



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية والأرطوفونيا

اسم المشروع

التآزر البصري الحركي والتفاعل الإجتماعي لدى اطفال طيف التوحد
مشروع مؤسسة ناشئة تطبيق (HOPE HEALTH)

مشروع تحت القرار الوزاري 008 والمتمم للقرار 1275 لاستكمال متطلبات الحصول على
شهادة الماستر

تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف:

د. تشعبت ياسمينه

د. صيتي بوبكر

من إعداد الطالبة:

1/ بن علي خلود

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
بن عبد الرحمان أمال	أستاذ	جامعة غرداية	رئيسا
تشعبت ياسمينه	محاضر أ	جامعة غرداية	مشرفا ومقررا
صيتي أبوبكر	محاضر أ	جامعة غرداية	مشرف مساعد
بقادير عبد الرحمان	أستاذ	جامعة غرداية	مناقشا
بيشي اسماعيل	محاضر أ	جامعة غرداية	مناقشا
بن حمد خديجة	خبير	مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن	مناقشا

السنة الجامعية

2025/2024



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية والأرطوفونيا

اسم المشروع

التآزر البصري الحركي والتفاعل الإجتماعي لدى اطفال طيف التوحد
مشروع مؤسسة ناشئة تطبيق (HOPE HEALTH)

مشروع تحت القرار الوزاري 008 والمتمم للقرار 1275 لاستكمال متطلبات الحصول على
شهادة الماستر

تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف:

د. تشعبت ياسمينه

د. صيتي بوبكر

من إعداد الطالبة:

1/ بن علي خلود

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
بن عبد الرحمان أمال	أستاذ	جامعة غرداية	رئيسا
تشعبت ياسمينه	محاضر أ	جامعة غرداية	مشرفا ومقررا
صيتي أبوبكر	محاضر أ	جامعة غرداية	مشرف مساعد
بقادير عبد الرحمان	أستاذ	جامعة غرداية	مناقشا
بيشي اسماعيل	محاضر أ	جامعة غرداية	مناقشا
بن حمد خديجة	خبير	مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن	مناقشا

السنة الجامعية

2025/2024

الإهداء

اهدي ثمرة نجاحي الى اعز الناس واقربهم الى قلبي
 الى من غرسا في القيم، وكانا سندي في كل خطوة،
 الى نبض قلبي والدي العزيز ووالدي العزيزة
 لكما كل الفضل بعد الله، فبفضل دعائكما ودعمكما، أنا ما أنا عليه اليوم
 إلى السند والأمل اخوتي الأعزاء عثمان، ميلود، الهاشمي
 وإلى زهراتي وعالي الصغير اخواتي صفاء، خديجة، مروة
 وإلى من كانت نبع الحنان، ومصدر الدفء والدعاء، الى جدتي الحبيبة،
 رحمها الله واسكنها فسيح جناته، وجعل هذا العمل نورا يضيء قبرها وصديقة جارية لها...
 وإلى رفيقات دربي، الى من تشاركن معي لحظات التعب والفرح،
 كن النور وسط عتمة الأيام، والسند وقت الضعف
 رميساء، نصيرة، كوثر، شياء، أمينة، حفصة، أسماء، خديجة، فاطمة، زينب
 وإلى من مد لي يد العون، ومنحني دعما خفيا وكان جزءا صامتا من هذا الإنجاز
 وإلى كل اللذين غمروني بالتقدير والنصيحة والإرشاد
 ولكل ام تكافح من أجل أطفالها
 إلى كل هؤلاء اهديهم ثمرة هذا العمل
 سائلة الله العلي القدير ان ينفعنا به ويمدنا بتوفيقه

شكر والعرفان

اتقدم بجزيل الشكر لكل من قدم لي يد العون والمساعدة في انجاز هذا العمل

ومن خصني بدعمه وتوجيهه طيلة مساري العلمي والبحثي

واخص بالذكر الأستاذة المشرفة " الدكتورة ياسمينة تشعبت " والمشرف " الدكتور صيتي ابوبكر "

واللذان كانا سنداً لي في مساري البحثي، وكانا خير مرشد وخير دليل، في توجيهي بكل صبر وتفهم، خطوة بخطوة
وبكل جدية وتقاني في هذا العمل

كما اتقدم بالشكر الى كل اساتذة علم النفس العيادي بجامعة غرداية

واشكر اخي "الدكتور ميلود بن علي"، بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الذي كان نعم الناصح والمشجع
في كل المراحل والذي لم ييخل علي بدعمه وتوجيهه في هذا العمل

واقدم شكري لأستاذة اللغة الإنجليزية " زينب سايح " بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة غرداية

واشكر كل من آمن بي وشجعني على المضي قدما

فجزاكم الله عني كل الخير، ووفقنا وإياكم لما يحب ويرضى

والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

ملخص الدراسة:

تندرج هذه المذكرة ضمن الدراسات التي تعنى بفهم الخصائص النفسية والحركية لدى أطفال طيف التوحد، حيث تناولت موضوع التأزر البصري الحركي وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي. يكتسي هذا الموضوع أهمية بالغة باعتباره أحد العوامل المؤثرة في قدرة الطفل على التواصل والاندماج الاجتماعي. وقد اعتمدت الدراسة على أدوات قياس كمية وكيفية، أبرزها مقياس التفاعل الاجتماعي، من أجل تشخيص مستوى التأزر وتحديد آثاره على مهارات الطفل اليومية.

بناءً على هذه النتائج العلمية، تم بلورة فكرة مشروع تطبيقي مبتكر يتمثل في تطبيق HOPE Health، وهو أول تطبيق من نوعه في الجزائر يدمج خدمات الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية في منصة رقمية واحدة. يستهدف هذا التطبيق توفير مساعدة شاملة، خاصة للأطفال المصابين بطيف التوحد، من خلال تقديم استشارات متخصصة، متابعة طبية ونفسية، ملفات صحية رقمية، نقل طبي مجهز، وخدمات داعمة للأسرة.

حيث يمثل هذا المشروع تجسيدا عمليا لمخرجات البحث الأكاديمي، حيث يجمع بين المعرفة النظرية والتطبيق الميداني بهدف الإسهام في تحسين جودة الحياة وتعزيز التكامل المتكامل بهذه الفئة الخاصة، بما يتماشى مع متطلبات المجتمع الجزائري وتطلعاته في المجال الصحي والنفسي.

Study Summary:

This thesis falls within the studies concerned with understanding the psychological and motor characteristics of children with autism spectrum disorder. It addressed the topic of visual-motor coordination and its relationship with social interaction. This topic is of great importance, as it is considered one of the key factors affecting the child's ability to communicate and integrate socially. The study relied on both quantitative and qualitative assessment tools, most notably the Social Interaction Scale, to diagnose the level of coordination and determine its impact on the child's daily skills.

Based on these scientific findings, an innovative applied project idea was developed: the HOPE Health application. This is the first application of its kind in Algeria that integrates physical, psychological, and social health services into a single digital platform. It aims to provide comprehensive support, especially for children with autism spectrum disorder, through specialized consultations, medical and psychological follow-up, digital health records, equipped medical transport, and supportive services for families.

This project represents a practical embodiment of the academic research outcomes, combining theoretical knowledge with field application. It aims to contribute to improving quality of life and promoting integrated care for this special group, in line with the needs and aspirations of Algerian society in the health and psychological fields.

	فهرس الموضوعات
أ	إهداء.....
ب	شكر وعرفان
ت	ملخص الدراسة.....
ج	فهرس الموضوعات.....
1	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.
3	1- إشكالية الدراسة.....
7	2-أسباب اختيار الموضوع.....
7	3- أهمية الدراسة.....
8	4- أهداف الدراسة.....
8	5- التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة.....
8	6-التراث العلمي لمتغيرات الدراسة.....
11	خلاصة.....
	القسم الأول: الإطار النظري للدراسة
	الفصل الثاني: التأزر البصري الحركي
12	تمهيد.....
12	1-تعريف التأزر البصري الحركي.....
13	2- خصائص التأزر البصري الحركي
13	3-النظريات المفسرة للتأزر البصري الحركي.....
14	4- تطور التنسيق البصري الحركي في المهارات الحركية الدقيقة
17	5-مظاهر ضعف التأزر البصري الحركي لدى اطفال طيف التوحد.....
18	6- أنشطة لتطوير التأزر البصري الحركي لدى اطفال طيف التوحد.....
19	خلاصة.....
	الفصل الثالث: التفاعل الإجتماعي
21	تمهيد.....
21	1- تعريف التفاعل الإجتماعي
22	2-التفاعل الإجتماعي لدى أطفال طيف التوحد.....
23	3 - مظاهر التفاعل الاجتماعي لدى اطفال طيف التوحد.....

24	4- خصائص التفاعل الاجتماعي
25	5- النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي
26	6- طرق تنمية التفاعل الاجتماعي لدى اطفال طيف التوحد.....
27	خلاصة.....
	الفصل الرابع: اضطراب طيف التوحد
29	تمهيد.....
29	1-لمحة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد.....
30	2- تعريف اضطراب طيف التوحد.....
32	3- الأسباب المحتملة لاضطراب طيف التوحد.....
33	4- أعراض اضطراب طيف التوحد.....
34	5- المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حسب DSM-5.....
35	6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.....
38	7- أساليب التكفل باضطراب طيف التوحد.....
43	خلاصة.....
	القسم الثاني: الجانب التطبيقي
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة
45	تمهيد.....
45	1 - المنهج المتبع في الدراسة.....
47	2-حدود الدراسة.....
47	3- الإجراءات التطبيقية للدراسة.....
47	4- أدوات الدراسة.....
50	5- الدراسة الإستطلاعية.....
51	6- عرض وتحليل نتائج الدراسة.....
	الاستنتاج العام
67	الاستنتاج العام.....
69	1-التوصيات والمقترحات.....
	المصادر والمراجع
70	قائمة المراجع.....
81	الملاحق

قائمة الجداول

51	الجدول رقم 1: ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي.....
52	الجدول رقم 2: ثبات اختبار التأزر البصري الحركي.....
53	الجدول رقم 3: صدق مقياس التفاعل الاجتماعي بطريقة المقارنة الطرفية.....
54	الجدول رقم 4: صدق اختبار الآزر البصري الحركي بطريقة المقارنة الطرفية.....
56	الجدول رقم 5: التوزيع الطبيعي لمقياس التفاعل الاجتماعي.....
57	الجدول رقم 6: العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي.....
59	الجدول رقم 7: تحليل العلاقة بين التفاعل الاجتماعي وعبارات التأزر البصري الحركي.....
60	الجدول رقم 8: الفروق في التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي حسب متغير الجنس.....
63	الجدول رقم 9: الفروق في التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي حسب متغير الشدة.....

قائمة الاشكال

57	الشكل رقم 1: أعمدة بيانية تمثل التوزيع الطبيعي للتفاعل الإجتماعي.....
----	---

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الانسان، لما تشهده من تطورات متسارعة في مختلف الجوانب المعرفية، النفسية، الاجتماعية، والحركية. غير أن بعض الأطفال قد يواجهون اضطرابات تؤثر على نموهم الطبيعي، ومن أبرز هذه الاضطرابات وأكثرها تعقيدا وانتشارا في العقود الأخيرة، اضطراب طيف التوحد.

اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، ويتسم بوجود صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ضعف في التفاعل الاجتماعي، ووجود سلوكيات نمطية ومتكررة. كما ان هذه الصعوبات تختلف من طفل لآخر من حيث الشدة وطبيعة الأعراض، ما يجعل من كل حالة توحدية حالة فريدة بحد ذاتها.

في ظل هذه التحديات، تبرز أهمية دراسة بعض المهارات الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر في قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته، ومن بين هذه المهارات: التأزر البصري الحركي، الذي يمثل قدرة الطفل على تنسيق حركاته البصرية مع الحركية (مثل الكتابة، اللعب، التلوين...)، والتفاعل الاجتماعي الذي يعد أحد المعايير الأساسية لتشخيص التوحد كونه يشمل القدرة على إقامة علاقات، الاستجابة للآخرين، وإظهار المشاعر والاهتمامات،

ان فئة أطفال طيف التوحد غالبا ما تظهر قصورا في هذين المجالين بدرجات متفاوتة، وقد يختلف هذا القصور حسب الجنس وشدة الاضطراب. كما ان فهم العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي يمكن ان يساهم في بناء تدخلات علاجية وتربوية أكثر فعالية وشمولا.

ومن هذا المنطلق، جاءت دراستنا الحالية التي تسعى الى الكشف عن الفروق في التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي لدى أطفال طيف التوحد تبعا لمتغيري الجنس وشدة الاضطراب، الى جانب محاولة رصد العلاقة الارتباطية المحتملة بين المتغيرين.

ان تناول هذه الابعاد بالدراسة والتحليل لا يهدف فقط الى اثراء الجانب النظري في مجال علم النفس والتربية الخاصة، بل يرمي كذلك الى تقديم معطيات ميدانية قد تساهم في تحسين التكفل النفسي والتربوي بهذه الفئة الحساسة، وتوجيه جهود المختصين نحو بناء تدخلات تأهيلية أكثر دقة وفعالية، تستند الى فهم علمي للخصائص النمائية والسلوكية لأطفال طيف التوحد في السياق الجزائري.

وقد تم التطرق في هذه الدراسة الى أربعة فصول، الفصل الأول يتكون من التآزر البصري الحركي والفصل الثاني يتكون من التفاعل الاجتماعي، وبالنسبة للفصل الثالث فهو يتكون من اضطراب طيف التوحد، والفصل الرابع تطرقنا فيه الى تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد:

1. اشكالية الدراسة.
2. أسباب اختيار الموضوع.
3. أهمية الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. الضبط الإجرائي للمصطلحات.
6. الدراسات السابقة.

خلاصة

1- إشكالية الدراسة:

إن ولادة طفل جديد هو بمثابة حلم للوالدين والأسرة بحيث أن هذا الطفل يجلب الحيوية والنشاط ويغمرها بسعادة لا توصف، حيث أن كل أسرة تتمنى أن يولد لها طفل ذو صحة جيدة ولا يشكو مرضاً من الجانب الجسمي والعقلي واللغوي والنفسي، ونلاحظ هذه الرغبة عند الأم في فترتي الحمل والإنجاب، فهي أجمل اللحظات التي تمر بها، بحيث أن الأم منذ بدايت حملها تبدأ بتصورات لطفلها بأنه في أحسن صورة بدنية، نفسية، وعقلية (كوثر، 2018، ص 2)، وعلى هذا الأساس تبدأ الأم بالتفكير والتخمين في كيفية تربيته.

وما نلاحظه أنه لا توجد أسرة في العالم تريد أن يكون لها ابن مريض، فإذا كان كذلك سيكون الضغط على الأسرة عامة والأم خاصة، تاركاً ورائه الكثير من الانفعالات السلبية. وعندما يتم الكشف عن مرض الطفل وإعاقته تعتبر هذه اللحظة الصعبة على الأسرة، وهذا قد يدفعها إلى التغير من الجانب الاجتماعي، الاقتصادي والحياة النفسية من كل جوانبها. فيصاب الأهل بصدمة نفسية عندما يكشفون إعاقه ابنهم. (كوثر، 2018، ص 15) وعليه نرى بأن الإعاقات تولد لدى الأهل ضغط وقلق وتوتر داخل الأسرة، فنكون المسؤولية أكثر مما كانت عليه من ذي قبل، فمن بين الاضطرابات التي قد يصاب بها الطفل؛ أو يولد بها الإعاقات السمعية البصرية، إعاقات حركية كالشلل الدماغى أو اضطرابات نمائية كالنحود. حيث يعتبر اضطراب طيف التوحّد بحسب الدراسات والمراجع التي اطلعنا عليها من بين الاضطرابات النمائية العصبية وهذا ما بينته الهيئة العليا للصحة (2018) بأن هذا الاضطراب يتميز بـ العجز المستمر في التواصل والتفاعلات الاجتماعية كما يمتاز بنوع من التقييد والتكرار للسلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة ويتم تحديد شدتها وفقاً لمستوى المساعدة التي يطلبها الشخص في هذه المجالات المختلفة. (Autorité de santé Haute, 2018, p7)

فالطبيب النفسي كانر Leo Kanner هو أول من وصف أعراض التوحّد لدى الأطفال، والتي سماها بأعراض التواصل الانفعالي والذاتية، وقد انطلق من وصف مجموعة تتكون من (11) طفلاً متشابهين فيما بينهم، ولكنهم يختلفون عن غيرهم من الأطفال، لذا قدم تقريره الأول والمفصل عن كل طفل من هؤلاء الأطفال، حيث أوضح بشكل رائع لمحات عن الاضطراب الذي يظهر لديهم، والعرض الأساسي لدى هؤلاء الأطفال كما وصفهم كانر هو عزلتهم الشديدة، وتوحدهم مع أنفسهم، ويتضح ذلك في عجزهم عن إقامة علاقات اجتماعية طبيعية مع الآخرين أو البيئة المحيطة بهم، هذه السمة هي ما دفعت به إلى إطلاق مصطلح التوحّد L'Autisme لوصف تلك الحالة التي تتميز بالتموقع حول الذات، وقد تم تبني هذا المصطلح في عام (1943)، مع التشديد على أن السلوك التوحدي ينمو في المراحل المبكرة للنمو. (Bernadette.R, 2003, p7-8)

حيث انتشر اضطراب طيف التوحّد ونسبة هذا الانتشار تختلف من بلد إلى آخر، وقد يرجع ذلك إلى اختلاف المحاكات المستخدمة في تشخيص التوحّد، وإلى الصعوبات التي تواجه الباحثين في تشخيص التوحّد، وتداخل

أعراض التوحد مع أعراض اضطرابات النمو الشاملة الأخرى، ورغم ذلك يتضح لنا حقيقة هامة وهي أن عدد الأفراد المصابين بالتوحد يزداد يوماً بعد يوم مما يجعلنا نحتاج إلى مزيد من الدراسات التي تهدف إلى

زيادة فهم هذا الاضطراب، وتقديم البرامج لتنمية المهارات المختلفة للتوحيدين التي تجعلهم أفراد متكيفين اجتماعياً. ويزداد انتشار التوحد عالمياً دون معرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك بشكل قطعي، حيث أشارت إحدى الدراسات القديمة في السبعينات من القرن الماضي إلى انتشار التوحد بنسبة (3.5 – 5.4) طفل من بين

كل (10000) طفلاً، أما الدراسات الأحدث فتشير إحداها والتي أعدها المعهد الوطني لصحة الطفل والتنمية البشرية في الولايات المتحدة عام (2001) إلى انتشار التوحد بنسبة طفل إلى طفلين من بين كل ألف

طفل، وبعد ذلك بأربع سنوات صدرت دراسة أخرى قام بها باحثون من مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة تشير إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل (166) طفلاً، وجاءت آخر الدراسات عام (2007) والتي قام بها باحثون المراكز الأخيرة والتي أشارت إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل (150) طفلاً. (شيرين، 2017، ص 389)

ويعتبر اضطراب التوحد اضطراب عصبي نمائي يصيب الطفل ويكون فيها نوع من الانغلاق على الذات ويشمل كل الجوانب سواء الاجتماعية كنقص في التواصل وأيضاً الجانب اللغوي لديه ونلاحظ فيه نوع من الانطوائية في حياته مع أقرب الناس إليه لعدم وجود التفاعل مع المحيطين به بحيث يصعب على الآباء والأمهات التعامل معه وفهمه، مما يخلق صعوبات للأهمل خاصة كونهن يمثلن العلاقة الأولى في الأسرة (إبتسام، 2016، ص 21).

ويوصف اضطراب التوحد بأنه نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال لأنه اضطراب عقلي نشأ الطفولة و يتسم بالنمطية،

ويعتبر من الأمراض المستمرة مدى الحياة وهو من أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته. حيث أن أطفال اضطراب طيف التوحد لديهم قصور في الوعي بالجسم وينظر الأشخاص لمفهوم الوعي بالجسم على أنه معرفة الطفل لأجزاء جسمه فقط، وقد أشارت (رحاب محمد، 2020) فطفل اضطراب طيف التوحد يفتقر للوعي الجسدي ويتعامل مع أجزاء جسمه كأنها منفصلة عن بعضها البعض ولا يستطيع التحرك في الفراغ المحيط به، وهذا يدل على افتقاره للوعي الجسدي وفي حاجة لمفهوم الذات والصورة الجسمية، ويعتبر الوعي بالجسم أولى الخطوات التي من خلالها يدرك الطفل نفسه والبيئة المحيطة به، وبعض أطفال اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور في الوعي بالجسم لذلك يظهرون في كثير من الأحيان تفاعلات جسدية غير نمطية يستخدمونها كحركات تعويضية، ويفتقرون للتوازن والتناسق الحركي، ولا يقدرّون المسافات أثناء المشي إضافة إلى عدم الانتباه، وعدم الاهتمام في حالة المناداة عليهم، وتدقيق النظر على الأشياء أي فقدان الوضع الأول للتوازن. يعرف علاوي ورضوان التوازن الحركي بأنه: القدرة

على الاحتفاظ بالتوازن أثناء أداء حركي كما في معظم الألعاب الرياضية والمنازلات الفردية أو عند المشي على عارضة مرتفعة، (علاوي، 1989، ص 364)

ويعد التوحد أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة وتعقيدا، لأنه يؤثر على كثير من مظاهر نمو الطفل ويؤدي به إلى انسحاب والانغلاق على الذات، مما يضعف تواصل الطفل مع عالمه المحيط ويجعل من حوله دائمي الحيرة في طريقة التعامل، ويعانون من مشكلات حركية عديدة إضافة إلى مشكلات الأنشطة الحركية التي تعتبر أكثر الأنشطة التربوية لتحقيق أهداف تعديل سلوك الأطفال واكتسابهم المهارات والمفاهيم التي تنمي الجوانب التعليمية والاجتماعية والحركية فالاهتمام بالجانب الحركي للطفل له بالغ الأثر في تحقيق مختلف جوانب النمو، فقيمة اللعب تزيد من خيال الأطفال وتساعد على اندماجهم اجتماعياً، وإيضاً الأنشطة النفس حركية هي أفضل وسيلة لإكساب الأطفال المفاهيم والخبرات المختلفة، فمن خلال الحركة المنتظمة تزيد معرفة الطفل وتزداد حصيلته ويكتسب مهارات ومفاهيم جديدة.

حيث تعتمد الإحساسات الحركية على مجموعة من الخلايا المستقبلية في جميع عضلات الجسم والأوتار المتصلة بها وهي ضرورية للأداء الحركي في الأنشطة والمهارات الرياضية من أجل أداء رياضي أمثل والتحكم الدقيق في الجسم وأوضاعه المختلفة وإذا تعطلت هذه الإحساسات اضطرب الإنسان وعجز عن الحركة. (عبد العزيز، 1996، ص 143) والنظر إلى أن اضطراب طيف التوحد يؤثر على العديد من الوظائف العصبية المعرفية، فإن ضعف التأزر البصري الحركي قد يكون عاملاً رئيسياً في تفسير بعض الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأطفال في الأنشطة اليومية، حيث ضعف التأزر البصري الحركي لدى الأطفال التوحدين، يؤثر على تواصلهم، ويدفعهم إلى استخدام سلوكيات غير مرغوب فيها للتعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم.

ويعرف التأزر البصري الحركي على أنه قدرة الفرد على الموازنة بين الرؤية وحركة الجسم، أو بعض أجزائه أو القدرة على تحقيق التزامن بين المعلومات البصرية، وحركات أجزاء الجسم المختلفة وهذه المهارة ضرورية لعدد من المجالات الأكاديمية كالكتابة، والرياضيات، والتربية البدنية، بل وفق مواقف الحياة اليومية المختلفة (عبد الرحمن، 2002، ص 27).

وتشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي، حيث أن ضعف هذه المهارة قد يحد من قدرة الطفل على تقليد تعابير الوجه، واستخدام الإيماءات، والتفاعل مع الألعاب التشاركية، مما يؤثر على تكوين العلاقات الاجتماعية. لأن الإنسان بطبيعة الحال هو الكائن الوحيد الذي يتسم بالاجتماعية، ومن ثم فهو مخلوق اجتماعي لا يمكنه أن يتعد عن جماعة معينة يولد فيها ويشب بين أعضائها وينتمي إليها، ولا بد له أن يشعر بمثل هذا الانتماء لتلك الجماعة حيث يلبي له ذلك الشعور حاجة أساسية من تلك الحاجات التي ينبغي عليه أن يشبعها وهي حاجته إلى الانتماء، حيث تعد عملية التفاعل الاجتماعي عملية أساسية للإنسان فهو بحاجة إلى الانتماء، والحب، وتقدير الذات، والنجاح، ويتعلم الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي أنماط السلوك المتنوعة والاتجاهات التي تنظم العلاقات بين الأفراد في إطار القيم والثقافة والتقاليد المتعارف عليها. (شاكر، 2003، ص 143) إضافة إلى أن لعملية التفاعل الاجتماعي ذات أهمية كبيرة لتشكيل سلوك الطفل التوحدي، حيث

تساعد على تشكيل الضوابط الاجتماعية لتلك الفئة . (بتول، 2017، ص5) ويلعب التفاعل الاجتماعي دوراً هاماً في عملية النمو الاجتماعي خاصة لأطفال التوحد، فهذا التفاعل يُكسب الطفل خبرات علمية تساعده على تعلم المهارات الاجتماعية واللغوية والحركية وأساليب التعبير عن المشاعر واكتساب القيم الأخلاقية. (حافظ، 2010، ص 45،48)

ومن هنا نطرح الإشكالية التالية:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التأزر البصري الحركي تعود لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التأزر البصري الحركي تعود لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التأزر البصري الحركي تعود لمتغير لشدة الاضطراب؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاعل الاجتماعي تعود لمتغير لشدة الاضطراب؟

2- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

-دراسة التأزر البصري الحركي يمكن أن تساعد في فهم كيف يمكن تعزيز مهاراتهم الاجتماعية وتحسين تفاعلهم مع الآخرين.

-التأزر البصري الحركي يلعب دورًا في تطوير المهارات الحركية الدقيقة والعامية، ودراسة هذا التأزر تساعد في تصميم تدخلات لتحسين تنسيق الحركة لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في هذا المجال.

-من خلال دراسة التأزر البصري الحركي، يمكن للأطباء والمعالجين تحديد نقاط الضعف في التطور الحركي والاجتماعي للأطفال وتقديم تدخلات مبكرة قد تحسن من تطوهم في المستقبل.

-دراسة التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي يمكن أن تساهم في تطوير برامج تعليمية وتدريبية لتمكين الأطفال المصابين بالتوحد من التفاعل بشكل أكثر فعالية مع أقرانهم والآخرين.

-الفهم الأفضل لهذه الجوانب، يمكن للباحثين والمعالجين اكتشاف العوامل التي تؤثر في قدرة الأطفال على التفاعل مع البيئة المحيطة وتوظيف هذه المعرفة لتحسين الرعاية وفهم كيفية مساعدة أطفال طيف التوحد في تحسين حياتهم اليومية.

- الدافع الشخصي والمهني، نتيجة الاحتكاك المباشر بحالات من طيف التوحد خلال فترة التربص الميداني، مما عمق الرغبة في فهم خصائصهم بشكل علمي دقيق.

4-أهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة من خلال تركيزها على متغيرين أساسيين في نمو الطفل المصاب بطيف التوحد، وهما: التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي. فمن جهة، يمثل التأزر البصري الحركي مؤشرا على سلامة التكامل العصبي والعضلي، الضروري لإنجاز الأنشطة الحياتية اليومية، ومن جهة أخرى، يشكل التفاعل الاجتماعي جوهر الاندماج المجتمعي وبناء العلاقات.

كما تعكس الدراسة إلى إبراز مدى تأثير شدة الاضطراب والجنس على هذه المتغيرات، ما يساهم في فهم أعمق للفروقات الفردية لدى هذه الفئة، ويوجه المختصين في إعداد برامج تدخلية أكثر دقة وفعالية.

