



رقم التسجيل:

دراسة تقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر

دراسة ميدانية بولاية باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي: علم النفس المرضي للطفل والمراهق

تحت إشراف: أ.د. مزوز بركو

من إعداد:

د. زغيش وردة

الطالب: الطاهر قيروود

لجنة المناقشة

| الجامعة | الصفة | الدرجة العلمية | اسم الاستاذ |
|---------------|--------------|----------------------|---------------|
| جامعة باتنة 1 | رئيسا | أستاذ التعليم العالي | بوفولة بوخميس |
| جامعة باتنة 1 | مشرفا مقرا | أستاذ التعليم العالي | مزوز بركو |
| جامعة باتنة 1 | مشرفا مساعدا | أستاذ محاضر أ | زغيش وردة |
| جامعة باتنة 1 | عضوا مناقشا | أستاذ محاضر أ | عيواج صونيا |
| جامعة عنابة | عضوا مناقشا | أستاذ محاضر أ | ساسان إلهام |
| جامعة سطيف 2 | عضوا مناقشا | أستاذ محاضر أ | بن غدفة شريفة |

السنة الجامعية 2019-2020



فهرس المحتويات

| الصفحة | التعيين |
|------------------------------------------|---------------------------------|
| I..... | شكر وعرفان..... |
| II..... | الملخص باللغة العربية..... |
| VI..... | الملخص باللغة الإنجليزية..... |
| V..... | الملخص باللغة الفرنسية..... |
| 01 | مقدمة..... |
| الفصل الأول: الإشكالية ومنطلقاتها | |
| 06 | 1- إشكالية الدراسة..... |
| 11 | 2- فرضيات الدراسة..... |
| 11..... | 3- أهمية الدراسة..... |
| 13..... | 4- أهداف الدراسة..... |
| 14..... | 5- الدراسات السابقة..... |
| 17..... | 6- تحديد مصطلحات الدراسة..... |
| الجانب النظري | |
| الفصل الثاني: ماهية التوحد | |
| 21..... | - تهديد..... |
| 21..... | 1-لمحة تاريخية..... |
| 25..... | 2-تعريف التوحد..... |
| 26..... | 3- نسبة انتشار التوحد..... |
| 27..... | 4- أنواع التوحد..... |
| 31..... | 5- النظريات المفسرة للتوحد..... |
| 37 | 6- خصائص التوحد..... |
| 43..... | - خلاصة الفصل..... |

الفصل الثالث: تشخيص وتقييم التوحد

- 45.....تمهيد -
- 45.....1- تشخيص اضطراب التوحد.....
- 46.....2- أعراض التوحد.....
- 53.....3- مراحل عملية التشخيص والتقييم.....
- 56.....4- أدوات التشخيص.....
- 60.....5- خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: أساليب التكفل النفسي بأطفال التوحد

- 62.....تمهيد -
- 62.....1- الكشف المبكر للتوحد.....
- 64.....2- مراحل عملية التكفل.....
- 68.....3- أطراف العملية التكفلية.....
- 70.....4- أساليب التكفل باضطراب التوحد.....
- 104.....5- خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: معايير تقييم مؤسسات التكفل

- 106.....تمهيد.....
- 106.....1- معيار الكوادر العاملة على التكفل باضطراب التوحد.....
- 108.....2- معيار التشخيص.....
- 109.....3- معيار البيئة التعليمية.....
- 110.....4- معيار التقييم.....
- 111.....5- معيار المناهج والبرامج التربوية للتكفل باضطراب التوحد.....
- 115.....6- معيار مشاركة ودعم الأسرة:.....
- 116.....7- معيار الدمج.....
- 120.....8 - معيار الخدمات المقدمة للطفل التوحيدي.....
- 121.....- خلاصة الفصل.....

الجانب الميدان

الفصل السادس: منهجية الدراسة

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....123
- 2- حدود الدراسة الاستطلاعية.....123
- 3- عينة الدراسة وخصائصها.....123
- 4- أدوات الدراسة الاستطلاعية.....123
- 5- نتائج الدراسة الاستطلاعية.....124

ثانياً: الدراسة الأساسية

- 1- منهج الدراسة.....125
- 2- حدود الدراسة.....126
- 3- عينة الدراسة وخصائصها.....126
- 4- محاور عملية تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد.....128
- 5- سير عملية التقييم الميداني.....129
- 6- أدوات الدراسة.....130
- 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....138

الفصل السابع : عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

- 1- عرض نتائج احصائيات الأطفال المتكفل بهم.....140
- 2- عرض نتائج طبيعة مؤسسات التكفل بولاية باتنة.....140
- 3- عرض نتائج المقابلات.....141
- 4- عرض حوصلة لنتائج المقابلات.....161
- 5- عرض النتائج المتعلقة بالاستبيان المخصص للمختصين العاملين بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة..170
- 6- عرض نتائج الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم.....212
- 7- عرض نتائج شبكة الملاحظة.....238
- 8- عرض نتائج تحليل الوثائق.....246

- 9- عرض نتائج الفروق في التكفل باطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات.....253
- 10- عرض النتائج المتعلقة بطبيعة الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل بأطفال التوحد..... 254
- 11- تحليل ومناقشة النتائج.....254
- خاتمة..... 285
- قائمة المراجع 289
- قائمة الملاحق..... 294

فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 28 | جدول رقم 01 يوضح الفروق بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبيرجر | 1. |
| 31 | جدول رقم 02 قائمة توضح درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد | 2. |
| 85 | جدول رقم 03 يلخص شروط ومتطلبات أسلوب لوفاس Lovaas | 3. |
| 102 | جدول رقم 04 يوضح بشكل مختصر البرامج المعتمدة عالميا وأساليب تدخلها. | 4. |
| 127 | جدول رقم 05 يوضح خصائص العينة من حيث الوظيفة: | 5. |
| 128 | -جدول رقم 06 يوضح خصائص العينة من حيث التخصص حسب كل مركز: | 6. |
| 140 | جدول رقم 07 يوضح عدد الحالات المتكفل بها في المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة | 7. |
| 140 | جدول رقم 08 يوضح ملخص طبيعة اختصاص مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة | 8. |
| 161 | جدول رقم 09 يوضح النتائج المتعلقة برؤية المؤسسة وفكرها وسياستها اتجاه التكفل بأطفال التوحد والمتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التوحد بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة. | 9. |
| 162 | الجدول رقم 10 يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التوحد بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة. المتعلقة بالكوادر العاملة | 10. |
| 164 | جدول رقم 11 يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين فيما بالفريق المتعدد التخصصات | 11. |
| 165 | جدول رقم 12 يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع المختصين المتعلقة باستخدام أدوات التشخيص | 12. |
| 166 | جدول رقم 13 يوضح النتائج المستخلصة من المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد بمؤسسات التكفل بهذه الفئة من الأطفال المعنية بالدراسة | 13. |
| 168 | جدول رقم 14 يوضح النتائج المتعلقة بعملية الدمج الخدمات الانتقالية المستخلصة من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد العاملين بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة بولاية باتنة: | 14. |
| 170 | جدول رقم 15 يوضح النتائج حسب الخبرة المكتسبة في مجال العمل مع الأطفال المتوحدين | 15. |

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 171 | جدول رقم 16 يوضح نتائج طبيعة التكوين الذي تلقاه المختصين في مجال التكفل بأطفال التوحد | .16 |
| 172 | جدول رقم 17 يوضح النتائج حسب نوع التكوين | .17 |
| 173 | جدول رقم 18 يوضح النتائج حسب مدة التكوين في التوحد بالساعة في كل تخصص | .18 |
| 174 | جدول رقم 19 يوضح نتائج التكوين في برنامج Teacch | .19 |
| 175 | جدول رقم 20 يوضح نتائج التكوين في برنامج ABA حسب الحجم الساعي | .20 |
| 176 | جدول رقم 21 يوضح نتائج التكوين في برنامج PEP | .21 |
| 177 | جدول رقم 22 يوضح نتائج التكوين في برنامج PECS | .22 |
| 178 | جدول رقم 23 يوضح نتائج التكوين في برنامج CARS | .23 |
| 179 | جدول رقم 24 يوضح نتائج التكوين في برنامج | .24 |
| 180 | جدول رقم 25 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر ورشة العمل الفردي | .25 |
| 181 | جدول رقم 26 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر التقييم حسب ورشة العمل الجماعي | .26 |
| 182 | جدول رقم 27 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم | .27 |
| 182 | جدول رقم 28 يوضح نتائج تفويج الأطفال المتكفل بهم أثناء عملية التكفل في أفواج يقل عدد أفرادها عن 06 أفراد في الفوج المجموعة الواحد. | .28 |
| 183 | جدول رقم 29 يوضح نتائج مدى توفر طاولات تحتوي على مثيرات بصرية كصورة الطفل تمكنه من التعرف على طاولته | .29 |
| 184 | جدول رقم 30 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر الألعاب واستخدامها. | .30 |
| 185 | جدول رقم 31 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهمات التعليمية: | .31 |
| 185 | جدول رقم 32 يوضح نتائج وجود الجدول البصري العام يوضح الأنشطة اليومية | .32 |
| 186 | جدول رقم 33 يوضح نتائج بوجود جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل | .33 |
| 187 | جدول رقم 34 يوضح نتائج مدى احتواء القسم (الصف على) على مكان لحفظ الطفل لأغراض ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته) | .34 |
| 188 | جدول رقم 35 يوضح نتائج مدى بتوفر شرط أن لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 02 | .35 |
| 190 | جدول رقم 36 يوضح بمعيار فريق التشخيص | .36 |
| 192 | جدول رقم 37 يوضح معايير التشخيص المعتمد عليها في التشخيص | .37 |

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 193 | جدول رقم 38 يوضح أدوات التشخيص المستخدمة: | .38 |
| 194 | جدول رقم 39 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر اختبارات التشخيص | .39 |
| 196 | جدول رقم 40 يوضح بمعيار فريق التقييم | .40 |
| 197 | جدول رقم 41 يوضح أدوات التقييم المستخدمة في مؤسسات التكفل | .41 |
| 198 | جدول رقم 42 يوضح المهارات المستهدفة في التقييم | .42 |
| 198 | جدول رقم 43 يوضح نتائج دورات التقييم | .43 |
| 200 | جدول رقم 44 يوضح طبيعة فريق التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل | .44 |
| 201 | جدول رقم 45 يوضح الحجم الساعي الأسبوع لعملية التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل | .45 |
| 201 | جدول رقم 46 يوضح طبيعة التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل من حيث الفردي والجماعي | .46 |
| 202 | جدول رقم 47 يوضح كيفية تفويج الأطفال أثناء التكفل الجماعي في مؤسسات التكفل | .47 |
| 203 | جدول رقم 48 يوضح طبيعة التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل من حيث الداخلي والخارجي | .48 |
| 203 | جدول رقم 49 يوضح فترة المواعيد للأطفال المتكفل بهم خارجيا | .49 |
| 204 | جدول رقم 50 يوضح طبيعة برامج التكفل باطفال التوحد المستخدمة في مؤسسات التكفل | .50 |
| 205 | جدول رقم 51 يوضح مدى استخدام المثيرات البصرية في عملية التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل | .51 |
| 206 | جدول رقم 52 يوضح نتيجة توقع فاعلية التكفل بالمؤسسات من وجهة نظر المختصين | .52 |
| 209 | جدول رقم 53 يوضح النتائج المتعلقة بدعم ومشاركة الأسرى الدراسة حول مدى تبنى مؤسسة التكفل لرؤية وسياسة واضحة ملائمة للتكفل بأطفال التوحد | .53 |
| 210 | جدول رقم 54 يوضح النتائج المتعلقة بمعيار دمج الأطفال المتكفل بهم في المدارس التعليمية العادية: | .54 |
| 211 | جدول رقم 55 يوضح نتائج الدراسة حول مدى تبنى مؤسسة التكفل لرؤية وسياسة واضحة ملائمة للتكفل بأطفال التوحد | .55 |
| 212 | جدول رقم 56 يوضح مدى معرفة أولياء الأطفال التوحديين باضطراب التوحد. | .56 |
| 212 | جدول رقم 57 يبين كيفية اكتشاف اضطراب التوحد من طرف الأولياء لدى أبنائهم | .57 |
| 213 | جدول رقم 58 يوضح مدى تقبل الأولياء أمر إصابة أبنائهم باضطراب التوحد بعد التشخيص | .58 |
| 214 | جدول رقم 59 يوضح من أشرف على عملية التشخيص | .59 |
| 215 | جدول رقم 60 يوضح النتائج المتعلقة بمدة التشخيص. | .60 |

| | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 216 | جدول رقم 61 يوضح الأدوات المستخدمة في التشخيص | .61 |
| 217 | جدول رقم 62 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالبيئة التعليمية | .62 |
| 218 | جدول رقم 63 يوضح نتائج طبيعة تفويج الأطفال المتكفل بهم | .63 |
| 218 | جدول رقم 64 يوضح تشكيل الفريق القائم على التقييم | .64 |
| 219 | جدول رقم 65 يوضح عرض النتائج المتعلقة بأدوات التقييم المستخدمة في تقييم حالة الطفل | .65 |
| 220 | جدول رقم 66 يوضح عرض النتائج المتعلقة بفترات التقييم الدوري | .66 |
| 221 | جدول رقم 67 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التقييم | .67 |
| 222 | جدول رقم 68 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمراقبة التمارين المنزلية المنجزة من طرف الأولياء | .68 |
| 222 | الجدول رقم 69 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالكيفية التي يتم بها مراقبة العمل المطلوب إنجازه من طرف الأولياء في البيت | .69 |
| 223 | الجدول رقم 70 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقييم حالة الطفل قبل الشروع في عملية التكفل | .70 |
| 223 | الجدول رقم 71 يوضح عرض النتائج المتعلقة بإجابة الأولياء على البند المتعلق بعملية التكفل يشرف عليها فريق متعدد التخصصات أم لا؟ | .71 |
| 224 | الجدول رقم 72 يوضح عرض النتائج المتعلقة بشكل الفريق المتعدد التخصصات المشرف على عملية التكفل بالمؤسسات المعنية. | .72 |
| 225 | الجدول رقم 73 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التكفل | .73 |
| 226 | جدول رقم 74 يوضح عرض النتائج المتعلقة بنوعية التكفل | .74 |
| 226 | الجدول رقم 75 يوضح طبيعة البرامج التربوية المستخدمة في عملية التكفل | .75 |
| 227 | الجدول رقم 76 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالحجم الساعي الأسبوعي لعملية التكفل | .76 |
| 228 | جدول رقم 77 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على البند " يطلب مني فريق التكفل تمارين منزلية" | .77 |
| 228 | الجدول رقم 78 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى التزام الأولياء بتنفيذ ما يطلب منهم من واجبات منزلية | .78 |
| 229 | جدول رقم 79 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى تحديد المؤسسة للمواعيد الدورية للأطفال المتكفل بهم | .79 |
| 229 | جدول رقم 80 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالالتزام بالمواعيد العلاجية من طرف أولياء الأطفال المتكفل | .80 |
| 230 | جدول رقم 81 يوضح أسباب عدم التزام الأولياء بالمواعيد المحددة لهم من طرف مؤسسة التكفل | .81 |

| | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 231 | الجدول رقم 82 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقديم التقارير الدورية للأولياء حول تقدم حالة أبنائهم. | .82 |
| 231 | الجدول رقم 83 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتكوين أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل. | .83 |
| 232 | الجدول رقم 84 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقديم الدعم والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل. | .84 |
| 233 | الجدول رقم 85 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى استدعاء الأولياء لجلسات التقييم من طرف مؤسسات التكفل. | .85 |
| 233 | الجدول رقم 86 يوضح عرض النتائج المتعلقة بإشراك الأولياء في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل. | .86 |
| 234 | الجدول رقم 87 يوضح عرض النتائج المتعلقة بطبيعة مشاركة أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم من طرف مؤسسات التكفل. | .87 |
| 235 | جدول رقم 88 يوضح الطريقة التي تنتهجها مؤسسة التكفل في التواصل مع الأولياء. | .88 |
| 235 | الجدول رقم 89 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى سماح المدراس العادية بإدماج الأطفال التوحيديين في للتدريس في الوسط العادي | .89 |
| 236 | جدول رقم 90 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقييم الأولياء لعملية التكفل | .90 |
| 237 | الجدول رقم 91 الصعوبات التي تعترض الأولياء | .91 |
| 238 | جدول رقم 92 يوضح نتائج شبكة الملاحظة بالمشاركة فيما يتعلق بالبيئة التعليمية | .92 |
| 241 | جدول رقم 93 يوضح النتائج المتعلقة بما تتضمنه المناهج والبرامج من مهارات: | .93 |
| 242 | جدول رقم 94 يوضح النتائج المتعلقة بالبرامج التربوية المستخدمة المستخدمة في عملية التكفل | .94 |
| 243 | جدول رقم 95 يوضح النتائج المتعلقة بالتقنيات التي تعتمد عليها البرامج التربوية المستخدمة في عملية تعديل السلوك | .95 |
| 245 | جدول رقم 96 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالدمج والخدمات الانتقالية | .96 |
| 246 | جدول رقم 97 يوضح النتائج المتعلقة بتحليل الوثائق المتعلقة بسياسة وفكر ورؤية المؤسسة حول عملية التكفل بأطفال التوحد. | .97 |
| 247 | جدول رقم 98 يوضح النتائج المتعلقة بالكوادر العاملة من خلال الجدول التعدادي للمؤسسات | .98 |
| 248 | جدول رقم 99 يوضح النتائج المتعلقة بفريق التشخيص والمتحصل عليها من خلال الإطلاع على ملف الطفل التوحيدي المتكفل به. | .99 |
| 249 | جدول رقم 100 يوضح النتائج المتعلقة باستخدام أدوات التشخيص | .100 |

| | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 250 | الجدول رقم 101 يوضح طبيعة الأدوات المستخدمة في عملية التقييم حسب كل مؤسسة | .101 |
| 250 | جدول رقم 102 يوضح المهارات المستهدفة في عملية التقييم | .102 |
| 251 | جدول رقم 103 يوضح النتائج المتعلقة بعملية الدمج الخدمات الانتقالية: | .103 |
| 252 | جدول رقم 104 يوضح النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات. | .104 |
| 253 | جدول رقم 105 يوضح النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات حسب المعايير من وجهة نظر المختصين | .105 |
| 254 | الجدول رقم 106 يوضح النتائج المتعلقة بطبيعة الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد بولاية باتنة: | .106 |

شكر و عرفان

بمناسبة تقديم أطروحة نيل شهادة الدكتوراة في تخصص علم النفس العيادي - علم النفس المرضي للطفل والمراهق، وتطبيقا لقول رسول الله سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم " من لم يشكر الناس لم يشكر الله"، وقوله صلى الله عليه وسلم " من صنع إليكم معروفا فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئوه فادعوا له حتى ترو أنكم قد كافأتموه"، فإنني أتوجه بالشكر الجزيل لأستاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتوراه مزوز بركوا كمشرفة على هذه العمل نظير ما قدمته لي من مساعدة في انجازه، من إشراف تام على العمل، وتوفير المراجع المناسبة له، والدكتوراة زغيش وردة ، كمشرفا مساعدا مرافقا لهذا المشروع ليرى النور في هذه الحلة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى باقي أساتذتي الذين أفادوني سواء من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل، وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور أمزيان وناس رئيس قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، الذي قدم لي يد العون في انجاز هذا العمل من خلال دعمه الإداري والاستشاري، والأستاذ الدكتور بوفولة بوخميس، والدكتور جار الله سليمان، والدكتور ختاش محمد على كل الملاحظات القيمة التي كانت تقدم لي من طرفهم، والدعم المعنوي لإنجاز هذه الأطروحة.

الشكر موصولا أيضا لمديري وموظفي المؤسسات التي أجريت بهذه الدراسة على حسن الاستقبال والمساهمة في انجاز الدراسة الميدانية لها.

كما لا أنسى من كان لهم الفضل الكبير في هذا الإنجاز وهم أعضاء أسرتي وعلى رأسهم الزوجة الكريمة التي رافقت هذا العمل لحظة بلحظة، مقدمة لي العون والمساعدة الكاملة للتفرغ إلى هذا العمل، بالإضافة إلى أبنائي كل باسمه، إيمان، سيف الإسلام، كميلىا، عبد الرحمان، وحسام الدين.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد لولاية باتنة، والتي درت بـ 09 مؤسسات معنية بعملية التكفل بأطفال التوحد منها 05 مراكز نفسية بيداغوجية للمعاقين ذهنياً، وهي مراكز كل من باتنة 1، باتنة 2، مروانة، بريكة، وأريس، ومصلحة للطب العقلي للأطفال التابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي و 03 جمعيات ولائية هي جمعية الطفولة السعيدة بباتنة، جمعية تواصل لأطفال التوحد، وجمعية أطفال الجنة بنقاوس. الدراسة أجريت على عينة مكونة من 43 مختصاً متدخلين في عملية التكفل بأطفال التوحد، موظفاً بالمؤسسات المذكورة أعلاه، ويتكونون من: طبيب عقلي، مختصين نفسيين، مختصين أرطفونيين، ومربين، بالإضافة إلى 64 ولي من أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهذا بالاعتماد على الأدوات التالية:

- استبيان من إعداد الباحث موجه للمختصين في عملية التكفل بأطفال التوحد العاملين بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة.

- استبيان من إعداد الباحث موجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم على مستوى المؤسسات المعنية بالدراسة.

- الملاحظة المباشرة للباحث بالاعتماد على شبكة ملاحظة.

- تحليل المحتوى للوثائق المستخدمة في مجال التكفل بأطفال التوحد على مستوى هذه المؤسسات.

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأساليب الإحصائية التالية، التكرارات، النسب المئوية، واختبار T للمجموعتين المستقلتين.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- أن مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة عبارة عن مؤسسات عمومية وجمعيات غير متخصصة في التوحد، فالمؤسسات العمومية أغلبها عبارة عن مراكز نفسية بيداغوجية للمعاقين ذهنياً، أما الجمعيات فهي جمعيات ذات طابع مدني تطوعي تعنى بالرعاية بالأطفال بصفة عامة وليست متخصصة في التوحد.

- أن الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة هي نفسها المستخدمة عالمياً، وهي العلاج الدوائي، التكفل النفسي، الأرطفوني، والتربوي، غير أن هذه الأساليب لا تتوفر مجتمعة في كل المؤسسات، حيث نجد من بين 09 مؤسسات، مؤسسة واحدة فقط تستخدمهم كلهم، وهي مصلحة الطب العقلي للأطفال التابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي للأطفال بالمعذر، و 06 مؤسسات أخرى هي: المراكز النفسية البيداغوجية الخمس (مروانة، باتنة 1، باتنة 2، بريكة وأريس) وجمعية الطفولة السعيدة بباتنة من تستخدم فقط التكفل النفسي، الأرطفوني والتربوي، بينما تعتمد المؤسسات المتبقيات وهي جمعية أطفال الجنة وجمعية تواصل لأطفال التوحد فقط على التدخل النفسي الأرطفوني.

- عدم احترام مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة للمعايير الدولية المعتمدة في التكفل باضطراب باضطراب التوحد.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات
- الكلمات المفتاحية:** التوحد، التقييم، الواقع، فريق، التدخل، التكفل

Summary of the study:

The study aimed to evaluate the methods of care for children with autism in Batna wilaya, including 09 institutions dealing with the care of children with autism, including 05 psycho-educational centers for the mentally handicapped (Batna1, Batna2, Barika, Aris, and merouana), the child psychiatry service of the Hospital Institution Specialized in Psychiatry, and three wilaya associations that are the Association "Happy childhood" in Batna, the Association "Tawasol" for autistic children and the "Children of Paradise" Association in Nagous.

The study was conducted on a sample of 43 specialists involved in the process of caring for children with autism in the above-mentioned institutions. It included a psychiatrist, psychologists, speech therapists, educators, and 64 parents of autistic children, using as study tools:

-A questionnaire prepared by the researcher and intended for specialists in the care of autistic children working in the sponsoring institutions concerned by the study.

-A questionnaire prepared by the researcher and intended for parents of children with autistic disorders sponsored by the institutions concerned by the study.

-Direct observation of the researcher based on an observation grid.

-Analysis of the content of documents used in the field of care for children with autism at the level of these institutions.

The statistical methods used are iterations, percentages and T-tests for independent groups.

The study concluded:

The care institutions for autistic children in Batna wilaya are public institutions and non-specialized associations in autism, public institutions are mainly psycho-educational centers for the mentally handicapped, and associations are voluntary civic associations that take care of children in general and are not specialized in autism.

The methods used in care institutions for children with autism in Batna wilaya are the same as in the world, namely pharmacotherapy, psychologic care, speech therapy, and educatirice, but these methods are not available in all institutions; only one institution that uses the four types of care at the same time, which is the child psychiatry service attached to the Maadhar specialized psychiatric hospital, has six institutions: the five psychiatric educational centers (Merouana , Batna 1, Batna 2, Braika and Aris) and the association "Happy childhood" use the psychological, orthophonic, and eductatrice, While the association ".Children of Paradise" and the association "Tawasol" for autistic children only rely on psychological intervention and speech therapy.

-The care institutions for children with autism in the wilayat of Batna do not respect the international standards adopted for the management of autism disorder.

-There are statistically significant differences in methods of caring for autistic children between public institutions and associations.

Keywords: *autism, evaluation, reality, team, intervention, take care*

Résumé de l'étude:

L'étude visait à évaluer les méthodes de prise en charge des enfants autistes dans la wilaya de Batna, notamment auprès de 09 institutions s'occupant de la prise en charge des enfants autistes, dont 05 centres psycho-pédagogiques pour les handicapés mentaux (Batna1, Batna2, Barika, Aris, et Merouana), le service de pédopsychiatrie de l'Etablissement Hospitalière Spécialisée en Psychiatrie, et trois associations de wilaya qui sont l'Association "Enfance heureuse" à Batna, l'Association "Tawasol" pour les enfants autistes et l'Association " Les enfants du paradis" à Nagous.

L'étude a été menée sur un échantillon de 43 spécialistes intervenants dans le processus de prise en charge des enfants autistes dans les institutions susmentionnées. Elle comprenait un psychiatre, des psychologues, des orthophonistes, des éducateurs, ainsi que 64 parents d'enfants autistes, et ce, en utilisant comme outils d'étude:

-Un questionnaire préparé par le chercheur et destiné aux spécialistes intervenants dans le processus de prise en charge d'enfants autistes travaillant dans les institutions de parrainage concernées par l'étude.

-Un questionnaire préparé par le chercheur et destiné aux parents d'enfants atteints de troubles autistiques parrainés au niveau des institutions concernées par l'étude.

-Observation directe du chercheur basée sur une grille d'observation.

-Analyse du contenu des documents utilisés dans le domaine de prise en charge aux enfants autistes au niveau de ces institutions.

Les méthodes statistiques utilisées sont, itérations, pourcentages et T-Test pour les groupes indépendants.

L'étude a conclu ce qui suit:

Les institutions de prise en charge d'enfants autistes dans la wilaya de Batna sont des institutions publiques et associations non spécialisées dans l'autisme, les établissements publics sont principalement des centres psychopédagogiques pour les handicapés mentaux, et les associations sont des associations civiques bénévoles qui s'occupent des enfants en général et ne sont pas spécialisées dans l'autisme.

Les méthodes utilisées dans les institutions de prise en charge des enfants autistes dans la wilaya de Batna sont les mêmes que dans le monde, savoir la pharmacothérapie, la prise en charge psychologique, orthophonique, et l'éducatrice, mais ces méthodes ne sont pas disponibles dans toutes les institutions; on ne trouve sur les 09 institutions qu'une seule institution qui utilise ces 04 prises en charge en même temps qui est le service de pédopsychiatrie, rattaché à l'hôpital psychiatrique spécialisé de Maadhar, compte six établissements: les cinq centres psychiatriques pédagogiques (Merouana, Batna 1, Batna 2, Braika et Aris) et l'association " Enfance heureuse" utilisent la prise en charge psychologique, orthophonique, et éducatrice, Alors que l'association ".Enfants de Paradis" et l'association "Tawasol" pour les enfants autistes que compter uniquement sur l'intervention psychologique et orthophonique.

-Les institutions de prise en charge des enfants autistes dans le wilayat de Batna ne respectent pas les normes internationales adoptées pour la prise en charge du trouble de l'autisme.

-Il existe des différences statistiquement significatives dans les méthodes de prise en charge des enfants autistes entre les institutions publiques et les associations.

Mots-clés: autisme, évaluation, réalité, équipe, intervention, prise en charge

مقدمة



مقدمة:

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية التي حظيت ولازالت تحظى بدراسات علمية معمقة منذ اكتشافه للمرة الأولى من طرف العالم الطبيب الأمريكي ليوكارنر (Leokarner) سنة 1943. ويعرف التوحد بأنه اضطراب نمائي من اضطرابات النمو الشاملة، يظهر في السنوات الأولى من العمر، يتميز أصحابه بضعف القدرة على التوازن في جانبها اللفظي، وغير اللفظي، وضعف في التفاعل الاجتماعي أو غيابه، بالإضافة إلى النشاط الحركي المفرط، وإنتاج سلوكيات نمطية وتكرارية، والجمود العاطفي والانفعالي، يعيش صاحبه في انغلاق على ذاته وفي عالمه الخاص.

ولم تحدد أسباب التوحد بعد رغم التقدم الذي يشهده البحث العلمي في هذا المجال، حيث لازالت الأبحاث جارية إلى حد الآن على أصعدة عدة، العصبية، البيولوجية، الوراثية، والنفسية، ففي الجانب الوراثي أشار العلماء ذوي هذا التوجه إلى الدور الذي تلعبه الجينات في الإصابة باضطراب التوحد، من خلال الدراسات التي أجريت على التوائم، خاصة التوائم الحقيقيين، أين وجدوا أن نسبة الإصابة بالتوحد بينهم مرتفعة جدا قد تصل إلى أكثر من 90%. ومن الناحية العصبية، فيشير أصحاب هذا التوجه إلى مشكلات في الجهاز العصبي، كتلفه يؤدي إلى خلل جزئي أو كلي في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة وتلك المخزنة سابقا، كما يقول ريملاندر (Rimland، 1964)، أو خلل في النظام المشبكي في المخ كما أشار إليه هت و هت (Hut & Hut، 1970)، (الخفاف، 2015: 75). أو إلى ارتفاع في افرازات السيروتونين في الدم. (Anderson، 1987: 352- 366).

ومن الناحية النفسية، فقد تم تناول اضطراب التوحد بالدراسة من طرف العديد من النظريات النفسية، منها نظرية التحليل النفسي، التي تعد من النظريات النفسية الأولى في تفسير هذا الاضطراب، حيث يرجع علماءها من بينهم Leo Kanner، و Rutter أسباب هذا الاضطراب إلى البرود والفتور العاطفي للوالدين، والحرمان العاطفي، وخاصة الأم التي أطلق عليها مصطلح "الأم الباردة"؛ التي لا تحمل أي مشاعر أو انفعالات اتجاه جنينها.

في حين تشير نظرية العقل إلى أن أسباب اضطراب التوحد تعود إلى خلل وقصور وعجز إدراكي تمنع من إدراك الحالات العقلية، الشيء الذي يعيق الطفل ذو اضطراب التوحد من فهم ما يصدر عن الآخرين من سلوكيات وبالتالي يؤدي إلى العجز الاجتماعي.

وترجع نظرية التعلم الاجتماعي السبب إلى خلل في التعلم الاجتماعي، وفي التفسير المعرفي، وقصور في التقليد الاجتماعي.

ويعود السبب حسب نظرية التكامل الحسي إلى خلل في العلاقة التي تربط بين الدماغ والسلوكيات الناتجة.



ويعرف اضطراب التوحد انتشارا متزايدا عبر العالم، حيث تشير الإحصائيات في هذا المجال إلى انتقال نسبة الانتشار من 01 لكل 10000 ولادة سنة 2004 إلى أقل من 01 لكل 65 ولادة سنة 2016، وقد وصلت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أقل من 01 لكل 50 ولادة سنة 2013. أما في فرنسا فتشير الإحصائيات الرسمية إلى أكثر من 650000 مصاب، وفي دول الاتحاد الأوروبي يعيش أكثر من 05 مليون مصاب بالتوحد. وفي الجزائر، فقد أشار موقع وزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرى إلى إن عدد المصابين بالتوحد في الجزائر فقد بلغ 400.000 حالة سنة 2016.

أمام هذا الانتشار الرهيب والمتزايد باستمرار، ونظرا لطبيعة الطفل التوحدي الذي يحتاج إلى تكفل من نوع خاص وحضور دائم وملازم على مدار اليوم والساعة للأولياء، الشيء الذي خلف لديهم معاناة كبيرة، هذا التكفل الذي يتطلب تدخلات متخصصة ومعقدة، من عدة مجالات منها، الطبية، النفسية، اللغوية، الاجتماعية، والتربوية، تحتاج إلى فريق متعدد التخصصات ومؤسسات متخصصة في التكفل بهذا النوع من الاضطرابات، من أجل تمكين هؤلاء الأطفال من اكتساب المهارات الاجتماعية التي تمكنهم التواصل والتفاعل مع أفراد مجتمعهم، وصولا إلى إمكانية إدماجهم في مدارس التعليم العادية.

ولتحقيق هذه الغاية، لا بد من توفر هذه المؤسسات على مجموعة من المعايير، منها الكوادر العاملة المتخصصة، تكون قد تلقت تكوينا في التوحد ولها خبرة لا بأس بها في هذا المجال، وضمن فريق متعدد التخصصات يغطي المجالات التدخلية التي أشرنا إليها سابقا (الطبية المتخصصة في الطب العقلي، النفسية، اللغوية، التربوية والاجتماعية)، وبيئة تعليمية مهيئة وفقا لمتطلبات الطفل التوحدي، منها توفرها على الوسائل اللازمة للتعلم، ومكيفة على وضعيته وخصوصيته، مثل ضبط الضوء، وعزل الأصوات الخارجية المزعجة. بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للأولياء وتعليمهم كيفية التعامل مع أبنائهم، وتوفير برامج تربوية تدريبية مكيفة.

كما أن نجاح عملية التكفل يعتمد أيضا على وجود برامج تدريبية متخصصة ومهيئة تعتمد على التثقيف المستمر على مدار الساعة واليوم، يكون الأولياء طرفا فاعلا وجزء مهما فيه، وأن تقدم هذه المؤسسات الدعم النفسي والإرشادي للأولياء في كيفية التعامل مع أبنائهم، إضافة إلى تكوينهم في مجال التكفل بالتوحد باعتبارهم مكلفين بتنفيذ البرامج التربوية على مدار الساعة بعد مغادرة الطفل لهذه المراكز في نهاية اليوم.

والجزائر باعتبارها كغيرها من دول العالم تعرف انتشارا لهذا الاضطراب عبر كامل ربوعها، فقد عملت إنشاء مؤسسات للتكفل بفتة الأطفال المتوحدين، سواء الحكومية منها كالمستشفيات والمراكز النفسية البيداغوجية، أو الجمعيات الناشطة في هذا المجال. غير أن الباحث ومن خلال الدراسة الاستطلاعية التي قام بها، والتي شملت مركزيين نفسيين بيداغوجيين للمعاقين ذهنيا، ومصحة الطب العقلي للأطفال، وجمعية



الطفولة السعيدة، ومن خلال أيضا الاطلاع على الوثائق التي أنشئت بموجبها هذه المؤسسات اتضح له أنه بالنسبة للمؤسسات العمومية عبارة عن إما مراكز نفسية بيداغوجية للمعاقين ذهنيا، تتكفل بكل الإعاقات الذهنية، كالتخلف العقلي، ومتلازمة داون إضافة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، أو مصلحة طبية للطب العقلي للأطفال تتكفل بجميع الاضطرابات العقلية للأطفال منها اضطراب التوحد. أما بالنسبة للجمعيات فهي عبارة عن جمعيات أسست في اطار القانون 06-12 المنضم لإنشاء الجمعيات ذات الطابع المدني، وهي جمعيات مدنية لا تخضع لوصاية الوزارات المعنية، سواء وزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرة باعتبارها الوزارة الوصية على ذوي الإعاقة ومنهم أطفال التوحد، أو وزارة الصحة باعتبارها المشرفة على المؤسسات الصحية في الجزائر، وبالتالي فهي مؤسسات غير متخصصة في التكفل باضطراب التوحد.

وفي ظل هذه المعطيات التي تحصل عليها الباحث، واطلاعه على المعايير الدولية الواجب توفرها في مؤسسات ومراكز التكفل باضطراب التوحد، والأساليب المستخدمة فيها من خلال ما جمعه من تراث نظري حولها، كانت الدافع الرئيس له للبحث في موضوع تقييم أساليب التكفل المستخدمة من طرف مؤسسات التكفل بأطفال التوحد في ولاية باتنة مبني على أساس علمي، الذي يشمل تقييم هذه الأساليب، ومدى احترام هذه المؤسسات للمعايير الدولية في مجال التكفل باضطراب التوحد.

وتكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية في كونها ستوفر للباحثين المهتمين تراث نظري مفاهيمي جامعا في مجال، التعريف باضطراب التوحد والنظريات المفسرة له، وتشخيصه، وأساليب وطرق التكفل به، بالإضافة إلى تحديد المعايير العالمية لعملية التكفل التي يجب أن تتوفر عليها المؤسسات التي ترغب في التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد حتى يتم اعتمادها لها الغرض، والتي يمكن للهيئات الوصية في بلادنا من الاستفادة منها، والاعتماد عليها في سن الشروط الواجب توفرها في المؤسسات التي ترغب في التكفل بفئة ذوي اضطراب التوحد.

ومن الناحية الميدانية، فإن الدراسة تعمل على تسليط الضوء على ظاهرة التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة، من خلال تقييم شامل لعملية التكفل باضطراب التوحد على مستوى المؤسسات التي ترعى هذه الفئة من الأطفال، ومدى احترامها للمعايير الدولية الخاص باعتماد مراكز ومؤسسات التكفل باضطراب التوحد، التي تشمل ما يلي: الكوادر العاملة، التشخيص، التقييم، التكفل، البيئة التعليمية، البرامج التربوية المستخدمة، دعم ومشاركة الأسرة في عملية التكفل، الإدماج في المؤسسات المدرسة العادية، والسياسة والفكر الذي تتبعه هذه المؤسسات ورؤيتها المستقبلية لعملية التكفل بأطفال التوحد على مستواها.



وكان هدف منصبا على الدراسة:

- التعرف على طبيعة المؤسسات المتدخلة في عملية التكفل باضطراب التوحد.
- التعرف على طبيعة ونوعية الأساليب المستخدمة في التكفل بأطفال التوحد.
- تقييم مدى احترام مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة للمعايير الدولية في هذا المجال.
- التعرف على طبيعة الفروق الممكنة في عملية التكفل بين المؤسسات العموميات والجمعيات المهتمة بعملية التكفل بأطفال التوحد.

وهذا وشملت الدراسة 09 مؤسسات للتكفل بأطفال التوحد في ولاية باتنة منها 06 مؤسسات عمومية ممثلة في 05 مراكز نفسية بيداغوجية تابعة لوزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرة ومصحة للطب العقلي للأطفال تابعة للمؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر وهم المؤسسات العمومية المعنية بالتكفل بهذه الفئة من الأطفال، بالإضافة إلى 03 جمعيات ولاتية مهتمة بالتكفل بأطفال التوحد منها جمعية الطفولة السعيدة، جمعية تواصل لأطفال التوحد، وجمعية أطفال الجنة.

كما شملت الدراسة 43 مختص في التكفل بأطفال التوحد عاملين بهذه المؤسسات، إضافة إلى 64 ولي طفل توحدي متكفل بهذه المؤسسات.

ونأمل من خلال هذا العمل أن نعطي صورة واضحة لواقع التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة مبني على اسس علمية، يسمح للسلطات العمومية والمهتمين بالتكفل بأطفال التوحد في الجزائر من اتخاذ الإجراءات اللازمة لمواكبة المعايير العالمية المعتمدة في مجال التكفل باضطراب التوحد.

الباحث

الفصل الأول الإشكالية ومنطلقاتها



الفصل الأول: الإشكالية ومنطلقاتها

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. الدراسات السابقة
6. -تحديد مصطلحات الدراسة



1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الطفولة من أهم المراحل العمرية ومحطة هامة في حياة الفرد، وهي المرحلة البنائية والقاعدة الأساسية التي تتحد فيها المعالم الشخصية للإنسان، وفيها يكتسب الفرد بعض المقومات والمهارات الحسية والحركية، السلوكية، المعرفية والاجتماعية، تتأسس عليها الحياة النفسية للكائن البشري، ومن خلالها يمكن التنبؤ بما قد تكون عليه حياته في المراحل العمرية الأخرى.

وشغلت الطفولة بال الكثير من علماء النفس باختلاف توجهاتهم النظرية، وكرسوا كل أعمالهم من أجل فهم هذه الفترة المهمة في الحياة الإنسانية، وكانت محل كم هائل من الدراسات العلمية النفسية، التي حاولت فهم وتفسير كيف يحدث النمو في هذه المرحلة، والتي أكدت على ضرورة الاهتمام بالطفل، والاعتناء به من الناحية النفسية والبيولوجية والاجتماعية، وأي إخلال بهذا الجانب، قد ينجر عنه تعرض الأطفال إلى العديد من الاضطرابات النفسية أو العضوية أو الاثنين معاً، ومن بين الاضطرابات التي كانت تبعاتها خطيرة على حياة الطفل والأسرة والمجتمع، نجد اضطراب التوحد بالخصوص، الذي يعتبر أحد الاضطرابات النمائية، ممثلاً بخلل في التفاعل الاجتماعي، وضعف في القدرة على الاتصال بشقيه اللفظي وغير اللفظي، مرتبطة بأنشطة نمطية، يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من الحياة، وتؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الشخص مع الآخرين.

وشكل التوحد لغزاً حير العلماء من أطباء، وأخصائيين نفسانيين، وخبرات مؤلمة بالنسبة للمرضى وعائلاتهم؛ ومختلف العلاجات التي استخدمت لم تعطي إلا نتائج جزئية وغير قارة، وما جاءت به النظريات التفسيرية، من علم النفس المعرفي، علم النفس العصبي، علم الدواء العصبي وعلم الجينات من مقترحات لم تعطي إلا إشارات جد محدودة، تركت مساحة واضحة من الظل (Chamak, B. & Cohen, D. 2003: 1152)

ويرجع التوحد إلى الأبحاث الأولى للعالم إيجون بلولر Eugen Bleuler، الذي وصف به السمات الأولية للفصام، ولهذا اعتبر من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة، وسمي في بادئ الأمر بالذهان الذاتوي أو الذاتوية الطفولية المبكرة.

