



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة -

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية



قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم الاجتماع التربية

الرقم التسلسلي:/2022

رقم التسجيل:

صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين

المختصين في المدارس الابتدائية

دراسة ميدانية بمدارس المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

تحت إشراف:

أ. د تالي جمال

إعداد الطالب:

سعودي البشير

الموسم الجامعي: 2022/2021

شكر وتقدير



نشكر الله عز وجل ونحمده حمدا كثيرا الذي هداني بعونه لإتمام هذا العمل المتواضع، فلك الحمد يا ربي كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، ولرسوله الكريم الذي غرس في قلوبنا حب العلم و الإيمان، عليه الصلاة والسلام.

أتقدم ببالغ شكري وعظيم امتناني إلى أستاذي المشرف — تالي جمال — على مساعدته لي وبتوجيهاته القيمة ونصائحه الثمينة فله ألف شكر.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى كل الأساتذة وأخص بالذكر الأستاذ زواق محمد.

وفي الأخير كل شكري وعرفاني إلى كل من ساعدني ووقف بجانبي وساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل.

إهداء



أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

أمي رحمها الله.

إلى أبي رحمه الله.

إلى زوجتي وأولادي رفيذة، لؤي، تقي الدين، جنان

إلى الذين يسري في عروقنا دم واحد إخوتي الأعزاء

حفظهم الله وإلى أزواجهم وأولادهم كل باسمه.

إلى زملائي وزميلاتي وفقهم الله وأشكر كل من قدم لي يد العون ولو بكلمة.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وتقدير
	اهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	ملخص الدراسة
أ ب ث	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
12	1 — إشكالية الدراسة
13	2 — فرضيات الدراسة
14	3 — أسباب اختيار الموضوع
14	4 — أهمية الدراسة
15	5 — أهداف الدراسة
16	6 — مصطلحات الدراسة
18	7 — الدراسات السابقة
	الفصل الثاني الخلفية النظرية
24	تمهيد
25	أولاً: التوحد
26	1 — مفهوم التوحد
27	2 — أسباب التوحد

28	3 — أعراض اضطراب التوحد
29	4 — خصائص أطفال التوحد
30	5 — تشخيص اضطراب التوحد
	6 — المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد
	7 — النظريات المفسرة للتوحد
	8 — المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد
	9 — برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد
60	ثانياً : التكفل النفسي
62	1 — ماهية التكفل النفسي
	2 — أهمية التكفل النفسي
	3 — طرق التكفل النفسي بالأطفال التوحديين
	4 — مجالات التكفل النفسي
	5 — أساليب التكفل النفسي
	خلاصة
	تمهيد
	1 — منهج الدراسة
	2 — حدود الدراسة
	3 — مجتمع الدراسة
	4 — عينة الدراسة
	5 — أداة الدراسة

	خلاصة
	الفصل الرابع عرض وتحليل النتائج
	تمهيد
	1 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الأول
	2 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الثاني
	3 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الثالث
	استنتاج
	خاتمة
	توصيات واقتراحات
	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الجداول

الصفحة	عناوين الجداول	الرقم
--------	----------------	-------

70	جدول وتحليل البعد الأول	01
71	جدول رقم 2-1	02
72	جدول رقم 3-1	03
72	جدول رقم 4-1	04
73	جدول رقم 5-1	05
74	جدول المتوسط الحسابي الدورات التكوينية	06
75	جدول عراقيل سلوكية	07
75	جدول رقم 2-2	08
76	جدول رقم 3-2	09
76	جدول رقم 4-2	10
77	جدول رقم 5-2	11
78	جدول المتوسط الحسابي الوسائل التعليمية	12
79	جدول رقم 1-3	13
80	جدول رقم 2-3	14
81	جدول رقم 3-3	15
82	جدول رقم 4-3	16

تمحور موضوع دراستنا حول "صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين" وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة صعوبات التكفل بالطفل التوحيدي.

واشتملت دراستنا على الأسئلة التالية:

التساؤل الرئيسي: هل توجد صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدارس الابتدائية؟

فقد تفرع التساؤل الرئيسي إلى الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد صعوبات في تكوين المعلمين تعيق ممارسة نشاطهم في التكفل بأطفال التوحد بالمدارس الابتدائية؟

- هل توجد صعوبات سلوكية ونفسية تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدارس الابتدائية؟

- هل توجد صعوبات في وسائل العمل تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدارس الابتدائية؟

وللإجابة عن تساؤلات الدراسة استخدمنا منهج دراسة حالة كونه الأنسب لدراستنا والأدوات التالية: المقابلة والاستبانة مع مجموعة من المعلمين المختصين، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- توجد صعوبات في تكوين المعلمين المختصين تعيق ممارسة نشاطهم في التكفل بأطفال التوحد كما توجد صعوبات سلوكية ونفسية تعيق التكفل بأطفال التوحد، وصعوبات في وسائل العمل تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدارس الابتدائية.

وفي الأخير نرجو من كل المسؤولين والمعنيين دعم المختصين للتكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال تكثيف دورات تكوينية لهم ومن خلال توفير كل ما يلزم للتكفل بهؤلاء الأطفال، وتقبلهم ودمجهم في المجتمع.

الإطار العام للدراسة

- 1 – إشكالية الدراسة
- 2 – فرضيات الدراسة
- 3 – أسباب اختيار الموضوع
- 4 – أهمية الدراسة
- 5 – أهداف الدراسة
- 6 – تحديد مفاهيم الدراسة
- 7 – الدراسات السابقة

1- الإشكالية

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية والهامة في حياة الإنسان، من خلالها يبدأ تكوين ونمو شخصيته، وقد تصيب في هذه المرحلة اضطرابات ذات طابع عصبي من بينها الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال أكثر من الكبار فهي حالات عصبية تتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية، ولكن فقدان هذه المحاور يؤثر سلبا مستقبلا على بناء شخصيته هؤلاء الأطفال.

ففي السابق كان اهتمام الباحثين ودراساتهم وبحثهم يصب على فئة المعاقين بصفة عامة وكيفية مساعدتهم على العلاج والتشخيص، ولكن سرعان ما اختلفت نظرتهم نحو فئة تحتاج حق الدراسة والبحث والتدخل السريع ومعرفة الأسباب وأساليب العلاج فهذه الفئة تدعى بفئة الأطفال التوحديين. فالتوحد يعد من الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، ويعتبر من الإعاقات العقلية والانفعالية الشديدة التي تصيب الطفل وذلك لشدة تأثيراتها وانعكاساتها السلبية له، خاصة في المجال التربوي والاجتماعي والنفسي، سواء في كيفية تعلمه أو اندماجه مع الآخرين.

وقد اكتشف على يد الطبيب الأمريكي ليوكانر Leokanner1943، حيث لفت انتباهه أن هناك مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لهذه الفئة كالانعزال وعجزهم على التكيف والتواصل مع غيرهم والتمسك الروتيني والظهور على هيئة طفل أبكم وأصم، فملاحظة أن اغلب الفئة نجد عندها قدرات إدراكية عالية، ولكن هذا الاضطراب مما يلاحظ إلى حد الآن لا زال يدرس ويبحث فيه العديد من العلماء لإيجاد الحلول المناسبة لعلاج وتشخيص هذه الفئة، وطرق كيفية الرعاية بهذه الفئة ومساعدتهم على الاستقلالية، وذلك من خلال فكرة إنشاء مراكز خاصة في هذا المجال أو مؤسسات تربوية تساعدهم وتقدم لهم أساليب الاعتماد على النفس، وتعمل على إعطاء النصائح والإرشادات للأسر التي تعاني من صعوبة التعامل مع أطفالهم من هذا النوع، وكذلك يحتاج بعض المصابين بالتوحد إلى التكفل والمرافقة، والهدف من ذلك هو تعزيز النمو وتفاذي الإعاقات الإضافية، وينبغي أن يشمل التكفل جملة من الفاعلين، كالأسرة والأقارب والأخصائيين والمؤسسات الطبية والنفسية

والاجتماعية، كما يشمل ذلك بالأخص الوسط التربوي الذي أصبح معني بمتابعة التلاميذ التوحديين عن طريق إدماجهم في المؤسسات التربوية، وذلك بتوفير طرق التعليم العلاجية المختلفة لتنمى وقدراتهم في مختلف الجوانب والعمل على تكوين معلمين مختصين لتعليم هاته الفئة، حتى لا يجهلوا طرق المعاملة الصحيحة، لكن قد يواجه ذلك صعوبات في التكفل بهذه الفئة وذلك راجع إلى عدة أسباب. وعليه نطرح التساؤل التالي:

- هل توجد صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدارس الابتدائية؟

وتندرج تحت هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية وهي:

1- هل توجد صعوبات في تكوين المعلمين المختصين تعيق ممارسة نشاطهم في التكفل بأطفال التوحد بالمدارس الابتدائية؟

2- هل توجد صعوبات سلوكية ونفسية تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين في المدارس الابتدائية؟

3- هل توجد صعوبات في وسائل العمل تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين في المدارس الابتدائية؟

2 — فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة

- توجد صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين في المدارس الابتدائية.

الفرضيات الفرعية

1- توجد صعوبات في تكوين المعلمين المختصين تعيق ممارسة نشاطهم في التكفل بأطفال التوحد بالمدارس الابتدائية.

2- توجد صعوبات سلوكية ونفسية تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين في المدارس الابتدائية.

3- توجد صعوبات في وسائل العمل تعيق التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في

المدارس الابتدائية.

3 – أسباب اختيار الموضوع:

- قلة الاهتمام بالأطفال التوحديين، فهم فئة قليلة الدراسة.
- الاهتمام الشخصي بهذه الفئة المهمشة من طرف المجتمع.
- اعتبار موضوع صعوبات التكفل بأطفال التوحد من الموضوعات التي يصعب علاجها.
- هناك ضعف في التكفل بأطفال طيف التوحد في المدارس الابتدائية.
- الرغبة في التعرف على صعوبات التكفل بأطفال التوحد ومحاولة إعطاء بعض الحلول.

4 – أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية موضوعها والمتمثل في صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في الأقسام الخاصة بالمدارس العادية، وإلقاء النظرة على كيفية تدريسهم والوسائل المستخدمة في التدريس، ومدى تلبية هذه الأخيرة لحاجاتهم النفسية الاجتماعية والتعليمية والصعوبات التي تواجه المعلم المختص أثناء تدريسهم سواء صعوبات على مستوى المادة أو على مستوى التلميذ المتوحد بحد ذاته.

5 – أهداف الدراسة:

يمكن أهداف الدراسة فيما يلي:

- تحديد أهم الاحتياجات اللازمة لهذه الفئة لتعلم سهل وذو خبرة.
- التعرف على الصعوبات التي تواجه المعلمون أثناء تدريسهم لفئة التوحد.
- التعرف على صعوبات التكفل بفئة التوحد من خلال تكوين المعلمين.
- التعرف على الصعوبات السلوكية والنفسية لأطفال التوحد ومحاولة التقليل منها.
- التعرف على الصعوبات في وسائل العمل قد تعيق عملية التكفل بأطفال التوحد.
- التعرف على المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي.

6 — مفاهيم الدراسة

6_1 — التكفل النفسي:

اصطلاحاً: هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ويتمكن من تخطيط مستقبل حياته وفقاً لإمكاناته، وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع حاجات تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة أسرية شخصية مهنية وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيداً من الماضي وخبراته. (جودت عزة عبد الهادي وسعيد حسني عزة، 1999، ص14)

إجرائياً: يعني التكفل النفسي: التعهد والالتزام بتوفير الرعاية النفسية للطفل التوحيدي مودع بمدرسة ابتدائية في قسم خاص من خلال توفير مستلزماته من حاجيات مختلفة.

6 — 2 — التوحد:

اصطلاحاً: هو اضطراب نمائي معقد يؤثر على وظائف الدماغ وتصاحب اضطراباً في السلوك الاجتماعي والتواصل واللغة وتطور مهارات اللعب، وتظهر هذه الإعاقة قبل أن يصل عمر الطفل ثلاثين شهراً، وهذا بدوره يؤدي إلى انغلاق الطفل على نفسه واستغراقه في التفكير، وضعف في قدراته على الانتباه والتواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع وجود نشاط حركي غير طبيعي. (الدوخي، صقر 2004، ص 30)

إجرائياً: هو اضطراب يصيب الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبل أخصائيين في التربية الخاصة وأطباء على أنهم أطفال مصابين بالتوحد.

6 — 3 — المعلمين المختصين:

اصطلاحاً: يعرف معلم التربية الخاصة انه هو الشخص المؤهل في التربية الخاصة ويشترك بصورة مباشرة في تدريس التلاميذ غير العاديين. (خالد عسل، 2012، ص14)

إجرائياً: هو معلم مختص أرسل من قبل مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن إلى المدارس العادية من أجل تدريس أطفال التوحد المدمجين في أقسام خاصة.

6 — 4 — الأقسام الخاصة:

وهي أقسام المتواجدة على مستوى المدارس الابتدائية التابعة لوزارة التربية والتعليم الوطنية التي يلتحق بها الأطفال ذوي إعاقة التوحد البسيطة بداية من ستة أعوام من عمر الطفل والتي تطبق فيها البرامج التربوية التعليمية بما يناسب قدراته، ويتراوح عدد الأطفال في القسم الواحد ما بين 6 و10 أطفال.

7- الدراسات السابقة :

تشكل الدراسات السابقة تراثا معرفيا مهما ومصدرا غنيا لجميع الباحثين والدارسين، فمن خلالها يتمكن الباحث من إعداد دراسته واختيار موضوع بحثه، لذا اطلع الباحث على مجموعة من الدراسات السابقة ذات علاقة بمتغير الدراسة التي مكنته الاستفادة منها في جوانب كثيرة في إجراءات بحثه وسيعرض باختصار بعض الدراسات ثم التعليق عليها:

1 - دراسة سهام عليوة عبد الغفار (1999)

عنوان الدراسة: التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال التوحديين

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام خطة علاجية تعتمد على الأسرة.

أدوات الدراسة: استخدام برنامج تنمية المهارات الاجتماعية واستخدام برنامج إرشادي للأطفال التوحديين للتخلص من انعزالياتهم، ومساعدتهم في زيادة تفاعلهم مع الآخرين بهدف تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا من بينهم 11 ذكرا و5 إناث، تراوحت أعمارهم ما بين (3-4 إلى 14 سنة) وتم تدريبهم على المهارات الاجتماعية مدة عام دراسي كاملا.

نتائج الدراسة: توصلت النتائج لهذه الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائيا لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى عينة الدراسة.

2 - دراسة العثمان 2003

عنوان الدراسة: واقع خدمات التربية الخاصة للتلاميذ ذو اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد واقع الخدمات المقدمة للتلاميذ ذوي التوحد من وجهة نظر معلمي التربية الخاصة العاملين معهم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 55 معلما من معلمي التربية الخاصة العاملين ببرامج التوحد

بالمملكة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث الاستبانة التي تم توزيعها على معلمي التربية الخاصة نتائج الدراسة: أشار المعلمون ضمن أهم نتائج الدراسة إلى أن التعلم عن طريق اللعب، والتركيز على مهارات التواصل هو أنسب الطرق للتدخل المبكر وتعديل سلوك الطفل التوحدي.

3 – دراسة صادق والخميسي (2004) بالجزائر

عنوان الدراسة: دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج أنشطة اللعب الجماعية المستخدم في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 3 أطفال مصابين بالتوحد وتراوح أعمارهم بين (9- 11 سنة).

أدوات الدراسة: كانت أدوات الدراسة استمارة البيانات الأولية ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتم استخدام اختبار " ويكوكوسن " للعينات الصغيرة لحساب دلالة فروق المتوسطات المرتبطة. نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن أنشطة اللعب الجماعية قد أدت إلى تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين.

4 – دراسة ليرمان وآخرون (2004)

عنوان الدراسة: تقييم برنامج صمم لإعداد معلمي التلاميذ ذوي اضطراب التوحد

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم برنامج صمم لإعداد معلمي التلاميذ ذوي اضطراب التوحد استخدام الممارسات القائمة على الدليل.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 4 معلمين في ميدان التربية الخاصة، ومعلم تحت التدريب.

أدوات الدراسة: كانت أدوات الدراسة برنامج صيفي مكثف تابع للجامعة أدرج كلا من التعليم النظري والتعليم الأدائي، وتم تعليم المعلمين عددا كبيرا من المهارات المتخصصة داخل ثلاثة جوانب تعد مركز اهتمام الدراسات في مجال الاضطرابات النمائية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة أن المعلمين أتقنوا هذه المهارات أثناء لعب الدور، كما أوضحت نتائج

الدراسة أن إعداد المعلم ارتبط أيضا بالزيادة في الاستجابات على المهمات الصحيحة، والتواصل بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

5 – دراسة الشمري (2006)

عنوان الدراسة: الاتجاهات الخاصة بمعلمي المدارس الابتدائية نحو أطفال الأوتيزم في المدارس العاديين.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على الاتجاهات الخاصة بمعلمي المدارس الابتدائية نحو أطفال الأوتيزم في المدارس العاديين.