5-أهداف الدراسة:

1. قياس مستوى التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد.
2. الكشف عن الفروق في التأزر البصري الحركي حسب متغير شدة الاضطراب.
3. معرفة الفروق في التفاعل الاجتماعي باختلاف شدة الاضطراب.
4. فحص الفروق في التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي تبعاً لماغير الجنس.
5. دراسة العلاقة بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

6-التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

-**التأزر البصري الحركي:** هو قدرة الطفل على التنسيق بين حركة الجسم والإدراك البصري من خلال الأنشطة من الإمساك بالأشياء، الكتابة، والألعاب التي تتطلب تحريك اليدين بناءً على الملاحظات البصرية، ويعرف إجرائياً على أنه الدرجة التي يتحصل عليها الطفل التوحدي على اختبار التأزر البصري الحركي لنور رضا عبيس الفنهرأوي (2016).

-**التفاعل الاجتماعي:** هو قدرة الطفل على التفاعل مع الآخرين في مواقف اجتماعية تتطلب استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية، ويعرف إجرائياً على أنه الدرجة التي يتحصل عليها الطفل التوحدي في مقياس التفاعل الاجتماعي لربيع شكري سلامة (2018).

7- التراث العلمي لمتغيرات الدراسة:

7-1- الدراسات العربية:

1- دراسة الشيخ 1999:

العلاقة بين أسلوب التعلم والتفكير المعتمد على افضلية استخدام نصفي الدماغ والتأزر الحركي - البصري المنفرد والثنائي لدى عينة من اطفال الصف السادس الابتدائي أجريت الدراسة في الإمارات العربية المتحدة، واستهدفت تعرّف العلاقة بين استخدام نصفي الدماغ والتأزر الحركي - البصري. وتكونت عينة الدراسة من (205) تلميذا وتلميذة من تلامذة الصف السادس الابتدائي (102) من هم الذكور و (103) من الاناث في العام الدراسي

(1998) (1999) اختيروا بالطريقة العشوائية ممن يستخدمون اليد اليمنى في الكتابة، طبق عليهم الباحث اختبار نصفي الدماغ واختبار التأزر الحركي البصري، وتحقق من صدق محتوى الاختبار والثبات بطريقتي إعادة الاختبار والاتساق الداخلي للاختبار. وأشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة واضحة بين استخدام نصفي الدماغ والتأزر الحركي - البصري.

2- دراسة خلود: (2010)

التفاعل الاجتماعي وعلاقته ببعض مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال ذوي التوحد بدولة الكويت من إعداد خلود علي منهل الدوسري، سنة (2010).

هدف هذه الدراسة الى الكشف عن خصائص مهارات التواصل اللغوي وأبعاد التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحيدين ومعرفة العلاقة بينهما والكشف عن فروق بين الفئات العمرية (6-8) (9-10) لدى الأطفال ذوي التوحد شملت الدراسة على (54) طفل من أطفال التوحد من الذكور وتم تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي من طرف الباحثة وهو يقيس 3 أبعاد وهي: التواصل الاجتماعي، المبادرة الاجتماعية أنشطة اللعب واختبار مفردات اللغة الاستقبالية والتعبيرية وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن بعد التواصل الاجتماعي كان في المرتبة الأولى حيث بلغت قيمة المتوسط (2.62) يليها بعض نشاط اللعب قدره (2.49) وأقل الأبعاد بعد المبادرة الاجتماعية ب (2.4)، وأن (34.4) من أفراد العينة لديهم قصور في مفردات اللغة التعبيرية و (7.19) لديهم قصور في بعض مفردات اللغة الاستقبالية.

3- دراسة الغامدي: (2015)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي ومهارات التفاعل الاجتماعي. تم اعتماد المنهج التجريبي للإجابة على تساؤلات الدراسة. تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين (3-9) سنوات. طبقت عليهم الباحثة بعض فنيات العلاج السلوكي. وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء أطفال التوحد على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية والتي تعزى إلى البرنامج المقترح.

4- دراسة جابر السيد: (2018)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدريب على التواصل غير اللفظي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين.

تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (5-10) سنوات. كما اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي، تم تطبيق قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحيد ومقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحيد، والبرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحيد والتي تم إعدادها من طرف الباحث و قد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مهارات التواصل غير اللفظي لصالح التطبيق البعدي، وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التفاعل الاجتماعي لصالح التطبيق البعدي.

7-2- الدراسات الأجنبية:

دراسة Ercan & Aral 2011 Investigating the Visual-Motor

Integration Skills of 60-72-Month-Old Children at High and Low Socio-Economic Status as Regard the Age Factor

مهارات التكامل البصري الحركي للأطفال بعمر (60-72) شهراً في المستويين الاجتماعي الاقتصادي المرتفع والمنخفض بدلالة عامل العمر أجريت هذه الدراسة في مركز مدينة إدنه في تركيا، واستهدفت تعرف الاختلافات في تكامل مهارات التأزر البصري الحركي للأطفال بعمر (60-72) شهراً استناداً إلى المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع والمنخفض بدلالة عامل العمر. وتكونت عينة الدراسة من (148) طفلاً (78) يمثلون المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض و (70) طفلاً يمثلون المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع. وكانت طريقة اختيار العينة بصورة عشوائية وتم استعمال اختبار بيرى بوكتنىكا التطوري الطبعة الخامسة وتوصل الباحثان Buktenica إلى النتائج الآتية: أن المستويين الاقتصادي والاجتماعي المرتفع والمنخفض يؤديان إلى اختلاف ذي دلالة احصائية في التأزر البصري الحركي لمصلحة الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع أي يكون لديهم مستوى التأزر البصري الحركي مرتفعاً مقارنة بأقرانهم الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

2- Oliver,2013 Visual, Motor, and Visual- Motor Integration Difficulties in Students with Autism Spectrum Disorders دراسة

صعوبات التكامل البصري الحركي والبصري الحركي لدى التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد أجريت هذه الدراسة في جامعة جورجيا في الولايات المتحدة الأمريكية، واستهدفت اجراء مقارنة بين التلاميذ الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد مع نظرائهم العاديين في التأزر البصري الحركي والبصري الحركي وتكونت عينة الدراسة من (51) تلميذاً قسمت على مجموعتين (26) متوحدين و (25) عاديين بعمر (8) (14) سنة، واستعمل اختبار بندر جشطلت الطبعة الثانية واختبار بيرى بوكتنيكيا التنموي الطبعة الخامسة واختبار مهارات الادراك البصري واختبار كوفمان للذكاء الطبعة الثانية وتوصل الباحث الى النتائج الآتية: ظهور نقص في المعالجة البصرية وصعوبات حركية وصعوبة التأزر البصري الحركي عند التلاميذ الذين يعانون من التوحد عندما قورنت بالعاديين وهذه الصعوبات جميعها تؤثر في القراءة والكتابة والرياضيات سلبياً وان المعالجة البصرية والصعوبات الحركية والمهارات البصرية الحركية.

خلاصة:

بعد عرض الإطار العام للدراسة، يتضح أن موضوع التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد يعد من المواضيع الهامة التي تستحق البحث والدراسة، نظراً لارتباطه بجوانب متعددة من النمو النفسي والمعرفي والاجتماعي لهذه الفئة، مما يهيئ أرضية علمية للانتقال الى الفصول التالية، وبخاصة الفصل الثاني الذي سيتناول الاطار النظري للدراسة من خلال عرض مفصل للمفاهيم والنظريات المرتبطة بكل من التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي.

القسم الأول: الجانب النظري

الفصل الثاني: التآزر البصري الحركي

تمهيد

- 1- مفهوم التآزر البصري الحركي
- 2- خصائص التآزر البصري الحركي
- 3- النظريات المفسرة للتآزر البصري الحركي
- 4- تطور التنسيق البصري الحركي في المهارات الدقيقة
- 5- مظاهر ضعف التآزر البصري الحركي عند الأطفال
المصابين باضطراب طيف التوحد
- 6- أنشطة لتطوير التآزر البصري الحركي

خلاصة.

تمهيد

للبر دور مهم في تعلم الإنسان، فهو الحاسة الأقوى نحو المثيرات ومن خلالها يستطيع الفرد اكتساب مواد التعلم. لذا فإن التأزر البصري الحركي يلعب دوراً مهماً في حياة الطفل. فالدماع يبصر ويترجم ما وقع عليه الإبصار في العين من صور ورسومات وجمل وعبارات وأشكال هندسية، واليد تكتب، ومن طريقها يتعلم الأطفال كتابة الأحرف، والكلمات والجمل، والأشكال والرسومات على اختلاف أنواعها، ومن طريقها يتعلم الفرد دراسة الأوضاع العامة للإنسان، والاتجاهات المكانية وتحديد المسافات، وعن طريقها يكون الفرد قادراً على الاتصال بالبيئة المحيطة اتصالاً جيداً وفعالاً.

1- مفهوم التأزر البصري الحركي:

يرى كل من شريف (1985) وزهران (1987) أن مفهوم (Coordination) يشير إلى التأزر والتنسيق والتوافق (شريف، 1985، ص50)، (زهران، 1987، ص110)، ويشير أيضاً إلى مصطلح مرادف آخر هو التكامل الذي يعني التأزر بين جميع جوانب الشخصية وقدراتها الشعورية واللاشعورية، فالتكامل يستعمل في التضامن والتآزر، ويدل بمعناه العلمي الدقيق على تطابق الاتجاهات الشعورية وتماسكها عند الشخص، وتعاون الأجزاء في سبيل الحفاظ على الكل (رزوق، 1977، ص87). ويوضح عاقل (1988) مصطلح التكامل بأنه يعني:

- 1- عملية توحيد الأجزاء في كل واحد.

- 2- وفي علم الأعصاب يدل على عملية تنسيق الاندفاعات الواردة من مراكز متعددة وتوحيدها في كل.

- 3- كما يعني حالة من أحوال الشخصية التي تعمل فيها الملامح كلها متناسقة بوصفها كلاً واحداً.

(عاقل، 1988، ص192)

ويعرفه جابر وكفافي (1996) هو القدرة على تحقيق التزامن بين المعلومات البصرية وحركات أجزاء الجسم المختلفة. (جابر، 1996، ص152)

أوليفر (Oliver 2013) عملية إدراك الأنماط باستعمال إحدى اليدين في التنسيق مع الاستجابة إلى الإدراك البصري (Oliver 2013، 6p).

ويعرف أيضاً التأزر البصري الحركي أنه درجة الاتساق والتوافق بين حركة العين وحركات الأداء الحركي لليد عند أداء الطفل لنشاط حركي رسماً أو كتابة (سليمان، 2002، ص164)

ويشير، (Cui, Zhu, Laukkanen Rabin, 2012, p123-128) إلى أن التأزر البصري الحركي هو (القدرة على التنسيق البصري الحركي الإدراكي والمهارات الحركية). في حين يشير الفخراي (1995) إلى أن التأزر

البصري الحركي يقصد بأنه (قدرة الفرد على التنسيق والتكامل بين الوظائف البصرية والحركية لأداء بعض المهام التي تتطلب مثل هذا التنسيق) ويكون ذلك من خلال بعدين:

البعد الأول: المهارات الحركية الدقيقة Fine motor skills وهي مجموعة الحركات المعتمدة على العضلات الإرادية الصغيرة في أصابع اليدين (السبابة - الإبهام)

البعد الثاني: مهارات حركية كبيرة Gross motor skills وهي مجموعة من الحركات التي تنطوي على أكبر العضلات الموجودة في الجسم وتمكن الطفل من وظائف مثل المشي - القفز - الوقوف - الركض - الرمي - الجلوس - صعود الدرج) (الفخراي، 1995، ص 130-190)

كما يعرف بأنه التنسيق بين اليد والعين وهو القدرة على السيطرة على حركة اليد بدقة، وهو ضبط حركة العضلات الذي يتيح لليد أن تقوم بالمهمة وفق الطريقة التي تراها العين. (الصايغ، 2013 ص 149)

ويعرف أيضاً انه قدرة الفرد على المزاوجة بين الرؤية وحركة الجسم، أو بعض أجزائه أو القدرة على تحقيق التزامن بين المعلومات البصرية، وحركات أجزاء الجسم المختلفة وهذه المهارة ضرورية لعدد من المجالات الأكاديمية كالكتابة، والرياضيات، والتربية البدنية، بل وفق مواقف الحياة اليومية المختلفة. (عبد الرحمن، 2004، ص 270)

2- خصائص التأزر البصري الحركي

- 1-2 التأزر: يعني التناسق بين العين واليد أو العين والرجل.
- 2-2 السرعة: وتعني أن تؤدي المهارة بسرعة، بحيث لا تسبق العين اليد أو العكس.
- 3-2 الدقة: تعني الاتقان والجودة الملازمين للسرعة في الأداء.
- 4-2 القدرة على الأداء تحت الضغوط: وهي المقدرة على الأداء تحت ضغط الزمن أو التعب أو اللحظات الحرجة أو في وجود ملاحظين لهما.
- 5-2 الاستراتيجية: وضع خطة تنفيذية لتحقيق الهدف المتمثل في الأداء الماهر وفق الزمن المطلوب . (جابريل، 2006، ص 52)

3- النظريات التي فسرت التأزر البصري الحركي:

1-3 -نظرية جثمان: (Getmann)

ترى نظرية جثمان أن نمو الطفل، وتطوره العقلي، وسلوكه يرتبط بخبراته الحركية، ونموه البصري، لذا وضع برنامجاً تدريبياً لتنمية القدرات الحركية البصرية يتضمن: تنمية الأنماط الحركية العامة، وتنمية الأنماط الحركية الخاصة، وتنمية أنماط حركة العين، وتنمية أنماط اللغة البصرية، وتنمية مهارات الذاكرة البصرية، وتنظيم الإدراك البصري،

(بوعباس، 2008 ص6). وترى نظرية جتمان أن الطفل يكتسب المهارات الحركية البصرية في ثماني مراحل نمو متتابعة ومتطورة، وان كل مرحلة تعتمد على المرحلة التي تسبقها، وهذه المراحل هي:

1. نمو جهاز الاستجابة الأولى.
2. نمو جهاز الحركة العامة.
3. نمو جهاز الحركة الخاصة.
4. نمو الجهاز الحركي البصري.
5. نمو الجهاز الحركي - الصوتي.
6. نمو الذاكرة السمعية والبصرية والحركية.
7. نمو الأبصار أو الإدراك - نمو الإدراك الفردي للمفاهيم المجردة والتميز والنمو العقلي. (المرشدي، 2014، ص 2-1)

2-3 - نظرية جيفارت: (Giphart)

تعد نظرية جيفارت إحدى النظريات الرئيسة في القدرات الإدراكية - الحركية، وتتضمن النظرية العمليات الإدراكية - الحركية المبكرة لدى الطفل وكيفية نمو تلك العمليات ممثلة في التكامل الحركي، والتميز الحركي، والتميز الحسي، وكيف أن تلك العمليات الأساسية الثلاث تستعمل وسائل لمعالجة المعلومات الصادرة عن البيئة، وتعديل السلوك، وتتناول دور الجهاز العصبي في نمو الطفل، وكيف يتحول مسار هذا النمو بعد ذلك لتكوين عمليات أكثر تعقيداً لمعالجة المعلومات تنتهي بمرحلة تكوين المفهوم وتكامل النظام الإدراكي، وكيف أن الطفل ينمي نظاماً مرجعياً داخلياً للفهم والتعلم. وهذا النظام يستند على عدد من القدرات الإدراكية - الحركية تتمثل في: التوافقات القوامية، والجانبية والاتجاهية، وصورة الجسم، والتعميم الحركي، وإدراك الشكل، وتمييز الفراغ، وإدراك الزمن، والتحكم الحركي، والمزاوجة الإدراكية الحركية. (بو عباس، 2012، ص6)

4- تطور التنسيق البصري الحركي في المهارات الحركية الدقيقة:

1-4 تطور الإدراك البصري:

يُمكننا الإدراك البصري من إدراك مجموعة واسعة من الصفات البصرية مثل الحركة والعمق والعلاقات المكانية وتعبيرات الوجه وهوية الأشياء. يعتمد التطور على النضج الجسدي للجهاز البصري، والخبرة المكتسبة من الأفعال، والقدرة على معالجة المعلومات. وقد أُفيد بأن النضج الجسدي للجهاز البصري مرتبط بالعديد من العوامل، مثل الترميز الجيني ونشاط الدماغ الداخلي، والتحفيز البصري الخارجي، ودورات النوم المحمية.

يتضمن الإدراك البصري عدداً من القدرات ذات الصلة التي تميل إلى الاعتماد على بعضها البعض، وبالتالي، من الصعب التمييز صراحةً بين قدرة إدراكية وأخرى أثناء التطور. (kurtz, 2006, p 33)

يمكن تصنيف قدرات الإدراك البصري هذه نظريًا إلى ستة أنواع:

- 1- العلاقات المكانية التي تُمكن من إدراك الموضع النسبي للأشياء.
- 2- التمييز البصري الذي يُمكن من التمييز بين سمات الأشياء المختلفة، مثل الموضع واللون والشكل.
- 3- خلفية الشكل التي تُميز الشيء عن الأشياء المحيطة به أو الخلفية.
- 4- الإغلاق البصري الذي يُحدد الشكل بأكمله عندما تُعرض أجزاء منه فقط.
- 5- الذاكرة البصرية التي تتعرف على عنصر مُحفز بعد فترة وجيزة.
- 6- ثبات الشكل الذي يُشكل القدرة على التعرف على السمات السائدة للأشياء عندما تظهر بأحجام وظلال و/ أو قوام مختلف (Frostig, 2002, p383-389)

عادةً ما يستطيع الأطفال الرضع تلقي مُحفزات مستمرة من الخطوط والأنماط والحركة وشدة الضوء المختلفة. وهذا يُمكن من إدراك الحواف والخطوط المحيطة، مما يُحلل العالم المرئي إلى مكونات. يبدأ الأطفال الرضع في إدراك اللون عندما يبدأ مسار اللون بالعمل في عمر شهرين إلى ثلاثة أشهر. وقد ظهرت العلاقات المكانية في وقت مبكر يصل إلى (3-4 أشهر من العمر. يُظهر الرضع حساسية للأعلى والأسفل واليمين واليسار طالما أن الشيء هو نفسه. بحلول عمر (9-10) أشهر، تحدث العلاقة المكانية بين في وقت لاحق مع التقدم في السن، تُعمم العلاقات المكانية على جميع الأشياء، ويتم إدراك علاقات أكثر تعقيدًا. يعتمد إدراك العمق أو السمات ثلاثية الأبعاد على المعلومات ثنائية العين التي من المرجح أن تظهر مع تطور الرؤية المجسمة، بدءًا من عمر (4) أشهر.

علاوة على ذلك، يُظهر الرضع ثباتًا في الحجم والشكل. تساعد جميع جوانب الإدراك البصري هذه على التعرف على الأشياء وتمثيل الشكل. تتم معالجة هذه الصفات البصرية وربطها في الدماغ بواسطة التيار البصري البطني. (Atkinson, 2011, p83)

تم فحص إدراك الحركة - سواء لدى البشر أو في الأشياء - لدى الرضع تشير الدراسات إلى بعض الأدلة على قدرة الرضع على تمييز البشر من خلال خصائص حركتهم. عند تحريك جسم ما، ينتقل انتباه الرضيع من حوافه إلى داخله. وبالتالي، يتتبع الرضع مسار الحركة ليتحركوا من التفاعل مع الأجسام المتحركة والبشر. وقد تبين أن إدراك الحركة لدى الأطفال يصل إلى مستوى البلوغ في سن الثامنة تقريبًا. يلعب الإدراك البصري للحركة، إلى جانب الإدراك الحركي، دورًا مهمًا في التمثيل الذهني للحركة، والذي يرتبط بالتخطيط الحركي وتطور المهارات الحركية بشكل عام. وقد وُصفت هذه الروابط بشبكة دماغية بين المناطق القذالية والجدارية والجبهية، والتي تُسمى التيار البصري الظهري. (Atkinson, 2011, p189-261)

باختصار، يبدأ إدراك الصفات البصرية في وقت مبكر من الطفولة، وهذا هو الأساس لمزيد من تطوير الإدراك البصري الدقيق المطلوب لتحديد الرسومات. يُعد تقدير الخطوط والزوايا، وتقدير الحجم والحجم النسبي، وتمثيل علاقات الأجزاء بالكل، عوامل إدراكية بصرية مهمة تُعتبر شروطاً أساسية ذات صلة بمهارات الرسم البياني. وبحلول سن المدرسة، يُتوقع من الأطفال تحديد الرموز الرسومية وفهم معانيها.

2-4 تطور التحكم الحركي:

يشير التحكم الحركي إلى الحركات المنسقة والأفعال الماهرة التي يخطط لها ويأمر بها الجهاز العصبي المركزي. يعتمد التحكم الحركي في الحركة على التفاعل بين الفرد والمهمة والبيئة، وهو نتيجة لأنظمة الإدراك والإدراك والعمل يتمتع نظام التحكم الحركي بقدرات استثنائية لإيجاد حلول للمشكلات الكامنة في التحكم الحسي الحركي، أي التكرار والضوضاء والتأخير. يستخدم الدماغ آليات حسابية مختلفة للحد من آثار هذه المشكلات ولأداء أفعال ماهرة.

لا تنضج الآليات الحسابية في مرحلة الطفولة، ويعتمد نموها على الممارسة والخبرة في سياقات مختلفة.

(Franklin, 2011, p42)

خلال المراحل المبكرة من التعلم الحركي، تكون الحركات غير ماهرة وتعتمد بشكل كبير على التغذية الراجعة، وتتطلب اهتماماً قوياً في هذه المرحلة، تختلف أنماط الحركة بشكل كبير، وبالتالي تُسمى هذه المرحلة بالثروة الحركية.

(Bullock 2002, p408-435)

تصل التغذية الراجعة من الوسائط الحسية إلى الجهاز الحركي بعد تنفيذ الحركة، مما يتسبب بالثروة الحركية في مرحلة الطفولة. تعتمد التأخيرات على الوسائط الحسية المعينة (على سبيل المثال، أطول للرؤية من الحس العميق) وتعقيد الإدراك) على سبيل المثال، أطول للتعرف على الوجه من إدراك الحركة (Franklin, 2011).

يمكن فهم ذلك على النحو التالي: لا يُمكن للطفل إدراك ما إذا كان الخط يتوافق بدقة مع الرسم المقصود إلا بعد رسمه. هذا يعني أن التغذية الراجعة البصرية لم تُستخدم بعد لتوجيه الحركات باستمرار. تُظهر هذه الجوانب الزمنية للسلوك الحركي تبايناً كبيراً حتى أواخر فترة المراهقة، (largo, 2001, p436, 43) من خلال الممارسة، يكتسب الأطفال مهارات أكبر، كما تزداد دقة وسرعة الحركات، بينما تقل أهمية معالجة التغذية الراجعة. وأخيراً، يصبح نمط الحركة تلقائياً بطريقة ماهرة، يُعد الرسم والكتابة اليدوية مهارات خاصة تتطلب حركات متسلسلة عالية التردد ومنخفضة السعة في الأصابع واليد والذراع أثناء النمو، وبعد أن يكتسب الرضيع القدرة على التحكم في الرأس، تُتحكم المفاصل القريبة (الذراع والكتف) في حركات اليد أولاً، وبالتالي تتمتع حركات الرسم الأولى بمدى حركة واسع مع إمساك بدائي للغاية بأداة الكتاب (Eliasson .2008, p)

عندما يكتسب الأطفال القدرة على التحكم في حركات الأصابع المنعزلة والتلاعب باليد، فإنهم يتمكنون من إنجاز حركات الرسم والكتابة بمسكة ناضجة لأداة الكتابة. ويتكون مسار الحركة أثناء الكتابة اليدوية من تدفق مستمر لضربات الحروف لأعلى ولأسفل. ويعتمد تنسيق عضلات اليد والأصابع على كيفية إمساك أداة الكتابة. وفي مرحلة الطفولة، تتطور أوضاع مسك القلم من مسكات غير ناضجة، أي مسكة اليد بأكملها باستخدام راحة اليد وجميع الأصابع، إلى مسكات ناضجة، أي مسكة ثلاثية القوائم الديناميكية. حيث أن مسكة ثلاثية القوائم الديناميكية هي مسكة دقيقة تتضمن أطراف ثلاثة أصابع والمساحة المكففة بين الإبهام والسبابة تمكن وضعية الإمساك هذه من حركات أطراف الأصابع أثناء مهمة حركية بيانية. حيث يُعد التحكم في القوة على أداة الكتابة أيضًا جانبًا حركيًا مهمًا يؤثر على تسارع الحركة وسرعتها أثناء الرسم. (lange.1998, p299, p310).

كما تم ربط الأشكال الرسومية المختلفة بمعلومات حركة مختلفة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة؛ على سبيل المثال، تكون عمليات رفع قلم الرصاص أكثر شيوعًا في الرسم بالخطوط الرأسية، ويكون الضغط (التحكم في القوة) أعلى في الأشكال الزاوية منه في الأشكال الدائرية، وتستغرق الأشكال المفتوحة وقتًا أطول للرسم من الأشكال المغلقة خلال مرحلة الطفولة، يمكن رؤية أوضاع قبضة ناضجة لدى نصف الأطفال في سن (4) سنوات وجميع الأطفال تقريبًا في سن (7) سنوات ومع ذلك، فإن الضبط الدقيق لـ نمط القبضة الناضجة يستمر حتى سن

(10.5) سنوات. (Rueckriegel,2008,p55-63)

5- مظاهر ضعف التأزر البصري الحركي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف

التوحد:

يعد التأزر البصري الحركي من المهارات الأساسية التي تساعد الطفل على أداء العديد من الأنشطة اليومية والتعليمية مثل الكتابة، الرسم، وتناول الطعام. غير أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غالبًا ما يظهرون صعوبات ملحوظة في هذا الجانب، نتيجة لاضطراب التكامل بين المدخلات البصرية والاستجابات الحركية، وتتمثل أبرز مظاهر ضعف التواصل البصري الحركي لديهم في:

1- صعوبة في تتبع الأشياء بصريا وتوجيه اليد نحوها بطريقة دقيقة.

- 2- بطئ أو خلل في تنفيذ المهارات التي تتطلب دقة يدوية، مثل: إمساك القلم بشكل سليم ، قص الورق، تركيب البازل أو المكعبات.
- 3- تأخر في اكتساب مهارات الكتابة والرسم.
- 4- صعوبة في أداء الأنشطة التي تتطلب تنسيق بصري حركي مثل: اللعب بالكرة (الإمساك، الرمي، التوجيه)، ارتداء الملابس، وربط الحذاء.
- 5- ضعف في القدرة على التقليد الحركي للأفعال التي تعرض أمامهم، خاصة التي تتطلب التنسيق بين النظر والحركة.
- 6- تشتت الانتباه البصري، وعدم الثبات على نقطة تركيز معينة لفترة كافية
- 7- وجود خلل في التكامل الحسي الحركي، الذي يعد من السمات الشائعة لدى فئة التوحد، مما يؤثر سلبا على قدرتهم في تنفيذ مهام تتطلب تنسيقا دقيقا بين الحواس والحركة.

(عبد العزيز، 2014، ص 125-121)

6- أنشطة لتطوير التأزر البصري الحركي عند الأطفال المصابين باضطراب طيف

التوحد:

1- التلوين داخل الخطوط:

يطلب من الطفل تلوين رسومات بسيطة دون الخروج عن الحدود.

الهدف: تحسين التحكم في حركة اليد وتوافقها مع العين.

2- التوصيل بين النقاط:

أنشطة تتضمن توصيل الأرقام أو الحروف حسب الترتيب.

الهدف: تحسين المتابعة البصرية والتحكم الحركي.

3- النسخ والرسم:

نسخ اشكال او خطوط أو رموز بسيطة.

