نموذج ترخيص

انا الطالبة : بتال غالي بتال المطيري

أمنح الجامعة الأردنية و/أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و/أو استعمال و/أو استغلال و/أو ترجمة و/أو تصوير و/أو إعادة انتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و/أو إلكترونية أو غير ذلك، رسالة الماجستير/الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها :

أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت .

وذلك لغايات البحث العلمي و/أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و/أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالبة : بتال غالي بتال المطيري

التوقيع :

التاريخ: ٦ / ١ / ٢٠٢٠م

أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت

إعداد

بتال فلاح بتال المطيري

المشرف

الدكتورة ميادة محمد الناطور

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع.....التاريخ.....

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون أول، 2019

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة بعنوان" **أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت"**

وأجيزت بتاريخ 2019/12/23

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتورة ميادة الناطور، مشرفاً استاذ مشارك- التربية الخاصة	.....
الدكتورة منى الحديدي، عضواً أستاذ- التربية الخاصة	.....
الدكتور جميل الصمادي، عضواً أستاذ - التربية الخاصة	.....
الدكتور جهاد القرعان، عضواً خارجياً أستاذ- التربية الخاصة- جامعة مؤتة	.....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع..... التاريخ...../1/3

الإهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع

إلى والدي **فلاح البتال** رحمه الله،،،

إلى **والدتي الغالية** حفظها الله وأدام الله عليها الصحة والعافية،،،

براً وإحساناً،،،

إلى **عائلة البتال** الكرام وكل الأصدقاء ومن ساهم في مساندتي وتشجيعي.

والشكر والامتنان للوكيل المساعد بالديوان الأميري والمدير العام لمركز الجواد العربي (**مربط بيت العرب**)

سعادة الشيخة **سارة فهد الصباح**

على دعمها اللا محدود تجاهي، وكذلك لا أنسى كلاً من

المدربة / سلمى العيسى

مربط الشقب في دولة قطر

شرطة دبي (إدارة الخيالة) في دولة الإمارات العربية المتحدة

أولياء أمور الطلبة المشاركين

مدرسة التربية النموذجية

مدرسة دسمان ثنائية اللغة

مدرسة الأطفال المبدعين العالمية

مدرسة خليفة

شكراً وعرفاناً.

مع المحبة والعرفان

الباحث

بتال فلاح بتال المطيري

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله ـ تعالى ـ الذي مَنَّ علي بالتوفيق في إكمال هذه الرسالة، راجياً أن ينتفع بها كل ذي حاجة وكل طالب علم.

والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين نبينا محمد ـ صلى الله عليه وسلم ـ وعلى آله وصحبه أجمعين أما بعد ...

أتقدم بالشكر والتقدير إلى الدكتورة ميادة الناطور التي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة، وكان لتوجيهاتها وإرشاداتها القيمة والسديدة دور هام في إنجازها، فقدمت لي من خلاصة علمها وخبراتها وأخلاقها الكثير، أدعو الله أن يجزيها عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة الرسالة، والذين أثرَوْها بآرائهم وملاحظاتهم القيمة.

والشكر مقرون بكل معاني الحب والوفاء للجامعة الأردنية ممثلة برئيسها، وعميد كلية التربية ورئيس قسم التربية الخاصة، وأعضاء الهيئة التدريسية، وجميع العاملين فيها؛ لجهودهم المشكورة في توفير كافة وسائل الدعم والمساندة العلمية طيلة فترة الدراسة.

ولا يسعني إلا أن أشكر كل من تفضل ومد لي يد العون والمساعدة في إتمام هذه الدراسة.

الباحث

بتال فلاح بتال المطيري

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
قرار لجنة المناقشة	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
فهرس المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ز
قائمة الأشكال	ح
قائمة الملاحق	ط
الملخص	ي
الفصل الأول: **مشكلة الدراسة وأهميتها**	
المقدمة	1
مشكلة الدراسة	4
أهمية الدراسة	5
أهداف الدراسة	6
التعريفات المفاهيمية والإجرائية	7
حدود الدراسة ومحدداتها	8
الفصل الثاني: **الأدب النظري والدراسات السابقة**	
المبحث الأول: الأدب النظري	9
المحور الأول: اضطراب طيف التوحد	10
المحور الثاني: المشكلات الحسية	28
المحور الثالث: المشكلات الحركية	34
المحور الرابع: العلاج بالخيل	37
المبحث الثاني: الدراسات السابقة	44
الفصل الثالث: **الطريقة والإجراءات**	
منهج الدراسة	50
أفراد الدراسة	50
أداتا الدراسة	50
البرنامج التدريبي	57
وصف البرنامج	58
تنفيذ البرنامج التدريبي القائم على النظرية السلوكية	58
الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج التدريبي	59
إجراءات تطبيق الدراسة	59
تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية	60
الفصل الرابع:	

الموضوع	الصفحة
نتائج الدراسة	
أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول	61
ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني	69
الفصل الخامس: **النتائج والتوصيات**	
النتائج	80
التوصيات	83
توجهات لبحوث مستقبلية مقترحة	83
قائمة المراجع	
أولاً: المراجع باللغة العربية	84
ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية	89
الملاحق	92
الملخص باللغة الإنجليزية	127

قائمة الجداول

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول (1)	التعديلات على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي	51
الجدول (2)	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي و الدرجة الكلية للمقياس	51
الجدول (3)	معاملات الثبات المستخرجة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا لمقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي	53
الجدول (4)	التعديلات على مقياس المشكلات الحسية	55
الجدول (5)	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس المشكلات الحسية و الدرجة الكلية للمقياس	55
الجدول (6)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	61
الجدول (7)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	63
الجدول (8)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	6
الجدول (9)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	67
الجدول (10)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس المشكلات الحسية الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	69
الجدول (11)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	71
الجدول (12)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	73
الجدول (13)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	75
الجدول (14)	المتوسطات الحسابية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن	77

قائمة الأشكال

الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل (1)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي للمجموعة ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	62
الشكل (2)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	63
الشكل (3)	التمثيل البياني لمتوسط درجات مجموعة الدراسة في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	64
الشكل (4)	التمثيل البياني لدرجات الطلبة في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	65
الشكل (5)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على بعد تكوين الصداقات والمحافظةعليها للمجموعة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	66
الشكل (6)	التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها للمجموعة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	67
الشكل (7)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	68
الشكل (8)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الطلبة على بعد التبادل العاطفي وفهم المشاعر في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	69
الشكل (9)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل للمجموعة ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	70
الشكل (10)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	71
الشكل (11)	التمثيل البياني لمتوسط درجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	72
الشكل (12)	التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	73
الشكل (13)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	74
الشكل (14)	التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	75
الشكل (15)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	76
الشكل (16)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الطلبة على بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	77
الشكل (17)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	78
الشكل (18)	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الطلبة على بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي	79

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصّفحة
.1	أسماء الأساتذة المحكمين للمقاييس	92
.2	أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج التدريبي	93
.3	المقاييس بالصورة الأولية	94
.4	المقاييس بالصورة النهائية	100
.5	البرنامج التدريبي	106
.6	أسماء الأساتذة المحكمين للمقاييس	118

أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت

إعداد:

بتال فلاح بتال المطيري

إشراف:

الدكتورة ميادة الناطور

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت. تم استخدام منهج الحالة الواحدة باستخدام التصميم (ABA) لتحقيق أهداف هذه الدراسة. تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد المسجلين في مراكز التربية الخاصة في دولة الكويت والذين تراوحت أعمارهم بين (6 و11) سنة، وتم اختيارهم بالطريقة القصدية في ضوء تسجيلهم لأعلى الدرجات على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية وبعد الحصول على موافقة أولياء أمورهم.

وقام الباحث بتطوير مقياسين أحدهما لقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي والآخر لقياس المشكلات الحسية الحركية، كما قام الباحث بتطوير برنامج تدريب للأطفال التوحديين باستخدام الخيل الذي يهدف إلى علاج مشكلات التفاعل الاجتماعي ومشكلات الحسية الحركية من خلال مجموعة من الأنشطة تنمي لدى الطلبة التوحديين التفاعل الاجتماعي مع المجتمع المحيط في المواقف المختلفة ومحاولة خفض المشكلات الحسية الحركية لديهم.

وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج أبرزها وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي أثناء البرنامجوفي القياس البعدي، كذلك تبين وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في مقياس المشكلات الحسية الحركي ، حيث أدى البرنامج إلى خفض تلك المشكلات. وقدمت الدراسة عدداً من التوصيات منها العمل على تضمين المعالجة بالخيل في البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في دولة الكويت، لما له من أثر إيجابي على الأطفال.

الكلمات المفتاحية: برنامج تدريبي باستخدام الخيل، مشكلات التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية الحركية، أطفال طيف التوحد، دولة الكويت.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

يُعد اضطراب التوحد أحد الاضطرابات المحيرة التي تصيب العديد من الأطفال، ويتضح ذلك في صعوبة تحديد الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب، والمشكلات السلوكية، والقصور الاجتماعي والمعرفي الناتج عنه، والتكلفة التي يُحتاج إليها في سبيل الحد من آثاره، ليس هذا فحسب، بل إن المشكلة الكبيرة التي تواجه العاملين في ميدان اضطراب التوحد تتمثل في عدم تجانس الأطفال المصابين به، مما يثقل كواهلهم في سبيل جعل الخدمات المقدمة لهم فريدة، بما يتناسب وخصائص ومشكلات كل طفل على حِدة.

ومن أبرز المشكلات في ميدان اضطراب التوحد الزيادة المستمرة في أعداد الأطفال المصابين به، وهو ما أوضحته التقارير الصادرة عن المركز القومي لإحصاءات الصحة بالولايات المتحدة الأمريكية، والتي تناولت التغيرات الحادثة في نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الأطفال في عمر المدرسة بناءً على تقارير الوالدين، وذلك في الفترة ما بين 2007 حتى 2011-2012، حيث قُدر انتشار هذا الاضطراب في عامي 2011-2012 بنسبة 2% لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-17 عاماً، أي ما يعادل (1 من كل 50 طفلاً)، وهو عال بصورة واضحة مقارنة بالتقدير الذي تم في عام 2007، حيث بلغ 1.16% لدى الأطفال في نفس الفئة العمرية، وهو ما يعادل (1 في كل 86 طفلاً)، كما لوحظت هذه الزيادة المستمرة لدى الأطفال في جميع المجموعات العمرية (من 1.31% إلى 1.82%) لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-9) أعوام، ومن (1.45% إلى 2.39%) لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين(10-13)عاماً، ومن (.73% إلى 1.78%) لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (14-17) عاماً، ولدى الأولاد الذكور (من 1.80% إلى 3.23%)، ولدى الإناث (من 49.% إلى 70.%) (Blumberg, Bramlett, Kogan, Schieve, Jones, & Lu, 2013).

وتظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد العديد من المشكلات مثل: مشاكل النوم والأكل والمشاكل الاجتماعية والحسية الحركية ونقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم، وعدم القدرة على نقل التعلم إلى بيئة أخرى ونقص المثابرة أو الدافعية وتختلف هذه المشاكل بين الأطفال التوحديين من حيث الدرجة والشدة، كما أن ظهور السلوكيات الغريبة المرتبطة بالإعاقة قد تؤثر على الطفل وعلى أفراد أسرته وتحرجهم، وجميع السلوكات السابقة تؤكد الحاجة لوجود

برامج مختلفة لتعديل السلوكيات غير المرغوبة سواء كانت اجتماعية، أو حس - حركية ومحاولة التقليل منها عبر بدائل علاجية مختلفة (اللهيب، 2003).

وتشير الجلبي (2005) إلى أن المشاكل الاجتماعية لدى أطفال التوحد والضعف في السلوك الاجتماعي لديهم يمكن تحديده بمجالات: التجنب الاجتماعي، واللامبالاة الاجتماعية، والإرباك الاجتماعي، والتي تعبر عن تجنب الأطفال التوحديين لجميع أشكال التفاعل الاجتماعي وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعي وصعوبة الحصول على أصدقاء بسبب الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

وفي الجانب الحركي بيَّن إيزيل وزملاؤه (Ezell, Field, Nadel, et al. 2012) أن العجز الاجتماعي الملاحظ عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد ما هو إلا نتيجة لنقص قدرتهم على التقليد، وهذا يُعد من المؤشرات البارزة على اضطراب التوحد لدى الطفل، فكلما انخفضت قدرة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على التقليد دل ذلك على شدة الاضطراب لديه.

ويمكن الحَد من قصور مهارة التقليد عند هؤلاء الأطفال عن طريق استخدام برامج تدريبية تتضمن وسائل محببة لديهم؛ حتى يتوافر عنصر التشويق والإثارة والاستمتاع أثناء عملية التعلم والتدريب مثل وسائل التكنولوجيا المساندة والألعاب والفيديو وبرامج الحاسوب التعليمية وغيرها؛ لأنها تساعد على تعزيز عمليات التواصل المختلفة لدى الأطفال التوحديين وتحبب لهم عملية التعلم، (Kinney, Vedora&Stromer, 2003).

إن معظم الأشخاص التوحديين وخاصة ذوي الحالات المتوسطة قادرون على تطوير علاقتهم مع الناس من خلال لفت الانتباه والاهتمام، كما يرغب هؤلاء الأشخاص في أن يكون لهم أصدقاء، لكنهم في أغلب الأحيان يشعرون بعدم ملاءمتهم ويدركون الفوارق التي تفصلهم عن باقي الناس، وبالرغم من هذا قد يتمكن بعض الأشخاص التوحديين من اتخاذ صديق، لكن هذه الصداقة تكون مبنية عادة على مقدار تشابههم في الاهتمام بشيء معين يستوحذ على اهتمامهم، وبالمقابل هناك الكثير من الأشخاص التوحديين الذين لا يفضلون إقامة صداقة وثيقة مع أشخاص آخرين، ويتعين في حالات كثيرة احترام جانب الاختلاف لدى الشخص التوحدي، ويتعين على الأخصائيين تعليمهم الطرق الأساسية لإقامة علاقات الصداقة، ثم يقرروا بأنفسهم إن كانوا يريدون صديقاً أم لا يريدون (الشامي، 2004).

وفي مجال الاتساق الحركي، يلاحظ بأن هناك تبايناً بين الأطفال المصابين بالتوحد، فبعضهم قادر على التسلق والتوازن، أما البعض الآخر فلديه صعوبات في التوازن ولا يستطيع التسلق، كما أن بعض الأطفال التوحديين يجيدون استخدام الحركات الدقيقة بواسطة استخدام

أصابع اليدين، لكن لديهم ضعفاً في التآزر الحركي خلال السير أو الجري (أي في المشكلات الحركية الكبيرة) . فجميع الأطفال التوحديين تقريباً سواء كانوا متناسقي الحركة أم ضعيفي التناسق الحركي هم أطفال لم يصلوا مرحلة النضج الحركي بعد، ومن الشائع أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات في استخدام الأصابع لتقليد الآخرين (الخميسي، 2013).

ومن المشكلات الشائعة لدى الأشخاص ذوي التوحد "الاستجابات غير العادية، أو المتضاربة للمثيرات الحسية" والمقصود بالمثيرات الحسية: الأصوات والأضواء، الملامس المختلفة، الروائح المختلفة وغيرها من المثيرات، فبعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يستجيبون للمثيرات الحسية بشكل طبيعي. فإما أن يتجاهل الطفل المثيرات الحسية، أو لا يتعامل معها، وإما أن يفرط في الاستجابة لها أو يحاول الهروب من هذه المثيرات الحسية. وجميع السمات السابقة تشير إلى ما يسمى "بالمشكلات الحسية" أو ما يسمى مشكلات "التكامل الحسى Sensory Integration" .وقد يترتب على مشكلات التكامل الحسي العديد من المشكلات السلوكية، والتي يمكن أن تعيق بدورها تفاعل الطفل في البيئة المحيطة، فالطفل يتجنب التعامل مع المثيرات السمعية، أو البصرية، أو الشمية، أو التذوقية،أو المثيرات المتعلقة بالتوازن، أو المثيرات التي لها علاقة بالجوانب الحسية الحركية، الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى تطور المشكلات الحسية والحركية لديهم. وهناك عدة مظاهر للمشكلات الحسية الحركية ومنها الاضطرابات الحسية السمعية، والاضطرابات الحسية البصرية، والاضطرابات الحسية اللمسية، والاضطرابات الحسية الشمية، والمظاهر الخاصة بالتوازن، والمظاهر الحس حركية.

ويُجمع العديد من الباحثين بأن علاج الأطفال المصابين بالتوحد أمر صعب للغاية، ويرجع ذلك إلى صعوبة فهم سبب إصابة الطفل بالتوحد، ويشير القمش (2011) إلى أهمية التفاعل بين الأخصائي المدرب والمعالج مع الطفل التوحدي، وعليه أن ينوع في استخدام الطرق العلاجية، حيث أن بعض المعالجين للطفل التوحدي يعتبرونهم غير قابلين للعلاج إذا فشل الطفل في التحسن بعد عدة ساعات من العمل معه، ولذلك يجب على المعالج أن يتقبل الطفل التوحدي ويزيد من إصراره وتصميمه على العلاج.

وتمثل الأنشطة العلاجية بمساعدة ركوب الخيل نهجاً جديداً في التدخل المبكر، وانتشرت فكرة الخيول في علاج التوحد في الدنمارك والنرويج، وانجلترا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا، وبينت بعض الدراسات أن استخدام هذا النوع من العلاج (استخدام الخيل) يساهم في علاج العديد من الإعاقات والاضطرابات ومنها التوحد لما له أثر على تعزيز الأداء البدني والنفسي

والاجتماعي و المعرفي (Robin L. Gabriels, John A. Agnew, Katherine D. Holt et al , 2012).

ويعد التدريب بالخيل من الأساليب الحديثة التي تساعد أطفال التوحد على التقليل من المشاكل الاجتماعية والحس حركية لديهم، حيث أظهرت دراسة مارغريت وكاثرينا وماريا (Margaret ,Catherine &Maria,2009) تحسنا كبيراً في الأداء الاجتماعي بعد التدخل باستخدام الخيل في العلاج. وأظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد، الذين تعرضوا لركوب الخيل العلاجية تحسنا في عدة مجالات منها ما يلي: الحساسية الحسية، والسعي الحسي، والدافع الاجتماعي، كما انخفضت لديهم مشكلات الانتباه، والتشتت، وأظهرت نتائج دراسة سماس وفورتتني وويلبينبرغ (Sams , Fortney,&Willenbring,2006). أن الأطفال الذين تعلموا مع الحيوانات كانت لغتهم وتفاعلهم الاجتماعي أكبر بكثير من غيرهم. كما أشار يي وشاه وموا وتشوين (Yee, Chih , Mao &Chwen, 2010) إلى تحسن الكفاءة الحركية والوظائف التكاملية الحسية لأطفال التوحد الذين تعرضوا لبرنامج المحاكاة بالخيل، وأظهرت دراسات أخرى تحسنا في أداء الأطفال التوحديين على مقاييس الخمول، والسلوك النمطي، وفرط النشاط، والمهارات اللغوية التعبيرية، والمشكلات الحركية، ومهارات التخطيط اللفظي / الحركي اللفظي لمجموعة ركوب الخيل العلاجية (Robin., et al , 2012).

مشكلة الدراسة:

يُعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي يعاني الأفراد المصابون به من نقص في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين نظراً لعدم احتفاظ الأطفال التوحديين بخبراتهم السابقة في التفاعل الاجتماعي وتعميمه في المواقف، وبحسب معايير تشخيصهم فإنهم يعانون أيضا من ضعف في مهارات التواصل كما أن لديهم محدودية في الأنشطة والاهتمامات. وتؤثر تلك المشكلات بشكل سلبي على أداء أطفال طيف التوحد في المهارات اليومية. وإضافة إلى ما سبق فإن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف ملحوظ في العمليات الحسية الحركية. ونتيجة لتلك المشكلات تبرز الحاجة إلى البحث عن طرق مختلفة و متنوعة لمعالجة الخلل والقصور في المهارات الاجتماعية والحسية الحركية لدى أطفال التوحد ومحاولة التدخل المبكر لمعالجة جوانب القصور تلك قبل تفاقمها وصعوبة علاجها مع تقدم الطفل بالعمر.

ورغم التنوع في طرق العلاج التي استهدفت المشكلات المرتبطة باضطراب طيف التوحد مثل برامج لوفاس وتيش وتحليل السلوك التطبيقي وتحقيقها لنجاحات متباينة، لا زال

الباحثون يبحثون عن طرق أخرى غير تقليدية في العلاج ومن الأمثلة على ذلك العلاج باستخدام الخيل. حيث أظهرت البحوث في مجال استخدام الخيل نشاطا فعالاً وتحسناً لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد. ولأن طريقة العلاج باستخدام الخيل تعد من الطرق الجديدة، فإن هناك زيادة متسارعة في استخدام هذه العلاجات في مراكز ركوب الخيل كما في دراسة مارغريت وكاثرينا وماريا (Margaret Catherine &Maria,2009) ودراسة سامس وفورتتني ويلبينبرغ (Sams, Fortney,&Willenbring ,2006). وكذلك دراسة يي و شاه و موا و شوين (Yee, Chih , Mao ,&Chwen, 2010)، ودراسة روبين وزملائه (Robin., et al , 2012) والتي أظهرت أن استخدام الخيل في العلاج كان له أثر إيجابي على تطور التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأشخاص الذين يعانون من التوحد، وأن التدريب على ركوب الخيل عمل على زيادة السلوك التكيفي والدافعية لديهم.

ونظرا لقلة الدراسات العربية التي تستخدم طرقاً غير تقليدية في العلاج (كاستخدام الخيل)، على حد علم الباحث في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي و المشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت خاصة أو في المنطقة العربية بشكل عام، جاءت هذه الدراسة للكشف عن أثر التدريب على ركوب الخيل بوصفه طريقة علاجية للحد من بعض المشاكل المرتبطة بطيف التوحد والتحقق من إمكانية التحسن لدى هذه الفئة، جاءت هذه الدراسة للإجابة عن السؤالين التاليين :

1- ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

2- ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض المشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة لكونها تسعى الى قياس مستوى أثر البرامج التدريبية باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية، لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت، وخاصة أن هذه الفئة من المجتمع بحاجة الى مزيد من الاهتمام والتركيز على تنويع وسائل وطرق التعامل معهم وهذا وما تم تسليط الضوء عليه في هذه الدراسة التي من المؤمل ان تساعد المتعاملين مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من الاهالي والمدربين والمعلمين من خلال تعريفهمخ بالبرامج غير التقليدية في مجال علاج مظاهر

طيف التوحد، وبالتالي تعميم هذا البرنامج وغيره من البرامج المقترحة التي تناسب أحد أهم فئات التربية الخاصة وهو اضطراب طيف التوحد الذي يعتبر من الفئات التي تتسع بين أفراد المجتمع باستمرار لكثرة الأسباب المحيطة بالطفل.

لذلك ينظر إلى أهمية هذه الدراسة من جانبين هما:

أولاً : الأهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة من خلال التعرف إلى أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال التوحد في دولة الكويت، حيث تسهم الدراسة في إثراء الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة، الى جانب تقديم بيانات بحثية بأمل أن يستفيد منها الباحثون في اجراء المزيد من الدراسات حول موضوع الدراسة.

ثانياً : الأهمية التطبيقية:

يؤمل أن تساعد نتائج الدراسة الحالية المختصين، والباحثين، والدارسين وأصحاب القرار، والإدارات التربوية على تبني وتطوير استراتيجيات جديدة وغير تقليدية لعلاج التوحد باستخدام الخيل. كما تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة بتزويد الباحثين والمعلمين ببرنامج تدريبي باستخدام الخيل يهدف إلى خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال التوحد وذلك بعد التحقق من فعاليته.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

1- تقديم برنامج تدريبي باستخدام الخيل يساعد على خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت.

2- التعرف على أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder):

أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي للتوحد في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، بأنه: حالة من القصور المستمر في مهارات التواصل الاجتماعي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية والحسية وظهور سلوك نمطي وروتيني بالإضافة إلى الاهتمامات المحددة، وتظهر الأعراض خلال المراحل المبكرة في النمو (AmericanPsychiatricAssociation ((APA), 2013

ويعرف إجرائيا : بأنهم الأطفال المسجلون في مراكز التوحد في دولة الكويت، الذين تتراوح أعمارهم من (6-11) سنوات، والمشخصون باضطراب طيف التوحد ولديهم مشاكل اجتماعية وحس حركية.

المشكلات الحسية Sensory Problems :

هي الخلل أو القصور في طريقة عمل الجهاز العصبي في إدارة وتنظيم المعلومات الحسية، وتتضمن تسجيل وتكامل ودمج وتنظيم المعلومات الحسية (Miller & Lane, 2000).

وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس المشكلات الحسية المطور من قبل الباحث.

المشكلات الحركية Motor Problems:

هي صعوبات أو اضطرابات في العمليات التي تتطلب الحركة، وتتضمن الصعوبة في التخطيط والتنفيذ والتنسيق الحركي (الشامي، 2004).

وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس المشكلات الحركية المطور من قبل الباحث.

مشكلات التفاعل الاجتماعيSocial problems:

عرفت على أنها عجز طفل التوحد عن تقليد الآخرين، فهو لا يبتسم عندما يبتسم شخص ما له، وهو من الممكن ألا يرد تحية الآخرين له، كما يعجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي . كما يعجز الطفل التوحدي والراشد التوحدي عن تفسير وفهم مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي(Lewis , 1987) .

وتقاس إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي المطور من قبل الباحث.

البرنامج التدريبي Training program:

هو مجموعة من الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة المترابطة التي تقدم خلال فترة زمنية محددة وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج (عبد النبي، وبدر، 2001).

ويعرف إجرائيا بأنه: مجموعة من الأنشطة المختلفة باستخدام ركوب الخيل والمصمم لخفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال التوحد المعد من قبل الباحث وهو مدرب للخيل، وبمساعدة مدرب متخصص آخر لتعليم ركوب الخيل.

حدود الدراسة ومحدداتها:

تتمثل حدود الدراسة الحالية بما يأتي:

1- **الحدود البشرية:** تقتصر الدراسة على أفراد عينة الدراسة والمتمثلة ب(6) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد المشخصين والذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياسي مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية.

2- **الحدود المكانية:** تقتصر هذه الدراسة على أحد مراكز التوحد في محافظة العاصمة في دولة الكويت

3- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2019/2018.

محددات الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة بمدى جدية وصدق معلمي أطفال طيف التوحد الذين قاموا بتقدير الأطفال على مقاييس الدراسة، كما أن هناك محدودية في تعميم النتائج بسبب اقتصار عينة الدراسة على ستة أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

الأدب النظري

تمهيد

تُعد الإعاقة بوجه عام من القضايا المهمة التيتواجه المجتمعات باعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة قد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية والتطور في المجتمع، ومن هذا المنطلق فإن رعاية الأفراد ذوي الإعاقة أصبح أمراً ملحاً تحتمه الضرورة الاجتماعية والإنسانية، حيث يتوجب إيلاء الفئات الخاصة القدر المناسب من الرعاية والاهتمام حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم .

ويعتبر اضطراب التوحد في التربية الخاصة من الاضطرابات المتباينة في خصائصه، مما أدى إلى ميول الكثير من الباحثين والعلماء والأطباء إلى دراسة هذا اللغز، وهو من أكثر الإعاقات صعوبة لدى الفرد الذي يعاني منها حيث تؤثر على كافة مجالات النمو المختلفة وخاصة المجال اللغوي وقابليته للتعلم، حيث أن اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحّدي من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلباً على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي (نصر، 2012).

وقد ظهرت العديد من الدراسات التي تشير إلى أهمية برامج علاج الطفل التوحدي، وتعد برامج علاج مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية بمراحلها المختلفة ضمان لتسهيل عملية التعليم التبادلي بين الطفل والمحيطين به. ومن أبرز الاتجاهات العلاجية التي تهتم بعلاج ومساندة الطفل التوحدي (العلاج السلوكي) وهي تسعى إلى تعلم طرق وأساليب تواصل وتعامل مع الطفل من خلال وضع نظام تعليمي محدد ومكثف للطفل، ولقد أشارت أغلب الدراسات إلى أن برامج التدخلات السلوكية تسهم من خلال أساليبها الفعالة في التخفيف من الأعراض والاضطرابات وتأثيرات الإعاقة على جوانب النمو المختلفة للطفل التوحدي.

كما اقترحت طرق أخرى لعلاج اضطراب طيف التوحد ومنها العلاج باستخدام الخيل، لذا فإن الدراسة الحالية تسعى للتحقق من فعالية هذا العلاج في خفض المشكلات الاجتماعية والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد. وسيتم استعراض الإطار النظري ضمن أربعة محاور أساسية هي:

المحور الأول: اضطراب طيف التوحد، والمحور الثاني: المشكلات الحسية، والمحور الثالث: المشكلات الحركية، والمحور الرابع: العلاج بالخيل

المحور الأول: اضطراب طيف التوحد

يحتوي المحور الأول على مقدمة عامة عن التوحد، تاريخ الاهتمام بالتوحد، تعريف التوحد، نسبة انتشار التوحد، وتصنيف التوحد، النظريات المفسرة لأسباب التوحد، الخصائص العامة للتوحد، تشخيص وتقييم التوحد.

مقدمة عامة عن التوحد

يُعد التوحد من الإعاقات النمائية المحيرة حيث جذب هذا الاضطراب اهتمام الاختصاصيين ويعتبر من الإعاقات الصعبة التي تعرف علميا بأنها خلل وظيفي في النمو الاجتماعيوالإدراكي والتواصل مع الآخرين، ويلاحظ أن الطفل المصاب بالتوحد فقط يكون طبيعيا عند الولادة وليس لديه أية إعاقة جسدية أو خلقية وتبدأ المشكلة بملاحظة الضعف في التواصل لدى الطفل ثم يتجدد لاحقاً بعدم القدرة علي تكوين العلاقات الاجتماعية وميله للعزلة مع ظهور مشاكل في اللغة إن وجدت ومحدودية في فهم الأفكار، ولكنه يختلف عن الأطفال المتخلفين عقليا بأن البعض من المصابين لديهم قدرات ومهارات فائقة قد تبرز في المسائل الرياضية أو الرسم أو الموسيقي والمهارات الدقيقة ويتفوق عليه الطفل المعاق عقليا في الناحية الاجتماعية (معزة، 2015).

تاريخ الاهتمام بالتوحد

لم يتفق الباحثون تماماً على البداية الحقيقية لاكتشاف التوحد بالرغم من أن اكتشافه لا يعني بأية حال من الأحوال أنه لم يكن موجوداً من قبل. وهذه الحال قد تكون كذلك لبقية حالات فئات التربية الخاصة كصعوبات التعلم، إذ أن الفروق الفردية موجودة منذ أن وجد الإنسان وما زالت هنالك فروق من النواحي البيولوجية والطبيعية والاجتماعية، كما أن الفروق موجودة على مستوى الفرد الواحد.

وذكر كل من (مصطفى، والشربيني، 2011) أنه تم وصف هذه الحالة "الاضطربات النمائية " للمرة الأولى بواسطة الطبيب الانجليزي هنري مودزلي وذلك في عام 1867. كما شغلت حالة التوحد وتفسيراتها الأطباء منذ ما يقارب المائة عام، وشهد التوحد تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة ويبدو أن أول من استعمل تلك العبارة الطبيب النفسي السويسري

يـوقين بلـولر Eugen Bleuler عـام 1911 مسـتنبطا مـن التعبيـر اليونـاني Autosأي ذاتـي و Ismos أي موضع موقع Condition . وقد أعتمد يوجين تعبير الانطواء إلى الداخل Running Inward و الانطواء الذاتي على المرضـى الإنفصـاميين البـالغين وسميت فيمـا بعد Dementia Praeox .

ولقد ظهرت العديد من التسميات للإشارة للطفل التوحدي مثل توحد الطفولة المبكرة، ذهان الطفولة، النمو الشاذ، حيث عكست هذه التسميات التطور التاريخي للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهنيين المهتمين بهذا الاضطراب إضافة إلى أن ظهور هذه التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارقي للتوحد لا سيما أنه اتضح بوجود تباين كبير في سلوك التوحديين نتيجة لوجود أكثر من نمط من التوحد (القريوتي وآخرون، 1995).

ويعتبر كانر (Kanner) أول من قدم وصفاً علمياً للتوحد باعتباره اضطراباً يحدث في مرحلة الطفولة ووضع الخصائص الرئيسة للتوحد التقليدي والتي كان من أهمها: الضعف الشديد في إقامة العلاقات مع الآخرين، والفشل في تطوير اللغة المناسبة، والميل للعزلة، والمحافظة على الروتين.ففي عام 1943 كان أستاذ الطب النفسي بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكـية ليو كـانريقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا الذين كان سلوكهم يتميز بالإنغلاق الكامل على الذات، وابتعادهم عن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أقرب الناس إليهم. وهؤلاء الأطفال دائمو الانطواء والعزلة، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذين يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم وكأنها أصبحت في حالة انغلاق تام وبذلك يصبح هناك استحالة لتكوين علاقات اجتماعية مع من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال وحتى ذوي الإعاقة العقلية منهم. وقد أطلق كانر kanner مصطلح التوحد الطفولي المبكر - early infantile autism - على هذه الفئة من الأطفال (مصطفى، والشربيني، 2011).

