قياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم في مركز محافظة أربيل

م.م.زبير شريف عولا
جامعة صلاح الدين

أ.م.د.سلوى احمد أمين
جامعة صلاح الدين

أ.م.د.محمد محي الدين صادق
جامعة صلاح الدين

الخلاصة :

يهدف البحث الحالي إلى: قياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم. ومعرفة دلالة الفروق في مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد وفقا لمتغير الجنس (ذكور– إناث)من وجهة نظر معلميهم. **أقتصر البحث الحالي** على معلمي مراكز ومنظمات (الحكومية وغير الحكومية) المهتمة بأطفال مصابين بالتوحد في مركز محافظة اربيل للعام (2016–2017). وأعتمد الباحثون على منهج البحث الوصفي لكونه يناسب مع طبيعة وأهداف البحث الحالي. وتكونت**عينة البحث** من (60) معلما ومعلمة، والبالغ عددهم (20) ذكورا و(40) إناثاً، وذلك في العام الدراسي (2016–2017). ولأن مجتمع الدراسة صغيرة أخذ الباحثون مجتمع الدراسة كاملا. أما من حيث **أداة البحث**اعتمد الباحثون على مقياس (موسى 2013).وذلكبالاعتماد على خطوات وإجراءات بناء وتطوير المقياسوالمكون من (41) فقرةوتم **استخراج الخصائص السيكومترية لمقياس الأمن الجسدي**من حيث**صدق المقياس**عن طريقعرض الأبعاد وفقرات المقياس بصيغتها الأولية على مجموعة من الخبراء من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التربية وعلم النفس والقياس والتقويم،وفي ضوء تحليل استبيانات الخبراء تم حصول المقياس على نسبة اتفاق الخبراء المعتمدة كمعيار لذلك والبالغة (85%). أما من حيث**ثبات المقياس** تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيق الأول والثاني باستخدام معامل ارتباط (Person) قد بلغ قيمة معامل الارتباط (0.82). **وأهم ما توصل اليه نتائج البحث في هدفه الأول هو:** بأن الأطفال المصابين بالتوحد لا يتمتعون بالأمن الجسدي من وجهة نظرمعلميهم، وان المعلمين يعانون السيطرة عليهم، أما في **الهدف الثاني** من البحث أظهرت النتائج بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين معلمين الذكور ومعلمات الإناث في وجهات نظرهم للأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.واستنادا الى نتائج البحث توصل الباحثون الى مجموعة من **التوصيات والمقترحات** يفيد أغراض البحث.

Summary

Measurement of physical security in autistic children from the perspective of their teachers in the center of Erbil governorate

The current research aims at: Measuring the level of physical security in children with autism from the point of view of their teachers. The differences in the level of physical security in children with autism according to the gender variable (male - female) from the perspective of their teachers. The current research was limited to teachers of centers and organizations (governmental and non-governmental) interested in children with autism in the center of Erbil governorate for the year (2016-2017). The researchers relied on a descriptive research approach to suit the nature and objectives of the current research. The research population consist of (60) teachers (male and female), (20) males and (40) females, for the academic year (2016-2017). Because the study community is small, researchers took the entire study community. In terms of the research tool, the researchers relied on the measurement of (Musa 2013). Based on the steps and procedures of building and developing the scale consisting of (41) items, the psychometric properties of the physical security measure were extracted in terms of accuracy of the measurements by presenting the dimensions and the items of measurement to a group of experts in the field of education, psychology, measurement and evaluation. In light of the analysis of the experts 'questionnaires, the standard obtained the percentage of the approved experts' agreement as a criterion of (85%). In terms of the stability of the scale, the correlation coefficient between the scores of individuals in the first and second applications was calculated by using a correlation coefficient (of person) which is (0.82) The most important findings of the research in its first goal is that children with autism do not enjoy physical security from the point of view of their teachers, and that teachers are under control. In the second objective of the study, the results showed no statistically significant differences between male teachers and female teachers with their views of physical security in children with autism. Based on the results of the research and at the end of the researchers reached a set of recommendations and proposals for the purposes of research.

أولا: مشكلة البحث:

يعاني الطفل التوحدي من صعوبات في مختلف المجالات الحسية التي تشتمل على اللمس والحركة والوعي بالجسم والبصر والصوت وقوة الجاذبية، ووظيفة الدماغ هي تنظيم وتفسير هذه المعلومات المسماة بالتكامل الحسي. كما أن الطفل التوحدي يفتقر الى الوعي الجسدي ولا يوجد لديه مفهوم واضح عن جسمه، فهو لا يستطيع أن يميز نفسه من الجماد والحيوان والنبات ويتعامل مع أجزاء الجسم كما لو كانت منفصلة، بالاضافة الى أنه يفشل في استعمال الضمائر الشخصية (أنا) و(أنت) ويدل ذلك على حاجاته الى مفهوم الذات وصورة الجسم.ونرى أن الخلل في عملية التكامل الحسي عند أطفال التوحد يؤدي الى الخلل في استقبال المعلومات وبالتالي يؤدي الى استجابات غير ملائمة، وعدم جمع المعلومات من البيئة وبشكل ملائم نتيجة الخلل في نظام الحواس، يؤدي الى الخلل في البرمجة والعمليات العقلية وبالتالي الخلل في عملية التعلم وتلك تشكل مظاهر الخلل الحسي لدى الأطفال التوحديين.

حيث يتعرض الطفل التوحدي لعديد من المشكلات التي تجعله لا يعتمد على نفسه، ويحتاج الى مساعدة الآخرين، ولعل من أبرز هذه المشكلات عجزه عن العناية بالذات متمثلة في عدم قدرته على رعاية نفسه وحمايتها وإطعامها، بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم على ارتدائه الملابس ومساعدته في خلعها، ولا يقدر الأخطار التي قد يتعرض لها. لأن الطفل التوحدي لديه قصور في السلوك الخاص بمهارات العناية بالذات.

وان فكرة قياس الأمن الجسدي شغلت فكر الباحثون وذلك بقصد قياسه لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم ووضع الحماية الجسدية اللازمة لهم والحفاظ على سلامتهم.وعلى أساس ما سبق يمكن بلورة مشكلة البحث الحالي بالتساؤل **(ما مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم ؟)**.

ثانيا: أهمية البحث:يظل موضوع حقوق الإنسان بشكل عام شغل البشرية الشاغل على اختلاف نظمها وسياساتها وخياراتها.ومن أبرز موضوعات حقوق الإنسان حقه في سلامة جسده، ذلك الجسد الذي يحيا بروحه ومن حق هذا الإنسان أن يحفظه وهو من الحقوق

اللصيقة به. هذا الحق الذي تعرض للانتهاك عبر مر العصور يجب أن توفر له الحماية الكافية لحفظه وصونه، وهذه الحماية قد تكون في القوانين الداخلية وقد تكون في القوانين الدولية. فحق الإنسان في سلامة جسده يبقى من أقدس الحقوق اللصيقة بهذا الإنسان والذي يجب المحافظة عليه.ان حق الانسان في سلامة أمنه الجسدي يعني مصلحة الانسان في أن يظل جسده محتفظا بتكامله. لأن حق الانسان في سلامة أمنه الجسدي من أهم الحقوق اللصيقة بالشخصية بعد حق الحياة والتي تعني ان الانسان لمجرد كونه انسانا وبغض النظر عن جنسيته أو جنسه أو أصله العرقي أو القومي أو وصفه الاجتماعي أو الاقتصادي، يملك حقوقا طبيعية لصيقة به تهدف الى حماية الشخص في ذاته وحماية القيم المتصلة به.

وتعد السلامة الجسدية والنفسية من حقوق الإنسان التي نصت عليها كافة الشرائع وأكدت عليها كافة التشريعات والقوانين، ويقصد بالسلامة الجسدية والنفسية خلو الجسم والنفس من الأمراض والاضطرابات ومسبباتها التي تؤثر على نوعية وكفاءة الحياة.ونقصد بالحماية الجسدية للأطفال منع كافة صور الإيذاء والتعدي على جسدها بما يتسبب في إيلامها دون حق شرعي.لأن الاحساس بالأمن والأمان هو حالة شعورية من الرضا النفسي الناشئ عن سيادة الحق والقانون، وضمان حقوق الفرد في المجتمع وحرية التفكير والتعبير وحفظ الكرامة الإنسانية، والتساوي في الفرص لدى الفرد أو الجماعة بإشباع الدوافع العضوية والنفسية واطمئنان الجميع بزوال ما يهدده من مخاطر.

ويعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع اهتماما بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها بمدي اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها. لأن الطفل يعد النواة في جميع المجتمعات الإنسانية. أما الأطفال الذين لم يكن بمقدورهم التواصل والعمل والحياة بصورة طبيعية في المجتمع، أصبح لهم خصوصية رفيعة ومهمة كبيرة وواجب إنساني وأخلاقي على الجميع. ومن أجل تذليل كل الصعاب وتحسين الأجواء لهم وإمكانية العيش مع المجتمع بأقل عناء ووسيلة، تسعى المجتمعات

جاهدة للقضاء والسيطرة على تلك الأمراض وتأهيل المصابين منهم. ومن تلك الجماعات هم الأطفال المصابين بالتوحد.(شبيب،2008،ص11).

ويعد التوحد من الاعاقات التي لاقت اهتماما واسعا في الآونة الاخيرة. وذلك بهدف التعرف على هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذه الاعاقة، وتحديد خصائصهم من أجل الوصول الى تشخيص دقيق لهم، واتاحة أفضل أساليب التدخل لمواجهة احتياجات التوحديين التي تتنوع فتشمل نواحي النمو الاجتماعي، واللغوي، والسلوكي، والحسي، والمعرفي، والاكاديمي. ولما كان الاتجاه هو العمل على دمج هؤلاء الأفراد في المجتمع فما كان منا سوى أن نبحث في مجال اكسابهم بعض المهارات الأكاديمية التي تعمل من جانب على خلق وسائل بديلة للتواصل لهم ومن جانب آخر هي مهارات وظيفية يتعاملون بها مع أفراد المجتمع من حولهم.

ولذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبخاصة الطفل التوحدي (Autistic Child) في السنوات الأخيرة حتى أننا نجد أغلب دوريات علم النفس في الخارج أخذت في إعداد مقالات متخصصة عن هذه الفئة من الأطفال.وتظل حماية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مسؤولية انسانية واجتماعية ودينية عظمى، بل إن حمايتهم من العنف والقسوة من أعظم صور الأخلاق الرفيعة والسمو الإنساني، من خلال توعية المربين حول الآثار المترتبة على العنف، وإقامة الدورات والندوات التي تتحدث عن حقوق الأطفال المعاقين وما يجب علينا تجاههم، إضافة إلى البرامج التوعوية حول آلية التعامل معهم وكيفية تطبيق هذه البرامج في الحياة اليومية.

كما ان تنظيم واعداد البيئة الصفية للطفل ذو التوحد يعتبر من العناصر الهامة والأساسية التي لا يمكن التغاضي عنها. فالطفل ذو التوحد يعاني أصلا من عدم القدرة على التنظيم وضعف الذاكرة التتابعية أو المقدرة على ترتيب الأحداث، كما أنه يحب الروتين ويكره التغيير، لذا فهو بأمس الحاجة لبيئة منظمة ومحددة يجد بها كل شيئ في مكانه. كما أن الفصول الدراسية التي تحيط بها عوامل تشتيته خارجية كالحركة والضوضاء وغيرها،

تستهلك وقت المعلم والطفل، ولا نغفل أيضا مستوى الأمان في البيئة الصفية فهل كل شيئ لا نريد أن يعبث به الطفل تم وضعه في مكانه المناسب.(الخشرمي،2013،ص7).

ومن جانب آخر يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين سلوكيا. وقد أشارت دراسات عديدة الى أن تقدير المعلم هو من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية. ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين الا ان بعض الدراسات أشارت أيضا الى ان المعلمين كمجموعة يمكن أن يكونوا منحازين. من هنا يجب أن نمد المعلم بقائمة محددة من المشكلات التي يجب ان يلاحظها في الفصل بشكل دقيق دون تركه يتوقع ما نريد. ويطلب من كل مدرس من مدرسي الطفل كتابة تقرير عام يشرح فيه الأنماط السلوكية التي يتميز بها داخل الفصل وخارجه بحيث يتضمن أداءه الأكاديمي والمعرفي والحركي، وعلاقته مع زملائه ومدرسيه وأن تعقد مقارنة بينه وبين زملائه في جميع هذه الانماط السلوكية. كما وأن الاخصائي النفسي أيضا هو الذي يقوم بفحص حالة الطفل وكتابة ملاحظات عنها، بالاضافة الى اجراء الاختبارات اللازمة، وتستخدم هذه الملاحظات عادة في المساعدة على تفسير نتائج الاختبارات التي أجريت على الطفل، وكتابة تقرير عنها. بحيث يشتمل هذا التقرير على مشاعر وأحاسيس الطفل أثناء أداء الاختبار، وكيفية امساكه للقلم وعدد مرات توقفه أثناء أداء الاختبار واستخدام اصابعه في العد في المسائل الحسابية، واستخدامه للكلمات المناسبة للتعبير عن أفكاره وخواطره، ومدى التململ والثرثرة والنظر حوله أثناء أداء الاختبار.

(القريوتي وآخرون،2001،ص341).

حيث ركز (كانر) على أن الأعراض السلوكية وغير الطبيعية للتوحديين تكون واضحة منذ الطفولة المبكرة، كما أوضح أن المظهر الخارجي لهؤلاء الأطفال يبدو طبيعيا، على العكس من سلوكهم الغريب والشديد الاضطراب.ونادرا ما يندمج أولئك الأطفال في الالعاب الجماعية (التفاعلية). فالطفل التوحدي يفشل في تكوين مهارات التواصل مع الآخرين أو على الأقل يتأخر في ذلك. ان الانتباه (أو الانجذاب) المتبادل مطلب مهم وخطوة أولى

لتواصل أكثر تعقيدا وللتفاعل الاجتماعي، وبالتالي فإن الافتقار الى هذه المهارة يعتبر عرضا أساسيا للتوحد.(عياد،2010،ص39).

ومن خلال القياس يمكن إعطاء قيمة رقمية لأية صفة من الصفات طبقا لبعض القواعد أو الأسس، وهذه القيمة الرقمية هي التي تعطي للقياس طبيعته الخاصة التي يختلف بها عن الوسائل الأخرى لوصف السلوك الإنساني، وتمكننا البيانات الرقمية التي نحصل عليها عن طريق القياس من تقدير السلوك، كما تمكننا من الحكم على حالة الفرد أو الجماعة، ويمكننا القياس كذلك من الحصول على معلومات كما يمكن للفرد أو الجماعة أداءه في المستقبل.(عيد،2013،ص20).اذن هنا تكمن أهمية القياس والتشخيص في التربية الخاصة في تحديد أهلية الطفل لخدمات التربية الخاصة، وتحديد نوع واحتياجاته، وتحديد المكان والاسلوب المناسب لتقديم الخدمة للطفل ذي الاحتياجات الخاصة وخاصة الأطفال المصابين بالتوحد. وتأتي هذه الدراسة لتنسجم مع الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع فقد أصبح الاهتمام بهذه المشكلة ضرورة ملحة. حيث ان هناك الكثير من السلوكيات التي تصدر من الأطفال المصابين بالتوحد تتدرج في قائمة الأفعال التي لم تعد مقبولة لسلامتهم.

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة سعيا وراء الفهم فان أهمية دراسة التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته، مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة، بينما الطفل التوحدي يثبت عندها. كما يجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية، فالطفل الذي يولد بميول اجترارية قد يستفز أمه لتعامله بالتالي معاملة خاصة ومميزة عن باقي اخوته مما قد ينمى فيه ظواهر المرض. كما تأتي أهمية دراسة التوحد من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة على مضاعفات الاصابة بها.(سليمان،2000،ص16).

كما ان هذه الدراسة تقدم حصيلة معرفية عن الأمن الجسدي، حيث ان هذه الدراسة تتميز بأسلوبها في دراسة ظاهرة الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر

معلميهم. وتبدو أهمية هذه الدراسة بأنها تعد من أولى الدراسات العلمية المتخصصة في التعرف على الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم حسب علم الباحثون في اقليم كوردستان – العراق. كما يأمل الباحثون ان تشكل هذه الدراسة أهمية خاصة بالنسبة الى البرامج التربوية والنفسية والتي تقع عليها مسؤولية تحقيق الأمن الجسدي لدى هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد، كما تسهم في صياغة أفضل وأكثر واقعية لبرامج المساعدة النفسية والتربوية من قبل المسؤولين في التربية والتعليم وآبائهم والمرشدين في المدارس والمراكز الحكومية والخاصة (الأهلية) بتوفير الأمن الجسدي للأطفال المصابين بالتوحد.