الهدف تقوية الرابطة بين ما يراه الطفل وما يرسمه بيده.

4 - ألعاب البناء والتركيب (مثل البازل والليغو):

استخدام قطع مختلفة لتركيب أشكال معينة.

الهدف تطوير تناسق بين العين وليد والتفكير المكاني.

5 - الخيوط والخرز:

تمرير الخرز في خيط لصنع سوار او عقد، او ادخال الخرز في العود، او ادخال الخيط في الحذاء.

الهدف: تحسين الدقة والتحكم الحركي الدقيق.

6 - الكتابة على نماذج منقطة:

تمرين الطفل على كتابة الحروف أو الأشكال عبر تتبع النقاط. الهدف: دعم مهارات الكتابة اليدوية والتحكم البصري الحركي، تعلم اتباع الأوامر، تحسين مهارات التخطيط (فتيحة، 2022، ص 24-58)

خلاصة:

ختاماً، يظهر التأزر البصري الحركي أهمية بالغة في النمو الإدراكي والحركي لدى الطفل، حيث يشكل أساساً للعديد من المهارات الأكاديمية والحياتية، وتزداد هذه الأهمية عند أطفال طيف التوحد، نظراً لما يعانونه من صعوبات في هذا الجانب، مما يستدعي تدخلات مبنية على فهم علمي دقيق لمظاهر الضعف وأسبابه، كما أن الأنشطة التدريبية الموجهة تعد وسيلة فعالة لتحسين هذا التأزر، ودعم استقلالية الطفل وتواصله مع محيطه.

الفصل الثالث: التفاعل الاجتماعي

تمهيد

- 1- مفهوم التفاعل الاجتماعي
- 2- التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- 3- مظاهر التفاعل الاجتماعي عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
- 4- خصائص التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
- 5- النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
- 6- طرق تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

خلاصة

تمهيد:

يعد التفاعل الاجتماعي من أهم مجالات النمو لدى الطفل، إذ يمكنه من بناء علاقات وتبادل الخبرات مع الآخرين، غير أن أطفال طيف التوحد يواجهون صعوبات واضحة في هذا الجانب، تتجلى في ضعف التواصل، وقلة المبادرة الاجتماعية، وتجنب النظر أو الاستجابة للآخرين، مما يؤثر سلباً على اندماجهم في المحيط الأسري والتربوي، لذلك، يعد فهم طبيعة هذا الخلل خطوة أساسية نحو تطوير استراتيجيات فعالة للتدخل والدعم.

1- مفهوم التفاعل الاجتماعي:

يعرف التفاعل الاجتماعي بأنه العملية التي يؤثر بها الناس على بعضهم البعض، من خلال التبادل المشترك للأفكار، والمشاعر، وردود الأفعال بين الأفراد والجماعات وسكان البيئات المختلفة، ويعرف علماء النفس الاجتماعيون التفاعل الاجتماعي بأنه التأثير والتأثر المتبادل بين فردين أو جماعتين أو جماعات؛ بحيث يؤثر كل منهما في الآخر ويتأثر به، وتصبح بذلك استجابة أحدهما مثيراً للآخر، ويتوالى التبادل بين المثير والاستجابة إلى أن ينتهي التفاعل القائم بينهما. (شحاته، 2003، ص 3)

ويعرف أيضاً أنه علاقة متبادلة بين فردين أو أكثر بحيث يؤثر كلٌ منهم على الآخر ويتأثر به بصورة تؤدي إلى إشباع حاجات كل منهم، ومن ثم تتوطد تلك العلاقة وتتسم بالإيجابية والاستمرارية، ويقاس التفاعل الاجتماعي في عدة محاور تشتمل على تكوين الصداقات، والمشاركة الوجدانية، والمبادرة في إنشاء علاقات مع الآخرين والتعاون وتدعيم العلاقات مع الآخرين. (صفاء، 2024، ص 25)

ويعرفه باميلامنت (1989) بأنه تلك المهارات التي تجعل الطفل أكثر قبولاً اجتماعياً عند الآخرين، والتي تتضمن القدرة على الالتقاء بالآخرين والاختلاط بهم والتفاهم معهم، ومعرفة أسلوب المشاركة وانتظار الدور. (عدنان، 2016، ص 256). وأيضاً يعرف التفاعل الاجتماعي بأنه المهارة التي يديها الطفل في التعبير عن ذاته للآخرين والإقبال عليهم، والاهتمام بهم والتواصل معهم، ومشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية المختلفة، والانشغال بهم، وإقامة الصداقات معهم، واستخدام الإشارات الاجتماعية للتواصل معهم، ومراعاة الذوق الاجتماعي العام في التفاعل معهم. (Shultz, 2018, p455)

2- التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد:

يُعتبر التفاعل الاجتماعي Social Interaction هو الأساس في تكوين علاقات اجتماعية طويلة الأمد، كما أنه عن طريقه يكتسب من خلالها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أنماط السلوك الاجتماعي المرغوب فيها، وبالتالي يستطيع تكوين وبناء شخصيته، ومعنى ذلك أن شخصية الأطفال تتكون نتيجة لعملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بينه وبين أقرانه أو معلميه أو بينه وبين بيئته الاجتماعية التي يعيش فيها، لأنه علاقة متبادلة بين فردين أو أكثر بالتالي فإن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من قصور في التفاعل الاجتماعي يكونوا غير قادرين على التواصل مع الآخرين. (المُرشدِي، 2022، ص212)

يشير تريبيجنيير (Trepagnier 1996) إلى أنه ينقص الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مرحلة المهد ما يعرف بالابتسامة الاجتماعية والحملقة في الآخرين التواصل البصري وتعبيرات الوجه. والطفل ذو اضطراب التوحد لا يبدو أنه يتفهم ما يقوله الآخرون، كما أن التفاعل الاجتماعي يكون محدود بدرجة كبيرة، كما أنه يتصرف كما لو كان الآخرون المحيطون به غير موجود.

كما يمكن تفسير بعض سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال عجزهم عن تقليد الآخرين، فهو لا يبتسم عندما يبتسم شخص ما له، ومن الممكن ألا يرد تحية الآخرين له، كما يعجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي، كما يعجز الطفل ذو اضطراب التوحد والراشد التوحدي عن تفسير وفهم مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي، وهم غير قادرين على إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الآخرين، فهم لا يستجيبون إلى سلوك آبائهم العاطفي مثل الابتسامات، وهم لا يفضلون أن يحتضنوا أو أن يُقبلوا، ولا يوجد فرق في سلوكهم تجاه الأفراد والأشياء، ويمتازون بغياب التواصل البصري وتجنب التحديق. (الزريقات، 2004)

تشير (وفا، 2004، ص55) إلى المشكلات الاجتماعية المشتركة لدى أطفال التوحد:

- صعوبة في استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية، حيث يتجنبون النظر في عيون الآخرين.
- صعوبة في الفهم والتعبير عن المشاعر، حيث يجد أطفال التوحد صعوبة في فهم مشاعر الآخرين من خلال العين وحركات الوجه والإيماءات.

-صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية وبسبب هذا العجز والقصور في التفاعل الاجتماعي وضعف القدرة علي التواصل مع الآخرين ينسحب أطفال التوحد من المجتمعات ويلجؤون إلى تصرفات سلبية تزيد من رفض الآخرين لهم وابتعاد الأطفال العاديين عنهم ونفورهم منهم فلا يهتمون بهم ولا بإقامة علاقات وصدقات معهم.

(علا، 2011ص 76).

ويحاولون بشدة الحصول علي الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم وهذه المشكلة شائعة لدي أطفال اسبرجر وبسب فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين وعدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور حول أنفسهم، ولا يتعلمون المهارات الاجتماعية والمحظورات الاجتماعية بملاحظة الآخرين وانهم عادة ما يفتقدون إلى الذوق العام عند اتخاذ القرارات الاجتماعية. (أحمد، 2015، ص 46)

ويقضي أطفال التوحد وقتًا أقل مع الآخرين، ولديهم قصور في تكوين الصداقات، وقلة الاستجابة الاجتماعية للإشارات كالابتسامة، والنظر للعيون. (وفيق ، 2019 ، ص 37)

3- مظاهر التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد:

الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في التفاعل الاجتماعي استقبال المعلومات المعرفية والانفعالية وإيصالها إلى الآخرين من خلال تعبيرات الوجه والجسم ونغمة الكلام)، وتعتبر المشكلات في جوانب التفاعل الاجتماعي من أهم المؤشرات والدلالات التي يتم من خلالها تشخيص التوحد، ويوضح المظاهر التي تدل على مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في المظاهر التالية:

3-1 **عدم التواصل البصري:** يتميز الأطفال التوحديون بتجنب التواصل البصري مع الآخرين، وبذلك فإنهم يفقدون معرفة أفكار الآخرين ورغباتهم وتلمس مشاعرهم وقراءة ما يدور في أذهانهم.

3-2 **صعوبة في فهم مشاعر الآخرين:** يعاني الأطفال التوحديون من صعوبات في فهم وتفسير تعبيرات الآخرين المتمثلة في الإيماءات ونبرات الصوت والحركات الجسمية وبالتالي فإن لديهم عدم اكتراث بمشاعر الآخرين، كما ان لدي مشاعرهم باستخدام تعبيرات الوجه بما يتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة.

3-3 **عدم القدرة على تكوين صداقات والاحتفاظ بها:** بسبب الانسحاب الاجتماعي، فإن الأطفال التوحديين لا يستطيعون تكوين صداقات، حيث أنهم غير قادرين على فهم المثيرات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين وكيفية الاستجابة لها، بالإضافة إلى عدم معرفتهم بالعادات والتقاليد الاجتماعية السائدة.

3-4 **مشكلات في اللعب:** يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في اللعب واختلاف لعبهم عن لعب أقرانهم من الأطفال الآخرين، ومن أهم خصائص لعب أطفال التوحد الافتقار إلى اللعب الرمزي وكذلك إلى التخيل والإبداع وإلى محدودية الألعاب والطريقة غير العادية في استخدام اللعب. (المرشدي، 2022، ص 213)

4- خصائص التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد:

من أهم خصائص التفاعل الاجتماعي لدى طفل اضطراب طيف التوحد وجود قصور مستمر ودائم في التفاعل والتواصل الاجتماعي، ويتمثل في: قصور المردود الاجتماعي والانفعالي، وضعف المشاركة في الاهتمامات، وقصور التواصل الغير لفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي مثل: ضعف التواصل البصري، وعدم القدرة على فهم واستخدام لغة الجسد، وقصور نمو العلاقات الاجتماعية وفهمها والمحافظة عليها. (DSM-2013p50)

لا تعبر الحالة الانفعالية للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد في كثير من الأحيان عما يحدث حوله في البيئة، فمن الممكن أن تجده يضحك عندما يصيبه ألم، أو يبكي عند مشاهدة فيلم كرتون، فهم يعانون من اضطرابات انفعالية في الحالة المزاجية مع نوبات من الضحك أو البكاء دون سبب واضح.

ومن المشكلات الأكثر شيوعاً لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي القصور في القدرة التبادلية والتفاعلية مع الآخرين، بمعنى الفشل بين الربط بين الحديث الصادر عنهم وسماع أداء الآخرين، غير أنهم ليس لديهم القدرة على معرفة متى يبدوون الحديث، ومتى يتوقفوا عنه للاستماع للطرف الآخر، كما تعد المبادأة الاجتماعية من المشكلات التي تواجه هؤلاء الأطفال فهم لا يسعون إلى طلب المشاركة في اللعب، أو إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويفضلون اللعب الفردي الذي لا يتطلب المشاركة التفاعلية مع الآخرين.

(وفاء، 2019، ص362)

أن هؤلاء الأطفال في نهاية السنة الثانية يظهر الأطفال بعض المشكلات في التواصل البصري، وتكون نظرتهم متجمدة وثابتة للآخرين، وغالباً ما يكون التواصل البصري أفضل مع الأشخاص المألوفين بالنسبة لهم عن الغرباء عنهم، غير أن التواصل البصري لديهم يكون فقير ومحدد لهدف معين.

هناك قصور واضح في علاقات هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، تتمثل في غياب اللعب التعاوني، وعدم وجود علاقات مع الأقران وعدم القدرة على تكوين علاقات معهم، والمحافظة على هذه العلاقات، كما يفضل هؤلاء الأطفال التعامل مع الكبار أكثر من رغبتهم في التعامل مع الأطفال، ويستجيب الطفل جيداً للكبار المألوفين لديه عندما يلعبون لعبة أو يغنون أغنية.

ويكون لعب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في نطاق محدود تماماً، حيث إنهم يميلون إلى تكرار نفس النشاط، مع ندرة تنمية اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي، الأمر الذي يجعل سلوك طفل ذوي اضطراب طيف التوحد خلال ممارسته اللعب يفتقد الإبداع والتجديد والتخيل، في حين يبدأ الأطفال العاديين باستخدام خيالهم في اللعب ابتداءً من سن (18) شهراً. (وفاء ، ص2019، ص 364)

5- نظريات التفاعل الاجتماعي:

1-5 النظرية السلوكية:

يري السلوكيون ان التفاعل الاجتماعي يبدأ بين الأفراد ويستمر بشرط ان يتلقى المشاركون فيه قدراً من التدعيم او الإثابة لهذا التفاعل بمعنى انه لابد ان يشعر الأفراد بالإشباع كشرط لاستمراره، وأي ان استمرار التفاعل وتوقفه إنما يعتمد على التدعيم. (أسماء ، ص6-7)

2-5 نظرية بيلز: (Bales)

تعتبر نظرية روبرت بيلز من اهم نظريات التفاعل الاجتماعي، وقد حاول بيلز تفسير دراسة مراحل وأنماط عامة في مواقف تجريبية وقام بدراساته على جماعات اولية واستخدم حازر الرؤية من جانب واحد. التفاعل الاجتماعي عند بيلز هو كل سلوك او فعل ينتج عنه استجابة وذلك من خلال تبادل للأفعال والاستجابات... ولا يشترط من وجهة نظر بيلز وجود شخصين او جماعات لحدوث التفاعل وانما يمكن ان يحدث تفاعل بين الفرد ونفسه والتفاعل عند بيلز يتضمن اشتراك افراد جماعة ما في تناول مشكلة ما والتوصل لحلها.

(حامد، 2000، ص 249-251)

3-5 نظرية سامبسون: (Sampson)

يري أصحاب هذه النظرية ان الفرد يتأثر بالأشخاص المقربين والمحبوبين إليه ونجده يصدر أحكام ويتخذ مواقف مشابهة لهم، ويضيف سامبسون ان العلاقات المتوازنة أو غير المتوترة إنما ترجع الى اعتقاد بوجود اتفاق في الآراء والمعتقدات والقيم بين الافراد المشاركين في التفاعل، بينما ترجع العلاقات غير المتوازنة الى الاعتقاد بوجود اختلاف في الاحكام.

(توفيق، 1984، ص 60-65)

4-5 نظرية نيوكمب: (Newcomb)

ترتكز نظرية نيوكمب في التفاعل الاجتماعي على دعامين أساسيتين هما:

-التشابه في القيم والعادات والتقاليد والأفكار والاتجاهات نحو الموضوعات والآخرين.

-الموافقة في تقييم الموضوعات والآخرين بين طرفي التفاعل الاجتماعي.

ووفقاً لهذه النظرية يتم تفسير العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي عن طريق ثلاث طرق وهي:

1 -ينشأ التفاعل من التشابه الذي يؤدي الى علاقات اجتماعية متوازنة.

2 -يزود الأشخاص المتشابهون كل منهم الآخر بالمكافأة التي تفرز التفاعل بينهما وتؤدي الى التجاذب والتوازن.

3 -يؤدي التشابه الى توقع التجاذب الذي ييسر عملية التفاعل الاجتماعي ويساعد على التوصل الى علاقات اجتماعية إيجابية. (ابراهيم، 2003، ص 64)

6- طرق تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

وهناك مجموعة من العوامل التي تسهم في نمو المعرفة الاجتماعية التي تسهم في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اطراب طيف التوحد حيث ويوضح هذه العوامل كالتالي:

-فهم أهداف ومقاصد الآخرين: فالإدراك الاجتماعي هو أحد جوانب النمو المبكر للمعرفة الاجتماعية.

-إدراك نظرة العين ربط الأفعال بالمقاصد والاتصال بالعين وإتباع نظرة العين ليسا فقط مكونين أساسيين للإدراك الاجتماعي، ولكنهما يضمنان أيضاً صعوبة الانشغال في التفاعلات الاجتماعية والعمليات المعرفية للآخرين أثناء الطفولة، وفي مراحل النمو المتأخرة.

-إدراك الانفعالات: يستخدم الأطفال الانفعالات كمصدر هام للمعلومات حول الآخرين، فالأطفال حديثو الولادة يظهرون الحساسية لانفعالات الآخرين، فهم ييكون عندما ييكون الآخرون، ويميزون بين التعبيرات الوجهية للسعادة والحزن. (Pelphrey, 2008, p 3)

توجد العديد من البرامج والاستراتيجيات لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها:

-التعلم التعاوني: على أهمية التعلم التعاوني مقارنة بتعلم الفردي، حيث انه أكثر فعالية، بالإضافة إلى أنه عندما يكافئ الطفل على أدائه المتميز فإنه يكون بمثابة نموذج يقتدى به بالإضافة إلى ارتفاع مستوى التحصيل الأكاديمي لديهم، كما أنه يزيد بين الأقران من خلال مجموعات التعلم التعاوني. (عامر، 2019، ص151)

-التعلم باللعب: يستخدم المختصين التعلم باللعب مع الأطفال ذوي طيف التوحد لتنمية تفاعلهم بالمحيطين بهم، ويضعون اللعب كأساس في أي برنامج كما يعد مدخلا لدراسة الأطفال والتعرف على مشاكلهم الانفعالية و وضع بدائل للتخلص منها، وتعد من أهم الأساليب التي تقلل السلوكيات النمطية. (عبد الجليل، 2019، ص294)

خلاصة:

يعد التفاعل الاجتماعي من أبرز الجوانب التي تتأثر لدى أطفال طيف التوحد، حيث يظهرون صعوبات في المبادرة والتجاوب مع الآخرين، إضافة الى ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتجنب التفاعل البصري والجسدي، هذه الصعوبات تؤثر بشكل كبير على اندماجهم الاجتماعي وتطورهم الانفعالي والمعرفي، وترجع أسباب ذلك الى اضطرابات في النمو العصبي، وصعوبات في فهم الإشارات الاجتماعية وتفسيرها، ورغم هذه التحديات، فإن التدخل المبكر، والبرامج العلاجية المتخصصة، تسهم بشكل فعال في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي وتعزيز قدرة الطفل على التكيف داخل محيطه.

الفصل الرابع: اضطراب طيف التوحد

تمهيد

- 1 -لمحة تاريخية لاضطراب طيف التوحد
- 2 -مفهوم اضطراب طيف التوحد
- 3 -أسباب اضطراب طيف التوحد
- 4 -أعراض اضطراب طيف التوحد
- 5 -المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حسب DSM5
- 6 -النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد
- 7- أساليب التكفل باضطراب طيف التوحد

خلاصة

تمهيد:

تختلف أنماط وشخصيات الأطفال هناك من هو خجول ويجد صعوبة في الاندماج مع أقرانه وهناك من لا يعبر عن مشاعره وهناك من هو منعزل لعالم خاص به، فوجود صفة واحدة من هذه الأعراض لا يعني أن الطفل عنده طيف توحد، لأن اضطراب طيف التوحد اضطراب معقد وتتشارك أعراضه مع كثير من أعراض الاضطرابات الأخرى، واضطراب طيف التوحد يعتبر من بين الفئات التي تحتاج إلى الرعاية والعناية و الاهتمام من قبل القائمين على ميدان التربية الخاصة بمختلف تخصصاتهم، انه عالم غريب يكتنفه الغموض وهو ما يدعو الى البحث والتقصي للتعرف عليه.

1- لمحة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد:

يعتبر ليو كانر (1943) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة. حدث ذلك حين كان كانر يقوم بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا (11) كانوا مصنفين على أنهم متخلفين، حيث لاحظ استفاقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس، وتبعدهم عن الواقعية، بل عن كل من حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، حتى لو كانوا أبويه أو إخوته فهم دائمو الانطواء والعزلة، لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في انغلاق تام، حيث يصبح هنالك استحالة لتكوين علاقة مع أي من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال، وحتى عقليا منهم.

(آل إسماعيل، 2012 ص 11)

وعلى الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفها على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الاضطراب واعراضها التي تميزها عن غيرها من الاضطرابات، فان الاعتراف بها كفئة يطلق عليه مصطلح التوحد أو الاجترار لم يتم إلا في عقد الستينيات (60) حيث كانت تشخص على أنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام (1980) حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة والتي فرقت بوضوح بين الفصام واضطراب التوحد. ذلك أن هذا الأخير يخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الضلالات. (مدلل، 2015 ص15)

وفي عام (1987) وفي النسخة المعدلة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ونتيجة لوجود مجموعة أطفال لا تنطبق عليهم جميع المعايير تم إضافة فئة جديدة سميت بفئة الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة وفي عام (2000) توسع مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة وفي النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع أصبح يضم فئات وهي اضطراب التوحد واضطراب ريت واضطراب اسبرجر واضطراب تفكك الطفولة والاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة. (عادل، 2008 ص16)

وفي عام (2013) ومن خلال النسخة جرى تعديل آخر على الفئات التي تدرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة واستثنيت متلازمة ريت كواحدة من اضطرابات التوحد لأنها أصبحت اضطراب معرف جينيا كما تم تغيير تسمية هذه الفئة ليصبح اضطراب طيف التوحد وهو مسمى يجمع بين جميع الفئات السابقة التي كانت تدرج ضمن ما يسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة. (السيد، 2018 ص 15)

2- مفهوم اضطراب طيف التوحد:

تأتي كلمة التوحد (Autism) من كلمتين يونانيتين هما «aut» وتعني الذات و «ism» وتعني الحالة. وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوي على نفسه بشكل غير عادي. ويعاني الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد، بشكل أو بآخر، من صعوبات في تطوير العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها.

تشير كلمة «الطيف» إلى وجود تباين واسع في سلوك التوحد يكون على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة. وغالبا ما يصف الأطباء المرض بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار. وهو ما يعني أنه يصيب كل نواحي حياة الطفل اليومية.

وبمقارنته باضطراب آخر مثل خلل القراءة؛ فعلى الرغم من خطورة خلل القراءة إلا أنه يميل في الأصل إلى التأثير في الطفل في نواح معينة فقط من حياته اليومية مثل القراءة والكتابة والتهجئة. (كولين، 2013، ص48)

يعد كانر أول من حاول تعريف التوحد، وعرفه على انه اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل ويعاني الأطفال المصابون من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية كمعيار في تشخيص التوحد: نقص

شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين، الحفاظ على الروتين ومقاومة التغيير، تمسك غير مناسب بالأشياء، ضعف القدرة على التخيل العزلة الشديدة. (عسيلة، 2006 ص 15)

عرفت الجمعية الأمريكية اضطراب التوحد بأنه أحد الاضطرابات النمائية التطورية التي تظهر علي الطفل خلال السنوات الأولى من عمره وسببها اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ ومختلف جوانب النمو، فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات خاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية، إما بفرط النشاط أو الخمول، وتكرار دائم لحركات أو مقاطع الكلمات آلياً. (تامر، 2015، ص32)

ويعرف أيضا اضطراب طيف التوحد انه أحد أنواع الإعاقات النمائية التي تصيب الأطفال، ومن أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يعيق

عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي لدى الطفل. (سليم، 2006، ص6)

أما القانون الأمريكي الفدرالي (IDEA) فيعرف اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة تطورية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي عموماً يظهر قبل السنوات الثلاث الأولى من حياة العقل، وينعكس أكثر على أداء الطفل والسمات الشخصية الأخرى المرتبطة بالتوحد هي تكرار الأنشطة والحركات النمطية، مقاومة التغيير في البيئة أو الروتين اليومي إظهار الاستجابات غير العادية للخبرات الحسية. (Fiallahan, 2012)

أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض (ICD) (10) فقد عرف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي انماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومشكور من الاهتمامات والنشاطات (ICD 10, 1992, 1996, 2007, 2010)

ويمكن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تنحى بعملية النمو، سواء في سرعتها خلال سنوات النمو ، لاسيما في الطفولة المبكرة، وعليه يمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل من الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بأدائه أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في

الانتباه وضعف في التواصل ، كما يتميز بنشاط حركي زائده وغمو رخوي بطيء : وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية: ويقاوم التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة الاعتماد على غيره ، والتعلق بهم.

(جمال، 2016، ص15)

3- أسباب اضطراب طيف التوحد:

تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الاسباب المؤدية لاضطراب التوحد بدءا من الدراسات النفسية ومرورا بالأبحاث التي ركزت على العوامل البيولوجية والوراثية والأيضية والبيوكيميائية وبانتهاء الفرضيات والنظريات التي ركزت على العوامل البيئية ودور التطعيم الثلاثي وما الى ذلك من العوامل والأسباب، ولكن الى الآن لا توجد اسباب وعوامل واضحة تم الاعتماد عليها وسنعرض فيما يلي مجموعة من الأسباب المفترضة لاضطراب طيف التوحد:

3-1- عوامل بيولوجية:

وتتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل او تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين، استخدام آلة، أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم لنزيف قبل الولادة أو حادث أو لكبر سنها. (حاج، 2018، ص25)

3-2 العوامل الاجتماعية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن إعاقه التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد، واعتقد (كانر) بان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى الغير طبيعية. (شاكر، 2010، ص 64)

3-3 العوامل العصبية:

النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي والفص الجداري، وظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما في باقي الأعراض فتتولد نتيجة الاضطرابات في الفص الأمامي. (كيجل، 2020، ص 15)

4-3 العقاقير:

وهي مرتبطة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال إلى ان وصلت إلى 41 تطعيما قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي هي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات أعطت دعما قويا للفرضية. (الشرييني، 2011 ص25)

4- أعراض طيف التوحد:

لا تظهر اعراض واضحة في العام الأول أو الثاني للأطفال الذين يصابون فيما بعد بالتوحد فيما عدا بعض علامات العنف والمقاومة والرفض عند قيام الأم برعايته، أو العكس من ذلك الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو الاستجابة للمحيطين به. وتبدأ هذه الأعراض المرضية في ظهور بعد العام الثاني أهمها:

4-1 يبدو الطفل التوحدي بمظهر جذاب وصحة جيدة، لكنه يكون منعزلا، سلبيًا، ويقوم بنشاط متكرر مهتما بشيء ما يستخدمه في اللعب مثل حجر صغير او علبة فارغة، ويثور إذا اخذ أحد منه هذا الشيء ويدخل في نوبة انفعال شديد.

4-2 الاستجابة للمؤثرات والأصوات تكون غير طبيعية، فقد يتجاهل صوت مرتفع بين ما يستجيب لصوت آخر، ويجد صعوبات في فهم اللغة ويبدو كما لو أنه لا يفهم معنى الكلام عموما، ولا يرد على من يناديه باسمه، وبعض هؤلاء الأطفال لا يتكلم نهائيا (حوالي 50%) بينما يردد البعض الآخر كلمات قليلة في تكرار أجوف البيغاء وتعرف هي تعرف هذه الحالة بأنها إصابة الكلام كما أن لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف.

3-4- لا يستطيع الطفل التوحيدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء من الصورة حين يتفرج عليها، ولا يمكنهم أيضا فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين المعبرة، وتصدر عنهم حركات جسدية غير مألوفة مثل دوران حول أنفسهم أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع. (لطفى، 2015، ص19-20)

4-4- لدى هؤلاء الأطفال بعض المظاهر العشوائية وعدم تناسق في أداء الحركات مما يزيد من صعوبة تعليمهم مهارات خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كما لو أنهم وحدهم وليس معهم أحد ولديهم مقاومة للتغيير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع اقربائهم أو تعلم السلوك الاجتماعي الملائم.

