

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحي

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم اجتماع

عنوان المذكرة:

التربية الخاصة و دورها في دمج الطفل المتوحد

(دراسة حالة لعينة من أطفال التوحد من وجهة نظر الأخصائيين)

بالمركز البيداغوجي النفسي للأطفال المعاقين ذهنيا -الطاهير- ملحقة جيجل

مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة ماستر في علم اجتماع التربية

الأستاذ المشرف:

د/ لعوبي يونس

من إعداد الطالبتين:

* معزة نجاة

*ياحي سارة

لجنة المناقشة:

- الأستاذ كواهي الربيعرئيسا.

- الأستاذ بوليينة جمالمناقشا.

- الأستاذ الدكتور لعوبي يونس.....مشرفا.

الموسم الجامعي:2015/2014.

الحمد لله

اللهم لك الحمد و لك الشكر كما ينبغي لجلال وجهك و عظيم سلطانك

اللهم لك الحمد حتى ترضى و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد بعد
الرضا.

اللهم سبحانه لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم ، اللهم أخرجنا
من ظلمات الوهم و أكرمنا بنور الفهم و افتح علينا معرفة العلم و يسر
أخلاقنا بالعلم .

ألم بين

شكر و تقدير

بسم الله الرحمن الرحيم
" لئن شكرتم لأزيدنكم " - سورة إبراهيم -

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على محمد أشرف المرسلين ،
نحمد الله ونشكر فضله على إنارتته درج العلم و إلمانتته على إتمام هذا
العمل، و نطمح أن يهديننا على الدوام النجاح و التوفيق و أن يهديننا إلى
ما فيه خير لنا و لأمتنا .

نشكر الأستاذ * لعويبي يونس * الذي أعاننا كثيرا في إخراج هذا
العمل، و على توجيهاته الفنية و نصائحه و إرشاداته المنهجية التي لم يبخل
بها علينا طوال فترة البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لأساتذة كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية
على كل المجهودات و المعلومات التي قدموها لنا خلال مشوارنا
الدراسي الجامعي و أخص بالذكر الأستاذين الفاضلين " حيتامة العيد"
و " عباس عبد الرشيد".

كما لا يفوتنا شكر كل الذين قدموا لنا يد العون من قريب أو من
بعيد، و بالامتنان على ما قدموه لنا من المعرفة و المساعدة و النصح مما
كان له الوقع الحسن على قلوبنا، فلمهم جميعا نقدم كلمة شكر و تقدير.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

أ ب

مقدمة

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

| | |
|---------|----------------------------------|
| 10..... | تمهيد |
| 11..... | أولاً: أسباب اختيار الموضوع..... |
| 12..... | ثانياً: أهداف الدراسة |
| 13..... | ثالثاً: أهمية الدراسة |
| 13..... | رابعاً: اشكالية الدراسة |
| 16..... | خامساً: تحديد المفاهيم..... |
| 25..... | سادساً: الدراسات السابقة |
| 32..... | خلاصة الفصل |

الفصل الثاني: التربية الخاصة

| | |
|---------|---|
| 33..... | تمهيد |
| 34..... | أولاً: مراحل تطور التربية الخاصة..... |
| 37..... | ثانياً: مبادئ التربية الخاصة..... |
| 38..... | ثالثاً: أسس التربية الخاصة..... |
| 39..... | رابعاً: أهداف التربية الخاصة..... |
| 41..... | خامساً: فئات التربية الخاصة..... |
| 58..... | سادساً: التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة..... |
| 61..... | سابعاً: استراتيجيات التدريب في التربية الخاصة |

ثامنا: واقع التربية الخاصة في البلاد العربية.....62

64.....**خلاصة الفصل**

الفصل الثالث: ماهية التوحد ونظرياته

65.....**تمهيد**

66.....**أولا: التطور التاريخي للتوحد**

69.....**ثانيا: أسباب التوحد**

74.....**ثالثا: خصائص التوحد**

76.....**رابعا: تشخيص اضطراب التوحد**

85.....**خامسا: أشكال التوحد**

87.....**سادسا: فوائد دمج ذوي التوحد**

88.....**سابعا: النظريات المفسرة للتوحد**

92.....**ثامنا: علاج اضطراب التوحد**

100.....**خلاصة الفصل**

الفصل الرابع: سياسة الدمج في المجتمع

101.....**تمهيد**

102.....**أولا: التطور التاريخي لمفهوم الدمج**

103.....**ثانيا: أنواع الدمج**

104.....**ثالثا: أسس الدمج**

104.....**رابعا: طرق الدمج**

106.....**خامسا: آليات تطبيق الدمج**

107.....**سادسا: خطوات ومراحل الدمج**

108.....**سابعا: أهداف الدمج الاجتماعي**

| | |
|----------|--|
| 109..... | ثامنا: عوامل الدمج الاجتماعي |
| 110..... | تاسعا: دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق سياسة الدمج |
| 112..... | خلاصة الفصل..... |

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

| | |
|----------|-----------------------------------|
| 113..... | تمهيد..... |
| 114..... | أولا: مجالات الدراسة..... |
| 116..... | ثانيا: منهج الدراسة..... |
| 117..... | ثالثا: أدوات جمع البيانات..... |
| 120..... | رابعا: أساليب تحليل البيانات..... |
| 120..... | خامسا: عينة الدراسة |
| 121..... | خلاصة الفصل..... |

الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

| | |
|----------|--|
| 122..... | تمهيد..... |
| 123..... | أولا: عرض وتحليل البيانات في ضوء الفرضيات |
| 131..... | ثانيا: نتائج الدراسة..... |
| 133..... | ثالثا: مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة..... |
| 134..... | رابعا: الإقتراحات والتوصيات..... |
| 134..... | خامسا: صعوبات الدراسة..... |

الخاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

في إطار التطورات العلمية الحاصلة في الميدان النفسي و التربوي، و الانتشار الواسع لمختلف الاضطرابات سواء النفسية أو العضوية التي تصيب الأطفال خاصة في المراحل الأولى من نموهم ظهرت العديد من الجمعيات و المراكز التي تهتم بالطفولة و خدماتها، كما عملت على تنمية مهارات و كفاءات عمالها بهدف إعداد برامج و أنشطة تتلائم مع طبيعة كل اضطراب.

و في الوقت الراهن هناك اهتمام واضح و ملموس من قبل مراكز التربية الخاصة بتأهيل ورعاية الأطفال المضطربين أو كما يطلق عليهم مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة على جميع المستويات الدولية و الوطنية كتعبير عن إقتناع المجتمعات بحق هؤلاء في الحياة الكريمة كغيرهم من أفراد المجتمع ومن بين هذه الفئات نجد فئة أطفال التوحد، وهي من أكثر الاضطرابات النمائية الارتقائية صعوبة وتعقيدا، لأنه يؤثر على العديد من مظاهر النمو لدى الطفل سواء الصحية أو النفسية خاصة الاجتماعية ومن أهم أعراض هذا الاضطراب: الانطواء والانغلاق على الذات،والهدف الأسمى للتربية الخاصة هو دمج هذه الفئة في المجتمع بصفة عامة و المدارس العادية بصفة خاصة وذلك من خلال تطوير البرامج التربوية و العلاجية لهم.

و قد تضمنت دراستنا جانبين ، جانب نظري و آخر ميداني ، إذ تناولنا في الجانب النظري أربعة فصول: الفصل الأول يتعلق بالإطار العام للدراسة و الذي يضم: تحديد الموضوع و أسباب اختياره كذا أهداف و أهمية الدراسة وصول إلى إشكالية الدراسة و تحديد المفاهيم ليختم الفصل الدراسات المشابهة والسابقة لموضوع دراستنا.

ويتناول الفصل الثاني ماهية التربية الخاصة (التطور التاريخي،المبادئ،الأسس، الاستراتيجيات فئات التربية الخاصة...)،أما الفصل الثالث فيخص المتغير الثاني من الدراسة المتمثل في الطفل المتوحد،حيث تناولنا فيه الجذور التاريخية للتوحد،أسبابه،مظاهره،تشخيصه،أشكاله، علاجه، وكذا الخلفيات النظرية المفسرة للاضطراب، والفصل الرابع خصصناه لسياسة دمج الطفل المتوحد في المجتمع و قمنا فيه بتحديد أهمية الدمج و أنواعه و طرقه و أسسه إلى جانب متطلباته و كذا تحديد دور كل من الأسرة و المدرسة والمجتمع في تحقيق هذه السياسة.

أمَّا الجانب الميداني من الدراسة، تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية المتبعة، وقسمناه إلى فصلين: الفصل الخامس يخص الإطار المنهجي للدراسة الذي يضم مجالات الدراسة و المنهج المتبع والأدوات المستخدمة في جمع البيانات و كذا أساليب تحليل البيانات و عينة الدراسة، و الفصل السادس تضمن عرض البيانات و تحليلها و مناقشة نتائجها وفق الفرضيات و الدراسات السابقة، مع عرض نتائج الدراسة العامة، و في الأخير قمنا بتقديم مجموعة من المقترحات و التوصيات إلى جانب مختلف الصعوبات التي واجهتنا أثناء إجراء الدراسة وصولاً إلى خاتمة و قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للدراسة

تمهيد

أولاً: أسباب اختيار الموضوع

ثانياً: أهداف الدراسة

ثالثاً: أهمية الدراسة

رابعاً: اشكالية الدراسة

خامساً: تحديد المفاهيم

سادساً: الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

نتناول في هذه الدراسة إحدى أهم الاضطرابات التي انتشرت مؤخرا في مختلف المجتمعات وهو اضطراب التوحد أو الأطفال المتوحدين، و كذا مختلف البرامج التي تطبقها التربية الخاصة في دمج الطفل المتوحد إذ نتناول في هذا الفصل الإطار المفاهيمي للدراسة الذي يتمحور حول أسباب اختيار الموضوع، الأهداف، الأهمية، الإشكالية، تحديد المفاهيم، الدراسات السابقة، هذه العناصر في مجملها تشكل منطلق هذه الدراسة التي سوف نحاول إخضاعها للكثير من التساؤلات .

أولاً: أسباب اختيار الموضوع:

قبل إنجاز أي بحث أو موضوع لابد على الباحث أن يكون له أسباب موضوعية و ذاتية لاختيار ذلك الموضوع لتمكّنه من كشف الحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة منها:

1- الأسباب الذاتية:

- نيل شهادة ماستر في علم اجتماع التربية.
- الاهتمام الشخصي بهذا الموضوع و الاستعداد لدراسته.
- توظيف المعارف التي اكتسبناها و الكشف عن مدى قدرتنا على التعامل مع المعلومات.
- التعرف على فئة المتوحدين و ذلك لمعرفة كيفية التعامل معهم كأفراد عاديين في المجتمع و كونهم جزء منه و لديهم طاقات و مهارات يجب استثمارها.

2- الأسباب الموضوعية:

- موضوع الدراسة يندرج ضمن تخصص علم اجتماع التربية و كونه قابل للتناول النظري و الميداني.
- مدى أهمية هذه الدراسة بالنسبة للفرد و المجتمع.
- تمثل خدمة للرصيد المعرفي، و هذه الدراسة غايتها معرفة الأدوار التي تقدمها التربية الخاصة للطفل المتوحد لمساعدته على الاندماج في الحياة الاجتماعية.
- نقص الدراسات و الأبحاث السوسولوجية حول هذا الموضوع.
- نقشي هذه الظاهرة بشكل ملفت و عدم معرفة تأثيرها و مدى خطورتها على الفرد و المجتمع على حد سواء.
- توعية أفراد المجتمع من خلال زيادة الوعي بشتى جوانب الاضطراب .

ثانياً: أهداف الدراسة:

عند القيام بأي دراسة هناك جملة من الأهداف تسعى لتحقيقها بناء على مجموعة من الحقائق المرتبطة بفئة اجتماعية معينة و قد حددنا أهداف دراستنا من خلال:

- معرفة دور مراكز التربية الخاصة في دمج الطفل المتوحد باستخدام إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته و ذلك باستخدام برنامج لتنمية مهاراته المختلفة (سلوكية، لغوية، اجتماعية...) حتى يتمكن من المشاركة في نشاطات الحياة اليومية التي تدور حوله و يخرج من العزلة التي فرضها على نفسه، كما يحقق أفضل تكيف مع أسرته و البيئة المحيطة به، وإستراتيجية علاجية تعتمد على الأسرة ، باستخدام برنامج إرشادي للأسرة للتخلص من انعزاليتهم و مساعدة هؤلاء الأطفال في زيادة تفاعلهم مع الآخرين مما يخفف من أعراض الاضطراب لديهم.

- الكشف عن الخلفية النظرية لاضطراب التوحد.

- الرغبة في المعرفة و الاطلاع عن واقع هذا الاضطراب " التوحد".

- التوصل إلى بعض الاقتراحات و التوصيات للتخفيف من حدة هذا الاضطراب و محاولة إيجاد حلول.

ثالثاً: أهمية الدراسة:

إن أهمية موضوعنا له بعدين أساسيين و هما بعد نفسي و بعد اجتماعي يبحث في المجالين "المجال النفسي" التوحد" و المجال الاجتماعي "التربوي" التربية الخاصة، و ترجع أهمية الدراسة إلى جانبين هما:

1- الأهمية النظرية: و تتمثل فيما يلي:

- تزويد المكتبة بدراسة جديدة في أحد المجالات الهامة وهي المشكلات النفسية للأطفال المتوحدين ودور التربية الخاصة في دمجهم.

- يمكن أن تساعد نتائج الدراسة الحالية في التعرف على واقع المشكلات النفسية و الاجتماعية للأطفال المتوحدين و الدور الفعلي للتربية الخاصة في مواجهتها.

- قد تصبح بداية لدراسات أخرى في هذا المجال.

2- الأهمية التطبيقية:

- تطوير دور خدمات التربية الخاصة مما يساعد في التصدي للمشكلات عند الأطفال المتوحدين .
- قد تساعد نتائج الدراسة الراهنة في تصميم برامج موجهة للآباء أو الأخصائيين الاجتماعيين فيما يرتبط بمشكلات الأطفال المتوحدين .
- الخروج بمجموعة من التوصيات التي يمكن أن تساعد المتخصصين والتربويين والأخصائيين الاجتماعيين وأولياء الأمور في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال المتوحدين .

رابعاً: الإشكالية

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية والهامة في حياة الإنسان فمن خلالها يبدأ تكوين ونمو شخصيته، والأسرة باعتبارها الجماعة الاجتماعية الأولى التي من خلالها يبدأ الطفل في الاتصال والتفاعل مع العالم الخارجي، إذ تعد المسؤول الأول عن اكتساب الطفل السمات والخصائص الاجتماعية الأساسية التي بواسطتها يستطيع أن يتفاعل ويندمج في محيطه الخارجي .

ففي هذه المرحلة يظهر بعض الأطفال سلوكيات غير عادية تعرضهم لعدم التوافق مع الآخرين وتعيق التواصل، إذ تعمل التربية باعتبارها عملية واعية مقصودة وغير مقصودة على إحداث النمو والتغيير للفرد في جميع جوانبه سواء الجسمية أو العقلية، الانفعالية وكذا الوجدانية وذلك وفقاً لمتطلبات المجتمع وثقافته لأنها تأخذ مكوناتها وأوجه مسارها منه، غير أن هذه التربية لا تخدم كل فئات المجتمع فهناك فئة تحتاج إلى رعاية واهتمام أكثر من الفئات الأخرى، ويطلق على هذه الفئة ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأفراد غير العاديين وغيرها من المصطلحات، وتضم فئة ذوي الاحتياجات الأفراد الذين يختلفون بشكل ملحوظ في نموهم العقلي أو الانفعالي أو اللغوي والحركي وكذا الحسي عن الأفراد العاديين .

ويعد الاضطراب أو الإعاقة سبباً رئيسياً لعدم تكيف الطفل مع مجتمعه بما يسببه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة أو عند مقارنته بأقرانه، ويعتبر ميدان تربية ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم هدفاً من أهداف الهيئات المتخصصة في هذا المجال، وتدور تساؤلات كثيرة ومتعددة حول إمكانيات ذوي الاحتياجات الخاصة، وحول قدراتهم على تأدية المهام المطلوبة منهم كأفراد في

المجتمع، ولكن مع تطوير التربية الخاصة تغيرت الرؤية اتجاههم، ولم يعد الواحد منهم معتمدا على من حوله اعتمادا كليا، وإنما يمكن أن يقوم بالكثير من الأدوار الحيوية إذ تم تدريبه وتأهيله لذلك بالشكل المناسب بحيث يستدعي هذا الاضطراب نوعا من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للطفل العادي ويحتاج الطفل ذو الاحتياجات الخاصة إلى تعليم خاص وخدمات تربوية خاصة.

وتتضمن التربية الخاصة فئة الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية والحركية والاضطرابات اللغوية والإعاقة السمعية والبصرية، واضطراب التوحد، وبعد هذا الأخير أكثر الاضطرابات النمائية التطورية تعقيدا، لأنه يمس مختلف جوانب النمو لدى الطفل والتي من بينها النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي وعلى سلوكه بوجه عام، فالأطفال المتوحدين تبدو عليهم مجموعة من الانحرافات في جوانب التفاعل الاجتماعي وفي التواصل وكذا في الوظائف المعرفية (الانتباه، التفكير، التخيل، الإدراك) وكل هذه الملامح قد تظهر متزامنة بعضها البعض وفي بعض الأحيان تتداخل أعراض الاضطرابات الأخرى، ولهذا يحتاج تشخيص اضطراب التوحد لفريق متعدد الاختصاصات (طبيب أطفال، طبيب الأعصاب والمخ، أخصائي أطفونى، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي،....) من أجل استبعاد الأمراض والاضطرابات المشابهة.

وتعمل مراكز التربية الخاصة على تقديم مجموعة من الخدمات والبرامج العلاجية والأنشطة التربوية التي تتماشى مع طبيعة وشدة الاضطراب لدى الطفل المتوحد، وتهدف هذه المراكز إلى تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي لديه وترتكز في الأساس على زيادة القابلية للتعلم والاندماج مع الآخرين لأن الهدف الأسمى للتربية الخاصة هو تحقيق درجة من الاستقلالية والنضج الاجتماعي، ورغم ذلك لا يزال اضطراب التوحد مثيرا للجدل لدى العديد من الأخصائيين والعلماء والباحثين وكذا أولياء الأمور، وهذا بسبب غموض أسبابه واختلاف أعراضه من طفل لآخر ما يدفع مراكز التربية الخاصة إلى إعداد برامج وأنشطة حسب كل حالة من الحالات، وتوفير كذلك مختلف الأدوات والوسائل والأجهزة المساعدة على معرفة جوانب القصور لدى الطفل وبالتالي تطبيق البرنامج العلاجي المناسب لذلك القصور، وهذا ما يعيق عمليتي التكيف والدمج في البيئة الاجتماعية.

ومن هذا المنطلق أردنا دراسة ومعرفة دور التربية الخاصة في دمج الطفل المتوحد في المجتمع بصفة عامة والمدرسة العادية بصفة خاصة محاولين تسليط الضوء على مختلف جوانب الموضوع من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي:

هل للتربية الخاصة دورا في دمج الطفل المتوحد؟

ويندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- هل تساهم البرامج العلاجية في ضبط سلوك الطفل المتوحد؟
- 2- هل للبرامج التربوية دورا في تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المتوحد؟

ومن أجل الإجابة عن هذه التساؤلات قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

للتربية الخاصة دورا في دمج الطفل المتوحد.

وتتدرج تحت هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

- 1- تساهم البرامج العلاجية في ضبط سلوك الطفل المتوحد.
- 2- للبرامج التربوية دورا في تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المتوحد.

خامسا: تحديد مفاهيم الدراسة:

1- التربية الخاصة:

التعريف اللغوي:

- التربية:

ربا، يربو، ربوا بمعنى زاد و نما و أربيته: نميته.

قال الله تعالى: " وُبي الصدقات".

رب، يربُ بمعنى أصلحه و تولى أمره و ساسه و قام عليه.(1)

تعريف التربية: التربية هي العملية الواعية المقصودة و غير المقصودة لإحداث نمو و تغيير و تكيف مستمر للفرد من جميع جوانبه الجسمية و العقلية و الوجدانية و من زوايا مكونات المجتمع و إطار ثقافته و أنشطته المختلفة (الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية و الثقافية و العلمية).(2)

- التربية الخاصة Education Spécial:

مصطلح شامل يستخدم للتعبير عن البرامج و الخدمات المقدمة للأطفال الذين ينحرفون عن أقرانهم

العاديين (سواء في الجانب الجسمي أو العقلي أو الانفعالي) بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات أو أساليب أو مواد تعليمية خاصة تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن سواء في الفصول العادية أو الفصول الخاصة إذا كانت مشكلاتهم أكثر حدة.(3)

التعريف الاصطلاحي:

هي التعليم المخطط خصيصا لتلبية الحاجات الفردية الفريدة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو هي مجموعة من الأساليب الفردية المصممة لتلبية حاجات و قدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة التي لا يسمح المنهاج الرسمي الموضوع للصف العادي بتلبيتها.

هي كل البرامج التربوية المتخصصة التي تتناسب مع ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث يمكن تقديم هذه البرامج التربوية إلى فئات الأفراد غير العاديين و ذلك من أجل مساعدتهم على تحقيق ذواتهم و تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن و مساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.(1)

(1) أحمد علي الحاج:أصول التربية، دار المناهج، الأردن، 2013،ص 13.

(2) نايف نزاز القيسي:المعجم التربوي وعلم النفس، دار أسامة ، الأردن، 2010، ص 145.

(3) أحمد علي الحاج: مرجع سابق، ص14.

تعرّف التربية الخاصة على أنها عبارة عن ترتيبات و إجراءات تعليمية خاصة مصممة لمواجهة احتياجات الأطفال غير العاديين، و هذه الترتيبات ترتبط بمعايير تختلف عن تلك الترتيبات الممارسة مع الأطفال العاديين. (2)

ويعرف هيوارد (Heward,2002) بأنها مهنة لها أدواتها وأساليبها وجهودها البحثية التي تركز بمجملها على تطوير العملية التعليمية وتحسين أساليب تقييم الحاجات التعليمية للأطفال والراشدين ذوي الاحتياجات الخاصة. (3)

التعريف الإجرائي:

هي كل الخدمات والأنشطة والبرامج التربوية والتعليمية المتخصصة التي تنتاسب مع اضطراب التوحد، بحث تقدم هذه الخدمات والبرامج للأطفال المتوحدين، وذلك بهدف مساعدتهم على تحقيق ذواتهم وتنمية مختلف مهاراتهم وقدراتهم وذلك من أجل دمجهم في البيئة الاجتماعية التي ينتمون إليها.

2- الدمج:

التعريف اللغوي:

دمجت الأرنب تدمج في عدوها، و هو سرعة تقارب القوائم ، و متن مدمج و أعضاء مدمجة كأنها أدرجت و ملست كما تدمج الماشطة مشطة المرأة إذا ضُوت ذوائبها، و كل ضفره منها على حيالها تسمى دمجا واحدا، و يقال: دمج في بيته، أي دخل ، و اللّوج الدخول و قال في إدماج الأعضاء: (4)

دمج دموجا و اندمج و أدمج في الشيء دخل فيه، دمج الأمر و استقام، دمج في الشيء أدخله فيه، أدمج الشيء في الثوب أي لفه فيه. (1)

التعريف الاصطلاحي:

(1) تيسير مفلح كوافحة و عمر فواز عيد العزيز: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة ، الأردن، 2003، ص 15.

(2) عبد الله الوابلي: المفاهيم الأساسية للتربية الخاصة، المكتبة المركزية الناطقة ، السعودية، 2008، ص 4.

(3) جمال محمد الخطيب ومنى صبحي الحديدي: المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، الأردن، 2008، ص 12

(4) الخليل بن أحمد الفراهيدي: كتاب العين، دار الكتب العلمية، لبنان، ج2، 2003، ص 58.

(1) فؤاد أفرام البيساني: منجد الطلاب، دار المشرق، لبنان، ط5، 1976، ص 206.

هو إتاحة الفرص للأطفال المعاقين للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص للتعليم، و يهدف الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة بالطفل المعاق ضمن إطار المدرسة العادية، وفقا لأساليب و مناهج ووسائل دراسية تعليمية يشرف على تقييمها جهاز تعليمي مختص إضافة إلى نطاق التعليم في المدرسة العامة. (2)

ويعرف أيضا حسب الشعار العام الدولي للمعوقين بأنه المساواة و المشاركة الكاملة باعتبار أن حقوق المعوق التمتع بالحياة الخالية من أي نقص و ذلك لتوفير برامج اقتصادية و اجتماعية تسهل عملية الدمج. (3)

يعرف أيضا على أنه إجراء لتقديم خدمات خاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تعقيدا وهذا يعني أن يوضع مع أقرانه العاديين و أن يتلقى خدمات خاصة في فصول عادية.

يقصد به دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس و الفصول العادية مع أقرانهم العاديين مع تقديم التربية الخاصة المساندة و إعدادهم للعمل في المجتمع مع العادي. (4)

يرى كل من Andokukie.GoblibKouffinan أن المقصود بالدمج هو دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم دمجا زمنيا و تعليميا و اجتماعيا، و حسب خطة و برنامج و طريقة تعليمية مستمرة تقرر حسب حاجة كل طفل على حدة، و يشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري و التعليمي و الفني في التعليم العام و التعليم الخاص. (5)

التعريف الإجرائي:

الدمج يعني مساعدة الأطفال المتوحدين على الحياة و التعلم و العمل في البيئة العادية حيث يجدون فرصة كبيرة للاعتماد على النفس بما يناسب طاقاتهم و إمكاناتهم و ذلك بتواجدهم لمدة مؤقتة أو دائمة

(2) بطرس حافظ بطرس: سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة، دار المسيرة، الأردن، 2009، ص 20.

(3) رزاق محمد نبيل: المعوق بين الإدماج الثقافي و الاجتماعي، وزارة الثقافة، الجزائر، 2008، ص 18.

(4) بطرس حافظ بطرس: مرجع نفسه، ص ص 20، 21.

(5) مصطفى نوري القمش و ناجي السعادة: قضايا و توجهات حديثة في التربية الخاصة، دار المسيرة، الأردن، 2000،

في نفس حجرة الدراسة مع الأطفال الأسوياء و كذا في نفس البيئة و المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه.

3- الطفل:

التعريف اللغوي:

غلام طفل: إذا كان رخص القدمين و اليدين، و امرأة طفلة الأنامل، أي رخصتها في بياض، بنية الطفولة والفعل: طفل يطفل طفولة، مثل رخصة و رخاصة، و الطفل: الصغير من الأولاد للناس و البقر و الطباء و نحوها، و نقولك فعل ذلك في طفولته أي هو طفل ولا فعل له، لأنه ليس له قبل ذلك حال فتحول منها إلى طفولة، و أطفلة المرأة و الطيبة (والنعم) إذا كان معها ولد طفل. (1)

التعريف الاصطلاحي:

يعرّف علم نفس الطفل الطفل بأنه " الكائن البشري في مسيرة نموه و تطوره من مرحلة الولادة إلى النضج و البلوغ". (2)

و يعرف "أحمد زكي" الطفل بأنه " نمو الحياة العقلية للأطفال و سلوكهم و ذلك من الولادة إلى النضج".

وقد اقتصر هذا التعريف على الجانب العقلي لنمو الطفل من الولادة إلى النضج فقط.

التعريف الإجرائي:

هو ذلك الكائن البشري الذي يكون مركز اهتمام كل من الأب و الأم أي القائمين على عملية التنشئة الاجتماعية ، خاصة في المراحل الأولى من خلال إشباع حاجاته المختلفة و تبدأ مرحلة الطفولة من الولادة إلى البلوغ.

(1) الخليل أحمد الفراهيدي: كتاب العين، دار الكتب العلمية، لبنان، ج 3 ، 2003، ص53.

(2) عبد الرحمن العيسوي: النمو النفسي و مشكلات الطفولة، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2005، ص241.

4- التوحد:

التعريف اللغوي:

التوحد من وحد، يوحد وحدا، بقي منفردا أو انفرادا أو انفراد بنفسها⁽¹⁾ لتوحد، اجتزاز الذات، اجتزازي، استثارة الذات.

تشتق كلمة التوحد Autisme من الكلمة الإغريقية Aut وتعني النفس أو الذات و كلمة Ism

و تعني إغلاق، و المصطلح يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات، و تقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، و يبدون قليل من الاهتمام بالعالم الخارجي ويتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز على إقامة علاقات اجتماعية و يفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل الاجتماعي مع الآخرين و لديه رغبة ملحة في الاستمرار بالقرار بنفس السلوك.⁽²⁾

الأوتسية: اضطراب شديد في عملية التواصل و السلوك، يصيب الأطفال في الطفولة المبكرة (ما بين 30 و 32 شهرا من العمر) و يؤثر في سلوكهم حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين وتبذل المشاعر، و قد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية و يلتصقون بها ويطلق على هذه الحالة أيضا فصام الطفولة أو عرض كانر Kanner.⁽³⁾

التعريف الاصطلاحي:

كان أول من عرف التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية طبيب أطفال نفسي يدعى ليوكانر (Leokanner) و كان كانر الأمريكي الجنسية يعمل في مستشفى جامعة جونز هوبكنز بالتيمور في ولاية ماريلاند، و في العام 1943، نشر كانر دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا

(1) عبد الهادي الجوهري: معجم علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1999، ص 17.

(2) أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشربيني: التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)، دار المسيرة، الأردن، ط 2، 2014،

ص 26.

(3) نايف نزار القيسي: المعجم التربوي و علم النفس، دار أسامة، الأردن، 2010، ص 10.

تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك، و لذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد و منفصل أطلق عليه اسم توحّد طفولي Infantile Autism و بهذه الدراسة و بهذا التشخيص ابتداءً تاريخ التوحّد. (1)

التوحّد كما عرّفته الجمعية الأمريكية للأوتيزم (Autism Society of America) (1960) هو اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا و أن المظاهر الأساسية له لا بد أن تظهر قبل بلوغ الطفل 30 شهرا من العمر، و هو اضطراب في سرعة النمو و كذلك اضطراب في الانتماء للآخرين، و هو اضطراب تتجلى أعراضه في:

- عجز في التواصل اللفظي و غير اللفظي.

- ضعف التفاعل الاجتماعي.

- ضعف النمو الحسي. (2)

عرّفه المعهد القومي للصحة العقلية: هو تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال وإقامة علاقات مع الآخرين و الاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، و بعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي و بعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة و نماذج تفكير جامدة وأكثر، و هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية و مشكلات حسية تتصل بالإدراك و مشكلات اتصالية و كل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم و بالتالي على قدرتهم على التعلم و من ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة. (3)

عرّف وولف Wolf (1988) الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي على أنهم الذين:

- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

- ينقصهم الاتصال اللغوي في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل و مضمون الكلام و ترديد آلي لما يسمعه.

(1) أسامة فاروق مصطفى: مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار المسيرة، الأردن، 2011، ص 252.

(2) محمد كامل أبو الفتوح عمر: الأطفال الأوتيستيك ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم؟، دار زهران، الأردن، 2012، ص 24.

(3) عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الإعاقات (النظريات و البرامج العلاجية)، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2012، ص 58.

- شذوذ في اللعب و التحليل.

- النمطية و التقولب و الإصرار على الطقوس و الروتين وردود الفعل العنيفة، إزاء أي تغيير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة مثل: هز الرأس و حركة اليدين.⁽¹⁾

عرّف أورنر (1989Orner) التوحد على أنه أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الطفل دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية.⁽²⁾

عرّف إبراهيم مدكور التوحد على أنه أسلوب من الخبرة و التفكير و الحياة النفسية يحل فيه الواقع النفسي محل الواقع المادي و تقوم فيه المشاعر الوجدانية و الحاجات الفردية مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية المنطقية.

عرّف فاروق صادق (2003) التوحد على أنه نوع من الاضطرابات في النمو و التطور، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر فيؤثر على مختلف جوانب النمو بالسالب و التي قد تظهر في النواحي الاجتماعية و التواصلية و العقلية و الانفعالية و العاطفية.⁽³⁾

أشارت المراجعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي إلى أن التوحد اضطراب نمائي يصيب الأطفال قبل أن تبلغ أعمارهم الزمنية السنة الثالثة، و تظهر أعراضه في ثلاث مجالات رئيسية هي: ضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي، وظهور سلوكيات نمطية بشكل متكرر، وضعف القدرة على التواصل مع الآخرين.⁽¹⁾

التعريف الإجرائي:

(1) نفس المرجع، ص 56.

(2) أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشرييني: مرجع سابق، ص 27.

(3) محمد كمال أبو الفتوح عمر: مرجع سابق، ص، ص 24،31.

(1) المجلة الدولية التربوية المتخصصة: الصورة السعودية للقائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون الثانية، أحمد عبد العزيز التميمي، م٦، ع٢، 2012، ص 211.

اضطراب التوحد هو اضطراب في النمو، يصيب الطفل في السنوات الأولى و يظهر في شكل أعراض متنوعة و متعددة و مختلفة في درجتها و شكلها، من طفل لآخر، و المؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة و التواصل، النمو الحسي و الحركي، النمو الانفعالي، النمو الاجتماعي، و من حيث الجانب السلوكي ما يجعله منطويا و منسحب عن العالم الخارجي مكونا لذاته عالم خاص به.

بعض المصطلحات المتعلقة بالموضوع:

1- العجز:

الفرد العاجز هو الذي يعاني من عجز أو صعوبة في أداء وظائفه الفيزيولوجية و النفسية ناتج عن خلل جسمي أو عقلي دائم كالعجز في البصر أو السمع أو الحركة.

وبعبارة أخرى يقصد بالعجز السلوك الخاص بإنجاز مهمة و لا يتضمن إلا مستوى محدود من الاستعداد في مجال تلك المهمة، أما الخلل فيقصد به الإصابة أو الشذوذ في البنية الجسمية (خاصة الأجهزة الحسية و العصبية) الناتجين عن أي سبب خلقي أو بيئي، مع ما يترتب على ذلك من عجز أو صعوبة في أداء الوظيفة كأن نتحدث عن الخلل السمعي أو البصري أو النطقي.⁽²⁾

2- الإعاقة:

مصطلح الإعاقة (Handicap) مصطلح عام أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس من مصطلحي الاعتلال و العجز فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية و اجتماعية و ثقافية مختلفة و تبعا لذلك فان حالة العجز لا تعني حالة إعاقة بالضرورة.⁽¹⁾

⁽²⁾ راضي الوقفي: أساسيات التربية الخاصة، دار جيعنة،الأردن،2008، ص 12.

⁽¹⁾ جمال محمد الخطيب و منى صبحي الحديدي: المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر،الأردن،1997، ص15.

و يقصد بالإعاقة المتطلبات البيئية أو الوظيفية التي يواجهها الفرد العاجز في موقف معين، أي أن الإعاقة المتطلبات البيئية أو الوظيفية التي يواجهها الفرد العاجز في موقف معين، أي أن الإعاقة ترجع إلى عجز الشخص عن مواجهة مقتضيات التكيف مع البيئة أو الوظيفة كما يواجهها الأسوياء.⁽²⁾

3 - الاضطراب: Disorder

الاضطراب هو الاختلاف أو الانحراف الملحوظ في النمو أو في السلوك عما يعتبر طبيعياً فالسلوك يعتبر مضطرباً إذا اختلف جوهرياً عن السلوك الطبيعي، و غالباً ما يقترن استخدام مصطلح "الاضطراب" في أدبيات التربية الخاصة بالمشكلات الكلامية اللغوية و السلوكية تحديداً .