ويعد أول من استخدم مصطلح التوحد (Autisme) الطبيب الأمريكي ليوكانر (Leo Kanner, 1943) في مركز جون هوبكنز الطبي، الذي ألف كتابه سنة 1935 باللغة الإنجليزية بعنوان



"طب نفس الأطفال" (Child Psychiatry)، الذي أشار فيه لاكتشاف التوحد من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر حالة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين العامين (02) وثمانين (08) سنوات كانوا مصنفيين بأنهم متخلفون عقليا، حيث اكتشف لديهم أعراضا، قام بجمعها وأعطاه اسم "التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة" (**L'autisme infantile précoce**) (Christiane,2015:12)

لقد عرف التوحد العديد من التعريفات، فقد عرفه عبد العزيز الشخص بأنه "من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبدل المشاعر". (أسامة، 2011: 23)

وقد عرفته مارिका (Marica, 1990) بأنه "مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط" (عادل، 2016: 24)

ويشير هولين Howlin، 1995 على أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل، والتخاطب، والتعلم، والنمو المعرفي والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية، وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، فيصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش مغلقا على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترة طويلة، أو ثورات غضب كردة فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص".

ولم تعرف إلى حد الآن أسباب التوحد، حيث اختلفت النظريات في تحديد العوامل التي قد تؤدي إلى هذا الاضطراب، فالاتجاه الوراثي يرى مؤيديه أن التوحد قد يرجع إلى أسباب وراثية من خلال



الدراسات التي أجروها على التوائم وأن نسبة انتقاله بين التوائم الحقيقيين قد تصل إلى نسبة 91 % (Pascal & All,2007:266-267)، وأشارت مارون، 2008 "أن هناك عدد من الكروموسومات تفسر حدوث اضطراب التوحد، وهذه الكروموسومات هي (X,2,7,13,15,16,17) والكروموسوم الأخير مشترك مع متلازمة ريت ومتلازمة الكروموسوم X الهش" (عادل، 2016: 25)

وتعود الاسباب من الناحية العصبية، حسب بعض العلماء الباحثين في هذا المجال إلى تلف في الجهاز العصبي يؤدي إلى خلل كلي أو جزئي في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة وتلك المخزنة سابقا كما جاء عند ريملاندر (1964)، أما هت وهت (1970)، فأرجع السبب إلى خلل في نظام التنشيط المشبكي في المخ، أما سميل فبين من خلال قياس النشاط الكهربائي لدى أكفال التوحد، أن نسبة 64 % منهم لديهم انحرافات في صور التخطيط الكهربائي (الخفاف، 2015: 75)، كما أشارت بعض الدراسات المهمة بالمجال العصبي أيضا إلى الدور الذي يلعبه السيروتونين في الإصابة بالتوحد، وحسبها دائما أن ما بين 25 إلى 30 % من المتوحدين لديهم ارتفاع في هذا الناقل العصبي في الدم (Anderson,987:352- 366)

في حين من الناحية النفسية الاجتماعية، فقد أشار ليو كانر (Leo Kanner) إلى البرود والفتور العاطفي للوالدين، وأن الحرمان العاطفي أحد العوامل الأساسية المؤدية للتوحد الطفلي، أما روتر (Rutter,1976)، فأشار إلى الأم الباردة انفعاليا والتي لا تحمل أي مشاعر أو انفعالات نحو جنينها.

كما ترى نظرية العقل أن الطفل التوحدي لديه خلل وقصور وعجز إدراكي تمنعه من إدراك الحالات العقلية، الشيء الذي يعيق فهمه لما يصدر من الآخرين من سلوكيات وبالتالي يؤدي إلى العجز الاجتماعي، أما نظرية التعلم الاجتماعي فترجعه إلى خلل في التعلم الاجتماعي، وفي التفسير المعرفي، وقصور في التقليد الاجتماعي، أما نظرية التكامل الحسي فترجع السبب إلى خلل في العلاقة التي تربط بين الدماغ والسلوكيات الناتجة.

وعرف اضطراب التوحد انتشارا كبيرا خاصة في السنوات الأخيرة، حيث بلغ معدل انتشاره حسب موقع spectredel'autisme.com ما بين 2002 و 2008 في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 15% من عدد الأطفال البالغين أقل من 08 سنوات ليرتفع سنة 2012 إلى معدل طفل واحد (01) لكل 88 طفل، وارتفع سنة 2013 إلى طفل واحد (01) لكل 50 طفل.



وقد بلغ معدل الانتشار في كندا حسب ذات الموقع دائما، واحد(01) لكل 94 شخص بين طفل ومراهق، وفي فرنسا فقد أشارت الإحصائيات إلى وجود أكثر من 650.000 شخص يعيشون بأعراض طيف التوحد المعروفة على المستوى العالمي، وأن نصف هؤلاء الأشخاص لديهم ضعف عقلي (QI أقل من 70)، وفي بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية يوجد 1 % من السكان يعيشون بطيف التوحد وأن 5 مليون نسمة من سكان الاتحاد الأوروبي مصابون بطيف التوحد. كما يوجد 80% من أطفال التوحد في فرنسا غير متدرسين، وتبلغ تكلفة التكفل بالطفل الواحد في الشهر حوالي 2500 أورو.

وفي الجزائر فحسب الإحصائيات التي جاء بها موقع REPORTERS في مقال له نشر سنة 2016، فإن عدد المصابين بالتوحد في الجزائر فقد بلغ 400.000 حالة، وهي نفس الإحصائيات التي تقدمها وزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرى على موقعها الرسمي.

أمام هذه المعطيات الرهيبة، فإن دق ناقوس الخطر أصبح أكثر من ضرورة من أجل التدخل والتكفل بهذه الفئة من الأطفال الذين خلفت إصابتهم معاناة كبيرة لأسرهم والمجتمع، هذا التكفل الذي يكون من الناحية الطبية، النفسية، اللغوية، الاجتماعية، والتربوية، من أجل تمكينهم من اكتساب المهارات الاجتماعية التي تمكنهم التواصل والتفاعل مع أفراد مجتمعهم، وصولا إلى إمكانية إدماجهم في مدارس التعليم العادية.

ولتحقيق هذه الغاية توصل العلماء إلى العديد من أساليب التكفل، التي ساهمت إلى حد ما في التخفيف من المعاناة التي يعاني منها سواء الطفل التوحدي من خلال مساعدته على تعديل بعض السلوكيات النمطية، واكتساب بعض المهارات الاجتماعية كالقدرة على التواصل، والمهارات الحسية الحركية، أو من جهة الوالدين في كيفية التعامل مع أبنائهم من هذه الفئة، منها التكفل الطبي الدوائي الذي يتم من خلال تقديم بعض الأدوية التي تساهم في علاج بعض الاضطرابات المصاحبة التي تزيد من تفاقم الاضطراب، كاضطرابات النوم، وفرط النشاط والحركة، وقلة الانتباه، وعلاج الأمراض المرتبطة بالنشاط العصبي كمرض الصرع مثلا، والتكفل النفسي الذي من خلاله يتم تطبيق بعض التقنيات العلاجية التي تسمح بالعمل على تعديل سلوكيات الطفل من خلال، إما تعليم الطفل التوحدي سلوكيات جديدة، أو تعزيز سلوكيات مرغوب فيها، أو إطفاء سلوكيات غير محببة، كالعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج التحليلي، بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للأولياء وتعليمهم كيفية التعامل مع



أبنائهم، بالإضافة إلى التدخل الأرففوني الذي يتكفل باضطراب اللغة الشفوية والمنطوقة، والتدخل البيداغوجي الذي يعمل على تسطير برامج تعليمية يتم إعدادها وفق مناهج تربوية مناسبة تمكن الطفل من تعلم مهارات جديدة واطفاء السلوكيات غير المرغوب فيها، تساعد على تحقيق الإدماج الاجتماعي وصولاً إلى إدماج الطفل في الوسط المدرسي العادي.

كما خلص العلماء إلى أن عملية التكفل بالطفل التوحدي تتطلب مجموعة من المعايير يجب توفرها حتى تعطي العملية ثمارها حددها كل من المجلس الأعلى لشؤون المعاقين في الأردن والسلطة العليا للصحة في فرنسا (HAS) في ثماني معايير هي: الكوادر العاملة والتي تشير إلى المختصين القائمين على عملية التكفل، التشخيص، التقييم، التكفل، البيئة التعليمية، الدمج، دعم ومشاركة الأسرى ورؤية وفكر وسياسة المؤسسات التي تتبناها اتجاه هذه العملية.

والجزائر كغيرها من دول العالم، أولت اهتماماً كبيراً للتكفل بأطفال التوحد، ووفرت في هذا المجال العديد من المؤسسات التي اهتمت بالتكفل بفئة الأطفال المتوحدين، سواء الحكومية منها كالمستشفيات والمراكز النفسية البيداغوجية، والجمعيات الناشطة في هذا المجال ومن بينها الناشطة في ولاية باتنة، غير أن هذه المؤسسات بالنظر إلى طبيعة نشأتها فهي ليست موجهة خصيصاً للتكفل باضطراب التوحد.

وفي ظل غياب إحصائيات الرسمية كما جاء على لسان وزارة التضامن الوطني وقضايا المرأة في ملخص اللقاء الوطني المنعقد بالجزائر العاصمة يوم 19 ديسمبر 2013 تحت عنوان التوحد: حقيقة وأفاق، الذي أشار في اختتامه إلى غياب هياكل متخصصة مكيفة للتكفل الخاص بالطفل التوحد، نقص في المختصين في الطب العقلي للأطفال الذي يسمح بتقديم التشخيص المبكر، غياب إحصائيات فعالة في مجال التوحد، استبعاد الطفل المتوحد من التمدرس في الوسط العادي، غياب التكفل المبكر بالطفل التوحد، قلة الجمعيات المتكفلة بأطفال التوحد، غياب المكونين المؤهلين، وغياب التكوينات المختصة للمتخصصين في جميع الهيئات العاملة في التكفل بطفل التوحد. (موقع وزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرة)، جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على ماهية التكفل بأطفال التوحد بالجزائر وأساليبها المختلفة ومدى احترامها للمعايير المعتمدة دولياً لنجاح عملية التكفل من خلال محاولتها الإجابة على التساؤلات التالية:

1. هل مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة متخصصة في التكفل باضطراب التوحد ؟



2. هل الأساليب المستخدمة للتكفل باضطراب التوحد بمؤسسات التكفل بولاية باتنة هي نفسها المعتمدة عالميا ؟

3. ما مدى احترام مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة للمعايير الدولية في التكفل باضطراب التوحد ؟

4. هل توجد فروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات؟

2- فرضيات الدراسة:

1. نتوقع أن تكون مؤسسات التكفل بولاية باتنة في شكل مؤسسات عمومية وجمعيات غير متخصصة في التوحد

2. نتوقع أن تكون الأساليب المستخدم للتكفل باضطراب التوحد بولاية باتنة هي نفسها المستخدمة عالميا وهي العلاج الدوائي، التكفل النفسي، التكفل الأطفونين، التكفل التربوي، والتكفل النفسي الحركي.

3. نتوقع عدم احترام مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة للمعايير الدولية في التكفل باضطراب

4. توجد فروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات

3-أهمية الدراسة: يمكن أن نأخذ أهمية هذه الدراسة من جانبين، الجانب الأول يتعلق بالأهمية النظرية والجانب الثاني بالأهمية التطبيقية.

بالنسبة للأهمية النظرية، فتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها توفر تراث نظري مفاهيمي للباحثين المهتمين باضطراب التوحد وعملي التكفل بها.

ففي هذا الإطار فإن الدراسة تناولت العديد من المفاهيم التي ترتبط بتعريف اضطراب التوحد وخلفيته التاريخية، والتطور الذي عرفه، والنظريات المفسرة له، وتشخيصه، من خلال الاعتماد على أحدث التصنيفات العالمية.

هذا إلى جانب توفير إطار مفاهيمي ملما لعملية التكفل باضطراب التوحد ، الأساليب العلاجية المستخدمة فيها، بالإضافة إلى جمع التراث النظري حول المعايير العالمية لعملية التكفل التي يجب أن تتوفر عليها المؤسسات التي ترغب في التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد حتى يتم اعتمادها لها



الغرض، مما يوفر للباحثين مرجع علمي في اضطراب التوحد من التشخيص إلى تحديد المعايير التي تقوم عليها مؤسسات التكفل به، والذي تفتقده المكتبات العلمية في حدود علم الباحث.

أما من الناحية الميدانية، فإن الدراسة تعمل على تسليط الضوء على ظاهرة التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة، وتقييم الأساليب المستخدمة فيها في المؤسسات التي تعنتي بهذه الفئة، ومدى احترامها للمعايير الدولية الخاصة باعتماد مراكز ومؤسسات التكفل باضطراب التوحد، عبر تقييم عدة معايير والمتمثلة في:

1.3- الكوادر العاملة: وتشمل عملية التقييم فيها، المتخصصون العاملون على عملية التكفل، من حيث التخصص، التكوين في التوحد وطبيعته، مدة الخبرة فيه.

2.3- التشخيص: حيث يشمل التقييم فيه على طبيعة الفريق العامل على التشخيص، والأدوات والمعايير المستخدمة فيه.

3.3- البيئة التعليمية: وستوفر الدراسة بشأنها حالة ملائمتها، وتوفر الشروط الواجب توفرها فيها، ومدى تكييفها مع متطلبات ذوي اضطراب التوحد.

4.3- التقييم: وتكتسي أهمية الدراسة في هذا الجانب أنها توفر لنا إطار معلوماتي للحكم على عملية تقييم حالة الطفل المتكفل بها سواء قبل التشخيص، وأثناء التشخيص وبعد عملية التشخيص - أي بعد كل مرحلة من مراحل عملية التكفل، ومدى احترام مؤسسات التكفل لهذه العملية من حيث المكلفين بالتقييم واختصاصاتهم، ومدى الإشراف عليها من فريق متعدد التخصصات، والأدوات المستخدمة فيها، والكيفية التي تتم بها.

5.3- التدخل العلاجي: وهي العملية المفصلية بعد عملية التشخيص والتقييم، والتي تتمثل في العملية العلاجية في حد ذاتها، من خلال التدخل النفسي والطبي، والأرطفوني، والتربوي البيداغوجي، إذ تكمن أهمية الدراسة في هذا المجال في توفير معلومات حقيقية عن واقع العملية في مؤسسات التكفل المعنية بالدراسة، وتقييمها من حيث مدى احترامها للمعايير العالمية في هذا المجال.

6.3- البرامج التربوية المستخدمة: إن عملية التكفل بأطفال التوحد تحتاج إلى برامج تربوية مكيفة ومعتمدة عالميا لتدريب الطفل على اكتساب مهارات جديدة مرغوب فيها سواء تعلق الأمر بالتفاعل الاجتماعي، أو التواصل اللفظي وغير اللفظي، أو إطفاء سلوكيات أخرى غير مرغوب فيها مثل



السلوكيات النمطية التكرارية، وتعزيز السلوكيات المرغوب فيها، ولهذا تكمن أهمية الدراسة في هذا المجال في أنها توفر معلومات عن طبيعة هذه البرامج واصدار أحكاما قيمة بشأن، طبيعتها، ومدى احترام هذه المؤسسات للشروط التي تتطلبها هذه البرامج، مثل الحجم الساعي المستخدم في الحصص العلاجية، والأفراد القائمين عليها.

7.3- دعم ومشاركة الأسرة في العملية التكفلية: في هذا الشأن تكمن أهمية الدراسة في التأكد من مدى احترام المؤسسات التي تعنى بالتكفل بأطفال التوحد المعنية بالدراسة في ضرورة اشراك أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأسرهم باعتبارهم جزء هام في عملية التكفل ويتوقف نجاحها على مساهمتهم، وتتطلب هذه المشاركة التي تشمل الحضور والتدخل الفعلي في العملية بكل مراحلها من التشخيص، التقييم، التدخل العلاجي، دعما تقدمه المؤسسة لهذه الأسر يشمل التكوين في التوحد وعملية التكفل به، والدعم العلاجي النفسي لأولياء الطفل وأسرته.

8.3- سياسة وفكر ورؤية المؤسسة للتكفل باضطراب التوحد: حيث تكمن أهمية الدراسة فإنها توفر لنا إطارا معلوماتيا حول مدى توفر كل مؤسسة المعنية بعملية التكفل باضطراب التوحد على مخطط عمل يوضح سياستها وفكرها ورؤيتها المستقبلية لهذه العملية إن النتيجة البحثية العلمية التي ستخرج بها الدراسة ستعطي تشريحا وتقييما علميا لواقع التكفل بأطفال التوحد في ولاية باتنة والتي ستساهم في تنوير السلطات العمومية المعنية بالتكفل بهذه الفئة، من خلال اعطاء صورة واضحة عن هذا الواقع وتحديد النقائص المحتملة، وتقديم الحلول العلمية لها في تشكر اقتراحات سترفق بهذه الدراسة.

4- أهداف الدراسة:

- التعرف على طبيعة المؤسسات المتدخلة في عملية التكفل باضطراب التوحد في ولاية، ومدى تخصصها في مجال التكفل بأطفال التوحد.

- التعرف على طبيعة ونوعية الأساليب المستخدمة في التكفل بأطفال التوحد ومدى تطابقها مع ما هو معمول به عالميا.

- تقييم مدى احترام مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بالجزائر للمعايير الدولية في هذا المجال.



- التعرف على طبيعة الفروق الممكنة في عملية التكفل بين المؤسسات العموميات والجمعيات المهمة بعملية التكفل بأطفال التوحد.

5- الدراسات السابقة:

1.5- دراسة Loovas (1987): كان الهدف من الدراسة هو التأكد من فعالية برنامج تربوي للتعديل السلوك لأطفال التوحد سمي ببرنامج تعديل السلوك المكثف الذي عرف باسم صاحبه، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 38 من ذوي اضطراب التوحد، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين، المجموعة الأولى استفادت من تدخل سلوكي مكثف بمعدل 40 ساعة في الأسبوع لفترة زمنية لا تقل عن عامين، دون أي علاج آخر، مع دعم وتكوين لأولياءهم، والمجموعة الثانية استفادت من تدخل سلوكي أقل كثافة من المجموعة الأولى (10 ساعات في الأسبوع)، مع دعم وتكوين لأولياءهم، وقد بينت النتائج أن المجموعة التي تلقت تدخلا مكثفا (40 ساعة أسبوعياً)، أظهر تحسناً كبيراً وواضحاً، في حين المجموعة التي تلقت تدخلا أقل كثافة (10 ساعات أسبوعياً) لم تظهر تحسناً مماثلاً لما حققته المجموعة الأولى. (Justin B. Leaf & al, 2018: 2258-2266)

2.5- دراسة الشمري، محمد بن خلف الحسيني (2007):

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، اعتمد فيه الباحث على أداة من تصميمه لمسح آراء العاملين على هذه البرامج مكونة من 06 أبعاد هي: 1- أساليب التقييم، 2- الخطة التربوية الفردية، 3- الخطة التعليمية الفردية، 4- خدمات المساندة، 5- دور الأسرة، 6- أساليب تعديل السلوك. الدراسة أجريت على عينة مكونة من 136 عاملاً في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية، موزعين على ستة مناطق تعليمية هي: منطقة الرياض، ومنطقة مكة المكرمة، والمنطقة الشرقية، ومنطقة القصيم، ومنطقة حائل، ومنطقة تبوك، بواقع سبعة برامج في منطقة الرياض، وثلاثة برامج في منطقة مكة المكرمة، وأربعة برامج في المنطقة الشرقية، وأربعة برامج في منطقة القصيم، وبرنامجين في منطقة حائل، وبرنامجاً واحداً في منطقة تبوك. طبقت الأداة على أفراد عينة الدراسة، وعولجت البيانات إحصائياً بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتقديرات التي قدمها العاملين للمكونات، وجوانب البرنامج لعينتين مستقلتين (t) المقدم للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية وباستخدام اختبار T في حالة



متغير الجنس والسلطة المشرفة على البرنامج (حكومي وأهلي)، وأسلوب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في حالة متغير الخبرة للعاملين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن تقويم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين بالمملكة العربية السعودية كان إيجابياً حيث بلغ متوسط التقديرات لجوانب وخصائص البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين على أداة المسح (32.49 من 60 درجة)، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم لهذه المراكز في جوانب البرنامج التالية: أبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة والدرجة الكلية لصالح القطاع الأهلي، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلاف لآراء التقويم للبرامج الخاصة بالتوحيديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك. كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملين حول البرامج مستوى 0.05 لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين بالمملكة العربية السعودية في أبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة لصالح الإناث، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين بالمملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية. (الشمري، 2007، 01)

3.5 - دراسة (Fadila Zitouni (2007): هدف هذه الدراسة إلى إجراء تحقيق في ممارسة التكفل بأطفال التوحد في المراكز الطبية البيداغوجية لذوي الإعاقة الذهنية، حيث شملت العينة على 06 نفسانيين يمثلون ثلاث نواحي هي الشرق والغرب والوسط، بالإضافة إلى والدتين لطفلين توحيديين ناشطتين بجمعية لذوي اطفال التوحد، معتمدة الباحثة على المقابلة النصف موجهة كأداة للدراسة، حيث بينت النتائج المتوصل إليها إلى:

- غياب التنسيق بين الطبيب العقلي للأطفال وباقي المختصين بالمراكز النفسية البيداغوجية.
- الاعتماد في التشخيص فقط على الملاحظة المباشرة للسلوك.
- عدم المعرفة بالتوحد من طرف المختصين.



- المراكز المعنية بالتكفل بأطفال التوحد عبارة عن مراكز خاصة بالإعاقة الذهنية وليس هناك برامج خاصة بالطفل التوحديين. (zitouni, 2007: 58-95)

4.5- دراسة الخطيب وآخرون (2012)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى فاعليات مؤسسات ومراكز التربية الخاصة التي تعنى بالتوحد في الأردن، وفقا للمعايير الدولية. تكونت عينة الدراسة من جميع المؤسسات ومراكز التوحد في الأردن، والبالغ عددها 35 مركزا ومؤسسة، اعتمد فيها الباحثون على أداة قاموا بتصميمها تكونت من 77 معيارا موزعة على 08 أبعاد، حيث توصلت النتائج إلى أن بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد البرامج والخدمات، في حين أن هناك ثلاث أبعاد كانت ذات مستوى فاعلية متوسط وهي: البيئة التعليمية، التقويم، الإدارة والعاملة، أما بقية الأبعاد وعددها أربعة كانت ذات مستوى فاعلية متدني وهي الرؤية والرسالة، مشاركة الأسرة، الدمج والخدمات الانتقالية، والتقويم الذاتي. (الخطيب، 2012: 394)

5.5- دراسة A.-E. Krieger et al (2013): هدفت هذه الدراسة إلى وضع نموذج علاقة

تشاركية بين الأولياء والمهنيين في التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث أجريت الدراسة على 18 ولي (09 أزواج) للأطفال ذوي اضطراب التوحد في نفس المؤسسة العلاجية التربوية، أين تم تأسيس شراكة بين الأولياء والمهنيين، حيث تم استخدام أداتين الأولى عبارة عن مقياس لقياس إدراك الوالدين لطبيعة الدعم المقدم من طرف المؤسسة، والثانية عبارة عن مقياس للتمكين النفسي (Psychological Empowerment Scale)، لقياس القدرة على التصرف. بينت النتائج بأنه كلما كان إدراك الوالدين للدعم المقدم من طرف المهنيين كتمكين، كلما ازادت القدرة على التصرف، كما أوصى الباحثون في هذه الدراسة بضرورة تحسيبي المهنيين العاملين على الإعاقة على أهمية نوعية العلاقة مع الأولياء في التكفل بالأطفال التوحديين.

6.5- دراسة Jenniferllg et al (2017): هدفت هذه الدراسة إلى تقييم برنامج فرنكفوني

نفسى بيداغوجي أعد لمساعدة أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مواجهة الضغط الناجم عن الصعوبات المرتبطة بتوحد أبنائهم. يتكون هذا البرنامج من اثنتي عشرة (12) جلسة مدة كل منها ساعتين وثلاث زيارات منزلية. يعتمد على التحليل التطبيقي للسلوك، حيث تم تقييم البرنامج لدى مجموعة رائدة لتحديد الصلاحية الاجتماعية والفعالية، حيث أظهرت النتائج أن ستة من أولياء الأطفال



الذين تتراوح أعمارهم بين أربع وستة سنوات أظهروا زيادة في المعرفة حول اضطراب طيف التوحد والتطبيقات التربوية في نهاية البرنامج، كما لوحظ تحسن في سلوك الطفل لدى أربعة أولياء، وسجلت النتائج شعور الأسر العائلات بالرضا عن البرنامج، وخاصة تلك التي لديها طفل مصاب بالاضطراب طيف التوحد وتأخر النمو. (Jenniferllg et al, (2017): 430-435)

التعقيب على الدراسات السابقة: من خلال ما سبق عرضه من دراسات سابقة، حيث تجدر الإشارة أن الباحث كان يبحث عن الدراسات التي تخدم دراسته، من حيث ما تناولته من معايير خاصة بالتكفل باضطراب التوحد، فوجد دراسة **Loovas (1987)** حددت لنا الحجم الزمني اللازم الأسبوعي لأحد البرامج الأكثر استخداما في مؤسسات التكفل المعنية بالدراسة، وهو البرنامج المعروف باسم برنامج لوفاس أو ABA، وهذا يخدم الدراسة من حيث التحقق من مدى احترام مؤسسات التكفل عندنا لهذا المعيار، في حين نجد دراسة **الشمري، محمد بن خلف الحسيني (2007)**، قد تناولت تقييم برامج التكفل التي تدخل في صلب موضوع دراستنا باعتبارها تدرس تقييم البرامج المستخدمة، ليس من حيث فاعليتها باعتبارها برامج عالمية ثبتت نجاعتها، وإنما في مدى احترام مؤسسات التكفل لشروط تطبيقها، أما بالنسبة لدراسة **الخطيب وآخرون (2012)**، فهي تتطابق مع دراستنا حيث تناولت تقييم مدى فاعلية مراكز التكفل بالاعتماد على أداة تم بناءها بناء على نفس المرجع الذي اعتمد فيها الباحث استبياناته والمستند إليها في تحديد المعايير الدولية المعتمدة كمرجع لدراستنا، وتناولت نفس المعايير التي تم اعتمادها في دراستنا.

أما دراسة **زيتوني (2007)**، فهدفت لإجراء تحقيق حول واقع التكفل بأطفال التوحد في المراكز الطبية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا، وهي تتوافق مع دراستنا الحالية، ولكن تختلف معها من حيث العينة والأدوات، فهذه الدراسة اعتمدت على الأخصائيين النفسيين والأولياء كعينة للدراسة، والمقابلة كأداة، بينما دراستنا الحالية هي أشمل من حيث توسيع العينة إلى جميع المختصين العاملين بمؤسسات التكفل من مراكز نفسية بيداغوجية وجمعيات ومصحة للطب العقلي للأطفال، بالإضافة إلى استخدام أكثر من أداة للتقييم، كما أن هذه الدراسة، كانت تهدف إلى جمع المعلومات عن واقع التكفل وليست دراسة تقييمية لهذا الواقع، وهو ما تناولته دراستنا، على الرغم من توصلها إلى نتائج تخدم دراستنا من حيث التشخيص والتنسيق بين المختصين النفسيين والطبي العقلي.



في حين نجد دراسة **Jenniferllg et al (2017)** قد بينت من خلال نتائجها أهمية دعم الأسرة والتكفل بأولياء أطفال التوحد في زيادة معرفتهم باضطراب التوحد وتحسن في سلوك الطفل التوحيدي، وهي دراسة تدعم دراستنا في تقييم مدى احترام مؤسسات التكفل لمعيار دعم ومشاركة الأسرة أثناء عملية التكفل باعتبارها أحد المعايير الدولية في نجاح عملية التكفل.

أما دراسة **A.-E. Krieger et al (2013)**، فقد تناولت جانب مهم في دراستنا وهو أهمية العلاقة بين أولياء الاطفال التوحيديين والمهنيين العاملين على التكفل بهذه الفئة من الاطفال، حيث تتناول دراستنا هذا الجانب من خلال تقييم دعم ومشارك الأسرة في التكفل بأطفال التوحد.

وعليه يمكننا القول أن هذه الدراسات كلها تخدم الدراسة الحالية وجاءت في صلب موضوعها.

6- تحديد المصطلحات:

1.6- التعريف الإجرائي للتوحد: هو اضطراب يظهر قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي في شقيه اللفظي وغير اللفظي، وترديدا آليا لما يسمعون، قصور في القدرة على اللعب الاجتماعي والتحليل، والإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحيدي عليه ورفضاً شديداً لأيّة تغييرات تطرأ على هذا الروتين، وردود أفعال غير عادية: كالغضب المبالغ فيه والبكاء، وعدم القدرة على الاستقلالية في النظافة، ويمكن قياسه من خلال الدرجات التي يحصل عليها الطفل على مقاييس مصممة لهذا الغرض كقائمة التقييم **CARS**.

2.6- أساليب التكفل: ويقصد بها جميع التدخلات العلاجية والتربوية التي تقدم للطفل التوحيدي في مؤسسات التكفل وهي ، التكفل النفسي، والأرطفوني، والتربوي، والنفوسو حركي.

1.2.6- التكفل الطبي: وهي في الخدمات التي يقدمها الطبيب الأخصائي في الطب العقلي للأطفال، للطفل التوحيدي، وتتمثل في التشخيص، وإعطاء بعض الأدوية لتصحيح بعض السلوكيات غير السوية المصاحبة التي تكون ناتجة عن خلل كيميائي في الدماغ كاضطرابات النوم، وفرط النشاط والحركة، والعدوانية وعلاج الأمراض المرتبطة بالنشاط العصبي.

2.2.6- التكفل النفسي: هو مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للطفل التوحيدي ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته و قدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع دعم تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة: أسرية، شخصية ومهنية.



3.2.6- التكفل الأطفوني: وهو مجموع الخدمات الأطفونية التي تقدم للطفل التوحدي من أجل

إعادة التأهيل الوظيفي لأعضاء النطق والكلام، والتأهيل اللغوي.

4.2.6- التكفل التربوي: ويقصد به في هذه الدراسات هي مجموع الخدمات التربوية التي يتلقاها

الطفل التوحدي، سواء في المراكز المتخصصة كالمراكز النفسية البيداغوجية، أو مصلحة الأمراض العقلية للأطفال، أو الجمعيات المهتمة في التكفل بأطفال التوحد، أو أقسام الإدماج في الوسط المدرسي العادي، والمتمثل في تطبيق برامج تربوية خاصة بالتوحد معدة مسبقا من طرف مختصين عالميين أو يتم إعدادها، التي تمكنه من تعلم مهارات جديدة والتخلص من سلوكيات غير مرغوب فيها.

5.2.6 - التكفل النفس حركي: ويقصد بها جميع النشاطات التي تهدف إلى تحقيق التدخل

الحسي من خلال عملية الدمج الحسي، والتي تشمل تقديم مجموعة من النشاطات التي تؤثر على الجهاز العصبي للطفل وتؤدي إلى اكتساب مهارات حركية؛ كالحركات الدقيقة والمهارات الحركية الكبيرة، بالإضافة إلى الدمج السمعي من خلال تقوية عضلات الأذن الوسطى، وتحفيز الجهاز المخيخ والجهاز الدهليزي للأذن.

6.2.6- التقييم: ويقصد به في هذه الدراسة عملية تقييم درجة اضطراب التوحد لدى الطفل،

ويشمل التقييم الطبيين النفسيين الأطفوني، البيداغوجي، النفس حركي، والاجتماعي، باستخدام أدوات تقييم ملائمة، وهي دراسة الحالة، الملاحظة العملية المباشرة، قوائم التقييم، الاختبارات، الميزانية الطبية الشاملة، وهي عملية تتم قبل التشخيص وأثناء وبعد عملية التكفل وبشكل دوري، بغرض التشخيص، وتقييم مدى استجابة الطفل لعملية التكفل.

7.2.6- التكفل الداخلي: ويقصد به في هذا الدراسة هو التكفل الذي يسمح بالتكفل بالطفل

التوحدي في مؤسسة التكفل بشكل يومي وداخل المؤسسة.

8.2.6- التكفل الخارجي: ويقصد التدخل الذي يتم فقط عن طريق المعاينة الخارجية للطفل

وتقديم تمارين للأولياء للقيام بها وتنفيذها في المنزل مع أبنائهم.

3.6- التدخل العلاجي والتربوي: ويقصد به في هذه الدراسة كل العمليات التي تقدم للطفل

التوحدي سواء تعلق بالعلاج الطبي، النفسي، الأطفوني، أو ما تعلق بعمليات التدريب السلوكية والتربوية وفقا لبرامج تربوية مكيفة.

الفصل الثاني : ماهية التوحيد



الفصل الثاني : ماهية التوحد

تهميد

1. نظرة تاريخية
2. -تعريف التوحد
3. الجهاز العصبي والتوحد
4. نسبة انتشار التوحد
5. أنواع التوحد
6. النظريات المفسرة للتوحد
7. خصائص التوحد

خلاصة الفصل



تمهيد: يعد التوحد من الاضطرابات النمائية التي شغلت العلماء، منذ بداية القرن العشرين إلى يومنا هذا، ويعرف نسبة انتشار رهيبه عبر العالم، وفي هذا الفصل سنحاول التعريف بهذا الاضطراب بدءا بالتطور التاريخي له، تعريفه، نسب انتشاره عبر العالم، أنواعه، وصولا النظريات المفسرة له، وخصائصه.

1- نظرة تاريخية:

يعود استخدام مصطلح التوحد للطبيب العقلي السويسري " Eugen bleurer " سنة 1911 الذي استخدمه للتعبير عن الانطواء الذاتي لدى المرضى الفصاميين البالغين، مستمدا هذا التعبير من الكلمة اليونانية Autos التي تعني الذات، حيث أشار إلى بعض الخصائص المشتركة التي يميز الأشخاص الفصاميين وهي العزلة واللعب بأجزاء الأشياء والتفوق حول الذات، وهي من الخصائص المعروفة الآن عند المصاب بالتوحد، وكان يطلق على الأشخاص الذين يتصفون بهاته الأعراض حينها. (الخفاف، 2015: 15)

ويعد الطبيب الأمريكي ليوكانر (Leokanner,1943) أول من استخدم مصطلح التوحد (Autisme) في مركز جون هوبكنز الطبي، الذي عاش في الفترة ما بين (1894-1981)، وترعرع في النمسا ودرس الأدب في جامعة برلين وأثناء الحرب العالمية الأولى، عمل مساعد طبيب في الجيش، وبعد الحرب درس الطب في جامعة برلين وحصل على شهادة البكالوريوس في الطب سنة 1919، ونال شهادة الطب سنة 1920، وعند انتقاله إلى الولايات المتحدة الأمريكية عمل في العديد من المستشفيات من بينها مستشفى هوبكنز سنة 1923، الذي أسس به قسم الطب النفسي، وألف كتابه سنة 1935 باللغة الإنجليزية الذي جاء تحت عنوان "طب نفس الأطفال" (Child Psychiatry)، الذي أشار فيه لاكتشاف التوحد من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث لفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر حالة من الاطفال تتراوح أعمارهم ما بين العامين(02) وثمانيني(08) سنوات، كانوا مصنفين بأنهم متخلفون عقليا، اكتشف لديهم أعراضا، قام بجمعها وأعطاه اسم "التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة" (L'autisme infantile) (précoce)، وتتنثل هذه الأعراض في بعض السلوكيات غير العادية، حيث لاحظ عنهم أنهم يتمتعون بذكاء عادي، عدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الأشخاص، تجنب النظر المباشر، اضطرابات



في اللغة، سلوكيات نمطية، الرغبة في رفض أي تغيير في بيئته ومحيطه والمحافظة على الروتين، واستعمال الجسد كشيء، ويضع كانر خاصيتين أساسيتين للتوحد هما: الانعزال الخارجي ورغبة استحواذية للحفاظ على الثبات (Christiane,2015:12).

وحسب ليو كانر دائما فإن لدى الطفل التوحيدي كل المحاولات للدخول في تواصل مع أمه مآلها الفشل، ويمتاز بالانفصال عن محيطه، وخاصة أمه، وقد أرجع أصل المرض في البداية إلى الاضطراب العاطفي وتم تدعيم هذا الطرح حتى سنوات السبعينات من القرن الماضي، وتم تطوير في تلك الحقبة علاجات نفسية من أجل تحرير العاطفة.

في عام 1944 أطلق الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر Hans Asperger في بحثه الذي كتبه بالألمانية مصطلح التوحد المرضي (Autistic Psychopath) على مجموعة من الأعراض المشابهة للأعراض التي جاء بها كانر كالفصم في التفاعل الاجتماعي، وقلة التواصل مع الآخرين وفهمهم لمشاعرهم، ولكن أعمال أسبيرجر لم تلقى الرواج ولم تنتشر إلا بعد أن ترجمت إلى اللغة الإنجليزية.(الخفاف، 2015: 17)، وجاء عمل أسبيرجر مكملا لأعمال ليو كانر (Leo Kanner)؛ حيث لاحظ على مرضاه أنه زيادة على الأعراض السالفة الذكر يظهرون حالة من الحرمان العاطفي، ضعف القدرة على إقامة أصدقاء، اضطرابات في التواصل، الانشغال الكبير بحاجات خاصة (فوائد خاصة)، وحركات خرقاء. حيث أطلق على هذه الأعراض متلازمة سميت باسمه (متلازمة أسبيرجر). (Christiane,2015:12).

وفي الستينات من القرن الماضي صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة، اقترحت في تسع نقاط سميت بنقاط "كريك التسعة" (Greak Nine Points) تستخدم في تشخيص الأطفال الفصامين وهي تتضمن ما يلي:

- اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.
- عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر.
- اهتمام مرضي بموضوعات محددة.
- مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين.
- خبرات إدراكية شاذة.



- قلق حاد ومتكرر وغير منطقي.
- فقدان الكلام.
- اضطراب في الأنماط الحركية.
- تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية. (الخفش، 2007: 17)
- وفي عام 1962 أنشئت أول جمعية ضمت أولياء الأطفال المتوحدين والمهتمين المختصين في بريطانيا.
- وفي عام 1964 اكتشف برنارد ريملان (Bernard Rimland)، وهو والد لطفل يعاني من التوحد الطفولي المبكر عالي الأداء، ومؤلف كتاب "متلازمة التوحد الطفولي"، أدلة تؤكد الأساس البيولوجي للتوحد.
- كما جاءت اكتشافات طبيب الأعصاب النمساوي أندرياس (Andreas Rett) صاحب المتلازمة التي سميت باسمه "متلازمة رت"، داعمة لاكتشاف برنار لتؤكد في دليل آخر بأن التوحد هو حالة بيولوجية.
- وفي سنة 1977 اكتشفت كل من سوزان فلوستين و ميكائيل روتر (Susan Folstein and Michael rother) خلال فحصهما لتوأمين أنهما مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بوجود احتمال أن للتوحد عامل جيني خلف الإصابة به. (الخفاف، 2015: 18)
- وفي سنة 1981 وصفت لورنا وينغ (Lorna Wing, 1981) 19 حالة لأفراد تتراوح أعمارهم ما بين 5 و 35 سنة يظهرون أعراضا مشابهة للإعراض التي جاء بها أسبيرجر وهي:
 - يفتقرون للتعاطف.
 - السداجة.
 - عدم التكيف الاجتماعي.
 - تكوين صداقات محدودة وغير موجودة أحيانا.
 - لغتهم تكرارية.
 - التحذلق وضعف التواصل اللفظي.
 - الاهتمام بمواضيع محددة ويعودون إليها دائما.



- انعدام التوجه الحركي.

- اختلال في التأزر ومن وضع شاذ للجسم. (الخفاف، 2015: 18)

في سنة 1992 أدرج التوحد كاضطراب قائما بذاته في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة (DSMIV) ووضع له معايير مقننة للتشخيص.

وفي سنة 1994 أدرجت زملة أسبيرجر تحت تأثير أعمال لورنا وينغ كأحد اضطرابات التوحد ذات المستوى العقلي الجيد وأحد التشخيصات الفارقية لاضطراب التوحد في الدليل التشخيصي لأول مرة.

وفي سنة 1994 أدرجت متلازمة أسبيرجر في الدليل الدولي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (CIM10) بوصفه مجموعة من الاضطرابات ذات اختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وأنماط التواصل. (الخفاف، 2015: 19)

من الناحية الأدبية الطبية، قام (Jean-Marc Itard(1828)، بوصف ثلاث حالات من "الصمت الفكري" والتي تقترب كثيرا من التوحد. (الخفاف، 2015: 20)

2- تعريف التوحد: إن كلمة التوحد تعني بالإنجليزية (Autisme)، هي كلمة مشتقة من الكلمة

الإغريقية (Autse)، وهي تشير إلى النفس أو الذات. وأخذ مفهوم التوحد عدة تعاريف نذكر منا: لقد عرفه ليو كانر (Leo Kanner, 1943): بأنه اضطراب يحدث في الطفولة، يتميز سلوك الأطفال فيه بانغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم.

وحده هانز أسبيرجر (Hans Asperger 1943) بأعراض "تتضمن قصور في مهارات التوازن، والاكتماب والكلام التكراري، وإخراج الصوت بنفس الوتيرة وكراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، وحب الروتين، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين" (الخفاف، 2015: 24).

في حين يحدده روتر Rutter 1978 بمجموعة من الخصائص الرئيسية تتلخص فيما يلي:

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

- نمو لغوي متأخر أو منحرف.

- الإصرار على التماثل.



