



استمارة جمع بيانات ودراسة حالة

أخي / أختي أولياء أمور أطفال التوحد .

رغبة في بناء قاعدة بيانات موسعة تشتمل على معلومات شاملة عن جميع أطفال التوحد (بنين - بنات) في المدينة المنورة وذلك بغرض خلق جو من التواصل بين ذوي الأطفال والأخصائيين في مركز التوحد بمعهد التربية الفكرية بالمدينة المنورة ، والتمكن من تبادل الخبرات وتقديم الاستشارات التربوية والتعليمية والتدريبية وبرامج تعديل السلوك وبناء المهارات ، وتزويديكم بأخر الأخبار الخاصة بالبرامج التدريبية والفعاليات وورش العمل التي تقام من الجهات المختلفة في مجال التوحد وتعديل السلوك .

عليه نرجو منكم تعبئة الحقول التالية بكل دقة وإسهاب وثقة وأن بياناتكم ستعامل بمنتهى السرية ولن يطلع عليها أحد سوى المشرف العام للموقع لتفريغها في قاعدة البيانات واستخراج البيانات الإحصائية منها .

ندرك أن المعلومات المطلوبة من خلال الاستمارة تعتبر مطولة ومرهقة في الإجابة ، ولكن كون حالة التوحد لا تزال ظاهرة غامضة ومجهولة الأسباب ، فنحن نهدف من خلالها لكشف هذا الغموض والبحث عن الأسباب الدقيقة أو المتوقعة حتى يسهل إيجاد طرق علاج وتدريب وتعليم أكثر دقة وفاعلية - سوف نشير للحالة بكلمة (طفل) سواء كان بنت أو ولد .

- السيرة الشخصية للحالة :-

| | | |
|------------------|------------------------|---------------|
| أسم الطفل/الطفلة | الجنسية | |
| تاريخ الولادة | العمر الحالي | مكان الولادة |
| عدد أبناء الأسرة | ترتيب الطفل بين الأخوة | |
| اسم ولي الأمر | صلة القرابة | |
| عنوان الطفل | | |
| هاتف المنزل | جوال ولي الأمر | |
| هاتف العمل | هواتف أخرى | |
| ص.ب | الرمز البريدي | بريد الكتروني |

| | |
|--|--|
| تاريخ تشخيص الحالة | |
| الجهة التي قامت بالتشخيص | |
| نتيجة التشخيص | |
| هل سبق أن تلقى الطفل تدريب أو تعليم في مركز أو معهد حكومي أو خاص | |
| اسم المعهد أو المركز في حال الإجابة بنعم للفقرة السابقة | |
| عدد سنوات التدريب | هل لا زال الطفل يتلقى التعليم والتدريب |

- السيرة الشخصية للعائلة :-

الأب :

| | | |
|--|--------------------------|--|
| عمر الأب عند إنجاب الطفل | عمر الأم عند إنجاب الطفل | |
| عمل الأب | مكان العمل | |
| المستوى التعليمي للأب | المستوى التعليمي للأم | |
| عمل الأم | | |
| هل يوجد صلة قرابة بين الأب والأم ؟ | أجب بنعم أو لا | |
| هل يوجد حالة مشابهة لحالة الطفل بين أفراد الأسرة ؟ | أجب بنعم أو لا | |
| كم عدد الأفراد المصابين بنفس الحالة إذا وجد ؟ | صلة القرابة | |

- بيانات الحالة الصحية للطالب :- أجب ب (نعم) أو (لا) أو (غير معروف)

| | |
|--|--|
| هل كان الطفل بحاجة إلى نقل دم عند أو بعد الولادة ؟ | |
| الأسباب : | |
| هل كان لدى الطفل إزرقاق نتيجة لنقص الأكسجين أثناء أو بعد الولادة ؟ | |
| الأسباب : | |
| هل تعرض الطفل لاصفرار اليرقان بعد الولادة ؟ | |
| متى كان التدخل الطبي لإعطائه الأكسجين ؟ | |
| هل يعتقد الأطباء أن الإعاقة ناتجة عن عوامل وراثية / جينية؟ | |
| هل يعتقد الأطباء أن سبب الإعاقة غير معروف ؟ | |
| هل كان لدى الطفل صغر في حجم الجمجمة ؟ | |
| هل لدى الطفل كبير في حجم الجمجمة ؟ | |
| هل تم فحص بصر الطفل ؟ | |
| نتيجة الفحص : | |
| هل تم فحص سمع الطفل ؟ | |
| نتيجة الفحص : | |
| هل تم عمل تخطيط دماغ للطفل ؟ | |
| نتيجة التخطيط : | |
| هل تعرض الطفل في طفولته لأي مما يلي : | |
| التهاب السحايا (ألحمة الشوكية) | |
| التهاب الدماغ | |
| الاختناق | |
| التسمم | |
| ارتفاع شديد في درجة الحرارة | |
| حوادث – ارتطامات | |
| التهاب شديد في الأنف أو الأذن أو الحنجرة | |
| أورام | |
| سوء تغذية | |
| اضطرابات في الغدة الدرقية | |
| أمراض أخرى تستحق الذكر : | |

