

فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين بمراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين في محافظتي عمان والزرقاء

The Effectiveness of a Training Program in Improving the Primary Health Care Skills for Workers in Special Educational Centers with Autistic Children in Amman and Al Zarqa'a

أحمد الحايك

Ahmed Alhayek

قسم العلوم التربوية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والتربوية، جامعة العلوم الإسلامية العالمية، الأردن

بريد الكتروني: drahmedhayek60@yahoo.com

تاريخ التسليم: (٢٠١٢/٦/٢٦)، تاريخ القبول: (٢٠١٣/٧/١٤)

ملخص

هدفت هذه الدراسة، إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي، لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية، للعاملين في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين، في محافظتي عمان والزرقاء. كما هدفت إلى التعرف على العلاقة بين فاعلية البرنامج، ومتغير سنوات الخبرة. وقد تم إعداد مقياس للكشف عن أداء العاملين مع الأطفال التوحديين. وتكون من (٥٣) فقرة، توزعت على خمسة أبعاد رئيسية، هي (الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة البيئية، والصحة الغذائية، والسلوك التكيفي). وطبق المقياس على عينة مكونة من (٣٠) عاملة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين، إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، بطريقة عشوائية، حيث تكونت كل مجموعة من (١٥) فرداً. ولتحليل النتائج، تم استخدام اختبار "ت" (T-Test) لاختبار الفروق بين العينات المستقلة، وتحليل التباين الثنائي (2-WAY ANOVA). وقد أظهرت نتائج الدراسة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للأبعاد الخمسة، يعزى لأثر البرنامج، حيث اتفقت مع دراسة غنيم وآخرين (Ghoneim, et al; 2004) ودراسة شيخو الإسلام وآخرين (Sheikholeslam et al; 2004) ودراسة فولكس وهينيكين (Falks&Henequen; 2008)، واللهيبي (٢٠٠٩). بينما أظهرت نتائج الدراسة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، يعزى لسنوات الخبرة.

Abstract

This study aimed to measure the effectiveness of a training program in improving the primary health care skills for workers in special educational centers with autistic children, in Amman and Al Zarqa'a. In addition to that, the study aimed to recognize the relation between the effectiveness of the program and the variable of years of tenure. The researcher built a scale to measure the primary health care skills for workers with autistic children which consisted of (53) items divided into five main domains (physical health, psychological, ecological, nutritional health, and adaptive behavior). The scale was applied on a sample study consisted of (30) female workers in special education centers who were divided evenly into two control groups and experimental groups, each group consist of (15) member. To analyze the results, the researcher used (T-test) to detect the differences between the two group and (2-way ANOVA). The results showed that there were significant differences at the level ($\alpha \leq 0.05$) between the experimental and control groups for the experimental group refers to the training program on the primary health care skills scale. The results of the study agrees with (Ghoneim, et al; 2004), (Sheikholeslam, et al; 2004), (Falks & Henequen, 2008) and (Al Lahibi, 2009). On other hand, the study shoed that there were no significant differences at the level ($\alpha \leq 0.05$) between the experimental and control groups on the primary health care skills scale refers to the worker experience.

مقدمة

يعاني العاملین في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين، من قلة المعرفة في الأسس الرئيسية، والهامة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين، مما يضعف من معاناتهم، في تقديم الرعاية الصحية اللازمة، لهذه الفئة من ذوي الحاجات الخاصة بكل جدارة واقتدار (وزارة الصحة الأردنية، ٢٠٠٦).

حيث يعاني الأطفال التوحديين من مشكلات صحية متعددة، وهم بحاجة إلى رعاية صحية دائمة ومستمرة، فإهمال هذه الفئة من الأطفال، قد يؤدي إلى تعرضهم للعديد من المشكلات الصحية والنفسية، التي تضعف من إعاقتهم، لذلك لا بد من التدخل الإرشادي والعلاجي، لمواجهة المشكلات التي تنترتب على الإعاقة (عبدالله، ٢٠٠١).

ومن الجدير ذكره، أن مفاهيم التثقيف الصحي في السنوات الأخيرة، قد تطورت، فأصبح علما من علوم المعرفة، يستخدم النظريات السلوكية، والتربوية، ومبادئ الإعلام، للارتقاء بالمستوى الصحي للفرد، والمجتمع (Heuiahn & kim, 2004).

وبما أن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، هم جزء من نسيج هذا المجتمع، وهم بحاجة إلى رعاية صحية خاصة ودائمة، ونخص بالذكر منهم هنا، فئة الأطفال التوحديين، وجب علينا مساعدتهم ورعايتهم، تمهيدا لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين، والانصهار في المجتمع، وحمايتهم من الأخطار، والحوادث، والأمراض التي قد يتعرضون إليها، خصوصا أن هؤلاء الأطفال، لديهم الكثير من المشاكل الصحية التي تحتاج للرعاية المستمرة، حيث أشارت العديد من الدراسات، إلى أن الطفل التوحدي يكون منعزلا، ولا يهتم بمظهره العام، ولا يراعي السلوكيات والعادات الصحية السليمة (كوجل وكوجل، ٢٠٠٣).

ونظرا لأهمية دور العاملين في مراكز التوحد، كان لا بد من النهوض بمهارات الرعاية الصحية الأولية من المنظور المعرفي، والوجداني، للحد من قصور العاملين لتلك المهارات، حيث يشتمل البرنامج على مهارات في الرعاية الصحية الأولية (الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة الغذائية، والصحة البيئية، والسلوك التكيفي). فالصحة الجسمية هي حالة الإنسان الخالية من الأمراض، كما تعني الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية (عبدالله، ٢٠٠٧).

وتتضمن الصحة الجسمية حسيما جاءت في البرنامج التدريبي النظافة الشخصية والعامة، إذ تعتبر النظافة من الضروريات الأساسية في حياة الإنسان، خاصة فيما يتعلق بالعناية بنظافة الجسد، واللباس والسكن، والطعام، والشراب. وقد شدد الدين الإسلامي الحنيف على أهمية النظافة، حيث اعتبر النظافة من الإيمان، والالتزام بالصلاة، تجعل المسلم يتوضأ خمس مرات في اليوم (وزارة الصحة، ٢٠٠٦).

وتتضمن الصحة الجسمية كذلك (صحة الفم والأسنان)، حيث يعاني الأطفال التوحديين من مشاكل الأسنان أكثر من الأطفال العاديين، ويحتاج أطفال التوحد إلى العناية بالأسنان. ففي دراسة فاهلفيك وهيرستروم (Fahlvik and Herrstrom, 2001) التي أجريت على عينة مكونة من (٢٨) طفلا توحديا، أشارت النتائج إلى أن (٧٠%) من الأطفال التوحديين، ممن خضعوا للفحص، كانوا يعانون من تسوس في الأسنان، والتهاب في اللثة. حيث تبين أن أسباب تسوس الأسنان لديهم، كان نتيجة عدم نظافة الفم، وقلة الاهتمام والعناية بالأسنان.

كما أشار جيفرثان وآخرين (Jeevarrthan, et al, 2007) أن أسباب الإصابة بأمراض الأسنان، هو عدم استعمال فرشاة الأسنان بشكل مستمر بعد تناول الطعام، والإكثار من تناول السكاكر والحلويات.

كما تتضمن الصحة الجسمية (الأمراض الجلدية) مثل (مرض الجرب) حيث يعرف على أنه مرض جلدي، يسبب حكة جلدية شديدة، في كل أجزاء الجسم، وتسببها نوع من الطفيليات، تسمى الـ *sarcoptes scabiei*، وتحدث العدوى نتيجة للتعرض المباشر لبعض الحيوانات

(كالقطط، والكلاب، والأرانب)، والتلامس المباشر للجلد المصاب، والتواجد في أماكن الازدحام، واستعمال المناشف، والأدوات الشخصية، وأغطية الفراش، والملابس لشخص مصاب (داوود، ٢٠٠٢). (ومرض التقل) وهو عبارة عن مرض جلدي، سببه وجود القمل والسيبان في الرأس والجسم (عبد الوهاب، ٢٠٠٢). (والالتهابات الفطرية) وتظهر في جسم الإنسان في أماكن متعددة، كالرأس، وبين أصابع القدمين والفخذين. حيث تسبب الحكّة للطفل (داوود، ٢٠٠٢). كما تتضمن الصحة الجسمية (الإسعافات الأولية)، وتعد الإسعافات الأولية من الركائز الأساسية، سواء على مستوى الفرد، أو العائلة، أو المجتمع. فالمعرفة بإجراءات الإسعافات الأولية، ضرورية للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع، والوقاية من المضاعفات، التي قد تنتج من الإصابات والحوادث (عبد المالك، ٢٠١١).

أما البعد الثاني فهو الصحة النفسية، وتعرف على أنها عبارة عن حالة عقلية، انفعالية، سلوكية، ايجابية، دائمة نسبياً، تبدو في مستوى عالي من التكيف الاجتماعي، حين يتفاعل الفرد مع محيطه الداخلي (ذاته)، ومحيطه الخارجي (الاجتماعي والفيزيقي الطبيعي)، مع شعوره بالسعادة والكفاية، وليست خلوه من المرض النفسي (عبد الله، ٢٠٠٧).

إذ يتصف الأطفال التوحديين، بأنهم مضطربين سلوكياً وانفعالياً، مما يجعلهم عاجزين في إقامة علاقات اجتماعية مع الأفراد المحيطين بهم، ويميل بعضهم إلى الإنسحابية والعزلة، ويمارسون سلوكيات شاذة غير مقبولة من قبل الآخرين (يحيى، ٢٠١٠).

أما البعد الثالث فهو الصحة الغذائية، حيث يعاني الأطفال التوحديين، من الحساسية لبعض المواد الغذائية، التي تحتوي على الكازين، والجلوتين، وبعض العناصر المعدنية (كالرصاص، والزئبق، والزنك) (الفهد، ٢٠٠٠).

