أهمية التدخل المبكر في إكساب السلوك التكيفي للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد

The importance of early intervention in the acquisition of adaptive behavior for children with autism spectrum disorder

موفق عبد الحليم

جامعة مصطفى إسطمبولي معسكر/الجزائر /Moufek.abdelhalim@univ-mascara.dz

تاريخ الإستلام: 2021/12/26 تاريخ القبول: 2022/01/29 تاريخ النشر: 2022/03/04

ملخص: تهدف الدراسة إلى الكشف عن أهمية التدخل المبكر في إكتساب الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد لمهرات السلوك التكيفي، حيث تم تطبيق مقياس مهارات السلوك التكيفي لحسن حمدى عبد المنعم محمد (2016) على عينة قصدية مكونة من خمسون (50) طفل مشخصين بإضطراب طيف التوحد من مراكز التكفل المتواجدة بمدينة سيدي بلعباس، ومن خلال التحليل الإحصائي توصلنا إلى النتائج التالية : مستوى السلوك التكيفي مرتفع لأطفال التوحد ذوي التدخل المبكر. – لا توجد فروق بين الذكور والإناث في إكتساب مهارات السلوك التكيفي .– فروق لصالح أطفال التوحد الأكبر سناً نتيجة إستفادتهم من مدة تكفل أطول

كلمات مفتاحية: إضطراب ، طيف التوحد ، الدمج الإجتماعي ، السلوك التكيفي.

Abstract: The study aims to reveal the importance of early intervention in the acquisition of the skills of adaptive behavior by the autistic child, where the scale of adaptive behavior skills of Hassan Abdel Moneim Mohamed (2016) was applied to a purposive sample of fifty children diagnosed with ASD from the centers located in the Sidi Bel Abbas city. Results: Adaptive behavior is high for autistic children with early intervention.- There are no differences between males and females in acquiring adaptive behavior skills. - Differences in favour of older autistic children as a result of longer-term insurance.

Keywords: disorder, Autism spectrum, social integration, Adaptive Behavior.

1. مقدمة:

مما لا شك فيه أن العنصر البشري هو الثروة الحقيقية للمجتمعات، وبما أن فئة ذوي الإحتياجات الخاصة تشكل نسبة معتبرة في أي مجتمع كان، لذا لا يجب في أي حال من الأحوال الإغفال عن هاته الفئة أو إهمالها وعدم تقدير قيمتها في دفع عجلة التقدم والإزدهار، فكلما كان الإعتناء بهاته الفئة مبكراً كان الإستثمار مربحاً للوقت والجهد والمال، فالهدف الأسمى الذي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقه هو الوصول بالطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد إلى أعلى مستويات النضج والإستقلالية للإعتماد على نفسه من أجل أن يصبح عنصراً فعالا مساهماً في تقدم مجتمعه وتطوره لا عالة عليه، لذلك أعتبرت عملية دمج الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد مع الأطفال العاديين في المدارس العامة من الموضوعات التي إستحوذت على أهمية بالغة لدى مختلف العلماء والأخصائيين، كون أن غالبية دول العالم تميل تدريجيا إلى تقديم الخدمات التعليمية والتربوية للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد مرتفعي الأداء داخل المدارس العامة، وليس فصلهم في مدارس خاصة، كون أن الدراسات الحديثة في هذا المجال أثبتت بشكل قاطع أن تعليم هاته الفئة في مدارس خاصة ليس له مميزات تربوية وتعليمية في بعض الأحيان أكثر من خلال تعليمهم في المدارس العادية (القمش ، 2011) ومن هنا تتجلى ضرورة الدمج، هذا الأخير الذي يتوقف على القدرات التكيفية للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد ومدى إكتسابه للسلوكات المرغوب فيها إجتماعياً إضافة إلى القدرات المعرفية واللغوية التي تمكنه من التمدرس، وحول موضوع إكساب الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد لمهارات السلوك التكيفي إختلفت التوجات والآراء وظهرت العديد من النظريات التي فسرت مفهوم التكيف، ومن أبرز العلماء الذين تخصصوا في هذا المجال نجد "أرنولد جيزل" Arnold Gezzel والعالم "هيبر" Heber