ورغم ما ذكرنا من علامات الإعاقة لدى هؤلاء الأطفال فقد يثير الدهشة أن يتمتع بعضهم بمهارات عالية في مجال ما مثل الرسم أو الموسيقى أو التعامل مع الأرقام، أو حفظ قصائد طويلة من الشعر وهذه قدرة الله سبحانه حين يهب الطفل المعاق مقدرة خاصة تفوق الموهوبين من الناس.

5- المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حسب الدليل الإحصائي

والتشخيصي للاضطرابات العقلية: DSM 5

أ- العجز الثابت في التواصل والتفاعلات الاجتماعية الملاحظة في سياقات مختلفة، ويمكن أن تتجلى هذه من خلال العناصر التالية (إما خلال الفترة الحالية أو في السوابق):

1- العجز في المعاملة بالمثل (الجوانب الاجتماعية أو الانفعالية) التي تراوح بين المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على المحادثة العادية، أي صعوبة في مشاركة الاهتمامات والمشاعر إلى عدم القدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها.

2- العجز في سلوكيات الاتصال غير اللفظية المستخدمة أثناء التفاعلات الاجتماعية تتراوح من ضعف التكامل الخاطئ بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي، إلى عجز الاتصال البصري ولغة الجسد إلى القصور في الفهم واستخدام الإيماءات، وحتى الغياب التام لتعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير والحفاظ على العلاقات وفهمها مثل صعوبة تعديل السلوك إلى السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبة مشاركة الألعاب التخيلية أو تكوين الصداقات إلى عدم الاهتمام بالأقران.

حدد درجة الشدة الحالية: تعتمد الشدة على مدى قصور التواصل والأنماط السلوكية المقيدة ومتكرر.

ب- الأنماط المقيدة والمتكررة للسلوكيات كما يتضح من اثنين على الأقل مما يلي اما خلال الفترة الحالية أو

كسوابق:

- 1- النمط المتكرر للحركات واستخدام الأشياء أو اللغة (مثل الصور النمطية الحركية البسيطة أو أنشطة ترفيهية أو تدوير شيء، الصدى الصوتي، عبارات خاصة).
- 2- الإصرار على التشابه والالتزام غير المرن بالروتين والأنماط الطقسية للسلوك اللفظي وغير لفظي (مثل العجز الشديد الناجم عن التغييرات الطفيفة، عدم تقبل التغيير، أنماط التفكير الحاد، طقوس صيغ التحية تتطلب اتخاذ نفس المسار أو تناول نفس الأطعمة كل يوم).
- 3- الاهتمامات المحددة والشاذة وغير الطبيعية سواء من حيث الشدة أو الغرض (التعلق بأشياء غير معتادة أو مخاوف بشأن هذه الأشياء مصالح محددة بشكل مفرط أو مثابرة).
- 4- فرط أو قلة الاستجابة للتنبيه الحسي أو الاهتمام غير المعتاد بالجوانب الحسية للبيئة مثل (اللامبالاة الظاهرة للألم أو درجة الحرارة، ردود الفعل السلبية لأصوات أو مواد معينة، إجراءات استنشاق أو لمس مفرط للأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركات). (غرايبي، 2022، ص34)

6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

1-6- النظرية الصينية:

حسب النظرية الطبية الصينية فان التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم وأحياناً الأب. ويشير الأطباء الصينيين أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فان الجسم لا يمتص فيتامين ب 6 بطريقة فعالة إن نقص فيتامين ب 6 وبعض العناصر الحيوية يعوق عمليات بناء ونمو المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ، وقد توصل الباحثون الذين كرسوا جهودهم لدراسة التوحد إلى نتيجة مشابهة لنتائج الأطباء الصينيين وانهم بتطوير الجهاز الهضمي والمناعي لدى المصابين بالتوحد تحسنت أعراض التوحد لديهم ، وقد وجدوا أيضاً أن التوحديين الذين يتبعون نظام الحماية الحالية من الكازيين والغلوتين وبعض الملاحق الغذائية الأخرى قد تحسنت لديهم أعراض التوحد وبعض السلوكيات الشاذة قلصت بنسبة 90% . (رائد، 2006، ص166)

وهي من أشهر وأقدم النظريات التي فسرت حالات التوحد والتي بدأها كانر والتي تفسر التوحد على انه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للتوتر والجمود واللامبالاة في العلاقة بين الام وابنها والتي قد تكون نتيجة للعلاقات بينها وبين زوجها، ويمكن ان يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها الأمر الذي يفضي إلى ولادة طفل مصاب بالتوحد. وتعد هذه العلاقة مريضة لا يتخللها الحب والحنان، لذلك فان السلوكات التي تصدر من الطفل هي بمثابة وسيلة دفاع لرفضه عاطفياً، لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية. (دعو، 2013، ص24)

6-3 - نظرية الاضطراب الأيضي:

في هذه النظرية إفتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيتايد Peptide خارجي المنشأ من الغذاء يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة. هذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين Glotines مثل:

- 1- القمح
- 2- الشعير
- 3- الشوفان
- 4- كما الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان.

لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد.

لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد. (رائد، 2006، ص 173-174)

أن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر على الأداء الوظيفي الأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ والمخيخ. ويعد السيروتونين من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي الذي يتمركز في وسط الدماغ، ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية بما فيها افرازات الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي وقد عمل المختصون على فحص مستوى هذا الناقل بفحص سائل المخ الشوكي ومستويات السيروتونين في الدم.

كما الدوبامين يلعب دورا في التوحد، وهذا يتشكل من الحامض الأميني الفينيلانين ويتركز كذلك في الدماغ الأوسط وإذا زادت كميته فهو يلعب دورا في السلوكيات التوحدية مثل الطقوسية والنمطية والنشاط الزائد.

(مدلل, 2015 ص 23)

قد يرتبط التوحد باضطراب دماغي ناشئ من أصل عصبي أي اضطراب في المنظومة العصبية للمخ وخاصة المتعلق بالفص الصدغي والمخيخ. فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ إلى وجود اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ، كما توجد فروق في المخيخ إذا ما قورن بين الأطفال العاديين والمصابين بالتوحد إذ وجد العلماء ضمورا في المخيخ يصل إلى (13) بالمائة عند التوحدين في خلايا بوركنجي. بينما لم يظهر فرق في حجم الفص الجبهي على عينة مقدارها (23) طفلا مصابا بالتوحد وأطفالا عاديين. وتوصل كل من باومن وكامبر إلى أن وزن الدماغ المصابين بالتوحد أكثر وزنا من أدمغة أقرانهم الآخرين في مرحلة الطفولة ثم يكون اقل وزنا في مرحلة البلوغ، كما أن هناك خلايا في الخلايا الموجودة في المخيخ إذ يكون نموها غير طبيعي فإما يكون نقصا أو فرطا في النمو وهو ما يؤثر على وظائف المخيخ. وأشار جلبريج (1996) في دراساته التي بينت وجود اضطراب في وظائف المخ

وهو ما أظهره التصوير الطبقي المحوري بالكمبيوتر حيث وجد تغيرات في الفصوص الصدغية وحول بطينات المخ مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات غير طبيعية.

7- أساليب التكفل بأطفال طيف التوحد:

7-1 - استخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك) لأطفال طيف التوحد:

يقترح بعض الباحثين والمهتمين بهذا الاضطراب استخدام الأساليب العلاجية السلوكية طرائق تعديل السلوك في علاج طيف التوحد سواء تم ذلك في البيت، أو بواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة، لعدم استطاعة الأطفال ذوي طيف التوحد البقاء في الفصول المدرسية العادية بسبب سلوكهم الفوضوي وقصورهم في مجالات السلوك الذهني والاجتماعي الأخرى، هذا بالإضافة إلى احتمال إقدام بعضهم على إيذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم في الحائط أو عض أيديهم بشكل قاس مع عدم استجابتهم للبيئة المحيطة. وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماماً، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل.

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة طيف التوحد أو التخلص منه إلى عدة أسباب يشير إليها (القذافي، 1994، 166) على النحو التالي:

1 - أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير، أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

3 - أنه نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الاضطراب، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.

4 - أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات إستجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.

5 - أنه ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع متطلباته وتوفير الدقة في التطبيق.

وهناك من ناحية ثانية - عدة خطوات يتعين الإهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم، وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

1 - تحديد الهدف:

إذ لابد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدد وواضح، مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره، أو مشاركة الآخرين في اللعب، أو نطق كلمة معينة، أو القيام بسلوك حركي معين، أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوك الاجتماعي بشكل مطلق، فإنها تشكل مجالات واسعة يصعب قياسها ما لم يتم تحديدها في شكل وحدات سلوكية لا يمكن الاختلاف في فهمها أو تطبيقها.

2 - سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل:

إذ بعد أن يعمل المعالج السلوكي أو المعلم، أو المدرب أو ولي الأمر على جذب انتباه الطفل أولاً، فإن عليه أو على واحد منهم) استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل، وذلك في اللحظة المناسبة، مع عدم توجيه الحديث إليه في حالة عدم انتباهه.

ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل ازدواج المعنى كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث يؤدي إلى صعوبة المتابعة، والأمثلة التالية تعطينا مثلاً لما يجب أن يكون ارفع يديك - امسك القلم - انظر لأعلى - المس اللون الأحمر.. الخ.

3 - حث الطفل على الاستجابة:

عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة، إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً، لأن الإجابة ليست حاضرة لديه.

4 - مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك:

عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها، إلى أن يتم تحقيق الهدف. فإذا كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً، وأن الطفل قام بنطق الحرف (ب) في المرة الأولى، ثم نطق (با) في المرة الثانية، فإنه تتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها، أما إذا إتبع الطفل الخطوتين السابقتين بنطق الحرف (بي) فلا تتم مكافأة هذه الخطوة الأخيرة.

ويلاحظ أنه من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل، فإذا نجح الطفل في نطق كلمة (باب) كما هو مطلوب في الخطوة السابقة، فلا بد من مكافأة الطفل على ذلك. وليس من الضروري أن تكون المكافأة

مادية في شكل أطعمة أو حلوى أو مشروبات، كما يحدث في بعض البرامج وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه، حيث تنجح المثيرات العضوية المتمثلة في التواصل الجسدي والمثيرات الانفعالية مثل إبداء السرور بالطفل وإشعاره بالحب والقرب منه في حث الطفل على تكرار السلوك المرغوب بنفس القوة التي تحدثها المثيرات العادية. (محمد، 2010، ص 87-90)

والخلاصة هي أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على العكس من ذلك، يشرك الوالدان في عملية العلاج النفسي. كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة، مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى

2-7 -العلاج الدوائي:

يقول بويتلر (Buitelaar, 2003, p22) أنه قد تكون المعالجة الدوائية في سن ما قبل المدرسة وبعد ذلك يكون خارج إطار الوقت الحرج. ويمكن وبنفس المنطق يكون من المبكر أن التعديلات الكيميائية العصبية لا تترك بصمات بيوكيميائية في سن متأخرة.

وهذا يعني أن الجهود الجارية لخفض سن عتبة تشخيص مرض التوحد دون سن 24 شهرا ينبغي أن تقتزن مع البحث في التطور المبكر للدماغ وآثار الدواء. ويذكر (بدر، 2004، ص72) تحذير ماوك Mauk من استخدام الهالوبيريدول فرما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عن استخدامه لفترة طويلة مما يؤدي لحدوث خلل في التأزر الحركي وهو أمر يثير القلق ويدعو لإعادة تقييم دوري لحاجة الطفل للعقاقير. والدراسات أثبتت أن فيتامين B6 يعد علاجاً فعالاً لأعراض التوحد الطفولي. فبدأ البحث باستخدام فيتامين B6 مع أطفال التوحد في عام 1966 من قبل طبيب الأعصاب البريطانيين Heely Roberts عندما استخدموا الفيتامين في معالجة (19) طفلاً توحدياً ووجدوا بعد إعطاء الأطفال (30) ملغم من فيتامين B6 أن (11) طفلاً قد تحسنوا .

ويقول حمدان (حمدان، 2002، ص 98) أن علاج التوحد بالأدوية يعتريه كثير من المشاكل السلوكية التي تحدث بالنتيجة لدى الطفل حيث تسوء حالته أحياناً أكثر دون حدوث التحسن المنشود ومهما يكن فإن العلاج بالأدوية هو خيار متوفر ويمكن وصفه من طبيب مختص. كما يؤكد حمدان أن هناك أدوية أثبتت نجاعتها في العلاج وخاصة المرتبطة بالسلوك الاجتماعي وتحسين المهارات الاجتماعية مثل فيتامين B6 ، والمغنيزيوم، وأوديمثيل غزلايسين أو فغلورامين أو هالوبيردول.

7-3- العلاج بالعمل:

يعتبر العلاج بالعمل كما تشير (إبراهيم، 2011، ص 132) من أهم العلاجات التي تقدم للأطفال التوحد، ويهدف العلاج بالعمل إلى تقديم مثيرات خارجية تثير إحساس وإدراك التوحدي بما حوله، وتحويل انشغاله بالأشياء العشوائية والذاتية إلى الانشغال بأنشطة تفيدهم في التفاعل مع الآخرين ومن ثم تنمية قدراتهم على التواصل، وإعدادهم لتلقي برامج التعليم والتدريب، وتحقيق التكامل الحسي والتآزر الحسي الحركي كما يساعد في خفض السلوكيات النمطية والعشوائية.

ويقوم العلاج بالعمل على عدة عوامل ينبغي توفيرها لكي تتحقق الأهداف المرجوة ومن أهم هذه العوامل ما يلي:

أ. تدريب الوالدين أو الأخوة الكبار على كيفية فهم سلوك الأطفال وملاحظتهم أثناء اللعب التلقائي.

ب. تعديل الظروف البيئية المحيطة بالأطفال لتلاءم احتياجاتهم الحسية.

ت. تنظيم الاستجابات الحسية للأطفال ليشملها تكامل حسي.

ث. بدء العلاج بطريقة فردية وقياس مستوى تفاعل الطفل مع الأشياء.

ج. تشجيع الطفل على التفاعل مع الآخرين وإبراز إمكاناته وقدراته أمامهم.

ح مساعدة الطفل على اختيار العمل الذي يناسبه من حيث المرحلة العمرية والعمر العقلي وقد يكون دمية أو لعبة أو نشاط.

خ. تجاهل السلوكيات غير الهادفة وتشجيع السلوكيات المطلوبة لإكمال العمل الذي بدأه.

د. توفير البيئة الآمنة والهادئة للطفل. ذ عقد جلسات لأسر الأطفال لتبادل الحوار مع المعالجين. ر. يجب أن يستمر العلاج بالعمل للأطفال التوحد مدة لا تقل عن عشرين شهراً، جلسة يومياً تتراوح مدتها ما بين (20-30) دقيقة، ويراعى اختيار الوقت الملائم للطفل.

7-4- العلاج بالفن:

يعتبر العلاج بالفن من أهم أنواع العلاج المتبع مع الأطفال التوحدين حيث يساعد على تنمية إدراكهم الحسي وذلك من خلال تنمية الإدراك البصري لديهم عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم ، وأيضاً الإدراك اللمسي عن طريق ملامسة السطوح مثل الطفل العادي، وقد اعتبر (أرسطو) أن الفن وسيلة يعبر بها الأفراد عن أنفسهم أي يمكن عن طريق الفن التنفيس عن الانفعالات والمكتوبات الداخلية ، ومن هنا يعتبر الفن البسيط الناجح في علاج الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الأفراد سواء كبراً أو صغاراً أو عاديين أو غير عاديين.

ويشير (عبد المطلب 1996) الى أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المستخدمة في الأنشطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالقدرة على الإنجاز ، وتساهم في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطور فنون التوافق والتآزر الحسي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضيف أيضاً أنها تساعد الطفل التوحدي على الإفصاح عما بداخله من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يساهم في التنفيس عما يعانيه من انفعالات وعدم اتزان. (عبد المطلب، 1996، ص 121، 122)

ومن متطلبات العلاج بالفن:

أولاً: الزمن:

يتم تحديد زمن كل جلسة على حسب حالة الطفل، وأيضاً يكون العلاج فردياً أو جماعياً أو مختصراً، ومن المهم أن تكون جلسات العلاج بالفن متصلة ومستمرة، ويفضل ألا تقل مدة الجلسة عن ساعة أو اثنين للجلسة الواحدة وألا يقل عدد الجلسات عن جلسة واحدة في الأسبوع.

ثانياً: الأنشطة الفنية:

يقصد بذلك الأنشطة الفعلية في العلاج بالفن، وهناك أنشطة فنية يطلب من المريض القيام بها، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها، ويتوقف ذلك حسب الهدف المحدد.

ثالثاً: المواد التي يجب توافرها وأهمها:

ألوان الباستيل – الفلوماستر وألوان المياه الفرش – الصلصال والورق – المقصات والأشغال الفنية والطباعة والصمغ، وألوان متنوعة أخرى.

رابعاً: مضمون الجلسة:

يتفاوت مضمون الجلسة من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوفرة وحسب الزمن المتاح وحسب ما إذا كان العلاج فردياً أو جماعياً وحسب الهدف من العلاج. (محمود، 2018، ص 457-458)

خلاصة:

يعد اضطراب طيف التوحد أحد اضطرابات النمو العصبي التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتميز بخلل في التفاعل الاجتماعي، وضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، ووجود أنماط سلوكية متكررة ومقيدة، تختلف شدة الأعراض من طفل لآخر، مما يجعل الطيف واسعاً ومتفاوتاً في مظاهره، ويعزى ظهور هذا الاضطراب إلى تداخل عوامل بيولوجية وعصبية وجينية، كما يشكل طيف التوحد تحدياً كبيراً للأسرة والمحيط التربوي، مما يستدعي تشخيصاً مبكراً وتدخلات متعددة التخصصات لتحسين جودة حياة الطفل وتسهيل دمجهِ في المجتمع.

القسم الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1- المنهج المتبع في الدراسة
- 2- حدود الدراسة
- 3- الإجراءات التطبيقية للدراسة
- 4- أدوات الدراسة
- 5- الدراسة الاستطلاعية
- 6- عرض وتحليل نتائج الدراسة

خلاصة

تمهيد:

يعد الجانب المنهجي من الركائز الأساسية التي تستند عليها أي دراسة علمية، إذ يسمح بتحديد الخطوات العملية التي تم اتباعها من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية.

منهج الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، كونه الأنسب لدراسة العلاقة بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد. ويعد هذا المنهج مناسباً لتحليل الظواهر النفسية والسلوكية كما هي في الواقع، دون التدخل في تغييرها، يهدف إلى وصفها بدقة وفهم العلاقات القائمة بينها، وقد تم الاعتماد عليه بهدف جمع بيانات ميدانية تساعد على التعرف على مستوى التواصل البصري الحركي ومدى ارتباطه بمستوى التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

1- حدود الدراسة:

1-2 الحدود الزمانية:

تم إجراء الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من تحددت الحدود الزمانية لهذه الدراسة في الفترة الممتدة من (1 مارس إلى 10 أبريل 2025)، حيث تم برجة حصص التطبيق بالتنسيق مع المؤسسات المعنية، وفق جدول زمني يسمح بتطبيق الأدوات على جميع أفراد العينة.

2-2 الحدود المكانية:

أجريت الدراسة في مؤسستين متخصصتين في رعاية الأطفال وهما: عيادة الدكتور خروبي أحمد الارطفونية المتواجدة في شارع الحرمين - بن يزقن، والمركز البيداغوجي للأطفال الإحسان المتواجد بالعطف، ولاية غرداية، نظراً لتوفر العينة المناسبة والظروف المهيأة لإجراء البحث.

2-3 الحدود البشرية:

2-3-1- مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم بين (4) و(11) سنة، والذين يتابعون جلسات علاجية أو تربوية في المركز البيداغوجي الإحسان والعيادة الأورطوفونية بولاية غرداية.

2-3-2- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً مصاباً باضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين (4 و 11 سنة)، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية نظراً لتوفر الشروط المطلوبة فيهم لإجراء الدراسة، أهمها تشخيصهم المسبق من طرف مختصين باضطراب طيف التوحد، إضافة إلى قدرتهم على التفاعل بدرجة تسمح بتطبيق أدوات الدراسة عليهم، تم جمع العينة من مؤسستين متخصصتين في ولاية غرداية وهما: العيادة الأورطوفونية للدكتور خروبي أحمد التي اخترت منها (12 طفل توحد)، ومركز الإحسان بالعطف الذي اخترت منه (18 طفل توحد) ، حيث تم التنسيق مع الطاقم المختص في المؤسستين لتسهيل عملية التطبيق وضمان توفر الظروف الملائمة لإجراء الدراسة.

2- إجراءات التطبيقية للدراسة :

تمت الموافقة على إجراءات الدراسة الميدانية بعد الحصول على الموافقة من إدارتي العيادتين (العيادة الأرطفونية للدكتور خروبي أحمد، والمركز البيداغوجي الإحسان بالعطف)، وكذلك بالتنسيق مع الطاقم التربوي والمختصين العاملين مع الأطفال.

حيث قمنا في دراستنا بتطبيق اختبار التآزر البصري الحركي بشكل فردي مع كل طفل في بيئة هادئة ومريحة، وذلك لتفادي التشتت وضمان التركيز. وتتراوح مدة التطبيق لكل جلسة بين (20) إلى (30) دقيقة حسب حالة الطفل وقدرته على التفاعل.

أما بالنسبة لمقياس التفاعل الاجتماعي، فقد تم تقسيمه وتوزيعه على المربيات والمشرفات على الأطفال في المؤسسات، وذلك لأنهم الأكثر دراية بتصرفاتهم اليومية وتفاعلاتهم الاجتماعية، وقد تم إعطاؤهن تعليمات واضحة حول كيفية الإجابة على فقرات المقياس لضمان الموضوعية والدقة في التقييم.

كما استعنا في دراستنا بالملاحظة المباشرة أثناء تطبيق الاختبار، حيث تم تسجيل بعض السلوكيات الدالة على التفاعل أو ضعف التفاعل، وكذلك المؤشرات البصرية الحركية، من أجل تدعيم النتائج الكمية بمعطيات كيفية تسهم في تحليل أعمق للظاهرة المدروسة.

3- أدوات الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على ثلاث أدوات رئيسية لجمع البيانات، ولقياس متغيري التآزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

3-1 اختبار التآزر البصري الحركي (نور رضا عبيس الفنهرابي):

استخدم هذا الاختبار لقياس مدى قدرة الطفل على التنسيق بين حواسه البصرية وحركاته اليدوية. ويُعد من أهم الأدوات التي تمكن من تقييم المهارات الحركية الدقيقة ومدى انسجامها مع الإدراك البصري، وهو ما يعتبر من المؤشرات المهمة في تشخيص بعض اضطرابات النمو العصبي، بما فيها طيف التوحد. (نور، 2016، ص)

3-1-1 اعداد مفتاح تصحيح اختبار التآزر البصري الحركي:

احتسبت درجة التآزر البصري الحركة الكلية لكل طفل مصاب باضطراب طيف التوحد كآلي:

1 -اعطاء ثلاث درجات لكل نشاط في حالة إجابة الطفل عن الأسئلة الثلاثة التي يتضمنها النشاط الواحد.

2 -درجتان في حالة إجابته عن سؤالين.

3 -درجة واحدة في حالة إجابته عن سؤال واحد فقط.

4 -صفر إذا لم يجب إجابة صحيحة عن أي سؤال من الأسئلة الثلاثة للنشاط الواحد.

5- إعطاء (3) درجات للنشاط رقم 6 في حالة الإجابة الصحيحة وصفر في حالة الإجابة غير الصحيحة.

وبذلك تكون اعلى درجة (27) وأقل درجة (0). (نور، 2016)

وقد ثبت صدق وثبات هذا الاختبار من قبل صاحبه حيث اثبتت ان هذا الاختبار صالح للاستخدام وثابت ويتمتع بالخصائص السيكومترية. وقد تم التطرق الى الصدق الظاهري من قبل صاحب الاختبار حيث تحقق هذا النوع من الصدق بعرض الاختبار على (12) من خبراء متخصصا في التربية وعلم النفس الذين أستعين بأرائهم في تحديد مدى صلاحية الفقرات وكانت نسبة موافقتهم 100%. وقد تم تحليل فقرات الاختبار إحصائيا، من خلال الصدق البناء وذلك لأن القوة التمييزية للفقرات تعد أحد مؤشرات صدق البناء في الاختبارات والمقاييس (فرج، 1980، ص 313)، وإذا تراوحت معاملات الصدق بين (0.33-0.40) وجميعها دالة عند مستوى دلالة (0.05). (نور، 2016، ص 5)، وتم استخراج ثبات الاختبار من قبل صاحبه بطريقة إعادة الاختبار، وعلى النحو الآتي: طبق اختبار التآزر البصري الحركي لحساب الثبات على عينة عشوائية، تم اختيارها من مجتمع البحث يوم (20/4/2016). وتألقت تلك العينة من (40) طفل، وهم عينة التطبيق الاستطلاعي نفسها، ثم أعاد التطبيق على الأفراد أنفسهم بعد مرور مدة زمنية امدها (14) يوما على التطبيق الأول يوم (3/5/2016). وبعد تصحيح الإجابات الواردة في التطبيقين الأول والثاني، استعمل معامل ارتباط بيرسون لإيجاد معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين. وقد بلغت قيمة معامل الثبات. بهذه الطريقة (0.82)، ويعد المعامل مرتفعا ويدل على توافر صفة الثبات في الاختبار. (نور رضا عيسى، 2016، ص 5)، رغم ان هذا الاختبار صادق وثابت الا انه ارتئينا إعادة حساب خصائصه السيكومترية على عينة الدراسة.

3-2- مقياس التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد (لربيع شكري سلامة):

هو أداة لقياس مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، من حيث قدرتهم على التواصل الاستجابة، والاندماج في المواقف الاجتماعية. وقد تم الاعتماد على هذا المقياس لكون التفاعل الاجتماعي يُعد أحد الجوانب الأساسية المتأثرة لدى هذه الفئة. (ربيع، 2018، ص 95)

يهدف المقياس إلى معرفة مدى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وهو مكون من (15) عبارة ب (15) درجة، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد هي: الانتماء إلى الجماعة، والتواصل، والتعاون، بحيث يطلب من معلم التربية الخاصة في تعليمات المقياس أن يختار إجابة واحدة من بدلين (نعم - لا).

بحيث أرقام العبارات التي تقيس الانتماء إلى الجماعة هي: (1 - 4 - 7 - 10 - 13).

وأرقام العبارات التي تقيس التعاون هي: (3 - 6 - 9 - 12 - 15).

وأرقام العبارات التي تقيس التواصل هي: (2 - 5 - 8 - 11 - 14). (ربيع، 2018، ص 95)

وقد ثبت صدق وثبات هذا الاستبيان من قبل صاحبه حيث اثبت ان هذا المقياس صالح للاستخدام وثابت ويتمتع بالخصائص السيكومترية. وقد تطرق الى: حساب الصدق باستخدام صدق المحكمين، حيث تم عرض المقياس على تسعة محكمين من أساتذة التربية الخاصة وعلم النفس التربوي، وطلب منهم أبداء الرأي حول مدى وضوح وكفاية العبارات في المقياس، ومدى تحقيق المقياس للهدف منه، وتراوحت نسب الاتفاق على عناصر التحكيم ما بين (77،7-1%) وهي نسبة عالية ومقبولة. وتم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق، فبتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية قوامها (5) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد بفاصل زمني قدره (14) يوماً، تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها الأطفال على المقياس في مرقي التطبيق حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0،78) عند مستوى دلالة (0،01)، مما يدل على ثبات عال للمقياس.

