وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باجي مختار عنابة
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا
الفرع: علوم التربية

اعداد وتطبيق برنامج ارشادي أسري لتنمية الكفايات الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد

ـ دراسة تجريبية بعيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي ـ

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث(LMD)

التخصص: التربية الخاصة

اعداد الطالبة: **إشراف الأستاذ:**

سميرة رزاق لبزة **أ.د. منى عتيق**

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ	الرتبة	الجامعة	الصفة
ساسان إلهام	أستاذا محاضرا أ	جامعة باجي مختار – عنابة.	رئيسا
عتيق منى	أستاذ	جامعة باجي مختار –عنابة.	مشرفا ومقررا
بولهواش عمر	أستاذ	جامعة 20أوت 1955– سكيكدة.	عضوا مناقشا
مرداسي فاطمة لطيفة	أستاذا محاضرا أ	جامعة باجي مختار –عنابة.	عضوا مناقشا
زواري أحمد خليفة	أستاذ	جامعة حمة لحضر – الوادي.	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:2022ـ 2023

الملخص

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن مدى فاعلية برنامج ارشاد أسري مقترح لتنمية الكفاية الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك باتباع المنهج التجريبي ذو التصميم البدائي للمجموعة الواحدة، بقياس قبلي وبعدي، تكونت عينة الدراسة من (07) أمهات لأطفال مصابين بالتوحد، يتابعن أطفالهن في جمعية التاج للصحة، وعيادة أمل للصحة النفسية، تحصلن على درجات منخفضة على مقياس الكفاية الوالدية، تراوحت أعمار الأطفال بين (7 إلى 10) سنوات من ذوي اضطراب طيف التوحد المتوسط، كما سجلوا درجات منخفضة على مقياس المهارات الاجتماعية. ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الطالبة مقياس الكفاية الوالدية والمهارات الاجتماعية، والبرنامج المقترح. وتم معالجة البيانات احصائيا باستخدام اختبار T test لعينتين مترابطتين، للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين (البعدي – القبلي)، ثم (التتبعي – البعدي) لمقياس الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، للمجموعة التجريبية، ومعادلة كوهن(Cohen) لحساب مؤشر"d" للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لعينتين مترابطتين.

وأسفرت نتائج الدراسة الحالية إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار الكفاية الوالدية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. وتوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية وأبعاده لدى أطفالهم المصابين بالتوحد. وتوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية وأبعاده لدى أطفالهم المصابين بالتوحد.

وتؤكد النتائج أن البرنامج الارشاد الأسري له فاعلية في تنمية الكفاءة الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، ويوصى بالبرامج التي تستهدف الأسرة والوالدين نظرا لفاعلية في تحسين سلوكيات أطفال التوحد.

الكلمات المفتاحية: ارشاد أسري، برنامج، كفايات والدية، المهارات الاجتماعية، أطفال التوحد، اضطراب طيف التوحد.

The abstract:

The current study aims to reveal the effectiveness of a proposed family counseling programme for developing parental competence to improve social skills for children with autism by following the experimental approach with a primitive design for one group with a pre- and post-measurement.

The study sample consisted of seven mothers of children with autism who follow their children in the *Tadj Health Association,* as well as, the *Amal Clinic for Mental Health*, and they may have low scores on the Parental Competency Scale.

The ages of the children ranged from (7 to 10) years with moderate autism spectrum disorder, and they also scored low on the social skills scale.

To achieve the objectives of the study, the student prepared a scale of parenting competence and social skills, a form for collecting family information, and the proposed programme. The data were statistically processed using the ***Ttest*** for two interconnected samples to reveal the significance of the differences between the mean scores of the two measurements (post - pre), then (progressive - post) for the measure of parental competence among mothers of children with autism and the social skills scale for the autistic child for the experimental group, and Cohen's equation. To calculate the "*d*" index to denote the effect size in the "*t*" test for two correlated samples.

The results of the current study resulted in the presence of statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the pre- and post-measurement of the parental competence test and its dimensions for mothers of children with autism. There are statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the post-measurement and the follow-up measure of the parental competence test and its dimensions for mothers of children with autism.

The study also found that there are statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the pre- and post-measurement of social skills test and its dimensions for their children with autism.

There are statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the post-measurement and the follow-up measure of the social skills test and its dimensions for their children with autism.

The results confirm that the family counseling programme is effective in developing parental competence to improve the social skills of autistic children. Programs targeting the family and parents are recommended due to its effectiveness in improving the behavior of autistic children.

Keywords: family counseling, programme, parenting competence, social skills, autistic children, autism spectrum disorder.

شكر وتقدير

قال الله تعالى" ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليا وعلى والدي، وأن أعمل صالحا ترضاه " (الآية 19 من سورة النمل)

أتوجه أولا بالشكر لله عز وجل على نعمه وتوفيقه لي وتيسيره لأمري للوصول إلى هذه المرحلة العلمية العالية.

كما أنني أتوجه بالشكر والامتنان إلى كل من:

صاحبة الفضل علي وقرة عيني، ومهجة فؤادي أمي حفظها الله ورعاها، وخالص دعائي لروح والدي رحمه الله وأدخله فسيح جنانه.

أشكر زوجي الغالي وأبنائي الذين كانوا السند الأول لي في الوصول إلى ما وصلت إليه.

كما أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة المشرفة: منى عتيق لما قدمته لي من مساعدات وتوجيهات وحرصها الشديد في خروج هذه الرسالة العلمية بالشكل الذي ظهرت عليه.

والشكر موصول بخالص التقدير إلى الأساتذة الأفاضل أساتذة علم النفس وعلوم التربية بجامعة حمة الأخضر بالوادي، الذين أناروا طريقي بالمزيد من العلم، والعطاء والخير.

وأقدم شكري لموظفي مكتبة جامعة حمة الأخضر بالوادي الذين قدموا لي كل التسهيلات والاستفادة من معظم المراجع الموجودة في المكتبة.

وأتشرف بتقديم خالص الشكر والتقدير إلى أعضاء اللجنة المناقشة الكرام، الأستاذة: إلهام ساسان، عمر بلهواش، فاطمة لطيفة مرداسي، أحمد خليفة زواري على تفضلهم بقبول مناقشة أطروحة الدكتوراه هذه.

كما أشكر عيادة الأمل للصحة النفسية لما قدمته لي من تسهيلات للقيام بهذه الدراسة، كما أشكر الأمهات الفضليات على مشاركتهن اللاتي منحنني الكثير من وقتهن وحرصهن الكبير في سبيل خروج هذه الدراسة بأدق النتائج وأكثرها فاعلية.

وفي الختام شكرا لمن أسدى لي معروفا، والثناء لمن قدم خيرا، وعظيم الثناء لمن يواصلون العطاء.

فهرس المحتوى

الملخص.....

فهرس المحتوى.....أ

فهرس الأشكال والجداول.....خ

فهرس الأشكال.....خ

فهرس الجداول.....ذ

مقدمة.....1

الفصل الأول: الإطار العام للبحث 6

1.إشكالية الدراسة.....7

2.فرضيات الدراسة: 15

3. أهداف الدراسة.....16

4. أهمية الدراسة:.....16

5. المحددات الإجرائية للدراسة.....17

6. المجال الزمني والمكاني للدراسة الحالية.....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.

7. الدراسات السابقة:.....19

الفصل الثاني: الإرشاد الأسري.....50

:أولا: الارشاد الأسري 52

تعريف الإرشاد الأسري 1.....52

1.1 تعريف الإرشاد : 52

2.1 تعريف الأسرة: 53

3.1 تعريف الارشاد الأسري: 54

2.طرق ارشاد والدي الأطفال المصابين بالتوحد: 57

ثانيا: البرامج الوالدية 59

1. نبذة تاريخية على البرامج الوالدية: 59

2.تعريف البرامج الوالدية: 60

3. أهداف البرامج الوالدية: 62

4. الأسس النظرية للبرامج الوالدية: 62

ثالثا: أهمية الارشاد الأسري في تنمية الكفايات الوالدية اللازمة لأولياء الأطفال المصابين بالتوحد: 68

خلاصة الفصل: 69

الفصل الثالث: الكفايات الوالدية لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد 71

تمهيد: 72

أولا: تعريف الكفاية الوالدية: 73

1. تعريف الكفاية: 73

2. تعريف الوالدية: 75

3. تعريف الكفاية الوالدية: 77

ثانيا: مصادر تحديد الكفاءة الوالدية اللازمة لوالدي الأطفال المصابين بالتوحد (أو أسس تحديد الكفاءة الوالدية) 79

1. الخصائص الوالدية: 79

2. الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المصاب بالتوحد: 80

3. علاقة الوالدين بالطفل المصاب بالتوحد:..... 83

4. أنماط المعاملة الوالدية:..... 86

ثالثا: أبعاد الكفايات الوالدية:..... 88

1. البعد المعرفي:..... 88

2. بعد الكفاية الوالدية في المجال الوجداني:..... 90

رابعا: عوائق اكتساب الكفاية الوالدية:..... 102

1. الافتقار إلى المرجعية السيكولوجية:..... 102

2. الافتقار إلى بيداغوجيا والدية:..... 102

3. محدودية الكفاءة واختزالها عند الكثير من الآباء في الكفاءة العاطفية..... 102

خامسا: أهمية الكفاء الوالدية في تحسين المهارات الاجتماعية:..... 103

خلاصة الفصل..... 107

الفصل الرابع: المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد..... 108

تمهيد:..... 109

أولا: اضطراب طيف التوحد..... 109

1.تعريف اضطراب طيف التوحد:..... 109

2. تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD):..... 112

ثانيا: المهارات الاجتماعية..... 122

1. تعريف المهارات الاجتماعية..... 122

2. مكونات المهارات الاجتماعية:..... 128

3. مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية ومصادره:..... 132

4. أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد : 133

ثالثا: مظاهر نمو المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي..... 135

رابعا: تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية:..... 140

1. خطوات تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية:..... 140

2. أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية:..... 143

خامسا: دور كفايات الوالدين في تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية..... 148

خلاصة الفصل:..... 150

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية.....ككككك

أولا: الدراسة الاستطلاعية..... 152

تمهيد:..... 153

أولا: الدراسة الاستطلاعية:..... 153

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:..... 153

2. عينة الدراسة الاستطلاعية:..... 154

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية:..... 155

4. الحدود الزمنية والمكانية للدراسة الاستطلاعية:..... 162

5. الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية:..... 163

6. نتائج الدراسة الاستطلاعية..... 163

استنتاج عام:..... 174

خلاصة عامة:..... 175

ثانيا: الدراسة الأساسية..... 177

1.المنهج: **177**

2. متغيرات الدراسة: **179**

3. المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية: **180**

4. المشاركات: **181**

5. أدوات البحث في الدراسة الأساسية: **185**

6. الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة: **195**

ثالثا: البرنامج **195**

1. تعريف البرنامج: **196**

2. الخلفية النظرية للبرنامج: **196**

3. أسس بناء البرنامج المقترح: **198**

4. مصادر اعداد البرنامج: **200**

5. أهداف البرنامج: **202**

6.محتوى البرنامج: **203**

7. الفنيات المستخدمة في البرنامج: **229**

10. تطبيق البرنامج: **236**

خلاصة الفصل: **238**

الفصل السادس: عرض وتفسير نتائج الدراسة **239**

أولا: عرض وتحليل الحالات: .....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.

1. عرض الحالات: .....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.

2.تحليل عام للحالات: .....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.

ثانيا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات:..... 240
1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:..... 240
ج القبلي والبعدي..... 241
2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:..... 244
3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:..... 247
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:..... 251
ثالثا: نتائج التقييم النهائي للبرنامج..... 255
رابعا: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات:..... 258
1. مناقشة نتائج فرضيات المتغير التابع الأول:..... 258
2. مناقشة نتائج المتغير التابع الثاني (المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد): 268
خامسا: الخلاصة والتوصيات..... 281
1. الخلاصة:..... 281
2. التوصيات:..... 282
الخاتمة..... 284
قائمة المصادر والمراجع..... 286
الملاحق..... 301

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	الأسرة المنجبة للمرض	101
02	التفاعل بين العناصر (A) (B) (C) (D)	105
03	العلاقة بين الدفاعية الوالدية ونجاح نمو الطفل	120
04	علاقة القدرة المعرفية العاملة بالسلوك الاجتماعي	144
05	كيفية اكتساب المهارات الاجتماعية حسب الاستراتيجيات الثلاث	163
06	نموذج Aaggle للمهارات الاجتماعية	164
07	مستويات البعد المعرفي في الكفايات الوالدية	190
08	مستويات البعد الوجداني للكفايات الوالدية	193
09	مستويات البعد السلوكي للكفايات الوالدية	194
10	مستويات الكفايات الوادية	195
11	مستويات معدل التبادل الاجتماعي والانفعالي	198
12	القصور في السلوكيات غير اللفظية	199
13	تطوير العلاقات الاجتماعية	130
14	مستويات المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي	201
15	التصميم قبل التجريبي (البدائي) للمجموعة الواحدة اختيار قبلي واختبار بعدي	207

16	المقارنة البيانية بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية	328
17	المقارنة البيانية للقياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية	332
18	المقارنة البيانية لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية	336
19	المقارنة البيانية للقياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية	340

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور تصنيف التوحد حسب الدليل التشخيصي الاحصائي DSM	132
02	مستوى الشدة وأعراض اضطراب طيف التوحد	134
03	التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة.	135
04	مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج (1933) Merrel	147
05	*مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج (1981) Meresson*	148
06	مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج(1986) Reggio	149
07	مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج هاني (1997)	149
08	مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ الميلاد إلى06 أشهر	155
09	مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من 06 أشهر إلى12 شهرا	156
10	مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ (12- 24 أشهر)	156
11	مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ 24 شهرا إلى 60 شهرا	157
12	*توزيع العينة الاستطلاعية*	174
13	بعض العبارات المحذوفة و بعض العبارات المعاد صياغتها:	176

14	معاملات الاتساق بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد في مقياس الكفايات الوالدية	179
15	*معاملات الاتساق بين درجة كل بند والدرجة الكلية لمقياس الكفاية الوالدية*	180
16	معاملات الاتساق بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس الكفايات الوالدية	181
17	*يوضح :معاملات الاتساق لألفا كرنباخ الكفايات الوالدية وأبعادها*	181
18	*توزيع الصورة النهائية لأبعاد وبنود مقياس الكفايات الوالدية كما وكيفا*	182
19	*يوضح بعض العبارات المحذوفة و بعض العبارات المعاد صياغتها في مقياس المهارات الاجتماعية*	184
20	*معاملات الاتساق بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد في مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي*	186
21	*معاملات الاتساق بين درجة كل بند والدرجة الكلية لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي*	186
22	*معاملات الاتساق بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي*	187
23	*معاملات الاتساق لألفا كرنباخ لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي وأبعاده*	188
24	*توزيع الصورة النهائية لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد كما وكيفا*	188
25	*اختبار اعتدالية توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية وأبعاده*	190
26	*مستويات قياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد*	191

27	*اختبار اعتدالية توزيع درجات قياس المهارات الاجتماعية وأبعادها*	196
28	*مستويات قياس المهارات الاجتماعية وأبعادها للطفل التوحدي*	197
29	*تاريخ اجراء جلسات البرنامج الارشادي*	209
30	*خصائص عينة الدراسة الأساسية*	212
31	التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس الكفايات الوالدية	217
32	*بدائل مقياس الكفايات الوالدية*	218
33	تصنيف مستويات الكفايات الوالدية في كل أبعاده	219
34	التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحدي	222
35	التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحدي	223
36	*بدائل مقياس المهارات الاجتماعية*	224
37	*تصنيف مستويات المهارات الاجتماعية في كل أبعاده*	225
38	*نسبة اتفاق السادة المحكين حول صدق محتوى البرنامج*	274
39	*دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي*	325
40	*دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والتتبعي*	330
41	دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية	333

	لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في المقياسين القبلي والبعدي	
42	دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي	338
43	التكرارات والنسب المئوية لإجابات المشاركة على استمارة تقييم البرنامج	341

مقدمة

تعتبر الأسرة الجماعة المرجعية التي يعتمد الطفل على قيمها ومعاييرها، وطرق عملها عند تقييمه لسلوكه، إذ أنها الوحدة الاجتماعية الأولى التي يحتك بها الطفل احتكاكا مستمرا، وهي المكان الذي تنمو فيه أنماط التنشئة الاجتماعية، والتي تشكل الميلاد الثاني في حياة الطفل، أي تكوينه كشخصية اجتماعية.

وذلك من خلال علاقة الطفل بوالديه وإخوته التي تنشأ في محيط الأسرة، وهي التي تدعو إلى القول بأن الأسرة ذات وظيفة اجتماعية، فهي التي تصبغ سلوك الطفل بصبغة اجتماعية، حيث تهدف لنمو الطفل نموا اجتماعيا تكسبه مهارات اجتماعية، ويتحقق هذا الهدف بصفة مبدئية عن طريق التفاعل الأسري، والعلاقات الاجتماعية التي تحدث داخل الأسرة (قناوي،2013، ص54).

ومن هنا فإن السمات الأساسية للسلوك الاجتماعي للفرد تعود إلى المرحلة الأولى من حياته، وإلى علاقته بأفراد أسرته، واتجاهات هؤلاء الأفراد، وأنماط سلوكهم (عامر، 2015، ص88)، فهي أولية بحكم أسبقية التأثير، ويمثل الوالدان بطبيعة الحال السلطة الأولى المباشرة في التنشئة التي تمارس تأثيرها على الطفل منذ ولادته. ويظل تأثير هذه القوة قائما حتى مرحلة متأخرة من العمر. بل وقد يظل مفعولها واضحا بشكل أو بآخر في سلوك الفرد طيلة حياته (قناوي، 2013، ص52).

فأساليب تفاعل الوالدين مع الطفل هي التي تحدد قدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه، وإليها يرجع الأثر الأكبر في الاشراف على نمو الأبناء وتوجيه الملامح الأساسية للنمط السلوكي الذي ينتهجونه عبر مراحل نموهم المختلفة (عامر، 2015، ص75).

فالوالدية ترتبط بخصائص الطفل واحساسه بكفاءة والديه في القيام بدورهما، كما ترتبط بملاحظة الوالدين نفسهما ونوع علاقتهما بالطفل، ووعيهما بالدور الوالدي الذي يتطلب استمرارية التكيف والتطبع. فالوالدان من خلال العلاقة بالطفل والتفاعل معه يودان أن يشعرا بأنَ ما يقومان به له قيمة ووزن، وأنهما قد نجحا في مهمتهما التربوية، حيث أن نجاحهما ينعكس بالضرورة على ثقتهما بنفسهما، والنظرة الإيجابية لذاتهما، وهذا النجاح مرتبط بتدعيم الطفل لوالديه وتقبله لهما، فإذا غاب التدعيم من جانب الطفل أثر بالتالي على مشاعر الوالدين وعلى احساسهما بالكفاءة (المرعب، 2013، ص150)

وعلى الجانب الأخر عندما تكون طبيعة خصائص الطفل معيقة لأداء الوالدية في التنشئة، فإنها تكون بمثابة ضغوط تعيق الدور الوالدي. ففي حالة وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة قد يضعف قدرة الوالدين على توجيه الطفل نحو الخبرات الملائمة وتجنبه الخبرات الضارة، فهذا الحدث يجعل

الوالدين يركزان على مشاكلهما بحيث تستنزف طاقتهما ويبتعدان على طفليهما ومشكلات النمو الخاصة به، وهذا قد يستهلك قدرتهما على الصبر والتحمل (سهيل، 2015، 294).

فالوالدان قد يشعران بخيبة الأمل، تنجم عنها ردود أفعال مختلفة، فقد يستجيبان بالنبذ وعدم التقبل لهذا الطفل مما يجعل نمط العلاقة بين الوالدين والطفل غير سوية، وقد يجد الوالدان صعوبة في استثمار طاقتهما النفسية والجسمية في القيام بأدوار ومسؤولية الوالدية.

حيث يؤكد Flangan (2001) أنه لا توجد أسرة مهيئة لاستقبال طفل مصاب بالتوحد، فالوالدان عادة ما يتوقعان ولادة طفل عادي، وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهما في أسرهما (سهيل، 2015، ص170).

فاضطراب طيف التوحد يعد أحد الاعاقات النمائية التطورية، التي تؤثر على نمو الطفل الطبيعي، حيث يبقى متزامنا مع الطفل من لحظة الميلاد إلى مدى الحياة، وهو يؤثر على عملية التواصل، وعلى العلاقات الاجتماعية، وعلى أغلب القدرات العقلية، حيث يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره (الجلامدة، 2015، ص45).

ويشكل البعد الاجتماعي أحد الجوانب ذات الأهمية الخاصة في نمو الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. فيواجه الطفل المصاب بالتوحد العديد من الصعوبات في النمو الاجتماعي تؤثر على جميع جوانب تعلم المهارات والسلوك، وتحول دون مشاركته في التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين (البحيري، 2018، ص150).

ويمكن القول أن فهم الطفل المصاب بالتوحد للعالم الخارجي، وقدرته على التعامل معه، وتجاوز عقباته، يعتمد على مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية وكيفية استخدامها، وعليه فالتنشئة الاجتماعية تعد وسيلة هامة لتنمية قدرات الطفل الاجتماعية، وذلك من خلال اكتساب الوالدين الكفاية الوالدية في كيفية التعامل معه.

إذ أن الكفاية الوالدية تمكن الأولياء من استثارة الطفل المصاب بالتوحد وتحسين مهاراته الاجتماعية.

ويشير سيد (1999) "أن البيئة المنزلية تؤثر في سلوك الأبناء في مختلف المستويات العمرية، فهي تعد من أهم مدخلات البيئة في مصفوفة رعاية الأبناء، حيث أنها ترتبط بتنمية جانب السلوك المعرفي والوجداني والاجتماعي للأبناء" (ورد في عامر، 2015، ص80).

وفي هذا الإطار تم في الدراسة الحالية اقتراح برنامج ارشاد أسري لتنمية الكفاءة الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، حيث قسمت الدراسة إلى بابين كما يلي:

❖ الباب الأول: خصص للجانب النظري والذي تضمن ستة فصول كالتالي:

الفصل الأول: وهو الفصل التمهيدي الذي يقدم الإطار العام للبحث، تطرقنا فيه إلى اشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة، وعرضنا فيه الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تناولنا فيه أولا: الارشاد الأسري من حيث تعريف الأسرة، ودور الوالدين في برامج الارشاد الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد، وطرق الارشاد الأسري، وثانيا: البرامج الوالدية، حيث عرضنا نبذة تاريخية عن البرامج الوالدية، تعريف البرامج الوالدية، وأهداف البرامج الوالدية، الأسس النظرية للبرامج الوالدية. أما ثالثا: فقد تناولنا أهمية تنمية الكفاءات الوالدية اللازمة لولدي الطفل المصاب بالتوحد في البرامج الوالدية.

الفصل الثالث: تناولنا فيه الكفايات الوالدية لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد.

أولا: الكفايات الوالدية، وتم فيها عرض تعريف الكفاءة الوالدية، وتعريف الكفاءة لغة واصطلاحا، وتعريف الوالدية لغة واصطلاحا. أما ثانيا: عرضنا مصادر تحديد الكفايات الوالدية اللازمة لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد، وهي الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المصاب بالتوحد، نمط العلاقة الوالدية بالطفل المصاب بالتوحد، ونمط الممارسات السلوكية نحو الطفل المصاب بالتوحد. ثالثا: عرضنا مكونات أو أبعاد أو مجالات الكفايات الوالدية، وتمثلت في الكفايات والدية معرفية أو كفايات والدية في المجال المعرفي، الكفاءة الوالدية في المجال الوجداني، والكفاءة في المجال السلوكي. أما رابعا: فقد خصصناه لعوائق اكتساب الكفاءة الوالدية. وخامسا: عرضنا أهمية تنمية الكفيات الوالدية في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

الفصل الرابع: تناول المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، والذي تعرض أولا: اضطراب طيف التوحد، تعريفه، تشخيصه، والبروفايل النفسي والذهني لطفل التوحد. ثانيا: المهارات الاجتماعية، وتناولنا تعريفها، مكوناتها، مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية ومصادره، وأهمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد. أما ثالثا: تناولنا مظاهر نمو (تطور) المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي. رابعا: تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية، وخامسا: دور الأسرة في تدريب الطفل التوحدي.

❖ الباب الثاني: خصص للجانب التطبيقي من الدراسة وتضمن ما يلي:

الفصل الخامس: وفيها تم تقديم الاجراءات المنهجية كما يلي: أولا الدراسة الاستطلاعية، وعرض فيها أهدافها، العينة، الأدوات، الحدود الزمنية والمكانية للدراسة الاستطلاعية، والأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية. ونتائجها. أما ثانيا الدراسة الأساسية: وفيها تم عرض المنهج، مجتمع الدراسة، العينة، الأدوات، الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية، الأساليب الاحصائية. ثالثا: البرنامج التدريبي المقترح، وتناولنا فيه تعريف البرنامج المقترح، الخلفية النظرية له، أسس بنائه، مصادره، أهداف البرنامج المقترح، الفنيات وأدوات البرنامج، محتوى البرنامج المقترح، تحكيم البرنامج المقترح، تطبيق البرنامج، وتقييم البرنامج.

الفصل السادس: كان عبارة عن آخر فصل تم ادراجه في البحث الحالي، جاء متضمنا لعرض وادراج البيانات المتحصل عليها في الميدان ومناقشتها وتفسيرها، استنادا للدراسات السابقة والتراث الأدبي، وربطها بأهم النظريات التي تناولت الموضوع، نهاية إلى الاستنتاج العام الذي تناولنا فيه حوصلة بأهم النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، ختاما بالتوصيات التي يمكن الاستفادة منها في اعداد دراسات مستقبلا.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. اشكالية الدارسة
2. فرضيات الدراسة.
3. أهمية الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. التحديد الاجرائي لمفاهيم الدراسة.
6. الدراسات السابقة.

1.إشكالية الدراسة

أخذ اضطراب طيف التوحد حيزا كبيرا في الأوساط الطبية العالمية، والدراسات النفسية. ولا زالت هذه الأخيرة تبحث للكشف عن ثنياه والحد منه (شرفي،2019، ص41)، نظرا للانتشار الواسع الذي يشهده في الآونة الأخيرة، حيث قدر Rapin (1997) حدوث التوحد ما بين (1 إلى 2) لكل 1000 حالة. وقد لخص Tombonne (1998) نتائج الكثير من الدراسات لعينة بلغ قوامها 04 ملايين طفل، وقدر حدوث اضطراب طيف التوحد ما بين (4.6 إلى 5.5) لكل 10.000. أما Rapin &Katzman (1998) فقدر معدل انتشاره ما بين (1 إلى 2) شخص لكل 1000 (سالم ومنصور، 2013، ص30) وتصل نسبة الانتشار بين الأولاد للبنات إلى 5/1، وتذكر G. Margret أن نسب انتشار التوحد على مستوى العالم قد وصلت إلى 77/1 طفل خلال عام 2013 (محمد، 2015، ص 18)

أما في الجزائر فذكر خشخوش (2019، ص48) "وجود حوالي 40000 مصاب بالتوحد بين راشد وطفل، في مستشفى دريد حسين بتواتر حوالي 600 طفل ومراهق من أجل الفحص". وقد ارتفع العدد المصرح به في سنة 2004 إلى الضعف ليبلغ عدد الحالات سنة 2012 من 70000 إلى 100000 حالة (بن ناصر،2018، ص34)

وعلى المستوى المحلي لا توجد إحصائيات واضحة دقيقة تقدر نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد، إلا أننا نلاحظ أن هناك تزايدا في نسبة هؤلاء الأطفال، مما يستدعي تدخلا على مستوى التقييم، التشخيص، والتكفل لمساعدتهم على اكتساب بعض المهارات التي تمكنهم من تلبية احتياجاتهم بأكثر استقلالية.

فاضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على المجالات النمائية الرئيسية، ولا تقتصر أسباب حدوثه على سبب منفرد، فأسبابه متعددة، ولا يزال هذا الاضطراب مثيرا للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وعلاجه (عمر، 2015، ص15)، فقد ظهر هذا المفهوم أول مرة من قبل الطبيب Leo Kanner (1943) حيث وصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم "يظهرون صعوبات رئيسية في التفاعل الاجتماعي، وهذا يعود إلى أن الطفل المصاب بالتوحد معاق بيولوجيا في هذه القدرة، فهم يتسمون باضطراب القدرة على إقامة علاقات صداقة، وعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، حيث غالبا ما تنقصهم المهارات الضرورية لبدء علاقات صداقة اجتماعية" (ورد في محمد، 2008، ص45)

وأورد الزريقات (2004، ص130) أن اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي شامل تظهر أعراضه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، حيث يؤثر بشكل أساسي على التفاعل الاجتماعي، والتواصل غير اللفظي، واللفظي، كما يؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي. ومن المظاهر الأخرى التي ترتبط باضطراب طيف التوحد لدى الطفل نذكر الحركات النمطية، ومقاومته للتغيير، وانشغاله بالنشاطات التكرارية.

وتعد الخصائص الاجتماعية من أهم المجالات الرئيسية التي وردت في الدليل التشخيصي الخامس (DSM5)، إذ يظهر الطفل المصاب بالتوحد نموا اجتماعيا غير سوي، ويفشل في تنمية التواصل الطبيعي وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة، ولعل من أبرز خصائص أطفال التوحد السلبية في السلوك الاجتماعي (شرفي، 2019، ص 44).

فقد أشار Guldsten & Theiman (2000) إلى أن " الأطفال المصابين بالتوحد يعانون قصورا في المهارات الاجتماعية مثل العجز في المبادأة اللفظية وغير اللفظية، ونقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة الانشغال بالآخرين والارتباط بهم. وعدم التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة، وهذا بدوره يقلل فرصة ممارسة وتعلم المهارات الاجتماعية الإيجابية" (ورد في سلامة، 2014، ص150)

وتبعا لهذا السياق وضحت كذلك دراسة Buitlaar (1991) أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين، لأنهم يتجنبون الآخرين، كما يعانون من قصور في التواصل البصري وتبادل النظرات مع الآخرين. على عكس الأطفال المعاقين عقليا فقد كانوا أكثر تواصلا وتركيزا في أعين غيرهم، كما أنهم يستخدمون الإيماءات كجانب تكميلي للكلام عند تفاعلهم، وذلك بعد تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي، مقياس تواصل الانتباه، واستمارة ملاحظة على عينة قدرت بـ (10) أطفال معاقين عقليا، و(14) طفلا مصابا بالتوحد، وذلك للكشف عن السلوك الاجتماعي لدى كل من الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المعاقين عقليا (ورد في سلامة، 2014، ص152).

فاضطراب طيف التوحد يمثل عائقا يحول دون انخراط الطفل في تفاعلات وعلاقات اجتماعية إيجابية فعالة سواء مع أقرانهم أو مع الكبار، وذلك نظرا لنقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة المبادأة اللفظية وغير اللفظية كالتحية والتوديع، وقلة التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة، والافتقار إلى فهم أفكار ومشاعر الآخرين (مشيرة،2013، ص11).

ونجد أن فقدان أطفال التوحد للمهارات الاجتماعية يؤثر بشكل مباشر على الارتقاء التواصلي لديه، فقد أشارت دراسة سيجماند (1998) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد كانوا يعانون من عدم الرغبة في إقامة علاقات أو صداقات مع الآخرين، وقصور في تواصل الانتباه واللعب التمثيلي والاستجابة الانفعالية للآخرين، كما يتجنبون المواقف الاجتماعية والعلاقات التي تجمعهم بالآخرين، ويرفضون التفاعل معهم أثناء أداء المهام أو اللعب مقارنة بالأطفال المتأخرين في النمو، وأطفال متلازمة داون، والأطفال العاديين (ورد في سلامة، المرجع السابق، ص152).

وعليه فإن المهارات الاجتماعية تعد من أهم المهارات التي يجب أن يكتسبها الطفل في مرحلة الطفولة، فهي تساعده على إقامة وتدعيم علاقاته بالآخرين، بينما افتقاره لهذه المهارة يسبب له توافقا غير سوي مع البيئة، وقد ينتج عليها مشكلات سلوكية أخرى. فقد أوضح Bartram(2007) "أن القصور في المهارات الاجتماعية يترتب عليه العديد من المشكلات السلوكية كالعدوانية والاكتئاب، وهو ما يحول بين الطفل وتوافقه مع الآخرين"(ورد في السلام، 2019، ص 15)

وبعد اطلاعنا على الدراسات السابقة، والتراث الأدبي، وجدنا أن هناك اهتماما كبيرا من طرف الباحثين في تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، مما دفعهم إلى تصميم العديد من البرامج التي تستهدف تنمية المهارات الاجتماعية كتنمية التقليد، الانتباه المشترك، تنمية التواصل... وغيرها من الجوانب الأخرى، فقد ركز معظمها ربما على كيفية تنمية مهارات الطفل، وتأهيله، وتدريبه وكيفية مواجهة مشكلاته، كما لاحظنا أن العديد من المختصين، وكذا الفرق المختصة العاملة في الميدان كثيرا ما يتوجهون إلى استخدام البرامج التربوية، ولعل أكثرها استعمالا برنامج تيتش، وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي (جمعية التاج للصحة، وعيادة الأمل للصحة النفسية أنموذجا).

في حين لا يزال مجتمعنا المحلي (في حدود علم الطالبة) بحاجة إلى البرامج التي تستهدف الأسرة واحتياجاتها، لمساعدتها في التعامل مع الطفل باعتبارها بيئة غنية بالتفاعلات الاجتماعية مما يجعلها المرشح الأول والأساسي في تطوير المهارات الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد.

فبالرغم من اهتمام البرامج المذكورة سابقا بمشاركة الأسرة إلا أن تطبيقها في المراكز والعيادات اقتصرت في كثير من الأحيان في تأدية النشطات الموجهة للطفل، وهذا لا يعكس الدور الحقيقي للأسرة تجاه الطفل.

" فقد أكدت العديد من البحوث التي استخدم معظم الباحثين فيها مسحاً للاحتياجات الأسرية والتي أسفرت عن عدد من الاحتياجات كالحاجة للمعلومات، أكدت الحاجة للدعم الأسري والاجتماعي،

الحاجات المالية، الدعم المهني، والحاجة لخدمات المجتمعية، فقد أشار السرور وعميرة (2018، فقرة 5) إلى "أن طرق العلاج تتمثل في الخطوة الأولى في تقديم المعلومات، وإعلام الأهل بماهية هذا الاضطراب، والفرص المتاحة للتكفل به، ومساعدة الآباء والأمهات أنفسهم لمواجهة التغيرات التي قد تحدث في المحيط الأسري، فبعد النظر إلى أنماط التفاعل والاتصال للأسرة بأكملها، قد تبين أنه كثيراً ما يؤدي وجود الاضطراب إلى العزلة الاجتماعية للوالدين، وهو ما ينجم عن ضيق الوقت الذي يمكن أن تكرّسه للأنشطة خارج نطاق الأسرة إضافة إلى الاستراتيجيات التي قد تتبعها تلك الأسرة لمواجهة الوصمة الاجتماعية أيضاَ".

وعليه فقد تم تسليط الضوء عن الأسرة، أين تؤدي دورا مهما في تعليم وتدريب أطفالها. " فأسر الأطفال في وضعية إعاقة كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية ديناميكية لها وظيفتها، تهدف لنمو الطفل نموا اجتماعيا وسلوكيا عن طريق التفاعل الأسري الذي يقوم بدور مهم في تكوين شخصية الطفل، وتوجيه سلوكه" (حديدان، 2017، ص5)، ومن حيث أنها بيئة اجتماعية سيكولوجية وتعليمية بها ما يجعل الكفاية الوالدية متغيرا حاسما في تأثيرها على جوانب شخصية الأبناء عامة، وعلى الجانب الاجتماعي خاصة.

فقدم Bandura (1988) من خلال نظريته التعلم الاجتماعي مفهوم الكفاءة الذاتية على أنها قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية ومرغوبة في موقف معين، والتحكم في الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الفرد، واصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بالجهد والنشاط والمثابرة اللازمة لتحقيق العمل المراد القيام به (ورد في السهلي، 2019، ص79), وتعد الكفاية الذاتية الوالدية أحد مجالات الكفاية الذاتية، إذ يشير مصطلح الكفاية الذاتية الوالدية إلى الممارسات الوالدية الإيجابية، والتي تتضمن الاستجابة، التحفيز، والرعاية غير العقابية، وزيادة الحساسية لاحتياجات الطفل، والتوجه الوالدي النشط تجاه الطفل، وتقييم الطفل بمشكلات سلوكية أقل (السهلي، 2019، ص79)

ويذكر السيد (2012، 75) "أن الوالدية تعتبر أصدق تعبيرا عن خلق العلاقات بين الطفل ووالديه، فهي المفتاح المسؤول عن توفير الأساس الانفعالي والاجتماعي والأمن للأطفال، والذي يساعدهم على تحديد انفعالاتهم والتحكم فيها".

فالوالدان أول ما يراه الطفل ويتفاعل معه، حيث يبدأ الطفل في النمو والتطور داخل المنزل مع والديه فيتعلم وينشأ فيها ويكتسب المهارات المختلفة ولعل أبرزها المهارات الاجتماعية، وهنا تكمن

أهمية الوالدين، ولكن في بعض الأحيان قد يعتري هذه المهارات التي يكتسبها الطفل العادي بشكل تلقائي خللا كما هو في حالة أطفال التوحد (بن حرز الله، 2021، ص 23)، مما يستدعي بذل جهود كبيرة في التكفل بطفليهما لتحقيق الدمج النفسي والاجتماعي، وذلك من خلال تبني استراتيجيات تساعدهما في التعامل مع الطفل.

ويُعد اكتشاف اضطراب طيف التوحد لدى الطفل، في الأسرة، من الأوضاع الصادمة لدى أي أسرة، مما يفقدها توازنها في الغالب، ويجعلها تعيش تحت ظروف ضاغطة نفسيا واجتماعيا واقتصاديا، وتؤثر بدرجات متباينة على الأسرة وظيفيا وبنائيا (بن ناصر، 2018، ص29).

وتعتبر مرحلة التشخيص بداية لسلسلة من التساؤلات تصب حول ماذا حدث للطفل، تنجر عليها ردود أفعال متفاوتة، حيث يواجه الوالدان فيها "صدمة تؤدي بهما إلى فترة من الحداد نتيجة تشوه صورة الطفل التي حلما بها" (روز ماري لمبي وأخرون،2001، ص89)، وفي هذا الصدد يؤكد الدعدي (2009) أن وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة يؤثر على بنية الأسرة بأربع طرائق: إذ يثير انفعالات قوية لدى الوالدين، ويعمل على تثبيط الهمة بسبب الشعور بالفشل المشترك، وتعيد تنظيم الأسرة، وتخلق أرضاً خصبة للصراع، كما أشارت نتائج دراسة Winler إلى أن الأم كطرف والدي أكثر تأثُّرا بإعاقة الطفل، حيث تعاني من ردود أفعال متعددة ومتباينة، مثل الارتباك والخجل والشعور بالصدمة والأسى، وفي بعض الأحيان إنكار حقيقة إصابة الطفل بالإعاقة.(بن ناصر، 2018، ص31).

وعلاوة على هذه الضغوط الانفعالية، فلدى الوالدين ضغوطًا أخرى ترتبط بالعناية بهذا الطفل والتي يعبر عنها كل منMeirsschaut, Roeyers & Warreny (2010) بأن أطفال التوحد يحتاجون إلى والدية غير عادية، فالعناية بالطفل المصاب بالتوحد تتطلب إشرافا مكثفا، واهتماما خاصا، والوالدان لا يملكان سوى وقت وطاقة قليلة يكرسانها من أجل حاجاتهما وحاجة أفراد الأسرة الآخرين، وعلى ذلك فإن وجود طفل مصاب يترتب عليه ضغوط نحو الدور الوالدي (القاضي، 2010، ص240).

فقد أشارت دراسة كل من Blackman (1991)، Cooke & Stenden (2002)، ودراسة المغلوق (2002) " أن سوء المعاملة الوالدية تحدث بسبب الضغوطات النفسية والتوترات الواقعة على والدي الطفل جراء تشخيص حالته، حيث تتحطم آمالهم وتوقعاتهم حول الطفل، وهذا فضلا عن المعاناة اليومية في التعامل معه وتدريبه ومساعدته، وهذا من شأنه أن ينقص كفايتهم الوالدية التي تنعكس سلبا عن التعامل مع الطفل" (ورد في السيد، 2012، ص125)

وأشارت دراسة عبد القادر (1997) التي هدفت إلى "التعرف على النظام الوالدي لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين ثلاثة أبعاد من خصائص الطفل التوحدي مع ثلاثة أبعاد من خصائص الوالدية، وهي درجات تدعيم الطفل للوالدين مع الرابطة العاطفية بالطفل، ودرجات الحالة المزاجية للطفل مع الرابطة العاطفية بالطفل، ودرجة الإلحاح وكثرة المطالب مع درجة إحساس الوالدين بقيود الدور الوالدي" (ورد في ملحم، 2014، 185)، كما ذكر Mingebach et al (2018) أن تدريب الوالدين السلوكي تدخل فعال واقتصادي للحد من مشاكل السلوك الخارجية بشكل خاص عند الأطفال. بالإضافة إلى ذلك "يمكن أن يؤدي هذا التدريب إلى انخفاض في إجهاد الوالدين، وأعراض الاكتئاب والقلق لدى الوالدين، ونزاعات الشريك الأبوي، وزيادة معتقدات الكفاءة الذاتية لدى الوالدين" (Weber et al. 2018).

وعليه فإن أدبيات التربية الخاصة ترى أن إنجاح أي برنامج لا بد من وجود الأسرة كشريك رئيسي لإنجاح هذا البرنامج، بوصفها العضو الرئيسي الذي يتابع تطور الطفل على مدار الساعة، ويقع على عاتقها تقديم الرعاية المستمرة له داخل وخارج المحيط الأسري. ذلك أن تدريب الطفل في المركز لساعات لا تتعدى منتصف النهار، في حين يقضي الطفل التوحدي باقي اليوم في المنزل، إضافة إلى عطلة نهاية الأسبوع والمناسبات (منصوري، 2021، 109).

وباعتبار الأم مشاركا أساسيا في تلبية احتياجات الطفل التوحدي بشكل مباشر، فإذا لم تكن لديها الخبرة في كيفية تلبية احتياجاته بطريقة تمنحه الاستقلالية، وتكسبه مهارات اجتماعية تساعده على الاعتماد على نفسه، فقد يكون لديها نتائج عكسية على حالة الطفل، وتطوره، كما أنها ستؤثر سلبا على ما تم التدرب عليه داخل المركز، وتكون بمنزلة العائق أمام الطفل دون أن تعي ذلك. أما إذا كانت مدركة وواعية بكيفية التعامل مع طفلها، وتمتلك الكفايات اللازمة التي تمكنها من تحسين مهاراته الاجتماعية فسوف تقوم بمضاعفة الجهد المبذول مع الطفل.

وتبرز إشكالية الدراسة الحالية في ضوء ما انتهت إليه البحوث والدراسات العربية والأجنبية التي تؤكد أهمية الدور الوالدي الذي يلعبه في حياة الطفل التوحدي، فالأسرة هي المحتوى الاجتماعي الأول للطفل، وهي المسؤول الأول على اكتساب الطفل السلوك الاجتماعي، وتلعب فيها الأم المعلم التوجيهي الأول لسلوك الطفل. فعند القيام بالدراسة السابقة التي درست الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة(α =0.01) بين الكفاية الوالدية

والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، كما أسفرت إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) في المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم المصابين بالتوحد تعزى لمستويات الكفاية الوالدية من وجهة نظر أوليائهم، وأن الفروق في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمستويي الكفاية الوالدي (المرتفعة / المنخفضة). ومن خلال هذه الدراسة تمت ملاحظة أن هناك 40% من الأولياء الذين حصلوا على درجات منخفضة على مقياس الكفايات الوالدية، و20 % حصلوا على درجات معتدلة، وهي تعد نسبة مهمة لإجراء التدخل.

وبناء على نتائج الدراسة السابقة حاولت الدراسة الحالية اعداد برنامج إرشاد أسري مقترح لتنمية الكفايات الوالدية في أبعادها الثلاث لتحسين المهارات الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد، وذلك من خلال تحرير الأم من الأفكار اللاعقلانية المرتبطة باضطراب طيف التوحد ، وتصحيح المعتقدات الوالدية حول الدور الوالدي، ففي هذا الصدد يشير Batman &Crant (1993) إلى " أن التركيز يكون في تغيير البنية المعرفية العقلية بدلا من التركيز على البيئة، والفرد الإيجابي ذو التفكير العقلاني المنطقي لا يتأثر بالقوى الموقفية، فهو يغير بنيته العقلية المعرفية لمعرفة الفرص والاختيار بينها، وتنفيذ ما اختاره، فيبادر بأخذ القرار فعلا، ويثابر على تنفيذه حتى يحدث التغيرات ذات المعنى"(ورد في ملحم، 2014، ص3). فحسب نظرية إليس أن طريقة التفكير وتفسير الأحداث، وما يحمله من معتقدات هي السبب في المشاعر السلبية، إذ تتكون المشكلة نتيجة لإدراكاتنا وتفاعلاتنا مع الأحداث وطريقة تفسيرنا لها. (يوسفي،2016)

وعليه، فإن إعادة البناء المعرفي لأمهات أطفال التوحد يساعدهن على تبني أفكار أكثر عقلانية على وجود الطفل التوحدي داخل الأسرة، من شأنه أن يعمل على مساعدة الأمهات على تقبل حالة الطفل كما هو، وتبني توقعات إيجابية نحوه بما يتناسب قدراته، والسعي وراء بناء علاقة إيجابية معه، قد تساعد الأمهات إلى أن يكن أكثر فاعلية في التعامل مع الطفل، وأن توفير الجو الملائم وتهيئة البيئة الأسرية لتتناسب مع احتياجات أطفال التوحد قد تساعد الطفل في تحسين مهاراته الاجتماعية في وسطه الطبيعي.

فالبيئة الأسرية تعد بيئة مثالية للتدريب الطفل، وتسهل عملية التكيف والاندماج مع البيئة. طبقا لآراء" Hemsley et als (1978)، حيث يتم تدريب الطفل من قبل الأم في البيئة الطبيعية اليومية للأحداث، فيكون الايضاح، والتعليمات المقدمة طبقا للمواقف الواقعية وليس التجريبية. كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة" (ورد في القمش، 2010، ص 265).

ويرى (1989) Banduara في إطار نظرية التعلم الاجتماعي" أن التعلم كثيرا ما يحدث عن ملاحظة شخص سلوك الآخرين لكي يقلدهم، فالتعلم وفق هذه النظرية يتم من خلال التفاعل الاجتماعي، فالطفل التوحدي يستطيع اكتساب المهارات الاجتماعية من خلال التفاعل الاجتماعي المباشر مع الوالدين في محيطه الطبيعي وهي الأسرة. إذ تعمل الأسرة على تعزيز أو عقاب السلوك الصادر منه. فمجال تعديل السلوك المعرفي يقوم على افتراض أن الانسان ليس سلبيا، فهو لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب، ولكنه يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها، وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه، بحيث يكون هناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية، والعمليات المعرفية والسلوك. ويسمي A. Banduara هذا التفاعل بالحتمية المتبادلة أو التبادل السببي، وهذا يعني أن الانسان يطور مفاهيم معينة عن المثيرات البيئية، وعلاقتها ببعضها البعض، وهذه المفاهيم بدورها تؤثر على ردود الأفعال التي تحدث لديه، والسلوك الذي يصدر عنه " (ورد في بلعسلة، 90،2013)

وقد أشار Banduara (1989) إلى أن "هناك ثلاث مؤشرات رئيسية منظمة للسلوك، هي المثيرات (Stimruli) التغذية الراجعة (Feed back) الثواب والعقاب (Reinforcement and punshment effect) والعمليات المعرفية (Cognitive process)" (ورد في الشريف، 2016).

وتم توظيف مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي في تنمية الكفايات الوالدية في المجال السلوكي، حيث تضع الأسرة بقيادة الأم أهدافا محددة لتكون نموذجا للسلوك المطلوب، وتحدد أسلوب تعديل السلوك المناسب، كما تضع خطة بديلة، بحيث تنفذ الخطة، وتقيم النتائج. وفي هذا النموذج يكون الوالدان مصدرا للقوة. يتعلم الأطفال السلوك من خلال التفاعل وعمليات التعزيز وتقليد الآخرين.

وعليه فإن الاهتمام بالوالدين والأسرة أصبح من أساسيات اكتمال عملية التكفل، وبعد الإرشاد الأسري المجال الذي يهتم باحتياجات الوالدين والأسرة، فمع تقدم الأبحاث والدراسات أصبحت هناك قناعة كبيرة جدا بأن أسرة المريض هي عامل أساسي وهام جدا في نجاح عملية التكفل (يحي وقاسم، 2020). ويرى حامد زهران (1998) " أن خدمات الإرشاد الأسري في مجال التربية الخاصة تبدأ منذ مجيئ الطفل في وضعية إعاقة. حيث يحدث تقبل الحالة والتسليم بالأمر الواقع، وتعديل اتجاهات أعضاء الأسرة والوالدين تجاه الطفل، وتجنب الحماية الزائدة له والخوف غير العادي عليه. وتخليص الوالدين من مشاعر الذنب والأسى بخصوصه، وذلك بما يحقق للطفل المعاق أقصى إمكانات النمو العادي" (ورد في القريطي، 2013، ص29).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية الإرشاد الأسري، ففي دراسة عليوه (1999) أشارت النتائج إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائيا لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأشقائهم العاديين. وأسفرت دراسة حسين (2013) بمصر فاعلية البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم تحسين المهارات الوالدية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم. وخفض حدة بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لهم، كما أشارت النتائج إلى استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي بعد فترة متابعة لمدة شهرين. وأظهرت دراسة البحيري وآخرين (2018) بمصر أسفرت نتائجها إلى تحسن في المهارات الوالدية وتحسن في المشكلات الاجتماعية للطفل التوحدي.

ونظرا لأهمية برامج الارشاد الأسري في مجال أسر ذوي الاحتياجات الخاصة دفعنا هذا إلى التفكير في اقتراح برنامج إرشادي أسري لتنمية الكفايات الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

وعليه تم تلخيص مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل العام التالي

1. هل حقيقة للبرنامج الارشادي الأسري المقترح أثر في تنمية الكفايات الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد؟

التساؤلات الجزئية كالأتي:

1. هل للبرنامج الارشادي الأسري المقترح أثر في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد؟
2. هل للبرنامج الارشادي الأسري المقترح أثر في تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد؟

2.فرضيات الدراسة:

1.2 يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2.2 تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري المقترح في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد باستقرار.

3.2 يساهم البرنامج الارشادي المقترح في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4.2 تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري المقترح في تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد باستقرار.

3. أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة الحالية في:

1.3 التعرف على مدى مساهمة البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية (المعرفية، الوجدانية، السلوكية) لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2.3 التعرف على مدى استقرار النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية (المعرفية، الوجدانية، السلوكية) لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3.3 التعرف على مدى مساهمة البرنامج الارشادي الأسري في تحسين المهارات الاجتماعية (بعد التبادل الاجتماعي، بعد السلوكيات التواصلية غير اللفظية، بعد تطوير العلاقات الاجتماعية) لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4.3 التعرف على مدى استقرار النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تحسين المهارات الاجتماعية (بعد التبادل الاجتماعي، بعد السلوكيات التواصلية غير اللفظية، بعد تطوير العلاقات الاجتماعية) لدى الأطفال المصابين بالتوحد باستقرار.

4. أهمية الدراسة: للدراسة أهمية نظرية وأهمية تطبيقية

1.4 الأهمية النظرية: تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية المتغيرات التي تتناولها والعينة التي تستهدفها.

- فقد تم في الدراسة الحالية تسليط الضوء على اضطراب طيف التوحد، والذي يعد من أكثر الاضطرابات تعقيدا.
- الاهتمام بالمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد وتحسينها من خلال التكفل بها عن طريق تفعيل دور الوالدين في البيئة الطبيعية أين ينمو الطفل ويترعرع.
- تسليط الضوء على أهمية مصطلح الكفايات الوالدية، حيث يعتبر من الموضوعات التي لها علاقة مباشرة بتربية الطفل وتنشئته. وباعتباره أحد المتغيرات الإيجابية التي تؤثر في الطفل وفي مكتسباته، ونظرا للدور المحوري الذي تقوم به الأسرة في تنمية شخصية الطفل الاجتماعية.

- تسهم الدراسة الحالية في ربط التكفل بحالات أطفال التوحد بمتغير مستجد، والمتمثل في الكفايات الوالدية بهدف ضمان استمرارية التكفل بهم في وسطهم الطبيعي (الأسرة) باعتبارها المحتوى الاجتماعي لتنشئة أطفال التوحد اجتماعيا.
- التركيز على أهمية الارشاد الأسري، وتثمين الخدمات التي يقدمها لأسر أطفال التوحد خاصة. لما يقدمه من خدمات متكاملة تشمل كل من الأسرة والطفل.

2.4 الأهمية التطبيقية:

- اعداد مقياسي (الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد) لقياس مستوى متغيرات الدراسة.
- اعداد برنامج قائم على الارشاد الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.
- قد تساعد نتائج الدراسة في ادراج الكفايات الوالدية كأحد المكونات الرئيسية في برامج التكفل، والتي تسهم في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.
- توفير برنامج تكفلي، ويعد من البرامج الوالدية التي يمكن أن تساعد الباحثين والمختصين في مجال التربية الخاصة في الميدان من امكانية استخدامه، وتطويره للاستفادة منه في التكفل بحالات أطفال التوحد وتحسين المهارات الاجتماعية لديهم. كما يعد حلقة وصل بين المختصين وأسر أطفال التوحد.

5. المفاهيم الإجرائية للدراسة: تم ضبط متغيرات الدراسة على النحو التالي:

1.5 الكفايات الوالدية: يعرفها Bandura 1994 على أنها "مجموعة من المهارات الوالدية في المجال المعرفي والوجداني والسلوكي تظهر من خلال مجموعة من الممارسات السلوكية اليومية التي يمارسها الآباء أثناء تفاعلهم مع الطفل، والتي تترجم قدرتهم على الانتاج بفاعلية، ومدى تحقيق المستويات المطلوبة في الأداء والتي تؤدي ممارستها على سيطرتهم على الأحداث المؤثرة في حياتهم" (ورد في الخطيب، 2010، ص07)

وتقاس اجرائيا في الدراسة الحالية بالدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الكفايات الوالدية الذي أعد للدراسة الحالية والمكون من ثلاث أبعاد وهي:

1.1.5 بعد الكفايات الوالدية المعرفية: تشير إلى مدى قدرة الأم على الوعي بأفكارها ومعتقداتها، والتحكم فيها، ومدى معرفتها بخصائص ابنها المصاب بالتوحد ومتطلبات نموه، واحتياجاته.

2.1.5 بعد الكفايات الوالدية الوجدانية: تشير إلى قدرة الأم على الوعي بمشاعرها تجاه ابنها، ومدى تقبله، وكيفية إقامة علاقة إيجابية معه.

3.1.5 بعد الكفايات الوالدية السلوكية: "فهي تتضمن العديد من السلوكيات المحددة التي تعمل بشكل منفرد أو مجتمعة للتأثير على الطفل" (حمدان منصور، 2013، ص120) وتقاس بمهارة الأم في تعديل سلوكياتها وممارساتها الوالدية على ابنها من جهة، ومن جهة أخرى تعديل سلوك الطفل والتحكم فيه، ومدى اكتسابها مهارة الاتصال، ومهارة المشاركة الفعالة. من أجل تأهيل ابنها تعليميا ومهنيا واستثمار طاقته بأكبر شكل ممكن.

3.5 المهارات الاجتماعية: هي " مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية الناتجة عن العمليات المعرفية والعاطفية التي تسمح بالتكيف مع البيئة المحيطة، وتمكنه من التفاعل الإيجابي مع الآخرين" (Baghdadli & Dubois, 2011)، وتساعد الفرد على حسن التصرف في مواقف التفاعل الاجتماعي، وأن يكون قادرا على تعديل سلوكه والتحكم فيه. بما يتناسب مع المواقف المختلفة ومعايير المجتمع (سلامة، 2014).

ووفقا للدليل التشخيصي الاحصائي . الإصدار الخامس (DSM5) إن قصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تتضح في ثلاث أبعاد كما يلي:

1.3.5 بعد التبادل الاجتماعي: حيث يظهر الطفل فشل في مشاركة الاهتمامات والانفعالات، وعجز في التبادل الاجتماعي والانفعالي، وانعدام الاستجابة، مع نقص كامل في البدء بتفاعلات اجتماعية (الجلامدة، 2015، ص98).

2.3.5 بعد السلوكيات التواصلية غير اللفظية: حيث تتراوح بين الضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال لغة الجسد والشذوذ في النظر بالعين أو قصور في عدم الفهم، واستخدام التواصل غير اللفظي إلى النقص الكلي في التعابير الوجهية والإيماءات (الجلامدة، 2015، ص98).

3.3.5 بعد تطوير العلاقات الاجتماعية: ويتراوح ذلك من صعوبات في السلوك التكيفي ليتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال صعوبة المشاركة في اللعب التخيلي وتكوين الصداقات إلى غياب واضح باهتمامات الناس (الجلامدة، 2015، ص98)

وتم قياس المهارات الاجتماعية اجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها الطفل المصاب بالتوحد حسب استجابة الأمهات على مقياس المهارات الاجتماعية (تم اعداده للدراسة الحالية).

6. الدراسات السابقة: هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لمتغيرات الدراسة الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وتناولتها من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية. وستعرض الدراسة الحالية جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها، مع تقديم تعليقات عليها تتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية. مع العلم فقد تم استعراض الدراسات السابقة التي جاءت في الفترة الزمنية بين 1999 و2021، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة، وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية إلى أربع تصنيفات هي:

1.6 الدراسات السابقة التي تناولت متغير الكفايات الوالدية:

1.1.6 الدراسات بالعربية:

1.1.1.6 دراسة عليوه (1999) بمصر

- **عنوان الدراسة:** فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم)
- **هدف الدراسة:** هدفت إلى اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال باستخدام برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية بالإضافة إلى برنامج ارشادي للأسرة للتخلص من انعزالها، ومساعدة الأطفال المصابين بالتوحد في زيادة تفاعلهم مع الآخرين وتخفيف حدة الأعراض
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا و أسرهم من بينهم 5 إناث و11 ذكور، تراوحت أعمارهم بين 3، 4 سنوات إلى 14 سنة.
- **منهج الدراسة:** تم اتباع المنهج التجريبي متعدد المجموعات حيث المجموعة الأولى (ضابطة) تكون من 4 أطفال (3 ذكور، 1 بنت) تم تطبيق عليه جميع أدوات الدراسة، والمجموعة الثانية تجريبية 1 تكونت من (4 ذكور) طبق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية وباقي أدوات الدراسة.

أما المجموعة الثالثة تجريبية 2 تكونت من (2 إناث، 2 ذكور) طبق على أسرهم برنامج ارشادي وطبق على الأطفال باقي أدوات الدراسة. والمجموعة الرابعة تجريبية تكونت من (2 ذكور، 2 بنات) طبق على الأطفال برنامج المهارات الاجتماعية، وطبق على أسرهم برنامج ارشادي بالإضافة إلى تطبيق باقي أدوات الدراسة على الأطفال.

- **أدوات الدراسة:** تم استخدام مقياس أتيزم الطفولة، قائمة ريلماند التشخيصية، مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، مقياس السلوك التوافقي الجزء الأول والثاني.
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال احصائيا لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الارشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأشقائهم العاديين.

2.1.1.6 دراسة الخطيب (2010) بالأردن

- **عنوان الدراسة:** أثر تغيير المفاهيم الوالدية الخاطئة في تحسين الكفاية الوالدية للأمهات المسيئات إلى أبنائهن وحفض الإحساس بالتهديد لديهم.
- **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تغيير المفاهيم الوالدية الخاطئة في تحسين الكفاية الوالدية، لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن وخفض الاحساس بالتهديد لديهم.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (50) من الأمهات المسيئات لأطفالهن واللواتي يراجعن مدرسة إناث الزرقاء الإعدادية الأولى (وكالة غوث الدولية ممن تراوح أعمارهن بين (20. 40 سنة) تم توزيعهن على مجموعتين وهي المجموعة التجريبية وتضم (25) أما والمجموعة الضابطة وتضم (25)
- **منهج الدراسة:** تم تطبيق المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين، المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وتم تطبيق القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي .
- **أدوات الدراسة:** تم تطبيق الأدوات التالية على المجموعتين قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه، وقي القياس التتبعي، وتمثلت المقياس في: مقياس ممارسات الأمهات في تربية أبنائهن، مقياس المفاهيم الوالدية الخاطئة في تربية الأبناء، مقياس الأمن النفسي، ومقياس الكفاية الوالدية، وبرنامجا تدريبيا استند إلى النظرية المعرفية السلوكية.
- **النتائج المتحصل عليها:** قد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقاييس الكفاية الوالدية، الأمن النفسي، والمفاهيم الوالدية الخاطئة في تربية الأبناء، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على وجود أثر تغيير المفاهيم الوالدية الخاطئة في تحسين الكفاية الوالدية لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن وخفض الاحساس بالتهديد لديهم.

3.1.1.6 دراسة محمد (2012) بمصر:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المهارات الوالدية في التوظيف الإيجابي للنشاط الزائد لأطفال ما قبل المدرسة.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المهارات الوالدية في التوظيف الإيجابي لأطفال ما قبل المدرسة.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (20) أبا، (20) أما ممن لديهم أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ويعانون من النشاط الزائد تم تقسيمهم على مجموعتين وهي المجموعة التجريبية وتضم (10) أسر (أم وأب) والمجموعة الضابطة وتضم (10) أسر (أم وأب).
- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج التجريبي.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الباحثة مقياس اضطرابات الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال، ومقياس المستوى الاجتماعي للأسرة المصرية، ومقياس المهارات الوالدية في التعامل مع الأطفال ما قبل المدرسة، والبرنامج الارشادي
- **النتائج المتحصل عليها:** أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الارشادي في تحسين المهارات الوالدية والتوظيف الإيجابي للنشاط الزائد لأطفالهم، كما أشارت النتائج إلى استمرار تأثير البرنامج حتى فترة المتابعة التي استمرت لمدة شهرين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

4.1.1.6 دراسة (حمدان منصور، 2013) بالأردن

- **عنوان الدراسة:** أثر برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وتكيف أطفالهن.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب (القائم على العلاج البنوي من خلال علاج علاقة الطفل بالوالدين)في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وتكيف أطفالهن.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة بصورة قصدية اعتمادا على جدول وردية عمل الأمهات إلى مجموعتين وهي المجموعة التجريبية وتضم (08)أمهات خضعن للبرنامج المكون من 10 جلسات ولمدة عشرة أسابيع و مجموعة ضابطة تضم (08) من الأمهات لم يتعرضن للبرنامج.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة مقياس الكفاءة الذاتية المدركة، ومقياس التكيف للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج.

- **النتائج المتحصل عليها:** قد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج التربية الوالدية باستخدام اللعب (القائم على العلاج البنيوي من خلال علاج علاقة الطفل بالوالدين)في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وتكيف أطفالهن. حيث أظهر تحليل التباين المشترك وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية، ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات، ومقياس التكيف للأطفال ولصالح المجموعة التجريبية.

5.1.1.6 دراسة حسين (2013) بمصر:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج ارشاد أسري لتحسين المهارات الوالدية في خفض بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تحسين المهارات الوالدية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا بهدف مساعدتهم في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها أطفالهن المعاقين عقليا القابلين للتعلم.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (20) طفل وأمهاتهم.
- **منهج الدراسة:** المنهج التجريبي.
- **أدوات الدراسة:** طبق على عينة الدراسة مقياس المهارات الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، والبرنامج الارشادي، واستمارة البيانات الأولية للأسرة والطفل، ومقياس الاضطرابان الانفعالية والسلوكية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، مقياس المستوى الاقتصادي، الاجتماعي، والثقافي.
- **النتائج المتحصل عليها:** أسفرت النتائج إلى فاعلية البرنامج الارشادي المستخدم تحسين المهارات الوالدية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم. وخفض حدة بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لهم، كما أشارت النتائج إلى استمرار فاعلية البرنامج الارشادي بعد فترة متابعة لمدة شهرين.

6.1.1.6 دراسة (ملحم، 2014) بدمشق:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.
- **هدف الدراسة:** تهدف للكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد.

- **عينة الدراسة:** بلغت عينة الدراسة (24) أما من أمهات الأطفال التوحديين من المنظمة السرية للمعوقين، قسمت إلى مجموعتين متجانستين (12)أما للمجموعة التجريبية و (12) أما للمجموعة الضابطة.
- **منهج الدراسة:** اتبع في الدراسة المنهج التجريبي لتعرف فاعلية البرنامج التدريبي كمتغير مستقل لتنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية كمتغيرات تابعة ويقاس ذلك من خلال التغيرات الحاصلة في درجات أمهات أطفال التوحد(المجموعتين التجريبية والضابطة)على المقاييس المستخدمة في الدراسة.
- **أدوات الدراسة:** للتحقق من أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية: مقياس التفكير الإيجابي، مقياس الضغوط النفسي ، والبرنامج التدريبي.
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية. ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي، ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح أمهات المجموعة التجريبية. وتوصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على الدرجة الكمية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح أميات المجموعة التجريبية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية قبل تطبيق البرنامج التدريبي وبعده لصالح التطبيق البعدي.عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أميات المجموعة التجريبية عمى الدرجة الكمية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل.

7.1.1.6 دراسة الحايك (2016) بغزة:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الأطفال من قبل الأمهات في قطاع غزة.
- **هدف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الأطفال من قبل الأمهات في قطاع غزة، ومعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي والقياس البعدي لأساليب المعاملة الوالدية بعد

تطبيق البرنامج، ومعرفة الفروق بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لأساليب المعاملة الوالدية بعد تطبيق البرنامج.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (26) أما من ذواتي أعلى الدرجات في مقياس أساليب المعاملة الوالدية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة التجريبية ، وضمت (13) أما, والمجموعة الضابطة ضمت (13)أما.

- **منهج الدراسة:** استخدمت المنهج التجريبي.

- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة مقياس أساليب المعاملة الوالدية، والبرنامج الارشادي المعرفي السلوكي.

- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α =0.01) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لأساليب المعاملة الوالدية لكافة الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس. ووجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α =0.01) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لأساليب المعاملة الوالدية لكافة الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

8.1.1.6 دراسة البحيري وأخرون (2018) بمصر

- **عنوان الدراسة:** فاعلية الارشاد الأسري للوالدين في خفض حدة بعض المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى أطفالهم التوحديين.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى خفض المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى أطفال التوحد باستخدام برنامج البارشاد الأسري للوالدين.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من % أطفال يعانون من التوحد (04 ذكور، و01 أنثى) تتراوح أعمارهم بين 06 . 10 سنوات بمتوسط قدره 7.4 سنة ، وخمسة من أحد والدي الطفل التوحدي (أب أو أم)
- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج الشبه التجريبي في الدراسة
- **أدوات الدراسة:** اشتملت أدوات الدراسة على مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل التوحدي كما يدركه الوالدين، وبرنامج الارشاد الأسري للوالدين

- **النتائج المتحصل عليها:** أسفرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الوالدين في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل التوحدي كما يدركه الوالدين لصالح القياس البعدي، وخفض المشكلات الاجتماعية (الانطواء، التفاعل الاجتماعي). كما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الوالدين في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل التوحدي كما يدركه الوالدين لصالح القياس البعدي، وخفض المشكلات الاجتماعية (العدوان، إيذاء الذات).وأظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات الوالدين في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل التوحدي كما يدركه الوالدين مما يدل على احتفاظ الوالدين بما اكتسبوه في البرنامج.

9.1.1.6 دراسة أبو سيف، والجوالدة (2018) بالأردن:

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج ارشادي أسري لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في خفض الضغط النفسي لديهن.
- **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى خفض الضغط لدى أمهات أطفال التوحد من خلال برنامج ارشاد أسري لخفض الضغط النفسي لدبهن
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (30) أما لأطفال اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في إربد، وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة من أمهات الأطفال. تم توزيعهم بالتساوي على المجموعتين، حيث ضمت المجموعة التجريبية (15)أما ، والمجموعة الضابطة (30) أما
- **أدوات الدراسة:** تم اعداد مقياس الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد، والبرنامج الارشاد الأسري للتخفيف من الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد.
- **منهج الدراسة:** تبنت هذه الدراسة منهج التصميم شبه التجريبي ذو تصميم المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- **نتائج الدراسة:** أظهرت النتائج أن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد جاء متوسطا، كما بينت النتائج أن الضغط النفسي لدى أمهات الإناث من ذوي اضطراب طيف التوحد أعلى من أمهات الذكور من ذوي اضطراب طيف التوحد، كما بينت النتائج أيضا أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج المعد لهذه الدراسة.

10.1.1.6 دراسة شقير و أبو حمزة (2020) بمصر:

- **عنوان الدراسة:** فعالية برنامج تدريبي أسري من خلال الدمج الأسري في تنمية مهارات اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى التوحدي.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج ارشادي مستند إلى الارشاد الأسري والدمج الأسري في تحسين درجة اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى التوحد
- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة من حالتين وهما طفلتين مصابتين بالتوحد.
- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج التجريبي
- **أدوات الدراسة:** اعتمدت أدوات الدراسة على المقابلان الاكلينيكية الطليقة، استمارة بيانات الحالة، مقياس جيليام لتشخيص التوحديين.
- **نتائج الدراسة:** تشير نتائج الدراسة إلى وجود كفاءة عالية للبرنامج التدريبي الارشادي وفاعلية عالية.، حيث ارتفعت درجة اللغة الاستقبالية من 35 درجة إلى 75 درجة، كما ارتفعت درجة اللغة التعبيرية المنطوقة من 41 درجة إلى 75 درجة. ارتفعت الدرجة الكلية على مقياس اللغة من 65 درجة إلى 99 درجة. أما بالنسبة لأبعاد مقياس التوحد فقد ظهر تحسن واضح وصريح في الأبعاد الثلاثة للمقياس، حيث انخفض متوسط درجة السلوكيات النمطية من 67 إلى 20 درجة، كما انخفض متوسط معدل صعوبة التواصل من 45 إلى 21 درجة، كما حددت تحسن واضح في التفاعل الاجتماعي حتى انخفض متوسط الدرجة من 85 إلى 23، مما يؤكد على نجاح البرنامج التدريبي وكفاءته سواء في عدد جلساته أو في محتواه أو في تنوع الفنيات، أو في الدمج مع أخويه الأصحاء ووالديه جميعا معا.

11.1.1.6 دراسة منصوري (2021) بالجزائر:

- **عنوان الدراسة:** استراتيجيات التعامل لدى أولياء الأطفال التوحديين (نموذج برنامج ارشادي أسري مقترح) .
- **هدف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة برنامج ارشاد أسري مقترح في تنمية استراتيجيات التعامل لدى الأولياء مع أطفالهم التوحديين وتقييم مهاراتهم في التفاعل مع أطفالهم. ودراسة الفروق لديهم على مقياس استراتيجيات التعامل.
- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة (15) أب وأم لطفل توحدي تتراوح أعمار أطفالهم (4 إلى 10 سنوات) مسجلون في المركز النفسي . البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بوهران.

- **منهج الدراسة:** تم اتباع المنهج التجريبي في معالجة متغيرات الدراسة المصمم على المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** تم استخدام مقياس استراتيجيات التعامل (CISS) المقنن في البيئة الجزائرية، وبناء برنامج ارشادي يقيس تعامل الأولياء مع أطفالهم التوحديين المتكون من (15) جلسة ارشادية.
- **نتائج الدراسة المتحصل عليها:** أفادت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى مهارات الأولياء في تعاملهم مع أطفالهم، وأظهرت تقديرهم الإيجابي، وزات درجاتهم على المقياس المستخدم في التطبيق البعدي، بتوظيفهم للاستراتيجيات الإيجابية والمتمثلة في (تغيير الوضعية وحل المشكل، إعادة البناء المعرفي للموقف)، وأظهروا تقبلا لسلوك أطفالهم التوحديين.

12.1.1.6 دراسة رزاق لبزة وعتيق (2021) بالجزائر:

- **عنوان الدراسة:** الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم.
- **هدف الدراسة:** سعت الدراسة الحالية على الكشف عن طبيعة العلاقة بين الكفاية الوالدية ومستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم.
- **عينة الدراسة:** تم تطبيق الدراسة على عينة عشوائية تألفت من (30) وليا يتابعون أطفالهم المصابين بالتوحد بمراكز وجمعيات التكفل بالوادي.
- **أدوات الدراسة:** تم بناء مقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس الكفايات الوالدية.
- **نتائج المتحصل عليها:** توصلت الدراسة إلى ما يلي: توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) بين الكفاية الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، كما توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) في المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم المصابين بالتوحد تعزى لمستويات الكفاية الوالدية من وجهة نظر أوليائهم، وتوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمستويي الكفاية الوالدي (المرتفعة / المنخفضة) من وجهة نظر أوليائهم. لا توجد فروق في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)

2.1.6 الدراسات أجنبية التي تناولت الكفايات الوالدية:

1.2.1.6 دراسة Whittingham, Sofronoff, Sheffield, & et al (2009)باستراليا

- **عنوان الدراسة:** Stepping Stones Triple P: An RCT of a Parenting

Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder.

- **هدف الدراسة:** كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو التحقق من فعالية برنامج الأبوة والأمومة Stepping Stones Triple Pلآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد .
- **عينة الدراسة:** كان المشاركون من أولياء الأمور الذين يقدمون الرعاية لطفل توحدي يتراوح عمره بين سنتين إلى تسع سنوات (عند انضمامهم للبرنامج). بلغ عددهم 59 وليا
- **منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين، مجموعة تجريبية وضمت 29 وليا، ومجموعة ضابطة ضمت 30 وليا. تم تحقيق التوزيع العشوائي عن طريق رسم أسماء المشاركين بشكل عشوائي،
- **أدوات الدراسة:** تم تقديم حزم الاستبيان للوالدين قبل وبعد التدخل وبعد 6 أشهر من المتابعة .تم تقديم استبيان الخلفية العائلية في حزمة استبيان ما قبل المعالجة فقط .تم تقديم جميع التدابير الأخرى فيما قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة. والمقاييس التي تم استخدامها في الدراسة ما يلي: جرد سلوك الطفل في(ECBI) Eyberg Child Behaviour Inventory ، مقياس الأبوة والأمومة (PS) Parenting Scale، مقياس رضا الوالدين وفعالية الوالدين (Johnston and Mash 1989).
- **النتائج المتحصل عليها:** تم العثور على تأثير علاجي كبير للأهداف الرئيسية لتدخل Stepping Stones Triple P،سجل انخفاض كبير في المشكلات السلوكية للطفولة المبلغ عنها للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة واضحًا في مقياس جرد سلوك الطفل ومقياس مشكلات ECBI. بالإضافة إلى ذلك، شهد ما يقرب من ثلث مجموعة العلاج تغيرًا موثوقًا به وذات أهمية إكلينيكية في سلوك الطفل كما تم قياسه على مقياس كثافة(٪ 34.5) ECBI ومقياس مشكلات(٪ ECBI . 37.9)علاوة على ذلك ، تشير بيانات المتابعة إلى أنه تم الحفاظ على هذا التغيير بعد 6 أشهر من اكتمال التدخل وكان متوسط المتابعة ضمن النطاق الطبيعي .كان هناك أيضًا انخفاض كبير في أنماط الأبوة والأمومة المختلة للمجموعة التجريبية مقارنة بمجموعة الضابطة .بعد الانتهاء من برنامج Stepping Stones.

2.2.1.6 دراسة Ingersoll & Wainer (2013)

- عنوان الدراسة: Pilot study of school-based parent training program for preschooless with ASD

دراسة تجريبية لبرنامج مدرسي لتدريب الوالدين لمرحلة ما قبل المدرسة مع أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة لتدريب الوالدين لأطفالهم التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث صمم برنامج للتدخل المبكر، والتعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة.
- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة من 27 طالبا مع أوليائهم ، حيث قام 13 معلما يمثلون ثلاثة مناطق من المدارس بتنفيذ التدخل.
- **المنهج المتبع:** استخدمت الدراسة المنج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، تم اجراء القياس القبلي والقياس البعدي، والقياس التتبعي. حيث أكمل 89% من العائلات البرنامج من قبل الوالدين إلى ما بعد التدخل.
- **النتائج المتحصل عليها:** تم التوصل إلى أن الأولياء حسنوا استخدامهم لاستراتيجيات العلاج، وزاد الأطفال معدل لغتهم أثناء التفاعل بين الوالدين والطفل في منزلهم. كما أبلغ الآباء والمعلمين عن مكاسب كبيرة في اتقان الطفل المهارات الاجتماعية والاتصال، وذكر الآباء انخفاض كبير في ضغوط الأبوة والأمومة. تشير النتائج إلى أنه يمكن تنفيذ هذا التدخل بدرجة عالية بشكل عملي في اعدادات خدمات التدخل مع اضطراب طيف التوحد.

3.2.1.6 دراسة Bearss, Johnson, Handenl, & et al (2013)

- **عنوان الدراسة:** A Pilot Study of Parent Training in Young Children with Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior
- **هدف الدراسة:** هدفت إلى التوجيه بشأن التدخلات الفعالة للسلوك التخريبي عند الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد لتقدم بيانات الجدوى والفعالية الأولية على برنامج تدريب الآباء المنظم.
- **عينة الدراسة:** ضمت عينة الدراسة 16 طفلا أعمارهم بين (3 و6 سنوات) يعانون نمن اضطراب طيف التوحد والسلوك التخريبي وأوليائهم.
- **منهج الدراسة:** استخدم النهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة حيث تضمن التدخل لمدة 06 أشهر جلسة واحدة أساسية وما يصل إلى جلستين اختياريتين.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة عدة أدوات أهمه: نموذج البيانات الديمغرافيا، جدول مراقبة تشخيص اضطراب طيف التوحد، قائمة السلوك الشاذ، استبيان رضا الوالدين.

- **النتائج المتحصل عليها:** كان البرنامج مقبولًا لدى أولياء الأمور كما يتضح من معدل الحضور بنسبة 84% للجلسات الأساسية. أكملت 14 أسرة من أصل 16على أنهم تحسنوا كثيرا في الأسبوع 24.وانخفض التصنيف الفرعي لقائمة مراجعة السلوك المنحرف المصنف من قبل الوالدين بنسبة 54% من 16.0 درجة إلى 7.38 (SD= 6.15)

4.2.1.6 دراسة Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar (2018) بإيران:

- **عنوان الدراسة:**

Determining the effectiveness of a nodulated parting skills programon reducing autistic symptoms in children and improvement of parental a djusment

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تطوير معدل لبرنامج الأبوة والأمومة، وتقييم فاعليتها في التقليل من أعراض التوحد وزيادة التكيف الأبوي.

- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة من 26 من الأزواج المؤهلين، والمتطوعين الذين تم اختيارهم من آباء مركز إعادة التأهيل في طهران، وتم تقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

- **منهج الدراسة:** استخدمت هذه الدراسة المنهج الشبه التجريبي ذو تصميم المجموعتين (التجريبية والضابطة). حيث تم اجراء القياس القبلي، والقياس البعدي، والقياس التتبعي . تم معالجة البرنامج مع كل من الهيكل الجماعي والفردي
- **النتائج المتحصل عليها:** أظهر التحليل أحادي المتغير أن البرنامج حسن بشكل ملحوظ لدى الزوجين. كما أظهر التحليل أحادي المتغير أن البرنامج حسن بشكل ملحوظ التكيف الزواجي لدى الوالدين (F=22.018 P=0.001) ونجح في التقليل من أعراض التوحد في التفاعل الاجتماعي (F=5.733P=0.027) والعلاقات (F=10.07 P=0.005). ولم تؤثر على السلوكيات النمطية (F=4.304 P=0.005). ويوصى ببرنامج الأبوة والأمومة المجتمع لتحسين التمكين الأبوي لأسر أطفال التوحد لأنه قادر على الحد من أعراض التوحد وكذلك تحسين التكيف.

5.2.1.6 دراسة Schrott, Kasperzack, Weber, & et al (2019) بألمانيا

- **عنوان الدراسة:**

Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables

فاعلية برنامج الأمومة والأبوة الثلاثية the Stepping Stones Triple P Group كتدخل إضافي في علاج اضطراب طيف التوحد: التأثيرات على متغيرات الأبوة والأمومة.

- **هدف الدراسة:** تم استكشاف فاعلية تدريب الآباء على برنامج الأبوة والأمومة الثلاثية.
- **عينة الدراسة:** تتألف العينة من 23 والداً و 24 طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد (عائلة واحدة لديها طفلان مصابان بالتوحد) كان المشاركون آباء لطفل يتراوح عمره بين 3 و 12 عامًا (وقت التجنيد) مع تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، خضعت جميع العائلات للتقييمات الأربعة اشتملت الدراسة على فترة انتظار، يليها برنامج تدريب الوالدين. كانت هناك أربع تقييمات، بدءًا من خط الأساس قبل التدخل بثلاثة أشهر، متبوعًا بالتقييمات السابقة واللاحقة قبل التدخل وبعده بفترة وجيزة، وأخيراً تقييم المتابعة بعد 6 أشهر من إكمال التدخل. لفحص الاختلافات بين درجات خط الأساس (t0) والمعالجة المسبقة (t1) وما بعد المعالجة (t2) والمتابعة (t3).
- **أدوات الدراسة:** تم تطبيق مقياس الأبوة والأمومة (PS)، مقياس الكفاءة الأبوية (PSOC)، مقياس الاكتئاب والقلق والتوتر (DASS21)، استبيان الإجهاد الأبوة (Elternstress fragebogen ؛ ESF)، استبيان رضا العملاء (CSQ)
- **نتائج الدراسة:** توصلت النتائج إلى أنه لم يكشف التحليل اللاحق على أي فروق ذات دلالة احصائية بين خط الأساس (T0)، وقياس ما قبل المعالجة (T1)، مما يشير إلى عدم وجود تغيير في أي متغيرات بعد فترة الانتظار. ووجدت فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي (T1) وقياس بعد المعالجة (T2). توجد فروق بين القياس القبلي (T1) والقياس التتبعي (T3). تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن برنامج الأبوة والأمومة الجماعي SSTP قد يكون علاجًا فعالًا للحد من السلوك الأبوي السلبي، وتعزيز الكفاءة الذاتية للوالدين وتقليل الإجهاد الأبوي لدى آباء الأطفال المصابين بالتوحد. بالمقارنة مع العلاجات الأخرى المستخدمة في علاج ASD.

6.2.1.6 دراسة Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al (2019)

- **عنوان الدراسة:** دراسة العلاقة بين أعراض الوالدين ونتائج العلاج لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. Examining the Relationship Between Parental Symptomatology and Treatment Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorder
- **هدف الدراسة:** يفحص هذا التقرير العلاقة بين استجابة العلاج لدى الأطفال المصابين بالتوحد والأعراض العاطفية للوالدين.
- **عينة الدراسة:** فحصت هذه الدراسة 29 طفلًا مصابًا بالتوحد من المشاركين في برنامج العلاج النفسي الجماعي اليدوي ،(Resilience Builder Program RBP)
- **المنهج المتبع:** تم استخدام المنج التجريبي ذو المجموعة الواحدة ، حيث أنه لا يمكن تضمين مجموعة التحكم لأن الدراسة أجريت في بيئة سريرية خاصة.
- **أدوات الدراسة:** نظام تقييم السلوك للأطفال الإصدار الثاني (BASC-2)، جرد الأعراض الموجز (BSI)، قياس الأداء العاطفي والاجتماعي للوالد والطفل من خلال استبيانات قبل وبعد العلاج. مقاييس المرونة للأطفال والمراهقين (RSCA)، مقياس الاستجابة الاجتماعية، الإصدار الثاني (SRS-2)، استبيان التواصل الاجتماعي (SCQ)، مقاييس تقييم نظام تحسين المهارات الاجتماعية (SSIS)
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت النتائج إلى أعراض الطفل تغيرت من مرحلة ما قبل العلاج لمرحلة ما بعد العلاج، حيث أشارت التحليلات إلى تحسن كبير في تقرير الطفل عن المهارات الاجتماعية (p = .032) والتحكم العاطفي (p = .020) والاتجاه نحو الأهمية (p = .050) لإتقان المرونة ومهارات الاتصال. لم يكن التغيير من قبل إلى ما بعد العلاج مهمًا بالنسبة لمشاكل الاستيعاب التي أبلغ عنها الوالدان. فالنتائج المتوصل إليها تقر بأن معالجة أعراض الوالدين قد تدفع أطفالهم المصابين بالتوحد إلى الاستجابة بشكل أفضل للعلاج.

7.2.1.6 دراسة Nadia , et al (2020) بكندا

- **عنوان الدراسة**

Parent coaching intervention program based on the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: Feasibility and acceptability study

برنامج تدخل تدريب الوالدين على أساس نموذج دنفر المبكر للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: دراسة الجدوى والقبول.

- **هدف الدراسة:** تهدف هذه الدراسة إلى دعم الأسر بعد تشخيص الطفل، حيث ينتظرون خدمات التدخل السلوكي المكثف العام المبكر. تضمن برنامج التدخل بوساطة الوالدين، استنادًا إلى نموذج دنفر المبكر.
- **عينة الدراسة:** ضمت عينة الدراسة 10 أسر (10 أمهات و3 آباء)
- **منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** تم قياس الجدوى باستخدام مقياس مهارة التدريس لدى أولياء الأمور، ومؤشرات التنفيذ التنظيمي، تصور المدربين لجودة التنفيذ، وتم قياس تدبير القبول بمقياس رضا الوالدين، مقياس تحالف العمل للتدخلات مع الأطفال، تم استخدام نموذج تصنيف قبول العلاج المنقح.
- **النتائج المتحصل عليها:** أدرك أولياء الأمور والمدربون مستويات عالية من التنفيذ وحققوها بشكل عام (91٪) وكان هناك تحسن معتدل في مهارات التدريس لدى أولياء الأمور .كانت جميع العائلات والمدربين المشاركين راضين أو راضين للغاية عن البرنامج ووجدوه مقبولًا.

8.2.1.6 دراسة Okajima, et al (2021) باليابان

- **عنوان الدراسة:** A pilot study of combining social skills training and parenting training for children with autism spectrum disorders and their parents in Japan

دراسة تجريبية للجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية وتدريب الأبوة والأمومة للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد وأولياء أمورهم في اليابان.

- **هدف الدراسة:** الغرض من هذه الدراسة هو التحقيق في آثار برنامج يحتوي على مزيج من التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) والتدريب الأبوي (PT) لإثراء مهارات التفاعل الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عالي الأداء.(HFASD) وتقليل الإجهاد الأبوي للأطفال وأولياء أمورهم في اليابان
- **عينة الدراسة:** تضم عينة الدراسة 22 طفلا من الصف الثاني إلى الصف الرابع وأولياء أمورهم.
- **منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، حيث تم تعيينهم في مجموعة تدريبية، وتطبيق القياس القبلي والقياس البعدي.

- **أدوات الدراسة:** تم استخدام استبيان المعلومات الديمغرافية والطبية، واستكملت مقاييس تصنيف المعلمين وأولياء الأمور للكفاءة الاجتماعية (مقياس الاستجابة الاجتماعية2–SRS) ومؤشر الاجهاد الأبوي PSI ، واستبيان الصحة العقلية (28–GHQ)
- **نتائج الدراسة:** أظهر المشاركون بعض التحسينات قبل ، ووسط ، وبعد العلاج ، لا سيما فيما يخص الصحة العقلية و مؤشر الاجهاد الأبوي، و الكفاءة الاجتماعية، ومع ذلك فإن تحسين المهارات الاجتماعية التي أبلغ عنها المعلمون لم تكن كبيرة.وفي القياس التتبعي بعد 03 أشهر حافظت الصحة العقلية للوالدين، و مؤشر الاجهاد الأبوي على التحسن، وحققوا أكبر تحسن من التصنيف الأساسي على الرغم من أن بعض النتائج تشير إلى الجمع بين البرنامج المهارات الاجتماعية والاجهاد الأبوي قد يكون مفيد في تعزيز المهارات الاجتماعية، وتحسين الاجهاد والصحة النفسية للأولياء إلا أن بعض المقاييس الفرعية لم تظهر تأثيرا كافيا.

3.1.6 التعقيب عن الدراسات التي تناولت متغير الكفايات الوالدية:

1.3.1.6 بالنسبة للهدف: تنوعت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت متغير الكفايات الوالدية، فتم فحصه ارتباطيا، حيث تم فحص العلاقة بين الكفايات الوالدية وغيرها من المتغيرات ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة لدى والدي الأطفال العاديين، ووالدي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشرائحها المختلفة، كما تم دراسته تجريبيا للتعرف على مدى فاعليته وقياس أثره على سلوك الطفل العادي وذوي الاحتياجات الخاصة.

ومن حيث الهدف للتعرف على العلاقة الارتباطية، أجرى (Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al, 2019) هدف فيه إلى دراسة العلاقة بين استجابة العلاج لدى أطفال التوحد والأعراض العاطفية للوالدين، وأجرى سلام (2016) دراسة هدفت إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، ودراسة رزاق لبزة، عتيق (2021) هدفت إلى دراسة الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر أوليائهم. وقد استفادت الطالبة من الدراسات الارتباطية في تحديد الاحتياجات الارشادية للفئة المستهدفة، وهي أولياء أمور أطفال التوحد، وتحديد متغيرات الدراسة.

ومن حيث الهدف للتعرف عن مدى فاعلية برنامج لتمية الكفايات الوالدية، فقد لاحظنا أنها تنقسم إلى ثلاث أقسام، فهناك دراسات سابقة صممت برنامجين هدفت إلى تنمية الكفايات الوالدية لدى أولياء الأمور، وتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم المصابين بالتوحد مثل دراسة عليوة

(1999)، ودراسة (Okajima، وآخرون، 2021)، أما القسم الثاني من الدراسات السابقة فقد هدف إلى الكشف عند مدى فاعلية البرامج لتنمية الكفايات الوالدية للتخفيف من الضغط الوالدي والاجهاد الأبوي كدراسة ملحم (2014)، دراسة أبو سيف، والجوالدة (2018)أما بالنسة للقسم الثالث من الدراسات السابقة فقد هدفت للتعرف عن مدى فاعلية برامج للتدريب الوالدي والكفاءة الوالدية وقياس أثرها في سلوكيات الطفل منها: دراسة حمدان منصور (2013)، ودراسة حسين (2013)، دراسة البحيري وآخرون (2018).

وبصفة عامة كانت البحوث والدراسات التي أجريت على أولياء أمور أطفال التوحد قليلة . في حدود علمنا. وربما هذا قد يدعم مشكلة الدراسة الحالية وأهميتها، فهناك دراسة شقير وأبو حمزة (2020)، دراسة منصوري (2021)، دراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، ودراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، ودراسة (Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar, 2018)، وتمت الاستفادة من هذه الدراسات في تدعيم مشكلة الدراسة وأهميته واختيار أداة جمع البيانات، وتحديد الإطار النظري وتصميم البرنامج، وتحديد الكفايات اللزمة لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وتحديد عدد الجلسات والفنيات المستخدمة. كما تمت الاستفادة منها في مناقشة وتفسير النتائج.

2.3.1.6 بالنسبة للعينة: تراوحت أعداد العينات في الدراسات السابقة ما بين59 وليا كحد أقصى وتمثلت في دراسة (Whittingham، Sofronoff، Sheffield، و et al، 2009) وحالتين كحد أدنى في دراسة (شقير و أبو حمزة، 2020) وبلغ عدد العينة (16) في دراسة (عليوة، 1999)، (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013) وتناولت دراسة (Nadia , et al., 2020) عدد العينة 10 أولياء أمور، وقد اختلف حجم العينة باختلاف المنهج والتصميم المتبع.

كما توجد دراسات حددت الوالد المشارك نظرا لانشغالات الوالد الآخر مما نجم عليه حضور بعض الأمهات وبعض الأباء كدراسة (Nadia , et al., 2020) حيث تكونت عينة الدراسة من (10)أسر شارك فيه 10 أمهات و03 آباء، ودراسة (Whittingham، Sofronoff، Sheffield، و et al، 2009) ودراسة (Ichikawa, Takahashl, Ando, & et al, (2013) و دراسة (Ingersoll و Wainer، 2013)، وهناك دراسات اكتفت الوالد المشارك والذي يكون في العادة هو الأم في أغلب الدراسات العربية مثل دراسة (شقير و أبو حمزة، 2020) ودراسة (الحايك، 2016)، ودراسة (عبد السلام، 2019)، في حين تمثلت عينة دراسة (منصوري، 2021) في 15 أما، و15 أبا

فقد اتفقت الدراسة الحالية في عينتها مع دراسة (شقير و أبو حمزة، 2020) ودراسة (الحايك، 2016)، ودراسة (عبد السلام، 2019) باستثناء دراسة الخطيب (2010)، ودراسة محمد (2012)، ودراسة التي طبقت على أمهات أطفال النشاط الزائد، ودراسة حمدان منصور (2013)التي طبقت على عينة أمهات الأطفال العاديين، ودراسة حسين (2013) التي طبقت على عينة المعاقين عقليا.

حيث انضمت للدراسة أمهات أطفال التوحد باعتبارهن الوالد المشارك الأساسي وتم اعتذار الآباء نظرا لانشغالهم بالعمل نظرا لانعقاد الجلسات صباحا. وتم تحديد عدد أفراد العينة (07) مشاركات نضرا لطبيعة اختيار العينة (عينة قصدية) كما ساهم الوضع الوبائي للبلاد في اختيار هذا العدد.

3.3.1.6 بالنسبة للأدوات: بعد الاطلاع على أدوات القياس الخاصة بالدراسات السابقة، لوحظ أن هناك تباينا في المقاييس الخاصة بكل متغير في ضوء المنهج والمفهوم الذي تتبناه كل دراسة، فقد استخدمت دراسة (Schrott، Kasperzack، Weber، و et al، 2019) مقياس الأبوة والأمومة، مقياس الكفاءة الوالدية، واستبيان الاجهاد الأبوي، ودراسة (Nadia , et al., 2020) استخدمت مقياس مقياس مهارة التدريس لدى أولياء الأمور، مقياس رضا الوالدين، دراسة (Okajima، وآخرون، 2021) حيث استخدمت مؤشر الاجهاد الأبوي، واستبيان الصحة العقلية. ودراسة (منصوري، 2021) مقياس المعاملة الوالدية، ودراسة الخطيب(2010) استخدمت مقياس ممارسات الأمهات في تربية أبنائهن، وكقياس المفاهيم الوالدية الخاطئة.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تصميم أنسب أدوات القياس التي تتناسب مع التعريف الاجرائي للكفاية الوالدية الذي تم تبنيه، ويحقق أهادف الدراسة، ويصيغ أهداف البرنامج المقترح.

4.3.1.6 بالنسبة للمنهج: وظفت الدراسات السابقة المنهج الوصفي الارتباطي في دراسة كلا من دراسة (Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al, 2019)، ودراسة سلام (2016)، ودراسة رزاق لبزة، عتيق (2021)أما باقي الدراسات فقد تبنت المنهج التجريبي بتصميمين. ذو تصميم المجموعة الواحدة مثل دراسة البحيري وأخرون (2018)، ودراسة منصوري (2020)، ودراسة (Ingersoll و Wainer، 2013)، دراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، دراسة (Schrott، Kasperzack، Weber، و et al، 2019)، (Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al, 2019)، دراسة (Nadia , et al., 2020)، دراسة (Okajima، وآخرون، 2021).

والمنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين (التجريبية، والضابطة) فقد استخدمته دراسة عليوة (1999)، دراسة ملحم (2014)، دراسة أبو سيف، والجوالدة(2018)، دراسة (Whittingham، Sofronoff، Sheffield، و et al، 2009)، دراسة (Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar, 2018)، وقد تبين أن الدراسات التي تناولت الكفاية الوالدية وقياس أثرها على سلوك الطفل اعتمدت على تصميم المجموعة الواحدة وذلك لصعوبة التحكم في تجانس المجموعات كما جاء في المتن.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة باختيار المنهج المناسب والتصميم المناسب الذي يتماشى مع خصائص العينة وطريقة اختيارها والهدف المراد تحقيقه من الدراسة، وقد تم في الدراسة الحالية اختيار المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة وهو ما تفق مع دراسة البحيري وأخرون (2018)، ودراسة منصوري (2020)، ودراسة (Ingersoll و Wainer، 2013)، دراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، دراسة (Schrott، Kasperzack، Weber، و et al، 2019)، (Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al, 2019)، دراسة (Nadia , et al., 2020)، دراسة (Okajima، وآخرون، 2021).

5.3.1.6 بالنسبة للنتائج: يتضح من خلال مراجعة الدراسات السابقة في الكفايات الوالدية والمهارات المختلفة التي تساعد في تنمية الكفايات الوالدية فقد أظهرت دراسة كلا من الخطيب (2010)، ودراسة ملحم (2014) فاعلية تغيير المفاهيم الوالدية والتفكير الإيجابي في تحسين الكفايات الوالدية. كما أكدت دراسة أبو سيف والجوالدة (2018)، دراسة (Schrott، Kasperzack، Weber، و et al، 2019)على فاعلية برنامج ارشاد أسري وبرنامج الأبوة والأمومة في تحسين الضغوط النفسية لدى الأولياء، وأدت كلا من دراسة منصوري (2021)، دراسة الحايك (2016) على فاعلية تعديل أساليب المعاملات الوالدية في تنشئة الطفل. كما أكدت دراسة البحيري وأخرون (2018) على فاعلية لتحسين سلوكيات الأبناء، فقد أظهرت نتائج الدراسات كلا من دراسة حمدان منصور (2013)، ودراسة حسين (2013)، دراسة البحيري وآخرون (2018). (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، ودراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، ودراسة (Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar, 2018) على أهمية التدخلات الأسرية في تحسين العديد من سلوكيات الطفل التوحدي وخاصة المهارات الاجتماعية. الأمر الذي يستوجب المزيد من الدراسات خاصة فيما يتعلق بتقديم البرامج الوالدية.

وتشير نتائج بعض البحوث والدراسات أن الكفايات الوالدية عاملا مهما في تكيف الطفل فدراسة (Ingersoll و Wainer، 2013)، دراسة (Bearss, Johnson, Handenl, & et al, 2013)، تؤكد أنه عندما يكون الوالدين واثقان من معرفتهما وقدرتهما على مساعدة الطفل في اكتساب المهارات اللازمة فإنهما يميلان إلى استخدام استراتيجيات والدية إيجابية والوصول إلى نتائج إيجابية تتعلق بزيادة التفاعل مع الطفل داخل وخارج الأسرة.

2.6 الدراسات السابقة التي تناولت متغير المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد

1.2.6 الدراسات العربية:

1.1.2.6 دراسة مشيرة(2013)

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج سلوكي في تنمية الانتباه لاكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.
- **هدف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى تنمية الانتباه من خلال البرنامج المقترح، والتعرف على أثر تنميته على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.
- **عينة الدراسة:** تشتمل العينة على 10من الأطفال الذاتويين (8 ذكور، 2 إناث) من ذوي الذاتوية المتوسطة، حيث يتراوح مستوى الذاتوية لديهم ما بين(31 إلى 33) درجة على مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة. تتراوح أعمارهم بين (4 إلى 6) سنوات.
- **منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة على المنهج الشبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة، ومقياس الطفل الذاتوي، مقياس تقدير المهارات الاجتماعية. مقياس اضطراب الانتباه، والبرنامج المقترح.
- النتائج المتحصل عليها: توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لأفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب الانتباه.وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لأفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية.

2.1.2.6 دراسة الشبلي و عبد الله(2016):

- **عنوان الدراسة:** أثر برنامج في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحدين بمدينة بوتسدان.

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين بمدينة بوترسدن، والتعرف على مدى فاعلية البرنامج في تنمية واكتساب هذه المهارة.
- **عينة الدراسة:** بلغت عينة الدراسة (10) أطفال توحديين موزعين على مجموعتين تجريبية(5 ذكور) وضابطة(5 إناث).
- **منهج الدراسة:** اعتمد المهج التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة.
- **أدوات الدراسة:** استخدام البرنامج التدريبي
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت نتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي التي درست بواسطة البرنامج المقترح لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين لصالح المجموعة التجريبية. كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل على الاختبار البعدي لبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، واختبار المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

3.1.2.6 دراسة أبو بكر(2016)

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج ارشاد الأسري لخفض المشكلات الاجتماعية لدى أطفال التوحد وأثره على التوفق النفسي مع الآخرين.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج ارشاد أسري لخفض المشكلات الاجتماعية لدى أطفال التوحد وقياس أثره على توفقه النفسي مع الآخرين.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم بين (4 إلى 7) سنوات
- **منهج الدراسة:** استخدم المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة استبيان مفتوح لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومقياس التوافق النفسي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبرنامج الارشاد الأسري.
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت الدراسة إلى فاعلية برنامج الارشاد الأسري لخفض المشكلات الاجتماعية. (وردت في عبد السلام، 2019، 53)

4.1.2.6 دراسة صبري، وعطا الله (2017)

- **عنوان الدراسة:** العلاقة بين بعض أساليب المعاملة الوالدية كما تدركها الأمهات والنضج الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين بعض أساليب المعاملة الوالدية كما تدركها الأمهات والنضج الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والفروق في بعض أساليب المعاملة الوالدية المستخدمة من أمهات الذكور مقارنة بالإناث، والتعرف أيضا على الفروق في النضج الاجتماعي بين الذكور والإناث.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (30) طفلا تتراوح أعمارهم بين (5 إلى 7) سنوات.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة مقياس أساليب التنشئة الاجتماعية كما تدركها الأمهات، ومقياس الفاينلاند للنضج الاجتماعي، ومقياس تقدير التوحد.
- **النتائج المتحصل عليها:** توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين بعض أساليب المعاملة الوالدية، والنضج الاجتماعي مع عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة تبعا للجنس.

5.1.2.6 دراسة كامل (2017)

- **عنوان الدراسة:** أثر التدريب على الانتباه المشترك في تحسين المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفية.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدريب على الانتباه المشترك في تحسين المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفية
- **عينة الدراسة:** تضمن عينة الدراسة على (8) أطفال توحديين مرتفعي الأداء، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (108 . 132 شهرا)، وتتألف العينة من مجموعتين متساويتين في العدد. مجموعة تجريبية (4) أطفال ومجموعة تجريبية (4) أطفال
- **المنهج:** اعتمدت الدراسة على التصميم التجريبي ذو المجموعتين المتكافئتين.
- **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس تقدير المعلم للتواصل اللفظي.
- **النتائج المتحصل عليها:** توجد فروق ذات دلال احصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في المهارات الاجتماعية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.01).

وتوجد فروق ذات دلال احصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التواصل اللفظي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.01).توجد فروق ذات دلال احصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في المهارات الاجتماعية في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي عند مستوى الدلالة (0.01).توجد فروق ذات دلال احصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التواصل اللفظي في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي عند مستوى الدلالة (0.01).

6.1.2.6 دراسة عباس و المرشدي (2018):

- **عنوان الدراسة:** برنامج تدريبي على وفق نظرية التعلم الاجتماعي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد
- **هدف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى التعرف على برنامج تدريبي وفق نظرية التعلم الاجتماعي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر المعلمات
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 10 أطفال (5ذكور، و5 أناث)
- **منهج الدراسة:** اعتمد المنهج الشبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي. إي يتكون البرنامج من (20) جلسة
- **أدوات الدراسة:** استخدم مقياس المهارات الاجتماعية.
- **النتائج المتحصل عليها:** أظهرت النتائج إلى وجود تحسن في المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر المعلمات.

7.1.2.6 دراسة حميد و بوطفان (2019):

- **عنوان الدراسة:** مدى فاعلية برنامج علاجي في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى أطفال التوحد في مرحلة الطفولة المتوسطة.
- **هدف الدراسة:** تكمن هدف الدراسة في تتناول فئة ال أطفال التوحديين من خلال فعالية العلاج عن طريق برنامج الأنشطة وهذا البرنامج يساعد في تأهيلهم ومساعدتهم على الاندماج مع اقرأنهم من ال أطفال العاديين من جهة ومع أفراد المجتمع من جهة أخرى.
- **عينة الدراسة:** تكونت من(03) ذكور من ذوي اضطراب التوحد من الملتحقين بالمركز البيداغوجي النفسي لبلدية موازية في ولاية البليدة , تتراوح أعمارهم الزمنية (6– 9) سنوات. وكانت العينة بطريقة قصديه.

- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** استخدم مقياس
- **نتائج الدراسة:** اتضح من خلال تحليل البيانات أنه وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال التوحد في مستوى المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والبعدي. والفرضية الثانية, تبين بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التواصل اللفظي قبل وبعد البرنامج تحليل السلوك التطبيقي، وكانت الفرضية الثالثة على انه " توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى التواصل الغير اللفظي بين القياس القبلي والبعدي لدى أطفال التوحد في مرحلة الطفولة المتوسطة " وللتحقق من النتائج تم توضيح النتائج المتحصل عليها من تطبيق قائمة تقدير مهارات الاجتماعية.

8.1.2.6 دراسة خشخوش (2019) بالجزائر

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج تدريب مقترح لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تصميم وبناء برنامج تدريبي بهدف تنمية بعض المهارات الاجتماعية (التكيف الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، التعرف على المشاعر) لدى الأطفال المصابين بالتوحد، واختبار فاعلية البرنامج المقترح لتنمية بعض المهارات الاجتماعية حتى يتكن الطفل المصاب بالتوحد من المشاركة أكثر في نشاطات الحياة اليومية وبالتالي التخفيف من عزلته.
- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة من (07) أطفال مصابين بالتوحد مصحوب بتخلف ذهني متوسط، تم اختيارهم بطرقة مقصودة.
- **منهج الدراسة:** اعتمد الدراسة على المنهج الشبه التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** تم بناء مقياس تقدير المهارات الاجتماعية، والبرنامج المقترح .
- **النتائج المتحصل عليها:** بعد المعالجة الاحصائية للبيانات توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الميا ا رت الاجتماعية لدى أفرا د عينة البحث بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي.وتوصلت لعدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى المهارات الاجتماعية لدى أفراد عينة البحث بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وعليه أثبت البحث فاعلية البرنامج المقترح في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد.

2.2.6 الدراسات الأجنبية:

1.2.2.6 دراسة Laushey & Heflin (2000)

- **عنوان الدراسة:**

Enhancing Social Skills of Kindergarten Children with Autism Through the Training of Multiple Peers as Tutors

تعزيز المهارات الاجتماعية لأطفال رياض الأطفال المصابين بالتوحد من خلال تدريب العديد من الأقران كمدربين.

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى مدى استفادة الطلاب المصابين بالتوحد من تعرضهم وتفاعلهم مع أقرانهم النموذجيين.
- **عينة الدراسة:** استخدمت هذه الدراسة تصميم ABAB لتحديد ما إذا كان نهج الأصدقاء الأقران الذي تم فيه تدريب جميع الطلاب على التفاعل في أزواج من شأنه أن يزيد من التفاعلات غير الموجهة للبالغين. تألفت عينة الدراسة من 20إلى 25 طالبا. كانت الفصول في مدارس منفصلة
- **منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج التجريبي
- **أدوات الدراسة:** الملاحظة ، حيث تم أخذ البيانات لمدة 10 دقائق بمعدل مرة واحدة في الأسبوع.
- **النتائج المتحصل عليها:** تشير البيانات التي تم جمعها عن الطلاب المصابين بالتوحد إلى أن نهج الأصدقاء الأقران زاد بشكل كبير من تفاعلاتهم الاجتماعية المناسبة.

2.2.2.6 دراسة Kroeger, Schultz, & Newsom (2007)

- عنوان الدراسة: A Comparison of Two Group–Delivered Social Skills Programs for Young Children with Autism

مقارنة بين برنامجين للمهارات الاجتماعية المسلمة لدى صغار أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:** سعت الدراسة إلى الكشف للمقارنة بين برنامجين لتنمية المهارات الاجتماعية لدى صغار أطفال التوحد، برنامج التدريس المباشر، حيث استخدم نمذجة الفيديو كاستراتيجية تدريس مباشر، برنامج اللعب الحر أي برنامج أنشطة اللعب
- **عينة الدراسة:** شارك خمسة وعشرون طفلاً في الدراسة. تم تسجيل ثلاثة عشر طفلاً في شكل مجموعة التدريس المباشر واثني عشر طفلاً في شكل مجموعة أنشطة اللعب. تلقى كلا النوعين من المجموعات لمدة 5 أسابيع. على مدار 5 أشهر. كانت هناك ثلاث مجموعات في شكل التدريس المباشر وثلاث مجموعات في شكل أنشطة اللعب.

- **منهج الدراسة:** تم استخدام في هذه الدراسة منهجين وهما المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، والمنهج المقارن بين مجموعتين مستقلتين.
- **أدوات الدراسة:** تم اشتقاق البيانات وترميزها من أشرطة الفيديو لجلسات اللعب غير المنظمة قبل وبعد العلاج من الجلستين الأولى والأخيرة. تضمن قانون مراقبة التفاعل الاجتماعي السلوكيات الاجتماعية الإيجابية لبدء التفاعل الاجتماعي، والاستجابة لمبادرة أو دعوة للتواصل الاجتماعي، والحفاظ على هذا التفاعل الاجتماعي.
- **النتائج المتحصل عليها:** شارت النتائج إلى أنه بينما زاد أعضاء كلا المجموعتين من السلوكيات الاجتماعية الإيجابية ، حققت مجموعة التدريس المباشر مكاسب أكثر في المهارات الاجتماعية.

3.2.2.6 دراسة Cotugno (2009)

- **عنوان الدراسة**

Social Competence and Social Skills Training and Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders

التدريب على الكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والتدخل للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

- **هدف الدراسة:** هدفت للكشف عن فعالية برنامج التدخل الجماعي للكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية لمدة 30 أسبوعًا مع الأطفال
- **عينة الدراسة:** تألفت عينة الدراسة على 18 طفلا مصابا بالتوحد تراوحت أعمارهم بين 7 إلى 11 عاما
- **منهج الدراسة:** اتبع المنهج التجريبي
- **أدوات الدراسة:** استخدم مقياس المعالجة المسبقة وتدابير ما بعد المعالجة على مقياس ووكر– ماكونيل (WMS) ومقياس تنمية الكفاءة الاجتماعية في رعاية الشباب.
- **النتائج المتحصل عليها:** أشارت النتائج إلى أن كل مجموعة تدخل ASD أظهرت مكاسب كبيرة على ومقياس تنمية الكفاءة الاجتماعية في رعاية الشباب وتحسن كبير في مجالات إدارة القلق (الاهتمام المشترك، والمرونة / التحولات) .تشير النتائج إلى أن هذا المنهج يمكن أن يكون فعالًا في تحسين العجز الاجتماعي الأساسي لدى الأفراد المصابين بالتوحد.

4.2.2.7 دراسة Ichikawa et al، Takahashl، Ando (2013)

عنوان الدراسة:

TEACCH–based group social skills training for children with high–functioning autism: a pilot randomized controlled trial

تدريب المهارات الاجتماعية القائم على برنامج تيتش للأطفال المصابين بالتوحد عالي الأداء: تجربة عشوائية محكومة.

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تدريب أطفال التوحد عالي الأداء على المهارات الاجتماعية باستخدام برنامج تيتش
- عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من 11 طفلا مصابا بالتوحد: تم توزيعهم على مجموعتين، المجموعة التجريبية ضمت (ن= 5) والمجموعة الضابطة (ن=6)
- منهج الدراسة: استخدم المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين، تضمن البرنامج تدخلاً جماعيًا شاملاً وجلسات أسبوعية مدتها ساعتان ، بلغ مجموعها 20 جلسة على مدار ستة أشهر.
- أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس تقييم التفاعل للطفل وكفاءة تربية الطفل لمقدم الرعاية، ومقياس ضغوط الأبوة والأمومة، ومؤشر الاجهاد الأبوي، وقياس التفاعلات بين الوالدين والطفل باستخدام استبيان نقاط القوة والصعوبات.
- **النتائج المتحصل عليها:** تحسنت قياسات النتائج في مجموعة البرامج أكثر من المجموعة الضابطة ، مع أحجام تأثير معتدلة (SDQ، 0.71 ؛ PSI، 0.58 ؛ BDI–II، 0.40 ؛ و IRS، 0.69). أشارت هذه التجربة التجريبية أيضًا إلى أن هذا البرنامج أكثر فائدة للأطفال والأمهات الذين يعانون من ارتفاع معدل الذكاء المرتفع من الإجهاد مقارنة بأولئك الذين ليسوا كذلك.

5.2.2.7 دراسة Rqlley, et al (2017)

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج للتدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية ذوي اضطراب طيف التوحد بمشاركة الأقران ذوي العجز الاجتماعي.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية ذوي اضطراب طيف التوحد بمشاركة الأقران ذوي العجز الاجتماعي.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (3) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، و (2) من أطفال العجز الاجتماعي

- **المنهج المتبع:** استخدم المنهج التجريبي، حيث تم تدريب الأطفال لمدة خمسة أسابيع على المهارات غير اللفظية، والمشاركة الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي.
- **النتائج المتحصل عليها:** أسفرت النتائج على تحقق من فاعلية التدخل المبكر في تحسين المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم. (ورد في عبد السلام، 2019، 53)

6.2.2.6 دراسة Wichnik-Gillis,et al (2018)

- **عنوان الدراسة:** فاعلية برنامج قائم على مهارة المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمشاركة أقرانهم.
- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على مهارة المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمشاركة أقرانهم، وتعميم استخدام تلك المهارات من المدرسة إلى المنزل.
- **عينة الدراسة:** تكونت الدراسة من 03 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ممن تتراوح أعمارهم من (8. 10 سنوات).
- **منهج الدراسة:** استخدم المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة.
- **أدوات الدراسة:** أعدت الدراسة مقياس المبادأة الاجتماعية، واستبيان للتعرف عن مدى تعميم مهارة المبادأة إلى المنزل.
- **النتائج المتحصل عليها:** أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج في تحسين المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال الثلاثة. (ورد في عبد السلام، 2019، 65)

6.2.2.6 دراسة Christine , Moody, & Laugeson (2020)

عنوان الدراسة Social Skills Training in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan

التدريب على المهارات الاجتماعية في اضطراب طيف التوحد عبر العمر الافتراضي.

- **النتائج المتحصل عليها:** تشير النتائج إلى مراجعة التكرار الحالية إلى أن برنامج التدريب التمثيلي الاجتماعي للأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد فعالة في تحسين الكفاءة الاجتماعية، على الرغم من أن التأثيرات غالبا ما تكون غير قوية عبر جميع النتائج المقاسة، ومع ذلك لا تزال برامج

التدريب على المهارات الاجتماعية محدودة في قابليتها للتعميم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والذين لديهم متوسط أو أعلى من المتوسط الفكري.

3.7 التعليق على الدراسات السابقة التي تناولت متغير المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد:تناولت الدراسات السابقة لمتغير المهارات الاجتماعية طرق وأساليب تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وسوف يتم توضيح أهم ما جاء فيها من حيث العينة، الأهداف، الأدوات، والنتائج. وهي كالتالي:

1.3.6 بالنسبة للعينة: وبالنضر للجزئية المتعلقة بالفئة العمرية لأطفال التوحد، يتضح لنا أن الفئات المستهدفة في الدراسات السابقة كانت بين (3سنوات إلى 14 سنة) كما جاء في دراسة (Cotugno، 2009)، ودراسة (Reidl, Fesalbon, Mendoza, & et al, 2019)، ودراسة (عباس والمرشدي، 2018). ونظرا لطبيعة تشخيص اضطراب طيف التوحد والمرحلة الحرجة التي يمر بها أطفال التوحد في اكتساب المهارات الاجتماعية. فقد استفادت الطالبة في تحديد العمر الزمني لأطفال المشاركات (الأمهات) في الدراسة حيث تراوحت أعمارهم بين (07 إلى 11 سنة) واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (خشخوش، 2019)، ودراسة (منصوري، 2021).

2.3.6 بالنسبة للأدوات المستخدمة: تبين من خلال الدراسات استخدام المقاييس التشخيصية لاضطراب طيف التوحد كمقياس CARS، مقياس جيليام، مقياس الطفل الذاتوي، مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة، كدراسة (مشيرة، 2013)، دراسة (صبري، وعطاالله، 2017) أما الدراسات التي اعتمدت تشخيص المراكز التابعين لها، فمعظمها اعتمد على تصميم مقاييس المهارات الاجتماعية ومنها دراسة (خشخوش،2019)، دراسة (حميد، وبوطفان' 2019)، دراسة(كامل، 2017) فاستخدم مقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس نقدير المعلم للتواصل اللفظي، دراسة (Cotugno، 2009)استخدم مقياس الكفاءة الاجتماعية، دراسة (Ichikawa, Takahashl, Ando, & et al, (2013 استخدم مقياس تقييم التفاعل للطفل وكفاءة تربية الطفل لمقدم الرعاية، إضافة إلى مقياس التفاعلات بين الوالدين والطفل باستخدام نقاط القوة والصعوبات، وقد تم الاستفادة من هذه الدراسات في تصميم الأداة المناسبة ولتحقق أهداف الدراسة وعليه فقد تم تصميم مقياس المهارات الاجتماعية حسب الأبعاد الواردة في DSM5 .

3.3.6 بالنسبة لأهداف الدراسة: هدفت بعض الدراسات إلى تنمية الانتباه المشترك كدراسة (مشيرة، 2013)، وهدفت دراسة (Kroeger, Schultz, & Newsom, 2007) إلى التدريس المباشر

باستخدام استراتيجية النمذجة عن طريق الفيديو ومقارنته ببرنامج اللعب الحر، ودراسة (Laushey و Heflin ، 2000) و(Ralley.et al,2017) هدفت إلى تفاعل أطفال التوحد مع الأقران، وهدفت دراسة (أبو بكر، 2016 للتعرف على فاعلية الارشاد الأسري لخفض المشكلات الاجتماعية وأثره على التوافق النفسي مع الآخرين، وقد استفادت الدراسة، وهدفت دراسة (خشخوش، 2019) إلى تنمية المهارات الاجتماعية، وتمثلت في (التكيف الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، التعرف على المشاعر) وهدفت دراسة (عباس، والمرشدي، 2018) إلى تنمية المهارات الاجتماعية وفق نظرية التعلم الاجتماعي. وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في التعرف أهم المهارات الاجتماعية التي يستطيع الطفل اكتسابها من خلال تفاعله مع الأسرة وفي محيطه الأسري، وقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (عباس، والمرشدي، 2018) من حيث الهدف وهو تنمية المهارات الاجتماعية وفق نظرية التعلم الاجتماعي واختلفت معها في العينة، حيث أن الدراسة الحالية تستهدف أمهات أطفال التوحد، ودراسة (عباس، والمرشدي، 2018) تستهدف المعلمين.

4.3.6 بالنسبة للنتائج: من خلال الاطلاع على الدراسات، والبرامج التربوية والعلاجية المقدمة لأطفال التوحد نلاحظ أن معظمها يتفق على أهمية تدريب أطفال التوحد على المهارات الاجتماعية بشكليه الفردي والجماعي.

لذلك نستنتج من الدراسات السابقة ما يلي:

اهتمت جل الدراسات السابقة بتصميم وتطوير برامج تدريبية تهدف إلى تحسين مستوى المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، كما أكدت أنها تحسن التفاعل الاجتماعي لديه، وقد لاحظنا أن هذه البرامج يتم تقديمها من طرف المعلمين والمربين كما جاء في دراسة عليوة (1999)، دراسة (عباس، والمرشدي، 2018)، دراسة (خشخوش، 2019)، وقد يتم تدريب الطفل التوحدي من خلال الأقران كما جاء في دراسة (Laushey و Heflin ، 2000)و دراسة (Ralley.et al,2017)، وقد يتم تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية من خلال تقديم برامج والدية وارشاد أسري كدراسة (عبد السلام، 2019)، (عليوة، 1999)، دراسة (حسين، 2013)، دراسة (البحيري وآخرون، 2018)، دراسة (Ingersoll و Wainer، 2013)، واتفقت الدراسات على أهمية اشراك الأسرة في التخطيط، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في اقتراح برامج ارشاد أسري لتنمية الكفايات الوالدية لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وذلك باعتبار أن الأسرة هي المحتوى الاجتماعي الأول للطفل، وتعد الأسرة البيئة الخصبة لاكتساب المهارات الاجتماعية.

ويعد الوالدين المسؤولان المباشران في التنشئة الاجتماعية، ونظرا لندرة الدراسات التي جمعت بين المتغيرين مما قد يكسب الدراسة الحالية أهمية كبيرة.

الفصل الثاني: الإرشاد الأسري

أولا: الارشاد الأسري

1. تعريف الارشاد الأسرة

2. دور الوالدين في برامج الارشاد الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد:

3. طرق الارشاد الأسري

ثانيا: البرامج الوالدية

1. نبذة تاريخية على البرامج الوالدية

2. تعريف البرامج الوالدية

3. أهداف البرامج الوالدية

4. الأسس النظرية للبرامج الوالدية

ثالثا: أهمية تنمية الكفاءات الوالدية اللازمة لولدي الطفل المصاب بالتوحد في البرامج الوالدية

تمهيد:

يعد الارشاد الأسري من أهم الميادين في مجال التربية الخاصة، حيث أظهر اهتماما كبير بأسر الأطفال في وضعية إعاقة، ونخص بالذكر أسر أطفال التوحد. إذ ساهم الارشاد الأسري بتقديم خدمات مختلفة لهذه الفئة. وفي هذا الفصل سنتعرف على الارشاد الأسري، وأهم خدماته لأسر أطفال التوحد، كما سيتم عرض البرامج الوالدية كالجانب التطبيقي من الارشاد الأسري.

أولا: الارشاد الأسري:

1. تعريف الإرشاد الأسري

1.1 تعريف الإرشاد:

1.1.1 الدلالة اللغوية لمصطلح الإرشاد: أشارت القواميس العربية إلى مفهوم الإرشاد، ففي المعجم الوسيط: يقال فلان أرشد فلان بمعنى هداه ودله، والمرشد يعني الواعظ، وإلى مثل ذلك ذهب ابن منظور في لسان العرب حيث جاء أن: الرشد والرشد والرشاد: نقيض الغي. ورشاد وهو نقيض الضلال إذا أصاب وجه الأمر المطلق (عتوتة، 2018، ص7).

2.1.1 الدلالة الاصطلاحية للإرشاد: يعرف الارشاد في علم النفس بأنه عملية انسانية تفاعلية مخططة تنشأ من علاقة بين فردين أو أكثر، أحدهما مرشد، والآخر مسترشد. يهدف من خلاله المرشد إلى مساعدة المسترشد على أن يصبح أكثر فاعلية من خلال تشجيع نموه، واكتسابه أساليب سلوكية التي تمكنه من استخدام قدراته وامكانياته للوصول إلى هذه الفاعلية (لعبيدي ولعبيدي، 2010، ص 11).

ويستند الارشاد إلى فلسفة مفادها أن السلوك الانساني يتسم بالمرونة والفاعلية للتعديل، وإن للفرد القدرة على التكيف المستمر، وإن اختلفت هذه القدرة من فرد ن الفرد ينمو نفسيا وجسميا وأنه قادر على التعلم واختيار أفعاله (لعبيدي ولعبيدي، 2010، ص11).

ويؤكد محمد محروس الشناوي (1994) أن "الارشاد عملية موجهة تعليميا تتم في إطار بيئة اجتماعية بين شخصين أو مجموعة من الأشخاص، حيث المرشد وهو شخص متخصص وماهر في المعارف والمهارات، يحاول مساعدة المسترشد بالطرق التي تناسب حاجياته في إطار برامج التوجيه التي تساهم في تحقيق أهداف دافعية ومحددة توصل إلى أكثر سعادة وانتاجية في المجتمع (كما ورد في درويش، 2015، ص 35).

نستخلص من هذه التعريفات أن الارشاد عملية انسانية تنشأ في علاقة تحكمها ضوابط مهنية بين طرفين أحدهما مرشد خبير، ومسترشد يطلب مساعدة نفسية، يحول من خلالها المرشد تقديم الارشاد في إطار برامج تكسب المسترشد وتعلمه أساليب سلوكية تمكنه من أن يكون أكثر فاعلية واستبصار بذاته، وتشجعه على النمو والتكتيف مع المحيط الذي يعيش فيه.

2.1 تعريف الأسرة:

1.2.1 الدلالة اللغوية لمصطلح الأسرة: ينبثق مصطلح الأسرة من اللاتينية " Familia "والذي يأتي هو الآخر من كلمة Famulus" التي تعني "الخادم أو الأجير" وأسرة الرجل عشيرته ورهطه الأدنون لأنه يتقوى بهم (أبو أسعد، 2008، ص20).

2.2.1 الدلالة الاصطلاحية للأسرة: قد وضع الباحثون عدة تعاريف للأسرة، حيث اختلف باختلاف المدارس والنظريات النفسية، التربوية، والاجتماعية، كل يعرفها من زاوية دراسته ورؤيته لها.

وتجدر الإشارة هنا إلى الاختلاف بين اللغة العربية واللغة اللاتنية، حيث لدينا مصطلح أسرة و "عائلة" في اللغة العربية، بينما يستخدم في اللغة اللاتنية "Familia". حيث مصطلح "أسرة" له دلالة مصطلح "العائلة".

فبالرغم من اختلاف الكثير من الباحثين على استعمال مصطلح الأسرة، فبعضهم استعمل الأسرة، وبعضهم استعمل العائلة في مؤلفاتهم، ولكن هناك شبه اتفاق على المصطلحين، حيث يتضمن كليهما الزوج، والزوجة، والأطفال في أغلب الحالات. وفي هذا يرى بتفنوشت (1984) في مؤلفه "العائلة الجزائرية" أنه بالمجتمع الجزائري لا توجد فروق واضحة في المجتمع الجزائري بين مفهومي الأسرة والعائلة بقوله: "...وبعض المؤلفين حددوا دلالة العائلة بالأسرة، والحال أن هذا المصطلح العربي يمكن أن يطلق أيضا على العائلة الزواجية التي تعيش في أحضان الأسرة، عندما نطلب من شخص تعريف عائلته الخاصة أي الثنائي الزواجي وأبنائهما، كما يعني الأسرة التي تعيش فيها والجامعة لأسلافه وأخلافه والتابعين الآخرين للدار الكبيرة" (ورد في بن ناصر، 2018، ص160).

وسنحاول فيما يلي عرض بعض التعاريف العامة:

عرفها R H Lui، بأنها الوحدة الاجتماعية القائمة على الزواج. (سالم، 2004، ص17)

أما برجس لوكE Bergess F H Look، فعرفها على أنها جماعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الزواج، الدم، التبني يعيشون معيشة واحدة ويتفاعلون كل مع الآخر في حدود الأدوار الزوج، الزوجة، الأخ والأخت ويشكلون ثقافة واحدة مشتركة (دحماني، 2006، ص36)

وقد عرفها Kingggsle Davis "أنها جماعة من الأفراد تربطهم روابط دموية واجتماعية متماسكة" (دحماني، 2006، ص 36)

يعرفه المعجم الإكلينيكي الخاص بالعلاجات الأسرية النفسية على أنه مجموعة من الأفراد يكونون نسق، يتكون من أفراد محددي الأدوار والأفعال والتي يتمثلون بها، ويكونون في حالة يطور على شكل معلوماتي عن طريق الاتصال (نعيمة ،2012، ص35).

وعرفها علاء الدين كفافي بأنها وحدة المجتمع الأولى وهي الواسطة أو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع، أو الواسطة بين الثقافة والشخصية. وهي الوسط الإنساني "الأول" الذي ينشأ فيه الطفل، ويكتسب في نطاقها أول أساليبه السلوكية التي تمكنه من إشباع حاجاته وتحقيق إمكانياته والتوافق مع المجتمع (كفافي، 1999، ص97).

كما تعرف الأسرة بأنها مجموعة من الأفراد (اثنين أو أكثر) تربط بينهم علاقة بواسطة عملية قانونية معترف بها، كالزواج أو التبني، أو بواسطة الدم، أو كليهما معا، حيث يعيش هؤلاء الأفراد معا. بحيث يكون لهم مجموعة من الحقوق وعليهم مجموعة من الواجبات. (أبو زعيزع، 2016، ص 79)

فالأسرة هي مجموعة من الأفراد تربط بينهم روابط الدم أو التبني، تتكون من نسق فرعي زوجي وهما الزوجين، وبعد الانجاب يكونان نسق فرعي والدي وهما الأم والأب، ونسق فرعي أخوي، ويتكون من الإخوة والأخوات. حيث تحكم بين هذه الأنساق الفرعية تفاعلات ديناميكية دائمة داخل وخارج الأسرة

3.1 تعريف الارشاد الأسري:

يؤكد الارشاد الأسري على الأسرة ككل باعتبارها الوحدة الأولية للعمل الارشادي، وليس الفرد المضطرب أو الذي يعاني من مشكلة، وذلك على أساس أن منظومة الأسرة هي مصدر الصحة أو الاضطراب. وأن الفرد بخصائصه وشخصيته الراهنة هي نتاج تفاعلاته وعلاقاته في البيئة، والتي في مقدمتها تفاعلاته وعلاقاته داخل الأسرة التي نشأ فيها، باعتبارها القوة العظمى المؤثرة في نموه.

إن منظومة الأسرة تتكون من عدة منظومات فرعية، وهي منظومة الزوج والزوجة، ومنظومة الوالدين والطفل، ومنظومة الإخوة. ويساعد تفاعل هذه المنظومات الفرعية مع بعضها البعض على تحديد الوظائف الأسرية، ومدى قدرتها على تلبية احتياجات أفراد الأسرة، وأن هذه المنظومات الفرعية يمكن أن تكون مصدرا لتدعيم الأسرة أو مصدرا للضغوط النفسية. (القريطي، 2013)

ويشير ماهر عمر (1988) إلى أن الارشاد الأسري هو "الذي يؤكد عل جميع الأطراف المعنية بالمشكلات الأسرية في نطاق الأسرة الواحدة أكبر من التركيز الفردي على كل عضو داخل الأسرة

بمفرده، فيتعامل المرشد النفسي الأسري مع الأسرة ككل باعتبارها وحدة مستقلة لها كيان منفصل عن الكيان الفردي لكل عضويتها" (درويش، 2015، ص 35).

حيث ركز هذا التعريف على أن الارشاد الأسري عملية تركز على الأسرة ككل وينظر لها كوحدة واحدة، حيث تعتبر مشكلة الفرد هي مشكلة الأسرة، ومشكلة الفرد هي مشكلة الأسرة.

ويعتبر الارشاد الأسري لوالدي الطفل في وضعية إعاقة من المتغيرات الحاسمة التي تساعد في تحريك الأسرة نحو التفاؤل والنضج النفسي والاجتماعي. ومن بين التعريفات في هذا المجال ما يلي:

ويعرف القريطي (1999) الارشاد بأنه "هو عملية يستخدم من خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدة والدي وإخوة الطفل في وضعية اعاقة على الوعي بمشاعرهم نحوه ونفهمه وتقبلها، وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديه من امكانات للنمو وتعليمه ودمجه".

يركز التعريف السابق على أن الارشاد الأسري للأطفال في وضعية الإعاقة في تقديم المساعدة لوالدي الطفل وإخوته من أجل تقبل وضعية الطفل، واكسابهم مهارات تساعدهم في تطوير امكانيات الطفل لأقصى حد ممكن.

أما Stewart (1978) يعرفه بأن " الارشاد علاقة مساعدة بين مختص مدرب ووالدي طفل غير عادي، يعملون للوصول إلى فهم أفضل لاهتماماتهم ومشكلاتهم ومشاعرهم الخاصة. وهو عملية تعليمية تركز على استثارة وتشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقه يساعد المرشد الوالدين لاكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرض لمشكلتهم واهتماماتهم. ويساعد الارشاد الوالدين أن يصبحوا ذو فعالية تامة لخدمة طفلهم، وعلى أن يقدروا قيمة العيش المنسجم كأعضاء في وحدة أسرية مكتملة التوافق (ورد في أحمد، 1996، ص 53)

ويعرفه كمال ابراهيم مرسي (1994) بأنه عملية تهدف إلى مساعدة والدي الطفل في وضعية إعاقة على تنمية ذواتهم، وعلاج مشاكلهم الزواجية والأسرية حتى تكون الأسرة قادرة على رعاية الأبناء ومواجهة الضغوط التي يتعرضون لها.

وتشير الكاشف (1995) إلى أن نجاح الطفل في وضعية إعاقة في مراحل حياته المختلفة على مقدار ما يتحقق من انجازات لهذا الطفل، والتي تتمثل في سلامة التوجيه وصحة النمو والتربية الصحيحة وتفهم احتياجاته ومشكلاته.

ويوضح Bion(1998) "أن ارشاد والدي وأسر الأطفال في وضعية اعاقة تهدف إلى مساعدتهم على "فهم طبيعة الاعاقة والتطورات المحتملة لها، وكيفية التعامل معها، وفهم احتياجات الطفل وسبل

اشباعها. كما تهدف إلى مساعدة الأسرة على التخلص من مشاعر الاحباط والقلق والخوف بسبب اعاقة الطفل، ومساعدتهم على تكوين توقعات واقعية عن أبنائهم، وعلى تطوير واكتساب مهارات وكفاءات والدية أكثر فاعلية في رعاية الطفل والمشاركة في توجيه نموه نموا إيجابيا". (ورد في القريطي، 2013، ص123)

ويعرفه زهران (1998) "إن خدمات الارشاد الأسري في مجال التربية الخاصة تبدأ منذ مجيئ الطفل في وضعية إعاقة. حيث يحدث تقبل الحالة والتسليم بالأمر الواقع، وتعديل اتجاهات أعضاء الأسرة والوالدين تجاه الطفل، وتجنب الحماية الزائدة له والخوف غير العادي عليه. وتخليص الوالدين من مشاعر الذنب والأسى بخصوصه، وذلك بما يحقق للطفل المعاق أقصى امكانات النمو العادي (القريطي، 2013، ص123).

وعليه نستنتج أن الارشاد الأسري للأطفال في وضعية الإعاقة عملية تعليمية تركز على استثارة وتشجيع النمو الشخصي للوالدين وتنمية قدراتهم المعرفية، حيث يقوم المرشد بإعطائهم المعلومات الكافية والعلمية حول حالة الطفل.

كما يقدم لهم المساندة النفسية للوعي بمشاعرهم السلبية، وتقَبل حالة الطفل، والتكيف معها. ويساعد الارشاد الوالدين في تعلم استراتيجيات فعالة تمكنهم من التعامل الفعال مع الطفل لاستثمار قدراته إلى أقصى حد ممكن.

ويذكر القريطي (2013، ص267) أن برامج الارشاد الأسري تركز حول الوالدين باعتبارهما عميلا في حاجة إلى الدعم، أو وسيطا نشطا في تقديم الرعاية (care giver) التكفلية والتعليمية للطفل أو كوسيط وعميل في الوقت ذاته.

- **اعتبار الأسرة كعميل:** وتشمل الخدمات الموجهة إلى الأسرة كعميل مختلف أشكال الدعم الأسري Family Support العاطفي والاجتماعي والارشادي، بهدف تحسين نوعية حياتها. ومساعدتها على تقبل حالة الطفل وفهم مشكلاته، وتحسين أنماط الاتصال والتفاعل المبكر بين الوالدين والطفل، وتهيئة بيئة منزلية مواتية ومعززة لنموه الصحي والمتكامل.
- **اعتبار الأسرة كوسيط:** تشمل الخدمات التي تتعلق بالوالدين والاسرة كمشاركين في التكفل بالطفل وتعليمه.
- **اعتبار الأسرة ميسر لعمل المختصين:** فتشمل إعادة تعليم الوالدين وتطوير مهاراتهم في معاملة الطفل وتعليمه من خلال تعريفهم باحتياجاته وسبل اشباعها، وبكيفية توفير الخبرات والمواقف والأنشطة

التي تستثير حواسه وتنشط استعداداته المتبقية، وتمكنه من زيادة معدلات تعلمه في بيئة المنزل. (القريطي،2005، ص77)

واتفقت العديد من الدراسات على أن ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة يزيد من تقبل الطفل والاهتمام به، فقد توصلت دراسة Sloman. et al (1997) إلى فاعلية أسر ذوي الاحتياجات الخاصة في تحسين التفاعل الأسري. كما دلت الدراسة أن احساس الطفل بعدم الأمان وعدم قدرة والديه على كيفية التعامل معه بكفاءة يعود إلى افتقار الوالدين إلى معلومات حول الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (عبد الغفور، 1999، ص100)

1. دور الوالدين في برامج الارشاد الأسري لذوي اضطراب طيف التوحد: يؤدي الوالدين دور الشريك من ناحية المشاركة في وضع البرنامج وتطبيقه، وتكمن أهمية مشاركة الأسرة في برامج التدخل المبكر وفقا لما يرى كيرك وآخرون (2003) **في:**

أولاً: إن ملاحظات الأسرة اليومية للطفل ومعلوماتهم حول مستوى أدائه تشكل القاعدة الأساسية لوضع برنامج التدخل المبكر الخاص بالطفل واسرته.

ثانيا: تؤدي الأسرة دورا هاما وأساسيا في عملية تدريب الطفل في مراحل حياته الأولى من الولادة وحتى ستة سنوات وخاصة إذا تم تدريب الأسرة على استثارة وتنمية قدرات الطفل الحركية، والتواصلية، والاجتماعية، والمهارات الحياتية والتأهيلية اللازمة لدخول المدرسة.

ثالثا: من خلال التدريب المنظم للأسرة يصبح بإمكانها تدعيم عملية تعليم الطفل في المنزل .وكنتاج لكل ما سبق ذكره فإن الأسرة التي تدرب أكثر مشاركة لطفلها في اهتماماته، وأكثر معرفة بقدراته، الأمر الذي يساعدها على اتخاذ القرارات السليمة فيما يختص بطفلها ومستقبله. (عربيات، 2011، ص82)

2.طرق ارشاد والدي الأطفال المصابين بالتوحد:

تشير عليوة (1999، ص96) أنه بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى، إلا أنه لم يعد هناك جدلا في أهمية دور الوالدين في تعليم أطفالهم المصابين بالتوحد، ويذكر كوهن ودونالان طريقتين رئيستين في التعامل مع أسر ووالدي أطفال التوحد، وهي كالآتي:

1.3 **طريقة ارشاد وادي الطفل التوحدي من حيث المكان:** وهي تنقسم إلى طريقتين أساسيتين هما:

1.1.3 **الطريقة المبنية على أساس اكلينيكي:** وفيها يتم تنفيذ برامج الارشاد في المراكز المختصة طبقا لآراء سكوبلر وآخرون(1984)، حيث يتم استخدام أساليب الملاحظة الاكلينيكية، ويتعلم الوالدين

الطرق الفعالة لتعليم أطفالهم والسيطرة على سلوكياتهم، ثم بعد ذلك يقومون بتنفيذ هذه المناهج في المنزل بإشراف الفريق المختص القائم بالتدريب، ويتم تقييم فاعلية زيارات الفريق المختص للمنزل من خلال تقارير الوالدين وملاحظاتهم، وتتميز هذه الطريقة بأن الآباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجودة بالمركز، كما يتاح لهم فرصة للتدريب والاستفسار بدون حرج والحصول على التعليمات التي يمكن الاستفادة منها في المنزل. (عليوة، 1990، ص 96)

2.1.3 الطريقة المبنية على أساس المنزل: وفيها يتم تنفيذ برامج الارشاد في المنزل طبقا لآراء Hemsley et al. (1978)، حيث يتم تدريب الوالدين في البيئة الطبيعية اليومية للأحداث، فيكون الايضاح، والتعليمات المقدمة طبقا للمواقف الواقعية وليس التجريبية. كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة (القمش، 2010، ص 265).

ومن الملاحظ أن كل الاتجاهين له إيجابيات وسلبيات، وفي غياب الدليل القاطع بتفوق أو تميز طريقة معينة على الآخر، فإن السياسة المنطقية تشير إلى الدمج بين الطريقتين، والمرونة للطريقة التي تتلاءم مع حاجات الوالدين والظروف الأسرية، وهذا ما تم العمل به في الدراسة الحالية.

2.3 **طريقة ارشاد والدي الطفل التوحدي من حيث التقديم:** ظهرت اتجاهات متنوعة، البعض يؤيد الارشاد الجمعي، والبعض يؤيد الارشاد الفردي، والبعض الثالث يؤيد الجمع بين الاتجاهين، وفيما يلي يتم عرض ذلك:

1.2.3 مبررات الارشاد الجمعي: ترى سهام راشد (1993) "أن جلسات الارشاد الجمعي لأسر ووالدي الطفل التوحدي تتيح لهم المشاركة في المشاعر والانفعالات وجوانب النجاح والفشل في التعامل مع الطفل، فيستفيدون من الخبرات الناجحة، ويجدون المساندة والتوجيه فيما يشعرون به من انفعالات سلبية طبيعية في بعض المواقف التي يعانون منها مع الطفل التوحدي" (ورد في عليوة، 1999، ص156).

كما يساهم الارشاد الجمعي في تغيير أ تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة وتهيئة مواقف يؤازرون فيها بعضهم البعض بالتغذية الراجعة والدعم والمساندة الانفعالية والمشاركة الوجدانية، وتعد الجماعة الارشادية وسيطا علاجيا يحكم التفاعلات التي تحدث بين أعضائها، والدعم الذي يقدمونه لبعضهم البعض. (القريطي، 2013، ص317)

2.2.3 **مبررات الارشاد الفردي:** يشير Mclannahan et al. (1982) إلى أن جلسات الارشاد الفردي لأسر والدي أطفال التوحد أفضل من الجلسات الجماعية للأسباب التالية:

- بعض الآباء يستطيعون القيام ببعض الأنشطة التدريبية، بينما الآخرون يواجهون صعوبات في فهم الموارد المكتوبة والشفوية، وهذا يسبب لهم نوع من الاحباط.
- والدي الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة يشعرون بالإحباط واليأس عندما يقرؤون تقارير والدي الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة.
- بالرغم من مشاركة الوالدين بعض الاهتمامات الخاصة بالإعاقة مثل اتباع ارشادات معينة في التعامل مع أطفال التوحد بصفة عامة، كإرشادات تنمية مهارات النمو اللغوي والاجتماعي، ولكن نتيجة لتنوع سلوكيات أطفال التوحد. فلا توجد مشكلات أسر متشابهة تماما، وعلى هذا يفضل الارشاد الفردي على الارشاد الجمعي (عليوة، 1999، ص97).

3.2.3 مبررات الدمج بين الاتجاهين: حيث يؤيد (Cohen & Donnellan 1985 ؛ Kozloff 1984)

أهمية الدمج بين الاتجاهين، حيث يستندون إلى الاستفادة من إيجابيات كل اتجاه على حدة، فيستخدم جلسات الارشاد الجمعي من أجل التأييد العاطفي للأسر، والمشاركة في التجارب والمشاعر مع الأسر التي لها وضع مشابه مع عدم اهمال المشكلات الفردية والعناية بها.

ويؤكد زهران (1998) على أن الارشاد الفردي يعد بمثابة نقطة الارتكاز في عملية الارشاد وبرامجه، ويمثل مع الارشاد الجمعي وجهين لعملة واحدة، ولا غنى عنهما في أي برنامج متكامل للإرشاد النفسي بصفة عامة. وقد يبدأ الارشاد الفردي قبل الارشاد الجمعي ويمهد له أو بالعكس، كما قد تتخلل جلسات الارشاد الفردي جلسات جماعية أو العكس. (حنفي، 2007، ص 241)

ثانيا: البرامج الوالدية

1. نبذة تاريخية على البرامج الوالدية:

قبل الستينات من القرن العشرين كان التعامل الشائع مع مشاكل سلوكيات الطفل باستخدام طرق علاجية موجهة نحو الطفل، وتميزت نهاية العقد السادس من القرن العشرين ببداية عمليات التدخل التي ترتكز على تغيير سلوكيات الآباء، وتحويلهم إلى مشاركين نشطين في التدخلات العلاجية، وجاء هذا التحول نتيجة لزيادة ادراك كيف يمكن للآباء التأثير في سلوكيات الأطفال، وتم تشكيل نظريات حول تعديل السلوك (سكينر، 1965)، وتشكل نماذج الاجتماعية المعرفية (باندورا، 1977)،

والنظريات التي تتعلق بالتعاملات القهرية داخل الأسرة (باترسون 1982) وكونت هذه النظريات والنماذج ما أصبح يعرف بالبرامج الوالدية.

حيث تكاثرت وانتشرت برامج الوالدية منذ الستينات من القرن العشرين مع تركيز البرامج المختلفة على تطوير أنواع مختلفة من المهارات لدى الوالدين (سلام، ميجيا، أرساندرس، ودي فراي، د.ت، ص7).

2.تعريف البرامج الوالدية:

تعددت التعريفات للبرامج الوالدية، وإن كانت معظمها تركز على نفس المفهوم.

فقد عرفها (1977) Grockee Glover "بأنها نشاط تدريبي هادف للآباء الذين يحاولون تطوير مهاراتهم الوالدية بهدف تشجيع السلوك الإيجابي لدى أطفالهم" (عتروس، 2013، ص82).

ركز هذا التعريف على تقوية الجانب المهاري للوالدين بهدف مساعدة الطفل على انتاج السلوك الإيجابي.

وعرفها (1979) Shamburger بأنها "نشاط تعليمي للآباء الذين يحاولون تحسين أو دعم طرقهم في تربية أبنائهم، وتفاعلهم معهم بهدف تحفيز وتشجيع أبنائهم لممارسة سلوكيات إيجابية" (الشريف، 2016، ص13).

ركز هذا التعريف على اكساب الوالدين الطرق الصحيحة في تربية الأبناء من أجل دعم السلوك الإيجابي للطفل وتشجيعه على القيام به.

وقد عرف (1980) Fine " بأنها برنامج منظم مبني على مفاهيم محددة بهدف تزويد المشاركين بالمعلومات والمهارات، من أجل زيادة وعي الوالدين بجوانب متعددة تتعلق بالوالدية" (عتروس، 2013، ص82).

وصف هذا التعريف البرامج الوالدية أنها خطة منظمة تحتوي على مفاهيم محددة تهدف إلى اشباع احتياجات الوالدين المعرفية والسلوكية بهدف تعريف الوالدين على الجوانب المتعلقة بالوالدية لممارسة الوالدية بطريقة واعية وهادفة.

وعرفها (1994) To Chan بأنها "سلسلة من الخطوات التعليمية الداعمة، تساعد الوالدين، ومن يتوقع أن يصبحوا والدين على أن يفهموا أنفسهم وأطفالهم ويدعموا العلاقة بينهم" (الشريف، 2016، ص13)

ركز هذا التعريف على أن البرامج الوالدية تساعد الوالدين على فهم ذواتهم والوعي بمشاعرهم تجاه أطفالهم. كما تساعدهم على فهم نمط العلاقة التي تجمعهم بهم. بهدف تزويدهم بمهارات تنشئة الطفل ودعم صحته وتطوره.

وعرفها Holliday (2014) بأنها "عملية تكسب الوالدين مهارات والدية جديدة بعيدا عن تلك التي تعلموها من والديهم أو لاحظوها في مجتمعهم، وتعمل البرامج الوالدية على زيادة قدرة الوالدين لإدراكهم لدورهما الإيجابي نحو سلوك أطفالهم" (بنات، وآخرون، 2010، ص69)

ركز هذا التعريف بوصفها عملية تعلم تهدف إلى اكساب الوالدين مهارات جديدة تهدف إلى تدعيم دورهم الإيجابي نحو أطفالهم ودعم تطوره وفهم احتياجاته.

نستنتج أن البرامج الوالدية عملية تعليمية أو تدريبية منظمة وجادة، فالتدريب يعني تحسين المهارات المكتسبة سابقا، أما التعليم فيقصد به اكساب الوالدين مهارات جديدة. وكل من عمليتي التدريب والتعليم نسعى من خلالهما إلى دعم الدور الوالدي وارشادهم لزيادة الوعي لديهم بالطرق الفعالة، والإيجابية للتعامل مع أطفالهم، وتزويدهم بالمعلومات والأفكار الصحيحة حول الوالدين إلى جانب تمكنهم من تحقيق أهدافهم الوالدية في إطار برنامج والدي متكامل.

ويبدو أن هناك اجماع بين المختصين العاملين في حقل التربية الخاصة على أهمية تدريب الوالدين واشراكهم في البرامج التدريبية والارشادية لكونها تدعم الآباء في دورهم كمعلمين ومرشدين لأطفالهم التوحديين.

ففي هذا الصدد يرى ماركس وآخرون Marcus.et al (1979) أن إتاحة الفرصة لمشاركة الآباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة ابنهم، مما يساعدهم على اتخاذ قرارات حاسمة بخصوص طفلهم، كما أن التدريب العملي الذي يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية. (القمش، 2010)، وتشير الدراسات التي أجريت على الآباء والأمهات الذين يخضعون للتدريب على المهارات الوالدية إلى جدوى مثل تلك البرامج التدريبية وفاعليتها فعلى سبيل المثال أظهرت دراسة Martinez& Forgatch (2001) أن التدريب على الكفايات الوالدية المشتملة على تطوير ممارسات إيجابية كتشجيع الطفل، والاهتمام الإيجابي به، وحل المشكلات، واستراتيجيات التعزيز الإيجابي، وطرق تعديل السلوك الخاطئ بعيدا عن العقاب البدني، أدت إلى تحسين ملموس في طاعة الأطفال للأهل، وخفض حدة الصراع معهم. (بنات، وآخرون، 2010)

فالبرامج الوالدية تعتبر تدخلات أو خدمات تهدف إلى دعم تفاعلات الرعاية الوالدية والسلوكية، والمعرفة والمعتقدات، وتساعد هذه البرامج الوالدية على فهم أفضل للأساليب الوالدية، والدور الحاسم الذي يقوم به أحد الوالدين في تربية الأبناء. (معهد الدوحة الدولي للأسرة، 2018، ص15)

3. أهداف البرامج الوالدية:

تهدف البرامج الوالدية إلى تحقيق عدة أهداف ويمكن حصرها بثلاث أهداف رئيسية كما جاء في الخطيب (2016، ص15).

أولا: تهدف معظم البرامج الوالدية إلى تغيير الوالدين من خلال زيادة وعيهم ومعرفتهم بمراحل تطور الأطفال، ومساعدة الوالدين في التعرف على دورهم في حياة أطفالهم

ثانيا: زيادة فهم الآباء للنتائج والتداعيات المترتبة على مواقف الحياة على نحو يمكنهم من اتخاذ قرارات أفضل مع أبنائهم، وتحسين تفاعلهم مع الأطفال الصغار واثراء البيئة المباشرة التي يعيشون فيها، وزيادة مستويات الدفء والتقبل الوالدي للأطفال كزيادة مستوى اتساق السلوكيات الإيجابية المتبعة في محيط الأسرة وزيادة المراقبة والاشراف على سلوكيات الأطفال للتقليل من استخدام السلوكيات العنيفة.

ثالثا: تهدف البرامج الوالدية إلى تحسين الجودة الشاملة للرعاية الوالدية التي يتلقاها الطفل من قبل ذويه، كما تهدف هذه البرامج أيضا إلى تحين الطريقة التي تربط بين الوالدين والطفل عن طريق تغيير سلوكهم. (معهد الدوحة الدولي للأسرة، 2018، ص 15)

4. الأسس النظرية للبرامج الوالدية:

يتم بناء برامج تعليم الوالدية على عدد من النظريات النفسية التي تناولت موضوع التفاعل مع الوالدين كعنصر مؤثر على سلوك وشخصية الأفراد، وعادة ما تبنى برامج التربية الوالدية بطريقة انتقائية من حيث اختيارها للنظريات النفسية المبنية عليها معظم البرامج تبدأ بالإقرار بأن هذا البرنامج مبني على عدد من النماذج والنظريات النفسية. (الشريف، 2016، ص24)

إن استعراض هذه النظريات ومبادئها وتفسيراتها بهدف التعرف على تطبيقاتها في برامج تعليم الوالدية، وكيفية الاستفادة منها في ربط المادة النظرية من هذه النظريات بأساليب عملية تسهم في تحقيق أهداف تعلم الوالدية، وفي تبسيط الفهم لمن يتعلمها.

وفيما يلي بعض النظريات التي أثبتت فاعليتها في مجال البرامج الوالدية:

1.4 النظرية المعرفية السلوكية: يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد مدارس العلاج النفسي، وأحد الأساليب العلاجية الحديثة، وقد استمد العلاج المعرفي السلوكي من الحقائق النظرية التي توصل إليها الاتجاه المعرفي الذي أَخِذَ من البنية المعرفية والعمليات العقلية، وتتمثل في النظرية المعرفية لمعالجة المعلومات التي تم تأسيسها من طرف أليس بيك وغيره...حيث اعتبرت اطارا مرجعيا وأساسا نظريا لتفسير الشخصية والسلوك الانساني، فكان التفكير، التفكير، التذكر، والتخيل، العمليات العصبية....

كما استمد العلاج المعرفي السلوكي من الحقائق النظرية التي توصل إليها الاتجاه السلوكي المشتق من الأنساق الفكرية والنظريات التي أقرتها النظرية السلوكية، وتتمثل في النظريات التعلم التي أسست من طرف (بافلوف، سكينر، باندورا،وغيرهم...). فكان المثير والاستجابة، والارتباط بينهما، والتكرار وتكوين العادة، والثواب والعقاب، والأثر الناتج عنهما.

ولقد استمد أيضا من الحقائق الواقعية للحياة الاجتماعية التي يحياها الأفراد خاضعين لمتطلبات واحتياجات، ودوافع وتأثير الأحداث الخارجية على الأفراد، وتأثيرهم فيها، والطرق والأساليب التي يتبعها الأفراد في تفاعلهم مع بعضهم البعض وطرق التنشئة الاجتماعية (نوفل، 2016، ص 16).

ويضم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من النظريات، وفيما يلي أهم النظريات التي ستساعدنا في بناء برنامج الدراسة الحالية:

1.1.4 نظرية التعلم الاجتماعية: إن نظرية التعلم الاجتماعي تركز على التعلم الذي يحصل من خلال العلاقات الاجتماعية وتعتبر أن الناس يتعلمون من بعضهم البعض (الخزاعلة، الشقصي، السخني، والشوبكي، 2011).

أخذ Bandaura هذه النظرية في جامعة ستانفورد، وقد عرضها في ثلاث كتب (1969، 1977، 2007) وهذه النظرية تمثل أكثر النظريات اكتمالا فيما يتعلق بالتعلم في الوقت الحالي، وهي تسمح أيضا بدمج الظواهر المعرفية التي تم اهمالها من قبل النظريات السابقة وهي تستند على أسس تجريبية إضافة إلى أنها نظرية اجتماعية. بحيث اقترح Bandaura تخطيطا يكوَن السلوك الخارجي والشخصي والبيئة في تفاعل دائم. (كوترو، 2016، ص66)

فقد انتهى Bandaura من ملاحظته لسلوك الأطفال والراشدين إلى أن التعلم كثيرا ما يحدث عن ملاحظة شخص سلوك الآخرين لكي يقلدهم، وليس من الضروري دائما أن يستجيب المتعلم ويحصل على تعزيز لكي يتعلم. كما افترض سكينر. ويشير التعلم بالملاحظة إلى امكانية تأثير سلوك الملاحظ أو المتعلم بالثواب والعقاب على نحو بديلي أو غير مباشر، حيث يتخيل المتعلم نفسه مكان

النموذج ويلاحظ ما يتعرض له هذا النموذج من ثواب أو عقاب نتيجة لما يقوم به من سلوك. غير أن الثواب والعقاب، سواء كانا مباشرين أو غير مباشرين ليسا مسؤولين عن تعلم السلوك مسؤولية مباشرة، بل أن ملاحظة سلوك النموذج ومحاكات الاستجابات الصادرة عنه هما المسؤولان عن التعلم ولا ضرورة لإدخال أي تغيرات أخرى تنسب إليها مسؤولية التعلم بالملاحظة. (كوترو، 2016، ص273)

1.1.1.4 تأثير التعلم بالملاحظة في السلوك: يؤثر التعلم في الملاحظة في السلوك من خلال 03 جوانب:

أولا: التعلم بالملاحظة لسلوك جديد، يستطيع الملاحظ تعلم أنماط سلوكية جديدة، إذا لاحظ أداء سلوك الآخرين، فعندما يقوم النموذج بأداء استجابة جديدة ليست في حصيلة الملاحظ السلوكية، يحاول هذا الملاحظ تقليدها.