والعالم "غوسمان" Grossman وغيرهم الذين أعتبرو بمثابة الخطوة الأولى في ميدان قياس السلوك التكيفي، ليتوالى بعد ذلك عدد كبير من الدراسات لإكتشاف إختبارات تقيس مهارات السلوك التكيفي يمكن إختبار عالميتها عبر الثقافات، وعلى الصعيد العربي فبرز كل من الدكتور "عبد العزيز الشخص" والدكتور "فاروق محمد صادق"، إلا أن الدراسات في هذا المجال داخل الثقافة العربية لازالت محدودة حسب حدود إطلاع الباحث، وهذا ما دفع بنا للبحث في أهمية التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في دراسة مقارنة لمستوى السلوك التكيفي في الفئة العمرية من (05) إلى (08) سنوات كنموذجاً لدراستنا، ومن خلال ما سبق يتضح أن الدراسة تحاول الإجابة على التساؤلات التالية :

- هل توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي بين أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر وبين أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل غير المبكر؟
- هل توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير السن؟

2. فرضيات الدراسة :

- توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي بين أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر وبين أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل غير المبكر .
- هناك فروق في مستوى السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير الجنس .
- توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير السن.

3. أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى تحقيق جملة من النقاط التالية :

- ✓ الكشف عن أهمية التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد.
- ✓ التأكد من وجود أثر للتدخل المبكر على إكتساب السلوك التكيفي عند الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد.
- ✓ الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين الذين إستفادوا من التدخل المبكر وبين الأطفال الذين لم تتح لهم الفرصة لذلك.

4. أهمية الدراسة :

للدراسة أهمية كبيرة تتمثل في إثراء المعرفة العلمية حول إضطراب طيف التوحد الذي أصبح كثير الإنتشار في الآونة الأخيرة، إضافة إلى أهمية عاملي الفحص والتدخل المبكرين في تحسن الطفل وإكسابه مهارات جديدة، وكذا الإنتفاع بالتجربة في ميدان البحوث بمساعدة الكثير من الأخصائيين في تطبيق البرامج التأهيلية المبكرة من أجل الوقوف على المستوى الحقيقي لكل طفل مصاب بإضطراب طيف التوحد والتنبؤ بإمكانية تمدرسه.

5. الإطار النظري:

لقد إزداد الإهتمام بمشكلة الإضطرابات النمائية للأطفال، في الآونة الأخيرة وذلك خوفاً على مستقبلهم في الحياة، وإضطراب طيف التوحد هو من أكثر الإضطرابات النمائية العصبية صعوبة، ليس فقط لعدم معرفة الأسباب المؤدية لحدوثه، وإنما أيضا لأنه يؤثر بشكل كبير على أغلب مجالات نمو الطفل المختلفة، ليؤدي به للإنعزال عن المجتمع وعدم التفاعل معه، فيصبح يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من التعامل مع الأشخاص

المحيطين به، إضافة إلى قيامه بحركات غريبة تضع الأولياء في حيرة وذهول وضغوط نفسية مؤلمة، ومنذ القرن الماضي لم يكن إضطراب طيف التوحد معروفا كإضطراب قائم بحد ذاته لدى الكثير من العلماء والأخصائيين، حيث كان يوصف بذهان الطفولة.

وترجع بداية الإهتمام بهؤلاء الأطفال إلى هنري "Henry " سنة 1865 وهو من علماء النفس البريطانيين الذي لاحظ بطىء هؤلاء الأطفال في العمليات النمائية، وكذا "سبيتزا " Spitzka سنة 1883 لتأتي بعدهما العالمة الهولندية "هلير " Heller سنة 1908 عندما درست تتبع ستة أطفال الذين ظهر عليهم الإضطراب في سن الثالثة بعد أن كان نموهم طبيعيا.

إلى أن جاء " ليو كانر" Leo kanner الذي كان له الفضل في تسمية الإضطراب بالتوحد سنة 1943، بعد دراسته على 11 طفل توفرت فيهم الخصائص الأساسية للتوحد الكلاسيكي.

إذ أن غالبية هاته الدراسات قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد في نتائج العديد من الدراسات الأجنبية مثل دراسة كل من "روبنسن " (Robbins & Others, 1991) ودراسة " فيليب ومارلين " (Phillip,S & Marilyn2000) وكذا دراسة "ديفسون ونيللي " (Davison&Neale,2001) كما أشارت " الكساندرا " (Alexandra, 2004) إلى أهمية التدخل المبكر والتعليم والتدريب في تحقيق نتائج إيجابية للأطفل المصابين بإضطراب طيف التوحد.

