

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحي - جيجل -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



عنوان المذكرة

واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد (دراسة ميدانية بالمراكز النفسو بيداغوجية لولاية جيجل)

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر في علوم التربية

تخصص : ارشاد وتوجيه تربوي

إشراف الدكتور:

كعبار جمال

إعداد الطالبتين:

- بودهان سليمة

- درواز ياسمين

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا

جامعة جيجل

الأستاذة)

مشرفا ومقررا

جامعة جيجل

الأستاذ د: كعبار جمال

مناقشا

جامعة جيجل

الأستاذة)

السنة الجامعية: 2021/2020

شكر وتقدير



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

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

نتقدم بخالص الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ المشرف " كعبار جمال " الذي لم يبخل علينا بكل ما
لديه من معلومات، أعطانا من وقته وجهده، وعلى ما قدمه لنا من نصائح وتوجيهات وتشجيع طيلة فترة
إنجاز هذه المذكرة، من غير أن ننسى أن نحيي فيه رفعة أخلاقه و روح التواضع لديه.

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى كافة الأساتذة الذين درسنا على أيديهم لبلوغ هذه الدرجة من
التحصيل العلمي.

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

إلى كل هؤلاء أسمى عبارات الشكر والتقدير

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد وأجريت في المراكز النفسو بيداغوجية لولاية جيجل على عينة تكونت من 38 أخصائي نفسي، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي، وقامت بإعداد استمارة تكونت من ثلاث محاور أساسية تمثلت في: المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية، وبعد توزيع الاستمارة والحصول على البيانات تم استخدام الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات والمتمثلة في: النسبة المئوية، التكرارات، معامل الارتباط بيرسون، ألفا كرونباخ، اختبار T، اختبار أنوفا، اختبار بونفيروني.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- ✓ المستوى التكويني للأخصائي القائم بالتكفل النفسي عال.
 - ✓ مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأدوات والوسائل متوسط.
 - ✓ مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالبرامج العلاجية تحت المتوسط.
 - ✓ واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية مقبول.
 - ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الجنس.
 - ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الشهادة المتحصل عليها.
 - ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات لمتغير الخبرة المهنية، دون المحاور الأخرى (المستوى التكويني، البرامج العلاجية).
- الكلمات المفتاحية:** التكفل النفسي، أطفال التوحد، اضطراب التوحد، الأخصائي النفسي.

Summery :

This study aimed to identify the reality of psychological care for autistic children. The study was conducted at the pedagogical psychological centers, at the province of Jijel. The sample of this study was consisted of 38 psychologists. To achieve the objectives, the students (researchers) used the descriptive method, and prepared three main axes for the questionnaire, namely: The formative level, tools and methods, and therapeutic programs. After distributing the forms and collecting the data using statistical methods such as: percentages, frequencies, the correlation coefficient, Pearson, Alpha, Kronbach test, T test, and Bonferoni test.

The results of the study showed the following:

- ✓ Psychologists level of training is high.
- ✓ The level of control of the psychlogist responsible for psychological care with the tools and means is average.
- ✓ The level of control of the psychologist with psychological support with treatment programs is below average.
- ✓ The level of psychological care for autistic children in pedagogical psychiatric center is acceptable.
- ✓ There are no statistically significant differences in the response of the study sample members in the study subjects attributable to the certificate variable obtained.
- ✓ There in no statistically significant differences in the responses of the study sampl about the study themes are due to the gender variable.
- ✓ There are statistically significant differences in the responses of the study members on the focus on methods and tools for the non-professional experience variable without other focus areas (the technical level of treatment, treatment programs).

Key words : psychological support, autistic children, autism disorder, psychologist.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات:

الصفحة	الموضوع
	الشكر والتقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة	
20-19	1- إشكالية الدراسة
21	2- فرضيات الدراسة
21	3- أسباب اختيار الموضوع
22-21	4- أهمية الدراسة
22	5- أهداف الدراسة
23-22	6- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
30-24	7- الدراسات السابقة
30	8- التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: اضطراب التوحد	
33	تمهيد
34	1- نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد
36-35	2- تعريف اضطراب التوحد
37-36	3- إحصائيات حول انتشار اضطراب التوحد
40-37	4- أسباب اضطراب التوحد

41-40	5- أعراض اضطراب التوحد
44-42	6- خصائص الطفل التوحيدي
48-44	7- النظريات المفسرة للاضطراب التوحد
50-48	8- مشكلات الطفل التوحيدي
52-50	9- أدوات تشخيص اضطراب التوحد
57-53	10- تشخيص اضطراب التوحد
58	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: التكفل النفسي	
60	تمهيد
61	1- التدخل المبكر
61	1-1- تعريف التدخل المبكر
62-61	1-2- أهمية التدخل المبكر
63-62	1-3- أهداف التدخل المبكر
64-63	1-4- مبررات التدخل المبكر
65-64	1-5- مراحل التدخل المبكر
68-65	1-6- نماذج التدخل المبكر
68	1-7- التدخل المبكر والتأهيل للأطفال التوحد
69	2- التكفل النفسي
69	2-1- تعريف التكفل النفسي

70	2-2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
71-70	2-3- أهداف التكفل النفسي
71	2-4- الأسس العامة للتكفل النفسي
75-72	2-5- مراحل التكفل النفسي
77-75	2-6- أنواع التكفل النفسي
79-77	2-7- أساليب التكفل النفسي
80-79	2-8- وسائل وتقنيات التكفل النفسي
84-81	2-9- البرامج العلاجية للتكفل النفسي بالطفل التوحدي
85	خلاصة الفصل
<p>الجانب الميداني</p> <p>الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة</p>	
87	تمهيد
88	1- منهج الدراسة
89-88	2- مجالات الدراسة
90	3- عينة الدراسة
91-90	4- أداة الدراسة
95-91	5- حساب الشروط السيكومترية لأداة الدراسة
96	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
97	خلاصة الفصل
<p>الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة</p>	

99	تمهيد
102-100	1- عرض وتحليل نتائج الدراسة الأساسية المتعلقة بأفراد عينة الدراسة
103	2- عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حول محاور الدراسة
104-103	1-2- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس المستوى التكويني
106-104	2-2- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس الوسائل والأدوات
108-106	3-2- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس البرامج العلاجية
108	3- عرض وتحليل نتائج الفرضيات
109-108	3-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى
109	3-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية
110-109	3-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
113-110	3-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
114	خلاصة الفصل
الفصل السادس: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة الأساسية	
116	تمهيد
117	1- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة المتعلقة بأفراد عينة الدراسة
117	2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات
118-117	1-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى
119-118	2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
119	2-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

قائمة المحتويات

120-119	4-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
121-120	5-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة
121	التوصيات والاقتراحات
128-125	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
89	يوضح توزيع المراكز النفسو بيداغوجية لولاية جيجل	1
92	يوضح التعديلات التي مست بنود الاستبيان	2
94-93	يوضح معامل الارتباط الداخلي بين البنود	3
95	يوضح نتائج معامل ثبات استبيان "واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسوبيداغوجية".	4
100	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	5
101	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الشهادة المتحصل عليها.	6
102	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة.	7
103	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حول بنود محور المستوى التكويني.	8
105	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة حول بنود محور الوسائل والأدوات.	9
107-106	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة حول بنود محور البرامج العلاجية	10
108	يوضح نتائج الفرضية الجزئية الأولى	11
109	يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية.	12
110	يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.	13
110	يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.	14
111	يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الشهادة المتحصل عليها.	15
112	يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة.	16

قائمة الجداول

113-112	يوضح مصادر التباين في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات حسب متغير الخبرة المهنية.	17
---------	---	----

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
100	دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الجنس	01
101	دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الشهادة المتحصل عليها	02
102	دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الخبرة المهنية	03

مقدمة

تعد إحدى مؤشرات التقدم وإرتقاء الأمم مدى العناية التي توليها لرعاية أبنائها منذ بداية نشأتهم في أرحام أمهاتهم وحتى بلوغهم المقدر على تحمل أعباء الحياة، فالطفل ذو أهمية بالغة لما يلعبه من دور فعال في بناء مجتمع متماسك، وطفل اليوم هو رجل الغد.

ويشير علماء النفس أمثال ستانلي هول، وبياجيه، فرويد إلى أن الطفولة مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة، ففيها تتكون شخصية الطفل لذلك وجب الاعتناء بها لتحقيق الإتزان الجسمي والنفسي فعدم القدرة على التكيف الإجتماعي يؤدي إلى ظهور مشكلات واضطرابات نفسية، ومن أهم الاضطرابات التي تعرف انتشارا واسعا نجد اضطراب التوحد، هذا الاخير هو اضطراب نمائي يظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، حيث يؤثر على مختلف جوانب النمو التي تظهر على النواحي الاجتماعية التواصلية، العقلية، الانفعالية، العاطفية، ويستمر هذا الاضطراب مدى الحياة في حالة عدم التدخل المبكر والكفالة النفسوبيداغوجية من خلال استخدام مجموعة البرامج العلاجية، ويشير الدليل التشخيصي للأخصائي الرابع للاضطرابات العقلية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة ووجود أنماط متكررة وثابتة في السلوك، فالتوحد في ظل تلك الخصائص يشكل حالة إزعاج لكل من يتعايش مع الطفل، وتنعكس آثاره بصورة مباشرة على الطفل مما يؤثر على تواصله العام واكتسابه للغة، وأسلوب التعبير عن المشاعر والأحاسيس، إضافة إلى أن الطفل التوحدي يظهر أنماط سلوكية قليلة جدا مقارنة مع الأطفال الذين لديهم تقبل اجتماعي جيد، كما انه يعاني من أنماط سلوكية شاذة غير مقبولة اجتماعيا كعدم النضج الاجتماعي، والعدوان.

وبسبب تعقد هذا الاضطراب وعدم معرفة الأسباب الحقيقية وراء حدوثه أصبح من الضروري أن تتم عملية التشخيص كخطوة أولية، تليها عملية التكفل التي تعتبر وظيفة ذات طابع تعديلي تتم وفق مجموعة من المعايير، أو هو عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها لحل مشكلاته. وتتم هذه العملية في المراكز النفسو بيداغوجية الخاصة بالتكفل بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن بينهم فئة التوحد و يتم الاعتماد في هذه العملية على استخدام مجموعة من الأساليب والتقنيات التي تؤثر على سلوك الطفل التوحدي بتحويله إلى سلوك سوي يتناسب مع المجتمع الذي يعيش فيه، حيث يعد التكفل بهذه الفئة مسؤولية فردية واجتماعية وذلك مروراً بالأسرة ووصولاً إلى مؤسسات المجتمع المدني

ومؤسسات الرعاية ولهذا أتت دراستنا الحالية للمساهمة في معرفة واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية، والتي تمحورت على جانين أساسين أحدهما نظري والأخر تطبيقي حيث تضمن الجانب النظري الفصول التالية:

الفصل الأول: و يمثل الفصل التمهيدي تم فيه التطرق إلى إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: تناول موضوع التوحد من حيث النبذة التاريخية عن التوحد، التعريف، إحصائيات حول إنتشاره، أسبابه، خصائص الطفل التوحدي، أعراضه والنظريات المفسرة له، مشكلات الطفل التوحدي تشخيصه والأدوات المستخدمة في ذلك.

الفصل الثالث: تناولنا في الجانب الأول منه التدخل المبكر الذي تضمن تعريفه، أهميته، أهدافه، مبرراته مراحل، نماذجه، والتدخل المبكر والتأهيل للأطفال التوحد.

والجانب الثاني منه هو التكفل النفسي الذي تناولنا فيه تعريف التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة أهدافه، أنواعه، مراحل، أساليبه، وسائله وتقنياته، واهم البرامج العلاجية للتكفل بالطفل التوحدي.

الفصل الرابع: تمثل في الجانب الميداني تناولنا فيه منهج الدراسة ومجالاتها، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الخصائص السيكومترية للأدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: تناولنا فيه عرض نتائج المتغيرات لعينة الدراسة، بالإضافة إلى عرض نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حسب المحاور والفرضيات.

الفصل السادس: تناول مناقشة وتفسير نتائج الدراسة النهائية المتعلقة بوصف أفراد عينة الدراسة والفرضيات الجزئية والفرضية العامة، وأخيرا التوصيات والاقتراحات.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أسباب إختيار الموضوع.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة.
7. الدراسات السابقة.
8. التعقيب على الدراسات السابقة.

خلاصة الفصل

الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة مرحلة هامة وحاسمة في حياة الفرد، ففيها تنمو شخصيته وتتشكل وتبرز ملامحها في جميع جوانبها الجسمية والعقلية والوجدانية والخلقية، وفي هذه المرحلة يتحدد بشكل كبير مدى السواء أو الاضطراب في شخصية الفرد، إذ تعتبر الطفولة مرحلة محددة لما سيكون عليه الشخص في بقية المراحل لذا يجب الإعتناء بالطفل وذلك بإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية كالحاجة للقبول والحاجة للتقدير، والحاجة للتعبير عن الذات واللعب وإحساسه بذاته وتصوره عنها، فالطفل يميز ذاته عن ذات الآخرين بنشاطه العقلي. هذه السنوات التكوينية مسؤولة عن معظم المشكلات النفسية والاضطرابات العقلية وعدم القدرة على التكيف الاجتماعي الذي قد يعاني منه الفرد، ويعتبر التوحد واحد من أهم الاضطرابات التي تصادف مرحلة الطفولة والتي حضيت بهتماما متزايدا في السنوات الأخيرة في أنحاء العالم.

ويعد التوحد إعاقة نمائية تظل مصاحبة للفرد طوال حياته، ويبدأ ظهورها منذ السنوات الثلاث الأولى، فنجد أن الطفل عاجز عن تطوير مهاراته الحياتية نتيجة الاضطرابات العصبية التي تصيبه مما يؤثر على تواصله اللفظي وغير اللفظي، كما تقل مقدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فينعزل عن بيئته ومجتمعه وحتى أسرته وأقرانه من الأطفال، فيلاحظ عليه أنه يفضل الإنفراد والعزلة عن اللعب الجماعي والتفاعلي.

وأول من قدم مصطلح اضطراب التوحد هو الطبيب النفسي السويسري **أيجن بلولر** عام 1911 حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية فهو من أكثر الاضطرابات التطورية والارتقائية صعوبة وتعقيدا، ذلك أنه يؤثر على العديد من مظاهر النمو المختلفة كما ذكرنا سابقا، فنجد أن الطفل التوحدي يعاني مجموعة من الأعراض والانحرافات خاصة على مستوى القدرات اللغوية والحركية، وفي عمليات الانتباه والإدراك والتواصل الاجتماعي.

كما أنهم يجدون صعوبة في استخدام التواصل البصري، وقد ناقش العديد من الباحثين المشكلات الأساسية في التواصل على أنها تمثل العجز الأساسي في التوحد، في حين تمثل المشكلات السلوكية في العناصر الثانوية لهذه الحالة. فقد قام **لورد وهوب كنز** بتحليل وظائف التواصل للسلوك غير المقبول لدى أطفال التوحد وتوصلا إلى أن بعض أنماط السلوك التي يمارسونها كإيذاء الذات والبكاء والصراخ

المستمر ما هي إلا سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع الآخرين، وهو لا يستطيع فهم التعبيرات التواصلية، فكثيرا ما يظهر أنه غير متعاون وغير قابل للإستجابة فينتج عنه سلوكيات سلبية كموجات الغضب المستمرة.

فاضطراب التوحد إذن من أعقد الاضطرابات والأمراض، فهو ليس مرض محدد واضح العوامل المسببة له أو ذو أعراض ثابتة فهي تختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد، لهذا أصبح الطفل التوحدي يحتاج إلى تكفل طبي، تكفل نفسي، تكفل بيداغوجي، يشمل جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية. وأن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يضم كل من (طبيب نفسي أخصائي نفسي، أخصائي أطفال، ومختص أطفوني)، فتتكاثف جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمع بهدف مساعدة ورعاية هذه الفئة، خاصة وأن التكفل بمثل هذه الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة يعتبر واجبا إنسانيا وأخلاقيا ودينيا على جميع الأطراف والهيكل المسؤولة ويأتي التكفل النفسي من أجل إعادة تأهيلهم ورعايتهم للإندماج في الحياة الاجتماعية العادية.

وقد جاءت دراستنا هذه للمساهمة في التعرف أكثر على واقع التكفل النفسي للمصابين باضطراب التوحد، وكذلك لتسليط الضوء على دور الأخصائي النفسي بملحق المراكز النفسو البيداغوجية للتكفل بأطفال التوحد لولاية جيجل، وعليه يمكن طرح التساؤل الرئيسي التالي:

➤ ما واقع التكفل النفسي بالأطفال التوحديين بالمراكز النفسو بيداغوجية ؟

• التساؤلات الفرعية:

➤ ما هو مستوى تكوين الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأطفال التوحديين بالمراكز النفسو بيداغوجية؟

➤ ما هو مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأطفال التوحديين في الوسائل والأدوات بالمراكز النفسو بيداغوجية؟

➤ ما هو مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأطفال التوحديين في البرامج العلاجية بالمراكز النفسو بيداغوجية؟

➤ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية ؟

1. فرضيات الدراسة:

- الفرضية الرئيسية:

➤ واقع التكفل النفسي بالأطفال التوحديين بالمراكز النفسو بيداغوجية مقبول .

- الفرضيات الفرعية:

➤ مستوى تكوين الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بأطفال التوحد بالمراكز النفسو بيداغوجية متوسط.

➤ مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأطفال التوحديين بالوسائل والأدوات في المراكز النفسو بيداغوجية متوسط.

➤ مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بأطفال التوحد في البرامج العلاجية بالمراكز النفسو بيداغوجية متوسط.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية.

2. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

ترجع أسباب القيام بهذه الدراسة إلى النقاط التالية:

- غياب البحوث والدراسات التي تناولت واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في جامعتنا " محمد الصديق بن يحي " بجيجل.
- عدم نيل موضوع التوحد الإهتمام الكافي من الدراسات والأبحاث العلمية ببلدنا، وسطحية المعلومات المتناقلة عنه.
- زيادة انتشار اضطراب التوحد في المجتمع الجزائري.
- غموض العوامل المسببة للاضطراب التوحد.

3. أهمية الدراسة:

- تتمحور أهمية أي دراسة علمية في إبراز حساسية المشكلة المدروسة وعمقها، فأى موضوع يقوم الباحث بمعالجته ينبثق في أصله من المشاكل التي يعاني منها المجتمع في مختلف ميادين الحياة الاجتماعية، الصحية، التربوية...، أما عن دراستنا الحالية فهي تعكس أهمية بالغة بإطارها النظري والتطبيقي.
- تعد دراستنا هذه إثراء للأطر النظرية، واكتساب معرفة بموضوع التوحد.

- دراسة فئة جد حساسة في المجتمع وهي فئة أطفال التوحد.
- توضيح أهمية دور الأخصائي النفسي في التخفيف من شدة أعراض التوحد.
- تبيان أهمية التكفل البيداغوجي والنفسي بأطفال التوحد.
- الإهتمام بفئة أطفال التوحد فهي من الفئات التي تتطلب الرعاية والتكفل بها لتحقيق تكيف وتوافق نفسي وذاتي واجتماعي.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في عملية التشخيص والتأهيل والتكفل بأطفال التوحد بشكل أفضل.

4. أهداف الدراسة:

- الهدف الرئيسي من إجراء هذا البحث هو التعرف على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز النفسو بيداغوجية.
 - الرغبة في معرفة برامج التكفل النفسي الذي ينتهجها المختصين النفسانيين قصد التكفل بفئة أطفال التوحد.
 - التعرف على مراحل وطرق التكفل النفسي بأطفال التوحد.
 - اكتشاف الأساليب التشخيصية والعلاجية، والتقنيات المستعملة داخل المراكز النفسو بيداغوجية للتكفل بأطفال التوحد.
 - معرفة دور الأخصائي النفسي في التخفيف من أعراض اضطراب التوحد لدى عينة من الأطفال التوحديين داخل المراكز النفسو بيداغوجية.
- #### 5. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

- التكفل:

- هو عملية نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وأنه قادر على التواصل مع الآخرين وتحقيق التكيف مع ذاته ومجتمعه، من خلال تنمية قدراته ومهاراته واستغلالها أحسن استغلال.
- التكفل النفسي:

- هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبله وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية والعقلية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق ذاته.

وجاء التكفل النفسي في دراستنا بأنه كل الطرق والأساليب النفسية العلاجية، التي يمارسها الأخصائي النفسي داخل المراكز النفسو بيداغوجية بهدف تأهيل ورعاية أطفال التوحد ومساعدتهم في إعادة إدماجهم نفسيا واجتماعيا لتحقيق قدر عال من التوافق النفسي والاجتماعي لهم.

- الأخصائي النفسي:

هو شخص مؤهل علميا ومهنيا، (أي متحصلا على درجة جامعية في تخصص علم النفس)، لتقديم الخدمات النفسية لمن يحتاجها وذلك من خلال تشخيص ودراسة وعلاج المشكلات التي يعاني منها الأفراد.

- التوحد:

هو اضطراب نمائي سلوكي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، يتميز بالعزلة والإنغلاق على الذات ويظهر لديه ضعف شديد على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء الذات والآخرين ونوبات الغضب ويظهر هذا الاضطراب من خلال المعاينة التشخيصية والنفسية داخل المراكز النفسو بيداغوجية الخاصة بأطفال التوحد.

- أطفال التوحد:

هم الأشخاص المصابين باضطراب النمو العصبي الذي يتميز بضعف التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وبأنماط سلوكية منحرفة مقيدة ومتكررة مما يؤثر على اندماجهم مع الآخرين وتحقيقهم للتكيف النفسي والاجتماعي مع ذواتهم ومجتمعهم.

- المراكز النفسو بيداغوجية:

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

6. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة من أهم الخطوات التي يبني عليها الباحث دراسته، حيث تمكنه من الإحاطة والإطلاع على مختلف المواضيع المشابهة أو المقاربة لموضوع دراسته، وفيما يلي سنتطرق إلى أهم الدراسات التي تتفق مع دراستنا الحالية من حيث المتغيرات.

• الدراسات الأجنبية:

* دراسة بانيرا وآخرون (1998):

عنوان الدراسة: تقييم فاعلية استخدام التعليم المنظم لعلاج أفراد التوحد وذوي الإعاقات الشديدة.

هدف الدراسة: تقييم فاعلية برنامج TEACCH في تحسين التواصل العفوي أو التلقائي، وذلك من خلال التدريب على التواصل البديل ومن خلال التعليم المنظم والتنظيم المادي للبيئة.

عينة الدراسة: تتألف من 18 طفلاً مراهقاً من التوحديين بمتوسط عمر زمني 13 سنة، وعمر عقلي 16 شهراً.

أدوات الدراسة: استخدام إجراءات متعددة الأبعاد لتقييم تأثير برنامج TEACCH، وباستخدام عدة مقاييس مثل مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي (PEP-R ;CARS).

نتائج الدراسة: القاعدة الأساسية التي تم اكتشافها من خلال المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، أن برنامج TEACCH يحسن من أهلية وكفاءة أطفال التوحد ويقلل من المشكلات السلوكية ويحسن من التواصل العفوي أو التلقائي. (عبد الله حسين الزعبي، 2014، ص 142).

*دراسة كيني مايورن و وينك شارلس "2001":

عنوان الدراسة: منحى تكاملي للعلاج باللعب مع طفلة توحدية.

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

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

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة تقنيات موجهة، العلاج باللعب.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه أثناء تلقي العلاج أظهرت الحالة زيادة في السلوك الاجتماعي، والإلتزام في البيت وأظهرت مزاج أقل عصبية وتؤكد الدراسة أثر العلاج باللعب الموجه على الاضطرابات السلوكية والعاطفية. (احمد نايل الغرير وبلال احمد عودة، 2009، ص 306).

*دراسة اند ريا و يتوير و لويس "2005":

عنوان الدراسة: العلاج بالنموذج والواقع لدى الأطفال المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدف الدراسة: مدى تأثير العلاج على الأطفال والمراهقين ويبلغ عددهم (335) وتتراوح أعمارهم من (3-9) سنوات.

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

نتائج الدراسة: أشارت إلى أن 46,7% من العينة قد أخذت على الأقل علاج سيكوتريك واحد في العام الماضي، بالإضافة إلى 3,17% من العينة قد أخذت أنواع معينة من الفيتامين و 15,5% قد واطبت على نظام غذائي معين 9,11% قد أخذت علاج سيكوتروبيكي وعلاج بديل، وقد أشارت الانحرافات المعيارية أن السلوكات التكيفية المنخفضة والكفاءة الاجتماعية والمستوى المرتفع للمشاكل السلوكية كانت مرتبطة باستخدام الكثير من العلاج، ولقد قامت نتائج هذه الدراسة بإلقاء الضوء على الحاجة إلى أبحاث قامت أكثر على العلاج السيكوتروبيكي للأطفال المراهقين التوحديين. (احمد نايل الغرير وبلال احمد عودة، 2009 ص 306).

*دراسة رينيه ريمان "2005":

عنوان الدراسة: فاعلية التدخلات العلاجية بالموسيقى على الانتباه المتواصل لدى أطفال مشخصين ذوي توحد - دراسة استطلاعية-.

هدف الدراسة: دراسة أثر تدخلات العلاج بالموسيقى على الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: تكونت من مجموعة من الذكور تتراوح أعمارهم من 3-5 سنوات ذو اضطرابات توحدية.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة العلاج بالموسيقى وأشتمل على (أغاني التحية- اللعب على الآلات الموسيقية- الأنشطة الموسيقية الحركية- أغاني الوداع- الموسيقى الحية والمسجلة).

نتائج الدراسة: أشارت إلى أن معظم الآباء والأمهات لاحظوا تحسناً واضحاً في السلوكيات الاجتماعية يتراوح من 8 إلى 40، كما أن التغيرات الإيجابية قد وجدت في مناطق أخرى كما اشتملت هذه التغيرات الإيجابية والتحسين على النمو في المهارات الصوتية، ولقد تم استخدام العديد من المقاييس للتأكد من هذا التحسن، وقد أشار تحليل الفيديو لجلسات العلاج بالموسيقى الابتدائية والنهائية أن حوالي 70% من العينة و المشاركين أصبح لديهم زيادة في سلوكيات الانتباه المشترك .

كما أشارت النتائج إلى أن زيادة تدخلات العلاج بالموسيقى لبرنامج علاج الأطفال التوحديين يمكن أن يكون له نتائج إيجابية مؤثرة لزيادة مهارات الانتباه المشترك على بعض الأطفال التوحديين. (عبد الله حسين الزغبى، 2014، ص 151).

دراسات عربية:

*دراسة منى خليفة علي "2001":

عنوان الدراسة: فعالية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدي _دراسة حالة.

هدف الدراسة: تقديم برنامج تدريبي تأهيلي علاجي متكامل للمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال التوحديين، والتحقق من مدى فعاليته في دراسة الحالة وإكساب الطفل مستوى جيد من التفاعلات مما قد يسهم بشكل مباشر في تعديل بعض ما يصدر عنه من أنماط سلوكية، ويسهل في التعامل مع هذه الفئة من الإعاقة بشكل مناسب مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة، وبالتالي يزداد تكيفهم في المجتمع الذي يشعرون فيه بالانعزالية.