واشترت الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين (NSAC) إلى أن اضطراب التوحد يشمل الأعراض التالية:

- اضطراب في معدل النمو وسرعته.
- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
- اضطراب في التوحد والكلام واللغة والمعرفة. (الخفاف، 2015: 18)

وأشار ولف Wolf 1988 إلى أن أطفال التوحد يعانون من قصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللغوي، والترديدي الآلي لما يسمعون، وقصورا في اللعب الاجتماعي، والتحليل والإصرار على أداء الروتين الذي اعتادوا عليه، ويرفضون بشدة أي تغييرات تحدث عليه. (الخفاف، 2015: 19)

هذا وقد أشار أورنتيز Orentiz 1989 إلى أنه اضطراب من اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود لأية أعراض عصبية أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية. (جمال، 2016:24)

وترى مارिका (Marica, 1990) بأنه "مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط" (عادل، 2016:24)

ويرى جيلبرج Gillberg 1990 بأنه عبارة عن زملة من الأعراض السلوكية ناتجة عن أسباب مختلفة ومتعددة غالبا ما تكون مصحوبة بنسبة نكاه منخفضة، وقصور في التفاعل الاجتماعي وفي التواصل اللفظي وغير اللفظي. (الخفاف، 2015: 20)

وتعرفه منظمة الصحة العالمية كما جاء في دليلها العاشر CIM10 على أنه " اضطراب من الاضطرابات النمائية الذي يؤثر في عدة مجالات لعمليات التطور، يتميز بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل بلوغ سن الثالثة من عمره. يمس هذا الاضطراب مجالات ثلاث هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري". (CIM10)



أما الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society Of American, 1992) فأشارت للتوحد بأنه إعاقة في النمو، تتصف بكونها مزمنة وشديدة، وتظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبا في وظائف المخ. (الخفاف، 2015: 24)

ولعلى أكثر التعريفات لاضطراب التوحد هو ما جاء به تعريف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) حيث عرفته بأنه "اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر على عدة مجالات تشمل قصورا في التفاعل الاجتماعي، وقصورا في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور الحركات النمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل" (زياد وآخرون، 2011: 389)

3- الجهاز العصبي والتوحد:

يحتوى الجهاز العصبي على مواد كيميائية تسمى بالنواقل العصبية، حيث تسمح هذه النواقل للإشارات العصبية بالانتقال من خلية عصبية إلى أخرى عبر منطقة التشابك أو المشبك العصبي، وقد وجد لدى بعض المصابين باضطراب التوحد أن هذه النواقل لا تعمل بشكل صحيح، ومن بين النواقل التي حظيت باهتمام أكثر بالدراسة والبحث من طرف العلماء المهتمين باضطراب طيف التوحد نجد السروتونين، الدوبامين، و الأحماض الأمينية النيروبيبتيد Nuropeptides والأستيلكولين.

وأشار باشا فالير وميرجيريان (Bacha Valier & Merjarian, 1994) أن أطفال التوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والتذكر.

أما أبو العلا، 1990 فأشار في دراسة له أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي، يشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد.

وتشير تريفارثر وآخرون (Treavarther & All, 1996) في دراسات لهم إلى وجود أدلة حديثة

على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية في مركز المخ (الظاهر، 2009: 87)

4- نسبة انتشار التوحد

كانت نسبة انتشار التوحد في الاعترافات الأولى لاكتشاف الاضطراب تتراوح ما من 4 إلى 5

أطفال لكل 10000 ولادة، لكن عدد من الدراسات اللاحقة أظهرت أن نسب انتشار طيف التوحد



تراوحت ما بين 20 و 40 أطفال لكل 10000، ليرتفع إلى 60 لكل 10000 ولادة ثم 100 لكل 10000 ولادة.

وقد قاما Chakrabarti و Fombonne سنة 2005 بإجراء دراسة مسحية في بريطانيا لمرحلة الأطفال ما قبل المدرسة تتراوح أعمارهم ما بين 4 و 6 سنوات، حيث بينت النتائج أن نسبة انتشار الاضطرابات النمائية بلغت 58,7 لكل 10000 طفل، بالاعتماد على أدوات تشخيص مقننة متعددة، اما التوحد فوجدا نسبة انتشاره هي 22 لكل 10000 طفل. (spectredelautisme.com)

إن نسبة انتشار اضطراب التوحد في ارتفاع مستمر، حيث ارتفعت نسبة انتشاره من 2 لكل 10000 طفل سنة 1980 إلى ما يقارب 30 لكل 10000 طفل سنة 2004

وفي الجزائر تم إحصاء سنة 2016 أكثر من 400000 توحد بين مراهق وراشد (موقع جريدة Liberté، 2016)

5- أنواع التوحد:

لقد أشارت ماري كولمان إلى ثلاث تصنيفات للتوحد وهي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، ويحدث لها تحسن بين سن الخامسة والسابعة من العمر، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى، إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان احسي. وأشار الخفاف (2015) إلى أن كل من ستيفان وماتسون وكوفي اقترحوا تصنيفا يتكون من أربع مجموعات وهم على النحو التالي:

1.5- المجموعة الشاذة: أفراد هذه المجموعة يظهرون عددا قليلا من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2.5- المجموعة التوحدية البسيطة: وهي المجموعة التي تظهر لديها مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث وتكون روتينية، ويعاني أفرادها من تخلف عقلي بسيط مع التزاما باللغة الوظيفي.

3.5- المجموعة التوحدية المتوسطة: يمتاز أفرادها بإظهار استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد، واستخدام لغة لفظية محدودة، ويعانون من التخلف العقلي.



4.5- المجموعة التوحدية الشديدة: يمتاز أفرادها بالعزلة الاجتماعية، وفقدان مهارات التواصل

الوظيفية، وتخلف عقلي واضح وملحوظ. (الخفاف، 2015: 67)

وقد صنف الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي للاضطراب العقلية في نسخة الرابعة المنقحة

التوحد ضمن الاضطرابات النمائية التي جاءت كما يلي:

أولاً- اضطراب التوحد: ويظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة، ويكون لديهم مشكلات في التفاعل

الاجتماعي من خلال الصعوبة في إقامة علاقات اجتماعية أو استمراريتها، وفي حالة ما وجدت تكون

ضعيفة وخالية من الروح التي تميز العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى قصور في التواصل اللفظي

وغير اللفظي مثل صعوبة في فهم الكلام والإشارات والإيماءات، وعدم القدرة على اللعب التخيلي، وتتميز

ألعابهم بالنمطية والتكرارية.

ثانياً- متلازمة أسبيرجر (Asperger Syndrom): وتعود إلى العالم النمساوي هانز أسبيرجر

التي وضعها سنة 1944، وتم انتشارها عالمياً سنة 1981، ومن أعراض هذه المتلازمة نجد: قصور

في مهارات التوازن والاكتماب والكلام التكراري وإخراج الصوت بنفس الوتيرة وعدم القدرة على التفاعل مع

الآخرين بشكل طبيعي، وهي تصيب الذكور أكثر من الإناث والجدول الموالي يوضح الفرق بين

اضطراب التوحد ومتلازمة أسبيرجر.

الجدول رقم 01 يوضح الفروق بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبيرجر

| الرقم | اضطراب التوحد | متلازمة أسبيرجر |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1 | يظهر قبل السنة الثالثة | يظهر قبل أو بعد السنة الثالثة |
| 2 | الذكاء يتراوح بين المتوسط والتخلف العقلي الشديد | الذكاء يتراوح ما بين المتوسط وفوق المتوسط |
| 3 | تأخر واضح في تعلم الكلام والمهارات الإدراكية ابتداء من السنة الأولى عند حوالي 75% من الحالات | لا يتأخر الطفل في تعلم المهارات الإدراكية والكلام |
| 4 | التأثير يكون واضحاً على المستوى السلوكي والاجتماعي والنفسي | جوانب التأثير تظهر في التبادل الاجتماعي ونطاق اهتمامات محدودة |



ثالثاً - متلازمة ريت: سميت بهذا الاسم نسبة إلى صاحبها العالم (Audreas Rett) وتتميز بالتطور الطبيعي في فترة ما قبل الولادة وما حولها، مع تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى للولادة، مع محيط رأس طبيعي عند الولادة، أما بعد الشهر الخامس والثامن والأربعين شهرا من العمر، فيلاحظ تباطؤ في نمو الرأس، وفقدان المهارات اليدوية الهادفة التي اكتسبت سابقا، مع ظهور حركات يد نمطية (مثل حركة العصر أو غسل اليد)، وعدم التناسق الحركي في المشي، وتطور لغة استقبالية وتعبيرية شديدة الاختلال مع تأخر نفسي حركي شديد.

رابعاً - الاضطراب التفككي في الطفولة Childhood Disintegrative Disorder: وأهم

ما يميزه هو تطور طبيعي لمدة سنتين على الأقل بعد الولادة، يتجلى بوجود تواصل لفظي وغير لفظي، وعلاقات اجتماعية، ولعب، وسلوك تكيفي مناسباً للعمر، مع فقداناً لمهارات اكتسبت سابقاً قبل عمر 10 سنوات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، والمهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، وضبط المثانة أو الأمعاء، واللعب، والمهارات الحركية، وقصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية

خامساً - اضطراب نمائي شامل غير محدد في مكان آخر، ويشمل التوحد اللانموذجي: وأهم ما

يميزه، هو اختلال شديد وشامل في تطور التفاعل الاجتماعي التبادلي المترافق مع اختلال إما في مهارات التواصل اللفظية أو غير اللفظية، أو بوجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية، ولكن لا تتحقق فيها معايير اضطراب نمائي شامل نوعي أو فصام أو اضطراب شخصية من النمط الفصامي أو اضطراب شخصية متجنبة. وتشمل هذه الفئة على سبيل المثال تظاهرات «التوحد اللانموذجي» التي لا تحقق معايير الاضطراب التوحدي بسبب سن البدء المتأخر أو الأعراض اللانموذجية أو الأعراض التي تكون دون عتبة الاضطراب التوحدي أو جميع ما سبق. (DSMIV-TR)

أما الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الخامسة فقد جمع هذه الاضطرابات في اضطراب واحد سماه باضطراب طيف التوحد مع اخراج متلازمة ريت من الاضطرابات العقلية باعتبارها اضطراباً عصبياً قائماً بذاته، ووضع له الأعراض التالية:

عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ووجود أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة، مثل نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام مع الإصرار على



التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، واهتمامات محددة، وفرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم ودرجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، وهذه الأعراض تظهر في فترة مبكرة من النمو، ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة، أو قد تحجب بالاستراتيجيات المُتعلمة لاحقاً في الحياة. (DSMV)

كما وضع هذا الدليل قائمة لمستويات الشدة يمكن توضيحها في الجدول التالي:



جدول رقم 02 قائمة توضح درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد

| مستوى الشدة | التواصل الاجتماعي | السلوكيات النمطية المتكررة |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جدا | عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي وغير لفظي مسبباً تديناً شديداً في الأداء، مع بدء محدود جداً للتفاعل الاجتماعي، مع أقل الاستجابات لاستهلاجات الغير، مثلاً شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادراً ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط وللإستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط. | انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع المناحي . إحياط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل. |
| المستوى 2 يحتاج لدعم كبير | عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي وغير لفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاجات الغير فمثلاً شخص يتكلم جملاً بسيطة وتفاعلاته محددة باهتمامات ضيقة، ولديه تواصل غير لفظي غريب. | انعدام المرونة في السلوك .وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تظهر بتكرار كافٍ ل يبدو ظاهراً للمراقب الخارجي وتتداخل بالأداء في العديد من السياقات . إحياط/صعوبة لتغيير التركيز أو الفعل |
| المستوى 1 يحتاج للدعم | دون دعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تديناً ملحوظاً. صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لاستهلاجات الغير، وقد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلاً شخص لديه القدرة على الكلام بجملاً كاملة قد ينخرط باتصال ولكن محادثته من وإلى الآخرين ستفشل، ومحاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة وغير ناجحة عادة. | انعدام المرونة يسبب تداخلاً واضحاً مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات .صعوبة التغيير بين الأنشطة .مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الاستقلالية. |

6- النظريات المفسرة للتوحد: منذ ظهور هذا الاضطراب والدراسات والأبحاث العلمية لم تنقطع

ومستمرة في محاولة البحث عن تحديد العوامل التي يمكن أن تكون السبب أو تؤدي إلى ظهوره، فتعددت وتنوعت بين التركيز على الجانب البيولوجي، الوراثي، والعوامل الأيضية، أو الكيميائية، وانتهاء بالفرضيات والتي ركزت على العوامل البيئية والتطعيم الثلاثي وما إلى ذلك من العوامل والأسباب، ولكن



إلى حد الساعة لم يتم اعتماد سبب واضح وبشكل جازم يرجع إليه ظهر اضطراب التوحد، وفيما يلي نستعرض مجموعة من العوامل التي افترضها العلماء كل حسب توجهه لاضطراب التوحد:

1.6- النظرية الوراثية الجينية:

أشارت العديد من الأبحاث والدراسات إلى الدور الذي تلعبه الوراثة والجينات في حدوث اضطراب التوحد، من خلال ملاحظتهم على حدوث الإصابة باضطراب التوحد بين الإخوة، وإصابة بعض الأقارب ببعض الإعاقات النمائية للتوحد، فقد أشار فولست وروتر (Folstein & rutter,1977) إلى أن نسبة حدوث الإصابة بالتوحد بين التوائم الحقيقيين تقدر 37 % عند دراسته لإحدى عشر زوجا من التوائم الحقيقيين، في حين لم يجد علاقة بين التوائم غير الحقيقيين، وتوصلت نتائج أبحاث (RITVO & COLL,1986) إلى نسبة الإصابة بين التوائم الحقيقيين هي 90 % أو عند التوائم غير الحقيقيين تبلغ 30 %، وأشار (STEFFENBURG & COLL. 1989) إلى أن نسبة الإصابة تقدر ب 91 % عند التوائم الحقيقيين. (Pascal & All,2007:266-267)، بينما أشار الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخة الرابعة المنقحة DSMIV إلى أن خطر الإصابة بين الإخوة إناثا وذكورا يقدر بنسبة 6%، بينما أشار نفس الدليل في طبعته الخامسة DSMV إلى أن نسبة الاحتمالات الوراثية للإصابة باضطراب التوحد تتراوح ما بين 37% و أكثر من 90 % ، وأن 16 % من الحالات تعود إلى طفرة جينية معروفة مع الاختلاف في عدد نسخ الطفرات، وأن هذا الخطر قد يمتد إلى أجيال متعددة (DSMV: 67).

كما أشارت مارون، 2008 "أن هناك عدد من الكروموسومات تفسر حدوث اضطراب التوحد ومن هذه الكروموسومات هي (2، 7، 13، 16، 16، 17، X) والكروموسوم الأخير مشترك مع متلازمة ريت ومتلازمة الكروموسوم X الهش" (جمال، 2016: 26)

غير أن العلماء لم يتفقوا على علاقة خلل في كروموسوم معين باضطراب طيف التوحد، فهناك من يربط بين الكروموسوم رقم 2 وحالات التوحد لوجود علاقة بينه وبين اضطراب النطق، وهناك من يربط التوحد بالكروموسوم رقم 3 لارتباطه بجين Gat الذي له علاقة بصناعة البروتين والذي يعمل مع النواقل العصبية Gaba وتوصيل الرسائل بين خلايا الدماغ، وينشط خلايا الدماغ فوق الطبيعي، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية، في حين ربط البعض منهم -العلماء- بين التوحد والكروموسوم رقم



7 لاحتوائه على مجموعة من الجينات لها وظائف مرتبطة بالنطق واللغة وتعابير الوجه والانفعالات.
(الظاهر، 2009: 130)

إن النتائج المتوصل إليها على اختلاف نسبتها تؤكد بشكل لا يقبل الشك بأن للوراثة دورا تلعبه في حدوث التوحد، وهي مرتفعة وقد ترتفع إلى نسبة 90 %، كما أشارت هذه الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بالتوحد عن التوائم الحقيقيين تكون مرتفعة مقارنة باضطرابات أخرى كالقصاصم، الاضطرابات ثنائية القطب.

وعلى المستوى الأسري، فالدراسات التي أجريت منذ سنة 1981 إلى غاية 1996 والتي بحثت الإصابة بالتوحد بين أفراد الأسر، توصلت إلى وجود نسبة 2.2 % من خطر حدوث الإصابة بين الإخوة، وأنها تتضاعف ما بين 60 إلى 100 مرة مقارنة بعامة السكان، بينما في دراسات على الوالدين الذين لديهم أولاد متوحدين من الدرجة الثانية والثالثة فقد توصلت إلى أن نسبة الإصابة في حدود 0.8 % عند الآباء من الدرجة الثانية، أما ذوي الدرجة الثالثة فهي في حدود 0.12 %، وقد توصلت ذات الدراسات إلى أن نسبة 1 % من التوحديين " لديهم آباء من الدرجة الثانية مصابون بحالات "أسبيرجر".

في حين توصلت دراسة Constantino et Al (2017) التي أجريت على 338 طفل صغيرا في إطار سلسلة من تجارب متابعة العين، منهم 166 توم توحدي، و 88 توم غير توحديين و 84 طفلا شاهدا فرديا إلى بأن استعمال النظر خلال التفاعلات الاجتماعية يتأثر بشكل قوي بالعوامل الجينية. (Constantino & al, 2017: 340)

وكما توصلت دراسة قام به Yuen et al (2017) على 5205 أسرة لديها توحد إلى تحديد 18 نوع من الجينات لها دور في التوحد مثل MED13 و PHF3، كما أن حاملي الطفرات ذات القابلية أو ذات الحاسة الكبيرة لديه قدرة تكيف ضعيفة. (Yuen et al 2017:602)

2.6- النظرية العصبية : لقد بحثت النظرية البيولوجية على مستوى الجهاز العصبي، واعتبرته من الأسباب الرئيسية للتوحد على الرغم من عدم جزمها بذلك، ويؤكد أصحاب هذا التوجه من العلماء على وجود خلل في تركيب خلايا الجسم أو في أجهزته، والمخ مثل الالتهاب الدماغي في السنوات الأولى من العمر وإصابة الأم بالحصبة الألمانية، تناول الأدوية أو الكحول خلال الحمل، والصعوبات الشديدة أثناء الولادة مثل نقص الاكسجين واختناق الطفل عند الولادة.



ويرى ريملاندر 1964 بأن الأطفال التوحديين يعانون من تلف كلي أو جزئي في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة وتلك التي تم اختزانها من خلال الخبرات السابقة، وهي وظيفة تعد من المهام الأساسية للجهاز العصبي، وهذا ما يجعل الطفل التوحد يجد صعوبة في الارتباط بالآخرين نظرا لعدم قدرته على الربط بين الخبرات وتكاملها.

أما هت وهت (Hutt & Hutt,1970) فقد أشار إلى أن سبب التوحد يعود إلى خلل في نظام التنشيط المشبكي في المخ.

ويشير سميل (Small,1976) إلى أن قياس النشاط الكهربائي لمخ الاطفال المتوحدين بين أن 64 % منهم لديهم انحرافات في صور التخطيط الكهربائي. (الخفاف،2016: 76)

ولقد بينت الدراسات التي أجريت على الاطفال التوحديين أثر الاختلالات في النواقل العصبية عند أطفال التوحد وخاصة السيروتونين، فمن بين 26 إلى 30 % من المتوحدين يستطيع أن يكون لديهم معدل مرتفع من السيروتونين في الدم (Anderson,1987:362- 366)، وبينت دراسة للبيولوجية الجزيئية biologie moleculaire لكوك وكول سنة 1977 احتمال انتقال لبعض الجينات الناقلة للسيروتونين إلى عائلات التوحد. (Pascal & All,2007:266-267)

وبينت دراسة هلتمان 2002 وجود ارتباط التوحد بتدخين الأم أثناء الحمل، وجاءت في دراسة لدود (Dodd,2006) أن ارتفاع مادة حامض الهوموفانيليك في السائل النخاعي، وهي من الناتج الرئيس لأبيض الدوبامين قد يؤدي إلى ارتفاع الدوبامين في مخ الأطفال المصابين بالتوحد مع انخفاض السيروتونين لديهم، ولكن هذا الارتفاع في الدوبامين قد نجده أيضا عند المتخلفين عقليا. (الخفاف، 2016: 77)

3.6- العوامل النفسية والاجتماعية:

يعد كانر (Leo Kanner) أول من تحدث على أسباب التوحد من الناحية النفسية والاجتماعية، وأول من قدم نظرية برود الآباء وفتورهم العاطفية.

تؤكد وجهة نظر كل من كانر وإيزنبرج (Kanner & Eisenberg,1966) أن الحرمان العاطفي يعد من العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد الطفلي المتمثل في ضعف العلاقة الانفعالية العاطفية بين الأم والطفل المولود، بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية من طرف الوالدين اتجاه الطفل في مرحلة عمرية مبكرة، كما أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الزوجية التي تتسم بالبرودة واللامبالاة بين



الزوج والزوجة، وأن محصلة تلك العلاقة هي إنتاج طفل متوحد، أما روتر (Rutter, 1976)، فقام بتوجيه الاتهامات إلى الأم الباردة انفعاليا والتي لا تحمل أي مشاعر أو انفعالات نحو جنينها، مما ينتج عنه ولادة طفل متوحد. (الخفاف، 2016: 78)

و يرى كل من دي مير وجاكسون 1981 أن التوحد الطفلي يحدث نتيجة عدم توفر الاستثارة من طرف الأم، وإخفاقها في إشباع الحاجات الأساسية للطفل، ومحاولة كبت غرائزه والحرمان من الاستثارة خلال أهم مراحل نموه وحرمان الطفل من مداعبة الأم له وحمله أو لمس جسده. (الخفاف، 2016: 78) لكن هذه التفسيرات النفسية والاجتماعية للتوحد كثيرا ما لاقت انتقادات كبيرة، وأصبحت محل رفض الكثير من الباحثين في هذا المجال ومنهم ريملاندر (Rimland) الذي رد عليها بشدة، وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن الأطفال التوحديين قد ولودوا لآباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالا غير توحديين، كما أن أشقاء الأطفال التوحديين هم غالبا عاديون مما يدل على عدم صحة تلك النظرية. (زياد وآخرون، دس: 400)

4.6- النظرية السيكو دينامية:

ركزت هذه النظرية على طبيعة المعاملة الوالدية غير السوية وخاصة الأم، حيث يرى كل من Miller و Goldstein أن الأم قد تستغل طفلها لمأ فراغها، وتعتبره كالشيء المملوك لها ولأجلها لا لنفسه، في حين يرى Rutter أن رابطة التعلق لدى الأطفال التوحديين بأوليائهم تكون معطلة أو معاقة، كما أرجع السيكو ديناميين التوحد إلى خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدا عنها وانطوائه على نفسه، بالإضافة إلى الحرمان العاطفي وتدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وإحساسه بالفراغ الحسي والعاطفي مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عن حوله. كما أشار كanner إلى أن الأطفال المتوحدين كثيرا ما كانوا عرضة إلى البرود العاطفي والاستحواذي، والاهتمام الآلي بتلبية حاجات الطفل فقط. أما برونو بتلهيم Bruno Betleheim فقد أوعز سبب التوحد إلى الوالدين من خلال تفسيره للتفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركزا لتطور التوحد، لأن الأطفال يحاولون مراوغة أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها. (أسامة و السيد، 2011: 56)



5.6 - نظرية العقل:

تعد نظرية العقل من أشهر النظريات المعرفية في التوحد، وتعود هذه النظرية لصاحبها ولمان Wellman 1992، التي حاولت تفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه، وأشارت إلى أن الفرد الذي يكون قادرا على عزو أو فهم الحالة للشخص الآخر يمكنه فهم التنبؤ بسلوك ذلك الشخص، وترى هذه النظرية أن الأطفال الأسوياء ينمون بطريقة سوية ويبدون رغبة للتفاعل مع الأفراد الآخرين تفاعلا اجتماعيا يسوده النشاط والفعالية، ولديهم القدرة على إظهار الأحداث من منظور الأفراد الآخرين بطريقة أولية في غضون عشرة شهور من العمر، وأن الاهتمام المشترك الذي يظهر ما بين الشهر التاسع والثاني عشر يعد مفتاحا أساسيا لمهارة التجاوب البصري مع الآخرين، وتستمر هذه المهارات حتى السنة الثانية من عمر الطفل، أين يظهر اللعب التخيلي، ويشجع على التواصل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين، وفي هذه المرحلة يكتسب الطفل اللغة ما بين السنة الأولى والثانية التي تمكنه من تفهم مشاعر الآخرين ورغباتهم وأفكارهم وفي سن الرابعة حسب ذات النظرية يصبح الطفل النامي قادرا على فهم أن للآخرين معتقدات وأفكارا تحدد سلوكياتهم. كما ترى نظرية العقل أن الطفل الذي ينشأ في بيئة اجتماعية غنية وثرية تكسبه خبرات وقدرات أكبر على فهم الآخرين وأفكارهم مقارنة بالطفل النامي في بيئة فقيرة من المثيرات العقلية، وترى نظرية العقل أن الطفل التوحيدي لديه قصورا وعجزا إدراكيا يمنعه من إدراك الحالات العقلية، مما يعيق فهمه للحالات العقلية للآخرين وفهم سلوكياتهم، وبالتالي يؤدي إلى العجز الاجتماعي. (أسامة و السيد، 2011:56)

5.6 - نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى هذه النظرية أن التوحد هو نتيجة لفشل في التعلم الاجتماعي والقصور من الناحية المعرفية يكون في التفسير وفي النوعية، وقصور في التقليد الاجتماعي، خاصة إذا كان في مراحله المبكرة فإنه يعيق النمو الاجتماعي لدى الطفل، مما يؤدي إلى خلل في التواصل الاجتماعي، وتجعل من الطفل التوحيدي يتعامل مع الأفراد وكأنهم أشياء يقدر يتجاهلها، كما أن الخلل في التعلم الاجتماعي يؤدي إلى عجز في النمو اللغوي، و قصورا في بناء علاقات اجتماعية (محمد صالح والجدادة، 2010:164)



6.6- نظرية التكامل الحسي:

تعود نظرية التكامل الحسي إلى المعالجة الوظيفية الدكتورة جين ايرس عام 1972، التي بينت من خلال ما توصلت إليه في دراستها للتكامل الحسي، أنه يتثل في ربط السلوك الذي يقوم به الإنسان ودماغه، وشبهت غذاء الدماغ مثلما يمثل الطعام غذاء العضلات، وقد عرفته بأنه: عمليات عصبية تقوم بتنظيم الأحاسيس المختلفة القادمة من الجسم من خلال الحواس المختلفة والبيئة المحيطة، ومن ثم الاستجابة الملائمة لهذه الإحساسات والتي تكون على شكل حركي وسلوكي، فمثلا عندما يقوم أحدهم بدفعنا للأمام فإن الجسد تلقائيا يعدل من وضعيته تقاديا للسقوط للخلف، وعندما نتناول كأسا لنشرب منه فإننا نقدر مقدار القوة التي نحتاجها للإمساك بذلك الكأس تبعا لنوعه زجاجا كان أو بلاستيكا، ونشرب من ذلك الكأس دون أن نوقع شيئا مما فيه، وعندما نرى خطرا محدقا بنا فإننا نحاول الهرب منه بأقصى طاقة لدينا. إن كل ردود الأفعال والاستجابات هذه ناتجة عن تكاملنا الحسي الذي أرسل إشارات لدماغنا ليقوم بدوره بإرسال الحركة والسلوك المناسبين لكل حالة اعتمادا على ما أرسل إليه من حواسنا المختلفة، ولذا فالتوحد حسب هذه النظرية هو خلل في تلك العلاقة التي تربط بين الدماغ والسلوكيات، وبالتالي يحدث خلل في الاستجابة الناتجة عنها سواء بعدم حدوثها أصلا لخلل في إدراكها الحسي، أو قد تحدث مشوهة لعدم التناسق والتكامل بين المدركات الحسية والأوامر التي يصدرها الدماغ لتنفيذ الاستجابة المناسبة. (مصطفى والشرييني، 2011: 61)

7- خصائص التوحد:

1.7- الخصائص الجسمية: تتراوح فترة الحمل بين 35 و36 أسبوعا، وتحدث الولادة عادة في الاسبوع 36، ويبلغ وزن الطفل الوليد حوال 3 كلغ، ويكون تنفسه تنفسا طبيعيا وصرخته تلقائية، وبعد فترة يصاب الطفل باليرقان، وتتوثق الرضاعة وتعتقد الأم أنه لن يعود للرضاعة، ويحدث تذبذبا واضحا ومميزا في النبيرة الصوتية للطفل مع حساسية زائدة لديه، وفي بعض الأيام يكون خاملا وغير نشط، ففي الشهر الاول تكون حركة عضلات الوجه منخفضة، وتظهر صعوبات في التأزر البصري الحركي، ولما يبلغ الشهرين والنصف تظهر لديه صعوبات في الرضاعة، مما يحتم على الأم التوجه إلى التشخيص الطبي، ويكون لدى الطفل في هذه المرحلة بصر جيد، واستجابة اجتماعية، يبتسم ولا يضحك، ويستطيع الوصول إلى الأشياء والتقاطها، ولديه صعوبات حسية بسيطة، والارتجاج، وحركاته فقيرة (اليسرى أكثر



من اليمنى)، وحساسية زائدة نحو المدخلات اللمسية، وفي عمر أربعة شهور تكون لدى الطفل التوحيدي حساسية المفرطة، ويناغي أثناء اللعب معه ويتجاوب مع الراشدين، من خلال الابتسامات والهديل مع استمرار القلق، والصراخ ورفض التغذية، وفي عمر ستة أشهر يظهر عليه شذوذ في إدراك الكلام الصادر عن الآخرين، وفي سن التسعة أشهر تظهر عليه حساسية مرتفعة وعالية اتجاه الضوضاء العالية والاتصال اللمسي والزحف ومحاولة سحب الأشياء بالوقوف، ويبدأ بسرعة في المشي بينما هو ممسك بالحائط، والأثاث، وعند الوقوف يقف على أطراف أصابع، وغير مرتبط بأي ألعاب خيالية والاستجابة اللفظية تكون ملاحظة، وينشغل باكتشاف الأشياء من حوله، وقلة الانتباه البصري، ويكون قلقا، وينام ما بين 8 و 9 ساعات في اليوم، ويجب صعوبة في بدأ النوم، ويستيقظ عدة مرات في الليل، ولا ينام في النهار أكثر من 45 دقيقة، ويظهر عليه في سن 13 شهر التدني في التواصل البصري، ويستغرق وقتا طويلا في اللعب، ويلقي الكرة ويستجيب للعبة شد الحبل. يكون نمو الجسم طبيعيا عند الأطفال المتوحدين، إلى أن بعض الدراسات مثل دراسة توري وآخرون (Torrey et al,2004) تشير إلى أن نمو الجسم يكون سريعا في 4 أشهر الأولى، فبالنسبة لنمو الطول فإن الأطفال المتوحدين ما بين السنة الثانية والسابعة من العمري يكونون أقصرا مقارنة بأقرانهم العاديين، أما نمو الأسنان فيظهر في مجملها بشكل عادي ولا يوجد اختلاف مقارنة بالأطفال العاديين. أما بالنسبة للتغيرات الجسمية المصاحبة لسن البلوغ، فتكون عادية، غير أنه من الناحية الجنسية فإن الطفل التوحيدي يكون مفهوم الجنس لديه يكون غائبا، غير أنه في فترة المراهقة تظهر بعض المشكلات، فنمو الرغبة الجنسية لدى الأطفال التوحيدين قد يدفعهم إلى ممارسة الاستمنااء في العلن دون إدراك لعادات المجتمع وقيمه، والميل إلى الجنس بمظهر غير ناضج، فقد يلجأ أحدهم إلى خلع ملابس الاطفال الآخرين، أو التفوه بكلمات ذات دلالة جنسية محرجة أمام العامة، وتشير دراسة فان بوجوديان و آخرون (Van Bourgondien et al, 1997) إلى أن الأشخاص المتوحدين يظهرون اهتمامات جنسية واسعة، ويعبر عنها من خلال الاستمنااء بشكل مفرط وزائد، الذي يحدث في وجود الآخرين وهي راجعة إلى العجز في الوصول إلى الشبقية والبدؤ بالاتصال الجنسي غير المرغوب، وقد أشارت دراسة هملين وكوزن (Helleman & Colson,2007) إلى أن العديد من التوحيدين يبحثون عن الاتصال البدني مع الآخرين ونصف العينة البالغ عددهم 24 لديهم علاقات جنسية وأبدى ثلاثة منهم جماع جنسي وكأنهم مخنثون. (أسامة والسيد،2011:30)



ومن ناحية نمو المخ فقد لوحظ في بعض الدراسات إلى كبر حجم الرأس بنسبة 53 % وكان محيط الرأس أصغر عند الولادة من العادي، وأشار توري وآخرون 2004، إلى كبر حجم الدماغ بنسبة 13.3 % لعينة مكونة من 15 طفلا رضيعا تتراوح أعمارهم ما بين 6 و 14 شهرا وكان متوسط محيط الرأس عند الولادة طبيعيا. (أسامة و السيد، 2011:31)

ومن الناحية الحسية، فإن الاضطرابات الحسية تكون عند الاطفال المتوحدين أكثر شيوعا مقارنة بالراشدين، فهم يفتقدون للتواصل البصري، والحساسية المفرطة للأصوات، فقد يغطي أذنه نتيجة لتضايقه يصل إلى حد البكاء بشدة والصراخ، وقد يتجنب الأصوات المفاجئة ولا يستجيب لها، وفي بعض الأحيان ينجذب ويبيدي اهتماما لبعض الأصوات كصوت الآذان، وعربات الإطفاء والساعات، أما من ناحية اللمس، فنجد لدى بعض من الاطفال المتوحدين قصورا في حاسة اللمس وأن كثير منهم لديهم عدم القدرة على استعمال كلتا اليدين في سن تكون فيه السيطرة الدماغية قد تشكلت لدى الأطفال العاديين، وهم يحبون لمس الخشب الناعم والبلاستيك، ويمكنهم من التعرف على الآخرين بهذه الحواس، وقد يألفون شم أيدي والديه والتعرف عليهم من خلالها، ويحبون اللعب الخشن والعنيف على الرغم من نفورهم من اللمسات الخفيفة.

أما من ناحية النمو الحركي فإن الأطفال التوحديين يمتازون بما يلي:

- نمو بعض المهارات أكبر من الأخرى.
- حركات غير طبيعية للجذع والأطراف، يمكن ملاحظتها منذ السنة الأولى من العمر
- حركات إرادية غير متزنة.
- عدم اتزان المشي والمشي على أطراف الأصابع.
- عدم القدرة على التقليد الحركي.
- يظهر الاطفال التوحديين سلوكيات متباينة مثل التلويح باليد، التأرجح والتمايل، شقلبة على الرأس، وضرب الرأس بعنف.
- عجز في الحركات الدقيقة عند أكثر من 67 % من الاطفال المتوحدين
- تأخر في المشي.
- صعوبة في تعلم نشاطات حركية متناسقة كالرقص وتنظيم خطوات عدة في نفس الوقت



- عدم القدرة على دمج الإحساسات الفردية ودمجها في وحدات متماسكة، ولديهم قصور في إدراك الصورة ككل ويمكنهم معالجة التفاصيل والأجزاء.

- تجنب التواصل البدني والسلبية (أسامة والسيد، 2011: 45-46)

2.7- الخصائص الاجتماعية: تتمثل في قصور في العلاقات الاجتماعية، وغياب التفاعل مع

الآخرين، والافتقار إلى مهارات اللعب وفهم الآخرين والتواصل معهم، والهروب منهم والغضب والخوف من اقتراب الآخرين منهم، والعجز عن تقليدهم، ويشير تريباجنير (Tripagnier, 1996) إلى أن أطفال التوحد في مرحلة المهد لا يستجيبون للابتسامة والتواصل البصري خاصة مع الأم، وهي صفات نجدها عند الطفل العادي في عمر الثلاثة أشهر، وفي الشهر الرابع يتحسس وجه أمه ويشعر به، وهذا ما لا نجده عند الطفل المتوحد، ولا تكون له القدرة الإدراكية لفهم سلوكيات الآخرين وكأنه لا يراهم، وغير محطين به، كما أن صداقات الطفل التوحد مع الآخرين محدودة، وعادة ما تكون مبنية على المشاركة في اهتمام معين يكون مستحوذا على اهتمامه. يتصف الطفل التوحد بالعزلة الاجتماعية، وهي سمة أساسية، ومظهر سلوكي جوهري في التوحد، حيث يفتقد الطفل التوحد للعلاقات مع الأشخاص المألوفين لديه، وهذه العلاقة هي علاقة وسيلة وليست تعبيرية، فالطفل التوحد لما يمسك يد أمه ويأخذها لجلب اللعبة، فهو يأخذها إلى الشيء الذي يريده، فأمه هي وسيلة لتحقيق غاية فقط، عكس الطفل السوي الذي قد تشير لديه إلى الحب وتحقيق التعلق والارتباط مثلا أو عن شعور بالأمن.

(الخفاف، 2015: 137-138)

كما يفتقد الطفل التوحد إلى مهارة الاهتمام المشترك التي تعرف بأنها مجموعة من مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، كالإيماءات والتواصل البصري المباشر، والتعبير، فهو لا يشارك الآخرين اهتماماتهم.

وقد توصل جيلسون (Gillson, 2000) في دراسة له إلى تحديد ثلاث مجالات للقصور

الاجتماعي لدى الطفل التوحد هي:

أ- **التجنب الاجتماعي:** حيث يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي والهروب من

الأشخاص الذين يتعاملون معهم.

ب- **اللامبالاة الاجتماعية:** حيث لا يبالي الطفل التوحد بوجود الآخرين من عدمهم ولا يشعر

بالسعادة حتى مع المقربين منه.



ج- السلوك الشاذ: يتصف سلوكهم بالشذوذ، حيث نجدهم يصدرن سلوكيات غريبة وشاذة مثل الغضب والثوران بدون سبب، والضحك الهستيري، والبكاء والاكتئاب لأسباب غير محددة، وعدم التجاوب مع مواقف الحب والعناق والعطف التي تبديها الأم اتجاهه، والشعور بالذعر من مواقف غير ضارة، مثل عندما يدخل إلى الحمام أو عند لبس حذائه. (الخفاف، 2015: 137-138)

أما هيفلان و أيلامو (Helfin & Alaimo,2007)، فقد أشار إلى السلوك الروتيني الذي يتميز بالالتزام بطقوس معينة يقاوم فيها المريض بشكل كبير أي تغيير مثل ترتيب الغرفة وأي مواعيد للأكل والحمام واللباس، بالإضافة إلى السلوك النمطي، والذي يشير إلى السلوكيات المتكررة، وهي تتسم بالتقييد والضيق، مثل الحركات المتكررة للجسم، أو ضرب اليدين على الفخذ، أو الدوران بشكل متكرر، أو التآرجج... الخ (الخفاف، 2016: 139)

ولقد أرجعت دراسة ترينبيير (Trenpeypeier, 1996) هذا السلوك النمطي المتكرر إلى عدة

اسباب منها:

- ✓ ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدى.
- ✓ إتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب اهتمام.
- ✓ الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومية له.
- ✓ عدم القدرة على ملاءمة السلوك مع الموقف.
- ✓ خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفى حجمها.
- ✓ تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

3.7- الخصائص اللغوية:

يشير روتر Rutter إلى أن القصور المعرفي لدى الأطفال المتوحدين يظهر في العجز اللغوي، صعوبات التعلم، عدم القدرة على التفكير المنطقي، وصعوبات الكتابة وهي سببا لظهور خصائص التوحد وليست نتيجة لهن وهو لا يعتبر العجز في استقبال اللغة والشذوذ في الإدراك المعرفي سبب كاف لتفسير التوحد وإنما يجب أن يضاف له العجز الاجتماعي كعامل ثانوي، ويرى كل من راموندو وميلك Ramondo و Milek أن العجز اللغوي لدى الأطفال المتوحدين يتضح في عدم القدرة على فهم معاني الكلمات وعلى استخدام قواعد اللغة، وحسبهما دائما أن الأطفال التوحديين لا يختلفون في هذا المجال عن ذوي التخلف العقلي، في حين يرى سزاتماري وآخرون Szatmari et Al أن ثلثا المتوحدين الذين



قاموا بدراستهم كانوا من الشباب الصغار، كانوا يعانون من مشكلات في التواصل وانحدار مستمر في اللغة، ولديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين. (أسامة والسيد، 2011 : 50) ويرى سيكان وآخرون (Secan et al, 1989) أنه بالاستطاعة التمييز بين حالات التوحد والحالات المشابهة على أساس القصور اللغوي المتمثل في عدم القدرة على إنتاج اللغة والاستجابة لها، فهي أشد في حالات التوحد مقارنة بالحالات الشبيهة به. (الخفاف، 2016: 143) وفي مجال العجز اللغوي دائماً، فإن الكثير من أطفال التوحد يفقدون الكثير من الكلمات التي يكونون قد تعلموها سابقان في السنة الثانية، وتظهر لديهم لغة فقيرة، ولغتهم الاستقبالية، قد تكون واضحة في مرحلة الطفولة المبكرة وتشكل معياراً للإصابة بالتوحد.