رغم ان هذا الاستبيان صادق وثابت الا انه ارتئينا إعادة حساب خصائصه السيكومترية على عينة الدراسة.

1- الملاحظة:

قمنا في دراستنا بأسلوب الملاحظة المباشرة كأداة مساعدة لدعم نتائج الاختبارات والمقاييس المستعملة، حيث تم تسجيل سلوكيات الأطفال أثناء تطبيق الأدوات، مع التركيز على مؤشرات التفاعل الاجتماعي والاستجابات الحركية والبصرية في سياقات مختلفة.

تم تطبيق الأدوات بطريقة فردية داخل بيئة مألوفة للطفل، مع مراعاة الفروق الفردية في مستوى الفهم والانتباه، كما تم استخدام وسائل بيداغوجية مساعدة مثل الصور والأمثلة لتسهيل الفهم وضمان دقة النتائج.

4- الدراسة الاستطلاعية:

قمنا في دراستنا بإجراء دراسة استطلاعية تمهيدية بهدف اختبار مدى ملائمة أدوات البحث المتمثلة في مقياس التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد واختبار التأزر البصري الحركي، للتأكد من وضوح المقياس والاختبار وسهولة تطبيقهم على عينة البحث.

وقد شملت هذه الدراسة الاستطلاعية عينة صغيرة مكونة من (7) أطفال مصابين بطيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين (4-11) سنة، تم اختيارهم من عيادة الدكتور خروي أحمد الارطفونية.

سمحت لي هذه الدراسة بملاحظة بعض الجوانب التطبيقية المهمة، حيث تبين أن بعض البنود في المقياس تحتاج إلى تبسيط لغوي أو تعديل طفيف لتناسب مع القدرات الإدراكية للأطفال، كما لاحظت أن بعض الأنشطة المرتبطة بالتأزر البصري الحركي تتطلب وسائل إيضاح إضافية لجذب انتباه الأطفال وتحفيزهم على التفاعل. وبناء على هذه الملاحظات، قمت بإجراء بعض التعديلات الطفيفة على طريقة طرح الأسئلة، وطورت وسائل داعمة أكثر جاذبية للأطفال.

أسهمت هذه الدراسة الاستطلاعية في تهيئتي بشكل أفضل للمرحلة الأساسية من البحث، وساعدتني على تكييف الأداة وتحسين طريقة التطبيق بما يتناسب مع خصائص العينة المدروسة، مما يدعم مصداقية وموضوعية النتائج التي سيتم التوصل إليها لاحقاً. بحيث قمنا بحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

عرض وتحليل نتائج الدراسة:

6-1- حساب صدق وثبات أدوات للدراسة:

1-1- ثبات أدوات الدراسة:

للتحقق من مدى موثوقية الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة، تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقتين إحصائيتين شائعتين، هما: معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وذلك لكل من مقياس التفاعل الاجتماعي واختبار التأزر البصري الحركي، وقد تم ذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (1) لثبات مقياس التفاعل الاجتماعي:

طريقة حساب الثبات	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية ج1	التجزئة النصفية ج2
القيمة	0.292	0.223	- 0.230

من خلال الجدول اتضح ان قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس التفاعل الاجتماعي بلغت (0.292) وهي قيمة منخفضة تشير الى ضعف الاتساق الداخلي لبنود المقياس، كما أظهرت نتائج التجزئة النصفية ما يلي: النصف الأول: معامل ثبات (0.223)، والنصف الثاني بلغ معامل الثبات (-0.230) وهو معامل سلبي يدل على ضعف شديد في التجانس بين البنود.

التفسير:

تشير النتائج إلى أن مقياس التفاعل الاجتماعي يتمتع بدرجة ثبات ضعيفة جداً، فالقيمة المحصلة لمعامل ألفا كرونباخ (0.292) تعتبر أقل بكثير من القيمة المقبولة في الدراسات النفسية، والتي يجب أن تتجاوز (0.60) على الأقل، كما أظهرت التجزئة النصفية تفاوتاً كبيراً بين النصفين، بل إن أحد النصفين سجل قيمة سالبة، ما يعكس غياب الاتساق الداخلي بين الفقرات، مما يمكن القول ان مقياس التفاعل الاجتماعي المستخدم في الدراسة لا يتمتع بثبات كاف على المؤشرات السيكمترية، وبالتالي

من الضروري مراجعة بنود المقياس وتحسينها، أو التفكير في اعتماد مقياس آخر أكثر دقة وثباتاً في الدراسات المستقبلية.

جدول رقم (2) ثبات اختبار التآزر البصري الحركي:

التجزئة نصفية ج2	التجزئة نصفية ج1	ألفا كرونباخ	طريقة حساب الثبات
0.788	0.728	0.839	القيمة

يتضح من خلال الجدول ان قيمة معامل ألفا كرونباخ لاختبار التآزر البصري الحركي بلغت (0.839)، وهي قيمة مرتفعة تشير الى وجود اتساق داخلي جيد جدا بين فقرات الاختبار، كما أظهرت نتائج التجزئة النصفية ما يلي: النصف الأول: معامل الثبات بلغ (0.728) والنصف الثاني: معامل الثبات بلغ (0.788).

التفسير:

تشير قيمة ألفا كرونباخ (0.839) الى ان الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات، أي ان بنوده متجانسة وتقيس نفس البعد بشكل موثوق، ووفقا للمعايير السيكمومترية، فان القيم التي تفوق (0.80) تعد مرتفعة وتدل على ان الاختبار يتمتع بمصدقية وموثوقية عالية في تطبيقه على نفس العينة او عينات مشابهة. أما نتائج التجزئة النصفية قد كانت كالآتي الجزء الأول (0.728) والجزء الثاني (0.788)، وهذه القيم تؤكد كذلك وجود استقرار في النتائج حتى عند تقسيم الاختبار الى جزأين، مما يدعم مصداقية الأداء الكلي عليه، وبناء على هذه النتائج يمكن القول ان اختبار التآزر البصري الحركي صالح للاستعمال في البيئة الجزائرية مع أطفال طيف التوحد، ويعتبر أداة فعالة في قياس هذا المتغير، اذ يظهر درجة ثبات جيدة تعزز من موثوقية النتائج المتحصل عليها من خلاله.

1-2-1 صدق مقياس التفاعل الاجتماعي بطريقة المقارنة الطرفية:

للتحقق من صدق مقياس التفاعل الاجتماعي، تم الاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية، وذلك بمقارنة متوسط درجات الأفراد ذوي أعلى الدرجات وأدنى الدرجات على المقياس، باستخدام اختبار T لعينتين مستقلتين.

جدول رقم (3) يبين صدق مقياس التفاعل الاجتماعي بطريقة المقارنة الطرفية:

المجموعة	N	المتوسط (Mean)	الانحراف المعياري (SD)	الخطأ المعياري (SE)
العليا	10	26.10	0.99443	0.31447
الدنيا	10	22.40	1.42984	0.45216

من خلال النتائج المتحصل عليها باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، تم تقسيم افراد العينة الى مجموعتين، مجموعة عليا (المرتفعة في الدرجة) (N = 10)، والمتوسط بلغ (26.10)، والانحراف المعياري (0.99443)، ومجموعة دنيا (المنخفضة في الدرجة) (N = 10)، وبلغت قيمة المتوسط (22.40)، وبلغ الانحراف المعياري (1.42984)، وقد أظهرت نتائج اختبار T ما يلي:

قيمة (T = -6.718) ودرجة الدلالة الإحصائية (sig = 0.000)

التفسير:

للتأكد من صدق مقياس التفاعل الاجتماعي، تم اعتماد أسلوب المقارنة الطرفية، حيث تم تقسيم افراد العينة الى مجموعتين: مجموعة ذات درجات مرتفعة، ومجموعة ذات درجات منخفضة، ثم تم اجراء اختبار T-Test للمقارنة بين متوسط درجات المجموعتين في المقياس.

وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطرفين، حيث بلغت قيمة

(T = -6.718) وكانت قيمة الدلالة (sig = 0.000) وهي اقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على ان الفروق بين الطرفين ليست عشوائية، بل تعكس اختلافا حقيقيا في درجات

التفاعل الاجتماعي. وبالتالي، فإن هذه النتيجة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق التمييزي، أي أن فقراته قادرة على التمييز بوضوح بين الأطفال ذوي التفاعل الاجتماعي المرتفع والمنخفض، مما يؤكد صلاحيته لقياس التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد.

هذا يعني أن الفرق بين المجموعتين فرق حقيقي ومهم من الناحية الإحصائية، وهذا يدل على أن فقرات المقياس، وعليه فإن طريقة المقارنة الطرفية دعمت صلاحية المقياس في قياس التفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة، بالرغم من ضعف الثبات الذي سجل سابقاً.

2-2-1 صدق اختبار التآزر البصري الحركي بطريقة المقارنة الطرفية:

للتحقق من صدق اختبار التآزر البصري الحركي، تم تطبيق طريقة المقارنة الطرفية، وذلك بمقارنة أداء الأطفال ذوي أعلى الدرجات بأداء الأطفال ذوي أدنى الدرجات، باستخدام اختبار T لعينتين مستقلتين.

جدول رقم (4) يبين نتائج صدق اختبار التآزر البصري الحركي بطريقة المقارنة الطرفية:

المجموعة	N	المتوسط (Mean)	الانحراف المعياري (SD)	الخطأ المعياري (SE)
العليا	10	16.50	4.17000	1.31867
الدنيا	10	3.10	2.13177	0.67412

تم التحقق من صدق اختبار التآزر البصري الحركي من خلال أسلوب المقارنة الطرفية، وذلك عبر تقسيم العينة إلى مجموعتين، مجموعة ذات درجات منخفضة ومجموعة ذات درجات مرتفعة، ثم تطبيق اختبار (T-test) لقياس الفروق بين متوسطات المجموعتين.

أظهرت النتائج ان متوسط الطرف الأدنى بلغ (3.10) بانحراف معياري (2.13)، بينما بلغ متوسط الطرف الأعلى (16.50) بانحراف معياري (4.17)، وقد كانت قيمة ($T = -9.048$) بدلالة إحصائية عند مستوى (0.05)

التفسير:

اظهر اختبار T النتائج التالية قيمة ($T = -9.048$)، درجة الدلالة الإحصائية

(sig = 0.000) حيث تشير هذه النتائج إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً بشكل قوي جداً عند مستوى (0.01)، حيث ان الأطفال ذوي الأداء المرتفع سجلوا درجات أعلى بكثير من ذوي الأداء المنخفض، وهذا يدل على أن اختبار التأزر البصري الحركي يتمتع بدرجة عالية من صدق المقارنة، أي انه قادر على التمييز بدقة بين الأفراد تبعاً لاختلاف قدراتهم في هذا الجانب، وعليه يمكن اعتبار الاختبار أداة صادقة وفعالة في قياس التأزر البصري الحركي لدى الأطفال في عينة هذه الدراسة، بحيث تبين ان الاختبار كان قادراً على التمييز بوضوح بين الأطفال ذوي التأزر البصري الحركي العالي والمنخفض، مما يؤكد ان له صدقاً تمييزياً قوياً، ويعد هذا مؤشراً على ان فقرات الاختبار تقيس فعلاً السمة المستهدفة، وهي التأزر البصري الحركي لدى أطفال طيف التوحد، وبالتالي يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة صادقة في قياس التأزر البصري الحركي لدى هذه الفئة، خاصة في اطار الدراسات النفسية والتربوية التي تتطلب تقييماً دقيقاً لهذا النوع من المهارات.

2- التأكد من التوزيع الطبيعي ودراسة العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والتأزر

البصري الحركي:

2-1- التوزيع الطبيعي لمقياس التفاعل الاجتماعي:

من أجل التحقق من طبيعة توزيع البيانات الخاصة بمقياس التفاعل الاجتماعي، تم استخدام كل من اختبار كورموغروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) واختبار شايفرو-ويلك (Shapiro-Wilk)، حيث أظهرت النتائج ما يلي:

جدول رقم (5) يبين التوزيع الطبيعي لمقياس التفاعل الاجتماعي:

الاختبار	الإحصائية	N	Sig
Kolmogorov-Smirnov	0.109	30	0.200
Shapiro-Wilk	0.957	30	0.252

أظهر اختبار Kolmogorov-Smirnov قيمة إحصائية قدرها (0.109) عن عدد افراد (30)، وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (sig = 0.200)، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، اما اختبار Shapiro-wilk فقد أظهر قيمة إحصائية قدرها (0.957)، لنفس عدد الأفراد (N= 30)، وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (sig = 0.252)، وهي أيضا أكبر من (0.05).

التفسير:

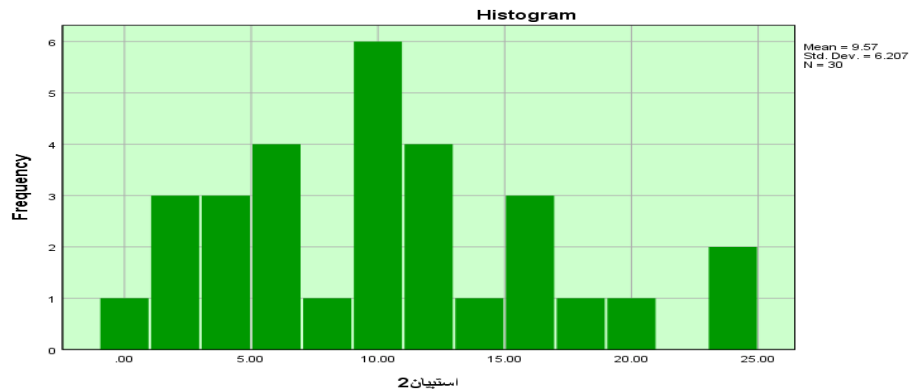
اعتمادا على نتائج اختباري Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-Wilk والتي بلغت فيهما قيمة الدلالة الإحصائية النتائج التالية:

في اختبار Kolmogorov-Smirnov: الإحصائية (0.109) وقيمة (sig= 0.200).

وفي اختبار Shapiro-Wilk: الإحصائية (0.957) وقيمة (sig= 0.252).

وبما ان كلتا القيمتين أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05)، فان هذا يشير الى عدم وجود فروق معنوية بين التوزيع التجريبي والتوزيع الطبيعي المفترض، أي ان البيانات الخاصة بمقياس

التفاعل الاجتماعي تتوزع توزيعاً طبيعياً، وبالتالي فإن هذه النتائج تتيح استخدام الأساليب الإحصائية البارامترية في تحليل البيانات الخاصة بهذا المتغير، مثل اختبار "ت" للعينات المستقلة، ومعامل الارتباط بيرسون، وغيرها من الاختبارات التي تفترض الطبيعة الطبيعية للبيانات.



الشكل (1) أعمدة بيانية تمثل التوزيع الطبيعي للتفاعل الاجتماعي

2-2- تحليل العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والتآزر البصري الحركي:

للتأكد من وجود علاقة بين استجابات أفراد العينة على كل من مقياس التفاعل الاجتماعي والتآزر البصري الحركي، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)، وقد أسفرت النتائج عما يلي:

جدول رقم (6) يبين العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والتآزر البصري الحركي لدى أطفال طيف التوحد:

عدد الأفراد (N)	Sig	معامل الارتباط (Pearson)	المتغيران
30	0.310	-0.192	التفاعل الاجتماعي + التآزر البصري الحركي

يوضح الجدول نتائج معامل الارتباط بيرسون بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($r = -0.192$) عند دلالة ($\text{sig} = 0.310$)، وهي قيمة أعلى من المستوى المعتمد للدلالة الإحصائية (0.05) حيث تشير هذه النتائج الى وجود علاقة سلبية ضعيفة وغير دالة احصائيا.

التفسير:

يتضح من الجدول أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متغيري التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي بلغت (-0.192) وهي قيمة سالبة تشير الى وجود علاقة عكسية ضعيفة جدا بين المتغيرين، غير أن مستوى الدلالة الإحصائية المرتبط بهذه العلاقة بلغ ($\text{sig} = 0.310$) وهو أعلى من مستوى الدلالة المعتمد في هذه الدراسة (0.05)، ما يعني أن العلاقة غير دالة احصائيا، وبذلك لا يمكن تعميم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين في هذه العينة.

وبناء على ذلك، يمكن القول انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد ضمن العينة المدروسة، وهو ما يدفع الى الاعتقاد بأن كل من المهارتين تتأثر بعوامل مختلفة، وقد تتطور بشكل مستقل لدى هذه الفئة.

يمكن ان تفسر هذه النتيجة بمجموعة من العوامل، أبرزها طبيعة اضطراب طيف التوحد نفسه، الذي يتميز بتباين شديد في القدرات الفردية، بالإضافة الى إمكانية تأثر كل من التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي بعوامل مختلفة، مثل شدة الاضطراب، البيئة الاجتماعية، ونوعية البرامج التأهيلية المقدمة. وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات السابقة التي لم تجد علاقة مباشرة بين المهارات الحركية الدقيقة والقدرات الاجتماعية، في حين تخالف دراسات أخرى أشارت الى وجود ترابط بين القدرتين، وهو ما يعكس الطابع المعتقد والمتعدد لاضطراب طيف التوحد، ومنه قد تمت الإجابة على التساؤل الأول والذي نصه "هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟"، وهذا ما أكدته نتائج الجدول المتوصل اليها والمبنية أعلاه.

2-3- تحليل العلاقة بين التفاعل الاجتماعي وعبارات اختبار التآزر البصري الحركي:

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لدراسة العلاقة بين درجات الأفراد على مقياس التفاعل الاجتماعي وكل عبارة من عبارات اختبار التآزر البصري الحركي. وقد أظهرت النتائج أن أغلب العبارات لم تكن ذات دلالة إحصائية، باستثناء العبارة رقم (4) التي أظهرت علاقة دالة، كما هو موضح في الجدول:

جدول رقم (7) يبين تحليل العلاقة بين التفاعل الاجتماعي وعبارات التآزر البصري الحركي:

الدلالة	Sig	معامل الارتباط (Pearson)	العبارة
دالة إحصائية	0.022	0.418	العبارة (4) وهي: تتبع أسهم الاتجاهات لإغلاق المثلث والمربع والمستطيل

يتضح من خلال نتائج تحليل معامل الارتباط وجود علاقة طردية متوسطة بين التفاعل الاجتماعي والعبارة الرابعة من اختبار التآزر البصري الحركي، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.418$) عند مستوى دلالة ($sig = 0.022$)، وتعد هذه العلاقة ذات دلالة إحصائية كون قيمة الدلالة أقل من (0.05)، مما يشير إلى وجود ارتباط حقيقي بين أداء الأطفال في هذه العبارة ومستوى تفاعلهم الاجتماعي.

التفسير:

أظهرت نتائج تحليل معامل بيرسون وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال على مقياس التفاعل الاجتماعي وأدائهم في العبارة الرابعة من اختبار التآزر البصري الحركي، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = -0.418$)، وهي علاقة عكسية متوسطة القوة، ودالة إحصائية عند مستوى ($sig = 0.022$)، مما يعني أن كلما انخفض الأداء في هذه العبارة، ارتفع مستوى التفاعل الاجتماعي، أو العكس.

ويمكن تفسير هذه العلاقة على ضوء ما تشير إليه العبارة الرابعة في اختبار التآزر البصري الحركي، والتي قد تقيس نوعاً محدداً من التنسيق الحركي المرتبط بالانتباه البصري أو التحكم الدقيق بالحركة. إن وجود علاقة عكسية مع التفاعل الاجتماعي قد يدل على أن بعض الأطفال الذين يظهرون كفاءة في هذه

المهارة المعنية يواجهون صعوبات في جوانب التواصل الاجتماعي، ما قد يعكس اختلالاً في التكامل بين الجوانب الإدراكية الحركية والاجتماعية لدى فئة أطفال طيف التوحد، وهذا يتماشى مع ما تشير إليه العديد من الدراسات حول الطبيعة الغير المتجانسة لنمط النمو لدى هذه الفئة، بحيث يمكن لطفل أن يظهر تميزاً في مهارة معينة مقابل ضعف مهارة أخرى، حيث أنه بالرغم من أن الطفل لديه تأزر بصري حركي جيد فهذا لا يعني اكتسابه لتفاعل اجتماعي جيد، لأن اضطراب طيف التوحد اضطراب في التواصل والتفاعل الاجتماعي حتى بتقدم العمر.

-الفروق حسب متغير الجنس : جدول رقم (8) يبين الفروق بين الذكور والاناث في التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي :

الدالة الإحصائية	Sig(2-tailed)	Df	T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	N	الجنس	المتغير
غير دالة	0.664	16.465	0.442	4.19	10.29	7	اناث	التأزر البصري الحركي
				6.77	9.35	23	ذكور	
غير دالة	0.239	15.464	1.225	1.29	25.00	7	اناث	التفاعل الاجتماعي
				1.98	24.00	23	ذكور	

يتضح من خلال جدول تحليل الفروق بين الذكور والإناث في متغيري التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي باستخدام اختبار "ت" (T- test) لعينتين مستقلتين، أن:

بالنسبة لمتغير التأزر البصري الحركي، بلغ متوسط أداء الاناث (10.29) بانحراف معياري (4.19)، بينما بلغ متوسط أداء الذكور (9.35) بانحراف معياري (6.77).

نتائج اختبار "ت" أظهرت قيمة ($T = 0.442$) بدرجة حرية ($df = 16.465$)، وكانت قيمة الدلالة الإحصائية ($sig = 0.664$) أكبر من 0.05، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في هذا المتغير.

أما في متغير التفاعل الاجتماعي، فقد بلغ متوسط الإناث (25.00) بانحراف معياري (1.29)، مقابل متوسط الذكور (24.22) بانحراف معياري (1.98).

قيمة T بلغت (1.225) بدرجة حرية ($df = 15.464$) وبقية دلالة ($sig = 0.239$) التي تفوق المستوى المعتمد (0.05)، مما يدل كذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في التفاعل الاجتماعي.

التفسير:

- بالنسبة لاختبار التآزر البصري الحركي من خلال اختبار (T -test) لعينتين مستقلتين، تبين أن قيمة الدلالة الإحصائية بلغت ($sig = 0.0733$) عند افتراض تساوي التباين، وهي قيمة أعلى من 0.05 مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مهارة التآزر البصري الحركي.

وقد بلغ متوسط الذكور (9.34) بانحراف معياري (6.76)، في حين بلغ متوسط الإناث (10.28) بانحراف معياري (4.19)، وهو ما يعكس تقارب النتائج بين الجنسين.

وبالتالي نستنتج أن متغير الجنس لا يؤثر تأثيراً معنوياً في مستوى التآزر البصري الحركي لدى أطفال طيف التوحد في هذه العينة.

ويتضح ان تفسير هذه النتيجة يعود الى ان كلا الجنسين في فئة طيف التوحد يعانون من اضطرابات في المهارات الحركية الدقيقة والبصرية بنفس الدرجة تقريبا، وهو ما يتماشى مع بعض الدراسات التي تؤكد أن الخصائص النمائية الحركية لدى أطفال طيف التوحد لا تختلف بشكل كبير بين الجنسين.

اما بالنسبة للتفاعل الاجتماعي فقد أظهرت نتائج اختبار (T-test) لقياس الفروق بين الذكور والاناث في التفاعل الاجتماعي أن قيمة الدلالة الإحصائية بلغت ($\text{sig} = 0.336$) عند افتراض تساوي التباين، وهي قيمة تفوق مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في هذا المتغير.

وقد بلغ متوسط التفاعل الاجتماعي لدى الاناث (24.00) بانحراف معياري (1.29)، بينما بلغ لدى الذكور (24.21) بانحراف معياري (1.97)، مما يشير الى تقارب متوسطات الأداء بين الجنسين، عليه نستنتج أن متغير الجنس لا يحدث فروقا في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد في العينة المدروسة.

وتفسير هذه النتيجة يعود الى ان الصعوبات الاجتماعية هي من الخصائص الجوهرية لاضطراب طيف التوحد، وتظهر نفسها بطرق متشابهة بين الذكور والإناث، لا سيما في المراحل العمرية المبكرة التي قد لا تظهر فيها الفروق الاجتماعية المرتبطة بالنوع بشكل واضح.

بحيث لا توجد فروق إحصائية مهمة بين الذكور والاناث في متغيري التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، ومنه قد تم الإجابة على التساؤل الثاني "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي تعود لمتغير الجنس؟".

3- الفروق حسب متغير شدة اضطراب التوحد:

جدول رقم (9) يبين الفروق حسب متغير الشدة لاضطراب طيف التوحد:

المتغير	F	Sig.F	T	Df	Sig (2- tailed)	فرق المتوسطات	الخطأ المعياري للفرق	الأدنى 95% CI	الأعلى 95% CI
التأزر البصري الحركي	4.428	0.044	-6.326	28	0.000	-9.55556	1.51045	- 12.64958	- 6.46153
بدون افتراض تساوي التباين			-7.049	27.393	0.000	-9.55556	1.35560	- 12.33515	- 6.77596
التفاعل الاجتماعي	1.011	0.323	0.638	28	0.529	0.44444	0.69643	-0.98212	1.87101
بدون افتراض تساوي التباين			0.674	27.401	0.506	0.44444	0.65910	-0.90699	1.79587

يوضح الجدول نتائج اختبار (T) لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق في كل من التأزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المصابين بطيف التوحد، وذلك حسب متغير شدة الاضطراب (خفيفة/ متوسطة). وقد أسفرت النتائج عما يلي:

أولاً: التأزر البصري الحركي:

أظهرت نتائج اختبار (T) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية بين الأطفال ذوي الاضطراب الخفيف وذوي الاضطراب المتوسط في التأزر البصري الحركي. حيث كانت قيمة (T = -6.326) بدرجة حرية (df = 28) وبقية دلالة (sig = 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً.

كما بلغت قيمة فرق المتوسطات (-9.55556) وهو فرق كبير لصالح فئة الاضطراب الخفيف، حيث أظهر الأطفال من هذه الفئة مستوى أعلى بكثير في التآزر البصري الحركي مقارنة بأقرانهم من الفئة المتوسطة. ويعكس هذا تأثيراً ملحوظاً لشدة الاضطراب على القدرات الحركية والبصرية، اذ كلما زادت شدة الاضطراب، انخفض مستوى التآزر البصري الحركي.

بالنسبة للتفاعل الاجتماعي لم تظهر نتائج اختبار (T) فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في التفاعل الاجتماعي، حيث كانت قيمة (T= 0.638) بدرجة حرية (df= 28) وبقية دلالة (sig = 0.529)، وهي أعلى من (0.05) مما يعني ان الفروق بين متوسطي الأداء غير معنوية. رغم وجود فرق طفيف في المتوسطات (0.44)، إلا أن هذا الفرق لم يكن كافياً ليعتبر دالاً إحصائياً، وبالتالي، يمكن القول إن شدة اضطراب التوحد لم تؤثر على التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال في هذه العينة.

التفسير:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التآزر البصري الحركي بين الأطفال حسب شدة الاضطراب، وهي في صالح ذوي الاضطراب الخفيف. بينما لا توجد فروق معنوية في التفاعل الاجتماعي حسب شدة الاضطراب.

بالنسبة للتآزر البصري الحركي أظهرت نتائج اختبار (T- test) بين الأطفال ذوي الاضطراب " المتوسط " و "الخفيف" أن: قيمة الدلالة الإحصائية (sig=0.000) وهي اقل من (0.05) وقيمة (T= -6.326) (عند افتراض تساوي التباين)، ومتوسط الأطفال ذوي الاضطراب الخفيف بلغ (13.38)، بينما الأطفال ذوي الاضطراب المتوسط بلغ (3.83) هذا الفرق كبير ذو دلالة إحصائية واضحة، ما يشير الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التآزر البصري الحركي تعزى لمتغير شدة الاضطراب.

