

الوعي والممارسات السلوكية لعينة من أمهات الأطفال التوحدين وعلاقتها بشدة التوحد ومهارات الطفل الاجتماعية بالاسكندرية

يسرية رجب أنور محمد، ليلي محمد إبراهيم الحضري، دعاء فؤاد أحمد

الملخص العربي

أجريت هذه الدراسة بهدف دراسة الوعي و الممارسات السلوكية لعينة من أمهات الأطفال التوحدين و علاقة ذلك بشدة التوحد عند الطفل و مهاراته الاجتماعية و قد اختيرت مدينة الإسكندرية لإجراء هذه الدراسة على عينة قصدية (صدفية) قوامها ١٠٠ أم لديها طفل توحدي.

استخدم الأستبيان بالمقابلة الشخصية كأسلوب لجمع البيانات المتعلقة بهذا البحث حيث تم من خلاله تقييم مستوى الوعي و الممارسات السلوكية و كذلك رضا الأم بإعاقة الطفل.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن ٦٨% من الامهات كانت ذوات وعي متوسط وأن ٣٢% منهن ذوات وعي منخفض.

أما بالنسبة للممارسات السلوكية التي تتبعها الأمهات لتعديل سلوكيات أطفالهن فأتضح أن ٣٦% من الامهات تتبعن الأساليب العلمية لتعديل سلوكيات الطفل بصفة دائمة وأن ٣٣% منهن تتبعها بدرجة متوسطة، وأن ٣١% نادراً ما تتبع الممارسات السلوكية العلمية لتعديل سلوكيات أطفالهن.

وبالنسبة لشدة التوحد فقد اتضح أن ٤٨% من الأطفال ذوي توحد شديد وأن ٣٤% ذوي توحد متوسط وأن ١٨% ذوي توحد بسيط.

أما المهارات الاجتماعية فأتضح أن ٢٤% من الاطفال ذوي مستوى مهارات اجتماعية مرتفعة، في حين أن ٥١% ذوي مهارات اجتماعية متوسطة، وأن ٢٥% منهم ذوي مستوى مهارات اجتماعية منخفضة.

وقد تبين أن هناك علاقة معنوية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية كمتغيرات مستقلة وبعض المتغيرات التابعة كالوعي، الممارسات السلوكية، الرضا بإعاقة الطفل، شدة التوحد والمهارات

الاجتماعية للطفل عند مستوى دلالة ٠,٠١ كما وجدت علاقة إرتباطية معنوية بين الممارسات السلوكية للأمهات المبحوثات وكل من شدة التوحد والمهارات الاجتماعية للطفل كعوامل تابعة في عينة الدراسة.

المقدمة والمشكلة البحثية

يحتل الطفل التوحدي حالياً باهتمام كبير داخل كل من المجتمعات المتقدمة والنامية لما لهذا النوع من الاضطرابات من أبعاد طبية واجتماعية ونفسية وتعليمية، وهي أبعاد تتداخل مع بعضها البعض الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة نموذجاً فريداً في التكوين (محمد خطاب، ٢٠٠٤).

بعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً، ذلك لأنه يؤثر على الكثير من مظاهر نمو الطفل وبالتالي يؤدي به للإنسحاب الداخلي والإغلاق على الذات، الأمر الذي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط به ويجعله يميل إلى الانغلاق ورفض أي اقتراب خارجي منه، وحبه للتعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به، الأمر الذي يجعل من حوله دائمي الحيرة في طريقة التعامل معه مما يزيد المشكلة تعقيداً (Ackerman and Lowell, 1997).

ويعتبر "ليو كانر" أول من أشار إلى التوحد كاضطراب منفصل عن التخلف العقلي حيث كان من الصعب التمييز بين التوحد والتخلف العقلي، وأطلق عليه حينئذ التوحد الطفولي المبكر Early Infatile Autism، وذلك عام ١٩٤٣، ومنذ ذلك الوقت استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذا الاضطراب منها على سبيل المثال لا الحصر اجترارية الطفولة المبكرة Early Infatile Autism، ذهان الطفولة Children Psychosis، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية كوصف لصفة الانسحاب لدى

ويوضح عبد الرحمن آل الشيخ (٢٠٠٥) أن التوحد اضطراب متداخل ومعقد يظهر عادة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل ويؤثر على حياته بأكملها وجميع مهاراته نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على كفاءة عمل المخ.

وتذكر سماح سالم (٢٠٠٦) أن التوحد هو الشكل الأكثر حدة بين الاضطرابات النمائية الشديدة يحدث خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويستمر معه طوال حياته، وينتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور مجموعة من المشكلات الأساسية تتمثل في قصور في التفاعل الاجتماعي، قصور التواصل، أنماط من السلوك النمطي التكراري، بالإضافة إلى مجموعة من المشكلات الثانوية مثل الاستجابة غير الطبيعية للمثيرات الحسية، ضعف القدرة على التخيل، الاضطرابات السلوكية، وتزايد نسبة الإصابة به في البنين عن البنات بنسبة (٤:١) وقد يصاحبه اضطرابات أخرى مثل الصرع، الشلل الدماغي، متلازمة دوان ولكن عادة ما يصاحبه تأخر عقلي.

ويرى بنهان أبو صليح (٢٠٠٦) أن الطفل التوحدي هو الطفل الذي يعاني من قصور في الإدراك، ولديه مشاكل في التواصل الاجتماعي مع من حوله، وهو شديد الانطواء والابتعاد عن الآخرين، وقد يكون لديه قدرات خارقة في العمليات الحسابية المعقدة والمهارات الخاصة بالكمبيوتر بالرغم من أنه قد لا يجيد قراءة أو كتابة الأرقام.

تشير معظم الاحصائيات إلى ارتفاع ملحوظ في معدلات الإصابة بهذا الاضطراب خاصة في السنوات الأخيرة فقد اشار لويس مليكة (١٩٩٨) إلى أن نسبة الإصابة بالتوحد قد تراوحت من ٢ إلى ٤ لكل ١٠٠٠٠ طفل وذلك وفقاً للدراسات التي أجريت في أفريقيا وأستراليا وأمريكا وبريطانيا والسويد والدنمارك، كما أشار كل من (Magnusson and Saemundsen 2001) إلى أن معدل الإصابة بالتوحد في اليابان في الفترة ما بين ١٩٨٠ إلى ١٩٩٦ ازداد من ١٦ لكل ١٠٠٠٠ طفل إلى ٢١ لكل ١٠٠٠٠ طفل، بينما أوضح عماد صبحي (٢٠٠٦) أن معدل حدوث التوحد في فلوريدا قد بلغ طفل واحد لكل ٥٠٠ طفل، وأضاف أن معدل الإصابة قد ارتفع إلى ٦٠٠% في العشر سنوات الأخيرة، وقد

الفصامين، ثم استخدم بعد ذلك للدلالة على اضطراب التوحد (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).

يذكر فريد معتوق (١٩٩٣) أن كلمة توحد Autism مأخوذة من الكلمة الإغريقية Autos وهي تعني النفس (Self) وذلك للتعبير عن العزلة الشديدة، وكما تعددت المسميات تعددت أيضاً التعريفات، فقد عرفه كل من (Holmos 1998) و (Lissa 1996) علي أنه نوع من اضطرابات النمو المعقدة التي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحاذثة ويصاحبها العديد من السلوكيات التي تنحرف عن النمو الطبيعي، ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ثلاث سنوات، ويستمر طوال حياة الطفل وغالباً ما يصاحبه نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة.

ولقد عرفه (Knoblouch and Sorenson 1998) بأنه إعاقة نمائية تؤثر بشكل أساسي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى التفاعل الاجتماعي، ويبدأ ظهور تأثير الإعاقة قبل سن الثالثة وتؤثر هذه الإعاقة على أداء الطفل التعليمي، وهناك بعض السمات الشخصية التي تصاحب التوحد مثل الحركات النمطية و الإصرار على الروتين، واستجابات غير طبيعية للمثيرات الحسية.

ويشير ماجد عمارة (١٩٩٩) و (Andrew 2000) أن التوحد حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالأخص التواصل البصري، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليها التردد والتكرار لما يقوله الآخرون، والطفل التوحدي لديه سلوك نمطي وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة.

عرفه ياسر الفهد (٢٠٠٣) بأنه اضطراب عصبي يؤثر على مهارات الطفل الاجتماعية مما يؤثر على علاقاته مع الآخرين وهذا الاضطراب ناتج عن وجود خلل في الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها في المخ، كما يؤثر ذلك أيضاً على قدرة الطفل على التخيل وفهم ما يقوله الآخرون بسبب قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي.

المستخدمة لعلاج الطفل، ويضيف جمال القاسم وآخرون (٢٠٠٠) أن من الأطفال التوحدين من يأكل أو يشرب بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع مما يؤدي أيضاً لوجود عبء مادي كبير على الأسرة، بالإضافة إلى الحرج الاجتماعي الذي يسببه هؤلاء الأطفال لأنهم عند اصطحابهم إلى الأماكن العامة أو الأسواق لما يصدر عنهم من سلوكيات غير مرغوب فيها.

يذكر Gold(1993) أن أخوة وأخوات الأطفال التوحدين قد يعانون من الاكتئاب، وفي بعض الأحيان قد يكونوا أكثر تحملاً للمسئولية في الأسرة وفي التعامل مع الطفل التوحدي، كذلك أشارت نسرين لاشين (٢٠٠٥) إلى أن أخوة الطفل التوحدي قد يعانون من بعض المشكلات مثل الغيرة والخوف.

وهناك مشكلات أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد وتؤثر بدورها على الأسرة، حيث أشارت سميرة السعد (١٩٩٢) إلى أن الطفل التوحدي قد لا يستطيع مواصلة النوم ليلاً مما يؤدي لإصابة والديه بالتعب والأرق والتوتر، كذلك قد يتعرض بعض التوحدين لنوبات إيذاء النفس المتمثل في عض اليدين أو ضرب الرأس في الحائط أو سلوك إيذاء الآخرين إما بالاعتداء عليهم بالضرب أو العض حتى لو كانوا أقرب الناس إليه (Heward and Oriansky, 1992, Ratekin, 1993)

كما أشار Tsuchiya et al (2005) إلى أن الطفل التوحدي يعاني من مشاكل النشاط الزائد المبالغ فيه مما يعرضه للعديد من المخاطر بالإضافة إلى إرهاق الشخص القائم على تربيته ورعايته، ويضيف Frith, (2005) أن بعض الأطفال التوحدين لا يدركون الخطر فمنهم من يمشي على أطراف أصابعه سواء على حافة الدرج أو النافذة أو أي مكان مرتفع، كما يشير أيضاً إلى أن بعض الأطفال التوحدين قد يتعرضون للإصابة بالاكتئاب أو الفصام مع تدهور الحالة وعدم وجود اهتمام أو رعاية كافية من المحيطين بهم، أو التعرض لضغوط نفسية معينة.

يركز Brill(2001) على دور الآباء في ملاحظة سلوك الطفل منذ الصغر حتى يتم التدخل مبكراً، ومن ثم فإن الوالدين في حاجة إلى أن يكونوا على وعي بالسّمات أو السلوكيات التي قد تجعلهم يرتابون في إصابة الطفل بالتوحد.

ذكرت عبير مبارك (٢٠٠٧) أن نسبة الإصابة في أمريكا وحدها قد تضاعفت من ١ لكل ٢٥٠٠ طفل إلى ١ لكل ١٦٦ طفل وذلك في الفترة الزمنية ما بين عام ١٩٨٩ إلى عام ٢٠٠٣، وقد ذكر Center of Disease Control and Prevention (2001) أن هناك ٣٥٠٠٠ طفل توحدي في مصر، ويذكر محمد غريب (٢٠٠٤) أن نسبة انتشار التوحد في الإسكندرية وحدها قد وصل إلى ٢,١٢٦ لكل ١٠٠٠٠ طفل.

يتضح من خلال الاحصائيات السابقة مدى الازدياد الهائل في نسبة حدوث التوحد في السنوات الأخيرة وبالتالي مدى ازدياد الضغوط الواقعة على أسر هؤلاء الأطفال، ولما كانت تربية طفل طبيعي تسبب للوالدين المشقة والانهك النفسي، فإن أعباء وتكاليف تربية طفل معاق تزيد عن أعباء وتكاليف تربية الطفل الطبيعي بشكل كبير، ويؤثر هذا كله على المناخ الأسري وخصوصاً العلاقة بين الوالدين والأبناء والعلاقة بين الأم والأب التي تصبح غير مستقرة ويهددها خطر الانهيار والتفكك حتى أنه في كثير من الحالات كان الطفل المعاق سبباً أساسياً في الانفصال والطلاق، فضلاً عن تدهور العلاقات مع العالم الخارجي (علاء الدين كفاي، ٢٠٠١).

ويذكر كل من Narayan و Donenberg and Baker(1993) et al(1990) أن والدي الطفل التوحدي يعانين من بعض الاضطرابات الاجتماعية مثل الإنسحاب الاجتماعي Social withdrawal وكذلك بعض المشكلات السلوكية.

ويؤكد كل من Sanders(1994) ونادية أبو السعود (١٩٩٧) أن والدي الطفل التوحدي يعانين من ضغوط نفسية واجتماعية كبيرة.

وترى Joyce(1994) أن وجود طفل توحدي في أي أسرة يعتبر بمثابة صدمة عامة لأفراد الأسرة وخاصة للأخوة، وأضافت أن وجود هذا الطفل في الأسرة يؤدي إلى قصور العلاقة الجنسية بين الأم والأب وصعوبة حل المشكلات بها.

