



جامعة ألكل مكنأ أولأأ - البورة -

كلية العلوم الإنسأنية والأأماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

شعبة علوم التربية

أأصص: تربية أاصة

عنوان المذكرة:

الإرشاد النفسي وعلاقته بالتكفل بأطفال التوحد

- دراسة ميدانية من وجهة نظر المأأصين ببعض المراكز البيداغوجية بولاية البورة

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماسأر في التربية الأاصة

أأأ إشراف الأستاذة:

د. لامية أسين

إعداد الطالبين

✓ أونس مرأى

✓ ولید لعلامي

أ.د/ سي مأمأ سعديةجامعة البورة.....رئيسة

د./ برأى مليكة جامعة البورة.....مناقشة

د. أسين لامية جامعة البورة..... مشرفة

السنة الجامعية: 2024/2023



نموذج التصريح الشرقي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث.

انا الممضي أسفله، السيد(ة) العلامة ولد الصفة: طالب، استاذ، باحث طالبيد

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية 109.881.1.64.05.731000 والصادرة بتاريخ 2024/06/29

المسجل(ة) بكلية / معهد العلوم الانسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية

والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة. التخرج. مذكرة ماستر. مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: الإرشاد النفسي وعلاقته بالتنكّل بأمقال التوحّد

تحت إشراف الأستاذ(ة): حسين لاسيه

أصح بشرقي أنيألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية

المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2024/06/10 توقيع المعني(ة) [Signature]

رأي هيئة مراقبة السرقة العلمية:

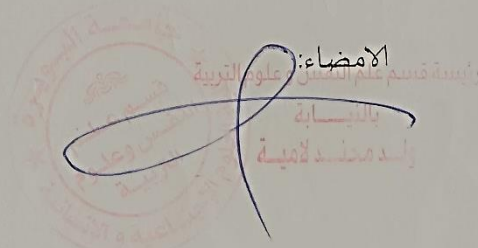
النسبة: 19,7%

الامضاء:

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

بالنسبة

إلى





نموذج التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث.

انا الممضي أسفله السيد(ة) مريما لونس . الصفة: طالب، اساذ، باحث طالبة
الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 06030616037181099058 والصادرة بتاريخ 10/01/2024
المسجل(ة) بكلية / معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية
والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).
عنوانها: الإرشاد النفسي وعلاقته بالتكامل بأطفال التوحش

تحت إشراف الأستاذ(ة): حسين لامية

أصح بشرفي أننيلتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية
المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 2024/06/10 توقيع المعني(ة) [Signature]

رأي هيئة مراقبة السرقة العلمية:

النسبة: 19,7 %

الامضاء:

[Signature]

الإهداء

اهدي هذا العمل الى اللذين ربباني صغيرا وكانا لي دعما ماديا

ومعنويا بدعائهما الدائم والداي الكريمين.

والى كل افراد اسرتي اللذين قدموا لي كل الدعم لتجاوز الصعوبات والظروف من
اجل مواصلة رحلتي العلمية.

والى كل افراد عائلة (مرجي) و(سعدي) السائلين عني لنجاحي والمتكرمين لي
والمتقربين لتخرجي خاصة جدتي (عائشة ومسعودة) اطال الله في عمرها والى
خالي السعيد الذي ساندني ولم يبخل علي بنصائحه.

والى صديقي الوفي وزميلي في هذه الدراسة (وليد لعلامي) والى الأستاذة المشرفة
"حسين لامية" والى كل الأساتذة والمعلمين طوال مسيرتي التعليمية، والى طلبة
قسم ماستر تربية خاصة، والى كل أصدقائي (محمد وكمال وجمال الدين).

الى كل هؤلاء اهدي ثمرة جهدي.

مرجي يونس

الاهداء

أهدي هذا العمل إلى أُمي الغالية وأبي العزيز بإعتبارهما السند و الدعم و الدافع للنجاح في كل أمر، و إلى البراعم "رحمة، إبراهيم، خليل" أولادي و فلذات كبدي، إلى إخوتي "هشام، عبد السلام، عبد المالك، رزقي" و إلى صديقي و زميلي في الدراسة و شريكي في هذه الدراسة "يونس مرجي" إلى الأستاذة المؤطرة "لامية حسين" و إلى كل من علمني حرفا من معلمين و أساتذة طول مساري الدراسي، إلى طلبة قسم ماستر تربية خاصة، كما أخص بالشكر شخص عزيز على القلب يعجز القلم عن ذكر اسمه و لا يمكن نسيان أو تجاهل فضله و تأثيره على إتمام دراسة الماستر عموما و هذا العمل خصوصا و حتى على حياتي الشخصية، إلى جميع الأصدقاء و كل من يفرح لنجاحي من قريب أو بعيد

وليد لعلامي

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على رسوله الهادي

الأمين سيدنا محمد عليه ازكى الصلاة وأفضل التسليم

نتقدم بالشكر والتقدير الكبيرين للدكتورة "حسين لامية" التي

منحتنا شرف الاشراف على عملنا هذا ومنحتتنا من وقتها

الثمين ما افاضت علينا من خبرات علمها وتجاربها في

البحث العلمي.

فلها منا كل الشكر وخالص الدعاء والتوفيق في حياتها

المهنية.

كما نتقدم بالشكر الى كل الأساتذة الذين لم يبخلوا علينا

بمساعدهم طول مسيرتنا الدراسية نسأل المولى عز وجل ان

يبارك جهودهم ويجعلها في ميزان حسناتهم يوم القيامة

الفهرس

الصفحة	العنوان
/	الإهداء
/	الشكر وتقدير
/	الفهرس
/	قائمة الاشكال والجداول
/	ملخص الدراسة
/	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1	1. اشكالية الدراسة
4	2. فرضيات الدراسة
4	3. أهداف الدراسة
4	4. أهمية الدراسة
4	5. مصطلحات الدراسة
6	6. الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الارشاد النفسي	
16	- تمهيد
16	1. تعريف الإرشاد
16	2. مفهوم الارشاد النفسي
17	3. اهداف الارشاد النفسي
18	4. أهمية الارشاد النفسي
18	5. خصائص المرشد النفسي
19	6. مجالات الارشاد النفسي
20	7. المبادئ للإرشاد النفسي
21	8. المناهج المستخدمة في عملية الارشاد النفسي

22	9. طرق الارشاد النفسي
34	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث: التوحد	
37	- تمهيد
37	1. تعريف التوحد
38	2. بدايات دراسة التوحد
40	3. أسباب التوحد
43	4. أعراض التوحد
45	5. أنواع التوحد
46	6. تشخيص التوحد والتشخيص الفارقي
51	7. علاج اضطراب التوحد
59	- خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة	
63	- تمهيد
63	1. الدراسة الاستطلاعية
66	2. المنهج الدراسة
67	3. حدود الدراسة
67	4. عينة الدراسة
67	5. مجتمع الدراسة
68	6. أدوات الدراسة
68	7. الأساليب الإحصائية
72	- خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
75	- تمهيد
76	1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

79	2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
81	3. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
85	- استنتاج
87	خلاصة
89	المصادر والمراجع
/	الملاحق

قائمة الأشكال والجداول:

1. قائمة الجداول :

جدول رقم (01): يوضح خصائص المرشد النفسي ص 19

جدول رقم (02): يوضح مجالات الإرشاد النفسي ص 20

جدول رقم (03): يوضح الإرشاد المباشر وغير المباشر ص 20

جدول رقم (04): يوضح عدد الورشات وتحديد نشاطها ص 65

جدول رقم(05): يوضح الصدق الظاهري للاستبيان ص 69

جدول رقم(06): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين العليا والدنيا للاستبيان ص 70

جدول رقم (07): يوضح نتائج اختبار "كولموجروف-سميرنوف (Z) ص 75

جدول رقم (08): يوضح تكرارات مستويات ممارسة الارشاد النفسي ص 76

جدول رقم (09): يوضح تكرارات مستويات التكفل بالطفل التوحدي ص 76

جدول رقم (10): يوضح نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة ص 79

جدول رقم (11): يوضح نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة ص 80

جدول رقم (12): يوضح قيمة معامل الارتباط سبيرمان بين درجات الادراك البصري وصعوبة الكتابة ص 82

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد، واعتمدنا فيها على المنهج الوصفي حيث أجريت الدراسة على عينة عدد افرادها 30 مختص على مستوى المركز النفسي البيداغوجي وملحقة التوحد بولاية البويرة بالموسم الدراسي 2024/2023، واستخدمنا استبيان مكون من محورين هما الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد، وتمت معالجة البيانات وفقا لبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss) اصدار 27 وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

✓ اختبار كولمونجروف-سميرنوف

✓ اختبار كاف مربع لحسن المطابقة

✓ معامل الارتباط سبيرمان

وجاءت نتائج الدراسة كالتالي:

* وجود مستوى ممارسة الإرشاد النفسي متوسط.

* مستوى التكفل بالطفل التوحد بالمراكز البيداغوجية متوسط.

* لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد.

Study Summary:

This study aimed to find out the relationship between psychological counseling and taking care of autistic children, and we relied on the descriptive curriculum, where the study was conducted on a sample of 30 specialists at the level of the psychopedagogical center and the autism annex of the state of Bouira for the academic season 2023/2024, and we used a questionnaire consisting of two axes: psychological counseling and taking care of autistic children, statistical processing methods:

The data was processed according to the program of statistical packages of Social Sciences (spss) version 27 and the following statistical methods were used:

The kulmungrove-Smirnov test problem

The suffix-square test function for good congruence

Spearman's correlation coefficient function

The results of the study were as follows:

- * The presence of an average level of psychological counseling practice.
- * The level of care for an autistic child in pedagogical centers is average.
- * There is not a statistically significant correlation between psychological counseling and taking care of autistic children.

مقدمة

مقدمة

من أهم مؤشرات ورقي الأمم وتحضرها إعطاء الأهمية البالغة لرعاية أبنائها والوقوف على كافة جوانب نموه السليم، بإعتباره لبنة أساسية لبناء مجتمع الغد.

وأكد علماء النفس من أمثال "ستانلي فرويد وبياجيه" على أن الطفولة فترة خاصة وهامة تكون فيها أحداث قد تؤثر على تكوين شخصية الطفل، وهذا ما يستلزم الإعتناء بالطفل في هذه المرحلة أشد العناية للوصول به إلى إتران نفسي وجسمي وتجنب ظهور اضطرابات نفسية وعصبية تصاحبه طوال حياته، ومن بين هذه الإضطرابات التي شهدت إنتشارا كبيرا إضطراب التوحد الذي يعتبر إضطراب نمائي عصبي يظهر تحديدا في السنوات الأولى من عمر الطفل ويؤثر سلبا على مختلف جوانب النمو تتجلى في النواحي الإنفعالية، الإجتماعية، التواصلية، العاطفية، العقلية، ويمكن التدخل المبكر والتكفل اللازم للتخفيف من حدة هذا الإضطراب، وهذا ينطلق من التشخيص اللازم ثم الإنتقال إلى عملية التكفل التي تبدأ من الأسرة بالإضافة إلى المجتمع المحيط بالطفل التوحيدي وصولا إلى المراكز البيداغوجية التي تعتمد على أخصائيين نفسانيين يعملون وفق مجموعة معايير محددة وبأساليب وتقنيات مختلفة من بينها الإرشاد النفسي، ومن منطلق هذه المعطيات جاءت دراستنا الحالية للكشف عن علاقة الإرشاد النفسي بالتكفل بأطفال التوحد.

وقسمت هذه الدراسة إلى الجانب النظري وجانب تطبيقي وذلك كالتالي:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة ويتضمن: الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهدافها، أهميتها، الدراسات السابقة، والمفاهيم الإجرائية.

الجانب النظري: ويشمل:

الفصل الثاني: يتمثل في "الإرشاد النفسي" ويتضمن هذا الفصل: تعريف الإرشاد ومفهوم الإرشاد النفسي وأهداف الإرشاد النفسي وأهمية الإرشاد النفسي وخصائص المرشد النفسي ومجالات الإرشاد النفسي المبادئ للإرشاد النفسي والمناهج المستخدمة في عملية الإرشاد النفسي وطرق الإرشاد النفسي.

الفصل الثالث: يتمثل في "التوحد" ويتضمن هذا الفصل: تعريف التوحد وبدايات دراسة التوحد وأسباب التوحد وأعراض التوحد وأنواع التوحد تشخيص التوحد والتشخيص الفارقي وعلاج التوحد.

الجانب التطبيقي: ويشمل فصلين:

مقدمة

الفصل الرابع: يتمثل في "الإجراءات المنهجية للدراسة"، ويتضمن الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة وحدود الدراسة وعينة الدراسة ومجتمع الدراسة وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: يتمثل عرض وتحليل ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الأولى ثم عرض وتحليل ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثانية ثم عرض وتحليل ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثالثة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. مصطلحات الدراسة
6. دراسات سابقة

1. إشكالية الدراسة:

يؤكد علماء النفس على أهمية مرحلة الطفولة لما لها من خصائص وسميات تميزها عن بقية المراحل العمرية الأخرى، حيث يصاحب هذه المرحلة العديد من التغيرات الجسمية، والعقلية والإنفعالية والاجتماعية التي تحدد مسار نمو الطفل وتشكل ملامح شخصيته، وقد تظهر في هذه المرحلة بعض الأعراض التي تدل على وجود إعاقات معينة، ومن بين هذه الإعاقات التي تظهر في السنوات الأولى هي الإعاقات الذهنية والحسية والحركية ومن بين تلك الإعاقات نجد التوحد.

ومصطلح التوحد هو ترجمة للكلمة الإغريقية (outous) أي الذات أو الأنا والتي تشير إلى الإنطواء والتوحد مع الذات وقد إستعمل العالم "بلولير ايغون" مفهوم السلوك التوحدي لأول مرة عام 1911 كدلالة على الانفصام الشخصي ولم تلقى هذه الفئة إهتماما كبيرا في القدم، فأثناء الحرب العالمية الثانية كان الفكر السائد أن يتم عزل الأطفال المعاقين ذهنيا حتى ظهر الطبيب النفسي الأمريكي "ليو كانر" عام 1943 وقام بالملاحظة الدقيقة لأحد عشر (11) طفل فوجد أن لديهم نمط سلوكي واحد وبعد الملاحظة إستنتج أنهم يتصفون بالإنسحابية وليس لديهم القدرة الطبيعية على التواصل مع الآخرين، ولديهم تأخر في النمو اللغوي، وفي الغالب يكون الطفل المصاب الأول في الأسرة وأطلق على هذه الإفتراضات إسم "النظرية النفسية لتفسير الإصابة بالتوحد" والتي أثبتت فيما بعد ولكن يعاب عليه أنه أخطأ في تفسيرها حيث أنه أرجع ذلك إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى عنف وسوء المعاملة وفقدان الأمان من الوالدين خاصة الأم ولذلك أطلق عليها لقب "الأم الثلجة" فعندما نتحدث عن التوحد لا يمكن الجزم لحد الآن على وجود سبب محدد لهذا النوع من الإعاقة، حيث يعتبر إعاقة متعلقة بالنمو تظهر في ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل تنتج عن إضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، فيظهر ذلك في الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل حيث عادة ما يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل الغير لفظي والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية والتواصل مع الآخرين والإرتباط بالعالم الخارجي، فيظهر المصابون بهذا الإضطراب سلوكا متكررا بصورة غير طبيعية أو ردود غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا بأشياء بصورة غير طبيعية مع وجود مقاومة في محاولة التغيير وفي بعض الحالات قد يظهرون سلوكا عدوانيا تجاه الغير أو إتجاه الذات، وهذا ما أكدته دراسة **عمر بن الخطاب خليل في سنة 1994** بعنوان خصائص الأطفال المصابين بالتوحدية حيث حاولت الدراسة التعرف على سميات الشخصية التي يتصف بها الأطفال المصابون بالتوحد مقارنة بالأطفال الاسوياء والتحقق من أنهم أكثر إنطوائية وأنهم عصابيين وبالنظر إلى أن التوحد من أشد وأصعب إضطرابات النمو لما له من تأثير ليس فقط الفرد المصاب وإنما على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، أما فيما يخص معدل إنتشار

التوحد بين الأطفال يذكر أحمد عكاشة أن النسبة تتراوح بين 4-5 أطفال بين كل 10.000 طفل، وقد أوضحت دراسات كانر (1973) Kanner التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات والتي إعتمدت في تشخيصها لحالات التوحد على المعايير التي وضعها لهذا الغرض أن نسبة الإصابة بإعاقة التوحد في أمريكا غالبا ما تكون (4-5) حالات في كل (10000) ولادة في الأعمار الأقل من 15 سنة. (السيد، 2007، ص43).

وقد أشار جيلبرج (1990) Gillberg في إحدى دراساته أن نسبة الإصابة بالتوحد في المرحلة العمرية من 5-7 سنوات تقدر بنسبة 12,4 لكل 10000 ولادة حية، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبر عن نسبة إنتشار بمعدل 11,6 لكل 10,000 ولادة حية في المرحلة العمرية من 4-14 سنة، في حين أن جوتنبرج وجد أن نسبة الإنتشار تقدر بحوالي 8,1 لكل 10,000 ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند الغربية ونيجيريا - سيريلانكا والتي تم التشخيص فيها بناء على معايير كانر، وكان من نتائج دراسات جيلبرج وآخرون التي تم إجراؤها في السويد ومناطق يوهسلان الريفية أن نسبة إنتشار الإصابة بالتوحد أو ما يسمى شبيه التوحد Autism Like تقدر بحوالي 6,6 حالة لكل 10000 طفل.

كما تشير بعض الدراسات التي أجريت في إنجلترا إلى أن معدل إنتشار إضطراب التوحد 4-5 أطفال كل عشرة آلاف، وقدر معدل إنتشار الإضطرابات مشوهة النمو (التوحد والإضطراب مشوه النمو غير المصنف) في مكان آخر ب 10-15 حالة لكل 10000 طفل (عن: حمودة، 1991، ص43).

وفي دراسات لوتر Lutter (1986)، سكوبلر (1987، 1989) Scopler التي إعتمدت في تشخيص حالات الأوتيزم على معايير DSM3 كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (2-5) حالات لكل 10000 ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل 3 أو 4 مرات في حين كانت نسبة إنتشار الإصابة في جنوب اليابان بمعدل 13,6 لكل 10000 طفل (tanous, et.al, 1988) وفي دراسات مسحية تم إجراؤها في إنجلترا ظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الإنتشار تتراوح بين (20-30) حالة لكل 10000 ولادة حية، وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات التوحد على أساس العجز الاجتماعي وجد أن نسبة إنتشار الإصابة بالتوحد حوالي 21 لكل 10,000 طفل (Dianne, 1992p22).

لذلك يجب إعطاء الأهمية البالغة لهذه الفئة والكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصا أكثر فعالية للتخفيف من شدة الأعراض، والجانب النفسي جزء مهم في هذه العملية حيث يكون بالإرشاد والمتابعة النفسية، وإذا نظرنا من جانب تاريخي نجد أن الإرشاد النفسي قديم قدم الحياة الإنسانية

إذ أن الرغبة في مساعدة الآخرين وإرشادهم كانت منذ القدم على شكل تقديم النصيحة وإعطاء المعلومات والتشجيع، وبعد إستقلال علم النفس عن الفلسفة في عام 1878 أنشأ العالم الألماني "وليام فونت" أول مختبر لعلم النفس التطبيقي وبدأ التطور التدريجي للإرشاد النفسي وأصبح يقدم الخدمات الإنسانية والتربوية والمهنية والدعم النفسي بطريقة منظمة ومدروسة بناء على أسس علمية بهدف مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرك مشكلاته وينمي قدراته وإمكانياته للتغلب على هذه المشكلات في ضوء رغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحقيق الصحة النفسية من خلال الوصول إلى أقصى درجة من التوافق شخصيا وأسريا وتربويا وإجتماعيا ومهنيا كل هذا لا يكون إلا عن طريق أخصائي مؤهل يتميز بقدراته على إستخدام مهاراته وفنياته بكفاءة وبالنظر إلى التقدم الحاصل في علم النفس ومستوى الفعالية الميدانية أصبحت خدمات الارشاد النفسي مطلوبة بشكل أكثر مما سبق، ولم تعد تقتصر على المشكلات النفسية والسلوكية للأشخاص العاديين بل أصبحت مطلوبة عند ذوي الاحتياجات الخاصة مع التركيز أكثر على المراحل العمرية الأولى، كما أشارت دراسة حافظ وقاسم (1993) بعنوان: "برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات" هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الابتدائية، وذلك بعد دراسة بعض المتغيرات التي ترتبط بالسلوك العدواني والخاصة بالأسرة، والمدرسة الإبتدائية، وتألفت عينة الدراسة من (256) طالب وطالبة من مدارس طارق بن زياد التجريبية بشبرا، وقسمت العينة الى (147) طالب، (109) طالبة بمتوسط عمري (10) سنوات وستة شهور وعن الأدوات التي تم إستخدامها في الدراسة مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني من إعداد الباحثين بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي، وأظهرت النتائج أن أهم المتغيرات الأسرية إرتباطا بالسلوك العدواني، هي حجم الأسرة أو زيادة عدد أفرادها وأنه توجد فروق بين الجنسين في السلوك العدواني وخاصة في العدوان المادي والسلبي لصالح الذكور، وفي العدوان اللفظي والسلوك السوي لصالح الاناث، وكذلك إرتباط درجة المزاحمة في داخل الفصل بالعدوان المادي والعدوان اللفظي كما أنه لا يوجد أي إرتباط ما بين التحصيل الدراسي وأي شكل من أشكال السلوك العدواني. وهنا تتضح أهمية الارشاد النفسي في التكفل بالطفل التوحدي ومحاولة دمجها في المجتمع، وهذا لا يتحقق إلا بتكاتف جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمع ككل وهو ما يقودنا الى طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى ممارسة الارشاد النفسي بالمراكز البيداغوجية؟
- ما مستوى التكفل بالطفل التوحدي بالمراكز البيداغوجية؟
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد؟

2. فرضيات الدراسة:

- يمارس الإرشاد النفسي في المراكز البيداغوجية بشكل متوسط.
- مستوى التكفل بالطفل التوحدي بالمراكز البيداغوجية متوسط.
- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد.

3. اهداف الدراسة:

كان اختيار هذا الموضوع لأهداف متعددة نذكر منها:

- التعرف على مستوى ممارسة الإرشاد النفسي في المراكز البيداغوجية.
- التعرف على مستوى التكفل بالطفل التوحدي بالمراكز البيداغوجية.
- التحقق من وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد.

4. أهمية الدراسة:

إن الموضوع الذي نحن بصدد دراسته يكتسي أهمية كبيرة تتمثل في تسليط الضوء على هذه الفئة والأهمية الأساسية.

والرئيسية من هذا البحث المتواضع هو معرفة الإرشاد والتكفل النفسي بأطفال التوحد وكذلك بإعتباره موضوعا مهما يقوم به الأخصائي والمربي بهدف التكفل وإحداث تغيير وكذلك من أجل إثراء البحث العلمي.

5. مصطلحات الدراسة:

5.1 الإرشاد النفسي:

الإرشاد النفسي هو مجموعة خدمات التي يقدمها المختصون النفسيون للأطفال المتواجدون بالمراكز البيداغوجية.

5.2 التكفل:

هو مجموعة البرامج والخدمات المقدمة من طرف الخصائين النفسيين والأرطفونيين وحتى الأطباء بهدف

رعاية الأطفال المتواجدين بالمراكز البيداغوجية.