وتتجلى أهمية هذا البحثفي أنها تتناول فئة من أهم الإعاقات الذهنية ومن أشدها خطورة وهي إعاقة التوحد والتي يكون لها تأثيرا واضحا علي جوانب شخصية الطفل بأكملها بما في ذلك التواصل مع الآخرين والذي يعد بمثابة الدعامة الأساسية في تعليم هذه الفئة في مرحلة الطفولة المبكرة.أن ما يتوصل إليه الدراسة من نتائج سوف تخدم بلا شك فئة الأطفال التوحديين والمحيطين بهم، وتخفيف من وطأة الضغوط الوالدية. أن تقديم المساعدة وعلاج هذه الفئة أو تحقيق تقدم إيجابي في شخصية الطفل وسلوكه وتفاعلاته ومهاراته يعتبر إضافة ونقلة من طفل معتمد على الغير إلي طفل طبيعي يعتمد علي نفسه ومنتج. كما أنها تقدم مقترحاتلعلاج سلوكي يمكن تطبيقه، والاستفادة منه في مجال تنمية الأمن الجسدي لدي هذه الفئة من الأطفال.

ثالثا: أهداف البحث:يهدف البحث الحالي إلى:

1– قياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم.

2– معرفة دلالة الفروق في مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد وفقا لمتغير الجنس (ذكور – إناث)من وجهة نظر معلميهم.

رابعا: حدود البحث:يقتصر البحث الحالي على معلمي مراكز ومنظمات (الحكومية وغير الحكومية) المهتمة بأطفال مصابين بالتوحد في مركز محافظة اربيل للعام (2016–2017).

خامسا: تحديد المصطلحات:فيما يأتي تحديد لأهم المصطلحات الأساس الواردة في عنوان البحث:-

أ-الأمن الجسدي: نظرا لأن الباحثون لم يحصلوا على تعريف محدد للأمن الجسدي، قاموا بتعريفه كالآتي: الأمن الجسدي هي وقاية شخص من المخاطر، وضمان أمنه وسلامته عن طريق وسائل قانونية أو مادية. اأو هي قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية والمحافظة بالذات من خطر الحوادث في أي مكان.

ب-التوحد

1- تعريف (زكريا وسالم،2013): خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، يتم تمييزه من خلال ضعف مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي.(زكريا وسالم،2013، ص85).

2- تعريف (الشدوخي والجبر،2010): هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ، يحدث في السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويظهر فيه الأطفال صعوبات فيالتواصل مع الآخرين، والتفاعل الاجتماعي،واللعب التخيلي، إضافة إلى ظهور أنماط من السلوك غير المناسب.(الشدوخي والجبر،2010، ص7).

3- تعريف (حسن،2007): هو حالة غير عادية، تظهر على شكل اعاقة في النمو خلال السنوات الثلاث الاولى من العمر، وينتج عن اضطراب في المخ مما يؤدي الى عدم قيام المخ بوظائفه، ويتصف الاطفال التوحديون باعاقة لغوية وضعف في التفاعلات الاجتماعية واضطراب جسدية وخلقية.(حسن،2007،ص6).

ج-طفل متوحد Autistic Child

- تعريف (عاقل،1988): طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم. والاطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون ساعات باصابعهم مثلا أو بأوراقهم، انهم يبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية.(عاقل،1988،ص45).

د-معلموا الفئات الخاصة

- تعريف (الزيودي،2004): هم الأشخاص الذين يعملون مع الأطفال ذوي الفئات الخاصة ويقدمون لهم الخدمات التعليمية والتدريبية. والفئات الخاصة تشمل الاعاقة

السمعية، الاعاقة البصرية، الاعاقة الحركية، الاعاقة العقلية، الاعاقة الانفعالية، التوحد، صعوبات التعليم واضطراب النطق واللغة.(الزيودي،2004،ص200).

التعريف الاجرائي: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة المشمولة بالدراسة من معلموا أطفال التوحد من خلال إجاباتهم عن الأداة المستخدمة لقياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحدوالمعدة لإغراض البحث العلمي.

(الإطار النظري والدراسات السابقة)

المقدمة:التوحد اضطراب نمائي يصيب الأطفال في مرحلة مبكرة من الحياة (غالبا في سن الثالثة من العمر) ويتميز هذا الاضطراب بثلاث صفات رئيسة هي: **أولا:** توقف أو تأخير أو تراجع النمو بمختلف جوانبه. **ثانيا:** ظهور استجابات غريبة للمثيرات الحسية بما في ذلك تجنب النظر في عيون الآخرين واستجابة مفرطة أو قليلة للصوت واللمس. **ثالثا:** تأخر واضطراب في اللغة والكلام وما ينتج عن ذلك من صعوبة في التواصل مع الناس والأشياء والحوادث. وتتسبب هذه الحالة بفعل عوامل سيكولوجية مثل اسلوب الرعاية الوالدي المتلبد انفعاليا والقاصي أو نقص الأبوة المناسبة. وبذلك يكون التوحد وسيلة دفاعية يتخذها الطفل ضد عالم عدواني ونابذ له، وتتمثل هذه الوسيلة بالانسحاب الى عالم خاص ينسجه الطفل من وحي خيالاته ويحاول تنظيمه بأفعاله القهرية الرتيبة. ويعزو بعض العلماء حالة التوحد الى فشل الأم بتزويد طفلها بالحب والعطف. أما العوامل التكوينية فيتم التأكيد عليها في المراحل المبكرة من العمر، وتعود إما الى خلل في الجهاز العصبي، خصوصا الخلل الذي يحدث في مراكز الحس واللغة والحركة. وقد تنتج حالة التوحد عن ولادة الطفل مزودا بصفات جسدية معينة مثل نعومة الشعر الشديد، وكبر محيط الرأس، في حين يرجع بعض العلماء الحالة الى العمر المتقدم للأب والأم عند مرحلة الحمل. وخلاصة القول ان التوحد محصلة لعوامل متنوعة نمائية ووراثية وتكوينية وبيئية تجعل من هذه الحالة موضوعا محاطا بالإبهام والغموض.(أبو زعيزع،2013،ص128).ويوجد اضطراب التوحد في كل دولة ومنطقة من العالم، وفي

الأسر من كل الخلفيات العرقية، الدينية، والاقتصادية. بمعنى أنه اضطراب لا يعرف حدودا جغرافية أواجتماعية أواقتصادية أو عرقية معينة،إذ أنه يصيب بعض الأطفال بغض النظر عن ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية والعرقية.(أبو حلاوة،1997،ص7).

أصل كلمة التوحد: تشتق كلمة التوحد (Autism) من الكلمة الإغريقية (aut) وتعني النفس أو الذات وكلمة (ism) وتعني انغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الانغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي. وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن اقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء ولديه امكانيات معرفية جيدة، كما ان الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل.(مصطفى والشربيني،2011،ص26).

أنواع التوحد: حيث ان الكثير من أطفال التوحد لا تظهر عليهم الخصائص نفسها، أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون للبحث عن طرق لتصنيف التوحد. وبسبب هذا أصبحنا نرى تصنيفات مختلفة اقترحها بعض الباحثين، معتمدين في ذلك على المستوى الوظيفي والعمر، وتتحدث هذه التصنيفات عن الاصابة وعدد الاعراض وشدتها. في حين يرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة قد تكون بسبب الانماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ.(المغلوث،2006،ص47).

اقترحت (ماري كولمان) ثلاثة تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة والسابعة، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر، والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي.

واقترح كل من (سيفين وماتسون وكو وفي وسيفين Sevin, Matson, Coe Fee &Sevin 1991) تصنيفات من أربع مجموعات كما يلي:

1– المجموعة الشاذة Atypical Group: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2– المجموعة التوحدية البسيطة Mildly Autistic Group : يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

3– المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group : ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4– المجموعة التوحدية الشديدة Severely Autistic Group : أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ.(مصطفى والشربيني،2011،ص32).

وهناك تصنيف اخر وكما يلي:

1– اضطراب التوحد Autistic Disorder

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه (كانر)، و يسمى أيضا (التوحد التقليدي)أو (توحد كانر) حيث يظهر فيه ثالوث الأعراض وهم الخلل في القدرة على التواصل، ضعفي الجانب الإجتماعي والانفعالي، والسلوكات الروتينية والنمطية، ويظهر عادة قبل أن يبلغالطفل الثالثة من عمره، وأعراضه تظهر باختلاف شديد من شخص إلى آخر، و يعود هذاالاختلاف إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد.(الشامي،2004،ص57).

2– متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي (هانز اسبرجر1994) ويعتبر مناضطرابات طيف التوحد، ويتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصلي واهتمامات محددة وسلوكات نمطية ولا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفافي القدرات العقلية أو تأخرا لغويا ويعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعفا في

تكوين الصداقات وخلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية.(الامام والجوالدة،2010). وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط.ويتم اكتشاف هذا الاضطراب بعد فترة نمو طبيعي في معظم محاور النمو التي قد تمتدمن عمر (6) سنوات.(فراج،2002،ص4)(محمد،2003،ص32).

3– متلازمة ريت Rett Syndrome

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث وهو من الاضطرابات النادرة، ويصيبمولودا واحدا من كل (15,000) مولود وهو عبارة عن خلل عميق وقد اكتشفه (Rett 1977) في المخ ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية.(موسى،2002،ص37).

4– اضطرابات الانتكاس الطفولي Chilhood Disintegrative Disorder CDD

يظهر هذا الاضطراب بعد سنتين من العمر، يبدأ الطفل بفقدان العديد من المهاراتالأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة، يبدأ الاضطراب بظهور حركات غير عاديةمترافقة مع مشكلات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وظهور خلل في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ومشكلات في التواصل اللفظي وصعوبة في التعامل مع الأقران وتكوينصداقات وتظهر سلوكات تكرارية ونمطية ويترافق مع إعاقة عقلية شديدة ولا يعاني من هذا الاضطراب، يعد من أندر الحالات فهو مشكلات عضلية وعصبية يحدث لمولود واحد من كل (100,000) مولود، وهو يشبه اضطراب اسبيرجر حيث إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث (الشامي،2004،ص62).

5– الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified

يظهر هنا معظم صفات التوحد ومظاهره، وتكون غالبا أبسط صور اضطراب التوحد،وتحمل الصفات ذاتها للتوحد، وهي الخلل في الجانب الاجتماعي والانفعالي واضطراباتفي المهارات اللفظية وغير اللفظية، ويصعب تشخيص هذه الحالات على أنها

توحد لأن هناكالعديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي.(Volkamar,2005).

أسباب التوحد: التوحد ليس مرضا محددا ذا عرض معين، وليس له تحاليل واختبارات تحدده، بل هي مجموعة من الأعراض والتصرفات تختلف حدتها ونوعيتها من طفل لآخر كما انها تتفاوت في الطفل نفسه، والطفل نفسه تختلف هذه الأعراض لديه بالزيادة والنقصان. ومع العديد من الدراسات والأبحاث التي أجريت ما زالت أسباب التوحد مجهولة. وتعزى أهمية تحديد أسباب التوحد الى:

1– التحديد الدقيق لمحددات أسباب التوحد والعمل على خفض معدلات انتشاره.

2– إجراء البرامج التي من شأنها أن تقلل من حدوث التوحد.(مصطفى والشربيني،2011،ص37).

نظريات تفسير التوحد: عندما بدأ التعرف على التوحد فسر بعض الاطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على انه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الاولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي الى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده. ولكن مع زيادة الاهتمام بالتوحد ودراسته ظهرت نظريات وتفسيرات تعارض ما اتجه له اتباع مدرسة التحليل النفسي في تفسير أسباب التوحد.ومن أبرز النظريات التي تفسر أسباب التوحد ما يلي:

العوامل البيولوجية:ويعتقد الباحثون ان جميع الافراد التوحديين يعانون من تلف دماغي ودليل ذلك ان التوحد مرافق للعديد من الامراض العصبية والصحية والاعاقات المختلفة، وكذلك وجود اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الافراد التوحديين. (غزال،2007،ص15). وأثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطا بين بعض حالات التوحد في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال.(المغلوث،2006، ص57). ويرى أنصار العوامل البيولوجية ان العوامل البيولوجية التي ينتج عنها الاصابة بالاوتيزم تتمثل في اصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو اصابة جهاز المناعة بالجسم. (عليوه،1999،ص73).

التفسيرات الجينية:أما التفسيرات الجينية ترى أن وجود خلل في الجينات أو الكروموسومات في مرحلة مبكرة للطفل يؤدي للاصابة بالتوحد، حيث أجريت دراسات رجحت الأساس الجيني للتوحد، ولكن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة وهناك دراسات ترى ان بعض الاجزاء في الكروموسومات تحتوى على عدة جينات مسببة للتوحد.(غزال،2007،ص15).ويعتبر أنصار نظرية العوامل الوراثية ان الاوتيزم هو أحد النتائج المحتملة للذين يحملون الجينات التي لديها استعداد لاضطرابات التواصل أو الاضطرابات التعليمية الاخرى. فقد يؤدي الشذوذ في الكروموسومات الى الاصابة بالاوتيزم.(عليوه،1999،ص73).

العوامل العصبية:أما انصار نظرية الخلل الوظيفي في المخ يشير بأن الخلل في جهاز الادراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالاحساس وعدم القدرة على الاحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الاطفال التوحد ويترتب عليه صعوبة تقديم افكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم. كما ركز انصار هذه النظرية على الارتباط بين العجز اللغوي لدى التوحد ووظيفة الجزء الايسر من المخ وبهذا تم ارجاع الاصابة بالاوتيزم الى الخلل الوظيفي في عمل الجزء الايسر من المخ لدى هؤلاء الاطفال.(عليوه،1999،ص74).وفي حالة كون التوحد ناتجا عن عوامل عضوية، فان العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System ، ولقد دعمت الأدلة العلمية هذا الافتراض. فمعظم الاشارات التميزية للتوحد مثل: اعاقة تطور اللغة، والتخلف العقلي والسلوك الحركي الشاذ، والخمول، ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي. (المغلوث،2006،ص57).

النظريات المعرفية: لا أحد ينكر أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة، وتؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والابداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات. وهناك فرضيات أو نظريات معرفية أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب ادراكية رئيسة، ولكنه نتيجة لعيوب ادراكية متعددة.

نظرية العقل: ومفاد هذه النظرية كما تقول (فريث Frith) بان الاعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد التوحديون تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، والتي تقول بان الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص، يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. وخلاصة نظرية العقل هذه هي ان العجز الاجتماعي الملحوظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم.(المغلوث،2006،ص59).

كما ويوجد العديد من التفسيرات الوراثية والبيئية والغذائية، ولكن الى الان لا يوجد سبب رئيسي يتفق عليه الجميع ليكون السبب بالاصابة بالتوحد.(غزال،2007،ص15).ويعتقد البعض ان أسباب الاوتيزم نفسية عاطفية، والبعض الآخر يعتقد أنها عضوية بيولوجية وراثية، بيوكيميائية، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب الاوتيزم ترجع الى النتاج المشترك الاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالاضافة الى ما يحدث داخل محيط الاسرة من صدمات وضغوط وعوامل احباط وغيرها.(عليوه،1999،ص78).

ثانيا: دراسات سابقة

1–دراسة بيومي (2008)بعنوان (فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العنايةبالذات لدى الأطفال التوحديين). هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدي الأطفالالتوحديين، وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفالالتوحديين، واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي،على عينة من (12) طفل من الأطفالالتوحديين،أعمارهم ما بين (9–12) سنة، والمجموعة التجريبية (6) أطفال (3ذكور،3اناث)، والضابطة(6) أطفال (3ذكور،3اناث)،من أطفال جمعية التثقيف الفكري بالإسماعيلية،في مدة زمنية (4) شهور، واستخدمت الباحثة قائمة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدىالأطفال التوحديين من إعداد الباحثة، وبرنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات للأطفالالتوحديين من

إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج كان أهمها: توجد فروق ذات دلالةإحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العنايةبالذات ومجموع الأبعاد في القياسين القبلي والبعدى، وذلك لصالح القياس البعدي، بينما لا توجدفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموع الضابطة في القياسين القبليوالبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد، بينما لا توجد فروق ذات دلالةإحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذاتومجموع الأبعاد في القياسين البعدي والتتبعي.