عينة الدراسة: تكونت من طفل توحدي يبلغ من العمر 6 سنوات.

أدوات الدراسة: مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، مقياس السلوك التكيفي، مقياس الطفل التوحدي، قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، اختبار الذكاء، وتشمل الأجزاء غير اللغوية لوحة سيجان، اختبار رسم الطفل، المصفوفات، أجزاء من اختبار وكسلر.

نتائج الدراسة: أظهرت فعالية البرنامج المستخدم، ويرجع ذلك لما تضمنه البرنامج من مهارات عديدة تناولت تدريب الطفل على بعض المجالات تتسم بوجود العديد من الصعوبات فيها.

*دراسة نادية إبراهيم عبد القادر "2002":

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.

هدف الدراسة: استثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي في محاولة للخروج من عزلته ليتفاعل ويشارك الطفل العادي، وأيضا استثارة انفعالات وعواطف الوالدين وتعديل السلوك والأفكار نحو الطفل، ومساعدة الطفل للخروج من عزلته وتحسين اضطراباته.

عينة الدراسة: تكونت من 8 أطفال توحديين تتراوح أعمارهم ما بين 3-6 سنوات، 8 أمهات، 8 آباء.

أدوات الدراسة: قائمة تشخيص التوحد، قائمة مراجعة المظاهر السلوكية للتوحد، قائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحدي، دليل ملاحظة سلوك الطفل التوحدي واستجابات الوالدين، برنامج علاجي معرفي سلوكي للاستثارة الانفعالات والعواطف لدى الطفل التوحدي.

نتائج الدراسة: أظهرت فاعلية البرنامج المستخدم حيث بينت أن هناك فروق دالة بين معاملة الوالدين لطفلهم قبل وبعد تطبيق البرنامج، كما أن هناك فروق دالة في التفاعل الاجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج. (أحمد نايل الغرير وبلال احمد عودة، 2009، ص 287).

*دراسة ايمن فرج احمد البرديني "2006":

عنوان الدراسة: العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: تهدف إلى معرفة العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين.

- العلاقة بين اضطراب التكامل الحسي وشدة أعراض التوحد والسلوك التوافقي عند الأطفال التوحديين.

- معرفة ما إذا كان كل الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب التكامل الحسي.

عينة الدراسة: تكونت من 30 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 12 عام، يعانون من اضطراب التوحد مصحوب بإعاقة عقلية فقط، على أن لا يكون الطفل يعاني من أي مشكلة عضوية تتعلق بالإبصار أو السمع، وينتمون جميعاً إلى مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط.

أدوات الدراسة: مقياس السلوك التوافقي ABS، مقياس تقييم الأعراض السلوكية المصاحبة للاضطراب التوحد، مقياس اضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين، قائمة تشخيص التوحيدية في DSM-IV السنة 1994.

نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية سالبة بين اضطراب التكامل الحسي واللغة والسلوك التوافقي عند الأطفال التوحديين، وكذلك وجود علاقة ارتباط موجبة بين اضطراب التكامل الحسي وبين شدة أعراض التوحد، لا يعاني كل الأطفال التوحديين من اضطراب التكامل الحسي.

*دراسة أسامة احمد مدبولي "2006":

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: التحقق من مدى فاعلية برنامج تيتش TEACCH في إحداث تحسن للتفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين ودمجهم في المجتمع بصورة جيدة، ومساعدة الأسرة في التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب.

عينة الدراسة: تكونت من 16 طفلاً من الأطفال ذوي التوحد تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 9 سنوات بمتوسط عمر 7 سنوات وشهرين، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (8 ضابطة و 8 تجريبية).

أدوات الدراسة: مقياس تقدير التفاعلات الاجتماعية عند الطفل التوحد الجزء الخاص بالتفاعلات الاجتماعية من برنامج تيتش TEACCH.

نتائج الدراسة: أظهرت أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية في مهارات التفاعل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالمجموعة الضابطة وفقاً لمقياس التفاعلات الاجتماعية، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بعد مرور شهرين. (أحمد نايل الغزير وبلال احمد عودة، 2009، ص 320).

*** دراسة سالم (2006):**

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحيدي.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحيدي من خلال إمكانية تحقيق مستوى أفضل في مختلف المهارات، إضافة إلى تحديد فاعلية نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحيدي.

عينة الدراسة: تكونت من 16 طفلاً توحيدياً تراوحت أعمارهم بين (3-7) سنوات.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة بطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحيدي، بطاقة ملاحظة التقدم في التدريب الخاص بكل مرحلة من مراحل نظام التواصل بالصور، مقياس تقدير التوحد الطفولي .CARS

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية استخدام نظام تبادل الصور في تنمية الطلب التلقائي والطلب الاستجابي لدى الأطفال التوحيديين عينة البحث، بارتفاع معدل استخدام السلوكيات الإيجابية في مقابل انخفاض السلوكيات السلبية، وفي تنمية التعلق التلقائي والتعليق الاستجابي لدى الطفل التوحيدي. (ريما مالك فاضل، 2015، ص 100).

*** دراسة درمشي أحسن "2015":**

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تيتش في خفض درجة التوحد.

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

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

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

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

***دراسة آمال بوثلجي (2015):**

عنوان الدراسة: التقنيات المستخدمة لتشخيص متلازمة التوحد لدى الأخصائيين الارطفونيين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل بالطفل المتوحد من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية المتواجدة في الجزائر العاصمة.

أداة الدراسة: اعتمدت الباحثة على طرح استبيان على الأخصائيين النفسانيين القائمين بالتكفل بفئة التوحد.

نتائج الدراسة: وصلت الباحثة إلى وجود نقص كبير في مجال التوحد ولا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهذه الفئة.

8- التعقيب على الدراسات السابقة:

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

استعرضنا (10) دراسات سابقة منها (04) دراسات أجنبية و(06) دراسات عربية، وقد تم عرضها وفق ترتيبها الزمني من الأقدم إلى الأحدث، وقد كانت أقدم تلك الدراسات هي التي قام بها بانيرا وآخرون 1998، أما أحدثها فهي تلك التي قامت بها آمال بوثلجي 2015، وفيما يلي نعرض أهم النقاط التي اتفقت أو تعارضت حولها هذه الدراسات من حيث المنهج، الأدوات، العينة:

- **من حيث المنهج:** يلاحظ على هذه الدراسات استخدامها لمناهج مختلفة، من بينها المنهج الوصفي التحليلي، المنهج التجريبي، المنهج العيادي، دراسة الحالة، أما دراستنا الحالية فقد اتبعت المنهج الوصفي التحليلي.

- **من حيث الأدوات:** اعتمد الباحثون في هذه الدراسات على أدوات متعددة لجمع المعلومات أغلبيتها تتمثل في: المقاييس والروايز النفسية، المقابلة العيادية، الاستبيان، حيث تشترك دراسة آمال بوثلجي (2015) مع دراستنا الحالية من حيث اعتمادها أداة الاستبيان، هذا الاخيرة يمثل الأداة الأساسية لدراستنا.

- من حيث العينة: يلاحظ أن تلك الدراسات السابقة تتفق من حيث أن أفراد عينتها من فئة التوحيدين، إلا أنها تختلف من حيث حجم العينة فقد تراوحت في أغلبها بين (1 - 30) طفلا توحديا أما عينة دراستنا فتمثلت في 38 أخصائي نفسي.

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد

- 1- نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد.
- 2- تعريف اضطراب التوحد.
- 3- إحصائيات حول انتشار اضطراب التوحد.
- 4- أسباب اضطراب التوحد.
- 5- أعراض اضطراب التوحد.
- 6- خصائص الطفل التوحيدي.
- 7- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.
- 8- مشكلات الطفل التوحيدي.
- 9- أدوات تشخيص اضطراب التوحد.
- 10- تشخيص اضطراب التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصادف مرحلة الطفولة وبانت منتشرة في وقتنا الحالي، حيث أنه يعيق التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يعيق النشاط التخيلي والتفاعلات الإجتماعية المتبادلة، كما أنه يؤثر على الجوانب المختلفة من شخصية الطفل منها الجانب المعرفي والجانب اللغوي إضافة إلى الجانب الانفعالي مما يؤدي إلى تأخر عام في العملية النمائية بأسرها للطفل، ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات، ويتميز المتوحدين بالغموض وغرابة السلوك، وتتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى، فضلا على أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.

وسنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على النبذة التاريخية للتوحد وتعريفه ونسبة انتشاره، وكذلك أسبابه وأعراضه بالإضافة إلى خصائص طفل التوحد ومشكلاته مع تطرق إلى بعض النظريات المفسرة له ختاماً بتشخيصه وتقييمه وكذا الأدوات المعتمدة في عملية التشخيص.

1. نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد:

يعتبر موضوع التوحد موضوعاً آثار اهتمام الكثيرين منذ القدم، إذ تشير الروايات والسجلات القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، وقد وصف هؤلاء الأشخاص الذين يظهرون أعراض التوحد على أنهم أشخاص متوحشين، أو مجانين، أو أنهم أشخاص تحكمهم الشياطين وتستحوذ عليهم. (إحسان براجل، 2017، ص 96).

ويعد **مودزلي** أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات العقلية الشديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يعدها ذهانات. ولكن **ليو كانر** الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب طب نفس الطفل عام 1935 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفيين على أنهم متخلفون عقلياً، فقد كان سلوكهم يطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفولية والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم، (عادل محمد العادل، 2013، ص 151)، ويشير **كانر** إلى أن الأطفال التوحديين لا يبدون كأطفال طبيعيين فحسب، بل إنهم عادة ما يكونون جذابين أيضاً، لذا ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع **كانر** على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكى أيضاً خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواحي معينة لديهم وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحدي وعزله الإجتماعية، فقد اعتقد **كانر** أن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدين، فهو يلوم الأم على كون الطفل منطوياً أو متوحداً وبمعنى آخر يقر بذنب الأم "عديمة الإحساس والمشاعر".

وترجع تسمية الاضطراب بالتوحد إلى الطبيب النفسي البارز **ايجون بلولر** والذي كان معروفاً في الطب النفسي، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة. (أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشربيني، 2011، ص 22-23).

ووصف بعد العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه **Schizophrenia** واستخدم آخر مصطلح التوحد الطفولي في مجال التشخيص الإكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية، إذ أن هناك العديد من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام.

وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد عمر ثلاث سنوات. (عادل محمد العادل، 2013، ص 152).

2. تعريف اضطراب التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

- يعرف كانر التوحد بأنه: "حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوي حادة."
- ويعرفه اريكسون بأن: "التوحد حالة من الضعف الشديد والعجز الواضح يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر."

- تعريف كريك: "توحد حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطوير الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي playing Mannerism وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته." (سعيد حسني العزة، 2009، ص 53-54).

- تعريف أورنز: "التوحد هو أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية."
- يعرف أحمد عكاشة الطفل التوحدي على: "أنه شخص لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وكثيرا منهم يظهرون الفزع، الخوف، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي، والعدوان، وإيذاء الذات مثل عض الرسغ، كما أن أغلبهم يفقدون التلقائية، والمبادرة، والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم، ويجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل." (أسامة فاروق مصطفى والسيد الشربيني، 2011، ص 28-29).

- تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية عام 1944: "اضطراب التوحد هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم، وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغيير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات."

- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: "التوحد نوع من الاضطرابات النمائية والتي تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتاج الاضطرابات نيروولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فيصبح التواصل اللغوي والإجتماعي صعبا عند هؤلاء الأطفال، فهم دائما يكررون حركات جسمية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة. (السيد عبد القادر الشريف، 2014، ص 276-278).

- ويعرف أيضا التوحد بأنه إعاقة تطويرية حادة تدوم بدوام الحياة تظهر في غضون السنوات الثلاثة من العمر وتصيب حوالي خمسة من كل عشرة آلاف مولود، وهي بين الذكور أربعة أمثالها بين الإناث تستوي في ذلك الأسر من كل العروق والأجناس والخلفيات الإجتماعية. (راضي الواقفي، 2004، 495).

ومن خلال عرضنا للتعريف السابقة يمكن تعريف التوحد بأنه اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات معهم، وضعف واضح في التفاعل وعدم تطور اللغة بشكل مناسب، وضعف في اللعب التخيلي.

3. إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد:

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب في تزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (15/20 حالة توحد -1000) لكل حالة ولادة حية.

وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل إلى (1-500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (1000 و 500) يمكن وصفها بأن لديهم حالة توحد حالة أو أحد أشكال التوحد. (مصطفى نوري القمش 2013، ص 238).

وقد أجري كل من شاكر بارتي وفومبون دراسة مسحية في بريطانيا لمرحلة ما قبل الدراسة ضمن عمر (4-6) سنوات، حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار الاضطرابات النمائية واسعة الانتشار بلغت (58.7) لكل (1.000) طفل وذلك من خلال استخدام أدوات التشخيص المقننة المتعددة، أما التوحد بصفة خاصة فوجد أن نسبة انتشاره هي (22) لكل (10.000) طفل.

وقد أشارت وليامز وآخرون في دراستهم إلى أن متوسط نسبة انتشار اضطراب التوحد AD واضطراب طيف التوحد ASD سنة (2005) هي (35) لكل (10000) وفوق (90) لكل (10000)

على الترتيب، كما أكدت على ارتفاعه المدن وفي الأطفال الأصغر سننا. (يوسف مجد العايد وآخرون، 2012 ص 296).

ومن ناحية أخرى فإن اضطراب التوحد يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة إلى (1-4)، ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (1-2) أنثى مقابل ذكران، وليس الذكر كالأنثى فالبنات يتطلبن فحص نيولولوجي دقيقا أكثر من الأولاد، فقد أوضحت الدراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانينا من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحد بشكل خاص.

ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الإجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية، كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل من 10% إلى 80% وهؤلاء يظهرن شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي، وهذا الشذوذ لدى البنين والبنات ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير إلى خلل في الدماغ الأوسط (Mid brain) والذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي (reticular) ويلعب دورا خاص في الإنتباه للمثيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العينين والتآزر والتوازن والضبط الشعوري والوعي والنوم واليقظة وتنظيم ضربات القلب والتنفس، وهناك دلائل كبيرة على أن مدى انتشار التوحد في تزايد. (مصطفى نوري القمش، 2013، ص 238-239).

ويلاحظ بأن التوحد أكثر انتشارا بين الأخوة والأقارب من الدرجة الثانية الذي يوجد بينهم حالات التوحد منه في المجتمع العام. (رضى الواقفي، 2004، ص 496).

4. أسباب اضطراب التوحد:

معرفة الأسباب في أي مرض أو اضطراب مهمة من الناحية الوقائية والعلاجية، إلا أنه لا يوجد حتى الآن سبب مؤكد لاضطراب التوحد، حيث تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الأسباب المؤدية إليه، بدءا من الدراسات النفسية ومرورا بالأحداث التي ركزت على العوامل البيولوجية والوراثية والأيضية والبيوكيميائية وانتهاء بالفرضيات والنظريات التي ركزت على العوامل البيئية ودور المتمعوم الثلاثي (MMR) وما إلى ذلك من العوامل والأسباب، ولكن حتى الآن لا توجد أسباب وعوامل واضحة ثم الاعتماد عليها بشكل قاطع يمكن أن يعزى إليها هذا الاضطراب، إلا أن تركيز العلماء في المرحلة المتأخرة يصب بشكل كبير على الجانب الجيني، الوراثي والعصبي، وهذا ما صرح به العديد من الباحثين في هذا المجال في أحدث دراساتهم، فقد قال جونسون ومايرز في دراستهم: "رغم أن البراهين الحالية

تؤسس لوجود تأثير وراثي عال لاضطراب طيف التوحد (ASD) إلا أن تحديد السبب الرئيسي لا يزال مجهولاً حتى الآن ويحتمل أن يكون نتيجة لعوامل جينية وبيئية متعددة.

أما بريك فقال أن أحدث النظريات المنتشرة عند معظم الجمعيات الطبية هو أن توحد اضطراب نمائي عصبي متعدد الأسباب مع تأثير جيني قوي.

أما ابنفورد فقد ذكر في دراسته أن السبب الدقيق للتوحد غير معروف إلا أنه بشكل عام يوجد اتفاق اليوم على أن أسباب هذا الاضطراب تتضمن العديد من العوامل، وأنه اضطراب نمائي عصبي وراثي بدرجة مرتفعة مقدارها (90%) وفقاً للدراسة التي أعدها روتر .

ولقد تطرقت العديد من الدراسات والبحوث إلى مجموعة من العوامل والأسباب التي يحتمل أن تكون مسؤولة عن الإصابة بالتوحد والتي من أهمها:

➤ الأسباب السيكولوجية النفسية:

سادت في فترة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين النظريات النفسية التي أشارت إلى أن صفات الوالدين الشخصية والبيئية والاجتماعية يلعبان دوراً رئيسياً في حدوث التوحد لدى الطفل، فأباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الإنفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم واضطراب النمو اللغوي، والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل.

ويعتبر برونوبتلهيم من أكثر المتحمسين والمؤيدين لهذه النظرية التي تفسر حدوث اضطراب التوحد من النواحي النفسية والاجتماعية، ولقد انتقد ريملاند التفسيرات النفسية للتوحد ورد عليها بشدة وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا الآباء والأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالاً غير توحديين، كما أشقاء الأطفال التوحديين هم غالباً أطفال عاديون مما يدل على عدم صحة تلك النظرية، والتي أصبحت اليوم محل رفض الباحثين في هذا المجال. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 399).

➤ الأسباب البيوكيميائية:

أكد العديد من الباحثين وجود خلل في مستوى تركيز بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال التوحديين مما يحفز ظهور أعراض التوحد ومن أهم هذه النواقل نجد:

أ- السيروتونين (Serotonin): ومن النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي، والذي ينشأ من جدران القناة الهضمية، ويتحكم في العديد الوظائف والعمليات والسلوكية مثل النوم، تقلب المزاج الذاكرة، درجة الحرارة

ب- الدوبامين (Dopamine): وينشأ من الحامض الأميني الفينيلانين (phenylalanine) ويلعب دوراً حيوياً في النشاطات الحركية، والذاكرة، واستقرار المزاج، والسلوك النمطي.

ج- النوربنفرين : له دور في التوتر والإثارة ودرجة القلق.

د- الببتيدات العصبية: وهي مسئولة بشكل رئيسي على الإنفعالات وإدراك الألم وضبط السلوك الجنسي. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 400).

➤ الأسباب الجينية-الوراثية:

تشير معظم الدراسات الجديدة إلى أن العوامل المسببة للتوحد تميل أن تكون وراثية متعددة الجينات، كما يعتقد أن هناك ما يزيد على عشرة جينات على صبغيات (كروموسومات) مختلفة مسئولة عن أعراض التوحد، بينما تؤثر جينات أخرى على ظهور بعض الأعراض أو على شدة الإصابة.

وقد لخص هيووز مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال الكروموسومات المتسببة في التوحد بقوله: "إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالتوحد، بشكل خاص الكروموسان (15 و 17) ومن الواضح حتى الآن أن سبب التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 401).

➤ الأسباب العصبية:

أشارت العديد من الدراسات في علم الأعصاب إلى احتمال ارتباط الإصابة بالتوحد بوجود اختلالات بنيوية في تركيب الدماغ لدى الأفراد التوحديين، وخاصة تلك المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ، فقد أظهر التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) وجود بعض التغيرات في الموجات الكهربائية للدماغ لحوالي 20-60% من حالات التوحد وخاصة ذوي الذكاء المنخفض وكذلك زيادة في نوبات الصرع حوالي 30% من الأفراد التوحديين.

كما تفيد الدراسات العصبية التي أجريت على الإنسان والحيوان بوجود علاقة سببية بين تلف أو قصور النظام العصبي الطرفي (Limbic system) وخاصة اللوزة الدماغية (Amygdala) و قرن آمون (Hippocampus) وبين اضطرابات التوحد النفسية والسلوكية، حيث أشارت الدراسات أن قرن آمون

مسؤول عن التعلم والذاكرة، وقد يؤدي عطبه أو إزالته من الدماغ إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات الجديد، وظهور السلوكيات النمطية، والنشاط الزائد.

➤ فرضية اضطراب النظام الأيضي Metabolic system:

يذكر بعض الباحثين أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في عملية التمثيل الغذائي وحساسية عالية لبروتيني الغلوتين الموجود في القمح ومشتقاته، والكاسين الموجود في الحليب، حيث أن عدم امتلاك الطفل التوحدي للأنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات يؤدي إلى تراكمها على شكل سلاسة بيبتيديّة طويلة تسبب انتفاخاً في الأمعاء مما يؤدي إلى زيادة نفاذيتها، وهكذا يمكن أن تسبب كميات غير طبيعية مع تلك الأحماض فتنتقل عبر الدم إلى الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية عند الطفل نتيجة لتراكم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونية. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 402).

➤ فرضية اللقاح الثلاثي (MMR):

وهو مركب يعطى للأطفال في الطفولة المبكرة للحماية من الإصابة الألمانية (Rubella) والنكاف (Mumps) والحصبة (Measles) وقد ظهرت فكرة الربط بين التوحد واللقاح الثلاثي بعد الدراسة التي قام بها أندرو ويكفيلد وزملائه سنة 1998 في بريطانيا عندما قاموا بفحص (12) طفل كانوا يعانون من اضطرابات معوية وثبت لاحقاً أنهم عانوا من أعراض توحديّة بعد فترة أسبوع إلى أسبوعين من أخذ اللقاح الثلاثي، مما جعل الكثير من الآباء يسحبون أطفالهم من برامج التلقيح خوفاً من الإصابة بالتوحد، وقد تعرضت هذه الفرضية إلى انتقادات واسعة لافتقارها إلى الأدلة العلمية، ولذلك لم تؤكد هذه الدراسة تأثير هذا اللقاح على ظهور حالات التوحد بشكل قطعي والدراسات في هذا المجال لا تزال مستمرة. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 403).

5. أعراض اضطراب التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي والعلاقات الإجتماعية، الإتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الإجتماعي المشكلات الحسية، اللعب والسلوك، ولذلك يمكن تلخيص أهم أعراض التوحد في النقاط التالية:

➤ **التواصل اللفظي وغير اللفظي:** وعادة ما يطورون أشكالاً شاذة من اللغة كالمصاواة أو التردد النمطي لما يقوله الآخرين، وعدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص.

➤ **التفاعل الإجتماعي:** هناك ضعف واضح في التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ويتصفون بالعزلة المفرطة Extreme Autistic Aloneness والانسحاب وتجنب المواقف الإجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة.

➤ **خلل في الحواس:** فأحيانا لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جدا للمس أو المسك وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك وينزعجون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمكنسة والخلاطات، والمصاعد وما شابه ذلك، وكذلك الحال بالنسبة للشم، التذوق، والبعض منهم يألف أصنافا محددة من الطعام لا يحيد عنها.

➤ **ضعف في اللعب والتخيل:** حيث أن معظم أطفال التوحد لا يوجد لديهم إدراك لأبعاد اللعب التخيلي ويأخذ اللعب عادة شكل نمط وتكراري محدود، وعدم المشاركة أقرانهم في اللعب.

➤ **ظهور أنماط شاذة في السلوك:** مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه... الخ وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي. (مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعاينة، ص 297-298).

كما توجد أعراض سلوكية تظهر عند الطفل التوحدي والمتمثلة في:

- اضطراب في نمو المهارات الجسمية الإجتماعية واللغوية.
- وجود استجابات غريبة وشاذة في الخبرات الحسية، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر لدى الطفل مثل حاسة السمع والبصر، أو اللمس أو توازن أو الإستجابة للألم.
- الافتقار لمهارات الكلام (عجز في اللغة)، أو تأخر فيها بالرغم من وجود قدرات عقلية محددة لدى الطفل حيث تكون لغة الطفل على شكل ترديد وسرعة في الحديث وعكس الضمائر.
- أساليب غريبة في التعامل مع الآخرين والأشياء والأحداث.
- ظهور سلوك إيذاء الذات لدى الطفل.
- السلوك العدواني.
- ضعف عقلي شديد في بعض الأحيان.
- بعض الأطفال التوحديين يظهرون قدرات متميزة في الحساب والذاكرة والفن.
- الانزعاج من التغيرات التي تحدث في بيئتهم.
- اضطراب في التواصل.

- التفكير المتمركز حول الأشياء الملموسة.
- العجز في معالجة المعلومات.
- صدى الكلام (إعادة الكلام).
- القلق. (سعيد حسني العزة، 2009، ص 54-55).

6. خصائص الطفل التوحدي:

➤ الخصائص المعرفية:

- تتسم أنماط التفكير التوحدي بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها.
- عدم القدرة على إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.
- صعوبة مجال الرؤية الشاملة للأشياء.
- صعوبة في التفكير، والانتباه، والتذكر، والقدرة على التخيل.
- قصور في فهم واستخدام اللغة بأنواعها.
- قصور في إدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات. (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 196-197).

➤ الخصائص الإجتماعية:

- الانعزال الإجتماعي، وعدم القيام بأي مبادرة أو رد فعل اجتماعي.
- غياب الرغبة في التواصل الإجتماعي.
- عدم فهم القواعد السلوكية في التفاعل مع الآخرين.
- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.
- لا يقوم بأي شيء لجذب انتباه الآخرين.
- عادة ما يفشل في تكوين صداقات والعلاقات.
- لا يستطيع التعبير بالوجه عن مشاعره، ولا يفهم مشاعر الآخرين.
- نقص في وضوح المعنى للكلام.
- اللامبالاة الإجتماعية.

- يصعب تعويده على إلقاء التحية أو التوديع أو التقبيل لمن يرعاه. (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 298).

➤ الخصائص السلوكية:

- يظهر على بعض التوحديين سلوكيات نمطية آلية (التصفيق، الدوران..).
- حب الروتين ومقاومة التغيير حتى لو كان طفيفا.
- عدم الوعي بمصادر الخطر.
- الشغف بكل أنواع الحركات وخاصة المتكررة (التأرجح، المطاردة..).
- قد يصاحب التوحد حالات من النشاط الزائد.
- تقلب المزاج السريع.
- اضطراب التآزر البصري الحركي.
- الإستجابة الحسية المنعدمة (الأصوات، الألم، الأضواء..).
- تتسم أنشطته بالجفاف وعدم المرونة.
- لا تشغله سوى اللحظة الحاضرة، وترديد الكلمات بصورة آلية نمطية بدون أن تناسب الموقف. (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 300-301).

➤ الخصائص اللغوية:

- التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي.
- قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلا من أنا.
- ندرة استخدامهم لكلمات تشير إلى القدرات العقلية.
- المصاداة (ترديد الكلام)
- صعوبات جملة في علم دلالات الألفاظ وتطورها.
- الاستخدام المتقطع للغة حيث يمتلكون رصيذا كبيرا من الكلمات، لكن لا يمتلكون القدرة على استخدام هذه الكلمات.
- صعوبات في النطق. (أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشربيني، 2011، ص 98).