5.3 أطفال التوحد:

هم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، بعد تشخيصهم من طرف الأخصائيين النفسيين، المتواجدين بالمراكز البيداغوجية لولاية البويرة للسنة الدراسية 2024/2023

5.4 المختصين:

هم مجموعة من المختصين النفسيين العاملين بالمراكز البيداغوجية بولاية البويرة للسنة الدراسية 2024/2023

5.5 المراكز البيداغوجية:

هي المراكز البيداغوجية التي تقوم برعاية والتكفل بأطفال التوحد التابعة لمديرية الضمان الاجتماعي لولاية البويرة

5. الدراسات السابقة:

أولاً: دراسات حول الإرشاد النفسي:

* دراسات عربية:

1. دراسة حافظ وقاسم (1993):

بعنوان: "برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات" هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الابتدائية، وذلك بعد دراسة بعض المتغيرات التي ترتبط بالسلوك العدواني والخاصة بالأسرة، والمدرسة الإبتدائية، وتألفت عينة الدراسة من (256) طالب وطالبة من مدارس طارق بن زياد التجريبية بشبرا، وقسمت العينة الى (147) طالب، (109) طالبة بمتوسط عمري (10) سنوات وستة شهور وعن الأدوات التي تم إستخدامها في الدراسة مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني من إعداد الباحثين بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي، وأظهرت النتائج أن أهم المتغيرات الأسرية إرتباطا بالسلوك العدواني، هي حجم الأسرة أو زيادة عدد أفرادها وأنه توجد فروق بين الجنسين في السلوك العدواني وخاصة في العدوان المادي والسلبي لصالح الذكور، وفي العدوان اللفظي والسلوك السوي لصالح الإناث، وكذلك إرتباط درجة المزاحمة في داخل الفصل بالعدوان المادي والعدوان اللفظي كما أنه لا يوجد أي إرتباط ما بين التحصيل الدراسي وأي شكل من أشكال السلوك العدواني.

2. دراسة سغفان (2001):

بعنوان "مدى فعالية الإرشاد العقلي الإنفعالي السلوكي في خفض الغضب وكذلك فعالية برنامج العلاج القائم على المعنى والمقارنة بين فعالية البرنامجين «وهدفت هذه الدراسة إلى إختبار مدى فعالية الإرشاد العقلي الإنفعالي السلوكي في خفض الغضب وكذلك برنامج العلاج القائم على المعنى والمقارنة بي فعالية البرنامجين وتكونت عينة البحث الأولية من (250) طالبة من طالبات المستوى الرابع بكلية التربية جامعة الزقازيق، ثم تم إختيار (12) طالبة كمجموعة تجريبية أولى و(12) طالبات لمجموعة تجريبية ثانية، وطبق على المجموعة الأولى العلاج العقلاني والإنفعالي وعلى المجموعة الثانية العلاج بالمعنى، وقد إستخدم الباحث مقياس الغضب كحالة وكسمة من إعداد شيبيلر جرونلندن والذي تم تعريبه من قبل محمد عبد الرحمان وفوقيه عبد الحميد وإستمارة التقييم الذاتي للغضب والبرنامج الإرشادي وقد توصل الباحث إلى فعالية البرنامج العقلاني الإنفعالي والعلاج بالمعنى لخفض الغضب كسمة وكحالة وعدم وجود فروق بين فعالية البرنامجين في التعامل مع الغضب.

3. دراسة موسى ومحمود (2000):

بعنوان "مدى فعالية البرنامج الإرشادي النفسي الديني المتمثل في أسلوب الدعاء في تخفيف حدة الإضطرابات السيكوسوماتية لدى الطالبات الملتزمات وغير الملتزمات دينيا" هدفت هذه الدراسة إلى إختبار مدى فعالية البرنامج الإرشادي النفسي الديني المتمثل في أسلوب الدعاء في تخفيف حدة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الطالبات الملتزمات وغير الملتزمات دينيا، وكانت عينة الدراسة عبارة عن 400 طالبة طبق عليهم إستبيان القيم والإضطرابات السيكوسوماتية وإختار منهم 40 طالبة طبق عليهم الإرشاد الديني حيث قسم الطالبات الى 4 مجموعات، إثنان تجريبيتان وإثنتان ضابطتان كالتالي (تجريبية وضابطة ذات إلتزام ديني عالي وإضطرابات عالية) و(تجريبية ضابطة ذات إلتزام ديني منخفض وإضطرابات سيكوسوماتية عالية)، وقد قام الباحثان بتعميم الإستبانة الإلتزام الديني وإيجاد الصدق والثبات لها واللذان كانا عاليان، وكذلك مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية وأوجدا الصدق والثبات له، وقد إستخدم الباحثان الأساليب الإحصائية التالية: طريقة المكونات الأساسية لهوتلنج ومعادلة ألفا كرونباخ وإختبار ولكوكسون، كما قام الباحثان بتصميم برنامج إرشاد ديني مكون من 12 جلسة مدة كل جلسة ساعتان بمعدل جلستين أسبوعيا وبعد إنقضاء المدة طبق تطبيقا بعديا لإستبانة الإضطرابات السيكوسوماتية وقد وجد الباحثان ما يلي: توجد فعالية كبرى للإرشاد النفسي الديني في خفض حدة الإضطرابات السيكوسوماتية للمجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

دراسات أجنبية:

4. أشارت بعض الدراسات إلى أن هناك العديد من التحديات التي تواجه تنفيذ برامج الإرشاد النفسي في المراكز البيداغوجية. مثل دراسة "Jones et al. (2017)" التي وجدت أن نقص الموارد المالية والبشرية، وغياب التدريب المستمر، والضغط الكبير على الأخصائيين النفسيين قد يؤدي إلى مستويات متوسطة أو منخفضة من ممارسة الإرشاد النفسي.

5. أكدت بعض الدراسات مثل "Williams & Johnson (2016)" على أن مستوى التدريب والتأهيل للأخصائيين النفسيين يلعب دورًا حاسمًا في فعالية الإرشاد النفسي. أظهرت هذه الدراسة أن الأخصائيين الذين يتلقون تدريبًا مستمرًا ومتقدمًا يقدمون خدمات إرشادية أكثر فعالية.

تعليق عام على الدراسات:

1. من حيث الهدف:

لقد اختلفت الأساليب الإرشادية والعلاجية المستخدمة في الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية فهناك من الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد النفسي بما فيه الإرشاد الإنفعالي العقلاني والإرشاد النفسي السلوكي مثل: دراسة (حافظ وقاسم، 1993) ودراسة (سعفان، 2001)، وهناك من الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد النفسي الديني أو العلاج الديني مثل: دراسة (موسى ومحمود، 2000).

وبالرغم من تنوع الأساليب المستخدمة في الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية، إلا أن جميعها أجريت بهدف التحقق من فعالية استخدام تلك البرامج الإرشادية والعلاجية في التخفيف من حد المشكلات النفسية والسلوكية المختلفة.

ولقد تعددت وتنوعت أهداف الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية بأساليبها المتنوعة، فمنها من هدفت إلى تقليل حدة السلوكيات العدوانية مثل دراسة (حافظ وقاسم، 1993) ومنها من هدفت إلى تخفيف حدة الغضب مثل دراسة (سعفان، 2001) ومنها من هدفت إلى تخفيف حدة الإضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000). (نجمة، 2008، ص 81)

2. من حيث العينة (الحجم العمر الجنس):

* حجم العينة:

تبيين من خلال إستعراض هذه الدراسات السابقة ما يلي:

* وجود تباين في حجم العينات المستخدمة في هذه الدراسات فهناك العينات الكبيرة والتي يتراوح عددها من (40 مفحوص فأكثر) مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000).

وهناك من الدراسات التي إستخدمت عينة تتكون من مجموعات متوسطة ما بين (20-30 مفحوص) مثل دراسة (سعفان، 2001).

وجود تباين بين الدراسات فهناك من الدراسات من إستخدم نظام المجموعتين التجريبيتين فقط، مثل دراسة (سعفان، 2001)، وهناك من إستخدم نظام المجموعتين التجريبيتين، ومجموعتين ضابطين مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000). (نجمة، 2008، ص82)

* جنس العينة:

بعد إستعراض الدراسات السابقة التي تناولت البرامج الإرشادية تبيان أن هناك دراسات إشملت على عينات مكونة من الذكور والإناث معا، مثل دراسة. (حافظ وقاسم، 1993)

وهناك بعض الدراسات التي إقتصرت عينتها على فئة الإناث فقط، مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000). (نجمة، 2008، ص83)

* المرحلة العمرية:

تباينت عينة الدراسة التي إستخدمت في الدراسات السابقة من حيث المرحلة العمرية، حيث أن غالبية الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية ركزت على مرحلة أطفال ما قبل الدراسة وأطفال المرحلة الابتدائية أي من السن (12 فما دون) مثل دراسة (حافظ وقاسم، 1993)، والبعض الآخر من الدراسات تناول المرحلة الجامعية مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000) و(سعفان، 2001). (نجمة، 2008، ص83)

3. من حيث الأدوات:

تعددت الأدوات التي تم إستخدامها في الدراسات السابقة حسب موضوع الدراسة وهدفها مثل: السلوك العدوانى، مقياس الغضب، مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية. (نجمة، 2008، ص83)

4. من حيث الأساليب الإحصائية:

تعددت الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسات السابقة، ومن هذه الأساليب ما يلي: إختبار ويلكسون ومعامل ثبات ألفا كرونباخ.

5. من حيث النتائج:

لقد أكدت النتائج على فعالية غالبية البرامج الإرشادية التي استخدمت أسلوب الإرشاد النفسي بما فيه الإرشاد الإنفعالي العقلاني والإرشاد النفسي السلوكي في التخفيف من حدة المشكلات التي تم التعامل معها، مثل دراسة (سعفان، 2001).

كما أكدت النتائج أيضا فعالية غالبية البرامج الإرشادية التي استخدمت أسلوب الإرشاد النفسي الديني أو العلاج الديني في التخفيف من حدة المشكلات التي تم التعامل معها مثل دراسة (موسى ومحمود، 2000). (نجمة، 2008، ص 83)

ثانيا: دراسات حول التوحد:

* دراسات عربية:

1. دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994):

بعنوان: "خصائص الأطفال المصابين بالتوحدية على إختبار ايزنك لشخصية الأطفال" وحاولت الدراسة التعرف على سمات الشخصية التي يتصف بها الأطفال المصابون بالتوحد، ومقارنتهم بالأطفال الأسوياء للتحقق من أمرين:

أن الأطفال المصابين بالتوحدية أكثر إنطوائية من الأطفال الأسوياء.

أن الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيين.

وتكونت من مجموعتين: الأولى مجموعة الأطفال المصابين بالتوحدية، وعددهم 25 طفلا متوسط أعمارهم 6.2 سنة، أما المجموعة الثانية مجموعة الأطفال الأسوياء وعددهم 24 طفلا وطفلة وكان متوسط أعمارهم 6.6 سنة، وإستخدمت الدراسة إختبار ايزنك لشخصية الأطفال، وأظهرت نتائج الدراسة (إن الأطفال الأسوياء أكثر إنبساطية من الأطفال المصابين بالتوحدية، إن الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيين عند مقارنتهم بالأطفال الأسوياء)

2. دراسة عادل عبد الله محمد (1999):

بعنوان: "السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال الوحدين وأقرانهم المعاقين عقليا" وهدفت الدراسة إلى التعرف على بعض مهارات وجوانب السلوك التكيفي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا، التعرف بالتالي على أدائهم التكيفي كما تكشف عنه درجاتهم على المقياس المستخدم وهو ما يمكن ان يمثل أداء تشخيصيا فارقا يمكن الأخذ به للوصول إلى تشخيص شامل لهاتين الفئتين يمكن اللجوء إليه عند إعداد البرامج التعليمية أو العلاجية أو التأهيلية المناسبة لهم، وتكونت من 24 طفلا مقسمين إلى مجموعتين متساويتين في العدد لكل مجموعة، المجموعة الأولى من الأطفال المعاقين عقليا أما الثانية فتضم الأطفال التوحديين ممن ينطبق عليهم أربعة عشر بندا من بنود مقياس الطفل التوحدي من إعداد الباحث، وتتراوح أعمار جميع أفراد العينة بين 8-13 سنة، وتتراوح نسب ذكائهم بين 57-68 على مقياس جودارد وجميعهم ينتمون للمستوى الاجتماعي الإقتصادي الثقافي المتوسط، وإستخدمت الدراسة مقياس جودارد للذكاء مقياس الطفل التوحدي (إعداد الباحث)، مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي خليل 1999) مقياس السلوك التكيفي للأطفال. (إعداد عبد العزيز الشخص 1992).

وأظهرت الدراسة وجود فروق دالة بين درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا في مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيع الاجتماعي، والدرجة الكلية للسلوك التكيفي وذلك لصاح الأطفال المعاقين عقليا عدم وجود فروق دالة بين درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا في الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، في النشاط المهني والإقتصادي.

3. دراسة نجلاء يسرى النشار و نعمة مصطفى رقبان ومايسة محمد الحبشي (2016):

إستهدف البحث دراسة العلاقة بين المشكلات التي تواجه المعاق حركيا بأبعادها (إقتصادية، تعليمية، إجتماعية، أسرية، نفسية الطبية، ومشكلات تتعلق بالتأهيل) وعلاقتها بجودة الحياة بأبعادها (الصحية، الإجتماعية، النفسية، البيئية، الدينية) وإشتملت عينة الدراسة على 120 معاق حركيا تتراوح أعمارهم بين 12-20 سنة من محافظة (المنوفية، القاهرة، الجيزة)، وتكونت أداة الدراسة من إستمارة البيانات العامة للمعاق حركيا وأسرته، إستبيان مشكلات المعاق حركيا بأبعادها (إقتصادية، تعليمية، إجتماعية، أسرية، نفسية، طبية، ومشكلات تتعلق بالتأهيل)، إستبيان جودة الحياة بأبعاده (الصحية، الإجتماعية، النفسية، البيئية، الدينية) وتم إختيار عينة الدراسة بطريقة غرضية صدفية، وتم جمع البيانات عن طريق المقابلة الشخصية ثم تفرغها وتبويبها وجدولتها وتحليلها إحصائيا بإستخدام برنامج (SPSS) وتتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي أثبتت الدراسة وجود علاقة

سألبة بين الدرجة الكلية للمشكلات بأبعادها (اقتصادية، تعليمية، إجتماعية، أسرية، نفسية، طبية، ومشكلات تتعلق بالتأهيل) والدرجة الكلية لجودة الحياة بأبعادها (الصحية، الإجتماعية، النفسية، البيئية، الدينية).

* دراسات اجنبية:

4. دراسة رينيه واندر (2002):

بعنوان: "المظاهر العرضية للتوحد ومستوى النمو" وهدفت الدراسة إلى تقييم مظاهر التوحد وعلاقتها بجوانب النمو المختلفة للطفل التوحدي وتكونت عينة الدراسة من 263 طفلا وطفلة توحديين تراوحت أعمارهم بين 5-8 سنوات، وقد أجريت الدراسة بفرنسا وقسمت الى 6 مجموعات طبقا لمستوى نمو السلوكيات التوافقية في مجالات التواصل والمهارات اليومية والقدرات الإجتماعية، وقد جانست الدراسة بين كل مجموعة وأخرى من حيث الجنس والعمر الزمني والسن الذي تم إكتشاف الإضطراب في السلوك التكيفي وإستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1. مقياس للسلوك التكيفي.

2. إستخدام الطبعة العاشرة من التصنيف العالمي للمرضى لتحديد وجود أو غياب الأعراض التوحدية في كل مجموعة.

وأشرت الدراسة إلى وجود أعراض جوهرية تميز الأطفال التوحديين تختلف بإختلاف مراحل النمو أهمها القصور في السلوك التكيفي، وتتطابق هذه الأعراض مع أعراض طيف التوحد، كما أن الحالة النفسية والحركية تتأثر بالأعراض التوحدية، وتشير الدراسة إلى أن التوحد هو إضطراب في تنظيم الحالة النفسية والحركية.

تعليق عام على الدراسات:

1. من حيث الهدف:

لقد إختلفت الأساليب المستخدمة في الدراسات التي تناولت التوحد فهناك من الدراسات التي تركز على سمات الشخصية لدى الأطفال المصابين بالتوحد ومقارنتهم بالأطفال الأصحاء مثل: دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994) وهناك من الدراسات التي تهدف إلى فهم بعض جوانب السلوك التكيفي للأطفال ذوي التوحد وأقرانهم الذين يعانون من إعاقة عقلية مثل: دراسة عادل عبد الله محمد (1999) وهناك من الدراسات التي تهدف إلى تقييم العلاقة بين مظاهر التوحد وجوانب النمو المختلفة للأطفال التوحديين مثل دراسة رينيه واندر (2002)

2. من حيث العينة (الحجم العمر الجنس):

* حجم العينة:

* وجود تباين في حجم العينات المستخدمة في هذه الدراسات فهناك العينات الكبيرة والتي يتراوح عددها من (24 مفحوص فأكثر) مثل دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994) وعادل عبد الله محمد (1999) ورينيه واندر (2002).

* جنس العينة:

بعد إستعراض الدراسات السابقة التي تناولت البرامج الإرشادية تبين أن هناك دراسات إشمطت على عينات مكونة من الذكور والإناث معا، مثل دراسة رينيه واندر (2002) وهناك بعض الدراسات التي إقتصرت عينتها على فئة الذكور فقط، مثل دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994) وعادل عبد الله محمد (1999).

3. من حيث الأدوات:

تعددت الأدوات التي تم إستخدامها في الدراسات السابقة حسب موضوع الدراسة وهدفها مثل: إختبار إيزنك لشخصية الأطفال، مقياس جودارد، وإستخدمت الدراسة مقياس جودارد للذكاء مقياس الطفل التوحدي (إعداد الباحث)، مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي خليل 1999) مقياس السلوك التكيفي للأطفال (إعداد عبد العزيز الشخص 1992)، مقياس للسلوك التكيفي، إستخدام الطبعة العاشرة من التصنيف العالمي للمرضى لتحديد وجود أو غياب الأعراض التوحدية في كل مجموعة.

الفصل الثاني: الإرشاد النفسي

تمهيد

1. تعريف الإرشاد

2. مفهوم الإرشاد النفسي

3. أهداف الإرشاد النفسي

4. أهمية الإرشاد النفسي

5. خصائص المرشد النفسي

6. مجالات الإرشاد النفسي

7. مبادئ الإرشاد النفسي

8. المناهج المستخدمة في الإرشاد النفسي

9. طرق الإرشاد النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعرف الإرشاد النفسي في العديد من أدبيات علم النفس بـ صور وكيفيات مختلفة فمنهم من عرفه من حيث الخدمة التي يقدمها هذا العلم، ومنهم من عرفه بطبيعته الإجرائية والبعض ركز على العلاقة الإرشادية ودور المرشد أو الموجه، وآخر يركز في تعريفه له على العملية الإرشادية ذاتها، بينما يركز آخرون على النتائج التي نحصل عليها من عملية تقديم الخدمات الإرشادية وهناك العديد من التعاريف الخاصة بهذا المصطلح وسنستعرض عددا من هذه التعاريف التي ركزت على مفهوم الإرشاد النفسي ومنها:

1. تعريف الإرشاد:

الإرشاد هو العملية التي من خلالها يحاول المرشد، وهو شخص مؤهل تأهيلا متخصصا للقيام بالإرشاد، أن يساعد شخصا آخر في تفهم ذاته، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات. والإرشاد هو مواجهة إنسانية وجها لوجه تتوقف نتائجها إلى حد كبير على العلاقة الإرشادية. (الشناوي، 1996، ص12)

2. مفهوم الإرشاد النفسي:

تعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1981): بأنه مجموعة الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في مجال علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، والتأكيد على الجانب الإيجابي لشخصية المسترشد واستثماره لتحقيق التوافق لدى الفرد، بهدف إكسابه مهارات جديدة تساعده على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة. (أبو عطية، 1997، ص20)

وعرفه زهران (1985): بأنه علاقة مهنية بين مرشد يمتلك المهارة والخبرة في مجال الإرشاد النفسي ومسترشد يعاني من مشكلة يريد حلها، يحاول فيها المرشد معرفة ما يمكنه تغييره في سلوك المسترشد بطريقة يقرها المسترشد. (زهران، 1985، ص20)

ويعرفه الشناوي (1995): بأنه علاقة مهنية بين مرشد ومسترشد وجها لوجه وقد يضم أحيانا أكثر من شخصين وفي جميع الحالات يكون على شكل تقديم المساعدة للمسترشدين على تفهم ذاتهم، وكيف يصلون إلى أهدافهم الخاصة بأنفسهم من خلال عدة اختيارات للمعلومات المفيدة في حل مشكلاتهم. (الشناوي، 1995، ص20) كما يعرف: بأنه عملية مساعدة الفرد في فهم حاضرة واعاده لمستقبله بهدف وضعه في مكانه المناسب له وللمجتمع، ومساعدته في تحقيق التوافق الشخصي والتربوي والاجتماعي لتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع المحيط به. (شعبان، تيم، 1999، ص21)

كما يعرفه كفاي (1999): بأنه أحد قنوات الخدمة النفسية، التي تقدم للأفراد والجماعات بهدف التغلب على الصعوبات التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجهم، للأفراد والجماعات الذين مازالوا قائمين في المجال السوي ولم يتحولوا بعد إلى المجال غير السوي ولكنهم يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة أو تتصف بدرجة من التعقيد والشدة، بحيث يعجزون عن مواجهة هذه المشكلات بدون عون أو مساعدة من الخارج. (كفاي، 1999، ص 21)

ويشير مكليود Mcleod (2003): بأنه علاقة مهنية بين مرشد مدرب ومسترشد، وهذه العلاقة تتم في إطار شخص لشخص وقد تشمل أحيانا على أكثر من شخصين، وهي معدة لمساعدة المسترشدين على تفهم واستبصار نظرتهم لحياتهم وان يتعلموا أن يصلوا إلى أهدافهم المحددة ذاتيا من خلال اختيارات ذات معنى وقائمة على معلومات صحيحة، من خلال حل مشكلاتهم ذات الطابع الانفعالي أو ذات الطابع الاجتماعي. (العويلى، 2021، ص 21)

وعرفه الزعبي (2003): بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الأفراد إلى فهم أنفسهم فهما صحيحا بحيث يمكنهم ذلك الفهم من رسم الخطط المستقبلية للفرد التي تساعدهم في اختيار نوع الدراسة، أو المهنة المناسبة لهم، والاستمرار فيها، والنجاح فيها، وحل المشكلات التي تعوق توافقهم مع أنفسهم، ومع الآخرين من اجل تحقيق أهدافهم التي يسعون إليها. (العويلى، 2021، ص 21)

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الإرشاد النفسي هي مجموع الخدمات التي تقدم للفرد من أجل مساعدته على فهم نفسه، وعلى حل مشكلاته، واتخاذ قراراته، في أن يستغل قدراته، وإمكانياته، فيما يتناسب مع الأهداف التي يسعى الفرد في تحقيقها لنفسه، ومع متطلباته البيئية، ومن خلال هذا يتضح لنا أن الإرشاد النفسي هو علاقة تفاعلية بين المرشد، والمسترشد، حيث تهد إلى مساعدة المسترشد

3. أهداف الإرشاد النفسي:

قد أشار الكثير من علماء النفس، والعلاج النفسي إلى أن للإرشاد، والعلاج النفسي العديد من الأهداف يفترض بالعملية العلاجية تحقيقها منها:

- تنمية وعي المسترشد بذاته وفهمها في جميع جوانب شخصيته النفسية المعرفية والاجتماعية، وتنمية قدرة المسترشد لتكوين علاقة اجتماعية سوية مع الآخرين.
- قبول المسترشد بذاته وبما يمتلكه من مهارات وقدرات وإمكانيات وكيفية تطويرها وتنميتها.

