

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tisdawit Akli Muhend Ulhag - Toubret -

Faculté des Sciences Sociales et Humaines



جامعة البويرة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: العلوم الاجتماعية

تخصص تربية خاصة

واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال التوحد من وجهة نظر

الاخصائيين النفسيين والتربويين

دراسة ميدانية بالمراكز النفسو بيداغوجية للمتخلفين ذهنيا بولاية البويرة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في التربية الخاصة

إشراف الأستاذ:

الدكتور عطاء حميمي

إعداد الطلبة:

بوشلاغم عبد الحق

دوايدي حجيلا

لجنة المناقشة

رئيسا

مشرفا ومقررا

مناقشا

د/ساعد وردية

د/عطاء حميمي

د/جديدي عفيفة

السنة الجامعية: 2023 / 2024

نموذج التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإ

الممضي أسفله. السيد (ة) مؤنس محمد عبد الحق.....الصفة: طالب، استاذ، باحث.....

تامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 406438093.....والصادرة بتاريخ:

سجل (ة) بكلية / معهد العلوم الإحصائية والاجتماعية قسم علم النفس.....

(ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير،

واتّبع التحفل النفسي والسريري بمؤهل المؤهل

بدرجة دكتوراه الماجستير التفصيلي والسريري

راف الأستاذ (ة): د. محمد بن عبد الله.....

بشرفي أنيألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية

في انجاز البحث المذكور أعلاه.

2024/06/10.....توقيع المعني (ة) Paul

بيئة مراقبة السرقة العلمية:



نموذج التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز

انا الممضي أسفله، السيد(ة)..... د. وائل بن حيمية..... الصفة: طالب، استاذ، باحث..... طالبية
الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 117675874..... والصادرة بتاريخ: 28
المسجل(ة) بكلية / معهد العلوم الإسلامية والعلوم الإنسانية قسم علوم النفس وعلم الاجتماع
والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطرو
عنوانها: واقع التكفل النفسي والتربوي في أطفال الوحدة
وجمعة ن ظار لا حضا ئيين النفسائيت والتربويين
حت إشراف الأستاذ(ة): ع. طاب حيمية
صرح بشرفي أنيألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة
طلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

تاريخ: 2024/06/10 توقيع المعني(ة).....

أي هيئة مراقبة السرقة العلمية:

النسبة: 7.1 %



شكر وتقدير



بسم الله والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

الحمد لله حمدا كثيرا مباركا على توفيقه للإنجاز هذا العمل وأنار لنا طريقنا، ووفقنا في مسيرتنا العلمية،
فإن أصبنا فمن الله وأن أخطانا فمن أنفسنا، نسال الله عز وجل أن يجعله لما يحبه ويرضاه في الدنيا
والآخرة.

نتقدم بخالص الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ المشرف " عتاب حميمي " لم يبخل علينا بكل ما
لديه من معلومات، أعطانا من وقته وجهده، وعلى ما قدمه لنا من نصائح وتوجيهات وتشجيع طيلة
فترة إنجاز هذه المذكرة، من غير أن ننسى أن نحیی فيه رفعة أخلاقه و روح التواضع لديه.
كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى كافة الأساتذة الذين درسنا على أيديهم لبلوغ هذه الدرجة من
التحصيل العلمي.

وفائق الشكر والتقدير إلى كل من أمدنا بالأمل وشجعنا إلى المضي في سبيل العلم ولو بكلمة طيبة
إلى كل هؤلاء أسمى عبارات الشكر والتقدير

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال التوحد وأجريت في المراكز النفس وبيداغوجية لولاية البويرة على عينة تكونت من 35 أخصائي نفسي؛ ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وقاما ببناء استبيان يتكون من ثلاث محاور أساسية:

المحور الأول: تكوين الأخصائي؛ **المحور الثاني:** البرامج التعليمية العلاجية؛ **والمحور الثالث:** الوسائل والمعدات، وبعد توزيع الاستبيان والحصول على البيانات ثم استخدام الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات والمتمثلة في: حساب الثبات الداخلي والصدق، التكرارات والنسب المئوية، ألفا كرونباخ؛ التجزئة النصفية؛ صدق المحكمين، الصدق التميزي. وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال التوحد مقبول ويراعي الشروط عامة. وتحققت الفرضيات الجزئية والتي تنص على أن الأخصائيين النفسيين والتربويين لديهم تكوين كافي للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد، أما فيما يخص البرامج العلاجية أغلبيتها مطبقة عليهم أما من ناحية المراكز فهي مجهزة بوسائل ومعدات تسمح بالتكفل بهم.

Summary :

This study aimed to identify the reality of psychological and educational care for autistic children and was conducted in the psychological and pedagogical centers of the state of Bouira on a sample consisting of 35 psychologists; to achieve the objectives of this study, the researchers used the descriptive method , and built a questionnaire consisting of three main axes:

***The first axis** : the formation of the specialist; **the second axis**: therapeutic educational programs; and **the third axis** means and equipment, after distributing the questionnaire and obtaining the data, then using statistical methods in data processing, represented by: calculation of internal constancy and honesty, repetitions and percentages, Alpha cronbach; half-hashes; honesty of arbitrators, discriminative honesty .*

The results of the study showed the following :

The results of the study have shown that the reality of psychological and educational care for autistic children is acceptable and takes into account the general conditions . Partial hypotheses have been realized, according to which psychologists and educators have sufficient training to take care of children with autism, as for the treatment programs, the majority of them are applied to them, and in terms of centers they are equipped with means and equipment that allow taking care of them .

فهرس المحتويات

كلمة شكر

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

1..... مقدمة

الجانف النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة 4
- 2- فرضيات الدراسة 5
- 3- أسباب اختيار الموضوع..... 5
- 4- أهمية الدراسة 6
- 5- أهداف الدراسة 6
- 6- تحديد المفاهيم..... 6
- 7- الدراسات السابقة..... 8
- 8- التعقيب على الدراسات السابقة..... 10

الفصل الثاني: التكفل النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة.

- تمهيد 13
- 1- ماهية التكفل 14
- 2- أنواع التكفل..... 14
- 1-2- التكفل المبكر 14
- 2-2- التكفل المتأخر..... 15
- 3- أهمية التكفل المبكر وفعاليته..... 15
- 4- مبررات التكفل المبكر 17
- 5- نماذج التكفل المبكر..... 19
- 6- التكفل النفسي والتربوي 21
- 7- أنواع التكفل النفسي والتربوي..... 22

| | |
|---------|---|
| 25..... | 8- أنواع التقييم في برامج التكفل النفسي والتربوي. |
| 26..... | 9- المختص النفسي التربوي. |
| 27..... | 10- أدواره. |
| 29..... | 11- مجالات استشارة للمختص التربوي النفسي. |
| 30..... | 12- دور الاسرة في التكفل النفسي التربوي بالطفل المتوحد. |
| 31..... | خلاصة . |

الفصل الثالث: التوحد

| | |
|---------|---------------------------------------|
| 33..... | - تمهيد: |
| 34..... | 1- ماهية التوحد. |
| 35..... | 2- النظريات المفسرة للتوحد. |
| 39..... | 3- أعراض التوحد. |
| 41..... | 4- أسباب التوحد. |
| 42..... | 5- المشكلات المصاحبة للتوحد. |
| 45..... | 6- التشخيص. |
| 46..... | 7- مقترحات علاجية. |
| 48..... | 8- أهم البرامج الموجهة لأطفال التوحد. |
| 52..... | - خلاصة . |

الجانب التطبيقي:

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | |
|---------|------------------------------|
| 53..... | - تمهيد |
| 54..... | 1- منهج الدراسة |
| 54..... | 2- أهداف الدراسة الاستطلاعية |
| 54..... | 3- المجتمع والعينة |
| 55..... | 4- أدوات الدراسة |
| 56..... | 5- الخصائص السيكميترية |
| 56..... | 4-1- الثبات |
| 57..... | 4-2- الصدق |
| 58..... | 5- مجالات الدراسة |
| 58..... | 5-1- المجال البشري |

| | |
|---------|-----------------------|
| 58..... | 2-5- المجال المكاني |
| 58..... | 3-5- المجال الزمني |
| 58..... | 6- الأساليب الاحصائية |
| 59..... | - خلاصة |

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

| | |
|---------|---|
| 61..... | 1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة |
| 63..... | 2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى |
| 64..... | 3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية |
| 66..... | 4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة |
| 68..... | - الاستنتاج العام |
| 69..... | خاتمة |
| 70..... | التوصيات والاقتراحات |
| 72..... | قائمة المراجع |
| 77..... | الملاحق |
| 77..... | 1- الاستبيان |
| 80..... | 2- قائمة أسماء المحكمين |
| 81..... | 3- نتائج الدراسة الاستطلاعية (SPSS) |
| 83..... | 4- نتائج الدراسة الأساسية (SPSS) |
| | (نتائج الفرضية العامة فقط) |
| 89..... | 5- رخصة إجراء بحث ميداني |

فهرس الجداول

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 01 | توزيع المراكز النفسو بيداغوجية لولاية البويرة | 55 |
| 02 | جدول يوضح معامل ألفا كرونباخ لثبات الأداة | 56 |
| 03 | جدول يوضح طريقة حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية | 56 |
| 04 | جدول يوضح حساب الصدق التمييزي | 57 |
| 05 | يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (الفرضية العامة) | 61 |
| 06 | يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (الفرضية الجزئية الأولى) | 63 |
| 07 | يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (الفرضية الجزئية الثانية) | 65 |
| 08 | يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (الفرضية الجزئية الثالثة) | 66 |

مقدمة

كثيرا ما تصل إلى أسماعنا كلمة التوحد حيث ازداد الحديث عن هذا المصطلح اذ تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين ؛ ويعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري إيجن بلولر عام 1911 حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية ؛ فهو يعد من أكثر الاضطرابات التطورية والارتقائية صعوبة وتعقيدا « ذلك أنه يؤثر على العديد من مظاهر نمو الطفل المختلفة فنجد الطفل ذو متلازمة التوحد يعاني من انحرافات ارتقائية خاصة على مستوى الارتقاء اللغوي ؛ و الحركي ؛ و في عمليات الانتباه و الإدراك و التواصل الاجتماعي .

فعرف هذا الاضطراب بأنه إعاقة متعلقة بالنمو تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل؛ وتنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

فالتوحد يصيب الأطفال دون الثلاث سنوات وهو عمر الالتصاق بالوالدين، عمر اللعب الجماعي والتفاعلي والبدء بتكوين بيئة ثانية وهي بيئة الأصدقاء والساحة والشارع.

ولكن وبدون سابق إنذار يلاحظ على الطفل التوحدي البدء بالانعزال وعدم التواصل واللعب مع الأقران وعدم القدرة على التخاطب اللفظي والبكاء أو الضحك وبدون سبب وغيرها من الأعراض التي تجعل الاهتمام بهذه الشريحة اهتمام ضروري ومهم من اجل تخفيف تلك الأعراض وإمكانية جعلهم يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع.

وبسبب تعقيد هذا المرض وعدم معرفة أسبابه أصبح من الضروري والمهم أن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يتكون من (طبيب نفسي ؛ أخصائي نفسي؛ أخصائي أطفال ؛ اختصاصي في الاختبارات , ومختص أرطوفوني)؛ وهذا الأخير هو الذي لديه تكوين متعدد الفروع يتكفل بمختلف أنواع الاضطرابات (الكلام؛ اللغة؛ الحبسة؛ الإعاقة الذهنية؛ السمعية ...) ويقوم بعملية التكفل الارطوفوني وتعرف على انها تلك التقنيات العلاجية والبرامج التعليمية ذات هدف إنساني وتربوي بصفة عامة فالتكفل الأرطوفوني يهدف دائما إلى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع توظيفها العادي .

وتتم هذه العملية في المراكز البيداغوجية الخاصة بالتكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ ومن بينها فئة الاطفال المتوحدين التي تعتبر الموضوع الذي نحن بصدد دراسته ويتعلق بالتعرف على واقع التكفل

التربوي و النفسي بهم في هذه المراكز ؛ ولهذا اتت دراستنا بالمنهجية والتي تمحورت وكغيرها من الدراسات الأخرى على جانبين أساسيين :أحدهما نظري والآخر تطبيقي؛ حيث اشتمل الإطار النظري على ثلاثة فصول اولها فصل طرح اشكالية الدراسة والثاني يتناول تعريف التكفل النفسي و التربوي وأساسياته و التكفل المبكر ونماذجهاما الفصل الثالث فيتناول التوحد وتعريفه اسبابه وأعراضه وتشخيصه وبعض البرامج التي يجب التقيد بها .اما الجانب التطبيقي والذي احتوى على فصلين ؛ تطرقنا في الفصل الأول إلى اجراءات الدراسة الاستطلاعية ؛ والثاني اهتم بعرض ومناقشة النتائج والتحقق من الفرضيات .

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1 - الإشكالية:

تعتبر فئة أطفال التوحد من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تتلق الاهتمام الكافي. حيث أصبح مصطلح التوحد مشهور في وقتنا الحالي بين المجتمعات؛ والأطفال التوحديون هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين وبصفة عامة لديهم مشكل في التواصل وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك الغير مناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط بهم مما يؤثر في قدراتهم على التعلم. •

وتشير الإحصائيات العالمية إلى ظهور (4-5) حالات توحد في كل 10000 مولود وقد ترتفع إلى حالة توحد لكل 1000 مولود حسب التوسع في الصفات أثناء التشخيص ويظهر في كل الأطفال بغض النظر عن الجنس واللون أو المستوى الاجتماعي والتعليمي والثقافي للأسرة؛ ويظهر في الإناث أقل من الذكور بنسبة 4% أما في الجزائر فهناك أكثر من 80000 طفل مصاب بالتوحد حسب البحث الذي قامت بها الدكتورة أسماء اوصديق وهي طبيبة نفسية للأطفال بمستشفى الشراقة بالعاصمة الجزائر وتختلف حالات التوحد من طفل لآخر ووجدت أن في كل 10000 ولادة يوجد ما بين 2 إلى 5 حالات توحد؛ ومقابل كل 4 إلى 5 ذكور فتاة؛ حيث يمس الذكور أكثر من الإناث.

وعلى هذا الأساس وجب توفير الرعاية النفسية والتربوية لهم في المراكز البيداغوجية التي هي مجموعة من المراكز تنتمي إلى وزارة التضامن الوطني والأسرة؛ تقوم بالتكفل بالأطفال غير مؤهلين ذهنيا كالأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ متلازمة التوحد؛ اضطرابات الصرع؛ اضطرابات نفس حركية ؛ اضطرابات السمع ؛ تأخر دراسي... وغيرها من الإعاقات والاضطرابات؛ وايضا وضع برامج علاجية ونشاطات تدريبية للتقليل من هذا الاضطراب الذي لم ينل اهتمام كافي حتى يكون لمن يعانون من هذه الإعاقة مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي ولأن التكفل النفسي والتربوي مجموعة من الطرق التدريبية والبرامج العلاجية التي يعتمد عليها أخصائيين قائمين على العمل معهم وهم مجموعة من الأشخاص الحاصلين على شهادات في تخصص علم النفس العيادي والتربية الخاصة ؛ والذين يعملون في المراكز الطبية البيداغوجية في إطار الوظيفة العمومي كأخصائيين عيادين وتربويين : حيث يلتزمون بأداء واجباتهم المهنية أهمها التكفل النفسي والتربوي بالأطفال ذوي الإعاقات والاضطرابات المختلفة المقبلين على المراكز الطبية البيداغوجية التي يعملون بها. بغية مساعدة هذه الفئة على التغير الإيجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها.

وفي البلدان المتطورة يولون رعاية أكثر بهم واهتمام كبير بفتح مراكز خاصة بالمتوحدين وتكيف اختبارات لقياس حدته؛ وتأهيل مختصين بالتوحد فقط وتدريبهم على العناية والرعاية بهم أما في الجزائر فهذه المراكز تكاد تنعدم من قلتها حيث نجد ولاية البويرة بجميع دوائرها تحتوي على أربع مراكز لجميع الإعاقات الذهنية والعقلية وأغلبية الأطفال المتوحد ين مدمجين في هذه المراكز.

ومن خلال ما سبق جاءت هذه الدراسة لتناول واقع التكفل النفسي التربوي بأطفال التوحد في ولاية البويرة من وجهة نظر الاخصائيين النفسيين والتربويين العاملين في المراكز النفسو بيداغوجية في الولاية.

ومن هنا يتبادر إلى أذهاننا التساؤل التالي:

التساؤل العام:

- ما واقع التكفل النفسي والتربوي بالطفل المتوحد في المراكز النفسو البيداغوجية؟
- وتحت هذا التساؤل العام تندرج أسئلة فرعية:
- هل يتلقى الأخصائي النفسي والتربوي تكويناً كافياً في مجال التوحد؟
- هل تطبق كل البرامج العلاجية على أطفال التوحد؟
- هل تتوفر المركز على الوسائل الضرورية للتكفل بأطفال التوحد؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة: التكفل النفسي والتربوي بالطفل التوحد بالمراكز النفسو بيداغوجية مقبول ويراعي الشروط العامة.

الفرضيات الجزئية:

- الأخصائي القائم بالتكفل لديه تكوين كافٍ.
- تطبق جميع البرامج العلاجية المبرمجة للطفل التوحد.
- تتوفر لهم جميع الوسائل والمعدات للتكفل بهم.

3- أسباب اختيار الموضوع

- تتمثل أسباب اختيار الموضوع في مطالعتنا التي تثبت أن اضطراب التوحد يؤثر على جميع العمليات التي تسير بها الكفالة النفسية والتربوية.