| | | |
|---|-------------------------|---------------------------|
| متى ظهرت أعراض الحالة لدى الطفل ؟ | بعد الولادة بفترة قريبة | بعد ثلاث سنوات من الولادة |
| أخرى حدد : | | |
| ماهي أول الأعراض التي لفتت إنتباهكم لحالة الطفل : | | |

| | | | |
|---|------|-------------|--|
| هل لدى الطفل حساسية معينة من أطعمة أو روائح أو مواد معينة | | | |
| حدد مصادر الحساسية : | | | |
| هل تعرض الطفل لحالات تشنج أو صرع ؟ | | | |
| أعراضها وحدتها : | | | |
| مدتها عند الحدوث : | | | |
| عدد مرات تكررها : | | | |
| هل لازالت هذه النوبات مستمرة معه حتى الوقت الحالي | | | |
| هل يتناول الطفل أدوية خاصة بهذه الحالة ؟ | | | |
| حدد نوع الدواء | أسمه | كمية الجرعة | |

| | | | |
|---|------|-------------|--|
| هل يعاني الطفل من نشاط زائد (كثرة الحركة - الصراخ - البكاء - الحركات الغريبة النمطية) | | | |
| إذا كانت الإجابة بنعم - هل يتناول الطفل أدوية مهدنة لهذا النشاط الزائد | | | |
| حدد نوع الدواء | أسمه | كمية الجرعة | |

- بيانات الحمل والولادة :-

| | |
|--|--|
| هل تعرضت الأم لإجهاضات سابقة ؟ | |
| هل تناولت الأم مثبتات للحمل | |
| كم استمرت فترة الحمل | |
| هل تعرضت الأم أثناء الحمل لأي مما يلي : | |
| الحصبة الألمانية | |
| تسمم الحمل | |
| سكر الحمل | |
| الأشعة السينية | |
| إصابات - حوادث - ارتطامات | |
| تدخين | |
| أمراض مزمنة (سكر - ربو - ضغط - أمراض قلب) | |
| أعراض أخرى تذكر | |
| تناول أدوية أو مضادات حيوية أثناء فترة الحمل ؟ | |
| نوع الأدوية : | |
| هل كان الطفل مقلوب أو معترض أثناء الولادة ؟ | |
| هل كانت الولادة طبيعية ؟ | |
| هل استخدمت أدوات صناعية مثل (الجفت) في الولادة ؟ | |
| هل احتاج الطفل إلى وضع في الحاضنة بعد الولادة ؟ | |
| المدة والأسباب | |
| هل حدثت أخطاء طبية أثناء الولادة ؟ | |
| حدد | |
| كم كان وزن الطفل بعد الولادة ؟ | |
| متى كانت الصرخة الأولى للطفل ؟ | |

- مستوى النمو الحركي للطالب :-

| | |
|---|--|
| في أي عمر بدأ الطفل بالزحف | |
| في أي عمر بدأ الطفل بالجلوس | |
| في أي عمر بدأ الطفل بالوقوف | |
| هل يتعثر الطفل بكثرة أثناء المشي ؟ | |
| هل حدث للطفل خلع أو كسر أثناء الولادة ؟ | |
| حدد الأسباب ومكان الخلع أو الكسر : | |
| هل كانت تصرفات الطفل الحركية عادية أثناء الجلوس أو المشي | |
| حدد الأسباب عند الإجابة بلا : | |
| هل ستخدم الطفل أجهزة مساعدة في الحركة ؟ | |
| حدد نوع الجهاز : | |
| هل كان الطفل يستخدم قبضة يده بشكل طبيعي للإمساك بالأشياء وبشكل يتناسب مع عمره | |
| أي اليدين يستخدم أكثر ؟ | |