عينة الدراسة: استخدمت الدراسة دراسة حالة مع اثنان من معلمي التربية الخاصة في مدارس التوحد في الكويت.

أدوات الدراسة: استخدام أداة الاستبانة والمقابلات مع المعلمين.

نتائج الدراسة: توصلت النتائج إلى أن معلمين التربية الخاصة اتجاهات سالبة وذلك من خلال تأثرها بالعديد من المتغيرات المرتبطة بالثقافة ومدى الإلمام بسلوكيات هذه الفئة علاوة على تأثرها بما يتعرض له المعلمون من دورات تدريبية وبرامج تربوية متعلقة باضطراب التوحد.

5 – دراسة بروبست وليبيرت (2008)

عنوان الدراسة: تدريب معلمي التلاميذ ذوي اضطراب التوحد على استخدام التعليم المنظم TEACCH

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تدريب معلمي التلاميذ ذوي اضطراب التوحد على استخدام التعليم المنظم TEACCH، وأثر ذلك في تحسين سلوكيات هؤلاء التلاميذ
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 10 معلمين يعملون مع 10 أطفال ذوي اضطراب التوحد، يبلغ متوسط أعمارهم 10 سنوات.

أدوات الدراسة: تم تدريب المعلمين في بعض الصفوف التربوية الخاصة بألمانيا، واشتمل التدريب على تضمين المعلومات حول طبيعة وأسباب وتقييم وعلاج اضطراب طيف التوحد وتطبيق ذلك في البيئة المدرسية، كما اهتم التدريب بتعليم الطرق العلمية والمهارات التعليمية اللازمة للحياة اليومية في الصف

الدراسي.

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة فعالية التعليم المنظم في إحداث تحسن واضح في سلوكيات التلاميذ داخل الصف.

6 - دراسة عمر الخطاب (2011)

عنوان الدراسة: اتجاهات معلمي المدارس الابتدائية نحو دمج أطفال التوحد مع أقرانهم في المدارس العامة.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة اتجاهات معلمي المدارس الابتدائية نحو دمج أطفال التوحد مع أقرانهم في المدارس العامة، وكذلك التعرف على طبيعة الاتجاهات في ضوء بعض المتغيرات والإلام بالجوانب المعرفية المرتبطة بأطفال الأوتيزم (الجنس، المؤهل الدراسي، التخصص)

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من عينة إجمالية قوامها 60 معلما (22 معلما و38 معلمة) وباستخدام المنهج الوصفي

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياسا لاتجاهات تحسين حالة أطفال التوحد مع أقرانهم في المدارس العامة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى 85% من أفراد العينة كانت اتجاهاتها سلبية نحو دمج أطفال التوحد وأن المتغيرات المنتقاة في هذه الدراسة لم تؤثر على هذه الاتجاهات.

7 - دراسة الخطيب (2011)

عنوان الدراسة: نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تطوير: نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية.

عينة الدراسة: اختيرت العينة من 153 مركز والمؤسسات التي تقدم الخدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية

والأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أدوات الدراسة: الأداة المستخدمة في هذه الدراسة هي أداة الاستبانة لجمع البيانات.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن هناك بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد البرامج والخدمات، في حين أن هناك 3 أبعاد كانت ذات مستوى فاعلية متوسط هي بعد البيئة التعليمية وبعد التقييم وبعد الإدارة والعاملين، وباقي الأبعاد وعددها 4 كانت ذات مستوى فاعلية متدن وهي بعد الرؤية والفكر والرسالة، بعد مشاركة ودعم وتمكين الأسرة، وبعد الدمج والخدمات الانتقالية، وبعد التقييم الذاتي.

8 – دراسة رياض الكريطي، مرتضي منهي (2014)

عنوان الدراسة: واقع استخدام التقنيات التربوية في صفوف التربية الخاصة في محافظة بابل من وجهة نظر المعلمين والمعلمات التوحد

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة واقع استخدام التقنيات التربوية في صفوف التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين والمعلمات التوحد.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 39 معلما ومعلمة من معلمي التربية الخاصة في محافظة بابل.

أدوات الدراسة: الأداة المستخدمة في هذه الدراسة هي أداة الاستبانة، واتبعت المنهج الوصفي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: عدم توفر بعض التقنيات التربوية داخل المدارس، وضعف القدرة على إنتاج التقنيات التربوية، وعدم قدرة معلمي التربية الخاصة على توظيف التقنيات التربوية في عملية التعلم، عدم صيانة التقنيات التربوية الموجودة في المدرسة.

9 – دراسة محمد بوجرادة سطيف

عنوان الدراسة: إمكانية الدمج المدرسي للطفل التوحد من منظور معلمي الابتدائي دراسة ميدانية بمدارس سطيف.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية الدمج المدرسي للطفل التوحد مع الأطفال العاديين مع توجيهه داخل الجزائر.

السبل والإمكانات التي يجب توفرها لتتمكن من دمج الطفل التوحد مع الأطفال العاديين.

عينة الدراسة: طبقت الدراسة على عينة قوامها 30 معلم ومعلمة (20 معلمة، 10 معلم) موزعين على 3 ابتدائيات بمدينة سطيف وتم اختيارهم بطريقة قصدية إذ تم اختيار ذو خبرة مهنية (عينة قصدية بسيطة).

أدوات الدراسة: استخدم الباحث أداة الاستبانة لجمع المعلومات.

نتائج الدراسة: إن التوحد إعاقة معرفة لدى المعلمين ابتدائي وهذا راجع إلى الحملات الإعلامية الأخيرة التي اهتمت بالمرض.

أعراض التوحد مازالت غامضة لدى معلمي الابتدائي والدليل أنهم على دراية ببعض الأعراض فقط. مفهوم الدمج مازال غامضا لدى معلمي الابتدائي وهذا راجع إلى حداثة هذا المفهوم على المستوى الوطني

التعليق عن الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة المشابهة لدراستنا يتضح:

من حيث أهداف الدراسة: تباينت أهداف الدراسات السابقة فهناك من هدفت إلى تحديد واقع الخدمات المقدمة للتلاميذ ذوي التوحد مثل دراسة برويست وليبيرت (2008)، والتي هدفت إلى تدريب معلمي التلاميذ على استخدام التعليم المنظم وتقييم برنامج صمم لإعداد المعلمين مثل دراسة العثمان (2003) ودراسة ليرمان وآخرون (2004)، ودراسة دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى اطفال التوحد كدراسة صادق والخميسي (2004)، وهناك دراسات هدفت الى امكانية الدمج المدرسي للطفل التوحد في المدارس العادية مثل دراسة الشمري (2006) ودراسة الخطاب (2011) ودراسة محمد بوجرادة.

وستهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين.

من حيث العينة: تباينت اختيار عينات الدراسات السابقة حيث اختارت عينة الدراسة معلمين

متخصصين وهنا اتفقت مع دراسة ليرمان وآخرون (2004)، ودراسة العثمان (2003)، دراسة

الشمري (2006)، دراسة برويست وليبيرت (2008)، ودراسة الخطيب (2011)، وهناك دراسات

اختارت معلمين المدارس العادية مثل دراسة رياض الكريطي ومرتضي منهي (2014)، ودراسة

الشمري (2006)، دراسة عمر الخطاب (2011) ودراسة محمد بوجراة. إلا أن هناك دراستين تناولت فئة أطفال التوحد كعينة لدراستها مثل دراسة صادق والخميسي (2004) ودراسة سهام عبد الغفار (1999).

من حيث الأدوات: استخدمت الدراسات السابقة عددا من الأدوات والمقاييس لجمع البيانات والمعلومات عن متغيراتها طبقا لموضوعها وعدد المتغيرات التي تدرسها حيث كانت بعض تلك المقاييس من تصميم الباحث، والبعض الآخر كانت معدة مسبقا، وبالنسبة للأداة المستخدمة في الدراسة الحالية هي استبانة من تصميم وإعداد الباحث.

- تتشابه الدراسة الحالية في بعض خطواتها مع الدراسات السابقة في حيث أنها تختلف عنها في
- المجتمع، وحجم العينة والمقياس المستخدم.
- الدراسة الحالية اهتمت بمعرفة صعوبات التكفل النفسي بأطفال التوحد في المدارس الابتدائية
- معنى الحياة.

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في:

- المنهجية العلمية التي تم استخدامها في الدراسات السابقة.
- الاطلاع على النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.



الخلفية النظرية

تمهيد

أولاً: التوحد

- 1 – مفهوم التوحد
- 2 – نبذة تاريخية عن التوحد
- 3 – تعريف التوحد
- 4 – أسباب التوحد
- 5 – تشخيص اضطراب التوحد
- 6 – خصائص التوحد
- 7 – أنواع التوحد
- 8 – المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد
- 9 – برامج التدخل العلاجي والتأهل لأطفال التوحد

ثانياً: التكفل النفسي

- 1 – ماهية التكفل النفسي

2 – التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة

3 – أهمية التكفل النفسي

4 – مجالات التكفل النفسي

5 – أساليب التكفل النفسي

خلاصة

تمهيد

يتناول هذا الفصل الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة، حيث يتناول المتغير الأول للدراسة التوحد من حيث مفهومه، أسبابه، أعراضه، خصائص أطفال التوحد، تشخيص اضطراب التوحد، المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد، النظريات المفسرة لتوحد، المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد، برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد، ثم تناول التكفل النفسي من حيث مفهومه أهميته، طرق التكفل النفسي بالأطفال التوحديين، مجالات التكفل النفسي، أساليب التكفل النفسي.

أولاً: التوحد

مقدمة

يلاحظ على الإنسان الطبيعي والمعافى من كل عاهة أو مرض استخدامه للنعمة التي أنعمها الله عليه بكل يسر وحرية وفائدة. فيلاحظ يتكلم بلسانه ويؤشر برأسه ويلعب ويأكل بيديه. ويشعر بالبرد والحر ويفرح للمفرح ويحزن للمحزن ويدرس ويعمل ويشتري ويبيع، وغيرها من النعم. ولكن عندما يصاب خلل أو اضطراب في عضو من أعضاء الإنسان والمسيطرة على واجب معين، سرعان ما يبدأ الاختلال والوضوح على ذلك الجسم. فيلاحظ من البشر منهم من فقد بصره أو عقلة أو يديه أو رجليه أو حواسه وغيرها فأصبح ذو أعاقاة واضحة للجميع.

أما اضطراب التوحد فلأسف يجمع كثير من الحرمان من استخدام الأعضاء المتوفرة لدية من بصر وسمع ويدين ورجلين وعقل ونفس وغيرها من نعم الله تعالى على البشر. لقد أدت الإصابة بالتوحد أن تجعل الطفل التوحدي في اغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الابتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض ان يخاف منها، واضطرابه هذا جعله أحياناً يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد.

نبذة تاريخية عن التوحد:

يعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري إيجن بلولر Bleuler Eugen عام 1911 حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية.

1- في عام 1943 نشر الدكتور ليو كانر Kenner Leo ورقته المشهورة عن التوحد لكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث.

2- في عام 1944 نشر الدكتور هانز أسبر جر من فيينا ورقة شهيرة أيضاً تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبيرجر Syndrome Asperger وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد.

3- في عام 1964 أكتشف د. برنارد ريملاند Rimland Bernard أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية. condition biological

4- في عام 1966 أكتشف د. أندرياس رت Rett Andreas

(صاحب متلازمة رت) Syndrome Rett دليلة آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية.

5- في عام 1977 عثر كل من الدكتورة سوزان فلوستين والدكتور ميكل روتر. Dr

Michael. Dr and Folstein Susan على توأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد.

6- في عام 1991 نشر كل من الدكتور ميكل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتورة أن كوتشر لي أول استبيان لتشخيص التوحد.

7- في عام 1992 نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد.

8- في عام 1993 أصدرت منظمة الصحة العالمية دليلاً مشابهاً لدليل جمعية الطب النفسي

الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض وذكرت فيه تعريفاً للتوحد ضمن فئة

الاضطرابات النمائية.

تعريف التوحد. Autisme

هناك تعريفات كثيرة للتوحد. وتهدف هذه التعريفات إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات، وهي فئة التوحد.

ويعتبر العالم كانر (1943 kannar) أول من عرف التوحد الطفولي، حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصلية للكلام، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل. وما زالت الكثير من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن (الشامي 2004).

وقدم روتر (1978) Rutter أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد وهي:

أ. إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

ب. نمو لغوي متأخر أو منحرف.

ج. سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل.

د. بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر (سليمان 2001).

وأيضاً لدى منظمة الصحة العالمية تعريفاً للتوحد ففي عام 1982 عرفته بأنه (اضطراب

نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي).

كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين. وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى 30 شهراً، ويتضمن الاضطرابات التالية.

1. اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.
2. اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
3. اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث.
4. اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة. (يحي 2000)

والتوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وبالعربية أسمه الذاتوية (وهو أسم غير متداول)، والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر.

أسباب التوحد:

منذ ان انتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد. مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة وثابتة (مجهولة). وذلك لعدم وجود عرض معين، وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل لآخر، حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في أسباب التوحد ولكن سرعان ما تنهار أمام الفرضيات الجدد.

1-الفرضية النفسية:

فمنذ القدم كان الوالدان يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم مما أطلق عليها الأم الباردة (الثلاجة). ولكن لم تثبت تلك الفرضية. حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين الى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية (برودة العواطف وغيرها)، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال. ويلاحظ أيضاً إن الإصابة بهذا الاضطراب قد تبدأ احياناً منذ الولادة، لم يكن تعامل الوالدين واضحاً في هذه

الفترة.

2-الفرضية البيولوجية :

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

3-فرضية الفيروسات والتطعيم :

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

4-الفرضيات الوراثية والجينية :

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

5-الفرضيات البيو كيميائية:

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيرونين والدوبامين والبيبتيدات العصبية) حيث إن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.

6-الفرضيات الأيضية :

وتشير هذه الفرضيات إلى أن عدم مقدرة الأطفال التوحديين على هضم البروتينات وخصوصاً بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتهما، وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب، يؤدي إلى ظهور البيبتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري

يشبه تأثير الأفيون والمورفين.

7-فرضية التلوث البيئي:

يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص وأول أكسيد الكربون).

هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات. ويبقى التوحد مرض غامض ومجهول السبب.

تشخيص التوحد :

من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب إن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص متكامل يتكون من (طبيب أطفال، طبيب اختصاص نفسية. اختصاص في علم النفس (التوحد)، اختصاص اختبارات، اختصاص سمع وتخاطب) وقد يحتاج إلى بعض الاختصاصات مثل طبيب أعصاب أو محلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري.

ويبقى التشخيص بعيداً عن المختبرات ومواد التحليل والأشعة بل معتمداً على المراقبة والملاحظة لسلوك المصاب في العيادة الخاصة والمنزل وإجراء بعض الاختبارات وتخطيط السمع وغيرها، لكي يكون التشخيص شامل ودقيق من أجل معرفة درجة الإصابة ونوع العلاج والتدريب الذي يحتاجه المصاب.

نظراً لكثرة الأعراض المرضية في التوحد، ولتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى، فقد قامت جمعية طب النفس الأمريكية بوضع قاعدة عامة للتشخيص وتعتبر محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية (ابن صديق 2005).

وتحتوي هذه القاعدة على 16 عرضاً مرضياً على ثلاث مجموعات . ويشترط في التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة. وفي دراسات ومدارس أخرى هناك قواعد مختلفة للتشخيص، كما أن بعض الأعراض قد يكون عدم وجودها طبيعياً.

اضطراب العلاقات الاجتماعية:

1. عدم الإحساس أو الإدراك بوجود الآخرين.
2. عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة، أو طلبها بطريقة غير طبيعية.
3. انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة.
4. انعدام التواصل واللعب مع الآخرين، أو القيام بذلك بطريقة غير طبيعية.
5. عدم القدرة على بناء صداقات مع أقرانه.

اضطراب التواصل والتخيل:

1. عدم وجود وسيلة للتواصل مع الآخرين
2. اضطراب في التواصل غير اللغوي.
3. عدم وجود القدرات الإبداعية.
4. اضطرابات شديدة في القدرة الكلامية.
5. اضطراب في نوع ومحتوى الكلام مثل ترديد ما سبق قوله، أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع.

6. عدم القدرة على البدء أو إكمال الحوار مع الآخرين.

محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين:

1. نمطية حركة الجسم.
2. الانهماك الكامل مع اللعبة.
3. مقاومة تغيير البيئة المحيطة به.

4. الحرص على الرتبة بدون سبب.

5. محدودية النشاط والانهماك الكامل في نشاط ضيق محدود.

الإحصائيات الخاصة بالتوحد:

في الآونة الأخيرة بدأت بعض الدول تعلن عن ازدياد نسبة الإصابة بالتوحد في بلدانها. ومن تلك الدول هي الولايات المتحدة الأمريكية. ومن المؤكد الانتشار في تزايد، ولكن هل هذا التزايد يرجع إلى الثقافة في المرض وتقدم أساليب التشخيص أم إلى عوامل أخرى ساعدت على ازدياده. ولم يحسم الأمر إلى الآن. وفيما يلي ملخصاً لهذه الإحصائيات.