يشير أحمد جوهر (١٩٩٨) إلى أنه من المشاكل التي يعاني منها أسر الأطفال التوحدين بصفة مستمرة الحسائر المادية التي تنجم عن قيام هؤلاء الأطفال بتخريب بعض أجهزة المنزل وبعض المقتنيات وقطع الأثاث أحياناً، بالإضافة إلى تكلفة الجلسات والأدوية

غريبة وسلوكيات غير طبيعية لدى أطفالهم لكنهم لم يجدوا لها تفسيراً منطقياً لأنهم كانوا على عدم وعي بإعاقة التوحد.

وفي دراسة أجراها Cashin (2006) على مجموعة من آباء وأمهات الأطفال التوحدين بهدف التعرف على المشكلات التي تواجه الأسرة في التعامل مع الطفل، ومن خلال المقابلات الشخصية مع الأم والأب وجد أن الكثير منهم لا يعرف سبب محدد لإصابة الطفل بالتوحد، وأن المشكلة الرئيسية في التعامل مع الطفل هي كيفية التواصل معه لتنمية مهاراته الاجتماعية، ويشير الباحثان إلى أهمية تزويد أمهات وآباء الأطفال التوحدين بالمعلومات الكافية عن التوحد وأعراضه وأسبابه وكذلك كيفية التعامل مع الطفل التوحدي.

وفي دراسة أجراها Gray (2006) على عينة مكونة من ٢٨ أب وأم لديهم طفل توحدي (١٩) أم، (٩) آباء من أسر مختلفة بهدف التعرف على التاريخ المرضي العائلي لأسر هؤلاء الأطفال، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن أفراد العينة كانوا على عدم وعي بأي معلومات عن اضطراب التوحد مما أدى إلى الاكتشاف المتأخر لإعاقة الطفل، كذلك أشار بعض الآباء والأمهات إلى أن الطفل التوحدي يؤثر على الحياة الاجتماعية للأسرة وأنهم يشعرون بالقلق تجاه مستقبل أطفالهم.

ويذكر كل من Howlin and Morre (1997) أن مشكلة تطبيق البرامج العلاجية عند الأطفال التوحدين وعدم نجاحها بالشكل المرغوب يرجع إلى عدم التدخل المبكر Early Intervention في البدء بهذه البرامج قبل سن ٤ سنوات، وذلك بسبب التشخيص المتأخر لحالات التوحد الذي قد يصل إلى سن ٦ سنوات في الولايات المتحدة الأمريكية و ٧ أو ٨ سنوات في مصر مما يؤدي إلى عدم فاعلية هذه البرامج بالشكل المطلوب، وقد أكدت دراسة Lovaas (1993) على أهمية التشخيص المبكر لاضطراب التوحد ومن ثم ضمان نجاح البرامج العلاجية هؤلاء الأطفال، وقد أجريت الدراسة على مجموعتين من الأطفال التوحدين الأولى تم تشخيص الإعاقة لها قبل سن ٥ سنوات والثانية بعد سن ٥ سنوات، وقد تلقت المجموعتان برامج علاجية سلوكية مكثفة، أسفرت نتائجها عن نجاح هذه البرامج بشكل أفضل لدى المجموعة الأولى من

ومن الدراسات التي تناولت عدم وعي الوالدين بإعاقة التوحد هي الدراسة التي أجراها Adrian et al (1991) بغرض التعرف على أعراض التوحد باستخدام التحليل المبدئي Primary Analysis لاثني عشر فيلماً - تم تصويرهم بواسطة الوالدين وذلك في مرحلة ما قبل التعرف على إصابة أطفالهم بالتوحد - ومن خلال ملاحظات الباحثين اكتشف الآباء أن أعراض التوحد كانت موجودة وبدرجة واضحة لدى أطفالهم لكنهم كانوا يجهلونها تماماً بسبب عدم وعيهم بالاضطراب التوحدي، وقد تمثلت هذه الأعراض في عدم التواصل البصري، قصور التعبير الانفعالي، نقص الانتباه، عدم المبادرة في التواصل الاجتماعي ونمط الحركة غير الطبيعي.

وفي دراسة أجراها Gray (1995) على مجموعة من آباء الأطفال التوحدين بلغ قوامها (٣٣) والد طفل توحدي بغرض التعرف على مدى وعيهم باضطراب التوحد وطبيعته وأعراضه وأسبابه، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن معظم الآباء كانوا لا يعرفون التوحد وأعراضه وأسبابه، وذكر الآباء أنهم لو كانوا على وعي بهذا الاضطراب لاكتشفوه مبكراً لدى أبنائهم.

كذلك قام كل من Kasari and Sigman (1997) بدراسة على ثلاث مجموعات من الأطفال، المجموعة الأولى شملت الأطفال الطبيعيين، والثانية الأطفال التوحدين، والثالثة المستخلفين عقلياً، وذلك بغرض التعرف على العلاقة بين ملاحظة الآباء لسلوكيات الطفل وإمكانية التفاعل معه، وقد أسفرت النتائج عن أن آباء الأطفال التوحدين كانوا أكثر الآباء شكاً في تصرفات وسلوكيات أطفالهم من المجموعتين الأخرتين، وكانوا يعانون من قصور كبير في محاولة فهم احتياجات الطفل خاصة أثناء محاولة اللعب معه وأنهم كانوا يلاحظون القصور الواضح في التفاعل الاجتماعي للطفل، لكنهم كانوا لا يعلمون ما يعانيه الطفل بالتحديد.

وقد أجرى Sivberg (2003) دراسة على (٣٣) أسرة بواقع (٦٦) أب وأم بهدف التعرف على وعي الآباء والأمهات بالتوحد وسبب الإصابة به، وقد أشار معظم أفراد العينة أن سبب إصابة الطفل بالتوحد يكمن في المشكلات التي تعرضت لها الأم أثناء فترة الحمل والولادة. وقد أقر غالبية الآباء والأمهات بملاحظتهم لأعراض

وذلك بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين الأم والطفل ومدى اتباعها للممارسات السلوكية الصحيحة تجاه طفلها التوحيدي وانعكاس ذلك على الطفل وحالته وذلك من خلال عمل مسرحيات تجمع بين الأم والطفل. وبعد مراقبة الباحث وملاحظة لسلوكيات الأمهات تجاه أطفالهن أثناء أداء المسرحيات، وجد أن أمهات الأطفال التوحيدين لا تقمن بكل السلوكيات السليمة مع أطفالهن مما ينعكس على حالة الطفل مقارنة بأمهات الأطفال الطبيعيين.

كذلك اتضح من الدراسة التي أجراها Brimacombe et al (2006) على عينة قوامها (١٦٤) أسرة لديها طفل توحيدي بغرض التعرف على مدى تأثير وجود الطفل التوحيدي في الأسرة وانعكاس ذلك على سلوكيات كل من الأم والأب تجاهه. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن معظم الأسر لا تجيد التعامل مع الطفل وينقصها برامج تعليمية تدريبية للتعامل السليم مع الطفل.

وفي دراسة Contreras (2006) على عينة قوامها (١٨) أب لديهم أطفال توحيدين في مرحلة مبكرة من التدخل العلاجي، تراوحت أعمار الأطفال من ٣ - ٨ سنوات، أسفرت نتائج الدراسة عن ضرورة تدريب الآباء وخاصة بعد اكتشاف أطفالهم وخلال مرحلة التدخل العلاجي المبكر. وبالفعل وبعد تعريض الآباء لبرامج تدريبية أدت إلى حدوث تغيير كبير عند الأطفال، كذلك تغير فكرة الآباء عن مستقبل أولادهم وتوقعاتهم لسلوكيات أفضل لدى أطفالهم مستقبلاً، وتؤكد الباحثة على أهمية وجود برامج تدريبية لآباء الأطفال التوحيدين تدعمهم وترشدتهم طوال فترة حياة الطفل.

كما يشير كل من McConachie and Diggle (2007) إلى أهمية تقديم الدعم والتوجيه المستمر لأسر الأطفال التوحيدين ومساعدتهم في تطبيق البرامج السليمة مع أطفالهم للتحسين من حالتهم وتقليل الضغط الواقع عليهم من وجود الطفل التوحيدي في الأسرة، ويؤكد الباحثان أن تدريب الآباء على ممارسة السلوكيات الصحيحة يؤدي إلى تعديل سلوكيات الطفل وتحسن مهاراته وزيادة تفاعله مع الآخرين.

وقد قام Benderix et al (2007) بدراسة بهدف التعرف على مدى تعرض والدي الطفل التوحيدي للضغوط والمشكلات النفسية

الأطفال والتي تم تشخيصها مبكراً مقارنة بالمجموعة الثانية والتي تم تشخيصها متأخراً.

وقد أكد كل من McConachie and Diggle (2007) على ضرورة التدخل المبكر لعلاج الطفل التوحيدي في سن أقل من ٦ سنوات، وهذا التدخل مترتب على وعي الأم باضطراب التوحد وأعراضه وملاحظتها الدقيقة لسلوكيات الطفل.

ومن الطبيعي أن ينعكس وعي الآباء والأمهات على طريقة تعاملهما وسلوكياتهما تجاه أطفالهم المصابين بالاضطراب التوحيدي، الأمر الذي يدعونا إلى إلقاء الضوء على أهمية توجيه وتطبيق برامج تعليمية تدريبية لأسر الأطفال التوحيدين يمكن من خلالها تعليم وإرشاد الوالدين لكيفية التعامل السليم مع هؤلاء الفئة من الأطفال، ومن الأبحاث التي ركزت على دراسة الممارسات السلوكية لأسر الأطفال التوحيدين دراسة أجراها Watson (1998) على مجموعتين من الأمهات تضمنت المجموعة الأولى (١٤) أم من أمهات الأطفال التوحيدين في سن ما قبل المدرسة، والثانية (١٤) من أمهات الأطفال الطبيعيين في نفس المدى العمري لأطفال المجموعة الأولى، وتم ترك كل أم مع طفلها لمدة (١٥) دقيقة في جلسة لعب حر بعد إمداده بالمعلومات عن كيفية التعامل السليم مع الطفل أثناء لعبه. وقد أسفرت النتائج عن أن الممارسات السلوكية الصحيحة للأم مع الطفل أدت إلى تحسن التواصل اللفظي لدى الطفل التوحيدي، كما أن أمهات الأطفال التوحيدين كن أكثر اهتماماً بالطفل وملاحظة لسلوكياته مقارنة بأمهات الأطفال الطبيعيين.

وفي دراسة مشابهة قام بها كل من Siller and Sigman (2002) على مجموعة من آباء الأطفال التوحيدين تم تدريبهم على الممارسات السلوكية السليمة الواجب اتباعها مع أطفالهم المصابين بالتوحد وذلك من خلال إشراك الآباء مع الأطفال في جلسة لعب حر، وقد أوضحت نتائج الدراسة زيادة اهتمام الآباء بأطفالهم بصورة أكبر من ذي قبل بالإضافة إلى زيادة اهتمامهم بالأنشطة والألعاب التي يجدها الطفل مما كان له أثراً إيجابياً واضح على الطفل.

في حين أوضح Charman (2003) في دراسته التي أجراها على مجموعتين من الأمهات، تضمنت المجموعة الأولى (٢٤) أم لديها طفل توحيدي، والثانية اشتملت على (٢٤) أم لديها طفل طبيعي

السلوكية للأمهات المبحوثات وكل من شدة التوحد والمهارات الاجتماعية للطفل.

أهمية البحث

١- إن الدور الأكبر لوالدي الطفل التوحدي ينبع من ملاحظتهم المستمرة لسلوكيات الطفل منذ ولادته، والتوجه به إلى المختصين إذا ما ارتابا في هذه السلوكيات، ومن ثم فإنهما في حاجة إلى أن يكونا على وعي بالسمات أو المظاهر التي تميز الطفل التوحدي ومنها أن معظم الأطفال التوحدين يرفضون الرضاعة أو الابتسام الاجتماعي عند الميلاد، بالإضافة إلى عدم الانتباه للآباء عند التحدث إليهم، ومحاربة الاغتسال وارتداء الملابس والعناق (Brill, 2001).

٢- إن بداية العلاج الصحيح للطفل التوحدي ينبع عن التشخيص الصحيح في الوقت المناسب وهذا كله يتركز على وعي الأم بالتوحد وملاحظتها لسلوكيات طفلها.

٣- عند ملاحظة الأم لسلوكيات غير طبيعية على طفلها يجب عليها التوجه إلى المختصين بعلاج مثل هذه الحالات وهم أطباء الأمراض النفسية والعصبية، الأخصائي النفسي، أخصائي التخاطب، الأخصائي الاجتماعي وأخصائي التربية الخاصة (ماجد الزهراني، ٢٠٠٦).

٤- لا بد وأن يعلم الوالدان جيداً أن علاج الطفل لا بد وأن يكون متكاملًا حتى يحقق الهدف المرجو منه وهو العلاج الدوائي والسلوكي والنفسي (Buhagiar, 1999).

الأسلوب البحثي

أولاً: المصطلحات العلمية والتعاريف الإجرائية:

١- التوحد Autism

اضطراب متعلق بالنمو وعادة ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهو ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، وتقدر نسبة حدوثه بفرد واحد لكل ٥٠٠ فرد، وتصل نسبة الإصابة به بين البنين إلى البنات ٤:١، وحتى الآن لا يعرف لهذا الاضطراب سبب محدد لكنه لا يرتبط بأية عوامل عرقية أو اجتماعية.