وبنفس الوقت الذي قدم فيه كانر وصفه للتوحد أعد الطبيب الألماني اسبرجر بحثاً علمياً وَصَف من خلاله مجموعة من الأعراض المرضية التي تتشابه مع الأعراض التي وصفها كـانر، وظهر من ذلك الوقت في أدبيات التربيـة الخاصـة مصطلح متلازمـة اسبرجر لتدل علـى الأطفـال المصابين بطيف التوحد. كمـا توالـت العديد مـن الدراسـات التـي قدمت معلومـات حـول اضـطراب التوحـد. إذ قـدم كريـك Creak عـام (1961) محكـات تشخيصـية لمـا كـان يسـمى آنـذاك بالتوحـد الطفولي، مكونة من تسع نقاط تعطي انطباعاً عن فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو الذين

يظهرون صفات اضطراب التوحد، على أن هذه النقاط تعرضت لنقد شديد من قبل الباحثين ، كونها غامضة وتسمح بمدى واسع من التفسيرات المختلفة (الخطيب، 2011).

وفي عام (1980) صُنف التوحد على أنه إعاقة انفعالية شديدة نتيجة لتعدد النظريات حول التوحد، وأسبابه، ولارتباطه بالمرض العقلي إلا أنه أُعيد تصنيفه من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية بأنه اضطراب شامل في النمو بدلاً من اعتباره إعاقة انفعالية.وتم تصنيفه في عام (1981) ووضع ضمن فئة الإعاقات الصحية، حيث اعتمد التصنيف بناءً على توصيات مقدمة من قبل عدة منظمات دولية مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society for Autistic children) والمعهد الوطني للاضطرابات العصبية واضطرابات التواصل (البلشة، 1994) . وفي عام (1992) أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization. اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD,10) International Classification Of Diseases تحت أسم التوحد الطفولي Childhood Autism (البلشة، 1994).

وقد أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (ABA) American Psychiatric Association في عام (1994) الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5، موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تجاوباً لاعتراض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة الذي لا يساعد في تقديم اقتراحات علاجية، إذ قدمت الجمعية في هذا الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم تحت مظلتها اضطرابات التوحد (Autism Disorder)، واضطراب متلازمة أسبيرجر (Aspergers Syndrome)، واضطراب متلازمة ريت (Retts Syndrome)، واضطراب الانتكاس الطفولي، ويطلق البعض عليه اضطراب الانحلال أو التفكك أو التحلل بدلا من كلمة الانتكاس(Childhood Disintegrative Disorder –CDD)، والاضطرابات النمائية غير المحددة (pervasive Developmental Disorder- Not other wise Specified- PDD- Nos) التي يطلق البعض عليها التوحد غير النمطي (AtypicalAutism) . وفي الطبعة الخامسه المراجعة (DSM-4-TR) لعام (2000) تم تصنيفه أيضا كما ورد في الدليل السابق (الزريقات، 2010).

ويشار حديثاً في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) النسخة الخامسة DSM-5أن السمات السلوكية الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد عند هذا الطفل أو ذاك تبدأ

بالظهور في الطفولة المبكرة خلال السنتين الأوليين وحتى عمر ثمانية سنوات من العمر على هيئة ضعف في التفاعل الاجتماعي في السنة الأولى من حياة الطفل وذلك حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، وبعض الأطفال التوحديين يبدو عليهم تراجع Regression في السلوكيات الاجتماعية أو استخدام اللغة. في حين أن التوحد كان يُعرف بناء على المراجع السابقة أنه يظهر خلال الأشهر الثلاثين الأولى من حياة الطفل (American Psychiatric Association "APA", 2013).

وفي الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية النسخة الخامسة تم إلغاء جميع مسميات الاضطرابات التي كانت تشترك ببعض الخصائص مع اضطراب التوحد وهي (متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome، متلازمة ريت Rett's Syndrome، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة -pervasive Developmental Disorder- Not other wise Specified (PDD- Nos، اضطراب الانتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder (CDD) هذه الاضطرابات جميعها تجمعت أعراضها وخصائصها في مجالين جوهريين الأول: هو (اضطرابات في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي)، والثاني: (أنماط متكررة ومحدودة للسلوك، والاهتمامات، والنشاطات). كما صنف الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية النسخة الخامسة (DSM-5) مستويات اضطرابات طيف التوحد إلى ثلاثة مستويات وكل مستوى من المستويات يتضمن خصائص التواصل الاجتماعي في ذلك المستوى، ومحدودية وتكرار السلوك. فالأعراض لم تعد تصنف على أنها بسيطة أو متوسطة أو شديدة كما كان شائعاً، بل ثلاثة مستويات تتدرج من المستوى الثالث إلى الأول فالمستوى الثالث يتضمن الأعراض الأكثر شدة وهي "أعراض تتطلب دعماً جوهرياً كبيراً"، والمستوى الثاني ويتضمن "الأعراض التي تتطلب دعماً جوهرياً"، والمستوى الثالث ويتضمن "الأعراض التي تتطلب دعماً" (American PsychiatricAssociation "APA", 2013).

تعريف التوحد

لقد تنوعت تعريفات اضطراب التوحد تبعاً للتقدم العلمي وتعدد الاتجاهات النظرية، بالإضافة إلى تطور الأبحاث والدراسات التي تناولت هذا الاضطراب من جوانب مختلفة .

ويعد مصطلح التوحد أصلاً لكلمة إغريقية هي أتومس (Autos) والتي تعني النفس أو الذات، والتوحد: Autism هو حالة تصيب بعض الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل (سلامة، 2005).

تعرف جمعية التوحد الأمريكية (Autism Society of America) التوحد على أنه "نوع من الاضطرابات التطورية "النمائية" والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي والذي يؤثر بدوره على وظائف المخ، وبالتالي يؤثر في مختلف نواحي النمو (Smith, 2004)، أما المجلس الوطني الأمريكي National Research Council, 2001) فقد عرف التوحد على أنه طيف من الاضطربات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقاته بالاضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد والصرع)، وعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IDEA Individuals With Disabilities Education Act) التوحد بأنه اضطراب نمائي، يؤثر بشكل واضح على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي. والأداء التعليمي، ويظهر مع العديد من الخصائص السلوكية منها الحركات النمطية، والانشغال بالنشاطات غير العادية، ومقاومة لتغيير البيئة المحيطة به وتظهر خلال الثلاث سنوات الأولى (الزريقات، 2010).

كما تعرف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (Nationa Society for Autistic Children) التوحد على أنه المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً، وهو أحد الاضطرابات النمائية الحادة والشديدة التي تصيب معظم جوانب النمو، وأن المصابين به يعانون من قصور شديد في العلاقات الاجتماعية، وتدهور في مهارات التواصل وضعف في مهارات اللعب التخيلي، مع وجود سلوكيات نمطية شاذة، وسلوكيات متكررة وغير سوية، ويتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطرابات في الكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات (الخطيب، 2007).

كما ترى (الشامي، 2004 أ) التوحد على أنه "اضطراب معقد التطور يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ناتج عن وجود خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه)، والتوحد هو "اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتخيل".

ويرى كريك Kreak أن الطفل التوحدي هو شخصية منغلقة، وهو فرد منسحب ومنعزل وغير اجتماعي، وتشيع الظاهرة بين الأشخاص الذين يصبحون فصاميين، إنسان يعيش بين

الناس وليس معهم ويوصف هذا النمط بأنه شبه فصامي أو منفصم، وأن هناك العديد من الخصائص للطفل التوحدي أهمها:

- يعاني من اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.
- يعاني من اضطراب في الهوية الذاتية بشكل غير مناسب.
- الانشغال غير الطبيعي بأشياء محددة.
- خبراته الإدراكية غير سوية.
- يعاني من قلق حاد وغير منطقي ومتكرر.

أنماطه الحركية لا تتسم بالاتساق (الظاهر، 2008).

وبناء على ماسبق يُعرف التوحد الطفولي على أنه اضطراب نمائي يتمثل في نمو غير عادي في مجالات الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من حيث التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي والمحدد، فهو إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وخلل في النظم التي تستقبل الإشارات والمعلومات القادمة، مما يجعل الطفل يتفاعل بصورة كبيرة مع بعض المثيرات ويتفاعل بصورة قليلة مع مثيرات أخرى.

نسبة انتشار التوحد

وتتباين نسبة انتشار التوحد من مجتمع إلى آخر وذلك لعدة عوامل فبعض الدول ترتفع نسبة التوحد؛ بسبب ما ولدت الحروب من مآسي وويلات من خلال استخدام الأسلحة الكيميائية كالزئبق والرصاص والأسلحة البيولوجية التي تعد مدمرة لجسم الإنسان، وكما أن تقدم العلم والوعي العام للأسرة أدى إلى الكشف المبكر عن مرض أبنائهم. كما أن بروز أدوات التشخيص أدى إلى الكشف على معدلات كبيرة وتزايد في أعداد أطفال التوحد في العالم.

ويشير (الزريقات، 2010) إلى أن ازدياد نسبة الانتشار ترجع بشكل أساسي لزيادة المعرفة وتطور مهارات التشخيص و زيادة مرونتها. ويمكن تصنيف التوحد بحسب الشدة (بسيط، متوسط، وشديد) كما أنه يصنف بحسب المتلازمة أو النوع مثل: المتلازمة الكلاسيكية، متلازمة سافانت.وأنه من الصعب التوصل إلى تحديد معدلات دقيقة لانتشار هذه الاضطرابات وذلك حسب المعايير التي يتم اعتمادها للتشخيص، فتصل نسبة حالات طيف التوحد 6.7 حالة لكل ألف حالة، والتوحد الكلاسيكي 4 لكل ألف، ومتلازمة ريت حالة لكل ألف وخمسمائة (لدى الإناث) واسبرجر

4.8 حالة لكل ألف حالة. وكذلك تختلف النسبة من مجتمع لآخر فهي تصل حسب المعايير المستخدمة ، ففي اليابان حالات التوحد الطفولي تصل إلى 16.2-21.2 حالة لكل عشرة آلاف.

وتشير أحدث التقارير إلى أن معدلات انتشار مرض التوحد في العالم العربي تتراوح ما بين 1.4 حالة بين كل 10 آلاف طفل في عمان، و29 حالة بين كل 10 آلاف طفل في الإمارات العربية المتحدة. وبالرغم من أن هذه المعدلات تعتبر أقل من مثيلاتها في البلدان المتقدمة، حيث تصل النسبة فيها إلى 39 حالة من المصابين بمرض التوحد بين كل 10 آلاف طفل، وإلى 77 حالة من المصابين باضطرابات طيف التوحد بين كل 10 آلاف طفل، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة تراجع معدلات انتشار هذه الحالة في العالم العربي (Al-Farsi & Al-Sharbati, 2011).

ويشير القمش (2011) أن نسبة انتشار طيف التوحد كانت تتراوح بين (4: 5) حالات لكل 10,000 حالة ولادة. وتظهر لدى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (1: 4). وأن الإناث المصابات بالتوحد يكن أشد اضطرابًا. وكان يعتقد أن التوحد أكثر انتشارًا بين الطبقات الاجتماعية الراقية، ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة، وعدم وجود ارتباط يعود للعرق، أو السلالة، أو الوضع الاقتصادي، وحديثاً وحسب منظمة الصحة العالمية تشير التقديرات إلى معاناة طفل واحد من كل 160 طفلاً في العالم من اضطراب طيف التوحد، وتمثل هذه التقديرات رقماً متوسطاً ويتفاوت معدل الانتشار المبلّغ عنه تفاوتاً واسعاً بين الدراسات.

النظريات المفسرة لأسباب التوحد

يعتبر التوحد من فئات التربية الخاصة التي يصعب تفسير أسبابها، فمن خلال تتبع تاريخ التوحد قديماً وحديثاً نجد أن سبب التوحد قديماً هو نتيجة ضعف في العلاقة بين الأم والطفل وأيضا العلاقات السلبية بين الأب والأم تجاه أبنائهم، ولذلك تم تسميه التوحد في القديم الاضطراب الانفعالي الشديد، وفصام الطفولة (Sicile-Kira, 2004).

وحديثاً ظهرت العديد من النظريات التي تفسر أسباب التوحد وفيما يلي عرض لبعض النظريات التي فسرت حدوث حالات التوحد:

أولاً: النظرية البيولوجية والعصبيةBiological & Nurogical Theories

تفسر هذه النظرية حدوث التوحد بأنه راجع إلى تلف في الدماغ أو ما يسمى بخلل في المراكز العصبية وخاصة القشرة الدماغية (Cortex) أو نقص نمو الخلايا العصبية الدماغية، كما تفترض هناك عدة أسباب لحدوث هذا الخلل في الجهاز العصبي المركزي منها:تعاطي الأم

الحامل للعقاقير والأدوية، والالتهابات التي تصيب الأم الحامل، ونقص الأكسجين أثناء الولادة. وتفسر أيضا على دور الناقلات العصبية في وجود التوحد، حيث تشير إلى أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم مستويات عالية من مادة السيروتونين ومادة الدوبامبين. وأظهرت بعض الدراسات أن الأطفال لديهم خلل في الجهاز الطرفي مما يوثر على السلوك الاجتماعي والعاطفة والذاكرة والتعلم (Bachavalier, 1994).

ثانياً : النظرية الوراثية أو الجينية The Heredity & Genetic Theory

ذكرت الشامي (2004 ب) أن أحد أسباب التوحد هو إصابة أكثر من أخ في الأسرة بإحدى الاضطرابات النمائية، وظهور تشوهات في الكروموسومات. كما تفسر هذه النظرية انتقال حالة التوحد وراثياً محمولة على الجينات تظهر لدى الأبناء أو التوائم المماثلة ومن العوامل الوراثية التي يمكن أن تكون سبباً في حدوث هذا الخلل الجينينتيجة للجينات المتنحية أو الناقلة للمرض، والإشعاعات والأشعة السينية، والكرموسوم × الهش، واختلاف العامل الرايزيسي، واضطرابات التمثيل الغذائي الوراثية.

ثالثاً: النظرية البيئية أو نظرية العوامل البيئية Environmental Theory

وضعت هذه النظرية احتمالات لعدد من العوامل البيئية المسببة لاضطراب التوحد منها: تلوث الماء أو الهواء، وتناول المواد الغذائية السامة، والفيروسات والأمراض المعدية، والعقاقير والأدوية والمهدئات والمخدرات، كما أن تعرض الأم أثناء ما قبل الولادة بالحصبة الألمانية، أو الولادة المبكرة، أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأوكسجين تلعب دوراً هاماً في إصابة الطفل بالتوحد (شهوان، 2014).

رابعاً : الفرضيات البيوكيميائية Biochemical hypothesis

تفترض هذه النظرية وجود خلل في بعض النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والبيتيدات العصبية حيث يؤدي الخلل في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم، والخلل في التمثيل الناشئ عن نقص الانزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه إصابة بالتوحد المصحوب بالتخلف العقلي. وتتفق معظم الدراسات والبحوث على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطي أعلى لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء (الشامي، 2004) .

خامساً: الفرضيات الأيضية Metabolism Hypothesis

تشير هذه الفرضيات إلى عدم قدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصاً الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاته، ومن مظاهر اضطراب الهضم لديهم حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتيريا وزيادة الأفيون في الجسم وعدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت ونقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم، وهناك من يفترض اعتماداً على النظريات الأيضية بأن غالبية أطفال التوحد يعانون من تلف أو خلل في المعدة غالبا ما يكون منذ الولادة بسبب الاصابات المناعية (البطاينة وآخرون، 2007).

سادساً: نظرية العقل Theory Of Mind

وتفسر هذه النظرية حدوث اضطراب التوحد لاختلاف بين مستوى نمو الأفكار مع النمو الطبيعي للنظم المعرفية التي تنمو بشكل طبيعي مع هذه الأفكار. فنمو الأفكار بشكل غير طبيعي لدى الطفل يؤدي إلى مشكلة يعجز من خلالها عن مواجهة متطلبات الحياة وتجعله عاجزاً عن التواصل. وتشير إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة كالنوايا، والمشاعر، والمعتقدات، والرغبات . كما أن بعض الأطفال لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين مما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين. وعلى الرغم من أن نقص نظرية العقل يمكن أن يكون مسئولاً عن بعض الإعاقات الاجتماعية النمطية في التوحد إلا أنه لا يسبب هذه السلوكيات . (Hallahn & Kauffman, 2006)

الخصائص العامة للتوحد

تظهر خصائص اضطراب التوحد منذ الأشهر الأولى من العمر وتتضح بشكل أكبر بعد سنتين أو ثلاث وتستمر حتى سن البلوغ، وأن الأفراد ذوي اضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص والصفات، ومن أهم الخصائص التي تميز هذه الفئة:

أولاً: الخصائص الاجتماعية

يعد القصور في التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص الأساسية والجوهرية لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد التي يعتمد عليها للكشف عن التوحد، فقد تظهر مؤشرات هذا الضعف في التفاعل الاجتماعي في المراحل المبكرة في العمر، وغالبا ما يفشل الطفل "في التفاعل مع القائمين على رعايته ويفضل أن يقضي معظم الوقت بمفرده، ولا تبدو عليه السعادة أبدا ويبدي

القليل من الاهتمام بتكوين صداقات، وتقل استجابته للإيماءات الاجتماعية وفي جانب اللغة فإن لغته إما أن تنمو ببطء أو قد لا تنمو على الإطلاق فيبدو الطفل على أنه أصم" (الجابري، 2014).

ويعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في التفاعل الاجتماعي (استقبال المعلومات المعرفية والانفعالية وإيصالها للآخرين من خلال تعبيرات الوجه والجسم ونغمة الكلام)، وتعتبر المشكلات في جوانب التفاعل الاجتماعي من أهم المؤشرات والدلالات التي يتم من خلالها تشخيص التوحد (الشامي، 2004). وفيما يلي المظاهر التي تدل على المشكلات في التفاعل الاجتماعيلدى الأفراد التوحديين:

1- عدم التواصل البصري: يتميز الأطفال التوحديون بتجنب التواصل البصري مع الآخرين وبذلك فإنهم يفقدون معرفة أفكار الآخرين ورغباتهم وتلمس مشاعرهم وقراءة ما يدور بأذهانهم، والتواصل البصري هام في عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وبدونه فإن الطفل لا ينمو اجتماعيا بطريقة سليمة .

2- مشكلات في اللعب: يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في اللعب واختلاف لعبهم عن لعب أقرأنهم من الأطفال الآخرين. ومن أهم خصائص لعب الأطفال التوحديين افتقارهم إلى اللعب الرمزي والافتقار كذلك إلى التخيل والإبداع وإلى محدودية الألعاب .

3- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين: يعاني الأطفال التوحديون من صعوبات في فهم وتفسير تعبيرات الآخرين المتمثلة في الإيماءات ونبرات الصوت والحركات الجسمية (علي، 2012).

ويمكن تصنيف الطفل التوحدي من الناحية الاجتماعية إلى ثلاث فئات:

1- المنعزل اجتماعيا: ويتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الاجتماعي والاستجابة الأكثر شيوعا هي الغضب أو الهروب بعيداً عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم. وبعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم ممن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك ولسنين عديدة ظل الاعتقاد السائد بأن هذا النوع من رد الفعل لبيئتهم الاجتماعية يشير إلى أن الأفراد التوحديين لا يحبون أو أنهم أناس مذعورون.

2- غير مبالٍ اجتماعيا: تقول إحدى النظريات بأن الأفراد التوحديين لا يجدون سعادة "كيمائية حيوية " في الاختلاط مع الناس. وقد أوضح البحث الذي أجراه البروفيسور جاك بانكسيب في جامعة بولنغ غرين بولاية أوهايو أن مادة بيتا –أندور فين وهي مادة في باطن الدماغ تشبه الأفيون تنتشر في الحيوان أثناء السلوك الاجتماعي إضافة لذلك وهنالك دليل على أن

مستويات مادة بيتا – اندورفين عالية لدى الأفراد التوحديين لذلك فهم لا يحتاجون للجوء إلى التفاعل والاختلاط من اجل المتعة .

3- الأخرق اجتماعيا: هؤلاء الأفراد قد يحاولون بشدة الحصول على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم، وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة اسبيرجر وأحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالباً حول أنفسهم وأنهم أنانيون (علي، 2012).

ثانياً: الخصائص الحسية والحركية

يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدد من الخصائص الحسية مقارنة بأقرانهم من الأطفال العاديين، ويرجع ذلك إلى كونهم إما منخفضي الاستجابة، أي إن استجابتهم للمثيرات اللمسية أو البصرية أو السمعية في بيئتهم وتفسيرهم لها يكون بمستويات ضعيفة، واما قد يكون لديهم حساسية مفرطة للمثيرات المحيطة بهم (عبد، 2018).

وغالباً ما يكون لدى الاطفال ذوي طيف التوحد قصور في الادراك الحسي من خلال خلل في الاستجابة للمثيرات الطبيعية من حوله والاستجابة لنداء الآخرين على سبيل المثال أو عدم الاكتراث للضجيج والإزعاج وتتضمن أهم الخصائص المتعلقة بالخصائص الحسية للأطفال ذوي طيف التوحد بالآتي (الفرحاتي وآخرون، 2015، 18):

- الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي، فأحيانا لا يستجيب طفل التوحد لنداء الآخرين عليه، وقد يستجيب لبعض الاصوات الخافتة جدا.
- عدم تقدير طفل التوحد للمخاطر التى يمكن أن يتعرض لهىا كالاقتراب من امكان النيران والادخنة الكثيفة أو الاصطدام فى الحوائط والسقوط على الارض أو الامساك بالاجسام والاسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا.
- يميل إلى تجاهل الصوات العالية والشديدة والانذجاب نحو الاصوات كجرس او مقبض الباب او تحريك شي من مكان الى أخر، كما ينزعج طفل التوحد من بعض الاصوات كنباح الكلاب على سبيل المثال.
- يستطيع الانفصال او الانسحاب عن الاصوات والمناظر والروئح والانسحاب عن الناس بشكل عام.

- لدى بعض اطفال التوحد خبرات ادراكية غير سوية كتجاهل الاصوات وعدم النظر الى مصدر الصوت وعدم الاحساس او ادراك الالم.

وفيما يتعلق بالخصائص الحركية فإن لدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد طريقة خاصة في الوقوف، فهم يبقون رؤوسهم منحنية للاسفل في أغلب الاحيان وتلتف أذرعهم علي بعضها حتي الكوع، وبقومون بتكرار حركات معينة مرات متعددة عندما يتحركون، فمنهم من يضعون ايديهم على اعينهم ويدورون بصورة متكررة وذلك حسب شدة الاعاقة، وتتكرر هذه السلوكيات وترتبط باوقات معينة كأوقات البهجة لديهم أو عند وجودهم في موقف من الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر للنور يضاء ويطفئ، ويعد فرط الحركة أو نقصها عند الاطفال ذوى اضطراب التوحد مشكلة شائعة قد تؤدي الى نوبات من الغضب دون سبب يمكن ان يتحول الى سلوك ايذاء للذات ككضرب الراس او العض وشد الشعر وغيرها (مصطفى، 2001).

تشير (الجلبي، 2005) إلى أن هناك عدد من الخصائص الحسية الحركية تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم، ومن هذه الخصائص ما يلي:

1- **المصاداة:** هي تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشديد ومن الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين، والمصاداة هي حالة كلامية تتميز بالترديد اللاإرادي بقيام الطفل بترديد ما قد يسمعه الآن من كلمات أو مقاطع أو حروف أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال.

2- **الاستخدام العكسي للضمائر:** وهو مظهر من المظاهر الظاهرة عند أطفال التوحد، حيث يقومون باستخدام ضمائر التكلم بشكل مشوش، وهو يستبدل بالضمير "أنت" فيقوم بالإشارة إلى الأفراد الآخرين، والضمير "أنا" بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي" ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت" (سليمان، 2003).

3- **السلوك النمطي المتصف بالتكرار:** تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة لاضطراب طيف التوحد، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التى يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة ، وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما قد يؤدى إلى استثارة من حولهم، وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم (الشخص، والدماطي، 1992).

4- **عدم القدرة على اللعب التخيلي:** يكون اللعب لدى أطفال التوحد يدوي (تناولي) ويفتقر للعنصر الإلهامي الذي يمتاز به لعب الأطفال العاديين ويسود مراحل الطفولة المبكرة، حيث أن نشاط اللعب بالأدوات عند الطفل يصبح من خلال التعبير الحر عن الأحاسيس والانفعالات بما يسود فيها من المشاعر العدوانية والسلبية التي تكون مكبوتة لديه فيقوم بإسقاطها على اللعب وبدون خوف من عقاب، وهذا يوضح سبب إخفاق أطفال التوحد في تنمية الوظيفة الرمزية التي تظهر من خلال ممارسته للسلوك الحسي الحركي في السنة الثانية من عمره (عبدالحميد وكفافي، 1995).

5- **البرود العاطفي الشديد:** ومن المشكلات الحسية التي تظهر لدى أطفال التوحد هي عدم الاستجابة لمحاولات لآخرين في التدليل والعناق والحب والمودة والعطف، وكذلك نقص درجة الانتباه إلى ما يقوم به الآخرين وعدم التقاء عين الطفل التوحدي بعيون الآخرين، وهو لا يظهر اهتماماً بحضور الوالدين أو غيابهم ويفشلون في إظهار العلاقات العادية مع الوالدين، وقد لا يبتسم لهم ولا يضحك معهم وإذا ضحك معهم لا يعبر ذلك عن الفرح لديه فيذهب الوالدان إلى أن الطفل لا يعرف أحداًممن حوله وأنه لا يعير أي اهتمام لأن يكون منفرداً أو وحيداً، إضافة إلى قصور أطفال التوحد وإخفاقهم في تأسيس أو تطوير العلاقات الانفعالية والعاطفية مع الآخرين (سليمان، 2002).

6- **يكون التوحد قبل سن الثالثة:** هناك اتفاق بين غالبية الباحثين على أن الإعاقة عند طفل التوحد تحدث خلال السنة الأولى والثانية من حياته وقبل (30) شهر على أكثر تقدير وتستمر هذه الإعاقة مدى الحياة، وهو يصيب على الأقل خمسة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل، أما أعراض الإعاقة فتبدأ بالظهور على شكل صعوبات غير معتادة في سلوك الطفل الذي يكون حاد الطبع، ويعاني من مشكلة في النوم، وضعف بالتغذية الذي ينعكس على عدم نمو الطفل بشكل طبيعي في اللغة، حيث يلاحظ الوالدين بين الشهر (12-14)، كذلك تبدأ الأعراض الأخرى للتوحد بالظهور مثل ظهور سلوك الاضطراب الاجتماعي وسلوك النمطية التكرارية (Newsom & Hovantiz, 1996).

7- **معاناة الطفل من نوبات الغضب وإيذاء الذات:** بالرغم من أن طفل التوحد يبقى لفترة زمنية طويلة مستغرقاً في السلوكيات النمطية، إلا أنه في بعض الأحيان يثور في سلوكيات عدوانية موجهة إلى نفسه، ويقوم بربط يديه ثم يفكها أو يقوم بضرب وجهه بيده أو يقوم بإيذاء نفسه، وفي الحالات يقوم الطفل التوحدي بإزالة قشور الجلد العالق في الجرح، ويوجه أيضا العدوان ويؤذي الغير ويطرد الآخرين من الغرفة، ويضرب الأطفال الآخرين دون أية أسباب، وربما

يقوم حتى يبقى وحيداً، ويقوم الطفل بعض نفسه أو يضرب رأسه في الأثاث أو الحائط (Jordan, 1995).

8- **انخفاض مستوى الوظائف العقلية:** لدى حوالي 40% من أطفال التوحد معامل ذكاء يقل عن (55) درجة، ولدى حوالي 30% معامل ذكائهم يتراوح ما بين (55-70)، ويتزايد حدوث حالات التوحد مع نقص مستويات الذكاء، حيث أن ما نسبته 20% من أطفال التوحد لديهم ذكاء غير لفظي، كما وجد أن بعض هؤلاء الأطفال يمتلكون القدرات المعرفية المبكرة أو البصرية الحركية الكبيرة إلى درجة غير اعتيادية، ولديهم حس موسيقي وقدرات حسابية كبيرة وطلاقة في اللغة والقراءة بالرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرؤون، كما أن أداء أطفال التوحد في بعض الاختبار ات العقلية في مقاييس الذكاء يكون عادياً، بل في بعض الأحيان يكون مرتفعاً على غير العادة (Shash, 1993).

9- **قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:** لدى طفل التوحد عجز وقصور في عدد من أنماط السلوك التي يتمكن من أدائها الأطفال العاديين الذين هم في نفس عمره وبنفس المستوى الاقتصادي والاجتماعي، ففي سن خمس أو عشر سنوات من عمره قد لا يستطيع طفل التوحد القيام بأداء الأعمال التي يقوم بها الطفل العادي الذي عمره الزمني سنتين أو أقل، كذلك فإن أطفال التوحد يعجزون عن رعاية وحماية أنفسهم وإطعامها وإنما يحتاجون لمن يطعمهم أو يقومون بخلع ملابسهم وارتدائها، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول اللاإرادي ويعاني من مشاكل الأرق والأكل (عمارة، 2015)

10- **ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:** يبدو على الأطفال التوحديين كأن حواسهم قد باتت عاجزة عن القيام بنقل أية مثيرات خارجية إلى الجهاز العصبي، فإن مر شخص بالقرب من طفل التوحد أو ضحك أو قام بمناداته، فإنه يبدو كأنه لا يرى ولا يسمع ويكف البصر، وعلى الأغلب ما يظهر أطفال التوحد زيادة أو نقصاً في استجابتهم للمثيرات الحسية بكل أشكالها البصرية، والسمعية، واللمسية، والألم، ويتجاهلون بعض الإحساسات مثل الحرارة والبرودة والألم ويظهرون أيضا حساسية كبيرة لأمور معينة مثل قيامهم بقفل أذنيهم لتجنب سماع أصوات معينة (عبد العزيز، 2001).

ثالثا: الخصائص اللغوية

يعاني الطفل التوحدي من النقص النوعي في الاتصال اللفظي واللا لفظي، كما يعاني من صعوبات في الفهم والاستيعاب لما يقال، فيميلون إلى ترديد كلمات وأحيانا شبه جمل دون الوعي

والإدراك لمعناها أو مدلولاتها والظروف التي تستخدم بها تلك الجملة أو الكلمة، ومن الدلائل الهامة التي تميز الأفراد التوحديين عن العاديين وجود المشكلات المتعلقة بالتعبير والاسقبال ومشكلات في سماع اللغة وفهمها وربط الحروف والرموز والكلمات وغيرها من المشكلات (القمش، 2011).

كما أشار الزريقات (2010) إلى خصائص اللغة المبكرة لدى أطفال التوحد ومنها الفشل في إعطاء الانتباه إلى الكلام وهنا يظهر الفشل في الاستجابة إلى الاسم، الى جانب الفشل في ممارسة مهارات الانتباه المشترك، وتشتمل مهارات الانتباه المشترك على تنسيق الانتباه بين الأفراد والأشياء، ويظهر أطفال التوحد معدلات تواصل منخفضة مقارنة مع الأطفال العاديين فهم لا يعبرون عن هدف تواصلهم.

ثالثا: الخصائص السلوكية النمطية

يعتبر السلوك النمطي (Streotype Bahvior) من أكثر الخصائص السلوكية المميزة للأطفال التوحديين مقارنة مع فئات التربية الخاصة الأخرى،أو مع العاديين تعد هذه الخصائص النمطية أساساً لفهم حالات التوحد: (القمش، 2011)

1- السلوك النمطي الحركي المتعلق باستخدام اليدين.

2- السلوك النمطي الحركي المتعلق باستخدام القدمين.

3- السلوك النمطي الحركي المتعلق بالمشكلات الحركية العامة والدوران أو الوقوف أو التمرين.

4- السلوك النمطي الحركي المتعلق بإيذاء الذات.

5- السلوك النمطي الحركي الروتيني وإظهار إي مقومة لتغير مواقع الأشياء في منزله.

6- السلوك النمطي الحركي المتعلق بالأشياء الخاصة.

كما أن السلوك النمطي يظهر لدى الأطفال المعوقين بشكل عام إلا أن هناك أشكالٌ من السلوك النمطي تظهر بشكل واضح لدى الأطفال التوحديين مثل الدوران حول الجسم، لف الأشياء بشكل دائري، رفرفة اليدين، المشي على أصابع القدمين، ووضع اليدين على العينين. وهذا السلوك النمطي هو سلوك غير هادف ربما يشكل للطفل التوحدي نوعاً من الإثارة وقد يعمل على خفض مستوى الإحباط والتوتر الناتج عن عدم القدرة على التنبؤ بالأحداث. وقد يظهر بعض الأطفال التوحديين اهتماماً شاذاً ببعض الأشياء مثل الأحجار أو الدبابيس أو قطع من البلاستيك وكذلك الأشياء ذات البريق مثل النظارات اللامعة . ويقوم بهذا السلوك بشكل مستمر دون ملل أو

تعب. لذلك نجده يلعب ويقلب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار بدون هدف أو معنى، أو قد يستمر بتحريك جسمه إلى الأمام والخلف أو يلجأ إلى مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار (سليمان، 2003).