التوحد يصيب 1 من كل 500 طفل مولود في تقرير صدر عن إدارة كاليفورنيا للاضطرابات في تقرير المعهد الدولي للصحة Heath of Institutes National عام 1990 يقول إن فيه أن عدد الأطفال التوحديين قد ارتفع بنسبة 272% في الإحدى عشرة سنة الأخيرة.

تقدر الإحصاءات الحديثة أن 1 من بين كل 166 شخص يولد مصاب بالتوحد، أو ما يعادل 60 في كل 1000 شخص. ترتفع نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور بمقدار أربعة أضعاف عن الإناث. إن نسبة التوحد أصبحت حالياً حوالي 1 في كل 150 أيضاً ذكر.

ارتفاع نسبة التوحد وصل إلى 110% في السنة مقارنة باضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلي ارتفع بنسبة 5.17% الصرع ارتفع بنسبة 6.12% والشلل الرعاش بنسبة 12.4%. إذاً الأعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في البلدان العربية ولكن للأسف لا يوجد إحصائيات رسمية إلى الآن...

خصائص التوحد:

وصف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل. حيث يؤثر التوحد سلباً على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية والتواصل، إذ يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي والغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وصعوبات في الأنشطة الترفيهية والتخيل. وكذلك يظهر المصابون بالتوحد سلوكاً متكرراً ب صورة غير طبيعية مثل

الرفرفة بالأيدي وهز الجسم والارتباط ببعض الأشياء والتأخر في اكتساب اللغة. (فتحي 2007)
عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي
ومتسارع، ويقل بدء حدوثه بعد الخامسة من العمر ولكن بعض العائلات لاحظت وجود
تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة. (الصبي 2003)
وفي اغلب الدراسات تشير إلى أهم الخصائص التي تميز التوحد وهي كما يلي:

1- إعاقة في التفاعل الاجتماعي:

من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات
الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم. ويرى جيلسون ان الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال
الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي، وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم إعاقة في تطوير
واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه، والذي يسهل الحياة اليومية
للأفراد التوحديين.

كما إن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الاحتضان أو الضم ويظهرون
اللامبالاة للوالدين.

وكذلك يميز الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين. مثلاً لا يستطيع الطفل ان يتفاعل مع
أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال العاديين. ويعود عدم التفاعل العاطفي لعدم
قدرتهم على تبادل المشاعر او العجز في فهم الطبيعة - التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي
(سليمان 2001)

أما لعب الطفل التوحدي فهو ايضاً يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي، ولا تمتاز لعبهم
بالابتكار او التجديد، مثال (يلعب الطفل التوحدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط
مستقيم) (الشامي 2004)

وتعتبر عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة
بالتوحد. وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية.

وعادة الطفل التوحدي لا يرفعون أيديهم لوالديهم من اجل حملهم كما يفعل أقرانهم، ويظهرون

غير مباليين وبدون عاطفة.. وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بان طفلهم أصم، وعادةً ما تبدأ مراجعة ذوي الطفل بشكوى الصمم. ومن أبرز مشاكل التفاعل الاجتماعي عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها. حيث يلاحظ انه ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي، مما يؤدي الى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية، كما ان الطفل التوحدي لا يتضايق من بقائه لوحده (محمد 2000)

2- إعاقة في التواصل:

يوصف الأطفال التوحديون بان لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية او نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة في المعنى، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألفونهم مثل الأم والأب والمعلم (الزريقات 2004)

ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم ان فهم اللغة عندهم متأخراً جداً وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث ان 50% من الأطفال التوحديون لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات. وكذلك فان 25% منهم يستطيعون الكلام ويكون تواصلهم غير عادي حيث يكرر بعض الكلام، ويوجد لديهم أيضاً صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول إنا أريد أن اشرب، ويقول عامر يريد ان يشرب، ومثلاً تقول له مرحبا اسمي عامر، ما هو

اسمك؟ فيقول: عامر ما هو اسمك (Durand & Barlow. 1994).

كما ان بعض الأطفال التوحديون الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات او مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة (Kendall 2000).

السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات المقيدة:

من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح ومتكرر في التوحد والاضطرابات التوحدية، الانهماك بأشياء ضيقة المدى ومحدودة وفريدة، نذكر منها:

أ. السلوك النمطي:

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض او هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادةً ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، لف الأشياء الدائرية، طقطقة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة، كما ان اغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا ترتبط بهدف واضح، (الشامي 2004).

ب. السلوك الروتيني:

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسي لساعات عديدة بلعبة محددة، يقاومون التغيير بشكل كبير. ويتجسد السلوك الروتيني مثلاً بموعد الطعام والحمام واللباس وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة، كما يحافظون بشكل كبير التماثل على (Hallahan & Kauffman 2003).

ج. الاهتمام بأشياء محددة جداً.

الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير ، ويرفضون تغيير رتبة اللعب. هذا الرفض قد يؤدي الى الثورة والغضب، كما إنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره ويقاومون تعلم أي نشاط او مهارة جديدة ويظهر الطفل اهتماماً بشي معين، كلعبة فارغة مثلاً موجودة في مكان معين وبوضوح معين، وقد ينظر إليها او يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير وضعها او اختفائها فان الطفل الهادئ قد يتحول الى شعلة من الغضب والصراخ، وقد ينتهي الوضع

بإعادة العلبه الى وضعها مرة أخرى.

بعض الأهل يلاحظون ان طفلهم التوحيدي يتعود على كوب و صحن معين، ويرفض تغييره، بل انه ينفعل عند عدم وجوده. (الحكيم 2003)

ويهتم الطفل التوحيدي بأشياء محددة تؤدي إلى إيجاد صعوبة في عملية التعلم والتفاعل الاجتماعي، فمثلاً قد يهتم الطفل في لعبة ما ويحملها معه أينما ذهب، او يهتم الطفل بعد جميع أعمدة الإنارة الموجودة بالشارع او الاهتمام بمواضيع معينة مثل المشاهير حيث يقوم بجمع كل التفاصيل المتعلقة بحياتهم وتحركاتهم (Kauffman & Hallahan (2003) وهناك أعراض بسيطة وهناك أعراض شديدة. وهناك تفاوت في الشدة والتأثير. ونادراً ما يجد توفر كل أعراض التوحد في طفل واحد، وكذلك تشابه أعراض الطفل(س) مع أعراض الطفل (ص). ومن الممكن ان تلخص أعراض التوحد على شكل نقاط مهمة ودقيقة وهي:

١. يميل الى العزلة والوحدة ويرفض التعامل مع الآخرين.
٢. اللعب بمفرده ولا يهتم بالأطفال من عمره.
٣. اللعب لديه عبارة عن متكرر ونمطي ورتيب ويقاوم ويثور بشدة عند محاولة تغيير اللعب.
٤. يتجاهل من يحيطون به حتى يتصوروا بأنه أصم (لا يسمع).
٥. يستعمل كلمات غير مفهومة او صمت تام.
٦. تأخر الحواس (الشم، اللمس، التذوق).
٧. لا يستعمل النظر بالعين لما حوله ولا يدقق في نظر الأشياء والجدران واللوحات.
٨. التناقض في الخوف (أشياء تستحق الخوف لا يخاف منها وأشياء لا تستحق الخوف شديد الخوف منها).
٩. الصراخ والبكاء المستمر وبدون سبب.
١٠. الضحك والابتسامة وبدون سبب.
١١. لا يستجيب لاسمه عند مناداته.
١٢. كثيراً ما يتجول في المنزل بدون هدف او طالباً لحاجة.

١٣. البعض يميل إلى ترديد ما يسمع (بصورة ببغائية).

وخلافاً للمتعارف عليه بين الأوساط حول التوحد قد نلاحظ بان البعض منهم أطفالاً أم كباراً لهم القدرة على الاتصال البصري ولديهم بعض التفاعل الاجتماعي البسيط كالاتسامة او الضحك ولكن بدرجات متفاوتة.

ان مستقبل المتوحد يعتمد على شدة الإصابة وتأثيرها عليه، فأحياناً تلاحظ البعض يعيش بشكل مستقل ومعتمد على نفسه في الحياة اليومية ولديه عمل يكسب منه وهذا من خلال درجة الإصابة والتدريب والتأهيل في المراكز المتخصصة، أما البعض الآخر فيبقى اعتمادي على أسرته وحبيس الدار.

وقد يعاني المصابون بالتوحد من إعاقة أو اضطرابات أخرى تؤثر في عمل الدماغ مثل: الصرع أو التخلف العقلي أو الاضطرابات الجينية مثل (متلازمة X الهشة) X Fragile Syndrome. وتظهر الفحوص أن ما يقارب ثلثي من يتم تشخيصهم بالتوحد يدخلون ضمن مجال التخلف العقلي وأن ما يقارب من 25-30% من التوحديين قد يتطور لديهم نمط الصرع في إحدى مراحل حياتهم.

مراحل حدوث التوحد:

يولد الطفل سليماً معافى، وغالباً لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة، وعادة ما يكون الطفل وسيماً وذي تقاطيع جذابة، ينمو هذا الطفل جسماً وفكرياً بصورة طبيعية سليمة حتى بلوغه سن الثانية أو الثالثة من العمر (عادة ثلاثون شهراً) ثم فجأة تبدأ الأعراض في الظهور كالتغيرات السلوكية (الصمت التام أو الصراخ المستمر)، ونادراً ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر، وظهور الأعراض الفجائي يتركز في اضطراب المهارات المعرفية واللغوية ونقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيل.

أنواع التوحد:

التوحد وطيف التوحد (الاضطرابات النمائية الشاملة): Disorders Pervasive Developmental:

أستخدم مصطلح " اضطرابات التطور العامة " ابتداء من عام 1980 ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية:

١. نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي.

٢. نقص المقدرات الإبداعية.

٣. نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي.

٤. وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية

مكررة (الصبي 2003).

غالباً ما يعرف التوحد بأنه اضطراب منتشر يحدث ضمن نطاق Spectrum بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، ومع أنه يتم التعرف على التوحد من خلال مجموعة محددة من السلوكيات فإن المصابين من الأطفال والبالغين يظهرون مزيجاً من السلوكيات وفقاً لأي درجة من الحدة، فقد يوجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماماً في السلوك. لذلك يجمع غالبية المختصين على عدم وجود نمط واحد للطفل التوحدي وبالتالي فإن الآباء قد يصدمون بسماعهم أكثر من تسمية ووصف لحالة ابنهم، مثل شبه توحدي أو صعوبة تعلم مع قابلية للسلوك التوحدي، ولا تتم هذه التسميات عن الفروق بين الأطفال بقدر ما تشير إلى الفروق بين المختصين، وخلفيات تدريبهم، والمفردات اللغوية التي يستخدمونها لوصف حالات التوحد.

غالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم

يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة NOS-PDD بدلاً من التوحد.

ويختلف المختصون فيما بينهم حول ما إذا كانت متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) على سبيل المثال اضطراباً توحدياً.

الفرق بين التوحد وطيف التوحد:

طيف التوحد هو ما يسمى أشباه التوحد، وهي حالات الاضطراب العام في التطور Disorders Developmental Pervasive ويقصد به الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة، أما التوحد فهو مرض محدد بذاته، وفيه نوع شديد من اضطرابات التطور العام.

مجموعات طيف التوحد

الاضطراب التوحيدي disorders Autistic

الأطفال ذوي الاضطراب التوحيدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية ، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ. على الأقل ستة بنود من المجموعات ١، ٢، ٣، ويكون على الأقل بندين من (١) وبنود من كلاً من (٣، ٢).

١. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين).

* الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.

* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه.

* قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما، أو إحضارها، أو الإشارة عليها)

- * نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.
- ٢. الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بند واحد على الأقل).
- * تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً).
- * في حال المقدرة على الكلام، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره.
- * الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.
- * نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم، أو القيام بألعاب من هم في سنه.
- ٣. اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل).
- * الانهماك الكامل مع لعبة معينة، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة، وفي نطاق ضيق محدود، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة.
- * مقاومة تغيير الرتبة.
- * نمطية وتكرار الحركات الجسمية (ررفة اليدين والأصابع، حركة الجسم المتكررة).
- * الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.
- ب. تأخر أو نقص التفاعل غير الطبيعي، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه المجموعة.
- * التفاعل الاجتماعي.
- * اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.
- * اللعب المنطقي والتخيلي. (الصبي 2003)

اضطراب ريتز:

هذه الحالة تحدث للبنات فقط، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر ٦-١٨ شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشى، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في

القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها، أو حركات مميزة لليدين.

مقياس التشخيص:

كل البنود التالية

* حمل وولادة طبيعيين.

* تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة.

* محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

* تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين 5- 24 شهراً

* فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين 5- 30 شهراً، مع حدوث حركات

نمطية متكررة مثل رفرقة اليدين.

* فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الاجتماعي تتكون بعد هذا

العمر).

* ظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.

* النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية، مع وجود التخلف النفسي والحركي

(الصبي 2003).

اضطراب أسبيرجر

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم

اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

* نقص المهارات الاجتماعية.

* صعوبة في التعامل الاجتماعي.

* ضعف التركيز والتحكم.

* محدودية الاهتمامات.

* وجود ذكاء طبيعي:

الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى

التوحد عالي القدرات. " " Autism Functioning High

* لغة جيدة في التخاطب والقواعد:

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص:

أ. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل)

* ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري، تعبيرات الوجه،

حركة الجسم، الإيماء والإشارة)

* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري

* قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو

الإشارة عليها) * نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.

ب. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على

الأقل).

* القيام بالانهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حداثها

أو تركيزها.

* الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس

* تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو

الجسم، حركة معقدة للجسم).

* الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة.

ت. الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل

ث. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).

ج. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

ح. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كانفصام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى، (الصبي 2003)

اضطراب التحطم الطفولي Disorder Disintegrative Childhood

* حالة نادرة.

* يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر.

* تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والاجتماعية).

مقياس التشخيص:

أ. تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل:

* للتواصل اللفظي وغير اللفظي.

* العلاقات الاجتماعية.

* اللعب.

* سلوكيات التكيف.

ب. فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر (على الأقل بندين مما يلي)

* اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

* المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التكيف.

* التحكم في البول أو البراز.

* اللعب.

* المهارات الحركية

ت. عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يلي):

١. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي:

* ضعف السلوكيات غير اللفظية

* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه

* ضعف التواصل الانفعالي والاجتماعي

٢. ضعف نوعي وكيفي في التواصل الاجتماعي

* تأخر أو نقص اللغة الكلامية

* عدم القدرة على ابتداء الحديث واستمراره.

* نمطية وتكرار الحديث،

* نقص القدرة على تنوع اللعب

* سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات، بما فيها نمطية

الحركات الجسمية المتكررة.

ث. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كالفصام الشخصية، أو أحد أسباب اضطرابات

التطور العامة الأخرى. (الصبي 2003)

اضطرابات التطور العامة غير المحددة

PDD -) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

(NOS

لكي يشخص الطفل في هذه المجموعة:

* لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة.

* ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعية لأي من الأنواع السابقة.

حسب ما نشرته للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV)، فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة، وأن لا تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور) السابق ذكرها ، انفصام الشخصية (الفصام)، اضطراب حب النفس. (الصبي 2003) كيف يمكن التغلب على التوحد.

مقدمة:

يعد اضطراب التوحد من اشد وأصعب اضطرابات النمو لما له من تأثير ليس فقط على الفرد المصاب به وإنما أيضا على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه وذلك لما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو " التواصل، اللغة ، التفاعل الاجتماعي، الإدراك الحسي والانفعالي" مما يعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة وتنمية القدرات والتفاعل مع الآخرين. لذلك يعد التدخل العلاجي والتأهيلي للتوحيدين أمراً في غاية الأهمية ينبغي أن تتكاتف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات. وحتى يكون التدخل العلاجي فعالاً ويؤتي ثماره ينبغي أن يبدأ مبكراً لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض وعلى العكس من ذلك فإن التأخر في التدخل العلاجي يؤدي إلى تدهور أكثر وزيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التدخل العلاجي والتأهيلي حيث تشير الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعلية وأكثر تأثيراً في نمو الطفل التوحدي.

مبادئ التدخل العلاجي:

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

١. التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
٢. تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.
٣. مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.
٤. مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
٥. مراعاة تنويع أساليب التعليم.
٦. مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل.

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي:

أولاً: أساليب التدخل النفسي.

ثانياً: أساليب التدخل السلوكي.

ثالثاً: أساليب التدخل الطبي.

رابعاً: أساليب العلاج بالفيتامينات.

خامساً: أساليب العلاج بالحمية الغذائية.