ينتج عن العجز في إنتاج اللغة بعض المشكلات يمكن سردها في النقاط التالية:

- الاستخدام العكسي للضمائر، حيث نلاحظ إشارة التوحد للآخرين بضمير "الأنا" أو إلى نفسه بضمير "الهو" أو هي أو بـ "أنا"، عندما يريد أن يقول "أنت".
- قصور في فهم الكثير من المعاني التي تصله من الآخرين.
- قصور واضح في القدرات التعبيرية، وقد يبدو ما يقوله غريباً.
- عدم الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات المسدات إليه.
- ترديد الكلام الذي يسمع مثل الإجابة على السؤال بنفس السؤال مثل تقول له ما اسمك؟ فيجيب ما اسمك؟

- عدم القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

4.7- الخصائص المعرفية: ونجد من بينها:

- صعوبة في فهم عواطف والحالات العقلية للآخرين، وخاصة في تمثل ما هو غير ملاحظ وغير مرئي مثل المشاعر، والذكريات، ونوايا الآخرين، وهنا نتكلم عن مشكل في تطوير نظرية العقل، أي نظرية فهم تفكير الآخرين، والأطفال الذين لديهم طيف التوحد بإمكانهم النجاح في فهم الحالات العقلية للآخرين في إطار التدريب في المدرس، ولكن يجدون صعوبة في تعميمها في المواقف الحياتية اليومية. إن هذه الصعوبة في فهم الحالات العقلية للآخرين مردها إلى مشكلات في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (Evelyne Thommen, et al, 2017: 20)



كما يلاحظ على الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد مشكلات في هذه الوظائف المعرفية التي تشمل التخطيط، ذاكرة العمر، التثبيط والمرونة، وهي وظائف تسمح بتسيير سلوكيات الفرد وأفعاله من خلال مراقبة الانتباه، لذلك نجد لديهم صعوبة في التعامل مع المشكلات التي تواجههم وصعوبة في إنجاز أعمال متعددة في نفس الوقت، وصعوبة في تحويل الانتباه إلى مثيرات أخرى عندما يجد صعوبة في تنفيذ سلوك ما، مما يؤدي إلى السلوكيات النمطية التكرارية، وصعوبة في ضبط سلوكيات غير مرغوبة وتثبيطها والتحكم فيها. (Evelyne Thommen,et al,2017: 20)

خلاصة الفصل: ما يمكن استخلاصه من خلال ما سبق استعراضه من تراث نظري حول التوحد، أنه اضطراب يمس جانب التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي يعيق التفاعل الاجتماعي للمصاب به مع محيطه الاجتماعي، وأن هذا الاضطراب عرف تطورات تاريخية، بدء من التسمية الأولى "قصرم الطفولة المبكر"، وصولاً إلى التسمية الحالية "طيف التوحد" بعد صدور الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSMV) سنة 2013، كما نستخلص أيضاً أن هذا الاضطراب اختلفت في تفسيره الكثير من النظريات باختلاف توجهاتها على الرغم من اجتماعها حول أعراضه، وهو ما يوحي بأن هذا الاضطراب مازال غامضاً من حيث تحديد الأسباب المؤدية له، كما أن التوحد يتميز بعدة خصائصها منها الجسمية، الاجتماعية، اللغوية والمعرفية، وأن ما تطرقنا إليه في هذا الفصل لا يكفي للإحاطة به بصفة شاملة بل يحتاج إلى معلومات أخرى منها آلية تشخيصه وتقويمه التي سنفصل فيها في هذا الفصل القادم.

الفصل الثالث: تشخيص وتقييم التوحد



الفصل الثالث: تشخيص وتقييم التوحد

تمهيد

1- تشخيص اضطراب التوحد

2- أعراض اضطراب التوحد

3- مراحل تشخيص اضطراب التوحد

4 - أدوات تشخيص اضطراب التوحد

خلاصة الفصل



تمهيد: بعد ما تطرقنا في الفصل السابق لمفهوم اضطراب التوحد وأنواعه والنظريات المفسرة له، سنحاول في هذا الفصل التطرق الى عنصر هام يرتبط به ألا وهو تشخيص هذا الاضطراب من خلال التطرق الى الأعراض التي تميزه ، ومراحل عملية التشخيص بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة فيه.

1- تشخيص اضطراب التوحد: يعتبر التشخيص الوسيلة الذي يمكننا من التعرف على أصل وطبيعة أي مرض وأسبابه، ويقصد بتشخيص التوحد تحديد أعراضه الداخلية والخارجية، والتعرف على نشأته وتطوره في الحاضر ومآله في المستقبل، فالتشخيص يتضمن وصفا دقيقا لحالة الشخص الحاضرة.

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل، باعتباره اضطراب من الاضطرابات النمائية التي تتصف بالتعقيد لعدة أسباب نذكر منها:

1.1- التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة، وهي فترة مهمة في نموه من جميع جوانبه النفسية والاجتماعية والجسدية، يكتسب فيها الطفل العديد من المهارات المتداخلة كالمهارات اللغوية، الاجتماعية، المعرفية، والعاطفية، وهي بذلك تعيق عمليات التواصل، والتخاطب، والتعلم، تتعذر فيها عمليات التواصل مع الطفل لتشخيص حالته.

2.1- تداخل بعض الاضطرابات المشابهة كالتخلف العقلي، والصرع الذي يشترك معه في الكثير من الأعراض مما يجعل التشخيص الفارقي ضروريا.

3.1- عدم وجود سبب واضح يتفق عليه العلماء في الأسباب المؤدية للتوحد.

4.1- وجود بعض الأطفال ينمون ويتطورون بشكل طبيعي ثم يصابون فجأة بهذا الاضطراب بأسباب غير مفسرة وغير معروفة.

5.1- عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة يمكن بواسطتها تشخيص المرض بشكل دقيق.

6.1- التشخيص يتطلب وقتا طويلا ويعتمد بشكل كبير على ما يدلي به الأهل بالدرجة الأولى من معلومات وهي معلومات قد تكون معرضة للنسيان وعدم الدقة والذاتية خاصة الأولياء الذين لديهم معلومات عن أعراض التوحد، فيلجئون بسبب عدم تقبل المرض لإخفاء بعض الأعراض.

7.1- عدم تجاوب المفحوص مع الفاحص بسبب ضعف القدرات العقلية، وقصور القدرات التواصلية والتجنب والهروب من الآخر الذي هو سمة من سمات الطفل التوحدي.



2- أعراض التوحد: سنتناول أعراض التوحد من خلال ما جاءت به المعايير الدولية التي تناولت الاضطرابات النفسية والعقلية وهي الدليل الأمريكي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM) في طبعته الرابعة المنقحة والخامسة، وكذا التصنيف الدولي العاشر للأمراض :

1.2- أعراض التوحد حسب DSMIV-TR: لقد فرقت هذه الطبعة من الدليل بين اضطراب

التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى والتي يذكرها الباحث على النحو التالي:

1.1.2- أعراض الاضطراب التوحد:

A- ينبغي توفر ما مجموعه ستة تظاهرات (أو أكثر) من (1) و(2) و(3)، تظاهرين على الأقل

من (1) وتظاهر واحد من كل من (2) و(3).

(1) اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنتين من التظاهرات التالية على الأقل:

(a) اختلال صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة كالتحديق عين في عين والتعبير

الوجهي والوضعيات الجسدية والإيماءات التي تخدم في تنظيم التفاعل الاجتماعي.

(b) الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمرحلة التطورية.

(c) غياب السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين

(مثل عدم البحث عن الظهور أو الإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها أو إحضارها).

(d) انعدام التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

(2) اختلالات كيفية في التواصل كما تتبدى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل:

(a) تأخر في تطور اللغة المنطوقة أو غيابها الكامل (ولا يترافق ذلك مع محاولة المعاوضة من

خلال نماذج بديلة من التواصل كالإيماء والتلميح).

(b) يكون لدى الأشخاص الذين يمتلكون كلاماً كافياً، اختلال واضح في القدرة على استهلال

حديث أو الاستمرار به مع الآخرين.

(c) استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة.

(d) انعدام ألعاب الخيال المتنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري.

(3) نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة المقيدة التكرارية والنمطية كما تتجلى في واحدة من

التظاهرات التالية على الأقل:



(a) انشغال كلي بموضوع اهتمام أو مواضيع اهتمام مقيدة ونمطية شاذة إما في الشدة أو في التركيز.

(b) التقيد الصارم بصورة واضحة بطقوس أو روتينات نوعية وغير وظيفية.

(c) أسلوبية حركية متكررة ونمطية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو لِيَّهما أو حركات معقدة لكامل الجسم).

(d) الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.

B- تأخر الأداء أو أداء غير طبيعي في واحد من المجالات التالية، مع بدء فيما قبل 3 سنوات:

(1) التفاعل الاجتماعي (2) اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي أو (3) اللعب الخيالي أو الرمزي.

C- لا ينجم الاضطراب عن اضطراب ريت أو الاضطراب التفككي في الطفولة.

2.1.2- أعراض اضطراب ريت:

A- وجود كل ما يلي:

(1) تطور طبيعي في فترة ما قبل الولادة وما حول الولادة.

(2) تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

(3) محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

B- بدء كل ما يلي بعد فترة تطور طبيعية:

(1) تباطؤ نمو الرأس بين سن 5 أشهر و48 شهراً.

(2) فقد المهارات اليدوية الهادفة التي اكتسبت سابقاً بين عمر 5 أشهر وعمر 30 شهراً مع تطور

لاحق لحركات يد نمطية (مثل حركة العصر أو غسيل اليد).

(3) ظهور مشية سيئة التناسق أو ظهور حركات جزعية.

(4) تطور لغة استقبالية وتعبيرية شديدة الاختلال مع تأخر نفسي حركي شديد.

3.1.2- الاضطراب التفككي في الطفولة:

A- تطور طبيعي لمدة سنتين على الأقل بعد الولادة، يتجلى بوجود تواصل لفظي وغير لفظي

وعلاقات اجتماعية ولعب وسلوك تكيفي مناسبة للعمر.



B- فقد هام سريرياً لمهارات اكتسبت سابقاً (قبل عمر 10 سنوات) في اثنين على الأقل من

المجالات التالية:

(1) لغة استقبالية وتعبيرية.

(2) مهارات اجتماعية أو سلوك تكيفي.

(3) ضبط المثانة أو الأمعاء.

(4) اللعب.

(5) المهارات الحركية.

C- شذوذات في الأداء في مجالين من المجالات التالية على الأقل:

(1) اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي (مثل الاختلال في السلوكيات غير اللفظية، الإخفاق في

تطوير علاقات مع الأقران، انعدام التبادل الانفعالي أو الاجتماعي).

(2) اختلالات نوعية في التواصل (مثل تأخر أو انعدام الكلام المنطوق، انعدام القدرة على

استهلال الحديث أو الاستمرار به، استخدام متكرر ونمطي للغة، انعدام ألعاب الخيال المتنوعة).

(3) نماذج سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية ونمطية، بما في ذلك نمطيات حركية

وأسلوبيات.

D- لا ينجم الاضطراب عن أي من الاضطرابات النمائية الشاملة النوعية أو عن الفصام.

4.1.2- أعراض اضطراب أسبرجر:

A- اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من التظاهرات التالية:

(1) اختلال واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة مثل التحديق عين في عين،

التعبير الوجهي، الإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.

(2) الإخفاق في إقامة علاقات مع الأقران مناسبة للمستوى التطوري.

(3) انعدام السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين

(مثل عدم البحث عن الظهور أو عدم الإشارة إلى الموضوعات التي يهتم بها للآخرين).

(4) انعدام التبادل الانفعالي أو الاجتماعي.

B- نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة مقيدة وتكرارية ونمطية، كما تتبدى في إحدى

التظاهرات التالية على الأقل:



(1) انشغال كلي في واحد أو أكثر من نماذج الاهتمام المقيدة والنمطية، وهو انشغال شاذ إما في الشدة أو في التركيز.

(2) التمسك الصارم بطقوس وروتينات محددة وغير وظيفية.

(3) أساليب حركية نمطية وتكرارية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو بليّهما أو حركات معقدة للجسم كله.

(4) الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء.

C- يسبب الاضطراب اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

D- لا يوجد تأخر عام هام سريرياً في اللغة (مثلاً، تُستخدم كلمات مفردة بعمر سنتين، كما تستخدم عبارات تواصلية بعمر 3 سنوات).

E- لا يوجد تأخر هام سريرياً في التطور الاستعرافي أو في تطور مهارات إعانة الذات بما يتناسب مع العمر أو في السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي) أو في الفضول نحو المحيط أثناء الطفولة.

F- لا تتحقق معايير اضطراب نمائي نوعي آخر أو معايير الفصام.

5.1.2- أعراض اضطراب نمائي شامل غير محدد في مكان آخر:

ينبغي استخدام هذه الفئة عندما يكون هناك اختلال شديد وشامل في تطور التفاعل الاجتماعي التبادلي المترافق مع اختلال إما في مهارات التواصل اللفظية أو غير اللفظية أو بوجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية، ولكن لا تتحقق فيها معايير اضطراب نمائي شامل نوعي أو فصام أو اضطراب شخصية من النمط الفصامي أو اضطراب شخصية متجنبة. وتشمل هذه الفئة على سبيل المثال تظاهرات «التوحد اللانموذجي» التي لا تحقق معايير الاضطراب التوحدي بسبب سن البدء المتأخر أو الأعراض اللانموذجية أو الأعراض التي تكون دون عتبة الاضطراب التوحدي أو جميع ما سبق.

2.2- أعراض اضطراب التوحد حسب DSMV:

في هذه الطبعة تم الاستغناء على متلازمة ريت بالاتفاق بين العلماء بأنها لم تعد اضطراباً معرفياً سلوكياً، وإنما أصبحت اضطراباً معرفياً جينياً توصل العلماء إلى تحديد الجين المسبب له وهو MeCP2،



تم ضم الاضطرابات النمائية الباقية وهي اضطراب التوحد، متلازمة أسبرجر، اضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، تحت مسمية اضطراب واحد وهو اضطراب طيف التوحد والذي تتمثل أعراضه في:

A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما

ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي

الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من

ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل

السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي

على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف

الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

2- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو

غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير

الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء

غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).



4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة) انظر للقائمة الثانية.)

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).

D- تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E- لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبى المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).

حدد ما إذا كان،

- مع أو دون ضعف فكري مرافق
- مع أو دون ضعف لغوي مرافق
- مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي (استعمل رمزاً إضافياً لتحديد الحالة طبية أو الوراثة المرافقة)

• مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي

(ملاحظة للترميز: استعمل رمزاً/رموزاً إضافياً لتحديد الاضطراب/



اضطرابات النمو العصبية، العقلية أو السلوكية المرافقة)

مع كاتاتونيا) يرجى الرجوع إلى معايير كاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

(ملاحظة للترميز :استعمل رمزاً إضافي [F06.1]

كاتاتونيا مرافقة لاضطراب طيف التوحد لتحديد تواجد الكاتاتونيا المرافقة).

3.2- أعراض التوحد حسب التصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM10: هذا الدليل أطلق على

التوحد مصطلح ذاتوية الطفولة ووضع لها أعراضا يمكن إيجازها في الآتي:

- وجود مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي لكنها إن وجدت لا تتجاوز ثلاث سنوات.

- اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وهي تأخذ شكل التقدير غير المناسب

للتلميحات الاجتماعية والانفعالية.

- فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقا للإطار الاجتماعي أو كليهما

باستخدام ضعيف للرموز الاجتماعية.

- تكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل

الاجتماعي- العاطفي.

- الاختلالات الكيفية في التواصل تأخذ شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغوية

تكون موجودة.

- اختلال في ألعاب الخيال والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان

نسبي للقدرة على الإبداع والخيال وعمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية

وغير اللفظية، والاستخدام الخاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة

بالتواصل، وعدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو تساعد التواصل الكلامي.

- السلوكيات النمطية والتكرارية قد تتسم بالتصلب والروتين على نطاق واسع من الأداء اليومي

ينطب عادة على الأنشطة الجديدة، والعادات المألوفة وأنماط اللعب

- ظهور بعض المشكلات الأخرى المصاحبة مثل الخوف أو الرهاب، اضطرابات النوم والأكل

ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس مثل عض الرسغ.

- الافتقار إلى التلقائية والقدرة على الإبداع وتنظيم الوقت عند أغلب المصابين مع إيجاد

صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرارات في العمل. (CIM 10).



3- مراحل عملية التشخيص والتقييم: تمر عملية التشخيص وتقييم اضطراب التوحد بعدة مراحل

بهدف الوصول إلى تشخيص جيد وموضوع.

وقد ذكر نايف (2018) ستة مراحل لعملية التقييم هي كالآتي:

1.3- المرحلة الأولى: مرحلة الحصول على معلومات أولية حول الحالة: وفي هذه المرحلة

يسعى القائمين على عملية التشخيص بجمع معلومات أولية موثقة حول الحياة السابقة للحالة من خلال الاطلاع على أشرطة فيديو مصورة للحالة تظهر الطفل في أحداث معينة مثل أعياد ميلاده أو أعياد ميلاد إخوته يظهر فيها هو، الرحلات والزيارات، أو أي صور وألبومات يمكن أن تفيد في التعرف على سلوكياته وتصرفاته، وقد تكون معلومات مكتوبة مثل تقارير الأخصائيين الذي تمت مراجعتهم في فترات سابقة، كأطباء الأعصاب، أطباء الأطفال، أخصائي لغة وتخابط، أخصائيين نفسانيين،... الخ

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد خطوات المرحلة القادمة مثل المقابلات مع الأهل وتحديد أدوات

القياس والتشخيص المناسبة. (نايف، 2018: 84)

2.3- المرحلة الثانية: مرحلة مقابلة أسرة الطفل أو مقدمي الرعاية: يعتبر الأولياء ومقدمي

الرعاية من أكثر الناس دراية بأطفالهم، نظرا لاحتكاكهم اليومي بهم، وهم مصدر المعلومات الأول والأساسي، التي يمكن أن تفيد الأخصائيين القائمين على التشخيص في التعرف على جوانب مرتبطة بنمو الطفل، ولذا يجب على القائمين على التشخيص بإجراء مقابلات معهم سواء كانت موجهة أو غير موجهة، والسعي من خلالها على جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة، ويجب أن تركز على التاريخ الصحي للحالة من ظروف حمل، الأمراض التي أصيبت بها الأم والادوية التي تناولتها أثناء حملها، وكذا ظروف ولادته، والأمراض التي أصيبت بها الحالة، ومشكلات النوم، نوبات الصرع إن وجدت، وإصابات الرأس، وحوادث السقوط، والمشكلات السمعية والبصرية التي قد تكون الحالة تعاني منها، هذا بالإضافة إلى التاريخ السلوكي والنمائي للطفل، الذي يشمل النمو الحركي، الانفعالي والاجتماعي، والتواصل البصري، واللعب والانتباه، والنمو الحسي، والاستجابة للمثيرات البصرية والسمعية، وأنماط الأكل والنمو والسلوكيات والنشاطات التي يمارسها، وطبيعة ارتباطه بأسرته، والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي . (نايف، 2018: 85)



3.3- المرحلة الثالثة: مرحلة الملاحظة المباشرة للسلوك: وتهدف هذه العملية إلى جمع

المعلومات حول سلوكيات الحالة من خلال الملاحظة العلمية المباشرة، مثل السلوكيات النمطية والتكرارية، التواصل اللفظي وغير اللفظي، فرط النشاط والحركة، الانزعاج من الأصوات المألوفة وغير المألوفة، العدوانية نحو الآخرون ونحو الذات، ومن بين الاختبارات والمقاييس التي يمكن الاعتماد عليها في عملية الملاحظة السلوكية المباشرة نجد:

- جدول الملاحظة التشخيصية الشاملة لاضطراب التوحد (Autism Diagnostic (ADOS-G) observational Schedule Generic

- مقياس الملاحظة السلوكية لاضطراب التوحد Behavio Observation Scal for Autism (BOS)

- جدول الملاحظة التشخيصية لاضطراب التوحد The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

- مقياس تقدير التوحد الطفولي CHildhood Autism Rating Scal

- جدول الملاحظة التشخيصية ما قبل اللغوية لاضطراب التوحد The pre-Linguistic Autism Diagnostic Observational Schedule (PL-ADOS) (نايف، 2018: 87)

4.3- المرحلة الرابعة: مرحلة التقييم الطبي: وفي هذه المرحلة يتم تحديد الأسباب العضوية التي

تكون وراء هذا الاضطراب خاصة من الناحية الجينية واستبعاد، الحالات المشابهة كالصرع بأنواع، وكذا تحديد المشكلات الصحية المرافقة والتي قد تزيد من شدة مشكلات الحالة وتعقدتها، وتوفير قاعدة بيانات جيدة لتفسير أسباب الاضطراب المحتملة. (نايف، 2018: 88)

5.3- المرحلة الخامسة: مرحلة التقييم المعرفي: المعروف عن أطفال التوحد أنهم بأداء أفضل

في المهارات غير اللفظية مقارنة بالمهارات المعتمدة على اللغة الاستقبالية التعبيرية، ولهذا تهدف هذه المرحلة إلى تحديد موقع الطفل من هذه الأداءات المعرفية مقارنة بأقرانه من نفس العمر الزمني، التي



يمكن من خلالها وضع الأساليب التعليمية التي تساعد على استجابة الطفل التوحد للتعليقات الموجهة إليه. (نايف، 2018: 88)

ويعتمد في هذا التقييم على الأدوات التالية:

- مقياس بايلي لنمو الرضع: Bayley Scales of Infant Development

- مقياس وكسلر للذكاء في مرحلة ما قبل المدرسة (WPPSI-R).

- مقياس رافن للمصفوفات المتتالية (RPM).

- مقياس بيبودي للمفردات اللغوية المصورة Peabody Picture Vocabulary Test

(PPVT).

- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC).

- مقياس مولين للتعلم المبكر Mullen Scales of Early Learning

- بطارية كوفمان لتقييم الأطفال (نايف، 2018: 88-89)

6.3- المرحلة السادسة: تقييم السلوك التكيفي: وفي هذه المرحلة يتم تقييم المهارات المرتبطة

بالسلوك التكيفي مثل القدرة على حل المشكلات، المهارات التواصلية (التعبيرية والاستقلالية)، المهارات

الاجتماعية، الحركات الكبيرة والدقيقة، العناية بالذات مثل الأكل واستخدام الحمام واللباس بالإضافة إلى

الاداء الانفعالي الاجتماعي، ويمكن قياس هذه المهارات بالاعتماد على الادوات التالية:

- مقياس فاينلند للسلوك التكيفي (Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)

- مقاييس فاينلند الانفعالية الاجتماعية في الطفولة المبكرة: Vinland Social Emotional

Childhood Scales (VSEECs)

- مقاييس السلوك الاستقلالي المراجعة Scales of independent Behavior Revised

(SIB-R). (نايف، 2018: 89)



4- أدوات التشخيص:

يشير بارتلمي وآخرون (Barthelemy et al,1992) إلى إمكانية استخدام الاختبارات النفسية القائمة على الملاحظة في تشخيص حالات التوحد وتميزها عن حالات التخلف العقلي، وذلك من خلال فحص الاستجابات الآتية والتي تمثل بعض أعراض التوحد:

أ- الانسحاب الاجتماعي.

ب- اضطراب القدرة على المحاكاة والتواصل.

ج- الحركات الزائدة.

د- ضعف الانتباه.

و- اضطرابات التعبير اللفظي.

ر- علامات الخوف والتوتر.

ح- الاستجابات الذهنية (الإدراك والانتباه) (الخفاف، 2016: 118)

كما أنه يمكن ملاحظة الأعراض الآتية كما أكده بورتر وآخرون (Porter & al,1992) والتي

الاعتماد عليها للتشخيص الأولى وهي:

أ- صورة التفاعل الاجتماعي للطفل ومدى اضطرابها والشكل الذي يأخذه هذا الاضطراب.

ب- النشاط الحركي الزائد الذي يلاحظ على الطفل أثناء أدائه لبعض الأنشطة.

ج- القصور في الانتباه. (الخفاف، 2016: 118)

وقد أشار فليسبيرج (Flusberg,H,T,1992) أنه يمكن التعرف على التوحد من خلال فحص ما

يلي:

أ- التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.

ب- العمليات الإدراكية والتعبير عنها.

ج- الإنفعالات والتعبير عنها.

د- العمليات المعرفية لدى الطفل. (الخفاف، 2016: 118)



ولقد اهتم العديد من العلماء من خلال أبحاثه في إعداد عدة أدوات لقياس وتقدير التوحد وأصبحت متداولة بشكل واسع، ساهمت بشكل كبير في تسهيل عملية التشخيص لهذا الاضطراب ومن هذه الأدوات نذكر أهمها والأكثر تداولاً عالمياً مايلي:

1.4- قائمة كلانس: لصاحبها كلانس (Clans,1969) الذي وضع قائمة مكونة من 14 سمة

واستنتج من خلالها أن الطفل التوحدي تتنابه 7 سمات على الأقل من الأعراض 14 التالية:

- صعوبة فائقة في الاختلاط مع الاطفال خلال اللعب.

- التصرف كالأصم.

- مقاومة شديدة للتعلم.

- فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة.

- مقاومة إعادة ترتيب الأشياء أو تغيير روتينها.

- تفضيل طلب الأشياء والحاجات.

- الضحك والقهقهة بدون سبب.

- فقدان المرح المعتاد لدى الأطفال.

- يتميز بالاندفاع التام وزيادة الحركة

- لا يستجيب بالنظر إذا ما حذق به.

- تعلقه بأشياء غير اعتيادية.

- يبرم الأشياء.

- تكرار القيام بأعمال معينة لفترة طويلة.

- لا يعير الانتباه لأحد. (الخفاف، 2016: 118)

2.4- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال: (Childhood Autism Rating

Scale(CARS) هو مقياس لقياس التوحد، وضع من طرف سكوبلر وآخرون (Schopler &

al,1980)، وهو مكون من خمسة عشر (15) بنداً خاص بسلوك الطفل كل بند يأخذ تقديرات متدرجة

من 1 إلى 4 حيث يشير الرقم 1 إلى السلوك العادي في حين تشير الدرجات الأخرى إلى درجات

متفاوتة في الشدة من السلوك غير العادي، وهو يقيس الأبعاد التالي:

- الانتماء إلى الناس.



- التقليد والمحاكاة.
- الاستجابة الإنفعالية.
- استخدام الأشياء.
- التكيف مع الغير.
- الاستجابة البصرية.
- الاستجابة للسمع.
- القدرة على التذوق والشم واللمس.
- الخوف والقلق.
- التواصل اللفظي.
- التواصل غير اللفظي.
- مستوى النشاط.
- مستوى ودرجة ثبات الاستجابة العقلية.
- الانطباعات العامة. (الخفاف، 2016: 118)

3.4- اختبار البروفيل النفسي التربوي الإصدار الثالث: (Psycho-Educational Profile (PEP-3))

هو مقياس من إنتاج Schopler و Rechler سنة 1979 في نسخته الأولى ثم طوره رفقة فريقه سنة 1990 في نسخته المنقحة (PEP-R)، وفي سنة 2005 قام كل من (Schopler, Rechler, Marcus) بتطوير النسخة الثالثة منه PEP-3. هو الاختبار الأساسي والمدخلي لبرنامج TEACCH، وهو اختبار أدائي يطبق على الأطفال من 18 شهرا إلى 8 سنوات، ويهدف إلى تحديد مستوى الأداء الحالي للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد وتقييم نقاط القوة والضعف لديهم، من خلال تحديد عبارات "فشل"، "نشأة"، "نجاح"، "Emergence"، "Echec" ("Réussite"). يوفر هذا الاختبار معلومات تسمح بتقييم مستوى مهارات التواصل، والمهارات الحركية والسلوكيات غير التكيفية الحالية للأطفال المصابين أو الذين يشتبه إصابتهم باضطراب التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة. (PDDs) (موقع asperansa)



يحتوى هذا الاختبار على قسمين القسم الأول يحتوى على 172 بند أدائي تقيس الأداء النمائي الحالي للطفل المصاب بالتوحد، ويشمل 10 مجالات نمائية، والقسم الثاني خاص بملاحظة المربين (الأولياء)، ويحتوى على ثلاث مجالات في الموضوعات الأدائية.

ويقيس القسم الأول من هذا الاختبارات المهارات التالية:

- الإدراك اللفظي وغير اللفظي /Cognitive Verbal /Preverbal (CVP): وتحتوي على 34

فقرة أو بند تركز على الإدراك والذاكرة اللفظية، وتعالج الجوانب التالية:

- حل المشكلات

- التسمية اللفظية

- تسلسل الاحداث

- التآزر الحركي البصري، مثل إيجاد الشيء، وإعادة الجمل، والأرقام

- اللغة التعبيرية (EL) Expressive Language : وتتكون من 25 بندا أو فقرة تختبر

فيها قدرة الطفل على التعبير عن نفسه من خلال الكلام أو الإشارة (الإيماءات) مثل طلب الطعام أو الشراب، قراءة الكلمات أو الجمل بصوت مسموع، وتسمية الأحجام الكبيرة والصغيرة

- اللغة الاستقبالية (RL) Receptive Language .

- المهارات الحركية الدقيقة (FM) Fine Motor .

- المهارات الحركية الكبيرة (GM) Gross Motor .

- التقليد الحركي البصري (VMI) Visual-Motor-Imitation .

- التعبير الفعّال (AE) Affective Expression .

- التجاوب الاجتماعي (SR) Social Reciprocity .

- السمات السلوكية الحركية (CMB) Characteristic Motor Behaviors .

- السمات السلوكية اللفظية (CVB Characteristic Verbal Behaviors) .

أما القسم الثاني وهو يشمل تقرير الاختبار الفرعي لولي الأمر فيقيس مايلي:

- المشاكل السلوكية (PB) Problem Behaviors

- العناية بالذات (PSC) Personal Self-Care

- السلوك التكيفي (AB) Adaptive Behavior (حميدان، دس:12)



4.4- مقياس جليام لتقدير اضطراب التوحد: (GARS) Gilliam Autism Rating Scale:

صمم هذا المياس لتقدير التوحد عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 3 و 22 سنة يمكن استخدامه من طرف الأولياء والمعلمين والمختصين، ويقاس ثلاث مجالات هي:

- التواصل والتفاعل الاجتماعي

- السلوك النمطي المتكرر

- الاضطرابات التطورية (نايف، 2018: 95)

5.4- قائمة التوحد للأطفال دون سنتين في بداية مرحلة المشي: Checklist for Autism

in Toddlers (CHAT): تم تطوير هذه القائمة على يد سيمون بارون- كوهين Cohen-Simon

Baron في بداية التسعينات من أجل الكشف المبكر عن التوحد من خلال ملاحظة السلوكيات التحذيرية المبكرة ابتداء من الشهر الثامن عشر، وهي قائمة تساعد في الكشف المبكر عن الأعراض وليس التشخيص في حد ذاته، التي قد تظهر في شكل معايير مثل مراقبة النظر، ومظاهر اللعب، والإيماءات (نايف، 2018: 93)

خلاصة الفصل: من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، يمكن القول أن تشخيص التوحد يتميز

بثلاث أعراض رئيسية تمس ثلاث مجالات التي أجمعت عليها المعايير الدولية للتشخيص، هي التفاعل الاجتماعي، التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، والسلوكيات النمطية والتكرارية، وهي عملية - التشخيص - تمر بعدة مراحل لكي نصل لتشخيص حقيقي للاضطراب بدءاً بجمع المعلومات وصولاً إلى عملية التقييم، كما أن هذه التشخيص يخضع لأدوات تقييم عالمية تساعد المختصين إما بالكشف المبكر عن الاضطراب أو تشخيصه.

إن عملية التشخيص بقدر ما هي مهمة في التعرف على أعراض الاضطراب إلا أنها تصبح بلا معنى إذا لم تتبع بعملية تكفل ناجعة، تسمح بالتخفيف من هذه الأعراض، هذه العملية التي سوف نخصص لها الفصل لموالي للتعريف بها، والتعرف على خصائصها وشروطها وأدواتها.

الفصل الرابع: أساليب التكفل باضطراب التوحد



الفصل الرابع: أساليب التكفل باضطراب التوحد

تمهيد

- 1- الكشف المبكر عن اضطراب التوحد
- 2- مراحل عملية التكفل باضطراب التوحد
- 3- أطراف العملية التكفلية باضطراب التوحد
- 4- أساليب التكفل باضطراب التوحد

خلاصة الفصل



تمهيد: تهدف عملية التكفل بأطفال التوحد إلى تحسين نوعية الحياة للفرد المتوحد وعائلته، حيث تتمنى أسر التوحدين على العموم بأن يستطيع أطفالهم عيش حياة سعيدة في المجتمع، مندمجين وسط بيئتهم، وبأكثر استقلالية ممكنة، وأن يضمن التكفل ضرورة تخفيض الاضطرابات الأكثر إعاقة للطفل، بالشكل الذي لا يهمل أي وسائل مساعدة، أو استراتيجيات من أجل تحسين السلوكيات، وصولاً إلى إدماجه في الوسط الاجتماعي، من خلال تحقيق ادماجهم في الوسط المدرسي، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى عملية التكفل باضطراب التوحد وأساليبها المختلفة، انطلاقاً من عملية الكشف المبكر لهذا الاضطراب، مروراً بالتعرف على مراحل عملية التكفل والأطراف المتدخلة فيها، وصولاً إلى تحديد أهم أنواع أساليب التكفل به.

لأجل هذا الغرض تحتاج عملية التكفل إلى:

1- الكشف المبكر للتوحد: وهي عملية الغرض منها هو البحث عن المؤشرات التي يمكن أن تدل على احتمال الإصابة بالتوحد، وهي عملية تتم قبل بلوغ الطفل السنة الثالثة من العمر، وقد أشارت الكثير من الدراسات في هذا المجال إلى أنه يمكن أن تتم هذه العملية قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر.

1.1 - الهدف من الكشف المبكر لاضطراب التوحد: هذه العملية تسمح بمايلي:

- تسمح للأولياء بفهم أسباب ظهور السلوك غير المعتاد عند طفلهم والتصرف بشكل أفضل معه.

- تسمح باختصار الفترة الطويلة التي تستغرقها عملية التشخيص في غياب الكشف المبكر.

- تسمح بوضع عملية تكفل مبكرة والرفع من نسبة نجاحه.

- التنبؤ بمآل هذا الاضطراب في مراحل عمرية قادمة.

2.1 - المؤشرات التي تظهر في السنة الأولى من العمر:

1.2.1 - المؤشرات التي تظهر في الستة أشهر الأولى:

- غياب التفاعل مع الأم والنظر إليها.

- غياب الابتسامة.

- اضطرابات في النوم قد يستغرق ساعات كاملة في النظر إلى السقف.

- العزلة والهدوء في بعض الأحيان الطفل لا يتحرك.

- غياب أو فقر في إخراج الأصوات مثل غياب المناغاة (Ould Taleb, 2015:110-111)

1.2.1- المؤشرات التي تظهر في السنة أشهر الثانية:

في هذه الفترة العمرية الأعراض التي تظهر في السنة أشهر الأولى تتأكد وتظهر أعراض أخرى مثل:

- الانجذاب نحو الأضواء والأصوات ذات التأثير الحسي.
- غياب قلق الانفصال. (Ould Taleb, 2015:111)

3.1 - المعايير التي تظهر في السنة الثانية من العمر: يشير (Ould Taleb, 2015) إلى

مجموعة من المعايير التي تظهر في السنة الثانية من العمر التي يمكن أن تعتبر مؤشر على ظهور الاضطراب وهي:

- غياب الانتباه للأشياء والاستدارة للأشياء عندما يحاول شخص آخر توجيهه نحوها.
 - عدم مد اليد حتى عند محاولة حمله.
 - يرفض التهدئة.
 - يفضل العزلة.
 - الدفع بالأشخاص عند المعانقة.
 - عدم إظهار أي تعلق اتجاه الشخص القائم على رعايته.
 - غياب التواصل غير اللفظي أو إشارة له.
 - غياب لغة الجسد.
 - رفض تقليد تعابير الوجه، أو أفعال أخرى مثل إظهار الأصابع، أو التصفيق عند التشجيع، أو أي إشارة حركية أخرى
 - عدم التجاوب مع محاولات التواصل معه.
 - تكرار بعض الحركات البسيطة للجسم مثل، ضرب اليدين أو تحريك الجسم نحو الأعلى والأسفل أو يمينا ويسارا.
 - تكرار تحريك الأشياء مثل تدوير عجلات سيارة اللعب.
 - تحبيذ الروتين ورفض تغيير العادات الحالية أو المحيط.
- يمكن أن يكون للأطفال التوحدي أيضا:



- تفاعلات مرئية غير طبيعية مع الأشياء، مثل التثبيت مع شيء أو ضوء لفترات طويلة من الوقت.

- مشاكل في النوم أو الأكل.

- التردد بشأن الاستكشاف.

- فرط في النشاط أو الخمول.

- تفاعلات غير طبيعية مع المنبهات الحسية مثل الأصوات أو الروائح أو اللمس أو الألم.

- قليل أو مفرط التوتر. (Ould Taleb, 2015:111-112)

وتتم عملية الكشف المبكر إما من طرف الوالدين الذين يستطيعون ملاحظة تلك المعايير التي تظهر على أبنائهم من خلال معاشرتهم اليومية أو من خلال أطباء الأطفال الذين يعدون أول مختص يمكن أن يساهم في تشخيص الطفل التوحدي، الذين عادة ما يتجه إليهم الوالدين في حالة ظهور سلوكيات غريبة على الطفل من أجل البحث على أسباب وإيجاد الحلول لها.

2- مراحل عملية التكفل: لقد أشارت الشبكة الجهوية لاضطراب طيف التوحد بإيرلندا الشمالية

(RASDNNI,2011) في تقرير له نشر سنة 2011 إلى أن عملية التكفل بالتوحد تمر بستة مراحل هي:

1.2- المرحلة الأولى: مرحلة المحادثة الموجهة: وهي التي يقوم بها فريق تشخيص اضطراب

التوحد مع أولياء أو مقدمي الرعاية وتمثل بداية عملية التشخيص، وتتيح هذه المرحلة الفرصة لكلا الطرفين للبدء في بناء العلاقة، وتوفير الفرصة للأطباء لتوجيه وإرشاد أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال عملية التشخيص وتمكين الوالدين أو مقدمي الرعاية من الإبلاغ عن مخاوفهم واحتياجاتهم، ويتلقون تفاصيل المواعيد اللاحقة. (RASDNNI,2011: 12)

2.2- المرحلة الثانية: مرحلة التقييم المتعدد التخصصات: تشمل هذه المرحلة عملية التشخيص

التي يقوم بها فريق متعدد التخصصات الذي يعد أمرا ضروريا، حيث يسمح بالتشخيص الجيد، وهذا من خلال تناول الاضطراب من عدة جوانب مختلفة، ويتكون هذا الفريق من:

- طبيب أطفال.

- طبيب عقلي للأطفال.

- مختص في اللغة والتخاطب أو الأطفونوني.



- مختص في العلاج الطبيعي المهني Ergothérapeute.

- نفساني عيادي.

- زائر صحي متخصص.

- ممارس في الصحة العقلية.

- مساعد اجتماعي.

- ممرض متخصص.

- مختص في علم النفس المدرسي.

- معلم متخصص أو مستشار. (RASDNNI,2011: 12)

يجب أن تكون لدى أعضاء فريق التدخل معارف وخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد.

كما يشمل التقييم والتشخيص الجوانب التالية:

1.2.2- تقييم الجوانب الصحية والرعاية الاجتماعية: والتي تشمل:

- التاريخ الطبي بما في ذلك تاريخ الولادة، تاريخ العائلة، والمخاوف الطبية العامة

- التاريخ النمائي الذي يركز على الجوانب النمائية السلوكية استنادا لما جاء به الدليل الأمريكي

الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية والتصنيف الدولي العاشر للأمراض.

- التقييم بالملاحظة للمريض، حيث يمكن اللجوء إلى استخدام أداة تقييم يتم إعدادها لهذا الغرض.

- التقييم من خلال الملاحظة في سياقات أخرى مثل ملاحظة سلوك الطفل في المدرسة أو

المنزل.

2.2.2- التقييم التربوي: ويهدف هذا النوع من التقييم إلى التعرف وتحديد المشكلات التي تكمن

في صعوبات التعلم، أو المشكلات النمائية، أو المشكلات السلوكية للتوحد في مجموعة من السياقات

أو الوضعيات وتحديد جوانب الدعم التي يمكن أن يحتاجها.

3.2.2 - التوصل إلى اتخاذ القرار: في نهاية التقييم، يجب أن يصدر فريق التقييم قراره النهائي

بشأن عملية التشخيص والذي قد يأخذ أحد الأشكال الأربعة التالية:

- في حالة التأكد تشخيص الحالة كطيف توحد، يتم الانتقال إلى المرحلة الثالثة.

- التشخيص لم يتم تأكيده بعد إجراء تشخيصات فارقية ممكنة، في هذه الحالة يتم توجيه الطفل

إلى مصالحي طبية أخرى.

- في حالة ما كان التشخيص غير ممكن إتمامه في هذه المرحلة العمرية يجب الاستمرار في عملية التقييم المستمرة.

- في حالة ما لم يتم التوصل إلى التشخيص ولم يتم الاتفاق عليه من طرف الفريق، فمن الضروري طلب رأي ثاني لكل مختص، أو من طرف فريق من مختصين آخرين.
(RASDNNI,2011:14)

3.2- المرحلة الثالثة: مرحلة الصياغة: في هذه المرحلة يتم تجميع جميع المعلومات التي تم الحصول عليها خلال مرحلة التقييم، والتي تسمح للفريق من فهم الفرد بصفة شاملة وليس فقط من خلال الأعراض التي تعطينا التشخيص، حيث تسمح هذه المعلومات من خلال إعادة صياغتها بالتعرف على كيفية نشأة مشكلات الطفل وصعوباته والحفاظ عليها من طرف أسرته، محيطه الموسع أو من خلال المعايير الثقافية والاجتماعية المحيطة بالطفل، حيث مثلا قد تكون المعلومات المجموعة حول الأسرة لها صلة بأسباب هذا الاضطراب والمشكلات التي يعاني منها الطفل. (RASDNNI,2011:18)

4.2- المرحلة الرابعة: مرحلة التخطيط للتكفل: بعد عملية التشخيص والتأكد من إصابة الفرد باضطراب طيف التوحد يقوم فريق التكفل وبالإشتراك مع الأولياء بالتخطيط لوضع خطة تدخل مناسبة ومكيفة تشمل التقييم المتكرر.

خلال هذه المرحلة يسلم فريق التدخل تقريرا مفصلا للأولياء، يشرح فيه نتائج التقييم والاستنتاجات التي توصل إليها وهذا في فترة لا تتجاوز ستة أسابيع من تاريخ المرحلة السابقة (مرحلة الصياغة)، كما أن هذا التقرير يجب أن يسلم أيضا لكل المهنيين ذوي الصلة بالمريض مثل المراكز الصحية التي يتابع فيها الطفل علاجه، ومؤسسات التعليم بموافقة الأولياء أو القائمة على رعايته. (RASDNNI,2011:20)

5.2- المرحلة الخامسة: مرحلة وضع خطط التدخل قيد التنفيذ: حيث يقوم فريق التكفل في هذه المرحلة بتقديم عملية التدخل التي تشمل جانبيين، الجانب الأول يتمثل في تقديم الدعم للأسرة الذي يمكن أن يأخذ عدة أشكال مثل، الدعم ما بعد التشخيص المتمثل في الإرشاد الأسري، التدريب على كيفية التعامل مع أبنائهم، سواء في شكل فردي أو جماعي، أما من ناحية المريض فيجب أن تكون التدخلات مكيفة حسب كل طفل، وحسب حاجياته، ومراقبة دورية من خلال التقييم الدوري، كما أن النجاحات التي حققتها بعض التدخلات تعود عموما إلى:

- قياس نقاط القوة كل مريض.