ثانيا: الكف والتحرير، قد تؤدي عملية ملاحظة سلوك الآخرين إلى كف بعض السلوكيات أو تجنب أداء بعض أنماط السلوك خاصة إذا واجه النموذج عواقب سلبية أو غير مرغوب فيها من جراء انهماكها في هذا السلوك. فالمعلم الذي يعاقب تلميذه على مرأى التلاميذ الآخرين ينقل أثر العقاب إلى هؤلاء التلاميذ، بحيث يمتنعون عن أداء السلوك الذي كان سببا في عقاب زميلهم. وقد تؤدي عملية ملاحظة سلوك الآخرين عكس ذلك، أي إلى تحرير بعض الاستجابات المكفوفة أو المقيدة بسبب القيود التي تفرضها البيئة على السلوك، وتمكن استخدام ظاهرة تحرير السلوك في علاج بعض مخاوف الأطفال. فالطفل الذي يخاف من الاقتراب من بعض الأشياء يمكن أن يتحرر من مخاوفه عندما يلاحظ الآخرين يقتربون من الأشياء الي يخافها، ولم يمسهم أي سوء. (الخزاعلة، الشقصي، السخني، والشوبكي، 2011، ص174)

ثالثا: تسهيل السلوكيات المتعلمة سابقا: قد تؤدي عملية ملاحظة سلوك النموذج إلى تسهيل السلوكيات التي تقع في حصيلة الملاحظ السلوكية. أي أن سلوك النموذج يساعد الملاحظ على تذكر السلوك المتشابه لسلوك النموذج، بحيث يغدو استخدامها في الأوضاع المتشابهة أكثر تواترا. (الخزاعلة، الشقصي، السخني، والشوبكي، 2011، ص 175) وتطبيق مبادئ هذه النظرية في البرامج الوالدية كالتالي:

- تعليم الآباء طرق تعديل السلوك من خلال التعزيز الإيجابي والسلبي، ومساعدة الآباء التركيز على السلوك الإيجابي من خلال الإطراء على السلوك الجيد ومكافأته وتجاهل السلوك السيئ، وتعليمهم طريقة وضع الحدود والوقت المستقطع كنتائج لسلوك الأطفال السلبية.

❖ لاستخدام نظرية التعلم الاجتماعي يضع الوالدين أهدافا محددة ليكونوا نموذجا للسلوك المطلوب ، ويحددوا أداة التعزيز المناسب أو العقاب لتجيزها، كما يضعون خطة بديلة، بحيث ينفذون الخطة، يقيمون النتائج، وفي هذا النموذج يكون الوالدين مصدر للقوة.

❖ يتعلم الأطفال السلوك من خلال التفاعل وعمليات التعزيز وتقليد الآخرين (الشريف، 2016).

❖ يحتاج الوالدين لتفهم بأن اعتقاداتهم هي تفسير لسبب سلوك أبنائهم أثناء تفاعلهم مع هؤلاء الأطفال، ولتفهم أن تدخلاتهم يجب أن تستهدف اكتساب الكفاءة الذاتية. (سلام، ميجيا، أرساندرس، و دي فراي، د.ت)

2.1.4 النظرية العقلانية الانفعالية: Rational Emotive Behavoir Theory (R. E. B. T)

طورها أليس ألبرت بناء على افتراض بأن " المشكلات النفسية إنما هي نتاج التفكير غير العقلاني لدى الانسان، لذلك فإن السبيل للحد من المعاناة الانسانية هو التخلص من أنماط التفكير غير العقلانية، والأساس الذي تقوم عليه هذه النظرية هو أن معظم الاضطرابات هي نتيجة للأساليب اللاعقلانية التي يدرك بها الناس العالم المحيط بهم.

حيث ينشأ التعلم غير العقلاني من التعلم غير المنطقي المبكر، فالطفل من خلال عملية النمو لديه استعداد للتعلم البيولوجي، حيث يكتسبه من والديه، ومن المجتمع الذي يعيش فيه، فيتعلم الطفل أن يفكر وأن يشعر بأشياء معينة بالنسبة لنفسه وبالنسية للآخرين كذلك. وترتبط بعض هذه الأشياء بفكرة أن (أن هذا حسن) فتصبح انفعالاته انسانية موجبة مثل الحب، والفرح... بينما تلك الأشياء قد ترتبط بفكرة (أن هذا سيئ) فتصبح انفعالاته سالبة، وتكوَن مشاعر مؤلمة مثل: الغضب، العدوان، والاكتئاب...

حيث يرى إليس أن الأحداث الخارجية ليست هي السبب الحقيقي لمشاعر الفرد، وإن الفرد يشعر بطريقة تفكيره (غربي، 2014، ص37) وللحد من المعاناة هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، كما أن المشكلات التكيفية لا تنجم عن الأحداث، والظروف بحد ذاتها وإنما عن طريقة تفسير الفرد وتقييمه لتلك الأحداث، وشرح إليس نموذج (ABC) كالتالي:

- يشير رمز (A) Activating Events إلى الحدث أو الخبرة المثيرة.
- تشير رمز (B) Beliefs إلى نظام الأفكار والمعتقدات التي يقوم الفرد باستخدامها لوصف وتفسي الحدث.

- يشير رمز (C) consequences إلى النتيجة الانفعالية التي يشعر بها الفرد نتيجة للحدث أو الخبرة.
- يشير رمز (D) Disputing إلى الدحض والمناقشة.
- تشير رمز (E) Enactment إلى التنفيذ واستبدالا الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية وأكثر إيجابية.
- يشير رمز (F) Feed Back – إلى التغذية الراجعة التي تقود إلى السلوك السوي.

فالرموز الأولى (A)، (B)، (C) توضح العوامل الأساسية التي تؤدي إلى ردود أفعال سلبية. أما الرموز (F).(E).(D) تناقش العلاقات بين الأحداث المثيرة، والأفكار اللاعقلانية، ومهاجمة تلك الأفكار الهدامة التي يتبناها العميل، واستبدالها بأخرى أكثر منطقية، ومحاولة إكساب الفرد طرق التفكير السليمة، التي من خلالها يستطيع دحض أفكاره اللاعقلانية ؛ سواء السابقة تجاه الأحداث التي سببت له مشاعر سلبية، أو طريقة تفكيره تجاه الأحداث المثيرة الحالية، أو تلك التي ستواجهه مستقبلا. (غربي، 2014)

فحسب نموذج إليس إن مواجهة الوالدين خبرة ميلاد طفل مصاب بالتوحد(A) يعطيانها معنى باستخدام القناعات الموجودة لديهما (B) فإذا أدركا أن الحدث مهدد وخطر وبأنه دليل على أنهما والدان فاشلان فإن النتيجة (C) ستكون شعور بالذنب والقلق وانكار... نتيجة للأحاديث الذاتية السلبية تنعكس على ممارستهما الوالدية. أما إذا أدركا أن ميلاد طفل توحدي (A) هو (B) إرادة الله ورزقهم به لحكمة، وأن ميلاده لا يرتبط بفشلهما كوالدين .... وغيرها فإن النتيجة (C) سوف تكون شعور بالتقبل مع اتخاذ اجراءات للتكفل بحالة الطفل.

ويركز أليس ألبرت في نظرته للإنسان على أن هناك تشابكا بين العاطفة والعقل، أو التفكير والمشاعر، فيؤكد العلاج العقلاني الانفعالي أن البشر يتصرفون، ويفكرون، ويشعرون في آن واحد، لذلك فهم نادرا ما يشعرون دون أن يفكروا، لأن المشاعر عادة تستثار عن طريق إدراك موقف معين. ويشير أليس أن الأفراد عندما ينفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون، وعندما يتصرفون فإنهم أيضا يفكرون وينفعلون، وأيضا فهم عندما يفكرون ينفعلون ويتصرفون. (بلعسلة، 2013، ص99)

ومما تقدم تذكر بلعسلة (2013، ص103) إن تطبيق مبادئ النظرية المعرفية السلوكية الانفعالية في البرامج الوالدية تكون كالتالي:

- ❖ يتخلص الوالدين من الأفكار اللاعقلانية، كما أن المشكلات التكيفية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها وإنما عن طريق تفسير الفرد وتقسيمه لتلك الأحداث.
- ❖ باستطاعة الوالدين السيطرة على وضعهما الانفعالي، ويستطيعان تقييم أهدافهما وبالتالي يمكنهما من تعديل أفكارهما.
- ❖ تقبل الوالدين لذاتهما قدر المستطاع، واكتساب المهارات التي يستطيعان استخدامها في مرحل لاحقة لتجنب حدوث مزيدا من الاضطرابات في المستقبل.

2.4 نظرية علم النفس الفردي: أوجد ألفريد أدلر الإطار النظري لعلم النفس الفردي، حيث تصور أن الانسان اجتماعي ووضح في نظريته أن الوالدين دورا كبيرا وحاسما في التنمية الاجتماعية والنفسية للأطفال، وتركز النظرية على تعليم الوالدين مهارات اتصال حيث أن هذه المهارات تساعد في خلق جو تعاوني واحترام وتشجيع الطفل، وتطوير المسؤولية الشخصية لدى الأطفال، ويشجع آدلر على قيام الوالدين بتفسير سلوك الطفل غير المقبول، وهدف هذا السلوك (العموشي، 2016، ص 23).

وطور رودولف درايكرز أفكار آدلر، فجمع العاطفة مع السلوك واهتم بتشجيعه، واهتم بالنتائج أكثر من اهتمامه بالعقاب، ومنهجه العملي في ارشاد الأطفال، ووضع الأساس للعديد من البرامج التدريبية، حيث كانت فكرتع الأساسية أن باستطاعة الكبار أن يرشدوا الصغار بطريقة أكثر إيجابية بمجرد فهمهم للسبب الكامن خلف إساءة السلوك لدى أطفالهم. (الشريف، 2016، ص28)

وتشير نظرية آدلر إلى أن الأسلوب الوالدي المثالي هو الأسلوب الديمقراطي. حيث أكدت النظرية أن استخدام الأسلوب الديمقراطي داخل الأسرة يعمل على عدم الالتزام بالهرمية، ولا على أدوار الجنسين، ويصبح داخل الأسرة حدود صحية ويسود داخلها احترام متبادل بين أفرادها. (العموشي، 2016، ص24)

وقد افترضت نظرية علم النفس الفردي الأسس التي تقوم عليها برامج التربية الوالدية:

- ❖ تعرف الآباء على الأهداف الكامنة وراء السلوك السلبي لأطفالهم ليتمكنوا من فهم نفسية الطفل والتفاعل نعه بصورة سليمة. (الشريف،2016، ص 28)
- ❖ النتائج الطبيعية والمنطقية للسلوك.
- ❖ يعتبر التشجيع أداة رئيسية للتعبير عن الحب والدعم للطفل ولمساعدته في تكوين وتقدير ذات إيجابي. وأكد آدلر ودرايكوز على أهمية تثقيف الوالدي لجميع العاملين مع الطفل كالآباء والأمهات والمعلمين والمربين. (العموشي، 2016، ص 25)

ثالثا: أهمية الارشاد الأسري في تنمية الكفايات الوالدية اللازمة لأولياء الأطفال المصابين بالتوحد:

تتجلى أهمية تنمية الكفايات الوالدية اللازمة لأولياء الطفال المصابين بالتوحد في البرامج الوالدية فيما يلي:

1. مساندة الوالين انفعاليا واجتماعيا في اجتيازهم عملية التكيف، وتشجيعهم في كل ما يفعلونه.
2. تقوية مشاعرهم بكفاءتهم الذاتية، وقدرتهم على التحكم في الموقف ومواصلة الكفاح.
3. مساعدتهم على رؤية موقفهم بوضوح حتى تزداد قدرتهم على فهم وتوقع ما قد تأتي به الأقدار.
4. تمكينهم من التواصل الفعال ومساندة أطفالهم المصابين بالتوحد.
5. مساعدة كل من الأم والأب على أن يتقبل كل منهما الآخر وتشجيعهم على التواصل ومساندة كل منهما الآخر.
6. مساعدتهم على التواصل المناسب مع المختصين إذا اقتضت الضرورة وتشجيعهم على الاستقلالية (أحمد، 1996).
7. تمكين الوالدين من اكتساب كفايات والدية تساعدهم في التعامل بإيجابية مع الأطفال المصابين بالتوحد.
8. مساعدة الوالدين ليصبحوا أكثر موضوعية فيما يتعلق بطفلهم التوحدي.
9. مساعدة الوالدين بالتنبؤ بالسلوك المستقبلي لابنهم، والتعرف على أنواع السلوك التي يتوقع من الطفل الاقلاع عنها أو يستمر فيها (حنفي، 2007).
10. مساعدة الوالدين على إدراك أن الطفل التوحدي لديه حاجات نفسية واجتماعية وتعليمية كما هو الحال لدى الطفل العادي.
11. مساعدة الوالدين في اكتشاف كل الخدمات المجتمع المتوافرة لهم مثل العيادات، المراكز، جماعات الآباء الذين يوجهون المشكلات نفسها (القريطي، 2013).

خلاصة الفصل:

يتضح من العرض السابق أن مجال الارشاد الأسري من المجالات التي تزايد الاهتمام بها، وبالخدمات المقدمة لوالدي الأطفال في وضعية إعاقة، حيث أصبحت البرامج الوالدية حاجة أساسية لهؤلاء الأولياء نتيجة لما يمرون به من صدمات واختلالات وظيفية في الأسرة ابتداء من تشخيص حالة الطفل، وتستمر طيلة حياته نظرا لاعتماده عليها في معظم الأوقات.

فقد أصبح الارشاد الأسري، والبرامج الوالدية من أهم استراتيجيات التدخل المبكر للتخفيف من أعراض اضطراب طيف التوحد. فتكمن أهمية الارشاد الأسري والبرامج الوالدية في تنمية الوعي لدى أسر أطفال التوحد، واشراكها في برامج الطفل كونها الأكثر معرفة به والأكثر تواصلا معه.

وتقوم البرامج الوالدية على تلبية احتياجات الوالدين من خلال زيادة وعيهم ومعرفتهم بمراحل تطور الأطفال، ومساعدة الوالدين في التعرف على دورهم في حياة أطفالهم، وزيادة مستويات التقبل الوالدي للأطفال كزيادة مستوى اتساق السلوكيات الإيجابية المتبعة في محيط الأسرة وزيادة المراقبة والاشراف على سلوكيات الأطفال للتقليل من استخدام السلوكيات العنيفة.

الفصل الثالث: الكفايات الوالدية لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد

أولا: الكفايات الوالدية

1.تعريف الكفايات

1.1 الدلالة اللغوية لمصطلح الكفايات

2.1 الدلالة الاصطلاحية للكفايات

2. تعريف الوالدية

1.2 الدلالة اللغوية لمصطلح الوالدية

2.2 الدلالة الاصطلاحية للوالدية

3. تعريف الكفايات الوالدية الوالدية

ثانيا: مصادر تحديد الكفايات الوالدية اللازمة لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد

1. الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المصاب بالتوحد

2. نمط العلاقة الوالدية بالطفل المصاب بالتوحد

3. نمط الممارسات السلوكية نحو الطفل المصاب بالتوحد

ثالثا: مجالات الكفايات الوالدية

1. الكفايات والدية في المجال المعرفي

2. الكفايات والدية في المجال الوجداني

3. الكفايات والدية في المجال السلوكي

رابعا: عوائق اكتساب الكفايات الوالدية اللازمة

خامسا: أهمية تنمية الكفايات الوالدية في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد

تمهيد:

يعد مصطلح الكفاية الوالدية من المصطلحات الحديثة التي استحوذت على اهتمام كبير في مجال التربية بوجه عام، إذ يعتبر عالم النفس A. Banduara (1979) أول من كشف النقاب عن هذا المصطلح، ثم توالت جهود الباحثين في الكشف عن هذا المتغير. فالكفايات الوالدية تؤدي دورا مهما في حياة الطفل. فهي المفتاح المسؤول عن توفير الأساس الانفعالي، والاجتماعية للطفل.

وفي هذا الفصل سنحاول عرض أهم النقاط التي توضح بشكل مفصل مصطلح الكفايات الوالدية من حيث الدلالات اللغوية والاصطلاحية، وعرض أبعاده ومعوقاته، وأهميته بالنسبة لأطفال التوحد.

أولا: تعريف الكفاية الوالدية:

1. تعريف الكفايات:

1.1 الدلالة اللغوية لمصطلح الكفايات: تعرف الكفاءة في المعاجم اللغوية بأنها المماثلة في القوة والشرف، ومنه الكفاءة في العمل، أي القدرة عليه وحسن تعريفه. والكف هو القادر على تعريف العمل. والكفاءة " لا كفاء له " أي لا نظير له. (المقصود، 2007)

ويقول تعالى << لم يلد ولم يولد ولم يكن له كفوا أحد >> سورة الاخلاص: 3:4

في حين نجد أن كلمة الكفاءة competence في القاموس التربوي لـFoulquie (1971) تم اشتقاقها من الكلمة اللاتنية competens من الفعل capacite التي تعني قدرة الفرد على انجاز بعض الأعمال والقيام ببعض الوظائف. (المقصود، 2007)

وقد كان ظهور هذا المفهوم على يد "ألبرت باندورا" عام 1977 عندما نشر مقال بعنوان " كفاءة وفاعلية الذات نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك " Self efficacy to word a unfying the ory of Behavioral change. وتتضمن هذه النظرية الفكرة القائلة بأن الأفراد يملكون معتقدات تمكنهم من أن يمارسوا الضبط القياسي أو المعياري الذي يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنهم، من حيث مستواها ومحتواها (المقصود، 2007)

2.1 الدلالة الاصطلاحية للكفايات: توجد العديد من التعريفات لمصطلح الكفاية، وهذا حسب السياق الذي تستعمل فيه. وفي الدراسة الحالية يتم تناول الكفاية في المجال التربوي والنفسي، حيث تتضمن كل كفاية العناصر الآتية:

- الغائية: هي القدرة على الانجاز.
- التعلم: حيث تحصل الكفاءة بالتعلم.
- التنظيم: حيث تنظم الكفاءة في وحدات متناسقة.
- التحقق: حيث لا تظهر الكفاءة إلا من خلال ظهورها. (عشير، 2007، ص 09)

وفيما يلي نذكر بعض التعاريف:

يعرف عبد الحميد و كفافي (1988، 85) الكفايات بأنها "الاستطاعة على أداء عمل من الأعمال المعرفية أو الجسدية سواء كان هذا العمل فطريا أو مكتسبا بالتعلم والممارسة" (ورد في الشرقاوي، 2016).

وذكر الطلحي (2012) تعريف (2000) Greenfild أن الكفاية "تتناول التمكن من المعارف والمهارات والقدرات الخاصة بالفرد وفق معايير محددة". وذكر تعريف (2002) Smith بأنها "المقدرة على عمل نشاط معين حسب معايير محددة".

وعرفتها الفتلاوي (2003، ص74) بأنها "قدرات يعبر عنها بعبارات سلوكية تشمل مجموعات مهمة (معرفية، مهارية، ووجدانية) تكون الأداء النهائي المتوقع إنجازه بمستوى معين مرض من ناحية الفاعلية".

وقد عرفها الدريج (2005) بأنها "قدرات مكتسبة تسمح بالسلوك والعمل في سياق معين، وتتكون من معارف ومهارات وقدرات واتجاهات مندمجة بشكل مركب، إذ يقوم الفرد بتوظيفها لمواجهة أية مشكلة وإيجاد الحلول لها". (ورد في الطلحي، 2012، ص08)

ويعرف معجم المصطلحات التربوية والنفسية (2003) الكفاءة بأنها "امتلاك الفرد مجموعة من المعارف والمهارات والقدرات والمفاهيم والاتجاهات التي يمكن اشتقاقها من أدوار الفرد المتعددة. وهي أداء عملي يمكن ملاحظته، وتحليله، وتفسيره وقياسه". (شحاتة والنجار، 2003، ص 245)

وتعرف أيضا على أنها "مجموعة القدرات والمكنات المرتبطة بمهام وأدوار الوالدين المختلفة سواء كانت على المستوى النظري، والذي يتضح من خلال التخطيط، والاعداد للأعمال اليومية، والأنشطة المتعددة. أو على المستوي التطبيقي، والذي يتضح من خلال السلوك والأداء الفعلي". (شحاتة والنجار، 2003 ص 245)

وحري بنا التطرق إلى التمييز بين مصطلحي الكفايات والكفاءة وذلك لوجود اختلاف بين المراجع

تدل الكفايات على مستوى أداء أو عمل معين والقدرة على تصريف أموره بدرجة معينة، فهي تتعلق بالجانب الكيفي، فالكفاية والكفاءة مستويان أحدهما يمثل الحد الادنى (الكفاية) والآخر يمثل الحد الأعلى (الكفاءة). (الوناس، 2011، ص64)

وتعرف الكفايات بأنها: مختلف أشكال الاداء التي تمثل الحد الادنى الذي يلزم لتحقيق هدف ما. أو مجموع الاتجاهات وأشكال الفهم والمهارات التي من شأنها اتقان المهارة لتحقيق أهدافها العقلية والوجدانية، فهي القدرة سواء القانونية أو المهنية المكتسبة لإنجاز بعض المهام والوظائف والقيام ببعض الأعمال أو بمعنى أخر هي القدرة على تحقيق نشاطات قابلة للملاحظة وبهذا يمكن أن نطبق الكفايات في سياقات مختلفة سواء كانت شخصية، اجتماعية أو مهنية (التغيير يبدأ من الذات، 2013).

فالكفاءة تعني بلوغ مستوى يتجاوز حد الكفاية، لان الكفاية تعني القدرة على انجاز نشاط له مستوى متوسط بطريقة مرضية على العموم، وعلى ذلك يمكن القول أن الكفاية درجة دون الكفاءة.

فالكفاءة مصدر بمعنى النظير والمثيل، وأما الكفاية فهي بمعنى: القدرة على الشيء، فيقال: هو كافٍ لهذا الأمر وكَفِيٌّ به. أي: ينهض به، والمصدر: الكفاية، وجمع كاف: كُفاة. (كامل، 2013)

ومما سبق تجدر الإشارة أن لفظ "الكفاية" هو الصحيح الفصيح، وإن استعملوا "كفاءة" مكانه تجوّزاً، فحسب مجمع اللغة العربية بالقاهرة نص على جواز استعمال لفظ الكفاءة بمعنى الكفاية.

2. تعريف الوالدية:

1.2 الدلالة اللغوية لمصطلح الوالدية:

الوالدية (parenté) مشتقة من الكلمة اليونانية (parent) والتي تعني الوالد.

وفي معجم الوسيط: الوالدية مشتقة من الفعل "ولد" والوالد هو "الأب" والوالدة هي "الأم " ولد الولد: رباه . والشيء من الشيء: أنشأه منه.

وتعرف في المعجم الوجيز: بأن الوالد: الأب، والوالدان: الأم والأب، الوالدة: الأم. (السيد أ.، 2013)

2.2 الدلالة الاصطلاحية للوالدية:

تذكر (المرعب، 2013، ص 70) أن الوالدية تعني "الإمداد بالدعم والرعاية على نحو يقود إلى التطور الشامل، ويقوي العلاقة بين الوالدين والطفل. بحيث يتقبل الوالد\ مسؤولية تلبية احتياجات الطفل الجسمية والنفسة والاجتماعي. وامداد الطفل بالتوجيه وتهيئة مناخ يقدم فيه الرعاية والحب والتشجيع على نحو يبني للطفل تقديرا لذاته. يتضمن هذا التعريف ثلاث مكونات أساسية وهي: المسؤولية، التوجيه، والرعاية. وهي تمثل الأبعاد الجوهرية الأساسية للوالدية".

يعرف (Gutton) الوالدية بطريقة مختصرة "كمجموعة السيرورات النفسية الشعورية وغير الشعورية الخاصة بتجارب الأنساب" (نادية، 2017، ص15)

حيث تم ظهور مصطلح الوالدية (Parent Hood) في الميدان الاجتماعي مع الثمانينات، في العهد الذي ظهر فيه عدد كبير من الاتجاهات حول وضع النساء اللواتي يربين أولادهن بمفردهن، شاع على أثرها مصطلح "أحادية الوالدية " المعروف في اللغة الإنجليزيه بـ Mamo parenting ومن ثم مصطلح الوالدية. (نادية، 2017، ص15)

وتعتبر مصطلح الوالدية Parent Hood أصدق تعبير عن خلق العلاقات بين الوالدين والطفل، فهي المفتاح المسئول عن توفير الأساس الانفعالي والأمن للأطفال. والذي يساعد على تحديد انفعالاتهم أو التحكم فيها، وذلك من خلال مهارات الوالدية التي تدفع الأطفال إلى تحقيق النمو المأمول منهم، وتساعدهم على التغلب على مشكلات الحياة.

ويشار للوالدية في علم النفس على أنها "تعني استجابة الوالدين الانفعالية وتفاعلهما مع الأبناء، وذلك من خلال تقديم الأساس الانفعالي والآمن لاكتشاف وفهم طبيعة انفعالات الأبناء، والتعاون معهم، وتقدير ذواتهم، والسماح لهم بأن يكونوا أنفسهم، مما يدفع الأبناء إلى التقدم في كل مجالات الحياة" (السيد.، 2013، ص 97).

وتعرف الوالدية من الناحية الاجتماعية أنها "جرد للوظائف الاجتماعية المختلفة للوالد أب أو أم دون تحيز. يتوجب عليهما القيام بها". وعليه يدخل مفهوم الوالدية في مقاربة وظائفية والتي تؤيد تكييف التصرفات الخاصة بالوالدين حسب الحاجات العاطفية، المعرفية، السلوكية للطفل. يقيَم اشباع هذه الحاجات بالإحراز المتقدم الذي يسجله الطفل في قدرته على التنشئة الاجتماعية والاندماج في المجتمع. (نادية، 2017، ص15)

وتعرف الوالدية في مجال الصحة النفسية على أنها "تمثل في جوهرها عملية مركبة ومسؤولية الوالدان تجاه الأطفال والتي تتكون من العديد من الوظائف بما فيها تعليم الطفل بحيث يتصف بالاجتماعية، وفي نفس الوقت إكسابه مهارات الحياة، ويمثل كل من الاحترام والمسؤولية العاملان الأساسيان في الوالدية، فالاحترام كاتجاه يشكل معنى الوالدية الفاعلة. حيت تؤثر في كل علاقة وكل نمط تفاعلي يتضمن عملية تنشئة الطفل والمسؤولية تشكل أساس الوالدية الناجحة حيث تمثل تقبل دور تعليم وارشاد الأطفال حتى يصلون إلى سن الرشد" (نادية، المرجع السابق، ص15).

وتمثل الوالدية في المدرسة النسقية حسب النظرية البنائية لمونيشن S.Minuchin (1974) النسق الفرعي الوالدي، فعند ولادة الطفل الأول ينتقل الزوجين من كونهما زوجا وزوجة إلى أم وأب . ويسند إلى هذا الدور مهاما تنفيذية موجهة أساسا وبصفة أولية نحو الطفل، وذلك من خلال اطعامه وتدريبه على عمليات النظافة والاستقلالية والاهتمام بتربيته وتنشئته تنشئة سليمة. (أبو دلو، 2009).

وفي الدراسة الحالية يطلق مصطلح "الوالدية" على الوالد المشارك الأساسي في تلبية احتياجات الطفل، وعادة ما تميل الأسر التي بها طفل توحدي إلى أن تنمي الموقف الكلاسيكي أو التقليدي ،حيث تقبل الأم بالمسؤولية الأولية عن ادارة شؤون الطفل كما **قرر** Borgor "أن مهمة ترتيبات علاج

الطفل تقع معظمها على عاتق الأم ،مع ملاحظة أن نمط بناء هذه الأسرة الذي يمكن التنبؤ به هو النمط الذي تكون فيه علاقة (الأم – طفل) علاقة ثنائية وثيقة ،وتدعم هذه الصلة الوثيقة بحقيقة أن مراكز التكفل تقصد باندماج الوالد اندماج الأم "(ورد في روز ماري لمبي وآخرون ،2001 ،ص 245)

3. تعريف الكفاية الوالدية:

تعددت المسميات التي تناولت الكفاية الوالدية، فهناك من أطلق عليها المهارات الوالدية، الوالدية الإيجابية، الرعاية الوالدية، التربية الوالدية... إلا أن تعدد هذه المسميات لا يعني الاختلاف فيما بينها لأن معظمها ركز على الجانب السوي في الكفاءة الوالدية.

يعرفها Montigny.F,et al.(2005) "أنها مجموعة من المعتقدات والأحكام التي تجعل الوالدين قادرين على تنفيذ وتنظيم مجموعة المهام المتعلقة بأبويتهم للطفل. كما أنها حالة فيسيولوجية وعاطفية ملائمة. (ورد في محمد، 2009، ص75)

ركز هذا التعريف على الجانب المعرفي في الكفاية الوالدية، بحيث وصفها بأنها مجموعة من المعتقدات التي تجعل الوالدين قادرين على تنظيم دورهم الوالدي تجاه الأبناء. كما ربط الكفاية الوالدية بالحالة النفسية والعاطفية للوالدين، حيث يصف هذا التعريف مجال واحد من مجالات الكفاية، ولم يتعرض للمجالات الأخرى.

أما بدر(2002) فأطلق عليها مصطلح الوالدية الحنونة وعرفها بـ "استجابات الوالدين الانفعالية وتفاعلهم مع الأبناء من خلال تقديم الأساس الانفعالي الآمن لاكتشاف وفهم طبيعة انفعالات الأبناء والتعاون معهم، وتقديرهم والسماح لهم بأن يكونوا أنفسهم مما يدفع الأبناء إلى التقدم في كل مجالات الحياة (ورد في السيد، 2016، ص717)

نجد في هذا التعريف تناول الكفاية الوالدية في مجالها الوجداني، حيث ركز على الاستجابات الانفعالية للوالدين وطبيعة العلاقة التي تجمعهم بالأبناء من حيث التفاعل وتوفير الاستقلالية.

أما رزق (2006) فأطلق عليها الوالدية المتميزة، وعرفها بأنها "مجموعة تفاعلات سلوكية للأب أو للأم أو كليهما كما يدركها الأبناء داخل الأسرة وخارجها في كافة مناحي الحياة الأسرية والاجتماعية، الاقتصادية، التثقيفية، والتعليمية على النحو الذي يعكس قدرة الوالدين بأنهما يمتلكان المعرفة الأساسية والثقة بالنفس، والمهارات التي تجعل من أبنائهما أفراد ناجحين في مستقبلهم" (السيد، 2016، ص 717).

في هذا التعريف يظهر جليا المجال السلوكي للكفاية الوالدية. إذ ركز على سلوكيا الوالدين من وجهة نظر الأبناء في كافة المجالات، على النحو الذي يعكس كفاية الوالدين في المجال المعرفي، والمجال الوجداني، والمجال السلوكية التي تساهم في نجاح الأبناء في مستقبلهم.

وأطلق Mahoney &Kaiser (1999) عليها مصطلح المهارات الوالدية، وعرفها بأنها "اكتساب الوالدين للمعلومات التي تسمح لهما بالتدخل والتعامل مع أبنائهما، وتتضمن تعليمهما استراتيجيات بعينها لمساعدة الأبناء على تحقيق المهارات النمائية. كما تساعدهما على إدراك سلوك أبنائهم في المواقف والأعمال الحياتية اليومية، وتعزيز المهارات الوالدية لجذب أبنائهم والتفاعل الإيجابي معهم" (أحمد،2012، ص444)

أشار التعريف السابق للكفاية الوالدية بالمهارات المكتسبة المجال المعرفي المتمثل في اكتساب المعلومات والمعارف التي تسمح لهم بالتدخل، والكفاية الوالدية في المجالي الوجداني الذي يعنى بنمط علاقة الوالدين بالأبناء، والكفاية الوالدية في المجالي السلوكي وتتضمن تعلم استراتيجيات معينة لمساعدة الأبناء في تحقيق المهارات النمائية.

فالكفاية الوالدية تتضمن المهارات المطلوب توافرها لرعاية الجوانب المعرفية، والوجدانية النفسية، والسلوكية وتنميتها لدى أبنائهم (العزاوي و طوالبة، 2011، ص227).

ويذكر عطية (2003، ص229) بأن الرعاية الوالدية هي "مجموعة الأساليب التي يستخدمها الآباء في تربية الأبناء ومراقبتهم في إشباع حاجاتهم ومطالبهم، وهي تؤدي دورا مهما في توجيه سلوك الأبناء.

وصف هذا التعريف الكفاية الوالدية بالتقنيات والاستراتيجيات التي يستخدمها الوالدين لتوجيه سلوك الأبناء ورعايتهم.

لقد ظهر مفهوم الكفاية (الذاتية)على يد عالم النفس A. Bandura (1977) عندما نشر مقاله بعنوان (الكفاءة الذاتية نحو نظرية تعديل السلوك) (كرماش، 2016)، وقد تحدث A. Bandura (1999) عن الكفايات الوالدية ضمنيا عند حديثه عن فعالية الذات الاجتماعية عند الوالدين من خلال الفكرة التي تتعلق بكون دور الوالدين يتضح من المطالب الثقيلة المستمرة التي تلقى بأعبائها على فعالية التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، وكيف أنه ينبغي على الأولياء أن لا يتعاملوا فقط مع التحديات المتغيرة كلما كبر أبنائهم، ولكن ينبغي أيضا أن يتدبروا العلاقة المتبادلة ضمن النظام الأسري، وضمن الروابط الاجتماعية المختلفة، فالوالدان اللذان يمتلكان اعتقادا ثابتا في فاعلية الذات

الوالدية هم أكثر قوة في الارتقاء بكفايات أطفالهم، وأكثر من ذلك فإن الاحساس القوي بفاعلية الذات الاجتماعية الوالدية يعد عاملا قويا مانع ضد التوترات والضغوط (السهبي، 2019، ص83).

ويعرف A. Bandura (1994) على أنها "معتقدات الأشخاص حول قدراتهم على الانتاج بفاعلية، وأيضا بأنها معتقدات الأفراد المتعلقة بقدراتهم على تحقيق المستويات المطلوبة في الأداء، والتي تؤدي ممارستها إلى سيطرتهم على الأحداث المؤثرة في حياتهم" (ورد في الخطيب، 2010، ص7).

وعليه تعد الكفايات الوالدية من العوامل التي تؤدي دورا مهما في تحديد مخرجات التربية الأسرية، حيث تضم الكفايات الوالدية ثلاث مجالات معرفية، وجدانية، وسلوكية، حيث تشير الكفايات الوالدية في المجال المعرفي إلى اعتقاد الأم والأب بأنهما قادران على القيام بدورهما الوالدي كما يلزم، ومدى معرفتهم بخصائص أبنائهم للتأثير إيجابيا في سلوكهم. وتشير الكفايات الوالدية في المجال الوجداني إلى العلاقة الإيجابية التي تربط بين الوالدين والأبناء. كما تشير الكفايات الوالدية في المجال السلوكي إلى مدى اكتساب الوالدين لتقنيات واستراتيجيات التعامل مع الأبناء من أجل الوصول بهم إلى أقصى حد ممكن من التطور. "وتزويدهم بأساسيات البناء الرئيسية الخاصة بالنمو والتطور العاطفي، والاجتماعي وتوفير الفرص لهم للاستقرار (ابراهيم، 2012). وقد ارتبطت الكفايات الوالدية باستخدام استراتيجيات تربية ناجحة، والتكيف مع المتطلبات الملحة للتكيف مع المواقف الوالدية، ونطاق واسع من النتاجات الاجتماعية والنفسية لدى الطفل. (الخطيب، 2010، ص 12)

ثانيا: مصادر تحديد الكفايات الوالدية اللازمة لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد:

1. الخصائص الوالدية:

كل الآباء يتطلعون إلى ميلاد طفل عاديا معافا صحيا. حيث يعتبر ميلاد طفل جديد في الأسرة حدثا سعيدا ترتبط به مشاعر الدفء والحنان لكل من الوالدين، وعادة ما يتم تصور ذلك الطفل المثالي على كل الأصعدة النفسية والاجتماعية والجسدية والمعرفية ويتخيل الوالدان مواقف رعاية الطفل وقضاء وقتهما معه كما هو متعارف عليه. ولكن تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف اعاقة الطفل في مرحلة مبكرة من مراحل عمره تمثل صدمة شديدة لكل من الوالدين وأفراد الأسرة. ومن ثم تزلزل الكيان الأسري، وقد تكون بمثابة مصدر تمزيق سيكولوجي للتوافق الأسري الوالدي (حنفي، 2007).

ويتفق هذا مع الذي أشار إليه داماس (1996) Dumas في أن "إعاقة الطفل تؤدي إلى خلق جو من التعاسة والشقاء الأسري الوالدي نتيجة لشعور الوالدين بإخفاق الطفل في تحقيق آمالهم" (ورد في حنفي، 2007، ص 45).

كما توصل (1959) Farber في دراسة له "أن العلاقات الزوجية تتأثر سلبا بوجود الطفل المعاق بصفة عامة، والطفل المصاب بالتوحد بصفة خاصة وذلك لخاصية طيف التوحد. حيث يبدو فيها الطفل طبيعيا عند الميلاد مع بنية جسدية كاملة. حيث يلاحظ في الشهور الأولى نموا طبيعيا لا يوحي بوجود شذوذ، إلى أن تبدأ تظهر على الطفل أعراض طيف التوحد. وعند تشخيصه بأنه مصاب بالتوحد تتضاعف الضغوط الأسرية وتصبح بداية لسلسلة من التغيرات العنيفة" (ورد في يحي، 2000، ص36).

فوجود طفل مصاب بالتوحد داخل نطاق الأسرة يستنزف طاقة الوالدين الصحية والنفسية أكثر من والدي الأطفال العاديين والأطفال المصابين بإعاقات أخرى، وأن هذه الضغوط تظهر حتى وإن كان الطفل المصاب بالتوحد من ذوي الوظائف الذهنية العالية. لأن ارتفاعها لا يعوض الضغوط المرتبطة بأبويتهم لطفل مصاب بالتوحد (حنفي، 2007).

2. الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المصاب بالتوحد:

تؤدي الاتجاهات الوالدية بأشكالها المختلفة دورا في تنشئة الطفل وتربيته، ويكون لها أثر كبير في تشكيل شخصيته، وتمثل الاتجاهات الوالدية تلك العمليات النفسية والتربوية التي تتم بين الوالدين والطفل خلال مراحل العمر المختلفة ولا سيما خلال المراحل المبكرة. وإن الاتجاهات الوالدية قد تؤثر على شخصية الطفل، وبالتالي فهي قد تكون مؤشر لنقص الكفاية الوالدية نتيجة لعدم إدراك الوالدين أو أحدهما إلى أبعاد المسؤولية الوالدية ومهمتهم في اختيار الاتجاهات الإيجابية نحو الطفل التي تساعد في التقدم (السيد، 2013).

ويؤكد hurlock أن الاتجاهات الوالدية التي يعيشها الطفل في كنف الأسرة تؤثر في طريقة تعامل الأسرة مع الطفل والتي بدورها تؤثر على اتجاهات الأطفال نحوهم، وتؤثر على سلوكهم، وأن العلاقة بين الوالدين والطفل تعتمد على اتجاهات الوالدين (عتروس، 2013).

إن ردود فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم المصاب بالتوحد تتفاوت درجة الاضطراب ووضوح الأعراض والمستوى الثقافي، الاقتصادي، والاجتماعي..... إلخ، وبالتالي يمر الوالدين بسلسلة من

ردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول، ويمكن أن تكون الفترة ما بين التشخيص والتقبل طويلة جدا ومؤلمة جدا، وهي فترة يمر بها الآباء عبر عدة مراحل:

1.2 مرحلة الصدمة:

وهي عدم التسليم بحقيقة اصابة ابنها بالتوحد، حيث أن الأسرة تكون غير مهيئة لمواجهة هذه المشكلة بعد أن رسمت في ذهنها صورة لطفل سليم. وتكاد الصدمة أن تشل حركة الوالدين بحيث يشعران أنهما عاجزان تماما على مواجهة الواقع (عربيات، 2011، ص52)، ومهما كان الآباء مستعدين لمعرفة "الأسوء" فإن حقيقة أن الأسوء قد حصل. (يحي، ارشاد أسر ذوي الحتياجات الخاصة، 2003) تجعل الوالدان يمران للمرحلة التالية التي تتبعها:

2.2 مرحلة الإنكار:

يتخذ النكران عدة أنماط، فقد ينكر الوالدين نتائج الفحص والتشخيص ويشككوا به، ويحاولون اقناع أنفسهم أن كل شيء على ما يرام، ويتعاملون على أساس أن الطفل عادي. والنكران يلاحظ بشكل مباشر، فالوالدين لا يسمعان إلا للآراء الإيجابية. ويتنقلون بهذا الطفل من أخصائي إلى آخر ساعين وجاهدين إلى حل هذه المشكلة التي يتوقعون أنها آنيَة (عربيات، 2011، ص52).

والنكران ليست عملية عشوائية غير هادفة دائما، حيث يمكن أن تساعد الوالدين على التعايش مع المتغيرات الجديدة المهددة لهم. حيث يزود الوالدين بفترة زمنية من القوى الداخلية الذاتية والقوى الخارجية (المعلومات، الجمعيات المتخصصة.....) للتغلب على المشكلة (يحي، 2003). ولكن عدم استثمار الوالدين هذه المرحلة قد يفاقم الصراعات الداخلية لديهم، وعدم مواءمة أساليبهم في التعامل مع حالة الطفل المصاب بالتوحد والتي قد تدخلهم في المرحلة التالية:

3.2 مرحلة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير:

وهو من ردود الفعل التي يظهرها الوالدين عند الاقتناع بأن أبنيهما مصاب بالتوحد، فهي محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط، وغالبا ما يكون الغضب موجه نحو الذات فيتساءل الوالدين "لماذا أصيب طفلي أنا بالذات؟ " "وما هو الخطأ الذي ارتكبناه"، وقد يكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المربي، وغيرهم (الامام و الجوالدة، 2011).

4.2 مرحلة الرفض:

قد يتبنى الوالدان مواقف رافضة للطفل المصاب بالتوحد، مما يعرض الطفل للإهمال واساءة المعاملة الجسمية والنفسية، وبالمقابل يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة للطفل. فيفعلون كل شيء نيابة عنه، مما يفقده القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات (العزيز، 2008، ص15).

5.2 مرحلة التقبل:

وبعد مرحلة الانفعالات العاصفة أو العنيفة من حزن وقلق وغضب وشعور بعدم الرضا. تأتي مرحلة قبول الأمر الواقع، ومحاولة الوالدين والأسرة التكيف مع هذا الواقع. والأخذ بعين الاعتبار أن فروقا فردية كبيرة بين لآباء في درجة تقبل الوالدين للوضع. (كفافي، 2009، ص281)

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت على آباء الأطفال المصابين بالتوحد أنهم يتصفون بصفات معينة إذ ما تمت مقارنتهم بآباء الأطفال العاديين، حيث أشارت دراسة Manfred إلى تعرض الآباء لمستويات عالية من الضغوط كنتيجة لوجود طفل معاق في الأسرة الأمر الذي يجعلها في حاجة إلى دعم ومساندة اجتماعية ونفسية لتخفيف حدة هذه الضغوط، ويؤكد على ذلك دراسة Sergi التي أثبتت أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين وجود طفل توحدي في الأسرة ووجود ضغوط وتوترات والديه من ناحية كما أن وجود ضغوط والديه له أثر كبير على اضطراب الطفل المصاب بالتوحد (بن ناصر، 2018، ص7).

كما بينت نتائج دراسة Hastings أن وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة يعرض والديه وأسرته إلى ضغوط نفسية واجتماعية شديدة قد تصل إلى حد فقد الأمل من تحسن حالته مما قد يؤثر على أدائهم لمسئولياتهم وأدوارهم الاجتماعية (بن ناصر، 2018، ص8).

وقد أظهرت هذه الدراسات أيضا أن الأمهات الأطفال المصابين بالتوحد إذ ما تمت مقارنتهم بأمهات الأطفال المرضى بأمراض المزمنة أو بأمهات الأطفال العاديين كن أكثر اكتئابا وأقل استمتاعا بأطفالهن، وأكثر انشغالا بأمورهم. وقد عبرن عن مشكلات أكثر في معالجة مواقف الغضب. كما عبرن عن احساس أقل بمهاراتهن كأمهات (كفافي، 2009، ص282). كما أشارت نتائج دراسة Winler إن الأم كطرف والدي أكثر تأثيرا بإعاقة الطفل حيث تعاني من ردود أفعال متعددة ومتباينة مثل الارتباك والخجل والشعور بالصدمة والأسى وفي بعض الأحيان إنكار حقيقة إصابة الطفل بالإعاقة (بن ناصر، 2018، ص8).

ونفس النتائج التي وجدت عند الأمهات وجدت عند الآباء وظهر أن هؤلاء الآباء يقضون وقتا مع زوجاتهم وأطفالهم على نحو أقل مما يفعل آباء الأطفال العاديين. مما يوحي بتعرض هؤلاء الآباء إلى درجة عالية من الإحباط وافتقادهم للإشباع في علاقتهم الأسرية بالمقارنة بآباء الأطفال العاديين (كفافي،2009، ص 282)

3. علاقة الوالدين بالطفل المصاب بالتوحد:

تعد العلاقات والتفاعلات الأسرية أساس استقرار المناخ الأسري. ويعد هذا المناخ هو المحصلة الكلية المميزة لخصائص الأسرة كبيئة تربوية، ويشمل المناخ الأسري العلاقات الثنائية بين الوالدين، وبين كل منهما والأبناء، وبين الأبناء وبعضهم البعض، وغالبا ما يؤدي اضطراب هذه العلاقات وعدم استقرارها إلى عواقب وخيمة على نمو الطفل وصحته النفسية مما يضعف ثقة الطفل بنفسه وبوالديه (السيد،2013، ص 125)

وتؤثر استجابة الوالدين حول الإعاقة على العلاقة بينهما والطفل، حيث بينت جيرنسباشر (Greksbacher.2004) أن الصعوبات التي يجلبها الطفل المصاب بالتوحد هائلة للأسرة وخاصة الوالدين، ومهما كان مقدار عطائهما عظيما، فإن الطفل بحاجة إلى المزيد. وإن العلاقات الأسرية تتأثر تأثرا بالغا في حالات كثيرة بحالات طيف التوحد التي يعاني منها الطفل. فمن الطبيعي أن يتطلب الوالدان استخدام استراتيجيات خاصة في التعامل معه، وقد تنجر عن المعاملة غير المتساوية من الوالدين نحو الأبناء نوعا من التعقد والغيرة من جانب الأخوة العاديين. مما يخلق توترا في العلاقة بينهم، وقد يمس هذا التوتر العلاقة بين الوالدين والطفل المصاب بالتوحد مما ينجم عليه علاقات مرضية نتيجة لاعتماده الكلي عليها، حيث يتطلب منهما قدرا كبيرا من الوقت والجهد. (كفافي، 1999)

وفيما يلي نذكر بعض العلاقات المرضية التي قد تكون بين الوالدين والطفل المصاب بالتوحد:

1.3 المناخ الوجداني غير السوي:

يصور " أكرمان" المناخ الوجداني غير السوي Abnormal AffectiveClinate تصويرا دقيق وتفصيليا، حيث يرى أن مثل هذه الأسرة والوالدين نوع من التناقض بين ما يبدو على السطح وما يحدث في الداخل. فما يبدو على السطح يوحي بالهدوء والثبات والاستقرار، ولكن هذا الهدوء لا يقوم على أسس قوية داخل الأسرة وعلى نوعية العلاقة بين أفرادها، لذا فهو ثبات يميل إلى التوقف والجمود منه إلى الحياة والحركة. والوالدان في هذه الأسر محافظان يريان أن كل شيء على ما يرام، وأن

الأشياء ينبغي أن تظل كما هي وينتشر في جو الأسرة نوع من الموت الوجداني Affective Deadness وهو جو يصبغ المعاملات بين أفراد الأسرة بصبغة اكتئابيه تتسم بالحد الأدنى من التلقائية والحيوية والحركة الحرة (كفافي، 1999، ص 120).

حيث تتسم العلاقات في المناخ الوجداني غير السوي بإنكار إصابة الطفل بالتوحد، وعدم الاعتراف بأي تغيرات داخل النسق وذلك للحفاظ على الهدوء وإن كان بطريقة اصطناعية. حيث تسود العلاقة بين الوالدين والطفل علاقة مادية تعنى بالرعاية وتلبية احتياجاته المادية دون اشباع للاحتياجات الوجدانية للطفل. وتجاهل الجانب الوجداني لتجنب مواجهة مشاعر الرفض. وعليه فإن الحياة الأسرية الذي يسوده هذا النمط من العلاقات تفقد كثيرا من صفاتها الأساسية، حيث يحرص الوالدان على تأكيد قيم التفاني الكاذب والتضحية الجوفاء التي لا مبرر لها (كفافي،2009).

2 الرابطة المزدوجة: افترضه باتسون وزملائه (Pateson) وهو أحد صور الاتصال العلائقي الخاطئ. حيث يفترض Pateson أن الطفل يتعرض لرسائل متناقضة من والديه، فقد يطلب أحد الوالدين أو كليهما مطلبين كالآتي وهو:

المطلب الأول: مطلب عاطفي، أو مطلب غير صريح وغير لفظي، وإنما هي رسالة موجهة إلى الطفل المصاب بالتوحد من خلال سلوك الوالدين العاطفي نحوه، فحوى هذا المطلب هو أن يبقى الطفل المصاب بالتوحد ضعيفا مرتبطا بهما.

المطلب الثاني: مطلب لفظي يرسله أحد الوالدين أو كليهما إلى الطفل المصاب بالتوحد بأن يكون مستقلا عن طريق البحث في طرق الرعاية التي تجعل منه فردا مستقلا.

فلا يمكن أن يكون هناك اختيار منسجم لأن الرسالتين متناقضتين. فمثلا يقوم أحد الوالدين بتعنيف الطفل المصاب بالتوحد سواء جسدي أو لفظي وفي نفس الوقت يتم احتضانه. فهو يتلقى رسالتين متناقضتين. فالمحتوي يتضمن رسالة تنفر بينما العلاقة مطمئنة وحنونة (Albernhe., 2008, pp.59,61).

وهذا النمط العلائقي لا يسمح للطفل المصاب بالتوحد بالتطور نحو تنمية مهاراته نظرا للرسائل المتناقضة التي يوجهها أحد الوالدين أو كليهما وهذا ينتج عنه تذبذب في العلاقة بين القبول والرفض.

3 عدم نضج الوالدين:

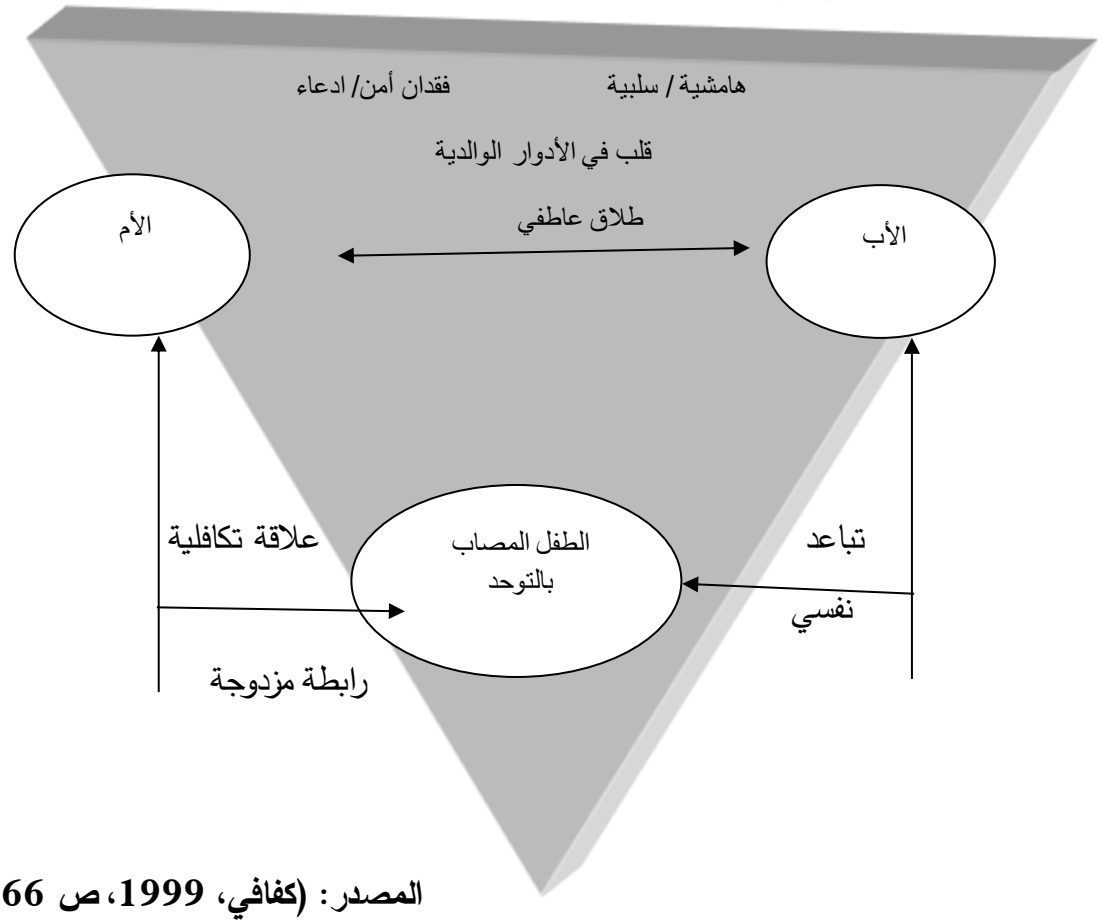
يصف Boin العلاقة بين الزوجين بأنها "علاقة باردة، بل هي أقرب إلى العلاقة التنافسية العدائية في حقيقتها، والتفاعل بينهما يتميز بخلق علاقة سيطرة . خنوع، فالزوجة عادة ما تأخذ موقف السيطرة،

ويميل الأب إلى اتخاذ ا موقف الخنوع. ويصبح عاجزا على اتخاذ القرارات، ويسمى بوين التباعد العاطفي بين الوالدين بالطلاق العاطفي، وهو مفهوم آخر يمثل صورة من صور اضطراب الاتصال في الأسرة (كفافي، 1999، ص165).

حيث تتصف الأم بالقلق والحماية الزائدة حول الطفل المعاق، وتلاحقها مشاعر عدم التوافق مع ابنها طوال حياتها، وترتكز العمليات غير السوية في المثلث المتمثل في (الأب، أم، طفل) ويمكن تصور حالة المثلث المرضي على هذا النحو:

- أم قاصر عاجزة على تحقيق التوافق الصحيح تعتمد على السيطرة على ابنها، وتفعل كل شيء لحمايته، لا وجود حقيقي لزوجها في حياتها.
- طفل مريض قليل الخيلة يهب نفسه لأمه لأنه لا يستطيع، ولا تسمح له الأم أن يفعل شيئا غير ذلك.
- والد هامشي ليس له قيمة سيكولوجية في حياة ابنه، وهذه الهامشية تزيد من ارتباط الطفل بأمه. (كفافي ، مرجع سابق، ص 162)

شكل (01): يوضح الأسرة المنجبة للمرض حسب (Boin)



المصدر: (كفافي، 1999، ص 166)

من خلال عرض الأنماط العلائقية المرضية بين الوالدين والطفل المصاب بالتوحد، نجد أن المناخ غير السوي ركز على جمود العلاقة والاعتماد على الاحتياجات المادية وتجاهل الاحتياجات الوجدانية وانكار مشاعرهم تجاه إعاقة الطفل ورفض مواجهتها ومناقشتها من أجل الحفاظ على هدوء النسق الأسري خوفا من التصادم وتصعيد الصراعات. في حين اهتمت الرابطة المزدوجة بطبيعة الرسائل الموجهة للطفل من حيث تناقضها بين المحتوى والعلاقة. أما فجاجة الوالدين فعبرت عن الصراع أو التصدع في العلاقة بين الثالوث المرضي أم . طفل . أب ووصفها بالعلاقات التنافسية والعدائية.

وفي مقابل نمط العلاقات المرضية نجد أن الطفل المصاب بالتوحد قد يجعل الوالدين يميلان إلى تقييم حياتهما ويطوران من أنماط شخصيتهما، فيميلان إلى التكيف مع المواقف التي يمران بها، مقتنعين بهذا أفضل من حيث أنهما يرون في الانجازات القليلة لأبنائهما مكسبا ، ويشعران بالفرح والمرح من أشياء بسيطة مثل ملاحظة أبيهما يزر القميص، أو يجيبون على أسئلتهم بعبارات تكرارية، ولكن بقولهم "نعم " أو "لا " ومع مرور الوقت يعيد الوالدين تعريف طيف التوحد من اعتباره مأساة إلى اعتباره نوعا من النعم التي وهبها الله لهما (سهيل، 2015).

وفي هذه الحالة يكون الوالدين والأسرة على قدر كاف من الكفاية في التعامل مع طفليهما المصاب بالتوحد.

4. أنماط المعاملة الوالدية:

وتبعا لنمط العلاقة الممارسة بين الوالدين والطفل تتحدد عليها أنماط المعاملة الوالدية، ومن بين أنماط المعاملة الوالدية السلبية ما يلي:

1.4 نمط الحماية الزائدة:

عادة ما يميل والدي الطفل المصاب بالتوحد إلى تنمية الموقف التقليدي أو الكلاسيكي. حيث أن هذا الأسلوب يعيق إشباع حاجات الطفل إلى الاستقلالية، وتزداد خطورة هذا الاتجاه عندما يستسلم الطفل المصاب بالتوحد لهذا النمط (نشواني، 1983). يترتب عليه تراجع في التطور النمائي للطفل مما قد يتسبب في تعقد الحالة، نظرا لتلبية كل احتياجاته فلا يجد حاجة إلى تطوير قدراته واكتساب مهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية.

ويذكر المرجع السابق أن الطفل المصاب بالتوحد عندما ينساق إلى هذا الاتجاه يجد نفسه غير قادر على التفاعل الاجتماعي مع المحيط الخارجي والأسرة مما قد يزيد من نوبات عصبية وعدم تكيفه في الوسط الاجتماعي".

حيث يعتمد الوالدان إلى عدم إعطاء فرصة للطفل للتصرف في الكثير من أموره. حيث يحرص الوالدان على إنجاز كل احتياجات الطفل، فلا تتاح له فرصة للتجريب أو تنمية قدراته.

2.4 نمط الرفض أو الاهمال:

يعرف رفيق صفوت مختار (2004) الإهمال على أنه "ترك الطفل دون تشجيع من والديه على أي سلوك مرغوب فيه أتى به، أو دون محاسبة على أي سلوك غير مرغوب فيه قام به، هذا بالإضافة إلى تركه دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله من سلوكيات أو ما لا يفعله" (ورد في السيد، 2013، ص117)

فقد أثبتت نتائج بعض الدراسات إلى أن الإهمال بمعناه العام أنه يعني حرمان الطفل من حقه في الرعاية النفسية والجسدية والاجتماعية من طرف والديه، وما يرتبط من خبرات تفاعلية ضرورية لنموه سواء كان ذلك بسبب قلة معرفتهما بالنمط الصحيح أو بسبب اتجاهات الوالدين السلبية حول الطفل المصاب بالتوحد والذي يقود الوالدية إلى القيام بدورهما بصورة سلبية (حامد، 1981).

كما تشير بعض الدراسات إلى الإهمال بأنه ترك الطفل بدون تشجيع على السلوك المرغوب أو تعزيز السلوك المرغوب دون توجيه إلى ما يجب فعله أو إلى ما ينبغي تجنبه (جابر، 1986).

والرفض أو الاهمال يعتبر من الأنماط غير السوية وهو يتمثل في شعور الوالدين بعدم تقبل الطفل. ويظهر ذلك بعدم تقبل الطفل. ويظهر ذلك في نبذ الطفل والإساءة إليه وتجاهل أفعاله.

3.4 نمط التذبذب:

يتسم بعدم وضوح القواعد التي يضعها الوالدان للتعامل مع الأبناء وعدم الاتساق، فتارة يعاقبان الطفل عن سلوك معين، وتارة لا يعاقبانه على نفس السلوك. أو أسلوب مشابه له ونفس الشيء بالنسبة لتعزيز السلوك المرغوب. ويتميز نمط التذبذب بالتناقض بين احترام الرغبة والعقاب عليها. (ابراهيم،2001، ص75) وهذا لعدم استقرار أحد الوالدين أو كليهما من حيث استخدام أساليب التعزيز أو العقاب، قد يتضمن هذا الاتجاه حيرة الوالدين أو أحدهما إزاء بعض ما يمكن أن يصدر عن الطفل من سلوك. بحيث لا تدري متى تثيب الطفل ومتى تعاقبه (قناوي، 2008، ص120).

ومن بين أنماط المعاملة الوالدية الإيجابية كالتالي:

4.4 نمط التسامح:

ويعني تقبل الطفل كما هو، وتصحيح أخطائه دون قسوة.

5.4 نمط التعاطف الوالدي:

والذي يعني تعود الوالدين على إظهار الحب للطفل باللفظ أو الفعل. حيث يشجع الطفل على المبادرة والتقدم، كذلك يتمثل التعاطف في تقبل الوالدين لابنيهما، وذلك من حيث التركيز على إيجابيات الطفل وتفهم مشكلاته ويعطياه الرعاية والاهتمام، حيث يشعر الوالدين بالفخر فيما يعملاه ويشعران بالراحة في وجود كجزء من أسرتهم. (قناوي، 2008، ص122)

نمط التشجيع: وهو ميل الوالدان لمساعدة الطفل وتشجيعه والوقوف بجانبه، ويعتبر من أفضل أنماط المعاملة الوالدية، حيث يعمد الوالدين إلى تشجيع أبنائهم على اتباع السلوك المقبول اجتماعيا عن طريق تعزيز ودعم السلوك الإيجابي (قناوي، 2008، ص122).

ثالثا: مجالات الكفايات الوالدية:

تتكون الكفاية أو الكفاية الذاتية الوالدية كما يطلق عليها بعض العلماء ومنهم Bandaura (1997) من:

1. الكفايات الوالدية في المجال المعرفي:

تشير إلى إدراك الفرد أن لديه القدرة على السيطرة على أفكاره ومعتقداته، حيث أن السلوك يقاد من خلال أفكاره، (الخطيب، 2010، ص 15) تقيم هذه الكفايات من خلال تصحيح معتقدات الوالدين حول الدور الوالدي، وإلمام الوالدين بالمعلومات حول اضطراب طيف التوحد وخصائص الطفل التوحدي ومتطلباته النمائية

1.1 معتقدات الآباء حول الدور الوالدي:

يعرف الدور الوالدي "بأنه المشكلات السلوكية للطفل كما يدركها الوالدان، والمصاعب التي يواجهانها في أداء المهام الوالدية اليومية، ومدى ادراكهما للدور الوالدي الذي يجب أن يقوما به. فهي ترتبط بخصائص الوالدين، وخصائص الطفل، وظروف الحياة" (المرعب،2013، ص154).

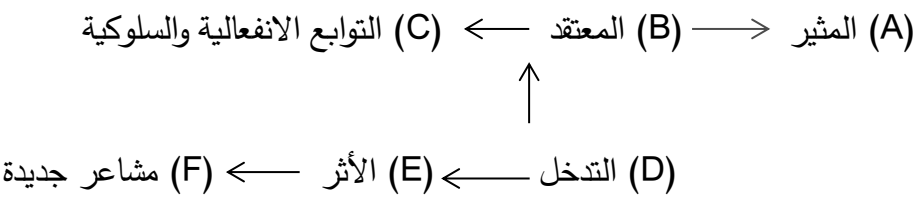
وتضيف هدية بأنها " تلك الخصائص التي يتصف بها الأطفال، وتجعل من الصعب على الوالدين أن يقوما بأدوارهما الوالدية، وكذلك هي خصائص الوالدين التي يتصفان بها، وتؤثر على نظام العلاقة بينهما والطفل" (ورد في المرعب، 2013، ص 154).

وعليه فإن تقبل الوالدين حول دورهما الوالدي بكل مسؤولياته، وتقبل الطفل بإمكانياتها الجسمية والعقلية، والادراك الواقعي لجوانب القوة والضعف فيه. ومواجهة التحديات الناتجة عن جوانب الضعف بطرق تؤدي إلى مساعدة الطفل. والتعاون والتفاهم بين الوالدين والدعم المتبادل بينهما. كل هذا يسهم بإيجابية في زيادة قدرتهما على القيام بمهام الوالدية بنجاح (المرعب، 2013، ص154).

حيث تؤثر معتقدات ومعارف الوالدين حول الدور الوالدي على أسلوب الممارسة الوالدية، إذ يخطئ الوالدين بسبب بعض المعتقدات الخاطئة عن المواقف التي يواجهونها مع أطفالهم. "واستنادا إلى نظرية الارشاد العقلي العاطفي السلوكي إن الناس لا يتأثرون بالأحداث بل بإدراكهم اللاعقلاني لها" (كوترو، 2016، ص98) بمعنى أن السلوك الوالدي لا يحدث نتيجة حدث (ميلاد طفل مصاب بالتوحد) وإنما هو نتيجة للأفكار والمعتقدات التي يستخدمها الفرد في تفسير الأحداث.

فحسب نموذج إليس إن مواجهة الوالدين خبرة ميلاد طفل مصاب بالتوحد(A) يعطى لها معنى باستخدام القناعات الموجودة لديهما (B) فإذا أدركا أن الحدث مهدد وخطر وبأنه دليل على أنهما والدان فاشلان فإن النتيجة (C) ستكون شعور بالذنب والقلق وانكار... نتيجة للأحاديث الذاتية السلبية تنعكس على ممارستهما الوالدية. أما إذا أدركا أن ميلاد طفل توحدي (A) هو (B) إرادة الله ورزقهم به لحكمة، وأن ميلاده لا يرتبط بفشلهما كوالدين .... وغيرها فإن النتيجة (C) سوف تكون شعور بالتقبل مع اتخاذ اجراءات للتكفل بحالة الطفل، والشكل التالي يوضح المعنى:

شكل(02): يوضح التفاعل بين العناصر (A) (B) (C) (D) (E) (F)



المصدر: القمش والمعايطة، 2007، ص98

وعليه فإن الممارسة السلوكية الخاطئة التي يمارسها الآباء (C) لرعاية أطفالهم (A) لا تنتج عن حالة الطفل المصاب بالتوحد وسلوكاته، وإنما تنتج عن الطريقة التي يفسر بها الآباء حالة الطفل وإصابته (B) والتي تمثل في الغالب مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية (بنات، وآخرون، 2010).

فعندما يمارس الوالدين نمط الحماية الزائدة على ابنيهما المصاب بالتوحد. حيث تلبى كل احتياجاته، يمتلكان فكرة لاعقلانية مفادها أن ابنيهما ضعيف وليست لديه القدرة على تلبية احتياجاته. حيث يتوقعان أنه يحتاج إلى حمايتهما واشباع احتياجاته كي يتحسن، فإذا الطفل لم يستجب ولم يقدر ما يعمله والديه من أجله، يبدأ كلا الوالدين أو أحدهما في تحديث نفسه بأنه لم يستطع القيام بدوره كما يجب، وأن ابنه لا يحبه فيشعر بالإحباط والغضب. ولعدم مواجهة تلك المشاعر فيعيد الوالدين تكريس دورهما في حماية الطفل.

2.1 معلومات الوالدين حول اضطراب طيف التوحد وخصائص الطفل الاجتماعية ومتطلباته البيئية:

ويتعلق هذا الجانب بالاحتياجات الوالدية إلى المعلومات عن الحالة غير العادية للطفل، وطبيعة إعاقته وخصائصه ومدى اختلافه عن أقرانه العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني. ومدى امكانات تعليمه وتدريبه وتأهيله. كما أنهم بحاجة إلى معرفة آثار الإعاقة على جوانب نمو الطفل، ومتطلبات هذا النمو، ومستقبله والخدمات المتاحة، وتوجيههم إلى كيفية البحث عن مصادر هذه المعلومات (القريطي، 2013، ص ص 299، 302).

فاكتساب الوالدين خبرات معرفية حول ماهية التوحد ومتطلبات نمو الطفل المصاب بالتوحد يساعد هذا في فهم سلوك الطفل وتيسير تقبله. ذلك لأن فهم التغيرات السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية تساعدهم في وضع التفسير الصحيح والمنطقي وتسمح بالتنبؤ بها. وبالتالي ضبطها والسيطرة عليها. كما أنها تساعد الوالدين في فهم الفروق الفردية لدى الأطفال وتبني توقعات تتناسب مع قدرات الطفل الفعلية. وبالتالي ممارسة أنماط سلوكية ذات كفاءة، الأمر الذي سيزيد من قدرة الطفل على التكيف والنمو (بنات، وآخرون، 2010، ص23).

2. بعد الكفاية الوالدية في المجال الوجداني:

تشير إلى الجانب الانفعالي للوالدين الذي يتأثر بمعتقداتهم، وتوقعاتهم نحو علاقتهم بالطفل التوحدي وأن مشاعرهم خارج السيطرة. وتقيم هذه الكفاية من خلال:

1.2 بناء العلاقة الإيجابية:

إن بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل المصاب بالتوحد من أهم المهارات التي تساعد في عملية التدريب. لذلك لا بد من توفر الرغبة في بذل الجهد، والوقت لبناء علاقة إيجابية مع الطفل. فالعلاقة بين الوالدين والطفل لها خصائص وجدانية نوعية تتميز عن أي علاقة أخرى، حيث نجاح العلاقة بينهما يشعر الوالدين بالكفاءة نتيجة لقيامهما بالدور الوالدي كما ينبغي. فالصورة الوالدية ليست

نموذجية، ولكن يبدو الوالدين فيها على علاقة طيبة مع الطفل. وتعتمد فاعلية الوالدين كمعلمين في العلاقة العاطفية مع طفلهما، وعلى طرق الضبط الدائمة في الاحتفاظ بقبول الوالدين، ويشعر الطفل بالتهديد لمجرد تخيله أنه سوف يفقد حب والديه (ابراهيم خلف، 2016).

ولتأسيس علاقة إيجابية فعالة بين الوالدين والطفل المصاب بالتوحد هناك عدة ركائز منها:

1.1.2 التقبل:

يعرف التقبل "بأنه الدفء والمحبة، وهو يشير إلى المدى الذي يرى فيه المستجيب أن والديه يمنحانه الحب والعطف بلا قيدا أو شرطا، دون أن يكون هذا الحب مبالغا في اظهاره، أو التعبير عنه" (المرعب، 2013، ص 120).

فتقبل الوالدين للطفل المصاب بالتوحد يساعد على استقرار الجو الأسري، كما يساعد أيضا على التكيف مع ضغوط الحياة اليومية، كما أن تقبل الطفل للوالدين يجعل عملية تنشئته تسير بطريقة سلسة،فادراك الأبناء لعدم تقبلهم من الوالدين بسبب الإعاقة أو تصرفات غير مقبولة صادرة عنهم، تؤدي إلى تأثيرات ضارة على تقبل الأبناء لذواتهم وللآخرين. وكذلك هناك علاقة بين إدراك الأبناء للرفض الوالدي وعدد من الصفات السلبية والسلوكات غير المرغوبة، وينعكس ذلك على السلوك الانفعالي. في حين أن إدراك الأبناء أنهم مقبولون من الوالدين يؤدي إلى زيادة ثقتهم بأنفسهم (ابراهيم خلف، 2016).

ويشير Leight & Stinson (1991) إلى أن العلاقة الاجتماعية الدافئة بين الوالدين والآباء تسهم بشكل أو بآخر في تأسيس علاقة اجتماعية إيجابية بين أفراد الأسرة، وفي ارتقاء الرغبة في المشاركة في شؤونها مما ينمي السلوك التكيفي لدى الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة. (حنفي، 2007، ص67)

إن وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة ما تنجر عليه علاقات أسرية أكثر تعقيد نتيجة لخصائص الطفل التي تشكل ضغوطا على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم، بحيث تستنزف طاقتهم، ويبتعدون عن أطفالهم ومشكلات النمو الخاصة بهم ويركزون على مشاكلهم، وهذا ما يضعف قدرتهم على التحمل. ولكي تؤدي الوالدية وظيفتها بفاعلية وكفاءة فإنها تحتاج إلى إدارة فنية وجهد ووقت كافيين في تقبل الطفل وخصائصه التي تميزه عن غيره والتي تجعله فردا متفردا. فتقبل الطفل المصاب بالتوحد يجعل الوالدين يتوقفان عن الشعور بالذنب والشفقة على أنفسهم، ويبدآن بالاستمتاع بصحة الطفل. وكنتيجة لذلك توجه الأسرة والوالدين كل جهودها من أجل تحسين نوعية حياة الطفل، كما

يصبحون فخورين بتقدم الطفل. حيث ينظر الوالدين إلى أصغر المؤشرات على التحسن أنها انتصار للأسرة كلها في معركتها المستمرة من أجل الارتقاء بالطفل (سهيل، 2015).

وبتقبلهم لطفلهم يتعلمون حب طفلهم على الرغم من الفروق بينه وبين أقرانه، ويشعرون بأن هذه الفروق هي مصدر متعة لهم على أنها مؤشرا على نجاحهم في الاهتمام والتربية والعناية والرعاية بما يزيد في كفاءتهم كوالدين.

2.1.2 التشجيع:

يعد إحدى المهارات الأساسية لتحسين العلاقة بين الوالدين والطفل، فهو عملية يتم من خلالها التركيز عن مزايا الطفل، ونقاط القوة في شخصيته بهدف تعزيز وتنمية الثقة بالنفس والشعور بالكفاية، وهو يتضمن الانتباه إلى الجهد المبذول والتحسن، بدلا من التركيز على الإنجاز والنتيجة النهائية، وإظهار التقدير لمحاولات الطفل ومساهمته ومبادرته (بنات، وآخرون، 2010).

ومن خلال التشجيع يخلقون مناخا انفعاليا هادئا، وهذا يجعلهم يشعرون أنهم آباء صالحون. ويسهم ذلك في بناء علاقة سوية مع الطفل، وبهذه الطريقة يكون لدى الوالدين فرصة جيدة لمساعدة طفلهما في تطوير مهاراته نتيجة لسلوكهما، ويصبح من السهل إعطاء التوجيهات اللازمة في حياتهما اليومية (المرعب، 2013).

3.1.2 الانضمام:

إن الوصول بالطفل المصاب بالتوحد لحالة يهتم فيها بما يتم عرضه عليه، لا بد من البدء أولا ببناء الثقة وتشكيل ترابط بحسب معايير الطفل. وهذا يعني أنه بدلا من اجبار الطفل المصاب بالتوحد على التوافق مع عالم لا يفهمه ينبغي البدء بالانضمام إليه في عالمه، وبهذه الطريقة تؤسس صلة متبادلة تمنح الطف الثقة بالوالدين، ويبني من خلالها علاقة إيجابية بهما.

فلقد وصف كل من Dawson& Galpert (1990) إجراءات دراستهما التي اشتملت على 14 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (20 .66) شهرا وأمهاتهم، وتمثل أسلوب العلاج بتعليم الأمهات تقليد الطفل في اللعب مع الألعاب لمدة 20 دقيقة كل يوم، ولمدة أسبوعين. ولقد أشارت فترة المتابعة بعد أسبوعين إلى زيادة ملحوظة في تحديق الطفل بوجه أمه، وزيادة في عدد الألعاب المستخدمة في اللعب. (الزريقات، 2004)

3.3 بعد الكفاية الوالدية في المجال السلوكي: "فهي تتضمن العديد من السلوكيات المحددة التي تعمل بشكل منفرد أو مجتمعة للتأثير على الطفل" (حمدان منصور، 2013، ص 120) وتعديل

سلوكه، والبحث عما هو جديد في تأهيل طفلهما تعليميا ومهنيا، واستثمار طاقته بأكبر شكل ممكن. وتقيم هذه الكفاية من خلال مهارة الاتصال، مهارة تعديل السلوك، ومهارة المشاركة الفعالة.

وعليه فإن الكفاية الوالدية في المجال السلوكي تتمثل في الأسلوب الذي يتفاعل به الآباء مع الأطفال داخل وخارج الأسرة، وفي هذا الجانب تتم مساعدة الوالدين على التحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلة، وتطوير مهارات أكثر فاعلية في رعاية الطفل المصاب بالتوحد، سواء بالمشاركة في الخطط التعليمية والتدريبية في البيت، أو بمتابعة تعليمه في المدرسة. إضافة إلى تمكين الوالدين من إتخاذ القرارات المناسبة، وجعلهما أكثر مقدرة على التحكم في الاحتمالات المستقبلية بمشكلة الطفل. (القريطي، 2013، ص 303)

فالكفاية الوالدية في الجانب السلوكي تمثل الأسلوب الذي يتصرف ويتفاعل به الوالدين مع أطفالهم المصابين بالتوحد في مواقف الحياة اليومية، وعليه سيم تدريب الوالدين لاكتساب الكفاية الوالدية في الجانب السلوكي لمساعدتهم في تطوير مهارات فعالة لتعليم وتوجيه الطفل ومضاعفة قدراته في التعامل مع المشكلات السلوكية الاجتماعية. ومن أبرز هذه المهارات:

1.3.3 مهارة الاتصال:

تأتي كلمة " تواصل" في اللغة الإنجليزية من المصطلح اللاتيني " Commun" أو " Common" وتفهم عامة بأنها السلوك اللفظي وغير اللفظي ضمن سياق اجتماعي. لذا فالتواصل يعني التفاعل والتبادل، وتتضمن جميع المؤشرات، التلميحات، والموز التي تستخدم من قبل الناس في إعطاء المعاني واستلامها (Satir، 2016، ص89).

ويعرفه علاء الدين كفافي وآخرون (1989) " أن مهارات الاتصال قي القدرات التي تحقق تواصلا فعالا، وكفاءة لغوية عالية، بما في ذلك المفردات الملائمة والتراكيب المستعملة في الجمل وأنماط النطق، هناك أنماط أخرى كالقدرة على ترتيب التواصل منطقيا والتوافق مع مستوى المستمع (ورد في حماد، 2012).

وفي هذا الصدد يرى" (2003) Kaiser& Hancok أن تعليم الوالدين مهارات الاتصال له تأثير وفاعلية عالية في مساعدة الوالدين في اكتساب أساليب تجريبية لها علباقة بحاجات نمو الأبناء، والعمل على تطبيقها بين الوالدين والأبناء" (ورد في عتروس، 2013، ص 107).

إن امتلاك الوالدين مهارات الاتصال تمكنهم من التأثير في سلوكيات الطفل المصاب بالتوحد. كما يعني الاتصال قدرة الوالدين على الاستماع والانتباه والادراك والاستجابة اللفظية وغير اللفظية، وهذه المهارات يمكن أن يكتسبها الوالدين بالتعلم والتدريب

وحتى تتم عملية الاتصال الفعال بين الوالدين والطفل يجب على الآباء أن تكون لديهم القدرة على إيصال أفكارهم ومشاعرهم إلى أطفالهم بنفس الجودة التي عليهم أن يتلقوا بها أفكار ومشاعر أطفالهم. وإن أفضل طريقة يمكن أن يبلغ بها الوالدين أفكارها ومشاعرهما إلى أطفالها. وتتم عملية التواصل بطريقتين:

1.1.3.3 الاتصال غير اللفظي:

يعرف الاتصال غير اللفظي على أنه مختلف على أشكال الاتصال الإنساني التي تتجاوز الكلمات المنطوقة أو المكتوبة، وتشمل كل ما يصدر عن الفرد من حركات وإيماءات وتعبيرات جسدية يهدف من خلالها إيصال رسالة ما إلى شخص يجري بينه تفاعل اجتماعي. و تذكر بنات، وآخرون (2010، ص 198) أن للسلوك غير اللفظي 05 أبعاد وهي:

1.1.1.3.3. حركات الجسم (Kinosic): وتتضمن إيماءات، حركة الجسم ولغته، وتعبيرات العين، وطريقة الجلوس أثناء الاستماع أو التعبير. وفي الدراسة الحالية سيتم تدريب الوالدين على تحفيز الأطفال على التواصل البصري لكي يحصلون على الأشياء التي يريدونها. وتمكن هذه الطريقة الطفل المصاب بالتوحد من التواصل مع الناس الذين يعيشون معهم، ومن خلال ذلك يكون بمقدرتهم التعلم على كيفية إداء تعبيرات الوجه لأنهم ينظرون إلى وجوه الآخرين ويتعلمون منهم. (العجمية، 2016)

2.1.1.3.3. التعبيرات الصوتية (Paraliguistic): يعد الصوت أحد المتطلبات الضرورية لاتقان الحديث، ويرتبط الصوت بالحالة النفسية للمتحدث، كالقلق، الحزن، والفرح، والوقفات أثناء الحديث.