- اكتشاف نقاط القوة والضعف لدى المسترشد وكيفية تنمية الجانب الإيجابي وتعديل الجانب السلبي.
- مساعدة المسترشد في حل مشكلاته التي تعيق تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي، وعلى التخطيط لمستقبله، وتنمية مهارات المسترشد على أن يكون فاعلا ومنتجا في محيط الاجتماعي.
- تنمية قدرة المسترشد على إتقان المهارات الحياتية المختلفة، وعلى التوافق والتكيف مع الذات والمحيط الاجتماعي. (العويلى، 2021، ص 26)

4. أهمية الإرشاد النفسي:

- وتتضح أهمية الإرشاد النفسي للأطفال إذا تعرفنا على نوع الخدمات الإرشادية التي يقدمها الإرشاد النفسي للأطفال في الجانب النمائي والوقائي والتعليمي والعلاجي والتعاوني والتي يمكن توضيحها فيما يلي:
- ✓ تسهل نمو الطفل وتتعرف على حاجاته وتعمل على إشباعها، كما تساعد على تنمية القدرات والإمكانيات.
 - ✓ نظرا لان مشكلات الطفل مازالت حديثة فيمكن بالخدمات الإرشادية الوقائية التحكم في أسبابها وتعديلها قبل أن تتفاقم عبر مراحل النمو.
 - ✓ أن تساعد الطفل على استبصاره بذاته، وتزويده بالمعارف والخبرات والمهارات النقية والفعالة.
 - ✓ يجمع علماء النفس على أن الأعوام الأولى من حياة الطفل لها أهمية خاصة، لأنها المسؤولة عن تكوين الطفل فيما بعد.
 - ✓ في مجال الإرشاد النفسي للأطفال يمكن التعاون مع أفراد آخرين مهمين بالنسبة للطفل (مثل الوالدين والأخوة والمعلمين) في العملية الإرشادية بدءا من تحديد المشكلة وجمع المعلومات وانتهاء بتقويم نتائج الإرشاد. (زهران، 1986، ص 26)

5. خصائص المرشد النفسي

ويمكن إيجاز الصفات الشخصية للمرشد الناجح في العناصر التالية:

الخصائص	السمات
الصفات العقلية	الذكاء العام، الإدراك والمعرفة، التخيل، الانتباه.

الصفات الجسمية	الصحة العامة، المظهر العام.
الصفات الانفعالية	الرضا والحب، تجنب عواطف هذه النفس، التنفيس الانفعالي، غياب الاضطرابات العاطفية الحادة.
الصفات الاجتماعية	التفاعل الاجتماعي: تقبله لذاته وللآخرين، احترامه لنفسه وللآخرين القيم الشخصية والاجتماعية: نزاهته من القيم الشخصية المعقدة، احترام المسترشد، التحلي بالصبر، الإخلاص.

جدول رقم (1) يوضح خصائص المرشد النفسي (جميل، 2005، ص 141)

6. مجالات الإرشاد النفسي

يستهدف الإرشاد النفسي السلوك الإنساني بمجالاته المختلفة، ولدى جميع الفئات العمرية فخدماته ليست مقتصرة على نوع أو مجال أو شكل واحد، بل يمكن تقسيم الإرشاد إلى عدة أنواع على وفق المحاور الآتية:

مجالات الإرشاد النفسي	محاورها
الإرشاد التربوي	يطبق التوجيه والإرشاد في المؤسسات التعليمية المختلفة، ويقوم بذلك مرشد متخصص يسعى إلى تحقيق أهداف العملية التعليمية، وإلى تحقيق النمو السليم والمتكامل لشخصية المتعلم وتحقيق التوافق المدرسي، والتغلب على المشكلات التربوية التي تواجه الطلبة، واختيار التخصصات الدراسية والنشاطات التي تتفق مع ما لدى كل طالب منهم من قدرات واستعدادات وميول وأنماط شخصية.
الإرشاد المهني	يقوم الإرشاد المهني على مساعدة المسترشد في الحصول على المعلومات الوافية عن المهنة، والمواصفات اللازمة للنجاح فيها، وفي معرفة المسترشد لذاته، وفهم ما لديه من قدرات وميول وسمات والهدف من ذلك كله هو التوصل إلى اختيار سليم ومناسب لمهنة الفرد، عن طريق المزوجة بين متطلبات المهنة وصفات الفرد، مما يحقق له النجاح والرضا.

<p>يتضمن الإرشاد الأسري عدة مجالات منها: الإرشاد الزوجي، وإرشاد الأبوين والأولاد، وقد يتم ذلك بإرشاد كل فرد على حدة ولكن ضمن العائلة وقد أوضح بل (Bell 1975) أن واجب المرشد العائلي هو مساعدة العائلة في الوصول إلى حلول لمشاكلها بنفسها ولنفسها، وليس عن طريق تقديم المعلومات والحلول لها من قبل المرشد</p> <p>ومن أمثلة المشكلات التي يتعامل معها الإرشاد العائلي: الإدمان، اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة، التنشئة الاجتماعية غير سليمة، حينما يكون أحد الوالدين قدوة سيئة لأبنائه، اضطراب العلاقات بين الإخوة، عقوق الوالدين، سوء التوافق الأسري، مشكلات المرأة العاملة، التفكك الأسري وغير ذلك من المشكلات الأسرية.</p>	<p>الإرشاد الأسري</p>
<p>الإرشاد النفسي عملية تقوم على مواجهة بين شخصين هما المرشد والمسترشد اللذان تربطهما علاقة مساعدة ذات مواصفات خاصة، يقوم فيها المرشد بحكم خبرته وتدريبه على مساعدة المسترشد في تحقيق أهداف خاصة ومحددة ووسيلة هذه المساعدة هي المقابلة الإرشادية بخصائصها وشروطها</p>	<p>الإرشاد النفسي</p>

جدول (2) يوضح مجالات الإرشاد النفسي (خطيب، 2016، ص 43)

الإرشاد غير المباشر	الإرشاد المباشر
مركز حول المسترشد	مركز حول المرشد
يهدف إلى إحداث تغيير عن طريق التعليم والنمو	يهدف إلى إحداث تغيير عن طريق التعليم والتنمية
يقدم خدماته لمن يطلبها ويسعى إليها فقط	يقدم خدماته حتى إذا لم تطلب منه
يستغرق وقتاً أطول نسبياً	يستغرق وقت أقل نسبياً
يساعد المرشد المسترشد في أن يحل الأخير مشكلاته	يقدم المرشد مساعدات مباشرة ويساعد في حل المشكلات
يقدم المرشد معلومات للمسترشد حين يطلبها فقط	يقدم المرشد ما يراه لازماً من المعلومات للمسترشد
يتعلم المسترشد كيف يعمل مستقبلاً ويعتمد على نفسه في حل مشكلاته ورسم خطته	يعتمد المسترشد أكثر على المرشد في تحديد وحل مشكلته ورسم الخطط اللازمة لحلها

جدول رقم (3) يوضح الإرشاد المباشر وغير المباشر (خطيب، 2016، ص 44)

7. مبادئ الإرشاد النفسي:

يعتمد الإرشاد النفسي على مبدئين أساسيين وهما:

أولا: مبدأ السرية: إن العلاقة الإنسانية بين المرشد النفسي والمسترشد تعتبر من أهم العناصر الأساسية والهامة في عملية الإرشاد النفسي، وعليه يجب أن تتميز العلاقة بالثقة المتبادلة بين الطرفين العملية الإرشادية حتى يستطيع المرشد أن يقدم الخدمة النفسية على أكمل وجه، وهذا لا يأتي إلا أن يقوم المرشد بحفظ أسرار المسترشد ويراعي مبدأ السرية التامة في علاقته الإرشادية كسبا في ثقتهم وحتى يثمر الإرشاد النفسي، وتعتبر دعامة أساسية وواحدة من أهم أخلاقيات المرشد النفسي، وهنا لابد أن نوضح انه لا يجوز إفشاء السرية إلا مع أهل المهنة وذلك بعد الأخذ موافقة منه، وأيضا إذا كانت هناك خطورة على حياة المسترشد هنا يجب إفشاء السرية لضمان حياة المسترشد.

ثانيا: مبدأ تقبل المسترشد: يجب على المرشد النفسي أن يتقبل المسترشد كما هو دون نقد أو لوم، ودون ملاحظات أو إبداء رأي ودون استخدام المعاني حيث من أهم واجبات المرشد أن يتعرف على مواقف الفشل لدى المسترشد أولا ثم التعرف على مواقف النجاح ثانيا، ويجدر الإشارة هنا إلى ذكر توصيات روجرز بأنه يجب على المرشد النفسي أن يتقبل المسترشد بانفعالاته المختلفة وعلى المرشد أن يتقبل المسترشد بطيب الكلام وطلاقة الوجه، كما ويجب أن ننوه هنا بان تقبل المسترشد ككل يعني قبول كل سلوكياته أيا كان هذا السلوك حسنا أو سيئا بل يجب تقبل المسترشد كما هو أولا ثم القيام بتعديل السلوكيات الخاطئة ضمن العملية الإرشادية. (نجمة، 2008، ص48)

8. المناهج المستخدمة في الإرشاد النفسي:

يعتمد الإرشاد النفسي في تحقيق أهدافه على ثلاثة مناهج رئيسية وهي:

✓ **المنهج النمائي:** ويتضمن هذا المنهج الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي والسليم لدى الأطفال الأسوياء والعاديين، خلال مراحل نموهم المختلفة حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والسعادة والكفاية والتوافق النفسي، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة استعدادات وقدرات وإمكانات الأطفال وتوجيهها التوجيه السليم نفسيا وتربويا ومهنيا، ومن خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا.

✓ **المنهج الوقائي:** ويهتم المنهج الوقائي بالأطفال الأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقدم لهم ضد

حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية وللمنهج الوقائي ثلاثة مستويات هي:

- الوقاية الأولية: وتتضمن منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض بإزالة الأسباب.
- الوقاية الثانوية: وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه.
- الوقاية من الدرجة الثالثة: وتتضمن محاولة تقليل أثر إعاقة الاضطراب أو منع أزمان المرض.

✓ **المنهج العلاجي:** ويهتم المنهج العلاجي بنظريات الاضطرابات والمرض النفسي وأسبابه وتشخيصه

وطرق علاجه، وتوفير المرشدين والمعالجين والمراكز والعيادات والمستشفيات النفسية.

ولذا ينبغي على المرشد النفسي أن يكون على علم بهذه المناهج الثلاثة، وأن يكون قادراً على استخدام كل منها

حسب الحاجة إليها، لكي يساعد الأطفال على تحقيق الرضا والسعادة والتوافق النفسي والصحة

النفسية. (الشميري، 2022، ص48)

10. طرق الإرشاد النفسي :

أولاً: المقابلة:

9.1 مفهوم المقابلة: المقابلة هي علاقة مهنية، اجتماعية، وديناميكية تتم بين المرشد والمسترشد في جو نفسي

آمن، ومناخ علمي تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف الحصول على البيانات ومعلومات عن المسترشد،

فيما يتعلق بالأحداث التي وقعت له، واللازمة التي مر بها، والأماكن التي عاش فيها، وذلك لشرح وتفسير

وتحليل حالته، وتسجيلها وفق نظام جيد من التسجيل الكتابي والسمعي والمرئي، مما يساهم في تطوير حالته

وإنهاء الخطة الإرشادية التي يصفها المرشد النفسي من أجل مساعدته على حل مشكلاته بموضوعية، ولهذا فإن

المقابلة علم وفن يتطلب استخدامهما مهارات خاصة تقوم على العلم والخبرة والاستعداد كما أن لها شروطاً

وأساليب مبنية على أساس علمية دقيقة.

9.2 اهداف المقابلة:

• توليد اتصال منفتح، آمن وكامل التي تحتاج للمناقشة، والعوامل والخلفية المرتبطة بهذه المشغوليات.

• العمل على تحقيق مستويات تزداد عمقا من التفهم والاحترام والثقة بني المرشد والعميل.

• مساعدة العميل على أن ينظر للإرشاد على أنه يساعده على تحقيق شيء مفيد له عبر الجلسات الإرشادية.

• التعرف على المشكلات التالية في الأهمية، أي التي يحتاج المرشد أن يركز عليها في الجلسات التالية.

• تكوين نظرة كلية لدى العميل، بأن الإرشاد هو عملية ينبغي على طرفيها (المرشد والعميل) أن يعمل كل منهما بجد للتعرف على العميل وفهمه وفهم مشكلاته.

• حصول على معلومات حول العميل فيما يتصل بجل مشكلاته والتعاملها. (البرزان، 2016 ص 176)

9.3 أنواع المقابلة: هناك أنواع عديدة للمقابلة وخاصة المقابلة التي يكون الهدف منها جمع المعلومات عن المسترشد واهم هذه الأنواع:

• **المقابلة العامة المبدئية:** وهي أول لقاء بين المرشد والمسترشد ويتم فيها التمهيد للمقابلات التالية وتحديد ما يتوقعه كل من المرشد والمسترشد من بعضهما البعض، والاتفاق على ما سيتم عمله في الجلسات الإرشادية.

• **المقابلة الفردية:** وتتم بين المرشد والمسترشد.

• **المقابلة الجماعية:** وتتم بين المرشد وجماعة من المسترشد في لقاء واحد، ويتحدث ذلك بين المرشد ومجموعة من العمال الذين يعانون من مشكلات مشتركة، أو بينه وبين مجموعة من الطلاب أو مجموعة من الجنود أو مجموعة من الأحداث الجانحين.

9.4 مزايا المقابلة: تمتاز المقابلة كوسيلة من وسائل جمع المعلومات عن المسترشد بما يلي:

• إتاحة الفرصة في الحصول على المعلومات عن المسترشد لا يمكن الحصول عليها بوساطة الوسائل الأخرى.

• كما نتمكن عن طريق المقابلة ملاحظة الجوانب الانفعالية والحركية عند المسترشد وكذلك كيفية التعبير عما يريد يظهر من خلال أقواله، وتناقض هذه الأقوال أحيانا إذ يكمن وراء ذلك دوافع تمكن المرشد عن طريق معرفتها من إضافة معلومات جديدة عن المسترشد والتي لا يمكن الحصول عليها بالوسائل الأخرى.

- تمكن المرشد من النظر إلى شخصية المسترشد بشكل كلي، وتتيح للمسترشد الفرصة للتعبير عن مشاعره ومشكلاته بحرية وطلاقة دون الحاجة إلى تنظيم وترتيب للأفكار والمشاعر.
- تؤدي إلى تكوين علاقة اجتماعية جيدة بين المرشد والمسترشد نتيجة سيادة جو الألفة والمودة والاحترام المتبادل أثناء المقابلة.

ونظرا لما للمقابلة من فوائد ومزايا فلا بد من الإعداد الكافي لها وخاصة فيما يتعلق بإعداد المكان والزمان، واستعداد المرشد لهذه المقابلة، وان يسود هذه المقابلة جو الألفة والثقة، وان يتم التأكيد من خلالها على السرية، وان تسجل المعلومات الهامة في المقابلة ليتم الرجوع إليها حين الحاجة، كما يتوجب أيضا إنهاء المقابلة عند تحقيق هدفها وبصورة تدريجية مع بث روح الأمل والتفاؤل عند المسترشد.

9.5 عيوب المقابلة: وكما أن للمقابلة مزايا فلها أيضا عيوب لا بد من الانتباه إليها حتى تستطيع أن تحقق الأهداف المرسومة لها وأبرز هذه العيوب ما يلي:

- في المقابلة يكون كل من عاملي الصدق والثبات منخفضا ويتحدد هذا الانخفاض تبعا لنوع المقابلة وطريقتها وفتيات من يقوم بها (المرشد).
- يتأثر تفسير نتائج المقابلة بالذاتية المرشد أي يختلف المرشدون في ذلك اختلافا واضحا ويتمثل ذلك في اسقاط خبرات واتجاهات المرشد وهذا على سلوك المسترشد كما يتأثر المرشد بأرائه السابقة عن المسترشد وهذا من شأنه أن يؤثر في تفسير نتائج المقابلة.
- تعتبر المقابلة قليلة الفائدة (أو غير صالحة) في حالات الأطفال الصغار وضعاف العقول الذين لا يحسنون التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم.
- تعتمد المقابلة بشكل كبير على قدرة ومهارة المقابل (المرشد) مما يجعلها من جانب آخر اقل قابلية للقياس الموضوعي. (الزغبى، 2001، ص 120-121)

ثانيا: الملاحظة:

9.6 مفهوم الملاحظة: تعتبر الملاحظة أداة رئيسية هامة في جمع المعلومات عن المسترشد بغية دراسة سلوكه في المواقف التي يتعذر فيها استخدام أدوات أخرى.

فقد عرفها عمر: بأنها عبارة عن وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض ما أو نفيه حول ظاهرة سلوكية معينة بحيث يكون التركيز على متضمنات محددة فيها، وتهدف الملاحظة إلى اختبار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين، ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المتباينة أو بسلوكيات أشخاص آخرين تربطهم صلات اجتماعية به، وذلك خلال فترة زمنية تختلف مدتها حسب طبيعة الظاهرة السلوكية المراد ملاحظتها، بشرط أن تتم الملاحظة بموضوعية ووضوح وتكامل. (عمر، 1992، ص 121)

9.7 فوائد الملاحظة: هناك عدة فوائد يمكن تحقيقها من خلال الملاحظة وأهمها:

- تحدد الملاحظة الدوافع التي تشكل سلوك الفرد (المسترشد) كرد فعل طبيعي واستجابة تلقائية في موقف معين.

- تتيح الملاحظة الفرصة للمرشد النفسي ملاحظة السلوك العفوي عند المسترشد في المواقف الحقيقية بدلا من المواقف المصطنعة.

- تعد الملاحظة وسيلة تقويم مبدئية للمسترشدين في المقابلة الإرشادية بصورة عامة، ووسيلة تقويم أساسية مع أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية وأطفال المدرسة الابتدائية بصورة خاصة وذلك نظرا لصعوبة استخدام المقاييس والاختبارات النفسية وعدم دقة نتائجها في هذه المرحلة العمرية، فالملاحظة هنا تقضي على عدم قدرة الشخص من التعبير عن اتجاهاته وأفكاره أو جهله بحقيقة اتجاهاته ودوافعه.

- والملاحظة أيضا وسيلة هامة في الكشف عن أهدافها هامة لها صلة بحالة المسترشد وذلك عند عرض مشكلته في المقابلة الإرشادية مما يساعد المرشد في وضع أصابعه على الأعصاب الحسية لمشكلة المسترشد.

فالملاحظة الدقيقة من قبل المرشد لانفعالات المسترشد، وطريقة استفساره ونوعية استجابته في المقابلة الإرشادية تعكس العلاقة السببية بين أحداث وأسماء معينة في حياته ثم ذكرها أثناء المقابلة وبين مشكلته التي يعاني منها والتي تعتبر بمثابة المؤشر الرئيسي للتأثير المباشر في سلوكه، وبناء على ذلك يمكن للمرشد النفسي أن يعدل، ويطور من استراتيجياته الإرشادية وفقا لنتائج ملاحظاته لاستجابة السلوكية التي يبديها المسترشد في المقابلة الإرشادية معه.

- كما يمكن أن تستخدم الملاحظة في تحقيق الأداء الكلي لسلوك معين بالنسبة إلى جماعة من المسترشدين في أماكنهم الطبيعية كما في حجرة الدراسة خاصة بعد التقدم وسائل التسجيل الآلية التي

مكنت من تسجيل جميع عناصر الملاحظة، كما أن هذه الآلات أتاحت فرصة العرض البطيء للمواقف المعقدة ومحاولة تفسيرها بدقة من قبل المسترشد.

9.9 أهداف الملاحظة:

- تدوين كل المعلومات التي تخص السلوك المضطرب بأسلوب علمي مستعينا باستمارة المعلومات المعدة للمحافظة على الموضوعية تدوين الملاحظات.
- تحقيق أهداف البحث الذي دفع الباحث إلى ملاحظة السلوك.
- المساعدة في حل المشكلات التي تعترض العميل وذلك عن طريق مشاركته في تحديد السلوك الشاذ ووضع الحلول الملائمة.
- معرفة العوامل التي تحرك السلوك غير المرغوب عند العميل.

ولهذا ومن خلال هذه الأهداف نجد أن الملاحظة أداة علمية لا غنى عنها تستخدم مع أدوات جمع المعلومات الأخرى لدراسة سلوك الفرد في موقف معين، بغية الوصول إلى نتائج أكثر دقة وأكثر موضوعية.

9.10 أنواع الملاحظة: هناك أنواع عديدة للملاحظة تصنف وفقا للمحك الذي تم على أساسه التصنيف فهناك الملاحظة الطبيعية المباشرة، حيث يكون الشخص الملاحظ وجها لوجه امام الشخص الملاحظ، أو مشاركا له في بعض الأنشطة.

ففي الملاحظات الطبيعية يكون المرشد (عالم النفس) مهتما برؤية ودراسة السلوك وهو يحدث في موقف طبيعي، دون حدوث أي مقاطعة أو تشويش لهذا السلوك بقدر الإمكان.

بالإضافة إلى ان هذا النوع من الملاحظة فهناك الملاحظة بالمشاركة والتي تقوم على الاندماج الفعلي من جانب الملاحظ في الأنشطة المراد ملاحظتها، بحيث يخلط المفحوصون بينه وبين باقي أعضاء الجماعة، ففي احدى الدراسات سلم الملاحظون أنفسهم لمؤسسات مختلفة للصحة العقلية، بادعاء انهم يسمعون بعض الأصوات.

ولهذا تتميز الملاحظة بالمشاركة بانها تتيح للملاحظ الاحتكاك المباشر بالمفحوصين دون ان يعرفوا انهم موضع ملاحظة، ولهذا يسمى هذا النوع من الملاحظة أيضا بالملاحظة غير المباشرة والمحك المستخدم لهذا التصنيف هو مدى مشاركة الملاحظ للملاحظ.

وهناك تصنيف حسب موضوع الملاحظة حيث نجد الملاحظة الداخلية حيث يلاحظ الشخص نفسه لنفسه (تأمل باطني)، وهناك الملاحظة الخارجية حيث يلاحظ بها شخص (مسترشد) سلوك شخص آخر (المسترشد).

كما تصنف الملاحظة وفقا لمدى دقتها العلمية إلى قسمين:

- الملاحظة العبرة (العرضية): حيث تتم ملاحظة بعض جوانب السلوك بصورة غير مقصودة، ودون تحديد مسبق، ودون استخدام التسجيل، ولذلك فان نتائجها غير دقيقة وغير دقيقة مضمونة النتائج.
- الملاحظة العلمية المنظمة: ويتم في هذا النوع من الملاحظة مشاهدة المرشد لمواقف أو جوانب سلوكية معينة عن المسترشد وفقا لخطة موضوعية معينة، ويكون لها أهداف واضحة، ويقوم بإجرائها شخص مدرب يسجل بدقة ما يلاحظه وفق خطوات معينة ومحددة.

9.11 مزايا الملاحظة: هناك عدة مزايا للملاحظة تنفرد بها خاصة عندما لا تتمكن الأدوات الأخرى من

الكشف عن شخصية المسترشد واهم هذه المزايا ما يلي:

- أنها تسمح للباحث ملاحظة السلوك التلقائي للمسترشد في المواقف الطبيعية.
- تستخدم الملاحظة مع الأشخاص الأميين الذين يعانون من مشكلات انفعالية وشخصية أو أي نوع من المشاكل الإنسانية ولا يستطيعون الأداء بشكل مناسب على الاختبارات المكتوبة ولا للمقابلة بسبب عجزهم عن تكوين الأفكار والاتجاهات والدوافع.
- تستخدم مع الأطفال، حيث يعتبر اللعب والنشاطات الأخرى التي يقوم بها الطفل اصدق تعبير عن سلوكه.
- كما تستخدم الملاحظة مع كبار السن خاصة عندما تعجز الأدوات الأخرى الوصول إلى نتائج دقيقة بشأن المشكلات التي يعانون منها.
- تقضي على مقاومة بعض الأفراد في التحدث عن أنفسهم بصراحة، فلا تتأثر برغبة الشخص أو عدم رغبته في التحدث كما يحدث في المقابلة.