وثمة تسميات أخرى عديدة تستخدمها الأدبيات المختلفة للإشارة إلى حالات الاضطراب، فالأدبيات الطبية تستخدم عادة مصطلح "مرض" "pathological"، وأدبيات علم الاجتماع تستخدم مصطلح "منحرف" "déviant" وأدبيات علم النفس تستخدم مصطلح "غير طبيعي" "أو" "شاذ" "anormal" والجدير بالذكر أن جميع هذه المصطلحات لم تعد تلقى استحساناً لما تتطوي عليه من مضامين سلبية ولأنها تعز و الاختلاف لعوامل داخل الفرد، وعليه فإن معظم الاختصاصيين و أولياء الأمور غيرهم وأصبحوا يعارضون استخدامها و يدعون إلى استخدام مصطلحات بديلة لها.⁽³⁾

سادساً: الدراسات السابقة:

إن نمو المعرفة و تشعبها يفرض على الباحث عندما يفكر في أي بحث علمي الاطلاع على الدراسات السابقة و المشابهة لموضوع الدراسة، فالدراسة السابقة تشكل تراثاً معرفياً مهماً و مصدر غنياً لجميع الباحثين و الدارسين، فمن خلالها يتمكن الباحث من إعداد دراسته و اختيار موضوع بحثه إذ لا بد

⁽²⁾ راضي الوقفي : المرجع نفسه ،ص13.

⁽³⁾ نايف بن عابد الزارع :المدخل إلى اضطراب التوحد، دار الفكر ،الأردن، 2010،ص311.

كذلك من الأخذ بنتائج الدراسات المتوصل إليها، فقد تكون إحدى متغيرات الدراسة مشابهة مع دراسة سابقة.

وتكمن أهمية الدراسات السابقة في أنها تساعد الباحث على التعمق في بحثه من خلال توجيهه عند صياغة فرضيات الدراسة و في انتهاج المنهج المناسب و كذا الأدوات الأكثر ملائمة لجمع المعلومات والبيانات عن موضوع الدراسة.

وسنعرض فيما يلي بعض الدراسات السابقة المشابهة لموضوع دراستنا حيث تم تصنيفها على أساس جغرافي: دراسات أجنبية و دراسات عربية.

1- الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: عنوان الدراسة مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين .

قاما بوندي و فروست (1995) Bondy et Frost بدراسة مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين، و كان الهدف منها تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين حيث تكونت العينة من 66 طفلا توحديا في سن ما قبل المدرسة، و تضمنت الدراسة استخدام مداخل تعليمية مناسبة لتحسين القدرة على التحدث و الانتباه و استخدم الباحثان في أثناء البرنامج الصور بالتدرج حتى ينتبه الطفل أولا ثم يتم التفاعل معه.⁽¹⁾

استخدم الباحثان من خلال الدراسة برنامج تغيير الصورة لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة الدراسة، كما تم استخدام التواصل بالعينين للتمييز بين الأشياء و قد تحقق ذلك في مدة زادت عن العام.

وأسفرت الدراسة في النهاية على أن 44 طفلا اكتسبوا الحديث الجيد و 14 طفلا اكتسبوا الحديث الموسع باستخدام الصور و احتاج بقية الأطفال على وقت أطول للتعلم، و أكد البرنامج على أهمية استخدام الغريزة بصورة مستمرة.

الدراسة الثانية:

⁽¹⁾ عبد الله حسين الزعبي: التوحد(تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين)، دار الخليج، عمان، 2014، ص 141.

عنوان الدراسة : أنشطة اللعب الاجتماعي و دورها في تحسين اللعب لدى عينة من الأطفال التوحديين.

أجرى كل من سشلين و توبين (Schline et Tobin) 1990 دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية استخدام أنشطة اللعب الاجتماعي في تحسين سلوكيات اللعب لدى عينة من الأطفال التوحديين تكونت وعينة الدراسة من مجموعتين:

(1) المجموعة الأولى: تضمنت (17) طفلا توحديا في سن المدرسة.

(2) المجموعة الثانية: و تضمنت (21) طفلا عاديا في نفس السن (و ليست لديهم أية إعاقات) .

وتم تدريب المجموعتين على ثلاثة مستويات من اللعب هي اللعب الفردي و اللعب في مجموعات و اللعب في فريق.

واستمر تدريب المجموعتين لمدة (20) جلسة، و أظهرت نتائج الدراسة وجود دلالة كبيرة (تأثيرا إيجابيا) لاستخدام هذه الأنشطة كما ظهرت كذلك دلالة إحصائية أكبر في اللعب الفردي للأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال العاديين.⁽¹⁾

الدراسة الثالثة:

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام التعليم المنظم لعلاج أفراد التوحد.

قام الباحث بانيرا و آخرون (Panera 1998) لتقييم فاعلية استخدام التعليم المنظم لعلاج أفراد التوحد و ذوي الإعاقات الشديدة لعينة تتألف من 18 طفلا مراهقا من التوحديين بمتوسط زمني 13 سنة و عمر عقلي 17 شهرا، حيث تم استخدام إجراءات متعددة لتقييم تأثير برنامج TEACCH وباستخدام مقاييس مثل (مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي Pep-R cors) لأغراض جمع البيانات حيث هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج TEACCH في تحسين التواصل العفوي أو التقائي و ذلك من خلال التدريب على التواصل البديل و من خلال التعليم المنظم و التنظيم المادي للبيئة، حيث اعترفت الدراسة بوجود صعوبة في تقييم برنامج معقد مثل برنامج TEACCH و ذلك لأن عددا كبيرا من العناصر ذات

⁽¹⁾ المرجع نفسه، ص 145.

التأثير في مخرجات العلاج، و لكن القاعدة الأساسية التي تم اكتشافها من خلال المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة أن برنامج TEACCH يحسن من أهلية و كفاءة أطفال التوحد ، و يقلل من المشكلات السلوكية و يحسن من التواصل اللغوي أو التفائلي.

الدراسة الرابعة:

عنوان الدراسة: دمج الطفل التوحدي بمدرسة متوسطة في التربية البدنية العامة - دراسة حالة -

هدفت دراسة كل من كريستين جونز و مارتين بلوك (Kristen Jones .Block Martine 2006) إلى ملاحظة تأثيرات اضطراب التوحد - كاضطراب نمائي - على النمو الاجتماعي و التواصل والمهارات السلوكية لدى الطفل، و قد تمت ملاحظة أوجه القصور الاجتماعي لدى طفل يقتصر إلى وجود اهتمامات لديه و يعاني من عجز في التواصل مع الأقران، و مع أفراد أسرته، و قد ألفت هذه الدراسة النظرية الضوء على الطرق و الأساليب الناجحة التي عادة ما تستخدم في دمج طفل توحدي بمدرسة متوسطة في فصل من فصول التربية البدنية العامة.

وقد ناقشت جونز وزميلتها هذه الطرق مثل المساندة بنوعها الاجتماعية والنفسية، وجدولة الأنشطة في سياق يتم فيه تقديم تلميحات مصورة و لفظية إضافية.

وقد اختتمت الباحثتان الدراسة بتقديم قائمة من التوصيات العامة لمعلمي التربية البدنية العامة التي يمكن أن يضيفها هؤلاء المعلمون إلى أنشطة الأطفال ذوي التوحد ، الذين يتم دمجم دمجاً ناجحاً في فصول التربية البدنية العامة.⁽¹⁾

2- الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

⁽¹⁾ عبد الله حسين الزعبي: المرجع نفسه، ص ص 144، 145.

عنوان الدراسة: ألعاب الجمباز و أثرها على المهارات الحركية الأساسية و اضطرابات الانتباه و التفاعلات الاجتماعية و السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتوحدين.

أجرت أميمة حجازي و منار شاهين في سنة 2003 دراسة هدفت إلى تصميم برنامج لألعاب الجمباز للأطفال المتوحدين و معرفة أثره على المهارات الحركية الأساسية و اضطرابات الانتباه و التفاعلات الاجتماعية و السلوك الانسحابي لديهم.

استخدمت الباحثتان المنهج التجريبي لتصميم المجموعة الواحدة حيث تكونت عينة الدراسة من 8 أطفال متوحدين 6 ذكور و 2 إناث، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 5-9 سنوات.

واحتوى البرنامج على أنشطة جمباز الألعاب الذي يتكون من تمارينات بدون أدوات و أخرى بأدوات و تمارينات فردية و ترويحية و ألعاب و مسابقات جماعية و دمج صور مبسطة من القصص الحركية، مع ربط التمارينات بالموسيقى، و استمر البرنامج 25 أسبوعاً بواقع أربعة وحدات تدريبية في الأسبوع، زمن الوحدة (الجلسة) 40 دقيقة.

واستخدمت كذلك الباحثتان مقياس للمهارات الحركية و اختبار انتباه الأطفال و توافقهم (من إعداد عبد الرقيب البحيري و عفاف عجلان 1998) و مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحدين و مقياس السلوك الانسحابي (من إعداد عادل عبد الله 2001) و البرنامج المستخدم من إعداد الباحثتان.⁽¹⁾

وتوصلت الدراسة إلى أن برنامج جمباز الألعاب له تأثير ايجابي على المهارات الحركية الأساسية (المشي، الرمي، التسلق، العدو) و ليست له دلالة إحصائية على مهارة الوثب، كما كان له أثر ايجابي على زيادة التفاعلات الاجتماعية و خفض السلوك الانسحابي.

الدراسة الثانية:

عنوان الدراسة: فاعلية البرنامج العلاجي باللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين.

⁽¹⁾ عبد الله حسين الزعبي: المرجع نفسه، ص 143.

قام محمد أحمد خطاب سنة (2004) بدراسة حول فاعلية البرنامج العلاجي باللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين حيث تكونت العينة من 10 أطفال كمجموعة تجريبية و 10 أطفال كمجموعة ضابطة و المدى العمري يتراوح من سن 10-12 سنة.

حيث هدف الباحث من خلال الدراسة التجريبية التي قام بها إلى إعداد برنامج علاجي باللعب يخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد.

واعتمد الباحث في دراسته على الأدوات التالية:

- البرنامج العلاجي باللعب من إعداد الباحث.
- مقياس الاضطرابات السلوكية من إعداد الباحث.
- استمارة دراسة حالة من إعداد الباحث.
- استمارة المستوى الاقتصادي و الاجتماعي من إعداد الباحث.

من نتائج الدراسة تحقق صحة الفرض الأساسي الذي يقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة و التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي باللعب لصالح المجموعة التجريبية كما أثبت الباحث أن للألعاب الحركية الحسية قدرة هائلة في مساعدة الأطفال المتوحدين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه، كما زادت من قدراتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين بشكل فعال و الاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة و هذا بدوره يساعد على التقليل من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال و مؤثر⁽¹⁾.

الدراسة الثالثة:

عنوان الدراسة: التمرينات الإيقاعية الجماعية و أثرها على مظاهر الاضطرابات السلوكية و التفاعل الاجتماعي و السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتوحدين.

(1) محمد أحمد خطاب: سيكولوجية العلاج باللعب (مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة)، دار الثقافة، الأردن، 2008، ص 106.

أجرت الباحثة **حنان سليمان** سنة (2006) دراسة هدفت إلى تصميم برنامج للتمرينات الإيقاعية و السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتوحدين، حيث استخدمت المنهج التجريبي على عينة ضمت أطفال متوحدين (4 ذكور و بنت واحدة) تراوحت أعمارهم الزمنية من 10 - 12 سنة ، وطبقت الباحثة البرنامج لمدة ثلاثة شهور بواقع جلستين فرديتين في الأسبوع الأول خلال الشهر الأول، ثم ثلاث جلسات في الأسبوع خلال الشهرين الثاني و الثالث.

نوعت الباحثة في طبيعة الجلسات من ثنائية إلى ثلاثية إلى جماعية و تراوح زمن الجلسات ما بين 15-40 دقيقة، كما تضمن البرنامج أنشطة حركية و إيقاعات حركية جماعية باستخدام أدوات ذات شكل جذاب و صاحب هذه الأنشطة و الإيقاعات الحركية مؤثرات سمعية و موسيقية بإيقاعات تتناسب معها، اعتمدت الباحثة في دراستها على عدد من الأدوات و المقاييس و هي:

- مقياس التفاعل الاجتماعي.

- مقياس السلوك الانسحابي (من إعداد عادل عبد الله 2001).

- مقياس للاضطرابات السلوكية و البرنامج التدريبي (من إعداد الباحثة).

أظهرت نتائج الدراسة مدى فاعلية البرنامج المستخدم في الحد من الاضطرابات الانفعالية، السلوك الانسحابي، وفي خفض الاضطرابات السلوكية، في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المتوحدين (عينة الدراسة) بينما لم يوجد تقدم ملحوظ فيما يتعلق بخفض السلوكيات النمطية المتكررة.

و بذلك دلت نتائج الدراسة بوجه عام على إمكانية الاستفادة من الأنشطة الحركية و الإيقاعية في

الحد من بعض الاضطرابات و زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المتوحدين.⁽¹⁾

الدراسة الرابعة:

عنوان الدراسة: مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال المتوحدين و تنمية سلوكهم التكيفي.

(1) عبد الله حسين الزعبي: مرجع سابق، ص 147.

قام أوجد إبراهيم (2007) بدراسة مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال المتوحدين و تنمية سلوكهم التكيفي من خلال برنامج التربية الرياضية.

وقد تكونت عينة الدراسة من 10 أطفال متوحدين من الفصول الملحقة بمدارس ابتدائية في محافظة بورسعيد المصرية ممن تتراوح أعمارهم ما بين 6-12 سنة و جميعهم من الذكور، حيث يتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية 5 أطفال و الأخرى ضابطة 5 أطفال ووعي التجانس بينهما في العمر الزمني و الجنس و مستوى التوحدية و النشاط الحركي الزائد والسلوك التكيفي،وقد استخدم الباحث الأدوات التالية:

- مقياس تقدير السلوك التوحدي(من إعداد عبد الفتاح غزال 1996) .

- لوحة جودا رد لقياس الذكاء.

- مقياس النشاط الزائد لدى الأطفال المتوحدين (من إعداد حميدة السيد العربي و السيد علي عبده 2005).

- اختبارات القدرات البدنية.

- مقياس السلوك التكيفي (من إعداد فاروق محمد صادق 1965).

وقد توصل الباحث في نهاية دراسته إلى النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة على مقياسي النشاط الزائد و السلوك التكيفي في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة على مقياسي النشاط الزائد و السلوك التكيفي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.⁽¹⁾

من خلال عرض الدراسات السابقة المشابهة لدراستنا يتضح لنا مدى أهمية و فعالية البرامج العلاجية التدريبية التربوية التي تقدمها التربية الخاصة للأطفال المتوحدين من اجل تحسين و ضبط مختلف السلوكيات و الأعراض التي تعرقل عيشهم كأطفال عاديين.

⁽¹⁾المرجع نفسه، ص 154.

كما أفادت هذه الدراسات في التعرف على وضعية المتوحدين و مختلف المشكلات التي يعانون منها و ما هي احتياجاتهم هذا من جهة ، و من جهة أخرى توضح لنا طرق و برامج و آليات المعالجة و أفضل السبل التي يتمكن فيها الطفل المتوحد من الحياة بصورة طبيعية مثله مثل أقرانه بكل من دراسات **بوندي و فروست و نانيرا و دراسة سثلين و تربين و دراسة أمجد إبراهيم و دراسة أميمة حجازي وحنان سليمان** أكدت نتائجها على مدى فاعلية البرامج التدريبية و العلاجية التربوية في تحسين مختلف جوانب النمو لدى الطفل المتوحد (الجانب السلوكي، الجانب الاجتماعي، اللغوي، الانفعالي....)، وهذا ما نسعى له نحن من خلال دراستنا لهذا الموضوع، كما أن دراسة كل من ستين جونز و مارتين بلوك أوضحت نتائجها قابلية الطفل المتوحد للدمج في الفصول العادية.

ولقد توصلنا من خلال الدراسات السابقة إلى مجموعة من النقاط الأساسية فيما يخص برامج تدريب و علاج الطفل المتوحد و هي:

- 1- الاهتمام بالطفل المتوحد ومختلف احتياجاته ومتطلباته التي يجب أن تحقق على أعلى قدر ممكن.
 - 2- أهمية استخدام و تطبيق مختلف البرامج العلاجية لضبط و تعديل مختلف مهارات الطفل المتوحد و ذلك حسب أغراضه و جوانب القصور التي يعاني منها.
 - 3- ضرورة تطوير مختلف البرامج لتتناسب مع قدرات و مهارات الطفل المتوحد لأن لدى كل طفل مؤهلات و قدرات خاصة به.
 - 4- أهمية تفعيل دور الأسرة في تطبيق مختلف هذه البرامج في المنزل، لأن الأسرة هي الأساس الأول لتكيف و دمج الطفل المتوحد مع المحيط الذي يعيش فيه.
- وعلى العموم فإن هذه الدراسات تتقاطع بشكل كبير مع موضوع دراستنا إذ أنها أعطت خلفية نظرية مهمة ما حفزنا أكثر على مواصلة البحث في الموضوع والتعمق فيه.

الفصل الثاني

التربية الخاصة

تمهيد

أولاً: مراحل تطور التربية الخاصة

ثانياً: مبادئ التربية الخاصة

ثالثاً: أسس التربية الخاصة

رابعاً: أهداف التربية الخاصة

خامساً: فئات التربية الخاصة

سادساً: التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة

سابعاً: استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة

ثامناً: واقع التربية الخاصة في البلاد العربية

خلاصة الفصل.

تمهيد

إن موضوع التربية الخاصة من المواضيع الحديثة في ميدان التربية، فقد ظهر موضوعها منفصلاً في بداية النصف الثاني من القرن العشرين حيث بدأ الاهتمام بفئات التربية الخاصة، واعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من الناس تخلف ثقافي وحضاري كما أنها مشكلة تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية، لذلك فموضوع التربية الخاصة ازدهر بشكل سريع جداً في نهاية القرن العشرين.

ويقصد بالتربية الخاصة مجموعة البرامج التربوية المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة للأطفال غير العاديين وذلك من أجل تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

وبما أننا بصدد الحديث في هذا الفصل عن التربية الخاصة ارتأينا أن نتطرق إلى تطور التربية الخاصة، ومحتوى التربية الخاصة وفئاتها والاستراتيجيات التي تسير وفقها، وصولاً إلى الأهداف التي تسعى لتحقيقها والمبادئ التي تركز عليها.

يشير مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للإفراد العاديين في نموهم العقلي، الحسي، الانفعالي، الحركي، واللغوي، مما يستدعي تدخل مراكز التربية الخاصة بمختلف برامجها وأنشطتها العلاجية والتربوية للاعتناء بهذه الفئة. (1)

أولاً: مراحل تطور التربية الخاصة:

الشخص المعاق إنسان له حقوق وعليه واجبات لا يجوز تجاهه وهذا ما أكدت عليه الديانات السماوية وأشارت إليه القوانين الوضعية في العديد من الدول. ولكن رغم ذلك فقد كان ينظر إلى هذه الفئة من البشر وخاصة في القرن السادس عشر وحتى نهاية القرن التاسع عشر نظرة غير إنسانية. ولقد تنبّهت المجتمعات لهذه الفئة من الناس، ويعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من أهم عوامل التخلف وكذلك يعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من العوامل التي تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والمعنوية والبشرية، وخاصة في المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إلى هذه الطاقات، لذلك فاقتداهتمت الدول الكبرى ومنها الولايات المتحدة في عهد الرئيس هيريت هوفر برعاية الأطفال وخاصة المعاقين، كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة التي اعتمدت في 20 كانون الأول عام 1971 إلى حقوق الطفل المعاق، كحقه في التعليم بما يتناسب مع قدراته وبحيث يتاح للطفل كفرد من المجتمع تحقيق إمكاناته وقدراته وتلبية حاجاته وتحقيق الحياة الكريمة له والحق في أن يعيش داخل مجتمع يتفهم قدراته ويخلص في رعايته ويحقق له الكفاية الاقتصادية. (2)

كما أن المادة الخامسة من الإعلان العالمي لحقوق الطفل الصادر في 20 نوفمبر 1969 أكدت على ضرورة رعاية الأطفال، زمنهم المعاقون كحق من حقوقهم وكواجب إنساني وتربوي، وكذلك العديد من المنظمات الإنسانية والعالمية مثل اليونيسكو واليونسيف والمنظمة الدولية للصحة، وكذلك المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو ضرورة رعاية الطفل بحسب قدراته وتعليمه بالقدر الذي يستطيع، كما عقد في الكويت حلقة تربوية 1973 ودعت إليها إدارة التربية والثقافة في الجامعة العربية لبحث الانجازات التي قدمت لفئة المعاقين حيث تبين أم معظم الدول العربية لم تقدم شيء يذكر لهذه الفئة. لذا فقد دعت في توصياتها إلى ضرورة أن تقدم الدول العربية المناهج الدراسية المسايمة لأوضاع هذه الفئة، وأن تساعد في تقديم الأجهزة والوسائل المعينة لتعليمهم وأن

(1) تيسير صبحي: رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن، 1997، ص 8.

(2) تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مرجع سابق، ص ص 18، 19.

تساعد في تغيير نظام الامتحانات. كما طالبت بإقامة دورات تدريبية للمعلمين من أجل فهم خصائص هذه الفئات وطرق رعايتهم وتعليمهم.

أما في أوروبا فلا نجد في الأدب التربوي أي إشارة إلى الاهتمام بهذه الفئة حتى ظهور حركة الإصلاح والثورة الفرنسية والثورة الصناعية، حيث أصبح الإنسان يعامل بغض النظر عن الإعاقة الموجودة لديه كإنسان له حقوق وعليه واجبات وبناء على ذلك ظهر في أوروبا ما يسمى بحقوق الإنسان.

ومن أوائل العلماء الذين اهتموا بالتربية الخاصة جين ايتارد Jean Itard وهو طبيب فرنسي يعتبر من أوائل المؤرخين للتربية الخاصة اهتم بتربية وتشخيص الصم وتدريبهم وقد قام هذا الطبيب الفرنسي بتدريب طفل وجد في غابات افيرون في فرنسا 1978 حيث وجد عاريا يمشي على أربع، ثم جاء بعده Edwavel Segan حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقليا وأنشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا 1896 تحت إدارة وتمر Wetmar . وظهر بعد ذلك جالتون Galton الذي اهتم بدراسة الوراثة (وراثة الصفات الإنسانية) واهتم بدراسة الفروق الفردية وكذلك ابنج هاوس Ebeng House الذي اهتم بالاضطرابات العقلية واستخدام الأساليب العلمية لمعالجتها حيث كانت تعالج في الماضي عن طريق الشعوذة، أما الطبيب الفرنسي الذي كان له الأثر الأكبر في دراسة الاضطرابات العقلية ومعالجتها. وأمر بنزع القيود الحديدية من المرضى حيث أثبتت أنها تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات وتعمل على تخريب الأنسجة الدماغية وتسبب مرض الزهري وتصلب الشرايين وهذا ما تسببه بعض أنواع العقاقير، ويعتقد بنيل Banel أن قيام العضوية السليمة بعمل غير سوي يعود إلى الأسباب التالية:

أ- نظر الشخص نظرة خاطئة لإلى نفسه (تدني اعتبار الذات).

ب- علاقته بمن حوله.

ت- كون عاداته الفكرية منحرفة (1).

ثم جاء منتسوري Mavia Montessori سنة 1970 وهي سيدة ايطالية عملت في الطب وأسست مدارس تعرف باسمها للأفراد غير العاديين ثم جاء هوي حيث تخرج من جامعة هارفورد وأسس مدرسة للمكفوفين في مدينة واثرثون Waterton بوزية ماسونتوس The Perkins school for the (blind).

(1) سعيد حسني العزة: المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة، عمان، ص 2008، ص ص

وقد تعلم على يد هوي Howi هيلين كلر Helen Keller ولورا بردغمان Leaura Bridgman ثم توماس جالندت Tomas H. Gallendet حيث اهتم بالصم وأسس أول مدرسة عرفت باسمه في مدينة هارت في نيويورك وأسس كلية للصم في واشنطن The Gallandet College.

أما بعد الثورة النازية فقد ظهر كلا من ماريا فروستيج Marianne Frostig 1938 حيث كانت تعمل اختصاصية نفسية في النمسا وبولندا وقد اهتمت بالمعاقين عقليا وكان لها الفضل في دراسة صعوبات التعلم، ثم جاء ألفرد سترأوس Alfreed Strawss ومايكل بست Mykil Bust وكان لهم دورا كبيرا في دراسة صعوبات التعلم وتحديد خصائص الفرد الذي يعاني من صعوبات التعلم ودراسات عديدة حول هذا الموضوع، ثم جاء هوبس Nicholas Hobbs 1960 وقد ركز في دراسته على المضطربين انفعاليا. وظهر بعد ذلك جولدبرج Goldberg الذي طالب بالاستفادة من النقد الكبير في التربية الخاصة الموجودة في الدول الاسكندنافية، كما ظهر أيضا بور Bower الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية وكذلك ودي وهويت.

ومن خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة عن طريق الأدب التربوي نلاحظ أن الاهتمام بفئات التربية الخاصة قد تطور بشكل ملفت للنظر وخاصة في نهاية السبعينات من القرن الماضي وحتى هذه الأيام ومما يدل على ذلك ما يلي:

- ازدياد عدد المراكز التدريبية للعاملين في هذه الميدان.
- انتشار الكليات المتوسطة وكذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص في الدول العربية مثل الأردن والسعودية.
- الإهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة وكذلك انشاء العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترعى شؤونهم مثل: قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن وكذلك وزارة التربية والتعليم والتي أفرزت قسما خاصا بهذه الفئة.⁽¹⁾

ثانيا: مبادئ التربية الخاصة:

1- يجب تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية.

(1) تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز، مرجع سابق، ص 21

2- إن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية. وتتضمن البرامج التربوية الفردية ما يلي:

- تحديد مستوى الأداء الحالي.
- تحديد الأهداف الطويلة المدى.
- تحديد الأهداف قصيرة المدى.
- تحديد معايير الأداء الناجح.
- تحديد المواد والأدوات اللازمة.

• تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.

3- إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال غير العاديين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات

بذلك حيث يعمل كل أخصائي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.

4- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة، والأسرة هي المعلم

الأول والأهم لكل طفل.

إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة، فمراحل الطفولة

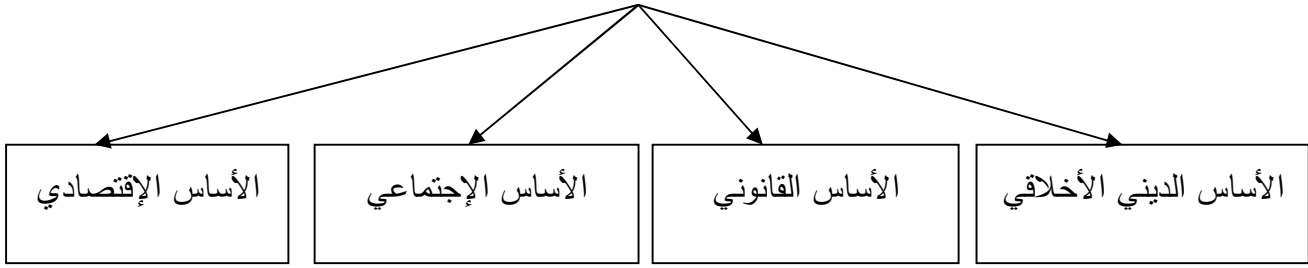
المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.⁽¹⁾

ثالثاً: أسس التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على عدة أسس وهي:

أسس التربية الخاصة

⁽¹⁾ بطرس حافظ بطرس: سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة، دار الميسرة، عمان، 2009، ص 19



الشكل (1) أسس التربية الخاصة

1- الأساس الديني الأخلاقي:

يقوم الأساس الديني من تعاليمنا الإسلامية التي تدعو إلى العطف والشفقة والرحمة والمساواة في الحقوق والتكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع لأبنائه الضعفاء والمعوقين لذا تعد برامج وخدمات التربية الخاصة ترجمة إجرائية لتعليم الدين الإسلامي وتوجيهاته.

2- الأساس القانوني:

ينطلق هذا الأساس من فرضية قوامها "إن الحصول على فرصة للتعليم حق يكفله القانون، بل إنه في ظل إلزامية التعليم يصبح واجبا على الفرد أيضا"

لذلك نجد أن كثيرا من قوانين الدول في نصوصها إشارات واضحة تكفل للفرد حقوق جميع أفراد المجتمع وتلبية حاجاتهم الأساسية ولم يستثن من ذلك حقوق المعاقين أو أية فئة من فئات المجتمع

وتمثل الإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية والداستير والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والتي صدرت من مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، وما تضمنته من توجيهات خلقية

وأبعاد إنسانية اعترافا عالميا بحقوق المعوقين وأن هذا الاعتراف يقضي بضرورة إلزام دول العالم جميعا بتبني الإعلانات والسياسات وتنفيذها وسن القوانين التي تكفل تلك الحقوق. (1)

3- الأساس الاجتماعي:

(1) يوسف القروي وآخرون: المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، الإمارات، 1995، ص 29.

أي الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها وتعليمه متطلبات العيش الكريم لها، وهذا ما يساعد على ظهور الاتجاه التربوي المسمى (التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي)، فالشخص غير العادي يتعلم الأشياء من حوله، وطريقة العيش ضمن المجموعة التي يعيش فيها لكي يرضى رغباته ويشبعها.

4- الأساس الاقتصادي:

تهدف التربية إلى إعداد الفرد للحياة وتزويده بالمهارات والمعلومات اللازمة لأن يكون عضوا نافعا بالمجتمع، وقادرا على تحقيق درجة من الكفاية الذاتية والاستقلالية، فإن إهمال تعليم الطلاب الذين يواجهون صعوبات أو يعانون من إعاقات يعد هدرا لطاقات المجتمع وتعطيلا لإمكاناته الذاتية بالتالي تصبح هذه الفئات عبئا على المجتمع وتتطلب رعاية واهتمام مستمر.

رابعاً: أهداف التربية الخاصة

تهدف التربية الخاصة إلى ما يلي:

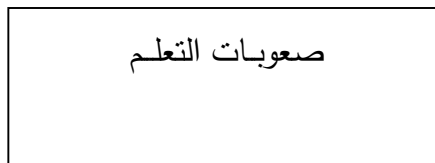
- 1- التعرف إلى فئة الأطفال غير العاديين ويتم ذلك بواسطة أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من هذه الإعاقات.
- 2- إعداد البرامج التعليمية والتربوية والتأهيلية التي تتناسب مع طبيعة وحاجة كل فئة من فئات التربية الخاصة .
- 3- بعد إعداد البرامج التعليمية يتم اختيار طرق التدريس لكل فئة من هذه الفئات ولكل حالة من الحالات وذلك عن طريق الخطة التربوية الفردية لاختلاف هذه الفئات عن العاديين، حيث يعتبر كل شخص معاق حالة منفردة. وكذلك كل فئة تعتبر وحدة قد تختلف عن غيرها.
- 4- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة حيث نجد أن كل فئة من هذه الفئات تحتاج إلى وسائل تختلف عن الفئة الأخرى، فالمكفوفون مثلا يحتاجون إلى جهاز الأبتكون Optacon بينما لا يحتاج لهذا الجهاز الإعاقات الأخرى وهكذا.
- 5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام والعمل قدر المستطاع على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق إعداد البرامج الخاصة بذلك.

- 6- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.
- 7- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.
- 8- العناية بالمتخلفين دراسيا والعمل على تطوير إمكاناتهم وقدراتهم ووضع برامج خاصة ومؤقتة وفق حاجاتهم.
- 9- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.
- 10- احترام الحقوق العامة التي كلفها الإسلام وشرع في حمايتها حفاظا على الأمن وتحقيقا لاستمرار المجتمع المسلم في الدين والنفس والنسل والعرق والمال.
- 11- تحقيق الكفاءة الشخصية والعمل على مساعدة الإنسان على الاعتماد على نفسه وذلك عن طريق إتقان المهارات اللازمة للتكيف مثل مهارات الحركة ومهارات الاتصال مع الآخرين.
- 12- تحقيق الكفاءة الاجتماعية: حيث يتم تدريب الطفل المعاق على بعض المهارات اللازمة حتى يتمكن من التكيف مع مجتمعه وخاصة فيما يتعلق بالعادات والتقاليد الاجتماعية والمهنية والثقافية.⁽¹⁾
- 13- تحقيق الكفاءة المهنية: وتعني اكتساب ذوي الاحتياجات الخاصة بعضا من المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقتهم واستعداداتهم والتي تمكنهم بعد ذلك من ممارسة بعض الحرف المهنية.⁽²⁾

خامسا: فئات التربية الخاصة

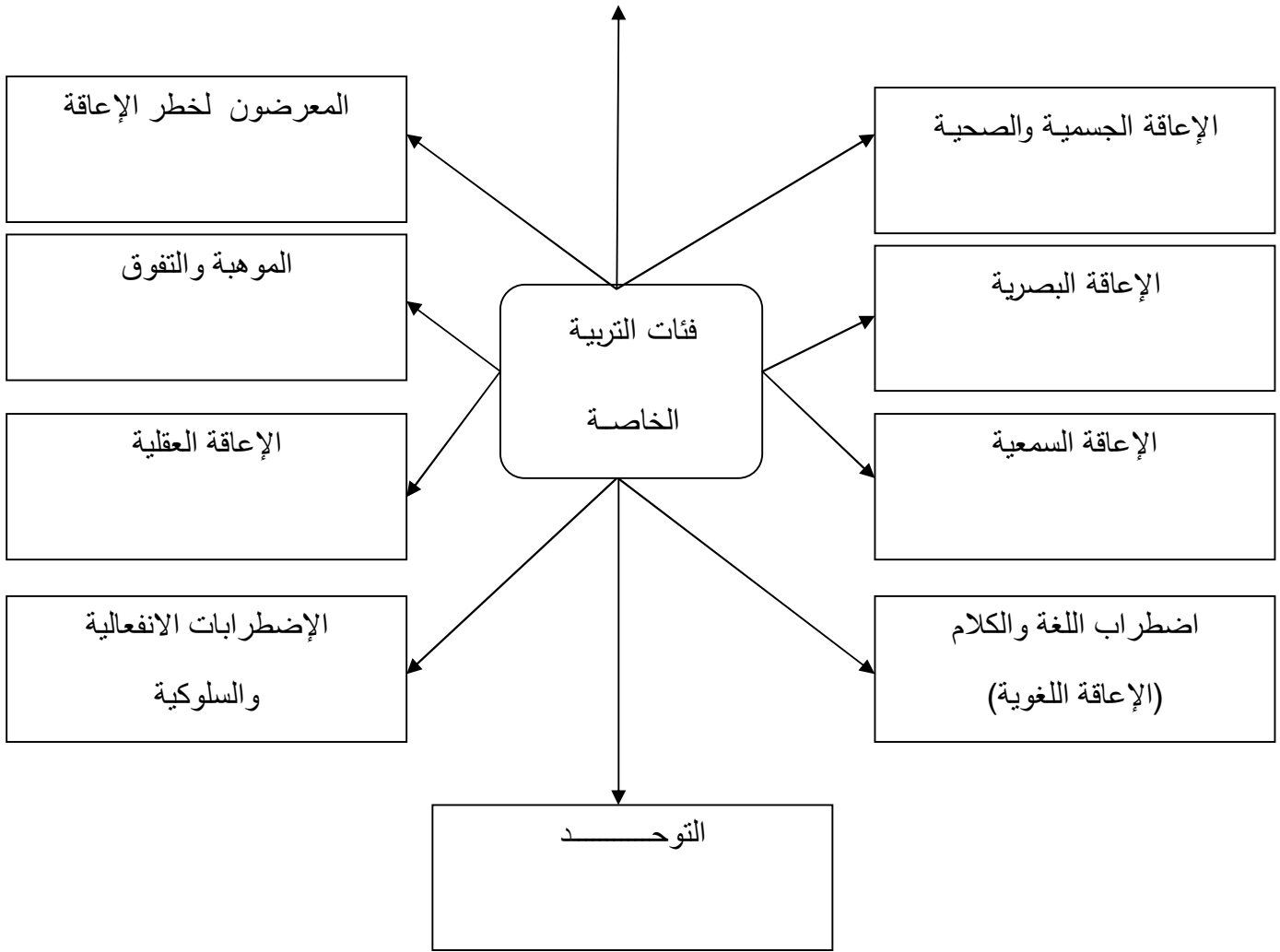
إن التربية الخاصة تولي اهتماما متزايدا بفئة المعاقين أو كما أصبح يطلق عليها ذو الاحتياجات الخاصة باعتبارهم جزء من المجتمع لهم ما لأفرادهم من حقوق وواجبات حيث تعمل على تقديم الرعاية في جميع المجالات ويمثل المخطط التالي الفئات التي تهتم بها التربية الخاصة.