أما البعد الرابع فهو الصحة البيئية، إذ أكدت منظمة الصحة العالمية أن (٢٤%) من الأمراض التي تصيب العالم، سببها التعرض لعوامل وظروف بيئته، وأظهر التقرير الصادر عنها أن (٣٣%) أو واحداً من كل ثلاث من الأمراض التي تصيب الأطفال، في عمر أقل من خمس سنوات، تنتج عن العوامل والظروف البيئية. وهو ما يظهر أن حوالي أربعة ملايين طفل، يموتون كل عام، من جراء الآثار السيئة لتلك الظروف والعوامل، وخصوصاً في الدول الفقيرة والنامية (حسن، ٢٠٠١).

أما البعد الخامس فهو السلوك التكيفي، ويعرف بقدرة الفرد على امتلاك سلوكاً استقلالياً، يقلل من اعتماده على الآخرين، ويعكس سلوك المسؤولية الاجتماعية (حنفي، ٢٠٠٣). فالتدريب على مهارات السلوك التكيفي، يساعد في حل المشكلات التعليمية، والاجتماعية، ويساهم في تنمية مفهوم الذات، ويخفض من الاضطرابات السلوكية، وتحقيق قدر من الاستقلال الذاتي (Kasari, 2002).

عناصر الرعاية الصحية الأولية

تشمل الرعاية الصحية الأولية العناصر الآتية:

١. نشر الوعي الصحي والسلوكيات الصحية بشأن المشاكل الصحية وطرق الوقاية منها ومكافحتها.
٢. الاهتمام بالصحة البيئية مثل (توفير المياه النقية).
٣. الاهتمام بالصحة الغذائية، وإشاعة مبادئ التغذية السليمة في المجتمع.
٤. تحصين الأطفال وتطعيمهم، ضد أمراض الطفولة المعدية.
٥. وقاية المجتمع، من الأمراض السارية والمعدية، ومكافحتها.
٦. التشخيص المبكر، والعلاج المبكر للأمراض.
٧. التعاون مع القطاعات غير العاملة في مجال الصحة، وأن تعمل بنجاح مع قطاع الرعاية الصحية الأولية، لمساعدة المرضى المصابين باضطرابات صحية، ونفسية، في الحصول على المبادرات التربوية، التي تتمحور حول تقديم الدعم لهم، من خلال مساعدتهم على بناء قدراتهم، وتدريبهم على كل ما يحتاجون إليه، من مهارات، وخبرات، ومعارف، وتنمية القدرة على التكيف مع واجباتهم المدرسية، والاجتماعية، والوظيفية المطلوبة لشرفائهم، واندماجهم في مجتمعهم.
٨. الاهتمام بصحة الفم والأسنان.
٩. الاهتمام بالصحة النفسية.
١٠. نشر الوعي الصحي والسلوكيات الصحية.
١١. إخضاع العاملين في مراكز التربية الخاصة، للتدريب الملائم في الرعاية الصحية الأولية.
١٢. توفير الماء الصحي النقي، والتصريف الصحي للفضلات.
١٣. العناية بالفرد في نطاق الأسرة (خضير، ٢٠٠١).

الخدمات الصحية التي تقدم لأطفال التوحد

يشير (قطيشات وآخرين، ٢٠٠١) أن الأطفال التوحديين يحتاجون إلى رعاية شاملة تتكون مما يأتي

١. الخدمات الصحية الأولية وتشمل:-
أ. الكشف المبكر عن الإعاقات.

- ب. تقوية صحة الطفل، جسدياً ونفسياً واجتماعياً.
 - ج. علاج الأمراض التي قد يتعرض إليها الطفل التوحد، بالعقاقير المناسبة، لمنع حدوث المضاعفات.
 - د. المتابعة والإشراف الصحي بشكل مستمر.
٢. الرعاية الطبية – ويقصد بها العلاج النوعي، وتشتمل على الآتي:
 - أ. العلاج بالأدوية والجراحة.
 - ب. العلاج الطبيعي.
 ٣. الرعاية النفسية – يحتاج الطفل التوحد للرعاية النفسية، لمساعدته على التكيف مع البيئة المحيطة به.
 ٤. الرعاية الاجتماعية- ويقصد بها حل المشكلات الاجتماعية، التي تواجه الطفل التوحد.

الدراسات السابقة

لا يوجد دراسات سابقة، مشابهة في مجال البرامج التدريبية، حول الرعاية الصحية الأولية، للعاملين في مراكز التربية الخاصة، مع الأطفال التوحديين، وذلك على حد علم الباحث.

في دراسة قام فيها غنيم وآخرين (Ghoneim, et al; 2004) هدفت إلى تحسين الحالة الغذائية للأطفال التوحديين، من سن (٢- ٥) أعوام، بمراكز الرعاية النهارية، في مدينة الإسكندرية بجمهورية مصر العربية. حيث تكون حجم العينة من (٩٧٤) طفلاً، وقد شملت الدراسة تقديم برنامج تنقيفي غذائي للوالدين، وللعاملين معهم، وقد أظهرت تلك الدراسة تحسناً ملحوظاً في الوضع الغذائي لأولئك الأطفال، بسبب زيادة وعي الوالدين والعاملين معهم، بعد تطبيق البرنامج التدريبي، الذي قدمه الباحث للمجموعة التجريبية، مما يدل على أن البرنامج كان له أثر على المجموعة التجريبية، التي خضعت للبرنامج التدريبي.

وفي دراسة قام بها شيخو الإسلام وآخرين (Sheikholeslam et al; 2004) على عينة مكونة من (٦٠) فرداً، من أمهات أطفال التوحد، والمشرفات القائمات على رعايتهم، في المناطق الريفية في إيران، والتي استغرقت ثلاث سنوات، عن طريق تقديم برامج للتنقيف الصحي والغذائي لهم، وتتبع نمو الأطفال ورصد النمو، لوحظ انخفاض في معدل الإصابة بسوء التغذية، بدرجة ملحوظة، في جميع المناطق التي تمت فيها برامج التنقيف الغذائي، مقارنة بالمجموعة الضابطة، التي لم تتعرض لهذا البرنامج، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي، في تنمية الوعي الغذائي، لأمهات ومشرفات أطفال التوحد.

وقام اجوي وآخرين (Igwe et al; 2010) بدراسة بهدف تقييم معرفة الممرضات العاملات في المجال النفسي مع الأطفال في ولاية ابنوي في نيجيريا، حول الطفل المتوحد،

والعوامل المؤثرة في معرفتهم. وقد اشتملت العينة على (٨٠) ممرضة، حيث أن (٤٠) منهم يتعاملن مع الأطفال التوحديين في العيادات النفسية، وقد تم اختيارهن عشوائيا من المراكز الصحية المنتشرة في الولاية، وطبق الباحثون عليهن استبياناً، وكشفت النتائج أن هناك ارتباطاً بين الخبرة والنتائج، وأن الخبرة في العمل مع الأطفال التوحديين كان لها أثر على النتائج. وبشكل عام أظهرت النتائج قصوراً في معرفة العاملين الصحيين عن الطفل التوحدي في عينة الدراسة. لذا هم بحاجة إلى تثقيف صحي لرعايتهم والتعامل معهم، والتوكيد على أهمية تضمين معرفة عن الطفل المتوحد في مناهج دراستهم لتسهيل التشخيص المبكر والتعامل مع هذه الفئة.

وأجرى موسى (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى تقييم الحالة الغذائية للأطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض، حيث أجريت الدراسة على (١٠٠) طفل مصاب بالتوحد من عمر (٤-١٣) سنة، واشتملت الدراسة على المقاييس الجسمية، والبيانات الغذائية، التي تحتوي على المتناول اليومي من الطاقة والعناصر الغذائية، حيث أظهرت نتائج التقييم الغذائي للأطفال المتبعين للحمية، أن (٢٥%) لم يحصلوا على كفايتهم من الطاقة، وارتفاع استهلاك البروتين، وانخفاض استهلاك الدهون لدى (٥٠%)، وكان هناك ارتفاع عام في استهلاك الفيتامينات الذائبة في الماء، وأوصت الدراسة بتدريب القائمين على رعاية أطفال التوحد، على الطرق الصحيحة لرعاية أطفال التوحد، وتطبيق الحماية المناسبة للطفل تشرف عليها وزارة الصحة، وكذلك وضع برامج للتوعية والإرشاد الغذائي لأمهات أطفال التوحد، لرفع مستوى ثقافتهم الغذائية.

وأجرى فولكس وهينكين (Faulks & Henequen; 2008) دراسة في فرنسا هدفت إلى توعية المهتمين والعاملين مع ذوي الحاجات الخاصة، في كيفية المحافظة على صحة الفم والأسنان، وطرق الوقاية من الأمراض التي تصيب أسنان ذوي الاحتياجات الخاصة (الأطفال التوحديين)، المقيمين في هذه المراكز، حيث قام الباحثان بتطبيق برنامج تدريبي، على ثلاثة مراكز فرنسية لذوي الحاجات الخاصة، حيث تكونت العينة من (٥٠) فرداً. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة، قدرة البرنامج على تغيير سلوكيات، واتجاهات، ومهارات العاملين، وتبين أن نسبة تنظيف الأسنان بشكل عام، قد ارتفعت من (٣٦-٦٠%)، وهذا دليل على نجاح البرنامج. ويؤكد الباحثان على أهمية تدريب وتنمية مهارات العاملين في مراكز التربية الخاصة بشكل مستمر.

وأجرت اللهيبي (٢٠٠٩) دراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي، لتنمية الوعي الغذائي، لأمهات ومشرفات أطفال التوحد بجهة، في المملكة العربية السعودية. استخدمت فيها المنهج الوصفي والتجريبي، وتكونت عينة البحث من مجموعتين، كل مجموعة مكونة من (٢٩) أم و (٢٩) مشرفة، اختيرت من كل من مركز البنات للتوحد، ومركز الأمل المنشود، ومركز جدة للتوحد. حيث هدفت دراستها، إلى التعرف على المشكلات الغذائية، التي تواجه الأمهات والمشرفات في تغذية أطفال التوحد، وإيجاد حلول بسيطة للمشكلات الغذائية، التي تواجه أمهات ومشرفات أطفال التوحد، وذلك من خلال برنامج إرشادي للمشرفات والأمهات، ولمدة سنة كاملة، حيث أظهرت نتائج الدراسة، ظهور أثر للبرنامج، وبشكل دال إحصائياً، حيث أدى ذلك إلى رفع مستوى الوعي الغذائي لدى الأمهات والمشرفات، من المنخفض إلى المتوسط.