3.1.1.3.3. لغة المكان (Proxemic): تؤثر الأماكن والمساحات والمسافات والمناطق التي ترتبط بنا في عملية الاتصال وفي العلاقات مع الآخرين.

4.1.1.3.3. العوامل البيئية (Environmental): للبيئة تأثيرات تبعث على الإثارة أو الملل أو الارتياح. وهذا يعتمد على درجة توافق الفرد أوصلته بالأجزاء المرتبطة بمحيطه. فإدراك بيئة الفرد هو جزء مهم من السلوك غير اللفظي.

5.1.1.3.3. الوقت (Time): كعملية اختيار الوقت المناسب أهمية كبيرة في فاعلية الاتصال.

2.1.3.3. الاتصال اللفظي:

يقوم الاتصال اللفظي على استخدام الرموز اللغوية المنطوقة التي تنقل الأفكار والمشاعر والإتجاهات، ويشترط فيه استخدام لغة بسيطة، سهلة، وواضحة. حيث يرى منير (1999) أن "فاعلية الاتصال اللفظي تعتمد على مجموعة من المهارات التي يجب أن تتوفر في المتحدث مثل:

- الموضوعية: وتعني قدرة المتحدث على ضبط السلوك والتصرف، وإصدار أحكام غير متحيزة. وعلى المتحدث ضرورة الإحساس بمشاعر الآخرين.
- الصدق: فهو أكثر تأثيرا على المستمع.
- الدقة: التأكد من أن الكلمات التي تستخدم تؤدي المعنى المقصود بعناية.
- الحماسة: التي تجعل المتحدث يبدوا أكثر حيوية وحرارة في الاتصال.
- الاتزان الانفعالي: ويقصد به إظهار الانفعال بالقدر الذي يتناسب مع الموقف" (ورد في بنات، وآخرون، 2010).

وفي نفس السياق قد أجرى أبكار علي بكار (2006) دراسة هدفت استقصاء أثر برنامج ارشادي لتدريب الأمهات على مهارات الاتصال في تحسين فعالية الذات الاجتماعية لديهن ومستوى تواصلهن مع أطفالهن، حيث تكونت عينة الدراسة من 50 أما تراوحت أعمارهن بين (27 . 36) سنة، وتم توزيعهن على مجموعتين مجموعة تجريبية تلقت تدريبا على البرنامج الارشادي القائم على مهارات الاتصال المكون من (04) جلسات. ومجموعة ضابطة لم تتلق فيها الأمهات التدريب على البرنامج الارشادي. توصلت نتائج الدراسة عن وجود أثر للبرنامج الارشادي الجمعي في تحسين كل من مستوى فعالية الذات الاجتماعية ومستوى تواصل الأم بالطفل لفائدة أمهات المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على البرنامج مقارنة بالمجموعة الضابطة.

2.3.3. مهارة تعديل السلوك:

إن اكتساب الوالدين لمهارات تعديل السلوك تساعدها على التعامل مع طفليهما المصاب بالتوحد من حيث تعليمه سلوكيات اجتماعية مرغوبة أو دحض السلوكيات غير المرغوبة التي تعيق تعلم المهارات الاجتماعية. وقبل البدء في تعديل أي سلوك يجب اجراء تحليل عملي ودراسة شاملة للظروف المؤدية للحصول على السلوك (أبو أسعد، 2010، ص50)، ويجب أن نؤمن بأن الأطفال المصابين بالتوحد لهم فردية من إيجابيات وسلبيات واحتياجات، ومن حقه أن يفضل ويختار أشياء،

ويرفض ويكره غيرها. وكل هذا يتوقف على إيمان الوالدين الصادق بابنهما وحقه بالوصول إلى حياة أفضل، يساعدنا هذا في تحقيق أهدافنا.

ويقصد بالتعديل تطوير وتطبيق إجراءات تساعد الفرد على تغيير السلوك، وهذا يشمل على تعديل أحداث البيئة بهدف التأثير في السلوك. (أبو أسعد، 2010، ص50)

ويذكر حسين (2008، ص ص 55، 56) عدة تعريفات منها:

يعرف حامد زهران (1998) تعديل السلوك بأنه "عملية في جوهرها محو تعلم السلوك غير المرغوب، والذي يظهر في الأعراض، وذلك بالعمل على التخلص منه أو اطفائه، ويتضمن إعادة تعلم أنماط سلوكية جديدة من خلال إعادة تنظيم سلوكه".

ويعرف الشناوي (1998) بأنه "بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة، على حين تقلل الاستجابات والعادات غير المرغوبة، حيث يصبح المريض أو العميل أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة".

ويعرفه Kazdin (2001) بأنه" محاولة تغيير السلوك الإنساني وفق نظريات التعلم ويعني ذلك التطبيق الفعلي لمبادئ التعلم على مشكلات السلوك. فيتعلم الفرد سلوكيات جديدة تضمن له التكيف مع ظروف الحياة والمساعدة على محو وإزالة السلوكيات غير السوية بالاستناد إلى أسس نظرية وعملية يستخدم فيها مجموعة من الإجراءات التي انبثقت عن نظريات التعلم" أو" هو تغيير السلوك عن طريق تغيير الظروف المحيطة به، سواء منها الظروف القبلية التي تسبق ظهور السلوك أو الظروف البعدية التي تحدث بعده".

ويعرفه عبد العظيم (2013) اجرائيا بأنه "عملية تقوية السلوك المرغوب من ناحية، واضعاف أو إزالة السلوك غير المرغوب من ناحية أخرى".

1.2.3.3 أساليب تعديل السلوك:

1.1.2.3.3. التعزيز:

وتعني تلك العملية التي تقوي نتائجها احتمالية ظهور السلوك الاجتماعي المرغوب مرة أخرى، وتعكس الزيادة في قوة السلوك على خفض فترة كمونه أو زيادة تكراره، فعملية التعزيز تشتمل على تقديم أو تغيير المعزز. والمعززات هي الأشياء والأحداث التي يريدها الطفل المصاب بالتوحد وأنه يجدها مريحة أو ممتعة، تحقق له الاشباع (زريقات، 2007، ص 74).

فالمعززات تعرف من خلال آثارها، فأي مثير يعتبر معززا إذا عمل على زيادة قوة الاستجابة، والمعززات نوعين:

المعززات الإيجابية: وهي أي شيء يقدم ويؤدي إلى زيادة احتمالية ظهور الاستجابة المرغوبة.

المعززات السلبية: وهي أي شيء يسحب ويؤدي إلى زيادة احتمالية ظهور الاستجابة المرغوبة.

وللتعزيز عدة أساليب منه:

- التعزيز الاجتماعي: كالمرح – الثناء ... الخ.
- التعزيز المادي :كاللعب – هدايا... الخ.
- التعزيز الغذائي :كالعصائر – حلوى . الفاكهة ... الخ.
- التعزيز النشاطي :كالبرامج التلفزيونية – رحلات... الخ.
- التعزيز الرمزي :كالنقاط – نجوم... الخ .

ومن شروط استخدامه أن يكون حسب رغبة الطفل وذلك من خلال سؤاله أو ملاحظة ما يفضل. كما يجب أن يكون فوريا، ويشترط فيه التنوع، والتنظيم وعلى نحو ثابت. ويتناسب مع درجة صعوبة الهدف. وأن تكون كمية التعزيز مناسبة لاحتياج الطالب. (الخطيب ج.، 1990)

2.1.2.3.3الإطفاء:

يهدف اجراء الإطفاء إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه، ووقف حدوثه، واحتمالية حدوثه في المستقبل، وإذا تم تطبيق إجراء الإطفاء بانتظام، فإن السلوك غير المرغوب ينخفض معدله. (زريقات، 2007)

فتدريب الوالدين على تقنية الإطفاء تساعدهم على إيصال رسالة تربوية للطفل مفادها أن هذا سلوك غير مرغوب فيه لن ينال أي اهتمام أو انتباه طالما استمر في ممارسته.

وتشير الدراسات إلى فاعلية استخدام هذا الأسلوب. حيث قام Patterson &Reid (1973) بدراسة "هدفت إلى فحص فاعلية التدريب السلوكي للآباء على تقليل السلوكيات المستهدفة لدى أطفالهم، حيث تكونت عينة الدراسة من (22) أبا تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين تراوحت أعمار أطفالهم (5 . 12) سنة، ولديهم مشكلات متعددة كالعدوانية، وعدم الطاعة. تضمن البرنامج (08) جلسات، وأظهرت النتائج أن هناك نقصا دالا في معدل تكرار السلوكيات المستهدفة في القياس البعدي، بلغ 64% عن المستوى القاعدي القبلي لدى آباء المجموعة التجريبية. ولقد أشار آباء

المجموعة التجريبية إلى حدوث تغيرات إيجابية في سلوك أطفالهم أكثر مما كانوا يتوقعون" (عتروس، 2013، ص220).

3.1.2.3.3. النمذجة:

يعرفها Ratcliffe& Swiezy (1994، 24) أنها "إعادة بناء مبسط للوضع الحقيقي يخلو من التعقيد، ويساعد المتدرب على تعديل سلوكه وتقويمه نتيجة ملاحظة سلوك شخص آخر". (ورد في علي، ووهدان، 2015، ص319)

ويشير مفهوم النمذجة إلى كافة مظاهر التغير في السلوك، والتعلم الذي يحدث من خلال ملاحظة الآخرين. وفي هذا الاجراء فإن الوالدين أو أحدهما يقوم بنمذجة السلوك المرغوب فيه، وعلى الطفل المصاب بالتوحد الذي يمارس السلوك المستهدف أن يلاحظ ويقلده.

فالنمذجة هي التشكيل وفق النموذج، بمعنى أن يقلد فرد سلوك فرد آخر على نحو يعكس معنى هذا السلوك وإن كان سلوك الطفل يتشكل وفق سلوك والديه فإنه يحاكي هذا السلوك ويقلده. ومن خلال السلوك والأفعال يؤدي الوالدان دور النماذج والأمثلة نظرا لأن الأطفال ينظرون إلى والديهم كأشخاص ذوي أهمية يتبعونهم كنماذج ويتعلمون منهم. (المرعب، 2013)

ويرى (2003) Charlop-Christy & Daneshvar أن النمذجة هي "تقنية فعالة في تدريس مجموعة متنوعة من المهارات التنموية للأطفال المصابين" (ورد في علي، ووهدان، 2015، ص319)

كما يرى (2007) Bellini & et al أن النمذجة "تكون فعالة عندما يكون الطفل التوحدي يقظ أثناء التدريب ويستطيع تقليد التصرفات والمهارات المطلوبة، وأن هذه التقنية تساهم في تعزيز التعلم بالملاحظة التي تطورت من نظرية التعلم الاجتماعي والنمذجة، وأن هذا التدخل يساهم في تحسين السلوكيات المستهدفة من خلال الت كراروبتم إلى تعميم المهارات مع مرور الوقت" (ورد في علي، ووهدان، 2015، ص319).

وتؤدي النمذجة والتقليد دورا مهما في اكتساب كل من السلوكيات المناسبة وغير المتكيفة، فالعديد من الأطفال يكتسبون أنماط السلوك الخاصة بهم من خلال ملاحظة وتقليد الوالدين في المقام الأول.

تشير دراسة (علي، ووهدان، 2015) التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على النمذجة في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بمدينة الطائف، وتكونت مجموعة الدراسة من(08)أطفال من البنات من ذوات اضطراب طيف التوحد

تراوحت أعمارهن ما بين (08 إلى 11) سنة، وتم تقسيم عينة الدراسة بالتساوي إلى أربع بنات في المجموعة التجريبية وأربع بنات في المجموعة الضابطة، وتم تدريب أفراد المجموعة التجريبية عبر (26)جلسة بصورة فردية، واستغرق تنفيذ البرنامج التدريبي شهرين تقريباً، وتم تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية عقب التدريب مباشرة وأيضا خلال القياس التتبعي بعد مرور ثلاثة أسابيع، وتوصلت النتائج إلى تحسن بعض المهارات الاجتماعية المتمثلة في (التعبير الانفعالي – الحساسية الانفعالية – الضبط الانفعالي– التعبير الاجتماعي– الحساسية الاجتماعية– الضبط الاجتماعي) التي تم التدريب عليها عقب التدريب مباشرة وخلال القياس التتبعي.

4.1.2.3.3 مهارة المشاركة الفعالة:

يعد تدريب الوالدين على المشاركة الفعالة مع الطفل من أهم المهارات التي تساعد على إعطاء نتائج أكثر فاعلية في تحسين المهارات الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد، ذلك لأن الوالدين أفضل مصدر للمعلومات عن قدرات وحاجات طفلها، وأكثر تفهما لطبيعة وخصائص التوحد لديه. كما أن الطفل يقضي معظم الوقت مع والديه وفي البيئة المنزلية.

ويذكر حنفي (2007، ص298) تعريف الوابلي لمصطلح المشاركة الوالدية بأنها "تلك الأنشطة بين الوالدين والطفل التي صممت لتعزيز كفايات الآباء والأزواج في دورهم الوالدي"

وقد "طور مكلننهان (1984) نموذج الأسرة المعلمة للأطفال التوحديين مدعما بتدريب الوالدين كمعلمين لأطفالهم في المنزل، وشرائط الفيديو المصممة بالصوت والصورة على تنمية مهارات التحية والمحادثة الاجتماعية والعناية بالذات. وقد ساهم هذا النموذج المطور توفير الجهد الذي يبذله الأخصائيون مع الطفل" (ورد في حنفي، 2007، صفحة 290).

لذا يؤكد هانت ومارشال على كيفية استثمار الطاقات وجهود الأسرة والوالدين، ومعرفة مصادر القوة لديهم، وتشجيعهم على المشاركة من أجل تحسين مستوى الطفل من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأدوار الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم، ويعدل كذلك من فهم لمشاعرهم الذاتية، وزيادة مهاراتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة (حنفي، 2007)، وأهم ما يميز هذه المشاركة هو تعزيز العلاقة التفاعلية في المشاركة بين الوالدين أو أحدهما مع الطفل.

فالمشاركة الوالدية الفعالة مع الطفل مهمة جدا في النمو النفسي السليم، ومن ثم فإن تدريب الوالدين على اكتساب على اكتساب هذه المهارة بجدولة أنشطة إيجابية لقضائها مع الطفل في بيئة

منزلية منظمة، والتركيز على السلوكيات الإيجابية بشكل دوري له بالغ الأثر على الطفل (عتروس، 2013، ص 92).

فالمشاركة الفعالة تزيد من توثيق التفاعل والتواصل الاجتماعي بين أفراد الأسرة والطفل المصاب بالتوحد إذ تفتح قنوات التواصل بين الطفل ووالديه. وللمشاركة الوالدية عدة أشكال فقد تكون عن طريق اللعب أو المشاركة في الأعمال المنزلية مستثمرين في ذلك البيئة المنزلية.

فمشاركة الوالدين مع الطفل في اللعب تعبر عن درجة التفاعل والتواصل الإيجابي الذي من خلاله يستطيع الطفل المصاب بالتوحد تكوين مفاهيم يوظفها بشكل إيجابي لتطوير العلاقات الاجتماعية. فاللعب يعد من أهم الطرق العلاجية التي تساعد بشكل كبير على تنظيم العمليات العقلية والنفسية، وضبط السلوك لدى المصابين بالتوحد. واللعب يعد أحد أهم البدائل العملية التي يمكن أن تساعد في إيصال العديد من المعلومات إلى الطفل وبشكل أكثر بساطة وتشويقا (الجويان، 2008).

وتصف Bandy (2001) اللعب بأنه "الانتقال والتفاعل بين الفرد والبيئة"، ويشير وليد بن هاني (2012) أن اللعب هو نشاط موجه يقوم به الأطفال من أجل تحقيق المتعة والتسلية، ويستغله الكبار عادة ليسهم لتنمية شخصية الطفل بأبعادها المختلفة العقلية، النفسية، والاجتماعية" (ورد في عبد المنعم، 2016، ص101).

وتعتبر الألعاب بالنسبة للطفل شيئا ضروريا لاشباع حاجاتهم، وذلك فيما يخص أو يتعلق بالنمو العقلي والجسمي والنفسي، فاللعب وسيلة تزيد الطفل معرفة لبيئته والمحيط الذي يعيش فيه. ففي مرحلة النمو الاجتماعي يعد اللعب الجماعي وسيلة لتقويم سلوك الطفل. إذ يخضع فيه لعوامل مهمة كالمشاركة الوجدانية، فمن خلال اللعب يتعلم الطفل كثيرا من جوانب الحياة الاجتماعية كمروره بمواقف حياتية تقدم له الفرصة ليتعلم النموذج والأمثلة لتكوين العلاقات المتبادلة كالتعاون، والمشاركة. فلعب الوالدين مع الطفل يؤثر بشكل كبير في تكوينه النفسي والاجتماعي والتربوي، فقد أثبتت الأبحاث التربوية أن يساعد الطفل في اكتشاف العلم، والناس الذين يحيطون به واكتشاف الكثير عن نفسه. كما يوفر اللعب فرصة للوالدين لاكتشاف الكثير من الأمور عن قدرات طفلهما، وميولهم واهتماماته، وسلوكه. إذ ممكن فهم الطفل بشكل أفضل إذا استطاع الوالدين فهم لعبهم. (الوافي، 206)

كما أن اشراك الإخوة في اللعب مع الطفل المصاب بالتوحد لها نتائج إيجابية، وهذا ما أشارت إليه دراسة Reagon& Higbee (2006) بعنوان "التعرف على طرق تعليم مهارات اللعب التمثيلي للأطفال المصابين بالتوحد من خلال الإخوة والنمذجة عن طريق الفيديو، وأشارت نتائج الدراسة إلى

أن الطفل التوحدي بدأ يتصرف بالطريقة نفسها، وقد استطاع أن يعمم تلك النماذج والأفعال في المنزل، وأشارت النتائج كذلك إلى أهمية استخدام الإخوة لمساعدة الأطفال المصابين بالتوحد على التصرف بشكل مناسب من خلال تقليد النماذج المنزلية، والبتي تساعد بشكل كبير على تنمية اللعب لدى الأطفال المصابين بالتوحد" (ورد في الجويان، 2016، ص43)

وأشارت دراسة (عبد الرحمان، 2013) أثر برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وتكيف أطفالهن والتي ضمت عينة الدراسة (16) من الأمهات البديلات العاملات في في مؤسسة الحسين الاجتماعية التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية في منطقة الأشرفية في عمان، (16) طفلا من الذكور تتراوح أعمارهم بين (06 . 10) سنوات من بين الأطفال التي أشفرت عليهم هؤلاء الأمهات بواقع طفل واحد من أطفال كل أم. حيث تم تقسيم العين إلى مجموعتين مجموعة تجريبية (08) ومجموعة ضابطة (08) حيث خضعت المجموعة التجريبية للبرنامج. وأسفرت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في تحسين مستوى الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات ومستوى التكيف لدى أطفالهن. حيث أظهر تحليل التباين المشترك وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات، ومقياس التكيف للأطفال ولصالح المجموعة التجريبية.

ودراسة (عبد المنعم، 2016) فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية وأثره في خفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي، حيث بلغت عينة الدراسة (04) أطفال (02) من الذكور و(02) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين (06. 08) سنوات تم اختيارهم بطريقة عمدية. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات كل من القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في المهارات الحركية، والمهارات الاجتماعية، والقلق لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات كل من القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في المهارات الحركية، والمهارات الاجتماعية، القلق. مما يدل على فاعلية ونجاح البرنامج التدريبي باستخدام اللعب في تنمية المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية وخفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي.

كما أن اشراك الوالدين للطفل المصاب بالتوحد في الحياة الأسرية يساعده في استثمار البيئة المنزلية كبيئة تعليمية خصبة، ويساعده ذلك في اكتساب المهارات الاجتماعية بشكل مباشر. فالعديد من الأولياء لا يشاركون أطفالهم المصابين بالتوحد في الأعمال المنزلية بسبب خصائص التوحد

وسلوكه المختل، بحيث يقتصر دور الطفل التوحدي بأن تلبى احتياجاته، مما يحد من فرصه بالقيام بالمهام المنزلية الروتينية.

فقد قام(1993) ,MacDuff, Krantz, & Mcclannahan بتدريب الآباء على كيفية استخدام جداول الأنشطة المصورة مع أطفالهم التوحديين للمشاركة في أنشطة الأسرة، واعتمد الباحثون في تدريب الآباء على النمذجة، الملاحظة، التغذية الراجعة، واشتملت الأنشطة المصورة على مواقف لوقت الفراغ، التفاعل الاجتماعي، رعاية الذات، والقيام بالأعمال المنزلية. واشترك في هذه الدراسة آباء ثلاثة أطفال تم تدريبهم عن طريق الزيارات المنزلية، ثم القيام بتدريب أطفالهم على كيفية استخدام الجداول المصورة لتعليم أنفسهم من خلال وصف المواد واكمال الأنشطة المصورة. أشارت نتائج الدراسة إلى نجاح الآباء في تعليم أطفالهم إتباع الجداول المصور للأنشطة، ونتج عن هذه المتابعة نقصان في السلوك المضطرب وزيادة التفاعل والمشاركة مع الآخرين.

رابعا: عوائق اكتساب الكفاية الوالدية:

فظلا عن مشاكل الفقر والتخلف والجهل وتقلص دور الأسرة التي تترجم التحديات الكبرى التي تواجهها الممارسات الوالدية في أغلب المجتمعات النامية، توجد جملة من القصور والنواقص التي تؤثر سلبا عن اكتساب الكفايات الوالدية، وتذكر (أحرشاوي، والوناس، 2017، ص76) ما يلي:

1. **الافتقار إلى المرجعية السيكولوجية:** التي تشكل الدعامة القوية لكل تربية والدية فعلى أساس أن النظرية التي يحملها الوالدان عن سيكولوجية أبنائهم، هي المرجع المحدد لأساليبها التربوية، فإن طبيعة هذه الأساليب قد تتوزع بين الصحيحة والخاطئة تبعا لنوعية هذه النظرية. فكلما كانت مبنية على معطيات ومعارف سيكولوجية وتربوية صحيحة، أدت بصاحبها إلى أن يسلك في تعامله مع أطفاله أساليب تربوية تتميز بالمرونة والعقلانية والدفء العاطفي والتأطير الجيد.

2. **الافتقار إلى بيداغوجيا والدية:** والتي تسمح بسيادة الممارسات التربوية المتذبذبة إما بين التساهل أو التسلط، إما بين الإهمال والحماية، وإما بين الرفض والقبول.

3. **محدودية الكفاءة واختزالها عند الكثير من الآباء في الكفاءة العاطفية:** ومن ثم اهمال باقي المواصفات الأخرى لهذه الكفاءة.

إن اختزال التربية الوالدية في سنوات الطفولة المبكرة في الرعاية الصحية أو في التربية السلوكية دون إثارة اهتمام الطفل بالجانب المعرفي والعلمي ودون تمكينه من وسائل التعامل مع مجموعة المعارف التي يتلقاها في مراحل تعلمه. يؤدي إلى عدم تكامل شخصيته وقدراته الفكرية.

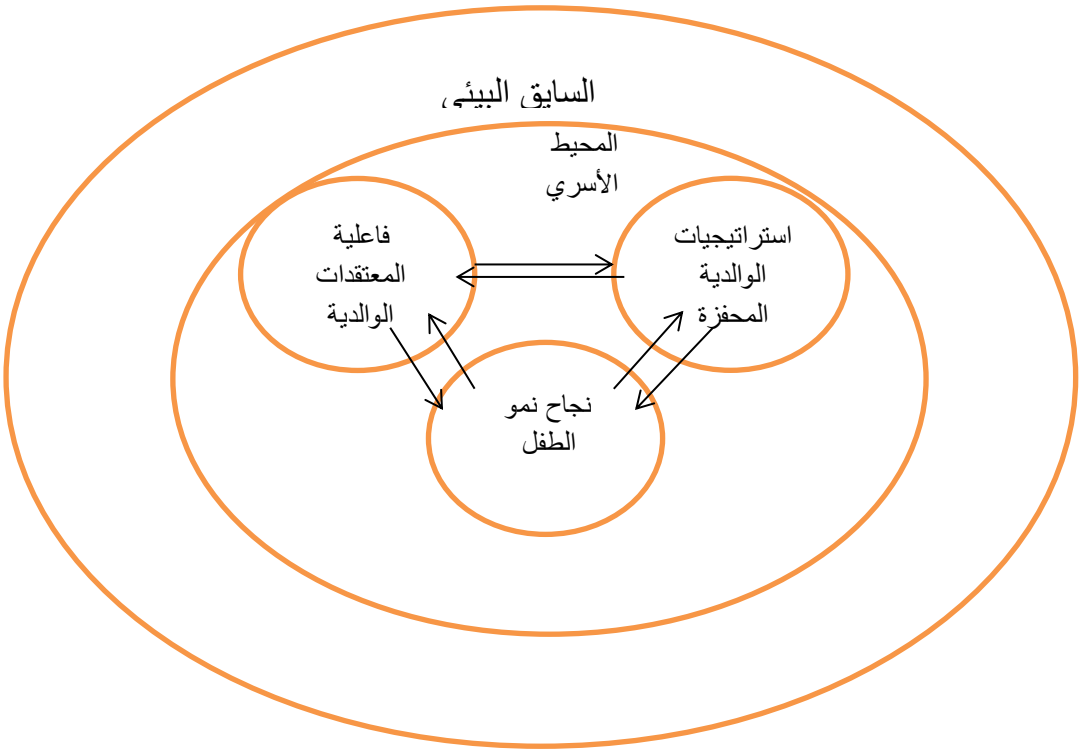
خامسا: أهمية الكفاء الوالدية في تحسين المهارات الاجتماعية:

نادت التوجهات المعاصرة في حقل التربية الخاصة بضرورة اشراك الوالدين مع المدرسة مشاركة فعالة في تقديم البرامج والخدمات التربوية، وحتى يتمكن من تفعيل دور الوالدين، وتحقيق الأهداف المرجوة كان لا بد من رفع كفاءة الوالدين. وذلك ما يستلزم المؤسسات المختصة تهيئة وتدريب وتعليم الوالدين في الجوانب المعرفية والسلوكية والوجدانية. ليمكننا من التعامل مع حالة الطفل المصاب بالتوحد في وسطه الطبيعي الاجتماعي.

إن الأسرة هي البيئة الطبيعية اتي تتعهد للطفل بالتربية والتنشئة الاجتماعية، حيث يعتبر الوالدين فيها رمز السلطة والقدوة للأبناء، ومنظمي النسق الأسري. فالطفل في سنواته الأولى يحتاج إلى الوالدين في تربيته وتنشئته بشكل كبير. حيث يوفر الوالدان علاقة احتضان ورعاية وتنشئة لبناء ثقافته وشخصيته من خلال التعامل المباشر وجها لوجه منذ بداية حياته. لذلك يعتبر وجود الوالدين هو المصدر الأول لطمأنته النفسية والاجتماعية. فالطفل لا يستطيع العيش عيد عن أهله (كرستين، 2003، ص132)

ويرى (2003) Trewin أن الوالدين ذوي الكفاية العالية يميلون إلى استخدام جهود أكثر نجاحا في الانخراط الاجتماعي، خاصة إذا عاشوا في بيئة نابضة بالحياة، وتعمل الاعتقادات الشخصية بالكفاية على التشجيع الوالدين على الانخراط في نشاطات الأبناء، والتي تعد مفيدة لنمو الطفل، فالوالدين الذين يشعران بالكفاية يميلان إلى الانخراط في مجموعة من الاستراتيجيات الوالدية التعزيزية التي تدفع ابنهم إلى الأمام، وتزيد هذه الاستراتيجيات من فرص نجاح الطفل، فضلا على تأثيرها على معتقدات الوالدية بالكفاية مباشرة على نمو الطفل، ويصبح الوالدان قدوة لأولادهم، وبحق لدى الأطفال اعتقادا إيجابيا حول كفايتهم تنعكس إيجابيا على تطو الطفل نفسيا واجتماعيا وتربويا. (ورد في الخطيب 2010، ص13) والشكل التالي يوضع العلاقة بين الكفاية الوالدية ونجاح نمو الطفل.

شكل(3): يوضح العلاقة بين الكفاية الوالدية ونجاح نمو الطفل.



المصدر: الخطيب، 2010، ص14

ومن خلال أسلوب التنشئة الذي يمارسه الوالدان على الطفل المصاب بالتوحد يستطيع من خلالها اكتساب المهارات الاجتماعية باعتبار أن الأسرة هي المحتوى الاجتماعي للطفل فهي منظمة يتصل الواحد منهم بالآخر يؤثر فيه ويتأثر به، وبذلك تنشأ الحياة والاجتماعية ففي الأسرة تنشأ كل العلاقات التفاعلية التي تربط الأفراد في كل متكامل. وتبدأ الحياة الاجتماعية بفعل اجتماعي يتلوه ردة فعل من شخص إلى آخر.

ويذكر حامد زهران أن عملية التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التي ينشأ من خلالها سلوك الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي، ويستدخل ثقافة المجتمع في بناء الشخصية، وتطبع المادة الخام للطبيعة البشرية في النمط الاجتماعي والثقافي، وتحول الكائن البيولوجي إلى كائن اجتماعي، ويدمج الفرد في الحياة الاجتماعية. أنها عملية دينامية (تكامل، وتغيير) تتضمن تعليم المعايير الاجتماعية، والقيام بأدوار اجتماعية، واكتساب الاتجاهات النفسية الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي، والنضج الاجتماعي. إنها عملية تعلم ونمو (السيد، 2013، ص 133)

ويعتمد التفاعل الاجتماعي على آليات التنشئة الأسرية، ويذكرها سهيل (2015، ص272) وهي كالآتي:

1. **الاقتران والتعزيز:** حيث يرتكز التعلم عند الطفل حديث الولادة على الاشباع المشتق من متطلبات حفظ الحياة، فيقترن اشباع الحياة عنده بالأشخاص الذين يقومون برعايته، حتى يصبح مصدر وجودهم مصدر للإشباع.

2. الالتصاق الجسمي بالأم: مما يعطي للطفل الشعور بالاطمئنان، فيزيد تعلقه بها وتعلقها بها. ويعطي فرصة أكبر للاتصال اللفظي وغير اللفظي.

3.تذويب الثقافة الاجتماعية: من خلال تكرار الأطفال للتصرفات التي يعززها الوالدان حتى تصبح هذه التصرفات قواعد ذاتية لا يحتاج إل تعزيز خارجي كي يستمر.

4. التقليد والنمذجة: إذ يعطي الأطفال بعض الأشخاص المحيطين بهم كالوالدين والأخوة الأكبر قيمة خاصة، فيعملون كنماذج يقلدها الطفل.

5.الجماعة المرجعية: إذ يستخدم الطفل معايير الأسرة للحكم على مدى صحة تصرفاته ومعتقداته.

وقد يوظف الطفل العادي هذه الآليات بشكل آلي عكس الطفل المصاب بالتوحد الذي يولد بخصائص معينة تتطلب من الوالدين استراتيجيات (معرفية، وجدانية، سلوكية) فعالة واستثمار البيئة الأسرية في ذلك، فالوالدين والأسرة من العناصر الأساسية التي تؤثر تأثيرا كبيرا في شخصية الطفل المصاب بالتوحد، فالعلاقات السائدة في الأسرة بين الوالدين والطفل بشكل عام تحدد بدرجة كبيرة شخصيات الأطفال. ويتفاعل الطفل مع مجتمع الأسرة أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره

ويؤكد Hertery (1995) أنه "يمكن التنبؤ بالسلوكيات الاجتماعية والأكاديمية للأبناء وذلك من خلال المعاملة الوالدية الإيجابية. فأساليب التفاعل بين الطفل وأبويه، والمترتبة على اتجاهات التنشئة الاجتماعية تحدد قدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه، وإليها يرجع الفضل الأكبر في الاشراف على نمو الأبناء وتحديد وتوجيه الملامح الأساسية للنمط السلوكي الذي ينتهجونه عبر مراحل النمو المختلفة، وبقدر النجاح في الأداء الوظيفي الأسري تحقق الوالدية غايتها، بل وتصل إلى درجة عالية من الفاعلية والتميز. فالكفاءة الوالدية داخل الأسرة لها أثر كبير في تعزيز دافعية الأبناء للتعلم، وهناك علاقة ارتباطية بين الوالدية السلبية والدافعية المنخفضة للأبناء" (ورد في عامر، 2015، ص711). ويعتبر Wehmeyer (1999) أن "الاندماج الأسري وتفاعل الأشقاء مع بعضهم البعض له أثر كبير في قدرة الأبناء على التخطيط والانجاز للأعمال التي يكلفون بها" (ورد في عامر، المرجع السابق، ص711).

ويقود الحديث هنا إلى أهمية دور كل من التنشئة الاجتماعية بإشراف الوالدين داخل مؤسسة الأسرة والتعلم كعاملين ساميين في اكساب الفرد السلوك الاجتماعي بصفة عامة، وتحسين المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد.

خلاصة الفصل

إن وجود طفل مصاب بالتوحد يدفع الأسرة إلى تحمل الكثير من الأعباء والضغوط النفسية، مما يستنزف طاقة الوالدين الصحية، النفسية، والمادية في تلبية احتياجات الطفل، وفي هذا الإطار وجب في بادئ الأمر الالتفات إلى احتياجات الوالدين باعتبارهما المسؤول الأول على الطفل، والوسيط الفعال بين الطفل والمختصين، والهدف من ذلك تفعيل دور الوالدين، وتحقيق الأهداف المرجوة مع الطفل.

وفي هذا الشأن يعد ظهور الكفايات الوالدية من أهم المصطلحات التي تساعد في اعداد الوالدين كمشاركين في علاج الطفل التوحدي في البيئة الطبيعية، وذلك من خلال تطوير مهاراتهم في التعامل مع الطفل وتعليمه من خلال تعريفهما باحتياجاته وسبل اشباعه، وبكيفية توفير الخبرات والمواقف والأنشطة التي تستثير حواسه، وتنشط استعداداته المتبقية وزيادة معدل تعليمه في بيئته الأسرية.

الفصل الرابع: المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد

أولا: اضطراب طيف التوحد

1. **تعريف اضطراب طيف التوحد.**
2. **تشخيص اضطراب طيف التوحد.**
3. **الوصف العام لاضطراب طيف التوحد**

ثانيا: المهارات الاجتماعية.

1. **تعريف المهارات الاجتماعية.**
2. **مكونات المهارات الاجتماعية.**
3. **مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية ومصادره.**
4. **أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد.**

ثالثا: مظاهر نمو (تطور) المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي.

رابعا: تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية.

خامسا: دور الأسرة في تدريب الطفل التوحدي.

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على الأداء العام للطفل. فهو يؤثر على القدرات المعرفية والاجتماعية والنفسية، إذ تعتبر العيوب الانفعالية والاجتماعية هي الأساس. فالطفل التوحدي يخفق في تطوير العلاقات الاجتماعية ومهارات التواصل، ونتيجة لذلك تم الاهتمام بالمهارات الاجتماعية كحاجة أساسية للطفل والسعي نحو اكتسابها وتطويرها من خلال مشاركة الوالدين في عملية التكفل.

أولا: اضطراب طيف التوحد

1.تعريف اضطراب طيف التوحد:

1.1 الدلالة اللغوية لمصطلح التوحد:

التوحد Autisme هو كلمة اغريقية الأصل مشتقة من كلمة " Autos"والتي تعني " الذات"، وكلمة " Ism" تعني الانغلاق. وبالتالي فالتوحد يعني الانغلاق عن الذات (السيد، 2005، ص21)

والتوحد Autisme يرادفه العديد من التسميات، حيث يذكر عمارة ماجد (2008) معناها الانغلاق عن الذات، الاجترارية، الانعزال عن الذات، أما محمد شلبي (2001) يطلق عليه مصطلح الخلوية. أما عبد المنعم حنفي يطلق عليه مصطلح الانشغال بالذات، وأطلق عليه زكريا الشربيني مصطلح اضطرابات التعلق التفاعلي، ويظهر فشل الطفل بإقامة علاقة مع الأم أو الاستجابة لها بأي شمل من أشكال مثل: الابتسامة أو المحاكاة. كما يعرف بالانطواء على الذات (متولي، 2015، ص15).

2.1 الدلالة الاصطلاحية لاضطراب طيف التوحد:

لقد تعددت وتنوعت تعاريف اضطراب طيف التوحد لتعدد النظريات والأبحاث العلمية، وتعدد القائمين على رعاية الطفل التوحدي الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم لعلمية إلا أن معظم التعريفات تركز على صف الأعراض، وفيما يلي سيتم طرح تعاريف اضطراب طيف التوحد حسب تطوره التاريخي.

يتفق معظم المهتمين بالتوحد أن أول من اكتشف التوحد هو العالم Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي في مركز Johns Hapkins الطبي عام 1943 الذي توصل إلى تمييز خصائص مشتركة لأحد عشر طفلا من الأطفال المتخلفين ذهنيا الذين تعامل معهم، حيث لاحظ Kanner أن هؤلاء الأطفال يتميزون بالانسحاب الاجتماعي، وغرابة التعامل مع الآخرين، والتماثل، والقصور

الواضح في التواصل واضطرابات في السلوك اللفظي، ويواجهون صعوبة في فهم المفاهيم المجردة، ماما يعانون من الاضطرابات اللغوية. (خشخوش، 2019، ص40)

ويعرفه (1980) Knoblock بأنه "اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ غير معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. يتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، كما تظهر لديه أنماط شاذة في السلوك، وضعف في اللعب التخيلي" (ورد في القمش والمعايطة، 2009، ص295).

ويعرفه الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض العقلية– الطبعة العاشرة– Who.2007 ICD 10 "بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلاف كيفية التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود ونمطي، ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات. وتتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف، وينتشر بين 10. 15 طفلا في كل عشرة آلاف ولادة حية" (ورد في سهيل، 2015، ص33).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (2006) Autism Society of American (A.S.A) تشير بأن التوحد "اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل، يشمل الجوانب النمائية الثلاثة: الكفاءة الاجتماعية، التواصل، والنمطية المتكررة من السلوكيات والاهتمامات والنشاطات" (ورد في الشخص، 2013، ص 21).

كما يعرفه أبو يوسف (2006) بأنه "إعاقة أو اضطراب نمائي، يتصف الأطفال فيه بالانغلاق عن الذات، والطقوس الشخصية الخاصة غير الطبيعية، وحدوث قصور أو خلل في المشاعر، الانفعالات، الانتباه، التفكير، الادراك، الحواس، حركات الجسم، التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي (ورد في محمد، 2015، ص 16).

ويعتبر الشخص (2013، ص29) اضطراب طيف التوحد بأنه "من الاضطرابات النمائية الشديدة التي تشمل جميع الجوانب النمائية للطفل، وتتضمن مشكلات في عملية التواصل اللفظي وغير اللفظي، ومشكلات في التفاعل الاجتماعي مع وجود أنماط من السلوكيات التكرارية".

أما متولي (2015، ص15) فيعرفه "أنه يمثل شكلا من أشكال الاضطرابات الانفعالية غير العادية، ونوع من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال، غالبا ما يظهر في السنوات الثلاث الأولى

من عمر الطفل، وتتمثل في بعض صور القصور والتصرفات غير الطبيعية، وفي النمو الاجتماعي العاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة".

وتشير بعض الدلائل السائدة إلى ان اضطراب طيف التوحد هو نتاج خلل وظيفي في المخ، وليس نتاجا لأية تأثيرات بيئية أو عاطفية، بمعنى أنه ينتج عن اضطراب عصبي، يؤثر على الطرق التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ، مسببة مشكلة في المهارات الاجتماعية التي تتمثل في عدم القدرة على اللعب، واستخدام وقت الفراغ، مع عدم القدرة على التطور والبناء (خالد، 2017، صفحة 06).

أما بالنسبة للدليل التشخيص الاحصائي في طبعته الرابعة والخامسة (Diagnostic and Statistical Manual of Adults Disonder) فيعرفه كالتالي:

يشير الدليل التشخيصي الاحصائي الربع (DSM4) إلى أن اضطراب التوحد هو اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي، سماته الأساسية وجود نمو غير طبيعي أو قصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل وأنشطة مقيدة وتكرارية.

يشير الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM5) إلى اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي، يظهر في صورة قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، مع وجود أنماط من السلوك النمطي التكراري. ويحدث ذلك خلال فترة النمو المبكرة للطفل (العجمية، 2015، ص67).

نلاحظ أن اضطراب التوحد بعد سنوات من البحث شهد تعديلا منذ سنة 2013، حيث توصل الباحثون إلى تسمية التوحد باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM5). فمصطلح طيف يشير إلى مجموعة كبيرة من الأعراض ومستويات الشدة، ويستخدم مصطلح طيف التوحد (Autisme Spectrum Disorders) مرادفا مع مصطلح اضطرابات نمائية شمالة للإشارة إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك جميعها في صفات الاضطراب، وهي العلاقات الاجتماعية وإحدى أو كلا الصفتين التاليتين: تأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل. (العجمية، 2015، ص 25)

وفي الدراسات العربية لم يتم الاتفاق على مصطلح عربي موحد للتعبير عنه، فهناك من ترجمه بالذاتوية مثل طه وآخرون (1993)، وعبد الغفور (1999)، وهناك من ترجموه بالاجترارية أمثال الدسوقي (1988)، والشخص والدماطي (1994)، بينما ترجم بعض الباحثين هذا المصطلح بالتوحد

فؤاد, (2001), خطاب (2004) وفي الدراسة الحالية تم استخدام مصطلح اضطراب طيف التوحد كما جاء في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM5).

2. تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD):

إن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكثر الصعوبات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة, لذلك وجب القيام بعملية التشخيص ضمن برنامج متكامل يتم اعداده من طرف فريق متعدد التخصصات، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية، الحسية، الحركية، العقلية، الانفعالية، والاجتماعية، حتى تظهر جوانب القصور والضعف بدقة من أجل التكفل الجيد بالطفل وتنمية جميع قدراته النمائية الأخرى إلى أقصى حد ممكن في نفس الوقت، بحيث لا يتم الاهتمام بناحية دون الأخرى ، ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد، والذي يشمل جميع مظاهر التوحد (القمش، 2010، ص103).

1.2 تحديات عملية التشخيص:

ذكر الزارع (2010) الصعوبات التي تواجه فريق تشخيص اضطراب طيف التوحد، ولخصاها في النقاط التالية:

- تشابه خصائص اضطراب طيف التوحد مع اضطرابات أخرى.
- عدم تجانس الأطفال التوحديين في القدرات والخصائص.
- وجود اضطرابات أو اعاقات مصاحبة لاضطراب طيف التوحد.
- نقص في تأطير المؤهلين في تشخيص هذا الاضطراب.
- قلة أدوات القياس والتشخيص، وصعوبة تطبيق الاختبارات المقننة لقياس القدرات العقلية على الطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

2.2 اضطراب طيف التوحد حسب تصنيف الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM5): إن التشخيص عملية تهدف إلى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص، وذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة. فالدليل التشخيصي الاحصائي (DSM5) مرجعية تشخيصية لكثير من المختصين في مجال الصحة العامة والنفسية والتربوية، كما يشكل أيضا أداة للبحث والاحصاء. فالدليل التشخيصي الاحصائي الطبعة الخامسة اهتم بتشخيص الأطفال تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات

وقد تم في الدراسة الحالية الاعتماد على المعيار الأول الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM5) في بناء أداة الدراسة لتشخيص المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي واختيار العينة.

نشأ الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM) من طرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) سنة 1844 بهدف تسهيل التواصل وتوحيد اللغة بين أطباء الأمراض العقلية والمختصين في علم النفس والتربية الخاصة من أجل تشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية، وتطور الدليل عبر خمسة اصدارات، ففي سنة 2013 تم اصدار النسخة الخامسة منه. حيث تم الانتقال من DSM4 إلى DSM5 (خشخوش، 2019، ص55)

الجدول (01): يوضح تطور تصنيف التوحد حسب الدليل التشخيصي الاحصائي DSM

DSM1	1952	**يندرج ضمن الفصام الانعكاسي . النوع الطفولي.**
DSM2	1968	يندرج ضمن الفصام . النوع الطفولي.
DSM3	1980	اضطرابات النمو . التوحد الطفولي. . اضطرابات النمو التي تبدأ في الطفولة. . اضطرابات لا نمطية للنمو.
DSM3-R	1987	اضطرابات النمو الشاملة: . اضطراب التوحد. . اضطراب النمو غير المحدد.
DSM4	1994	اضطرابات النمو الشاملة: . اضطراب التوحد. . متلازمة اسبرجر. . زملة ريت. . التوحد اللانمطي(الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد). . اضطراب الطفولي التفككي أو التحللي.
DSM5	2013	اضطراب طيف التوحد.

المصدر: خشخوش، 2019، ص55

من خلال الجدول نجد في النسختين الأولى للدليل التشخيصي (DSM) والثانية لسنتي 1952 و1968 تم تصنيف الأمراض وفق البنيات العصبية والذهانية نظرا لتأثرهم بعلم النفس المرضي

التحليلي. أما الاصدار الرابع فكان وفق مقاربة تصنيفية Catégorielle والتي تصنف وتوزع الأمراض العلية لأنواع وفق معايير محددة، حيثDSM4 صنف التوحد ضمن الاضطرابات المشخصة عادة في مرحلة الطفولة الأولى والمراهقة، وفي هذا الصنف نجد اضطرابات النمو الشاملة (TED) والتي تتضمن خمس اضطرابات وهي: اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، زملة ريت، التوحد اللانمطي(الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد)، واضطراب الطفولي التفككي أو التحللي. أما الاصدار الخامس فكان وفق مقاربة بعدية Dimensionnel وفق continum ليشمل مختلف الحالات، وشدة الأعراض (خشخوش، 2019، ص55).

3.2 التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة:

1.3.2 استخدام تسمية تشخيصية واحدة:

تتضمن المعايير الجديدة توظيفا لمسمى واحد وهو "اضطراب طيف التوحد" للتوحد الكلاسيكي، متلازمة اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في DSM4. حيث تم جميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها، كما تتضمن المعايير الجديدة اسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة اعداد هذه المعايير الجديدة، يكمن في أن هذه الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها، وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، ودرجة الذكاء لأفرادها (العجمية، 2015، 24).

لذا فإن الدليل عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها.

2.3.2 التشخيص استنادا لمعيارين بدلا من ثلاثة معايير:

حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لـ:

- معيار القصور في التواصل الاجتماعي Social communication والتفاعل الاجتماعي Social Interaction .
- الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية. (خالد، 2017). ويكمن الفرق بين DSM4 وDSM5 هو أنDSM4 كان يستخدم معيارا ثالثا وهو: القصور النوعي في التواصل.

3.3.2 الاضطرابات المصاحبة:

اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص، وهو شرط لم تذكره التصنيفات السابقة كشرط تشخيصي، وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه (العجمية، 2015، ص 24)

4.3.2 الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية:

تضمنت المعايير القديمة في بعدها الثاني الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن وجدت لدى الطفل، فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحدة من الأعراض الأساسية، وإنما يعتبر من الأعراض المساندة (العجمية، 2015، ص 24).

5.3.2 المدى العمري:

تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشتمل عمر الطفولة المبكرة، والممتدة حتى 08 سنوات. بدلا من المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر 03 سنوات (العجمية، 2015، ص 24).

6.3.2 تحديد مستوى شدة الأعراض:

تشترط المعايير الجديدة على المتخصصين تحديد مستوى شدة الأعراض، وتحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي Level of Support الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية (العجمية، 2015، ص 24).

وتوظف المعايير الجديدة ثلاث مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي، ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تتضمنه المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة. بحيث نجد أن هناك ثلاث درجات لاضطراب طيف التوحد وعليها يحدد قدرات الطفل وإلى أي مدى يمكن تحسينها. كما أنها تحدد طبيعة التدخل العلاجي من طرف المختصين، وهي محددة في الجدول التالي:

جدول (02): يوضح مستوى الشدة وأعراض اضطراب طيف التوحد

المستوى	الاتصال والتفاعل الاجتماعي	سلوكات نمطية تكرارية، واهتمامات محدودة
المستوى 1 : يتطلب مساعدة	عجز في التواصل الاجتماعي تسبب إعاقات ملحوظة. صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية مثل استجابات غير واضحة في للمبادرات الاجتماعية من الآخرين. محاولات لتكوين صدقات غريبة وغير ناجحة عادة.	سلوكيات محدودة وتكرارية يسبب ضرر في التوظيف في سياق أو عدة سياقات، مقاومة عند محاولة وضع حد لسلوكياته النمطية. عوائق في الاستقلالية والتخطيط، ومشاكل التنظيم.
المستوى 02: تطلب مساعدة جوهرية	صعوبة واضحة في الاتصال اللفظي وغير اللفظي . إعاقات اجتماعية واضحة حتى مع الدعم في المكان. بدء محدود في التفاعلات الاجتماعية . ردود منخفضة أو غير طبيعية على المبادرات الاجتماعية التي تبدر من الآخرين,	عدم مرونة في السلوك، وصعوبة التأقلم مع التغيير. سلوكيات تكرارية تظهر بشكل واضح للعيان وتكون عرضية وتتداخل مع مجموعة متنوعة من السياقات.
المستوى 03: تتطلب مساعد جد جوهرية	عجز شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي يسبب إعاقات حادة في الأداء. وجود حد أدنى من المبادرة الاجتماعية إن لم تكن منعدمة.	اهتمام وتكرار مثبت، سلوكات تكرارية يسبب ضرر في التوظيف بشكل معتبر ، قلق بالغ أثناء تغيير الروتين، صعوبة كبيرة في تغيير التركيز أو العمل.

المصدر: الجلامدة، 2016، ص60

وفي الجدول التالي تم تلخيص التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة.

جدول (03): يوضح التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة.

التغيرات	DSM4	DSM5
الفئة	اضطرابات الطفولة الأولى والمراهقة	اضطرابات عصبية نمائية
التسمية	اضطرابات النمو الشاملة: ✓ اضطراب التوحد. ✓ متلازمة اسبرجر. ✓ زملة ريت. ✓ التوحد اللانمطي(الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد). ✓ اضطراب الطفولي التفككي أو التحللي.	طيف التوحد ✓ يتطلب مساعدة. ✓ يتطلب مساعدة جوهرية. ✓ يتطلب مساعدة جد جوهرية
معايير التشخيص	✓ معيار القصور في التواصل الاجتماعي Social communication والتفاعل الاجتماعي Social Interaction ✓ الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية. القصور النوعي في التواصل.	✓ معيار القصور في التواصل الاجتماعي Social communication والتفاعل الاجتماعي Social Interaction . ✓ الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية.
المدى العمري	03 سنوات	عمر الطفولة المبكرة (08 سنوات)
الاضطرابات المصاحبة	اللجوء إليها عند الحاجة الميدانية	تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة. الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية،

		اضطرابات السلوك، الكتاتونيا.
الاستجابات غير الاعتيادية للمداخلات الحسية	من أحد الأعراض الأساسية في التشخيص	عرض مساند.

المصدر: الخالدي، 2018، ص134

4.2 معايير التشخيص وفق تشخيص DSM5:

ذكرت الجلامدة (2016، ص ص183.181) أن الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس DSM5-APA 2013 أورد خمسة محكات لتشخيص اضطراب طيف التوحد وهي:

1.42 صعوبات في الاتصال والتفاعل الاجتماعي حاليا أو في تاريخ الحالة (3 من 3 أعراض):

حيث تكون هذه الأعراض معاشة حاليا أو في تاريخ الحالة، ولتأكيد هذه الأعراض وجب وجود 03 من 03 الأعراض التالية:

1.1.4.2 عجز في التبادل الاجتماعي والانفعالي: يتراوح من نهج اجتماعي شاذ وفشل في الحديث المنخفض بمشاركة الاهتمامات والانفعالات، وانعدام الاستجابة مع نقص كامل في البدء بتفاعلات اجتماعية.

- استخدام الاخرين كأدوات للحصول على ما يريد.
- فشل في الاستجابة عندما ينادى باسمه أو عندما يتم الكلام معه مباشرة.
- لا يبدأ بالحديث ولا يشارك اهتمامات الاخرين.
- نقص في البدء بتفاعلات اجتماعية حيث يبدأ فقط عندما يحتاج مساعدة...

2.1.4.2 قصور في السلوكيات التواصلية اللفظية غير اللفظية: وتتراوح في الضعف في الواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال الشذوذ في النظر بالعين ولغة الجسد أو قصور في عدم الفهم واستخدام التواصل غير اللفظي إلى النقص الكلي في التعابير الوجهية والإيماءات.

- ضعف في الاستخدام الاجتماعي للتواصل بالعين.
- ضعف في استخدام وفهم وضعية الجسم(مثل يشوح بوجهه عن المستمع)
- ضعف في استخدام وفهم الإيماءات مثل (التأشير، أو يلوح بيده، أو يهز رأسه)
- حجم غير طبيعي لطبقات الصوت، والإيقاع ، ونبرة الصوت في الكلام.

- ضعف في فهم واستخدام التعبيرات الوجهية، ونقص في التعبير عن المشاعر..

3.1.4.2 قصور في تنمية العلاقات والمحافظة عليها: مما يتناسب ومستوى النمو ويتراوح ذلك من صعوبات في السلوك التكيفي ليتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال صعوبة المشاركة في اللعب التخيلي وتكوين الصداقات إلى غياب واضح باهتمامات الناس.

- صعوبة في تكييف السلوك ليتناسب مع السياقات الاجتماعية، كالتعبير الانفعالي غير المناسب كالضحك أو الابتسامة خارج السياق.
- صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي، ضعف اللعب التخيلي مع الأقران، ويشمل ذلك الدور الاجتماعي في اللعب (العمر الزمني يكون أكبر من 4 سنوات)
- صعوبة في تكوين الصدقات، فهو لا يحاول تأسيس صداقات، وانعدام اللعب التعاوني لديه.
- غياب الاهتمام بالآخرين، لا يحاول جذب انتباه الآخرين، يتعامل مع الآخرين بشكل محدود.

2.4.2 سلوكيات تكرارية واهتمامات محدودة حاليا أو في تاريخ الحالة (من 2 إلى 4أعراض): حيث تكون هذه الأعراض معاشة حاليا أو في تاريخ الحالة، ولتأكيد هذه الأعراض وجب وجود 02 من 04 الأعراض التالية

1.2.4.2 النمطية وتكرار الكلام، ونمطية الحركات، ونمطية استخدام الأشياء(مثل نمطية الحركة البسيطة، اللغة الصدائية، والاستخدام المتكرر للأشياء)،

- الكلام النمطي المتكرر حيث نجد لديه المصادات الوقتية، والمتأخرة، وقد تشمل تكرار الكلمات والعبارات أو الأغاني ...ويقلب الضمائر (كأن يقول أنت بدلا من أنا، يخلط بين الجنسين)
- الحركات النمطية المتكررة كحركات البدء المتكررة (مثل التصفيق، فرقعة الأصابع، الرفرفة، الالتواء) وشذوذ في وضعية الجسم كالمشي على أخمص القدمين.
- الاستخدام النمطي المتكرر للأشياء كاللعب غير الوظيفي بالأشياء، يرتب الأشياء أو الألعاب، يفتح ويغلق الأبواب بشكل متكرر.

2.2.4.2 التمسك المفرط بالروتين، وأنماط طقوسية للسلوك اللفظي وغير اللفظي، والمقاومة الشديدة للتغيير:

- التمسك المفرط بالروتين ك الاصرار والصرامة في اتباع روتين معين
- أنماط طقوسية للسلوك اللفظي وغير اللفظي كطقوس لفظية غريبة كأن يقول شيئا أو أكثر بطريقة معينة أ و يطلب من الآخرين قول أشياء بطريقة معينة.

- مقاومة مفرطة للتغيير، حيث يجد صعوبة في الانتقال من شيء إلى شيء، يبدي ردود أفعال مبالغ فيها للتغييرات التافهة (مثل تحريك قطعة ما على طاولة العشاء)
- التفكير الجامد فهو لا يستطيع فهم نكتة، عدم القدرة على فهم الجوانب الحرفية للكلام مثل كلام السخرية أو المعنى الضمني له.

3.2.4.2 قيود شديدة في الحدة والتركيز، واهتمامات مركزة غير عادية (مثل التعلق الشديد بأشياء غير الاعتيادية، أو الانشغال بالاهتمامات المفرطة والمحصورة)

- لديه نطاق ضيق من الاهتمامات.
- الانشغال بالأرقام والرموز والحروف.
- التركيز المفرط في الأجزاء غير المطلوبة وغير الوظيفية في الأجسام (كأن يركز في عجلات السيارة).

4.2.4.2 إفراط/ تفريط حساسية للمثيرات الحسية أو اهتمام غير معتاد اتجاه

- مثيرات حسية في المحيط (لا مبالاة اتجاه الحرارة، استجابات سلبية اتجاه بعض الأصوات أو الأقمشة، تعلق بالأضواء أو الأشياء التي تدور كالعجلات)
- الانشغال باللمس أو الملمس (ويشمل ذلك الانجذاب أو النفور من المنسوجات).
- في مجال المحفزات الحسية (النظر، الصوت، الرائحة، الطعم) لديه استجابة عالية للمدخلات الحسية (يتضايق للصوت العالي)

3.4.2 ضرورة وجود الأعراض في عمر مبكر: ويمكن أن تظهر الأعراض عندما تكون المتطلبات الاجتماعية تفوق القدرات الشخصية، وتعتبر الطفولة المبكرة هي مرحلة العمر من 08 سنوات فأقل.

4.4.2 الأعراض تحد من التوظيف اليومي: بحيث تؤدي هذه الأعراض إلى ضعف في الجوانب الاجتماعية والمهنية، أو أي مجالات أخرى هامة في الأداء الحالي.

5.4.2 ألا تكون هذه الأعراض ناشئة عن الاضطراب النمائي الذهني، أو التأخر النمائي الشامل: إن الإعاقة الذهنية أو اضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، والوضع التشخيصي المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يكون في التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام. (الحمادي، 2014، ص 39)

3. الوصف العام للطفل التوحدي:

يولد الطفل طبيعيا، وغالبا لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عدد الولادة، وعادة ما يكون الطفل وسيما وذا تقاطيع جذابة، ينمو هذا الطفل جسميا وفكريا بصورة طبيعية سليمة حتى يبلغ سن الثالثة من العمر (عادة ثلاثون شهرا)، ونادرا لا تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة، وظهور الأعراض الفجائي يتركز في اضطرابات المهارات المعرفية واللغوية، ونقص التواصل مع المجتمع، بالإضافة إلى عدم القدرة على الابداع والتخيل (عود، 2018، ص 16). فيلاحظ الوالدين خلل في مهارات التواصل بوضوح، فقد لا يتكلم الطفل، أو يظهر عدم القدرة عن التعبير عن الذات تلقائيا، وبطريقة وظيفية ملائمة. كما يلاحظ عليه عدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون، وعدم القدرة على استخدام المهارات الأخرى إلى جانب المهارات اللفظية لمساعد الفرد على التواصل مع الآخرين. وبالتالي تظهر مشكلة التأقلم مع البيئة.

فيصبح غير مستجيب للبيئة التي يعيش فيها، ونجد الطفل لا يستطيع التأقلم معها. حيث يلاحظ على الطفل عدم القدرة على القيام بعمل وأداء وظيفي بفاعلية، ومن الصعب إدارة الطفل التوحدي بسبب سلوكياته المتجددة. فاضطراب طيف التوحد ليس سلوكيات غريبة وشاذة فقط، ولكنه مجموعة من التناقضات التي تجعل الطفل قلقا وغاضبا، محبطا وخائفا، مرتبكا ومفرط الحساسية. وهذا ما يسبب التصرفات غير المقبولة أو المفهومة من قبل الطفل لأنها الطريقة الوحيدة التي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس غير السارة، فينتهج هذا النمط من التصرفات لمحاولته إيصال رسالة ما للآخرين. فسلوكياته غير العادية تعد محاوله منه لتلبية احتياجاته أو ليعبر عن أحاسيسه أو ما يريده ممن حوله، أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الاحباط (خالد، 2017، ص12).

وأبرز السلوكيات المنتهجة من طرف الطفل التوحدي مقاومة التغيير، لسلوك الاستحواذ النمطي، السلوك العدواني، إيذاء الذات، سلوك العزلة، نوبا الغضب الشديدة، القهقهة، الضحك بصوت عالي، عدم ادراك المخاطر، الانفصال الاجتماعي، عدم العناية بالذات. فالأطفال التوحديين مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والصفات، وربما يكون الاختلاف بين طفل توحدي وآخر أكثر من التشابه بينهما (خالد، 2017، ص12).

علاوة على ذلك فإن الوظائف العقلية لدى الطفل العادي تتطور من خلال التفاعل الاجتماعي وسلوك الاستكشاف، وحيث أن هذا ما يفقده الطفل التوحدي لأنه خلال الفترة التي يجب أن يتطور فيها ذكاؤه من خلال التجارب الجديدة واستكشاف العالم الخارجي، نجد أنه ينسحب من الواقع، ولا يريد

التفاعل والاتصال الاجتماعي لاكتساب الخبرة اللازمة لنمو هذا الذكاء، مما يؤدي به إلى تأخر عقلي (سلامة، 2014، ص34).

حيث تبين أنه عند قياس نسبة الذكاء لديهم (IQ) وجد أن ثلثي أطفال التوحد يتحصلون على درجات أدنى من المتوسط، وأن لديهم عدم القدرة أو عجز الذكاء. وهذا يعني أن لديهم عائق أو إعاقة عقلية بجانب التوحد، حيث أن 70% من أطفال التوحد لديهم تخلف عقلي. أما الثلث المتبقي له نسبة ذكاء في المدى العادي أو الطبيعي. وحقيقة فإن الطفل التوحدي تتراوح نسبة ذكائه من عجز حاد في الذكاء إلى الذكاء العادي (خالد، 2017، ص 27).

ثانيا: المهارات الاجتماعية

1. تعريف المهارات الاجتماعية:

إن مفهوم " المهارة الاجتماعية" ينطوي على مفهومين أساسيين وهما: مفهوم المهارة والصفة الاجتماعية.

1.1 الدلالة اللغوية لمصطلح المهارة:

كلمة مهارة من الفعل "مهرة" أي حذق، والسم منه "ماهر" أي حاذق وبارع، ويقال فلان مهر في العلم أي كان حاذقا به متقنا له (موفق، 2017، ص30) كما تعني المهارة المقدرة على عمل شيء بطريقة جيدة وبدراية وخبرة.

2.1 الدلالة الاصطلاحية للمهارة:

قد ورد في معجم مصطلحات علم النفس 1998 أن المهارة هي قدرة عند الفرد تجعله يتصف بحسن التصرف في عمله بدرجة عالية من الاتقان في القيام بمهام معينة (موفق، 2017، ص31).

وعرف العزاوي (2001) المهارة أنها " قدرة الانسان على القيام بأنشطة تستند أساسا إلى قاعدة معرفية صلبة تدعمها الخبرة والاستعدادات الخاصة" (أبو منصور، 2011، ص 18).

ومن جهة أخرى تشير كلمة "اجتماعي" إلى كل ما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بين الأفراد والجماعات، والمهارة تصبح اجتماعية عندما يتفاعل فرد مع فرد آخر، ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه مهارة ليوائم بين ما يقوم به، وبين ما يفعله الفرد الآخر (موفق، 2017، ص 32).

وعند مراجعة أدبيات البحث في المهارة الاجتماعية يتم ملاحظة غياب الاتفاق حول تحديد تعريف مانع جامع لمفهوم المهارات الاجتماعية، فالاتجاه الأول يعرفها باعتبارها سمة نوعية من سمات الشخص، والاتجاه الثاني يشير إلى الطابع البنائي السلوكي، ويؤكد الاتجاه الثالث على الطابع

البنائي المعرفي، بينما يؤكد المعاصرون على الاتجاه الرابع وهو الطابع التكاملي لبناء المهارات الاجتماعية (سلامة، 2014، ص109).

وفيما يلي سيتم عرض تعريفات المهارات الاجتماعية وفقل للاتجاهات الأربعة.

3.1 تعريف المهارات الاجتماعية كسمة:

ضهر هذا التعريف للمهارات الاجتماعية كسمة في لدراسات الأولى لهذا المصطلح، فتعرف المهارات الاجتماعية وفقا لهذا الاتجاه كسمة نوعية وبارزة من سمات الشخصية، واستعداد عام للاستجابة. وأن هذه السمات تعبر عن أنماط سلوكية عامة وثابتة نسبيا تصدر عن الفرد في موقف كثيرة، وتقوم بدور هام في تحديد سلوكه (موفق، 2017، ص36).

وأشار شمس الدين (1976) إلى أن المهارات الاجتماعية "هي موهبة طبيعية أو مكتسبة مثل البراعة والتفوق في ناحية معينة مثل الموسيقى، السباحة، وكرة القدم" (ورد في الخولي وخير الله، 2008، ص 133).

وعرفها Comps& Slapy (1977) بأنها " القدرة على التعامل مع الآخرين في إطار اجتماعي معين: وبطرق مقبولة اجتماعيا، وذات قيمة اجتماعية. وفي نفس الوقت مفيدة للشخص وذات نفع للآخرين" (الخولي وخير الله، 2008، ص 134).

وذكر الخولي وخير الله (2008، ص134) أن هذا الاتجاه لاقى الكثير من النقد على اعتبار أن المهارات الاجتماعية مجموعة من السلوكيات التي تتحدد وترتبط بالكثير من المواقف. حيث اعترض Mcfall.1982 النظر للمهارات الاجتماعية كسمة ثابتة في الشخصية أو قدرة مركبة وذلك على أساس أن:

نموذج السمة نموذج مانع عديم الكل، مفرط في التجريد، وذو فائدة تجريبية قليلة لتبرير كفايته.

- أظهرت مقاييس سمة المهارات الاجتماعية انعدام العلاقة بينها وبين السلوك في المواقف الطبيعية أو المواقف المصطنعة.

وبناء انتقادات هذا الاتجاه ظهرت اتجاهات أخرى تعتمد على "الموقف" لمفهوم المهارات الاجتماعية.

4.1 تعريف المهارات الاجتماعية في التوجه السلوكي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المهارات الاجتماعية عبارة عن "نماذج سلوكية اجتماعية"، وأبرزهم "هيرزن" حيث ينظر للمهارات الاجتماعية بوصفها دالة لعمليات التشريط الفعال والتعرض للعقاب في مرحلة النمو الاجتماعي (فرج، 2002، ص58).

يرى (1992) Ian &Constance أنها "سلوكيات تحظى بقبول الآخرين، والابتعاد عن السلوكيات التي تلاقى بعدم الاستحسان من طرف الآخرين، ويكون الشخص ماهرا اجتماعيا ما دام قادرا على استثارة ردود أفعال إيجابية من البيئة المحيطة به"(ورد في سلامة، 2014، ص 109).

ويشير عبد الحميد وكفافي (1995) بأنها " أنماط من السلوك مكتسبة تستهدف التأثير في الآخرين". (ورد في سلامة، 2014، ص 109)

كما أشار(1973) Libet &Leuinson إلى المهارات الاجتماعية بأنها "القدرة على تكوين السلوكيات التي تطفأ أو يعاقب عليها الأفراد الذين يميلون إلى اظهار السلوك الأخير يكونون في الغالب غير مؤهلين اجتماعيا" (الخولي وخير الله، 2008، ص 135).

ويشير (1980)Cartldgand &Milburn أن المهارات الاجتماعية هي "قدرة الفرد على اظهار الأنماط السلوكية والأنشطة المدعمة إيجابيا، والتي تعتمد على البيئة، وتفيده في عملية التفاعل الإيجابي مع الآخرين في علاقة اجتماعية متنوعة بأساليب مقبولة اجتماعيا في كل من الجانب الشخصي والاجتماعي، وبالاعتماد على نفسه في حياته اليومية (الخولي و خير الله، 2008، ص 135)

وعرفها (1986)Casles &Glass للمثيرات الاجتماعية "المهارات الاجتماعية مجموعة من السلوكيات الصريحة مثل التواصل البصري، الإيماءات، والاستجابة اللفظية المحددة"(الخولي و خير الله، 2008، ص135)

عموما فإن أصحاب هذا الاتجاه يركز على الجانب السلوكي المقبول اجتماعيا، وهي استجابات مكتسبة، فالطفل ينشأ على تعلم المهارات الاجتماعية من أجل الاتصال بالآخرين.

5.1 تعريف المهارات الاجتماعية في التوجه المعرفي:

قد ظهر هذا التوجه في التعريفات مع بداية الثمانيات، وذلك بعد ذيوعا لمنحى المعرفي في علم النفس. وفي ضوء المنظور المعرفي نادى الباحثون من أمثال(...Mizes, Lad, Mendell) وغيرهم بضرورة الاهتمام بالجانب المعرفي بنفس درجة الاهتمام بالطرح السلوكي، وحجتهم في ذلك من أمثال

Argyle " أن العمليات المعرفية متضمنة في السلوك الاجتماعي ، وأنها جزء لا يتجزأ منه، كما أن المهارة تتطلب معرفة قبل تمثلها" (فرج، 2002).

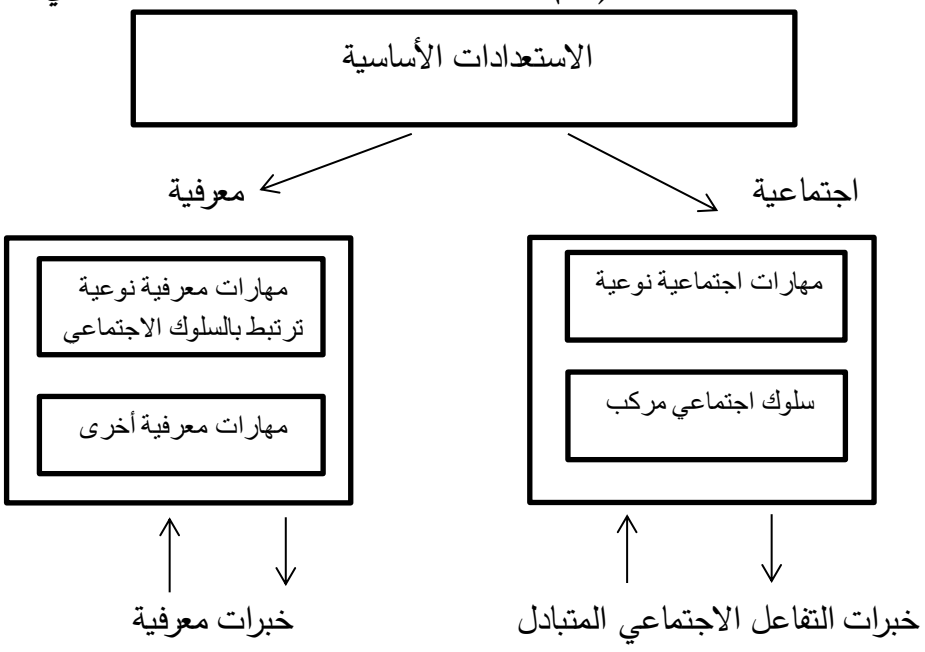
وعرفها (1991) Bucke بأنها "قدرات نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في نواقف محددة، وبالشكل الذي يحقق أهدافا معينة (خشخوش، 2019، ص90).

ويعرفها Hope &Mendell بأنها " قدرة الفرد على أن يتفاعل مع الآخرين بسلاسة وفاعلية، تجعل الآخرين يشعرون معه بالارتياح (فرج، 2002، ص44).

وتعرفها سهير محمد (2002) أن المهارات الاجتماعية " هي قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي مع أقرانه، والاستقلال والتعاون مع الآخرين، والقدرة على ضبط الذات" (سلامة، 2014، 105).

وقد أوضح (1989) Shah &Wing إن المعالجات المعرفية في تفسير الاضطرابات المعرفية يتم في ضوء علاقتها بالتفاعل الاجتماعي، وبنواحي العجز والقصور في هذا التفاعل، وذلك كما هو مبين في الشكل الآتي:

شكل (04) علاقة القدرة المعرفية العاملة بالسلوك الاجتماعي



المصدر:ريجيو، 2005/ 1992، ص07

وقد انتقد تركيز اهتمام أصحاب هذا الاتجاه على الوظائف المعرفية على حساب الجانب الاجتماعي على الرغم ما يمثله هذا الجانب من أهمية بالنسبة للفرد.

6.1 تعريف المهارات الاجتماعية في التوجه التكاملي:

ينظر هذا الاتجاه إلى المهارات الاجتماعية على أنها عملية تفاعلية بين الجانب السلوكي سواء كان لفظي أو غير لفظي، والجانب المعرفي والجانب الانفعالي، وذلك في محيط التفاعل الاجتماعي.

ولعل أشهر التعريفات من منظور التكاملي تعريف (1982),Hasselt & al حيث يرى أن المهارات الاجتماعية هي "مجموعة من الأنماط السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي يستجيب بها الطفل مع غيره من الناس كالإخوة والوالدي، الرفاق، والمعلم. التي تعمل كميكانيزم يحدد معدل تأثير الفرد على الآخرين داخل البيئة الاجتماعية دون أن يسبب أذى أو ضررا للآخرين من حوله" (وردفي الخولي وخير الله، 2008، ص 137).

وعرفها (1983) Mizes &Ladd بأنها "قدرة الفرد على تنظيم المكونات والعناصر السلوكية، ودمجها في سياق فعل، يوجه نحو أهداف اجتماعية بأساليب تتسق مع المهارات الاجتماعية" (ورد في موفق، 2017، ص21).

وقد أوضح (2000) .Vaughnnt &al "أن الكفاءة الاجتماعية تعد مرادفا للمهارات الاجتماعية، حيث يقصد بها التنظيم المرن للوجدان، المعرفة، والسلوك بهدف تحقيق الأهداف الاجتماعية بدون تقييد فرص هداف المستقبلية" (الخولي و خير الله، 2008، ص 139).

ويعرفها المحمدي (2001) بأنها "تلك السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي يتعلمها الطفل، وقدراته على التعبير عن مدى الإيجابية والسلبية والتفاعل مع الآخرين، والتأثير فيهم، ومدى تقبلهم له أثناء المواقف الاجتماعية والشخصية بما يحقق له الوصول إلى هدف معين من خلال استجابته لتلك المواقف الدرامية" (ورد في الشرقاوي، 2016، ص21)

وتعرفها (2011, p. 26) Baghdadli & Dubois بأنها "السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي الناتجة عن العمليات المعرفية والعاطفية التي تسمح بالتكيف مع البيئة المحيطة، فالمهارات الاجتماعية مجموعة من القدرات التي تسمح لنا بمحاولة فهم واستقبال الرسائل المستقبلة من طرف الآخرين عن طريق استخدام وسائل لفظية وغير لفظية".

ولعل أبرز التعريفات الدقيقة والشاملة تعريف (1986) Riggio بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي، واستقبال انفعالات الآخرين، وتفسيرها، والوعي بقواعد وأعراف، وأشكال التفاعل الاجتماعي، ومهاراته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وقدرته على لعب الدور، وتقديم الذات

بالصورة المناسبة في المواقف الاجتماعية. (موفق، 2017، ص 22) حيث قسم Riggio (1986) المهارات الاجتماعية إلى 03 أقسام وهي:

- مهارة الارسال: أو التعبير، ويشير إلى المهارة التي يتصل بها الأفراد معا.
- مهارات الاستقبال: أو الحساسية وعبر عن المهارة التي تفسر بها رسائل التواصل مع الآخرين.
- مهارة التحكم والضبط: وتعبر عن المهارة التي تسمح للأفراد بتنظيم عملية التواصل في المواقف الاجتماعية (موفق، 2017، ص 22).

إن المهارات الاجتماعية في مجملها تعكس توجهات مختلفة، فنجد من يعرفها كسمة في الفرد باعتبارها قدرة خاصة واستعداد لدى الفرد، والبعض الآخر يرى أنها ترتبط بالنماذج السلوكية، وتم تعريفها في ضوء سلوكيات جزئية تصدر عن الفرد، ويمكن ملاحظتها وقياسها. وآخرون ينظرون إلى المهارات الاجتماعية على أنها عملية معرفية، تمثل علاقة وسيطة بين الأهداف والوسائل في المحيط الاجتماعي، وينظر التوجه التكاملي إلى المهارات الاجتماعية نظرة شمولية على أساس أن الانسان جزء لا يتجزأ، فيعرفها في ضوء التفاعل بين الجانب السلوكي (اللفظي، وغير اللفظي) في التواصل مع الآخرين والجانب المعرفي في الجانب الانفعالي والقدرات المعرفية وتوظيفها في محيط التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

وتختلف هذه المهارات باختلاف موقف التفاعل الاجتماعي، كما يختلف مسارها تبعا لاختلاف أهدافها، والاستراتيجيات التي يتم من خلالها تحقيق هذه الأهداف، "ويؤيد ذلك ما توصل إليه K.Bowers من خلال تحليله لأحدى عشرة دراسة، تبين منها أن 13% من التباين يعزى إلى الشخص، و10% من التباين يتعلق بالموقف، و21% من التباين يرجع إلى التفاعل الشخص مع الموقف. حيث تتأثر المهارات الاجتماعية بشخصية الفرد وبمكونات وطبيعة الموقف". (ريجيو، 2005، ص7)

وعليه فإن المهارات الاجتماعية سلسلة متصلة، ومتكاملة من الأنماط السلوكية، والوجدانية، والمعرفية، كل منها يؤثر على الآخر، وييسر اكتساب المهارات الاجتماعية الأخرى أكثر تعقيدا من السابقة, فهي تبدأ بتدريب الطفل واكتسابه المهارات الأساسية في حياته اليومية، لتمكنه من الاعتماد على نفسه في أهم ضروريات الحياة من لبس الملابس، تناول الطعام، وذلك في ظل وجود الآخرين

والتفاعل معهم، وذلك في محيط تفاعله الاجتماعي، وهذه الأنماط السلوكية تصل إلى الاتقان بالتدريب والممارسة (الخولي و خير الله، 2008، ص ص 140،141).