وبالتالي، نستنتج أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الخفيف يتمتعون بمستويات أعلى من التآزر البصري الحركي مقارنة بالأطفال ذوي الاضطراب المتوسط، ما يدل على تأثير شدة الاضطراب على أداء المهارة.

بحيث هذا الفارق الكبير يفسر بأن شدة الاضطراب تؤثر سلباً على قدرة الطفل على التنسيق بين العين واليد، فكلما زادت شدة أعراض التوحد، تراجعت كفاءة المهارات الحركية الدقيقة والبصرية، وهو ما تؤكد أدبيات التوحد التي تشير إلى أن الأعراض النمائية تزداد حدة كلما ارتفع مستوى الاضطراب .

أما بالنسبة للتفاعل الاجتماعي أظهرت نتائج اختبار (T-test) بين الأطفال ذوي الاضطراب "المتوسط و "الخفيف" أن : قيمة الدلالة الإحصائية ($\text{sig} = 0.529$) وهي قيمة أكبر من (0.05)، وقيمة $T = 0.638$ (عند افتراض تساوي التباين)، ومتوسط التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الاضطراب المتوسط بلغ 24.66، بينما بلغ لدى الأطفال ذوي الاضطراب الخفيف 24.22. هذه النتائج تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي تعزى إلى شدة الاضطراب . وبالتالي نستنتج أن شدة اضطراب طيف التوحد لا تؤثر بشكل معنوي في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال في العينة المدروسة . يفسر ذلك بأن جوانب التفاعل الاجتماعي تعد من السمات الأساسية في اضطراب التوحد، وتبقى متأثرة بدرجات متفاوتة حتى في الحالات الخفيفة، ما يجعل الفروق أقل وضوحاً إحصائياً مقارنة بباقي المتغيرات كالتآزر البصري الحركي . ومنه قد تم الإجابة على التساؤل الثالث " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التآزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي تعود لشدة الاضطراب؟".

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام للدراسة:

تعد اضطرابات طيف التوحد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا، والتي تستدعي فهما دقيقا لمظاهرها وسلوكياتها المتنوعة. وفي هذا الإطار، هدفت دراستنا الى تسليط الضوء على بعدين أساسيين من أبعاد النمو، وهما: التآزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي، باعتبارهما من المؤشرات المهمة التي تمكن الطفل من التكيف والتواصل مع محيطه.

وقد انطلقت الباحثة من تساؤلات تمحورت حول مدى وجود فروق في التآزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي تبعا لمتغيري الجنس وشدة الاضطراب. إضافة الى البحث عن علاقة محتملة بين هذين المتغيرين. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم استخدام أدوات مقننة (مقياس التفاعل الاجتماعي، واختبار التآزر البصري الحركي)، على عينة قومية (30) طفلا من أطفال طيف التوحد تراوحت شدة اضطرابهم بين الخفيفة والمتوسطة.

أسفرت نتائج المعالجة الإحصائية عما يلي:

على مستوى الخصائص السيكمومترية للأدوات، بين اختبار التآزر البصري الحركي مستوى ثبات مرتفع (ألفا كرونباخ = 0.839)، ما يعكس موثوقيته وملاءمته لقياس هذا البعد، في حين كان ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي ضعيفا (ألفا = 0.292)، وهو ما يفرض أخذ الحيطة في تفسير نتائجه، وقد يعكس الحاجة الى تكيفه أو مراجعته ليناسب العينة المحلية.

فيما يخص الفروق حسب الجنس، لم تسجل الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية في التفاعل الاجتماعي أو التآزر البصري الحركي بين الذكور والإناث، ما يدل على أن الأداء لا يتأثر بالجنس لدى أطفال طيف التوحد في هذا السياق.

وفيما يخص الفروق حسب شدة الاضطراب، تم رصد فروق ذات دلالة إحصائية في التآزر البصري الحركي، حيث تفوق الأطفال ذوو الاضطراب الخفيف على نظرائهم من ذوي الاضطراب المتوسط، ما يبرز تأثير درجة الشدة على القدرات الحركية الدقيقة، بينما لم تسجل فروق معتبرة في التفاعل الاجتماعي حسب الشدة.

اما العلاقة بين التآزر البصري الحركي والتفاعل الاجتماعي، فقد بينت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، مما يدل على أن كل متغير يتأثر بعوامل مختلفة وقد يتطلب مقاربات تشخيصية وتربوية منفصلة.

انطلاقاً من هذه النتائج، يمكن القول إن التآزر البصري الحركي يتأثر بشكل مباشر بمستوى الاضطراب، وهو ما يستدعي إعطاء أهمية أكبر للتدريب الحركي، ضمن البرامج التأهيلية. أما التفاعل الاجتماعي، فيبدو أكثر ارتباطاً بعوامل خارجية لم تشملها هذه الدراسة مثل درجة التقبل الاسري، وجود برامج تدخل مبكر، أو مستوى الاندماج في البيئة المدرسية.

وبذلك، تقدم هذه الدراسة مساهمة متواضعة في الأدبيات النفسية والتربوية المتعلقة بطيف التوحد، وتفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تعتمد على عينات أكبر وتتناول متغيرات أخرى قد تسهم في تعزيز الفهم العلمي لهذه الفئة وتطوير طرق التكفل بها بشكل أكثر فاعلية وتخصصاً.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة، نقترح مجموعة من التوصيات التي قد تسهم في تحسين التكفل النفسي والتربوي بأطفال طيف التوحد:

- 1- التركيز على تنمية التأزر البصري الحركي لدى الأطفال ذوي الاضطراب المتوسط والشديد من خلال برامج تدريبية متخصصة تراعي مستوى الشدة.
- 2- مراجعة ونكيف مقاييس التفاعل الاجتماعي المستعملة محليا لضمان ملاءمتها للبيئة الجزائرية، وتحقيق مستويات أفضل من الصدق والثبات.
- 3- اشراك الأسرة في التدخلات العلاجية، خاصة تلك المتعلقة بتعزيز التفاعل الاجتماعي، نظرا للدور الكبير الذي تلعبه البيئة المنزلية في تنمية هذا البعد.
- 4- تشجيع التنسيق بين المختصين (الأرطفوني، النفسي، الحركي) من اجل تقديم تدخل تكاملي متعدد الأبعاد يستجيب لاحتياجات الطفل التوحيدي بشكل شامل.

مقترحات لبحوث مستقبلية:

استنادا الى حدود الدراسة الحالية، تقترح الباحثة إنجاز دراسات مستقبلية تأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- 1- دراسة العلاقة بين التأزر البصري الحركي ومتغيرات أخرى.
- 2- اجراء دراسات مقارنة بين أطفال التوحد وأطفال يعانون من اضطرابات نمائية أخرى في التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي.
- 3- دراسة فعالية برامج تدخل علاجية محددة تستهدف تنمية التأزر البصري الحركي وتأثيرها على التفاعل الاجتماعي.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

الكتب والمصادر:

- 1- حمدي، (2020)، اضطراب طيف التوحد مشكلات المعالجة الحسية ومشكلات تناول الطعام، دار نبتة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 2- وفاء أبو المعاطي يوسف، (2019)، برنامج تدريبي للطالب المعلمة لتصميم القصة تفاعلية اللازمة لتقديم مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة.
- 3- عامر، طارق عبد الرؤوف، (2019)، الطفل التوحد، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
- 4- عبد الجليل، إبراهيم زكي، (2019)، مهارات الحب الوالدي: مدخل علاج وتأهيل طفل التوحد (الأوتيزم)، أطلس للنشر والإنتاج الغذائي، الجيزة.
- 5- شيرين البدر اوي عبد التواب السعيد، 2017، التوحد لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، المجلد الرابع- العدد الثاني، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
- 6- ملحم، سامي محمد، (2011) القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، ط5، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- 7- فرج، صفوت (1980)، القياس النفسي، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 8- علا عبد الباقي (2011)، اضطراب التوحد (الأوتيزم) أعراضه أسبابه وطرق علاجه، عالم الكتب، القاهرة

- 9- المرشدي، ولاء محمد ابراهيم السيد و محمد السيد (2022). التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمهام نظرية العقل لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب طيف التوحد، المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، مصر.
- 10- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2015) إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، دار المسيرة، عمان.
- 11- - ابراهيم الخطيب وآخرين (2003)، التنشئة الاجتماعية للطفل، دار الثقافة، عمان.
- 12- أسماء السرسى، أماني عبد المقصود (ب. ت) مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال، الأنجلو المصرية، القاهرة
- 13- حامد زهران (2000)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 14- توفيق مرعي وأحمد بلقيس (1984)، الميسر في علم النفس الاجتماعي، دار الفرقان، عمان
- 15- - وفيق صفوت مختار (2018) أطفال التوحد الأوتيزم، الجيزة، أطلس والإنتاج الإعلامي.
- 16- - الزريقات إبراهيم، (2004)، التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، عمان
- 17- صفاء حسن حاسن الككبكي (2024)، الإضطرابات السلوكية والانفعالية لدى أطفال طيف التوحد وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي من وجهة نظر الأسر بمدينة مكة المكرمة، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، مكة المكرمة.

- 18- شحاته، حسن؛ النجار، زينب؛ عمار حامد (2003) معجم المصطلحات التربوية والنفسية. الدار المصرية، مصر
- 19- عدنان غائب راشد وحسين على كعيد (2016) أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية في تنمية المهارات الاجتماعية المعاقين حركيا، مجلة كلية التربية الأساسية.
- 20- رحاب محمد محمد (2020) فعالية برنامج للتكامل الحسي في تنمية الوعي بالجسم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كلية علوم ذوي الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق
- 21- عبد الرحمن سليمان (2004)، اضطراب التوحد، ط ٣ ، مكتبة، زهراء الشرق، القاهرة
- 22- شاكراً عقلة محاميد (2003) علم النفس الاجتماعي دار المدى للطباعة والنشر، عمان، الأردن
- 23- عبد الرحمان سيد سليمان (2004)، اضطراب التوحد، ط3، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق
- 24- بو عباس، يوسف عبد الرسول وحسن عبد الحميد سعيد وزايد، كاشف نايف (2008) دراسة مقارنة للقدرات الإدراكية بين عينة من تلاميذ الحلقة الأولى في التعليم الأساسي في سلطنة عمان ودولة الكويت، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس - سلطنة عمان.
- 25- جابر، جابر عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1996)، علم النفس والطب النفسي، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر

- 26- زهران حامد عبد السلام (1987) قاموس علم النفس، ط2، عالم الكتاب الحديث، القاهرة، مصر
- 27- شريف عبد الستار طاهر (1985) قاموس علم النفس، مطبعة علاء، بغداد – العراق
- 28- عاقل، فاخر (1988) معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت – لبنان
- 29- عبد المطلب أمين القريطى (1996) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة
- 30- جابريل، هيلين، كاش سانت وتشيا (2006)، المهارات الحركية والحسية لذوي الاحتياجات الخاصة في مراحل النمو المبكرة. دار الفاروق.
- 31- المرشدي، عماد حسين عبيد (2014) نظريات بطى التعلم، جامعة بابل، كلية التربية الأساسية، جامعة بابل، الحلة – العراق
- 32- الفخراني، خالد إبراهيم سعد. (1995) . التآزر البصري - الحركي لدى الأطفال مضطر إلى التركيز على التركيز الزائد وبدونه. المؤتمر الدولي الثاني للدعوة الطبية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الموهوبون - المعاقون). مركز الأمراض النفسية، جامعة عين شمس، مصر
- 33- بتول بناي زبييري، رفيف عبد الحافظ محمد (2017) قياس مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين مركز دراسات البصرة والخليج العربي، جامعة البصرة، مجلد 45، العدد 1، 2، العراق

- 34- إبراهيم، علا عبد الباقي (2011) اضطراب التوحد الأوتيزم أعراضه أسبابه وطرق علاجه الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة
- 35- لطفي الشربيني، (2015)، دليل التعامل مع حالات التوحد، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية
- 36- بدر، إبراهيم محمود (2004)، الطفل التوحدي تشخيص وعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة
- 37- حمدان، محمد زياد (2002) : التوحد لدى الأطفال - اضطراباته وتشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة الفيحاء
- 38- حافظ بطرس بطرس (2010) إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسره، دار المسيرة، الأردن
- 39- السيد محمد رحمة عبد الرحمان (2018) الاداء الوظيفي الاسري وعلاقته باللغة البراغمية واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الاطفال ذوو اضطراب طيف التوحد رسالة ماجستير في التربية، جامعة القاهرة.
- 40- آل إسماعيل حازم رضوان (2012) التوحد واضطرابات التواصل، طبعة 1، دار مجدولاي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 41- فتيحة سعيدة نواصر، (2022)، تحليل السلوك التطبيقي، طبعة 3، دار الموج الأخضر للنشر، تلمسان، الجزائر
- 42- عادل عبد الله محمد (2008): العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، ط1، دار الرشاد للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر
- 43- محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، (2018) ، التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق

- 44- مدلل شهرزاد (2015) الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحيدي من وجهة نظر المربية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، جامعة بسكرة.
- 45- غرايبيية محمد الطيب، 2022، التشخيص باستخدام الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-5-TR ، ط1، دار المثقف للنشر والتوزيع، الجزائر، باتنة.
- 46- عبد العزيز السيد الشخص (2014)، اضطراب التوحد التشخيص والعلاج والتأهيل، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 47- كولين تيريل، الدكتوراة تيري باسينجر، 2013 التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء، المجلة العربية، ط1، الرياض.
- 48- تامر سهيل (2020)، التوحد (التعريف الأسباب والتشخيص والعلاج)، الإصدار العلمي للنشر والتوزيع، عمان.
- 49- عسيلة كوثر حسن (2006)، التوحد، ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- 50- سليم النجار، (2006)، التوحد واضطراب السلوك، دار أسامة المشرق الثقافي، الأردن.
- 51- كيجل، مريم (2020). التوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، مذكرة الماستر علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة
- 52- شاكور، سوسن. (2010). التوحد - أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه، عمان الأردن: دار النشر ديبونو.

- 53- جمال خلف، (2016)، اضطرابات طيف التوحد، التشخيص والتدخلات العلاجية، ط 1، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 54- حاج شعيب فؤاد ياسين (2018)، تأثير إيقاع القرآن الكريم على الانتباه عند الأطفال المصابين بطيف التوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر ارطوفونيا، جامعة مستغانم.
- 55- الشربيني وآخرون. (2011). التوحد (الأسباب، التشخيص - العلاج، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 56- رائد خليل، (2006)، التوحد، ط1، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- 57- دعو سميرة، شنوفي نورة (2013) : الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، جامعة البويرة.
- 58- خطاب محمد، (2010)، سيكولوجية الطفل التوحدي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان
- 59- سليمان، السيد عبد الحميد (2002)، فاعلية برنامج علاج صعوبات الإدراك البصري وتحسين مستوى القراءة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، دراسات تربوية واجتماعية، مصر.
- 60- نور رضا عبيس الفهراوي(2016)، التآزر البصري الحركي لدى صفوف التربية الخاصة و اقراهم العاديين في محافظة بابل، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة بابل.

61- الصايغ أمال محمد (2013)، دراسة مقارنة لمهارات التأزر البصري الحركي ومستوى الصلابة النفسية في ضوء متغيري الإعاقة السمعية، السواء لدى عينة من طالبات الجامعة، كلية التربية، جامعة الأزهر، جمهورية مصر.

62- ربيع شكري سلامة عبد الحافظ،(2018)، المهارات الحياتية لتفاعل الطفل التوحد، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

المراجع والمصادر باللغة الأجنبية:

- 1- Bernadette Rogé, (2003), l'autisme comprendre et agir, Dunod, Paris.
- 2- - Walkley,J.(1995). Motor Skills & PerceptualMotor Programs, USA: The ACHPER HealthyLifestyle Journal.
- 3- Fiallahan, Daniel, P. Kruftinen, Jarmer, M Pullen, Paige, c. (2012). Exceptional Learners; Introduction tospecial education. Boston, New York Allyn Hacon
- 4- oliver,B,kimberly(2013) visual, Motor, and Visual-Motor Integration Difficulties in Students with Autism Spectrum Disorders,College of Education, University of Georgia,Georgia,USA.
- 5- Buitelaar, Jan K & Edited by Gregory Bock and Jamie Goode (2003): Autism: Neural Basis and Treatment Possibilities, Novartis Foundation, UK

- 6- Graven, S. N. and J. V. Browne (2008). Visual Development in the Human Fetus, Infant, and Young Child. Newborn and Infant Nursing Reviews
- 7- Kurtz, L. A. (2006). Visual perception problems in children with ad/hd, autism, and other learning disabilities: A guide fo parents and professionals. London, UK, Jessica Kingsley Publishers
- 8- Atkinson, J. and O. Braddick (2011). From genes to brain development to phenotypic behavior dorsal-stream vulnerability in relation to spatial cognition, attention, and planning of actions in Williams syndrome (WS) and other developmental disorders. Prog Brain Res.
- 9- Frostig, M. (1966). Developmental test of visual perception. NFER., Windsor. Frostig, M., D. W. Lefever, et al. (1961). A developmental test of visual perception for evaluating normal and neurologically handicapped children. Perceptual Motor Skills 12(3)
- 10- Bullock, D., S. Grossberg, et al. (1993). A self-organizing neural model of motor equivalent reaching and tool use by a multijoint arm. J Cogn Neurosci.
- 11- Franklin, D. W. and D. M. Wolpert (2011). Computational mechanisms of sensorimotor control Neuron.
- 12- Halsband, U. and R. K. Lange (2006). Motor learning in man: a review of functional and clinical studies. J Physiol Paris

- 13- Largo, R. H., J. A. Caflisch, et al. (2001). Neuromotor development from 5 to 18 years. Part 1: timed performance Med Child Neurol
- 14- Eliasson, A.-C. and P. A. Burtner (2008). Improving hand function in cerebral palsy: theory, evidence and intervention. London, Mac Keith Press
- 15- Lange-Kuttner, C. (1998). Pressure, velocity, and time in speeded drawing of basic graphic patterns by young children. Percept Mot Skills 86(3 Pt 2).
- 16- Rueckriegel, S. M., F. Blankenburg, et al. (2008). Influence of age and movement complexity on kinematic hand movement parameters in childhood and adolescence. Int J Dev Neurosis.
- 17- Cui, Y., Zhu, Y., Laukkanen, H., Rabin, M. J. (2012). Evaluation of visual-motor integration skills in preschool and elementary school-aged Chinese children. Journal of Behavioral Optometry
- 18- Shultz, S., Klin, A, Jones, W. (2018). Neonatal transitions in social behavior and their implications for autism. Trends incognitive sciences.
- 19- Pelphrey K Perlman, S (2008), Charting brain mechanisms for the development of social cognition, Cambridge, England University.

الملاحق

الملحق رقم 1:

الجدول رقم (1) يمثل معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس التفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.292	15

```
RELIABILITY
/VARIABLES=item1 item2 item3 item4 item5 item6 item7 item8 item9 item10
item11 item12 item13
item14 item15
```

الجدول رقم (2) يمثل نتائج حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاعل الاجتماعي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.223
		N of Items	8 ^a
	Part 2	Value	-.230 ^b
		N of Items	7 ^c
Total N of Items			15
Correlation Between Forms			.312
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.478
	Unequal Length		.477
Guttman Split-Half Coefficient			.461

a. The items are: item1, item2, item3, item4, item5, item6, item7, item8.

b. The value is negative due to a negative average covariance among items.

This violates reliability model assumptions. You may want to check item

codings.

c. The items are: item8, item9, item10, item11, item12, item13, item14, item15.

الجدول (3) يمثل نتائج حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لاختبار التآزر البصري الحركي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.839	9

الجدول (4) يمثل حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ بطريقة التجزئة النصفية لاختبار التآزر البصري الحركي

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.728
		N of Items	5 ^a
	Part 2	Value	.788
		N of Items	4 ^b
	Total N of Items		9
Correlation Between Forms			.634
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.778
	Unequal Length		.778
Guttman Split-Half Coefficient			.768

a. The items are: act1, act2, act3, act4, act5.

b. The items are: act5, act6, act7, act8, act9.

```
RELIABILITY
/VARIABLES=act1 act2 act3 act4 act5 act6 act7 act8 act9
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

الجدول (5) يمثل نتائج حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس التفاعل الاجتماعي

Group Statistics					
	صدق 1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
استبيان 1	دنيا	10	22.4000	1.42984	.45216
	عليا	10	26.1000	.99443	.31447

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
استبيان 1	Equal variances assumed	.738	.402	-6.718	18	.000	-3.70000	.55078	-4.85710 -2.54290
	Equal variances not assumed			-6.718	16.056	.000	-3.70000	.55078	-4.86722 -2.53278

الجدول (6) يمثل نتائج حساب صدق المقارنة الطرفية لاختبار التآزر البصري الحركي

	صدق 2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
استبيان 2	دنيا	10	3.1000	2.13177	.67412
	عليا	10	16.5000	4.17000	1.31887

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
استبيان 2	Equal variances assumed	4.885	.041	-9.048	18	.000	-13.40000	1.48099	-16.51145 -10.28855
	Equal variances not assumed			-9.048	13.403	.000	-13.40000	1.48099	-16.58972 -10.21028

الجدول (7) يمثل نتائج اختبار كولموغوروف- سميرونوف وشايفرو- ويلك للتوزيع الطبيعي للبيانات

Case Processing Summary							
		Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
استبيان 2		30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Descriptives			Statistic	Std. Error
استبيان 2	Mean		9.5867	1.13328
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.2488	
		Upper Bound	11.8845	
	5% Trimmed Mean		9.3333	
	Median		9.0000	
	Variance		38.530	
	Std. Deviation		6.20724	
	Minimum		.00	
	Maximum		23.00	
	Range		23.00	
	Interquartile Range		9.50	
	Skewness		.516	.427
	Kurtosis		-.217	.833

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
2: استبيان	.109	30	.200 [*]	.957	30	.252

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

الجدول (8) يمثل معامل ارتباط بيرسون بين التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي

Correlations

		استبيان 1	استبيان 2
استبيان 1	Pearson Correlation	1	-.192
	Sig. (2-tailed)		.310
	N	30	30
استبيان 2	Pearson Correlation	-.192	1
	Sig. (2-tailed)	.310	
	N	30	30

Correlations

		التأثر البصري الحركي	التفاعل الاجتماعي
التفاعل الاجتماعي	Pearson Correlation	1	-.192
	Sig. (2-tailed)		.310
	N	30	30
التأثر البصري الحركي	Pearson Correlation	-.192	1
	Sig. (2-tailed)	.310	
	N	30	30

```

CORRELATIONS
/VARIABLES=التفاعل الاجتماعي act1 act2 act3 act4 act5 act6 act7 act8 act9
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

الجدول (9) يمثل معامل الارتباط بين مقياس التفاعل الاجتماعي وعبارات التأثر البصري الحركي

Correlations

		act1	act2	act3	act4	act5	act6	act7	act8	act9
التفاعل الاجتماعي	Pearson Correlation	-.189	-.189	-.057	-.418	-.189	-.016	-.210	-.016	.030
	Sig. (2-tailed)	.316	.317	.764	.022	.318	.935	.266	.933	.876
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

act1	Pearson Correlation	1	.159	.325	.428 ⁺	.365 ⁺	.390 ⁺	.539 ⁺⁺	.464 ⁺⁺	.509 ⁺
	Sig. (2-tailed)		.402	.079	.018	.047	.033	.002	.010	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
act2	Pearson Correlation	.159	1	-.075	.423 ⁺	.715 ⁺⁺	.022	.275	.138	.090
	Sig. (2-tailed)	.402		.694	.020	.000	.908	.141	.469	.636
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
act3	Pearson Correlation	.325	-.075	1	.434 ⁺	.233	.300	.388 ⁺	.282	.375 ⁺

Sig. (2-tailed)		.079	.694		.017	.216	.107	.034	.131	.041
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
act4	Pearson Correlation	.428 ⁺	.423 ⁺	.434 ⁺	1	.668 ⁺⁺	.333	.701 ⁺⁺	.287	.276

Sig. (2-tailed)		.018	.020	.017		.000	.072	.000	.125	.140
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
act5	Pearson Correlation	.365 ⁺	.715 ⁺⁺	.233	.668 ⁺⁺	1	.212	.620 ⁺⁺	.271	.251
	Sig. (2-tailed)	.047	.000	.216	.000		.261	.000	.147	.181
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

act6	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Pearson Correlation	.390 ⁺	.022	.300	.333	.212	1	.443 ⁺	.485 ⁺⁺	.410 ⁺
	Sig. (2-tailed)	.033	.908	.107	.072	.261		.014	.007	.024
act7	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Pearson Correlation	.539 ⁺⁺	.275	.388 ⁺	.701 ⁺⁺	.620 ⁺⁺	.443 ⁺	1	.509 ⁺⁺	.369 ⁺
	Sig. (2-tailed)	.002	.141	.034	.000	.000	.014		.004	.045
act7	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

act8	Pearson Correlation	.464**	.138	.282	.287	.271	.485**	.509**	1	.787**
	Sig. (2-tailed)	.010	.469	.131	.125	.147	.007	.004		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
act9	Pearson Correlation	.509**	.090	.375*	.276	.251	.410*	.369*	.787**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.636	.041	.140	.181	.024	.045	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الجدول رقم (10) يمثل نتائج اختبار T للفروق حسب الجنس في التفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي

Group Statistics					
	Gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التأزر البصري الحركي	انثى	7	10.2857	4.19183	1.58436
	ذكر	23	9.3478	6.76628	1.41087
التفاعل الاجتماعي	انثى	7	25.0000	1.29099	.48795
	ذكر	23	24.2174	1.97614	.41205

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
التأزر البصري الحركي	Equal variances assumed	1.799	.191	.345	28	.733	.93789	2.72112	-4.63607 6.51184
	Equal variances not assumed			.442	16.465	.664	.93789	2.12150	-3.54918 5.42496
التفاعل الاجتماعي	Equal variances assumed	1.690	.204	.980	28	.336	.78261	.79893	-.85392 2.41914
	Equal variances not assumed			1.225	15.464	.239	.78261	.63866	-.57511 2.14033

الجدول رقم (11) يمثل نتائج اختبار T للفروق حسب متغير شدة الاضطراب للتفاعل الاجتماعي والتأزر البصري الحركي

Group Statistics					
	aot	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التأثر_المصري_الحركي	متوسط	12	3.8333	2.65718	.76706
	خفيف	18	13.3889	4.74204	1.11771
التفاعل_الاجتماعي	متوسط	12	24.6667	1.55700	.44947
	خفيف	18	24.2222	2.04524	.48207

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								e	Lower	Upper
التأثر_المصري_الحركي	Equal variances assumed	4.428	.044	-6.326	28	.000	-9.55556	1.51045	-12.64958	-6.46153
	Equal variances not assumed			-7.049	27.393	.000	-9.55556	1.35560	-12.33515	-6.77596
التفاعل_الاجتماعي	Equal variances assumed	1.011	.323	.638	28	.529	.44444	.69643	-.98212	1.87101
	Equal variances not assumed			.674	27.401	.506	.44444	.65910	-.90699	1.79587

الملحق رقم (2): مقياس التفاعل الاجتماعي

عزيزي معلم التوحّد

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مدى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال تلاميذك ذوي اضطرابات طيف التوحّد، ويتكوّن المقياس من 15 عبارة ولا توجد إجابة صحيحة ولا خاطئة.

/ فأرجو الإجابة "نعم" أم "لا" علماً بأن المعلومات المدوّنة في هذا المقياس لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي وطي السرية التامة شكراً لحسن تعاونكم معنا.