9.12 عيوب الملاحظة:

- تتأثر الملاحظة بذاتية الملاحظ: فالملاحظ يسقط أحيانا رغباته ودوافعه على السلوك الشخص الذي يلاحظه (المسترشد).

- تفتقر الملاحظة في كثير من الأحيان إلى دقة والموضوعية، خاصة عندما لا يتم الاستعداد لها واستخدام بطاقة خاصة للملاحظة.
- قصور الملاحظة عن تغطية بعض الجوانب السلوكية الخاصة عند المسترشد مثل المشكلات الأسرية التي يعاني منها، أو المشكلات النفسية التي لا يعبر عنها سلوكيا.
- تأثر الملاحظ بالأفكار السابقة عن المسترشد: وهذا التأثير يبعد الملاحظ في تفسيراته عن الموضوعية، مثال نظرة الإنسان الأمريكي أو الإفريقي الأبيض عن الزوج.
- ضعف معاملي الثبات والصدق للملاحظة، حيث أن درجة الاتفاق بين النتائج التي يحصل عليها الباحثون المتعددون على الموقف نفسه ليس لها ثبات مرتفع وكذلك الحال بالنسبة إلى الصدق. (الزغبي، 2001، ص124-125-126-127).

ثالثا: المقاييس والاختبارات النفسية:

9.13 المقاييس النفسية: ارتبطت حركة القياس النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية ارتباطا وثيقا بحركة التوجيه النفسي منذ نشأته مع بداية هذا القرن، وقد كان لظهور المقاييس النفسية في تلك الفترة أثر كبير في تطور استخدام نظرية السمات والعوامل التي نادى بها فرانك بارسونز (1909)، حيث أمكن قياس السمات المتعلقة بشخصيات الأفراد ومدى ملاءمتها للعوامل الناتجة من تحليل الوظائف المتاحة لهم من اجل وضع الرجل المناسب في المكان المناسب ويمكن تعريف المقياس النفسي بانه وسيلة علمية تقدر بها الظواهر السلوكية المتعلقة بشخصية الفرد من جوانبها الأساسية: الشخصية والاجتماعية والتربوية والمهنية تقديرا وكيفيا.

9.14 الاختبارات النفسية: يجمع المشتغلون بالقياس النفسي على أن الاختبارات من أهم الوسائل جمع المعلومات بصورة أقرب إلى الموضوعية والتي كثيرا ما يلجا إليها الإرشاد النفسي في قياس بعض الظواهر النفسية، والاختبارات النفسية أدوات قياس نفسي مفيدة وذلك بعد إخضاعها للتجريب والتقنين والمقارنة وإعادة التجريب كما يمكن اعتبارها وسائل تشخيصية تنبؤية علاجية أحيانا تستخدم جنبا إلى جنب مع الوسائل الأخرى وليست بديلا. (عمر 1992، ص134، 135).

* أهمية الاختبارات النفسية في عملية الإرشاد النفسي: أن معظم الاختبارات النفسية المستخدمة في مجال الإرشاد النفسي تهدف إلى الكشف عن سمات الشخصية من النواحي النفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية، ولهذا يمكن مساعدة المسترشد في اتخاذ قراراته بنفسه فيما يتعلق بمستقبله الدراسي والمهني بما يتفق مع سمات

شخصيته وبناء على هذا فقد أكد العديد من الدراسات (فرنون 1963، شرتزر وستون 1981، وعمر 1992) على وجود العديد من الفوائد للاختبارات النفسية منها:

- الاختبار الدقيق لدراسة أو مهنة بما يتلاءم مع السمات الشخصية للفرد ومتطلبات الالتحاق في كل منها.

- تساعد في التخطيط السليم لمستقبل الفرد الدراسي والمهني.

- إمكانية التنبؤ بمدى الإنجاز والأداء المستقبلي في المجال الدراسي أو المهني.

- تمكن من رسم الخطط المناسبة التي تهدف إلى رعاية المتفوقين من التلاميذ، ودفع المتأخرين إلى التقدم وذلك بعد دراسة العوامل والأسباب المؤدية إلى التأخير في الإنجاز في مجال الدراسة أو العمل، من جهة أخرى يمكن اكتشاف حالات الإعاقة بصورتها المختلفة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، والعمل على تشخيصها وعلاجها أو رعايتها بإحالتها إلى المختصين، من جهة ثانية يمكن اكتشاف حالات العباقرة والموهوبين في القدرة العقلية العامة والقدرات الخاصة، وبالتالي يمكن مساعدتهم من خلال إزالة مختلف العوائق التي تعرقل نموهم العقلي وتطورهم الجسدي والنفسي والاجتماعي والمهني والتربوي لنتمكن من الاستفادة من مواهبهم إلى أقصى حد ممكن.

- الإرشاد النفسي للأفراد بمدى المعلومات اللازمة لهم، بما يمكن من إيجاد أفضل السبل للتوافق مع البيئة التي يعيشون فيها.

- تمكننا من الحصول على المعلومات كثيرة عن المسترشد في وقت قصير ويجهد بسيط نسبياً.

- تتيح الاختبارات وخاصة الإسقاطية منها الحصول على بيانات هامة قد لا يكون الفرد واعياً بها شعورياً.

- ذات أهمية خاصة في العلاج وخاصة عندما بنفس الفرد عن انفعالاته المكبونة من خلال منبهات الاختبار الغامضة (في الاختبارات الإسقاطية) دون ان يعي حقيقة.

- تساعد في تقييم عملية الإرشاد النفسي، وتدعم ايجابياتها والتخلص من سلبياتها.

*** بعض الاعتبارات الهامة في تطبيق الاختبار النفسي:**

- على المرشد النفسي ان يشرح للمسترشد قبل تطبيقه لأي اختبار الهدف من اجرائه، واهمية النتائج التي

يتم الحصول عليها وان يؤكد المرشد للمسترشد سرية المعلومات التي يحصل عليها نتيجة تطبيق الاختبار.

- ان يشرح المرشد للمسترشد كيفية اجراء الاختبار، ويوضح له التعليمات المتعلقة بذلك، ويحدد له الوقت الذي يستغرقه في ذلك، ولا بد للمرشد أن يكون قوي الملاحظة فيما يتعلق بالانفعالات التي قد تعتري المسترشد عند تطبيق الاختبار.
- عندما يطمئن المرشد إلى أن المسترشد يقوم بحل بنود الاختبار بدقة، ينتقل المرشد إلى غرفة الملاحظة أو مكان آخر ليلاحظ من خلاله سلوك المسترشد وما يعتريه من انفعالات أثناء إجابهته على بنود الاختبار، هل يبدو عليه أي اضطراب؟ هل تظهر عليه علامات القلق؟ هل كانت إجابهته على بنود الاختبار بعد تفكير أم بدون تفكير؟... الخ.
- على المرشد تشجيع المسترشد في تشجيع المسترشد في المشاركة الإيجابية الفعالة في تفسير نتائج الاختبار وإبداء الرأي حول ذلك، وتقديم ملاحظاته بهذه النتائج، ويجب على المرشد عدم إبداء راية حول نتائج الاختبار ولا يفسرها إلا بعد انتهاء المرشد من القيام بدوره الإيجابي في ذلك.
- في حالة تطبيق المرشد لأكثر من اختبار واحد على المسترشد في وقت واحد، لا بد للمرشد أن يأخذ رأي المسترشد في أي الاختبارات سيبدأ بمناقشة نتائجه، وإلا ينتقل المرشد النفسي من مناقشة نتائج اختبار إلى نتائج آخر إلا بعد أن يستوفي الاختبار الأول حقه من كل الجوانب فيما يتعلق بتفسير وتحليل وتوضيح نتائجه، وبعد الانتهاء من مناقشة وتفسير نتائج كل الاختبارات المطبقة يستعرض المرشد ملخصا سريعا لنتائج كل منها ويؤكد على المتشابهات في نتائجها والاختلافات فيها، ومن الضروري هنا أيضا أن يشارك المرشد بشكل إيجابي في التوصل إلى هذه الحقائق بنفسه حتى لا يكون اتكاليا في الاستبصار الداخلي لذاته، ولعل مثل هذه العبارات التي تصدر عن المسترشد النفسي تشجيع المسترشد على المساهمة الإيجابية.
- لا بد أن تصاغ المادة المكتوبة المتعلقة بالاختبارات النفسية في عبارات سهلة وواضحة، بحيث تكون في صورة وصفية ليتمكن المسترشد العادي من فهم ما يقرأه فيما كتب عن الاختبارات ونتائجها والتي تتعلق بالمسترشد. (الزغبى، 2001، ص 139-140)

رابعاً: دراسة الحالة:

9.15 مفهوم دراسة الحالة: تعتبر دراسة الحالة من الأساليب الهامة لجمع المعلومات عن المسترشد، وأكثر

الطرق شمولاً وقراباً إلى التفكير السليم، فهي تمد الأخصائي مربياً كان أو معالجاً أو مرشداً نفسياً أو تربوياً بصورة واضحة تتضمن البيانات والمعلومات المتعلقة بالفرد أي كان مصدرها أو الوسائل التي استخدمت في الحصول عليها، أنها تتيح الفرصة لرؤية الشخصية في أدق صورة، أنها أسلوب من أساليب عرض الحالة في إطاراتها المختلفة. (زهرا، 1980، ص 140)

9.16 أهمية دراسة الحالة:

- تعد دراسة الحالة وسيلة هامة لكونها تعطي فكرة شاملة وواضحة ومتكاملة عن المسترشد.
- وسيلة يستخدمها المرشد النفسي لتلخيص وتكامل المعلومات المتاحة له حول المسترشد لتحديد ملامح استراتيجياته الإرشادية التي يتبعها في التعامل معه، من أجل تنمية خطواته المستقبلية لتطوير أسلوبه المهني، ولتحقيق النمو الشامل لشخصية المسترشد كهدف عام للعملية الإرشادية.
- وسيلة هامة تمكن المسترشدين النفسيين من استخدامها لتسهيل استراتيجياتهم التي تساعدهم على فهم المسترشدين بما يمكنهم من التفاعل معهم بدرجة أكبر من الذكاء المهني أثناء المقابلات الإرشادية التي ينتظمون فيها.
- عندما تستخدم دراسة الحالة بالشكل المطلوب فإنها تمكن الفرد فهماً كافياً، لتحقيق التخطيط الفعال للخطوات التالية التي تحقق تنميته وتطويره.

9.17 عوامل نجاح دراسة الحالة: لكي يكون لدراسة الحالة قيمة علمية، لا بد أن تراعي الشروط التالية:

- **التنظيم:** لا بد أن تكون دراسة الحالة بشكل متسلسل وواضح، وذلك لكثرة المعلومات التي تشملها دراسة الحالة.
- **الدقة:** أن المعلومات التي تستخدم في دراسة الحالة تجمع من مصادر متعددة وبوسائل عديدة، ولهذا لا بد من تكامل هذه المعلومات للحالة ككل وكذلك للمشكلة المدروسة.
- **الاعتدال:** لا بد أن تخلو دراسة الحالة من التفاصيل الممل، والاختصار المخل، وأن يتحدد طول دراسة الحالة حسب المسترشد، وحالة وهدف الدراسة وهنا لا بد من الاهتمام بالمعلومات الضرورية وعدم التركيز على المعلومات الفرعية.

- الاهتمام بالتسجيل مع الاقتصاد في الجهد: لا بد من تسجيل المعلومات التي يتم الحصول عليها عن الحالة مع تجنب المصطلحات الفنية المعقدة وان يتم اتباع أقصر الطرق. (الزغبى، 2001، ص 141)

9.18 مزايا دراسة الحالة:

- من اهم وسائل جمع المعلومات عن المسترشد، باعتبارها تعطي صورة للشخصية واضحة شاملة.
- تساعد في فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أسس مبنية على دراسة وبحث كامل لشخصية المسترشد.
- تعطي صورة واضحة للمسترشد عن نفسه، وتعزز ثقته بنفسه حيث يكتشف ان حالته موضع عناية ودراسة دقيقة.
- تساعد في التنبؤ عندما يتاح فهم الحاضر في ضوء الماضي، وتساعد في التنبؤ بالمستقبل.
- عن طريق دراسة الحالة يمكن ان يتم نوع من التنفيس الانفعالي، وإعادة تنظيم للخبرات والأفكار والمشاعر فتكون استبصارا جديدا للمشكلة.
- يمكن استخدامها لأغراض تدريب المرشدين النفسيين، وخاصة في بداية ممارستهم للإرشاد النفسي.

9.19 مهارة دراسة الحالة:

لكي تمارس دراسة الحالة بنجاح، لا بد من الاخذ بعين الاعتبار جانبين أساسيين هما:

- تنظيم المعلومات وتسجيلها.
- تحليل المعلومات وتفسيرها.

والهدف من تنظيم المعلومات وصياغتها في بنود محددة ضمن إطار نمطي معين متميز بالتكامل والوضوح فيما يتضمنه من محتوى.

ويقترح شرترر وستون (1976): خطوطا عريضة تحتوي على المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة في صورة منظمة ممثلة في:

- معلومات عن الهوية الشخصية (الاسم، العمر، الجنس...).
- معلومات عن المشكلة الأساسية التي يعاني منها المسترشد، مشتملة على أعراضها.

- معلومات عن الخلفية الأسرية مشتملة على البيئة المنزلية والعلاقات بين أعضائها.
- معلومات عن التاريخ العضوي للمسترشد، مشتملة على الأمراض والإصابات التي ألمت به.
- معلومات عن الشخصية وأبعادها، وعن التوافق الاجتماعي ومظاهره.
- معلومات عن التاريخ المدرسي مشتملة على مستويات التحصيل الدراسي والنشاطات المدرسية التي شارك فيها والعلاقات بينه وبين المدرسين وجماعة الأقران.
- معلومات اختباريه وغير اختباريه.
- معلومات عن الخبرات المهنية التي زاولها المسترشد.
- الأحداث العامة والخاصة للمسترشد مشتملة على الخطط التربوية والمهنية.
- التقويم العام للحالة ككل، من حيث الفروض والتفسير والتحليل لبنودها.
- التوصيات اللازمة لتطوير حالة المسترشد.
- متابعة الخطوات التنفيذية المتخذة في سبيل تنمية حالة المسترشد. (عمر، 1992، ص 143-144)

خلاصة الفصل:

الفصل الثاني من المذكرة يتناول الإرشاد النفسي بعمق، موضحاً مفهومه وأهميته وتاريخه. يستعرض الفصل أهداف الإرشاد النفسي التي تشمل مساعدة الأفراد على التكيف النفسي وتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي. كما يناقش أهمية الإرشاد النفسي في تقديم الدعم النمائي والوقائي والعلاجي للأفراد، خاصة في مراحل النمو المختلفة. ويؤكد على ضرورة توافر المرشدين المدربين الذين يتمتعون بالخبرة والمهارات اللازمة لتقديم الإرشاد الفعال. يتطرق الفصل أيضاً إلى النظريات والمناهج المختلفة التي تُستخدم في عملية الإرشاد النفسي، مشدداً على أهمية تطبيقها بشكل صحيح لتحقيق أفضل النتائج في مساعدة الأفراد

الفصل الثالث: التوحد

* تمهيد

1. تعريف التوحد.
2. بدايات دراسة التوحد.
3. أسباب التوحد.
4. أعراض التوحد.
5. أنواع التوحد.
6. تشخيص التوحد والتشخيص الفارقي.
7. علاج التوحد.

* خلاصة.

تمهيد:

التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات وهذا ما سوف نتعرف عليه في هذا الفصل:

1. تعريف التوحد:

بداية يتكون مصطلح التوحد (Autism) من كلمتين يونانيتين الأولى Aut وتعني ذاتي او ما يتعلق بالذات وهي مشتقة من الكلمة اليونانية "Autos" وهي النفس او الذات، أما الجزء الثاني من المصطلح "ism" فشير الى التوجه او الحالة، وبذلك فإن مصطلح Autism يعني التوجه الذاتي أو الحالة الذاتية، حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد (ريزو وزابل 1999، 10)

ويطلق عكاشة (1992) على إعاقة التوحد اسم الذاتوية الطفولية ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده. (عكاشة، 1992، ص 27)

وتعرف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين **American Psychiatric Association** ومنظمة الصحة العالمية **World Health Organization**: التوحد بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة مجموعة من ثلاث أعراض أساسية وهي: القصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل، القصور في التواصل المتبادل سواء اللفظي وغير اللفظي، إظهار سلوكيات نمطية تكرارية ومحدودية النشاط والاهتمامات، على ان تظهر الاعراض قبل 3 سنوات. (APA,1994–WHO,1994,P13)

وتعرف الجمعية الأمريكية للتوحد **Autism Ociety of American**: بأنه عبارة عن خلل في النمو الطبيعي وخاصة في مناطق الإدراك، ومن ثم يؤثر على التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين، ويظهر ذلك القصور في اللعب وأوقات الفراغ إلى جانب سلوكيات مضطربة مثل مقاومة الروتين، والعداونية نحو الذات. (محجوب، 2019، ص 14)

تعريف الدليل الإحصائي الرابع (DSM4): في نص على انه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر، في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسي، النمو الحركي وتبدأ هذه الأعراض خلال ثلاث السنوات الأولى ويصيب حوالي 5

أطفال في كل 10000 (عشرة آلاف) ولادة حية بنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية ولم تكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي. (Roeyers, 1995, p28)

2. بدايات دراسة التوحد

لقد عانى الإنسان في تاريخه الطويل على كوكب الأرض من العديد من حالات الإعاقة ومن بينها ما نطلق عليها اليوم إعاقة التوحد أو Autism الذي كان قديماً يعتبر من حالات الاضطراب العقلي Mental Disorder أو الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو الصم والبكم Deaf – Mute أو غيرها، حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner عام 1943 من بين مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً الذين يتعامل معهم، حيث تميز أحد عشر طفلاً منهم بأعراض مختلفة عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك وظل ينظر إليها على أنها قريبة الشبه بحالة الفصام Schizophrenia برغم أنه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر أحد الأعراض المميزة للفصام، لذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه، اطلق عليها مصطلح اضطراب التوحد وبدأ اهتمام الدوائر النفسية بدراستها وإجراء البحوث عليها مستوى العالم (السيد، 2007، ص 19).

ويذكر عبد العزيز الشخص (2003) أن مصطلح التوحد الطفولي Infantile Autism ظهر لأول مرة عام 1943 وذلك في بحث نشره الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner ومنذ ذلك الحين أجريت عشرات الدراسات في محاولة لتحديد ماهية هذا الاضطراب المعقد سواء من حيث أعراضه، أو خصائصه أو طريقة حدوثه أو أسبابه أو أساليب علاجه. (عن: الشخص، 2003، ص 19).

ومنذ أن أشار كانر إلى أن هذا الاضطراب استخدمت مصطلحات مختلفة مثل توحد الطفولة المبكر Early Infantile Autism أو Early Childhood Autism أو ذهان الطفولة Childhood Psychosis أو نمو غير سوى Atypical Development ونمو أنا غير سوى Atypical Ego Development ويرى عبد الرحيم بخيت (1999) أن هذه المصطلحات تعكس التطور التاريخ للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهتمين بهذا الاضطراب، ولاحظ كانر أن هؤلاء الأطفال يميزهم استغراقهم المستمر في الانغلاق كامل على الذات والتفكير المستمر بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، ولو كانوا أبويه أو أخوته فهم دائمو الانطواء Introverting والعزلة، لا

يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية الى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام وبحيث هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال، وحتى المختلفين عقليا منهم (السيد، 2007، ص20).

كما يشير محمد قاسم (2001) ان مصطلح التوحد الطفولي ومرادفاته مثل: Childhood Autism، التوحدية او الذاتوية الطفولية Infantile Autism، والطفل التوحدي او الذاتوي Autistic Child مقبولة لدى العديد للإشارة الى هذه الحالة المرضية من اضطرابات النمو المنتشرة Developmental Disorder Pervasive اما مصطلح النمو النمطي Atypical Developmental فتستعمل لوصف المرضى الذين تكون عندهم الاعراض اقل خطورة وقل شدة، اما مصطلح الذهان التكافلي فيستعمل لوصف الأطفال الذين تكون علاقتهم بالآخرين سطحية بالمقارنة مع علاقات التوحديين، اما مصطلح المتخلف الكاذب(او شبه المتخلف) Pseudo-Retarded فيستعمل حين يتم التشديد على التشخيص الفارق بين التخلف العقلي والتوحد الطفولي والمتخلف عقليا بيدي عجزا في التواصل وفي تكوين علاقات مع المهمات والموضوعات وقد تبين ان اكثر الأطفال التوحديين هم مختلفون عقليا، اما المصطلح الأكثر عمومية ولكنه اقل تحديدا وتعريفا هو الذهان الطفولي Infantile Autism ومرادفه هو ذهان مرحلة الطفولة Childhood Psychosis الذي يستخدم بشكل واسع، ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الامريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الاكلينيكية للاضطراب في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض النفسية وذلك في عامي(1980-1987) على التوالي معتبرة أنه اضطراب في النمو(اضطراب نمائي Developmental Disorder)، لم يعد ينظر الى الاضطراب على أنه ذهان، كما لم يعد ينظر الى أعراض التوحد والذهان أنهما مترادفان. (عن: قاسم، 2001، ص20).

ولقد تتبعت مارشيون (1982) Marchionne الدراسات التي تناولت موضوع التوحد Autism منذ عام 1906 وذلك للتعرف على الاضطرابات العقلية والاجتماعية والانفعالية المصاحبة لهذا المرض، وأوضحت ان اول من تكلم عن هذا المفهوم هو بليولر (1906) Bleuler ثم نيل وجلوسري (1936) Neil et Glessary وبعد ذلك كانر (1943) Kanner ويلييه اسبرجر (1944) Asperger وهؤلاء العلماء ركزوا على الناحية الجينية من تاريخ العائلة واهم ما هذا المرض هو خلل عقلي، وتتابع الاهتمام باضطراب التوحد، حيث اهتم كل من بندر (1947) Bender وديسبنت Despent وماهليير Mahler ثم وولبرج (1967) Wollberg وهؤلاء الباحثون ركزوا على الاعراض النفسية المتصلة بمرض التوحد لدى الأطفال.

ثم توالى الدراسات حول موضوع التوحد لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بخصائص واعراض هذا المرض ومنها دراسة كوفمان (1976) Kaoufman والذي يحكي فيها عن خبرته الشخصية مع ابنه، ودراسة مايرز وجرسيمان (1986) Meyers et Griesman ودراسة جوردن وبويل (1990) Jordan et Powell وأخيرا دراسة باربير (1996) Barber وهذه الدراسات قدمت محاكات تشخيص هذا المرض وكذلك اشارت الى خصائص مميزة لهذا المرض تجعله يختلف عن صعوبات التعلم Learning Disability او التخلف العقلي Mental Retardation ومع زيادة الدراسات الخاصة بهذا المرض، بدأ الاهتمام يتزايد بتقديم برامج متخصصة لاكتشاف وعلاج مرض التوحد وخاصة في المراحل الأولى، ويرجع ذلك الى انتشار افتتاح مدارس خاصة لهؤلاء الأطفال وكانت البداية في اليابان على يد كيتاهارا (1964) Kitahara ودراسة دينلاب واخرون (1988) Dunlap et al وتشالين واخرون (1990) Schelein et al ودراسة روبنس واخرون (1991) Robbins et al وأخيرا دراسة واد ومور (1994) Wade et Moore ومعظم هذه الدراسات كانت تركز على أهمية التدخل المبكر لتحسين حالات الأطفال ذوي التوحد من خلال تقديم برامج متكاملة علاجية Therapeutic وتربوية Educational مع أهمية دمج هؤلاء الأطفال مع اقرانهم العاديين في الحياة العامة و المدرسة والمنزل (السيد، 2007، ص 21-22).