2– دراسة موسى (2013) بعنوان(برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد). هدفت الدراسة إلى بناء مقياس لقياس قدرة الطفل التوحدي على ادراك أمنه الجسدي، وإعداد برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد، والتعرف على أثر استخدام الألعاب والأنشطة المتظمنة في برنامج التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد، واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي، على عينة من (12) طفل من الأطفال التوحديين، أعمارهم ما بين (4–6) سنة، وتم سحب طفلين للتجربة الاستطلاعية وباقي أفراد العينة وهم (10) اطفال للتجربة الرئيسية وقامت الباحثة بقسمتهم عشوائيا لمجموعتين الأولى تجريبية (5) أطفال والثانية ضابطة (5) أطفال، من أطفال مركز التدخل المبكر لرعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والملحق بكلية الرياض – جامعة الاسكندرية، في مدة زمنية (2) شهرين، واستخدمت الباحثة مقياسيتكون من اربعة أبعاد لقياس قدرة الطفل التوحدي على ادراك أمنه الجسدي، من إعداد الباحثة، وإعداد برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد من إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج كان أهمها: ان البرنامج قد نجح في تطوير الأمن الجسدي للطفل التوحدي في مهارات التكامل الحسي.

منهجية البحث وإجراءاته

أولا: منهجية البحث: سيتم اعتماد الباحثون على منهج البحث الوصفي لكونه يناسب مع طبيعة وأهداف البحث الحالي.

ثانيا: مجتمع البحث: تكون مجتمع الدراسة من جميع معلمي ومعلمات مراكز ومنظمات(الحكومية وغير الحكومية) المهتمة باطفال المصابين بالتوحد خلال العام (2016 – 2017) والبالغ عددهم (81)(*)معلما ومعلمات، وقد كان عدد الذكور في مجتمع الدراسة (30) معلما، أما عدد الاناث (51) معلمة. والجدول (1) يوضح مجتمع البحث.

جدول رقم (1)

يوضح مجتمع البحث

ت	اسم المركز أو المنظمة	نوع المركز أو المنظمة	عدد المعلمين والمعلمات		المجموع
			ذكور	اناث	
1	مركز الأوتيزم أربيل.	حكومي	1	13	14
2	منظمة هوما للمصابين بالتوحد في كوردستان.	غير حكومي	5	4	9
3	مركز الأمل الاردني للتوحد والاعاقات النمائية.		3	4	7
4	مركز هانا لتأهيل الأطفال المصابين بمرض التوحد في اربيل.		4	9	13
5	مركز باهوز لتأهيل أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.		2	14	16
6	مركز دار العطاء اربيل لتأهيل أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة.		14	2	16
7	المدرسة الكندية الدولية – قسم ذوي الاحتياجات الخاصة.		1	5	6
المجموع الكلي			**30**	**51**	**81**

(*) تم الحصول على هذه المعلومات من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ودائرة المنظمات غير حكومية ومن ثم تم تأكد الباحثون من هذه المعلومات منمراكز التوحد .

ثالثا: عينة البحث: تكونت عينة الدراسة من (60) معلما ومعلمة، والبالغ عددهم (20) ذكورا و(40) إناثا، وذلك فيعام(2016–2017). ولأن مجتمع الدراسة صغيرة أخذ الباحثون مجتمع الدراسة كاملا.

رابعا: أداة البحث: لتحقيق أهداف البحث الحالي تطلب وجود مقياس لقياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم، واعتمد الباحثون على مقياس (موسى 2013).وذلكبالاعتماد على خطوات وإجراءات بناء وتطوير المقاييس وكما يأتي:–

■ **تحديد أبعادوفقرات المقياس لقياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم: –**

في ضوء الاطار النظري والخلفية النظرية لمفهوم الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد،اعتمد الباحثون على مقياس (موسى 2013)لقياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم، ولغرض التأكد من دقة وصلاحية تلك الابعاد وفقراتها ومدى ملائمتها وشمولها أو تمثيلها لقياسالأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، تم عرض تلك الابعاد وفقراتها على عدد من الخبراء والمحكمين في التربية وعلم النفس والقياس والتقويم،ليحددوا مدى صلاحية الابعاد وفقراتها ومدى تغطيتها لمفهومالأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، حيث طلب منهم بيان رأيهم في مدى صلاحية كل بعد وفقراتها لمفهومالأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحدوابداء أي ملاحظات أو دمج أي بعد مع غيره أو إضافة أية بعد آخر يرونه ضروريا ومدى الانتماء وصلاحية الفقرات للابعاد.وفي ضوء إجابات الخبراء وملاحظاتهم وآرائهم حصل المقياس على موافقة أغلبية الخبراء بنسبة (85%). وبهذا أصبح عدد أبعاد مقياس الأمن الجسدي بصيغته النهائية مكونا من (4)أبعاد، وقد حظيت جميع تلك الابعاد بموافقة (80%) فأكثر من آراء الخبراء الذي اعتمد كمعيار لصلاحية البعد، والابعاد هي كالتالي: 1– مهارة الوعى بأجزاء الجسم. 2–مهارة الوعى المكاني. 3–مهارة التحكم والانضباط. 4–مهارة التغذية الحسية.

وللتحقق من صلاحية فقرات المقياس بصورتها الأولية تم عرضها على مجموعة من الخبراء المختصين في العلوم التربوية والنفسية والقياس والتقويم،لتقدير مدى صلاحيتها في قياسمستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم كما تبدو ظاهريا،وبعد فحص الخبراء لهذه الفقرات فحصا منطقيا وفي ضوء آرائهم استخرجت نسب اتفاقهم على صلاحية تلك الفقرات كي تعد صادقة في قياس البعد الذي أعد لقياسه معتمدا نسبة اتفاق (80%) معيارا لذلك، ولهذا تم حصولالمقياس على اتفاق الخبراء، وبذلك أصبح عدد الفقرات المطلوبة (41) فقرة كما حدد ذلك فعلا والذي سيتم استخراج الخصائص السيكومترية اللازمة لها للتأكد من صلاحيتها لقياس أهداف البحث.

الخصائص السيكومترية لمقياس الأمن الجسدي:أشار المختصون في القياس النفسي إلى أن الصدق والثبات من أهم الخصائص السيكومترية التي يجب توفرها في المقياس النفسي، ليمكن استخدامها في التوصل إلى نتائج يمكن في ضوئها اتخاذ قرارات مناسبة.(عبدالرحمن،1983،ص84) وفيما يأتي توضيح لكيفية حساب تلك الخصائص: –

أولا: صدق المقياس: ويقصد بالصدق أن يقيس المقياس فعلا الظاهرة أو السمة التي وضع المقياس لأجل قياسها أي يقيس المقياس فعلا ما يقصد أن يقيسه.(سعيد،2007،ص291).

ولغرض زيادة التأكد من صلاحية المقياس الحالي لقياس ما وضع لأجل قياسه عمد الباحثون إلى إيجاد **الصدق الظاهري**. والتي تتضمن في مدى تمثيل وصلاحية أداة القياس لما صممت من أجل قياسه.(أبوحويج،2002،ص134). وقد أشار (ايبل Ebel 1972) إلى أن أفضل طريقة للتأكد من الصدق الظاهري للمقياس هي عرض فقراته على مجموعة من الخبراء للحكم على صلاحيتها في قياس الخاصية المراد قياسها.(Ebel,1972,p:522). كما أشار (عودة،1999) إلى إمكانية التوصل إلى الصدق الظاهري للمقياس من خلال التوافق بين تقديرات مجموعة من الخبراء المختصين على درجة قياس المقياس للسمة المقاسة.(عودة،1999،ص37).

ولتحقيق ذلك قام الباحثون بعرض الأبعاد وفقرات المقياس بصيغتها الأولية على مجموعة من الخبراء من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التربية وعلم النفس والقياس والتقويم والبالغ عددهم (10)خبيرا،للتأكد من مدى صلاحية الفقرات ومدى ملاءمتها للبعد الذي وضعت فيه، واعتمد الباحثون في قبول كل فقرة في حال نالت نسبة موافقة (80%) فأكثر، وابعاد الفقرات التي حصلت على أقل من هذه النسبة. وفي ضوء تحليل استبيانات الخبراء تم المقياس الحصول على نسبة اتفاق الخبراء المعتمدة كمعيار لذلك والبالغة (85%) وهذا يعني أن المقياس أصبح ذا صدق ظاهري.

ثانيا: ثبات المقياس:تعد خاصية الثبات من الخصائص السيكومترية المهمة للمقاييس والاختبارات النفسية التي تلي الصدق.(المفتي،2011،ص68).ولتقدير ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبارلغرض ايجاد ثبات المقياس فقد تم الاعتماد على طريقة الاختبار وإعادة الاختبار، حيث اختار الباحثون (16) معلما ومعلمات في مراكز ومنظمات المهتمة بالأطفال المصابين بالتوحد.وتم تطبيق المقياس عليهم مرتين، وللحصول على معامل استقرار دقيق لابد أن تكون الفترة الزمنية بين مرتي تطبيق المقياس بين أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.(Anastasi&Urbina,1997,p:92). ويطلق على معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة بمعامل الاستقرار، أي استقرار المقياس خلال الفترة بين التطبيقين الأول والثاني.(أبولبدة،1985،ص263).وعليه وبعد مرور فترة أسبوعين على التطبيق الأول قام الباحثون بإعادة تطبيق الأداة وبصورته ذاتها وعلى الأفراد أنفسهم، ومن ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيق الأول والثاني باستخدام معامل ارتباط (Person) قد بلغ قيمة معامل الارتباط (0.82). وهو معامل ثبات جيد يمكن الاعتماد عليه.