بسبب سلوكيات الطفل الخاطئة وعدم وعي الأم أو الأب بكيفية التعامل مع هذه السلوكيات، وذلك من خلال متابعة الباحثين لعينة من أسر الأطفال التوحدين، بلغ قوامها (١٠) أسر بواقع (٢٠) أب وأم لمدة عامين، وقد تراوحت أعمار أطفالهم من ١٠ - ١١ سنة، ووجد أنه من خلال توجيه الأسرة لممارسة السلوكيات الصحيحة مع أطفالها خفف ذلك من الضغوط النفسية الواقعة على الوالدين نتيجة تحسن حالة الأطفال باختفاء بعض السلوكيات غير المرغوب فيها بالإضافة إلى تحسن مهاراتهم الاجتماعية.

أهداف البحث

يهدف هذا البحث بصفة أساسية إلى دراسة الوعي والممارسات السلوكية لعينة من أمهات الأطفال التوحدين وعلاقة ذلك بشدة التوحد عند الطفل ومهاراته الاجتماعية.

ولتحقيق هذا الهدف وضعت الاهداف الفرعية الآتية:

- ١- دراسة التاريخ الاحصائي للأمهات المبحوثات.
- ٢- دراسة التاريخ المرضي العائلي لأسر الأطفال التوحدين.
- ٣- قياس مستوى وعي الأمهات المبحوثات عن اضطراب التوحد.
- ٤- قياس مستوى الممارسات السلوكية التي تتبعها الأمهات المبحوثات مع أطفالهن التوحدين لتعديل سلوكياتهم الخاطئة.
- ٥- دراسة مدى الرضا بإعاقه الطفل وتقبل الوضع الراهن.
- ٦- قياس شدة التوحد عند الطفل باستخدام مقياس CARS.
- ٧- قياس المهارات الاجتماعية للطفل وتشمل مهارات الوعي بالذات، مهارات رعاية الذات، مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية للطفل.
- ٨- دراسة طرق علاج الطفل التوحدي.

٩- دراسة العلاقات الارتباطية بين بعض العوامل المستقلة (الموطن الأصلي للأم، السن الحالي للأم، المستوى التعليمي للوالدين ومهنتهما، عدد الأبناء في الأسرة، متوسط الدخل الشهري) ودرجة وعي الأمهات وممارستهن السلوكية، الرضا بالوضع الراهن، شدة التوحد والمهارات الاجتماعية للطفل كمتغيرات تابعة، كذلك دراسة العلاقات الارتباطية بين الوعي والممارسات

١- المحور الأول: اشتمل على الخصائص الاجتماعية الاقتصادية

للاسر.

٢- المحور الثاني: تضمن التاريخ الاحصائي والمرضى للأم ونوع

ومكان الولادة وطريقة إرضاع الطفل.

٣- المحور الثالث: تضمن التاريخ المرضي العائلي للأسرة.**٤- المحور الرابع:** تناول البيانات الخاصة بوعي الأم بأضطراب

التوحد- إعداد الباحثة- من خلال إجابتها على بعض الأسئلة

مثل تعريفها للتوحد وأسبابه، عمر الطفل عند اكتشافها

لإعاقته، عمر الطفل عند بداية ملاحظتها لمظاهر وسمات التوحد

لديه، الأعراض التي لاحظتها عند اكتشافها للتوحد عند طفلها،

مدى معرفتها للتوحد قبل إصابة طفلها به، مصادر معرفتها به،

الجهات التي توجهت إليها عند معرفتها بإعاقه طفلها، مدى

متابعتها لجهود الحكومة في العناية بالأطفال التوحدين من خلال

المؤتمرات ووسائل الإعلام، معرفة أخوة الطفل بحالته المرضية،

سلوكهم تجاه الطفل، مشاركة الأب في الاهتمام بالطفل، وجود

شخص يساعد الأم في تربية الطفل والعناية به، قيام الأم بعمل

تدريبات للطفل لمساعدته على ممارسة حياته بشكل طبيعي،

مشاركة الطفل لإخوته في اللعب، وأخيراً اصطحاب الأم

لطفلها مع بقية إخوته في الأماكن العامة والمناسبات.

تم تحويل البيانات الوصفية إلى بيانات رقمية لسهولة إجراء

عملية التقييم والتحليل الإحصائي، وقد أعطيت الإجابات

الصحيحة لكل سؤال أعلى درجة وتدرج التقييم بحيث أعطيت

الإجابات الخاطئة أقل الدرجات.

وقد بلغ مجموع الدرجات النهائية لمجموعة الأسئلة الخاصة

بالوعي ٦٣ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات

هي:

• **الفئة ذات الوعي المنخفض:** تضمنت الأمهات الحاصلات على

أقل من ٣٢ درجة بنسبة مئوية قدرها ٥٠% فأقل.

• **الفئة ذات الوعي المتوسط:** تضمنت الأمهات الحاصلات على

٣٢ - ٤٧ درجة بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠ - > ٧٥%.

٢- الأطفال التوحديون Autistic Children

هم فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد بدرجاته

المختلفة سواء توحد شديد أو متوسط أو بسيط.

٣- الوعي Awareness

مدى إلمام الأمهات بالبحوثات بالمعلومات والمعارف الخاصة

باضطراب التوحد.

٤- الممارسات السلوكية Behaviour Practices

الطرق والأساليب التي تتبعها الأمهات المبحوثات لتعديل سلوك

الطفل التوحدي.

٥- المهارات الاجتماعية Social Skills

يقصد بها مهارات الوعي بالذات، رعاية الذات، التواصل أو

التفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية لدى الطفل التوحدي.

٦- شدة التوحد Degree Of Autism

يمكن قياسها من خلال مقياس CARS وتعتمد على درجة

وجود سمات التوحد لدى الطفل. وتدرج شدة التوحد بشكل

طيفي من توحد بسيط(شبيه)، توحد متوسط إلى توحد شديد.

ثانياً: الإجراءات البحثية:**١- عينة الدراسة**

اختيرت عينة الدراسة من ستة مراكز خاصة وسبعة مراكز

صحية (C.B.R) وجمعتين لرعاية المعاقين ومدرستين من مدارس

التربية الفكرية إحداهما حكومية والأخرى خاصة على عينة

قصدياً صدفية قوامها مائة أم لديها طفل توحدي يتراوح عمره

من (٣ إلى أقل من ١٨) سنة.

٢- منهج البحث: يتبع هذا البحث المنهج الوصفي التحليلي.**٣- أدوات الدراسة وأساليب جمع البيانات**

استخدم الاستبيان بالمقابلة الشخصية مع الأمهات المبحوثات

لجمع البيانات المتعلقة بهذا البحث. وتحقيقاً لأهداف الدراسة تم

تصميم استمارتين استبيان احدهما خاصة بالأم والأخرى خاصة

بالطفل التوحدي تماًلاً بمعرفة الأم.

٤- استمارة الأم: تضمنت ستة محاور رئيسية هي:

أساتذة في مجالات الطب النفسي والأمومة والطفولة والاقتصاد المتري والإرشاد) وقد أبدى المحكمون موافقتهم على جميع العبارات، مع تعديل صياغة بعض العبارات في ضوء الملاحظات وبالتالي يكون الاستبيان قد خضع لصدق المحتوى.

وتم حساب معامل الثبات بإيجاد معامل ألفا لتحديد قيمة الاتساق الداخلي Internal Consistency وكانت قيمته للمحور الرابع والخامس (٠,٧٨ و ٠,٩٨) على التوالي وهي قيم مرتفعة ومقبولة وتؤكد اتساق المقاييس لقياس وعي الأمهات المبحوثات وممارستهن السلوكية على الترتيب.

ب- استمارة الطفل التوحدي (تملاً بمعرفة الأم) وتضمنت خمسة محاور هي:

١- المحور الأول: احتوى على بيانات خاصة بالطفل التوحدي مثل عمره، جنسه، تربيته بين اخوته، نسبة ذكاؤه، إمكانية ذهابه إلى أحد المراكز وتردده على النادي أو أحد الساحات الشعبية.

٢- المحور الثاني: مقياس تقييم التوحد في الطفولة (CARS)

The Childhood Autism Rating Scale

يشتمل المقياس على ١٥ مجموعة من الصفات التي يمكن قياسها في الطفل، وكل صفة تتدرج تبعاً لشدها من درجة واحدة إلى أربع درجات، وكلما زاد وجود الصفة كلما زادت شدة التوحد، ويتدرج المقياس من ١٥ إلى ٦٠ درجة.

تم تقسيم الأطفال تبعاً لمقياس CARS إلى ثلاث مجموعات هي:

- شبيه (Like Autistic) (لديه بعض السمات): (أقل من ٣٠ درجة).
- توحد متوسط Mildly Moderately Autism (من ٣٠ - ٣٦ درجة).
- توحد شديد Severely Autism (من ٣٧ - ٦٠ درجة).

٣- المحور الثالث: مقياس المهارات الاجتماعية للطفل:

تضمن هذا المقياس أربعة محاور رئيسية هي: مهارات الوعي بالذات، مهارات رعاية الذات، مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية لدى الطفل.

• **الفئة ذات الوعي المرتفع:** تضمنت الأمهات الحاصلات على ٤٨ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

٥- المحور الخامس: اشتمل على ثمان عبارات تضمنت الأسئلة الخاصة بالممارسات السلوكية التي تتبعها الأمهات المبحوثات لتعديل سلوكيات الطفل- إعداد الباحثة- عند ملاحظتها لسلوكه الخاطئ، كالصراخ والبكاء المستمر للطفل، تجاهلها للطفل عند قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة، وتوجيهه لممارسة أنشطة أخرى يجبها، استخدام أسلوب الحرمان عند قيام الطفل بسلوك غير مرغوب فيه، تقييد يد الطفل لبرهة من الوقت عند ممارسته للضرب والاعتداء على الآخرين أو عندما تتناهب نوبات من الغضب الشديد، استخدام أسلوب الحزم في بعض المواقف والأفعال التي تصدر عن الطفل.

وقد أعطيت الإجابات الصحيحة لكل سؤال أعلى درجة وهي ثلاث درجات وتدرج التقييم بحيث أعطيت الإجابات الخاطئة أقل الدرجات، وقد بلغ مجموع الدرجات النهائية لمجموعة الاسئلة الخاصة بمحور الممارسات السلوكية ٢٤ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

• **الفئة اللاتي نادراً ما تتبع الأساليب العلمية:** تضمنت الأمهات الحاصلات على أقل من ١٢ درجة بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠%.

• **الفئة اللاتي تتبع الأساليب العلمية بدرجة متوسطة:** تضمنت الأمهات الحاصلات على ١٢ - > ١٨ درجة. بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠ - > ٧٥%.

• **الفئة اللاتي تتبع الأساليب العلمية بصفة دائمة:** تضمنت الأمهات الحاصلات على ١٨ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

٦- المحور السادس: اشتمل على ثلاثة عشر عبارة وجهت للأمهات المبحوثات بغرض التعرف على مدى تقبلهن لإعاقة الطفل التوحدي والرضا بالوضع الراهن (إعداد الباحثة).

وللتحقق من صدق محتوى الاستبيان تم عرضه في صورته المبدئية على مجموعة من المحكمين لبيان آرائهم في كل عبارة (عدددهم ١٠

٤. المهارات الحياتية:

بلغ المجموع الكلي لدرجات هذا المحور ٥١ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

- **مستوى منخفض:** تضمن الأطفال الحاصلين على أقل من ٢٦ درجة بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠%.

- **مستوى متوسط:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٢٦ - > ٣٨ درجة بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠% > ٧٥%.

- **مستوى مرتفع:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٣٨ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

وقد تم قياس المهارات الاجتماعية بمحاورها الأربعة حيث بلغ مجموع الدرجات الكلية لها ١٢٦ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

- **مستوى منخفض:** تضمن الأطفال الحاصلين على أقل من ٦٣ درجة بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠%.

- **مستوى متوسط:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٦٣ - > ٩٥ درجة بنسبة مئوية تتراوح بين ٥٠% > ٧٥%.

- **مستوى مرتفع:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٩٥ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

وللتحقق من صدق محتوى المقياس تم عرضه في صورته المبدئية على مجموعة من المحكمين المتخصصين (١٠ أساتذة) وقد أبدى المحكمون موافقتهم على جميع العبارات، مع تعديل صياغة بعض العبارات في ضوء الملاحظات وبالتالي يكون المقياس قد خضع لصدق المحتوى.

وتم حساب معامل الثبات بإيجاد معامل ألفا لتحديد قيمة الاتساق الداخلي Internal Consistency وكانت قيمته (٠,٩٨) وهي قيمة مرتفعة لقياس المهارات الاجتماعية للطفل.

٥- المحور الرابع: تضمن الأسئلة الخاصة بعلاج الأطفال التوحدين كالعلاج الدوائي و العلاج السلوكي مع الاحصائي النفسي وأحصائي التخاطب و الاحصائي الاجتماعي وعدد مراتها أسبوعياً ومدة الجلسة.

خامساً: التحليل الاحصائي للبيانات

وتحويل البيانات الوصفية إلى بيانات رقمية تم تقسيم كل محور من المحاور الأربعة السابقة إلى ثلاثة مستويات : منخفض، متوسط، مرتفع.

١- مهارات الوعي بالذات:

بلغ المجموع الكلي لدرجات هذا المحور ١٥ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

- **مستوى منخفض:** تضمن الأطفال الحاصلين على أقل من ٨ درجات بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠% .

- **مستوى متوسط:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٨ - > ١١ درجة بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠% > ٧٥%.

- **مستوى مرتفع:** تضمن الأطفال الحاصلين على ١١ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

٢. مهارات رعاية الذات:

بلغ المجموع الكلي لدرجات هذا المحور ٢١ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

- **مستوى منخفض:** تضمن الأطفال الحاصلين على أقل من ١١ درجة بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠%.

- **مستوى متوسط:** تضمن الأطفال الحاصلين على ١١ - > ١٦ درجة بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠% > ٧٥%.

- **مستوى مرتفع:** تضمن الأطفال الحاصلين على ١٦ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

٣. مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي:

بلغ المجموع الكلي لدرجات هذا المحور ٣٩ درجة، قسمت العينة تبعاً لها إلى ثلاثة مستويات هي:

- **مستوى منخفض:** تضمن الأطفال الحاصلين على أقل من ٢٠ درجة بنسبة مئوية قدرها أقل من ٥٠% .

- **مستوى متوسط:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٢٠ - > ٢٩ درجة بنسبة مئوية تراوحت بين ٥٠% > ٧٥%.

- **مستوى مرتفع:** تضمن الأطفال الحاصلين على ٢٩ درجة فأكثر بنسبة مئوية قدرها ٧٥% فأكثر.

الإنجاب بعد انجاب الطفل التوحيدي وكان القرار نابعاً من الأب والأم معاً في ٥٠% من هذه النسبة، كما تبين من الدراسة أن عدد المقيمين في المنزل قد تراوح من ٣ إلى ٥ أفراد وذلك في ٨٢% من الأسر كما أن متوسط الدخل الشهري لـ ٢٨% من الأسر المبحوثة أقل من ٥٠٠ جنية، في حين أن ما يقرب من ثلث العينة كان متوسط دخلها الشهري ٢٠٠٠ جنية فأكثر.

٢- التاريخ الإحصائي للأمهات المبحوثات

بدراسة التاريخ الإحصائي للأمهات المبحوثات وكما يتضح من جدول (٢) تبين أن ٣٥% منهن قد تزوجن عند سن من ٢٠ إلى أقل من ٢٥ سنة ونسبة ضئيلة منهن تزوجن عند عمر ٣٠ سنة فأكثر (١٢%)، كما أن ٦٠% من الأمهات قد أنجبن أطفالهن التوحيدين عند عمر تراوح ما بين ٢٠ إلى أقل من ٣٠ سنة، كذلك فإن غالبية الامهات ٩٧% لم تتناولن أدوية أثناء الحمل دون استشارة الطبيب في حين أن ٣% فقط قمن بتناول الأدوية (المهرمونات) لعدم الرغبة في الحمل، وأظهرت النتائج أيضاً أن ٢١% من عينة الأمهات المبحوثات قد تعرضن لحدوث اجهاض قبل الحمل في الطفل التوحيدي وقد كانت نسبة الإجهاض الذاتي (التلقائي) ٩٠,٤٨% من اللاتي تعرضن للاجهاض إما بسبب المجهود الزائد أو الإصابة بمرض القلط (Toxoplasmosis) أو سوء الحالة النفسية للأم أو السقوط المفاجئ من على السلم، بينما ٩,٥٢% من الأمهات كان اجهاضهن مفتعل لعدم رغبة الزوج في الحمل (جدول ٢).

أظهرت الدراسة أن ٨% من الأمهات قد اصبن بأمراض أثناء الحمل في الطفل التوحيدي مثل ارتفاع ضغط الدم أو الحمى الشديدة أو الإصابة بالالتهاب الكبدي والكلوي أو التعرض لأمراض سوء التغذية، كذلك اتضح أن ٨% من الأمهات قد تعرضن لحدوث نزيف أثناء الحمل في الطفل التوحيدي، أما بالنسبة لنوع ولادة الطفل فقد أظهرت النتائج أن ٣٧% من الأمهات ولدن ولادة قيصرية وذلك لعدة اسباب منها ضيق الحوض، انفصال المشيمة، وجود ورم ليفي بالرحم، الإصابة بتسمم الحمل، تعسر الولادة، الولادة المبكرة، الوضع غير الصحيح للحنين و كبر حجم الجنين (جدول ٢).

كما تشير النتائج إلى أن ٤٨% من الأمهات قد أنجبن أطفالهن التوحيدين في مستشفى خاص في حين أن ١٢% تمت ولادتهن

تم معالجة البيانات احصائياً باستخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري كدليل لإظهار الاختلافات بين أفراد العينة، كما استخدم كل من معامل بيرسون Coefficient of Person's Corrlation ومعامل التوافق Contingency coefficient of corrlation لاختبار قوة العلاقة بين بعض المتغيرات المستقلة والتابعة لها، وذلك بالاستعانة برنجام الكمبيوتر الاحصائي Spss - v9 - 2000 واختبرت معنوية الفروق عند مستوى دلالة ٠,٠٥ و ٠,٠١ .

النتائج البحثية

أولاً: النتائج المتعلقة بعينة الأمهات المبحوثات

١- الخصائص الاجتماعية الاقتصادية

اشتملت على بيانات عامة عن الأمهات المبحوثات وأزواجهن وأبنائهن ومتوسط الدخل الشهري للأسرة. وتشير بيانات جدول (١) أن الغالبية العظمى من الأمهات ٩٥% كن من أصل حضري وأن ٤٨% منهن قد تراوحت أعمارهن ما بين ٣٠ - > ٤٠ سنة، وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي فإن ٣٦% من الأمهات قد حصلن على شهادات جامعية وأن نسبة ماثلة قد أتممن التعليم الثانوي، كما بلغت نسبة ربات الأسر ٧٢% من العينة البحثية، بينما بلغت نسبة من تعملن بأعمال مهنية ٢٨% (أستاذة جامعية، طبيبة، مهندسة، مدرسة، سكرتيرة، مدربة في مراكز رعاية الأطفال المعاقين ذهنياً)، وبالنسبة للأزواج (الآباء) تبين أن ٩٥% منهم كانوا من اصل حضري، و أن ٣٧% منهم كان مستوى تعليمهم جامعي يليه ٣٢% كان مستوى تعليمهم ثانوي أو ما يعادله، أظهرت النتائج أيضاً أن ٥٤% من الآباء قد عملوا بأعمال مهنية (أستاذ جامعي، طبيب، مهندس، محاسب، مدرس)، بينما ٣٦% كانوا يعملون بأعمال حرفية مثل (صياد، سباك، مزارع، نجار، سائق).

ومن خلال نتائج جدول (١) تبين أن ٧٠% من الأسر لديهم من ٢ - ٣ أبناء وكان ٥٣% منهم لديهم من ٢-٣ ذكور، بينما ٤٤% كان لديهم فتاة واحدة كذلك أوضحت النتائج أن ٢% من الأسر كان لديهم توائم وفي ٨١% من الأسر كانت لا توجد صلة قرابة بين الأبوين وأن ٣٠% من الأسر قد اتخذت قرار إيقاف

بالمترل عن طريق الداية، وقد يرجع ذلك إلى انخفاض المستوى التعليمي لهذه النسبة، حيث أن ١٢% من عينة الأمهات المبحوثات أميات. اتضح أيضاً أن ١١% من الأطفال قد تعرضوا للاختناق أثناء الولادة بسبب نقص الأكسجين الناتج عن تعسر الولادة، كما أن

١٣% من المواليد قد تعرضوا لمضاعفات أثناء وبعد الولادة تمثلت في التريف اثناء الولادة وطول مدة الولادة وتعسرها بالإضافة إلى ولادة أطفال منخفضي الوزن عند الميلاد (Low Birth Weight). (جدول ٢).

جدول ١. الخصائص الاجتماعية الاقتصادية للأسرة ن (ن=١٠٠)

البيان	%	البيان	%
١. الموطن الأصلي للأم		٩. جنس الأبناء	
ريف	٥,٠	أ- الذكور	٩,٠
حضر	٩٥,٠	لا يوجد	٣٦,٠
٢. السن الحالي للأم بالسنوات		ولد واحد	٥٣,٠
من ٢٠ - أقل من ٣٠	١٢,٠	من ٢-٣	٢,٠
من ٣٠ - أقل من ٤٠	٤٨,٠	٤ أو أكثر	٣٤,٠
من ٤٠ - أقل من ٥٠	٣٣,٠	ب- الإناث	
٥٠ فأكثر	٧,٠	لا توجد	٤٤,٠
٣. المستوى التعليمي للأم		فتاة واحدة	٢٢,٠
أمية	١٢,٠	من ٢-٣	
تقرأ وتكتب	٦,٠	١٠. وجود توائم في الأسرة	
الشهادة الابتدائية	-	نعم	٩٨,٠
الشهادة الإعدادية	٧,٠	لا	
ثانوي أو ما يعادله	٣٦,٠	١١. وجود صلة قرابة بين الأب والأم	
جامعي	٣٦,٠	نعم	١٩,٠
فوق الجامعي	٣,٠	لا	٨١,٠
٤. مهنة الام		١٢. اتخاذ قرار إيقاف الإنجاب	
ربة منزل	٧٢,٠	بعد إنجاب الطفل التوحيدي	
أعمال مهنية	٢٨,٠	نعم	٣٠,٠
٥. الموطن الأصلي للأب		لا	٧٠,٠
ريف	٥,٠	١٣. في حالة الإجابة بنعم القائم	
حضر	٩٥,٠	باتخاذ القرار (ن=٣٠)	
٦. المستوى التعليمي للأب		الأب فقط	٢٦,٦٧
أمي	٧,٠	الأم فقط	٢٣,٣٣
يقرأ ويكتب	١,٠	الأب والأم معاً	٥٠,٠
الشهادة الابتدائية	٦,٠	١٤. عدد المقيمين في المنزل	
الشهادة الإعدادية	٣٢,٠	أقل من ٣ أفراد	١,٠
ثانوي أو ما يعادله	٣٧,٠	من ٣-٥ أفراد	٨٢,٠
جامعي	٥,٠	٦ أفراد فأكثر	١٧,٠
فوق الجامعي		١٥. متوسط الدخل الشهري للأسرة	
٧. مهنة الأب	٣٦,٠	بالجنيه	
أعمال حرفية	٥٤,٠	أقل من ٥٠٠	٢٨,٠
أعمال مهنية	٥,٠	من ٥٠٠ - أقل من ١٠٠٠	٢٣,٠
معاش	٥,٠	من ١٠٠٠ - أقل من ١٥٠٠	١٤,٠
متوفى		من ١٥٠٠ - أقل من ٢٠٠٠	٥,٠
٨. عدد الأبناء في الأسرة		٢٠٠٠ فأكثر	٣٠,٠
الطفل وحيد	١٢,٠		
من ٢-٣	٧٠,٠		
من ٤-٥	١٨,٠		
الإجمالي	١٠٠	الإجمالي	١٠٠

جدول ٢. التاريخ الإحصائي للأمهات المبحوثات (ن=١٠٠)

البيان	%	البيان	%
١. سن الأم عند الزواج بالسنوات		٨. نوع ولادة الطفل التوحدي	
أقل من ٢٠	٢٠,٠	ولادة طبيعية	٦٣,٠
من ٢٠ - أقل من ٢٥	٣٥,٠	ولادة قيصرية	٣٧,٠
من ٢٥ - أقل من ٣٠	٣٣,٠	٩. المكان الذي تمت فيه ولادة الطفل التوحدي	
٣٠ فأكثر	١٢,٠	مستشفى خاص	٤٨,٠
٢. سن الأم عند ولادة الطفل التوحدي بالسنوات		مستشفى حكومي	٣١,٠
أقل من ٢٠	٢,٠	عيادة الطبيب	٦,٠
من ٢٠ - لأقل من ٣٠	٦٠,٠	مستوصف خيري	٢,٠
من ٣٠ - أقل من ٤٠	٣٦,٠	المرضة في المنزل	١,٠
٤٠ فأكثر	٢,٠	الداية في المنزل	١٢,٠
٣. تناول الأم الأدوية أثناء الحمل في الطفل التوحدي دون استشارة طبيب		١٠. حدوث اختناق للطفل التوحدي أثناء الولادة	
نعم	٣,٠	نعم	١١,٠
لا	٩٧,٠	لا	٨٩,٠
٤. حدوث إجهاض للأُم قبل الحمل في الطفل التوحدي		١١. حدوث مضاعفات قبل أو أثناء الولادة	
نعم	٢١,٠	نعم	١٣,٠
لا	٧٩,٠	لا	٨٧,٠
٥. نوع الاجهاض (ن = ٢١)		١٢. إنجاب الأم لأطفال متخلفين عقلياً قبل إنجاب الطفل التوحدي	
ذاتي	٩٠,٤٨	نعم	٣,٠
مفتعل	٥٢,٩	لا	٩٧,٠
٦. إصابة الأم بمرض أثناء الحمل في الطفل التوحدي		١٣. إنجاب الأم لأطفال مشوهين خلقياً قبل إنجاب الطفل التوحدي	
نعم	٨,٠	نعم	١,٠
لا	٩٢,٠	لا	٩٩,٠
٧. حدوث نزيف للأُم أثناء الحمل في الطفل التوحدي		١٤. نوع رضاعة الطفل التوحدي	
نعم	٨,٠	رضاعة طبيعية	٦٤,٠
لا	٩٢,٠	رضاعة صناعية	٢٥,٠
		رضاعة مختلطة	١١,٠
الأجمالي	١٠٠	الأجمالي	١٠٠

بدراسة التاريخ المرضي العائلي لأسر الأطفال التوحدين بجدول (٣) تبين أن ٢٠% من الأسر كان لديهم أمراض عقلية معظمها راجع إلى عائلة الاب وتمثلت هذه الأمراض في الإصابة بالتخلف العقلي ومتلازمة داون والتوحد والاكتئاب والصرع والفصام وقد أوضحت نتائج دراسة Narayan et al (1990) أن هناك بعض الخصائص والسمات الفصامية التي يعاني منها بعض أفراد أسرة الطفل التوحدي.