رابعاً: الخصائص العقلية والمعرفية

اعتقد كانر عند بداية اكتشافه لاضطراب التوحد أن الأطفال التوحديين متوسطي الذكاء متأثراً بذلك بمظهرهم السوي ومهاراتهم في أداء بعض المهام التي تتطلب ذاكرة روتينية وقدرة مكانية. كما اعتقد أيضا أن هؤلاء الأطفال يمتلكون قدرات معرفية جيدة وذلك نتيجة ما أظهره بعض هؤلاء الأطفال من مهارات خاصة في تصميم أشكال المكعبات وحل الألغاز، ولم يعد أحد من الباحثين يشارك كانر هذا الرأي حيث أثبتت الدراسات خطأ هذا الرأي، حيث أن 70% من الأفراد التوحديين معاقون عقلياً وأن هذه الإعاقة مشكلة معرفية بالدرجة الأولى وليست ناتجة عن الانسحاب الاجتماعي للتوحديين. بالإضافة إلى أن لديهم اضطرابات إدراكية أو معرفية هي المسئولة عن صعوبات عمليات التواصل والعلاقات الشخصية والتفاعل البيئي. أما عن توزيع هذه النسبة داخل مستويات الإعاقة العقلية المختلفة فأن 40% من الأفراد التوحديين تقل نسبة ذكائهم عن 50% وأن 30% منهم تتراوح نسب ذكائهم من 51%- 70% وقلة وصلت نسبة ذكائهم إلى 100-120% (سليمان، 2003).

خامسا: قدرات خاصة:

أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد لديهم نسب من الذكاء طبيعي ويمكن القول بأن ربع الحالات المصابة بالتوحد لديهم معدلات ذكاء طبيعية ومن اللافت أن بعضهم لديه قدرات استثنائية فعندما ينجح الطفل العادي في رسم خط مستقيم فإن الأطفال المصابين بالتوحد قد يصبح قادراً على رسم صورة مفصلة وواقعية ذات رؤية ثلاثية الأبعاد، ويتمتع بقدرة بصرية وسمعية عالية، إضافة إلى قدرتهم على اتباع التعليمات وطرح الأسئلة بدون تكرار (عليوه، 1999).

تشخيص وتقييم التوحد

ولعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور، ولكن مما يزيد من

صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق: أخصائي أعصابneurologist، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق speech-language pathologist، أخصائي علاج مهنيoccupational therapist وأخصائي تعليمي، والمختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد، هذا وقد تم تطوير بعض الاختبار ات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات (CHAT Checklist for Autism in Toddlers CARS)، (Chilhood AutismRating Scale- CARS) وغيرهما وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط (عمارة، 2015).

ومن أهم أدوات القياس والتشخيص لحالات التوحد ما ورد في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الخامسة (DSM-5) والذي صدر عام 2013 حيث بين الليل خمسة معايير يجب أن تنطبق جميعها على الطفل التوحدي و هي كالتالي:

أ- صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي يظهر في مجالات متعددة، سواء في الوقت الحاضر أو في الماضي وهي:

- صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية، من خلال تصرفات اجتماعية شاذة، وعدم القدرة على بدء الحديث والاستمرار فيه، وضعف القدرة عن مشاركة المشاعر والاهتمامات والأفكار، وضعف في عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- ضعف في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي: من خلال الضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، خلل في التواصل البصري ولغة الجسد، أو صعوبة في فهم واستخدام الإشارات، وقصور في استخدام التعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.
- صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية وفهمها، والمحافظة عليها بالمقارنة مع أقرانها من خلال ضبط السلوك ليناسب المواقف الاجتماعية، وصعوبة في المشاركة في اللعب التخيلي وبناء الصداقات و عدم الاهتمام بالآخرين.

ب- السلوكيات النمطية المتكررة والاهتمامات أو النشاطات المحدودة: لابد أن يظهر على الطفل معيارين على الأقل من المعايير التالية سواء في الوقت الحاضر في الماضي:

- حركات نمطية متكررة: تكرار الألفاظ والكلام واستخدام متكرر وغير ملائم للأشياء، كصف الألعاب، أو قلب الأشياء، واستخدام طبقة صوت واحدة أثناء الحديث، وتكرار عبارات مفهومة وغير مفهومة.
- الإصرار على التشابه وعدم التغيير: تمسك وإصرار على الروتين، أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.
- الانشغال باهتمامات معينة بصورة غير طبيعية: من ناحية الشدة والتركيز تعلق بأشياء غريبة
- خلل في استقبال المثيرات الحسية البيئية: أو اهتمام غير عادي في بعض الجوانب الحسية في البيئة

ج- أن تظهر الأعراض في المرحلة النمائية المبكرة: ولكن قد لا تظهر بشكل كامل حتى تتجاوزالمتطلبات الاجتماعية المقدرات المحدودة للطفل، أو تكون هذه الأعراض مقنعة بالاستراتيجيات التي تعلمها لاحقا .

ح- تسبب الأعراض إعاقة هامة سريريا في المجالات الاجتماعية، الوظيفية، وفي المجالات الهامة الأخرى من مهارات الحياة اليومية.

خ - لا تظهر هذه الاضطرابات بشكل واضح كإعاقة عقلية، أو ضمن التأخر النمائي الشامل، وغالبا ما تترافق الإعاقة العقلية مع اضطراب طيف التوحد، كتشخيص مرضي مزمن، ويجب أن يكون اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية والتواصل الاجتماعي دون الحد الطبيعي للنمو (DSM 5 , 2013)

التشخيص الفارقي Differential Diagnose

التشخيص الفارقي هو التشخيص الذي يحدد بأن خصائص الطفل تطابق معيار تشخيصي أفضل من المعايير الأخرى المستخدمة (الزريقات، 2010). و بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص لحالة التوحد ما زالت موجودة بالفعل. ويرى كثير من العلماء أن السبب الرئيسي في ذلك التشابه بين التوحد وإعاقات أخرى، وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن الفروق الجوهرية بين التوحد والإعاقات والأخرى (القمش، 2011).

ويتم تشخيص اضطراب طيف التوحد على المستوى السلوكي وذلك بناء على الصعوبات والمشاكل التي تظهر لدى الطفل في مجالات التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل بشكل

رئيسي، ويكون التشخيص أصعب في المراحل الاولى للطفل وخاصة في الاعمال الصغيرة والتي تطلب جهودا دقيقة ومتواصلة للتعرف على طبيعة الإعراض لديه وتكراريتها وتحليل مهاراته الاجتماعية وأساليب تفاعله مع البيئة و قدراته الإدراكية والعاطفية وخاصة انها تتشابه مع بعض الامراض الاخرى كالفصام والذهان والتخلف الذهني، ويتم إجراء التشخيص بعمر 3 إلى 5 سنوات في الغالب (غانم، 2013).

على سبيل المثال يقسم البعض مرض الذهان إلى كونه فصام الطفولة بسبب وجود أعراض الفصام وأعراض النشاط الزائد، ويشير بعض له بأنه التوحد الطفولي، وبهذا التصنيف يعتبر اضطراب طيف التوحد لدى الاطفال بأنه إحدى حالات الذهان، غير أن البعض رفض كون ذهان الطفولة كمرادف للتوحد لان أعراضه مشابهة لأعراض الاكتئاب و الاضطرابات الناتجة عن خلل في الرأس أو حالة تسمم أو عدوى (القمش، 2011).

وفي حالة التخلف الذهني البذي تعرفه الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني بأنه " إعاقة تميزت بقصور جوهري لكل من الأداء العقلي والسلوك ألتكيفي معبر عنها في المهارات التكيفية العملية، العملية، الاجتماعية، و تنشا قبل سن 18 سنة "، حيث يوجد عدد من الفرو قات بين التخلف الذهني و اضطراب طيف التوحد، فعلى سبيل المثال فإن طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه، كما يلاحظ أن طفل التخلف الذهني سهل التعامل معه و تدريبه على برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود أكبر (عبد الله، 2004).

المحور الثاني: المشكلات الحسية

يحتوي المحور الثاني على مقدمة عامة عن المشكلات الحسية، مشكلات القصور والتواصل الحسي، مظاهر اضطراب التوحد الحسية والإدراكية، وخصائص الطفل التوحدي الحسية والإدراكية، وكما يلي:

مقدمة عامة عن المشكلات الحسية

تتناول المشكلات الحسية لدى الأشخاص التوحديين مختلف الحواس (بصرية – سمعية – شمية – لمسية) إلا أن تلك المشكلات تختلف في شدتها من حاسة لأخرى ومن شخص توحدي لآخر. كما أنها تتراوح ما بين الحساسية المفرطة تجاه المثيرات المختلفة، أو الحساسية المنخفضة تجاه تلك المثيرات.

فبالنسبة للخصائص الحسية السمعية، فإن البعض من الأطفال التوحديين يظهر قصوراً سمعيا، فيبدو الواحد منهم كأنه لا يسمع أحداً، أو ينزعج من بعض الأصوات أو النغمات. ومن أمثلة مظاهر المشكلات الحسية السمعية : البكاء والصراخ في الأماكن المزدحمة والحفلات وأعياد الميلاد، تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها، الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتيبة مثل بندول الساعة.

أما من الناحية البصرية، فإن معظم الأطفال التوحديين لديهم بعض المشكلات كأن يظل لفترات طويلة مركزاً نظره نحو شيء معين، فقد تكون لديهم حساسية بصرية شديدة جداً في بعض الأحيان وتكون منخفضة في أحيان أخرى . فتجد بعضهم يضع الأشياء بالقرب من عينه مباشرة لتفحصها (حساسية ضعيفة) في حين يكره رؤية الأشياء التي تدوربسرعة (حساسية مفرطة).

ومن الناحية الشمية، فإن الطفل التوحدي يفحص العالم من حوله من خلال الشم ،فهم يشمون أجساد آبائهم أو ألعابهم الخاصة وقد يشمون أي شيء في المنزل. أما بخصوص الخصائص الحسية التذوقية، فإن البعض منهم يفضل الأطعمة الحمضية أو العكس، أو يرفض بعض الأطعمة ذات طعم معين، أو وضع كل شيء في الفم لفحصه سواء كان هذا الشيء لعبة أو أداة من الأدوات،وتفضيل الأطعمة بدرجات حرارة معينه (الخميسي، 2013).

مشكلات القصور والتواصل الحسي

تُعد مشكلات القصور والتواصل الحسي من المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة التوحد، وتتفاوت درجات وأشكال ذلك القصور من طفل إلى آخر، ذلك أن التواصل الحسي مهارة مركزية بالنسبة للوجود الإنساني، فالأطفال الذين يعجزون عن التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات أو الذين لا يستطيعون اكتساب المعلومات بالاستماع أو القراءة يواجهون بالتأكيد مشكلات في المدرسة وفي الحياة بشكل عام وإذا ما استمرت هذه المشكلات الحسية فقد يكون من الصعوبة بمكان عليهم أن يتعلموا وأن يكونوا علاقات مرضية مع الآخرين (الخطيب، 2007).

إن اللغة وسيلة حسية أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، بخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين، ومعظم السامعين يتعلمون اللغة التي يتمرسون عليها في مجتمعاتهم كوسيلة حسية، واللغة بالنسبة للإنسان هي أهم قناة للتواصل الحسي، ويعتمد اتقانها على التعلم ويمكن أن تعدل وتتطور عن طريق تعرض الفرد للخبرات المتنوعة، وحتى يتعلم الطفل اللغة على أصولها السليمة يجب أن يتعلم ما يحيط ويصاحب اللغة المنطوقة من حركات وتعابير تظهر على وجه

المتحدث، ونوعية وشدة صوته والإشارات والإيماءات المصاحبة تحديثه (القريوتي وآخرون، 1995).

ويشير (عمارة، 2005) إلى أن هناك إشارات وعلامات تساعد على التعرف على وجود اضطرابات لغوية حسية لدى الأطفال، حيث التأخر في الكلام وعدم القدرة على اتباع التعليمات اللفظية، وعدم القدرة على مطابقة الحروف بالأصوات، وحصيلة من المفردات غير الواضحة، بالإضافة إلى قصور في تكوين المفاهيم اللفظية، واستخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة بشكل طبيعي والصعوبة المتعلقة باختيار الألفاظ والتصورات وصعوبة في إيصال الرسائل للآخرين من حيث الإشارات أو من خلال تعبيرات الوجه.

أولا: مظاهر اضطراب التوحد الحسية السمعية:

بالعادة يعتقد الكثير من الناس أن أطفال التوحد مصابون بالصمم، لأنهم يتجاهلون الأصوات المزعجة مثل أصوات الانفجارات أو الأصوات المزعجة ولا يبدون أية استجابات لتلك الأصوات، ومن الأمثلة على اضطرابات طفل التوحد الحسية السمعية كما اوردها (عمارة، 2005) ما يلي:

1- البكاء والصراخ خاصة في الحفلات والأماكن التي يكثر فيها الازدحام.

2- الصراخ والبكاء عندما يتم استخدام الطباشير أمامه أو الكتابة بالأقلام على السبورة.

3- الإدراك والانتباه بشكل ملفت للانتباه للأصوات الرتيبة والضعيفة مثل دقة الساعة.

4- وضع الأصابع في الأذنين وتغطيته باليدين.

5- التعلق بشكل كبير بسماع الآذان والموسيقى والنشرات الإخبارية.

6- الإكثار من سماع الأصوات الصادرة من المحركات والآلات.

7- الانجذاب وحب سماع نوع معين من الأغاني ذات الرتم والإيقاع المرتفع أو المنخفض.

8- إغلاق وفتح الأبواب بشكل دائم ومستمر ومتكرر.

9- سماع الصدى الذي يصدر عن صوت الماء المتساقط.

10- البكاء والصراخ عند محاولة قص شعره.

11- الخوف والرعب عند اقترابه من شاطئ البحر أو الاقتراب من الأنهار.

12- الهمهمة والحديث مع نفسه بشكل كبير.

13- الفزع والصراخ عند سماعه للأصوات المفاجئة.

ثانيا: مظاهراضطراب التوحد الحسية البصرية:

قد يتجاهل طفل التوحد الكثير من الأشياء التي يفضل الجميع رؤيتها ومشاهدتها، وقد يبقى إلى فترات زمنية طويلة يحملق وينظر في شيء يدور أو في جزء من أجزاء لعبة خاصة به كعجلة الدراجة، ومن الأشياء المثيرة والغريبة لدى بعض أطفال التوحد أنهم يجدون الطريق التي يسلكونها في الظلمة، ولديهم القدرة والاستطاعة في الحصول على حاجاتهم وأغراضهم بسهولة في الغرفة المظلمة، ومن الأمثلة على المظاهر التي يعاني منها طفل التوحد الحسية البصرية وفقاً لـ (شقير، 2006) ما يلي:

1- الحملقة والنظر بشكل شديد في الأضواء.

2- المتابعة المستمرة للظل وبشكل إجباري وقهري.

3- نثر الرمال والتراب أو الأشياء الدقيقة في الهواء والنظر إليها عند نثرها باهتمام وحرص.

4- الصراخ والخوف عند تعرضه للتأرجح أو عند ركوب الألعاب التي تتميز بسرعة الدوران.

5- تلمس أجساد الآخرين أو وجوههم.

6- حب النظر إلى المياه وهي تتساقط.

7- حب النظر إلى الأشياء بشكل جانبي.

8- الخوف من صب العصير في الكوب أو سكب الماء في الكاسات.

9- القيام بتقريب الأشياء من أعينهم بشكل كبير ومبالغ فيه.

10- ضرب الأرجل أثناء المشي بقوة.

ثالثا: مظاهر اضطراب التوحد الحسية الشمية:

يلاحظ بعض الآباء والأمهات على أطفال التوحد أنهم يقومون بفحص العالم من حولهم من خلال القيام بالشم، حيث يقومون بشم أجساد أمهاتهم أو آبائهم أو ألعابهم الخاصة أو الأجهزة والمعدات الكهربائية الموجودة في المنزل، ومن الأمثلة على المظاهر الموجودة لدى طفل التوحد الحسية الشمية، ما يلي: (الخطيب، 2007).

1- القيام بشم الأطعمة قبل القيام بأكلها.

2- القيام بشم الأدوات والأشياء التي تقع في يديه.

3- رفضهم لاستخدام الصابون وأدوات التنظيف.

رابعا: مظاهر اضطراب التوحد الحسية اللمسية:

بعض أطفال التوحد يلاحظ عليهم أنهم غير حساسين للحر أو البرد أو الألم، فقد يخرج طفل التوحد في الحر بملابس شتوية وفي البرد القارص قد يخرج بدون ملابس ولا يشعر بالألم، كذلك يقوم بضرب رأسه بالجدار أو في الحائط أو الكرسي أو الطاولة، وبالرغم من ذلك يظهر طفل التوحد وكأنه غير شاعر بوجود الألم أثناء خروجه بالبرد، ومن الأمثلة على مظاهر اضطراب التوحد الحسية اللمسية، ما يلي: (سليمان، 2002)

1- التلذذ باللهو واللعب العنيف.

2- رفض التقبيل والتلامس الجسدي.

3- رفض العناق والاحتضان.

4- القيام بخلع ملابسه وثيابه أمام الآخرين.

5- القيام بخلع الحذاء وبشكل مستمر.

6- إيذاء نفسه وضربها وعض الأيدي.

7- محاولة طحن أو صرير الأسنان.

8- الكراهيه من غسيل الفم والأسنان.

9- الشعور بالدفء في طقس بارد .

10- الشعور بالبرد في طقس دافىء.

11- البكاء والصراخ عند أخذ الحمام الشخصي.

خامسا: مظاهر اضطراب التوحد الحسية التذوقية:

بعض أطفال التوحد لديهم خصائص وسمات متعلقة بحاسة تذوق الأطعمة، حيث يلاحظ أن بعض هؤلاء الأطفال يفضلون أكل الأطعمة الحمضية، أو العكس أو أنهم يرفضون بعض الأطعمة ذات طعم معين، أو وضع كل شي في الفم لفحصه، ومن الأمثلة على مظاهر اضطراب التوحد الحسية التذوقية، ما يلي:

1- وضع الأشياء في الفم .

2- يكرهون بعض أنواع الأطعمة ذات القوام الهلامي مثل الجلي والبطاطس المهروسة.

3- تفضيل الأطعمة الحريفة مثل الفلفل الأحمر(الجلبي، 2005).

ويظهر الطفل التوحدي تشتتاً ملحوظاً في الوظائف التي يؤديها من خلال الحواس، ويعتبر البعض أن قدرات الطفل التوحدي المعرفية والعقلية هي قدرات عادية، إلا أن هناك البعض يشير إلى أن نسبة من الأطفال يمتلكون نسبة من الذكاء اللفظي أدنى من نسبة الذكاء الأدائي، ويتمثل ذلك في عدم القدرة على القيام بإجراء الحوار المتبادل والصعوبة التي يواجهها بفهم واستيعاب المنبهات اللفظية وغير اللفظية، وقد أكدت الدراسات أن جوانب الأداء الحسي الأسوأ لديهم هو الجانب المتعلق باستخدام اللغة، كما يعتبر اضطراب الجوانب المعرفية من أكثر الملامح الموضحة للاضطراب التوحدي، حيث أنه يترتب عليه نقص حاد في عمليات التواصل الاجتماعي واستجابته الانفعالية للأفراد المحيطين به (نصر، 2002).

ويشير كانر (Kanner) إلى العديد من المظاهر التي يتميز بها اضطراب التوحد، حيث إنه مازال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصّاً، وأكد على أن الميزة الأساسية في هذا الاضطراب تتمثل بالقصور الاجتماعي للأطفال العاديين وأطفال التوحد، حيث يظهر الأطفال العاديين بعض السلوكيات المتواصلة المتعلمة من خلال مشاهدة تصرفات الأفراد البالغين والمألوفين لهم، حيث أنهم يتعلمون الاستجابة بطريقة اجتماعية بطريقة سريعة وملائمة وفعالة، إلا أن ذلك الأمر مختلف بالنسبة لأطفال التوحد، فهم على الأغلب لا يمتلكون تلك المقدرة الطبيعية من أجل الاستجابة للآخرين بشكل مناسب وملائم

كما يظهر الأطفال التوحديون استجابات إلى المنبهات الحسية والإدراكية قد تكون أحيانا زائدة وفي أحيان أخرى تكون ناقصة مثل الصوت أو الألم، ففي بعض الأحيان يضع الطفل يده على أذنه ليغطيها، كما لو أن هناك أصوات معينة تضايقه، وبالمقابل فقد يتجاهل الطفل بشكل تام كافة الأصوات التي تظهر بشكل مفاجئ، ولا يقوم بإظهار أية علامات تعطي مؤشراً إلى أنه يستجيب إلى الصوت مثل قيامه بإقفال وإغماض عينيه أو القيام بفتحها أو حصول حالة من الارتباك أو يقوم بفتح فمه (شقير، 2006).

وتعتبر مهارات الطفل التوحدي الاجتماعية واحدة من أكثر الخصائص المتأثرة بشكل سلبي باضطراب التوحد، والسبب في ذلك يرجع إلى أن طفل التوحد معوق من الناحية البيولوجية في تلك القدرة، ولذلك فإن معظم استراتيجيات التعامل مع اضطراب التوحد المستخدمة تقوم

بالأساس على تزويد الطفل التوحدي بالخبرات الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين، وهذا الأمر لا يقلل من أهمية تدريب هؤلاء الأطفال على مهارات اجتماعية التي تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للطفل(عبدالله، 2001).

ويشير (الفوزان، 2002) إلى أن الطفل التوحدي يعانى من القصور الحسي في التفاعل الاجتماعي، ويعانى أيضا من عدم رغبته في تأسيس العلاقات وإقامة الصداقات التي تجعله قادرا على الاندماج مع الأفراد الآخرين في المجتمع، ويتصف كذلك بوجود قصور نسبي في الاستجابة الاجتماعية والتفاعل والتواصل الاجتماعي والإخفاق في إيجاد الصداقات وتكوين العلاقات مع أقرانه.

المحور الثالث: المشكلات الحركية

يحتوي المحور الثالث على مقدمة عامة عن المشكلات الحركية، مظاهر المشكلات الحركية لدى أطفال التوحد، أقسام وفئات المشكلات الحركية، خصائص الطفل التوحدي الحركية، أعراض سلوكيات الطفل التوحدي النمطية الحركية، وكما يلي:

مقدمة عامة عن المشكلات الحركية

يقوم طفل التوحد بممارسة بعض الحركات الغريبة، مثل حركات اليدين غير المتزنة أو قيامه بالقفز إلى أعلى والنزول إلى الأسفل ويمشي على أطراف أصابعه ويقوم بالدوران حول نفسه بدون أن يحس بالدوخة، وهذه الحركات تحدث عندما يقوم الطفل التوحدي بالنظر إلى شئ يلفت انتباهه (موسى، 2012)

كما ما يقوم طفل التوحد فيكثير من الأحيان ولفترات زمنية طويلة بأداء بعض الحركات المحددة ويبقى مستمراً في أدائها وبشكل متكرر ومتواصل مثل قيامه بهز رجليه أو الرأس أو تحريك الجسم أو أن يقوم بضرب إحدى اليدين على رسغ يده الأخرى، أو قد يقوم بتكرار إصدار أصوات أو نغمات وبشكل متكرر، كما أنه قد يمضي وقت زمني طويل قد يصل إلى ساعات محملق في جهة معينة أو نحو من يقوم بإصدار أصوات أو قد ينظر إلى صوت بعيد أو قريب أو نحو عقارب الساعة الموجودة على الحائط أو الساعة التي تصدر دقات وأصوات، وهذه الأفعال أو الحركات لا تكون استجابة لمثيرات معينة بل هي في الواقع نوع من الاستثارة الذاتية التي تبدأ أو تنتهي بشكل تلقائي ومفاجئ والتي تنتهي بعودته إلى الوحدة المفرطة أو الانغلاق التام على نفسه، وسرعان ما يذهب إلى العالم الخيالي الخاص والذي يعيش به (عمارة، 2015).

ويصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يتشابه ويتماثل مع النمو عند الطفل العادي، وذلك بوجود بعض الجوانب المتشابهة مع وجود تأخر بسيط في معدلات النمو للطفل ذوي التوحد مقارنة بالاطفال العاديين، إلا أن هناك بعضاً من الجوانب التي ترتبط بالنمو الحركي لديهم تبدو غير عادية، فالطفل التوحدي له أسلوب وطريقة خاصة في الوقوف، فهو في غالب الأحيان يقف ورأسه يكون بشكل منحنٍ، كما لو كان يحملق تحت قدميه، وذراعه ملتف حول بعضه حتى الكوع.

ومن خصائص الطفل التوحدي أنه عندما يتحرك في بعض الآحيان فإنه قد لا يقوم بتحريك ذراعيه إلى جانبه، والبعض منهم يقوم بضرب الأرض بقدمه للأمام والخلف وبشكل مستمر ومتكرر، وفي بعض الأحيان يبدو الطفل التوحدي وكأنه في موقف استشارة ذاتية لنفسه فهو يحاول وضع يده حول عينه أو أمامها، ويقوم بدوره حول نفسه ولفترة زمنية طويلة بدون أن يبدو عليه أي شعور بالدوخة والدوار، ويعتبر الإفراط في الحركة مشكلة من المشاكل الحركية الشائعة عند الطفل التوحدي في حين أن قلة الحركة أقل تكراراً، وبحال ظهورها فإنها على الأغلب ما تتبدل بسبب نشاطه الزائد، كذلك يوجد عند الطفل التوحدي قصور في مدى الإدراك والانتباه وانعدام قدرتهم على التركيز مهمة محددة بشكل كامل (خطاب، 2004).

ويلاحظ أن بعض أطفال التوحد يمتازون بالرشاقة و أداء الحركات أثناء المشي، ويمتلكون قدرات على التسلق وحفظ التوازن، وبعض أطفال التوحد يفتقرون إلى الرشاقة، ويعانون من وجود صعوبات في حفظ توازنهم عندما يمشون.

ومن أشكال المشكلات الحركية التي يتسم بها الطفل التوحدي شذوذ في طريقة الوقوف، الأذرع تكون ملتفة حول بعضها، ضرب الأرض بالأقدام إلى الأمام والخلف بشكل متكرر (شقير، 2007).

وقد قسمت الشامي (2004 ب) المشكلات الحركية إلى خمسة أقسام وفئات وهي على النحو الآتي:

1- الحركات الطقوسية Riturd: سلوك نمطي متكرر يتكون من أكثر منفعل حركي واحد ويتم تكراره مرة بعد أخرى، كأن يدور حول نفسه، يصفق أو يجلس على كرسي.

2- الحركات الحسية منخفضة الشدة Low intensity : تشتمل على النقر الخفيف، العبث بأقلام رصاص.

3- الحركات الحسية عالية الشدة (High intensity) تشتمل على إيذاء النفس كأن يعض الطفل نفسه.

4- حركات القفز والتأرجح.

5- حركات الأطراف : تشتمل هذه الحركات على رفرفة الأيدي وهزهزة الساقين.

وحسب حمودة، (1998) فإن المشكلات الحركية والنقص في الأنشطة والاهتمامات التي يمارسها طفل التوحد تتم بواسطة ما يلي:

1- حركات الجسم الآلية، مثل النقر باليدين أو القيام بلف اليد على شكل حركات دائرية أو قيامه بالدوران حول نفسه أو هز رأسه إلى الأمام والى الخلف.

2- شعور الطفل بالضيق والكرب عند حدوث أية تغييرات في البيئة المحيطة حتى لو كان هذا التغير طفيفاً مثل قيامه بتحريك شئ من مكانه المعتاد إلى مكان آخر.

3- انشغال الطفل بشكل دائم بأجزاء من الأشياء مثل قيامه بشم الأشياء أو ارتباطه بموضوع غير معتاد، مثل إصراره على حمل خيط طوال الوقت.

4- إصرار الطفل غير المناسب على القيام بنفس العمل الروتيني بكل تفاصيل، مثل إصراره على سلوك نفس الطريق عند شراء شئ معين.

5- الضيق الملحوظ في اهتمامات طفل التوحد وانشغاله بعمل شئ واحد فقط.

أعراض سلوكيات الطفل التوحدي النمطية الحركية

إن أهم الأعراض التي يمكن إدراجها ضمن سلوكيات سلوكيات طفل التوحد النمطية الحركية، هي الاستغراق في أداء عمل واحد محدد وبشكل متكرر ولمدة زمنية طويلة، وبشكل غير عادي، كذلك تقيده وبشكل شديد بعادات وطقوس غير مهمة وغير عملية، ويقوم بأداء سلوكيات حركية نمطية ومتكررة، وتراه منشغلا دائما بجزئيات الشئ وليس بكل الشئ (الشخص، 2016).

وقد أكدت الدراسة التي قام بها وولف (Wolf, 2005)، أن طفل التوحد يقوم بممارسة أنواع من السلوكيات النمطية الحركية التي تظهر بشكل تلقائي وتختفي فجأة، كما أشارت النتائج التي توصلت إليها دراسة بيكلين (Biklen, 2002) إلى أن السلوك النمطي الحركية يتضمن ما يلي:

1- يؤدي طفل التوحد تصرفات بشكل مستمر تؤذي نفسه.

2- يؤدي طفل التوحد حركات بشكل تلقائي ميكانيكي غير متعمد.

3- تصرفات الطفل التوحدي بها رتابة وعدم احتمال التغيير.

4- يقوم طفل التوحد بتحريك الأشياء بشكل دائري وكروي.

5- لكلام طفل التوحد صدى.

6- رفة العينين ونغز متكرر.

7- رفرفة اليدين.

والجدير بالذكر أن سلوكيات طفل التوحد النمطية الحركية المتكررة، قد أرجعتها دراسة ترينبير (Trenpeyeier, 1996) إلى ما يلي:

1- أن سلوكيات طفل التوحد تعود إلى عدم قدرته على ملاءمة السلوك الذي يقوم بأدائه مع الموقف.

2- الخلل في عدد الخلايا العصبية في دماغ طفل التوحد والخلل أيضا في حجم هذه الخلايا.

3- اتباع طفل التوحد لمثل هذه التصرفات والسلوكيات من اجل جذب اهتمام الآخرين به.

4- اعتراض طفل التوحد باستمرار على تغيير برنامج عمله اليومي والروتين المعتاد عليه.

5- تأثير تسرب مواد سامة إلى دماغ طفل التوحد.

6- ارتفاع مستوى التوتر لدى طفل التوحد.

المحور الرابع: العلاج بالخيل

يحتوي المحور الرابع على مقدمة عامة عن العلاج بالخيل، العلاج النفسي باستخدام الخيل، طبيعة العلاقة بين طفل التوحد والخيل، توظيف ركوب الخيل في برامج علاج أطفال التوحد، وكما يلي:

مقدمة عامة عن العلاج بالخيل

يُعد العلاج باستخدام الخيل من الطرق الفريدة في علاج الاضطرابات المختلفة مثل اضطراب طيف التوحد، وبدأ استخدام العلاج بالخيل على يد ليزا هارتيل (lishatrel) عام 1952 في الدنمارك، وفي الستينات انتقلت فكرة العلاج باستخدام الخيل من الدنمارك إلى النرويج وبريطانيا وأمريكا و كندا، وتبنت الولايات المتحدة هذه الفكرة في علاج الاضطرابات المختلفة

وتم إنشاء رابطة أمريكا الشمالية لركوب الخيل للمعوقين (The North American Riding for the Handicapped Association (NARHA)، وكان الهدف الرئيسي منها هو علاج الأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية (Robin., et al, 2012).

والعلاج عن طريق ركوب الخيل هو واحدة من الوسائل العلاجية الحديثة نسبياً والذي بدأ ينتشر مؤخراً و تعتمد هذه الوسيلة العلاجية في المقام الأول على التوافق الحركي بين حركة الحصان وراكبه، حيث تنتقل تموجات الخيل الناتجة من تحركه للأمام والخلف أثناء سيره مباشرة إلى فهم الطفل للحركة والتناسق في الحركة مع الخيل، فهي وسيلة شبيهة بالسوائل التي تستخدم حالها في التحفيز الحسي الحركي وتحفيز الإتزان كطريقة بوباث على سبيل المثال، حيث أن فوائد ركوب الخيل حركياً هي التالي: تكمن في أنه يحسن التوازن ويقوي العضلات، يسرع الإستجابات، يزيد السيطرة على وضعية الجسم، يخفف التشنج، يزيد في مجال حركة المفاصل، يمدد العضلات القاسية والمتشنجة ويرخيها، يزيد القدرة على التحمل، ويحسن إدراك مجال الرؤية،بالإضافة إلى الجانب الحركي والصحي فإن استخدام الخيول لها آثار نفسية على الطفل، حيث أنها تعزز ثقته بنفسه وتحسن قدرته على الإحساس بالمخاطر وتساهم في دمجه في المجتمع بثقة لإحساسه أن ركوب الخيل يحتاج إلى مهارة (حجة، 2011).

العلاج النفسي باستخدام الخيل

يُعد علاج التوحد باستخدام الخيل وسيلة من الوسائل الجديدة في علاج التوحد عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، إذ أن شخصية طفل التوحد بهذا النوع من العلاج تتغير وتنمو بشكل أفضل إذا قام بالاعتناء بالخيل، فالعلاج باستخدام الخيل هو أحد الأساليب العلمية المنظمة القائمة على الأسس العلمية الحديثة، وهو أسلوب وطريقة علاجية لها مستخدميها وأساتذتها، وقد تم تسمية العلاج النفسي باستخدام الخيل كطريقة في العلاج النفسي لأطفال التوحد الذي يستند على استخدام الخيل في علاج أطفال التوحد، وهو يشمل عدداً من الأنشطة والممارسات المتبادلة بين الطفل مع الخيل، كذلك تشمل أسلوب وطريقة التعامل معها ورعايتها وتدريبها وقيادتها والقفز باستخدامها (الشريف،2011).

وهذا النوع من العلاج يقوم المعالج النفسي وبمساعدة مدرب الخيل باستخدام الخيل في تقديم العلاج لمجموعة من الاضطرابات العصبية والنفسية، وذلك من خلال إحداث التأثير الإيجابي على عمليات الاتصال والتواصل مع الأشخاص المحيطين وتنمية ثقة طفل التوحد بنفسه ونموه العاطفي السوي وتحسين صورة الفرد حول نفسه، وذلك من خلال تمكين طفل التوحد من

السيطرة على الخيل وقيادتها والتحكم بها، الأمر الذي يعزز ثقة وقدرات طفل التوحد بنفسه ويراجع عملية التقييم لها من خلال منظورات إيجابية (صندقلي،2012).