2. مكونات المهارات الاجتماعية:

تم تحديد مكونات المهارات الاجتماعية من عدة اتجاهات، وذلك حسب مرجعياتهم العلمية والفكرية، مما أدى إلى ظهور عدة نماذج تقدم تعريفا لمكونات المهارات الاجتماعية، وسيتم عرض أهمها فيما يلي:

1.2نموذج (1933) Merrel:

تتضمن المهارات الاجتماعية حسب هذه النموذج العناصر التالية:

جدول رقم (04): مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج (1933) Merrel

التفاعل الاجتماعي	مهارة الطفل على تكوين صداقات دائمة والتعبير عن نفسه.
الاستقلال الاجتماعي	قدرة الطفل على القيام بالواجبات الاجتماعية الموكلة إليه، والمحافظة على ممتلكاته الخاصة والدفاع عنها.
التعاون الاجتماعي	مهارة الطفل في مشاركته لزملائه ومساعدتهم في الأنشطة الاجتماعية.
الضبط الذاتي	الامتثال للتعليمات والقواعد الاجتماعية في الأسرة والمدرسة.
الضبط الذاتي	تكوين علاقات إيجابية، والتقبل الاجتماعي.
المهارات الاجتماعية	المهارات المتعلقة بأداء الواجبات المدرسية

المصدر: خشخوش، 2019، ص 96

2.2 نموذج (1981) Meresson:

يرى Meresson أن المهارات الاجتماعية تتكون من ثلاث مكونات رئيسية وهي:

جدول (05): مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج (1981) Meresson

المكونات التعبيرية	محتوى الحديث
	المهارات اللغوية(حجم، سرعة، نغمة الصوت، وطبقاته.)
	المهارات غير اللفظية (حركات الجسم، الاتصال بالعين،

	تعبيرات الوجه).
العناصر الاستقبالية	الانتباه.
	الفهم اللفظي، وغير اللفظي لمحتوى الحديث.
	ادراك المعايير الثقافية أثناء حديث الآخرين.
الاتزان التفاعلي	توقيت الاستجابة.
	نمط الحديث بالدور.
	التدعيم الاجتماعي.

المصدر: خشخوش، 2019، ص 97

3.2 نموذج Reggio (1986): مكونات المهارات الاجتماعية لدى Reggio كالتالي:

جدول (06) مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج(1986) Reggio

مهارات الاتصال اللفظي	التعبير الاجتماعي	القدرة على التعبير اللفظي، ومشاركة الآخرين في المواقف الاجتماعية.
	الحساسية الاجتماعية	قدرة الفرد، وحساسيته وفهمه وادراكه للمعايير والقواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي.
	الضبط الاجتماعي	يرتكز على مهارة لعب الدور، وحضور الذات اجتماعيا ويتميز الأشخاص المرتفعون في الضبط الاجتماعي بالثقة في النفس، والقيام بأدوار عديدة، والتكيف مع المواقف الاجتماعية.
مهارات الاتصال غير اللفظي	التعبير الانفعال	مهارات الأفراد على الاتصال غير اللفظي، خاصة في ما يتعلق بإرسال الرسائل الانفعالية، وقدرة الفرد على التعبير عن مشاعرهعن طريق تعبيرات الوجه، خصائص الصوت، إيماءات الجسم
	الحساسية الانفعالية	القدرة على استقبال وتفسير أشكال التخاطب غير اللفظي مع الآخرين، ويتسم الأفراد ذوو الحساسية الانفعالية بالدقة في تفسير Guese

		الانفعالية الصادرة عن الآخرين.
	الضبط الانفعالي	يقصد بها قدرة الفرد على ضبط ، وتنظيم التعبيرات الانفعالية غير اللفظية، واخفاء انفعالاته ومشاعره تحت قناع معين بما يتناسب مع الموقف الاجتماعي الذي يوجد فيه.

المصدر:ريجيو، 2005/ 1992، ص17

4.2 نموذج هاني (1997):

يلخص هذا الأخير ما ذكره مجموعة العلماء حول مكونات المهارات الاجتماعية في إطار الاتصال الاجتماعي على النحو التالي:

جدول (07): مكونات المهارات الاجتماعية حسب نموذج هاني (1997)

مهارات الاتصال غير اللفظي	**المودة.**	**وتتضمن قبول طرف التفاعل الآخر، ومشاعر الدفء اتجاهه، والحرص على جعل اللقاء ممتعا.**
	الحفاظ على تقدير ذات الطرف الآخر	والمقصود هو الحرص على تجنب ما قد يؤدي إلى الاضرار بتقدير طرف التفاعل الآخر لذاته.
	تجنب صيغة الإلزام	التقليل من صيغة الأمر، والمطالب الكثيرة والمبالغ فيها.
	استخدام كلمة (لا) للرفض بطريقة مناسبة.	
	تجنب تجاوز القواعد: وبالتالي تجنب مقاطعة الشخص.	
مهارات الاتصال غير اللفظي	**حيز بينشخصي:** ويقصد به المسافة التي تفصل بين طرفي التفاعل.	**حيز العلاقات شديد الخصوصية:** يتراوح ما بين الالتصاق البدني الكامل على مسافة من 6 إلى 18 سم، وهو يستخدم في النشاطات الأكثر خصوصية.
		حيز العلاقات الشخصية:

		ويستخدم في الحوار بشكل عادي، وهو أكثر المسافات التي يستخدمها الناس في الحوار. منطقة الراحة.
		الحيز الاجتماعي: ويتراوح من عشرات السنتيمترات، وهي تفصل بين اثنين يعملان معا أو بين الأشخاص في المواقف الاجتماعية.
		الحيز العام: وهو يتراوح من متر إلى عدة أمتار، كما يستخدمها المعلمون والخطباء، مثلا في فالتجمعات.
	خصائص الصوت	نغمة الصوت، ونبرته، ومداه، معدل الكلام، سرعته، تتابع الكلمات، وهي كلها تفاصيل مهمة للرسالة التي نريد توصيلها.
	لغة الجسد	**حركات الجسم:** كحركات ايد، الأرجل والذراعين، وهي كافية لتحديد ما نقوله وما لا نقوله، من كلمات، وطريقة الجلوس. كلها تعزز الرسالة التي ننقلها.
	لغة العيون	أهمها التواصل البصري، إلتقاء العيون، وهي تعكس إشارات غير لفظية، هامة في تحديد كيف نشعر اتجاه شخص ما في موقف ما، وكيف يشعر اتجاهنا هذا الشخص.
	التعبيرات الوجهية	لكل وجه رسائله الفريدة التي هي مؤشرات انفعالية تعكس بوضوح الحالة الداخلية للشخص

		كالغضب، الحزن، الفرح.

المصدر: خشخوش، 2019، ص98

3. مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية ومصادره:

1.3 مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية:

و يصنف(1986) Gresham مظاهر القصور في المهارات الاجتماعية إلى أربعة أصناف، ويذكرها الحميضي (2004، ص64) على النحو التالي:

1.1.3 عجز في المهارة الاجتماعية:

بعض الأطفال ليست لديهم المهارات الهامة للتفاعل بطريقة ملائمة مع زملائهم، ومن أمثلة ذلك فيما يتعلق بالعجز في المهارات الاجتماعية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث نلاحظ أنهم لا يستطيعون الاستمرار في الحديث مع زملائهم أو توجيه تحية لهم.

2.1.3 عجز في أداء المهارة الاجتماعية:

يوجد لدى بعض الأطفال محتوى جيد من المهارات الاجتماعية لكنهم لا يستطيعون أن يمارسونها عند المستوى المطلوب في حياتهم الاجتماعية ويمكن أن يرجع ذلك إلى نقص الحافز أو انعدام فرصة أداء السلوك بشكل مستمر.

3.1.3 عجز في الضبط الذاتي المرتبط بالمهارة الاجتماعية:

هناك بعض الأطفال لا توجد لديهم مهارات اجتماعية معينة تناسب مواقف معينة لأن الاستجابة الانفعالية تمنعهم من اكتساب المهارات الملائمة للمواقف، ومن الاستجابات الانفعالية التي تعيق تنمية مهارات اجتماعية معينة: القلق، والخوف، فالأطفال على سبيل المثال قد يصعب عليهم أن يتفاعلوا مع أقرانهم لأن القلق الاجتماعي أو المخاوف المرضية قد تعوق تفاعلهم الاجتماعي.

4.1.3 قصور في الضبط الذاتي عند أداء المهارة الاجتماعية:

نجد بعض الأطفال لديهم المهارة الاجتماعية ولكنهم لا يؤدون المهارة بسبب الاستجابة الصادرة عن الإشارات الانفعالية ومشكلات الضبط السابقة واللاحقة. وهذا يدل على أن الطفل يعرف كيف يؤدي المهارة ولكن ليس بصفة متكررة ، أي أن الطفل يتعلم المهارة ولكنه لا يظهرها بطريقة دائمة، وهذا ربما يعود إلى الخوف أو القلق أو توقعات الطفل المسبقة حول ردة فعل الآخرين الانفعالية إزاء ما يصدر منه من سلوك لفظي أو غير لفظي.

2.3 مصادر القصور في المهارات الاجتماعية:

قد بذلت جهود كبيرة لمعرفة أوجه القصور في المهارات الاجتماعية وأسبابها عند الأفراد، ونتيجة لذلك تعددت نماذج تفسير أسباب القصور في المهارات الاجتماعية، ومن أمثلة هذه النماذج ما ذكره الدخيل الله (2014، ص14) وهي كالتالي:

1.2.3 نموذج الاشتراط: حسب هذا النموذج، فإن القصور في المهارات الاجتماعية يعزى إلى ضعف تعلمها، والتدريب يسهم في استدراك مظاهر الضعف في تعلمها.

2.2.3 نموذج التغذية الراجعة: يؤكد أصحاب هذا النموذج، أن تعديل سلوك الاجتماعي يتم من خلال التغذية الراجعة، ويرون أن سبب القصور يعزى لتغذية راجعة غير دقيقة في الموقف من مدى تعلم الفرد لتلك المهارة.

3.2.3 نموذج التجريب (الخبرة): يعزو التجريبيون القصور في المهارات الاجتماعية إلى غياب التعرض الصحيح والكافي للخبرات اليومية الناضجة ، حيث يرى أرجايل (1995) أن المهارات الاجتماعية عملية تأقلم مستمر بين المتفاعلين، بحيث الفراد يعدلون من تصرفاتهم باستمرار في المواقف الاجتماعي، ويسهم التنوع في الخبرات الناجم عن التفاعل في تزويد الأفراد بمجموعة متنوعة من المعلومات ذات العلاقة بالتصرف في مواقف محددة، ومثل هذه الخبرات تساعدهم على منح معنى للتواصل مع الآخرين بطريقة ماهرة، كما تبدو في تعابير الوجه ولغة الجسد، ولحن الصوت.

4.2.3 نموذج الغائية: يرى أصحاب هذا النموذج أن تحليل الأهداف اليومية والالتزام بتنفيذها يمدنا بالمعلومات الضرورية لأداء أي مهارة.

مما تم عرضه في النماذج السابقة نلاحظ أن مصادر القصور في المهارات الاجتماعية يرتبط بعدة عوامل منها: عملية التعلم، التغذية الراجعة لما تم تعلمه، ومستوى خبرته في تحقيق أهدافه المرتبطة بموقف محدد، وقدرة الفرد على تحليل أهدافه الاجتماعية ومدى الالتزام بها.

4. أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الحرجة في نمو الفرد، وفي تكوين شخصيته، حيث يتأثر الشخص بالمحيط الخارجي الذي يعيش فيه، فهو يتعامل مع الآخرين بدءا بالوالدين، مرورا بتكوين صداقات مع أفرانه، وانتهاء بالتعاون مع المثيرات البيئية التي تحيد به. ونظرا لأن الانسان لا يستطيع العيش بمفرده نتيجة حاجته المستمرة إلى الآخر لسد حاجته في تحقيق التكيف، والشعور بالأمن، والانتماء، فقد استطاع توفير قنوات اتصال لفظية وغير لفظية تهدف إلى التواصل مع الآخرين.

فالمهارات الاجتماعية تعد بمثابة بوابة عبور الطفل إلى عملية التفاعل مع المجتمع. حيث يعد التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومشاركة الآخرين عوامل مهمة، وضرورية لنمو العلاقات الاجتماعية للطفل من المراحل المبكرة في حياته. لذا توظيف المهارات الاجتماعية بصورة صحيحة في حياته أحد المؤشرات على الصحة النفسية. والعكس بالعكس فإن افتقار الطفل لمثل هذه المهارات يعد عائقا قويا يعرقل اظهار الكفاءات الكامنة لديه يحول دون اشباع حاجته النفسية، ذلك لأن هذه المهارات هي التي تؤهل الطفل للاندماج مع الآخرين، والتفاعل معهم بطريقة إيجابية. (سلامة، 2014، ص109)

وعليه فإن الأطفال المصابين بالتوحد من الأطفال اللذين يمتازون بقصور واضح في المهارات الاجتماعية من مرحلة الطفولة المبكرة، ومهما كانت درجة التوحد لدبهم. فحسب Shopler (1983) فإن "القصور في المهارات الاجتماعية يتطور مع نمو الطفل، وتقدمه في العمر الزمني وصولا إلى مرحلة المراهقة، حيث يسبب لهم فشل واضح في بناء العلاقات الاجتماعية ، وعدم المحافظة على الأصدقاء، ولا يقتصر هذا الفشل في التفاعل الاجتماعي لدى الطفل والمراهق المصاب بالتوحد بل يتعداه إلى مرحلة الرشد" (ورد في خشخوش، 2019، ص103)

لذلك وجب الاهتمام بالمهارات الاجتماعية باعتبارها الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها الطفل للاندماج، والتكيف، فقد تبين أن افتقار الفرد للمهارات الاجتماعية الناجحة تدفعه للانسحاب، الشعور بالعزلة، وعدم التقبل والعجز. وبالتالي تضعف مقاومة الفرد، فينهار وطأة أي ضغوط نفسية، كما تزيد احتمالية تعرضه للاضطرابات النفسية. وذكر خليفة (2006، ص06) أن افتقار المهارات الاجتماعية يترتب عليه تزايد معدلات العنف والعدوان في العديد من المجتمعات، وتؤكد ابراهيم (1993) "أن افتقار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال تؤدي إلى الكثيرة من الاضطرابات السلوكية عند الأطفال مما في ذلك الاضطرابات العصبية والذهنية السيكو فيزيولوجية، ويتمثل القصور في المهارات الاجتماعية العجز عن القيام بالحوار مع الآخرين وعدم القدرة على الاستجابة للتفاعل الاجتماعي" (ورد في خشخوش، 2019، ص94).

وعليه فإن عجز الطفل التوحدي في المهارات الاجتماعية يؤدي به إلى تطوير أعراض شاذة، ونوبات هستيرية من البكاء، والقهقهة كتعبير عن عجزه عن التكيف الاجتماعي. فالمهارات الاجتماعية هي التي تسمح للفرد بسهولة التحرك خلال التفاعلات اليومية.

وفي هذا الصدد تشير بهادر (1992) إلى أهمية المهارات الاجتماعية فيما يلي:

- تعد المهارات الاجتماعية عاملا مهما في تحقيق التكيف الاجتماعي.

- تساعد الطفل التوحدي في التغلب عن مشكلاته وتوجيه تفاعله مع البيئة المحيطة بأوقات فراغه.
- تساعده في تكوين علاقات مع جماعة الرفاق واللعب معهم في حدود طاقته الذهنية والجسمية (ورد في سلامة، 2014، ص 109)

ثالثا: مظاهر نمو المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي

من الملامح الأساسية المميزة لاضطراب طيف التوحد القصور في المهارات الاجتماعية فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعي التي حددها Erickson، وهو الأمر الذي يتبعه بالضرورة حدوث قصور واضح وصارخ في علاقتهم الاجتماعية، وفي مهاراتهم اللفظية، وغير اللفظية. حيث ينسحبون من المواقف الاجتماعية المختلفة (عبد الله، 2008).

ونظرا لافتقار الطفل التوحدي لمثل هذه المهارة التي تعد عائقا قويا يعرقل اظهار الكفاءات الكامنة لديه تحول دون اشباع احتياجاته النفسية، " فذلك الفشل الذي يظهره أطفال التوحد يؤدي بالضرورة إلى صعوبات ومشكلات في طرق التعلم لديهم" (الجويان، 2008، ص14).

ذلك لأن المهارات الاجتماعية هي التي تؤهل الطفل للاندماج مع الآخرين والتفاعل معهم بصورة إيجابية فالتوحد هو خلل تفاعلي تواصلي، وفي بؤرته هو عبارة عن خلل عصبي يؤّدي بالطفل إلى صعوبة في التواصل والتأقلم مع من حوله. وغالبية السلوكيات الظاهرة ناتجة عن الصعوبات.

وبناء عليه فإنه من الضروري معرفة ودراسة مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي من أجل تشخيص الصعوبات والمشكلات التي تعترض تطوره. وبالتالي ارشاد الوالدين لكيفية التعامل مع هذا القصور وإفادتهم من البرامج والخدمات المقدمة لهم من أجل توظيف تلك المعلومات في تحسين المهارات الاجتماعية لدى ابنهم التوحدي.

ويوضح الجدول رقم (08) مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي من منذ الميلاد إلى 60 شهرا، حيث في هذه المرحلة يتم الكشف عن اضطراب طيف التوحد عند الطفل.

جدول(08): يوضح مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ الميلاد إلى06 أشهر

العمر	السداسي الأول (0- 6 أشهر)
مظاهر التطور	غياب التبادل مع الأم، غياب الاهتمام بالأشخاص، عدم اهتمام لوجه الأم وصوتها، غياب التواصل البصري مع الأم
	هدوء ملاحظ، الطفل يبقى صامتا، سلبيا، تقريبا لا يتحرك أو حركة زائدة

	اضطرابات نفس حركية مبكرة يمكن أن يكون:
	صعوبة في تعديل الوضعيات، رخوة عند الطفل hypotonique
	نشاط أقل ومطالب أقل، قابل للاستثارة بشكل كبير، ضعف في التواصل البصري، لا يوجد استجابات اجتماعية
	اضطرابات مبكرة في النوم، بعض الأطفال لديهم أرق حاد: ساعات وهو بنظر إلى السقف، أو قلق مصحوب بهيجان (صراخ متواصل)
	غياب أو فقر في الأصوات
	لا يدير وجهه لمصدر الصوت
	غياب الابتسامة للوجه البشري

المصدر: خشخوش، 2019، ص98

جدول (09): يوضح مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من 06 أشهر إلى12 شهرا

العمر	السداسي الثاني (6 – 12 أشهر)
مظاهر التطور	في هاته الفترة المؤشرات السابقة تثبت (عدم الاهتمام بالأشخاص، صعوبة في ضبط الوضعيات)
	التقبل الاجتماعي يتطور بشكل بطيء، ينزعج من كل شيء في الأغلب.
	صعب أن يهدأ في حال العصبية، ثلث الأطفال يظهرون العزلة، رفض النشاطات والتفاعل، البعض يقبل الانتباه ولكن لفترة قصيرة.
	غياب قلق الانفصال (الشهر الثامن)

المصدر: خشخوش، 2019، ص98

جدول (10): يوضح مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ (12- 24 أشهر)

العمر	العام الثاني (12- 24 أشهر)
مظاهر التطور	المؤشرات تثبت خصوصا عدم الاهتمام بالأشخاص.
	صعوبة في الاهتمام المشترك ونقص سلوكيات الانتباه الذي يتواجد لدى الأطفال العاديين في 9 إلى 14 شهر، عدم استعمال الإشارة بالإصبع لشيء والمحاولة عن طريق النظر للفت انتباه الشخص لذلك الشيء.
	غياب اللعب الرمزي 12-15 شهر.
	اضطرابات اللغة: غياب صوت الرضيع (المناغاة)، غياب استعمال الضمير أنا، أو متأخر أو تكرار مباشر أو متأخر للكلمات.
	لا يلعب مع أقرانه، يفضل اللعب بمفرده.
	عادة يفرقون والديهم عن الغرباء، ولكن يظهرون قليلا من التأثر، يعطون قبلة بشكل آلي إذا تم الطلب منهم، غير مهتمين بالكبار، يفضلون الجلوس بمفردهم، يطورون مخاوف حادة.

المصدر: خشخوش، 2019، ص100

جدول(11): يوضح مظاهر نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منذ 24 شهرا إلى 60 شهرا

العمر	العام الثالث من 24 شهرا إلى 60 شهرا
مظاهر التطور	يفشل في قبول الأطفال الآخرين، يستثار بشكل مفرط ، يفشل في فهم معنى العقاب.
	يفشل في فهم قوانين اللعب مع النظراء، لا يحترم الدور في اللعب، لا يكمل اللعبة.
	يصبح أكثر توجها للكبار من الصغار، ويمكن أن يكون لديه تقبل اجتماعي ولكن التفاعل يظل بسيطا جدا ومن جهة واحدة .

المصدر: خشخوش، 2019، ص100

ويشير الشرقاوي (2018، ص70) أن القصور في المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد يمكن تحديده في ثلاث مجالات:

أ. التجنب الاجتماعي (Social Avoidant):

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي، حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يؤدون التفاعل معهم.

ب . اللامبالات الاجتماعية (Social Different):

يتجنب أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالارتياح عند وجودهم مع أشخاص آخرين.

ج . الارباك الاجتماعي (Socialty Awkward):

يعاني أطفال التوحد من الحصول على الأصدقاء، واعل أبرز أسباب الفشل في استمرارية علاقتهم مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي، فهم لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية، والحفاظ عليها.

كما أشار Canner(1943) إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد، وما زال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماما خاصا، "حيث شدد على أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي العنف والانحراف الاجتماعي Social Déviance، وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء، وأطفال التوحد، وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم Canner. حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملانح المميزة للاضطراب" (ورد في الشرقاوي، 2018، ص78).

وأكد Guldsten & Theiman (2000) إلى "أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون قصورا في المهارات الاجتماعية مثل العجز في المبادأة اللفظية وغير اللفظية، ونقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة الانشغال بالآخرين والارتباط بهم. وعدم التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة، وهذا بدوره يقلل فرصة ممارسة وتعلم المهارات الاجتماعية الإيجابية" (ورد في سلامة، 2014، ص150)

وقد أشارت دراسة Buitlaar (1991) والتي هدفت للكشف عن السلوك الاجتماعي لدى كل من الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المعاقين عقليا، حيث اشتملت عينة الدراسة (10) أطفال معاقين

عقليا، و(14) طفلا مصاب بالتوحد، وتم تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي، مقياس تواصل الانتباه، واستمارة ملاحظة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين لأنهم يتجنبون الآخرين، كما يعانون من قصور في التواصل البصري وتبادل النظرات مع الآخرين. على عكس الأطفال المعاقين عقليا الذين كانوا أكثر تواصلا وتركيزا في أعين الآخرين كما أنهم يستخدمون الإيماءات كجانب تكميلي للكلام عند تفاعلهم (سلامة، 2014، ص152).

وقد بحثت دراسة سيجماند (1998) "التعرف على الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وتكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات، المجموعة الأولى مكونة من (70) طفلا مصابا بالتوحد، المجموعة الثانية تتكون من (93) طفلا من متلازمة داون، المجموعة الثالثة مكونة من (59) طفلا متأخرا في النمو، والمجموعة الرابعة مكونة من (108) طفلا عاديا، وكان العمر الزمني للعينة يتراوح من (1–5) سنوات. وتم استخدام ملاحظة الأطفال في الانتباه واللعب التمثيلي، والاستجابة لانفعالات الآخرين، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد كانوا يعانون من عدم الرغبة في إقامة علاقات أو صداقات مع الآخرين، وقصور في تواصل الانتباه واللعب التمثيلي والاستجابة الانفعالية للآخرين، كما يتجنبون المواقف الاجتماعية والعلاقات التي تجمعهم بالآخرين، ويرفضون التفاعل معهم أثناء أدا المهام أو اللعب. وعلى هذا فهم يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية" (ورد في سلامة، 2014، ص152).

وتوصل(2006) .Wahlen et al "أن العجز الذي يواجه أطفال التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي، والذي يتمثل في فقدان القدرة على اظهار المشاعر، والانفعالات للذات والآخرين، والتصرف بناء على هذا الفهم. حيث ينقص هؤلاء الأطفال القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات، وتنحصر علاقتهم بالآخرين في نطاق تلبية بعض الحاجات الضرورية. فإذا أراد شيئا يأخذ أمه ويوجهها تجاه هذا الشيء، حيث تصبح الأم الوسيلة والأداة فقط دون إقامة علاقة تعبيرية، وهم بذلك لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن أو الفرح سواء بطريقة تعبيرية لفظية أو إشارة جسدية. وهذا ناتج عن عدم قدرته على الانتباه، وصعوبة التقليد" (سلامة، 2014، ص 124).

ويشير Hepburd et al. (2006)"على أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محدودة واستبعاد مثيرا أخرى، والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح محدودة في البيئة" (ورد في الشرقاوي، 2018، ص 174)

ومن حيث أن الأسرة هي بيئة اجتماعية سيكولوجية وتعليمية بها ما يجعل الكفاية الوالدية متغيرا حاسما في تأثيرها على جوانب شخصية الأبناء عامة وعلى الجانب الاجتماعي خاصة. يذكر السيد (2012، ص75) "أن الوالدية تعتبر أصدق تعبيرا عن خلق العلاقات بين الطفل ووالديه، فهي المفتا ح المسؤول عن توفير الأساس الانفعالي والاجتماعي والأمن للأطفال، والذي يساعدهم على تحديد انفعالاتهم والتحكم فيها". وذلك فمن خلال تنمية الكفاية الوالدية (المعرفية، الوجدانية، والسلوكية) تساهم في دفع الأطفال إلى تحقيق النمو المأمول، وتساعدهم على التغلب على مشكلات الحياة.

رابعا: تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية:

إن المهارات الاجتماعية تعد من أهم المهارات التي يجب أن يكتسبها الطفل في مرحلة الطفولة، فهي تساعده على إقامة وتدعيم علاقاته بالآخرين، بينما افتقاره لهذه المهارة يسبب له توافق غير سوي مع البيئة وقد ينتج عليها مشكلات سلوكية أخرى. فقد أوضح Bartram (2007) "أن القصور في المهارات الاجتماعية يترتب عليه العديد من المشكلات السلوكية كالعدوانية والاكتئاب، وهو ما يحول بين الطفل وتوافقه مع الآخرين". (ورد في السلام، 2019، 15)

1. خطوات تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية:

1.1 اختيار المهارات الاجتماعية للتدريب:

إن اختيار المهارات الاجتماعية يعتمد على المهارات التي سوف تعزز ومدى تأثير هذه المهارات على تكيف الطفل، وهذا يعني وجوب اختيار المهارات التي تحصل على تقدير الآخرين وتعزيزهم، ووجوب تحديد النتائج التي لها تأثير على تكيف الطفل داخل المجتمع (خشخوش، 2019، ص 105)، ويتم اختيار المهارة من خلال تعريفه، ومراحل تطورها، الظروف التي تثيرها. كما يراعى في ذلك احتياجات الأطفال وأوضاعهم ومستوى ودرجة اضطراب طيف التوحد لديهم.

2.1 تحديد السلوك المستهدف:

يمثل السلوك لب التحليل للأداء الماهر، ويشير السلوك إلى التصرفات أو الأفعال التي تصدر من الفرد في أي موقف، ويكون السلوك اجتماعيا عندما تكون له علاقة بالآخرين. ويمكن تحليل السلوك من حيث مكوناته الجزئية كمحتوى الجمل، والاتصال البصري، نغمة الصوت في الكلام، ووضع

الجسم. وبناء عليه يمكن القول بأن التصرفات أفعال فردية مجزأة غير مترابطة، تظهر كجزء من مقاس أكبر من مقاييس أنشطة الفرد، وعليه فإن المهارات الاجتماعية تتركب من وحدات هي بمثابة لبنات البناء للأداء في أي موقف اجتماعي يتطلبها (دخيل الله، 2014، ص 40)

ويجدر الإشارة إلى أن تحديد العناصر السلوكية المركبة للمهارة الاجتماعية يتم من خلال عملية تحليل المهام، وتتضمن هذه العملية ما يلي:

1.2.1 تحديد الهدف أو المخرجات المرغوبة من التدريب على المهارة الاجتماعية.

2.2.1 تحديد المكونات السلوكية الأساسية للمهارة الاجتماعية.

3.2.1 صياغة المكونات السلوكية للمهارة كمصطلحات قابلة للملاحظة.

4.2.1 الترتيب المنتظم للأداء السلوكي (دخيل الله، 2014، ص40).

3.1 المبادئ العامة لاكتساب السلوك:

يذكر دخيل الله (2014) أنه لإنجاح التدريب على المهارات الاجتماعية، ويتم الانتقال من المهارة بوصفها سلوكا مكتسبا إلى سلوك مستهدفا بالتدريب عليها. ويجب أن يكون التدريب عليها مبنيا على فهم سليم للمبادئ النفسية التي تحكم السلوك البشري، ومن أمثلة تلك المبادئ ما يحكم تعلم الفرد لأي سلوك في مختلف المواقف، حيث تمثل القاعدة الأساسية للتدرب على المهارة، ومن ذلك:

- أن الأصل في سلو ك الأفراد الاجتماعي الاكتساب عن طريق التعلم، وأن الأفراد لديهم قابلية لتعلمه.
- أن الفهم والاستيعاب من خصائص الأفراد، والخبرة تزيد من هذه القدرة، وهذا يجعل من عملية تغيير طريقة الفرد في الاستجابة للمواقف الاجتماعية المختلفة ممكنة.
- أن الأصل في المهارة الاجتماعية سلوك تم تطويره بعد اكتسابه، فالسلوك يكتسب عبر مراحل نمو الفرد المختلفة، ومن مصادر الاكتساب له التقليد والمحاكات عن طريق الملاحظة لسلوك الآخر كما هو الحال في تقليد ومحاكاة الطفل لوالديه.

ويرى ألبرت (1972) Banduara صاحب نظرية التعلم بالملاحظة، أن اكتساب السلوك عن طريق الملاحظة يتم عبر مراحل:

المرحلة الأولى:

الانتباه والملازمة عند تعلم الفرد عن طريق الملاحظة يلازم من يراه نموذجا.

المرحلة الثانية:

احتباس الخبرة والتدرب عليها، فمجرد ملاحظة سلوك النموذج في سلوكه لا يقود بالضرورة إلى المحاكاة والتقليد ما لم يحتفظ المتدرب بما يلاحظه من سلوك النموذج، وأن يحاول الاتيان بالطريقة نفسها التي تم للنموذج الإتيان بها، وذلك باستخدام تقنية المحاولة والخطأ، وتصويب ما يرتكبه من أخطاء ذاتيا (الدخيل الله، 2014، ص21)

4.1 قياس المهارات الاجتماعية:

إن قياس المهارات الاجتماعية ليس بالمهمة السهلة فهناك الكثير من التحديات التي تواجه الأخصائيون، وهذه التحديات تعود إلى تأثير العديد من المتغيرات مثل الشريك الاجتماعي، والسياق التفاعلي، ومصدر المعلومات أو الخصائص السيكومترية للمقياس، وقد استخدم العديد من الطرق والوسائل لقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد منها:

1.4.1 قوائم الملاحظة المقننة:

من خلالها يتم رصد المهارات الاجتماعية في مواقف متعددة واستخدام معدلات تكرارها أو زمن حدوثها أ حتى متوسطات درجاتها لتحديد درجة العجز في نوع ودرجة المهارات الاجتماعية التي يعاني منها الطفل التوحدي.

2.4.1 قوائم مقاييس التقدير:

هي مجموعة من الاختبارات والمقاييس التي تحتوي على مواقف اجتماعية قد يواجهها في حياته اليومية، وتتطلب سلوكا اجتماعيا ماهرا للتعامل معها، فالأسلوب الذي سيتصرف به المبحوث سيمكن المدرب من استنتاج مستوى مهارته الاجتماعية، واعطاء المبحوث استجابات معينة، ويطلب منه تحديد معدل صدور تلك الاستجابات منه أو تعرضه لموقف معين تتبعه بعدة استجابات بديلة وعليه اختيار احداها، حيث أن كل بديل يعكس مستوى من المهارة (سلامة، 2014، ص117)، ولعل أشهر مقاييس المهارات الاجتماعية ما يلي:

1.2.4.1 مقاييس السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية :

مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيفي، مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، مقياس تقدير المهارات الاجتماعية

2.2.4.1 مقياس ريجيو للمهارات الاجتماعية (1986) Riggo Social Skill Inventory :

ويحتوي على 105 بندا تقيس ست مهارات

3.2.4.1 مقياس Horowetset al, (1987) لمشكلات العلاقات الشخصية :

يقيس المقياس مجموعة من الصعوبات في التفاعلات الشخصية، كمؤشر لنقص المهارات الاجتماعية مثل :العجز عن توكيد الذات، والخضوع، ويتكون المقياس من 127 بندا تقيس العوامل التالية: التوكيد الاجتماعي، الدفاع عن الحقوق، التوجيه والتعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية، تقدير الذات، التعاطف (العجمية، 2015، ص 34)

وفي حالة أطفال التوحد، يمكن أن يجيب على هذه الاختبارات من هم محيطين بالشخص ذلك لأنه لا يمكنه الإجابة مباشرة، حيث يعتبر الوالدين هما مصدرا لجمع المعلومات، والإجابة على الاختبارات والمقاييس. وفي الدراسة الحالية تم بناء مقياس المهارات الاجتماعية اعتمادا على أبعاد الدليل التشخيصي الاحصائي الطبعة الخامسة (DSM5) وذلك بعد الاطلاع على عدة مقاييس في هذا المجال. ويتم الإجابة عليه من خلال أوليائهم.

2. أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية:

فقد حدد ستيفنز وزملاؤه أسلوبين لتعلم المهارات الاجتماعية وهما:

1.2 التعليم المباشر:

وفيه يتعلم الطفل المهارات الاجتماعية بأسلوب تعلم المهارات الأكاديمية نفسه، حيث يستفيد الطفل من التدريس المباشر للمهارات الاجتماعية، حيث أن أطفال التوحد يكتسب الكثير من الاستقلالية، مع تحكم أكثر في الوقت والمكان والتفاعلات الاجتماعية، وتصبح الألعاب تمثل دور "الملقن" للتفاعل الاجتماعي.

إن تعليم المهارات القائم على الاستراتيجية السلوكية وفنياتها فعال في إكساب المهارات الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من العزلة الاجتماعية، ومع هذا فان هناك سلبيات للتدريس المباشر للمهارات الاجتماعية، وهي أن المعايير الموجودة داخل بيئة اجتماعية مستقرة، تختلف عن المعايير داخل بيئات غير مستقرة (العجمية، 2015، ص 36).

2.2 التعلم غير المباشر:

ويتم من خلال التفاعل والارتباط والاقتران بالآخرين من الأهل والأقران، ويذكر الديدري (2005، ص ص 75، 76) أن له ثلاث استراتيجيات وهي:

1.2.2 استراتيجية التعزيز الاجتماعي Social Reinforcement Strategies :

يشير Skiner أن المعززات الاجتماعية أن المعززات الاجتماعية ذات فاعلية في دراسة الاشتراط الاجرائي، ويركز على التغيرات السلوكية التي تحدث نتيجة الملاحظة، والتي تعقبها مكافأة للاستجابات التي تبرهن على نجاحها، ويميل إلى التكرار، بينما تميل الخبرات التي تعاقب إلى التضاؤل، ويتم تعزيز الاستجابة التي تقترب من الهدف ولو جزئيا، حيث تحقق الأهداف المطلوبة.

2.2.2 استراتيجية توقع النواتج Contingeney Contracting Strategies:

تدور فكرة توقع النواتج حول نتيجة تعزيز الخبرات السابقة، فقد يتوقع الطفل أن تصرفات أدائية محددة له ستكافأ بناء على التوقعات السابقة، وهذه الفكرة قامت عليها نظرية Rotter في التعلم الاجتماعي، حيث أكد على التوقعات الذاتية لدى الفرد بشأن النواتج المستقبلية، وعلى القيمة الذاتية للتدعيمات في الموقف النفسي الذي يمر به الفرد، وتتوقف عملية احتمتالية حدوث نوع معين من السلوك على توقعات الفرد التي تتعلق بالنواتج أو المترتبات الناشئة عن سلوكه، وعن القيمة المدركة لتلك النواتج.

3.2.2 استراتيجية النمذجة السلوكية Social Modelings Strategies :

ذكر الدريدي (2005، ص70) أن Banduara (1989) قدم في إطار نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي استراتيجية النموذج للتدريب على المهارة الاجتماعية كما يأتي:

أ. تحديد مفهوم المهارة.

ب. تعريف المهارة.

ج. تقديم النموذج.

ويذكر Charlop-Christy & Daneshvar (2002) أن هناك أنواع للنمذجة وهي:

- **النمذجة المباشرة أو الصريحة:**

حيث يوجد شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك أو يقوم النموذج بهذا السلوك في مواقف فعلية أو رمزية.

- **النمذجة الضمنية:**

وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوكيات التي يرغب المدرب أن يلقنها للمتدرب.

- **النمذجة بالمشاركة:**

وفيها يتم عرض السلوك المرغوب بواسطة نموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب.

ويصنفها Corbett(2003) إلى:

- **النمذجة الحية**

:يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الطفل، وهذا النوع من النمذجة لا يطلب من الطفل تأدية سلوكيات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط.

- **النمذجة المصورة**

يقوم الطفل بمشاهدة سلوك النموذج من خلال الأفلام أو أي وسائل أخرى.

- **النمذجة من خلال المشاركة:**

يقوم الطفل بمراقبة نموذج حي أولاً ثم يقوم بتأدية

الاستجابة بمساعدة وتشجيع النموذج، وأخيراً فإنه يؤدي الاستجابة بمفرده (علي، وهدان، وسربناس، 2015، ص 327).

د. إتاحة الفرصة للتدريب على أداء المهارة، وتكرارها.

هـ. تقييم المهارة، واستخدامها في مواقف الحياة، مع تقييم المهارة بواسطة المدرب، واستخدام التغذية الراجعة.

و. التشجيع على أداء المهارة واتقانها مما يؤدي إلى تدعيم الثقة بالنفس، وحفظ أداء المهارة بالإقناع اللفظي (التعزيز الاجتماعي).

ويضيف ستيفنز وزملاؤه أن عملية هذه الاستراتيجيات تتمثل في الخطوات الثلاثة التالية:

الخطوة الأولى:

تحديد السلوك الاجتماعي المراد تعلمه، وذلك بتعريفه، ومراحل تطوره، والظروف التي تثير حدوثه.

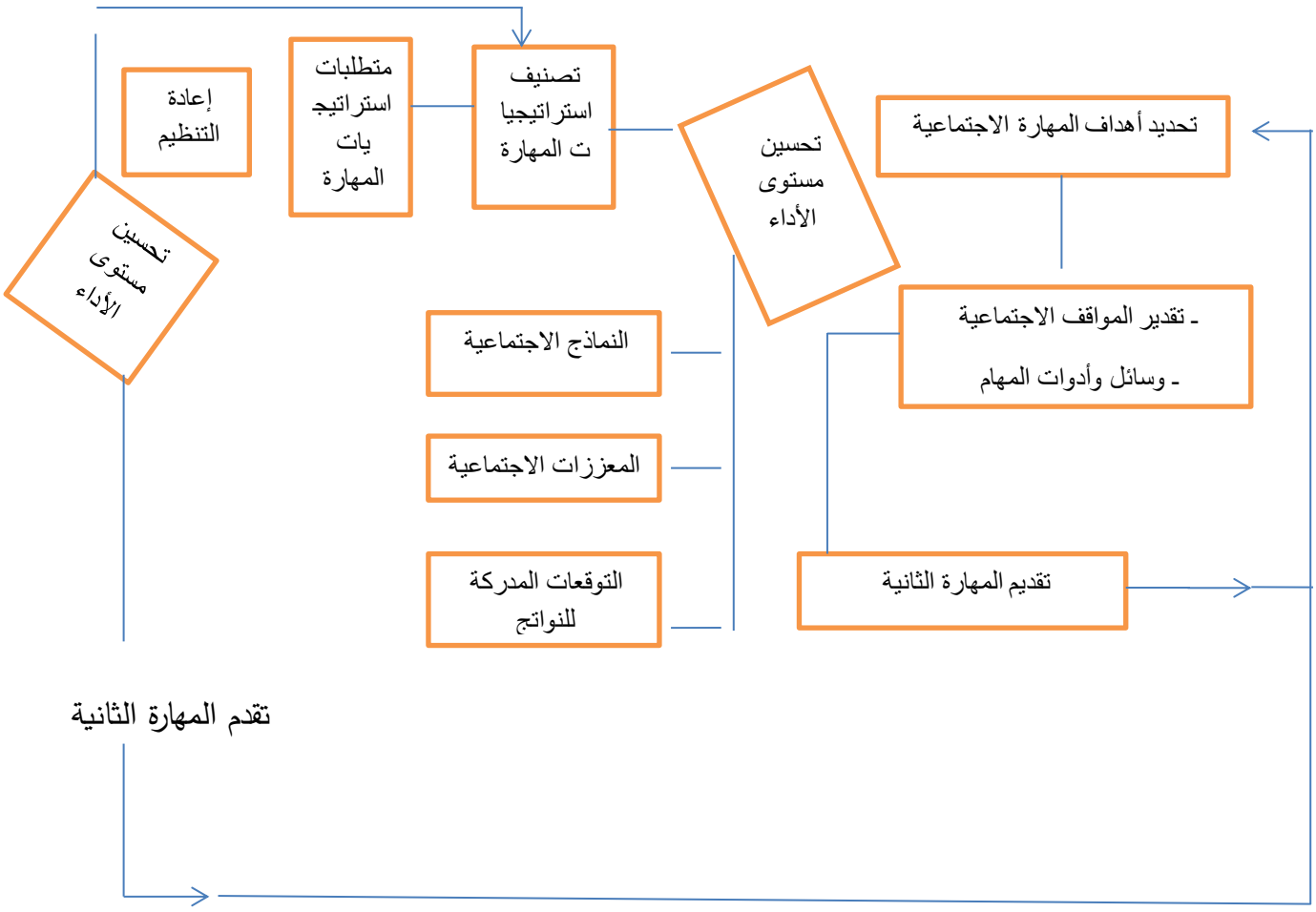
الخطوة الثانية:

تقدير الأهداف السلوكية له، وذلك بتقديم المهارة، وتقدير مستوى الطفل التوحدي فيها، والتي تكون ناشئة من احتياج الطفل لها في المواقف الاجتماعية.

الخطوة الثالثة:

تقديم فاعلية استراتيجية تعلم المهارات الاجتماعية كما هو موضح في الشكل التالي:

شكل (05): يوضح كيفية اكتساب المهارات الاجتماعية حسب الاستراتيجيات الثلاثة

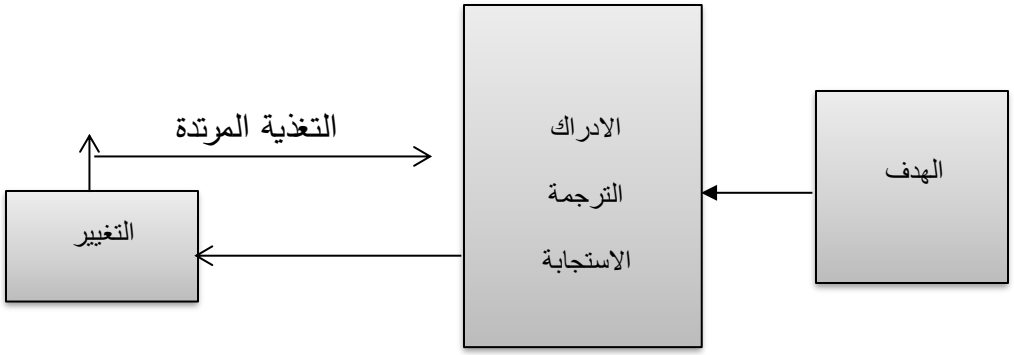


المصدر: الديريدي، 2015، ص76

3.2.2 نموذج Argyle في اكتساب المهارات الاجتماعية:

يبدأ هذا النموذج من تحديد الهدف من المهارة، وقد يكون الهدف منها شرح المعلومات كما في التعلم والتعليم، أو الحصول على بيانات كما في المقابلة، أو تغيير الحالة الانفعالية، ويؤدي الهدف إلى ادراك الموقف عن طريق البيانات السمعية والبصرية التي تصل إلى الفرد من غيره أو من نفسه، ثم تترجم المدركات إلى استجابات متوقعة، ويؤدي نجاح الاستجابة أو فشلها إلى تغيير في موقف الفرد الآخر، وينتقل هذا التغيير إلى الفرد عن طريق التغذية الراجعة، وتصحيح المسار (الديريدي، 2015). وتبدأ السلسة من جديد عن طريق إعادة تقييم المدركات في ضوء ما حدث، وهكذا يستمر التفاعل في تحقق الفرد هدفه. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل(06): يوضح نموذج Argyle للمهارات الاجتماعية



المصدر: دخيل الله، 2014، ص 78

ويمكن للفرد أن يتعلم ملاحظة سلوك الآخرين كما وضحنا سابقا، ومن أهم الفنيات التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارة الاجتماعية وهي: لعب الدور، النمذجة، واللعب التعاوني.

نلاحظ أن البرامج التدريبية ذات المنحى السلوكي في بداية ومنتصف السبعينات، أنها لا تتضمن، ولا تعطي أهمية تذكر إلى مكونات معرفية واضحة، وأن اهتمامه انصب في المقام الأول على تغيير المكونات السلوكية في المهارة الاجتماعية، وقد ادعى العديد من الباحثين مثل: Spence. (1981) Pendleton& Funham إلى ضرورة النظر للمتغيرات المعرفية في المهارات الاجتماعية، والتي تحدد كيف يتصرف الفرد في مواقف التفاعل الاجتماعي، والتي تحدد كيف يتصرف الفرد في مواقف التفاعل الاجتماعيمن منطلق أن فهم العمليات المعرفية الكامنة خلف المهارات الاجتماعية، وهو الدور المنوط بالمنحى المعرفي، فالعمليات المعرفية على حد قول Yardly "متضمنة في السلوك الاجتماعي، وتعد جزأ لا يتجزأ منها" (ورد في فرج، 2002، ص 85).

ومن خلال ما تقدم نلاحظ صعوبة الفصل بين الجانب السلوكي والمعرفي في التدريب على المهارات الاجتماعية، فحين ينتهي المعرفي يبدأ السلوكي، والعكس صحيح، وتفصيل ذلك أن المتغيرات المعرفية تؤثر في تشكيل الجانب السلوكي للمهارة، ذلك لأنه يصعب تصور وجود سلوك بدون جانب معرفي يوجهه أو يعد تنفيذا لترميز وتصور معرفي مسبق. كذلك فإنه عندما يصدر الجانب السلوكي يتلوه المعرفي أيضا كدالة للعائد الناتج عن هذا السلوك من خلال رصد عواقبه ومطابقة مدى تماثلها مع ما هو متوقع معرفيا، وترميز ذلك عقليا لتوجيه السلوك المهاري (فرج، المرجع السابق، ص 86)

خامسا: دور كفايات الوالدين في تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية

خلال العقد الأخير ظهر تغيرا ملحوظا في فهم دور الأسرة والوالدين خاصة في مساعدة الطفل التوحدي، وابتعد البحث العلمي، والأساليب العلاجية عن التركيز عن استكشاف التفسيرات ذات المنشأ النفسي فقط إلى الاهتمام بدور الوالدين وكفاءتهم في تقديم العلاج والتكفل الحسن (سلام، 2019، ص 40)، ولقد نما الادراك المتزايد لأهمية البيئة الأسرية في نمو الطفل وللخدمات المقدمة لأباء الأطفال في وضعية إعاقة، وتفعيل دورهم في مشاركة المهنيين في تقديم الرعاية لأبنائهم، واعتبار ذلك كله جزءا متكاملا ضمن نظم الرعاية والتربية الخاصة بالطفل ذاته نتيجة عوامل كثيرة، لعل أبرزها التحول من النموذج الطبي الذي صب كل اهتمامه على المحددات البيولوجية للنمو سواء في تفسير مظاهر القصور أو علاجه، أما النموذج البيئي والتفاعلي، فيعكس أولها اهتماما ملحوظا بالطفل في سياق الظروف البيئية التي يولد وينمو في إطارها. اما ثانيها فيعنى بالطفل في سياق التفاعل الديناميكي القائم منذ اللحظة الأولى لتكوين الجنين، وبين كل من المحددات البيولوجيو والمحددات البيئية للنمو، وفي هذا الإطار فإن الأسرة تمثل قوة لا يستهان بها في نمو الطفل عموما إن لم تكن أعظم القوى تأثيرا في هذا الشأن (القريطي، 2013، ص 292).

ويؤدي والدي الطفل التوحدي عدة أدوار في حياة ابنهم، حيث يذكر خالد (2017، ص 303) منها:

- التقييم المستمر، وتطور نمو الطفل وسلوكه، وارتقائه من حيث النواحي الصحية والجسمية والنفسية واللغوية والانفعالية والاجتماعية واحالته إلى المتخصصين عند ملاحظة أي قصور، وذلك للمزيد من الفحص والتقييم.
- اعطاء الأخصائيين البيانات الدقيقة الوافية اللزمة عن الطفل، والظروف البيئية بما يساعدهم على تقييم حالته، وتشخيصه بدقة، وتحديد احتياجاته، والبرامج الملائمة لرعايته.
- تطبيق الأساليب الوالدية الإيجابية في تنشئة الطفل ورعايته، قوامها الرضا، التقبل، الواقعية، التشجيع، والمساندة، والنظرة التفاؤلية للطفل.
- توفير بيئة أسرية تكفل اشباع الحاجات الأساسية للطفل وتنمية مهاراته الحسية، والحركية، واللغوية، وكذلك اتجاهاته الاجتماعية بما تحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين في محيطه الأسري والاجتماعي.
- الكشف عن استعدادات الطفل في المجالات المختلفة وتهيئته للالتحاق بالمدرسة.

فالبيئة المنزلية لها تأثير كبير في تكوين شخصية الطفل، وبنائها فنوع العلاقات السائدة في الأسرة بين الوالدين والطفل تحدد وبدرجة كبيرة شخصيات الأطفال، ويتفاعل الطفل مع الأسرة والمجتمع، والطفل التوحدي يعتبر كسائر الأطفال يتأثر باتجاهات والديه نحوه، ويشكل شخصيته وفقا لأسلوب المعاملة الوالدية التي يتلقاها بغض النظر عدد ونوعية الأخصائيين الذين سوف يتعاملون معه (سهيل، 2015، ص 301)

وعليه فالوالدين يختزنون محاولات خاصة للأبوة، فالبعض يعبر عن عواطفه يتلقاها بحساسية شديدة، والآخرون عكس ذلك، والبعض منا يولدون كثيري الكلام، والآخرين هادئين صامتين، هذه النزاعات بعضها فطري متأصل، والآخر مكتسب من الأسرة، والبيئة المحيطة. هذه العوامل تؤثر على كيفية تعاملنا مع أطفالنا سهلا، وواضحا. فالأسرة الهادئة قد تكون نموذجية للطفل الحساس ذي التفاعل الزائد، ولكن تخيل طفلا لديه ارتخاء عضلي وذو تفاعل ضعيف للصوت واللمس، وعائلته من النوع المكبوت الهادئ، فهذا الطفل لن يجد الحث، والتشجيع اللازمين لتنمية قدراته ومعرفة مدى قابلية الطفل للتفاعل يستطيع الوالدين تغيير نمط تعاملها معه من أجل زيادة المكتسبات التطورية، وحتى مع كون المعوقات ذاتية في الطفل، فإن طريقة التعامل قد تساعد الطفل على التغلب على تلك المعوقات من خلال قدراته الذاتية، ومن المهم مساعدة الوالدين، ومشاركتهم بشكل رئيسي (خالد، 2017، ص23).

ويؤكد هالهان وكوفمان (2008) على الدور الإيجابي للوالدين في نمو أطفالهم من ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد انعكس هذا الدور الإيجابي للوالدين على تلك الكيفية التي يشارك بها الوالدين في علاج، وتربية أطفالهم، فكانت معظم البرامج التي يتم تقديمها لأسر أطفال التوحد، يتم بناؤها وفقا لما يراه المختصين (سلام، 2019). أما في الوقت الراهن فإن معظم المختصين يؤيدون ما يعرف بالنموذج المتمركز حول الأسرة لتحقيق أهدافها

وعليه نجد أن دور الأسرة والوالدين تغير من الشريك السلبي المنتظر للنصيحة، والمعتمد اعتمادا كليا على الأخصائي إلى دور المشارك الأساسي في تصميم البرامج واتخاذ القرارات فيما يخص الطفل.

خلاصة الفصل:

خلال هذا الفصل تم التطرق في المحور الأول لاضطراب طيف التوحد من حيث التعريف، التشخيص، وصف عام لاضطراب طيف التوحد، واهتم المحور الثاني بالمهارات الاجتماعية من حيث التعريف، والمكونات، ومظاهر القصور في المهارات الاجتماعية ومصادره. وأهمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد. أما المحور الثالث تناول مظاهر نمو (تطور) المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي، والمحور الرابع تناول تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية. أما المحور الخامس والأخير فقد تناول دور الأسرة في تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية.

وبهذا العرض تم التوصل إلى أن اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي قد يعود إلى خلل وظيفي في الدماغ، يصيب الطفل في سنواته الثلاث الأولى مخلفا لديه قصور في المهارات الاجتماعية، وسلوكيات محدود تتميز بالنمطية. كل هذه الأعراض تعيق الطفل في التواصل مع الآخرين، مع اهتمامات محدودة.

وقد تم التركيز على المهارات الاجتماعية للطفل التوحد باعتبارها أحد الجوانب الرئيسية التي يحتاجها الطفل لتحقيق التواصل مع الآخرين وتطوير علاقات اجتماعية هامة تساعده في تحقيق التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وبالتالي تحسين نوعية حياة الطفل. واكتساب المهارات الاجتماعية لا يأتي بطريقة عادية كالطفل العادي، فهو بحاجة إلى تكفل وتدريب في هذه الناحية، وافترضت الدراسة الحالية أن تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية بحاجة إلى تنمية كفايات الوالدين من أجل استبصارهم بأهم الطرق والاستراتيجيات التي يحتاجونها لتتم عملية التدريب.

وعليه فقد تم عرض مجموعة من الأطر النظرية التي تفسر كيفية تدريب الطفل التوحدي على المهارات الاجتماعية من خلال التفاعل المباشر في وسطه الطبيعي، والتي ستكون كأساس في بناء البرنامج الارشادي المقترح.

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1 أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2 عينة الدراسة الاستطلاعية.

3 أدوات البحث في الدراسة الاستطلاعية.

4. الحدود الزمنية والمكانية للدراسة الاستطلاعية.

5.الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية.

6. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

ثانيا الدراسة الأساسية

1. المنهج.

2. مجتمع الدراسة

3.عينة الدراسة الأساسية.

4.أدوات الدراسة الأساسية

5.الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية

6. الأساليب الاحصائية.

ثالثا: البرنامج التدريبي المقترح

1. تعريف البرنامج المقترح.

2. الخلفية النظرية للبرنامج

3. الأسس بناء البرنامج المقترح

4. مصادر بناء البرنامج

5. أهداف البرنامج المقترح

6. الفنيات وأدوات البرنامج

7.محتوى البرنامج المقترح.

8. تحكيم البرنامج المقترح.

9. تطبيق البرنامج..

10 تقييم البرنامج.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضا لمجموعة من الاجراءات التي تأتي في إطار التحقق من أهداف الدراسة الراهنة، ومدى صحة الفروض، حيث تم تناول الدراسة الاستطلاعية التي تعد خطوة ضرورية لإنجاز أي بحث بهدف التعرف على العقبات والحلول. وتناولت الدراسة الأساسية المنهج المتبع ومتغيراته، وعينة الدراسة كما تم عرض أدوات الدراسة أدوات الدراسة. وذلك كما يلي:

أولا: الدراسة الاستطلاعية:

تعرف الدراسة الاستطلاعية بأنها "دراسة تجريبية أولية يقوم بها الباحث على عينة صغيرة قبل قيامه ببحثه بهدف اختيار أساليب البحث وأدواته" (شحاتة و النجار، 2003، ص 180)، وتكمن أهمية الدراسة الاستطلاعية في اكتشاف جميع المتغيرات المتعلقة بمشكلة الدراسة، والتي تزمع الطالبة دراستها، وتكون بمثابة متطلب أساسي يستند عليه بالتنبؤ بجوانب القصور والضعف، والصعوبات في اجراء تطبيق الدراسة الميدانية من حيث المنهج والأدوات لتلاشي الوقوع فيها في ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الاستطلاعية (غربي، 2014، 153).

كما تهدف الدراسة الاستطلاعية في أي دراسة علمية إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها، واخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، واختيار العينة.

قبل البدء في إجراءات الدراسة تم القيام بدراسة استطلاعية على عينة من الأولياء للأطفال المصابين بالتوحد، لأنّ المنهج التجريبي يتطلب ضبط الظروف المادية والمكانية التي تجرى فيها التجربة.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تم زيارة مجموعة من مراكز وجمعيات التكفل بالطفل التوحدي بالوادي خلال الدراسة الاستطلاعية، وفيما يلي عرض لأهدافه:

- ❖ تحديد حجم العينة المناسبة للدراسة التي تتوفر فيها الخصائص المناسبة.
- ❖ التعرف على مدى ملاءمة أدوات الدراسة لخصائص العينة من حيث وضوح عباراتها وطول فقراتها.

- ❖ التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من حيث صدقها وثباتها، وبالتالي صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية.
- ❖ التعرف على الإمكانيات المتوفرة في المراكز والجمعيات التي تمت زيارتها من أجل ضمان السير الحسن في تطبيق البرنامج، كتوفر المكان المناسب، والوسائل اللازمة لتطبيق البرنامج.
- ❖ تحديد أهم الصعوبات والاحتياجات الارشادية للوالدين لتحديد الكفايات الوالدية اللازمة من أجل بناء البرنامج الارشادي على ضوئها.
- ❖ تدريب الطالبة على تنفيذ البرنامج واختيار أنسب الفنيات والمعززات التي تناسب خصائص العينة المختارة.

2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددها (30) أما من أمهات أطفال التوحد، والمأخوذة من المجتمع المستهدف بطريقة قصدية، للتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وتحديد الاحتياجات الارشادية كميا.

الجدول(12): *يوضح توزيع العينة الاستطلاعية*

اسم المركز	المكان	عدد أولياء الأمور
عيادة الأمل للصحة النفسية	حي الشط بالوادي	13
جمعية التاج للصحة	قمار بالوادي	17

وتم اجراء مقابلات بحثية مع 12 أما من أمهات أطفال التوحد من اللاتي سجلوا مستويات منخفضة على مقياسي الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية لأطفالهم، ومن أجل جمع معلومات أكثر حول الاحتياجات الارشادية، ودعوتهن للمشاركة في البرنامج الارشادي المقترح، كما تم تنظيم مقابلات بحثية مع 06 مختصات (03 مربيات، 02 مختص نفساني، 01 أرطفونية) يعملن بالمراكز التي تمت زيارتها للاطلاع على الصعوبات التي يواجهنها في التعامل مع أسر أطفال التوحد.

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

إن أدوات البحث هي وسائل يجمع بها الباحث بياناته ومعلوماته بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة وفروضها، وقد تم في الدراسة الاستطلاعية الاعتماد على الأدوات التالية:

1.3 المقابلة البحثية:

في الدراسة الحالية تم الاعتماد على المقابلة بنوعيها الفردية، والجماعية حسب ما تطلبه الموقف والظرف. واعتمدنا في دليل محاور المقابلة البحثية الموجهة للأمهات على مقياس الكفاية الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية حيث تم صياغة بنودها على شكل أسئلة توجه للأم (ملحق رقم02).

تم تقديم استدعاء في بادئ الأمر للوالدين معا، ونظرا لانشغالات الآباء بالعمل لم يستطيعوا الحضور فاكتفينا بإجراء مقابلات مع الأمهات فقط كونهن المربي الرئيسي للطفل.

حيث قمنا بإجراء مقابلات فردية مع 05 أمهات، ومقابلة جماعية ضمت 07 أمهات استخدمنا خلالها تقنيات تنشيط المجموعة كالمناقشة والعصف الذهني وتقديم الدعم وغيرها... وذلك من أجل الحصول على معلومات أكثر، وتحفيزهن من أجل المشاركة في جلسات البرنامج.

أما المقابلات التي أجريناها مع المربيات والمختصات كانت فردية هدفنا من خلالها التعرف على أهم الصعوبات التي يواجهنها مع أسر أطفال التوحد، واطلاعنا على أهم الاحتياجات الارشادية للوالدين من وجهة نظرهن، والتعرف على أهم المهارات الاجتماعية التي يحتاجها أطفال التوحد.

2.3 مقياس الكفاية الوالدية:

من خلال تحليل بيانات الدراسة السابقة بعد تطبيق مقياسي المهارات الاجتماعية والكفايات الوالدية تبين أن معظم الإجابات عن المقاييس كانت من الأمهات أكثر من الآباء، لذلك تم تحديد في الدراسة الحالية الأمهات للإجابة عن مقاييس الدراسة

وعليه تم في الدراسة الاستطلاعية تطبيق مقاييس الدراسة على 30 أما من أطفال التوحد من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية كالتالي:

1.2.3 **صدق مقياس الكفايات الوالدية:** يشير الصدق إلى مدى ملاءمة الاستدلالات التي يتم اشتقاقها من الدرجات التي يحصل عليها الباحث، ويعرفه البعض بأنه مدى قدرة أداة القياس على قياس ما وضعت لقياسه. (زيتون، د.ت، ص 77) وقد تم التأكد من صدق المقياس بما يلي:

1.1.2.3 صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على عشر محكمين أساتذة تخصص علم نفس، يتمتعون بخبرة في مجال الارشاد الأسري (ملحق رقم03)، ينتمون إلى جامعات مختلفة في الجزائر، وذلك من أجل الحكم على مدى صدق مضمون العبارات، فقد أشار السادة المحكمين إلى استبعاد بعض العبارات وإعادة صياغة أخرى من الناحية اللغوية. وعليه تم الإبقاء على العبارات التي تم الاتفاق عليها بنسبة 90% وذلك بعد تصنيف جميع ملاحظاتهم واقتراحاتهم حسب درجة الاتفاق والاختلاف عليها. وتحصلنا في الأخير على مقياس يتكون من 63 بندا بدل من 151 بندا مع إعادة صياغة بعض البنود.

الجدول (13): *يوضح بعض العبارات المحذوفة وبعض العبارات المعاد صياغتها:*

بعض البنود المحذوفة	
في بعض الأحيان أشعر أني لا أفل شيئا	
منذ أن رزقت بابني(ابنتي) أجد نفسي غير قادرة على العناية به عناية جيدة كما كنت أعتقد	
عند التحاقه بمراكز التأهيل أشعر بالاستياء من نظرة الناس له.	
لقد أدى وجود طفل توحدي في أسرتنا إلى زيادة تكاليف المعيشة أكثر مما كنت أتوقع.	
نشعر في الغالب أننا لا نعالج الأمور على نحو سليم.	
نتوتر كلما نفكر في الأكوال التي نحتاجها لرعاية ابننا (ابنتنا)	
نتشاجر كثيرا أمام الطفل.	
نهتم بمشاركة ابننا اللعب معه أو مع اخوته لتعلم بعض المهارات التي يحتاجها.	
بعض البنود المعاد صياغتها	
من	**إلى**
نعتقد أنه من السهل حل مشاكل رعاية الطفل بمجرد أن نعرف كيف تؤثر أفعالنا على الطفل، وهو فهم اكتسبته.	نعتقد من الصعب رعاية الطفل التوحدي عندما لا نكون نعرف كيف تؤثر أفعالنا على أطفالنا.
عند تشخيص ابننا (ابنتنا) بطيف التوحد ساورنا الشك في قدرتنا على أن نقوم بواجباتنا والتزاماتنا	عند تشخيص ابننا (ابنتنا) بطيف التوحد ساورنا الشك في قدرتنا على أن نقوم بواجباتنا والتزاماتنا

كوالدين	نحوه كوالدين
حينما نقوم بشيء من أجل ابننا (ابنتنا) نعتقد بأن جهودنا لا تلقى تقديرا منه.	غالبا ما نعتقد أننا لا نفعل شيئا من أجله.
نحن بحاجة إلى فهم اضطراب طيف التوحد	لدينا الكثير من التساؤلات حول اضطراب طيف التوحد لم نجد لها إجابة
نشعر بأننا نادمين على انجابه.	في بعض الأحيان نشعر بالندم عندما أنجبنا طفل توحدي.

2.1.2.3 صدق الاتساق الداخلي:

وتعتمد طريقته على حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ولعل الدراسة التي يشهد لها بالدراسة السيكومترية لمقياس الكفايات الوالدية نجد دراسة رزاق لبزة وعتيق (2021) بعنوان " الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم" على عينة قوامها 30 من والدي الأطفال المصابين بالتوحد، أين قامت الدراسة بحساب معامل الصدق بأسلوب الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وبدءا بالبعد المعرفي تراوح مدى معاملات البنود بالبعد ما بين(0.42–0.69)، غير أن البندين (09،03) غير متسقين بالبعد والبعد الوجداني تراوح مدى معاملات ارتباط البنود بالبعد ما بين(0.37–0.83)، غير أن البند(27) غير متسق بالبعد، وأخيرا البعد السلوكي أين تراوح مدى معاملات ارتباط البنود بالبعد ما بين(0.44–0.94)، غير أن البندين (39،37) غير متسقين بالبعد. أما معاملات اتساق درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس فقد تراوحت ما بين (0.79–0.94)، وكل معاملات الارتباط تراوحت دلالتها عند مستوى دلالة $\alpha = (0.01–0.05)$.

بناء على نتائج صدق مقياس الكفايات الوالدية لدى والدي الطفل التوحدي، تم اعتماد المقياس المتكون من (58) بند موزعة على ثلاثة أبعاد في صورته النهائية بعد حذف البنود غير المتسقة السابقة الذكر (رزاق لبزة وعتيق، 2021، ص137).

2.2.3 ثبات المقياس:

وفيما يخص قياس ثبات المقياس فنستشهد بنفس الدراسة السابقة (رزاق لبزة وعتيق، 2021)، أين قامت الدراسة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرنباخ، وأسفرت النتائج على أن معامل ألفا للبعد المعرفي(0.78)، والبعد الوجداني(0.91) والبعد السلوكي(0.97)، الدرجة الكلية لمقياس الكفاية الوالدية(0.97). (المرجع السابق، 138)

وقد قمنا في الدراسة الحالية من إعادة التأكد من ثبات مقياس الكفايات الوالدية على عينة قدرها 30 أما من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بطريقة ألفا لكرنباخ، كون أن ألفا لكرنباخ يتوافق والمقاييس ذات التدرج الثلاثي فما فوق في الأوزان وهذا ينطبق على مقياس الكفاية الوالدية المُطبق في الدراسة الحالية، والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول (17) ***يوضح :معاملات الاتساق لألفا كرنباخ الكفايات الوالدية وأبعادها***

مقياس الكفاية الوالدية وأبعاده	معامل ألفا كرنباخ	عدد البنود
البعد المعرفي	0.85	13
البعد الوجداني	0.92	18
البعد السلوكي	0.97	27
مقياس الكفاية الوالدية	0.97	58

الجدول (17) يوضح معامل الثبات بطريقة ألفا كرنباخ لقياس اتساق البنود بمقياس الكفايات الوالدية وأبعاده، نلاحظ أن جميع قيم معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس عالية تجعلنا نعتمد هذا المقياس والوثوق به في جمع بيانات هذه الدراسة.

بناء على نتائج صدق وثبات مقياس الكفايات الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد، تم اعتماد المقياس المتكون من (58) بندا موزعة على ثلاثة أبعاد، والوثوق به في اختبار فعالية البرنامج الإرشادي الأسري المُعد والمُطبق لتنمية الكفايات الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد. والجدول الآتي يوضح توزيع أبعاد وبنود المقياس:

جدول (18): توزيع الصورة النهائية لأبعاد وبنود مقياس الكفايات الوالدية كما وكيفا

البند. / رقم / الأبعاد	البنـــــــود	عدد البنود

البعد المعرفي	01-02-03-04-05-06-07-08-09-10-11-12-13	13
البعد الوجداني	14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31	18
البعد السلوكي	32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58	27
مجمــوع بنود مقياس الكفاية الوالدية		58

3.3 مقياس المهارات الاجتماعية:

تم تطبيق المقياس على نفس مجموعة الأمهات من أجل قياس المهارات الاجتماعية لدى أطفالهن المصابين بالتوحد من وجهة نظرهن، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية بنفس الطريقة التي تم الاعتماد عليها في مقياس الكفاية الوالدية كالتالي:

1.3 صدق مقياس المهارات الاجتماعية:

1.1.3 صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على عشر محكمين أساتذة تخصص علم نفس، وتربية خاصة يتمتعون بخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد، وذلك من أجل الحكم على مدى صدق مضمون العبارات، فقد أشار السادة المحكمين على أن هناك اتفاق على أبعاد المقياس الثلاث وفقا لما جاء في الدليل التشخيصي الاحصائي . الإصدار الخامس . كما أشير إلى استبعاد بعض العبارات وإعادة صياغة أخرى من الناحية اللغوية. وعليه تم الإبقاء على العبارات التي تم الاتفاق عليها بنسبة 90% وذلك بعد تصنيف جميع ملاحظاتهم واقتراحاتهم حسب درجة الاتفاق والاختلاف عليها. وتحصلنا في الأخير على مقياس يتكون من 37 بندا بدل من 74 بندا مع إعادة صياغة بعض البنود

الجدول (19): يوضح بعض العبارات المحنوفة وبعض العبارات المعاد صياغتها في مقياس المهارات الاجتماعية:

بعض البنود التي تم حذفها

يتجاهل الآخرين خلال التفاعلات أو اللعب	
يجد صعوبة بالغة في الاختلاط بالآخرين.	
لا يبالي عند تركه بمفرده .	
يتجاهل حضور شخص مقرب إليه بعد غيابه فترة من الزمن.	
يتجاهل توديع أو الترحيب بالزائرين.	
يستخدم الألعاب والأشياء بصورة غير ملائمة مثل: تدير سيارة أو فك الألعاب إلى أجزاء .	
بعض البنود التي تمت إعادة صياغتها	
من	إلى
يفضل أن يبتعد عنه الآخرون ويتركونه بمفرده.	يتضايق من وجوده مع الآخرين..
ليس بإمكانه تقليد أي شخص آخر	يصعب عليه تقليد الآخرين.
يكره أن يعانقه أو يحمله أي شخص.	يقاوم الاتصال الجسدي مع الآخرين كالعناق أو أن يحمله أحد، أو أن يقترب منه الآخرين
يشيح بوجهه ، ويتجنب النضر للمتكلم إذا نادى عليه باسمه.	يصعب عليه التواصل البصري مع من يكلمه.

2.1.3 صدق الاتساق الداخلي:

لعل الدراسة التي يشهد لها بالدراسة السيكومترية لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي نجد دراسة رزاق لبزة وعتيق(2021) بعنوان " الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم" على عينة قوامها 30 من والدي الأطفال المصابين بالتوحد، أين قامت الدراسة بحساب معامل الصدق بأسلوب الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وبدءا ببعد التبادل الاجتماعي والانفعالي تراوح مدى معاملات البنود بالبعد ما بين(0.41-0.87)، وبعد القصور في السلوكات غير اللفظية تراوح مدى معاملات ارتباط البنود بالبعد ما بين(0.41-0.85)، وأخيرا بعد تطوير العلاقات الاجتماعية أين تراوح مدى معاملات ارتباط البنود بالبعد ما بين(0.65-0.88). أما

معاملات اتساق درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس فقد تراوحت ما بين (0.91–0.98)، وكل معاملات الارتباط تراوحت دلالتها عند مستوى دلالة (0.01–0.05)= α.

بناء على نتائج صدق مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، تم اعتماد المقياس المتكون من (37) بندا موزعة على ثلاثة أبعاد في صورته النهائية مع الإبقاء على جميع بنود المقياس دون أي حذف. (رزاق لبزة ةعتيق، 2021، 134)

2.3 ثبات المقياس:

وفيما يخص قياس ثبات المقياس فنستشهد بدراسة رزاق لبزة وعتيق (2021) – سبق ذكر عنوان وعينة الدراسة – أين قامت الدراسة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرنباخ، وأسفرت النتائج على أن معامل ألفا لبعد التبادل الاجتماعي والانفعالي(0.92)، وبعد القصور في السلوكيات غير اللفظية(0.90) وبعد تطوير العلاقات الاجتماعية(0.93)، الدرجة الكلية لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي(0.90) (رزاق لبزة وعتيق،2021، 135).

وقد قمنا في الدراسة الحالية من إعادة التأكد من ثبات مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على عينة قدرها 30 أما من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بطريقة ألفا لكرنباخ، كون أن ألفا لكرنباخ يتوافق والمقاييس ذات التدرج الثلاثي فما فوق في الأوزان وهذا ينطبق على مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي المُطبق في الدراسة الحالية والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول (22): يوضح معاملات الاتساق لألفا كرنباخ لمقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي وأبعاده

مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي وأبعاده	معامل ألفا كرنباخ	عدد البنود
بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي	0.93	14
بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية	0.90	12
بعد تطوير العلاقات الاجتماعية	0.94	11
الدرجة الكلية لمقياس المهارات الاجتماعية	0.97	37

الجدول (22) يوضح معامل الثبات بطريقة ألفا كرنباخ لقياس اتساق بنود مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي وأبعاده، نلاحظ أن جميع قيم معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس عالية، تجعلنا نعتمد هذا المقياس والوثوق به في جمع بيانات هذه الدراسة.

بناء على نتائج صدق وثبات مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، تم اعتماد المقياس المتكون من (37) بند موزعة على ثلاثة أبعاد، والوثوق به في اختبار فعالية البرنامج الإرشادي الأسري المُعد والمُطبق لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، والجدول الآتي يوضح توزيع أبعاد وبنود المقياس:

جدول (23): توزيع الصورة النهائية لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد كما وكيفا

رقم البند / الأبعاد	البنـــــــود	عدد البنود
بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي	01-04-07-10-13-16-19-22-25-27-29-31-33-37	14
بعد القصور في السلوكات اللفظية	02-05-06-08-11-14-17-20-23-30-35-36	12
بعد تطوير العلاقات الاجتماعية	03-09-12-15-18-21-24-26-28-32-34	11
مجمــوع بنود مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي		37

4. الحدود الزمنية والمكانية للدراسة الاستطلاعية:

1.4 الحدود الزمنية:

وهي المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الاستطلاعية، وقد بدأت من 05 جانفي إلى 01 مارس 2021. وهي المدة التي تم فيها توزيع المقاييس على أفراد العينة واستعادتها، وبعد جمع البيانات اللازمة، تم اجراء المقابلات البحثية مع أولياء أمور أطفال التوحد والمختصين في الفترة الممتدة بين 12 مارس إلى 07 أفريل 2021 حيث تم تطبيق المقابلات الفردية والجماعية

2.4 **الحدود المكانية:** تمثلت الحدود المكانية للدراسة الاستطلاعية في مراكز وجمعيات التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد. جمعية التاج للصحة بقمار الوادي، وعيادة أمل للصحة النفسية بالشط بالوادي.

5. الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية:

من أجل قياس الخصائص السيكومترية لمقياس الكفاية الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وتحديد الاحتياجات الارشادية تم استخدام التقنيات الإحصائية من خلال تطبيق البرنامج الاحصائي SPSS فيما يلي:

1.5 الإحصاء الوصفي والبياني: تم استخدام التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون.

2.5 الإحصاء الاستدلالي: تم استخدام اختبار كا2 للكشف عن دلالة الاختلاف بين مستويات الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومستويات المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الأمهات وصولا إلى تحديد الحاجات الارشادية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

6. نتائج الدراسة الاستطلاعية: أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية إلى:

1.6 تحديد الاحتياجات الارشادية:بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياسي الدراسة تم تحديد الاحتياجات الارشادية لأولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد، وتوصلت إلى النتائج التالية:

1.1.6الاحتياجات الارشادية بعد تطبيق المقاييس:

1.1.1.6 الاحتياجات الارشادية في الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد:

تم تحديد الاحتياجات الارشادية في الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، أين طُبق مقياس الكفايات الوالدية على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددها (30) أما، والمأخوذة من المجتمع المستهدف بطريقة قصدية، وللكشف عن مستويات الكفايات الوالدية وأبعادها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد نتبع الخطوات التالية:

أولا: التأكد من اعتدالية توزيع الدرجات الخام بعد تطبيق مقياس الكفايات الوالدية على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وتجميعها بتطبيق اختبار شايبرُ – ويلك (Shapiro–Wilk test) والجدول التالي يعرض نتائج الاختبار.

جدول(23): ***اختبار اعتدالية توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية وأبعاده***

مقياس الكفاية الوالدية وأبعاده	**اختبار شايبرُ – ويلك (Shapiro–Wilk test)**

	Statistic	Df	Sig.
توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية في بعدها المعرفي	.934	30	.050
توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية في بعدها الوجداني	.878	30	.003
توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية في بعدها السلوكي	.842	30	.000
توزيع درجات قياس الكفاية الوالدية	.870	30	.002

ثانيا: العمل بالتقسيم الخاص بالنسب المتساوية نسب التوزيع غير الطبيعي كون شرط اعتدالية التوزيع لم يتحقق، ولذلك قمنا بتقسيم التوزيع إلى فئات متساوية من حيث عدد الأفراد وعادة ما يقسم الباحث التوزيع إلى عدد فردي من الفئات، كأن نقول:3، 5، 7....