أما بالنسبة للأمراض العضوية الوراثية فقد لوحظت في ١٢% فقط من الأسر وتلثيها راجع إلى عائلة الأم وتمثلت في أمراض القلب، السكر، ارتفاع ضغط الدم وحساسية الصدر (جدول ٣).

أظهرت النتائج أيضاً أن ٣% من الأمهات المبحوثات قد سبق لهن إنجاب أطفال متخلفين عقلياً ومصابين أيضاً بالتوحد وذلك قبل إنجاب الطفل التوحدي الحالي، في حين أن أم واحدة فقط من العينة قد سبق لها إنجاب طفل مشوه خلقياً (حالة صم و بكم) حيث كانت هناك صلة قرابة بينها وبين الزوج وبعد إجراء التحليل اتضح أن هناك جين وراثي معين يتسبب في انجابهما لأطفال غير طبيعيين وكانت النتيجة إنجاب الأم لثلاث أبناء توحدين وابن واحد أصم وأبكم، أما بالنسبة لنوع رضاعة الطفل فحوالي ٦٤% من الأمهات قد أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية (جدول ٢).

٣- التاريخ المرضي العائلي

جدول ٣. التاريخ المرضي العائلي (ن=١٠٠)

البيان	%
١. وجود مرض عقلي في العائلة	
نعم	٢٠,٠
لا	٧٧,٠
لا أعرف	٣,٠
٢. في حالة وجود المرض العقلي فإنه يوجد في (ن = ٢٠)	
عائلة الاب	٧٠,٠
عائلة الأم	١٥,٠
عائلي الأب والأم معاً	١٥,٠
٣. وجود مرض عضوي وراثي في العائلة	
نعم	١٢,٠
لا	٨٧,٠
لا أعرف	١,٠
٤. في حالة وجود المرض العضوي فإنه يوجد في (ن = ١٢)	
عائلة الأب	١٦,٦٧
عائلة الأم	٦٦,٦٦
عائلي الأب والأم معاً	١٦,٦٧
الإجمالي	١٠٠

٤- وعي الأمهات المبحوثات باضطراب التوحد:

جدول ٤. توزيع الامهات المبحوثات وفقاً لوعيهن باضطراب التوحد

(ن=١٠٠)

مستوى الوعي	%
مستوى منخفض (اقل من ٣٢ درجة)	٣٢,٠
مستوى متوسط (من ٣٢-٤٧ درجة)	٦٨,٠
مستوى مرتفع (من ٤٨-٦٣ درجة)	-
متوسط درجات الوعي $٦,٣٩ \pm ٣٤,٣٤$	

شكل ١. توزيع الأمهات المبحوثات وفقاً لوعيهن باضطراب التوحد (ن = ١٠٠ =



تشير بيانات جدول(٤) وشكل(١) إلى مستوى وعي الأمهات المبحوثات بصفة عامة فيما يتعلق باضطراب التوحد. وقد بلغ متوسط درجات وعي الأمهات $٦,٣٩ \pm ٣٤,٣٤$.

وقد تبين أن أكثر من ثلث عينة الأمهات تحت الدراسة ٦٨% كن من ذوات الوعي المتوسط، وحوالي ثلث العينة ٣٢% من ذوات الوعي المنخفض، وتتفق هذه النتائج مع دراسة Gray (1995,2006) حيث أوضحت دراساته أن هناك انخفاض واضح في مستوى وعي الآباء والأمهات باضطراب التوحد. وقد يرجع ذلك إلى أن هذا النوع من الاضطراب غير معروف بالرغم من ارتفاع نسبة حدوثه في الأونة الأخيرة حيث بلغت معدلات الإصابة به طفل واحد لكل ٢٠٠ طفل (Harrington et al, 2006) بالإضافة إلى عدم الاهتمام الكافي من قبل وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة بتوجيه نظر الأمهات والآباء بأهم سمات ومظاهر التوحد عند الأطفال، وضرورة الاكتشاف المبكر لهذا الاضطراب والتدخل المبكر للعلاج، كما أن أعراض التوحد قد تتداخل مع أعراض اضطرابات أخرى (عصام زيدان، ٢٠٠٤) خاصة وأن ٨٠% من حالات التوحد يصاحبها تخلف عقلي. (عادل عبد الله، ٢٠٠١).

٥- الممارسات السلوكية للأمهات المبحوثات لتعديل سلوك الطفل التوحدي

بدراسة بيانات جدول(٥) وشكل(٢) اتضح أن ٣٦% من الأمهات المبحوثات تتبعن الأساليب العلمية بصفة دائمة لتعديل سلوك الطفل، وأن حوالي ثلث العينة ٣٣% تتبعن الأساليب العلمية بدرجة متوسطة، وأن ٣١% نادراً ما تتبعن الأساليب العلمية لتعديل سلوك الطفل الخاطيء، وقد يرجع ذلك إلى الانخفاض الواضح والملاحظ في وعي الأمهات المبحوثات باضطراب التوحد واسبابه واعراضه وطرق علاجه(جدول٤) بشكل واضح وجلي على الممارسات السلوكية التي تتبعها الأم لتعديل سلوك الطفل، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Brimacombe et al(2006) و Charman (2003) حيث وجدوا أن أمهات الأطفال التوحدين لا تتبعن السلوكيات السليمة مع أطفالهن مما ينعكس على حالة الطفل الأمر الذي يستدعي معه وجود برامج تدريبية لآباء وأمهات

تحتجن إلى قدر كبير من المعلومات حتى يسهل لهن التعامل مع أطفالهن ويرجع ذلك إلى نقص معلوماًهن عن التوحد وانخفاض مستوى وعيهن بهذا الاضطراب، وبالرغم من ذلك فإن ٩١ % منهن تشعر بالدفء عند ضم أطفالهن، كما أن ٧٨ % منهن تشعرن بالسعادة عندما تلاعبن أطفالهن، وأن ٦٥ % منهن ترين أن أبنائهن لا يختلفوا كثيراً عن غيرهم من الأطفال، وكانت ٧١ % منهن على استعداد تام لتدريب أطفالهن لاكتساب مهارات كثيرة ولقد أظهرت ٧٤% منهن قدرتهن على التعامل مع أطفالهن وفهمهن معظم احتياجاتهم.

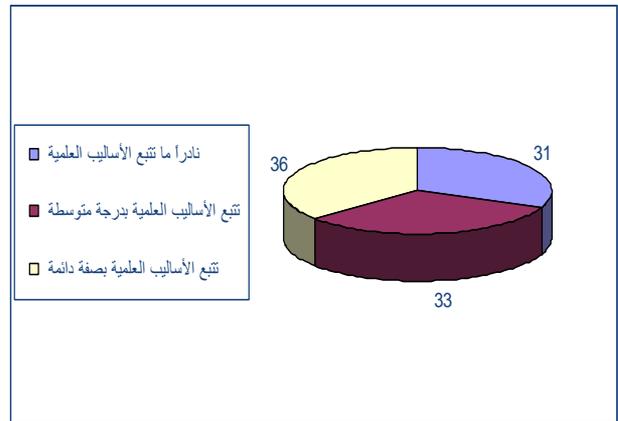
كما أظهرت النتائج أن ٧٤% من الأمهات لا تحتجن من كون أطفالهن توحدين، وأكدت ٥٥% منهن بأن وجود الطفل التوحدي لا يشكل أي مشكلة في ممارستهن لشيئون حياتهن بصورة طبيعية، كما أن ٦٥% منهن دائماً ما تصطحبن أطفالهن في الأسواق وفي الزيارات العائلية وزيارة الأصدقاء دلالة على تقبل الأمهات لإعاقة أطفالهن والرضا بالوضع الراهن، وقد صرحت ٦٥ % من الأمهات تحت الدراسة بأنه دائماً ما يوجد تعاون بينهن وبين أزواجهن وأبنائهن في رعاية أطفالهن وأن ٦٤ % منهن تقمن دائماً بالاستعانة بأهل الخبرة في علاج المشكلات التي تواجه الطفل، ونحو ٦١% كانت تهتم بالإطلاع على الجديد في علاج أطفالهن كما أن ٦٤ % من الأمهات كانت تتحلى بالصبر والمثابرة أثناء تعاملهن مع أطفالهن (جدول ٦).

الأطفال التوحدين تدعمهم وترشدتهم طوال فترة حياة الطفل. (Contreras, 2006, McConachie and Diggle, 2007)

جدول ٥. توزيع الأمهات المبحوثات وفقاً للممارسات السلوكية (ن = ١٠٠)

مدى إتباع الأساليب العلمية لتعديل سلوك الطفل %	
نادراً ما تتبع الأساليب العلمية (أقل من ١٢ درجة)	٣١,٠
تتبع الأساليب العلمية بدرجة متوسطة (من ١٢ - أقل من ١٨ درجة)	٣٣,٠
تتبع الأساليب العلمية بصفة دائمة (١٨ - ٢٤ درجة)	٣٦,٠
متوسط درجات الممارسات السلوكية	٤,٨٣ ± ٢١,٨٦

شكل ٢. توزيع الأمهات المبحوثات وفقاً للممارسات السلوكية (ن = ١٠٠)



٦- الرضا بإعاقة الطفل و تقبل الوضع الراهن

تشير بيانات جدول (٦) أن ٧٨ % من الأمهات المبحوثات

جدول ٦. الرضا بإعاقة الطفل وتقبل الوضع الراهن (ن = ١٠٠)

لا	أحياناً	نعم	العبارات
١,٠	٢١,٠	٧٨,٠	١ احتياج لمعلومات كثيرة حتى يسهل لي التعامل مع ابني
٢,٠	٧,٠	٩١,٠	٢ أشعر بالدفء عندما أضم ابني لصدري
٢,٠	١١,٠	٨٧,٠	٣ أشعر بالسعادة عندما ألاعب ابني
٦٥,٠	٢٢,٠	١٣,٠	٤ ابني لا يختلف كثيراً عن غيره من الأطفال .
٨,٠	٢١,٠	٧١,٠	٥ يمكن أن أدرب ابني على اكتساب مهارات كثيرة .
١٣,٠	١٣,٠	٧٤,٠	٦ أستطيع التعامل مع ابني وفهم معظم احتياجاته .
٨,٠	١٨,٠	٧٤,٠	٧ أنا لا أحجل من كون ابني توحدي.
٥,٠	٤٠,٠	٥٥,٠	٨ وجود ابني لا يشكل أي مشكلة في ممارسة حياتنا بصورة طبيعية.
١٤,٠	٢١,٠	٦٥,٠	٩ دائماً ما اصطحب ابني معي في الأسواق وفي الزيارات العائلية وزيارة الأصدقاء.
٩,٠	٢٦,٠	٦٥,٠	١٠ دائماً ما أتعاون أنا وزوجي وأبنائي في رعاية ابني التوحدي
٤,٠	٣٢,٠	٦٤,٠	١١ استعين دائماً بأهل الخبرة في علاج المشكلات التي تواجه ابني
٥,٠	٣٤,٠	٦١,٠	١٢ اهتم بالإطلاع على الجديد في علاج حالة ابني
٤,٠	٣٢,٠	٦٤,٠	١٣ اتحلى بالصبر والمثابرة أثناء التعامل مع ابني

ثانياً: النتائج المتعلقة بعينة الأطفال المبحوثين

١- خصائص الأطفال المبحوثين

تشمل بيانات عن الطفل من جنسه، تربيته بين اخوته، نسبة ذكائه، ذهابه إلى أحد المراكز، ذهابه إلى النادي أو أحد الساحات الشعبية.

بدراسة البيانات الواردة بجدول (٧) اتضح أن حوالي ربع العينة كانت أعمارهم أقل من ٦ سنوات بينما تراوحت أعمار ٢٤ % منهم ما بين ١٥ - > ١٨ سنة، أظهرت النتائج أيضاً أن ثلاثة أرباع العينة كانوا من الذكور و أن أكثر من نصف الأطفال ٥٢ % كان تربيتهم الأول بين اخوتهم ويتفق هذا مع نتائج دراسة محمد غريب (٢٠٠٤) حيث وجد أن ٨٨ % من عينة الأطفال التوحدين كان تربيتهم الاول أو الثاني، و يتفق هذا أيضاً مع نتائج الدراسات التي عرضتها سهى أمين (٢٠٠١) بالولايات المتحدة الأمريكية والتي اسفرت عن انتشار معدلات الإصابة بالتوحد وبصفة خاصة بين الأطفال الذكور البكاري.

وبالنسبة لقياس معامل الذكاء لوحظ أن ٤٣ % فقط من أطفال العينة تم قياس معاملات ذكائهم وقد ذكر Rutter (1983) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء لدى الأطفال التوحدين هما أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة ولكنه يعتمد إخفاؤها، أو أن أداء التوحدي يكون عادةً محكوماً بطبيعة موقف الاختبار، وليس بصعوبة الاختبار نفسه، وفي إحدى دراساته وجد أنه كلما زادت عناصر موقف الاختبار تعقيداً زاد إخفاق الأطفال، والعكس صحيح بالرغم من ثبات محتوى الاختبار وللأسباب السابق ذكرها فإن أكثر من نصف عينة الأطفال ٥٧ % لم يُجر لهم اختبار الذكاء للحصول على معاملات ذكائهم أو لم يتم الحصول على نتائج لهذه الاختبارات.