وقد استخدم العلاج النفسي باستخدام الخيل كتقنية من التقنيات التي يمكن استخدامها في تعديل سلوك طفل التوحد، إذ يستخدم الخيل كأحد المعززات لسلوكيات طفل التوحد الإيجابية والتي يقوم بممارستها، ومن خلال هذه التقنية يقوم معدل السلوك بالسماح لطفل التوحد بركوب الخيل كلما أظهر الطفل سلوك استجابة وتكيف مع الخيل ومرغوب فيه، وحرمان الطفل من ذلك كلما ظهرت منه سلوكيات غير مرغوب فيها، وهذا ما يعرف بتعديل السلوك والتعزيز بهذه الحالة يكون باستخدام النشاطات المحببة لدى طفل التوحد، ومن أهم السلوكيات أيضا التي يستخدم فيها العلاج النفسي باستخدام الخيل هي سلوكيات عدوانية يحتاج الطفل إلى التفريغ النفسي والانفعالي وكذلك الأطفال الذين يعانون من ثقل بالحركة (عياد، 2010).

طبيعة العلاقة بين طفل التوحد والخيل

تنشأ العلاقة بين طفل التوحد والخيل من الاهتمام الذي يبديه طفل التوحد بالخيل والذي يولد لديه شعوراً بالمسؤولية، لكونه يقوم على تقديم خدمة مفيدة للغير ويساهم في بناء علاقات جيدة مع الخيل، كما أن التفاعل بين الخيل وأطفال التوحد له مفعول جيد، حيث أنه يشعر الطفل في البداية بالخوف ولكنه في كثير من الأحيان وبنفس الجلسة أو خلال أسبوع واحد يستطيع الطفل تجاوز كافة الصعاب ويركب الخيل (رياض،2008).

إن طفل التوحد يستطيع التواصل مع الخيل على مستوى أعمق، إذ أن الرابطة التي تحل بين طفل التوحد من جهة وبين الخيل من جهة أخرى تمنحهم فرصة كافية من أجل اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالتعامل مع الخيل وأن يكون الطفل بهذه الحالة صاحب السيطرة عليها ويمتلك زمام الأمور (كامل،2015).

وبما أن الخيول العربية كريمة ولديها روح نبيلة ويبدو أنها تفهم أنها تتعامل مع أطفال فيمكن استخدامها لغايات العلاج، إذ تظهر هدوءاً أكثر معهم، وإذا ما صادف مرور خيل من أمام الأطفال فإنها تتوقف من أجل السماح للطفل بالمرور كأنها تعي ما يحدث! وإن كل طفل يعاني من اضطراب التوحد يعتبر حالة خاصة، لديه استجابته للعلاج مختلفة تماما عن حالة أي طفل آخر، حيث أن هنالك عدة أشكال من السلوك لمن يعانون من اضطراب التوحد.

وقد بينت بعض نتائج العلاج باستخدام الخيل أن أحد الأطفال ـ وكان عمره ثمانية سنوات ـ لا يتحدث إلا بالهمس ويتكلم عدداً قليلاً من الكلمات، وكان في الصف يجلس دون أن يتكلم أو

يفعل أي شيء ، وكان يكتفي فقط بالنظر إلى سقف الصف وعندما تم إحضاره للعلاج باستخدام الخيل بدأ يراقب ويتابع الخيل وهي تأكل البرسيم وبعد عشرين دقيقة أخذ الطفل بالصراخ بصوت مرتفع وبادر بإطعامها على الفور ويقول " حصان، تعال، كل" وتشير هذه النتائج بأن سلوك طفل التوحد قد تغيّر باستخدام الخيل للعلاج، واستطاع أن يفهم الرابطة بينه وبين هذا الحصان، وبأنه يتوجب على الحصان أن يقوم بأكل البرسيم من بين يدي الطفل، حيث أن الطفل الآن أصبحت شخصيته مختلفة تماما، حيث بدأ يتكلم ويتحدث بشكل طبيعي وأصبح بإمكانه التعبير عن نفسه من خلال صياغة بعض الجمل الكاملة (Robin., et al, 2012).

ويرى الباحث أن العلاج باستخدام الخيل يستدعي القيام بالركوب عليها من دون استخدام السرج، وذلك بسبب وجود الافتراض الذي يستند على أن الإحساس بحركة الخيل أثناء قيامها بالمشي سيؤدي إلى تحفيز قدرات الطفل على التفاعل والتواصل مع الخيل.

توظيف ركوب الخيل في برامج علاج أطفال التوحد

لقد أظهرت نتائج عدد من الدراسات الحديثة أن هناك العديد من الفوائد التي تتحقق من استخدام أطفال التوحد للخيل والذين يعانون من مختلف أشكال الإعاقة أو اضطرابات الحركة على الخيل ومنها التوحد أو متلازمة داون، أو غيرها من المتلازمات الوراثية، حيث سجلت الكثير من الدول عدد من الإنجازات والنجاحات الملموسة لتجربة ركوب أطفال التوحد على الخيل والتي تعتبر من الأساليب الحديثة نسبياً في مجال العلوم السلوكية، وفي مجال تأهيل أطفال التوحد وذوي اضطرابات الحركة والإعاقة إسوة بغير ذلك من أساليب العلاج الحديثة، مثل العلاج بالرسم أو الموسيقى أو الرقص وغيرها(مصطفى، 2015).

وهذا الأمر هو الذي أدى إلى انتشار وتطوير تجربة ركوب أطفال التوحد على الخيل في عدد من البلدان خصوصا في الولايات المتحدة الأمريكية والدانمارك وألمانيا وأستراليا، حيث ظهر في الوقت الحالي مجموعة كبيرة من البرامج العلاجية، والتكميلية والمساعدة والتي تم تصميمها اعتماداً على ركوب الخيل، والتي تقوم أساسا على تحفيز حواس طفل التوحد المستفيد من تجربة ركوب الخيل عن طريق اللمس.

وتشير الأبحاث والدراسات إلى أن إحدى المصابات بشلل الأطفال وهي السيدة الدنماركية "ليز هارتيل" والتي كانت محبة وشغوفة لحد كبير بهواية ركوب الخيل، وقد عانت من الكثير الصعوبات والاضطرابات الحركية العديدة، إلا أنها بقيت تمتلك الإصرار والعزيمة على ممارسة تلك الهواية وهي ركوب الخيل بالرغم من الإصابة بشلل الأطفال، وقد نجحت هذه المريضة إلى

حد كبير بإعادة التأهيل لعضلات جسمها وتطوير قدراتها الحركية، بل واستطاعت من الوصول إلى بعض المسابقات الرياضية المهمة على مستوى الألعاب الأولمبية، وحصلت على الميدالية الفضية في المسابقة في عام 1952 (كامل،2015).

وقد لفت إنجاز "ليز هارتيل" اهتمام العديد من الدارسين والباحثين والمختصين بالعلاج الطبيعي والتأهيلي، حيث نجحت المعالجة "أولا هاربوث" في القيام بتصميم أول البرامج العلاجية المنظمة والمحددة الخطوات من أجل إعادة تأهيل المعاقين، ويعتمد هذا البرنامج بالأساس على ركوب الخيل وقد حقق العديد من النتائج الملموسة والجيدة عند الكثير من المعاقين، مما دفع بالخبراء في عدد من الدول على العمل بالبرنامج والقيام بتطويره ليشمل بالإضافة إلى المعاقين حركيا فئات أخرى، مثل المرضى المصابين بالاضطرابات الانفعالية كالمعاقين ذهنيا وبصريا والأطفال المصابين باضطراب التوحد واضطرابات التواصل (مصطفى، 2015).

والخيول التي يتم توظيفها لعلاج التوحد هي من بعض الأنواع المحددة والمدربة بشكل جيد، بحيث لا يقتصر العلاج على العلاج الاستجمامي أو الترفيهي، وإنما يمتد إلى تنمية المهارات التواصلية على اعتبارها من المهمات الهامة والبارزة في علاج وإعادة تأهيل أطفال التوحد، حيث إن برنامج العلاج باستخدام الخيل يقوم بتصميمه بالعادة فريق علاجي متخصص، يضم الطبيب المعالج، واختصاصي العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي، والاختصاصي النفسي، وعدد من المعالجين من تخصصات أخرى(مصطفى، 2015).

وقبل بدء الفريق المختص بإعداد برنامج علاج التوحد يقوم بإجراء التقييم الطبي والنفسي والحركي الشامل للطفل، وذلك من أجل التأكد من مدى ملائمة البرنامج لذلك النوع من برامج العلاج للشخص ذوي الاعاقة، وخصوصا لملاحظة بعض الأمور التي قد تشكل خطراً على المعاق عند قيامه بركوب الخيل، مثل التشوهات في العمود الفقري أو تلك التي تظهر في عضلات الرقبة أو الاضطرابات العصبية الخاصة وغيرها من الجوانب الطبية المتعلقة بعلاج التوحد، أما المدرب الذي يقوم بمهمة تدريب طفل التوحد على استخدام الخيل وركوبها، فينبغي أن يكون المدرب مؤهلاً تأهيلاً مناسباً لذلك النوع من العلاج، وأن يكون ملم ومدرك لطبيعة اضطراب التوحد للمصاب الذي يتم تدريبه، وأن يكون على دراية بكيفية التعامل مع الطفل، وكيفية توظيف الخيل من اجل تحقيق الأهداف المنشودة من البرنامج العلاجي (الموقع الالكتروني/https://raseef22.com/life).

وفيما يتعلق بسيكولوجية علاج أطفال التوحد فإن طبيعتهم التي تتميز بأنهم شغوفون بالخيول باعتبارهاأحد الحيوانات الأليفة، فإن السبب يعود إلى طبيعة الخيل التي تمتلك قدرات على

التفاعل مع الإنسان، ولديها أيضا إمكانيات طبيعية في الود والتآلف مع الإنسان، والإحساس بعلاقة جيدة مع الأطفال لكونهم لطيفين في تعاملهم مع هذه الخيول، واستجابتها للمرح والموسيقى بطريقة بعيداً عن المظاهر وسلوكيات العنف والعدوانية، فكلما كان الطفل الذي يتعامل مع الخيل بشكل هادئ وودود، فإنها تستجيب بسرعة له ؛ لكونها تتمتع بفطرة وذكاء وإدراك حيث تبدأ بالتجاوب مع الطفل الذي يكون بعيداً عن جميع مظاهر القسوة والعنف مع الخيل، فيحاول تعديل سلوكه وأسلوب التعامل معها من أجل كسب الود والاستئناس بها (رياض،2008).

أما السبب الذي يجعل من استخدام الخيول وسيلة جيدة جداً في علاج أطفال التوحد، هو أنه يمكن للطفل الذي يتم إعطاءه فكرة بسيطة عن كيفية التعامل مع الخيل في الاتجاه الصحيح، أن يصبح قادراً على السيطرة على الخيل فيشعر بتعامله معها بطمأنينة وأمان، وترتفع درجة إيجابية تفاعل الخيل مع الطفل الذي يضطر لكي لايفقد صديقه ببذل محاولات للمحافظة على بقاء صداقته وعلاقته الحميمية مع الخيل، سيما وأن الخيل بطبيعته ينتظر الأوامر البسيطة والواضحة من الطفل الذي يصبح باستطاعته ـ مع التدريب والتشجيع ـ أن ينقل إلى الخيل ما يريد بطريقة بسيطة وسهلة أيضا (الموقع الالكتروني/https://raseef22.com/life).

كذلك يمكن تحفيز حاسة اللمس من خلال العلاج باستخدام الخيل، حيث يمكن تحفيز هذه الحاسة من خلال استخدام جلد الخيل، وقيام الطفل بلمس شعر ذيل الخيل، وكذلك لمس شعر الأنف، حيث إن الخيل تستشعر بسهولة الألفة من الغير وذلك من خلال اللمسات أو "الربتات" الخفيفة الرقيقة والتي تحمل في مضمونها رسائل الألفة والمحبة والود، كذلك يستشعر الطفل بسهولة استجابة الخيل من خلال الحركات والأصوات التي تصدرها الخيل أثناء لمس شعره من قبل الطفل (رياض،2008).

وتؤكد الدراسات أن اكتشاف تلك المشاعر والأحاسيس التي تتم عن طريق اللمس، تساعد بشكل كبير على شد الطفل وجذب انتباهه للحركات والأصوات الصادرة من الخيل، وتحفزه أيضا نحو تنمية وتعزيز مهاراته اللفظية للتواصل بسهولة مع الخيل، كما أن تفاعل الطفل يسهم في تنمية الكثير من مهاراته الحركية، وتساعد أيضا على تعلم بعض المهارات الجديدة، وتزيد من ثقته بنفسه، ويصبح بإمكانه تطوير قدراته على الانتباه بشكل أفضل والتركيز على ملاحظة الأشياء حوله، وبالتالي باستطاعته تحسين وتطوير مهاراته السمعية والبصرية والانفعالية، وهذا يدفع الطفل إلى حب القيام بأعمال أخرى والتواصل والتعلم لاكتساب مهارات أخرى وتحقيق الإنجازات الإضافية (مصطفى، 2015).

ومما سبق يمكن القول بأن اضطراب التوحد في التربية الخاصة يعد من الاضطرابات المتباينة في خصائصه، وهي من الإعاقات النمائية المحيرة الصعبة التي تعرف علميا بأنها خلل وظيفي في النمو الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين، وحسب منظمة الصحة العالمية تشير التقديرات إلى معاناة طفل واحد من كل 160 طفلاً في العالم من اضطراب طيف التوحد، وتمثل هذه التقديرات رقماً متوسطاً ويتفاوت معدل الانتشار المبلّغ عنه تفاوتاً واسعاً بين الدراسات، وقد ظهرت العديد من النظريات التي تفسر أسباب التوحد كالنظرية البيولوجية والعصبية، والنظرية الوراثية أو الجينية، و النظرية البيئية أو نظرية العوامل البيئية، و الفرضيات البيوكيميائية، و الفرضيات الأيضية، ونظرية العقل، وللتوحد خصائص عامة كالخصائص الاجتماعية والحسية والحركية، وقد تبين أن هناك بعض الامراض التي قد تتشابه في اعراضها مع أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى مما يزيد من صعوبة اكتشاف هذا المرض، وقد تبين انه يمكن استخدام الخيل لمعالجة أعراض التوحد لكونه يعد من الطرق الفريدة في علاج الاضطرابات المختلفة مثل اضطراب طيف التوحد.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

يقدم هذا الجزء عرضاً للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الرسالة، وقد تم ترتيب الدراسات من الأقدم إلى الأحدث، وعلى النحو الاتي:

هدفت دراسة كل من ستيربا وروجرز وفوكس (Sterba, Rogers & Vokes, 2002) إلى الكشف عن آثار العلاج عن طريق ركوب الخيل على الحركة الاجمالية عند الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي. وقد شارك بالدراسة (17) مشترك (9) اناث و (8) ذكور ومتوسط العمر عندهم 9 سنوات و 96 أشهر. كان معدل الحركة الإجمالية عندهم ضمن نظام التصنيف (2.7) تم تعريضهم لثلاث جلسات علاجية أسبوعياً لمدة (18) أسبوعا. تم إجراء اختبارات عليهم كل 6 أسابيع. بحيث اعتبرت ال 6 أسابيع الأولى فترة ما قبل العلاج وال 6 أسابيع التالية فترة العلاج وال 6 أسابيع الأخيرة فترة ما بعد العلاج. ففي الفترة الأولى لم يتغير معدل الحركة عندهم. مع نهاية العلاج زاد معدل الحركة عندهم بمقدار 7.6 %. وهذا يشير إلى أن العلاج عن طريق ركوب الخيل يطور الحركة الإجمالية عند الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي مما يقلل من درجة الإعاقة الحركية.

وقام سماس وفورتتني وويلبينبرغ (Sams , Fortney & Willenbring ,2006). بدراسة هدفت إلى المقارنة بين استخدام العلاج المهني: العلاج المهني باستخدام التقنيات التقليدية، والعلاج المهني والمعالجة باستخدام الحيوانات في تنمية استخدام اللغة والتفاعل الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من التوحد وتكونت عينة الدراسة من (22) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (7 و 13)، تم تعريضهم لشكلين من العلاج في برنامج العلاج المهني القائم على المدرسة للأطفال المصابين بالتوحد. وأظهرت النتائج تحسناً في استخدام اللغة والتفاعل الاجتماعي بشكل أكبر بكثير في جلسات دمج الحيوانات بالمقارنة مع جلسات باستخدام حصر تقنيات العلاج المهني التقليدية.

وأجرى باس و دوتشاوني وليابري (Bass, Duchowny & Liabre, 2009) دراسه للتعرف على أثر العلاج عن طريق الخيل على التفاعل الاجتماعي عند الأطفال الذين يعانون من التوحد، حيث تم اختيار أطفال يعانون من التوحد عشوائياً ليشكلوا المجموعة التجريبية بحيث يتم تطبيق علاج الخيل عليهم من خلال برنامج علاجي يمتد على مدار 92 أسبوعاً ومقارنتهم مع المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج. في نهاية الدراسة، استخلص الباحثون أن الأطفال الذين شاركوا في ركوب الخيل أظهروا تطوراً في المهارات الاجتماعية وإحساس أفضل وحساسية أعلى وتحفيز اجتماعي أكبر.

وقامت مارغريت و كاثرينا و ماريا (Margaret ,Catherine & Maria, 2009) بدراسة هدفت إلى معرفة آثار ركوب الخيل العلاجي على الأداء الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد. وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (ن = 19)، و المجموعة الضابطة (ن = 15)، وتم تدريب المجموعة التجريبية ببرنامج العلاج باستخدام الخيل لمدة 12 أسبوعاً، وأظهرت النتائج تحسناً كبيراً في الأداء الاجتماعي للمجموعة التجريبية، وأظهرت النتائج الأطفال الذين يعانون من التوحد ممن تعرضوا لبرنامج العلاج باستخدام ركوب الخيل تحسناً في السعي الحسي، والحساسية الحسية، الدافعية الاجتماعي، ونقصان في عدم الانتباه، والتشتت،. وبالتالي قدمت النتائج أدلة على أن العلاج باستخدام ركوب الخيل قد يكون خياراً علاجياً قابلاً للتطبيق في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد.

وأجرت ستيكاني (Stickney, 2010) دراسة حول الفوائد الصحية المتوقعة لبرنامج العلاج عن طريق الخيل لأطفال يعانون من اضطرابات التوحد وإعاقات وتحديات صحية. اختبرت الدراسة الفوائد المتوقعة لبرنامج علاجي عن طريق الخيل لأطفال يعانون من اضطرابات التوحد، مع التركيز بشكل خاص على الجوانب التي تساهم في تطوير هذه الفئة على صعيد الصحة الجسمية والعاطفية والاجتماعية. واستخدمت الدراسة طرقاً متعددة لاكتساب بعد عميق حول فوائد البرنامج العلاجي عن طريق ركوب الخيل. تم تطبيق البرنامج في ليكسينغتون، كينتوكي. تم تشكيل مجموعات مركزة بمرافقة خمس مرشدين وخمسة متطوعين . كما تمإجراء مقابلات شخصية مع فردين من الطاقم ووالدين وأفراد من العائلة ل 95 طفلا مشخصين ضمن اضطرابات التوحد واشتركوا بجلسات ركوب الخيل. شملت التسجيلات على التاريخ الطبي وخططالدروس وتم أيضاً تقييمات الحالة. ودعم التحليل الموضوعي، كما ألقت الضوء على تقنيات إضافية لدعم الأطفال وأفراد عائلاتهم. شملت أبرز الفوائد زيادة في القدرات البدنية وتحسن في الانتباه والتركيز وتعديل في السلوكيات غير المناسبة وتطور في مفهوم الذات وزيادة في التفاعل الاجتماعي والتواصل. وتشمل العوامل الأساسية التي تؤثر على نجاح التدخل للحركة الخاصة والتحفيز الحسي للخيل والبيئة الداعمة والتحفيز للأطفال للمشاركة وإنهاء النشاطات المبنية والتمارين المطلوبة في حصص الركوب. وتشجع نتائج هذه الدراسة استخدام العلاج عن طريق ركوب الخيل كتدخل فعال على الصعيد الصحي للأفراد الذين يعانون من اضطرابات التوحد.

وقام كل من يي و شاه و موا و شوين (Yee, Chih ,Mao & Chwen, 2010) بدراسة تحققت في فعالية برنامج محاكاة لركوب الخيل على الكفاءة الحركية والوظائف التكاملية

الحسية، و تكونت عينة الدراسة من 60 طفلاً مصاباً بالتوحد (العمر: 6 سنوات، 5 أشهر إلى 8 سنوات، 9 أشهر) . مقسمين إلى مجموعتين تجريبية (30) طفلاً، تم استخدام البرنامج المطور المحاكي لركوب الخيل و ضابطه (30) طفلاً، باستخدام العلاج المهني العادي، و استمر البرنامج لمدة 20 أسبوعاً باستخدام معدات تمارين مبتكرة في البرنامج المطور المحاكي لركوب الخيل أظهرت النتائج تحسناً في الكفاءة الحركية والوظائف التكاملية الحسية للأطفال الذين تلقوا العلاج عن طريق البرنامج المطور المحاكي لركوب الخيل، وبالإضافة إلى ذلك، استمر التأثير العلاجي لمدة 24 أسبوعاً على الأقل (6 أشهر).

كما قام كل من روبين و زملائه (Robin., et al , 2012) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي باستخدام الخيل في التنظيم الذاتي ومجالاته الفرعية (الخمول، السلوك النمطي، وفرط الحركة، والمهارات المعيشية التكيفية، والمشكلات الحركية)، و تكونت عينة الدراسة من (42) طفلاً ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد (بعمر 6- 16 سنة)، وتم تطبيق البرنامج العلاجي باستخدام ركوب الخيل ب(10) دروس أسبوعية من ركوب الخيل العلاجي، وتلقى جميع المشاركين تقييمات قبلية و بعدية في مجالات التنظيم الذاتي. وأظهر المشاركون الذين أكملوا 10 أسابيع من ركوب الخيل العلاجية تحسينات كبيرة على مقاييس الخمول، والسلوك النمطي، فرط النشاط، والمهارات اللغوية التعبيرية، والمشكلات الحركية، ومهارات التخطيط اللفظي / الحركي اللفظي، وأن مجموعة ركوب الخيل العلاجية لا تزال تظهر تحسينات كبيرة في سلوكيات التنظيم الذاتي.

وقام الخميسي (2013) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار المشكلات الحسية والحركية لدى عينة الأطفال التوحديين بدولة الكويت، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى المشكلات الحسية والحركية تبعا لمتغير العمر وشدة التوحد، وذلك على (226) من الأطفال التوحديين تراوحت أعمارهم من (6- 18) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين عمريتين من (6 – 12) ومن (12 – 18) سنة. تم استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي، مقياس البروفيل الحسي ومقياس المشكلات الحركية. وأشارت النتائج أن اضطراب المعالجة السمعية جاء بالمرتبة الأولى في ترتيب انتشار المشكلات الحسية بنسبه (55.8%) يليه على التوالي البصرية (19.0%)، الشمية (14.2%)، التذوقية بنسبه (11.1%)، وضعية الجسد وحركته (2.7%)،التحمل/التناغم (1.8%)، المعالجة اللمسية (0.4%)، الدهليزية (0.0%). كما أظهرت النتائج أن انتشار اضطرابات في المشكلات الحركية كان بنسبة (52.2%) للمهارات الحركية الكبرى و (47.8%) للمهارات الحركية الصغرى.كما بينت النتائج أن الأطفال ذوي التوحد الشديد كانوا أكثر اضطراباً

على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس البروفيل الحسي ومقياس المشكلات الحركية من الأطفال ذوي التوحد البسيط والمتوسط. بينما لم توجد فروق دالة بين متوسطات درجات مجموعة الأفراد التوحديين في المرحلة العمرية (6-12) ومتوسطات درجات مجموعة الأفراد التوحديين من (12-18) على أبعاد والدرجة الكلية لكل من مقياس البروفيل الحسي ومقياس المشكلات الحركية ما عدا البعد في المعالجة الحسية التذوقية التي كانت أكثر اضطراباً لدى مجموعة الأطفال الأصغر سناً.

وهدفت دراسة النابلسي (2013) إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تعديل السلوك الاجتماعي لذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى عينة من الطلبة الأيتام. وقد تم اختيار أفراد الدراسة من طلبة مراكز الأيتام التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن، حيث بلغ عددهم (18) طالباً، وقد تم تقسيم الطلبة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) تضم كل مجموعة (9)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء وتطبيق البرنامج التدريبي المستند إلى اللعب الذي أعده الباحث على أفراد المجموعة التجريبية، وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء مجموعتي الدراسة في تعديل السلوك الاجتماعي على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي البعدي، وأن الفرق كان لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التدريبي المستند إلى اللعب مما يؤكد أثر البرنامج التدريبي المستند إلى اللعب في تعديل السلوك الاجتماعي، وعدم وجود فروق بين متوسطات أداء مجموعتي الدراسة على مقياس مهارات تعديل السلوك الإجتماعي على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماع تبعا لمتغير العمر.

وأجرى سبرنجر (Springer, 2014) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامجين تدريبين قائمين على العلاج السلوكي أحدهما موجه للأطفال ، والآخر موجه للآباء على عينة تكونت من (51) طفلاً يعانون من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (4-8.5)سنة، وقام بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين الأولى خضع فيها الأطفال وآباؤهم لبرمجة تدريبية. وأظهرت النتائج وجود تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وزيادة التواصل الاجتماعي وزيادة مستوى الكفاية الذاتية لدى جميع الأطفال المشاركين في الدراسة هذا بالإضافة إلى انخفاض مستوى الضغوط التي يعاني منها الوالدان بالنسبة للآباء والامهات الذين شاركوا ضمن مجموعة الدراسة الثانية.

وهدفت دراسة امارة (2014) إلى تطوير برنامج تدريبي مستند إلى النظرية السلوكية في رياضة ركوب الخيل واستقصاء فاعليته في خفض الأعراض لدى عينة من الأفراد ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وتكونت عينة الدراسة من (29) طالباً وطالبة يعانون من ضعف الانتباه

والنشاط الزائد من طلبة مدرسة أجيال الابتدائية الواقعة في محافظة الناصرة في فلسطين المحتلة، وتتراوح أعمارهم ما بين (9-10) سنوات، موزعين على مجموعتين إحداهما تجريبية وعددهم (15) طالباً وطالبة والأخرى ضابطة وعددهم (14) طالبا وطالبة تم اختيارهم بالطريقة القصدية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس تشخيص ضعف الانتباه والنشاط الزائد من أعداد جريسات (2007) والبرنامج التدريبي المستند إلى النظرية السلوكية في رياضة ركوب الخيل من إعداد الباحثة.وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد أثر للبرنامج التدريبي المستند إلى النظرية السلوكية في رياضة ركوب الخيل ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى عينة الدراسة، بينما لا يوجد فروقفي خفض لأعراض تعزى لكل من الجنس والصف.وأوصتالدراسة تضمين البرنامج التدريبي العلاجي في خطط ومناهج الأفراد ذوي الحاجات الخاصة، وخاصةً الأفراد ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، لما له من أثر واضح فيلديهمخفض الأعراض.

التعقيب على الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية

أظهرت العديد من الدراسات السابقة دعما لفكرة التدريب باستخدام الحيوانات وخاصة الخيل لمعالجة بعض الأمراض المرتبطة باضطراب طيف التوحد، وهذه الدراسات أوحت للباحث باستخدام تلك الطريقة لتخفيف حدة المشكلات الحسية والحركية والاجتماعية لدى عينة من الطلبة المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت. ومن الدراسات التي تناولت دور ركوب الخيل وفاعلية في تعديل السلوكيات المشكلة عند فئات مختلفة من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، كدراسة (Sterba, Rogers& Vokes,2002) التي هدفت إلى الكشف عن آثار العلاج عن طريق ركوب الخيل على الحركة الإجمالية عند الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي، ودراسة (Bass, Duchowny, & Liabre, 2009) التي هدفت إلى الكشف عن أثر العلاج عن طريق الخيل على التفاعل الاجتماعي عند الأطفال الذين يعانون من التوحد، أما دراسة ستيكاني (Stickney, 2010) التي بحثت حول الفوائد الصحية المتوقعة لبرنامج العلاج عن طريق الخيل لأطفال يعانون من اضطرابات التوحد.

أما أوجه الإستفادة من هذه الدراسات السابقة فقد شكلت المصدر الأساسي للأدب والمعلومات المهمة حول الموضوع وتأثيراته من حيث اختيار موضوع الدراسة، وتحديد مشكلتها ومنهجيتها والإجراءات الملائمة لتحقيق أهدافها، هذا بالإضافة إلى أنه تم الاستفادة من الدراسات السابقة في عملية لبناء وتطوير البرنامنج التدريبي الذي تم اقتراحه من قبل الدراسة.

وتتميز هذه الدراسة في هدفها وهو التعرف على أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة

الكويت، حيث لا يوجد دراسات – حسب علم الباحث - جمعت متغيرات هذه الدراسة. باستثناء دراسة الخميسي (2013) التي أجريت في الكويت وأشارت إلى انتشار المشكلات الحسية والحركية بين الطلبة المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت، ونتائج تلك الدراسة ساعدت الباحث في استهداف تلك المشكلات في الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

تم استخدام منهج الحالة الواحدة باستخدام التصميم (ABA) لتحقيق أهداف هذه الدراسة.

أفراد الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال (ذكور) من ذوي اضطراب طيف التوحد المسجلين في مدرسة التربية النموذجية في محافظة العاصمة في دولة الكويت والذين تراوحت أعمارهم بين (6 و 11) سنة، وتم اختيارهم بالطريقة القصدية في ضوء تسجيلهم لأعلى الدرجات على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية وبعد الحصول على موافقة أولياء أمورهم.

أداتا الدراسة

أولا: مقياس التفاعل الاجتماعي

قام الباحث بتطوير مقياس لقياس التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد من خلال مراجعة الأدب والدراسات السابقة ذات العلاقة كدراسة مارغريت وكاثرينا وماريا (Margaret, Catherine & Maria,2009) اضافة الى مراجعة مقياس فايلاند للسلوك التكيفي (Vineland™, 2016) ويتكون المقياس بصورته النهائية من ثلاث مجالات رئيسية (التعبيرات غير اللفظية، تكوين الصداقات والمحافظة عليها، التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين) .

حيث اشتمل مجال التعبيرات غير اللفظية على (16 فقرة) ومجال تكوين الصداقات والمحافظة عليها (22 فقرة) ومجال التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين (15 فقرة) ملحق رقم (3).

صدق الأداة

أولا : صدق المحكمين

تم التحقق من صدق المحتوى عن طريق عرض الأداة المطورة على (10) محكمين من المتخصصين في الجامعة الأردنية وجامعة الكويت، و ذلك من أجل الحصول على ملاحظاتهم

حول الأداة ومناسبة فقرات وأبعاد المقياس، وتم الأخذ بما جاء به المحكمون من الملاحظات وتعديل فقرات المقياس تبعا لتلك الملاحظات حيث كانت نسبة الاتفاق على الفقرات قد بلغت (90%)، والملحق (1) يبين أسماء المحكمين، والجدول التالي يبين التعديلات التي تمت على المقياس:

الجدول (1)

التعديلات على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي

الفقرة	التعديل
يرسم تعبيرات غريبة على وجهه	حذفت
عدم معرفة الأشياء التي تعرض عليه	حذفت
يتواصل مع زملائه بطريقة شاذة	حذفت
يكره أن يشارك زملاءه في تناول الطعام	حذفت
لا يتأثر عندما يلقي لعبة زميله على الأرض	حذفت

ثانيا: مؤشرات صدق البناء

للتحقق من مؤشرات صدق البناء تم استخراج معامل ارتباط فقرات مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يبين هذه المعاملات:

الجدول (2)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي و الدرجة الكلية للمقياس

التعبيرات غير اللفظية			تكوين الصداقات و المحافظة عليها			التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين		
رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
1	.323	.523	17	.474	.588	39	.667	.720
2	.422	.423	18	.519	.611	40	.653	.672
3	.692	.680	19	.545	.557	41	.674	.596
4	.206	.294	20	.532	.514	42	.568	.560
5	.620	.552	21	.540	.649	43	.653	.600
6	.476	.453	22	.534	.587	44	.547	.557
7	.553	.531	23	.584	.588	45	.596	.483
8	.472	.378	24	.442	.405	46	.678	.735

التعبيرات غير اللفظية			تكوين الصداقات و المحافظة عليها			التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين		
رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
9	.515	.215	25	.520	.460	47	.597	.549
10	.838	.666	26	.535	.440	48	.789	.839
11	.465	.291	27	.521	.441	49	.367	.351
12	.428	.342	28	.628	.572	50	.732	.769
13	.505	.317	29	.640	.560	51	.616	.728
14	.375	.489	30	.433	.486	52	.512	.513
15	.547	.393	31	.639	.635	53	.488	.601
16	.493	.624	32	.524	.443			
			33	.693	.682			
			34	.408	.424			
			35	.836	.799			
			36	.602	.582			
			37	.481	.475			
			38	.749	.667			

يبين الجدول (2) أن معاملات ارتباط فقرات مجال التعبيرات غير اللفظية مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت بين (0.206 و0.838) ومع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.215 و0.680) . ومعاملات ارتباط فقرات مجال تكوين الصداقات والمحافظة عليها مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت بين (0.408 و 0.836) ومع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.405 و0.799). ومعاملات ارتباط فقرات التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت بين (0.367 و0.789) ومع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.351 و0.839) وهي قيم مناسبة وتدل على صدق البناء لمقياس التفاعل الاجتماعي.