إضافة إلى الدراسات العربية مثل دراسة (ذيب،2004) ودراسة (عقروق،2006) ودراسة (الزارع، 2008) ودراسة (الغرير والمخالد،2014) والتي ركزت نتائجها على أهمية تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال التوحديين في كافة مراحل النمو المختلفة .

وتناولت عدة دراسات أخرى موضوع تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، مثل دراسة كل من (الزريقات ، 2004) ودراسة (العلوان ، 2006) ودراسة (البستنجي،2007) ودراسة (الخطيب، 2011) ودراسة (غانم ، 2013)، حيث تطرقت إلى

تقييم البرامج المقدمة من وجهة نظر المديرين والمعلمين ومدى فاعلية الخطط التربوية ومحتوى هذه الخطط وكذا طرائق التشخيص وتوافر أدوات التقييم المناسبة وطرائق التدريس المتبعة في تعليم الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى قيام الباحثين بتحديد المشكلات التي تواجه المعلمين، وبعضها الآخر تناول أوضاع المراكز التي تقدم خدماتها للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، حيث نجد على المستوى المحلي دراسة (بن قيدة ،2009) التي تناولت فيها دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

ومن أجل تطوير المفاهيم أكثر حول إضطراب طيف التوحد، أولى الباحثون والمختصون إهتماماً بدراسة خصائص هؤلاء الأطفال، حيث أن تأثير هاته الخصائص يختلف بإختلاف مراحل النمو، لذلك وجب إيجاد الأساليب العلاجية الفعالة التي تتطلب الممارسات المهنية المؤهلة القائمة على المتطلبات والإحتياجات الفردية لكل طفل آخذتا بعين الإعتبار مختلف الإنتكاسات التي يمكن أن يتعرض لها الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد من جراء مصاحبة التوحد لإضطراب آخر كالصرع مثلا، حيث " تزداد فرص الإصابة بنوبات الصرع بين الفئات التي تعاني تأخراً ذهنياً مقترناً بالتوحد" (الشامي ، 2004 : 106) ومن هذا المنطلق يتضح لنا أن للأولياء أو القائمين على رعاية وتربية الطفل أهمية بالغة في حياة المصاب بإضطراب طيف التوحد، حيث أصبح إشراك الأسرة في العمليات التأهيلية أمرا أساسياً لجعل الأساليب العلاجية أكثر فاعلية، إذ يعد الأولياء مصدر ثري للمعلومات عن الحياة اليومية للطفل وعن مراحل نموه، وكذا المعلمين الذين هم الأفضل في تحديد التحديات والصعوبات للطفل المتمدرس(مصطفى ، 2011) وبالتالي يسهم كل من هؤلاء في إنشاء منظومة واسعة من المعلومات والمهارات المكتسبة لتوفر رعاية وتدريباً أكثر إنسجاماً مع حاجات الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، كون أن هذا الإضطراب هو من الإضطرابات

المعقدة التي تشبه بشكل كبير عدداً من الإضطرابات النمائية الأخرى في معظم الأعراض والمظاهر السلوكية مثل الإنعزال، والإنسحاب والنمو غير السوي والفشل في إقامة علاقات مع الآخرين (مجيد ، 2010) لذا فإن عدد الأطفال المصنفين ضمن هاته الفئة أصبح في تزايد كبير، وبناءاً على هذا وجب وضع تشخيص فارقي لتحديد الإضطراب ما إذا كان مستقلا أو مصاحب لإضطرابات أخرى كالتأخر العقلي أو فرط النشاط الحركي أوغيرها ..

أما عن تربية الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، فهذا يستلزم تطبيق برنامج تربوي فردي **PEI** بشكل مستمر داخل القاعات التدريبية وفي المنزل وفي الشارع وعبر جميع مرافق الحياة اليومية، وأي تقدم ولو بسيط يأخذ بعين الإعتبار ويعد خطوة عملاقة ومهمة في إكتساب الطفل مهارات أخرى موالية، وأي إهمال أو تفريط يزيد في تراجع الطفل وفقدانه للمهارات المكتسبة، فالوعي المبكر بحالة الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد وإكتشاف نقاط القوة والضعف لديه، ومعرفة حدود نموه في جميع مجالات النمو، يوفر الكثير من الوقت والجهد والمال.

6. مفاهيم الدراسة إجرائيـــــاً:

1.6. إضطراب طيف التوحد : هو إضطراب نمائي عصبي، من أجل تشخيصه يجب توفر 3/3 من محكات التشخيص في المعيار أ وتوفر 4/2 على الأقل من محكات التشخيص في المعيار **ب** حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية الإصدار الخامس.