أما بالنسبة للأطفال الذين أجروا اختبار الذكاء ٤٣ % فقد كانت دلالات معامل الذكاء لهم كالاتي ١٧ طفل بنسبة ٣٩,٥٠ % كانوا ذوي تخلف عقلي بسيط اي تراوحت معاملات ذكائهم من (٥٠ - > ٧٠ درجة)، و ١٢ طفلاً بنسبة ٢٧,٩ % كانوا ذوي تخلف عقلي متوسط أي معاملات ذكائهم تراوحت من (٢٥ - >

٥٠ درجة)، و ١٣ طفلاً بنسبة ٣٠,٣ % من بطيئي الفهم أي تراوحت معاملات ذكائهم من (٧٠ - > ٩٠ درجة) (جدول ٧).

وبالنسبة لذهاب الطفل إلى أحد المراكز تبين أن ٨٣ % من الأطفال التوحدين يذهبون إلى المدارس الحكومية أو المراكز الخاصة بينما ١٧ % منهم لا يذهبون وذلك لعدة أسباب منها رفض مدارس التربية الفكرية الحكومية قبول الطفل (٣٥,٣ % سوء الحالة الصحية والعقلية للطفل، ١١,٧٦ % انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة، ١١,٧٦ % الخوف الزائد للأم على الطفل، ٥,٨٨ % سوء معاملة الطفل في المدرسة)، أما بالنسبة لذهاب الطفل إلى النادي أو أحد مراكز الشباب وممارسته للرياضة تبين أن ٦٥ % من الأطفال يمارسون الرياضة سواء داخل النادي أو الساحات الشعبية أو مراكز الشباب و يرجع ذلك إلى أن معظم المراكز الخاصة تخصص يوماً في الأسبوع يسمى اليوم الرياضي يذهب فيه الطفل إلى النادي لممارسة الرياضة والتدريب على أيدي متخصصين أكفاء كذلك الحال في مراكز الشباب (جدول ٧).

وبالنسبة للأطفال الذين لا يمارسون الرياضة كانت الأسباب هي سوء الحالة الصحية والعقلية للطفل ٣١,٤ %، وجود طفل آخر معاق في الأسرة ٥,٧ %، الخوف الزائد للأم على الطفل ٦,٨ %، بُعد النادي عن مكان السكن ١٤,٣ %، انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة ٨,٦ %، جهل الأم بأهمية الرياضة ٢٨,٦ % ورفض مركز الشباب قبول الطفل ٢,٩ %.

٢- مقياس تقييم التوحد في الطفولة: **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**

يشتمل المقياس على ١٥ مجموعة من الصفات التي يمكن قياسها في الطفل وكل صفة تتدرج تبعاً لشدها من درجة واحدة إلى أربع درجات وكلما زاد وجود الصفة كلما زادت الدرجة، ويتدرج المقياس من ١٥ إلى ٦٠ درجة.

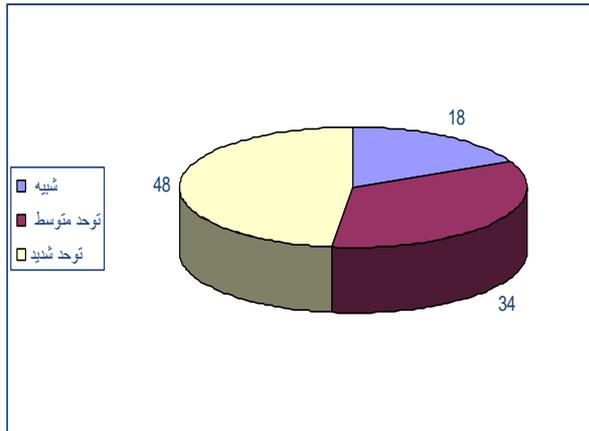
إذا تراوحت درجات الطفل من ١٥ إلى أقل من ٣٠ درجة يسمى بالطفل الشبيه بالتوحد Like Autistic أو ما يسمى بالطفل السمات أي الذي يحمل بعض سمات التوحد، أما إذا حصل الطفل على درجة تتراوح من ٣٠ إلى أقل من ٣٧ درجة يسمى طفل ذو

جدول ٧. بيانات خاصة بالأطفال المبحوثين (ن = ١٠٠)

البيان	%	البيان	%
١. عمر الطفل بالسنوات		٦. ذهاب الطفل إلى أحد المراكز	
أقل من ٦	٢٦,٠	نعم	٨٣,٠
من ٦ - أقل من ٩	١٦,٠	لا	١٧,٠
من ٩ - أقل من ١٢	٢٣,٠	٧. في حالة الإجابة بلا فالأسباب هي :	
من ١٢ - أقل من ١٥	١١,٠	رفض مدارس التربية الفكرية الحكومية	٣٥,٣
من ١٥ - ١٨	٢٤,٠	قبول الطفل	٣٥,٣
٢. جنس الطفل		سوء الحالة الصحية والعقلية للطفل	١١,٧٦
ذكر	٧٥,٠	انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة	١١,٧٦
انثى	٢٥,٠	الخوف الزائد للأم على الطفل	٥,٨٨
٣. ترتيب الطفل بين اخوته		سوء معاملة الطفل في المدرسة	
الأول	٥٢,٠	٨. ذهاب الطفل إلى النادي أو إحدى مراكز الشباب لممارسة الرياضة	
الثاني	٢٩,٠	نعم	٦٥,٠
الثالث	١٣,٠	لا	٣٥,٠
الرابع	٤,٠	٩. في حالة الإجابة بلا فالأسباب هي :	
الخامس	٢,٠	(ن = ٣٥)	
٤. قياس معامل ذكاء الطفل (IQ)		سوء الحالة الصحية والعقلية للطفل	٣١,٤
نعم	٤٣,٠	وجود طفل آخر معاق في الأسرة	٥,٧
لا	٥٧,٠	الخوف الزائد للأم على الطفل	٨,٦
٥. في حالة الإجابة بنعم كانت دلالات نسبة معامل الذكاء هي (ن = ٤٣)		بعد النادي عن مكان السكن	١٤,٣
تخلف عقلي عميق (IQ أقل من ٢٥ درجة)	٢,٣	انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة	٨,٦
متوسط IQ (٢٥ - > ٥٠ درجة)	٢٧,٩	جهل الأم بأهمية الرياضة للطفل	٢٨,٦
بسيط IQ (> ٥٠ - ٧٠ درجة)	٣٩,٥	رفض مركز الشباب قبول الطفل	٢,٩
بطيئي الفهم IQ (> ٧٠ - ١١٠ درجة)	٣٠,٣		

بعض سمات التوحد (أقل من ٣٠ درجة).

شكل ٣. توزيع أطفال العينة وفقاً لدرجة التوحد وشدته باستخدام مقياس CARS (ن = ١٠٠)



توحد متوسط وإذا حصل الطفل على درجة تتراوح من ٣٧ إلى ٦٠ درجة فيكون ذو توحد شديد.

بدراسة بيانات جدول (٨) وشكل (٣) اتضح أن ما يقرب من نصف الأطفال ٤٨% كانوا من ذوي التوحد الشديد (من ٣٧ - ٦٠ درجة) في حين أن نحو ثلث العينة ٣٤% كانوا من ذوي التوحد المتوسط (من ٣٠ - ٣٦ درجة) والنسبة الباقية ١٨% كان لديهم جدول ٨. توزيع أطفال العينة وفقاً لدرجة التوحد وشدته باستخدام

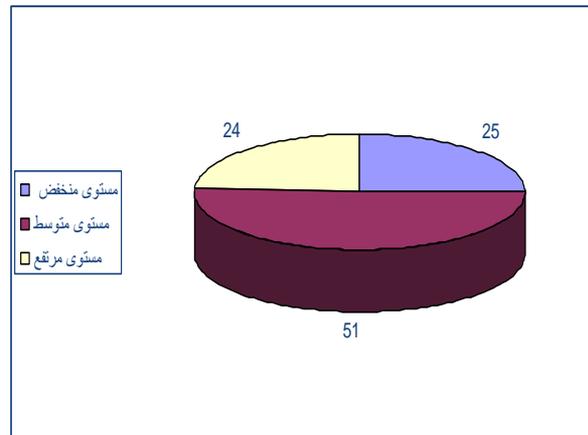
مقياس CARS (ن = ١٠٠)

درجة التوحد وشدته	%
شبيه (لديه بعض سمات التوحد) (أقل من ٣٠ درجة)	١٨,٠
توحد متوسط (من ٣٠ - ٣٦ درجة)	٣٤,٠
توحد شديد (من ٣٧ - ٦٠ درجة)	٤٨,٠
الإجمالي	١٠٠

جدول ٩. توزيع أطفال العينة وفقاً لمهاراتهم الاجتماعية (ن = ١٠٠)

مستوى المهارات	%
أولاً: مهارات الوعي بالذات :	
• مستوى منخفض (أقل من ٨ درجات).	١٢,٠
• مستوى متوسط (من ٨ - أقل من ١١ درجة)	٣٥,٠
• مستوى مرتفع (من ١١ درجة - ١٥ درجة) .	٥٣,٠
متوسط درجات الوعي بالذات $10,76 \pm 0,3$	
ثانياً: مهارات رعاية الذات	
• مستوى منخفض (أقل من ١١ درجة).	٣٦,٠
• مستوى متوسط (من ١١ - أقل من ١٦ درجة).	٢٥,٠
• مستوى مرتفع (١٦ درجة - ٢١ درجة)	٣٩,٠
متوسط درجات رعاية الذات $13,48 \pm 4,7$	
ثالثاً: مهارات التواصل الاجتماعي :	
• مستوى منخفض (أقل من ٢٠ درجة)	٢٤,٠
• مستوى متوسط (من ٢٠ - أقل من ٢٩ درجة).	٤٨,٠
• مستوى مرتفع (٢٩ درجة - ٣٩ درجة)	٢٨,٠
متوسط درجات التواصل الاجتماعي $24,87 \pm 7,7$	
رابعاً: المهارات الحياتية :	
• مستوى منخفض (أقل من ٢٦ درجة)	٤٦,٠
• مستوى متوسط (من ٢٦ - أقل من ٣٨ درجة)	٤٣,٠
• مستوى مرتفع (٣٨ درجة - ٥٢ درجة).	١١,٠
متوسط درجات المهارات الحياتية $27,33 \pm 7,58$	
المهارات الاجتماعية الكلية	
• مستوى منخفض (أقل من ٦٣ درجة)	٢٥,٠
• مستوى متوسط (من ٦٣ - أقل من ٩٥ درجة)	٥١,٠
• مستوى مرتفع (٩٥ درجة - ١٢٦ درجة)	٢٤,٠
متوسط درجة المهارات الاجتماعية $76,85 \pm 20,27$	

شكل ٤. توزيع أطفال العينة وفقاً لمهاراتهم الاجتماعية (ن = ١٠٠)



وقد بلغ متوسط درجات التواصل الاجتماعي ($24,87 \pm 7,7$)

درجة.

كما اتضح أن ما يقرب من نصف العينة ٤٦% ذوي مستوى منخفض من المهارات الحياتية، في حين أن ٤٣% من الأطفال ذوي مستوى متوسط والنسبة الباقية ١١% فقط ذوي مستوى مرتفع، ويتفق

أسفرت نتائج دراسة محمود غريب (٢٠٠٤) والتي أجراها على عينة من الأطفال التوحدين قوامها ٩٣ طفلاً أن شدة التوحد لدى الأطفال المبحوثين قد تراوحت من ٣٠ - ٤٥ درجة بمتوسط قدره 36.18 ± 4 ، وهذا يؤكد زيادة معدلات الإصابة بالاضطراب التوحدي في الإسكندرية بصفة خاصة وفي مصر بصفة عامة.

٣-المهارات الاجتماعية للأطفال المبحوثين

أمكن قياس المهارات الاجتماعية للطفل المبحوث من خلال أربعة محاور رئيسية هي:

مهارات الوعي بالذات، مهارات رعاية الذات، مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي و المهارات الحياتية.

وتحويل البيانات الوصفية إلى بيانات رقمية لقياس مستوى المهارات الاجتماعية لأطفال العينة أوضحت بيانات جدول (٩) أن نحو نصف أفراد العينة ٥٣% وعيهم بالذات مرتفع، في حين أن ٣٥% كانوا ذوي وعي متوسط، والنسبة الباقية ١٢% ذوي وعي بالذات منخفض. ويتفق ذلك مع ما ذكره عفيف الرزاز (١٩٩٤) حيث أوضح أن هناك بعض الأطفال التوحدين لا يعرفون هويتهم الشخصية ويتضح ذلك في عدم استخدام الضمائر بشكل صحيح. وقد بلغ متوسط درجات الوعي بالذات لدى الأطفال المبحوثين ($10,76 \pm 3,0$) درجة.

وقد تبين أن أكثر من ثلث الاطفال ذوي مستوى مرتفع من رعاية الذات ٣٩% في حين أن ٣٦% ذوي مستوى رعاية ذات منخفض والنسبة الباقية ٢٥% ذوي مستوى رعاية ذات متوسط ويتفق ذلك مع ذكره عثمان فراج (١٩٩٤) من أن الطفل التوحدي قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل فهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه.

وقد بلغ متوسط درجات رعاية الذات لدى الأطفال ($13,48 \pm 4,7$) درجة.