- تم اختيارنا فئة المختصين القائمين بالتكفل بفئة المتوحدين لأن هذا الاضطراب في تزايد مستمر
- ندرة البحوث والدراسات على حد علمنا التي تناولت واقع التكفل النفسي والتربوي بالمتوحد في جامعة البويرة.

4- أهمية الدراسة:

- تتمثل أي دراسة علمية في إبراز حساسية المشكلة المدروسة وعمقها وكذا دورها، إذ أن أي دراسة أو موضوع يقوم الباحث بمعالجة هو نتيجة المشاكل التي يعاني منها المجتمع ويوجهها في ميادين الحياة أما هذه الدراسة فهي تعكس أهمية بالغة على الصعيدين: العلمي الذي نقصد به الإطار النظري والصعيد الميداني أو التطبيقي للبحث أو الدراسة.
- دراسة فئة جد حساسة في المجتمع وهي فئة الأطفال المتوحدون.
- توصيل دور التكفل النفسي والتربوي والفائدة منه.
- اكتشاف الدور الأساسي للمختصين النفسيين والتربويين في عملية التكفل.

5- أهداف الدراسة:

- لكل بحث هدف أو عدة أهداف يسطرها الباحث بغية الوصول إليها في نهاية كل دراسة.
- نفس الشيء بالنسبة لهذه الدراسة؛ فقد سطرت هي الأخرى عدة أهداف قسمت إلى أهداف نظرية وأخرى علمية وهي كالآتي:

الأهداف النظرية:

- معرفة واعطاء مفهوم واضح لفئة المتوحدين من خلال البحث في المفاهيم المتناقلة عنها
- معرفة واقع واعطاء دور المختص النفسي والتربوي في التكفل بهذه الفئة.

الأهداف العلمية:

- الكشف عن الواقع الذي يعيشه الطفل التوحيدي ودور المختص النفسي والتربوي.

6- تحديد المفاهيم:

- التكفل:

- لغة: التكفل مصدر لفعل تكفل وتعني الالتزام برعاية المحتاجين. (معجم المعاني الجامع - معجم عربي عربي)

- اصطلاحا:

التكفل النفسي والتربوي: يتمثل في تلك التقنيات العلاجية لسلسلة من البرامج التدريبية يقوم بها المختص وتكون مسبقة بميزانية لتحديد مدى نوعية الاضطراب وطرق الكفالة؛ وهي كافة الأدوات التي يستخدمها الأخصائيون المتكفلون لتحديد طبيعة الاضطراب للطفل المقبل على المراكز الطبية البيداغوجية؛ وتتمثل هذه الأدوات فيما يلي: الملاحظة؛ المقابلة؛ دراسة الحالة؛ والاختبارات النفسية....

- **اجرائيا:** هو مجموعة من الخدمات التي تقدم للطفل المتوحد بالمراكز النفسو بيداغوجية ليتمكن من التخطيط لمستقبله وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية والعقلية وكذا ميولاته بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق ذاته وجاء التكفل في دراستنا بأنه كل الطرق والاساليب العلاجية التي يمارسها الاخصائيون داخل المراكز النفسو بيداغوجية بهدف رعاية وتأهيل أطفال التوحد والمساهمة في إدماجهم اجتماعيا.

• المختص النفسي والتربوي:

هو مختص في إعادة التربية لاضطرابات مختلفة وظيفية أو عضوية كانت حسب تخصصه وتكوينه.

• التوحد:

- لغة: وُحد، يوحد توحيدا أي انفرد بنفسه (معجم المعاني الجامع-معجم عربي عربي) أ لتوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال

- اصطلاحا: التوحد اضطراب نمائي ناتج عن خلل وظيفي في الدماغ، غير معروف الأسباب يظهر في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط من السلوكيات الشاذة، وضعف في اللعب التخيلي. (طارق عامر، 2008، الطفل التوحد، دار اليازوري العلمية، ص 22).

- **اجرائيا:** هو اضطراب سلوكي نمائي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل ويستمر طوال يؤثر التوحد بشكل واسع على استقرار حياة الذين يعانون من إعاقة التوحد ومهارتهم حيث يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى تكفل ورعاية دائمة من الأشخاص الذين يعيشون معهم سواء داخل أسرهم أو داخل المراكز النفسو بيداغوجية

• المراكز النفسو بيداغوجية:

كل المؤسسات التي أسست من أجل رعاية فئات ذوي الاحتياجات الخاصة» عن طريق برامج وتقنيات خاصة بمراعاة قدراتهم وتلبية احتياجاتهم؛ حتى يتمكنوا من الاندماج اجتماعيا ومهنيا وتحقيق التوافق النفسي والانفعالي.

7- الدراسات السابقة:

إن الدراسات السابقة التي سنوردها هي كل ما استطعنا جمعه من دراسات حديثة

دراسة أمال بوثلجي: 2015

التقنيات المستخدمة لتشخيص متلازمة التوحد لدى الأخصائيين النفسيين والتربويين» بحث قامت به استاذة التعليم العالي بالجزائر العاصمة كمداخلة في يوم تحسيبي دراسي عن التوحد تهدف الدراسة الى التعرف على واقع التكفل بالطفل المتوحد من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية المتواجدة في الجزائر العاصمة من خلال طرح استبيان على الأخصائيين القائمين بالتكفل بفئة التوحد 6 ووصلت الباحثة إلى وجود نقص كبير في مجال التوحد ولا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهم.

دراسة درمشي أحسن: 2015:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تيتش في خفض درجة التوحد

هدف الدراسة: هدفت إلى التحقق من فرضية الدراسة حول فعالية البرنامج العلاجي تيتش على خفض درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

عينة الدراسة: تكونت من 6 أطفال من ذوي طيف التوحد تم اختيارهم بطريقة قصدية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث المنهج العيادي؛ وأداة المقابلة العيادية؛ ومقياس تقدير الذات الطفولي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن برنامج تيتش TEATCCH ذو فاعلية في خفض درجة التوحد لدى الطفل التوحيدي.

دراسة فتيحة محمد محفوظ باحشوان وسلوى عمر بارشيد : 2017

قامت الباحثتان بإنجاز الدراسة بعنوان المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها. وقد طبقت الدراسة على عينة من الأسر في مدينة المكلا باليمن واستهدفت الدراسة التعرف على المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد والتعرف على دور المؤسسات والجهات الداعمة لهذه الأسر سواء كان من الناحية التأهيلية أو المادية. وقد استخدمتا الباحثتان في الدراسة منهج المسح بعينة الدراسة حيث اشتملت على 80 أسرة من أسر أطفال التوحد في مدينة المكلا وضواحيها التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم وقد توصلت هذه الدراسة الى مجموعة من النتائج من أهمها:

- عدم وجود توعية لدى المجتمع عن مرض التوحد.
- تواجه أسر التوحديين صعوبة في التعامل معهم.
- توجد مراكز التوحد الا انها لا تتوفر فيها الإمكانيات والتجهيزات والمعدات اللازمة لخدمة أطفال التوحد وتأهيلهم.
- هناك قصور في السياسات التشريعات الخاصة بكفالة ورعاية أطفال التوحد.

الدراسات الأجنبية:

• دراسة كيني مايورن و وينك شارلس "2001":

عنوان الدراسة: منحى تكاملي للعلاج باللعب مع طفلة توحدية.

هدف الدراسة: استخدام مدخل تكاملي للعلاج واستعمال الألفة ككمون بنائي للعلاج باللعب مع طفلة توحدية.

عينة الدراسة: بنت توحدية تبلغ من العمر 11 عام؛ وتبدو غير سعيدة وتفتقر إلى المهارات الحياتية الأساسية.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة تقنيات موجهة؛ العلاج باللعب.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه أثناء تلقي العلاج أظهرت الحالة زيادة في السلوك الاجتماعي؛ والالتزام في البيت وأظهرت مزاج أقل عصبية وتؤكد الدراسة أثر العلاج باللعب الموجه على الاضطرابات السلوكية والعاطفية. (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير: سيكولوجية أطفال التوحد،

(2009)، ص 306).

• دراسة اندريا ويتوير و لويس "2005" :

عنوان الدراسة: العلاج بالنموذج والواقع لدى الأطفال المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد.
هدف الدراسة: مدى تأثير العلاج على الأطفال والمراهقين ويبلغ عددهم (335) وتتراوح أعمارهم من (3- 9) سنوات.

عينة الدراسة: استخدمت أدوية؛ فيتامينات؛ نظام غذائي معين؛ ملئ استمارات خاصة بمقاييس التكافؤ الاجتماعي والمشاكل السلوكية والسلوك لا تكفي من قبل الوالدين.

نتائج الدراسة: أشارت إلى أن 46.7% من العينة قد أخذت على الأقل علاج سيكوتريك واحد في العام الماضي؛ بالإضافة إلى 3.17% من العينة قد أخذت أنواع معينة من الفيتامين قد واطبت على نظام غذائي معين 9.11% قد أخذت علاج سيكوتروبيكي وعلاج بديل. وقد أشارت الانحرافات المعيارية أن السلوكات التكيفية المنخفضة والكفاءة الاجتماعية والمستوى المرتفع للمشاكل السلوكية كانت مرتبطة باستخدام الكثير من العلاج ولقد قامت نتائج هذه الدراسة بإلقاء الضوء على الحاجة إلى أبحاث قامت أكثر على العلاج السيكوتروبيكي للأطفال المراهقين التوحديين.

8- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة والتي تعتبر ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية من حيث متغير التوحد وبعض مؤشرات التكفل النفسي (الوسائل والأدوات التشخيصية؛ البرامج العلاجية) يتضح لنا التباين في المنهج؛ العينة؛ الأدوات التي اعتمدتها كل دراسة؛ أما عن النتائج فمنها من يتفق ومنها من يتعارض.

استعرضنا (05) دراسات سابقة منها (03) دراسات عربية و (02) دراسات أجنبية وفيما يلي نعرض أهم النقاط التي اتفقت أو تعارضت حولها هذه الدراسات من حيث المنهج؛ الأدوات؛ العينة:

- **من حيث المنهج:** يلاحظ على هذه الدراسات استخدامها لمناهج مختلفة؛ من بينها المنهج الوصفي التحليلي؛ المنهج التجريبي؛ المنهج العيادي؛ دراسة الحالة؛ أما دراستنا الحالية فقد اتبعت المنهج الوصفي التحليلي.
- **من حيث الأدوات:** اعتمد الباحثون في هذه الدراسات على أدوات متعددة لجمع المعلومات أغلبيتها تتمثل في: المقاييس والروائز النفسية؛ المقابلة العيادية؛ الاستبيان» حيث تشترك دراسة آمال بوثلجي

(2015) مع دراستنا الحالية من حيث اعتمادها أداة الاستبيان» هذا الأخير يمثل الأداة الأساسية لدراستنا.

- من حيث العينة: يلاحظ أن تلك الدراسات السابقة تتفق من حيث أن أفراد عينتها من فئة التوحيدين؛ إلا أنها تختلف من حيث حجم العينة فقد تراوحت في أغلبيتها بين (1 - 30) طفلا توحيديا أما عينة دراستنا فتمثلت في 35 أخصائي نفسي.

الفصل الثاني

التكفل النفسي والتربوي
لذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

وقد شهدنا في الآونة الأخيرة انتشار وظهور العديد من الأمراض وتأخر النمو الذي لم يلاحظه أحد الأدوية والأدوية أكثر أهمية من العلاج. وقد شهد العقدان الماضيان توسعاً كبيراً وسريعاً في العديد من دول العالم فيما يتعلق بخدمات وبرامج التدخل المبكر والرعاية النفسية، يتضمن هذا المجال من الطب النفسي التعليم والتدريب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مصمم لمساعدتهم على علاج تأخر النمو من خلال تدريبهم إن تعلم سلوكيات جديدة مرغوبة يمكنهم من تحقيق التوافق الذاتي والنفسي ويساعدهم بدوره على إجراء التعديلات بعض سلوكياتهم غير الطبيعية أو منعها، وفي هذا الفصل سنناقش تعريف كل تدخل مبكر الرعاية النفسية، بالإضافة إلى بعض المفاهيم المرتبطة بها، وأهداف وأنواع ومراحل وخدمات كل منها العلاجات التي يقدمونها للأطفال المصابين بالتوحد.

1. ماهية التكفل:

التكفل هي: عملية تتضمن كبح أو مقاومة السلوكيات غير المثمرة أو غير المرغوبة، ومحاولة تغييرها أو توجيهها إلى مجالات أكثر فائدة. (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي، 2003، ص 25)

2. أنواع التكفل:

2-1 - التكفل المبكر:

التدخل المبكر يعني التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، فهو نظام خدمات تربوي وعلاجي وقائي، يقدم للأطفال منذ الأيام أو الأسابيع الأولى بعد ولادتهم، وخاصة لمن هم في خطر حسب المنظور الطبي الذي يعتمد على التاريخ الأسري ومسار الحمل وحالة الولادة الصحي البدني وما بعدها لتحديد ذلك، يرتبط التدخل المبكر باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها بأسرع ما يمكن معتمداً على تقييم الحالة بالكشف النمائي والاختبارات الصحية والوراثية والنفسية وغيرها، يتم التقييم بعد وجود إشارات محدودة دالة على الحالة. (محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات، 2003 ص 13).

هو تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحولها إلى عجز معقد دائم وتفاذي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في جوانب نموه وتعلمه وتوافقته أو التقليل من حدوث هذه الآثار وحصرها في أضيق نطاق ممكن. (عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، 2003 ص 24).

وهذه خدمات وبرامج للأطفال ذوي الإعاقة مصممة لتسريع تصحيح نموهم وأوجه القصور لديهم التخفيف من أثر الظروف الصعبة التي يواجهونها أثناء العمل على تلبية احتياجاتهم وتعويضهم بسبب العجز الذي يعانون منه، يتدافع هؤلاء الأطفال لمحاولة اللحاق بأقرانهم الذين يتقدمون في نموهم دون تعثر.

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا لأنه أصبح يستهدف بالإضافة إلى الأطفال المعاقين الأكثر عرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية بما فيه أطفال التوحد وطيف التوحد. (سعيدة محمد بهادر، أطفالنا في الألفية الثالثة. مؤسسة حورس الدولية؛ أبو ظبي، 2002 ص 99)

2-2 - التكفل المتأخر:

هو التأخير في تشخيص وبدء العلاج والرعاية لطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد، هذا التأخير يمكن أن يؤدي الى تأخير في التكفل بالطفل بشكل ناجح، مما يؤثر سلبا على تطوره النفسي والاجتماعي (مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2019، ص 45).

يعد التكفل المتأخر أهم الصعوبات التي تواجه مراكز التوحد في الجزائر، حيث يلزم تشخيص المرض المبكر لبدء العلاج والرعاية الفعالة، التأخير في التشخيص يمكن أن يؤدي الى تأخير في بدء العلاج مما يؤثر سلبا على تطور الطفل.

يجب على الأهالي والمراكز الصحية أن يتعاونوا لتحقيق تشخيص مبكر لاضطراب التوحد مما يتيح بدء العلاج والرعاية الفعالة لتحقيق أفضل نتيجة (دور مراكز التوحد في التكفل بأطفال طيف التوحد، 2022، ص 147 - 164).

3. أهمية التكفل المبكر وفعاليته:

إن أهمية التدخل المبكر في فترة نمو الطفل تعطي فرصا كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته، لأن معدل نمو المخ لاسيما في الأشهر الثلاثة الأولى، تكون سريعة حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف حجم مخ البالغ عند مرحلة ستة اشهر من عمر الطفل، فإن البدء في سن مبكرة يتيح فرصة أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر، (محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، 2005 ص 58)، كما تكمن أهمية التدخل المبكر في الطفولة الأولى ما قبل سن المدرسة في أن تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن، إلى جانب المهارات اللفظية والكلام والتحكم في البول تعتبر ذات أهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

ولقد أثبتت البحوث العلمية مما لا يدع مجالا للشك أن برامج التدخل المبكر تغير سلوك الأطفال وهذا التغيير في السلوك يتمثل بزيادة مستوى استقلالية الطفل وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتسابه أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادرا على تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية.

كما ترتبط أهمية التدخل المبكر بحقائق مهمة هي:

-تعديل الاتجاهات الأسرية السلبية نحو الطفل المعاق.

-تزويد الوالدين بالمهارات اللازمة التي يحتاجونها في التعامل والتواصل وكيفية إكسابه المهارات المختلفة.

- زيادة الوعي الوالدي بأسباب الإعاقة وكيفية اكتشافها مبكرا وكيفية التعامل معها.
- يساعد التدخل المبكر على نمو قدرات وشخصية الطفل بصورة أقرب لسواء.
- الحد من المشكلات التعليمية والصحية والنفسية التي يمكن أن يعاني منها الطفل المعاق في المستقبل. (عادل مد العادل: صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة، (2013)، ص 310-311).

يشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة وحتى سن المدرسة، لأن الأطفال في هذه المرحلة يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم، وبهذا تنبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل.

كما يهدف التدخل المبكر إلى إجراء معالجة فورية وقائية تهدف إلى تنمية قدرات الطفل المكتشف في مجالات متعددة (حركية، اجتماعية، لغوية...). وغير ذلك من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة.

- إن النمو الحركي هو القاعدة الأساسية التي يمكن للطفل بواسطتها اكتساب مجموعة من المهارات، فعندما يستطيع الطفل أن يتحكم برأسه، فإن ذلك يساعده على التركيز البصري بالعين بشكل أفضل مما يساعده على تنمية مهاراته الإدراكية، ومن هنا يفضل أن يتم البدء في أي برنامج تدخل مبكر بالتنمية الحركية مثل التحكم برأس، استخدام اليدين، الحبو، الوقوف، المشي... الخ.