وباستعراض الدراسات السابقة، يتبين لنا مدى أهمية وفاعلية البرامج التدريبية، في حماية الأطفال التوحديين من الأمراض، وتحسين الوضع الغذائي، والصحي لهم، من خلال تنمية مهارات العاملين معهم أو المشرفين عليهم، أو اولياء أمورهم، وتنقيفهم وإرشادهم.

وتتبع هذه الدراسة، من واقع الحال الذي يعيشه الأطفال التوحديين، في مراكز التربية الخاصة، الناتج عن قلة الرعاية الصحية المقدمة لهم، وافتقار العاملين معهم لمهارات الرعاية الصحية الأولية اللازمة لهم، وقلة الدراسات في العالم العربي والأجنبي حول هذا الموضوع حسب علم الباحث.

مشكلة الدراسة

بعد مراجعة الدراسات السابقة والأدب النظري، ذي العلاقة بموضوع الرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين، لوحظ ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت هذا الموضوع على أهميته، لما له من أثر كبير في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية، للعاملين مع الأطفال التوحديين، وتحسين الرعاية الصحية المقدمة لتلك الفئة من الأطفال، وقد برزت مشكلة الدراسة، من خلال ملاحظة العاملين أثناء الزيارات الميدانية لبعض مراكز التربية الخاصة، المختصة بالتوحد. إذ تبين أن هناك قصورا واضحا في مجال تقديم الرعاية الصحية اللازمة لفئة الأطفال التوحديين، وأن هناك ممارسات خاطئة يتعامل بها هؤلاء العاملين، أثناء رعايتهم لهم، أو أثناء تقديم العناية الصحية اللازمة لهم. ورغم أن الرعاية الصحية من الركائز الأساسية للخدمات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية، لما تمثله من أهمية في الحفاظ على صحة المواطن، إلا أن هناك قصورا واضحا في البرامج والدورات التدريبية المقدمة للعاملين مع الأطفال التوحديين، في مجال الرعاية الصحية الأولية، من حيث أنها دورات تقليدية نظرية، تفتقر إلى الاهتمام بالجوانب العملية، ناهيك أنها تنفذ في فترات زمنية قصيرة، إذ يعد التدريب أثناء الخدمة ضروريا ومهما لأي مهنة يمارسها الإنسان (نصر واحمد، ٢٠٠٢).

حيث أشارت وزارة الصحة الأردنية (٢٠٠٦) إلى أن العاملين في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين، يعانون من قلة المعرفة في المبادئ العامة للرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين، وهم بحاجة للتدريب، للإرتقاء بهم إلى تلك المعرفة حول الرعاية الصحية الأولية.

ويمكن أن تصاغ مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي الآتي: ما مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين بمراكز التربية الخاصة في محافظتي عمان والزرقاء؟ وتنبثق عن مشكلة الدراسة الأسئلة الآتية:

أسئلة الدراسة

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية تعزى للبرنامج التدريبي المقترح؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية تعزى لسنوات الخبرة؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

١. تقييم فاعلية برنامج تدريبي، لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية، للعاملين في مراكز التربية الخاصة في الأردن مع الأطفال التوحديين.
٢. التعرف على العلاقة بين فاعلية البرنامج التدريبي ومتغير سنوات الخبرة.

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة بالآتي:

١. تسهم هذه الدراسة، في زيادة وعي أفراد المجتمع، بتركيز اهتمامهم نحو الأطفال التوحديين، وتعميق المفاهيم والاتجاهات الإيجابية نحوهم.
٢. يؤمل من هذه الدراسة أن يكون لها أهمية علمية ومعرفية في ميدان التربية الخاصة، وذلك من خلال لفت النظر نحو المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال التوحديين، وضرورة تقديم الرعاية الصحية اللازمة لهم، وإدخال مساقات دراسية متخصصة في الرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين، لطلبة التربية الخاصة في كليات المجتمع والجامعات.
٣. تكمن أهمية هذه الدراسة، في التعرف على حجم المشكلة لدى العاملين مع الأطفال التوحديين في مهارات الرعاية الصحية، للتعامل معها والتخطيط لحلها مستقبلاً.
٤. تكمن أهمية هذه الدراسة، في إعادة تأهيل العاملين مع الأطفال التوحديين، لمساعدتهم في القيام بواجبهم نحو هذه الفئة من الأطفال بنجاح واقتدار.
٥. تساعد هذه الدراسة، في تعزيز النمو المهني للعاملين في مراكز التربية الخاصة، من خلال تطوير مهارات الرعاية الصحية الأولية لديهم.

محددات الدراسة

اقتصرت تطبيق الدراسة على العاملات مع الأطفال التوحديين، في مراكز التربية الخاصة والتوحد، في محافظتي العاصمة والزرقاء، حيث اختيرت عينة الدراسة من الإناث، وذلك لعدم وجود العدد الكافي من الذكور في المراكز التي تم تطبيق الدراسة فيها، والتي تمثلت في كل من مركز التواصل للتوحد، وجمعية مساندة الأطفال التوحديين وأسره من (محافظه العاصمة)، ومركز العطاء الشامل عن (محافظه الزرقاء)، للعام الدراسي (٢٠١٠-٢٠١١).

يتحدد تعميم نتائج الدراسة الحالية في ضوء صدق وثبات الأدوات المستخدمة فيها، فضلا عن موضوعية عينة الدراسة في الإجابة عنها، وعلى مدى ضبط منهجية عواملها الخارجية والداخلية، من حيث المعاينة وظروف تطبيق المقياس، ومدى تطبيق نتائج الدراسة.

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة

البرنامج التدريبي: يعرف إجرائيا في هذا البحث، على أنه عبارة عن عدد من الجلسات، تتخللها المحاضرات، والتدريبات، والأنشطة، يستخدم فيها عدد من الإستراتيجيات التعليمية المختلفة، مثل النقاش، والحوار الجماعي، والفيديو، وعرض الشرائح، والمجسمات التوضيحية للتطبيق العملي عليها، بهدف تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين، في المؤسسات التي تعنى بأطفال التوحد. ويتكون البرنامج من خمسة أبعاد، وهي (الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة الغذائية، والصحة البيئية، والسلوك التكيفي) متضمنا سلسلة من التدريبات والتطبيقات العملية، وبواقع (١٥) جلسة تدريبية.

مفهوم التربية الخاصة: تعرف مفاهيميا على أنها مجموعة البرامج والأساليب التربوية المتخصصة، التي تقدم للأفراد غير العاديين، بغرض مساعدتهم في تحسين قدراتهم، وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف قدر المستطاع (الروسان، ٢٠٠٢).

مراكز التربية الخاصة: تعرف إجرائيا بالمؤسسات التي تحتوي على الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة والتي، من ضمنهم فئة الأطفال التوحديين، والتي وقع الاختيار عليها لتطبيق الدراسة فيها، والواقعة في محافظتي (عمان والزرقاء).

الرعاية الصحية الأولية: تعرف إجرائيا على أنها عبارة عن مجموعة من الخدمات الصحية، التي يجب على العاملين تقديمها للأطفال التوحديين، وتتضمن رعايتهم جسديا، ونفسيا، وغذائيا، وبيئيا، وتحسين السلوك التكيفي والاجتماعي لديهم.

مهارات الرعاية الصحية الأولية: تعرف إجرائيا في هذا البحث، على أنها عبارة عن مجموعة من المعارف والأساليب والطرق، التي يجب على القائمين على رعاية أطفال التوحد (العاملين في مراكز التربية الخاصة) إدراكها وفهمها، والتي قد تسهم في تحسين الوضع الصحي لأطفال التوحد، من النواحي الجسمية، والنفسية، والبيئية، والغذائية، والتكيف الاجتماعي.

الأطفال التوحديين: يعرفون إجرائيا في هذا البحث، على أنهم عبارة عن مجموعة من الأطفال، تم تشخيصهم بأنهم توحديين، من قبل بعض المراكز المتخصصة في التنمية الاجتماعية، وذلك بعد إجراء الإختبارات التشخيصية لهم، إضافة إلى تشخيص المراكز الصحية والطبية المتخصصة في وزارة الصحة الأردنية، والملتحقين بمراكز التربية الخاصة أو مراكز التوحد (الفئة المستهدفة في هذه الدراسة).

العاملون مع الأطفال التوحديين: يعرفون إجرائيا بأنهم عبارة عن الأشخاص (الإناث) الذين يقومون بالإشراف على الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة (عينة الدراسة).

منهجية الدراسة

تم استخدام المنهج شبه التجريبي لقياس ما مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة في محافظتي عمان والزرقاء.

أفراد الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين في محافظتي عمان والزرقاء، للعام الدراسي (٢٠١٠-٢٠١١)، والبالغ عددهم حوالي (١٦٢) فرداً، والجدول (١) يبين توزيع أفراد الدراسة حسب عدد المراكز والعاملين فيها.

جدول (١): توزيع أفراد الدراسة.

عدد المراكز	عدد المراكز	عدد العاملات
عمان	٢٩	١٢٢
الزرقاء	١٠	٤٠
المجموع	٣٩	١٦٢

يبين الجدول (١) عدد مراكز التربية الخاصة التي تحتوي على أطفال توحديين في محافظتي عمان والزرقاء، والبالغة (٣٩) مركزاً وذلك حسب إحصائية المجلس الأعلى لشؤون المعاقين، أما عدد العاملين وعددهم (١٦٢) فرداً، وتم الحصول على هذه الإحصائية من خلال زيارة هذه المراكز أو الإتصال تلفونيا ببعضها. وذلك لعدم توفر إحصائية رسمية بعدد العاملين لدى المجلس أو وزارة التنمية الاجتماعية.