- استخدام معززات طبيعية.
 - استخدام مقاربات سلوكية مهيكلة ومنظمة.
 - توظيف التحليل الوظيفي للتواصل.
 - تؤدي هذه التدخلات إلى تعديل السلوك.
 - ضمان الاتصال مع الأقران العاديين.
 - توظيف الأولياء أو القائمين على الرعاية في عملية التدخل.
- وهذه التدخلات يجب أن تكون كلها مركزة على تحقيق الأهداف، من خلال استهدافها، والتي يجب أن تساهم أيضا في تسهيل تطوير المهارات من خلال تخفيف الضغط النفسي للطفل التوحد، مع ضرورة عدم اعتبار الصعوبات الحالية للتوحد مثل مشاكل الصحة العقلية، واضطرابات النوم ومشكلات أخرى عصبية-نمائية جزء من طيف التوحد وإنما يجب أن تقيم بشكل منفصل ومن طرف جهات عيادية أخرى. (RASDNNI,2011:22)

ويتطلب مخطط التدخل مايلي:

1.5.2- دليل التدخل:

- ستستند خطة التدخل المكيف على المبادئ التالية:
- برامج التدخل مصممة لتلبية الاحتياجات الفردية.
 - يجب أن تقدم التدخلات في أقرب وقت ممكن.
 - يجب أن تأخذ التدخلات في الحسبان الظروف أو الصعوبات الإضافية التي تحدث.
 - يعتبر الوالدان أو مقدموا الرعاية مشاركين نشيطين لأنهم هم الخبراء في أطفالهم ولكن يجب دعمهم بشكل كافٍ للقيام بذلك من خلال التدريب والدعم من طرف فريق التكفل المختص.
- (RASDNNI,2011:22)

2.5.2- التدخلات: ويجب أن تتضمن:

- برنامج التدخل المبكر.
- التدخلات القائمة على التعليم.
- التكيفات البيئية.
- برنامج دعم الأسرة.



- استراتيجيات اللغة والاتصالات.

- الصحة العقلية.

- التخطيط المتمركز حول الشخص.

- الرعاية الدوائية (عند الاقتضاء).

- برامج الدعم النفسي والسلوكي.

- استراتيجيات المعالجة الحسية (RASDNNI,2011:22)

6.2- المرحلة السادسة: (خطة مراجعة الأسرة) Family Review Plan: فبعد وضع مخطط

التكفل حيز التنفيذ، يجب على فريق التدخل المتعدد التخصصات القيام بفحوصات دورية رفيعة الأسرة، وعلى الشخص المؤهل من الأسرة سواء كان الولي أو القائم على الرعاية المعين ضمن فريق التدخل أن يبقى نقطة الاتصال المركزية، وأن يشارك في كل الفحوصات التي يقوم بها الفريق.

في هذه المرحلة أيضا يجب استدعاء إخوة وأخوات الطفل للمشاركة في عملية الفحص، كما أن اجتماعات الفريق يمكن أن تتم في البيت أو في العيادة المخصصة للفريق.

كما يجب أيضا على فريق التدخل المتعدد التخصصات أن يضع خطة للتدخل طويلة المدى، تراعى فيها التحولات التي يتعرض لها الفرد الذي يعاني من طيف التوحد خلال مسار حياته، وأن تكون مرنة وقابلة للتكيف مع كل محطة من محطات حياته الاجتماعية. (RASDNNI,2011:29)

3- أطراف العملية التكفلية: تتم عملية التكفل بأطفال التوحد في إطار فريق متعدد التخصصات

يتكون من:

1.3- طبيب الأطفال: وهو طبيب مختص في أمراض الأطفال، وهو أول من يلجأ إليه الأولياء

عند ملاحظتهم لقصور في النمو لدى أطفالهم، حيث يقوم بالكشف المبكر عن مؤشرات تدل على إصابة الطفل باضطراب التوحد، وتوجيهه نحو المختصين لأجراء فحوصات طبية أخرى أكثر عمقا بناء على حاجة الطفل لها. (نايف، 2018: 116)

2.3- الطبيب العقلي (النفسي) للأطفال: وهو طبيب تلقى تكويننا متخصصا في علاج الأمراض

العقلية خاصة عند الأطفال، وهو المشرف على عملية التشخيص لاضطراب التوحد باعتباره اضطرابا عقليا في إطار فريق متعدد التخصصات، حيث يقوم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة، وتشخيص الاضطراب من خلال الاعتماد على عدة أدوات وأليات مثل تطبيق الاختبارات النفسية، وإجراء التحاليل

والفحوصات الإشعاعية، تقديم العلاج الدوائي للاضطرابات المصاحبة للتوحد كاضطرابات النوم، وفرط النشاط والحركة.(نايف، 2018: 117)

3.3 - الأخصائي النفسي العيادي: وهو مختص تلقى تكويننا في علم النفس العيادي وفي العلاج النفسي، وله دور أساسي في عملية التكفل بأطفال التوحد، بدءاً بعملية التشخيص من خلال عملية تقييم الحالة في الجانب التطوري والسلوكي، عن طريق المقابلات، والملاحظة العلمية للسلوك، وإجراء الاختبارات النفسية، وإعداد الميزانية النفسية للحالة، كما يشرف أيضاً على إعداد برامج التكفل بأطفال التوحد في المجال النفسي، والقيام بالعلاجات السلوكية من أجل تعديل سلوك الطفل التوحدي غير المرغوب فيه، وإكسابه مهارات سلوكية أخرى، كما يصهر أيضاً على تقديم العلاج النفسي لأولياءه ومساعدتهم على التغلب على الضغوط النفسية التي يعانون منها، سواء بشكل فردي أو في إطار العلاج الأسري.(نايف، 2018: 117)

4.3 - المختص الاجتماعي: يتمثل دوره في جمع المعلومات عن بنية الأسرة وتكوينها وأوضاعها الاجتماعية والمادية ونسقتها البنيوي وتقديم تقرير لفريق التكفل من أجل المساعدة في عملية التقييم والتشخيص، وتقديم المساعدة الاجتماعية لأولياءه، غير أنه لا يشارك في تقييم الطفل مباشرة.(نايف، 2018: 118)

5.3 - أخصائي اللغة والتخاطب أو المختص الأرتفوني: وهو مختص في اضطرابات اللغة والكلام، له دور في تقييم وتشخيص اضطراب التوحد من خلال إعداد الميزانية الأرتفونية في مجال القدرات اللغوية للطفل في شقيها التعبيري والاستقبالي بالاعتماد على عدة اختبارات، كما يقوم بعملية التكفل من خلال تدريب الطفل على اكتساب المهارات اللغوية.(نايف، 2018: 118)

6.3 - أخصائي العلاج الطبيعي: ويرتكز دوره في تقييم المهارات الحركية الكبيرة المتمثلة في المشي والحبو ووضع الوقوف، غير أن دوره ليس ضرورياً مع كل الحالات، ويعتمد على معاناة الحالة في هذا المجال (نايف، 2018: 118)

7.3 - أخصائي العلاج الوظيفي: يتمثل دوره في تقييم المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة من خلال عملية التأهيل الوظيفي، بالإضافة إلى التكامل الحسي، يركز على تعليم المهارات الحركية المستخدمة في الحياة اليومية كمسك القلم أو الملعقة، أو قلب صفحات الكتاب، أو شد الحل، أو اللعب بمواد متنوعة الأشكال،... إلخ، وقد يتبادر إلى الذهن أن هناك تداخل بين دور المختص في العلاج الوظيفي ومثله



في العلاج الطبيعي، غير أن الأمر ليس كذلك، فالعلاج الطبيعي يركز على الحركات الكبيرة الناتجة عن مجموعة العضلات الكبيرة، بينما يركز العلاج الوظيفي على الحركات الكبيرة بكل أشكالها والحركات الدقيقة. (نايف، 2018: 119)

8.3 - معلم التربية الخاصة أو البيداغوجي: وهو يقوم بتنفيذ البرامج التربوية التعليمية في إطار خطط تكفلية يسطرها فريق التكفل، ويشارك في عملية التقييم الدوري للأطفال الذين يشرف عليهم، ويقدم تقارير عن مدى تقدمهم وتحسن في العملية التربوية. (نايف، 2018: 119)

كما يوجد أطراف أخرى لها أدوار مساعدة في عملية التكفل مثل طبيب الأعصاب الذي يشارك في العملية التشخيصية من خلال تقديم الرأي العصبي، والطبيب العام الذي يتابع الحالة الصحية للمريض.

4 - أساليب التكفل باضطراب التوحد: تأخذ أساليب التكفل باضطراب التوحد أربعة أشكال هي العلاج الطبي، العلاج النفسي، العلاج الأروطوي، والتكفل التربوي أو البيداغوجي.

1.4- العلاج الطبي: ما يجب التذكير به في هذا المجال أنه إلى حد الساعة لا يوجد علاج شافي للتوحد. ومع ذلك فإن الدعم المتكيف المبكر الذي يأخذ في الاعتبار قدرات الطفل وأنواع اضطراباته سيمكنه من تحسين إمكاناته في التواصل واندماجه الاجتماعي، وتعد هذه المرافقة المتكيفة أحد العوامل التي تؤدي إلى تطور الطفل المصاب بالتوحد بالتوازي مع غياب التخلف العقلي وتطوير لغة شفوية وظيفية.

والمعروف أيضا أن التوحد هو اضطراب غير متجانس، فلا توجد طريقة تدخل تلاءم جميع الأطفال المصابين به، غير أن إسهامات التدخل الطبي لا يمكن نكرانها في التخفيف من بعض السلوكيات المصاحبة للتوحد مثل السلوكيات النمطية المتكررة، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، وعدم الانتباه، والقلق، والتغيير غير الطبيعي في الأشياء، ونوبات الضحك والبكاء، والتبول في الفراش. (تامر، 2015: 194)

والعلاج الطبي يضم مجموعة من الأساليب والطرق منها:

1.1.1.4 - العلاج الدوائي: يستخدم العلاج الدوائي في علاج بعض الاضطرابات المصاحبة كالقلق، اضطرابات النوم، الاكتئاب، الاضطرابات الحادة للسلوك مثل فرط النشاط، العدوانية، التهيج، الحركات النمطية، ومن بين العلاجات الصيدلانية لاضطراب التوحد نجد:



أ- **المضادات الذهانية Neuroleptiques**: في حالة الاضطرابات الحادة للسلوك يوصي الأطباء باستخدام مضادات الذهان من الجيل الجديد، ذات التأثيرات الجانبية الخفيفة مثل الريسبيريدون RESPRIDONE، وفي حالة اضطرابات النوم يوصف دواء الميلاتونين، وهذا تحت الرقابة الطبية نظرا لمخلفات خطورته، وفي حالة القلق والاكتئاب، التي تسمى أيضا بالاضطرابات العقلية المصاحبة للتوحد، تعطى مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (ISRS)، وقد أشارت ثلاث تحقيقات قامت بها الوكالة الأمريكية للبحث والجودة في الصحة (AHRQ)، بأن هذه الأدوية - ISRS -، تعد من الأدوية الأكثر وصفا للأطفال والمراهقين الذين يعانون من التوحد، وهذا نظرا لأن المقاربة الكيميائية لأسباب هذا الاضطراب بينت أن نسبة السيروتونين مرتفعة بشكل غير عاد عند الأشخاص الذين يعانون منه. (Jacques, 2018: 85-95)

ب- **المضادات الأفيونية: Anti-opaics**: لقد بينت الدراسات بأن Nalterxone كعامل من العوامل النفسية النشطة في التوحد يخفض من فرط النشاط، ويجب اعتباره بالنسبة لهذه المشكلة كبديل دوائي للمضادات الذهانية. (Jacques, 2018: 85-95)

ج- **مضادات الاختلاج (الصرع) nticonvulsivants**: هناك نسبة محترمة من الاطفال التوحديين يعانون من الصرع، ولذا يعطى هذا النوع من الادوية للتخفيف من أعراضه، خاصة عند الذين يعانون من الصرع العيادي (Jacques, 2018: 85-95)

د- **العلاج بهرمون السيكرتين**: يوجد هذا الهرمون في الكبد والبنكرياس والأمعاء ويساعد على الهضم، وهو عامل محضر لانتاج السيروتونين، حيث بينت النتائج أن بعض أطفال التوحد أظهروا تحسنا كبيرا بعد حقنهم بهرمون السيكرتين، والبعض الآخر أظهر تحسنا بسيطا، في حين لم يظهر البعض الآخر أي تحسنا، في حين ظهر على البعض الآخر نشاطا زائدا وسلوكات نمطية وعدوانية بعد حقنهم بهذا الهرمون (تامر، 2015: 196)، ونستشف من هذا أنه لا توجد أي أدلة كافية تثبت فعالية هذا الهرمون في علاج اضطراب التوحد.

هـ- **العلاج بالفيتامينات المتعددة**: في دراسة قام بها بيرنارد ريملان (Bernard Rimland) سنة 1987 على عينة مكونة من 200 شخص توحدي بإعطائهم أنواع متعددة من الفيتامينات، ومع مرور أربعة أشهر لاحظ أن ما بين 30 و 40 % من الأطفال قد أظهروا تحسنا بفيتامين B6 مع

المغنيزيوم، هذا التحسن يكون في الاهتمام بالمحيطين بهم، والتواصل البصري، وأشكال النوم، وانخفاض في سلوك النشاط المفرط وإثارة الذات، وتحسن في النطق. (Lanutrition.fr,2017)

وفي دراسة أخرى أجريت في فرنسا سنة 2006 على عينة تتكون من 33 فردا تتراوح أعمارهم ما بين سنة وعشر سنوات، تلقوا جرعات من المغنيزيوم تقدر ب 6 ملغ / كلغ وجرعات من فيتامين B6 تقدر ب 0,6 غ/كلغ بشكل يومي لمدة 08 أشهر، حيث بينت نتائج هذه الدراسة انخفاضا في الأعراض على مستوى العلاقة، الاتصال، السلوك والمهارات التنفيذية. من بين 33 طفل يعاني من الاضطرابات النمائية (TED) 23 أظهروا تحسنا على مستوى التفاعلات الاجتماعية، و 24 منهم تحسنا في الاتصال، و 18 منهم انخفاضا في السلوكيات النمطية، و 17 منهم أظهروا تحسنا في القدرات التنفيذية، و 20 من 33 طفل أظهروا تطورا خلال الأربع (Lanutrition.fr,2017)

و- مضادات الاكتئاب

ز- **الحمية الغذائية:** يعتقد أصحاب هذا التوجه أن أعراض التوحد ناتجة عن التحليل غير السليم لبروتينات الجلوتين (Gluten) والكازين Casein، الذان يتواجدان بكثرة في الأغذية المشتقة من الحليب والقمح، حيث أن هذه البروتينات تدخل ضمن مجرى الدم عن طريق جدران الأمعاء التي تكون في العادة غير منفذة فتدخل إلى الدماغ وتحدث تأثير عند انتقال المعلومات من وإلى الدماغ، حيث تقوم فكرة العلاج على أن الأشخاص التوحديين لديهم مستويات عالية من البيات أندورفين Beta-E,dorphine أو غيرها من مركبات Opioids، مما يجعل أطفال التوحد لا يحسون بالألم عند ممارسة سلوك إيذاء الذات، مما يستدعي ضرورة التخلص من الاطعمة التي تحتوي على هذا النوع من البروتينات، مما يؤدي إلى حدوث تحسن لدى الأشخاص الذين لديهم مشكلات في هضم البروتينات.

وهناك أنواع عديدة من الحمية منها:

- الحمية الخالية من الكازين والجلوتين.

- الحمية الخالية من الخمائر.

- حمية إزالة السمنة.

- حمية النشويات المحددة.

- الحمية قليلة الاوكزالات. (تامر، 2015: 195)

2.1.4- التكفل النفسي: طرق العلاج النفسي لأطفال التوحد كثيرة ومتعددة، ولا يوجد هناك طريقة واحدة بعينها يمكن استخدامها وثبتت نجاعتها مع هذا النوع من الاضطراب، كما يمكن استخدام عدة طرق مع بعض أو ما يعرف بالعلاج التكاملي، وهو المستخدم الآن في كثير من المدارس والمراكز العالمية المتخصصة في هذا المجال ومن بين العلاجات المستخدمة نجد:

1.2.1.4- العلاج بالتحليل النفسي: لقد كان العلاج بجلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة والمسيطرة حتى سنوات السبعينات من القرن الماضي، الذي ينظر للتوحد بأنه اضطراب في العلاقة أم-طفل، ولهذا الغرض يركز المعالجون التحليليون على جعل الهدف الأساسي للعلاج هو إقامة علاقة ودية مع الأم، مبنية على التعاطف والحب اتجاه ابنها المصاب. يقوم هذا النوع من العلاج حسب (سوسن، 2010) على مرحلتين:

المرحلة الأولى: يعمل فيها المعالج على تزويد الطفل باكبر قدر من الإشباع العاطفي وتجنب الإحباط والتفهم والتقبل والثبات الانفعالي مع الطفل.

المرحلة الثانية: يركز فيها المعالج على تطوير المهارات الاجتماعية، والتدريب على تأجيل وإرجاع الإشباع والإرضاء (سوسن، 2010: 129)

ومن بين التقنيات المستخدمة في العلاجي التحليلي في علاج التوحد نجد:

أ- **تقنية التغليف أو البكينغ (Packing):** وهي تقنية تقوم على تغليف المريض بغلاف بارد مبلل (Humide)، استخدمت من طرف الاطباء العقليون في فرنسا في القرن التاسع لعلاج الأمراض الذهانية الخطيرة، وقد استخدمت من طرف الطبيب العقلي الأمريكي مخيائل وودبوري Michael Woodbury، وتدوم عملية التغليف ما بين 03 ساعات إلى أربع ساعات، حيث يرى المعالجون بهذه الطريقة أن الهدف منها تقديم للعميل الإحساسات الجسدية واللمسية، وتمكينه من استعادة غلافه الجسمي، وتخفيض مظاهر القلق لديه، وحسب أصحابها هذه التقنية، فإن الوضع في مكان بارد ومبلل سيسمح للجسد برد فعل شديد من الحرارة، تقود الموضوع (الطفل) إلى إحساس قريب من ذلك الذي يشعر به لما كان جنين في بطن أمه، ومن ثم استعادة تلك اللحمة مع الإحساس العاطفي. غير أن هذه الطريقة كانت محل العديد من الانتقادات من طرف أولياء أطفال التوحد وطالبوا بالتخلي عنها نظرا لعواقبها الخطيرة على صحة الطفل، كما أن العلاج بالتحليل النفسي للتوحد تعرض هو الآخر للانتقاد وأثار جدلا كبيرا منذ سنة 2009 حول فعاليته في علاج مرضى التوحد وطالب الكثير من

الأولياء باستبداله بتقنيات علاجية أخرى، وقد ادرجت السلطة العليا للصحة (HAS) في فرنسا تقنية البيكينغ كتقنية غير محببة (Non recommandée) وغير موصى بها (Giffard,2018)

ب- العلاج بالاحتضان La thérapie de Holding: تم الإعلان عنه في نهاية الثمانينات من طرف مارتا ويلش Martha Welch، من خلال اعتبارها أن الخوف لدى الطفل ينجم عن خلل وخطأ في علاقة التعلق بين الأم والطفل، مما يؤدي بالطفل إلى الانسحاب ومن ثم إصابته بالتوحد، حيث ترى صاحبة العلاج بالاحتضان أن هذا الأخير ينمي ويقوي روابط المحبة بين الأم وطفلها، ويتغلب على الخوف عن طريق الاتصال البصري المباشر مع الأم عن طريق التعلق الحميم بها، الشيء الذي يساعده على التحرر من مشاعر الغضب التي كان يكتبها. (Giffard,2018)

2.2.1.4- العلاج السلوكي: يعتبر السلوكيون أن التوحد هو اضطراب ناتج عن أساليب تعلم سلوكي خاطئة، ولذلك يهدف العلاج السلوكي إلى إيجاد سبل وطرائق لتعديل السلوك سواء يتم ذلك في البيت أو في مراكز أو مدارس متخصصة أو حتى في المدارس العادية.

العلاج السلوكي يعتمد على مبادئ التعلم التي جاء بها السلوكيون خاصة الإشراف بنوعيه الكلاسيكي والإجرائي، بحيث يعمل على تعليم السلوكيات المرغوب فيها غير المتعلمة كالتواصل اللفظي وغير اللفظي، والاستقلالية، ومهارات التواصل الاجتماعي، والتقليد وغيرها من السلوكيات غير المتعلمة أو التي تم فقدها، وكذلك العمل على إطفاء السلوكيات غير المرغوب فيها مثل السلوكيات النمطية وفرط الحركة والنشاط وقلة الانتباه، من خلال الاعتماد على مبدئي التعزيز والمكافأة في حالة السلوكيات الإيجابية بغرض تعزيزها وتثمينها وتدعيمها وعلى التجاهل والإطفاء للسلوكيات غير المناسبة وغير المرغوب فيها.

ويقوم العلاج السلوكي على بناء وتقديم برامج لتعديل السلوك تعتمد على أساسيات التعلم التي جاءت بها المدرسة السلوكية والتي يمكن تعلمها بشكل سهل، حيث تمكن أطفال ذو اضطراب التوحد من تعلم السلوك التكيفي بوقت قصير حيث تسمح للطفل من تعلم المهارات التالية:

- تعلم اللغة والكلام.
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية.
- اللعب بالألعاب الملائمة.



- المزوجة والقراءة.

- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام (سوسن، 2010: 130)

3.2.1.4- العلاج الأسري: يختص هذا النوع من العلاج في عملية التكفل بالتوحد من خلال

تقديم الإرشاد النفسي الأسري لأسرة الطفل المتوحد بتعليمهم كيفية التعامل مع ابنهم ودور كل فرد في الأسرة في تقديم يد المساعدة للطفل التوحد

3.4- التكفل الأطفوني: إن ما يلاحظ على الطفل التوحد أنه يعاني من غياب التفاعل

الاجتماعي، مما يفقده اكتساب اللغة بشقيها اللفظية وغير اللفظية، ولهذا فالتدخل الأطفوني ضروريا لمساعدته في اكتساب مهارات لغوية، حيث يقوم الأخصائي الأطفوني بـ:

- تطوير قدرات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- محاولة تطوير القدرات اللغوية الشفهية التعبيرية والاستقبالية.

حيث يشمل عمل الأطفوني على التقييم والتدخل، حيث يكون التقييم عن طريق إعداد الميزانية الأطفونية التي تهدف إلى:

- تقييم القدرات الاتصالية اللفظية وغير اللفظية للطفل.

- وضع تشخيص أطفوني الذي يسمح بمعية الميزانيات التشخيصية الأخرى بتأكيد أو نفي التشخيص الطبي الأولي

- اقتراح مسارات للتدخل، الأهداف والوسائل لتحقيقها والعمل اليومي المطلوب لتسهيل وتحسين تواصل الطفل.

يتم إعداد الميزانية الأطفونية عن طريق دراسة تاريخ الحالة من خلال التواصل مع الأسرة خاصة الأولياء وهذا إما باستخدام اختبارات متخصصة أو من خلال الملاحظة، حيث يقوم بملاحظة الاتصال غير اللفظي من خلال ملاحظة:

- النظر.

- التقليد.

- الإيماءات التقليدية (الرأس، الضغط،)، والرمزية مثل عمل "كوكو".

- الأصوات، الفونيمات، المقاطع أو الكلمات التي لها معنى، وجود المصطلحات.

- إيماءات الوجه.



أما تقييم الاتصال اللفظي عبر الملاحظة من خلال:

- القدرة على طلب بعض الأشياء.

- القدرة على التكرار.

- القدرة على الإجابة على الأسئلة.

- القدرة على المحادثة.(CYNTHIA, 2014: 23)

سير الحصص عند المختص الأطفوني: الحصص تسير ما بين 30 و 35 دقيقة بمعدل ثلاث

حصص في اليوم (CYNTHIA, 2014: 23)

4.4 - التكفل النفسو حركي: تم تطوير هذا العلاج من طرف المعالجة الوظيفية الدكتورة Jane

Ayres سنة 1969، منطلقة من فرضية أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم صعوبات في تنظيم

المعلومات الحسية المختلفة الصادرة من أجسامهم، نتيجة عدم استطاعة الدماغ دمج المعلومات القادمة

إليه من الحواس المختلفة بشكل تكاملي، ينتج عنها خلل في معالجة المعلومات، مما يتسبب في حدوث

مشكلات سلوكية كالتأخر اللغوي، وضعف مهارات التركيز، والإثارة غير الملائمة، وصعوبات في التعلم،

وضعف توازن الجسم، بالإضافة الى ضعف في التناسق الحركي، والسوط على الوجه دون مد اليدين

للحماية، بالإضافة الى مشكلات في تناسق حركات العين، واقترحت أيرز (Ayres) أن معالجة هذه

المعلومات من شأنه أن يعالج هذه المشكلات، من خلال استخدام نشاطات تؤثر على الجهاز العصبي،

ومن ثم التخفيف من هذه الأعراض. (نايف، 2018: 130)

يشرف على عملية التدريب على التكامل الحسي اخصائيون في العلاج الوظيفي، من خلال بناء

مهارات الحياة اليومية عن طريق تحفيز جلد الأطفال ونظام القنوات من خلال عدة أنشطة كالسباحة،

ولف الدوائر حول الكرسي أو تنظيف أعضاء الجسم، أو تطبيق أنشطة جسدية تتطلب التوازن، وقد

أشارت الشامي (2014) إلى مجموعة من الأساليب منها الضغط الشديد؛ والتدليك، وتحريك الأشياء

الثقيلة، وشد الحبل بقوة والتأرجح على أرجوحة، ولف الطفل بأحكام أو وضعه بين مخدتين مع الضغط

على جسمه، واللعب بمواد متنوعة مختلفة للمس، كالدحرجة على كرات كبيرة، القفز، والإمساك بالأشياء

واليد مغلوقة. هذه التمارين تهدف إلى تحفيز الجهاز الدهليزي المسئول على الإحساس بالجانبية والتوازن

والتناسق الحركي، وكذا التدريب على اللمس والإحساس. (نايف، 2018: 131)



5.4- التكفل التربوي:

1.5.4-البرامج التربوية والعلاجية لأطفال التوحد: للتكفل بأطفال التوحد فقد صمم الكثير من

الباحثين برامج تكفل مكيفة تساعد في اكتساب مهارات عديدة منها المهارات السلوكية، المعرفية، الحسية، والاجتماعية تساعد في اكتساب الاستقلالية، وفيما يلي نقدم أهم البرامج التدخلية الموصى بها عالمية خاصة من طرف السلطة العليا للصحة في فرنسا (HAS)وهي كالاتي:

1.5.4- أسلوب أو نامج التدخل المكثف لوفاس: Lovaas: يعد من أشهر الأساليب والطرق

التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب طف التوحد، وهو طريقة قدمها لوفاس (Lovaas) سنة 1987 بجامعة كاليفورنيا سماها بالطريقة المكثفة (عادل، 2014: 109)، الذي يقوم على منهج تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، وهو علم يهتم بدراسة سلوك البشر والحيوانات، وما يفعلونه ويقولونه، وتفسيره والتنبؤ به. ومن هنا سمي أسلوب لوفاس بهاته التسمية (أسلوب تحليل السلوك التطبيقي **Applied Behavioral Analysis**) أو اختصارا ABA، وقد عرف أسلوب لوفاس بعدة مسميات منها الإشراف الإجرائي (نظرية سكينر)، ومحاولات التدريب المفصلة Discrete Trial Training (DTT)، وعلاج لوفاس Lovaas Therapy، والاسم الأكثر استخداما وشهرة هو التدخل السلوكي المكثف Intensive Behavioral Intervention (IBI) (أحمد عبد الرزاق، 1431هـ: 15)، والقاعدة الأساسية لهذا البرنامج المطور قائمة على أن التدخل السلوكي قادر ويسمح ببناء سلوكيات إيجابية والتخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، وحسب Lovaas كلما كانت الطفل صغيرا فإن إمكانية التعلم المعم تكون فعالة، ويستخدم هذا البرنامج تقنيات تدخل سلوكية مكثفة،يقوم فيها المعلم أو المربي بتقديم برنامج تدريبي مكثف لأطفال التوحد. (Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007: 36).

قدم لوفاس طريقتين لتقديم البرنامج الأولى سميت بالطريقة المكثفة (Intensive) التي تعتمد على تدريب الطفل لمدة تتراوح ما بين 30 أو 40 ساعة في الأسبوع أي بمعدل 07 ساعات في اليوم لمدة عامين على الأقل، يشترك فيه فريق من المربين أين يكون الأولياء جزء فيها يتم تدريبهم في كيفية التدخل، ويتم هذا التدخل في إطار برنامج فردي محدد بشكل جيد ومضبوط. أما الطريقة الثانية فهي الطريقة الممتدة أو العادية (Extensive) والتي تشبه الطريقة الأولى باستثناء عدد الساعات الأسبوعية، حيث يصل عدد الساعات المخصصة للتطبيق أسبوعيا بعشر ساعات فقط، وقد بينت الدراسات التي



استخدمت الطريقتين أن الطريقة الأولى أنجع من الطريقة الثانية، وهذا راجعا إلى الحجم الساعي المخصص لكل منهما(عادل،2014: 109)

هو برنامج للتنبؤ بسلوك الفرد وضبطه، يعتمد على المقاربة التربوية المعتمدة على مبادئ التعلم للمدرسة السلوكية، من خلال التركيز على العلاقة التي يمكن ملاحظتها بين السلوك والبيئة، وهذا من خلال ثلاث وظائف أساسية هي:

1.1.5.4: تحليل السلوك: ونعني به تحليل السلوك الصادر عن الطفل بغرض الوصول إلى

تعديله وتغييره وأن يكون هذا التحليل يتميز بالشمولية والدقة والوضوح والتفاصيل.

يعتمد في تحليل السلوك على النموذج الثلاثي الأبعاد ABC والذي يشمل مقدمات السلوك المنتج

من طرف الطفل، والسلوك المنتج ذاته، ونتائج هذا السلوك:

A- المقدمات (Antecedents) (مقدمات السلوك): يشير عادل 2014 إلى أنها تلك

المثيرات والمنبهات التي تسبق السلوك مباشرة أو أنها تلك الأحداث أو الأفعال أو المشاعر التي تجعل الفرد يسلك بطريقة معينة، إذ عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث السلوك حيث تسهم في تشكيله وفي تحديد النمط الذي يبدو عليه، وفي تحديد مدى الحدة والشدة التي يظهر عليها، وقد تكون هذه المثيرات ذات طبيعة مادية، أو عناصر معينة فيها أو أشياء وموضوعات مختلفة، كما قد تكون ذات طبيعة اجتماعية تتضمن أشخاصا معينين، فضلا عن ذلك قد تكون ذات طبيعة شخصية أي تكون بمثابة عوامل ترجع إلى الطفل ذاته كالعوامل السيكولوجية المختلفة، أو التوقعات، والأغراض التي يريدها الطفل " (عادل، 2014: 109)

وعلى أي معلم أو أخصائي متدخل مع أطفال التوحد أن يعمل على جمع هذه المقدمات التي

تسبق السلوك التي تشمل الأحداث، الأشخاص، الأوقات، والمشاعر: كالخوف، والخجل، والألم، والرغبة والحاجة وغيرها، والأفعال، والأماكن، والسياقات، والموضوعات، وهي كل المتغيرات التي تحيط بالسلوك المعني بالتغيير والاستهداف.

هذه المقدمات يكون مصدرها الطفل في حد ذاته، من خلال التحدث إليها أو ملاحظة ما يصدره

من سلوك، ومن خلال المقابلات مع الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة لهذا الطفل، والمقارنة بينهما لتحديد تلك المقدمات بشكل دقيق ومضبوط، وكمثال على ذلك الطفل الذي ينزعج من صوت معين عند حدوثه فقط يكون هذا الصوت هو السبب في ذلك ويعتبر هذا الصوت من المقدمات.

هذه المقدمات قد لا تكون واضحة كل الوضوح كالعوامل الفسيولوجية أو الشعور بالخلج وإنما يمكن استنتاجها، ويمكن أن يستدل على هذه المقدمات من خلال طرح الأسئلة التالية (أين، مع من، متى، ما، ماذا) والبحث عن الإجابة الدقيقة والواضحة لها:

- أين يحدث السلوك بالضبط وبالتحديد؟

- متى يحدث هذا السلوك ؟

- ما النشاط المصاحب لهذا السلوك ؟

- ماذا كان يفعل الآخرون أطفالا وكبارا المحيطون بالطفل عندما بدأ هذا السلوك ؟

- ماهي الظروف البيئية التي حدث فيها السلوك ؟ مثل الضوضاء، الإنارة، وطبيعة العلاقة مع

الآخرين، وغيرها من العوامل التي قد تؤثر في سلوك الفرد. (عادل، 2014: 109)

B- السلوك Behavior: نعني بالسلوك مجموع العناصر التي تصدر عن الطفل التوحدي من

أفعال مختلفة تتشكل نتيجة لتلك المثيرات التي تسبق هذا صدور هذه الأفعال التي أشرنا إليها في

العنصر السابق بالمقدمات، وهي ردود أفعال وأداءات مختلفة يمكن التنبه إليها من خلال ملاحظة

واكتشاف تلك المقدمات، التي تعرف بالسلوك المستهدف أي المستهدف بالتغيير، الذي يجب أن يحدد

تحديد إجرائيا دقيق، وأن يكون واضحا بعيد عن المفاهيم العامة والهلامية. فلا يكفي أن نقول عن الطفل

مثلا أنه عدوانيا، وإنما يجب تحديد تلك العدوانية إجرائيا كأن نقول "يضرب أخاه مستخدما قبضة يديه"

وأنه يكرر ذلك ست مرات أو سبع مرات أو عشر مرات حسب عدد المرات المستخدمة، أو مثلا يعضه

وهذا نوع آخر من العدوانية، فالأول كان بضرب اليد وهذا سلوك والثاني بالعض وهذا سلوك آخر على

الرغم من أن الاثنين يشيران للعدوانية عند الطفل. (عادل، 2014: 109)

كذلك لا نكتفي فقط بالسلوكيات الناتجة عن استجابة طفل لمثيرات ما، وإنما حتى عدم استجابة

الطفل لسلوك مطلوب منه في حدث ذاته هو استجابة وسلوك يجب أن يحدد بدقة ووضوح ووصفه وصفا

دقيقا، من خلال التعرف على مقدماته التي تمكننا من التنبؤ به وتعرفنا بأسبابه من خلا تحليل ذلك

السلوك

C- النتائج أو نواتج السلوك Conséquences: وهي تمثل العواقب إن صح التعبير التي تلي

هذا السلوك، قد تكون سلبية أو إيجابية أو الاثنين معا، وقد تؤثر على الطفل في حد ذاته وقد تؤثر على

الآخرين أو الاثنين معا، فمثلا صراخ الطفل الشديد نواتجه تؤثر على الأشخاص المحيط به، وتسبب لهم



الإزعاج، وكذلك فرط النشاط والحركة قد يؤثر في المعلم والصف التعليمي أيضا، وسلوك عدم الاستجابة له نواتجه أيضا، فقد يؤثر على المعلم من خلال عدم حصوله على نتائج ملموسة وبالتالي يؤدي به إلى التأثير والتقليل من التعزيز الذي يؤثر في عملية تعلم الطفل.

ومن النتائج الإيجابية على الطفل تلك التي تحدث بعد صدور سلوك إيجابيا فيتلقى منه الثناء والمدح والمكافئة، أما السلبية فهي تشمل التأنيب والعقاب والتجاهل في بعض الأحيان.

وتعتبر النواتج مثلها مثل المقدمات في مساعدة الأخصائي في تحليل السلوك، وفهمه، والتنبؤ به وفي إيجاد الحلول لتغييره. (عادل، 2014: 109)

2.1.5.4 - التقييم الوظيفي للسلوك: تعد هذه العملية ركيزة أساسية يقوم عليها برنامج التحليل السلوكي التطبيقي، ويشير هذا المصطلح إلى وصف العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الثلاث لتحليل السلوك التي أشرنا إليها سابقا وهي المقدمات، السلوك ونواتج هذا السلوك، وصفا محكما ودقيقا وذلك بهدف التوصل إلى فهم أفضل لهذا السلوك، ويمكننا هذا التقييم من تحديد دوافع ومعرزات ذلك السلوك سواء كان سلوكا مرغوبا فيه أو غير مرغوب فيه. فتقييم وظيفة كل متغير من المتغيرات الاثنتين (المقدمات والنواتج) تمكننا من تحديد أيهم يمثل القوى الدافعة التي تقف وراء حدوث السلوك. (عادل، 2014: 109)

ويمكن الإشارة إلى أن السلوكيات المنتجة تعمل على إنتاج وظيفة معينة للفرد، عادة ما تتراوح بين الانتباه والحصول على شيء مرغوب فيه أو التجنب والهروب. (عادل، 2014: 109)

ومن خلال التقييم الوظيفي للسلوك يمكننا أن نحدد الوظائف الناتجة عن كل سلوك سواء مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه وتحديد المعرزات التي تحفز على إنتاج ذلك السلوك 80

يجمع عادل (2014) على أن عملية التقييم الوظيفي تتم في أربع خطوات أساسية هي:

- جمع البيانات المتعلقة بالسلوك المستهدف.

- تفسير تلك البيانات التي يتم جمعها وصياغة فرض معين يتعلق بالهدف من السلوك المشكل أو

الوظيفة التي يحققها.

- اختبار صحة الفرض باستخدام أسلوب التحليل الوظيفي للسلوك؛ أي التأكد من الوظيفة التي

يعمل السلوك على تحقيقها.



- إعداد بدائل للتدخل اعتماد على وظيفة السلوك المشكل التي تم تحديدها والتأكد منها في الخطوة السابقة. (عادل، 2014: 110)

3.1.5.4- تطبيق السلوك المتعلم على الواقع: لا يتوقف برنامج تحليل السلوك التطبيقي عند تحليل السلوك غير المرغوب فيه وتقييم الوظائف الناتجة عنه، وإنما يتعدى إلى تعليم سلوك بديل والعمل على تطبيقه في الواقع، من خلال تعليم السلوك عن طريق اللجوء إلى تبسيط المهمة أو المهارة المراد تعليمها إلى عناصرها الصغيرة، يستطيع الطفل تعلمها عن طريق المحاولة، وتعزيز ذلك السلوك المتعلم الجديد والتطبيق الفعلي له في الواقع، حيث يشير لوفاس أنه لا يجب أن ننتقل إلى تعلم عنصر آخر من المهارة إلى إذا أتقن الطفل العنصر السابق وأداه بشكل جيد. (عادل، 2014: 110)

ويركز برنامج لوفاس على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم اكتسابه الخبرات والمهارات المختلفة، ثم ينتقل إلى تعليم المهارات الأكثر تعقيداً، مثل المطابقة مع نموذج معين، وكتابة الكلمات، والجمل والأرقام مما يساعد الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية، كما يعتني البرنامج بالتطبيق الفعلي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية (عادل، 2014: 110)

يعتمد هذا البرنامج على تكثيف وتعزيز السلوكيات الإيجابية وتجاهل السلوكيات السلبية أو معاقبتها في بعض الحالات، إما عن طريق التوبيخ اللفظي أو العقوبة الجسدية لتخفيف بعض السلوكيات غير المرغوب فيها.

التدخل في البداية يكون في منزل الطفل التوحيدي قبل توسيعه إلى أماكن أخرى (مدارس، مستشفيات، إلخ)، وكل الأولياء لابد أن يتابعوا تدريبات على هذا البرنامج لكي يكون جزءاً ضمن الفريق المعالج؛ إذ يقترح هذا البرنامج أن يكون هناك استثمار مهم للوالدين، الذين يطلب منهم في بعض الأحيان توقيف نشاطهم المهني للتفرغ والاهتمام بنشاط طفلهم.

التقنية الأساسية التي يقوم عليها هذا البرنامج هي التعلم بالتجريب المنفصل (DTT: Discrete Trial Training) والتي تعني تقديم مثير في شكل مقاطع متكررة، ومن ثم ملاحظة استجابة الطفل وتقديم التدعيم، وتدرجياً يقوم الفريق المعالج بتعقيد الأعمال. (Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007:36)



هدف البرنامج هو السماح للطفل باكتساب بشكل تدريجي مهارات متعلقة بالاستقلالية، اللغة المستقبلية، والتقليد اللفظي وغير اللفظي وإنشاء قاعدة للعب.

الجانب الأساسي في هذا البرنامج هو تعليم الطفل مهارات التقليد. بمجرد تعلمه، يستخدم التقليد كأداة للتعلم والمرحلة الثانية من البرنامج تبدأ عند اكتساب الطفل هذه المهارة القاعدية، نعلمه بعد ذلك في البداية في المنزل وفي مرحلة ثانية في إطار مدرسي مهارات أخرى كالمهارات الاجتماعية. (Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007:63)

يستخدم هذا البرنامج في كامل الولايات المتحدة الأمريكية بناء على استخلاصات Lovaas حول فعاليته في تخفيف الأعراض لدى عدد كبير من الأطفال.

تقدر تكلفة هذا البرنامج حوالي 30,000 دولار للعام وللطفل الواحد في المناطق الريفية و60.000 دولار في المناطق الحضرية، والمراكز المتخصصة في برنامج لوفاس (Lovaas) قليلة ولا يمكنها الاستجابة لطلبات كل أولياء الأطفال المتوحدين.

(Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007:36)

يعتمد على تقنيات تعديل السلوك وتطوير المهارات لدى الطفل التوحدي في التعلم لذي يتشكل أساساً من نوعين من التعلم هما:

1.3.1.5.4- **التعلم المهيكل**: يكون فيه الطفل جالساً في المكتب، ويكون التعلم مقسماً إلى حصص متكررة ومتتابعة بشكل سريع، إلى أن ينجح الطفل في الاستجابة بشكل صحيح بدون توجيه أو مساعدة خاصة، وكل مرحلة تتضمن:

- تقديم طلب أو توجيهات للطفل من أجل القيام بنشاط معين.

- ملاحظة استجابة أو سلوك الطفل.

- دور أو ردة فعل المتدخل.