الإسم: المكوّن:

العمر الزمني: المكوّن:

لا	نعم	العبّارات
		يفهم التعليمات البسيطة داخل المدرسة (الانتماء جماعة)
		يتبادل اللعب مع أصدقائه (التواصل الاجتماعي)
		يتبادل الرسم بالألوان مع أصدقائي (التعاون)
		يشعر بالتوتر إذا لم يشارك الأطفال الآخرون في لعبهم (الانتماء للجماعة)

		يبتسم للآخرين (التواصل الاجتماعي)
		ينظم مع زملائه الفصل (التعاون)
		يرفض مساعدة زملائه في ترتيب ملعب المدرسة (الانتماء للجماعة)
		يتصر في اخادثة مع الآخرين (التواصل الاجتماعي)
		يتعاون مع زملائه في اللعب (التعاون)
		يفضل اللعب وحده (الانتماء للجماعة)
		يلقي التحية على الآخرين (التواصل الاجتماعي)
		يزين مع زملائه الفصل (التعاون)
		يميل للعزلة ويفضل أن يكون بعيدا عن الآخرين (الانتماء للجماعة)
		يستمتع لزملائه الآخرين (التواصل الاجتماعي)
		يساعد زملائه في نظافة الفناء المدرسي (التعاون)

الملحق رقم (3): اختبار التآزر البصري الحركي

لغز الفأر الحصري الحركي

البيانات العامة:

اسم القيد:..... الجنس:.....

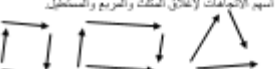
الصف:..... العمر:.....

إجراءات التطبيق:

- 1- يُلحق الاختبار بشكل فردي.
- 2- يرحب الباحث بكل طفل مع إهانة وتزيين خوفه والتحدث والفرجة عند الطلب.

علماً أن المعلومات المدونة في هذا الاختبار لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي وعلى السرية التامة.

شكراً لحسن تعاونكم معنا

ت	الاستراتيجية	إجابة الطفل
1	أرسم كل علامة من العلامات الآتية داخل دائرة دون أن تلمس العلامة الإطار الخارجي للدائرة: 	
2	انظر إلى الأشكال الهندسية الآتية وارسم مثلاًها: 	
3	(1) أرسم خط مستقيم غير متعرج يوصل النجمة بالنجمة.  (2) أرسم خط غير متعرج يوصل النجمة بالنجمة.  (3) أرسم خطين مستقيمين يوصلان خطين غير متعرجين يوصلان النجمة العليا بالنجمة السفلى. 	
4	تابع أسهم الاتجاهات لإغلاق المثلث والمربع والمستطيل. 	

5	أرسم الأشكال الآتية بنقطة دون أن يخرج قلم التلوين عن إطار الرسم الخارجي. 	
6	تابع مسار سيرة النملة بالقطر من نقطة إلى النقطة وحتى وصولها إلى النملية. 	
7	تابع النقاط بالقطر وجعلها خطاً واحداً مع مراعاة التعرجات الموجودة وعدم الخروج عليها. 	
8	أنتر بيدك على التفاحة الكبيرة ثم على التفاحة الوسطى ثم على التفاحة الأصغر حجماً. 	
9	أنتر اسم الحيوانات الآتية مع الإشارة إليها بيدك. 	

الصفحة	المحتويات
	فهرس المحتويات
	المحور الأول: تقديم المشروع
94	مقدمة
95	فكرة المشروع (الحل المقترح)
96	القيم المقترحة
99	الجدول الزمني لتحقيق المشروع
	المحور الثاني: الجوانب الابتكارية
101	طبيعة الابتكارات
102	مجالات الابتكارات
	المحور الثالث: التحليل الاستراتيجي للسوق
104	عرض القطاع السوقي
106	قياس شدة المنافسة
107	الاستراتيجية التسويقية
	المحور الرابع : خطة الإنتاج والتنظيم
110	خطوات استخدام التطبيق
	المحور الخامس : الخطة المالية
115	ميزانية المؤسسة الناشئة
116	حسابات النتائج المتوقعة
	المحور السادس : النموذج الأولي
117	النموذج الأولي
119	قائمة الملاحق
120	مخطط نموذج الأعمال التجاري BMC
121	شهادة التوطين في الحاضنة الجامعية

المحور الأول: تقديم المشروع

1. تقديم المشروع:

في الجزائر، يواجه النظام الصحي تحديات كبيرة تنعكس بشكل مباشر على حياة المرضى. نقص الموارد الطبية، وقلة الأطباء المتخصصين، والازدحام الكبير في المرافق الصحية تجعل من الحصول على الرعاية الصحية تجربة شاقة للعديد من المواطنين. كما أن الانتظار الطويل للحصول على مواعيد مع الأطباء، وصعوبة حجز الاستشارات في الوقت المناسب، تزيد من معاناة المرضى، خصوصًا في المناطق النائية التي تعاني من نقص حاد في الخدمات الصحية.

إضافة إلى ذلك، تُعتبر الصحة النفسية تحديًا بارزًا، حيث يواجه الكثير من الأفراد مشاكل مثل القلق والاكتئاب دون الوصول إلى الدعم اللازم بسبب قلة التوعية والنقص في الموارد المتخصصة.

تطبيق HOPE يقدم رؤية جديدة لحل هذه المشكلات من خلال منصة رقمية شاملة تجمع بين الرعاية النفسية والجسدية. يتيح التطبيق للمرضى حجز مواعيدهم بسهولة، الوصول إلى الأطباء المتخصصين بسرعة، وتلقي استشارات طبية ونفسية، مما يقلل من أوقات الانتظار ويحسن تجربة الرعاية الصحية.

HOPE يسعى إلى تحقيق تحول جذري في نظام الرعاية الصحية، مع التركيز على تسهيل الوصول، تخفيف الأعباء، وتحسين جودة الحياة لجميع الجزائريين.

1.1. اسم المشروع :

تطبيق (HOPE)

شعار تطبيق "Hope" يعبر عن التكامل بين الصحة النفسية والجسدية من خلال رموزه الواضحة ودلالاته العميقة. يظهر الدماغ داخل الحرف "O" كرمز للصحة النفسية، مشيرًا إلى دور العقل في تحقيق التوازن النفسي وإدارة المشاعر، بينما القلب داخل الدماغ يرمز إلى الصحة الجسدية، موضحًا الترابط الوثيق بين العقل والجسد. الأيدي التي تحتضن الدماغ والقلب تمثل الرعاية والدعم الذي يقدمه التطبيق، مما يعزز الشعور بالأمان والانتماء. يتكامل الشعار مع اللون الأخضر الذي يرمز إلى الأمل والنمو، ليعكس رسالة التطبيق في نشر التفاؤل وتحقيق حياة متوازنة. كلمة "HOPE" تضيف بُعدًا معنويًا يعبر عن الهدف الأساسي للتطبيق في تقديم حلول فعالة لدعم الصحة النفسية والجسدية.

2.1. رموز ودلالات الشعار:

- الدماغ: رمز للصحة النفسية ودور العقل في تحقيق التوازن النفسي.
- القلب داخل الدماغ: يرمز للصحة الجسدية وعلاقة الجسد بالعقل.
- الأيدي التي تحتضن الدماغ والقلب: تعبر عن الدعم والرعاية والأمان.



- اللون الأخضر: دلالة على الأمل، النمو، والتجدد.
- كلمة HOPE تعكس رسالة التفاؤل ودعم المستخدمين لمواجهة التحديات

2. فكرة المشروع (الحل المقترح)

2.1 مجال النشاط : خدمات صحية يتمثل في إستشارة و رعاية ومرافقة صحية

بدأت الفكرة خلال فترة تربي في العيادة الأطفونية لدكتور خروبي أحمد، كنت أمضي أيامي في التعلم من المختصين ومراقبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية، فقد كان لدي شغف كبير لمساعدة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وكان هذا العمل قريب من قلبي، حيث انني كنت أتعلم كل يوم شيئاً جديداً عن التحديات التي يواجهها هؤلاء الأطفال، وكذلك عن الصعوبات التي يمر بها الأهل والمعالجين في تقديم الدعم اللازم و كنت أشارك ما تعلمته مع صديقتي حيث انها كانت لديها تجربة في التعامل مع هذه الفئة نظراً لخلفية العمل الذي تمتعته وهي أخصائية نفسانية بمؤسسة اثناء، كنا نتبادل الحديث حول معاناة الأهل و تحديات الأخصائيين في الجلسات العلاجية ومشاكل التواصل المنقطع بين الأهل و المعالجين في تنسيق الخطط العلاجية ، وفي تلك اللحظة خطرت لي فكرة :لماذا لا نقوم بتطوير تطبيق يسهل على المعالجين التواصل مع الأهل ومتابعة الأنشطة العلاجية والاجابة عن الإستفسارات خصوصاً أنه لا يوجد نظام يسهل إدارة العلاج وتطوير حالة الأطفال في المنزل و بين المراكز المختلفة .

حصلت الفكرة على إعجاب صديقتي حيث رأتها أنها فرصة جيدة لي بحيث أنه لا يوجد تطبيق يدعم الصحة النفسية و بحيث أن المرضى يحتاجون إلى رعاية متخصصة ومستمرة .

تم طرح هذه الفكرة على مجموعة من الأصدقاء والأهل والمعالجين والأساتذة وبعد النظر في الدراسات الأكاديمية التي تربط الحالة الصحية مع حجمها ودراسة التطبيقات الصحية المتوفرة بدأت تتضح ملامح الفكرة بحيث : سنقوم بإنجاز تطبيق شامل يقدم مرافقة ورعاية صحية في الجانب الجسدي والنفسي في جميع التخصصات الطبية مع التركيز على تحسين وتوفير مختلف الخدمات التي تساهم في تخفيف وتوفير جميع احتياجات المرضى وتسهيل العوائق التي تحيط بالاهل أو المرضى .

3. القيم المقترحة

1. الحدائة:

- ابتكار مستمر: توفير تحديثات دورية تشمل ميزات جديدة تواكب تطورات التكنولوجيا الطبية، مثل دمج أدوات الذكاء الاصطناعي لتحليل بيانات المرضى وتقديم توصيات علاجية مخصصة.
- تحسينات مستمرة على أداء التطبيق بناءً على ملاحظات المستخدمين لتوفير تجربة محسنة تحل المشاكل الشائعة.

4. الأداء:

- سرعة واستجابة: تطوير التطبيق باستخدام تقنيات حديثة تضمن تحميل الصفحات والاستجابة للأوامر بسرعة، مما يعزز من راحة المستخدمين.
- استقرار النظام: إنشاء بنية تحتية قوية تدعم أعدادًا كبيرة من المستخدمين في نفس الوقت دون حدوث أعطال، لضمان استمرارية الخدمة على مدار الساعة.

5. خفض التكاليف:

- توفير التكاليف للمرضى: تقديم استشارات طبية ونفسية بتكلفة أقل مقارنةً بالزيارات التقليدية للأطباء أو المستشفيات.
- تخفيف الأعباء على العيادات والمستشفيات: دعم العيادات في تحسين إدارة المواعيد وتقليل الاكتظاظ من خلال خدمات الحجز المسبق والاستشارات الافتراضية.

6. سهولة الوصول:

- واجهة مستخدم سهلة: تصميم واجهة بسيطة ومباشرة، تُسهل على المرضى العثور على الخدمات الطبية والنفسية المطلوبة بسرعة.
- التوافق مع الأجهزة: تطبيق HOPE متاح على جميع الأجهزة المحمولة وأنظمة التشغيل (Android و iOS)، لضمان الوصول من أي مكان وفي أي وقت.
- دعم اللغات المتعددة: تقديم التطبيق باللغتين العربية والفرنسية مع خيار الإنجليزية لتلبية احتياجات مختلف المستخدمين في الجزائر.

7. السعر

■ أسعار رمزية: تقديم استشارات طبية ونفسية بأسعار منخفضة تناسب جميع الشرائح الاجتماعية، مع الحفاظ على جودة الخدمة العالية.

■ خيارات مرنة: توفير خطط اشتراك متعددة (شهرية، سنوية، أو حسب الخدمة) لتلبية احتياجات المستخدمين المختلفين.

8. التصميم:

■ تصميم جمالي وجذاب: واجهة مستخدم حديثة وأنيقة، مع استخدام ألوان وخطوط مريحة بصرياً لخلق تجربة ممتعة.

■ تجربة مستخدم محسنة: تصميم مسارات استخدام بسيطة تجعل عملية البحث عن طبيب أو حجز موعد سهلة وبديهية، حتى للأشخاص الأقل خبرة في التكنولوجيا.

9. إنجاز المهام:

■ دعم فني شامل: فريق دعم متوفر على مدار الساعة لمساعدة المرضى والأطباء عبر قنوات متعددة مثل الدردشة الفورية والبريد الإلكتروني و وسائل التواصل الاجتماعي ..

10. إشعارات ذكية:

■ إرسال تنبيهات للمستخدمين لتذكيرهم بالمواعيد الطبية أو تقديم نصائح مخصصة بناءً على حالتهم الصحية.

2.3. أهداف المشروع

✓ تحسين جودة الرعاية الصحية:

■ توفير منصة شاملة تجمع بين الصحة النفسية والجسدية، مما يعزز تجربة المريض ويضمن حصوله على رعاية شاملة ومتكاملة.

■ تقديم خدمات مبتكرة تسهل الوصول إلى الأطباء والاستشارات الصحية بشكل سريع وفعال.

✓ تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية:

■ الوصول إلى المرضى في المناطق النائية أو البعيدة الذين يواجهون تحديات في الوصول إلى المرافق الطبية التقليدية.

■ تقديم استشارات طبية ونفسية عن بُعد، مما يقلل الحاجة للتنقل ويوفر الوقت والجهد.

✓ تعزيز الصحة النفسية:

تقديم استشارات نفسية متخصصة لمعالجة مشاكل مثل القلق والاكتئاب والتوتر.

تعزيز الوعي بأهمية الصحة النفسية وتقديم أدوات تتبع وتحليل لتحسين جودة الحياة النفسية.

✓ تقليل أوقات الانتظار:

- توفير خدمة حجز المواعيد إلكترونياً لتقليل التكدس في العيادات والمستشفيات.
- تقديم استشارات طبية فورية عند الحاجة لتلبية الاحتياجات العاجلة.

✓ خفض التكاليف:

- تقديم خدمات صحية ميسورة التكلفة مقارنةً بالرعاية التقليدية، مما يساهم في تقليل الأعباء المالية على المرضى وأسرهم.
- دعم العيادات والمستشفيات لتحسين الكفاءة التشغيلية وتقليل التكاليف التشغيلية.

✓ دعم الأطباء والمختصين:

- تسهيل تواصل الأطباء مع المرضى من خلال منصة متطورة لإدارة المواعيد والجلسات.
- فتح قنوات جديدة للأطباء للوصول إلى شريحة أوسع من المرضى، خاصةً في المناطق البعيدة.

✓ تعزيز التثقيف الصحي:

- تقديم محتوى تعليمي حول الصحة النفسية والجسدية من خلال مقالات، فيديوهات، وأدوات تفاعلية.
- زيادة الوعي بأهمية الرعاية الوقائية للحفاظ على صحة أفضل.

✓ استخدام التكنولوجيا في الصحة:

- دمج تقنيات الذكاء الاصطناعي لتحليل بيانات المرضى وتقديم توصيات علاجية مخصصة.
- تطوير نظام متكامل يتتبع المؤشرات الصحية ويوفر توصيات بناءً على بيانات المريض.

✓ دعم الطوارئ والحالات العاجلة:

- توفير خط طوارئ مباشر للتواصل مع الأطباء أو طلب مساعدة فورية.
- تقديم خدمات إضافية مثل النقل الطبي أو الطبيب المنزلي.

✓ تعزيز الخصوصية والأمان:

- حماية بيانات المستخدمين وضمان سرية المعلومات الشخصية والطبية.

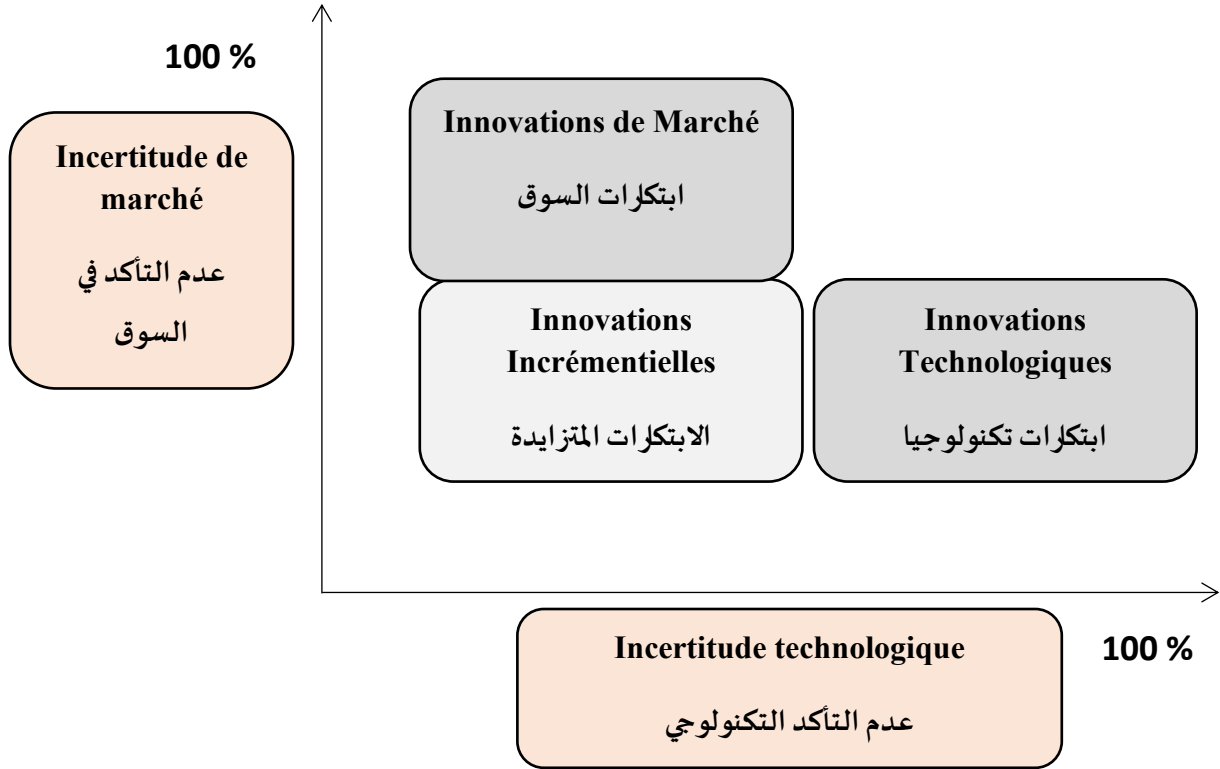
تقديم بيئة آمنة للمرضى لمناقشة مشاكلهم الصحية بكل ثقة.

3. الجدول الزمني لتحقيق المشروع

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
											✓	تحليل السوق والبحث، تحديد المتطلبات		1
										✓		تصميم واجهة المستخدم وتجربة المستخدم (UI/UX) تطوير النماذج الأولية		2
									✓			تطوير النموذج الأولي، إعداد البنية التحتية التقنية		3
								✓				اختبار النموذج الأولي، تعديل التصميمات		4
							✓					اختبارات الجودة والأداء، تحديد وإصلاح الأخطاء		5
						✓						إطلاق نسخة بيتا، جمع التعليقات وتحسين التطبيق		6
					✓							تنفيذ التحسينات، تحسين واجهة المستخدم وتجربة المستخدم		7
				✓								إعداد خطة الإطلاق، إطلاق التطبيق بشكل رسمي		8
			✓									تنفيذ حملة تسويقية، تفعيل استراتيجيات التسويق الرقمي		9
		✓										تدريب الاطباء ، تقديم الدعم الفني والتوجيه		10
	✓											جمع وتحليل بيانات الأداء بعد الإطلاق، تقييم النجاح		11
✓												تحديد مناطق جديدة للتوسع، متابعة تحسين التطبيق		12

المحور الثاني : الجوانب الابتكارية

1. طبيعة الابتكارات



2. مجالات الابتكارات

تتمثل الجوانب الابتكارية في مشروعنا في كونه:

3.3. التكامل بين الصحة النفسية والجسدية:

التطبيق يقدم لأول مرة في السوق الجزائري منصة شاملة تدمج بين الاستشارات النفسية والجسدية.

ويُتيح للمستخدم الحصول على خطط علاجية متكاملة تغطي جوانب الصحة العامة والرفاهية

2.2. خدمات جديدة ومبتكرة:

✓ الطبيب و الممرض المنزلي: إمكانية استدعاء طبيب متخصص أو ممرض إلى المنزل.

✓ نقل طبي مجهز: شراكة مع شركات نقل طبي لتوصيل المرضى إلى المرافق الصحية عند الحاجة.

✓ توصيل الأدوية: طلب وتوصيل الأدوية غير متوفرة إلى المنازل عبر التطبيق

3.2. تقديم حلول طبية اقتصادية:

- توفير استشارات طبية ونفسية ميسورة التكلفة، مما يسهم في تقليل الأعباء المالية على المرضى.
- دعم المناطق النائية والمحرومة من الرعاية الصحية

4.2. تحسين تجربة المريض:

- تصميم واجهة مستخدم بديهية وسهلة الاستخدام تتماشى مع احتياجات مختلف الشرائح.
- تقديم تقارير صحية دورية وشاملة للمرضى لمتابعة حالتهم النفسية والجسدية.
- إنشاء ملف صحي رقمي شامل لكل مستخدم يحتوي على بياناته الصحية والنفسية، يمكن تحديثه باستمرار

5.2. التثقيف الصحي والتفاعل المجتمعي:

تقديم محتوى تعليمي عبر التطبيق مثل:

- نصائح الصحة النفسية والجسدية، فيديوهات توعوية، ودورات تدريبية.

6.2. خاصية "المساعد الصحي الافتراضي":

- روبوت محادثة متقدم يساعد المستخدمين على إدارة صحتهم اليومية، مثل تنظيم مواعيد تناول الأدوية، والتذكير بموعد النوم أو التمارين أو النظام الغذائي الصحي المناسب للمريض
- إمكانية الرد على استفسارات المرضى بشكل فوري وتوجيههم للطبيب المناسب

7.2. خدمات التذكير التلقائي:

- تنبيهات شخصية: إرسال تذكيرات يومية لتناول الأدوية أو مواعيد الجلسات.
- خطط علاجية منظمة: جدول رقمي يُظهر مواعيد الاستشارات، الجلسات، والفحوصات القادمة.

8.2. خدمة التصنيف والتقييم:

- تصنيف الأطباء والخدمات: ميزة تمكن المرضى من تقييم الأطباء والخدمات، مما يساعد في تحسين جودة الرعاية
- تعليقات المستخدمين: توفير قسم يعرض آراء المستخدمين الآخرين لمساعدة المرضى في اختيار الأطباء الأنسب

المحور الثالث : التحليل الاستراتيجي للسوق

✓ حجم السوق والنمو المتوقع:

1. حجم السوق والنمو المتوقع:

- **الصحة العقلية:** مع ارتفاع معدلات الاكتئاب (7-8%) والقلق (5-6%)، يشهد السوق حاجة متزايدة لخدمات الرعاية النفسية. بالإضافة إلى الفصام والاضطراب ثنائي القطب حوالي 500,000 شخص. أمراض النفسية تنتشر بشكل أكبر في المدن الكبرى مثل الجزائر العاصمة، وهران، وتيزي وزو، وقسنطينة و الجزائر تحتوي على 24 مركزًا صحيًا نفسيًا مع 5000 سرير للمرضى العقليين ويوجد 800 الأطباء النفسيين في البلاد فقط، حيث طبيب نفسي واحد لكل 100,000 مريض
- **الصحة الجسدية:** الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم (8 ملايين مصاب) والسكري (3.4 مليون) السرطان: حوالي 480 ألف مريض، مع 45 ألف حالة جديدة سنويًا، أبرزها سرطان الثدي، القولون، والرئة. ، أمراض الجهاز التنفسي: يصيب حوالي 1.3 مليون شخص، أمراض الكلى: يعاني منها 25 ألف مريض، كثير منهم يعتمدون على غسيل الكلى بحيث تشكل سوقًا ضخمة للخدمات الطبية عن بُعد.
- **ميزانية الصحة:** في الجزائر، تم تخصيص ميزانية ضخمة لقطاع الصحة لعام 2024، والتي تقدر بحوالي 848 مليار دينار جزائري (أي ما يعادل حوالي 6.35 مليار دولار). هذه الميزانية تسعى إلى دعم تطوير وتحسين البنية التحتية الصحية في جميع أنحاء البلاد، من خلال إنشاء مستشفيات جديدة، تحديث المرافق الصحية الحالية، وتوسيع شبكة الرعاية الصحية الأساسية. كما تهدف هذه الميزانية إلى تحسين تأهيل القوى العاملة في القطاع الصحي وزيادة القدرة الاستيعابية للمستشفيات والمراكز الصحية في المناطق المختلفة
- **استشراف الصحة الإلكترونية:** الجزائر، كجزء من استراتيجيتها الصحية الممتدة حتى عام 2030، تسعى إلى تعزيز الصحة الإلكترونية عبر تحسين الرعاية الصحية باستخدام التكنولوجيا الرقمية. وفي هذا السياق، ستشهد السنوات القادمة تحولًا رقميًا كبيرًا في القطاع الصحي، بما في ذلك تقديم الخدمات الصحية عن بُعد (مثل الاستشارات الطبية والنفسية عبر الإنترنت)، وتطوير أنظمة معلومات صحية تُسهّم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، خاصة في المناطق النائية التي تواجه نقصًا في المرافق الصحية. كما تركز الاستراتيجية على الصحة الوقائية باستخدام هذه الأنظمة الرقمية لتحسين إدارة الأمراض المزمنة والوقاية من الأوبئة والتهديدات البيئية، وهو ما يفتح المجال لتطبيقات مبتكرة مثل تطبيق HOPE الذي يمكنه تقديم حلول متكاملة للرعاية الصحية النفسية والجسدية باستخدام هذه التكنولوجيا

2. السوق المحتمل :

1. زيادة في الأمراض المزمنة:

مع تزايد الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، يزداد الطلب على خدمات المتابعة والتوجيه المستمر من خلال تطبيقات الصحة الإلكترونية.

3. نمو الوعي بالصحة النفسية:

تزايد الوعي بالصحة النفسية في الجزائر سيزيد من الحاجة إلى الاستشارات النفسية عبر الإنترنت. الفئات المتأثرة مثل الشباب والنساء ستكون دافعا رئيسيا لنمو السوق المحتمل.

4. التوسع في المناطق الريفية والنائية:

توسيع نطاق تقديم الخدمات في المناطق التي تفتقر إلى الخدمات الصحية التقليدية سيزيد من فرصة تطبيق HOPE، مما يفتح المجال لنمو السوق المحتمل بشكل كبير.