عينة الدراسة

لصعوبة تغطية جميع العاملين في مراكز التربية الخاصة التي تعنى بالأطفال التوحديين على مستوى المملكة، تم اختيار أفراد الدراسة من العاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز

التربية الخاصة في محافظتي عمان والزرقاء، بالطريقة القصدية، وذلك لقرب هاتين المحافظتين من سكن وعمل الباحث، وللتسهيلات التي قدمتها ادارة هذه المراكز للباحث، حيث كان اختيار المراكز الثلاثة بالطريقة القصدية بهدف مراعاة شمولية تمثيل العينة (القصدية المتيسرة) حيث وقع الاختيار على جمعية مساندة ودعم الأطفال التوحديين وأسرهم، ومركز التواصل للتوحد عن محافظة عمان، ومركز العطاء الشامل عن محافظة الزرقاء، وقد بلغ عدد العاملين مع الأطفال التوحديين في المؤسسات الثلاث (٣٥) عاملاً، اختير منهم (٣٠) عاملاً بالتساوي بين المؤسسات. واستخدم التعيين العشوائي لتوزيع العاملين في المؤسسات بواسطة الأرقام الفردية والزوجية، حيث تم اختيار الأعداد الفردية بحيث يمثل أصحابها المجموعة الضابطة، ويمثل أصحاب الأعداد الزوجية المجموعة التجريبية، حيث كانت الضابطة تتكون من (١٥) فرداً كلهم من الإناث، في حين كان أفراد العينة التجريبية (١٥) فرداً أيضاً كلهم من الإناث، إختيرت العينة جميعها من الإناث وذلك لعدم توفر عينة كافية من الذكور في هذه المراكز مما جعل العينة تقتصر على الإناث دون الذكور. والجدول (٢) يبين توزيع أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة.

جدول (٢): توزيع أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.

المجموع	المجموعة		عدد سنوات الخبرة
	التجريبية	الضابطة	
٤	١	٣	أقل من سنتين
٩	٤	٥	
٣	٢	١	من ٢-٤ سنوات
٨	٥	٣	
٣	١	٢	أكثر من ٤ سنوات
٣	٢	١	
٣٠	١٥	١٥	المجموع

اختبارالتكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات الرعاية الصحية

قبل البدء بتنفيذ الدراسة، وبهدف التأكد من تكافؤ أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة، من حيث امتلاكهم لمهارات الرعاية الصحية الأولية، قام الباحث بتطبيق مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين على المجموعتين التجريبية والضابطة (التطبيق القبلي)، وتم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لدرجات أفراد عينة الدراسة على المقياس القبلي، كما تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة "Independent Samples t-Test"، وكانت النتائج كما في الجدول (٣).

جدول (٣): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لفحص تباين أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	الضابطة	١٥	٣,٣٦	٠,٣٣	١,٤٦٧	٢٨	٠,١٥٣
	التجريبية	١٥	٣,٢١	٠,٢١			
الصحة النفسية	الضابطة	١٥	٣,٣٥	٠,٢٩	٠,٦٠٩	٢٨	٠,٥٤٧
	التجريبية	١٥	٣,٢٨	٠,٣٧			
الصحة البيئية	الضابطة	١٥	٣,٣٢	٠,٤٦	٠,١٤٨-	٢٨	٠,٨٨٤
	التجريبية	١٥	٣,٣٤	٠,٣٧			
السلوك التكيفي	الضابطة	١٥	٣,٢٧	٠,٣٧	٠,٨٨٥-	٢٨	٠,٣٨٤
	التجريبية	١٥	٣,٣٨	٠,٣٢			
الصحة الغذائية	الضابطة	١٥	٣,١٧	٠,٧٧	٠,١٦٠	٢٨	٠,٨٧٤
	التجريبية	١٥	٣,١٣	٠,٥٢			
المقياس الكلي	الضابطة	١٥	٣,٣١	٠,٢٩	٠,٤٨٤	٢٨	٠,٦٣٢
	التجريبية	١٥	٣,٢٧	٠,١٧			

تشير النتائج في الجدول (٣) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية القلبي، حيث يلاحظ أن قيم "ت" المحسوبة للمقياس الكلي وأبعاده الخمسة، غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وهذه النتيجة تعني أن هناك تكافؤ بين أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة، من حيث امتلاكهم لمهارات الرعاية الصحية الأولية قبل البدء بتنفيذ التجربة.

أدوات الدراسة

تم إعداد أدوات الدراسة من خلال مقابلة مدراء المراكز والعاملين مع الأطفال التوحديين، حيث بني البرنامج بناء على الحاجات التي يرى العاملون بأنهم بحاجة إليها، حيث وجه إليهم السؤال الآتي: بحكم عملك مع الأطفال التوحديين، من وجهة نظرك ما هي مهارات الرعاية الصحية الأولية الواجب توفرها لدى العاملين مع أطفال التوحد، والتي تشعر بأنك بحاجة لمعرفتها؟

وتم إعداد أدوات الدراسة أيضاً من خلال الرجوع للأدب النظري في مجال تدريب العاملين في التربية الخاصة بشكل عام، والتوحد بشكل خاص، مثل مؤلف عبد القادر (٢٠٠١)، ومؤلف يحيى (٢٠٠٦)، ومؤلف وزارة الصحة (٢٠٠٦)، ومؤلف عبدالمالك (٢٠١١)، كما

تم الاستفادة من الدراسات السابقة التي تضمنت مقاييس للكشف عن مهارات الرعاية الصحية، للعاملين مع أطفال التوحد مثل دراسة اللهبي (٢٠٠٩)، ودراسة غنيم وآخرين (Ghoneim et al; 2004) كما تم الاستفادة من المختصين في التربية الخاصة، والمجال الطبي، ومن خبرة الباحث وطبيعة عمله في هذا المجال.

توزيع فقرات المقياس على الأبعاد الخمسة

جاءت فقرات مقياس الكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية موزعة في الأبعاد الخمسة كما يأتي:

١. البعد الأول: الصحة الجسمية وتقيسه (١٩) فقرة وهي (١-١٩).
٢. البعد الثاني: الصحة النفسية وتقيسه (٩) فقرات وهي (٢٠-٢٨).
٣. البعد الثالث: الصحة البيئية وتقيسه (٦) فقرات وهي (٢٩-٣٤).
٤. البعد الرابع: السلوك التكيفي وتقيسه (١٢) فقرة وهي (٣٥-٤٦).
٥. البعد الخامس: الصحة الغذائية وتقيسه (٧) فقرات وهي (٤٧-٥٣).

صدق المقياس

تم عرض المقياس على عدد من المحكمين المختصين في التربية الخاصة في الجامعات الأردنية، والأطباء والمرضى المختصين في الحقل الطبي، وأخصائي التغذية. حيث طلب منهم تحديد قدرة المقياس على الكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة، ومدى شمولية فقرات كل بعد من الأبعاد (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، ومدى سلامة الصياغة اللغوية للفقرات، وكذلك ذكر أية ملاحظات أخرى، وحذف الفقرات غير المناسبة، واقتراح فقرات يرونها ضرورية. وقد تم الأخذ بأراء المحكمين وإجراء التعديلات الضرورية. وقد تمثلت أراء المحكمين في حذف (٣) فقرات وهي (١٩، ٢٠، ٢١) وإعادة الصياغة اللغوية لبعض فقرات المقياس وهي (٥، ٦، ٧، ٨، ١١، ١٤، ١٥، ١٤، ١٦، ١٧، ٢٤، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٦) حيث أصبح المقياس بعد التحكيم مكوناً من (٥٣) فقرة.

وللتعرف على صدق البناء لمقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، قام الباحث بتطبيق مقياس الكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية، على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) عاملاً مع الأطفال التوحديين، من خارج عينة الدراسة، ثم تم استخراج مصفوفة قيم معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس مع المقياس الكلي وباقي الأبعاد، من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson)، وقد بلغت قيم معاملات الارتباط كما في الجدول (٤).

جدول (٤): مصفوفة قيم معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس مع المقياس الكلي وباقي الأبعاد.

أبعاد المقياس	بعد الصحة الجسمية	بعد الصحة النفسية	بعد الصحة البيئية	بعد السلوك التكيفي	بعد الصحة الغذائية	المقياس الكلي
بعد الصحة الجسمية	-	*٠,٤٧٦	*٠,٤٩٠	**٠,٦٣٩	*٠,٤٨٦	**٠,٧٩٧
بعد الصحة النفسية	-	-	**٠,٦٨٩	**٠,٦٥٩	**٠,٦٤٦	**٠,٨٣٠
بعد الصحة البيئية	-	-	-	**٠,٧٠٤	*٠,٤٧٤	**٠,٦٩٨
بعد السلوك التكيفي	-	-	-	-	**٠,٥٢٩	**٠,٩٠٧
بعد الصحة الغذائية	-	-	-	-	-	**٠,٧١٢

* دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥).

** دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١).

يلاحظ من الجدول (٤) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس تراوحت ما بين (٠,٤٧٤) و(٠,٧٠٤) وهذه القيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١) و(٠,٠٥)، مما يشير إلى وجود اتساق بين أبعاد المقياس في قياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، وبالنسبة لمعاملات الارتباط بين كل بعد من الأبعاد والمقياس الكلي فقد تراوحت هذه القيم ما بين (٠,٦٩٨) و(٠,٩٠٧) وهذه القيم دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى أن أبعاد المقياس مناسبة لقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية.

كما تم التعرف على صدق بناء المقياس، من خلال إظهار الاتساق الداخلي لفقرات كل بعد من أبعاد المقياس الخمسة، باحتساب حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين الفقرات، والبعد الواردة فيه، وقد بلغت قيم معاملات الارتباط كما في الجدول (٥).

جدول (٥): قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين البعد الواردة فيه.

