٢٠٠٠) فإن جودة الحياة هي إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة (الهمص، ٢٠١٠ : ٥) .

ويعرفها عبد الفتاح وحسن (2006) بأنها درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن مدى إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (المنسي وكاظم، ٢٠١٠ : ٤٤) .

وتعرف أيضا على أنها "الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية أو المتعة في ظل الظروف التي حياها الفرد." (الحسن ، ٢٠٠٦ : ٩)

ويشير حسن مصطفى إلى أن جودة الحياة هي مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد في المجتمع، أو أن جودة الحياة تعبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، وذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه. (تم ذكره في : شيخي ، ٢٠١٣ : ٧٤) .

تعريف المنسي وكاظم (٢٠٠٦ : ٤٥) إن الشعور بجودة الحياة يمثل أمرا نسبيا، لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات، والرضا عن الحياة، وعن العمل والحالة الاجتماعية، والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن أن تلاحظ وتقاس ويحكم عليها مباشرة مثل: الإمكانيات المادية المتاحة، الدخل والنظافة، الحالة الصحية والحالة السكنية والوظيفية مستوى التعليم وغير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد.

وهذه العوامل الذاتية والموضوعية تجعل تقدير جودة الحياة لدى الفرد أمراً ضرورياً لأن الفرد الذي يتفاعل مع أفراد مجتمعه يحاول دائماً أن يحقق مستوى معيشياً لا يقل عن مستوى جودة الحياة التي كان يعيشها في الماضي.

كما أشار البيهادلي وكاظم (٢٠٠٥) للعديد من التعاريف التي تزخر بها الأدبيات النفسية ومنها:

- القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع الرغبات والاحتياجات لدى الفرد.
- الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية وإجادة التعامل مع التحديات.
- السعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة.
- رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك اتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه.
- الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه.
- درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية، والمعرفية، والإبداعية والثقافية والرياضية والشخصية والجسمية والتنسيق بينها، مع بيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كإسلوب حياة وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية.
- وهناك عدة خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها للوصول إلى جودة الحياة، هي بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطوير وتحديد أهداف التحسين للأداء، بناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف، تنفيذ جوانب الجودة الحياتية، وبكلمات أخرى يتبنى الفرد متطور التحسين المستمر لجوانب شخصيته وأبعادها النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كإسلوب حياة مع تلبية احتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمراريته في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما يتماشى ومهاراته النفسية والاجتماعية.
- من خلال التعاريف السابقة الذكر نستنتج أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لجودة الحياة، وهي تعبير عن مدى إدراكه ورضاه عن حياته والنظرة الإيجابية للمواقف والظروف المحيطة بالفرد

جودة حياة لدى أطفال اضطرابات التوحد بين الواقع والمأمول

مما لا شك حينما تصطدم الأسرة بمولد طفل معاق تمر الأسرة بمراحل عديدة تبدأ بالرفض، الصدمة، الإنكار لهذا الطفل؛ لأنها كانت تطمح في تحقيق آمالها وتطلعاتها من خلاله ، إلا أنه سرعان ما تتحطم تلك الآمال وينتهي الأمر برضوخ الأسرة والقليل من التقبل للطفل المعاق ثم الاستسلام لهذا الواقع المرير.

ويمثل رد فعل الوالدان تجاه الإعاقة وتأزمهما محصلة لعوامل ثلاثة هي: الحادث الضاغط ممثلاً في مولد الطفل المعاق، ومدى قدرة الوالدين على تحمل مشكلة الطفل ومستوى العلاقة الزوجية ومدى تماسكها وتدني الرضا الزوجي، كذلك الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة ومعلومات الآباء عنها (Avinash, De sousa, 2010,84 ؛ سهير أمين، ٢٠١٠، ١٥٤)

فحينما تُلقى الإعاقة بظلالها على الأسرة فإن الآباء يبذلون جهدًا لا يستهان به لرعاية أطفالهم ولاسيما الطفل المعاق، مما يعرضهم للإحباط والإجهاد الشديدين، إضافة إلى المشكلات الاقتصادية التي تزيد من عجز الأسرة وتحد من قدرتها على تحمل أعباء الحياة، ويؤكد العديد من الباحثين في مجال الإعاقة أن آباء المعاقين إنما يعانون من احتراقًا انفعاليًا Emotional Burning وخبرات ضاغطة حيث تجبر الأسرة علي مواجهة العديد من المواقف الضاغطة ممثلة في الصعوبات المادية Financial difficulties لمواجهة الحاجات والمسؤوليات المتزايدة المرتبطة بالمعاق وكذلك التعرض لنوبات اكتئابية. مشاعر حزن عميق. سيطرة العديد من المعتقدات السالبة. لوم الذات والشعور بالذنب self blame and guilt الشعور بعدم الكفاءة، الغضب، الشعور بالصدمة، مشكلات ترتبط بالعمل حيث يكافح كلا الوالدين للاحتفاظ بالعمل كما يتجه العديد من الآباء للبحث عن عمل اضافي لتحسين المورد المالي للأسرة والوفاء بمتطلبات الطفل المعاق.

(Ashum, Gupta, 2005, 70), (Ozden Ciftici et al, 2010, 78)

وتتدنى قدرة الآباء على الأداء المهني والاجتماعي وتسيطر عليهم علامات القلق وفقدان القدرة على الشعور بالأمان مما يؤدي إلى اختلال الأداء الوظيفي لديهم، فحينما يستسلم الآباء لمشاعر القلق والإحباط فإنه غالبًا ما يتخلى هؤلاء الآباء عن أدائهم لأدوارهم تجاه أبنائهم المعاقين، فيهملون إكسابهم المهارات وتسيطر لديهم النظرة التشاؤمية تجاه المستقبل وما يرتبط به من توقعات متدنية لابن المعاق، فتشكك الأسرة في مدى جدوى التأهيل المقدم للطفل ولا يتقن به، مما يُحد من الطفل المعاق على التحسن. (سهير أمين، ٢٠١٠، ١٥٩)

وقد أكدت العديد من الدراسات الدور السلبي للإعاقة وما يرتبط بها من الإحساس بالقلق ومدى قدرة آباء المعاقين على الاستمتاع بالحياة، حيث يتوقعون الشر دائمًا ويشعرون بالتشاؤم تجاه المستقبل، كما تسيطر لديهم العديد من المشاعر السالبة المتمثلة في الحزن والقلق تجاه أبنائهم من ذوي الإعاقة مما يؤدي إلى تدني إدراك آباء المعاقين لمعايير جودة الحياة وما يرتبط بها من جوانب حياتية إيجابية. (Daine Bodurka & Karen. Basen (2000): Hanna & Kristine.k (2006): Marcus, Korner-Herwing (2008)..

وذلك نظرًا لما يصاحب الإعاقة من العديد من العلامات والاضطرابات ومنها الخلل المعرفي واللغوي والاجتماعي والنفسي مما يؤثر سلبًا على الآباء ويؤدي إلى سوء التوافق السلوكي Mala Adaptive Behavior لدى الطفل المعاق وظهور العديد من الاضطرابات المصاحبة التي تدفع الأسرة إلى الانطواء والعزلة الاجتماعية ولاسيما بالنسبة لأمهات المعاقين فهن الأكثر شعورًا بالاكتئاب والتشاؤم تجاه المستقبل Future Pessimism مقارنة بالآباء، كما تشعر الأمهات بالذنب الشديد والمسئولية تجاه مولد المعاق فيفقدن القدرة على التكيف وما يزيد من حدة المشكلات الناجمة عن إعاقة الطفل هو تجاهل المجتمع ومؤسساته لمعاناة المعاقين وأسرهم والإحجام عن تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والمادي اللازمين للأسرة وذلك بالنسبة لبعض الدول النامية مقارنة بالدول الأفضل اقتصاديًا، وهنا تتعرض الأسرة للعديد من الضغوط والأعباء المادية الأمر الذي يدفع الأم إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية ولاسيما القلق والاكتئاب والتفكير الدائم في أمر الطفل المعاق والخوف من تفاقم حالته في المستقبل .