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة. ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية. ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف يستعرضها الباحث بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجاري وما زال يعوزها

الدليل على نجاحها.

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

أولاً: أساليب التدخل النفسي:

حاول ليوك انر Kanner Leo 1943 وهو أول من أكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للأباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم. ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Klien Melany وبرونوبتلهيلم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض. كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لأباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة

ثانياً: أساليب التدخل السلوكي:

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً. وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبّقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية (التوحد) فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

1- برنامج لوفاس

2- برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوي إعاقات التواصل TEACCH

3- التدريب على المهارات الاجتماعية

4- برنامج استخدام الصور في التواصل PECS

5- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش: DLT Therapy Life Daily)

6- التدريب على التكامل السمعي.

7- العلاج بالتكامل الحسي.

8- التواصل الميسر.

9- العلاج بالمسك أو الاحتضان.

10- العلاج بالتدريبات البدنية.

11- التعليم الملطف.

1- برنامج لوفاس:

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور إفار لوفاس Lovaas Ivar وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك. ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين. ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين إلى 5 سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40% ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام. ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 20 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً. ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناء على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة. حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه. ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. إما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجاً

يشمل أكثر من 500 هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب.
حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء
محبب له (قطعة شكولاتة) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه
الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.
ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة
وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة.
واهم المجالات التي يركز عليها لوفاس:

(الانتباه – التقليد – لغة الاستقبال – لغة التعبير – ما قبل الأكاديمي – الاعتماد على النفس)
ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالاً من المجالات السابقة
وتضاف لها أهدافاً للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.
تتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين 60-90 دقيقة للأطفال المبتدئين
تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل 10-15 دقيقة من التدريب وحين انتهاء
الجلسة أي بعد 70-90 دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين 10-15
دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً،
وقد تطول مدة الجلسات للأطفال الغير مستجدين في البرنامج إلى 4 ساعات تتخللها فترات
استراحة مدتها 1-5 دقائق وتنتهي باستراحة مدتها 15 دقيقة.

2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوي إعاقات التواصل (تيتش. TEACCH)

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل، وقد طوره الدكتور
(إريك شوبلر) في عام 1972 في جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي
مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.
هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام
TEACHING STRUCTURE أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت
حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي وتناسب عالمه.

من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية – العقلية – العضلية – واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 3-18 سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم.. لمليء الفراغ .. وإحساسه بان يقوم بعمل منتج مفيد.. قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

إذن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعضا من هذه السلوكيات:

- التعلق بالروتين.

- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.

- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.

- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.

- صعوبة في فهم الكلام.

- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.

- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضا عن اللغة الملفوظة.

وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

- تكوين روتين محدد.

- تنظيم المساحات.

- الجدول اليومية.

- تنظيم العمل.

- التعليم البصري.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب

ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية.

ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو Division TEACCH في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة.

ويعطى برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Learning Structured الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحد.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل - جدول العمل. استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية.

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى.

3- التدريب على المهارات الاجتماعية:

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الاجتماعي. ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبنى على عدد من الافتراضات وهي:

أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

ج- إن القصور الاجتماعي Deficit Social ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل الذاتوي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

4- برنامج استخدام الصور في التواصل:

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص الذاتوي الذي يعاني من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تُمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب، الام، المدرس) حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة.....الخ).

وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال الذاتويين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي وقد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Frost Bondy في عام 1994 حيث أبتكر هذا البرنامج الذي يقوم على استخدام الشخص التوحدي لصورة شيء

يرغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب. ويبنى هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج PECS على تسهيل التواصل فقط بل أيضا يستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

5- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش): DLT Therapy Life Daily

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kitahara Kiyo من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالذاتوية لدية معدل عالي من القلق، ولذلك يركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته.

6- التدريب على التكامل السمعي:

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard 1993 وقد افترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص الذاتويين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الذاتويين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (10 ساعات) بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30 دقيقة) وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة. وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج

الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصةً مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمى. يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال وزيادة قدرتهم على الكلام، زيادة تفاعلهم مع أقرانهم، وتحسن سلوكهم الاجتماعي.

7- العلاج بالتكامل الحسى:

الدمج الحسى هو عملية تنظيم الجهاز العصبى للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً، وهو ما يعنى العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر، الصوت، اللمس، التذوق، الشم، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم. على ضوء تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسى بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً، وكما في العلاجات الأخرى، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسى، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة. أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Ayres Jane وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال التوحيديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسى كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسى ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحيديين.

8- التواصل الميسر:

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً، حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة، اللمس على الكتف للتشجيع. فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوى إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر(الأخر) كما أن هذا الأسلوب يركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة. وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر.

9-العلاج بالمسك أو الاحتضان :

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم المدرسالخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل

جالس على ركة الكبر وتستر الجلسة لمدة (45 دقيقة) والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل. وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات الذاتويين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بذوا في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي.

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

10-العلاج بالتدريبات البدنية:

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من أباء الأطفال الذاتويين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص في أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي.

11-التعليم الملطف:

أستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee في 1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلى انه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما:

1. ان يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
2. ان سلوكيات المعاندة او العناد هي رسائل تواصلية قد تُشير الى اضطراب او عدم راحة او قلق

أو غضب.

12-العلاج بالموسيقى:

هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال الذاتويين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتويين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدي الأطفال الذاتويين وبالتالي يمكن ان يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل.

وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى ولكنها الأقل شيوعاً وانتشاراً.

ثالثاً: أساليب التدخل الطبي:

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجها وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح الي تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر.

ويركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين من ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوي أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الاطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة Meauiation Stimulant أو منشطات

الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Medication Antianxiety والعقاقير المضادة للتشنجات. Anticpnvulsants

رابعاً: أساليب العلاج بالفيتامينات: Treatment Vitamins

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات. فقد أجريت في فرنسا دراسة 1982 al et Lelard وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب 6" ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15 طفل ضمن عينه قوامها 44 طفل ذاتوى) وفي دراسات أخرى قام بها 1988 aL et Martieau قررت أن خلط فيتامين "ب 6" مع المغنسيوم Magnesium ينتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده.

خامساً: العلاج بالحمية الغذائية: DT (Treatment Dietary)

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من الذاتية دور بالغ الأهمية.

وقد كانت Callaha Mary أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والذاتوية وقد أشارت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري.

والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية السكر، الطحين، القمح، الشكولاتة، الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألومنيوم.

وفى إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لاحظ فيها أن 40% من الآباء الذين شعورا أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Gluten مثل القمح والشعير واللكازين Cassien والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم.

تمهيد: تعد رعاية أطفال التوحد من المشكلات المهمة التي تواجه المجتمعات اذ لا يخلوا مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من افراد يعانون اضطراب التوحد. الذي يخل بقدرتهم على قيام بأدوارهم في مجتمع على وجه مقبول. مقارنة بالأشخاص العاديين حيث يستمر اضطراب التوحد مدى الحياة ومن هذا المنطلق أصبح من الضروري الاهتمام باضطراب التوحد وهذا ما يتطلب اتخاذ مجموعة من الاجراءات والتقنيات للمواجهة والتكفل بهذه الفئة. وفي هذا الإطار جاءت دراستنا هذه لمعرفة بها أهمية التكفل النفسي والدور الفعال الذي يقوم به الاخصائي في تخفيف من هذا الاضطراب .

1- تعريف التكفل النفسي:

أ- **لغة:** كفل - يكفل- تكفيلًا. او كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأمور. وحافظ عليها (عبد القادر المهيري. 1984.ص110)

- **اصطلاحًا:** هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ويتمكن من تخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته، وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع حاجاته تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة أسرته شخصية مهنية وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته (جودت عزة عبد الهادي وسعيد حسني عزة 1999 ص 14)

ب - **يعرف رابح تركي:** التكفل أنه "فعل المسؤولية اتجاه الآخرين بحيث يضمن رعاية كافية للطفل المعوق مبنية على برامج متنوعة تكتسب صيغة البيداغوجية، فعملية التكفل تترجم في شكل تقدم مساعدة لتجاوز الصعوبات النفسية، الاجتماعية التي قد يواجهها الطفل والتي تنقص من الإمكانية التكيف الاجتماعي، وذلك بتقديم خدمات ورعاية اجتماعية وتربوية خاصة. (بدر الدين كمال عبده 1999 ص 102)

2 - **التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:** إن مصطلح التكفل النفسي متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفرقة بين المصطلحات .

- 1- **التكفل:** هو عملية يقوم المجتمع كهيئة تحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والاحساس بالعدالة في وسط المجتمع وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليتته، من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال .
- 2- **التأهيل:** يعرف في معجم العلوم الاجتماعية بأنه مجموعة العمليات والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان (محمد حسن غانم، 2009ص195) كما يفرق أيضا أنه إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي.
- 3- حسب أنطوان شور: أنه فن تخفيف هموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (رابح تركي، 1982، ص 102)
- 4- **الرعاية:** هي الخدمة التي تقوم جهود مشتركة يمتلك قائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد على معاودة نشاطهم التي كانوا عليها قبل مرض. (عبد الكريم قاسم ابو الخير، 2002 ص 21)
- 5- **التكيف:** لغة: يعني كلمة التآلف والتقارب، فهي نقيض التخالف والتنافر او التصادم. (جمال ابو دلو 77ص 2008) ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه: " هو القدرة على التعبير للدلالة على تكيف الحواس المؤثرات او التكيف للضغوط النفسية" (لطي شربيني، د س، ص3) وحسب فهمي 1987: (فإنه العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا مع بنيته وبين بيئته.
- 6- **التوافق:** ويعرف في معجم المصطلحات الطب النفسي بأنه تحدث اضطرابات نتيجة التعرض للمواقف الضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الاضطراب خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية او العملية او الدراسية

(لطفي الشربيني، د س، ص3) يعرف التوافق على أنه عملية ديناميكية كلية مستمرة يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه تحقيق التوافق بينه وبين نفسه، وبين بيئته المحيطة به، بغية الوصول إلى حالة الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي. (صالح حسين الداھري، 2008، ص189).

- أهمية التكفل النفسي :

- ضرورة إنسانية وأخلاقية.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية الأهل وأولادهم من خطر التشرذم والضياع.
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين الأبناء المجتمع.
- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطاتها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى انحراف .
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه. (عبد الرحمان العيساوي، 1997، ص 21 - 23) .

- مجالات التكفل النفسي:

- 1- التكفل الاجتماعي: والهدف منه تحقيق التكامل في التكفل بهذه الفئة بين المؤسسة المسؤولة والأسرة الطفل ومحيطه الخارجي ويلعب الأخصائي الاجتماعي دور الوسيط بين الأسرة والمركز فهو يقوم بالعديد من الأعمال أهمها عند التسجيل أي طفل للاستفادة من خدمات المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء تحقيق مطول عن الطفل وأسرته والبيئة المحيطة به وتحتوي هذا التحقيق على:
 - معلومات عامة عن الطفل – الحالة المدنية للأولياء – الوضعية الاجتماعية للعائلة – الحالة الصحية للوالدين، الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للعائلة. التاريخ التطوري للحالة – النمو الحركي – الحالة الدراسية – نظرة الأسرة اتجاه إعاقة وأخيرا بعض الاقتراحات من قبل المشرف الاجتماعي وخلاصة ما وصل إليه هذا التقرير ويرفق هذا التقرير في الملف .
- 2- التكفل الطبي: تتكون من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين المساعدين حيث يستقبل الطبيب المريض ويتم فحصه جسديا ويسجل البيانات العامة حول المريض في بطاقة الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن علاجاً كاستعمال التخدير التهدئة والمعالجة بالفيتامينات والأدوية المهدئة .
- 3- التكفل الوقائي الاندماجي: هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه و أضراره فضلا عن التدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية و ترفيهية و الجلسات لمواجهة المرحلة الانتقالية. (سيف الدين، 1998 ص 02-4)

4- التكفل النفسي: تعني بالتكفل النفسي مجموعة الطرق والمنهجية النفسية والذهنية الإجرائية، وحتى البدنية المبذولة المستخدمة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية أو عضوية أو عقلية وتتمثل في تدخل الأخصائي النفسي. وتكفل نفسي يكون فردي أو جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد والمساعدة الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج إكلينيكية مستعملة كالاختبارات والمقابلات . من الناحية الأكاديمية: وهو تعليم المعاقين أكاديميا حسب قدراتهم ودرجة اعاقهم الجسمية والعقلية وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة، والتي تفيدهم في حياتهم العملية، كإجادة القراءة والكتابة وحساب او نشاطات اليومية ويتم تلقين هذه المهارات في مراكز خاصة بالمعاقين في صفوف خاصة بهم ضمن صفوف عادية. (ماجدة السيد عبيد2000 ص 21)

- أساليب التكفل النفسي:

1- التعزيز: يعرف التعزيز على انه اجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك الى توابع ايجابية او ازالة توابع سلبية الامر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة ، فان أنواع التكفل بالتعزيز سلوك ما يعني ان نزيد من احتمال حدوثه مستقبلا و يسمى المثير (الشيء) الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي الى تقويته بالمعزز (السعيد حسني عزة 2009 ص 190). إن تقوية السلوك قد يتم من خلال التعزيز الإيجابي او تعزيز سلبي، التعزيز الايجابي هو اضافة مثير بعد السلوك مباشرة مما يؤدي الى احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في مواقف مماثلة و هذا المعزز الايجابي من اكثر الأساليب استخداما في تعديل السلوك فالمدرسون يستخدمون المعززات كمكافاة السلوك الملائم بعد ظهوره مما يساعد على زيادة تكراره في المستقبل ومن المعززات الايجابية (طعام، منحة ، هدية، الدرجات) حتى يتمكن التلميذ بربط بسرعة بين السلوك الذي بدر منه و المعزز الذي قدم له و التعزيز الايجابي ليس الطريقة الوحيدة لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فباستطاعتنا ان نعمل على تقوية سلوك من خلال ازالة مثير بغيض (شيء او حدث يكرهه الفرد) بعد حدوث السلوك المرغوب به مباشرة، و هذا الاجراء يسمى بالتعزيز السلبي بحيث تستخدم في ايقاف السلوك غير الملائم او غير مرغوب فيه. ونعتبر كلا من المعززات الايجابية والسلبية فكلاهما يعملان على زيادة السلوك الملائم او الحد من السلوك غير ملائم وتعديله وان وجه الاختلاف بينهما هو ان المعززات الايجابية تضيف شيئا مرغوبا فيه اما المعززات السلبية فتزيل او تحذف شيئا غير مرغوب فيه. هناك عدة اشكال من المعززات وهي:

1- المعززات الغذائية: لقد اوضحت مئات الدراسات (خاصة في مجال تعديل سلوك الاطفال المعوقين) ان المعززات الغذائية ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان اعطاءها لفرد متوقفا على تأديته لذلك سلوك، والمعززات الغذائية تشمل الطعام كل انواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد. لكن هناك مشكلة أساسية تواجه المعالج او المربي عند استخدامه المعززات

الغذائية هي مشكلة الاشباع والمقصود به ان المعزز يفقد فعاليته نتيجة استهلاك الفرد كمية كبيرة منه.

ب- المعززات المادية: تشمل الاشياء التي يحبها الفرد كالألعاب والصور بالرغم من فعالية هذه المعززات فهناك من يعترض على استخدامها أيضا وان تقديم معززات خارجية للفرد يبدو وكأنه (دفع شيء ما).

ج- المعززات الرمزية: وهي رموز معينة كالنجوم، النقاط يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات اخرى.

2- العقاب: يقصد بالعقاب هو ايقاع الجزاء على شخص نتيجة لسلوكه المرفوض لأنه فشل في اداء سلوك مرضي او مشبع وتتمثل العقوبة في أي شكل من اشكال عدم الفرض مثل ايجاد مثير مؤلم ماديا – اجتماعيا او انكار حق الفرد في مرة كان تحصل عليها من قبل. و العقاب يمكن ان يكون دافعا للتعلم، و قد يكون العقاب تلقائيا و ذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موافق عليه و من امثلة العقاب (الضرب، الحرمان من تفاعل الاجتماعي، حرمانه من لعبة، الصراخ في وجهه) و لكي يكون العقاب مفيدا في تعديل السلوك يجب ان يتبع الخطأ مباشرة، يناسب الخطأ الذي ارتكبه الطفل، لا يخرج كبرياء الطفل حتى لا يشعر بالإهانة ولا يستعمل الا لضرورة و يقوم هذا المبدأ في تعديل السلوك على اضعاف السلوك موجود او المتبع من خلال اضافة مثير منفر او سلبي ويسمى العقاب من درجة اولى ، او من خلال ازالة مثير ايجابي او تعزيز و نسمي العقاب هنا بالعقاب من الدرجة الثانية و ذلك حسب الظروف التي يتواجد فيها الفرد و السلوك الذي يصدر عنه، يختلف العقاب عن التعزيز في انه يقلل من تكرار السلوك .(عمر عبد الرحيم نصر الله)

خلاصة: بعد تعرضنا الى التعريف النفسي، ونظام التكفل والقائمين عليه خاصة الاخصائي النفسي العيادي الذي يعتبر جوهر التكفل النفسي او اساسه في تقديم يد المساعدة للأفراد عموما والى اطفال التوحدين خصوصا لمحاولة فهمه وتأهيله من جهة المجتمع فإننا نستخلص أهمية التكفل النفسي والدور الفعال الذي يقوم به الاخصائي النفسي من الرعاية والتكفل الذي يحتاجه الطفل التوحدي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1 — منهج الدراسة

2 — حدود الدراسة

3 — مجتمع الدراسة

4 — عينة الدراسة

5 — أداة الدراسة

خلاصة

تمهيد

يعتبر هذا الفصل الجزء الهام في نقل المادة المعرفية من صورتها النظرية إلى إجراءاتها الميدانية
موضحين ما رافق ذلك من زيارات إلى ميدان الدراسة، والتعرض إلى إجراءات تنفيذها، فبعد
استعراضنا للجانب النظري سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية وذلك من خلال التعرف
على الدراسة الأساسية التي تحتوي على عينة الدراسة، ووصف أداة الدراسة.