ثالثا:تعليمات المقياس:ولغرض أن يأخذ المقياس صورته النهائية ويصبح جاهزا للتطبيق قام الباحثون بإعداد تعليمات المقياس للإجابة على فقرات المقياس، أوضح فيها الباحثون للمستجيب كيفية الإجابة على فقرات المقياس بعبارات بسيطة وواضحة مع عبارات تطمئن وتشجع المعلم والمعلمة على الإجابة بصراحة ودقة مع الإشارة إلى عدم الحاجة إلى ذكر

اسمهم واعلامهم بأنه لا يوجد جواب صحيح وآخر خطأ وكل ما يختاره يعبر عن رأيه وهو صحيح بالنسبة له، مع التأكيد بأن لاأحد يطلع على ورقة إجابتهم سوى الباحثون.ولغرض التأكد من وضوح تعليمات المقياس وفقراته وبدائل الإجابة عنها قام الباحثون بتطبيق المقياس على عينة من المعلمين والمعلمات قد بلغ عددهم (5) معلم ومعلمة اختيروا بصورة عشوائية في (2)مركز للأوتيزم وذلك من غير عينة البحث بهدف التعرف على مفهومية الفقرات وتعليمات المقياس والوقت المستغرق للإجابة على المقياس، وتبين للباحثون أن جميع فقرات المقياس وتعليماته كانت واضحة من خلال عدم إثارة تساؤلات مهمة عنها من قبل أفراد العينة، كما وجد أن الوقت المستغرق للإجابة قد تراوح تقريبا ما بين (30–60) دقيقة وبمتوسط (45) دقيقة (تطبيق فردي وجماعي) وبذلك أصبح المقياس جاهزا للتطبيق بصيغته النهائية. كما في الملحق (1) و(2).

رابعا: وصف أداة البحث:اعتمد الباحثون على مقياس (موسى 2013) ويتكون المقياس من (41) فقرة تغطي أربعة أبعاد، كل بعد يمثل أنشطة رئيسية، ويندرج تحت كل نشاط مجموعة من المهارات الفرعية تمثل الوعي المكاني، مهارات الوعي بأجزاء الجسم، مهارات التحكم والانضباط، مهارات التغذية الحسية، والجدول (2) يوضح مواصفات المقياس.

جدول رقم (2)

يوضح مواصفات مقياس الأمن الجسدي

ت	أبعاد المقياس	عدد الفقرات
1	مهارة الوعى بأجزاء الجسم.	10
2	مهارة الوعى المكاني.	11
3	مهارة التحكم والانضباط.	10
4	مهارة التغذية الحسية.	10
	مجموع فقرات المقياس	41

خامسا: تصحيح المقياس:وقد استخدم الباحثون ثلاث بدائل أمام كل فقرة من فقرات المقياس، على القائم بالتنفيذ أن يختار أي مهارة تنطبق على الطفل، وذلك من خلال احتكاك الطفل المباشر بأي منهما بتحديد درجات مقياس الأمن الجسدي لأطفال التوحد (3 ، 2 ، 1) للفقرات. أمام كل منها تقدير ثلاثي (دائما، أحيانا، نادرا) وتحدد ثلاث درجات عند الاختيار (دائما)، ودرجتان عند الاختيار (أحيانا)، ودرجة واحدة عند الاختيار (نادرا).

سادسا: تطبيق أداة البحث: بعد أن أعد الباحثون المقياس بصيغته النهائية والمؤلف من (41) فقرة قام بنفسهما بتطبيقه على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (60) معلما ومعلمة في مراكز ومنظمات الحكومية وغير الحكومية المهتمة بالأطفال التوحديين التي تم الإشارة إليها في عينة البحث سابقا حيث أعطيت لكل معلما ومعلمات من أفراد العينة استمارة لفقرات المقياس طالبا منه الإجابة من خلال التأشير تحت البديل الذي سيختاره، بعد تثبيته نوعية جنسه لأهداف البحث الحالي وبعد التوضيح لهم على كيفية الإجابة لفقرات المقياس، استغرقت مدة التطبيق (25) يوما تقريبا للمراكز والمنظمات، وذلك لانتشار المراكز والمنظمات المشمولين في الدراسة والأماكن المتباعدة ضمن مركز محافظة أربيل وقد تطلب ذلك أحيانا مراجعة الباحثون لبعض المراكزوالمنظمات لمرات عديدة بسبب التزاماتهم أثناء الدوام.

وبعد الانتهاء من عملية التطبيق لمقياسالأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهمبصيغتها النهائية، قام الباحثون بتدقيق الإجابات من حيث إكمال المستجيب للإجابة على جميع الفقرات ودقة الإجابة تبين أن جميع ورقة إجابة كانتكاملة (60) استبيان خضعت لعملية التصحيح من قبل الباحثون. وقد اعتمد على البدائل المتدرجة لتصحيح المقياس، لذا صيغت ثلاثة بدائل للإجابة على فقرات المقياس وفق هذه الطريقة وهي كالآتي (دائما، أحيانا، نادرا) حيث وضع أمام كل فقرة ثلاثة بدائل، ويشير بديل (دائما) إلى الإجابة على وجود الأمن الجسدي بدرجة عالية لدى الأطفال المصابين

بالتوحد ويعطي له وزن (3) درجات والثاني (أحيانا) ويشير إلى الإجابة المعتدلة ويعطي له وزن (2) درجات والثالث (نادرا) ويعطي له وزن (1) درجة، ولكون المقياس مكون من (41) فقرة، إذن تكون أعلى درجة للمقياس هي (123) وأقل درجة هي (41) والوسط الفرضي للمقياس هو (82).

سابعا: الوسائل الإحصائية:لتحقيق أهداف البحث ومعالجة البيانات إحصائيا واستخراج النتائج تم استخدام الوسائل الإحصائية التالية: –

1– النسبة المئوية لغرض استخراج نسبة اتفاق الخبراء على صلاحية فقرات مقياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم.(الطبيب،1999،ص273).

2– معامل ارتباط بيرسون (Person) لإيجاد ثبات مقياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار.(البياتي وأثناسيوس،1977،ص183).

3– الاختبار التائي (T – test) لعينة واحدة للتحقق من وجود مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم بدلالة إحصائية لدى أفراد عينة البحث بين المتوسط النظري والحسابي.(Stephens, 2009,P:158).

4– الاختبار التائي (T – test) لعينتين مستقلتين لحساب دلالة الفروق في مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم تبعا لمتغير الجنس (ذكور – اناث).(Aron,et al,2006,P234).

وتم الاستعانة في تطبيق بعض المعادلات أعلاه بنظام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

نتائج البحث ومناقشتها

أولا: بالنسبة للهدف الأول المتعلق ب (قياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم):-

وللتحقق من ذلك قام الباحثون بتصحيح الإجابات لأفراد عينة البحث البالغ عددهم (60) معلما ومعلمة واستخراج الدرجات الكلية لهم وبعد تحليل البيانات ومعالجتها إحصائيا بالوسائل الإحصائية المناسبة، أظهرت النتائج بأن درجات مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم لهم، كانتالمتوسط الحسابي (81.02) درجة وبانحراف معياري (15.325) درجة وهي اقل من المتوسط الفرضي للمقياس البالغ (82) درجة، ولمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطين استخدم الباحثان الاختبار التائي (t – test) لعينة واحدة وقد بلغت القيمة التائية المحسوبة (0.427) درجة وهي أقل من القيمة التائية الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (59)، والجدول (3) يوضح ذلك.

