

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

عنوان المذكرة

دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو

المعرفي لدى طفل الأوتيزم من وجهة نظر المختصين

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

تخصص: توجيه و إرشاد

إشراف الأستاذ:

د- كعبار جمال

من إعداد الطالبات:

• بوبكيس شيماء

• بوحاريش بشرى

السنة الجامعية 2020/2019

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	الشكر و التقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ، ب، ج، د	
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي	
16	أولاً: مشكلة الدراسة
20	ثانياً: فرضيات الدراسة
20	ثالثاً: أهمية الدراسة
21	رابعاً: أهداف الدراسة
22	خامساً: أسباب اختيار الدراسة
22	سادساً: مفاهيم الدراسة

27	سابعاً: الدراسات السابقة
31	ثامناً: التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: ماهية التوحد	
34	تمهيد
35	أولاً: لمحة تاريخية عن التوحد
37	ثانياً: مفهوم التوحد
39	ثالثاً: نسبة انتشار التوحد
42	رابعاً: أعراض التوحد
45	خامساً: أسباب التوحد
50	سادساً: خصائص التوحد
56	سابعاً: أنواع اضطراب التوحد
61	ثامناً: علاقة التوحد ببعض الاضطرابات
64	تاسعاً: النظريات المفسرة للتوحد
73	عاشراً: تشخيص و علاج التوحد
86	خلاصة

الفصل الثالث: تربية و تعليم أطفال التوحد	
87	تمهيد
88	أولاً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحديين
90	ثانياً: اعتبارات في بناء المنهاج لأطفال الاوتيزم
92	ثالثاً: محتويات منهاج التوحديين
93	رابعاً: البرامج التربوية للمتوحدين
98	خامساً: إرشادات لتعليم الأطفال التوحديين بقدرات انجازية عالية
103	خلاصة
الفصل الرابع: النمو المعرفي للطفل التوحد	
104	تمهيد
105	أولاً: مفهوم النمو المعرفي
106	ثانياً: العوامل المؤثرة في النمو المعرفي
108	ثالثاً: مفهوم المهارات المعرفية
108	رابعاً: الهدف من تدريب الأطفال الداتويين على المهارات المعرفية
109	خامساً: أنماط المهارات المعرفية

128	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الجانب الميداني	
130	تمهيد
131	أولاً: المجال الجغرافي و الزمني للدراسة
132	ثانياً: المنهج المستخدم في الدراسة
132	ثالثاً: عينة الدراسة
133	رابعاً: أدوات الدراسة
134	خامساً: حساب الشروط السيكومترية لأداة الدراسة
138	سادساً: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة
139	خلاصة
الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة	
140	تمهيد
141	أولاً: نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الشخصية لعينة الدراسة
146	ثانياً: عرض و تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول متغيرات الدراسة

155	ثالثا: عرض نتائج الفرضيات الجزئية
155	1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى
156	2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية
157	3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
158	4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
160	رابعا: عرض نتائج الفرضية العامة
162	خلاصة
الفصل السابع: مناقشة و تفسير نتائج الدراسة النهائية	
164	تمهيد
165	أولاً: مناقشة و تفسير نتائج محاور الدراسة
166	1- مناقشة و تفسير نتائج محور الانتباه
167	2- مناقشة و تفسير نتائج محور الإدراك
168	3- مناقشة و تفسير نتائج محور التذكر
166	ثانياً: مناقشة و تفسير نتائج فرضيات الدراسة
168	1- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى

169	2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
170	3- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
170	4- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
172	5- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية العامة
173	ملخص النتائج
175	خاتمة
	توصيات و اقتراحات
	قائمة المراجع

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
63	يوضح الفرق بين الأطفال التوحديين و الفصاميين	01
63	يوضح الفرق بين الأطفال التوحديين و اضطراب الصم	02
134	يوضح معامل الارتباط الداخلي بين البنود	03
137	يوضح نتائج معامل الثبات استبيان دور مراكز الرعاية	04
141	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	05
142	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن	06
143	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير التخصص	07
145	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة المهنية	08
146	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية على محور الانتباه	09
149	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية على محور الإدراك	10
152	يوضح إجابات أفراد عينة الدراسة الأساسية على محور التذكر	11
155	يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الأولى	12

فهرس الجداول

156	يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الثانية	13
157	يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الثالثة	14
158	يوضح الفروق حسب متغير الجنس	15
159	يوضح الفروق حسب متغير التخصص	16
159	يوضح الفروق حسب متغير الخبرة المهنية	17
160	يوضح مساهمة مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الأوتيزم	18

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
142	دائرة نسبية لأفراد العينة الأساسية وفق متغير الجنس	01
143	دائرة نسبية لأفراد العينة الأساسية وفق متغير السن	02
144	دائرة نسبية لأفراد العينة الأساسية وفق متغير التخصص	03
146	دائرة نسبية لأفراد العينة الأساسية وفق متغير الخبرة المهنية	04

مقدمة

يعد ميدان التربية الخاصة احد الميادين الحديثة التي لاقت اهتماما متزايدا من قبل المختصين والعاملين في مختلف مجالات التربية و التعليم، وقد شهد تطور هذا الميدان انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعدة عوامل وأسباب منها ما هو إنساني، اجتماعي أو تربوي وجميعها تنادي بضرورة توفير الخدمات والبرامج الخاصة للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك من اجل أن تسهل عملية دمجهم مع أقرانهم من الأطفال العاديين، والاستفادة من إمكانياتهم وقدراتهم واستثمارها من خلال تعليمهم وتدريبهم لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص وجعلهم أفرادا مستقلين وفاعلين في المجتمع.

ويعتبر موضوع الإعاقة من الموضوعات التي لاقت اهتماما بالغا من قبل العلماء والباحثين والمختصين ودفعهم للبحث والتقصي عن الأسباب الكامنة وراء حدوثها، و محاولة إيجاد الحلول المناسبة ومن جانب آخر العمل على تحسين نوعية الخدمات المقدمة للأطفال المعاقين.

يعد اضطراب التوحد من اعقد الاضطرابات نظرا لما يتميز به من تعدد للأعراض المرضية فهو ليس محدد أو ذو أعراض ثابتة، ويختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد أو بين أفراد آخرين، وقد عرف "كريك" (1961) التوحد على أنه يشمل تسعة مؤشرات تدل على أن الطفل توحدي وهي: اضطرابات العلاقات الاجتماعية، الهوية الذاتية، الروتين، مقاومة التجديد، سلوكيات وادراكات غير سوية وفقدان القدرة على التواصل والتحدث والقلق الزائد، وتكرار أنماط من السلوك (الغريب، عودة، 2007، ص27).

وعلى الرغم من التطور الحاصل في تشخيص اضطراب التوحد والأساليب العلاجية والبرامج التدريبية و الاستراتيجيات التعليمية الحديثة، إلا أن الأسباب وراء هذا الاضطراب لا تزال غير معروفة تماما فقد أرجعه الباحثين لأسباب اجتماعية وهناك من أرجعها إلى أسباب نفسية وبعضهم إلى أسباب

بيولوجية، في حين أكد بعضهم الآخر على الأسباب الجينية، ظروف الحمل والولادة و العوامل البيئية، إلا انه لم يثبت حتى يومنا الحالي السبب الرئيسي وراء إصابة الأطفال باضطراب التوحد (سليمان 2011، رسلان 2009، الجبلي 2004، محمّد 2005).

ومما تجدر الإشارة إليه فان الأطفال التوحديين يعانون من العديد من المشكلات الاجتماعية والسلوكية وضعف في المهارات الاستقلالية والمهارات المعرفية ولعل هذه الأخيرة تعد من بين أهم المشكلات لأنه يتم تحديد في ضوءها تفسيرات الطفل لعالمه والعجز عن القيام بالعديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع اقرأنه من الأطفال العاديين القيام بها، فالطفل التوحدي غير قادر على الانتباه الجيد أو إدراك المعلومات ومعالجتها وتفسيرها بالإضافة إلا انه يعاني من ضعف القدرة على التذكر وتخزين المعلومات (سكر 2014، الشامي 2004، الجلاد 2016، حسن 2016).

وتعد المشكلات المعرفية من بين اخطر المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، حيث أنها تحد من قدرتهم على إنتاج الاستجابات المناسبة في المواقف والأنشطة التعليمية والحياتية المختلفة، الأمر الذي يعرقل من تطورهم العلمي والمعرفي، كما أن هذه المشكلات تؤثر في قدرتهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل مع محيطهم ومجتمعهم، هذا ما أدى إلى ضرورة التكفل بهم وإنشاء برامج واستراتيجيات علاجية خاصة بالأطفال التوحديين ومن المهم أن يكون المسؤول على تقديم هذه البرامج مختص لديه خبرة في مجال التعامل مع الأطفال التوحديين لأنه الوحيد الذي لديه تكوين متعدد الفروع يتكفل بمختلف الاضطرابات.

وعلى هذا الأساس وجب توفير الرعاية النفسية والإرشادية لهم في المراكز النفسية البيداغوجية التي تعرف على أنها مجموعة من المراكز تنتمي إلى وزارة التضامن الوطني والأسرة، ودورها الأساسي هو

التكفل بالأطفال الغير مؤهلين ذهنيا كالأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، متلازمة التوحد، اضطرابات الصرع والاضطرابات النفس حركية، اضطرابات السمع، والتأخر الدراسي..... وغيرها من الإعاقات والاضطرابات، وأيضا تعمل هذه المراكز على وضع برامج علاجية ونشاطات تدريبية يعتمدها الأخصائيون القائمون على رعاية الأطفال التوحديين وهم مجموعة من الأشخاص الحاصلين على شهادات في علم النفس بمختلف تخصصاته، والذين يعملون في المراكز الطبية البيداغوجية في إطار التوظيف العمومي كأخصائيين، حيث يلتزمون بأداء واجبه المهنى و تعليم وعلاج الأطفال التوحديين، والتكفل النفسى بهذه الفئة، مساعدتهم على التغيير الايجابى مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها، كما أن هذه المراكز النفسية البيداغوجية تعمل على زيادة الوعي لدى الطفل التوحدي وتعتبر أيضا الملجأ الوحيد الذي يتلقى فيه الأطفال التوحديين المساعدة والرعاية والعناية والعلاج حتى يستطيع التأقلم مع محيطه ومجتمعه هذا ما دفعنا لاختيار فئة الأطفال التوحديين موضوعا لدراستنا الحالية والذي يتعلق بالتعرف على دور مراكز الرعاية في تنمية جوانب النمو المعرفي (الانتباه الإدراك، التذكر) لدى أطفال الاوتيزم من وجهة نظر المختصين، ولهذا فقد آتت دراستنا بالمنهجية والتي تمحورت كغيرها من الدراسات على جانبين أساسيين: احدهما نظري والأخر تطبيقي وقد قسمت هذه الدراسة إلى سبعة فصول، وهي:

الفصل الأول: تناول الإطار المفاهيمي للدراسة وتتضمن: إشكالية حول دور مراكز الرعاية في تنمية جوانب النمو المعرفي لدى الطفل التوحدي، بالإضافة إلى فرضيات الدراسة، وأهميتها وأهدافها وأسباب اختيارنا لهذا الموضوع، تحديد المصطلحات، وأخيرا الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: والذي شمل موضوع التوحد من حيث ماهيته و الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالتوحد وإحصائيات انتشاره، بالإضافة إلى الخصائص والنظريات المفسرة له ، وأنواعه وأهم أعراضه وأساليب تشخيصه، وأخيرا علاج التوحد.

الفصل الثالث: والذي تناولنا فيه الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للأطفال التوحديين ، واعتبارات في بناء المناهج، وأهم البرامج التربوية المعتمدة في تعليم هذه الفئة ، وأخيرا أهم الإرشادات التي يجب الاعتماد عليها أثناء تعليم فئة أطفال الاوتيزم.

الفصل الرابع: وتناولنا في هذا الفصل النمو المعرفي من حيث التعريف والعوامل المؤثرة فيه، كما تطرقنا إلى تعريف المهارات المعرفية وأهم أنماطها وتطرقنا أيضا إلى كيفية التدريب على هذه الأنماط.

الفصل الخامس: كان حول الجانب الميداني للدراسة والذي تطرقنا فيه للمجال الزمني والمنهج المستخدم في الدراسة، عينة الدراسة، الأدوات المستخدمة، بالإضافة إلى حساب الشروط السيكومترية لأداة الدراسة وأخيرا أساليب التحليل الإحصائي.

الفصل السادس: وفيه قمنا بعرض نتائج الدراسة، وعرض نتائج الفرضيات الجزئية و العامة.

الفصل السابع: وفيه قمنا بمناقشة وتفسير النتائج النهائية للدراسة حول محاور الدراسة والفرضيات الجزئية و العامة، وأخيرا ملخص كل النتائج والتوصيات والاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي

أولاً: مشكلة الدراسة

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أهمية الدراسة

رابعاً: أهداف الدراسة

خامساً: أسباب اختيار الموضوع

سادساً: مصطلحات الدراسة

سابعاً: الدراسات السابقة

ثامناً: التعقيب على الدراسات السابقة

مشكلة الدراسة

يعاني الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من اضطرابات تحد من قدراتهم العقلية والجسدية والنفسية و التي تؤثر على حياتهم اليومية، لذا فهم بحاجة إلى عناية خاصة تتناسب مع متطلباتهم و احتياجاتهم، إذ تحتاج هذه الفئة إلى معاملة خاصة للقدرة على استيعاب ما يدور حولهم، كما أنهم لا يستطيعون التعلم في المدارس العادية، فهم بحاجة إلى أدوات و برامج خاصة تتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم، كما يعانون أيضا من تأخر في النمو العقلي، والمعرفي، والاجتماعي ما يسبب لهم بطئ في التعلم بالإضافة إلى مشاكل و اضطرابات سلوكية.

ومن بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي لم تتلقى الاهتمام الكافي فئة أطفال الاوتيزم، حيث أصبح هذا المصطلح كثير الانتشار بين المجتمعات، إن أطفال التوحد هم أطفال لديهم اضطراب واضح في مجال استقبال المعلومات وتوصيلها للآخرين، وبصفة عامة لديهم مشاكل في التواصل، مما يؤدي بهم القيام ببعض أنماط السلوك الغير مناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط بهم مما يؤثر في قدراتهم على التعلم. يعد التوحد احد أهم الاضطرابات صعوبة وشدة من حيث تأثيره السلبي على الطفل من جميع النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية، فهو منتشر في جميع أنحاء العالم" حيث أن حالات الإصابة بهذا الاضطراب في تزايد سريع، ففي الولايات المتحدة الأمريكية وصلت نسبة نمو السكان 13% سنة 1990 ووصلت نسبة الإعاقات في المجتمع الأمريكي 16% بينما كانت نسبة حالات التوحد 17% وهذا حسب ما أقرت به جمعية التوحد" (براجل، 2016، ص12).

يصنف التوحد تحت مصطلح الإعاقات النمائية الناجمة عن تشوه أو انحراف مسار ومظاهر النمو النفسي، فمصطلح الذاتية يشير إلى الانغلاق عن النفس وضعف القدرة على الانتباه والتواصل، وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، لقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذا الاضطراب مثل: الذاتية و الانغلاق الذاتي، الدهان الذاتي، فصام الطفولة ذاتي التركيب، ودهان الطفولة لنمو أنا غير سوي (الخطاب، 2005، ص09).

يعد اضطراب التوحد كما أشار إليه عثمان فراج (2002): بأنه واحد من الإعاقات النمائية، التي تنتصف بقصور الإدراك وتأخر أو توقف النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به بحيث يعيش مغلقاً على نفسه، يكاد لا يشعر بمن حوله، أو بمن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر مما تجدر الإشارة إليه أن هذه الفئة من الأطفال تعاني من قصور في جوانب النمو المختلفة.

يصيب التوحد الأطفال حديثي العهد في سن مبكرة فيعجز الطفل التوحدي منذ السنوات الثلاث الأولى من تطوير قدراته المعرفية والعقلية نتيجة الاضطرابات العصبية التي تصيبه مما يؤثر على تواصله اللفظي والغير لفظي، كما تقل قدرته على التخيل والإدراك والتفكير والتذكر والاستيعاب والفهم والإبداع، فينعكس ذلك سلباً على عدم القدرة على التصور، فينعزل عن بيئته و مجتمعه وحتى أسرته وأقرانه وذلك بسبب عدم قدرته على الانتباه الجيد والتركيز على مثير محدد لفترة والاستجابة للتعليمات، وكذلك عدم القدرة على إدراك المعلومات و معالجتها، وتعد مشكلات النمو المعرفي من بين أهم و اخطر المشكلات التي يعاني منها طفل الأوتيزم.

تمثل قضية رعاية الطفل التوحدي مبدأ إنساني وحضاري يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق المعاقين وأتاحت الفرصة لهم للاندماج في المجتمع وهذا ما تطلب توفير الرعاية النفسية، والصحية، والإرشادية لهذه

الفئة، مما يسهم في تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي من خلال برامج تربوية خاصة سواء كانت برامج تدريبية، إرشادية، أو علاجية "البرنامج التدريبي هو مجموعة من الأنشطة المخططة المتكاملة والمترابطة التي تقدم خلال فترة زمنية محددة وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج" (بيومي، 2008، ص8).

كما تسعى هذه البرامج إلى إكساب الطفل الذاتي مهارات معرفية واجتماعية تساعده على الاندماج. إن القصور الواضح في أساليب التشخيص والكشف عن هذا الاضطراب من أهم المواضيع التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في الوطن العربي، والذي يشهد نقص في الأبحاث والدراسات حول هذا الموضوع والذي يمس شريحة حساسة في مرحلة حرجة وهي الطفولة المبكرة، بالإضافة إلى قلة المختصين الأكفاء في هذا المجال ونقص المراكز التي تتكفل بهذه الفئة وتقدم الرعاية لها وترشد أسراها، وهذا ما نعيشه في الوطن العربي عامة وفي الجزائر خاصة.

في الجزائر نجد أن مراكز الرعاية الخاصة للتكفل باضطراب التوحد قليلة جدا، إذ نجد أن هذه المراكز تتمركز بالولايات الكبرى، أما في ولاية جيجل فهي عبارة عن جمعيات، حيث لا يوجد بها مركز خاص بهذه الفئة مما يضطر لتوجيههم إلى المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا، ففئة أطفال التوحد يشخصون في غالب الأحيان على أنهم متخلفين ذهنيا وذلك لعدم الدقة في التشخيص، ما يزيد الوضع تأزما على العائلة والطفل معا.

ومما سبق ذكره تأتي الدراسة الحالية لتوجيه الاهتمام وتسليط الضوء على الدور الذي تقوم به مراكز الرعاية للتكفل بطفل الأوتيزم بصفة عامة و بتدعيم جوانب النمو المعرفي لديه بصفة خاصة ، وعليه

فالتساؤل الرئيسي لهذه الدراسة يتمثل فيما يلي:

- ما دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الأوتيزم؟

وتحت هذا السؤال العام ندرج أسئلة فرعية:

- هل تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الانتباه لدى طفل الأوتيزم؟

- هل تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الإدراك لدى طفل الأوتيزم؟

- هل تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية التذكر لدى طفل الأوتيزم؟

- هل توجد فروق في استجابات العينة تعزى إلى متغير الجنس والسن والخبرة المهنية عند مستوى معنوية

0.05 ؟

ثانيا: فرضيات الدراسة:

2-1-الفرضية العامة:

- لمراكز الرعاية دور في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الأوتيزم.

2-2-الفرضيات الجزئية:

- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الانتباه لدى طفل الأوتيزم.

- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الإدراك لدى طفل الأوتيزم.

- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية التذكر لدى طفل الأوتيزم.

- توجد فروق في استجابات العينة تعزى إلى متغير الجنس والسن والخبرة المهنية عند مستوى معنوية

.0.05

ثالثا: أهمية الدراسة:

إن أهمية الدراسة تتجلى من خلال مدى مساهمتها في إبراز المشكلة المطروحة، و ذلك بعد تحديد

متغيراتها و التي تبرز القيمة العلمية و التطبيقية للبحث ككل، حيث سنسلط الضوء على دور مراكز

الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى الأطفال التوحديين.

وعلى ضوء هذا يمكننا حصر أهمية دراستنا في النقاط التالية:

- 1- نتناول فئة من أهم الإعاقات النمائية وأشدّها خطورة والتي لها تأثير بالغ على شخصية الطفل، بما في ذلك إكسابه المهارات المعرفية التي تعد بمثابة الدعامة الأساسية لتكيف الفرد مع محيطه.
- 2- أهمية تناول ه ذا الاضطراب سعياً لفهمه، لأننا نلقي الضوء على مرحلة مهمة في نمو الطفل وهي مرحلة الطفولة والتي يكتسب فيها الطفل أهم المعارف التي تساعد على التواصل مع الأقران، مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل التوحدي يقف عندها.
- 3- معرفة مدى قابلية هذه الفئة للتعلم والاندماج مع الأقران واكتسابهم لمختلف المهارات المعرفية.
- 4- معرفة نوعية الأنشطة والبرامج التربوية والتدريبية والفنيات السلوكية التي قد تسهم في تنمية المهارات المعرفية لدى الأطفال التوحديين.

رابعاً: أهداف الدراسة:

- تتحدد قيمة البحث العلمي بواسطة الأهداف والنتائج التي يرجى تحقيقها، فعلى قدر أهميتها وخدمتها للفرد و الأسرة تتحدد قيمة البحث، ومن خلال هذه الدراسة نسعى لتحقيق أهداف يمكن إيجازها فيما يلي:
- 1 إعطاء مفهوم واضح لفئة التوحديين من خلال البحث في المفاهيم و معرفة أهم الخصائص و السمات التي تميز هذه الفئة.
 - 2 معرفة الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي).
 - 3 التعرف على دور المؤسسات والجهات الداعمة للأطفال التوحد.
 - 4 معرفة دور مراكز الرعاية للتكفل بالطفل التوحدي.
 - 5 التعرف على مختلف المشاكل والاضطرابات التي تعاني منها هذه الفئة.

خامسا: أسباب اختيار الموضوع:

- 1- زيادة الوعي حول اضطراب التوحد، وزيادة الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال، كونها ما تزال بحاجة إلى الكثير من الخدمات الضرورية.
- 2- التعرف على المشكلات التي يعاني منها طفل الاوتيزم خاصة المتعلقة بجوانب النمو المعرفي.
- 3- محاولة الكشف عن الدور الأساسي لمراكز الرعاية في تلبية متطلبات واحتياجات أطفال الاوتيزم.
- 4- الرغبة في الكشف عن البرامج التربوية والتعليمية والتدريبية التي يعتمدها المختص من أجل تدعيم جوانب النمو المعرفي لطفل الاوتيزم.

سادسا:تحديد مصطلحات الدراسة:

1- تعريف النمو:

سلسلة متتابعة من التغيرات التي تهدف إلى اكتمال نضج الكائن الحي من جميع النواحي الجسمية و العقلية والانفعالية، وتحدث هذه التغيرات بترتيب معين و بطريقة يمكن التنبؤ بها كنتيجة للنضج و الخبرة (الطواب 1995،ص15).

إن النمو هو الانتقال من مستوى أدنى إلى مستوى أرقى، هذا ما يجعل N.Sillamy يعرفه "كتصور تدريجي من مستويات بسيطة إلى مستويات معقدة" (بدره معتصم ميموني،ميموني،2010 ص12).

ويعرف النمو Growth بأنه عبارة عن تغيرات كمية تتضمن الزيادة في الطول والوزن والحجم و تغيرات في الأعضاء الداخلية، وزيادة عدد المفردات اللغوية، وزيادة مادة الدماغ، وينجم عن ذلك زيادة في التعلم والتفكير والتذكر (شالكو، 2008، ص20).

1-1- النمو في معناه الخاص والضيق:

يتضمن كافة التغيرات الجسمية والفسولوجية كالطول والوزن والحجم نتيجة للتفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في الجسم.

1-2- أما في معناه العام:

فيشمل بالإضافة إلى ما سبق كافة التغيرات في السلوك والمهارات والنواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية (كامل، 1996، ص16).

1-3- التعريف الإجرائي:

هو سلسلة متتابعة من التغيرات في جميع النواحي الجسدية والعقلية والانفعالية والسلوكية، التي تحدث للفرد و تهدف لاكتمال نضجه،و توافقه مع نفسه و مجتمعه.

2-تعريف المعرفة:

المعرفة "cognition" تشتق كلمة cognition من الكلمة اللاتينية cognoscere و هي تشير إلى المعرفة الإنسانية بأشكالها المختلفة، إدراك، تعلم، ذاكرة، وعي، انتباه، ذكاء فيجب ربط الاستخدام الحديث لهذه الكلمة بتطورات العلوم المعرفية (دورتيه، 2009، ص996).

المعرفة هي العمليات العقلية التي نتوصل بها إلى تحصيل العلم و ينتج عن هذا التفسير أن المعرفة فرع من فروع علم النفس (النشار، 2002، ص44).

2-1-التعريف الإجرائي:

هي كل العمليات العقلية المختلفة من إدراك وتفكير، تعلم، تخزين، تخيل، تصور وغيرها.

3-تعريف النمو المعرفي:

مصطلح يشير إلى التغيرات في تلك العمليات التي نقوم بها للحصول على المعرفة ومن هذه العمليات الإحساس، الإدراك، التصور، الاحتفاظ والاستدعاء وحل المشكلات والاستدلال واللغة والتفكير فنحن نقوم باستقبال المعلومات الحسية عن طريق الحواس، ثم نحولها و نخزنها ومن ثم نستدعيها وقت ما نشاء (الدواسية ، والفظاونة، 2005، ص94).

يرى ليفين "Levin" أن النمو المعرفي يأخذ عددا من الصور فهو يضم إدراك ما هو مألوف، والتطور بفعل الخبرة و تطور المفاهيم، وحل المشكلات والتفكي، كما يتضمن أيضا القدرة على معالجة المعلومات من العالم الخارجي، إذ أنه يمكن النظر إلى النمو المعرفي بأنه تطور أو نمو في عملية المعرفة (قطامي، 2000، ص16).

عرفه أليس و هنت (1993) Ellis and hunt، على انه علم دراسة العمليات (العنوم، 2004، ص24).

3-1- التعريف الإجرائي:

النمو المعرفي هو القدرة على القيام بعمليات التفكير والفهم، والقدرة على معالجة المعلومات واكتساب المهارات الإدراكية وتعلم اللغة.

4- تعريف التوحد:

يعرفه أورنرز 1989 بأنه احد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو علامات جينية (مصطفى، الشربيني، 2011، ص27).

يعرف أيضا على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال مع الآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بان لديهم اضطرابات لغوية (العيادي، 2011، ص13).

كما عرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (DSM,IV(1994 على أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك في الاتصالات اللفظية و الغير لفظية والتفاعل الاجتماعي و هو عادة يظهر في 3 سنوات و الذي يؤثر بدوره على الأداء و التعليم (سليمان، 2014، ص32).

4-1- التعريف الإجرائي:

هو اضطراب نمائي تطوري معقد يصيب الأطفال في سن مبكر، يتميز الطفل بالانطواء، وضعف الاتصال الاجتماعي، وانعدام الثقة بالمحيطين به، ويظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

5- تعريف الطفل التوحدي:

الطفل التوحدي طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية العلاقات مع الأشخاص، و يعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، ويظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعينين والوجه، وكراهية العواطف والتلامس الجسماني، وفشل في نمو اللعب الجماعي، و اللعب الخيالي والصدقة مع الأطفال الآخرين (بدر، 2004، ص18).

- عرف (Wolf) الأطفال التوحديين على أنهم الذين:

- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

- ينقصهم الاتصال اللغوي، المتمثل في فساد النمو اللغوي، مع شذوذ في شكل الكلام ومضمونه، وترديد آلي لما يسمع.

- شذوذ في اللعب والتحليل.

- النمطية والتقلب، والإصرار على الطقوس والروتين، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط، مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل (هز الرأس، تحريك اليدين الأصابع...الخ) (المغلوث، 2006، ص17).

5-1- التعريف الإجرائي:

هو الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين وهو منسحب ومستقل بأفكاره وخيالاته وهو الطفل العاجز على تحمل التغيير.

سابعاً: الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: دراسة ديمنيس وجيمس 1984 demnis & james:

بعنوان الذاكرة السمعية والبصرية لدى الأفراد المصابين بالتوحد:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الذاكرة السمعية والبصرية لدى الأفراد المصابين بالتوحد وشملت عينة الدراسة 20 حالة توحد من الذكور تراوحت أعمارهم من 13 إلى 15 سنة، ونسبة ذكائهم تراوحت ما بين التخلف الشديد إلى الذكاء المرتفع، وكانت أهم النتائج المتوصل إليها أن الذاكرة السمعية والبصرية جيدة ومميزة عند التوحديين، وأن تخزين مفردات اللغة وصل لمستوى جيد، لكنهم يعانون من ضعف شديد في اللغة التعبيرية.

الدراسة الثانية: دراسة سيرا وآخرون (2003) serra et al:

بعنوان مدى قدرة الأطفال التوحديين ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة الملامح على إدراك تعبيرات الوجه.

هدفت الدراسة إلى التعرف على قدرة الأطفال التوحديين ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة الملامح على إدراك تعبيرات الوجه، مع قياس سرعتهم في ذلك، وتكونت عينة الدراسة من 26 طفلاً من الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة الملامح، تراوحت أعمارهم بين 7-10 سنوات، وتمثلت الأدوات المستخدمة استمارة ملاحظة، ومجموعة منال صور تحتوي على عدد من الوجوه، وأشارت النتائج إلى قدرة الأطفال من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة الملامح على إدراك

التعبيرات الوجهية المختلفة (فرح، حزن) إلا أنهم يحتاجون وقتاً أطول من غيرهم من الأطفال العاديين لإدراكها.

الدراسة الثالثة: دراسة رأفت عوض السعيد خطاب (2005):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات الانتباه، لدى عينة من الأطفال التوحديين، وذلك باستخدام بعض التقنيات التدريبية المنبثقة عن النظرية السلوكية، والكشف عن مدى استمرار التحسن في الانتباه لديهم، بعد انتهاء من تطبيق البرنامج.

تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوي التوحد البسيط إلى المتوسط أي ممن تتراوح درجات التوحد لديهم (30-36.5) على مقياس تقدير التوحد الطفولي CRRS (إعداد سكوبلر وآخرون 1980)، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين تجريبية وضابطة، تكونت كل منها من (5) أطفال وتراوحت أعمارهم بين 9 و14 سنة ونسبة ذكائهم بين (50-70)، ومقياس الانتباه للأطفال التوحديين (إعداد الباحث) برنامج تدريبي (إعداد الباحث) استمارة استطلاع لجودينوف هاريس (ترجمة وتقنين: محمد فرعني وآخرون، 2004) ومقياس الطفل التوحدي (إعداد عادل عبد الله، 2001) ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخص 1995) ومقياس تقدير الطفل التوحدي CHILDHOOD AUTISM RATING SCAL CRRS (إعداد سكوبلر وآخرون ترجمة وتقنين: سهام عبد الغفار 1999).

أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم، حيث ساعد البرنامج على تنمية مهارات الانتباه لدى المجموعة التجريبية، وذلك وفقاً للمقياس المستخدم، أما بالنسبة للمجموعة

الضابطة فلم يحدث عليها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي، كما تبين استمرار تأثير البرنامج بعد انتهاء تطبيقه و ذلك باستخدام المقياس التتبعي.

الدراسة الرابعة: دراسة كريستينا واهلن وآخرون (2006):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الانتباه المشترك وأثره في تحسين مستوى المبادرات الاجتماعية والتقليد الكلامي لدى عينة من الأطفال دون سن 6 سنوات وتمثلت الأدوات بالبرنامج التدريبي ومقياس للانتباه، استمارة الملاحظة.

وأشارت النتائج إلى تدريب التوحيدين الصغار على مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادة في سلوكيات التواصل الاجتماعي غير مستهدفة لديهم، وبعد مشاركة الأطفال في البرنامج تم ملاحظة تغيرات ايجابية في كل من: التلقين الاجتماعي، التقليد واللعب، الحديث التلقائي.

الدراسة الخامسة: دراسة رشا حميدة (2007):

بعنوان فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الإدراك وأثره في خفض السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي: وهدفت الدراسة إلى تنمية الإدراك البصري لدى الأطفال التوحيدين من خلال إعداد برنامج تدريبي وقياس فاعلية هذا البرنامج في خفض السلوك النمطي لديهم، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة كلية قوامها طفل توحدي، ملتحقين بمركزين من مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة المحلة الكبرى بمحافظة الغربية، وقد تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وقد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي، الاقتصادي والعمر الزمني، ووجود إعاقة مصاحبة

وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج، ومن الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة مقياس رسم الرجل لجودانف هاريس goodenough harris لقياس الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخص 2006)، ومقياس الطفل التوحدي (إعداد عادل عبد الله 2001) ومقياس تقدير مهارات الإدراك البصري (إعداد الباحثة) ومقياس تقدير السلوك النمطي و البرنامج التدريبي (إعداد الباحثة) وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، بحيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات الإدراك البصري مما أدى لخفض السلوك النمطي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي و البعدي، كما أثبتت استمرار اثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

الدراسة السادسة: دراسة عدنان وليد سكر (2014):

بعنوان فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات المعرفية والاستقلالية لدى الأطفال التوحديين.