1 – منهج الدراسة

يعتبر المنهج أسلوب التفكير المنظم يعتمد على الملاحظة العلمية ويستند على معطيات وحقائق
موضوعية وهو الطريق المؤدي أو الموصل لهدف البحث وهو الضبط غير مرئي الذي يشد فقرات
البحث إلى بعضها البعض، والمنهج يختلف من الوسيلة أو الأداة المستخدمة في البحث.

ويعرف المنهج بأنه عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبناها الباحث بغية تحقيق بحثه،
وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث، إذ هو الذي يبين الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد مساعي
أسئلة وفرضيات البحث (احمد نايل، بلال أحمد، 2009).

فقد اعتمدنا في دراستنا التالية "صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين في المدرسة
الابتدائية" على منهج دراسة حالة.

2 – حدود الدراسة

2 – 1 – المجال البشري: اقتصرت الدراسة على عينة شملت 12 معلمة مختصة في القسم الخاص
بثلاث مدارس ابتدائية ولاية مسيلة.

2 – 2 – المجال المكاني: أجريت الدراسة في أقسام خاصة تتواجد في ثلاث مدارس ابتدائية وكانت
كالتالي: مدرسة جعيجع بوقرة بحمام الضلعة، ومدرسة المجاهد محمد لكحل بسيدي عيسى، ومدرسة
الشهداء بمقرة وتقع جميعها في ولاية مسيلة.

2 – 3 – المجال الزمني: أجريت الدراسة من بداية جمع المادة العلمية خلال الموسم الدراسي (2022 –
2023).

3 – مجتمع الدراسة: ويعرف على أنه جميع المفردات التي لها صفة أو صفات مشتركة وجميع هذه
المفردات خاضعة للدراسة أو البحث من قبل الباحث.

وعليه فمجتمع الدراسة يتكون من مجموعة من المعلمات المختصات في ثلاث مدارس ابتدائية تتواجد
في دوائر من ولاية المسيلة.

4 – عينة الدراسة

العينة هي مجموعة جزئية من مجتمع البحث وممثلة لعناصر المجتمع أفضل تمثيل، بحيث

يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله وعمل استدلالات حول معالم المجتمع.
(عباس وآخرون، 2009، ص 218)

ويعرفها زرواتي 2007: بأنها جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي تعتبر جزءاً من الكل بمعنى تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث. (زرواتي رشيد، 2007، ص 334).

والعينة التي اختيرت لتمثل مجتمع الدراسة تم اختيارها بطريقة قصدية، حيث تم انتقاء أفرادها بشكل مقصود خاصة أثناء إدراك الباحث أنها تحقق جزءاً من دراسته وتتوفر على المعلومات التي يريدونها وعليه تمثلت عينة الدراسة من 12 معلمات مختصات في 3مدارس /بتدائية متواجدة في ولاية مسيلة كون هذه العينة مناسبة للبحث، وبعد تحديد حالات الدراسة تمت عملية تطبيق الإجراءات الميدانية.

5 — أداة الدراسة

5 — 1 — المقابلة

تعد المقابلة وسيلة منظمة وهادفة، وهي أكثر أساليب جمع البيانات إنتاجية وفعالية، وتعتبر وسيلة مناسبة لدراستنا، بما أننا سنقوم بزيارات إلى أقسام التوحيد بالمدارس الابتدائية من خلال الالتقاء بالمعلمات استعملنا تقنية المقابلة كخطوة أولية.

والمقابلة هي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات لذلك ينبغي استخدامها عندما تكون البيانات المطلوبة عليها لها صلة وثيقة بمشاعر وعقائد ودوافع الأفراد تجاه موضوع معين (خير الدين أحمد غويس، 2004، ص 87)

5 — 2 — الاستبانة

تحتل الاستبانة في البحوث الميدانية أهمية كبيرة ذلك لأن النتائج التي يتم التوصل إليها للباحث تتوقف على الإعداد الجيد لهذه الاستبانة الذي يعتبر من الوسائل الهامة في جمع البيانات العلمية حيث يعد أداة رئيسية لجمع البيانات الكمية التي تتطلبها البحوث الاجتماعية.

والاستبانة هي أداة جمع البيانات والمعلومات، تتألف من العبارات موجهة للمبحوث ويجب عنها وفق مستويين نعم /لا، أو تنطبق / لا تنطبق، حيث يتناول عادة مواضيع الاتجاهات والأداء والمواقف نحو موضوع أو ظاهرة محددة (غريب، 2016، ص 125)

اعتمد الباحث على تصميم استمارة كأداة جمع البيانات، وتتكون الاستبانة من 3 أبعاد تحتوي على 28 بند وهي كالتالي:

— بعد الدورات التكوينية (9.8.7.6.5.4.3.2.1)

— البعد النفسي والسلوكي للطفل (10.11.12.13.14.15.16.17.18.19)

— بعد وسائل العمل (20.21.22.23.24.25.26.27.28)

ويتم الإجابة على كل عبارة من عبارات الاستبانة بأحد الخيارات (نعم — لا).

خلاصة:

تم التعرض في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية المعتمدة، وتضمن ذلك النقاط التالية: المنهج المستخدم وفق متغيرات الدراسة، حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية وقد ركزنا على البشرية كعينة البحث نظرا لخصوصية الموضوع، كما تم وصف لأداة الدراسة.

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الأول

2 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الثاني

3 — عرض نتائج الدراسة في ضوء التساؤل الثالث

4 — مناقشة النتائج في ضوء تساؤلات الدراسة

خلاصة عامة

توصيات واقتراحات الدراسة

تمهيد

سنعرض في هذا الفصل لمعالجة النتائج المجمعة من الدراسة الميدانية وربطها بتساؤلات الدراسة، بعد أن تعرفنا على عينة الدراسة في الفصل السابق، وقمنا بتطبيق استبيان الدراسة الموضح سابقاً على المعلمين المتخصصين، لذا سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج وتحليلها للتأكد من فرضيات الدراسة.

1 – عرض وتحليل نتائج أسئلة الدراسة:

1 – 1 – عرض وتحليل نتائج البعد الأول: الدورات التكوينية.

جدول رقم (1-1): هل استفدتم من الدورات التكوينية؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	5	41.66%
لا	7	58.34%

نلاحظ من الجدول السابق المتعلق بمدى استفادة المعلمين المتخصصين من الدورات التكوينية حيث كانت نسبة الإجابة بنعم (41.66%) ونسبة الإجابة بلا هي (58.34%)

إن الرغبة شرط أساسي في التعلم وخاصة في الدورات التكوينية أو في مجال التكوين البيداغوجي فنجد أن معظم المعلمين ينفرون منها بسبب خلوها من عنصر التشويق ناهيك عن ضعف المؤطرين في اختصاص التوحد.

إن عدم استفادة المعلم من الدورات التكوينية المسطرة من طرف الوزارة ومن طرف المفتشين يرجع إلى عدة أسباب نذكر منها:

- عدم وجود علاقة بين الدورة التدريبية ومجال العمل.
 - بيئة العمل لا تساعد المتدربين على تطبيق ما تعلموه خلال الدورات.
 - اختيار مدربين غير أكفاء يعتمدون على الجانب النظري.
 - الاختيار الخاطئ للموظفين لحضور الدورة التدريبية.
 - عدم وجود رغبة في التعلم لدى المتدربين
 - الدورات التكوينية لم تلبي احتياجات المعلمين.
- عدم استفادة المعلم من الدورات التكوينية له تأثير كبير على المردود التعليمي لأطفال التوحد.

جدول رقم (1-2): هل الدورات التكوينية التي تلقيتها كافية؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	2	16.66%
لا	10	83.34%

يبين الجدول السابق نسب البند الذي يدور حول الدورات التكوينية التي تلقاها المعلمين المتخصصين كافية للتكفل بأطفال التوحد، فكانت نسبة الإجابة بنعم (16.66%) ونسبة الإجابة بلا هي (83.34%) يلعب التكوين أثناء الخدمة دوراً أساسياً في زيادة فاعلية المؤسسة من خلال تحسين مهارات وقدرات الموظفين التي تساعدهم على تحسين أدائهم ومواكبة المستجدات والتطورات الحاصلة على مستوى المحيط المهني الداخلي للمؤسسة أو على الصعيد الخارجي لها.

حيث أصبح تكوين الموظفين أثناء الخدمة ضرورة حتمية لا يمكن الاستغناء عنها من طرف المؤسسة إذا أرادت تحسين نوعية خدماتها والارتقاء بها إلى مستوى يضمن لها المنافسة والاستمرار والتطور، وحتى تتمكن المؤسسة من بلوغ هذه المكانة لا بد أن تتابع باستمرار مستوى أداء موظفيها، ومنه تحديد الاحتياجات التكوينية لهم، ومن ثم تخطيط وتصميم البرامج المناسبة والملائمة حسب الأهداف المسطرة والمراد تحقيقها قصد تنفيذها وتقييمها ومتابعتها.

فيجب توفر بعض مقومات العمل الإداري بالنسبة للمكون ومنها:

- خبرة تخصصية في تحديد الاحتياجات التكوينية.
- اختيار الأساليب والوسائل المساعدة في عملية التكوين.
- متابعة وتقييم فعالية التكوين أثناء الخدمة للموظفين.

ما يلاحظ أن الدورات التكوينية المقدمة للمعلمين غير كافية وغير عملية ولا تساعدهم في تحقيق الأهداف المنشودة من التكوين.

جدول رقم (1-3): هل البرامج المطبقة تخدم الطفل التوحيدي داخل القسم؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	9	75%
لا	3	25%

جدول رقم (1-4): هل المهارات المستخدمة تخدم الطفل التوحيدي؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	8	83.33%
لا	4	41.67%

يمثل الجدول أعلاه نلاحظ نسبة المعلمين المتخصصين حول المهارات المستخدمة التي تخدم الطفل التوحيدي، فكانت نسبة الإجابة بنعم (83.33%) ونسبة الإجابة بلا هي (41.67%)

بينت هذه النتيجة فاعلية البرامج التربوية المطبقة على أطفال التوحد ومنها برنامج (لوفس) في اكتساب بعض المهارات الأكاديمية للأطفال التوحيدين، والتي تمركزت حول تنمية مهارات القراءة والحساب ومنها المطابقة والتمييز (ومهارات الكتابة) كما أكدت فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحيدين.

فالتأهيل الذي يخضع له الطفل في المجالات اللغوية، والحركية، والتربوية التي يتم اعتمادها في المدارس الابتدائية سيؤدي إلى تطور بمهارات الطفل المعرفية، كما أن التفاعلات، والتجارب، والأحداث التي تقدمها البيئة التعليمية من شأنها أن تطور معرفة الطفل واستيعابه بشكل عام، وكذلك تسهم في بناء وتعزيز العلاقات بين الطفل وأقرانه، وبين الطفل والمعلمين، وتسهم في قدرة الطفل على تلقي المعلومات من الآخر، وتطور في استجابته التعليمية عامة، مما ينعكس بشكل ايجابي على مهارات الطفل المعرفية. فالطفل التوحيدي على الرغم من الاضطراب الذي يعاني منه، هو طفل قابل للتعلم وان اختلف مقدار التعلم وسرعته.

نستنتج فاعلية البرنامج التدريبي لكونه يستند إلى فنيات تعديل السلوك كالنمذجة والتعزيز والتلقين وأسلوب تحليل المهام، المستخدمة في تأهيل أطفال التوحد، والتي تساعد إلى حد كبير في العملية التعليمية الموجهة لهذه الفئة.

جدول رقم (1-5): هل لديك خبرات سابقة عن التكفل بالطفل التوحيدي؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	1	8.33%
لا	11	91.66%

الجدول السابق يمثل إجابات المعلمين المتخصصين حول أن كانت لديهم خبرات سابقة عن التكفل بالطفل التوحيدي، فكانت نسبة الإجابة بنعم (8.33%) ونسبة الإجابة بلا هي (91.66%)

من الصعب تحديد اضطرابات طيف التوحد لدى الطفل قبل بلوغه سن 12 شهرًا، ولكن يمكن تشخيصها بصورة عامة عند بلوغه سن عامين، ومن السمات المميزة لظهور المرض لديه التأخر أو التراجع المؤقت في تطوُّر مهاراته اللغوية والاجتماعية، وتكرار القوالب النمطية في سلوكياته. ويعاني الأشخاص المصابون باضطرابات طيف التوحد في الغالب اعتلالاتٍ أخرى مصاحبة، تشمل الصرع والاكنتاب والقلق واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.

قد يكون من الصعب على المعلمين تشخيص الاطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. ويحتاج المعلم لمعرفة الفرق بين اضطراب طيف التوحد وغيره من الحالات مساعدة جميع الأخصائيين النفسانيين والأرطفونيين .

ما يلاحظ من النتائج السابقة أن معظم المعلمين ليست لهم دراية بالطفل التوحيدي نظرا :

- أغلب المعلمين ذو شهادات جامعية بعيدة عن التوحد.
- الاكتظاظ داخل الأقسام يعيق عمل الأستاذ مع الطفل التوحيدي وما يحتاجه من رعاية خاصة.

الجدول رقم (1): يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على بعد: الدورات التكوينية

البند	الاحتمال (نعم)	النسبة المئوية	الإحتمال (لا)	النسبة المئوية
1	5	%41.66	7	%58.34
2	2	%16.66	10	%83.34
3	7	41.67%	5	%58.33
4	9	%75	3	%25
5	8	%83.33	4	%16.67
6	9	%91.66	3	%8.34
7	4	%33.33	8	%66.66
8	2	%16.66	10	%83.34
9	1	%8.33	11	%91.66
المتوسط الحسابي		%45.366		%54.631

من الجدول السابق أعلاه نستنتج بأن نسب إجابات المعلمين المختصين للبعد الأول الذي يشير إلى الدورات التكوينية الخاصة بهم، قد أجابوا بنسبة المتوسط الحسابي التي تقدر بـ (45.36%) عن الاحتمال نعم، ونسبة (54.63%) هي إجابة عن لا، وبهذا نصل إلى نتيجة أنه توجد صعوبات لهؤلاء المعلمين المختصين في التكوين تعيق ممارسة نشاطهم في التكفل بأطفال التوحد، ومن هذا التحليل للنتائج نستنتج أن فرضيتنا الأولى قد تحققت.

2

2 - عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني

2 - 1 - عرض وتحليل نتائج البعد الثاني: عراقيل سلوكية ونفسية عند الطفل التوحيدي

جدول رقم (1-2): هل تنتاب الطفل التوحيدي حالات غضب؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	11	91.66%
لا	1	8.34%

هل تنتاب الطفل التوحيدي حالات غضب؟ ما يلاحظ أن 91% أجابوا بنعم.

يعاني العديد من المصابين بالتوحد من صعوبة التفاعلات الاجتماعية وفي أحيان كثيرة يدخلون في

نوبات غضب شديدة داخل القسم أمام زملائهم فكيف يمكن للمعلم التعامل مع هاته الحالات؟

- يجب على المعلم إظهار نوع من العطف والحنان والحب لهاته الفئة من التلاميذ.
- عليه أن يجرب طرقاً أخرى للتعامل مع الطفل التوحيدي.
- القيام بمدح الطفل التوحيدي أمام زملائه دون المبالغة.

جدول رقم (2-2): هل يقوم الطفل التوحيدي بتخريب أشياءه؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	9	75%
لا	3	25%

الجدول السابق يمثل إجابات المعلمين المتخصصين حول تخريب الأشياء التي يقوم بها الطفل التوحيدي، فكانت نسبة الإجابة بنعم (75%) ونسبة الإجابة بلا هي (25%) أي أنه يقوم الطفل التوحيدي بتخريب أشياءه.