الجدول (3)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمتوسط النظري والقيمة التائية المحسوبة والجدولية لأفراد عينة البحث

عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	القيمة التائية		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
60	81.02	15.325	82	59	0.427	1.96	0.05 غيردالة

وفي ضوء ما ورد في الجدول أعلاه من نتائج يمكن القول،بان الاطفال المصابين بالتوحد لا يتمتعون بالامن الجسدي من وجهة نظرمعلميهم، وهذا يعني بأن الطفل التوحدي يعاني من صعوبات في مختلف المجالات الحسية التي تشتمل على اللمس والحركة والوعي بالجسم والبصر والصوت وقوة الجاذبية، وان المعلمين يعانون السيطرة عليهم، او قد يكون

السبب في ذلك النتيجة بأن المعلمين في هذا المجال غير مؤهلين تربويا ونفسيا أو غير مختصين في هذا المجال لتعليمهم امور يساعدهم في الحفاظ على سلامتهم الجسدية. ولان الطفل التوحدي يفتقر الى الوعي الجسدي ولا يوجد لديه مفهوم واضح عن جسمه، فهو لا يستطيع أن يميز نفسه من الجماد والحيوان والنبات ويتعامل مع أجزاء الجسم كما لو كانت منفصلة، وهنا يقف المعلم عاجزا في تقديم العون اللازم لهم.

ثانيا: بالنسبة للهدف الثاني المتعلق بمعرفة دلالة الفروق الاحصائية في مستوى قياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم وفقا لمتغير الجنس (ذكور – إناث):-

لمعرفة دلالة الفروق في مستوى قياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم وفقا لمتغير الجنس (ذكور – إناث)، استخرج الباحثون المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث لدرجات قياس مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم تبعا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث) والبالغ عددهم الكلي (60) معلما ومعلمة بواقع (20) ذكورا و(40) إناثا، وقد بلغ متوسط الحسابي لدرجات للمعلمين للذكور (73.60) درجة وبانحراف معياري (11.126). في حين بلغ متوسط الحسابي لدرجات الإناث (75.85) درجة وبانحراف معياري (11.482) درجة، ولمعرفة دلالة الفروق وفق متغير الجنس (الذكور، الإناث) استخدم الباحثون الاختبار التائي (t- test) لعينتين مستقلتين، وقد أظهرت النتائج بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين معلمين الذكور ومعلمات لإناث في وجهات نظرهم للامن الجسدي لدى اطفال المصابين بالتوحد، لأن القيمة التائية المحسوبة بينهما قد بلغت (0.427) درجة وهي اقل من القيمة الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى دلالة (0.05). والجدول (4) يوضح ذلك.

الجدول (4)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية المحسوبة والجدولية لدرجات مستوى الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم تبعا لمتغير الجنس (الذكور،الإناث)

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		مستوى الدلالة
				المحسوبة	الجدولية	
الذكور	20	73.60	11.126	0.427	1.96	0.05
الإناث	40	75.85	11.482			

يتضح من الجدول (4) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) تبعا لمتغير الجنس (معلمين الذكور– ومعلمات الإناث) وقد يعود ذلك الى ان معظمهم معلمي سواء كان الذكور أو الاناث يمارسون نفس المهام وبنفس الاساليب في تعليم الاطفال، أو هم غير مختصين في هذا المجال مما يؤدي ذلك اتباع اساليب غير مجدية في تنمية وتعليم مهارات الامن الجسدي لدى اطفال المصابين بالتوحد وبالتالي عدم ايجاد الاسس العلمية لتطوير قابلياتهم والتغلب على الصعوبات التي يمكن يواجهونها اثناء التعامل معهم داخل المركز، وهذا ما يجعل الطفل غير قادرعلى خدمة نفسه والسيطرة على تصرفاته اثناء مراحل حياته.

التوصيات:

استكمالاً لنتائج البحث يوصي الباحثون بتقديم بعض التوصيات الضرورية والهامة:

1- فتح دورات تأهيلية وتدريبية للمعلمين في المراكز الخاصة لاطفال المصابين بالتوحد الحكومية وغير الحكومية.

2- قبول خريجي كليات التربية – الاقسام الانسانية خاصة قسم التربية الخاصة في مراكز ومنظمات حكومية وغير حكومية.

3- الاستعانة بخبرة اطباء النفسانين واساتذة الصحة النفسية وعلم النفس عن طريق تقديم سمينارات حول كيفية تأهيل وتعليم المعلمين لخدمة الاطفال المصابين بالتوحد.

4- اهتمام المعلمين بالانشطة الرياضية واختيار الالعاب التي تناسب سلوكياتهم وتقوية مهاراتهم لتخفيف مشاعر القلق والتوتر الانفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

5- الاستعانة بخبرة المختصين في مجال القياس والتقويم لقياس وتقويم الاطفال المصابين بالتوحد من بداية دخول الاطفال الى المراكز والمنظمات وقياسهم وتقويمهم بشكل مستمر من اجل معرفة تطورات في سلوكهم.

المقترحات:

إجراء الدراسات الاتية:

1- اجراء دراسة مقارنة في الامن الجسدي بين اطفال المصابين بالتوحد والاطفال المتخلفين عقليا.

2- تطبيق مقياس الامن الجسدي الحالي على أباء وأمهات الاطفال المصابين بالتوحد.

3- القيام ببحوث تشرك الوالدين ضمن فريق العمل مع المعلمين بعد تاهيلهم وتدريبهم.

المصادر

1- أبوحلاوة، ترجمة د.محمد السعيد(1997).***المرجع في اضطراب التوحد (التشخيص والعلاج)***، تأليف SharynNeuwirth، المعهد الوطني للصحة النفسية بالولايات المتحدة الامريكية.

2- أبوحويج، مروان وآخرون (2002). ***القياس والتقويم في التربية وعلم النفس***، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.

3- أبوزعيزع، عبدالله علي (2013). ***مفاهيم معاصرة في الصحة النفسية***، الطبعة الأولى، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان – المملكة الأردنية الهاشمية.

4- أبولبدة، سبع محمد (1985). ***مبادئ القياس النفسي والتقويم التربوي***، جمعية عمال المطابع الوطنية، عمان – الأردن.

5- الامام، محمد صالح، الجوالدة، فؤاد (2010).***التوحد ونظرية العقل، سلسلة نظرية العقلفي التربية الخاصة***، العدد (4)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الاردن.

6- البياتي، عبدالجبار توفيق وأثناسيوس، زكريا زكي (1977). ***الأحصاء الوصفي والأستدلالي في التربية وعلم النفس***، جامعة المستنصرية – بغداد.

7- بيومي، لمياء عبد الحميد (2008). ***فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين***، جامعة قناة السويس، كلية التربية، قسم علم النفس التربوي، (أطروحة دكتوراه غير منشورة).

8- الجميلي، علي عليج خضر (2005). ***أثر العلاج الواقعي والمهارات الإجتماعية في رفع مستوى الإتزان الإنفعالي لدى طلاب المرحلة الإعدادية***، جامعة المستنصرية – كلية التربية، (رسالة ماجستير غير منشورة).

9- حسن، أ.د.هناء رجب (2007).***بناء مقياس التوحد للأطفال***، مجلة البحوث التربوية والنفسية – العدد الثامن والعشرون.

10- الخشرمي، د.سحر احمد (2013). ***البرامج التربوية للطفل التوحدي (ورشة تعليم وتدريب وتواصل)***، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة – المكتبة الالكترونية.

11- زكريا، د.محمود شريف وسالم د.احمد سعيد (2013). ***الخدمات المكتبية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة قائمة مصطلحات وتعريفات***، سلسلة ترجمة معايير الافلا – الاتحاد العربي للمكتبات والمعلومات، قسم المكتبات والمعلومات/كلية الاداب/جامعة عين شمس، القاهرة.

12- الزيودي، محمد حمزة (2004). ***مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي البشرية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات***، الطبعة الاولى، الجامعة الاردنية.

13- سعيد، صابر عبدالله (2007). ***أثر طريقة الإجابة بالحاسوب والطريقة التقليدية بالقلم والورقة على الخصائص السيكومترية للمقاييس النفسية***، مجلة زانكو للعلوم الإنسانية العدد (30) جامعة صلاح الدين – أربيل، اقليم كوردستان – العراق.

14- سليمان، د.عبد الرحمن سيد (2000).***الذاتوية – اعاقة التوحد لدى الاطفال***، الطبعة الاولى، الناشر مكتبة زهراء الشرق – القاهرة.

15- الشامي، وفاء (2004). ***خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه***، الطبعة الأولى، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية،جدة.

16- شبيب،عادل جاسب (٢٠٠٨). ***ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء***، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا – قسم علم النفس، (رسالة ماجستير غير منشورة).

17- الشدوخي، يزيد بن سعود والجبر عبدالرحمن بن سعد (2010). ***الدليل الشامل لخدمات ذوي التوحد (في المملكة العربية السعودية)***، الطبعة الأولى، جامعة الملك سعود – كلية التربية.