2.6. التدخل المبكر : هو عبارة عن "مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والإجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون السن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة " (يحي ، 2006 : 369)

3.6. السلوك التكيفي : وهو "الطريقة أو الأسلوب الذي ينجز به الأطفال الأعمال المختلفة المتوقعة من أقرانهم في العمر الزمني يمكن أن يعبر عن سلوكهم" (الشخص ، 1999:13)

ويعرف إجرائياً في البحث الحالي بالدرجة التي يتحصل عليها الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد على مقياس السلوك التكيفي.

7. الإطار الميداني:

1.7. حدود الدراسة : تمثلت حدود الدراسة فيما يلي :

1.1.7. الحدود الموضوعية: إقتصرت الدراسة على مقارنة مستوى السلوك التكيفي بين أطفال التوحد ذوي التدخل المبكر وذوي التدخل غير المبكر، ومعرفة ما إذا كان هناك دخل لعاملي السن والجنس في عملية إكتساب المهارات التكيفية.

2.1.7. الحدود البشرية:

إقتصرت الدراسة على عينة قصدية قوامها 50 طفل مصاب بإضطراب طيف التوحد.

3.1.7. الحدود المكانية: تمت الدراسة في عبر مراكز التكفل والرعاية بذوي الإحتياجات الخاصة المتواجدة داخل الإقليم الحضري لولاية سيدي بلعباس.

4.1.7. الحدود الزمانية:

تمت الدراسة في الفترة الممتدة من يوم 10 مارس 2019 إلى غاية يوم 28 أفريل 2019.

2.7. إجراءات الدراسة:

قمنا بدراسة إستطلاعية على عينة قوامها 40 طفل مصاب بإضطراب طيف التوحد متواجدين بمراكز التكفل والرعاية داخل حدود ولاية سيدي بلعباس، وذلك من أجل ما يلي :

- تكوين تصور عام حول موضوع الدراسة.
- إختبار أدوات جمع المعلومات والتأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات).
- معرفة مدى وضوح عبارات المقياس.
- الكشف عن مدى الصعوبات أثناء تطبيق المقياس.

- التواصل مع عينة الدراسة لضبط المجتمع الأصلي للعينة مع التعرف على خصائصها ومواصفاتها عن قرب تحضيراً لإشتقاق العينة الأساسية.

3.7. منهج الدراسة :

إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، لأنه يقوم على دراسة الواقع وكذا يتماشى وطبيعة الموضوع الذي يتناول العلاقة بين التدخل المبكر وإكتساب السلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد وهو يساعد على وصف المشكلة وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كمياً.

4.7. مجتمع الدراسة:

تكون من الأطفال المشخصين بإضطراب طيف التوحد المتواجدين بمراكز الرعاية بولاية سيدي بلعباس موزعين على خمسة مراكز هي: مركز النعمة، المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية قسم الأطفال، المركز النفسي للأطفال المتخلفين عقلياً، روضة رواد التألق، روضة طريق التميز، ونظراً لصعوبة ضبط العدد الإجمالي لهم بسبب عدم توفر البعض على ملفات طبية تعذر علينا تحديد مجتمع الدراسة.

5.7. عينة الدراسة:

جدول يبين توزيع عينة الدراسة حسب السن :

السن	الذكور	الإناث	المجمـوع
من 05 إلـى 07 سنوات	20	11	31
من 07 إلـى 09 سنوات	12	07	19
المجمـوع	32	18	50

جدول يبين توزيع عينة الدراسة حسب نوع التدخل :

التدخل	الذكور	الإناث	المجمـوع

مبكـر	**18**	**05**	**23**
غير مبكر	**14**	**13**	**27**
المجمـوع	**32**	**18**	**50**

6.7. أدوات الدراسة :

قام الباحث في الدراسة الحالية بتطبيق مقياس السلوك التكيفي لحسن حمدي عبد المنعم محمد (2016) كآداة لجمع البيانات المطلوبة لإستكمال الدراسة.

1.6.7. وصف الآداة : مقياس مهارات السلوك التكيفي لأطفال التوحد من إعداد الباحث حسن حمدي عبد المنعم محمد بإشراف كل من الدكتور فيوليت فؤاد إبراهيم والدكتور محمود رامز يوسف، حيث صمم على عينة من أطفال التوحد في البيئة المصرية في الفئة العمرية بين (5–8) سنوات، ويتكون من ثلاثة أبعاد، بحيث يحتوي كل بعد على (20) فقرة.