والشكل (2) يوضح: فئات التربية الخاصة



(1) تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز

(2) فاطمة عبد الوهاب، عبد القادر محمد عبد القادر: برنامج التربية الخاصة ومناهجها، عالم الكتب، مصر، 2006، ص 15.



المصدر: راضي الوقفي، مرجع سابق، ص 257

1- صعوبات التعلم:

تتضمن فئة ذوي صعوبات التعلم مجموعة متغايرة من المشكلات التي لا تنطبق على أية فئة أخرى من فئات التربية الخاصة.

فمفهوم صعوبات التعلم يشير إلي عجز في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في الفهم أو استخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تظهر في عدم القدرة على الإستماع،

التفكير، الكلام، القراءة، الكتابة، الهجاء، إجراء العمليات الحسابية ويشتمل على حالات الإعاقة الأكاديمية، الإصابة.⁽¹⁾

ويقترح كيرك وجولوفر (Kirk, Gallagher 1989) اعتماد ثلاثة معايير لتعريف صعوبات التعلم وهي:

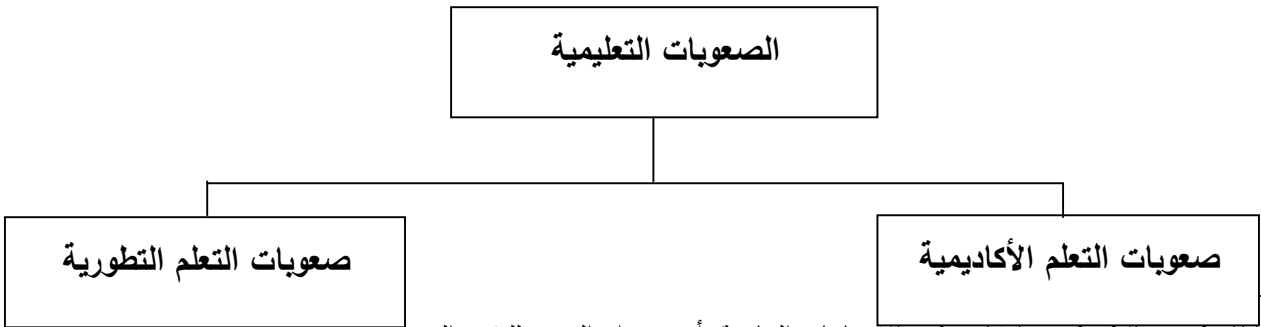
معيار التباين: ويعني فرق ملحوظ بين القابلية والتحصيل، أي الفجوة بين ما يستطيع الطفل تعلمه وبين ما يحصله في الواقع، ويساعد هذا التباين على تمييز الأطفال الذين يفشلون بسبب إعاقات ظاهرة أخرى كالإعاقة العقلية أو الإضطراب السلوكي وبين الذين يفشلون بسبب صعوبات التعلم.

معيار الاستثناء: ويعني استثناء تلك المشكلات التعليمية التي يمكن أن تفسر بعوامل إعاقة ظاهرة كالخلف العقلي، أو التلف السمعي أو البصري، أو الاضطراب الإنفعالي، أو عدم توافر فرص تعليمية مناسبة أو حرمان ثقافي أو اجتماعي أو اقتصادي.

معيار التربية الخاصة: ويعني أن المشكلات والصعوبات التي يعاني منها الطالب كبيرة ومعقدة ولا يتوقع أن يتم علاجها بدون برامج تربوية خاصة لمساعدتهم على النمو والتطور.⁽²⁾

كما تشتمل صعوبات التعلم على حالات الإعاقة التطورية وتتمثل في الصعوبات المبدئية كاضطراب الانتباه، اضطراب الذاكرة، الاضطراب الحركي، اضطراب الإدراك، وكذلك الصعوبات الثانوية والتي تظهر في اضطراب التفكير واضطراب الكلام.⁽³⁾

والشكل (3) يوضح هذه أنماط صعوبات التعلم



⁽¹⁾ بطرس حافظ بطرس: إرشادي ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره، دار الميسرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 22 .

⁽²⁾ جمال محمد الخطيب، منى صبجي الحديدي: المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، 2009، ص 79.

⁽³⁾ راضي الوقفي: أساسيات التربية الخاصة، دار جهينة للنشر والتوزيع، الأردن، 2004، ص 267.

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>الصعوبات الثانوية</p> <p>-اضطرابات التفكير .</p> <p>-اضطراب الكلام.</p> | <p>الصعوبات المبدئية</p> <p>-اضطراب الانتباه.</p> <p>-اضطراب الذاكرة.</p> <p>-الإضطراب الإدراكي الحركي.</p> <p>-اضطراب الإدراك</p> | <p>-صعوبات التهجئة.</p> <p>-صعوبات الحساب.</p> | <p>-صعوبات القراءة.</p> <p>-صعوبات الكتابة.</p> |
|--|--|--|---|

المصدر: راضي الوقفي، مرجع سابق، ص 260

ولا ترجع أسباب هذه الصعوبات إلى وجود إعاقة سمعية أو بصرية، أو عقلية أو غيرها من الإعاقات أو ظروف التعلم أو الرعاية الأسرية.

بل تتعدى إلى أكثر من ذلك حيث تصنف أسباب صعوبات التعلم إلى:

- **القصور الوظيفي الدماغى:** أي أن الدماغ هو مركز السيطرة والتحكم في الجسم، وتعرضه إلى أي خطأ أو إصابة يمكن أن يؤثر على جميع الوظائف الجسمية أو الإنفعالية أو العقلية أو بعضها على الأقل.⁽¹⁾
- **الوراثة (الموروثات):** حيث أن صعوبات العلم حالة إعاقة تنشأ من الفروق في وظيفة الدماغ يأتي من الدراسات التي تجرى على الأثر الجيني في انتقال هذه الصعوبات، ويتعاقب هذه المشكل التعليمي بين أجيال الأسرة وانتشاره بين أفرادها.⁽¹⁾
- **والأسباب الإحيائية الكيمياوية:** حيث أن اللاتزان في النواقل العصبية يمكن أن يؤثر على التعلم والسلوك، كما أن الاختلال في عملية الاستقلاب بشكل لا يسمح للجسم باستقلاب فيتامينات معينة، أو كأن تكون هناك حساسية قد تنشأ في الجسم عندما تناول أطعمة أو مواد معينة،

⁽¹⁾ راضي الوقفي: مرجع سابق، ص 267

⁽¹⁾ خالد النجار وآخرون: مقدمة في التربية الخاصة، جامعة القاهرة، 1998، ص92 .

ويمكن أن يسبب أي من هاتين الحالتين حالة من اللاتزان الكيميائي في الدماغ تقلل من القدرة على التعلم.

2- الإعاقة الجسمية والصحية:

الإعاقة الجسمية والصحية هي حالة عجز عظيمة أو عضلية أو عصبية أو حالة مرضية مزمنة تحد من القدرة على استخدام الجسم بشكل طبيعي مما يؤثر سلباً على إمكانية المشاركة في النشاطات الحياتية .

إن نسبة كبيرة من الإعاقات الجسمية ما كانت لتحدث لو أن الإجراءات الوقائية الملائمة اتخذت في الوقت المناسب. فمع أن أسباب بعض الإعاقات الجسمية لا تزال غير واضحة إلا أن الأسباب معروفة ويمكن السيطرة عليها وضبطها في حالات كثيرة.⁽²⁾

ومن الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الجسمية في مرحلة الطفولة ما يلي:

- 1- نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو مرحلة ما بعد الولادة، وقد ينجم نقص الأكسجين عن النفاذ الحبل السري حول عنق الجنين أو اختناق الأم أثناء الحمل، أو فقر الدم، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطرة أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل، أو الغرق و غير ذلك.
- 2- العوامل الوراثية التي تنتقل من الآباء إلى الأبناء، إما على شكل صفة متنحية أو صفة سائدة أو صفة محمولة الكروموسوم الجنسي.
- 3- عدم توافق الريزيبي بين الوالدين.
- 4- تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً.
- 5- تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- 6- الإضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة.
- 7- إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو والسكري أو اضطراب القلب وتسمم الحمل .

⁽²⁾ جمال الخطيب: التربية الخاصة المعاصرة، دار وائل، الأردن، 2008، ص ص 16، 17.

- 8- تعرض الأم الحامل للعوامل الخطرة مثل سوء التغذية والتدخين، والأشعة السينية.
- 9- الخداج حيث أن عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل وزنه أقل من العادي يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.
- 10- صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية والولادة السريعة جدا أو البطيئة جدا والوضع غير الطبيعي للطفل.

11- إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة، والحوادث داخل البيت أو خارجه.⁽¹⁾

ويمكن ذكر عدة مميزات للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية رغم صعوبة الوصول إلى وصف نمطي لحالة معاق جسميا بسبب تنوع الإصابات وتنوع أعراضها ومظاهرها وشدتها، على أنه يمكن ذكر المميزات التالية:

- مهملون غالبا في واجباتهم وأكثر إزعاجا وانعزالا في المدرسة من غيرهم.
- تظهر عليهم نسبة عالية من الاضطرابات العقلية.
- يظهر عليهم مستوى مرتفع من أخطار سوء التكيف النفسي الذي يتصل مباشرة بطول حدة الاضطراب الجسمي، وتزداد المخاطر بطول مدة وجودها.
- يظهر ردود فعل اكتئابية كالصدمة واللامبالاة والانعزال.
- يظهرون ارتباطا ايجابيا بين التعرض لخطر سوء التكيف النفسي والاجتماعي وبين شدة الاضطراب.
- تتكرر عليهم مظاهر سوء التكيف عندما يكون الاضطراب دائما أكثر مما لو كان مؤقتا.
- يعانون آثارا سلبية تنعكس على تقدير الذات وصورة الذات.⁽²⁾

3- الإعاقة البصرية:

الإعاقة البصرية هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبا في أدائه ونموه. والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان. وهذا الضعف ينتج عن

(1) جمال محمد الخطيب، منى صبجي الحديدي: مرجع سابق، ص ص 100، 101.

(2) راضي الوفي: مرجع سابق، ص 399.

تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو الجروح في العين. ومن أكثر الإعاقات البصرية شيوعا الإعاقة التي تشمل البصر المركزي. (1)

وبشكل عام يصنف المعوقين بصريا إلى فئتين:

أ- المكفوفون.

ب- المبصرون جزئيا.

ويمكن ارجاع محاولات التعرف على حالات القصور البصري وتصنيف هذه الحالات إلى مصدرين أو نمطين من التعاريف وهما: التعاريف القانونية والتعاريف التربوية.

ويرى التربويون أن التعاريف الطبية القانونية ليست ملائمة للأغراض التربوية لأنها لا تصف الوظيفة البصرية للطفل بشكل مناسب.

التعريف القانوني: يعتمد التعريف القانوني (الطبي) على حدة البصر، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز).

كما تشير حدة البصر إلى أن الشخص الكفيف الذي هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 20/20 قدم في العين الأقوى بعد التصحيح ومعنى ذلك أن الشخص الكفيف يحتاج لتقريب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة 200 قدم إلى 20 قدم حتى يرى الشخص الكفيف. (1)

التعريف التربوي: فيشير إلى الشخص المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة بريل وهي الوسط الرئيسي الذي تستخدمه كثيرون من المكفوفين للقراءة، وآلة بريل هي نظام للقراءة من خلال المس حيث تعتمد على استخدام خلايا.

أسباب الإعاقة البصرية:

(1) جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي: مرجع سابق، 166.

(1) عبد الرحمن سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، مصر، 1999، ص 48.

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية، فهناك أسباب ما قبل الولادة أو أثناءها كالعوامل الوراثية (العوامل الجينية) والعوامل البيئية (كتناول العقاقير والأدوية والحوادث والإصابة ببعض الأمراض والالتهابات وغيرها) التي تؤدي إلى ولادة الطفل كلياً أو جزئياً، وهناك أسباب ما بعد مرحلة الولادة تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية كسوء التغذية والحوادث والأمراض⁽²⁾

- انفصال الشبكية.
- اعتلال الشبكية الناتجة عن السكري.
- انتكاس النقطة المركزية.
- الماء الأسود (المياه السوداء الولادية والمياه السوداء لدى الراشدين).
- الماء الأبيض.
- ظمور العصب البصري.
- التليف خلف العدسي.
- الحول.
- توسع الحدقة الولادي.
- إتهاب الشبكية السباغي.
- القصور في الأنسجة.
- القرنية المخروطية.
- العين الكسولة.
- قصر النظر.
- طول النظر.
- حرج البصر.

4- الإعاقة السمعية:

⁽²⁾ مروان عبد المجيد ابراهيم، الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوارق ، عمان، 2007، ص ص 34، 35.

يشير مصطلح الإعاقة إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي وتتراوح في شدتها بين ضعف سمعي بسيط إلى ضعف شديد جدا.

ويقصد بها وجود مشاكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه عند الفرد أو تتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي.

ويشمل مصطلح الإعاقة السمعي كلا من ضعيف السمع والأصم أما ضعيف السمع فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سماعي من درجة 35-69 ديسبل. تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالإعتماد على حاسة السمع سواء استخدام المعينات السمعية أو بدونها.

أما الأصم فهو ذلك الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يصل إلى درجة تساوي 76 ديسبل فأكثر من فقدان السمعي تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها. ولذلك فالأصم يحتاج إلى خدمات تربوية متخصصة كتعلم طرق الاتصال اليدوية ولغة الشفاه بينما الفرد ضعيف السمع يمكن تعويض فقدانه من السمع باستخدام المعينات السمعية.⁽¹⁾

وخلافا لاعتقادات البعض من أن الضعف السمعي ظاهرة يعاني منها الكبار في السن، تؤكد الإحصائيات على أن مشكلات سمعية متنوعة تحدث لدى الأطفال والشباب. لذلك يصف كثيرون الإعاقة السمعية بأنها إعاقة نمائية بمعنى أنها تحدث في مرحلة النمو.

وتصنف الإعاقة السمعية حسب شدة فقدان إلى خمس فئات:

الإعاقة السمعية البسيطة جدا.

- الإعاقة السمعية البسيطة.
- الإعاقة السمعية المتوسطة.
- الإعاقة السمعية الشديدة.
- الإعاقة السمعية الشديدة جدا.⁽¹⁾

أسباب الإعاقة السمعية:

⁽¹⁾ تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مرجع سابق، ص 99

⁽¹⁾ جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، ص 137

هناك العديد من العوامل التي تسبب الإعاقة السمعية سواء أكانت قبل الولادة أو أثناءها أو بعد الولادة ويمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعي إلى:

أ-أسباب مرتبط بالوراثة: حيث تشير الدراسات أغلب حالات الصمم تسببها عوامل وراثية (جينية)، منها ما يسمى أعراض تريتشر⁽²⁾

ب-أسباب مرتبطة بعوامل بيئية: والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي أثناء الحمل أو الولادة وما بعد الولادة، مثل سوء التغذية للأم الحامل وكذلك التعرض للأشعة السينية خصوصا في الشهور المبكرة للحمل وتناول الأم للعقاقير والادوية بدون استشارة الطبيب، وهناك العوامل المرتبطة بتعرض الام للأمراض والالتهابات أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية ، وهناك عوامل تسبب الإعاقة أثناء الولادة مثل الأكسجين. أم تعرض الطفل بعد الولادة لالتهاب السحايا أو الالتهاب الحاد للأذن الوسطى أو التسمم أو التعرض للضجيج المتكرر أو الحوادث والصدمات وتعتبر من أسباب ما قبل الولادة.

5-اضطرابات اللغة والكلام (الإعاقة اللغوية):

هي اضطراب ملحوظ في مجال النطق، أو الصوت، أو التأخر اللغوي، أو الطلاقة الكلامية، أو عدم القدرة على تطوير اللغة التعبيرية والاستقبالية، لأسباب قد تكون بيولوجية، أو أسرية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو اقتصادية مثل الحرمان البيئي، والمادي، بحيث يصبح الطفل بحاجة إلى برامج علاجية، وتربوية متخصصة، وتصبح هذه الاضطرابات إعاقة إذا أصبحت عملية إرسال أو استقبال اللغة عملية خاطئة، بحيث يصبح الفرد في وضع صعب تعليما واجتماعيا الأمر الذي يترك أثرا سلبيا على نموه الإنفعالي، وإذا استدعت حالته انتباها سلبيا من الآخرين.⁽¹⁾

وتتمثل العوامل المسببة لاضطرابات اللغة والكلام في:

- عوامل عضوية وتتمثل في خلل أو تلف يصيب الأعضاء المسؤولة عن الكلام.

⁽²⁾ أحمد حسين اللبقاني، أمير القرشي: مناهج الصم، عالم الكتب، 1999، ص 17

⁽¹⁾ سعيد حسني العزة، مرجع سابق، ص 179.

- أسباب عصبية ومصدرها خلل في الجهاز العصبي المركزي المسؤول بشكل مباشر عن تحرك أجزاء الكلام.
- عوامل بيئية وهي التي تحدث في بيئة المنزل أو المدرسة كعدم التحدث إلى الطفل فيفقد مصدر تعلم اللغة، والمشكلات الأسرية والتي تحدث له انفعالات نفسية تؤثر في قدرته على الكلام.....إلخ.
- عوامل سلوكية إنفعالية كإجبار الطفل على التحدث فجأة أمام أناس لا يعرفهم فيرتبك ويصدر كلام غير صحيح، إذا تكررت هذه المواقف فقد تستمر حالة الإضطراب اللغوي.
- عوامل مرتبطة بإعاقات مثل التخلف العقلي أو الذاتية (التوحد) أو وجود إعاقة سمعية أو إعاقة حركية.

وتصنف الإعاقة اللغوية إلى عدة أنواع منها:

- **اضطرابات النطق : Articulation disorders** وتتضمن فشل أو إخفاق الأطفال في نطق نتيجة الفشل في نطق كل أحرف الكلمة، وكذلك نتيجة إبدال بعض الحروف أو حذف بعضها أو إضافة بعض الحروف إلى الكلمة، أو الإبدال في الأصوات المتشابهة المخارج أو التحدث في ظل وجود اضطرابات الصوت.
- **اضطرابات الصوت : Voice disorders** يوجد نوعان من اضطرابات الصوت هما : اضطرابات الرنين ، واضطرابات الأصوات والطلاب الذين يعانون من اضطرابات الرنين يظهرون صعوبة في نطق بعض الحروف الأنفية ويحدث ذلك لدى الأفراد ذوي الشلل المخي أو ذوي الحنك المشقوق حيث تتطلب هذه الأحرف حبس النفس داخل الفم وهو ما لا يستطيعه هؤلاء الأفراد، والذين يعانون من اضطرابات الأصوات: يبدو كلامهم مثل الأجناس أو الشخير أو الصوت الخارج مع النفس. في الحالات الحادة ؛ لا يستطيع الطلاب إخراج الأصوات على الإطلاق . وعموماً فاضطرابات الصوت أكثر انتشاراً بين البالغين عنها بين الصغار.
- **اضطرابات الطلاقة Fluency disorders** : حيث يحدث تقطع أو ترديد للكلام المتدفق عبر الفم أو توقف مؤقت للكلام. و/أو تكرار وعدم القدرة على تجاوز بعض المقاطع إلى التي تليها. ومثال على اضطرابات الطلاقة اضطراب اللجاجة

- **الأفيزيا Aphasia** أو (**الحُبة الكلامية**): وهي إعاقة لغوية تؤثر على قدرة الفرد على إنتاج أو فهم الكلام والقدرة على القراءة أو الكتابة . الأفيزيا دائماً ما تنتج عن جرح المخ أو جلطة دماغية stroke، أو العدوي الفيروسية أو الالتهابات الدماغية خاصة لدى الكبار. الأفيزيا يمكن أن تكون حادة جداً في تأثيرها على تواصل الشخص لدرجة استحالة حدوث التواصل، وقد تكون خفيفة جداً بما يسهل على الطفل تحقيق التواصل حتى في وجودها. وهي يمكن أن تؤثر بشكل رئيسي على جانب واحد ممن جوانب استخدام اللغة مثل القدرة على استرجاع أو تذكر أسماء الأشياء، والقدرة على وضع الكلمات معاً في جمل، أو القدرة على القراءة. وأكثر المشكلات شيوعاً في الأفيزيا نطق أسماء الأشياء بصورة غير صحيحة واستخدام الفرد للكلام التلغرافي الذي لا يفهم معناه إلا بصعوبة بالغة، مثال يذهب مدرسة وهو يريد أن يقول هل ستذهب غلى المدرسة؟ والاضطرابات التي قد ترافق الأفيزيا أو تكون مختلطة بالأفيزيا.

- **الأبراكسيا Apraxia**: وهي عسر في النطق أو عدم القدرة على النطق يرجع لعدم تناسق عضلات الفم التي تساعد على إخراج الأصوات وعدم قدرتها على القيام بالحركات التي يتطلبها إصدار الكلمات. والأفراد الذين يعانون من عسر الكلام أو النطق الحاد عادة ما يكون يهتم قصور في التعبير اللفظي عن أنفسهم ويستعوضون عنه بالتعبير الصامت أو بالإشارات .

- **لدسارثيريا / Dysarthria** عسر التلفظ وهو اضطراب كلام حركي المنشأ يرجع إلى عدم تناسق ميكانيزمات أو حركات الكلام نتيجة تلف فيزيورولوجي، وعسر الكلام يعد اضطراب في إنتاج الكلام وليست اللغة، وبعكس الأبراكسيا apraxia فإن أخطاء الكلام في الدسارثيريا ثابتة برغم اختلاف مواقف الكلام . (1)

- **اضطرابات اللغة Language impairments** يمكن أن تتنوع أيضاً ، وتتضمن العديد من الأشكال المختلفة مثل: تأخر اللغة ، اضطراب اللغة ، صعوبات اللغة أو الصعوبات النوعية للغة .وبعض الأشخاص يفرقون بين الأطفال الذين يظهرون معدلاً بطيئاً في نمو أو تطور جميع جوانب اللغة وهو ما يطلق عليه تأخر اللغة ، والذين لا يظهرون نمواً أو تطوراً للغة وفق المعدل المتوقع وهي ما يطلق عليه صعوبات اللغة ، وبغض النظر عن هذه الفروقات فغنه يجب تقييم اضطرابات اللغة بصورة دقيقة . ويجب أن يتضمن تقييم اللغة اختباراً للسمع نظراً لأن فقد

(1) أحمد أحمد عواد: الإعاقة اللغوية، أستاذ التربية الخاصة، عمان. يوم 2015/02/11 الساعة 20:50 www.gulfkids.com2014

السمع يعد أحد أسباب تأخر اكتساب اللغة، كما يجب أن يقوم أخصائي اللغة والكلام بتطبيق اختبار لقياس الصعوبات في اللغة المنطوقة.

6- التوحد:

إن التوحد لا يعد من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية أو الاضطراب في النمو، وتعتبر استراتيجيات تعديل السلوك من أبرز البرامج المستخدمة مع أفراد هذه الفئة، وهو عبارة عن مظاهر مرضية أساسية تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا، ويتضمن الإضطرابات التالي:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الإستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في القلق أو الإلتناء للناس والأحداث.

أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرفه على أنه إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبيا على وظائف الدماغ.⁽²⁾

كما يبدو على الطفل المصاب بالتوحد كثيرا من السمات التالية:

- عندما يكون رضيعا لا يستجيب للحمل والاحتضان.
- لا يبدو عليهم أنهم يعرفون ويعون وجوه هويتهم الشخصية ويحاولون دائما اكتشاف أجسادهم.
- التعلق الاستحواذي لأشياء معينة.
- تتناوب نوبات غضب عنيفة أو يعظ نفسه.
- تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير.

ولمعالجة اضطراب التوحد يمكن استخدام الأساليب العلاجية التالية:

- تنمية الإتصال عن طريق التدريب الحسي والحس حركي والتدريب المتعدد الحواس للطفل التوحدي.
- التركيز على الأحاسيس وتمييزها.

⁽²⁾ جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، مرجع سابق، ص 2012-2014.

- علاج مهارات التواصل .
- التدريب السمعي .
- العلاجي الوظيفي .
- التغذية والدواء .
- استخدام برامج السلوك لتزويد الطفل التوحدي بمهارات التواصل الإجتماعي وبمهارات العناية الذاتية ومساعدته على التخلص من السلوكيات غير التكيفي التي يعاني منها .

7-الموهبة والتفوق:

الأشخاص الموهوبون أو المتفوقون هم الأشخاص الذين يظهرون قدرات أدائية عالية ومتميزة في المجالات المعرفية والإبداعية والفنية والقيادية أو في مجالات أكاديمية محددة ويحتاجون إلى خدمات أو نشاطات لا تتوفر عادة في المدارس وذلك من أجل توفير الفرص اللازمة لتطوير تلك القدرات إلى أقصى حد ممكن. (1)

واقترح رنزولي أن الموهبة والتفوق هي حصيلة التفاعل بين ثلاثة من الخصائص هي:

- قدرة عقلية عامة فوق المتوسط .
- مستوى عال من الالتزام في اداء مهمة ما .
- مستوى عال من الابداع. (1)

ومن بين الخصائص المميزة للأشخاص الموهوبون والمتفوقون ما يلي:

- التمتع بدرجة عالية من الذكاء، وتوفيق في الذاكرة، وسرعة التعلم، والمرونة في التفكير، القدرة على التعميم والتبصر .
- الاعتماد على النفس في معظم أمورهم دون انتظار المساعدة من الغير .
- النضج والثبات الانفعالي والهدوء والاستقرار .
- سهولة التكيف مع الواقع، والشعبية بين الأقران، والحس الجيد بالنكتة .
- حب المغامرة والاستكشاف، والسعي لاكتساب خبرات جديدة، وحب الاستطلاع .

(1) المرجع السابق، ص 244

(1) عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، مصر، 1999، ص 41.

- ارتفاع معدل الثقة بالنفس، المثابرة، الإنتباه والتركيز، نقد الذات.
- التمكن من القراءة قبل دخول المدرسة، ارتفاع مستوى الكتابة والالمام بالمفردات اللغوية.
- سرعة التعلم، الانتباه للتفاصيل، والأداء المميز، والانجاز المدرسي المتفوق. (2)
- التعليل التجريدي الجيد .

كما يمكن توضيح الفرق بين بين الموهبة والتفوق في الجدول رقم (1)

| التفوق | الموهبة |
|---|---|
| يرتبط بالمجال العلمي والتحصيل الدراسي | تظهر في أي مجال ومنها التفوق |
| يعني أداء الفرد في المستوى العالي | تعني قدرة الفرد على الأداء العالي |
| تحقيق لتلك الطاقة أو نتاج لهذا النشاط | طاقة كامنة ونشاط مهياً |
| معظم أسبابه بيئية حيث يلعب البيت والمدرسة دورا هاما في تنميته | ترجع لأسباب وراثية إذ يولد الطفل موهوبا |
| يشاهد على أرض الواقع | تقاس باختبارات مقننة للتأكد من وجودها |

المصدر: عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، مرجع سابق، ص 52

ويمكن تصنيف جملة العوامل المرتبطة بالموهبة والتفوق إلى فئتين أساسيتين هما:

العوامل الوراثية: كان جالتون أول من طرح فكرة موروثية الذكاء ومنذ ذلك الوقت لا يزال علماء كثيرون يعتبرون أن الوراثة تلعب دورا هاما في تطور القدرات العقلية المتميزة. ومن أكثر الدراسات دعما لمفهوم موروثية الذكاء دراسات التبني (التي تبين أن قدرات الأطفال بالتبني تشبه إلى حد بعيد قدرات آبائهم البيولوجيين) ودراسة التوائم وخاصة التوائم المتطابقة.

العوامل البيئية: إن تأثير الوراثة القوي على الذكاء لا يقلل من أهمية الدور الذي تلعبه البيئة، وإذا كانت الوراثة مسؤولة عن انبثاق المواهب غير العادية فإن البيئة هي التي تغذي وتطور تلك المواهب. وتعتبر الأسرة من أهم العوامل البيئية في هذا الصدد فإكتشاف الأسرة للموهبة مبكرا والطفل ما زال صغير السن

(2) عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، مرجع سابق، ص 52.

من شأنه أن يسهم في تشجيع وتطوير الموهبة. ومن العوامل البيئية الأخرى المؤثرة المعلمون الذين يتوقع منهم رعاية التلاميذ الموهوبين وتنمية قدراتهم.⁽¹⁾

8- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

المضطربون سلوكيا هم أشخاص يظهرون سلوكيات واستجابات انفعالية ضارة ومؤذية، حيث يؤثر ذلك على تحصيلهم الأكاديمي أو على تحصيل الآخرين بشكل مزمن.⁽²⁾

إن الأطفال المضطربين سلوكيا هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة:

- اضطرابات التصرف مثل النشاط الزائد، ثورات الغضب، مخالفة قواعد السلوك، اللغة الرديئة، عدم تحمل المسؤولية، التصرف الوقح، النزعة نحو السيطرة.
- عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين.
- ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية.
- شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة.
- نزعة نحو معاناة أعراض جسدية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.
- ظهور صعوبات في التعلم غير مرتبطة باعاقات حسية وعقلية أو جسدية.
- عدم النضج ويظهر ذلك من خلال الخمول، السلبية، عدم القدرة على الانتباه، الافتقار للمهارات الحركية، مص الابهام أو الأشياء، تفضيل اللعب مع الأصغر سنا، اللعب بالألعاب في الصف الدراسي، البلادة.

ومن العوامل المسببة لهذا الاضطراب نذكر:

- العوامل الوراثية والبيولوجية: وتتمثل في كل من (الوراثة، العمر الزمني، الجنس، التفاعلات الجينية) وكذلك الأسباب المباشرة والتي تتمثل في المرض الجسدي والمرض العصبي وحالات التسمم وسوء التمثيل الغذائي).

⁽¹⁾ جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، مرجع سابق، ص 251.

⁽²⁾ بطرس حافظ بطرس، مرجع سابق، ص 23

- الظروف الأسرية: وتشمل التنشئة الأسرية الخاطئة (الحماية الزائدة، التدليل المفرط)، القسوة والعنف في التعامل، إهمال الأسرة الزائد للطفل والسلبية الواضحة نحوه مما يدفعه لعدم تقبل ذاته، عدم الاستجابة لمطالب الطفل مما يدفعه إلى العناد والرفض.
- العوامل المدرسية: وتشمل أساليب التربية وأشكال العقاب وطرائق التدريس وصعوبة المناهج، كثرة المقارنة بين التلاميذ، السخرية.
- الضغوط الاجتماعية: وتضمن الانتقال إلى مدرسة جديدة، تغيير المعلم، وفاة أحد الوالدين، الإصابة بمرض، سوء التوافق الاجتماعي، مشكلات الدراسة.
- الاضطرابات والاعاقات: إن إصابة الطفل بأحد الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية أو العقلية أو صعوبات التعلم أو اضطرابات التواصل أو اضطرابات النمو قد يؤدي إلى إصابته بالاضطرابات السلوكية.

9- الإعاقة العقلية:

التخلف العقلي هو انخفاض ملحوظ في مستوى الاداء العقلي يرافقه عجز في السلوك التكيفي (التواصل، العناية بالذات، الحياة الأسرية، المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية، الحياة المجتمعية) ويظهر في مرحلة النمو (السنوات الثمانية عشر من عمر الإنسان) (1)

وتبقى العوامل المسببة لهذه الإعاقة غير واضحة لكن هناك عوامل عديدة قد تكون مرتبطة بها يمكن تصنيف الأسباب البيولوجية الطبية للتخلف العقلي إلى الفئات الأساسية التالية:

- الالتهابات والتسمم: إصابة الأم بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، الأمراض الجنسية وداء الحلاّ البسيط أو القوباء، أو إصابة الطفل بعد الولادة بأمراض معدية معينة كالتهاب السحايا والتهاب الدماغ أما التسمم لدى الأم فيحدث بفعل تناول العقاقير الطبية أو التدخين أو الكحول في حين التسمم لدى الطفل فقد يعود إلى تناول مادة الرصاص أو عدم توافق العامل الريزيبي.
- الإصابات والعوامل الجسمية: كالتعرض للأشعة السنية إضافة غلى المشكلات المرتبطة بعملية الولادة، أو بفعل نقص الأكسجة (Anoxia) أو الإصابات المباشرة للدماغ.

(1) سعيد محمد السعيد وآخرون: برامج التربية الخاصة ومناهجها، عالم الكتب، مصر، 206، ص 59.

- اضطرابات عملية التمثيل الغذائي: قد ينجم بسبب عدم مقدرة الجسم على الاستفادة من الجلاكتوز.
 - الأمراض الدماغية: وتشمل جملة من الأمراض أو الأورام الدماغية وقد تنتج هذه الأمراض أو الأورام عن اضطرابات بيولوجية جينية مختلفة.
 - الاضطرابات الكروموسومية: أو متلازمة داون التي كانت تعرف سابقا باسم المنغولية.⁽¹⁾
- وتتمثل المشكلة في هذا الاضطراب بكون الطفل المصاب لديه 47 كروموسوم بدلا من 46 كروموسوم وهو العدد الطبيعي.⁽²⁾

ويتميز المتخلف عقليا بالخصائص التالية:

- يعاني المتخلف عقليا وبشكل واضح من قصور في الإنتباه و ضعف في القدرة على التعلم وفي القدرة على التحصيل.⁽³⁾
- نقص وقصور في الإنتباه والتعلم التمييزي بين المنيرات.⁽⁴⁾
- عدم قدرة المتخلف عقليا على استعمال الاستراتيجيات المناسبة للتذكر.
- قصور في استخدام اللغة والكلام وتأخر النمو اللغوي.⁽¹⁾

10- المعرضون لخطر الإعاقة:

ويقصد بالمعرضون للخطر بأنهم الأطفال الذين تزيد احتمالات حدوث الإعاقة أو التأخر النمائي لديهم عن المتوسط بسبب تعرضهم لعوامل خطر بيولوجية أو بيئية.