18- الطبيب، أحمد محمد (1999). ***الإحصاء في التربية وعلم النفس***، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطة – الاسكندرية.

19- عاقل، فاخر (1988). ***معجم العلوم النفسية***، الطبعة الأولى، دار الرائد العربي، بيروت – لبنان.

20– عبدالرحمن، سعد (1983).***القياس النفسي (النظرية والتطبيق)***، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت.

21– عليوه، سهام علي عبد الغفار (1999). ***فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الاوتيزم) لدى الاطفال***، جامعة طنطا – كلية التربية، (رسالة ماجستير غير منشورة).

22– عودة، أحمد (1999). ***القياس والتقويم في العملية التدريسية***، الاصدار الثالث، دار الأمل للنشر والتوزيع، إربد – الأردن.

23– عياد، د.فاطمة (2010). ***التوحد بين العلم والخيال***، تأليف: لورا شريبمان، عالم المعرفة – العدد (376)، سلسلة شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب – الكويت.

24– عيد، غادة خالد (2013). ***القياس والتقويم التربوي مع تطبيقات برنامج SPSS***، الطبعة الثالثة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.

25– غزال، مجدي فتحي (2007). ***فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال التوحديين في مدينة عمان***، الجامعة الاردنية – كلية الدراسات العليا، (رسالة ماجستير غير منشورة).

26– فراج، عثمان (2002).***الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة***، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.

27– القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبدالعزيز والصمادي، جميل (2001). ***المدخل الى التربية الخاصة***، دار القلم – دبي.

28– محمد، عادل عبدالله (2003).***الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجية***، القاهرة، دار الرشاد.

29– مصطفى، د.أسامة فاروق والشربيني، د.السيد كامل (2011). ***التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)***، الطبعة الاولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان – الاردن.

30– المغلوث، د.فهد بن حمد احمد (2006). ***التوحد (كيف نفهمه ونتعامل معه)***، الطبعة الاولى، مؤسسة الملك خالد الخيرية.

31– المفتي، فرهاد عبدالله عبدالرحمن (2011). ***قياس الوعي البيئي لدى المرأة في إقليم كوردستان – العراق (بناء وتطبيق)***، جامعة زاخو، كلية التربية، (رسالة ماجستير غير منشورة).

32– موسى، محمد سمير (2002).***طيف التوحد بين الحقيقة والغموض***، دار عالمالكتب،الرياض.

33– موسى، د.نعمات عبد المجيد (2013). ***برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد***، دراسة مقدمة الى الملتقى الثالث عشر – الجمعية الخليجية للإعاقة تحت شعار (التدخل المبكر – استثمار للمستقبل)، المنامة – مملكة البحرين.

34– Anastasi, Anne &Urbina, Susana (1997). ***Psychological Testing***, 7th ed. New York, Prentice – Hall, Inc.

35– Aron, et al (2006). ***Statistics for Psychology***, 4th Edition, Pearson Prentice Hall, London – UK.

36– Ebel, R .L (1972).***Essentials of Educational Measurement*** . New Jersey, Engle Wood Cliffs Prentice – Hall.

37– Stephens, Larry J (2009). ***Statistics in Psychology***, New York, MCGraw – Hill.

38– Volkamar R, Fred (2005). ***The Autism Source Book Diagnosis Treatment, Caping and Healing***, Collins Publishers.

ملحق رقم (1)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة صلاح الدين– أربيل
كلية التربية الأساس

حضرة المعلم / المعلمة ..... المحترم /
المحترمة

تحية طيبة

يروم الباحثون اجراء دراسة علمية بعنوان**(قياس الأمن الجسدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر معلميهم في مركز محافظة أربيل)** يتألف من مجموعة من الفقرات تعبر كل منها عن حالة أو موقف متعلق باتجاهك كمعلم أو معلمة في المركز، لذا نرجو منك قراءة كل فقرة بدقة وامعان، ولكل فقرة ثلاثة بدائل للإجابة هي **(دائما، أحيانا، نادرا)** عليه نرجو التعاون مع الباحثون من خلال الإجابة بصراحة وحرية، لأن صراحتك وحريتك ستخدم الغرض العلمي لهذا البحث، ولن يطلع على اجابتك سوى الباحثون ولا داعي لذكر اسمك، لذا نرجو الإجابة عنها بدقة باختيار أحد تلك البدائل التي تعتقد بأنها تنطبق عليك أو تؤيده أكثر من غيره من خلال وضع علامة (✓) تحت البديل المناسب لك أمام كل فقرة من الفقرات المرفقة، مع العلم بأنه لا يوجد هناك جواب صحيح وآخر خطأ، وانما الجواب الصحيح هو الذي ينطبق عليك أكثر من غيره. مع فائق الشكر والتقدير لتعاونك

الجنس :

الباحثون

المركز : أ.م.د.محمد محي الدين صادق

أ.م.د.سلوى أحمد أمين

م.م.زبير شريف عولا

البعد الأول: مهارة الوعى بأجزاء الجسم

ت	الفقرات	البدائل		
		دائما	أحيانا	نادرا
1	يشير الطفل الى أجزاء جسمه بطريقة صحيحة.			
2	لا يظهر الطفل اى علامة من علامات التوحد.			
3	ينظر الطفل إلى وجهك باهتمام عندما تتحدث.			
4	ينحني الطفل للعبور من تحت حواجز فوق الارض.			
5	يقلد الطفل تعابير الوجه (الفرح – الحزن).			
6	يقلد الطفل حركات الشخصية عندما يشاهد فيلم كرتون.			
7	يسير الطفل على اطراف الاصابع.			
8	يصيب الطفل الهدف (كرة – كيس فى سلة).			
9	يصعد الطفل وينزل من السلم بدون مساعدة.			
10	يؤدى الطفل حركات نمطية باستمرار .			

البعد الثاني: مهارة الوعى المكاني

ت	الفقرات	البدائل		
		دائما	أحيانا	نادرا
1	يحدد الطفل اتجاهات المختلفة (يمين ويسار وأمام وخلف).			
2	يميز الطفل بين محتويات الأماكن الثابتة والمتحركة.			
3	يرتب الطفل بطاقات لقصة مصورة بتسلسل صحيح.			
4	يكمل الطفل متاهات فى بعض الألعاب التعليمية.			
5	يجلس الطفل بهدوء فى مكان معين.			
6	يقلد الطفل ثلاث حركات مختلفة.			

7	يحدد الطفل أسماء الأشياء الموجودة فى المنزل.			
8	يطابق الطفل أشياء مع صور.			
9	ان يسمى الطفل حجرة ما فى المنزل.			
10	يعرف الطفل حجم الفراغ وعلاقته بالأشياء الخارجية.			
11	يدرك الطفل العلاقات المكانية بين الأشياء المحيطة (الكرسى جنب المنضدة).			

البعد الثالث: مهارة التحكم والانضباط

ت	الفقرات	البدائل		
		دائما	أحيانا	نادرا
1	يمسك الطفل الأشياء لفترة قصيرة.			
2	يتحكم الطفل بمشاعره عند الفرح أو الغضب.			
3	يصعب على الطفل الانتباه لمتحدث يبعد عنه متراً واحداً.			
4	يستطيع الطفل وصف مشاعره وأحاسيسه.			
5	يستأذن الطفل عندما يستعمل حاجة الغير.			
6	يتعامل الطفل برفق مع الحيوانات.			
7	لا يقترب الطفل من الاخرين.			
8	عندما يريد الطفل الأكل يأخذ يدك تجاه المكان.			
9	يحدق الطفل بالنظر فى الجسم بصورة دائمة.			
10	يتحرك الطفل بعشوائية من نشاط إلى آخر.			

البعد الرابع: مهارة التغذية الحسية

ت	الفقرات	البدائل		
		دائما	أحيانا	نادرا
1	يستطيع الطفل المضغ بطريقة صحيحة.			
2	يستجيب الطفل للأصوات من حوله.			
3	يستطيع الطفل شفط العصائر باستخدام المصاصة.			
4	يفرق الطفل بين الملمس الخشن والناعم.			
5	لا يستجيب الطفل للاحضان والضم.			
6	ينتبه الطفل لصوت الموبايل ويرد عليه.			
7	يتوجه الطفل مسرعا الى الأضواء المفاجئة.			
8	يجد الطفل صعوبة فى فهم ما يقال له.			
9	يكمل الطفل جملة عندما يريد الكلام.			
10	يستطيع الطفل تحليل الفراغ في الرموز والمجسمات كالبازل أو الصور أو الرسوم.			