- إن التأخر الحركي والعقلي يؤخران الطفل من اكتساب المهارات اللغوية مع أن المراحل التي يمر بها الطفل المتأخر عقليا هي نفس المراحل التي يمر بها إي طفل، لذا يجب مساعدة الطفل على المتأخر على الاتصال البصري ليتمكن من رؤية الأشياء ورؤية حركة الشفاه، وتشجيعه على إصدار أصوات وتدريبه على مهارات التقليد وربط ما يقوم به بالتوجيه اللفظي.
- مساعدة الأسرة، إذ أن أسرة الطفل المعاق تواجه مجموعة من المشاكل الاجتماعية والنفسية لذلك يجب الاستماع بدقة إلى أسئلة الأسرة والإجابة عليها بشكل واقعي وغير مبالغ فيه، ويجب إيضاح مواقع القوة والضعف ويجب إشراك الأسرة في الاختبارات وتصاميم البرامج العلاجية كما ويستحسن دعوة أسر أخرى لحضور جلسات تدريب للأسر أطفال آخرون. (أحمد نايل الغرير وبلال أحمد عودة، مرجع سبق ذكره، ص 235-234).

4. مبررات التكفل المبكر:

- أن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة، وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكرا أكثر كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم كبر، وقد أسدلت هذه النتائج الستار إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائدا في السابق ومفاده أن ظاهرة النمو ثابتة لا يمكن تغييرها، فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره، وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر.
- أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين الذين لا تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضا
- أن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.
- أن التأخر النمائي قبل الخامسة من مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.
- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

- أن تدهورا نمائي قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحا مع مرور الأيام. (جمال الخطيب ومنى الحديدي: التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)؛ (1998) ص 1133).

- أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل إن البيئة تلعب دورا حاسما في جوانب النمو المختلفة.

- تعرض الطفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كما ونوعا تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ، ودماغ الطفل في الشهور الستة الأولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه الملائمة للأصوات التي يسمعها، وفي العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة لتكوين رموز عقلية الأشياء والأحداث والناس، ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة وتغلق في عمر 5 أو 6 سنوات.

- أن التدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلها المعاق مواجهة صعوبات هائلة لاحقا.

- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل من نسبة النفقات المخصصة للبرامج التربوية الموجهة لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

- حتى يكون للأسر الأطفال المعاقين قواعد ثابتة عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية. (نادية علي العجمي: التدخل المبكر وبرنامج البوتيتش، (2011) ص 16-17).

- وللأسرة دور فعال وكبير في تنشئة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، والأطفال التوحيين بصفة خاصة، فرعاية الأسرة وحنان وعطف الوالدين يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه.

وتربية الطفل الرضيع في بيئة منزلية منبهة يكون أفضل، إلا أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار أنهم يمكن ألا تزود هذه البيئة الطفل الرضيع بالاستثارة المناسبة لنموه بطريقة جيدة، ولهذا ينبغي تدريب الوالدين لتسهيل النمو السليم للطفل الرضيع. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني (: التوحد - الأسباب، التشخيص، العلاج)، 2011، ص 194).

ومن كل هذا فإن السنوات الأولى من حياة الأطفال مرحلة حرجة جدا ومهمة للغاية، وهذا ما أكده عدد كبير من الدراسات والأبحاث في المجال حيث يكون الطفل في المراحل الأولية من عمره أكثر حساسية وعرضة للاستجابة للتجارب والمثيرات المحيطة به، وبالتالي فإن توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال المتأخرين

نمائية أو ذوي الإعاقة من شأنه العمل على تطوير مهاراتهم المختلفة وتقليص الفجوة في مجال النمو بين الأقران.

5. نماذج التكفل المبكر:

لقد تعددت نماذج التدخل المبكر بسبب التطور الدائم لتقديم هذه الخدمات للأطفال ولكن المشكلة تكمن في أن بعض هذه النماذج قد تكون ملائمة مع بعض الأطفال دون آخرين، حيث أن الحالات الخاصة مختلفة ومتباينة من حيث الأعراض، والأسباب وحتى الأساليب التدخلية العلاجية، لكل هذه النماذج -إيجابيات وسلبات أهمها:

5-1- التدخل المبكر في المراكز

يتم في هذا النموذج تقديم خدمات التدخل المبكر في المراكز، حيث يلتحق الأطفال من هم في عمر سنتين إلى ست سنوات بمركز خاص بواسطة مهنيين، للاستفادة من البرامج المقدمة لهم لمدة (8) ساعات على (3) ساعات يوميا، حيث يتم تقييم حاجات كل طفل على حده باستخدام الاختبارات والمقاييس الخاصة من أجل وضع برنامج فردي لكل طفل يتوفر فيه تحقيق أهداف معينة، وتشمل الخدمات التي تقدم في المراكز على جوانب هامة منها التدريب في الخدمات التي تقدم في المراكز على جوانب هامة منها التدريب في مختلف مجالات النمو وتقييم حاجات الأطفال لتقديم برامج مناسبة لهم ومتابعة أدائهم.

أ-إيجابيات هذا النموذج:

- توفير فريق متعدد التخصصات للقيام بالتخطيط والتنفيذ للخدمات.
- توفير فرص كافية للأطفال للتفاعل مع الآخرين.
- توفير الفرصة أمام المجتمع المحلي للاستفادة من الجانب التوعوي فيما يتعلق بالتدخل المبكر.

سلبات هذا النموذج:

- مشكلة توفير المواصلات لجميع الحالات.
- له تكلفة مادية عالية
- عدم مشاركة أولياء الأمور بفعالية. (Neisworth & Bagnato ; 1992 ; p 23-57).

5-2- التدخل المبكر في المنزل

تقدم خدمات التدخل المبكر في المنزل عندما يكون الطفل صغيراً جداً، أو عندما تكون الحالة الصحية شديدة، حيث تقوم المختصة أو المربية أو المعلمة الأسرية على تقديم الخدمات الخاصة بالطفولة المبكرة أو التربية الخاصة من زيارة واحدة إلى ثلاث زيارات في الأسبوع، كما تعمل على تدريب الأمهات على البعض من البرامج التكيفية، وتقدم اقتراحات حول كيفية التعامل مع الطفل ضمن البيئة المنزلية، واغلب برامج هذا النموذج تكون في أماكن نائية وعدد المضطربين قليل لصعوبة المواصلات.

إيجابيات هذا النموذج

- غير مكلف من الناحية المادية.
- يوفر خدمات للأطفال الحالات الخاصة ضمن بيئتهم الأسرية العادية
- يضمن مشاركة الأسرة في التكفل.

سلبيات هذا النموذج

- ضعف المستوى التعليمي للأسرة يؤدي إلى عدم قدرة بعض الأولياء على تدريب أبنائهم بشكل فعال ومناسب.
- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل في أن يتفاعل اجتماعياً.
- إهمال بعض الأولياء للتعليمات الأخصائيين. (العازمي وعدنان ناصر: الإعاقة العقلية؛ (2007)، ص 4114).

5-3- التدخل المبكر في المستشفيات

يعد هذا النموذج الأكثر استخداماً وخاصة من طرف المستشفيات الكبيرة ويركز على برامج الحاجات التربوية والحاجات الطبية للطفل، إضافة إلى إرشاد الوالدين وتدريبهما على أيدي فريق متعدد التخصصات ويستخدم هذا النوع من النماذج لتقديم خدمات للأطفال الصغار في السن ممن يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة، تتطلب إدخالهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى.

إيجابيات هذا النموذج:

- يتضمن تدريب الوالدين وحثهم على المشاركة الفاعلة في رعاية طفلها

سلبيات هذا النموذج

- قد يكون باهظ التكاليف. (جمال الخطيب ومنى الحديدي، مرجع سبق ذكره، ص 40).

5-4- التدخل المبكر من تقديم الاستشارات

في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية للمركز بواقع مرة أو مرتين أسبوعيا وفيها يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء الأمور ومناقشة القضايا المهمة معهم ويتم اللقاء بأولياء الأمور فرديا أو في مجموعات ويقوم فريق متعدد التخصصات بتقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ومن أهم خصائص هذا النموذج انه يقوم بتدريب أولياء الأمور.

6. التكفل النفسي والتربوي:

التكفل النفسي:

مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة أسرية، شخصية، مهنية، وهو يهدف الى الحاضر والمستقبل. (3, <http://lab.univ-biskra.dz/10>).

التكفل التربوي: (البيداغوجي)

التكفل التربوي هو عبارة عن إشراف أخصائيين تربويين ومجموعة من المربين يهدفون إلى تحقيق استقلالية الطفل ودمجه اجتماعيا ومهنيا، يتم تقسيم الأطفال المتكفل بهم داخل المركز إلى مجموعة من الأفواج حسب السن وقدرات الأطفال. (<http://ihsen47berriane.7olm.org>، 2012).

7. أنواع التكفل النفسي والتربوي:

التكفل النفسي والتربوي هما جزء مهم من الرعاية الشاملة للفرد، ويتضمنان مجموعة من الأساليب والنهج لتعزيز النمو الشخصي والتطور العاطفي والاجتماعي. إليك بعض أنواع التكفل النفسي والتربوي:

أ. التوجيه النفسي:

- يركز على استكشاف الأفكار والمشاعر الشخصية وتفهمها.
- يساعد الفرد على التحلي بالوعي والفهم العميق لذاته.

ب. العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي هو نهج في مجال العلاج النفسي يركز على فهم وتغيير السلوكيات غير المرغوب فيها أو التي تسبب مشاكل نفسية. يعتبر العلاج السلوكي أحد الاتجاهات الرئيسية في العلاج النفسي السلوكي وهو يعتمد على مبادئ علم النفس السلوكي.

فيما يلي بعض النقاط الرئيسية حول العلاج السلوكي:

1. التحليل السلوكي:

- يركز على فحص السلوكيات الحالية وتحليل العلاقة بين السلوك والبيئة المحيطة.

2. تحديد الأهداف:

- يساعد العلاج السلوكي الفرد في تحديد أهداف محددة لتحقيقها خلال الجلسات العلاجية.

3. تحليل المكافأة والعقوبة:

- يستخدم مفهوم المكافأة والعقوبة لتحفيز تغيير السلوك.

4. تعلم استراتيجيات جديدة:

- يشمل تعلم استراتيجيات جديدة للتعامل مع المواقف بشكل فعال وتحسين التفاعلات الاجتماعية.

5. تدريب على المهارات:

- يقوم الفرد بتعلم وتطبيق مهارات جديدة للتعامل مع التحديات اليومية.

6. تقنيات التحفيز:

- يستخدم تقنيات التحفيز لتشجيع السلوك الإيجابي وتثبيته.

7. التعرض المتدرج:

- يستخدم تقنيات التعرض المتدرج لمساعدة الأفراد في التعامل مع المخاوف أو الاضطرابات بشكل تدريجي.

8. التقويم المستمر:

- يتم مراقبة وتقويم التقدم بانتظام خلال الجلسات العلاجية.

9. التفاعل الإيجابي:

- يشجع على التفاعلات الإيجابية ويقدم تعزيزًا للسلوك الصحيح.

10. العقلانية السلوكية:

- يشجع على استخدام التفكير العقلاني لتحليل السلوك والتفاعلات.

العلاج السلوكي يثبت نجاحه في عدة مجالات، بما في ذلك معالجة اضطرابات القلق والاكتئاب، إدارة الغضب، التخلص من العادات الضارة، وتطوير مهارات التواصل الفعال. يعمل بشكل فعال مع مجموعة متنوعة من الفئات العمرية والظروف الحياتية.

ج. التدريب على التحكم بالضغط:

تتضمن النتائج التي تم العثور عليها مقالات ودراسات تتناول موضوع التكفل النفسي والتربوي بالأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وذوي الاحتياجات الخاصة. ومن خلال هذه الدراسات، يمكن الاطلاع على واقع التكفل النفسي والتربوي بهؤلاء الأطفال وأثره على إدماجهم الاجتماعي. ومع ذلك، لا تتضمن النتائج

معلومات محددة حول التدريب على التحكم بالضغط. في حال كان لديك استفسار محدد حول هذا الموضوع، يُفضل مراجعة مصادر أخرى قد تحتوي على المعلومات التي تبحث عنها. (<https://sitations/journals.univtlemcen.dz/JNDDL/index.php/JNDDL/article/vie/19/14>).

د. التكفل العائلي:

- يركز على دعم الأفراد في سياق عائلي.
- يشمل تقديم المساعدة للعائلات في حل المشاكل وتطوير أنماط تفاعل صحية.

هـ. التعلم الإيجابي:

- يركز على تعزيز السلوكيات الإيجابية وتحفيز التطوير الشخصي.

ف. التكفل بالأطفال:

- يشمل الاهتمام بالاحتياجات النمائية والعاطفية والاجتماعية للأطفال.
- يركز على توجيههم وتوجيههم نحو التطور الصحيح.

ع. التكفل بالمراهقين:

- يركز على فهم التحديات الخاصة التي يواجهها المراهقون وتقديم الدعم اللازم.

غ. التحفيز الذاتي:

- يركز على تعزيز الفرد لتطوير قدراته الشخصية وتحقيق أهدافه.

ح. العلاقات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية:

- يسعى إلى تعزيز فهم الفرد للعلاقات الاجتماعية وتطوير مهارات التواصل وحل النزاعات.

هذه مجرد أمثلة قليلة من الأساليب المستخدمة في التكفل النفسي والتربوي، ويمكن أن تتغير وتتكيف حسب احتياجات وظروف الفرد.

8. أنواع التقييم في برنامج التكفل التربوي والنفسي:

8-1- التقييم الرسمي: هو اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل وهو قائمة يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والتقرير النفسي، وهذا الاختبار مكتوب ومقنن ولا يمكن تغيير بنوده . يطبق هذا الاختبار مرتين في السنة:

في بداية السنة :للتعرف على مناطق القوة والضعف التي يعاني منها الطفل المضطرب، وتحديد ما يعرفه وما لا يعرفه.

في نهاية السنة :وذلك لمعرفة مدى تقدم الطفل واستفادته من مما يتم تدريسه لهذه السنة في القدرات التالية:

- العمر الجسمي: ويتعدّد من خلال التطور الجسماني واتقانه لبعض الحركات.
- العمر في المساعدة الذاتية: ويتعدّد من خلال تحمل الطفل المسؤولية واعتماده على نفسه، وقضاء احتياجاته الخاصة.
- العمر في المخالطة الاجتماعية: ويتعدّد من خلال قدرة الطفل التعليمية وأمور حسابية وكتابية، ولغوية.

8-2-التقييم غير الرسمي: هو عبارة عن ملاحظة المختص الدقيقة والطويلة لسلوكيات الطفل من بداية السنة حتى نهايتها، لوضع خطة تعليمية وكيفية التعامل مع الطفل.

8-3-التقييم المنهجي: هو دراسة اختبارات السلوك ويطبق في الزيارة الثانية للمختص

8-4-التقييم المستمر: يستمر من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها ومن أدواته: ورقة النشاط: تبقى مع الأم حيث تقوم بتدريس ابنها وفقا لنظام متبع من طرف المختص. التقرير الأسبوعي: يحتوي على:

- ملاحظات الأسرة: والتي تشمل مدى تجاوب الطفل أثناء تدريسه للأهداف خلال الأسبوع الماضي وكذلك مقترحات الأم والصعوبات التي واجهتها خلال التعليم.
- ملاحظات المختص: ويدور حول تطورات الطفل في سلوكياته.
- معلومات عن حالة الطفل وصحته الجسمانية.
- جدول الأنشطة وأهداف التكفل.

- ورقة تسجيل السلوك: وهو من أهم أساسيات عمل المشرف لمتابعة خط سير العمل مع الطفل حيث يتم فيها تسجيل الهدف له، تم تاريخ البدء به ومقترحات الأسرة تحت بند الملاحظات وتاريخ إنجاز الهدف وفقا لما ورد في التقرير الأسبوعي.

9. المختص النفسي التربوي:

المختص النفسي التربوي هو محترف في مجال التربية والنفس، يعمل على فهم ومعالجة القضايا النفسية والتربوية التي تؤثر على تعلم وتطوير الفرد في السياق التربوي. يقوم المختص النفسي التربوي بتوفير الدعم النفسي والتوجيه للطلاب والمعلمين والوالدين، بهدف تعزيز الرفاه النفسي والأداء الأكاديمي.

تشمل وظائف المختص النفسي التربوي:

أ. تقييم الاحتياجات النفسية والتربوية:

تقييم الاحتياجات النفسية والتربوية يشمل تقييمات شاملة للأداء المعرفي والأكاديمي والاجتماعي والعاطفي. يُستخدم هذا التقييم لتحديد احتياجات الطلاب وتوجيه الخطط التعليمية والتكيفات اللازمة. يشمل التقييم النفسي التعليمي تقييم الأداء الأكاديمي والاجتماعي والعاطفي، ويُستخدم لتحديد القدرات والضعف وتوجيه الدعم والتكيفات اللازمة. يمكن أن يكون التقييم النفسي التربوي مفيداً لتحديد احتياجات الطفل وتوجيه الخطط التعليمية والتكيفات اللازمة.

تشمل عملية التقييم النفسي التربوي تقييم العوامل المختلفة التي تؤثر على تعلم الطفل وتطوير مهاراته، ويُستخدم لتحديد الاحتياجات وتوجيه الخطط التعليمية والتكيفات اللازمة.

ب. توجيه الطلاب:

- يقدم الدعم النفسي والتوجيه للطلاب في التعامل مع التحديات الشخصية والأكاديمية.

ج. تطوير برامج التحفيز والتوجيه:

- يشارك في تصميم وتنفيذ برامج لتحفيز الطلاب وتعزيز تطويرهم الشخصي والأكاديمي.

هـ. تقديم دعم للمعلمين والإدارة:

- يقدم المشورة والدعم النفسي للمعلمين والإدارة لتحسين بيئة التعلم.