كما يشير مصطلح المعرضون للخطر إلى الأطفال غير غير مصابين حاليا بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطور العجز لاحقا، وأكثر ما يستخدم هذا من قبل الأطباء للإشارة إلى حالات الحمل التي من المحتمل أن ينشأ عنها أطفال عاجزين ويواجهون مشكلات نمائية.⁽²⁾

⁽¹⁾ كريستين مايلز، ت غيف الرزاز وآخرون، التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، ورشة الموارد العربية، الأردن، 1994، ص 11.

⁽²⁾ جمال محمد صبحي الخطيب، منى صبحي الحديدي، مرجع سابق، ص 59.

⁽³⁾ سعيد محمد السعيد وآخرون: برامج التربية الخاصة ومناهجها، عالم الكتب، مصر، 2006، ص 63.

⁽⁴⁾ جمال الخطيب: الاستخدامات التكنولوجية في التربية الخاصة، دار وائل، الأردن، 2005، ص 145.

⁽¹⁾ تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مرجع سابق، ص ص 70، 71.

ويمكن أن نجمل الخصائص العامة للطلبة المعرضون للخطر فيما يلي:

- تاريخ أكاديمي فاشل.
- أعمارهم كبيرة مقارنة مع أقرنائهم.
- مشكلات سلوكية وانفعالية.
- ضعف واضح في تعلقهم النفسي بمدارسهم.

سادسا: التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة

1- مراكز الإقامة الكاملة:

في هذه المراكز يتم عزل الطالب المعاق في مراكز خاصة وتقدم هذه المراكز الخدمات الإيوائية والصحية والاجتماعية والتربوية، كما يسمح لأولياء أمور هؤلاء الطلاب بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة. وهذه المراكز ظهرت بعد الحرب العالمية الأولى وقد وجدت في الماضي على شكل مراكز إيوائية لإبعاد المعوقين عن المجتمع من أجل انتقاء شرورهم أو لرغبة الآباء في إبعاد هؤلاء حرجا من المجتمع. وقد تم توجيه الكثير من النقد إلى هذه المراكز أهمها عدم توفير الخدمات الصحية والتربوية المناسبة لهم.

2- مراكز التربية لخاصة النهارية:

هذه المراكز تستقبل الطلبة المعوقين خلال النهار فقط وأنشئت نتيجة للنقد الشديد الذي وجه لمراكز الإقامة الدائمة. وفي هذه المراكز يقدم للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة خدمات تربوية واجتماعية خلال النهار، هذه المراكز تقدم خدمات تربوية واجتماعية وتعليمية لهؤلاء الأطفال ثم يعودون إلى منازلهم لقضاء باقي الوقت مع أسرهم أي في نفس الجو الطبيعي للطفل.

(2) جميل الصمادي وآخرون: تربية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت، 2003، ص

بالرغم من الخدمات التي تقدمها هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات أهمها صعوبة توفير المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميدان التربية الخاصة المختلفة.⁽¹⁾

3- الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية:

ظهرت هذه الصفوف في المدارس العادية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقليا أو سمعيا أو بصريا أو حركيا والمصابين باضطراب التوحد ملحقة بالمدرسة العادية، وغالبا ما يكون عدد الأطفال ذوي الإعاقة في الصف الخاص قليلا لا يتجاوز عشرة طلاب، يتلقون هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صفوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة. كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة مع زملائهم من الطلبة العاديين. هذا النوع من البرامج يساعد على زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال العاديين والمعوقين.

4- الدمج الأكاديمي:

ظهر هذا البرنامج نتيجة للانتقادات التي وجهت للصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، ولزيادة الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت نحو مشاركة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين في الصفوف الدراسية العادية، وهذا الأسلوب يقوم على وضع الطفل المعوق مع العادي في بعض المواد الدراسية ولزمن محدد بحيث يتمكن الطفل غير العادي من الاستفادة الطفل العادي شريطة تهيئة الظروف المناسبة لانجاح هذه الفكرة مثل توفر الأخصائيين في التربية الخاصة وكذلك اخصائيين في تخطيط البرامج وتهيئة الطلبة نفسيا لتقبل هذا الأسلوب وخصوصا العاديين.

ويشير كوفمان إلى وضع الطفل غير العادي في أقل البيئات التربوية تقيدا ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال غير العاديين ثلاثة مراحل هي:

أ- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين وغير العاديين.

⁽¹⁾ مصطفى القش، ناجي السعايدة، مرجع سابق، ص 31.

ب- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من لطلبة العاديين وغير العاديين.

ج- مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين..... إلخ. (1)

5- الدمج الإجتماعي:

تعتبر مرحلة الدمج الإجتماعي مرحلة متقدمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة لذوي الإحتياجات الخاصة. إذ إنها تعكس الإتجاهات الإجتماعية الإيجابية نحو المعوقين. ويقصد بذلك العمل على دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه من مفاهيم رئيسين:

الأول: هو الدمج في مجال العمل وتوفير الفرص المهنية المناسبة لذوي الإحتياجات الخاصة كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك إجتماعيا.

الثاني: وهو الدمج السكني بحيث تتاح الفرصة لذوي الإحتياجات الخاصة للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة وما يشمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللائمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها بإيجابية.

سابعاً: استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة المدخل للتربية الخاصة

إن لدى الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة خصائص وحاجات متباينة إلى أبعد الدود واستنادا إلى ذلك غالبا ما تشير الأدبيات المتخصصة إلى أن أهم ما تتميز به التربية الخاصة هو مراعاة الفروق الفردية بين المتعلمين. وما لبرنامج الفردي الذي ينبغي تطويره وتنفيذه إلا خير دليل على أن لكل طالب حاجاته الفردية وبناءا على ذلك فمن المتعذر الحديث عن أسلوب تدريسي واحد يلاءم جميع الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة.

(1) تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مرجع سابق، ص 23

إن الفرق بين أساليب التدريس الطلبة العادين والطلبة ذوي الحاجات الخاصة يكمن في طريقة تنفيذ الأسلوب أكثر مما يكون في طبيعته، فالتعليم الفعال هو تعليم فعال بغض النظر عما إذا كان طالبا عاديا أو ذا حاجات خاصة، وبعبارة أخرى فالتدريس الجيد له مواصفات وشروط أساسية لا تختلف جوهريا باختلاف المتعلم.

لكن ذلك لا يعني عدم وجود جملة من المبادئ والموجهات العامة لتدريس الطلبة ذوي الحاجات الخاصة حيث تصنف أساليب التدريس في التربية الخاصة إلى فئتين رئيسيتين هما:

- أ- التربية التصحيحية أو العلاجية: وتهدف إلى مساعدة الطالب في الحاجات الخاصة على اكتساب المهارات اللازمة للتغلب على الصعوبات التي تفرضها حالات الإعاقة، وتطوير أدائه، وكبح الاستجابات غير المناسبة وتشجيع الاستجابات المناسبة التي تصدر منه.
- ب- التربية التعويضية: التي تتضمن توظيف أدوات ومعدات ووسائل مكيّفة أو معدلة لتحقيق الأهداف التي يتعذر تحقيقها عن طريق البرامج العلاجية والتصحيحية.

ويشتمل التدريس الفعال في التربية الخاصة شأنه شأن التدريس الفعال عموما على:

- التخطيط للتدريس (تحديد الأهداف واختيار طريقة تنفيذ التدريس وتبني توقعات واقعية من الطلبة).
- إدارة التدريس وتنظيمه (التحضير للدروس، وإدارة الوقت الصفّي، وتنظيم البيئة التعليمية).
- تقييم فعالية التدريس (تقييم مستوى تقدم الطلبة، وتزويدهم بالتغذية الراجعة، وتوظيف المعلومات المتوفرة لاتخاذ القرارات التربوية الملائمة).⁽¹⁾

ويقترح جبرهارث مراعاة جملة من العوامل عند اختيار طريقة التدريس في مجال التربية الخاصة وتتمثل هذه العوامل في:

- العمر الزمني للطالب.
- الحاجات التعليمية الخاصة للطالب.
- شدة الصعوبات التي يعاني منها الطالب.

(1) جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، مرجع سابق، ص ص 26، 27

- الإمكانات المتوفرة للبرمجة اللغوية.
- الكفايات المهنية للمعلمين.
- السياسات التربوية المعتمدة.
- التعليمات والأنظمة سارية المفعول في المجتمع التربوي المحلي.

ثامنا: واقع التربية الخاصة في البلاد العربية

لا توجد في معظم الدول العربية إحصاءات دقيقة تظهر عدد ذوي الإحتياجات الخاصة ، وذلك لنذرتها في هذا المجال، إلا أنه لا يمكن القول أن هناك أعداد كبيرة منهم في المجتمعات العربية استنادا إلى مايلي:

حسب احصاءات المنظمات الدولية كاليونسيف واليونسكو التي تعين بين 10-20% من سكان أي دولة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وترتفع النسبة إلى 15 % في الدول النامية بشكل عام، ويعود سبب ارتفاع عدد ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ما يلي:

- ارتفاع معدل الفقر وتدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية.
- المشكلات التي تعاني منها المجتمعات العربية كحوادث السيارات والإصابات المنزلية، والمخدرات.
- انتشار زواج الأقارب في المجتمعات العربية .

إلا انه لا يمكن النظر إلى واقع خدمات التربية الخاصة في البلاد العربية كما يلي:

أولاً: ما زالت الخدمات في طور البناء والتطور (حديثه العهد).

ثانياً: عدم شمولية الأفراد المحتاجين للخدمات حيث تشير الدراسات إلى أن 2 % فقط من مجموع

ذوي الاحتياجات الخاصة يتلقون خدمات تربوية واجتماعية.

ثالثاً: الحاجة إلى كوادر فنية متخصصة في مجال التربية الخاصة.

رابعاً: الحاجة إلى خدمات وبرامج التدخل المبكر. (1)

(1) تيسير محمد كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، ص ص 26، 27

خلاصة الفصل

من خلال ما سبق نستنتج أن التربية للجميع، وهي حق لكل البشر بغض النظر عن أية معوقات قد تحول دون تعلمهم، سواء كانت جسدية أم عقلية مع إتاحة الفرص للطاقات الكامنة لدى البشر على الظهور والريادة.

كما تؤكد التربية الخاصة على ضرورة الإهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتكيف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجات كل فئة من الفئات التي تتعامل

معها، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في فصول المدارس العادية، حيث أن عدم توفر هذه الحاجات يخلق لهم صعوبة دون تقدمهم وتكيفهم.

الفصل الثالث

ماهية التوحد ونظرياته

تمهيد

أولاً: التطور التاريخي للتوحد

ثانياً: أسباب التوحد

ثالثاً: خصائص التوحد

رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد

خامساً: أشكال التوحد

سادساً: فوائد دمج ذوي التوحد

سابعاً: النظريات المفسرة للتوحد

ثامناً: علاج اضطراب التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية التطورية صعوبة و تعقيدا، ذلك لأنه يؤثر على مظاهر نمو الطفل المختلفة، و بالتالي يؤدي به إلى الانسحاب للداخل و الانغلاق على الذات ويؤثر أيضا على الأسرة و المجتمع الذي يعيش فيه الطفل، و ذلك بسبب الخلل الوظيفي الذي يظهر في معظم جوانب النمو،التواصل، اللغة و التفاعل الاجتماعي و الإدراك الحسي و الانفعالي، و هذا الخلل يؤدي إلى إعاقة عمليات النمو و اكتساب المعرفة و تنمية القدرات و التفاعل مع الآخرين ، لذلك يعد التشخيص المبكر و التدخل التأهيلي أمر ضروري يجب أن تقوم به الأسرة و كذا مراكز الرعاية.

ولفهم طبيعة هذا الاضطراب سنقوم بإعطاء صورة أكثر شمولية وتفسير واضح لمختلف الأسباب والعوامل التي تؤثر فيه، مع عرض أهم السمات والخصائص التي يتميز بها الأطفال التوحديون إضافة إلى تقديم بعض النظريات المفسرة لهذا الاضطراب.

أولاً: التطور التاريخي للتوحد:

لقد كان ينظر إلى الأعراض التوحدية في البداية على أنها شكل مبكر للفصام، و يعود الإسهام الحقيقي الذي ميز التوحد كحالة منفردة إلى الطبيب النفسي الأمريكي ليوكانر (1943) Leokanner الذي يعد أول من حدد الخصائص الرئيسية لاضطراب التوحد .

حيث لاحظ وجود إحدى عشر طفل مضطرباً بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصاميين و قد سمي كانر تلك الأعراض باسم الذاتوية الطفلية الباكرة early infantile autism لأنه لاحظ وجود وحدة ذاتوية متطرفة تغلق الباب أمام أي شيء يأتي للطفل من الخارج. وقد اعتبر "ليوكانر" الوحدة الذاتوية أكثر الأعراض أساسية و لكن وجد أيضاً أن أولئك الأطفال كانوا عاجزين من بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين بالطرق المعتادة، وكانوا محدودي اللغة و لديهم رغبة حوارية كبرى أن يظل كل شيء حولهم هو دون تغيير.⁽¹⁾

أشارت الدراسات في الخمسينات و الستينات من القرن الماضي إلى أن المستوى الرئيسي للقدرة المقاسة و المستوى العام من الكفاءة اللغوية هما دلائل هامة، كما أدى التقييم و علاقات المهارات اللفظية و التسلسلية إلى استنتاج أن العجز الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، و لكن في عناصر محددة للغة مثل التجريد و الفهم السريع و إجراء التداخل ، هذه النتائج أدت إلى التحول من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية و التربوية مثل مبادئ التعلم السلوكية استخدمت لتعديل سلوك أطفال التوحد.

وفي السبعينات و بداية الثمانينات من القرن الماضي كان هناك معلمين رئيسيين هما:

الأول: الممارسة الإكلينيكية والبحوث، ساعدت هذه على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر في أدوات التقييم مثل المقابلة التشخيصية للتوحد و غيرها.

الثاني: التعرف على أنواع و مستويات الصعوبة في التوحد ، فظهر الاهتمام بتمييز التوحد من غيره من الاضطرابات النمائية العامة.

كما شهدت هذه المرحلة اهتماماً بدراسة المشكلات الطبية للتوحد وظهرت العديد من الأبحاث والتقارير التي تقترح بأن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة، وتميزت هذه المرحلة بالبحث في

⁽¹⁾ محمد احمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة، الأردن، 2009، ص 9.

الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد والنتيجة هي بأن المستوى العام للعييب المعرفي كان أكثر أهمية من تشخيص التوحد.

في عقد الثمانينات من القرن الماضي ظهرت اقتراحات بأن الأطفال التوحديين لديهم قصور في القدرات وذلك بهدف التعاطف والشعور معهم وأن العيوب الاجتماعية والانفعالية هي الأساسية، وركز الاهتمام في القدرة على إدراك الأداء والمشاعر أو وجهات نظر الآخرين، وخلصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدماً أفضل من الأوضاع المنظمة، وكما توجه الاهتمام إلى تعليم مهارات محددة، ومع هذا الاهتمام فقد طورت برامج مثل برنامج تيش Teacch و برامج العلاج المستندة إلى المنزل والتي اهتمت بتحليل سلوك الطفل جنب إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية و الاجتماعية للأطفال التوحديين.⁽¹⁾

في أواخر الثمانينات إلى بداية التسعينات من القرن الماضي ظهرت دراسات تؤكد دور العوامل الجينية، وفي هذه الفترة ظهرت عدد من التقارير التي تربط بين التوحد والظروف الطبية غير المألوفة فظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى الواسع للإصابات خلال مرحلة ما قبل الولادة ومرحلة ما بعد الولادة، وأشارت الدراسات أن التشخيص المبكر، إلى أنه لا يمكن إجراء تشخيص دقيق إلا مع بلوغ سن الثانية من العمر، والاهتمام بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم. وفي هذه الحقبة الزمنية شهدت الاستراتيجيات السلوكية التربوية جدلاً نلخصه فيما يلي:

- 1- انتقدت ادعاءات لوفاس **Lovaas1987** حول فاعلية البرنامج السلوكي المستند إلى المنزل .
- 2- قلة الأدلة في دعم العلاجات المحددة مثل: علاج الدمج السمعي و التواصل المسهل.
- 3- مازالت هناك تساؤلات حول فاعلية البرامج المبكرة و أثرها في تجنب المشكلات الثانوية.

وشهدت أوائل التسعينات من القرن الماضي تطوراً للنتائج الجينية ، كما أظهرت اهتماماً بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جداً، فقد امتازت المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تصاحب تشخيص التوحد.

شهدت المرحلة تغيرات كبيرة في الأساليب العلاجية و توجه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغيرات إيجابية، و تم الحديث في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى إحداث

⁽¹⁾ إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: التوحد(السلوك و التشخيص و العلاج) دار وائل، الأردن، 2010، ص30.

تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين. لقد كان للبحوث و الدراسات أثر حول الخدمات الحقيقية المقدمة إضافة إلى ضرورة الأخذ بنتائج البحث المساعدة للأطفال و تجنب ما هو غير مساعد لهم (1).

هناك اتفاق على أن نسبة ظهور اضطراب التوحد بدأت في التزايد، فقد أشارت الدراسات التي أجريت في كل إنجلترا و أمريكا باستخدام دلالات تشخيصية متشابهة إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تصل إلى (15 إلى 20 حالة -10000) لكل حالة ولادة حية.

ومن ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث و تصل النسبة إلى (4-1) و لكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث و يكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (1-2) أنثى مقابل ذكران، وليس الذكر كالأنتى، فالبنات يتطلبن فحصا نيورولوجيا دقيقا أكثر من الأولاد فقد أوضحت دراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانون من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للاضطرابات الارتقائية بشكل عام، و الاضطراب التوحدي بشكل خاص، و يظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية و المستويات الثقافية و العرقية، كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل من 10%-80% و هؤلاء يظهرن شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي ، و هذا الشذوذ لدى البنين و البنات و لا توجد دالة بينهم مما يشير إلى خلل في الدماغ الأوسط Midbrain والذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي Retialan ويلعب دورا خاصا في الانتباه للمثيرات البصرية و السمعية علاوة على التحكم في حركة العينين و التأزر والتوازن و ضبط الشعور والوعي والنوم واليقظة وتنظيم ضربات القلب والتنفس، وهناك دلائل كثيرة على أن مدى انتشار التوحد يأخذ في التزايد، وأشارت دراسات عديدة على أن الذكور البكر هم أكثر عرضة للإصابة ولا يعرف سبب ذلك حتى الآن (2).

ثانيا: أسباب التوحد:

(1) المرجع نفسه، ص31.

(2) مصطفى نوري القمش: مرجع سابق، ص 239.

هناك مجموعة من العوامل و الأسباب التي يمكن إرجاع إليها اضطراب التوحد و نذكر منها:

(1) العوامل النفسية و الأسرية: تصور كانر المكتشف الأول لإعاقة التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة في نطاق الأسرة، منها أسلوب التنشئة الاجتماعية ، أو تعامل الطفل مع الأسرة، ومنها إفتقاد الطفل الحب و الحنان و دفء العلاقة بينه و بين أمه، و منها غياب الاستشارة و النبذ و اضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية و غياب العلاقات العاطفية، إلى أن أظهرت نتائج الدراسات استبعاد أن تكون العوامل النفسية و الأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب للتوحد.⁽¹⁾

(2) العوامل الجينية الوراثية:

لقد أجريت الدراسات المعرفة ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب، وقد وجدت أن التوحد ينتشر بنسبة 36% بالنسبة للتوأم المتطابق (من بويضة واحدة) ولم يوجد إطلاقا في التوائم المتشابهة(من بويضتين مختلفتين).

وفي دراسة أخرى وجد أن التوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة بنسبة 27% بين أزواج التوائم المتشابهة.

وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد بنسبة 10% منهم يعانون من حالات اليرث أو من حالات x "الهش" x Fragile و هما إعاقتان تبت أن لهما أساسا وراثيا، ويتضح من ذلك أن الوراثة رّما تكون عاملا ممهدا للإصابة إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة لها.⁽²⁾

(3) عوامل عضوية / عصبية / حيوية:

أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور عضوي عصبى أو حيوي Organic/Neurological/ Biological و منها ما يحدث أثناء فترة الحمل و بالتالي تؤثر على الجنين:

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية Rubella.

⁽¹⁾أسامة فاروق مصطفى:مرجع سابق،ص253.

⁽²⁾محمد احمد خطاب: مرجع سابق، ص 44.

- قصور التمثيل الغذائي .
- حالات التصلب الدرني.
- تعرض الأم للأشعة (X) خلال الأشهر الثلاث الأولى.
- تعاطي الأم المضادات الحيوية القوية في الأشهر الثلاث الأولى.
- إصابة الأم بالأمراض الزهرية، و تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما يحدث تلف عند نمو الجنين. (1)
- التهاب السحايا.
- اضطراب رشح شامل في الرحم General Edeme.

(4) العوامل البيئية:

- المشكلات التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل و الولادة.
- إن لقاح MMR ينظر إليه على انه أحد الأسباب المحتملة للتوحد إلا أن الدراسات أثبتت عكس ذلك.
- إصابة الأم بالفيروسات، و بعض الأمراض المعدية.
- تعرض الأم الحامل للمواد الكيميائية السامة.

و بناء على هذه العوامل البيئية تختلف الإصابة بالتوحد من حالة إلى أخرى فالفيروسات تسبب التوحد لبعض الأشخاص، ويسببه التعرض للكيمائيات السامة لدى نسبة قليلة منهم، وهناك بعض الحالات التي توارثت الاضطراب، بينما أصيب بعض الأشخاص بالتوحد نتيجة لتغير مفاجئ في الجينات ، إلا أن كل هذه الأسباب تنتج نمو غير طبيعي للمخ. (2)

و أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين التوحد و العوامل الكيميائية و العصبية و بصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية (السيرونيين الدوبامين،

(1) Jordan et powell : les enfants autiste, paris, 1997, p 3

(2) أسامة فاروق مصطفى : مرجع سابق، ص 257.

الببتيدات العصبية) التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم أو الجلد.

توجد مجموعة من الأسباب التي تقف وراء صعوبة تحديد العوامل المؤدية للتوحد و هي:

- عدم الاتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة باضطراب التوحد و اضطرابات التطور العامة.
- التشخيص يعتمد على الأخصائيين و تجاربهم.
- طريقة الدراسة البحثية للحالات:

1- بعض الحالات تؤدي إلى التوحد مثل التهاب السحايا Meningitis و لكن ليس كل الحالات.
 2- طبيعة الاصابة تشترك في الكثير من المميزات و الأعراض مع العديد من الحالات و الإعاقات الأخرى.

3- بعض الحالات الخفيفة قد تشخص على أنها حالات اضطراب في التعلم.

4- بعض الحالات تشخص على أنها تخلف فكري غير معروف السبب.

5- بعض الحالات تتغير أعراضها بزيادة و النقصان.⁽¹⁾

ثالثاً: خصائص التوحد:

إن الوصف العام لسمات شخصية الطفل التوحدي ومكوناتها لا تجعله مختلفاً اختلافاً جوهرياً عن سمات شخصية الطفل العادي إلا أن هناك سمات و خصائص يتميز بها و هي:

1- **الخصائص السلوكية:** يرى روث سوليفان Sullivan.R أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم

وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد ، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة و عدم الاستجابة للناس الآخرين التي تنتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

- الاحتفاظ بروتين معين .

- هذه الملامح تبقى طوال حياة الفرد ولكن غالباً تصبح أقل شدة، ولا يمكن علاج أعراض التوحد أبداً ويجب أن يتضمن الفحص الأعراض و تاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.

⁽¹⁾ محمد بن أحمد عبد العزيز الفوزان: التوحد المفهوم و التعلم و التدريب (مرشد إلى الوالدين و المهنيين)، دار عالم الكتب، ط 2، المملكة العربية السعودية، 2000، ص 20.

ويضيف سوليفان أن الأفراد المتوحدين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية وهذه السلوكيات تختلف من فرد إلى آخر من حيث الشدة و أسلوب التصرف:

- قصور شديد في التواصل والارتباط مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وتشعب المصادات (أي ترديد الكلام) Echolalia في سنوات الأطفال المتوحدين الباكرة، والبعض يتكلم بشكل رجعي (اجتراري)، أو بنغمة ثابتة دون تغيير، و بعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق.⁽¹⁾
- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأية تغيرات بسيطة في البيئة .
- التأخر (التخلف) في قدرات و مجالات معينة و أحيانا تصاحب التوحد مهارات عادية أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل: الرياضيات و الموسيقى و الذاكرة.
- الاستخدام غير المناسب للعب والتعلق بالأشياء واللعب بشكل متكرر وغير معتاد .
- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستخدم للجسم، أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع أو المشي على أطراف أصابع القدم.
- الاستجابة للمثيرات الحسية، وتتميز إما بالبرودة أو التبلد، وإما بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة تفاهة المثير، مما يفسر في بعض الأحيان بان الطفل يعاني من صمم بينما هو في الواقع سليم السمع.
- ينظر من خلال الناس، أو يتجنب النظر في العيون(التأزر البصري)غير موجود لديه.
- البعض منهم لديه قدرات جيدة، أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة، ولكن بعضهم قد يمشي بشكل غريب، كأن يمشي على أطراف أصابعه أو يكون غير قادر على الإمساك بالقلم.
- عدم الحساسية لظاهرة الألم على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج، و بعضهم يمارس شد و خلع الشعر والأظافر والبعض الآخر عندما يتعرض لحادث يقتضي جرحه و نزيف الدماء يبدو وكأن شيئاً لم يكن.

⁽¹⁾أسامة فاروق مصطفى: مرجع سابق، ص 255.

- يعانون من الإصابة بنوبات الصرع عند البلوغ و تمثل نسبة 25% منهم.
- يصبح لدى بعضهم حزن أو غضب عندما يفارقهم آبائهم أو أخواتهم أو رفاقهم، عندما يتركون وسط الغرباء فلا يبديون أي قلق، و توجد بعض الأعراض التي يمكن إضافتها وهي:
- عندما يحتضنه والده أو والدته لا تبدو على وجهه البسمة أو توقع الفرح والتهليل.
- عجزهم عن تفهم مشاعر الآخرين.
- ليس لديه القدرة على المبادأة في الحديث.⁽¹⁾
- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به.⁽²⁾

2- الخصائص اللغوية:

- يعد اضطراب أو توقف النمو اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات إعاقة التوحد والمعايير المهمة في التشخيص.
- يرجع القصور أو التوافق في اللغة إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن اللغة والكلام والتعامل مع الرموز.
- اضطراب الكلام حيث لا يستطيع من يحادثه أن يفهم ما يقصده أو يريد التعبير عنه طفل التوحد.
- غير قادر على المناغاة Bubbling في الشهور الأولى للنمو.
- يعيد ترديد الكلمة ظاهرة رجع الصدى Echolalia.
- نوعية واختلاف الصوت الذي ينطق به عدم التنغيم في النطق.
- الأطفال التوحديين 50% من ينطقون أي لديهم لغة والباقي لا يتكلمون⁽¹⁾

3- الخصائص النمطية:

⁽¹⁾ محمد احمد خطاب: مرجع سابق، صص 27، 28.

⁽²⁾ Mario leboyer : l'autisme infantile, press universitaire de France, paris, 1985, p 21

⁽¹⁾ عبد الله حسين الزعبي: التوحد(تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين) ،دار الخليج ، عمان، 2014، ص46.

- يتناول اللعب و الأشياء التي تقع في متناول يده، لكنه تناول عشوائي محدود في نوعيته و تكراره دون هدف بشكل نمطي غير مقصود يفتقد الإبداع والتخيل أو اللعب الإيمائي أو الرمزي.
- لا يستطيع التقليد أو التعبير المجرد.
- لعبه فج جامد منكرر متشابه وله طقوس متشابهة أو طقوس ثابتة.
- غالبا يحب الدوران، يدور حول ذاته، أو يدور حول طاولة أو جدران الغرفة أو الملعب أو يدير بيده إصبعاً أو حلقة مفاتيح، أو ينظر إلى المروحة وهي تدور لمدة زمنية طويلة.
- يرتبط بالأشياء (الجوامد) أكثر من ارتباطه بالأشخاص.
- يقوم بتكرار السلوكيات النمطية مثل: هز الرأس أو ثني الجذع و الرأس لمدة زمنية طويلة دون تعب أو ملل.

- يقاوم التغيير في نظام الملابس و المأكل و أثاث الغرفة، أو تغيير نظام الحياة اليومية وعندما يحدث هذا التغيير يثور وقد يصل إلى إيذاء ذاته ومن حوله.⁽²⁾

4- الخصائص البدنية:

- غالبا ما يكون المظهر العام مقبولا إن لم يكن جذابا.
- تجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.
- يتعرض أطفال التوحد في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية و نوبات ضيق التنفس و السعال.
- يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من الأطفال العاديين.

5- الخصائص الانفعالية:

- نجد أن الأطفال التوحديين قد لا يشكون مما يعانون من الألم بل لا يعبرون عن الألام بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع.

⁽²⁾ أسامة فاروق مصطفى: مرجع سابق، ص 257.

- هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية مثل المخاوف من الأخطار الحقيقية لا يعبأ بها.
- قد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة.
- ليست لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله.
- يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ لوقت طويل دون انقطاع.
- الطفل التوحدي لديه تقلب مزاجي مرتفع.
- لا يعانق أمه.

- لا يظهر أية مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح.⁽¹⁾

6- الخصائص العقلية - المعرفية:

- إن نسبة كبيرة من التوحد يصاحبها حالات التخلف العقلي.
- أثبتت الدراسات والبحوث أن (40%) منهم يعانون من تخلف عقلي بدرجة أقل من (50) معامل ذكاء (أي تخلف عقلي متوسط أو شديد).
- إن (30%) من التوحيديين يعانون من تخلف عقلي بسيط من (50-70) .
- إن (30%) من التوحيديين لديهم عامل ذكاء عادي أو متوسط (70) فأكثر من بينهم قلة وصل ذكائهم إلى (120) معامل الذكاء.
- 20% من الأطفال التوحيديين يتمتعون بذكاء غير لفظي عادي أو مرتفع.⁽²⁾

| الأطفال العاديين | الخاصية | الأطفال التوحيديين |
|---|---------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - يدرسون وجه أمهاتهم . - تثيرهم الأصوات باستمرار . - يستمرون في تعلم مفردات جديدة ويتوسعون في استعمال التراكيب اللغوية. | الاتصال | <ul style="list-style-type: none"> - يتجنبون الاتصال بالعين - يبدون وكأنهم صم . - يبدعون في تنمية اللغة، ثم فجأة يتوقفون عن الحديث. |

⁽¹⁾ محمد احمد خطاب: مرجع سابق، ص 30.

⁽²⁾ أسامة فاروق مصطفى: مرجع سابق، ص 258.

| | | |
|--|----------------------------|--|
| <p>- يصرخون عندما تتركهم أمهاتهم ويكونون قلقين من الغرباء. - يظهرون غضب عند الجوع أو الإحباط. - يتعرفون على الوجوه المألوفة ويتبعونها.</p> | <p>العلاقات الاجتماعية</p> | <p>- يتصرفون كما لو كانوا غير مدركين بدخول وخروج الآخرين. - يهاجمون ويجرحون الآخرين جسدياً دون تحرش أو إثارة. - لا يمكن الوصول إليهم، كما لو كانوا في غلاف يعزلهم عن المجتمع.</p> |
| <p>- يتحركون بانهماك من نشاط لآخر. - يستخدمون الجسد للوصول إلى مكان أو موضوعات معينة. - يكتشف اللعب و يلعب بها. - يبحث عن السعادة و يتجنب الألم.</p> | <p>اكتشاف البيئة</p> | <p>- يظل ثابتاً على حركة أو نشاط واحد. - يقومون بأنشطة و حركات غريبة مثل الاتزان وإرخاء الأيدي والتصفيق. - يستنشق أو يعلق اللعب. - لا يظهر حساسية للحروق والكدمات وقد يشوهون أنفسهم مثل العض الشديد.</p> |

ويمثل الجدول (2) الاختلاف في سلوك الأطفال الصغار التوحديين و غير التوحديين.

المصدر: عبد الفتاح علي غزال: مرجع سابق، ص 96.

رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد:

كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب، والتشخيص هو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع الاضطراب، وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المنتشعبة.

يعتبر تشخيص التوحد و غيره من الاضطرابات النمائية الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، و خصوصاً في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض، و يتطلب تعاون فريق من الأطباء و الأخصائيين النفسيين و الاجتماعي و أخصائي التخاطب و التحاليل الطبية و غيرها.⁽¹⁾ و ما يزال تشخيص اضطراب التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين و العاملين في مجال مشكلات الطفولة و يرجع سبب ذلك إلى:

- تشابه خصائص أو صفات اضطراب التوحد غالباً مع اضطرابات و إعاقات و أمراض أخرى.

- عدم تجانس الأفراد ذوي اضطراب التوحد في القدرات و الخصائص.

- وجود أمراض و إعاقات مصاحبة لحالات التوحد.

- تأثر جوانب النمو الاجتماعية و التواصلية و النفسية و غيرها.

(1) أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشريني: مرجع سابق، ص 109.

- تغير سلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد مع التقدم في العمر .
 - اختلاف سلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد من موقف لآخر .
 - التوقف الملحوظ في القدرات المختلفة .
 - نقص أدوات التشخيص و قصور بعض الأدوات المتوفرة .
 - نقص في الكوادر البشرية المؤهلة لتشخيص اضطراب التوحد .
 - عدم وجود دلالات بيولوجية لتشخيص التوحد .
 - حداثة البحوث إلى حد ما في هذا المجال و خصوصا في الدول العربية .
 - طول مدة التشخيص و شدة تعقيدها.⁽¹⁾
- و يمكن الإشارة في هذا لأكثر من جانب يتم فيه عملية التشخيص و هذه الجوانب هي:

1- التشخيص الفارقي:

إنّ العملية التي تهدف إلى التفريق بين ذوي اضطراب التوحد و غيرهم تدعى بعملية التشخيص الفارقي، التي يتم فيها تحديد نواحي الاختلاف و خصوصية بعض الأعراض من ناحية النوع و التكرار و الشدة، بالإضافة إلى سبب ظهورها و ذلك لتمييز كل اضطراب عن الآخر، و تحديد المسمى الدقيق له من خلال مقارنة المعايير المرتبطة بكل اضطراب التي تم الاتفاق عليها من قبل الباحثين المتخصصين في المجال، وتتضمن عملية التشخيص الفارقي أيضا تمييز اضطراب التوحد عن الاضطرابات و الاعاقات الأخرى، التي لا تدخل ضمن مجال اضطراب التوحد و لكنها تشترك معه وتلازمه في بعض الأحيان مثل حالات الإعاقة العقلية التي سيتم التطرق إليها أيضا ضمن عملية التشخيص الفارقي، و بالرغم أن عملية تمييز أفراد اضطراب التوحد من غيرهم أصبحت أكثر مصداقية و ثباتا فإن التمييز بين الأفراد ضمن الفئات التشخيصية لاضطراب التوحد ما زال في غاية الصعوبة.

و ما يزيد عملية التشخيص تعقيدا هو أنّ بعض الأطفال يظهرون خصائص تشبه خصائص التوحد ولكنهم ليسوا ضمن الفئة التشخيصية نظرا لعدم انطباق المعايير عليهم وعادة ما تظهر هذه

⁽¹⁾نايف بن عابد الزارع: المدخل إلى اضطراب التوحد (المفاهيم الأساسية و طرق التدخل) دار الفكر، الأردن، 2010، ص 83.