عملية تعديل السلوك لدى الطفل التوحيدي من الأمور المعقدة للغاية والصعبة جداً وخاصة الطفل العدوانى الذي يقوم بتخريب أشياءه أو ضرب زملائه داخل القسم أو يقوم بإيذاء نفسه فيجب على المعلم

- تجنب الصراخ بنبرة عدائية لأن هذا التصرف يزيد من معاناة الطفل
- حاول التواصل معه بأشياء أخرى مثل الصور المرئية.
- استخدام بعض التمارين البدنية مثل الجري خارج القسم

جدول رقم (2-3): هل يقوم الطفل التوحدي بضرب زملائه؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	7	58.33%
لا	5	41.67%

يمثل الجدول أعلاه نلاحظ نسبة المعلمين المتخصصين حول ضرب الطفل التوحدي لزملائه، فكانت نسبة الإجابة بنعم (58.33%) ونسبة الإجابة بلا هي (41.67%)

يعتمد تعديل السلوك لأطفال التوحد على تعزيز السلوكيات المطلوبة لدى الطفل، وتقليل السلوكيات غير المرغوبة، من خلال العلاج السلوكي الذي يقوم به من أجل تحسين مهارات الطفل التوحدي وكما ذكرنا سابقاً أن بعض التصرفات التي يقوم بها مثل ضرب زملائه أو تخريب أشياءه هي تصرفات عادية بالنسبة له فعلى المعلم معرفة الأسباب التي تؤدي إلى ذلك ومحاولة تعديلها واتباع استراتيجيات معينة اتجاه الطفل مثل

- حرمان الطفل العدوانى من أنشطة يحبها أو التقليل منها لفترة من الزمن.
- تقديم حلول بديلة في تعديل السلوك.

جدول رقم (2-4): هل هناك زيارات متكررة للأخصائي الأطفوني؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	3	25%
لا	9	75%

يمثل الجدول أعلاه نسبة المعلمين المتخصصين حول الزيارات المتكررة للأخصائي الأطفوني، فكانت الإجابات بنعم بنسبة (25%)، أما الإجابات بلا بنسبة (75%)

إن الإنسان في مراحل نموه اللغوي يمر بعدة مراحل، والتي تمكنه من اكتساب لغة سليمة كغيره، ويختلف كل طفل عن غيره من الأطفال في نموه اللغوي، وذلك حسب الظروف المحيطة به، فإن كانت نشأته جيدة، يكون الاكتساب لديه بشكل سريع، في حين العكس إذا عاش في ظروف سيئة، أو مشاكل

وصدمات نفسية فيما يشكل للطفل العجز أو التأخر في عملية اكتساب اللغة، وهنا يتدخل الاختصاص أو الطب الأرطفوني في مساعدة هذه الفئة على تخطي هذه المشكلات.

ما يلاحظ في المدارس الابتدائية غياب تام للأخصائي الأرطفوني لأطفال التوحد والأطفال العاديين بالرغم من تخرج دفعات كثيرة من الجامعة الجزائرية حيث أن هذا الأخير يساعد في تجاوز الطفل للصعوبات والمشكلات اللغوية من خلال البرامج والتدريبات التي يقدمها للأطفال.

جدول رقم (2-5): هل هناك زيارات متكررة للأخصائي النفسي؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	10	%16.66
لا	2	%83.33

الجدول السابق يمثل نسبة إجابات المعلمين المتخصصين عن زيارات الأخصائي النفسي، فكانت إجابتهم بنعم بنسبة (16,66%)، وإجابتهم بلا بنسبة (83.33%)

الأخصائي النفسي بالمدرسة هو أحد الأركان الأساسية في العملية التعليمية التعلمية حيث تقع عليه مسؤولية التقويم النفسي لأطفال التوحد وعلاج حالات الانطواء والخجل والميول العدوانية والكثير من الحالات المشابهة.

ما يلاحظ غياب الإخصائي النفسي الذي يلعب دورا مهما في تعديل سلوك الطفل العدواني ومساعدة المعلم في كيفية التعامل مع فئة أطفال التوحد داخل القسم

ويتصدى الأخصائي النفسي لمشكلات التوافق وسوء التوافق النفسي والاجتماعي للطفل التوحدي، مستخدمة أدوات القياس أو الاختبارات النفسية، بقصد الكشف عن المشكلات الانفعالية، والعقلية، وتشخيص أنواع الاضطرابات الانفعالية، والسلوكية، والتنبؤ بمدى تطورها.

النقد: كيف لمعلم المدرسة الابتدائية فهم المشكلات العقلية والسلوكية في غياب المختصين النفسيين والأرطفونيين في حين نجد أن معظمهم حاملين لشهادات جامعية بعيدة كل البعد عن العلوم الإنسانية .

الجدول رقم (2): يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على بعد: عراقيل سلوكية ونفسية عند الطفل التوحدي.

البند	الاحتمال (نعم)	النسبة المئوية	الاحتمال (لا)	النسبة المئوية
1	11	%91.66	1	%8.34
2	9	%75	3	%25
3	7	%58.33	5	%41.67
4	10	%83.33	2	%16.67
5	8	%66.66	4	%33.34
6	7	%58.33	5	%41.67
7	5	%41.67	7	%58.33
8	10	%83.33	2	%16.67
9	3	%25	9	%75
10	2	%16.66	10	%83.33
المتوسط الحسابي		%59.997		%40.002

من الجدول السابق أعلاه نستنتج بأن الطفل التوحدي في المدرسة الابتدائية يعاني من جملة من العراقيل السلوكية والنفسية فالطفل يحدث مشكلات سلوكية في المدرسة ولا يقوم بها في المنزل أو العكس. على سبيل المثال يمكن أن يكون الأب قد طور استراتيجية معينة للسيطرة على هذا السلوك في المنزل، ولكن المعلم في المدرسة ليس على دراية بهذه الاستراتيجية وبالتالي فإن من المهم أن يقوم كلاً من الأب والمعلم والمختص النفسي والأرطفوني بمناقشة المشكلات السلوكية للطفل حيث أنه يمكن لأحدهما أن يصل إلى حل مناسب للتعامل مع هذه السلوكيات داخل القسم.

فبعض المشكلات السلوكية سببها ضعف مهارات التواصل التعبيري. هناك العديد من استراتيجيات التواصل مثل نظام التواصل بتبادل الصور والتواصل الفوري (باستعمال لغة الحديث ولغة الإشارة في وقت واحد) التي يمكن استعمالها في تعليم مهارات التواصل التعبيري.

إيذاء الذات يتكرر بصورة واضحة عندما يكون الطفل غير مشغول بعمل ما أو لوجود إحباط داخلي لديه مما يجعله يعبر عن نفسه بإيذاء ذاته، وهذا الإيذاء مثل عض الأيدي وضرب الرأس في الحائط وعادة ما يكون ذلك مصحوباً بالغضب والتوتر.

أفضل وسيلة لعلاج الحالة هو معرفة سبب قلق الطفل واضطرابه، وإشغال أغلب يومه باللعب، والأمر يتطلب الكثير من الصبر والملاحظة، وقد يكون السبب بسيطاً يمكن حله، ومن المهم عدم إعطاء الطفل أي اهتمام أو مديح وقت النوبة، ولكن إظهارها بعد انتهاء النوبة.

3 – عرض وتحليل نتائج التساؤل الثالث.

3-1 – عرض وتحليل نتائج البعد الثالث: وسائل العمل.

جدول رقم (3-1): هل تتوفر القسم على طاولات فردية؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	11	91.66%
لا	1	8.33%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن استجابات المعلمين المختصين حول توفر طاولات فردية في القسم، فكانت إجابات نعم بنسبة (91.66%) يعاني معلم المدرسة الابتدائية من مجموعة من الصعوبات التي تواجهه في تدريس أطفال التوحد والتي تعيق تحقيق الهدف المنشود وهو دمج هاته الفئة مع أقرانهم العاديين ومن بينها: عدم توفر الوسائل البيداغوجية والتربوية داخل الأقسام العادية مثل الكراسي والطاولات الفردية حيث لاحظنا أن الطفل التوحدي يعاني من حالات التتمر من التلاميذ والاولياء فنجد أن معظمهم يرفض جلوس ابنه معه في طاولة واحدة.

جدول رقم (2-3): هل يتوفر القسم على ألعاب تخدم الطفل التوحدي؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	1	8.33%
لا	11	91.66%

الجدول أعلاه يمثل نسب إجابات المعلمين المتخصصين فيما يخص توفر القسم على ألعاب تخدم الطفل التوحدي، فكانت الإجابة بنعم بنسبة (8.33%)، أما الإجابة بلا بنسبة (91.66%)

لا شك أن اللعب من أفضل الطرق الممتعة لتعليم الأطفال وتنشيط أدمغتهم، كما يساعد على تنمية كثير من المهارات سواء الجسدية أو الذهنية، بالنسبة لأطفال التوحد، يصبح اللعب تحديًا كبيرًا نتيجة لعدم القدرة على التواصل مع الآخرين بشكل فعّال، كما قد ينحصر اهتمامهم بأشياء محددة، كما تزيد الحساسية الشديدة تجاه بعض الأصوات والإضاءة ولمس بعض الأشياء، لذا فإن اختيار الألعاب المناسبة للأطفال المصابين بالتوحد قد يكون أمرًا حيويًا لعلاجهم وتطوير مهاراتهم، لا يقتصر استخدام تلك الألعاب على جلسات العلاج على يد الأشخاص المختصين فقط، بل يمكن للأم مشاركة طفلها في تلك الألعاب بشكل يومي داخل المنزل، ما قد يساعد على تحسين حالته والتصدي لبعض الأعراض الشائعة .

وتعتبر الألعاب التي تستخدم باللمس مفيدة جدًا مثل الكرات البلاستيكية، أو حبات الخرز الدائرية أو البيضاوية، والمجسمات المصنوعة على هيئة إنسان، أو حيوان، أو أشكال مضحكة ومسلية، وغير ذلك من ألعاب تثير حواس الطفل، كما أن الألعاب المتحركة التي تتحدى الطفل التوحدي في السيطرة عليها تعتبر أحياناً مفيدة وجذابة؛ لأنها تزودهم بأحاسيس مثيرة للاهتمام عندما تتحرك أو تهتز، كما تدفع بالطفل التوحدي المنطوي إلى أن يدفع نفسه نحوها أو يلعب بها.

هل يتوفر القسم على ألعاب تربية؟ 91% أجابوا بالنفي

لماذا عدم توفر الألعاب داخل الأقسام؟

من هي الجهة المسؤولة على توفر الألعاب؟

هل هي مديرية النشاط الاجتماعي أم مديرية التربية؟

النقد: كيف لمعلم المدرسة الابتدائية أن يتعامل مع الطفل التوحدي كثير الحركة في غياب الألعاب التربوية؟

في غياب التنسيق بين مديرية النشاط الاجتماعي ومديرية التربية تبقى أقسام التوحد داخل المدارس الابتدائية بدون ألعاب ووسائل بيداغوجية تربية

جدول رقم (3-3): هل توجد في القسم وسائل ومعدات كافية للتكفل بالطفل؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	3	25%
لا	9	75%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن استجابات المعلمين المختصين حول وجود وسائل ومعدات كافية للتكفل بالطفل في القسم، فكانت إجابات نعم بنسبة (25%)، وإجابات لا بنسبة (75%)

تعد تقنيات التعليم من الوسائل الجيدة والناجحة في تأمين بيئة تعليمية، تعمل على تحقيق التكامل بين الجوانب النظرية والجوانب التطبيقية، وتتيح الفرصة لكساب المتعلمين مهارات متقدمة في التفكير، وربط المناهج الدراسية بالبيئة المحلية، واحتياجات المجتمع، بالإضافة إلى دورها في مراعاة الفروق الفردية فيما بينهم، ومراعاة اهتماماتهم ونشاطاتهم التعليمية. تعد التقنيات التعليمية جزءاً رئيساً من النظام التربوي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة لما لها من دور في مساعدتهم على استيعاب المفاهيم التعليمية المقدمة لهم، وأداء المهارات التدريسية بأقل جهد ممكن، وكلما أحسن اختيار التقنيات التعليمية المساندة للتعليم، وتم اختيارها بطريقة علمية سليمة، أدى ذلك إلى الارتقاء بالخدمات التأهيلية التربوية المقدمة لهم .

النقد: كيف يستطيع المعلم تحقيق الأهداف والمرامي لدمج أطفال التوحد مع الأطفال العاديين دون توفر الوسائل البيداغوجية والتربوية داخل المدرسة الابتدائية؟

جدول رقم (3-): هل تقوم الوزارة بإرسال مناشير تساعد المعلم بالتكفل بالتوحيدين؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	5	41.66%
لا	7	58.34%

الجدول السابق يمثل نسبة إجابات المعلمين المتخصصين عن إرسال الوزارة لمناشير تساعد المعلم بالتكفل بالتوحيدين، فكانت إجاباتهم بنعم بنسبة (66,66%)، وإجاباتهم بلا بنسبة (58.34%)

يشكل تدرس التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال التوحد) وتكوينهم انشغالا دائما للدولة من أجل تمكينهم من حقهم الدستوري في التربية والتعليم والتكوين، على غرار سائر الأطفال الجزائريين وقد كرس هذا الحق القانون رقم 09-02 المؤرخ في 2002/05/08 والمتعلق في حماية الأطفال المعاقين.

حيث تسهر وزارة التربية الوطنية على التكفل البيداغوجي الأنسب وعل الإدماج الاجتماعي والمدرسي لأطفال التوحد وبمشاركة جميع المؤسسات الاستشفائية.

وقد بادرت وزارة التربية الوطنية وبالتنسيق مع وزارة التضامن الوطني على ارسال الكثير من المناشير التي تساعد على مساعدة المعلمين للتكفل بأطفال التوحد.

الجدول رقم (3): يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على بعد: الوسائل التعليمية

البند	الاحتمال (نعم)	النسبة المئوية	الاحتمال (لا)	النسبة المئوية
1	11	%91.66	1	%8.34
2	11	%91.66	1	%8.34
3	1	%8.33	11	%91.67
4	7	%58.33	5	%41.67
5	5	%41.66	7	%58.34
6	3	%25	9	%75
7	8	%66.66	4	%33.34
8	1	%8.33	11	%91.67
9	5	%41.66	7	%58.34
المتوسط الحسابي		%48.143		%51.856

من الجدول السابق أعلاه نستنتج بأن نسب إجابات المعلمين للبعد الثالث الذي يشير إلى الوسائل التعليمية الخاصة المتوفرة في القسم والتي تخدم الطفل التوحد، قد أجابوا بنسبة المتوسط الحسابي التي تقدر بـ(48.14%) عن الاحتمال نعم، ونسبة (51.85%) هي إجابة عن لا وهي تؤكد تساؤل البعد هذا، وبهذا نصل إلى أنه ومن هذه النتيجة أنه توجد صعوبات في وسائل العمل تعيق هؤلاء المعلمين المختصين في التكفل بأطفال التوحد، ومن هذا التحليل للنتائج نستنتج أن فرضيتنا الثالثة قد تحققت.

استنتاج:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة والتي تسعى إلى مدى وجود صعوبات التكفل النفسي بالطفل التوحيدي، حيث تم تطبيق الدراسة على مستوى 3مدارس ابتدائية بولاية المسيلة وقد تكونت العينة من 12معلمات متخصصات، حيث تم اختيار العينة بطريقة قصدية، وللإجابة عن تساؤلات الدراسة تم إجراء مقابلة مع جميع المعلمات في عدة زيارات في أيام متقطعة خصصت لكل مدرسة، وتم شرح الغاية من هذه الدراسة وطرح الأسئلة التي تخص الموضوع ثم توزيع الاستبانة على عينة الدراسة بشكل فردي،

بعد جمع البيانات وتفريغها تم حساب النسب المئوية والمتوسط الحسابي لكل الأبعاد أو المحاور، من خلال عرض ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها توصلنا إلى أن فرضيات الدراسة قد تحققت. ومن هنا نستخلص كإجابة للتساؤل العام بأنه توجد صعوبات في التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين المختصين.

توصيات واقتراحات الدراسة

تأسيسا على ما جاء في الدراسة الحالية، ومن خلال ما توصلت إليه نخلص إلى وضع عدد من التوصيات والاقتراحات وتتمثل فيما يلي:

— توعية أفراد المجتمع بطبيعة هذه الفئة وكيفية التكفل والتعامل معها من مختلف وسائل الإعلام، وكذلك الأيام التحسيسية.

— الاهتمام بفئة التوحيدين ورعايتهم وذلك من أجل دمجهم في المجتمع

— ضرورة الإكثار من المراكز الخاصة بهذا الاضطراب خاصة مع الانتشار الواسع له.

— العمل على زيارة الأخصائيين في مجال الرعاية النفسية والمهنية التي تساعد على التعلم

— عدم الاستهانة بهذا الاضطراب بل يجب معرفة جميع جوانبه حتى ولو كان أفراد الأسرة لا يعانون منه لأن ذلك يساعد أسرة المصاب على تقبل اضطراب ابنها.

— نشر الوعي والتعريف بفئة أطفال التوحد من خلال وسائل الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي

والندوات والملتقيات للابتعاد عن أنماط التفكير الخاطئة من طرف الأفراد كالاعتقاد بأن طيف التوحد

هو مرض عقلي وجنون واضطراب يستحيل التعامل معه.