ع. التعامل مع قضايا السلوك والعقوبات:

- يعمل على فهم ومعالجة التحديات السلوكية للطلاب ويشارك في تطبيق الإجراءات اللازمة.

غ. توفير الدعم للأهل:

- يقدم نصائح ودعم لأولياء الأمور لفهم احتياجات أطفالهم ودعم تطویرهم.

ح. المشاركة في البرمجة التربوية:

- يشارك في تطوير وتحسين البرامج التربوية بناءً على احتياجات الطلاب والمجتمع.

المختص النفسي التربوي يلعب دوراً حيوياً في تعزيز بيئة تعلم صحية وداعمة للطلاب، ويعمل بشكل وثيق مع الجماعة التربوية لضمان تحقيق أقصى استفادة من العملية التعليمية.

10. أدوار المختص النفسي التربوي:

المختص النفسي التربوي يقوم بمجموعة من الوظائف والمسؤوليات التي ترتبط بفهم ودعم الجوانب النفسية والتربوية للأفراد في بيئة تعلم. إليك بعض الوظائف الرئيسية للمختص النفسي التربوي:

أ. تقييم الطلاب:

- يجري تقييماً للطلاب لفهم احتياجاتهم النفسية والاجتماعية والتعليمية.

ب. توجيه الطلاب:

- يقدم دعماً نفسياً وتوجيهاً للطلاب للتعامل مع التحديات الشخصية والأكاديمية.

ج. تطوير برامج التحفيز والتوجيه:

- يساهم في تصميم وتنفيذ برامج تحفيز لتعزيز التنمية الشخصية والأكاديمية للطلاب.

د. إدارة قضايا السلوك:

- يتعامل مع قضايا السلوك في البيئة التعليمية ويساعد في تقديم حلول فعّالة.

هـ. تقديم الدعم النفسي:

- يقدم الدعم النفسي للطلاب الذين قد يواجهون تحديات نفسية أو اجتماعية.

ع. تحليل الأوضاع الأسرية:

- يفحص التأثيرات النفسية والاجتماعية للظروف الأسرية على تطور الطلاب.

غ. تقديم الدعم للمعلمين والإدارة:

- يقدم الدعم والمشورة للمعلمين والإدارة لفهم احتياجات الطلاب وتحسين بيئة التعلم.

ح. المشاركة في فرق العمل التربوي:

- يشارك في جلسات العمل الفردية والفرق لتطوير وتحسين البرامج التربوية.

خ. تقديم ورش العمل والتدريب:

- يعمل على تقديم ورش العمل والتدريب للطلاب والمعلمين حول مهارات التحفيز والتعامل مع التحديات النفسية.

ف. متابعة التطور النفسي للطلاب:

- يتابع التقدم النفسي للطلاب ويقدم التوجيه اللازم لضمان تحقيق أقصى استفادة من تجربة التعلم.

تلعب وظائف المختص النفسي التربوي دوراً حيوياً في تحسين بيئة التعلم وتعزيز التطوير الشخصي والأكاديمي للفرد.

11. المجالات الاستشارية للمختص النفسي والتربوي:

يعمل المختص النفسي التربوي في مجموعة واسعة من المجالات الاستشارية لتقديم الدعم والتوجيه للطلاب والمعلمين والوالدين. إليك بعض المجالات الاستشارية الرئيسية التي يمكن أن يعمل فيها المختص النفسي التربوي:

أ. التوجيه الأكاديمي:

- يقدم استشارات حول اختيار المسارات الأكاديمية وتطوير خطط التعليم.

ب. التوجيه المهني:

- يساعد الطلاب في تحديد اهتماماتهم ومواهبهم لاختيار مسارات مهنية مناسبة.

ج. إدارة التحولات والتغيير:

- يقدم الدعم للطلاب في مواجهة التحولات والتغييرات في حياتهم الأكاديمية والشخصية.

د. مكافحة التنمر:

- يساعد في توفير الدعم للطلاب الذين يتعرضون للتنمر أو يساعد في تطوير برامج لمكافحة التنمر في المدارس.

هـ. التعامل مع الصعوبات التعليمية:

- يقدم استشارات للطلاب الذين يواجهون صعوبات في التعلم ويساعد في تطوير استراتيجيات للتغلب على هذه التحديات.

ع. تحسين السلوك الطلابي:

- يعمل على فهم ومعالجة قضايا السلوك ويساعد في تحسين التفاعلات الاجتماعية للطلاب.

غ. الدعم النفسي للطلاب:

- يقدم الدعم النفسي للطلاب الذين يواجهون تحديات نفسية أو اجتماعية.

ح. المشورة للوالدين:

- يقدم المشورة والدعم للوالدين في التعامل مع قضايا الأطفال وفهم احتياجاتهم.

خ. تطوير برامج التحفيز:

- يشارك في تطوير برامج لتحفيز وتعزيز تطوير الطلاب.

ف. إدارة الأزمات النفسية:

- يقدم الدعم في حالات الأزمات النفسية والطوارئ التي قد تواجه الطلاب أو المدرسة.

تعتمد المجالات الاستشارية على احتياجات الفرد والبيئة التربوية، ويعمل المختص النفسي التربوي على تقديم حلول فعالة لدعم التنمية الشخصية والأكاديمية للأفراد.

12. دور الأسرة في التكفل النفسي التربوي بالطفل المتوحد:

1- المشاركة الأسرية تؤدي على احساس الاسرة بالمسؤولية نحو الطفل التوحيدي، في إطار رعايته

وتدريبه الارتباط ببعض الادوار التي تقوم بها الاسرة

2- مواجهة الأسرة للإحساس بالخلل الاجتماعي والاستفادة من البرامج والمهارات المتعلقة بالتكيف الاجتماعي.

3- التعرف الحقيقي على مشكلات الطف التوحيدي والتركيز على العوامل المؤدية إليها، مما يساهم في قيام الأسرة بواجباتها الحقيقية نحو مواجهة تلك العوامل.

4- المشاركة الأسرية تحقق إشباع الحاجات الأساسية لدى الطفل التوحيدي من الحب والتقدير والاحترام والتقبل الغير مشروط والأمن والاحساس بالذات.

5- تحقق المشاركة الاسرية التكامل المرغوب في رعاية الطفل التوحيدي بين الاسرة والهيئات والمؤسسات المعنية بتوفير البرامج والخدمات. (اضطراب التوحد، حاج محمد يحيى بوسعدة قاسم، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 2020، ص 117).

خلاصة

تطرقنا في هذا الفصل عن كل ما له صلة بالتكفل النفسي والتربوي الذي له دور كبير، فهو يستدعي تكامل على مختلف المستويات تربويا واجتماعيا ونفسيا وطبيا.

ويرتكز على مجموعة من الأساسيات والتقنيات حيث تنطلق من المقابلة الأولى مع الفحوص إلى آخر برنامج للوصول إلى الهدف الأسمى له وهو تعديل سلوك الحالة والنجاح معه.

الفصل الثالث

التّوحد

تمهيد

بين فقرة وأخرى تطل علينا أسماء لأمراض واضطرابات معنية لم نسمع عنها من قبل أو نعرف عنها شيء مما يدفع الباحثين والعلماء إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول. ومن بين هذه الاضطرابات والأمراض التي ظهرت ومازالت مبهمة إلى يومنا الحاضر هو اضطراب التوحد: ذلك الاضطراب الذي اشغل شغل الكثير من العلماء، وبذلت كثير من الدول الأموال لكي تضع يدها على السبب الحقيقي واليقيني للإصابة، فهو مصطلح حديث وقد تردد الكثيرين من المختصين باختلاف التخصص من ذكره والبحث فيه للتعرف عليه وعلى أسبابه وحلوله. وفي هذا الفصل تناولت فيه ماهية التوحد النظريات المفسرة للتوحد واعراضه، أسبابه، أعراضه، طرق ووسائل تشخيصه وعلاجه. الاضطرابات المصاحبة له، وأخيرا أهم البرامج العلاجية الموجهة لأطفال التوحد:

1- ماهية التوحد:

عرف التوحد على أنه إعاقة نمائية معقدة تستمر طوال العمر، وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من الحياة؛ وتؤثر على الطريقة التي يتواصل من خلالها الشخص مع الناس.

ولقد شخص كلا من كانر واسبر جر التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومنفرد بشكل ملحوظ؛ وأنه لم يتم وصفه إكلينيكيًا من قبل وأن الناس الذين يعانون منه اعتبروا بشكل غير مبرر معاقين عقليا. (الامام محمد صالح، التوحد ونظرية العقل، (2010)، ص 19).

وقد عرف أيضا بأنه إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي تنتج من اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

ويعرفه على أنه حالة من الزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال مع الآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية. (العبادي؛ رائد خليل، التوحد، (2011)، ص 13).

ومن بين التعاريف أيضا فالمقصود بالتوحد أنه اضطراب عصبي تطوري ينتج عن خلل في وظائف الدماغ يظهر كإعاقة تطويرية أو نمائية عند الطفل خلال السنوات الأولى من العمر.

وهو عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي؛ وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلاف علاقات مع الأفراد.

ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي؛ واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشاكل في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ؛ وعدم القدرة على التطور البناء والملائمة التحليلية

وهو أيضا اضطراب يتسم بالقصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل وممارسة سلوكيات نمطية؛ ومقاومة للتغير؛ والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية التي تظهر قبل بلوغ سن الثالثة من العمر. حيث تعرف

الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين (2008) التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن (30 شهرا) من العمر .

ويتضمن اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب حسي في الاستجابة للمثيرات واضطرابا في الكلام واللغة؛ والسعة المعرفية واضطرابا في التعلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث.

كما يعرف على أنه:

- صعوبات في النطق واللغة وعدم التواصل الشفوي.
- صعوبات في التواصل الاجتماعي.
- صعوبات في التخيل واللغة الداخلية (الزراع، نايف بن عابد، التوحد، (2010) ص 29).

2. النظريات المفسرة للتوحد:

نظرية التحليل النفسي لفرويد:

تعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات المفسرة لتوحد خاصة حينما وصف فرويد أم طفل التوحد بالثلاجة؛ حيث حملها مسؤولية إصابة طفلها بتلك الأعراض وفسر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل ذكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل وتفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيته؛ وخاصة تلك الأحداث المتعلقة بمواقف الدفء العاطفي سواء من الأم أو الأب أو من كليهما ، حيث أشار أيمن جيرة (1984) إلى أن فشل آنا الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون في ذلك الوقت بمثابة الممثل الأول لعالمه الخارجي هو سبب الإصابة بالتوحد؛ فطفل التوحد لا تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه؛ وأكد كانر(1943) واتفق مع أرونس وجيتنس (1992) بأن التوحد هو نتيجة إصابة شديدة ومبكرة في المراحل السوية لتكوين الأنا فالتوحد ماهو إلا نتيجة حتمية لمناخ وجداني انفعالي مرضي؛ وهو نتيجة خبرات مبكرة غير مشبعة بل وتهديديه وأكدت سامية القطان على أن الطاقة النفسية التي يولد بها الفرد يضيع بعضها في صورة مكبوتات ويضيع بعضها الآخر في صورة دفاعات وتكون الطاقة المتبقية تحت تصرف الجانب الشعوري وقبل الشعوري من الأنا معيار لقوة هذه الأنا ولذلك ظل العديد من الباحثين يحاولون فك لغز الإصابة بالتوحد بالاعتماد على هذه المفاهيم النفسية المتمثلة في قوة الأنا وقوة طاقتها النفسية؛ فيرون بأن ضعف الأنا يسحب الطفل عن العالم الواقع

ليغرق في عالم الخيالات التائه مستشهدين برونو بيتلهيم حينما رأى أن التوحد ما هو إلا انعكاس لتلك الحالة اللفظية التي يعيشها الطفل مع أمه؛ والمتمثلة في حرمانه من الحب والحنان وبالتالي يغرق في تخيلاته هرويا من يأسها وإحباطها محاولا إشباع ما كان يصبو إليه.

وأكد بوجودنا شيئا (Bougdashina) على أن العلاج النفسي كان وما زال يستخدم في علاج حالات التوحد؛ خاصة أن مستخدمى هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصابة وكان وصف الأم بالثلاجة في علاقتها بطفلها التوحدي مبرزا لهؤلاء المتمسكون بالعلاج النفسي مع التوحد.

ومن الجدير بالذكر هنا أن استخدام العلاج النفسي أو مبادئ نظرية التحليل النفسي في التدخل مع الأطفال التوحيديين بغرض تحسين حالتهم يتمثل في كيفية إيجاد وسط بيئي يشجع الطفل على عملية الاستقلال الذاتي ويمهد له الطريق لتكوين علاقات انفعالية سوية مع الآخرين؛ وعلى الرغم من هذه المعادلات التي بينت وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير وعلاج التوحد إلا أنه يمكن القول بأن هذه المحاولات لم تعطي تفسيراً شاملاً وكاملاً لتوحد. (محمود كامل عمر أبو الفتوح: الأطفال الأوتيسيتيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم)، (2011)، ص 98).

نظرية المرأة المعكوسة:

إن نظرية المرأة المعكوسة في الأوتيزم ترجع جذورها كما أكد ديكتي وآخرون إلى أن نتائج تلك الدراسات التي اهتمت بدراسة سلوك التقليد والمحاكاة في التوحد؛ حيث تقترح هذه النظرية إن الخلل في قدرة أطفال التوحد على التقليد ومحاكاة سلوك الآخرين ما هو إلا نتيجة لخلل في نظام العصب العاكس في المخ؛ وبالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية يؤمنون بأن تلف نظام العصب العاكس هو الذي يلعب دوراً رئيسياً في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد والتي تتمثل في مشكلاتهم الاجتماعية بوجه عام ومشكلات اللغة والتقليد والمحاكاة بوجه خاص.

وتحت عنوان "التقليد أكثر من مجرد انعكاس" أوضح هيرز وآخرون إن الذين يؤمنون بأن الخلل في نظام العصب العاكس هو السبب الرئيسي في عدم قدرة أطفال الأوتيزم على التقليد ومحاكاة سلوك الغير ويرون أن عملية التقليد بوجه عام عملية محددة تتمثل في التحويل المباشر للمعلومات المرئية إلى مخرجات حركية؛ وتلك النظرة خاطئة غير علمية؛ فعملية التقليد والمحاكاة الناجحة لا تقتصر على محاكاة المحركات من حين لآخر بل إن التقليد يتطلب عمليات معرفية وعديدة التحليل البصري وتقييم أهداف الفعل المقلد

وانتقاء ما يتم تقليده؛ ومتى يتم ومما سبق يتضح أن أطفال التوحد غالبا ما يفشلون في تقليد أفعال الآخرين» وكانت وجهة النظر القديمة على أن هذا الفشل كان نتيجة لعطب وخلل في نظام العصب أما الآن فقد تغيرت هذه الواجهة في ظل تلك النتائج التي تؤكد أن أطفال الأوتيزم قادرون على التقليد السليم في مواقف معينة. (محمود كامل عمر أبو الفتوح: الأطفال الأوتيستيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم)، (2011)، ص 109-110).

النظرية السلوكية:

تؤمن النظريات السلوكية بأن المعرفة المتعمقة الدقيقة الصادقة تتبع من خلال التجربة والتطبيق؛ فالفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط حيث يتم ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به؛ ولا استجابة بدون مثير فهو مبدأ ومسلمة أساسية في المدارس السلوكية؛ فالتعلم يحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير والاستجابة بحيث إذا ظهر هذا المثير مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به سوف تظهر في الأخرى. ولذلك فإن تفسير التوحد وفقا للمدرسة السلوكية يبنى على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا، أما الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة. ولذلك اتفق كل من كون و تسريمان سنة 2000 على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة تسمى زيادات سلوكية؛ وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص سلوكية؛ وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية؛ تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه؛ أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية؛ وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد للمثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية؛ وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للأوتيزم من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف (المقدمات؛ السلوكيات؛ النتائج).

فالمقدمات والسوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك الأوتيستي والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل» ومن هنا فالأوتيزم من وجهة نظر السلوكيين ما هو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك. (محمود كمال أبو الفتوح عمر، مرجع سبق ذكره، ص 100).

نظرية العقل:

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة وهذه النظرية هي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد.

وظهر مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة والمسان لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه وتقول أن الطفل غير قادر على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالتهم العقلية؛ في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص وإحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين؛ وبالتالي فالأطفال المصابين بالتوحد يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادراً على غزو أو فهم الحالة العقلية لا لشخص الآخر لكي يمكنه فهم وتنب سلوك ذلك الشخص؛ ربما يكون رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز عملية الفهم.

إن العجز الاجتماعي عند الأطفال التوحيديين ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم لفهم الحالات العقلية للآخرين فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل ويعتقد أكثر الباحثين أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للوليد والقدرة على تفسير المثيرات والتعامل مع العالم المحيط به. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني: التوحد (الأسباب؛ التشخيص العلاج)، عمان، 2011، ص 57).

النظرية النمائية للتوحد:

تؤكد هذه النظرية للتوحد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل خصوصاً فيما يتعلق بالعمليات الحسية والحركية والإثارة والنشاط والعمليات الانفعالية أو العاطفية واللغوية والتفاعل الاجتماعي؛ وكما تقول هذه النظرية فإن العمليات السابقة تلعب دوراً بارزاً في جهاز التنظيم الذاتي هذا الجهاز عناصر الاستجابات الحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية وتؤثر هذه العناصر على الطريقة التي يضبط بها الأفراد انفعالاتهم وأفكارهم وسلوكياتهم ولذلك فإن التنظيم الذاتي يلعب دوراً هاماً في إكمال متطلبات المادية والجسمية والأكاديمية والتفاعل الاجتماعي؛ وتساعد مهارات التنظيم الذاتي الفرد على التعلم والمحافظة على

تعميم المهارات المتعلقة بالمواقف الجديدة دون مساعدة خارجية. (إبراهيم عبد الله الزريقات: التوحد (الخصائص والعلاج)، (2004)، ص 110).