ثالثا: اعتمدنا النسب المتساوية في تكوين الفئات، لتصبح قيم(P) المعتمدة في تكوين الفئات الخمس بالترتيب التالي:(1- 0.8 - 0.6 - 0.4 - 0.2)= P ، والجدول الموالي يوضح مستويات قياس الكفاية الوالدية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

جدول (23): مستويات قياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

المستويات / أبعاد المقياس	المنخفض		المعتدل		المرتفع		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الفئات	[فأقل – 16]		[20 – 17]		[21 – فأكثر]			
الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي	14	%47	05	%17	11	%37	30	100
الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني	[فأقل – 12]		[20 – 13]		[21 – فأكثر]		30	100
	14	%47	05	%17	11	%37		
الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي	[فأقل –14]		[30 – 15]		[31 – فأكثر]		30	100
	14	%47	5	%17	11	%37		

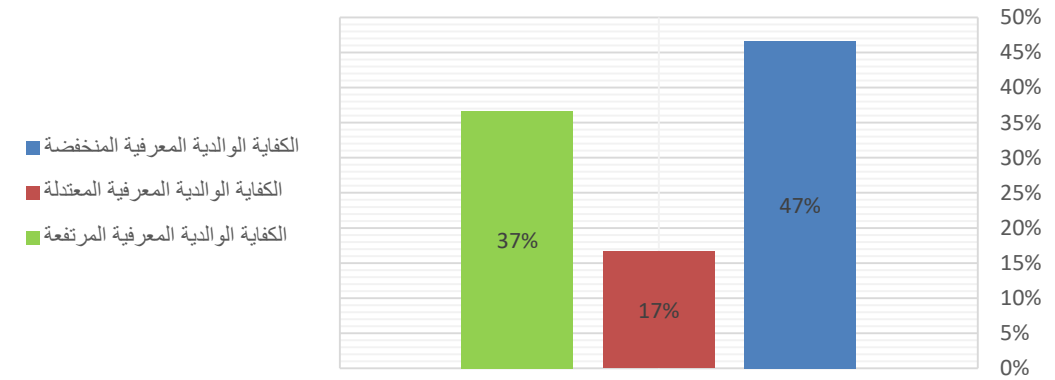
درجات قياس الكفاية الوالدية الكلية	[فأقل – 24]		[36 – 25]		[37 – فأكثر]		30	100
	12	%40	06	%20	12	%40		

يتضح من خلال الجدول(23): أنه تم الكشف عن مستويات الكفايات الوالدية وابعادها وذلك لتحديد الاحتياجات الارشادية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في الكفاية الوالدية، وحتى نكون اجرائيين أكثر في تحليل نتائج العرض اعتمدنا درجات أفراد ذوي الكفايات الوالدية المنخفضة، والكفايات الوالدية المرتفعة للمقارنة والتمييز بين مستويات الكفاية الوالدية وابعادها:

– الأمهات المتحصلات على الدرجة 16 كدرجة خام فأقل يتميزن بمستوى منخفض في البعد المعرفي للكفاية الوالدية.

– الأمهات المتحصلات على الدرجة 21 كدرجة خام فأكثر يتميزن بمستوى مرتفع في البعد الوجداني للكفاية الوالدية.

الشكل(07): *يوضح مستويات البعد المعرفي* للكفايات *الوالدية*

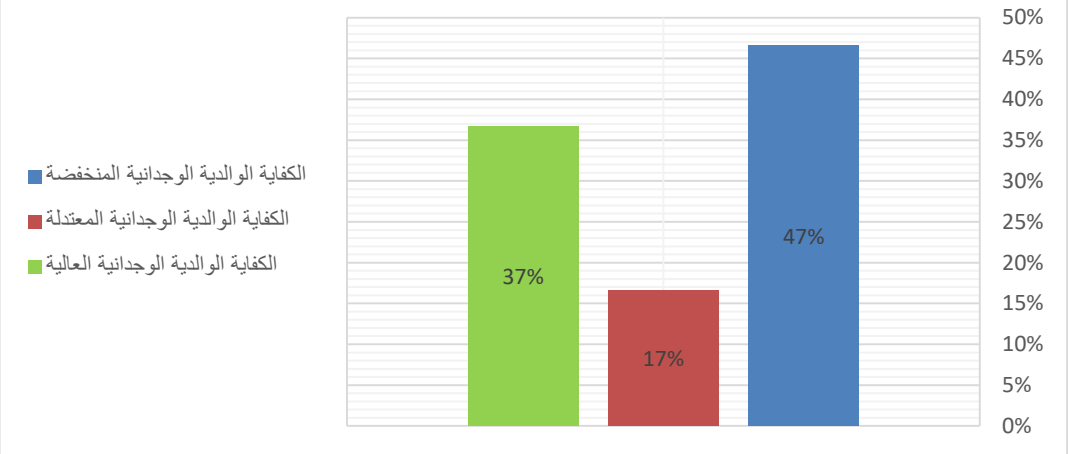


يتضح من الشكل (07): أن من لهن مستوى معرفي للكفاية الوالدية منخفض من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:47% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات على مستوى بعدها المعرفي، بالمقابل نجد من لهن مستوى معرفي للكفاية الوالدية مرتفع من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:37%.

– الأمهات المتحصلات على الدرجة 12 كدرجة خام فأقل يتميزن بمستوى منخفض في البعد الوجداني للكفاية الوالدية.

- الأمهات المتحصلات على الدرجة 21 كدرجة خام فأكثر يتميزن بمستوى مرتفع في البعد الوجداني للكفاية الوالدية.

الشكل(08): مستويات البعد الوجداني للكفايات الوالدية

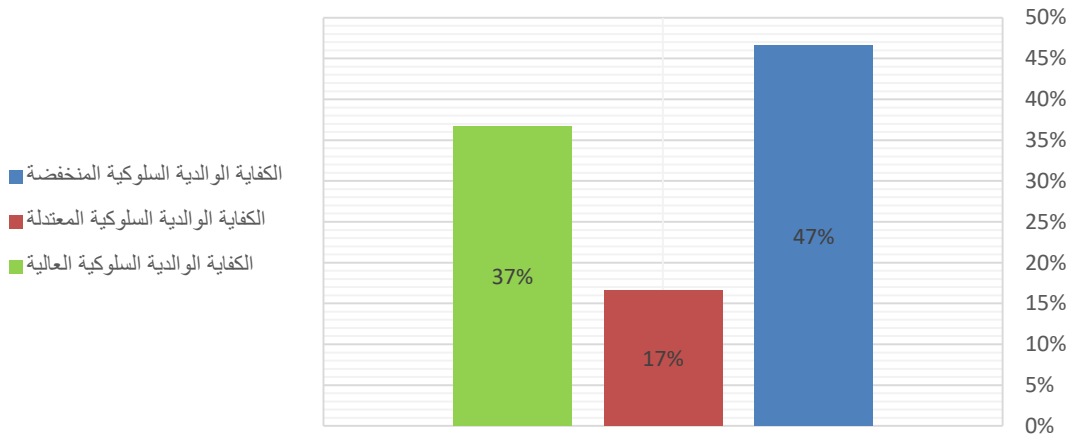


يتضح من الشكل(08): أن من لهن مستوى وجداني للكفايات الوالدية منخفض من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:47% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات على مستوى بعدها الوجداني، بالمقابل نجد من لهن مستوى وجداني للكفاية الوالدية مرتفع من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:37%.

- الأمهات المتحصلات على الدرجة 14 كدرجة خام فأقل يتميزن بمستوى منخفض في البعد السلوكي للكفاية الوالدية.

- الأمهات المتحصلات على الدرجة 31 كدرجة خام فأكثر يتميزن بمستوى مرتفع في البعد السلوكي للكفاية الوالدية.

الشكل(09): مستويات البعد السلوكيا للكفايات الوالدية

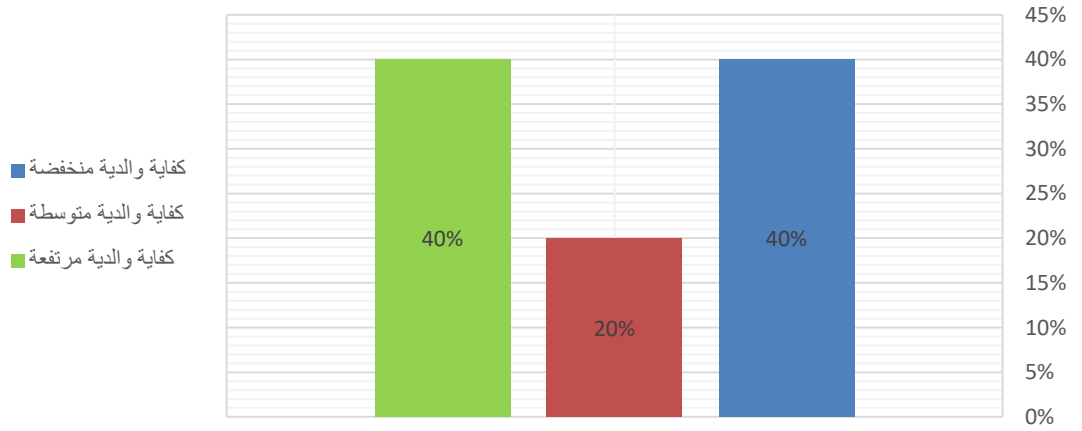


يتضح من الشكل (09): أن من لهن مستوى سلوكي للكفايات الوالدية منخفض من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:47% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي لتنمية الكفايات الوالدية للأمهات على مستوى بعدها السلوكي، بالمقابل نجد من لهن مستوى سلوكي للكفاية الوالدية مرتفع من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:37%.

- الأمهات المتحصلات على الدرجة 24 كدرجة خام فأقل يتميزن بمستوى منخفض في الكفاية الوالدية.

- الأمهات المتحصلات على الدرجة 37 كدرجة خام فأكثر يتميزن بمستوى مرتفع في الكفاية الوالدية.

الشكل(10): يوضح مستويات الكفايات الوالدية



يتضح من الشكل (06): أن من لهن مستوى كفايات والدية منخفض من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:40% وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي لتنمية الكفايات الوالدية للأمهات، بالمقابل نجد من لهن مستوى كفايات والدية مرتفع من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تقدر نسبتهن بـ:40%.

2.1.1.6 الاحتياجات الارشادية في المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي

يضاف إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية في الدراسة الحالية تحديد الاحتياجات الارشادية في المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، أين طُبق مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددها (30) طفل توحدي، والمأخوذة من المجتمع المستهدف بطريقة قصدية، وللكشف عن مستويات المهارات الاجتماعية وأبعادها لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات نتبع الخطوات التالية:

أولا: التأكد من اعتدالية توزيع الدرجات الخام بعد تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الأمهات، وتجميعها بتطبيق اختبار شابيرُ – ويلك(Shapiro–Wilk test) والجدول التالي يعرض نتائج الاختبار.

الجدول(24): *اختبار اعتدالية توزيع درجات قياس المهارات الاجتماعية وأبعادها*

مقياس المهارات الاجتماعية وأبعادها للطفل التوحدي	**اختبار شابيرُ – ويلك (Shapiro–Wilk test)**		
	Statistic	Df	Sig.
توزيع درجات قياس بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي	.836	30	.000
توزيع درجات قياس بعد القصور في السلوكات غير اللفظية	.922	30	.031
توزيع درجات قياس بعد تطوير العلاقات الاجتماعية	.918	30	.024

توزيع درجات قياس المهارات الاجتماعية	.847	30	.001

ثانيا: العمل بالتقسيم الخاص بالنسب المتساوية نسب التوزيع الغير طبيعي كون شرط اعتدالية التوزيع لم يتحقق، ولذلك قمنا بتقسيم التوزيع إلى فئات متساوية من حيث عدد الأفراد وعادة ما يقسم الباحث التوزيع إلى عدد فردي من الفئات، كأن نقول:3، 5، 7....

ثالثا: اعتمدنا النسب المتساوية في تكوين الفئات، لتصبح قيم(P) المعتمدة في تكوين الفئات الخمس بالترتيب التالي:(1- 0.8 - 0.6 - 0.4 - 0.2)= P ، والجدول الموالي يوضح مستويات قياس المهارات الاجتماعية وأبعادها للطفل التوحدي من وجهة نظر الأمهات.

جدول(25): مستويات قياس المهارات الاجتماعية وأبعادها للطفل التوحدي

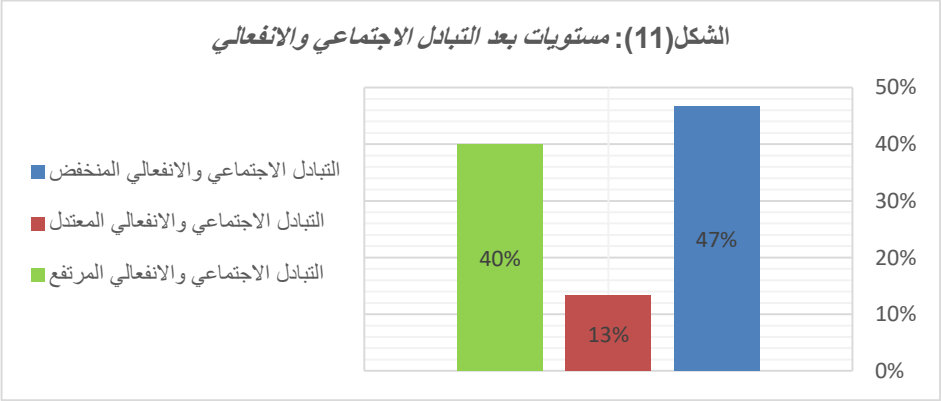
المستويات / أبعاد المقياس	المنخفض		المعتدل		المرتفع		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الفئات	[فأقل – 10]		[11 – 14]		[15 – فأكثر]			
بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي	14	%47	04	%13	12	%40	30	100
بعد القصور في السلوكات غير اللفظية	[فأقل – 10]		[11 – 14]		[15 – فأكثر]		30	100
	13	%43	05	%17	12	%40		
بعد تطوير العلاقات الاجتماعية	[فأقل–10]		[11 – 20]		[21 – فأكثر]		30	100
	12	%40	8	%27	10	%33		
درجات قياس المهارات الاجتماعية	[فأقل – 30]		[31 – 44]		[45 – فأكثر]		30	100
	15	%50	03	%10	12	%40		

يتضح من خلال الجدول (25): أنه تم الكشف عن مستويات المهارات الاجتماعية وابعادها، وذلك لتحديد الاحتياجات الارشادية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات في المهارات الاجتماعية، وحتى نكون اجرائيين أكثر في تحليل نتائج العرض اعتمدنا درجات أفراد ذوي

المهارات الاجتماعية المنخفضة، والمهارات الاجتماعية المرتفعة للمقارنة والتمييز بين مستويات المهارات الاجتماعية وابعادها للطفل التوحدي:

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 10 كدرجة خام فأقل يتميز بمستوى منخفض في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.
- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 15 كدرجة خام فأكثر يتميز بمستوى مرتفع في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم

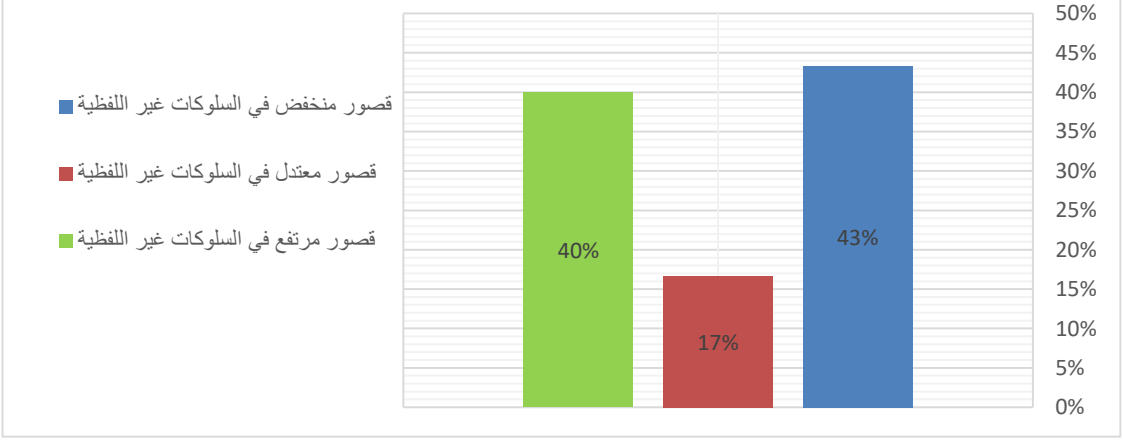
الشكل(11): *مستويات بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي*



يتضح من الشكل (11): أن من لهم مستوى تبادل اجتماعي وانفعالي منخفض من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:47% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي الأسري لتحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على مستوى بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي، بالمقابل نجد من لهم مستوى تبادل اجتماعي وانفعالي مرتفع من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:40%.

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 10 كدرجة خام فأقل يتميز بمستوى منخفض في بعد القصور في السلوكات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.
- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 15 كدرجة خام فأكثر يتميز بمستوى مرتفع في بعد القصور في السلوكات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.

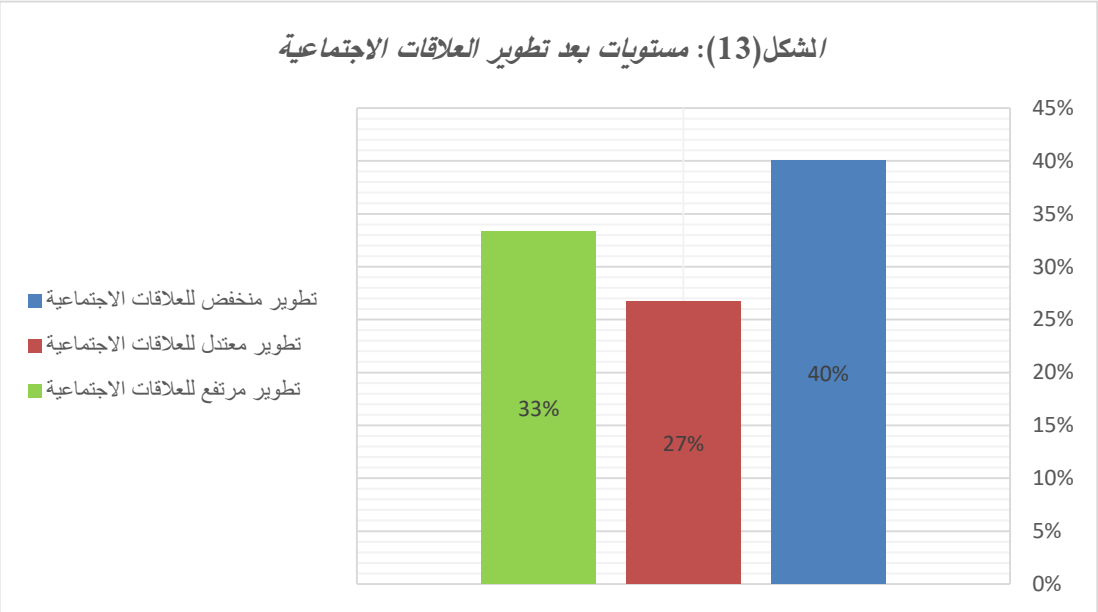
الشكل(12): *مستويات بعد القصور في السلوكات غير اللفظية*



يتضح من الشكل (12): أن من لهم مستوى قصور في السلوكيات غير اللفظية منخفض من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:43% وهي الأكبر وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي الأسري لتحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على مستوى بعد القصور في السلوكات غير اللفظية، بالمقابل نجد من لهم مستوى قصور في السلوكيات غير اللفظية مرتفع من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:40%.

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 10 كدرجة خام فأقل يتميز بمستوى منخفض في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 21 كدرجة خام فأكثر يتميز بمستوى مرتفع في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.



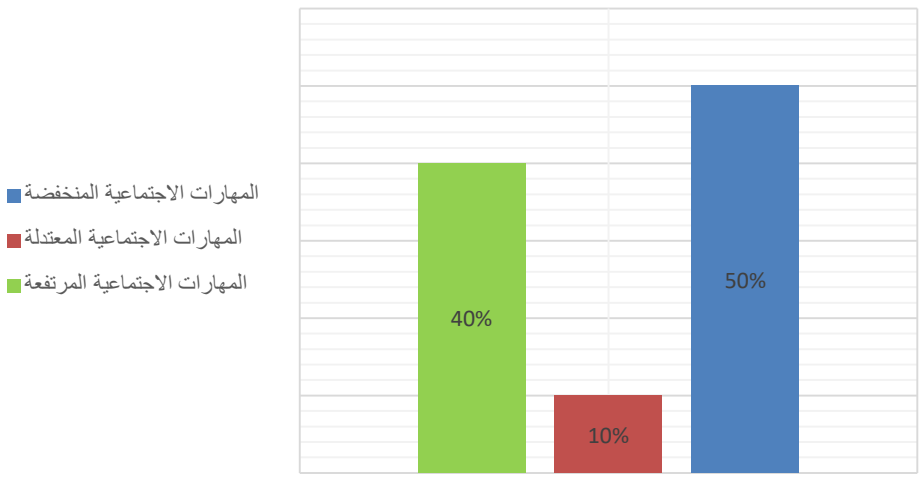
الشكل(13): مستويات بعد تطوير العلاقات الاجتماعية

يتضح من الشكل (13): أن من لهم مستوى تطوير العلاقات الاجتماعية منخفض من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:40% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي الأسري لتحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي على مستوى بعد تطوير العلاقات الاجتماعية، بالمقابل نجد من لهم مستوى تطوير العلاقات الاجتماعية مرتفع من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:33%.

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 30 كدرجة خام فأقل يتميز بمستوى منخفض في المهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.

- الطفل التوحدي المتحصل على الدرجة 45 كدرجة خام فأكثر يتميز بمستوى مرتفع في المهارات الاجتماعية من وجهة نظر الأم.

الشكل(14): مستويات المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي



يتضح من الشكل (14): أن من لهم مستوى مهارات اجتماعية منخفض من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:50% وهي الأكبر، وهي نسبة تبعث إلى التدخل الارشادي الأسري لتحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، بالمقابل نجد من لهم مستوى علاقات اجتماعية مرتفع من الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأمهات تقدر نسبتهم بـ:40%.

2.6 الاحتياجات الارشادية من خلال المقابلة:

أتاحت لنا المقابلة مع الأمهات ذوي الكفايات الوالدية المنخفضة، وكذا المهنيين إلى تحديد نقاط الضعف في الكفايات الوالدية فقد توصلنا في المجال المعرفي للكفايات الوالدية إلى وجود تفاوت في معلومات الوالدين حول اضطراب طيف التوحد، وأن المعلومات التي يكتسبونها حول اضطراب طيف التوحد معلومات عامة، وتميزت معتقداتهن حول الدور الوالدي بالمعتقدات اللاعقلانية تدور حو مستقبل الطفل، نتائج الطفل، تلبية احتياجات الطفل، فتميزت بأخطاء الحكم والاستنتاج، المبالغة والتهويل، والرغبة في سير الأمور كما ينبغي، وعدم التحمل... وقد نتج عليه انخفاض في الكفايات الوالدية في المجال الوجداني حيث لاحظنا أن ردود أفعالهن في أغلبها لم تصل مرحلة التقبل فقد تفاوتت بين تأنيب الضمير، الانكار، وقد نتج عن ذلك شعور الأمهات بالضغط النفسي، والانسحاب من المجتمع، والشعور بالدونية.

أما بالنسبة للكفايات الوالدية في المجال السلوكي فقد لاحظنا أنماط معاملة والدية تتفاوت بين التذبذب، والحماية الزائدة، فحسب نموذج إليس إن مواجهة الأمهات خبرة ميلاد طفل مصاب

بالتوحد(A) يعطيانها معنى باستخدام القناعات الموجودة لديهن (B) فإذا أدركن أن الحدث مهدد وخطر، وبأنه دليل على أنهن أمهات فاشلات فإن النتيجة (C) ستكون شعور بالذنب والقلق وانكار... نتيجة للأحاديث الذاتية السلبية التي تنعكس على ممارستهن الوالدية والتي قد تتمثل في الحماية الزائدة أو التذبذب. أما بالنسبة للمهارات الاجتماعية للطفل فقد تبين أن أطفالهن يعانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية، حيث أكدت الأمهات في بعد التبادل الانفعالي والاجتماعي بأن أغلب أطفالهن غير قادرين على الطلب، وعجز في المبادأة في الحديث، والتقليد، أما بالنسبة لبعد القصور في السلوكيات غير اللفظية فقد لاحظت الأمهات على الأطفال صعوبة واضحة في فهم الإيماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة، ونقص في التواصل البصري، كما يعاني من قصور في استخدام تعبيرات الوجه للدلالة على فزعه أو حزنه أو اندهاشه. أما بالنسبة لبعد تطوير العلاقات الاجتماعية، فقد أكدت الأمهات بالإجماع تقريبا على نقص كفاءة أطفالهم في اللعب، حيث ينشغل بألعاب فردية، ويظهر غير مبالي لجماعة رفاقه.

وأسفرت نتائج المقابلة مع المهنيين إلى وجود صعوبة في التواصل مع الأمهات، وحسب تصريحات المربيات فإن أسر أطفال التوحد تتميز بضعف في التواصل معهم، كما يتميزون بالانسحاب من متابعة أطفالهم في المنزل، وهذا ما تم التماسه خلال تقييم الواجبات المنزلية من قبل المهنيين، كما يؤكد الأولياء عادة على المهارات الأكاديمية أكثر من المهارات الاجتماعية عندما يكون الطفل في عمر التمدرس، فأهدافهم منصبة على دمج الطفل التوحدي. كما أرجع أغلب المهنيين أن تحسن الطفل مرهون بمتابعة الأهل في المنزل.

استنتاج عام:

نستنتج مما تقدم أن الأمهات اللاتي سجلن انخفاضا في الكفايات الوالدية أكدن على انخفاض المهارات الاجتماعية لدى أطفالهن مما قد يعني ذلك وجود علاقة وطيدة بين الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، بحيث تساهم الكفايات الوالدية بشكل مباشر ومؤثر في اكتساب المهارات الاجتماعية نظرا للدور الرئيسي الذي تؤديه الأم في حياة الطفل. فالوالدين هما المسؤولان على عملية التنشئة الاجتماعية، فيقومان بتعليم الطفل السلوك الاجتماعي من خلال اكسابه أساليب التفاعل الاجتماعي التي يقلدها من خلال محاكاة العلاقات الأسرية في سياق الظروف البيئية التي يولد وينمو في إطارها، كما يتعلم الطفل عن طريق التربية المقصودة العمليات الاجتماعية

كالتعاون، المشاركة، والتنافس.. وغيرها (خليل، 2000). ومن هذا نرى أن الوالدين في إطار الأسرة يمثلان قوة لا يستهان بها في نمو الطفل عموما إن لم تكن أعظم القوى تأثيرا في هذا الشأن .

حيث يؤكد Trewin.(2003) أن الوالدين ذوي الكفايات الوالدية المرتفعة يميلان إلى استخدام جهود أكثر نجاحا في الانخراط الاجتماعي خاصة إذا عاشوا في بيئة نابضة بالحياة، وتعمل على الاعتقادات الشخصية بالكفاية، وتشجيع الأمهات على الانخراط في نشاط الأبناء والتي تعد مفيدة لنمو الطفل، فالأمهات اللاتي يشعرن بالكفاية يميلان إلى الانخراط في مجموعة من الاستراتيجيات الوالدية التعزيزية التي تدفع ابنهن للأمام، وتزيد هذه الاستراتيجيات من فرص نجاح الطفل، فضلا على تؤثر المعتقدات الوالدية بالكفاية مباشرة على نمو الطفل (الخطيب، 2010،ص14)، وتحقق لدى الطفل اعتقادا إيجابيا حول كفايته الذاتية تنعكس إيجابا على تحسين المهارات الاجتماعية لديه. فوعي الأم بالدور الوالدي نحو الطفل، ومعرفة خصائص نموه ومظاهر المهارات الاجتماعية لديه، وخصوصية حالته يساهم ذلك في اكتساب الوالدين كفايات معرفية تقودهما إلى سلك السلوك المناسب في التعامل مع الطفل. أما في الكفايات الوالدية الوجدانية تسمح بتوفير علاقة إيجابية بين الأم والطفل، والتي تعد ضرورية للطفل في جميع النواحي، ولعلى أول شروطها تقبل الطفل التوحدي من أجل تنشئة اجتماعية فعالة. فالتقبل يعني التعامل مع الآخرين كما هم في حالتهم الراهنة، وتؤكد المرعب (2013) أن الطفل يتوقع من أسرته أن تقوم بإشباع حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية بصرف النظر عن خصائصه. فالطفل التوحدي الذي ينمو في مناخ أسري مشبع بالدفء والاستقرار تتكون لديه اتجاهات إيجابية نحو المحيطين به.

خلاصة عامة:

أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق الأهداف التالية

- من خلال الدراسة الاستطلاعية، والاطلاع على التراث الأدبي تمكنا من تصميم البرنامج الارشادي القائم على احتياجات الأم والطفل، حيث ظهرت العديد من الاحتياجات تمت صياغتها ككفايات في ثلاثة مجالات معرفية، وجدانية، وسلوكية. وقد تمثلت الاحتياجات في المجال المعرفي إلى المعلومات حول اضطراب طيف التوحد لمساعدتهم لفهم حالة الطفل، وتصحيح معتقدات الوالدين حول الدور الوالدي، فقد تبين من خلال المقابلات والإجابات على مقياس الكفايات الوالدية أن الأمهات لديهن أنماط مختلفة من الأفكار اللاعقلانية حول دورهن الوالدي. أما احتياجاتهن في المجال

الوجداني تمثلت في ردود الأفعال التي تقف عائقا نحو تقبل إعاقة الطفل، كما تمثلت في بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل فقد تبين أن الأمهات يعانين من كيفية الاقتراب للطفل وبناء الثقة معه وتحفيزه للقيام بنشاطاته. أما بالنسبة للاحتياجات في المجال السلوكي فقد تبين أن الأمهات بحاجة إلى أساليب تعديل السلوك لتغيير أنماط معاملتهم الوالدية واستبدالها بأنماط أكثر إيجابية تجعل الطفل يشعر بالأمان. كما تبينت حاجتهن لأساليب تعديل سلوك الطفل لمواجهة السلوكيات غير المرغوبة، ودعم وتعزيز السلوكيات الإيجابية.

- أما بالنسبة لاحتياجات الطفل فقد تم تسجيل ملاحظة الأمهات على وجود عجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى أطفالهن مما استلزم صياغة مهارة الاتصال ككفاية سلوكية لتساعد الأمهات على التواصل السليم مع الطفل وتشجيعه على الاتصال. واحتياجات الطفل في مجال تطوير العلاقات الاجتماعية حيث سجل افتقار الطفل للعب والاهتمام بالآخر تمت صياغة مهارة المشاركة الوالدية الفعالة ككفاية سلوكية تساعد الطفل عن الاندماج في الحياة الأسرية من خلال مشاركته الأنشطة المنزلية واللعب مع الوالدين أو الإخوة ليساعده على تطوير العلاقات الاجتماعية بشكل عام.

وقد تمكنا من خلال الدراسة الاستطلاعية من:

- تحديد الأوقات المناسبة لتطبيق البرنامج.
- التعرف على أهم الصعوبات التي تواجه الباحثة وإيجاد الحلول المناسبة لضمان السير الحسن أثناء تطبيق البرنامج.
- اختيار ميدان الدراسة وعينته، حيث تم اختيار الأمهات كمشاركين في الدراسة
- التأكد من تمتع أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس الكفاية الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي بالخصائص السيكومترية التي تعطي الثقة لاستخدامه.
- تقدير الوقت اللازم للدراسة والفترة الزمنية الأنسب لتطبيق جلسات البرنامج الإرشادي الأسري.
- تجميع بعض الملاحظات لتحديد خطة تطبيق إجراءات الدراسة.
- التعرف عن المباشر على مدى تجاوب أفراد العينة مع إجراءات الدراسة.
- حصر الوسائل المادية الواجب توفيرها لتطبيق إجراءات الدراسة.

ثانيا: الدراسة الأساسية

1.المنهج:

إن المنهج Method يعني " اجراء أو عملية لإحراز شيء أو لتحقيق هدف، كما تعني إجراء نظاميا، ويعني أيضا خطة نظامية لعرض مادة للتعليم أو التوجيه" (ورد في دويدري، 2000، ص 128).

ونظرا لطبيعة الدراسة الحالية التي تهتم بالطفل التوحدي وأسرته مما جعل من ايجاد عينة متجانسة تضم عددا كبيرا من الأمهات أمرا صعبا، الأمر الذي دفعنا للتخلي عن تصميم المجموعات المتعددة، وتبني تصميم المجموعة الواحدة لعدة أسباب تتعلق بالطفل التوحدي وهي: اختلاف الأشكال العيادية لاضطراب طيف التوحد مما يصعب إيجاد طفلين متشابهين في شكل وشدة الأعراض، فكل حالة هي حلة، وكذلك اختلاف مستوى القدرات المعرفية للطفل، والتي لها تأثير مباشر على اكتساب المهارات الاجتماعية لديه، كما أن المكتسبات القبلية لأطفل التوحد في المهارات الاجتماعية مختلفة.

أما الأسباب التي تتعلق بأمهات أطفال التوحد هي: حجم أسرة الطفل التوحدي، والترتيب الميلادي للطفل التوحدي، والوضع الاجتماعي (تفكك، طلاق، وفاة)، والوضع الاقتصادي، والمستوى الثقافي. مما يصعب تحقيق درجة التجانس المطلوبة في مجموعة الأمهات.

فتصميم المجموعة الواحدة يعد أنسب التصميمات للدراسة الحالية ذلك لكون المجموعة التجريبية هي نفس المجموعة الضابطة مما يؤدي إلى تكافؤها، ويجعل هذا التصميم يمتاز بتوفير الوقت، الجهد، والتكافؤ شبه الكامل بين أسر الأطفال قبل وبعد التجربة.

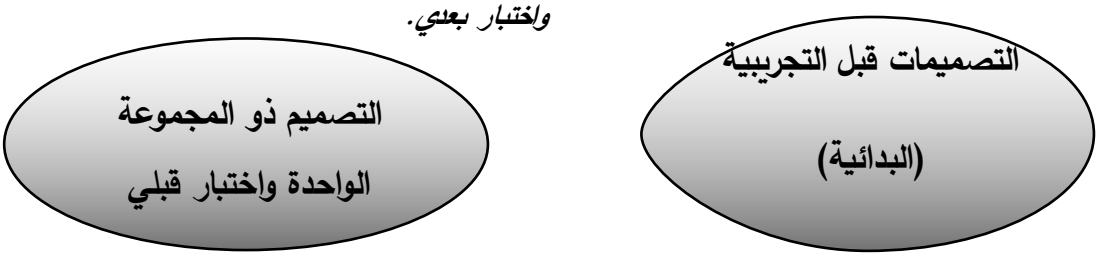
انطلاقا من هذا التحديد يمكننا القول إن المنهج التجريبي يقوم على العامل التجريبي أو المتغير المستقل المتمثل في البرنامج الإرشادي الأسري المصمم لأمهات أطفال التوحد، وهو المتغير المراد قياس مدى تأثيره على الموقف، أما المتغيرين التابعين لهذه الدراسة فيتمثلان في الكفايات الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد، والمهارات الاجتماعية لدى أطفالهن المصابين بالتوحد، حيث يتأثر هذان المتغيرين التابعين نتيجة تأثير المتغير المستقل (البرنامج الارشادي الأسري المقترح).

1.1 التصميم قبل التجريبي البدائي (Pre-Experimental Design):

التصميمات قبل التجريبية(البدائية)لا يُلجأ إلى تطبيقها إلا عندما يكون من غير الممكن أو من الصعب حسب (1978) Takmanتطبيق التصميمات التجريبية الحقيقية أو الشبه التجريبية (العسّاف ،1995، ص315).

ويتلخص التصميم قبل التجريبي(البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي، والمتمثلة في تصميمه وبناءه، وأثر العامل (المتغير المستقل) حسب الغامدي (1999، ص17) في الشكل الموالي:

الشكل(15): يوضح التصميم قبل التجريبي(البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي.



التصميم والبناء			
O2	X	O_1	A
القياس البعدي لمقياس الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد	ادخال المتغير التجريبي المتمثل في جلسات البرنامج الإرشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية	القياس القبلي لمقياسي الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد	المجموعة التجريبية الاختيار والتعيين غير عشوائي.
أثر المتغير المستقل			
$O_2 - O_1$			

يتضح من خلال قراءة الشكل(15): أنّنا نخضع في التصميم البدائي ذي المجموعة الواحدة – بدون مجموعة ضابطة وبدون اختيار أو تعيين عشوائي – واختبار قبلي(O1) واختبار بعدي(O2) المعتمد في الدراسة الحالية، المجموعة الواحدة التجريبية للمتغير المستقل والمتمثل في جلسات البرنامج الإرشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، بعد أن يتم اختبارها اختبارا قبليا بمقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، ثم تختبر المجموعة التجريبية بعد التجربة باختبار بعدي بنفس المقاييس لمقارنة نتائج الاختبار البعدي بنتائج الاختبار القبلي، وذلك من أجل معرفة فاعلية المتغير المستقل، ولمعرفة أثر النتائج الايجابية للبرنامج الإرشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد لتحسين مهاراتهم الاجتماعية، قمنا بدراسة تتبعيه أين تختبر المجموعة التجريبية بعد التجربة بفترة زمنية مقدرة بشهرين باختبار تتبعي بنفس المقاييس لمقارنة نتائج الاختبار التتبعي بنتائج الاختبار البعدي.

2. متغيرات الدراسة:

1.2 المتغير المستقل:

يتمثل في برنامج الإرشاد د الأسري المقترح.

2.2 المتغير التابع:

وهو ما ينتج من أثر على المتغير المستقل أي أن قيمته تتغير وفق قيمة المتغير المستقل (منسي وآخرون، 2008، ص55). وتضم الدراسة الحالية متغيرين تابعين وهما:

- **المتغير التابع الأول:**

ويتمثل في التغير الحاصل في الكفايات الوالدية (في المجال المعرفي، المجال الوجداني، وفي المجال السلوكي)

- **المتغير التابع الثاني:**

ويتمثل في التغير الحاصل في المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر الأمهات (بعد التبادل الاجتماعي، قصور في السلوكيات اللفظية وغير اللفظية، وقصور في تطوير العلاقات الاجتماعية)

3. المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية:

1.3 المجال المكاني:

تم تنفيذ البرنامج في عيادة الأمل للصحة النفسية، وتم اختيارها نظرا لتوفر شروط تطبيق البرنامج، حيث قامت الطالبة بتهيئة مكتب المختص النفسي، حيث اشتمل المكتب على كافة الأدوات لتسيير جلسات البرنامج، مع توفير الجو الملائم لتطبيق النشاطات (الإضاءة المناسبة، التهوئة، الهدوء، وتوفير المساحة الكافية لتنفيذ النشاطات).

تم تطبيق البرنامج من قبل الطالبة على شكل ورشات جماعية تكونت من 16 جلسة بحوالي (120 دقيقة إلى 125 دقيقة لكل جلسة)، اعتمد التجليس بطريقة دائرية للحث عن المشاركة، كما لم نضم أطفالهن لجلسات البرنامج، ذلك لأن الهدف الرئيسي للبرنامج المقترح هو تنمية الكفايات الوالدية لدى المشاركات لتحسين السلوك الوالدي. وملاحظة أثره على تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفالهن المصابين بالتوحد.

2.3 المجال الزمني:

انطلقت الدراسة الأساسية بعد اتمام العمل الاستطلاعي، حيث تم الانطلاق في الدراسة الأساسية يوم الاثنين 02 أوت 2021 حيث تم اجراء الجلسة التمهيدية ومن بين نشاطاتها تطبيق القياس القبلي، وبعدها تم تطبيق جلسات البرنامج. حيث عقدت الجلسات بانتظام لم تتخللها أي انقطاعات.

توزعت على مدى ثمانية أسابيع، بمعدل جلستين في الأسبوع حيث استمر التدخل حوالي شهرين، وفي الجلسة الختامية تم اجراء القياس البعدي، وذلك في اليوم الموافق لـ 23 سبتمبر 2021، أما القياس التتبعي فتم اجراؤه بعد مرور 08 أسابيع من آخر جلسة يوم الخميس 18 نوفمبر 2021. حيث تم متابعة المشاركات من خلال انشاء مجموعة خاصة عبر تطبيق الفيس بوك لمناقشة النتائج المتوصل إليها مع أطفالهن تقديم النصح وادعم والارشاد في الكفايات التي تم تناولها في البرنامج.

والجدول الآتي يوضح التوزيع الزمني لجلسات البرنامج:

جدول (25): يوضح تاريخ اجراء جلسات البرنامج الارشادي

الرقم	الجلسة	تاريخها		الرقم	الجلسة	تاريخها
01	الأولى **اجراء القياس القبلي**	الاثنين 02 أوت 2021		10	العاشرة	الخميس 02 سبتمبر 2021
02	الثانية	الخميس 05 أوت 2021		11	الحادية عشر	الاثنين 06 سبتمبر 2021
03	الثالثة	الاثنين 09 أوت 2021		12	الثانية عشر	الخميس 09 سبتمبر 2021
04	الرابعة	الخميس 12 أوت 2021		13	الثالثة عشر	الاثنين 13 سبتمبر 2021
05	الخامسة	الاثنين 16 أوت 2021		14	الرابعة عشر	الخميس 16 سبتمبر 2021
06	السادسة	الخميس 19 أوت 2021		15	الخامسة عشر	الاثنين 20 سبتمبر 2021
07	السابعة	الاثنين 23 أوت 2021		16	السادسة عشر **اجراء القياس البعدي**	الخميس 23 سبتمبر 2021
08	الثامنة	الخميس 26 أوت 2021				
09	التاسعة	الاثنين 30 أوت 2021		**اجراء القياس التتبعي**		الخميس 04 نوفمبر 2021

4. المشاركات:

تم اختيار المشاركات بطريقة قصدية متيسرة ومتاحة، ومناسبة للظروف العملية والتطبيقية للدراسة، حيث تمت مشاركة (07) أمهات تم تشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد من خلال الفرق المختصة التابعة لكل من جمعية التاج للصحة، وعيادة أمل للصحة النفسية، وهن أمهات

لأطفال تتراوح أعمارهم بين 07 إلى 11 سنة (زمن المشاركة) لقد قمنا بإجراء مقابلة أولية بدعوة كلا الوالدين للمشاركة في البرنامج، وأبلغنا الآباء بعدم قدرتهم على المشاركة نظرا لالتزامات العمل.

فنظرا لعدم قدرة كلا الوالدين الحضور بشكل متكرر لجلسات البرنامج، تم ترشيح الأم كوالد أساسي ومقدم الرعاية المباشر للطفل الذي سيكمل المشاركة في البرنامج، ويجيب عن مقاييس الدراسة الحالية.

تم اختيار جمعية التاج للصحة، وعيادة أمل للصحة النفسية، نظرا لإبدائهم التعاون مع الطالبة وتوفر المشاركات، والتشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد، وقد تم تطبيق البرنامج في عيادة الأمل للصحة نظرا لتوفر الشروط المناسبة.

1.4 أسس اختيار المشاركات:

تم التحقق من الشروط الآتية عند اختيار المشاركات وتمثلت في:

- ❖ اختيار الأمهات اللاتي لديهن أطفل مصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين 07 إلى 11 سنوات، لأن أغلب أطفال التوحد في هذه المرحلة بحاجة إلى مهارات اجتماعية تساعدهم على التكيف مع المحيط. وحسب ما جاء في الدليل التشخيصي الاحصائي في الطبعة الخامسة (DSM5) توسيع المدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشتمل عمر الطفولة المبكرة، والممتدة حتى 08 سنوات. بدلا من المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر 03 سنوات. حيث يتم في هذه المرحلة التأكد من سلامة التشخيص.
- ❖ أن يكون الطفل قد تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد وفقا لنتائج وأدوات التشخيص المستخدمة في المراكز والجمعيات التابعين لها مع تقرير طب الأمراض العقلية للطفل، ومراجعة ملف كل حالة، وألا يكون لديه إعاقات مصاحبة. وتبلغ الأم على تشخيص الطفل بأن لديه اضطراب طيف التوحد.
- ❖ أن يكون اضطراب طيف التوحد لدى الطفل ذي شدة خفيفة إلى متوسطة، وذلك لغايات الدراسة وأهدافها، وطبيعة البرنامج، وضيق الوقت المتاح، بحيث العمل مع حالات طيف التوحد الشديد بحاجة إلى وقت طويل جدا.
- ❖ لم يكن هناك قيود على جنس الطفل.

❖ أن تكون المشاركات من ذوي الكفايات الوالدية المنخفضة، وأطفالهن المصابين بالتوحد من ذوي المهارات الاجتماعية المنخفضة من وجهة نظرهن. حيث يتم اختيار المشاركات بعد تطبيق مقاييس الدراسة وذلك لملاحظة التباين في القياس البعدي.

❖ أن تكون المشاركات من ذوي المستوى الاقتصادي، والثقافي والوضع الاجتماعي المتكافئ لتحقيق التجانس بين المشاركات.

❖ أن تكون المشاركات من الأسر النووية ويكون لدى الطفل التوحدي أخ واحد على الأقل، لزيادة المشاركات داخل الأسرة.

❖ أن تكون المشاركات ماكثات في البيت لتنظيم وقت الحضور، والتحكم في الغيابات. كما أن الأمهات الماكثات في البيت يقضين وقتا أطول مع الطفل.

فقد تم الاتصال هاتفيا بالأمهات اللاتي توفرن فيهن الشروط والبالغ عددهن (12)، (02) منهن لم يبدين رغبة في الانضمام للبرنامج، وانسحبت (01) نظرا لأنها كانت على وشك الولادة، وانسحبت أخرى لأنها كانت مسافرة. أما الأمهات (08) فقد تم موافقتهن على المشاركة وبعد اجراء الجلسة التمهيدية انسحبت (01) نظرا لعدم موافقة الزوج لتكملة البرنامج. وفي الأخير تألفت عينة الدراسة من (07) أمهات. والجدول الآتي يوضح خصائص العينة:

جدول (26): يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية

	عدد العينة	المتغيرات	الخصائص			
المشاركات	07	عمر الأم	من 30إلى 39	من 40 إلى 49	من 50 فأكثر	
			04	03	\	
		الحالة الاجتماعية	متزوجة	أرملة	مطلقة	منفصلين
			07	\	\	\
		المستوى	طور	طور متوسط	طور	جامعي

التعليمي	ابتدائي		ثانوي		
	02	02	01	02	
العمل	ماكثة في البيت		عاملة		
	07		\		
عدد الاخوة	أخ واحد	اثنان	ثلاثة	أكثر من أربعة	
	\	03	02	02	
الترتيب الميلادي للطفل	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	
		02	04	01	
السكن	سكن خاص		سكن مع الأسرة الممتدة		
	07				
عمر الطفل	07 سنوات	08 سنوات	09 سنوات	10 سنوات	
	02	02	\	03	
الدمج	مدمج في المدرسة		غير مدمج في المدرسة		
	03		04		
المتابعة	جمعية التاج		عيادة الأمل للصحة		

				النفسية
			01	06
		المستوى الاقتصادي	متوسط	
		جنس الطفل	ذكر	
		درجة الاضطراب	متوسط	
		مهنة الأب	عامل يومي	

5. أدوات البحث في الدراسة الأساسية:

بهدف توفير أكبر قدر من الموضوعية والدقة في أي دراسة وبغرض إرساء دعائمها لتحقيق درجة مناسبة من اليقين العلمي يحتاج الباحث إلى أدوات معينة لجمع البيانات الضرورية والمعلومات الخاصة بدراسته، وتختلف أدوات جمع البيانات باختلاف طبيعة مشكلة الدراسة وفرضياتها والأهداف المرجو تحقيقها، وقد اشتملت الدراسة الحالية على أداتين وهما: مقياس الكفايات الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي.

1.5 مقياس الكفاية الوالدية لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد:

1.1.5 مصادر المقياس:

تم في الدراسة الحالية تصميم مقياس الكفايات الوالدية لدى والدي أطفال التوحد، وذلك بعد الاطلاع على التراث الأدبي والدراسات السابقة التي تناولت العديد من المتغيرات كالضغوط النفسية، والمعاملة الوالدية، والكفاية الوالدية، وذلك من أجل الإلمام بمعظم جوانب الكفايات الوالدية. كما اعتمدنا على بعض المقاييس التي اهتمت بهذه المتغيرات عموما. حيث تم اقتباس بعض البنود منها بما يتلاءم مع موضوع الدراسة، والفئة المستهدفة في الدراسة الحالية. كما استفدنا منها في كيفية صياغة البنود، ومن أهم هذه المقاييس:

- مقياس الشعور الوالدي بالكفاية Parenting Sens ofCompatence Scal من اعداد Gipaud & Wallston (1978) حيث يقيس تصورات الآباء للفاعلية الذاتية، والرضا عن الدور الوالدي
- مقياس الضغوط الوالدية (PSI) من اعداد فيولا البيلاوي (1988) حيث يقيس الضغوط الوالدية حسب خصائص الطفل، وخصائص الوالدين.
- مقياس تكيف الوالدية والأسرة PAFAS من اعداد موراوسكا (2014)

2.1.5 أبعاد المقياس:

بعد اطلاعنا على الأبحاث والكتابات في مجال ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، وأبعاد المقاييس التي تم ذكرها سابقا، تم صياغة بنود المقياس واعداده في صورته الأولية، حيث تكون المقياس من 03 محاور تمثل مكونات الكفايات الوالدية وهي:

1.2.1.5 البعد الأول:

الكفايات الوالدية المعرفية، تتكون من 49 بندا موزعة على بعدين فرعيين كالتالي:

- تصحيح معتقدات الوالدين حول الدور الوالدي: تكون من 33 بندا
- معلومات الوالدين حول اضطراب طيف التوحد وخصائص الطفل التوحدي ومتطلباته النمائية: وتكون من 16 بندا.

2.2.1.5 المحور الثاني:

الكفايات الوالدية في المجال الوجداني حيث تكون من 49 بندا موزعة على بعدين فرعيين كالتالي:

- ردود فعل الوالدين: يتكون من 25 بندا
- مهارة بناء العلاقة الإيجابية: تتمثل في مهارتي التشجيع والانضمام، حيث تتكون من 24 بندا تضم 12 بندا تقيس الانضمام ،12 بندا تقيس التشجيع.

3.2.1.5 المحور الثالث:

الكفايات الوالدية في المجال السلوكي يتكون من 53 بندا موزعة على ثلاث أبعاد فرعية كالتالي:

- مهارة تعديل سلوك الطفل: يتكون من 15 بندا
- مهارة الاتصال: يتكون من 18 بندا
- مهارة المشاركة الفعالة: ويتكون من 20 بندا

وبعد عرضه على المحكمين أصبح المقياس يضم 63 بندا وذلك بعد حذف البنود نظرا لعدم انتمائها للبعد الذي تقيسه، وحذف بنود أخرى لتكرارها، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس تم حذف 05 بنود غير متسقة مع البعد الذي تقيسه وهي: 03 و05 في الكفايات الوالدية في البعد المعرفي. والبند 27 في الكفايات في البعد الوجداني، والبندين (37، 39) في الكفايات الوالدية في البعد السلوكي.

وعليه فقد تكون المقياس في صورته النهائية من 58 بند موزعة عل 03 محاور، والجدول الآتي يوضح توزيع أبعاد وبنود المقياس:

جدول (27): يوضح التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس الكفايات الوالدية

الأبعاد / رقم البند	البنود السلبية	البنود الايجابية	عدد البنود
البعد المعرفي	02-03-04-05-06-08-09-10-11-12-.	01-07-13.	13
البعد الوجداني	14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31.	/	18
البعد السلوكي	32-38-40-41-56-57-58.	33-34-35-36-37-39-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-	27
بنود مقياس الكفاية الوالدية	40	18	58

الجدول (27): يعرض التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس الكفاية الوالدية المتكون من مجموع كلي للبنود قدره (58) بندا منها (18) بند ايجابي، موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: البعد المعرفي وعدد

بنوده (13) بند منها(03) بنود ايجابية، ويليه البعد الوجداني بعدد بنود قدره(18) بند سلبي، وينتهي بالبعد السلوكي بعدد بنود قدره(27) بند منها(15) بند ايجابي.

3.1.5 تصحيح مقياس الكفاية الوالدية لوالدي الأطفال المصابين بالتوحد:

وللإجابة على بنود المقياس صيغت البنود بطريقة مغلقة ذات بدائل إجابة وفق السلم الرباعي (لا تنطبق، تنطبق بدرجة ضعيفة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة)، وأعطيت الأوزان (0، 1، 2، 3) للاتجاه الموجب للبنود، والأوزان (3، 2، 1، 0) للاتجاه السالب للبنود. بحيث كل رقم يصف المدى الذي تظهر فيه الصفات الظاهرة، أو غير الظاهرة. ومن ثم يتم تحويل استجابة الوالدين أو أحدهما على كل عبارة من عبارات المقياس إلى أوزان تقديرية،

جدول (28): يوضح بدائل مقياس الكفايات الوالدية

البديل	لا تنطبق	تنطبق		
		بدرجة ضعيفة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
البنود الموجبة	0	1	2	3
البنود السالبة	3	2	1	0

ثم يتم حساب مجموع درجات كل فرد من أفرا د عينة الد راسة، على كل بعد من أبعاد المقياس على حدا، بحيث تجمع درجات البنود، من البند رقم01 إلى البند رقم 13 معا، ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد الكفايات الوالدية في المجال المعرفي ، وتجمع درجات البنود، من البند رقم14 إلى البند رقم 31 معا، ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد الكفايات الوالدية في المجال الوجداني، وتجمع كذلك درجات البنود، من البند رقم 32 إلى البند رقم 58 معا، ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد الكفايات الوالدية في المجال السلوكي.

وبعد الحصول على درجات الفرد على جميع أبعاد المقياس، يتم جمع الدرجات، لتكوّن مجتمعة درجة الفرد الكلية، وبالتالي فإن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد على مقياس الكفايات الوالدية هي 0درجة، وذلك إذا كانت جميع اختياراته في الاجابة هي البديل الأول (لا تنطبق)، وأن أعلى درجة يمكن الحصول عليها هي 174 درجة، وذلك إذا كانت جميع اختياراته في الاجابة هي البديل الثالث (تنطبق بدرجة كبيرة) وبناء عليه تصنف درجات الكفايات الوالدية على هذا المقياس إلى 03 مستويات هي:

- مستوى الكفايات الوالدية المنخفضة تتراوح بين 0 درجة إلى24

- مستوى الكفايات الوالدية المعتدلة تتراوح بين25 درجة إلى 36
- مستوى الكفايات الوالدية المرتفعة تتراوح بين 37 درجة فما فوق

أما مستويات الكفايات الوالدية في أبعاد المقياس توضح في الجدول التالي:

جدول (29): يوضح تصنيف مستويات الكفايات الوالدية في كل أبعاده

التصنيف	الدرجة	
مستوى الكفايات الوالدية المنخفضة	الكفايات الوالدية في البعد المعرفي	من 16 فأقل
	الكفايات الوالدية في البعد الوجداني	من 12 فأقل
	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	من 14 فأقل
مستوى الكفايات الوالدية المعتدلة	الكفايات الوالدية في البعد المعرفي	من 17 إلى 20
	الكفايات الوالدية في البعد الوجداني	من 13 إلى 20
	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	من 15 إلى 30
مستوى الكفايات الوالدية العالية	الكفايات الوالدية في البعد المعرفي	من 21 فأكثر
	الكفايات الوالدية في البعد الوجداني	من 21 فأكثر
	الكفايات الوالدية في البعد لسلوكي	من 31 فأكثر

4.1.5 تطبيق المقياس:

يتكون المقياس بالإضافة إلى الأبعاد والبنود مقدمة استهلالية، تعطي فكرة عامة حول الموضوع وتعليمات الإجابة لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد بهدف تبسيط طريقة إجابتهن وتشجيعهن وتحفيزهن على إعطاء المعلومات المطلوبة بطريقة موضوعية، حيث يطلب من أمهات أطفال التوحد وضع علامة (X) في أحد البدائل الأربعة التي تنطبق عليه، بحيث يتم اختيار بديل واحد فقط، وتتم الإجابة على كل البنود دون استثناء. والتأكيد للأمهات بأن هذه الإجابات لا تخضع للصح أو الخطأ،

وإنما تعكس وجهة نظرهن الخاصة، وبالتالي تعد كل الإجابات صحيحة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه المعلومات ستعالج بسرية وموضوعية متناهية من أجل البحث العلمي.

2.5 مقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد:

1.2.5مصادر المقياس:

تقدم الدراسة الحالية مقياسا للمهارات الاجتماعية لأطفال التوحد من وجهة نظر أمهاتهم وفقا للأبعاد التي جاءت في الدليل التشخيصي الاحصائي الإصدار الخامس (DSM5). حيث تناول ثلاث أبعاد وهي: التبادل الاجتماعي والانفعالي، قصور في السلوكيات غير اللفظية، وتطوير العلاقات الاجتماعية.

حيث تم الاطلاع على التراث الأدبي الذي تناول المهارات الاجتماعية عموما لدى الأطفال العاديين، والأطفال في وضعية إعاقة خاصة أطفال التوحد من أجل الاطلاع الواسع على جميع جوانب الموضوع، وتسليط الضوء على خصائص المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، كما تم الاستعانة بالدراسات السابقة التي تناولت ذات الموضوع منها دراسة (خشخوش، 2019)، دراسة (عبد السلام، 2019)، دراسة (عمر،2015)، دراسة (مشيرة، 2013)، ودراسة (عليوة، 1990) إلى جانب ذلك تم الاطلاع على مجموعة من مقاييس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد والأطفال العاديين منها:

- مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل اعداد عادل عبد الله (2008)
- مقياس جيليام لتشخيص التوحد اعداد محمد السيد عبد الرحمان، منى خليفة علي حسن (2004).
- مقياس تقدير التوحد في الطفولة CARS.
- قائمة اختبار تشخيص حالات التوحد، اعداد لينا عويس (2006).
- مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل من اعداد: عادل عبد الله (2008).
- قائمة تقدير السلوك التوحدي الصورة السعودية من اعداد نايف الزارع (2003)

2.2.5 أبعاد المقياس:

بعد اطلاعنا على الأبحاث والكتابات والمقاييس التي تناولت المهارات الاجتماعية، تم صياغة بنود المقياس واعداده في صورته الأولية متكون من (74) بندا موزعة على ثلاث أبعاد كالتالي:

1.2.2.5 بعد التبادل الاجتماعي (32) بندا، حيث يقيس قدرة الطفل ـ من وجهة نظر والديه ـ والمقصود به في الدراسة الحالية "قدرة الطفل في استخدام السلوك الاجتماعي المناسب للموقف، والقدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية، ومشاركة الاهتمامات والعواطف مع الآخرين".

2.2.2.5 بعد قصور في السلوكيات غير اللفظية 21 بندا، حيث يقيس قدرة الطفل ـ من وجهة نظر والديه ـ والمقصود به في الدراسة الحالية "التواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال لغة الجسد والشذوذ في النظر بالعين أو قصور في عدم الفهم، واستخدام التواصل غير اللفظي إلى النقص الكلي في التعابير الوجهية والإيماءات" (ورد في الجلامدة، 2015، ص98).

3.2.2.5 بعد تطوير العلاقات الاجتماعية (21) بندا، حيث يقيس قدرة الطفل ـ من وجهة نظر والديه ـ والمقصود به في الدراسة الحالية "صعوبات السلوك التكيفي المناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال صعوبة المشاركة في اللعب التخيلي وتكوين الصداقات إلى غياب واضح باهتمامات الناس (ورد في الجلامدة، 2015، ص98)

وبعد عرضه على المحكمين أصبح المقياس يضم (37) بندا وذلك بعد حذف البنود نظرا لعدم انتمائها للبعد الذي تقيسه، وحذف بنود أخرى لتكرارها، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس تبين أن جميع بنود المقياس متسقة مع أبعادها

وعليه فقد تكون المقياس في صورته النهائية من (37) بندا موزعة على 03 أبعاد، والجدول الآتي يوضح توزيع أبعاد وبنود المقياس:

جدول(29): التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحدي

رقم البند الأبعـاد	البنـود الإيجابية	البنود السلبية	عدد البنود
بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي	01	-22-19-16-13-10-07-04 37-33-31-29-27-25	14
بعد القصور في السلوكات غير اللفظية	06	-20-17-14-11-08-05-02 36-35-30-23	12
بعد تطوير العلاقات الاجتماعية	/	-24-21-18-15-12-09-03 34-32-28-26	11
مجموع بنود المقياس	02	35	37

الجدول (29): يعرض التوزيع الكمي لأبعاد وبنود مقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، والمتكون من مجموع كلي للبنود قدره (37) بند منها (02) بندين ايجابيين، موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي وعدد بنوده (14) بند منها (01) بند ايجابي، ويليه بعد القصور في السلوكات غير اللفظية بعدد بنود (12) بند منها (01) بند ايجابي، وينتهي ببعد تطوير العلاقات الاجتماعية بعدد بنود(11) بند. (أنظر الملحق رقم02)

3.2.5 تصحيح المقياس:

يطلب من الوالدين أو أحدهما تقدير اجابته على بنود المقياس التي صيغت بطريقة مغلقة ذات بدائل إجابة وفق السلم الرباعي (لا تنطبق، تنطبق بدرجة ضعيفة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة). ومن ثم يتم تحويل استجابة الوالدين أو أحدهما على كل عبارة من عبارات المقياس إلى أوزان تقديرية، العبارات الموجبة تأخذ الأوزان 0، 1، 2، 3، والعبارات السالبة تأخذ 3، 2، 1، 0 والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (30): *يوضح بدائل مقياس المهارات الاجتماعية*

البديل	لا تنطبق	تنطبق		
		بدرجة ضعيفة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
البنود الموجبة	0	1	2	3
البنود السالبة	3	2	1	0

ثم يتم حساب مجموع درجات كل فرد من أفرا د عينة الد راسة، على كل بعد من أبعاد المقياس على حدا، بحيث تجمع درجات البنود(-31-29-27-25-22 -19-16-13-10-07-04-01 37-33)ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي ، وتجمع درجات البنود(36-35-30-23-20-17-14-11-08-06-05-02)، ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد قصور في السلوكيات غير اللفظية، وتجمع كذلك درجات البنود، (34-32-28-26-24-21-18-15-12-09-03)، ويطلق على الدرجة المحصل عليها؛ درجة الفرد في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية.

وبعد الحصول على درجات الفرد على جميع أبعاد المقياس، يتم جمع الدرجات، لتكوّن مجتمعة درجة الفرد الكلية، وبالتالي فإن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الطفل على مقياس المهارات الاجتماعية من وجهة نظر والديه هي 0درجة، وذلك إذا كانت جميع اختياراته في الاجابة هي البديل الأول (لا تنطبق)، وأن أعلى درجة يمكن الحصول عليها هي 111 درجة، وذلك إذا كانت جميع اختياراته في الاجابة هي البديل الثالث (تنطبق بدرجة كبيرة) وبناء عليه تصنف درجات المهارات الاجتماعية على هذا المقياس إلى 03 مستويات هي:

- مستوى المهارات الاجتماعية المنخفضة تتراوح بين 0 درجة إلى 30 درجة.
- مستوى المهارات الاجتماعية المعتدلة تتراوح بين 31 درجة إلى 44 درجة.
- مستوى المهارات الاجتماعية العالية تتراوح بين 45 درجة فما فوق.

أما مستويات المهارات الاجتماعية في أبعاد المقياس توضح في الجدول التالي:

جدول (31): يوضح تصنيف مستويات المهارات الاجتماعية في كل أبعاده

التصنيف	الدرجة	
مستوى المهارات الاجتماعية المنخفضة	المهارات الاجتماعية في البعد (01)	من 10 فأقل
	المهارات الاجتماعية في البعد (02)	من 10 فأقل
	المهارات الاجتماعية في البعد (3)	من 10 فأقل
مستوى المهارات الاجتماعية المعتدلة	المهارات الاجتماعية في البعد (01)	من 11 إلى 14
	المهارات الاجتماعية في البعد (02)	من 11 إلى 14
	المهارات الاجتماعية في البعد (03)	من 11 إلى 20
مستوى المهارات الاجتماعية العالية	المهارات الاجتماعية في البعد (01)	من 15 فأكثر
	المهارات الاجتماعية في البعد (02)	من 15 فأكثر
	المهارات الاجتماعية في البعد (03)	من 21 فأكثر

4.2.5 تطبيق المقياس:

يتكون المقياس بالإضافة إلى الأبعاد والبنود مقدمة استهلالية، تعطي فكرة عامة حول الموضوع وتعليمات الإجابة لأولياء أمور أطفال المصابين بالتوحد بهدف تبسيط طريقة إجابتهن وتشجيعهن وتحفيزهن على إعطاء المعلومات المطلوبة بطريقة موضوعية، بعد التأكيد على أن الإجابة لن تستغل إلا لأغراض علمية فقط، وأنه لن يطلع عليها أحد سوى الباحث. حيث يطلب من أمهات أطفال التوحد وضع علامة (X) في أحد البدائل الأربعة التي تنطبق على ابنهم، بحيث يتم اختيار بديل واحد فقط والإجابة على كل البنود دون استثناء. والتأكيد لهم بأن هذه الإجابات لا تخضع للصح أو الخطأ، وإنما تعكس ملاحظاتهم، وبالتالي تعد كل الإجابات صحيحة.

6. الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة:

تعد التقنيات الإحصائية من أهم الوسائل الحديثة للبحث العلمي في ميادينه المختلفة بوجه عام وفي ميادين العلوم الاجتماعية بوجه خاص، لأن استخدام هذه التقنيات يكسب البحث العلمي الدقة العلمية ويضفي على نتائج البحث الصدق والدقة والوضوح، وتطبيق التقنيات الإحصائية على أي دراسة لا بد أن تتماشى وطبيعة الموضوع المدروس، وما دمنا طبقنا جلسات البرنامج الإرشادي الاسري لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، واعتمدنا مقياس الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، فسنستخدم التقنيات الإحصائية التالية لمعالجة فرضيات الدراسة، وتتمثل هذه التقنيات من خلال تطبيق البرنامج الاحصائيSPSS فيما يلي:

1.6 الإحصاء الوصفي والبياني:

التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والمضلعات التكرارية، معامل ارتباط بيرسون.

2.6 الإحصاء الاستدلالي:

اختبار "ت" T test لعينتين مترابطتين، للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين(البعدي – القبلي)، ثم (التتبعي – البعدي) لمقياس الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ومقياس المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، للمجموعة التجريبية، ومعادلة كوهن(Cohen) لحساب مؤشر "d" للدلالة على حجم الأثر في اختبار "t" لعينتين مترابطتين.

ثالثا: البرنامج

يعتبر ارشاد وتعليم الوالدين تيارا أساسيا من مجالات الارشاد الأسري لمساعدة الوالدين في كيفية تنشئة الأبناء وتقديم يد العون لهم، ومساعدتهم في تحسين بعض ما يواجهونه من مشكلات نفسية أو سلوكية أو دراسية، ويركز هذا النوع من الارشاد على تعليم الوالدين وتدريبهم لتصحيح معلوماتهم، وتغيير اتجاهاتهم غير الفعالة، واكسابهم مهارات وأساليب التعامل مع أبنائهم، بدورها تكون أكثر ملاءمة في تلبية احتياجات أطفال التوحد، وتنشئتهم تنشئة سليمة، وتوجيه سلوكياتهم في المواقف المختلفة.

1. تعريف البرنامج:

يعرف البرنامج بأنه" مزيج من الأهداف الخاصة، والاستراتيجيات الارشادية الموجهة لتحقيق الأهداف، والتصميم البحثي الملائم، ومحتوى البرنامج، والاجراءات التنظيمية، وتنفيذ البرنامج، وتقويمه، والتنسيق بين كل ما سبق. (سعفان، 2005، ص202)

والبرنامج المقترح في الدراسة الحالية هو مجموعة من الجلسات المنظمة زمنيا والمخطط لها، والمعدة نظريا وفق الأدبيات ذات الصلة، والدراسات السابقة، لتقديم الخدمات الارشادية بطريقة بناءة، حيث قامت الطالبة بإدارة الجلسات بهدف تنمية الكفايات الوالدية اللازمة لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد. ويتحقق ذلك من خلال التدريبات المنظمة، والمهارات التي تقدم للأمهات والتي تساعدهم في التعامل الإيجابي مع سلوك أبنائهن المصابين بالتوحد، وتحسين المهارات الاجتماعية لديهم.

2. الخلفية النظرية للبرنامج:

إن محور اهتمام الارشاد الأسري هو نظام العلاقات واستكشاف هذا النظام، والتعرف على قواعده، ودعوة أفراد الأسرة للتركيز على النظام العام وتطويره، وتغيير محتواه حيث يعمل الارشاد الأسري على وقاية الأسرة من الوقوع في المشكلات، ومعالجتها عند الوقوع فيها، وهذا ما تؤكده نظريات الارشاد الأسري، حيث يؤكد على دور الأسرة والبيئة الاجتماعية في تغيير الفرد ونموه الحالي التي تهدف جميعها إلى توثيق العلاقة بين أفراد الأسرة، وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد (مقدادي، 2013، ص 717).

وعليه فإن الارشاد الأسري عملية مخطط لها، يسعى من خلالها المرشد إلى تحقيق التوازن النفسي لأفراد الأسرة سواء فرادى أو جماعة. ويمثل الوالدان فيها "بطبيعة الحال السلطة الأولى المباشرة في التنشئة التي تمارس تأثيرها على الطفل منذ ولادته، ويظل تأثير هذه القوة قائما حتى مرحلة متأخرة من العمر. بل وقد يظل مفعولها واضحا بشكل أو بآخر في سلوك الفرد طيلة حياته" (قناوي، 2013، ص52).

ومما سبق فقد تم في الدراسة الحالية الاعتماد على البرامج الوالدية في بناء البرنامج المقترح قائم على الارشاد الأسري، يهدف إلى تنمية الكفايات الوالدية اللازمة لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وذلك من خلال الاستناد على النظرية المعرفية السلوكية نظرا لملاءمتها أهداف الدراسة الحالية، فهي "تعتبر أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تجمع بين الاتجاه المعرفي والسلوكي لتفسير

حدوث السلوك، فهي تستخدم مبادئ تعديل السلوك، وتقترح مبادئ وطرق تفكير جديدة" (بلعسلة، 2013).

ونظرا لأهداف البرنامج المقترح تم الاستناد على النظرية المعرفية الانفعالية السلوكية لألبرت أليس حيث تعتمد على تفنيد أفكار الوالدين اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية، حيث تركز REBT على دور التوقعات غير الواقعية والأفكار اللاعقلانية لدى الوالدين، حيث شرح أليس أفكاره من خلال نموذج (ABC Model) الذي يوضح العلاقة بين المعتقدات، والأحداث الحياتية، والنتائج الانفعالية والسلوكية المتعلقة بها، حيث يؤمن أن طريقة التفكير (B) في الحدث (A) هي المسؤولة عن النتائج الانفعالية والسلوكية (C)، وليس لما يعتقده الناس من أن الحدث (A)هو الذي يسبب المشاعر والسلوكيات (C) وعليه فإن وراء كل انفعال وسلوك . إيجابي أو سلبي . بناء معرفي ومعتقدات سابقة لهما سببا لظهوره. وبعبارة أخرى فإن كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون جيدا، والانفعال سيكون إيجابيا وصحيا، ودافعا لمزيد من النشاط والعكس صحيح (الخطيب، 2010، ص 33).

وعليه فإن نظرية أليس تساعدنا على تنمية الكفايات الوالدية لدى الأمهات، ولانتقال أثر ذلك على الطفل المصاب بالتوحد وتحسين مهاراته الاجتماعية تمت الاستفادة من نظريةBanduara والتي ترى أن التعلم كثيرا ما يحدث من خلال ملاحظة شخص سلوك الآخرين لكي يقلدهم. مما يعني أن الطفل التوحدي يستطيع التعلم من خلال ملاحظة الممارسات السلوكية الصحيحة عليه.

فنظرية التعلم الاجتماعي لـ A. Banduara تركز على التفاعل الاجتماعي، فالطفل التوحدي يستطيع اكتساب المهارات الاجتماعية من خلال التفاعل الاجتماعي المباشر مع الوالدين في محيطه الطبيعي وهي الأسرة. إذ تعمل الأسرة على تعزيز أو عقاب السلوك الصادر منه. فمجال تعديل السلوك المعرفي يقوم على افتراض أن الانسان ليس سلبيا، فهو لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب، ولكنه يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها، وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه، بحيث يكون هناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية، والعمليات المعرفية والسلوك.

ويسمي(1979) Banduara هذا التفاعل "بالحتمية المتبادلة أو التبادل السببي، وهذا يعني أن الانسان يطور مفاهيم معينة عن المثيرات البيئية، وعلاقتها ببعضها البعض، وهذه المفاهيم بدورها تؤثر على ردود الأفعال التي تحدث لديه، والسلوك الذي يصدر عنه" (ورد في بلعسلة، 2013،

ص90)، وتذكر (بلعسلة،2013، ص120) أن هناك ثلاث مؤشرات رئيسية منظمة للسلوك هي المثيرات (Stimruli) التغذية الراجعة (Feed back) الثواب والعقاب (Reinforcement and punshment effect) والعمليات المعرفية (Cognitive process) كما أشار لها Banduara .

ويتم توظيف مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي في بناء البرنامج الارشادي الأسري المقترح من خلال وضع الأمهات أهدافا محددة ليكن نموذجا للسلوك المطلوب، ويحددن أدوات التعزيز المناسب أو العقاب، كما يضعون خطة بديلة، بحيث ينفذون الخطة، يقيمون النتائج، وفي هذا النموذج تكون الأمهات مصدرا للقوة. و يتعلم الأطفال السلوك من خلال التفاعل وعمليات التعزيز وتقليد الآخرين (الشريف، 2016).

3. أسس بناء البرنامج المقترح:

ينطلق البرنامج من فكرة مفادها أن البيئة الأسرية والكفايات الوالدية تلعب دورا مهما في نمو الطفل المصاب بالتوحد، حيث تزايد إدراك المهنيين لأهمية مشاركة الأسرة في البرامج التدريبية، وتقديم الرعاية للطفل، والاهتمام به في سياق الظروف البيئية التي ينمو في إطارها وفي السياق التفاعل الديناميكي بين كل من المحددات البيولوجية، والمحددات البيئية للنمو. وعليه فإن البيئة الأسرية تعد بيئة خصبة لتعليم وتحسين مهارات الطفل الاجتماعية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية وثرائها بالمواقف الاجتماعية الطبيعية، وفي هذا الإطار فإن الأسرة والكفايات الوالدية تمثل قوى لا يستهان بها في نمو الطفل عموما، إن لم تكن أعظم القوى تأثيرا في هذا الشأن.

واستنادا على هذه الفكرة، تم في الدراسة الحالية تصميم البرنامج المقترح بهدف تغيير سلوكيات الآباء أو تعديلها من خلال تنمية الكفايات الوالدية اللازمة للتأثير في السلوكيات الاجتماعية لأطفالهم المصابين بالتوحد داخل البيئة الأسرية.

ومن هذا المنطلق فإن برنامجنا ينطلق من عدة أسس أهمها:

1.3 الأسس العلمية: اعتمد في البرنامج المقترح على الأسس العلمية التالية:

1.1.3 **التنظيم والتخطيط:**

حيث تم احترام جميع خطوات بناء البرامج، والتسلسل المنطقي لمحتواه، والتنظيم من حيث الوقت والمكان، كما تضمن الفنيات والأدوات التي تتناسب مع الفئة المستهدفة.

2.1.3 المرونة:

حيث اتسم البرنامج بالمرونة، فمن الممكن اجراء التعديلات أثناء التطبيق إذا لزم الأمر.

3.1.3 الوضوح:

حيث اتسم البرنامج بالوضوح من ناحية الصياغة، والأهداف، والفنيات والأدوات، ومن ناحية آليات التنفيذ، والنتائج المرجوة.

4.1.3 الموضوعية:

استند هذا البرنامج على الإطار النظري المناسب وهو النظرية المعرفية الانفعالية السلوكية لألبرت إليس، كما استفاد من نظرية التعلم الاجتماعي نظرا للأهداف البرنامج.

5.1.3 الدقة وسهولة التطبيق:

وذلك من حيث الأهداف واجراءات تطبيقه، ووضوح محتواه.

2.3 الأسس النفسية: اعتمدنا في البرنامج المقترح على الأسس النفسية التالية:

- مناسبة البرنامج لإمكانيات وقدرة الأمهات.
- ضرورة تقديم المساندة النفسية للأمهات أثناء الحاجة لها.
- احترام الفروق الفردية بين أمهات أطفال التوحد.
- احترام خصوصية الأمهات.
- اعتبار الأمهات بمثابة مرشدات ومعلمات لأطفالهن المصابين بالتوحد.

3.3 الأسس الأخلاقية:

- احترام القواعد والأسس الأخلاقية العامة لكل بيئة اجتماعية نظرا لخصائص المجتمع، ونظرا للمشكلة المدروسة.
- ضمان سرية المعلومات التي تدلي بها الأمهات خلال جلسات البرنامج.

4.3 الأسس الاجتماعية:

- اعتبار المحيط الأسري والوالدين بصفة خاصة المسئولين بالدرجة الأولى على عملية التنشئة الاجتماعية، لذلك تعد البيئة الخصبة لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي.
- تحسين المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي داخل وسطه الطبيعي عن طريق التعلم غير المباشر، بحيث يتعلم الطفل من خلال المواقف الحية.
- تحسين المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي استنادا إلى أن السلوك الانساني متعلم من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.

4. مصادر اعداد البرنامج:

1.4 برنامج التدريب المنظم للوالدية الفعالة (STEP) Systematic Training for Effective Parenting:

حيث يعود إلى نظرية أدلر، يهتم بتدريب الوالدين على التعرف على الأسباب الرئيسية لإساءة تصرف الطفل، واستخدام الطرق الفعالة للتعامل مع ذلك السلوك اعتمادا على المرحلة العمرية للطفل

وتتلخص أهداف هذا البرنامج في: مهارة بناء العلاقة الإيجابية من خلال الاحترام المتبادل، وتوفير الوقت للمتعة، والمرح مع التركيز على دور استخدام التشجيع بدلا من استخدام المكافآت، والعقوبة لتأديب الطفل، واستخدام استراتيجيات التواصل الإيجابية. وقد تم الاطلاع على دراسة (العموش، 2016) بعنوان فاعلية برنامج التدريب المنظم على الوالدية (STEP) في تعديل الأسلوب الوالدي لدى عينة من الأمهات اللاجئات السوريات.

2.4 برنامج سون رايس son rise:

يعد كل من باري ينل كوفمان وزوجه سمريه كوفمان رواد هذا البرنامج وهما والدان لطفل توحدي، وتعرف (2012) whitny البرنامج على أنه "أحد أساليب التدخل التي تركز على النهج التفاعلي, حيث يستخدم داخل بيئة المنزل بعد تدريب الوالدين على تنفيذ تقنياته ومن أهم تقنياته هو التفاعل الإيجابي مع السلوك الذي يقوم به الطفل"(العجمية، 2015، ص126)، فالبرنامج لا يسعى إلى تغيير الطفل بقدر ما يسعى الى تغيير علاقة الوالدين بالطفل لتحقيق التواصل. ومن أهم المبادئ المعتمدة في هذا البرنامج هو التفاعل الايجابي مع السلوك الطفل، واستخدام الحث والتحفيز والمرونة في التعامل مع الطفل بدلا من التكرار، وان قدرات الطفل غير محدودة، وأولياء الأمور هم أهم مصدر تعليمي للطفل. وقد تم الاطلاع على دراسة (العجمية، 2015) بعوان: فاعلية برنامج تنشئة الطفل (son rise) في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في سلطنة عمان.

3.4 برنامج بورتاج:

برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبتكرة portage projectيمثل خدمة تعليمية عن طريق الزيارات المنزلية التي تساعد الوالدين على جعلهم أكثر فاعلية في تعليم أطفالهم من خلال تعليم منظم

ومحكم لتحقيق مظاهر نمائية شاملة بطريقة سليمة. حيث يستند نجاح البرنامج على أساس حقيقة قبول الوالدين لدورهما بوصفهما الشخصيات المؤثرة في نمو الطفل.