ثبات الأداة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال استخراج ثبات الاتساق الداخلي على عينة مكونة من (20) طفلاً وطفلة في مدرسة التربية النموذجية في محافظة العاصمة في دولة الكويت من المشخصين باضطراب طيف التوحد وذلك باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، والجدول التالي يبين هذه النتائج:

الجدول (3)

معاملات الثبات المستخرجة بطريقة التساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا لمقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي

الرقم	المجال	الثبات
1	التعبيرات غير اللفظية	.865
2	تكوين الصداقات و المحافظة عليها	.919
3	التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين	.911
	التفاعل الاجتماعي	.958

يبين الجدول (3) أن معاملات الثبات المستخرجة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا لمقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي جاءت للمقياس ككل (0.958)، وجاءت لمجال التعبيرات غير اللفظية (0.865) ولمجال تكوين الصداقات والمحافظة عليها (0.919)، ولمجال التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين (0.911)، وهي قيم مرتفعة وتدل على ثبات المقياس.

تصحيح المقياس

تم تدريج مقياس التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد باستخدام تدريج ليكرت الخماس (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، حيث تم إعطاء الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) على الترتيب . وتكون المقياس من (53) درجة حيث تتراوح الدرجات بين (53 و265) للدرجة الكلية وتتراوح الدرجات لبعد التعبيرات غير اللفظية (16) فقرة بين (16 و80)

و تتراوح الدرجات لبعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها (22) فقرة بين (22 و110)

وتتراوح الدرجات لبعد التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين (15) فقرة بين (15 و75).

ثانيا: مقياس المشكلات الحسية والحركية

قام الباحث بتطوير مقياس لقياس المشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد من خلال مراجعة الأدب السابق والدراسات السابقة كدراسة الخميسي (2013) و دراسة من يي وشاه وموا وشوين (Yee, Chih , Mao ,&Chwen, 2010) وتكون المقياس من عدة أبعاد تقيس المشكلات الحسية الحركية (السمعية، والبصرية، والشمية، والمشكلات الحركية الكبرى والصغرى) لدى أطفال طيف التوحد.

وتكون المقياس بصورته الاولية (ملحق 3) من الآتي:

1- مقياس التفاعل الاجتماعي الذي تضمن (58) فقرة حيث اشتمل مجال التعبيرات غير اللفظية على (18 فقرة) و مجال تكوين الصداقات والمحافظة عليها (24 فقرة) ومجال التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين (16).

2- مقياس المشكلات الحسية الحركية الذي تضمن (52) فقرة حيث اشتمل مجال المشكلات السمعية على (8 فقرات) و مجال المهارات البصرية (8 فقرات) ومجال المشكلات اللمسية (12 فقرة) ومجال المشكلات الحركية (24 فقرة) .

وتكون المقياس بصورته النهائية (ملحق 4) من الآتي:

1- مقياس التفاعل الاجتماعي الذي تضمن (53) فقرة حيث اشتمل مجال التعبيرات غير اللفظية على (16 فقرة) و مجال تكوين الصداقات والمحافظة عليها (22 فقرة) ومجال التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين (15).

2- مقياس المشكلات الحسية الحركية الذي تضمن (46) فقرة حيث اشتمل مجال المشكلات السمعية على (8 فقرات) و مجال المهارات البصرية (8 فقرات) ومجال المشكلات اللمسية (7 فقرة) ومجال المشكلات الحركية (23 فقرة) .

صدق الأداة

أولاً : صدق المحكمين

تم التحقق من صدق المحتوى عن طريق عرض الأداة المطورة على (10) محكمين من المتخصصين في الجامعة الأردنية وجامعة الكويت، وذلك من أجل الحصول على ملاحظاتهم حول الأداة ومناسبة فقراتهاوانتمائها للبعد الذي تقيسه، وتم الأخذ بما جاء به المحكمون من الملاحظات وتعديل فقرات المقياس في ضوء توصياتهم. والملحق (1) يبين أسماء المحكمين. والجدول التالي يبين التعديلات التي تمت على المقياس:

الجدول (4)
التعديلات على مقياس المشكلات الحسية

الفقرة	التعديل
يفضل التواجد في الظلام	يفضل التواجد في الأماكن المظلمة
يفضل الملابس طويلة الأكمام عندما يكون الجو دافئا أو قصيرة الأكمام عندما يكون الجو باردا.	حذفت
يعبر عن عدم ارتياحه عند تنظيف الأسنان مثال: (يتشاجر أو يبكي).	حذفت
يتجنب السير حافي القدمين وخاصة على الرمل والأعشاب.	حذفت
يستجيب للمس بشكل عدواني مثال (الضرب بالأيدي)	حذفت
ينسحب من المواقف التي يتعرض فيها للرش بالمياه.	حذفت
غير قادر على التسلق	غير قادر على التسلق مقارنة بعمره الزمني
لديه صعوبةبركوب الدراجة.	يصعب عليه ركوب الدراجة.
يمسك أدوات الكتابة ويأكل بطريقةخاطئة.	يصعب عليه مسك أدوات الكتابة أو الطعام مثل: (الملعقة، الشوكة، القلم)
عدم الشعور بالأشياء وعدم اكتشافها بالفم.	يصعب عليه الشعور بالأشياء و يكتشفها بالفم.
يهزز الألعاب.	حذفت

ثانيا: مؤشرات صدق البناء

للتحقق من مؤشرات صدق البناء تم استخراج معامل ارتباط فقرات مقياس المشكلات الحسية مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يبين هذه المعاملات:

الجدول (5)
معاملات الارتباط بين فقرات مقياس المشكلات الحسية و الدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
1	.723	24	.673
2	.673	25	.786
3	.712	26	.588
4	.546	27	.626
5	.788	28	.665
6	.517	29	.623
7	.484	30	.517
8	.567	31	.742
9	.512	32	.734
10	.621	33	.758
11	.503	34	.634
12	.757	35	.418
13	.554	36	.729
14	.758	37	.667
15	.670	38	.740

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
16	.724	39	.566
17	.482	40	.615
18	.481	41	.753
19	.342	42	.541
20	.569	43	.618
21	.335	44	.423
22	.552	45	.762
23	.358	46	.735

يبين الجدول (5) أن معاملات ارتباط فقرات مقياس المشكلات الحسية مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.335 و0.788) وهي قيم مناسبة وتدل على صدق البناء لمقياس المشكلات الحسية

ثبات الأداة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال استخراج ثبات الاتساق الداخلي على عينة مكونة من (20) طفلاً وطفلة من المشخصين باضطراب طيف التوحد، وذلك باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وبلغ معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا (0.967) وهي قيمة مرتفعة وتدل على ثبات مقياس المشكلات الحسية.

تصحيح المقياس

تم تدريج مقياس المشكلات الحسية لدى أطفال طيف التوحد باستخدام تدريج ليكرت الخماس (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً،أبداً)، حيث تم إعطاء الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) على الترتيب . وتكون المقياس من (46) درجة حيث تتراوح الدرجات بين (46 و230) للدرجة الكلية .

وتتراوح الدرجات لبعد المشكلات السمعية (8) فقرات بين (8 و40)

و تتراوح الدرجات لبعد المشكلات البصرية (8) فقرة بين (8 و40)

وتتراوح الدرجات لبعد المشكلات اللمسية (7) فقرة بين (7 و35).

وتتراوح الدرجات لبعد المشكلات الحركية (23) فقرة بين (23 و 115).

البرنامج التدريبي

أنبثقت فلسفة هذه الدراسة من النظرية السلوكية، حيث يعتبر المنحى السلوكي Behavior Approach وتعديل السلوك Behavior Modificationمن أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بغض النظر عن شده إعاقتهم وتباين صفاتهم وخصائصهم.

كما لم ينسى البرنامج دور الأهل وقناعتهم باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت حيث يعتبر الأهل هما الركيزة الأساسية في نجاح البرنامج.

قام الباحث بتطوير برنامج تدريب للأطفال التوحديين باستخدام الخيل على علاج مشكلات التفاعل الاجتماعي ومشكلات الحسية الحركية من خلال مجموعة من الأنشطة تنمي لدى الطلبة التوحديين التفاعل الاجتماعي مع المجتمع المحيط في المواقف المختلفة ومحاولة خفض المشكلات الحسية الحركية لديهم.

وتم تصميم عدد من الجلسات ليتم تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد عليها، وهذه الجلسات تمثل مجموعة من الأنشطة مثل عرض صور للخيل في بداية التدريب، ثم النظر للخيل بمسافة قريبة، ثم القيام بلمس الخيل وإعطاء الأكل لهم، وركوب الخيل بوضعية الوقوف التام والانتهاء بركوب الخيل بدون مساعدة. وتم التعاون بين الباحث (وهو مدرب للخيل) مع مدرب آخر متخصص في ركوب الخيل في نادي الفروسية لمساعدة الأطفال في تنفيذ النشاطات التي يستهدفها البرنامج. وتم توزيع الأنشطة المستهدفة في البرنامج التدريبي على جلسات التدريب تبعا للهدف منها.

وقد مر البرنامج بالعديد من الخطوات التي سبقت ظهوره بالصورة النهائية التي طبق فيها ومن أهم هذه الخطوات ما يلي:

1- مراجعة ودراسة الادب النظري الذي تتحدث عن خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل عام، ثم التركيز على خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد.

2- وتم الاطلاع على الأدب النظري الذي يتحدث عن كيفية تصميم البرامج المتعلقة باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف

التوحد كدراسة مارغريت وكاثرينا وماريا (Margaret, Catherine & Maria,2009) ومقياس فايلاند للسلوك التكيفي (Vineland™, 2016).

3- الاطلاع على الدراسات السابقة التي تحدثت عن البرامج المعدة للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

تم إعداد الصورة الأولية للبرنامج التدريبي وعرضه على عدد من المحكمين والخبراء من أعضاء هيئة التدريس في قسم التربية الخاصة والإرشاد التربوي في الجامعة الأردنية ومراكز التربية الخاصة ذات الصلة بالدراسة، لإبداء الرأي وتعديل ما يرونه مناسبا. وتم الأخذ بآراء ما اتفق عليه 90% منهم، وهكذا تم الوصول إلى صدق المحكمين للبرنامج.

وبعد أن تم التحقق من ملاءمة البرنامج أصبح البرنامج التدريبي القائم على النظرية السلوكية جاهزاً للتطبيق على عينة الدراسة التجريبية والبالغ عددهم (6) أطفال من ذوي اضطراب التوحد.

وصف البرنامج

قام الباحث في هذا البرنامج التدريبي باستخدام الخيل لعلاج مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك من خلال مجموعة من الجلسات التدريبية التي تضمنت التدريب على مجموعة من الأنشطة باستخدام الخيل.

تكون البرنامج التدريبي من (21) جلسة وتم التدريب في مركز الجواد العربي (بيت العرب)، بإشراف الباحث ومتخصص في التدريب على الخيل.

وقام الباحث نفسه بتطبيق البرنامج و بمساعدة متخصص آخر، إذ تم التعاون بينهما لتدريب الأطفال على ركوب الخيل، كما قام الباحث بالإشراف على تطبيق أدوات الدراسة و جمع البيانات المطلوبة، حيث قام معلمي الطلبة بالاستجابة لادوات الدراسة.

تنفيذ البرنامج التدريبي القائم على النظرية السلوكية

تم تنفيذ البرنامج تبعاً للخطوات التالية:

1- **الفئة المستخدمة:** يستهدف هذا البرنامج 6 طلاب من الأطفال ذوي اضطراب التوحد المسجلين في مدرسة التربية النموذجية في محافظة العاصمة في دولة الكويت ، وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية وتراوحت من (6 – 11) سنوات.

2- **الهدف العام من البرنامج:** يهدف البرنامج إلى خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الكويت.

3- **محتوى أنشطة البرنامج**: يتكون البرنامج التدريبي من (21) جلسة تدريبية، تحتوي الجلسات على عدد من الأنشطة والمهارات المتعلقة باستخدام الخيل تبعاً للمهارة المراد تعليمها. وتم التعاون بين الباحث (وهو مدرب للخيل) مع مدرب آخر متخصص في ركوب الخيل في مركز الجواد العربي (بيت العرب) لمساعدة الأطفال في تنفيذ النشاطات التي يستهدفها البرنامج.

4- **الوقت المستغرق في تنفيذ البرنامج:** تم تنفيذ البرنامج خلال (21) جلسة تدريبية، وبمعدل (30-45) دقيقة لكل جلسة ولمدة ثلاثة أيام وأسبوعياً لمدة (7) أسابيع.

الإستراتيجيات المستخدمة في البرنامج التدريبي

للوصول إلى هدف البرنامج قام الباحث:

- بالاطلاع على توجيهات الخبراء والباحثين التي تهدف إلى تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- استخدام التقنيات البصرية المساندة: مثل البطاقات وأشرطة الفيديو.
- استراتيجيات تعديل السلوك الممثلة في التعزيز، والتلقين، والنمذجة، التشكيل، والتسلسل.
- تكرار الأنشطة التعليمية المتعلقة باستخدام الخيل.
- استخدام بطاقة التقييم الأسبوعي لكل طفل من أطفال ذوي اضطراب التوحد.

إجراءات تطبيق الدراسة

تم تنفيذ هذه الدراسة بإتباع الخطوات التالية:

1- الحصول على كتب تسهيل المهمة للباحث من اجل تطبيق البرنامج.

2- الحصول على الموافقة من المركز الذي تم فيه إجراء الدراسة الحالية.

3- الحصول على موافقة أولياء الأمور في إشراك أطفالهم في الدراسة.

4- تحديد عينة الدراسة وعددها (6) مفردات.

5- تأمين مكان التدريب وتنظيم جدول التدريب خلال الاجتماع بمدير المركز واطلاعه على موضوع الدراسة.

6- تطبيق المقاييس على الأطفال المشاركين في الدراسة.

7- إنشاء ملف خاص لكل طفل يتضمن دراسة الحالة و نتائج تطبيق القياس القبلي و البعدي.

8- تطبيق البرنامج.

9- تحليل البيانات باستخدام الرسوم البيانية.

10- الحصول على النتائج و مناقشتها.

11- صياغة التوصيات في ضوء نتائج الدراسة الحالية

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

تم في هذه الدراسة استخدام منهجية بحث الحالة الواحدة باستخدام تصميم (ABA) والذي يتم فيه ملاحظة أداء الأطفال عبر ثلاثة مراحل هي:

1- **مرحلة الخط القاعدي الاولي (A):** وفي هذه المرحلة تم قياس وملاحظة المشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية للمشاركين في الدراسة قبل تقديم البرنامج التدريبي (قياس قبلي).

2- **مرحلة التدخل (B):** وفي هذه المرحلة تم تقديم البرنامج التدريبي على الأطفال وملاحظة ورصد أدائهم خلال تطبيق البرنامج (6 قياسات أثناء تطبيق البرنامج).

3- **مرحلة الخط القاعدي الثانية (A):** وفي هذه المرحلة تم قياس وملاحظة مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية للمشاركين في الدراسة بعد تقديم البرنامج التدريبي (قياس بعدي).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

جاءت هذه الدراسة للكشف عن أثر التدريب على ركوب الخيل بوصفه طريقة علاجية للحد من بعض المشاكل المرتبطة بطيف التوحد والتحقق من إمكانية التحسن لدى هذه الفئة، وذلك من خلال الإجابة عن السؤالين التاليين:

1- ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

2- ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض المشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول وهو:

ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

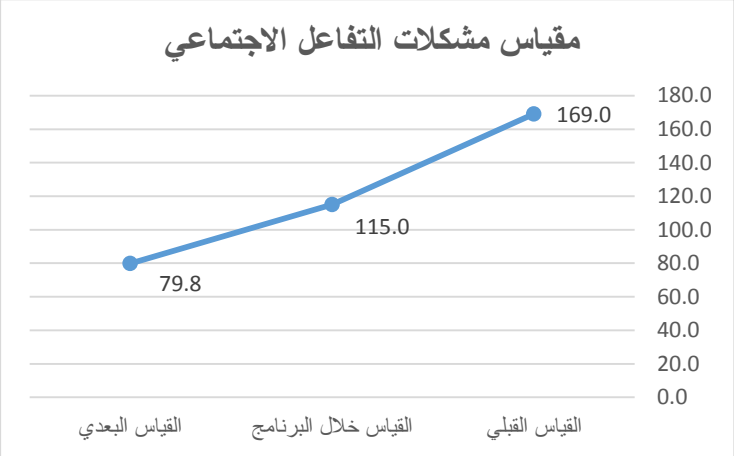
للإجابة عن هذا السؤال تم حساب نتائج الطلبة المشخصين باضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (6)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

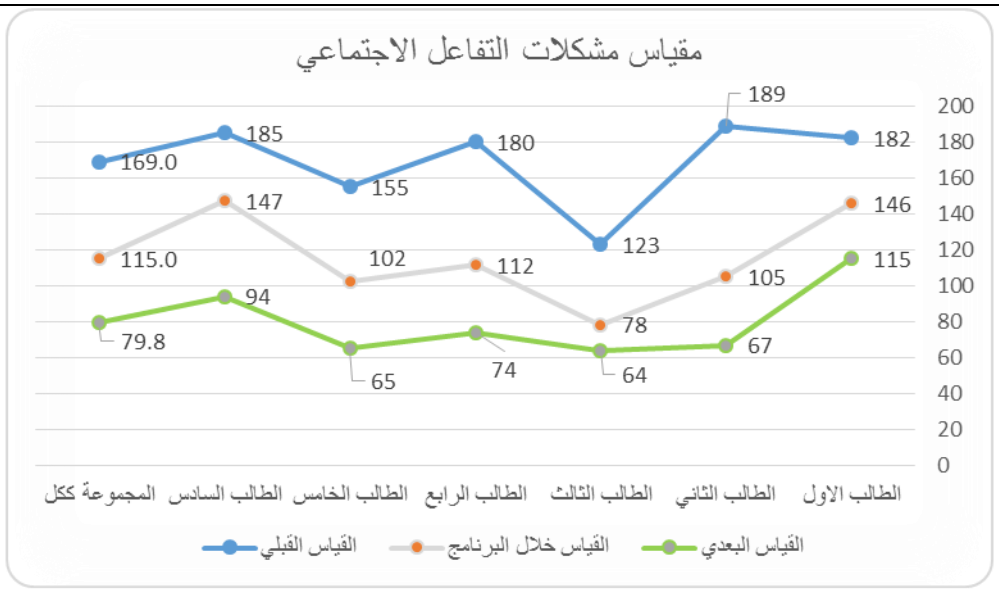
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	182	146	115	19.8%	36.8%
الطالب الثاني	189	105	67	44.4%	64.6%
الطالب الثالث	123	78	64	36.6%	48%
الطالب الرابع	180	112	74	37.8%	58.9%
الطالب الخامس	155	102	65	34.25	58.1%
الطالب السادس	185	147	94	20.5%	49.2%
المجموعة ككل	**169**	**115**	**79.8**	**32%**	**52.8%**

تشير النتائج في جدول (6) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على

متوسط حسابي بلغ (169) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (115) درجة بنسبة تحسن بلغت (32%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (79.8) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.8%)، وحصل الطالب الأول في مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي على (182) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (146) درجة بنسبة تحسن بلغت (19.8%)، و(115) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (36.8%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (189) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (105) درجة بنسبة تحسن بلغت (44.4%)، و(67) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (64.6%)، كما حصل الطالب الثالث على (123) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على(78) بنسبة تحسن بلغت (36.6%)، و(64) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (48%)، كما حصل الطالب الرابع على (180) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (112) درجة بنسبة تحسن بلغت (37.8%)، و(74) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (58.9%)، كما حصل الطالب الخامس على (155) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (102) درجة بنسبة تحسن بلغت (58.1%)، و(65) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (34.2%)، كما حصل الطالب السادس على (185) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (147) درجة بنسبة تحسن بلغت (20.5%)، و(94) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (49.2%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي للمجموعة ولكل طالب.



شكل (1) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي للمجموعة ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (2) التمثيل البياني لمتوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

وفيما يلي تفصيل لنتائج الطلبة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن حسب أبعاد مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي.

البعد الاول: التعبيرات غير اللفظية:

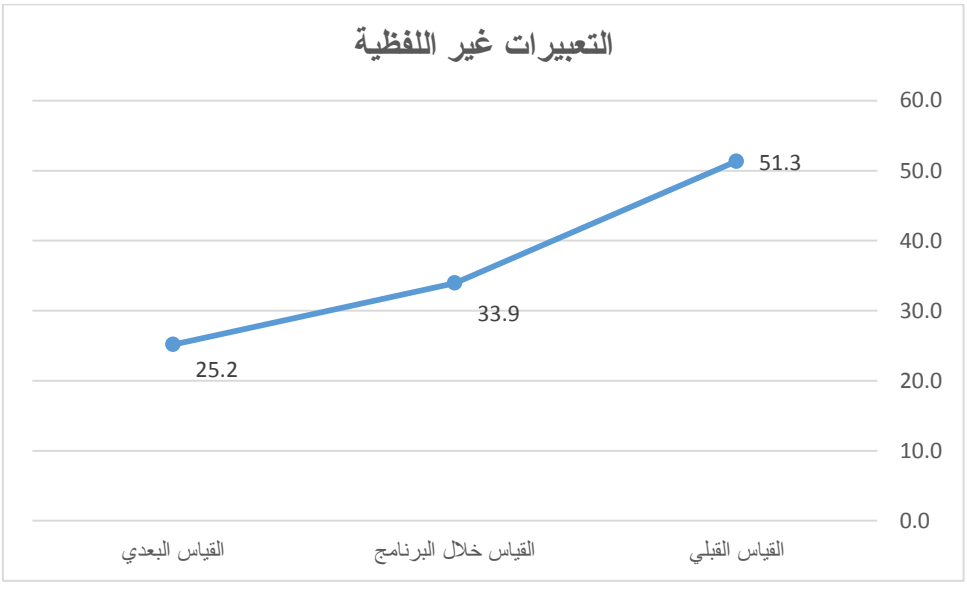
تم حساب نتائج الطلبة في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (7)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

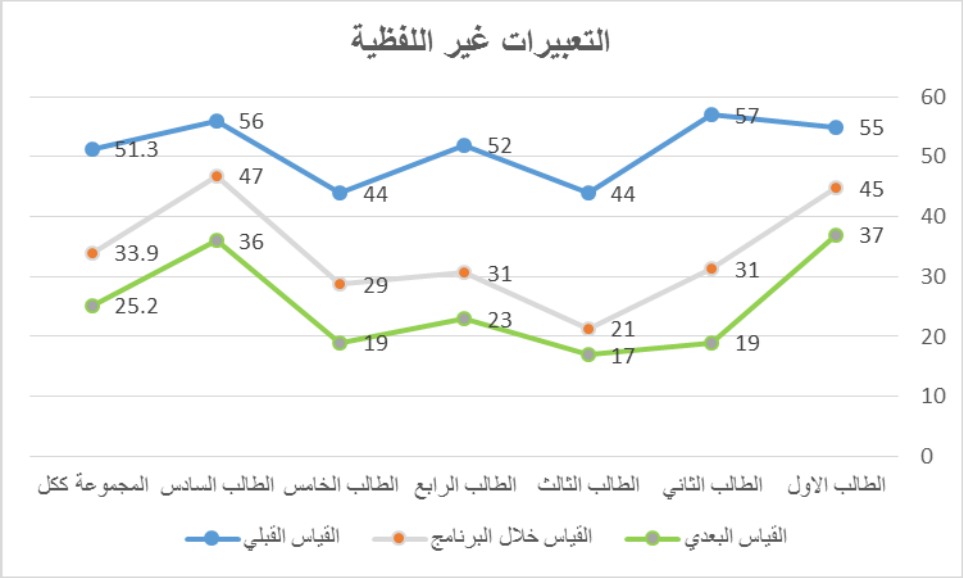
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	55	45	37	18.2%	32.7%
الطالب الثاني	57	31	19	45.6%	66.7%
الطالب الثالث	44	21	17	52.3%	61.4%
الطالب الرابع	52	31	23	40.4%	55.8%
الطالب الخامس	44	29	19	34.1%	56.8%
الطالب السادس	56	47	36	16.1%	35.7%
المجموعة ككل	**51.3**	**33.9**	**25.2**	**33.95**	**50.9%**

تشير النتائج في جدول (7) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التعبيرات غير اللفظية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط

حسابي بلغ (51.3) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (33.9) بنسبة تحسن بلغت (33.9%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (25.2) درجة بنسبة تحسن بلغت (50.9%)، وحصل الطالب الأول في بعد التعبيرات غير اللفظية على (55) درجة وفي الاختبار خلال البرنامج على (45) درجة بنسبة تحسن بلغت (18.2%)، في الاختبار القبلي و(37) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (32.7%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (57) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على (31) درجة بنسبة تحسن بلغت (45.6%)، في الاختبار القبلي و(19) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (66.7%)، كما حصل الطالب الثالث على (44) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على (21) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.3%)، في الاختبار القبلي و(17) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (61.4%)، كما حصل الطالب الرابع على (52) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (31) درجة بنسبة تحسن بلغت (40.4%)، و(23) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (55.8%)، كما حصل الطالب الخامس على (44) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (29) درجة بنسبة تحسن بلغت (34.1%)، و (19) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (56.8%)، كما حصل الطالب السادس على (56) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (47) درجة بنسبة تحسن بلغت (16.1%)، و(36) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (35.7%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد التعبيرات غير اللفظية للمجموعة ولكل طالب.



شكل (3) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (4) التمثيل البياني لدرجات الطلبة في بعد التعبيرات غير اللفظية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

البعد الثاني: تكوين الصداقات والمحافظة عليها:

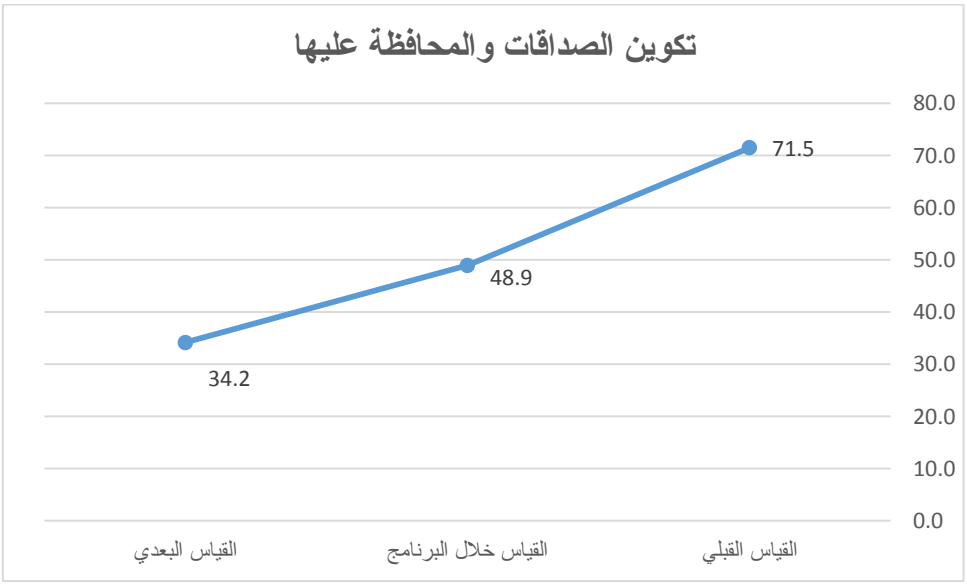
تم حساب نتائج الطلبة في بعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (8)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

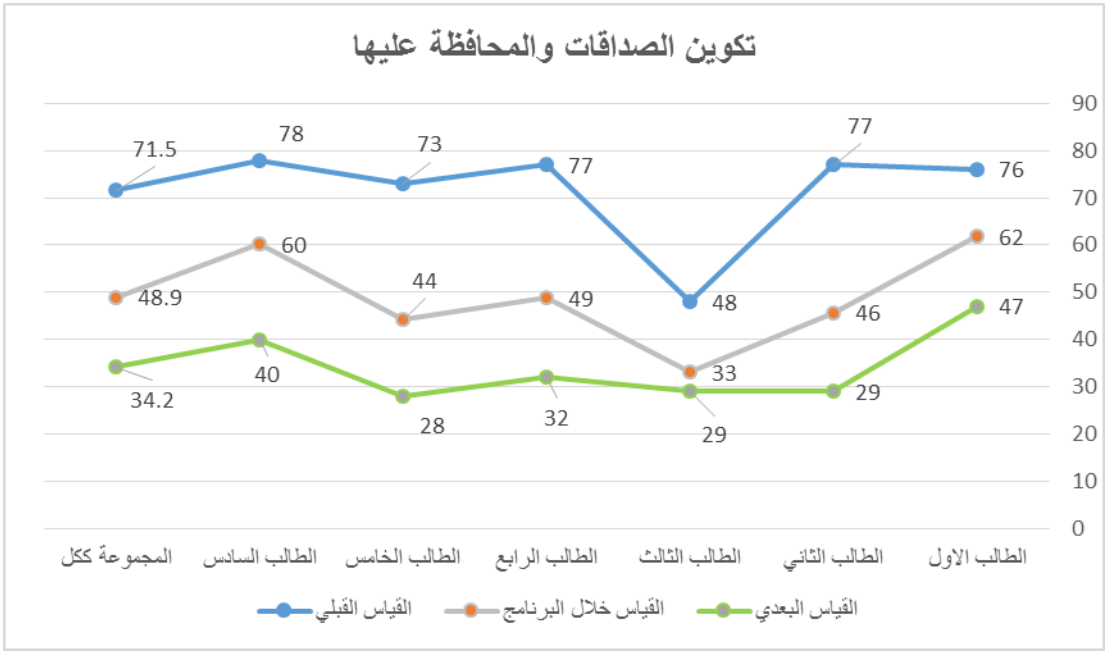
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	76	62	47	18.4%	38.2%
الطالب الثاني	77	46	29	40.3%	62.3%
الطالب الثالث	48	33	29	31.3%	39.6%
الطالب الرابع	77	49	32	36.4%	58.4%
الطالب الخامس	73	44	28	39.7%	61.6%
الطالب السادس	78	60	40	23.15	48.7%
المجموعة ككل	**71.5**	**48.9**	**34.2**	**31.6%**	**52.2%**

تشير النتائج في جدول (8) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد تكوين الصداقات والمحافظةعليها، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (71.5) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (48.9)

بنسبة تحسن بلغت (31.6%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (34.2) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.2%)، وحصل الطالب الأول في تكوين الصداقات والمحافظةعليها (76) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (62) درجة بنسبة تحسن بلغت (18.4%)، و(47) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (38.2%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (77) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (46) درجة بنسبة تحسن بلغت (40.3%)، و(29) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (62.3%)، كما حصل الطالب الثالث على (48) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (33) درجة بنسبة تحسن بلغت (31.3%)، و(29) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (39.6%)، كما حصل الطالب الرابع على (77) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (49) درجة بنسبة تحسن بلغت (36.4%)، و(32) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (58.4%)، كما حصل الطالب الخامس على (73) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (44) درجة بنسبة تحسن بلغت (39.7%)، و(28) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (61.6%)، كما حصل الطالب السادس على (78) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (60) درجة بنسبة تحسن بلغت (23.1%)، و(40) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (48.7%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد تكوين الصداقات والمحافظة للمجموعة ولكل طالب.



شكل (5) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد تكوين الصداقات والمحافظةعليها للمجموعة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (6) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد تكوين الصداقات والمحافظة عليها للمجموعة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

البعد الثالث: التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين:

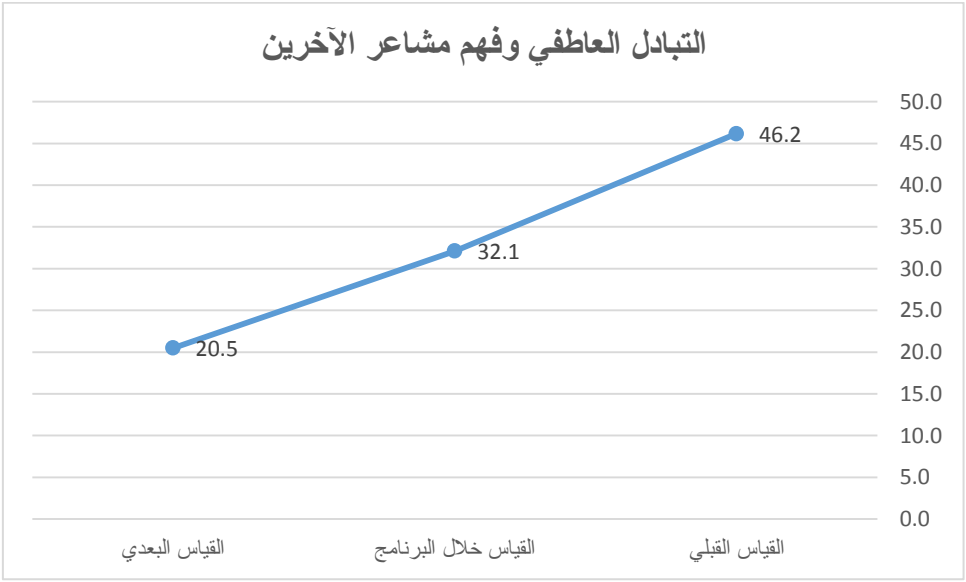
تم حساب نتائج الطلبة في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلى النتائج التي تم التوصل اليها.