– التطرق بالبحث والدراسة لفئات أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة للتعرف على واقع التكفل بهم.

– يجب على الدولة الاهتمام أكثر بالمراكز والجمعيات والمدارس والعيادات التي تكفل هذه الفئة.

خاتمة

من خلال الدراسة التي تناولنا فيها صعوبات التكفل بالأطفال التوحديين بالمدارس الابتدائية، فالتكفل يلعب دورا كبيرا داخل الأقسام إلا أن هناك بعض الأسباب التي تعيق هذه العملية وترجع إلى عدم تلقي المعلم دورات تكوينية كافية وشاملة ملمة بكل ما يخص اضطراب التوحد عامة والتكفل بالطفل التوحدي خاصة، كما أن هناك عراقيل سلوكية ونفسية للطفل التوحدي، وهذا راجع إلى شدة نسبة التوحد لدى كل طفل، فأقسام التوحد بالمدارس الابتدائية يجب أن تحوي أطفال بسيطوي التوحد ليستطيع أن يتعلم ويندمج ، كما انعدام الوسائل التعليمية التي توفر لأطفال التوحد تعليم مكيف، وكذلك عدم زيارة الأخصائيين للأقسام بين فترة وأخرى.

وباختصار هذه الدراسة استطاعت أن تكشف صعوبات التكفل بأطفال التوحد داخل الأقسام الخاصة بالمدارس الابتدائية من خلال النتائج التي توصلنا إليها، وبالتالي يمكن اعتبار أن نتائج هذه الدراسة قد أضافت قيمة علمية إلى نتائج الدراسات السابقة، وما زال المجال مفتوح أمام دراسات وبحوث أكثر في مجال التكفل.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- بدر ابراهيم، محمود، 2004، الطفل التوحدي تشخيصه وعلاجه، مكتبة انجلو المصرية مصر.
- الراوي، توفيق، حماد أمال 1999، التوحد الاعاقة الغامضة مؤسسة حسن بن علي للنشر، الدوحة، ط1
- غريب حسن 2016، المنهجية المطبقة في الدراسات النفسية والاجتماعية، دار الضحى، الجلفة الجزائر، ط1
- رشيد زرواتي 2008، تدريبات على منهجيو البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، ط3
- خالد محمد عسل، 2012، نظرية وتدخلات إرشادية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء والدنيا للطباعة، ط1
- جودت عبد الهادي، سعيد عزة، 2002، تعديل السلوك الإنساني، الدار العلمية- عمان
- أسامة فاروق مصطفى سيد كامل الشربيني، 2011، التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة عمان، ط2
- الدوخي منصور الصقر عبد الله، 2004، برامج نظرية وتطبيقية لاضطراب اللغة عند الأطفال، الرياض السعودية، ط5
- عبد الرحمان العيسوي، 1997، التربية النفسية للطفل والمراهق، دار الراتب الجامعية بيروت، ط1
- عبد اللطيف، حسين فرج، 2007، الاعاقة العقلية والذهنية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، ط1
- أحمد عواد، نادية صالح البدوي، 2011، الاتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج اضطراب التوحد، مجلة الطفولة والتربية، العدد السادس السنة الثالثة، دط
- محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2011، الأطفال الأويستين ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم، دار زهران للنشر والتوزيع الأردن، ط1
- عبد الله حسين الزعبي، 2014، التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الاطفال التوحديين، دار الخليج، عمان، ط1
- ابراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2010، التوحد (السلوك الشخصي والعلاج) دار وائل، الأردن، ط1
- ندى ناصف، سمر حيدر، 2008، تعال لنلعب، دليل التواصل بين الاهل والطفل الذي يعاني من التوحد، الجمعية اللبنانية للأوتيزم، د ط

- سيف الدين فوزي، 1998، التكفل النفسي بالمجرمين
- سعيد حسني عزة، 2022، الإرشاد الأسري، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ط1
- سعيد حسني عزة جودت، عزة عبد الهادي، 1999، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن
- عمر عبد الرحيم نصر الله، 2008، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن
- مصطفى نوري قمش، 2010، اضطراب التوحد، دار المسيرة، ط1
- الحديدي منى والخطيب، جمال الروسان، فاروق والزريقات ابراهيم والصمادي، جميل والعمامرة، موسى والناطور.
- ميادة ويحيى خولة، 2007، مقدمة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان، ط1.
- سهى أحمد أمين نصر، 2002، الاتصال اللغوي للطفل التوحد، دارا لفكر للطباعة.
- فكري لطيف متولي 2015، استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد) مكتبة الرشد، ط1
- بدوي أحمد زكي 1982، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان، لبنان.
- النمر عصام، 2008، القياس والتقويم في التربية الخاصة دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن.
- حكيم رابية ابراهيم، 2003، دليلك للتعامل مع التوحد، جدة، شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر.
- دعو سميرة، شنوفي نورة، 2013، الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، جامعة البويرة.
- مدلل شهرزاد، 2015، الخصائص النفسية، الاجتماعية للطفل التوحد من وجهة نظر المربية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، جامعة بسكرة.
- الهام محمد حسن، 2016، الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والاطفال العاديين، مذكرة ماجستير، كلية التربية، دمشق.
- الجرواني، هالة ابراهيم، صديق رحاب محمود، 2013، مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.

- بدر، ابراهيم محمود، 2004، الطفل التوحدي تشخيصه وعلاجه مصر مكتبة انجلو المصرية.
- الراوي توفيق، حماد أمال، 1999، التوحد الإعاقة الغامضة، مؤسسة حسن بن علي للنشر، الدوحة، ط1
- سبيال، كمال سالم، 2002، موسوعة التربية والتأهيل النفسي، العين، دار الكتاب الجامعي
- محمد علي كامل، 2005، الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج، مكتبة ابن سينا للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة
- وفاء علي الشامي، 2004، علاج التوحد، مركز جدة للتوحد، السعودية، ط1.
- ريما فاضل مالك، 2015، فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض المهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مذكرة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.
- القمش مصطفى، المعاينة خليل، 2007، سيكولوجيا الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، ط1
- سهيل، ثامر فرج، 2015، التوحد - التعريف - الاسباب - التشخيص - والعلاج، دار الإعصار العالمي.
- فراج عثمان لبيب، 2002، الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- ثناء حسن سليمان، 2007، اضطراب التوحد، دار كيوان، دمشق
- سوسن شاكر مجيد، 2010، التوحد أسبابه خصائصه دينيو للنشر الأردن
- عبد الرحمان محمد العيسوي، دراسات في علم النفس الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت.
- الزراع، نايف بن عابدين إبراهيم، 2005، قائمة تقدير السلوك التوحدي، دار الفكر، عمان الأردن.
- عبد الرحمان محمد العيسوي، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، ط1، دار الراتب.
- الشامي، وفاء، 2004، خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، مركز جدة للتوحد، ط1
- أحمد نايل العزيز، بلال أحمد عودة، 2009، سيكولوجية أطفال التوحد، دار الشروق، عمان، ط1
- عباس، محمد خليل ومحمد بكر والعيسى، محمد مصطفى و عواد، فريال محمد (2009) مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط2، المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
- رشيد زرواتي، 2007، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ديوان مطبوعات الجامعية، الجزائر، ط3

- خير الدين أحمد غويس، 2004، دليل البحث العلمي، جامعة القاهرة، دار الفكر.
- الصبي، عبد الله، (٢٠٠٣). (التوحد وطيف التوحد، ط1). (الرياض، المملكة العربية السعودية.
- مكتبة الملك فهد الوطنية.
- سليمان، عبد الرحمن، (١٩٩٧), (دور الإرشاد الأسري في رعاية الأطفال المعوقين، مجلة
- جمال أبو دلو: (2008)، الصحة النفسية، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان
- معوقات الأسرة، جامعة الأزهر.
- جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني العزة: (1999) (مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1،
- مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.
- عبد الكريم قاسم أبو الخير: (2002)، (التمريض النفسي، مفهوم الرعاية التمريضية، ط1، دار
- وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن
- محمد حسن غان: (م 2009) (مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، ط1، المكتبة المصرية، القاهرة)
- صالح حسين الداھري: (2008) (سيكولوجية الإبداع و الشخصية، ط1، دار الصفاء للنشر و
- التوزيع، عمان، الأردن

Corbiere (2004) Solving the Enigma of Autism. United Kingdom publishing. p13.

Gerlach. E (2003) Autism treatment guide. United Kingdom. Future.

http://www.face من طرف المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً 2012/11/29 يوم
2022/04/03 الساعة 09:30

الملاحق

البعد الأول

لا	نعم	الدورات التكوينية
		<ul style="list-style-type: none">- هل استفدتم من الدورات التكوينية؟- هل الدورات التكوينية التي تلقيتها كافية؟- هل الدورات التكوينية التي تلقيتها تساعدك في القسم؟- هل البرامج المطبقة تخدم الطفل التوحيدي؟- هل المهارات المستخدمة تخدم الطفل التوحيدي؟- هل هناك اجتهادات خاصة حول الأنشطة التي تقدم للطفل التوحيدي؟- هل تفرض عليك برامج يجب التقيد بها؟- هل هناك تغيير في التقنيات وأساليب التكفل بالطفل التوحيدي تعيق عملك؟- هل لديك خبرات سابقة عن التكفل بالطفل التوحيدي؟

البعد الثاني

لا	نعم	عراقيل سلوكية ونفسية عند الطفل التوحيدي
		<p>1- هل تنتاب الطفل حالات غضب؟</p> <p>2- هل يقوم الطفل التوحيدي بتخريب أشياءه؟</p> <p>3- هل يقوم الطفل التوحيدي بضرب زملائه؟</p> <p>4- هل يقوم الطفل التوحد بإيذاء نفسه؟</p> <p>5- هل يوجد تواصل بصري عند الطفل التوحيدي؟</p> <p>6- هل تنتاب الطفل التوحيدي نوبات ضحك؟</p> <p>7- هل يستجيب الطفل عند إعطائه مجموعة من الأوامر؟</p> <p>8- هل عند الطفل فرط في الحركة وتشتت في الانتباه؟</p> <p>9- هل هناك زيارات متكررة للأخصائي الأطفوني؟</p> <p>10- هل هناك زيارات متكررة للأخصائي الأخصائي؟</p>

البعد الثالث

لا	نعم	الوسائل التعليمية
		<p>1- هل يتوفر القسم على طاولات فردية؟</p> <p>2- هل يحتوي القسم على مثيرات بصرية؟</p> <p>3- هل يتوفر القسم على ألعاب تخدم الطفل التوحيدي؟</p> <p>4- هل يتوفر القسم على مكان لحفظ أغراض الطفل؟</p> <p>5- هل القسم يحتوي على مساحات كافية لتحرك الطفل التوحيدي؟</p> <p>6- هل توجد في القسم وسائل كافية للتكفل بالطفل التوحيدي؟</p> <p>7- هل تقوم باجتهادات خاصة بشراء الوسائل التعليمية؟</p> <p>8- هل توجد سجادات للعب خاصة بالطفل التوحيدي؟</p> <p>9- هل تقوم الوزارة بإرسال مناشير تساعد المعلم بالتكفل بأطفال التوحد؟</p>



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

رقم 01... ل.و.ت. و.ا.د.خ.و.ا

03 سبتمبر 2019

وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة



وزارة التربية الوطنية



وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات



وزارة التكوين والتعليم المهنيين



السيدات والسادة:

مديرو التربية، ومديرو النشاط الاجتماعي والتضامن، ومديرو التعليم والتكوين المهنيين، ومديرو الصحة والسكان

الموضوع: منشور وزاري مشترك يتضمن تذكيرا بالتدابير والترتيبات المتعلقة بتمدرس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم.

المراجع: - القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08/05/2002 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم؛

- القانون رقم 08-04 المؤرخ في 23/01/2008 المتضمن القانون التوجيهي للتربية الوطنية؛

- القانون رقم 08-07 المؤرخ في 23/02/2008 المتضمن القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين؛

- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018 المتعلق بالصحة؛

- المرسوم التنفيذي رقم 12-05 المؤرخ في 04/01/2012 يتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين؛

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 17/05/2003 الذي يحدد كفاءات تنظيم التقييم والامتحانات المدرسية للتلاميذ المعوقين حسيًا؛

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13/03/2014 الذي يحدد كفاءات فتح أقسام خاصة للأطفال المعوقين ضمن مؤسسات التربية والتعليم العمومية التابعة لقطاع التربية الوطنية.

يشكل تمدرس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم انشغالا دائما للدولة من أجل تمكينهم من حقهم الدستوري في التربية والتعليم والتكوين، على غرار سائر الأطفال الجزائريين. وقد كرس هذا الحق القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08/05/2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، حيث ينص هذا القانون في المادة الثالثة منه على ما يلي: "تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى [...] ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين".

كما ينص القانون رقم 04-08 المؤرخ في 23 يناير 2008 المتضمن القانون التوجيهي للتربية الوطنية، في المادة 14 منه على ما يأتي: "تسهر الدولة على تمكين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من التمتع بحقوقهم في التعليم.

يسهر قطاع التربية الوطنية، بالتنسيق مع المؤسسات الاستشفائية وغيرها من الهياكل المعنية، على التكفل البيداغوجي الأنسب وعلى الإدماج المدرسي للتلاميذ المعوقين وذوي الأمراض المزمنة".

وقد بادرت كل من وزارة التربية الوطنية ووزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، ووزارة التكوين والتعليم المهنيين، كل فيما يعنيهها، باتخاذ جملة من الإجراءات والتدابير التي تتعلق بضمان التكفل بتمدرس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم.

وفي إطار التحضير للدخول المدرسي 2020/2019، نوافيكم بهذا المنشور الذي يذكر بالتدابير والترتيبات العملية الواجب احترامها والخطوات الواجب اتباعها من أجل تحسين تمدرس هذه الفئة من الأطفال وتكوينهم، وذلك بالتنسيق التام والكامل مع مصالح مختلف القطاعات المعنية في هذا المجال.

1. تذكير بصيغ التكفل:

يتم التكفل بتمدرس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حسب صيغتين أساسيتين:

1.1- التكفل في الوسط المؤسساتي المتخصص:

يقصد بالوسط المؤسساتي المتخصص مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التضامن الوطني والأسرة، وتلك المنبثقة من طرف الجمعيات والخواص.

2.1- التكفل في الوسط المدرسي العادي:

ويقصد بالوسط المدرسي العادي مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التربية الوطنية، وهي المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانويات، وكذا مؤسسات التربية والتعليم الخاصة. ويتم ذلك إما بإدماج الطفل المعني إدماجا كلياً في الأقسام العادية أو بإدماج جزئي في الأقسام الخاصة.

2. الترتيبات المتعلقة بالتسجيل والتوجيه:

على أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التقرب من مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لتسجيل أبنائهم في مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التربية الوطنية، أو في مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة التابعة لقطاع التضامن الوطني والأسرة، حسب الحالة.

تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن دراسة ملفات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى اللجنة الولائية المتخصصة أو المجلس النفسي البيداغوجي قصد تحديد صيغة التكفل الملائمة وتوجيه الأطفال نحو المؤسسات المتخصصة أو الأقسام الخاصة أو الأقسام العادية بعد إجراء الفحوصات اللازمة التي تكتضيها كل حالة.

وفضلاً عن ذلك، ولتحسين مستوى توجيه الأطفال، يتعين على مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تفعيل اللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني المنشأة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 333-03 المؤرخ في 2003/10/08 المتعلق باللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني.

3. الترتيبات المتعلقة بفتح قسم خاص:

يتم فتح قسم خاص حسب الآتي:

- انطلاقاً من نتائج تقييم التسجيلات، تعد مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن القوائم الاسمية للأطفال المعنيين حسب الإعاقة، لتشخيص الحاجة إلى فتح أقسام خاصة، بالتنسيق مع المؤسسات المكلفة بالتربية ما قبل المدرسية والجمعيات الناشطة في هذا المجال والأولياء.
- يتم التنسيق بين مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن ومديرية التربية لتعيين المؤسسة التعليمية التي يفتح بها القسم الخاص، ويرسم ذلك بمقرر مشترك يحدد المؤسسة المستقبلة وطبيعة الإعاقة والمستوى الدراسي للقسم.

للتذكير، فإن الإعاقات التي يتم التكفل بها في الأقسام الخاصة هي الإعاقة الحسية (البصرية والسمعية)، والإعاقة الذهنية الخفيفة بما فيها الترزوميا 21، واضطراب التوحد بدرجة خفيفة. كما أن الأقسام الخاصة تستقبل الأطفال المعوقين حسيًا من مستوى تعليمي واحد، وعند الاقتضاء من مستويين تعليميين متتاليين من نفس المرحلة التعليمية، علماً أن عدد التلاميذ الذين يمكن أن يسجلوا في القسم الخاص يتراوح بين ثمانية (8) تلاميذ كحد أدنى واثني عشر (12) تلميذاً كحد أقصى بالنسبة للأطفال المعوقين سمعياً أو بصرياً، وبين ستة (6) تلاميذ كحد أدنى وعشرة (10) تلاميذ كحد أقصى بالنسبة للأطفال ذوي إعاقة ذهنية خفيفة.