حيث يعتمد برنامج بورتاج على الاتجاه السلوكي الاجرائي لسكنر وعلى مجموعة من المفاهيم الأساسية والتصورات التي تشكل الأساس النظري له، ويذكر قاسم و هلال(2017، ص56) على النحو التالي:

- أن عملية الرعاية والتنمية والعلاج للطفل تطبق في رحاب الأسرة حيث يتم متابعة تعليم الأطفال من قبل الوالدين، ورصد أدائهم والعمل على تنميتها للوصول بها الى المستويات المناسبة للنمو.
- تكامل الجوانب المعرفية والاجتماعية والحركية واللغوية والاعتماد على الذات مع تحليل ورصد شامل الجميع مظاهر ومهارات النمو في ظل كل مجال من هذه المجالات.
- الاتجاه السلوكي في تشخيص المشكلة.
- المرونة، بحيث يتسع للأمهات أو المعلمات المنزلية في أن يبتكرن أنشطة بديلة وطرق تعليمية مختلفة.

وقد تم الاطلاع على دراسة (هواري وطلبة، 2018) بعنوان: برنامج مقترح لتنمية بعض جوانب النمو لطفل الحضانة باستخدام حقيبة بورتاج. ودراسة (قاسم و هلال، 2017) بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي للتدخل المبكر باستخدام برنامج بورتاج لعينة من طالبات الدراسات العليا في إعداد المعلمة المنزلية للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة.

4.4 برنامج تيتش Teacch:

ويعتمد هذا البرنامج على تنظيم بيئة الطفل، سواء كان في المنزل أو المدرسة. إذ اقترح Enic Shoplerعلى ابقاء الطفل في محيطه، واعتبار الأولياء معالجين مساعدين، ويتضمن خدمات متنوعة للطفل التوحدي خلال مختلف مراحل حياتهم (الطفولة، المراهقة، الرشد) في كل ميادين الحياة. ومن أهم خصائص برنامج Teacch أنه يركز على الطفل في كليته دون التركيز على جانب دون جوانب أخرى.

5.4 برنامج بيكس (PECS):

قام بإعداد هذا البرنامج كلَ من " أندرو بوندي" و " لوري فروست" عام 1994 بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك بناء على الملاحظات التي تشير إلى أن 80% من هؤلاء الأطفال لديهم قدرة محددة في التواصل الوظيفي. ويستند هذا البرنامج على حقيقة أن التدريس البصري لهؤلاء الأطفال والقائم

على تقديم أي مهارة في شكل بصري يعد أمرا في غاية الأهمية وذلك لفاعلية المداخل البصرية لأطفال التوحد، واستخدام استراتيجيات المساعدة بدرجاتها المختلفة بدءا من: المساعدات الجسمية الكلية، المساعدات الجسمية البسيطة، المساعدات الإشارية، المساعدة اللفظية، والنمذجة، كما يستند على مهارة الطلب وليست التسمية.

5. أهداف البرنامج:

1.5 الهدف العام للبرنامج المقترح:

تهدف الدراسة الحالية إلى بناء وتصميم برنامج ارشاد أسري يهدف إلى تنمية الكفايات الوالدية وتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر الأمهات. حيث تقوم الأخيرة بممارسة الكفايات التي تم اكتسابها من خلال البرنامج مع الطفل لتحسين مهاراته الاجتماعية، حيث تؤدي الأمهات دور المرشد والمتكفل الأول بحالة ابنها المصاب بالتوحدي، وبذلك تعزز تربية الطفل وأنشطة الأسرة الأخرى في نظام العلاقات الداعمة والموارد الرسمية وغير الرسمية.

2.5 الأهداف الجزئية للبرنامج المقترح:

تم تقسيم الهدف العام إلى ثلاث أهداف جزئية، تم ترتيبها حسب أولويتها، وذلك بناء على مبدأ النظرية المعرفية الانفعالية السلوكية لـ "إليس"، وحسب هذه النظرية فإن الأحداث الخارجية ليست هي السبب الحقيقي لمشاعر الفرد وأن الفرد يشعر بطريقة تفكيره. وعليه فإن الأفكار اللاعقلانية يصاحبها خلل انفعالي، وسلوكي، وأن اكتساب معتقدات جيدة تكون أكثر عقلانية، ومنطقية يصاحبها اتزان انفعالي، وسلوكي. ومن هذا المنطلق تم الاعتماد على هذا التسلسل كالآتي:

1.2.5 الكفايات الوالدية في البعد المعرفي:

- ✓ معالجة معلومات الوالدين حول اضطراب طيف التوحد، ومراحل نمو الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي ومتطلباته البيئية:
- ✓ تعديل معتقدات الوالدين اللاعقلانية حول الدور الوالدي:

2.2.5 الكفايات الوالدية في البعد الوجداني:

- ✓ التقبل:
- ✓ بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل:

3.2.5 الكفايات الوالدية في البعد السلوكي:

- ✓ تعديل السلوك (للأمهات والطفل):

✓ مهارة الاتصال الفعال:

✓ مهارة المشاركة الوالدية الفعالة:

6.محتوى البرنامج:

يتكون البرنامج من (16) جلسة بواقع جلستين كل أسبوع لمدة شهرين، وتراوحت مدة الجلسة من 120 دقيقة إلى 125 دقيقة حسب محتوى كل جلسة، ونظرا لاستخدام فنية الحوار والمناقشة جعل تحديد زمن الجلسة تحديدا دقيقا أمرا صعبا. حيث سجلنا في بعض الجلسات أنها تجاوزت 120 دقيقة وجلسات أخرى لم تتعداها.

كما تضمن محتوى كل جلسة نشاطات مرقمة وفق ترقيمها في دفتر النشاطات أما الواجبات المنزلية فهي مرقمة في دفتر الواجبات المنزلية حيث تم التفصيل في دفتري النشاطات والواجبات المنزلية.

وفيما يلي جدول يوضح وصفا ملخصا للبرنامج المقترح من حيث المحاور وعناوين الجلسات والفنيات والأدوات المستخدمة والمدة الزمنية، والفئة المستهدفة.

والدي الطفل التوحدي

رقم الجلسة	**الأولى**	
عنوان الجلسة	التعارف وبناء العلاقة الارشادية	
أهداف الجلسة	الهدف العام	**وضع الإطار العام للبرنامج**
	الأهداف الجزئية	• التعارف بين الطالبة والمشاركات، وبناء الثقة. • تعريف المشاركات بالبرنامج الارشادي، وتوضيح أهدافه. • توضيح قواعد الاشتراك بالجلسات مثل السرية الالتزام والصراحة... إلخ وتوقيع التعهد بالالتزام بين المشاركات والطالبة. • تطبيق أدوات القياس القبلي (مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، ومقياس الكفاية الوالدية لدى والديهم)

وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية
منفذ الجلسة	الطالبة
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد
الوقت الاجمالي المستغرق	120 دقيقة
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول: حلقة التعارف** **الأدوات المستخدمة:** قارورة زجاجية، تجليس بشكل حلقة **الفنيات:** الحوار، المرح والفكاهة **الوقت المستغرق: 25 دقيقة.** **النشاط الثاني: التعريف بالبرنامج الارشادي وملاحقه** **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، والحاسوب، دفتر النشاطات، ودفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** المحاضرة، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:** 30 دقيقة **النشاط الثالث: توقيع التعهد بالالتزام** **الأدوات المستخدمة:** التعهد بالالتزام **الفنيات المستخدمة:** التشجيع، الحوار والمناقشة **الوقت التقديري المستغرق:**10 دقيقة

	النشاط الرابع: تطبيق القياس القبلي للبرنامج **الأدوات المستخدمة:** مقياس الكفايات الوالدية اللازمة، مقياس المهارات الاجتماعية **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة **الوقت التقديري المستغرق:30 دقيقة** **النشاط الخامس: الواجب المنزلي رقم (01)** **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير الجلسة كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق:** 10 دقائق
اختتام الجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الثانية**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال المعرفي	
عنوان الجلسة	تنمية معارف المشاركات بمفهوم اضطراب طيف التوحد	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات معلومات علمية حو اضطراب طيف التوحد
	الأهداف الجزئية	• تعزيز معلومات الوالدين حول اضطراب طيف التوحد. • تبني توقعات تتناسب وقدرة الطفل الفعلية.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت الاجمالي المستغرق	**120 دقيقة**	
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي.**	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي رقم (01) **الأدوات المستخدمة:** دفتر النشاطات والواجبات المنزلية، السبورة وأقلام الفلومستر. **الفنيات:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:** 20 دقيقة **النشاط الثاني:** تقديم معلومات حول اضطراب طيف التوحد **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO) والحاسوب، كتيب الدليل	

	المصور لاضطراب طيف التوحد. **الفنيات المستخدمة:** المحاضرة، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:** 35 دقيقة **النشاط الثالث:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة: ورقة عمل (01)، أقلام** **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة **الوقت المستغرق:30 دقيقة** **النشاط الرابع: الواجب المنزلي رقم (02)** **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:**15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة: الحوار، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق
الاجراءات الختامية	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الثالثة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال المعرفي	
عنوان الجلسة	تنمية معارفة المشاركات بالخصائص الاجتماعية لأطفال التوحد، ومتطلباتهم الأساسية	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات معلومات حول الخصائص الاجتماعية لدى أطفال التوحد، ومتطلباته البيئية.
	الأهداف الجزئية	• تزويد المشاركات بمعارف ومعلومات حول مراحل النمو والخصائص الاجتماعية لأطفال التوحد. • فهم الفروق الفردية بين أطفال التوحد. • تسليط الضوء على أهمية تنظيم البيئة الأسرية في التكفل بحالة الطفل التوحدي وتحسين مهاراته الاجتماعية. • تدريب المشاركات على كيفية إعداد وتنظيم بيئة منزلية تساعد الطفل التوحدي على اكتشاف عالمه.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت الاجمالي المستغرق	120 دقيقة	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	

اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي رقم (02) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:** 15 دقيقة **النشاط الثاني:** تقديم معلومات حول مراحل النمو والخصائص الاجتماعية لأطفال التوحد. **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، السبورة وقلم الفلومستر، المطوية رقم (03) **الفنيات:** المحاضرة، الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:** 30 دقيقة **النشاط الثالث: ورشة عمل** **الأدوات المستخدمة:** دفتر النشاطات، أقلام **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:** 25 دقيقة **النشاط الرابع:** عرض المتطلبات البيئية الأساسية الداعمة لنمو أطفال التوحد **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، المطوية رقم (04) **الفنيات المستخدمة:** المحاضرة، الحوار والمناقشة. التغذية الراجعة **الوقت التقديري المستغرق:** 30 دقيقة **النشاط الخامس: الواجب المنزلي رقم (03)** **المحتوى: الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:** 10 دقائق

تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة: الحوار، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها

رقم الجلسة	**الرابعة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال المعرفي	
عنوان الجلسة	معتقدات الوالدين حول الدور الوالدي (01)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	ارشاد المشاركات على التفكير العقلاني نحو الدور الوالدي
	الأهداف الجزئية	• اكتشاف معتقدات المشاركات نحو الدور الوالدي. • التدريب على مهارة التمييز بين أنماط التفكير العقلانية واللاعقلانية. • اكتشاف المشاركات العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك. • التدريب على اكتشاف الافكار والمعتقدات السلبية نحو الدور الوالدي وكيف تؤثر على المشاعر والدور الوالدي تجاه الطفل التوحدي.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقتالاجمالي المستغرق	**120 دقيقة**	

مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول: مناقشة الواجب المنزلي رقم (03)** **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:** 15 دقيقة **النشاط الثاني: اكتشاف معتقدات المشاركات نحو الدور الوالدي.** **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** المحاضرة، الحوار والمناقشة. إعادة الصياغة **الوقت التقديري المستغرق:** 25 دقيقة **النشاط الثالث: تقديم الإطار النظري لأنماط التفكير العقلاني واللاعقلاني** **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** المحاضرة، الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع: تقديم نموذج إليس** **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، المطوية رقم (06) **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، إعادة الصياغة، الحوار السقراطي التغذية الراجعة، الاقناع. **الوقت التقديري المستغرق:30 دقيقة** **النشاط الخامس: الواجب المنزلي رقم (04)** **المحتوى:** تقوم الطالبة بقراءة وشرح نص الواجب المنزلي للمشاركات، وتحديد الهدف منه. وتؤكد لهم على أهمية الالتزام بالواجبات المنزلية. **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**20 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ ما هو رأيكم في جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** لحوار، الاصغاء.

	الوقت المستغرق: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.
رقم الجلسة	**الخامسة**
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال المعرفي
عنوان الجلسة	معتقدات الوالدين حول الدور الوالدي 02
أهداف الجلسة	الهدف العام: تنمية التفكير العقلاني لدى المشاركات الأهداف الجزئية: • تدريب الوالدين على دحض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار إيجابية. • تدريب الوالدين على استخدام العبارات الإيجابية التكيفية. • تطبيق مهارة التكيف المعرفي وتصحيح معتقدات المشاركات حول الدور الوالدي.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية
منفذ الجلسة	الطالبة
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد
الوقت الاجمالي المستغرق	**120 دقيقة**
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول: مناقشة الواجب المنزلي (04)** **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:** 15دقيقة **النشاط الثاني: توليد الأفكار الإيجابية حو المعتقدات الوالدية** **الأدوات المستخدمة:** نموذج إليس، السبورة وأقلام الفلومستر **الفنيات المستخدمة:** الحوار السقراطي، الحوار والمناقشة، إعادة الصياغة، الاقناع، التغذية الراجعة **الوقت المستغرق:** 25 دقيقة **النشاط الثالث: العبارات الإيجابية والعبارات السلبية**

	الأدوات المستخدمة: السبورة وأقلام الفلومستر. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. الحوار الذاتي **الوقت ا المستغرق**: 30 دقيقة **النشاط الرابع: ورشة عمل** **الأدوات المستخدمة:** طاولة، ألعاب **الفنيات المستخدمة:** لعب الدور، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، إعادة الصياغة **الوقت المستغرق**: 30 دقيقة **النشاط الخامس: الواجب المنزلي رقم (05)** **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:** 20 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ ما هو رأيكم في جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة: لحوار، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**السادسة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال الوجداني	
عنوان الجلسة	تقبل 01	
أهداف الجلسة	الهدف العام	التعرف على ردود أفعال الأمهات تجاه الطفل التوحدي
	الأهداف الجزئية	• تشجيع المشاركات عن التعبير عن انفعالاتهن تجاه وجود طفل توحدي في الأسرة. • تبادل الخبرات مع المشاركات، والتعلم منها.
وضعية تنفيذ	جماعية	

الجلسة	
منفذ الجلسة	الطالبة
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد
الوقت الاجمالي المستغرق	**120 دقيقة**
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول: مناقشة الواجب المنزلي (05)** **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:**15د **النشاط الثاني: التنفيس الانفعالي.** **الأدوات المستخدمة:** **الفنيات:** إعادة الصياغة، الاصغاء، المشاركة الوجدانية **الوقت التقديري المستغرق: 30** د **النشاط الثالث: تقديم المساندة النفسية** **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** المحاضرة، الحوار والمناقشة. إعادة الصياغة، والتغذية الراجعة **الوقت التقديري المستغرق:**30د **النشاط الرابع: الواجب المنزلي رقم (06)** **المحتوى:** تقوم الطالبة بقراءة وشرح نص الواجب المنزلي للمشاركات، وتحديد الهدف منه. وتؤكد لهم على أهمية الالتزام بالواجبات المنزلية. **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:** 15د
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ ما هو رأيكم في جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة: الحوار، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق

اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**السابعة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال الوجداني	
عنوان الجلسة	التقبل 2	
أهداف الجلسة	الهدف العام	تقبل المشاركات الطفل التوحدي بدون شروط.
	الأهداف الجزئية	• تبني اتجاهات واقعية على الطفل التوحدي. • تدريب الوالدين على إظهار الحب غير المشروط لأبنائهم. • تغيير الانفعالات السلبية تجاه الطفل التوحدي إلى انفعالات أكثر واقعية.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت الاجمالي المستغرق	**120**	
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي رقم (06) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق: 15** دقيقة **النشاط الثاني:** تبني توقعات إيجابية نحو الطفل التوحدي **الأدوات المستخدمة:** دفتر النشاطات	

	الفنيات: الحوار والمناقشة، إعادة الصياغة، التغذية الراجعة **الوقت التقديري المستغرق:**40 دقيقة **النشاط الثالث: رسم.** **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة. إعادة الصياغة، والتغذية الراجعة، التعزيز الإيجابي **الوقت التقديري المستغرق:**40 دقيقة **النشاط الرابع: الواجب المنزلي رقم (07)** **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:10 د**
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ ما هو رأيكم في جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة : الحوار ، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهم، ويتم تذكيرهم بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الثامنة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال الوجداني	
عنوان الجلسة	بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل (الانضمام)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	تدريب المشاركات على مهارة الانضمام
	الأهداف الجزئية	• تعريف المشاركات على أهمية بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل. • تعريف المشاركات بمهارة الانضمام. • تدريب الوالدين على مهارة الانضمام.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	

الوقتالاجمالي المستغرق	**120 دقيقة**
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي رقم (07) **الأدوات**: دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:** 15 دقيقة **النشاط الثاني:** أهمية بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل **الأدوات المستخدمة:** السبورة، وقلم الفومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:**25 دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري لمهارة الانضمام **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت ا المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع:** التدريب على مهارات الانضمام **الأدوات المستخدمة:** ألعاب، خيط، زربية **الفنيات:** لعب الدور، الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة، إعادة صياغة **الوقت التقديري المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الخامس:** الواجب المنزلي رقم (08) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:**15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق:** 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	• يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**التاسعة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في المجال الوجداني	
عنوان الجلسة	بناء العلاقة الإيجابية مع الطفل (التشجيع)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات مهارة التشجيع
	الأهداف الجزئية	• تعريف الوالدين بمهارة التشجيع. • تركيز الوالدين على مزايا الطفل التوحدي ونقاط القوة في شخصيته. • الانتباه إلى الجهد المبذول والتحسن بدلا من التركيز على الانجاز والنتيجة النهائية. • اظهار التقدير لمحاولات الطفل ومساهمته ومبادرته.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت الاجمالي المستغرق	120 دقيقة	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي (08) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:** 15 دقيقة **النشاط الثاني:** مناقشة جماعية **الأدوات المستخدمة**: دفتر النشاطات **االفنيات:** الحوار والمناقشة، العصف الذهني، التغذية الراجعة. **الوقت ا المستغرق:** 25 دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري لمهارة التشجيع **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب	

	السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت ا المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع:** مناقشة جماعية لمشهد تمثيلي. **الأدوات المستخدمة:** ألعاب مختلفة **الفنيات:** لعب الدور، الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة، إعادة صياغة **الوقت المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الخامس:** الواجب المنزلي (09) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:**10 دقائق
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على المشاركات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة**: الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق**: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**العاشرة**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في االبعد السلوكي	
عنوان الجلسة	تعديل سلوك المشاركات في كيفية التعامل مع الطفل المصاب بالتوحد.	
أهداف الجلسة	الهدف العام	تعديل سلوك المشاركات في التعامل مع الطفل التوحدي
	الأهداف الجزئية	●أن تصنف المشاركات أنماط المعاملة الوالدية بأنماط صحيحة وأنماط خاطئة. ●تعديل سلوك الوالدين نحو الطفل التوحدي.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	

الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد
الوقت الاجمالي المستغرق	120 دقيقة
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي (09) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:**15 دقيقة **النشاط الثاني:** مناقشة جماعية **الأدوات المستخدمة:** السبورة، وقلم الفومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة ، التغذية الراجعة. إعادة الصياغة **الوقت المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الثالث:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة:** دفتر النشاطات، أقلام **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع:** الواجب المنزلي (10). **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت المستغرق:**15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق:** 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الحادية عشر**	
رقم الجلسة	**الحادية عشر**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	
عنوان الجلسة	تعديل سلوك أطفال التوحد	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات مهارة تعديل سلوك الطفل.
	الأهداف الجزئية	• اكساب الوالدين المهارات اللازمة في تعديل السلوك للتعامل مع الطفل • تدريب الوالدين على أساليب تعديل سلوك الطفل الاجتماعي لتحسين المهارات الاجتماعية لديه.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت الاجمالي المستغرق	120 دقيقة	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي (10) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي **الوقت المستغرق:**10 دقائق **النشاط الثاني:** مناقشة جماعية **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. إعادة الصياغة **الوقت التقديري المستغرق: 30** دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري لأساليب تعديل سلوك الطفل **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوبالسبورة، أقلام الفلومستر. **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:** 30 دقيقة **النشاط الثالث:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة:** مجلات لحيوانات، كرة، سلة، مجسمات لفواكه	

	الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:**20 دقيقة **النشاط الرابع:** الواجب المنزلي (11) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**10 دقائق
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم الفنيات المستخدمة : الحوار ، الاصغاء. **الوقت المستغرق:** 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الثانية عشر**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	
عنوان الجلسة	مهارة الاتصال (01)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات مهارة الاتصال
	الأهداف الجزئية	• تعرف المشاركات على مهارة الاتصال. • أن تمارس المشاركات مهارة الاتصال الفعال مع الطفل التوحدي بشكل صحيح. • مساعدة المشاركات الطفل من أجل تحسين مهارة الاتصال لديه.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت المستغرق	120 دقيقة	
مكان تنفيذ الجلسة	**عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي**	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الواجب المنزلي رقم (11) **الأدوات:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي	

	الوقت المستغرق:15 دقيقة **النشاط الثاني:** مناقشة جماعية **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:**20 دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري لمهارة الاتصال **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، السبورة، أقلام الفلومستر، المطوية رقم (11) **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت المستغرق**: 30 دقيقة **النشاط الرابع:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة:** بطاقات، علبة ألعاب، **الفنيات:** لعب الدور، الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة **الوقت التقديري المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الخامس:** الواجب المنزلي رقم (12) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:** 15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ ما هو رأيكم في جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة** : الحوار ، الاصغاء. **الوقت المستغرق**: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الثالثة عشر**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	
عنوان الجلسة	مهارة الاتصال (02)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	مساعدة المشاركات في التواصل مع أطفالهن عن طريق جدول الأنشطة المصورة.
	الأهداف الجزئية	• تعرف على استراتيجية الجداول البصرية. • تطبيق استراتيجية الجداول البصرية
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت المستغرق	120 دقيقة	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الوجب المنزلي رقم (12) **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:**15 دقيقة **النشاط الثاني:** استراتيجية الجداول البصرية **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، السبورة، أقلام الفلومستر. المطوية رقم (12) **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:**35 دقيقة **النشاط الثالث:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة:** بطاقات مصورة لنشاط تفريش الأسنان، الأكل، الشرب ، شريط لاصق، ورق مقوى ملون. **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة **الوقت ا المستغرق:** 45دقيقة **النشاط الرابع:** الواجب المنزلي (13) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**15 دقيقة	

تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ الفنيات المستخدمة: الحوار ، الاصغاء. الوقت المستغرق: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**الرابعة عشر**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	
عنوان الجلسة	مهارة المشاركة الفعالة (01)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب الأمهات مهارة مشاركة الطفل في النشاطات المنزلية
	الأهداف الجزئية	• تعريف المشاركات بمهارة المشاركة الوالدية الفعالة. • دعم الطفل التوحدي في القيام بالنشاطات المنزلية. • اعطاء للطفل دور فعال داخل نطاق الأسرة. • أن تساعد المشاركات الطفل التوحدي على التفاعل الاجتماعي من خلال ممارسة الأنشطة المنزلية
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت المستغرق	120	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الوجب المنزلي رقم (13). **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:**15 دقيقة **النشاط الثاني:** مناقشة جماعية. **الأدوات المستخدمة:** السبورة وقلم الفلومستر **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة.	

	الوقت المستغرق:20 دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري للمشاركة في الأنشطة المنزلية **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب، السبورة، أقلام الفلومستر. بطاقات مصورة، المطوية رقم (13) **الفنيات:** الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة**: بطاقات مصورة، طاولة، صحون، ملاعق، غطاء الطاولة **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، إعادة الصياغة، لعب الدور **الوقت التقديري المستغرق:30** دقيقة **النشاط الخامس:** الواجب المنزلي رقم (14). **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق:**15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق:** 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها

رقم الجلسة	**الخامسة عشر**	
محور الجلسة	الكفايات الوالدية في البعد السلوكي	
عنوان الجلسة	مهارة المشاركة الفعالة (02)	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اكتساب المشاركات مهارة مشاركة الطفل اللعب .
	الأهداف الجزئية	• جدولة أنشطة إيجابية لقضائها مع الطفل. • أن يشارك المشاركات الطفل التوحدي في اللعب. • تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي للطفل من خلال اللعب مع إخوته ووالديه. • أن يتعلم الطفل مبادئ تنفيذ أنشطة فردية ضمن سياق جماعي.
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت المستغرق	120د	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	
اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الوجب المنزلي رقم (14) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة **الوقت المستغرق:**15 دقيقة **النشاط الثاني:** جدولة أنشطة ترفيهية **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO)، جهاز الحاسوب **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت التقديري المستغرق:**20 دقيقة **النشاط الثالث:** الإطار النظري للمشاركة الفعالة (اللعب مع الطفل) **الوقت التقديري المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الرابع:** ورشة عمل **الأدوات المستخدمة**: بالون أحمر، خيط، شريط لاصق **الفنيات:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة،	

	الوقت االمستغرق:30 دقيقة **النشاط الخامس:** الواجب المنزلي رقم (15) **الأدوات المستخدمة:** دفتر الواجبات المنزلية. **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة. **الوقت التقديري المستغرق**: 15 دقيقة
تقييم الجلسة	**المحتوى:** تطرح الطالبة على الأمهات مجموعة من الأسئلة لتقييم سير جلية اليوم كالتالي: كيف تقيمن جلسة اليوم من حيث المضمون والتفاعل؟ كيف تقيمن جلسة اليوم؟ **الفنيات المستخدمة:** الحوار، الاصغاء. **الوقت المستغرق**: 10 دقائق
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم تذكيرهن بحل الواجب المنزلي، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة وموضوعها.

رقم الجلسة	**السادسة عشر**	
محور الجلسة		
عنوان الجلسة	الجلسة الختامية	
أهداف الجلسة	الهدف العام	اختتام البرنامج الارشادي
	الأهداف الجزئية	• تلخيص جميع المهارات التي تم التدرب عليها. • مناقشة توقعات المشاركات نحو البرنامج. • تطبيق نموذج تقييم الجلسات. تطبيق القياس البعدي
وضعية تنفيذ الجلسة	جماعية	
منفذ الجلسة	الطالبة	
الفئة المستهدفة	أمهات أطفال التوحد	
الوقت المستغرق	**120 دقيقة**	
مكان تنفيذ الجلسة	عيادة الأمل للصحة النفسية بالوادي	

اجراءات الجلسة	**النشاط الأول:** مناقشة الوجب المنزلي رقم (15) **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة. **الوقت المستغرق:**10 دقائق **النشاط الثاني:** ملخص الجلسات السابقة **الأدوات المستخدمة:** العارض الضوئي (DATA CHO) **الفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، إعادة الصياغة **الوقت المستغرق:**30 دقيقة **النشاط الثالث:** مناقشة توقعات المشاركات نحو البرنامج **الفنيات:** الاصغاء، والتغذية الراجعة، إعادة صياغة **الوقت المستغرق:** 20دقيقة **النشاط الثالث:** تطبيق نموذج تقييم الجلسات **الأدوات المستخدمة**: استمارة تقييم الجلسات **الوقت التقديري المستغرق:**10 دقيقة **النشاط الرابع:** تطبيق القياس البعدي لمقاييس الدراسة **الأدوات المستخدمة:** مقياس الكفايات الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، الحث **الوقت التقديري المستغرق:**20 دقيقة **النشاط الخامس: حفلة الختامية وتوزيع الشهادات** **الأدوات المستخدمة:** الشهادات الفنيات: التشجيع الوقت المستغرق:30 دقيقة
اجراءات التقييم الختامية للجلسة	يتم إنهاء الجلسة وذلك من خلال تلخيص ما تم طرحه في الجلسة، وتشكر الطالبة المشاركات مرة أخرى على مشاركتهن، ويتم حثهن على الاستمرارية في العمل على أنفسهن والعمل مع أطفالهن.

7. الفنيات المستخدمة في البرنامج:

1.7 استراتيجية التعديل المعرفي:

هو اعادة البناء المعرفي لمعالجة النظم المعرفية ويشتمل النظام المعرفي على تصورات مألوفة، وتصورات غير مألوفة، ويتم ترسيخها بنفس الطريقة، لذا يسلك الادماج و استدخال لفكرة أحد الطريقتين.

إذا كانت الفكرة جديدة مألوفة ومتسقة مع النظام القيمي المرسخ فإن التركيبة الجديدة للأفكار ستتبلور وتكتسب وحدة في المعنى منظمة ومتناسقة و متناغمة تجعلها أكثر قابلية للتداول و التفاعل، بحيث ينتج عنها تجسيد بسيط للموضوع أو الظاهرة المتصورة.

أما إذا كانت الفكرة الجديدة غير مألوفة يترتب على ادماج التصورات الجديدة للفكرة الجديدة اصطدام مع النظام القيمي، أو اطار التفكير المرجعي السابق، ويكون بذلك تأثير الموضوع الجديد قويا جدا لدرجة ان عملية انتقاء عناصره لا تكون ناجحة، ومن ثم يرفض الفرد أي فكرة أو تصور جديد لأنه لا يتناسب مع البنية التصورية للأفكار (نوفل، 2016، ص 79).

2.7 فنية الحوار السقراطي:

وهي نسبة للفيلسوف اليوناني " سقراط" حيث تركز على مساعدة الفرد على حل مشكلاته دون وعظ أو فرض للحلول، فيقوم المعالج بطرح أسئلة أكثر من تقديم الأحكام الأخلاقية، أو اعطاء النصائح المباشرة. والهدف منها توجيه الفرد إلى تفحص خارج نطاق الفحص والتدقيق، واكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، كما يهدف إلى المساعدة في تحديد الحجج العكسية للتخطيطة المعرفية، مما يقود إلى تقديم البراهين والحجج على أن هذا اليقين بصحة التخطيطة خاطئ وأنه رشح انطلاقا من (أحكام مسبقة) أو (انحراف معرفي). كما تعود هذه الفنية الفرد على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه)، في مقابل الاندفاع التلقائي، وبذلك تكينه من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية (غربي، 59،2013).

3.7التغذية الراجعة:

وهي تعبر عن نتائج سلوك الأمهات، بحيث تتيح لهن معرفة أثر سلوكن ونتائجه. حيث يطلب من الأمهات تحديد ما تم فهمه بهدف المحافظة على المدخلات وتصحيحها أولا بأوَل، ويتم درس كل المشكلات.

4.7 فنية المحاضرة:

تعتبر طريقة المحاضرة إحدى الوسائل الهامة لنقل المعلومات والأفكار والحقائق، ويكتسب من خلالها الفرد المزيد من المعارف والمعلومات التي تساعده في فهم الظاهرة أو السلوك المراد فهمه.
وتجرى المحاضرة وجها لوجه، وقد يستخدم فيها بعض الوسائل السمعية والبصرية كأشرطة الفيديو، أو العارض الضوئي وذلك لترسيخ وتوصيل المعلومات والتأثير في الآخرين.

5.7 الحوار والمناقشة:

وهي فنية مكملة لفنية المحاضرة، تهدف إلى المشاركة الفعلية للمشاركات من خلال الحوار (طرح سؤال والجواب علية، التعقيب) والمناقشة (من خلال طرح وجهات النظر المختلفة) هدفها تعزيز التعلم من خلال معالجة المعلومات التي تم طرحها من أجل توسيع مدارك المشاركات، كما تسعى إلى تعديل اتجاهات المشاركات بعد اكتسابهم معلومات جديدة. فالحوار والمناقشة كفنية يساعد المشاركات على تنمية الثقة بأنفسهم، وتنمية التفكير لديهم، كما تساعدهم احترام الرأي والرأي الآخر.

6.7 فنية الواجب المنزلي:

يساعد الواجب المنزلي على تطوير وتنمية كفاية الوالدين (الأمهات) من خلال الممارسة التكرارية، ويساعد على تطبيق الطرق التي تم التدريب عليها في جلسات البرنامج في الظروف البيئة الطبيعية. حيث تقوم الطالبة بتحديد واجبات ينجزها الوالدين أو أحدهما في منزله ويشترط في ذلك أن تكون سهلة التنفيذ وواضحة بحيث لا تربك الوالدين عند إنجازها.

7.7 لعب الدور:

يعرف Leveton (1992) لعب الدور بأنه " القيام بتمثيل دور شخص آخر، يتحدث بلسانه، ويتصرف بالنيابة عنه، ولا تملى على الأفراد كلماته، ولا حركاته، بل تتاح الفرصة كي يؤدي الأفراد الدور بالطريقة التي يرونها مناسبة، بل يمكنهم أثناء الجلسة الانتقال من دور إلى دور آخر، أو العودة إلى الدور الأول، ولا يمكن أن يكون واقعيا، فربما يكون متخيلا أو قد يتوقع حدوثه في المستقبل" (ورد في الساجر، 2013، ص 38) حيث يطلب من المشاركات لعب أدوار معينة في مواقف مختلفة هدفها توفير فرص التعبير عن الذات، وعن الانفعالات، وزيادة حماستهم تجاه الموضوع المطروح للعرض والحوار، والتدرب على المهارات المراد اكتسابها خلال جلسات البرنامج.

كما يستخدم لعب الدور ليقوم بالتنفيس الانفعالي، وتفريغ الشحنات، والرغبات الظاهرة والمكبوتة.

8.7 التنفيس الانفعالي:

تقوم هذه الفنية على تعليم الأمهات التعبير عن مشاعرهن بصورة تلقائية وبكل حرية، وأن يعبرن عن صراعاتهن، واحباطاتهن ومخاوفهن بطريقة كلامية، وتشجعهن الطالبة عن التعبير عن كل مشاعرهن من أجل ادراكها والوعي بها، لتصبح لديهن القدرة على اختيار السلوك المناسب والمقبول.

9.7 النمذجة:

تعتبر النمذجة من أهم الفنيات المستخدمة في تدريب المشاركات لتعليم أبنائهن السلوك الاجتماعي، وذلك من خلال نمذجته، ونمذجة المهارة المراد اكسابها للمشاركات من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة، ثم محاولة الاقتداء بها، فالطالبة تعرض على المشاركات النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهن، ثم تحثهن على أن يقمن بتقليدها، مع تعزيز أدائهن للسلوك. فالنمذجة توضح للمشاركات كيفية أداء المهارة المراد اكتسابها.

10.7 الحوار الذاتي:

تهدف إلى تعليم الأمهات على التحدث الإيجابي حول الذات لغرض تغيير السلوك اللاتكيفي، واستبدال الحديث الذاتي السلبي والتعلم على التصرف بهدوء في المواقف التي تؤدي للقلق (التميمي و عبد الكريم، 2018، ص 71).

11.7 التعزيز الإيجابي:

وتتمثل في تقديم الثناء والمدح، وتشجيع المشاركات على الاستجابات الصحيحة. والتركيز على نقاط القوة لديهن، وتعزيز الاستجابات الصحيحة أثناء المناقشات، وحثهن على التفكير العقلاني بحيث يصبح جزءا من حياتهن.

8. الأدوات المستخدمة في البرنامج:

من أجل تحقيق أهداف المقترح، وتوصيل المعلومات للوالدين بطرق حديثة تم استخدام مجموعة من الأدوات وهي كالتالي:

1.8 التعهد بالالتزام:

وهو بمثابة عقد يلزم كلا الطرفين باحترام كل بنوده من أجل التسيير الحسن لجلسات البرنامج، وتشعر المشاركات من خلاله بجدية العمل والمشاركة في هذا البرنامج.

يتم توزيع التعهد بالالتزام في الجلسة الأولى للبرنامج، حيث تقوم المشاركات بقراءة بنوده بتمعن، وبعد الموافقة يتم الإمضاء عليه.

2.8 ملاحق البرنامج:

1.2.8 دفتر الواجب المنزلي:

وهو دفتر بحجم كراسة تم اعداده من طرف الطالبة، يحتوي على واجبات يتم انجازها في المنزل، وهو يعد كأداة تواصل بين المشاركات والطالبة من أجل تطبيق ما تم اكتسابه في الجلسات، واكتشاف

جوانب الضعف ومعالجتها في الجلسات الموالية. فهو يساعد على السير والتقدم الحسن في جلسات البرنامج.

1.1.2.8 محتوى دفتر الواجب المنزلي: يحتوي الدفتر على

- **معلومات عامة حول المشاركات والطفل:** والهدف من هذه المعلومات إدراك المشاركات إلى خصوصية المشاركة في هذا البرنامج، وأن هذا الدفتر خاص بهما فقط.
- **الواجبات المنزلية:** يحتوي الدفتر على15 واجبا منزليا موزعة على عدد جلسات البرنامج، حيث تقوم المشاركات بتوظيف مكتسباتهن القبلية وادماجها بالمكتسبات الجديدة أثناء جلسات البرنامج وتدوين الفروق لتقييم المكتسبات مع اعطائهما مساحة لتدوين ملاحظاتها الخاصة لطرحها للنقاش بعد تنفيذ الواجب المنزلي. وقد تم وضع الواجبات المنزلية على شكل جداول من أجل تنظيم العمل.
- **شروط دفتر الواجبات المنزلية:** وهي تعد كضوابط لكيفية استخدامه لزيادة التزام الوالدين على تنفيذ جلسات البرنامج، وهي تتمثل في:
  - ضرورة المحافظة عليه.
  - المواظبة والالتزام على احضاره في كل جلسات البرنامج.
  - مراعاة الالتزام بأداء الواجب المنزلي الخاص بذات الجلسة دون غيرها.
  - تدوين الملاحظات المراد الاستفسار عليها.

2.2.8 دفتر النشاطات:

وهو دفتر بحجم دفتر الواجبات المنزلية تم اعداده من طرف الطالبة، يحتوي على نشاطات يتم انجازها في الجلسات، وهو يعد كأداة تواصل بين المشاركات والطالبة، هدفه تنظيم سير الجلسات، وتنفيذ المطلوب منهن، وزيادة المشاركة والتفاعل في الجلسات. فهو دليل المشاركات يساعدهن على السير والتقدم الحسن في جلسات البرنامج.

3.2.8 محتوى دفتر النشاطات: يحتوي الدفتر على

- **السيرة الذاتية للمشاركات:** والهدف من أن تقدم المشاركات أنفسهن بطريقتهن، لإتاحة الفرصة أمهن للتعبير على ذواتهن. كما أن السيرة الذاتية تساعدهن في إدراك خصوصية المشاركة في هذا البرنامج، وأن هذا الدفتر خاص بها فقط.

- **النشاطات:** يحتوي الدفتر على16 جلسة، تحتوي كل جلسة من 04 إلى 05 نشاطا بما فيها مناقشة وتقديم الواجبات المنزلية. تم الاعتماد على الأنشطة الجماعية، بحيث تقوم المشاركات بمناقشة النشاط داخل المجموعة الصغيرة والمجموعة الكبيرة لتعويد المشاركات على الحوار والتفاعل فيما بينهن
- **شروط دفتر النشاطات:** يخضع إلى نفس شروط دفتر الواجبات المنزلية، وهي تتمثل في:
  - ضرورة المحافظة عليه.
  - المواظبة والالتزام على احضاره في كل جلسات البرنامج.
  - مراعاة الالتزام بأداء الواجب المنزلي الخاص بذات الجلسة دون غيرها.
  - تدوين الملاحظات المراد الاستفسار عليها.

3.8 استمارة تقييم البرنامج:

وهي أحد الوسائل الضرورية التي تقوم الطالبة من خلالها تقييم سير الحصة من حيث الوقت والمكان والأسلوب المتبع ومدى نجاحه في تسيير الجلسات في تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج. كما تعد وسيلة للكشف عن الصعوبات التي يواجهها الوالدين أثناء الجلسات. حيث توزع الطالبة الاستمارة في الجلسة الأخيرة لتقييم البرنامج.

4.8 العارض الضوئي (Data Cho):

وفيها تم عرض كل مداخلات جلسات البرنامج، حيث يتم عرض المعلومات بطريقة واضحة ومشوقة وذلك باستخدام الألوان، والمخططات والأشكال....

5.8 الدليل المصور:

وهو عبارة عن كتيب صغير الحجم بعنوان: الدليل المصور لاضطراب طيف التوحد، تم توزيعه في الجلسة الثانية من أجل شرح أهم الأعراض السلوكية والحركية لاضطراب طيف التوحد بالصور.

6.8 قلم الفلومستر والسبورة:

وهي تدعم عملData Chol . حيث تدون الطالبة فيها أهم الأفكار والمخططات لترسيخ المعلومات لدى الوالدين.

7.8 فيديوهات:

يعد من الوسائل السمعية البصرية التي تساعد إيصال المعلومات من خلال تجسيدها، وخلق جو من الحوار والمناقشة.

9. تحكيم البرنامج:

بعد الانهاء من تصميم البرنامج في صورته الأولية، تم عرضه على (07) أساتذة متخصصين في علم النفس العيادي وعلوم التربية وعلم النفس المدرسي، بالجامعات الجزائرية، والملحق رقم(01) يوضح أسماء المحكمين، حيث تم ارفاق البرنامج المقترح بمقدمة تمهيدية تضمن التعريفات الاجرائية لمصطلحاته، والهدف منه، بهدف التأكد من صلاحيته، وصدق بنائه، ومدى ملاءمته للفئة المستهدفة ومدى مواءمته للهدف الذي صمم من أجله. حيث طلب من كل محكم تحكيم البرنامج في الجوانب التالية:

- وضوح أهداف البرنامج.
- التسلسل المنطقي لمحتوى البرنامج، ومدى الترابط بين الجلسات.
- فاعلية الفنيات والأدوات المستخدمة ومدى ارتباطها بأهداف البرنامج.
- مدى كفاية عدد الجلسات في تحقيق الأهداف المسطرة.
- فعالية الأنشطة المختلفة لتحقيق أهداف الجلسات.
- كفاية المدة الزمنية المخطط لها في البرنامج.
- سلامة الصياغة اللغوية للبرنامج

الجدول (31): يوضح نسبة اتفاق السادة المحكين حول صدق محتوى البرنامج

الرقم	معايير التحكيم	عدد الاتفاق	عدد الاختلاف	نسبة الاتفاق
1	وضوح أهداف البرنامج.	07	0	%100
2	التسلسل المنطقي لمحتوى البرنامج، ومدى الترابط بين الجلسات.	07		%100
3	فعالية الأنشطة المختلفة لتحقيق أهداف الجلسات.	05	02	%71.4
4	مدى كفاية عدد الجلسات في تحقيق الأهداف المسطرة.	07	0	%100

5	فاعلية الفنيات والأدوات المستخدمة ومدى ارتباطها بأهداف البرنامج.	07	0	%100
6	كفاية المدة الزمنية المخطط لها في البرنامج.	06	01	%85.7
7	الصياغة اللغوية للبرنامج	05	02	%71.4

يتبين من الجدول رقم (31): أن البرنامج حضي بنسبة اتفاق عالية تتراوح بين 90% إلى 100%. ومن بين اقتراحات السادة المحكمين

☒ أشار بعض السادة المحكمين إلى حاجة البرنامج إلى الصياغة اللغوية.

☒ وضع هدف عام وأهداف جزئية لكل جلسة من أجل تحقيق الأهداف المسطرة.

☒ حذف التفاصيل غير الضرورية في وصف النشاطات.

☒ إعادة تنظيم شكل البرنامج لتسهيل عملية التطبيق.

☒ تقسيم بعض الجلسات إلى جلستين لكونها طويلة، وتحتوي عدة أهداف لا يكفي تطبيقها في جلسة واحدة (الجلسة رقم 04 والجلسة رقم 10) وقد تم الأخذ بهذه الملاحظات بعين الاعتبار.

10. تطبيق البرنامج:

تم اجراء البرنامج في عيادة الأمل للصحة النفسية في الوادي، حيث تم تطبيق البرنامج من قبل الطالبة على شكل ورشات جماعية، اعتمدنا التجليس بطريقة دائرية لزيادة المشاركة، ولم نقم بضم الأطفال، ذلك لأن أن الهدف الرئيسي لدينا هو تنمية الكفايات الوالدية لدى المشاركات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفالهن المصابين بالتوحد.

وقد اعتمدنا على الأسلوب الجماعي في تطبيق البرنامج باعتباره أحد طرق الارشاد النفسي، حيث قمنا بإرشاد أمهات أطفال التوحد في مواقف جماعية لمساعدتهن عن تفريغ انفعالاتهن، وتبادل خبراتهن، وتغيير أفكارهن، واتجاهاتهن السلبية، وتقبل أطفالهن وبالتالي تطوير قدراتهن على التعامل مع مواقف الحياة المختلفة التي يواجهنها مع أطفالهن وذلك من خلال اكتساب استراتيجيات مناسبة لتحسين المهارات الاجتماعية لديهم من خلال المواقف اليومية. وكما ورد في التميمي وعبد الكريم (2017، 59) يصف (Rojers) في هذا الصدد الارشاد الجماعي بأنه مكان يأتي إليه الناس لمعرفة

أنفسهم بشكل أفضل مما هو متوفر في الحياة العادية. ونتيجة لذلك فإن الإرشاد الجماعي هو الأنسب لمثل هذه الدراسة للأسباب التالية:

- استثمار الوقت بأكثر فاعلية.
- يتيح للأمهات فرص التفاعل مع أمهات لديهن نفس المعاناة مما يوفر الدعم النفسي للأمهات ويقود غالبا في تخفيف مستوى التوتر لديهن.
- يساعد الأمهات على تفريغ انفعالاتهم وتبني أفكار أكثر واقعية على حياتهن.
- تعمل الأمهات على شكل نماذج إيجابية يقتدى بها.

11. تقييم البرنامج: تضمن البرنامج الارشادي المقترح أساليب تقييمية نذكرها كالآتي:

1.11 القياس القبلي:

وفيه طبقت الطالبة أدوات الدراسة (مقياس الكفايات الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد) في الجلسة الأولى.

2.11 القياس المرحلي:

حيث خصصت الطالبة في كل آخر جلسة 10 دقائق تطرح فيها مجموعة من الأسئلة على المشاركات تسألهن فيها على مدى استفادتهن من أنشطة الجلسة، ومدى تقييمهن في كيفية سيرها.

كما اعتمدنا كذلك على تقييم الواجبات المنزلية وطريقة تنفيذها بداية كل جلسة، لتقييم مدى الاستفادة من الجلسة الماضية.

3.11 القياس البعدي:

وفيه طبقت الطالبة أدوات الدراسة (مقياس الكفاية الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد) في الجلسة الختامية.

4.11 القياس المؤجل: وفيه طبقت الطالبة أدوات الدراسة (مقياس الكفاية الوالدية، ومقياس المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد) بعد مضي شهرين تقريبا من انتهاء تطبيق البرنامج الارشادي المقترح للكشف عن أثر البرنامج الارشادي لدى أمهات أطفال التوحد.

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة الحالية، حيث تم القيام بالدراسة الاستطلاعية لاكتشاف الميدان ووضع الإطار العام للدراسة، كما تم التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات وبناء البرنامج وهو موضوع الدراسة الحالية، كما تم تحديد اجراءات التطبيق، ما أدى بنا إلى التوصل إلى نتائج تمت معالجتها احصائيا وكيفيا. وفي الفصل القام سيتم عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

الفصل السادس: عرض وتفسير نتائج الدراسة

أولا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات

1. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى**
2. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية**
3. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة**
4. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة**

ثالثا: نتائج تقييم البرنامج النهائي

رابعا: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات

1. **مناقشة نتائج فرضيات المتغير التابع الأول**
2. **مناقشة نتائج فرضيات المتغير التابع الثاني**

خامسا: الخلاصة والتوصيات.

أولا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات:

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. وللتحقق من صحة الفرضية الأولى نقترح الفرضيات الجزئية التالية:

1.1 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2.1 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3.1 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

4.1 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي. وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية والعملية:

جدول(32): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي.

أبعاد مقياس الكفاية الوالدية	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري لمتوسط الفروق SD	قيمة اختبار t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية	قيمة حجم التأثير d (الدلالة العملية)
	القياس القبلي	القياس البعدي						
البعد المعرفي	8.57	30.57	22	4.28	13.59	0.000	دال	5.06 تأثير كبير
البعد الوجداني	0.71	41.57	30.86	8.07	10.12			4.86 تأثير كبير
البعد السلوكي	19	63	44	3.05	38.10			10.39 تأثير
الدرجة الكلية	38.29	135.14	96.85	13.77	18.6			6.37 تأثير كبير

$t_{t\,(df\ 6,\alpha 0.05)} = 2.44$

يتبين من الجدول(32): أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين القبلي والبعدي البالغ(96.85) وانحراف معياري(13.77)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(18.6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

أما الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها المعرفي للقياسين القبلي والبعدي البالغ(22) وانحراف معياري(4.28)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(13.59)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد المعرفي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وكذلك الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها الوجداني للقياسين القبلي والبعدي البالغ(30.86) وانحراف معياري(8.07)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(10.12)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد الوجداني للكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وأخيرا نجد الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها السلوكي للقياسين القبلي والبعدي البالغ(44) وانحراف معياري(3.05)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(38.10)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد السلوكي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ولتقييم البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير البرنامج ـ وهو الوجه المكمل

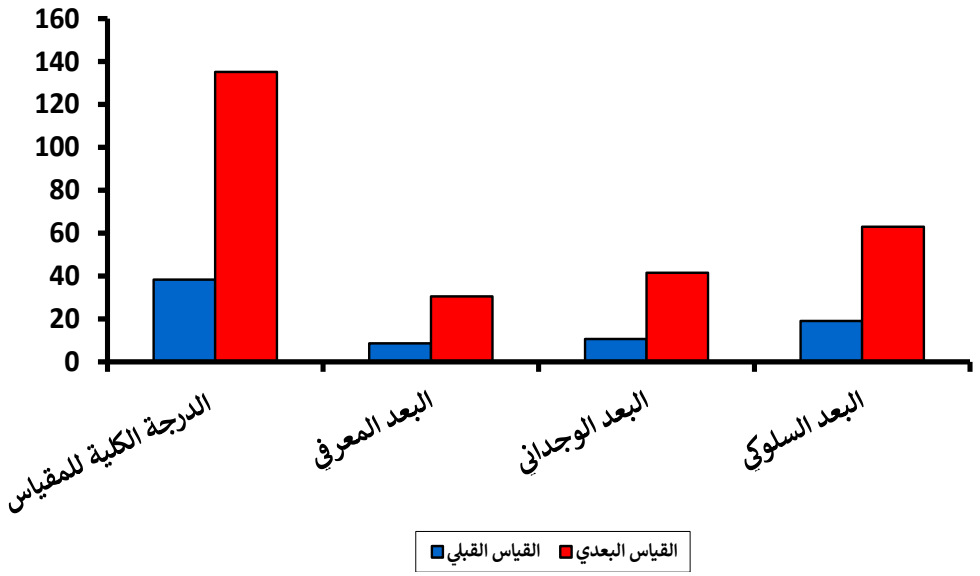
للدلالة الإحصائية ـ وذلك بتطبيق معادلة Cohen (1977) كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لمتوسطين مرتبطين، وأشار كوهن إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d" حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة (0.20 ـ 0.50)، ومتوسطاً عند القيمة (0.50 ـ 0.80) وكبيراً عند القيمة(0.80 ـ فأكثر) (الدردير، 2006، 79).

وبالرجوع للجدول(32): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d"، يتبن لنا أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على أبعاد مقياس الكفاية الوالدية والدرجة الكلية المقدرة بـ: على التوالي(5.06، 4.86، 10.39، 6.37) تُثبت أن للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد دلالة عملية ذات التأثير الكبير على أبعاد مقياس الكفاية الوالدية والدرجة الكلية للمقياس.

وهذا ما يؤكد صحة فرضية بحثنا الأولى القائلة: يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

والشكل الموالي يوضح المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية.

الشكل(15): يوضح المقارنة البيانية للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية



يتضح جليا من خلال المقارنة البيانية بالشكل(15): أنّ متوسطات القياس البعدي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية، تزيد عن متوسطات القياس القبلي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية وترجع هذه الزيادة إلى الأثر الايجابي للبرنامج الارشادي الأسري الذي ساهم فعلا في تنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد باستقرار.

وللتحقق من صحة الفرضية الثانية نقترح الفرضيات الجزئية التالية:

1.2 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2.2 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3.2 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

4.2 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي. وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية:

جدول (33): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي.

أبعاد مقياس الكفايات الوالدية	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري لمتوسط الفروق SD	قيمة اختبار t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
	القياس البعدي	القياس التتبعي					
البعد المعرفي	3	3	2	2	2	0.04	دال
البعد الوجداني	4	4	2	1.89	3	0.02	
البعد السلوكي	6	6	2	1.71	3	0.007	
الدرجة الكلية للمقياس	135.14	142	6.86	4.88	3.71	0.01	

$t_{t\,(df\ 6,\alpha 0.05)} = 2.44$

يتبين من الجدول(33): أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين البعدي والتتبعي البالغ(6.86) وانحراف معياري (4.88)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.71)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.01) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

والفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها المعرفي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2) وانحراف معياري(2)، فرق جوهري ودال احصائياً حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(2.64)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.04) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد المعرفي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين

القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

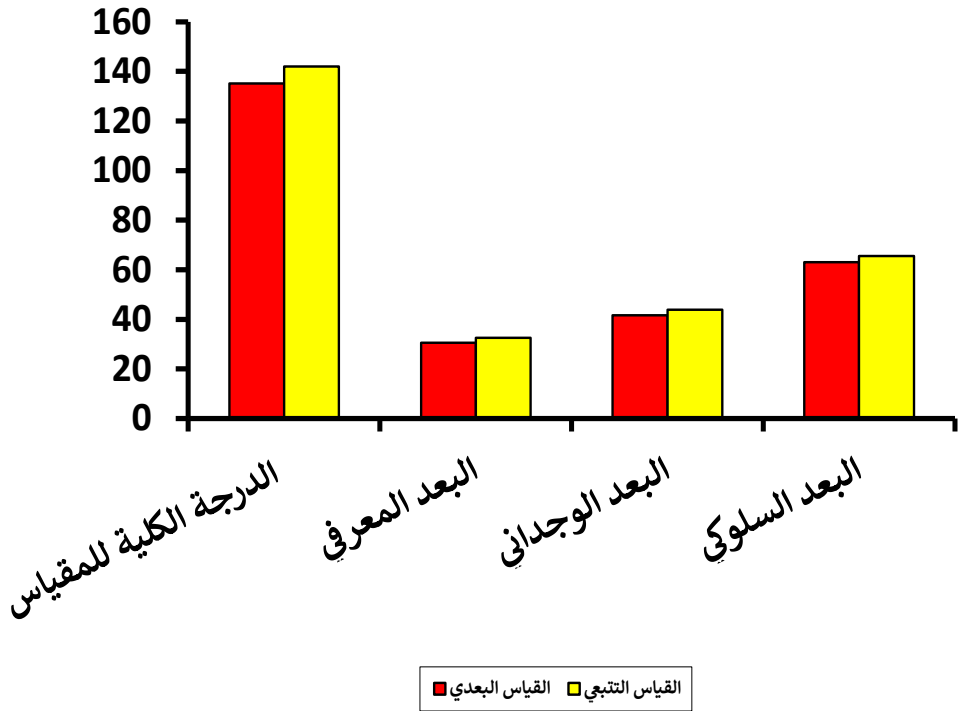
وكذلك الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها الوجداني للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.29) وانحراف معياري(1.89)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.20)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.02) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد الوجداني للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وأخيراً الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها السلوكي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.57) وانحراف معياري(1.71)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.96)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.007) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد السلوكي للكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وهذا ما يؤكد عدم صحة فرضية بحثنا الثانية القائلة: تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد باستقرار.

والشكل الموالي يوضح المقارنة البيانية بين القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية.

الشكل (16): يوضح المقارنة البيانية للقياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية



يتضح من خلال المقارنة البيانية بالشكل (16): أنّ متوسطات القياس التتبعي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية، تزيد عن متوسطات القياس البعدي لأبعاد مقياس الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية وتعود هذه الزيادة إلى استمرار الأثر الايجابي للبرنامج الارشادي الأسري المُطبق لتنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. وهذا ما يؤكد عدم صحة فرضية بحثنا الثانية.

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وللتحقق من صحة الفرضية الثالثة نقترح الفرضيات الجزئية التالية:

1.3 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

2.3توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

3.3توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4.3 توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي. وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية والعملية:

جدول(34): ***يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي.***

أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري لمتوسط الفروق SD	قيمة اختبار t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية	قيمة حجم التأثير d (الدلالة العملية)
	القياس القبلي	القياس البعدي						
التبادل الاجتماعي والانفعالي	11.57	20.14	8.57	5.47	4.14	0.006	دال	1.89 تأثير كبير
القصور في السلوكات غير اللفظية	9.71	17.43	7.72	2.75	7.41	0.000		2.61 تأثير كبير

تطوير العلاقات الاجتماعية	11	14.71	3.71	2.13	4.59	0.004		0.95 تأثير كبير
الدرجة الكلية	32.29	52.29	20	6.45	8.19	0.000		2.70 تأثير كبير

$t_{t\,(df\ 6,\alpha 0.05)} = 2.44$

يتبين من الجدول(34):أن الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين القبلي والبعدي البالغ(20) وانحراف معياري (6.45)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(8.19)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

والفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها التبادل الاجتماعي والانفعالي للقياسين القبلي والبعدي البالغ(8.57) وانحراف معياري (5.47) فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(4.14)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.006) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وكذلك الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها القصور في السلوكات غير اللفظية للقياسين القبلي والبعدي البالغ(7.72) وانحراف معياري(2.75)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(7.41)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي

إلى تباين حقيقي في درجات بعد القصور في السلوكات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وأخيرا نجد الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها تطوير العلاقات الاجتماعية للقياسين القبلي والبعدي البالغ(3.71) وانحراف معياري (2.13)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(4.59)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.004) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

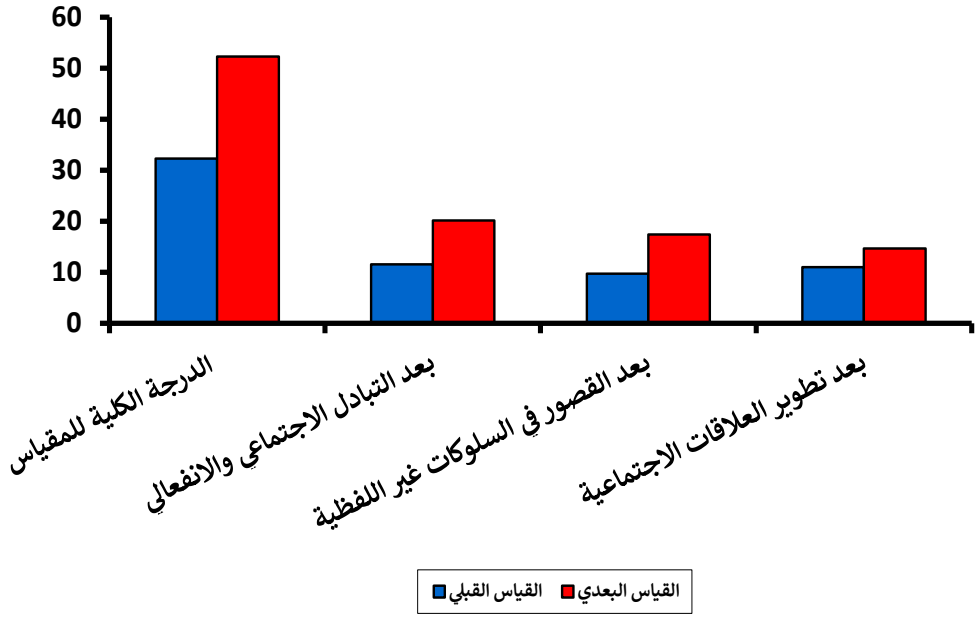
ولتقييم البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير البرنامج ـ وهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية ـ، وذلك بتطبيق معادلة Cohen (1977) كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لمتوسطين مرتبطين وأشار Cohen إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d" حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة(0.20 ـ 0.50)، ومتوسطاً عند القيمة (0.50 ـ 0.80) وكبيراً عند القيمة(0.80 ـ فأكثر). (نفس المرجع السابق، 79)

وبالرجوع للجدول(34): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d"، يتبن لنا أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، على أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية المقدرة بـ: على التوالي(1.89، 2.61، 0.95، 2.70)، تُثبت أن للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، دلالة عملية ذات التأثير الكبير على أبعاد مقياس الكفاية الوالدية والدرجة الكلية للمقياس.

وهذا ما يؤكد صحة فرضية بحثنا الثالثة القائلة: يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

والشكل الموالي يوضح المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية.

الشكل(17): *يوضح المقارنة البيانية للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية*



يتضح جليا من خلال المقارنة البيانية بالشكل(17): أنّ متوسطات القياس البعدي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية، تزيد عن متوسطات القياس القبلي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية وترجع هذه الزيادة إلى الأثر الايجابي للبرنامج الارشادي الأسري الذي ساهم فعلا في تنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد باستقرار.

وللتحقق من صحة الفرضية الثانية نقترح الفرضيات الجزئية التالية:

1.4 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

2.4 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

3.4 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4.4 لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات قمنا بإجراء اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي. وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية:

جدول(35): *دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المُصابين بالتوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي.*

أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري لمتوسط الفروق SD	قيمة اختبار t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
	القياس البعدي	القياس التتبعي					
التبادل الاجتماعي	20.14	22	1.86	1.57	3.12	0.02	دال
القصور في السلوكات غير	17.43	20	2.57	1.13	6	0.001	
تطوير العلاقات الاجتماعية	14.71	16.43	1.71	0.75	6	0.001	

الدرجة الكلية للمقياس	52.29	58.43	6.14	1.77	9.16	0.000	

$t_{t\,(df\ 6,\alpha 0.05)} = 2.44$

يتبين من الجدول(35):أن الفرق بين متوسط المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين البعدي والتتبعي البالغ(6.14) وانحراف معياري (1.77)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(9.16)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

والفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها التبادل الاجتماعي والانفعالي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(1.86) وانحراف معياري(1.57) فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.12)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.02) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

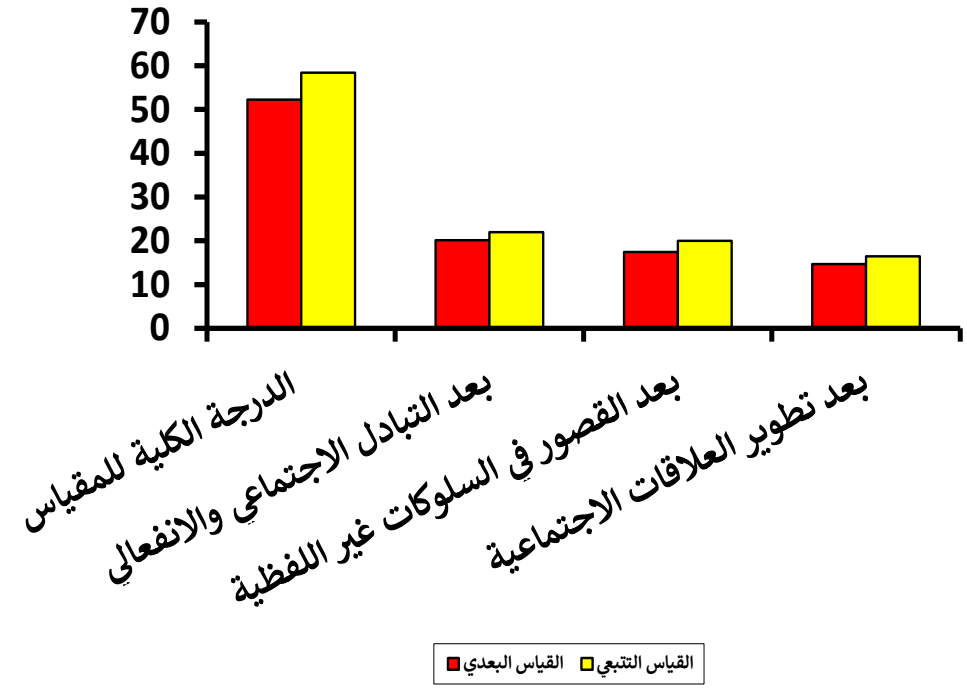
وكذلك الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها القصور في السلوكات غير اللفظية للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.57) وانحراف معياري(1.13)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.001) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وأخيرا نجد الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها تطوير العلاقات الاجتماعية للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(1.71) وانحراف معياري (0.75)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.001) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وهذا ما يؤكد عدم صحة فرضية بحثنا الرابعة القائلة: تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد باستقرار.

والشكل الموالي يوضح المقارنة البيانية بين القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية.

الشكل(18): يوضح المقارنة البيانية للقياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية



يتضح من خلال المقارنة البيانية بالشكل (18): أنّ متوسطات القياس التتبعي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية، تزيد عن متوسطات القياس البعدي لأبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد والدرجة الكلية، وتعود هذه الزيادة إلى استمرار الأثر الايجابي للبرنامج الارشادي الأسري المُطبق لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المُصابين بالتوحد. وهذا يؤكد عدم صحة فرضية بحثنا الرابعة.

ثالثا: نتائج التقييم النهائي للبرنامج

تعد مرحلة تقييم البرنامج مرحلة مهمة جدا، وذلك لتقييم مخرجات البرنامج، ومدى تحقيقه للأهداف المسطرة. وقد تم في الدراسة الحالية تقييم البرنامج تقييم مرحلي تم خلال كل جلسة، حيث تقوم الطالبة بطرح مجموعة أسئلة على المشاركات في نهاية كل جلسة لتقييم مدى تحقيق الجلسة للهدف المطلوب، وتقييم نهائي وذلك بعد الانتهاء من البرنامج. حيث تقوم الطالبة في الجلسة الختامية بتوزيع استمارة تقييم البرنامج على المشاركات تتضمن مجموعة من الأسئلة وزعت على ثلاث أبعاد كالتالي:

البعد الأول: تقييم فاعلية المجموعة.

البعد الثاني: تقييم فاعلية الطالبة.

البعد الثالث: تقييم محتوى البرنامج.

وفي الجدول الآتي سيتم عرض الأسئلة والإجابات على النحو الآتي:

جدول (36): ***يوضح التكرارات والنسب المئوية لإجابات المشاركات على استمارة تقييم البرنامج***

الرقم	عبارات البعد الأول	ممتازة		جيدة		متوسطة	
		N	%	N	%	N	%
1	هل وجت تفاعلا بينك وبين المجموعة.	7	100	0	0	0	0
2	هل استطعت التعبير عن نفسك بدون قيود.	6	85.71	1	14.28	0	0
3	هل وجدت الدعم من المجموعة.	5	71.4	2	28.58	0	0
4	هل شعرت بأن المشاركات مهتمين بما	7	100	0	0	0	0

	تقولين.						
عبارات البعد الثاني							
5	هل استطاعت الطالبة إدارة المجموعة.	7	100	0	0	0	0
6	هل استطاعت الطالبة توصيل المعلومات بطريقة سلسة وبسيطة.	7	100	0	0	0	0
7	هل استطاعت الطالبة التحكم في المعلومات؟	6	85.71	1	14.28	0	0
8	هل استخدمت الطالبة الاتصال اللفظي وغير الفظي بشكل جيد؟	7	100	0	0	0	0
9	هل استطاعت الطالبة ببناء علاقة إيجابية مع المشاركات؟	7	100	0	0	0	0
10	هل استطاعت الطالبة من إدارة النقاش بين المشاركات؟	7	100	0	0	0	0
عبارات البعد الثالث							
11	هل استفدت من جلسات البرنامج؟	7	100	0	0	0	0
12	هل ارتبطت الكفايات الوالدية بالحياة اليومية؟	7	100	0	0	0	0
13	هل حسن البرنامج علاقتك بابنك؟	7	100	0	0	0	0
14	هل تحققت الأهداف المتوقعة من البرنامج؟	6	85.71	1	14.28	0	0

15	هل حققت الكفايات الوالدية في البعد المعرفي احتياجاتك المعرفية؟	5	71.4	2	28.58	0	0
16	هل حققت الكفايات الوالدية في البعد الوجداني احتياجاتك الوجدانية؟	6	85.71	1	14.28	0	0
17	هل حققت الكفايات الوالدية في البعد الوجداني احتياجاتك الوجداني؟	7	100	0	0	0	0
18	هل خطوات البرنامج كانت متسلسلة ومترابطة؟	7	100	0	0	0	0
19	هل استطاع البرنامج ارشادك في كيفية التعامل مع ابنك المصاب بالتوحد	7	100	0	0	0	0
20	هل أثر البرنامج على المهارات الاجتماعية لابنك المصاب بالتوحد	7	100	0	0	0	0

يتضح من الجدول (36): أن التكرارات والنسب المئوية لإجابات المشاركات على استمارة تقييم البرنامج تدل على أن البرنامج حقق نتائج مرضية من ناحية التفاعل بين أفراد المجموعة، وفاعلية الطالبة في الجلسة، ومن حيث محتوى البرنامج.

حيث تراوحت النسب المئوية بين 100% إلى 85 % في البديل (ممتاز) وتراوحت النسب المئوية بين 28.58 إلى14.28 في البديل (جيدة). أما بالنسبة للبديل (متوسطة) تحصل على 0% في الأبعاد الثلاثة.

ومما سبق نستنتج من النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل بيانات الاستمارة أن البرنامج المقترح حقق فاعلية مع المشاركات. إذ استطاع تحقيق الهدف العام من تصميمه، والمتمثل في تنمية الكفايات الوالدية في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

رابعا: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات:

1. مناقشة نتائج فرضيات المتغير التابع الأول:

تم معالجة فرضيتين للمتغير التابع الأول (الكفايات الوالدية).

- تنص الفرضية الأولى على:"توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد".
- وتنص الفرضية الثانية على: "لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد".

وسيتم مناقشة الفرضيتين استنادا لنتائج أفراد العينة في كل بعد من أبعاد المقياس على حدا، ثم يتم بعد ذلك مناقشة النتائج الكلية لأفراد العينة على المقياس الكلي للكفايات الوالدية.

1.1 مناقشة نتائج البعد الأول:

تبين النتائج المعروضة في الجدول (32): بأنه توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. ونلاحظ أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها المعرفي للقياسين القبلي والبعدي البالغ (22) وانحراف معياري (4.28)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(13.59)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد المعرفي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي.

وتبين النتائج المعروضة في الجدول رقم (33) أنه توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. والفرق بين متوسط درجات الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها المعرفي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2) وانحراف معياري(2)، فرق جوهري ودال احصائياً حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(2.64)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.04) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد المعرفي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك

لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها المعرفي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

مما يدل هذا على أن مستوى الكفايات الوالدية في المجال المعرفي ارتفعت ارتفاعا ذو دلالة احصائية في القياس البعدي مقارنة بالنتائج التي حصل عليها الأمهات في القياس القبلي، كما سجلنا ارتفاعا ذو دلالة احصائية في القياس التتبعي مقارنة بالنتائج التي حصل عليها الأمهات في القياس البعدي. وترجع هذه الزيادة إلى الأثر الإيجابي للبرنامج واستمرار أثره، كما التمسنا هذه النتيجة من خلال جلسات البرنامج المطبق، حيث تم تخصيص أربع جلسات لتلبية احتياجات الأمهات في هذا الجانب، ونذكر أنها كانت من أكثر الجلسات مناقشة وطرحا للأسئلة، حيث تجاوز الوقت فيها في بعض الجلسات أكثر من 120دقيقة، وقد نرجع ذلك إلى قلة معلومات الأمهات حول اضطراب طيف التوحد، ونقص درايتهن بأنماط التفكير الإيجابية التي كانت تتطلب تعديل، تغيير، ودحض الأفكار اللاعقلانية لإعادة البناء المعرفي وتبني فلسفة حياة جديدة، وهذه المهمة لم تكن سهلة، فكانت تتطلب فنيات متنوعة و مستوى عال من المهارة، واستطعنا ملاحظة التقدم في النتائج من خلال مناقشة الواجبات المنزلية. حيث تمكنت الأمهات من اكتساب قاعدة مرجعية على اضطراب طيف التوحد والتعرف على أهم متطلباته الأساسية، وخصائصه الاجتماعية، وهذا استنادا إلى احتياجاتهن. كما تمكنت الأمهات من التحرر من أفكارهن اللاعقلانية حول الدور الوالدي الذي كان يعيق تقدمهن باتجاه الطفل. حيث يوضح Seligman et al (2004) أن التفكير العقلاني يساعد الفرد على تخطي الفشل وتحمل التحديات المختلفة. وترى دندي (2011) أن التفكير العقلاني لا يقف عند حد التخلص من الأفكار السلبية التي تراود الانسان واستبدالها بأخرى إيجابية، بل هو أبعد مدى من ذلك إذ أنه يمنح صاحبه طاقة إيجابية للعمل والبناء (ملحم،2018، ص ص 60،62). وقد اتفق هذا الجانب مع دراسة الخطيب (2010) بالأردن التي هدفت إلى أثر تغيير المفاهيم الوالدية الخاطئة في تحسين الكفاية الوالدية للأمهات المسيئات إلى أبنائهن وخفض احساس التهديد لديهم. فبالرغم من اختلاف العينة بين دراسة الخطيب والدراسة الحالية إلا أنها اتفقت في النتيجة، وهي أن تغيير المفاهيم اللاعقلانية تساهم في تحسين أو تنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد كذلك، كما تؤكد دراسة ملحم (2014) بدمشق إلى فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، حيث أشارت دراسة ملحم إلى أن التفكير الإيجابي

والعقلاني يساعد أمهات أطفال التوحد عن التكيف مع إعاقة الطفل كما ساعدهن على تقبل ذواتهن. فطالما كان الفرد متقبلا لذاته فإنه يكون أكثر إيجابية وفاعلية مع المجتمع ككل.

ومنه تتضح أهمية تنمية الكفايات الوالدية في المجال المعرفي، ونظرا لدورها الواضح الذي تؤديه في إحداث التغيير في الجوانب الأخرى للكفايات الوالدية، وهنا يرى بنات وآخرون (2010) أن اكتساب الوالدين خبرات معرفية حول ماهية التوحد ومتطلبات نمو الطفل المصاب بالتوحد يساعد هذا في فهم سلوك الطفل وتيسير تقبله. ذلك لأن فهم التغيرات السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية تساعدهم في وضع التفسير الصحيح والمنطقي وتسمح بالتنبؤ بها. وبالتالي ضبطها والسيطرة عليها. كما أنها تساعد الوالدين في فهم الفروق الفردية لدى الأطفال وتبني توقعات تتناسب مع قدرات الطفل الفعلية. وبالتالي ممارسة أنماط سلوكية ذات كفاءة، الأمر الذي سيزيد من قدرة الطفل على التكيف والنمو.

ويرى ابراهيم (1992) أن تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللا منطقية في سلوك العميل (والمقصود به في الدراسة الحالية – الدور الوالدي–) وتعديلها لأفكار ومعتقدات عقلانية منطقية تساعد الأمهات في تبني فلسفة حياة جديدة. واستنادا للنظرية المعرفية الانفعالية السلوكية لأليس التي ترى أن الأشياء في ذاتها وطبيعتها لا تثير القلق وتضعف الكفايات الوجدانية ولكن الآراء التي يكونها الفرد عن هذه الأشياء أو الطريقة التي يدرك بها تلك الأشياء هي السبب الحقيقي وراء ذلك (يوسفي، 2015، ص 181).

وقد يفسر استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي إلى أن البرنامج تمكن من تلبية احتياجات الأمهات المعرفية اللازمة حول اضطراب طيف التوحد، وأصبح بإمكانهن التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية نحو الدور الوالدي وممارسته في حياتهن اليومية مما زاد في فرص تعميم هذه المهارات في مواقف الحياة اليومية. كما أن استعداد الأمهات للتغيير لعب دورا كبيرا في انجاح البرنامج.

2.1 مناقشة نتائج البعد الثاني (الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني):

يتضح من خلال الجداول المذكورة سلفا أنه توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. حيث وجدنا الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها الوجداني للقياسين القبلي والبعدي البالغ(30.86) وانحراف معياري(8.07)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(10.12)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين

القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد الوجداني للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية.

وتبين النتائج المعروضة في الجدول رقم (33) أن الفرق بين متوسط درجات الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها الوجداني للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.29) وانحراف معياري(1.89)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.20)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.02) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد الوجداني للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وتجدر الإشارة هنا بأن الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني تتأثر بالكفايات الوالدية في بعدها المعرفي بل وتعد امتدادا لها. فالتفكير والانفعال لا يمثلان عمليتين منفصلتين أو مختلفتين لكنهما يتداخلان على نحو ذي دلالة ويعملان في علاقة (السبب والنتيجة)، حيث يؤدي التفكير إلى الانفعال كما يؤثر الانفعال على التفكير وعلى السلوك، ومن هذا المنطلق فقد تناولنا التقبل كأول مهارة في هذا الجانب وقد استغرق جلستين نظرا لاحتياجات الأمهات.

وفي هذا السياق أكد Seligman et a l(2001) أن وجود طفل معاق في الأسرة يخلق شروطا خاصة، وضغوطا تعيشها أمهات الأطفال المعاقين، وتستدعي بالضرورة تمكين الأمهات من التفكير بعقلانية لمساعدتها على تقبل ابنها المعاق على اختلاف إعاقته، وتبني توقعات إيجابية عن ذلك الطفل من خلال الفهم والاستيعاب له كما جاء في الكفاية المعرفية، مما يحقق لديهن تكيفا نفسيا سليما ولدى أطفالهن (ملحم، 2014، 167). واعتمدنا في نشاطات الجلسات على التنفيس الانفعالي والمساندة النفسة لمساعدة الأمهات على الوعي بمشاعرهن، وتبادل الخبرات مع بعضهن، حيث تفصح كل أم عن تجربتها على كيفية تجاوزها كل مرحلة من مراحل ردود الفعل، وقد تم تحقيق الهدف المسطر في الجلستين والدليل على ذلك نشاط الرسم الذي كان في آخر جلسة، حيث عبرت الأمهات على تقبلهن للطفل واستعدادهن لتحمل مسؤولياته. وتبني توقعات إيجابية نحوه.