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان مدى فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات المعرفية والمتمثلة في الانتباه والتقليد والإدراك الحسي الحركي والتفكير والتمييز والتصنيف، وبعض مهارات الاستقلالية الذاتية المتمثلة في تناول الطعام والنظافة الشخصية والصحة العامة وترتيب وارتداء الملابس و التعريف بالنفس وحمائتها، والتنقل واستخدام النقود لدى الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم بين 4 إلى 6 سنوات، وتألفت عينة البحث من اثني عشر طفل توحدي من الملتحقين بمركز التوحدي في المنظومة السورية للمعوقين " آمال" في مدينة دمشق في عام ، 2012 وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين

متكافئتين، تجريبية وضابطة وتكونت أدوات البحث من مقياس لتقدير المهارات المعرفية لدى الأطفال التوحديين، ومقياس لتقدير المهارات الاستقلالية الذاتية للأطفال التوحديين (إعداد الباحث) وقد تم تحقق الباحث من دلالات صدق وثبات الأدوات والأساليب الإحصائية المناسبة، وبينت نتائج البحث أن البرنامج التدريبي المقترح كان فعالا بدرجة كبيرة، في تنمية المهارات المعرفية و مهارات الاستقلالية الذاتية لديهم بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات أطفال التوحد بين عينة البحث على مقياس المهارات المعرفية ودرجاتهم على المهارات الاستقلالية الذاتية.

ثامنا: التعقيب على الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت وتطرقت لموضوع التوحد وتناولته من زوايا مختلفة وقد تنوعت هذه الدراسات بين دراسات عربية وأجنبية، وسوف نستعرض جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها.

مجمل ما استطعنا الحصول عليه هي 6 دراسات موزعة كالتالي 3 دراسات عربية و 3 أجنبية، وقد تم عرض هذه الدراسات وفق ترتيبها الزمني من الأقدم إلى الأحدث ونود أن نشير إلى أن الدراسات التي اعتمدنا عليها جاءت في الفترة الزمنية ما بين 1984 و 2014 شملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي، وفيما يلي نقدم عرضا لهذه الدراسات، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينهما، ثم نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، و جوانب الاستفادة منها.

ما تجدر الإشارة إليه هو أن هذه الدراسات سواء منها الأجنبية أو العربية تشترك مع دراستنا الحالية في الكثير من النقاط مثلا دراسة (عدنان سكر 2014) تشترك مع دراستنا من حيث تناولها لمتغير تنمية المهارات المعرفية لطفل الأوتيزم، كذلك دراسة (رشا حميدة 2007) ودراسة (سيرا وآخرون 2003) التي اشتركت مع دراستنا في متغير ومهارة الإدراك، نجد أيضا دراسة (كريستينا واهلن وآخرون 2006) ودراسة (خطاب 2005) اشتركت مع الدراسة الحالية في متغير الانتباه، أما دراسة (ديمنيس وجيمس 1984) والتي تناولت متغير الذاكرة والتي اشتركت مع دراستنا الحالية أيضا، وقد استخدمت تلك الدراسات مداخل بحثية مختلفة.

كما تنوعت عينات مجتمع الدراسة من دراسة إلى أخرى، وتباينت من حيث حجم العينة، إذ بلغ أكبر حجم لعينة الدراسة (26 طفل متوحد) (دراسة سيرا وآخرون 2003) وقد بلغ أقل عدد أفراد عينة (10 طفل متوحد) (دراسة رأفت عوض السعيد خطاب 2005) اختلفت الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية في مجتمع الدراسة ففي الدراسات السابقة أفراد عينة الدراسة هم الأطفال التوحيديين بينما في دراستنا الحالية أفراد عينة الدراسة هم المختصين، بالنسبة لجنس عينة الدراسات فقد طبق على جنس الذكور أما في دراستنا الحالية اعتمدنا على كلا الجنسين (ذكر و أنثى).

كما اعتمد الباحثون في هذه الدراسات على أدوات مختلفة لجمع المعلومات حول مجتمع الدراسة، تراوحت بين الاستبيان والمقاييس والملاحظة، والمقياس هو الأكثر استخداما في معظمها، وقد اعتمدنا في دراستنا الحالية على الاستبيان أيضا بالنسبة لنتائج تلك الدراسات فقد توصلت معظمها لوجود نتائج ايجابية وفي دراستنا الحالية توصلنا لنتيجة ايجابية تمثلت في مساهمة مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الاوتيزم.

الفصل الثاني:

ماهية التوحد

تمهيد

أولاً: لمحة تاريخية عن التوحد

ثانياً: مفهوم التوحد

ثالثاً: نسبة انتشار التوحد

رابعاً: أعراض التوحد

خامساً: أسباب التوحد

سادساً: خصائص التوحد

سابعاً: أنواع اضطراب التوحد

ثامناً: علاقة التوحد ببعض الاضطرابات

تاسعاً: النظريات المفسرة للتوحد

عاشراً: تشخيص و علاج التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على المعالم النمائية الرئيسية، حيث جذب اهتمام الأخصائيين والباحثين، ولا يزال هذا الاضطراب مثيرا للجدل من حيث تشخيصه، أسبابه، علاجه، وقد أصبح حاليا تصنيفا مستقلا في التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن التوحد يعتبر جزءا من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثا نوعا ما.

أولاً: لمحة تاريخية عن التوحد:

تعد الجذور التاريخية للاهتمام بالأفراد التوحديين موضوعاً جدلياً إلى حد ما، حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أن الاهتمام بهذه الفئة من الأفراد يعود إلى البداية العلمية المفترضة بحركة التربية الخاصة وتحديدًا الطفل الذي وجده الطبيب الفرنسي جان إيتارد (Jan Itard 1775-1838) في غابات الأفيرون الفرنسية وسماه فيما بعد "فيكتور" حيث ظهرت بعض أعراض التوحد، إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة (الشامي، 2004، ص23).

وينظر إلى البروفيسور الأمريكي ليوكانر (Leo Kenner 1894-1981) على أنه أول من طرح صفات التوحد على شكل متلازمة لمجموعة من الأعراض تظهر في نفس الوقت، حيث وصف عام 1943 خصائص مجموعة من الأطفال مكونة من 11 طفلاً لديهم صفات غير عادية ظهرت قبل عمر سنتين ونصف، وتمثلت بالعزلة الاجتماعية، التعامل الغريب مع الآخرين، اضطرابات في اللغة مثل (الصدى الصوتي، عكس الضمائر، الاستخدام الغريب للكلمات...) ضعف التواصل مع الآخرين، الروتين ومقاومة التغيير، وأشكال متعددة من السلوك النمطي، وأطلق "كانر" على هذه المتلازمة اسم التوحد الطفولي (Infantile Autisme) (السرطاوي و آخرون، 1999، ص17).

أما كريك (Creek) فقد ذكرت في بحثها عام 1961 بعض الأعراض الأساسية التي يمكن اعتبارها معياراً لتشخيص التوحد وهي: ضعف عام ودائم في العلاقات العاطفية مع الغير، عدم إدراك الهوية الشخصية و تعلق غير طبيعي ببعض الأشياء أو أجزاء منها أو بعض النشاطات دون إدراك لماهيتها الحقيقية، مقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة، خبرات إدراكية غير طبيعية، وردود فعل غير طبيعية إزاء

المثيرات الحسية وتوتر وقلق شديدين دون وجود أسباب منطقية، ورهبة من أشياء تعتبر طبيعية عند الآخرين، فقدان القدرة على الكلام أو عدم اكتسابه مطلقاً، إتباع أساليب غريبة في الحركة، تأخر شديد في نمو القدرات والمهارات المختلفة ونمو غير متوقع لبعضها إلا أن "Rutter" عام 1978 عارض المعايير التي وضعتها كريك Creek فقد رأى أن العديد من هـ ذه الأعراض لا تنطبق على جميع من يعانون التوحد، كما أن بعضاً منها ينطبق على من يعاني التأخر العقلي أو صعوبات تعلم، وبناء على الدراسة الأولى لتي نشرها كانر "kanner" والتقارير التي تلتها، وجد راتر "Rutter" أن هناك أربعة أعراض سلوكية رئيسية يمكن اعتمادها لتشخيص حالات التوحد وهي: القصور في النمو العاطفي والقصور في التواصل مع الآخرين، وسلوكيات متكررة وثابتة، الإصرار على إبقاء الأشياء على حالتها على أن تظهر هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل 30 شهر من العمر (الفوزان، 2003، ص14، 15).

لم يحصل التوحد على الاعتراف الرسمي به كفتة تشخيصية لأول مرة من قبل منظمة الصحة العالمية world Helath organisation (WHO) إلا في عام 1977 وذلك من خلال صدور الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض international classification of disease أوفي صيف عام 1994 أصدرت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة this diagnostic and statistic almanual off mental disorder والذي توسع فيه مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (disorders developmental (pervasive) (PDD) بحيث أصبحت تضم اضطرابات طيف التوحد (disorders spectrum autism) والتي هي اضطراب التوحد (autism disorder) متلازمة اسبرجر (Syndorme asperger's) متلازمة ريت (Reet syndorme)

اضطراب تفكك أو انحلال الطفولة (Childhood Disintegrative disorder)

واضطراب التوحد الغير نمطي (Atypical) Autism's disorder أو ما يسمى بالاضطراب النمائي الشامل الغير محدد (pervasive developmental disorders- not other wisspiefed)

(ديب، 2004، ص30).

ثانيا: تعريف التوحد:

الاولتيزم (Autisme) لفظ مكون من أصل يوناني وقد تكون من مقطعين الأول (Aut) وتعني الذات (Self) و الثاني (Is) وتعني حالة (State) وبذلك يعني المصطلح حالة الذات، ويشير إلى الانشغال الشديد للأطفال المصابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين (خليل وآخرون، 2009، ص37).

التوحد يمثل إحدى الاضطرابات النمائية التي تعزل الطفل المصاب به عن المجتمع، دون أن يشعر بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه، بينما يعايشها هو بصفة دائمة ومستمرة، لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقته الخاصة (الشربيني، 2004، ص22).

مصطلح التوحد يستخدم للإشارة إلى واحدة من الإعاقات النمائية التي تتصف بقصور الإدراك، وتأخر أو توقف النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به، بحيث يعيش منغلقا على نفسه يكاد لا يشعر بمن حوله، أو بمن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر (بيومي، 2008، ص7).

التوحد مصطلح يشير إلى الانغلاق عن النفس والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على التواصل، وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط (محمد، 2000، ص26).

التوحد هو حالة من حالات الإعاقة التي لها تطوراتها، وتعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات و معالجتها، كما أنها تؤدي إلى مشاكل في اتصال الفرد بمن حوله، واضطرابات اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي (الدهمسي، 2007، ص156).

مصطلح الاوتيزم يقصد به انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة، توهمات وهلوسات، وشخص الأوتيزم ذو شخصية منغلقة، وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغال كامل بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية والى حد كبير في الخيال (خليفة، ووهدان، 2014، ص9).

تعريف بارتر شيا هولن: تعرف الذاتية أنها إحدى اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية انسحابية، وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ويعيش الطفل منغلقا على ذاته في عالمه الخاص، ما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة، أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (فراج، 2002، ص52).

يعرفها ماجد عمارة (1999) بأنها حالة من حالات الاضطراب الارتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، وتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد(عمارة، 1999، ص10).

وترى هيل (2004) أن الذاتية اضطراب نمائي يتميز بقصور في التفاعلات الاجتماعية وسوء التكيف مع متطلبات الحياة، فهو اضطراب مزمن يستمر مع الشخص مدى الحياة (سلامة، 2004، ص27).

هو اضطراب نمائي يؤثر في التفاعل الاجتماعي، والنفسي، وتواصل اللغة، وسلوك الطفل، وقابليته للتعلم والتدريب، ويأخذ عدة سمات ومظاهر منها صعوبة الاندماج في المجتمع، واللامبالاة، وعدم مشاركة الآخرين انفعالاتهم، وعدم اللعب مع الأقران، وتأخر أو فقدان النمو اللغوي، وحدوث نوبات الغضب والبكاء والضحك بدون سبب، وعدم الخوف من الخطر، وصعوبات في مهارات العناية بالذات.

ثالثا: نسبة انتشار التوحد:

يعتبر التوحد اضطرابا نمائيا نادر الحدوث نسبيا مقارنة بالاضطرابات النمائية الأخرى، ويقدر معدل انتشاره بحوالي 5-2 ولادات من كل عشرة آلاف ولادة.

في حين بينت دراسات أخرى أن نسبة انتشاره تتراوح بين 5-4 لكل عشرة آلاف طفل مولود، وفي اليابان بينت إحدى الدراسات أن معدل حدوث الاضطراب بلغ 16 حالة لكل عشرة آلاف طفل، وأن 139 طفلا من المفحوصين كانت أعمارهم دون السنة و 30 شهرا، وأن 20 طفلا من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى سن 6 سنوات (سليمان، وعبد الله، 2003، ص14).

وفي بريطانيا أشار غرين و زملاء (2003 Green, et al) إلى أن نسبة انتشار التوحد الكلاسيكي تصل إلى (10,000 /1,6) حالة، أما بالنسبة لاضطراب طيف التوحد فتقدر نسبتها بحوالي (10,000/6,2) حالة.

وفي أوروبا و اسيا أشار سرينفاسا (srinvasa، 2004) إلى أن نسبة انتشار التوحد في قارتي آسيا وأوروبا تتراوح ما بين (10,000/2,6) حالة وفي كندا ذكرت دراسة تيد مارش وفولكمار (Tidmarch, volkmar 2003) أن النسبة تقدر ب (10) أطفال لكل (10,000) من حالات الولادة (سهيل، 2015، ص83).

وفي الدول العربية أجرت مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية في المملكة العربية السعودية دراسة لمدة خمس سنوات لتحديد حجم مشكلة التوحد في السعودية، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن نسبة انتشار التوحد (0.6-4.0)% طفل، أما فيما يتعلق ببقية الدول العربية فلا يوجد إحصائيات دقيقة فمعظم الدول العربية تقدر نسبة انتشار التوحد لديهم قياسا لحجم المشكلة في الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية.

وترتفع نسبة انتشار التوحد الأسرة الواحدة (9.2%) من أقارب الأطفال المصابين بالتوحد، وهذا يؤكد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب (الجلادة، 2016، ص35).

وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (the autism society of Amerca1999) أن التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل خمس مائة فرد أي بنسبة (500:1) وان نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف، وأصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي 500 ألف

شخص في الولايات المتحدة يعانون من التوحد، وتشير أحدث الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2003 أن نسبة انتشار التوحد ارتفعت بدرجة كبيرة حيث أصبح متوسطها (1:250) حالة ولادة وبذلك يصبح التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات انتشاراً بعد الإعاقة العقلية (سهيل، 2015، ص84، 85).

قدر رابن (Rapin 1997) حدوث التوحد ما بين (1-2) لكل ألف حالة، وقد لخص فومبون (Fombonne 1988) نتائج الكثير من الدراسات لعينة قوامها (4) ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين (4.6-5.5) لكل (10000) أما رابن كاتزمان (Rapin katzman 1998) فقدر معدل انتشاره ما بين (1-2) شخص لكل (10000) (فاروق و آخرون، 2013، ص29، 30).

وقد لوحظ أن حوالي (40%) من التوحيديين لديهم معدل ذكاء يقل عن (55،50) وحوالي (30%) يتراوح معامل ذكائهم ما بين (50-70) كما يلاحظ أن حدود هذا الاضطراب يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي (20%) لديهم ذكاء غير لفظي سوي، وفي سجلات معدلات الذكاء للذاتيين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوي، مهارات التفكير المجرد مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة (خطاب، 2005، ص21، 22).

رابعاً: أعراض التوحد:

أكد بعض العلماء أن أهم أعراض التوحد هي:

4-1- التواصل:

يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا يتطور بتاتا، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين حيث ترتبط الكلمات بمعاني غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلا من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

4-2- ضعف في اللعب و التخيل:

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما انه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب مبتكرة (سليمان، 2014، ص37).

4-3- التفاعل الاجتماعي:

هناك ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ويتصفون بالعزلة المفرطة Extrem Autistic Aloneness والانسحاب وتجنب المواقف الاجتماعية، عاجزين عن التواصل مع المحيطين بهم وكأنهم في قوقعة.

4-4- خلل في الحواس:

أحيانا لدى هؤلاء حساسية عالية جدا للمس أو للمسك و في بعض الأحيان لا يهتمون لذلك، ويضطربون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية، كالمكنسة والخلطات، والمصاعد وما شابه ذلك وكذلك الحال بالنسبة للشم والتذوق، والبعض منهم يؤلف أصناف محددة من الطعام لا يحيد عنها.

4-5- ظهور أنماط شاذة في السلوك:

مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه... الخ، وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب، بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسامهم و التحكم الإدراكي و إلى التكامل الحركي (القمش، والمعايطة، 2007، ص298).

أما " جوزيف ريزو" و" روبرت زابل" 1999 فيذكران عددا من المؤشرات والأعراض التي تدل على أن الطفل توحدي، ومن هذه الأعراض:

- إن الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة، وعدم إجراء أي تغييرات لأوضاع الأشياء من حوله.

- إن بعض الأطفال التوحديين يبذلون رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء التافهة مثل: إطار سيارة أو لعبة مكسورة، بطارية قديمة، قطعة قماش وذلك بطريقة سلبية قليلة الفائدة.

- إن معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام، أو تدني شديد، وذلك استنادا إلى اختبارات الذكاء المقننة التي طبقت عليهم.

- إن الأطفال التوحديين لا يظهرون استعدادا للاستجابة للمسؤولين عن رعايتهم، فهم لا يميلون إلى معانقة الأم، أو الابتسام استجابة لحضورها ولا يرغبون أن يمسكهم أحدا (الجلادة، 2016، ص21).
- و يذكر سليمان وآخرون 2003: أن التعرف على التوحد يبدأ بمعرفة أعراضه، وأن هذه الأعراض هي:
- اضطراب عملي الكلام، أو عدم الكلام مطلقا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء.
- ظهور الطفل التوحدي بمظهر حزين، دون أن يعي ذلك.
- عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير الطفل التوحدي للمخاطر التي قد يتعرض لها، بالرغم مما قد يلحق به من أذى.
- كثرة الحركة، الميل للجمود، عدم الحركة، العزلة عن حوله حسيا وحركيا.
- الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي، وكأنه مصاب بالصمم، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه.
- سرعة الانفعال عندما يتدخل شخص ما في شؤونه، ويطول فجأة خاصة الذين لا تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات (سليمان، وآخرون، 2013، ص35).
- تعددت أعراض التوحد إلا أن أهم السمات المميزة للمصابين بالذاتوية هي الوجدانية (الميل إلى الوحدة) أي أنه ينغلق على نفسه، ولا تظهر لديه حاجة للاتصال بالآخرين، بالإضافة إلى ه ذا تتميز ه ذه الفئة بأنماط محدودة ومتكررة نمطية في السلوك والنشاطات، وميول نحو عادات مألوفة وأداء الأعمال الروتينية ومقاومة التغيير، و كذلك عجز طفل الاوتيزم عن تكوين علاقات مع الآخرين، كما تظهر لديهم

مشاكل مثل: الفزع، الخوف، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي، والعدوان، وإيذاء النفس.

خامسا: أسباب التوحد:

5-1-العوامل البيوكيميائية:

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

5-1-1-السيروتونين Serotonin:

وهو من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي، والذي ينشأ من جدران القناة الهضمية ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية مثل النوم، إفراز هرمونات المزاج، الذاكرة، درجة الحرارة.

5-1-2-الدوبامين Dopamin:

وينشأ من الحامض الأميني الفينيلانين Phynylanine ويلعب دورا حيويا في النشاطات الحركية والذاكرة، استقرار المزاج والسلوك النمطي.

5-1-3-النور بنفرين Nore pinephrine:

له دور في التوتر والإثارة ودرجة القلق.

5-1-4- البيتيدات العصبية:

وهي مسؤولة بشكل رئيسي على الانفعال وإدراك الألم وضبط السلوك الجنسي (اللالا، وآخرون، دس، ص401).

وقد اكتشف فريد هوف وآخرون (Fried et al 1962) وجود مادة (dimethox phenylethy lamine) في بول الأفراد التوحديين، وهذه المادة غير موجودة لدى العاديين.

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ عن نقص الإنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه إصابة بالاوتيزم المصحوب بالتخلف العقلي.

ويشير(1956) Healy, Robertes إلى أن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتريبوتوفان tryptophan، وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال التوحديين باستخدام عوامل استقبال الدوبامين للتخلص من السلوك النمطي، إلى أن الاوتيزم ينشأ عن زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ (القمش، 2011، ص38، 39).

5-2- العوامل العصبية البيولوجية:

إن البحث الحالي يشير إلى أن أي شيء يمكن أن يسبب ضررا أو تلفا بنيويا، أو وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي، يمكن له أيضا أن يسبب متلازمة التوحد (عليوان، 2007، ص9).

ويعتقد الباحثون أن جميع المصابين بهذا الاضطراب يعانون من تلف دماغي، ودليل ذلك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية، الجسمية، والإعاقات المختلفة، وكذلك الاختلاف الموجود في شكل أدمغة المصابين (ديب، 2004، ص23).

كما أظهرت الفحوصات العصبية على أن الأطفال التوحديين يتميزون بشذوذات، مثل: تأزر ضعيف في الحركة، سيلان اللعاب، نشاط زائد.

وتشير الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي (IRM) أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالأوتيزم، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في الفص القفوي، الفص الجداري، الفص الصدغي ولا توجد فروق في الفصوص الأمامية، كما يعتبر الفص الصدغي منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة للاضطراب، فعندما يحدث تلف لهذه المنطقة فمن المتوقع أن يفقد السلوك الاجتماعي، ظهور القلق، الأرق الأرق، السلوك الحركي المتكرر (خطاب، 2009، ص43).

وقد أوضح فيجنندرا سينغ (sing fijandra) في المؤتمر الدولي سنة 2000 أن التجارب المخبرية التي قام بها أوضحت بأن جرعات التطعيم ضد الحصبة الألمانية تسبب ردود فعل مناعية، تؤدي إلى تلف البروتين في المخ وبالتالي التوحد (سليمان، 2011، ص10).

5-3-العوامل الجينية:

لا يعتبر الكثير من الباحثين أن متلازمة الصبغي الهش (le chromosome fragile X) هي أحد أسباب التوحد بل يتم التفريق بين الحالتين على أساس أن أعراض هذه المتلازمة مشابهة للتوحد، ولكن مازالت

العديد من الدراسات تدرجالصبغي (X الهش) كسبب مهم ومسؤول عن الإصابة بهذا المرض، عن نسبة تتراوح بين (5.2%، 16%) (رسلان، 2009، ص35).

وقد يكون للوراثة دور في التعرض للاضطرابات، وهذا ما توصلت إليه دراسة كامبل وآخرون

(Campbel et al, 2006) حيث تشير نتائج دراسة أسرية للذاتوية شملت (1231) عينة أن الموقع على

الكرومونيوم هي المنطقة المرشحة لوجود جين التوحد، كما تنتشر بعض الأمراض المزمنة بين أسر

المصابين بالتوحد، مثل: مرض السكر المعتمد على الأنسولين، التهاب المفاصل الروماتيزي، انخفاض

إفراز الغدة الدرقية والإصابة بالحساسية (اللهبي، 2009، ص14).

5-4- العوامل الاجتماعية:

يرى كل من بوتمان زيريك (Boutman et Zurek, 1960) أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل

بالرفض من والديه وعدم إحساسه بمعاطفتها فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي إلى

خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وأكد (Kanner) بأن العزلة الاجتماعية

وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس ظهور كل التصرفات الغير طبيعية(الجبلي، 2004، ص49).

ويقول برينو بيتلهام (Bruno Betlhiem) في كتابه (الحصن الفارغ، 1967) أعلن عبر هذا الكتاب

"اعتقادي أن رغبة الآباء في أن لا يوجد طفله م أصلا هي العامل المحفز لتوحد الطفولة" (لورا شاربيمان،

ترجمة عياد فاطمة، 2010، ص86).

5-6- عوامل ما قبل الولادة:

تشير بعض الدراسات انه يوجد مضاعفات سلبية لاضطراب التوحد، في مرحلة الحمل قد يؤثر النزيف الدموي للأم على الجنين، وتأثير العقاقير التي تتعاطاها أثناء فترة الحمل، كما وجد أن السائل الداخلي المحيط بالجنين في تاريخ الأطفال التوحديين موجود بنسبة اكبر مقارنة بالفئة العادية، حيث قد يصاب الطفل بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا(حسن، 2001، ص595).

كما أشار العديد من العلماء أن التدخين أثناء مرحلة الحمل له مخاطر كبيرة في ولادة طفل مصاب بالتوحد، وتعتبر دراسة أجراها مجموعة من الباحثين السويديين على 2000 طفل بأن الأمهات المدخنات أكثر عرضة لإنجاب أطفال توحدين بنسبة وصلت إلى 40% مقارنة بالأمهات الغير مدخنات (محمد، 2005، ص19).

5-7-العوامل النفسية:

تصور كانر (Kanner) المكتشف الأول لهذه الإعاقة في أول تقرير له عنها أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسؤولة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب التنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل، افتقاد الطفل الحب والحنان، ودفئ العلاقة بينه وبين أمه، وغياب الاستثارة واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية(بدر، 2004، ص33).

نظرية الأم الثلجة أي أن التوحد ناتج عن انسحاب نفسي لما يدركه الطفل على انه بيئة باردة عاطفيا والتي كانت سائدة في الخمسينات والستينات وهي نظرية خاطئة تماما(الإمام، و الجوالد، 2010، ص94).

وقد فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد أن التوحد ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات كثيرة عنده وحسب العالم النفسي برينو بيتلهام (Bruno Bettelheim) أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ، ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم، حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلجة (الشامي، 2004، ص50).

أما سنجر و وينمي (Singer et Wynne 1963) يرون أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة (سليمان، 2000، ص 74).

بالنظر للأسباب السابقة نرى عدم الاتفاق التام على سبب واحد لحدوث التوحد، وهذا أمر طبيعي لأن حدوث الإصابة تعود لعدة أسباب، و لكن هناك حقيقة أن هذا الاضطراب لم تتحدد بعد العوامل و الأسباب المؤدية إليه، فقد يكون السبب اختلالات حيوية وعصبية في الدماغ الذي يبدو من خلال تحليل الصور الإشعاعية و المغناطيسية، أو أنه سبب جيني نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي أو نتيجة له هذه العوامل المجتمعة.

سادسا: خصائص التوحد:

6-1- الخصائص السلوكية:

سلوك الطفل التوحدي محدود وضيق المدى، كما انه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع.

ومن أبرز السلوكيات لدى التوحديين:

- يظهر الطفل السلوكيات لا إرادية مثل: ررفة اليدين، وهز الجسم ذهابا وإيابا.
- يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به.
- يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
- يفضل التوحديون أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير، ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغيير نمط محدد قد تعودوا عليه.
- يتميز بالعدوانية (مصطفى، والشربيني، 2011، ص27، 28).

6-2- الخصائص الاجتماعية:

- يظهر بعض الأطفال التوحديين تطورا طبيعيا أو شبه طبيعي في مهارات التفاعل الاجتماعي خلال السنة الأولى من عمرهم، ثم يبدأ بالتراجع يفقدها كليا خلال السنة الثانية، في حين نجد أن الغالبية منهم يظهرون قصورا شديدا في تلك المهارات منذ الأشهر الأولى (حسن، 2001، ص564).
- غالبا ما يميل الطفل التوحدي للبقاء وحيدا، حيث يواجه صعوبات كبيرة في البدء بتفاعلات اجتماعية تكيفية فعالة مع الآخرين، والاستمرار بها وإنهائها، وذلك لأن الكثير من المهارات اللازمة لإنشاء هذه التفاعلات إما تتطور بشكل متأخر جدا، أو تتطور جزئيا، أو أنها لا تتطور أبدا، والجدير بالذكر أن مهارات المبادرة لإقامة التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي غالبا ما تكون أكثر قصورا من

مهارات الاستجابة لها، كما أن معظم الأطفال التوحديين يظهرون ضعفا واضحا في مهارات الاهتمام المشترك للأغراض الاجتماعية (خطاب، 2005، ص، 15).

كما يظهرون اهتماما ضعيفا بالألعاب، وعادة ما يكون لعبهم بصورة نمطية وغالبا لا يعرفون كيف يلعبون بالألعاب، فيلجئون إلى تدويرها أو رميها على الأرض، إضافة لعدم قدرتهم على إدراك قوانين الألعاب الاجتماعية إتباعها من تبادل أدوار وغير ذلك، ونادرا ما يبادرون للعب مع الآخرين (باطة، 2003، ص25).

6-3- الخصائص اللغوية:

- صعوبات في النطق عند الطفل التوحدي ليست ناتجة عن الإصابة بالتوحد، بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب التوحد في حالات كثيرة.
- لغته تنمو ببطء أو لا تنمو على الإطلاق، وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدل الكلمات.
- يستخدمون كلمات خاصة بهم: يغلب على الطفل التوحدي استخدام كلمات خاصة به للدلالة على أشياء معينة.
- قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلا من أنا والعكس.
- ترديد الكلام وهي من أكثر السمات اللغوية شيوعا في التوحد، حيث يكرر الطفل الكلام بنفس الطريقة (فاروق، والشربيني، 2011، ص98، 99).

- يتصف أطفال التوحد بالاستخدام المتقطع للغة، حيث أنهم يمتلكون رصيدا كبيرا من الكلمات، لكن لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى، وهذه هي المشكلة التي يعاني منها أطفال التوحد (الفوزان، 2002، ص34).

6-4- الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يمثل الطفل العادي من نفس سنه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية. فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا ينظرون تحت أقدامهم، كما أن أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحرك الطفل التوحدي فإن الكثير منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات، فهم مثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام وإلى الخلف بشكل متكرر وفي بعض الأحيان يحركون أيديهم و أقدامهم في شكل حركة الطائر، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبهجين أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر النور يضاء ويطفأ.

وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديين في موقف استئثار ذاتية لأنفسهم فمثلا يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، بل أن الفئات الشديدة الإعاقة منهم قد يصل الأمر بهم إلى إيذاء أنفسهم وذلك يمثل الاستئثار الذاتية لهم (خطاب، 2009، ص70).

6-5- الخصائص النفسية:

الطفل التوحد يعاني الكثير من السلوكيات الغير سوية ويلاحظ عليه أن سلوكه محدد وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات نفسية حادة، وسلوكه يكون دائماً مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكيات الطفل التوحد تكون بسيطة بارتباطه بشيء بسيط يقوم بتدويره مثل قلم، أو لسان، أو فك وربط رباط الحذاء، والوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين بسبب عدم استخدام اللغة والاحتفاظ بروتين معين (السعيد، 2009، ص46).

ويلاحظ أن نوبات الغضب والصراخ تحصل في أي مرحلة عمرية وقد تكون بدون أسباب أو مقدمات واضحة، ولكن في الغالب هي طريقة للتعبير عن النفس والاحتياج، الطفل التوحد تنقصه أدوات اللغة والتعبير وكرد فعل للتعبير عن غضبه أو لتغيير عاداته، وقد يستخدمها الطفل لتلبية طلباته، وقد تمتد النوبة الواحدة لعدة ساعات مما تضطر العائلة لتلبية طلباته، والطفل يتعلم من الاستجابة فيستخدم هذا الأسلوب عند كل احتياج، وقد يستخدمها في الأماكن العامة وفي وجود الغرباء كوسيلة للضغط (الظاهر، 2009، ص11).

6-6- الخصائص المعرفية:

تعود المعرفة إلى المعلومات التي يمتلكها الطفل في مخزونه وبتحديد الأكثر، فإن المهارات المعرفية تشمل التفكير، التذكر، المجادلة السببية، وحل المشكلات، وفي البداية الأطفال الصغار يستعملون حاسة البصر، السمع، التذوق، واللمس للحصول على فهم عالمهم، كما يستجيبون لحاجتهم الخاصة بطرق متعددة.

ومع نمو الطفل فإنه يصبح قادرا على تعلم أن الأشياء موجودة حتى عندما تكون خارجة عن نطاق بصرهم، فيصبحون أكثر قدرة على فهم المفاهيم المعقدة للسبب والنتيجة، وكيف أن الأشياء والأفراد يرتبطون ببعضهم البعض، ويفسرون هذه الإدراكات والمعلومات السابقة لحل المشكلات اليومية، وبدون ادراكات دقيقة فإن العالم يصبح مشوها والتفكير يصبح معاقا، وهذا هو حال الأطفال التوحديين. تعتبر النواحي المعرفية من الملامح المميزة لاضطراب التوحد، وذلك بسبب ما يترتب عليها من نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص في الاستجابة الانفعالية.

وأشارت الدراسات المختلفة إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من مشاكل في الانتباه والتركيز، حيث أشارت دراسة سيرز (Sears, 1991) و دراسة سارا (Sara, 1994) إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب في الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء، بالإضافة إلى قصور في القدرة على التخيل.

وأثبتت دراسة مارجوري (Marjorie, 1994) أن الأطفال التوحدين لديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في النشاطات المعرفية مثل التذكر لفترة طويلة، والانتباه، وقدرتهم على التصنيف تكون أكثر تحفظا، إن لم تكن موجودة بالفعل عند بعض التوحديين، وأيضا يعاني بعضهم من صعوبات في القدرات البصرية، والعقلية، وإدراك العلاقات واستخدام الرموز، كما يعاني الأطفال التوحديين من عيوب معرفية ونقص في الاقتراب من الرموز، و نقص في وسائل الأداء الوظيفي السيكولوجي مرتبطا مع أنواع مرضية من السلوك، وبشكل خاص تجنب النشاط الزائد، وغياب التغيرات الانفعالية(الجلامة، 2016، ص 24 ، 25).

نجد أن لأطفال الاوتيزم خصائص متنوعة و عديدة، و أن أهم الخصائص التي تظهر على معظم الأطفال الذاتويين، قصور في المهارات اللغوية سواء كانت لفظية أو غير لفظية، و كذلك ضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي، ومشكلات سلوكية و حسية، وقصور في المهارات المعرفية (الانتباه، الإدراك والتذكر) بالإضافة إلى هذا فان بعض أطفال التوحد لديهم قدرات فائقة في المهارات الحركية الدقيقة وكذلك البعض يكون لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة، والبعض يتسمون بالكسل والخمول بالإضافة إلى عدم الحساسية الظاهرة للألم.