الخصائص لدى بعض الفئات مثل: الإعاقات الحسية (السمعية و البصرية) و متلازمة الكرموسوم الجنسي الهش، و متلازمة ويليام و الخلل الوظيفي في التكامل الحسي و صعوبات التعلم غير اللفظية واضطراب الوسواس القهري.⁽¹⁾

إن الأفراد الذين يندرجون تحت مظلة اضطراب التوحد فإن من الصعب تحقيق التشخيص الفارقي بشكل دقيق ، و تزداد الصعوبة عند تشخيص كل من أسبيرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة خاصة مع ازدياد العمر، حيث يتميز أفراد هاتين المجموعتين بدرجة ذكاء ضمن أعلى المتوسط بالتزامن مع قدرتهم اللفظية العالية الأمر الذي يؤخر عملية التشخيص حتى عمر (11 سنة) .

2- التشخيص السلوكي:

يعتمد الأخصائيون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل و على أية حال يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات و الأعراض التي يبديها الطفل زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي.

كما يلعب الوالدان دورا حيويا في عملية التشخيص ، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية، ولأن اضطراب التوحد يتم سلوكيا، وكلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة و مواقف معينة زادت احتمالات تشخيص التوحد و في سبيل الوصول إلى تشخيص سلوك دقيق للسلوك التوحدي فإن هناك خمسة محاور يجب أن يشملها هذا التشخيص و هي على النحو التالي:

* وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات بأسلوب يتصف بالموضوعية و الإجرائية، و القدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين.

* درجة كل سلوك و مقداره:

(1) خوان هيفلين و دونافورينو أليمو ت نايف عابد الزارع و يحي فوزي عبيدات: الطلاب ذوو اضطرابات طيف التوحد، دار الفكر، الأردن ، 2011، ص62.

يعني أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، و يتم ذلك بتحديد تكرار السلوك أو مقداره على سبيل المثال: استثارة الذات أو نوبات الغضب فقد يتم قياسها بتحديد المدة، كأن تحدد فترة نوبة الغضب أو عدم ظهورها و ذلك بذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.⁽¹⁾

* 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، و للمساعدة في فهم و توقع السلوك فلا بد من تحليل و تقييم البيئة التي يظهر فيها و هو ما يطلق عليه سوابق السلوك Antecedents و كذلك الفعل الذي عادة ما يلي السلوك في البيئة و هو ما يطلق عليه توابع السلوك Conséquences وهذا التحليل يرجع إلى النموذج المعرفي ABC. مثال: الطفل الذي يلجأ إلى سلوك اللسع أو القرص، حيث يسبق السلوك الوصفي التالي، يظهر السلوك عادة خلال ثوان، و يتبعه عادة مهمة تعليمية، أما النتائج يؤخذ الطفل إلى مكتب المسؤول ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى المنزل، وهنا نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير مقبول أو عدواني أو فوضوي.

* الوظيفة المقصودة:

إن كثيرا من السلوكيات التي يمارسها الطفل تستخدم كشكل من أشكال التواصل، و من هنا فإن السلوك الفوضوي من الممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل، إن إتباع تقييم سوابق السلوك و توابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك و هو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا، و من الممكن ملاحظة الكثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة و لعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعا و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

(1) الحصول على الأشياء أو على شيء مرغوب.

(2) الهروب من متطلب محدد و تجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.

(3) تجنب نشاط معين مثل تجنب مهمة صعبة أو الانتقال أو الاعتراض على نشاط معين.

⁽¹⁾ سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: اضطراب النطق و الكلام و اللغة لدى المعاقين عقليا و التوحيدين، ابترار للطباعة، مصر، 2010، ص 201.

* الاستثارة الذاتية:

إنّ سلوك الاستثارة الذاتية أو ما يدعى السلوك النمطي يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل: ضرب اليد، تحريك الأشياء أمام العينين و هز الجسم، و التي تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين بتغذية راجعة حسية حركية، و التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة فقد تكون هذه السلوكيات أحيانا دقيقة من قبل حركات العينين عند تعرضها للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة، الحزن، و معظم هذه السلوكيات تظهر و كأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، و من الممكن ألا تمثل هذه المعاني أبدا، كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية و في التعلم و في النمو العصبي، و ما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية من الاستجابات الأكاديمية و يكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيه أنماط قد زادت و تطورت.⁽¹⁾

*التشخيص الطبي:

التقييم الطبي عادة ما يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل و الولادة، والنمو الجسمي و النمو الحركي للطفل و عن حدوث أمراض سابقة، و السؤال عن الأسرة و الأمراض التي تشيع فيها، ومن ثم القيام بالكشف السريري و خصوصا الجهاز العصبي و إجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها و منها:

(1) صورة صبغات الخلية أو (التحليل الكروموسومي) "AnalysisChromosomal" لاكتشاف الصبغي الذكري الهش "Fragile-x Syndrom".

(2) التخطيط الكهربائي للمخ EEG : يعتبر التخطيط الكهربائي للمخ Electro Ensepho Graph من أوائل الطرق المستخدمة في فحص المخ عند المصابين بالتوحد، و قد بينت الدراسات التي استخدمته أن هناك شذوذا أو خلافا في النشاط الكهربائي للمخ و كذلك نوبات مرضية (Seizure) لدى التوحديين كانت من الدلائل الواضحة التي تعزز الأساس البيولوجي لنشوء أعراض الاضطراب.

أجرى "تساي " Tsai (1985) دراسة على 100 طفل توحدي، حيث أظهرت وجود شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى أربعين منهم، وأن هذا الشذوذ يعبر عن وجود أعصاب و نتوءات منتشرة أو

(1) المرجع نفسه، ص 200.

موجات بطيئة، وقد أثبتت هذه الدراسة أن الخلل في النشاط الكهربائي للمخ يصاحبه نوبات لدى المصابين بالتوحد.

(3) أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRT.

(4) قد يسأل الطبيب الوالدين عن الحالات التي تؤدي إلى التوحد، ولكن قد تكون مصاحبة له مثل: وجود التشنج وغيره.

تحتاج عملية التشخيص للجانب الطبي لمشاركة أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، الأعصاب الطب التطوري، اختصاصي الأذن ، الأنف و الحنجرة و ذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الأطفال.⁽¹⁾

*التشخيص النفسي:

حيث يقوم الأخصائي النفسي باستخدام أدوات و نقاط قياسية لتقييم حالة الطفل من حيث الوظائف المعرفية والإدراكية والانفعالية والسلوكية ومن حيث التكيف، ومن هذا التقييم تستطيع الأسرة، المدرسون معرفة جوانب القصور و التطور لدى الطفل.

و من الناحية النفسية فهناك العديد من الاختبارات النفسية التي يمكن تطبيقها على الطفل التوحدي من أجل الوقوف على جوانب القوة و الضعف لديه، مع الأخذ بعين الاعتبار بان لا نعتمد على النتائج التي يحصل عليها الطفل التوحدي من الاختبارات بشكل مطلق بسبب طبيعة الخصائص التي يتصف بها و نمط الاستجابات التي يمكن أن يظهرها أثناء تطبيق الاختبارات عليه ومن بينها: اختبار ميريل بالعمر العقلي (Palmer Scale Mental test the Merial) يستخدم هذا الاختبار مع الأطفال ذوي العمر العقلي يتراوح بين 18 شهرا و 71 شهرا، ويشتمل على اختبارات فرعية، تتراوح مستويات الصعوبة فيها، حيث أن بعضها يحتاج إلى استخدام اللغة والتعبيرات اللفظية، وبعضها يحتاج فيها الطفل إلى اللغة، وخاصة الأطفال الذين لا يستطيعون الإجابة بشكل جيد على الاختبار اللفظي، ويستخدم هذا الاختبار (العمر العقلي) (Mental age) ويعتمد على السرعة التي يظهرها الطفل التوحدي في الأداء.⁽¹⁾

⁽¹⁾ السيد عبد الحليم سليمان و محمد قاسم عبد الله: دليل التشخيص للتوحديين، دار الفكر العربي، الأردن، 2003، ص 34، 36.

⁽¹⁾ مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن معاينة: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، الأردن، طر، 2009، ص. ص 206، 207.

***التشخيص التربوي (التعليمي):**

يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي (Farmalassessment) باستخدام أدوات قياسية و التقييم غير الرسمي (infarmalassessment) باستخدام الملاحظة المباشرة و مناقشة الوالدين، والغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

1- مهارات قبل الدراسة

2- مهارات دراسية: القراءة و الحساب.

3- مهارات الحياة اليومية: الأكل، اللباس، و دخول الحمام.

و بالإضافة إلى أن هذه المقاييس تستخدم لأغراض التقييم لأنه يمكن الاستفادة منها في إعادة تقييم مستوى الأداء الحالي الذي يصل إليه الطفل التوحدي مثل: قائمة شطب لسلوك الطفل اليومي: تشتمل هذه القائمة على 64 فقرة، تشير هذه الفقرات إلى أنماط السلوك التي يقوم بها الطفل التوحدي خلال يوم كامل (24 ساعة) من وجوده في البيت، حيث يقوم الوالدين عادة بتعبئة هذه القائمة ويتم تسجيل الإجابة مقابل كل فقرة على سلم مندرج من (مرضي، غير مرضي، ليس متأكدا)، حيث تشير فقرات هذه القائمة إلى العديد من الوظائف التي يمكن أن يقوم بها الطفل التوحدي من لحظة نهوضه من النوم و دخوله إلى الحمام وتناوله طعامه، مساعدته لوالديه في تحضير الطعام، ارتداء الملابس.... وتسجيل الملاحظات يوميا عن وضع الطفل في المنزل و كيفية تصرفه في المواقف المختلفة. (2)

*** التشخيص التواصلي:**

التجارب المنهجية و الملاحظة التقييمية و المناقشة لوالديهن كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية مثل: رغبة الطفل في التواصل مع الآخرين و كيفية أدائه له (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية أو بالإشارة)، و نتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصور وغير ذلك، ومثال على قائمة شطب لسلوك التوحد و التي طورها كل من Krug, AriK , Almond و تشمل هذه القائمة على 57 فقرة،

(2) سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: مرجع سابق، ص 24.

حيث تصف هذه الفقرات أنماط السلوك التي يظهرها التوحديون و قد تم توزيع هذه الفقرات في القائمة على خمسة أبعاد وهي:

1- الجانب الاجتماعي و الاعتماد على الذات.(1)

2- الجانب اللغوي.

3- استعمال الجسم و الأشياء.

4- العلاقات و التواصل.

5- الإحساس.

التشخيص الوظيفي:

المعالج الوظيفي (Occupationaltherapist) يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع، البصر، الذوق، الشم، اللمس)، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، ومهارات الحركة الكبرى (المشي و الجري و القفز) والمهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (نمط معالجة المعلومات المسيطرة) و المهارات البصرية و عمق الإدراك.

و مثال هذا قائمة تقدير لسلوك الأطفال التوحديين و التي طورها "سكولر" و آخرين و تتكون القائمة من 15 بعد و هذه الأبعاد هي: العلاقات مع الآخرين التقليد، الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف لمتغيرات، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، الاستجابة للحس والرائحة و التدوق و استخدامها، الخوف و العصبية التواصل اللفظي و غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى الوظائف المعرفية، وأخيرا الانطباع العام، و يتم تسجيل استجابات الطفل على قائمة بعد الانتهاء من مرحلة الملاحظة.(1)

و يبين الجدول رقم (3) المعايير التشخيصية الدقيقة للتوحد كما جاءت في الدليل التشخيصي

الأمريكي (DSMIV1994):

DSMIV المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد

(1) سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: مرجع سابق، ص 205.

(1) السيد عبد الحميد سليمان و محمد قاسم عبد الله: مرجع سابق، ص 38.

| | | |
|---|-----|--|
| أ | | يعطي التشخيص إذا وجد لدى الحالة 6 أو أكثر من الأعراض الواردة في البنود 1 و2 و3 بعرضين على الأقل من البند 1 و عرض واحد من كل من 2 و3. |
| | (1) | عجز كفي في التفاعل الاجتماعي حيث يظهر على الحالة اثنان على الأقل من الأعراض التالية |
| | أ | عجز واضح في استخدام لغة التواصل غير اللفظية مثل التواصل البصري و تعبيرات الوجه و حركات الجسم أو أي إشارة بالمبادرة بالتفاعل الاجتماعي. |
| | ب | الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع مستوى النمو لديهم |
| | ج | الافتقار إلى القدرة على المشاركة العاطفية و الاجتماعية |
| | د | الافتقار إلى القدرة على مشاركة الغير في الاهتمامات أو الأنشطة المسلية |
| | (2) | عجز نوعي في التواصل و يظهر ذلك بوجود عرض على الأقل من الأعراض التالية: |
| | أ | التأخر أو العجز الكلي في نمو اللغة المحكية (من دون أن تصاحب ذلك محاولة للتعويض باستخدام أي وسيلة أخرى كبديل للاتصال). |
| | ب | عدم القدرة على الاندماج و الاستمرار في الكلام أو الجدل، هذا بالنسبة إلى من يقدر على الكلام من التوحديين. |
| | ج | الاستخدام النمطي للكلام، أو تكرار الكلام بشكل مكثف أو استخدام لغة غير مفهومة. |
| | د | الافتقار إلى المبادرة أو التقليد أو اللعب التخيلي بشكل يتلاءم مع مستوى النمو للطفل. |
| | (3) | أنماط سلوكية محدودة و مكررة و شعائر، بالإضافة إلى غرابة الأنشطة و الاهتمام، و يظهر ذلك بوجود واحد أو أكثر مما يأتي: |
| | أ | الانغماس و الانشغال بسلوك نمطي محدد شاذ من حيث النوع أو الشدة. |
| | ب | الانصياع بشكل غير مرن لأنماط من السلوك الروتيني الذي لا يخدم وظيفة محددة أو غير الهادف. |
| | ج | حركات مكررة نمطية أعضاء الجسم مثل حركات اليدين أو الرجلين. |
| | د | الانشغال العميق و المستمر بشيء محدد أو بجزء من ذلك الشيء. |
| ب | | التأخر أو الشذوذ الوظيفي في واحد أو أكثر من المجالات التالية على الأقل، على أن يظهر ذلك قبل سن الثالثة: |
| | أ | التفاعل الاجتماعي |
| | ب | لغة التواصل أو اللغة المحكية كأسلوب للتواصل. |
| | ج | اللعب الرمزي أو التخيلي. |
| ج | | أن يكون السلوك ناتجا عن اضطرابات أخرى مثل اضطراب rett أو اضطراب الطفولة التراجعي. |

المصدر: لورا شريمان، ت. فاطمة عياد: التوحد بين العلم و الخيال، عالم المعرفة، الكويت، 2010، ص 68،69.

خامسا: أشكال التوحد:

هناك خصائص ومظاهر سلوكية مشتركة يتصف بها ذوي التوحد، وفي المقابل فإنه لا يمكن لنا من ناحية علمية أن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء الأطفال، وحتى إن وجدنا نفس الخصائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة و المستوى الحالي لها .

و يقع تحت هذه المجموعة خمس أشكال أساسية من اضطراب التوحد:

- التوحد التقليدي. (classic Autism)

- متلازمة أسبرجر. (Asperger's syndrome)

-متلازمة ريت. (Rett's syndrome)

- اضطرابات الطفولة التحليلية أو الانتكاسية. (Disorders Disintegrative Childhood)

- اضطرابات النمو غير المحددة: Pervasively Developmental Disorder Otherwise Specified (ADDNOS).⁽¹⁾

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال ذوي التوحد فقد تم تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة طفل ما يمكن أن يقدم له من خدمات و برامج علاجية، لذلك يمكن تصنيف اضطراب التوحد على النحو التالي:

- **التوحد التقليدي:** و هو يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة و يكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي و التواصل و اللعب التخيلي.

- **متلازمة أسبرجر:** حيث يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي ولديه سلوكيات نمطية و تكرارية، وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية وتظهر

⁽¹⁾ إبراهيم بن عبد الله العثمان : استراتيجيات التربية الخاصة و الخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، د.س، ص9.

المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل و إظهار الانفعالات مع الأقران.

- **متلازمة ريت:** و يظهر لدى الإناث فقط، وأسبابه جينية عادة حيث أن النمو في البداية يكون طبيعي في الجوانب الحركية و محيط الرأس، ويظهر بعد ذلك بطء في نمو الرأس، و يظهر فقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة، و كذلك فقدان للترابط الاجتماعي، و عدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح، و فقدان في الجانب اللغوي، سواء الاستجابي أو التعبيري، و كذلك يصاحبه مشكلات عصبية ، و إعاقة عقلية شديدة، و تدهور في الحالة مع تقدم العمر.

- **اضطراب الطفولة التحليلي:** عادة ما يظهر الاضطراب بعد سنتين من عمر الطفل بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية و تصبح لديه حركات غير عادية و يصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية التعبيرية و تظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية و السلوك التكيفي، و كذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران، و مشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة و يظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية و تكرار للنشاطات و يصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية.

- **اضطراب النمو الشامل غير المحدد:** و الذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد و لكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة و ليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب و لعل الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال يتركز في الجوانب الاجتماعية و كذلك في المهارات اللفظية و غير اللفظية.⁽¹⁾

سادسا: فوائد دمج ذوي التوحد:

* **الفوائد التي تعود على الأطفال التوحديين:**

1- الابتعاد عن تأثير الفصل بين الطلاب، فالفصل بين الطلاب يسبب أثارا سلبية مثل التسمية والاتجاهات السلبية.

2- تزويدهم بنماذج تسمح لهم تعلم مهارات تكيف جديدة و تعلم متى و كيفية تستخدم تلك المهارات.

⁽¹⁾ لورا شريمان، مرجع سابق، ص 71.

3-توفر لهم نماذج للطلاب العاديين ليتفاعلوا معهم وبالتالي ليتعلموا منهم مهارات اجتماعية، تواصلية ايجابية جديدة.

4- توفر لهم خبرات حياة حقيقية تؤهلهم فيما بعد للعيش في المجتمع.

6- تزويدهم بفرص لتطوير صداقات مع الأفراد العاديين.

*** الفوائد التي تعود على أسرة الطفل التوحيديين:**

1- توفر لهم فرص لمعرفة مظاهر النمو الطبيعي.

2- توفر لهم شعورا بأنهم جزء من المجتمع الذي يعيشون فيه و بالتالي يقل إحساسهم بالعزلة.

3- تطور علاقاتهم مع أسر الأطفال العاديين و الذي يزودهم بدعم حقيقي.

*** الفوائد التي تعود على المجتمع:**

1- المحافظة على دعم أنظمة التربية العادية المبكرة في حال دمج الأطفال ذوي التوحد مع الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة و الاستمرار في ذلك، مقارنة مع مراكز التربية الخاصة.

2- توفير التكاليف الاقتصادية.⁽²⁾

سابعا: النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

أجريت العديد من الدراسات النفسية والسلوكية في مجال التوحد منها النظرية و التجريبية، بحيث أسهمت هذه الدراسات في تحقيق نتائج مذهلة ظهرت من خلالها العديد من المراكز التأهيلية غير الطبية، والتي أعطت نتائج جيدة مع الأطفال المتوحيدين، حيث كان توجه هذه المراكز قائم على نظريات علمية نفسية، وبالتالي النتائج كانت متحققة بناء على هذه النظريات، وسوف نعرض هنا مختلف النظريات التي حاولت تفسير التوحد ليكون منطلقا هاما لتحديد الإجراءات التي يمكن إتباعها في تحسين حالة هؤلاء الأطفال.

نظرية التحليل النفسي: (Psychological Analysis Theory) :

⁽²⁾ نايف بن عابد الزارع، مرجع سابق، ص 229

يعتبر سيغموند فرويد (1865-1939) رائد مدرسة التحليل النفسي، وقد نشأ التحليل النفسي ضمن أطر الطب النفسي، فكان منهاجا متميزا في علاج العصائيين لكنه أصبح سيكولوجية شاملة عن الإنسان.

و تعدّ نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات التي حاول البعض استخدامها في تفسير التوحد خاصة حينما وصف برونو بيتلهيم (Bruno Bettelheim) (1960) أم طفل التوحد بالثلاجة، بل حملها مسؤولية إصابة طفلها بتلك الأعراض، وفسّر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل ذكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل و تفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيئته، 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 و التي 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. (1)

و أكد كانر Kanner (1943) و اتفق مع أرونس و جيتتس Arons et Gittens (1992) بأنّ التوحد هو نتيجة إصابة شديدة و مبكرة في المراحل السوية لتكوين الأنا، فالتوحد ما هو إلا نتيجة حتمية لمناخ وحداني انفعالي مرضي، هو نتيجة خبرات مبكرة غير مشبعة بل و تهديدية.

و أكدت سامية القطان (1979) على أنّ الطاقة النفسية التي يولد بها الفرد يضيع بعضها في صورة مكبوتات و يضيع بعضها الآخر في صورة دفاعات و تكون الطاقة المتبقية تحت تصرف الجانب الشعوري و قبل الشعوري من الأنا معيارا لقوة هذه الأنا، ولذلك ظل العديد من الباحثين يحاولون فك لغز الإصابة بالتوحد بالاعتماد على هذه المفاهيم النفسية المتمثلة في قوة الأنا و قوة طاقتها النفسية، فيرون بأن ضعف الأنا يسحب الطفل عن عالم الواقع ليغرق في عالم الخيالات التائه مستشهدين برؤية برونو بيتلهيم حينما رأى أنّ التوحد ما هو إلا انعكاس لتلك الحالة الفظة التي يعيشها الطفل مع أمه، والمتمثلة في حرمانه من الحب و الحنان و بالتالي يغرق في تخيلاته هروبا من يأسها واحباطاتها محاولا إشباع ما كان يصبو إليه.

ذكرت سهام عليوة (1999) أنّ هناك العديد من الباحثين في مجال التوحد اعتمدوا على مبادئ نظرية التحليل النفسي كمحاولة علاجية لتحسين حالة هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد، حيث اعتبر

(1) محمد كامل أبو الفتوح عمر: مرجع سابق، ص 98.

هؤلاء الباحثون التوحد اضطراب انفعالي ناشئ عن رفض الوالدين إقامة علاقة مع هذا الطفل و برودة مشاعرهما .

و أكد بوجداشينا (Bougdashina) (2005) على أن العلاج النفسي كان و ما زال يستخدم في علاج حالات التوحد، خاصة أن مستخدمي هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصابة بالأوتيزم، وكان وصف الأم بالثلاجة refrigerator 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 الاستقلال الذاتي و يمهّد 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 و كاملاً للتوحد. (1)

النظرية السلوكية: (The Behavioral Perspective on Autism):

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

إن تفسير التوحد وفق المدرسة السلوكية يبنى على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديداً دقيقاً، أما الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة.

و في ذلك اتفق كل من كون Cone (1997) و شريمان Shreibman (2000) على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة كبيرة تسمى زيادات (إفراطات) سلوكية، وأحياناً أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص (عيوب) سلوكية، و بالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا

(1) المرجع نفسه ، ص ص 99، 100.

إلى أن التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص و زيادات سلوكية، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية و اللغوية و عيوب الانتباه.

أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية (إثارة الذات)، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد المنيريات التي تسبقها و الوقوف على طبيعتها الوظيفية، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للتوحد من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف ABC (المقدمات، السلوكيات، النتائج)، فالمقدمات أو السوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك التوحدي، والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل، ومن هنا فالتوحد من وجهة نظر السلوكيين ما هو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمنيريات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك.⁽¹⁾

نظرية العقل أو المعرفة:

تختلف نظرية العقل أو المعرفة عن النظريات و الفرضيات السابقة في كونها لا تتبنى الجانب الفسيولوجي، بل إن نظرية العقل تتبنى الجانب النفسي المعرفي المتعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية و المعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنباً إلى جنب مع هذه الأفكار، إنَّ عدم اكتمال نمو الأفكار هذا يؤدي بدوره إلى عدم القدرة على حل المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته الاجتماعية و الموقف اليومية، وعليه فإنه لا يستطيع فهم أن لئى الآخرين أفكار و مشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات و الإيماءات و أوضاع الجسم.

و يذكر لاهان و كوفمان **lahane et Kauffman** أن نظرية العقل و المعرفة تشير إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة مثل: النوايا و المشاعر و المعتقدات و الرغبات.

و في هذا الإطار فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل: نبرة الصوت و تعبيرات الوجه، كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول، وذلك باستخدام إشارات متشابهة، وفي واقع الأمر، يبدي الأطفال ذوو اضطراب التوحد درجات متباينة و مختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو

⁽¹⁾ محمد كامل أبو الفتوح عمر: مرجع سابق، ص 101.

الاستدلال عليها، كما أنّ بعضهم في الواقع، لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين، و هو ما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين.⁽¹⁾

و على الرغم من أن نظرية العقل يمكن أن تفسر بعض الإعاقات الاجتماعية لدى أطفال التوحد إلا أنها لا تعطي نظرة شاملة تفسيرية له، إنما تغطي جانبا في التوحد و هي محطة في الطريق الذي قد يوصل لفهم أعمق لأسباب التوحد.

نظرية التماسك (الترباط) المحوري الضعيف: Weak Central Coherence Theory :

اتفق فريث Frith (1989) وآخرون على أن نظرية التماسك المحوري الضعيف تركز على الفروق المعرفية سواء العيوب أو نقاط القوة في أطفال التوحد، تقول فريث في النظام المعرفي الطبيعي يوجد استعداد أساسي لتكوين ترباط و تماسك في المعلومات على مدى واسع من المثبرات التي نتعرض لها في حياتنا بقدر المستطاع، و أيضا التعميم على مدى واسع في السياقات بقدر المستطاع إلا أنّ أطفال التوحد يفتقرون إلى هذا التكوين للتماسك.

و بمقتضى هذه النظرية، فإن التوحد ناتج عن نواقص في القدرة على ربط المعلومات والبيانات و العمل على تكاملها و معالجتها من خلال عمليات عقلية متقدمة، و هذا ما دفع العديد من الباحثين أمثال: موترون و آخرون Mottron (1999) ليكام و لوبيز Leekam et Lopez (2003) إلى افتراض أن أطفال التوحد يعجزون عن رؤية الشيء في صورته الكلية، يعانون صعوبة بالغة في النظر إلى الأمور نظرة جشطالتيّة.⁽¹⁾

و طبقا لمفهوم نظرية التماسك أو الترباط المحوري، يمكن القول أن هذه النظرية تفترض أن الأساليب المعرفية لمعالجة البيانات تقع على متصل له طرفين، الأول ضعيف و الثاني قوي، وما بينهما عدة مستويات يقع فيها الأفراد والأطفال التوحديين يقعون بالقرب من الطرف الضعيف لهذا المتصل.

نظرية التوظيف الإجرائي (التنفيذي) الناقص: Deficient Executive Functioning :

حاول العديد من الباحثين في مجال التوحد أمثال: بيلمونت Belmonte (1997) و تارنر Turner (1999) الوصول إلى تفسير منطقي لتلك الصلابة التي يظهر بها أطفال التوحد في منطقة التفكير، أو

⁽¹⁾ نايف بن عابد الزارع: مرجع سابق، ص52.

⁽¹⁾ حمد كمال أبو الفتوح عمر، المرجع نفسه، ص ص 104، 105.

قلة المرونة بل انعدامها، واعتمدوا في ذلك على مبادئ نظرية التوظيف الإجرائي فتوصلوا إلى أن التوحد ليس نتيجة لقلة الفهم ولا لقلة وضعف التفكير، إنما هو نتيجة لضعف القدرة على التنفيذ، فالقدرة المعطلة أو المعاقة على توليد أفكار جديدة و التخطيط العملي لها يؤدي إلى سلوكيات نمطية متكررة.

و على الرغم من أن تفسير التوحد وفق هذه النظرية يفتح الطريق لمعرفة أسباب قصور طفل التوحد في القيام بالمهام المنوط به على وجه كامل، حيث أن أطفال التوحد غير قادرين على استخدام إستراتيجية حل المشكلات في المواقف التي يواجهونها، إلا أن هذا القصور لا يقتصر على هؤلاء الأطفال فقط، فالعاديون قد يظهرون نماذج من هذا القصور، و لذلك فتفسير التوحد طبا لنظرية التوظيف الإجرائي الضعيف أو الناقص لا يعطي إلا مدلولاً بسيطاً لإحدى جوانب القصور في أداء هؤلاء الأطفال.

النظرية الإدراكية الحسية: Sensory Perceptual Theory

ذكر بوجداشينا (2003) Bogdashina أن التوحد هو نتيجة عطب في المخ و الذي بدوره يؤثر على إحدى القنوات الحسية أو أكثر، و التي تجعل أطفال التوحد يدركون العالم بشكل مختلف، وهذا يقودنا إلى القول بأن أطفال التوحد يعانون من مشكلات حسية تختلف عن العمى أو الصمم، فمشكلاتهم الحسية تتمثل في عدم قدرتهم على فلترة المعلومات والإدراك المتقنت (الجزئي) و الحساسية المفرطة اتجاه بعض المثيرات، وعلى الرغم من أن النظرية التي تلقي الضوء على الشذوذ الإدراكي الحسي على أنه سمة جوهرية للتوحد لم يتم الاعتراف بها بشكل واسع، وهذا ما تشير إليه الدراسات المتعددة في هذا المجال.

إلا أنه يمكن القول أن هناك اهتمام متزايد بتناول هذه النظرية في اضطراب التوحد.⁽¹⁾

نظرية المرآة المكسورة للتوحد: The Broken Mirror Theory of Autism

إنّ نظرية المرآة المكسورة في التوحد ترجع جذورها كما أكد ديكيّتي و آخرون Decett et al (1997) إلى نتائج تلك الدراسات التي اهتمت بدراسة سلوك التقليد و المحاكاة في التوحد، حيث تقترح هذه النظرية أن الخلل في قدرة أطفال التوحد على التقليد و محاكاة سلوك الآخرين ما هو إلا نتيجة لخلل نظام العصب العاكس في المخ، و بالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية يؤمنون بان تلف نظام العصب العاكس هو الذي يلعب دوراً رئيسياً في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد و التي تتمثل في مشكلاتهم الاجتماعية بوجه عام و مشكلات اللغة و الكلام و المحاكاة بوجه خاص.

⁽¹⁾ نايف بن عابد الزارع، مرجع سابق، ص54.

تحت عنوان " التقليد أكثر من مجرد انعكاس" أوضح هيزر و آخرون (2003) Heiser et al أن الذين يؤمنون بأن الخلل في نظام العصب العاكس هو السبب الرئيسي في عدم قدرة أطفال التوحد على التقليد و محاكاة سلوك الغير، ويرون أن عملية التقليد بوجه عام عملية محددة تتمثل في التحويل المباشر للمعلومات المرئية إلى مخرجات حركية، وتلك نظرة خاطئة غير علمية ، فعملية التقليد والمحاكاة الناجحة لا تقتصر على محاكاة الحركات من جسد لآخر، بل إن التقليد يتطلب عمليات معرفية مختلفة وعديدة منها التحليل البصري(المرئي) وتقييم أهداف الفعل المقاد وانتقاء ما يتم تقليده، ومتى يتم تقليده، وهذا يدعونا إلى التصديق بأن الأطفال يقيمون الفعل بشكل عقلائي بالنسبة لهم و هذا يجعلهم يقلدون بعض الأفعال دون الأخرى و هذا بالتأكيد ليس من وظائف العصب العاكس.

وتحت عنوان " كل المرأة ليست مكسورة" أكدت دراسة حديثة قام بها سوئجات و هاملتون (2008) Southgate et Hamilton على أن الوظيفة الأساسية لنظام العصب العاكس ليس هي التقليد، فنظام العصب العاكس هو أكثر نشاطا بالنسبة للأطفال التكلمية منه بالنسبة للأفعال التقليدية فنظام العصب العاكس يؤدي وظيفة التنبؤ بالفعل أو فهم أهداف الفعل و لهذا فمن المنطقي أن الخلل في نظام العصب العاكس يعيق هذه الوظيفة أكثر من إعاقته للتقليد، ووفقا لذلك نجد أن المرضى ذوي الأمراض العصبية النفسية يظهرون تفسيراً سيئاً للفعل وكذلك تقليداً سيئاً إلا أن هناك العديد من الأدلة العلمية تؤكد أن أطفال التوحد لديهم القدرة على استنباط الهدف المراد لفعل فاشل و هذا يؤكد أن نظام العصب العاكس ليس مختلا في التوحد .

إن العرض السابق لنظرية المرأة المكسورة و الاتجاهات الحديثة التي تمحي تلك النظرية يعد باعث أمل في مجال التوحد، فبينما كانت الرؤى تشير إلى التسليم بان جانبا طبيا كبيرا هو السبب في التوحد.⁽¹⁾

النظرية النمائية:

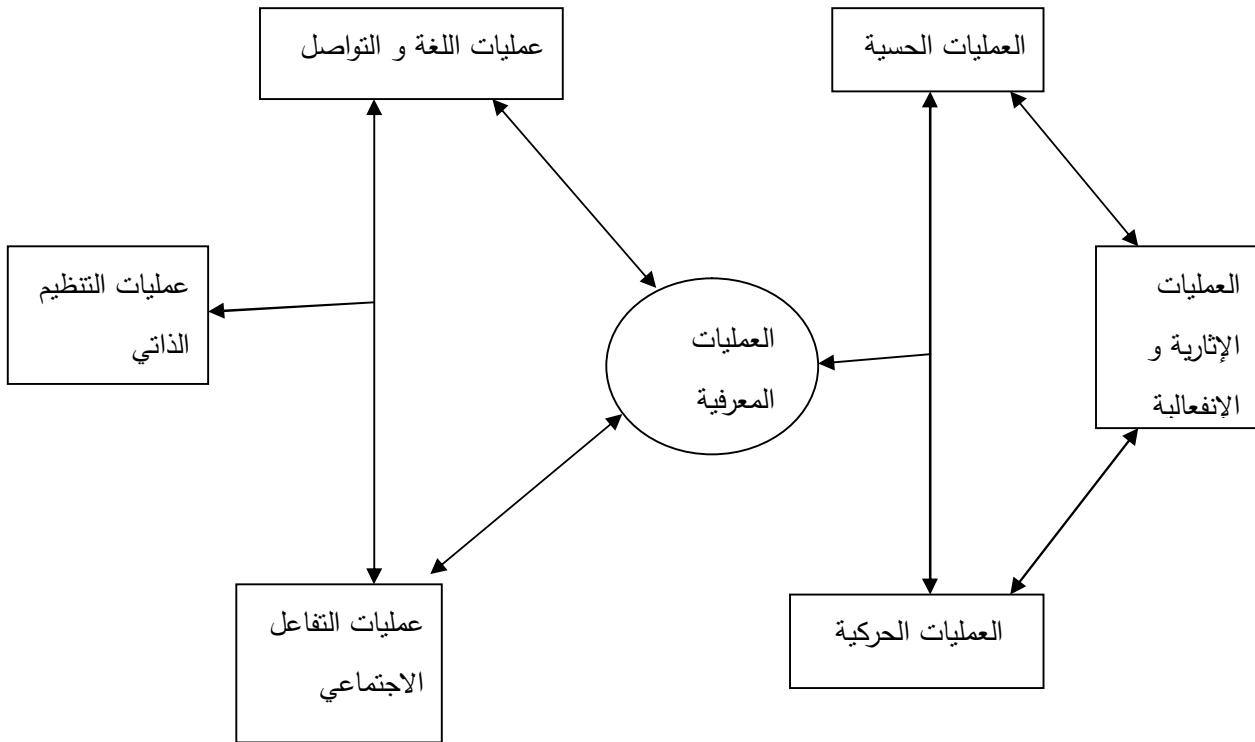
تؤكد النظرية النمائية للتوحد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل خصوصا فيما يتعلق بالعمليات الحسية و الحركية و الإثارة و النشاط و العمليات الانفعالية أو العاطفية و اللغوية والتفاعل الاجتماعي، و كما تقول هذه النظرية فإن العمليات السابقة تلعب دورا بارزا في جهاز التنظيم الذاتي Self-Regularity System و يشمل هذا الجهاز عناصر الاستجابات الحركية و المعرفية واللغوية و الاجتماعية ، و تؤثر هذه العناصر على الطريقة التي يضبط بها الفرد انفعالاته و أفكاره وسلوكياته، و

⁽¹⁾ محمد كمال أبو الفتوح عمر: مرجع سابق، ص109.