كذلك تشير بيانات جدول (٩) أن ما يقرب من نصف العينة من الأطفال ٤٨% لديهم مستوى تواصل اجتماعي متوسط بينما ٢٨% فقط لديهم مستوى تواصل اجتماعي مرتفع والنسبة الباقية ٢٤% لديهم مستوى تواصل اجتماعي منخفض، ويتفق ذلك مع ما ذكره Joseph et al (2005) حيث أوضح أن الطفل التوحدي يعاني من قصور واضح في التواصل الاجتماعي سواء كان تواصلًا لفظيًا أو غير لفظي متمثلًا في التواصل البصري، اللعب الجماعي، استخدام العبارات الاجتماعية وتقليد بعض السلوكيات.

أما باقي الأطفال فيحصلون على الجلسات في أماكن أخرى مثل الجمعيات الملحقمة بالمساجد أو المنازل أو عيادة التأمين الصحي و أخيراً مدارس التربية الفكرية .

كما أظهرت البيانات الواردة بجدول (١٠) أن ٦٤,٤% من هؤلاء الأطفال يحصلون على جلستين أسبوعياً وأن أكثر من نصفهم ٥١,١% تكون مدة الجلسة التي يحصلون عليها نحو الساعة وأن الغالبة العظمى من الأطفال ٨٠% يكونوا سعداء أثناء حضورهم هذه الجلسات و ذلك لحسن معاملة المربين لهم أثناء الجلسات الخاصة، و بسؤال الأمهات المبحوثات عن مدى حرصهن على عرض الطفل على أخصائي اجتماعي إذا ما صدرت منه سلوكيات اجتماعية غير مقبولة، أو أخصائي نفسي إذا ما تعرض لمشكلة نفسية، أجابت ٤٨%، ٤٥% منهم على التوالي بالنفي مما يدل على انخفاض وعي الأم بأهمية العلاج النفسي و السلوكي لهذه الفئة من الأطفال، و يشير رمضان القذافي (١٩٩٤) إلى أهمية استخدام الأساليب العلاجية النفسية والسلوكية في علاج التوحد سواء تم ذلك في المنزل بواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة متمثلة في الجلسات.

ثالثاً: العلاقات الارتباطية بين بعض العوامل المستقلة والعوامل التابعة في عينة الدراسة

أولاً: العلاقات الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية كمتغيرات مستقلة وبعض المتغيرات التابعة:

١- العلاقة الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية ومستوى وعي الأمهات المبحوثات:

تشير بيانات جدول (١١) إلى وجود علاقة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين مهنة الأب ومستوى وعي الامهات بإضطراب التوحد حيث بلغت قيمة $t(٣٣١,٠)$.

٢- العلاقة الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية والممارسات السلوكية للأمهات المبحوثات :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة معنوية طردية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين كل من مهنة الأم والمستوى التعليمي للأب كمتغيرات مستقلة والممارسات السلوكية المتبعة مع الطفل التوحدي

ذلك مع ما ذكرته Sarra (1994) حيث أوضحت أن الاطفال التوحدين يعانون من اضطرابات في وظائف الانتباه من حيث التعرف البصري على الأشياء، بالإضافة إلى قصور التواصل الاجتماعي لديهم. كما أن مهارات الشراء والتعرف البصري على الأشياء والتعرف على الأماكن يحتاج إلى تواصل لفظي وغير لفظي. (Joseph et al, 2005). وقد بلغ متوسط درجات المهارات الحياتية $(٧,٠٥٨ \pm ٢٧,٣٣)$ درجة.

ولقياس مستوى المهارات الاجتماعية ككل لدى الأطفال المبحوثين تم جمع درجات المحاور الأربعة المكونة لهذه المهارات وهي مهارة الوعي بالذات، مهارة رعاية الذات، مهارة التواصل الاجتماعي والمهارات الحياتية وتقسيمها إلى ثلاث مستويات كما هو موضح بجدول (٩)، وشكل (٤) حيث أن ما يقرب من ٢٤% ذوي مستوى مهارات اجتماعية مرتفعة أما ربع العينة ٢٥% فكانوا ذوي مستوى مهارات اجتماعية منخفضة ويتفق ذلك مع ما ذكره Downing (1996) و Ruble(1997) بأن الاطفال التوحدين لديهم مشاكل عديدة في المهارات الاجتماعية بشكل عام إذا ما قورنوا بالأطفال الأسوياء وذوي الإعاقات الأخرى.

وقد بلغ متوسط درجات المهارات الاجتماعية الكلية $(٧٦,٨٥ \pm ٢٠,٢٧)$ درجة.

٤- طرق علاج الأطفال المبحوثين

يتضمن علاج الاطفال المبحوثين كل من العلاج الدوائي، العلاج السلوكي، و بسؤال الأمهات المبحوثات عن مدى حرصهن على إعطاء الطفل الأدوية بصفة منتظمة (جدول ١٠) أجابت ٥٧% منهن بالنفي إما بسبب أن الطبيب لم يصرح للطفل بتناول أدوية معينة، أو أن الطفل حالته مستقرة و لا يحتاج لدواء، أو أن الدواء يسبب له اثاره و نشاط زائد مما يدل على انخفاض مستوى وعي الأمهات بأهمية العلاج الدوائي لهذه الفئة من الأطفال، حيث يؤكد رائد العبادي (٢٠٠٦) على أهمية العلاج الدوائي في تقليل بعض الأعراض غير المرغوب فيها لدى الطفل التوحدي.

أما بالنسبة لمتابعة الطفل لحضور الجلسات مع المدرب (جدول ١٠) أتضح أن ٥٥% من الأطفال لا يحصلون على جلسات فردية، في حين أن ٤٥% منهم يحصلون على جلسات يكون معظمها في المراكز الخاصة نظراً لارتفاع مستوى دخل الأسر لهؤلاء الأطفال،

جدول ١٠. طرق علاج الاطفال المبحوثين (ن = ١٠٠)

البيان	%
١. تناول الطفل للأدوية بانتظام	
نعم	٤٣,٠
لا	٥٧,٠
٢. في حالة الإجابة بلا فالسبب هو (ن = ٥٧)	
- الدواء يسبب له إثارة و نشاط زائد	٢٦,٣
- الطفل لا يحتاج لدواء و حالته مستقرة	٣٥,١
- الطبيب لم يصرح للطفل بتناول أدوية	٣٨,٦
٣. متابعة الطفل للجلسات مع المدرب	
نعم	٤٥,٠
لا	٥٥,٠
٤. في حالة الإجابة بنعم المكان الذي يحصل فيه على الجلسة (ن = ٤٥)	
مركز خاص	٦٦,٧
مدرسة التربية الفكرية	٥,٤
جمعية ملحقه بمسجد	١٣,٣
المتزل	١١,١
عيادة التأمين الصحي	٥,٤
٥. عدد مرات الجلسات خلال الأسبوع (ن = ٤٥)	
جلسة واحدة	٢٤,٤
جلستان	٦٤,٤
٣ جلسات فأكثر	١١,٢
٦. مدة الجلسة بالساعة (ن = ٤٥)	
ساعة	٥١,١
٤/٣ ساعة	٤٤,٤
٢/١ ساعة	٥,٤
٧. حالة الطفل أثناء الجلسة (ن = ٤٥)	
سعيد بالجلسات	٨٠,٠
متقبل لحد ما	١١,١
رافض	٩,٨
٨. عرض الطفل على أخصائي اجتماعي إذا سلك سلوك اجتماعي غير مقبول	
نعم	٤٢,٠
أحياناً	١٠,٠
لا	٤٨,٠
٩. عرض الطفل على أخصائي نفسي إذا تعرض لمشكلة نفسية	
نعم	٤٦,٠
أحياناً	٠,٩
لا	٤٥,٠

كانت ممارستها السلوكية مع الطفل أفضل ، كما وجدت علاقة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسط الدخل الشهري للأسرة والممارسات السلوكية للأمهات حيث بلغت قيمة r (٠,٣٣٩)، فكلما زاد الدخل كلما حرصت الأم على متابعة علاج الطفل سلوكياً ونفسياً ويذكر أحمد جوهر (١٩٩٨) أن الطفل التوحدي يمثل عبء مادي على أسرته حيث أنه يحتاج إلى مبالغ

كمتغير تابع حيث بلغت قيمة r (٠,٤٨٢ ، ٠,٧٥١) على التوالي، بينما كانت العلاقة الارتباطية بين المستوى التعليمي للأم وممارستها السلوكية المتبعة مع طفلها معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١

حيث بلغت قيمة r (٠,٧٧١) وهذا يعني أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لكل من الأب والأم وكلما ارتقت مهنة الأم كلما

جدول ١١. العلاقات الارتباطية (r) بين بعض الخصائص الاجتماعية الاقتصادية ومستوى الوعي والممارسات السلوكية والرضا باعاقه الطفل وشدة التوحد والمهارات الاجتماعية

المتغيرات المستقلة	المتغيرات التابعة			
	مستوى الوعي	الممارسات السلوكية	الرضا باعاقه الطفل	شدة التوحد
الموطن الأصلي للأم	٠,٣٧٥	٠,٣١	٠,٣٧٩	٠,٥٦٧**
السن الحالي للأم	٠,٠٣٨	٠,٠٤٦	٠,١٨٨*	٠,٢٧٩**
المستوى التعليمي للأم	٠,٧٥٦	٠,٧٧١*	٠,٦٢٣	٠,٧٨١
مهنة الأم	٠,٤٣٢	٠,٤٨٢*	٠,٣١٦	٠,٥٤٨*
المستوى التعليمي للأب	٠,٧٦٤	٠,٧٥١*	٠,٦٤٨	٠,٨٢١*
مهنة الأب	٠,٣٣١*	٠,٤٤	٠,٣٦	٠,٤٢٧
عدد الأبناء في الأسرة	-٠,١٤٢	-٠,٢٦٧**	-٠,١٤٦	٠,٣٩٥*
متوسط الدخل الشهري للأسرة	٠,١٠٤٠	٠,٣٣٩**	٠,٠١٤	-٠,١٦٨*

*قيمة (r) معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥

**قيمة (r) معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١

الطفل كمتغير تابع، حيث بلغت قيمة r (٠,٥٦٧ ، ٠,٢٧٩ ، ٠,٣٩٥) على التوالي، وقد يرجع ذلك إلى أنه كلما زاد سن الأم وتكرارها للحمل والإنجاب كلما زاد احتمال إنجاب طفل معاق (Frith,2005)، في حين كانت العلاقة معنوية عكسية بين متوسط الدخل الشهري للأسرة وشدة التوحد لدى الطفل حيث بلغت قيمة r (٠,١٦٨) فالطفل التوحدي يحتاج إلى مبالغ عالية في تربيته وعلاجه وتعديل سلوكه (احمد جوهر، ١٩٩٨).

٥- العلاقة الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية والمهارات الاجتماعية للطفل:

توضح نتائج الدراسة أيضاً أن هناك علاقة معنوية عكسية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين عدد الأبناء في الأسرة والمهارات الاجتماعية، فكلما زاد عدد الأبناء في الأسرة كلما قل وقت الام وجهدها لتعليم الطفل المهارات الاجتماعية اللازمة وتعديل سلوكه (جدول ١١).

ثانياً: العلاقة الارتباطية بين مستوى وعي الامهات وممارستهن السلوكية كعوامل مستقلة وشدة التوحد والمهارات الاجتماعية كعوامل تابعة:

تشير بيانات جدول (١٢) إلى وجود علاقة معنوية عكسية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين الممارسات السلوكية للأمهات وشدة التوحد لدى الطفل حيث بلغت قيمة r (٠,٣٠٧) وهذا يعني أنه كلما زادت الممارسات السلوكية الصحيحة لدى الأم كلما قلت

كبيرة لتكلفة الجلسات والأدوية، كذلك يضيف جمال القاسم واخرون (٢٠٠٠) أن بعض الأطفال التوحدين يأكلون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع مما يؤدي أيضاً لوجود عبء مادي كبير على الاسرة. كذلك أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية معنوية عكسية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين عدد الأبناء والممارسات السلوكية للأمهات حيث بلغت قيمة r (٠,٢٦٧) فكلما زاد عدد الأبناء في الأسرة كلما قلت فرصة الأم لممارسة السلوكيات الصحيحة مع الطفل لتعديل سلوكه نظراً لضيق الوقت وقلة الجهد لديها.

٣- العلاقة الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية ورضا الأم بإعاقه الطفل:

تشير بيانات جدول (١١) إلى وجود علاقة معنوية طردية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين السن الحالي للأم ومدى الرضا بإعاقه الطفل وتقبل الوضع الراهن، حيث بلغت قيمة r (٠,١٨٨)، وقد يرجع ذلك إلى أن معظم الأمهات المبحوثات قد تعدت مرحلة الصدمة عند اكتشافها لإعاقه الطفل.

٤- العلاقة الارتباطية بين بعض العوامل الاجتماعية الاقتصادية وشدة التوحد لدى الطفل :

تبين من نتائج الدراسة وجود علاقة معنوية طردية عند مستوى دلالة ٠,٠١ و ٠,٠٥ بين كل من الموطن الأصلي للأم، السن الحالي للأم، عدد الابناء في الأسرة كمتغيرات مستقلة وشدة التوحد لدى

أهمية في تعديل سلوكيات الطفل وتحسين حالته وذلك من خلال المؤتمرات والندوات والمحاضرات وبرامج التنقيف الصحي للأمهات في كل من العيادات الصحية والنفسية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة.

٤- تدريب العاملين في مجال رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كأخصائيي التخاطب والمدرسين والمدرسين على الطرق المثلى للتعامل مع فئة الأطفال التوحدين بهدف تحسين حالتهم والإرتقاء بمستوى سلوكهم.

٥- العمل على تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين من خلال الأخصائي النفسي وأخصائيي التخاطب والأخصائي الاجتماعي من ذوي المستوي التدريبي المرتفع.