سابعاً: أنواع اضطراب التوحد:

7-1 - اضطراب اسبرجر 'Asperger' Disorder:

يتشابه اضطراب اسبرجر في الكثير من أعراضه مع التوحدية، و تشمل الملامح الأساسية لكليهما: قصور في التفاعل الاجتماعي والأنماط السلوكية النمطية والمتكررة، والاهتمامات والأنشطة، والاختلاف الجوهرى بينهما هو في كل من القدرة على التواصل والنواحي المعرفية، فالأطفال ذوي متلازمة اسبرجر غالباً ما يكون لديهم قدرة معرفية تتراوح بين المتوسط و فوق المتوسط، وهم على العكس من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يوجد لديهم تأخر إكلينيكي ملحوظ في اللغة، فعلى سبيل المثال يستخدم الأطفال الذين يبلغون عامين من العمر كلمات منفردة تعبر عن جملة، في حين يستخدم الأطفال ذو الثلاث سنوات جملاً و عبارات كاملة للتواصل، ولا يوجد تأخر ملحوظ لاستخدام مهارات الاعتماد على الذات والسلوك التكيفي وكذلك السلوك المناسب المتعلقة بالفضول وحب الاستطلاع لمكونات البيئة من حوله، ويمكن ملاحظة التأخر الحركي وعدم التوازن الحركي في فترة ما قبل المدرسة، وتحدد الجمعية الأمريكية للطب

النفسي شرطا جوهريا هو ألا يتم تفسير هذه الاختلالات بشكل أفضل بواسطة اضطرابات نمائية أخرى أو كأعراض لمرض الفصام (السيد عبد الرحمان، وخليفة علي حسن، 2004، ص11).

7-2-اضطراب ريت Reet Disorder:

تم التعرف على اضطراب ريت من قبل الدكتور أندرسون ريت عام 1966، باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي وقد أظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد، ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل: حركات اليد التكرارية، المشي على أطراف الأصابع، أرجحت الجسم، ومشاكل النوم.

7-2-1-اضطراب ريت يكون في الأعراض التالية:

- يبدو ظاهريا سوي النمو ما قبل الولادة وحين الولادة.
- يبدو ظاهريا سوي النمو على المستوى الحركي، النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.
- يبدو محيط رأسه سويا عند الولادة.

7-2-2-تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي:

- بطء نمو الرأس ما بين 5-48 شهرا.
- فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقا ما بين عمر 5-30 شهرا مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد).

- فقدان الانخراط الاجتماعي باكرا.
- ظهور عدم التناسق في المشي.
- نمو بطيء في اللغة التعبيرية والاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسي حركي (المقابلة 2016، ص18).

7-3- اضطراب الطفولة التفككي childhood disorder Dissociative :

يتسم بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل، ثم يفقد الطفل المهارات التي تم اكتسابها من قبل، و يظهر الأطفال ذوي اضطراب الطفولة التفككي العيوب الاجتماعية وقصور التواصل التي غالبا ما تكون ملامح سلوكية مميزة وملحوظة في اضطراب الذاتوية، هناك ضعف كفي في التفاعلات الاجتماعية والتواصل، كما توجد نماذج مقيدة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأنشطة، و يختلف اضطراب الذاتوية عن اضطراب الطفولة التفككي في أن الأخير يتضمن شكلا ونموذجا مميزا من النكوص في السنتين الأوليتين من العمر، ويسمى اضطراب الطفولة التفككي كذلك بمتلازمة هيلر أو خبل الطفولة (سلامة، 2014، ص58).

7-4- التوحد الخارق:

يتميز هؤلاء المصابون باضطراب التوحد بمهارات خارقة لا يستطيع القيام بها معظم الناس العاديين والغير عاديين، ومن مجالاتها الحساب الرياضي، الذاكرة الحادة، الرسم، الموسيقى، الفنون الإبداعية (حمدان، 2001، ص14).

7-5- الاضطراب النمائي الشامل- الغير محدد:

ويعرف الاضطراب النمائي الشامل الغير محدد أيضا باسم التوحد الغير نمطي، وهو من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند بعض ملامح التوحد التقليدي في الفرد و ليس جميع معايير التشخيص وبمعنى آخر و إن كان غير دقيق يكون الفرد توحديا، ولكن ليس بدرجة كافية لتشخيص حالته بالتوحد، وتمتاز الأعراض في هذا الاضطراب بأنها اقل شدة من التوحد و الاضطرابات النمائية الأخرى، وتبقى لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون إصابتهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين ضمن هذه الفئة هم من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية شبه طبيعية، وباختصار يتم تشخيص هذه الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل المحكات الخاصة بتشخيص معين من الاضطرابات السابقة مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في سلوكيات محددة (الجلامة، 2016، ص45).

وهناك اضطرابات أخرى تشترك مع اضطرابات التوحد ببعض الخصائص العامة وهي على النحو التالي:

7-5-1-متلازمة الكروموسوم (X) الهش:

وهو اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X) معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم إعاقة عقلية بسيطة إلى متوسطة، غالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية، وحساسية مفرطة للصوت، واضطراب الأداء اللفظي والغير لفظي، واضطرابات معرفية.

7-5-2-متلازمة لاندو كليفر:

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالباً ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم.

7-5-3-متلازمة موبياس:

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية، ومشكلات سلوكية كذلك التي تنتج عن التوحد.

7-5-4-متلازمة سوتس:

تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة، والإعاقة العقلية، وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد، قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، الدوران في نفس المكان.

7-5-5-متلازمة توريني:

تتصل بحركات لا إرادية في رموش العين، وتلمظ الشفاه، وهز الكتفين بطريقة شاذة.

7-5-6-متلازمة وليمز:

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل: التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية(الخطيب،2013، ص33، 34).

هناك العديد من أنواع التوحد والتي تم تصنيفها قديماً، حيث كان يعتقد أن أنواع التوحد هي شروط منفصلة لحدوثه، ولكن الآن تم دمج جميع هذه الأنواع تحت ما يسمى باضطراب طيف التوحد، وتشمل هذه الأنواع اضطراب اسبرجر، ريث، اضطراب الطفولة التفككي، التوحد الخارق، الاضطراب النمائي الشامل، كما تداخلت إصابات أخرى مع التوحد كمتلازمة الكروموسوم (X) الهش، متلازمة لاندو و موبياس، توريني، وليمز، لذلك لابد من توفير تشخيص للقدرة على التمييز بين التوحد وبين هذه الاضطرابات.

ثامنا: علاقة التوحد ببعض الاضطرابات :

قد يصاب الطفل بالذاتوية فقط، وقد يصاحب هذا عدة إعاقات تظهر منها واحدة أو أكثر ملازمة

للذاتوية ومن هذه الإعاقات:

8-1- الإعاقة العقلية:

التي لها أعراض تشبه أعراض الذاتوية، لكن الاختلاف بينهما يكون في سلوكيات الأطفال التي من

أهمها:

- المعاق عقليا يتمتع بمهارات لغوية حسب درجة إعاقته، لكن الطفل الذتوي يفتقر إلى مهارات استخدام اللغة.

- يبدي الذتويين نوع من التميز في بعض المهارات الخاصة كالذاكرة، في حين يفتقر إليها المعاق عقليا.

- يتميز الذتويين بعدم القدرة على التواصل، بينما يميل المعاقون عقليا بشدة إلى الاندماج في الجماعة.

8-2- اضطراب اللغة:

رغم أن هناك بعض التشابه بين الذاتويين والمضطربين لغويا إلا أنه يمكن التمييز بينهما من خلال استخدام كل منهما للإشارات الغير لفظية، ففي حين يتمكن المضطربون لغويا من استخدام الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه كوسيلة للتعبير عن أفكارهم فإن الذاتويين يعجزون عن استخدام هذه التلميحات (شريف، 2011، ص220، 221).

8-3- فصام الطفولة:

عندما نسب التوحد على أنه متعلق بالطب النفسي، فذلك لأنه (أي التوحد) كان يستخدم في ذلك الوقت لوصف أحد الأعراض الرئيسية للفصام، والانسحاب أو الوحدة، وبالتالي فإن افتراض الشبه بين التوحد والفصام كان منطقيا في ذلك الوقت، لدرجة أن الباحثين كانوا يسمون الأطفال التوحديين بالفصامين، ولكن هناك فروقا بين الاثنين ومن أهم تلك الفروق:

الأطفال التوحديون	الأطفال الفصاميون
<p>- قادرون على استخدام الرموز.</p> <p>- غير قادرين على تطوير العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص و البيئة.</p> <p>- لا توجد لديهم هلاوس وأوهام وفقدان ترابط الكلام.</p> <p>- يتم الاضطراب لديهم قبل الشهر الثلاثين من العمر (وهذا أفضل عامل للتمييز بين التوحد و الفصام).</p>	<p>- غير قادرين على ذلك.</p> <p>- يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين و يمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.</p> <p>- توجد لديهم.</p> <p>- عادة ما يبدأ في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.</p>

الجدول رقم(01) يوضح الفرق بين الأطفال التوحديون و الفصاميون.

8-4- اضطراب السمع و البصر(الحسية):

الأطفال التوحديين	الأطفال ذوي الاضطرابات الحسية
<p>- السلوكيات مثل: الانسحاب الاجتماعي، والانسحاب من تغيير الروتين تظهر على</p>	<p>- تعد ثانوية مع إمكانية ظهور تلك السلوكيات للأطفال الصم.</p>

<p>- يمكن أن يظهر الأطفال المكفوفون أو ضعاف النظر مثل ذلك.</p>	<p>التوحيدين، ولكنها تعد أولية و أساسية. - معظم الأطفال الذاتويين ليسو صما ويظهرون استثارة ذاتية، وحركات نمطية كما أن إضرابات التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع.</p>
--	--

الجدول رقم(02): يوضح الفرق بين الأطفال التوحيديين و الأطفال ذوي الاضطرابات الحسية.

(المغلوث، 2006، ص86- 88).

إن التوحد ليس اضطراب واحد إنما هو مجموعة من الاضطرابات النمائية المتشابهة، لأن الخصائص المميزة لهذا الاضطراب تتشابه أحيانا مع اضطرابات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، اضطراب اللغة، اضطراب السمع، ذلك أن جوانب معينة من ظروف وحالات الإعاقة قد تبدو متشابهة لمرض التوحد، ولكن عندما يتم التشخيص بدقة وحذر يكون من الممكن التمييز بينها وبين التوحد.

تاسعا: النظريات المفسرة للتوحد:

أجريت العديد من الدراسات النفسية والسلوكية في مجال التوحد منها النظرية والتجريبية بحيث أسهمت هذه الدراسات في مجال التوحد في تحقيق نتائج مدهشة ظهرت من خلالها العديد من المراكز التأهيلية غير الطبية والتي أعطت نتائج جيدة مع الأطفال التوحيدين، حيث كان توجه هذه المراكز قائم على النظريات العلمية وسوف نعرض هنا أهم النظريات المفسرة للتوحد:

9-1- نظرية العامل النفسي:

كانت النظرية السائدة خلال الأربعينات وحتى نهاية الستينات نظرية العامل النفسي للإصابة بالتوحد والتي تعتبر أن التوحد يحدث بسبب إهمال الوالدين في رعاية أبنائهم، وعدم الاعتناء بتربيتهم ويعتبر المحلل النفسي برينو بتلهايم من المؤيدين لهذا الاتجاه والذي استخدم مصطلح الأم الباردة عاطفياً، ولا شك في أن ذلك الوصف كان وصفاً غير منصفاً، وأضاف المزيد من العبء والشعور بالذنب على ما يواجهه أولياء الأمور وتحديدًا الأمهات من صعوبات في التعامل مع أطفالهن المصابين بالتوحد.

وفي هذا الصدد يشير برونو بتلهيم Bruno Bettelheim انه قد شاعت في الستينات و السبعينات نظرية الأم الثلجة والتي تسببت في إلقاء اللوم على الآباء، بالتسبب في وضع أولادهم في حالة التوحد واهتم بتلهيم باحتمال أن يكون الطفل ذو التوحد ذكياً، ولكنه انسحب من الاتصال الاجتماعي بسبب أحداث مؤلمة حدثت في البيئة من حوله أو عتمت البيئة بالعزلة الاجتماعية وخاصة افتقاره للرعاية الدافئة من أحد أو كلا الوالدين.

ولم يقدم بتلهيم ولا أتباعه أي دليل لدعم هذه النظرية النفسية المنشأ في تفسير سبب الإصابة بالتوحد، وبعد العديد من سنوات إلقاء اللوم على الآباء كسب لانسحاب أطفالهم وعزلتهم، تم تبرئة الآباء عندما أظهرت الأبحاث الجديدة سطحية هذا النهج والأذى الاجتماعي النفسي الذي يمكن أن يتسبب فيه (سهيل، 2015، ص91، 92).

9-2- النظرية السلوكية:

لقد ساهمت الدراسات السلوكية في زيادة فهم العجز أو العيوب الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين
تقترح بعض الدراسات السلوكية بأن العجز الاجتماعي الذي ظهر في حالات التوحد غالباً ما يكون يلجأ
إلى عدم القدرة في معالجة المعلومات الانفعالية، واستناداً إلى هذه الفرضية فإن الطفل التوحدي يفتقد إلى
القدرة البيولوجية اللازمة لإدراك الانفعالات الناتجة عن الميزات والدوافع هذا ما يؤدي إلى عجز في
التغيرات الانفعالية اللازمة، والافتقار إلى هذه القدرة يؤدي إلى فشل في تأسيس الارتباطات الشخصية
المبكرة في الحياة وإعاقات في الوظائف العقلية اللازمة للشعور الشخصي وتعتبر تغيرات الوجه واحدة
من الانفعالات الرئيسية الملاحظة للخبرات الانفعالية للفرد، وهذه التغيرات توفر لنا فهماً للوسائل الغير
لفظية التي يصدرها اتجاه الآخرين، وفي هذا السياق فإن الأبحاث المتصلة بإدراك الانفعالات في
اضطرابات الطيف التوحدي يعاني من إعاقة شديدة في قراءة تغيرات الوجه الانفعالية (الزريقات، 2004،
ص96، 97).

9-3- نظرية الإدراك الحسي:

تقترح هذه النظرية بأن التوحد سببه إصابة في الدماغ والتي تؤثر على واحدة أو أكثر من القنوات
الحسية التي تجعل الطفل الذي يعاني من التوحد يدرك المدخلات الخارجية بطريقة مختلفة عن الطفل
العادي.

وقد ذكر ايرس (Ayres,1989)، أن كارل ديلاكتو اقترح عام 1974 النظرية الحسية العصبية للتوحد
يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الأطفال التوحديين ليسو مرضى نفسيين بل هم مصابون في أدمغتهم.
- تسبب الإصابات الدماغية اختلالاً إدراكياً تصبح فيه القنوات الحسية (السمع، البصر، التذوق، الحس والشم) شاذة في واحدة من الطرق التالية:

1-فرط Hyper:

تكون القناة مفتوحة جداً، ونتيجة لذلك تدخل كمية كبيرة جداً من المثيرات إلى الدماغ، وعلى الدماغ أن يتعامل معها بشكل مريح.

2-ضعف Hypo:

لا تكون القناة مفتوحة بشكل كافي، ونتيجة لذلك تدخل كمية قليلة جداً من المثيرات ويكون الدماغ معاقاً.

3-الضوضاء البيضاء White noise:

تخلق القناة مثيرها الخاص بها بسبب عملياتها الغير فعالة، ونتيجة لذلك تتغلب الضوضاء الموجودة في الجهاز على الرسالة من العالم الخارجي.

وتعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحد الحسية (Sensorism) محاولة منه لجعل القنوات طبيعية.

ولعدم الوعي الكافي بماهية التوحد، تم تجاهل هذه الأفكار وبشكل غير مبرر من قبل الباحثين ومع ذلك استمر البحث.

تفترض هذه النظرية بأن الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد ناتجة عن مشاكل في خبرة الذات مما يشكل صعوبة لهؤلاء الأطفال في الاستفادة من الأحداث التي يشتركون فيها مع الآخرين... فهي تطور فكرة كانر الأصلية بأن التوحد "اضطراب في الاتصال العاطفي" ينعكس في عدم قدرة الأطفال على التواصل مع الناس والأوضاع بالطريقة العادية منذ بدء حياتهم (سهيل، 2015، ص100، 101).

9-4- نظرية العقل:

ومفاد هذه النظرية كما يقول فريث (FRITH) بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد التوحديين ، تأتي في شدوات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل والتي تقول أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ و شرح سلوك الآخرين من خلال حالتهم العقلية أو انه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص، يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين.

وخلاصة نظرية العقل هذه هي أن العجز الاجتماعي الملحوظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ماهو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين (المغلوث، 2006، ص58، 59).

وتفترض هذه النظرية أيضا أن بعض صفات التوحد وخصوصا الاجتماعية والتواصلية ناجمة عن تأخر في تطوير نظرية العقل لدى الذين يعانون التوحد ، بقدر لا يسمح لهم بالتفكير بالنوايا والرغبات والمشاعر وفهم وتفسير سلوك الآخرين ، والتنبؤ به حيث تفسر أن العجز الاجتماعي ناتج عن عدم مقدرة الذين يعانون من التوحد على فهم الحالات العقلية للآخرين و قراءة أفكارهم.

إن نظرية العقل قد ازدادت طبيعتها بين الأخصائيين الذين يعملون مع التوحديين ولأنها أخفقت في تفسير التوحد وأثبتت هذه النظرية:

- توفر أفكار حول معالجة هاته المشكلات.
- تعطي للأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن بدونها أن يظهر على انه سلوكيات تمييزية.
- إنها مقيدة جدا عند تطبيقها في مجال التطبيقي مع المصابين باضطرابات طيف التوحد.
- يمكن أن تساعدنا نظرية العقل في التعرف على النواحي سوء الفهم ليس فقط بين التوحديين وغير التوحديين، ولكن أيضا مع أولئك الذين لديهم خلفيات وخبرات مختلفة مثل: الأخصائيين الذين يتعاملون مع الأطفال التوحديين وعائلاتهم وآباء الأطفال المصابين بطيف التوحد وآباء الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي (سهيل، 2015، ص94، 95).

9-5- النظرية العصبية البيولوجية:

إن نشوء هذه النظرية يعود الفضل فيها إلى ريملاندر (REMLAND) الذي اتخذ موقفا رافضا اتجاه نظرية العامل النفسي ودحض هذا الاعتقاد، ويعتبر ريملاندر صاحب أول كتاب علمي حول التوحد حيث أوضح فيه الاضطرابات ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك ودحض فيه الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة، وشجع العاملين على التعامل معه بوصفه اضطرابا عصبيا بيولوجيا. وقد لعبت النظرية العصبية دورا بارزا في تفسير اضطراب التوحد، فقد أشار بعض الباحثين إلى أن المشكلات المرتبطة بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط، توزيع الانتباه والتجاوب مع المواقف الغير مألوفة والجديدة ناتج عن ضعف بنية الدماغ ووظيفته، كما أشارت إلى أن صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على الانتباه وضعف الذاكرة كلها ناتجة عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي.

وتعزو النظرية البيولوجية حدوث التوحد إلى خلل في الدماغ نتيجة لعامل أو أكثر من العوامل البيولوجية كالجينات أو صعوبة فترة الحمل والولادة والالتهابات الفيروسية، وحاليا ونتيجة العديد من الدراسات التي أجريت على التوائم والدراسات الأسرية التتبعية اكتشف العلماء أن الجينات تلعب دورا مهما في حدوث هذا الاضطراب وإذا تم تشخيص طفل التوحد فان احتمالية إصابة احد إخوان هذا الطفل بطيف التوحد أكثر بعشر مرات من الحالات الأخرى، كما تلعب العوامل البيئية دورا ثانويا في ظهور اضطراب التوحد، فقد أظهرت الدراسات بأن الأسر التي لديها أطفال يعانون من التوحد غالبا ما يكون لدى أفرادها مشاكل نمائية أخرى والتي تتضمن تأخر لغوي أو صعوبات التعلم (سهيل، 2015، ص93، 94).

9-6- النظرية النمائية :

تؤكد النظرية النمائية للتوحد على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل وخصوصا فيما يتعلق بالعمليات الحسية، الحركية، الإثارة، النشاط، والعمليات الانفعالية أو العاطفية واللغوية والتفاعل الاجتماعي كما تقول هذه النظرية بأن العمليات السابقة تلعب دورا هاما في جهاز التنظيم الذاتي ويشمل هذا الجهاز على عناصر الاستجابة الحركية والمعرفية وسلوكياته ولذلك فان التنظيم الذاتي يلعب دورا هاما في الفرد على التحكم والمحافظة على تصميم المهارات المتعلقة بالمواقف الجديدة وبدون مساعدة خارجية ، ومن المهم الإشارة إلى أن الأطفال التوحديين رغم اختلافاتهم في الأعراض المحددة للاضطراب فهم يشتركون في القدرة على التنظيم الذاتي (الزريقات، 2010، ص110).

تستدعي ممارسة البحث العلمي التقيد بقواعد و إجراءات تكون إطارا معرفيا و منهجيا يتحرك الباحث من خلاله في دراسته، وتعتبر النظرية ثمرة لدراسات مستفيضة للوقائع والظواهر، تقدم رؤية منهجية منظمة لواقع ما، ومن خلال ما عرضناه من نظريات والتي قدمت افتراضات وتفسيرات للتوحد، فقد

تعددت النظريات وتعددت التفسيرات، ففيما يخص تفسير التوحد بالنسبة لنظرية العقل لفريرث يمكننا القول أن أطفال التوحد غير قادرين على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالتهم العقلية المضطربة حيث أن القدرة على توقع أفعال الآخرين ورغباتهم وفهم مشاعرهم تسهم إلى حد كبير في تسيير التفاعل الاجتماعي و التواصل (اللفظي وغير لفظي) وتبادل الأفكار مع الآخرين، وعلى النقيض من ذلك فإن افتقاد القدرة على التوقع والفهم تحد إلى درجة كبيرة من ه ذا التفاعل الاجتماعي وفهم المشاعر و الانفعالات بالإضافة إلى أن هذه النظرية زودت الأخصائيين الذين يتعاملون مع ه ذه الفئة بأفكار حول طريقة معالجتهم والتعامل معهم.

أما فيما يخص النظرية السلوكية نجد أن العجز أو العيوب الاجتماعية لدى طفل الاوتيزم غالبا ما تكون بسبب عدم القدرة في معالجة المعلومات الانفعالية، واستنادا إلى هذا طفل الاوتيزم يفتقر إلى بعض القدرات اللازمة لإدراك الانفعالات الناتجة عن الدوافع، مما يؤدي إلى فشل في تكوين الارتباطات الشخصية والقيام بالوظائف العقلية.

أما النظرية العصبية البيولوجية ومن خلال ما جاءت به من تفسيرات يمكن القول أنه هناك مشكلات متعلقة بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط والانتباه، وعدم القدرة على التجاوب مع المواقف تعود إلى ضعف بنية الدماغ ووجود تلف دماغي، كما أن صعوبات التواصل وضعف الذاكرة كلها ناتجة عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي، أي يمكن أن يرجع حدوث التوحد إلى الخلل الموجود في الدماغ نتيجة العوامل البيولوجية.

نظرية العامل النفسي أو ما يسمى كذلك بنظرية الأم الثلجة التوحد يعود إلى عدم اهتمام الوالدين وبرودة مشاعرهم وعواطفهم اتجاه أبنائهم وخاصة الأم فقد أطلق عليها أيضا اسم الأم الباردة، ويمكن

القول أيضا أن التوحد ناتج عن انسحاب نفسي لما يدركه الطفل على أنه في بيئة باردة عاطفيا، كما فسّر بعض الأطباء إن التوحد ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل نمو الطفل، إلى أن جاءت أبحاث حديثة تجاهلت هذه الافتراضات وذلك لعدم الوعي الكافي بماهية التوحد.

في نظرية الإدراك الحسي نجد أن التوحد سببه إصابة في الدماغ و الذي يؤثر بدوره في القنوات الحسية وه ذه الإصابات الدماغية تسبب اختلالا إدراكيا في البصر، السمع، التذوق، الحس، الشم فهذه الأخيرة من خلالها نستقبل المعلومات الحسية المختلفة، فإذا كان هناك خلل أو تلف دماغي لن يتمكن من ترجمة المعلومات و تحليلها، وبالتالي لن يتمكن من إدراكها، مما يؤدي إلى ضعف الاتصال بعالمه الخارجي.

من خلال ما عرضناه في النظرية النمائية ، يمكننا القول أن العمليات النمائية المبكرة للطفل تلعب دورا هاما في جهاز التنظيم الذاتي، و الذي يشمل عناصر الاستجابة الحركية و المعرفية مما يساعد الفرد على التحكم و المحافظة على تصميم المهارات المتعلقة بالمواقف الجديدة ، فالأطفال رغم اختلافهم في أعراض التوحد إلا أنهم يشتركون في عدم مقدرتهم على التنظيم الذاتي.

نجد افتراض أن التوحد يرجع لوجود تلف أو خلل في الدماغ مما يؤدي إلى عدم قدرة طفل الاوتيزم على تكوين علاقات اجتماعية وعدم القدرة على التواصل و ه ذا ما جاءت به كل من نظرية العقل، والنظرية السلوكية، ونظرية الإدراك الحسي، والعصبية البيولوجية.

إن الاضطلاع على النظريات المفسرة للتوحد والتعرف على أفكارها المترابطة ببعضها البعض تساعدنا على التنبؤ والاستكشاف وبناء المعالم الخلفية للدراسة التي سنقوم بها، فقد ساعدتنا كذلك في زيادة الوعي حول هذا الاضطراب.

عاشرا: تشخيص وعلاج التوحد:

10-1- تشخيص التوحد:

لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة حيث لا يمكن تشخيص التوحد دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور، ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيرا من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة حيث يمكن أن يضم هذا الفريق : أخصائي أعصاب Neurologist أخصائي نفسي، أو طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي علاج اللغة وأمراض النطق ، أخصائي علاج مهني therapist Occupational اللغة وأمراض النطق و Pathologist/speec-language، أخصائي علاج مهني، وأخصائي تعليمي، و المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد، هذا وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد ولعل من أشهرها:

CHAT (checklist of Autism in totalers, childhood Autism Rating Scale) (زمام، والجماعي، 2012، ص54).

تنقسم مراحل التشخيص إلى ثلاث مراحل وهي:

المرحلة الأولى:

الإعداد والتشخيص Preparation stage وتتم هذه المرحلة قبل عملية التشخيص تشمل جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة وموافقة الأهل، وتحديد الاختبارات المناسبة، وتتضمن الاتصال بين المؤسسة التي يعمل بها الأخصائي المؤسسات الأخرى، وجمع المعلومات الأولية واختيار أدوات التقييم.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة تلقي المعلومات Input Information وهي تتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمفحوص، وتصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج الاختبارات وتنسيقها وضعها في صورة كمية وتتضمن أيضا مجموعة الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة:

مرحلة معالجة المعلومات وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيدا للإفادة منها.

المرحلة الرابعة:

وهي مرحلة تقديم المعلومات Output stage وهي تتضمن أن يصوغ الأخصائي الأسئلة التي يحول بسببها الحالة، ويحتاج الأخصائي الاختبارات المختلفة، ويقوم بمقابلة المفحوص وتصحيح هذه الاختبارات، ويصوغ استنتاجاته عن الحالة وينظم البيانات والاستنتاجات التي وصل إليها (هنا عطية محمود، وهنا، 1973، 83-85).

ويشير بيشوب (Bishop, 1989) من خلال مناقشته الشاملة عن الصعوبة في عمل التشخيص عندما وصف طفلا عمره الزمني أربع سنوات، والذي تم تشخيصه من خلال فريق عمل يتكون من، طبيب أطفال، طبيب أعصاب، أخصائي نفسي، طبيب نفسي للأطفال، أخصائي اضطرابات الكلام، في غياب أي علامات وإشارات عصبية، فان تشخيص طبيب الأعصاب يشير إلى أن الطفل لديه صعوبات في النطق أما الأخصائي النفسي فيشخص الطفل على أنه طفل توحدي لأنه يعاني من قصور واضح في النمو اللغوي وفي سلوكه الاجتماعي، أما الطبيب النفسي فقد شخص الطفل بمتلازمة اسبرجر ويرجع ذلك إلى أن لغة الطفل ومهاراته الاجتماعية لا تكون شديدة بدرجة كافية لتشخيص التوحد، أما أخصائي النطق والكلام الطفل فقد شخص الطفل على أنه لديه اضطراب لفظي على أساس مهارات اللغة والتحدث المتدني لديه، وأخيرا فقد شخص الطفل طبيب الأطفال ووجد انه ينتمي إلى الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (مصطفى، والشربيني، 2011، ص112).

ظهرت بعض المقاييس التي تصلح لقياس وتشخيص الذاتوية من أهمها: دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM3).

ويشتمل هذا الدليل على 16 معيارا لتشخيص الذاتوية مقسمة إلى ثلاث فئات:

الفئة الأولى: تتناول تشخيص قصور التواصل اللفظي وغير لفظي، والنشاط التخيلي وهي مقسمة إلى

خمسة معايير:

1- عدم إدراك مشاعر الآخرين.

2- عدم الشعور بالحاجة لمساعدة الآخرين.

3- العجز عن تقليد الأشياء والأشخاص.

4- العزوف عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

5- صعوبة واضحة في التواصل وتكوين علاقات مع الأقران.

الفئة الثانية: تبحث في القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وتضم ستة معايير وهي:

1- عيوب في النطق والكلام.

2- تصدر عنه أصوات غير مفهومة، وغير مناسبة لتعبيرات الوجه.

3- يأتي بأنماط سلوكية شاذة وغير مقبولة مع الآخرين.

4- لا يمتلك القدرة على تقليد الآخرين.

5- خراج الكلام بطريقة شاذة.

6- غياب النشاط التخيلي.

الفئة الثالثة: تعمل على إظهار مدى محدودية نشاطات الطفل الذاتي واهتماماته وتتكون من خمسة معايير وهي:

- 1- حركة جسمية غير هادفة.
- 2- الانشغال بأجزاء الأشياء كشمها أو لمسها بشكل متكرر دون محاولة فهمها.
- 3- التكرار النمطي لنفس السلوك وعدم تغييره في المواقف المختلفة.
- 4- الانزعاج الشديد عند حدوث أي تغيير ولو بسيط في البيئة المحيطة، كتغيير مكان مقعده في الفصل أو سماعه لجرس المنبه، أو صدور صوت عالي من الراديو مثلا.
- 5- مدى محدود من الاهتمام بشيء معين على الدوام (الخطيب، والحديدي، 1997، ص 62، 63).

10-1-1-1- مقياس تقدير الذاتية الطفولي:

صمم هذا المقياس ليستخدمه كل من الأخصائي النفسي، ومعلم التربية الخاصة للتعرف على الطفل الذاتي وتميزه عن غيره من العاديين الذين يعانون من اضطرابات نمائية أخرى تشبه في أعراضها الذاتية، مثل التخلف العقلي البسيط أو صعوبات التعلم، كما يعمل هذا المقياس على التمييز بين درجات الذاتية (بسيطة، متوسطة، شديدة) ، ويركز هذا المقياس على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلا من الاعتماد الكلي على الحكم الإكلينيكي، ويرى شوبلر (Shoppler et al, 1988) أن من أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي:

- 1- انه يتناول جوانب مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة.

- 2- اعتماد أحكامه على الملاحظة السلوكية للأطفال وانتقاء السلوك في مواقف مختلفة.
 - 3- إمكانية استخدامه مع الأفراد ذوي الفئات النسبية المختلفة.
 - 4- انه مقياس مقنن ولكل بند فيه تعريفه الخاص مع وصف السلوك المستهدف بالملاحظة ويشتمل أيضا على طريقة وضع التقديرات المناسبة.
 - 5- تم تحقيق صدق المقياس بواسطة دلالات الصدق المعياري.
- يشمل هذا المقياس على 15 بندا مستمدا من تعريف الجمعية الأمريكية للأطفال الذاتيين (1978) ومن معايير كانر (1943) كيرك (1961) وتعريف ووتر (1978) والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM.IV-1994) والبنود الخمسة عشر للمقياس هي:
- 1- درجة الانتماء للناس.
 - 2- القدرة على التقليد والمحاكاة.
 - 3- مستوى الإجابة الانفعالية.
 - 4- مدى استخدام الأشياء.
 - 5- درجة استخدامه لجسمه.
 - 6- المرونة في التكيف للمواقف الاجتماعية.
 - 7- الاستجابة البصرية.

8-الاستجابة السمعية.

9- استخدامه لحواسه الذوق والشم، واللمس.

10- درجة الخوف والقلق.

11- مهارة التواصل اللفظي.

12-مهارة التواصل غير اللفظي.

13- مستوى النشاط الحركي.

14- مستوى الاستجابة العقلية ومدى ثباتها.

15- الانطباعات العامة الملاحظة لسلوك الطفل الذاتوي.

وعند تطبيق المقياس يعطى للطفل تقدير يتراوح ما بين (1-4) درجات على كل فقره بمعنى أن (1) تشير إلى أن سلوك المفحوص في المستوى الطبيعي، بينما تقدير (4) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة، وحسب المقياس فان الطفل الذي تقل درجاته عن 30 درجة يصنف على انه عادي ومن تبلغ درجته 30 درجة فأكثر يوصف بأنه ذاتوي، ومن مزايا هذا المقياس انه يسمى في الأطفال الذاتويين إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تضم من تتراوح درجاتهم بين 30-37 درجة ويصنفون على أن لديهم إعاقات أخرى ويمكن تطويرهم لغويا بدرجة بسيطة.

المجموعة الثانية: تضم الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين 37-60 درجة يصنفون على أن لديهم ذاتوية بدرجة شديدة قد يكون مصحوبا ببعض الإعاقات (شريف، 2011، ص 227-229).