(Krauss Avinash De Sousa ,2010,88)

ومن هنا كانت الحاجة ملحة للتدخل النفسي من خلال علم النفس الإيجابي الذي يهدف إلى تخفيف حدة مشاعر قلق المستقبل لدى أمهات المعاقين مما ينعكس بصورة إيجابية في تحسين إدراكهن لمعايير جودة الحياة.

وقد تناولت العديد من الدراسات السابقة الإعاقة وأثارها السالبة على الأمهات والشعور بطيب العيش وجودة الحياة حيث هدفت دراسة سميث إلى محاولة التعرف على العلاقة الارتباطية بين طيب الحياة النفسية والضغوط الناجمة عن إعاقة الأبناء وقد تناولت الدراسة عينة قوامها (٢٢٥) من أمهات المعاقين عقليا حيث أكدت الدراسة وجود علاقة سالبة بين طيب الحياة النفسية والضغوط الناجمة عن إعاقة الأبناء. كما قد أكدت دراسة جانيت لان وهيليمان Janet Lynn, 2002 على مدى معاناة أسرة المعاق من ضغوط مختلفة تؤثر سلبيًا على السلوك التكيفي لدى الأسرة وإدراك جودة الحياة لديهم، كما أن هناك علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين السلوك التكيفي وجودة الحياة لدى آباء المعاقين سمعيًا، كما أكدت الدراسة على أهمية التأهيل النفسي لأسر المعاقين لتحسين جودة الحياة المدركة لديهم، وقد أشارت فاطمة عياد، ٢٠٠٢ إلى أن آباء المعاقين هم الأكثر معاناة للقلق والاكتئاب وتدني تقدير الذات لديهم مقارنة بآباء الأطفال العاديين حيث تناولت الدراسة عينة قوامها (٨٩) من آباء الأطفال المعاقين عقليًا وعينة تعدادها (٩٠) من آباء الأطفال العاديين في حين أكد جاكسون وود Carla Jackson: wood, 2004 على الآثار السلبية الناجمة عن الإعاقة السمعية بالنسبة لأسرة الأصم حيث يمتد الأثر السالب للإعاقة إلى كافة الجوانب الحياتية لدى الأسرة ولاسيما الأبعاد المرتبطة بجودة الحياة ومنها: التفاعل داخل الأسر Family Interaction موارد الأسرة المتاحة Family Resources. الأداء الوظيفي للآباء Parenting. الدعم المقدم للطفل للأصم Supporting for Deaf Child. توقعات الأسرة المرتبطة بمستقبل الطفل Implications For Future. مما يحد من قدرة الأسرة على الاستمتاع بالحياة والشعور بالسعادة وقد تناول مانفريد وهنترمير Manfred & Hintermair, 2004 عينة قوامها (٢٣٥) أما من أمهات الأطفال المعاقين سمعيًا اللاتي يعانين من ضغوطًا نفسية ناجمة عن إعاقة أطفالهن حيث هدفت الدراسة إلى خفض حدة الضغوط لديهن وكذلك تحسين جودة الحياة من خلال برنامج مقترح يهدف إلى تنمية شعورهن بالرضا عن الحياة Life Satisfaction كما كشفت الدراسة عن العلاقة السالبة بين بعض المتغيرات المرتبطة بالإعاقة ومنها: الإعاقات المصاحبة Additional Handicaps. شدة الإعاقة وجودة الحياة لدى الأمهات كذلك أكدت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كلا من مدى الدعم الاجتماعي المقدم للأسرة Social Support. أساليب التواصل المتاحة بين الطفل المعاق وأسرته كما هدفت دراسة بريتا داري Brita Ryde, 2006 إلى تشخيص القلق لدى عينة من أمهات المعاقين بإعاقات مختلفة (إعاقات حركية. متلازمة داون) وعينة من أمهات الأطفال المضطربين نفسيًا باستخدام مقياس Hospital anxiety and (HAD) depression حيث أكدت الدراسة أن أمهات المعاقين هن الأكثر معاناة للقلق مقارنة بعينة من أمهات الأطفال العاديين ممن يعانون من مشكلات نفسية كذلك أكدت الدراسة ارتباط القلق بالسمات الشخصية Personality traits لدى الأمهات بصفة عامة كما نجحت الدراسة في تخفيف حدة القلق لدى الأمهات باستخدام الأساليب الدفاعية Defiance Strategies. وهدفت دراسة هيننج إيريك Henning, Eric, R, 2008 إلى محاولة الكشف عن العلاقة الارتباطية بين القلق العام والرضا عن الحياة وقد تناولت الدراسة عينة قوامها (٥٢) من الآباء والأمهات ممن يعانون من ارتفاع القلق، حيث أكدت الدراسة تأثر أدائهم في العمل بصورة سلبية وكذلك تدني الأداء الاجتماعي والعجز عن تحمل المهام الأسرية كما أكدت الدراسة تأثر قدرة الآباء على الأداء في العمل بصورة سلبية، وتدني الأداء الاجتماعي والعجز عن تحمل المهام الأسرية كذلك تدني إدراك الآباء لمعايير جودة الحياة المختلفة ممثلة في: تدني تقدير الذات - القيم والأهداف المستقبلية - الجوانب المادية - العمل - القدرة على ممارسة الرياضة.

وأشار ري ماركوس وهيرونج Reeh Marcus,; Herwing, 2008 إلى أهمية تحسين الجوانب الصحية كأحد أبعاد جودة الحياة Health-Related Quality of Life لدى عينة

قوامها (٢٩٢) من آباء الأطفال المعاقين ممن ينتمون لإعاقات مختلفة متوسط أعمارهم ٤٠ عاماً ومتوسط أعمال أطفالهم (٥,٥) عاماً حيث أكدت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين المشكلات الصحية وجودة الحياة لدى الآباء. كما كشفت دراسة أرمسترونج Armstrong, 2009 عن تدني الجوانب الصحية كأحد أبعاد جودة الحياة لدى أمهات مزدوجي الإعاقة (سمعية - بصرية Deaf-Blind Children) (والضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة لدى أبنائهن، حيث أكدت الدراسة تأثير الجانب الصحي لدى أمهات المعاقين بصورة سلبية مما يؤثر سلباً على إدراكهن لجوانب جودة الحياة، كذلك فإن الإعاقة تلقي بظلالها على الأسرة ولاسيما الأم مما يتطلب تقديم الدعم النفسي والتأهيلي لأسر الفئات الخاصة. وقد تناولت افنش دي سوزا Avinash De Sousa, 2010، عينة قوامها (٣٠٠) أمّاً من أمهات المعاقين ذهنياً وذوي متلازمة داون في دراسة مقارنة بينهن للكشف عن علامات القلق والاكتئاب كسمة حيث توصلت الدراسة إلى أن أمهات المتوحدين هم الأكثر معاناة للقلق والاكتئاب كسمة حيث حظيت أمهات المتوحدين بفروق دالة احصائياً على مقياس القلق والاكتئاب مقارنة بأمهات ذوي الإعاقة العقلية.

في حين خلصت كارلا جاكسون Carla, Jackson W, 2010 من خلال دراسة مقارنة لإدراك جودة الحياة لدى آباء المعاقين سمعياً ممن يعتمدون على التواصل اللفظي مع أبنائهم المعاقين سمعياً مقارنة بغيرهم من الآباء الذين يعتمدون على التواصل غير اللفظي ويستخدم أطفالهم معينات سمعية، حيث تناولت الدراسة عينة قوامها (٢٠٧) من آباء المعاقين سمعياً متوسط أعمار أطفالهم ٦ سنوات، حيث خلصت الدراسة إلى أن الآباء الذين يتواصلون مع أطفالهم لفظياً كانوا أكثر رضا عن الحياة وشعوراً بالسعادة مقارنة بآباء الأطفال غير المؤهلين لفظياً، حيث يتدنى الجانب الانفعالي المرتبط بالوجود الأفضل Emotional Well-Being ، وقد أوصلت الدراسة بضرورة التأهيل المبكر للأطفال المعاقين سمعياً لتحسين جودة الحياة لدى آبائهم ذلك لوجود علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة لدى الآباء والتدخل الإيجابي لتأهيل أبنائهم من المعاقين. ويشير أحمد محمد جاد الرب، (٢٠١٠) إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين طيب الحياة النفسية لدى آباء المعاقين ذهنياً والضغوط الناجمة عن الإعاقة الذهنية، وذلك مقارنة بآباء الأطفال العاديين الذين كانوا الأكثر تمتعاً بطيب الحياة مقارنة بآباء المعاقين ذهنياً، حيث تناولت الدراسة عينة قوامها (٤١) من آباء المعاقين ذهنياً، وعينة قوامها (٣٥) من آباء العاديين ممن تتراوح أعمارهم من ٣٨: ٤٥ عاماً.