لذلك فإن التنظيم الذاتي يلعب دورا هاما في إكمال المتطلبات المادية أو الجسمية والأكاديمية و التفاعل الاجتماعي، و تساعد مهارات التنظيم الذاتي الفرد على التحكم و المحافظة على تعميم المهارات المتعلمة إلى المواقف الجديدة و بدون مساعدة خارجية، ومن المهم الإشارة هنا إلى أن الأطفال التوحديين رغم اختلافاتهم في الأعراض المحددة للاضطراب فهم يشتركون في عدم القدرة على التنظيم الذاتي، و قد وضع أسس هذه النظرية العالم وايتمان Whitman.⁽²⁾

ويوضح الشكل الآتي النظرية النمائية للتوحد:

يمثل الشكل (4) النظرية النمائية



المصدر: إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، مرجع سابق، ص 100

⁽²⁾ إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، مرجع سابق، ص 100.

ثامنا: علاج اضطراب التوحد:

إن اختيار العلاج المناسب للتوحد يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على نمو الطفل و خفض السلوكيات و الأعراض التوحدية، حيث أعطت طرق تعديل السلوك نتائج إيجابية في التقليل من السلوكيات غير المرغوبة و تطوير مهارات مرغوبة في التواصل، و تتنوع طرق و أساليب العلاج حسب نوع المهارات التي تسعى إلى تميمتها ، و من بين هذه البرامج العلاجية نذكر ما يلي:

1- العلاج الطبي:

يعاني العديد من الأطفال التوحديين من نوبات صرعية أو اضطرابات في النوم و كذا هشاشة العظام و العضلات، حيث يجب استخدام بعض العقاقير الطبية من أجل علاج هذه المشكلات، إذ لابد من الحرص على استخدامها بموافقة و معرفة الطبيب المختص و الالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة و حجم الجرعة و توقيتها و المدة التي يستمر في تعاطيها، إذ أن هذه العقاقير الطبية لا تعتبر شفاء ناجح لاضطراب التوحد و لكن هي تخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو الحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية، و من بين العقاقير الطبية نجد :

* Ritalin لخفض النشاط الزائد.

* phenfluraninepondimin يخفض نسب سيروتونين في الدم .

* (tresan) Naltroscone ,Nadohal (Eshalith) (lithin) يخفف من حدة السلوك العدوانى أو إيذاء الذات.

* toffrenil يهدىء الخلايا المستقبلية لمثيرات المخ.⁽¹⁾

2- التدخل الغذائي:

أكد كثير من الدارسين أن هناك علاقة قوية بين النظام الغذائي و اضطراب التوحد، حيث قد ثبت لهم أن الغذاء يقلل من السلوكيات التوحديّة و أن للغذاء علاقة بتقلب المزاج و القلق، كما أن العلاج بالغذاء آمن و لا ضرر منه رغم أنه يأخذ وقتاً أطول و لكن نتائجها و فعاليتها تبقى على المدى البعيد.

و أهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي على بروتينات الكازيين والجلوتين، فالكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب و مشتقاته، أما الجلوتين فيوجد في الحنطة والشعير والشوفان والقمح وجميع مشتقاته، وتسد هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب باضطراب التوحد تنقصه القدرة على هضم هذين النوعين من البروتينات و بالتالي ينشأ عن ذلك تكون ما يسمى " البينايد الأفيونية" التي تمتص عن طريق الأمعاء و تسير في الدم تؤثر على المخ، و هناك حمية أخرى يطلق عليها حمية فيكولد Feinnngolddiet و أساسها تجنب الأغذية التي تحتوي على المواد الحافظة و الألوان و النكهات الصناعية، وقبل اتباع هذه الحمية يجب إجراء العديد من التحاليل المخبرية تحت إشراف طبي و تنسيق مع أخصائي التغذية و ذلك حتى لا يتعرض الطفل لأثار سلبية بما يفوق ايجابيات الحمية.⁽¹⁾

3- البرامج العلاجية:

هناك العديد من البرامج العلاجية أو التدريبية التي تهدف إلى مساعدة الطفل المتوحد على تجاوز مشكلاته في تنسيق مختلف المهارات (الحركية، الانفعالية، الاجتماعية، الحسية...)، إذ تركز مختلف مراكز الرعاية للأطفال المتوحدين على مجموعة من هذه البرامج و نذكر منها:

(1) أسامة فاروق مصطفى، مرجع سابق، ص 270.

(1) سهى أحمد أمين نصر: التواصل اللغوي للطفل المتوحد، دار الفكر ، الأردن، 2002، ص 87.

* برنامج تيشش: علاج و تعليم الأطفال المتوحدين و الأطفال ذوي الإعاقات التواصلية المصاحبة:
Treatment and Education of Autistic and relatad communication
HandicappedChildren (TEACCH)

أسسه إريك شويلر (1972) Eric schopler في جامعة شمال كارولينا و هو منتشر في معظم دول العالم، حيث يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة الأطفال في تعلم الاستقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل لعالم من حولهم، إذ يركز برنامج تيشش على تطوير مهارات تواصل مناسبة واستقلالية شخصية خطوة بخطوة من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ و ضبط البيئة، وهذا وفقا للبرنامج أهم من خفض السلوكيات المشكلية من خلال التدريب السلوكي أو تلقين العلاقات، و يشارك الآباء عن قرب في تطبيق البرنامج و اختبار الأهداف لطفلهم، و يكون التركيز على ضبط المعلومات البصرية و تستعمل الصور لمساعدة الطفل التوحدي، و يتضمن البرنامج بيئة دائمة منظمة حول الفرد.

أداة العلاج تدعى الملف (Profile) التقييم النفسي التربوي للأطفال في برنامج تيشش، وتحدد هذه الأداة المجالات اللازمة للعلاج (البعد المعرفي، البعد الاجتماعي، الانفعالي، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، الحركات الدقيقة، الحركات الكبيرة، الأنشطة و الاهتمامات) لذلك يحاول العلاج الفردي في هذا البرنامج تغيير السلوك دون الأخذ بعين الاعتبار أصوله، ويحاول المعالجون إزالة مصادر المشكلة و في الوقت نفسه يحاولون إيجاد طرق لمساعدة الطفل على فهم الأحداث، عندما يحقق الفهم و يتعلم الطفل التواصل مع المشكلة فإنه يكون قادرا على الانتقال و التحرك نحو الاستقلالية.⁽¹⁾

* برنامج "لوفاس" Lovaas: هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين و نصف إلى 5 سنوات و تكون درجات الذكاء أعلى من (40 درجة) ذكاء، و يتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا أي بمعدل 8 ساعات يوميا، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة و تزداد تدريجيا خلال الشهور التالية حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا، و يقوم هذا البرنامج على استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي، بل ليزيد أيضا من إمكانيات التعلم و التدريب لمهارات المختلفة، و ينبغي أن يكون حجم المعزز متناسب مع حجم الاستجابة.

(1) إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: مرجع سابق، ص 357.

و من أهم الركائز لبرنامج "لوفاس" هو تطبيقها هو القياس المستمر لدى تقدم الطفل في كل مهارة و ذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة و الفاشلة، ويركز هذا البرنامج على مجموعة من المجالات (الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، ما قبل الأكاديمي، الاعتماد على النفس)، ومع تقدم الطفل و تطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة وتضاف لها أهداف للمجالات الاجتماعية و الأكاديمية و التحضير لدخول المدرسة.⁽²⁾

* برنامج ليب LEAP : Learning Experiences An Alternative programming for preschoolers

تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة:

تأسس مركز تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة (ليبيا) في عام 1982 و كان أول برنامج يدمج الأطفال التوحديين مع الأطفال الطبيعيين منذ بداية التدريب.

يتلقى كل من الأطفال الذين يعانون أحد الاضطرابات النمائية الشائعة و الأطفال الطبيعيين منهج رياض الأطفال و هو يشمل كل مجالات التطور و منها الاتزان و الحركة، النواحي الاجتماعية و اللغوية و الانتباه و الاعتماد على النفس و السلوك، و يحتوي البرنامج على 3 عناصر أساسية هي:

1- رياض الأطفال، 2- تعديل السلوك، 3- نشر الوعي و تدريبه خارجياً.⁽¹⁾

4- علاج الحياة اليومية: DAILY LIFE THERAPY(The Higashi Approach)

طوّرت هذه الطريقة الدكتور كيويجاشي (Kiyohigashi) في مدرسة موساشينو في طوكيو MusashinohagashirSchool in Tokyo للأطفال التوحديين، و تقوم الطريقة على افتراض أن هؤلاء الأطفال يمكن أن يساعدوا بأفضل ما هو ممكن لتحقيق أقصى إمكاناتهم بالقرب من أسرهم و من مجموعة أطفال ذوي خبرات ثقافية مشابهة.

و تركز هذه الطريقة على طرق رئيسية قليلة و مبسطة لما هو متوقع من الطفل ليفعله، فالأنشطة موجهة بشكل جماعي و منظمة بشكل عال للتأكيد على التعلم المنقول من طفل إلى طفل من خلال التقليد و التزامن، كما تركز الطريقة على الأنشطة الجسمية في المجموعات و الركض ثلاث مرات يومياً

(2) أسامة فاروق مصطفى: مرجع سابق، ص 272.

(1) المرجع نفسه، ص 275.

و بواقع (20) دقيقة في كل مرة، والجمانيزيوم لمرة واحدة،و أنشطة رياضية خارجية يومية مثل كرة القدم و كرة السلة لمدة ساعة يوميا،ويركز المنهاج الأكاديمي مبدئيا على الموسيقى و الحركة والدراما و الفن و التجمع في المهرجانات.(2)

نلاحظ أنّ مجمل هذه البرامج العاجية سواء الطبية أو التربوية تولي اهتماما خاصا لتدريب الأسر و دعمها منذ بداية تطبيقها، لذا يطلب من الأسر المشاركة في عملية تعليم الطفل من مراحل التعليم كافة، و هذا أمر ينبغي على جميع المختصين الذين يتعاملون مع أشخاص توحيدين التركيز على إعطاء الأسر الدعم و التدريب المناسب ليصبحوا أكثر حماسا لعمل مع أطفالهم.

خلاصة الفصل

من خلال ما سبق عرضه نستخلص أن التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة ،وذلك يرجع إلى تعدد أسباب حدوثه، و كذا لتداخل خصائصه وسماته مع الاضطرابات الأخرى ،وتعتبر عملية تشخيص الطفل المتوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنها تعتمد على فريق من الأخصائيين و الأطباء التي تتطلب تعاون كبير بين أعضاء هذا الفريق .

(2) أحمد أحمد عواد و نادية صالح البلوي: الاتجاهات المعاصرة في تشخيص و علاج اضطراب التوحد، مجلة الطفولة و التربية، العدد السادس، السنة الثالثة، 2011،ص 165.

الفصل الرابع

سياسة الدمج في المجتمع

تمهيد

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم الدمج

ثانياً: أنواع الدمج

ثالثاً: أسس الدمج

رابعاً: طرق الدمج

خامساً: آليات تطبيق الدمج

سادساً: خطوات ومراحل الدمج

سابعاً: أهداف الدمج

ثامناً: عوامل الدمج الاجتماعي

تاسعاً: دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق سياسة الدمج

خلاصة الفصل

تمهيد

تهتم دول العالم بعملية دمج المعاقين في المجتمع و تحاول تجسيد هذا المفهوم في الواقع، و الذي يظهر في عام 1971 من خلال شعار العام الدولي للمعاقين "المساواة و المشاركة الكاملة".

إذ يعتبر مفهوم الدمج في جوهره مفهوم اجتماعي أخلاقي نابع من حقوق الإنسان التي تنادي بعدم التمييز أو العزل نتيجة لإصابة الفرد بإعاقة و تقديم كافة الخدمات التي يحتاجها المعاقين في البيئة العادية التي يحصل فيها أقرانهم العاديين على نفس هذه الخدمات ، مع العمل على عدم عزلهم في أماكن منفصلة خاصة بهم كدمج الأطفال المعاقين في المدارس العامة، و ليس فصلهم في مدارس خاصة.

إن من أهداف الدمج هو الوصول إلى مستوى من النضج و الاستقلال و الاعتماد على النفس بالنسبة للطفل المعاق، ليكون في الأخير عنصرا و عضوا هاما و مساهما في نمو و تطوير مجتمعه و ليس عالة عليه خصوصا و أن فئة المعاقين تشكل نسبة لا بأس بها في أي مجتمع ، لذا يجب عدم إهمال هذه الفئة مع توفير جميع الآليات و الخدمات لتجسيد سياسة الدمج ، إنه الهدف السامي الذي تسعى التربية الخاصة إل تحقيقه.

و في هذا الفصل سنحاول تناول سياسة دمج المعاقين داخل المجتمع من خلال عرض ماهية الدمج من أنواع و أسس و أهداف و كذا دور كل من الأسرة و المجتمع في تحقيق ذلك.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم الدمج:

ظهر الاتجاه نحو دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج العزل، و لقد حظي هذا الاتجاه باهتمام التربويين و الناس كافة ، و تطورت المناقشات و الجدل حوله و تميز هذا النقاش بالمفاهيم و الافتراضات المتضاربة من قبل أنصاره و معارضيه، و كانت نقطة الاختلاف الرئيسية هي الفكرة الخاطئة التي تفيد بأنه يجب أن يتم إغلاق جميع الصفوف الخاصة ووضوح جميع الأطفال أصحاب الحالات الخاصة في صفوف دراسية عادية.

والهدف الحقيقي من وراء الدمج هو توفير فرص تعليمية متساوية لجميع الطلاب الذين لديهم إعاقة بسيطة و ذلك بوضعهم في البيئة التي تعمل على تلبية احتياجاتهم على أفضل وجه.

وفي النصف الأول من القرن العشرين كان تعليم الأطفال المعوقين إعاقة شديدة مهملاً إلى حد بعيد، و أما المعوقون إعاقة بسيطة فقد تم وضعهم في مرافق أو منفصلة و استبعدت المدارس الحكومية ذوي الحاجات الخاصة على أساس أنهم كانوا يشكلون تهديداً للطلاب العاديين، أو انه من غير الممكن تدريبهم بسبب نقص الموارد المالية للاستمرار في تقديم البرامج الخاصة ، كذلك فإن البيئات التعليمية للمدارس تجاهلت أسلوب التفريد في التعليم، و اعتبرت التنوع أمراً غير مرغوب فيه.

وبحلول منتصف القرن العشرين اجتمعت عدة قوى لإدخال التغيير في التعليم ليتجه نحو الدمج، فبدأت الدراسات التي تتعلق بتعليم ذوي الحاجات الخاصة بالظهور كما وفرت هذه الدراسات الدافع لجهود الآباء و أنصارهم للمطالبة بأفضل وضع تعليمي لأبنائهم.⁽¹⁾

شهد عقد الثمانينيات من هذا القرن ازدياد الحركة اتجاه دمج الطلاب في البيئة التربوية العادية، وكان من أهم العوامل التي ساهمت في هذه الحركة هو صدور عدد من القوانين التي طالبت بضرورة تعليم الطلاب غير العاديين في فصول التربية العادية، و مع التطور السريع الذي شهده الدمج ظهرت العديد من المنظمات التربوية الخاصة بالدمج مثل: مبادرة التربية العادية و المدرسة غير المتجانسة والتكامل و الدمج الجزئي و الدمج الشامل و غيرها من المسميات و لذلك احتاج الدمج إلى تعريف أكثر وضوحاً.

⁽¹⁾نايف بن عابد الزارع، مرجع سابق، ص219.

ثانياً: أنواع الدمج :

هناك عدة أنواع للدمج، فهو لا يقتصر على أن يتعلم الأطفال ذوو الحاجات الخاصة في الصف العادي، و لكنه قد يعني أحيانا اندماج هؤلاء الأطفال العاديين في الأنشطة الاجتماعية و المواد غير الأكاديمية كالترفيه الرياضية و التربية الفنية و الموسيقية.

و من خلال هذا الاختلاف نحاول توضيح أشكال الدمج المتمثلة في ما يلي:

1- الدمج المكاني: بحيث يتم تعليم الأطفال المعاقين بالمدارس العادية ضمن صفوف أو وحدات خاصة، أو بحيث تشترك المدرسة الخاصة مع المدرسة العادية بالبناء المدرسي.

2- الدمج الوظيفي: و فيه يتم إشراك الطفل المعاق في وحدات عمل في القطاع العام أو الخاص أو الخيري مع أقرانه العاديين لممارسة مهنة أو وظيفة معينة في المصانع أو المزارع و المؤسسات والشركات و الهيئات التي تستخدم التقنيات الحديثة و غير ذلك من الأعمال التي يؤمن بها دخل ثابت يعينه على إعالة نفسه و ذويه و يكفيه مؤونة طلب الآخرين أو مد اليد لهم.

3- الدمج الأكاديمي:

يقصد بالدمج الأكاديمي التحاق الطلبة غير العاديين مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت في برامج تعليمية مشتركة لذلك لا بد من توفر العوامل المساعدة على إنجاح هذا النوع من الدمج، و أن يعمل معلم التربية الخاصة جنباً إلى جنب مع المعلم العادي و إيجاد الفرص التي تعمل على إيصال المادة العلمية إلى الطلبة غير العاديين و توفير الإجراءات التي تعمل على نجاح هذا الاتجاه و ذلك بالتغلب على الصعوبات التي تواجه الطلبة غير العاديين.⁽¹⁾

4- الدمج الاجتماعي:

يعكس هذا البرنامج الاتجاه الذي يقول بأن كل الطلبة بحاجة إلى خدمات و حاجات خاصة سواء كانوا عاديين أو غير عاديين، و يعتبر هذا الاتجاه اتجاهاً ايجابياً نحو غير العاديين لأنه ينادي بدمجهم في الحياة الاجتماعية و عدم عزلهم في المدارس الخاصة بهم.

(1) مصطفى نوري القمش و ناجي السعيدة، مرجع سابق، ص120.

و يأخذ هذا الاتجاه شكل الدمج في مجال العمل و تأهيل المعاق للحصول بعد أن يكون قد تدرّب على مهنة ما، الأمر الذي يجعله قادراً على إعانة نفسه ومن أشكال هذا الدمج أيضاً الدمج السكني أي أن تتاح للمعوقين فرص الإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة و ليس في أماكن نائية و بعيدة عن سكن الناس العاديين.⁽¹⁾

ثالثاً: أسس الدمج:

تستند عملية الدمج إلى مجموعة من الأسس و هي:

- (1) **الأساس القانوني:** التعليم حق لكل فرد يجب أن يوفره المجتمع بغض النظر عن طبيعة المشكلات التي يعاني منها الفرد، فالقانون ينص على توفير فرص التعليم لكل أفراد المجتمع بما فيهم المعاقين.
- (2) **الأساس الاجتماعي:** لا يمكن فصل أو عزل المعاق و أسرته عن المجتمع الذي يعيش فيه.
- (3) **الأساس الأخلاقي:** يعتبر الدمج قراراً مناسباً يمكن من خلاله مواجهة احتياجات و رغبات المعاق و الأسرة داخل المجتمع، و احترام الفروق الفردية بين المعاقين و الأخذ بعين الاعتبار إنسانية المعاق أولاً ثم احتياجاته الخاصة ثانياً.⁽²⁾

رابعاً: طرق الدمج:

تختلف أساليب دمج المعوقين من بلد لآخر حسب إمكانيات كل منها و حسب الإعاقة و درجتها، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين في فصل خاص بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل الدراسي العادي مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة، و يمكن تحديد طرق الدمج في طريقتين هما:

* **الدمج الجزئي:** و ذلك باستحداث فصول ملحقة بالمدارس العادية خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، و يكون معلمون متخصصون في التربية الخاصة فيدرسون و حدهم و لا يندمجون مع التلاميذ الآخرين

إلا في ظروف و أماكن معينة في مرافق المدرسة كالمسجد و المكتبة و الكافيتريا و غيرها.⁽¹⁾

(1) سعيد حسني العزة، مرجع سابق، ص25.

(2) مدحت محمد أبو الصنر: رعاية و تأهيل المعاقين، الروابط العالمية، مصر، 2009، ص42.

* الدمج الكلي أو التام: و يتحقق في استخدام أساليب تربوية حديثة مثل:

- غرفة المصادر: و هي غرفة صفية تخصص في المدرسة لتقديم الخدمات التربوية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يتلقون حصصا معينة في الجوانب التي يظهرون فيها مشكلات وفق جدول محدد و يتلقون الحصص الأخرى في الصف العادي قوم بالتدريس في غرفة المصادر مع مختص في التربية الخاصة.

- المعلم المتجول(المتنقل): يقوم بزيارة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل دوري و كلما دعت الحاجة، و ذلك في العديد من المدارس بغرض تقديم المشورة و النصيحة، ومن الأمثلة على هؤلاء المعلمون درسوا القراءة العلاجية عالجاو النطق.⁽²⁾

- برنامج المتابعة في التربية الخاصة: و هذا الدمج يقوم على مفاهيم وركائز أهمها:

- تخصيص غرفة في المدرسة ذات متطلبات مكانية و بشرية و تجهيزية .

- توفير الكوادر البشرية المتخصصة في التربية الخاصة 50% من يومهم الدراسة مع زملائهم العاديين، بالإضافة إلى متطلبات أخرى كتوفير وسائل النقل للتلاميذ الذين يقطنون في منطقة بعيدة نسبيا عن المدرسة.⁽³⁾

(1) مدحت محمد أبو الصنر، مرجع سابق،ص42.

(2) مصطفى القمش و ناجي السعايدة،مرجع سابق،ص32.

(3) مدحت محمد أبو الصنر، مرجع سابق،ص43.

خامسا: آليات تطبيق الدمج

- هناك بعض الخطوات التي تساعد على إنجاز عملية الدمج المدرسي للطفل المعاق و التي تهدف إلى إعداد الأسرة و الطفل و المدرسة و تهيئة لعملية الدمج المدرسي و من هذه الخطوات ما يلي:
- 1- تهيئة المدرسة للدمج من خلال زيارة مسؤولي التأهيل للمدرسة و التحدث مع الإدارة و الهيئة التدريسية و شرح أهمية عملية الدمج.
 - 2- إعلام أهل الطفل بمواعيد التسجيل في المدرسة و تحضيرهم لزيارة المدرسة.
 - 3- إرشاد الأهل إلى ضرورة اصطحاب الطفل المعاق إلى المدرسة في الأيام الأولى إلى أن يتعود الذهاب إلى المدرسة وحده أو برفقة أبناء الجيران أو الاتفاق مع واسطة نقل لنقله يوميا إلى المدرسة.
 - 4- شرح مختصي التأهيل للمدرسين حالة الطفل المعاق و ما يستطيع فعله و كيف يتواصل مع الآخرين و الصعوبات التي يواجهها و الأدوية التي يأخذها في أثناء وجوده في المدرسة و مواعيدها، و كيف يذهب إلى دورة المياه و كيف يتناول طعامه و أي ملاحظات أخرى.
 - 5- قيام المدرسة بمساعدة من مختصي التأهيل لتهيئة طلاب الصف لاستقبال الطالب المعاق و تخصيص أوقات معينة يقوم فيها الطلبة بمساعدة الطالب المعاق.
 - 6- قيام المدرس باطلاع أسرة الطفل المعاق على واجباته المدرسية و ضرورة تعليمه في المنزل من قبل أفراد الأسرة أو الجيران أو متطوعين من المجتمع المحلي.⁽¹⁾
 - 7- تأكد مختصي التأهيل من الطريقة التي يعامل بها المدرسون و الطلبة الطفل المعاق ، و من مشاركته في جميع الأنشطة المدرسية بما يتناسب مع قدراته.
 - 8- قد يحتاج المدرس إلى المساعدة في أثناء الدرس و من الممكن الطلب من أحد الوالدين المساعدة في أثناء الدوام المدرسي و ينبغي تشجيع الأهل على متابعة طفلهم في المدرسة بانتظام.
 - 9- التعاون مع المرشد الاجتماعي في المدرسة إذ وجد لتسهيل تقبل الطلبة للطفل المعاق من خلال أنشطة و نقاشات ملائمة.

(1) جمال محمد الخطيب و منى الحديدي، مرجع سابق، ص ص 11، 15.

10- طرح موضوع الدمج المدرسي للأطفال المعاقين في اجتماعات مجلس أولياء الأمور و شرح أهمية انتظام الطفل المعاق في المدرسة و كسب تعاونهم لتيسير تقبل أبنائهم للطفل المعاق.

سادسا: مراحل و خطوات الدمج:

- 1- مرحلة اختيار الأطفال المعاقين المستهدفين من برنامج الدمج.
- 2- مرحلة اختيار المدرسة العامة.
- 3- مرحلة تحديد برنامج الدمج.
- 4- مرحلة تدريب المؤهل التعليمي العامل في المدرسة العامة.
- 5- مرحلة تعريف طلاب المدرسة العامة بالبرنامج وتزويده بالمعلومات المناسبة عن الطلاب المعاقين المستهدفين من برنامج الدمج.
- 6-مرحلة تحديد المنهاج الدراسي والخطط و الوسائل و الأساليب التعليمية المناسبة.
- 7-مرحلة الاجتماع بأولياء الأمور.
- 8- تحديد نموذج التسجيل و المتابعة اللازمة للبرنامج.
- 9- مرحلة تنفيذ البرنامج.
- 10- مرحلة التقييم و المتابعة.⁽¹⁾

(1) المرجع نفسه، ص15.

سابعا: أهداف الدمج:

يسعى الدمج إلى تحقيق أهداف عديدة من بين الأهداف ما يلي:

- إتاحة الفرصة أمام الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لكسب مختلف المعارف خاصة للذين يعانون من نقص في فرص التعليم.
- مساعدة أسر هذه الفئات على التخلي عن المشاعر السلبية و السير على وتيرة الحياة العادية.
- خدمة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئتهم المحلية و التخفيف من صعوبة انتقالهم إلى المناطق الريفية و البعيدة عن بيئتهم خارج مجتمع أسرهم و ينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال من المناطق الريفية و البعيدة عن خدمات مؤسسة التربية الخاصة.
- التعليم المتساوي و المتكافئ يساعد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعلم مع أقرانهم العاديين و اكتساب بعض المهارات.
- مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتكيف و الاندماج في الحياة العادية.
- تمكين الأطفال العاديين من التعرف على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و التعرف على مشكلاتهم من أجل مساعدتهم على تجاوزها.
- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع بالذات العاملين في المدارس الخاصة من مدراء و مدرسين و طلبة و أولياء و ذلك من خلال اكتشاف قدرات و إمكانيات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لم تتح لهم الظروف المناسبة للظهور.⁽¹⁾

(1) خولة احمد يحي: البرامج التربوية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، الأردن، 2006، ص22.

ثامنا: عوامل الدمج الاجتماعي:

إن الدمج الاجتماعي كعملية اجتماعية معقدة يدخل في تشكيلها جملة و مجموعة من العوامل نلخصها فيما يلي:

***الاشتراك:** تتصف مختلف التجمعات البشرية بخاصية الاشتراك في أنماط حياتها و طريقة معيشتها وفي خلق نظمها الاجتماعية و تطويرها وما تشكيل العادات والطقوس الدينية إلا دليلا على وجود الاهتمامات المشتركة بين أفراد جماعة معينة أو مجتمع معين ، و هذه الحقيقة السيكولوجية هي من إنتاج الاشتراك وهذا ما أشار إليه العالم الشهير سيغموند فرويد S.Freud بقوله: " إن ظهور اهتمامات مشتركة بين أعضاء الجماعة يولد بينهم شعورا بالوحدة و التضامن.....".

وهكذا فالاشتراك في نوع من السلوك و التصرف يمكن إرجاعه إلى الاهتمامات الموجودة بين الأفراد من جراء مشاركتهم في الحياة الاجتماعية على جميع المستويات.

***تقسيم العمل و التنظيم:** تقسيم دوركاييم عالم الاجتماع الفرنسي المجتمعات إلى مجتمعات يسود فيها التضامن الآلي و أخرى يسودها التضامن العضوي، كان مبنيا أساس على تقسيم العمل و طرق تنظيمه، و في المجتمعات البسيطة تقسيم و طرق تنظيمه بسيطة أما في المجتمعات المركبة (الحديثة) فتقسيم العمل و طرق تنظيمه معقد بسبب التخصص الذي مس المهن من جراء التقدم العلمي و الصناعي و هكذا فإن تقسيم العمل شارك و ساهم بفعالية في توسيع إطار العلاقات الاجتماعية و شدة الاتصالات الاجتماعية.⁽¹⁾

***التواصل:** إن التواصل معناه استمرار الاتصال بين أفراد جماعة معينة أو مجتمع معين و لتشكيل العلاقات الاجتماعية كنتيجة لذلك، و تمثل اللغة الشرط الضروري و الأساسي لعملية التواصل ذلك أن التفاهم بين أعضاء المجتمع يقتضي أداة فعالة لإدراك معاني و دلالات الأشياء التي تشكل الذاكرة الجماعية لأفراد المجتمع، و ما اللغة إلا الوسيلة الفعالة التي تتكون من ذلك النظام المنطقي المشكل من الرموز و الإشارات قصد التفاهم من أجل الوصول إلى الوحدة و الالتحام الاجتماعيين داخل المجتمع.

⁽¹⁾مصطفى سوييف: الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986، ص18.

***وحدة الهدف:** إن غاية أي سلوك أو تصرف هو تحقيق جملة من الأهداف و لما كانت بعض الأهداف يصعب على الفرد أو العضو في الجماعة تحقيقها بمفرده فإن بحكم انتمائه إلى المجموعة يستطيع تحقيقها بمشاركته مع أعضائها و ما اجتمع مجموعة من الأفراد بل الآلاف منهم في حزب سياسي أو منظمة اجتماعية أو هيئة دولية إلا من أجل تحقيق نفس الأغراض و الأهداف و يشكل الإحساس بالانتماء إلى المجتمع الخطوة الأولى لتحقيق الأهداف السامية و هكذا فإن وحدة الأهداف بين أفراد المجتمع من شأنها تحقيق التآزر و الارتباط الاجتماعيين الذين هما غاية أي تجمع بشري.⁽¹⁾

تاسعا: دور الأسرة و المدرسة و المجتمع في تحقيق سياسة الدمج

1- دور الأسرة:

لقد لوحظ أن الآباء يلعبون دورا في المساعدة من أجل دمج أطفالهم المعاقين داخل المجتمع، و يمكن تدريبهم ليس فقط كي يجيدوا التعامل مع مشكلات الحياة اليومية التي تظهر مع الإعاقة الخطيرة، و لكن لكي يصبحوا مدرسين أكفاء لأطفالهم كذلك، و لهذا الغرض لابد أن يشمل التدريب كل أفراد الأسرة و ليس الأمهات فقط.

و يمكن تحديد أهم ملامح دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج في النقاط التالية:

- تقبل الآباء لأطفالهم المعاقين.

- قيام الآباء بدور معلم لأطفالهم المعاقين.

- أهمية التوافق الأسري للأطفال المعاقين.

إن ذلك يساعد الطفل المعاق على الاندماج داخل الأسرة و المدرسة و المجتمع عامة، و من ثمة يسعى نحو بذل قصارى جهده لاكتساب المهارات اللازمة و السلوك التكيفي المطلوب تعليمه إياه عند إجراء أي محاولة لتعليمه و تربيته.

(1) المرجع نفسه، ص، ص، 19، 20.

2- دور المدرسة:

يمكن أن تساهم المدرسة بدور فعال في تحقيق سياسة الدمج من خلال المحاور:

* إعداد و ترتيب المعلمين المهرة.

* إعداد الأطفال المعاقين لمرحلة ما بعد الدراسة.

* إعداد الأطفال المعاقين للتوافق مع المجتمع.

* إعداد الأطفال المعاقين للتعايش مع العجز أو العاهة التي تلازمهم .

* إعداد الأطفال المعاقين للعمل.

* تشجيع المشاركة بين الآباء و المهنيين.

3- دور المجتمع: و ذلك من خلال السعي نحو تحقيق الإجراءات التالية:

- ينبغي أن يوفر المجتمع الخدمات التعليمية و النفسية و الملائمة للأسر التي بها أطفال معاقين، يكون هناك تعاون بين الآباء و المدرسين لكي يساعد الطفل على إنماء طاقاته الكامنة.

- دمج الأطفال شديدي و متعددي الإعاقة في أنشطة المجتمع وقت الفراغ، فهذه الأنشطة التي يشترك فيها الأشخاص المعاقون مع الأسوياء.

- ينبغي أن تعمل الجهات المعنية على توفير أكبر عدد من الوظائف للأشخاص المعاقين و تشجيع ذلك.

- لا بد من تدريب أشخاص من المجتمع المحلي و من أسر المعاقين بواسطة متخصصين في مجالات الإعاقات المختلفة، لزيادة التكيف السلوكي و المهارات السلوكية لدى الأطفال المعاقين، و تعديل اتجاه أولياء أمور الأطفال المعاقين اتجاه المجتمع الذي يعيشون فيه. (1)

(1) بطرس حافظ بطرس، مرجع سابق، ص 57-60.

خلاصة الفصل

من خلال عرضنا لهذا الفصل الذي يتناول سياسة الدمج داخل المجتمع يتضح أن الدمج ظهر نتيجة التغير الواضح في الاتجاهات نحو الأطفال المعاقين من السلبية إلى الايجابية مع ظهور القوانين و التشريعات التي تعطيهم الحق في الرعاية الصحية. فالدمج يهدف إلى تحقيق المساواة و المشاركة التامة للمعاقين في المجتمع مثل أقرانهم العاديين سواء أكان ذلك في النظام التعليمي العادي المتاح لغير المعاقين أو دمجهم في جميع منظمات المجتمع الذي يعيشون فيه مع تلبية احتياجاتهم المختلفة كل حسب طبيعة الإعاقة و تقديم ما يحتاجونه من خدمات.

و إن المهتمين بسياسة الدمج يدعون كل من المدرسة و الأسرة و المجتمع لكي يساهموا بشكل فعال في تحقيق هذه السياسة، و هذا لما لها من أثر ايجابي على نفسية الشخص المعاق أي أن ذلك يمكنه من تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي، و يخفف من معاناة والديه و أفراد أسرته، كما يزيد من دافعيته نحو التعلم و نحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير.