ويرى خلف (2016) أن تقبل الوالدين للطفل يساعد على استقرار الجو الأسري، كما يساعد أيضا على التكيف مع ضغوط الحياة اليومية، كما أن تقبل الطفل للوالدين يجعل عملية تنشئته تسير بطريقة سلسة. كما أكدت دراسة عبد القادر (1966) أثر الدفء العاطفي والتقبل على شخصية الطفل، فقد وجدت علاقة ارتباطية بين تقبل الآباء لأبنائهم والتوافق النفسي للأطفال. وتتفق مع دراسة (2019) al Reidl, Fesalbon, Mendoza et حيث هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين استجابة العلاج لدى الأطفال المصابين بالتوحد والأعراض العاطفية للوالدين، وقد توصلت إلى تسليط الضوء على الحاجة لمقدمي العلاج للنظر في أعراض الوالدين أو مقدم الرعاية لتفعيل العلاج. من خلال إشراك الوالدين في تدخل العلاج النفسي الخاص بهم أو مساعدتهم في العثور على مجموعات الدعم والموارد المفيدة الأخرى، فإن معالجة أعراض الوالدين قد تدفع أطفالهم المصابين بالتوحد إلى الاستجابة بشكل أفضل للعلاج.

وتوفر مهارة التقبل بدورها الجو المناسب لبناء علاقة إيجابية مع الطفل المصاب بالتوحد، التي تسمح لهن بالدخول إلى عالم الطفل المصاب بالتوحد والاهتمام بما يحب من أجل جذبه للتواصل معهن. وذلك من خلال تفعيل مهارة الانضمام والتشجيع، حيث تستطيع الأمهات خلق مناخا انفعاليا هادئا، وهذا يجعلهن يشعرن أنهن أمهات صالحات. ويسهم ذلك في بناء علاقة سوية مع الطفل، وتتفق مع دراسة ودراسة (2001) Connolly et all التي "هدفت إلى تقييم برنامج علاج جمعي للأمهات قائم على العلاج الأسري والمهارات الوالدية (النمذجة، مهارة الاتصال، السلوكية المعرفية) في نوعية العلاقة بين الأم والطفل، وفي قدرة الأمهات في التعامل مع بعض الاضطرابات السلوكية عند أطفالهن،وقد شملت عينة الدراسة على (129) أما تراوحت أعمارهن بين (36) و(37) سنة، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، مجموعة تجريبية1 تدربت على البرنامج التدريبي الذي يتضمن مهارات العلاج الأسري والمهارات الوالدية، والمجموعة التجريبية الثانية تم فيها تزويد الأمهات بمعلومات عن المعالجة الطبية للاضطرابات السلوكية لأطفالهن ومجموعة ضابطة، وقد أشارت نتائج الدراسات إلى أن أمهات المجموعة التجريبية الأولى أظهرت تحسنا دالا في نوعية علاقتهن مع أطفالهن وذلك بفعل المهارات المتنوعة التي تضمنها البرنامج العلاجي، وهذه التغيرات الإيجابية التي حدثت لأمهات المجموعة تجريبية (01) لم تحدث لأمهات المجموعتين الأخرى" (الخطيب، 2010، 84).

واستنادا لنتائج الدراسات السابقة نلاحظ أن تنمية الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني تساعد الأم في تقبل الطفل وفهم احتياجاته مما يدفعها لخلق فرص جديدة لمساعدته في تطوير مهاراته نتيجة لاستقرارها النفسي بحيث تعمل معه بضغوط أقل من السابق، ويصبح من السهل إعطاء الطفل التوجيهات اللازمة في حياته اليومية.

ولقد أكد برنامج SON RISE (1983) على فاعلية مهارة الانضمام في بناء العلاقة مع الطفل. وقد يفسر استمرار أثر الكفايات الوالدية في بعدها الوجداني نظرا لانتقاء المهارات اللازمة حسب احتياجات الأمهات، والتسلسل المنطقي للمهارات، واستخدام الفنيات والأدوات المناسبة التي تتماشى مع هذه الكفايات، كما أن التدريب الفعلي للكفايات في الجلسة كان الداعم الأساسي لاستمرار الأثر.

3.1 مناقشة البعد الثالث:

تبين من خلال الجدول (32): أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها السلوكي للقياسين القبلي والبعدي البالغ(44) وانحراف معياري(3.05)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(38.10)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد السلوكي للكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ويبين الجدول (33): أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها السلوكي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.57) وانحراف معياري(1.71)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.96)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.007) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات البعد السلوكي للكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفاية الوالدية في بعدها السلوكي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وجدير بالذكر في هذا السياق أن نذكر بعدد جلسات البرنامج المطبقة في هذ المجال والتي بلغت 06 جلسات، حيث خصصت كل جلستين لاكتساب كفاية لتحقيق الأهداف المسطرة لكل كفاية، وقد لاحظنا شغف الأمهات وحماستهن للتعرف على الكفايات اللازمة في كيفية التعامل مع أطفالهن المصابين بالتوحد، وقد اعتمدنا في أداء النشاطات على التدريب الفعلي لكل مهارة وما ساعد في اتقان المهارة لدى المشاركات فنية لعب الدور، حيث كانت الأمهات يجسدنا مواقف حصلت لهن في الحياة اليومية ويواجهنها بالمهارة التي تم اكتسابها حسب كل جلسة.

وفي هذا الإطار لا بد من الإشارة إلى الهدف الرئيسي الذي سعينا إلى تحقيقه في البعد السلوكي للكفايات الوالدية؛ وهو اكتساب الأمهات "سلوكيات تعمل بشكل منفرد أو مجتمعة للتأثير عن الطفل"(حمدان منصور، 2013، ص 120)، ورعايته ضمن إطاره الطبيعي أين تلعب البيئة الأسرية دورا فعالا في اكتساب المهارات الاجتماعية للطفل من خلال المواقف الحياتية اليومية، لذا يؤكد هانت ومارشال على كيفية استثمار الطاقات وجهود الأسرة والوالدين، ومعرفة مصادر القوة لديهم، وتشجيعهم على المشاركة من أجل تحسين مستوى الطفل من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأدوار الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم، ويعدل كذلك من فهم لمشاعرهم الذاتية، وزيادة مهاراتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة (حنفي، 2007).

وبالاستناد إلى نظرية التعلم الاجتماعي لـ A. Bandora في هذا المجال، فقد رأى أن التعلم يحدث عن طريق ملاحظة نماذج القدوة ومنها الآباء(القريطي،2013، 50). بحيث يتعلم الطفل المصاب بالتوحد المهارات الاجتماعية من خلال التفاعل وعمليات التعزيز وتقليد الآخرين.

وانطلاقا من هذه الفكرة التي تعتمد على المبدأ الأساسي الذي ينص على أن السلوك يتعلم من خلال التفاعل مع البيئة فإن تعديله يقتضي تغيير البيئة. علاوة على ذلك يشير الخطيب (2001) أن تعديل السلوك منحي ايجابي أي يركز على تعزيز السلوك الجيد، ومنحى علمي وموضوعي يستند إلى القياس المباشر والمتكرر ويتضمن مفاهيم وإجراءات دقيقة ومعرفة إجرائيا، ومنحي فعال وعملي حيث انه يتضمن العديد من الأساليب المستخدمة في الحياة اليومية بطريقة منتظمة ومباشرة.

ووفقا لاحتياجات الأمهات فقد تم تدريبهن على مهارة تعديل السلوك، مهارة الاتصال الفعال، والمشاركة الوالدية الفعالة، واتفقت نتائج البعد السلوكي مع نتائج دراسة الحايك (2016) التي هدفت إلى

التعرف عن فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الطفل من قبل الأمهات، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للبرنامج. كما اتفقت مع دراسة نجيب (2000) على أهمية برامج الإرشاد الأسري في إمكانية تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال وتنمية التفاعل الاجتماعي من خلال اشتراكهم في البرنامج الأسري. كم تتفق مع دراسة Sandra (2007) إلى تنمية مهارات التعامل الوالدية مع أطفالهم التوحديين أين توصلت في نتائجها إلى قدرة الوالدين على تحديد العوامل التي تساهم في ظهور بعض السلوكيات المضطربة لأطفالهم، وأظهرت تحسنا في أساليب تعامل الأولياء (منصوري، 2021، 123). كما أكدت دراسة منصوري (2021) إلى ارتفاع مستوى مهارة الأولياء في تعاملهم مع أطفالهم، وأظهرت تقديرهم الإيجابي، وزادت درجاتهم على القياس المستخدم في التطبيق البعدي.

كما أشارت نتائج حساب حجم التأثير إلى أن الجانب السلوكي أكثر تأثيرا، وقد يعود السبب في ذلك إلى ان الاهتمام ينصب على الجانب السلوكي، في عملية افتراض أن السلوك له نتائج مباشرة في البيئة، ويتطابق هذا الموقف مع موقف المدرسة السلوكية (العزاوي وطوالة، 2011، ص238)

4.1 مناقشة نتائج متغير التابع الأول الكفاية الوالدية (المقياس الكلي):

يتبين من الجدول(32): أن الفرق بين متوسط درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين القبلي والبعدي البالغ(96.85) وانحراف معياري(13.77)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(18.6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ولتقييم البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير البرنامج ـ وهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية ـ، وذلك بتطبيق معادلة كوهن(Cohen, 1977) كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لمتوسطين مرتبطين، وأشار كوهن إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة

بواسطة مؤشر"d" حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة(0.20 ـ 0.50)، ومتوسطاً عند القيمة (0.50 ـ 0.80) وكبيراً عند القيمة(0.80 ـ فأكثر). (الدردير، 2006، 79)

وبالرجوع للجدول(32): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d"، يتبن لنا أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على أبعاد مقياس الكفايات الوالدية والدرجة الكلية المقدرة بـ: على التوالي(5.06، 4.86، 10.39، 6.37) تُثبت أن للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد دلالة عملية ذات التأثير الكبير على أبعاد مقياس الكفايات الوالدية والدرجة الكلية للمقياس.

وهذا ما يؤكد صحة فرضية بحثنا الأولى القائلة: يساهم البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

يتبين من الجدول(33): أن الفرق بين متوسط درجات الكفاية الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين البعدي والتتبعي البالغ(6.86) وانحراف معياري (4.88)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.71)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.01) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات الكفايات الوالدية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس الكفاية الوالدية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وبالنظر للنتائج الكلية التي تحصلت عليهن المشاركات في القياس البعدي، والقياس التتبعي تبين أن الفروق في الكفايات الوالدية له دلالة احصائية. وتعني هذه النتيجة أن المشاركات استفدن من تطبيق البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية، كما تؤكد النتائج على استمرار أثر البرنامج في تنمية الكفايات الوالدية، وقد يفسر ذلك بأن البرنامج استطاع تلبية احتياجات الأمهات المعرفية والوجدانية والسلوكية، إضافة إلى أن البرنامج اعتمد على فنيات وأدوات متنوعة تم اختيارها وفق كل جانب من جوانب الكفايات التي استهدفها البرنامج

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة التي تؤكد أثر البرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية، فقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة محمد (2012)، دراسة حمدان منصور (2013)، دراسة حسين (2013)، دراسة البحيري وآخرون (2018)، دراسة (2009) Whittingham Bearss, Johnson, Handenl, & et al ، دراسة Sofronoff, Sheffield, & et al (2013) ، دراسة (2018) Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar، دراسة (2019) Schrott, Kasperzack, Weber, & et al ، ودراسة دراسة (2020) Nadia , et al حيث توصلت هذه الدراسات أن البرامج الوالدية لها أثر علاجي فعال للحد من السلوك الأبوي السلبي، وتعزيز الكفاية الذاتية للوالدين.

فالكفايات الوالدية تعد من المتغيرات الحاسمة في أسر أطفال التوحد نظرا للتغيرات العنيفة التي يحدثها الطفل المصاب بالتوحد في الأسرة، والغموض والارتباك الذي يشعر به الوالدان نتيجة لجهلهما بطبيعة الاضطراب، وكيفية التعامل معه. حيث يرى Flangan (2001) "أنه لا توجد أسرة مهيئة لاستقبال طفل مصاب بالتوحد" (ورد في سهيل، 2015، ص279) حيث بينت Greksbacher (2004) أن "الصعوبات التي يجلبها الطفل المصاب بالتوحد هائلة للأسرة وخاصة الوالدين، ومهما كان مقدار عطائهما عظيما، فإن الطفل بحاجة إلى المزيد. وإن العلاقات الأسرية تتأثر تأثرا بالغا في حالات كثيرة بحالات طيف التوحد التي يعاني منها الطفل. فمن الطبيعي أن يتطلب الوالدان استخدام استراتيجيات خاصة في التعامل معه" (ورد في كفافي، 1990، ص212).

وبالاعتماد على الاحتياجات الارشادية تم تصميم البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية باعتبار الوالدين المعلمين الأساسيين في حياة الطفل، وتم اختيار الأمهات بصفتهن الوالد المشارك الأساسي في تلبية احتياجات الطفل المصاب بالتوحد. وقد استطاع البرنامج المقترح من تحقيق الأهداف المسطرة مع المشاركات في الأبعاد الثلاثة للكفايات الوالدية، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نجد أن البرنامج المطبق ساهم في تنمية الكفايات الوالدية، واستمرار الأثر.

وتفسر الطالبة ذلك بأن المشاركات تلقوا ارشادات ساعدتهن على اكتساب كفايات تبصرهن على كيفية التعامل مع أفكارهن ومشاعرهن تجاه أطفالهن، وكيفية أداء السلوكيات الإيجابية وذلك من خلال نشاطات الجلسة، حيث كانت المشاركات يقمن بأداء الاستجابات داخل الجلسات والتدريب عليها وذلك باستخدام عدة فنيات منها الحوار والمناقشة، لعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابي بالإضافة إلي الواجب المنزلي حتى يتم التأكد من مدى فهم واستيعاب المشاركات للكفايات وممارستها في مواقف

الحياة من خلال الواجب المنزلي وإعادة البناء المعرفي لديهن، وذلك بهدف ممارسة المهارات الفعالة والمرغوب فيها بدلا من السلوكيات التي كن يمارسنها قبل بداية البرنامج.

ويؤكد Trewin (2003) أن "الوالدين ذوي الكفايات الوالدية المرتفعة يميلان إلى استخدام جهود أكثر نجاحا في الانخراط الاجتماعي خاصة إذا عاشوا في بيئة نابضة بالحياة، وتعمل على الاعتقادات الشخصية بالكفاءة على تشجيع الوالدين على الانخراط في نشاط الأبناء والتي تعد مفيدة لنمو الطفل، فالوالدان اللذان يشعران بالكفاية يميلان إلى الانخراط في مجموعة من الاستراتيجيات الوالدية التعزيزية التي تدفع ابنهما إلى لأمام، وتزيد هذه الاستراتيجيات من فرص نجاح الطفل، فضلا عن تأثيرها على المعتقدات الوالدية بالكفاية مباشرة على نمو الطفل"(ورد في الخطيب، 2010،ص14)

وفي هذا الصدد يشير رضوان (1997) إلى أن "الشخص الذي يشعر بدرجة عالية من الكفاية سوف يبذل من الجهد والمثابرة أكثر من ذلك الذي يشعر بدرجة أقل من الكفاية"، ويصف Bandura (1997) "أن ذوي الكفايات الوالدية المرتفعة بأنهم ينسبون الفشل إلى الجهد غير الكافي، وهذا يعمل على التوجيه للنجاح، بينما ذوو الكفايات المنخفضة فينسبون الفشل إلى انخفاض القدرة الذاتية، لذا فهم يعتقدون أن الأعمال أصعب مما عليه في الواقع مما يعرضهم دائما إلى الوقوع في بوتقة الضغوط" (ورد في السهلي، 2019، ص87)

فالتقدير المسبق المرتفع للكفايات سيعطي الأم الثقة بأنها تستطيع مساعدة ابنها لأقصى حد ممكن من قدراته بغض النظر عن المواقف الصعبة التي ستواجهها.

2. مناقشة نتائج المتغير التابع الثاني (المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد):

تم معالجة فرضيتين للمتغير التابع الثاني (المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد) تنص الفرضية الثالثة على:

- " توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد".
- " لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد ".

وسيتم مناقشة الفرضيتين استنادا لنتائج أفراد العينة في كل بعد من أبعاد المقياس على حدة، ثم يتم بعد ذلك مناقشة النتائج الكلية لأفراد العينة على المقياس الكلي للمهارات الاجتماعية.

1.2 مناقشة نتائج البعد الأول:

تبين من خلال الجدول (34): دلالة الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها التبادل الاجتماعي والانفعالي للقياسين القبلي والبعدي البالغ(8.57) وانحراف معياري (5.47) فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(4.14)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.006) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد وذلك لصالح القياس البعدي وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وتبين من خلال الجدول رقم (35): أن الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها التبادل الاجتماعي والانفعالي للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(1.86) وانحراف معياري(1.57) فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(3.12)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.02) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس المهارات الاجتماعية في بعد التبادل الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

يتضح مما سبق أن البرنامج الارشادي المقترح القائم على الارشاد الأسري لتنمية الكفايات الوالدية استطاع تحسين المهارات الاجتماعية في بعدها الأول المتمثل في التبادل الاجتماعي. حيث لاحظنا من خلال مناقشة الواجبات المنزلية أن الأمهات أصبح لديهن إدراك ووعي أكثر بالخصائص الاجتماعية لأبنائهن المصابين بالتوحد، كما أظهرن ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، حيث أصبح بإمكانهن تحديد محددات السلوك قبل وبعد حدوثه. مما ساعد ذلك في احداث السلوك المرغوب فيه عن طريق استخدام فنيات تعديل السلوك المناسبة. كما لعب تنظيم بيئة الطفل دورا فعالا في اكتساب بعض السلوكيات الاجتماعية المهمة، وكانت من أهم هذه السلوكيات التقليد، حيث أكد Dawson et (1990)

Geraldine أن "الطفل يقلد أمه وأكدت الدراسة على أهمية اشراك الأسرة في تعليم وتدريب الطفل المصاب بالتوحد أثناء التدخل العلاجي" (ورد في خشوش، 2019، ص235).

ومن أهم الفنيات التي تم الاعتماد عليها لاكتساب هذه المهارات، وهي نمذجة السلوك أمام الطفل باستخدام أحد إخوته أو أحد الوالدين، حيث يحصل الطفل على ما يريد كأسلوب تعزيز مباشر لإعادة إحداث السلوك مرة أخرى. وقد اتفقت فاعلية النمذجة في الدراسة الحالية مع دراسة (علي، ووهدان، 2015) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم على النمذجة في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة الطائف، وتكونت عينة الدراسة من (08) أطفال من البنات ذوات اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهن بين (8 ـ 11) سنة تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، خضعت المجموعة التجريبية إلى برنامج مكون من (26) جلسة بصورة فردية، وتم تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية عقب التدريب مباشرة، وتوصلت الدراسة إلى تحسن بعض المهارات الاجتماعية المتمثلة في (الضبط الاجتماعي، الحساسية الاجتماعية، التعبير الاجتماعي، الضبط الانفعالي، الحساسية لانفعالي، التعبير لانفعالي)

كما ركزنا في المراحل الأولى على ارشاد المشاركات على كيفية تقديم المساعدات الجسدية وسحبها شيئا فشيئا لمساعدة أطفالهن على اتقان المهارة المراد اكتسابها، وكيفية تعميمها في الوسط الأسري. وكان لا بد من التأكيد هنا على طبيعة اكتساب الطفل للمهارة، فلا يستطيع الطفل المصاب بالتوحد اكتساب الإشارة مثلا إلا بالتكرار والاستمرارية، واستخدامها في المواقف المشابهة ليحصل لديه التعميم. ولا مناص من القول إن مهارة تعديل سلوك الطفل المصاب بالتوحد قد أثبتت فاعليتها مع المشاركات وانعكست بالإيجاب على الطفل، فأصبح لدى المشاركات ميكانيزمات فعالة في التعامل مع الطفل في الوسط الأسري بطريقة منهجية تتيح له فرص التعلم، وفي هذا السياق أشارت دراسة (1973) Patterson &Reid التي هدفت إلى فحص فاعلية التدريب السلوكي للآباء على تقليل السلوكيات المستهدفة لدى أطفالهم، حيث تكونت عينة الدراسة من (22) أبا تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين تراوحت أعمار أطفالهم (5 . 12) سنة، ولديهم مشكلات متعددة كالعدوانية، وعدم الطاعة. تضمن البرنامج (08) جلسات، وأظهرت النتائج أن هناك نقصا دالا في معدل تكرار السلوكيات المستهدفة في القياس البعدي، بلغ 64% عن المستوى القاعدي القبلي لدى آباء المجموعة التجريبية.

ولقد أشار آباء المجموعة التجريبية إلى حدوث تغيرات إيجابية في سلوك أطفالهم أكثر مما كانوا يتوقعون (عتروس، 2013).

وقد يفسر استمرار أثر البرنامج في هذا البعد إلى معالجة مشكلات الطفل في بيئته الطبيعية وذلك من خلال تنمية الكفايات الوالدية التي ساعدت الأمهات على اكتساب مهارات التعامل مع الطفل في المحيط الأسري أثناء تأدية نشاطاته العادية في الحياة اليومية وما زاد من فاعليتها هي أنها أصبحت جزءا من الحياة اليومية للأم والطفل، وقد صرحت بعض الأمهات أن هذه الاستراتيجيات ساعدتهن في التعامل حتى مع أطفالهن الآخرين، مما يدل ذلك على فاعليتها كما تدعم المهارات الإيجابية للأمهات.

2.2 مناقشة نتائج البعد الثاني:

تبين من خلال الجدول (34): أن الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في بعدها "القصور في السلوكيات اللفظية وغير اللفظية" للقياسين القبلي والبعدي البالغ(7.72) وانحراف معياري(2.75)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(7.41)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد القصور في السلوكات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

ويبين الجدول(35): أن الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها القصور في السلوكات غير اللفظية للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(2.57) وانحراف معياري(1.13)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.001) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد القصور في السلوكات غير اللفظية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس المهارات الاجتماعية في بعد القصور في السلوكيات غير اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وهذا يدل على أن أثر البرنامج المقترح له أثر فعال في تحسن المهارات الاجتماعية في بعدها "قصور في السلوكيات اللفظية وغير اللفظية"، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيرا جدا لأن قيمة d أكبر من 0.80، وهذا يعني أن البرنامج له تأثير كبير عن هذا البعد، كما أن حجم التأثير في هذا البعد أكبر الأبعاد الأخرى.

يتضح من النتائج المتحصل عليها أن البرنامج المقترح له أثر كبير في تحسن بعد "قصور في السلوكيات اللفظية وغير اللفظية" وهو البعد الذي يهتم بالتواصل اللفظي وغير اللفظي للطفل المصاب بالتوحد، ويعد من أكثر الجوانب التي يسجل فيها قصورا واضحا. حاولنا من خلال البرنامج المقترح تحسين هذه المهارة من خلال ارشاد الأمهات في كيفية التواصل مع الطفل في بيئته الطبيعية، وأثناء المواقف التي تتطلب توصلا لفظيا أو غير لفظيا، وفي هذا السياق يرى Kaiser& Hancok (2003) أن "تعليم الوالدين مهارات الاتصال له تأثير وفاعلية عالية في مساعدة الوالدين في اكتساب أساليب تجريبية لها علاقة بحاجات نمو الأبناء، والعمل على تطبيقها بين الوالدين والأبناء" (ورد في عتروس، 2013، ص 107).

وبناء عليه فقد تم تخصيص جلستين لهذه المهارة، هدفت الجلسة الأولى ارشاد الأمهات على استخدم التواصل الصحيح مع الطفل، وتوفير الشروط المناسبة لتحققه. ومن الفنيات التي تم استخدامها: لعب الدور والنمذجة، والتعزيز الإيجابي للتدريب، وتم تقييم هذه الجلسة من خلال الواجب المنزلي. أما الجلسة الثانية فقد تضمنت ارشاد الأمهات في كيفية استخدام جداول الأنشطة المصورة كاستراتيجية تساعد الطفل في فهم المطلوب منه، وقد تم تدريب الأمهات عليها خلال الجلسة وكانت لها نتائج إيجابية على الأم والطفل وهذا ما تمت ملاحظته عند مناقشة الواجب المنزلي.

حيث ساعد الطفل على التواصل مع الأم، وساعده على التعرف على نشاطاته اليومية، وفي هذا السياق قد أجرت حسب الله (2015) دراسة هدفت للتعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أمهات أطفال التوحد في جمعية الحق في الحياة، حيث تكونت عينة الدراسة من 12 من الأمهات اللواتي تحصلن على أقل الدرجات على مقياس التواصل غير اللفظي، وقد استخدمت الباحثة أداتان تتمثلان في مقياس التواصل غير اللفظي وبرنامج التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS)، وبعد التحليل الاحصائي كانت متوسطات التواصل لدى الأمهات قبل تطبيق البرنامج (31.3%) وبعد تطبيق البرنامج وصلت إلى (83%) وأسفرت النتائج على وجود فروق

جوهرية ذات دلالة احصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الدرجة الكلية للتواصل غير اللفظي لأمهات أطفال التوحد لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى فاعلية البرنامج في تنمية مهارات التواصل لدى أمهات التوحد. ولا توجد فروق جوهرية ذات دلالة احصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في الدرجة الكلية للتواصل غير اللفظي وأبعاده لأمهات أطفال التوحد. مما يشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج. فقد عبرت أم أحمد وأم محمد، وأم محمد على فاعلية هذه الطريقة في تنظيم حياة الطفل وتسهيل تنفيذ ما يطلب منه.

وقد اتفقت دراسة السرور وعميرة (2018) مع الدراسة الحالية في هدفها، حيث هدفت على التعرف إلى أثر تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير الملتحقين في مراكز التربية الخاصة في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتم استخدام المنهج الكمي التجريبي، حيث تكونت عينة الدراسة من (10) أمهات وأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد ممن هم على قوائم الانتظار في مراكز التربية الخاصة في محافظة العاصمة عمان. وأظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي الثلاثة، والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت الفروق لصالح القياس البعدي، أي أن تدريب الأمهات عمل على تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهذا يدل على أن ارشاد الأمهات على كيفية التواصل مع الطفل المصاب بالتوحد يساعدهن في تدريبه على اكتساب هذه المهارة، حيث يستطيع الطفل التواصل في المواقف التي يعيشها مما يجعل الطفل دائما في حالة تواصل، وقد تعد الجداول البصرية وسيلة تساعد الطفل في تنظيم يومه، وذلك من خلال الصور.

وقد تم تدعيم هذه المهارة باستخدام أساليب تعديل السلوك لزيادة احداث التواصل من خلال التعزيز والنمذجة، كما أن مهارة المشاركة الوالدية الفعالة ساهمت في تحسن هذا البعد، حيث يجد الطفل نفسه دائما في وضعيات تواصل فعال مع جميع أعضاء الأسرة، وقد يفسر هذا استمرار الأثر حتى بعد انتهاء البرنامج.

3.2 مناقشة نتائج البعد الثالث:

تبين من خلال الجدول (34) وجود فروق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها تطوير العلاقات الاجتماعية للقياسين القبلي والبعدي البالغ (3.71)

وانحراف معياري (2.13)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(4.59)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.004) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وأخيرا نجد الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد في بعدها تطوير العلاقات الاجتماعية للقياسين البعدي والتتبعي البالغ(1.71) وانحراف معياري (0.75)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(6)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.001) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات بعد تطوير العلاقات الاجتماعية للمهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لاختبار المهارات الاجتماعية في بعد تطوير العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

من النتائج المتحصل عليها اتضح أنه من خلال البرنامج المقترح استطاعت الأمهات باعتبارهن المشارك الأساسي في حياة الطفل من خلق بيئة محفزة للطفل تتميز بالمرونة قائمة بحسب احتياجات الطفل. وهذا يتفق مع ما أكده Das (1996) "من ضرورة توافر عناصر التحفيز في بيئة الطفل لتثير انتباهه والحد من تشتته ليصل للاستجابة المناسبة" (ورد في العجمية، 2015، ص89)، لذا حاولنا جعل المحيط الأسري مكان خصب للعلاقات الإيجابية بين الطفل وأسرته، فقد دعم البرنامج مشاركة الإخوة والوالدين نشاطات الطفل بهدف مساعدته بالوعي بالآخر، ويؤكد هانت ومارشال على "كيفية استثمار الطاقات وجهود الأسرة والوالدين، ومعرفة مصادر القوة لديهم، وتشجيعهم على المشاركة من أجل تحسين مستوى الطفل من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأدوار الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم، ويعدل كذلك من فهم لمشاعرهم الذاتية، وزيادة مهاراتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة" (حنفي، 2007) وقد تم الاعتماد في ذلك على الكفايات الوالدية أبعادها الثلاثة،

حيث سمحت للأمهات بفهم سلوكيات الطفل، وتحديد احتياجاته لتلبيتها وفقا لما يتطلبه الموقف باستخدام الكفايات المناسبة.

ولعل أبرز الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي التي لها تأثير مباشر عن تحسن هذا البعد, وهي مهارة المشاركة الوالدية الفعالة التي هدفت في الأساس إلى دمج الطفل في الحياة الأسرية، واعطائه دور داخل النسق الأسري لتحسين تكيفه، وتساعده على تطوير علاقات مع أعضاء النسق سواء كان الإخوة أو الوالدين، فالمشاركة لم تقتصر على مشاركة الأم فقط، وإنما شجعنا المشاركات على مشاركة الإخوة والأب ـ كل حسب امكانياته ـ في مشاركة الطفل، فالمشاركة الفعالة تزيد من توثيق التفاعل والتواصل الاجتماعي بين أفراد الأسرة والطفل المصاب بالتوحد إذ تفتح قنوات التواصل بين الطفل ووالديه. وللمشاركة الوالدية عدة أشكال فقد تكون عن طريق اللعب أو المشاركة في الأعمال المنزلية مستثمرين في ذلك البيئة المنزلية. وفي هذا السياق أشارت دراسة عبد الرحمان (2013) أثر برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وتكيف أطفالهن والتي ضمت عينة الدراسة (16) من الأمهات البديلات العاملات في في مؤسسة الحسين الاجتماعية التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية في منطقة الأشرفية في عمان، (16) طفلا من الذكور تتراوح أعمارهم بين (06 . 10) سنوات من بين الأطفال التي أشفرت عليهم هؤلاء الأمهات بواقع طفل واحد من أطفال كل أم. حيث تم تقسيم العين إلى مجموعتين مجموعة تجريبية (08) ومجموعة ضابطة (08) حيث خضعت المجموعة التجريبية للبرنامج. وأسفرت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في تحسين مستوى الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات ومستوى التكيف لدى أطفالهن. حيث أظهر تحليل التباين المشترك وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات، ومقياس التكيف للأطفال ولصالح المجموعة التجريبية.

وكما أكدت دراسة عبد المنعم (2016) والتي بعنوان فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية وأثره في خفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي، حيث بلغت عينة الدراسة (04) أطفال (02) من الذكور و(02) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين (06. 08) سنوات تم اختيارهم بطريقة عمدية. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات كل من القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في المهارات الحركية، والمهارات الاجتماعية، والقلق لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط

درجات كل من القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في المهارات الحركية، والمهارات الاجتماعية، القلق. مما يدل على فاعلية ونجاح البرنامج التدريبي باستخدام اللعب في تنمية المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية وخفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي.

كما أن اشراك الوالدين للطفل المصاب بالتوحد في الحياة الأسرية يساعده في استثمار البيئة المنزلية كبيئة تعليمية غنية بالتفاعلات، ويساعده ذلك في اكتساب المهارات الاجتماعية بشكل مباشر. فعند ممارسة الأم لأنماط معاملة والدية إيجابية تضمن للطفل استقلاليته، وتضبط سلوكه. عندها تستطيع الأم أن توكل للطفل مهام منزلية روتينية يتم اختيارها بما يتناسب مع قدراته بهدف مساعدته على تطوير علاقات اجتماعية مع المحيطين به مع استخدام استراتيجيات تعديل السلوك لتوجيه سلوك الطفل وزيادة احتمالية ظهوره مرة أخرى في المواقف المشابهة.

وفي هذا الصدد فقد قام MacDuff, Krantz, & Mcclannahan (1993) بتدريب الآباء على كيفية استخدام جداول الأنشطة المصورة مع أطفالهم التوحديين للمشاركة في أنشطة الأسرة، واعتمد الباحثون في تدريب الآباء على النمذجة، الملاحظة، التغذية الراجعة، واشتملت الأنشطة المصورة على مواقف لوقت الفراغ، التفاعل الاجتماعي، رعاية الذات، والقيام بالأعمال المنزلية. واشترك في هذه الدراسة آباء ثلاثة أطفال تم تدريبهم عن طريق الزيارات المنزلية، ثم القيام بتدريب أطفالهم على كيفية استخدام الجداول المصورة لتعليم أنفسهم من خلال وصف المواد واكمال الأنشطة المصورة. أشارت نتائج الدراسة إلى نجاح الآباء في تعليم أطفالهم إتباع الجداول المصور للأنشطة، ونتج عن هذه المتابعة نقصان في السلوك المضطرب وزيادة التفاعل والمشاركة مع الآخرين.

وقد يفسر استمرار الأثر بعد تطبيق البرنامج لاستهداف البرنامج المقترح البيئة الأسرية كبيئة تعليمية للطفل، وهي البيئة التي يقضي فيها الطفل جل وقته مما يعني أن الطفل دائما في وضعية تعلم مستمر ومتواصل، حيث نجد الطفل التوحدي دائما في علاقة مع معلمته وهي في نفس الوقت أمه وفي كثير من الأحيان تقوم الأم باستدعاء الإخوة أو الأب حسب الموقف. وتعطي التوجيهات المناسبة لتنظيم تفاعلاتهم مع الطفل. فقد استطاع البرنامج توفير الجهد والوقت للأم بحيث اعتمد على تنظيم بيئة الطفل كي تناسب احتياجاته، وتوفر الجو الملائم لتعلم مهارات اجتماعية جديدة عن طريق التنشئة الاجتماعية السليمة.

4.2 مناقشة نتائج المتغير التابع الثاني المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد (المقياس الكلي):

يتبين من الجدول(35): أن الفرق بين متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين القبلي والبعدي البالغ(20) وانحراف معياري (6.45)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(8.19)، بقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس البعدي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نقبل بالفرضية القائلة أنه: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبار المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

ولتقييم البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفاية الوالدية للأمهات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير البرنامج ـ وهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية ـ، وذلك بتطبيق معادلة Cohen (1977) كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لمتوسطين مرتبطين وأشار كوهن إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d" حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة(0.20 ـ 0.50)، ومتوسطاً عند القيمة (0.50 ـ 0.80) وكبيراً عند القيمة(0.80 ـ فأكثر). (نفس المرجع السابق، 79)

وبالرجوع للجدول(35): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d"، تبين أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البرنامج الارشادي الأسري لتنمية الكفايات الوالدية لدى المشاركات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، على أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية المقدرة بـ: على التوالي(1.89، 2.61، 0.95، 2.70)، تُثبت أن للبرنامج الارشادي الأسري في تنمية الكفايات الوالدية لدى المشاركات لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، دلالة عملية ذات التأثير الكبير على أبعاد مقياس الكفايات الوالدية والدرجة الكلية للمقياس.

يتبين من الجدول(36):أن الفرق بين متوسط المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في القياسين البعدي والتتبعي البالغ(6.14) وانحراف معياري (1.77)، فرق جوهري ودال احصائياً، حيث جاءت قيمة اختبار "ت"(9.16)، بقيمة احتمالية محسوبة (0.000) أصغر من مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$)؛ مما يدل على أن الفرق بين القياسين البعدي والتتبعي يؤدي إلى تباين حقيقي في درجات المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لصالح القياس التتبعي؛ وعلى أثر هذه النتيجة نرفض الفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

بالنظر للنتائج الكلية المتحصل عليها نلاحظ ان هناك تحسن في المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر أمهاتهم في القياس البعدي والتتبعي، حيث ظهرت فروق دالة احصائيا علة مقياس المهارات الاجتماعية مما يدل على أن البرنامج المقترح القائم على الارشاد الأسري له أثر فعال في تنمية الكفايات الوالدية التي حسنت بدورها المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (2013) Ingersoll & Wainer ،(2018) Rezaee, Younesi, Farahbod, & Ranjbar ،دراسة صبري (2017)، ودراسة (2019) Schrott Kasperzack, Weber, & et aK ، دراسة (2020) Nadia , et a. حيث أكدت هذه الدراسات على أهمية التدخل على مستوى الوالدين وانعكاس ذلك على نتائج الطفل و مساعدته في اكتساب المهارات الاجتماعية، واتفقت مع دراسة عليوه (1999) التي توصلت نتائجها إلى وجود تأثير جوهري دال احصائيا لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الارشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين و أشقائهم العاديين. وأكدت دراسة Okajima, et al (2021) باليابان إلى أن الجمع بين البرنامج المهارات الاجتماعية والاجهاد الأبوي قد يكون مفيد في تعزيز المهارات الاجتماعية، وتحسين الاجهاد والصحة النفسية للأولياء.

ومن جهة أخرى هناك دراسات هدفت لتنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد مباشرة نذكر منها دراسة مشيرة (2013)، دراسة الشبلي وعبد الله (2016): دراسة كامل (2017)، دراسة Cotugno (2009)، ففي الدراسات المذكورة تم استهداف عينة من الأطفال وتدريبهم وفق برنامج خاص بالمهارات الاجتماعية كتنمية الانتباه، الانتباه المشترك، تنمية المشاعر... أما في الدراسة الحالية فقد تم توجيه البرنامج للأمهات باعتبارهن المعلم الأول في حياةأطفالهن، وأكثر معرفة بحالاتهم، حيث يرى Hunt & Marshall (1994) أن "من خصائص برامج التربية الخاصة الفاعلة هو حرصها على

التركيز على الأسرة في برامج الطفل ذو الاحتياجات الخاصة" (ورد في شقير وأبة حمزة، 2020، ص307).

إضافة إلى ذاك فإن قانون تربية ذوي الاحتياجات الخاصة (IDE) the Individuals With Disabilities Education ACT يكفل المهنيين حق مشاركة الأسر في برامج الطفل وحصولها على الفرصة كاملة للمشاركة في كل خطوة من خطوات من برنامج طفلهم في عملية القياس والتقييم كون الأسرة أفضل مصدر للمعلومات عن قدرات وحاجات طفلها. كما ركز الشمري (2000) على أن البرامج لا تكتمل فعاليتها إلا بالمشاركة الوالدية الفعالة في تقديم الخدمات لابنيهما، ويدعم ذلك الوعي بأهمية عضويتها في فريق العمل الذي يقوم بقياس برامج الخدمات وتصميمها لهم ولطفلهم، ووجود التشريعات التي تؤكد أهمية اشتراكها اشتراكا مباشرا فيما يخص طفلها.

ونذكر في هذا الصدد دراسة خشخوش (2019)، (2013) Ichikawa، Takahashl، Ando، و et al، ،(2020) Christine , Moody, & Laugeson فبالرغم من استهداف البرامج أطفال التوحد لتنمية مهاراتهم الاجتماعية إلا أنهم اعتبروا مشاركة الوالدين من أهم دعائم نجاح وفاعلية البرنامج مع الأطفال المشاركين، من خلال النشاطات والواجبات المنزلية، وهذا ما يدل عل أهمية ودور الأسرة في التكفل بحالات أطفال التوحد سواء باستهدافهم ببرامج خاصة كما هو الحال في الدراسة الحالية أو بمشاركتهم في اعداد وتخطيط وتنفيذ البرامج الخاصة بأطفال التوحد.

وبالعودة للجدول رقم (33) نجد أن الكفايات الوالدية في بعدها السلوكي تم تسجيل حجم تأثير كبير يقدر بـ (10.39) وقد يفسر هذا بأن التفاعل الحاصل بين جوانب الكفايات الوالدية ترجم الأفكار والانفعالات إلى سلوكيات مما دفع بالأمهات إلى رفع كفاياتهن في التعامل مع الطفل إضافة إلى ما تم اكتسابه في الجانب السلوكي، واستنادا لنظرية أليس فالأفكار تؤثر على مشاعر الفرد وسلوكه، كما أن الانفعالات تؤثر على أفكاره وسلوكه، كما أن التصرفات السلوكية تعكس ما لدى الفرد من أفكار ومشاعر، ومن ثم فإن حدوث تغيير في جانب من هذه الجوانب الثلاثة يؤثر بالتالي على الحالتين الأخرتين (يوسفي، 2016، ص182). وعليه فإن ظهور نتائج سلوكية للأمهات مباشرة في البيئة لها تأثير فعال وذو دلالة في سلوكيات أطفالهن الاجتماعية وقد يفسر تحسن المهارات الاجتماعية للطفل.

ومن أجل تدعيم الدراسة الحالية وتقديم مرجعية تستند عليها قمنا بدراسة سابقة تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الكفاية الوالدية ومستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد

من وجهة نظر أوليائهم، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) بين الكفاية الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وتوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.01) في المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم المصابين بالتوحد تعزى لمستويات الكفاية الوالدية من وجهة نظر أوليائهم ، وتوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة(α =0.01) في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمستويي الكفاية الوالدي (المرتفعة / المنخفضة) من وجهة نظر أوليائهم. مما يدل أن الكفايات الوالدية العالية ذات تأثير إيجابي وقوي على المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، مقارنة بالمستوى المنخفض للكفاية الوالدية لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد. وتعكس هذه النتيجة أن الكفاية الوالدية المرتفعة بأبعادها الثلاث (الكفاية المعرفية، الكفاية الوجدانية، الكفاية السلوكية) تساعد الوالدين على تحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، وهذا ما تم التحقق منه من خلال تطبيق البرنامج المقترح.

وفي هذا الصدد يرى Marcus.et a ls (1979) أن "إتاحة الفرصة لمشاركة الآباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة ابنهم، مما يساعدهم على اتخاذ قرارات حاسمة بخصوص أطفالهم، كما أن التدريب العملي الذي يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية" (ورد في القمش، 2010). ويؤكد Hertery (1995) أنه "يمكن التنبؤ بالسلوكيات الاجتماعية والأكاديمية للأبناء وذلك من خلال المعاملة الوالدية الإيجابية، فأساليب التفاعل بين الطفل وأبويه، والمترتبة على اتجاهات التنشئة الاجتماعية تحدد قدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه، وإليها يرجع الفضل الأكبر في الإشراف على نمو الأبناء وتحديد وتوجيه الملامح الأساسية للنمط السلوكي الذي ينتهجونه عبر مراحل النمو المختلفة" (عامر، 2015، ص 170)، وبقدر النجاح في الأداء الوظيفي الأسري تحقق الوالدية غايتها، بل وتصل إلى درجة عالية من الفاعلية والتميز. فالكفايات الوالدية داخل الأسرة لها أثر كبير في تعزيز دافعية الأبناء للتعلم، وهناك علاقة ارتباطية بين الوالدية السلبية والدافعية المنخفضة للأبناء.

كما تؤكد نتائج Waitrowski & Griswold (1981) أن "البيئة الأسرية تمثل عامل ضبط وتعليم للسلوك الاجتماعي" (أبو عيطة، 2003، ص221).

وبالنسبة للمتابعة فقد ثبت استمرار التأثير الإيجابي للبرنامج الإرشادي الأسري المستخدم في الدراسة الحالية بعد فترة من انتهاء البرنامج. واعتمدنا متابعة المشاركات عن طريق انشاء مجموعة خاصة في موقع التواصل الاجتماعي (فيسبوك) من أجل متابعة المشاركات للتأكد من مدى اكتسابهن

للكفايات ومدى العمل بها في حياتهن اليومية، واعتمدنا في ذلك على المنشورات التحفيزية، وارسال مقاطع فيديو توضح تطبيق مهارات البرنامج، وتذليل الصعوبات ومشاركة كل ما هو مفيد ومهم لأطفال التوحد مما ساعدنا ذلك في تقييم المكتسبات وتقديم الارشادات حسب الحاجة لها، واستطعنا من خلال ذلك تحديد الموعد لتطبيق القياس البعدي.

ومما سبق قد يعود استمرار الأثر في الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية، إلى التزام المشاركات في تطبيق المكتسبات مع وجود الدعم والمتابعة مما حفزهن لتقديم الأفضل للطفل لتحسين المهارات الاجتماعية، مما يفسر انتقال أثر الارشاد.

وما ساهم في استمرار أثر التدريب هو زيادة دافعية الأمهات في التكفل بحالة أبنائهن في وسطه الطبيعي بما هو متاح لهن من أدوات ونشاطات، كما وفر لهن الوقت والجهد، حيث تميز هذا البرنامج بالمرونة واستطاعت الأمهات من مشاركة أعضاء الأسرة الآخرين لمساعدتها، مما أثر على عملية التكفل لتكون متكاملة ولا تقتصر عن فرد واحد. حيث لعبت الأمهات دورا توجيهيا لأفراد الأسرة ومعلما للطفل التوحدي لاكتساب المهارات الاجتماعية باستغلال التفاعلات الأسرية لصالح الطفل.

خامسا: الخلاصة والتوصيات

1. الخلاصة:

تبين من خلال عرض ومناقشة النتائج أن البرنامج المقترح أثبت فاعليته في تنمية الكفايات الوالدية التي ساهمت في تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، حيث استند البرنامج المقترح على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التي عززت الكفايات الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد، وتعزو الطالبة هذه الفاعلية واستمرار أثرها حتى بعد انتهاء البرنامج إلى عدة عوامل منها:

- وضع الإطار العام للبرنامج، وذلك من خلال الجلسة التمهيدية، حيث تم توضيح القواعد والحدود لإنجاح البرنامج واستمرار فاعليته كالالتزام، والتقيد، المشاركة، تأدية الواجبات المنزلية، تنفيذ كافة التدريبات والنشاطات...
- تلبية احتياجات الأمهات من خلال جلسات البرنامج، حيث ترى الطالبة أن نجاح البرنامج قد يرجع بشكل أساسي إلى تلبية احتياجات الأمهات، فقد ضمت عينة الدراسة الأمهات اللاتي سجلن مستوى منخفض في الكفايات الوالدية، وقد تم مراعاة احتياجاتهن مما كانت دافعا لهن للمشاركة، مما زاد رغبتهن

وشغفهن لما سيقدم لهن، ويشير مرسي وآخرون (2007) في هذا الجانب "أن رغبة الأفراد وسعيهم إلى العمل والانجاز من أهم الدوافع النفسية التي تدفع بهم إلى النشاط واكتساب الخبرات" (ملحم، 2018، ص168).

طبيعة تصميم البرنامج من حيث المحتوى والنشاطات، والفنيات والأدوات، ساهم في تحقيق الأهداف المسطرة، حيث تضمن البرنامج مادة علمية ثرية استند في بنائها على التراث الأدبي والدراسات السابقة التي أثبتت فاعليتها في البرامج الوالدية والبرامج الموجهة للطفل.

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن البرنامج المقترح ربما يكون جزءا فعالا في التكفل بأطفال التوحد وأسرهم، إذ تعد تنمية الكفايات الوالدية لأمهات أطفال التوحد كهدف مهم للتدخلات المتعلقة بتحسين المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، فالأولياء يعتبرون من أفضل وكلاء التدخل نظرا لمقدار الوقت والجهد الذي يقضونه مع أطفالهم، حيث يشير Ruppert ,Machalicek (2016) &othres إلى أن تدريب الوالدين فعال من حيث الوقت والجهد، ويؤدي إلى التعميم أفضل من نماذج التدخل التي تستهدف الطفل مباشرة، وهذا ما لمسناه في الدراسة الحالية.

كما لاحظنا قبول الأمهات للبرنامج نظرا لاهتمامه بهن كأمهات في المقام الأول وكمدربات لأبنائهن في المقام الثاني. فقد أكد Ruppert ,Machalicek & othres (2016) أن النموذج المنطقي لأي تدخل يتضمن منطقا متتاليا حيث يتم (A) تنفيذ البرنامج لإحداث التغيير على سلوك الوالدين، و(B) يقوم الوالد المدرب بعد ذلك بتنفيذ التدخل مع ابنه.

واستخلاصا مما سبق يعد البرنامج المقترح أحد حلقات عملية التكفل المتكامل الذي يعمل همزة وصل بين البرامج التي تستهدف سلوك الطفل مباشرة وبرامج تدريب الوالدين للطفل، وذلك من خلال تهيئة الوالدين معرفيا وانفعاليا وسلوكيا لتنمية كفاياتهم في التعامل مع الطفل كجسر عبور بين المختصين وأسر أطفال التوحد.

2. التوصيات:

على الرغم من النتائج الإيجابية التي توصلنا إليها في الدراسة الحالية إلا أن هناك عدة اقتراحات وتوجهات مستقبلية لتعميم نتائج الدراسة ولعل أهمها:

 تم تطبيق الدراسة الحالية على عينة قصدية صغيرة نوعا ما، لم تتضمن في تصميمها التوزيع العشوائي، حيث لم تسمح لنا بإجراء مزيد من التقييم، فبالرغم من العوائق التي تحول دون اجراء الدراسات على مجموعات كبيرة (كانتشار الوباء كورونا، عدم تجاوب بعض العيادات وجمعيات التكفل، وغيرها من الظروف) إلا أنه وجب اجراء دراسات على عينات واسعة من الأولياء من ثقافات اجتماعية واقتصادية متنوعة، ومختلفة لضمان الفاعلية والصلاحية البيئية لبرامج الارشاد الأسري والوالدي

 تم في الدراسة الحالية تقييم مستوى الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية للطفل من وجهة نظر الأمهات فقط، مما قد تتأثر النتائج بحالتهن وتنطبع بالذاتية، لذلك نقترح في الدراسات المستقبلية استخدام الملاحظة لسلوك الطفل وكفايات الوالدين والتي قد يقوم بها طرف محايد، كما قد تستخدم تقارير المعلمين والمربين لتأكيد نتائج تقرير الوالدين.

من المهم أن تستهدف الدراسات المستقبلية الكفايات الوالدية، كجزء رئيسي من برنامج الطفل لتدريب الوالدين وتخفيف الضغط النفسي عليهما المنجر عن الإعاقة ومتطلباتها، حيث يعمل الارشاد الأسري وتدريب الطفل بطريقة متكاملة.

 ضرورة تطوير مقاييس الدراسة، وتكييفها على البيئة الجزائرية باعتبارها أدوات تساعد على الكشف وتشخيص الكفايات الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

 العمل على تصميم برامج ارشادية لأسر أطفال التوحد لتشمل درجات اضطراب طيف التوحد الشديد.

 تسليط الضوء على اجراء الأبحاث والدراسات حول أولياء الأمور وأطفالهم المصابين بالتوحد في برامج مصممة للأسرة، فبالرغم من وجود برامج الأبوة والأمومة المعيارية كبرنامج "صن وايس"، و"برنامج STEP"، والتي أثبتت فاعليتها في إظهار التحسن في سلوك الوالدين والطفل، إلا أننا نلاحظ أن أسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة في الجزائر تفتقر لممارسة مثل هذه البرامج أو تصميم برامج تهتم بالأسرة واحتياجاتها، ولا يزال توجه معظم الممارسين في كثير من العيادات والمراكز ذا توجه أحادي تهتم بسلوك الطفل أكثر من اهتماها بدمج الارشاد الأسري في اعداد والتخطيط لبرنامجه، وفي هذا الإطار لا نقصد تكليف الأمهات بالواجبات المنزلية للطفل فقط، وإنما الاهتمام بالأسرة والوالدين معرفيا وانفعاليا وسلوكيا للتكفل بالطفل المصاب بالتوحد. لذلك يجب الاهتمام بالكفايات الوالدية كمحور أساسي في عملية التكفل.

الخاتمة

إن الانطلاقة الأساسية للدراسة الحالية جاءت من خلال تبني فكرة مفادها أن الأسرة والوالدين بصفة خاصة تعد من أهم الركائز التي تساعد الطفل في التكيف مع الظروف الحياتية، فهما المسؤولان الرئيسيان في تنشئة الطفل اجتماعيا، حيث يكتسب هذا الأخير المهارات الاجتماعية الأولية من خلال التفاعلات الاجتماعية التي تحدث في الأسرة.

وبما أن اضطراب طيف التوحد يتميز بقصور في المهارات الاجتماعية، فحاولنا تفعيل دور الأسرة والوالدين في تحسين المكتسبات الاجتماعية للطفل المصاب بالتوحد من خلال تنمية الكفايات الوالدية في أبعادها الثلاث، حيث يتم في الكفايات الوالدية في المجال المعرفي تنمية معارفهم حول اضطراب طيف التوحد، وتصحيح معتقداتهم اللاعقلانية حول دورهم الوالدي تجاهه. وفي بعد الكفايات الوالدية في المجال الوجداني تم مساعدة المشاركات في تقبل الطفل كما هو، وتبني توقعات أكثر إيجابية تتماشى مع قدراته الحالية، وتساعدهن في بناء علاقة إيجابية معه من خلال مهارة الانضمام، ومهارة التشجيع التي تركز على النقاط الإيجابية.

وعندما يستعد الوالدين معرفيا وانفعاليا للتعامل مع الطفل، قمنا بتنمية الكفايات الوالدية في المجال السلوكي التي تعنى بالمهارات التي تساعد المشاركات في كيفية التعامل مع ابنها في البيئة الطبيعية بأقل جهد ووقت، واستثمار تفاعلات الأسرة لتنمية المهارات الاجتماعية لديه، وتمثلت المهارات التي تم ارشاد المشاركات فيها: مهارة تعديل السلوك، مهارة الاتصال، ومهارة المشاركة الفعالة.

ومن خلال مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها تبين أن البرنامج المقترح اثبت فاعليته مع المشاركات، حث وجدنا:

1.توجد هناك فروق في أبعاد مقياس الكفاية الوالدية (والدرجة الكلية) بين القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لصالح القياس البعدي والتتبعي.

2. توجد هناك فروق في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية (والدرجة الكلية) لدى الأطفال المصابين بالتوحد بين القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي لصالح القياس البعدي والتتبعي

وخلاصة مما سبق نلاحظ أن هذه النتائج جاءت موافقة لكل من التراث الأدبي الذي تطرقنا إليه في الجانب النظري، والدراسات السابقة التي تم عرضها.

وهذا يدعونا إلى التفكير بجدية بالتكفل بحالة الأطفال المصابين بالتوحد من خلال الوالدين والأسرة وذلك عن طريق تقديم الدعم لهم، واعتبارهم عناصر فاعلة في تقديم البرامج. فبإمكانهم أن يكونوا مشاركين في وضع البرنامج، والتخطيط له، وتنفيذه مع الاهتمام بصحتهم النفسية، فمعاناة الأسرة تؤثر على مردودية الطفل أثناء عملية التكفل.

قائمة المصادر والمراجع

ابراهيم، سهير ابراهيم محمد. (2001). *العلاقة بين شبكة الاتصال داخل الأسرة وبين اختيار المراهقين لجماعة الرفاق غير السوية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عين شمس: مصر.

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2010). *تعديل السلوك الانساني، النظرية والتطبيق*. عمان: د المسيرة.

أبو أسعد، عبد اللطيف. (2008). الارشاد الزواجي الأسري. (ط1). القاهرة: دار الرشاد النشر والتوزيع.

أبو دلو، جمال. (2009). *الصحة النفسية*. (ط1). القاهرة: د قباء للنشر.

أبو زعيزع، عبد الله يوسف. (2016). *العلاج الأسري: مدخل نظري تطبيقي*. (ط1). عمان. الأردن: دار زمزم.

أبو عطية، سهام. (2003، 05 جوان). الرعاية الوالدية والسلوكيات الانفعالية والاجتماعية لدى الطلبة في المدارس الحكومية بمنطقة عمان الكبرى. *مجلة جامعة دمشق.12*(01). 219 -258.

أبو علام، رجاء محمود. (2006). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية* (ط5). القاهرة: دار النشر للجامعات.

أبو منصور، حنان. (2011). *الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعيا في محافظات غزة*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية: فلسطين.

أحرشاوي، الغالي. (2017). التربية الوالدية وسيكولوجية الطفل. *مجلة الطفولة العربية*. 18(70). 75-79.

أحمد، مصطفى حسن. (1996). *الارشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين* (ط1). أطفال الخليج. مركز دراسات وبحوث المعوقين.

الاحمر، أحمد سالم (2000). *علم الاجتماع الاسرة*. بيروت: دار الكتاب الجديد المتعددة.

الامام، محمد صالح، والجوالدة، فؤاد عيد. (2011). *التوحد رؤية الأهل والأخصائيين* (ط1). عمان: د الثقافة.

بالناصر، كوثر. (2018) *فعالية برنامج ارشادي مقترح لتعديل المخططات المعرفية غير المكيفة في حل أزمة النسق الأسري للأطفال الذاتويين بولاية الوادي*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة أبو القاسم الشابي (02): الجزائر

بدوي، عبد الرحمن. (1977). *مناهج البحث العلمي*. الكويت: وكالة المطبوعات.

بلعسلة، فتيحة. (2013). *فعالية برنامج جماعي معرفي سلوكي في تفنيد الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان، وتعديل السلوك العدواني عند المراهق المتمدرس*. رسالة دكتوراه غير منشورة.. جامعة الجزائر 2: الجزائر

بن حرز الله، مراد. 2021. دور الأسرة الجزائرية في علاج الأطفال التوحديين (أسر الأطفال التوحديين بولاية المسيلة أنموذجا). *مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية*. 4(1). 13-32.

بنات، سهيلة؛ مقدادي، يوسف؛ غيث، سعاد؛ الشويكي، نايف؛ الرشدان، عز؛ درويش، منى. (2010). الارشاد الأسري. جبل عمان، المجلس الوطني لشؤون الأسرة. دار أوراق للإعلام المجتمعي.

بوعشراية، راف الله؛ طاهر، فتحي الدايخ. (2017، فيفري). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات أطفال التوحد. *المجلة الليبية العالمية*. (14). *01- 23*

التغيير يبدأ من الذات. (03 أكتوبر, 2013). تم الاسترداد من فيس بوك: /http:/www.facebook.com/humamrazag

التميمي، محمود كاظم محمود، وعبد الكريم، وفاء شاكر. (2018). *العلاج السلوكي المعرفي . دراسة تطبيقية في التأهيل النفسي والاجتماعي لدى المرضى المصابين بالفصام المتبقي*. الأردن: دار دجلة للنشر والتوزيع.

جابر، عبد المجيد. (1986). *علم النفس التربوي*. القاهرة: د النهضة العربية.

الجلامدة، فوزية عبد الله. (2016). *قياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة قي DSM4 / DSM5*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الجويان، خلود سعود. (2008). *بناء برنامج تدريبي في اللعب التمثيلي وقياس فاعليته في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية السلوكية والحس حركية لدى الأطفال التوحديين*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان للدراسات العربية: الأردن.

حامد، عبد العزيز الفقي. (1981). *دراسات نفسية في سيكولوجية النمو*. الكويت: د العلم.

الحايك، سحر سعدي حسن. (2016). *فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الأطفال من قبل الأمهات في قطاع غزة*. رسالة ماجستير غير منشوة. الجامعة الإسلامية: فلسطين.

حديدان، صبرينة، منيغد، أحمد. (2017). أطفال التوحد في الجزائر: جدلية الوجود والوعي. أعمال *ملتقى دولي حول ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر بين الواقع والمأمول*. جامعة حمة لخضر: الوادي. 01-13.

حلس، داود بن درويش. (2006). *دليل الباحث في تنظيم وتوضيح البحث العلمي في العلوم السلوكية*. تم الاسترجاع من الموقع: www.soflwarelabs.com.

حماد، عبد اللاه محمود عبد الله. (2012). *فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المهارات الوالدية لأمهات الطفل متعدد الاعاقة وعلاقته بالتواصل الاجتماعي لديه*. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية: مصر.

الحمادي، أنور أحمد. (2014). *معايير DSM5*. إعداد وتوزيع محمد محمد.

الحميضي، أحمد بن علي عبد الله. (2004). *فاعلية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم*. رسالة ماجستير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الإنسانية: السعودية.

حنفي، علي عبد النبي. (2007). *العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة*. مصر: دار العلم والإيمان.

حنفي، علي عبد النبي. (2007). *الارشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة* (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

خالد، حازم. (2017). *التوحد، الأسباب، الأعراض، العلاج*. مصر: دار الكتب المصرية.

الخالدي، بيان بنت صويلح بنت جنيدب. (2018). التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد (المسببات والتشخيص). *مجلة البحث العلمي في التربية*. (19). 125-142

الخزاعلة، محمد سلمان فياض، الشقصي، عبد الله بن جمعة، السخني، حسين عبد الرحمان، والشوبكي، عساف عبد ربه. (2011). *نظريات في التربية* (ط 1). الأردن: د صفاء للطباعة والنشر.

خشخوش، صالح. (2019). *فعالية برنامج تدريبي مقترح لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة العربي بن مهيدي: الجزائر.

الخطيب، إيمان عبد الله عمر. (2010). *أثر تغيير المفاهيم الوالدية في تحسين الكفاية الوالدية للأمهات المسيئات إلى أبنائهن وخفض الاحساس بالتهديد لهم*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الهاشمية: الأردن.

الخطيب، جمال. (1990). *تعديل السلوك*. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

خلف، حنان محمد ابراهيم. (2016). *فاعلية برنامج التدخل المبكر في خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لأطفال ما قبل المدرسة*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية البنات للآداب وعلوم التربية: مصر.

الخولي، هشام عبد الرحمان، وخير الله، سحر. (2008). *التعليم الحاني الملطف: النظرية والاستراتيجيات*. عمان: دار الصفا.

دحماني، سليمان. (2006). *ظاهرة التغير في الاسرة الجزائرية*. رسالة ماجيستير غير منشورة. جامعة ابي بكر بلقايد: الجزائر

الدخيل الله، دخيل بن عبد الله. (2014). *المهارات الاجتماعية، تدريب وتمارينات ومناهج وتقييم*. (سلسلة المهارات الاجتماعية 02). الرياض: العبيكان للنشر والتوزيع.

دخيل الله، دخيل ن عبد الله. (2014). *المهارات الاجتماعية، مفهوم والوحدات والمحددات*. الرياض: العبيكان للنشر والتوزيع.

الدردير، عبد المنعم أحمد. (2006). *الاحصاء البارامتري واللابارامتري: في اختبار فرضيات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية*. القاهرة: عالم الكتب.

درويش، ابتسام الحسني عبد الحميد. (2015). *الارشاد الأسري للأطفال المعاقين القابلين للتعلم* (ط 1). الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

الدريدي، عبد المنعم أحمد. (2005). *الجوانب الاجتماعية في التعلم المدرسي*. (ط 1). القاهرة: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.

دويدري، رجاء وحيدي. (2000). *البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية*. دمشق، سوريا: دار الفكر.

رونالد ريجيو. (2005). *قائمة المهارات الاجتماعية*. (عبد اللطيف محمد خليفة، المترجمون) القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع. (نشر العمل الأصلي 1992).

الزارع، نايف بن عابد. (2010). *المدخل لاضطراب طيف التوحد*. عمان: دار الفكر.

زريقات، ابراهيم عبد الله فرج. (2007). *تعديل سلوك الأطفال والمراهقين*. الأردن: د الفكر.

الزريقات، عبد الله فرج. (2004). *التوحد، الخصائص، والعلاج*. القاهرة: د وائل للطباعة والنشر.

زيتون، كمال عبد الحميد. (د.ت). *منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي*. القاهرة: دار عالم الكتب.

ساتير، فرجينيا. (2016). *العلاج الأسري المشترك*. (سهام أبو عطي، مترجم). دار الفكر للنشر والتوزيع. (نشر العمل الأصلي 1967).

الساجر، رفيف فواز. (2013). *فاعلية النمذجة ولعب الدور في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ضعاف السمع*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق: سوريا

سالم، أسامة فاروق مصطفى؛ منصور، السيد كامل الشربيني. (2013) *علاج التوحد*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.

سعفان، محمد أحمد ابراهيم. (2005). *العملية الارشادية*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

سلام، إيمان محمد السيد؛ عبد الجواد، وفاء محمد؛ حسين، رمضان عاشور. (2016، جويلية). جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين القابلين للتعلم. *مجلة دراسات تربوية واجتماعية*. *22* (3). 748-709.

سلام، ديفناها؛ ميجيا، انيلينا؛ أرساندرس، مايثو؛ فراي، بتراوس جيه دي. (د.س). البرامج الوالدية. (سعاد موسى، المترجمون). دون دار نشر.

سلام، محمود محمد صبري. (2019). *فعالية برنامج تدريبي أسري للتدخل المبكر في تحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات العليا. جامعة القاهرة: مصر.

سلامة، مشيرة فتحي محمد. (2014). *الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى أطفال الذاتوية*. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

السهلي، نورة عبد المحسن. (2019). الكفاءة الذاتية الوالدية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين. *مجلة البحث العلمي في التربية*. 11(20). 96-77.

سهيل، تامر فرح. (2015). *التوحد، الأسباب، الأعراض، العلاج*. عمان: دار الاعصار العالمي.

سهيل، فرح تامر. (2015). *التوحد التعريف، الأسباب، العلاج.* القاهرة: د الاعصار العلمي.

السيد، أيمن أحمد. (2013). *الاساءة الوالدية تجاه الأوتيزم وأساليب مواجهتها.* القاهرة: دار الكتب والوثائق القومية.

السيد، ماجدة علي عمارة. (2005). *اعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي.* مصر: مكتبة الزهراء الشروق.

الشامي، إيناس مأمور ابراهيم. (2012، 1 يناير). إدراك الأبناء للكفاءة الوالدية وعلاقتها بالكفاءة المعرفية لدى طلاب المرحلة الاعدادية. *مجلة كلية التربية بالمنصورة.* 1(18). 141-177

شحاتة، حسن؛ النجار، زينب. (2003). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية* (ط 1). القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

الشخص، عبد العزيز السيد. (2013). *تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة.* القاهرة: مركز الطبري للطباعة.

شرفي، وردة. (2019)، المشكلات الاجتماعية للطفل التوحدي ومردها على الأسرة. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية.* (30). 63- 76

الشرقاوي، محمود عبد الرحمان عيسى. (2016). *التدريب على المهارات الاجتماعية ورفع الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم* (ط1). د العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

الشرقاوي، محمود عبد الرحمان عيسى. (2018). *التوحد ووسائل علاجه.* الجزائر: دار أطفالنا للنشر والتوزيع.

الشريف، رزان عبد الرحيم. (2016). *فاعلية برنامج ارشادي في تعليم الوالدين لدى عينة من الأمهات لأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة في مدينة القدس.* رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة القدس: فلسطين.

شقير، زينب محمود؛ وأبو حمزة، عيد جلال. (2020، 02 جانفي). فعالية برنامج تدريبي أسري من خلال الدمج الأسري في تنمية مهارات اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى التوحدي. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة.4*(10). 334-301.

الطلحي، مقبول بن مساعد محمود. (2012). *الكفايات التخطيطية المطلوبة لمديري مدارس المرحلة الثانوية بمدينة الطائف كما يراها المشرفون.* جامعة أم القرى: رسالة ماجستير غير منشورة.

طه كامل. (2013). *DR -Taha kamel*. تم الاسترداد من facebook:
www.//facebook.com/drtaha.kam

عامر، ايمان مختار محمد. (2009). الكفاءة الوالدية والتحصيل الدراسي لدى عينة من تلاميذ الرحلة الابتدائية. *مجلة البحث العلمي في التربية. 14* (10). 01 (10). 102-73.

عامر، نادية عبد المنعم السيد. (2015، ديسمبر). الكفاءة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها ببعض المهارات الحياتية لدى عينة من طلاب المرحلة الاعدادية. *مجلة الاسكندرية للتبادل الاجتماعي*.36(04). 731-709.

عبد الرحمان، غازي محمد. (2013). *أثر برنامج في التربية الوالدية باستخدام اللعب في الكفاءة الذاتية الدركة للأمهات وتكيف أطفالهن*. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الهاشمية: الأردن.

عبد العزيز، سعيد. (2008). *إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: د الثقافة.

عبد الله، محمد عادل. (2008). *العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديون*. القاهرة: دار الرشاد للنشر والتوزيع.

عبد المنعم، منى رأفت. (2016). *فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية وأثره في خفض مستوى القلق لدى الطفل التوحدي*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة المنصورة: مصر.

عبيدات، ذوقان؛ عدس، عبد الرحمان؛ كايد عبد الحق. (1998). *البحث العلمي*. عمان: دار الفكر العربي.

عتروس، نبيل. (2013). *فاعلية برنامج ارشادي لتخفيف بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ماقبل المدرسة*. رسالة دكتوراه غير منتشورة. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية. جامعة الحاج لخضر: الجزائر.

عتوتة، صالح. (2018). مدخل إلى التوجيه والارشاد النفسي والتربوي {مطبوعة مقياس}. جامعة محمد لمين دباغين. سطيف .: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

العجمية، نادية بنت علي بن سعيد. (2015). *فعالية برنامج تنشئة الطفل في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من أطفال طيف التوحد*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة العلوم الاسلامية العالمية: الجزائر.

عربيات، أحمد عبد الحليم. (2011). *ارشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم*. (ط1). عمان: دار الشروق.

العزاوي، محمد إلياس، وطوالبة، عائشة حسين. (سبتمبر, 2011). تطور الكفاية الوالدية عبر الأجيال كما يدركها طلبة الجامعة في آبائهم والآباء في أنفسهم. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 12 (3). 219-242.

العساف، صالح بن محمد. (1995). *دليل الباحث في العلوم السلوكية* (ط 2). الرياض، السعودية: دار الكعيبان.

العساف، صالح. (1995). *المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية*. الرياض: مكتبة العبيكان.

عشير، عبد السلام. (2007). *الكفاية التواصلية، اللغة وتقنيات التعبير والتواصل*. ب.د.

علي، عبير حسن أحمد، ووهدان، سربناس ربيع عبد النبي. (أكتوبر, 2015). فاعلية برنامج قائم على النمذجة في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة الطائف. *مجلة كلية التربية. جامعة الأزهر*. ج2(125). 364-315.

عليوة، سهام عبد الغفور. (1999). *فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة طنطا: مصر.

العموشي، روان عيسى محمد. (2016). *فاعلية التدريب المنظم على الوالدية(STEP) في تعديل الأسلوب الوالدي لدى عينة من الأمهات اللاجئات السوريات*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الهاشمية: الأردن.

عود، شيرين أحمد محمد. (2018). *السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس المفتوحة: فلسطين.

غازي، نعيمة، 2011، *النسق الأسري وعلاقته بظهور الميول الانتحارية لدى المراهق*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة تيزي وزو: الجزائر

الغامدي، عبد اللطيف. (1999). *تصميم الدراسات التجريبية*. مكة المكرمة: كلية التربية، جامعة أم القرى.

غربي، عبد الناصر. (2014). *فاعلية برنامج إرشادي في ضوء نظرية "ألبرت إليس" العقلانية الا نعالية في خفض قلق الامتحان لدى تلاميذ سنة ثالثة ثانوي*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة قاصدي مرباح: الجزائر.

الفتلاوي، سهيل محسن كاظم. (2003). *كفايات التدريس، المفهوم التدريب الأداء*. عمان: د الشروق.

فرج، طريف شوقي. (2002). *المهارات الاجتماعية والاتصالية*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

فضال، نادية. (2017). *أثر سوء المعاملة الوالدية في ظهور جناح الأحداث*. جامعة العربي بن مهيدي: أم البواقي.

قاسم، آمنة قاسم إسماعيل؛ هلال، وفاء محمد محمود محمد كرم. (2017). فاعلية برنامج تدريبي للتدخل المبكر باستخدام برنامج بورتاج لعينة من طالبات الدراسات العليا في إعداد المعلمة المنزلية للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة. *مجلة كلية التربية*.32 (4). 52-1.

القاضي، خالد سعيد سيد (2010) فعالية برنامج ارشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال التوحديين. 16(2). 271-239

القريطي، عبد المطلب أمين. (2013). *ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم*. القاهرة: دار عالم الكتب.

القريطي، عبد المطلب. (2005). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم* (ط4). د الفكر العربي.

القمش، مصطفى نوري. (2010). *اضطرابات التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

القمش، مصطفى نوري، والمعايطة، خليل عبد الرحمان. (2007). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

القمش، مصطفى نوري، والمعايطة، خليل عبد الرحمان. (2009). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

قناوي، هدى حمد. (2008). *تنشئة الطفل وحاجاته*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

كرستين، نصار. (2003). *مواقف الأسرة العربية من اضطراب الطفل، دراسة سيكولوجية تتناول الطفل بشكل عام*. طرابلس: د لبنان.

كرماش، حوراء عباس. (2016، نوفمبر). الكفاءة الذاتية الأكاديمية المدركة لدى طلبة كلية التربية الأساسية في جامعة بابل. *مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية*. (12). 527 – 544.

كفافي علاء الدين. (2009). *علم النفس الأسري* (ط1). عمان: د الفكر.

كفافي، علاء الدين. (1999). *الارشاد والعلاج النفسي الأسري من المنظور النسقي الاتصالي*. القاهرة: د الفكر العربي.

كوترو، جان. (2016). *العلاج النفسي السلوكي والمعرفي*. (مريم سليم، المترجم) بيروت: د النهضة العربية. نشر العمل الأصلي

لعبيدي، محمد جاسم، ولعبيدي، آلاء محمد. (2010). *الارشاد والتوجيه النفسي* (ط 1). عمان. الأردن: دار ديبونو للنشر والتوزيع.

متولي، فكري لطيف. (2015). *استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم اضطراب التوحد*. مكتبة الرشد.

مجاهد، شيماء أحمد. (أبريل, 2012). فاعلية برنامج تدريبي على تنمية بعض مهارات الوالدية الإيجابية لدى أمهات الأبناء المراهقين. *رابطة الأدب الحديث*. 66. 439–473.

محمد، وليد محمد علي. (2015). *استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين*. الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

المرعب، منيرة بنت محمد صالح. (2013). *الأساليب المعرفية والضغوط الوالدية لدى الأمهات العاملات* (المجلد ط 1). الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

معهد الدوحة الدولي للأسرة. (2018). *برامج الوالدية في العالم العربي*. قطر: دار جامعة حمد بن خليفة للنشر.

مقدادي، يوس موسى. (2013). *فاعلية برنامج تطوير العاملين في مجال الارشاد الأسري في تحسين مستوى التكيف الزواجي وتحسين التنشئة الوالدية في أسرهم. دراسات، العلوم.*

المقود، اسراء عبد الوهاب. (2007). *فاعلية برنامج لتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى بعض الأطفال المعاقين بصريا في مرحلة ما قبل المدرسة*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عين شمس: مكتبة الاسكندرية.

منسي، محمود عبد الحليم حامد. (2003). *مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

منصوري، نفيسة. (2021، 24 سبتمبر). استراتيجيات التعامل لدى أولياء الأطفال التوحديين . نموذج برنامج ارشادي أسري مقترح. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 7(4). 107-125.

موريس، أنجرس. (2004). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. الجزائر: تدريبات عملية دار القصبة للنشر.

موفق، كروم. (2017). *البنية العملة لاختبار المهارات الاجتماعية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة وهران: الجزائر.

نشواني، عبد المجيد. (1983). *علم النفس التربوي*. الأردن: د الفرقان.

نوفل، فاطمة. (2016). *العلاج المعرفي السلوكي بين النظري والتطبيقي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

هوار أميرة عمر عبد العاطي؛ طلبة، ابتهاج محمود. (2018، ناير). برنامج مقترح لتنمية بعض جوانب النمو لطفل الحضانة باستخدام حقيبة بورتاج. *مجلة الطفولة*.28 (2).695-669 .

الوافي، عبد الرحمان. (206). *مدخل إلى علم النفس*. د هومة للنشر والتوزيع.

الوناس، مزياني. (2011). بين الكفاءة والكفاية في المؤسسات التربوية. *مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية (عدد خاص: ملتقى التكوين بالكفايات في التربية). 3 (2)*.71-64.

يحي، حاج محمد؛ بو سعدة، قاسم. (2020، 20جوان). الحاجة إلى الارشاد الأسري لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد. *دراسات نفسية وتربوية*.13(2). 250-233.

يحي، خولة أحمد. (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.

يحي، خولة أحمد. (2003). *ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: د الفكر العربي.

يوسفي، حدة. (2015). *الاستراتيجيات الارشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية*. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

المراجع باللغة الأجنبية:

Cotugno, A J. (2009). Social Competence and Social Skills Training and Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord 39* .1268-1277.

Albernhe, K. (2008). *Le therapies familiales systemuq.* Paris : Elsevier Masson.

Baghdadli, A., Dubois, J. B .(2011) .*Entrainement aux habilétés social appliqué à l 'autism. guid pour les intervenant* .France: Elsevier Masson.

Schrott, B., Kasperzack, D., Weber, L., & et al .(2019) .Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables. *J Autism Dev Disord.49* .913-923.

Ingersoll, B.R., & Wainer, A.L. (2013). Pilot study of school-based parent training program for preschooless with ASD. *Autism journal. 17*(04). 434-448.

Bearss, K., Johnson, C., Handenl, B., & et al. (2013). A Pilot Study of Parent Training in Young Children with Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior. *J Autism Dev Disord.43*. 829-840

Ichikawa, K., Takahashl, Y., Ando, M., & et al. (2013). TEACCH-based group social skills training for children with high-functioning autism: a pilot randomized controlled trial. *BioPsychoSocial Medcine. 7* (14).2-8.

Junko,O., Noriko,K., ،Junichi, Y. , Ryoichi, S., Minako, N. , & Ryoko, Otan. (2021, September). A pilot study of combining social skills training and parenting training for children with autism spectrum disorders and their parents in Japan. Brain *and Development .43*(08), 815-825

Nadia , A., Rivarda, M., Mello, C., Mestari, Z., Boulé, M., & Guay, C. (2020, October). Parent coaching intervention program based on the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: Feasibility and acceptability study. *Research in Developmental Disabilities .105*.

Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & et al .(2009) .Stepping Stones Triple P: An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *J Abnorm Child Psychol.37* (469).469-480.

Laushey, K.M., & Heflin, L.J. (2000, Jun) Enhancing Social Skills of Kindergarten Children with Autism Through the Training of Multiple Peers as Tutors. *J Autism Dev Disord. 30*.183-193.

Kroeger, K., Schultz, J., & Newsom, C. (2007, May). A Comparison of Two Group-Delivered Social Skills Programs for Young Children with Autism. J Autism Dev Disord. *J Autism Dev Disord. 37*. 808-817.

MacDuff, G. S., Krantz, P. J., & Mcclannahan, L. E. (1993). Teaching children with autism to use photographic activity schedules: maintenance and generalization of complex response chains. *Journal of Applied Behavior Analysis*.26(01).89-97.

Reidl, M., Fesalbon, M., Mendoza, E., & et al. (2019). Examining the Relationship Between Parental Symptomatology and Treatment Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord. 49*. 4681-4685.

Rezaee, H., Younesi, D., Farahbod, M., & Ranjbar, M. (2018, Murch). Determining the effectiveness of a nodulated parting skills programon reducing autistic symptoms in children and improvement of parental a djusment. *Iranian Rehabilitation journal .16*(01). 35-44.

الملاحق