وبهذا الصدد، يتعين على مدير المؤسسة المستقبلة للقسم الخاص تخصيص قاعة بيداغوجية ملائمة تتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية، على غرار الأقسام العادية. كما يتعين عليه تسجيل القسم الخاص في الأرضية الرقمية لقطاع التربية الوطنية. بينما تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن توفير الوسائل التعليمية والتجهيزات المتخصصة مع ضمان جردها وصيانتها.

4. تأطير الأقسام الخاصة:

يوظف الأقسام الخاصة أساتذة ومعلمو التعليم المتخصصين ومستخدمو الدعم تابعون للأسلاك الخاصة بقطاع التضامن الوطني، تعينهم مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، ويمارس هؤلاء الموظفون مهامهم تحت سلطة مدير المؤسسة التعليمية ويخضعون للنظام الداخلي لهذه الأخيرة.

وبهذا الصدد، يتعين على مدير النشاط الاجتماعي والتضامن السهر على عملية التوظيف في المناصب المالية المفتوحة بعنوان سنة 2019 لتأطير الأقسام الخاصة، وتدعيم هذه العملية باستغلال أجهزة التشغيل المؤقت المتوفرة.

5. الترتيبات المتعلقة بالمرافقة

عندما تستدعي حالة الطفل المصاب بإعاقة أو اضطراب ضرورة مرافقته بمرافق الحياة المدرسية، بناء على رأي مؤكد من الطبيب المعالج، يودع ولي الطفل المعني طلباً بوضع مرافق تحت تصرفه لدى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، يكون مدعوماً بملف طبي يثبت حاجة التلميذ المعني إلى هذه المرافقة لضمان استمرارية التمدن الحسن. بعد دراسة الطلب وبناء على رأي المجلس النفسي البيداغوجي أو اللجنة الولائية المتخصصة، تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تعيين المرافق وتطلب من مديرية التربية الترخيص له بالدخول إلى المؤسسة التعليمية المسجل بها التلميذ المعني.

يتولى مرافق الحياة المدرسية لاسيما ما يلي:

- مرافقة التلميذ في الدخول إلى المؤسسة التعليمية وإلى القسم والتنقل بين مرافقها،
 - مساعدة التلميذ على تنظيم عمله،
 - مساعدة التلميذ على إنجاز المهام التعليمية (الكتابة، التدوين، الرسم، تبسيط الأسئلة المطروحة وشرحها، توضيح ما يطلبه الأستاذ، المشاركة في أعمال الفوج، ...)
 - مرافقة التلميذ في نشاط التربية البدنية والرياضية،
 - مرافقة التلميذ في الاستراحة والتدخل عند حدوث أي طارئ للتلميذ المعني،
 - مرافقة التلميذ في الأنشطة الثقافية والرياضية والأنشطة الترفيهية وفي الخرجات الاستكشافية.
- وبصفة عامة، يلعب مرافق الحياة المدرسية دورا هاما في مسار تعلم التلميذ وتفاعله مع زملائه والاندماج في الوسط المدرسي.

فضلا عن المهام التي يقوم بها مرافق الحياة المدرسية داخل المؤسسة التعليمية، يمكن له أن يكون همزة وصل بين التلميذ وبين أسرته فيما يخص الجوانب التربوية والعلائقية والتعليمية.

إن دخول مرافق الحياة المدرسية إلى المؤسسة التعليمية ونجاحه في مهمة المرافقة مرهون بالدعم الذي يجب أن يلقاه من قبل الأسرة البيداغوجية في المؤسسة التعليمية. فوجوده جاء لتغطي الحواجز التي تعيق تدرس التلميذ المصاب باضطراب أو إعاقة، وضمان تكافؤ الفرص في التعلم بين جميع التلاميذ.

لذلك، ونظرا إلى أن دخول مرافق الحياة المدرسية أمر مستجد في نظامنا التعليمي، وفي انتظار صدور نص يقنن هذا الجانب، على مدير المؤسسة والأستاذة تسهيل مهمته ومساعدته في أدائها بتوفير الظروف المناسبة لعمله، من أجل التمدرس العادي للتلميذ المعني.

6. الترتيبات المتعلقة بالرعاية الصحية وبالمرافقة النفسية:

طبقا لأحكام المادة 93 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018، والمذكور أعلاه، والتي تنص على أن الدولة تضمن الشروط الخاصة المتعلقة بالمراقبة والتكفل في مجال صحة الأطفال الموضوعين في المؤسسات، لاسيما منها تلك التابعة للوزارة المكلفة بالتضامن الوطني، فإن التكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة يشمل التكفل الصحي والنفسي ومختلف العلاجات الضرورية التي يتلقاها التلاميذ من هذه الفئة، كل حسب حالته وإعاقته، لاسيما إعادة تأهيل اضطرابات النطق وتحسين وظائفهم.

لذلك، يتعين على وحدات الكشف والمتابعة للصحة المدرسية تنظيم تدخل الأطباء والاختصاصيين، وبرنامج حصص إعادة التأهيل والمرافقة النفسية اللانقة من أجل الاستفادة الكاملة منها، دون تفریط في الأنشطة التعليمية المدرسية المقررة.

7. الترتيبات المتعلقة بتكثيف الأنشطة البيداغوجية والأنشطة اللاصفية:

إذا كانت الأقسام الخاصة التي تستقبل التلاميذ ذوي إعاقة حسية تطبق البرامج الرسمية لوزارة التربية الوطنية، مع تكثيف الأنشطة التعليمية بما يتماشى وطبيعة الإعاقة، فإن الأقسام التي تستقبل التلاميذ ذوي إعاقة ذهنية خفيفة لا بد أن تطبق فيها البرامج المعدة لهذه الفئة من التلاميذ.

ومن جهة أخرى، وجب العمل على أن يستفيد التلاميذ ذوو الاحتياجات الخاصة، مهما كانت صيغة التكفل بهم، من مختلف الأنشطة الثقافية والرياضية، وتدعيم أنشطة اللعب والترفيه والتسلية، وترقية نشاطات المطالعة، وبرنامج الخرجات الميدانية الاستطلاعية التي تسمح لهم بالفتح على المحيط الخارجي، بالتنسيق مع القطاعات المعنية، لاسيما قطاع الشباب والرياضة وقطاع الثقافة.

8. الترتيبات المتعلقة بالتقييم البيداغوجي والامتحانات المدرسية:

- صلا بأحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2003/5/17 والمذكور أعلاه، تخضع مؤسسات التربية والتعليم المتخصص والأقسام الخاصة لنفس الإجراءات المعمول بها بوزارة التربية الوطنية في مجال التقييم والامتحانات بالنسبة للتلاميذ المعوقين حسياً. وعليه، وبالنظر إلى وضعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، يتعين على مدير النشاط الاجتماعي والتضامن القيام بما يلي:
- إعداد قوائم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة المرشحين للامتحانات المدرسية ومتابعة التسجيل مع المصالح المعنية؛
 - توفير الدعائم البيداغوجية والتقنية للتلاميذ المعنيين؛
 - القيام بالتكيفات المناسبة في الاختبارات الفصلية حسب الإعاقة.

كما يتعين على مدير التربية القيام لا سيما بما يلي:

- توفير كل الوسائل والدعائم البيداغوجية والتقنية التي تسهل إجراء الامتحانات؛
- مراعاة إعاقه التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة عند توجيههم إلى أحد الجذعين المشتركين في السنة الأولى ثانوي وفي شعب السنة الثانية ثانوي؛
- تخيير التلميذ ذي الإعاقه البصرية بين تحرير الأجوبة بالبرايل أو بإملائها على حارس يتولى كتابتها على ورقة الاختبار.

للتذكير، فإن وزارة التربية الوطنية قد اتخذت إجراء استثنائياً يقضي بقبول التلاميذ ذوي الاحتياجات ذوي إعاقه حسية (المكفوفون والعم البكم) أو إعاقه ذهنية (تريزوميا 21) أو اضطراب التوحد الذين لم ينجحوا في امتحان نهاية مرحلة التعليم الابتدائي أو في امتحان شهادة التعليم المتوسط، وانتقالهم إلى المستوى الأعلى إذا حصلوا على معدل سنوي عام يساوي أو يفوق 10/5 بالنسبة لتلاميذ السنة الخامسة ابتدائي أو على معدل سنوي عام يساوي أو يفوق 20/10 بالنسبة لتلاميذ السنة الرابعة متوسط.

9. الترتيبات المتعلقة بدعم التمدرس:

- إن التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة هم أولى في الاستفادة من الخدمات المتعلقة بدعم التمدرس. لذلك، يتعين على جميع المتدخلين العمل على استفادة التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مما يلي:
- المنحة المدرسية كما هو منصوص عليه قانونياً؛
 - المساعدات المقدمة (المحافظ المدرسية) في إطار التضامن الوطني؛
 - الوجبات الغذائية المتوازنة على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصين؛
 - النقل المدرسي؛
 - الاستفادة من الرعاية الصحية التي تضمنها الصحة المدرسية؛
 - التحسيس والتوعية بمخاطر الأمراض والأفات الاجتماعية في الوسط المدرسي؛
 - الإيواء في المؤسسات المتخصصة التابعة لقطاع التضامن الوطني.

10. الإعلام والتحصين:

- يكتسي الإعلام والتحصين حول إدماج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أهمية بالغة لتحقيق الأهداف المنشودة. لذلك يتعين على مديري النشاط الاجتماعي والتضامن ومديري التربية تنظيم عمليات إعلامية وتحسيسية في الموضوع تشمل جميع المتدخلين، لاسيما:
- مديري المؤسسات التعليمية والأساتذة والمفتشين؛
 - باقي المستخدمين في المؤسسات التعليمية؛
 - أولياء التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة؛
 - أولياء التلاميذ الآخرين.

11. تكوين المؤطرين في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة:

يشكل التكوين أحد المحاور الأساسية في تحسين نوعية الخدمة والولوج التدريجي في الاحترافية فيما تعلق بالتكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة. لذلك، ومن أجل رفع مستوى الأداء وتحسين المعارف العلمية، يتعين الحرص على إشراك المؤطرين، سواء كانوا إداريين (مديرو المؤسسات التعليمية) أو بيداغوجيين (الأساتذة والمفتشون) في الدورات التكوينية التي تنظمها قطاعات التربية الوطنية والتضامن الوطني والأسرة والصحة والسكان.

كما يجب التنسيق بين أسلاك المفتشين التابعة للتربية الوطنية وبين المفتشين التقنيين البيداغوجيين التابعين لقطاع التضامن الوطني لوضع برامج زيارات ميدانية توجيهية وتكوينية لفائدة أساتذة ومعلمي الأقسام الخاصة للمعوقين سمعيا وبصريا. وتبقى مسؤولية متابعة الأقسام الخاصة بالتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة لقطاع التضامن الوطني.

12. التدابير المتعلقة بالتكوين المهني للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية:

في إطار تطبيق أحكام القانون رقم 07-08 المؤرخ في 23 فيفري 2008 المتضمن القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين، لا سيما المادة 04، تتكفل وزارة التكوين والتعليم المهنيين بضمان تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية قصد منحهم كفاءات مهنية تسمح لهم بالاندماج في سوق الشغل أو خلق مؤسسة اقتصادية.

1.12- طبيعة الإعاقة المتكفل بها :

يفتح التسجيل لمتابعة تكوين مهني للأشخاص:

- المعوقين حركيا (سوء التركيب الجسمي، التشوه المكتسب، عواقب حوادث المرور، التهاب العضلات، عجز ذو أصل دماغي، الشلل، الشلل النصفي)،
- المعوقين سمعيا (نقص السمع، الصم البكم)،
- المعوقين بصريا (نقص البصر، والمكفوفون).

2.12 - تسجيل و توجيه الأشخاص المعوقين جسديا لمتابعة تكوين مهني:

فضلا عن ملف التسجيل، يجب أن يقدم الشخص المعاق جسديا ملفا طبييا يثبت الإعاقة مصادقا عليه من طرف الطبيب المعالج، وبناء على هذا الملف، يوجه المترشح المعاق جسديا نحو التخصص ونمط التكوين العلائمين لإعاقته، ويتم توجيهه من طرف لجنة متعددة المهام تضم كلا من طبيب، مستشار التوجيه، مختص نفسي وأستاذ مكفون بغرض مساعدة طالب التكوين للتوفيق بين قدراته الجسدية والفكرية مع متطلبات التخصص المرغوب.

3.12 - الأولوية لإدماج الأشخاص المعوقين جسديا في الفروع العادية للتكوين

تعطى الأولوية لإدماج الأشخاص المعوقين جسديا في الفروع العادية بكل مؤسسات التكوين والتعليم المهنيين، ويوجه إلى المؤسسات المتخصصة الشباب المعوقون جسديا الذين يتطلب تكوينهم مراقبة خاصة وذلك طبقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 16-184 المؤرخ في 22 يونيو 2016، الذي يحدد مهام وكيفية تنظيم وسير مراكز التكوين المهني والتمهين المتخصصة للأشخاص المعوقين جسديا.

4.12 - التكوين في المراكز الجهوية المتخصصة للأشخاص المعوقين جسديا:

يوجه الشباب المعاق جسديا نحو أحد المراكز الجهوية المتخصصة الخمسة المتواجدة بكل من ولايات الأغواط، الجزائر، سكيكدة، بومرداس وغيليزان.

وقصد تغطية كافة المناطق الجهوية، تم إلحاق الولايات المجاورة لهذه المراكز الجهوية بموجب القرار الوزاري المؤرخ في 09 جويلية 2018، والذي يحدد المقاطعات الجغرافية للمراكز المتخصصة في التكوين المهني والتمهين للأشخاص المعوقين جسديا بغية التكفل بتكوين الأشخاص المعوقين جسديا حسب كل منطقة بالشرق، الغرب، الوسط والجنوب، حسب قرب الولايات من المركز الجهوي.

5.12 - الامتيازات الممنوحة للأشخاص المعوقين جسدياً:

- يتيح القطاع عدة امتيازات للأشخاص المعوقين جسدياً لاسيما:
- منح الأولوية للشباب المعوقين جسدياً طالبي التكوين في التخصصات الملائمة مع إعاقاتهم؛
- الاستفادة من رخصة في مستوى الدخول المطلوب لا تتجاوز سنة في مستويات التأهيل 1 و2 و3؛
- عدم إخضاع الأشخاص المعوقين جسدياً لشرط السن الأقصى بالنسبة لنمط التكوين عن طريق التمهين؛
- إعفاء الشاب المعوق جسدياً من اختبارات ومسابقات الدخول؛
- الاستفادة من مدة إضافية تقدر بـ 30 دقيقة في اختبارات نهاية التكوين؛
- إمكانية استئناف التكوين بالنسبة للمتربصين المعوقين جسدياً الذين انقطعوا عن تكوينهم لأسباب صحية.

6.12 - تحسين ظروف التكفل بالأشخاص المعوقين جسدياً في المؤسسات التكوينية:

يسير مدير التكوين والتعليم المهنيين على توفير كل الشروط الضرورية لضمان تكوين ناجح وفعال لذوي الإعاقة الجسدية والمبادرة بكل إجراء من شأنه ضمان راحة ورفاهية متربصي التكوين المهني من ذوي الإعاقة الجسدية، سيما من خلال التنسيق مع القطاعات المعنية قصد تدعيم التكفل بهذه الفئة، وذلك من خلال توفير متدخلين متخصصين في الميدان الاجتماعي والطبي والنفس.

كما يجب العمل على الرفع الدائم لمستوى المستخدمين المكلفين بتأطير المتربصين ذوي الإعاقة الجسدية سيما المكونين، وذلك من خلال مشاركتهم المستمرة في دورات التكوين والرسكلة التي تنظمها شبكة الهندسة البيداغوجية لقطاع التكوين والتعليم المهنيين.

إن نجاح التكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مرهون بالتنسيق الدائم والعمل المشترك وبشكل منتظم بين مختلف المتدخلين.

إن الترتيبات التي تم التذكير بها أعلاه لا تغني بطبيعة الحال من المبادرة بأي إجراء يصب في تحسين تدرّس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ضماناً لحقهم الدستوري في التربية والتعليم والتكوين. وإنا نعتد على حسن تقديركم وحسبكم الإنساني الرفيع في تطبيق التدابير والإجراءات المذكورة على جميع المستويات لتجسيد شعار المدرسة التي نصبو إليها، وهي مدرسة ذات نوعية، ضامنة للإدماج وجامعة لكل التلاميذ بكل اختلافاتهم.

وزارة التضامن الوطني
والأسرة والقضاء
والمرأة
والتربية الوطنية
والشباب والرياضة
والصحة والسكان
وإصلاح المستشفيات
وإصلاح
ميراي محمد
01

وزير التربية الوطنية

وزير التربية الوطنية

عبد الحكيم باعبار



وزير الصحة والسكان
وإصلاح المستشفيات

ميراي محمد



وزير التكوين والتعليم المهنيين

بالأستاذ: د. إدريس ماضي باحير