كما قد تناولت بعض الدراسات متغير جودة الحياة لدى المعاقين ودور الأسرة في تحقيقها. حيث أكد بيرمان Pearman, ١٩٩٧ على فاعلية العلاج الأسري Family Therapy والمساندة الاجتماعية في تخفيف حدة القلق وتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين، كذلك توجد علاقة ارتباطية موجبة بين Alexander H C Hendriks Et Al, 2000 الكشف عن حاجات أمهات وآباء الأطفال المعاقين بإعاقات حركية Motor or Multiply Disabeled وتقييم الخدمات المقدمة لهم واستعانت الدراسة بعينة قوامها (١٦) من أمهات وآباء المعاقين ينتمون لسبعة عشر مركزاً تأهلياً بألمانيا حيث تم تطبيق مقياس للحاجات يتضمن العديد من الأبعاد منها:- الحاجة إلى تفهم المزيد عن إعاقة الطفل والمتابعة داخل المنزل- الحاجة إلى التعرف على الخدمات المجتمعية المتاحة للمعاقين- الحاجة إلى تقديم الدعم اللازم لأداء الآباء لأدوارهم الوالدية Parenting- الحاجة للترويج والتعرف على الأماكن التأهيلية والترويحية المتاحة للأبناء ذوي الحاجات الخاصة - الحاجة إلى تقديم الدعم والمساعدة للآباء- الحاجة إلى الدعم وتقديم المساعدة في الاستجابة للتساؤلات المرتبطة بإعاقة الطفل وتوضيح طبيعة الإعاقة للآخرين. وأشارت كلا من ديانا دالتون وجاكلين كارين Dayna, Dalton ;Jklein, Karen, 2003 إلى العلاقة السالبة بين الإعاقة السمعية وما يرتبط بها من معوقات وصعوبات التواصل ودرجة الفقد السمعي بالإحساس بجودة الحياة لدى

الراشدين الصم حيث تناولت الدراسة عينة قوامها (٢٦٨٨) أصم ممن يعانون من الإعاقة السمعية المتوسطة والشديدة كما تناول كل من ردلوف كيومر Rudolph m, Kummer p, 2004 والتي هدفت إلى دراسة الاثر المتبادل بين كل من إعاقة الطفل والشعور بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية ترتبط بالنطق وتعرض الامهات للاضطرابات الانفعالية وأثر ذلك علي تفاقم إعاقة الطفل من جانب آخر، وقد تناولت الدراسة عينة من الأمهات المضطربات انفعاليًا ممن يعانون من القلق والاكتئاب ولديهن أطفالا يعانون من مشكلات نطق نمائية Speech Developmental Disorder قوامها (١٠٠) أما تتراوح أعمارهن من (٢٢: ٤٧) متوسط أعمار أطفالهن (٤,٥) سنة وقد استعانت الدراسة بمقياس Hospital Anxiety and Depression Scale (H A D S) حيث خلصت الدراسة إلى أن هناك تأثيراً متبادلاً بين مدى شعور الامهات بجودة الحياة ومدى إعاقة أطفالهن فكلما كانت الأم أكثر شعوراً بالسعادة كانت أكثر طلاقه مع الطفل وساعدت على تحسن النطق لديه والعكس صحيح فشعور الأم بالاكتئاب والقلق يجعلها تحجم عن الحديث مع الطفل فتتفاقم حالته مما يؤثر سلباً على ادراك الأم لجودة الحياة ويدفعها للمزيد من القلق والاكتئاب. كما هدفت دراسة يولاندا سامبسون Yolanda Simpson, 2005 إلى الوقوف على طبيعة العلاقة بين: الأسرة. المدرسة. المجتمع كعوامل منبئة لجودة الحياة لدى المراهقين ممن ينتمون لإعاقات مختلفة وفئات عمرية مختلفة فقد تناولت الدراسة عينة يصل قوامها (٩٣) طفلاً ومراهقاً حيث خلصت الدراسة إلى أن تعليم الوالدين ودخل الأسرة Family Income وارتفاع المستوى الاقتصادي والدعم المقدم للأسرة مما كان له الأثر الايجابي في تحسين جودة الحياة والتفاؤل تجاه المستقبل لدى المعاقين.

في حين تشير هانا كريستينك Hanna, Kristinek, 2006 إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين القلق وجودة الحياة لدى عينة من المعاقين جسدياً وكذلك فاعلية التدخل العلاجي الذي يهدف إلى تعديل الجوانب المعرفية في تخفيف حدة القلق ومن ثم الإحساس بجودة الحياة وأكد كلا من مارتن باتي وفريمير Martin, Patti & Freemyer, 2007 على أهمية التدخل الأسري المبكر من خلال أمهات الأطفال المعاقين سمعياً لدى عينة قوامها (٣٩) أما وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإحساس بجودة الحياة لدى المعاقين والتدخل المبكر من جانب الأسرة. في حين أشار مانفريد هنترمير Manfred, Hintermair, 2008 إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات والرضا عن الحياة لدى ضعاف السمع، كما يرتبط تقدير الذات بالقدرة على التواصل الجيد Good Communication ومستوى التعليم والتحصيل الدراسي كذلك الشعور بالرضا ومن ثم القدرة على إدراك جودة الحياة. وتؤكد أدينا جامبور Edina, E, Jambor, 2009 على مدى أهمية العديد من العوامل الأسرية ودورها في تخفيف حدة الإعاقة لدى الصم وتحسين جودة الحياة ومنها: عمر الفرد عند حدوث الإعاقة السمعية. درجة الفقد السمعي. نمط التواصل بين الفرد والأسرة. الخدمة التعليمية التي توفرها الأسرة للطفل وقد تناولت الدراسة عينة من الأفراد ذوي الصمم الولادي ممن يعتمدون على التواصل من خلال لغة الإشارة، وقد توصلت الدراسة إلى مدى أهمية دور الأسرة في تجاوز الأزمة الناجمة عن الإعاقة لدى الطفل وتحسين جودة الحياة لديه. كما توصلت دراسة كل من لويزا هكسون وجودي ألان Louise, Hickson & Jodie Allen, 2008 إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين درجة فقدان السمع والجوانب الصحية المرتبطة بجودة الحياة والوجود الأفضل Health-Related Quality Of Life حيث تؤثر الإعاقة السمعية سلباً على ممارسة الفرد للأنشطة والقدرة على المشاركة الاجتماعية وقد استعانت الدراسة بعينة من الراشدين من المعاقين سمعياً قوامها (١٧٨) معاق.

المنهج واجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة والتصميم التجريبي لها

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج التجريبي، وذلك للتحقق من الهدف الرئيسي للدراسة وهو قياس أثر برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد"، واعتمدت الباحثة على تصميم المجموعة الواحدة وقياس قبلي وبعدي.

ثانياً : عينة الدراسة :

اعتمد البحث الحالي علي عينة من فئة الأطفال الذاتويين عمر ٥,٥ – ٧ سنوات و عددهم ١٠ أطفال ذاتويين مرتفعي الاداء بمركز Son Rise بالمنصورة محافظة الدقهلية.

ثالثاً : أدوات الدراسة :

قامت الباحثة بالاعتماد على الأدوات الاتية وذلك لتحقيق أهداف الدراسة والتأكد من فروضها وهي :

١ - مقياس جودة الحياة (إعداد المجلس الأوروبي لتطوير مشروع KIDSCREEN لتعزيز جودة الحياة لدى الأفراد " تطوير الباحثة")

وصف المقياس :

نظراً لعدم توفر أداة بحثية حديثة في البيئة المحلية تعنى بقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، قامت الباحثة بتطوير مقياس جودة الحياة KIDSCREEN الغرض البحث العلمي وتحقيق أهداف الدراسة، ويهدف المقياس إلى فحص وتعزيز جودة الحياة المتصلة بالصحة للأطفال والمراهقين، حيث تم تطوير مقياس KIDSCREEN على مدى ثلاث سنوات في إطار المجلس الأوروبي لتطوير مشروع KIDSCREEN ، ويتكون من (٢٧) عبارة موزعة على خمسة أبعاد.