➤ الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من السن نفسه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية، فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحية، كما إن

أذعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثير منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، وهم في بعض الأحيان يكررون حركات معينة. فمثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر وتلك السلوكيات ترتبط بأوقات يكونون فيها مبهجين أو مستغرقين ببعض الخبرات الحسية. وفي بعض الأوقات يبدو الأطفال التوحديين في موقف استثارة ذاتية لأنفسهم كأن يضعوا أيديهم حول أعينهم ويدورون أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار. وتعد فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديين الصغار، في حين أن نقص الحركة أقل تكرار وعندما تظهر فإنها تتبدل إلى فرط النشاط الزائد، وتلاحظ العدوانية ونوبات الغضب ويتضمن سلوك إيذاء الذات ضبط الرأس، العض، شد الشعر، وقصر في مدة الانتباه وانعدام القدرة الكاملة على التركيز. (عبد الله حسين الزعبي، 2014، ص 39-40).

7. النظريات المفسرة للتوحد:

❖ نظرية التحليل النفسي لفرويد:

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

أن التوحد ماهو إلا انعكاس لتلك الحالة اللفظية التي يعيشها الطفل مع أمه، والمتمثلة في حرمانه من الحب والحنان وبالتالي يغرق في تخيلاته هروبا من بأسها وإحباطها محاولا إشباع ما كان يصبو إليه. وأكد **بوجدنا شينا** (Bougdashina) على أن العلاج النفسي كان وما زال يستخدم في علاج حالات التوحد، خاصة أن مستخدمي هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصابة بالتوحد، وكان وصف الأم بالثالجة في علاقتها بطفلها التوحدي مبرزا لهؤلاء المتمسكون بالعلاج النفسي مع التوحد.

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

❖ نظرية المرأة المعكوسة:

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

وتحت عنوان "التقليد أكثر من مجرد انعكاس" أوضح **هيرز** وآخرون إن الذين يؤمنون بأن الخلل في نظام العصب العاكس هو السبب الرئيسي في عدم قدرة أطفال الأوتيزم على التقليد ومحاكاة سلوك الغير ويرون أن عملية التقليد بوجه عام عملية محددة تتمثل في التحويل المباشر للمعلومات المرئية إلى مخرجات حركية، وتلك النظرة خاطئة غير علمية، فعملية التقليد والمحاكاة الناجحة لا تقتصر على محاكاة المحركات من حين لآخر، بل إن التقليد يتطلب عمليات معرفية وعديدة التحليل البصري وتقييم أهداف الفعل المقلد وانتقاء ما يتم تقليده، ومتى يتم تقليده، ومما سبق يتضح أن أطفال التوحد غالباً ما يفشلون في تقليد أفعال الآخرين، وكانت وجهة النظر القديمة على أن هذا الفشل كان نتيجة لعطب وخلل

في نظام العصب العاكس، أما الآن فقد تغيرت هذه الواجهة في ظل تلك النتائج التي تؤكد أن أطفال الأوتيزم قادرون على التقليد السليم في مواقف معينة. (محمد كمال أبو الفتوح، 2011، ص 109-110).

❖ النظرية السلوكية:

تؤمن النظريات السلوكية بأن المعرفة المتعمقة الدقيقة الصادقة تنبع من خلال التجربة والتطبيق، فالفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط، حيث يتم ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به، ولا استجابة بدون مثير فهو مبدأ ومسلمة أساسية في المدارس السلوكية، فالتعلم يحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير والاستجابة بحيث إذا ظهر هذا المثير مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به سوف تظهر في الأخرى.

ولذلك فإن تفسير التوحد وفقا للمدرسة السلوكية يبني على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا، أم الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة.

ولذلك اتفق كل من كون و تسريمان سنة 2000 على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة تسمى زيادات سلوكية، وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص سلوكية، وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ماهو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه، أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد للمثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للأوتيزم من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف (المقدمات، السلوكيات، النتائج).

فالمقدمات والسوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك الأوتيسي والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل، ومن هنا فالأوتيزم من وجهة نظر السلوكيين ماهو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك. (محمود كمال أبو الفتوح عمر، 2011، ص 100).

❖ نظرية العقل:

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

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

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

❖ النظرية النمائية للتوحد:

تؤكد هذه النظرية للتوحد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل خصوصاً فيما يتعلق بالعمليات الحسية والحركية والإثارة والنشاط والعمليات الانفعالية أو العاطفية واللغوية والتفاعل الاجتماعي، وكما تقول هذه النظرية فإن العمليات السابقة تلعب دوراً بارزاً في جهاز التنظيم الذاتي Self-Regularity ويشمل هذا الجهاز عناصر الاستجابات الحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية وتؤثر هذه العناصر على الطريقة التي يضبط بها الأفراد انفعالاتهم وأفكارهم وسلوكياتهم ولذلك فإن التنظيم الذاتي يلعب دوراً هاماً في إكمال متطلبات المادية والجسمية والأكاديمية والتفاعل الاجتماعي، وتساعد مهارات التنظيم الذاتي الفرد على التعلم والمحافظة على تعميم المهارات المتعلقة بالمواقف الجديدة دون مساعدة خارجية. (إبراهيم عبد الله الزريقات، 2004، ص 110).

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن كل نظرية فسرت اضطراب التوحد من منظورها، حيث نجد نظرية التحليل النفسي أرجعت إصابة الطفل بالتوحد إلى الأم وذلك بسبب عدم إشباع الوالدين للحاجات العاطفية والوجدانية للطفل وإهمالهم له، في حين نجد نظرية المرآة العاكسة التي ترى أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في تقليد ومحاكاة ما يدور من حوله بسبب وجود خلل في نظام العصب العاكس، أما نظرية النظرية السلوكية فهي تفسر التوحد من خلال السلوكيات التي يظهرها الطفل التوحدي وكذلك معرفة

العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات، في حين نجد نظرية العقل التي ترى أن القصور الاجتماعي والسلوكي للطفل راجع إلى عجز في عملية الفهم بإضافة إلى القصور في الإدراك، أما النظرية النمائية نجدها تؤكد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل.

8. مشكلات الطفل التوحدي:

يواجه الطفل التوحدي في حياته العديد من المشكلات المختلفة التي تؤثر عليه سلباً، وعل تواصله الإيجابي مع مجتمعه، مما يزيد من حدة المشكلة والأكثر من هذا جزءاً من هذه المشكلات يصاب بها الآباء ويتأثرون بها ولا يملكون سوى تقبلها والتعامل معها بشيء من الحكمة والروية والصبر، وإلا أصبحت حياتهم صعبة لذلك لابد لهم العناية بأبنائهم وتقديم كل وسائل الدعم والمساعدة، ومن تلك المشكلات نذكر:

✓ مشكلات الإتصال واللغة:

يفقد الكثير من الأطفال التوحديين القدرة على استخدام اللغة وصعوبة في الإتصال مع من حولهم وأيضاً لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على الإتصال والتعامل مع الآخرين، وأن هؤلاء الأطفال يفتقرون للغة بكل أشكالها وقواعدها، وهذا يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه المحيطين بهم، ومن أهم مشكلات الإتصال نذكر:

- **ترديد الكلام:** هو أحد العلامات المميزة للغة الطفل التوحدي، فتريد الكلام أو الصدى الصوتي كما يطلق عليه البعض يعد صفة معوقة لتواصل الطفل التوحدي، وتظهر هذه الصفة عند بدء الكلام عند الأطفال التوحديين مع الأفراد الآخرين، وتظهر في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان وتعرضهم إلى تغيرات مفاجئة.

- **عكس الضمائر:** يخلطون دائماً بين الضمير (أنا) والضمير (أنت) ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلاً من أن يستخدموا الضمير (أنا)، واستنتج العلماء أن هؤلاء الأطفال يقلدون ويعيدون الضمائر التي يسمعونها ولا يتعلمونها.

- **مشكلة الانتباه:** يخفق الأطفال التوحديين في الانتباه للأشياء التي ينتبه لها الآخرون، ولكن إذا حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه مع الآخرين.

- **مشكلة الفهم:** حيث يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة وغير المسموعة، وهذا يؤثر على الإتصال اللغوي بينهم وبين الآخرين. (فهد حمد المغلوث، 2006، ص 70 - 71).

✓ مشكلات بصرية:

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

✓ مشكلات غذائية وهضمية:

غالبا ما تكون لدى الأطفال التوحديين مشكلات غذائية وهضمية سببها التخوف من الطعام أو حب وتقضيل لبعض الأطعمة، وربما يواجهون اضطرابات في عملية الهضم. (فهد حمد المغلوث، 2006 ص72).

✓ مشكلات سلوكية:

وتتمثل المشكلات السلوكية في:

- **السلوك العدواني:** لحسن الحظ أن غالبية الأطفال التوحديين لا يظهر عليهم زيادة واضحة في السلوك العدواني، وهذا لا يعني أنهم لا يمرون بحالات غضب شأنهم شأن غيرهم عندما يتعرضون لمواقف محبطة.

ويبقى الاحتمال قائما لممارسة بعض الأطفال التوحديين سلوكا عدوانيا كن يضرب أو يؤذي غيره وفي الغالب يتضح أن الطفل التوحدي لا يدرك مدى التأثير العاطفي على شخصيته حتى وإن كان يلاحظ الأثر المادي عليه (مثل البكاء)، ولذلك يكون من المجدي تعليم الطفل التوحدي أهمية تقدير مشاعر الآخرين واحترامها.

- **السلوك الاستحواذي:** يعتبر السلوك الاستحواذي من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للإصابة بالتوحد فهل يجب تعديل هذا النمط السلوكي لمجرد كونه غير عادي؟

هناك من يعتقد أن مجرد كون السلوك الاستحواذي يمثل سلوكا غير عادي لا يعتبر سببا كافيا لطلب المساعدة في تعديله أو علاجه، فكل واحد منا لديه جوانب شخصية غير طبيعية، ولكل واحد منا الحق في أن يكون الشخص الذي يريد، بما في ذلك ما تشمل عليه شخصيته من غرابة في السلوك هذا بشكل عام، ولكن إذا كان السلوك الاستحواذي يعرقل أو يعوق نمو الطفل وتطوره عندها يجب البحث مساعدة أو علاج، فعلى سبيل المثال الطفل بلغ سن العاشرة وكان يصر على قراءة الأحرف الأبجدية (ألف، باء) ويرفض قراءة غيرها، وهذا السلوك يمثل عائقا نكوه التربوي والتعليمي، ففي مثل هذه الحالات لابد من التدخل بغرض توسيع دائرة اهتمام الطفل من خلال حثه وتشجيعه على قراءة كتب غيرها ومكافأته على ذلك.

- إيذاء النفس: يتصرف بعض الأطفال التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم مثل ضرب الرأس في الأرض أو الحائط، وتعتمد أفضل طريقة للتعامل مع السلوكيات المؤذية للنفس على تقييم العوامل التي تدفع الطفل التوحدي للبدء بممارسة إيذاء نفسه وتلك التي تجعله يستمر في الإيذاء.
- نوبات الغضب: تحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل لا سيما إذا كان التغيير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل، مثل طريقة أو نوع الأكل الذي يفضلها، وقد ثبت أن أفضل الطرق للتعامل مع نوبات الغضب هو إهمالها، فمتى ما أيقن الطفل أن سلوكه لن يمكنه من تحقيق ما يريد فإن هذا السلوك يتلاشى أو يختفي. (بترس حافظ بترس، 2007، ص 178-180).

9. أدوات تشخيص التوحد:

تستخدم الأدوات التالية من قبل التربويين والباحثين والأخصائيين النفسيين لتشخيص الأطفال التوحديين وذي الاضطرابات النمائية الشاملة، وتستخدم الأدوات التي تم اختيارها في هذه القائمة لقياس أبعاد معينة من نمو الأطفال وفي البيئة والأسرة، كما تستخدم هذه الأدوات لقياس النمو في بيانات وظيفية متباينة، وأحيانا يستخدم مدى التغيير في هذه المجالات كخط قاعدي Baseline أو لمتابعة Follow-up التقدم النمائي أو الاستجابة للبرنامج التربوي وقد وردت بعض هذه الأدوات في الكتاب السنوي للقياسات العقلية لبورس Burros .

ومن هذه الأدوات المستخدمة ما يلي:

➤ المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد (لورد وآخرون 1990):

وهي مقابلة شبه مقننة، يقوم فيها الباحث بالتركيز على مقدمي الرعاية للأطفال (أو الراشدين) الذين قد يتم تشخيصهم بالتوحدية أو اضطرابات النمو الشاملة، وقد أعدها لورد وآخرون سنة 1990. ويتم تطبيق المقابلة التشخيصية في البيت أو العيادة، وتلقى الاعتبار والتقدير من قبل المختصين في المجال لكونها أداة تشخيصية دقيقة، لكنها تحتاج لوقت طويل لتطبيقها وتصحيحها وتسجيل درجات الطفل على أبعادها، وينظر لهذه الأداء على أنها واحدة من أفضل الأدوات المقننة والمتوفرة حاليا لتشخيص التوحد، فهي تطبق على القائمين على رعاية الأطفال الذين يكون عليهم تحديد ما إذا كانت المعايير التشخيصية للتوحد موجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (الإصدار الثالث المعدل) تنطبق على الطفل أم لا، ويخطط مؤلفو هذه المقابلة لتعديلها لكي تواكب معايير الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويبدأ القياس بزيادة يقوم فيها المعالج بمقابلة والدي الطفل في البيت، حيث تتيح هذه الزيادة فرصة لمقابلة

الطفل، والتعرف على أولويات الوالدين، كما يمكن جدولة هذه المقابلة كجزء من تقدير الاضطرابات في العيادة. (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، 36-37).

➤ جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد قبل اكتساب اللغة (دي لافورو وآخرون 1995):

وهي عبارة عن مقابلة شبه مقننة لتشخيص الأطفال الذين لا يستخدمون اللغة بعد أو الذين يدور حولهم شك بكونهم توحديين، ويتم تطبيق المقياس على الطفل بمساعدة الوالدين، وتقدم هذه الأداة فرصة لملاحظة جوانب معينة في السلوك الاجتماعي لدى الطفل مثل: الانتباه، التقليد، المشاركة الوجدانية مع الفاحص أو الوالدين، وقد استخدم جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد قبل اكتساب اللغة بفاعلية للتمييز بين الأطفال التوحديين والأطفال غير التوحديين الذين يعانون إعاقات نمائية، وارتبطت نتيجة التشخيص نظرياً بالمعايير التشخيصية للتوحد الموجودة في كل من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) والدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DMS-IV). (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، 37-38).

➤ القائمة التشخيصية للأطفال مضطربي السلوك (ريميلاند 1971):

تم تطوير النسخة الثانية من هذه القائمة في معهد أبحاث سلوك الطفل، وطرحت كأداة قياس تميز بين حالات التوحد الكلاسيكية والمعدلات المرتفعة للأطفال ذوي الخصائص التي تشبه التوحد وتعكس التساؤلات الموجودة في هذه القائمة سلوكيات الأطفال منذ الميلاد وحتى عمر السادسة، ويقوم والدا الطفل باستكمال هذا الاستبيان، والهدف النهائي من هذه الاستمارة هو استخدامها في التعرف على التوحد وتحديد هذه الفئة لغرض الدراسات البيولوجية، وقد أوضح ريميلاند أنه لم يقم بتصميم هذه الأداة لتحديد ما إذا كان الطفل توحدي فقط ولكن بغرض الاستفادة من ذلك في الأغراض التربوية أو التأهيلية أيضاً.

➤ أداة فرز التوحدية للتخطيط التعليمي (كروج وآخرون 1993):

تعد أداة فرز التوحدية للتخطيط التعليمي المعدل للمرة الثانية الذي أعده كروج وآخرون هي النسخة الأساسية لأحد أشهر أدوات القياس الفردي لتقييم وتخطيط الخصائص السلوكية للتوحديين، وتستخدم هذه الأداة في مراكز التشخيص في جميع أنحاء العالم، وتستخدم أداة فرز التوحدية للتخطيط التعليمي خمس مكونات لتقديم البيانات في خمس جوانب متميزة للسلوك للأفراد بدءاً من ثمانية عشر شهراً وحتى مرحلة الرشد، وتقوم هذه الأداة بدراسة السلوك في خمس مجالات هي الحسية، الإرتباطية، مفهوم الجسم، اللغة والمساعدة الذاتية الاجتماعية، أما النسخة المعدلة الثانية من أداة فرز التوحدية للتخطيط التعليمي

فتتضمن السلوك اللفظي، حيث تقيس التفاعلات والتواصل وتحدد معدل التعلم، أما النسخة المراجعة من هذه الأداة فتشتمل على مصفوفة قرارات جديدة ومقطع لأحد الجداول المعيارية الجديدة، وتنظيم مبسط لتقييم الاختبارات الفرعية في معدل التعلم، وأشار المؤلفون إلى وجود علاقة ارتباطية متبادلة قوية بين الاختبارات الفرعية في هذه الأداة والاستفادة من الاختبارات التي تميز بين ذوي الإعاقات المختلفة، وقد تم وضع معايير بشكل فردي مع تقديم النسب المئوية والدرجات المعيارية للاختبارات الفرعية الخمسة. (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، ص 42-43).

➤ مقياس جيليام للتوحد (جيليام وجنز 1995):

صمم هذا المقياس للاستخدام من قبل المعلمين والوالدين والمهنيين، ويساعد مقياس جيليام للتوحدية في معرفة وتشخيص التوحدية بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة والثانية والعشرين، كما يساعد في تقدير حدة المشكلة، وقد بينت الفقرات الموجودة في هذا المقياس على تعريف ومعايير التوحد التي يتبناها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية، وتم وضع الفقرات في أربع مجموعات فرعية هي: السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي والاختلالات النمائية، ولهذا المقياس ثلاثة اختبارات فرعية أساسية تقوم بوصف السلوكيات المحددة التي يمكن قياسها وهي الاختبارات الثلاثة الأولى.

أما الاختبار الفرعي الاختياري، وهو اختلالات النمو فيسمح للوالدين بأن يساهموا في كشف البيانات الخاصة بنمو طفلهم أثناء سنوات العمر الثلاثة الأولى، وتتمتع هذه الأداة بدرجة جيدة من الصدق والثبات، ويتم تقييم السلوكيات باستخدام تقارير موضوعية متكررة ويمكن قيام الأشخاص الذين لديهم معلومات كافية عن سلوك الطفل، والذين لديهم فرصة كبيرة في ملاحظته على استكمال المقياس في فترة زمنية قصيرة تتراوح بين 5- 10 دقائق، ويتضمن المقياس وصفا بالدرجات المعيارية والنسبة المئوية. (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن، ص 43-44).

10. تشخيص وتقييم اضطراب التوحد:

إن عملية تشخيص التوحد ليس بالأمر اليسير أو سهل، حيث أن ذلك يتطلب عمل فريق متعدد التخصصات وقد يشمل ذلك أخصائيين في مجال علم النفس، وطب الأطفال، وأخصائيين في القياس التربوي، وفي علاج النطق وقياس السمع، وأخصائي اجتماعي وتجدر الإشارة بأن للوالدين دورا هاما ومساعدًا في عملية التشخيص من حيث تقديم المعلومات عن تاريخ تطور حالة الطفل وأنماطه السلوكية. (سعيد حسني العزة، 2009، ص 55).

وفيما يلي شرح لأشكال التشخيص والتقييم والأدوات المستخدمة:

❖ التشخيص الطبي:

ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النواحي التالية:

- التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل: حيث يشمل هذا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل والولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى، وطبيعة المشكلات التي يمكن أن يكون قد تعرض لها الطفل وتحديد زمنيها مع الإهتمام بأصول الوراثة، ومشاكل التفاعل الإجتماعي.
- الكشف السريري: وهو الكشف الذي يقوم به الطبيب بشكل مباشر للطفل، وهو كشف مبدئي بهدف التعرف على الوضع الصحي الأولي للطفل.
- الفحوصات الطبية: وتشمل على فحوصات متنوعة مثل: التصوير الطبقي، الرنين المغناطيسي فحص السمع، النظر، فحوصات الدم والبول ولبراز... الخ، وهدف هذه الفحوصات هو التأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي واضح لديه.
- ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل: وذلك من خلال الزيارات الأولى في العيادة، وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية، الذي يمكن من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئياً.
- ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، الطب النووي، اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل. (مصطفى نوري القمش، 2013، ص 241-242).

❖ التشخيص والتقييم السلوكي:

يعتمد الأخصائيون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل وعلى أية حال يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبديها الطفل ازدادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي، كما يلعب الوالدين دوراً حيوياً في عملية التشخيص، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية لأن اضطراب التوحد يتم سلوكياً، وكلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف معينة ازدادت احتمالات تشخيص التوحد، وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوك دقيق للسلوك التوحدي فإن هناك 5 محاور يجب أن يشملها هذا التشخيص وهي على النحو التالي: (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 199).

- وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين، وعلى سبيل المثال فإن وصف الطفل على أنه عدواني يقدم القليل من الفائدة، وفي المقابل فإن وصفاً مثل: إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرسغ والنوع يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل. (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير، 2009، ص 118).

- درجة كل سلوك ومقدراه:

يعني أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، ويتم ذلك بتحديد تكرير السلوك أو مقدراه على سبيل المثال: استتارة الذات أو نوبات الغضب فقد يتم قياسها بتحديد المدة، كأن تحدد فترة نوبة الغضب أو عدم ظهورها وذلك بذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

- البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي يظهر فيها، وللمساعدة في فهم وتوقع السلوك فلا بد من تحليل وتقييم البيئة التي يظهر فيها وكذلك الفعل الذي عادة يلي السلوك في البيئة Conséquences Antécédents وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك وهذا التحليل يرجع إلى النموذج المعرفي وهو ما يطلق عليه توابع السلوك مثال: الطفل الذي يلجأ إلى سلوك اللسع أو القرص، حيث يسبق السلوك الوصفي التالي، يظهر السلوك عادة خلال ثوان، ويتبعه عادة مهمة تعليمية، أما النتائج يؤخذ الطفل إلى المكتب المسؤول ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى المنزل، ومن هنا نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدوانية أو الفوضوي. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 200-201).

- الوظيفة المقصودة:

إن كثير من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل ومن هنا فإن السلوك الوظيفي ممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل، إن إتباع تقييم سوابق السلوك، والسلوك وتوابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفياً ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعاً والمرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

- الحصول على الانتباه أو على الشيء المرغوب.
- الهروب من متطلب محدد والهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.

• تتجنب نشاط محدود مثل تجنب مهمة صعبة، أو الانتقال أو الاعتراض على نشاط معين. (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير، 2009، ص 118).

- الاستثارة الذاتية:

إن سلوك الاستثارة الذاتية أو ما يدعى السلوك النمطي يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، تحريك الأشياء أمام العينين وهز الجسم، والتي تمتد فترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين بتغذية راجعة حسية حركية، والتعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة قد تكون أحياناً من قبل حركات العينين عند تعرضها للضوء، وعند القيام بتعبيرات الوجه غير مناسبة ومعظم هذه السلوكيات تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن أن لا تمثل هذه المعاني أبداً، كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، وما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية من الاستجابات الأكاديمية ويكون اللعب واضحاً وذلك في الوقت الذي تكون فيه أنماطه قد ازدادت وتطورت. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 201).

❖ التشخيص الفارقي:

عند العمل على تشخيص حالات التوحد فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المشابهة لحالات التوحد، وذلك بسبب التشابه في الأعراض والخصائص السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى مثل: فصام الطفولة، الإعاقة العقلية، العصاب، الإعاقة الإنفعالية الشديدة حيث أن مثل تلك الاضطرابات يمكن أن يظهر فيها الطفل نفس الخصائص أو بعضها بما يتشابه وأعراض التوحد، والهدف الرئيسي من تلك العملية ليس إعطاء تسمية لنوع الاضطراب بشكل أساسي، ولكن الأهم هو العمل على اختيار البرنامج السلوكي والتربوي المناسب لحالة الطفل. وكذلك فإنه يمكن التطرق إلى مجالين في التشخيص الفارقي،

أولهما: التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد أو ما يسمى بالاضطراب طيف التوحد (ASD) حيث أنه يتكون من خمسة أنماط أو أشكال يمكن أن يظهر فيها الاضطراب وهي:

➤ **التوحد التقليدي (Autism):** وهو ما يظهر لدى الأطفال في الثلاث سنوات الأولى ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، واللعب والسلوك.

➤ **طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder):** ويشتمل على:

- اضطراب النمو الشامل غير المحدد (PDD-NOS): والذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد، ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، كما أنه يوجد ضعف واضح في المهارات اللفظية وغير اللفظية.

- ملازمة ريت (Rett Syndrome): حيث يكون النمو طبيعياً من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، بعدها يظهر بطئ في نمو الرأس (بين 5-48 شهراً)، وفقدان بعض القدرات مثل: استخدام اليدين بالطريقة الصحيحة، وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح، وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري.

- متلازمة اسبريجر (Asperger Syndrome): يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية.

- اضطراب الطفولة التحللي (Childhood Disintegrative disorder): عادة لا يظهر إلا بعد عمر السنتين من عمر الطفل، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة.

ثانيهما: اضطراب التوحد والاضطرابات المتشابهة، فقد أجريت العديد من الدراسات التي حاولت أن تقارن بين الأعراض التي تظهر لدى أطفال التوحد وبعض الإعاقات مثل: فصام الطفولة والإعاقة العقلية والعصاب والإعاقات الانفعالية الشديدة، وخلصت معظم الدراسات إلى وجود فروق في الخصائص والصفات التي يتميز بها أطفال التوحد عن أقرانهم الذين يعانون من بعض الاضطرابات.

وبالنسبة للتوحد والفصام فقد وجد أن أهم ما يميز أطفال التوحد لديهم بشكل عام مهارات اجتماعية أقل من الأطفال المتخلفين عقلياً، كما أن لأطفال التوحد مهارات حركية وحسية وأداء أفضل في بعض الجوانب مثل: الموسيقى، الرياضيات من الأطفال المتخلفين عقلياً. (مصطفى نوري القمش، 2013، ص 252-255).

❖ التشخيص التكاملية:

إن عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة تشمل على أكثر من جانب وبحاجة إلى العديد من المختصين للقيام بها، ولعل ذلك يساعد بشكل مباشر على الوصول إلى التشخيص الدقيق من جهة، ومن

جهة أخرى فإنه يسمح لنا بالتعرف على طبيعة الخصائص السلوكية والتربوية والشخصية التي يتصف بها أطفال التوحد قبل الشروع في إعداد البرامج السلوكية والتربوية التي سوف يتم العمل بها معه، حيث يساعد هذا الإجراء على اختيار البرامج السلوكية والتربوية المناسبة لحالة الطفل، لضمان تحقيق القدر الأكبر من الاستفادة بالنسبة لطفل التوحد والمختصين العاملين معه وكذلك الأسرة.