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن كل نظرية فسرت اضطراب التوحد من منظورها ، حيث نجد نظرية التحليل النفسي أرجعت إصابة الطفل بالتوحد إلى الأم وذلك بسبب عدم إشباع الوالدين للحاجات العاطفية والوجدانية للطفل وإهمالهم له في حين نجد نظرية المرآة العاكسة التي ترى أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في تقليد ومحاكاة ما يدور من حوله بسبب وجود خلل في نظام العصب العاكس؛ أما نظرية النظرية السلوكية فهي تفسر التوحد من خلال السلوكيات التي يظهرها الطفل التوحدي وكذلك معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات» في حين نجد نظرية العقل التي ترى أن القصور الاجتماعي والسلوكي للطفل راجع إلى عجز في عملية الفهم بإضافة إلى القصور في الإدراك؛ أما النظرية النمائية نجدها تؤكد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل.

3. أعراض التوحد:

في أول دراسات ليو كانر عن الأعراض للتوحد (1949 - 1943) هناك نقاط اعتبرها أساسيات مهمة في وضع التشخيص وهي:

- 1 (ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص.
- 2 (رغبة مفرطة للمحافظة على الروتين والرتابة.
- 3 (الإعجاب بالأشياء التي تمسك بالعضلات الدقيقة.
- 4 (نوع من اللغة لا يبدو أنه يستخدم الاتصال الشخصي الداخلي.
- 5 (مستوى عامل الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة، وتظهر من مهارتهم على الاختبارات الأدائية. (احمد يحيى ، خولة ؛ الاضطرابات السلوكية والانتقالية، (2000) ، ص 202).

وبالإضافة إلى هذا تتميز هذه الحالات بأنماط محدودة ومتكررة ونمطية في السلوك والنشاطات، وميول نحو عادات مألوفة وأنماط لعب وأداء الأعمال الروتينية ومقاومة التغيير، كما أن أغلب الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون نطاقا من المشكلات مثل الفزع والخوف، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي، وايداء النفس والعُدوان (مثل عض الرسغ) كما أن أغليبيتهم يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم، وصعوبة في تطبيق القوانين النظرية واتخاذ القرار في العمل حق ولو كانت المهام في إطار إمكاناتهم. (سليمان؛ سيد عبد الرحمان، الذاتية، (2000)، ص 28).

وهناك أيضا بعض الأعراض التي تظهر في السنوات الأولى، حيث يظهر تأخذ تطور الطفل، وخاصة في اللغة، كما يلاحظ عليه ميزات جسدية وأخرى سلوكية.

1) الميزات الجسدية للمصابين بالتوحد:

قد يلاحظ على الأطفال المصابين بالتوحد بعض التشوهات الخلقية البسيطة مثل تشوهات في الأذن الخارجية وتشوهات أخرى.

قد يكون لدى بعضهم القدرة على استعمال كلتا اليدين ببراعة متساوية في جميع الفقرات العمرية.

قد يلاحظ وجود شذوذ في الرسم الجلدي في بصمات اليدين مقارنة مع أطفال عاديين.

2) الميزات السلوكية للمصابين بالتوحد:

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.

لا يظهر الطفل التوحدي التودد والملاحظة المتبادلة والمتوقعة والتي تدل على التعلق والتفاعل مع والديه فمثلا يلاحظ على الطفل الرضيع انعدام أو غياب الابتسامة المتبادلة أو المعهودة على الأطفال الرضع الطبيعيين.

تضايقه ومقاومته عندما تريد الأم حمله.

قليل التواصل بالنظرات مع الأهل والآخرين.

الانزعاج عندما يغير له في المعاملة العادية.

لا يبدي أي قلق أو انزعاج عند تركه لوحده أو مع غريب.

وعند التحاقه بالمدرسة عادة ما بين 5 إلى 7 سنوات من العمر فمن المحتمل أن تقل سلوكياته الانعزالية. غير أنه يعاني من نقص في مهارة كسب الرفاق.

وأما من الناحية فإن الطفل التوحدي أكثر مهارة في الواجبات والفروض المدرسية التي تتطلب استخدام حاسة البصر.

وفي سن البلوغ (اليافع) نلاحظ رغبة الشخص التوحدي في إقامة علاقة صداقة مع الآخرين من جيله.

عدم إدراكه لوجود مشاعر عند الآخرين من الناس، سواء مشاعر ود أو عداة حزينة أو سارة، أي عدم إدراكه لوجودها وإحساسه بهم.

لا يقوم الشخص التوحدي بتغيير سلوكه بناء على السياق والتغير المجتمعي أو البيئي.

قد يشير التغيير المفاجئ في حياة الطفل نوبة من الفزع والخوف ونوبة عصبية مزاجية.

تعلقه بأشياء معينة واستثنائية.

غالبا ما يقوم التوحديون بضرب ورمي الأشياء بعنف، ويظهرون تعلق شديد بالأشياء، مثل علبة فارغة، سلك كهرباء. (سليمان؛ سيد عبد الرحمان، مرجع سبق ذكره، ص 28).

4. أسباب التوحد:

منذ أن إنتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد التوحد، مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة
نما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل وثابتة وذلك لعدم وجود عرض معين
ولكن سرعان ما تتهار أمام الفرضيات الجدد.

1) الفرضية النفسية:

منذ القدم كان الوالدان يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الإبن والتي تسبب الإصابة بالتوحد وخصوص الأم مما
أطلق عليها الأم الباردة. ولكن لم تثبت تلك الفرضية حيث قام العلماء بنقل هؤلاء المصابين إلى عوائل بديلة
خالية من الأمراض النفسية، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال، ويلاحظ أيضا أن الإصابة بهذا
الاضطراب قد تبدأ أحيانا منذ الولادة، لم يكن تعامل الوالدين واضحا في الفترة.

2) الفرضية البيولوجية:

وهناك من يفسر أن التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية وأسباب تبني هذا المنهج بسبب أن الإصابة تكون
مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية ولكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا يجد
سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزي لها السبب.

3) فرضية الفيروسات والتطعيم:

أوجد العِلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد، ومن هذه الالتهابات هي
الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسي والتهاب الخلايا بالفيروسي ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي
إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات
اللقاح ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ ولكن لم تعتمد هذه الفرضية في المراكز.

4) الفرضية الوراثية والجينية:

يفترض أن عنصر الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد، وهذا يفسر إصابة الأطفال التوحديين بالاضطراب
نفسه كما يشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين
تؤدي إلى الإصابة به.

5) الفرضيات البيوكيميائية:

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيرونيين والدوبامين والبيبتيدات العصبية) حيث أن ضرار الهرمونات الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل مـ ن شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.

6) الفرضيات الأيضية:

وتشير هذه الفرضيات إلى أن عدم مقدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصا بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتها وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب يؤدي إلى ظهور البيبتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري يشبه تأثير الأفيون والمورفين.

7) فرضية التلوث البيئي:

يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في بعض مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي، وما يحدث من تلف دماغي وتلوث في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص وأول أكسيد الكربون). وهذه الفرضيات تبقى كلها احتمالات، ويبقى التوحد مرض غامض ومجهول السبب. (شبيب؛ عادل جاسب، الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، (2007)، ص 18).

5. المشكلات المصاحبة للتوحد:

يواجه الطفل التوحدي في حياته العديد من المشكلات المختلفة التي تؤثر عليه سلبا، وعلى تواصله الإيجابي مع مجتمعه. مما يفاقم المشكلة والأكثر من هذا جزءا من هذه المشكلات يصاب بها الآباء ويتأثرون بها، ولا يملكون سوى تقبلها والتعامل معها بشيء من الحكمة والروية والصبر، والّا أصبحت حياتهم صعبة. فلا بد لهم العناية بأبنائهم، وتقديم كل وسائل الدعم والمساعدة لهم. ومن تلك المشكلات نذكر:

أولاً: مشكلات الاتصال واللغة:

يفتقد الكثير من الأطفال التوحديون القدرة على استخدام اللغة وصعوبة في الاتصال مع من حولهم، وأيضا لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على الاتصال والتعامل مع الآخرين. وأن هؤلاء الأطفال يفنقرون للغة بكل أشكالها وقواعدها. وهذا يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه المجتمع المحيط بهم. ومن أهم مشكلات الاتصال نذكر:

1) ترديد الكلام:

هو أحد العلامات المميزة للغة التوحدي، فترديد الكلام أو الصدى الصوتي كما يطلق عليه البعض يعد صفة معوقة لتواصل التوحدين. وتظهر هذه الصفة عند بدء الكلام عند الأطفال التوحديين مع الأفراد الآخرين، وتظهر في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان وتعرضهم إلى تغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها.

2) عكس الضمائر:

يخلطون دائما من الضمائر (أنا) (أنت) ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلا من أن يستخدموا الضمير أنا، واستنتج العلماء أن هؤلاء الأطفال يقلدون ويعيدون الضمائر التي يسمعونها ولا يتعلمونها.

3) مشكلة الانتباه

يخفق الأطفال التوحديون في الانتباه للأشياء التي ينتبه لها الآخرون، ولكن إذا حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه من الآخرين.

4) مشكلة الفهم:

حيث يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة وغير المسموعة. وهذا يؤثر على الاتصال اللغوي بينهم ومع الآخرين

5) مشكلة التغير:

حيث أن لهم حديث عشوائي، أو يظل صامتا طوال الوقت كما يجدون صعوبة في بناء الجمل، وإذا امتلكوا فكلمات بسيطة فقط.

ثانيا: مشكلات بصرية:

قد يكون الأطفال التوحديون لديهم مشكلات بصرية نتيجة لأعراض أثرت على العينين أو على الأعصاب المتصلة بالعينين والمخ، أو على أجزاء مخية متصلة تستقبل الرسائل الحسية من العينين، وفي بعض الأحيان الأطفال التوحديون نجد لديهم مشكلة بصرية ولديهم حركات بالأيدي وميول للقفز والدوران المستمر كما نجد لديهم حساسية اتجاه تغير أشياء اعتادوا رؤيتها وقد تم تغييرها من مكانها.

ثالثا: المشكلات الغذائية والهضمية:

غالبا ما تكون لدى الأطفال التوحديين مشكلات غذائية وهضمية، سببها تخوف من الطعام، أو حب وتفضيل لبعض الأطعمة، وربما يواجهون اضطرابا في عملية الهضم.

مشكلات سلوكية:

1) السلوك العدواني:

إن غالبية التوحديين لا يظهر عليهم زيادة واضحة في السلوك العدواني، وأيضاً مرورهم بحالة غضب. شأنهم شأن غيرهم عندما يتعرضون لمواقف محبطة. ولكن بعصبية كبيرة وأكثر. واحتمال ممارستهم سلوك عدوانياً إيذاء غيره كالضرب.

2) السلوك الاستحواذي:

يعد هذا السلوك من أبرز أنماط السلوك المصاحبة للتوحد فهذا السلوك يعيق نموه وتطوره، عندها يجب البحث عن مساعدة أو علاج، فعلى سبيل المثال الطفل يصر على استخدام كتاب أو أقلام معينة ولا يريد تغييرها ويرفض ذلك. هذا السلوك يمثل عائناً أمام نموه التربوي والتعليمي.

3) إيذاء النفس:

يتصرف بعض الأطفال التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم، مثل ضرب الرأس في الأرض أو ضرب نفسه في مواقع مختلفة من الجسم، أو أن يعض نفسه. وهنا يصعب التعامل معه.

4) نوبات الغضب:

وتظهر بكثرة عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل، لاسيما إذا كان التغيير بجوانب تمس سلوكيات اعتادها الطفل، مثل طريقة الأكل، أطعمة اعتاد أكلها، وأفضل الطرق للتعامل مع نوبات القلق والغضب هي إهمالها، فمتى أيقن الطفل أن سلوكه لن يمكنه من تحقيق ما يريد، فإن هذا السلوك يتلاشى أو يختفي. (المغلوث، فهد حمد، التوحد، (2006)، ص 70-74).

6. التشخيص:

كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب، والتشخيص هو الفن والسبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل ونوع المرض، ويهدف التشخيص إلى تزويد الأخصائيين والأسر بتسهيلات واضحة في التواصل فيما بينهم واتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة.

وأيضاً تصميم برامج تربوية وتعليمية مناسبة للأفراد وقدرتهم، وهو ما يعرف بالخطط التربوية الفردية، وتحدد فئات التربية الخاصة إذا كانت عميقة أو متوسطة أو بسيطة. (زهرا، حامد، الصحة النفسية والعلاج،

(1997)، ص 172)

وتعتبر عملية تشخيص الطفل المتوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، وخصوصاً في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين

والتحليل الطبية وغيرها. (العبادي، رائد خليل، التوحد، دون طبعة، عمان دار اليازوري للنشر، (2006)، ص 45)

ويشير بعض العلماء من خلال مناقشتهم الشاملة عن الصعوبة في عمل تشخيص لأطفال التوحد والذي استدعى التشخيص منهم فريق عمل يتكون من طبيب أطفال وطبيب أعصاب، وأخصائي نفسي، أخصائي اضطرابات الكلام. وآخرون حيث كل منهم اكتشف شيئاً ما وأجمعوا على أن لديهم التوحد. من خلال ما يلي:

1-الفحص النفسي، الفحص العصبي، الفحص العصبي الفيزيولوجي وفحص حجم الرأس، الفحص الدماغي المرضي، وفحص ردود الأوتار ومشاكل الحركة.

2-التحليل الكروموسومي يكون في غاية الأهمية مع اضطرابات طيف التوحد فالشذوذ الجيني أكثر تكراراً مع حالات التوحد.

3-اختبارات تصوير الدماغ (بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي) نادراً ما تكون هذه الاختبارات من أجل استبعاد أمراض أخرى.

4-تقييم سمعي باستخدام (أوديوجرام) وهذا التشخيص في غاية الأهمية في السنة الأولى والثانية لتقادي الخلط بين التوحد والصمم لأن هناك تشخيص خاطئ على أن لديهم توحدًا.

5-تشخيص التوحد نسبة ووفقاً لـ DSMIV. حيث يجب توفر العناصر التالية في الطفل التوحدي: عجز في استخدام السلوكيات اللفظية وغير اللفظية مثل تغييرات الوجه، إيماءات الجسم... فشل في نمو أو عمل علاقات مع الأقران.

نقص في السعي التلقائي أو الإرادي لمشاركة الآخرين في الأحاسيس كالفرح، الحزن والافتقار إلى إظهار الأشياء ذات الاهتمام أو إحضارها أو الإشارة لها.

قصور نوعي في التواصل ونمو اللغة.

الانشغال والانهماك في واحد من أنماط الاهتمامات النمطية المحدودة.

التقيد بأفعال روتينية نمطية وغير لفظية.

اللعب التخيلي أو الرمزي. (الشامي، علي وفاء؛ سمات التوحد، (2004)، ص 248)

7. مقترحات علاجية :

هناك أسباب علاجية عديدة متبعة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من أنه ليست هناك

طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي كالآتي:

1) التحليل النفسي:

كان استخدام جلسات التحليل النفسي كأحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من القرن، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية ونموذج متساهل محب و يشتمل على مرحلتين: الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل الإشباع والإرضاء.

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات مع المتوحد وتقديم بيئة بناءة وصحية له.

2) العلاج السلوكي:

اقترح بعض الباحثين استخدام أساليب علاجية سلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج إعاقة التوحد سواء تم ذلك في البيت أو بواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة لعدم استطاعة التوحيديين في فصول عادية لسلوكهم الفوضوي وقصورهم الاجتماعي، ويمكن تقديم برامج تعديل السلوك لأنها:

تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز عليها حاجات المتوحد.

تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من المختصين.

ويمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير، ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها نذكر:

مهارة تعلم اللغة والكلام.

السلوك الاجتماعي الملائم.

اللعب بالألعاب ملائمة.

المزاوجة والقراءة.

المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام. (مجيد ، سوسن شاكر، التوحد ، (2010) ، ص

(131-130)

3) العلاج بالدمج الصحي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المتوحدين وقد طورتها جين آيرز، 1979 والتي استراتيجيات التدخل، ويكون تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل والهدف من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم علة نحو جيد.

وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي:

على سبيل المثال وليس الحصر:

أرجوحات، زلاجات، فواشي ووسائد، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية.

صلصال، مواد لنشاطات حركية دقيقة.

دمى حسية ككرات من قماش، أنابيب قابلة للطي وللمط.

أحواض مليئة بكرات اسفنجية.

فأساليب المعالج بالضغط الشديد وجعل الطفل يلعب بها كالقفز والأرجحة ودحرجة الكرات وغيرها. (الشامي ،

علي وفاء، سمات التوحد، (2004)، ص 298)

4) علاج إيذاء الذات:

أفضل وسيلة لعلاج حالة إيذاء الذات هو معرفة سبب قلق الطفل واضطرابه وانشغال أغلب يومه

باللعب، ويتطلب الأمر الكثير من الملاحظة والصبر، وقد يكون السبب بسيط يمكن حله، ومن المهم عدم

إعطاء الطفل أي اهتمام أو مديح وقت النوبة، ولكن إظهارها بعد انتهاء النوبة. (رائد خليل، مرجع سبق ذكره

، 2006، ص 144)

5) علاج قصور المهارات الاجتماعية:

يفشل الطفل التوحيدي في بناء روابط اجتماعية مع الآخرين وبالتالي ينبغي أن نصب الجهود العلاجية في

اتجاه بناء هذه العلاقات مع الأطفال ووالديهم.