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

أولاً: مجال الدراسة

ثانياً: منهج الدراسة

ثالثاً: أدوات جمع البيانات

رابعاً: أساليب تحليل البيانات

خامساً: عينة الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

إنّ أي بحث اجتماعي أو دراسة تقوم على أساس الجمع بين الإطارين: الإطار النظري الإطار والميداني للدراسة، حيث سنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى الإطار المنهجي للدراسة و الذي سنعرض فيه مجالات الدراسة الميدانية و كذا منهج الدراسة و مختلف الأدوات التي تم جمع بها البيانات و كذا أساليب تحليل هذه البيانات و أخيرا عينة الدراسة و طريقة اختيارها و ضبطها.

أولاً: مجالات الدراسة

المجال الجغرافي:

هو المكان الجغرافي الذي تمت فيه دراستنا الميدانية، و هو المركز البيداغوجي النفسي للمعوقين ذهنيا بالطاهير ملحقة - جيجل - ، يقع في شارع بوراوي بباب السور مقابل للبلدية الجديدة.

و تأسست أقسام التوحد بالملحقة في أكتوبر 2010 وفقا للقرار الوزاري رقم 037 المؤرخ في 23 مارس 2010، و يحتوي المركز على 10 أقسام في الطابق الأول و 2 بالطابق الأرضي مع وجود اثنين من القاعة النفسية الحركية و 3 مكاتب للأخصائية الأطفوننية و مكتب للسكريتاريا و قاعة للانتظار و ساحة صغيرة مع حمامين و 6 مراحيض، و يتوفر أيضا المركز على مجموعة من المرافق و هي :

* المراقد 2 ذكور و إناث.

* الورشات 02.

* المطعم 01 طاقة الاستيعاب 50.

* المخزن

* المكاتب الإدارية 04.

* العيادة 01.

* مكاتب الأخصائيين 04.

و توقيت العمل صباحا من الساعة 8:00 إلى 12:00 و مساء من 13:00 إلى 16:00 و يكون بدوام جزئي.

المجال البشري: يمثل المجال البشري عدد الأفراد العاملين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بالطاهير - ملحقة جيجل حيث يضم المركز :

عدد العمال: * السلك المشترك: 15

* السلك الإداري: 10

* السلك البيداغوجي: 40.

المؤطرين:

-الأخصائي الارطفوني (01) (منصب دائم) + 02 (مناصب عقود الإدماج المهني).

-الأخصائي النفساني (01) منصب دائم + 15 (مناصب عقود الإدماج المهني).

المربين:

- 11 مربي ذوي شهادات جامعية في إطار عقود ما قبل التشغيل و عقود الإدماج المهني.

- مساعدين المربين في إطار عقود الإدماج الاجتماعي.

الأطفال المصابين باضطراب التوحد:

* نظريا 50، وهم المسجلين في المركز.

* فعليا 49 (نظام خارجي) وهم الأطفال الذين يرتادون المركز ويبقى طفل واحد لم يلتحق بعد وذلك في انتظار اكتمال الوثائق الضرورية والاجراءات اللازمة للدخول للمركز، أما الأطفال المدمجين في المدارس العادية فيقدر عددهم بـ13 طفل.

* قائمة الانتظار 80، حيث يمكن للمركز استقبال 80 طفل متوحد.

المجال الزمني: هو المدة التي استغرقتها في إنجاز الدراسة الميدانية حيث قمنا بزيارة المركز على فترات و مراحل هي:

المرحلة (1): و هي عبارة عن جولة استطلاعية للمركز من أجل الموافقة على إجراء دراستنا فيه و ذلك يوم 12 فيفري 2015، حيث قابلنا مدير المركز و طلب منا إحضار تعهد من مديرية النشاط الاجتماعي.

المرحلة (2): و في يوم 17 مارس 2015 كانت الزيارة الثانية لنا للمركز و فيها قابلنا الأخصائيين العاملين في المركز (الأرطفونيين والنفسانية) و المربين و المؤطرين، و قمنا بجولة استطلاعية داخل

المركز، و تعرفنا على طريقة العمل مع الأطفال المتوحدين الذين وجدناهم هناك ، وكذا اطلعنا على مختلف البرامج و الأنشطة التي تقدم للطفل من أجل تحسين سلوكاته و مهاراته.

المرحلة (3): قمنا فيها بزيارة المركز على فترات من 2015/04/15 إلى غاية 2015/05/03 و في هذه المرحلة قمنا بإجراء المقابلات مع الأخصائيين و المربين حول حالات الدراسة (4 حالات) ، و في الفترة ما بين 2015-04-27 إلى غاية 2015-04-29 قمنا فيها بتوزيع استمارة تاريخ الحالة على الأخصائيين (النفسانيين و الأطفونيين)، وتم استرجاعها يوم 2015-04-30، و في آخر يوم من الزيارة تمكنا من الحصول على مجموعة من الوثائق والبيانات و المعلومات المتعلقة بالمركز بطاقة فنية عن الملحق، الهيكل التنظيمي و كذا الوثائق و السجلات و البطاقات الفنية لمختلف البرامج المقدمة للطفل التي يقوم العمل بها وكيفية تقييم استجابته لهذه البرامج و الأنشطة.

ثانيا: منهج الدراسة

إن نتائج البحوث العلمية تتحقق بمدى مطابقتها للواقع الملموس و ذلك وفق المنهج المتبع من قبل الباحث، حيث يسهل عليه بلوغ أهدافه بطريقة سليمة و منظمة، و هنا يجدر بنا الإشارة إلى مفهوم منهج دراسة حالة لأنه المنهج الأنسب و الأكثر ملائمة لهذه الدراسة، فهو أحد أساليب البحث و التحليل الوصفي المطبق في مجالات علمية مختلفة، و تكون الحالة المدروسة: شخص، جماعة، مؤسسة... الخ.

و يقوم هذا المنهج على الأسلوب جمع بيانات و معلومات كثيرة و شاملة على حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات و ذلك بهدف التوصل إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة و ما يشبهها من ظواهر، حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة و كذلك عن ماضيها و علاقتها من أجل فهم أعمق و أفضل للمجتمع الذي تمثله.⁽¹⁾

و يعرف أيضا منهج دراسة الحالة بأنه الدراسة التي تهتم بحالة الفرد أو مجموعة أو مؤسسة من خلال جمع معلومات عن الوضع الحالي و الأوضاع السابقة بأسلوب معمق.⁽²⁾

و يعتبر منهج دراسة الحالة استراتيجية من استراتيجيات البحث النوعي، و هي عبارة عن فحص دقيق و عميق لوضع معين أو حالة فردية أو حادثة معينة أو مجموعة من الوثائق المحفوظة.

(1) ناجي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم: أساليب البحث العلمي، دار صفاء، الأردن، ط 4، 210، ص 69.

(2) محمد خليل عباس و آخرون: مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس، دار المسيرة، الأردن، ط 2، 2007، ص 76.

فالفكرة الأساسية في دراسة الحالة هي أن يتم دراسة حالة واحدة أو عدد من الحالات بشكل مفصل و دقيق و باستخدام كافة الوسائل المناسبة، و قد يكون هناك تنوع في أهداف أو أسئلة دراسة الحالة إلا أن الهدف العام هو الوصول إلى فهم شامل وواضح للحالة المدروسة. (1)

اعتمدنا في الدراسة على منهج دراسة الحالة لأنه الأنسب للموضوع، حيث نهدف من خلاله إلى جمع أكثر قدر ممكن من المعلومات عن الأطفال المتوحدين لمعرفة دور التربية الخاصة في دمج الطفل المتوحد داخل المحيط الذي يعيش فيه.

ثالثاً: أدوات جمع البيانات:

و هي مجموع الأدوات المعتمد عليها في إجراء الدراسة الميدانية، و تتوقف نتائج الدراسة على مدى صدقها و ثباتها، فكلما عملنا على التحقق من صدق و ثبات الأداة كلما توصلنا إلى نتائج أكثر دقة و أكثر تعبيراً و مصداقية.

1- الملاحظة:

تعتبر الملاحظة إحدى أدوات جمع البيانات ، و تستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية أو المكتبية، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق و السجلات الإدارية أو الإحصائيات الرسمية والتقارير أو التجريب، و يمكن للباحث تبويب الملاحظة و لتسجيل ما يلاحظه من المبحوث سواء كان كلاماً أو سلوكاً. (2)

و من خلال زيارتنا الاستطلاعية للمركز يوم 2015/01/18 انتبهنا إلى أن المركز قديم من حيث البناء و هذا لكونه أسس في فترة الاحتلال الفرنسي وهو هش من الداخل و الخارج، مع العلم أنه سيتم ترميمه في شهر جوان المقبل، لأن ذلك يؤثر سلباً على الأطفال وكذلك على فاعلية العاملين فيه، ويكون ذلك من خلال تهيئة الجو المناسب للطفل المتوحد و تحسين الخدمات المقدمة له من أجل التقديم الجيد للبرامج والأنشطة خاصة المتعلقة بنشاط الحركات الكبيرة (الجري، القفز...) لان ساحة المركز غير مستوية و فيما يخص جو العمل بين الأخصائيين و المربين و عمال الإدارة يعملون فيه كأنهم أسرة واحدة

(1) ماجد محمد الخياط: أساسيات البحوث الكمية و النوعية في العلوم الاجتماعية، دار الراجية، الأردن، 2010، ص 318.

(2) رشيد زرواتي: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية (أسس علمية و تدريبات)، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2004، ص

و يربط بينهم الاتصال غير الرسمي و ذلك من اجل توفير البيئة الملائمة للطفل ليتكيف مع محيط المركز و يرجع ذلك أيضا إلى المعاملة الحسنة للمدير مع العاملين في المركز .

و لاحظنا أيضا أن دخول و خروج الأطفال من المركز يكون بصورة نظامية من خلال تسجيل كل دخول و خروج للطفل من قبل ولي الأمر .

- نقص الأجهزة و الأدوات اللازمة لتطبيق الأنشطة، إذ هناك من الأخصائيين من يقوم بتصميمها بنفسه .

- نقص الأخصائيين الاجتماعيين (AVS) في المركز .

2- المقابلة:

تعدّ المقابلة إحدى أدوات جمع البيانات و تستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الدراسة النظرية أو المكتبية، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو الملاحظة أو الوثائق و السجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير أو التجريب، و تجرى المقابلة في شكل حوار (حديث) مع المبحوث في موضوع البحث، ويشترط أن يكون الحوار مبويا و منظما و ميسرا من طرف الباحث ، كما يفضل أن يقوم الباحث بتسجيل ملاحظات المبحوث و آرائه حول موضوع البحث.

و تعرف المقابلة على أنها تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستثير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية.⁽¹⁾

و تعرف أيضا بأنها عملية تتم بين الباحث و شخص آخر أو مجموعة أشخاص تطرح من خلالها أسئلة و يتم تسجيل إجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة.⁽²⁾

و هي أيضا إحدى أهم الوسائل لجمع البيانات و هي وسيلة يقوم بواسطتها الباحث أو مساعده بتوجيه عدد من الأسئلة لعضو العينة و تدوين إجاباته.⁽³⁾

قمنا بإجراء المقابلة مع أخصائيين نفسانيين وأرطفونيين و كذا مع المربين والمؤطرين في المركز، بحيث قمنا بطرح مجموعة من الأسئلة متعلقة بالموضوع لجمع بيانات ومعلومات إضافية عن حالات الدراسة لتساعدنا على التحليل الجيد لمعطيات استمارة تاريخ الحالة .

(1) رشيد زرواتي، المرجع نفسه، ص 143.

(2) مندر الضامن: أساسيات البحث العلمي، دار المسيرة ، طر، الأردن، 2009، ص 96.

(3) أحمد عياد: مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص 128.

3- السجلات و الوثائق:

تعتبر السجلات و الوثائق من الأدوات التي تسمح للباحث بالحصول على المعطيات الإضافية لبعض المحاور فقط في البحث التي قد لا يحصل عليها أثناء إجراء الملاحظة و المقابلة، و حتى أثناء توزيع الاستمارات و لا بأدوات أخرى، فهي أداة مساعدة و مكمل ووظيفتها تبرز في التحليل و التفسير والتعليل.⁽¹⁾

و قد أفادتنا هذه الملاحق في توضيح ما يلي:

1- الجانب التاريخي و البشري للمؤسسة و البطاقة الفنية لها.

2- الهيكل التنظيمي للمؤسسة و كيفية توزيع الموارد على مختلف الأقسام. (أنظر الملحق 07)

3- البطاقات الفنية عن سيرورة العمل داخل المركز، وذلك لمعرفة كيفية العمل والتقييم. (أنظر الملاحق 2-1، 3-6)

4- استبيان إكلينيكي حول الحالة و التعريف بها، والتي اكتسبنا منه بعض أسئلة استمارة تاريخ الحالة. (أنظر الملحق 05)

4- استمارة تاريخ الحالة:

هي الأداة الثالثة التي تم الاستعانة بها، و كلمة حالة في اللغة العربية تعني حالة الشيء سواء كان شخصا أو حيوان أو جمادا أو تنظيما، و يقابل هذه الكلمة في اللغة الفرنسية كلمة: le cas التي تشير إلى الوضعية (situation) التي عليها الشيء، لذا فإن دراسة الحالة في اللغة العربية يقابلها في اللغة الفرنسية (etuded cas) المستخدمة في البحث العلمي للدلالة على تلك الدراسة المتعمقة، بغض النظر عن طبيعة هذه الحالة، إذا كانت فردا أو جماعة أو هيئة سياسية أو اقتصادية أو مؤسسة إعلامية.⁽²⁾

و قمنا بتصميم استمارة تاريخ حالة و التي تضم ستة محاور: المحور الأول المتعلق بتعريف الحالة والثاني بفترة الحمل و الولادة، أما المحور الثالث فيخص مراحل النمو الأولى للطفل و تناولنا في المحور الرابع التاريخ الأسري للحالة، أما المحور الخامس فيخص البرامج العلاجية و ضبط السلوك، و المحور الأخير خصصناه للبرامج العلاجية و مهارات التواصل و تمت عملية ملء هذه الاستمارات من قبل

⁽¹⁾ رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص 151.

⁽²⁾ أحمد بن مرسل: مناهج البحث العلمي في علوم الإعلام و الاتصال، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2، 2005، ص 301.

الأخصائيين، حيث وزعناها على فترات متعاقبة ما بين 27-04-2015 إلى 29-04-2015 بحيث تم استرجاعها يوم 30-04-2015 .

رابعاً: أساليب تحليل البيانات:

هناك أسلوبين في تحليل مختلف البيانات و المعلومات التي يتم جمعها سواء من خلال الملاحظة أو المقابلة أو الاستمارة ، و هما : الأسلوب الكيفي و الأسلوب الكمي، إذ أن المعطيات الكيفية مثل المعطيات الكمية و تكون ذات فائدة أكثر لما تعرضه في شكل مرئي ، و هذا ما يسمح ليس فقط بتقليص تكديس المعلومات و لكنه يسمح أيضا بتكوين بغض الرؤى التركيبية (Synthetiques) كما يسمح ذلك بالإدراك المتزامن لعناصر كثيرة تتنوع أشكال العرض بثناء خيال الباحث.⁽¹⁾

لقد لجأنا إلى استخدام الأسلوب الكيفي في تحليل البيانات و المعلومات لأن دراستها عبارة عن دراسة حالة و يتم الاعتماد عليه في سرد الشواهد الواقعية في ضوء تحليل مختلف بياناتها.

خامساً: عينة الدراسة:

العينة هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، و هي تعتبر جزءا من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة، فالعينة إذن جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي.⁽²⁾

بما أننا اتبعنا منهج دراسة حالة فعينة دراستنا قصدية (4 حالات) و تم اختيارها على أساس أقدمية الدخول إلى المركز لمعرفة مدى استجابة الحالات لبرنامج و أنشطة التربية الخاصة في المركز و الصف الدراسي، وذلك من خلال المرافقة النفسية والأرطوفونية للحالة لأننا عند اختيار العينة وجدنا معظم الأخصائيين في تريضات وكذا في الأيام التحسيسية حول الإضطراب.

خلاصة الفصل

(1) أنجريس موريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحراوي و آخرون، دار القصبه، الجزائر، 2004، ص 406.

(2) أنجريس موريس: المرجع نفسه، ص 310.

نستخلص من خلال عرض الإطار المنهجي للدراسة انه لابد لأي دراسة علمية أن تحتوي على مختلف مجالات الدراسة (الجغرافية و البشرية و الزمنية) و كذا على منهج و أداة أو أكثر لجمع مختلف البيانات و المعلومات عن موضوع الدراسة مع استخدام الأسلوب المناسب لتحليل هذه المعطيات والبيانات من خلال العينة التي قام بدراستها .

الفصل السادس عشر

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل البيانات في ضوء الفرضيات

ثانياً: نتائج الدراسة

ثالثاً: مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

رابعاً: الصعوبات والاقتراحات

خلاصة الفصل

تمهيد:

في الفصول السابقة تناولنا مختلف الجوانب النظرية والمنهجية لموضوع دراستنا، وسوف نتعرض في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية، وتكون فيها عملية تحليل البيانات و تفسير النتائج من المراحل الأساسية التي يعتمد عليها البحث الاجتماعي، فهي خطوة تلي عملية جمع البيانات عن أفراد العينة المدروسة.

من خلال هذا الفصل نهدف إلى عرض و مناقشة البيانات الميدانية التي جمعت بواسطة استمارة تاريخ الحالة و كذا المقابلة، معتمدين على التحليل الكيفي في مناقشة مختلف البيانات و المعلومات وأيضاً إلى عرض نتائج الدراسة التي توصلنا إليها وصولاً إلى النتيجة العامة عن الموضوع.

أولاً: عرض وتحليل بيانات الدراسة في ضوء الفرضيات:

الحالة الأولى:

عرض الحالة:

تمثلت الحالة (أ) في الطفل (ياسر/ل) الذي يبلغ من العمر 6 سنوات، لديه أربعة إخوة (3 بنات وطفل) ورتبته بينهم الخامس، أما المستوى التعليمي للأب ثانوي وهو متقاعد، أما الأم فمستواها التعليمي ابتدائي وهي مأكثة بالبيت وتسكن الحالة في سكن ريفي بمنطقة حضارية، بحيث مر عامين على دخوله المركز.

الحمل بالحالة (أ) كان عن قصد، إذ عانت الأم من أمراض عضوية تمثلت في فقر الدم وفقدان الشهية، ونفسية (القلق)، كما واجهت الأم صعوبات في فترة الحمل والذي كانت مدته 9 أشهر، أما الولادة فكانت طبيعية مع وجود صرخة الميلاد و الوزن عادي، الرضاعة طبيعية لمدة 4 أشهر فقط أما الاصطناعية فدامت 16 أشهر. وفيما يخص مراحل النمو الأولى للحالة فكانت: الجلوس في 5 أشهر، الوقوف 12 شهراً، المشي عام و 3 أشهر، الكلمات الأولى في عامين (ماما)، النوم مضطرب منذ الولادة ونظافة الحالة مكتسبة نهاراً على عكس الليل، لم تعاني الحالة من أية أمراض أو اضطرابات في البداية.

وفيما يخص التاريخ الأسري يتضح لنا عدم وجود علاقة قرابة بين الوالدين، و علاقتهم عادية إلى جيدة، رغم كون الأب عصبي ويمكن إرجاع ذلك لكن الأم هادئة ورزينة، أما علاقتهم بالأولاد فهي عادية، في حين أن الحالة (أ) لا علاقة لها بإفراد الأسرة وهو يغار منهم. كل من الأب والأم تقبلان مرض الابن، بحيث توجد أمراض في العائلة أمراض نفسية عند عم الحالة (صدمة نفسية).

تحليل البيانات في ضوء الفرضيات:

ففيما يخص البرامج العلاجية و ضبط السلوك فلدى الحالة (أ) سلوكيات نمطية مختلفة تتمثل في الحركة الزائدة (الجرى)، إيذاء الذات، إصدار أصوات غريبة (التنغيم)، وتعتمد الأخصائية على برنامج (تننش) بمختلف أنشطته في تعديل هذه السلوكيات، بداية بمحاولة ضبط الحركة الزائدة من خلال التجوال في أرجاء المركز من أجل التكيف أولاً مع المحيط وكذا العاملين فيه، وترتكز الأخصائية على نشاط تنسيق

عين يد لتنمية الحركات الدقيقة لدى الحالة، فهو لا يمتلك القدرة على غلق الأزرار وكذا على إمساك الملعقة والأقلام، وكانت استجابته لهذه النشاط ضعيفة في البداية، واستغرق شهرين لاكتساب مختلف الحركات الدقيقة، مع وجود المتابعة المنزلية تحسنت الحالة بمرور الوقت، وفيما يخص الأنشطة المتعلقة بالاستقلالية فالحالة غير مكتسب لبعض من المهارات (استخدام الحمام، الأكل بالمساعدة،....) وذلك راجع إلى فقدانه للحركات الدقيقة. تواجه الأخصائية مشاكل أثناء تقديم هذه الأنشطة أهمها نوبات البكاء والغضب التي تصيب الحالة (أ) بسبب أو بدون سبب، وهذا يدفعها إلى استخدام التعزيز الإيجابي المادي من خلال تقديم ما يشتهي من أطعمة وحلويات، وذلك لاستكمال النشاط.

اكتسبت الحالة مجموعة من السلوكيات التي أعطته استقلالية أكثر في الحياة، الحركات الدقيقة (إمساك القلم والملعقة، وضع الأشكال في الصندوق،....) حتى ولو كان لفترة طويلة من الزمن استغرقت شهور، بالمقابل اقلع عن سلوكيات (إيذاء الذات).

أما فيما يخص البرامج التربوية وتنمية مهارات التواصل، الحالة (أ) تفتقد لمعظم مهارات سواء اللفظية أو غير اللفظية وخاصة المتعلقة بالتواصل البصري، الإدراك، الانتباه رغم كونه يسمع جيدا، أما اللغة تقاد تكون منعدمة مجرد كلام عشوائي وألفاظ مبهمه وغير مفهومه مع إصدار الأصوات الغريبة، إلا انه يفهم معاني تعابير الوجه وحركات الجسم التي تقوم بها الأخصائية من اجل لفت انتباه الحالة ومحاولة التواصل البصري معه ولو لمدة قصيرة وتعتمد الأخصائية على تمارين الأشكال (المربعات والمثلثات) لتحسين مهارات التواصل البصري والإدراك والانتباه، وتتفاعل الحالة مع هذه الأنشطة بوجود التعزيز المادي (الطعام) أو التعزيز المعنوي (التشجيع، التقبيل، الهتاف...).

اكتسبت الحالة مهارات تواصلية جديدة متمثلة في استعمال الإشارات من اجل طلب شيء ما أو مساعدة على إجراء عمل ما، كما أصبح اقل عدوانية عند الاحتكاك بالآخرين سواء من داخل المركز أو خارجه. الحالة (أ) من وجهة نظر الأخصائيين في تحسن مستمر مقارنة مع الدخول الأول إلى المركز حتى ولو كانت استجابته للبرامج والأنشطة طويلة المدى.

الحالة الثانية:

عرض الحالة:

تمثلت الحالة (ب) في الطفل (أدم .ب) الذي يبلغ من العمر 7 سنوات، لديه ثلاث إخوة ذكروين و بنت ورتبته بينهم الوسط، المستوى التعليمي للأب ابتدائي وهو تاجر، أما الأم فمستواها التعليمي ثانوي وهي مأكثة بالبيت، تنتمي الحالة (ب) إلى أسرة ميسورة الحال تقطن بمنطقة حضرية، و مر عامين على دخوله المركز .

تبين حسب تاريخ الحالة (ب) أن الحمل كان صدفة ولم تكن الأم تتناول أي نوع من الأدوية، ولم تعاني من أي صعوبات في الحمل، وكانت ولادته عسيرة مع انعدام صرخة الميلاد ووزنه عادي، أما فيما يخص الرضاعة فهي طبيعية ودامت تسعة أشهر و ذلك بسبب رفض الحالة للثدي، أما مراحل النمو الأولى فكان جلوسه في عمر العام و6 أشهر، أما الوقوف فكان عند بلوغ سن الثانية، وفيما يخص المشي فكان حتى السن الثالثة و6 أشهر، ووجد صعوبة في التحكم في أطرافه سواء العليا أو السفلى و يعاني من الخمول، إن الحالة (ب) يمكن أن يكون لديه إعاقة لأن الحالة يعاني من سليان اللعاب وهي حتى الآن لا يزال بالحفاظات، وأي شيء يقدم له يضعه في فمه، مع الانعدام التام للاستقلالية حيث أنه لا يستطيع لبس ملابسه وحده، كما لا يمكنه الأكل بمفرده أو حتى حمل الملعقة، فبعد مراجعة طبيب الأعصاب للحالة (ب) في يوم 28 مارس 2015 تبين أنه يعاني من إعاقة ذهنية إلى جانب اضطراب التوحد، بحيث قدم له مجموعة الأدوية لتعديل وضبط سلوكه.

كما أنه لا توجد علاقة قرابة بين الوالدين، أما طبيعة العلاقة بينهما فهي علاقة عادية وحسنة فالأم ذو شخصية هادئة عكس الأب فهو عصبي ومزاجي، لكن هذه العلاقة الحسنة أصبحت غير مستقرة وهذا راجع لعدم تقبل الأب لمرض الطفل، و علاقتهما بالأولاد مستقرة ، و علاقة الحالة بإخوته سيئة لأنه يغار منهم.

تحليل البيانات في ضوء الفرضيات:

ففيما يخص البرامج العلاجية وضبط سلوك الطفل المتوحد تبين ما يلي:

تقوم الحالة (ب) بسلوكات نمطية فهو يضع أي شيء يقدم له في فمه، ويحب الطعام الروتيني(أكل الخبز والزيت) باستمرار، كما أنه لديه فرط في النشاط ولا يستطيع التحكم في أطرافه السفلى والعليا، الشرود وعدم الانتباه، ولا يستجيب عند نداءه ويستجيب للغناء فقط، لذلك يقوم بوضع الحالة في كرسي خاص مع ربطه مقارنة مع الأطفال الآخرين لأنه لا يحب الجلوس ويحب الأماكن الخالية، حيث تطبق عليه عدة أنشطة من برنامج تيتش، منها نشاط الحركات الدقيقة وهو الأنسب للحالة (ب) وذلك كمحاولة لضبط نشاطه الزائد والتحكم فيه عن طريق إمساك الكماشة في مسك الأشياء، إمساك المقص، إلخ.

تميز الحالة بين الألوان لكنه لا يضع الأشكال في مكانها بل يضعها عشوائيا، أما في يخص الحركات الكبيرة كالقفز والمشي بخطوات صحيحة فهو غير مكتسب لها .

يتفاعل الحالة مع هذه الأنشطة بشكل بطيء وعلى المدى الطويل وهذا راجع إلى أن الحالة (ب) لديه تخلف عقلي. وتعتمد الأخصائية على التعزيز المعنوي(الغناء) لأن الحالة يحب الغناء ولا يستجيب ولا يتفاعل معها إلا به و تنعدم لديه الاستقلالية في أي شيء، مع العلم أن الحالة لم تكتسب أي مهارات سلوكية جديدة إلا تعديل بعض الحركات الكبيرة لديه(المشي، وصعود الدرج) و كذا لم تقلع عن السلوكيات النمطية و هذا راجع لوجود اضطراب عقلي إلى جانب اضطراب التوحد.

أما فيما يخص الأنشطة والبرامج التربوية و تنمية مهارات التواصل فتبين ما يلي:

إن الحالة (ب) غير مكتسب للعديد من مهارات التواصل سواء اللفظية (انعدام اللغة) لأنه ينطق ألفاظ غير واضحة مع إصدار الأصوات الغريبة و التنغيم، و غير اللفظية (انعدام التواصل البصري و الفهم و الإدراك) فهو لا يستجيب عند مناداته كما أنه لا يدرك مختلف الإيحاءات اللفظية كتعابير الوجه وحركات الجسم، وتعتمد الأخصائية على نشاط التواصل البصري من أجل تنمية مهارات التركيز و الانتباه و تستخدم في ذلك التعزيز بنوعيه المادي (الطعام) و المعنوي (الغناء)، و الحالة اكتسبت مهارات تواصلية بسيطة جدا (الاحتكاك بالأطفال داخل المركز) .

وعلى الرغم من اكتسابه لبعض السلوكيات كالتحكم في بعض الحركات ومهارات التواصل والمتمثلة في تفاعله البسيط مع الأطفال، إلا أنه غير قابل للدمج وذلك لكونه مصاب بتخلف عقلي إلى جانب اضطراب التوحد و يحتاج إلى الرعاية الطبية إلى جانب الدعم التربوي و الأسري.

الحالة الثالثة:

عرض الحالة:

تمثلت الحالة (ج) في الطفلة (إيناس.م) التي تبلغ من العمر 6 سنوات، لديها أخوين ترتبها بينهما الوسط، و المستوى التعليمي للأب جامعي و هو أستاذ ، أما الأم فمستواها التعليمي ابتدائي و هي مأكثة بالبيت، و تسكن الحالة في سكن ريفي في منطقة حضارية،مر عامين على دخولها إلى المركز .

أما الحمل فكان عن قصد،حيث عانت الأم من أمراض عضوية اضطرابات نوبات المرارة، و بعد ولادة الحالة بـ5 أشهر تمت عملية استئصالها، مدة الحمل عادية (9 أشهر) وولادتها طبيعية مع وجود صرخة الميلاد و كذا الوزن عاد و طبيعي، الرضاعة في الشهر الخمس الأولى طبيعية ثم اصطناعية، أما مراحل النمو الأولى للحالة: جلست في 12 شهرا ووقفت في 12 شهرا أما المشي فكان في عام و 6 أشهر، الكلمات الأولى كانت في السنة و 6 أشهر (ماما)، النوم في البداية كان عاديا أما في السنة الثالثة أصبح مضطربا، نظافتها غير مكتسبة سواء ليلا أو نهارا و لم تعاني من أي أمراض .

و فيما يتعلق بالتاريخ الأسري للحالة يتضح لنا عدم وجود علاقة قرابة بين الوالدين و علاقتهما جيدة رغم أن شخصية كل منهما شخصية عصبية، و كذا علاقتهما بالأولاد جيدة، و علاقة الحالة بأفراد الأسرة جيدة حيث أنها تحب اللعب مع إخوتها و تبادر بذلك،مع وجود تفاعل كبير بينها و بينهم كل من الأب و الأم تقبل مرض الحالة و أصبح أكثر اهتماما بها، و فيما يخص وجود أمراض في العائلة هناك مرض عضوي وراثي (السكري) لدى عائلة الأب، و مرض نفسي (تأخر لغوي) لدى ابن عم الحالة .

تحليل البيانات في ضوء الفرضيات:

فيما يخص مساهمة البرامج العلاجية في ضبط سلوكيات الحالة النمطية المتمثلة في الحركة الزائدة و عدم الثبات في مكان خاص عند الجلوس و الدوران في الساحة،وعند البكاء أو الغضب ترمي نفسها على الأرض، وأيضا تحب الوقوف كثيرا أمام المرأة، الكلام التكراري، إصدار الأصوات الغريبة، صك الأسنان، وتعتمد الأخصائية على برنامج تيشس لتعديل وضبط السلوك، ومن بين الأنشطة التي يتناولها البرنامج نشاط تنسيق يد عين الذي اكتسبته الحالة في يوم واحد وفي كل مرة تعيده الأخصائية لتتأكد من الاستجابة الصحيحة له،ومدة هذا النشاط 20د، ويرجع اكتساب الحالة للنشاط هو امتلاكها لمختلف مهارات الحركات الدقيقة (استعمال الأقلام،إمساك الأشكال الصغيرة استعمال المقص ...) وهي تحب كثيرا التلوين،وكذا الحركات الكبيرة (الجري ، المشي ،الوثب....) وأيضا إلى امتلاكها ذاكرة قوية وإدراك

واسع لما يحيط بها , أما نشاط الاستقلالية فهو مكتسب لأن الحالة تستطيع الأكل واللباس بمفردها وكذا استخدام الحمام فهي تحب النظافة بشكل غير عادي , كما أنها تعبر عن حاجاتها بطلب المساعدة من الأخصائية وكذا العاملين في المركز. وعلى العموم استجابة الحالة لمختلف الأنشطة المتعلقة بضبط السلوك استجابة جيدة، رغم كونها عنيدة وتحب تسيير الحصة كما ترغب هي ولكن الأخصائية تعتمد على التعزيز السلبي وذلك بترك الحالة في القسم لمدة 2-3 دقائق لكي تتوقف عن السلوك غير المرغوب (رمي نفسها على الأرض) لتعيد بذلك تقديم البرنامج من جديد, وكما تعتمد أيضا على التعزيز الايجابي المادي (الطعام) والمعنوي (التقبيل) عند الاستجابة الجيدة والصحيحة النشاط.

من خلال هذه الأنشطة تحسنت المهارات السلوكية لذا الحالة خاصة المتعلقة بالحركات الدقيقة (إمساك القلم وأقلام التلوين) والحركات الكبيرة (السباحة) وأصبحت أكثر انضباطا داخل القسم ولكن لم تقلع عن عادة رمي نفسها على الأرض أثناء البكاء أو الغضب, إلى أن تفاعلها مع البرامج والأنشطة المقدمة يتحسن مع مرور الوقت .

وفيما يخص دور البرامج التربوية في تنمية مهارات التواصل فيضح أن الحالة تمتلك مجموعة من المهارات التواصلية (اللغة, التذكر، الفهم, التقليد, والانتباه) إلا أنها تعاني من نقص في التواصل البصري وكذا السمع, وتعتمد الأخصائية على مجموعة من الأنشطة من أجل تنمية مهارات التواصل المتعلقة بالتواصل البصري, إذ تستخدم التعزيز الايجابي المعنوي (الغناء) للفت انتباه الحالة وبقائها مرتكزة على النشاط لأن استجابتها للمؤثرات السمعية والبصرية كبيرة جدا , ورغم ذلك فإن التواصل البصري لديها قصير المدى وتعتمد على تقليل مختلف الإيحاءات التي تصدر من الأخصائية وتفهم مختلف معانيها (تعبير الوجه , حركات الجسم) لأنها تمتلك ذاكرة قوية وفهم ووعي للأمر المحيطة .

اكتسبت الحالة مجموعة من المهارات التواصلية منها :اللغة الجيدة , الفهم الجيد , التواصل غير اللفظي, أما من جهة النطق فهي تخرج كلمات بسيطة وفي بعض الأحيان تكون غير مفهومة , وتسمي الأشياء إذا طلب منها ذلك , ولديها أيضا التواصل اللفظي فإذا أراد أحد التحدث معها تتفاعل معه لأنها تحب الغراء كثيرا, ولكن مازالت تعاني من تكوين الجمل المفيدة للتعبير عن حاجاتها وفي بعض الأحيان تعتمد على الإشارات.

تعمل الأخصائية على تحضير الحالة للدمج في الفصول العادية للموسم الدراسي القادم 2016/2015 في الأقسام التحضيرية، و ذلك من خلال تدريبها و تعليمها علة مختلف البرامج التعليمية الموجودة في البرنامج التحضيري للأطفال العاديين.

الحالة الرابعة:

عرض الحالة:

تمثلت الحالة (د) في الطفل (أنيس،م) الذي يبلغ من العمر 8 سنوات، لديه 3 إخوة، أخوين وأخت يتوسطهم في الترتيب، المستوى التعليمي لأب الحالة متوسط وهو يعمل تاجر. أما الأم فمستواها التعليمي ثانوي وهي مأكثة بالبيت، ويقطن في منطقة شبه حضرية في سكن ريفي، و مرت ثلاث سنوات على دخوله المركز، و هو طفل مدمج في المدرسة العادية السنة الثانية ابتدائي بمعدل متوسط.