الأبعاد		أرقام البنود		المجموع
		الإيجابية	السلبية	
01	مهارات الرعاية الذاتية	.31.28.22.19.16.13.7.4.1 58.55.49.43.40.37.34	52.46.25.10	20
02	المهارات الإجتماعية	.32.26.20.17.14.11.8.5.2 56.53.50.47.41.38.35	59.44.29.23	20

03	مهارات اللغة والإتصال	.33.30.27.24.21.15.12.9.6 51.45.42.36	.48.39.18.3 60.57.54	20
المجموع		45	15	60

2.6.7. جدول يوضح توزيع الفقرات الإيجابية والسلبية على أبعاد المقياس:

ويتم تقدير الدرجات وفقاً لتدرج البدائل دائماً–أحياناً–أبداً، بحيث تأخذ الإجابات على العبارات الموجبة النقاط وفق الترتيب (3–2–1) بينما تأخذ الإجابات على العبارات السالبة النقاط وفق الترتيب العكسي (1–2–3) وبذلك تصبح الدرجة الصغرى للمقياس هي (60) درجة، وأعلى درجة هي (180) درجة، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي :

3.6.7. جدول يبين مستويات التكيف للمقياس:

المدى	المستوى
100 - 60	منخفض .
140 - 100	متوسط .
180 - 140	مرتفع .

4.6.7. الخصائص السيكومترية لآداة الدراسة :

1.4.6.7. صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الإتساق الداخلي حيث إتضح أن كل الفقرات في البعد الأول والثاني والثالث كان لها إتساق داخلي مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.46 و0.80) وكانت دالة جميعها عند مستوى الدلالة (0.01) ما عدا البنود (2– 23– 29 –35–59) التي كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.05) ومجموعة البنود التي تحمل الأرقام (41– 50– 53– 56) كانت غير دالة، أما عن إرتباط

الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه فقد تراوحت ما بين (0.46 و0.83) وكانت دالة جميعها عند مستوى الدلالة (0.01) بالتالي تمتعت أبعاد المقياس أغلبها بصدق إتساق داخلي جيد.

2.4.6.7. ثبات مقياس : تم حساب معاملات الثبات لمقياس السلوك التكيفي بطريقتي ألف-كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وإستخدام عملية تصحيح الطول مثلما هو موضح في الجدول

3.4.6.7. جدول يبين ثبات أبعاد المقياس وعملية تصحيح الطول:

الأبعاد / الثبات	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	تصحيح الطول
البعد1	0.95	0.91	0.89
البعد2	0.82	0.78	0.74
البعد3	0.89	0.86	0.82
السلوك التكيفي	0,93	0,94	0.89

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس تراوحت بين (0.82) و(0.95) بمجموع بلغ قدره (0.93) فمقياس السلوك التكيفي يتمتع بثبات ألفاكرونباخ عال، أما عن ثبات التجزئة النصفية فقد بلغت قيمتها في البعد الأول "الرعاية الذاتية" قيمة (0.91) وبعد تصحيح الطول إرتفعت إلى (0.89) أما في البعد الثاني "الإجتماعية" فقد بلغت قيمتها (0.78) وبعد تصحيح الطول إرتفعت إلى (0.74) أما في البعد الثالث "اللغة والإتصال" فقد بلغت قيمتها (0.86) وبعد تصحيح الطول إرتفعت إلى (0.82) بمجموع ثبات قدره (0.94) وبعد تصحيح الطول إرتفع إلى (0.89) وبالتالي فإن المقياس يتمتع بثبات تجزئة نصفية عال .

5.6.7. الأساليب الإحصائية المستعملة :

تم إستعمال الأساليب الإحصائية التالية : – معامل الإرتباط بيرسون ، وإختبار "ت" للفروق ، والمتوسط الحسابي ، والإنحراف المعياري ، ـ المتوسط الحسابي . التكرارات ـ النسب المؤية ، وتم إستخدام كذلك برنامج SPSS للتحليل الإحصائي.

7.7. عرض ومناقشة النتائـــــــج

1.7.7. عرض ومناقشة الفرضية الأولى :

- توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي بين أطفال التوحد ترجع لنوع التدخل.