ومن خلال توفير التعليم بالبيئات الدمجية يزيد النجاح الذي يمكن أن يحققه الأطفال في تعلم التفاعل

الاجتماعي المناسب، وان وضع الطفل في بيئة اجتماعية دمجية يتيح وصوله إلى فرص قوية من نماذج

الأقران وفي هذه البيئة يتعلم أن يحصل على انتباه أصدقائه من خلال النقر على كتفيه، ومناداته بإسمه وأن

يدعوه للعب معه، وتشجعه على إبداء تعليقات عن أقرانه.

6) العلاج باللعب:

يساهم اللعب في بناء الجانب الجسمي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز وبعض الحركات، وأيضا جانب إخراج انفعالاته النفسية كالخوف، القلق، التوتر من خلال الألعاب المتنوعة، فيصبح الطفل هادئا ومستعدا لتلقي أي مداخلات تنمي مهاراته اللغوية. ويتعلم أيضا من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب وقوانينها، وإقامة علاقة بينه وبين المعالج. ومن خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطين به. (رياض، سعد، اسرار الطفل التوحدي، (2008)؛ ص 97)

8. أهم البرامج الموجهة التربوية لأطفال التوحد:

لتنمية المهارات الاجتماعية لدى طفل التوحد صممت برامج تربوية تدريبية لخدمتهم خاصة فئة ذوي السنتين من أعمارهم ونسبة ذكائهم بين 10 و 146.

1) (برامج تيتش TEACH

يهدف هذا البرنامج التدريبي لخدمة الأطفال وتنمية قدراتهم وذلك من خلال مراكز تيتش المنتشرة في أمريكا، حيث يهدف إلى تدريب الأهالي في كيفية التعامل مع أطفالهم، وأيضا يهتم المختصين فيقوم بإعطائهم تدريبات خاصة عن التشخيص وكيفية تقديم خطة تعليمية خاصة للطفل، ومن المجالات التي يتضمنها البرنامج نذكر:

الإقلال من المشاكل السلوكية.

التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.

تنمية السلوك الاتصالي والاجتماعي.

تدريس الجوانب المعرفية والأكاديمية.

تنمية مهارات الحركات الدقيقة والتنظيمية.

تنمية الاتصال اللغوي التعبيري والاستقبالي.

تنمية مهارة الرعاية الذاتية.

ولذلك فإن برنامج تيتش قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل المتوحد إلى أعلى مستوى لـ قدراته

وامكانياته، حيث يركز على خمس ركائز هي:

1. تكوين روتين محدد.

2 . تنظيم المساحات المتواجد فيها الطفل.

3 . الجداول اليومية المحددة للأنشطة الممارسة

4 . تنظيم العمل وبداية ونهايته.

5 . التعليمات البصرية بالصور التوضيحية والرموز .

2) برنامج نظام تبادل الصور PECS :

Picture Exchange Communication System نظام التواصل بتبادل الصور هو النظام الذي

يستخدم من قبل المعالج لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد من خلال فنيات وآليات هذه البرامج. وهو

أيضا نظام تبادل الاتصال عن طريق تبادل الصور مكون من ست مراحل:

المرحلة الأولى: بناء التواصل: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب الطفل على المبادرة من خلال تبادل صور بمعزز عال.

المرحلة الثانية: التنقل: تشمل هذه المرحلة تعليم الطفل على الاستمرارية في التواصل من خلال البحث عن الصورة والذهاب بها إلى الشخص شريك التواصل لطلب المعزز.

المرحلة الثالثة: تمييز الصورة: يقوم المدرب بتعليم الطفل تمييز الصور واختيار الصورة التي تمثل المعزز الذي يريده.

المرحلة الرابعة: بناء الجملة: يقوم المدرب بتدريب الطفل على تكوين جمل لإجراء الطلب من خلال نموذج للجملة. "أريد..."

المرحلة الخامسة: الاستجابة للطلب: حيث يتم تعليم الطفل المتدرب على الإجابة عن سؤال "ماذا تريد..."

المرحلة السادسة: التعليق والتلقائية: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الأشياء الموجودة في محيطه أو بيئته إما وحده أو بطريقة عفوية.

3) برنامج لوفاس:

برنامج Lovas هو برنامج مطول للتدريب على المهارات المكثفة المختلفة مبني بشكل منظم

ومنطقي، ومعتمد بشكل كبير على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات، يبدأ البرنامج بتحديد

المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد التعرف على استجابة الطفل، ثم تحدد سلوكيات الطفل القوية

والضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات وتقديم التعزيز الفوري وهو ما يعرف

بنموذج A.B.C وهو كما يلي:

A يصف الأحداث السابقة.

B السلوك.

C النواتج.

فكل محاولة تدريبية تتألف من مثير تمييزي لفظي لاستجابة الطفل ومن المعزز وقد يكون إيجابيا مثل الطعام أو ألعاب.

مهارات الحضور والانتباه :

1. أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
2. أن يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.
3. أن ينظر ويتصل ببصره عند سماع أمر أنظر إلي.
4. أن يستجيب للأمر ارفع يديك.

مهارات التقليد:

1. أن يقلد حركات الجسم الكبرى.
2. أن يقلد الحركات الدقيقة.
3. أن يقلد حركات الفم والشفاه

مهارات اللغة التعبيرية:

1. أن يشير بأصبعه إلى ما يريد.
2. أن يقلد الأصوات والكلمات
3. يعبر حركيا بنعم أو لا) باستعمال اليد أو الرأس)
4. تسمية الأشخاص المؤلفين .(الزراع، 34 40)

خلاصة

من خلال السرد النظري لكل ما يتعلق بالتوحد، نجد أن لهذه الفئة (المتوحدون) اضطرابات مصاحبة، وتؤثر سلباً على المظاهر النمائية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية للفرد المصاب، فتؤثر فيه ويتأثر بها وبالتالي يؤثر على المجتمع الذي يعيش فيه.

الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية
الدراسة الميدانية

تمهيد:

تعتبر الدراية الميدانية وسيلة هامة للوصول الى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة. فمن خلالها يمكن جمع البيانات وتحليلها ومن ثم إثبات أو نفي فرضيات الدراسة وذلك من خلال تحويل البيانات النظرية من نتائج كيفية الى نتائج كمية مجسدة على أرض الواقع. وعليه في هذا الفصل سنتطرق الى كل ما له دور في الوصول الى المعطيات والبيانات المرتبطة بالظاهرة المدروسة. وذلك من خلال الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية بداية من المنهج الى المجتمع والعينة وأدواتها وخصائصها السيكمترية وأخيرا أساليب المعالجة الاحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

1- منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعرف بأنه وصف منظم للحقائق والميزات لمجموعة معينة أو ميدان من ميادين المعرفة الهامة، بطريقة موضوعية وصحيحة. (عناية، غازي، منهجية اعداد البحث العلمي، (2008)؛ ص 18).

• الدراسة الاستطلاعية:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة، من 20 أخصائي نفساني وتربوي، بالمركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا الكائن بسوق الخميس ولاية بومرداس، وقد سحبت منهم عينة استطلاعية قدرت ب 20 فرد؛ واعتمد الباحث في اختياره على العينة العشوائية البسيطة.

- **أهداف الدراسة الاستطلاعية:** تكتسي الدراسة الاستطلاعية أهمية بالغة في البحث العلمي إذ تعتبر دراسة أولية له حيث تهدف إلى التحقق من صلاحية أدوات جمع المعطيات التي سيستخدمها الباحث في بحثه ومعرفة مختلف الصعوبات والنقائص المسجلة أثناء التطبيق لتداركها فيما بعد ولهذا أجريت الدراسة الاستطلاعية من أجل تحقيق هدفين هما:

• النزول إلى الميدان لمعاينة الواقع والتعرف المسبق للظروف المحيطة بعملية التطبيق وبالتالي تجنب الوقوع في الأخطاء أثناء إجراء الدراسة الأساسية.

• حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) بغية الاطمئنان على مدى صلاحية أداة البحث المتمثلة في شبكة ملاحظة.

• **وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 20 أخصائي نفساني وتربوي اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة من المركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا بسوق الخميس ولاية بومرداس.

• **أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة:** يتوقف صدق البحوث وقيمتها العلمية على الاختيار السليم للطرق والأدوات التي تمتلك الشروط العلمية والمنهجية بغية الوصول إلى أهدافها المسطرة. (محمد مزيان، 1999، ص 58).

المجتمع والعينة:

2-1- المجتمع:

يتكون مجتمع الدراسة من الأخصائيين النفسيين والتربويين العاملين بالمراكز النفسو بيداغوجية لولاية البويرة.

2-2- عينة الدراسة:

تكونت العينة من (35) أخصائي نفسي وتربوي يقومون بالتكفل بالطفل المتوحد داخل المراكز النفسو بيداغوجية، موزعين على هذه المراكز كالتالي:

الجدول رقم (01): يوضح توزيع المراكز النفسو بيداغوجية لولاية البويرة

| الرقم | اسم المركز | عدد الاخصائيين |
|-------|--|----------------|
| 01 | المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بالبويرة | 7 |
| 01 | ملحقة النفسي البيداغوجي - أحمد عيادي بالأخضرية | 11 |
| 02 | المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بسور الغزلان | 9 |
| 03 | المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بعين بسام | 8 |

أما اختيار العينة كان بطريقة قصدية، وهذا راجع لهدف الدراسة والغاية من ذلك هو التعرف على واقع التكفل النفسي والتربوي بالطفل المتوحد.

3- أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان ببناء استبيان ويعرف بأنه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه للأفراد للحصول على معلومات حول موضوع ما أو مشكلة ما. (زرواتي؛ رشيد، تدريبات على منهجية البحث، (2002)؛ ص 123)

وقد اشتمل الاستبيان على (33) عبارة مقسمة الى (3) محاور. كل محور يتكون من (11) عبارة:

المحور الأول: تكوين الأخصائي

المحور الثاني: البرامج التعليمية العلاجية.

المحور الثالث: الوسائل والمعدات.

4- الخصائص السيكومترية:

4-1- الثبات:

يعرف الثبات بأنه: الاتساق في قياس الشيء الذي نقيسه أداة القياس. (محمد سامي ملحم: القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، (2000)، ص 248)

و في دراستنا الحالية اعتمدنا في قياس الاداة على طريقة الثبات الداخلي، و لحسابه اعتمدنا الفا كرونباخ.

الجدول رقم (02): يوضح معامل الفا كرونباخ لثبات الأداة

| عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|--------------|--------------------|
| 33 | 0.64 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة معامل الثبات الفا كرونباخ مرتفعة حيث بلغت قيمة الثبات الإجمالية للأداة 0.64 وهذا يدل على أن الاستبيان على درجة عالية من الثبات.

2- التجزئة النصفية: لقد تم تطبيق الأداة على 20 أخصائي نفسي وتربوي العاملين في المراكز النفسية والبيداغوجية وبعدها تم تقسم الأداة إلى قسمين: قسم يضم البنود الزوجية وقسم يضم البنود الفردية.

حساب معامل الارتباط بيرسون يبين القيم الفردية والزوجية وبعدها تم تصحيح الطول وذلك باستخدام معادلة سبيرمان براون والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (03): يوضح طريقة حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية

| حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية | معدل الارتباط النصفية | قيمة معامل الارتباط بعد تصحيح الطول |
|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| | 0.593 | 0.744 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بعد تصحيح الطول قدرت ب 0.74 وهي قيمة عالية وهذا ما يدل على أن الاستبيان على درجة عالية من الثبات.

4-2- الصدق:

ويعرف الصدق على أنه شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى حيث تكون مفهومة لكل من استخدمها. (محمد عبيدات: البحث العلمي (مفهومه؛ أدواته؛ أساليبه، (2002)، ص25)

1. صدق المحكمين:

حيث تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية بكليتي العلوم الإنسانية والاجتماعية لجامعتي البويرة والمسيلة، وهذا من أجل إبداء الرأي بخصوص عبارات الاستبيان وكذا مدى مناسبتها للفرضيات المصاغة.

2. الصدق التمييزي:

تم تطبيق الأداة على العينة الاستطلاعية المقدرة ب 20 أخصائي نفسي وتربوي، بعدها تم حساب الدرجات الكلية وترتيبها تنازليا، وتم أخذ 27 % كفاءة عليا و 27 % كفاءة دنيا والنتائج كانت كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يوضح حساب الصدق التمييزي

| الصدق التمييزي | الفئة العليا (ن=5) | | الفئة الدنيا (ن=5) | | قيمة (ت) | درجة الحرية | الدالة الاحصائية |
|----------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------|-------------|-----------------------|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | | |
| الصدق التمييزي | 24.80 | 0.83 | 17.40 | 1.51 | 9.55 | 8 | دالة إحصائية عند 0.05 |

بالنظر إلى نتائج الجدول أعلاه نجد أن المتوسط الحسابي للفئة العليا قد بلغ 24.80 بانحراف معياري قدره 0.83 في حين بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا 17.4 بانحراف معياري قدره 15.10 ، و بالنظر إلى القيمة (ت) فقد قدرت بـ 9.55 عند درجة حرية (08) وهي دالة إحصائية عند 0.05.

وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الفئتين المتطرفتين (العليا والدنيا).

- إذن الاستبيان له القدرة على التمييز بين الطرفين مما يدل على أنه على درجة من الصدق التمييزي.

- وبما أن الإستبيان على درجة من الثبات والصدق فهذا يشجع على المضي في استخدامه في الدراسة.

5- مجالات الدراسة:

5-1- المجال البشري:

اشتملت الدراسة على عينة من الأخصائيين النفسيين و التربويين القائمين بالتكفل بأطفال التوحد و عددهم (35) أخصائي، عاملين في المراكز النفسو بيداغوجية بولاية البويرة.

5-2- المجال المكاني:

تم إجراء الدراسة بالمراكز النفسو بيداغوجية بولاية البويرة، و الجدول رقم (01) يوضح توزيع هذه المراكز في دوائر هذه الولاية.

5-3- المجال الزمني:

تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من شهر جانفي الى غاية نهاية شهر ماي من سنة 2024.

6- الأساليب الإحصائية:

لتفريغ البيانات تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) .

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل توضيح أهم الخطوات المنهجية التي تم استخدامها في هذه الدراسة وذلك بتحديد المنهج المستخدم ومجالات الدراسة والتعرف على عينة الدراسة وأداتها وكذلك الخصائص السيكومترية للأداة وأهم أساليب المعالجة الإحصائية المتعددة؛ وكانت هذه العناصر مساعدة في توفير البيانات المتنوعة عن الدراسة ومكننا من المرور إلى مرحلة البحث الميداني.

الفصل الخامس
عرض وتحليل ومناقشة
النتائج

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

الفرضية العامة التي تنص على: التكفل النفسي والتربوي بالطفل المتوحد في المراكز النفسو بيداغوجية مقبول ويداعي الشروط العامة:

ولاختبار الفرضية تم استخدام كل من التكرارات والنسب المئوية وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (05): يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة:

| | نعم | | لا | |
|----|---------|----------------|---------|----------------|
| | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية |
| 01 | 18 | 51.4 | 17 | 48.6 |
| 02 | 14 | 40 | 12 | 60 |
| 03 | 4 | 11.4 | 31 | 88.6 |
| 04 | 18 | 51.4 | 17 | 48.6 |
| 05 | 19 | 54.3 | 16 | 45.7 |
| 06 | 10 | 28.6 | 25 | 71.4 |
| 07 | 30 | 85.7 | 5 | 14.3 |
| 08 | 13 | 37.1 | 22 | 62.9 |
| 09 | 31 | 88.6 | 4 | 11.4 |
| 10 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 11 | 34 | 97.1 | 1 | 2.9 |
| 12 | 28 | 80 | 7 | 20 |
| 13 | 30 | 85.7 | 5 | 14.3 |
| 14 | 31 | 88.6 | 4 | 11.4 |
| 15 | 29 | 82.9 | 6 | 17.1 |
| 16 | 14 | 40 | 21 | 60 |
| 17 | 29 | 82.9 | 6 | 17.10 |
| 18 | 22 | 62.9 | 13 | 37.1 |
| 19 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 20 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 21 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |

| | | | | |
|-----|-----|-------|-----|-------|
| 22 | 34 | 97.1 | 1 | 2.2 |
| 23 | 4 | 11.4 | 31 | 88.6 |
| 24 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 25 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 26 | 20 | 57.1 | 15 | 42.9 |
| 27 | 22 | 62.9 | 13 | 37.1 |
| 28 | 22 | 62.9 | 13 | 37.1 |
| 29 | 21 | 60 | 14 | 40 |
| 30 | 3 | 8.6 | 32 | 91.4 |
| 31 | 29 | 82.9 | 6 | 17.4 |
| 32 | 32 | 91.4 | 3 | 8.6 |
| 33 | 1 | 2.9 | 34 | 97.1 |
| ككل | 750 | 64.94 | 405 | 35.06 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الموافقين على أن التكفل النفسي والتربوي بالطفل المتوحد في المراكز النفسو بيداغوجية مقبول ويراعي الشروط العامة قد قدرت ب 64.94 وهي نسبة فوق المتوسط وعليه يمكن القول أن الفرضية العامة للدراسة مقبولة.

وبالنظر إلى النتائج كذلك نلاحظ أن العبارتين رقم 11 و 22 واللذان تتصان على التوالي على: (هل تبذل مجهودا فرديا لتحسين مهاراتك للتكفل بأطفال التوحد) و (هل تشركون الأسرة في التكفل بأبناءهم).