بعد الصحة الجسمية		بعد الصحة النفسية		بعد الصحة البيئية		بعد السلوك التكيفي		بعد الصحة الغذائية	
رقم الفقرات	معامل ارتباط الفقرات	رقم الفقرات	معامل ارتباط الفقرات	رقم الفقرات	معامل ارتباط الفقرات	رقم الفقرات	معامل ارتباط الفقرات	رقم الفقرات	معامل ارتباط الفقرات
١	(*)٠,٤٢١	٢٠	(**)٠,٨٣٢	٢٩	(*)٠,٤٠٧	٣٥	(**)٠,٧١٥	٤٧	(**)٠,٤٦٦
٢	(**)٠,٤٣٨	٢١	(**)٠,٥٩٢	٣٠	(*)٠,٣٧٢	٣٦	(**)٠,٥٣٧	٤٨	(**)٠,٥٧٠
٣	(*)٠,٤١١	٢٢	(**)٠,٧٦٨	٣١	(**)٠,٦٣١	٣٧	(*)٠,٣٧٧	٤٩	(**)٠,٤٣٥
٤	(**)٠,٤٩٥	٢٣	(**)٠,٥٧٥	٣٢	(**)٠,٥١٤	٣٨	(**)٠,٦٠٠	٥٠	(**)٠,٥٥٧
٥	(**)٠,٥٢٠	٢٤	(**)٠,٦٠٦	٣٣	(**)٠,٧٢٢	٣٩	(**)٠,٥٦١	٥١	(**)٠,٦٥٧
٦	(**)٠,٥٦٤	٢٥	(**)٠,٥٨٨	٣٤	(**)٠,٤٩١	٤٠	(**)٠,٨٠٤	٥٢	(**)٠,٥١٧
٧	(**)٠,٥٢٦	٢٦	(**)٠,٦٦٦			٤١	(**)٠,٧٢٥	٥٣	(**)٠,٦٧٢

...تابع جدول رقم (٥)

بعد الصحة الجسمية		بعد الصحة النفسية		بعد الصحة البيئية		بعد السلوك التكيفي		بعد الصحة الغذائية	
رقم	معامل ارتباط	رقم	معامل ارتباط	رقم	معامل ارتباط	رقم	معامل ارتباط	رقم	معامل ارتباط
الفقرة	الفقرة بالبعد	الفقرة	الفقرة بالبعد	الفقرة	الفقرة بالبعد	الفقرة	الفقرة بالبعد	الفقرة	الفقرة بالبعد
٨	(**)٠,٥٠٠	٢٧	(*)٠,٣٨٠			٤٢	(**)٠,٦٧٢		
٩	(**)٠,٦١٦	٢٨	(**)٠,٥٧٥			٤٣	(**)٠,٦٩٨		
١٠	(*)٠,٣٨٥					٤٤	(**)٠,٧٤٤		
١١	(**)٠,٥١٣					٤٥	(**)٠,٤٤٥		
١٢	(**)٠,٤٩٤					٤٦	(**)٠,٦٦١		
١٣	(*)٠,٣٧٥								
١٤	(**)٠,٥٦٦								
١٥	(**)٠,٥١١								
١٦	(**)٠,٥٦٤								
١٧	(**)٠,٨٢٢								
١٨	(**)٠,٥١٧								
١٩	(**)٠,٥٦٥								

* دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥).

** دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١).

تشير معاملات الارتباط الواردة في الجدول (٥)، إلى أن قيم معاملات الارتباط بين فقرات بعد الصحة الجسمية وبين البعد الكلي، تراوحت ما بين (٠,٣٧٥) و(٠,٨٢٢)، وبدلالة إحصائيا تتراوح بين (٠,٠٥) و(٠,٠١)، مما يشير إلى قدرة هذه الفقرات على قياس بعد الصحة الجسمية. كما تشير معاملات الارتباط في الجدول نفسه، إلى أن قيم معاملات الارتباط بين فقرات بعد الصحة النفسية وبين البعد الكلي، تراوحت ما بين (٠,٣٨٠) و(٠,٨٣٢)، وبدلالة إحصائيا تتراوح بين (٠,٠٥) و(٠,٠١)، مما يشير إلى قدرة هذه الفقرات على قياس بعد الصحة النفسية. أما قيم معاملات الارتباط بين فقرات بعد الصحة البيئية وبين البعد الكلي، فقد تراوحت ما بين (٠,٣٧٢) و(٠,٧٢٢) وبدلالة إحصائيا تتراوح بين (٠,٠٥) و(٠,٠١)، مما يشير إلى قدرة هذه الفقرات على قياس بعد الصحة البيئية. وبالنسبة لقيم معاملات الارتباط بين فقرات بعد السلوك التكيفي وبين البعد الكلي، فقد تراوحت ما بين (٠,٣٧٧) و(٠,٨٠٤) وبدلالة إحصائيا تتراوح بين (٠,٠٥) و(٠,٠١)، مما يشير إلى قدرة هذه الفقرات على قياس بعد السلوك التكيفي. في حين تراوحت قيم معاملات الارتباط بين فقرات بعد الصحة الغذائية وبين البعد الكلي، ما بين (٠,٤٣٥) و(٠,٦٧٢) وبدلالة إحصائيا (٠,٠١)، مما يشير إلى قدرة هذه الفقرات على قياس بعد الصحة الغذائية.

ثبات المقياس

تم تطبيق المقياس الكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية، على العينة الاستطلاعية المكونة من (٣٠) عاملا مع الأطفال التوحديين، من خارج عينة الدراسة (المركز الأردني التخصصي للتوحد، ومركز الكندي، ومركز هناء الكردي للتربية الخاصة)، وتم حساب ثبات المقياس، بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، والجدول (٦) يوضح معامل الثبات لمقياس الكشف عن مهارات الرعاية الصحية بأبعاده الخمسة.

جدول (٦): معاملات الثبات لمقياس الكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية بأبعاده الخمسة.

أبعاد المقياس	معاملات الثبات
الصحة الجسمية	٠,٨٦٢
الصحة النفسية	٠,٨١٣
الصحة البيئية	٠,٨٣٨
السلوك التكيفي	٠,٨٦١
الصحة الغذائية	٠,٨٧٢
المقياس الكلي	٠,٨٨٥

ويظهر الجدول (٦) أن معاملات الثبات مرتفعة ومناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

وقد تم تصميم الاستجابة على المقياس وفق التدرج الخماسي حسب نموذج ليكرت (Liker Type) كما يلي:

- دائما ولها (٥) درجات.
- غالبا ولها (٤) درجات - أحيانا ولها (٣) درجات.
- نادرا ولها (درجتان).
- أبدا ولها (درجة واحدة) فقط.

صدق البرنامج

للتحقق من صدق البرنامج التدريبي، تم استخدام صدق المحتوى، فبعد إعداد البرنامج في صورته النهائية، تم عرضه على مجموعة من الخبراء والمختصين، في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، والعاملين في الحقل الطبي، من أطباء وممرضين، ومتخصصي التغذية، لإبداء رأيهم حول البرنامج، حيث تم الأخذ بجميع المقترحات والتوصيات والتعديلات التي أوصى بها المحكمون، ليصبح البرنامج في صورته المعدلة القابلة للتطبيق.

طريقة التصحيح

فيما يتعلق بتصحيح المقياس، فإن الباحث سجل العلامات، بحيث يحصل المفحوص على علامته، بجمع علامة كل فقرة في المقياس، ففي البند الذي يسجل فيه المفحوص دائما تكون علامته (٥)، وغالبا (٤)، وحيانا (٣)، ونادرا (٢) وابدأ (١)، ثم تجمع العلامات كلها، ومن المجموع الكلي يتم مقارنته بالحد الاعلى والذي يحسب بضرب (٥) في عدد فقرات المقياس (٥٣) ويكون الجواب (٢٦٥) والعلامة الدنيا (١) مضروبا في عدد الفقرات (٥٣) ويساوي (٥٣) ومنه نستنتج امتلاك العامل للمهارة.

إجراءات تطبيق الدراسة

لتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة تم ما يأتي

- إعداد أدوات الدراسة وتمثل في (مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، والبرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية) والقيام بإجراءات التأكد من صدق وثبات الأدوات.
- توزيع أفراد الدراسة عشوائيا تبعاً للخضوع للبرنامج التدريبي، في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية في مجموعتين: مجموعة تجريبية تخضع للبرنامج التدريبي المقترح من إعداد الباحث، ومجموعة ضابطة لا تخضع للبرنامج التدريبي.
- القيام بالتطبيق القبلي لمقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، على العاملين مع الأطفال التوحديين في المجموعتين الضابطة والتجريبية.
- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، تم إعادة تطبيق أداة الدراسة المتمثلة في مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، على العاملين مع الأطفال التوحديين في المجموعتين الضابطة والتجريبية (التطبيق البعدي).
- تم جمع الاستبانات، وتفرغها في جداول خاصة بذلك، ثم تم إدخال البيانات على الحاسوب ومعالجتها إحصائيا باستخدام "الرمز الإحصائية للعلوم الاجتماعية" (SPSS).

متغيرات الدراسة

اشتملت متغيرات الدراسة علنا المتغير المستقل، وهو البرنامج التدريبي المقترح. والمتغيرات الوسيطة وهي عدد سنوات الخبرة، ولها ثلاث مستويات (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، وأكثر من ٤ سنوات). والمتغير التابع وهو تنمية مهارات الرعاية الصحية (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية) لدى العاملين مع الأطفال التوحديين.

المعالجة الإحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة وبهدف الكشف عن دلالة الفروق في درجات العاملين في المجموعة التجريبية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العاملين في المجموعتين على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، كما تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة "Independent Samples t-Test"، واختبار تحليل التباين الثنائي (2-Way ANOVA).

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها: وينص هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين، في مراكز التربية الخاصة تعزى للبرنامج التدريبي المقترح؟

للإجابة عن هذا السؤال، وبهدف الكشف عن دلالة الفروق في درجات العاملين مع الأطفال التوحديين في المجموعة التجريبية (التي خضعت للتدريب باستخدام البرنامج التدريبي المقترح) والضابطة (التي لم تخضع للبرنامج التدريبي المقترح)، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العاملين في المجموعتين، على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، كما تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة "Independent Samples t-Test"، وكانت النتائج كما في الجدول (٨).

جدول (٨): نتائج اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفروق في المتوسطات الحسابية لدرجات العاملين في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية البعدي.