10-1-2- صعوبات تشخيص التوحد:

يواجه تشخيص اضطراب التوحد العديد من المشكلات والصعوبات، ولعل من أبرزها ما يلي:

- تعدد وتنوع أعراض التوحد، واختلافها من فرد لآخر.
- صعوبة الحصول على الاختبارات والمقاييس المقننة التي يمكن استخدامها في تشخيص وتقييم التوحد.
- قلة المختصين والخبراء في التوحد بمختلف أطيافه ومستوياته، فهم غالبا ما يعرفون التوحد بأشكاله التقليدية أو شديدة الوضوح، أما الخفيفة أو النادرة فهم لا يعرفونها جيدا، أو أنهم يخطئون في تشخيصها.
- يعتمد تشخيص التوحد بالإضافة إلى الملاحظة السلوكية المباشرة على مقابلة الأهل وسؤالهم عن مظاهر نمو وتطور طفلهم، خاصة خلال الثلاث الأولى من عمره، وبالتالي قد يجد الأهل صعوبة في التذكر، مما يؤثر سلبا على دقة المعلومات التي سيبني عليها التشخيص، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة الخطأ فيه.
- كثيرا ما يترافق التوحد مع اضطرابات أخرى مما يؤدي إلى تشابك الأعراض، وبالتالي تصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيدا خاصة أن الكثير من تلك الاضطرابات تتشابه أعراضها مع بعض أعراض التوحد (سكر، 2014، ص 62، 63، 64).

لابد من إعطاء أهمية بالغة لتشخيص التوحد كونه من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا، لأنها الأساس الذي تبنى عليه الإجراءات و الأساليب العلاجية، لذلك يجب أن تكون دقيقة و سليمة، لذلك يتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين، وأخصائي التخاطب.... الخ لأن أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة وأيضا تتشابه مع اضطرابات نمائية أخرى.

10-2- علاج التوحد:

إن تعليم الأطفال المصابين بالتوحد ينطوي على تحديات حقيقية، وهذه التحديات تنجم جزئيا عن طبيعة التوحد أنه يأخذ أشكالا عديدة، فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي، بعضهم عدواني وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالم خاص به، وبالرغم من ذلك تتوفر العلاجات والبرامج والخدمات التأهيلية المقدمة لهم ومنها:

- العلاج الوظيفي Occupational therapy.

- الأدوية Médications.

- العلاج الطبيعي Physio therapy.

- العلاج النطقي واللغوي Speech_ therapy language.

وتوجد أيضا علاجات أخرى مثل العلاج الحسي Sensory therapy، والعلاج البصري vision

therapy، ولكن تعتبر الأدلة العلمية على فعالية هذين العلاجين قليلة وغير كافية (آل إسماعيل، 2011، ص

(27).

ومن بين الأساليب العلاجية المتبعة في علاج الذاتوية ما يلي:

10-2-1- العلاج بالتحليل النفسي:

كان علاج الذاتوية باستخدام جلسات التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات من هذا القرن وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية من نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مفاده أن أم الطفل الاجتراري لم تستطع تزويده بها، غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي وعلى أي حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين: في الأولى يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

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

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال الاجتراريين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية (سليمان، 2000، ص91، 92).

10-2-2- العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي يعد من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فعاليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد، ويوضع الطفل التوحدي وفق هذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريب

على السلوكيات المقبولة، ورعاية الذات، واكتساب اللغة، كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على اكتساب المفاهيم اللغوية، وتنمية السلوكيات المقبولة في المنزل (رشاد، 2002، ص41).

كما يعتمد العلاج السلوكي على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات الغير مقبولة، والتقليل من السلوكيات النمطية، كذلك استخدام التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال المصابين بالتوحد ويعد الثواب والعقاب مبدأ رئيسي في هذه الفنية، يهدف لتطوير وتعديل السلوك الايجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي، وقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع الأطفال المصابين بالتوحد في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات والمهارات المعرفية (بدر، 2004، ص 77).

ويمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي في وقت قصير، ومن بين السلوكيات التي يمكن

تعليمها نذكر:

- مهارة تعلم اللغة والكلام.
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- اللعب بالألعاب ملائمة.
- المزاجية والقراءة.
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام (مجيد، 2010، ص131).

10-2-3-العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد وقد طورتها جين آيرز (Jean Ayres 1979- 1972) التي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل واستراتيجيات التدخل، ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم على نمو جيد.

وأشارت نتائج دراسة لايندرمن واستيوارت (linderman et Stewart, 1999) التي أجريت على طفلين متوسط عمريهما ثلاث سنوات، إلى نجاح برنامج الدمج الحسي الذي استمر لمدة 11 أسبوعاً بحصول الطفل الأول على المكاسب الدالة في التفاعلات الاجتماعية والاقتراب من الأنشطة الجديدة واستجابة الاحتفاظ، والمعانقة، بينما حصل الطفل الثاني على مكاسب في التفاعل الاجتماعي والاستجابة للحركات.

وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال دمج الحسي على ما يلي:

- أرجوحات، زلاجات، فراشي، وسائد، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية.
 - صلصال، مواد لنشاطات حركية دقيقة.
 - دمي حسية ككرات من قماش، أنابيب مصنوعة من البلاستيك من نوع قابل للطي و للمط.
 - أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك، وفرش، وأدوات أخرى للمساج (القمش، 2011، ص142،
- (143).

10-2-4-العلاج الدوائي:

لا يوجد حتى الآن دواء لعلاج التوحد، وإنما يمكن إعطاء بعض الأدوية لبعض الأطفال التوحديين في بعض الحالات التي يكون فيها التوحد مترافقا مع بعض الأعراض العصبية أو النفسية أو العضوية، وبهذا المعنى يكون الدواء لعلاج المرض المرافق للتوحد، وليس لعلاج التوحد بحد ذاته، إلا انه يمكن إعطاء بعض الأدوية لبعض حالات التوحد، والتي تساعد في التخفيف من حدة الأعراض، وخاصة العدوانية وسلوك إيذاء الذات، والتشنجات العصبية أو الصرع والقلق والاكتئاب والهيلاج واضطرابات المزاج والنوم وفرط النشاط وضعف الانتباه، وبعض الحركات النمطية، الأمر الذي قد يساعد الطفل على التعلم وتحسين نوعية حياته (عبد الله، 2001، ص193).

إلا أن استخدام الأدوية يكون في معظم الحالات المصحوبة بتأثيرات جانبية متباينة، غالبا ما تكون سلبية كما أن ليس جميع الأطفال التوحديين يستفيدون من التدخل الدوائي، بالإضافة لصعوبة تحديد الدواء اللازم والجرعة المناسبة للطفل التوحدي، لأن الاختلافات البيولوجية كثيرة بين الأطفال التوحديين، قد تكون ردة فعل الطفل التوحدي اتجاه الدواء معاكسة لما صمم من أجله، وقد يحتاج بعض الأطفال التوحديين جرعات أقل أو أعلى بكثير مما تحدده الوصفات الطبية عادة، كما أن تأثير الدواء قد يختلف من طفل لآخر، وقد تتفاوت نتائجه لدى الطفل نفسه من عمر لآخر أيضا، وفي كل الأحوال فان دور الأدوية في تأهيل الأطفال التوحديين يعتبر مساندا للبرامج التربوية والسلوكية.

ومن أهم أصناف الأدوية التي يمكن أن تستخدم مع الأطفال التوحديين، الأدوية المضادة للدهان، الأدوية

المضادة للاكتئاب، الأدوية المضادة للقلق (المهدئات) الأدوية المضادة للتشنج، الأدوية المنبهة، وحاصرات الأفيون، وحاصرات البيتا (الشامي، 2004، ص333، 334).

10-2-5-العلاج باللعب:

يساهم اللعب في بناء الجانب الجسمي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز، وبعض الحركات، وأيضا جانب إخراج انفعالاته النفسية، كالخوف، والقلق، والتوتر من خلال الألعاب المتنوعة فيصبح الطفل هادئا ومستعدا لتلقي أي مداخلات تنمي مهاراته اللغوية.

ويتعلم أيضا من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب وقوانينها وإقامة علاقة بينه وبين المعالج، ومن خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطين به (رياض، 2008، ص97).

تعددت أساليب و طرق علاج اضطراب التوحد، منها ما يعتمد على العلاج النفسي، ومنها ما يستند على العلاج السلوكي، الدوائي، باللعب، بالدمج الحسي، إلا أن الدراسات و البحوث العلمية تؤكد أن العلاج السلوكي المتمثل بفنيات تعديل السلوك يعد من أفضل استراتيجيات تأهيل و علاج الأطفال التوحديين.

خلاصة:

إن التوحد قد يعرقل المسار السوي للنمو في شتى المجالات النمائية، النفسية، والاجتماعية، والمعرفية الذي يجعله لا يحسن إدراك العالم الخارجي والمحيطين به، والتوحد كاضطراب نمائي يختلف من نوع لآخر، ويظهر قبل سن الثلاث سنوات، ويحمل الطفل مصاب به جملة أعراض وخصائص تظهر في التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوك، وقد اختلفت البحوث وتضاربت الآراء، فكل دراسة ترى سبب التوحد من وجهة نظرها، ومن الخلفية النظرية التي تعتنقها، لذا يبقى اضطراب التوحد غامض الأسباب إلى يومنا هذا مما يستوجب التدخل المبكر، والعلاج كي لا يصبح إعاقة لاحقة لمراحل النمو في الرشد.

تربية و تعليم أطفال التوحد

تمهيد

أولاً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحيديين

ثانياً: اعتبارات في بناء المنهاج لأطفال الاوتيزم

ثالثاً: محتويات منهاج التوحيديين

رابعاً: البرامج التربوية للمتوحيديين

خامساً: إرشادات لتعليم الأطفال التوحيديين بقدرات انجازية عالية

خلاصة

تمهيد:

إن الطفل التوحدي قابل للتعلم والتقدم كغيره من الأطفال العاديين لكن وفق برامج ومناهج خاصة تتناسب ومتطلباتهم، لأن البرامج والمناهج العادية لا تخدمهم، فطفل الاوتيزم بحاجة لبرامج تربوية خاصة تتناسب واحتياجاته وذلك من اجل مساعدته على تنمية قدراته المعرفية ، وتنشيط المثيرات الحسية لديه وتطوير المهارات الحركية والاتساق الحسي الحركي، ومن خلال ما سيتم تقديمه في هذا الفصل سنتعرف على البرامج والمناهج والاستراتيجيات التي يتم من خلالها تعليم أطفال التوحد.

أولاً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحديين:

يمكن الإشارة إلى أهم الاستراتيجيات التعليمية على النحو التالي لكن قبل ذلك يوجد شيء مهم يجب إدراكه هو أن الأطفال التوحديين ليسوا على مستوى واحد في قدراتهم التعليمية والسلوكية أيضاً، إذ نجد الذين يواكبون التعليم العام هم أولئك الذين لديهم درجة تأثير، ويكونون أكثر اعتدالاً ويعني ذلك هم الأطفال الذين لديهم حالة توحد اقل أو ما يطلقون عليهم التوحديين ذوي الأداء العالي (الفوزان، 2002، ص 101).

ومن أهم الاستراتيجيات التي برهنت على أنها مهمة باتساق ومفيدة لمعلمي الأطفال التوحديين في

مرحلة الطفولة كانت على النحو التالي:

1- العمل مباشرة مع والدي الطفل التوحدي:

وذلك من خلال إخبار الوالدين بخصائص الطفل التوحدي وعن الاضطراب الذي يعاني منه، فمن المهم أن يفهم مخاوف الطفل و ما يرغبه.

2- إيجاد تنظيم أفضل وتنبؤي للفصل:

من المحتمل أن يكون أكثر الاستراتيجيات المهمة حيث يجب أن تنظم الأماكن داخل الفصل الدراسي وينبغي أن يكون الجدول اليومي متسق أن يتم الانتقال من نشاط إلى آخر، وان يتسم بالوضوح والدقة والإضاءة وغلق الأنوار واستخدام الأجراس والأغاني المحددة لان الطفل التحدي لا يستطيع التعبير عن انطباعاته ولا يستطيع التعرف عليها أو تنظيمها، وأحياناً نجد الطفل التوحدي يضطرب نتيجة مروره بخبرة إدراكية اضطراباً يصل به إلى تجنب تلك الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة أو يغلق على نفسه حتى لا يتعرض إلى الحيرة والارتباك لهذا فهو بحاجة إلى بنية مستقرة لها روتين راسخ، على الرغم من

انه تحت القيود و التحديات التي سوف تفرض عليه إلا انه بحاجة إلى التحرر حتى يتصرف بطريقته الخاصة (سليمان، 2000، ص 80).

3- محاولة مستوى الضوضاء في الفصل إلى أقصى حد ممكن:

حيث يتم تجنب الأصوات المرتفعة في الفصل ويتم تجنب الموسيقى المرتفعة غير ذات المعنى وانه بإمكاننا استخدام أنوار ساطعة وطبيعية.

4- عندما تلمس الطفل يجب أن يكون اللمس ضاعطا وقوية

اللمس السريع الزوال والخفيف يضايق الطفل، فمن الأفضل استخدام الضغط القوي لا سيما للظهر الذي يكون أسهل احتمالا ويهدئ الطفل.

5- كن متسقا فيما يتعلق بعوائق السلوك الغير مقبول:

عندما يعرض الطفل زملائه فعلى كل الأعضاء الفريق العمل على الاستجابة لهذا السلوك بنفس الطريقة.
6- التحدث بصوت هادئ:

بعض الأطفال التوحديين حساسون لنوعيات معينة من الأصوات أو الكلام المرتفع جدا، حيث أن الصوت المرتفع جدا يمكن أن يضايق الطفل التوحدي.

7- الحصول على مسعدات متخصصة من الأخصائيين:

بالإضافة إلى المساعدة التي يتلقاها من معلم الطفل ففي بعض الحالات تكون هناك حاجة ماسة إلى مساندات من الأخصائيين فالأخصائي يزود بأسباب وعلاج السلوكات الشاذة.

8- محاولة جذب انتباه الطفل التوحدي.

9- الجلوس في مواجهة الطفل أثناء التعلم.

10- استخدام الغاز ومعينات متنوعة.

11- استخدام التعزيز بأشكاله المختلفة تعديل المنهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه معتمداً على

نقاط القوة والضعف لديه (خليل، 2006، ص 75).

يمكن القول أن تحقيق هذه الاستراتيجيات تتطلب التعاون بين الأولياء والمسؤولين على هذه الفئة بالإضافة إلى توفير المناخ المناسب الذي يساعد على تعليم الأطفال التوحديين والتعامل معهم معاملة خاصة بأسلوب يساعد على فهم حالتهم.

ثانياً: اعتبارات في بناء المنهاج للأطفال التوحديين:

تعتبر عملية إعداد المنهاج الخاص بالأطفال التوحديين قضية خلافية ومثيرة للجدل بين الأخصائيين والتربويين، حيث يلجأ بعضهم إلى إعداد المنهاج بناءً على نماذج نمائية للأطفال العاديين، ويقول آخرون أن تطوّرهم غير عادي وهم بحاجة إلى مناهج خاصة، ويرى البعض بأن المهارات الوظيفية والتكيفية التي يتم تعليمها في الظروف العادية هي الأساس في بناء مناهج للأطفال التوحديين.

وتجدر الإشارة إلى أن الأطفال التوحديين يتعلمون أفضل عندما يتم تقديم المهمات والمهارات على شكل عناصر أو أجزاء صغيرة وبشكل متتابع حتى يتم الوصول إلى مرحلة الإتقان، فالجانب الأساسي والمهم في اختيار المنهج المناسب والملائم هو المعرفة والإلمام بالجوانب الرئيسية التالية:

1- حاجات ومتطلبات الطفل:

فلا بد من مراعاة خصوصية اضطراب التوحد عند بناء المنهاج والأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية مثل (تحديد المرحلة العمرية التي يظهر فيها الاضطراب، غياب مهارات التعلم الاجتماعية والمهارات اللغوية و التعامل الغير عادي مع الأشياء، المشكلات السلوكية والروتين) حيث تلعب دوراً كبيراً في

تحديد جوانب وأولويات في اختيار الأهداف والبرامج العلاجية التي تتناسب وطبيعة الخصائص السلوكية والتربوية.

2- الكادر الوظيفي:

يحتاج الأطفال التوحديين لتعلم منظم للمهارات الأساسية، ويكون ذلك عن طريق التدريب الفردي (واحد لواحد) أو اثنين لواحد، بهدف تركيز الجهود المبذولة مع الطفل التوحدي للتعامل بشكل أفضل مع البيئة الصفية، ولسوء الحظ فإنه من الصعب توفير أعداد كبيرة من المعلمين والأخصائيين للعمل بشكل مستمر لذا لا بد من إيجاد بدائل يمكن أن تساعد في عملية التدريب كاللجوء إلى تقسيم العمل على فريق متعدد التخصصات والاستعانة ببعض المتطوعين.

3- التخطيط الإداري :

وهناك بعض الإجراءات والعناصر التي يجب أن تراعى عند تخطيط وبناء المنهاج ويمكن الإشارة إلى عناصر مثل (نوع الخدمة المقدمة، تحديد عدد الساعات، الإشراف، التغذية الراجعة، تقييم تقدم الطفل... الخ) (القمش، و المعايطة، 2014، ص 319، 320).

تعتبر عملية إعداد البرنامج أو المنهاج الخاص بالأطفال التوحديين أمر هام استدعى اختياره الإلمام بالجوانب الرئيسية لاضطراب التوحد ومعرفة احتياجات ومتطلبات الأطفال التوحديين وكذلك تزويد الأخصائيين والتربويين بالمهارات الأساسية حول الاضطراب وتكوين بدائل في حالة غياب الأخصائيين بالإضافة إلى مهارة التخطيط الإداري الجيد.

ثالثاً: محتويات المنهاج:

- السلوك الغير تكيفي: ونعني بذلك أنماط السلوك الشاذ التي يظهرها الطفل التوحد.
- مهارات الانتباه: القدرة على التركيز وتتابع الاستجابة للمهارات وإنهاء المهمات المطلوبة من الطفل.
- المهارات اللغوية: مثل اللغة التعبيرية واللغة الاستيعابية وصياغة المفهوم.
- المهارات الحركية: المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة.
- المهارات الاجتماعية: والتي تبدأ من مشاهدة الآخرين وصولاً بالبقاء معهم والتفاعل الإيجابي ضد المجموعة.
- المهارات الأكاديمية والمهارات ما قبل الأكاديمية: مثل التعرف على الأرقام والأحرف ومهارة الكتابة والحساب.
- المهارات الحياتية والثقافية: مثل مهارات الاستقلالية والعناية بالذات، والتعامل مع متطلبات المجتمع وعادته.
- المهارات الإدراكية والمعرفية: ويتعلم الطفل العمليات العقلية كالتصنيف، التمييز والمطابقة .
- المعلومات العامة: وهي المعرفة بالأشياء العامة والتي يتعامل معها المجتمع مثل التعرف على الأماكن العامة، والأرقام الهواتف.
- الأنماط السلوكية المدرسية: وتدريب الطفل على الأنماط سلوكية ايجابية مثل الوقوف في طابور انتظار الدور.

- التأهيل المهني: التدريب على مهارات التهيئة المهنية والتشغيل المهني حسب قدرات الطفل و استعداداته (القمش، المعاينة،2014، ص320، 321).

رابعاً: البرامج التربوية:

1-4- برنامج تيتش:

أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى DIVISION TEATCH ويديره سكوبلر SCHOPLER 1972 وهو من كبار الباحثين في مجال التوحد.

ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات تمكن الطالب من التكيف في المجتمع والمهارات الحركية، العمل باستقلالية ومهارات أكاديمية (الشامي،2004، ص 46).

تمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق تيتش المنتشرة في الولاية كما أنها تمتاز بأنها طريقة علاج مصممة بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل عن 5-7 أطفال مقبل مدرسة و مساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجاته (رياض، 2008، ص 75).

مبادئ وطرق تعليم برنامج تيتش:

تتسم البيئة لبرنامج تيتش بطابع مميز فهي مليئة بمعينات ودلائل بصرية مختلفة ويتكون البرنامج من عدة ركائز:

- 1 تكوين روتين محدد: تتضمن تسلسل الأحداث خلال اليوم وخلال الأسبوع والانتقال إلى النشاط التالي ومقدار ما يستغرقه كل نشاط وتحديد الأمكنة التي يمارس فيها النشاط.
- 2 تنظيم العمل: ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح للتلميذ ماهو مطلوب منه؟ كم هي كمية العمل؟ كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟ ماهو النشاط الذي سيلبي؟
- 3 تنظيم المساحات: ينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار ومساحة الكرسي و المساحة الخاصة بالتلميذ.
- 4 -الجدول اليومية: استخدام جداول فردية للطفل التوحد تسلسل الأحداث اليومية.
- 5 -التعليمات البصرية: إعطاء التلميذ إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة (الشامي، 2004، ص 39-45).

4-2-برنامج لوفاس في تحليل السلوك التطبيقي:

تعتمد طريقة لوفاس على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج على عن 40 ساعة في الأسبوع ولمدة غير محددة (رياض، 2008، ص 74).

انه طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشرافية من خلال التعزيز ومحاولة ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل ومكافئة منتظمة لسلوكياته المرغوبة، ويمكن دمج الطفل التوحد في المدرسة إذا طبق هذا المنهج بشكل منتظم ومكثف

والتحليل الوظيفي السلوكي على أساس فلسفي في أن السلوك الايجابي والسلوك السلبي يزيد أو ينقص تحت ظروف محددة كنتيجة لعواقب هذا السلوك.

يؤدي التعزيز إلى زيادة في السلوك المرغوب تحت ظروف محددة وانخفاض دال في السلوك الغير مرغوب، وفي حالة السلوك المشكل الذي يزداد كنتيجة للتعزيز فمن الضروري أن يتم التدريب على سلوكيات أخرى بديلة، والتحليل الوظيفي مصطلح يتكون من عدة مكونات إحداها يكون التقويم السلوكي والوظيفي، وفيه يتم تحديد الأداء السلوكي المحدد من خلال الملاحظة وجمع البيانات عن الأحداث التي تحدث في الحال قبل السلوك والتي تحدث بعد السلوك.

ومن خلال ملاحظة هذه الأحداث فان المقدرين يحددون وظائف السلوك المبني على الحدث وما يعزز هذا السلوك ليستمر، والافتراضات الضمنية تكون على أن كل سلوك يظهر ليحقق غرضاً ما، والدمج بين مكونات عدة من أسلوب التحليل الوظيفي مثل تأخر الوقت، التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى المراقبة الذاتية فان الاستجابات المتكررة غير مرغوبة تتقلص بينما الاستجابات المناسبة تزداد، وتؤدي إلى زيادة ملحوظة في بناء الجمل اللغوية، وتقلص من العمليات التي تم تجاهلها باستمرار وتعزيز الاستجابات المناسبة وعندما لا يستقبل الطفل انتباهها على هذا السلوك الغير المرغوب فانه ينخفض، ويدرك الفرد أن نطقه لجمل متعلمة سوف يكون معدل النجاح فيه مرتفعاً، وستزداد المحادثات التبادلية بين الأفراد. ويرى المقترحون إلى أن العلاج بأسلوب التحليل السلوكي الوظيفي لا يؤدي في اغلب الأحيان إلى حفظ دال لمشكلات كل الأطفال التوحديين.

خطوات البرنامج:

يبدأ البرنامج التدريبي بتحديد المثيرات السابقة واللاحقة بعد استجابة الطفل ثم تحديد سلوكيات الطفل القوية و الضعيفة، وتشكل المهارات اللازمة من خلال تنظيم المثيرات والتعزيز الفوري (الزريقات، 2004، ص306، 307).

4-3- برنامج ليب:

خبرات التعلم: برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة وللآباء .

.Learning experiences: alternative program for schoolers and parent

بدأ برنامج ليب 1981 بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحديين والأطفال العاديين من أعمار 3 إلى 5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويعد هذا البرنامج واحدا من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال التوحديين وأسرهـم.

يشمل برنامج ليب على برنامج ما قبل المدرسة وبرنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى، ويعتبر برنامج ليب واحدا من البرامج التي تجمع الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين، ويمتاز برنامج ليب باستخدامه للرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية، وتشمل الأهداف في المنهاج الفردي في مجالات النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية، الجسمية والحركية ويجمع المنهاج الأسلوب مع الممارسات النمائية المناسبة، ويركز هذا البرنامج على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات التدخل المبكر ذو نوعية عالية وخدمات من خلال الزيارات للموقع وأجوبة شاملة للأسئلة، وورشات العمل

واستشارات مستندة إلى الحالة وتوزيع الوسائل التعليمية ويشمل على تنظيم الصف وضبطه، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، مشاركة الأسرة (الزريقات، 2004، ص 309).

4-4- مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية :

تأسس مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية سنة 1972 ليخدم التوحديين من كل الأعمار، وفي عام 1987 طرأت تغييرات متعددة على البرنامج ومن ضمنها استهداف دمج الأطفال ذوي التوحد مع الأطفال الطبيعيين في الروضة بعد أن يتلقى الأطفال التوحديين تدريباً يمكنهم من ذلك.

وهكذا افتتحنا فصول دمج الأطفال التوحديين في الروضة مع الأطفال الطبيعيين ضمن البرنامج ويتراوح أعمار الأطفال الذين يتقدمون للبرنامج من 30-62 شهراً كما تتراوح درجة ذكائهم من 36-135 و يحتوي الفصل الدراسي على 8 أطفال طبيعيين و 6 توحديين وثلاثة معلمين، يتلقى الطفل التوحيدي التدريب في المركز لمدة 25 ساعة أسبوعياً و في المنزل 15 ساعة أسبوعياً، و إجمالي عدد الساعات 40 ساعة أسبوعياً، و الهدف من المنهج تعليم الطفل للمهارات الاجتماعية واللغة والتواصل بما في ذلك التعبير عن أنفسهم و فهم الغير.

و ينقسم برنامج دوجلاس إلى ثلاث مراحل:

- 1 فصل التحضي: يتم التدريب بشكل فردي مع مربّي واحد لطفل واحد.
- 2- فصل المجموعة الصغيرة: يصبح معلم واحد لكل طفلين في هذه المرحلة.
- 3 فصل الدمج في مرحلة رياض الأطفال: يلتحق التوحديين مع الأطفال العاديين و يتلقى جميع الأطفال المنهج الاعتيادي.

تنبثق فلسفة دوجلاس في التعامل مع السلوكيات الغير سوية للطفل من الاتجاه الحديث نسبيا لنظرية تعديل السلوك وهو ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك (الشامي، 2004، ص67-71).

تختلف البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين على البرامج المقدمة للأطفال العاديين، فالبرامج التربوية المقدمة لفئة التوحد تركز على جانبين الأول يكون علاجي والثاني تعليمي كما أن هذه البرامج يمكن أن تساعد الطفل التوحد على الاندماج في مجتمعه و يستطيع عن طريقها التواصل مع الآخرين و هذا ما لاحظناه من خلال برنامج تيتش، لوفاس و غيرها من البرامج ، بحيث أن هذه الأخيرة ورغم اختلاف مضمونها إلا أنها تهدف إلى تعليم الطفل التوحد وتدريبه وعلاجه إما أن يكون هذا البرنامج يستهدف طفلا واحدا أو عدة أطفال المهم أن أهدافه واحدة.

خامسا: إرشادات لتعليم الأطفال التوحديين بقدرات انجازية عالية:

إن العديد من الأطفال التوحديين لا ينفصم العقل للتفكير والتعلم والعمل لكنهم بحاجة للتنظيم وبأساليب مدروسة للتعامل وفيما يلي عدد من الإرشادات التي يمكن استخدامها لرفع كفاية التوحديين في انجاز مهمهم اليومية

1- ساعد الطفل التوحد في تنظيم بيئته التعليمية:

ساعده في المدرسة أو المنزل و تشجيعه على التذكر والانتباه وتعزيز سلوكه المناسب خلال ذلك، لان هذا الطفل ينسى في العادة الأشياء التي تلزم واجباته المدرسية مثل مذكرة الواجب المنزلي ومواد الكتابة و غيرها، أو لا يمتلك القدرة أو الرغبة لترتيب مقعده و حاجياته، في مثل هذه الحالات يمكن مساعدته بالتالي:

2- تدريبه على ربط شيء يحتاجه بأشياء تتصل به، فكراس و مذكرة الكتابة تحتاج إلى قلم والقلم يحتاج إلى مبراة و ممحاة، أما كراس الرسم فيحتاج إلى أقلام وأدوات ومساطر و ممحاة و مبراة فإذا استطاع الطفل تعلم ربط الأشياء ومتطلباتها مرة بعد أخرى فإنهما يصلان في النتيجة إلى حالة مستقرة، التذكر و الانتباه كافيان للتعلم وأداة مداخلتهما اليومية.

مساعدته في تنظيم نفسه وحاجياته وبيئته المباشرة مثل مقعد الدراسة أو الحقيبة المدرسية أو حتى أسلوب ملبسه و عنايةه بشكله، ومساعدته خطوة بخطوة مع التدريب والتشجيع بأناة و صبر وميول إيجابية لما تقوم بمساعدته.

3- تجنب النقد والتعنيف والمحاضرة و إلقاء القوانين وإلقاء النصائح حيث يشعر الطفل أكثر بالخطأ و الذنب والعجز عن نفسه وقدرته.

4- تحدث مع طفل توحيدي وعلمه بلغة محسوسة:

بعيدا عن التجريد والرموز والمعاني النظرية والأسئلة المقالية أو الغامضة، إن الطفل المتوحد يفتقر في الغالب للتفكير النظري المجرد وبالتالي استعن بالتعليم الشفوي عن طريق الصور والرسوم والكتابات السبورية والوسائل المرئية الأخرى لتعزيز وسائل الاتصال أو المعلومات المقصودة إليهم.

5- خفف من الضغط النفسي لدى الطفل التوحيدي:

بوضعه في مكان امن و إرشاده بالوسائل التي يمكن بها الحد من اضطراباته السلوكية.

6- فنفهم السلوك السلبي للطفل التوحيدي:

لا تعتبره تصرفا شخصيا ضدك كمعلم، أن هذا الطفل مهما كان ذكائه أو انجازه لا يقصد التحكم بآليات التعامل أو جعل الحياة أو التعامل معه أمرا صعبا أو بعيد المنال انه ناذرا ما يقصد التلاعب أو المناورة

بالأمور لأن القصد الذي يرمي إليه في الأرجح هو التخلص من المواقف المحيرة له، أو عدم إدراكه أو ردود فعل الآخرين حوله أحيانا أخرى.

7- استعمال لغة بسيطة و مفهومة:

فاستعمال لغة بسيطة ومفهومة وذات معاني مباشرة غير مزدوجة لا تستعمل بهذا الصدد:

- الألفاظ و المفردات المداعبة التي تحتل أكثر من معنى.
- ألفاظ السخرية كأن تمتدح الطفل عند الخطأ.
- الألقاب بدل الاسم الحقيقي للطفل.
- ألفاظ التذليل كأن تنادي الطفل حكيم بدل عبد الحكيم أو رفيق....

8- استعمال الإشارات و التعابير الحركية:

للجسم بصحبة الكلام العادي للتواصل مع الطفل التوحد حيث تساعد على سرعة فهمه للرسائل المقصودة أكثر بكثير من لو استخدمت الكلمات أو الإشارة بمفردها.

9- قدم مهمة التعلم أو الاتصال على شكل خطوات:

أو جرعات مصغرة أو بصيغ متنوعة مرئية وسمعية وحركية ولفظية عند أول ملاحظة لعدم فهمه أو استجابته كما هو مطلوب.

10- استعمال جمل قصيرة قريبة لقدرة الطفل التوحد: على الفهم والاستجابة ابتعد عن الكلام الطويل

والمواصل والعبارات الممتدة لأن هذا الطفل محدود انتباهه وتركيزه ومثابرتة على الفهم.

11- هيبء الطفل نفسيا لأي تغييرات:

قد تحدث في البيئة المدرسية والمنزلية والمعلم والجداول الدراسية، استعمال مع الكلام الشفوي الجداول والملخصات والرسوم المرئية المكتوبة لمساعدة الطفل على إدراك وتذكر ما تقول له.

12- احرص على الانسجام في التعليمات والتوجيهات والإجراءات المستعملة مع الطفل المتوحد:

كمساعدة الطفل على التركيز و الاستيعاب لكون كثرة وتعارض التوجيهات و الإجراءات السلوكية والعلاجية وتشعر الطفل بالحيرة والتناقض و ضياع الوقت.

13- التعامل مع الحجج والأسئلة اللفظية المتكررة:

للطفل بالكتابة وتمثيل أو عكس الأدوار دون اللفظ أو الإقناع الشفوي ، إن التكرار السلوكي هو أحد المؤشرات البارزة للتوحد التي يعبر بها عن شعوره بعدم الأمان أو الحيرة أو فقدان السيطرة على النفس وان الرد على الطفل أو محاولة وقف سلوكه بالجدل والأسئلة والحجج المقنعة لا تفيد كثيرا في تهدئته ووقف سلوكه، اطلب من الطفل في المقابل بكتابة سؤاله أو التوضيح الذي يريده ثم اكتب جوابك عليه خلال هذه العملية من الأخذ والرد المكتوبين ينشغل الطفل نفسيا وإدراكيا عن سلوكه المتكرر وعدم تكرار السلوك.

14- التواصل مع الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي:

والتغلب على اضطراباته السلوكية و لا تعتمد بالكامل على الطفل في إيصال ما تريد من أخبار وحوادث وتقنيات وأحكام مدرسية تهم سلوك وتعلم الطفل من مهارات التواصل الإنساني وتطمئن تماما من خلال الملاحظة الجادة وتجريب عدة مواقف معه للتحقق من قدرته على التذكر والتركيز والاتصال، فانه تبقى

على مسؤوليتك في التعويض عن عجز الطفل في التواصل مع الأسرة ومتابعة قيامه بالتقنيات المدرسية المطلوبة بواسطة الهاتف في حين والاجتماعات السريعة مع الأم أو الأب في حين آخر.