1.1.7.7. عرض نتائج الفرضية الأولى:

جدول للفروق في مستوى السلوك التكيفي بين أطفال التوحد ترجع لنوع التدخل .

السلوك التكيفي	التدخل	ن	م الحسابي	إ المعياري	قيمة ت	د الحرية	م الدلالة
البعد الأول	مبكر	23	49.08	6.06	6.82	48	دال
	غير مبكر	27	34.25	8.77			
البعد الثاني	مبكر	23	37.43	4.64	6.81	48	دال
	غير مبكر	27	28.07	4.99			
البعد الثالث	مبكر	23	46.13	4.59	10.87	48	دال
	غير مبكر	27	31.62	4.78			

الدرجة الكلية	مبكر	23	132.65	10.38	10.89	48	دال
	غير مبكر	27	93.96	14.06			

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود فروق بين متوسطي الدرجة الكلية للمقياس لدى أطفال التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي للمجموعة الأولى ذوي التدخل المبكر (132.65) بإنحراف معياري قدره (10.38) أما المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي للمجموعة الثانية ذوي التدخل غير المبكر فبلغت قيمته (93.96) بإنحراف معياري قدره (14.06) إلا أن قيمة (ت) بلغت (10.89) عند درجة الحرية (48) وهي دالة إحصائياً مما يعني وجود فروق في درجة التكيف ترجع إلى وقت التدخل، وبالتالي نقبل الفرض البديل.

1.7.7. 2. تفسير نتائج الفرضية الأولى :

أسفرت نتائج الدراسة الراهنة على وجود فروق في مستوى السلوك التكيفي لأطفال التوحد بين الفئتين، الأولى التي تضم فئة الأطفال الذين خضعوا إلى التدخل المبكر، والثانية تتضمن فئة الأطفال الذين لم يخضعوا إلى التدخل المبكر، فالفروق في مستوى السلوك التكيفي كانت دالة إحصائياً ولصالح الفئة الأولى في كل أبعاد المقياس وكذا الدرجة الكلية للمقياس، بحيث إتفقت هذه النتيجة وجاءت مشابهة لأغلب الدراسات التي تؤكد على أهمية التدخل المبكر ودوره الفعال في إكتساب أطفال التوحد لمختلف المهارات التكيفية التي تساعدهم على التأقلم مع بيئتهم، ومن بينهم نذكر دراسة جارحي السيد (2003) التي أكدت نتائجها على فعالية برامج التدخل المبكر في تحسين سلوكات أطفال التوحد لما أظهره مقياس السلوك التكيفي في النواحي النمائية، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي في إتجاه المجموعة الضابطة، إذن فمستوى السلوك التكيفي إرتفع عند المجموعة الأولى مما يعني أن للتدخل المبكر أثر كبير في إكتساب مختلف مهارات السلوك التكيفي، وهذا ما تم تأكيده من خلال دراستنا هاته.

2.7.7. عرض ومناقشة الفرضية الثانية :

– توجد فروق في مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير الجنس.

1.2.7.7. عرض نتائج الفرضية الثانية :

جدول للفروق في مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع لمتغير الجنس .

السلوك التكيفي	الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
البعد الأول	ذكر	16	48.87	7.06	−0.24	21	غير دال
	أنثى	7	49.57	3.10			
البعد الثاني	ذكر	16	37.68	4.74	0.38	21	غير دال
	أنثى	7	36.85	4.74			
البعد الثالث	ذكر	16	46.43	4.32	0.47	21	غير دال
	أنثى	7	45.42	5.47			
الدرجة الكلية	ذكر	16	133.00	10.41	0.23	21	غير دال
	أنثى	7	131.00	11.11			

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود فرق بسيط بين متوسطي الدرجة الكلية للمقياس لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر، حيث بلغ المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي للذكور (133.00) بإنحراف معياري قدره (10.41) أما المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي الإناث فبلغ قيمة (131.00) بإنحراف معياري قدره (11.11) إلا أن قيمة (ت) بلغت (0.23) عند درجة الحرية (21) وهي غير دالة مما يعني عدم وجود فرق في درجة التكيف ترجع إلى متغير الجنس، وبالتالي نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

2.2.7.7. تفسير نتائج الفرضية الثانية :