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	الضابطة	١٥	٣,٧٨	٠,٤٣	٣,٩٥١-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٤٤	٠,٤٨			
الصحة النفسية	الضابطة	١٥	٣,٦٥	٠,٦٦	٤,٩١٨-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٦٢	٠,٣٩			
الصحة البيئية	الضابطة	١٥	٣,٨٠	٠,٦٥	٣,٦٨٥-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٥٩	٠,٥٢			
السلوك التكيفي	الضابطة	١٥	٣,٨٧	٠,٣٢	٤,٤٥٠-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٤٥	٠,٤١			

...تابع جدول رقم (٨)

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة الغذائية	الضابطة	١٥	٣,٤١	٠,٢٩	٣,٢٢٦-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٠٧	٠,٧٣			
المقياس الكلي	الضابطة	١٥	٣,٧٣	٠,٣٤	٥,٠٧٢-	٢٨	*٠,٠٠٠
	التجريبية	١٥	٤,٤٤	٠,٤٢			

* دالة إحصائياً.

تظهر النتائج في الجدول (٨) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات درجات العاملين في المجموعتين الضابطة والتجريبية، على مقياس مهارات الرعاية الصحية، وأبعاده الخمسة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، حيث تراوحت قيم (ت) المحسوبة لها ما بين (٣,٢٢٦) و(٥,٠٧٢)، وهذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، للعاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة، تعزى للبرنامج التدريبي المقترح، حيث كانت الدلالة لصالح المجموعة التجريبية (التي خضعت للتدريب باستخدام البرنامج التدريبي المقترح)، إذ حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسطات الحسابية للمجموعة الضابطة (التي لم تخضع للتدريب باستخدام البرنامج التدريبي المقترح). وبالنتيجة يمكن القول أن البرنامج التدريبي المقترح، قد أدى إلى تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية في مجالات (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، لدى العاملين ممن خضعوا للبرنامج التدريبي، وذلك مقارنة بالمجموعة التي لم تخضع للبرنامج التدريبي المقترح. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما تعرض له العاملين المشاركين في البرنامج من خبرات وأنشطة أثرت عليهم، وبسبب دقة أسلوب البرنامج في عملية التطبيق، والإلتزام بالأسلوب العلمي الموضوعي في إعداد البرنامج التدريبي، حيث اشتمل البرنامج التدريبي على مجموعة من الأنشطة الأدائية المصممة لتتلاءم وقدرات العاملين. وعمل البرنامج أيضاً على توفير فرص واسعة للنجاح والانجاز للعاملين المشاركين، فضلاً عن تعريفهم بأهمية أبعاد هذه المهارات، وما يفسر هذه النتيجة أيضاً، الجدية التي تمتع بها العاملون في تلك المراكز، والتي تمت بالمتابعة المستمرة من قبل الباحث، وتقديم التغذية الراجعة أثناء عملية التطبيق، مما أدى إلى جعل العاملين في المراكز يألّفون البرنامج التدريبي، ويتقنون أبعاده بشكل دقيق. ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن البرنامج التدريبي تم بناؤه في ضوء الحاجات الحقيقية للأطفال التوحديين، في مجالات الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة البيئية، والتكيف الاجتماعي، والصحة الغذائية. وبالنتيجة فإن خضوع العاملين في تلك المراكز للبرنامج التدريبي المقترح قد لبي حاجات حقيقية يحتاج إليها الميدان في مجال الرعاية الصحية للأطفال التوحديين. تفنقر إليها البرامج التدريبية الاعتيادية، التي غالباً ما يتم إعدادها بصورة غير منظمة أو علمية،

فهي غالباً لا تقوم على مسح الحاجات الحقيقية للأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة، وكذلك الحاجات التدريبية الحقيقية للعاملين، بل تأتي تكراراً لما اكتسبه العاملون خلال دراستهم في تخصص التربية الخاصة، بحيث لا تشمل على أي جديد. وهذا ما تلافاه الباحث عند إعداده للبرنامج التدريبي المقترح.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها: وينص على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة، عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، للعاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة تعزى لسنوات الخبرة؟

للإجابة على هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات العاملين مع الأطفال التوحديين، في المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية البعدي، وذلك تبعاً لمتغير سنوات الخبرة (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، أكثر من ٤ سنوات)، وكانت النتائج كما في الجدول (١١).

جدول (١١): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العاملين مع الأطفال التوحديين في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية البعدي تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.

أبعاد المقياس	المجموعة		الضابطة		التجريبية		المجموع
	أقل من سنتين	من ٢-٤ سنوات	أقل من سنتين	من ٢-٤ سنوات	أقل من سنتين	من ٢-٤ سنوات	
الصحة الجسمية	٣,٦٦	٠,٤٤	٤,٤٣	٠,٣٩	٣,٩٦	٠,٥٦	٠,٥٦
	٣,٨٧	٠,٥٦	٤,٤٩	٠,٤٧	٤,٢٦	٠,٥٧	٠,٥٧
	٣,٩٨	٠,٠٣	٤,٣٢	٠,٨٠	٤,١٥	٠,٥٤	٠,٥٤
	٣,٧٨	٠,٤٣	٤,٤٤	٠,٤٨	٤,١١	٠,٥٦	٠,٥٦
الصحة النفسية	٣,٢٦	٠,٥٣	٤,٥١	٠,٥٤	٣,٧٤	٠,٨١	٠,٨١
	٤,٣١	٠,٦٢	٤,٧٦	٠,١٨	٤,٦٠	٠,٤٣	٠,٤٣
	٣,٧٨	٠,٠٠	٤,٤٥	٠,٤٩	٤,١١	٠,٤٨	٠,٤٨
	٣,٦٥	٠,٦٦	٤,٦٢	٠,٣٩	٤,١٣	٠,٧٣	٠,٧٣
الصحة البيئية	٣,٤٨	٠,٤٨	٤,٤٧	٠,٧٢	٣,٨٦	٠,٧٥	٠,٧٥
	٤,٥٠	٠,٦٨	٤,٧١	٠,٢٧	٤,٦٣	٠,٤٤	٠,٤٤
	٣,٧٢	٠,٠٩	٤,٥٠	٠,٧٢	٤,١١	٠,٦٣	٠,٦٣
	٣,٨٠	٠,٦٥	٤,٥٩	٠,٥٢	٤,١٩	٠,٧٠	٠,٧٠

...تابع جدول رقم (١١)

أبعاد المقياس	المجموعة / الخبرة	الضابطة		التجريبية		المجموع	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
السلوك التكيفي	أقل من سنتين	٣,٨٦	٠,٤٠	٤,٤٢	٠,٤٩	٤,٠٨	٠,٥٠
	من ٢-٤ سنوات	٣,٩٠	٠,٢٩	٤,٥١	٠,٤١	٤,٢٩	٠,٤٧
	أكثر من ٤ سنوات	٣,٨٣	٠,١٤	٤,٣٣	٠,٣٨	٤,٠٨	٠,٣٨
	المجموع	٣,٨٧	٠,٣٢	٤,٤٥	٠,٤١	٤,١٦	٠,٤٦
الصحة الغذائية	أقل من سنتين	٣,٤٣	٠,٢٨	٣,٩٤	٠,٧٣	٣,٦٣	٠,٥٤
	من ٢-٤ سنوات	٣,٢٥	٠,٣٨	٤,١٤	٠,٧١	٣,٨٢	٠,٧٤
	أكثر من ٤ سنوات	٣,٥٧	٠,١٤	٤,٠٩	١,٠٧	٣,٨٣	٠,٧٤
	المجموع	٣,٤١	٠,٢٩	٤,٠٧	٠,٧٣	٣,٧٤	٠,٦٤
المقياس الكلي	أقل من سنتين	٣,٥٩	٠,٣٥	٤,٣٨	٠,٤٩	٣,٨٩	٠,٥٦
	من ٢-٤ سنوات	٣,٩٤	٠,٣٦	٤,٥٢	٠,٣٠	٤,٣١	٠,٤٢
	أكثر من ٤ سنوات	٣,٨٣	٠,٠٥	٤,٣٣	٠,٦٦	٤,٠٨	٠,٥٠
	المجموع	٣,٧٣	٠,٣٤	٤,٤٤	٠,٤٢	٤,٠٨	٠,٥٢

يظهر الجدول (١١) أن هناك فروقا ظاهرية بين متوسطات الدرجات الخام للعاملين مع الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس البعدي، تبعاً لسنوات الخبرة (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، أكثر من ٤ سنوات)، وذلك في كل بعد من الأبعاد الخمسة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، والمقياس الكلي البعدي. ولمعرفة ما إذا كانت تلك الفروق الظاهرية في المتوسطات الحسابية، لدرجات العاملين مع الأطفال التوحديين، في المجموعتين التجريبية والضابطة، على المقياس البعدي بأبعاده الخمسة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ ، في ضوء سنوات الخبرة (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، أكثر من ٤ سنوات)، استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الثنائي (2-Way ANOVA)، للكشف عن التفاعل بين متغير المجموعة (التجريبية والضابطة) ومتغير سنوات الخبرة (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، أكثر من ٤ سنوات)، وذلك بهدف اختبار سؤال الدراسة المتعلق بالفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين في ضوء سنوات الخبرة، وكانت النتائج كما في الجدول (١٢).