15- عين تلميذا أو فنيا أو أحد المساعدين لك:

فيما يعرف بمساعدي التعليم لمرافقة الطفل فيما يقوم به من أنشطة و التقنيات والجدول والخطط وقوائم العمل أو الواجبات السلوكية والتي توفر للطفل فرصا للتحقق من تنفيذها المنظم واحدة بعد الأخرى، وإتقان سلوكياتها ومهارة الاستقلال والثقة بالنفس مستقبلا.

16- حدد مذكرة واحدة للاستعمال:

من الطفل متعددة الأوراق وبسلك لولبي يسهل الاستعمال لتنفيذ واجباته المنزلية، وإذا كان الكراس أو المذكرة بألوان عندئذ يكون ذلك عمليا ومفيدا أكثر للطفل وذلك لتجنب آفة النسيان فقد يفيد حصر الحاجيات المدرسية في عدد محدود منها.

17- اقترح للأسرة بتوفير مجموعتين من الكراسات:

والكتب والأدوات المدرسية وأخرى للمنزل (شريف، 2014، ص 323-329).

إن الأطفال التوحديين بحاجة إلى مجموعة من الإرشادات والأساليب المنظمة والمدرسة والمقدمة لهم من قبل المسؤولين عليهم ومن بينها مساعدتهم على تنظيم البيئة التعليمية والتحدث إليهم بلغة بسيطة ومفهومة بالإضافة إلى التواصل مع أسرهم وإخبارهم بطريقة التواصل معم وكيفية التعامل معم ولا ننسى انه يجب تقديم مهمات للطفل التوحدي على شكل خطوات وكذلك يجب أن يكون المنهاج ومحتوياته هادف لتعليم وتأهيل هد الفئة.

خلاصة:

إن الطفل التوحدي كغيره من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بحاجة إلى استراتيجيات وبرامج تعليمية تربوية خاصة به ، كون برامج الأطفال العاديين و كذلك المعاقين ذهنيا والفئات الأخرى للتربية الخاصة لا تخدمه، وهذا ما تطرقنا إليه من خلال عرضنا لهذا الفصل تناولنا في أهم البرامج التربوية و التعليمية الخاصة بهذه الفئة، كذلك الاستراتيجيات التعليمية المعتمدة لتدريب هذه الفئة و أيضا أهم الإرشادات التي يتبعها الأخصائي.

الفصل الرابع:

النمو المعرفي للطفل التوحدي

تمهيد

أولاً: مفهوم النمو المعرفي

ثانياً: العوامل المؤثرة في النمو المعرفي

ثالثاً: مفهوم المهارات المعرفية

رابعاً: الهدف من تدريب الأطفال الذاتويين على المهارات المعرفية

خامساً: أنماط المهارات المعرفية

خلاصة الفصل

تمهيد:

غالبا ما يسبب القصور في النمو المعرفي لدى الأطفال التوحديين الكثير من المشاكل للطفل وللمحيطين به من آباء ومعلمين، وإخوة وأقران، لهذا فهم بحاجة للتكفل والرعاية من أجل تطوير المهارات والقدرات المعرفية، والتي تتضمن الانتباه، الإدراك الحسي الحركي، التذكر، وغيرها للتقليل ما أمكن من عجزهم لتحقيق التعلم الفعال والتكيف مع المحيط، ويعتمد تنفيذ كل مهارة من هذه المهارات المعرفية لدى الأطفال التوحديين على المرحلة العمرية التي يمرون بها.

أولاً: مفهوم النمو المعرفي:

يشير مفهوم النمو المعرفي إلى التغيرات التي تطرأ على تفكير الطفل وطرق تعرفه على العالم الخارجي حيث يمر الطفل خلال مرحلة ما قبل المدرسة بتحويلات معرفية واسعة، فحواس الطفل تلتقط الكثير وهي تدور في البيئة فما يتوجه له الطفل بانتباهه وما يلتقطه من معلومات من العالم الذي يعيش فيه يحددان مفاهيمه عن الكون، ويقصد به تنمية الطفل على التفكير العلمي بحيث يصبح قادراً على الربط بين الظواهر والأسباب كما يصبح قادراً على حل المشكلات التي تواجهه في حياته اليومية، والحواس لدى الطفل هي المدخل للإدراك ووسيلته في الاتصال ببيئته وفهم مظاهر الحياة المحيطة به، فيتعرف الطفل على بيئته الطبيعية والبشرية ويحاول أن يتكيف معها (العتوم، وآخرون، 2005، ص 55).

النمو المعرفي هو حالة التفكير التي تسود ذهن المتعلم في مرحلة من مراحل النمو المعرفي، ويفترض أن هذه البنية تنمو وتطور مع العمر عن طريق التفاعل بين الخبرات والمواقف لأن الخبرة تتضمن التفاعل ويترتب على ذلك أن الطفل كلما نما وتطور وتفاعل مع المواقف والخبرات أدى ذلك إلى تغير في حالة البنية الذهنية المعرفية، إذ أن كل جزء يسهم في تطور حالة البناء المعرفي الذي يملكه الطفل (قطامي، 2000، ص 45).

النمو المعرفي من وجهة نظر بياجيه هو عبارة سلسلة من عمليات اختلال التوازن واستعادة التوازن أثناء التفاعل مع البيئة، وذلك باستخدام عمليتي التمثل والموائمة بصورة متكاملة، ويحدث الانتقال من مرحلة نمائية عقلية إلى المرحلة التي تليها بصورة تدريجية نامية، منظمة في نسق هرمي تشكل المرحلة الحركية قاعدته مرحله العمليات المجردة قيمته (ميخائيل، 2003، ص 109).

ويقصد بالنمو المعرفي أيضا نمو الوظائف العقلية المختلفة كالإدراك والتذكر والانتباه، والتخيل

والتفكير والقدرة العقلية العامة، والقدرة الخاصة (القضاء، والترتوري، 2000، ص46).

يرى ليفين أن النمو المعرفي يأخذ عددا من الصور: فهو يضم إدراك ما هو مألوف، والتطور بفعل

الخبرة وتطور المفاهيم، وحل المشكلات، والتفكير، كما يتضمن أيضا القدرة على معالجة المعلومات من

العالم الخارجي، إذ أنه يمكن النظر إلى النمو المعرفي، بأنه تطور أو نمو في عملية المعرفة (قطامي، 2000،

ص16).

يمكن تعريفه بأنه التغيرات النمائية التي تطرأ على البناء المعرفي للفرد و يمكن القول على أنه القدرة

على الفهم و التفكير و حل المشكلات.

ثانيا: العوامل المؤثرة في النمو:

يتأثر النمو المعرفي عند الطفل بجملة من العوامل التي تتفاعل مع بعضها البعض، ومنها

الاستعدادات الفردية للطفل وطبيعة علاقته بأمه وبمحيطه وبالمستوى الثقافي للوالدين وغنى المحيط

بالمثيرات المحرصة على الاستطلاع والاكتشاف والأسلوب التربوي وغيرها من العوامل المختلفة التي

رأى العلماء أنها تنطوي جميعها تحت عنوان واحد وجامع لها هو البيئة المنزلية على اعتبار أن الطفل

يبقى على اتصال وثيق بتلك البيئة يتفاعل معها ويتلقى منها التعلم والتوجه ويستقي منها الخبرات وذلك

طيلة المرحلة الممتدة ما بين الميلاد وبداية الحياة المدرسية لذلك اعتبرت ماريا مونتسوري أن تلك

المرحلة تشكل الحقبة الحساسة من حياة الكائن الإنساني إذ تبنى من خلالها حالته النفسية والاجتماعية

والمعرفية أو اضطرابه النفسي وعدم تكيفه الاجتماعي وقصوره الذهني والمعرفي.

كما اكتشف العلماء أن العامل المهم و الرئيسي في النمو المعرفي عند الطفل لا يتعلق فقط بمجرد توفير الظروف الملائمة للطفل لكي يعمل على تنمية قدراته الذهنية بل أن من المهم أيضا التفاعل بين الطفل والأهل ومساعدة الطفل على إدراك الأساليب الناجحة من أجل تنمية القدرات الذهنية ومعرفة طرق الاستفادة من الظروف المتوفرة، فالمحيط الذي يؤمن للطفل درجات عالية من التنبه للأمور والأشياء الموجودة فيه ويشجع الطفل على اكتشاف المثيرات التي تدفع إلى الاستطلاع والتعلم والمثابرة والصبر والشرح بأسلوب سهل ذلك المحيط قادر على اغناء خبرات الطفل المعرفية مما يساهم في ارتفاع مستوى ذكائه (سليم، 2003، ص315).

وهناك أربعة عوامل تؤثر في النمو المعرفي عند بياجيه وهي:

1- الخبرات الطبيعية بالأدوات والأشياء

2- الخبرات الاجتماعية مع الآخرين والتي تساعد الطفل للخروج التدريجي من التمرکز حول الذات.

3- النضج أو النمو العصبي (وهو الذي يجعل الانتقال سهلا من مرحلة إلى أخرى).

4 -التوازن (النواسبية، و القطاونة 2015، ص43).

إن النمو المعرفي للطفل يتأثر بجملة من العوامل من أهمها البيئة الأسرية التي يعيش فيها، كونها البيئة الأولى التي يتفاعل فيها الطفل و يكتسب منها أول خبراته، و في هذا السياق إن تفاعل الطفل مع أهله يؤثر على نموه المعرفي، فالأسرة التي لا تدفع الطفل إلى اكتشاف المثيرات من حوله، تكون عاجزة و غير قادرة على زيادة و تطوير خبراته مما يؤدي إلى مستوى ذكاء منخفض مقارنة بالأسرة التي تعمل على تحفيز طفلها لاكتشاف المثيرات من حوله و الذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع في مستوى ذكاء الطفل.

ثالثاً: مفهوم المهارات المعرفية:

تعريف بخش (2010): عرفها على أنها المهارات الخاصة بالعمليات العقلية والنشاط المعرفي مثل المهارات الخاصة بالتخمين والتساؤل والتصنيف والبحث والاستكشاف واللعب والحركة القدرة على الاستدلال وهي مهارات تلعب دوراً هاماً في تشكيل شخصية الطفل وتكوين اتجاهاته وميوله وخبراته. يمكن القول أن المهارات المعرفية هي المهارات الناتجة عن القيام بالعمليات العقلية كالتفكير، التذكر والإدراك و التصنيف وغيرها والتي تساعد الفرد على فهم وإدراك ما يدور حوله ومعرفة احتياجاته وبناء معارفه وميولاته وخبراته.

ثالثاً: الهدف من تدريب الأطفال الذاتويين على المهارات المعرفية

إن الهدف الأساسي لتدريب الأطفال التوحدين على المهارات المعرفية هو إحداث تغييرات ايجابية فيها وبالتالي زيادة قدرتهم على التعلم الفعال والتحصيل العلمي والمعرفي، أضف إلى ذلك تطوير هذه المهارات وقد يحسن العديد من المهارات التربوية والتعليمية أخرى كمهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية وغيرها ، الأمر الذي يؤثر إيجاباً على مستوى تفهم الشخصي والاجتماعي.

إن الهدف الأساسي للتدريب على المهارات المعرفية هو إحداث تغيير ايجابي أدى الطفل التوحدي وذلك من خلال زيادة وتدعيم المعارف لديهم وتحسين علاقاته مع الآخرين ومساعدتهم على التكيف (سكر، 2014، ص95).

خامسا: أنماط المهارات المعرفية:

تتضمن المهارات المعرفية عدة أشكال ومن بينها:

5-1- الانتباه :

يعرف بأنه عملية التفاعل مع المعلومات الحسية، فهو يتضمن الإشغال أو المشاركة النشطة وبذلك يعتبر من العناصر الضرورية لعدد كبير من المهمات العقلية كما انه متطلب سابق هام للتعلم (الحديدي والخطيب، 2005، ص171).

الانتباه من المهارات الإدراكية المعقدة التي تتضمن عدة أشكال كل منها بالآخر، بما في ذلك توجيه الانتباه ونقله وإطالته بالإضافة إلى الانتباه الانتقائي والانتقائية المفرطة للمثير والانتباه المشترك، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود مشكلات وصعوبات في مهارات الانتباه لدى معظم الأطفال التوحيديين ومن هذه الدراسات (دراسة سيرز 1994 ودراسة جيم وجريك 1994) وفيما يلي توضيح لأهم المشكلات والصعوبات في الانتباه لدى الأطفال التوحيديين:

5-1-1- الصعوبة في توجيه الانتباه:

أول خطوة في الانتباه أن نوجه أعضاء الحواس لدينا نحو شيء أو شخص أو حدث معين نريد أن نركز عليه اهتمامنا، نحن نوجه انتباهنا إلى أحداث أو أشخاص أو أشياء معينة من خلال النظر إليها أو تحريك رؤوسنا باتجاهها بما يمكننا أن نرى أو نسمع شيئاً ما إن معظم الأطفال التوحيديين لديهم قصور في توجيه الانتباه، فقد لا يلتفت نحو الأشخاص أو الوجوه أو الأشياء أو مصدر الكلام، بأسمائهم أو تحاول أن تجلب انتباههم، لكنهم قد لا يبادرون إلى الالتفات إليك في الوقت نفسه، قد يوجهون انتباههم نحو أشياء لا يلاحظها الناس الآخرون كالصوت الصادر في خشخشة غلاف الحلوى أو ذبذبة الضوء هذا

لا يعني أنهم يفتقرون إلى القدرة على توجيه انتباههم بشكل عام، لكن المسألة إن احتمال توجيه انتباههم نحو الأشخاص أو الأصوات والمهمات التعليمية، هذا ينطبق على مرحلة الطفولة المبكرة بصورة خاصة ومع مرور الوقت تتحسن قدرتهم نحو الأحداث الاجتماعية ورغم ذلك يظل توجيه انتباههم للأحداث الاجتماعية والمهمات التعليمية اضعف مما يصدر غيره هم ويزداد احتمال إظهارهم لاستجابة متأخرة مقارنة مع أقرانهم.

5-1-2- صعوبة في نقل الانتباه:

عندما توجه انتباهك نحو شيء ما، فقد يقضي الموقف أن تنتقل انتباهك بين الأشياء والأشخاص وبين الحواس، بالنسبة لنقل الانتباه بين الحواس، فبالإضافة إلى أنك توجه سمعك وبصرك نحو مثير معين في نفس الوقت، فقد تنتقل انتباهك بين شيء منظور وشيء مسموع (مثال افرض على سبيل المثال أنك في محاضرة فانك تكتب ملاحظتك عنها، لكي تتمكن من ذلك، ستنقل انتباهك بين الشيء التي تكتبه إلى ما يقوله المحاضر) ومع أن الأطفال التوحديين قادرين على نقل انتباههم بين شيء أو شخص وآخر، إلا أن ذلك يستغرق منهم وقتاً أطول بكثير مما يحتاجه الطفل العاطي وقد وجد كورشيبيني وزملائه سنة 1994 أن الطفل التوحدي يحتاج إلى 2.2 ثانية لنقل انتباهه من شكل إلى آخر، بينما يحتاج الطفل العادي أجزاء من الثانية ليفعل ذلك وعندما نفكر في كمية المعلومات التي يمكن تقديمها في تلك الفترة القصيرة وفي عدد عمليات نقل الانتباه الأزمة يصبح لهذا الوقت أهمية كبيرة في عملية التعلم، فلكي يستطيع الطفل من نقل انتباهه يحتاج أن يعالج المعلومات و يعرف منها متى ينقل انتباهه، أما لدى الطفل التوحدي فقد لا تتم العملية بصورة تلقائية ولذلك فانه عندما تأتي اللحظة التي يدرك فيها الطفل التوحدي أن ه عليه أن ينقل انتباهه، يكون جانب كبير وهام من المعلومات المقدمة قد ضاع عليه.

5-1-3- صعوبة في إطالة الانتباه :

تشير إطالة الانتباه على قدرة الشخص على مواصلة التركيز على شيء ما لفترة من الزمن وتتأثر القدرة على إطالة طويلة، وعندما يكبر الطفل يظهر قدرة أكبر على إدامة انتباهه لفترات طويلة، وكثيرا ما ينسب إلى المعلمين وأولياء الأمور الإبلاغ عن فترة انتباه قصيرة جدا لدى أطفالهم التوحيديين، ولكن ذلك غير صحيح من جانبه العلمي، فعندما نأخذ مدى تطور الأطفال التوحيديين في الاعتبار نترك أنهم قادرون على إدامة انتباههم اتجاه شيء يهتمهم لفترات طويلة، إلا أن فاعلية هذا الانتباه ومدته تعتمد على مقدار انجذابهم لتلك المثيرات و على نوع الوسيلة الحسية المستخدمة وعلى مستوى تطورهم.

5-1-4- الصعوبة في الانتباه الانتقائي:

إن عقل الإنسان محدود في كمية المعلومات التي تأتيه من البيئات المحيطة به ولهذا ينبغي علينا أن نتجاهل معلومات وننتبه لأخرى وهو ما يعرف بالانتباه الانتقائي أو فلترة المعلومات **Filtrig** information، وكما هو الحال في نقل الانتباه من شيء لآخر نقوم بفلترة المعلومات بطريقة تلقائية تقريبا وعندما نتمكن من فلترة غير السليمة إلى زيادة التشتت العقلي أما الأطفال التوحيديين فالأمر ليس هكذا حيث يصعب عليهم تجاهل مثيرات في بيئتهم مهما كانت، فقد يولي هؤلاء الأطفال نفس الانتباه للعديد من الأشياء الموجودة في بيئتهم ماما يتسبب في تحميل نظامهم العقلي أعباء زائدة، إلا أنهم عندما يمارسون سلوكيات نمطية متكررة يستطيعون أن يركزوا على انتباههم عليها ولا يبقى لديهم مشكلات في الانتباه الانتقائي، كما أن الأطفال التوحيديين من ذوي الأداء المرتفع قد لا يعنون من صعوبات كبيرة في هذا الجانب.

5-1-5- الانتقائية المفرطة للمثير:

في أوضاع ليس فيها مشتتات كثيرة، وتمكن الطفل التوحدي من التركيز انتباهه على مثير معين يصعب عليه انتقاء الجوانب المهمة من ذلك المثير والتي ينبغي لها و بدلا من ذلك ينتبه الأطفال التوحديين لجوانب المهمة غير من المثيرات في البيئة وهذا ما يعرف بالانتقاء المفرط للمثير Stimulus oversel ectivity، عندما يركز انتباهه على مهمة تعليمية أو موقف تفاعل اجتماعي، فإنهم يستجيبون لجزء منه فقط فالطفل المتوحد عندما يحاول أن يفهم البيئة فإنه يركز انتباهه على الكرسي أو لونه ليتمكن من التمييز بين غرفة وأخرى وهذا لتجنب نوبة الغضب التي تصيب الطفل إن لم يتمكن من معرفة أو فهم الغرفة مما يجلب له الخوف والقلق أو التوتر وهذا الجانب له تأثير هام على التعلم بوجه عام، ولاسيما في تعميم المهارات المكتسبة، حيث يشير المصطلح إلى تطبيق ما تعلمه الطفل في عمله مع مختلف البيئات والأشخاص والأشياء (سكر، 2014، ص 92-102).

5-1-6- صعوبة في الانتباه المشترك:

يظهر معظم الأطفال التوحديين قصورا في تطوير المهارات اللازمة لتكوين انتباه مع الآخرين، وتشمل هذه الصعوبات على التواصل البصري مع الآخرين لأغراض مختلفة والتعبير عن الأفكار والمشاعر وتمييزها وبدء التفاعلات الاجتماعية والاستمرار فيها، إن غالبية الأطفال التوحديين لا يشيرون إلى الشيء المطلوب وإنما يمسون بيد الشخص الآخر ويقودونه باتجاه الشيء المطلوب ومع التطور الإدراكي اللغوي، يتمكن بعض الأطفال التوحديين من الإشارة نحو الأشياء، كما تتحسن مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحديين في حال وجود أوضاع منظمة أو عندما يقلد الشخص البالغ الطفل فيما يقوم به.

- ومن أجل التدرب على مهارات الانتباه لدى الأطفال التوحديين ينصح بإتباع ما يلي:
- التدرب على مهارة توجيه الانتباه لدى الطفل التوحدي يفضل أن يبدأ المعلم أو الأم، في المراحل الأولى من التدريب بتدريب الطفل على توجيه انتباهه إلى الأشياء المادية المحسوسة ومع تطور القدرات ومهارات الطفل يمكن تدريبه على توجيه انتباهه نحو مواقف التفاعل والتواصل الاجتماعي إلا انه ينصح بتقليل عدد العناصر التي تتضمنها أثناء التدريب.
 - وللتدرب على مهارة الانتباه لدى الطفل التوحدي ينصح بمنحه الوقت الكافي من قبل المعلم أو الأم حتى يتمكن من نقل انتباهه من مثير إلى آخر عندما تتطلب المهمة التعليمية المقدمة له ذلك ولا ينصح بتكرار الطلب بشكل وبصيغ مختلفة، كما يتوجب على المعلم أن يحاول التعرف على الوقت الذي يحتاجه الطفل الذي يقوم بتدريبه حتى يتمكن من نقل انتباهه بين المثيرات المعروضة عليه وذلك من خلال خبرته في العمل معه.
 - يفضل تقديم المثيرات التعليمية للطفل باستخدام وسائل بصرية، لأنها توفر الوقت الذي يحتاج إليه لمعالجة المعلومات ونقل انتباهه بين المثيرات دون إضاعة جزء هام مما يقال فهي ليست سريعة الزوال كالكلمات اللفظية المنطوقة (سكر، 2014، ص 103).
 - للتدرب على مهارة إطالة مدة الانتباه لدى الطفل التوحدي ينبغي على المعلم تقصير مدة الجلسة التعليمية، وتوفير فترات الراحة كافية للطفل خلالها، خاصة إذا كان الطفل صغيراً في العمر الزمني ويعاني من تأخر عقلي مرافق للتوحد.
 - وتشير الأبحاث إلى أن الأطفال التوحديين لا يظهرون صعوبات واضحة في القدرة على ترتيب الأحداث المكانية، إلا أنهم قد يجدون تلك الصعوبات في القدرة على ترتيب الأحداث الزمنية، في

- حين أن الأطفال التوحيديين الذين لديهم تأخر عقلي غالباً ما سيجدون صعوبات كبيرة حتى في ترتيب الأحداث المكانية، إلا أن ذلك ينتج عن تأثير التأخر العقلي أكثر مما ينتج عن تأثير التوحد (الشامي، 2004، ص 362).
- يعاني الأطفال التوحيديين من صعوبات واضحة في دمج وتوحيد العناصر أو المكونات المتعددة للمثيرات البيئية التي يتعرضون لها، الأمر الذي يمنعهم من تكوين صورة شاملة ومتكاملة وذات معنى لهذه المثيرات، وهو ما يعرف باسم نظرية الترابط المركزي، أي أنهم غالباً ما يتعلمون مع المحيط ويكتشفون مثيراته بطريقة مجزأة، فهم يهتمون بتفاصيل الأشياء أكثر من كلياتها وجوانبها الرئيسية (الشامي، 2004، ص 336).
- يواجه اغلب الأطفال التوحيديين صعوبات كبيرة في معرفة أن الآخرين يمتلكون أفكاراً ورغبات ومشاعر تختلف عما يمتلكونه منها، وهو ما يعرف باسم نظرية العقل Theory of mind حيث تحدد هذه الصعوبات من قدرة الطفل التوحيدي على فهم ما يفكر به الآخرين والتنبؤ بتصرفاتهم وفهمها ومعرفة كيفية تأثير أفكاره وسلوكه على من حوله بالإضافة إلى فهم المعتقدات الخاطئة ومفاهيم الخداع والسخرية وإدراك الفرق بين المظاهر والحقيقة (سلو، 2014، ص 104).
- كما يتوجب على المعلم زيادة الدافعية لدى الطفل للقيام بالمهام التعليمية المطلوبة منه، فكما زادت رغبته في تأدية المهمة كلما زادت مدة انتباهه لها وبالتالي ينصح أن يقوم المعلم بتدريب الطفل من خلال اهتماماته .
- لمساعدة الطفل على توجيه انتباهه نحو الأجزاء الهامة في المثيرات الاجتماعية أو المهمات التعليمية المقدمة إليه يمكن للمعلم أن يلجأ إلى طريقة (التلقين من خلال المثير) والتي يتضمن إبراز الأجزاء المهمة في المثيرات عن طريق تضخيمها أو تلوينها قبل تقييم المهمة للطفل و ذلك

لمساعدته على توجيه انتباهه إليها وبعد إتقان الطفل للاستجابة إلى الدلالة الملونة أو المضخمة يبدأ المعلم بتخفيفها تدريجياً إلى أن يصبح قادراً على الاستجابة للدلالة على وضعها الأصلي (الراوي وحماد، 1999، ص21).

- ويمكن للمعلم أن يبدأ بتدريب الطفل على استجابة للتعليمات البسيطة، أي المكونة من أمر واحد مثل (قف، هات، خذ...) وبعد إتقان الطفل للاستجابة لهذه التعليمات يمكن للمعلم الاستفادة منها في الانتقال لتدريب الطفل على الاستجابة للتعليمات المركبة أي المكونة من أمرين أو أكثر مثل (افتح الباب، خذ الكأس،...) حيث يمكن للمعلم استخدام تقنيات تعديل السلوك مثل التلقين اللفظي والجسدي النمذجة والتعزيز في تدريب الطفل على الاستجابة للتعليمات.

5-2-مشكلات الإدراك الحسي الحركي:

يمكن تعريف الإدراك على أنه:

- يتيح ربط الأفكار بأخرى أكثر تعقيداً بناء على الخبرات الماضية وهو يشمل قدرتنا على بناء مدى واسع ومتنوع من المفاهيم المجردة والمستقرة الناجمة عما قد يبدو أنها معلومات غير مترابطة من أجل توليد الأفكار (العوضي، والجميدي، 2010، ص26).

- هو عملية تجميع الانطباعات الحسية وتحويلها إلى صورة عقلية.

- عملية تفسير وفهم المعلومات الحسية.

- عملية تفسير المعلومات التي تأتي بها المحسّات الحسية

_ عملية التوصل إلى المعاني من خلال تحويل الانطباعات الحسية التي تأتي بها الحواس عن الأشياء الخارجية إلى تمثيلات عقلية معينة وهي عملية لا شعورية ولكن نتائجها شعورية (رافع النصير الزغول، والزغول، دس، ص111).

الإدراك الحسي الحركي عند الطفل المتوحد:

أثبتت الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك كما في دراسة ريد (1994) التي توصل إلى أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها.

وأيضا دراسة هيلين Hellen التي تناولت الإدراك البصري لدى الأطفال التوحديين والتي أظهرت أن لديهم خلا واضحا في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، حيث أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد فقط دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط (الجلامدة، 2016، ص332).

إن ردود فعل الطفل التوحدي لخبراته الحسية غالبا ما يكون شاذا، فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو يشم ما حوله، ومن الممكن أن يظهر عدم استجابة للضوضاء الصاخبة، كما قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيدا ومن الممكن أن لا يبالي بالألم أو البرودة، وفي أوقات أخرى يظهر الطفل التوحدي إحساسات سليمة، ما هو يحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء، ومن الممكن أن يفعل أحداثا مخيفة والتي سوف تثير الفزع في الطفل العادي، كما أن إحساسات الطفل التوحدي لا تكون واضحة مثل الطفل العادي، فعلى سبيل المثال من الممكن أن يغطي عينيه عندما يسمع صوت يقلقه،

والمهارات البصرية- المكانية لدى الطفل التوحدي تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء، وقدرتهم على عمل الصور المتقطعة وبناء اللعب و التي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرة.

وهو لا يدرك الألم فمثلا عندما يحدث جرح لطفل توحدي فينزف الدم دون طلب المساعدة من الآخرين ولا يشعر بالألم قطعي (مصطفى، و الشربيني، 2014، ص91، 92).

إن الإدراك الحسي الحركي يتضمن استقبال المعلومات الآتية من البيئة عن طريق الحواس الخمس: البصر و السمع، اللمس، الشم، التذوق وتسجيلها في القشرة الدماغية، ومن ثم معالجتها وتفسيرها، ودمجها وتحليلها للقيام بالاستجابات السلوكية الحركية أو اللفظية المناسبة (محمد بدر، والسيد، 2001، ص 13).

ويعتبر الإدراك الحسي من المهارات المعقدة التي تشمل عملياتها العديد من أجزاء الدماغ، والتي تحدث في أربع مستويات رئيسية وهي:

1- الاستقبال و التسجيل:

في هذا المستوى تستقبل حواسنا المعلومات الحسية الصادرة عن المثيرات البيئية المختلفة، ويتم تسجيلها في الدماغ كأن ننظر إلى منحوتة معينة.

2- المعالجة و التفسير:

و هو مستوى أعلى من السابق، حيث يقوم فيه الدماغ بمعالجة وتفسير المعلومات الحسية، وتطبيقا على المثال السابق يعالج الدماغ محتويات المنحوتة ويفسر معانيها.

3- الدمج و التحليل:

وفي هذا المستوى يتم دمج المعلومات الحسية لتكوين معنى أشمل، و أكبر لها، و من ثم تحليلها لفهم عناصر الشيء المدرك، و المقصود بذلك أن جميع المعلومات سواء جاءت من حاسة واحدة أو أكثر، يتم تركيبها و دمجها و تحليلها لنحصل على صورة كاملة للشيء الذي نحاول أن نتعلمه، و تطبيقا على المثال السابق، قد نسمع وصفا للمنحوتة التي نراها، وقد نلمسها كذلك، و على الدماغ هنا أن يدمج المعلومات الآتية من الحواس المختلفة و يحللها لتكوين المعنى الكامل و الواضح للمنحوتة.

4- الاستجابة الحركية:

وهو أعلى مستويات الإدراك الحسي، فبعد قيام أعضاء الحواس باستقبال المعلومات الصادرة عن المثيرات البيئية المختلفة و تسجيلها في الدماغ، و من ثم معالجتها و تفسيرها، و دمجها و تحليلها، يتوجب على الدماغ أن يعطي الأوامر الحركية المنسجمة مع الفهم السابق للشيء المدرك، و التي تظهر على شكل استجابات سلوكية مناسبة للشيء الذي يتم تعلمه، ففي المثال السابق، يمكن أن يقون الشخص الذي يشاهد المنحوتة بالتعبير عنها لفظيا أو بالإشارة إليها وهكذا (الشامي 2004، ص 301، 302).

وفي هذا المعنى نجد أن معظم الأطفال التوحيدين لا يظهرون صعوبات في المستوى الأول من الإدراك الحسي الحركي، فأعضاء الحواس لديهم غالبا ما تعمل بشكل سليم، حتى أن معظمهم يجتازون اختبارات النظر و السمع.

حيث تشير الدراسات إلى أن ما نسبته 99.97% من الأطفال التوحيدين يظهرون نتائج طبيعية في فحوصات النظر، كما أن أكثر من 90% منهم يظهرون نتائج سليمة في فحوصات السمع.

وبمعنى آخر إذا عرضنا صورة على طفل توحدي، فإن عينيه تستقبلان الصورة وترسلانها إلى الدماغ بشكل صحيح (على افتراض أنه وجه انتباهه إلى الصورة) إلا أن الكثير من الأطفال التوحديين يعانون بصورة واضحة في المستوى الثاني من الإدراك الحسي الحركي، وهو المعالجة والتفسير، ففي بعض الأحيان يفسر دماغ الطفل التوحدي الرسالة الحسية باعتبارها قوية جدا (مثال ذلك سماع مثير معين بصوت أعلى بكثير من الصوت الذي يسمعه به الشخص العادي) بينما يفسرها في أحيان أخرى باعتبارها أضعف بكثير (مثال ذلك أيضا سماع مثير معين بصوت أضعف بكثير من الصوت الذي يسمعه به الشخص العادي) وينطبق هذا أيضا على تفسير المعلومات البصرية و اللمسية، والشمية، والذوقية بالإضافة إلى تفسير الإحساس بالحرارة والألم، الأمر الذي يمكن أن يساعد في تفسير الكثير من الخصائص والأعراض السلوكية لدى الأطفال التوحديين، مثل وضع اليدين على الأذنين، وتجنب النظر في أعين الآخرين، والمشي على رؤوس أصابع القدمين، أو رفض ارتداء ملابس معينة، أو الانتقائية الزائدة لبعض أنواع الطعام وغيرها كثير، وبذلك قد يكون لديهم تفسير مضخم لمثيرات معينة، وتفسير ضعيف لمثيرات أخرى، كما أن تفسير دماغ الطفل التوحدي للمثير نفسه قد يتفاوت من وقت لآخر، وحتى إن كانت تلك المعلومات آتية عن طريق نفس الحاسة، وتلاحظ هذه الصعوبات بمعدل أكبر في مرحلة الطفولة المبكرة ثم تتجه إلى الانخفاض مع تطور الطفل في العمر، كما أن هذا ينطبق بشكل خاص على الأطفال الذين لديهم تأخر عقلي مصاحب للتوحد وكلما زادت درجة التأخر العقلي لدى الطفل التوحدي زادت لديه صعوبات في معالجة وتفسير المعلومات الحسية (سكر، 2014، ص 110، 111).

وبالرغم من ذلك فليس جميع الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات في المستوى الثاني من الإدراك

الحسي الحركي، ولا سيما من ذوي الأداء المرتفع، إلا أنهم جميعا وبغض النظر عن مستوى تطوّرهم

العقلي واللغوي يواجهون صعوبات في المستوى الثالث، وهو دمج وتحليل المعلومات الحسية، بدرجات متفاوتة، وتنقسم الصعوبات في هذا المستوى إلى قسمين: الأولى صعوبات في دمج وتحليل المعلومات الآتية عن مجموعة مثيرات من خلال حواس متعددة في نفس الوقت، والثانية صعوبات في دمج وتحليل جميع المعلومات الآتية عن مثير معين من خلال حاسة واحدة، وتطبيقا على ذلك، قد يتمكن الطفل التوحدي من استقبال الصورة وتسجيلها في دماغه، وقد يقوم الدماغ بمعالجتها وتفسير معنى محتوياتها إلا أن الصعوبات تظهر في دمج معلومات الصورة وتحليل مكوناتها لتكوين المعنى الشامل و المتكامل لها كما يظهر عدد كبير من الأطفال التوحديين صعوبات واضحة في المستوى الرابع من مهارات الإدراك الحسي الحركي، و الذي يتمثل في الاستجابات الحركية سواء كانت هذه الصعوبات مترافقة مع ضعف المهارات المتضمنة في المستويات الأخرى من الإدراك الحسي الحركي أو غير مترافقة معها (الشامي، 2004، ص312، 313).