3. أسباب التوحد:

3.1 العوامل الجينية الوراثية: تبدأ حياة الجنين باتحاد الخلية الذكرية والأنثوية، ونتيجة لهذا تتكون خلية مخصبة، وهذه الخلية تمثل أولى مراحل تكوين الجنين، ويحتوي الجسم البشري على ما يقارب 100 تريليون من الخلايا معظمها يقل عرضه عن عشر من المليمتر. (عن: مات ريدلي، 2001، ص 37)

ونصف هذه الكروموسومات مأخوذة من الأب، والنصف الأخر المأخوذة من الأم وتوجد منظمة في ثلاثة وعشرين زوجا، كل زوج منها له نفس الشكل ونفس الوظيفة، تؤخذ واحدة في كل زوج من أحد الوالدين، وبهذا يشترك الأبوان مناصفة في نقل الصفات الوراثية ولكل كروموسوم نظير له يمثلان معا زوجا، أما الزوج الثالث والعشرون فإنه يختص بتحديد النوع، فيكون عند الانثى XX وعند الذكر XY وتتوقف العوامل الوراثية على هذه الكروموسومات، لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمى بالجينات المورثات وهي عبارة عن أكياس كيميائية في منتهى الدقة تنتظم على الكروموسومات ويرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، (مصطفى والشربيني، 2011،

ص 39)

ويتوفر عاملان من اقوي العوامل التي تسبب حالات التوحد:

1. شذوذ الكروموسومات.

2. تصلب الانسجة الدرقية.

3.2 العوامل المناعية: وتشير بعض الأدلة الى ان بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الام والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدي، كما ان الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحدي يتأثرون وهم اجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير احتمال ان انسجة الاجنة قد تتلف اثناء مرحلة الحمل. (خطاب، 2009، ص 40)

3.3 العوامل العصبية: وأوضحت الدراسات ان الخلل في الجهاز العصبي يتمثل في الاتي:

- ان نقص فيتامين ب 6 وبعض العناصر الحيوية يعوق عمليات بناء ونمو المخ.
- شذوذ واختلال في تركيب بعض المناطق بالمخ وخاصة المخيخ، والفصوص الصدغية وحول بطينات المخ.
- تناقص كمية ما بين الخلايا، بحيث تصبح أكثر انعزالاً عن بعضها.
- انخفاض عدد الخلايا المكونة لأجزاء المخ مثل خلايا يوركنج أو الزيادة والتسارع في نمو الخلايا بحيث تصبح مضغوطة وغير ناضجة لأداء وظائفها. (قطب، 2007، ص 43)
- وباستخدام التكنولوجيا المستحدثة تم تسجيل هذا النقص، وسجلت زيادة في إفراز نتائج التمثيل لمنطقة اللحاء. (فراج، 2002، ص 44)
- كما أوضحت اشعة CT ان 10-25% من أطفال التوحد يعانون من تشوه وتضخم في سمك طبقة اللحاء او قشرة المخية، كما بينت فصوص الرنين المغناطيسي على المخ IRM وجود خلل او قصور على الثنيات السادسة والسابعة للمخيخ. (مصطفى والشربيني، 2011، ص 44)

3.4 العوامل الكيميائية حيوية: لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدتها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، مثل تلف او تشوه او عدم اكتمال نمو أجزاء معينة من المخ او المخيخ في الجهاز العصبي المركزي او خلل الوظيفي معين في أحد أعضائه، بل اشارت البحوث الى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية

العصبية، وبصفة خاصة الى اضطرابات تتمثل في خلل او نقل او زيادة في افرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس الى المخ او الأوامر الصادرة من المخ الى الأعضاء المختلفة للجسم او عضلات الجسم والجلد. (مصطفى والشربيني، 2011، ص46)

3.5 المواد الكيميائية: ويمكن تناول اهم المواد الكيميائية ذات التأثير على حياة الجنين في الاتي:

- **التلوث البيئي:** يمكن تعريف التلوث بأنه إضافة أو إدخال أية مادة غير مألوفة إلى أية من الأوساط البيئية (الماء، الهواء، التربة) وتؤدي هذه المادة الدخيلة عند وصولها لتركيز ما الى حدوث تغير في نوعية وخواص تلك الأوساط، وغالبا ما يكون هذا التغير مصحوبا بنتائج ضارة مباشرة او غير مباشرة على كل ما هو موجود في الوسط البيئي. وقد ثبتت علاقة الصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات، ففي قرية صغيرة في ولاية ماساتشوستس بأمريكا يبلغ عدد سكانها 36.000 نسمة، ظهر ان هناك ارتفاعا كبيرا غير طبيعي في انتشار حالات التوحد حيث وجد انها اصابت طفلا من كل مائة طفل، وهي نسبة عالية للغاية بالمقارنة بنسبتها في المجتمع الأمريكي (20 الى 30 في كل 10.000) (فراج، 2002، ص62-63)
- **الإشعاعات:** تؤثر الأشعة السينية (أشعة X) على حوض وبطن الأم الحامل لاسيما إذا كانت الجرعات كبيرة مما يؤدي الى الإجهاض والشذوذ الجسمي. (الزهران، 1977، ص88)
- **العقاقير:** اقترح Wakefilde ارتباط الإصابة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال الى ان وصلت الى (41) تطعيما قبل البلوغ الطفل عامين، كما ان وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي هي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات، أعطت دعما قويا للفرضية. (قطب، 2007، ص57-58)
- **المخدرات:** المخدرات تؤدي الى مضاعفات اثناء الولادة، وخفض معدل نبض ويؤدي ادمان الهيروين والمورفين الى انخفاض نسبة الاكسجين في انسجة الدم، والتسمم، والانفصال المبكر للمشيمة وادمان الكحوليات والمادة الفعالة في جميع أنواع المشروبات التي تؤدي تعاطيها الى السكر، هي الكحول الايثيلي، وتعتبر الجرعة المميتة هي (150) سنتمرا مكعبا من الكحول الايثيلي (الكحول الأبيض النقي). (العفيفي، 1986، ص35-37)

• **التدخين:** ترتفع أيضا نسبة وفاة الجنين عند الولادة وفي خلال الأسبوع الأول إذا كانت الام مدخنة ويحدث ذلك بنسبة 35% إذا كانت الام تدخن بانتظام بعد شهر الحمل الرابع. يرتبط التدخين بالولادة المبتسرة، حيث يسمح تدخين الام الحامل بانتقال النيكوتين السام من دم الام الى دم الجنين مما يؤدي الى اسراع نبضات القلب لديه، كما يؤثر سلبا على الجانب المعرفي لدى الأطفال بعد ولادتهم، وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة هيلتمن واخرون الى ارتباط تدخين الام اثناء الحمل واصابة الطفل بالتوحد. (الدمرداش، 1982، ص174)

3.6 إصابة الام بالأمراض المعدية: يحتمل ان يكون التعرض للأمراض المعدية وخاصة الام الحامل واصابتها بها، او تعرض الطفل لها في بداية حياته، او خلال عامه الأول سببا من اسباب الإصابة بالتوحد. (مصطفى والشربيني، 2011، ص53)

3.7 عوامل نفسية: يرى أصحاب وجهة النظر هذه ان إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، وقد افترض ان التوحد ينشا بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تفتقد للتفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي واهتماماته وانشطته. (احمد، 2010، ص33)

3.8 عوامل اجتماعية: يرى أصحاب وجهة النظر هذه ان إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم احساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الاسرية مما يؤدي الى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الاسرى وانطوائه على نفسه، ويرى كانر ان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت الى كل التصرفات غير طبيعية، فقد كتب كانر بان معظم اباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي وكانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء والادراك الذهني، صارمين، منعزلين، جادين، يكرسون اوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم، وهو يرى بان توحيد الطفولة المبكرة قد يكون عائدا الى تأثير الطفل ببعد او انعزال الاب عن المجتمع بصورة ملحوظة غير ان الدراسات المقارنة التي قارنت بين اباء الأطفال التوحديين و اباء الأطفال غير التوحديين لم تظهر فروقا ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الاسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم، مما يستبعد ان تكون الأسباب الاجتماعية والاسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد. (احمد، 2010، ص34)

4. أعراض التوحد:

ان اهم الخصائص الحسية والاجتماعية والانفعالية والادراكية التي يتسم بها الأطفال التوحديين هي ما يأتي:

4.1 ضعف التفاعل الاجتماعي: غالبا ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين، وهم متحفزون، يقيمون اتصالات قليلة وعلاقات ضعيفة مع كل من الراشدين والأطفال، وغالبا ما يهيمنون على وجوههم في أرجاء الغرفة التي يوجدون فيها، غير مهتمين لا عابئين مما يفعله الآخرون، ولا يستجيبون للذي يحاول ان يقدم لهم شيئا ولا يأبهون له، كما انهم يظهرون نوعا من إدراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاصا ام أشياء، ودرس *Mirenda & Donnellan & Yoder* اشكال ونماذج الاتصال العيني لأطفال التوحد ووجدوا ان أطفال التوحد ينزعجون الى التحديق ليس لجذب اهتمام الآخرين، وهم كلما ينظرون الى الأشياء والآخرين بشكل مباشر، تختلف نظرتهم عن الأطفال الطبيعيين فهم يصرفون وقتا طويلا في الجلوس بهدوء دون أي تفاعل اجتماعي او مشاركة مع الآخرين وقد يتصرفون بشكل غريب وغير عادي في الاتصال مع الأشياء مثل (المنديل، اللعبة)، وحدد كل من *Butterworth & Jarrett* في دراستهما على الأطفال الصغار والرضع واعمار ما بين 6-18 شهر نماذج تحديق أطفال التوحد وأشاروا الى ان الأطفال الرضع لا يركزون النظر والتحديق لأمهاتهم، وانما يتم التركيز على نقاط أخرى فالأطفال الطبيعيين في عمر ستة أشهر بإمكانهم متابعة امهاتهم عندما تقوم الام باحتضان طفلها، وفي 12 شهر فان الأطفال يتابعون امهاتهم ويركزون على الأشياء ويلاحظون حركات عيون امهاتهم، وفي 18 شهر فان الأطفال يتابعون نظرات وحركات عيون امهاتهم مباشرة وتعد هذه مهارات التواصل الأولية للطفل اما أطفال التوحد فانهم غير قادرين على ذلك، ويلاحظ ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وعدم الرغبة في صحبة الآخرين الذين يلقي الحب والعطف منهم، واهم ما يلاحظ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين او مبادلتهم لنفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون للأشياء دون الناس، كما انه يرفض الملاطفة والمداعبة ويعمل على تجنبها. (مجيد، 2010، ص 42)

4.2 البرود العاطفي الشديد: ان الأطفال التوحديين لا يظهرون أي استعداد للاستجابة للمسئولين عن رعايتهم، فهم لا يميلون الى معانقة الام او الابتسامة والابتهاج استجابة لحضورها إليهم، ولا يحبون ان يمسكهم أحد او حتى يلمسهم (الشخص والسرطاوي، 1999، ص 33)

4.3 ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية: تبدو على أطفال التوحد كما لو ان حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي الى جهازهم العصبي، فاذا مر شخص قريب منه وضحك او سعل امامه او نادى عليه فانه يبدو كما لو كان لم ير او يسمع او انه قد أصابه الصمم او كف البصر، وما ان تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية هذا وقد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة

وسائل الاتصال الأخرى الى قصور في عمليات الادراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب غيرها وينطبق هذا على وسائل الادراك الأخرى مثل النظر واللمس والتذوق فهو يميل الى الخلط بين الشكل والارضية ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء أطراف مجاله النظري وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة او طعم الأشياء وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت، ويعاني الأطفال التوحديين من عدم الإحساس الظاهر بالألم، او الناس واختفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة. (مجيد، 2010، ص46)

4.4 ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين: ان معظم الأطفال التوحديين يتصرفون بالبركم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهتمون او يطبقون أصواتا بسيطة، وقد يكون كلامهم إعادة كلام الافراد يتحدثون معهم فعلى سبيل المثال إذا وجهنا سؤالاً للطفل ما اسمك؟ فمن المرجح ان تكون اجابته ما اسمك؟ (سليمان، 2000، ص22)

4.5 إيذاء الذات: كثيرا ما يضرب راسه في الحائط او يعض الأثاث او قد يتكرر ضربه او لطمه على وجهه بإحدى او كلتا يديه (فراج، 1994، ص75)

5. أنواع التوحد:

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها او خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون الى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال المتوحدين، فعلى سبيل المثال: اقترح البعض تصنيفات مختلفة، اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي، والعمر عند الإصابة، وعدد الامراض وشدتها، ويرى البعض الآخر ان الاعراض المختلفة يمكن ان تكون نتيجة لأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ وأنواع التوحد هي:

الحالات المناقشة في هذا الفصل مأخوذة من كتاب علم النفس الشواذ للمؤلفين بارلو ودوران:

5.1 التوحد: ينظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على انه من الإضطرابات النمائية العامة في سن ما دون الثالثة يمكن أن تشخص الإضطرابات ذات صلة بما بعد او لاحقا، إن إضطراب الطيف التوحدي يتضمن إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط السلوكية نمطية وتكرارية ومحددة كما أن الإهتمامات والنشاطات أيضا محددة (Smith.2001.P30)

5.2 اضطراب اسبرجر: تتميز متلازمة اسبرجر بإعاقة العلاقات الاجتماعية، والسلوكيات المحددة او غير المعتادة بدون التأخر اللغوي الذي يمكن مشاهدته لدى الأشخاص المصابين بالتوحد، وقد تم وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي هانز اسبرجر ومؤخرا فقط تلقى هذا الاضطراب ذلك المستوى من الفحص والدراسة الذي حظيت به الاضطرابات النمائية العامة. (الزريقات،2004، ص 59،56)

5.3 اضطراب ريت: وهو تطور طبيعي من خمس شهور الى أربع سنوات متبوعا بإنحدار وتخلف عقلي (Hallahan&Kauffman.2003.p30)

5.4 اضطراب الطفولة التفككي: يتضمن اضطراب الطفولة التفككي تراجعاً لغوياً شديداً، وسلوكاً متكيفاً، ومهارات حركية بعد فترة من النمو الطبيعي لفترة تتراوح بين 2-4 سنوات، في بدايات القرن الماضي عام 1908، أعلنت ثيودور هيلر نتائج مراقبة لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات، مع تدهور جاء بوقت أكثر تأخراً مما كان مع اضطراب ريت، وقد كان للاضطراب الذي اكتشفه هيلر عدة أسماء منها: الخرف الطفولي، ومتلازمة هيلر، الذهان التفككي، والاسم الحالي: اضطراب الطفولي التفككي وهذا الاضطراب جديد أيضاً بالنسبة لـ DSM5 وتدل توقعات انتشاره بأنه نادر جداً ويحدث مرة واحدة بين كل 10000 ولادة تقريباً، وهو يحدث عند الذكور أكثر عند الإناث..(الزريقات،2004، ص 75)

6. تشخيص التوحد والتشخيص الفارقي:

6.1 تشخيص التوحد: عملية تشخيص حالات التوحد من أكثر عمليات تشخيص الإعاقات المختلفة صعوبة وتعقيداً، ويرجع السبب الى التباين في الاعراض من حالة الى أخرى من حالات التوحد من جهة، ولأن بعض الأطفال منهم قد نلاحظ في سلوكياتهم أو خصائصهم أو سماتهم بعضاً من سمات الطفل التوحدي رغم أنهم ليسوا كذلك، ومن ثم فإن اية محاولة للتعرف أو تشخيص التوحديين من الأطفال يمكن ان تنطلق من جهود كانر، حيث أشار في مقالته الأساسية عن إعاقة التوحد (1934) الى خصائص احدى عشر طفلاً كانوا يعانون من زملة اعراض غير معروفة، وقد اعتمدت هذه النتائج عن الملاحظات الدقيقة والمنظمة فلقد كان الهدف من تلك الدراسة هو التعرف الى الخصائص السلوكية للمفحوصين والتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية او جسمية أخرى، وهذه الصفات هي:

- عدم القدرة على التعلق او الانتماء الى الذات والآخرين والمواقف.
- تأخر في اكتساب الكلام وعدم استخدامه من اجل التواصل.

- تكرار الكلام ورغبة شديدة في المحافظة على الروتين.
- ضعف في التخيل وسلوك تكراري نمطي.
- قد تكون الذاكرة جيدة والمظهر الجسمي طبيعي.
- ورغم هذه المحاولات إلا أن كانر لم يعط وصفا اكلينيكي غنيا للأشخاص التوحديين. (فراج، 1994، ص52)

وقد حدد فتحي عبد الرحيم (1990) الدلالات التشخيصية للتوحد في النقاط التالية:

- الانفصال الشديد عن الواقع.
- القصور في تطوير العلاقات الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين.
- التردد الآلي للكلمات والمقاطع.
- الروتين في الحياة ومعارضة شديدة لتغييره.
- التكرار النمطي للأفعال والأقوال. (محجوب، 2007، ص58)

6.2 التشخيص الفارقي:

يمثل التشخيص الفارقي أهمية كبرى في مجال الممارسة الاكلينيكية، وذلك نظرا لان اعراض الاضطراب التوحدي قد تتداخل مع بعض فئات الاضطراب النمائي، وسوف نتناول هنا التشخيص الفارقي بين اعراض التوحد واعراض اعاقات أخرى عديدة منها: التخلف العقلي، الذهان، زملة اعراض اسبرجر، ريت، الإعاقة السمعية، إعاقة التخاطب، الشذوذ الكروموسومي، وللوصول الى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن ماهية هذه الاعاقات المصاحبة للتوحد وأيضا الفروق الجوهرية التي يميز إعاقة التوحد عن غيرها من الاعاقات فيما يسمى بالتشخيص الفارقي.

✓ **التوحد والتخلف العقلي:** أحيانا ما تتداخل اعراض التخلف العقلي مع اضطراب التوحد وتتشابه الاعراض خاصة الحالات شديدة الإعاقة منها او في الحالات التي يقل العمر العقلي فيها عن (20) شهرا وقد يتشابه التخلف العقلي مع التوحد في اعراض السلوكيات النمطية التكرارية وصعوبات في الكلام

والتخاطب ورغم ذلك فقد اشارت كثير من الدراسات الى وجود فروق بين التوحد والاعاقة العقلية ويمكن ايجاز بعض نتائج الدراسات في هذا المجال فيما يلي:

- الأطفال المعوقون عقليا يتعلقون بالآخرين وهم نسبيا لديهم وعي اجتماعي، ولكن لا توجد لدى الأطفال التوحديين تعلق بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.
- القدرة على المهام غير اللفظية خاصة الادراك الحركي والبصري، ومهارات التعامل، موجودة لدى التوحديين لكنها قد لا تكون موجودة لدى الأطفال المعوقين عقليا بنفس النسبة.
- كمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعوقين عقليا، ولكن لدى التوحديين يمكن ان تكون اللغة غير موجودة وان وجدت فإنها تكون غير عادية.
- العيوب الجسمية في التوحد اقل بكثير من العيوب الجسمية في الإعاقة العقلية، وهذا ما يدع ما أشار اليه كانر من ان الأطفال التوحديين يميلون الى ان يكونوا مقبولين من الناحية الجسمية.
- يبدى الأطفال التوحديين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن... الخ وهذا لا يوجد لدى كثير من الأطفال المعوقين عقليا.
- توجد سلوكيات نمطية شائعة لدى التوحديين تشمل حركات الذراع واليد امام العينين والحركات الكبيرة مثل التأرجح اما المعوقين عقليا فيختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه. (بخيت، 1999، ص274)

ويشير دينيس وآخرون (Dennis et al 1999) الى ان الأطفال التوحديين يتصفون بدرجة من الوعي الاجتماعي أكثر انخفاضاً من اقرانهم ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى وفي مقدمتهم المتخلفون عقليا، وهو الامر الذي يجعلهم اقل قدرة على مسايرة الآخرين ومن ثم يكونون الأكثر انسحاباً في المواقف الاجتماعية وفي دراسة اجراها عادل عبد الله (2000) فقد وجد ان هناك فرقا بين التوحديين والمعاقين عقليا من الخصائص النفسية والاجتماعية أهمها ما يلي:

- **المهارات الاجتماعية:** الأطفال التوحديين اقل قدرة على أداء المهارات الاجتماعية ومشاركة الأطفال من خلال مواقف الحياة اليومية وإقامة علاقات مع الآخرين من الأطفال المعاقين عقليا.

• السلوك العدواني: الأطفال المعاقين عقليا اقل عدوانا سواء في السلوك العدواني الصريح او السلوك العدواني العام اللفظي وغير اللفظي او السلوك الضوضائي وسلوك عدم القدرة على ضبط الذات من الأطفال التوحديين.

• النشاط الزائد: الأطفال التوحديين هم الأكثر حركة، والاضعف في الانتباه، والأكثر اندفاعية من الأطفال المعاقين عقليا.

✓ التوحد والفصام: كان ينظر الى التوحد حتى وقت قريب على انه حالة من حالات الفصام، حيث ورد ذلك في الدليل الاحصائي لتشخيص الامراض العقلية الطبعة الثانية ولم يتم تعديل ذلك إلا في الطبعة الثالثة التي أوضحت الفرق بين التوحد وفصام الطفولة، وهو ما يكون على النحو التالي:

• الفصام غالبا يظهر ما بين عمر 15 و30 سنة بينما التوحد يظهر قبل عمر ما بين الثانية والثالثة من عمر الطفل.

• الفصام يصيب الاناث والذكور على السواء بينما التوحد يصيب الذكور أكثر من الاناث.

• تظهر في الفصام اعراض الهلوسة والاهام بينما لا تظهر في حالات التوحد.

• مريض الفصام لا يعاني من قصور لغوي او غياب القدرة على التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين، بينما الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين تعاني من القصور اللغوي والذي يتضمن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال مع الآخرين، وغالبا ما يخلط من يستطيع الكلام منها في استخدام الضمائر، فهو يعبر عن نفسه باستخدام انت وعن غيره باستخدام انا.

• مريض الفصام يكثر من التعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته، ومريض التوحد جامد لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها.

• الأطفال التوحديين يتجنبون النقاء العيون بينما من النادر ان يحدث هذا في حالات الفصام. (عبد

الغفار علي، 1999، ص64)

إن الفصاميين قادرون على استخدام الرموز ولكن التوحديين غير قادرين على ذلك، وكذلك لا ينمو لدى الأطفال التوحديين علاقات إجتماعية، ويرفضون الاستجابة للأشخاص، بينما الأطفال الفصاميين يمكن ان يتطوروا علاقات مع الآخرين. (بخيت، 2000، ص277)

✓ التوحد وزملة اسبرجر: اكتشفها الطبيب النمساوي اسبرجر عام 1944 واعتبرها احدى اضطرابات الشخصية، وقد وجد بينها وبين اضطراب التوحد التي أشار اليها كانر عام 1943 وقد أشار اليها احمد عكاشة فيما يلي:

- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة
- غياب التواصل غير اللفظي.
- مخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المكررة.
- قصور في الحركات الدقيقة.