جدول (١٢): نتائج تحليل التباين الثنائي (2-Way ANOVA) لدرجات العاملين على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية البعدي، تبعاً لمتغيري المجموعة وسنوات الخبرة.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	المجموعة	٢,١٥٩	١	٢,١٥٩	٩,٤٨١	٠,٠٠٥
	سنوات الخبرة	٠,١٠٩	٢	٠,٠٥٤	٠,٢٣٨	٠,٧٩٠
	المجموعة X الخبرة	٠,١٩٦	٢	٠,٠٩٨	٠,٤٣١	٠,٦٥٥
	الخطأ	٥,٤٦٥	٢٤	٠,٢٢٨		
	الكلي	٩,٠٣٦	٢٩			
الصحة النفسية	المجموعة	٤,٠٦٥	١	٤,٠٦٥	١٩,٧٩٣	٠,٠٠٠
	سنوات الخبرة	٢,٣٥٠	٢	١,١٧٥	٥,٧٢١	٠,٠٠٩
	المجموعة X الخبرة	٠,٩٣٩	٢	٠,٤٧٠	٢,٢٨٧	٠,١٢٣
	الخطأ	٤,٩٢٩	٢٤	٠,٢٠٥		
	الكلي	١٥,٢٦٧	٢٩			
الصحة البيئية	المجموعة	٢,٨٢٢	١	٢,٨٢٢	١٠,٢٧٥	٠,٠٠٤
	سنوات الخبرة	٢,٣٤٢	٢	١,١٧١	٤,٢٦٤	٠,٠٢٦
	المجموعة X الخبرة	٠,٨٦٤	٢	٠,٤٣٢	١,٥٧٤	٠,٢٢٨
	الخطأ	٦,٥٩١	٢٤	٠,٢٧٥		
	الكلي	١٤,٢٦٢	٢٩			
السلوك التكيفي	المجموعة	٢,٠١٩	١	٢,٠١٩	١٣,٢٣٦	٠,٠٠١
	سنوات الخبرة	٠,٠٥٧	٢	٠,٠٢٩	٠,١٨٨	٠,٨٣٠
	المجموعة X الخبرة	٠,٠١٤	٢	٠,٠٠٧	٠,٠٤٥	٠,٩٥٦
	الخطأ	٣,٦٦٢	٢٤	٠,١٥٣		
	الكلي	٦,٢٥٩	٢٩			
الصحة الغذائية	المجموعة	٢,٦٩٨	١	٢,٦٩٨	٧,٦٧٣	٠,٠١١
	سنوات الخبرة	٠,٠٩٥	٢	٠,٠٤٧	٠,١٣٥	٠,٨٧٤
	المجموعة X الخبرة	٠,٢٢٩	٢	٠,١١٤	٠,٣٢٦	٠,٧٢٥
	الخطأ	٨,٤٣٩	٢٤	٠,٣٥٢		
	الكلي	١١,٩٨٦	٢٩			

...تابع جدول رقم (١٢)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
المقياس الكلي	المجموعة	٢,٥٣٩	١	٢,٥٣٩	١٦,٩٠٣	٠,٠٠٠
	سنوات الخبرة	٠,٣٣٥	٢	٠,١٦٨	١,١١٧	٠,٣٤٤
	المجموعة X الخبرة	٠,١٠٨	٢	٠,٠٥٤	٠,٣٥٨	٠,٧٠٣
	الخطأ	٣,٦٠٥	٢٤	٠,١٥٠		
	الكلي	٧,٨٠٧	٢٩			

تشير نتائج التفاعل في الجدول (١٢) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) على المقياس البعدي بين متوسطات درجات العاملين في المجموعتين الضابطة والتجريبية، في كل بعد من الأبعاد الخمسة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، والمقياس الكلي البعدي، وذلك تبعاً لسنوات الخبرة (أقل من سنتين، من ٢-٤ سنوات، أكثر من ٤ سنوات)، حيث تراوحت قيم (ف) المحسوبة، للتفاعل بين المجموعة وسنوات الخبرة، على المقياس الكلي وأبعاده الخمسة ما بين (٠,٠٤٥) و(٢,٢٨٧)، وهذه القيم غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). بمعنى أن خضوع العاملين مع الأطفال التوحيديين من ذوي الخبرة (أقل من سنتين، ومن ٢-٤ سنوات، وأكثر من ٤ سنوات) للبرنامج التدريبي المقترح، قد أدى إلى تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية لديهم، بدرجة متقاربة في مجالات (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، وفي مهارات الرعاية الصحية الأولية بشكل عام. وبالنتيجة يمكن القول أن البرنامج التدريبي المقترح، مناسب لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية لدى العاملين مع الأطفال التوحيديين، بغض النظر عن سنوات خبرتهم. ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى قلة الدورات التدريبية للعاملين، إن لم يكن انعدامها في مراكز التربية الخاصة ومراكز التوحد خلال عملهم الوظيفي، بدرجة تساعدهم في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية، التي تلبي احتياجاتهم في تقديم الرعاية الصحية الأولية اللازمة للأطفال التوحيديين، مما أدى إلى عدم ارتقاء خبراتهم وتنمية مهاراتهم في ميدان العمل، وبالنتيجة بعد عدد سنوات الخبرة بالنسبة لهم، هي تكرار للمعارف والمهارات المحدودة لديهم، التي بدؤوا بها عملهم دون إنعاش أو تطوير، مع إمكانية تناقصها أو تلاشيتها ما لم يتم تحفيزها وإنعاشها، حيث أن روح المبادرة تتناقص بمرور الزمن، بسبب الروتين القاتل والممل، أضف إلى ذلك عدم وجود ورشات عمل من المختصين في وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة الصحة، تعنى بتقديم برامج إرشادية في الرعاية الصحية الأولية للعاملين في مراكز التربية الخاصة عامة، ومراكز التوحد خاصة، بل يقتصر عمل كل منهما على الوظائف الإشرافية والزيارات التفتيشية ما بين الحين والآخر. ويمكن تفسير ذلك إلى عدم وجود خلفية طبية أو ترميزية لدى العاملين، وقد يضاف إلى ذلك عدم رغبة أرباب العمل في معظم مراكز التربية الخاصة إلى تطوير أداء العاملين وتدريبهم، وإصرارهم على إبقاء العاملين

على نفس المعلومات التي حصلوا عليها وهم على مقاعد الدراسة، في الجامعات أو في كليات المجتمع، ظنا منهم أنهم إذا زادت خبرتهم في مجال عملهم، فإنهم سيطلبونهم بتحسين رواتبهم أو البحث عن فرص عمل أفضل. وبالنتيجة فإن خضوع العاملين في تلك المراكز للبرنامج التدريبي المقترح، أدى إلى تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية لديهم، بدرجة متقاربة، بغض النظر عن سنوات خبرتهم في مجال العمل. ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج التدريبي المقترح، حيث نجح في إكساب العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأولية في مجالات (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، السلوك التكيفي، والصحة الغذائية)، وفي مهارات الرعاية الصحية الأولية بشكل عام بدرجة متقاربة، أي أن البرنامج التدريبي المقترح قد لبي الحاجات التدريبية لمعظم العاملين في تلك المراكز، باعتبار أن مهارات الرعاية الصحية الأولية التي تضمنها البرنامج التدريبي المقترح، جاءت لتلبي الحاجات الفعلية التي يحتاجها العاملون في تلك المراكز. ومن ناحية أخرى يمكن أن تعزى هذه النتيجة، إلى عدم وجود مسافات متخصصة في الرعاية الصحية الأولية لطلبة التربية الخاصة، على مستوى كليات المجتمع والجامعات الأردنية، مما أدى إلى أن تكون المهارات في مجال الرعاية الصحية لدى العاملين متشابهة قبل خضوعهم للبرنامج، بغض النظر عن عدد سنوات الخبرة، وبالنتيجة جاء البرنامج التدريبي ليكسبهم تلك المهارات بدرجة متشابهة. ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضا إلى الوسائل التعليمية التي استخدمت لعرض البرنامج، كالفيديو، والصور، وعرض الشرائح، والتطبيق العملي بواسطة المجسمات، والنماذج التي تم عرضها أمام المتدربين، والتي ساهمت إلى حد ما في تبسيط البرنامج وإدراك محتوياته، وفهمه بغض النظر عن سنوات الخبرة. ويمكن أن يعزى هذه النتيجة، إلى رغبة العاملين التي أبدوها اتجاه البرنامج، مما أدى إلى عدم ظهور فروقات ذات دلالة بين العاملين يعزى لسنوات الخبرة. ويمكن أن يكون لحاجات المتدربين لتلك المهارات دور في عدم وجود أثر لسنوات الخبرة. حيث استطاع البرنامج التدريبي تلبية الحاجات الأساسية للعاملين في مهارات الرعاية الصحية الأولية.

وتؤكد هذه النتيجة أهمية تدريب العاملين في مراكز التربية الخاصة ومراكز التوحد تدريبا مخططا ومستمرًا ومنظما، من أجل الارتقاء بالعاملين إلى مستوى تلبية احتياجات ذوي الحاجات الخاصة، من حيث تقديم الرعاية الصحية الأولية، والمحافظة على صحتهم، وتدريبهم على العادات والمهارات الاجتماعية السليمة.

التوصيات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة يوصي الباحث بما يأتي:

- الاستفادة من برنامج الدراسة الحالية، بعمل دورات تدريبية، لتطوير أداء العاملين مع الأطفال التوحيديين في مراكز التربية الخاصة، من خلال التدريب المستمر، وإفصاح المجال لهم لتحمل مسؤولياتهم كاملة في سبيل رعاية الأطفال التوحيديين رعاية سليمة وشاملة، لكل أبعاد الرعاية الصحية، العلاجية منها والوقائية.

- إعطاء الدور الوقائي الأهمية الكبرى للتثقيف الصحي، فالوقاية خير من العلاج.
- زيادة التركيز على مجمل القيم التقنية، المرتبطة بالرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين، في مساقات التربية الخاصة، في كل من الجامعات، والكليات الجامعية المتوسطة.
- عمل دراسات جديدة حول الرعاية الصحية الأولية للأطفال التوحديين بابعاد ومتغيرات جديدة، تختلف عن الدراسة الحالية.

المراجع العربية والأجنبية

- حسن، ناصر. (٢٠٠١). صحة البيئة. ط١. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية. الكويت.
- خضير، محمود. (٢٠٠١). مبادئ في الصحة والسلامة العامة. ط١. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- داوود، صالح. وقادري، عبد الرحمن. (٢٠٠٢). المرجع في الأمراض الجلدية. مركز تعريب العلوم الصحية. الكويت.
- الروسان، فاروق. (٢٠٠٢). سيكولوجيا الأطفال غير العاديين. ط٥. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- حنفي، سيدة. (٢٠٠٣). "إكساب الأطفال المتخلفين عقلياً مهارات الحياة اليومية من خلال برامج العمل الجماعي". مجلة الطفولة والتنمية. ٩(٣). المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة.
- كوجل، روبرت. وكوجل، لن. (٢٠٠٣). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد. استراتيجيات التفاعل الايجابية وتحسين فرص التعلم. ط١. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي. ووائل أبو جودة. وأيمن خشان. دار العلم. دبي.
- قطيشات، تالا. والبياري، نهلة وأبازة، إبراهيم. ونزال، شذى. (٢٠١١). مبادئ في الصحة والسلامة العامة. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- نصر، سهام. وأحمد، أمين. (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحد. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.
- عبد القادر، منى. (٢٠٠١). التغذية العلاجية. ط١. مجموعة النيل العربية. القاهرة. مصر.
- عبد الله، عادل. (٢٠٠١). مقياس الطفل التوحد. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة. مصر.