وللوصول إلى ذلك لابد من قيام فريق متعدد التخصصات بعملية التشخيص، وذلك تبعا لمرحلة التشخيص التي يمر بها الطفل والتي تتضمن مقابلة الأسرة والأشخاص المقربين أو المعنيين بتربية الطفل، مروراً بفترة المراقبة والملاحظة المباشرة وغير المباشرة، ومن ثم التطبيق لبعض القوائم والمقاييس المناسبة لحالة الطفل، وبناء على طبيعة الخصائص والسمات التي يظهرها الطفل.

لذلك يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طبيب الأطفال، طبيب أعصاب، طبيب نفسي ... الخ)، الأخصائي النفسي، أخصائي التربية الخاصة، الأخصائي الاجتماعي، المعالج الوظيفي معلم التربية الخاصة، أخصائي النطق واللغة، الأسرة... الخ، ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة طفل التوحد. (مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة، 2012، ص 311-312).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نلخص أن اضطراب التوحد يعتبر من بين أكثر الاضطرابات النمائية المزمّنة والمعقدة التي قد تصب الطفل، حيث أنه لا يوجد علاج قاطع للتوحد بالرغم من المجهودات المتواصلة والبحوث المتراكمة من طرف الباحثين والعلماء والمختصين في المجالات النفسية والطبية، لكن التعلم الخاص وتقديم العون والمساعدة بإمكانه أن يقلل من الاضطرابات السلوكية التي قد يتعرض لها المصاب بالتوحد مع تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لديه، ويتوقف نجاح المعالجة على كفاءة المعالج ودقة البرامج العلاجية، كما أن للوالدين دور في مساعدة طفل التوحد وذلك بتدريبه على بعض المهارات اللازمة في حياة الطفل التوحد اليومية، فالوعي المبكر كذلك واكتشاف مواطن القوة والضعف في إمكانات طفل التوحد ومن ثم العمل على تنميتها وتطويرها من شأنه أن يوفر الكثير من الجهد والوقت والمعاناة.

الفصل الثالث: التكفل النفسي

تمهيد

1- التدخل المبكر

- 1-1- تعريف التدخل المبكر.
- 1-2- أهمية التدخل المبكر.
- 1-3- أهداف التدخل المبكر.
- 1-4- مبررات التدخل المبكر.
- 1-5- مراحل التدخل المبكر.
- 1-6- نماذج التدخل المبكر.
- 1-7- التدخل المبكر والتأهيل للأطفال التوحد.

2- التكفل النفسي.

- 2-1- تعريف التكفل النفسي.
- 2-2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
- 2-3- أهداف التكفل النفسي.
- 2-4- أنواع التكفل النفسي.
- 2-5- مراحل التكفل النفسي.
- 2-6- أساليب التكفل النفسي.
- 2-7- وسائل وتقنيات التكفل النفسي.
- 2-8- البرامج العلاجية للتكفل النفسي بالطفل التوحد.

خلاصة الفصل

تمهيد:

عرفت الآونة الاخيرة انتشار و بروز الكثير من الاضطرابات والتأخرات النمائية التي عجز مجال الطب والأدوية عن علاجها، فشهد العقدين الأخيرين توسعا كبيرا وسريعا في كثير من دول العالم فيما يتعلق بخدمات وبرامج التدخل المبكر والتكفل النفسي، فهذا الميدان من الطب النفسي يعني بتربية وتدريب الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة بهدف مساعدتهم على علاج تأخرهم النمائي من خلال تدريبهم على تعلم سلوكيات جديدة مرغوبة تمكنهم من تحقيق توافقه الذاتى والنفسى، وبالمقابل مساعدتهم على تعديل بعض سلوكياتهم الشاذة أو الكف عنها، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف كل من التدخل المبكر والتكفل النفسى إضافة إلى بعض المفاهيم ذات الصلة، أهداف كل منهما، الأنواع والمراحل والخدمات العلاجية التي يقدمونها للأطفال التوحد.

1- التدخل المبكر:**1-1- تعريف التدخل المبكر:**

التدخل: عملية تتضمن كبح أو مقاومة السلوكيات غير المثمرة أو غير المرغوبة، ومحاولة تغييرها أو توجيهها إلى مجالات أكثر فائدة. (محمد السيد عبد الرحمن و منى خليفة علي حسن، 2005، ص 25).

التدخل المبكر:

التدخل المبكر يعني التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم، فهو نظام خدمات تربوي وعلاجي وقائي، يقدم للأطفال منذ الأيام أو الأسابيع الأولى بعد ولادتهم، وخاصة لمن هم في خطر حسب المنظور الطبي الذي يعتمد على التاريخ الأسري ومسار الحمل وحالة الولادة الصحي البدني وما بعدها لتحديد ذلك، يرتبط التدخل المبكر باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها بأسرع ما يمكن معتمدا على تقييم الحالة بالكشف النمائي والاختبارات الصحية والوراثية والنفسية وغيرها، يتم التقييم بعد وجود إشارات محدودة دالة على الحالة. (محمد علي كامل، 2005 ص 56)

هو تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحولها إلى عجز دائم وتقادي الآثار السلبية و المشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في جوانب نموه و تعلمه و توافقه أو التقليل من حدوث هذه الآثار و حصرها في أضيق نطاق ممكن. (عبد المطلب أمين القريطي، 1996، ص 24)

و هو تلك الخدمات و البرامج التي تقدم للأطفال المعاقين بهدف الإسراع بتعديل نموهم و الإخلال والتخفيف من أثر الظروف الصعبة التي تواجههم، مع السعي نحو إشباع احتياجاتهم و تعويضهم عن النقص الذي يعانون منه، والإسراع بهؤلاء الأطفال لمحاولة اللحاق بمن في مثل عمرهم ممن يتقدمون في نموهم بدون تعثر. (سعيدة محمد بهادر، 2002، ص 99)

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا لأنه أصبح يستهدف بالإضافة إلى الأطفال المعاقين الأكثر عرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية بما فيه أطفال التوحد وطيف التوحد. (احمد نايل الغرير و بلال احمد عودة، 2009، ص 132).

1-2- أهمية التدخل المبكر:

إن أهمية التدخل المبكر في فترة نمو الطفل تعطي فرصا كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته، لأن معدل نمو المخ لاسيما في الأشهر الثلاثة الأولى، تكون سريعة حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى

نصف حجم مخ البالغ عند مرحلة ستة اشهر من عمر الطفل، فإن البدء في سن مبكرة يتيح فرصة أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر. (مجد علي كامل، 2005، ص 58).

كما تكمن أهمية التدخل المبكر في الطفولة الأولى ما قبل سن المدرسة في أن تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن، إلى جانب المهارات اللفظية والكلام والتحكم في البول تعتبر ذات أهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

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

كما ترتبط أهمية التدخل المبكر بحقائق مهمة هي:

- تعديل الاتجاهات الأسرية السلبية نحو الطفل المعاق.
 - تزويد الوالدين بالمهارات اللازمة التي يحتاجونها في التعامل والتواصل وكيفية إكسابه المهارات المختلفة.
 - زيادة الوعي الوالدي بأسباب الإعاقة وكيفية اكتشافها مبكراً وكيفية التعامل معها.
 - يساعد التدخل المبكر على نمو قدرات وشخصية الطفل بصورة أقرب لسواء.
 - الحد من المشكلات التعليمية والصحية والنفسية التي يمكن أن يعاني منها الطفل المعاق في المستقبل.
- (عادل محمد العدل، 2013، ص 310-311).

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

1-3- أهداف التدخل المبكر:

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

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

- إن التأخر الحركي والعقلي يؤخران الطفل من اكتساب المهارات اللغوية مع أن المراحل التي يمر بها الطفل المتأخر عقليا هي نفس المراحل التي يمر بها إي طفل، لذا يجب مساعدة الطفل على المتأخر على الاتصال البصري ليتمكن من رؤية الأشياء ورؤية حركة الشفاه، وتشجيعه على إصدار أصوات وتدريبه على مهارات التقليد وربط ما يقوم به بالتوجيه اللفظي.

- مساعدة الأسرة، إذ أن أسرة الطفل المعاق تواجه مجموعة من المشاكل الاجتماعية والنفسية لذلك يجب الاستماع بدقة إلى أسئلة الأسرة والإجابة عليها بشكل واقعي وغير مبالغ فيه، ويجب إيضاح مواقع القوة والضعف ويجب إشراك الأسرة في الاختبارات وتصاميم البرامج العلاجية كما ويستحسن دعوة أسر أخرى لحضور جلسات تدريب للأسر لأطفال آخرون. (احمد نايل الغرير و بلال احمد عودة، 2009، ص، 234-235).

1-4- مبررات التدخل المبكر:

أن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة، وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكرا أكثر كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم كبير، وقد أسدلت هذه النتائج الستار إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائدا في السابق ومفاده أن ظاهرة النمو ثابتة لايمكن تغييرها، فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره، وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

- أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين الذين لا تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضا.

- أن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.

- أن التأخر النمائي قبل الخامسة من مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.
- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
- أن تدهورا نمائيا قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحا مع مرور الأيام. (جمال الخطيب و منى الحديدي، 1988، ص 35-36).
- أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل إن البيئة تلعب دورا حاسما في جوانب النمو المختلفة.
- تعرض الطفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كما ونوعا تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ، ودماغ الطفل في الشهور الستة الأولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه الملائمة للأصوات التي يسمعها، وفي العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة لتكوين رموز عقلية الأشياء والأحداث والناس، ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة وتغلق في عمر 5 أو 6 سنوات.
- أن التدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلها المعاق مواجهة صعوبات هائلة لاحقا.
- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل من نسبة النفقات المخصصة للبرامج التربوية الموجهة لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- حتى يكون للأسر الأطفال المعاقين قواعد ثابتة عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية. (نادية علي العجمي، 2011، ص 16-17).
- وللأسرة دور فعال وكبير في تنشئة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، والأطفال التوحيدين بصفة خاصة، فرعاية الأسرة وحنان وعطف الوالدين يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه.
- وتربية الطفل الرضيع في بيئة منزلية منبهة يكون أفضل، إلا أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار أنه من الممكن ألا تزود هذه البيئة الطفل الرضيع بالاستثارة المناسبة لنموه بطريقة جيدة، ولهذا ينبغي تدريب الوالدين لتسهيل النمو السليم للطفل الرضيع. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2010، ص 194). ومن كل هذا فإن السنوات الأولى من حياة الأطفال مرحلة حرجة جدا ومهمة للغاية، وهذا ما أكده عدد كبير من الدراسات والأبحاث في المجال حيث يكون الطفل في المراحل الأولية من عمره أكثر حساسية وعرضة للاستجابة للتجارب والمثيرات المحيطة به، وبالتالي فإن توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال

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

1-5 مراحل التدخل المبكر:

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد، وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً إلا أنه عند التطبيق مع بعضهم البعض ولا يمكن التفريق بينهم بسهولة، ونفصل المراحل المذكورة سابقاً فيما يلي:

• التعرف:

أي التحقق ويعني ملاحظة العلامات الأولى أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاد.

• الاكتشاف:

عن طريق بحث هذه العلامات والإرشادات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية، مثل تحليل الفينيل كيتونوريا واختبارات كشف الإعاقة السمعية واضطرابات النمو، ولا تمثل مخرجات هذه الاختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.

• التشخيص:

ويكون نتيجة وجود الإعاقة في النمو بجانب معرف الأسباب المسببة لها، والتشخيص يأخذ مكانة في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرض لخطر أو انحراف النمو.

• التدريب:

كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو، هذه الأنشطة تتضمن تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعيات والتغذية.

• الإرشاد:

وهو كل أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للأباء، الأسرة، الأسرة المفككة والإمداد بالمعلومات عامة. (فؤاد عيد الجوالده، 2012، ص 196-197).

1-6 نماذج التدخل المبكر:

لقد تعددت نماذج التدخل المبكر بسبب التطور الدائم لتقديم هذه الخدمات للأطفال ولكن المشكلة تكمن في أن بعض هذه النماذج قد تكون ملائمة مع بعض الأطفال دون آخرين، حيث أن الحالات

الخاصة مختلفة ومتباينة من حيث الأعراض، والأسباب وحتى الأساليب التدخلية العلاجية، لكل هذه النماذج -إيجابيات وسلبيات أهمها:

❖ التدخل المبكر في المراكز:

يتم في هذا النموذج تقديم خدمات التدخل المبكر في المراكز، حيث يلتحق الأطفال من هم في عمر سنتين إلى ست سنوات بمركز خاص بواسطة مهنيين، للاستفادة من البرامج المقدمة لهم لمدة (3) ساعات على (5) ساعات يوميا، حيث يتم تقييم حاجات كل طفل على حده باستخدام الاختبارات والمقاييس الخاصة من اجل وضع برنامج فردي لكل طفل يتوفر فيه تحقيق أهداف معينة، وتشمل الخدمات التي تقدم في المراكز على جوانب هامة منها التدريب في الخدمات التي تقدم في المراكز على جوانب هامة منها التدريب في مختلف مجالات النمو وتقييم حاجات الأطفال لتقديم برامج مناسبة لهم ومتابعة أدائهم.

إيجابيات هذا النموذج:

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

سلبيات هذا النموذج:

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

❖ التدخل المبكر في المنزل:

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

إيجابيات هذا النموذج:

- غير مكلف من الناحية المادية.

- يوفر خدمات للأطفال الحالات الخاصة ضمن بيئتهم الأسرية العادية.
- يضمن مشاركة الأسرة في التكفل.

سلبيات هذا النموذج:

- ضعف المستوى التعليمي للأسرة يؤدي إلى عدم قدرة بعض الأولياء على تدريب أبنائهم بشكل فعال ومناسب.
- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل في أن يتفاعل اجتماعيا.
- إهمال بعض الأولياء للتعليمات الأخصائيين. (الحازمي وعدنان ناصر، 2007، ص92-95).

❖ التدخل المبكر في المستشفيات:

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

ايجابيات هذا النموذج:

- يتضمن تدريب الوالدين وحثهم على المشاركة الفاعلة في رعاية طفلها.

سلبيات هذا النموذج:

- قد يكون باهظ التكاليف. (جمال الخطيب و منى الحديدي، 2004، ص40).

❖ التدخل المبكر من تقديم الاستشارات:

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

❖ التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن ولتوصيل المعلومات المفيدة لهم، وغالبا ما يتم تنفيذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين للأولياء الأمور بلغة واضحة كيفية تنمية مهارات

أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير السوية التي يظهرونها. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص29).

ونظرا لما تمت الإشارة إليه من نماذج التدخل المبكر نجد أنها تقوم على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو، فالبرنامج الذي يناسب طفلا قد لا يناسب طفلا آخر بنفس الدرجة، فكل طفل في حاجة إلى برنامج خاص به وذلك بما يتناسب مع شدة الاضطراب، ومن هذا المبدأ تعددت وتباينت نماذج التدخل المبكر، ولكنها تشترك من حيث المبتغى حيث أنها تهدف إلى تقديم خدمات طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، للحد من زيادة السلوك الشاذ.

1-7- التدخل المبكر والتأهيل للأطفال التوحد:

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساسا على وجهة النظر التي كانت سائدة حول أسباب التوحد، كان يعتقد سابقا بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية، فقد كان المعالج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات م.

وأن معظم برامج المعالجات النفسانيين للأطفال كانت تأخذ شكل جلسات للمريض، ويتضمن العلاج مرحلتان: الأولى يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج. والثانية تركز على تطوير المهارات الاجتماعية وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء.

كما تستخدم طريقة المعالج البيئي وتتضمن برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية، أما التدخل التربوي فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك، كما انه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج، وبالإضافة إلى برامج تعديل السلوك فإن البرامج التربوية يجب أن تتضمن تركيزا على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوحد، وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفتقده الأطفال التوحديين.

وبشكل عام فإنه ليس هناك علاج محدد للاضطراب التوحد، إذ ليس هناك ثوابت علاجية للتعامل مع حالة مرضية تتغير أعراضها وحدثها وطبيعتها البيولوجية والاجتماعية مع تقدم الطفل المصاب بالعمر، بمعنى أن لكل طفل مصاب بالتوحد برنامجا علاجيا مصمما له بشكل خاص، ويمكن تناول الملاحظات التالية في موضوع التدخل المبكر والتأهيل:

- يجب تهيئة ظروف معينة للتعامل مع كل مريض من التوحد بشكل مختلف بحسب طبيعة ذلك الطفل.
- الصبر والجهد والمثابرة عناصر أساسية يجب توفيرها لدى الوالدين والهيئة التدريسية في ميدان العناية بطفل التوحد.
- تكييف البرامج التنشيطية والتربوية أمر مطلوب يمكن أن يصبح ضروريا أثناء مرحلة التأهيل اللغوي والاجتماعي.
- التدخل والتكفل المبكرين ضرورة حتمية في حالات التوحد. (احمد نايل الغزير وبلال احمد عودة 2009، ص217-219).

2. التكفل النفسي:

2-1- تعريف التكفل النفسي:

لغة: "اشتق التكفل في اللغة العربية من كلمة كفل، ويقال كفلا وكفالة، أي أخذ على عاتقه (على مسؤوليته). وتعهد بشيء أو بشخص وألزمه." (المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2000، ص 1240).

اصطلاحا: يعرف التكفل النفسي بأنه مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبله وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته. (جودت عزة عبد الهادي وسعيد حسني العزة، 1999، ص 14).

كما يعرف أيضا بأنه مجموعة التقنيات العلاجية والمواقف التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي أو اضطرابات سلوكية معتمدا في ذلك أساليب نفسية في العلاج. مبتعدا قدر الإمكان عن الأدوية حيث يعتمد على الإختبارات النفسية، ودراسة تاريخ الحالة المرضية للكشف عن السبب الحقيقي للاضطراب الذي يعاني منه المفحوص. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص 165).

كما عرفه المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا دقسي 2 قسنطينة " بأنه عملية يقوم بها المجتمع متمثل في هيئة أو مؤسسة لتحقيق مجموعة من الأهداف، تسمح بالوصول للفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليته من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال. (http://ar facbook com per mal nik 12:39h 30/04/2021).

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن التكفل النفسي هو وسيلة يعتمد عليها الأخصائي النفسي بهدف إقامة علاقة تقوم على التواصل بينه وبين المفحوص الذي يعاني من اضطرابات في التكيف مع الواقع أو من يعانون من مشكلات نفسية أو سلوكية، حيث يعمل الأخصائي النفسي على التكفل بتشخيص الاضطرابات التي يعاني منها المفحوص قصد معرفة الأسباب ومن ثم تحديد استراتيجيات وطرق التدخل.

2-2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

1. **التكفل:** هو عملية يقوم بها المجتمع متمثل في هيئة أو مؤسسة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول للفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وإنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلالته من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال. (<http://ar.facebook.com/per.mal.nik> 12:39h 30/04/2021).
2. **الرعاية:** هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها القدرة على المعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد والمتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض. (بن فاضل سعاد، 2012-2013، ص 25).
3. **التأهيل:** هو العملية الكلية التي تتضافر فيها جهود فريق المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة من خلال تقدير طاقاته ومساعدته على تميمتها والإفادة منها لأقصى ما يمكن. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2013، ص 281).
4. **التوافق:** هو مجموعة الأنشطة التي يقوم بها الفرد لإشباع حاجة أو التغلب على صعوبة أو اجتياز معوق أو العودة إلى حالة التوافق والتلاؤم والانسجام ، مع البيئة المحيطة وهذه الأنشطة يمكن أن يصبح ردود فعل أو استجابات عادية مألوفة في سلوك الفرد في المواقف المشابهة، والتكيف الناجح يؤدي إلى التوافق. (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 117).
5. **التكيف:** عملية تلاؤم الفرد مع البيئة التي يعيش فيها وقدرته على التأثير فيها، ويعني أيضا محاولات الفرد النشطة والفعالة التي يبذلها خلال مراحل حياته المختلفة لتحقيق التلاؤم والتوافق والانسجام مع بيئته حيث يساعده هذا التوافق على البقاء والنمو وأداء دوره ووظيفته الاجتماعية بصورة طبيعية. (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 118).

2-3- أهداف التكفل النفسي:

- ترميم الشخصية وإعادة بنائها وذلك بمساعدة الطفل على تحقيق التوافق الذاتي والنفسي.
- تعديل أو تبديل أو إزالة أنماط سلوكية ظاهرية.
- المساهمة في نمو تقدير الذات وتعزيز الثقة بالنفس وبالآخرين.
- إزالة الاضطرابات من خلال تقوية وتدعيم قدرات الفرد لجعله قادرا على التحكم في حالاته الانفعالية المضطربة.
- محاولة تحسين حالة المريض واختصار مدة التكفل به، وذلك من خلال اختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى.
- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه لذاته فهما صائبا وموضوعيا بعيدا عن المبالغة. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 125).
- حل الصراعات الناجمة عن العجز، الصراعات التي تسبب عجز الإنسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة.
- زيادة قبول العميل لذاته والرضا عنها.
- استخدام أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل التي تواجه العميل ومن ثم التغلب عليها.
- تنمية تحقيق الذات لدى العميل بحيث يشعر بالأمن والأمان. (أحمد النابلسي، 1988، ص 74).

2-4- الأسس العامة للتكفل النفسي:

- ثبات السلوك الإنساني نسبيا: يحدث هذا السلوك نتيجة تفاعل الفرد مع بيئته، وهي استجابات يقوم بها الأفراد على مثيرات صادرة من البيئة، إذ تغلب على هذا السلوك صفة التعلم، والاكنتاب ويوصف بالثبات النسبي وإمكانية التنبؤ به خاصة إذا توفرت الظروف والمثيرات.
- مرونة السلوك الإنساني: هو ليس جامدا، لذا وجب قبوله للتعديل بالرغم من ثباته النسبي وإمكانية تغييره بالاعتماد على برامج تعديل السلوك الإنساني.
- اجتماعية السلوك الإنساني: بما أن الفرد يلعب أدوارا اجتماعية مختلفة فهو أب، أخ، زوج...، يؤثر في الجماعة التي يعيش فيها، وهي بدورها تؤثر فيه، لذا على المعالج أن يأخذ بعين الاعتبار شخصية هذا الفرد، ومعايير واتجاهات الجماعة، والقيم السائدة في مجتمعه عند محاولته تغيير سلوك الفرد غير المرغوب.

- استعدادات الفرد للتوجيه: بأن تكون لديه رغبة التوجيه، التكفل، والاستعداد لتقبله للتخلص من المشكلات التي يعاني منها، وإشباع حاجاته.
- حرية الاختيار: فالإنسان صانع لمصيره، ومستقبله، والمعالج يجب أن يساعده في فهم ذاته، ميوله، وقدراته، ليتمكن من حل مشكلاته والتحكم فيها وضبطها، دون فرض من الغير، واتخاذ القرارات بدل عنه.
- التقبل: على المعالج تقبل المتعالج، بغض النظر عن اتجاهاته سواء أكان يقرها أم لا، وعليه فهم مشكلاته، مع عدم وصفه بالبليد، أو المنحرف، أو بأي صفة، فإذا تقبله تقبلاً غير مشروط، ساعد ذلك على خلق جو من الثقة والاحترام، وهذا يعينه على حل مشكلات المريض. (رحيمة بن سماعيل، 2014-2015، ص 37-38).

2-5- مراحل التكفل النفسي:

للتكفل النفسي مراحل يقوم بها الأخصائي النفسي وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

➤ الفحص exam:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً لدى المعالج من حيث أهميتها، هدفها، ومصادر المعلومات كالبيانات وخطوات الفحص.

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلط الطارئ على هذا التوازن، كما يمكن يعرف أيضاً على أنه مجموع الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على الاضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- تحديد الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

ويقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملاً بقية أبعادها، ويعتبر الباحثان Rabbins و stern الفحص النفسي " يعني أن يتعلم الفاحص متى

يسكت، ومتى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص.

الهدف من الفحص:

يكن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا والوقوف على نواحي قوته وضعفه، وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين وخاصة الأقرب إليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

شروط الفحص:

يجب أن تراعى في عملية الفحص الشروط التالية:

- دقة وموضوعية الفحص: وهذا من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق وبالتالي تقييم عملية العلاج.
- حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص، حتى يستطيع المعالج مساعدته فكثيرا ما يكون الفحص متعذرا بسبب ما يبديه العميل من مقاومة وعدم التعاون.
- سرية المعلومات: وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة وفي جو آمن.

- تنظيم المعلومات: وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويتضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية.
- تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج وعليه يحدد إذا كانت الحقائق ثابتة أو احتمالية، ويمكن قياس صدق العميل بطرح بعض الأسئلة التي لا يمكن الإجابة عليها بالنفي وعلى الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:

- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى يسأل.
- إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية.
- التأني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفة.
- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان.
- سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد. (علي حمايدية، 2015-2016، ص 37).

➤ التشخيص Diagnosti:

تعريفه: هو مجموعة من الإجراءات يقوم بها فريق بالمراكز متعددة التخصصات من أطباء وتربية خاصة وعلم نفس وإرشاد وأمراض كلام وعلاج طبيعي وعلاج وظيفي، وهذه الإجراءات تهدف إلى التأكد

من وجود حالة إعاقة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية الكشف المبكر. (عادل محمد العدل، 2013، ص 319).

ويعرف أيضا بأنه عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، وتتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه. (عبد الله يوسف أبو زعيزع، 2014، 241).

وبالتالي نقصد بالتشخيص فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب ثم جمع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج المناسب.

هدفه: وتتمثل الأهداف العامة لتشخيص الإكلينيكي فيما يلي:

- تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- التمييز بين الاضطراب الوظيفي والعضوي.
- الكشف عن كيفية الاستجابة للاضطراب.
- تقدير درجة العجز العضوي والوظيفي.
- تقدير عمق ودرجة وشدة الاضطراب.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد الأسس يبني عليها اختبار خطة علاجية معينة.
- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائياً. (خالد عبد الرزاق النجار، 2008، ص 27).

➤ العلاج La thérapie:

يعتبر العلاج النفسي الطريقة العلاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج والمريض.

ويشارك في عملية العلاج كل من الأخصائي في العلاج النفسي والطبيب النفسي والأرطوفوني والمربي، فدور المعالج النفسي لا يقتصر على تطبيق التقنيات والوسائل العلاجية بل يتعدى ذلك إلى اعتماد وتطبيق بعض البرامج ذات الأهداف العلاجية ويجب حث الأهل والمدرسين لإشراكهم في تطبيق البرامج المختصة بمعالجة ومساعدة الأطفال.

ويتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لا بد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عميق ينبغي إذن أن توضع خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع تنفيذ. (علي حمادية 2015-2016، ص 41).

➤ التنبؤ Pronostic:

يمكن القول أن الفحص يتناول ماضي وحاضر العميل (ما حدث، وما يحدث)، في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المريض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره ويتضمن المآل الذي يتحدد في ضوء بدايته وأسبابه وأعراضه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه، وشخصية المريض وتوافقه مع بيئته وظروف حياته وصحته العامة.