جدول (9)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

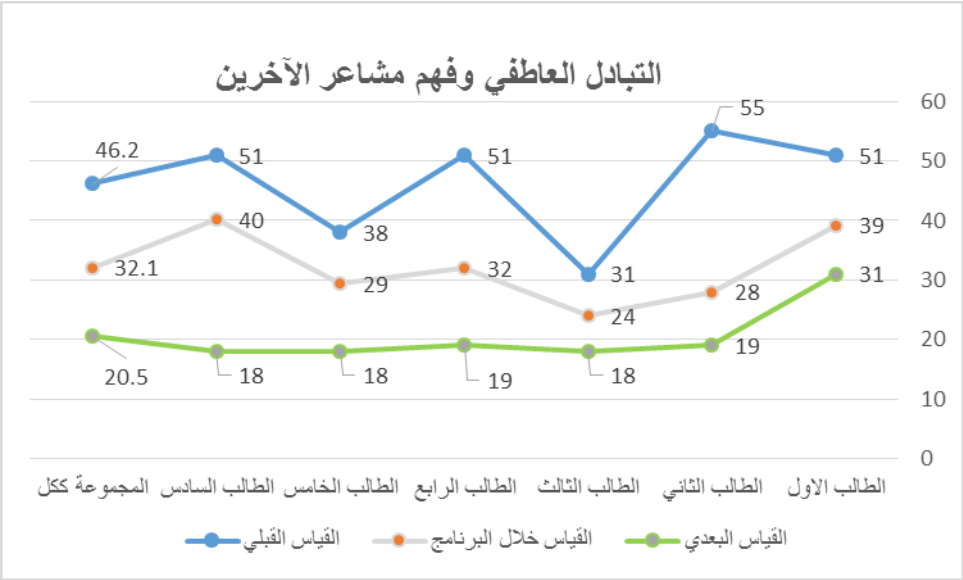
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	51	39	31	23.5%	39.2%
الطالب الثاني	55	28	19	49.1%	65.5%
الطالب الثالث	31	24	18	22.6%	41.9%
الطالب الرابع	51	32	19	37.3%	62.7%
الطالب الخامس	38	29	18	23.7%	52.6%
الطالب السادس	51	40	18	21.6%	64.7%
المجموعة ككل	**46.2**	**32.1**	**20.5**	**30.5%**	**55.6%**

تشير النتائج في جدول (9) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (46.2) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ

(32.1) بنسبة تحسن بلغت (30.5%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (20.5) درجة بنسبة تحسن بلغت (55.6%)، وحصل الطالب الأول في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين على (51) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (39) درجة بنسبة تحسن بلغت (23.5%)، و(31) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (39.2%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (55) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (28) درجة بنسبة تحسن بلغت (49.1%)، و(19) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (65.5%)، كما حصل الطالب الثالث على (31) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (24) درجة بنسبة تحسن بلغت (22.6%)، و(18) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (41.9%)، كما حصل الطالب الرابع على (51) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (32) درجة بنسبة تحسن بلغت (37.3%)، و(19) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (62.7%)، كما حصل الطالب الخامس على (38) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (29) درجة بنسبة تحسن بلغت (23.7%)، و(18) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (52.6%)، كما حصل الطالب السادس على (51) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (40) درجة بنسبة تحسن بلغت (21.6%)، و(18) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (64.7%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين للمجموعة ولكل طالب.



شكل (7) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر الآخرين في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (8) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد التبادل العاطفي وفهم مشاعر في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني وهو:

ما اثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض المشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

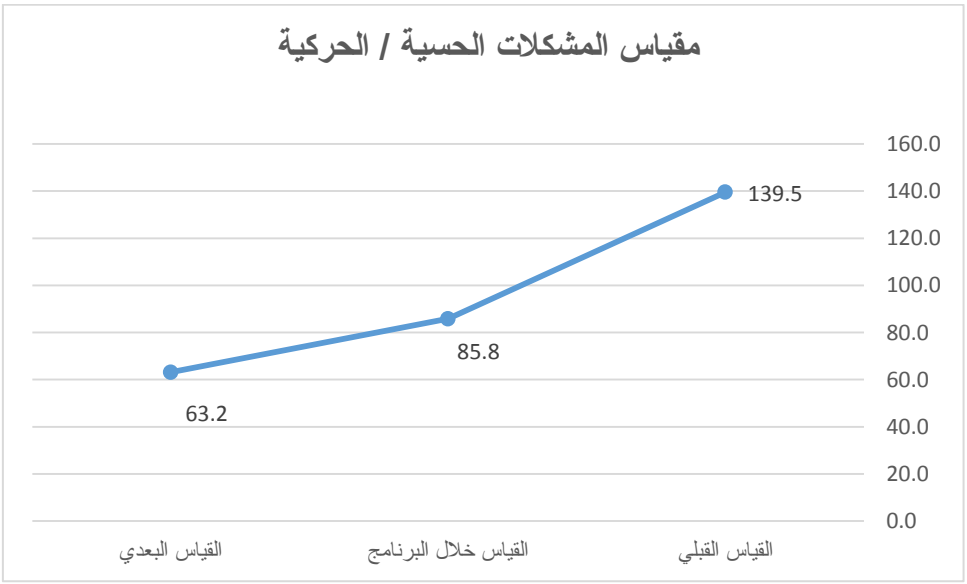
للإجابة عن هذا السؤال تم حساب نتائج الطلبة المشخصين باضطراب طيف التوحد على مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (10)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس المشكلات الحسية الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

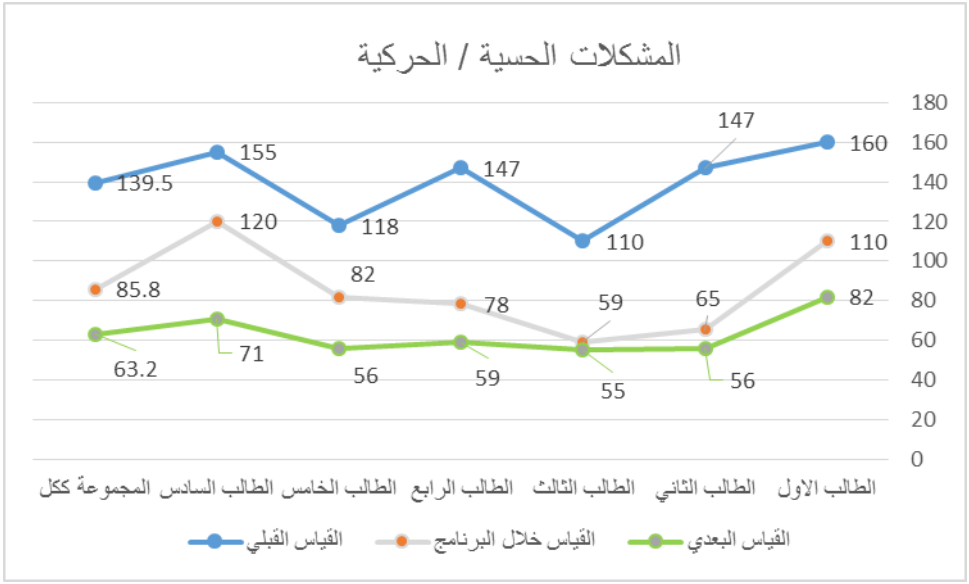
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	160	110	82	31.3%	48.8%
الطالب الثاني	147	65	56	55.8%	61.9%
الطالب الثالث	110	59	55	46.4%	50%
الطالب الرابع	147	78	59	46.9%	59.9%
الطالب الخامس	118	82	56	30.5%	52.5%
الطالب السادس	155	120	71	22.6%	54.2%
المجموعة ككل	**139.5**	**85.8**	**63.2**	**38.5%**	**54.7%**

تشير النتائج في جدول (10) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس المشكلات الحسية الحركية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (139.5) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ

(85.8) بنسبة تحسن بلغت (38.5%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (63.2) درجة بنسبة تحسن بلغت (54.7%)، وحصل الطالب الأول في مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل على (160) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (110) درجة بنسبة تحسن بلغت (31.3%)، و (82) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (48.8%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني على (147) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (65) بنسبة تحسن بلغت (55.8%)، و(56) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (61.9%)، كما حصل الطالب الثالث على (110) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على(59) بنسبة تحسن بلغت (46.4%)، و(55) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (50%)، كما حصل الطالب الرابع على (147) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (78) درجة بنسبة تحسن بلغت (46.9%)، و(59) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (59.9%)، كما حصل الطالب الخامس على (118) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (82) درجة بنسبة تحسن بلغت (30.5%)، و(56) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (52.5%)، كما حصل الطالب السادس على (155) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (120) درجة بنسبة تحسن بلغت (22.6%)، و(71) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (54.2%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل للمجموعة ولكل طالب.



شكل (9) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل للمجموعة ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (10) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على مقياس المشكلات الحسية الحركية ككل في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

وفيما يلي تفصيل لنتائج الطلبة في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن حسب أبعاد مقياس المشكلات الحسية الحركية.

البعد الأول : المشكلات الحسية السمعية:

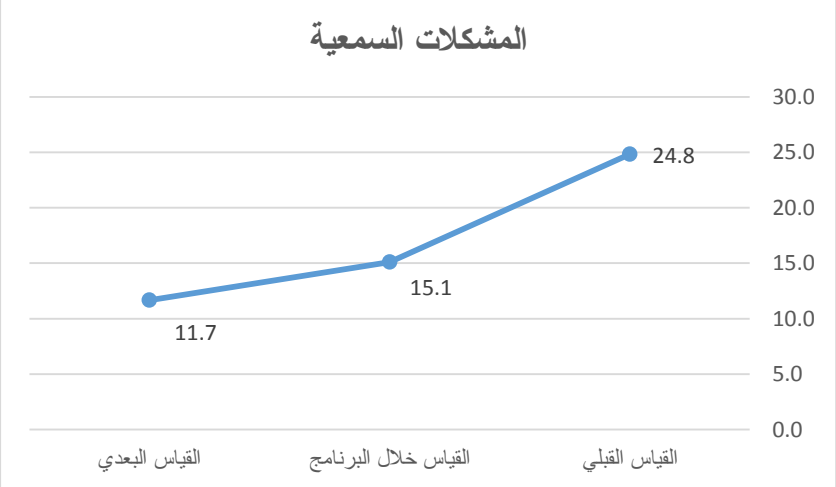
تم حساب نتائج الطلبة في بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (11)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

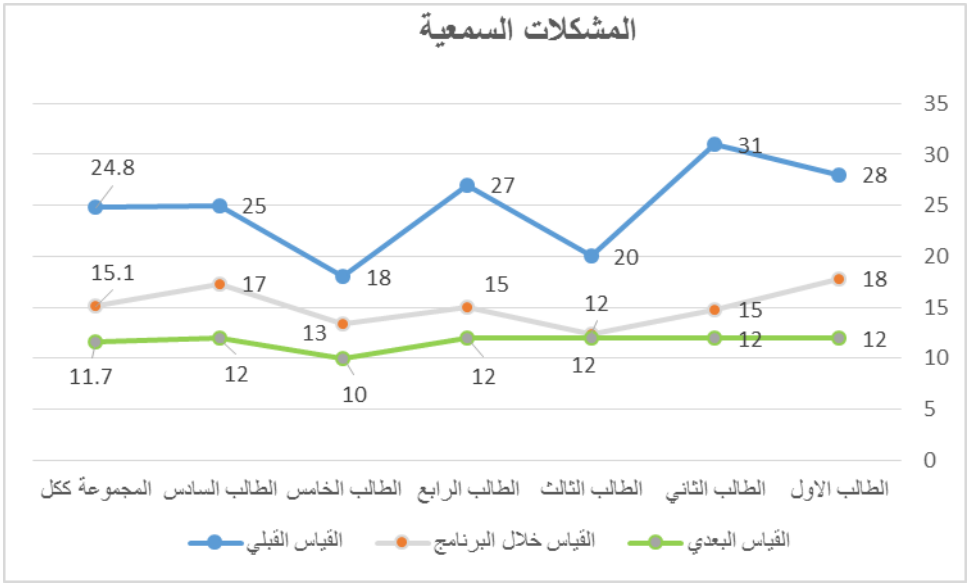
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	28	18	12	35.7%	57.1%
الطالب الثاني	31	15	12	51.6%	61.3%
الطالب الثالث	20	12	12	40%	40%
الطالب الرابع	27	15	12	44.4%	55.6%
الطالب الخامس	18	13	10	27.8%	44.4%
الطالب السادس	25	17	12	32%	52%
المجموعة ككل	**24.8**	**15.1**	**11.7**	**39.1%**	**52.8%**

تشير النتائج في جدول (11) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات السمعية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (24.8) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (15.1) بنسبة

تحسن بلغت (39.1%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (11.7) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.8%)، وحصل الطالب الأول في بعد المشكلات السمعية على (28) درجة وفي الاختبار خلال البرنامج على (18) درجة بنسبة تحسن بلغت (35.7%)، في الاختبار القبلي و(12) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (57.1%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني على (31) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على (15) درجة بنسبة تحسن بلغت (51.6%)، في الاختبار القبلي و(12) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (61.3%)، كما حصل الطالب الثالث على (20) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على (12) درجة بنسبة تحسن بلغت (40%)، في الاختبار القبلي و(12) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (40%)، كما حصل الطالب الرابع على (27) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (15) درجة بنسبة تحسن بلغت (44.4%)، و(12) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (55.6%)، كما حصل الطالب الخامس على (18) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (13) درجة بنسبة تحسن بلغت (27.8%)، و(10) درجات في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (44.4%)، كما حصل الطالب السادس على (25) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (17) درجة بنسبة تحسن بلغت (32%)، و(12) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (52%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد المشكلات السمعية للمجموعة ولكل طالب.



شكل (11) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (12) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات السمعية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

البعد الثاني :المشكلات البصرية:

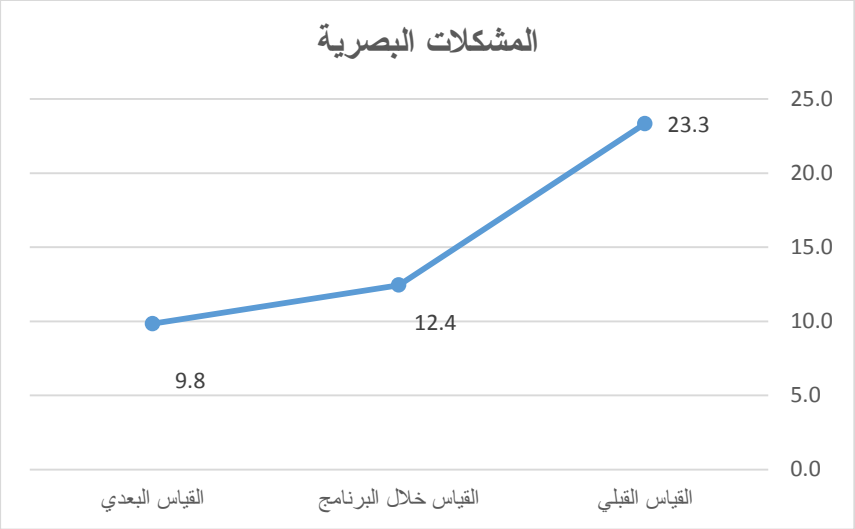
تم حساب نتائج الطلبة في بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (12)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

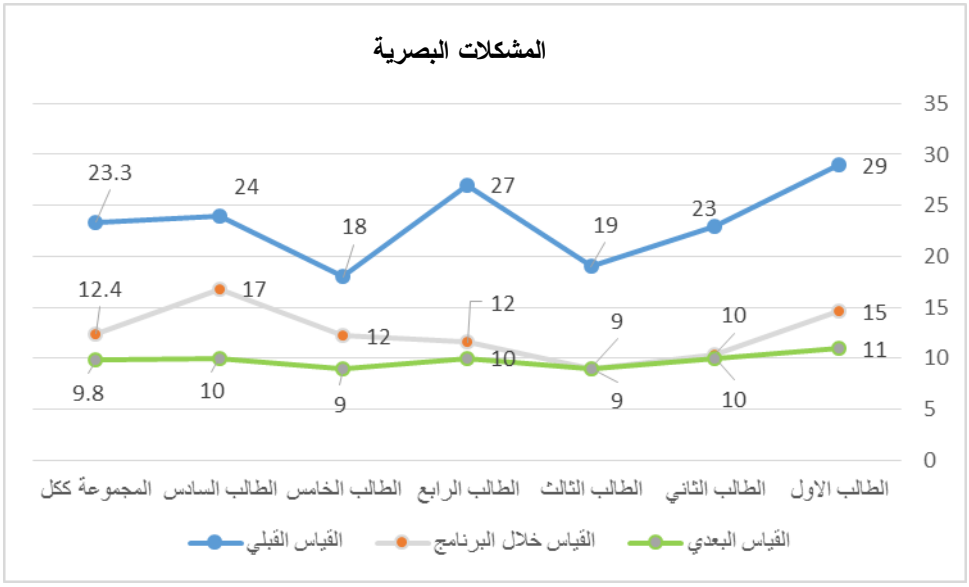
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	29	15	11	48.3%	62.1%
الطالب الثاني	23	10	10	56.5%	56.5%
الطالب الثالث	19	9	9	52.6%	52.6%
الطالب الرابع	27	12	10	55.6%	63%
الطالب الخامس	18	12	9	33.3%	50%
الطالب السادس	24	17	10	29.2%	58.3%
المجموعة ككل	**23.3**	**12.4**	**9.8**	**46.8%**	**57.9%**

تشير النتائج في جدول (12) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المهارات البصرية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (23.3) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (12.4) بنسبة تحسن بلغت (46.8%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (9.8) درجة بنسبة تحسن بلغت (57.9%)، وحصل الطالب الأول في بعد المشكلات البصرية على (29) درجة في الاختبار

القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (15) درجة بنسبة تحسن بلغت (48.3%)، و(11) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (62.1%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (23) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (10) درجة بنسبة تحسن بلغت (56.5%)، و(10) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (56.5%)، كما حصل الطالب الثالث على (19) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (9) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.6%)، و(9) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (52.6%)، كما حصل الطالب الرابع على (27) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (12) درجة بنسبة تحسن بلغت (55.6%)، و(10) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (63%)، كما حصل الطالب الخامس على (18) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (12) درجة بنسبة تحسن بلغت (33.3%)، و(9) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (50%)، كما حصل الطالب السادس على (24) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (17) درجة بنسبة تحسن بلغت (29.2%)، و(10) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (58.3%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد المشكلات البصرية للمجموعة ولكل طالب.



شكل (13) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (14) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات البصرية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

البعد الثالث : المشكلات اللمسية:

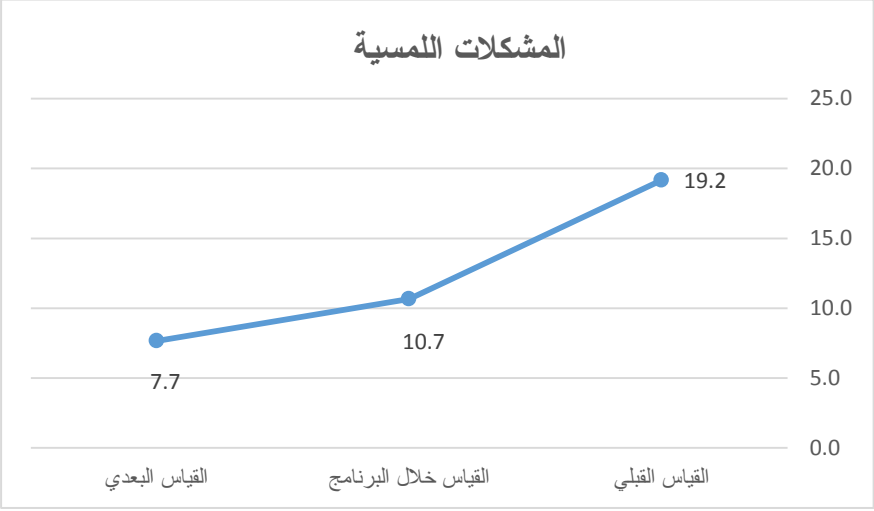
تم حساب نتائج الطلبة في بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (13)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

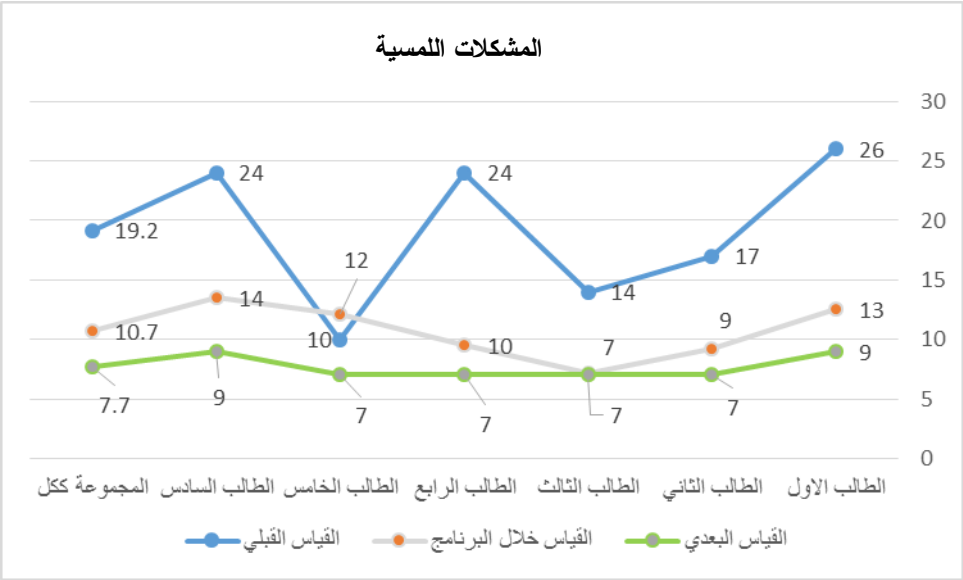
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	26	13	9	50%	65.4%
الطالب الثاني	17	9	7	47.1%	58.8%
الطالب الثالث	14	7	7	50%	50%
الطالب الرابع	24	10	7	58.3%	70.8%
الطالب الخامس	10	12	7	-20%	30%
الطالب السادس	24	14	9	41.7%	62.5%
المجموعة ككل	**19.2**	**10.7**	**7.7**	**44.3%**	**59.9%**

تشير النتائج في جدول (13) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات اللمسية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (19.2) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (10.7) بنسبة تحسن بلغت (44.3%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (7.7) درجة بنسبة تحسن

بلغت (59.9%)، وحصل الطالب الأول في بعد المشكلات اللمسية على (26) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (13) درجة بنسبة تحسن بلغت (50%)، و(9) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (65.4%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (17) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (9) درجة بنسبة تحسن بلغت (47.1%)، و(7) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (58.8%)، كما حصل الطالب الثالث على (14) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (7) درجات بنسبة تحسن بلغت (50%)، و(7) درجات في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (50%)، كما حصل الطالب الرابع على (24) درجات في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (10) درجات بنسبة تحسن بلغت (58.3%)، و(7) درجات في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (70.8%)، بينما حصل الطالب الخامس على (10) درجات في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (12) درجة بنسبة تراجع بلغت (20%-)، و(7) درجات في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (30%)، كما حصل الطالب السادس على (24) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (14) درجة بنسبة تحسن بلغت (41.7%)، و(9) درجات في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (62.5%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد المشكلات اللمسية للمجموعة ولكل طالب.



شكل (15) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (16) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات اللمسية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

البعد الرابع : المشكلات الحركية

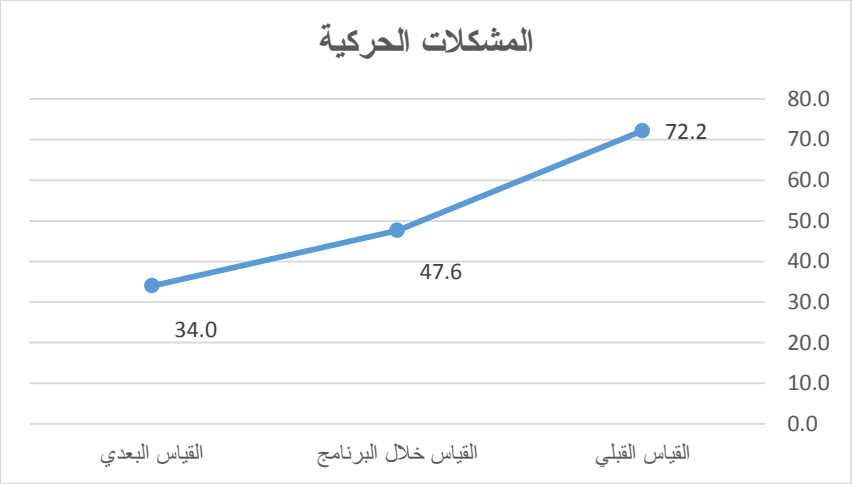
تم حساب نتائج الطلبة في بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي، كما تم حساب نسبة التحسن، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (14)
الدرجات للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد في بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن

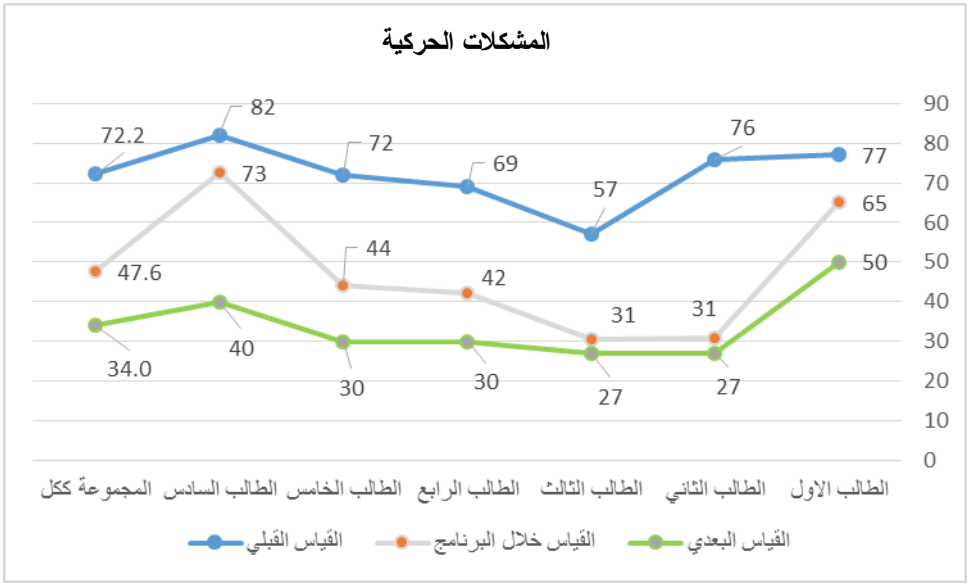
	الاختبار القبلي	الاختبار خلال البرنامج	الاختبار البعدي	نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج	نسبة التحسن في الاختبار البعدي
الطالب الأول	77	65	50	15.4%	35.1%
الطالب الثاني	76	31	27	59.2%	64.5%
الطالب الثالث	57	31	27	46.2%	52.6%
الطالب الرابع	69	42	30	38.9%	56.5%
الطالب الخامس	72	44	30	38.7%	58.3%
الطالب السادس	82	73	40	11.65	51.2%
المجموعة ككل	**72.2**	**47.6**	**34.0**	**34%**	**52.9%**

تشير النتائج في جدول (14) إلى وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد بعد المشكلات الحركية، إذ حصلت مجموعة الدراسة في الاختبار القبلي على متوسط حسابي بلغ (72.2) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على متوسط حسابي بلغ (47.6) بنسبة تحسن بلغت (34%)، وفي الاختبار البعدي على متوسط حسابي بلغ (34) درجة بنسبة تحسن بلغت (52.9%)، وحصل الطالب الأول في بعد المشكلات الحركية على (77) درجة في الاختبار

القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (65) درجة بنسبة تحسن بلغت (15.4%)، و(50) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (35.1%)، كما تحسنت درجات الطالب الثاني حيث حصل على (76) درجة، وفي الاختبار خلال البرنامج على (31) درجة بنسبة تحسن بلغت (59.2%)، في الاختبار القبلي و(27) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (64.5%)، كما حصل الطالب الثالث على (57) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (31) درجة بنسبة تحسن بلغت (46.2%)، و(27) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (52.6%)، كما حصل الطالب الرابع على (69) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (42) درجة بنسبة تحسن بلغت (38.9%)، و(30) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (56.5%)، كما حصل الطالب الخامس على (72) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (44) درجة بنسبة تحسن بلغت (38.7%)، و(30) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (58.3%)، كما حصل الطالب السادس على (82) درجة في الاختبار القبلي، وفي الاختبار خلال البرنامج على (73) درجة بنسبة تحسن بلغت (11.6%)، و(40) درجة في الاختبار البعدي بنسبة تحسن بلغت (51.2%)، وفيما يلي رسوم بيانية توضح أداء الطلبة في بعد المشكلات الحركية للمجموعة ولكل طالب.



شكل (17) التمثيل البياني لدرجات مجموعة الدراسة على بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي



شكل (18) التمثيل البياني لدرجات الطلبة على بعد المشكلات الحركية في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

بناءً على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الميدانية، قدم الباحث تفسيراً لتلك النتائج، وتم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات لدراسات وأبحاث مستقبلية، وفيما يلي عرض لمناقشة نتائج الدراسة .

أولاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول وهو: ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي على المقياس وتحليل الابعاد، إذ كانت نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج (32%)، وفي الاختبار البعدي بلغت (52.8%). وهذه النتيجة تشير إلى أهمية تصميم برامج تدريبية باستخدام الخيل وذلك لأثرها الواضح في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت.

وقد يعزى هذا التحسن في التفاعل الاجتماعي والأبعاد الفرعية إلى أن البرنامج باستخدام الخيل عمل على زيادة انتباه الأطفال والتقليل من الخوف من الحيوانات وبالأخص الحصان، حيث لاحظ الباحث أن الأطفال عملوا على التقرب من الخيل وركوبه دون مانع او خوف ومعانقة الخيل، وزادت رغبتهم في ركوب الحصان، وهذا الأمر عمل على زيادة تفاعل الطفل مع أقرانه من الأطفال أثناء جلسات التدريب، ويتبين ان التحسن في التعبيرات غير اللفظية للأطفال بعد جلسات ركوب الخيل، حيث ازداد التواصل البصري لدى الأطفال مع بعضهم البعض وكثر تبسمهم، وعمل البرنامج على زيادة تركيز الأطفال في النظر نحو الاخرين.

كما يعزى التحسن في التفاعل الاجتماعي إلى أن تفاعل الطفل مع الخيل وركوبه زاد من مشاركته مع الخيل، ولكون البرنامج كان يطبق في مركز للخيل، وتبين أن بعد الانتهاء من جلسات التدريب تفاعل الأطفال مع بعضهم البعض وحديثهم عن ركوبهم للخيل، مما يدل على أن البرنامج حفز لديهم التعبيرات غير اللفظية واللفظية، وأصبح الأطفال بعد ذلك ينتظرون جلسات

الخيل لكي يتفاعلوا مع بعضهم البعض وهم يركبون الخيل أو يمسكون به، مما زاد من تفاعلهم وفهمهم لمشاعرهم

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة سماس وفورتتني وويلبينبرغ (Sams, Fortney, & Willenbring ,2006). التي أظهرت النتائج تحسناً في استخدام اللغة والتفاعل الاجتماعي بشكل أكبر بكثير في جلسات دمج الحيوانات.ودراسة مارغريت وكاثرينا وماريا (Margaret, Catherine & Maria,2009)،التي قدمت أدلة على أن العلاج باستخدام ركوب الخيل قد يكون خياراً علاجياً قابلاً للتطبيق في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد،ومع دراسة روبين و زملائه (Robin., et al , 2012) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي باستخدام الخيل في التنظيم الذاتي والتي أظهرت تحسنات كبيرة على مقاييس الخمول، والسلوك النمطي، فرط النشاط، والمهارات اللغوية التعبيرية، والمشكلات الحركية، ومهارات التخطيط اللفظي / الحركي اللفظي.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني وهو: ما أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض المشكلات الحسية الحركية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في دولة الكويت؟

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني وجود تحسن في أداء الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث عمل البرنامج على خفض المشكلات الحسية والحركية لديهم، إذ كانت نسبة التحسن في الاختبار خلال البرنامج (38.5%)، وفي الاختبار البعدي بلغت (54.7%)، وفيما يتعلق بنتائج الطلبة المشخصين باضطراب طيف التوحد في الاختبار القبلي والاختبار خلال البرنامج والاختبار البعدي ونسبة التحسن حسب أبعاد مقياس المشكلات الحسية الحركية.

وقد يعزى ذلك التحسن في المهارات الحسية الحركية لدور البرنامج باستخدام الخيل في تحسين هذه المهارات، حيث وجد الباحث من خلال التطبيق وجود تحسن في المهارات السمعية من خلال استجابة الأطفال لأصوات صهيل الخيل عند الاقتراب منها، وكذلك جذب انتباههم وتركيزهم لهذه الأصوات أثناء ركوب الخيل .

ويعزى ذلك التحسن في المهارات البصرية كذلك لكون الأطفال خلال النظر للخيل من قرب و الركوب على ظهر الخيل قد حفز الأطفال على استيعاب بعد مسافة الأرض وتقوية التركيز والتحديق للأشياء.

ويعزى التحسن في المشكلات اللمسية لرغبة الأطفال في الغالب بالتعامل مع الحيوانات ورغبتهم باللعب، وتم ملاحظة أن التحسن في المشكلات اللمسية يستدل عليه من اقبال الاطفال على اللعب ولمس الأشياء الأخرى كاللعب بالرمل والصلصال، واستخدام الملاقط، كما أن البرنامج عمل على تحسين التواصل اللمسي بين الطفل والآخرين من خلال السلام والتعامل مع جسمه من خلال اللمس، وقلل من التعامل بعدوانية مع الآخرين والتضايق من لبس الجوارب والأحذية.