- عبد الله، محمد. (٢٠٠٧). مدخل إلى الصحة النفسية. دار الفكر. عمان. الأردن.
- عبد المالك، سوزان. (٢٠١١). أساسيات الإسعافات الأولية. ط١. دار الفكر. عمان.
- عبد الوهاب، عبير. (٢٠٠٢). الأمراض الجلدية في الأطفال. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية. الكويت.
- الفهد، ياسر. (٢٠٠٠). "الحمية الغذائية والتوحد". المؤتمر الثاني للإعاقة. أكتوبر ٢٠٠٠. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- اللهيبي، نادية. (٢٠٠٩). "فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى. مكة المكرمة. السعودية.
- الموسى، لحن بنت عبد العزيز. (٢٠٠٨). "تقييم الحالة الغذائية للأطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى. مكة المكرمة. السعودية.
- وزارة الصحة الأردنية. (٢٠٠٦). دليل نمط الحياة الصحية. مطبعة وزارة الصحة. عمان. الأردن.
- يحيى، خوله. (٢٠٠٦). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. دار المسيرة. عمان. الأردن.
- Heuiahn, Y. & Kim, M. (2004). "Health Care Needs of Elderly in a Rural Community in Korea". Public Health Nursing Journal. 21(2). 153-161.
- Fahlvik-Planefeldt, C. & Herrstr, M, P. (2001). "Dental care of Autistic children within the non-specialized Public Dental Service. Swed Dent Journal. 25(3). 8-113.
- Ghoneim, E. H. Hassan, M. H. A. & Amine, E. K. (2004). "An intervention programmed for improving the nutritional status of children aged 2-5 years in Alexandria". Eastern Mediterranean Health Journal. 10(6). 828-43.
- Jeevarrthan, J. Deepti, A. Muthu, M. S. Rathna Prabhu, V. & Chamundeeswari, G. S. (2007). "Effect of fluoride varnish on Streptococcus mutants counts in plaque of caries-free children using dentist S M strip mutants test: Randomized controlled triple blend study". Indian soc pended prev Dent. 25(4). 157- 164.

- Sheikholeslam, R. Kimiagar, M. Siasi, F. Abdollahi, Z. Jazayeri, A. Keyqhobadi, K. Ghaffarpoor, M. Noroozi, F. Kalantari, N. Minaei, m. Eslami, F. Hormzdyar (2004). "Multidisciplinary intervention Islamic republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal. 10(6). 844-52.
- Faulks, D. & henequen, M. (2008). "Evaluation of a long-Term Oral Health Program by Careers of Children and Adults with Intellectual Disabilities". Spece Care Dentist. 16(10). 199-208.
- Kasari, C. (2002). Assessing Change in Early Intervention Programs.
- Igwe, M. N. Bakare, M. O. Agomoh, A. O. Onyeama, G.m. Okonkwo, K.O. (2010). "Factors Influencing Knowledge about childhood autism among final year undergraduate medical nursing and psychology students of University of Nigereia, Enugu State". Negeria Italian Journal of pediatrics. 44(36). 144- 176.

الملحق (١)

الصورة النهائية للمقياس

مقياس للكشف عن مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين مع الأطفال التوحديين في مراكز التربية الخاصة في عمان والزرقاء.

ت	الفقرة	الخيارات				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
البعد الأول الصحة الجسمية						
١-	أدرب الطفل على الاهتمام بنظافة جسده وأن يستحم ويسرّح شعره					
٢-	أتعامل مع الطفل بمهارة عالية عندما يتعرض للشرقة (الاختناق) أثناء الطعام.					
٣-	أعلم الطفل أن يضع منديلاً على فمه عندما يعطس					
٤-	أدرك بان الأطفال بحاجة لرعاية صحية خاصة					
٥-	أتعامل بقدرة فائقة مع حالات النزيف التي يتعرض لها الأطفال التوحديين.					
٦-	أنصرف بمسؤولية عندما اكتشف أن أحد الأطفال التوحديين مصاب بمرض جلدي معدي.					
٧-	أدرب الطفل كيف يحافظ على صحة أسنانه					
٨-	أمتلك المعرفة الجيدة في تقديم الإسعافات الأولية للطفل التوحدي إذا سقط على الأرض وتعرض للكسر.					
٩-	أشعر بأنني أمتلك المعرفة الكافية التي تساعدني في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأطفال التوحديين.					
١٠-	أعرف جيداً مكونات حقيبة الإسعافات الأولية.					
١١-	أستطيع القيام بتدليك القلب عند توقفه عن العمل.					
١٢-	أعلم الطفل أن يحافظ على النظافة العامة مثل نظافة المأكولات ومياه الشرب وغرفة الصف.					
١٣-	أستطيع تقديم الإسعافات الأولية للطفل التوحدي إذا تعرض للتسمم.					

ت	الفقرة	الخيارات				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
١٤-	استطيع القيام بعملية التنفس الاصطناعي عند توقف التنفس عند الطفل.					
١٥-	استطيع القيام بالإسعافات الأولية للطفل التوحدي إذا أغمي عليه.					
١٦-	أعلم الطفل العادات الصحية السليمة مثل غسل اليدين بعد استخدام الحمام، ونظافة القدمين، ونظافة الأذنين والعينين.					
١٧-	أعرف القواعد الأساسية للإسعافات الأولية.					
١٨-	أعرف أسباب الحروق ودرجاتها وكيفية إسعافها.					
١٩-	أتابع بشكل مستمر صحة الطفل ومدى التقدم الذي يظهره.					
البعد الثاني الصحة النفسية						
٢٠-	أتعامل مع الطفل بهدوء عندما يهيج ويغضب.					
٢١-	أساعد الطفل على التخلص من الانسحابية والعزلة.					
٢٢-	أعرف أسباب الاكتئاب وكيفية علاجه.					
٢٣-	لدي المعرفة الكافية في التعامل ومعالجة بعض الاضطرابات السلوكية والنفسية لدى الأطفال التوحديين .					
٢٤-	أعرف أسباب الصرع وأنواعه والخطوات اللازم إتباعها عندما يتعرض الطفل لنوبة الصرع .					
٢٥-	لدي القدرة الكافية في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بالموسيقى واللعب والرسم والسيكودراما.					
٢٦-	أعرف أهم علامات الصحة النفسية ومظاهرها.					
٢٧-	أمتلك الصبر وسعة الصدر عندما يبدي الطفل التوحدي سلوكاً شاذاً .					
٢٨-	أعطي الطفل الأدوية المهدئة بناء على وصفة الطبيب النفسي.					
البعد الثالث الصحة البيئية						
٢٩-	أعلم الطفل كيفية مراعاة قواعد السلامة المرورية وتجنب الحوادث					

ت	الفقرة	الخيارات			
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً
٣٠-	أوضح للطفل أن يبتعد عن الملوثات البيئية ما أمكن ذلك.				
٣١-	أعرف جيداً المواصفات الصحية للغرفة الصفية للأطفال				
٣٢-	أعلم الطفل أن لا يضع يده على المدفأة وهي مشتعلة				
٣٣-	أعلم الطفل الابتعاد عن المواد الكيماوية وعدم لمسها أو شربها.				
٣٤-	أطلب من الطفل أن يبتعد عن الأماكن التي تُهدد سلامته.				
البعد الرابع السلوك التكيفي					
٣٥-	أعلم الطفل على المهارات الاستقلالية ومهارات الحياة اليومية.				
٣٦-	أحرص على تدريب الطفل على أداء التحية .				
٣٧-	أعلم الطفل المحافظة على ممتلكات أقرانه.				
٣٨-	أدرب الطفل على المهارات الاجتماعية من خلال الطرق المختلفة				
٣٩-	أعرف أهم مظاهر السلوك اللاتكفي .				
٤٠-	أدرب الطفل على كيفية التعبير عن ذاته.				
٤١-	أستطيع اختيار فنية تعديل السلوك المناسبة للتخلص من السلوك غير المرغوب لدى الطفل.				
٤٢-	أعلم جيداً أن الأطفال لديهم حساسية شديدة للضوء ولدي القدرة على علاج هذه الظاهرة.				
٤٣-	أطلب من الطفل أن يشارك الآخرين في الأنشطة.				
٤٤-	أحرص على علاقتي الدافئة مع الطفل.				
٤٥-	أعلم جيداً أن الأطفال لديهم حساسية شديدة للصوت ولدي القدرة على علاج هذه الظاهرة.				
٤٦-	أدرب الطفل على تكوين علاقات وصدقات مع الآخرين				

ت	الفقرة	الخيارات				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
البعد الخامس الصحة الغذائية						
٤٧-	أحرص في الحمية الغذائية على وجبات خالية من الكازين والجلوتين					
٤٨-	أعرف أهم الأطعمة الخالية من الكازين والجلوتين					
٤٩-	أعرف الانتكاسات التي قد يتعرض لها الطفل عند البدء بعملية الحمية الغذائية					
٥٠-	تستمر الحمية الغذائية إلى الأبد.					
٥١-	أعرف البدائل الغذائية للحليب و مشتقاته والقمح ومشتقاته.					
٥٢-	أستطيع التعرف بسهولة على المواد الغذائية التي تؤدي إلى اضطرابات سلوكية لدى الأطفال.					
٥٣-	أعلم بأن الإخلال بالحمية الغذائية سوف يؤدي إلى ظهور انتكاسات تزول خلال ساعات قليلة.					