وعندما يقوم المعالج بتحديد التنبؤ يكون حاله مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل.

➤ الهدف من التنبؤ:

تهدف عملية المآل إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع وتحديد أنسب طرق العلاج لتحديد أكبر قدر من النجاح. (علي حمادية، 2015-2016، ص 41).

➤ 2-6- أنواع التكفل النفسي:

➤ العلاج بالتحليل النفسي:

يعتبر العلاج بالتحليل النفسي من أقدم الطرق النفسية المستعملة، بحيث يعتمد هذا العلاج على تحليل الخبرات والذكريات الماضية المكبوتة في مرحلة الطفولة المبكرة التي يرى فيها زعماء التحليل النفسي أنها السبب الرئيسي لحدوث مختلف الأمراض العصبية، وعليه يجب إتباع طرق علاجية تحليلية التي تمنح للمفحوص القدرة على تذكر الخبرات الماضية مما يشجعه على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته، فلاستبصار يؤدي إلى التغيير التلقائي، فالتحليل النفسي خاصة منه التدعيمي يهدف إلى الكشف عن الأسباب والعوامل الأصلية في حدوث المرض، فهو يتجه إلى حل مشكلات المريض والعمل حل صراعاته وإزالة عوامل الضغط وتخليص المريض من الشعور بالذنب، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإعادة الثقة بالنفس لدى المريض، وكذلك الوقوف بجانبه وتنمية روح التفاؤل لديه. (عطوف محمد ياسين، 1981، ص 120).

➤ العلاج السلوكي:

يرى أنصار العلاج السلوكي أن السلوكيات المرضية تكتسب بنفس الطريقة التي تكتسب بها السلوكيات السوية بفضل التعلم وتعديل السلوك، السلوك يحدد كمحاولة لأجراء التعلم أو لتطبيق مبادئ نفسية تجريبية بهدف معالجة المشاكل السلوكية التي تعتمد مبادئ التعلم إما لرفع أو زيادة تواتر السلوك

المرغوب فيه عند الفرد، أو لخفض توتر السلوك غير المرغوب فيه والعلاج السلوكي ينجح في حالات الجنوح والخوف والعدوانية والاضطرابات الأحادية الأعراض، ولإزالة الأعراض الاضطرابية يتبع العلاج السلوكي طريقتين أساسيتين الأولى تتمثل في إزالة الروابط السلبية القائمة بين المثير والاستجابة، والثانية خلق روابط جديدة. (أنس عبو، 2009، ص 179).

➤ العلاج المعرفي:

يركز العلاج المعرفي على أهمية الأفكار والمعتقدات ودورها في السلوك السوي وغير السوي، حيث يركز هذا التوجه العلاجي على ضرورة تعليم الناس أن يفكروا بطرق أكثر تكيفا، من خلال تغيير أفكارهم السلبية عن أنفسهم وعن العالم، على عكس العلاج السلوكي الذي يركز على تعديل السلوك الخارجي فإن المعالجين المعرفيين يهدفون على تغيير الطريقة التي يفكر بها الناس بالإضافة إلى تغيير سلوكهم. وعلى الرغم من أن الطرق العلاجية المعرفية تتخذ أشكالا عدة، فإنها تشترك جميعا في افتراض عام مفاده أن القلق، الاكتئاب، والانفعالات السلبية التي تنشأ عن أفكار غير تكيفيه، وتبعاً لذلك فإن العلاج المعرفي يهدف إلى تغيير نمط الأفكار التي تؤدي إلى أن يقع الشخص في فخ طرق التفكير غير التكيفي فيقوم المعالجون بتعليم العملاء أن يواجهوا هذه الافتراضات ويتحدونها، ويتقبلون طرق جديدة لحل المشكلات.

والعلاج المعرفي يستغرق مدة قصيرة نسبيا (عشرون جلسة حد أقصى)، ويميل هذا العلاج إلى أن يكون محددا ومركزا على المشكلات المحسوسة ومن الطرق المستخدمة في هذا النوع من العلاج طريقة "إليس". (أحمد محمد عبد الخالق، 2015، ص 463).

➤ العلاج بالاسترخاء:

و علاج نفسي يعلم الفرد كيف يهدأ أو يتغلب على المواقف الصدمة القاسية التي يتعرض لها الفرد، وهو عبارة عن تجربة جسمانية تتجه للمعاش الجسماني للمريض، وهو علاج منشرا كثيرا في جميع أنحاء العالم نظرا لفعاليتها على الراشد وحتى الطفل ويتطلب تخصصا كباقي العلاجات. Dechemia (Dedie, 1995, p 98).

فلاسترخاء يؤدي إلى إعادة توزيع الطاقة في شكل متوازن لإزالة التشنجات العضلية التي تتركز في مختلف أعضاء الجسم.

كما تشير الأبحاث إلى أن الاسترخاء يؤدي للحد من إفراز مادة الأدرينالين وبالتالي يقلل من انعكاس الانفعال النفسي على الصعيد الجسمي بمعزل عن العالم الخارجي مما يخلصه من آثار الصراعات النفسية. (أحمد النابلسي، 1988، ص 74).

وتعددت الطرق المستعملة في عملية الاسترخاء وهدفها الوصول إلى هدوء عصبي وعضلي بفضل التمارين المنظمة عن طريق التمدد تدريجياً بالتحكم بالجانب العضلي والانفعالي، ومن أهم التقنيات الاسترخاء نجد:

- تقنية التدريب الذاتي.

- تقنية إعادة تربية القدرات. (Brussete(f) psychanalyse, 1987, p 100)

➤ العلاج الإسنادي:

يعتبر من العلاجات المنتشرة بكثرة وهو علاج موجه شفوي تشجيعي إيجابي، يطبق على الفرد داخل المكتب العلاجي أو داخل المؤسسة، وهو يهدف إلى تقوية الآليات الدفاعية النفسية للفرد حتى يتمكن من التكيف الجيد مع محيطه، والفاحص هنا لا يتدخل في حياة المفحوص مباشرة وإنما يكون تدخل بنصيحته أو مساعدته أو بتوجيهه في اختياره، وإما بطمأنته أو إعادة الثقة في النفس.

والعلاج الإسنادي يستعمل لحل مشكل راهن عندما يكون الشخص في وضعية تتطلب المساعدة ونوع من التشجيع والتوجيه، ويتم اختيار العلاج كذلك عندما تنعدم الرغبة في العلاج لدى المفحوص والذي يعود لهشاشة شخصيته، فهدف العلاج الإسنادي هو جعل الشخص أكثر قابلية على تقبل علاج أعمق. (Brussete(f) psychanalyse, 1987, p 100).

2-7- أساليب التكفل النفسي:

➤ التعزيز (Reinforcement):

هو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية الشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك، ويعرف وظيفياً من خلال نتائجه على السلوك فإذا أدت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل تكون تلك التوابع معززة ويكون ما حدث تعزيزاً.

إن تقوية السلوك قد يتم من خلال التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي، التعزيز الإيجابي وهو إضافة أو تقديم مثير مناسب ومرغوب فيه من قبل الفرد بعد السلوك يؤدي إلى زيادة احتمال حدوثها في المستقبل أو في المواقف المشابهة. (حسين عبد المعطي وآخرون، 2013، ص 118).

وهذا المعزز الإيجابي من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك، فالمدرسون يستخدمون المعززات كمكافأة السلوك الملائم بعد ظهوره مما يساعد على زيادة تكراره في المستقبل، ومن المعززات الإيجابية (طعام، منحة، هدية، الدرجات... الخ)، والتعزيز الإيجابي ليس الطريقة الوحيدة لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه فيمكننا أيضاً العمل على تقوية السلوك من خلال إزالة مثير بغيض أو مؤلم بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة وهذا الإجراء يسمى التعزيز السلبي، بحيث يستخدم في إيقاف السلوك غير الملائم أو غير مرغوب فيه (أحمد رشيد زيادة، 2013، ص 54)، ونعتبر كل من المعززات الإيجابية والسلبية يعملان على زيادة السلوك الملائم أو الحد من السلوك غير الملائم وتعديله، وأن أوجه الاختلاف بينهما هو أن المعززات الإيجابية تضيف شيئاً مرغوباً فيه أم المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئاً غير مرغوب فيه، وهناك عدة أشكال من المعززات وهي:

- **معززات غذائية:** تشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد، وإحدى المشكلات الأساسية التي تواجه المعالج عند استخدام هذه المعززات هي مشكلة الإشباع أي أن المعزز يفقد فعاليته نتيجة لاستهلاك الفرد لكمية كبيرة منه ويمكن التغلب على ذلك من خلال التنوع أو استخدام أكثر من معزز.
- **معززات مادية:** وهي الأشياء التي يحبها الفرد (كالألعاب والقصص، أقلام تلوين، صور، تذاكر... الخ).
- **معززات رمزية:** وهي معززات قابلة للاستبدال (رموز معينة كالنقاط، أو النجوم... الخ) يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.
- **معززات نشاطية:** وهي نشاطات معينة يحبها الفرد يسمح له بالقيام بحال تأديته للسلوك المرغوب فيه كالسماح للطفل بمشاهدة برنامج التلفزيوني المفضل فقط بعد الانتهاء من تأدية وظيفته المدرسية أو السماح له بالخروج مع أصدقائه بعد أن يقوم بترتيب غرفته.
- **معززات اجتماعية:** وهي الابتسام، الثناء، الانتباه، التعزيز اللفظي ولهذه المعززات إيجابيات كثيرة من حيث أنها مثيرات طبيعية يمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى إشباع. (أحمد رشيد زيادة، 2013، ص 54، 55).

➤ العقاب: (Punishment)

وهو أحد الإجراءات السلوكية المستخدمة في تعديل السلوكيات غير المرغوبة، ويتضمن هذا الإجراء تقديم مثير منفر (عقاب سلبي) أو إزالة معزز إيجابي (عقاب إيجابي)، وذلك بعد حدوث الاستجابة غير المرغوبة فوراً، الأمر الذي يقلل من احتمال حدوث السلوك غير المرغوب فيه في المستقبل ولا بد من التدريب على السلوك البديل لسلوك غير المرغوب حتى يحل محله، وتعزيز الاستجابات التي

تتعارض مع الاستجابات المعاقبة. ومن أهم الآثار الجانبية لاستخدام العقاب شدة الاستجابة الانفعالية لشخص الذي يتلقى العقاب، وتجنبه وسيلة العقاب، وتقليد أسلوب العقاب وممارسته على الآخرين. ويأخذ العقاب عادة عدة أشكال أهمها:

• **العزل:** وهو إجراء عقابي يتضمن عزل الفرد لفترة زمنية محددة في بيئة تكون أقل تعزيزاً، كغرفة خالية من المثيرات الحسية وذلك عاقبة قيامه بسلوك غير المرغوب، ويقسم العزل إلى نوعين هما:

- العزل عن البيئة المعززة نهائياً

- العزل عن المشاركة في النشاطات الممتعة مع بقائه في البيئة المعززة.

• **تكلفة الاستجابة:** شكل من أشكال العقاب يشتمل على أخذ كمية معين من المعززات التي تكون بحوزة الفرد بغد قيامه بسلوك غير المرغوب فيه مباشرة، مع العلم أنه يجب الاتفاق على كل شيء يتعلق بهذا الإجراء مع العميل، ومن إيجابيات هذا الأسلوب أنه سهل التطبيق وقوي الفعالية

• **التوبيخ:** وهو إجراء عقابي شائع يشتمل على التعبير عن عدم الموافقة على سلوك الفرد، وقد يكون التوبيخ لفظي أو غير لفظي كقول كلمة أسكت أو من خلال إيماءات الوجه. وهو ذو فاعلية كبيرة إذا استعمل بانتظام وبشكل صحيح.

• **الممارسة السلبية:** وهي إجراء سلوكي عقابي يستخدم لتقليل السلوك غير المرغوب يشتمل على إجبار الفرد تكلفاً بتأدية السلوك الخاطئ بش كل متكرر، خلال مدة يحددها المعالج. ويقوم بهذا الإجراء على فكرة أن تكرار الفرد للسلوك غير المرغوب وفي وضع غير مريح يجعله يشعر بالتعب، وهكذا تتولد لديه النزعة للامتناع عن القيام بهذا السلوك مستقبلاً. (عبد الله يوسف أبو زعيزع، 2014، ص 65 - 67).

2-8- وسائل وتقنيات التكفل النفسي:

➤ دراسة الحالة:

هي عبارة عن عرض وصفي معمق لموقف معين أو نموذج واقعي بهدف أغراض البحث التربوي أو لأغراض التدريب والتعليم، وتستخدم لفهم الأسباب المؤدية الاضطراب العقلي أو النفسي أو السلوكي وتعتبر دراسة الحالة الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي النفسي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق: الملاحظة والمقابلة، التاريخ الاجتماعي، الخبرة، الشخصية، الاختبارات السلوكية وكذلك الفحوص الطبية. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 404).

➤ الملاحظة:

تعرف الملاحظة في علم النفس على أنها مصطلح عام يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق مصمم لعمليات تخص موضوعات حوادث أو أفراد في وضعيات معينة، حيث يمكن جمع البيانات في دراسة الحالة غالباً على أثر الملاحظة المباشرة للمفحوص من خلال تطبيق الاختبارات السيكولوجية والمقابلة التشخيصية أو عن طريق استسقاء المعلومات من الأشخاص الذين أتاحت لهم فرص مباشرة لملاحظة المفحوص. (عبد الوافي بوسنة، 2008، ص 05).

وتكمن أهمية الملاحظة في كونها الأداة الوحيدة المتاحة للأخصائي وذلك في الحالات التي لا تكون هناك أدوات أخرى تساعد في قياس سمة ما، ومنه فالملاحظة أداة عملية في الحالات التي لا يتوفر فيها الوقت الكافي أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية، فهي تسجل السلوك في الوقت الذي يحدث فيه. (محمد جمال يحيوي، 2003، ص 148).

➤ المقابلة العيادية:

المقصود بالمقابلة العيادية هي المقابلة التي تتم بهدف تشخيص مرض أو وضع اجتماعي والبحث عن حلول، وينتشر هذا النوع من المقابلة في مجال الأمراض النفسية ومشكلات الأسرة والتكيف الاجتماعي ويحاول الشخص أن يجمع أكبر قدر من المعلومات حول المواقف التي تحدث فيها الظاهرة المرضية، وتكون بهدف تعديل أو تغيير أو توجيه سلوك الفرد وتستغرق وقتاً طويلاً، حيث تتطلب خبرة عالية وتخصص في الإرشاد والعلاج النفسي لأنها تبحث في حالات انفعالية عميقة قد يعجز المرشد التربوي من التوصل إلى حلول لها فيستعين بالمعالج أو الطبيب النفسي.

وتهدف المقابلة العيادية إلى استبصار الفرد بذاته وسلوكه ودوافعه وتخلصه من المخاوف والصراعات الشخصية التي تؤرقه وتحقيق الانطلاق لمشاعره وأفكاره وانفعالاته واتجاهاته، ومساعدته في تحقيق ذاته وحل صراعاته. (سعيد حسني العزة، 2006، ص 92).

➤ الإختبارات النفسية:

الإختبارات النفسية هي ممارسات تربوية أو عيادية تشمل مجموعة من الأدوات التي يستخدمها الأخصائي في فحص وتقييم الشخص، وتهدف الإختبارات النفسية إلى توفير بيانات مهمة حول شخصية المفحوص وتشمل استعداداته وقدراته وديناميته وإمكانياته وتساعد هذه البيانات الأخصائي النفسي على تشخيص الحالة النفسية للشخص، حيث يستطيع بناء استنتاجاته التي تجعل تنفيذ الإختبارات النفسية من الحاجات الضرورية للتقييم التربوي أو النفسي للأفراد.

وإجراء الإختبارات النفسية وتفسير النتائج الخاصة بها لا ينبغي أن تتم إلا بواسطة الأخصائي النفسي الذي يجب أن يكون مؤهلاً نظرياً ومنهجياً، كما يجب أن يحرص الأخصائي النفسي على الخضوع لدورات التدريب المتخصصة بشكل مستمر، نظراً لما تشهده الإختبارات النفسية من تطورات وخضوعها بشكل مستمر لنتائج الأبحاث والدراسات الحديثة التي تجرى بشأنها، وقد يقوم في بعض الحالات مساعد يعمل تحت إشراف الأخصائي النفسي بإجراء الإختبارات، إلا أن تفسير نتائجها لا يجب أن تفسر إلا من قبل الأخصائي النفسي. (فيصل عباس، 1996، ص 09).

2-9- البرامج العلاجية المستخدمة في علاج التوحد:

سعى الباحثون والمراكز المتخصصة باضطراب التوحد على إعداد وتصميم عشرات البرامج المتنوعة لعلاج ومساعدة الأفراد المصابين بالتوحد ومن أشهر تلك البرامج المستخدمة في علاج التوحد ما يلي: (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 420).

➤ برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المتشابهة (TEACCH):

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

- الإقلال من المشكلات السلوكية.

- التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.

- تنمية السلوك الإتصالي والإجتماعي.

- تدريس الجوانب المعرفية والأكاديمية.

- تنمية الإتصال اللغوي التعبيري والاستقبالي.

- تنمية مهارات الرعاية الذاتية. (نايف بن عابد الزراع، 2010، ص 34).

ويقوم برنامج تيتش على ثلاثة ركائز أساسية تتمثل في التقييم والتشخيص، وتعاون الوالدين مع المهنيين والتعليم المنظم الذي يشمل خمسة عناصر أساسية:

- **تكوين روتين محدد:** من خلال تسلسل الأحداث خلال اليوم، وتسلسلها خلال الأسبوع.
- **التنظيم المادي (تنظيم البيئة الفيزيائية):** حيث ينبغي تنظيمها بحيث يفهمها الطالب من خلال تحديد مساحات اللعب الحر، ومساحة للانتظار، ومساحة للعب المستقل.

- **الجدول البصرية:** التي تساعد على عملية التواصل بين الطلبة ومعلمهم، وتهيئتهم لفهم البيئة وتسلسل الأحداث اليومية، وتنظيم أوقاتهم.
- **تنظيم العمل:** ويشير إلى عرض وتنظيم المهام بطريقة تزود الطلاب بمعلومات عما سوف يقومون به في مناطق العمل الاستقلالية وكيفية انتهائه وما النشاط الذي سيليه.
- **تنظيم المهمة:** وتعني تنظيم المواد المستخدمة لأنظمة العمل المختلفة من خلال توضيحها بمعينات ودلائل بصرية واضحة. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 420-421).

➤ برنامج تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavioral Analysis):

ويسمى أحيانا ببرنامج لوفاس نسبة لمطوره الطبيب النفسي إيفار لوفاس الذي أسس جميع تجاربه على نظريات تعديل السلوك، التي ركزت على أن السلوك الإنساني مكتسب وقابل للقياس وتحكمه ضوابط تحدث قبل السلوك أو بعده، وفي عام (1987) قام لوفاس بنشر برنامج ومدى التقدم الذي أحرزه على الأطفال التوحديين الملتحقين بالبرنامج، حيث أن (47%) منهم ارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي، والتحقوا بمدارس عادية، ويعتبر العمر المثالي لبدء برنامج لوفاس من سنتين ونصف إلى خمس سنوات بحيث تكون درجة الذكاء أعلى من (40%) ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل هذا البرنامج من هم في عمر الست السنوات إذ كان لديهم المقدرة على الكلام، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود (40) ساعة أسبوعيا، أي بمعدل ثماني ساعات يوميا، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة (20) ساعة وتزداد تدريجيا خلال الشهور اللاحقة حتى تصل إلى (40) ساعة أسبوعيا، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين (60-90) دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل (10-15) دقيقة من التدريب، وحين انتهاء الجلسة أي بعد (60-90) دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو اللعب لمدة تتراوح ما بين (10-15) دقيقة، يعود بعدها إلى جلسة أخرى من جلسات التدريب وهكذا حتى تنتهي الساعات المحددة للطالب يوميا، ويتركز هذا البرنامج على ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- استخدام التقنيات السلوكية.
- القياس المستمر.
- المنهج المتسلسل. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 421).

➤ برنامج تبادل الصور (PECS):

هو النظام الذي يستخدم من قبل المعالج لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد من خلال فنيات وآليات هذا البرنامج، وهو أيضا نظام تبادل الاتصال عن طريق تبادل الصور مكون من ست مراحل:

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

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

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

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

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

المرحلة السادسة: التعليق والتلقائية: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الأشياء الموجودة في محيطه أو بيئته إما وحده أو بطريقة عفوية. (نايف بن عابد الزراع، 2010، 37-38).

➤ برنامج فاست فورورد (Fast For Word):

وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال paula Tallal على مدى 30 سنة تقريبا، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة 1996 ونشرت نتائج بحوثها في مجلة " العلم Science"، إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم. حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذه اللعب، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن طفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية ونظرا للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان "التعليم العلمي Scientific Learning" حيث طرحت برنامجها تحت اسم "

"Fast For Word"، وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير، 2009، ص 174).

➤ العلاج بالأدوية و العقاقير:

تستخدم أحيانا العلاجات الطبية التي من شأنها التخفيف من بعض السلوكيات المصاحبة للتوحد كالسلوكيات النمطية والعدوانية وإيذاء الذات والنشاط الزائد، وتشمل هذه الطريقة العلاج بالأدوية النفسية التي تستخدم لتحسين الوظائف العقلية كخفض الاكتئاب والعدوانية وغيرها، وكذلك تستخدم الأدوية غير نفسية مثل هرمون السيكرتين (Secretin)، كما تستخدم الفيتامينات وبعض العناصر المعدنية مثل (Vitamin B6) والمغنيسيوم، وهرمون الميلاتونين والحامض الأميني ديميثيلغلايسين (Dimethylglycine).

ومن الأدوية النفسية الرئيسية التي تشير المراجع العلمية بأنها توصف للأشخاص التوحديين ما يلي:

- **الأدوية المضادة للذهان (Narcoleptics):** وهذه الأدوية غالبا ما تمنع الأعصاب من استقبال مادة كيميائية عصبية تدعى دوبامين وبذلك تقلل من عمل الدوبامين في أجزاء من الدماغ.
- **الأدوية المضادة للاكتئاب:** ويؤثر هذا النوع من الأدوية على ثلاث نواقل عصبية هي السيروتونين الدوبامين، والنوروبنفرين حيث تحسن هذه الأدوية عمل الخلايا العصبية.
- **الأدوية المضادة للقلق:** وهذه الأدوية تعمل على تخفيض القلق من الخلايا تخفيض نشاط النظام العصبي المركزي.
- **الأدوية المضادة للتشنج:** تعرف الأدوية المضادة للتشنج أيضا بالأدوية المضادة للصرع أو الأدوية المضادة للنوبات، ولذلك توصف هذه الأدوية للأشخاص التوحديين الذين يعانون من الصرع.
- **الأدوية المنبهة:** تؤثر الأدوية المنبهة على عدد من النواقل العصبية في الدماغ، ويغلب استخدام الأدوية المنبهة في معالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية. (يوسف محمد العايد وآخرون 2012، ص 423-424).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل حول التدخل المبكر والتكفل النفسي، نلخص أن هذان الأخيران لهما أهمية كبيرة ودورا فعال في تعديل سلوك الطفل التوحدي وتحسين قدراته على العناية بذاته وإكسابه أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادرا على تأديتها وذلك باستخدام الأخصائي النفسي مجموعة من الأساليب وكذا الوسائل والتقنيات الخاصة بالتكفل النفسي التي تستخدم في العملية العلاجية، وذلك من أجل تنمية قدراته ومهاراته اللغوية وكذا الاجتماعية وإعادة تأهيله داخل المجتمع.

الفصل الرابع: الاطار المنهجي للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- مجالات الدراسة.

3- عينة الدراسة.

4- أداة الدراسة.

5- حساب السيكونتريية لأداة الدراسة.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في

الدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة هامة للوصول إلى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة، إذ عن طريق الميدان يصبح بإمكاننا جمع البيانات وتحليلها لدعم الجانب النظري وتأكيد، فمن خلال الجانب التطبيقي يمكننا إثبات أو نفي فرضيات الدراسة وذلك من خلال تحويل البيانات النظرية من نتائج كيفية إلى نتائج كمية مجسدة على أرض الواقع، وكأي دراسة علمية سنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى الإجراءات المنهجية لدراسنا بداية بتوضيح منهج الدراسة وإجراءاته التي اتبعناها في دراستنا، يليها وصف ميدان الدراسة ومجالاته وبعد ذلك تحديد كل من عينة الدراسة وأدواتها و خصائصها السيكومترية وأخيرا أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

1. منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في أي دراسة أو بحث يتحدد تبعاً لنوع البحث وطبيعته والأبعاد التي يهتم بها والأهداف المقصودة منه، ويعرف المنهج بأنه " مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم، أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة." (صلاح الدين شروخ، 2003، ص 39).

وفي دراستنا حول " واقع التكفل بأطفال التوحد داخل المراكز النفسو بيداغوجية" اعتماداً على المنهج الوصفي التحليلي لملائمته الظاهرة المدروسة، حيث يقوم البحث الوصفي بوصف كل ما هو كائن وتفسيره، ولا يقتصر على جمع البيانات وتبويبها وإنما يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك حيث يتضمن عرض وتنظيم هذه البيانات ثم الشروع في تفسيرها ومناقشتها للوصول إلى استنتاجات ذات دلالة بالنسبة لمشكلة الدراسة.

ويعرف المنهج الوصفي على أنه "عبارة عن وصف دقيق ومنظم وأسلوب تحليلي للظاهرة أو المشكلة المراد بحثها من خلال منهجية علمية للحصول على نتائج علمية وتفسيرها بطريقة موضوعية وحيادية بما يحقق أهداف البحث. (حسين محمد جواد الجبوري، 2013، ص 3).

ويعرف أيضاً بأنه: "وصف منظم للحقائق والميزات لمجموعة معينة أو ميدان من ميادين المعرفة الهامة بطريقة موضوعية وصحيحة". (عناية غاري، 2008، ص 18).

2. مجالات الدراسة:

1-2- المجال المكاني:

أجريت الدراسة على مستوى المراكز النفسو بيداغوجية المتواجدة على مستوى ولاية جيجل والتي بلغ عددها 7 مراكز تتوزع على المجال الجغرافي للولاية، وهذه المراكز تعمل على التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد والجدول الآتي يوضحها:

عدد الأخصائيين.	اسم المركز أو العيادة النفسية.
15	المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا . جيجل .
8	المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا . طاهير .
5	جمعية حنين.
4	جمعية رواد نسيم .
1	عيادة نفسية.
2	عيادة الأمل النفسية.
3	العيادة النفسية نور.

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

2-2- المجال الزمني:

وهو المدة التي استغرقتها الدراسة سواء في الجانب النظري أو الجانب الميداني، وقد استغرقت دراستنا الحالية في الجانب النظري حوالي مدة شهرين من أواخر شهر فيفري 2021 إلى أواخر شهر ماي 2021، أما من حيث الجانب الميداني للدراسة فقد دام حوالي شهرا كاملا في الفترة الممتدة ما بين 18 فيفري 2021 إلى 17 ماي 2021 حيث قمنا خلال هذه المدة بجمع المعلومات حول أماكن تواجد المراكز بالإضافة إلى تجريب الاستمارة وذلك بتوزيع 38 نسخة منها على الأخصائيين العاملين بها.