كل استجابة صحيحة يتم تعزيزها إيجابياً مباشرة بشيء يسعد الطفل ويفرحه مثل تقديم لعبة أو الثناء والشكر مثل (جميل، أحسنت، برفو)، أما الاستجابات الأخرى غير الصحيحة إما يتم تجاهلها أو تصحيحها وتعديلها. (Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007:36)



2.3.1.5.4 - التعليم العرضي: **l'enseignement incidental**: وهو نوع من التعليم

يستخدم في كل مكان مثل المدرسة، البيت، في المحيط الخارجي، وفي أي وقت ممكن، ويتمثل في توجيه الطفل:

- خلال نشاطات اللعب، الترفيه من أجل مساعدته على اللعب، والتعبير واكتشاف المحيط.
 - أثناء الأوقات المناسبة لتعلم الاستقلالية الفردية مثل أوقات الغذاء، النظافة، الذهاب إلى الحمام.
 - أثناء الأوقات المتعلقة بالاستقلالية والاندماج الاجتماعي مثل الغذاء الجماعي، النشاطات الجماعية، والخرجات الاجتماعية.
- يتم في هذا النوع من التعليم أيضا تعزيز النشاطات المتكيفة بالحاجات التي تسعد الطفل وتحفيزه والعمل على تكثيفها.

وعلى العموم فإن تعليم الطفل التوحيدي حسب Lovaas يتم بمراحل صغيرة، وكل مهارة نرغب في تطويرها عند الطفل يجب تحليلها إلى وحدات مقاسة ويتم تعليمها في مرحلة واحدة مثل تعليم عبارة "غسل الأسنان" فإنه يتم تحليلها إلى وحدات كالآتي:

- نأخذ الفرشاة.

- نبللها بالماء.

- نضع فوقها المعجون.

- نضعها الفرشاة في الفم.

- نحرك الفرشاة وهكذا..

يتم التعلم في البداية بشكل فردي لكل طفل مربي، ثم ننقل إلى وضعيات أخرى في شكل مجموعات صغيرة، ومن ثم الانتقال إلى وضعيات المجموعات الموسعة. (Baghdadli Amaria et Magali Noyer, 2007:36)

4.1.5.4 - فعالية البرنامج: فيما يخص فعالية برنامج التدخل المكثف للوفاس، فقد أشارت الكثير

من الدراسات منها دراسة Lovaas سنة 1987 إلى فعاليته إذا ما طبق بشكل مكثف في حدود ما بين 40 ساعة في الأسبوع (Lovaas 1987)، كما أشارت نفس الدراسة أن هذا البرنامج أظهر نتائج أحسن عند تنفيذه في المراكز المتخصصة مقارنة بتطبيقه في المنزل لوحده، كما أشارت دراسة لنفس



العالم سنة 1997 أنه أكثر فعالية مع الأطفال الذين نقل أعمارهم أقل من ثلاث سنوات، (عادل، 2016: 206).

وفي مقارنته ببرامج أخرى فقد أشار هوورد وآخرون (Howard & al, 2014)، في دراسة مقارنة بين هذا البرنامج وبرامج تدخل انتقائية أخرى إلى أن الأطفال الذين توبعوا ببرامج التدخل المكثف للوفاس أظهروا تحسنا أكبر مقارنة بالأطفال الذين توبعوا ببرامج التدخل (Howard & al, 2014, 33-46)، كما أشارت دراسة (Eikeseth et al (2002) إلى أن برنامج لوفاس Lovaas أكثر فعالية من أي برنامج انتقائي آخر بما في ذلك التيتش TEACCH، حتى ولو طبق مكثفا، ويفسر الباحثون قلة الفعالية لهاته البرامج الانتقائية بأنها تستخدم تغييرات كثيرة في النشاط والتدخلات والطفل التوحدي يرد بشكل ضعيف لهذه التغييرات. (Eikeseth & al, 2002:55)

وكخلاصة عامة لهذه الدراسات التي أشرنا إليها فيما يخص برنامج لوفاس Lovaas يمكن القول أنه برنامج كلما كان تطبيقه مكثفا كلما كان أنجع، وهو فعالا سواء طبق في المنزل أو في مراكز متخصصة غير أن فعاليته أكبر بكثير حينما يتم تطبيقه في المراكز المتخصصة، كما أنه أكثر فعالية مقارنة ببرامج سلوكية إنتقائية أخرى كالتيتش Teacch أو الباكس PECS، ويمكن تلخيص هذه النتائج في النقاط التالية:

- البرامج المكثف لوفاس يحسن في معدل الذكاء والمهارات اللغوية.
- برنامج المكثف لوفاس أكثر فعالية عند الأطفال الذين لديهم مستوى نمائي معرفي مرتفع.
- البرنامج المكثف لوفاس أكثر فعالية عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية غير محدد أكثر منه عند أطفال التوحد.
- البرنامج المكثف لوفاس أكثر فعالية من برامج التدخل الانتقائية مثل Teacch.
- البرنامج المكثف لوفاس أكثر فعالية عند تطبيقه في المراكز المتخصصة من تطبيقه في المنزل.



جدول رقم 03 يلخص شروط ومتطلبات أسلوب لوفاس Lovaas

| الحجم الساعي | دور الوالدين | الفئات العمرية المستهدفة | مدة التكوين الضرورية لفريق التدخل |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ما بين 30 و 40 ساعة تدريب أسبوعيا في المدرسة دون حساب فترات الراحة | دور مهم وضروري عن طريق المشاركة الفعلية في تنفيذ البرنامج، من خلال ضمان استمرار تنفيذ البرنامج طيلة اليوم كاملا (24 ساعة) وعلى طول السنة لضمانية الاستمرارية وعدم حدوث الانتكاسة | من 06 أشهر إلى 06 سنوات وأفضل عمر لتطبيقه هو 03 سنوات ويمكن تطبيقه في أي عمر | 09 أشهر بمعدل 30 ساعة أسبوعيا |

من خلال الجدول رقم 03 نلاحظ ان البرنامج يفرض شروط معينة لنجاحه منها: الحجم الساعي المعتبر المخصص أسبوعيا لعملية التدخل، والدور الفعال للأولياء، وكذا الفئة العمرية المخصص لها، وكذا الاهمية التي يعطيها للتكوين والتدريب عليها.

2.5.4 - برنامج TEACCH : (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped)

1.2.5.4 - نظرة حول البرنامج: هو برنامج لعلاج وتربية الأطفال التوحديين أو لديهم إعاقة في ميدان التواصل.

ففي الستينات من القرن الماضي، توصل إريك سكوبلر (Eric Schopler, 1997)، وهو نفساني شاب كان ينتمي إلى فريق Bruno Bettelheim بشيغاغو إلى مسلمة وهي أن التوحد ليس نتيجة لمرض أبوي وإنما احتمالا نتيجة إلى خلل وظيفي مخي من أصل عضوي لم يحدد بعد، خلافا لما كان سائدا في تلك الحقبة، أين كان العلاج يتم بالتحليل النفسي، أين كانت الفكرة السائدة بأن التوحد يفسر بأنه انسحاب اجتماعي يعود أصله إلى دفاع نفسي ضد الوالدين المعتبرين كمصدر للمرض، حيث لاحظ أن هذه الحصص (حصص العلاج التحليلي) لا تقدم الفوائد المرجوة، وأن السلوك المنحرف للأطفال المصابين بالتوحد ربما مرتبط بعدم القدرة على فهم كيفية التفاعل مع الآخرين وليس لآلية دفاعية، هو يقترح عوضا عزل الطفل عن محيطه العائلي أن يتم تكوين الأولياء كمعالجين لأبنائهم.

ابتداء من سنة 1966 Schopler وضع برنامج طموح (TEAACH) في إطار مشروع بحث ممون من طرف معهد (NIMH) (المعهد الوطني للصحة العقلية). هذا البرنامج يقدم التشخيص، التقييم، العلاج، تكوين المهنيين، مرافقة الأولياء، والبحث، وتم اعتماده من طرف حكومة كارولينا الشمالية كأداة

شاملة للصحة العمومية لفائدة الأشخاص الذين يعانون من التوحد من كل الأعمار)، والذي عمم فيما بعد على عدة ولايات أمريكية، والآن هو يحضى بشعبية كبيرة في العالم. (Dionisi, 2013: 236-242)

يركز هذا البرنامج أساسا على التعاون القوي بين الأولياء والمختصين، ويضم زيادة على التقييم، والتشخيص، تربية خاصة موجهة إلى الأطفال ذوي اضطراب التوحد واضطرابات التواصل، وهياكل استقبال أو مساعدة على العمل بالنسبة للراشدين الذين يعانون من هذه الاضطرابات Baghdadli (Amara et Magali Noyer, 2007: 63)، وكان الهدف من هذا البرنامج هو تحسين نوعية الحياة للأشخاص المعنيين داخل المحيط العائلي والمدرسي وتشجيع إدماجهم في الوسط الاجتماعي، ولقد حدد برنادات (Bernadette, 2007) الأساسيات الفلسفية لبرنامج TEACCH، التي تم تحديدها بناء على معطيات الأبحاث الأميركية وتطبيقاتها العيادية والمتمثلة فيما يلي:

1- فهم المواضيع يتم ابتداء من الملاحظة وليس بمرجع بسيط لنظرية: تساعد الأوصاف السريرية وأدوات التقييم التي تم تطويرها على مدى سنوات عديدة من الأبحاث على فهم كيفية عمل الموضوع وتعلم الدروس اللازمة لوضع مساعدة فعالة حيز التنفيذ، ويقصد بالملاحظة هنا الملاحظة العلمية المبنية على استخدام أدوات التقييم التي تعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك من طرف المختص كقوائم التقييم مثل CARS.

2- المساعدة المقدمة للأشخاص الذين يعانون من التوحد تتطلب تكيفا: التكيف يكون في اتجاهين، الأول إذا أردنا مساعدة الطفل لكي يكون أكثر تكيفا لا بد من تحسن قدراته على التواصل، اجتماعيته، واستقلاليته، والثاني لا بد للمحيط أن يتكيف مع صعوبات الطفل من أجل تسهيل وتوجيه المجهودات المطلوبة منه. يستهدف هذا التكيف بشكل أساسي الإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من التوحد، ويسمح بمحاربة الطابع المؤسسي (وضع الأطفال في مؤسسات بعيدا عن محيطهم الأسري)، الشيء الذي يقطع الطفل ويعزله عن محيطه وغالبا ما يتسبب في تعقيد الاضطراب والزيادة في خطورته.

3- العمل المنجز مع الشخص الذي يعاني من التوحد يركز على التعاون بين الأولياء والمختصين: يتطلب العمل المنجز مع الشخص المصاب باضطراب التوحد التعاون بين الأولياء والمختصين، وهذا المبدأ لا يتطلب فقط أن يقوم المعلم ببحث الأولياء ليس فقط على اللعب مع أبنائهم وإنما أيضا يعتبر ضرورة فنية (علاجية)، وفي هذا الإطار يقتضي التكيف الضروري لضمان راحة أكبر



للأشخاص المصابين بالتوحد ليس فقط تهيئة البيئة المتخصصة التي يتم فيها رعاية الطفل من قبل المتخصصين، وإنما تهيئة جميع البيئات التي يتطور فيها الطفل لتسهيل فهم الوضعيات والسماح بالنمو، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يتم نقل التعاليم المنجزة في سياق معين إلى بيئة أخرى وتأخذ معنى أيضاً، لأنها تصبح وظيفية وتستخدم في الحياة اليومية، ومن ثم فإن الأهداف التي يتعين تحقيقها والاستراتيجيات التي يتعين تنفيذها يجب أن تحدد بشكل مشترك، سواء كان أحد الوالدين أو المختص، مما يتطلب تقاسم المعلومات على نحو دائم.

ولذلك فإن دور الوالدين أمر بالغ الأهمية، لأنهم لديهم معرفة بالطفل التي لا يستطيع أي شخص آخر أن يمتلكها. بمجرد إجراء التشخيص يذهبون إلى فهم أفضل لردود فعل الطفل، ويتعلمون التكيف معه، وتطبيق مبادئ التعليم المنظم، مما يزيد من إمكانيات استخدام إمكاناته وتسهيل تطويرها.

4- العمل التربوي مفرد ويرتكز على التشخيص والتقييم الدقيق لنمو الطفل، مهاراته،

وخصائصه: يتم التقييم بشكل رسمي باستخدام الأدوات القياسية، ولكن أيضاً بشكل غير رسمي من خلال الملاحظة بهدف جمع المعطيات الضرورية لإنجاز برنامج تربوي مكيف لكل طفل.

5- التعليم المقدم للأشخاص المصابين بالتوحد مهيكّل: آثار هيكلية المحيط على التعلم والتكيف

للأشخاص التوحديين هي الآن معروفة بشكل جيد. على الرغم من أن مجتمع الأشخاص المصابين بالتوحد غير متجانس إلا أن الأفراد الذين يكونونه يتشاركون في الخصائص التي تؤثر بشكل كبير على أدائهم وتكيفهم.

يعاني الأشخاص المصابون بالتوحد من صعوبة في تنظيم المعلومات، ولا يكادون يتذكرون ما لا يرتبط مباشرة بمصالحهم، ويواجهون صعوبة في معالجة المعلومات الشفهية، في المقابل نقطة قوتهم هي استدخال المعلومات البصرية، وحفظ المعلومات المتزامنة، وخاصة عندما تتعلق باهتماماتهم. نظراً لهذه الخصائص والصعوبات في فهم البيئة، فإن أنظمة المساعدات البصرية يجب أن تستخدم على نطاق واسع، لأنها تجعل من الممكن تكيف البيئة لتصبح أكثر وضوحاً.

6- المقاربة إيجابية وتستهدف استغلال الإمكانيات ولكن مع قبول الصعوبات أو العجز: النقاط

القوية والقدرات الناشئة هي مراكز الاهتمام الأولى، لأنها تجعل من السهل تعزيز المهارات الخاصة للأشخاص المصابين بالتوحد، حتى ولو كانوا يركزون في الغالب على المصالح الضيقة والقوالب النمطية، هي قيمة ويمكن إعادة توجيهها نحو قدرات أكثر وظيفية وتكون نقطة انطلاق لتعلم سلوكيات



أخرى. أما على مستوى الوالدين، فإن هذه المقاربة الإيجابية التي تركز بشكل أساسي على نقاط قوة علاقتهما مع الطفل والمساعدة التي يقدمونها له، تساعد على تنمية الشعور بالفعالية الشخصية، مما يخفف من الإجهاد ويحسن نوعية الحياة.

7- العمل المنجز مع الأشخاص المصابون بالتوحد يركز على مقاربة نمائية: وهو مستوحى من

النظريات السلوكية والمعرفية، وتوضع دائما المهارات التي يتعين اكتسابها في سياق النمو الفردي، فالتطور والتقدم إذا مخطط له وفقا لنضج الموضوع ودرجة استعداده لدخول مرحلة جديدة. يتم تنظيم مواقف التعلم بطريقة تعزز النجاح السريع والتعزيز الناتج.

إن تعميم المهارات المكتسبة ليس عفويًا عند المصابين بالتوحد، وهو جزء لا يتجزأ من برنامج التعلم، ويتم تحويله إلى مواقف أخرى، يتم تهيئتها دائمًا لجعل التعلم عمليًا، وتستخدم تقنيات مشتقة من النموذج السلوكي (تقسيم المهام والنمذجة، والمشاركة الموجهة، وما إلى ذلك) في مقاطع التعلم. يتم دائمًا تحليل الاضطرابات السلوكية من حيث العوامل الفردية والبيئية، مما يساعد على فهم معانيها ومعالجتها من خلال استراتيجيات إدارة السلوك.

8- مقاربة الموضوع هي مقاربة شاملة: التوحد له عواقب على جميع جوانب النمو للطفل

والاختلالات هي إذا مضاعفة: يجب على المختصين أن تكون لديهم دراية شاملة باضطراب التوحد، وكل المشاكل التي يكونها هذا المصاب، ويجب عليهم فهم الشخص على عدة مستويات ومن عدة جوانب نمائية، ولا يقتصرون فقط على الجانب الذي يهتم به التخصص الذي تكونوا فيه، وبكيفية تطبيقاته على حساب احتياجاته؛ بمعنى أن يكون المختص ملما بجميع جوانب النمو للطفل البيولوجية، النفسية، الاجتماعية، المعرفية، اللغوية... الخ)

9- الخدمات المقدمة مستمرة وتتيح الدعم للأشخاص خلال طوال حياتهم: آثار الإعاقة الناجمة

عن التوحد تستمر عند الراشدين على الرغم من أن الاضطرابات يمكن أن تتطور وتتغير مع التقدم في السن، والنتيجة هي ضرورة وبشكل ملح توفير الدعم الذي يدوم مدى الحياة. ومن ثم فإن تنسيق الخدمات أمر ضروري في كل مرحلة من مراحل النمو، ولكن أيضا من عمر إلى عمر.

يضاف إلى هذا النشاطات المتعلقة بالتكوين الذي يسمح للأشخاص المقحمين في برنامج TEACCH من تحسين معارفهم بشكل منتظم، وتطبيقه في ميدان التوحد. التكوين يجب أن يشمل زيادة



على المختصين الأولياء؛ لأنهم يشاركون في تربية أطفالهم وتطبيق مبادئ التربية المهيكلة في حياتهم اليومية . (Bernadette,2007: 9-19)

2.2.5.4- المجالات التي يغطيها برنامج TEACCH:

يعمل برنامج TEACCH على تغطية تسع مجالات من المهارات هي:

- التقليد.

- الإدراك الحسي.

- الحركات الكبرى.

- الحركات الدقيقة.

- تأزر العين واليد.

- المعرفي العملي.

- المعرفي اللفظي.

- الاجتماعيات.

- العناية بالذات. (Baghdadli et Magali, 2007,63)

3.2.5.4- متطلبات التكفل عن طريق برنامج TEACCH: يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- التعاون بين الأولياء والمختصين.

- التدريب الضروري للأولياء على البرنامج.

- الأولياء جزء من فريق التكفل.

- حضور الأولياء لعملية التشخيص والتكفل في المراكز المتخصصة من خلال قاعات مجهزة

بزجاج غير عاتم.

- اعتبار الأولياء كمعالجين مساعدين و مشاركين في وضع برنامج التكفل

-يلعب الأولياء دورا مهما في التكوين المعكوس بحيث يصبح الولي مكونا والمختص متكونا،

بحيث يقدم الأولياء للمهنيين والمختصين ملاحظاتهم وخبراتهم مع أطفالهم، الشيء الذي يسمح

للمختصين باستخدامها في تشكيل برنامج علاجي مفرد لأطفالهم. (Baghdadli et Magali, 2007,63)



4.2.5.4 - تقييم برنامج TEACCH:

للتحقق من فعالية هذا البرنامج، قمنا بسرد بعض الدراسات التي تناولت هذه المواضيع من ثلاث محاور هي: فعاليته مع الأطفال، وفي المنزل، ومن حيث مقارنتها ببرامج أخرى.

فمن ناحية الأطفال أشار بانري وآخرون (1989) Panerie & All من خلال دراسة لمدة 18 شهرا على أطفال بعمر زمني 13 سنة لتقييم قدرات التعلم والتواصل التلقائي ومشاكل السلوك باستخدام هذا برنامج، إلى تخفيضا في السلوكيات غير المرغوبة وارتفاع في التواصل التلقائي، أما من ناحية فعاليته في المنزل فقد أشارت دراسة (1998) Ozonoff & Cathcart التي أجريت على عينة مكونة من مجموعتين بـ 11 طفل تبلغ أعمارهم 35 شهرا، معدل درجاتهم على قائمة CARS ما بين 38-400 درجة متجانسين من حيث السن، وشدة الأعراض، والدرجات الأولية على سلم PEP-R، والمسافة الزمنية بين القياس القبلي والبعدي، حيث استفادت كلا من المجموعتين من نفس البرنامج التدخل اليومي، غير أن المجموعة التجريبية استفادت أيضا من خدمة في المنزل لمدة 04 أشهر مبنية على أساس برنامج TEACCH، بينما المجموعة الضابطة لم تستفد منها، مع إجراء القياس القبلي والبعدي للمجموعتين، أين بينت النتائج في نهاية التجربة أن هناك تحسن يقدر من 03 إلى 04 أضعاف أعلى في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة في ميادين التقليد، الحركة الدقيقة والعامية، المهارات المعرفية والدرجات الكلية لمقياس PEP-R، ومن ناحية فعاليته مقارنة ببرامج أخرى فقد أشارت دراسة Schopler و آخرون سنة 1981، التي قاموا فيها بتحليل استبيانات آتية من 348 عائلة شاركت في برنامج TEACCH، إلى أن الأولياء أبدوا ارتياحا كبيرا لهذا البرنامج، وبأن التدخلات معه كانت إيجابية، منتجة ومفيدة للغاية، وأن القلق قل عندهم بعد المتابعة به، وكان هذا التخفيض بفضل أنظمة الدعم المقدمة، كما أشارت دراسة Bristol وآخرون (1993) إلى انخفاض أعراض الاكتئاب عند الأولياء المشاركين في برنامج TEACCH، وعلى العكس من ذلك الأمهات الذين لم يشاركوا لم يظهروا أي تغير في أعراضهم الاكتئابية على مر الزمن. (Baghdadli et Magali, 2007,63)

3.5.4 - نظام التواصل بتبادل الصور (PECS): هو أحد وسائل التواصل المعززة والبديلة

متدنية التقنية، يكثر استخدامه مع الاطفال المصابين بالتوحد، أو الذين يعانون من اضطرابات التواصل

الأخرى، ويمكن استخدامه أيضا مع المراهقين والبالغين الذين لديهم صعوبات تواصلية وإدراكية وجسدية، ويقوم على تقديم الوسائل التي يتمكن من خلالها الأفراد من التواصل مع الآخرين.

1.3.4- نظرية تاريخية حول نظام PECS: نظام التواصل بتبادل الصور PECS يعود للباحث

الأمريكي أندي بوندي وزوجته لوري فروست، وهي أخصائية في النطق واللغة، الذين صمم هذا الناظم لتعليم الاطفال مهارات التواصل الوظيفي سنة 1985، من خلال التركيز على الاستقلالية في التواصل، وهو نظام خالي من التعقيد وغير مكلف، ومستعمل بشكل واسع، حيث استمدت فلسفة هذا البرنامج من كتاب لعالم النفس الأمريكي سكينر "السلوك اللفظي"، الذي يؤكد على أن المؤثرات اللفظية الوظيفية يمكن تعلمها عن طريق التلقين واستراتيجيات التعزيز.

يعتمد هذا البرنامج على المدعمات البصرية والحث على المتواصل، وهو موجه لتعليم وتدريب الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية وخصوصا التوحد على التواصل؛ أي الأطفال الذين يعانون من قصور في اللغة التعبيرية، ويستخدم PECS كنظام تواصل معزز وبدل للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم اللغة أو الذين ليس لديهم لغة، وذلك عن طريق بعض الوسائل كالإيماءات ولغة الإشارة والجسد والصور أو من خلال القراءة والكتابة، وتهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل طريقة مساعدة للتواصل عن طريق تبادل الصور، حيث يتم تدريبه على إعطاء المعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن رغباته وحاجاته (سهيل، 2015:210)

يمكن استخدام هذا البرنامج مع أي شخص لديه صعوبة في اللغة مهما كانت الصعوبة والعمر، حيث يسمح للأطفال التوحديين من التواصل التلقائي، والتواصل في قالب اجتماعي من خلال تبادل الأدوار.

يقول عادل (2014) "أن هذا البرنامج يقوم على تدريب الطفل التوحدي على أن يقوم بالتعرف على الصور، وانتقاء ما يرغب منها ثم استبدال الصور بذلك الشيء أو الموضوع أو النشاط المرغوب فيه، فيحصل بهذا على ما يريد مما يعمل على دخوله في نوع من التفاعل الاجتماعي مع الشخص الراشد أو الأخصائي الذي يلبي له حاجاته على إثر ذلك" (عادل، 2014: 25)

4.5.4- برنامج إير لبييرد Earlybird:



وضعت الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا برنامجا للتكفل بالطفل التوحيدي ستمه برنامج إير لبيرد Earlybird، الذي يغطي تدخلا مبكرا لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وهو برنامج قصير المدى لمدة ثلاث أشهر موجها لأولياهم.

هذا النموذج يجمع بين التدخلات التربوية، البيداغوجية، والعلاجية المقترحة للتوحد، وتستفيد منه مجموعات من الأولياء، كل مجموعة تضم 6 أسر، يتلقون فيها تدريبات وتقنيات حول كيفية التعامل مع أبنائهم المتوحيدين، ويدوم هذا التدريب ثلاث أشهر، مقسمة على عدد حصص بمعدل 3 ساعات مكثفة في كل حصة، يتم خلالها تشجيع الدور النشط للأولياء، يتعلمون فيها كيفية التواصل والتفاعل بشكل أفضل مع أطفالهم المتوحيدين وكيفية تحليل وفهم أفضل لسلوكهم.

<http://www.autismaide35.com>

5.5.4 - برنامج: MAKATON: ماقاتون هو برنامج بلغات متعددة الوسائط طورته مارجريرت ووكر في السبعينيات في بريطانيا وتحديدا سنة 1976، بغرض تحقيق التواصل الفعال والوظيفي مع نزلاء مستشفى القديس جورس، الذين كانوا يعانون من الإعاقة العقلية والصمم، واسم البرنامج مشتق من أسماء ثلاث علماء قاموا بإعداده وهم **Margaret Walker** و **Kathy Johnson** و **Tony Cornforth** (عادل، 2014، 137)، وهو موجه للأشخاص من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات التواصل كالأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق، واضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون، والشلل الدماغي، بالإضافة إلى إمكانية استخدامه مع أسرهم ومن يقومون على رعايتهم أو التعامل معهم ، وعادة ما يستخدم مع الأطفال لمساعدتهم على اكتساب اللغة والكلام.

يتألف البرنامج من مفردات قاعدية، ومفردات إضافية. المفردات القاعدية تجمع 450 مفهوم، منظمة في مستويات. تم اختيار هذه المفاهيم لتلبية احتياجات كل شخص سواء كان طفلا أم بالغا، في وضعية إعاقة، مع دمج البعد النمائي. لا تحتوي هذه المفردات القاعدية على أي علامة نحوية في أبسط استخدام لها. يتم شخصنتها لكل مستخدم، ابتداء من قاعدة مشتركة، وتكمل المفردات الإضافية المفردات القاعدية التس تم تنظيمها حسب المواضيع، وتهدف إلى تلبية توقعات محددة من المستخدمين (الحيوانات، الفنون، الصحة...). تتضمن هذه المفردات الإضافية أكثر من 7000 مفهوم من لغة

الإشارات والصور الأصلية يرافقها الكلام. يتم البحث عن هذا المبدأ من الاتصالات متعددة الوسائط بشكل منهجي، على الأقل في الجانب التقديري. يستعمل المستخدم الوسيط التعبيري الذي يناسبه (يمكن أيضاً التناوب بين الطرائق المختلفة. (Emmanull.P, 2010: 43)

تهدف هذه الأداة إلى تطوير المهارات في التواصل، اللغة والقراءة مرفوقاً بطرائق مرنة للتعلم، ويمكن أيضاً من تلبية حاجات المستخدمين الذين لديهم مهارات متخلفة جداً، والذين هم في حاجة إلى وسيلة تواصل للتعبير عن حاجاتهم الأساسية أو فهم محيطهم مثل الذين يسعون إلى بناء لغة أكثر تفصيلاً أو القراءة. هذه المجموعة الواسعة من الأمكانيات تسمح بالاستمرارية في المرافقة ونمو الفرد طوال حياته. (Emmanull.P, 2010:43)

1.5.5.4- آلية عمل برنامج الماكاتون: يعتمد برنامج الماكاتون على استخدام الكلام، والإشارات، والتواصل البصري بالعين، ولغة الجسد، وإيماءات الوجه، والصور، والرسوم، والكلمات المكتوبة، بالتزامن مع إعداد مجموعة من الإشارات الدالة عليها، يقدمها المربي للطفل على شكل تعليم لغة الإشارة، مع الإشارة إلى أن الماكاتون ليس بلغة الإشارة، حيث تقدم الكلمات في شكل مفرد أو في شكل جمل، على أن تقدم الرموز والإشارات حسب ترتيبها في الجملة، ومن الأمثلة على ذلك نذكر:

تعليم كلمة "أشرب":

يقوم المربي بحمل الكأس إلى الفم وينطق كلمة "أشرب"، ويقدم معها مباشرة رمزا أو صورة تدل على الشرب فيها شخصاً

وفي حالة الجمل يجب أن تقدم مفصلة كلمة بكلمة مرفوقة بالرموز التي قد تكون صوراً أو رسومات أو إشارات (Pictogrammes) مرتبة حسب ترتيب الكلمات في الجملة، وفي مثال على ذلك:

تعليم جملة: "سعيد يشرب الماء":

- تحضر ثلاث الرموز التالية:

- مثل صورة لسعيد.



- رمز يدل على كلمة "يشرب".
- كأس مملوء بالماء.
- ينطق المربي كلمة سعيد مع الإشارة إلى صور سعيد.
- ثم ينطق كلمة يشرب ويشير إلى الرمز الذي يدل على كلمة يشرب.
- ثم يحمل كأس الماء ويقربه من فمه ويقوم بعملية الشرب. (Emmanull.P, 2010:44)

يتم التعليم في برنامج الماكتون بالانتقال بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب، حيث تمر العملية التعليمية بثمان مراحل باستخدام لغة الإشارة المحلية، كل مرحلة تتضمن مجموعة من المفردات اللغوية تبدأ بالكلمات المألوفة عند الطفل، إلى المرحلة الثامنة والأخيرة أين يصل الطفل إلى استخدام كلمات أكثر تعقيدا.

وقبل الشروع في استخدام هذه الرموز يتم في البداية تشجيع الطفل على التواصل باستخدام الإشارات بنمذجة الإشارة، وتشجيعه على تقليدها حتى يتقنها ويتمكن من توظيفها، مما يؤدي إلى ربط علاقة بين الطفل التوحدي وعالم الإشارة وتحبيبها لديه، وبعد ذلك نقوم بسحب الإشارات تدريجيا واستبدالها بمفردات لغوية وكلمات يستطيع الطفل التعبير بها في المستقبل.

2.5.5.4- مبادئ برنامج الماكتون Makaton: يشير عادل (2014) إلى أن برنامج الماكتون

يعتمد على مجموعة من الأفكار الأساسية والمبادئ ساهمت في أهميته هي:

- عدم استبدال الكلمات بالإشارات، وإنما استبدال الإشارات في تعليم الكلمات.
- أن تعمل الإشارة على تدعيم التواصل الشفوي.
- أن الرمز يدعم الكلمة المكتوبة ويسهم في تحقيق التواصل من خلالها.
- أنه يعتمد على التمثيل البصري للكلمات.
- إن دمج هذه الأساليب معا في أسلوب واحد يجعل منه أسلوبا فعالا.

- استخدام كل القنوات معا، التي تتمثل في الإشارة والرمز والكلمة والتعبيرات الوجهية، وغيرها في تكوين اتجاه متعدد الأشكال والأفكار لتحقيق الأهداف المحددة له.

- أن يتم تعليم الطفل الكلمات المتضمنة في البرنامج على مدى ثمان مراحل متدرجة وتتزايد في مستوى الصعوبة.

- أن يتسم البرنامج بالمرونة، بحيث يمكن استخدام أي أنساق أخرى وفق الحاجة.

- أن يقدم أسلوبا مميزا للتواصل البديل. (عادل، 2014: 114)

3.5.5.4- ملخص لبرنامج المكاتون: يمكننا أن تلخيص ما جاء في هذا الفصل حول برنامج

المكاتون على النحو التالي:

- هو برنامج للتدريب اللغوي والتواصل اللفظي.

- يستخدم مع الاطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات لغوية أو إعاقة مزدوجة العقلية والصمم وأطفال.

- يستخدم الرموز والإشارات للتدريب على اكتساب اللغة.

- يمكن استخدامه مع برامج التدخل الاخرى للتكفل بأطفال التوحد مثل ABA و Teacch

و PECS.

- يتم تطبيقه على ثماني مراحل، وينتقل بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب ولا يمر الطفل إلى

المرحلة الموالية إلا إذا اكتسب المرحلة السابقة.

6.4- نموذج التدخل المبكر لدانفر (Denver (Early Start Denver Model): أنشئ

هذا البرنامج سنة 1981 في جامعة كولورادا من طرف سالي روجز ومعاونيه، وتم تصميمه للأطفال

الصغار من 24 إلى 60 شهر مصابون بالتوحد، وهو برنامج مستمد من نظريات النمو التي تلعب دورا

في التأثير على أساليب التعلم الخاصة باضطرابات التوحد في سنواتهم الأولى من النمو، وقد ركز

البرنامج على بناء علاقات قريبة مع الأطفال كأساس للتنمية الاجتماعية، (عبد الرحمان، 2017: 195-213)

قام سالي روجرز ومعاونيه بتطوير روتينات اجتماعية حسية بهدف جعل الطفل يتفاعل اجتماعيا مع طرف ثالث، وتقديم له أكبر قدر من الخبرات الاجتماعية عن طريق التقليد والاتصال.

(Justine Normand, 2014:52)

1.4.6- الأسس التي يقوم عليها نموذج دنفر:

- الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل، وتمثل كل أسرة وكل طفل حالة فريدة في حد ذاتها.
- إمكانية تحقيق الطفل نجاحا إمكانية كبيرة جدا، إذ لا يعود القصور الأكاديمي لدى الطفل التوحدي إلى عجز في قدرته على التعلم، بل يعود إلى قلة الأنشطة التربوية، ومحدوديتها.
- التوحد في جوهره اضطراب اجتماعي، لذا فعلاج الاطفال ذوي اضطراب التوحد يجب أن يركز على العجز الاجتماعي، وهذا يحتاج إلى تلك العلاقة التي هي أساس العلاج المقدم للأطفال وأسرههم.
- الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هم أعضاء في أسرهم، ومجتمعهم، لذلك هم بحاجة إلى أن يتعلموا كيف يحصلون على أدوارهم المناسبة في أسرهم وحياته الاسرية، وأنشطة مجتمعهم المختلفة.
- الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم عقول، وتفضيلات، واختيارات ومشاعر، ولهم الحق في التعبير عن الذات والسيطرة على أعمالهم.
- التوحد اضطراب معقد يؤثر على أكثر من وظيفة، لذا يتعين على الفريق المتعدد التخصصات أن يضع في حساباته قدرا كبيرا من التحديات التي تظهر مع خلالها أعراض اضطراب التوحد.
- الأطفال ذوي اضطراب التوحد مؤهلون لأن يصبحوا فاعلين ومتواصلين، كما أن معظم هؤلاء الاطفال يمكن أن يمتلكوا التواصل اللفظي الفعال عندما يتم تزويدهم بالتدخلات العلاجية الملائمة، والفعالة، والمكثفة خلال سنوات ما قبل المدرسة.
- التعليم المبرمج أداة قوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.



- هناك عدة اتجاهات للتدخل المبكر مع الاطفال ذوي اضطراب التوحد أظهرت تأثيرها في طريقة التدريس، والمعالجة الشاملة، والتي يجب أن تكون قادرة على أن تتسحب على كل الخبرة المتوفرة في المجال.

- يعد اللعب أداة معرفية، واجتماعية فعالة في تعليم الاطفال ذوي اضطراب التوحد، لذلك يتم العمل على بناء مهارات اللعب لديهم، والتي بدورها تزيد من قدراتهم، وأهليتهم للتعلم، والاستقلالية.

- التدخل الناجح للأطفال ذوي اضطراب التوحد يكون من خلال صرف أغلب وقت الأطفال في النشاطات الموجهة اجتماعيا، وذلك بتزويدهم بنحو 20 ساعة تدريبية أسبوعيا، هي الحد الأدنى من التدخل العلاجي المنظم، والآلي ويكون ضروريا لتحقيق التقدم والتحسن(عبد الرحمان،2017: 195-213)

2.6.4- المبادئ الأساسية لنموذج دانفر للتدخل المبكر: لخص جيستين (2014) Justine

هذه المبادئ فيما يلي:

- فريق متعدد التخصصات للعمل في جميع مجالات الخبرة.
- أهمية التبادل بين الطفل المصاب بالتوحد ومقدم الرعاية له.
- تطوير تقليد الإيماءات، وحركات الوجه في استخدام الأشياء وما إلى ذلك.
- الحاجة إلى تطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- التركيز على المهارات المعرفية للعبة.
- المشاركة مع الأسر.

3.6.4- الركائز الأساسية في نموذج دانفر:أشار عبد الرحمان (2017) إلى مجموعة من

الركائز يتأسس عليها نموذج التدخل المبكر لدانفر تتمثل في:

- ينبغي أن تكون الأسرة في مقدمة العلاج.
- التدخلات تصاغ بشكل فردي باعتبار الأسرة والطفل حالة فردية.
- يمكن للأطفال ذوي التوحد أن يصبحوا متعلمين ناجحين لأن المشكلة تكمن في تصميم وتنفيذ النشاط التعليمي وليس عدم قدرة الطفل على التعلم.

- التوحد اضطراب اجتماعي، لذا يجب أن يركز العلاج على العجز الاجتماعي، وأن تكون العلاقات هي أساس العلاج.
- يحتاج الاطفال إلى أن يكون لهم دور في الحياة الأسرية والأنشطة المجتمعية.
- الاطفال ذوي اضطراب التوحد قادرين على أن يكون لديهم قدرة على الخطاب التواصلية عندما تقدم لهم تدخلات علاجية مناسبة، وبمعدل كاف أثناء سنوات ما قبل المدرسة.
- أن يكون التعليم ممنهجا ومنظما ويشمل على أهداف متماسكة ومكتوبة جيدا، يمكن إنجازها من خلال أنشطة توجيهية محضرة مسبقا. يتم قياس مدى التقدم من خلال تجميع مستمر للبيانات عند كل هدف مخطط له.
- أن اللعب هو أحد أكثر أدوات التعلم الاجتماعي والمعرفي قوة، وأن بناء مهارات التعلم والنشاط عند أطفال التوحد يعظم قدراتهم على التعلم باستقلالية.
- التدخل المبكر عند أطفال التوحد يتطلب أن يقضوا معظم ساعات استيقاظهم في أنشطة اجتماعية، وأن توفير أكثر من 20 ساعة أسبوعيا من التدخل العلاجي المنظم يعد امرا ضروريا لتحقيق أقصى تقدم.
- تدعيم محاولات الطفل، لأن الطفل لا يمكن أن نتوقع منه الأداء الأفضل في كل وقت.
- التعزيز على تعلم المهارات يجب أن يكون مرتبطا مباشرة بردة فعل الطفل أو سلوكه. (عبد الرحمان، 2017: 45)

4.6.4- فريق التدخل في نموذج دانفر: نموذج دانفر متعدد التخصصات، يتكون من:

- معلمين متخصصين في مرحلة الطفولة المبكرة.
- أطباء مختصين في الطب العقلي للأطفال.
- أخصائي تخاطب (أرطفونيين)، وفي اللغة والنطق.
- أخصائي العلاج الوظيفي.
- أخصائي نفسي في علم نفس الطفولة.
- منسق.
- الأولياء.

حيث يؤدي كل عضو في هذا الفريق دوره وأن يكون قادرا على استثمار طاقات الطفل، وهو مسؤولا على إعداد الخطط التربوية الفردية وتطبيقاتها، وتنظيمها، ووضع التوصيات المتعلقة بها، بالتعاون من الأولياء، ويقوم المنسق بدور مركزي في فريق العلاج بحيث يقوم بتنسيق العمل بين كل أعضاء الفريق.

يشرف أعضاء الفريق على تدريب الوالدين على أساليب التعليم، وآليات تطبيق الأهداف وتنفيذها، وذلك تحت إشراف المنسق، وتدريبهم على العمل مع الطفل عن طريق النمذجة، وأن يجتمع الفريق مرة كل أسبوعين أو أربعة أسابيع لفترة لا تقل عن ساعة ونصف للتشاور والتحاور، على أن يقوم المنسق بتقديم التغذية الراجعة لما قدموه وتقديم مهارات تعليم مناسبة للطفل.(عبد الرحمان، 2017: 45)

5.6.4- أشكال التعلم في نموذج دنفر: يقوم برنامج دنفر حسب (عبد الرحمان، 2017) على

ثلاث أشكال من التعلم هي:

1.5.6.4- التعلم في رياض الأطفال: تقوم رياض الأطفال بتزويد الأطفال بمهارات مختلفة قبل

سن التمدرس، وهو السن المناسب للتدخل المبكر عند الطفل التوحدي، حيث يقضي الاطفال معظم أوقاتهم في الروضة، ولذا تعد هذه الرياض مكانا مهما لدمج أطفال التوحد مع الأطفال العاديين، حيث يمكن للطفل التوحدي أن يكتسب منهم المهارات الاجتماعية الموجودة لديهم، التي تجعلهم في عملية التواصل مع الآخرين.

2.5.6.4- التعليم في الأسرة: تلعب الأسرة دورا مهما في التعليم من خلال استطاعة كل فرد من

أفرادها أن يعلم الطفل التوحدي مهارات متعددة مثل طريقة الأكل، استخدام الحمام، اللعب من خلال تفاعل أفراد الأسرة مع الطفل في إطار عملهم الروتيني

3.5.6.4- التعلم الفردي المكثف واحد لواحد: يقول روجرز أن الأطفال التوحديين يستطيعون

التقدم بسرعة ويكون آدائهم أفضل حينما يتلقون تدريبا مكثفا واحد لواحد (طفل - معلم)، وأن هذا التعليم يتنوع حسب كل طفل، ويختلف حسب نفسه باختلاف جوانبه النمائية.