وفي المشكلات الحركية يعزى التحسن في هذه المهارات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أن ركوب الخيل عمل على زيادة التوازن لدى الأطفال، وعمل على زيادة قدرة الطفل على الوثب والنط والوقوف على قدم واحدة أثناء ركوب الخيل وبعد ركوبه زيادة، كما تبين أن ركوب الخيل والتسلق على ظهره شجعا الأطفال على التسلق والحركة للأمام و الخلف، وأدى الى تحسن أدائه في نزول وصعود الدرج كما يفعل مع ركوب الخيل .

ومن خلال جلسات ركوب الخيل العلاجية في الجانب الحركي وجد الباحث زيادة في التآزر الحركي البصري لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أن إمساك الطفل للخيل ولجام الخيل أثناء ركوبه للخيل حفز الطفل على إمساك أشياء أخرى مثل القلم و الملعقة والشوكية ورسم الخطوط الأفقية والعمودية، والاستجابة بحركات الأرجل واليدين حسب تعليمات المدرب.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة يي وشاه وموا وشوين (Yee, Chih, Mao &Chwen,2010,) التي تحققت في فعالية برنامج محاكاة لركوب الخيل على الكفاءة الحركية والوظائف التكاملية الحسية التي أظهرت تحسناً في الكفاءة الحركية والوظائف التكاملية الحسية للأطفال الذين تلقوا العلاج عن طريق البرنامج المطور المحاكي لركوب الخيل، ومع دراسة روبين و زملائه (Robin., et al , 2012) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي باستخدام الخيل في التنظيم الذاتي والتي أظهرت تحسينات كبيرة على مقاييس الخمول، والسلوك النمطي، فرط النشاط، والمهارات اللغوية التعبيرية، والمشكلات الحركية، ومهارات التخطيط اللفظي /الحركي اللفظي. وتتفق مع دراسة الخميسي (2013) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار المشكلات الحسية والحركية لدى عينة الأطفال التوحديين بدولة الكويت، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى المشكلات الحسية والحركية.

ثانيا: التوصيات

يوصي الباحث بما يلي:

1- العمل على تضمين المعالجة بالخيل في البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في دولة الكويت، لما لها من أثر إيجابي على الأطفال.

2- القيام بتطبيق البرامج التدريبية باستخدام الخيل على عينات أخرى من مؤسسات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في محافظات دولة الكويت الأخرى.

3- إجراء دورات تدريبية متخصصة للعاملين داخل مؤسسات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة على استخدام الخيل لتحسين قدراتهم على التعامل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

4- العمل على إنشاء مركز متخصص باستخدام العلاج بالخيل (Horse Therapy) لذوي الاحتياجات الخاصة في دولة الكويت.

ثالثا: توجهات لبحوث مستقبلية مقترحة

التأكيد على أهمية إجراء دراسات متعمقة أخرى حول موضوع الدراسة الحالية، وذلك لغرض التأكد من مدى وجود التطابق والاختلاف في النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة.

1- إجراء المزيد من الدراسات باستخدام المعالجة بالخيل على عينات أكبر للوصول الى تعميم أكبر لنتائج الدراسة الحالية.

2- استهداف جوانب أو خصائص اخرى كالانتباه والسلوك النمطي والعدوانية وغيرها من السلوكات والتحقق من فعالية العلاج بالخيل في تحسين تلك الجوانب للاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

3- إجراء دراسات باستخدام المعالجة بالخيل تستهدف فئات أخرى كاضطراب السلوك وعجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وغيرها من فئات التربية الخاصة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

الإمام، محمد صالح، والخوالدة، فؤاد عيد، (2010)، **التوحد ونظرية العقل**، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

أمارة، رشا طه مصطفى، (2014)، **تطوير برنامج تدريبي مستند إلى النظرية السلوكية في رياضة ركوب الخيل واستقصاء فاعليته في خفض الأعراض لدى عينة من الأفراد ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة العلوم الاسلامية، عمان، الأردن.

البطانية، أسامة، والجراح، عبدالناصر، وغوانمة، مأمون، (2007)، **علم نفس الطفل غيرالعادي**، ط1، عمان دارالمسيرة للنشر والتوزيع.

البلشة، أيمن محمد محمود، (1994)، **الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقليا**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعةالأردنية، عمان،الأردن.

الجلبي، سوسن شاكر، (2005)،**التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه**، ط1، دمشق،سوريا: مؤسسة علاء الدين.

الجابري، محمد (2014) التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة **للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية**. جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية.

حجة، رهام، (2011)،العلاج عن طريق ركوب الخيلHippoTherapy، جمعية كيان لذوي الإعاقة، استخرجت بتاريخ 2018/11/20 من الموقع:
http://kenanaonline.com/users/kayanegypt/posts/320009

الحربي، ماجد بن سالم صالح، (2015)، **فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية مهارات التواصل اللفظي للأطفال التوحديين بمدينة الرياض**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

حمودة، محمود عبد الرحمن،(1998)، **النفس أسرارها وأمراضها**، القاهرة: دار المعارف للنشر والتوزيع.

خطاب، محمد أحمد، (2004)،**فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة الاضطراب السلوكية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

الخطيب، جمال، (2007) **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**، ط1، عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الخطيب، عاكف عبد الله، (2011)، **أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

خليفة، وليد السيد، وسعد، مراد، (2008)، **كيف يتعلم المخال توحدي**، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

الخميسي، السيد (2013)، المشكلات الحسية والحركية للأشخاص التوحديين في دولة الكويت ، دراسة مسحية، **مجلة البحث العلمي في الآداب**، جامعة عين شمس، مصر، العدد (14) ، (4) ، (117-151).

رياض،سعد، (2008)، **الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه**، مصر: دار النشر للجامعات.

الزراع، نايف عابد، (2014)، اتجاهات أسر الأطفال ذوي الإعاقة السعوديين المقيمين في الأردن نحو دمج أطفالهم في المدارس العادية، **المجلة الدولية التربوية المتخصصة**، المجلد 3، العدد 12، ص61-83.

الزريقات، إبراهيم عبدالله، (2010)، **التوحد، السلوك والتشخيص والعلاج**، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

سالم، سماح، (2006)، **فاعلية استخدام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي**، رسالة ماجستيرغير منشورة، جامعة حلوان، القاهرة، مصر.

سلامة، ربيع (2005)،**التوحد – اللغز الذي حير العلماء والأطباء**، القاهرة: دار النهار للنشر والتوزيع.

سليمان،أحمدالسيدٌ، (2010)، **تعديل سلوك الأطفال التوحد بين النظرية والتطبيق**، العين: دارالكتاب الجامعي للنشر والتوزيع والطباعة.

سليمان، السيد عبدالحميد، (2003)، **الدليل التشخيصي والعيادي للتوحديين**، ط 1،القاهرة: دارالفكرالعربي.

سليمان، عبد الرحمن سيد (2003)، **دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي**،القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، عبد الرحمن سيد،(2002)، **الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

الشامي، وفاء، (2004 أ)، **علاج التوحد، الطرق التربوية والنفسية والطبية**، الرياض، مركز جدة للتوحد.

الشامي، وفاء.،(2004 ب)، **سمات التوحد**، جدة: مركز جدة للتوحد، السعودية.

الشخص عبد العزيز السيد؛ والدماطى عبد الغفار (1992)، **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشخص، عبد العزيز السيد، (2016)، **مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشريف،عبد الفتاح عبد المجيد، (2011)،**التربية الخاصة وبرامجهاالعلاجية**، القاهرة : مكتبةالأنجلوالمصرية للنشر والتوزيع والطباعة.

شقير زينب، (2006)، **علموا أولادكم المعاقين عقلياً وتربوياً " التخلف العقلي، صعوبات التعلم، التأخر الدراسي، التوحد"**، القاهرة، سلسلة إصدارات التشخيص التكاملي والتعليم العلاجي لغير العاديين، المجلد السادس، مكتبة زهراء الشرق.

شقير، زينب، (2007)،**اضطراب التوحد**، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

شهوان،أحمدسعيد، (2014)،**التوحد التشخيص والعلاج**، الكويت: مكتبةالفلاحللنشروالتوزيع.

صندقلي، هناء حسن،(2012)، **التوحد اللغز الذي حير العلماء**،دارالنهضةالعربية للنشروالتوزيع، بيروت، لبنان.

الظاهر، قحطان أحمد، (2009)، **التوحد**، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والطباعة.

عبد الله، محمد، (2002)،**الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية**، دار الرشاد، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة.

عبد الله، محمد قاسم، (2001)،**الطفل التوحدي (الذاتوى) الانطواء حول الذات ومعالجته: اتجاهات حديثة**، عمان: دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين (1995)، **معجم علم النفس والطب النفسى**. الجزء السابع، القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.

عبد العزيز، إلهامي إمام، (2001)، **سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة**. القاهرة، مصر: دار الكتب للنشر والتوزيع.

عبدالنبي، السيد وبدر، فائقة، (2001)،**الإدراك الحسي البصري والسمعي**. ط1، القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.

علي، دلشاد، (2012)، **فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحد**،أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

عليوه، سهام(1999)، **فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، كفر الشيخ، مصر.

عمارة، ماجد السيد (2015)، **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق.**القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.

عياد،فاطمة، (2010)،**التوحد بين العلم والخيال**، الكويتٌ : دار عالمالمعرفة للنشر والتوزيع والطباعة.

عبد، محمود (2018) تفسير المظاهر السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء معايير ّ التشخيص الحديثة. **مجلة دراسات العلوم التربوية**، العدد 45 العدد 3.

عبد المعطي، حسن مصطفى (2001) **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**، مكتب القاهرة للنشر والتوزيع، القاهرة – مصر.

عبد الله، عادل (2004) **الاعاقات العقلية**. دار الرشاد للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.

غانم، شوقي احمد (2013) **تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس – سورية: دراسة ميدانية.** رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة العربية الالمانية للعلوم والتكنولوجيا.

الفوزان محمد احمد، (2000)، **التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب**. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

الفرحاتى، السيد، ابو العنيين، ميرفت، والمقدامي، نعيمة، والطلي فاطمة (2015) **اضطراب التوحد "دليل المعلم والاسرة فى التشخيص والتدخل**. المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي/ وحدة الاختبارات النفسية والتربوية، القاهرة- مصر.

القريوتي، يوسف؛ والسرطاوي، عبدالعزيز؛ والصمادي، جميل، (1995)، **المدخل إلى التربية الخاصة**، دبي: دار القلم.

القمش، مصطفى نوري، (2011 أ). **الإعاقات المتعددة**، ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

القمش، مصطفى نوري، (2011 ب)، **اضطرابات التوحد: الأسباب - التشخيص - العلاج - دراسات علمية**، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

كامل، محمد علي، (2015)،**التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد**، مكتبة ابن سينا للطباعة والنشروالتوزيع،القاهرة، مصر.

كمال، عبد الحميد سعيد، (2016)، فعالية التدريب على العلاج الوظيفي في تحسين السلوك اللاتوافقي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره على سلوكهم الصفي. **المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية**، مصر،(1)، (221-254).

اللهيب، لطيفة، (2003)، المشكلات الخاصة بأطفال التوحد ودور خدمة الفرد في مواجهتها من المنظور السلوكي، **مجلة الخدمة الاجتماعية**، مصر، (21) ، (47).

مصطفى، أسامة فاروق، والشربيني، السيد كامل، (2011)، **التوحد الأسباب التشخيص العلاج** . عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مصطفي، أسامة فاروق (2017)، فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي لتنمية الحركات العضلية الدقيقة في خفض السلوكيات التكرارية لدى الاطفال ذوى التوحد، **مجلة التربية الخاصة**، مج2 ،ع 02 ، ص ص. 222 - 212

مصطفى، دينا، (2015)، العلاج بالخيل وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، **المجلة الدولية التربوية المتخصصة**، المجلد4 ، العدد 4. ص1-30.

معزة، محمد مصطفى، (2015)، **الضغوط النفسية لدى المعلمات بمراكز التوحد بمحلية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، السودان.

موسى، رشاد على عبد العزيز، (2012)، **علم نفس الإعاقة**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع.

النابلسي، ثابت (2013)، **فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تعديل السلوك الاجتماعي لذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى عينة من الطلبة الأيتام**، أطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة العلوم الاسلامية العالمية، عمان.

نصر، رفاه، (2012)، **تقييم مستوى اللغة التعبيرية لدى عينة من الأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية باستخدام اختبار المفردات التعبيرية (EVT2)**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

نصر، سهى أحمد أمين، (2002)، **مدى فاعلية برنامج لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

نيازي، سوسن بنت محمد بن محمد، (2008)، **فاعلية استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة بمحافظة جدة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية.

ثانياً: المراجع باللغة الانجليزية

Al-Farsi, Y.M., & Al-Sharbati, MM., (2011), Brief report: Prevalence of autistic spectrum disorders in the Sultanate of Oman. **J Autism Dev Discord.** 41(6) 821-5

American Psychiatric Association "APA". (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)**, Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association "APA". (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**, Washington: American Psychiatric Association.

Bachevalier, J. (1994), Medial temporal lobe structures and autism: A review of clinical and experimental findings. **Neuropsychological**, 32:627-648.

Bass, M., Duchowny, C., & Liabre, M. (2009). The effect of therapeutic horseback ridingon social functioning in children with autism. **Journal of Autism and DevelopmentalDisorders**, 39(9), 1261-1267

Biklen, D. (2002). Communication unbound: Autism and proxis, Harvard **Educational Review**, Vol. (60), pp. 10-20.

Blumberg, S., Bramlett, M., Kogan, M., Schieve, L., Jones, J., & Lu, M. (2013). Changes in Prevalence of Parent-reported Autism Spectrum Disorder in School-aged U.S. Children: 2007 to 2011–2012. National Health Statistics Reports, Number 65. **National Centre for Health Statistics**, U.S. Department of Health and Human Services**.**

Chrnaisti L. Arthur L. Robin, Brenner S, & Eastman J. (2011), **Social Acceptability of Methylphenidate and Behavior Modification for Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder**, Pediatrics is the property of American Academy, From the Children's Hospital of Michigan, Detroit.

Egilson., Jakobsdóttir ., Ólafsdóttir . (2017). **Parent perspectives on home participation of high-functioning children with autism spectrum disorder compared with a matched group of children without autism spectrum disorder, Autism**. 2017 Apr 1:1362361316685555.

Ezell, S., Field, T., Nadel, J., Newton, R., Murrey, G., Siddalingappa, V. & Grace, A. (2012). Imitation effects on joint attention Behaviors of children with autism. **Psychology**, 3(9), 681-685.

Hallahn, D. P., & Kauffman, J. M. (2006**). Exceptional learners: An introduction to special education**, (10th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Heather A. Jones & Andrea Chronis-Tuscano (2008). Efficacy of Teacher IN-Service Training For Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder. **Psychology in the Schools**, Vol. 45(10), University of Maryland, College Park.

Jordan, R. (1995). **Understanding and teaching children with autism**. New York: Chichester-Wiley.

Kanner, L. (1943), **Autistic Disturbances of Affective Contact**. Nervous Child, 2, 217-50.

Kinney, E., Vedora, J. & Stromer, R. (2003). Computer-presented video models to teach generative spelling to a child with an autism spectrum disorder. **Journal of Positive Behavior Intervention**, (5), 22-29.

Margaret M., BassCatherine A. Duchowny, &Maria M. Llabr (2009).The Effect of Therapeutic Horseback Riding on Social Functioning in Children with Autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 39, (9) , 1261–1267.

Miller, L.& Lane, S. (2000). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice. **Sensory Integration Special Interest** ,(23), 1-14.

Newsom, C. & Hovantiz, C. (1996). **Autistic disorder** (In): Mash, F. & Terdal, L. (eds.): **Assessment of Childhood Disorders**, 3rd ed., New York: Guiford Press.

Robin L. Gabriels, John A. Agnew , Katherine D. Holt , Amy Shoffner, PanZhaoxing , SelgaRuzzano , Gerald H. Clayton, Gary Mesibov (2012). Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders, **Research in Autism Spectrum Disorders** 578–588

Rogers, S. J., Hepburn, S. L., Stackhouse, T. &Wehner, E. (2003).Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. **Journalof Child Psychology and Psychiatry**, (44), 763–781.

Sams MJ, Fortney EV, &Willenbring S.(2006). Occupational therapy incorporating animals for children with autism: A pilot investigation, **US National Library of Medicine National Institutes of Health**, 60(3) :268-74.

Shash, A., (1993). Why do autistic individuals superior performance on the block design task ? **The Journal of Child psychology and Psychiatry and allid disciplines**, Oxford: Pergamon Press, Vol. (34), No. (8), p. 23-35.

Sicile-Kira, Chantal, (2004), **Autism Spectrum Disorders: The Complete Guide**,Penguin.

Smith, D. (2004). **Introduction to special education**: Teaching in an age of opportunity, Boston: Ally and Bacon.

Springer,C (2014). Treatment In An Early Intervention Program for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Dissertation Abstracts International, AAC 3119179.

Stickney, Margaret Ann, (2010) " **A Qualitative Study Of The Perceived Health Benefits of A Therapeutic Riding Program For Children with Autisim Spectrum Disorders**". University of Kentucky Doctoral Dissertations.

Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism, **Focus on Autism and Developmental Disorders**, Vol. (11), No. (3), pp. 2-13.

Vineland (2016) **Vineland Adaptive Behavior Scales**, Third Edition. Pearson, Inc

Wing, L.,(1997). **The autistic spectrum** .Lancet , (350), 1761- 1777.

Wolf, S. (2005**). Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.)Companion to psychiatric Studies**, London disciplines, Oxford: Pergamon Press.

Yee-Pay Wuang ,Chih-Chung Wang , Mao-Hsiung Huang , Chwen-Yng Su ,(2010).The Effectiveness of Simulated Developmental Horse-Riding Program in Children with Autism, **Human Kinetics Journals**, 27 (2); 113-126.

الملاحق

الملحق (1)

أسماء الأساتذة المحكمين للمقاييس

الاسم	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة (جهة العمل)
أ. د فاروق الروسان	التربية الخاصة	أستاذ دكتور	جامعة العلوم الاسلامية
أ. د جمال الخطيب	التربية الخاصة	أستاذ دكتور	الجامعة الاردنية
أ. د حمد باليه العجمي	التربية الخاصة	أستاذ دكتور	كلية التربية الأساسية
د. مناحي فلاح العازمي	التربية الخاصة	أستاذ مشارك	كلية التربية الأساسية
د. زينب عباس	التربية الخاصة	أستاذ مشارك	كلية التربية الأساسية
د. رائد الشيخ ذيب	التربية الخاصة	أستاذ مساعد	مدير عام مركز عمان للتوحد
د. صفاء العلي	التربية الخاصة	أستاذ مساعد	الجامعة الاردنية
د. بدر القلاف	التربية الخاصة	أستاذ مساعد	كلية التربية الأساسية
د. هدى المؤمن	مناهج وطرق التدريس التربية الخاصة	أستاذ مساعد	جامعة الكويت
د. زيد الشمري	مناهج وطرق التدريس التربية الخاصة	أستاذ مساعد	جامعة الكويت

الملحق (2)

أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج التدريبي

الاسم	التخصص	الجامعة (جهة العمل)
أ. د فاروق الروسان	التربية الخاصة	جامعة العلوم الاسلامية
أ. د جمال الخطيب	التربية الخاصة	الجامعة الأردنية
أ. د ابراهيم الزريقات	التربية الخاصة	الجامعة الأردنية
د. ماجدة السيد عبيد	التربية الخاصة	جامعة إربد الأهلية
د. رائد الشيخ ذيب	التربية الخاصة	مدير عام مركز عمان للتوحد
محمد سلطان السويدي	مدير إدارة تعليم الفروسية	مربط الشقب في دولة قطر
الملازم الأول / راشد سالم الشامسي	مدرب ومعالج	إدارة الخيالة في شرطة دبي في دولة الإمارات العربية المتحدة

الملحق (3)

المقاييس بالصورة الأولية

تحكيم المقاييس

الأستاذ الدكتور ..... المحترم

يقوم الباحث بدراسة بعنوان : " أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي و المشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت"
للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة, و لغايات هذه الدراسة, قام الباحث بتطوير مقياسين في مشكلات التفاعل الاجتماعي و مقياس المشكلات الحسية / الحركية.
و لسعة علمكم و خبرتكم, أغدو ممتناً لو تكرمتم بتحكيم هذه الأدوات, للخروج بصيغة مناسبة للمقاييس.
أرجو التكرم بقراءة الفقرات و الحكم على مدى انتماء هذه الفقرات للأبعاد التي تنتمي إليها, و سلامة صياغتها اللغوية.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام و التقدير

الباحث
بتال فلاح بتال المطيري

أولا : مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي

الرقم	الفقرة	انتماء الفقرة للبعد		الصياغة اللغوية		ملاحظات
		منتمية	غير منتمية	مناسبة	غير مناسب	
	البعد الاول: التعبيرات غير اللفظية					
1	يرسم تعبيرات غريبة على وجهه					
2	يتجنب التواصل البصري مع المحيطين					
3	نادراً ما يبتسم و يضحك					
4	تبدو نظرته شاردة					
5	يتشنج عند العناق					
6	لديه صعوبة في استعمال تعبيرات الوجه مثل (العبوس)					
7	يستمر بحديثه رغم تعبيرات عدم الرضا من المحيطين به					
8	يصعب استخدام الإشارة معه لطلب شيء منه					
9	يعبر بجسمه بحركات مغايرة للموقف الاجتماعي الموجود فيه (عبوس الوجه في القاء التحية)					
10	يصعب عليه تفسير الإيماءات بشكل صحيح					
11	يجد صعوبة في فهم الاشارات التواصلية					
12	يتجنب النظر للآخرين					
13	عدم الالتفات للشخص الذي ينادي عليه					
14	يصعب عليه فهم إيماءات الآخرين أو اشاراتهم					
15	يرفض تغيير جلسته عندما ينادى عليه					
16	عدم الاستجابة للمهارات الاجتماعية التي يتدرب عليها مثل : (التحديق بالعين و اللعب الرمزي)					
17	عدم معرفة الأشياء التي تعرض عليه					
18	عدم الرغبة بالمصافحة القوية أو الأحتضان					
	البعد الثاني: تكوين الصداقات و المحافظة عليها					
1	ليس لديه صديق مقرب اليه					
2	يفتقد القدرة على اللعب مع الأخرين ضمن فريق					
3	يفشل بالاستمرار بالحديث مع احد أقرانه					
4	ينعزل لوحده عندما يتواجد مع زملائه					
5	يتواصل مع زملائه بطريقة شاذة					
6	يرتبك عندما يكون بين مجموعة كبيرة من الأقران					
7	يصعب عليه المبادرة لتكوين صداقة مع احد اقرانه					
8	يصعب الاطفال الاخرون بالاستمرار بصداقته					
9	يتصرف بعدائية مع الأقران					
10	لا يقدم المساعدة لأصدقائه					
11	يكره أن يشارك زملائه في تناول الطعام					
12	يبكي من غير سبب في مجموعات اللعب					
13	يضحك من غير سبب في مجموعات اللعب					

الرقم	الفقرة	انتماء الفقرة للبعد		الصياغة اللغوية		ملاحظات
		منتمية	غير منتمية	مناسبة	غير مناسب	
14	ينسحب عند القيام بنشاط جماعي مع زملائه					
15	اهتماماته مختلفة عن اهتمامات أقرانه					
16	يبدو غير مهتم بما يجده الآخرون ممتعاً					
17	يستمتع بممارسة سلوكيات تسبب الملل للآخرين					
18	ينعزل عندما يمارس الآخرون نشاطاً مشتركاً					
19	يجهل طريقة مشاركة اللعب بلعبته مع شخص آخر					
20	يفضل أن يلعب وحده					
21	يفضل أن يجلس وحده					
22	يبعد ألعابه و أدواته عن زملائه الآخرين					
23	يرفض الأستجابة للحديث مع زميله					
24	يظل صامتاً عندما يكون وسط أقرانه أو زملائه					
	البعد الثالث: التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين					
1	لا يبتسم للآخرين					
2	عدم التأثر بانفعالات الآخرين					
3	يكره الابتسامة في وجه من يبتسم له					
4	عدم القلق على زميله اذا أصيب بمكروه					
5	عدم النظر لزميله اذا كان يبكي					
6	تبدو عليه ملامح السعادة في موقف أليم					
7	تبدو عليه ملامح الحزن في موقف مضحك					
8	غير قادر على فهم تعبيرات وجه الآخرين					
9	لا يتأثر عندما يلقي لعبة زميله على الأرض					
10	يبتسم بما يسببه من أذى لزملائه					
11	يواجه صعوبة في فهم مشاعر الآخرين					
12	يشعر بعدم الارتياح في حال اهتمام الآخرين له					
13	يجد صعوبة بأظهار التعاطف مع الآخرين في المواقف المختلفة					
14	لا يبدي اهتمام بأفراح و أحزان الآخرين					
15	يبدو عليه الشعور بالخجل عند الالتقاء بشخص غير مقرب					
16	يبدو عليه الشعور القلق عند الالتقاء بشخص غير مقرب					

المقياس الثاني: المشكلات الحسية / الحركية

الرقم	الفقرة	انتماء الفقرة للبعد		الصياغة اللغوية		ملاحظات
		منتمية	غير منتمية	مناسبة	غير مناسب	
	المشكلات السمعية					
1	يستجيب سلبياً للضوضاء العالية أو غير المتوقعة مثال: (يصرخأو يشيح بوجه لدى صدور الصوت العالي للمكنسة الكهربائية أو نباح الكلب أو مجفف الشعر)					
2	يضع يديه على أذنيه للحماية من الصوت					
3	يواجه مشكلة في إتمام الواجبات أثناء تشغيل المذياع					
4	يصبح مشتت الانتباه أو يواجه مشكلة في إتمام المهام في حالة الضوضاء					
5	لا يستطيع العمل في ظل وجود ضوضاء مثل صوت المروحة					
6	يبدو غير قادر على سماع ما تقول					
7	لا يستجيب عند النداء على اسمه رغم عدم وجود مشكلة سمعية لديه					
8	تجذبه الأصوات العالية و الضوضاء					
المهارات البصرية						
9	يفضل التواجد في الظلام					
10	ينزعج من الأضواء المبهرة					
11	يستمتع بتواجده في الظلام					
12	يصاب بالإحباط عند محاولة إيجاد أشياء مبعثرة من ضمن أشياء أخرى مثال(البحث في درج غير مرتب)					
13	يواجه صعوبة في تركيب الأشكال مقارنة بأقرانه					
14	يخفي عينيه بيده عند الضوء العالي أو يغمض عينيه بيده					
15	يحملق في الأشياء أو الناس					
16	يخاف من الفلاش الضوئي					
المشكلات اللمسية						
17	يتجنب التعرض للاتساخ مثال : (بالصلصال، الرمل، الرسم بالأصابع،الصمغ).					
18	يعبر عن ضيقه أثناء لمسه مثال : (يتشاجر أو يبكي أثناء قص الشعر،غسيل الوجه أو قص الأظافر).					
19	يفضل الملابس طويلة الأكمام عندما يكون الجو دافئا أو قصيرة الاكمام عندما يكون الجو باردا.					
20	يعبر عن عدم ارتياحه عند تنظيف الأسنان مثال: (يتشاجر أو يبكي).					
21	يشعر بالحساسية تجاه أنواع معينة من القماش مثال :					

الرقم	الفقرة	انتماء الفقرة للبعد		الصياغة اللغوية		ملاحظات
		منتمية	غير منتمية	مناسبة	غير مناسب	
	(يفضل ملابس أو شراشف معينة).					
22	يتضايق من الاحذية أو الجوارب.					
23	يتجنب السير حافي القدمين وخاصة على الرمل والأعشاب.					
24	يستجيب للمس بشكل عدواني مثال (الضرب بالأيدي)					
25	ينسحب من المواقف التي يتعرض فيها للرش بالمياه.					
26	يواجه صعوبة في الوقوف في صف أو بالقرب من الآخرين.					
27	يحك أو يهرش في موضع جسمه الذي تم لمسه.					
28	يلمس الناس بطريقة عدوانية أو غير مهذبة والأشياء بالحد الذي يزعج الآخرين.					
المشكلات الحركية						
29	يجد صعوبة في الوثب والنط.					
30	يصعب عليه الوقوف بقدم واحدة لمدة 10ثواني.					
31	غير قادر على التسلق					
32	يصعب عليه الحركة للأمام و الخلف					
33	يصعد وينزل الدرج ويمشي عليه بمساعدة.					
34	لديه الصعوبة بركوب الدراجة .					
35	يركض ويقفز بصعوبة .					
36	يمشي بصعوبة بخط مستقيم.					
37	يمسك أدوات الكتابة ويأكل بطريقة خاطئة.					
38	عدم الشعور بالأشياء وعدم اكتشافها بالفم.					
39	غير قادر على حمل قارورة.					
40	يهز الالعاب .					
41	يصعب عليه فتح الأشياء المغلقة البسيطة.					
42	يصعب عليه رسم خطوط أفقية وعمودية.					
43	عدم القدرة على الوقوف معتمداً بيديه على المتوازي					
44	عدم القدرة على الوقوف معتمداً بيد واحدة على المتوازي.					
45	يصعب عليه الوقوف ثابتاً إذا دُفع دفعه بسيطة من قبل الأخصائي من الأمام والخلف.					
46	يصعب عليه تحريك رجله اليمين إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي.					
47	يصعب عليه تحريك اليسار إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي .					
48	غير قادر على المشي إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي.					
49	الطفل لديه صعوبة على المشي معتمداً بيديه على المتوازي.					

الرقم	الفقرة	انتماء الفقرة للبعد		الصياغة اللغوية		ملاحظات
		منتمية	غير منتمية	مناسبة	غير مناسب	
50	يمشي لوحده باعتماده على أحد أو شيء ما متخطيا حواجز أمامه ارتفاعها 10سم وطولها متر.					
51	يصعب عليه تحريك أصابعه حركة كاملة إلى الداخل بحيث تنبسط اليد انبساطه كاملة.					
52	غير قادر على تحريك الرسغ (اليد) نصف حركة إلى الداخل و الخارج.					

معلومات المحكم

اسم الدكتور/ة :

الرتبة العلمية :

الجامعة :

الملحق (4)
المقاييس بالصورة النهائية

أخي المعلم / أختي المعلمة ..... المحترم

يقوم الباحث بدراسة بعنوان : " أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي و المشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت"
للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة . أرجو التكرم بتقدير السلوكيات الواردة في هذين المقياسين على أحد طلبتكم من ذوي اضطراب طيف التوحد ، علماً بأن المقياسين يهدفان لقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الطلبة و كذلك المشكلات الحسية /الحركية لديهم .
نقدر لكم جهدكم و تعاونكم و نؤكد لكم على سرية المعلومات ، حيث أن استجاباتكم ستكون سرية و ستستخدم لغايات البحث العلمي فقط .