2-3- المجال البشري:

يتمثل المجال البشري في الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في المراكز النفسو بيداغوجية بولاية جيجل والذي أجريت الدراسة معهم.

3. عينة الدراسة:

تشكل العينة في البحث العلمي على وجه الخصوص الدعامات الأساسية، فالعينة جزء من المجتمع الأصلي أو هي عدد من الحالات التي تؤخذ من المجتمع الأصلي وتجمع منها البيانات بقصد دراسة خصائص المجتمع الأصلي. (فوزية غرابية ، 2002، ص 03).

كما أن العينة تمثل جزءا من مجتمع الدراسة من حيث الخصائص والصفات ويتم اللجوء إليها عندما تغني الباحث عن دراسة كافة وحدات المجتمع، وتتشكل عينة دراستنا هذه من (38 أخصائيا نفسيا)، موزعين على مستوى المراكز النفسو بيداغوجية لولاية جيجل، ونظرا لكون مجتمع الدراسة صغير، فقد تعمدنا إجراء دراستنا الميدانية على كامل أفراد مجتمع الدراسة النهائية. ونظرا لتعذرنا إجراء الدراسة الاستطلاعية بسبب الظروف الخاصة التي فرضتها جائحة كورونا، فإن هذه العينة تمثل العينة النهائية لدراستنا الأساسية دون استبعاد أي فرد.

4. أدوات الدراسة:

تعتبر مرحلة جمع البيانات مرحلة مهمة في كأي بحث وقد تتحدد وتتباين هذه الأدوات غير أن الباحث عليه أن يختار من هذه الأدوات أداة أو أكثر لحصوله على المعلومات والبيانات التي يريدها لدراسة ظاهرة أو مشكلة ما من كافة جوانبها وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الاستمارة.

الاستمارة:

يعتبر تصميم الاستمارة من الأمور المهمة والضرورية وعلى الباحث مراعاة الحذر في تصميمها لتظهر في الشكل الصحيح والجيد والمناسب لأغراض البحث العلمي وهي ليست أسهل أدوات البحث وأيسرها كما يعتقد الكثير من الناس وإنما هي في الحقيقة أداة تحتاج للكثير من جهد الباحث ووقته وذلك أن دقة نتائج البحث وموضوعيته تتوقع على صحة مدلول الأداة المستخدمة وصدقها.

وتعرف الاستمارة بأنها: " نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على المعلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبحوثين عن طريق البريد. (رشيد زرواتي، 2004، ص 98).

وتعرف أيضا بأنها: " مجموعة من الأسئلة والاستفسارات المتنوعة والمرتبطة ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف أو الأهداف التي يسعى إليها الباحث وذلك في ضوء موضوع البحث والمشكلة التي اختارها. (عامر قندجيلي وإيمان السامرائي، 2009، ص 288).

وتعتبر الاستمارة بالنسبة لدراستنا الأداة الأساسية لجمع البيانات، حيث قمنا ببناء الاستمارة وذلك بتحديد ثلاث محاور رئيسية مرتبطة مباشرة بموضوع بحثنا، وكل محور يتضمن بنود مرتبطة بفرضيات الدراسة، وتضمنت الاستمارة 33 بند موزعين على 3 محاور رئيسية وهي موضحة كالتالي:

المحور الأول: خاص بالمستوى التكويني ويتكون من 11 عبارة.

المحور الثاني: خاص بالوسائل والأدوات ويتكون من 11 عبارة.

المحور الثالث: خاص بالبرامج العلاجية ويتكون من 11 عبارة.

5. حساب الشروط السيكومترية لأداة الدراسة:

تعمل الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة على تأكيد معاملات صدق وثبات الاستمارة وذلك من خلا حساب معاملات الصدق والثبات.

5-1- حساب صدق الاستبيان:

يعتبر الاستبيان صادقا إذا كان يقيس ما أعد لقياسه، ويعرف الصدق بأنه: " شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى حيث تكون مفهومة لكل من استخدمها. " (محمد عبيدات ، 2001، ص 25).

أ- الصدق الظاهري:

قد تم عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين في مجال علوم التربية وعلم النفس والأرطوفونيا " جامعة الصديق بن يحيى - جيجل- " قطب تاسوست، وذلك لتحقيق من مدى صدق عبارات الاستبيان والأخذ بالملاحظات والاقتراحات التي يبيدها الأساتذة حول بنود الاستبيان ومدى ملائمته لقياس الظاهرة محل الدراسة، ومن خلال آرائهم قمنا بالإجراء التعديلات المناسبة على بنوده من خلال حذف بعض البنود وتعديل البعض الآخر حتى يتم إخراجها في صورته النهائية ومن أهم العبارات التي طرأت عليها تعديلات نجدها موضحة في الجدول الآتي:

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل.	العبارة بعد التعديل.
4	تقوم بتكوين ذاتي حول التكفل النفسي بالطفل التوحيدي.	أبدل مجهودا فرديا لتحسين مهاراتي المهنية في التكفل بالطفل التوحيدي.
6	لدي القدرة على تشخيص اضطراب التوحد.	أملك مهارة استخدام وسائل تشخيص اضطراب التوحد.
9	تمارس التكفل النفسي ضمن فريق متكامل (أخصائي نفسي، أرطوفوني، طبيب أطفال...)	أعمل ضمن فريق متكامل من الأخصائيين من أجل تكفل جيد بالطفل التوحيدي.

الجدول رقم (02): يوضح التعديلات التي مست بنود الاستبيان.

ب.الصدق البنائي:

اعتمدنا في حسابه على معامل الارتباط:

المحاور	رقم البند	معامل الارتباط بين البند ومحوره.	معامل الارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان.
المستوى التكويني	01	0.55	0.44
	02	0.76**	0.51**
	03	0.78**	0.46**
	04	0.44	0.58
	05	0.59**	0.61**
	06	0.53	0.72
	07	0.28	0.66
	08	0.66	0.54
	09	0.47	0.67
	10	0.86	0.86
	11	0.49	0.40
الوسائل والأدوات	01	0.66	0.39
	02	0.36*	0.55
	03	0.52	0.81
	04	0.61**	0.50**
	05	0.62**	0.49**

0.30	0.36*	06		
0.69	0.62	07		
0.58**	0.55**	08		
0.62**	0.57**	09		
0.42**	0.31	10		
0.72**	0.68**	11		
0.55	0.62	01		البرامج العلاجية
0.49	0.57	02		
0.63	0.86	03		
0.32*	0.48	04		
0.37	0.36*	05		
0.69**	0.73**	06		
0.36*	0.60**	07		
0.40*	0.44**	08		
0.48**	0.65**	09		
0.53**	0.48**	10		
0.53**	0.61**	11		

جدول رقم (03): يوضح معامل الارتباط الداخلي بين البنود.

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيم معامل ارتباط البند بمحوره وارتباطه بالاستبيان ككل مرتفعة، وعليه

فأداة الدراسة تتمتع بصدق عال.

5-2- حساب ثبات الاستبيان:

يعرف الثبات بأنه: "الاتساق في قياس الشيء الذي تقيسه أداة القياس." (مجد سامي ملحم، 2000، ص 248).

وفي دراستنا الحالية اعتمدنا في قياس الأداة على طريقة الثبات الداخلي، ويقصد به مدى توفر الأداة على محتوى متجانس ولحساب معامل الثبات الداخلي اعتمدنا على معادلة ألفا كرونباخ حيث قدر معامل الثبات (0.71).

معامل ألفا كرونباخ	محاور الاستبيان
0.68	المستوى التكويني
0.68	الوسائل والأدوات
0.72	البرامج العلاجية
0.71	معامل ألفا كرونباخ لمجموع المحاور

الجدول رقم (04): يوضح نتائج معامل ثبات استبيان "واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسوبيداغوجية".

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات (a- كرونباخ) مرتفعة في كل المحاور الاستبيان، كما أن قيمة الثبات الاجمالية للاستبيان 0.71 مما يدل على أن هذا الاستبيان ذو ثبات عال.

6. أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة:

تعتبر الأساليب الإحصائية وسيلة أساسية في أي بحث علمي لأنه يساعد الباحث على تحليل ووصف البيانات لمزيد من الدقة. (رشيد زرواتي، 2008، ص 85).

ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها استخدمنا برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية (SPSS 20) والأساليب الإحصائية التالية:

➤ التكرارات

➤ النسبة المئوية: من أجل حساب خصائص العينة من حيث الجنس، الخبرة، والشهادة المتحصل عليها.

➤ معامل الارتباط برسون: لحساب الارتباط بين المتغيرات.

➤ ألفا كرونباخ: لحساب الاتساق الداخلي للاستبيان.

➤ اختبار T: لحساب الفروق بين أفراد عينة الدراسة من حيث الجنس.

➤ اختبار التحليل التباين الأحادي (Anova-one-way): الكشف عن الفروق بين أفراد العينة من حيث

الشهادة المتحصل عليها والخبرة المهنية.

➤ اختبار بونفيروني (Bonferroni).

خلاصة الفصل:

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

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

- 1- عرض وتحليل نتائج الدراسة الأساسية المتعلقة
بأفراد عينة الدراسة.
- 2- عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة
الأساسية.
 - 2-1- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود
التي تقيس المستوى التكويني.
 - 2-2- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود
التي تقيس الوسائل والأدوات.
 - 2-3- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود
التي تقيس البرامج العلاجية.
- 3- عرض وتحليل نتائج الفرضيات.
 - 3-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية
الأولى.
 - 3-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية
الثانية.
 - 3-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية
الثالثة.
 - 3-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية
الرابعة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد تطرقنا في الجانب المنهجي إلى الدراسة الأساسية من حيث مجالها الجغرافي والزمني، وكذلك المنهج المستخدم في الدراسة وعينتها وأدوات جمع المعلومات وشروطها السيكمترية، وأساليب التحليل الإحصائي، قمنا في المرحلة الثانية من الجانب التطبيقي بعرض وتحليل نتائج الدراسة استنادا إلى المعلومات المتحصل عليها عن طريق الاستبيان، التي تم توزيعها على أفراد عينة الدراسة الذي بلغ عددهم 38 أخصائي نفساني بولاية جيجل، وتحليلها بواسطة برنامج (SPSS 20)، وفيما يلي نستدرج إلى عرض النتائج المتوصل إليها.

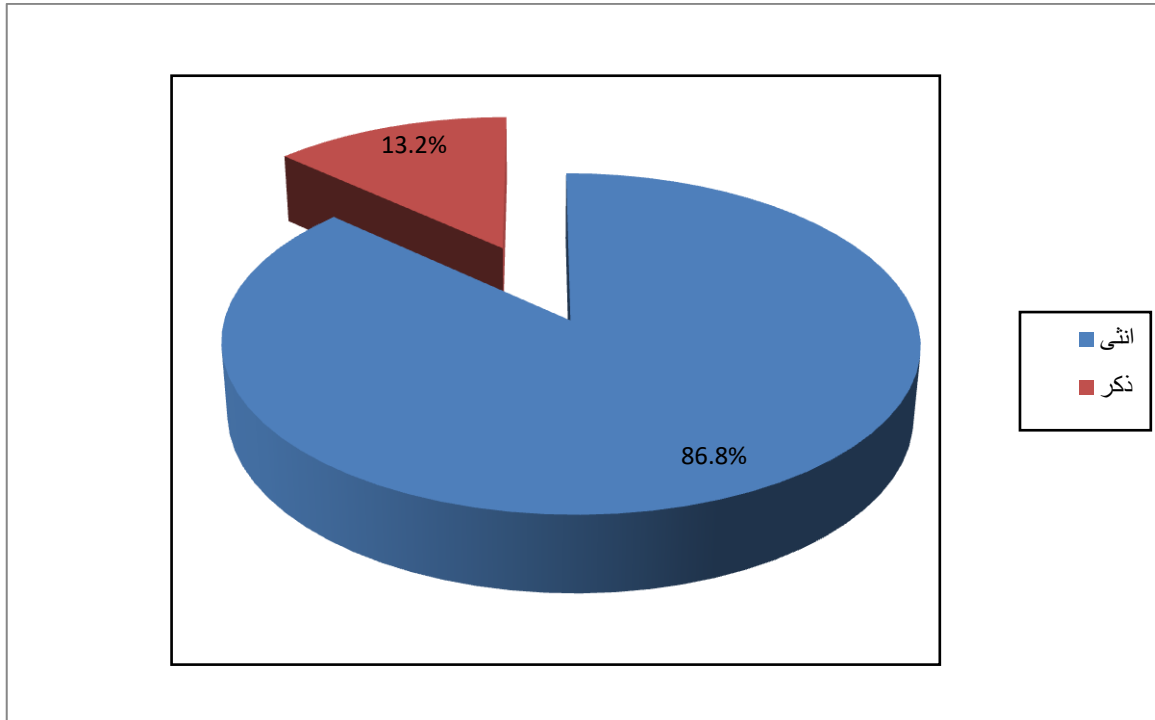
1- عرض وتحليل نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الشخصية:

1-1- عرض نتائج متغير الجنس:

الرقم	متغير الجنس	التكرار	النسبة المئوية
01	ذكر	5	%13.2
	أنثى	33	%86.8
	المجموع	38	%100

جدول رقم (05): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول المبين أعلاه، أن أفراد عينة الدراسة من جنس الأنثى قد تحصلوا على أكبر نسبة (%86.8) ثم تليها نسبة أفراد العينة من جنس الذكر والتي قدرت ب(%13.2) مما يدل على أن أغلبية الأخصائيين النفسانيين إناث وذلك راجع إلى أن مهنة الأخصائي النفسي ذات طبيعة مرنة وحساسة، مما يجعلها تتوافق وطبيعة الجنس الأنثوي على عكس الجنس الذكوري الذي كانت نسبته ضعيفة وذلك لعزوفهم عن هذا الميدان واتجاههم للامتهان في ميادين أخرى كالقطاعات أو الأعمال الحرة وغيرها من المهن التي تحسن مستوى معيشتهم الاقتصادية.



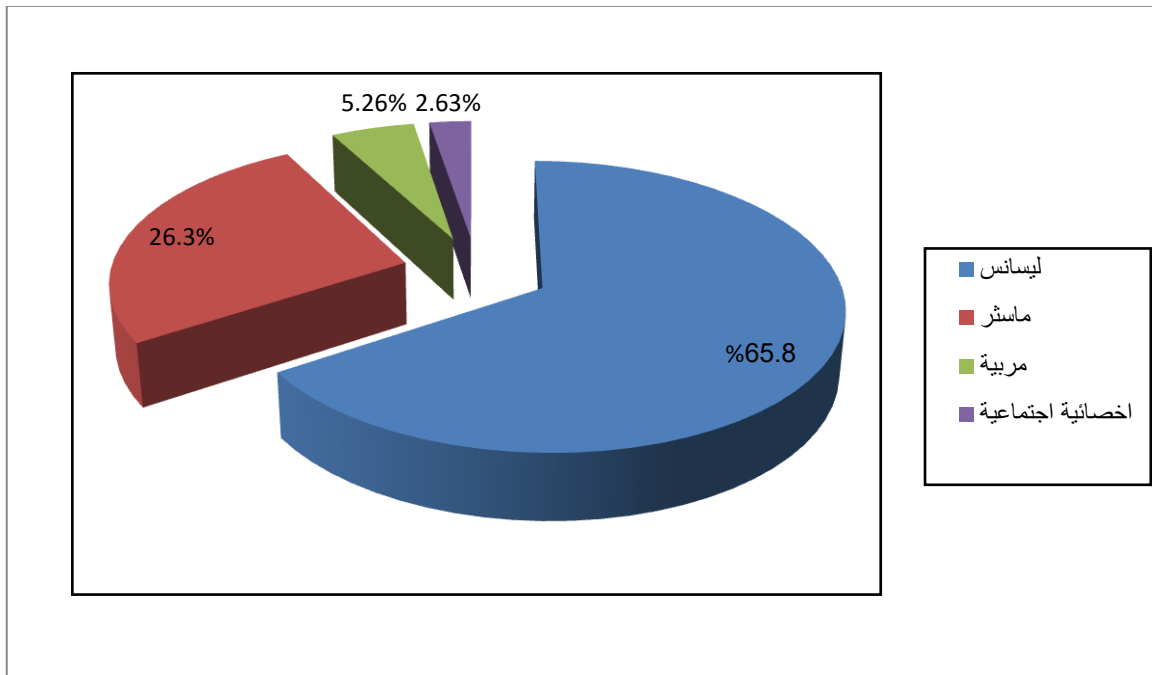
دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الجنس

1-2- عرض نتائج متغير الشهادة المتحصل عليها:

الرقم	متغير الشهادة المتحصل عليها	التكرار	النسبة المئوية	
02	ليسانس	25	25.8%	
	ماستر	10	26.3%	
	شهادات أخرى	مربية	2	5.26%
		أخصائية اجتماعية	1	2.63%
	المجموع	38	100%	

جدول رقم (06): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الشهادة المتحصل عليها.

يتضح من الجدول أعلاه أن أفراد عينة الدراسة الذين تحصلوا على شهادة ليسانس يمثلون أعلى نسبة والتي قدرت ب 65.8%، وهذا راجع لكون هذه الشهادة الأكاديمية تسمح لهم ضمن التشريعات القانونية للمسابقات الوظيفية العمل ضمن منصب أخصائي نفسي، ثم تليها نسبة شهادة الماستر بنسبة مئوية قدرها 26.3%، تليها شهادات أخرى والتي جاءت في الرتبة الأخيرة بنسبة 7.9%



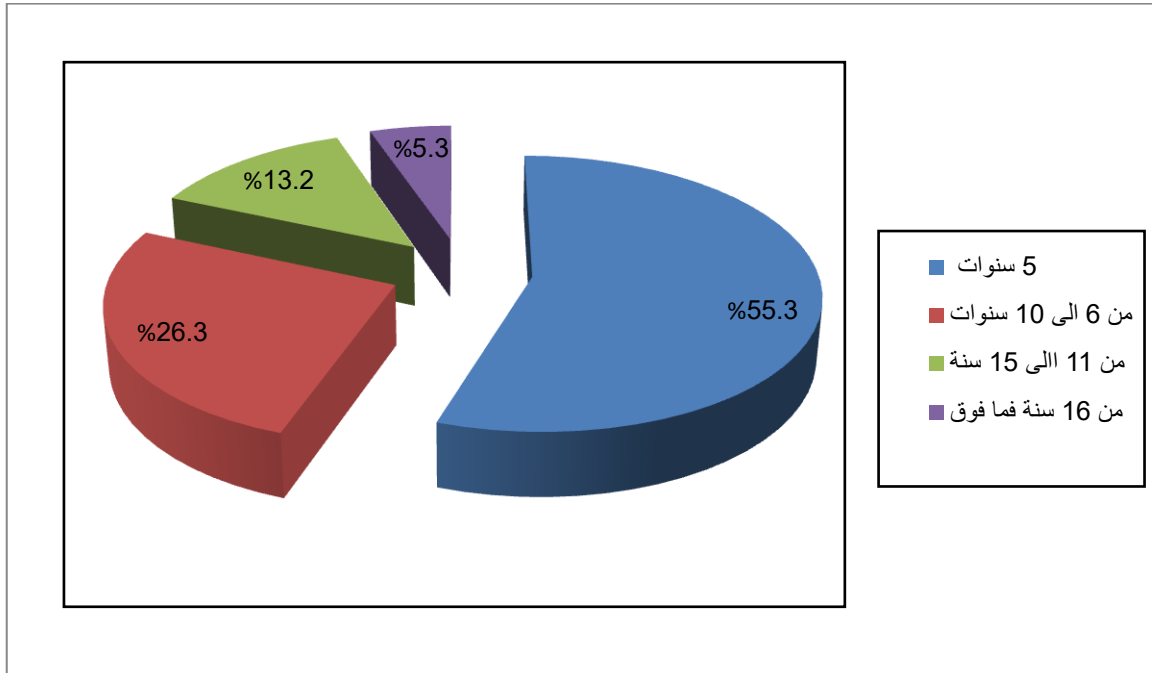
دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الشهادة

1-3- عرض نتائج متغير الخبرة:

الرقم	فئات متغير الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
03	5 سنوات	21	55.3%
	من 6 إلى 10 سنوات	10	26.3%
	من 11 إلى 15 سنة	5	13.2%
	من 16 سنة فما فوق	2	5.3%
	المجموع	38	100%

جدول رقم(07): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة.

يتضح لنا من خلال الجدول المبين أعلاه أن أغلب الأخصائيين النفسانيين تتراوح خبرتهم في التكفل النفسي (5 سنوات) بنسبة بلغت 55.3% ، ويدل هذا على أن هؤلاء الأفراد التحقوا حديثا بالممارسة الميدانية للتكفل النفسي بالمراكز النفسو بيداغوجية، يليها الأفراد الذين تتراوح خبرتهم ما بين (من 6 إلى 10 سنوات) بنسبة بلغت 26.3% ، ثم الأفراد الذين تتراوح مدة خبرتهم (من 11 إلى 15 سنة) بنسبة بلغت 13.2% وأخيرا فئة الأفراد الذين تتراوح مدة خبرتهم (من 16 سنة فما فوق) كأدنى نسبة وقدرت بـ 5.3%



دائرة نسبية لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الخبرة المهنية

2- عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حول محاور الدراسة:

2-1- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس المستوى التكويني:

الرقم	العبارة	التكرار		النسبة		الرتبة
		لا	نعم	لا	نعم	
01	تلقيت دورات تكوينية خاصة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة.	5	53	13.2%	86.8%	5
02	تلقيت تكويناً في أساليب التكفل النفسي بالطفل التوحيدي.	17	21	44.7%	55.3%	8
03	تابعت تكويناً دورياً أثناء الخدمة	18	20	47.4%	52.6%	9
04	تبدل مجهوداً فردياً لتحسين مهاراتك المهنية في التكفل بأطفال التوحد	1	37	2.6%	97.4%	2
05	سبق وأن مارست التكفل النفسي بأطفال التوحد من قبل	19	19	50%	50%	10
06	تعمل ضمن فريق متكامل من الأخصائيين (أخصائي نفسي، أخصائي إطفوني...) من أجل تكفل جيد بأطفال التوحد.	4	34	10.5%	89.5%	4
07	الدراسة النظرية في الجامعة غير كافية لممارسة الأخصائي النفسي لعمله	3	35	7.9%	92.1%	3
08	تسعى لاكتشاف كل ما هو جديد في مجال التوحد.	0	38	0%	100%	1
09	لديك القدرة على تشخيص اضطراب التوحد	11	27	28.9%	71.1%	7
10	عادة ما تواجهك صعوبات في تشخيص اضطراب التوحد	7	31	18.4%	81.6%	6
11	عملك ضمن المراكز الخاصة بفترة التوحد	0	38	0%	100%	1

						أكسبك مهارات جديدة.
--	--	--	--	--	--	---------------------

جدول رقم (08): يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حول بنود محور المستوى التكويني.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن اغلب أفراد عينة الدراسة أجابوا على مختلف بنود محور المستوى التكويني ب "نعم"، وقد تباينت النسب المئوية لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو التالي:

جاءت العبارة 8 (تسعى للاكتشاف...) والعبارة 11 (عملك ضمن المراكز...)، في المرتبة الأولى، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بنسبة مئوية بلغت 100%.

جاءت العبارة 4 (تبذل مجهودا...) في المرتبة الثانية، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 97.4%.

جاءت العبارة 7 (الدراسة النظرية...) في المرتبة الثالثة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 92.1%.

جاءت العبارة 6 (تعمل ضمن فريق...) في المرتبة الرابعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 89.5%.

جاءت العبارة 1 (تلقيت دورات...) في المرتبة الخامسة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 86.8%.

جاءت العبارة 10 (عادة ما تواجهك...) في المرتبة السادسة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 81.8%.

جاءت العبارة 9 (لديك القدرة على...) في المرتبة السابعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 71.1%.

جاءت العبارة 2 (تلقيت تكويننا...) في المرتبة الثامنة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 55.3%.

جاءت العبارة 3 (تابعت تكويننا دوريا...) في المرتبة التاسعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 52.5%.

جاءت العبارة 5 (سبق وأن مارست...) في المرتبة العاشرة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 50%.

2-2- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس الوسائل والأدوات:

الرقم	العبارة	التكرار		النسبة		الرتبة
		لا	نعم	لا	نعم	
1	يحتوي المركز على أقسام خاصة بفئة التوحد.	5	33	%86.8	%13.2	2
2	يتوفر المركز على وحدات الكشف والمتابعة	13	25	%65.8	%34.2	4
3	يحتوي المركز على معدات الوقاية والإسعاف	5	33	%86.8	%13.2	2
4	تستخدم المطويات في الإعلام عن فئة التوحد	20	18	%47.4	%52.6	5
5	تستخدم اللوحات الالكترونية في الإعلام عن فئة التوحد	29	9	%23.7	%76.3	8
6	تعتمد مقياس "كارز" (CARS) في الإعلام عن فئة التوحد	10	28	%73.7	%26.3	3
7	تستخدم أداة المقابلة التشخيصية للتوحد	2	36	%94.7	%5.3	1
8	تتوفر أداة جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS)	21	17	%44.7	%55.3	6
9	تعتمد على مقياس ليتر الدولي للأداء	34	4	%10.5	%89.5	9
10	تستخدم أداة مسح التوحد للأطفال دون السنتين لتشخيص اضطراب التوحد	27	11	%28.9	%71.1	7
11	تستخدم القائمة التشخيصية للأطفال مضطربي السلوك "ريملاند"	27	11	%28.9	%71.1	7

جدول رقم (09): يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة حول بنود محور الوسائل والأدوات.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد عينة الدراسة أجابوا على مختلف بنود محور الوسائل

والأدوات ب "نعم"، وقد تباينت النسب المئوية لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو التالي:

جاءت العبارة 8 (تستخدم أداة المقابلة...) في المرتبة الأولى، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 94.7%.

جاءت العبارة 1 (يحتوي المركز على أقسام...)، والعبارة 3 (يحتوي المركز على معدات...) في المرتبة الثانية، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بنسبة مئوية بلغت 86.8%

جاءت العبارة 6 (تعتمد مقياس كارز...) في المرتبة الثالثة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 73.7%.

جاءت العبارة 2 (يتوفر المركز على وحدات...) في المرتبة الرابعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 65.8%.

جاءت العبارة 4 (تستخدم المطويات...) في المرتبة الخامسة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بنسبة مئوية بلغت 47.4%.

جاءت العبارة 8 (تتوفر أداة جدول...) في المرتبة السادسة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 44.7%.

جاءت العبارة 10 (تستخدم أداة مسح...)، والعبارة 11 (تستخدم القائمة التشخيصية...) في المرتبة السابعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بنسبة مئوية بلغت 28.9%

جاءت العبارة 5 (تستخدم اللوحات الالكترونية...) في المرتبة الثامنة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 23.7%.