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى غياب الفروق بين الجنسين في مستوى السلوك التكيفي لأطفال التوحد الذين خضعوا إلى التدخل المبكر، وجاءت النتائج مخالفة وبعكس ما إفترضه الباحث في بداية الدراسة، حيث إتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من أحمد بن عبد العزيز التميمي (2014) ودراسة منى عبد الله الحربي (2016) بحيث أسفرت نتائجهم على عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في ما يخص مستوى السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر، ومن جهة أخرى تعارضت الدراسة الراهنة مع بعض الدراسات نذكر منها دراسة سلوى محمد سعيد عسيري (2009) ودراسة نهلة عبد الوهاب تميم الدار (2012) التي أكدت على وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في مستوى السلوك التكيفي لصالح الذكور، ويمكن أن نرجع هذا التضارب والتناقض إلى جملة من التأويلات التي يمكن أن تكون سبب لهذا الخلاف منها: طبيعة العينة بالإضافة إلى قلة الدراسات المحلية التي تناولت الفروق بين الجنسين في إكتساب مهارات السلوك التكيفي بعد الخضوع للتدخل المبكر، بالإضافة إلى إختلاف أساليب القياس المستعملة، وإختلاف الفترات الزمنية، فتضارب النتائج يحتاج إلى إجراء المزيد من البحوث في المستقبل خاصة في البيئة الجزائرية.

3.7.7. عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

– توجد فروق في المستوى التكيفي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع للسن.

1.3.7.7. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

جدول للفروق في مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر ترجع للسن .

السلوك التكيفي	السن	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
البعد الأول	المجموعة1	13	46.38	4.33	-2.78	21	دال عند 0.01
	المجموعة2	10	52.60	6.38			

البعد الثاني	المجموعة1	13	36.92	3.77	−0.59	21	غير دال
	المجموعة2	10	38.10	5.74			
البعد الثالث	المجموعة1	13	44.69	3.68	−1.79	21	غير دال
	المجموعة2	10	48.00	5.16			
الدرجة الكلية	المجموعة1	13	128.00	5.70	−2.80	21	دال عند 0.01
	المجموعة2	10	138.07	12.18			

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود فروق بين متوسطي الدرجة الكلية للمقياس لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر، حيث بلغ المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي للمجموعة الأولى (128.00) بإنحراف معياري قدره (5.70) أما المتوسط الحسابي للسلوك التكيفي للمجموعة الثانية فبلغت قيمته (138.07) بإنحراف معياري قدره (12.18) إلا أن قيمة (ت) بلغت (−2.80) عند درجة الحرية (21) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني وجود فروق في درجة التكيف ترجع إلى متغير السن.

2.3.7.7. تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

عند دراسة متغير السن تم تطبيق المقياس على الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد ذوي التدخل المبكر فقط وعددهم 23 طفل على إعتبار أنهم قد إستفادو من التكفل قبل سن السادسة الذي يعتبر آخر سن لتصنيف نوع التدخل بأنه مبكر وفقاً لما أكدته الدكتورة خولة أحمد يحي في كتابها البرامج التربوية للأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة صفحة 369 ، وبما أن الأطفال البالغين سن 07 و 08 سنوات هم الأكبر سناً والذين قد إستفادوا من التكفل قبل سن السادسة، فمعدل وقت التكفل لديهم يفوق السنتين وهي مدة أطول مقارنة مع الفئة الأصغر سناً، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الراهنة بوجود فروق في مستوى السلوك التكيفي لصالح الفئة الأكبر سناً دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) في كل من البعد الأول والدرجة الكلية للمقياس، بحيث إتفقت هذه النتيجة مع أغلب الدراسات التي نذكر منها دراسة كل من فاطمة سعيد محمد (2010) ودراسة محمد عبد الله عبد الفتاح (2016) التي أكدت نتائجها وجود فروق دالة

إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي بعد مرور شهر على مقياس السلوك التكيفي، وهذا يدل على فعالية البرنامج المستخدم في التدخل المبكر لتنمية المهارات التكيفية والأكاديمية لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في إطار الدمج، إذن فمستوى السلوك التكيفي إرتفع عند المجموعة الثانية لكونهم إستفادوا من مدة أطول من برامج التدخل.