قامت الباحثة بترجمة عبارات المقياس إلى اللغة العربية وعرضها على مجموعة محكمين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس، وأسفرت نتائج التحكيم عن حذف وتعديل بعض العبارات، ليصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٢٥) عبارة موزعة على خمسة أبعاد:

(١) الرفاه البدني Physical Well-Being :

ويشمل (٤) عبارات تصف مستوى النشاط البدني للمفحوص من خلال القدرة على التنقل في المنزل أو المدرسة، أو القيام بأنشطة وألعاب بدنية، بالإضافة إلى مدى شعور الفرد بالصحة العامة.

(٢) الرفاه النفسي Psychological Well-Being :

ويشمل (٦) عبارات تصف الصحة النفسية للفرد بما في ذلك الانفعالات الإيجابية والرضا عن الحياة.

(٣) الاستقلالية والعلاقات الأسرية & Autonomy Parents :

وتشمل (٧) عبارات تصف جودة التفاعل بين الفرد والوالدين، ومدى شعور الفرد بالقبول والدعم من قبل الأسرة، كما يصف مستوى الاستقلالية والجودة المدركة للموارد المادية.

(٤) الدعم الاجتماعي والأقران Peers & Social Support :

وتشمل (٤) عبارات تصف طبيعة علاقات الفرد المفحوص مع الآخرين ومستوى القبول الاجتماعي لذاته، والقدرة على تشكيل الصداقات.

(٥) البيئة المدرسية School Environment :

وتشمل (٤) عبارات تصف تصور الفرد لقدرته المعرفية والتعلم والتركيز ومشاعره تجاهها وتجاه المدرسة.

صدق المقياس :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية عددها (١٠) من ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بمركز son Rise بالمنصورة، ثم تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (١) يوضح قيم المعاملات التي أمكن التوصل إليها.

جدول (١)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس والدلالة الإحصائية (ن=١٠)

م	أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	الرفاه البدني	٠,٥٢٦	٠,٠١
٢	الرفاه النفسي	٠,٨٢٩	٠,٠١
٣	الاستقلالية والعلاقات الأسرية	٠,٨٥٥	٠,٠١
٤	الدعم الاجتماعي والأقران	٠,٨٦٧	٠,٠١
٥	البيئة المدرسية	٠,٧٩٩	٠,٠١

يتضح من جدول (١) السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهذا يوضح أن أبعاد المقياس الخمسة صادقة في قياس ما وضعت من أجله؛ مما يعكس درجة مرتفعة من الاتساق.

ثبات المقياس

تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة بتطبيقه على عينة استطلاعية عددها (١٠) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بمركز son Rise بالمنصورة، وذلك باستخدام طريقتين : (١) التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان براون ومعادلة جوتمان، (٢) معامل ألفا كرونباخ، والجدول (٢) يوضح معاملات الثبات التي أمكن التوصل إليها.

جدول (٢)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة (ن=١٠)

م	أبعاد المقياس	المعامل	
		سبيرمان - براون	جوتمان
١	الرفاه البدني	٠,٧٦٥	٠,٧٦٥
٢	الرفاه النفسي	٠,٧١٧	٠,٧٥٥
٣	الاستقلالية والعلاقات الأسرية	٠,٦٧٨	٠,٦٧٠
٤	الدعم الاجتماعي والأقران	٠,٧٤٠	٠,٧٣٤
٥	البيئة المدرسية	٠,٨٢٣	٠,٨٢٢
	المقياس ككل	٠,٨١٤	٠,٨٠٥

ويتضح من الجدول (٢) السابق أن مقياس جودة الحياة يتميز بدرجة كبيرة من الثبات، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات بين (٠,٦٧٨ - ٠,٩١٦)، وهي قيم مرتفعة تعطي مؤشرا جيدا على ثبات المقياس، ويتضح مما تم عرضه سابقا أن المقياس يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق والثبات مما يدعو إلى الاطمئنان لاستخدامه في الدراسة الحالية.

برنامج قائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (إعداد الباحثة)

يهدف البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وكذلك تغيير وتعديل وتحسين مهاراتهم الاجتماعية في ضوء إمكاناتهم وقدراتهم من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة .

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على العديد من الأسس والتي كان لابد من الالتزام بها أثناء تنفيذ البرنامج وفقاً لمحتوى وأهداف البرنامج .

ومن هذه الأسس :

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على العديد من الأسس التي الالتزام بها في تعليم مختلف المهارات التي شملها البرنامج

ومن هذه الأسس :

(١) نظرية التعلم الاجتماعي:-

تعد نظرية التعلم الاجتماعي للعالم باندورا من أهم النظريات المهارات الاجتماعية كون الطفل يكتسبها بالتدريب والمران أو من خلال من خلال المشاهدة، وبعد العالم باندورا من أهم العلماء الذين اهتموا بالتعلم الاجتماعي، وبالتحديد التعلم بملاحظة سلوك الآخرين والمحاكاة، ومن أهم افتراضات هذه النظرية، هو أن معظم السلوك الإنساني يتم اكتسابه عن طريق الملاحظة، لذلك فإن الفشل أو النقص في الأداء الاجتماعي ينظر إليه باعتباره سلوكاً مكتسباً عن طريق الملاحظة، وتعديل هذه السلوكيات يمكن أن يتم من خلال التدريب (محمد محروس ومحمد السيد، ١٩٩٨، ٦٩).

(٢) النظرية السلوكية (سكنر)

تعد النظرية السلوكية من أهم وأحدث النظريات والتي تقوم على قواعد التعلم، وتحتوي على فنيات تستطيع أن تُحدث تعديلاً أو تغييراً إيجابياً في سلوك الإنسان، فاحتلت النظرية السلوكية مكاناً مهماً منذ مطلع الستينيات من القرن العشرين، وتتنظر النظرية السلوكية للسلوك الإنساني أن معظمه مُتعلم، وأن الإنسان بطبعه ليس خيراً أو شراً، بل يولد كصفحة بيضاء لم يكتب عليها شيء، ثم يبدأ بالتفاعل مع البيئة ويتم تعلم السلوكيات من خلال هذا التفاعل (أحمد عبداللطيف، وعبد الحليم عربيات، ٢٠١٢، ١١٤).

(٣) ثالثاً، النظرية المعرفية (بيك)

ويفترض أصحابها أن العوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية و التقويم الذاتي هي الأسباب الأساسية لقصور المهارات الاجتماعية تعد المدرسة المعرفية هي أحد أحدث المدارس في علم النفس، وجاء العلاج المعرفي ليركز على الجانب الذي يهتم بتغيير السلوك في شخصية الأفراد وفي قدرتهم على التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعلون معها (سيد عبد الله معتز، ٢٠٠٠، ٢٥٩).

ب - الأسس النفسية والتربوية :

- مراعاة احتياجات أطفال اضطراب التوحد .
- إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم ومشكلاتهم .
- مراعات الفروق الفردية بين الأطفال .
- الاهتمام بتنوع الأنشطة لتفادي الشعور بالملل للأطفال .