جاءت العبارة 9 (تعتمد على مقياس...) في المرتبة التاسعة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 10.5%.

2-3- إجابات أفراد عينة الدراسة حول البنود التي تقيس البرامج العلاجية:

الرقم	العبارة	التكرار		النسبة		الرتبة
		نعم	لا	نعم	لا	
01	تستخدم برامج محددة للتكفل بأطفال التوحد	33	5	86.8%	13.2%	3
02	يقوم الأخصائي النفسي بتنفيذ البرنامج العلاجي دون التخطيط له	6	32	15.8%	84.2%	9
03	يظهر أطفال التوحد تفاعل أثناء	35	3	92.1%	7.9%	2

					تطبيق البرامج العلاجية	
04	37	1	%97.4	%2.6	1	تستخدم برنامج علاج وتربية الأطفال التوحيديين ومشكلات التواصل المشابهة (TEACCH)
05	30	8	%78.9	%21.1	4	تستخدم برنامج تبادل الصور في التواصل (PECS)
06	17	21	%44.7	%55.3	5	تعتمد برنامج تحليل السلوك التطبيقي " لوفاس "
07	9	29	%23.7	%76.3	7	تستخدم برنامج "صن- رايز" لعلاج التوحد (SON- RIS)
08	4	34	%10.5	%89.5	11	تستخدم برنامج " ديلور " للتوحد
09	5	33	%13.2	%86.8	10	تستخدم برنامج مركز "دوجلاس" للإعاقات النمائية
10	7	31	%18.4	%81.6	8	تعتمد على برنامج "فاست فوروردر"
11	13	25	%34.2	%65.8	6	تستخدم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية (SST)

جدول رقم(10): يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة حول بنود محور البرامج العلاجية

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد عينة الدراسة قد أجابوا على مختلف بنود محور البرامج

العلاجية ب " لا " وقد تباينت النسبة المئوية لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو التالي:

جاءت العبارة 8 تعتمد برنامج ديلور... في المرتبة الأولى، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت %89.5

جاءت العبارة 9 (تستخدم برنامج مركز...) في المرتبة الثانية، من حيث عدم موافقة أفراد عينة

الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت %86.8.

جاءت العبارة 2 (يقوم الأخصائي...) في المرتبة الثالثة، من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها

بنسبة مئوية بلغت %84.2.

جاءت العبارة 10 تعتمد على برنامج فاست... في المرتبة الرابعة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 81.8%.

جاءت العبارة 7 (تستخدم برنامج صن...) في المرتبة الخامسة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 76.3%.

جاءت العبارة 11 (تستخدم برنامج التدريب...) في المرتبة السادسة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 65.8%.

جاءت العبارة 6 (تعتمد برنامج تحليل...) في المرتبة السابعة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 55.3%.

جاءت العبارة 5 (تستخدم برنامج تبادل...) في المرتبة الثامنة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 21.1%.

جاءت العبارة 1 (تستخدم برنامج محدد...) في المرتبة التاسعة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 13.2%.

جاءت العبارة 3 (يظهر أطفال التوحد...) في المرتبة العاشرة، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 7.9%.

جاءت العبارة 4 (تستخدم برنامج علاج...) في المرتبة الحادية عشر، من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بنسبة مئوية بلغت 2.6%.

3 - عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الأولى إلى أن "مستوى تكوين الأخصائي القائم بالتكفل النفسي متوسط"، ولإختبار هذه الفرضية اعتمدنا على التكرارات والنسب المئوية، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

النسبة	التكرار	البدائل	المحور
79.66%	333	نعم	المستوى التكويني
20.33%	85	لا	
100%	418	المجموع	

الجدول رقم (11): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الأولى

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن استجابات أفراد عينة الدراسة على المحور الأول المتمثل في المستوى التكويني، كانت أعلى استجابة على الاحتمال " نعم" بنسبة مئوية بلغت 79.66%، في حين كانت نسبة استجابة أفراد عينة الدراسة على الاحتمال " لا " أدنى نسبة حيث بلغت 20.33% وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى مرفوضة، لأن مستوى تكوين الأخصائي القائم بالتكفل النفسي عال.

3-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثانية إلى أن "مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأدوات والوسائل متوسط"، ومن أجل اختبار هذه الفرضية اعتمدنا على التكرارات والنسب المئوية، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

المحور	البدائل	التكرار	النسبة
الوسائل و الأدوات	نعم	225	53.82%
	لا	193	46.17%
	المجموع	418	100%

الجدول رقم(12): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن استجابات أفراد عينة الدراسة على المحور الثاني والمتمثل في الوسائل والأدوات، كانت أعلى استجابة على الاحتمال " نعم" بنسبة مئوية بلغت 53.82%، في حين كانت استجابة أفراد عينة الدراسة على الاحتمال " لا " أدنى نسبة حيث بلغت 46.17%. وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثانية مقبولة، لأن مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأدوات والوسائل متوسط.

3-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثالثة إلى أن " تحكم الأخصائي القائم النفسي بالبرامج العلاجية متوسط"، ومن أجل اختبار هذه الفرضية اعتمدنا على التكرارات و النسب المئوية والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

المحور	البدائل	التكرار	النسبة
البرامج العلاجية	نعم	204	%47.88
	لا	222	%52.11
	المجموع	426	%100

الجدول رقم (13): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن استجابات أفراد عينة الدراسة على المحور الثالث المتمثل في البرامج العلاجية، كانت أعلى استجابة على الاحتمال " لا " بنسبة مئوية بلغت %52.11، في حين كانت نسبة استجابة أفراد عينة الدراسة على الاحتمال " نعم " أدنى نسبة حيث بلغت %47.88.

وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثالثة مرفوضة، لأن مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل

النفسي بالبرامج العلاجية تحت المتوسط.

3-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الرابعة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة

تعزى إلى بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية).

ومن أجل التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة، تبعا للمتغيرات الديموغرافية سابقة الذكر استخدمنا اختبار T-TEST لتحديد الفروق لمتغير الجنس وكل من التباين الأحادي ANOVA واختبار بون فيروني للمقارنات المتعددة LSD لتحديد الفروق بين فئات المتغيرات الديموغرافية (الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية)، والجدول الأتي يوضح النتائج المتحصل عليها:

3-4-1- الفروق حسب متغير الجنس:

المحاور	القيمة الفائية	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
المستوى التكويني	1.047	36	-0.261	0.313
الوسائل والأدوات	0.192	36	1.406	0.664
البرامج العلاجية	3.079	36	2.259	0.088
الدرجة الكلية	0.091	36	1.560	0.765

الجدول رقم (14): يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن القيمة الفائية بالنسبة للفروق في متوسطات الذكور والإناث اكبر من مستوى الدلالة (0.05)، (0.01) في جميع محاور الاستبيان: المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية، ومنه فهي غير دالة وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

وهذا ما يجعلنا نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية.

3-4-2- الفروق حسب متغير الشهادة المتحصل عليها:

المحاور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة (P)
المستوى التكويني	بين المجموعات	0.04	2	0.002	0.115	0.892
	داخل المجموعات	0.664	35	0.19		
	المجموع	0.668	37	/		
الوسائل والأدوات	بين المجموعات	0.022	2	0.11	0.366	0.696
	داخل المجموعات	1.042	35	0.30		
	المجموع	1.064	37	/		
البرامج العلاجية	بين المجموعات	0.04	2	0.002	0.069	0.933
	داخل المجموعات	1.029	35	0.029		
	المجموع	1.033	37	/		

الجدول رقم (15): يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الشهادة المتحصل عليها.

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، (0.01) في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول واقع التكفل النفي بأطفال التوحد داخل المراكز النفسو بيداغوجية، باختلاف الشهادة المتحصل عليها بينهم، حيث جاءت قيمة (P) اكبر من مستوى الدلالة (0.01)، (0.05) في جميع محاور الاستبيان (المستوى التكويني

الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الشهادة المتحصل عليها. وهذا ما يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة.

3-4-3- الفروق حسب متغير الخبرة المهنية:

المحاور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة (P)
المستوى التكويني	بين المجموعات	0.034	3	0.11	0.609	0.614
	داخل المجموعات	0.634	34	0.19		
	المجموع	0.668	37			
الوسائل والأدوات	بين المجموعات	0.383	3	0.128	6.368	0.002
	داخل المجموعات	0.681	34	0.020		
	المجموع	1.064	37			
البرامج العلاجية	بين المجموعات	0.22	3	0.007	0.249	0.862
	داخل المجموعات	1.011	34	0.030		
	المجموع	1.033	37			

الجدول رقم (16): يوضح الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة.

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، (0.01) في متوسطات أفراد عينة الدراسة حول واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية حسب متغير الخبرة، حيث جاءت قيمة "P" أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، (0.01) في كل من محور المستوى التكويني والبرامج العلاجية وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

على عكس محور الوسائل والأدوات فقد جاءت قيمة «P» أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، فهي قيمة دالة هذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات حسب متغير الخبرة المهنية، ولمعرفة لصالح من هذه الفروق اعتمدنا اختبار بونفيروني للمقارنات المتعددة (LDS) والجدول الأتي يوضح الفروق الموجودة في الخبرة المهنية نحو محور الوسائل والأدوات:

المحور	الخبرة	فروق المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
الوسائل و الأدوات	5 سنوات	من 6 إلى 10 سنوات	0.16	0.033
		من 11 إلى 15 سنة	0.19	0.050
		من 16 سنة فما فوق	0.17	0.620
	من 6 إلى 10 سنوات	5 سنوات	0.16	0.033
		من 11 إلى 15 سنة	0.03	1.000
		من 16 سنة فما فوق	0.33	0.25
	من 11 إلى 15 سنة	5 سنوات	0.19	0.05
		من 6 إلى 10 سنوات	0.03	1.000
		من 16 سنة فما فوق	0.37	0.021
	من 16 سنة فما فوق	5 سنوات	0.17	0.620
		من 6 إلى 10 سنوات	0.33	0.025
		من 11 إلى 15 سنة	0.37	0.21

الجدول رقم (17): يوضح مصادر التباين في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات حسب متغير الخبرة المهنية.

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات حسب متغير الخبرة، ويلاحظ الفرق بين الفئات الآتية:

- الخبرة المهنية (5 سنوات) مقابل الفئة (11 - 15 سنة).

- الخبرة المهنية (6-10 سنوات) مقابل الفئة (16 سنة فما فوق)

- الخبرة المهنية (11-15 سنة) مقابل الفئة (16 سنة فما فوق)

- الخبرة المهنية (من 16 سنة فما فوق) مقابل الفئة (11-15 سنة)

وتبين من النتائج أن الأخصائيين النفسانيين الذين لديهم خبرة (16 سنة فما فوق) هم الأكثر استخداماً للوسائل والأدوات.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة النهائية المتعلقة ببعض المتغيرات الديموغرافية (السن، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية)، بالإضافة إلى عرض وتحليل نتائج محاور الدراسة (المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية)، كما قمنا بعرض وتحليل نتائج الفرضيات الجزئية والفرضية العامة، حيث توصلت الدراسة إلى عدم تحقيق الفرضيتين الأولى والثالثة، أما الفرضية الثالثة فهي محققة، وجاءت الفرضية الرابعة بأنه توجد فروق ذات إحصائية بين أفراد عينة الدراسة حسب بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية)، وتحقق هذا بوجود فروق دالة إحصائية في محور الوسائل والأدوات تعزى لمتغير الخبرة المهنية، دون المحاور والمتغيرات الأخرى.

الفصل السادس: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة المتعلقة
بأفراد عينة الدراسة.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات.

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية
الأولى.

2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية
الثانية.

2-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية
الثالثة.

2-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية
الرابعة.

2-5- مناقشة وتفسير الفرضية العامة.

التوصيات واقتراحات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

سوف نتناول في هذا الفصل مناقشة وتفسير أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، من حيث وصف أفراد عينة الدراسة، بالإضافة إلى مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية والفرضية العامة وذلك في ضوء بعض النظريات والدراسات السابقة التي تناولت تلك الأبعاد، وأخيرا سوف نتطرق إلى أبرز التوصيات المقترحة في ظل النتائج المتوصل إليها.

1. مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بوصف أفراد عينة الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية حول واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز النفسوبيداغوجية من حيث وصف أفراد عينة الدراسة إلى ما يلي:

- أن (33) فرد من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (86.8%) من جنس الإناث، ويفسر هذا كون أغلبية الأخصائيين النفسانيين العاملين بالمراكز النفسوبيداغوجية لولاية جيجل من جنس الإناث، وذلك اعتباراً أن فئة الأطفال التوحديين تتمتع بصفات منفردة دون غيرها من الفئات الأخرى إذ تحتاج إلى معاملة خاصة كالصبر والاهتمام بالآخرين والميل الحقيقي إلى ما يقوم به من عمل، وهذا ما يتوفر لدى الإناث على عكس الذكور الذين نجدهم يعزفون عن مثل هذه المهنة الحساسة لضعف قدرتهم على التحمل والصبر خاصة في الجوانب المتعلقة بالرعاية.

- (25) فرداً من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (65.8%)، متحصليين على شهادة ليسانس ويفسر هذا كون شهادة ليسانس تسمح لهم بالعمل ضمن المراكز النفسوبيداغوجية كأخصائيين نفسانيين دون الالتحاق بدراسات عليا أخرى أو متابعة تكوينات دورية خاصة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

- كما أن (21) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (55.3%) تتراوح خبرتهم في مجال التكفل بأطفال التوحد داخل المراكز (بخمسة سنوات) ويمكن تفسير ذلك كون أغلب هذه المراكز حديثة النشأة وجديدة.

2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات.

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الأولى إلى أن " مستوى تكوين الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسوبيداغوجية متوسط".

بالاعتماد على النتائج المتوصل إليها توضح لنا أن المستوى التكويني للأخصائيين النفسانيين الممارسين للتكفل النفسي في المراكز النفسوبيداغوجية لولاية جيجل عال، وهذا حسب استجابات أفراد عينة دراستنا حيث قدرت نسبة الموافقة على بنود محور المستوى التكويني ب(79.66%)، وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى محققة، وبالرجوع إلى خصائص العينة نجد أن أفراد العينة غالبيتهم من الفئة من ذات الشهادة المتحصل عليها ليسانس بنسبة (65.8%) وشهادة ماستر بنسبة (26.3%) ويمكن أن يرجع المستوى التكويني العالي للأخصائي إلى مجموعة من العوامل من بينها خضوعه إلى دورات تكوينية مكثفة ضمن المجال قبل وأثناء الخدمة، والتدريبات المستمرة على أساليب التكفل النفسي

بهذه الفئة إضافة إلى المجهودات الفردية المبدولة لتحسين المهارات المهنية، الأمر الذي أدى إلى الرفع من قدراتهم والتقدم في هذا المجال، كما أن المحتوى النظري والتطبيقي الذي تلقونه في المرحلة الجامعية جعلهم يتمتعون برصيد علمي يخدم المجال المهني الذي يمارسونه ويمكنهم من الإستخدام الأمثل للوسائل والأدوات بالإضافة للبرامج العلاجية اللازمة في عملية التشخيص وكفالة أطفال التوحد، حيث نجد لهذه الممارسات أثر كبير في رفع مستوى تحكم الأخصائي في البرامج العلاجية المعتمدة في عملية التكفل خاصة منها برنامج "تبادل الصور في التواصل PECS" والذي بلغت نسبة استخدامه من قبل أفراد عينة الدراسة (78.9%).

وتتفق نتائج الفرضية الجزئية الأولى مع ما توصلت إليه دراسة "سالم (2006) بعنوان "فاعلية استخدام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحد"، من حيث اعتمادها برنامج تبادل الصور في التواصل والتأكيد على فعاليته في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد.

2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الأولى أن " مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بأطفال التوحد بالوسائل والأدوات في المراكز النفسو بيداغوجية متوسط". تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية إلى أن مستوى تحكم الأخصائي النفسي بالوسائل والأدوات متوسط وهذا حسب ما أقر به أفراد عينة الدراسة حيث بلغت النسبة المئوية (53,82%)، وعليه تم قبول الفرضية الجزئية الثانية، ويمكن تفسير ذلك أن الوسائل والأدوات التي يعتمدها الأخصائي النفسي في عملية تشخيص اضطراب التوحد كافية لعملية التكفل بهذه الفئة، كما أن هذه المراكز مجهزة بالوسائل والأدوات الضرورية لممارسة الأخصائي لعمله، بالإضافة إلى امتلاك الأخصائي النفسي للقدرات والمهارات التي تؤهله للاستخدام مثل هذه الوسائل سواء أثناء عملية تشخيص حالات التوحد أو أثناء عملية التكفل بها، حيث أقر أفراد عينة الدراسة أنهم استفادوا بنسبة كبيرة من التكوينات والتدريبات التي يتلقونها بصفة دورية أثناء عملهم من خلال تدريبهم على الاستخدامات المتعددة لهذه الوسائل في مجال عملهم.

وتتفق نتائج دراستنا الحالية مع ما توصلت إليه دراسة نادية إبراهيم عبد القادر (2002) حول "فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم" من حيث استخدام بعض الأدوات كأداة قائمة تشخيص التوحد هذه الأخيرة تطرقنا إليها

في دراستنا الحالية كأداة معتمدة من قبل الأخصائي النفسي في عملية تشخيص اضطراب التوحد في المراكز محل الدراسة.

2-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثالثة أن "مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بأطفال التوحد بالبرامج العلاجية متوسط.

تبين النتائج التي توصلت إليه دراستنا الحالية إلى أن مستوى تحكم الأخصائي بالبرامج العلاجية لم يبلغ درجة تحكم متوسطة وذلك ما أقر به أفراد عينة الدراسة، حيث بلغت النسبة المئوية (47.88%) وهذا يدل على أن الفرضية الجزئية الثالثة تحققت ويمكن تفسير ذلك كون الأخصائيين النفسيين يعتمدون على برامج معينة كبرنامج " تيتش"، وهو البرنامج الأكثر استخداماً من طرف الأخصائيين النفسيين داخل المراكز بنسبة مئوية بلغت (97.4%) وهذا حسب إجابات أفراد عينة الدراسة عن بنود محور البرامج العلاجية (الجدول رقم 10)، على عكس البرامج الأخرى لا يتم اعتمادها بدرجة كبيرة في علاج اضطراب التوحد، وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر المراكز على هذه البرامج، بالإضافة إلى التكاليف المادية المرتفعة لهذه البرامج، وحسب ما أقر به أفراد عينة الدراسة أن البرامج العلاجية تختلف من حيث موافقتها لعلاج حالات التوحد باختلاف هذه الأخيرة حيث تتطلب بعض حالات التوحد التركيز على برامج علاجية دون الحاجة إلى أخرى.

واتفقت نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة أسامة أحمد مدبولي (2006) حول "فاعلية برنامج تيتش في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين" من حيث استخدام برنامج تيتش الذي يعد الأكثر استخداماً وفاعلية في تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

وجاءت نتائج دراستنا على عكس ما توصلت إليه دراسة أمال بوثلجي 2015 حول التقنيات المستخدمة لتشخيص متلازمة التوحد لدى الأخصائيين الأروطوفونيين حيث توصلت الباحثة إلى نقص كبير في مجال التوحد من حيث الوسائل والتقنيات المستخدمة في عملية التكفل بهذه الفئة ولا بد من تدعيم هذا النقص.

2-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الرابعة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة حسب بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الشهادة المتحصل عليها، الخبرة المهنية).

- الفروق حسب متغير الجنس:

تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة (المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية) تعزى لمتغير الجنس، ويفسر هذا بأن واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية لا يتأثر بمتغير الجنس وهذا ما أكدته إجابات أفراد عينة الدراسة ونتائج اختبار (T test).

- الفروق حسب متغير الشهادة المتحصل عليها:

تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة الثلاثة (المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية) تعزى لمتغير الشهادة المتحصل عليها، وقد اتضح من خلال هذه الدراسة أن عامل الشهادة لا يؤثر على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية ويرجع ذلك إلى أن الأخصائي نفسي تكون في جميع المجالات سواء العلمي أو التقني مما يمكنهم من أداء مهامهم على أكمل وجه.

- الفروق حسب متغير الخبرة المهنية:

تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة الدراسة في محور الأدوات والوسائل تعزى لمتغير الخبرة، ويمكن تفسير ذلك كون سنوات الخبرة المهنية في مجال التكفل بفئة التوحد تؤثر على تحكم الأخصائي النفسي في الوسائل والأدوات المعتمدة في أداء مهامه، كأن يكون الأخصائي الأكثر خبرة أكثر قدرة في استخدام والتحكم في الوسائل والأدوات المساعدة في تشخيص حالات التوحد على عكس الأخصائي الأقل خبرة الذي يفتقر إلى أساليب التحكم في الأدوات والوسائل بالمستوى المطلوب ودورات التدريبية التي تلقاها تجعله أكثر كفاءة وخبرة في استخدام الوسائل والأدوات المساعدة في أدائه لعمله.

2-5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

يشير مضمون الفرضية العامة إلى أن " واقع أن واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية مقبول"، ومن خلال نتائج الفرضية الجزئية الأولى والتي مفادها أن مستوى تكوين الأخصائي عال، والفرضية الجزئية الثانية التي نصت على أن مستوى تحكم الأخصائي النفسي بالوسائل والأدوات متوسط وعليه يمكن القول أن الفرضية العامة تحققت ويفسر ذلك أن مستوى تكوين الأخصائي عال وذلك من خلال الدورات التكوينية التي تلقاها، كما أن الوسائل المستخدمة كافية وعليه فالتكفل بفئة التوحد يعتبر مقبولاً وذلك بالنظر إلى المجهودات التي يبذلها الأخصائيين النفسانيين خاصة فيما يتعلق

باستخدام برنامج معين وخاص كبرنامج "تيتش" الذي يعد البرنامج الأكثر اعتمادا في التكفل بحالات التوحد الواردة للمراكز .

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة الدرّميشي أحسن (2015) بعنوان " فاعلية برنامج تيتش لخفض درجة التوحد" والتي توصلت إلى أن برنامج تيتش ذو فاعلية في خفض درجة التوحد، ولهذا نجد أغلبية الأخصائيين النفسانيين يعتمدون عليه بدرجة كبيرة.

التوصيات والاقتراحات:

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

- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وإجراء دراسات معمقة الإثراء هذا الجانب خاصة فيما يتعلق بعمليتي التشخيص و العلاج.
- ضرورة التكفل المبكر بالطفل التوحدي.
- ضرورة التكوين في مجال التكفل النفسي وذلك بإجراء دورات تكوينية خاصة بالأخصائيين النفسانيين حول أساليب وطرق التكفل بأطفال التوحد.
- إنشاء مراكز ومؤسسات جديدة خاصة بفئة التوحد، مع ضرورة التخطيط الجيد لها.
- تطوير مهارات الأخصائيين النفسانيين من أجل تكييف الأدوات والوسائل مع البيئة المحلية.
- التنوع في استخدام الأدوات والاختبارات التي تعنى باضطراب التوحد.
- ضرورة توفر المركز على فريق متعدد الاختصاصات (أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي أرطوفوني...) من أجل تشخيص دقيق لاضطراب التوحد.
- نشر الوعي العلمي حول اضطراب التوحد داخل الأسر والمجتمعات.

خاتمة

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

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

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

I. الكتب باللغة العربية:

1. إبراهيم عبد الله الزريقات (2004): التوحد (الخصائص والعلاج)، ط1، دار وائل، عمان.
2. أحمد النابلسي (1988): الربو عند الأطفال، دار النهضة العربية للنشر والطباعة، بيروت.
3. أحمد رشيدة زيادة (2013): علم النفس العيادي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
4. أحمد محمد عبد الخالق (2015): أصول الصحة النفسية، ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
5. أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني (2011): التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج) ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
6. أنس عبود (2009): الأمراض النفسية والعلاج النفسي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
7. بطرس حافظ بطرس (2007): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
8. بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير (2009): سيكولوجية أطفال التوحد، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
9. جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998): التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
10. حسين محمد جواد الجابوري (2013): منهجية البحث العلمي (مدخل لبناء المهارات البحثية)، ط1 مؤسسة دار صادق، عمان.
11. حسين مصطفى عبد المعطي (1998): علم النفس الإكلينيكي، دار قباء، القاهرة.
12. حسين عبد المعطي و سهير محمد سلامة شاش (2013): تعديل السلوك (الدليل العلمي والعملي للآباء المربين والعاملين مع الأشخاص العادين ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار اليازوري، عمان.
13. خالد عبد الرزاق النجار (2008): حقيبة تدريبية أكاديمية (دراسة حالة)، جامعة مالك فيصل السعودية.
14. رشيد زرواتي (2008): تدريبات حول منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
15. رضا الواقفي (2004): أساسيات التربية الخاصة، جبهة للنشر والتوزيع، عمان.

16. سعيدة محمد بهادر (2002): أطفالنا في الألفية الثالثة، مؤسسة حورس الدولية، أبو ظبي.
17. سعيد حسني العزة (2006): الإرشاد النفسي (أساليبه و فنياتة)، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان.
18. سعيد حسني العزة (2009): التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية (التشخيص الأسباب، العلاج، استراتيجيات التعليم)، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
19. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010): اضطراب النطق والكلام واللغة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين، ط1، دار ابتكار للطباعة والنشر، مصر.
20. السيد عبد القادر شريف (2014): مدخل إلى التربية الخاصة، دار الجواهر للنشر والتوزيع، القاهرة.
21. صلاح الدين شروخ (2003): منهجية البحث العلمي، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر.
22. عادل محمد العادل (2013): صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
23. العازمي وعدنان ناصر (2007): الإعاقة العقلية، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
24. عامر قندجيلي وإيمان السامرائي (2009): البحث العلمي الكمي والنوعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
25. عبد الله حسين الزعبي (2014): التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحيدين)، ط2 دار الخليج، عمان.
26. عبد الله يوسف أبو زعيزع (2014): تطبيقات في العلاج النفسي، ط1، دار جليس الزمان، عمان.
27. عبد المطلب أمين القريطي (1996): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط1، القاهرة.
28. عبد الوافي بوسنة (2008): علم النفس الصحي، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
29. عزة عبد الهادي جودت و سعيد حسني العزة (1999): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1 مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
30. عطوف محمود ياسين (1981): علم النفس الإكلينيكي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
31. عناية غاري (2008): منهجية إعداد البحث العلمي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.
32. فؤاد عبد الجوالده (2012): الإعاقة السمعية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
33. فوزية غرابيبة (2002): أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

34. فيصل عباس (1996): الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها، ط1، دار الفكر العربي، للنشر والتوزيع، القاهرة.
35. فهد حمد المغلوث (2006): التوحد، مكتبة فهد بن حمد للنشر والتوزيع، الرياض.
36. محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن (2004): دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، القاهرة.
37. محمد جمال يحيوي (2003): دراسات في علم النفس، دار غريب للنشر والتوزيع، وهران.
38. محمد سامي ملح (2000): القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان.
39. محمد عبيدات (2002): البحث العلمي (مفهومه، أدواته، أساليبه، ط7، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، غزة.
40. محمد علي كامل (2005): التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
41. محمود كامل عمر أبو الفتوح (2011): الأطفال الأوتيستيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم) ط1، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
42. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة (2012): سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
43. مصطفى نوري القمش (2013): الإعاقات المتعددة، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
44. المعصومة سهيل المطيري (2005): الصحة النفسية (مفهومها، اضطراباتها)، ط1، دار حنين للنشر والتوزيع، القاهرة.
45. المنجد في اللغة العربية المعاصرة (2000): دار الشروق، بيروت.
46. نادية علي العجمي (2011): التدخل المبكر وبرنامج البوتيتج، ط1، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
47. نايف بن عابد الزراع (2010): التوحد، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
48. يوسف محمد العايد وزيادة كامل اللالا (2012): أساسيات التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

II. المذكرات:

1. إحسان براجل (2016 / 2017): علاقة مصادر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات التوحد، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

قائمة المراجع

2. رحيمة بن سماعيل (2014 / 2015): بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة SIDA، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
3. ريمة مالك فاضل (2014/2015): فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سوريا.
4. سعاد بن فاضل (2012/2013): التكفل النفسي بالأطفال مجهولي النسب ذوي صعوبات التعلم رسالة ماجستير، جامعة سطيف2، الجزائر.
5. سماح نور محمد وشاحي (2003 / 2004): التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، مصر.
6. علي حمادية (2015/2016): التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن، رسالة دكتوراه، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين، سطيف.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Brussete (f) (1987) : psychanalyse et psychothérapie EMC, Paris.
2. Dechemia dedie (1985) : les de pressions de la prévention a la guérison, ED dahleb.
3. Neisworth, J.T. and Bagnato, S.J (1996) : Assesment for early intervention emerging themes and pr, Icticls .In S.L. odom and M.E. Mclean (eds) , Early Intervetion/Early Childhood Speiel Education. Austin, TX :PRO-WD.