8. خاتمـــــــة :

بشكل عام نستخلص في الأخير بأنه تم التوصل إلى تحقيق أهداف الدراسة الحالية التي هدفت إلى تبيان أهمية وأثر التدخل المبكر على إكتساب الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد لمهارات السلوك التكيفي، حيث أسفرت نتائج تطبيق مقياس مهارات السلوك التكيفي لحسن حمدى عبد المنعم على عينة من أطفال التوحد بمراكز الرعاية والتكفل بولاية سيدي بلعباس على وجود فروق واضحة لصالح أطفال التوحد الذين خضعوا للتدخل المبكر على غرار غيرهم من الأطفال التوحد الذين لم يستفيدوا من برامج التدخل المبكر التي من شأنها أن ترفع المستوى المهاري لآداء الطفل، ومن خلال ما تم التوصل إليه نستنتج أن التعلم الجيد يساعد على النمو الصحيح، وبالتالي التكيف والتأقلم مع الأطر الإجتماعية السائدة، يعني هذا أن التعلم يبدأ منذ الولادة ويستمر مدى الحياة، وما المدرسة إلا مرحلة قصيرة في هاته العملية التعلمية، فمشاركة الأولياء ومعلمي التربية الخاصة والمجتمع في تعليم الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، له أهمية بالغة بإعتباره عامل رئيسي لتحسن وإكتساب هذا الأخير مختلف المهارات التكيفية.

وعلى ضوء هاته النتائج يمكن إدراج مجموعة من الإقتراحات التالية :

- تحسيس الأولياء بدورهم الفعال في تنمية مهارات أطفالهم .
- التأكيد على فعالية كل من الفحص والتدخل المبكرين مع ذوي إضطراب طيف التوحد.
- التركيز على التكوين المستمر للأخصائيين القائمين في مجال التربية الخاصة.

- تكثيف الدورات التحسيسية والملتقيات العلمية حول قيمة التدخل المبكر.
- العمل على إنشاء منظومة متكاملة من الأخصائيين قصد التشخيص والتدخل والعمل كفريق إكلينيكي بشكل متناغم.

9. قائمة المراجع

1) إبراهيم، الزريقات . (2004) . التوحد ، الخصائص والعلاج . دار وائل : للطباعة والنشر . عمان . الأردن.

2) أحمد، الغرير والمخالد . (2014) . فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الجانب السلوكي والمهاري لدى عينة من أطفال التوحد . مجلة كلية التربية . جامعة أسيوط . الوادي الجديد.

3) أحمد، شوقي غانم . (2013) . التربية الخاصة للأطفال التوحديين . رسالة ماجستير في علم النفس العيادي . دمشق . سورية.

4) أسامة، فاروق مصطفى . (2011) . التوحد ، الأسباب ، التشخيص ، العلاج . دار المسيرة : للنشر والتوزيع والطباعة . الطبعة الأولى . عمان . الأردن.

5) خولة، أحمد يحي . (2006) . البرامج التربوية للأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة . دار المسيرة : للطباعة والنشر . الطبعة الأولى . عمان . الأردن.

6) رائد، الشيخ ذيب . (2004) . تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والإجتماعية والإستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته . رسالة دكتوراه غير منشورة . الجامعة الأردنية بعمان . الأردن.

7) سوسن، شاكر مجيد . (2010) . التوحد ، أسبابه ، تشخيصه ، علاجه . ديبنو : للطباعة والنشر . الطبعة الثانية . عمان . الأردن.

8) عاكف، الخطيب . (2011) . نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية وإضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة بالأردن في ضوء المعايير العالمية . رسالة دكتوراه غير منشوره . جامعة عمان العربية . الأردن.

9) علي، العلوان . (2006) . تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن . رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة عمان العربية . الأردن.

10) مراد، البستنجي . (2007) . واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن . رسالة دكتوراه غير منشورة . الجامعة الأردنية.

11) مسعودة، بن قيدة . (2009) . دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون . رسالة ماجستير في علوم التربية . جامعة الجزائر.

12) مصطفى، نوري القمش . (2011) . إضطرابات التوحد . دار المسيرة : للنشر والتوزيع والطباعة . الطبعة الأولى . عمان . الأردن .

13) نايف، عابد الزارع . (2008) . مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين ودرجة إنطباقها على مراكز التوحد في المملكة العربية السعودية . أطروحة دكتوراه . الجامعة الأردنية . عمان

14) وداد، عقروق . (2006) . نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقويم البرامج العاملة حالياً في الأردن . رسالة دكتوراه غير منشورة . جامعة عمان .

15) وفاء، علي الشامي . (2004) . خفايا التوحد ، أشكاله وأسبابه وتشخيصه . مكتبة الملك فهد : للنشر . الطبعة الأولى . الرياض . السعودية.