ويعلق شاكر قنديل (2000) بقوله ان هناك صعوبة واضحة في التفرقة بين الأطفال التوحديين والاسبرجر حيث يتصف الأطفال التوحديين القلق والاكتئاب وضعف الحركة على عكس الأطفال المصابين بأعراض اسبرجر ناحية اللغة فان الأطفال التوحديين قد يكون لديهم تأخر في اللغة على عكس الأطفال المصابين بأعراض اسبرجر. (محجوب، 2007، ص67)

✓ التوحد وزملة ريت: اضطراب ريت هو اضطراب نيورولوجي يصيب الاناث اعراضه في عدم القدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين اراديا، وهو عبارة عن اختلال في نمو الراس، ومشاكل في تناسق العضلات، ومشكلات في حركات او استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة او الحركة الى جانب صعوبة في التفاعل الاجتماعي وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، ولكنها غالبا ما تكون عابرة. (سهى امين، 2001، ص38)

وهناك أوجه تشابه بين التوحد وزملة ريت يمكن تحديدها على النحو التالي:

- النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر يليه حالة من فقدان الكلي والجزئي للمهارات اللغوية، الاجتماعية ومهارات التوافق ويحدث ذلك في كل من التوحد وزملة ريت.
- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.
- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات قد يكون مصحوبا بالاكتئاب او الضحك الهستيري بدون سبب. (سهام على، 1999، ص67)

✓ التوحد والإعاقات السمعية:

يمكن التمييز بين التوحد والإعاقات السمعية من خلال عرضين أساسيين:

أ. الانسحاب الاجتماعي: الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين ان تظهر من قبل أطفال صم وهذا يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال التوحديين، ولكن هذه السلوكيات تعتبر ثانوية بالنسبة للصم أولية بالنسبة للتوحديين.

ب. الذكاء: هناك فروقا بين الأطفال الصم والأطفال التوحديين تتضمن انه لدى المعوقين سمعيا معدلات ذكاء أعلى وعلاقات اجتماعية وتواصل غير لفظي أفضل من الأطفال التوحديين. (السعد، 1992، ص17)

وعن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية نجد الإختلافات فيما يلي:

- تتميز حالات الاعاقات السمعية بقدرة على تكوين علاقات اجتماعية، وتفاعل اجتماعي مع الآخرين، بعكس حالات التوحد التي تعاني من قصور واضح في هذا الجانب.
- التواصل غير اللفظي في ظل الإعاقة السمعية ممكن ويصعب وجوده في حالات التوحدية.
- هناك سهولة في تشخيص الاعاقات السمعية باستخدام الأجهزة الطبية بينما يصعب ذلك في حالة التوحد لعدم توافر الأدوات المهيأة لهذا الغرض. (فراج، 1996، ص13)

✓ التوحد واضطراب الانتباه: أصحاب اضطرابات الانتباه يعانون من الإفراط الزائد في نشاط غير ملائم للمرحلة العمرية التي ينتمون إليها، وتكون ردود أفعالهم الاجتماعية والاستجابة التوافقية غير ملائمة، كما يتسمون بسوء التنظيم واضطراب المزاج، وصعوبات في التعلم والسلوك الاجتماعي نتيجة لأنه غير ملتفت او غير منشغل ان صح التعبير للمنبهات المحيطة به وبالتالي لا تختزن الذاكرة هذه المنبهات لا كنتيجة مشكلة في الذاكرة ولكن نتيجة لعدم دخول المعلومة أصلا، هذا بالإضافة الى عدم قدرته على التفاعل مع الآخرين مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة والارتقاء بمستوى القدرة العقلية. (عمر بن الخطاب خليل، 1991، ص520)

7. علاج التوحد:

لا شك ان الأطفال التوحديين يعانون بشكل واضح من مجموعة من الاضطرابات الخاصة في مجال استقبال المعلومات او توصيلها للآخرين، وتؤدي هذه الاضطرابات الى القيام ببعض أنماط السلوك الشاذ وغير المناسب

في الوسط الاجتماعي المحيط، ويؤثر ذلك على قدرة هؤلاء الأطفال في استخدام اللغة وبالتالي التواصل مع الآخرين، ومن هنا فمذ التعرف على هذا الاضطراب فان الباحثين يسعون جاهدين الى البحث عن أساليب جديدة لعلاج الأطفال التوحديين ولكل فلسفات ومداخل متنوعة.

وتسعى الأساليب العلاجية المتبعة مع هذه الفئة من الأطفال الى تحقيق هدفين رئيسيين هما:

- دفع الأطفال الى مزيد من النمو في سياق محاولات تعديل سلوكهم.
- معاونة الوالدين في تعلم طرق للتواصل مع الطفل والاسهام في علاجه من خلال تواجدهما بالمنزل.

(سليمان، 2000، ص 90)

ومن هذه الأساليب العلاجية:

- العلاج السيكودينامي.
- العلاج السلوكي.
- العلاج بالتدخل النفسي.
- العلاج البيئي.
- العلاج الطبي.

7.1 العلاج السيكودينامي: كان علاج الذاتوية "إعاقة التوحد" باستخدام جلسات التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى التسعينات من القرن الماضي، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الام المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه ان ام الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها، غير ان هناك تحفظ على هذا الافتراض وهو ان العلاقة تحتاج الى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي، ويقدم أيضا المدخل العلاجي للنظريات السيكودينامية على تفسير أسباب التوحد القائم على اعتقاد ان التوحد ناشئ عن الام البارد كالثلاجة وان الغضب الوالدي يدعم ويقوى من اعراض التوحد ويشتمل استخدام العلاج باستخدام التحليل النفسي على مرحلتين:

يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الاشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وارجاء الاشباع والارضاء. (محجوب، 2007، ص 84)

7.2 العلاج السلوكي: يعتبر هذا المدخل له تأثير في تحسين كثير من الأشخاص التوحديين حيث انه منبثق من نظرية التعلم، وهذا التكنيك يؤثر تأثيرا قويا في البرامج التي تؤسس بناء عليه.

وقد تم التغلب على كثير من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأطفال التوحديين باستخدام أساليب ومبادئ العلاج السلوكي التي واطسون، حيث اثبتت أساليب تعديل السلوك فاعليتها في اختراق عزلة الأطفال التوحديين والتعامل معهم والتحكم في المشكلات الصادرة عنهم، ولما كان تدريب الطفل التوحدي يتطلب تغييرا لعدد كبير من السلوكيات فقد حرص المختصين على فحص السلوكيات الأساسية التي تميز الطفل التوحدي والتي تغييرها يظهر تغييرات إضافية في السلوكيات الأخرى التي يتم التدريب عليها، وتكمن أهمية العلاج السلوكي فيما يلي:

- انه سلوك علاجي مبني على مبادئ يمكن ان يتعلمها الناس من غير المختصين المهنيين وان يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب واعداد لا يستغرقان وقتا طويلا.
 - انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير او تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس.
 - انه نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث اضطراب التوحد فان هذا الأسلوب لا يعبر اهتماما للأسباب وانما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصلها ونشاتها.
 - انه أسلوب يتضمن نظام ثابت لإثبات ومكافأة السلوك الذي يهدف الى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية.
 - انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع المتطلبات توفر الدقة في التطبيق. (سليمان، 2000، ص 93)
- وتتمثل الخطوات الأساسية التي يجب اتباعها لتعديل السلوك فيما يلي:

- **تحديد السلوك المراد تعديله:** وهو السلوك المشكل الذي يجمع عليه كلا من الوالدين والمدرسين انه يجب تعديله وعند تحديد هذا السلوك لا يجب وضع مصطلحات كبيرة لوصف هذا السلوك مثل سلوك انتحاري، مكتئب، منطوي.
- **تحديد مقدار السلوك:** أي مقدار شيوع هذا السلوك عند الطفل وكم مرة يحدث.
- **تحديد السوابق واللاحق لهذا السلوك:** أي متى يحدث هذا السلوك؟ ماذا يحدث قبل ظهور هذا السلوك؟ ماذا يحدث بعده؟ ما رد فعل الآخرين لظهور هذا السلوك؟ هل توجد متغيرات أحاطت بوجود هذا السلوك؟
- **تسجيل الخطوات:** أي تسجيل المهارات السلوكية كما تحدث بخطوة وذلك لبيان مسار السلوك هل هو في الاتجاه السلبي او الإيجابي.
- **وضع التشخيص:** أي وضع تحديد السلوك المشكل مع وضع الأهداف المرجوة لتعديل هذا السلوك، ووضع الأساليب التي يمكن بها.
- **البرنامج العلاجي والتوقعات العلاجية:** أي يجب وضع الأسس العلاجية التي يبنى على أساسها البرنامج من اهداف خاصة بالطفل والاسرة، ووضع طرق التنفيذ مع وضع التوقعات النهائية للبرنامج العلاجي وذلك في ظل تنفيذ ما سبق من تحقيق الأهداف بالشكل المطلوب في الوقت الملائم.
- **تعميم السلوك:** ومعنى ذلك تعميم السلوك المعدل على مواقف التفاعل الأخرى التي يمر بها الطفل، أي تعميم خبراته الإيجابية الناتجة على المواقف الأخرى، ويجب تشجيعه بكل الوسائل والمدعمات للحرص على إبقاء هذا السلوك الجديد المعدل مع الحرص على المتابعة له في كل المواقف وبصفة مستمرة مع ضرورة تنمية كل فترة مع وصف المتغيرات التي طرأت على هذا السلوك. (الخطيب، 1990، ص 14-15)

ومن الدعائم الأساسية للعلاج السلوكي هو ما اكدت عليه كافة الدراسات والبرامج التي تتعامل مع الطفل التوحدي وهو:

- **المشاركة الفعالة للوالدين:** وتشمل التدريب العملي لأولياء الأمور على أساليب التعليم حتى يصبحوا خبراء في حالة أبنائهم، وأكثر قدرة على التدخل العلاجي لتحقيق السلوك المناسب.

• الدور الحيوي لبرامج التعليم التي تركز على رعاية الذات: وكذلك علاج مشكلات اللغة والكلام وتحسين المهارات الفردية وتنمية التكيف مع البيئة، وتدريب أولياء الأمور والمعلمين مع الطفل لتنمية قدرتهم على التعامل مع كل المشكلات التي لها علاقة بالاضطراب التوحيدي.

• أهمية الرفاق في تحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل التوحيدي: أهمية استخدام التقنيات الحديثة البسيطة التي تتضمن أجهزة إنتاج وأنظمة الصورة ولوحات المفاتيح المعدلة وشاشات اللمس بالإضافة إلى أجهزة الكمبيوتر. (الهامي، 1999، ص 230-237)

ومن البرامج التي اثبتت كفاءة عالية في علاج الأطفال التوحيدين:

• برنامج Tacch: وقد صمم هذا البرنامج في السبعينات من اجل مساعدة الأشخاص على الحياة والعمل بكفاءة أكثر في المنزل والمدرسة والمجتمع ويعتمد هذا البرنامج على المبادئ والمفاهيم التالية:

• تحسين التكيف: من خلال خطتين لتحسين المهارات عن طريق التعليم وتعديل البيئة لتتوافق مع أوجه القصور.

• تعاون الآباء: يعمل الآباء مع المختصين كمعالجين مساعدين لأطفالهم بهدف ان تستمر نفس الأساليب الارشادية في المنزل.

• التعليم من اجل علاج فردي: يتم تصميم برامج تعليمية خاصة لكل شخص على أساس التقييم الدوري للقدرات.

• التدريس البنائي: وجد ان الأطفال المصابين بالتوحد يستفيدون من التعليمية المنظمة أكثر من المناهج الحرة.

• تدعيم المهارات: يكشف التقييم عن المهارات المبدئية ويتم تركيز العمل عليها. (محجوب، 2007، ص 88)

7.3 العلاج المعرفي والسلوكي:

برنامج لوفاس: وهو منهج مبكر للعلاج المكثف للأطفال المصابين بالتوحد وبعض الاضطرابات الأخرى المرتبطة به، ويعرف أيضا باسم برنامج او كلا للتدخل السلوكي في إطار المنزل ونموذج او كلا للتحليل السلوكي

التطبيقي بعد تطويره في معهد لوفاز للتدخل المبكر، ويمكن ذلك فتحسين مقدرته والارتقاء بها الى اعلى مستوى يمكن الوصول اليه، ويتحكم في درجة التقدم ما يلي:

- القدرة الداخلية للفرد.
- طول فترة العلاج.
- كثافة العلاج.

ويوصي لوفاس ان يبدأ العلاج مبكرا بقدر الإمكان ويفضل قبل ان يصل الطفل الى سن الخامسة ويكون مثاليا لو بدأ العلاج قبل سن الثلاث سنوات ونصف ويعد هذا ضروريا من اجل تعلم الطفل المهارات الاجتماعية التعليمية ومهارات الحياة اليومية الأساسية، وبالتالي يمكن ان يقلل من السلوك النمطي المعيب قبل ان يثبت، وتمثل المشاركة العائلية عنصرا هاما عناصر العلاج عنصرا هاما من عناصر العلاج حيث لاحظ الباحثون في ذلك الوقت ان المهارات التي يتم تعلمها في العيادات والفصول الخاصة لا تنتقل الى إطار المنزل الا إذا كان هناك تدخل من الآباء في برنامج علاج الأطفال حيث ان كل المهارات يمكن تقسيمها الى مهام صغيرة تكون في حدود الإمكان ويتم تعلمها بطريقة منظمة وعصامية المديح والتدعيم.

ويؤكد لوفاس على ان التدخل المبكر لا يستهان به مع الأطفال المصابين واضطرابات متعلقة بالتوحد الى ان يصلوا الى مستوى أداء تعليمي وعقلي مقبولا عند سن السابعة.

قد أصبح واضحا انه بالإمكان بغض النظر عن المبررات النظرية مساعدة الأطفال ذوي الاضطرابات الشديدة لممارسة السلوكيات المرغوبة من خلال التعزيز المنظم لها، وقد أمكن بعض الأطفال محاكاة واستعمال اللغة بصورة مناسبة باستخدام هذا الأسلوب، وكما أمكن تعليم بعض الأطفال ذوي اضطرابات التفاعل الاجتماعي بصورة مناسبة مع الوالدين او غيرهم باستخدام التعزيز أيضا. (محجوب، 2007، ص 91)

7.4 العلاج الطبي: مع ازدياد القناعة بان العوامل البيولوجية تلعب دورا بارزا في حدوث الإصابة بالتوحد، فان هناك محاولات جادة لاكتشاف الادوية الملائمة لعلاج الطفل التوحدي، ومن هذه المحاولات:

- العلاج بالعقاقير.
- العلاج باستخدام الفيتامينات.
- العلاج باستخدام مضادات الخمائر.

أولاً: العلاج بالعقاقير: هناك العديد من العقاقير التي استخدمت لعلاج اعراض وسلوكيات التوحد لدى الأطفال التوحديين، وحتى وقتنا هذا لم تثبت البحوث والدراسات الفاعلية المؤكدة لإحدى هذه العقاقير مع جميع الأطفال التوحديين، فبينما يؤدي عقار معين الى تحسن في سلوك او بعض السلوكيات لدى احد الأطفال فان نفس العقار قد يؤدي الى زيادة شدة الاعراض والسلوكيات لدى طفل آخر بينما لا يتأثر بهذا العقار طفل ثالث على الاطلاق، كما ان التحسن الذي يطرأ على الأطفال التوحديين قد يتلاشى مع التوقف عن تناول هذا العقار ومن العقاقير الأخرى التي تستخدم لعلاج التوحد.

ثانياً: العلاج باستخدام الفيتامينات: وهي عبارة عن مجموعة من مضادات الاكتئاب والمهدئات للأعصاب وتتضمن ادوية مثل: هاليبيرودول Haliperidol، تريفلوبرازين Trifluoperazine، ثيوثيكسين Thiothixine، كلوربرومازين Chlorpromazine، ثايوريدازين (Melleril) Thioridazine، امبيرامين Imipramine، كلوميدامين Clorompiramin، وتستعمل هذه الادوية عادة لبعض الامراض الذهانية مثل امراض الفصام وبعض الامراض النفسية الأخرى مثل الاكتئاب، وقد اثبتت هذه الادوية فاعليتها في بعض حالات التوحد، ويرجع سبب استعمال هذه الادوية لعلاج اعراض التوحد هو التشابه بين الفصام والتوحد في بعض الاعراض.

ثالثاً: مضادات الخمائر:

ان استخدام داي ميثيل جلايسين يساعد في الحالة الصحة العامة، ويحفز مهارات التواصل، كما ان مادة كانديدا البيكانز لوحظ انها تتواجد في القناة المعوية للأطفال التوحديين بمعدلات مرتفعة، وافترض العلماء انها قد تكون عاملاً مساهماً للعديد من المشكلات السلوكية، وكذلك فان استخدام المضادات الحيوية المستخدمة في علاج التهاب الاذن الوسطي قد تدمر الميكروبات المنظمة لكمية الخميرة في القناة المعوية وكننتيجة لذلك تنمو الخميرة بسرعة وتطلق سمومها في الدم مما يؤثر على وظائف الدماغ ويمكن التعرف على كمية هذه الخميرة من خلال تحليل البراز وان تعالج بعقار النستاتين. (فضيلة الراوي، آمال صالح، 1999، ص 79)

7.5 العلاج بالتدخل النفسي: وتعتمد طريقة العلاج هذه على افتراض أساسي في صياغات ما هالر

النظرية حيث ترى ان النمو النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة مشبعة في مرحلة الطفولة المبكرة، وهكذا يصبح أول شرط لعلاجه بناءاً تدريجياً للاحتكاك مع الموضوع الإنساني، ولكن على النحو مشبع، مع توخي الحرص في دفعة للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي، فالطفل التوحدي ينبغي أولاً أن نخرجه من قوقعته التوحدية وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة ايقاعية مثل الموسيقى وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة،

7.6 وقد اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر هذه والتي كانت سائدة حول أسباب التوحد حيث كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية، وقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات وأن أحد الأهداف الرئيسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتسلطة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها وأن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج. (موسى، 2007، ص148)

خلاصة الفصل :

اضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة فقد وجد بيننا منذ مئات السنين وقد وردت قصص تاريخية عديدة أشارت إلى وجود أشخاص توحيدين أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبار ايتارد (1775-1838) الذي حاول تعليم صبي صغير عاش وحيداً في الغابات بمعزل عن أهله وعن المدنية تعلم الصبي فيكتور ولكنه لم يتمكن من الاستقلال بذاته واستمرت لديه العديد من سمات التوحد إلا أن أول من استخدم تعبير توحد طفولي كان الطبيب النفسي السويسري (بلولور) الذي استخدمه في وصف مرحلة معينة يمر بها مرضى الفصام وتحديداً انعزالهم عن الناس وفهمهم غير الواقعي للحقيقة وقد ظل هذا التعريف على حاله إلى عام 1943 عما استخدمه طبيب نفسي يدعى كانر في الإشارة إلى من يعانون اضطرابات توحيديه كما نعرفها في وقتنا الحاضر .

الجانب

التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة

* تمهيد.

1. الدراسة الاستطلاعية

2. منهج الدراسة

3. حدود الدراسة

4. عينة الدراسة

5. مجتمع الدراسة

6. أدوات الدراسة

7. الأساليب الإحصائية.

* خلاصة

* تمهيد

يعتبر هذا الفصل تجسيدا للمعطيات النظرية والبيانات الخام في حدود الإطار النظري لموضوع دراستنا فبالنظر لكون الإجراءات الميدانية عنصر جوهري تتوقف عليه نتائج الدراسة ومصادقيتها وجب على الباحث أن يكون دقيقا في الإجراءات والخطوات التي يتبعها، حيث تطرقنا للدراسة الاستطلاعية والمنهج المستخدم، حدود الدراسة ومجتمعها ثم العينة المختارة وخصائصها وبعدها الأدوات المستخدمة وأخيرا الأساليب الإحصائية وحوصلة عامة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة استكشافية من أجل الالمام بجوانب دراسة موضوعه، وهي مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان، حيث هدفت دراستنا الاستطلاعية ل:

- جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول موضوع وعينة الدراسة حتى يتسنى لنا الوصول إليهم.
- بناء أداة جمع البيانات (استبيان) وحساب خصائصه السيكومترية من صدق وثبات حتى نتمكن من ضبطه في شكله النهائي.
- ضبط متغيرات الدراسة وفرضياتها.
- تحديد العينة وأسلوب الدراسة.
- تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة التي تستخدم في الدراسة.

بطاقة فنية عن المؤسسة:

1. البطاقة التقنية للمركز النفسي البيداغوجي (المركز الأم):

التعريف بالمؤسسة:

المؤسسة: المركز النفسي البيداغوجي البويرة.

التسمية حسب مرسوم الإنشاء:

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بالبويرة.

مقر المؤسسة:

حي 338 مسكن رقم 25 البويرة.

افتتحت المؤسسة في 2009/09/01.

عدد الملحقات:

ملحقة الأطفال المصابين بالتوحد.

ملحقة الأطفال المعاقين ذهنياً بالأخضرية.

نظام التكفل:

نظام الداخلي: 18.

نظام الخارجي: 27.

نصف داخلي: 120.

طاقة الاستيعاب:

العدد الحقيقي للأطفال المتكفل بهم: 138.

الإناث: 60.

الذكور: 78.

عدد الأطفال المسجلين في قائمة الانتظار: لا يوجد.

عدد الأقسام بالمؤسسة: 15 قسم.

عدد المختصين: 16 مختص.

توزيع الأطفال حسب الأفرج:

الفوج	عدد الأطفال	الفوج	عدد الأطفال
التربية المبكرة 01	11	الاستشارة 01	11

10	الاستشارة 02	09	التربية المبكرة 02
05	ورشة علاجية 01	03	فوج التوحد 01
05	ورشة علاجية 02	04	فوج التوحد 02
11	ورشة الأشغال اليدوية	14	شبه المدرسي
11	ما قبل التمهيّن	11	اليقظة 01
12	ورشة الطبخ والتدابير المنزلية	12	اليقظة 02

جدول رقم (04) يمثل عدد الورشات وتحديد نشاطها:

هناك 05 ورشات: ورشة الأشغال اليدوية، ورشة تربية الحيوانات، ورشة الطبخ، التدابير المنزلية.

2. البطاقة التقنية لمصلحة الأطفال المصابين بالتوحد (تابعة للمركز الأم):

التسمية الحالية:

فضاء التكفل الخارجي للأطفال المصابين بالتوحد.

مقر المؤسسة:

تقع المؤسسة بوسط مدينة البويرة بحي قويزي سعيد.

افتتحت المؤسسة في 2017/02/27.

نظام التكفل:

فحص طبي + تكفل نفسي عيادي + تكفل ارطفوني + تكفل نفسي تربوي عن طريق مواعيد مبرمجة.

طاقة الاستيعاب: 160

العدد الحقيقي للأطفال التكفل بهم: 138 طفل حاليا

عدد الاناث: 34

عدد الذكور: 120

عدد التلاميذ المسجلين في قائمة الانتظار: لا يوجد.

عدد المكاتب بالمؤسسة: 8 مكاتب + إدارة + قاعة انتظار نساء + قاعة النفسي الحركي بالإضافة إلى ساحة

توجد بها قاعة مخصصة للأطفال.

وضعية المستخدمين:

المستخدمين البيداغوجيين:

تعداد المستخدمين:

الأرطفونيين: 01 أرطفونية دائمة و 4 منتدبين.

العياديين: 07 دائمين.

التربويين: 01 دائمة.

مربي مختص: 01 دائمة.

المجموع الكلي هو 14.

المستخدمين الطبي وشبه الطبي:

مستخدمي طبي: 01.

ملاحظة: مرة كل شهر.