يحتاج هذا الشكل من التعلم إلى ساعات طويلة لا تقل عن 20 ساعة في الأسبوع (عبد الرحمان،

2017: 45)



7.4 -برنامج سن رايز (Son-Rise): تم إنشاء هذا البرنامج من طرف الزوجين باري وساماريا لايت كوفمان Barry et SamahriaLyte Kaufman سنة 1974، عندما لاحظا تغيرات على تصرفات ابنهم راون بعد السنة الأولى من عمره، حيث انعزل وفقد النطق، وتم تشخيصه على أنه توحد شديد يلزمه بالعجز طوال حياته، ويقول الابن "راون" "لم يحظ والداي اللذان يبحثان عن حل سوى بروى قاتمة، لقد بحثا عن ضوء في آخر النفق، ولم يتحصلا إلا على توقعات سوداوية ومرة تلو الأخرى، كانت فكرة التوحد يلزم الشخص مدى الحياة تحفز نفسها في رأسيهما رويدا رويدا، وقد بين المختصون أنه عندما أكبر، على والدي أن يسعيا لإدخالي إلى مؤسسة تتولى العناية بي دوما بشكل لائق" (روان، 2016: 14)، غير أن والديه لم يقتنعا بتلك الآراء، ومن خلال تجربتهم مع أبنهم اكتشفا أن عليهما أن يسعيا لفهم ابنهما بدلا من أن يجبراه على أن يفهمهما هو، ويحاولان تغيير سلوكه. يقول روان "والحق أنني مازلت مندهشا مما اختارا والدي القيام به إزاء هذا الحكم اللعين، إذ لم يصدقا ما قيل لهما، ولم يهملاني، بل أدارا ظهريهما لجميع تلك التوقعات المرعبة، لقد رأيا إلي والداي ورأيا إمكانياتي، لا إعاقات، وبدلا من النظر إلى بخوف، نظرا إلي بدهشة وإعجاب، ومن ثم فقد بدأ بتجربة استهلاها بإيجاد بيئة أشعر فيها حقا بالأمان، ولم يجبراني أو يحاولوا أن يغيروا من سلوكياتي، بل سعيا لفهمي" (روان، 2016: 14)، واوجدا برنامجا تفاعليا فريدا مع ولدهما، يقوم على فكرة أساسية وهي الدخول إلى قوقعة الطفل والعيش معه في عالمه وكما يراه هو دون إجباره على أن يخرج إلى عالمنا، والذي سمي -البرنامج- ب سن رايز التي تعني (ابن يشرق)، وبعد 3 سنوات من التطبيق لهذا البرنامج، شفى الطفل من أي اثر للتوحد، وأصبح طفلا مميذا ومحبويا اجتماعيا، أكمل الدراسة الإعدادية وتخرج من الجامعة، وهو الآن المدير التنفيذي لأهم مراكز علاج التوحد في أمريكا وهو المركز الأمريكي لعلاج التوحد.

يقوم برنامج سن رايز Son-Rise على تدعيم الاتصال البصري والتواصل غير اللفظي اللذان يعدان من أقوى الطرق لتحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي، وفقدانه يؤدي إلى اختلال العلاقة الاجتماعية بين الطفل ومحيطه الذي يعيش فيه، حيث يساعد الاتصال البصري الطفل على النطق، وتعلم المهارات الاجتماعية والتفاعل"، ويقول روان (2016) أن "الأطفال كلما نظروا أكثر تعلموا أكثر، فالنظر يساعد الأطفال على النطق، لأنهم ينظرون إلى وجوه الناس عندما يتحدثون، ويمكنهم أن يدركوا المعلومات، لأنهم ينظرون إلى الناس وهم يتحدثون، وهو يحسن من مدى انتباههم، لأنهم



ينظرون إلى ما نقوم به، ومن ثم فهم ينخرطون" (روان، 2016: 15)، هذا الاتصال البصري يؤدي بالضرورة إلى التواصل غير اللفظي، فالطفل يتعلم قراءة الإيماءات مثل تعابير وجوه الآخرين، لأن الوجه أكثر تعبيراً، لهذا صمم القائمون على هذا البرنامج طرق سموها استراتيجيات لتحسن هذه المهارة عند الطفل منها:

1- استراتيجية أطلبه مباشرة: التي يقوم فيها الولي بالطلب من ابنه مباشرة النظر إليه من خلال عبارات محددة مثل "أنا أحب عندما تنظر إلي"، "أعطني نظرة أخرى"، "أو أي عبارة أخرى تدعم بها طلبك لطفلك بالنظر إليك".

2- استراتيجية اطلبه بشكل غير مباشر: مثلاً "مع من تتكلم؟ أنا لا أعرف لأنك لا تنظر إلي"، أو أشير بأصبعك إلى عينيك.

3- استراتيجية اتخذ موضعاً يسهل الاتصال البصري: أين يبقي الولي وجهه مقابلاً لوجه الطفل، ولكن ليس بطريقة وجهها أوجه، أو إجباره على ذلك، وإنما يأخذ نفس الوضعية التي هو عليها الطفل، بحيث يكون وجه الولي منخفضاً قليلاً عن وجه الطفل حتى يكون وجهه في مجال رؤية الطفل مما يساعد على عملية الانتباه والنظر إليه.

4- استراتيجية تقريب الشيء المطلوب من الطفل من عين الولي: هو دفع الطفل إلى الاتصال البصري مع الولي من خلال استقطابه بالشيء المطلوب، مثل لعبة الطعام، فعندما يبكي الطفل دلالة على الجوع، وتريد تقديم الطعام له، اجعل الطعام أمام عينيك وأشر إلى الطعام، وقل له ببساطة "هل هذا ما تريد"، أو عندما يبكي على لعبة يريدها، خذ اللعبة بين عينيك وقل له هل هذا ما تريد؟.

5- استراتيجية الاحتفال بالاتصال البصري: التي تعني بالاحتفال عندما يقوم الطفل بالتواصل البصري مع الولي، مثل الصياح بصوت عال مفرح، أو الهتاف أو القفز والتصفيق... إلخ مع الشكر والثناء على الطفل.

6- استراتيجية التعريف بوقت النشاط: وفيها يجب تخصيص 15 دقيقة خلال النهار أو الليل عندما يكون التفاعل مع الطفل واحد لواحد، أي في وضعية يكون فيه الطفل والولي لوحدهما، وقد يستغل وقت الحمام أو في السرير، أو تناول الوجبة، وهي ببساطة اللعب مع الطفل، وقبل البدء في العملية يجب تحضير ورقة وقلم ووضع جدول تسجيل فيه عدد المرات المتوقعة أن يتواصل فيها الطفل بصرياً، وعدد المرات الفعلية التي استجاب فيها الطفل حتى يتمكن من تقييم العملية فيما بعد.



(روان، 2016: 15).

الشيء الملاحظ على هذا البرنامج أنه لا يقوم على التكثيف ولم يحدد مرحلة عمرية بعينها، أما من ناحية فعاليته فقد بين أصحاب هذا البرنامج فعاليته من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيقه على ابنهم روان، وكذا نتائج المراكز التي يشرفون عليها الآن، غير أنهم أشاروا إلى أن المدة المخصصة للبرنامج استمرت لمدة ثلاث سنوات.

6.4- أوجه التشابه والاختلاف بين برامج التكفل باضطراب التوحد:

جدول رقم 04 يوضح بشكل مختصر البرامج المعتمدة عالمياً وأساليب تدخلها.

| البرنامج | الحجم الساعي في الأسبوع | المدة بالسنة | أهم المهارات المستهدفة | المرحلة العمرية | القائمون على تنفيذه | نوع التدخل | مكان تنفيذه |
|----------|-------------------------|--------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| ABA | 30 ساعة | 03 | - التقليد - التواصل البصري - اللغة | 01 - 03 | - فريق متخصص - الأولياء | مكثف | المراكز المتخصصة + المنزل |
| teacch | غير محددة* | غ. محددة | - التقليد - التواصل البصري - اللغة | 03 - 07 | - فريق متخصص - الأولياء | حسب اكتساب المهارة | المراكز المتخصصة + المنزل |
| Son-Rise | غير محددة* | 03 | التواصل البصري - التواصل اللفظي | غير محددة | - الأولياء | حسب اكتساب المهارة | المنزل |
| Denver | 20 ساعة | غ. محددة | - التقليد - التواصل | 02 - 05 | - المعلمون - الأولياء | مكثف | الروضة أو المنزل |
| PECS | غير محددة* | غ. محددة | - التواصل البصري | مع كل المراحل | - المربون - الأولياء | حسب اكتساب المهارة | في المراكز المتخصصة |

ملاحظة*: يعني تعتمد على مدى إتقان المهارة للانتقال إلى مهارة أخرى

من خلال الجدول رقم 04 المبين أعلاه الذي يوضح خصائص كل برنامج، يمكن أن نشير إلى

نقاط الاشتراك والاختلاف على النحو التالية:

من حيث الاشتراك: نلاحظ أن هذه البرامج تشترك من حيث المهارات المستهدفة وهي تحسين التفاعل الاجتماعي من خلال تحسين مهارات التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظيين، كما أنها تؤكد على الدور الفعال لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تنفيذ هذه البرامج ونجاح عملية التكفل.

من حيث الاختلاف: من هذا الجانب نلاحظ أنها تختلف من حيث أسلوب تدخل كل برنامج، فهناك البرامج ذات التدخل المكثف تتطلب حجما زمنيا محددًا للتدخل أسبوعيا في المراكز كما هو بالنسبة لبرنامج التدخل المكثف **ABA** وبرنامج **Denver**، غير أنها هناك برامج أخرى لا تركز على الحجم الساعي وإنما على اكتساب المهارة، والانتقال من مهارة إلى أخرى مرهون باكتساب المهارة السابقة دون الأخذ بعين الاعتبار لعملية التكثيف، كما نلاحظ أيضا أنها تختلف أيضا من حيث القائمون على تنفيذ البرنامج، فكل البرامج تشترك في ضرورة حضور الأولياء في العملية التدخلية، لكن يختلفون في تدخل الفريق المتخصص، فمنهم من يشترط فريق مختص متكامل مثل برنامج **ABA**، غير أن هناك من يتطلب الأولياء فقط لتنفيذه كما هو الشأن بالنسبة لبرنامج **Son-Rise**، كما يلاحظ أن هاته البرامج تختلف في أمكنة تنفيذها، فهناك من يشترط وجود مراكز متخصصة يشرف عليها مختصون مؤهلون ومكونون في كيفية التكفل باضطراب التوحد مزودة بالأدوات اللازمة بالإضافة للمنزل ونعي بها العمل من طرف الأولياء الذين يشترط تكوينهم في هذا المجال مثل برنامج **ABA**، **Teacc**، و**PECS**، في حين برنامج أخرى يمكن تنفيذه في أماكن عادية مثل الروضات والمنزل مثل برنامج

Denver و Son-Rise

خلاصة الفصل: يمكن أن نستخلص من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن أساليب التكفل باضطراب التوحد متعددة، تأخذ جوانب مختلفة يمسها هذا الاضطراب، منها التكفل الطبي في الجانب البيولوجي، والتكفل النفسي في الجانب المتعلق بالمشكلات النفسية، لاسيما منها السلوكية، والتكفل الأرتفوني فيما يتعلق بمشكلات النطق واللغة، والتكفل التربوي فيما يتعلق بتنفيذ البرامج التربوية، كما أن عملية التكفل تمر بعدة مراحل بدءاً بالتشخيص وصولاً إلى تحقيق الإدماج في الوسط الاجتماعي للطفل والتخفيف إلى أكبر قدر ممكن السلوكيات التي تعيق الطفل في جوانبه الثلاثة: التفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتخفيف من السلوكيات النمطية والتكرارية، كما أن عملية التكفل لا بد أن يشرف عليها فريق متكامل متعدد التخصصات، بالإضافة إلى أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم.

إن عملية التكفل لا بد لها من برامج تربوية خاصة معدة وفق مناهج تربوية مدروسة تهدف إلى علاج أو على الأقل التحقق من الأعراض التي يشكلها اضطراب التوحد، وكل برنامج له شروطه وخصائصه فمنها من ركز على التثقيف في عملية التدخل، حيث عرف هذا النمط من البرامج ببرامج التدخل المكثف، وتشتترط حجماً زمنياً معيناً للتدخل الأسبوعي كما هو الشأن لبرنامج لوفاس ودانفر، وهناك من البرامج لا تركز على التثقيف بقدر ما تركز على النجاح في اكتساب المهارات. غير أن نجاح عملية التكفل لا تقف عند هذه البرامج وفعاليتها، وإنما أيضاً على مؤسسات التكفل بأطفال التوحد الذين يجب أن تتوفر فيها مجموعة من المعايير التي سنتطرق لها في هذا الفصل الموالي.

الفصل الخامس : معايير تقييم مؤسسات التكفل



الفصل الخامس: معايير تقييم مؤسسات التكفل

تمهيد

- 1- معيار الكوادر العاملة في مجال التكفل باضطراب التوحد
 - 2- معيار التشخيص
 - 3- معيار البيئة التعليمية
 - 4- معيار التقييم
 - 5- معيار والمنهاج والبرامج التربوية الفردية
 - 6- معيار مشاركة ودعم الأسرة:
 - 7- معيار الدمج
 - 8- معيار الخدمات المقدمة للطفل التوحيدي
- خلاصة الفصل



تمهيد: لضبط معايير الجودة في المؤسسات المتخصصة في مجال تقديم الخدمات العلاجية التكفلية لفئة ذوي اضطراب التوحد، لا بد أن تستجيب هذه المؤسسات لمجموعة من المعايير، التي يمكن الحكم بها على جودة الخدمات التي تقدمها، وهي المعايير الدولية لاعتماد مراكز ومؤسسات التكفل بأطفال التوحد وهي:

1- معيار الكوادر العاملة على التكفل باضطراب التوحد: لا بد أن يتوفر المركز على فريق عمل متعدد التخصصات، حيث يعمل هذا الفريق بشكل مباشر مع الأطفال التوحديين وأولياهم، وعلى إطارات أخرى مساعدة لا تعمل مع هؤلاء الأطفال بصفة مباشرة ولكن لها علاقة بالعملية التكفلية مثل إدارة المركز والإشراف عليه التي تقدم خدمات تساعد وتهيأ لعملية التكفل و تتألف هذه الكوادر من:

✓ مدير مركز يشرف على إدارة المركز حاصل على شهادة جامعية تعادل على الأقل شهادة الماجستير في التربية الخاصة أو التوحد، وتلقى تكويناً في التوحد لمدة لا تقل عن 100 ساعة ولديه خبرة في التعامل مع الأطفال التوحديين.

✓ معلم مؤهل يقوم بعملية التدريب والتدريس لديه شهادة جامعية في التربية الخاصة أو التوحد والاضطرابات السلوكية.

✓ معلم التربية الفنية لديه على الأقل شهادة الليسانس (البكالوريوس) في التربية الخاصة أو توحيد واضطرابات سلوكية.

✓ مساعد معلم مؤهل تخصصه لديه شهادة في التربية الخاصة أو توحيد واضطرابات سلوكية، أو في اضطرابات اللغة والنطق.

✓ طبيب يتابع الوضع الصحي للأطفال التوحديين.

✓ ممرض يساعد الطبيب في متابعة المرضى.

✓ أخصائي نفسي مؤهل ولديه خبرة في مجال التوحد.

✓ أخصائي اجتماعي مؤهل ولديه خبرة في التوحد.

✓ أخصائي علاج طبيعي مؤهل.

✓ أخصائي علاج وظيفي مؤهل.

✓ أخصائي اضطرابات نطق ولغة (أرطفوني) مؤهل.

✓ أخصائي تغذية مؤهل.



- ✓ اخصائي وسائل وتقنيات مؤهل
 - ✓ معلم تربية رياضية خاصة (معدلة) مؤهل
 - ✓ أخصائي خدمات انتقالية وتهيئة مهنية
 - ✓ مشرف نشاط طلابي.
 - ✓ مشاركة الأولياء في الفريق المتعدد التخصصات
 - ✓ أن يوفر المركز الفرص للفريق المتعدد التخصصات للتكوين المستمر ومتابعة المستدجات في مجال اضطراب التوحد. (نايف، 2018: 198-199)
- كما أشارت التوصيات التي جاءت بها الوكالة الوطنية لتقييم نوعية المؤسسات والخدمات الاجتماعية والطبية الاجتماعية (ANESM)، والسلطة العليا للصحة (HAS) بفرنسا إلى ضرورة أن يكون فريق التدخل متعدد التخصصات يشمل الأطباء العقلين للأطفال، النفسانيين، المربون المختصون، الأروطوفونين، المختصون في العلاج النفسي الحركي، المختصون في العلاج الطبيعي، والممرضون (HAS,ANESM,2012:21)
- كما أشارت الوكالة الجهوية للصحة بفرنسا ARS، في ملحقها الخاص بدفتر الشروط الخاص بالمؤسسات والخدمات للأشخاص ذوي التوحد والاضرابات النمائية الأخرى الصادر سنة 2013 إلى أن المؤسسة لابد لها أن تتوفر على مدير ورئيسين أو رئيس مصلحة، وفريق متعدد التخصصات تضمن للأفراد المتكفل بهم مايلي:
- الوظائف المتمثلة في العلاجات، إعادة التأهيل والمرافقة النفسية: ويقوم بها فريق طبي وشبه طبي يتكون من أطباء عامون، مختصون في الطب العقلي، نفسانيين، مختصون في العلاج النفسي الحركي، مختصون في العلاج الطبيعي، أروطوفونين، مختصون في العلاج بالعمل، وممرضين.
 - الوظائف التربوية، الاجتماعية والبيداغوجية: ويشرف عليها فريق يتكون من المربون المختصون، المدربون التربويون، ومساعدى التمريض يكونون قد تلقوا تكويننا في كيفية التكفل باضطراب التوحد والاضرابات النمائية فيما يتعلق بالمرافقة اليومية، وضع النشاطات المكيفة حسب كل اختصاص، مع مراعاة التوازن في العدد بحيث لا يتجاوز عدد مساعدى التمريض والمدربون المربون حدود 50% من الفريق التربوي (ARS,2013 : 15)



2- معيار التشخيص: لا بد أن يقوم المركز ممثلاً في الفريق المتعدد التخصصات بالقيام بتشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتقييم مدى تقدمهم في التعلم وأن يمس هذا التقييم:

- المهارات الاجتماعية.

- المهارات اللغوية.

- المهارات السلوكية.

- القدرات العقلية.

- الاهتمامات والأنشطة.

- السلوك الروتيني.

- مهارات اللعب.

- نمط التعلم.

- إجراء الفحوصات الطبية الدورية اللازمة (المجلس الأعلى لشؤون للإعاقه، 2010: 02)

كما يجب على الفريق متعدد التخصصات أن يعتمد على الأدوات التالية في عملية جمع

المعلومات للتقييم والتشخيص:

- الملاحظة.

- المقابلة.

- مقاييس الكشف عن التوحد الرسمية والمقننة على البيئة المحلية.

- مقاييس في جمع المعلومات عن الجوانب النمائية الرسمية والمقننة على البيئة المحلية.

- التقييم الطبي عن طريق الميزانية الطبية الشاملة. (المجلس الأعلى لشؤون للإعاقه، 2010: 02)،

(نايف، 2018: 114)

كما يجب أن يكون التشخيص والتقييم في غرف مخصصة لذلك وأن يقوم الفريق المتعدد

التخصصات بإجراء تشخيص فارقي للتمييز بين التوحد والاضطرابات النمائية المشابهة، كما يجب أن

يقدم هذا الفريق تقرير دورياً عن مستوى أداء الطفل.



3- معيار البيئة التعليمية: تهيئة بيئة تعليمية كافية للطفل التوحيدي أمر ضروري وحتمي سواء كانت مركز، أو مدرسة، أو قسم من المركز، أو قسم من مدرسة عادية، بما فيها عدد الطلاب والكراسي، ومكان الجلوس، بالإضافة إلى تكييف البيئة المدرسية من غرف للخدمات المساعدة، والمساحات الخارجية وأماكن ممارسة الأنشطة اللاصفية وغير ذلك، بما يتناسب وحاجات هؤلاء الأطفال، بهدف تحقيق الأهداف المسطرة في البرامج التربوية المعدة لتعليمهم. ومن الضروريات التي يجب أن تتوفر في البيئة التعليمية نذكر ما يلي:

- أن تحتوي البيئة التعليمية على مثيرات بصرية قليلة.
- وجود حدود بصرية داخل البيئة التعليمية مثل وضع حواجز بين أركان الفصول أو الأقسام الدراسية.
- وجود أشرطة لاصقة على الأرض لتحديد أماكن ممارسة نشاط معين.
- وجود جداول للأنشطة اليومية لكل طفل.
- وجود جداول يومية للأنشطة لكل فصل.
- وجود خزانة خاصة بكل طفل تحمل اسمه وصورته.
- وجود مكان جلوس خاص بكل طفل.
- توجد لوحة تحتوي على صور وكلمات توضح القوانين المتعلقة بالبيئة التعليمية.
- توفر البيئة التعليمية فرصا للتعامل مع الأقران والمحيطين.
- نسبة معلمين ومعلمين مساعدين لا تزيد عن معلم لكل ستة طلاب.
- توفر مساحة مناسبة للتعلم.
- الإضاءة من النوع العادي (أصفر).
- أماكن الجلوس مناسبة لطبيعة استجابة الطفل الحسية: مثلا الطفل الذي لديه استجابة مبالغ فيها للأصوات الحسية يجب وضعه في مكان بعيدا عن النوافذ والباب.
- وجود داخل البيئة التعليمية ساعات توقيت، لتوقيت بداية ونهاية الأنشطة.
- توحيد الألوان بين بطاقة النشاطات والصورة التي تحتويها البطاقة، مع لون ومكان ممارسة النشاط مثلا: بطاقة جلسة التدريس الفردي تحتوي على كرسي وطاولة باللون الأزرق يجب أن يكون لون الطاولة والكرسي باللون الأزرق. (نايف، 2018: 207)



- تقويم المثيرات مثل الأجراس وصراخ الأطفال في القسم والأخذ بعين الاعتبار حساسية الطفل التوحدي أزاء هذه المثيرات (القمش، 2011 - 340)

4- معيار التقييم: لا بد أن تقوم مؤسسة التكفل بإجراء التقييم للطفل التوحد قبل الشروع في عملية التكفل من خلال إجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحيديين قبل دخولهم المركز، وكذلك إجراء تقييم دوري على الأقل مرة كل ثلاث أشهر، عن طريق إجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحد باستخدام أدوات متنوعة مثل:

- الملاحظة السلوكية.

- قوائم الشطب.

- قوائم تقدير السلوك.

- ملاحظات الأسر.

يتضمن التقييم المجالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي.

- مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية).

- السلوكيات التوحدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة).

- مهارات اللعب.

- معززات الطفل المختلفة ومهارات العناية بالذات، ومهارات الاستقلالية.

- بعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي). (نايف، 2018: 199-200)

كما يجب أن تقوم مؤسسة التكفل بإجراء تقييم ذاتيا مرة واحدة على الأقل كل سنتين وفق منهجية علمية في عملية التقييم باستخدام طرق البحث الكمي والنوعي، وأن يتضمن هذا التقييم تقييم سير البرامج وفعاليتها، وقياس مدى رضا أسر الأطفال التوحيديين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم، ومدى توظيف المؤسسة نتائج التقييم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة



5- معيار المناهج والبرامج التربوية للتكفل باضطراب التوحد:

1.5- البرامج التربوية الفردية والخطة التعليمية الفردية: لقد أشار نايف (2018) إلى أنه

على الفريق المتعدد التخصصات أن يضع برنامجا تربويا تدريجيا فرديا لكل طفل على حدى ومكيفا على حالته الخاصة، يتضمن وصفا لأداء الطفل الحالي في المجالات النمائية المختلفة، والأهداف المتوخاة منه، الطويلة والقصيرة المدى وأماكن التعلم، والأنشطة التعليمية المنتظر تقديمها، ومعايير مضبوطة للتقييم والأشخاص المكلفين بتنفيذه، والوسائل وطرق التدريس المناسبة، ويمكن حصر معايير هذا العنصر في:

- أن يقدم برنامجا فرديا لكل فرد على حدى.
- أن يتضمن البرنامج معلومات عامة عن الطفل كالاسم والعمر والفصل.
- أن يتضمن البرنامج أهداف طويلة المدى (سنويا، أو فصلية).
- أن يتضمن البرنامج أهداف قصيرة المدى (أسبوعية، أو شهرية).
- أن تكون للبرنامج خطة تعليمية فردية.
- أن يتضمن البرنامج وصفا لأداء الطفل الحالي.
- أن يحدد البرنامج دور كل عضو في فريق التكفل المتعدد التخصصات.
- أن يحدد البرنامج معايير تحقيق الأهداف.
- أن يحدد البرنامج الخدمات المساندة اللازمة للطفل.
- أن يضبط البرنامج تاريخ ووقت البدء لكل هدف والانتهاج منه المتوقع.
- أن تتضمن الخطة التعليمية أنشطة من شأنها تحقيق الأهداف المسطرة سواء كانت قصيرة أو طويلة المدى. (نايف، 2018: 201)

وفي هذا المجال فقد أشارت التوصيات التي قدمتها كل من السلطة العليا للصحة (HAS) والوكالة الوطنية لتقييم نوعية المؤسسات والخدمات الاجتماعية والطبية الاجتماعية (ANESM) بفرنسا الصادرة سنة 2012، والمصادق عليه سنة 2015 من طرف المجلس العلمي لذات الوكالة في مجال المرافقة والتكفل بذوي اضطراب التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى إلى ضرورة أن يتضمن المناهج التربوية برنامجا مكيفا حسب حالة الطفل أو المراهق الذي يعاني من اضطراب التوحد أو أي اضطراب نمائي آخر، تتضمن تدخلات شاملة تستهدف تحسين نمو الطفل، واكتساب سلوكيات متكيفة في جميع



الميادين، على أن تكون الاولوية للميادين التالية: الحسي الحركي، اللغة والتواصل، التفاعل الاجتماعي، الإنفعالات والسلوك. كما أن هذه التدخلات أو البرامج التربوية يجب أن تكون قبل سن الرابعة من العمر وبعد الشهر الثالث من التشخيص، وفي حالة عدم الإمكانية لتقديم هذه البرامج التربوية الفردية المكيفة خلال ثلاث الأشهر التي تلي، يجب تقديم للأولياء في بداية الأمر برنامج تدريبي يستهدف تطوير اللغة والتواصل لدى الطفل من أجل تحسين التفاعلات الاجتماعية بين الطفل ومحيطه. (HAS et ANESM, 2012:24)

ويشير نايف (2108) إلى أنه يجب على الفريق المتعدد التخصصات أن يضع الأهداف وفقا لنتائج التقييم والتشخيص، وحسب العمر النمائي للطفل وعمره الزمني، وأن يتضمن البرنامج أهدافا تهدف إلى تحسين مهارات الطفل في المجالات التالية:

- المهارات المعرفية.
 - المهارات اللغوية.
 - المهارات السلوكية.
 - القدرات الاستقلالية.
 - مهارات اللعب.
 - المهارات الاكاديمية.
 - المهارات الانتقالية.
 - مهارات التقيد بالروتين.
 - مهارات الأمن والسلامة.
 - المهارات الحركية.
 - المهارات الحسية.
 - مجالات ضبط وإدارة الذات.
 - مجالات التهيئة المهنية.
 - أن تشارك أسرة الطفل في وضع هذه الأهداف.
 - أن يقدم البرنامج حجم ساعي تعليم بمقدار ما بين 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا.
- (نايف، 2018 : 198-202)



2.5- المنهاج المرجعي: وحسب نايف (2018) يجب أن يصمم الفريق المتعدد التخصصات منهاجا تربويا يعد مرجعا يعتمد عليه في بناء البرامج التربوية للأطفال التوحديين، حيث يجب أن يراعى في بناءه على:

- التطور الطبيعي للأطفال العاديين.
- حاجات النمو منذ الولادة حتى سنة 18.
- يتضمن أهدافا متسلسلة حسب درجة التعقيد (من الأسهل إلى الأصعب).
- أن يتصف بالمرونة يلبي حاجيات الأطفال التوحديين الموجودين بالمركز.
- أي يتضمن أهدافا في:
 - المهارات المعرفية.
 - المهارات اللغوية.
 - المهارات السلوكية.
 - القدرات الاستقلالية.
 - مهارات اللعب.
 - المهارات الاكاديمية.
 - المهارات الانتقالية.
 - مهارات التقيد بالروتين.
 - مهارات الأمن والسلامة.
 - المهارات الحركية.
 - المهارات الحسية.
 - مجالات ضبط وإدارة الذات.
- مجالات التهيئة المهنية. (نايف، 2018: 202-203)

3.5- طرق التدريس والتدريب: لطرق التدريس أهمية كبرى في نجاح العملية التعليمية، ولهذا على فريق التكفل المتعدد التخصصات اختيار الطرق الأنسب للتدريس والتدريب لكل مجال نمائي وتحديد طبيعة الأنشطة الخاصة بكل مجال من هذه المجالات التالية



1.3.5- المهارات اللغوية والتواصلية: وتتم من خلال التدريب على المهارات التالية:

- ✓ مهارات الاستماع.
- ✓ مهارات اللغة التعبيرية.
- ✓ مهارات اللغة الاستقبالية.
- ✓ مهارات المحادثة.
- ✓ مهارات اللغة الاجتماعية.
- ✓ استخدام المعينات الصوتية.
- ✓ استخدام برامج الحاسوب.
- ✓ استخدام ألواح التواصل.
- ✓ استخدام لغة الإشارة.

2.3.5- المهارات الاجتماعية: وتتم من خلال استخدام:

- ✓ استخدام القصص.
- ✓ تعليم الأقران.
- ✓ إجراءات التلقين السابقة.
- ✓ توظيف مجموعات التدريب على المهارات.
- ✓ التدريب على مهارات اللعب.
- ✓ توفير فرص تفاعل اجتماعي ضمن السياق الاجتماعي.
- ✓ تعليم الأدوار والقواعد الاجتماعية.
- ✓ المعينات البصرية كالصور.

3.3.5- المهارات الوظيفية: وتتم من خلال التدريب استخدام:

- ✓ المساعدات البصرية كالجداول.
- ✓ التدريب على المهارات المجتمعية.
- ✓ التدريب على المهارات الاستقلالية.
- ✓ التدريب على المهارات الأكاديمية.
- ✓ التدريب على مهارات التهيئة المهنية.



✓ استخدام العلاج الوظيفي.

4.3.5- المهارات الحسية: وتتم من خلال:

✓ التدريب على استراتيجيات الاسترخاء.

✓ التدريب على كيفية التعامل مع الإحباط.

✓ التدريب على التكامل الحسي. (نايف، 2018: 202-206)

6- معيار مشاركة ودعم الأسرة: من بين الشروط التي يجب توفرها في مؤسسات التكفل بأطفال

التوحد أيضا نجد مشاركة ودعم أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال:

✓ أن تقدم المؤسسة للأسرة تدريبا على كيفية التعامل مع الطفل التوحيدي بمعدل يوم في الشهر على الأقل.

✓ أن يوجد لدى المؤسسة برنامج تثقيفي عن التوحد بمعدل محاضرة واحدة على الأقل في الشهر.

✓ أن تقدم المؤسسات خدمات الإرشاد الأسري لأسر الاطفال التوحيدين حول الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها.

✓ أن تقوم المؤسسة بالتواصل اليومي مع الأسرة من خلال دفتر الملاحظات اليومية.

✓ أن تزود المؤسسة أسرة الطفل التوحيدي بتقارير أسبوعية وشهرية وفصلية توضح مدى تقدم الطفل في البرنامج.

✓ أن يتم إشراك أسرة الطفل التوحيدي في جميع مراحل تقديم الخدمات التربوية (تشخيص، علاج، تدريب، تعليم).

✓ أن تعقد المؤسسة اجتماعا لأسر الاطفال التوحيدين مرة كل شهر لتبادل الخبرات (التعلم والتعلم المضاد).

✓ أن يزور الفريق المتعدد التخصصات منازل الأسر بشكل دوري لتقديم الدعم لها.

✓ أن تتيح المؤسسة لأولياء الأطفال التوحيدين فرصة المشاركة والتخطيط والتنفيذ للخدمات

المقدمة لأطفالهم التوحيدين. (نايف، 2018: 202-206)



7- معيار الدمج: يعرف (ناصر الموسى، 1999) الدمج بأنه " دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم دمجا زمنيا وتعليميا واجتماعيا حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة حسب حاجة كل طفل على حدة" (أسامة و كامل 2013: 319)، كما تعرفه (سميرة أبو الحسن، 2002) بأنه " عبارة عن إدماج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم من التلاميذ العاديين داخل المدرسة العادية، ويتم الدمج من خلال عدة أساليب يتم تحديدها في ضوء نوع الإعاقة ودرجتها والإمكانيات المتاحة والمتوفرة في بيئة هؤلاء التلاميذ" (سميرة، 2002: 295).

1.7- الهدف من الدمج: إن الهدف الأساسي من عملية التكفل بأطفال التوحد هو تحقيق إدماج الطفل في الوسط المدرسي العادي، بغرض تطوير مهاراته الشخصية إلى الحد الذي يصل به إلى تحقيق الاستقلالية، ومهاراته الاجتماعية من أجل تحقيق التكيف والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ومهاراته المهنية حتى يصبح قادرا على العمل والاستقلال المهني والمعيشي. (أسامة و كامل 2013: 321)

ولقد لخص (نايف، 2010: 231) أهداف الدمج في النقاط التالية:

✓ القدرة على التعلم والمشاركة ضمن المجموعة.

✓ القدرة على اتباع وتنفيذ المهام الروتينية بشكل مستقل.

✓ القدرة على المبادرة والاحتفاظ بالتفاعل مع الزملاء.

✓ القدرة على التعبير عن الاحتياجات بشكل مستقل.

✓ تقليل المشكلات السلوكية التي تتدخل في التعلم.

✓ القدرة على تنظيم الذات. (نايف، 2010: 231)

2.7- متطلبات عملية الدمج:

وليتحقق هذه الإدماج هناك عدد من الشروط يجب توفرها وهي:

1.2.7- الشروط المتعلقة بانتقاء الأطفال القابلين للدمج:

✓ أن يكون الطفل في نفس المرحلة العمرية للطلبة العاديين.

✓ أن يكون قادرا على الاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته.

✓ أن تتم عملية الانتقاء من طرف لجنة متخصصة تقيم قابلية الطفل لعملية الدمج مع الأقران العاديين.

✓ أن لا تكون للطفل إعاقة شديدة أو إعاقات متعددة.



- ✓ القدرة على التعلم في مجموعات تعليمية كبيرة. (أسامة و كامل 2013: 326-327)
- ✓ أن يتم تعليم الطفل التوحدي تعليماً مكثفاً على المهارات بين سنة وثلاث سنوات. (القمش، 2011: 339)

2.2.7- الشروط المتعلقة بما قبل الالتحاق بالمدرسة العادية:

- ✓ أن يتم تدريب الطفل على اتباع أوامر المعلم سواء ذكرت على مقربة منه أم بعيداً عنه.
 - ✓ أن يتم تدريب الطفل على اتباع التعليمات المكونة من خطوتين.
 - ✓ أن يتم تدريب الطفل على الاشتراك في تفاعلات اجتماعية مختلفة.
 - ✓ التدريب على أخذ الدور.
 - ✓ التدريب على الجلوس بهدوء من خلال الأنشطة ولا سيما الجماعية منها.
 - ✓ تبادل التحية مع الرفاق.
 - ✓ رفع اليد عند طلب المساعدة.
 - ✓ السير في الصف أو الطابور.
 - ✓ استخدام الحمام وحمامات مختلفة بدون مساعدة
 - ✓ التعبير عن الاحتياجات الأساسية
 - ✓ اللعب بالألعاب بالطريقة المناسبة
 - ✓ تقبل وجود أطفال آخرين
 - ✓ الانتقال من نشاط إلى نشاط آخر بسهولة
 - ✓ الانتباه إلى الأنشطة
 - ✓ القدرة على تقبل تأخير المعززات.
 - ✓ امتلاك قدرة ومهارات إدراكية خاصة بالتمييز والمطابقة والأعداد والأحرف.
 - ✓ التدريب على مهارات التقليد لكي يتمكن التلميذ من التعلم من خلال مراقبة الآخرين في قسمه.
 - ✓ امتلاك مهارات الاستقلالية والعناية بالذات.
- يجب أن يتلقى الطفل التدريب على هذه المهارات لفترة تتراوح بين سنة وثلاث سنوات. (نايف،

2018: 202-206)



3.2.7- الشروط الواجب توفرها في المعلمين: تحتاج عملية تعليم أطفال التوحد باعتبارهم من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى معلمين ذوي خبرة في تعليم هذه الفئة، وإعدادهم اعدادا مناسبة في كيفية التعامل مع الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة (أسامة وكامل 2013: 323)، ولهذا الغرض يحتاج هذا النوع من المعلمين إلى تكويننا خاصا في اضطراب التوحد وكيفية التعامل مع الأطفال المصابين به ومتطلباتهم الخصوصية.

4.2.7- الشروط المتعلقة بالموصفات الواجب توفرها في مدرسة الدمج العادية:

- ✓ أن يكون للمعلمين معلومات عن اضطراب التوحد وطبيعة الأطفال التوحديين.
- ✓ أن لا يتجاوز عدد الأطفال في القسم الواحد 15 طفلا.
(القمش، 2010: 340)
- ✓ أن يتم تقويم المثيرات الحسية الموجودة في المدرسة كأصوات الأجراس وصراخ الأطفال في المدرسة لأنها تؤثر على الطفل التوحدي المعروفة بحساسية نحو الأصوات الحادة.
- ✓ أن يتم تحديد المهارات الأخرى التي يحتاجها الطفل التوحدي ليتماشى مع زملائه العاديين.
- ✓ أن يتم دمج الطفل التوحدي تدريجيا بمقدار ساعة أو ساعتين يوميا في البداية وصولا إلى الإدماج ليوم دراسي كاملا.
- ✓ أن يتوفر معلما مساعدا يتمثل في المعلم المختص في وحدة التكفل ليرافق الطفل في المدرسة العادية ليساعده في بداية التحاقه ليضمن استمرارية العلاقة وعدم الانتكاسة، على أن يبقى هذا المعلم المساعد مرافقا للطفل حتى يتأقلم مع بيئته الجديدة ويتم سحبه بعدها بشكل تدريجي.
- ✓ أن يتلقى المعلم العادي تكوينا في كيفية التعامل مع الطفل التوحدي.
- ✓ أن يتم تكييف البيئة التعليمية (الصف التعليمي) الجديدة وفقا لمتطلبات وخصائص الطفل التوحدي مثل ضبط المثيرات الحسية والألوان وتوفير الأدوات اللازمة.
- ✓ أن يتلقى الطفل خدمات إضافية من المركز المختص مثل استمرارية التكفل وتعديل السلوك.
- ✓ أن يتم تحضير وإعداد التلاميذ العاديين لاستقبال الطفل التوحدي والتعامل معه وتقبله.
- ✓ أن تكون مناهج التعليم مكيفة لتناسب طبيعة الطفل التوحدي.



(القمش، 2010: 341)

3.7 نماذج الدمج: هناك أربعة نماذج للدمج:

1.3.7 نموذج الدمج الشامل: وفي هذا النوع من الدمج يوضع الطفل في قسم به أطفال عاديين

وينفس المنهج التعليمي، حيث يشرف على القسم معلموا القسم العادي على أن يتلقوا المساعدة الأكاديمية من طرف أخصائيين استشاريين. (أسامة و كامل 2013: 328)، وهو ما يعني خضوع هؤلاء المعلمين إلى تكوين خاص في التوحد لمعرفة خصائصه للتمكن من التعامل مع الطفل التوحدي.

2.3.7 نموذج الدمج الجزئي: وفي هذا النوع من الدمج يتم دمج الأطفال ذوي اضطراب التوحد

مع أقرانهم العاديين لفترة معينة من الزمن يوميا، ثم ينفصلون عنهم في الفترة الزمنية الباقية لتلقي المساعدات التعليمية المتخصصة، حيث يستقبل الطفل كافة أو معظم الخدمات التعليمية، يتم فيها تصنيف التلاميذ بطريقة متجانسة، على أن يكون هذا الدمج الجزئي مع الأقران العاديين في أنشطة غير أكاديمية، كالأنشطة الرياضية والموسيقى. ويلجأ إلى هذا النوع من الدمج في حالة عدم قدرة الطفل على مسايرة البرنامج التربوي الأكاديمية العادي (أسامة و كامل 2013: 330-331).

3.3.7 نموذج الدمج المكاني والاجتماعي الدائم: ويتمثل هذا النوع من الدمج في تخصيص

أقسام خاصة بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم أطفال التوحد داخل نطاق المدرسة العادية، بحيث يدرسون فيها وفقا لمنهج دراسية خاصة تتناسب واحتياجاتهم طوال الوقت، ويهدف هذا النموذج لاتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال اكتساب التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين. (أسامة و كامل 2013:331).

4.3.7 النموذج المكاني والاجتماعي المؤقت: في هذا النموذج من الدمج يتم تعليم الأطفال في

مدارس متخصصة مع السماح لهم بقضاء بعض الساعات أو الأيام في المدارس العادية (سمير، 2002: 299).



8 معيار الخدمات المقدمة للطفل التوحدي: يجب أن تقدم مؤسسات التكفل بأطفال التوحد

مجموعة من الخدمات يقدمها فريق التكفل المتعدد التخصصات والتي يمكن إيجازها في مايلي:

1.8 الخدمات الطبية العامة: والتي يقوم الطبيب العام بالمركز من خلال تقديم الفحوصات

الدورية أو في حالة تسجيل إصابة الطفل التوحدي بمرض معين

2.8 - العلاج النفسي: ويقوم به الأخصائي النفسي بالمركز يكون تلقى تكويننا في التوحد لا يقل

50 ساعة، وأن يكون حاملا لشهادة جامعية لا تقل عن شهادة الليسانس في التخصص، من خلال تقديم العلاج النفسي للطفل التوحدي، وكذا تقديم الإرشاد النفسي والعلاج ان تطلب ذلك لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

3.8 العلاج الطبيعي: ويقوم به مختص في العلاج الطبيعي الذي يجب أن تخصص في المجال

وأن يكون له خبرة في التعامل مع أطفال التوحد لا تقل عن 04 أشهر، من خلال علاج المشكلات المتعلقة بالحركات الكبيرة لدى الأطفال التوحيدين.

4.8 - العلاج الوظيفي: يقوم به مختصا في العلاج الوظيفي ولديه خبرة لا تقل عن 04 أشهر

في مجال التوحد، من خلال علاج المشكلات المتعلقة بالحركات الدقيقة.

5.8 - علاج اضطرابات اللغة والنطق: ويقوم به مختص في اضطرابات النطق واللغة

(الأرطفوني) الذي يجب أن يكون قد تلقى دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 50 ساعة، الذي يقدم خدماته في مجال التكفل بالمشكلات المرتبطة بالنطق واللغة لدى الطفل التوحدي.

6.8 - الخدمات الاجتماعية: ويقوم بها المختص الاجتماعي الذي يتمثل دوره في تقديم المساندة

الاجتماعية لأسر الأطفال التوحيدين من خلال دراسة الوضع الأسري، وتوجيهها نحو مصادر تقديم الدعم الاجتماعي مثل مؤسسات التضامن الاجتماعي، وكذا مساعدتها في حل بعض المشكلات الاجتماعية التي قد تحدث في الأسرة نتيجة وجود طفل توحد فيها.