- مستوى العناية بالذات :-

| | |
|--|--|
| هل يتناول الطفل طعامه بشكل طبيعي ؟ | |
| عند الإجابة بلا - ما هي المشاكل التي يعاني منها أثناء تناول الطعام : | |
| هل يستطيع الطفل ارتداء ملابسه بنفسه ؟ | |
| هل الطفل قادر على لبس حذائه بنفسه ؟ | |
| هل يستطيع الطفل تسريح شعره بنفسه ؟ | |
| هل يستطيع الطفل غسل أسنانه بنفسه ؟ | |
| هل الطفل قادر على استخدام الصابون في غسل يديه ؟ | |
| هل الطفل قادر على الاستحمام بدون مساعدة ؟ | |
| هل يستطيع الطفل استخدام دورة المياه بدون مساعدة ؟ | |
| هل يستطيع الطفل التعامل بالنقود والشراء من المحلات التجارية ؟ | |
| هل يستطيع الطفل المحافظة على أدواته والعباة ؟ | |
| بشكل عام - صف مدى قدرة الطفل في الإعتماد على نفسه في قضاء احتياجاته الذاتية خلال اليوم : | |
| | |
| | |

- مستوى النمو اللغوي للطفل :-

| | |
|--|--|
| متى بدأ الطفل بالمناغاة وإصدار الأصوات ؟ : | |
| متى بدأ الطفل بنطق الكلمات وتقليدها ؟ : | |
| هل كانت حصيلة الطفل اللغوية مناسبة لعمره الزمني ؟ | |
| هل يستطيع الطفل التعبير عن ذاته واحتياجاته من خلال الكلمات ؟ | |
| هل يستخدم الطفل حصيلته اللغوية بالشكل السليم للتحدث مع الآخرين والرد عليهم ؟ | |
| حدد نوع الحصيلة اللغوية للطفل : (يمكن الإشارة إلى أكثر من مستوى من مستويات الحصيلة اللغوية مثل / نعم - لا - أحياناً - نادراً) :- | |
| جمل مكتملة وصحيحة تستخدم للتحدث مع الآخرين والتعبير بها عن الذات والمشاعر والاحتياجات | |
| جمل مكتملة وصحيحة ولكن ينطق بها بشكل عشوائي وغير هادف وغير مناسبة للموقف الذي ذكرت به | |
| كلمات مفردة يعبر بها عن احتياجاته الخاصة فقط | |
| كلمات مفردة ينطق بها من باب التكرار فقط ولا يستخدمها في التعبير عن احتياجاته | |
| شبه كلمات ينطق بها بشكل مبهم ويصعب فهمها من قبل الآخرين | |
| صراخ غير هادف يستخدمه الطفل بشكل مستمر وفي جميع الظروف | |
| كلمات أو جمل أو أغاني أو الحان سمعها في وقت سابق ويتمم بها مع نفسه بشكل مستمر | |
| هل يعاني الطفل من مشاكل في الجهاز التنفسي العلوي أو الأسنان أو اللسان تعيق النطق لديه ؟ | |
| هل يعاني الطفل أي مشاكل نفسية أو عصبية أو اجتماعية تؤثر على قدرته على النطق والكلام ؟ | |
| هل سبق للطفل أن كانت لديه حصيلة لغوية وفقدتها مع الوقت ؟ | |
| هل تتأثر قدرات الطفل اللغوية في وجود أغراب أو خارج المنزل ؟ | |
| في حال كان الطفل يملك قدرات لغوية ، فما هي مشاكل الكلام أو النطق أو اللغة التي يعاني منها ؟ :- | |
| تأتاة | |
| تكرار (بداية الكلمة - الكلمة في بداية الجملة - الكلمة في نهاية الجملة) | |
| زيادة أو نقص حروف في الكلمة | |
| حبسة أثناء الكلام وتقطيع للكلام | |
| تبديل وتشويه لبعض الأحرف أو بعض الكلمات | |
| بحه وضعف في الصوت | |
| خنف | |
| هل تم إلحاق الطفل ببرامج خاصة بالنطق ؟ | |
| نوع البرامج ومكانها : | |