المستخدمين الإداريين والمهنيين:

مستخدمين الإداريين: 03

مستخدمين مهنيين: 01

عمال متعاقدين بالتوقيين الجزئي: 09.

2. منهج الدراسة:

يعتبر المنهج من الخطوات المنظمة التي يتبعها الباحث في معالجة الموضوعات التي يقوم بدراستها الى ان

يصل الى نتيجة معينة. (بوحوش، 1993، ص12).

ويعتبر المنهج الوصفي من أكثر المناهج استخداما خاصة في مجال العلوم التربوية لأنه يهتم بجمع اوصاف

عملية للظاهرة المدروسة ووصف الراهن وتفسيره. (باهي، 2000، ص83).

بناءً على طبيعة الدراسة ونوعها، يتم تحديد المنهج المستخدم في أي بحث، ونظرًا لأن الدراسة الحالية تنتمي

إلى نمط الدراسات الوصفية، فإن المنهج المعتمد هنا هو المنهج الوصفي الذي يتوافق مع موضوعنا، حيث

يتطلب وصف العلاقة بين الإرشاد النفسي والتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر المختصين في ولاية البويرة.

3. حدود الدراسة:

❖ المجال البشري:

تضمنت هذه الدراسة 30 مختص بالمراكز البيداغوجية في ولاية البويرة.

❖ المجال المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة في ملحقة للأطفال المصابين بالتوحد والمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المصابين ذهنيا في ولاية البويرة.

❖ المجال الزمني:

استمرت فترة الدراسة الميدانية من فيفري 2024 إلى ماي 2024.

4. مجتمع الدراسة :

الأخصائيين النفسانيين بالمراكز البيداغوجية بولاية البويرة للموسم الدراسي 2024/2023.

5. عينة الدراسة :

إن عينة البحث هي جزء من المجتمع، حيث يجري اختيارها وفق قواعد وطرق علمية معينة وتمثل المجتمع الكلي تمثيلا صحيحا. (المغربي، 2011، ص139).

تم اختيار العينة بطريقة قصدية من مجموعة مختصين نفسانيين في ملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المصابين بالتوحد في ولاية البويرة وتكونت العينة من 30 اخصائي.

6. أدوات الدراسة:

يعتمد الباحث في جمعه البيانات من الميدان على عدة أدوات بحثية تتوافق وطبيعة الموضوع المدروس من ناحية، ونوع الدراسة من ناحية أخرى، فالأدوات البحثية الواسطة التي تشكل نقطة اتصال بين الباحث والمبحوث وتمكنه من جمع المعلومات عن المبحوثين. (محمد، 1983، ص343).

حيث اعتمدنا في هذه الدراسة على أداة الاستبيان الذي يحتوي على محورين و28 عبارة.

المحور 1: ويتعلق بالإرشاد النفسي ويضم البنود من 1 إلى 10.

المحور 2: ويتعلق بالتكفل ويضم البنود من 11 إلى 28.

ويعرف الاستبيان على انه قائمة من الأسئلة تعبر كما يرغب الباحث العلمي معرفته عن طريق عينة الدراسة، حيث يقوم بعرض قائمة الاستبيان على المفحوصين للإجابة عنها وتوفير المادة العلمية الخام للباحث العلمي ويعد ذلك تبويبها وتصنيفها، ومن ثم استخدام الوسائل الإحصائية لتحصيلها بدقة والوصول الى النتائج النهائية للبحث العلمي. (الزيات، 1997، ص189).

7. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- معادلة ألفا كرونباخ.

- معامل الارتباط.

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- اختبار T.

- معادلة كوبر.

* حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان:

الصدق: "في القياس السيكومتري يشير الى مدى دقة الأداة في قياس ما صممت لقياسه بمعنى آخر الصدق هو الدرجة التي يعكس بها الاختبار أو المقياس المفهوم الذي يقصد قياسه" (عدس، 2006، ص45).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بالطرق التالية:

الصدق الظاهري:

تم اللجوء إلى الصدق الظاهري لضمان دقة الاستبيان، ثم عرض الأداة على مجموعة من أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة البويرة، وذلك لأخذ آرائهم بخصوص عبارات الاستبيان

ومدى تناسبها للفرضيات المصاغة وكذا الوقوف على سلامة اللغة ثم حساب صدق الاستمارة باستخدام معادلة كوبر التالية:

$$\text{معادلة كوبر} = \frac{\text{عدد مرات الإتفاق}}{\text{عدد مرات الإتفاق} + \text{عدد مرات عدم الإتفاق}} \times 100$$

جدول رقم (5) يوضح الصدق الظاهري للاستبيان

ارقام البنود	عدد المحكمين	الموافقين	غير الموافقين	النسبة المئوية
1-2-3-4-9- 10-12-17- 19-25	5	4	1	80%
5-6-7-8-11- 13-14-15- 16-18-20- 21-23-24- 26-27-28	5	5	0	100%
22-2-8-24	5	2	3	40%

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه ان البنود (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-23-24-25-26-27-28-29) هي بنود مقبولة في هذا الاستبيان لأنها تحصلت على نسب كبيرة من حيث الموافقة عليها من طرف الأساتذة المحكمين بينما البنود (22-2-8-24) تعتبر غير مقبولة لأنها تحصلت على نسبة ضعيفة.

الصدق التمييزي:

حيث قمنا بحساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية، حيث اخذنا نسبة (27%) في توزيع الدرجات التي حصل عليها الطلبة ضمن العينة الاستطلاعية والمقدرة ب 20 اخصائي و اخصائية من خارج العينة الأساسية ثم تطبيق المقياس عليهم بعد ترتيبها من اعلى الى أدنى درجة.

أخذنا من كل طرف (5 أفراد) وبعدها قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فئة على حدى، ثم قمنا بحساب قيمة (t) لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين (العليا والدنيا) والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (06) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين العليا والدنيا للاستبيان

الدلالة الاحصائية	قيمة (t)	الفئة الدنيا (ن=5)		الفئة العليا (ن=5)		الصدق التمييزي للاستبيان
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
الدلالة الإحصائية عند 0.05	13.05	5.54	47.80	1.78	81.80	

ومن الجدول أعلاه يتضح ان قيمة (t) المحسوبة المقدرة ب 13.05 عند درجة حرية 08 نجد انها دالة احصائيا عند المستوى 0.05، مما يشير الى ان الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين وهو دليل على صدقه.

الثبات:

يشير الى مدى الدقة والاستقرار والاتساق في نتائج قياس، فهو المدى الذي تظل فيه أداة القياس ثابتة في قياس ما يراد قياسه.

تم الاعتماد في حساب الثبات على:

طريقة الفا كرونباخ: وللكشف عن ثبات الأداة في الدراسة الحالية قام الباحثان بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 20 اخصائي واخصائية من المراكز البيداغوجية بالبويرة من خارج العينة الأساسية، وقد تم استخراج معامل الاتساق من خلال معامل كرونباخ a حيث كانت درجة الثبات $a = 0.75$ والتي تدل على ثبات الاستبيان.

* خلاصة:

في هذا الفصل حاولنا توضيح الخطوات المنهجية التي تم استخدامها في هذه الدراسة والتي تمثلت في الدراسة الاستطلاعية وحدود الدراسة والمنهج المستخدم والتعرف على عينة الدراسة والأدوات المستخدمة وكذلك الخصائص السيكومترية للاستبيان المستخدم في جمع المعلومات الضرورية لضمان دقة وموثوقية النتائج حيث شملت عينة الدراسة مجموعة من الأخصائيين العاملين مع أطفال طيف التوحد في المراكز المتخصصة بولاية البويرة

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

* تمهيد

1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

3. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

خلاصة

* تمهيد:

استندنا في تحليل وتفسير نتائج الفرضيات إلى الدراسة الحالية والنتائج التي توصلنا إليها، بالإضافة إلى النظريات المعتمدة والدراسات السابقة في هذا المجال.

التحقق من اعتدالية التوزيع:

لتحقق من اعتدالية توزيع الطبيعي لمتغيرات تم الاعتماد على اختبار كولموجروف-سميرنوف التي تنص فرضيته الصفرية على وجود اعتدالية في التوزيع وفيما يلي سنعرض جدول يبين نتائج اختبار "كولموجروف-سميرنوف" لكشف عن التوزيع اعتدالية التوزيع الطبيعي.

الجدول الرقم (07) نتائج اختبار "كولموجروف-سميرنوف (Z)"

المتغيرات	اختبار (Z)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	اتخاذ القرار	التعليق
الارشاد النفسي	.188	30	.008	دالة احصائيا عند 0.01	لا يوجد اعتدال طبيعي
التكفل بطفل التوحد	.231	30	.000	دالة احصائيا عند 0.01	لا يوجد اعتدال طبيعي

يمثل الجدول التالي نتائج اختبار "كولموجروف-سميرنوف" لبيانات المتغيرات وفيما يلي تعليق على نتائج الاختبار كولموجروف-سميرنوف لمختلف البيانات

الارشاد النفسي: نلاحظ من خلال الجدول التالي أن نتيجة الاختبار قد بلغت 0.188 بدرجة حرية 30 وقيمة احتمالية 0.008 مما يعني أن النتيجة دالة عند مستوى دلالة 0.01 ومنه يوجد اختلاف بين توزيع بيانات متغير الارشاد النفسي وتوزيع الاعتدال الطبيعي وعليه فالبيانات لا تتخذ توزيعا طبيعيا

التكفل بطفل التوحد: نلاحظ من خلال الجدول التالي أن نتيجة الاختبار قد بلغت 0.231 بدرجة حرية 30 وقيمة احتمالية 0.000 مما يعني أن النتيجة دالة عند مستوى دلالة 0.01 ومنه يوجد اختلاف بين توزيع بيانات التكفل بالطفل التوحد وتوزيع الاعتدال الطبيعي وعليه فالبيانات لا تتخذ توزيعا طبيعيا.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى:

- تنص الفرضية الاولى على 'يمارس الارشاد النفسي في المراكز البيداغوجية بشكل متوسط.' ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، وفيما يلي عرض تكرارات مستويات ممارسة الارشاد النفسي كما هو مبين في الجدول (08).

الجدول رقم (08) تكرارات مستويات ممارسة الارشاد النفسي

عدد الأفراد	مستوى منخفض	مستوى متوسط	المجموع
6	24	30	

نلاحظ من الجدول رقم (08) بأن المستوى السائد هو مستوى المتوسط من ممارسة الارشاد النفسي وللتحقق من الدلالة الاحصائية للنتيجة تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما هو مبين في الجدول رقم (09).

الجدول رقم (09): نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة

مستوى ممارسة الارشاد النفسي	التكرار	قيمة كاف مربع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة	القرار
منخفض	6	10.800	1	0.001	دالة عند 0.01	يوجد فروق دالة احصائية
متوسط	24					
المجموع	30					

- نلاحظ من الجدول رقم (09) بأن نتيجة كاف مربع $(1) = 10.800$ ، وقيمة احتمالية 0.001، مما يعني بأن تكرارات مستويات الارشاد النفسي ليست موزعة توزيعا متساويا في المجتمع وهذا يدل على أن مستوى الممارسة المتوسط للإرشاد النفسي هو المستوى السائد في المراكز البيداغوجية وعليه فالفرضية التي تنص على ممارس الارشاد النفسي في المراكز البيداغوجية بشكل متوسط تتحقق.

تفسير ومناقشة النتائج:

اسفرت النتائج على وجود مستوى من ممارسة الإرشاد النفسي متوسط وهذا يشير إلى أن هناك جهود مبذولة في مجال الإرشاد النفسي، تعود بالفائدة على عملية التكفل بأطفال التوحد من خلال إحتواء الوالدين وإرشادهم للمساعدة في التكفل بأطفالهم، غير أنه هناك بعض العوامل الأخرى التي تؤثر في عملية الإرشاد مثل المزيد من التدريب للأخصائيين النفسيين أو تطوير برامج إرشادية أكثر فعالية، وقد يعكس هذا الوضع عدة جوانب فقد يكون الأخصائيون قد حصلوا على تدريب أساسي في الإرشاد النفسي، لكنهم قد يفتقرون إلى التدريب المتقدم أو المستمر. كما قد تكون الموارد المخصصة لبرامج الإرشاد النفسي في المراكز محدودة، مما يؤثر على فعالية هذه البرامج. وربما يكون هناك تفاوت في الوعي بأهمية الإرشاد النفسي وتأثيره الإيجابي على الأطفال التوحديين بين الأخصائيين والإدارة.

الامر الذي يفتح الباب لمجموعة من التحديات فالأخصائيون قد لا يتلقون تدريبات دورية لتحديث مهاراتهم ومعرفتهم بأحدث أساليب الإرشاد النفسي. كما قد يكونون محملين بأعباء عمل كبيرة، مما يقلل من الوقت والجهد الذي يمكنهم تخصيصه للإرشاد النفسي. وربما تكون هناك حاجة لمزيد من الموارد المالية والمادية لدعم برامج الإرشاد النفسي بشكل أفضل.

وبمقارنة مع نتائج الدراسات السابقة نجد:

الدراسات التي تشير إلى فعالية الإرشاد النفسي في المراكز البيداغوجية:

أظهرت بعض الدراسات أن الإرشاد النفسي يمكن أن يكون فعالاً بشكل كبير في تحسين سلوك الأطفال التوحديين وقدراتهم الاجتماعية والاتصالية إذا تم تطبيقه بشكل مكثف ومنهجي.

على سبيل المثال، دراسة قام بها "Smith et al. (2018)" أشارت إلى أن الأطفال التوحديين الذين يتلقون جلسات إرشادية مكثفة يظهرون تحسناً كبيراً في التواصل الاجتماعي والتكيف السلوكي مقارنة بأولئك الذين يتلقون رعاية اعتيادية فقط.

الدراسات التي توضح التحديات في تنفيذ الإرشاد النفسي:

دراسة حافظ وقاسم (1993): بعنوان: "برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات" هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الابتدائية، وذلك بعد دراسة بعض المتغيرات التي ترتبط بالسلوك العدواني والخاصة بالأسرة،

والمدرسة الابتدائية، وتألقت عينة الدراسة من (256) طالب وطالبة من مدارس طارق بن زياد التجريبية بشبرا، وقسمت العينة الى (147) طالب، (109) طالبة بمتوسط عمري (10) سنوات وستة شهور وعن الأدوات التي تم إستخدامها في الدراسة مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني من إعداد الباحثين بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي، وأظهرت النتائج أن أهم المتغيرات الأسرية إرتباطا بالسلوك العدواني، هي حجم الأسرة أو زيادة عدد أفرادها وأنه توجد فروق بين الجنسين في السلوك العدواني وخاصة في العدوان المادي والسلبى لصالح الذكور، وفي العدوان اللفظي والسلوك السوي لصالح الإناث، وكذلك إرتباط درجة المزاحمة في داخل الفصل بالعدوان المادي والعدوان اللفظي كما أنه لا يوجد أي إرتباط ما بين التحصيل الدراسي وأي شكل من أشكال السلوك العدواني.

دراسة "Brown & Miller (2019)" أوضحت أن هناك حاجة ماسة لتطوير سياسات تعليمية وداعمة لتحسين مستوى الإرشاد النفسي في المراكز التربوية.

البحوث حول مستوى التدريب والتأهيل للأخصائيين النفسيين:

دراسة "Davis et al. (2020)" أوضحت أن التدريب المستمر والتحديث المهني يساعدان الأخصائيين في تبني أفضل الممارسات والتقنيات الحديثة في الإرشاد النفسي.

بناء على نتائج الدراسات السابقة تتفق النتيجة الحالية مع العديد من الدراسات التي أشارت إلى وجود تحديات متعددة تؤثر على فعالية ممارسة الإرشاد النفسي، مثل نقص الموارد والتدريب والضغط الوظيفي. كما أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة بأن مستوى ممارسة الإرشاد النفسي متوسط تعكس واقعاً شائعاً في العديد من المراكز البيداغوجية حيث يكون الإرشاد النفسي غير مكثف بما يكفي أو غير مدعوم بالموارد اللازمة. ومن الواضح أن هناك توافق بين نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة فيما يتعلق بالتحديات التي تواجه ممارسة الإرشاد النفسي. هذه التحديات تشمل نقص التدريب المستمر، ضغط العمل، ونقص الدعم المالي والإداري كما تبرز النتائج الحاجة الملحة لتحسين موارد المراكز البيداغوجية وتقديم تدريبات مستمرة ومتقدمة للأخصائيين النفسيين، وهو ما أكدت عليه الدراسات السابقة بشكل متكرر. هذا سيسهم في رفع مستوى ممارسة الإرشاد النفسي من المتوسط إلى العالي.

وعليه نوصي بناء على المناقشة بالتركيز على تطوير برامج تدريبية متقدمة ومتخصصة في مجال الإرشاد النفسي للأطفال التوحديين. وتنظيم ورش عمل وندوات تثقيفية لزيادة الوعي بأهمية الإرشاد النفسي وأثره

الإيجابي على الأطفال التوحديين. والاستثمار في تحسين البيئة المادية والتجهيزات المتوفرة في المراكز البيداغوجية لتقديم خدمات أفضل.

من خلال هذه المناقشة، يتبين أن النتائج الحالية تتناغم مع ما توصلت إليه الدراسات العالمية، مما يعكس ضرورة استمرارية البحث والتطوير في هذا المجال الحيوي.

وبناء على ما سبق على ما سبق النتائج التي تشير إلى مستوى متوسط لممارسة الإرشاد النفسي في المراكز البيداغوجية تتطلب اهتماماً لتحسين هذا المستوى. من خلال تنفيذ التوصيات المذكورة، يمكن للمراكز البيداغوجية تعزيز كفاءة وفعالية برامج الإرشاد النفسي، مما سيسهم في تقديم دعم أفضل للأطفال التوحديين.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

- تنص الفرضية الثانية على وجود مستوى التكفل بالطفل التوحدي بالمراكز البيداغوجية متوسط ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، وفيما يلي عرض تكرارات مستويات التكفل بالطفل التوحدي كما هو مبين في الجدول (10).

الجدول رقم (10) تكرارات مستويات التكفل بالطفل التوحدي

منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
4	25	1	30
عدد الأفراد			

نلاحظ من الجدول رقم (10) بأن المستوى السائد هو مستوى المتوسط من التكفل بالطفل التوحدي وللتحقق من الدلالة الاحصائية للنتيجة تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما هو مبين في الجدول رقم (11).

الجدول رقم (11): نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة

مستويات التكفل بالطفل التوحدي	التكرار	قيمة كاف مربع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة	القرار

يوجد فروق دالة احصائية	دالة عند 0.01	<0.001	2	34.200	4	منخفض
					25	متوسط
					1	مرتفع
					30	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (11) بأن نتيجة كاف مربع (2) = 34.200، وقيمة احتمالية <0.001، مما يعني بأن تكرارات مستويات التكفل بالطفل التوحيدي ليست موزعة توزيعاً متساوياً في المجتمع وهذا يدل على أن المستوى المتوسط هو المستوى السائد في المراكز البيداغوجية وعليه فالفرضية التي تنص على وجود مستوى التكفل بالطفل التوحيدي بالمراكز البيداغوجية متوسط تتحقق.

تفسير مناقشة النتائج:

اسفرت النتائج عن وجود مستوى متوسط من التكفل بأطفال التوحد بالمراكز البيداغوجية حيث تشير هذه النتيجة إلى أن المراكز البيداغوجية تقدم خدمات وبرامج للأطفال التوحيدين، لكنها ليست على مستوى عالٍ أو منخفض، بل هي متوسطة.

قد يعكس هذا الوضع عدة جوانب فقد تكون هناك برامج وخدمات مخصصة للأطفال التوحيدين، لكنها قد تحتاج إلى تحسين أو تطوير لتكون أكثر فعالية. كما قد يكون لديهم المعرفة الأساسية والمهارات اللازمة للتعامل مع الأطفال التوحيدين، لكنهم قد يحتاجون إلى تدريب إضافي أو موارد أفضل.

وقد يتأثر هذا المستوى بمجموعة من العوامل فقد تكون الموارد المالية والمادية المتاحة غير كافية لتقديم رعاية مثلى للأطفال التوحيدين. بالإضافة إلى أن الأخصائيين النفسيين والعاملون قد يفتقرون إلى التدريب المستمر والتحديثات اللازمة لمعرفة أحدث الطرق والأساليب في التعامل مع الأطفال التوحيدين. وربما يكون هناك نقص في الدعم الإداري والسياسات التي تضمن توفير بيئة مناسبة لرعاية الأطفال التوحيدين بشكل فعال.

وهذا ما يفتح لنا مجموعة من تحديات التكفل بالطفل التوحيدي مثل تنوع الاحتياجات للأطفال التوحيدين لديهم احتياجات متنوعة ومعقدة تتطلب تدخلات متخصصة وفردية. بالإضافة إلى التعاون بين الجهات المعنية فقد يكون هناك نقص في التعاون بين الأخصائيين النفسيين والمعلمين وأولياء الأمور، مما يؤثر على جودة الرعاية

المقدمة. كما أن البنية التحتية قد تكون البنية التحتية للمراكز غير مجهزة بشكل كافٍ لتلبية احتياجات الأطفال التوحيديين.

مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة "Roberts et al. (2017)" وجدت أن التعاون الوثيق بين الأخصائيين النفسيين والمعلمين وأولياء الأمور يساهم في تحسين مستوى التكفل بالأطفال التوحيديين.

حيث تتفق جميع الدراسات على وجود مستوى متوسط من الرعاية برغم من الاختلافات المتعلقة بالعوامل المؤثرة على هذه النتائج وعليه نوصي بتحسين مستوى التكفل بالأطفال التوحيديين من خلال:

تحسين برامج التدريب للأخصائيين عبر تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية مستمرة لتعزيز مهارات الأخصائيين في التعامل مع الأطفال التوحيديين.

زيادة الموارد المالية والمادية من خلال توفير ميزانيات إضافية لتطوير وتحسين البرامج والخدمات المقدمة للأطفال التوحيديين.

تعزيز التعاون بين الجهات المعنية عن طريق تشجيع التعاون بين الأخصائيين النفسيين والمعلمين وأولياء الأمور لضمان تقديم رعاية متكاملة وشاملة للأطفال التوحيديين.

تطوير البنية التحتية عبر تحسين وتجهيز المراكز البيداغوجية بالبنية التحتية المناسبة لتلبية احتياجات الأطفال التوحيديين.

وبناء على ما سبق فإن مستوى التكفل بالطفل التوحيدي في المراكز البيداغوجية الذي تم تقييمه بأنه متوسط يعكس واقعاً يمكن تحسينه من خلال زيادة الموارد، وتحسين تدريب الأخصائيين، وتعزيز التعاون بين كافة الجهات المعنية. باتباع التوصيات المستندة إلى الدراسات السابقة، يمكن تحقيق تقدم ملحوظ في جودة الرعاية المقدمة للأطفال التوحيديين في هذه المراكز.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد في المركز البيداغوجية

ولتحقق من هذه الفرضية سنستخدم معامل الارتباط سبيرمان بعد ان تم تحقق من عدم وجود اعتدالية في التوزيع سابقا وفيما يلي سيتم عرض نتائج الفرضية

الجدول رقم (12): يمثل قيمة معامل الارتباط سبيرمان بين درجات الادراك البصري وصعوبة الكتابة

معامل الارتباط	حجم العينة	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية	التعليق
-0.194	30	0.305	غير دالة عند 0.05	لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائية

بما أن قيمة معامل الارتباط قدرت بـ -0.194 بقيمة احتمالية قدرت 0.305 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا عند 0.05 ومنه يتم قبول الفرضية الصفرية التي تنص بعدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد في المركز البيداغوجية

وعلى الرغم من الارتباط العكس الضعيف الظاهر في النتائج الا أن هذا الارتباط غير حقيقي يرجع لعامل الصدفة

تفسير ومناقشة النتائج:

اسفرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإرشاد النفسي والتكفل بالطفل التوحد مما يعني أن مستوى الإرشاد النفسي المقدم لا يؤثر بشكل كبير على جودة التكفل بالطفل التوحد في هذه العينة من المراكز. قد يشير هذا إلى أن العوامل الأخرى تلعب دوراً أكبر في التكفل بالأطفال التوحديين.