أما الحمل فكان عن قصد لوجود رغبة من كلا الوالدين في الإنجاب، فقد تميزت مراحل الحمل الأولى بالعادية، لكن في نهايته عانت الأم من بعض الاضطرابات النفسية، وقد كانت الولادة طبيعية وبدون أي صعوبات في 9 أشهر، حيث ولد الحالة بوزن عادي وبدون أي مرض أو مضاعفات وقد كانت مراحل النمو الحالة طبيعية حيث أنه جلس في 6 أشهر وبدا الوقوف في 11 شهر ومشى في 12 شهرا، اما الكلمات الأولى له فكانت في عمر سنتين (مناداة ماما)، والرضاعة طبيعية دامت ثلاث سنوات، عانت الحالة من أمراض في مراحل نموها الأولى (اضطرابات في النوم، ارتفاع غير عادي في درجة الحرارة في الأشهر السبعة الأولى).

لا توجد علاقة قرابة بين الوالدين، في حين أن طبيعة العلاقة بينهما فتتأرجح بين الحسن والاضطراب، ذلك راجع إلى شخصية كل منهما، حيث أن شخصية الأم هادئة متفهمة ورزينة، عكس شخصية الأب فهو مزاجي وعصبي، لكن ذلك عموما لا يؤثر على علاقتهما بالأولاد، و علاقة الحالة بإخوته حسنة إلى جيدة، وبعد عرض الحالة (د) على المختصين اتضح أن الحالة مصاب بالاضطراب حيث كانت صدمة للأب مع احساس كبير بالذنب و لم تتقبل المرض، مع تقبل الأب لهذا المرض وأصبح أكثر اهتماما بالحالة، مع العلم أن أفراد عائلة الحالة لم تعاني من قبل من هذا الاضطراب.

تحليل البيانات في ضوء الفرضيات:

فيما يخص الأنشطة العلاجية وضبط سلوك الطفل المتوحد تبين ما يلي:

لاحظ الأخصائيون على الحالة سلوكيات نمطية كتحريك اليد أمام الوجهين، سد الأذنين، وغلغ العينين، ويحرك رأسه باتجاهات مختلفة، والجري بشكل متكرر في ساحة المركز، وتتنابه بكثرة نوبات الغضب والبكاء، وذلك لعدم تكيفه مع بيئة المركز والعاملين فيه، على غرار الأخصائية فهو يحبها ودائم التواجد معها والاحتكاك بها.

تقدم للحالة (د) برنامج علاجي (برنامج تيتش) وهو البرنامج المعتمد عليه في المركز.

ويضم هذا البرنامج مجموعة من الأنشطة والتمارين وهي متنوعة حسب المهارة التي تسعى إلى تنميتها، ومن بين الأنشطة التي تستخدمها الأخصائية مع الحالة نشاط تنسيق يد عين وهو نشاط يسعى إلى تنمية مهارات الحركات الدقيقة (إمساك الأكواب بطريقة صحيحة، استعمال الكماشة في مسك الأشياء، إمساك المقص، وضع المكعبات في صندوق بصورة صحيحة، اشعال النور وإطفائه، إمساك الملعقة)، كما أنه هناك نشاط متعلق باستقلالية الطفل المتوحد (ارتداء الملابس، غلق الأزرار، الأكل بمفرده، دخول المرحاض، الاعتناء بنظافته الشخصي)، اما النشاط الذي يخص الحركات الكبيرة (القفز، صعود الدرج، تحريك الرأس باتجاهات مختلفة "الاستجابة"، رفع الأيدي إلى الأعلى، السيطرة على اليدين، رمي الكرة)، وتكون مدة تقديم البرامج ساعة ونصف من كل برنامج، ويقدم برنامج الاستقلالية بصورة فردية أما فيما يخص الحركات الكبيرة فيقدم في القاعة النفسحركية، ومن خلال الأنشطة المقدمة له تبين أن الحالة يستجيب لنشاط يد عين و اكتسبه في مدة قصيرة كونه يمتلك مهارات الحركات الدقيقة، أما نشاط الاستقلالية فتكون الاستجابة نسبية نوعا ما، فمثلا دخول المرحاض لا يكون إلا بمساعدة الأخصائية أو المربية في المركز والأم في المنزل، والمرافقة في المدرسة، مع وجود مساعدة جزئية في الأكل، كما أن استجابة الحالة لنشاط الحركات الكبيرة جيدة لأنه مكتسب لمختلف هذه الحركات خاصة فيما يخص الجري، ولا يعاني الأخصائيون أية مشاكل عند تقديم النشاطات إلا عند دخول الحالة المركز (البكاء بدون توقف)، وهذا راجع إلى شخصية الحالة فهي خجولة منطوية ولا تتقبل الغير.

اكتسب الحالة عدة سلوكيات جديدة منها إمساك القلم بطريقة جيدة، تحسن ملحوظ في الكتابة، يجري بعض العمليات الحسابية البسيطة في الرياضيات لكنه يجد صعوبة في التفرقة بين الرموز، اكتساب متوسط للمواد العلمية وذلك حسب طبيعة المادة، الجلوس بانضباط في الصف الدراسي، أصبح يشارك

في الصف ويرفع اصبعه للمشاركة حتى ولم تكن له الإجابة، ويأخذ دوره في مختلف الأنشطة في المدرسة، إذا أراد شيئاً بطلبه من المعلمة.

أما فيما يخص الأنشطة والبرامج التربوية و تنمية مهارات التواصل فتبين ما يلي:

إن الحالة (د) يمتلك بعض مهارات التواصل والمتمثلة في مهارات لفظية (الكفاءة اللغوية)، لكنه لا يستخدمها إلا عند الطلب من طرف الأخصائية أو الأم أو المعلمة، والمهارات غير اللفظية (التواصل البصري) فالحالة غير مكتسبة لها، إلا أنه يدرك مختلف الإيحاءات غير اللفظية (تعابير الوجه، الفرح، الغضب،).

تتمثل الأنشطة المتعلقة بالتواصل في التعزيز عن طريق الأكل لأن الحالة يحب الأكل بكل أنواعه خاصة الحلويات، كما أنه يحب الرسم أكثر من التلوين وهذا من أجل أن يبقى مركزاً ومنتبها وذلك من أجل اثارته، وقد استجاب الحالة للأنشطة المقدمة عن طريق التعزيز وأصبح يتفاعل مع رفقاءه ويلقي التحية عليهم، ويستمتع لأوامر المعلمة ويطبقها، كما اكتسب اللغة المناسبة للتواصل مع الآخرين.

ثانياً: نتائج الدراسة

من خلال النتائج المتوصل إليها بعد تحليل الحالات في ضوء الفرضيات الجزئية تبين لنا ما يلي:

1- تحققت الفرضية الأولى للدراسة و المتعلقة بمساهمة البرامج العلاجية في ضبط سلوك الطفل المتوحد، حيث استنتجنا أن أغلبية الحالات تتفاعل و تستجيب لمختلف البرامج و خدمات التربية الخاصة التي يقدمها المركز و المدرسة العادية، و ذلك بصورة متفاوتة حسب درجة الاضطراب لدى الحالات وعلى الأغلب هناك تحسن و تعديل في مختلف السلوكيات النمطية و غير المرغوبة، حيث أصبحوا أكثر انضباطاً وأقل حركة واكتسابهم للعديد من المهارات الجديدة التي تعطيهم استقلالية في الحياة الاجتماعية.

2- و كذلك تحقق الفرضية الثانية المتعلقة بدور البرامج التربوية في تنمية مهارات التواصل للطفل المتوحد، فقد توصلنا إلى أن معظم الحالات استجابوا للبرامج و الأنشطة المتبعة لتحسين التواصل اللفظي و غير اللفظي في التفاعل في بيئتهم الاجتماعية، إلا أن الاتصال اللفظي بنسبة ضئيلة لأن الأطفال المتوحدين يعانون ضعف في إنتاج اللغة و استعمالها لكنهم يملكون الفهم و الإدراك و معانيها، أما فيما يخص الاتصال غير اللفظي فإن أغلبية الحالات مكتسبة له و طورت منه خاصة فيما يتعلق بالعلاقات

مع الآخرين و التفاعل معهم سواء داخل المركز أو خارجه (في الصف الدراسي) و نلمس تحسن التواصل لدى الحالات من خلال اكتسابهم لمهارة التواصل البصري و لو لمدة قصيرة، و هذا يدل على مدى فاعلية البرنامج المقدم في المركز على الحالات.

من خلال تحقق الفرضيتين الجزئيتين السابقة الذكر تحققت الفرضية العاملة التي مفادها للتربية الخاصة دورا في دمج الطفل المتوحد و ذلك من خلال الأنشطة و البرامج المتبعة و المقدمة من قبل الأخصائيين و المربين داخل مراكز التربية الخاصة، و يتضح هذا الدور من خلال دمج الأطفال المتوحدين في فصول المدارس العادية مع وجود المرافقة الاجتماعية (AVS).

إذ يحقق الأطفال المتوحدين تقدما جيدا من خلال تعاون الأسر و تطبيقهم لمختلف هذه البرامج العلاجية و التربوية في المنزل لأن الطفل المتوحد يحتاج دائما إلى الدعم و يجب أيضا الحرص على تطبيق ومتابعة هذه البرامج رغم تحسنه لأن الانقطاع عن تطبيق البرامج يؤدي بالطفل المتوحد إلى الانغلاق على ذاته من جديد.

ثالثا: مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة.

توصلت دراستنا لموضوع التربية الخاصة ودورها في دمج الطفل المتوحد إلى أن لمراكز التربية الخاصة دور فعال وهام جدا في تحقيق سياسة الدمج بالنسبة للطفل المتوحد، و ذلك من خلال البرامج العلاجية و التربوية التي تطبق على الطفل من أجل ضبط سلوكه النمطي و تنمية مختلف مهاراته خاصة التواصلية، ولكن الاستجابة لهذه البرامج تكون حسب القدرات و المهارات التي يمتلكها الطفل و كذا حسب درجة و شدة الاضطراب .

و هذه النتائج تتوافق إلى حد كبير مع نتائج الدراسات السابقة والمشابهة لموضوع دراستنا، حيث نجد ان دراسة كل من سثلين و توبين حول فعالية استخدام أنشطة اللعب الاجتماعي في تحسين سلوكيات اللعب و كذا دراسة حنان سليمان حول تصميم برنامج للتمرينات الايقاعية الجماعية و معرفة أثره على مظاهر الاضطرابات السلوكية و التفاعل الاجتماعي والسلوك الانسحابي، ودراسة أمجد إبراهيم حول مواجهة النشاط الزائد لدى الأطفال التوحيدين و أيضا دراسة محمد أحمد خطاب حول فاعلية برنامج علاجي باللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحيدين، أكدت نتائج هذه الدراسات على الدور الفعال الذي تلعبه مختلف البرامج المقدمة(العلاج باللعب، برنامج

التمرينات الايقاعية الجماعية، برنامج التربية الرياضية، العلاج بالتكامل الحسي) في ضبط و تعديل مختلف السلوكات النمطية و كذا في خفض حركة النشاط الزائد لدى الطفل المتوحد، وتحسن في المهارات الحركية الكبرى (المشي، الرمي، التسلق...) لديه، و هذا ما يتطابق مع نتائج دراستنا حيث أن الحالات لها استجابة و تفاعل مع البرامج العلاجية و أنشطتها المختلفة خاصة مع مرور الوقت، حيث أصبح سلوك الحالات أكثر انضباطا و أقل حركة و عدوانية سواء اتجاه أنفسهم أو اتجاه الآخرين.

فيما يخص الدراسات المتبقية دراسة بوندي و فروست حول تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين و كذا دراسة بانير وآخرون حول فعالية استخدام التعليم المنظم لعلاج أطفال التوحد و ذوي الاعاقات الشديدة و أيضا دراسة أميمة حجازي و منار شاهين حول تصميم برنامج لألعاب الجمباز للأطفال التوحديين و معرفة أثره على المهارات الحركية و الأساسية و اضطرابات الانتباه و التفاعلات الاجتماعية و السلوك الانسحابي لديهم، حيث أوضحت نتائج هذه الدراسات الثلاث مدى فاعلية البرامج المقدمة في تحسين و اكتساب الطفل المتوحد مختلف مهارات التواصل سواء اللفظية أو غير اللفظية مع وجود تفاوت بين استجابات الأطفال التوحديين لهذه البرامج المطبقة، و أكدت أيضا الدراسات (دراسة أميمة حجازي و منار شاهين) على ضرورة إشراك أسرة الطفل في تقديم هذه البرامج من أجل نتائج أحسن، وهذا ما أكدت عليه الأخصائيات في المركز لأن المتابعة المنزلية ضرورية لتنمية مختلف المهارات التواصلية للطفل المتوحد كون الطفل يقضي معظم وقته في المنزل و مع أفراد أسرته.

و هذه النتائج تتطابق مع نتائجنا حيث أن الحالات اكتسبت عدة مهارات تواصلية من خلال الأنشطة المقدمة في المركز، و ذلك حسب القدرات و المؤهلات التي تمتلكها كل حالة، أما دراسة كريستين جونز و مارتين بلوك حول دمج طفل متوحد بمدرسة متوسطة في التربية البدنية العامة فأكدت نتائجها على ضرورة المساندة الاجتماعية و النفسية للطفل من أجل التكيف مع محيط المدرسة و خرجت بتوصيات عامة للمعلمين بهدف الدمج الناجح في الفصول العامة و هذا ما يعمل عليه المركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنيا حيث أن هدفه الأساسي دمج الطفل المتوحد في المدارس العادية مع بقية أقرانه العاديين وكذا تحقيق الاستقلالية و النضج الاجتماعي.

رابعا: الاقتراحات و التوصيات:

حاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على التربية الخاصة و البرامج التي تقدمها لأطفال التوحد بهدف دمجهم داخل المجتمع بصفة عامة و المدارس بصفة خاصة و الاهتمام بهذه الفئة الحساسة في المجتمع ، حيث توصلنا في النهاية إلى جملة من النتائج ، و لدينا بعض الاقتراحات نرجو أن تؤخذ بعين الاعتبار :

- 1- الاهتمام بفئة المتوحدين و رعايتهم و ذلك من اجل دمجهم داخل المجتمع.
 - 2- ضرورة الإكثار من المراكز الخاصة بهذا الاضطراب خاصة مع الانتشار الواسع له.
 - 3- العمل على زيادة الأخصائيين في مجال الرعاية النفسية و المهنية التي تساعد على التعلم.
 - 4- تحقيق الدمج الأكاديمي من خلال زيادة الأقسام المدمجة في الصفوف العادية بالنسبة لجميع المستويات فذلك يسهل عملية الدمج الاجتماعي.
 - 5- توعية أفراد المجتمع بطبيعة هذه الفئة و كيفية التكفل و التعامل معها من مختلف وسائل الإعلام وكذا الأيام التحسيسية و المفتوحة.
 - 6- ضرورة المتابعة المستمرة للطفل المتوحد سواء داخل الأسرة أو المدرسة.
- و لعل أهم شيء هو عدم الاستهانة بهذا الاضطراب بل يجب معرفة جميع جوانبه حتى و لو كان أفراد الأسرة لا يعانون منه لأن ذلك يساعد أسرة المصاب على تقبل اضطراب ابنها.

خامسا: صعوبات الدراسة:

إن القيام بالبحث في مجال العلوم الاجتماعية كغيره من البحوث في المجالات الأخرى لا يخلو من مشاكل و صعوبات قد تعترض سبيلنا، و لهذا و من سيرورة بحثنا صادفنا مشاكل عديدة أهمها:

- 1- نقص المراجع خاصة الكتب العربية.
- 2- عدم وجود الدعم الكافي من طرف المكتبة و الإدارة و حتى الأساتذة.

- 3- قلة الأبحاث السوسولوجية التي تناولت موضوع دراستنا خاصة المتعلقة بالتربية الخاصة.
- 4- ضيق الوقت المخصص لهذه البحوث لأنها تقدم في بداية السداسي الثاني و أيضا بسبب اعتمادنا على منهج دراسة الحالة الذي يتطلب على الأقل 3 أشهر لدراسة حالة واحدة.
- 5- الجانب الميداني تزامن مع بداية عطلة الربيع و كذا العطل الأكاديمية للأساتذة مما أثر سلبا على مسار دراستنا.
- 6- وجود عراقيل و صعوبات فيما يخص الموافقة على إجراء الدراسة الميدانية في المركز، بحيث تطلب منا التوقيع على تعهد للدخول إلى المركز أسبوع كامل، و كذا قصر مدة إجراء الدراسة، فمدير المركز حدد لنا مدة أسبوعين فقط.
- 7- صعوبة الدخول و التوغل في تاريخ الحالات و تخوفهم إعطائنا البيانات الشخصية و رفضهم التعاون معنا في البداية ، إضافة إلى انشغال المختصين في المركز بالأيام التحسيسية للتعريف بهذا الاضطراب، و كذا جلسات التشخيص للحالات و تقم خارج المركز.
- 8- عدم تخصيص جناح خاص بقسم علم الاجتماع على مستوى المكتبة المركزية.

في إطار دراستنا لموضوع التربية الخاصة و دورها في دمج الطفل المتوحد نظريا و ميدانيا، اتضح لنا مدى فاعلية البرامج التربوية و العلاجية في تحسين و تفعيل مختلف أعراض هذا الاضطراب و الدليل على ذلك دمج هذه الفئة في المدارس العادية ، لأنه تم تنمية و تعديل مختلف القدرات و المهارات التي كانت بحاجة إلى الرعاية و الاهتمام من قبل الأخصائيين و المؤطرين، والتي من خلالها يستطيع الطفل المتوحد الخروج إلى الحياة الاجتماعية و إدراك آليات التفاعل و كذا الاستقلالية في قضاء احتياجاته.

و من خلال النتائج المتوصل إليها يتضح لنا أن التربية الخاصة لها أهمية كبيرة في تحقيق الدمج للطفل المتوحد خاصة من الناحية الاجتماعية، و هذا لا ينفي وجود بعض النقائص و العراقيل التي تحول دون تحقيق هذا الهدف بشكل كامل، أو تجعله محقق لفئة دون أخرى، إذ لابد من تضافر الجهود من قبل الجميع لسد هذه النقائص و تحقيق الهدف الذي يسعى إليه كل من الأسرة و مراكز التربية الخاصة والمدرسة و المجتمع ككل، لأن أطفال التوحد ثروة بشرية لا يجب إهمالها و إغفال الرعاية عنها.

و يبقى ما توصلنا إليه محدود، لا يعد إلا محاولة البحث في جانب من جوانب هذا الاضطراب ولا يمكن التعميم فيه أولا لصغر عينة دراستنا و ثانيا لاختلاف شدة اضطراب كل حالة من الحالات.

قائمة المراجع:

أ - الكتب:

باللغة العربية:

- 1- إبراهيم بن عبد الله العثمان: استراتيجيات التربية الخاصة و الخدمات المساندة الموجهة لتلاميذ ذوي التوحد، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، د س.
- 2- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: التوحد (السلوك و التشخيص و العلاج)، دار وائل ، الأردن، 2010.
- 3- أحمد عياد: مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006.
- 4- أحمد علي الحاج: أصول التربية، دار المناهج، الأردن، 2013.
- 5- أنجريس موريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ت.بوزيد صحراوي و آخرون، دار القصبية، الجزائر، 2006.
- 6- أسامة فاروق مصطفى: مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار المسيرة، الأردن، 2011.
- 7- أسامة فاروق مصطفى و السيد كمال الشربيني: التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)، دار المسيرة، الأردن، ط2، 2014.
- 8- السيد عبد الحميد سليمان و محمد قاسم عبد الله: دليل التشخيص للتوحيدين، دار الفكر العربي، الأردن، 2003
- 9- بطرس حافظ بطرس: سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة، دار المسيرة ، الأردن، 2009.
- 10- بطرس حافظ بطرس: إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة و أسرهم، دار المسيرة ، الأردن، 2007.
- 11- جمال محمد الخطيب: الاستخدامات التكنولوجية في التربية الخاصة، دار وائل، الأردن، 2005.
- 12- جمال محمد الخطيب: التربية الخاصة المعاصرة، دار وائل، الأردن، 2008.
- 13- جمال محمد الخطيب و منى صبحي الحديدي: المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، الأردن، 1997.

- 14- جمال محمد الخطيب و منى صبحي الحديدي: المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، 2009.
- 15- جميل صمادي و آخرون: تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت، 2003.
- 16- كريستن مايليز: التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعاقين عقليا، ت. عفيف الرزاز و آخرون، الأردن، 1994.
- 17- لورا شريمان: التوحد بين العلم و الخيال، ت. فاطمة عياد، عالم المعرفة، الكويت، 2010.
- 18- ماجد محمد الخياط: أساسيات البحوث الكمية و النوعية في العلوم الاجتماعية، دار الراجحة، الأردن، 2010.
- 19- مدحت محمد أبو الصنر: رعاية و تأهيل المعاقين، الروابط العالمية، مصر، 2009.
- 20- محمد احمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحد، دار الثقافة ، الأردن، 2009.
- 21- محمد أحمد خطاب: سيكولوجية العلاج باللعب (مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة)، دار الثقافة، الأردن، 2008.
- 22- محمد بن أحمد عبد العزيز الفوزان: التوحد المفهوم و التعليم و التدريب (مرشد إلى الوالدين والمهنيين)، دار عالم الكتب، المملكة العربية السعودية، ط2، 2000.
- 23- محمود كمال أبو الفتح عمر: الأطفال الأوتيسك ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم؟، دار زهران ، الأردن، 2012.
- 24- منذر الضامن: أساسيات البحث العلمي، دار المسيرة، الأردن، ط2، 2009.
- 25- محمد خليل عباس و آخرون: مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس، دار المسيرة، الأردن، ط2، 2007.
- 26- مصطفى نوري القمش: الاعاقات المتعددة، دار المسيرة، الأردن، ط3، 2013.

27- مصطفى نوري القمش وناجي السعيدة: قضايا و توجهات في التربية الخاصة، دار المسيرة ، الأردن،2000.

28- مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن معاوية: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)، دار المسيرة، الأردن، ط2،2009.

29- مصطفى سويف: الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر،1986.

30- نايف بن عابد الزارع: المدخل إلى اضطراب التوحد (المفاهيم الأساسية و طرق التدخل)، دار الفكر، الأردن،2010.

31- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: اضطراب النطق و الكلام و اللغة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين، ابتراك للطباعة، مصر، ط2،2010.

32- سعيد حسني العزة: المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة ، الأردن،2008.

33- سعيد محمد السعيد و آخرون: برامج التربية الخاصة و مناهجها، عالم الكتب، مصر،2006..

34- عبد الله الوابلي: المفاهيم الأساسية للتربية الخاصة، المكتبة المركزية الناطقة، المملكة العربية السعودية،2008.

35- عبد الله حسين الزعبي: التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحيدين)، دار الخليج، عمان، 2014.

36- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: التربية الخاصة و برامجها العلاجية، مكتبة الأنجلومصرية، مصر، 2011.

37- عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الاعاقات (النظريات و البرامج العلاجية)، دار المعرفة الجامعية، مصر،2012.

38- عبد الرحمن العيسوي: النمو النفسي و مشكلات الطفولة، دار المعرفة الجامعية، مصر،2005.

39- عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، مصر،1999.

40- عمار بوحوش و آخرون: مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط3، 2001.

41- راضي الوقفي: أساسيات التربية الخاصة، دار جهينة، الأردن، 2004.

42- ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم: أساسيات البحث العلمي، دارصفاء ، الأردن، ط4، 2010.

43- رزاق محمد نبيل: المعوق بين الاندماج الثقافي و الاجتماعي، وزارة الثقافة ، الجزائر، 2008.

44- رشيد زرواتي : منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية (أسس علمية و تدريبات) ، دار الكتاب ، الجزائر ، 2004.

45- تيسير مفلح كوافحة و عمر الفواز عبد العزيز: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، الأردن، 2003..

46- تيسير مفلح كوافحة و عمر الفواز عبد العزيز: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، الأردن، ط2، 2005.

47- تيسير صبحي: رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن، 1994.

48- خالد البخار و آخرون: مقدمة في التربية الخاصة، جامعة القاهرة، مصر، 1998.

49- خوان هيفيلين و دونافيو رينو أليمو: الطلاب ذو اضطرابات طيف التوحد، ت. نايف عبد الزارع و يحي فوزي عبيدات، دار الفكر ، الأردن، 2011.

50- خولة أحمد يحي: البرامج التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، الأردن، 2006.

ب- القواميس و المعاجم:

51- الخليل بن أحمد الفراهيدي: كتاب العين، دار الكتب العلمية، لبنان، ج2، 2003.

52- الخليل بن أحمد الفراهيدي: كتاب العين، دار الكتب العلمية، لبنان، ج3، 2003.

53- نايف نزاز القيسي: المعجم التربوي و علم النفس، دار أسامة، الأردن، 2010.

54- عبد الهادي الجوهري: معجم علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1999.

55- فؤاد أفرام البستاني: منجد الطلاب، دار المشرق، لبنان، ط5، 1976.

ج- المجلات و الدوريات:

56- المجلة الدولية التربوية المتخصصة : الصورة السعودية القائمة المعدلة للكشف المبكر عن

التوحد لدى الأطفال دون الثانية، أحمد بن عبد العزيز التميمي، م1، ع2، 2012.

57- مجلة الطفولة و التربية : الاتجاهات المعاصرة في تشخيص و علاج اضطراب التوحد، أحمد احمد

عواد و نادية صالح البلوي، ع6، 2011.

58- المجلة الأردنية في العلوم التربوية: البحوث العربية في التربية الخاصة (تحليل لتوجهاتها و

جودتها و علاقتها بممارسات التربية)، جمال محمد الخطيب، م6، ع4، 2010.

ج-المواقع الالكترونية:

59- أحمد أحمد عواد: الإعاقة اللغوية، أستاذ التربية الخاصة، عمان. يوم 2015/02/11 الساعة

www.gulfkids.com2014 20:50

د-المراجع باللغة الأجنبية:

60- Jordan et Powell: Les Enfants Autistes, Paris, 1997.

61- Mario Leboyer: L'autisme Infantile, Pesse univresitaire de france, Paris,

1985.

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحي

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم اجتماع

تخصص تربية

استمارة تاريخ الحالة حول: التربية الخاصة ودورها في دمج الطفل المتوحد

أخي(تي) الفاضل(ة) نرجو منك مساعدتنا على الإجابة عن الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة بكل صدق و موضوعية عن تاريخ حالات الدراسة من أجل مساعدتنا في إعداد بحثنا و تأكد(ي) بأن المعلومات التي تقدمونها لنا ستبقى سرية و لن نستخدمها إلا في نطاق بحثنا.

و شكرا.

الأستاذ المشرف:

د/ لعويي يونس

من إعداد الطالبتين :

* معزة نجاه

* يحي سارة

الموسم الجامعي:2014/2015.

1) بطاقة التعريف:

- 1- الاسم:
- 2- اللقب:
- 3- السن:
- 4- الجنس:
- 5- عدد الإخوة و الأخوات:
- 6-الرتبة:.....
- 7- المستوى التعليمي للأب:
- 8- مهنة الأب:.....
- 9- المستوى التعليمي للأم:
- 10- مهنة الأم:
- 11- طبيعة السكن:.....
- 12- الأصل الجغرافي:
- 13- مدة الدخول إلى المركز:.....

2) فترة الحمل و الولادة:

- 14- الحمل صدفة:..... عن قصد:.....
- 15- اضطرابات الأم أثناء الحمل: العضوية:.....
النفسية:.....
- 16- مدة الحمل:
- 17- طبيعة و مضاعفات الولادة:
- 18- حالة الطفل عند الولادة: صرخة الميلاد:..... الوزن:.....
- 19- الرضاعة: طبيعية..... - اصطناعية:.....
- 20- الفطام:

3) مراحل النمو الأولى للطفل:

- 21- الجلوس:
- 22- الوقوف:.....

- 23- المشي:.....
- 24- الكلمات الأولى:
- 25- النوم:
- 26- النظافة: النهار..... الليل:.....
- 27- وجود أمراض لدى الطفل: الصرع:
- التهاب السحايا:

4) التاريخ الأسري للحالة:

- 28- علاقة قرابة بين الأم و الأب:
- 29- شخصية الأب:.....
- 30- علاقة الأب بالأم:
- 31- شخصية الأم:
- 32- علاقة الأم بالأب:
- 33- علاقتهما بالأولاد:
- 34- علاقة الطفل مع إخوته:
- 35- العلاقة بين الوالدين قبل و بعد ولادة الطفل:
- 36- تقبل الأب لمرض الطفل:
- 37- تقبل الأم لمرض الطفل:.....
- 38- وجود أمراض في العائلة:.....

5- البرامج العلاجية و ضبط السلوك:

39- ما هي السلوكيات النمطية التي يصدرها الطفل؟

- رفرفة اليدين الكلام التكراري الحركة الزائدة الأسنان
- أخرى تذكر.....

40- ما هو البرنامج المناسب لتعديل هذه السلوكيات؟

- برنامج تيتش برنامج لوفاس برنامج ليب
- العلاج بالحياة اليومية

41- ما هي الأنشطة التي تعتمد عليها لتعديل هذه السلوكيات؟

- نشاط تنسيق يد عين نشاط الاستقلالية نشاط الحركات الصغيرة نشاط الحركات الكبيرة

42- ما هي المدة الزمنية لاكتساب الطفل لهذه الأنشطة؟

- يوم أسبوع شهر عام

43- ما هي المدة التي يستغرقها لتقديم هذه الأنشطة؟

- 30 دقيقة ساعة ساعة و نصف

44- هل يمتلك الطفل مهارات الحركات الدقيقة؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فما هي؟.....

45- هل يمتلك الطفل مهارات الحركات الكبيرة؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم فما هي؟.....

46- هل يتمتع الطفل بالاستقلالية؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فيما تتمثل؟.....

47- هل تواجه مشاكل عند تطبيق هذه الأنشطة؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم كيف تعالجها؟.....

49- هل تعتمد على التعزيز عند تطبيق هذه الأنشطة؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فما هو هذا التعزيز و ما طبيعته؟.....

50- هل اكتسب الطفل مهارات جديدة من خلال الأنشطة؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فيما تتمثل

51- ما هي السلوكيات غير المرغوبة التي أقلع عنها الطفل؟.....

6- البرامج التربوية و تنمية مهارات التواصل:

52- ما هي مهارات التواصل التي يمتلكها الطفل؟

التواصل اللفظي التواصل غير اللفظي التواصل البصري

53- ما هي الأنشطة المعتمدة لتنمية مهارات التواصل؟

أنشطة التواصل البصري أنشطة اللغة التعبيرية أنشطة اللغة الاستقبالية

أخرى تذكر.....

54- كيف يستجيب الطفل لهذه الأنشطة المقدمة؟

يتجاهل يتفاعل نوعا ما

46- هل تعتمد على التعزيز للفت انتباه الطفل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ما طبيعته؟.....

57- هل اكتسب الطفل مهارات تواصلية جديدة؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي.....

58- هل يطبق الطفل مختلف المهارات المكتسبة داخل و خارج المركز؟

نعم لا

59- ما هي طبيعة العلاقة بين الطفل و أقرانه في المركز؟

حسنة متوسطة سيئة

60- ما هي المهارات التي يجب أن يمتلكها الطفل للدمج في المدرسة العادية؟

امتلاك التواصل البصري امتلاك التواصل اللفظي و غير اللفظي

امتلاك الاستقلالية السلوك المنضبط جميعهم

61- ما هي الشروط التي يجب توفرها لتحقيق سياسة الدمج؟

.....
.....

ملخص الدراسة:

تمحور موضوع دراستنا حول: "التربية الخاصة ودورها في دمج الطفل المتوحد"، وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة البرامج التربوية والعلاجية التي تعتمد عليها وتطبقها مراكز التربية الخاصة في ضبط وتعديل سلوكيات ومهارات الطفل المتوحد المضطربة من أجل دمجهم في الحياة الاجتماعية.

اشتملت هذه الدراسة على الأسئلة التالية:

التساؤل الرئيسي:

هل للتربية الخاصة دورا في دمج الطفل المتوحد؟

التساؤلات الفرعية:

- هل تساهم البرامج في ضبط سلوك الطفل المتوحد؟
- هل للبرامج التربوية دورا في تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المتوحد؟

وللإجابة على هذه الأسئلة والوصول إلى الهدف العام من الدراسة، قمنا بإتباع مجموعة من الخطوات والإجراءات المنهجية التالية:

بالنسبة للمنهج اتبعنا منهج دراسة حالة لتحليل البيانات والمعلومات عن عينة الدراسة المتكونة من أربعة حالات، وتم انجاز دراستنا بالمركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنيا - ملحقة جيجل -، استخدمنا في جميع البيانات والمعلومات الضرورية حول الموضوع دليل المقابلة مع مجموعة من الأخصائيين والمربين و مؤطرين، إلى جانب استمارة تاريخ الحالة وذلك لتتبع تاريخها.

وتوصلت دراستنا إلى النتائج التالية:

- إن للتربية الخاصة دورا في دمج الطفل المتوحد خاصة في المدارس العادية، وبإمكانه أن يكون فردا فعالا، وذلك من خلال تنمية جميع قدراته، وتنمية دافعيته نحو التعلم.
- إن مختلف البرامج التربوية والعلاجية التي تتبعها مراكز التربية الخاصة تخفف من شدة الاضطراب التوحدي من خلال ضبط السلوك وتنمية مهارات التواصل للطفل المتوحد.
- إن استجابة وتفاعل الطفل المتوحد للبرامج و الأنشطة يكون حسب القدرات والمهارات التي يمتلكها وكذا حسب درجة وشدة الاضطراب.

وأخيرا قمنا بتقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات.

Résumé d'étude:

L'objet de notre étude s'est concentré : **"l'éducation spécialisée et de son rôle dans l'intégration de l'enfant autiste"**, cette étude vise à connaître les programmes éducatifs et thérapeutiques adoptés et appliqués par les centres éducatifs spécialisés pour ajuster et modifier les intégrer dans la vie sociale.

Cette étude a inclus les questions suivantes :

La question principale :

L'éducation spécialisée a-t-elle un rôle pour l'intégration de l'enfant autiste ?

Les sous-questions :

- Les programmes thérapeutiques peuvent-ils contribuer à régler le comportement de l'enfant autiste ?

Et pour répondre à ces questions et pour atteindre l'objectif général de cette étude, nous avons suivi une série d'étapes et de procédures méthodologiques :

Concernant la méthode, nous avons suivi la méthode de l'étude d'un cas pour analyser les données et les informations sur un échantillon.

L'étude se compose de quatre cas, notre étude a été achevée au sein du centre pédagogique et psychologique des handicapés mentaux – jijel-

Nous avons utilisé dans la collection des données et des informations nécessaires sur l'objet la preuve qui l'entretien avec les spécialistes, les éducateurs et les encadreurs ainsi que le formulaire de la date de l'état, cela pour suivre son historique.

Notre étude a révélé les résultats suivants :

- L'éducation spécialisée a un rôle dans l'intégration de l'enfant autiste surtout dans les écoles normales et il peut être un individu efficace et actif et à travers le développement de toutes ses capacités et motivation vers l'apprentissage.
- Les divers programmes éducatifs et thérapeutiques poursuivis par les centres d'éducation spécialisés, réduisent la gravité des troubles autistiques, en ajustant le comportement et le développer des compétences de communication chez l'enfant autiste aux programmes et aux activités sera selon les capacités et les compétences possédées par lui et aussi selon la gravité et le degré du trouble.

Enfin, nous avons présenté une série de proposition et de recommandation.