- زيادة الدافعية للأطفال وذلك بربط أنشطة البرنامج بميول واهتمامات الأطفال وتشجيعهم عند انجاز كل خطوة وكل هدف من أهداف البرنامج.
- مراعاة أن يسود جو من اللفة والثقة والمشاركة والاحترام المتبادل والتقبل بين الباحثة والأطفال وبين الأطفال وبعضهم البعض .
- أن يكون البرنامج مناسباً لافراد العينة وقابل للتنفيذ .
- تهيئة الظروف التعليمية المناسبة لتنفيذ البرنامج .
- مراعاة الأنشطة المقدمة في البرنامج لقدرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وللأهداف العامة والخاصة والإجرائية لكل جلسة من جلسات البرنامج.
- استخدام أسلوب التدريب الفردي وكذلك المتكرر حتى يتم تثبيت المهارة
- تنمية مهارات التعلم الأساسية والمهارات الأكاديمية ومهارات العناية بالذات والمهارات الحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- مراعاة أن تكون الأنشطة متنوعة وبسيطة ومناسبة لطبيعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- تنمية المهارة في إرسال واستقبال وتنظيم المعلومات الشخصية في مواقف التواصل اللفظي وغير اللفظي ، والقدرة على التعبير والضبط الإنفعالي والاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

نتائج الدراسة :

نتائج اختبار صحة الفرض الأول :

حساب حجم فعالية البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية:

ولحساب حجم فعالية البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية، استخدمت الباحثة معادلة بلاك للكسب المعدل، وذلك وفق الآتي:

$$\frac{\text{المتوسط البدي - المتوسط القبلي}}{\text{الدرجة الكلية للقياس}} + \frac{\text{المتوسط البدي - المتوسط القبلي}}{\text{الدرجة الكلية للقياس}}$$

ويرى بلاك أنه إذا بلغت هذه النسبة أكبر من (١,٠٢) فإنه يمكن الحكم بصلاحية وفعالية البرنامج المستخدم ، وعند تطبيق معادلة بلاك للكسب المعدل أظهرت النتائج ما يلي : بلغت الدرجة الكلية (٨٦) وبلغت قيمة المتوسط البعدي (٦٧) ، أما المتوسط القبلي فكانت قيمته (٢١,٧) . وبتطبيق المعادلة وجد الباحث أن نسبة الكسب المعدل المتحققة للبرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية = (١,١٤)، وهي أكبر من (١)، مما يدل أن البرنامج التدريبي يتسم بالقدر المقبول من الفعالية في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية.

وتعزو هذه النتيجة إلى أن البرامج القائمة على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) تركز على تنمية اللبنيات الأساسية للاتصال الاجتماعي - مثل الإحالة ، ومشاركة المشاعر ، والتنظيم ، ومشاركة الخبرات - التي تتطور عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة . برامج التدخل بتطوير العلاقات (RDI) هو برنامج قائم على الأسرة ، حيث يقوم المستشارون المدربون بدعم العائلات لتغيير أساليب التفاعل والتواصل. هناك فترة لتعليم الوالدين ، يتبعها تقييم لكل من العلاقة بين الطفل والوالد. بعد ذلك ، يقوم المستشارون بدعم الأسرة من خلال مجموعة من الأهداف المحددة لبناء علاقة "مشاركة موجهة" بين الوالدين والطفل والتي ستسمح للطفل أن يصبح مرة أخرى "متدرباً معرفياً" للوالدين. بمجرد أن يتم التدريب المهني المعرفي ، يمكن للعائلة الانتقال إلى أهداف علاج معرفي محددة للطفل. هذه أهداف تنموية تم تصميمها لاستعادة الاتصال العصبي الأمثل من خلال

سلسلة من "الاكتشافات" و "التفصيل" (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108). كما أن البرامج التي تعتمد على RDI تعزيز "الذكاء الديناميكي" للأطفال المصابين بالتوحد لتطوير سلوكيات نموذجية. الذكاء الديناميكي يعني القدرة على التفكير بمرونة ، واتخاذ وجهات نظر مختلفة ، والتعامل مع التغيير ، ومعالجة المعلومات في وقت واحد (على سبيل المثال ، الاستماع والنظر في نفس الوقت) . (Eikeseth & Klintwall, 2014, 2108) هذه القدرات ضرورية في العالم الحقيقي، حيث يؤدي نقص الاتصال العصبي لدى المصابين بالتوحد إلى رؤية جامدة وثابتة للعالم، بسبب كره التغيير وعدم القدرة على التعامل مع المعلومات الجديدة ، لا يطور المصابون بالتوحد ذكاء ديناميكي ، وهو أمر ضروري للعلاقات والاستقلالية ونوعية الحياة . يطور الأطفال النموذجيون ذكاءً ديناميكياً من خلال المشاركة الموجهة ، والتي يتم توجيهها وتحدياتها من قبل مقدمي الرعاية. بسبب الصعوبات الاجتماعية التي يعانون منها ، تتفكك هذه العلاقة لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولذلك يجب دعم العائلات لإعادة بنائها بطريقة بطيئة ومدرسة. يحتاج الأطفال إلى تعلم كيفية الإشارة إلى والديهم ومشاركة المشاعر واستخدام لغة مشاركة الخبرات لبناء علاقة وثيقة وثقة حيث يمكنهم التعلم والتعامل مع عدم اليقين في الحياة.

ولعل السبب في هذه النتيجة هو تنمية العلاقات الاجتماعية بين الآباء والأمهات وأبنائهم من خلال اشراك الباحث لهم في أثناء الجلسات وتكليفهم بالمهام التي يقومون بها مع أطفالهم خلال تواجدهم بالمرز ، حيث اكتسب الآباء والأمهات المزيد من الثقة وتقوية العلاقة بينهم وبين أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد . وقد اتفقت هذه النتيجة في جانب منها " مع دراسة Hicks (2018) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية برنامج التدخل بتنمية العلاقات الاجتماعية RDI في تنمية العلاقات الاجتماعية بين الآباء والأمهات وأطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد كنوع من التدخل الذي يوصي به المتخصصون في المستقبل . كما اتفقت دراسة (Coleman, ٢٠١٦) (2016) التي توصلت إلى فاعلية دمج نهج أنظمة التدخل الأسرية وخاصة برنامج التدخل RDI لتنمية العلاقات الاجتماعية في علاج الكثير من أوجه القصور لدى هؤلاء الأطفال وزيادة قدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية جيدة مع أسرهم . وقد اتفقت أيضاً مع دراسة (محمود تمام ، ٢٠٢٠) والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي لمرحلة العلاج والقياس التتبعي للمجموعة العلاجية في مستوى التفاعل الاجتماعي . وكذلك اتفقت مع دراسة (حسام جابر ، ٢٠١٨) التي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي / البعدي) في مهارات التواصل غير اللفظي . وقد اتفقت هذه النتيجة في جانب منها كذلك مع دراسة (أحمد بركات، ٢٠١٨) والتي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين (البعدي-التتبعي) في بعد (التواصل البصري).

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة (Gutstein et al., 2007) والتي هدفت إلى بيان أثر فاعلية أنشطة برنامج RDI في تنمية العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية أنشطة برنامج RDI في تنمية العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وزيادة تفاعلهم مع الآخرين ، حيث أسهمت أنشطة البرنامج في مساعدة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على توفير فرص الاندماج في الأداء والإسهام في زيادة المرونة والتعميم في المواقف الاجتماعية والتعليمية.

وتتفق أيضاً مع دراسة (محمود تمام، ٢٠٢٠) . والتي هدفت إلى تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، وتم تطبيق برنامج RDI على

المجموعة التجريبية، واستخدم في الدراسة مقياس كارز ٢ (CARS2) ، واستمارة تقييم برنامج التدخل لتنمية العلاقات الاجتماعية. وقد أوضحت نتائج الدراسة بعد تطبيق البرنامج التدريبي (RDI) (وإتمام القياسين القبلي والبعدي عن وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في مستوى التفاعل الاجتماعي لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فعالية أنشطة برنامج RDI ، وعدم وجود فروق جوهرية في القياس البعدي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي للمتابعة في مستوى التفاعل الاجتماعي وتؤكد ثبات التحسن.