قد تصدرتا الترتيب بنسبة 97.10% وهذا ما يفسر أن الأخصائيين النفسيين والتربويين العاملين في المراكز النفسو بيداغوجية يبذلون مجهودا خاصا في إطار التكوين الذاتي وكذا التنسيق بينهم وبين أسر الأطفال المصابين بالتوحد من أجل إنجاح عملية التكفل بهؤلاء الأطفال وفي المرتبة الثانية جاءت العبارات 10 - 19 - 20 - 21 - 25 والتي تنص على التوالي:

01- هل اكتسبت مهارات جديدة من خلال عملك في هذه المراكز الخاصة بأطفال التوحد؟

02- هل البرامج التي تقدمونها من الواقع والتجربة؟

03- هل هناك تخطيط مسبق من طرف الأخصائي قبل تنفيذ أي برنامج علاجي أو تعليمي؟

04- هل تتبعون أساليب التعلم في تعديل السلوك (التعزيز-الثواب-العقاب...)?

05- هل يتم دمج الطفل المتوحد مع أقرانه من نفس الإعاقة؟

بنسبة قدرت بـ 94.3% وبالعودة إلى محتوى البنود رقم 10 - 19 - 20 - 21 فكلها تشير إلى المجهودات الخاصة التي يبذلها الأخصائيين النفسيين والتربويين العاملين في المراكز النفسية بداجوجية في اكتساب المهارات وكذا التخطيط لتنفيذ البرامج.

كما سجلنا نسب جد متدنية في كل من العبارات رقم (23)، (30)، (33) بنسب (8.6) (11.4) (2.9) على الترتيب والتي تنص على الترتيب: (هل هذا المركز خاص بأطفال التوحد؟)، (وهل ترون أن هذا المركز يتوفر على معدات ووسائل كافية؟)، (حسب رأيك هل المراكز المتوفرة تكفي لاستيعاب جمع أطفال هذه الفئة؟).

وهذا ما يفسر عدم توفر مراكز خاصة بأطفال التوحد في الولاية، إنما يدمجون مع أطفال من إعاقات أخرى في نفس المراكز وهي قليلة لا تكفي لاستيعاب جميع أطفال هذه الفئة.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

التي تنص على: الأخصائي القائم بالتكفل لديه تكوين كافيا: ولاختبار تم استخدام كل من التكرارات والنسب المئوية وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (06): يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة:

| | نعم | لا | | |
|----|---------|----------------|---------|----------------|
| | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية |
| 01 | 18 | 51.4 | 17 | 48.6 |
| 02 | 14 | 40 | 21 | 60 |
| 03 | 4 | 11.4 | 31 | 88.6 |
| 04 | 18 | 51.4 | 17 | 48.6 |
| 05 | 19 | 54.3 | 16 | 45.7 |
| 06 | 10 | 28.6 | 25 | 71.4 |
| 07 | 30 | 85.7 | 5 | 14.3 |
| 08 | 13 | 37.10 | 22 | 62.9 |
| 09 | 31 | 88.6 | 4 | 11.4 |
| 10 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |

| | | | | |
|-----|-----|-------|-----|-------|
| 11 | 34 | 97.1 | 1 | 2.9 |
| ككل | 224 | 58.18 | 161 | 41.82 |

بالنظر إلى النتائج أعلاه نلاحظ أن نسبة الاستجابات لأفراد العينة الذين يرون أن الأخصائي القائم بالتكفل لديه تكويناً كافياً قدرت 58.18% وهي نسبة فوق المتوسط وانطلاقاً منها فإن الفرضية الجزئية الأولى للدراسة قد تحققت.

وبالنظر إلى النتائج نلاحظ أن العبارة رقم (11) هل تبذل مجهوداً فردياً لتحسين مهارتك للتكفل بأطفال التوحد؟ قد تصدرت الترتيب بنسبة 97.10% وهذا ما يفسر المجهودات التي يبذلها الأخصائيين في إطار التكوين الذاتي من أجل إنجاز عملية التكفل.

ثم تليها العبارة رقم (10) والتي تنص هل اكتسبت مهارات جديدة من خلال عملك في هذه المراكز الخاصة بأطفال التوحد؟ بنسبة قدرت بـ 94.3% وهذا ما يفسر أن العاملين في المراكز يكتسبون خبرة مهنية من خلال الممارسة الميدانية لأطفال التوحد.

ثم تليها العبارة رقم (09) والتي تنص هل ترى بأنك بحاجة إلى تكوين إضافي؟ بنسبة قدرت بـ 88.6%، وهذا ما يفسر نقص التكوين لدى الأخصائيين. وبعدها العبارة رقم (07) والتي تنص هل لديك اتصال مع أشخاص مختصين (مختصين أرطفونيين، أطباء أعصاب.....)؟ بنسبة قدرت بـ 85.7% وهذا ما يفسر دائماً المجهودات الخاصة التي يقوم بها هؤلاء الأخصائيين من أجل إنجاز عملية التكفل.

ثم تليها العبارات 1 - 4 - 5 اللواتي تنصن على الترتيب: هل تلقيت تكويناً على مختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟، هل تلقيت تكويناً حول أساليب تشخيص التوحد؟، هل تواجهك صعوبات في تشخيص اضطراب التوحد؟، وأخيراً العبارتان رقم (03) و (06) واللذان تنصان على الترتيب: هل تكونت في تطبيق المقاييس والاختبارات للكشف عن التوحد وتحليله؟، هل تكوينك النظري في الجامعة يؤهلك للتكفل بأطفال التوحد؟

ويمكن تفسير هذا كله بأن تكوين الأخصائي مقبول للتكفل بأطفال التوحد، لكن رغم ذلك الأخصائي يحتاج إلى تكوين مستمر وتتبع كل المستجدات في هذا الميدان من أجل تحسين الأداء.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على: تطبيق جميع البرامج العلاجية المبرمجة على الطفل المتوحد.

ولاختيار الفرضية تم استخدام كل من التكرارات والنسب المئوية وكانت النتائج كالاتي:

جدول رقم (07) : يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة :

| | نعم | | لا | |
|-----|---------|----------------|---------|----------------|
| | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية |
| 12 | 28 | 80 | 7 | 20 |
| 13 | 30 | 85.7 | 5 | 14.3 |
| 14 | 31 | 88.6 | 4 | 11.4 |
| 15 | 29 | 82.9 | 6 | 17.1 |
| 16 | 14 | 40 | 21 | 60 |
| 17 | 29 | 82.9 | 6 | 17.1 |
| 18 | 22 | 62.9 | 13 | 37.1 |
| 19 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 20 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 21 | 33 | 94.3 | 2 | 5.7 |
| 22 | 34 | 97.1 | 1 | 2.9 |
| ككل | 316 | 82.08 | 69 | 17.92 |

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الاستجابات لأفراد العينة الذين يرون أنه تطبق جميع البرامج العلاجية المبرمجة على الطفل المتوحد قدرت بـ 82.08 % وهي نسبة جد عالية وانطلاقاً منها فإن الفرضية الجزئية الثانية للدراسة قد تحققت.

ومن خلال ملاحظة النتائج أعلاه فإن العبارة رقم (22) والتي تنص: هل تشركون الأسرة في التكفل بأبنائهم؟ تتصدر الترتيب بنسبة 97.1% وهذا ما يفسر على وجود تنسيق بين الأخصائيين وأسر أطفال التوحد في تنفيذ البرامج العلاجية.

ثم تليها في المرتبة الثانية كل من العبارات رقم 19 - 20 - 21 والتي تنص على الترتيب هل البرامج التي تقدمونها من الواقع والتجربة؟، هل هناك تخطيط مسبق من طرف الاخصائي قبل تنفيذ أي برنامج علاجي او تعليمي؟، هل تتبعون أساليب التعلم في تعديل السلوك (التعزيز، الثواب والعقاب.....)؟ بنسبة قدرت بـ 94.3 % ، ثم تليها في المرتبة الثالثة كل من العبارات 12 - 13 - 14 - 15 - 17 ، و التي تنص على الترتيب : هل لديكم برامج علاجية مخصصة يجب التقيد بها؟ ، هل لديكم الحرية في اختيار بعض البرامج العلاجية التي ترونها الأنسب لتحقيق نتائج أفضل؟ ، هل تقومون باجتهادات خاصة فيما

يخص الأنشطة التي تقدم للطفل التوحيدي؟ ، هل تقومون بتغيير وتكييف الأساليب والتقنيات حسب كل ما هو جديد؟ ، هل يظهر أطفال التوحد تفاعل أثناء تطبيق البرامج العلاجية؟ ، بنسبة متقاربة و هي على الترتيب 80% - 85.7% - 88.6% - 82.9% - 82.9% .

وكل هذه النتائج تفسر أن الأخصائيين النفسيين والتربويين يبذلون مجهودات خاصة في تنفيذ البرامج العلاجية الخاصة بالتكفل بأطفال التوحد.

ثم في المرتبة الأخيرة العبارة رقم (16) التي تنص على هل البرامج المطبقة على هذه الفئة مكيفة حسب بيئتنا؟ بنسبة قدرت ب 40%، ومن هنا يمكن القول إنه من أجل إنجاح عملية التكفل بأطفال التوحد لا يكفي تطبيق البرامج وإنما يجب دراستها والتدقيق فيها لمعرفة ما إذا كانت تتلاءم معهم أو هي بحاجة الى تكييف حسب خصائصهم.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على: توفر جميع الوسائل والمعدات للتكفل بالطفل التوحيدي.

ولاختبار الفرضية تم استخدام كل من التكرارات والنسب المئوية وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (08): يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة:

| | نعم | لا | |
|------|-----|---------|----------------|
| | | التكرار | النسبة المئوية |
| 23 | 4 | 31 | 88.6 |
| 24 | 33 | 2 | 5.7 |
| 25 | 33 | 2 | 5.7 |
| 26 | 20 | 15 | 42.9 |
| 27 | 22 | 13 | 37.1 |
| 28 | 22 | 13 | 37.1 |
| 29 | 21 | 14 | 40 |
| 30 | 3 | 32 | 91.4 |
| 31 | 29 | 6 | 17.1 |
| 32 | 32 | 3 | 8.6 |
| 33 | 1 | 34 | 97.10 |
| مكمل | 220 | 165 | 42.86 |

من خلال النتائج المسجلة في الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الاستجابات لأفراد العينة الذين يرون أن توفر جميع الوسائل والمعدات للتكفل بالتكفل بالطفل التوحدي قدرت بـ 57.14 % وهي نسبة فوق المتوسط وانطلاقاً منها فإن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.

وبالنظر الى النتائج في الجدول أعلاه، نجد أن العبارتان رقم 24 - 25 واللذان تتصان على: هل يحتوي المركز على أقسام خاصة بالتوحد؟، هل يتم دمج الطفل المتوحد مع أقرانه من نفس الإعاقة؟ تتصدران الترتيب بنسبة قدرت بـ 94.3 % و هذا ما يفسر عدم دمج الطفل المتوحد مع أقرانه من إعاقات أخرى، إنما نقترح لهم أقسام خاصة بهم.

ثم تليها في المرتبة الثانية العبارة رقم (33) والتي تنص على: حسب رأيك هل المراكز المتوفرة بالولاية تكفي لاستيعاب جميع أطفال هذه الفئة؟، بنسبة قدرت بـ 91.4 % وهذا ما يفسر المجهودات التي تقوم بها هذه المراكز في التعريف بأطفال التوحد وخصائصهم من أجل تسهيل عملية اندماجهم في المجتمع .

وفي المرتبة الثالثة نجد العبارة رقم (31) والتي تنص على: هل تعمل ضمن فريق متكامل من الأخصائيين (أخصائي نفسي، أخصائي أرطفوني، طبيب أطفال.....)؟، بنسبة قدرت بـ 82.9 % والتي تفسر احتواء المراكز على فريق عمل متكامل، وفي المرتبة الرابعة نجد كل من العبارات رقم 27 - 28 - 29 اللواتي تنصن على الترتيب هل يتوفر المركز على وحدة الكشف والمتابعة؟، هل يحتوي المركز على فضاءات ومساحات خاصة لتدريبهم؟، هل يتوفر المركز على الاختبارات والروايز التي تساعد على تشخيص هذا الاضطراب؟ بنسب مقاربة وهي على الترتيب: 62.9 % - 62.9 % - 60 %، وهذا ما يفسر توفر المراكز على الوسائل والمعدات اللازمة للتكفل بأطفال التوحد.

إلا أن هذه المراكز لا تختص بهذه الفئة فقط وإنما يدمجون مع أطفال من ذوي إعاقات مختلفة، وفي الأخير نجد العبارة رقم (33) والتي تنص على: حسب رأيك هل المراكز المتوفرة بالولاية تكفي لاستيعاب جميع أطفال هذه الفئة؟ بنسبة قدرت بـ 2.9 % وهذا ما يعني أن المراكز المتوفرة في الولاية غير كافية للتكفل بجميع أطفال التوحد.

الاستنتاج العام:

ومن خلال هذه النتائج نستنتج أن المراكز النفسو بيداغوجية المتوفرة في ولاية البويرة ليست خاصة بأطفال التوحد وإنما يدمج أطفال من جميع الاعاقات وهي قليلة لا تكفي لاستيعاب جميع أطفال هذه الفئة مما يؤدي الى حرمان بعضهم من حقهم في التكفل.

كما أن الأخصائيين العاملين بها ينقصهم تكوين من خلال تنظيم دورات تكوينية من الجهات الوصية وإنما أغلبيتهم يلجأ الى بذل مجهودات خاصة في إطار التكوين الذاتي.

ورغم توفر هذه المراكز على بعض المعدات والوسائل من أجل استخدامها في عملية التكفل بأطفال هذه الفئة إلا أنها تبقى قليلة لا تلبي جميع احتياجات هذه الفئة.

خاتمة:

يعرف عصرنا الحالي انتشار كبير للأمراض والاضطرابات النفسية التي لم تكون معروفة من قبل وهذا نظرا لكثرة العوامل والأسباب المساعدة في ذلك؛ ولعل اضطراب التوحد واحد منها هذا الأخير يعرف انتشار واسع في جميع دول العالم حيث يصيب الأطفال قبل بلوغهم ثلاث سنوات من العمر فيحدث لديهم اضطراب في قدرات الفهم واختلال في التواصل الاجتماعي؛ فمن خصائص الطفل أنه لا يستطيع التفاعل مع الآخرين والاندماج في مجتمعه؛ ولا مشكلة لديه في العزلة والبقاء وحيدا فهو منشغلا بذاته ؛ ومنطويا على نفسه وهذا لتبدل المشاعر والأحاسيس لديه؛ كل هذا يؤثر سلبا على نموه الطبيعي فيصنف ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

هذه الفئة تحتاج الى رعاية وكفالة نفسية وفق خطط واضحة ومدرسة تقوم على أساس تقبل هذا الطفل من طرف جميع افراد المجتمع والافتناع بقدراته وبأنه قادر على التحسن والتقدم نحو تحقيق التوافق النفسي؛ ومن هنا يعتبر التدخل المبكر ضرورة للحد من تطور الأنماط السلوكية الشاذة لهذا الاضطراب من خلال توفير المراكز النفسو بيداغوجية الخاصة بهذه الفئة والأخصائيين النفسانيين المؤهلين لاستخدام الوسائل والأدوات التشخيصية بالإضافة إلى البرامج العلاجية الفعالة في تدريب هذه الفئة على المهارات المختلفة التي يفتقرون لها وذلك للوصول للأهداف المرجوة من عملية التكفل النفسي.

5- التوصيات والاقتراحات

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها بشقيها النظري والتطبيقي حول موضوع واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال التوحد داخل المراكز النفسو بيداغوجية بولاية البويرة؛ ومن خلال النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية ارتأينا تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي نخلصها فيما يلي:

- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وإجراء دراسات معمقة الإثراء هذا الجانب خاصة فيما يتعلق بعملية التشخيص والعلاج.
- ضرورة التكفل المبكر بالطفل التوحد.
- ضرورة التكوين في مجال التكفل النفسي وذلك بإجراء دورات تكوينية خاصة بالأخصائيين النفسيين والتربويين حول أساليب وطرق التكفل بأطفال التوحد.
- إنشاء مراكز ومؤسسات جديدة خاصة بفئة التوحد؛ مع ضرورة التخطيط الجيد لها.
- تطوير مهارات الأخصائيين النفسيين والتربويين من أجل تكييف الأدوات والوسائل مع البيئة المحلية.
- التنوع في استخدام الأدوات والاختبارات التي تعنى باضطراب التوحد.
- ضرورة توفر المركز على فريق متعدد الاختصاصات (أخصائي نفسي؛ أخصائي اجتماعي أرطوفوني...) من أجل تشخيص دقيق لاضطراب التوحد.
- إشراك الأسر في رعاية الطفل التوحد، بتحسيسهم بالمسؤولية نحو هذه الفئة.

المراجع

المراجع العربية :

- إبراهيم عبد الله الزريقات (2004): التوحد (الخصائص والعلاج)؛ ط1ء دار وائل؛ عمان.
- احمد يحيى ، خولة ؛ (2000) ، الاضطرابات السلوكية والانتفاعالية ؛ الطبعة الاولى ، عمان دار الفكر.
- أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشرييني 2011 (: التوحد (الأسباب ، التشخيص ، العلاج) ط1ء دار المسيرة للنشر والتوزيع؛ عمان.
- أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشرييني 2011: التوحد (الأسباب؛ التشخيص العلاج) ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع؛ عمان .
- اضطراب التوحد ، حاج محمد يحيى بوسعدة قاسم ، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية ، جامعة قاصدي مباح ، ورقلة ، الجزائر ، 2020 .
- الامام محمد صالح، (2010) ، التوحد ونظرية العقل 6 الطبعة الاولى 6 عمان 6 دار الثقافة للنشر .
- بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغريب (2009): سيكولوجية أطفال التوحد ، ط1ء؛ دار الشروق للنشر والتوزيع؛ عمان.
- جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998): التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)؛ ط1 « دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع؛ عمان.
- دور مراكز التوحد في التكفل بأطفال طيف التوحد ، مركز ونوقي للتعليم و التدريب و الاستشارات النفسية المبكرة نموذجا ، 2022 .
- رياض ، سعد ، (2008)؛ اسرار الطفل التوحدي ، دون طبعة ؛ مصر ، دار الجامعات للنشر .