٦- العمل على تعديل وتحسين سلوكيات الطفل التوحدي باستخدام العلاج الدوائي والسلوكي والنفسي والاجتماعي جنباً إلى جنب.

٧- السماح لفئة الأطفال التوحدين ذوي الحالات البسيطة (السمات) بالحصول على حقهم في التعليم من خلال دمجهم مع الأطفال الطبيعيين بالمدارس الحكومية وبتدعيم من وزارة التربية والتعليم.

٨- إعطاء دورات تدريبية للمدرسين والمدرسين للتدريب على كيفية التعامل الصحيح مع الأطفال التوحدين من خلال وزارتي الصحة والتربية والتعليم.

٩- وجود تواصل مستمر بين أسر الأطفال التوحدين والمدرسين بهدف الإرتقاء بسلوكيات هؤلاء الأطفال وتحسين حالتهم من خلال اللقاءات الشهرية أو الرحلات الترفيهية.

المراجع

- أحمد جوهر (١٩٩٨): التوحد والعلاج باللعب، هيا بنا نقرأ، دار سعاد الصباح، الكويت.
- جمال القاسم، ماجدة عبيد، عماد الزغبي (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية، ط١، دار صفاء، عمان .
- رائد العبادي (٢٠٠٦): التوحد، ط١، مكتبة المجتمع العربي، عمان ، الاردن.

معها سمات التوحد لدى الطفل وبالتالي قلت شدة التوحد، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Benderix et al (2007) والتي أوضحت أن أتباع الأسرة للممارسات السلوكية الصحيحة مع الطفل التوحدي أدى إلى تحسن حالة الطفل وذلك باختفاء بعض السلوكيات غير المرغوب فيها بالإضافة إلى تحسن مهاراته.

جدول ١٢. العلاقة الارتباطية (r) بين مستوى وعي الأمهات وممارستهن السلوكية كعوامل مستقلة وشدة التوحد والمهارات الاجتماعية كعوامل تابعة

المتغيرات التابعة		المتغيرات المستقلة
المهارات الاجتماعية	شدة التوحد	مستوى الوعي
٠,١٤٧	٠,٠٩٩ -	
**٠,٤٢٥	**٠,٣٠٧ -	
		**قيمة (r) معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١

في حين وجدت علاقة ارتباطية معنوية طردية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين الممارسات السلوكية للأمهات والمهارات الاجتماعية للطفل حيث بلغت قيمة r (٠,٤٢٥) وهذا يعني أنه كلما زادت الممارسات السلوكية الصحيحة لدى الأم كلما زاد معها اكتساب الطفل مهارات اجتماعية جديدة وسليمة وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (McConachie and Diggle (2007) حيث أوضحنا أن تدريب الآباء والأمهات على ممارسة السلوكيات الصحيحة يؤدي إلى تعديل سلوكيات الطفل وتحسين مهاراته الاجتماعية وزيادة تفاعله مع الآخرين.

التوصيات

بناء على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية وفي ضوء النتائج سابقة الذكر توصي الدراسة بالآتي:

- ١-إلقاء الضوء على اضطراب التوحد ومدى انتشاره كظاهرة واضحة وملموسة بالمجتمع وذلك من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة.
- ٢- الاكتشاف المبكر لإضطراب التوحد عند الطفل من خلال زيادة وعي الأم بأعراضه ومظاهره وإجراء التشخيص السليم من خلال المراكز الصحية المتخصصة.
- ٣- تعليم الأمهات الممارسات السلوكية والتربوية السليمة والتي يجب إتباعها مع فئة الأطفال التوحدين بصفة خاصة لما لها من

محمد احمد محمود خطاب(٢٠٠٤): فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية عند الاطفال التوحدين ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس.

محمد بيومي على غريب (٢٠٠٤): دراسة وبائية عن التوحد بالاسكندرية ، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة الاسكندرية نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (١٩٩٧): الاضطرابات التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس.

نسرين علي ماهر احمد لاشين (٢٠٠٥): بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى اخوة الاطفال التوحدين، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

المراجع الإنجليزية :

Adrian,J .L., Faure, M. Perrot, A. Hameury, L. Garreau, B. Barthelemy, C. and Sauvage (1991) : Autism and family home movies: preliminary finding , J, of A.D.D.22(4) : 43-52.

Andrew,N.(2000): The Autism Hand and Book , Great Britian,London.

Benderix,Y. Nordstrom,B. and Sivberg,B. (2007): parents experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home : A case study ,Autism 10:6 (629-641)

Brill,M.T.(2001): keys to parenting the child with autism ,Black Well ,New York.

Brimacombe,M. Ming,X. and Lamendola,M. (2006):parental and birth complications in autism , Matern . child Health J . 11:1 (73-79)

Buhagiar, N.(1999) : Therapists Experience of Treating Preschool Autistic Children . Paper in Conference Autism 99.

Cashin, W. C. (2006): The under valve role of overregulation in autism Chaos Theoryas ametaphor and beyond, J child adolec psychiatry Nurs, Nov : 19(4) .

Center of Disease Control and Prevention (2001) : Autism, Causes, Prevention; Washington, Dc., Medical Knowledge systems, Inc.

Charman,T.(2003): Epidemiology and early identification of autism : research challenges and opportunities , Novartis found symp , 251:10 – 9.

رمضان محمد القنافي(١٩٩٤): سيكولوجية الاعاقة، مطبعة الانتصار،الجامعة المفتوحة،ليبيا.

سماح قاسم سالم (٢٠٠٦): فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدي الطفل التوحدي ،رسالة ماجستير، كلية التربية،جامعة حلوان، القاهرة.

سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢): معانتي والتوحد ، دار سعاد الصباح، الكويت.

سهى أحمد أمين (٢٠٠١): مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحدين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس.

عادل عبد الله محمد(٢٠٠١): مقياس الطفل التوحدي،مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

عبد الرحمن سليمان(٢٠٠١): اعاقه التوحد، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.

عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) : إعاقة "التوحد" أو "الاجترار" Autism خواصها وتشخيصها (١)، النشرة الدورية العدد (٤٠) السنة الحادية عشر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين

عصام محمد زيدان (٢٠٠٤): الانهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحدين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنصورة .

عفيف الرزاز(١٩٩٤): التربية المتخصصة(دليل لتعليم الاطفال المعاقين عقليا)، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع،عمان.

علاء الدين كفاي (٢٠٠١) : الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ج١، دار قباء، القاهرة .

فريدمعتوق (١٩٩٣): معجم العلوم الاجتماعية، ط١، أكاديمية انترناشيونال، بيروت، جامعة القاهرة.

لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة.

ماجد السيد علي عمارة(١٩٩٩): دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدي الطفل المنغلق نفسيا،رسالة ماجستير،معهد الدراسات والبحوث التربوية،جامعة القاهرة.

- Contreras, M.C. (2006): Impact of parent's education on parental expectations of children with autism. A tests the faculty of the Department of psychology san Jose state university.
- Donenberg, E. and Baker, D. (1993): Autism and associated medical disorder in a French epidemiology survey, journal of American Academy of child and adolescent psychiatry .vol 36 (11), 1561-1569.
- Downing, J. (1996): The process of including elementary students with autism and intellectual impairment in their typical classroom paper presented at the annual international of convention of the council for exceptional children 47th Orlando , FL, April (1-5)
- Frith, U. (2005): Autism ,Explaining the Enigma, second edition, Black Well Publishing, New York.
- Gold, N. (1993): Depression of social adjustment in siblings of boys with autism, Mc master university Himiton , Ontario Canada .
- Gray, C.A. (1995) : Teaching children with Autism to read social situation, Delmar, New York, P.P. 219:242.
- Gray, D.E. (2006): Coping over time : the parents of children with autism , J cil. Dolec. Psychaitr.nur. no(4) : 19.
- Harrington, J.W., Rosen, L., Garnecho, A., and Patrick, P.A. (2006): Parental Perceptions and use of complementary and alternative medicine practices for children with autistic spectrum disorders in private practice, J Dev Behav Pediatr , Apr (27) : 56:61.
- Heward, W. L. and Oriansky, M. (1992): Exapntional children: An introduction survey of special education 2nd ed ohio: Charless E. Merrill publishing company.
- Holmos, D. (1998): Autism through the life span: The Eden Model , Bethesda, MD: Woodbine House.
- Joseph, R.M., Mcgrath, L.M. and Tagerf, T. (2005): Executive dysfunction and its relation to language ability In verbal school-age children with autism, Dev Neuropsychol , 27(3) , 361-78.
- Joyce, B. (1994): The impact of a child with autism on the family system, the university of Manitoba . Canada .
- Kasari, C. and Signman, M. (1997): Linking parental perceptions to interactions in young children with autism , J Autism Dev Disord , Feb ; 27(1) : 39- 57.
- Knoblouch, B. and Sorenson, B. (1998) : Idea's Definition of Disabilities , Journal of the disabilities and Gifted Education , Eric No (429396).
- Lissa, D. (1996) : Siblings and parents of children with autism : a controlled populayion-based study, May vol.34(5) PP : 164-168.
- Lovaas, O.I. (1993) : Long term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment, A.J. of mental retardation , 97, P.P. 359: 372 .
- Magnusson, P. and Saemundsen, E. (2001): Prevalence of autism in Iceland , Journal of Autism and Developmental Disorders , 31:153-63.
- McConachie, H. and Diggle, T. (2007): Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder : Asystematic review J.Eval.Clin.Prat.13:1(120-129).
- Narayan, S. ; Moyes, B. and Wolff, S. (1990) : Family characteristics of autistic children A further report , vol, 20(4) .
- Ratekin, C. (1993) : comparison of temperament ratings in children. Paper presented at the society for research in child development conference (New or Learns, AL, March 25-28).
- Ruble, L. A. (1997) : Comparative study of the natural habitat behaviors of children with autism and children with down syndrome : An ecological approach. P.H.D. dissertation, Indian University Bloomington.
- Rutter, M. (1983): Conginative deficits in the pathogenesis of autism , J. Of child Psychology , 24 (5) : 513 -530.
- Sanders, A. (1994) : Self-focused attention behave and effective treatment of social phobia, behavior research and therpy, vol38 PP. 717-725.
- Sarra, T. (1994) : A group therapy of autistic children : the result of four year Saturday class treatment at Kyushu university psychiatric hospital, Kyushu , neuro-psychiatry, sep, vol19(2) 170-177.
- Siller, M. and Signman, M. (2002) : The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children communications , Journal of Autism Disorder, Apr :32 (2):77- 89.
- Sivberg, B. (2003): parents detection of early signs in their children having an autistic spectrum disorder, Journal of pediatrics Nurs, Dec , 18(6) : 433-9.
- Tsuchiya, E. Oki, J. Yahara, N. and Fujieda, K. (2005) : Computerized version of the Wisconsin card sorting test in children with high-functioning autistic disorder or attention -deficit hyper activity disorder , Brain Dev , Apr , 27(3) : 233-6 .

Watson, L. R.(1998) : Following the child's lead ,mother's action with children with autism, J Autism Dev disord, Feb, (28) : 51-90.

1. www.aawsat.com/details.asp?section=article=353202&issue=997.

عبير مبارك (٢٠٠٧-٣-١٠)

2. www.al_jazirah.com/magazine/140/2003/afal19.html

ياسر الفهد (٢٠٠٣-١-١٤)

3. www.alriyadh.com/2005/03/11/article46434.html.

عبد الرحمن عبد العزيز آل الشيخ (٢٠٠٥-٣-١١)

4. www.autism.zane.com/autism/review/html

Ackerman and Lowell (1997) :.

5. www.emadsobhi.com/viewtopic.php.pt.188sid=4313afd371679ca_99d6d72.ae.00071935.

عماد صبحي (٢٠٠٦)

6. www.ilammemo.cc/aricle.aspx?id=16697.

بنهان ابو صليح (٢٠٠٦-١٠-٢٩)

7. www.jeddah.edu.gov.sa/takhearcenter.ps.html.

ماجد محمود الزهران (٢٠٠٦-١٢-٩)

8. <http://www.minds.nih/heainfo/disorder/autism/htm>.

Howlin and Morre (1997) : Diagnosis in antim , peoprt came the net .

SUMMARY

Awareness and Behaviour Practices for Autistic Children's Mothers and Their Relationship to Autism Disorder and Child's Social Skills in Alexandria

Youssria Ragab Anwer, Laila Ibrahim El Khodary, Doaa Fouad Ahmed

This study has been conducted to investigate the awareness and behaviour practices for autistic children's mothers and their relationship to autism disorder and child's social skills.

Samples of 100 mothers were chosen randomly to do this experiment. Interviewing these mothers has been used as a way to collect information related to this research.

Studies have revealed the following results:

As for directly the mothers according to their level of awareness of autism it was seen that 68% of them have moderate awareness. 32% have this specialized awareness. As for behaviour practices it was clear that 36 % of the mothers meant by the research follow scientific ways to modify the wrong behaviours of their children permanently. 33% of them follow these ways

moderately 31 % rarely follow them. It was found that most of the mothers were highly satisfied with that disorder of their children.

As for measuring the level of autism it was clear that 48% of the children are highly autistics, 34% of them are moderately autistic and 18% of them have same mild features of autism.

As for the social skills we found that (24%) of the children have a high level, (51%) have a moderate level and (25%) of them have a low level of social skills

The results of this study showed that a significant correlation was observed between some of social economic factors and awareness, behaviour practices, autism disorder and child's social skills.

A significant correlation was found between social skills, autism disorder and behaviour practices of mothers at 0.01 level of significance.