نتائج اختبار صحة الفرض الثاني:

لاختبار صحة الفرض الثاني الذي ينص على أنه: يوجد تأثير معنوي للبرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على أبعاد مقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، استخدمت الباحثة الانحدار المتعدد، وفيما يلي تفصيل ذلك:

١ - تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني لمعرفة تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني ، قامت الباحثة باستخدام الانحدار المتعدد ، ويوضح الجدول (٣٣) قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني وذلك ما يلي:

جدول (٣)

قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني

المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط	معامل الانحدار الجزئي	معامل الانحدار الجزئي المعياري	قيمة "ت"	P. Value	VIF
المراجع العاطفية والبصيرة والإدراك المتأخر	٠,٤٣٥	٠,٣١١	٠,٠٩٩	١٦,٠٤٤	٠,٠٠٠	٢,٥٠
التنسيق الاجتماعي	٠,٨٧١	٠,٤٥٠	٠,٠٨٢	١١,٨٦٩	٠,٠٠٠	٢,٥٦
اللغة التصريحية	٠,١٣٦	٠,١٠٥	٠,١٢٠	١٤,٤٠٤	٠,٠٠٠	٢,٨٨
التفكير المرن	٠,٤٢٨	٠,٢٣٠	٠,٧٣٦	٩,٤٨٤	٠,٠٠٠	٢,٥٧
معالجة المعلومات العلائقية	٠,٦١٣	٠,٣٨٨	٠,١١١	١٦,٠٤٤	٠,٠٠٠	٢,٥٧
a: ثابت الانحدار		١٠,٦٣٥				
معامل التحديد $R^2 = ٠,٤٧٧$ معامل التحديد المعدل = $٠,٤٦٩$ قيمة $F = ٨٥,٧٦٧$ قيمة $P. Value = 0.000$ مستوى المعنوية ≥ 0.05 نسبة الخطأ = 52.3%						

يتضح من الجدول السابق الآتي:

- ١- جاءت جميع قيم (F) دالة إحصائيًا، مما يعني أن هناك تأثير معنوي للبرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني .
- ٢- جاءت جميع قيم (T) دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على الرفاه البدني معنوي.

٣- بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) لتأثير أبعاد البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه البدني = (٠,٤٧٧)، مما يعني أن المتغير المستقل يفسر ما مقداره ٤٧,٧% من التغير الحادث في المتغير التابع، وأن ما نسبته ٥٢,٣% من التغيرات يرجع إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة.

٢- تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي لمعرفة تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي، قامت الباحثة باستخدام الانحدار المتعدد، ويوضح الجدول (٣٤) قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي وذلك ما يلي:

جدول (٤)

قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي

المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط	معامل الانحدار الجزئي	معامل الانحدار الجزئي المعياري	قيمة "ت"	P. Value
المراجع العاطفية والبصيرة والإدراك المتأخر	٠,٤٣٥	١,١٢١	٠,٥٠٦	١,٩٧٧	٠,٠٠٠
التنسيق الاجتماعي	٠,٨٧١	٠,٦٥١	٠,٢٥٥	٥,٧٨٨	٠,٠٠٠
اللغة التصريحية	٠,١٣٦	٠,٦٥٤	٠,٣١٨	٩,٥٥٧	٠,٠٠٠
التفكير المرن	٠,٤٢٨	٠,٢٦٩	٠,٠٩١	٣,٢٥١	٠,٠٠١
معالجة المعلومات العلائقية	٠,٦١٣	٠,٩٠٨	٠,٣٦٢	١٦,٠٤٤	٠,٠٠٠
a: ثابت الانحدار		٢٢,٧٥٠			
معامل التحديد $R^2 = ٠,٦٦٦$ معامل التحديد المعدل = ٠,٢٤٩ قيمة $F = ١٠٤,١٩٢$ قيمة $P. Value = 0.000$ مستوى المعنوية $0.05 \geq$ نسبة الخطأ = 43.4%					

يتضح من الجدول رقم (٤) الآتي:

- ١- جاءت جميع قيم (F) دالة إحصائية، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي معنوي.
- ٢- جاءت جميع قيم (T) دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي معنوي.
- ٣- بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) لتأثير أبعاد تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الرفاه النفسي = (٠,٦٦٦)، مما يعني أن المتغير المستقل يفسر ما مقداره ٦٦,٦% من التغير الحادث في المتغير التابع، وأن ما نسبته ٤٣,٤% يرجع إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة.
- ٣- تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية

لمعرفة تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية، قام الباحث باستخدام الانحدار المتعدد، ويوضح الجدول (٣٥) قيم

معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية وذلك ما يلي :

جدول (٥)

قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية

المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط	معامل الانحدار الجزئي	معامل الانحدار الجزئي المعياري	قيمة "ت"	P. Value
المراجع العاطفية والبصيرة والإدراك المتأخر	٠,٤٣٥	٠,٢٥٩	٠,١١٠	٧,٥٧٠	٠,٠٠٠
التنسيق الاجتماعي	٠,٨٧١	٠,٢١٠	٠,٠٧٧	٤,٤٧٥	٠,٠٠٠
اللغة التصريحية	٠,١٣٦	٢,٢٣٧	١,٠٢٧	٥,٩٠٣	٠,٠٠٠
التفكير المرن	٠,٤٢٨	١,٦٦٢	٠,٥٣٠	٩,٣٠٤	٠,٠٠٠
معالجة المعلومات العلائقية	٠,٦١٣	٠,٠٨٩	٠,٠٣٤	٥,٥٣	٠,٠٠٠
a: ثابت الانحدار		٣١,٩٤٧			
معامل التحديد $R^2 = ٠,٧٢١$					
معامل التحديد المعدل = $٠,٣٧٣$					
قيمة $F = ٧٤,٦٣١$					
قيمة $P. Value = 0.000$					
مستوى المعنوية $0.05 \geq$					
نسبة الخطأ $= 27.9\%$					

يتضح من الجدول رقم (٥) الآتي:

- ١- جاءت جميع قيم (F) دالة إحصائية، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية معنوي.
- ٢- جاءت جميع قيم (T) دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية معنوي.
- ٣- بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) لتأثير تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الاستقلالية والعلاقات الأسرية $= (٠,٧٢١)$ ، مما يعني أن المتغير المستقل يفسر ما مقداره ٧٢,١% من التغير الحادث في المتغير التابع، وأن ما نسبته ٢٧,٩% يرجع إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة.
- ٤- تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران:-

لمعرفة تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران ، قامت الباحثة باستخدام الانحدار المتعدد ، ويوضح الجدول (٣٦) قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران وذلك ما يلي :

جدول (٦)
قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران

المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط	معامل الانحدار الجزئي	معامل الانحدار الجزئي المعياري	قيمة "ت"	P. Value
المراجع العاطفية والبصيرة والإدراك المتأخر	٠,٥٨١	١,٠٢٨	٠,٢٤٩	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
التنسيق الاجتماعي	٠,٦٣٨	٠,٩٣٤	٠,٢٥٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
اللغة التصريحية	٠,٦٧٦	١,٦٥٨	٠,٤٣٦	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
التفكير المرن	٠,٤٩٤	٠,٢٣٨	٠,١٩٣	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
معالجة المعلومات العلائقية	٠,٥٦٢	٠,٢٦٥	٠,٢٣٧	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
a: ثابت الانحدار		٣١,٩٤٧			
معامل التحديد $R^2 = ٠,٩٣٦$ معامل التحديد المعدل = ٠,٨٥٦ قيمة $F = 133.23$ قيمة $P. Value = 0.000$ مستوى المعنوية ≥ 0.05 نسبة الخطأ = 6.04%					

يتضح من الجدول (٦) الآتي:

- ١- جاءت جميع قيم (F) دالة إحصائيًا، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران معنوي.
- ٢- جاءت جميع قيم (T) دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران معنوي.
- ٣- بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد الدعم الاجتماعي والأقران = (٠,٩٣٦)، مما يعني أن المتغير المستقل يفسر ما مقداره ٩٣,٦% من التغير الحادث في المتغير التابع، وأن ما نسبته ٦,٠٤% يرجع إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة.
- ٥- تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد البيئة المدرسية:-

لمعرفة تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد البيئة المدرسية، قامت الباحثة باستخدام الانحدار المتعدد، ويوضح الجدول (٧) قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (RDI) على بعد البيئة المدرسية وذلك ما يلي:

جدول (٧)
قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد البيئة المدرسية

المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط	معامل الانحدار الجزئي	معامل الانحدار الجزئي المعياري	قيمة "ت"	P. Value
المراجع العاطفية والبصيرة والإدراك المتأخر	٠,٤٨١	١,٠٢٧	٠,٢٤٨	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
التنسيق الاجتماعي	٠,٥٣٨	٠,٩٣٣	٠,٢٥٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
اللغة التصريحية	٠,٥٧٦	١,٦٥٧	٠,٤٣٥	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
التفكير المرن	٠,٣٩٤	٠,٢٣٧	٠,١٩٢	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
معالجة المعلومات العلائقية	٠,٤٦٢	٠,٢٦٤	٠,٢٣٦	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
a: ثابت الانحدار		٣٠,٩٤٦			
معامل التحديد $R^2 = ٠,٩٢٥$ معامل التحديد المعدل = ٠,٨٥٥ قيمة $F = 131.11$ قيمة $P. Value = 0.000$ مستوى المعنوية ≥ 0.05 نسبة الخطأ = 7.5%					