5. التحول الرقمي في القطاع الصحي:

الجزائر تشهد تحولاً رقمياً في القطاع الصحي، مما يعزز من النمو المحتمل لتطبيقات الصحة الإلكترونية

3. السوق المستهدف:

- الأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسدية والنفسية ، المقيمون في المناطق النائية أو البعيدة: هذه الفئة تواجه صعوبة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التقليدية
- الشركات والمؤسسات: البرامج الصحية للموظفين: تطمح العديد من الشركات في الجزائر إلى توفير برامج دعم الصحة النفسية والجسدية للموظفين أو الشركات التي تسعى لتوسيع من نطاق خدماتها في المجال الصحي
- الأطباء والمستشفيات الخاصة: من أجل لتوسيع قاعدة المرضى و تحسين إدارة المواعيد والجلسات الطبية وكذلك تقديم رعاية متكاملة

4. دوافع الشراء:

1. سهولة الوصول إلى الرعاية الصحية: يوفر تطبيق HOPE الوصول السهل إلى الاستشارات الطبية والنفسية عن بُعد، مما يُسهل على المرضى الحصول على الدعم دون الحاجة للتنقل إلى المستشفيات أو

- العيادات. هذا الأمر مهم بشكل خاص للأشخاص في المناطق النائية أو لأولئك الذين يعانون من صعوبة في التنقل.
2. **التكلفة الميسورة:** أحد الأسباب الرئيسية للاشتراك في تطبيق HOPE هو التكلفة الميسورة مقارنة بالعيادات التقليدية. يقدم التطبيق خدمات بأسعار مناسبة، مما يجعله خيارًا مثاليًا للمرضى
3. **خدمات صحية شاملة:** يوفر التطبيق رعاية شاملة تجمع بين الصحة الجسدية والنفسية، مما يتيح للمرضى إدارة حالتهم الصحية بشكل متكامل.
4. **مرونة الوقت والمكان:** يتيح التطبيق الاستشارات الطبية في أي وقت ومن أي مكان، مما يمنح المستخدمين مرونة كبيرة في تحديد المواعيد التي تناسب مع جدولهم الزمني. يمكن للمستخدمين حجز جلسات في أوقاتهم المناسبة، وهو ما يزيد من الراحة.
5. **الخصوصية والأمان:** يعزز تطبيق HOPE الخصوصية والأمان للمستخدمين من خلال توفير منصة رقمية مشفرة تحمي بياناتهم الشخصية والطبية. هذا الأمر يُعد من أهم دوافع الشراء للمستخدمين الذين يبحثون عن بيئة آمنة
6. **التقنيات الحديثة والتخصيص:** يستخدم التطبيق الذكاء الاصطناعي لتحليل البيانات وتقديم توصيات مخصصة، ما يجعل تجربة الاستخدام أكثر شخصية وفعالية. المرضى يحصلون على نصائح وتوجيهات تتناسب مع حالتهم الصحية والنفسية، مما يعزز من شعورهم بالاهتمام والرعاية.
7. **الدعم المستمر والتفاعل مع الأطباء:** يوفر التطبيق دعمًا مستمرًا من خلال التواصل المباشر مع الأطباء والمختصين عبر الفيديو أو الرسائل النصية، مما يعزز من الثقة والراحة في تلقي الرعاية الصحية بشكل دوري.
8. **زيادة الوعي الصحي:** يقدم تطبيق HOPE محتوى تعليمي حول الصحة النفسية والجسدية، مما يساهم في زيادة الوعي الصحي للمستخدمين، ويشجعهم على تحسين نمط حياتهم والوقاية من الأمراض.

2. قياس شدة التنافس

شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة نموًا ملحوظًا في قطاع الصحة الالكترونية و من التطبيقات التي تهتم بالصحة ما يلي



✓ تطبيق صحي eSiha :

1. نقاط القوة:

■ قاعدة مستخدمين كبيرة:

لديه قاعدة مستخدمين واسعة ومعروفة في الجزائر يفوق عدد التنصيبات 50,000 على Play Store ، وأكثر من 77,000 مستخدم

- شراكات ومشاركة مجتمعية : تعاون مستمر مع معارض الصحة الوطنية مثل SIMEM و AMTEX يدعم مكانته كمحرك للابتكار في الرعاية الصحية المحلية .
- جودة تجربة المستخدم حسب البيئة المحلية : تطبيق مخصص للسوق الجزائري، معواجهة أخيرة تتعامل بشكل جيد مع ضعف الإنترنت، ما يجعل الخدمة متاحة لأعداد أكبر من المستخدمين.

2. نقاط الضعف:

- قلة التخصص: يركز فقط على التخصصات التقليدية في الجانب الجسدي فقط أيضا يركز على المدن الكبيرة فقط
- القصور في بعض خدمات المتابعة طويلة الأمد: التطبيق يفتقر إلى ميزات مخصصة للرعاية طويلة الأمد
- تجربة المستخدم قد تكون محبطة: على الرغم من أن التطبيق يعد سهل الاستخدام إلى حد ما، إلا أن بعض المستخدمين قد أشاروا إلى أن واجهته غير مناسبة تمامًا لجميع الفئات العمرية بإضافة أنها لا تدعم عمى ألوان أو فاقد البصر
- محدودية في تخصيص الخدمة النفسية: يركز بشكل رئيسي على الخدمات الطبية التقليدية، لكنه لا يقدم خدمات نفسية متخصصة أو دعم مستمر للصحة النفسية مثل استشارات الاكتئاب أو القلق
- لا يقدم خدمات متعددة لشركات أو خدمات أخرى للمرضى : مثل التحليلات للحالة الصحية للمريض
- يفتقر إلى بعض الميزات المتقدمة: مثل التقارير الصحية المتكاملة أو مراقبة الأمراض المزمنة بشكل دوري أو حمالات الصحية

3. الاستراتيجيات التسويقية:

تبنى استراتيجيتنا التسويقية مقارنة تركز على توفير تجربة ممتازة لعملائنا من خلال جعل خدماتنا متاحة

1. التسويق الرقمي:

- التسويق عبر وسائل التواصل الاجتماعي:
- إنشاء حسابات نشطة على منصات مثل فيسبوك، إنستغرام، وتويتر.....
- مشاركة محتوى جذاب مثل صور وفيديوهات

2. التسويق عبر محركات البحث: (SEO)

- تحسين موقع التطبيق للظهور في نتائج البحث الصحية الطبية

- استخدام الكلمات المفتاحية المناسبة لزيادة الظهور في نتائج البحث.

3. الإعلانات المدفوعة:

- استخدام إعلانات فيسبوك وجوجل لجذب العملاء المستهدفين.
- تنظيم حملات إعلانية موسمية خلال فترات الذروة مثل شهر أكتوبر الوردي أو حملات التبرع بالدم

4. التسويق بالمحتوى:

- تقديم محتوى تعليمي ومعلوماتي عن الصحة .
- الفيديوهات التعليمية:
- إنتاج فيديوهات توضيحية حول كيفية التعامل مع الحالات الطبية

5. الشراكات والتعاونات:

التعاون مع صناع المحتوى : التعاون مع مشاهير وسائل التواصل الاجتماعي الذين يركزون على المجال الصحي

إقامة شراكات جمعيات و المراكز الاستشفائية والعيادات

الشراكة مع التأمين الصحي :التعاون مع شركات التأمين الصحي لتغطية تكاليف الاستشارات الطبية والنفسية قد يكون نقطة جذب رئيسية للمستخدمين

التعاون مع الشركات لتقديم خدمات دعم الصحة النفسية والجسدية للموظفين كجزء من برامج الرعاية الصحية للشركات

المحور الرابع : خطة الإنتاج و التنظيم

1. خطوات استخدام التطبيق :

- تحميل التطبيق والتسجيل : بعد الدخول إلى متجر التطبيقات على هاتفك Google Play أو App Store ابحث عن تطبيق "Hope - Health App" وقم بتثبيته. عند فتح التطبيق لأول مرة، ستظهر لك شاشة ترحيبية تتيح لك إنشاء حساب جديد. اضغط على "إنشاء حساب"، ثم قم بملء بياناتك الأساسية مثل الاسم الكامل، تاريخ الميلاد، الجنس، البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف، وكلمة المرور.
- تسجيل الدخول : بعد تفعيل الحساب، يمكنك الدخول للتطبيق بسهولة من خلال إدخال البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف مع كلمة المرور. كما يمكنك استخدام الدخول السريع عبر حساب Google أو Facebook إذا كنت تفضل ذلك

2. الخدمات المتاحة للمريض داخل التطبيق

- الاستشارات الطبية (نصية، صوتية، مرئية) : يمكنك حجز موعد مع طبيب في تخصص معين (مثل طب عام، أطفال، نفسية...) والتواصل معه إما عن طريق رسائل نصية، مكالمات صوتية، أو فيديو. ستلقى إشعارًا بمواعيد الجلسة، ويمكنك رفع ملفات أو صور لمساعدة الطبيب في التشخيص.
- الملف الصحي الشخصي : يوفر التطبيق ملفًا طبيًا رقميًا متكاملًا يشمل تاريخك الصحي، التحاليل السابقة، الأدوية التي تستخدمها، والمتابعة الدورية. يمكنك تحديثه بسهولة ومشاركته مع الطبيب أثناء الاستشارة.
- طلب الأدوية من الصيدلية: من خلال هذه الخدمة يمكنك اختيار الدواء الذي تحتاجه وطلبه من أقرب صيدلية، سواء للتوصيل إلى المنزل أو للحجز والاستلام. يمكنك أيضًا رفع صورة للوصفة الطبية إذا كنت تملك واحدة.
- حجز تحاليل طبية واستلام النتائج
يمكنك اختيار نوع التحليل المطلوب (دم، بول، سكر،...) واختيار مخبر قريب. بعض المخابر توفر خدمة إرسال فريق لأخذ العينة من المنزل. بعد إتمام التحليل، تصلك النتائج مباشرة داخل التطبيق وتُحفظ في ملفك الصحي
- دعم أطفال التوحد وخدمات متخصصة
يحتوي التطبيق على قسم خاص لأهالي الأطفال المصابين بالتوحد، يشمل متابعة تطور الطفل، حجز جلسات علاج سلوكي، التواصل مع أخصائيين، إضافة إلى مقالات وإرشادات تربوية.
- خدمات التبرع (دم / مال / أدوية)
إذا رغبت في التبرع، يمكنك اختيار نوع التبرع المناسب. التطبيق يتعاون مع جمعيات ومراكز طبية لاستقبال التبرعات سواء بالمال أو الأدوية الزائدة أو حتى التبرع بالدم. يمكن للمستخدم مشاهدة الحالات الطارئة المحتاجة والتفاعل معها.

- البحث عن أقرب مستشفى أو إسعاف.
- يمكنك حجز في المستشفيات وفق للخدمات التي يوفرها وفي الحالات الطارئة، يمكنك عبر التطبيق معرفة أقرب مستشفى مع معلومات الاتصال والموقع الجغرافي، أو حتى طلب سيارة إسعاف إذا كانت هذه الخدمة مفعلة في منطقتك
- التواصل والدردشة مع الفريق الطبي
- يوفر التطبيق خاصية المراسلة المباشرة مع الأطباء أو الطاقم الطبي، لمتابعة الحالة أو الاستفسار عن وصفات أو نتائج تحاليل. كل المراسلات تُسجل داخل حسابك.
- الدفع الإلكتروني
- يوفر تطبيق Hope نظام دفع إلكتروني متكامل يتيح للمستخدمين الوصول إلى مختلف الخدمات الصحية بكل سهولة وأمان. بعد اختيار الخدمة المرغوبة مثل حجز استشارة طبية، طلب دواء، أو إجراء تحليل مخبري، يُعرض على المستخدم السعر النهائي مع خيارات الدفع المتاحة. داخل الجزائر، يمكن الدفع عبر بطاقة "الذهبية" (Algérie Poste)، البطاقة البنكية CIB، أو من خلال الدفع عند الاستلام في بعض الخدمات مثل توصيل الأدوية. أما على المستوى الدولي، يدعم التطبيق بطاقات Visa و MasterCard، بالإضافة إلى PayPal وطرق الدفع الرقمية مثل Apple Pay و Google Pay. يتم تحويل المستخدم إلى بوابة دفع آمنة لإتمام العملية، وبعد نجاحها، يتلقى تأكيداً فورياً على التطبيق ويُفعل الطلب مباشرة. كما يتم حفظ سجل مفصل بجميع المدفوعات في ملف المستخدم، مع إمكانية تحميل فواتير إلكترونية لكل عملية.
- التقييم والمراجعة
- بعد كل خدمة (استشارة، تحليل، دواء...) يمكنك تقييم الخدمة والطبيب أو الجهة المقدمة لها، مما يساعد في تحسين جودة الخدمات للمستخدمين الآخرين.

3. الإعدادات العامة

- يمكنك التحكم في إعدادات التطبيق مثل اللغة (يدعم التطبيق العربية والفرنسية والإنجليزية)، تفعيل الوضع الليلي، إدارة إشعارات المواعيد، وتحديث بياناتك الشخصية في أي وقت.
- بالنسبة إلى الأدوار الأخرى التي تقدم خدماتها في تطبيق Hope تكون منفصلة عنه في لوحة تحكم خارجية تحتوي على خدمات ومميزات أخرى لأطباء ومستشفيات والصيدليات ومخابر التحليل و جمعيات بحيث :

4. خطوات استخدام لوحة تحكم الأطباء

- تسجيل الحساب والدخول إلى لوحة التحكم الخاصة بالأطباء، وإنشاء حساب جديد عبر إدخال البيانات المهنية (الاسم، التخصص، الرخصة، مكان العمل).
- رفع الوثائق المطلوبة: إرفاق شهادة الطب، بطاقة الهوية، ورخصة مزاولة المهنة.
- انتظار التحقق: يُراجع فريق Hope البيانات ويتم تفعيل الحساب خلال 24-48 ساعة.

- إدارة الاستشارات: بعد التفعيل، يستطيع الطبيب: استقبال طلبات الاستشارات و جدولة مواعيده.
- التواصل مع المرضى (نص، صوت، فيديو) والاطلاع على الملفات الطبية وكتابة وصفات إلكترونية.
- تحليل الأداء: لوحة تحكم تُمكنه من رؤية تقييمات المرضى، عدد الجلسات، ودخله الأسبوعي أو الشهري.

5. استخدام لوحة تحكم المستشفيات

- فتح حساب مستشفى: تسجيل اسم المؤسسة، العنوان، عدد الأقسام، الأسرة، بيانات الاتصال، والموقع الجغرافي.
- تأكيد التراخيص: رفع الوثائق القانونية (رخصة المستشفى، اعتماد وزارة الصحة...).
- إدارة الطوارئ والخدمات: عرض غرف الطوارئ المتاحة و استقبال الحالات المحولة من الأطباء أو التطبيق و إدارة بيانات الأسرة الشاغرة و التنسيق مع الصيدليات والمخابر المتصلة.
- عرض التبرعات والاحتياجات: نشر طلبات دعم طبي أو لوجستي بالتنسيق مع الجمعيات والمجتمع.

6. خطوات استخدام لوحة تحكم المخابر

- التسجيل كمخبر تحاليل: عبر البوابة الطبية، بإدخال الاسم، العنوان، نوع التحاليل المتوفرة.
- رفع التراخيص والمستندات: مثل رخصة التحاليل، اعتماد وزارة الصحة، وصورة من تجهيزات المخبر.
- إدارة الطلبات: استقبال طلبات تحاليل من المرضى، تحديد مواعيد، إرسال فرق لأخذ العينات عند الطلب.
- رفع النتائج إلكترونياً: تحميل نتائج التحاليل إلى حساب المريض، ليتم تنبيه الطبيب والمريض تلقائياً.

7. خطوات استخدام لوحة تحكم الصيدليات

- إنشاء حساب صيدلية: يشمل الاسم، العنوان، ساعات العمل، وأرقام الاتصال.
- إثبات الترخيص: رفع الرخصة المهنية وسجل تجاري إن وُجد.
- إدارة الطلبات الدوائية: عرض الأدوية المتوفرة، استقبال طلبات من المرضى، وتحديد طريقة التسليم (توصيل/استلام).
- التحديث المستمر للمخزون: إضافة أدوية جديدة، إدارة العروض، وإرسال تنبيهات عند نفاد المخزون.

8. خطوات استخدام لوحة تحكم الجمعيات

- فتح حساب جمعية: إدخال اسم الجمعية، النشاط الأساسي (دعم، تبرعات، توعية)، والموقع الجغرافي.
- توثيق الجمعية: برفع سجل قانوني أو وثيقة الاعتماد مع بطاقة المسؤول.
- إطلاق الحملات: يمكن للجمعية: عرض حالات تحتاج للدعم. و طلب تبرعات (دواء، مال، أدوات طبية).
- التعاون مع مستشفيات وصيدليات في مبادرات إنسانية.
- متابعة التبرعات والتقارير: مراجعة نتائج الحملات، إرسال رسائل شكر، ومتابعة التفاعل المجتمعي.

المحور الخامس : الخطة المالية

	REALISATION			PREVISION				
En milliers DZD	N -2	N -1	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Immobilisation Incorporelles	25000.00	20000.00	80000.00	50000.0	20000.00	10000.00	50000.00	50000.00
Immobilisation Corporelles	32000.00	34000.00	10000.00	13000.00	16000.00	18000.00	20000.00	22000.00
Autres Immobilisations Corporelles	30000.00	36000.00	38000.00	40000.00	44000.00	46000.00	480000.00	50000.00
ACTIF NON COURANT	122000	13500	144000	153000	164000	173000	182000	19100
Créances et emplois assimilés	25200.00	25500.00	25600.00	25300.00	25400.00	25600.00	25800.00	25900.00
Clients	30000.00	25000.00	20000.00	23500.00	25000.00	30000.00	40000.00	54000.00
Impôts et assimilés	400000	40000	400000	40000	400000	400000	400000	400000
ACTIF COURANT	255000.00	25000.00	36000.00	25500.00	360000.00	315000.00	42000.00	530000.00
TOTAL ACTIF	497100.00	5508500.00	61400.00	63000.00	64000.00	643500.00	64850.00	70000.00
PASSIF								
	REALISATION			PREVISION				
En milliers DZD	N -2	N -1	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
CAPITAUX PROPRES	29000,000	32300,000	35600.00	38900,000	42200,000	45500,000	48800,000	52100,000
Capital émis	15000.00	16000.00	17000.00	18000.00	19000.00	20000.00	21000.00	22000.00
Capital non appelé	5000.00	5500,000	6000,000	65000,000	7000,000	7500,000	8000.00	8500.00
Ecart de réévaluation	1000.00	1200.00	00.00	1400.00	1600.00	1800.00	2000.00	22000.00
Primes et réserves- Réserves Consolidées	30000.0	35000.00	40000.00	45000.00	50000.00	55000.00	60000.00	65000.00
Autres capitaux propres- report à nouveau	20000.00	35000.00	40000.00	43000.00	50000.00	55000.00	60000.00	65000.00
CAPITAUX PROPRES	100000	125000	150000	155000	170000	185000	200000	215000
Impôts	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00
PASSIFS COURANTS	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00	25000.00
TOTAL PASSIF	125000	150000	165000	180000	195000	210000	225000	2750000

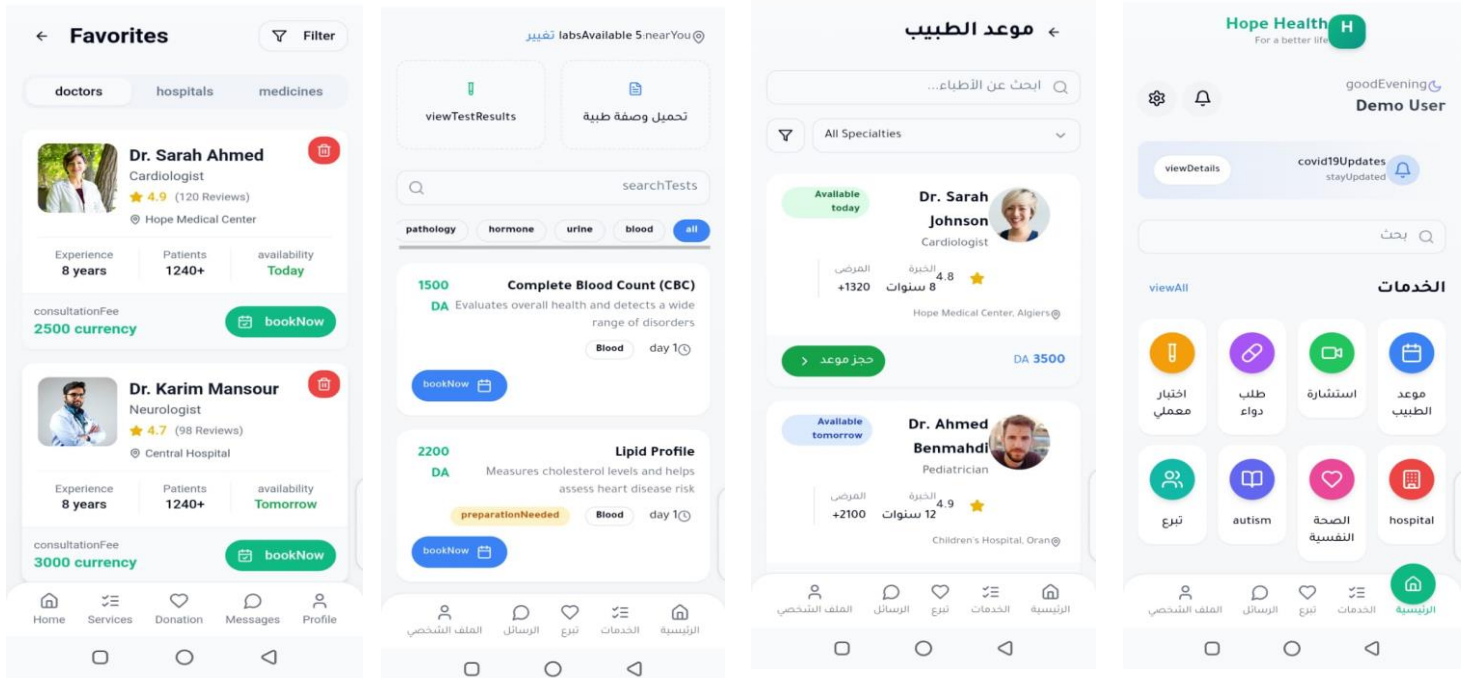
جدول حسابات النتائج المتوقعة

COMPTE DE RUSULTAT PREVISIONNELDE STARTUP :

	REALISATION			PREVISION		
En Milliers DZD	N-2	N-1	N	N+1	N+2	N+3
Vente et produits annexes	50000.00	60000.00	77000.00	11000,000	12100,000	132000,00
Variation des stocks produits finis et en cours	-	-	-	-	-	-
Production immobilisée	-	-	-	-	-	-
Subvention d'exploitation	26000.00	27000.00	28000.00	30000.00	34000.00	35000.00
Production de l'exercice	81000.00	87000.00	106000.00	14000.00	15100.00	157000.0
Achats consommés	13000.00	12000.00	10000.00	80000.00	10000.00	120000.00
Services Extérieurs et autres consommations	20000.00	30000.00	40000.00	45000.00	50000.00	60000.00
Consommation de l'exercice	15000.00	15000.00	10400.00	13000.00	15.0000	28000.0
Valeur ajoutée d'exploitation	3500.00	45000.00	15000.00	17000.00	35000.00	38000.00
Charges de personnel	23000.00	25000.00	23000.00	25000.00	27000.00	29000.00
Impôts et taxes et versement assimilés	-	-	-	-	-	-
Excédent Brut d'Exploitation	1570000	151000	152000	163000	165000	175000
Autres produits opérationnels	15500.00	15000.00	140000.00	16000.00	18000.00	2000.00
Autres charges opérationnelles	17500.000	17000.00	16000.00	18000.00	19000.00	2200.00
Dotations aux amortissements, Provisions	200000	195000	18500	20500	21500	25500
Résultat Net Prévisionnel	16500.00	15500.00	14000.00	145000	15500	17500

المحور السادس : النموذج الأولي

المحور السادس : النموذج الاولى التجريبي



قائمة الملاحق :

الملحق رقم 01: مخطط نموذج العمل التجاري BMC

شرايح العملاء	العلاقات مع العملاء	القيم المقترحة	الأنشطة الرئيسية	الشراكات الرئيسية
الأفراد: المرضى أو ذويهم الأطباء: جميع التخصصات الشركات: العيادات الخاصة والمستشفيات و مراكز العلاجية	خدمة العملاء: دعم فني وخدمة عملاء عبر الهاتف والبريد الإلكتروني والدردشة المباشرة... الخ إشعارات وتذكيرات مخصصة: إرسال إشعارات تلقائية للمستخدمين بشأن مواعيدهم القادمة، نصائح صحية، أو محتوى متعلق بالصحة النفسية والجسدية. التفاعل المستمر: تقديم محتوى تعليمي وتحفيزي بشكل منتظم لمستخدمي التطبيق لتحفيزهم على تحسين صحتهم.	تنوع التخصصات الطبية و الخدمات مجموعة واسعة من الأطباء و المجالات الطبية لتلبية مختلف الحالات والاحتياجات. سهولة الوصول: واجهة مستخدم سهلة الاستخدام. الشفافية: تقديم معلومات واضحة ودقيقة حول الخدمات رعاية شاملة: دمج الصحة النفسية والجسدية في منصة واحدة تكاليف ميسورة: تقديم خدمات استشارية بأسعار معقولة مقارنة بالطرق التقليدية توسيع نطاق الوصول وقاعدة العملاء: الوصول إلى جمهور أكبر من المرضى استقطابهم من خلال منصة رقمية تحسين الكفاءة و إدارة مواعيد سلسلة: تحسين كفاءة في المستشفيات وتحسين إدارة المواعيد من خلال أدوات المقدمة فرصة لتقديم خدمات إضافية: تقديم خدمات أخرى تساهم في الدورة العلاجية للمريض	تطوير وصيانة التطبيق: تحديثات مستمرة لتحسين تجربة المستخدم وإضافة ميزات جديدة بناءً على ملاحظات المستخدمين. إدارة البيانات والمحتوى: جمع وتحليل بيانات المستخدمين لتحسين التوصيات والرعاية الصحية المقدمة. التسويق والعلاقات العامة: تنفيذ حملات تسويقية لتوسيع قاعدة العملاء وزيادة الوعي بالتطبيق. إدارة العلاقات مع الأطباء والمختصين: بناء شبكة من الأطباء والمختصين المتعاونين مع التطبيق	مقدمو الخدمات الصحية: التعاون مع مستشفيات و عيادات وشركات النقل المرضى وغيرها من أجل تلبية حاجات المرضى. شركات التأمين: دمج خدمات التأمين الصحي لتغطية تكاليف بعض الاستشارات الطبية والنفسية. شركات تكنولوجيا: شراكات مع شركات تقنية لتطوير المنصة وتحسين تجربة المستخدم شركات التسويق: لتعزيز الحملات الاعلانية وزيادة الوصول إلى العملاء
الإيرادات	رسوم الاشتراك: رسوم شهرية أو سنوية للحصول على ميزات إضافية. الإعلانات: إيرادات من الإعلانات داخل التطبيق والموقع الإلكتروني.	هيكل التكاليف	تكاليف التطوير والصيانة: تطوير وصيانة التطبيق الإلكتروني. التسويق والإعلانات: تكاليف الحملات التسويقية عبر الإنترنت. التشغيل: الرواتب، و التخزين السحابي	

الملحق 02 : شهادة توطيّن الحاضنة الجامعية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية
حاضنة أعمال جامعة غرداية



رقم: 235 / ح.أ.ج.غ/ 2025

شهادة توطيّن مشروع مبتكر وفق القرار 008 المعدل والمتمم للقرار 1275

أنا الممضي أسفله، السيد: د/ طالب أحمد نور الدين

مسير حاضنة الأعمال: جامعة غرداية

المقر الاجتماعي/ العنوان: المنطقة العلمية، ص ب 455، غرداية، 47000، الجزائر

بتاريخ: 2025/04/10

رقم علامة الحاضنة: 1004253146

طبيعة المشروع: مؤسسة ناشئة

أشهد أن الطالب(ة) / الطلبة التالية أسماؤهم:

الإسم واللقب	الطور الدراسي	التخصص	الكلية
خلود بن علي	M2	علم النفس العيادي	العلوم الاجتماعية و الإنسانية

تحت إشراف الأساتذة(ة)/ الأساتذة التالية أسماؤهم:

الإسم واللقب	الرتبة	التخصص	الكلية
يسمينه تشعيت	أستاذ محاضر	علم النفس المرضي المؤسسي	العلوم الاجتماعية و الإنسانية
أبوبكر صبيتي	أستاذ محاضر	علم المكتبات والتوثيق	العلوم الاجتماعية و الإنسانية

تم توطينه على مستوى حاضنة أعمال جامعة غرداية - بمشروع تحت اسم:

Hope Health

خلال السنة الجامعية: 2025/2024

سلمت هذه الشهادة بطلب من المعني للإدلاء بها في حدود ما يسمح به القانون.

حرر في غرداية بتاريخ: 17/06/2025

مدير الحاضنة

مسؤول حاضنة الأعمال
طالب أحمد نور الدين