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث
بتال فلاح بتال المطيري

معلومات الحالة

الاسم :

جنس الطفل : ( ) ذكر ( ) انثى

عمر الحالة :

مستوى الاضطراب: ( ) بسيط ( ) متوسط ( ) شديد

أولا : مقياس مشكلات التفاعل الاجتماعي

الرقم	الفقرة	الدرجات				
		دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	ابداً
	البعد الأول: التعبيرات غير اللفظية					
1	يتجنب التواصل البصري مع المحيطين					
2	نادراً ما يبتسم و يضحك					
3	تبدو نظرته شاردة					
4	يتشنج عند العناق					
5	لديه صعوبة في استعمال تعبيرات الوجه مثل (العبوس)					
6	يستمر بحديثه رغم تعبيرات عدم الرضا من المحيطين به					
7	يصعب استخدام الإشارة معه لطلب شيء منه					
8	يعبر بجسمه بحركات مغايرة للموقف الاجتماعي الموجود فيه (عبوس الوجه في إلقاء التحية)					
9	يصعب عليه تفسير الإيماءات بشكل صحيح					
10	يجد صعوبة في فهم الإشارات التواصلية					
11	يتجنب النظر للآخرين					
12	عدم الإلتفات للشخص الذي ينادي عليه					
13	يصعب عليه فهم إيماءات الآخرين أو إشاراتهم					
14	يرفض تغيير جلسته عندما ينادى عليه					
15	عدم الاستجابة للمهارات الاجتماعية التي يتدرب عليها مثل : (التحديق بالعين و اللعب الرمزي)					
16	عدم الرغبة بالمصافحة القوية أو الاحتضان					
البعد الثاني: تكوين الصداقات و المحافظة عليها						
1	ليس لديه صديق مقرب اليه					
2	يفتقد القدرة على اللعب مع الآخرين ضمن فريق					
3	يفشل بالاستمرار بالحديث مع أحد أقرانه					
4	ينعزل وحيداً عندما يتواجد مع زملائه					
5	يرتبك عندما يكون بين مجموعة كبيرة من الأقران					
6	يصعب عليه المبادرة لتكوين صداقة مع أحد أقرانه					
7	يصعب على الأطفال الآخرين الاستمرار بصداقته					
8	يتصرف بعدائية مع الأقران					
9	لا يقدم المساعدة لأصدقائه					
10	يبكي من غير سبب في مجموعات اللعب					
11	يضحك من غير سبب في مجموعات اللعب					
12	ينسحب عند القيام بنشاط جماعي مع زملائه					
13	اهتماماته مختلفة عن اهتمامات أقرانه					
14	يبدو غير مهتم بما يجده الآخرون ممتعاً					
15	يستمتع بممارسة سلوكيات تسبب الملل للآخرين					
16	ينعزل عندما يمارس الآخرون نشاطاً مشتركاً					
17	يجهل طريقة مشاركة اللعب بلعبته مع شخص آخر					
18	يفضل أن يلعب وحده					
19	يفضل أن يجلس وحيداً					
20	يبعد ألعابه و أدواته عن زملائه الآخرين					
21	يرفض الاستجابة للحديث مع زميله					
22	يظل صامتاً عندما يكون وسط أقرانه أو زملائه					

الرقم	الفقرة	الدرجات				
		دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	ابداً
البعد الثالث: التبادل العاطفي و فهم مشاعر الآخرين						
1	لا يبتسم للآخرين					
2	عدم التأثر بانفعالات الآخرين					
3	يكره الابتسامة في وجه من يبتسم له					
4	عدم القلق على زميله إذا أصيب بمكروه					
5	عدم النظر لزميله إذا كان يبكي					
6	تبدو عليه ملامح السعادة في موقف أليم					
7	تبدو عليه ملامح الحزن في موقف مضحك					
8	غير قادر على فهم تعبيرات وجه الآخرين					
9	يبتسم بما يسببه من أذى لزملائه					
10	يواجه صعوبة في فهم مشاعر الآخرين					
11	يشعر بعدم الارتياح في حال اهتمام الآخرين به					
12	يجد صعوبة بإظهار التعاطف مع الآخرين في المواقف المختلفة					
13	لا يبدي اهتماماً بأفراح و أحزان الآخرين					
14	يبدو عليه الشعور بالخجل عند الالتقاء بشخص غير مقرب					
15	يبدو عليه الشعور القلق عند الالتقاء بشخص غير مقرب					

المقياس الثاني : المشكلات الحسية / الحركية

الرقم	الفقرة	الدرجات				
		دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	ابداً
	المشكلات السمعية					
1	يستجيب سلبياً للضوضاء العالية أوغيرالمتوقعة مثال: (يصرخ أو يشيح بوجه لدى صدور الصوت العالي للمكنسة الكهربائية أو نباح الكلب أو مجفف الشعر)					
2	يضع يديه على أذنيه للحماية من الصوت					
3	يواجه مشكلة في إتمام الواجبات اثناء تشغيل المذياع					
4	يصبح مشتت الانتباه أو يواجه مشكلة في إتمام المهام في حالة الضوضاء					
5	لا يستطيع العمل في ظل وجود ضوضاء مثل صوت المروحة					
6	يبدو غير قادر على سماع ما يقال					
7	لا يستجيب عند النداء على اسمه رغم عدم وجود مشكلة سمعية لديه					
8	يجذبه الأصوات العالية و الضوضاء					
المهارات البصرية						
9	يفضل التواجد في الأماكن المظلمة					
10	ينزعج من الأضواء المبهرة					
11	يستمتع بتواجده في الظلام					
12	يصاب بالإحباط عند محاولة إيجاد أشياء مبعثرة من ضمن أشياء أخرى مثال : (البحث في درج غير مرتب)					
13	يواجه صعوبة في تركيب الأشكال مقارنة بأقرانه					

الرقم	الفقرة	الدرجات				
		دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	ابداً
14	يخفي عينيه بيده عند الضوء العالي أو يغمض عينيه بيده					
15	يحملق في الأشياء أو الناس					
16	يخاف من الفلاش الضوئي					
المشكلات اللمسية						
17	يتجنب التعرض للاتساخ مثال : (بالصلصال، الرمل، الرسم بالأصابع،الصمغ).					
18	يعبر عن ضيقه أثناء لمسه مثال : (يتشاجر أو يبكي أثناء قص الشعر،غسيل الوجه أو قص الأظافر).					
19	يشعر بالحساسية تجاه أنواع معينة من القماش مثال : (يفضل ملابس أو شراشف معينة).					
20	يتضايق من الأحذية أو الجوارب.					
21	يواجه صعوبة في الوقوف في صف أو بالقرب من الآخرين.					
22	يحك أو يهرش في موضع جسمه الذي تم لمسه.					
23	يلمس الناس بطريقة عدوانية أو غير مهذبة والأشياء بالحد الذي يزعج الآخرين.					
المشكلات الحركية						
24	يجد صعوبة في الوثب والنط.					
25	يصعب عليه الوقوف بقدم واحدة لمدة 10ثواني.					
26	غير قادر على التسلق مقارنة بعمره الزمني .					
27	يصعب عليه الحركة للأمام و الخلف .					
28	يصعد وينزل الدرج ويمشي عليه بمساعدة.					
29	يصعب عليه ركوب الدراجة .					
30	يركض ويقفز بصعوبة .					
31	يمشي بصعوبة بخط مستقيم.					
32	يصعب عليه مسك أدوات الكتابة أو الطعام مثل : (الملعقة ، الشوكة ، القلم)					
33	يصعب عليه الشعور بالأشياء و يكتشفها بالفم.					
34	غير قادر على حمل قارورة.					
35	يصعب عليه فتح الأشياء المغلقة البسيطة.					
36	يصعب عليه رسم خطوط أفقية وعمودية.					
37	يصعب عليه الوقوف معتمداً على يديه على المتوازي					
38	يصعب عليه الوقوف معتمداً على يد واحدة على المتوازي.					
39	يصعب عليه الوقوف ثابتاً إذا دُفع دفعة بسيطة من قبل الأخصائي من الأمام والخلف.					
40	يصعب عليه تحريك رجله اليمين إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي.					
41	يصعب عليه تحريك اليسار إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي .					
42	يصعب عليه المشي إلى الأمام وهو مثبت الحوض من قبل الأخصائي.					
43	الطفل لديه صعوبة على المشي معتمدا على يديه على					

الرقم	الفقرة	الدرجات				
		دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	ابداً
	المتوازي.					
44	يمشي وحده معتمداً على أحد أو شيء ما متخطيا حواجز أمامه ارتفاعها 10سم وطولها متر.					
45	يصعب عليه تحريك أصابعه حركة كاملة إلى الداخل بحيث تنبسط اليد انبساطه كاملة.					
46	يصعب عليه تحريك الرسغ (اليد) نصف حركة إلى الداخل و الخارج.					

الملحق (5)
البرنامج التدريبي

يقوم الباحث بدراسة بعنوان: **" أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت "**للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة، ولغايات إعداد هذه الرسالة، قام الباحث بتطوير برنامج تدريبي في ركوب الخيل، يرجى التكرم بقراءة البرنامج ووضع ملاحظاتكم عليه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام و التقدير

الباحث

بتال فلاح بتال المطيري

الهدف العام من البرنامج :

- خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد من خلال تدريبهم على ركوب الخيل .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

1- **التعريف** بالبرنامج و تطبيق الاختبار القبلي .

2- تهيئة الطفل لأجواء الاسطبل .

3- القرب من الحصان وتقبله و عدم الخوف منه .

4- أن يجلس طفل التوحد على ظهر الحصان .

5- أن يقوم الطفل بالأنشطة المكونة من خطوتين .

6- أن يجلس الطفل على ظهر الحصان خلال تحركه مع المحافظة على الثبات والتوازن بمساعدة المدرب أو المتطوعين .

7- أن يجلس الطفل على ظهر الحصان خلال تحركه مع المحافظة على الثبات والتوازن بدون مساعدة .

8- أن يتكيف الطفل مع الحصان أثناء حركة الخبب (الهرولة) والمحافظة على الثبات والتوازن .

9- أن يسيطر طفل التوحد على الحصان بمفرده .

10- اختتام البرنامج **التدريبي و تطبيق الاختبار البعدي .**

تنفيذ البرنامج : 7 أسابيع بواقع 3 جلسات في كل اسبوع 21 جلسة (من 30 – 45 دقيقة للجلسة الواحدة)

الفئة المستهدفة : يستهدف هذا البرنامج أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الفئة العمرية (6 – 11 سنة) .

منفذو البرنامج : الباحث (وهو من المختصين في ركوب الخيل) ومدرب الخيل وأخصائي التربية الخاصة ومتطوعين .

مكان التنفيذ: مركز الجواد العربي (بيت العرب) .

الأدوات المستخدمة : جهاز العرض (Data Show)، سبورة ، قلم، ورقة، صور، فيديو، كاميرا، مجسم الخيل، الخوذه، الرسن، الخيل، طعام الخيل، مشط الخيل، الحلقات الملونة، ملاقط ملونة (لشعر الخيل)، لعبة الفقاعات، كرة السلة، الحواجز، الاختبار .

الجلسة التدريبية "1"

- **مدة الجلسة** : (30-45) دقيقة.
- **الهدف الخاص للجلسة**: التعريف بالبرنامج وتطبيق الاختبار القبلي.
- **المواد اللازمة**: جهاز عرض (Data Show)، سبورة، قلم، ورقة، صور الخيل، مجسم الخيل .
- **الإجراءات**:

1. يقوم الباحث بالتعريف بنفسه و بالبرنامج وأهدافه ومدته الزمنية والفوائد المتوقعة من البرنامج.
2. يعرض الباحث فيديوهات قصيرة عن الخيل وصور عنها ومجسم لها:
   - عرض صور متنوعة عن الخيل مع تكرار اسم الحصان.
   - تجهيز مجسم مصغر للخيل حيث يقوم الطفل بربط المجسم بالصورة.
   - سماع الطفل لصوت صهيل الخيل لجذب انتباهه.
   - مشاهدة مقاطع فيديو عن الخيل.
3. القيام بإجراء الاختبار القبلي بمساعدة معلم التربية الخاصة المرافق.

الجلسة التدريبية "2 + 3"

- **مدة الجلسة**: (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة**: تهيئة الطفل لأجواء الإسطبل .
- **المواد اللازمة**:

(الإسطبل، الخيل، الخوذة)

- **الإجراءات** :

1. أخذ الطفل إلى الإسطبل.
2. إلباس الخوذة للطفل والتعرف عليها أثناء التجول.
3. التجول في مرافق الإسطبل والتعرف عليها و تهيئة الطفل لها.
4. مشاهدة الطفل للخيل من مسافة بعيدة وربطها بالصور المذكورة سابقاً في الجلسة السابقة.
5. التقاط صور للطفل وهو يتجول في الإسطبل وصور له بالقرب من الخيل.
6. يودع الطفل المدرب و طاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية "4 + 5"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة**: الاقتراب من الحصان وتقبله وعدم الخوف منه.
- **المواد اللازمة** :

(الاسطبل، الخيل، الخوذة، الرسن، الجزر، التفاح، مشط الخيل)

- **الإجراءات** :

1. عرض صور لطفل التوحد مع الخيل قبل الذهاب للاسطبل ويتم هذا من قبل الوالدين ليكون تقبل الطفل أسرع واستجابته للخيل تتم بشكل أفضل .
2. إلباس الخوذة للطفل .
3. التجول في مرافق الاسطبل.
4. الاقتراب من الخيل ومشاهدتها عن قرب.
5. ملامسة جزء من جسم الحصان حيث سيتم النفور منه في البداية وذلك لتحسس (الطفل التوحد من اللمس).
6. محاولة الاقتراب أكثر وتكرار ذلك إلى أن يستجيب الطفل.
7. أن يقوم الطفل بتلوين الحصان.
8. إعطاء أكل للحصان واختيار الطفل للأكل : (جزر، تفاح ...)
9. مناداة الحصان أثناء إعطاءه الأكل.
10. تمشيط شعر الحصان وتنظيفه.
11. قود الحصان بالرسن (الحبل) والتمشي لمسافة قريبة.
12. تصوير الجلسة ليشاهد الطفل ما قام به.
13. يودع الطفل المدرب و طاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية " 6 + 7 + 8"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** :

1. أن يجلس طفل التوحد على ظهر الحصان.

2. أن يقوم الطفل بالأنشطة المكونة من خطوتين.

- **المواد اللازمة** :

(الخيل ، الخوذة ، الحلقات الملونة، ملاقط ملونة (لشعر الخيل)، كرة السلة)

- **الإجراءات** :

1. عرض صور للطفل مع الخيل.
2. التجول في مرافق الاسطبل ومشاهدة الخيل.
3. تكون هذه الجلسة مخصصة لمجموعة من الأطفال كتشجيع لطفل التوحد.
4. رؤية طفل التوحد لغيره من الأطفال وهم يمارسون ركوب الخيل .
5. بالبداية نساعد الطفل على ركوب الخيل مع المدرب بدون المشي به.
6. ملامسة جسم الطفل لأجزاء من جسم الحصان (النوم على ظهر الحصان).
7. محاولة النزول من على ظهر الحصان والصعود مرة أخرى بدون المدرب.
8. أن يقوم الطفل بأخذ الحلقات ثم وضعها داخل الأقماع وهو فوق ظهر الحصان.
9. أن يلمس الطفل رقبة الحصان وشعره ووضع ملاقط ملونة عليه.
10. أن يلعب بكرة السلة وهو فوق ظهر الحصان.
11. التقاط صور للطفل أثناء الجلسة.
12. يودع الطفل المدرب و طاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية " 9 + 10 + 11"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** :

(أن يجلس الطفل على ظهر الحصان خلال تحركه مع المحافظة على الثبات والتوازن مع مساعدة المدرب أو المتطوعين)

- **المواد اللازمة** :

(الاسطبل، الخوذة، الحصان، ملاقط ملونة (لشعر الخيل)، كرة السلة)

- **الإجراءات** :

1. التجول في مرافق الاسطبل ولبس الخوذة.
2. في البداية ركوب الطفل مع المدرب والمشي به لمسافة قصيرة لتهيئته على الحصان.
3. ركوب الطفل بمفرده على الحصان والمشي به بخطوات بطيئة والإمساك بالسرج.
4. تحفيز الطفل بالألفاظ الحسنة: يا بطل! يا قوي! يا شاطر!
5. وضع ملاقط ملونة على شعر الحصان أثناء المشي به.
6. الركوب بشكل عكسي على ظهر الحصان والحديث معه أثناء المسير.
7. اللعب بكرة السلة أثناء السير.
8. التقاط صور للطفل في هذه الجلسة.
9. يودع الطفل المدرب وطاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية "12 + 13 + 14"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** :

(أن يجلس الطفل على ظهر الحصان خلال تحركه مع المحافظة على الثبات والتوازن بدون مساعدة)

- **المواد اللازمة** :

(الاسطبل، الحصان، الخوذة، الحواجز، كرة السلة)

- **الإجراءات** :

1. التجول في مرافق الاسطبل.
2. ركوب الطفل للحصان بمفرده والبدء في سير الحصان بخطوات بطيئة والإمساك بالسرج.
3. قيادة الطفل للحصان وإعطاء أوامر للمشي.
4. أن يقود الطفل الحصان باستعمال اليد اليمنى فقط.
5. أن يقود الطفل الحصان باستعمال اليد اليسرى فقط.
6. قيادة الطفل للحصان باتجاه الحواجز والعبور منها.
7. أن يقود الطفل الحصان باستخدام قدميه ورفع يديه إلى الأعلى وإجراء التمارين الرياضية باليدين فقط.
8. أن يجلس الطفل على ظهر الحصان عكسياً ويقوم برفع اليدين إلى الأعلى أثناء المشي به.
9. يودع الطفل المدرب وطاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية " 15+ 16 + 17"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** : أن يتكيف الطفل مع الحصان أثناء حركة الخبب (الهرولة) والمحافظة على الثبات والتوازن.
- **المواد اللازمة** :

(الاسطبل ، الخوذة، الحصان، كرة السلة)

- **الإجراءات** :

1. لبس الخوذة.
2. التجول في مرافق الاسطبل.
3. ركوب الطفل الحصان بمفرده والتمشي به لمسافة قصيرة.
4. إعطاء الطفل أوامر للحصان بالمشي بحركة سريعة (الهرولة أو الخبب) لمسافة قصيرة.
5. إعطاء الطفل أوامر للحصان بالمشي بحركة سريعة (الهرولة) لمسافة طويلة.
6. توجيه التعليمات للطفل بأن يقود الخيل باستعمال اليد اليمنى فقط وهي في حالة الهرولة.
7. توجيه التعليمات للطفل بأن يقود الخيل باستعمال اليد اليسرى فقط وهي في حالة الهرولة.
8. توجيه التعليمات للطفل بأن يقود الخيل باستخدام قدميه ورفع يديه إلى الأعلى وإجراء التمارين الرياضية باليدين فقط في حالة الهرولة.
9. يودع الطفل المدرب و طاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية " 18 + 19 + 20"

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** :

(أن يسيطر طفل التوحد على الحصان بمفرده)

- **المواد اللازمة** :

(الاسطبل، الخوذة، الحصان، طعام للخيل (جزر، تفاح)، لعبة الفقاعات، مشط الخيل، الحواجز، ملاقط ملونة (لشعر الخيل)، كرة السلة)

- **الإجراءات** :

1. لبس الخوذة.
2. التجول في مرافق الاسطبل.
3. عرض صور للطفل مع الخيل .
4. أن يذهب للحصان ويقوده لميدان التدريب.
5. أن يعطي الطعام للحصان بمفرده.
6. أن يركب الحصان بمفرده والنزول منه وربطه جانباً.
7. أن يقوم الطفل بتمشيط الحصان.
8. أن يركب الطفل الحصان ويسير به بحركة بطيئة.
9. أن يقوم بتجاوز الحواجز أثناء السير.
10. أن يقوم بالهرولة على الحصان بمفرده.
11. أن يقوم الطفل بتجاوز الحواجز أثناء الهرولة.
12. أن يعطي الأوامر للحصان بالوقوف.
13. يودع الطفل المدرب و طاقم الاسطبل قبل رجوعه للمنزل مع والديه .

الجلسة التدريبية " 21 "

- **مدة الجلسة** : (30-45 دقيقة)
- **الهدف الخاص للجلسة** :

(اختتام البرنامج التدريبي وتطبيق الاختبار البعدي)

- **المواد اللازمة** :

(عرض الفيديوهات، شاشة العرض، الخيل، الاختبار البعدي)

- **الإجراءات** :

1. يفسح المدرب والباحث المجال أمام أولياء الأمور لإبداء آرائهم في الجلسات السابقة.
2. عرض عينات من الفيديو للجلسات السابقة مع السماح لولي الأمر بإبداء رأيه في الجلسة.
3. إعطاء هدايا للأطفال وأولياء الأمور والمتطوعين وأعضاء الاسطبل.
4. إجراء الاختبار البعدي لأطفال التوحد من قبل أخصائي التربية الخاصة.

ملحق (6)

كتب تسهيل المهمة و التطبيق





الجامعة الأردنية

الرقم: 443 /2018/1
الرقم الآلي: 1483543
الموافق: 2018/9/1م

رئاسة الجامعة
University Administration

وارد المكتب الثقافي الكويت
الرقم ٢١٩ تاريخ ٢٠١٨/٩/١٨
ملف رقم .....

سعادة الأستاذ رئيس المكتب الثقافي لسفارة دولة الكويت المحترم

الموضوع:- تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،،

فأرجو إعلامكم بأن الطالب " بتّال فلاح بتال المطيري " من طلبة برنامج ماجستير التربية الخاصة في كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية ، يقوم بإعداد رسالة الماجستير بعنوان :

" أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت"

ويحتاج إلى تطبيق أداة دراسته على أطفال التوحد في المدارس الخاصة أو المراكز الخاصة في دولة الكويت.

أرجو التكرم بالموافقة والإيعاز للمعنيين لديكم بتسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه لغايات البحث العلمي حسب الأصول، علماً بأن المشرف على رسالته هي" الدكتورة ميادة الناطور ".

شاكرين لكم اهتمامكم بالجامعة الأردنية وتعاونكم معها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

رئيس الجامعة
نائب الرئيس لشؤون الكليات الإنسانية

الأستاذ الدكتور أحمد يعقوب المجدوبة

EXCEL

الأستاذ/ .....
لإجراء اللازم و الافادة
8676 ش.ب

تنفيذ للازم...

رئيس قسم الشؤون الأكاديمية
رئيس قسم الشؤون المالية

هاتف ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فرعي ٢١١٢٠ فاكس ٥٣٥٥٥١١(٦-٩٦٢) فرعي: ٢١٠٣٥ عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext.: 21120 Fax: (962-6) 5355511 Ext: 21035 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo



الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة
Public Authority of the Disabled



الموضوع / لمن يهمه الامر

يرجي تسهيل مهمة الطالب / **بتال فلاح بتال المطيري** المقيد لدى الجامعة الأردنية في مرحلة الماجستير بتخصص التربية الخاصة وعنوان البحث " **اثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دوله الكويت**" وذلك بناء على كتاب المكتب الثقافي لسفارة دولة الكويت بالأردن بتاريخ 2018/2/11 بطلب تسهيل مهمة الطالب لغايات البحث العلمي.

وبناء على ما تقدم أعطيت هذه الإفادة دون ادني مسؤولية على الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة تجاه الغير.

وتفضلوا منا فائق الاحترام والتقدير

مدير عام الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة

د/ شفيقة عبد الرسول العوضي

ق. شفيقة عبد الرسول العوضي
مدير عام
الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة

24 SEP 2018

الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة

حولي - قطعة ١١ شارع بيروت - مقابل مدرسة البيان ثنائية اللغة
تلفون: ١١ ١١ ١٨٦ - ٢٢٦ ٧٢ ٣٠٠ = ٢٢٦ ٧٢ ٣٤٣ فاكس: ٣٣٣ ٧٢ ٢٢٦ ص.ب: ٦٤٩٢٩ الشويخ ٧٠٤٦٠ الكويت
Hawally -11 Beirut st. Front of Al-Bayan Bilingual School
Tel.: 186 11 11 - 226 72 300 - 226 72 343 Fax.: 226 72 333 - P.O.Box: 64929 Shuwaikh 70460 Kuwait

EMBASSY OF
THE STATE OF KUWAIT

AMMAN
CULTURAL DIVISION

سفارة دولة الكويت
عمّان
المكتب الثقافي

التاريخ:19 جمادى الأولى 1439هـ
الموافق:05 شباط / فبراير 2018م

د. / هيثم صالح الأثري المحترم
وكيل وزارة التربية

بريد صادر
م ش/ د/ ٤٦٥/ ٢٠١٨/١٠٨

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب/ بتال فلاح بتال المطيري

بالإشارة إلى الموضوع أعلاه والخاص بالطالب المذكور والمقيد لدى الجامعة الأردنية في برنامج الماجستير بتخصص التربية الخاصة، وذلك أن الطالب ووفقاً لكتاب الجامعة رقم 494/2018/1 بتاريخ 2018/02/01م ، بصدد تطبيق أداة الدراسة الموسومة بـ " أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الإجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت ".

لذا يرجى التكرم بالموافقة والإيعاز لمن يلزم بتسهيل مهمة الطالب لغايات البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

رئيس المكتب الثقافي
أ. بدر علي المطيري
الملحق الثقافي الكويتي - عمّان

سفارة دولة الكويت
عمان
المكتب الثقافي

المرفقات:
- كتاب الجامعة الأردنية .

أ . بلال

هاتف: 8/5626637-6-962+ فاكس:5626670-6-962+ ص.ب. (2107) عمان (11181) الأردن بريد إلكتروني: KCO_KU@yahoo.com
عبدون - شارع الهاشميين، فيلا44

EMBASSY OF
THE STATE OF KUWAIT

AMMAN
CULTURAL DIVISION

سفارة دولة الكويت
عمان
المكتب الثقافي

التاريخ: 25 جمادى الأولى 1439هـ
الموافق: 11 شباط / فبراير 2018م

لمن يهمه الأمر

يشهد المكتب الثقافي الكويتي بأن الطالب/ بتال فلاح بتال المطيري، مقيد لدى الجامعة الأردنية في مرحلة الماجستير بتخصص التربية الخاصة، وذلك أن الطالب بصدد تطبيق أداة الدراسة الموسومة بـ" أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الإجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت " .

لذا يرجى التكرم بالموافقة والإيعاز لمن يلزم بتسهيل مهمة الطالب لغايات البحث العلمي .

وبناءً على طلبه أعطيت الإفادة دون أدنى مسؤولية تجاه الغير.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

رئيس المكتب الثقافي

أ. بدر عايد المطيري
الملحق الثقافي بالكويتي في عمان

سفارة دولة الكويت
عمان
المكتب الثقافي

هاتف: 5626637/8 -6-962+ فاكس: 5626670-6-962+ ص.ب. (2107) عمان (11181) الأردن بريد إلكتروني: KCO_KU@yahoo.com
عبدون - شارع الهاشميين، فيلا 44

التاريخ: / /

عزيزي ولي أمر الطالب أ.د.ياسين البنصاري..

تحية طيبة وبعد،،،

يرجى التكرم بالموافقة على اشراك ابنكم في برنامج **أثر برنامج تدريبي باستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الاجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت.**

وسوف يتم الاستفادة من نتائج هذا البرنامج في تطوير العملية التربوية من خلال إجراء هذه الدراسة لاستكمال درجة الماجستير .

اسم ولي الأمر :..عبدالعزيز ياسين الانصاري..

☑ موافق ☐ غير موافق

توقيع ولي الأمر

الباحث

بتـــال فـــلاح المطيري

66566533

رسالة الجواد العربي
الإصدار الثاني 2019 - عدد 39



السيد ناصر بورسلي من بيت العرب مرحباً بالسيد بتال المطيري والمدربين والمساعدين وبعض المشاركين في البرنامج



السيد بتال المطيري مشرف البرنامج، يقدم برنامج تأهيل أطفال التوحد باستخدام الخيل



عنوان المشروع الذي تم توضيحه عن طريق عرض عدة شرائح توضيحية

برنامج تأهيل أطفال طيف التوحد

تعزيزاً وتأكيداً لدوره في منظومة المسؤولية الإجتماعية :
«بيت العرب» يحتفل بنجاح إطلاق برنامج تأهيل أطفال طيف التوحد بإستخدام الخيل

في إطار تعزيز الدور المجتمعي لمركز الجواد العربي، وتبنيه البرامج التي تؤكد اضطلاعه بمسؤولياته الإجتماعية تجاه جميع الفئات، وتبني ودعم مركز الجواد العربي البرنامج التدريبي الذي يركز على إستخدام الخيل لخفض مشكلات التفاعل الإجتماعي والمشكلات الحسية والحركية لدى أطفال التوحد.

يتضمن الجدول الزمني للبرنامج والذي يطبق على عينة منتقاة من أطفال التوحد، عدداً من الفعاليات والأنشطة المتنوعة التي يتم تنظيمها بمعدل ثلاث جلسات كل أسبوع مدتها تتراوح من 30 إلى 45 دقيقة، وتستهدف تدريب الأطفال المشاركين على التعامل مع الحصان والتقرب إليه وتقبله وعدم الخوف منه، بعد تهيئتهم على أجواء الإسطبل ومفردات البيئة الخاصة به. بدأ بيت العرب هذا البرنامج بالتعاون مع السيد بتال المطيري وهو طالب في الدراسات العليا بدرجة الماجستير في مسار التربية الخاصة في الجامعة الأردنية وحيث تم اجتيازه المواد المطلوبة في التخصص وبحضّر حالياً رسالته بعنوان "أثر برنامج تدريبي بإستخدام الخيل في خفض مشكلات التفاعل الإجتماعي والمشكلات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد في دولة الكويت".

الوكيل المساعد في الديوان الأميري والمدير العام لمركز الجواد العربي «بيت العرب» المربط الرسمي لدولة الكويت الشيخة سارة فهد الصباح قالت في بيان خاص: إن دعم مركز الجواد العربي للبرنامج التدريبي لأطفال التوحد وتبنيه لتطبيقه على أرض الواقع، يأتي في إطار استراتيجيته الرامية إلى تعزيز دوره في منظومة المسؤولية الإجتماعية، باعتباره صرح مميز يعنى بالخيل العربية ويركز على حفظ سلالاتها الأصيلة، مشيرة الى أن «بيت العرب» يحرص على وضع الخطط وتذليل العقبات وتوفير الامكانيات التي تعمق التواصل بينه وكافة ومختلف الفئات والأفراد في المجتمع، إضافة الى اهتمامه بدراسة كل المشاريع والأفكار والأبحاث التي تخدم المجتمع بكل شرائحه، بغية الوصول إلى أفضل السبل والحلول لتطبيقها وتحقيق المنفعة المرجوة منها.

وكشفت الشيخة سارة الصباح عن تنظيم «بيت العرب» لسلسلة من الأنشطة والبرامج خلال مواسم عمله المختلفة التي تصب في إطار المسؤولية الإجتماعية، وتؤكد قيمها ومفاهيمها اللازمة للنهوض بالمجتمع والإرتقاء بأداء أفراده، لافتة إلى إنه سيتم الإعلان عنها تباعاً كل في حينه.

بدوره عبر مقدم البرنامج السيد بتال المطيري والمشرف العام على تطبيقه عن وافر الإمتنان وجزيل الشكر للمدير العام لمركز الجواد العربي الشيخة سارة فهد الصباح، على تبنيها البرنامج التدريبي مثمناً جهودها المخلصة ومتابعتها الحثيثة بتوفير كل مايلزم من مواد وإمكانيات وكوادر بشرية مدربة لتطبيقه بصورة صحيحة تعود بالمنفعة والفائدة على الأطفال المشاركين فيه، متمنياً أن يحقق البرنامج الأهداف المرجوة منه، تمهيداً لتطبيقه على شريحة أكبر من أطفال طيف التوحد.

وأوضح المطيري وجود مساهمات طيبة وتعاون جيد لدى مراكز ومدارس التوحد في البلد لاختيار الأطفال حسب المعايير والمقاييس المستخدمة في البحث العلمي وتطبيقها على أرض الواقع. حيث تم اختيار 7 حالات من خلال تطبيق المقياسين على 60 حالة واعتمد الاختيار على أعلى نسبة مشاكل للحالات وتم تطبيق البرنامج في بيت العرب وعملنا على تطبيق مقاييس على طريقة ABA لمعرفة التغيرات للحالة الواحدة على تصميم المفحوص الواحد مع الملاحظة اليومية لكل حالة، والحمدلله تم اجتياز مرحلة تطبيق البرنامج التجريبي بنجاح مع ظهور إيجابيات في تطور لكل حالة ، من ناحيتها قالت المدربة والمتخصصة في تدريب مصابي التوحد على ركوب الخيل الفارسة سلمى العيسى إنها أم لطفل من فئة التوحد، مشيرة الى أن برنامج ركوب الخيل قادر على كسر الحاجز بين الطفل المتوحد والعالم الخارجي بعدة مراحل، فالاستمرارية في ركوب الخيل كفيلة بتعليم الطفل كيفية التحكم بالجواد والقوانين الواجب عليه اتباعها ليتجاوب معه.

وأضافت أن البرنامج يزيد من قدرات التواصل البصري والإدراك لدى الطفل عموماً، وأيضاً زيادة التركيز وتحسين سلوكه وثقته بنفسه واتباعه للأوامر.

وأوضحت أن استمرارية التدريب تعمل على تحسين تركيز الطفل واستماعه للأوامر بشكل أفضل، لكن مدى التحسن والمدة التي يستغرقها تختلف من طفل لآخر بناء على درجة التوحد لدى الطفل، إذ تتفاوت مابين الشديدة والمتوسطة إلى البسيطة.








انطباعات الأطفال عن تفاعلهم مع الخيل بمساعدة المدربين والمساعدين



السيد بتال المطيري تحدث عن تجربة برنامج تأهيل أطفال توحد باستخدام الخيل وعبر عن عميق امتنانه للشيخة سارة فهد الصباح، المدير العام لبيت العرب، وفريقها على دعمهم للبرنامج



السيد بتال المطيري يسلم الشهادات للمشاركين





السيد بتال المطيري مشرف البرنامج، يقدم برنامج تأهيل أطفال التوحد باستخدام الخيل



السيد بتال المطيري مشرف البرنامج، يقدم برنامج تأهيل أطفال التوحد باستخدام الخيل








WARRIORS








WARRIORS


WARRIORS




SMILEY WORLD
SQUA


AIRMAN

















THE IMPACT OF HORSE TRAINING PROGRAM IN REDUCING THE PROBLEMS OF SOCIAL INTERACTION AND THE PROBLEMS OF SENSORY KINETICS AMONG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE STATE OF KUWAIT

By

Battal Falah Battal Al-Mutairi

Supervisor

Dr. Mayada Mohammed Natour

ABSTRACT

This study aimed to identify the impact of horse training program in reducing the problems of social interaction and the problems of sensory kinetics among children with autism spectrum disorder in the state of Kuwait. A single case approach using design (ABA) was used to achieve the objectives of this study. The study sample consisted of (6) children with autism spectrum disorder registered in special education centers in the State of Kuwait between the ages of (6 and 11) years, and were chosen by intentionally in light of scoring the highest scores on the scale of social interaction problems and motor sensory problems. Obtain the consent of their parents.

The researcher developed two measures, one to measure the problems of social interaction and the other to measure motor sensory problems. The researcher also developed a training program for autistic children using horses to treat social interaction and motor sensory problems through a range of activities that develop autistic students social interaction with the surrounding community in different situations and try to reduce their sensory motor problems.

The study found a number of results, most notably the improvement in the performance of students with autism spectrum disorder on the scale of problems of social interaction during the program and in the telemetry. It also shows an improvement in the performance of students with autism spectrum disorder in the scale of reducing sensory motor problems. the problems. The study made a number of recommendations, Working to include equine therapy in programs for children with autism spectrum disorder in the State of Kuwait, because of its positive impact on children.

Key Word: Horse Training Program, Problems of Social Interaction, Problems of Sensory Kinetics, Children with Autism Spectrum Disorder, state of Kuwait