النتيجة تشير إلى أنه على الرغم من وجود مستويات متوسطة لكل من الإرشاد النفسي والتكفل بالأطفال التوحديين، إلا أن الإحصاءات لم تظهر أي علاقة دالة بين المتغيرين.

هذا يعني أن مستوى الإرشاد النفسي المقدم في المراكز البيداغوجية ليس له تأثير كبير على مستوى التكفل بالأطفال التوحديين وفقاً للبيانات التي تم جمعها.

ويمكن تفسير هذا بإمكانية وجود عوامل أخرى أكثر تأثيراً على مستوى التكفل بالأطفال التوحديين مثل التدريب التخصصي، الدعم الأسري، التدخلات الطبية، والبنية التحتية للمراكز. كما قد يكون مستوى الإرشاد النفسي

المقدم غير كافٍ أو غير متكامل بما فيه الكفاية ليحدث تأثيرًا كبيرًا على التكفل بالأطفال التوحديين. وقد تكون منهجية البحث أو حجم العينة المستخدمة غير كافية للكشف عن العلاقة بين المتغيرين بشكل دقيق.

بعض الدراسات، مثل "Lovaas (1987)", أشارت إلى أن التدخلات السلوكية المكثفة بما في ذلك الإرشاد النفسي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على تحسين حالة الأطفال التوحديين.

ودراسة "Koegel et al (1996)" أظهرت أن الإرشاد النفسي الذي يتضمن تدريبًا وتوجيهًا مكثفًا يمكن أن يساهم في تحسين مهارات التواصل والسلوك لدى الأطفال التوحديين.

كما نجد "Smith & Matson (2010)" أشارت إلى أن جودة التكفل بالأطفال التوحديين تعتمد على مجموعة متنوعة من العوامل بما في ذلك البيئة التعليمية، الدعم الأسري، والتدخلات الطبية، بالإضافة إلى الإرشاد النفسي.

بإضافة إلى دراسة "Reichow et al (2012)" وجدت أن التدخلات الشاملة التي تشمل الدعم الأسري والتعليمي تكون أكثر فعالية في تحسين حالة الأطفال التوحديين مقارنة بالتدخلات التي تعتمد على عنصر واحد فقط مثل الإرشاد النفسي.

انطلاقًا مما سبق فإن النتائج الحالية تتفق مع ما توصلت له الدراسات السابقة باختلاف هدفها الرئيسي إلا أنها تتفق جميعًا عن عدم التوصل لعلاقة ارتباطية بين الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد

وعليه نوصي إجراء أبحاث إضافية لتحديد العوامل الأخرى التي قد تكون لها تأثير أكبر على مستوى التكفل بالأطفال التوحديين، مثل التدخلات التعليمية والدعم الأسري. بالإضافة تحسين برامج الإرشاد النفسي من خلال تقديم تدريبات متقدمة للأخصائيين النفسيين وتطوير مناهج شاملة ومتكاملة. وتعزيز التعاون بين الأخصائيين النفسيين والمعلمين وأولياء الأمور لضمان تقديم رعاية شاملة ومتكاملة للأطفال التوحديين. وتطوير أدوات قياس دقيقة وموثوقة لتقييم تأثير الإرشاد النفسي على التكفل بالأطفال التوحديين.

وبناء على ما سبق فالنتائج تشير إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الإرشاد النفسي والتكفل بالأطفال التوحديين يشير إلى أن هناك عوامل متعددة تؤثر على جودة التكفل بالأطفال التوحديين. لتحسين مستوى التكفل، يجب التركيز على تحسين جودة برامج الإرشاد النفسي، وزيادة التعاون بين الجهات المعنية، وتحديد العوامل الأخرى التي قد تكون أكثر تأثيرًا. باتباع هذه التوصيات، يمكن تحقيق تحسينات ملموسة في رعاية الأطفال التوحديين في المراكز البيداغوجية.

اقتراحات:

- قد تكون زيادة حجم العينة مفيدة لزيادة قوة الدراسة وموثوقيتها والتأكد من تمثيل جميع الجوانب الممكنة للأطفال التوحديين وأولياء الأمور في الدراسات اللاحقة المشابهة.
- من المهم تحديد نوع الارشاد النفسي في الدراسات المشابهة اللاحقة مثلا: هل يتم تقديم الارشاد النفسي بشكل فردي أم جماعي؟ لأن هذا قد يؤثر على نتائج الدراسة وعلى العلاقة بين عمليتي الارشاد والتكفل بأطفال التوحد.
- استخدام أدوات قياس أكثر دقة والتنوع في أساليب جمع المعلومات: مثل اجراء المقابلات مع الاولياء الى جانب الاستبيانات الموجهة للمختصين.
- دراسة العوامل المؤثرة الأخرى إذ يمكن أن تدرس الدراسة العوامل الأخرى التي قد تؤثر على العلاقة بين الارشاد النفسي وعملية التكفل بأطفال التوحد، مثل تدريب المعلمين والأهل ومستوى ونوع التكوين الخاص بالمختصين.
- تضمين آراء الأهل والمختصين: يمكن أن تُضاف دراسة متعمقة لآراء الأهل والمختصين حول تأثير الارشاد النفسي وكفاءته في مجال التكفل بالأطفال التوحديين.
- إن تنفيذ أي من هذه المقترحات يعتمد على هدف الدراسة والموارد المتاحة، ولكنها قد تساهم في تعميق الفهم للعلاقة بين الارشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد بشكل أكبر وأدق.

إستنتاج:

على الرغم من وجود بعض الإشارات إلى علاقة سالبة بين الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد، إلا أن عدم دلالة المؤشر الاحصائي يعني أن هذه العلاقة غير مؤكدة بشكل إحصائي. كما أن مستوى الممارسة للإرشاد النفسي والتكفل في المراكز البيداغوجية يعكس توجهاً متوسطاً، مع تباين في الجهود المبذولة والنتائج المحققة في كل من الإرشاد النفسي والتكفل بأطفال التوحد.

ومن أجل الحصول على نتائج أكثر دقة وثباتاً، ينبغي مواصلة البحث بزيادة حجم العينة وتحسين طرق التحليل الإحصائي المستخدمة، مما يساهم في فهم أفضل للتفاعلات بين العوامل المدروسة وتأثيراتها على أطفال التوحد في السياق البيداغوجي.

خلاصة

خلاصة:

رغم التطور الحاصل في عصرنا الحالي الا انه نلاحظ كثرة الأوبئة والامراض وانتشارها الواسع والسريع ومن بينها الاضطرابات النفسية والامراض العقلية التي تجعل الفرد يصنف على انه من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا تقتصر تداعيات حالته على نفسه فقط وانما تتأثر اسرته بصفة خاصة وحتى المجتمع بصفة عامة، ولذلك وجب اخذ هذه الفئة بعين الاعتبار وخاصة الأطفال المصابين بالتوحد وتكثيف الجهود للتكفل بهم وارشادهم نفسيا، والتضامن في ذلك من كل الاطراف المعنية من اسرة ومجتمع ومختصين وهيئات عليا كل حسب قدرته وامكاناته ومحاولة ادماجهم في المجتمع وتقريبهم لعيش حياة طبيعية.

قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

1. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، (2004)، التوحد خصائص والعلاج، دار العلوم للتحقيق والطباعة والنشر والتوزيع.
2. احمد عكاشة، (1986)، علم النفس الفيسيولوجي، دار المعارف، مصر.
3. احمد عكاشة، (1992)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، ط2، القاهرة.
4. احمد محمد الزغبى، (2001)، الارشاد النفسي، دار النشر ماسة للثقافة العربية، ط1، عمان، الأردن.
5. الارشاد النفسي، النظرية والتطبيق، طه ناجي العويلي، 2001، دار النشر وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
6. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، (2010)، التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
7. ثابت عبد الرؤوف، (1993)، مفهوم الطب النفسي، مطابع الاهرام بكورنيش النيل، مصر.
8. جابر أحمد برزان، (2016)، الإرشاد والتوجيه النفسي، ط1، الجنادرية للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
9. جلال سعد، (1985)، المرجع في علم النفس، دار الفكر العربي، مصر.
10. حامد عبد السلام، زهران، (1985)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، ط3.
11. خطاب محمد احمد، (2009)، سيكولوجية الطفل التوحد، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
12. رياض سعد، (2008)، الطفل التوحد اسرار الطفل التوحد وكيف نتعامل معه، دار النشر للجامعات، مصر.
13. ريزو وزابل "ترجمة" عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، (1999)، تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا، دار الكتاب الجامعي، الإمارات.
14. سمية طه جميل، (2005)، الارشاد النفسي، عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط1، كلية الرياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، مصر.

15. سميرة عبد اللطيف سعد، (1992)، معاناتي والتوحد، الكويت.
16. سهام درويش أبو عطية، (1997)، مبادئ الارشاد النفسي، دار الفكر، ط1، عمان.
17. سوسن شاكر مجيد، (2010)، التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، دار بيونو للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، جامعة بغداد، عمان، الأردن.
18. صالح احمد الخطيب، (2016)، الارشاد النفسي في المدرسة اسسه ونظرياته وتطبيقاته، دار الكتاب الجامعي للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، العين، الامارات العربية المتحدة.
19. صالح حسن الدايري، (2005)، علم النفس الارشادي، نظرياته واساليبه الحديثة، دار وائل للنشر والتوزيع.
20. عادل عبد الله محمد، (2002)، الأطفال التوحديين دراسات تشخيصية وبرامجية، دار الرشاد، القاهرة.
21. عادل عبد الله محمد، جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، دار الرشاد، القاهرة.
22. عبد الرحمان سيد سليمان، (2002)، إعاقة التوحد، مكتبة زهراء الشرق، ط2، القاهرة.
23. عبد الرحيم بخيت، (1999)، الطفل التوحدي (الذاتي-الإجتراري) القياس والتشخيص الفارق، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
24. عبد الرقيب الشميري، (2022)، الارشاد النفسي للأطفال، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
25. العفيفي عبد الحكيم، (1986)، الإدمان، الزهراء للإعلام العربي، مصر.
26. علاء الدين كفاقي، (1999)، الارشاد والعلاج النفسي الاسري المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر، مصر.
27. عوض عباس، (1989)، علم النفس الفيسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
28. فراج عثمان لبيب، (2002)، الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مصر.

29. كاملة الفرخ شعبان، عبد الجبار تيم، (1999)، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار صفاء للنشر والتوزيع.
30. ماهر محمود عمر، (1992)، المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، ط3، الإسكندرية.
31. محمد سيد موسى، (2007)، اضطراب التوحد، مكتبة الانجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر.
32. محمد علي كامل، (1998)، من هم ذوي الاوتيزم وكيف نعددهم للنضج، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
33. محمد قاسم عبد الله، (2001)، الانطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة)، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، عمان.
34. محمد محبوب احمد، (2019)، العلاج النفسي للأطفال التوحديين واسرهم، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
35. محمد محروس الشناوي، (1996)، العملية الارشادية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
36. محمود عبد الرحمان حمودة، (1991)، الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، المطبعة الفنية الحديثة، القاهرة.
37. محمود محروس الشناوي، (1995)، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
38. مصطفى فتحي الزيات، (1998)، صعوبات التعلم، الأسس النظرية التشخيصية والعلاجية، دار النشر للجامعات.
39. المهدي محمد، (2007)، الصحة النفسية للطفل، الانجلو المصرية، مصر.
40. هند عصام الغزالي، (2014)، صعوبات التعلم والخوف من المدرسة، ط1، مكتبة العربي للمعارف، القاهرة.

41. إعاقة التوحد او الاجترار، عثمان لبيب فراج، 1994، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة العدد، (40)، ص2-8.
42. برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل في مجال التوحد الطفولي، محاضرات الدورة التدريبية في التوحد الطفولي عبد العزيز السيد الشخص، 2003، مركز الارشاد النفسي.
43. تشخيص الاضطراب الاجتراري، علاء الدين كفاي، 2001، القاهرة مجلة علم النفس، العدد 59، ص6-15.
44. خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار ايزنك لشخصية الأطفال، عمر بن الخطاب خليل، 1994، مجلة معوقات الطفولة جامعة الازهر، المجلد الثالث، العدد الأول، ص63-72.
45. الذاتية لدى الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، الهامي عبد العزيز، 1999، اللجنة العلمية الدائمة للترقيات بالمجلس الأعلى للجامعات.
46. السيرة الذاتية للنوع البشري، ريدي مات، الجينوم، 2001، ترجمة مصطفى إبراهيم فهمي، سلسلة عالم المعرفة، العدد 275، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
47. مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات ذوي التوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسي بجامعة عين شمس، المجلد الثاني، ص727-756.
- الرسائل والمذكرات العلمية:**
48. سهام علي عبد الغفار علي، (1999)، فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية فرع كفر الشيخ، جامعة طنطا
49. سهى احمد امين، مدى فعالية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
50. علاء الدين إبراهيم يوسف نجمة، مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من اعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، 2008، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

51. قطب نرمين، برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد، 2007، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.

52. نادية إبراهيم أبو السعود، فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم 2002، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

مراجع باللغة الأجنبية:

53. Roeyers. H (1995) ; a peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive developmental disorder british journal of special education. Vol (22). No(4). Dec .pp 161-167

54. Smith Deborah Deutsch (2001). Introduction to special education ; teaching in an age of challenge. Boston ; Allyn and bacon.

الملاحق

الملحق رقم (1) يوضح الاستبيان في صورته الأولية:

البعد الأول: الإرشاد النفسي			
الرقم	الفقرة	موافق	غير موافق
		موافق	غير موافق
1	يخضع الطفل التوحيدي لحصص الإرشاد النفسي		
2	يخضع الطفل التوحيدي لحصص الإرشاد النفسي بمعدل حصة في الأسبوع		
3	يخضع الطفل التوحيدي لحصص الإرشاد النفسي لأكثر من حصة في الأسبوع		
4	يتم الإرشاد النفسي بأطفال التوحد في حصص فردية		
5	يتم الإرشاد النفسي بأطفال التوحد في حصص جماعية		
6	الوقت المخصص للإرشاد النفسي لا يلبي احتياجات الطفل		
7	يستجيب الطفل التوحيدي للإرشاد النفسي		
8	يميل الطفل التوحيدي للإنسحاب من التفاعل مع المختص النفسي		
9	يتجاوب مع ما يطلب منه المختص النفسي		
10	يتضايق من وجود المختص النفسي		
11	يخضع أولياء الطفل التوحيدي لحصص الإرشاد النفسي		
12	يخضع أولياء الطفل التوحيدي لحصص الإرشاد النفسي في جماعة		

البعد الثاني: التكفل

			13	يتم التكفل بأطفال التوحد في أقسام خاصة
			14	يخضع الطفل التوحيدي لحصص التكفل البيداغوجي في المركز
			15	يخضع الطفل التوحيدي لحصص التكفل الأروطوفوني في المركز
			16	يتم تسطير برنامج مكيف للتكفل بأطفال التوحد في القسم
			17	هناك فرق بين الطفل التوحيدي المتكفل به في المركز وغيره ممن لم يتم التكفل به
			18	يشارك الأولياء في العملية التكفلية لإبنهم التوحيدي
			19	يتوافق برنامج التكفل المسطر مع مستوى الذكاء والعمر العقلي للطفل التوحيدي
			20	يتم تسطير برنامج تكفلي وفق خطة فردية لكل طفل
			21	يتم تقييم أداء الطفل التوحيدي بناء على استجابته اليومية
			22	يتكفل بالطفل التوحيدي فريق متعدد الإختصاصات
			23	يشارك الطفل التوحيدي في الأنشطة مع أقرانه
			24	يحب القيام بالمهام التي يقدمها له أي شخص
			25	يصعب السيطرة عليه عند تغيير الروتين
			26	يصعب الإعتماد عليه عند إنجاز أي مهمة
			27	يتقبل بسهولة القيام بأي نشاط مهما كان نوعه
			28	يستجيب بشكل فعال في جماعات

الملاحق

			يتفاعل بكفاءة مع الآخرين	29
			يتجنب أي شكل من أشكال التفاعل مع الجماعة	30
			يشارك الطفل التوحد في الأنشطة الرياضية	31
			يشارك الطفل التوحد في النشاطات الثقافية	32

الملحق رقم (2) يوضح الاستبيان في صورته النهائية:

البعد الأول: الإرشاد النفسي				
الرقم	الفقرة	غالبا	احيانا	نادرا
1	يخضع الطفل التوحدي لحصص الإرشاد النفسي			
2	يخضع الطفل التوحدي لحصص الإرشاد النفسي لأكثر من حصة في الأسبوع			
3	يتم الإرشاد النفسي لأطفال التوحد في حصص فردية			
4	يتم الإرشاد النفسي لأطفال التوحد في حصص جماعية			
5	الوقت المخصص للإرشاد النفسي لا يلبي احتياجات الطفل			
6	يستجيب الطفل التوحدي لعملية الإرشاد النفسي			
7	يتجاوب الطفل التوحدي مع ما يطلب منه المختص النفسي			
8	يتضايق الطفل التوحدي من وجود المختص النفسي			
9	يخضع أولياء الطفل التوحدي لحصص الإرشاد النفسي			
10	يخضع أولياء الطفل التوحدي لحصص الإرشاد النفسي الجماعي			

البعد الثاني: التكفل			
			11 يتم التكفل بأطفال التوحد في أقسام خاصة
			12 يخضع الطفل التوحيدي لحصص التكفل البيداغوجي في المركز
			13 يخضع الطفل التوحيدي لحصص التكفل الأروطوفوني في المركز
			14 يتم تسطير برنامج مكيف للتكفل بأطفال التوحد في القسم
			15 هناك فرق بين الطفل التوحيدي المتكفل به في المركز وغيره ممن لم يتم التكفل به
			16 يشارك الأولياء في عملية إعادة التأهيل لإبنهم التوحيدي
			17 يتوافق برنامج التكفل المسطر مع مستوى الذكاء والعمر العقلي للطفل التوحيدي
			18 يتم تسطير برنامج تكفلي فردي لكل طفل
			19 يتم تقييم أداء الطفل التوحيدي بناء على استجابته اليومية
			20 يتكفل بالطفل التوحيدي فريق متعدد الإختصاصات
			21 يشارك الطفل التوحيدي في الأنشطة مع أقرانه
			22 يصعب الإعتماد عليه عند إنجاز أي مهمة
			23 يتقبل بسهولة القيام بأي نشاط مهما كان نوعه
			24 يستجيب بشكل فعال في جماعات
			25 يتفاعل بكفاءة مع الآخرين
			26 يتجنب أي شكل من أشكال التفاعل مع الجماعة

الملاحق

			يشترك الطفل التوحد في الأنشطة الرياضية	27
			يشترك الطفل التوحد في النشاطات الثقافية	28

الملحق رقم 3 يوضح قائمة أسماء الأساتذة المحكمين.

الرقم	الاستاذ	الرتبة	الجامعة
1	جديدي عفيفة	أستاذة تعليم العالي	البويرة
2	ساعد وردية	أستاذة محاضرة "أ"	البويرة
3	ميلودي حسينة	أستاذة محاضرة "أ"	البويرة
4	لعزيلي فاتح	أستاذة تعليم العالي	البويرة
5	بن حامد لخضر	أستاذة تعليم العالي	البويرة

الملحق رقم 4 يوضح الخصائص السيكومترية:

الدلالة الإحصائية	قيمة (t)	الفئة الدنيا (ن=5)		الفئة العليا (ن=5)		الصدق التمييزي للاستبيان
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
الدلالة الإحصائية عند 0.05	13.05	5.54	47.80	1.78	81.80	

الملحق رقم (5) يوضح الصدق الظاهري للاستبيان:

النسبة المئوية	غير الموافقين	الموافقين	عدد المحكمين	ارقام البنود
%80	1	4	5	-10-9-4-3-2-1 -25-19-17-12

الملاحق

%100	0	5	5	-13-11-8-7-6-5 -18-16-15-14 -24-23-21-20 28-27-26
%40	3	2	5	24-8-2-22

الملحق رقم (6) يوضح معامل بيرسون:

التكفل		
-0,189	قيمة معال الارتباط بارسن	الارشاد النفسي
0,316	الدلالة الإحصائية	
30	حجم العينة	

الملحق رقم (07)

Tests of Normality

ال	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التكفل	.188	30	.008	.939	30	.088
الارشاد	.231	30	.000	.912	30	.017

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

مستوى الارشاد

	Observed N	Expected N	Residual
منخفض	6	15.0	-9.0-
متوسط	24	15.0	9.0
Total	30		

مستوى التكفل

	Observed N	Expected N	Residual
منخفض	4	10.0	-6.0-
متوسط	25	10.0	15.0
مكثف	1	10.0	-9.0-
Total	30		

Test Statistics

مستوى	مستوى
الارشاد	التكفل

Chi-Square	10.800 ^a	34.200 ^b
df	1	2
Asymp. Sig.	.001	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 15.0.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 10.0.

Nonparametric Correlations

Correlations

	الارشاد	التكفل
Spearman's rho	الارشاد	التكفل
Correlation Coefficient	1.000	-.194
Sig. (2-tailed)	.	.305
N	30	30

التكفل	Correlation Coefficient	-.194	1.000
	Sig. (2-tailed)	.305	.
	N	30	30

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 Muḥend Ulḥağ - Tubirett -
Faculté des Sciences Sociales et Humaines



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

قسم علم النفس وعلوم التربية

الرقم: 222/ك.ع.ا.ق.ع.ن.ت/2024/2023

إلى السيد مدير: محمد بربيرة الشاذلي الأحماء
والمضامين من الزاوية: بويرة

الموضوع: رخصة إجراء بحث ميداني

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

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بهذا الطلب الخاص بمنح رخصة الدخول إلى مؤسستكم:

للطالب (أ): الإلاهي وليد رقم التسجيل: 3.073.071.44
والطالب (ب): هرجيجي سوسن رقم التسجيل: 1.9.1.933.01.883.5
والطالب (ج): / رقم التسجيل: /

وهذا من أجل إجراء بحث ميداني في إطار إعداد مذكرة الماستر تخصص: تربويات خاصة.

يعنوان: الإرشاد النفسي وعلاجه بالتمثيل بأطفال الموجهة دراسية من وجهة نظر المختصين
وفي هذا الإطار نرجو منكم تقديم العون والتسهيلات اللازمة في حدود إمكانياتكم.

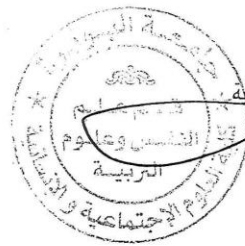
تقبلوا منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.



رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

مراجعة القيمة الزمالية

البويرة 2024
ملاحقة السوحد



رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية
بالبويرة
ولدمحمد لهية



قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2024/2023

إذن بإيداع مذكرة التخرج بعد التصحيح

نحن الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة عن المذكرة:

الأستاذ المشرف (ة):

الأستاذ المناقش (ة):

الأستاذ الرئيس (ة):

نأذن بإيداع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر بعد تصحيحها

بعنوان:

والطالب (ة):

المسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ميدان:

تخصص:

الموسم الجامعي: 2024/2023

إمضاء المشرف

البويرة في: 2024/07/04

إمضاء المناقش

إمضاء رئيس اللجنة