يتضح من الجدول (٧) الآتي:

- جاءت جميع قيم (F) دالة إحصائياً، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد البيئة المدرسية معنوي.
 - جاءت جميع قيم (T) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني أن تأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد البيئة المدرسية معنوي.
 - بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على بعد البيئة المدرسية = (٠,٩٢٥)، مما يعني أن المتغير المستقل يفسر ما مقداره ٩٢,٥% من التغير الحادث في المتغير التابع، وأن ما نسبته ٧,٥% يرجع إلى عوامل أخرى لم يتضمنها نموذج الدراسة.
- يتضح مما سبق وجود تأثير معنوي للبرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) على أبعاد مقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتعد هذه النتيجة نظراً لتأثير البرنامج التدريبي القائم على التدخل بتطوير العلاقات (*RDI*) في تنمية المهارات اللغوية والتي تؤثر بدورها في المهارات الاجتماعية حيث عندما تتحسن مهارات اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تزداد المهارات الاجتماعية تحسناً حيث يزداد تفاعل التلاميذ مع بعضهم البعض مما يؤثر بشكل مباشر على جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال.
- ويتفق ذلك مع دراسة (فرغلي، ٢٠١٨) حيث تذكر أنه التلاميذ ذوو صعوبات التعلم يتسموا ببعض الصفات مثل صعوبة تكوين الصداقات، والتواصل مع الآخرين، وصعوبة التكيف والتوافق مع البيئة المحيطة، إضافة إلى ضعف السلوك التوكيدي والذي يعرف بأنه حصول الفرد على حقوقه الشخصية دون الاعتداء على حقوق الآخرين، وتعد هذه السمات شائعة بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مما يكون لها الأثر الواضح على مستوى تقدمهم وغبتهم للتعلم، بل تصل بتأثيرها على شخصيتهم وقدرتهم في التعامل مع الآخرين.

هذا وتعزو هذه النتائج على فعالية البرنامج التدريبي وأثره على تنمية المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ويتفق ذلك مع دراسة (القمش والحوالدة، ٢٠١٦) حيث أكدوا على أنه يساهم تدريب التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على تنمية المهارات الاجتماعية في تطور الكفاءة الاجتماعية لديهم، حيث يزيد من قدرة التلميذ على التواصل مع الآخرين، ويجعله قادراً على تكوين الصداقات وإجادة التعامل مع أقرانه وفهم مشاعرهم، ويرفع من درجة مشاركته الاجتماعية، ويستطيع البدء في إنشاء حوار أو المشاركة فيه، كما تساهم برامج تنمية المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم في زيادة التفاعل الاجتماعي لهم، وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاتهم، وزيادة فرص تقبل الآخرين لهم، والتفاعل بصورة إيجابية مع من حولهم في كافة المجالات سواء التعليمية، أو المهنية أو المجتمعية، ولهذه الأسباب يعد تدريب التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على المهارات الاجتماعية ذات أهمية بالغة، وحاجة ملحة؛ لما يحققه من فوائد ذات أبعاد عديدة.

ويتفق هذا أيضاً مع تفسير نتائج دراسة (Fox & Boulton, 2015) حيث فسرت الدراسة أن القصور الواضح في مستوى المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم؛ بكونه عائدًا إلى ضعف فهمهم للمؤشرات والدلالات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية، التي تقع ضمن الخلفية الثقافية للمجتمع الذي يعيشون فيه، كما أنهم لا يستمعون للآخرين بشكل جيد، ويعجزون عن تقبل وجهات النظر، ويعزفون عن المشاركة علاوةً على ذلك يفتقرون إلى الحساسية الانفعالية للآخرين الاجتماعية مع أقرانهم. كما يرى ياسين والعبد (٢٠١٩) أن هذا القصور في مستوى المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم؛ هو ما دعا بعض المختصين إلى المناداة بضم المهارات الاجتماعية كمؤشر من مؤشرات تحديد وتشخيص التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، خصوصاً بأن هذا التدني في مستوى المهارات الاجتماعية له آثار تطول عدة جوانب، وينعكس بطريقة سلبية على الأداء الأكاديمي، والتفاعل الاجتماعي لهؤلاء التلاميذ.

توصيات الدراسة :

بناءً على ما تم عرضه من نتائج توصي الباحثة بما يلي :

- ١- الاهتمام بالكشف المبكر عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ٢- ضرورة توظيف استراتيجية **RDI** في تنمية المهارات اللغوية؛ لأهمية مهارات التدخل بتطوير العلاقات في تحسين مهارات اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتطويرها.
- ٣- ضرورة الالتفات إلى إدراج أنشطة ومهارات وتدريبات قائمة على الوعي اللغوي في مرحلة رياض الأطفال لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ٤- ضرورة إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول فاعلية برنامج **RDI** في صفوف ومراحل مختلفة.
- ٥- ضرورة عقد دورات تدريبية وورش عمل لمعلمي رياض الأطفال؛ بهدف تدريبهم على استخدام برنامج **RDI** لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ٦- عقد دورات إرشادية لآباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد حول كيفية تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى أبنائهم.
- ٧- تفعيل البرامج التدريبية التي تهدف إلى رفع مستوى المهارات الاجتماعية واللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ٨- تدعيم والدي الطفل التوحد بكافة أوجه الدعم وخاصة توفير البرامج الإرشادية التي تؤهلها لمساعدة أطفالهما، والتعرف على طرق تشخيص اضطراب التوحد، وتقديم المساندة

- والمشهورة للأمهات منذ لحظة اكتشاف الاضطراب وتوضيح ضرورة العلاقة بين الأم وطفلها التوحيدي التي تظهر خلال التفاعلات أثناء الحياة اليومية.
- ٩- التدريب المبكر للأطفال التوحيدين على الاستقلالية وإكسابهم المهارات الحياتية المختلفة والتي تمكن الطفل التوحيدي من الاعتماد على نفسه مع تنمية قدراتهم الحركية والعقلية واللغوية والاجتماعية.
- ١٠- قياس الممارسات الوالدية والعلاقات بين أفراد الأسرة بالطفل وتشخيص المتغيرات الأسرية قبل البدء في عمليات التدخل المبكر.
- ١١- تدريب وتأهيل الكوادر البشرية التربوية والتعليمية المؤهلة لتربية وتعليم الأطفال التوحيدين وفق التكنولوجيا الحديثة.
- ١٢- تحسين جودة التعليم وتهيئة المدارس العادية لاستيعاب ودمج الأطفال التوحيدين.
- ١٣- تحسين جودة الصحة من خلال تنظيم ودعم البرامج الوقائية وتدريب القائمين بالعمل فيها مع الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيل الشامل للأطفال وأسراهم.
- ١٤- الاستعانة بالبرامج التدريبية في تحسين إدارة الذات وجودة الحياة ، لدى أمهات الأطفال التوحيدين.
- ١٥- العمل على توظيف فنيات العلاج في العمل مع الوالدين؛ لما للنظرية من أساليب يسيرة وعملية.
- ١٦- الطلب من المرشدين رعاية الأمهات منذ المراحل الأولى؛ للتدخل المبكر في اكتشاف أن الطفل لديه توحد.
- ١٧- توجيه الدراسات التالية؛ للقيام بالمزيد من الدراسات حول والديّ التوحيدين، وتخصيص برامج خاصة بهم؛ حيث إنّ والديّ التوحيدين عبارة عن طاقة بشرية غير مستغلة بالشكل المناسب.
- ١٨- التكفل النفسي الجيد بأمهات الأطفال المرضى عموماً و أم الأطفال المصابين بالتوحد خصوصاً.
- ١٩- تنظيم دورات إعلامية تحسيسية للأمهات للتعريف أكثر ذا الاضطراب والأعراض الخاصة به لمساعدة الأمهات على فهمه.
- ٢٠- تقديم الاقتراحات والإرشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل التوحيدي وأمه وكذا الحفاظ على جودة حياة الأم من خلال النصائح والتوجيهات.
- ٢١- تقديم برامج إرشادية توعوية نحو الوعي الغذائي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.
- ٢٢- تقديم برامج إرشادية حول الوعي الصحي للأطفال المصابين بالتوحد حول مخاطر بعض الأمراض المعدية والمزمنة لهذه الفئة.
- ٢٣- ينبغي النظر إلى برنامج **RDI** كجزء من خطة علاجية متكاملة؛ إذ يضطلع الطبيب المعالج فيها بدور الإدارة والمعالجة السريرية، مع تقديم المشورة الطبية والنفسية ويمكن لأحد المختصين من المدربين في برنامج **RDI** أن يقوم بدور الاختصاصي المعالج، مع تقديم الإفادات والتعقيبات الدقيقة إلى الطبيب المعالج، على أن يتم هذا إلى جنب مع تقديم التدريب المخصص حسب الاحتياجات الفردية والإرشاد النفسي والأسري لأفراد الأسرة.
- بحوث ودراسات مستقبلية**
- بناءً على ما تم عرضه من نتائج وتوصيات ترى الباحثة أنه هناك العديد من البحوث والدراسات المستقبلية التي قد يستفيد منها الباحثين ومنها ما يلي :
- ١- إجراء دراسة بهدف التعرف إلى معوقات تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية لدى

- الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ٢- إجراء دراسة عن أفضل الطرق التكنولوجية الحديثة في الكشف المبكر عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد على ضوء بعض الخبرات الدولية.
 - ٣- فاعلية برنامج قائم على الوعي الفونولوجي لتحسين الفهم القرآني والمهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
 - ٤- فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج السلوكي لتنمية الصحة النفسية الإيجابية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
 - ٥- برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي لتنمية جودة الحياة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة العاطفية.
- فاعلية برنامج تدريبي لتنمية إدارة الذات وأثره على جودة الحياة لدى الأطفال المكفوفين .

المراجع :

أولاً : المراجع العربية:

- ١) إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤). التوحد الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- ٢) ابن منظور (٢٠٠٣). معجم لسان العرب، دار الحديث، القاهرة.
- ٣) أبي الفضل جمال الدين ابن منظور (١٩٩٣): لسان العرب. بيروت : طبعة دار الكتب العلمية ، جزء أ.
- ٤) أحمد سليم النجار (٢٠٠٦). التوحد واضطراب السلوك. عمان: دار المشرق الثقافي .
- ٥) إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩). الذاتية لدى الأطفال: دراسة نقدية، ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- ٦) رائد خليل العبادي (٢٠٠٦). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- ٧) سليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٠). سيكولوجية التوحد (الأوتيزم) الطفل الذاتي بين الرعاية والتجنب. القاهرة: المكتبة العصرية.
- ٨) سميرة خطوط (٢٠١٨). مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة ، الجزائر .
- ٩) سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٠) سهير محمود عبد الله (٢٠٠٢). فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير، معهد الطفولة والأمومة، جامعة عين شمس.
- ١١) سونيا يوسف العواودة (٢٠١٧). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا ، جامعة الخليل ، فلسطين .
- ١٢) عبد الخالق نجم البهادلي ، وعلي مهدي كاظم (٢٠٠٦) : جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين، دراسة ثقافية مقارنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس ، ١٧ - ١٩ ديسمبر ، عمان.
- ١٣) عبد الناصر موسى القرالة ؛ وصهيب خالد التخاينة ، وأنس صالح الضلاعين. (٢٠١٨) . فاعلية برنامج إرشاد أسري في تنمية إدارة الذات وتقديرها لدى أمهات الأطفال

- التوحيدين في محافظة الكرك ، مجلة جامعة النجاح للأبحاث : العلوم الإنسانية. مج. ٣٢، ع. ١، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الأردن
- ١٤) عبير محمد أنور أبو سريع ، وصفاء إسماعيل مرسي أسامة (٢٠٠٦) : أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، ١٧ – ١٩ ديسمبر، - عمان.
- ١٥) هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٤). فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال الأوتيزم (الأوتيسم)، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد (٣٣)، مجلد (٢)، ص ٢٣٨ : ٢٠٨.
- ١٦) هيفاء كمال شرف الدين (٢٠١٨). "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحيدين بدولة الإمارات العربية المتحدة"، رسالة الماجستير ، قسم علم النفس ، جامعة الامارات.
- ثانياً : المراجع الأجنبية : -**
- 17) American Psychiatric Association, (2016). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Dsm V. Washington, Dc American Psychiatric Press.
- 18) Antle, B. (2005). Family's adaptation to child's Blindness, Journal of visual impairment & Blindness, 99(4), pp 209 - 218.
- 19) Arehart, J. (2016). Brains of those with Autism may be Alphabetically Different. Journal of Psychiatric News, 40(3), 17-31.
- 20) Arias, V. B., Gómez, L. E., Morán, M. L., Alcedo, M. Á., Monsalve, A., & Fontanil, Y. (2017). Does Quality of Life Differ for Children With Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability Compared to Peers Without Autism?. Journal of autism and developmental disorders, 1-14.
- 21) Autism Society of America (2019). Quality of Life Outcomes – Autism Society, Retrieved 7 May from <http://www.autism-society.org/aboutthe-autism-society/guiding-principles/quality-of-life-outcomes/>
- 22) Baumgarten, V. (2004). Job characteristics in the United States Air force and Mental Health service utilization. Dissertation Abstracts International section AL Humanities and social sciences, 65 (2A), PP697.
- 23) Callella, N. D. (2016). Incorporating family systems interventions for children with autism and their families (Doctoral dissertation, Alliant International University).

-
-
- 24) Casenhiser, D; Binns, A; McGill, F & Shanker, S. (2015). Measuring and supporting language function for children with autism: Evidence from a randomized control trial of a social-interaction-based therapy. *J Autism Dev Disord*, 45(3):846±57
 - 25) Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2018). Data and Statistics /Autism Spectrum Disorder (ASD), Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> - Childhood Autism Rating Scale – 2-HF:
 - 26) Chou,y. C; Scholock, R. L; Tzou, P. Y; Lin, L. C; Chang, A. L; Lee, W. P. & Chang. S. C. (2007). Quality of life of adults with intellectual disabilities who live with families. *Journal of intellectual Disability Research*, 5 (11), pp 875 - 887
 - 27) Donvon, J. (1998). Reporting on Quality of life in Randomized Controlled trials; Bibographic study. *British Medical Journal*, 3 (17), pp 1191 - 1195.
 - 28) Egilson, S. T., Ólafsdóttir, L. B., Leósdóttir, T., & Saemundsen, E. (2017). Quality of life of high-functioning children and youth with autism spectrum disorder and typically developing peers: Self-and proxyreports. *Autism*, 21(2), 133-141.
 - 29) Eikeseth, S., & Klintwall, L. (2014). Educational interventions for young children with autism spectrum disorders. *Comprehensive guide to autism*, 2101-2123.
 - 30) Gillis, J. M., Callahan, E. H., & Romanczyk, R. G. (2011). Assessment of social behavior in children with autism: The development of the Behavioral Assessment of Social Interactions in Young Children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 351-360.
 - 31) Gonzalez-Gadea, M. L., Baez, S., Torralva, T., Castellanos, F. X., Rattazzi, A., Bein, V., ... & Ibanez, A. (2013). Cognitive variability in adults with ADHD and AS: disentangling the roles of executive functions and social cognition. *Research in developmental disabilities*, 34(2), 817-830.
 - 32) Gutstein, S. (2004). The effectiveness of Relationship Development Intervention in remediating core deficits of autism
-

-
- spectrum children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(5), 375.
- 33) Jennifer B. Mactavish & Kelly J. MacKay (2007). Family Caregivers of Individuals with Intellectual Disability: Perspectives on Life Quality and the Role of Vacations. *Journal leisure research*, 39 (I), pp. 127 - 155.
- 34) Jiyeon Park, Ann, P. turnbull. H Rutherford, Turn bull, J. (2002). Impact of poverty quality of life in families of children with disabilities. *Journal of Exception children*, 68 (2), p151.