المواقع الإلكترونية:

1. [http//ar .facbook.com per mal nik](http://ar.facbook.com_per_mal_nik).

الملاحق

قائمة الأساتذة المحكمين.

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	التخصص
01	نجيبة بكيري	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي
02	حنان بشته	أستاذة محاضرة "ب"	تكنولوجيا التربية والتعليم
03	أحلام عبايدية	أستاذة مساعدة "أ"	إرشاد وتوجيه مدرسي
04	صالح بوديب	أستاذ محاضر "ب"	علوم تربية
05	فوزية يسعد	دكتوراه	علوم تربية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى بجيجل

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



إستبيان

في إطار إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس وعلوم التربية تحت عنوان:

واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو-
بيداغوجية.

دراسة ميدانية بالمراكز النفسو-بيداغوجية لولاية جيجل.

إشراف الأستاذ:

-كعبار جمال

إعداد الطالبتين:

- بودهان سليمة

- درواز ياسمين

نضع بين أيديكم هذه الاستمارة، يرجى منكم وضع العلامة (X) في المكان الذي ترونه مناسباً، ونحيطكم
علماً بأن المعلومات المتحصل عليها سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، نشكركم على مساعدتكم
وحسن تعاونكم.

السنة الجامعية: 2021/2020.

المحور الأول: البيانات الشخصية

1- الجنس:

ذكر أنثى

2- الشهادة المتحصل عليها:

ليسانس ماستر شهادات أخرى

3- الخبرة المهنية:

- 5 سنوات
- من 6 إلى 10 سنوات
- من 11 إلى 15 سنوات
- من 16 سنة فما فوق

المحور الثاني: المستوى التكويني

لا	نعم	البنود
		1- تلقيت دورات تكوينية خاصة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة.
		2- تلقيت تكويننا في أساليب التكفل النفسي بالطفل التوحد.
		3- تابعت تكويننا دوريا أثناء الخدمة.
		4- تبدل مجهودا فرديا لتحسين مهاراتك المهنية في التكفل بأطفال التوحد.
		5- سبق وان مارست التكفل النفسي بالأطفال التوحيديين من قبل.
		6- تعمل ضمن فريق متكامل من الأخصائيين (أخصائي نفسي، أخصائي، أطفونى، طبيب أطفال...) من اجل تكفل جيد بأطفال التوحد.

		7- الدراسة النظرية في الجامعة غير كافية لممارسة الأخصائي النفسي لعمله.
		8- تسعى للاكتشاف كل ما هو جديد في مجال التوحد.
		9- لديك قدرة على تشخيص اضطراب التوحد.
		10- عادة ما تواجهك صعوبات في تشخيص اضطراب التوحد.
		11- عملك ضمن المراكز الخاصة بأطفال التوحد أكسبك مهارات جديدة.

المحور الثالث: الوسائل والأدوات

لا	نعم	البنود
		1- يحتوي المركز على أقسام خاصة بفئة التوحد.
		2- يتوفر المركز على وحدات الكشف والمتابعة.
		3- يحتوي المركز على معدات الوقاية والإسعاف.
		4- تستخدم المطويات في الإعلام عن فئة التوحد.
		5- تستخدم اللوحات الالكترونية في الإعلام عن فئة التوحد.
		6- تعتمد مقياس "كارز" (CARS) كأداة لتشخيص اضطراب التوحد.
		7- تستخدم أداة المقابلة التشخيصية للتوحد.
		8- تتوفر أداة جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد. (ADOS)
		9- تعتمد على مقياس "ليتر" الدولي للأداء.
		10- تستخدم أداة مسح التوحد للأطفال دون السنتين لتشخيص اضطراب التوحد. (STAT)
		11- تستخدم القائمة التشخيصية للأطفال مضطربي السلوك "ريملاند".

المحور الرابع: البرامج العلاجية

لا	نعم	البنود
		1- تستخدم برامج محددة للتكفل بأطفال التوحد.
		2- يقوم الأخصائي النفسي بتنفيذ البرنامج العلاجي دون التخطيط له.
		3- يظهر أطفال التوحد تفاعل أثناء تطبيق البرامج العلاجية.
		4- تستخدم برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المتشابهة " TEACCH".
		5- تستخدم برنامج تبادل الصور في التواصل (PECS).
		6- تعتمد برنامج تحليل السلوك التطبيقي " لوفاس".
		7- تستخدم برنامج " صن رايز " لعلاج التوحد. (SON-RIS)
		8- تعتمد برنامج " ديلور " للتوحد.
		9- تستخدم برنامج مركز "دوجلاس" للإعاقات النمائية.
		10- تعتمد على برنامج "فاست فورورد" للتوحد.
		11- تستخدم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية. (SST)

Corrélations

Corrélations

		المستوى التكويني	A_01	A_02	A_03	A_04	A_05	A_06
المستوى التكويني	Corrélation de Pearson	1	,551	,761	,785	,442	,595	,532
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_01	Corrélation de Pearson	,551	1	,119	,098	-,064	-,078	-,134
	Sig. (bilatérale)	,000		,475	,556	,703	,642	,424
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_02	Corrélation de Pearson	,761	,119	1	,524	,183	,582	,036
	Sig. (bilatérale)	,000	,475		,001	,272	,000	,829
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_03	Corrélation de Pearson	,785	,098	,524	1	-,156	,422	,362
	Sig. (bilatérale)	,000	,556	,001		,350	,008	,026
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_04	Corrélation de Pearson	,442	-,064	,183	-,156	1	-,164	-,056
	Sig. (bilatérale)	,000	,703	,272	,350		,324	,737
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_05	Corrélation de Pearson	,595	-,078	,582	,422	-,164	1	-,171
	Sig. (bilatérale)	,000	,642	,000	,008	,324		,303
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_06	Corrélation de Pearson	,532	-,134	,036	,362	-,056	-,171	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,424	,829	,026	,737	,303	
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_07	Corrélation de Pearson	,287	,175	,129	,113	-,048	-,098	,218

الملاحق

	Sig. (bilatérale)	,081	,294	,440	,499	,774	,560	,189
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_08	Corrélation de Pearson	,663	,079	,119	,098	-,064	,078	-,134
	Sig. (bilatérale)	,000	,638	,475	,556	,703	,642	,424
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_09	Corrélation de Pearson	,475	,095	,009	-,024	-,105	,174	-,219
	Sig. (bilatérale)	,000	,571	,956	,884	,531	,296	,187
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_10	Corrélation de Pearson	,861	-,217	-,128	,091	-,092	-,062	,011
	Sig. (bilatérale)	,000	,191	,445	,585	,584	,712	,950
	N	38	38	38	38	38	38	38
A_11	Corrélation de Pearson	,491	,422	,183	,173	-,027	,164	-,056
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,272	,298	,872	,324	,737
	N	38	38	38	38	38	38	38

Corrélations

Corrélations

	الوسائل والأدوات	B_01	B_02	B_03	B_04	B_05	B_06	
الوسائل والأدوات	Corrélation de Pearson	1	,661	,361	,525	,613	,629	,364
	Sig. (bilatérale)		,000	,026	,000	,000	,000	,025
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_01	Corrélation de Pearson	,661	1	,212	-,152	,057	-,149	-,056
	Sig. (bilatérale)	,000		,202	,364	,732	,371	,739
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_02	Corrélation de Pearson	,361	,212	1	,212	,240	,271	-,053
	Sig. (bilatérale)	,026	,202		,202	,147	,100	,752
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_03	Corrélation de Pearson	,525	-,152	,212	1	,057	,217	-,233
	Sig. (bilatérale)	,000	,364	,202		,732	,191	,160
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_04	Corrélation de Pearson	,613	,057	,240	,057	1	,339	,328
	Sig. (bilatérale)	,000	,732	,147	,732		,037	,045
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_05	Corrélation de Pearson	,629	-,149	,271	,217	,339	1	,192
	Sig. (bilatérale)	,000	,371	,100	,191	,037		,247
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_06	Corrélation de Pearson	,364	-,056	-,053	-,233	,328	,192	1
	Sig. (bilatérale)	,025	,739	,752	,160	,045	,247	
	N	38	38	38	38	38	38	38

الملاحق

B_07	Corrélation de Pearson	,622	-,092	,078	,257	-,248	-,146	,127
	Sig. (bilatérale)	,000	,584	,640	,119	,133	,382	,448
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_08	Corrélation de Pearson	,556	-,119	,091	-,119	-,006	,246	,057
	Sig. (bilatérale)	,000	,475	,587	,475	,973	,137	,734
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_09	Corrélation de Pearson	,574	-,120	-,114	,134	,190	,212	,010
	Sig. (bilatérale)	,000	,472	,495	,424	,254	,201	,951
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_10	Corrélation de Pearson	,311	-,267	-,274	-,267	,092	,054	-,014
	Sig. (bilatérale)	,057	,106	,097	,106	,584	,748	,934
	N	38	38	38	38	38	38	38
B_11	Corrélation de Pearson	,689	,077	-,151	-,095	,324	,327	,118
	Sig. (bilatérale)	,000	,647	,365	,571	,047	,045	,481
	N	38	38	38	38	38	38	38

Corrélations

Corrélations

		البرامج العلاجية	C_01	C_02	C_03	C_04	C_05	C_06
البرامج العلاجية	Corrélation de Pearson	1	,626	,571	,869	,486	,365	,739
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,002	,024	,000
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_01	Corrélation de Pearson	,626	1	-,258	,175	,422	-,010	-,119
	Sig. (bilatérale)	,000		,117	,294	,008	,952	,475
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_02	Corrélation de Pearson	,571	-,258	1	-,141	,071	,047	,191
	Sig. (bilatérale)	,000	,117		,399	,671	,781	,251
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_03	Corrélation de Pearson	,869	,175	-,141	1	-,048	,088	,263
	Sig. (bilatérale)	,000	,294	,399		,774	,599	,110
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_04	Corrélation de Pearson	,486	,422	,071	-,048	1	-,085	,148
	Sig. (bilatérale)	,002	,008	,671	,774		,612	,375
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_05	Corrélation de Pearson	,365	-,010	,047	,088	-,085	1	,205
	Sig. (bilatérale)	,024	,952	,781	,599	,612		,217
	N	38	38	38	38	38	38	38
C_06	Corrélation de Pearson	,739	-,119	,191	,263	,148	,205	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,475	,251	,110	,375	,217	

الملاحق

N		38	38	38	38	38	38	38
C_07	Corrélation de Pearson	,600	-,149	,098	,163	,092	,136	,495
	Sig. (bilatérale)	,000	,371	,557	,328	,584	,416	,002
N		38	38	38	38	38	38	38
C_08	Corrélation de Pearson	,443	-,120	-,149	-,218	,056	-,244	,209
	Sig. (bilatérale)	,005	,472	,374	,189	,737	,141	,208
N		38	38	38	38	38	38	38
C_09	Corrélation de Pearson	,653	-,079	,258	,114	,064	,201	,276
	Sig. (bilatérale)	,000	,638	,117	,496	,703	,226	,093
N		38	38	38	38	38	38	38
C_10	Corrélation de Pearson	,483	,185	-,206	-,113	,078	,079	,392
	Sig. (bilatérale)	,002	,266	,215	,501	,641	,638	,015
N		38	38	38	38	38	38	38
C_11	Corrélation de Pearson	,610	,117	-,160	-,200	,119	,100	,244
	Sig. (bilatérale)	,000	,486	,337	,228	,478	,549	,140
N		38	38	38	38	38	38	38

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclus	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,681	11

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclus	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,683	11

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclus	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,721	11

Table de fréquences

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	5	13,2	13,2	13,2
	أنثى	33	86,8	86,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

الشهادة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ليسانس	25	65,8	65,8	65,8
	ماستر	10	26,3	26,3	92,1
	شهادات أخرى	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

الخبرة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنوات 5	21	55,3	55,3	55,3
	من 6 إلى 10 سنوات	10	26,3	26,3	81,6
	من 11 إلى 15 سنة	5	13,2	13,2	94,7
	من 16 سنة فما فوق	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_01

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	5	13,2	13,2	13,2
	نعم	33	86,8	86,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_02

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	17	44,7	44,7	44,7
	نعم	21	55,3	55,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_03

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	18	47,4	47,4	47,4
	نعم	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_04

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	1	2,6	2,6	2,6
	نعم	37	97,4	97,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_05

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	19	50,0	50,0	50,0
	نعم	19	50,0	50,0	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_06

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	4	10,5	10,5	10,5
	نعم	34	89,5	89,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_07

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	3	7,9	7,9	7,9
	نعم	35	92,1	92,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_08

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	38	100,0	100,0	100,0

A_09

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	11	28,9	28,9	28,9
	نعم	27	71,1	71,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	7	18,4	18,4	18,4
	نعم	31	81,6	81,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

A_11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	38	100,0	100,0	100,0

B_01

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	5	13,2	13,2	13,2
	نعم	33	86,8	86,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_02

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	13	34,2	34,2	34,2
	نعم	25	65,8	65,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_03

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	5	13,2	13,2	13,2
	نعم	33	86,8	86,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_04

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	20	52,6	52,6	52,6
	نعم	18	47,4	47,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_05

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	29	76,3	76,3	76,3
	نعم	9	23,7	23,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_06

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	10	26,3	26,3	26,3
	نعم	28	73,7	73,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_07

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	2	5,3	5,3	5,3
	نعم	36	94,7	94,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_08

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	21	55,3	55,3	55,3
	نعم	17	44,7	44,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_09

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	34	89,5	89,5	89,5
	نعم	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	27	71,1	71,1	71,1
	نعم	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

B_11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	27	71,1	71,1	71,1
	نعم	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_01

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	5	13,2	13,2	13,2
	نعم	33	86,8	86,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_02

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	32	84,2	84,2	84,2
	نعم	6	15,8	15,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_03

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	3	7,9	7,9	7,9
	نعم	35	92,1	92,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_04

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	1	2,6	2,6	2,6
	نعم	37	97,4	97,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_05

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	8	21,1	21,1	21,1
	نعم	30	78,9	78,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_06

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	21	55,3	55,3	55,3
	نعم	17	44,7	44,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_07

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	29	76,3	76,3	76,3
	نعم	9	23,7	23,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_08

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	34	89,5	89,5	89,5
	نعم	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_09

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	33	86,8	86,8	86,8
	نعم	5	13,2	13,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	31	81,6	81,6	81,6
	نعم	7	18,4	18,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

C_11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	25	65,8	65,8	65,8
	نعم	13	34,2	34,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,372	11

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,490	11

Fiabilité**Echelle : ALL VARIABLES****Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,591	11

Fiabilité**Echelle : ALL VARIABLES****Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	38	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,714	33

Test T

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المستوى التكويني				
ذكر	5	1,7818	,10365	,04635
أنثى	33	1,7989	,13965	,02431

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)
المستوى التكويني	Hypothèse de variances égales	1,047	,313	-,261	36	,795
	Hypothèse de variances inégales			-,326	6,442	,755

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
				Inférieur	Supérieur
المستوى التكويني	Hypothèse de variances égales	-,01708	,06533	-,14957	,11541
	Hypothèse de variances inégales	-,01708	,05234	-,14306	,10890

Test T

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الوسائل والأدوات ذكر	5	1,6364	,17008	,07606
أنثى	33	1,5234	,16706	,02908

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)
الوسائل والأدوات	Hypothèse de variances égales	,192	,664	1,406	36	,168
	Hypothèse de variances inégales			1,387	5,241	,222

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
				Inférieur	Supérieur
الوسائل والأدوات	Hypothèse de variances égales	,11295	,08033	-,04998	,27587
	Hypothèse de variances inégales	,11295	,08143	-,09351	,31941

Test T

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	
البرامج العلاجية	ذكر	5	1,6182	,07606	,03402
	أنثى	33	1,4463	,16602	,02890

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)
البرامج العلاجية	Hypothèse de variances égales	3,079	,088	2,259	36	,030
	Hypothèse de variances inégales			3,851	11,135	,003

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
				Inférieur	Supérieur
البرامج العلاجية	Hypothèse de variances égales	,17190	,07610	,01757	,32623
	Hypothèse de variances inégales	,17190	,04464	,07380	,27000

Test T

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الدرجة الكلية ذكر	5	1,6788	,09959	,04454
الدرجة الكلية أنثى	33	1,5895	,12147	,02115

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)
الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	,091	,765	1,560	36	,128
	Hypothèse de variances inégales			1,810	5,969	,120

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
				Inférieur	Supérieur
الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	,08926	,05722	-,02679	,20531
	Hypothèse de variances inégales	,08926	,04930	-,03153	,21004

Unidirectionnel

ANOVA

المستوى التكويني

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,004	2	,002	,115	,892
Intragroupes	,664	35	,019		
Total	,668	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: المستوى التكويني

Bonferroni

(I) الشهادة	(J) الشهادة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
ليسانس	ماستر	-,02000	,05154	1,000	-,1496	,1096
	شهادات أخرى	-,02909	,08416	1,000	-,2407	,1825
ماستر	ليسانس	,02000	,05154	1,000	-,1096	,1496
	شهادات أخرى	-,00909	,09067	1,000	-,2371	,2189
شهادات أخرى	ليسانس	,02909	,08416	1,000	-,1825	,2407
	ماستر	,00909	,09067	1,000	-,2189	,2371

Unidirectionnel

ANOVA

الوسائل والأدوات

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,022	2	,011	,366	,696
Intragroupes	1,042	35	,030		
Total	1,064	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الوسائل والأدوات

Bonferroni

الشهادة (I)	الشهادة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
ليسانس	ماستر	,04909	,06457	1,000	-,1133	,2115
	شهادات أخرى	-,02667	,10544	1,000	-,2918	,2385
ماستر	ليسانس	-,04909	,06457	1,000	-,2115	,1133
	شهادات أخرى	-,07576	,11360	1,000	-,3614	,2099
شهادات أخرى	ليسانس	,02667	,10544	1,000	-,2385	,2918
	ماستر	,07576	,11360	1,000	-,2099	,3614

Unidirectionnel

ANOVA

البرامج العلاجية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,004	2	,002	,069	,933
Intragroupes	1,029	35	,029		
Total	1,033	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: البرامج العلاجية

Bonferroni

الشهادة (I)	الشهادة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
ليسانس	ماستر	,02182	,06417	1,000	-,1395	,1832
	شهادات أخرى	,02182	,10479	1,000	-,2417	,2853
ماستر	ليسانس	-,02182	,06417	1,000	-,1832	,1395
	شهادات أخرى	,00000	,11289	1,000	-,2839	,2839
شهادات أخرى	ليسانس	-,02182	,10479	1,000	-,2853	,2417
	ماستر	,00000	,11289	1,000	-,2839	,2839

Unidirectionnel

ANOVA

الدرجة الكلية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,003	2	,001	,089	,915
Intragroupes	,544	35	,016		
Total	,546	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الدرجة الكلية

Bonferroni

الشهادة (I)	الشهادة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
ليسانس	ماستر	,01697	,04663	1,000	-,1003	,1342
	شهادات أخرى	-,01131	,07615	1,000	-,2028	,1802
ماستر	ليسانس	-,01697	,04663	1,000	-,1342	,1003
	شهادات أخرى	-,02828	,08204	1,000	-,2346	,1780
شهادات أخرى	ليسانس	,01131	,07615	1,000	-,1802	,2028
	ماستر	,02828	,08204	1,000	-,1780	,2346

Unidirectionnel

ANOVA

المستوى التكويني

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	,034	3	,011	,609	,614
Intragruppes	,634	34	,019		
Total	,668	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: المستوى التكويني

Bonferroni

الخبرة (I)	الخبرة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
سنوات 5	من 6 إلى 10 سنوات	-,02078	,05248	1,000	-,1678	,1262
	من 11 إلى 15 سنة	-,03896	,06796	1,000	-,2294	,1514
	من 16 سنة فما فوق	-,12987	,10107	1,000	-,4130	,1533
من 6 إلى 10 سنوات	سنوات 5	,02078	,05248	1,000	-,1262	,1678
	من 11 إلى 15 سنة	-,01818	,07481	1,000	-,2278	,1914
	من 16 سنة فما فوق	-,10909	,10579	1,000	-,4055	,1873
من 11 إلى 15 سنة	سنوات 5	,03896	,06796	1,000	-,1514	,2294
	من 6 إلى 10 سنوات	,01818	,07481	1,000	-,1914	,2278
	من 16 سنة فما فوق	-,09091	,11427	1,000	-,4110	,2292
من 16 سنة فما فوق	سنوات 5	,12987	,10107	1,000	-,1533	,4130
	من 6 إلى 10 سنوات	,10909	,10579	1,000	-,1873	,4055
	من 11 إلى 15 سنة	,09091	,11427	1,000	-,2292	,4110

Unidirectionnel

ANOVA

الوسائل والأدوات

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,383	3	,128	6,368	,002
Intragroupes	,681	34	,020		
Total	1,064	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الوسائل والأدوات

Bonferroni

(I) الخبرة	(J) الخبرة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
5 سنوات	من 6 إلى 10 سنوات	,16104	,05439	,033	,0087	,3134
	من 11 إلى 15 سنة	,19740	,07044	,050	,0001	,3947
	من 16 سنة فما فوق	-,17532	,10476	,620	-,4688	,1182
من 6 إلى 10 سنوات	5 سنوات	-,16104	,05439	,033	-,3134	-,0087
	من 11 إلى 15 سنة	,03636	,07754	1,000	-,1809	,2536
	من 16 سنة فما فوق	-,33636	,10965	,025	-,6436	-,0292
من 11 إلى 15 سنة	5 سنوات	-,19740	,07044	,050	-,3947	-,0001
	من 6 إلى 10 سنوات	-,03636	,07754	1,000	-,2536	,1809
	من 16 سنة فما فوق	-,37273	,11844	,021	-,7045	-,0409
من 16 سنة فما فوق	5 سنوات	,17532	,10476	,620	-,1182	,4688
	من 6 إلى 10 سنوات	,33636	,10965	,025	,0292	,6436
	من 11 إلى 15 سنة	,37273	,11844	,021	,0409	,7045

Unidirectionnel

ANOVA

البرامج العلاجية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,022	3	,007	,249	,862
Intragroupes	1,011	34	,030		
Total	1,033	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: البرامج العلاجية

Bonferroni

(I) الخبرة	(J) الخبرة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
5 سنوات	من 6 إلى 10 سنوات	,03030	,06626	1,000	-,1553	,2159
	من 11 إلى 15 سنة	,06667	,08582	1,000	-,1738	,3071
	من 16 سنة فما فوق	-,01515	,12763	1,000	-,3727	,3424
من 6 إلى 10 سنوات	5 سنوات	-,03030	,06626	1,000	-,2159	,1553
	من 11 إلى 15 سنة	,03636	,09446	1,000	-,2283	,3010
	من 16 سنة فما فوق	-,04545	,13359	1,000	-,4197	,3288
من 11 إلى 15 سنة	5 سنوات	-,06667	,08582	1,000	-,3071	,1738
	من 6 إلى 10 سنوات	-,03636	,09446	1,000	-,3010	,2283
	من 16 سنة فما فوق	-,08182	,14429	1,000	-,4861	,3224
من 16 سنة فما فوق	5 سنوات	,01515	,12763	1,000	-,3424	,3727
	من 6 إلى 10 سنوات	,04545	,13359	1,000	-,3288	,4197
	من 11 إلى 15 سنة	,08182	,14429	1,000	-,3224	,4861

Unidirectionnel

ANOVA

الدرجة الكلية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,069	3	,023	1,645	,197
Intragroupes	,477	34	,014		
Total	,546	37			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الدرجة الكلية

Bonferroni

(I) الخبرة	(J) الخبرة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
5 سنوات	من 6 إلى 10 سنوات	,05685	,04552	1,000	-,0707	,1844
	من 11 إلى 15 سنة	,07504	,05895	1,000	-,0901	,2402
	من 16 سنة فما فوق	-,10678	,08767	1,000	-,3524	,1388
من 6 إلى 10 سنوات	5 سنوات	-,05685	,04552	1,000	-,1844	,0707
	من 11 إلى 15 سنة	,01818	,06489	1,000	-,1636	,2000
	من 16 سنة فما فوق	-,16364	,09176	,501	-,4207	,0934
من 11 إلى 15 سنة	5 سنوات	-,07504	,05895	1,000	-,2402	,0901
	من 6 إلى 10 سنوات	-,01818	,06489	1,000	-,2000	,1636
	من 16 سنة فما فوق	-,18182	,09912	,452	-,4595	,0959
من 16 سنة فما فوق	5 سنوات	,10678	,08767	1,000	-,1388	,3524
	من 6 إلى 10 سنوات	,16364	,09176	,501	-,0934	,4207
	من 11 إلى 15 سنة	,18182	,09912	,452	-,0959	,4595

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأورطفونيا

جيجل في: 2021/04/26
إلى السيدة / مديرة النشاط الاجتماعي
والتضامن - لولاية جيجل

الموضوع: طلب تمهيلات

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تمهيلات و عون للطلبة الآتية
أسمائهم، و هذا قصد إجراء تربصات ميدانية في إطار إعداد (بحوث جامعية في علوم التربية / مذكرات
التخرج).

أسماء الطلبة:

- 01- دروار ياسمين
- 02- بوزهران سلمية
- 03-
- 04-

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير و الاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة): كعمار جمال
إمضاء الأستاذ(ة): كعمار جمال