وتشمل الاستجابات الحركية نوعان رئيسيان، أحدهما يتمثل في المهارات الحركية البسيطة، كالمشي والركض والقفز أو مسك الأشياء، وتحريكها وخاصة الاستجابة للتعليمات البسيطة التي تتضمن أمرا حركيا واحدا مثل (قف، اجلس، خذ، أعطيني، اذهب، تعال) والآخر يتمثل في مهارات التناسق الحركي الكبير والدقيق، أو ما يسمى بمهارات التكامل أو التآزر الحسي الحركي، وخاصة الاستجابة للتعليمات المركبة التي تتضمن أكثر من أمر حركي واحد، والجدير بالذكر، انه قل ما توجد لدى الأطفال التوحديين مشكلات أو صعوبات كبيرة في الحركات البسيطة، بل أنهم يوصفون عادة بأن لديهم مهارات حركي جيدة (سكر، 2014، ص 112).

كما أنهم يحققون مظاهر تطورهم الحركي في مواعيدها (شريطة أن لا يكون التوحد لديهم مترافقا مع تأخر في القدرات العقلية أو صعوبات أخرى) إلا انه يمكن القول في أحيان كثيرة أن مراحل تطورهم الحركي تتحقق بغير ترتيب أو نظام بالمقارنة مع حالات التطور الطبيعي، ومثال ذلك أن بعض الأطفال التوحديين يتعلمون المشي قبل الحبو، كما يميل بعض أطفال الأوتيزم إلى المشي على أصابع أقدامهم ويتصف بعضهم بالخفة والمرونة والرشاقة في التسلق، أما فيما يتعلق بمهارات التناسق الحركي، فقد بينت الملاحظات المباشرة والدراسات البحثية أن الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات متفاوتة في الاستجابات الحركية التي تتطلب مستويات عالية من المعالجة الحسية الحركية كمهارات التكامل والتآزر الحسي الحركي والتخطيط والتنسيق والانتباه والمحاكاة و تنفيذ حركات وفق تسلسل معين (كامل، 1998، ص87).

ومن الصعوبات التي يواجهها الكثير من الأطفال التوحديين في هذا المجال صعوبة تعلم النشاطات الحركية المتناسقة، كالرقص وفق الأنغام وإيقاعات موسيقية معينة، أو تنظيم خطوات عديدة في الوقت نفسه كما يصعب عليهم ممارسة نشاطات التوازن المختلفة، كالوقوف على سطوح غير ثابتة، أو الوقوف على ساق واحدة، كما يلاحظ أن بعضهم يبدو هيناً ووقوف غير طبيعية، حيث يبدو عليهم ميل جانبي كما يميل بعض الأطفال التوحديين أيضاً إلى وضع وزن زائد من ثقلهم على إحدى القدمين، أو المشي على رؤوس أصابع القدم، أو على عقب القدم، أو هز الجسم أثناء الوقوف أو المشي، ومن المؤكد أن صعوبات الإدراك الحسي الحركي لدى الأطفال التوحديين تؤثر سلباً على فعالية التعلم لديهم بشكل عام ما لم يتوفر لهم التأهيل المناسب (سكر، 2014، ص113).

التدريب على مهارات الإدراك الحسي الحركي لدى الأطفال التوحديين:

وللتدرب على مهارات الإدراك الحسي الحركي لدى الأطفال التوحديين ينصح بإتباع ما يلي:

- 1- ينبغي على المعلم أولاً التعرف على المصادر والأسباب المحتملة لمشكلات الإدراك الحسي الحركي لدى كل طفل من الأطفال الذين يقوم بتعليمهم، وذلك لأن صعوبات المعالجة الحسية والاستجابات الحركية الناتجة عنها ليست متماثلة لدى جميع الأطفال التوحديين، كما أن طريقة معالجة الطفل نفسه للمثيرات البيئية واستجابته لها قد تختلف من وقت لآخر ومن مكان لآخر ومن مثير للآخر.
- 2- يتوجب على الأهل والمعلمين العمل على تهيئة الطفل قبل تعريضه للمثيرات التي يحاولون تعليمها له، بالإضافة إلى تقديمها للطفل بشكل متدرج، ذلك لأن التقديم المفاجئ لها يزيد من احتمال معالجتها بصورة خاطئة، وبالتالي الاستجابة لها بصورة خاطئة أيضاً.
- 3- عند تصميم بيئة التعليم ينصح أن يتجنب المعلم وضع المثيرات الحسية التي قد تزعج الطفل، كما يفضل أن تكون البيئة هادئة وآمنة وغير مزدحمة بالمثيرات، ومع تطور قدرات الطفل التوحدي ومهاراته يمكن تعديل البيئة التعليمية، بحيث تصبح شبيهة أكثر فأكثر من البيئة الطبيعية، حتى أن معظم التدريب في المراحل المتقدمة يفضل أن يتم في البيئة الطبيعية للطفل.
- 4- ينصح بإعطاء الطفل فترات كافية من الاستراحة بين كل فترة وأخرى من التدريب، مما يجعله أكثر قدرة على معالجة مثيرات أخرى والاستجابة لها بالشكل المطلوب.

5- ينبغي على المعلم أن يحاول فهم ردود الفعل الحسية والحركية غير التكيفية التي يظهرها الطفل اتجاه بعض المثيرات قبل أن يحاول منعها، ذلك لأن هذه الاستجابات قد تخدم أعراضاً معينة لديه، وبالتالي يتوجب على المعلم مساعدته على اكتساب استجابات تكيفية بديلة يحقق بها نفس الأغراض.

6- وللتدريب على بعض مهارات الإدراك الحسي الحركي لدى الطفل التوحدي يمكن للأهل والمعلمين تدريبه على مجموعة من التمرينات، مثل الوقوف المكان المحدد، التنقل على العلامات الأرضية، صعود ونزول المنحدر، صعود ونزول الدرج بتناوب القدمين، القفز على البساط المطاطي، القفز على الأرض والقفز فوق حاجز بسيط، القفز على الأرض من ارتفاع بسيطة، المشي على عارضة التوازن، الوقوف والحمل على قدم واحدة، جر ودفع الأشياء، حمل الأشياء من مكان إلى آخر، نقل الأشياء من يد إلى أخرى بشكل متبادل، رمي الكرة لشخص آخر وتلقفها منه بكلتا اليدين، رمي الكرة باليد على هدف ثابت، ركل الكرة بالقدم على هدف ثابت، الركض ووضع الحلقات الكبيرة على القمع، الركض والتوقف عند سماع صوت الصفارة، نقل الكرات البلاستيكية من سلة إلى أخرى باستخدام ملعقة كبيرة، مسك الكرة الاسفنجية والضغط عليها بالأصابع، إدخال الحلقات الصغيرة في العود، تثبيت خمسة أوتاد، إدخال الخيط في الخرز، مسك حبات الخرز بالسبابة والإبهام وإدخالها في الزجاج، نقل حبات الخرز من وعاء إلى آخر باستخدام ملعقة صغيرة، إغلاق وفتح غطاء الزجاج، قص الورقة فوق خطوط مستقيمة، ومنحنية، تشكيل مجسمات بسيطة بالمعجون وغيرها.

حيث يمكن للمعلم استخدام تقنيات تعديل السلوك المناسبة مثل التلقين اللفظي والجسدي والتشكيل و

النمذجة والتعزيز وغيرها لتدريب الطفل على تنفيذ التمرينات السابقة (سكر، 2014، ص113، 114).

5-3- تعريف الذاكرة :

يعد مفهوم الذاكرة من المفاهيم صعبة التعريف، لأنها نصف عملية معرفية معقدة ترتبط بعمليات الانتباه الإدراك و التخزين وغيرها مما يعكس وجهات نظر عديدة حول تركيب الذاكرة وعلاقتها، باتجاه معالجة المعلومات وغيرها ومن ابرز التعريفات:

إنها القدرة على التمثيل الانتقائي للمعلومات التي تميز بشكل فريد خبرة معينة، والاحتفاظ بتلك المعلومات بطريقة منظمة في بنية الذاكرة الحالية وإعادة إنتاج بعض هذه المعلومات أوكلها في زمن معين في المستقبل، وذلك تحت ظروف أو شروط محددة (عبد الله، 2003، ص17).

ولقد عرفها عادل العدل (2003) على أنها عملية مركبة، وتعد من محددات الجانب العقلي في سلوك الإنسان، وتمتد من المواقف التي تتطلب الاستدعاء المباشر إلى المواقف التي تتضمن ظواهر تخضع للملاحظة الاكلينيكية، ولها اثر عميق في الناحية النفسية ، فلولاها لما تكونت الشخصية، ولا تم الإدراك ولا اكتسب العادات، ولا أمكن التخيل، والحكم والاستدلال، وكلما كانت الذاكرة اقوي كان العقل أوسع وأغنى (إبراهيم، يوسف، 2010، ص226).

5-3-1- تعريف التذكر:

تتمثل عملية التذكر في القدرة على استرجاع ماسبق أن تعلمه الفرد واحتفظ به من معلومات حتى لحظة تذكره (العتوم، 2004، ص127، 128).

5-3-2- الذاكرة عند الأطفال التوحديين:

يعاني الأطفال التوحديون من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع قصورا في قدراتهم على التذكر وذلك عندما تكون المهمة مرتكزة على استدعاء المعلومات بدلا من أن تتطلب المهام التعرف عليها والراشدون

التوحيدين لديهم قدرة على التعرف ولكن لديهم صعوبات في قدراتهم على التذكر المواد السياقية أو التي ترمز عرضياً.

التوحيدين يعانون من مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة كرواية القصص، تسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم، وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصرياً وهناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون (الشامي، 2004، ص 215).

الذاكرة الدلالية ونظام التمثيلات النظامية تكون سلبية بينما ذاكرة الأحداث Episodic memory

تكون انتقائياً معوقة وهناك نسيان شديد في التعرف والاستدعاء عندما يكون هناك مسافة بين الدراسة والاختبار.

تكون الذاكرة البصرية سليمة لدى التوحيدين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع وأي استراتيجيات

تنظيمية أثناء الترميز أو الاسترجاع من الذاكرة ويتم التعامل معها بصورة تدريجية من خلال تحديد الوسيلة التعليمية المناسبة للطفل المصاب بالتوحد.

تعد الذاكرة البصرية هي المكان التي يتم فيه تخزين الأفكار، الصور، المعلومات، الشفرات والأرقام كما تعد أحد أنواع القدرات العقلية المعرفية التي تلعب دوراً هاماً في النمو المعرفي لدى الأطفال عموماً والأطفال التوحيدين خصوصاً، ويجب استثمار هذه الذاكرة لأهميتها واعتمادهم عليها في كثير من جوانب حياتهم.

إن الشواهد حول معالجة الذاكرة لدى الطفل التوحدي متناقضة في هذا الوقت يحاول بعض الباحثين البرهنة على أن الأشخاص التوحيدين لديهم ذاكرة ممتازة حيث أشارت نتائج الدراسة لويزا بنيتو وآخرون (Benneto loisa et al 1999) إلى عدم وجود فروق بين المصابين بالتوحد والأسوياء في الذاكرة، لأن

المهارات البصرية أو المهارات الذاكرة لا ترتبط بالذكاء، بينما يرى آخرون أن التوحد يمثل اضطراب الذاكرة فقد أشار رينر وآخرون أن بعض المصابين لديهم نوع من فقدان الذاكرة وبالرغم من هذا إلا أنهم يستخدمون استراتيجيات و طرائق تنظيمية مختلفة أثناء عملية الترميز أو استرجاع الذاكرة وعلى الرغم من أن هاتين النظريتان متناقضتان إلا أن كلاهما صحيحتان فلأشخاص التوحديين لديهم ذاكرة ممتازة لأنواع معينة من المعلومات وذاكرة ضعيفة لأنواع أخرى من المعلومات على الرغم من قدرة الأشخاص التوحديين على تذكر بعض المعلومات اللفظية كالأغاني والإعلانات التلفزيونية، قد يكون من الصعب عليهم تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون ويتذكرون المعلومات التي تهمهم أكثر من غيرها (الشامي، 2004، ص314-316).

ومن بين الإجراءات التي يعتمدها الأخصائي لمساعدة الطفل التوحدي على التذكر ما يلي:

- يتم عرض مجموعة من الأشياء على صينية وعرضها أمام الطفل لفترة قصيرة من الوقت يليه تغطيتها، عقب ذلك يسأل الطفل على الأشياء التي كانت موجودة في الصينية.
- يتم تمرير شيء بين الأطفال ويقوم كل طفل بدوره بإضافة بعض المعلومات عما سبق وذكره لزميله الذي قبله، ويجب أن تكون هذه المعلومات وثيقة بهذا الشيء وتدل عليه مثلا: لونه، شكله، رائحته... وما شابه ذلك من الصفات الأخرى.

تتضمن المهارات المعرفية العديد من الأنماط ومن بينها الانتباه بحيث يعرف بأنه مجموعة من العناصر الضرورية والمهمة لعدد كبير من المهمات العقلية ويعتبر الانتباه أيضا من المهارات الإدراكية ومن بين المشكلات التي يواجهها الأطفال التوحديين في الانتباه نجد: صعوبة في توجيه الانتباه ونقله، إبطائه وأيضا صعوبة في انتقائه، كما يواجه مشكلات في انتباه المشترك والانتقائية المفرطة للمثير ومن

أجل تدريب الطفل التوحدي على مهارة الانتباه يجب على المعلم إتباع العديد من الطرائق والاستراتيجيات لمعالجته وتحسين الانتباه لديه، أما بالنسبة لمهارة الإدراك فهي عبارة عن عملية تفسير وفهم وتوصيل المعلومات والأفكار والمعاني والتي تنقلها الحواس إلى العقل الإنساني لذا توجب على المعلم التعرف على مشكلات الإدراك وأسبابه حتى يتمكن من معالجة الطفل التوحدي وذلك من خلال اختيار الوسائل المناسبة التي تساعد على دعم جانب الإدراك لديه.

أما بالنسبة لمهارة التذكر فتعد أصعب العمليات المعرفية بل تمثل نصفها فالأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في تخزين المعلومات ومعالجتها وتعد الذاكرة البصرية هي أهم أنواع ذكريات بحيث يتم تخزين كافة المعلومات فيها ومن أجل هذا وجب معالجة الذاكرة لدى الأطفال التوحديين وذلك من خلال الإعادة والتكرار.

خلاصة :

من خلال هذا الفصل نستنتج أن الطفل التوحيدي يعاني من مشكلات في اكتساب المهارات المعرفية لذلك لابد من العمل على تنمية وتدعيم المهارات المعرفية من خلال البرامج التدريبية التي تستخدم الأساليب التعليمية والتربوية الفعالة، أي كلما تطورت مهارات الانتباه والإدراك والتذكر وغيرها من المهارات المعرفية الأخرى لدى الطفل الاوتيزم أصبح أكثر استعدادا وقابلية للاعتماد على نفسه في تلبية احتياجاته من مأكّل ومشرب وملبس ونظافة وكذلك يتمكن من الاندماج والتواصل مع أقرانه.

الجانب الميداني

الفصل الخامس:

الجانب الميداني:

تمهيد:

أولاً: المجال الجغرافي و الزمني للدراسة

ثانياً: المنهج المستخدم في الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

خامساً: حساب الشروط السيكومترية لأداة الدراسة

سادساً: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة

خلاصة الفصل

تقديم:

حتى تكون الدراسة النظرية أكثر مصداقية وموضوعية لابد أن تكون مكلفة بدراسة ميدانية، وكأي دراسة علمية لا يمكن الوصول فيها إلى نتائج موضوعية وأكدية إلا إذا اتبعنا إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات علمية، لذلك سنتطرق في هذا الفصل إلى كل ما له دور في الوصول لمعطيات وبيانات مرتبطة بالظاهرة المدروسة وذلك من خلال معرفة المنهج المستخدم ومكان وزمان إجراء الدراسة بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة ومجتمع وعينة الدراسة.

أولاً: المجال الجغرافي و الزمني للدراسة:

1-المجال الجغرافي:

أجريت هذه الدراسة على المختصين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية و نظرا للأزمة الصحية التي تعيشها دول العالم بما فيها الجزائر، وبسبب انتشار فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19)، فقد تحتم علينا الاستعانة باستبيان الكتروني من خلال نشره عبر مواقع التواصل الاجتماعي و كذلك الاعتماد البريد الالكتروني للتواصل مع المختصين العاملين بالمراكز النفسية على مستوى تراب ولاية جيجل.

2-المجال البشري:

أجريت هذه الدراسة على عينة من المختصين قدرت ب: (70 مختصا) في تخصصات مختلفة شملت علم النفس الإكلينيكي، الأروطوفونيا، علم النفس التربوي، و علم النفس المدرسي العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية والعيادات الخاصة، وكذلك الجمعيات الخيرية على مستوى تراب ولاية جيجل.

3-الآجال الزمنية لإجراء الدراسة:

أجريت الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 15 فيفري 2020 إلى 15 اكتوبر 2020، و شملت الدراسة حوالي 70 مختص من بلديات ولاية جيجل.

ثانياً: المنهج المستخدم:

لا تخلو أي دراسة علمية من الاعتماد على منهج و ذلك بغرض القيام بالدراسة وفق قواعد و أسس و عليه يعرف المنهج بأنه: الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة بواسطة مجموعة من القواعد لتحديد العمليات و للوصول إلى نتيجة معلومة (عبد الخالق، 2007، ص76).

وبما أن طبيعة الدراسة هي التي تحدد طبيعة المنهج المتبع فإن المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي ، وذلك بهدف الكشف و تفسير واستخلاص النتائج والملاحظات ، ويعرفه سامي محمد ملحم أنه: أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات ومعلومات عن الظاهرة أو المشكلة و تصنيفها وتحليلها و إخضاعها للدراسة الدقيقة (سامي محمد ملحم، 2004، ص73).

ثالثاً: عينة الدراسة:

تتشكل عينة دراستنا الحالية من 70 مختصاً على مستوى بلديات ولاية جيجل، و قد قمنا بإجراء الدراسة الميدانية على مجتمع الدراسة بكامل أفرادها، على اعتبار أن المجتمع صغير يمكن تطبيق الدراسة على كافة أفرادها.

و عليه فإن دراستنا الأساسية شملت 70 مختصاً (إكلينيكي، ارطفوني، تربوي، مدرسي).

رابعاً: أداة الدراسة الأساسية:

تمثل عملية جمع المعلومات أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي خاصة للعلوم الإنسانية والاجتماعية بحيث تختلف طرق ووسائل جمع البيانات باختلاف الموضوع المراد دراسته، باعتبار أن المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي، فإن أحسن وسيلة للبحث هي الاستمارة. و تعرف الاستمارة على أنها: مجموعة مؤشرات يمكن عن طريقها اكتشاف أبعاد موضوع الدراسة عن طريق الاستقصاء التجريبي، أي إجراء بحث ميداني على جماعة محددة من الناس وهي وسيلة الاتصال الرئيسية بين الباحث و المبحوث، وتحتوي على مجموعة من الأسئلة تخص القضايا التي يريد معلومات عنها من المبحوث (سلاطينة بلقاسم وآخرون، 2007، ص77).

واستمارتنا هذه تكونت من 4 محاور و فيما يلي عرض مفصل لأجزاء الاستمارة التي تم اعتمادها في هذه الدراسة:

المحور الأول: البيانات الشخصية الخاصة بالمختص والمتمثلة في: الجنس، السن، التخصص، الخبرة المهنية.

المحور الثاني: يتضمن العبارات الخاصة بدور مراكز الرعاية في تدعيم و تنمية عملية أو مهارة الانتباه لدى طفل الاوتيزم و يتكون من 10 عبارات مرقمة من 1 إلى 10.

المحور الثالث: يتضمن العبارات الخاصة بدور مراكز الرعاية في تدعيم و تنمية عملية أو مهارة الإدراك لدى طفل الاوتيزم و يتكون من 10 عبارات مرقمة من 11 إلى 20.

المحور الرابع: يتضمن العبارات الخاصة بدور مراكز الرعاية في تدعيم و تنمية عملية أو مهارة التذكر لدى طفل الاوتيزم و يتكون من 10 عبارات مرقمة من 21 إلى 30.

خامسا: حساب الشروط السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات):

5-1- الصدق الظاهري:

وقد تم عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين من المدرسين في اختصاص علم النفس بجامعة محمد الصديق بن يحي " جيجل " قطب تاسوست، وذلك للتأكد و التحقق من مدى صدق عبارات الاستبيان والأخذ بالملاحظات والاقتراحات التي يبديها الأساتذة حول بنود الاستبيان ومدى ملائمته لقياس الظاهرة محل الدراسة، إذ تم حذف وتعديل وتعديل بعض البنود (كالعبارة تزيد من انتباهه أثناء التحدث إليه تم تغييرها إلى تزيد من تركيزه أثناء توجيه الكلام إليه، والعبارة يتم تدريبه على معرفة الاختلاف بين الصور تم تعديلها إلى تدريبه على اكتشاف الاختلاف بين الصور) (الملحق رقم 02).

5-2- الصدق البنائي:

اعتمدنا في حسابه على معامل الارتباط بيرسون.

المحاور	رقم البند	معامل الارتباط بين البند و محوره	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
الانتباه	01	0.367**	0.298**
	02	0.560**	0.451**
	03	0.401**	0.610**
	04	0.431**	0.522**

0.297**	0.287**	05	
0.630**	0.353**	06	
0.393**	0.540**	07	
0.286**	0.492**	08	
0.721**	0.605**	09	
0.541**	0.081**	10	
0.376**	0.408**	11	الإدراك
0.347**	0.403**	12	
0.585**	0.702**	13	
0.810**	0.412**	14	
0.541**	0.241**	15	
0.623**	0.612**	16	
0.397**	0.473**	17	
0.546**	0.614**	18	
0.673**	0.809**	19	

0.665**	0.730**	20	
0.721**	0.411**	21	التذكر
0.269**	0.420**	22	
0.505**	0.490**	23	
0.557**	0.657**	24	
0.638**	0.721**	25	
0.531**	0.654**	26	
0.638**	0.721**	27	
0.741**	0.775**	28	
0.554**	0.621**	29	
0.663**	0.257**	30	

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

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن يم معامل ارتباط البند بمحوره وارتباطه بالاستبيان ككل

مرتفعة و عليه فأداة الدراسة تتمتع بصدق عال.

5-3- الثبات:

المقصود به أن تطبيق الاستبيان لأكثر من مرة واحدة تحت نفس الشروط يعطي نفس النتائج، وقد تم الاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ لحساب قيمة ثباته، وتم حساب ذلك بالاعتماد على برنامج spss والجدول الآتي يوضح ذلك:

معالمل ألفا كرونباخ	أرقام البنود	محاوور الاستبيان
0.631	-8 -7 -6 -5 -4 -3 -2-1 10 -9	الانتباه
0.713	-16 -15 -14 -13 -12 -11 20 -19 -18 -17	الإدراك
0.753	-26 -25 -24 -23 -22 -21 30 -29 -28 -27	التذكر
0.798	معالمل ألفا كرونباخ لمجموع البنود	

جدول رقم(04): يوضح نتائج معامل ثبات استبيان "دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الاوتيزم".

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات (ألفا كرونباخ) مرتفعة في كل محاور الاستبيان كما أن قيمة الثبات الإجمالية للاستبيان تساوي 0.798 مما يدل على أن هذا الاستبيان ذو ثبات عالو يمكن اعتباره صالحا لقياس الظاهرة الحالية.

سادسا: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة:

إن هدف الدراسة لا يكتمل دون استعمال التقنيات و الأساليب الإحصائية التي تساعد الباحث على معالجة المعلومات والبيانات التي تمكن من الحصول عليها بطريقة كمية ، ولمعالجتها استخدمنا و قد برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

مقياس الإحصاء الوصفي وذلك لوصف عينة الدراسة اعتمادا على التكرارات والنسب المئوية، و

معامل الارتباط بين البنود لقياس الصدق البنائي لأداة الدراسة (بيرسون)، واختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) وأفكرونباخ لحساب معامل الثبات.

خلاصة:

من خلال ما تم تقديمه في هذا الفصل تم توضيح أهم الخطوات المنهجية المستخدمة في الجانب التطبيقي، بحيث تمكنا من الاستفادة منه في فهم واستيعاب المنهج المستخدم في هذه الدراسة، وكذا الأدوات والوسائل العلمية التي تم الاستعانة بها في جمع المعلومات والبيانات، كما أنها شكلت لنا سندا منهجيا ساعدنا في معالجة الموضوع ميدانيا، والتي في ضوءه سيتم التحقق من فرضيات الدراسة.

عرض نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض نتائج المتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة

ثانياً: عرض نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة

ثالثاً: عرض نتائج الفرضيات الجزئية

1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

رابعاً: عرض نتائج الفرضية العامة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق إلى منهجية البحث و الأدوات المستخدمة ومجالات الدراسة في الفصل السابق، لابد من عرض النتائج وتحليلها.

سيتم في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت لها الدراسة وتحليل البيانات الإحصائية الواردة من خلال الإجابات التي أدلى بها المبحوثين على بنود الاستبيان الالكتروني ، والذين بلغ عددهم 70 مختص (أرطوفوني، عيادي، تربوي، مدرسي) ببلديات ولاية جيجل، ثم تفسير النتائج المتحصل عليها باستخدام التحليلات الإحصائية، وفيما يلي عرض النتائج المتحصل عليها.

أولاً: نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الشخصية:

1-1- عرض نتائج متغير الجنس:

الرقم	المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسب المئوية
01	الجنس	ذكر	06	8.6%
		أنثى	64	91.4%
		المجموع	70	100

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

من خلال هذا الجدول يتضح لنا أن نسبة الإناث كانت مرتفعة جداً، مقارنة بنسبة الذكور حيث بلغت

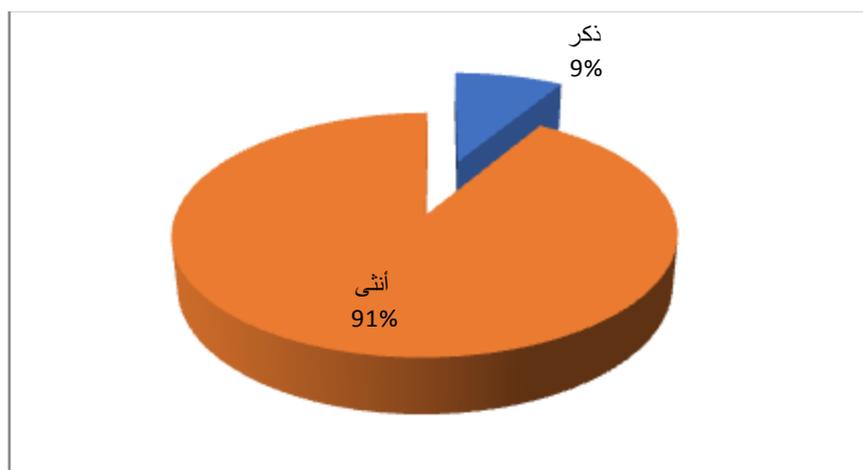
91.4% بينما نسبة الذكور كانت 8.6% فقط، و نستخلص من هذه النتيجة أن رعاية الطفل التوحيدي

يلقى إقبالا كبير من طرف الإناث وهذا يعود إلى أسباب عديدة من بينها ميل الإناث لوظيفة التربية و

التعليم وعزوف الذكور عن ممارسة هذه المهنة، بالإضافة إلى قدرة الإناث على التحمل والصبر كما

نجد أن الإناث يجيدون التعامل مع هذه الفئة أحسن من الذكور خاصة فيما يتعلق بتقديم الحنان لهم لأنهن

يتسمن بالعاطفة لأن هذه الفئة بحاجة ماسة إلى الحنان و الرفق المعاملة الجيدة.



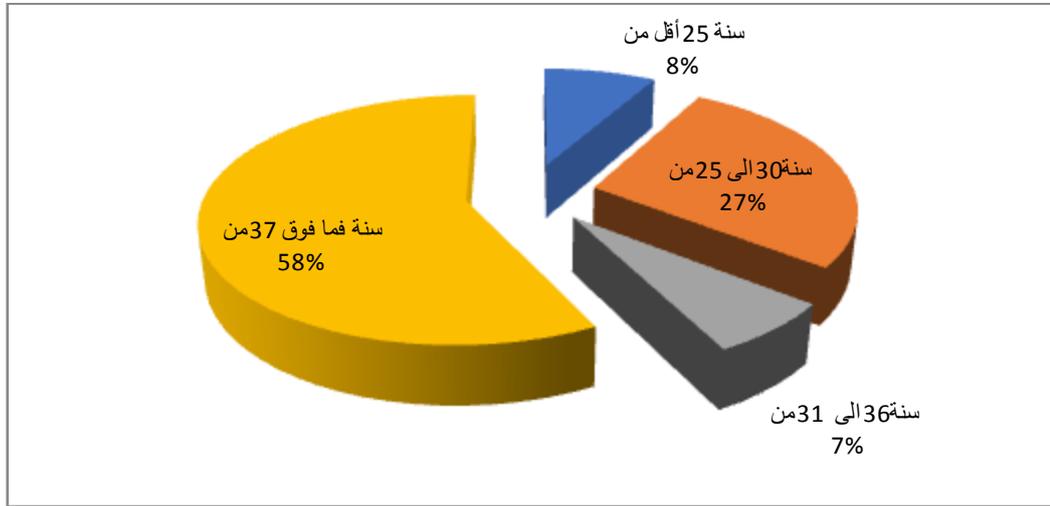
الشكل رقم (01): يمثل دائرة نسبية لأفراد العينة وفق متغير الجنس.

1-2- عرض نتائج متغير السن:

السن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 25 سنة	12	17.1%
من 25 إلى 31 سنة	40	57.1%
من 32 إلى 36 سنة	10	14.3%
من 37 فما فوق	8	11.4%
المجموع	70	100

الجدول رقم (06): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية المختصين تتراوح أعمارهم ما بين (25-31 سنة) إذ قدرت نسبتهم ب 57.1% ثم تليها نسبة 17.1% بالنسبة للمختصين الأقل من 25 سنة، لتأتي بعدها الفئة العمرية ما بين (32 إلى 36 سنة) بنسبة مئوية بلغت 14.3% وأخيرا فئة من 37 سنة فما فوق بنسبة 11.4% وهذا يدل على صغر سن المختصين الذين يتعاملون مع هذه الفئة و يمكن تفسير ذلك إلى سياسات التوظيف لخريجي الجامعات في إطار عقود الإدماج، كذلك زيادة الاهتمام بعلم النفس و توفير فروع جديدة أثارت اهتمام الطلبة الجامعيين.



الشكل رقم (02): يمثل دائرة نسبية لأفراد العينة وفق متغير السن.

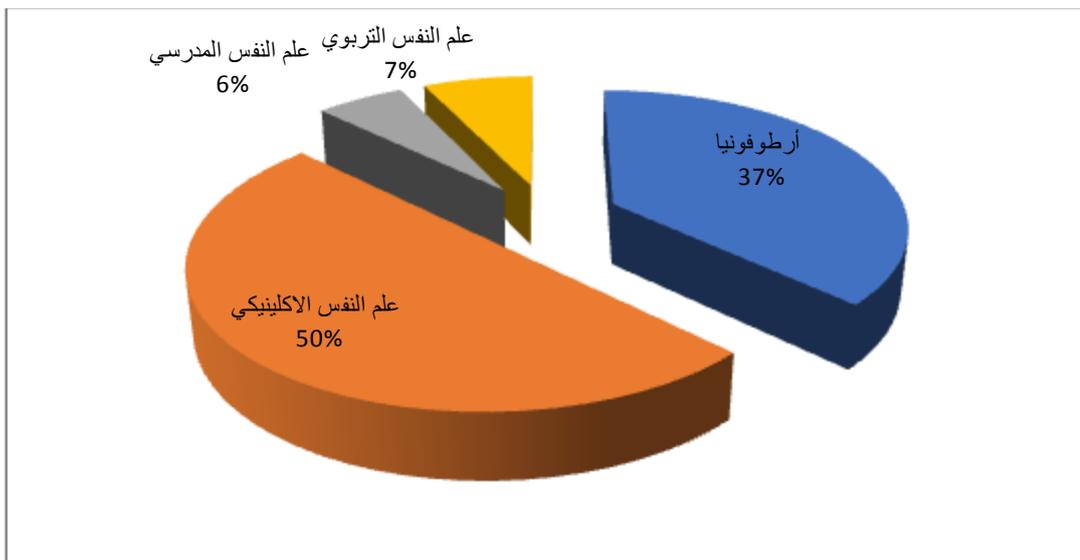
1-3- عرض نتائج متغير التخصص:

التخصص	التكرار	النسبة المئوية
أرطوفونيا	26	37.1%
علم النفس الإكلينيكي	35	50%

علم النفس المدرسي	4	5.7%
علم النفس التربوي	5	7.1%
المجموع	70	100

الجدول رقم (07): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التخصص.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة عادت إلى المختصين في مجال علم النفس الإكلينيكي بنسبة 50% ثم يليها المختصون في ميدان الارطوفونيا بنسبة 37.1%، ثم المختصون في المجال علم نفس التربوي بنسبة 7.1% ثم الذين يعملون في مجال علم نفس المدرسي بنسبة 5.7% وهذا يدل على أن المختصين الإكلينيكيين وجودهم أكثر ضرورة مقارنة بالتخصصات الأخرى ويمكن تفسير ذلك إلى الدور الأساسي للمختص النفسي الإكلينيكي في مراكز الرعاية النفسية كونه المسؤول على وضع تشخيص لشدة الاضطراب وكذلك تحديد العلاج الأكثر فعالية، وتمكنه من تطبيق مختلف الاختبارات النفسية، كما يعمل على توفير التكفل النفسي للتخفيف من شدة هذا الاضطراب.