بشكل عام - صف القدرات اللغوية للطفل مع ذكر أهم المشاكل :

- المستوى الاجتماعي للطفل :-

| | |
|---|--|
| هل يتفاعل الطفل مع الوالدين والأخوة داخل المنزل ؟ | |
| هل يمارس الطفل اللعب مع الأخوة والأقارب ؟ | |
| هل يشعر الطفل بحنان الوالدين ويتفاعل معه ؟ | |
| هل يظهر الطفل أي مشاعر نتيجة لبعده عن الوالدين والأخوة تشير إلى فقدته لهم ؟ | |
| هل يظهر الطفل أي توتر أو انزعاج عند وجود ضيوف أو شخص غريب بالمنزل ؟ | |
| هل يستطيع الطفل تكوين علاقات مع الآخرين وبناء صداقات ؟ | |
| هل يشارك الطفل الأسرة في مهامها ومناسباتها ؟ | |
| هل يتفاعل الطفل مع المناسبات الاجتماعية للأسرة ويظهر المشاعر المناسبة ؟ | |
| هل يحب الطفل اللعب الجماعي ؟ | |
| هل يوجد لدى الطفل أصدقاء معينين يميل للعب معهم ؟ | |
| هل يكره الطفل لمس الآخرين له واحتضانه حتى من الأم والأب ؟ | |

- مستوى التكيف لدى للطفل :-

| | |
|--|--|
| هل يظهر الطفل تعلق مبالغ به تجاه الألعاب أو الأشياء أو الأشخاص ؟ | |
| هل يتضجر الطفل من تغير مكان نومه أو أعباه أو ترتيب غرفته ؟ | |
| هل يتضجر الطفل عند تغير نوع الطعام الذي اعتاد عليه ؟ | |
| هل يتقبل الطفل التنوع في المواد التلفزيونية أم أنه يفضل فلم معين أو مادة معينة فقط ؟ | |
| هل يتقبل الطفل التغير في الأماكن مثل الانتقال في السكن أو السفر أو زيارة الآخرين ؟ | |

- مستوى التواصل لدى للطفل :-

| | |
|---|--|
| هل يواجهك الطفل وينظر إلى عينيك عند محادثتك له أو محادثته لك ؟ | |
| هل ينصت الطفل للحديث أو الأوامر الموجهة له ؟ | |
| هل ينفذ الطفل الأوامر الموجهة له بالشكل الصحيح ؟ | |
| هل يتفاعل الطفل مع الحديث الدائر أو المناقشة وتكون ردوده مرتبطة بها ؟ | |
| هل يتذكر الطفل الأحداث التي مر بها سابقاً والأحداث التي سبق مشاركته بها ؟ | |
| <i>التواصل : هو مدى قدرة الإنسان على الاتصال بالآخرين سواء بالكلام أو النظر أو السمع أو الإشارة لتبادل الأفكار والمشاعر والذكريات والمعارف . من خلال التعريف السابق - هل يوجد لدى طفلك مشكلة في التواصل ، وما نوعها ؟</i> | |

- المستوى السلوكي لدى للطفل :-

| | | | |
|--|-------------|--------------------|--|
| إذاء الذات (مثل عض يده أو خربشة نفسه أو ضرب رأسه باليد أو شد شعره أو تجريح نفسه عمداً) | | | |
| مشاكل في النوم مثل كثرة الإستيقاظ والصراخ أثناء النوم وقللة النوم | | | |
| خمول وكسل | عصبية زائدة | خوف شديد | |
| التبول اللا إرادي | | عدوانية تجاه الغير | |
| أخرى حدد | | | |

أرجو التفضل بتعبئة الاستمارة بشكل دقيق قدر الإمكان ثم إعادة إرسالها إلى البريد الإلكتروني fmz7000@gmail.com

في حال واجهتكم صعوبة في إعادة إرسال الاستمارة أو عدم فهم لبعض العبارات يرجى إيضاح ذلك من خلال رسالة إلى البريد الإلكتروني الموضح أعلاه .

أو رسالة خاصة للمشرف العام (SOOOOOOL) من خلال موقع المعهد [هنا](http://fikri.3oloum.org/forum.htm) (<http://fikri.3oloum.org/forum.htm>)

أو الاتصال برقم الجوال / ٠٥٠٠٠٩١٩١٠ .

مع خالص شكرنا وتقديرنا ،،،