- الزارع ، نايف بن عابد . (2010) ؛التوحد ؛ الطبعة الاولى ، عمان ، دار الفكر للنشر . محمود كامل عمر أبو الفتوح (2011): الأطفال الأوتستيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم) ط1 ، دار زهران للنشر والتوزيع» عمان .
- زرواتي؛ رشيد ، (2002)؛ تدريبات على منهجية البحث ، الطبعة الاولى ، الجزائر ، دار الهومه للنشر.
- زهران ، حامد ، (1997) ، الصحة النفسية والعلاج ، الطبعة الثالثة ، مصر ، عالم الكتب للنشر .
- سعيدة محمد بهادر ، أطفالنا في الألفية الثالثة. مؤسسة حورس الدولية؛ أبو ظبي ،2002.
- سليمان ؛ سيد عبد الرحمان ، (2000) ؛ الذاتية ، الطبعة الاولى ، القاهرة ، مكتبة زهراء للنشر
- الشامي ، علي وفاء ، (2004) ، سمات التوحد ، دون طبعة ، جدة ، الجمعية الخيرية للنشر .
- الشامي ، علي وفاء؛ (2004) سمات التوحد دون طبعة ، جدة ، الجمعية الخيرية للنشر .
- شبيب ؛ عادل جاسب ؛ (2007) ؛ الخصائص النفسية والاجتماعية للاطفال المصابين بالتوحد ، لأكاديمية للتعليم المفتوح ، بريطانيا .
- طارق عامر، 2008 ، الطفل التوحدي ، دار اليازوري العلمية .
- عادل مد العادل (2013) : صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة» ط1 « دار الكتاب الحديث» القاهرة.
- العازمي وعدنان ناصر (2007) : الإعاقة العقلية؛ ط1] 6 دار الفكر للنشر والتوزيع؛ عمان .
- العبادي ، رائد خليل ، (2006) ، التوحد ، دون طبعة ، عمان دار اليازوري للنشر .
- العبادي ؛ رائد خليل ، (2011) ؛ التوحد ؛ الطبعة الاولى ، عمان ؛ مكتبة المجتمع العربي للنشر.
- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم» ط1« القاهرة. 2003.
- عناية ، غازي ، (2008)؛ منهجية اعداد البحث العلمي؛ دون طبعة ، عمان دار المناهج للنشر .

- مجلة العلوم النفسية و التربوية ، أحلمية الغذائية و أثرها على التكفل باضطراب طيف التوحد
، 2019 .
- مجيد ، سوسن شاكر ، (2010) ، التوحد ، دون طبعة ، عمان، ديبونو للنشر .
- محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي
المكثف والمبكر للطفل التوحدي؛ دار الفكر العربي للنشر والتوزيع؛ القاهرة، 2003 .
- محمد سامي ملحم (2000): القياس والتقويم في التربية وعلم النفس؛ دار المسيرة للنشر والتوزيع
عمان.
- محمد عبيدات (2002): البحث العلمي (مفهومه؛ أدواته؛ أساليبه؛ ط7. دار الفكر للطباعة والنشر
والتوزيع؛ غزة .
- محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد « مكتبة ابن سيناء القاهرة ، 2003 .
- محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد» مكتبة ابن سيناء القاهرة، 2005 .
- محمود كامل عمر أبو الفتوح (2011) : الأطفال الأوتيستيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم) ،
ط1 ، دار زهران للنشر والتوزيع» عمان .
- معجم المعاني الجامع - معجم عربي عربي
- المغلوث ، فهد حمد ، (2006) ، التوحد ، دون طبعة ، الرياض ، مكتبة فهد بن حمد للنشر .
- نادية علي العجمي (2011): التدخل المبكر وبرنامج البوتيتج ، ط1؛ دار يافا العلمية للنشر
والتوزيع؛ عمان .

المراجع الأجنبية :

Neisworth & Bagnato ; 1992 .

المواقع الالكترونية :

- http://lab.univ-biskra.dz/10_3
- <http://ihsen47berriane.7olm.org2012>،
- <https://sitations/journals.univtlemcen.dz/JNDDL/index.php/JNDDL/article/view/19/14>

الملاحق

الملحق رقم (01) : استبيان موجه للأخصائيين النفسانيين والتربويين العاملين في المراكز النفسو

بيداغوجية بولاية البويرة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة أكلي محند ولحاج(البويرة)

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص تربية خاصة

استبيان موجه للأخصائيين النفسانيين والتربويين العاملين في المراكز النفسو بيداغوجية بولاية البويرة
أخي (تي) الأستاذ(ة) المتخصص(ة)تحية طيبة وبعد.

في إطار التحضير لإعداد مذكرة لاستكمال نيل شهادة ماستر في التربية الخاصة بعنوان: واقع التكفل
النفسي التربوي بأطفال التوحد بولاية البويرة من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين والتربويين العاملين في
المراكز النفس و بيداغوجية

كونكم الأشخاص المؤهلين لتقديم صورة حقيقية عن هذا الواقع نرجو منكم الإدلاء بآرائكم وذلك بالإجابة عن
الأسئلة بصراحة وكل موضوعية بوضع (X) في المكان المناسب وأحيطكم علما أن المعلومات المقدمة ستحاط
بالسرية التامة ولا تستخدم الا لأغراض البحث العلمي.

معلومات شخصية

الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر

الخبرة المهنية: أقل من 5 سنوات ☐ من 5 - إلى 10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات ☐

المؤهل العلمي: ليسانس ☐ ماستر ☐ شهادات أخرى ☐

التخصص:

| المحور | الرقم | العبارات | نعم | لا |
|-----------------------------|-------|---|-----|----|
| المحور الأول تكوين الاخصائي | 01 | هل تلقيتم تكويناً على مختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟ | | |
| | 02 | هل تلقيتم تكويناً في أساليب التكفل بالطفل التوحد؟ | | |
| | 03 | هل تكونت في تطبيق المقاييس والاختبارات للكشف عن التوحد وتحليله؟ | | |

| | | | | |
|--|--|--|----|----------------------------|
| | | هل تلقيت تكويناً حول أساليب تشخيص التوحد؟ | 04 | |
| | | هل تواجه صعوبات في تشخيص اضطراب التوحد؟ | 05 | |
| | | هل تكوينك النظري في الجامعة يؤهلك للتكفل بأطفال التوحد؟ | 06 | |
| | | هل لديك اتصال مع أشخاص مختصين (مختصين أرطفونيين، أطباء أعصاب.....)؟ | 07 | |
| | | هل لديك خبرة مهنية في التكفل بأطفال التوحد في قطاعات أخرى؟ | 08 | |
| | | هل ترى أنك بحاجة إلى تكوين إضافي؟ | 09 | |
| | | هل اكتسبت مهارات جديدة من خلال عملك في هذه المراكز الخاصة بأطفال التوحد؟ | 10 | |
| | | هل تبذل مجهوداً فردياً لتحسين مهارتك للتكفل بأطفال التوحد؟ | 11 | |
| | | هل لديكم برامج علاجية مخصصة يجب التقيد بها؟ | 12 | البرامج التعليمية العلاجية |
| | | هل لديكم الحرية في اختيار بعض البرامج العلاجية التي ترونها الأنسب لتحقيق نتائج أفضل؟ | 13 | |
| | | هل تقومون باجتهادات خاصة فيما يخص الأنشطة التي تقدم للطفل التوحد؟ | 14 | |
| | | هل تقومون بتغيير وتكييف الأساليب والتقنيات حسب كل ما هو جديد؟ | 15 | |
| | | هل البرامج المطبقة على هذه الفئة مكيفة حسب بيئتنا؟ | 16 | |
| | | هل يظهر أطفال التوحد تفاعل أثناء تطبيق البرامج العلاجية؟ | 17 | |
| | | هل تطبقون جميع البرامج المسطرة خلال السنة؟ | 18 | |
| | | هل البرامج التي تقدمونها من الواقع والتجربة؟ | 19 | |
| | | هل هناك تخطيط مسبق من طرف الإخصائي قبل تنفيذ أي برنامج علاجي أو تعليمي؟ | 20 | |
| | | هل تتبعون أساليب التعلم في تعديل السلوك (التعزيز، الثواب والعقاب.....)؟ | 21 | |
| | | هل تشركون الأسرة في التكفل بأبنائهم؟ | 22 | |
| | | هل هذا المركز خاص بأطفال التوحد؟ | 23 | الوسائل والمعدات |
| | | هل يحتوي المركز على أقسام خاصة بالتوحد؟ | 24 | |

| | | | |
|--|--|---|----|
| | | هل يتم دمج الطفل المتوحد مع أقرانه من نفس الإعاقة؟ | 25 |
| | | هل يتم دمج الطفل المتوحد مع أطفال ذوي إعاقات مختلفة (متلازمة داون مثلاً)؟ | 26 |
| | | هل يتوفر المركز على وحدة الكشف والمتابعة؟ | 27 |
| | | هل يحتوي المركز على فضاءات ومساحات خاصة لتدريبهم؟ | 28 |
| | | هل يتوفر المركز على الاختبارات والروايز التي تساعد على تشخيص هذا الاضطراب؟ | 29 |
| | | هل ترون ان هذا المركز يتوفر على معدات ووسائل كافية للتكفل؟ | 30 |
| | | هل تعمل ضمن فريق متكامل من الأخصائيين (أخصائي نفسي، أخصائي أرطفوني، طبيب أطفال.....)؟ | 31 |
| | | هل يقوم المركز بتنظيم تظاهرات إعلامية وتحسيسية لتوعية المجتمع بهذه الفئة؟ | 32 |
| | | حسب رأيك هل المراكز المتوفرة بالولاية تكفي لاستيعاب جميع أطفال هذه الفئة؟ | 33 |

الملحق رقم (02) : قائمة أسماء المحكمين

| الرقم | الاسم و اللقب | الرتبة | الجامعة |
|-------|----------------|-----------------------|---------|
| 01 | بن حامد لخضر | أستاذ التعليم العالي | البويرة |
| 02 | بن عاليا وهيبة | أستاذة التعليم العالي | البويرة |
| 03 | سعودي أحمد | أستاذ التعليم العالي | المسيلة |
| 04 | بشنة حنان | أستاذة التعليم العالي | جيجل |
| 05 | ولد محند لامية | أستاذة محاضرة "ب" | البويرة |

الملحق رقم (03) : نتائج الدراسة الاستطلاعية

Fiabilité

[Jeu_de_données0]

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,639 | 34 |

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

| Statistiques de fiabilité | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|
| Alpha de Cronbach | Partie 1 | Valeur | ,622 |
| | | Nombre d'éléments | 17 ^a |
| | Partie 2 | Valeur | ,386 |
| | | Nombre d'éléments | 17 ^b |
| | Nombre total d'éléments | | 34 |
| Corrélation entre les sous-échelles | | ,593 | |
| Coefficient de Spearman-Brown | Longueur égale | ,744 | |
| | Longueur inégale | ,744 | |
| Coefficient de Guttman | | ,687 | |

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017.

b. Les éléments sont : VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034.

NEW FILE.

DATASET NAME Jeu_de_données1 WINDOW=FRONT.

T-TEST GROUPS=الفئة(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=VAR00001

/CRITERIA=CI(.95).

Test T

[Jeu_de_données1]

Statistiques de groupe

| الفئة | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|----------|---|---------|------------|-------------------------|
| فئة عليا | 5 | 24,8000 | ,83666 | ,37417 |
| فئة دنيا | 5 | 17,4000 | 1,51658 | ,67823 |

Test des échantillons indépendants

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| | Test de Levene sur l'égalité des variances | Test t pour égalité des moyennes |
|--|--|----------------------------------|

| | | F | Sig. | t | ddl |
|----------|---------------------------------|-------|------|-------|-------|
| VAR00001 | Hypothèse de variances égales | 1,252 | ,296 | 9,553 | 8 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 9,553 | 6,228 |

Test des échantillons indépendants

| | | Test t pour égalité des moyennes | | |
|----------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|
| | | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Différence erreur standard |
| VAR00001 | Hypothèse de variances égales | ,000 | 7,40000 | ,77460 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,000 | 7,40000 | ,77460 |

Test des échantillons indépendants

| | | Test t pour égalité des moyennes | |
|----------|---------------------------------|---|-----------|
| | | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | Inférieur | Supérieur |
| VAR00001 | Hypothèse de variances égales | 5,61378 | 9,18622 |
| | Hypothèse de variances inégales | 5,52135 | 9,27865 |

الملحق رقم (04) : نتائج الدراسة الأساسية

Fréquences

Table de fréquences

1ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 17 | 48,6 | 48,6 | 48,6 |
| | نعم | 18 | 51,4 | 51,4 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

2ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 21 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| | نعم | 14 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

3ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 31 | 88,6 | 88,6 | 88,6 |
| | نعم | 4 | 11,4 | 11,4 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

4ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 17 | 48,6 | 48,6 | 48,6 |
| | نعم | 18 | 51,4 | 51,4 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

5ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 16 | 45,7 | 45,7 | 45,7 |
| | نعم | 19 | 54,3 | 54,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

6ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 25 | 71,4 | 71,4 | 71,4 |
| | نعم | 10 | 28,6 | 28,6 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

7ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 5 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | نعم | 30 | 85,7 | 85,7 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

8ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 22 | 62,9 | 62,9 | 62,9 |
| | نعم | 13 | 37,1 | 37,1 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

9ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 4 | 11,4 | 11,4 | 11,4 |
| | نعم | 31 | 88,6 | 88,6 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

10ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

11ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 1 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| | نعم | 34 | 97,1 | 97,1 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

12ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 7 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | نعم | 28 | 80,0 | 80,0 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

13ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 5 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | نعم | 30 | 85,7 | 85,7 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

14ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 4 | 11,4 | 11,4 | 11,4 |
| | نعم | 31 | 88,6 | 88,6 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

15ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 6 | 17,1 | 17,1 | 17,1 |
| | نعم | 29 | 82,9 | 82,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

16ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 21 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| | نعم | 14 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

17ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 6 | 17,1 | 17,1 | 17,1 |
| | نعم | 29 | 82,9 | 82,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

18ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 13 | 37,1 | 37,1 | 37,1 |
| | نعم | 22 | 62,9 | 62,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

19ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

20ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

21ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

22ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 1 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| | نعم | 34 | 97,1 | 97,1 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

23ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 31 | 88,6 | 88,6 | 88,6 |
| | نعم | 4 | 11,4 | 11,4 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

24ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

25ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 2 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| | نعم | 33 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

26ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 15 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | نعم | 20 | 57,1 | 57,1 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

27ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 13 | 37,1 | 37,1 | 37,1 |
| | نعم | 22 | 62,9 | 62,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

28ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 13 | 37,1 | 37,1 | 37,1 |
| | نعم | 22 | 62,9 | 62,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

29ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 14 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | نعم | 21 | 60,0 | 60,0 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

30ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 32 | 91,4 | 91,4 | 91,4 |
| | نعم | 3 | 8,6 | 8,6 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

31ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-----|-----------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Valide | لا | 6 | 17,1 | 17,1 | 17,1 |
| | نعم | | | | |

| | | | | |
|-------|----|-------|-------|-------|
| نعم | 29 | 82,9 | 82,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

32ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 3 | 8,6 | 8,6 | 8,6 |
| | نعم | 32 | 91,4 | 91,4 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

33ع

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | لا | 34 | 97,1 | 97,1 | 97,1 |
| | نعم | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| | Total | 35 | 100,0 | 100,0 | |

الملحق رقم (05) : رخصة إجراء بحث ميداني

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Moudjed Oulhadj - Toubret -
Faculté des Sciences Sociales et Humaines



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أولحاج
- البويرة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية
الرقم 02/ك.ع.ا.ق.ع.ن.ت/2023/2024

إلى السيد مديرية التعليم العالي والبحث العلمي
بجامعة البويرة

الموضوع: رخصة إجراء بحث ميداني

في إطار التكفل بالبحوث الميدانية التي تنظم على مستوى المؤسسات لفائدة طلبة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة البويرة .

بشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بهذا الطلب الخاص بمنح رخصة الدخول إلى مؤسساتكم:

للطالب (ة): حويلي حويلي رقم التسجيل: 20232304302869

والطالب (ة): بوبنجان عم عبد الحقيق رقم التسجيل: 202395411600

والطالب (ة): رقم التسجيل:

وهذا من أجل إجراء بحث ميداني في إطار إعداد مذكرة الماستر تخصص: بئر بئر بئر بئر

بعنوان: التكفل بالبحوث الميدانية (المسترجع) بئر بئر بئر بئر

وفي هذا الاطار نرجو منكم تقديم العون والتسهيلات اللازمة في حدود إمكانياتكم .

تقبلوا منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.



PP B. Bouira

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

بالتبعية

بالتبعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

إِنَّ بِإِيْدَاعِ مَذْكُورَةِ التَّخْرِجِ بَعْدَ التَّصْحِيحِ

نحن الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة عن المذكرة :

الأستاذ المشرف (ة) أحمد طاهر حميد

الأستاذ المناقش (ة) : صديدي عفيفة

الأستاذ الرئيس (ة) : د. ساعد ورنج

نأذن بإيداع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر بعد تصحيحها

بمعنوان: ولم يترك التكلل الفضي والتمهيد بأفعال الواحد من وجهته زحف الأرض ما بين

١- أبو بكر بن محمد بن الحسين بن أبي البويردة

والتي أعدها الطالب (ة) : جوانه محمد عبد الحفيظ

والطالب (ة): د. وائلي حجاب

المسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ميدان :

تخصص: التربية الخاصة ماستر

الموسم الجامعي: 2024 / 2023

إمضاء المشرف

إمضاء المناقش

إمضاء رئيس اللجنة

البويرة في : 24/07/2023