الشكل رقم (03): يمثل دائرة نسبية لأفراد العينة وفق متغير التخصص.

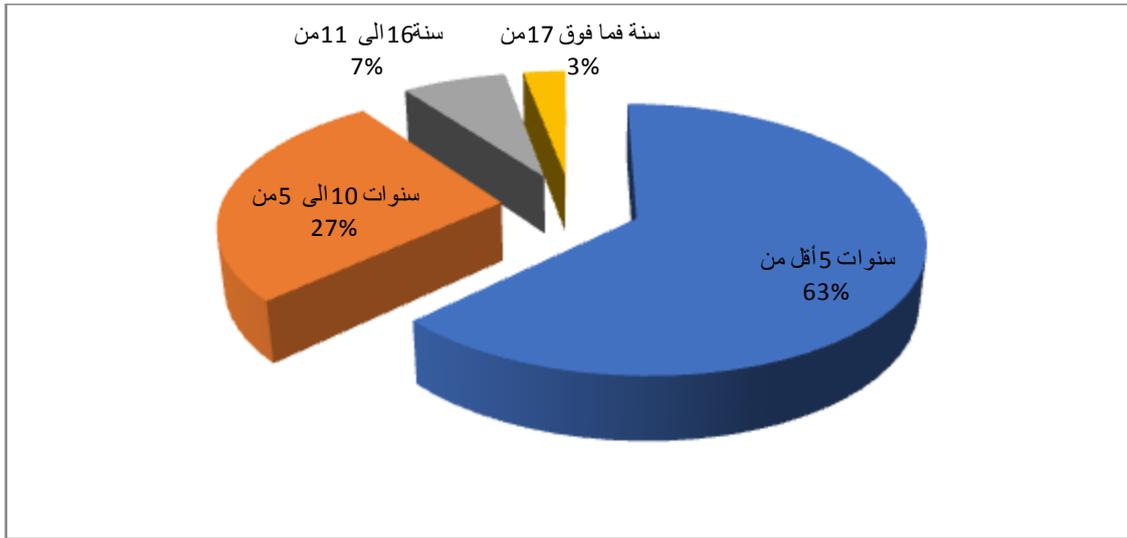
1-4- عرض نتائج متغير الخبرة المهنية:

الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 5 سنوات	44	62.9%
من 5 إلى 10 سنوات	19	27.1%
من 11 إلى 16 سنة	5	7.1%
من 16 فما فوق	2	2.9%
المجموع	70	100

الجدول رقم (08): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة.

من خلال الجدول الموضح أعلاه نجد أن أغلبية المختصين لديهم خبرة مهنية في مجال العمل مع فئة أطفال الأوتيزم أقل من 5 سنوات حيث بلغت نسبتهم حوالي 62.9% وهي نسبة كبيرة بالنسبة للمختصين المتبقين حيث كانت نسبة المختصين الذين لديهم خبرة مهنية تتراوح ما بين (5 إلى 10 سنوات) 27.1%، تليها نسبة مئوية بلغت 7.1% للمختصين الذين لديهم خبرة مهنية تتراوح ما بين (11 إلى 16 سنة) و أخيرا نسبة 2.9% لمن لديهم أكثر من 16 سنة فما فوق وهذا يدل على حداثة

التكفل ورعاية الطفل التوحيدي بالمراكز النفسية البيداغوجية الموجودة على مستوى ولاية جيجل كذلك يمكن تفسير ذلك إلى زيادة الاهتمام بعلم النفس و مختلف فروعها في الآونة الأخيرة وفتح عيادات خاصة وجمعيات لضمان التكفل الجيد بهذه الفئة كذلك فتح مسابقات خاصة بدوي الاحتياجات الخاصة.



الشكل رقم(04): يمثل دائرة نسبية لأفراد العينة وفق متغير الخبرة المهنية.

ثانيا: عرض وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول متغيرات الدراسة:

2-1- إجابات أفراد العينة حول البنود التي تقيس محور الانتباه:

الرقم	العبارات	البدائل	التكرارات	النسبة المئوية	الرتبة
01	تزيد من انتباهه إلى الأشياء الموجودة في الغرفة أو الصف	نعم	64	91.4%	3
		لا	6	8.6%	

3	%91.4	64	نعم	تزيد من تركيزه أثناء توجيه الكلام إليه	02
	%8.6	6	لا		
4	%87.1	61	نعم	تجعله يشارك في الألعاب الجماعية مع أقرانه	03
	%12.9	9	لا		
2	%94.3	66	نعم	تساعده على استخدام أصابعه لطلب شيء معين	04
	%5.7	4	لا		
1	%95.7	67	نعم	تجذب انتباهه لشيء موجود أمامه	05
	%4.3	3	لا		
1	%95.7	67	نعم	تساعد في الاستجابة عند مناداته باسمه	06
	%4.3	3	لا		
5	%85.7	60	نعم	تجعله يتجاوب معك من خلال المبادرة بالابتسامه معه	07
	%14.3	10	لا		
6	%62.9	44	نعم	تستثير رغبته في الانسحاب من مكان تعمه الفوضى	08
	%37.1	26	لا		
2	94.3%	66	نعم	تجعله يتجاوب مع المواضيع الجديدة كالألعاب	09

	%5.7	4	لا		
10	%94.3	66	نعم	تدرب الطفل على نقل انتباهه و توجيهه و انتقائه و إطلاته بطريقة صحيحة	
	%5.7	4	لا		

جدول رقم (09): يوضح استجابات أفراد العينة حول بنود محور الانتباه.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية لمحور الانتباه مرتفعة حيث قدرت ب

(89.28%) وذلك ما دلت عليه استجابات أفراد العينة حول محور الانتباه، وقد تباينت النسبة المئوية

لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو الآتي:

- جاءت العبارتين رقم (05) تجذب انتباهه لشيء موجود أمامه والعبارة رقم (06) تساعد في

الاستجابة عند مناداته باسمه في المرتبة 1 حسب موافقة أفراد العينة عليهما وكانت النسبة المئوية

مرتفعة حيث قدرت ب95.7%.

- العبارة رقم (04) تساعده على استخدام أصابعه لطلب شيء معين، والعبارة رقم (09) تجعله يتجاوب

مع المواضيع الجديدة كالألعاب، والعبارة رقم (10) تدرب الطفل على نقل انتباهه وتوجيهه وانتقائه و

إطلاته بطريقة صحيحة في المرتبة 2 حسب موافقة أفراد عينة الدراسة وكانت نسبتهم المئوية مرتفعة

حيث قدرت ب94.3%.

- العبارتين رقم (01) تزيد من انتباهه إلى الأشياء الموجودة في الغرفة أو الصف، والعبارة رقم (02)

تزيد من تركيزه أثناء توجيه الكلام إليه، ترتيبهم كان في المرتبة 3 حسب استجابات أفراد العينة وكانت

النسبة المئوية للعبارتين مرتفعة قدرت ب91.4%.

- جاءت العبارة رقم (03) تجعله يشارك في الألعاب الجماعية مع أقرانه في المرتبة 4 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 87.1%.

- جاءت العبارة رقم (07) تجعله يتجاوب معك من خلال المبادرة بالابتسام في المرتبة 5، حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها، وكانت بنسبة مئوية مرتفعة حيث قدرت بـ 85.7%.

- جاءت العبارة رقم (08) تستثير رغبته في الانسحاب من مكان تعمه الفوضى في المرتبة 6 و الأخيرة حسب استجابات أفراد عينة الدراسة حيث قدرت بنسبة مئوية منخفضة بلغت 62.9%.

2-2- إجابات أفراد العينة حول البنود التي تقيس محور الإدراك:

الرتبة	النسبة المئوية	التكرارات	البدائل	العبارات	الرقم
8	65.7%	46	نعم	يدرك الطفل تعابير الوجه مثلا عندما تببتسمين معه هل يبتسم معك	11
	34.3%	24	لا		
2	97.1%	68	نعم	تدرب الطفل التوحدي على التعرف على الاتجاهات الأساسية مثل فوق تحت، أمام، خلف.	12
	2.9%	2	لا		
5	90%	63	نعم	تدرب الطفل التوحدي على التمييز بين الأرقام والأحرف المتشابهة.	13
	10%	7	لا		
2	97.1%	68	نعم	يتم تدريب الطفل التوحدي على تحديد الأجزاء	14

	2.9%	2	لا	الناقصة لإكمال شكل أو نموذج.	
15	98.6%	69	نعم	يتم تدريب الطفل التوحدي على مطابقة الأشياء مع الصور المناسبة لها.	1
	1.4%	1	لا		
16	98.6%	69	نعم	يتم تدريب الطفل التوحدي على فك وتركيب المكعبات لتشكيل نموذج بسيط	1
	1.4%	1	لا		
17	95.7%	67	نعم	تدرب الطفل على الاستجابة لملمس الأشياء المختلفة، والروائح المختلفة.	3
	4.3%	3	لا		
18	91.4%	64	نعم	تدريب الطفل التوحدي على المطابقة بين نماذج الحروف و الأرقام و الأشكال.	4
	8.6%	6	لا		
19	71.4%	50	نعم	تدربه على المقارنة بين المسافات.	7
	28.6%	20	لا		
20	84.3%	59	نعم	تدربه على اكتشاف الاختلاف بين الصور.	6
	15.7%	11	لا		

جدول رقم(10): يوضح استجابات أفراد العينة حول بنود محور الإدراك.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية لمحور الإدراك مرتفعة حيث قدرت ب (89%) وذلك ما دلت عليه استجابات أفراد العينة حول محور الإدراك، وقد تباينت النسبة المئوية لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو الآتي:

- جاءت العبارتين رقم (15) يتم تدريب الطفل التوحدي على مطابقة الأشياء مع الصور المناسبة لها، و العبارة رقم (16) يتم تدريب الطفل التوحدي على فك وتركيب المكعبات لتشكيل نموذج بسيط، في المرتبة 1 حسب استجابات أفراد عينة الدراسة، حيث كانت نسبتها المئوية متساوية ومرتفعة قدرت ب98.2%.

- جاءت العبارتين رقم (12) تدرب الطفل التوحدي على التعرف على الاتجاهات الأساسية مثل فوق تحت، أمام، خلف، والعبارة رقم (14) يتم تدريب الطفل التوحدي على تحديد الأجزاء الناقصة لإكمال شكل أو نموذج، في المرتبة 2 حسب استجابات أفراد العينة حيث لوحظ أن نسبتها المئوية متساوية و مرتفعة و قد قدرت ب 97.1%.

- جاءت العبارة رقم (17) تدرب الطفل على الاستجابة لملمس الأشياء المختلفة، والروائح المختلفة في المرتبة رقم 3 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت ب95.7%.

- جاءت العبارة رقم (18) تدريب الطفل التوحدي على المطابقة بين نماذج الحروف والأرقام و الأشكال في المرتبة رقم 4 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت ب91.4%.

- جاءت العبارة رقم (13) تدرب الطفل التوحدي على التمييز بين الأرقام والأحرف المتشابهة في المرتبة رقم 5 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت ب90%.

- جاءت العبارة رقم (20) تدريبه على اكتشاف الاختلاف بين الصور في المرتبة رقم 6 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 84.3%.

- جاءت العبارة رقم (19) تدريبه على المقارنة بين المسافات في المرتبة رقم 7 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية عالية قدرت بـ 71.4%.

- جاءت العبارة رقم (11) يدرك الطفل تعابير الوجه مثلا عندما تبنتسمين معه هل يبتسم معك في المرتبة رقم 8 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية متوسطة قدرت بـ 65.7%.

2-3- إجابات أفراد العينة حول البنود التي تقيس محور التذكر:

الرقم	العبارات	البدائل	التكرارات	النسبة المئوية	الرتبة
21	تقوم بتكرار المعلومة لمساعدة الطفل المتوحد على حفظها وتذكرها	نعم	68	97.1%	1
		لا	2	2.9%	
22	تدرب الطفل التوحدي على إعادة ترتيب أدوات و ألعاب على المكتب	نعم	64	91.4%	4
		لا	6	8.6%	
23	تقوم بتدريب الطفل التوحدي على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها	نعم	65	92.9%	3
		لا	5	7.1%	
24	تقوم بتدريب الطفل التوحدي على إعادة الأرقام بنفس	نعم	60	85.7%	5

	%14.3	10	لا	ترتيبها	
5	%85.7	60	نعم	تقوم بتدريب الطفل التوحدي على إعادة الأرقام بنفس	25
	%14.3	10	لا	ترتيبها	
7	%72.9	51	نعم	تدربه على سرد قصة سمعها من قبل	26
	%27.1	19	لا		
5	%85.7	60	نعم	تدربه على تذكر شكل ناقص في مجموعة صور	27
	%14.3	10	لا	شاهدها الطفل	
6	%74.3	52	نعم	تدربه على تذكر شكل لم يكن موجود في مجموعة	28
	%25.7	18	لا	صور شاهدها الطفل	
6	%74.3	52	نعم	تدربه على لمس مثيرات مختلفة ثم يحاول تذكرها	29
	%25.7	18	لا	بنفس الترتيب التي لمسها به	
2	%94.3	66	نعم	تدرب الطفل المتوحد على إعادة ترتيب الصور بنفس	30
	%4.3	3	لا	ترتيبها	

جدول رقم(11): يوضح استجابات أفراد العينة حول بنود محور التذكر.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية لمحور التذكر مرتفعة حيث قدرت بـ (85.4%) وذلك ما دلت عليه استجابات أفراد العينة حول محور التذكر، وقد تباينت النسبة المئوية لكل عبارة من عبارات هذا المحور على النحو الآتي:

- جاءت العبارة رقم (21) تقوم بتكرار المعلومة لمساعدة الطفل المتوحد على حفظها وتذكرها في المرتبة رقم 1 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 97.1%.

- جاءت العبارة رقم (30) تدرب الطفل المتوحد على إعادة ترتيب الصور بنفس ترتيبها في المرتبة رقم 2 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 94.3%.

- جاءت العبارة رقم (23) تقوم بتدريب الطفل التوحيدي على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها في المرتبة رقم 3 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 92.9%.

- جاءت العبارة رقم (22) تدرب الطفل التوحيدي على إعادة ترتيب أدوات وألعاب على المكتب المرتبة رقم 4 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية مرتفعة قدرت بـ 91.4%.

- العبارة رقم (24) تقوم بتدريب الطفل التوحيدي على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها، والعبارة رقم (25) تقوم بتدريب الطفل التوحيدي على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها، والعبارة رقم (27) تدربه على تذكر شكل ناقص في مجموعة صور شاهدها الطفل في المرتبة 5 حسب موافقة أفراد عينة الدراسة وكانت نسبتهم المئوية مرتفعة حيث قدرت بـ 85.7%.

- جاءت العبارتين رقم (28) تدربه على تذكر شكل لم يكن موجود في مجموعة صور شاهدها الطفل و العبارة رقم (29) تدربه على لمس مثيرات مختلفة ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب التي لمسها به ، في

المرتبة 6 حسب استجابات أفراد العينة حيث لوحظ أن نسبتها المئوية متساوية و متوسطة و قد قدرت ب 74.3%.

- جاءت العبارة رقم (26) تدربه على سرد قصة سمعها من قبل في المرتبة رقم 7 حسب استجابات أفراد العينة بنسبة مئوية متوسطة قدرت ب 72.9%.

ثالثاً: عرض و تحليل نتائج الفرضيات الجزئية:

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى (تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية

الانتباه لدى طفل الأوتيزم):

يشير مضمون الفرضية الجزئية الأولى إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم مهارة وعملية الانتباه لدى أطفال الأوتيزم من وجهة نظر المختصين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية والعيادات الخاصة والجمعيات المتوفرة في بلديات ولاية جيجل، وقد جاءت نتائج استجابات أفراد العينة مؤكدة لدور مراكز الرعاية في تدعيم عملية الانتباه لدى طفل الأوتيزم حيث عبر ما نسبته 89.28% من أفراد العينة مؤكدة على أن للمراكز دورا كبيرا في تدعيم عملية الانتباه لديه.

الفرضية الجزئية الأولى	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	625	89.28%
لا	75	10.71%

المجموع	700	100
---------	-----	-----

جدول رقم (12): يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الأولى.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للمختصين الذين كانت إجاباتهم إيجابية (بنعم) قد بلغت

89.28% مما يدل على أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم و تنمية مهارة الانتباه لدى الأطفال

الذتويين.

3-2- عرض نتائج الفرضية الثانية (تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية

الإدراك لدى طفل الأوتيزم):

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثانية إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم مهارة وعملية

الإدراك لدى أطفال الاوتيزم من وجهة نظر المختصين العاملين بالمراكز النفسية المتوفرة في بلديات

ولاية جيجل، وقد جاءت نتائج استجابات أفراد العينة مؤكدة لدور مراكز الرعاية في تدعيم عملية

الإدراك لدى طفل الاوتيزم حيث عبر ما نسبته 89% من أفراد العينة مؤكدة على أن للمراكز دورا

كبيرا في تدعيم عملية الإدراك لديه.

الفرضية الجزئية الثانية	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	623	89%
لا	77	11%

المجموع	700	100
---------	-----	-----

جدول رقم (13): يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الثانية.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية كانت بنسبة عالية حيث بلغت 89%، لاستجابات أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم تدل على أن المراكز النفسية تساهم في تنمية مهارة الإدراك لدى الطفل الذاتي.

3-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية

التذكر لدى طفل الأوتيزم):

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثالثة إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم عملية التذكر لدى أطفال الأوتيزم من وجهة نظر المختصين العاملين بالمراكز النفسية المتوفرة في بلديات ولاية جيجل، و قد جاءت نتائج استجابات أفراد العينة مؤكدة لدور مراكز الرعاية في تدعيم عملية التذكر لدى طفل الأوتيزم حيث عبر ما نسبته 89% من أفراد العينة مؤكدة على أن للمراكز دورا كبيرا في تدعيم عملية التذكر لديه.

الفرضية الجزئية الثالثة	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	598	85.42%
لا	102	14.75%

المجموع	700	100
---------	-----	-----

جدول رقم (14): يوضح التكرارات و النسبة المئوية للفرضية الجزئية الثالثة.

بلغت نسبة استجابات أفراد العينة الذين يرون أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم عملية التذكر لدى طفل التوحد 85.42% بينما بلغت نسبة المختصين الذين لا يعتقدون أن هذه المراكز تنمي الذاكرة و التذكر لهذه الفئة 14.75% و هذا ما يدل عليه الجدول أعلاه.

3-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (توجد فروق في استجابات أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس عند مستوى معنوية 0.05):

يشير مضمون الفرضية الجزئية الرابعة إلى وجود فروق في استجابات أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس عند مستوى الدلالة ومن أجل التأكد من هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA و الجدول الآتي يوضح النتائج المتحصل عليها:

3-3-1- فروق استجابات العينة حسب الجنس:

	ANOVA	مستوى الدلالة	
الاستبيان ككل	1.828	0.05	غير دالة

الجدول رقم (15): يوضح فروق استجابات العينة حسب الجنس.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار التباين الأحادي (ANOVA) بلغت 1.82 وهي غير دالة لأن قيمة sig أكبر من مستوى الدلالة 0.05.

وعليه يمكن قبول الفرضية الصفرية و رفض الفرضية البديلة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية، في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة بحسب متغير الجنس لديهم.

3-3-2- فروق استجابات العينة حسب التخصص:

	ANOVA	مستوى الدلالة	
الاستبيان ككل	0.763	0.05	غير دالة

الجدول رقم (16): يوضح فروق استجابات العينة حسب التخصص.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار التباين الأحادي (ANOVA) بلغت 0.76 وهي غير دالة لأن قيمة sig أكبر من مستوى الدلالة 0.05.

وعليه يمكن قبول الفرضية الصفرية و رفض الفرضية البديلة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية، في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة بحسب متغير الجنس لديهم.

3-3-3- فروق استجابات العينة حسب الخبرة المهنية:

	ANOVA	مستوى الدلالة	

الاستبيان ككل	0.109	0.05	غير دالة
---------------	-------	------	----------

الجدول رقم (17): يوضح فروق استجابات العينة حسب الخبرة المهنية.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار التباين الأحادي (ANOVA) بلغت 0.10 وهي غير

دالة لأن قيمة sig أكبر من مستوى الدلالة 0.05.

وعليه يمكن قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية

في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة بحسب متغير الجنس لديهم.

4- عرض نتائج الفرضية العامة:

يشير مضمون الفرضية العامة لهذه الدراسة إلى مساهمة مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو

المعرفي (الانتباه، الإدراك، التذكر) لدى طفل الأوتيزم بالمراكز النفسية لبلديات ولاية جيجل، ومن أجل

اختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على التكرارات والنسبة المئوية، والجدول التالي يوضح النتائج

المتحصل عليها:

النسبة المئوية	التكرارات	لمراكز الرعاية دور في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الأوتيزم.
88.76%	1864	نعم
11.23%	236	لا
100	2100	المجموع

الجدول رقم (18): يوضح مساهمة مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الاوتيزم.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للفرضية العامة التي مفادها لمراكز الرعاية دور في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الاوتيزم جاءت بنسبة مئوية عالية قدرت بـ 88.67% حسب استجابات أفراد عينة الدراسة (المختصين)، وهذا يدل على أن مراكز الرعاية تساهم بنسبة عالية في تدعيم و تنمية و تطوير المهارات و الجوانب المعرفية (الانتباه، الإدراك، التنكر) لدى أطفال الاوتيزم، و ذلك ما دلت عليه نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة.

خلاصة:

من خلال عرض و مناقشة النتائج التي تحصلنا عليها عن طريق تطبيقنا استبيان الدراسة والذي تم توزيعه الكترونيا لظروف خارجة عن إرادتنا و الذي يخص التعرف على دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي (الانتباه، الإدراك، والتذكر) لدى طفل الاوتيزم في المراكز النفسية لولاية جيجل حيث تم التوصل إلى تحقق الفرضية الأولى و الثانية و الثالثة، لكن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس و التخصص و الخبرة المهنية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة النهائية

تمهيد:

أولاً: مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بأفراد عينة الدراسة

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج محاور الدراسة

1- مناقشة وتفسير نتائج محور الانتباه

2- مناقشة وتفسير نتائج محور الإدراك

3- مناقشة وتفسير نتائج محور التذكر

ثالثاً: مناقشة و تفسير نتائج فرضيات الدراسة

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة

ملخص النتائج

خاتمة

التوصيات والاقتراحات

تمهيد:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى مناقشة وتفسير أهم النتائج التي تم التوصل إليها من خلال دراستنا الحالية وذلك بداية بوصف أفراد عينة الدراسة، ومناقشة وتفسير نتائج المحاور الثلاثة (محور الانتباه و الإدراك، والتذكر) كما تناولنا في هذا فصل مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية والفرضية العامة في ضوء النظريات والنماذج التي فسرت تلك الأبعاد وعلى ضوء ذلك بعض الدراسات السابقة ونختم هذا الفصل بالإشارة إلى أبرز التوصيات المقترحة في ظل النتائج المتوصل إليها.

أولاً: مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بوصف أفراد عينة الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية التي تتمحور حول (دور مراكز الرعاية في تنمية جوانب النمو المعرفي (الانتباه، الإدراك، التذكر) لدى الطفل التوحيدي من وجهة نظر المختصين) في بعض المراكز النفسية البيداغوجية للتكفل بأطفال التوحد في بلديات ولاية جيجل وقد تم التواصل معهم عبر وسائط التواصل الاجتماعي والبريد الإلكتروني نظراً للظروف التي تسود البلاد وعليه فقد كانت نتائج الدراسة المتوصل إليها من خلال وصف عينة الدراسة كالآتي:

إن أربعة وستين فرداً (64) من أفراد العينة يمثلون ما نسبته 4.91% من جنس الإناث، ومن خلال هذا يمكن تفسير أن أغلبية الأخصائيين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية ببلديات جيجل من الإناث وهذا راجع إلى عدة عوامل وأسباب، من بينها عزوف الجنس الذكري عن دراسة التخصصات التي تهتم بالطفل التوحيدي كذلك الابتعاد عن كل المهن المرتبطة بهذا المجال والدليل على ذلك نسبتهم الضئيلة التي لم تتجاوز 6.8%، كذلك نقص الصبر عند الذكور عكس الإناث اللواتي لديهن القدرة على الصبر والتعامل مع هذه الفئة بالإضافة إلى كون فئة الأوتيزم من أكثر الفئات التي تتطلب صبراً كبيراً وجهداً مضاعفاً من أجل تعلم مهارة واحدة فقط، ولا ننسى الدخل الضعيف الذي يتقاضاه الأخصائيين الذين يتعاملون مع التوحيدين وهذا يعد من أهم أسباب عزوف الذكور عن مهنة الرعاية و التكفل بالأطفال الذاتويين.

إن أربعين فرداً 40 من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 1.57% تتراوح أعمارهم بين 25-31 سنة وهم المختصين الأكثر تعاملًا مع الأطفال التوحيدين وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسب الأعمار المتبقية، والتي كانت كالآتي أقل من 25 سنة بنسبة 1.17% تليها أعمار المختصين بين 32-

و36 والتي بلغت نسبتهم 3.14% وأخيرا أعمار المختصين الأكثر خبرة في هذا المجال التي تراوحت بين 37 سنة فما فوق وقدرت نسبتهم ب 4.11% وهذا يدل على أن أغلبية المختصين من فئة الشباب. إن خمسة وثلاثين فردا 35 من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 50% تخصص علم النفس الإكلينيكي وتعتبر نسبته عالية ومرتفعة مقارنة مع نسب التخصصات المتبقية، يليها تخصص أطوفونيا بنسبة 1.37% وهي نسبة لا بأس بها مقارنة بنسبة تخصص علم النفس الاكلينيكي ثم يليها تخصص علم النفس التربوي بنسبة 1.7% وبعده علم النفس المدرسي بنسبة 7.5%، ويمكن القول انه رغم النسب متفاوتة إلى أن كل هذه التخصصات تعمل على مساعدة الطفل في تحسين جوانب النمو المعرفي لديه.

إن أربعة وأربعين فردا 44 من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 9.62% تتراوح خبرتهم المهنية في مجال التكفل بالطفل التوحدي ورعايته وتعليمه ما بين (1-5 سنوات) وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالنسب الأخرى والتي كانت كالاتي 1.27% بالنسبة للمختصين الذين تتراوح خبرتهم بين (5- 10 سنوات)، تليها نسبة 1.7% للذين تراوحت خبرتهم بين (11-16سنة) وأخيرا نسبة 9.2% للمختصين الذين خبرتهم بين 16 سنة فما فوق، ويمكن تفسير كل هذا إلى أن اغلب مراكز رعاية الأطفال التوحدين حديثة النشأة، بالإضافة أيضا إلى حداثة التكفل ورعاية أطفال الأوتيزم و استخدام البرامج

ثانيا: مناقشة وتفسير نتائج المحاور:

1-مناقشة و تفسير نتائج محور الانتباه:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم وتنمية مهارة الانتباه لدى الطفل التوحدي، وذلك بنسبة كبيرة قدرت ب 89.28% حسب ما أقر به أفراد عينة الدراسة بنعم، وهذا يدل

على أن الأطفال التوحيديين يظهرون تحسناً في مهارة الانتباه من وجهة نظر المختصين الذين يتعاملون مع هذه الفئة والعاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية ببلديات ولاية جيجل، وه ذا ما يتفق مع دراستين سابقتين كانتا عبارة عن برامج لكنهما اشتركتا مع الدراسة الحالية حول تنمية وتدعيم مهارة الانتباه لدى الطفل التوحيدي، لدينا دراسة كل من "رأفت عوض سعيد" (2005) والتي كانت تحت عنوان تقييم برنامج تدريبي في تنمية مهارات الانتباه لدى عينة من الأطفال التوحيديين ، وقد توصلت إلى فعالية البرنامج التدريبي المستخدم حيث ساعد البرنامج على تنمية مهارات الانتباه لدى المجموعة التجريبية، كذلك "دراسة خطاب" (2005) والتي كانت حول فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الطفل التوحيدي، وقد توصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أبعاد مقياس قصور الانتباه للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده لص الح القياس البعدي مما يدل على فعالية البرنامج.

2- مناقشة و تفسير نتائج محور الإدراك:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تدعيم وتحسين مهارة الإدراك لدى الطفل التوحيدي، وذلك بنسبة قدرت ب98% وهي نسبة مرتفعة حيث كانت أغلبية إجابات أفراد العينة ب نعم، وهذا يدل على أن الأطفال التوحيديين يظهرون كذلك تحسناً في مهارة الإدراك من وجهة نظر المختصين الذين أكدوا على أن المراكز النفسية البيداغوجية تساعد الطفل التوحيدي على تنمية مهارة الإدراك لديه، وهذا ما يتفق مع "دراسة رشا حميدة" (2007) التي كانت عبارة عن برنامج تدريبي حول تنمية مهارة الإدراك البصري لدى عينة من الأطفال التوحيديين وقد توصلت إلى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية بعض مهارات الإدراك البصري لدى أطفال الأوتيزم.

3- مناقشة و تفسير نتائج محور التذكر:

توصلت الدراسة الحالية أيضا إلى أن مراكز الرعاية تساهم في تنمية وتحسين التذكر لدى الطفل التوحدي وهذا حسب ما أقر به أفراد عينة الدراسة وذلك بنسبة قدرت ب 85.42% وهذا ما دلت عليه استجابات عينة الدراسة التي كانت معظمها نعم وهذا يدل على أن الأطفال التوحديين يظهرون تحسنا أيضا في مهارة التذكر من وجهة نظر المختصين العاملين في المراكز النفسية البيداغوجية.

ثالثا: تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية:

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يشير مضمون الفرضية الأولى إلى " تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الانتباه لدى طفل الأوتيزم من وجهة نظر المختصين.

بينت النتائج التي تم التوصل إليها من خلال دراستنا الحالية أن مراكز الرعاية تساعد الأطفال

التوحديين على تنمية مهارة الانتباه لديهم وذلك من خلال مجموعة من البرامج التي يتم استخدامها داخل هذه المراكز، كما تهتم المراكز بتنمية وتحسين مهارة الانتباه لدى الطفل الذاتي بنسبة عالية جدا قدرت ب 98.28%، وهذا ما أقر به أفراد عينة الدراسة العاملين بالمراكز النفسو - بيداغوجية وقد ساعدت هذه المراكز الطفل التوحدي من خلال: جذب انتباهه للأشياء الموجودة أمامه، وجعله يشارك في الألعاب الجماعية، وتدريبه على توجيه انتباهه وانتقائه وإطالته بطريقة الصحيحة.

وقد اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة "كريستينا واهلن وآخرون" (2006) والتي كانت حول قياس مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية الانتباه المشترك وأثره في تحسين مستوى

المبادرات الاجتماعية والتقليد الكلامي لعينة من أطفال التوحد وقد أشارت إلى أن تدريب الأطفال التوحديين الصغار في السن على مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادة سلوكيات التواصل الاجتماعي.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثانية إلى " تساهم مراكز الرعاية في تدعيم عملية الإدراك لدى طفل الاوتيزم من وجهة نظر المختصين " .

بينت نتائج دراستنا الحالية أن مراكز الرعاية لها دور كبير في تحسين مهارة الإدراك لدى الأطفال التوحديين وهذا التحسن والتطور لدى هذه الفئة راجع إلى مجموعة من البرامج والاستراتيجيات التي يتم استخدامها في المراكز النفسية البيداغوجية، والتي يقوم بتطبيقها مختصين تلقوا تدريباً ساعدهم على استيعاب و فهم طرق وأساليب التعامل مع فئة المتوحدين وكيفية مساعدتهم على إدراك ذواتهم ، ومن بين الخدمات التي يتم تقديمها داخل هذه المراكز مساعدة طفل الأوتيزم التعرف على الأجزاء الناقصة في شكل ومطابقة الأشياء مع الصور، وأيضاً مساعدته على إدراك تعابير الوجه وأيضاً إدراك الاتجاهات، وهذا ما أقر به أفراد عينة الدراسة من خلال استجاباتهم والتي قدرت نسبتها بـ 89% . ومن هنا يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت، وهذا يدل على أن مراكز الرعاية لها دور فعال وكبير في تدعيم وتنمية مهارة الإدراك لدى الطفل التوحدي.

وقد اتفقت دراستنا الحالية مع الدراسة التي قامت بها "سيرا وآخرون" (2003) والتي كانت

تتمحور حول مدى قدرة الأطفال التوحديين من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة الملامح على إدراك تعبيرات الوجه وقد أشارت النتائج إلى قدرة الأطفال التوحديين من ذوي صعوبات الاضطرابات النمائية غير محددة الملامح على إدراك التعبيرات الوجهية المختلفة.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الثالثة إلى " مساهمة مراكز الرعاية في تدعيم عملية التذكر لدى الطفل الاوتيزم من وجهة نظر المختصين ".

بينت نتائج دراستنا أن مراكز الرعاية لها دور كبير كذلك في تنمية وتدعيم مهارة التذكر لدى الطفل لتوحيدي لكونها من أهم المهارات المعرفية التي يحتاجها الإنسان، ويعمل الأخصائيين في المراكز النفسية على تحسين هذه العملية أو المهارة لدى طفل الأوتيزم حتى يتمكن من القيام بها وممارسة نشاطاته مثله مثل أي طفل عادي، ومن بين الخدمات والمساعدات المقدمة لهذه فئة نجد: انه وجب على المختص أن يقوم بتكرار المعلومة و إعادة وترتيب الأرقام له والطلب منه ترتيب أدوات وألعاب المكتب وتدريبه على تذكر كل ماتم تعلمه في الحصة، وهذا ما اقر به المختصين من خلال إجاباتهم التي كانت نسبتها عالية جدا حيث قدرت ب: 85.42% وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت كذلك.

وقد انفتحت دراستنا الحالية في بعض الجوانب مع دراسة التي قام بها "ديمنيس وجيمس" (1984) والتي كانت تتمحور حول التعرف على مستوى الذاكرة السمعية والبصرية لدى الأطفال التوحيدين وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الذاكرة السمعية والبصرية جيدة ومتميزة عند التوحيدين و أن تخزين مفردات اللغة وصل لمستوى جيد.

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

يشير مضمون الفرضية الجزئية الرابعة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة، حسب بعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس، التخصص، الخبرة المهنية).

4-1- الفروق حسب متغير الجنس:

تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة حول محور الانتباه ومحور الإدراك ومحور التذكر تعزى إلى متغير الجنس وذلك ما دلت عليه نتائج اختبار التباين الأحادي (Anova one way) ويمكن تفسير ذلك إلى كون عمليات تنمية القدرات المعرفية للطفل التوحيدي تتأثر بنوع جنس المختص إذ يعمل كل واحد منهم حسب تخصصه على استخدام البرامج و الاستراتيجيات المقدمة في هذه المراكز النفسو - البيداغوجية على تنمية المهارات المعرفية كمهارة الإدراك ومهارة الانتباه و التذكر وذلك في محاولة منهم لإيجاد طرق مساعدة على تنمية تلك المهارات.

4-2- الفروق حسب متغير التخصص:

تبين النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة حول محاور الدراسة المتمثلة في محور الانتباه ، الإدراك، ومحور التذكر تعزى إلى متغير التخصص وهذا ما دلت عليها نتائج اختبار التباين الأحادي (anova one way) ويمكن تفسير ذلك إلى كون عمليات تنمية القدرات المعرفية للطفل التوحيدي لا تتأثر بنوع التخصص، إذ يعمل كل واحد منهم حسب تخصصه على استخدام البرامج والاستراتيجيات المقدمة داخل المراكز النفس ية البيداغوجية على تنمية مهارة الانتباه، الإدراك، والتذكر وذلك كمحاولة منهم لإيجاد طرق مساعدة على تنمية تلك المهارات.

4-3- الفروق حسب متغير الخبرة المهنية:

تبين النتائج التي تم التوصل إليها من خلال دراستنا الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات العينة حول محور الانتباه ، ومحور الإدراك ومحور التذكر تعزى إلى متغير الخبرة المهنية وذلك ما دلت عليه نتائج اختبار التباين الأحادي (anova one way) ويمكن تفسير ذلك إلى كون عمليات تنمية القدرات المعرفية للطفل التوحدي لا تتأثر بللخبرة المهنية للمختص، إذ يعمل كل واحد منهم حسب ما تعلمه وما اكتسبه خلال مسيرته المهنية في تقديم البرامج والاستراتيجيات المقدمة في هذه المراكز النفسو - بيذاغوجية على تنمية مهارات المعرفية كمهارة الانتباه والإدراك والتذكر وذلك في محاولة منهم لإيجاد طرق مساعدة على تنمية تلك المهارات.

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

يشير مضمون الفرضية العامة إلى دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي (الانتباه، الإدراك، التذكر) لدى طفل الاوتيزم من وجهة نظر المختصين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية ببلديات ولاية جيجل.

من خلال النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية نجد أن لمراكز الرعاية دور فعال في تنمية المهارات المعرفية لدى الأطفال التوحديين من وجهة نظر المختصين (الارطفونيين، التربويين، الاكلنكيين، والمدرسين) العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية ببلديات ولاية جيجل، حيث كانت نسبة استجابات أفراد عينة الدراسة عالية قدرت ب: 88.67%، ويمكن تفسير النتيجة المرتفعة المتوصل إليها، بأن مراكز الرعاية تساهم بنسبة كبيرة في تنمية جوانب النمو المعرفي لدى أطفال الاوتيزم وهذا يدل على أن الاستراتيجيات و البرامج التعليمية المقدمة لهذه الفئة لها فائدة في تحسين و تدعيم هذه الجوانب لديهم ، بالإضافة إلى أن هذه المراكز تعمل على إكساب عدة أنشطة لهذه الفئة تستهدف

الجوانب المعرفية وتعمل أيضا على استثارها من خلال الوسائط المستخدمة داخلها وبما أن أغلبية العبارات التي استخدمت في محاور دراستنا تم الإجابة عليها بنعم وكانت نسبتها المئوية عالية جدا يمكننا القول أن الفرضية العامة قد تحققت.

وقد اتفقت دراستنا مع بعض الدراسات السابقة "كدراسة عدنان سكر" (2014) حول فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المعرفية والاستقلالية لدى الأطفال التوحديين، وقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج التدريبي المقترح كان فعالا بدرجة كبيرة في تنمية المهارات المعرفية، ومهارات الاستقلالية الذاتية لديهم بعد مرور شهرين من انتهاء من تطبيق البرنامج.

ملخص النتائج:

من خلال عرض ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها عن طريق استخدام استبيان الكتروني بهدف التعرف على دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي (الانتباه - الإدراك - التذكر) لدى أطفال الاوتيزم من وجهة نظر المختصين المسؤولين عن تطبيق البرامج المنتهجة داخل المراكز النفسو- البيداغوجية بولاية جيجل، وحتى يتمكن الأخصائي من تنمية وتدعيم المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي يجب عليه أن ينتهج العديد من الأنشطة و الطرق والأساليب التي تشمل مهارة الانتباه ومهارة التذكر والإدراك، حتى يتمكن من دمجهم في المجتمع وتعليمه مهارات التواصل الاجتماعي لكي يستطيع أن يكون طفلا عاديا، وما سبق ذكره جاءت هذه الدراسة للكشف عن مدى مساهمة هذه المراكز في تحسين هذه المهارات ، بحيث قمنا خلال هذه الدراسة التي اشتملت على جوانب نظرية وضحت لنا الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، وأخرى تطبيقية من خلال التواصل مع المختصين العاملين بهذه المراكز عن طريق استبيان الكتروني عبر وسائل التواصل الاجتماعي والبريد الإلكتروني وذلك راجع لعدم تمكننا من إجراء الدراسة ميدانيا بسبب انتشار الفيروس وغلق كل المراكز، حيث

تمكننا من التواصل مع سبعين (70) أخصائيي موزعين على التخصصات التالية: علم النفس تربوي و علم النفس الاكلينيكي، علم نفس المدرسي والارطوفونيا، واعتمدنا أيضا أثناء إجراء هذه الدراسة على أساليب إحصائية وأدوات جمع المعلومات عن مجتمع الدراسة وقد توصلت دراستنا إلى مجموعة من النتائج والتي كانت كالآتي:

1- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة الانتباه لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت بـ 89.28%.

2- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة الإدراك لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت بـ: 89%.

3- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة التذكر لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت بـ : 85.42%.

4- لا توجد فروق دالة إحصائية في استجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

5- لا توجد فروق دالة إحصائية في استجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير التخصص.

6- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الأخصائيين على أساس الخبرة المهنية في مجال العمل مع الأطفال التوحيدين تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

كما توصلنا كنتيجة نهائية إلى أن مراكز الرعاية لها دور فعال وهام في تنمية وتدعيم جوانب النمو

المعرفي (الانتباه- الإدراك- التذكر) لدى أطفال الاوتيزم وهذا ما أقر به الأخصائيون العاملون بهذه المراكز وذلك بنسبة عالية جدا قدرت بـ: 88.76%.

خاتمة:

إن التربية في أساسها هي محاولة إعداد الأفراد بصورة تجعلهم أكثر قدرة على أداء الأدوار المسندة إليهم، و بأكبر قدر ممكن من الكفاءة والفعالية ، و تتحقق هذه الغاية عندما توفر التربية لكل فرد فرصة التعلم، مما يسمح له بتحقيق أقصى قدر ممكن من النمو في حدود قدراته وإمكانياته الخاصة. ومن بين الفئات التي هي بحاجة إلى تربية خاصة نجد فئة الأطفال التوحديين التي شغلت اهتمام قطاع كبير من الباحثين والمختصين، لما فيه من مشكلات واضطرابات عديدة محاولة منهم التصدي لهذه المشكلات.

يؤثر التوحد على النمو المعرفي، ما ينجم عنه اضطراب في العمليات المعرفية كالانتباه والإدراك، والتذكر، وقد ارتأينا تسليط الضوء على جانب النمو المعرفي لأطفال الأوتيزم، لكون هذه الفئة بحاجة ماسة إلى برامج تدريبية تتناسب مع إمكانياتهم وقدراتهم، كما يجب على المختص أن ينتهج العديد من الأساليب و الاستراتيجيات لتطبيق البرنامج بمختلف أنشطته، إذ تقاس فعاليتها ومدى تحقيقها للأهداف المسطرة و المنتظرة منها، حيث تسعى هذه الأخيرة إلى تنمية وتحسين القدرات المعرفية لفئة أطفال الاوتيزم، ومساعدتهم على التكيف و الاندماج في المجتمع، إن هذه الفئة ليست قادرة على الاستفادة من الأنشطة والمعلومات المقدمة إليها بالطريقة العادية، إذ أنهم يحتاجون إلى برامج العناية والرعاية التربوية الخاصة حتى يتمكنوا من اكتساب مهارات تساعدهم في الاعتماد على النفس والتكيف مع المجتمع.

وقد اهتمت الجزائر كغيرها من دول العالم بنووي الاحتياجات الخاصة وبفئة أطفال التوحد، حيث تم منحهم جملة من الترتيبات والتنظيمات التي تراعي شؤونهم وتوفي متطلباتهم وذلك من خلال إنشاء مراكز نفسو - بيداغوجية وجمعيات ومراكز خاصة، للاهتمام وتقديم الرعاية اللازمة و البرامج

الاستراتيجيات التعليمية والتربوية الملائمة لهم بحيث تكون هذه البرامج مكيّفة وفق احتياجات هؤلاء التوحديين.

ويمكن مساعدة طفل الأوتيزم من خلال اللعب و استنباط طرق واستراتيجيات تعليمية علاجية ، إذ يجب على الأخصائي المعالج إتباع خطة علاجية واضحة ومستهدفة أي يجب هنا فهم شخصية الطفل التوحدي وبناء على سلوكياته يكون التأطير بصفة تدريجية وفعالة.

ومن هذا المنطلق يمكننا القول أن الاستراتيجيات التربوية و التعليمية التي يقوم بتطبيقها الأخصائي مع الأطفال التوحديين داخل المراكز النفسو- بیدغوجية لولاية جيجل، لها فعالية وتساهم في تدعيم و تنمية جوانب النمو المعرفي لطفل الأوتيزم من بينها الانتباه، الإدراك، والتذكر وهذا حسب ما أقر به الأخصائيين، لذلك لابد أن تسعى عدة جهات مجتمعية و صحية إلى إيجاد المزيد من الطرق العلاجية التي تساعد على تجاوز المعوقات التي تمنعهم من ممارسة حياة طبيعية وتمكنهم ولو نسبيا على التأقلم في محيط يروونه غريب ليصبحوا قادرين على التواصل الاجتماعي وإنشاء علاقات دائمة.

التوصيات والاقتراحات:

من خلال دراستنا وبحثنا حول موضوع التوحد والتطرق إلى جانبي هذه الدراسة سوءا جانب النظري الذي شمل لمحة معمقة حول التوحد من نشأته وتطوره إلى غاية التوصل إلى استحداث البرامج والاستراتيجيات التعليمية الموجهة إلى فئة أطفال التوحد ، والجانب التطبيقي الذي تعذر علينا انجازه ميدانيا إلا أن الظروف التي منعتنا من النزول إلى الميدان لم تمنعنا من انجازه من خلال التواصل مع الأخصائيين عبر مواقع التواصل الاجتماعي والبريد الالكتروني، والذين بفضلهم تمكنا من إكمال هذه المذكرة والتوصل إلى نتيجة أن لمراكز الرعاية دور في تنمية جوانب النمو المعرفي لدى الطفل التوحد، سوءا كانت في مهارات الانتباه أو الإدراك أو التذكر ، من هنا يمكننا تقديم بعض التوصيات والاقتراحات و التي يمكن تلخيصها فيمايلي:

بعد معرفتنا لاحتياجات هذه الفئة بعد قراءتنا لمواضيع كثيرة وكتب تحدثت عن الاوتيزم ومن هنا نقترح مايلي:

1- ضرورة زيادة أوقات العمل مع الأطفال التوحديين حيث أن الوقت المخصص إليهم يتراوح بين ساعة إلى الساعة والنصف، وهذا الوقت يعتبر غير كافي لمثل هذه الفئة التي تتطلب الكثير من الجهد والصبر والوقت.

2- ضرورة التكفل والتدخل المبكر لتعليم و معالجة هذا الطفل لأنه كلما زاد عمره كلما أصبح التعامل معه صعب.

3- ضرورة تخصيص ساعة من أجل توعية أولياء الأمور والأسرة باضطراب التوحد، وكيفية التعامل معه لأن أغلبية الأسر لا تعلم معنى التوحد وترفض أن يكون عندها طفل متوحد.

- 4- ضرورة الاهتمام بالطرق والأساليب الحديثة التي يتم من خلالها تدريب الطفل التوحيدي على المهارات الأساسية التي يحتاجها حتى يستطيع الاندماج مع مجتمعه وفهم محيطه.
- 5- توسيع الأبحاث المتعلقة بدراسة جوانب النمو المعرفي لدى الطفل التوحيدي لمختلف فئات العمرية.
- 6- إجراء أبحاث أخرى تدرس العلاقة وبين المهارات المعرفية والمهارات الاجتماعية.
- 7- زيادة التوعية في المجتمع و ذلك من خلال القيام بأيام دراسية تحسيسية به هذه الفئة وفتح مراكز خاصة بهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: القواميس:

1- عيسى سعد العوضي، عبد الرحمان علوي الجميدي (2010): القاموس العربي الأول لمصطلحات علوم التفكير، دار دبيونو للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

2- دورتيه (ترجمة جورج كثورة) (2009): معجم العلوم الإنسانية، ط1، دون بلد.

ثانياً: الكتب:

1- الطواب سيد (2005): النمو الإنساني أسسه و تطبيقاته، دار المعرفة الجامعية، ط1، الإسكندرية.

2- الفوزان محمد بن أحمد بن عبد العزيز (2003): التوحد المفهوم والتعليم والتدريب مرشد إلى الوالدين والمهنيين، دار عالم الكتب، ط1، الرياض.

3- السرطاوي زيدان أحمد ، عبد العزيز السيد (1999): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا، ج1، دار الكتاب الجماعي، المملكة العربية السعودية.

4- العيادي رائد خليل (2011): التوحد، مكتبة المجتمع العربي للنشر، ط1، عمان.

5- بدرة معتصم ميموني، مصطفى ميموني (2010): سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، دون بلد.

6- سوسن شاکر مجيد (2008): علم النفس النمو للطفل، دار الصفاء للنشر، ط1، عمان.

قائمة المراجع

- 7- السعيد هلا (2009): الطفل الذاتوي بين المعلوم والمجهول، دليل الآباء والمتخصصين، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة.
- 8- الظاهر قحطان أحمد (2009): التوحد، دار وائل للنشر، ط1، الأردن.
- 9- زياد كامل اللالا، شريفة عبد الله الزبيري، صائب كامل اللالا، فوزية عبد الله الجلامدة، مأمون محمد جميل حسونة، وائل محمد الشرمان، وائل أمين العلي، يحيى أحمد القباني، يوسف محمد العابد (2013): أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط3، الأردن.
- 10- الإمام محمد صالح، الجوالدة فؤاد عيد (2010): التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة للنشر و التوزيع، ط1، عمان.
- 11- الجبلي سوسن شاكر (2004): التوحد الطفولي، أسبابه وتشخيصه، علاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع، ط1، دمشق.
- 12- عليوان محمد عدنان (2007): الأطفال التوحديين، دار اليازوري للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.
- 13- سليمان عبد الرحمان السيد (2011): إعاقة التوحد، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
- 14- مصطفى نوري القمش (2011): اضطرابات التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسة عملية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- 15- كامل محمد، محمد عويضة (1996): علم النفس النمو، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت.
- 16- سناء محمد سليمان (2014): الطفل الذاتوي بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية، عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط1، دون بلد.

قائمة المراجع

- 17- مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة (2007): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر، ط1، عمان.
- 18- عبد الرحمان سيد سليمان (2000): محاولة لفهم الذاتوية إعاقاة التوحد عند الأطفال، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
- 19- جمال خلف المقابلة (2016): اضطرابات طيف التوحد، التشخيص و التدخلات العلاجية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- 20- محمد السيد عبد الرحمان، منى خليفة علي حسن (2004): مقياس جيليام لتشخيص التوحدية، دار السحاب للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
- 21- مشيرة فتحي محمد سلامة (2014): الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
- 22- حمدان محمد زكرياء (2001): التوحد لدى الأطفال، اضطراباته، تشخيصه، علاجه، دار التربية للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
- 23- الخطيب جمال (2013): أسس التربية الخاصة، مكتبة المتنبى، ط1، الدمام.
- 24- فوزان عبد الله الجلامدة (2016): قضايا و مشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد، دار الزهراء للنشر والتوزيع، ط1، الرياض.
- 25- عثمان فراج (2002): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة و التنمية، ط1، القاهرة.

قائمة المراجع

- 26- سليمان عبد الرحمان، عبد الحميد أشرف، البيلاوي إيهاب (2013): لتقييم و التشخيص في التربية الخاصة، دار الزهراء، ط3، الرياض.
- 27- النشار مصطفى (2001): نظرية المعرفة عند أرسطو، دار قباء للنشر والتوزيع، ط4، مصر.
- 28- باظة أمال (2003): اضطرابات التواصل وعلاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر.
- 29- فهد بن حمد المغلوث (2006): التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، مؤسسة الملك خالد الخيرية، ط1، الرياض.
- 30- فاروق أسامة، سالم مصطفى، منصور السيد، كامل الشربيني (2013): علاج التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، الأردن.
- 31- السيد عبد الحميد سليمان، محمد قاسم عبد الله (2003): الدليل التشخيصي للتوحيدين (العيادي)، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة، مصر.
- 32- تامر فرج سهيل (2015): التوحد، التعريف، الأسباب، التشخيص، العلاج، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- 33- عبد اللطيف مهدي زمام، صلاح الجماعي (2012): التوحد الذاتي عند الأطفال، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
- 34- هنا عطية، هنا محمد سامي (1973): علم النفس الإكلينيكي، التشخيص النفسي، دار النهضة، ط1، القاهرة.

قائمة المراجع

35- جمال الخطيب، منى الحديدي (1997): المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، ط1، الإمارات.

36- عبد الفتاح عبد المجيد شريف (2011): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة.

37- رشاد عبد العزيز موسى (2002): علم النفس الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة.

28- الشامي وفاء علي (2004): علاج التوحد (الطرق التربوية و النفسية و الطبية)، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1، الرياض.

39- عبد الله محمد قاسم (2001): الطفل التوحد أو الذاتوي (الانطواء حول الذات ومعالجته و اتجاهات حديثة)، دار الفكر، ط1، عمان.

40- إبراهيم محمود بدر (2004): الطفل التوحد تشخيص وعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، مصر.

41- خطاب محمد (2005): سيكولوجية الطفل التوحد تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي، دار الثقافة، ط1، عمان.

42- حازم رضوان آل إسماعيل (2011): التوحد واضطرابات التواصل، دار المجدولي للنشر و التوزيع، ط1، عمان.

43- مجيد سوسن شاكرا (2010): التوحد، دار دييونو للنشر، دط، عمان.

44- رياض سعد (2008): أسرار الطفل التوحد، دار الجامعات للنشر والتوزيع، دط، مصر.

قائمة المراجع

- 45- عدنان يوسف العتوم، شفيق فلاح علاونة، عبد الناصر ذياب الجراح، معاوية محمود أبو غزال (2005): علم النفس التربوي النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، الأردن.
- 46- خليل ميخائيل معوض (2003): سيكولوجية النمو والطفولة و المراهقة، دار التوزيع بمركز الإسكندرية للكتاب، ط1، مصر.
- 47- محمد فرحان القضاة، محمد عوض الترتوري (2000): تنمية مهارات اللغة والاستعداد القرائي عند طفل الروضة، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.
- 48- مريم سليم (2003): علم النفس التعلم، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، ط1، لبنان.
- 49- السيد عبد القادر شريف (2014): مدخل إلى التربية الخاصة، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
- 50- خليل إيهاب محمد، سلام ممدوحة محمد، أبو النيل محمد السيد (2009): الأوتيزم (التوحد و الإعاقة العقلية)، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
- 51- عبد المعطي حسن (2001): الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة الأسباب والتشخيص، العلاج، مكتبة القاهرة، ط1، مصر.
- 52- عدنان يوسف العتوم (2004): علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر و التوزيع والطباعة، ط3، عمان.
- 53- أديب عبد الله محمد النواسية، إيمان طه، طابع القطاونة (2015): النمو الغوي و المعرفي للطفل، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- 54- كامل محمد (1998): الأوتيزم، دار النهضة المصرية، ط1، القاهرة، مصر.

قائمة المراجع

- 55- الزريقات إبراهيم عبد الله فرح (2004): التوحد (الخصائص والعلاج)، دار وائل، ط1، عمان.
- 56- كامل محمد (1998): الأوتيزم، دار النهضة المصرية، ط1، مصر.
- 57- محمد بدر فائقة، السيد عبد النبي (2001): الإدراك الحسي البصري والسمعي، مكتبة النهضة المصرية، ط1، القاهرة.
- 58- الخطيب جمال، الحديدي منى (2005): المدخل إلى التربية الخاصة، دار حسن، ط1، عمان.
- 59- فوزي عبد الخالق، علي إحسان شوكت (2007): طرق البحث العلمي المفاهيم والمنهجيات و تقارير نهائية، المكتب العربي الحديث، ط1، عمان.
- 60- سامي محمد ملحم (2004): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، ط1، عمان.
- 61- سلاطنية بلقاسم و حسان الجبلاني (2007): أسس البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، دط، الجزائر.
- 62- لطفي الشربيني (2004): طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.
- 63- محمد عبد العزيز الفوزان (2002): طيف التوحد، دار عالم الكتب للطباعة والنشر، ط1، الأردن.
- 64- يوسف قطامي (2000): نمو الطفل المعرفي واللغوي، دار الأهلية للنش والتوزيع، ط1، عمان.
- 65- لورا شريمان (2010): التوحد بين العلم والخيال، ترجمة عياد فاطمة، ط1، الكويت.

قائمة المراجع

66- رافع نصير الزغول، عماد عبد الرحيم الزغول (دس): علم النفس المعرفي، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

67- رياض سعد (2008): أسرار الطفل التوحدي، دار الجامعات للنشر والتوزيع، ط1، مصر.

68- مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة (2014): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، الأردن.

69- الراوي فضيلة توفيق، حماد آمال صالح (1999): التوحد "الإعاقة الغامضة"، دار الشرق، دط، قطر.

70- عبد الله قاسم (2003): سيكولوجيا الذاكرة قضايا واتجاهات حديثة، مطابع السياسة، الكويت.

71- ابراهيم سليمان، عبد الواحد يوسف (2010): المرجع في صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية و الاجتماعية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

72- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (2011): التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان.

73- محمد عامر الدهمشي (2007): دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر، ط1، عمان.

74- الشامي وفاء علي (2004): خفايا التوحد (أشكاله، أسبابه، وتشخيصه)، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1، الرياض.

76- محمد أحمد خطاب (2009): سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.

77- ربيع السيد خليفة، سربناس ربيع وهدان (2014): المنظور الحديث للبرامج العلاجية لدى الاضطرابات السلوكية والأوتيزم، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية.

78- أحمد نايل الغرير، بلال أحمد عودة (2010): سيكولوجية أطفال التوحد، دار الشروق، ط1، عمان.

ثالثاً: الرسائل الجامعية:

1- بيومي لمياء عبد الحميد (2008): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، أطروحة دكتوراه، جامعة قناة السويس.

2- الشيخ ديب رائد (2004): تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية و الاستقلالية الذاتية عند الأطفال التوحديين وقياس فاعليته، أطروحة دكتوراه، الجامعة الأردنية، لأردن.

3- العلي رسلان (2008-2009): متلازمة الصبغي الهش، رسالة ماجستير، كلية الصيدلة، جامعة دمشق، سوريا.

4- اللهيبي نادية بنت عبد الرحمان بن صويلح (2009): فاعلية برنامج إرشادي لتنمي الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

5- ماجد عمارة (1999): دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية والغير معرفية لدى الطفل المغلق نفسياً، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوي، جامعة القاهرة.

6- بخش أميرة طه (2010): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض الجوانب المعرفية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

قائمة المراجع

7- عدنان وليد سكر (2014): فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات المعرفية و الاستقلالية الداتية لدى الأطفال التوحديين، مذكرة لنيل درجة الدكتوراه في التربية الخاصة، جامع دمشق، سوريا.

8- إحسان براجل (2017): علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

رابعاً:المجلات:

1- محمد عادل عبد الله (2000): بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحديين و أقرانهم المعاقين عقليا، مجلة كلية التربية بالرقائق، العدد35، جامعة الرقائق، مصر.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

تخصص: توجيه وإرشاد

استمارة بحث تحت عنوان:

دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل
الاولتيزم (التوحد) من وجهة نظر المختصين

نحن طالبة السنة الثانية ماستر تخصص توجيه وإرشاد بجامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -
بصدد إنجاز مذكرة تخرج حول دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل
الاولتيزم، نقدم لكم هذه الاستمارة التي أعدت لأهداف علمية قصد التعرف على آرائكم حول موضوع
الدراسة مع العلم أن المعلومات ستبقى سرية لا تستخدم إلا لأغراض علمية نرجو منكم الإجابة بصدق
وموضوعية، وذلك بوضع العلامة أمام الإجابة التي تراها مناسبة.

السنة الجامعية:

2020 — 2019

دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى طفل الاوتيزم (التوحد) من

وجهة نظر المختصين:

البيانات الشخصية:

الجنس:

السن:

التخصص:

الخبرة المهنية:

لا	نعم	العبارات	
		الانتباه	
		تزيد من انتباهه إلى الأشياء الموجودة في الغرفة أو الصف	01
		تزيد من تركيزه أثناء توجيه الكلام إليه	02
		تجعله يشارك في الألعاب الجماعية مع أقرانه	03
		تساعده على استخدام أصابعه لطلب شيء معين	04
		تجذب انتباهه لشيء موجود أمامه	05
		تساعد في الاستجابة عند مناداته باسمه	06

		تجعله يتجاوب معك من خلال المبادرة بالابتسامه معه	07
		تستثير رغبته في الانسحاب من مكان تعمه الفوضى	08
		تجعله يتجاوب مع المواضيع الجديدة كالألعاب	09
		تدرب الطفل على نقل انتباهه وتوجيهه وانتقائه وإطالته بطريقة صحيحة	10
		الإدراك	
		يدرك الطفل تعابير الوجه مثلا عندما تبتمين معه هل يبتسم معك	11
		تدرب الطفل التوحدي على التعرف على الاتجاهات الأساسية مثل فوق ، تحت، أمام، خلف	12
		تدرب الطفل على التمييز بين الأرقام والأحرف المتشابهة	13
		يتم تدريب الطفل التوحدي على تحديد الأجزاء الناقصة لإكمال شكل أو نموذج	14
		يتم تدريب الطفل التوحدي على مطابقة الأشياء مع الصور المناسبة لها	15
		يتم تدريب الطفل التوحدي على فك وتركيب المكعبات لتشكيل نموذج بسيط	16
		تدرب الطفل على الاستجابة لملمس الأشياء المختلفة ، والروائح المختلفة	17
		تدريب الطفل التوحدي على المطابقة بين نماذج الحروف والأرقام والأشكال	18

		تدريبه على المقارنة بين المسافات	19
		تدريبه على اكتشاف الاختلافات بين الصور	20
		التذكر	
		تقوم بتكرار المعلومة لمساعدة الطفل المتوحد على حفظها و تذكرها	21
		تدرب الطفل التوحيدي على إعادة ترتيب أدوات و ألعاب على المكتب	22
		تقوم بتدريب الطفل التوحيدي على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها	32
		تدريبه على تذكر كلمات ناقصة من الجملة	42
		تدريبه على تذكر جمل بسيطة ومركبة بصورة متدرجة	52
		تدريبه على سرد قصة سمعها من قبل	62
		تدريبه على تذكر شكل ناقص في مجموعة صور شاهدها الطفل	27
		تدريبه على تذكر شكل لم يكن موجود في مجموعة صور شاهدها الطفل	28
		تدريبه على لمس مثيرات مختلفة ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب التي لمسها به	29
		تدرب الطفل المتوحد على إعادة ترتيب الصور بنفس ترتيبها	30

الملحق رقم 2: قائمة المحكمين لاستبيان دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي لدى

الطفل التوحيدي من وجهة نظر المختصين:

المحكم	الرتبة العلمية	التخصص	الجامعة
بشقة حنان	أستاذة محاضرة	علم النفس	محمد الصديق بن يحي -جيجل- تاسوست
بوكرام إيمان	أستاذة محاضرة	علم النفس	محمد الصديق بن يحي- جيجل- تاسوست

ملخص النتائج :

من خلال عرض ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها عن طريق استخدام استبيان الكتروني بهدف التعرف على دور مراكز الرعاية في تدعيم جوانب النمو المعرفي (الانتباه - الإدراك - التذكر) لدى أطفال الاوتيزم من وجهة نظر المختصين المسؤولين عن تطبيق البرامج المنتهجة داخل المراكز النفسو- البيداغوجية بولاية جيجل، وحتى يتمكن الأخصائي من تنمية وتدعيم المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي يجب عليه أن ينتهج العديد من الأنشطة والطرق والأساليب التي تشمل مهارة الانتباه ومهارة التذكر والإدراك، حتى يتمكن من دمجها في المجتمع وتعليمه مهارات التواصل الاجتماعي لكي يستطيع أن يكون طفلا عاديا، ومما سبق ذكره جاءت هذه الدراسة للكشف عن مدى مساهمة هذه المراكز في تحسين هذه المهارات ، بحيث قمنا خلال هذه الدراسة التي اشتملت على جوانب نظرية وضحت لنا الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، وأخرى تطبيقية من خلال التواصل مع المختصين العاملين بهذه المراكز عن طريق استبيان الكتروني عبر وسائل التواصل الاجتماعي والبريد الالكتروني وذلك راجع لعدم تمكننا من إجراء الدراسة ميدانيا بسبب انتشار الفيروس وغلق كل المراكز، حيث تمكننا من التواصل مع سبعين (70) أخصائيي موزعين على التخصصات التالية: علم النفس التربوي علم النفس الاكلينيكي، علم نفس الهدرسي و الارطوفونيا، واعتمدنا أيضا أثناء إجراء هذه الدراسة على أساليب إحصائية وأدوات جمع المعلومات عن مجتمع الدراسة وقد توصلت دراستنا إلى مجموعة من النتائج والتي كانت كالآتي:

1- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة الانتباه لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت بـ

89.28%.

2- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة الإدراك لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت بـ: 89%.

3- تساهم مراكز الرعاية في تدعيم مهارة التذكر لدى طفل الاوتيزم بنسبة عالية قدرت ب :
85.42%.

4- لا توجد فروق دالة إحصائية في استجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

5- لا توجد فروق دالة إحصائية في استجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير التخصص.

6- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الأخصائيين على أساس الخبرة المهنية في مجال العمل مع الأطفال التوحيديين تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

كما توصلنا كنتيجة نهائية إلى أن مراكز الرعاية لها دور فعال وهام في تنمية وتدعيم جوانب النمو

المعرفي (الانتباه- الإدراك - التذكر) لدى أطفال الاوتيزم وهذا ما أقر به الأخصائيون العاملون بهذه المراكز وذلك بنسبة عالية جدا قدرت ب: 88.76%.

الكلمات المفتاحية:

مراكز الرعاية، التوحد، الطفل التوحيدي، النمو المعرفي، المختص.

Summary of results:

By presenting and discussing the results obtained through the use of an electronic questionnaire, aiming at identifying the role of care centers in supporting aspects of cognitive development (attention-perception-remembering) among autistic children, from the point of view of the specialists responsible for implementing the programs developed within the psychoeducational centers in the state of Jijel. In order a specialist can develop and strengthen the cognitive skills of an autistic, he must undergo many activities, ways and methods, that include the skill of attention, remembering and perception, in order to be able to integrate him in society and teach him social communication skills so that he can be a normal child. According to the aforementioned the aim of this is

study to reveal the extent of these centers' contributions in improving these skills via this study; which consisted in theoretical areas that showed the theoretical framework for the study variables, and applied ones by communicating with specialists working in these centers via electronic questionnaires in social media and e-mail, (Because we were unable to conduct the field study due to the spread of the virus and the closure of all centers), we were able to communicate with (70) specialists distributed over the following disciplines, educational psychology, clinical psychology, school psychology and orthopedics.

also, we adopted while conducting this study, statistical methods and tools for gathering information on the study population Our study reached a set of results, which are as follows:

- 1- The care centers contribute in strengthening the attention skill of the autistic child, at a high rate, estimated at 89.28%.
- 2- The care centers contribute in strengthening the cognitive skill of the autistic child, at a high rate, estimated at 89%.
- 3- The care centers contribute in strengthening the remembering skill of the autistic child, at a high rate, estimated at 85.42%.
- 4- There are no statistically significant differences in the responses of the sample individuals about the study axes due to the gender variable.
- 5- There are no statistically significant differences in the responses of the sample individuals about the study axes due to the variable of specialization.
- 6- There are no statistically significant differences between specialists on the basis of professional experience in working with autistic children due to the variable of professional experience.

Finally, we concluded that the care centers have an effective and important role in developing and supporting aspects of cognitive

ملخص النتائج

development (attention - perception - remembering) among autistic children, and this was recognized by the specialists working in these centers, with a very high rate, estimated at 88.76%.

keywords:

Care centers ,Autism,Autisticchild,Cognitive development,The specialist.