7.8 العلاج بالتغذية: يقوم به مختص في التغذية يكون قد تلقى تدريباً على كيفية تغذية أطفال

التوحد لا يقل عن 25 ساعة، والذي يعمل على دراسة المشكلات المتعلقة بتغذية هؤلاء الأطفال وإيجاد الحلول المناسبة لها من خلال وضع برنامج تغذية مناسب.

8.8 الخدمات الترويحية: يجب أن تقدم نشاطات ترفيهية يقوم بها مختصون في هذا المجال

ويسمون بمشرفي النشاط الطلابي.



9.8 خدمات التربية الرياضية المعدلة والمكيفة مع طبيعة الطفل التوحد: يشرف عليها معلمون

مختصون في التربية الرياضية لذوي الإعاقة.

10.8 خدمات التربية الفنية الخاصة. (نايف، 2018: 113-115)

خلاص الفصل: من خلال ما توصلنا إليه من جمع للتراث النظري حول المعايير الواجب توفرها

في المؤسسة المكلفة بالتكفل بأطفال التوحد، نلاحظ أن هذه المعايير قد غطت جميع الخدمات التي يمكن تقديمها في عملية التكفل، وهي الكوادر العاملة وضرورة أن يكونوا مؤهلين في مجال التوحد وأن يكون العمل ضمن فريق متعدد التخصصات، التشخيص، البرامج التدريبية، البيئة التعليمية، الإدماج في المدارس العادية، مشاركة ودعم الأسرة التي شددت هذه المعايير على ضرورة إشراكها في عملية التخطيط والتنفيذ لعملية التكفل، وأن تقوم هذه المؤسسات بتقديم الدعم لهذه الأسر من الناحية النفسية والاجتماعية، كما ألحت هذه المعايير على ضرورة أن تكون لهذه المؤسسات رؤية وسياسة في مجال التكفل بالتوحد تكون محل تقييم مستمر.

الفصل السادس: إجراءات الدراسة



الفصل السادس: إجراءات الدراسة

أولاً : الدراسة الاستطلاعية

1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

2 حدود الدراسة الاستطلاعية

3 عينة الدراسة وخصائصها

4 أدوات الدراسة الاستطلاعية

5 نتائج الدراسة الاستطلاعية

ثانياً : الدراسة الأساسية

1- منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3- عينة الدراسة وخصائصها

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة



أولا : الدراسة الاستطلاعية:

بغية الاستطلاع وتقصي الحقائق الأولية حول موضوع الدراسة ميدانيا، قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية متبعا في ذلك الإجراءات المنهجية المعتمدة في البحث العلمي والتي تناولت النقاط التالية:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية: وفي دراستنا هذه كان الهدف منها هو:

✓ التعرف على طبيعة المؤسسات القائمة على عملية التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة، ومدى تخصصها في التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد.

✓ التعرف على مدى وجود تباين بين المؤسسات في تبني أساليب تكفل بأطفال التوحد.

✓ التعرف على مدى احترام المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال بولاية باتنة للمعايير الدولية للتكفل بأطفال التوحد.

✓ التعرف على توفر عينة الدراسة.

2 - حدود الدراسة الاستطلاعية:

1.2- الحدود المكانية: أجريت الدراسة في مصلحة الطب العقلي بمستشفى الأمراض العقلية

بالمعذر، والمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بمروانة ، بالإضافة إلى جمعيتين هما جمعية أطفال الجنة بنقاوس، وجمعية تواصل لأطفال التوحد ببريكة.

2.2- الحدود الزمانية: أجريت الدراسة في الفترة ما بين جانفي 2018 وماي 2018

3- عينة الدراسة الاستطلاعية: تكون عينة الدراسة الاستطلاعية من:

✓ 01 طبيب عقلي.

✓ 04 أخصائيين نفسانيين.

✓ 02 مربيين بيداغوجيين.

✓ 05 أولياء أطفال توحد.

4- أدوات الدراسة الاستطلاعية: تم الاعتماد في هذه الدراسة على المقابلة والملاحظة العلمية

المباشرة من خلال شبكة ملاحظة أعدها الباحث.



5 - نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ غياب التنسيق فيما يتعلق بالإحصائيات الرسمية بين المؤسستين.
- ✓ تبني برامج وأساليب تكفل مختلفة (ABA) بالنسبة لمستشفى الأمراض العقلية و TEACCH بالنسبة للمركز والجمعيات).
- ✓ تبني برامج مختلفة داخل المؤسسة الواحدة.
- ✓ التشخيص يتم عن طريق الطبيب المختص في الطب العقلي لمستشفى الأمراض العقلية بالنسبة للوحدتين.
- ✓ التشخيص يتم عن طريق الخبرة وليس على استخدام اختبارات خاصة بالتشخيص، وفي ظرف وجيز لا يتعدى في بعض الأحيان نصف يوم.
- ✓ قلة الإمكانيات المتاحة مقارنة بعدد أطفال التوحد.
- ✓ غياب دور محوري للأولياء في فريق التكفل.
- ✓ عدم احترام الحجم الساعي المخصص لبرامج التكفل مثل أن برامج التدخل السلوكي المكثف لوفاس Lovaas او المعروف اختصار (ABA) يتطلب تطبيقه حجم ساعي ما بين 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات، في حين كانت نتيجة هذه الدراسة الاستطلاعية أن الطفل يتم التكفل به لفترة لا تزيد عن ساعة في اليوم الواحد.
- ✓ في بعض الجمعيات التي زرناها خلال هذه الدراسة الاستطلاعية وهي جمعيتان أن التكفل بها لا يراعي تماما الشروط التي تتطلبها البرامج المكيفة، مثل:
- ✓ ضرورة التدخل الفردي أولا مع الطفل وبعد ذلك التدخل الجماعي حيث وجدنا الأطفال يتم إدماجهم مباشرة في شكل أفواج.
- ✓ ضرورة أن يكون الطفل في جو هادئ خالي تماما من الضجيج وهو ما لا يتوفر في هذه الجمعيات.
- ✓ التشخيص يقوم به مختصين نفسانيين غير مؤهلين قانونا وليست له الخبرة ولا تكويننا في اضطراب التوحد.
- ✓ غياب التأهيل في كيفية التكفل بالطفل التوحدي عند أغلب المتدخلين خاصة الأخصائيين النفسانيين والمربين والأرطفونيين.



- ✓ وجود طبيب عقلي واحد للأطفال بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر لتشخيص أطفال التوحد على مستوى ولاية باتنة.
- ✓ التقييم الدوري يتم عن طريق الملاحظة الشخصية وليس عن طريق استخدام أدوات علمية محكمة.

تم تحديد المؤسسات التي تتكفل بأطفال التوحد على مستوى ولاية باتنة وهي:.

✓ مصلحة الطب العقلي للأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بالمعذر

✓ المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1

✓ المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2

✓ المركز النفسي البيداغوجي بمروانة

✓ المركز النفسي البيداغوجي ببريكة

✓ المركز النفسي البيداغوجي بأريس

✓ جمعية الطفولة السعيدة بباتنة

✓ جمعية تواصل لأطفال التوحد بباتنة

✓ جمعية أطفال الجنة بنقاوس

إن هذه النتائج المتوصل إليها، المتمثلة في عدم احترام هذه المؤسسات لبعض المعايير المتعلقة بالتكفل مثلما أشرنا إليه أعلاه، شجعت الباحث على المضي في اجراء الدراسة الأساسية، من خلال جمع التراث النظري، وتحضير أدوات جمع البيانات والشروع في الدراسة الميدانية.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1 - منهج الدراسة:

لا تخلو أي دراسة بحثية علمية من الاعتماد على منهج علمي معين، يرسم للباحث الطريق الذي سيسلكه في دراسته وفق قواعد علمية محددة، والدراسة الحالية التي تهدف إلى تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد المستخدمة على مستوى كل المؤسسات التي تعنى بالتكفل بهذه الشريحة، ولأن طبيعة الدراسة، هي دراسة تقييمية تعني وصفا لواقع التكفل بأطفال التوحد في ولاية باتنة، وإصدار تقييم موضوعي على هذا الواقع من خلال مقارنته بما يجب أن يكون وفق معايير دولية، رأى الباحث أن



يعتمد على المنهج المختلط الذي يمزج بين المنهج الكمي والكيفي باعتباره الأنسب للدراسة، الذي يسمح بوصف الظاهرة وتحليلها تحليلًا كميًا وكيفيًا، و تفسيرها تفسيرًا علميًا.

2 - حدود الدراسة:

1.2 - **الحدود المفاهيمية:** الدراسة تتحدد بالمتغيرات التالية: أساليب التكفل، أطفال التوحد، دراسة تقييمية، المعايير الدولية.

2.2 - **الحدود المكانية:** الدراسة أجريت في ولاية باتنة بالمراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيًا بكل مدينة باتنة، بركة، مروانة، وأريس بالإضافة مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر، وثلاث جمعيات مدنية وهي الجمعية الولائية "الطفولة السعيدة" بباتنة، الجمعية الولائية لأطفال التوحد "تواصل" بفرعها باتنة وبريكة، جمعية أطفال الجنة بنقاوس.

3.2 - **الحدود الزمانية:** الدراسة أجريت في الفترة ما بين شهر نوفمبر 2017 إلى شهر سبتمبر 2020

4.2 - الحدود البشرية:

1.4.2 - **مجتمع الدراسة:** جميع المختصين العاملين على مستوى المؤسسات المعنية بالدراسة، بالإضافة إلى أولياء الأطفال المتكفل بهم على مستوى هذه المؤسسات بولاية باتنة.

2.4.2 - عينة الدراسة وخصائصها:

1.2.4.2 - **عينة الدراسة:** شملت الدراسة، من حيث المؤسسات 09 مؤسسات منها 05 مؤسسات عمومية وهي 05 مراكز نفسية بيداغوجيا لذوي الإعاقة الذهنية بولاية باتنة (باتنة1، باتنة2، مروانة، بركة، أريس)، ومصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر، وتمثل كل المؤسسات العمومية المعنية بالتكفل بأطفال التوحد على مستوى الولاية، بالإضافة إلى 03 جمعيات على مستوى الولاية، وهي كل الجمعيات التي تعني بالتكفل بأطفال التوحد حسب ما توصل إليه الباحث من معلومات حول هذه المؤسسات التي تحصل عليها الباحث من المديرية الولائية للنشاط الاجتماعي (DAS)، باعتبارها المديرية المسؤولة على متابعة، وهي جمعية الطفولة السعيدة بباتنة، جمعية أطفال الجنة بنقاوس، وجمعية تواصل لأطفال التوحد ببريكة، أما من ناحية الأفراد، فقد تمثلت عينة في 43 مختصًا يمثلون 90 % من المختصين العاملين بهذه المؤسسات من



الأطباء، المختصين النفسانيين، الأطفونيين، المربين، البيداغوجي، بالإضافة إلى عينة من أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم بهذه المؤسسات المقدر عددهم بـ 64 ولي.

2.2.4.2 - طريقة اختيار العينة: بالنسبة للمؤسسات فقد شملت الدراسة كل المؤسسات

المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة، وهي:

- ✓ مصلحة الطب العقلي الأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بالمعذر.
- ✓ المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1.
- ✓ المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2.
- ✓ المركز النفسي البيداغوجي بمروانة.
- ✓ المركز النفسي البيداغوجي ببريكة.
- ✓ المركز النفسي البيداغوجي بأريس.
- ✓ جمعية الطفولة السعيدة بباتنة.
- ✓ جمعية تواصل لأطفال التوحد بباتنة.
- جمعية أطفال الجنة بنقاوس.

أما بالنسبة للأفراد فقد لجأ الباحث إلى الطريقة العرضية في اختيار العينة محاولا جلب أكبر قد من الأفراد، وهذا لصعوبة الحصول عليها بالطريقة العشوائية، حيث شملت العينة على حوال 90% من المختصين و 50% من الأولياء.

3.2.4.2 - خصائص العينة:

جدول رقم 05 يوضح خصائص العينة من حيث الوظيفة:

| النسب المئوية | التكرار | التخصص |
|---------------|---------|----------------------|
| 2.32% | 01 | طبيب عقلي |
| 48.83% | 21 | نفسانيين عيادي |
| 2.33% | 01 | نفساني تربوي |
| 20.93% | 09 | مربين |
| 23.26% | 10 | أطفونيين |
| 2.32% | 01 | مقومة الحركة النفسية |
| 100% | 43 | المجموع |



من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 05 نلاحظ أن العينة يغلب عليها النفسانيين العيادين بنسبة 48.83 % والأرطفونيين بنسبة 23.26 % وهذا راجع إلى أن أغلب المؤسسات توظف هؤلاء المختصين إضافة إلى وظائفهم في الاختصاص يتولون دور المربين.

جدول رقم 06 يوضح خصائص العينة من حيث التخصص حسب كل مركز:

| التخصص | طبيب عقلي | نفساني عيادي | نفساني تربوي | مربي متخصص | أرطفوني | مقوم الحركة النفسية | المجموع | النسبة |
|-----------------------------------|-----------|--------------|--------------|------------|-----------|---------------------|-----------|--------------|
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 00 | 03 | 00 | 00 | 01 | 00 | 04 | 9.30 % |
| المركز النفسي البيداغوجي ببريكة | 00 | 03 | 00 | 00 | 01 | 00 | 04 | 9.30 % |
| المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 | 00 | 04 | 01 | 04 | 01 | 00 | 09 | 20.93 % |
| المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 | 00 | 03 | 00 | 00 | 01 | 00 | 04 | 9.30 % |
| المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | 00 | 03 | 00 | 01 | 02 | 01 | 07 | 16.28 % |
| جمعية الطفولة السعيدة | 00 | 02 | 00 | 00 | 02 | 00 | 04 | 9.30 % |
| جمعية أطفال الجنة بنقاوس | 00 | 01 | 01 | 04 | 01 | 00 | 07 | 16.28 % |
| م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | 01 | 01 | 00 | 00 | 01 | 00 | 03 | 6.98 % |
| جمعية تواصل لأطفال التوحد | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 2.32 % |
| المجموع | 01 | 21 | 01 | 09 | 10 | 01 | 43 | 100 % |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 06 نلاحظ عدم التجانس من حيث نوع المختصين أو عددهم وهذا راجع إلى طبيعة التعداد الوظيفي لهذه المؤسسات.

3- محاور عملية تقييم أساليب التكفل: بغرض تحقيق أهداف الدراسة، الإجابة على تساؤلاتها

والتحقق من الفرضيات التي طرحها الباحث، ركز الباحث في علمية التقييم على تقييم العناصر التالية والتي تسمح للباحث بإعطاء تقييم شامل لأساليب التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة:

طبيعة الأساليب المستخدمة في عملية التكفل بأطفال التوحد في المؤسسات المعنية برعاية هذه

الفئة من الأطفال بولاية باتنة.

✓ الرؤية الفكر والرسالة التي تتبناها هذه المؤسسات اتجاه التكفل بهذه الفئة.



- ✓ الكوادر العاملة من المختصين بهذه المؤسسات.
- ✓ البيئة التعليمية.
- ✓ التقييم لحالة الأطفال المتكفل بهم.
- ✓ الخدمات والبرامج المقدمة.
- ✓ مشاركة ودعم وتمكين الأسرة.
- ✓ الدمج والخدمات الانتقالية.
- ✓ التقييم الذاتي للمؤسسات.

4- سير عملية التقييم : لقد صم الباحث خطط عمل لإجراء عملية التقييم لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالمؤسسات المعنية برعاية هذه الفئة من الأطفال على مستوى ولاية باتنة، حيث ستعتمد هذه العملية ثلاث أنواع من التقييمات كل واحدة مكملة للأخرى:

1.4- التقييم الميداني: وتتم هذه العملية من خلال الزيارة الميدانية للباحث لكل المؤسسات المعنية في العينة، واطلاعه على عملية التكفل عن قرب عن طريق استخدام الأدوات التالية:

1.1.4- شبكة الملاحظة: حيث قام الباحث بإعداد شبكة ملاحظة كما هو مبين في الملحق رقم 13 واجراء تقييم مباشرة للعناصر المراد ملاحظتها.

2.1.4- تحليل المحتوى: قام الباحث بإعداد استمارة لتقييم محتوى المعلومات التي تحتويه الوثائق والمستندات التي تعتمدها هذه المؤسسات في عملية التكفل كما هو مبين في الملحق رقم 15.

2.4- التقييم من خلال المقابلات: قام الباحث بإجراء عدة مقابلات مع بعض المختصين العاملين في المؤسسة لأخذ فكرة وجمع أكبر قدر من المعلومات عن عملية التكفل التي لا يمكن أن توفرها باقي الأدوات المستخدمة في الدراسة.

3.4- تقييم من وجهة نظر المختصين المتدخلين في عملية التكفل بمؤسسات التكفل: يعتبر المختصون القائمون على رعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد والمتكفل بهم على مستوى المؤسسات المعنية بالدراسة عاملا أساسيا ومحوريا في عملية التقييم، باعتبارهم محور العملية التعليمية، ونجاحها مرتبط بهم من حيث مؤهلاتهم العلمية وكفاءتهم الميدانية وكذلك لكونهم أول مصدر للمعلومة فيما يتعلق



بعملية التكفل، ولهذا قام الباحث بتصميم استبيان موجه لهم كما هو مبين في الملحق رقم 04 لأخذ آرائهم.

4.4 تقييم من وجهة نظر أولياء الأطفال المتكفل بهم: يعتبر الأولياء عملية محورية في عملية

التقييم باعتبارهم الملاحظ المباشر والدائم للأعراض التي ينتجها أبنائهم، وهم المعنيون الأوائل بنجاح أو فشل عملية التكفل لأنهم هم من يعاني من تبعات مرض أبنائهم، ويعتبرون أيضا الملاحظين المباشرين لما يقدم لأبنائهم من تكفل والكيفية التي يتم بها، كما أن الأولياء حسب المعايير الدولية يعتبرون شريكين فعليين في العملية التكفلية، والمشرفون على تنفيذ أكبر قدر من التمارين التربوية التي تتطلبها عملية التكفل، ولهذا يعتبر الأخذ برأيهم في عملية التقييم لأساليب التكفل المتبعة شيئا ضروريا والزاميا.

ولهذا الغرض صمم الباحث استبيانا مخصص لهؤلاء الأولياء كما هو مبين في الملحق رقم 05

5 - أدوات الدراسة: لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

1.5- المقابلة:

في هذه الدراسة ونظرا لأهمية التحقيق والتقييم الذي يجريه الباحث فقد ارتأى زيادة على الأدوات الأخرى لجمع المعلومات التي سنبينها لاحقا في هذه الدراسة ضرورة تدعيم أدوات جمع البيانات بألية أخرى وهي المقابلة، التي تمكن الباحث من تدعيم هذه المعلومات بمعلومات أخرى أكثر تفصيلا وتوضيحا من خلال المقابلات التي أجراها الباحث مع بعض المختصين العاملين في بعض مؤسسات التكفل بأطفال التوحد المعنية بالدراسة، وقد رأى الباحث اختيار عينة من كل نوع من المؤسسات، وهي المراكز النفسية البيداغوجية ممثلة عن قطاع الشؤون الاجتماعية والتضامن، حيث وقع الاختيار على مركزي مروانة وباتنة1، ومصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي، وهذا للاعتبارات التالية:

1.1.5- بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية: فقد وقع الاختيار المركز النفسي البيداغوجي على

كل من باتنة 1، ومروانة كان لاعتبارات الاختيار العشوائي البسيط للمركزين.

2.1.5- بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال: فقد وقع الاختيار عليها باعتبارها المؤسسة

الوحيدة على مستوى القطاع الصحي التي تتكفل بفئة الاطفال ذوي اطفال التوحد.



3.1.5- الجمعية الولائية للطفولة السعيدة: بالنسبة لهذه الجمعية فقد وقع عليها الاختيار لأنه

بعد أن اتضح للباحث أن الجمعيتين الأخيرين (جمعية أطفال الجنة بنقاوس، والجمعية الولائية تواصل لأطفال التوحد)، من خلال الدراسة الاستطلاعية، هما جمعيتين يشرف عليهما أولياء لأطفال التوحد غير متخصصين في التوحد، بالإضافة إلى البيئة التعليمية غير المهينة، على العكس من جمعية الطفولة السعيدة التي بها بيئة مهيكلة نوعاً ما من حيث تنظيم الإدارة والأقسام والإشراف عليها من طرف متخصصة برتبة أستاذ محاضر "أ" في الأرففونيا، وتطمح هذه الجمعية لتتحول إلى مركز في المستقبل للتكفل بذوي الإعاقة، وبالتالي فالاعتماد على هذه الجمعية في إجراء المقابلات يكون أقرب حسب وجهة نظر الباحث من المراكز النفسية البيداغوجية، من حيث المعلومات المراد تحصيلها، والتي يحتاجها الباحث في دراستها التقييمية.

كما تم الاعتماد على المقابلة الموجهة، لأنها في نظر الباحث هي الأنسب للبحث بالنظر إلى عامل الوقت، وكذلك مقتضيات الدراسة التي تبحث في التعرف على أساليب التكفل بأطفال التوحد على مستوى المؤسسات المعنية، وباعتبار أن الباحث يحتاج إلى معلومات واضحة ومحددة في محاور معينة تخدم البحث،، وشمل المقابلة على 10 محاور وهي:

المحور الأول: المعلومات العامة: ويتضمن أسئلة حول التخصص ومكان العمل والخبرة المهنية

مع الأطفال.

المحور الثاني: التكوين حول التوحد: يتعلق بالتكوينات التي تلقاها المختص في مجال

التخصص ومدى اتقانها.

المحور الثالث: التشخيص: يتعلق الأمر بكيفية تشخيص التوحد ومن الجهة المسؤولة عليه وهل

يوجد فريق متخصص يقوم بالتشخيص؟

المحور الرابع: التدخل العلاجي والتربوي: يتعلق بالأمر بالاستفسار عن كيفية التكفل بالطفل

التوحيدي من الناحية العلاجية والتربوية، ومن يقوم به؟ وهل يوجد فريق متخصص يقوم به؟ وماهي

البرامج المستخدمة في التكفل؟ وما عدد الأطفال المتكفل بهم؟



المحور الخامس: البيئة التعليمية: ويتعلق الأمر بجمع المعلومات المتعلقة بالبيئة التعليمية المخصصة للتكفل بأطفال التوحد، من حيث طبيعتها، ظروفها، والوسائل المتوفرة فيها، ومدى احترامها للشروط التي يجب توفرها في هذه البيئة.

المحور السادس: التقييم: والذي يمكن الباحث من جمع المعلومات المتعلقة بعملية تقييم عملية التشخيص، والتكفل والأدوات المستخدمة فيها.

المحور السابع: البرامج المستخدمة: وفيه يتم الاستفسار عن البرامج التربوية المستخدمة في عملية التكفل باضطراب التوحد على مستوى المؤسسات التي يعمل بها المختص.

المحور الثامن: الدمج: ويتعلق الأمر بالاستفسار عن عملية دمج الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المؤسسات التعليمية العادية.

المحور التاسع: دعم ومشاركة الأسرى: وفيه يتم الاستفسار عن مدى اشراك أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم في عملية التكفل، ومدى تقديم المؤسسة للدعم النفسي لهؤلاء الأولياء وأسرههم.

المحور العاشر: رؤية وفكر وسياسة المؤسسة: ويشمل هذا المحور على أسئلة يتم من خلالها جمع معلومات عن رؤية وفكر وسياسة المؤسسة التي يتبعها المختص حول عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

2.5- الملاحظة: تم اعتماد على شبكة ملاحظة، تم إعدادها من طرف الباحث بالاستعانة إلى المعايير التي اعتمدها المجلس الأعلى للأشخاص المعاقين بالأردن في اعتماد برامج وخدمات التوحد، وكذا استنادا إلى المعايير الدولية لاعتماد مؤسسات التكفل بأطفال التوحد التي قام بجمعها الباحث، وأشرنا إليها في الفصل الخامس من هذه الدراسة.

وقد لجأ الباحث إلى شبكة الملاحظة لتدعيم الدراسة بأداة أخرى لجلب المعلومات والمعطيات التي تحيط بعملية التكفل بأطفال التوحد في المؤسسات المعنية التي لا يمكن جمعها من خلال الأدوات الأخرى، وأيضا لاستبعاد الذاتية المحتملة للمستجوبين سواء عن طريق الاستبيانات أو المقابلات.

وضمت شبكة الملاحظة العناصر التالية:



1.2.5- البيئة التعليمية: وتضمن التحقق من وجود بيئة تعليمية متكيفة، تحتوي على جميع المرافق والوسائل التي تساهم في تعلم جيد للطفل التوحد للمهارات المراد اكتسابها، وتضمنت 08 بنود كما هو موضح في الملحق رقم 14.

2.2.5- الخدمات والبرامج: وشملت ملاحظة أساليب التدريس والنماذج التعليمية المستخدمة في هذه المؤسسات، ومدى استخدامها للمثيرات البصرية، حيث تضمن هذا المعيار بندين (02) كما هو موضح في الملحق رقم 14.

3.2.5- الدمج والخدمات الانتقالية : ويتضمن ملاحظة مدى اهتمام مؤسسة التكفل بتكوين أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، في التوحد وكيفية التعامل مع أبنائهم من خلال إقامة دورات تدريبية، وكذا الاطلاع على مدى اتاحة المؤسسة لفرص الدمج وزيارة الأسر إلى الأماكن المحتملة لإدماج أبنائهم للاطلاع عليها، وتتكون هذه الشبكة في هذا المجال من ثلاث (03) بنود كما هو موضح في الملحق رقم 14.

3.5- الاستبيان: في هذا الدراسة سيتم الاعتماد على استبيانين الأول موجه للمختصين المعنيين بعملية التكفل (أطباء عقليون، أخصائون نفسانيون، أطفونيون، مربون)، أما الاستبيان الثاني موجه لأولياء أطفال التوحد الذين يتلقى أبنائهم تكفلا مؤسساتي، تمت صياغتهما بالاستناد إلى المعايير الدولية التي استخلصها الباحث من التراث النظري لهذا الدراسة، الذي تم جمعه، والتي أشرنا إليها في الفصل الخامس منها، لاسيما ما جاء به كل من (نايف 2018)، وتوصيات السلطة العليا للصحة في فرنسا HAS، بالإضافة الى الدليل الذي أعده المجلس الأعلى شؤون الأشخاص المعاقين بالأردن حول معايير اعتماد برامج وخدمات التوحد في وحدات التكفل باضطراب التوحد بالأردن والمعتمد من طرف السلطات الأردنية، كما هو مبين في الملحق رقم 02، واستنادا أيضا للشروط التي تحددها البرامج التربوية المعتمدة في تعليم ذوي اضطراب التوحد، التي أشرنا إليها في الفصل الرابع من هذه الدراسة.



1.3.5 الاستبيان الموجه للمختصين: ويتكون من 105 بند موزعة على المحاور التالية:

المحور الأول: معلومات عامة المختص: تتضمن 04 بنود تعلقت بجمع معلومات عن:

✓ مؤسسة العمل.

✓ الوظيفة.

✓ التخصص.

✓ الشهادة العملية المتحصل عليها.

المحور الثاني: التكوين الخبرة في مجال التوحد: وتضمن 13 بنود لجمع معلومات تتعلق بـ:

✓ التكوين.

✓ الخبرة في الميدان.

✓ طبيعة مؤسسات التكوين.

✓ البرامج التدريبية المتكون فيها.

المحور الثالث: البيئة التعليمية: وتضمن 16 بنودا يتم من خلالها جمع المعلومات حول

✓ طبيعة العمل مع الطفل التوحد.

✓ طبيعة فريق التكفل النفسي.

✓ أدوات التكفل من أدوات والهيكل المخصصة لذلك.

✓ التكفل البيداغوجي

المحور الرابع: التشخيص: وتضمن 14 بنود لجمع المعلومات حول عملية التشخيص من حيث:

✓ القائم على عملية التشخيص.



✓ المعايير المعتمد عليها في التشخيص.

✓ الأدوات المستخدمة في التشخيص.

المحور الخامس: بعملية التقييم: وتضمن 16 بندا لجمع معلومات تتعلق ب:

✓ التقييم الدوري.

✓ القائم على عملية التقييم.

✓ أدوات التقييم.

✓ مجالات التقييم.

المحور السادس: التدخل العلاجي والتربوي: وتضمنت 23 بندا تعلقت بجمع المعلومات حول:

✓ طبيعة فريق التكفل.

✓ دور الأولياء في عملية التكفل.

✓ الحجم الساعي الأسبوعي المخصص لعملية التكفل.

✓ نوع التدخل خارجيا أم داخليا /أو فردي أو جماعي.

✓ معايير الانتقاء للتدخل الجماعي.

✓ المواعيد المخصصة لعملية التكفل للمتكفل بهم خارجيا.

المحور السابع: الخدمات والبرامج وأساليب التدريس المستخدمة: وضم 12 بند لجمع المعلومات

حول:

✓ طبيعة البرامج التدريبية المستخدمة.

✓ طبيعة الأساليب التدريبية المستخدمة.



المحور الثامن: مشاركة ودعم وتمكين الأسرة: وتضمن 04 بنود لجمع المعلومات تتعلق بما يلي:

✓ تكوين أولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم في كيفية التعامل مع أبنائهم من طرف مؤسسة التكفل.

✓ تقديم الإرشاد الأسري لهؤلاء الأولياء وأسرتهم.

✓ تقديم التقارير الدورية للأولياء حول وضعية أبنائهم التوحديين.

✓ مدى مشاركة الأسرة في عملية التكفل وتقديم الخدمات التكفلية لأبنهم.

المحور التاسع: رؤية المؤسسة للتكفل بالطفل التوحدي: وتضمن 03 بنود تتعلق بما يلي:

✓ مدى تبني مؤسسة التكفل لأهداف واضحة وملائمة لعملية التكفل.

✓ مخططات التكفل وتحيينها.

✓ مدى مشاركة المختصين في إعداد السياسة التكفل للمؤسسة.

2.3.5- الاستبيان الموجه للأولياء ذوي أطفال التوحد المتكفل بهم: تكون هذا الاستبيان من

06 محاور موزعة على 110 بند كانت كالآتي:

المحور الأول: معلومات عامة: وتكون من 10 بنود تضمنت معلومات حول:

✓ سن الطفل التوحدي.

✓ معرفة الولي باضطراب التوحد.

✓ من قام بعملية الكشف عن الأعراض الأولى.

المحور الثاني: التشخيص: وتضمن 12 بنود لجمع معلومات حول:

✓ من قام بالتشخيص؟



✓ مدة التشخيص.

✓ مدى تقبل الولي لعملية التشخيص.

✓ العلاج التقليدي قبل التشخيص.

✓ أدوات التشخيص التي استخدمت.

المحور الثالث: عملية التقييم: وتضمن 26 بند لجمع معلومات حول:

✓ طبيعة التقييم المنجز من طرف مؤسسة التكفل والآلية المتبعة فيه.

✓ مدى مشاركة الأولياء في عملية التقييم.

المحور الرابع: التكفل: وتضمن 54 بند لجمع المعلومات حول:

✓ مدى احترام الولي للمواعيد الطبية والالتزام بها.

✓ طبيعة المختصين الذين يشرفون على عملية التكفل.

✓ مدى مشاركة الولي في عملية التكفل كعضو ضمن فريق التكفل.

✓ مدة الحجم الساعي الأسبوعي لعملية التكفل بالطفل التوحيدي بمؤسسة التكفل.

✓ التمارين المنزلية والالتزام بها من طرف الولي.

✓ المجالات التي تمسها عملية التكفل بالطفل التوحيدي من طرف مؤسسة التكفل.

✓ مشاركة الزوج في العملية التكفل.

✓ التقارير الدورية التي تتجزها مؤسسة التكفل حول الطفل المتكفل به

✓ طبيعة الاتصال الذي تستخدمه مؤسسة التكفل للتواصل مع الأولياء.

✓ تقديم التكوين في مجال التوحد وكيفية التكفل بالطفل التوحيدي للولي من طرف مؤسسة

التكفل.

✓ الأدوات والهيكل المتوفرة المستخدمة في عملية التكفل بالطفل التوحيدي.

✓ تقييم الولي لعملية التكفل بآبنة التوحيدي من طرف مؤسسة التكفل.



المحور الخامس: الإرشاد الأسري: وتضمن بندين حول مدى تلقي الولي للإرشاد النفسي وكيفية التكفل بابنه.

المحور السادس: الصعوبات: وتضمن 06 بنود وتعلق الأمر بالصعوبات التي يواجهها الولي والأسرة عموماً في التكفل بابنهم وتحقيق الإدماج الاجتماعي

3.3.5- الخصائص السيكومترية للاستبيانين : تم عرض الاستبيانين على مجموعة من الخبراء للتحكيم (أنظر قائمة المحكمين في الملحق رقم 01) في نسختيهما الأولى ، أين أبدى المحكمون جملة من الملاحظات تمثلت في :

- تقسيم كل الاستبيان إلى محاور

- وضع بدائل للإجابة بدل من تركها إجابات مفتوحة

بعد تعديلها وإعادة صياغتها وفق لملاحظات الخبراء كما هو مبين في نسختيهما النهائيتين بالملحقين رقم 04 و05 وإعادة عرضهما من جديد على المحكمين تم اتفاهم عليهما بالإجماع

4.5- تحليل المحتوى: يهدف تحليل المحتوى إلى الاطلاع على الملفات والوثائق المستخدمة في عملية التكفل، وتحليلها تحليلاً علمياً، لجمع أكبر قدر من المعلومات حول سير عملية التكفل بالمؤسسات المعنية بالدراسة بالاستناد إلى وثائق ومستندات رسمية، مثل ملفات المصابين، المخططات، الشهادات، وقد لجأ الباحث إلى استخدام هذه الأداة لتدعيم عملية التحقيق في الأساليب المستخدمة في عملية التكفل ومدى احترامها للمعايير الدولية في هذا المجال.

ولهذا الغرض صمم الباحث استمارة تحقيق لجمع المعلومات استناداً كما أشرنا سابقاً إلى الوثائق الرسمية المستخدمة في هذه المؤسسات المتعلقة بالعناصر التالية كما هي مبينة بالتفصيل في الملحق رقم 15:

✓ رؤية وفكري وسياسة رسالة المؤسسة اتجاه عملية التكفل بأطفال التوحد وتضمنت 04

بنود.



- ✓ الإدارة والعاملون القائمون على عملية التكفل وتضمن 07 بنود.
- ✓ التقييم وآليته لحالة الأطفال التوحديين المتكفل بهم وتضمن 04 بنود.
- ✓ الخدمات والبرامج وتضمنت 05 بنود.
- ✓ الدمج والخدمات الانتقالية المقدمة لأطفال التوحد وتضمن 06 بنود
- ✓ التقييم الذاتي الذي تجريه المؤسسة وتضمن 04 بنود.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: تم الإعتماد في هذه الدراسة على التكرارات والنسب المئوية، لأن أغلب فرضيات الدراسة تتطلب هذا الأسلوب، بالإضافة إلى المتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري واختبار "T" للمجموعات المستقلة، وهذا لحساب الفروق ودراسة فروض الفروق في هذه الدراسة.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته



الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

- 1- عرض نتائج احصائيات الأطفال المتكفل بهم.
- 2- عرض نتائج طبيعة مؤسسات التكفل بولاية باتنة.
- 3- عرض نتائج المقابلات.
- 4- عرض النتائج المتعلقة بالاستبيان المخصص للمختصين العاملين بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة.
- 5- عرض نتائج الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم.
- 6- عرض نتائج الملاحظة.
- 7- عرض نتائج تحليل الوثائق.
- 8- عرض النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات حسب المعايير.
- 9- عرض النتائج المتعلقة بطبيعة الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد بولاية باتنة.
- 10- تحليل ومناقشة النتائج.



1- عرض نتائج احصائيات عدد الاطفال المتكفل بهم حسب المؤسسة:

جدول رقم 07 يوضح عدد الحالات المتكفل بها في المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة

| المجموع | المدمجين | خارجي | داخلي | المؤسسة |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------------------------|
| 1032 | 0 | 1032 | 0 | مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر |
| 60 | 08 | 45 | 07 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 19 | 04 | 07 | 08 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 89 | 11 | 70 | 08 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 79 | 11 | 60 | 08 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 18 | 0 | 0 | 18 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 06 | 0 | 0 | 06 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 59 | 11 | 40 | 08 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 201 | 0 | 200 | 01 | جمعية تواصل |
| 1563 | 45 | 1454 | 64 | المجموع |

من خلال النتائج التحصل عليها في الجدول رقم 07 نلاحظ أن عدد الأطفال المتكفل بهم بشكل يومي في مؤسسات التكفل يقدر بـ 109 طفل في مقابل 1454 طفل يتابعون بمواعيد خارجيا تزيد عن أسبوعين أي بمعدل حصة لكل 15 يوم، وهذا ما يمثل 7.49 %

2 - عرض النتائج المتعلقة بطبيعة مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة.

جدول رقم 08 يوضح ملخص طبيعة مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة

| الاختصاص | نوع المؤسسة | المؤسسة |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------|
| دعم نفسي وبيداغوجي للمعاقين ذهنيا | عمومية | المركز النفسي المرابي للمعاقين ذهنيا بأريس |
| دعم نفسي وبيداغوجي للمعاقين ذهنيا | عمومية | المركز النفسي المرابي للمعاقين ذهنيا باتنة 1 |
| دعم نفسي وبيداغوجي للمعاقين ذهنيا | عمومية | المركز النفسي المرابي للمعاقين ذهنيا باتنة 2 |
| دعم نفسي وبيداغوجي للمعاقين ذهنيا | عمومية | المركز النفسي المرابي للمعاقين ذهنيا بريكة |
| دعم نفسي وبيداغوجي للمعاقين ذهنيا | عمومية | المركز النفسي المرابي للمعاقين ذهنيا بمروانة |
| رعاية الأطفال التوحديين | جمعية ذات طابع مدني | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| رعاية الأطفال | جمعية ذات طابع مدني | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| رعاية الأطفال الاحتياجات الخاصة. | جمعية ذات طابع مدني | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| علاج الاضطرابات العقلية للأطفال | عمومية | مصلحة الطب العقلي للأطفال م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |



من خلال الجدول رقم 08 نلاحظ أن مؤسسات التكفل بأطفال التوحد هي عبارة عن مراكز نفسية بيداغوجية للمعاقين ذهنيا تحت وصاية وازرة التضامن الوطني وقضايا الأسرة، جمعيات ذات طاب مدني تطوعي، و مصلحة للطب العقلي للأطفال تابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي تحت وصاية وزارة الصحة.

بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية فهي أنشئت بموجب مرسوم تنفيذي رقم 1205 مؤرخ في 10 صفر عام 1433 الموافق 4 يناير سنة 2012، يتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعاقين، تتمثل مهامها في ضمان التربية والتعليم المتخصصين للأطفال والمراهقين المعاقين ذهنيا البالغين ثلاثة (3) سنوات من العمر إلى نهاية مسارهم التربوي في الوسط المؤسساتي المتخصص و/أو الوسط العادي وكذا السهر على صحتهم وسلامتهم ورفاهيتهم وتمييزهم. تستقبل المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين ذهنيا الأطفال والمراهقين المصابين بتأخر ذهني الذين يحتاجون تربية خاصة تأخذ في الحسبان الجوانب النفسية.



3- عرض نتائج المقابلات:

1.3- ملخص المقابلة مع مديرة مركز مروانة: المقابلة أجريت يوم: 2018/04/22 كما هو

مبين في الملحق رقم 06 ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1.1.3- معلومات عامة عن المديرية:

السيدة المديرية، متخصصة في علم النفس العيادي، حاملة لشهادة الماستر في التخصص، وعملت في مجال تخصصها أكثر من 20 سنة، والتحقّت بالمركز كمديرة له منذ أكثر من 03 سنوات، غير أنها لم تتلقّى تكويناً في التوحد.

2.1.3- معلومات عامة عن المركز النفسي البيداغوجي بمروانة:

المركز النفسي حسب السيدة المديرية متخصص في الدعم النفسي البيداغوجي للأطفال ذوي الإعاقة بمختلف أنواعها (التخلف العقلي، التوحد، متلازمة داون)، يتم التكفل بهم من طرف مختصين في عدة تخصصات (الطب العام، بيداغوجيون، نفسانيون منهم نفساني رئيس، مختصة في الأطفونوية)، ويحتوى المركز على عدة ورشات، وهي عبارة عن أقسام مجهزة بالوسائل اللازمة، به مطعم يقدم وجبات يومية للأطفال، وغرف للقبولة وراحة الطفل يستفيد منها خلال الفترة المسائية، كما أن المركز يتكفل بخمسة عشر (15) حالة توحد منها 07 حالات تكفل داخلي بالمركز و 08 حالات بالقسم المدمج بالمدرسة الابتدائية بمروانة، الذي هو قسم خاص بالأطفال التوحديين تلقوا تكفل بالمركز وتم دمجهم بالمؤسسة الابتدائية العادية، لكن هذا الإدماج ليس بمعنى الإدماج الحقيقي للأطفال التوحديين مع أقرانهم العاديين في المدرسة وإنما هو قسم خاص بالتوحديين موجود داخل مدرسة ابتدائية عادية، يتم تدريبهم من طرف مربين تابعين للمركز من بين الذين قاموا بالتكفل بهم داخل المركز، ويتم تعليم هؤلاء الأطفال وفق برنامج أعدته وزارة التربية الوطنية لأطفال الروضة.

كما يتم التكفل بحوالي 40 حالة عن طريق المتابعة الخارجية التي تتم في بعض الأحيان أسبوعية وفي البعض الآخر نصفية شهرية وحتى شهرية وهذا نظراً لقلّة الإمكانيات المتوفرة بالمركز.

أما باقي الأطفال السبعة (07) المتكفل بهم بالمركز فيتم التكفل بهم داخل المركز النفسي البيداغوجي بمروانة يومياً من طرف مختصين نفسانيين، وأطفونيين، وبيداغوجيين، ومربين وفق برنامج

Teacch



أما من ناحية التكوين في التوحد للمختصين العاملين بالمركز، ترى السيدة المديرة أن هناك من تلقى تكويننا في هذا المجال ومنهم من لم يتلقى، وأنهم ليس لهم خبرة في مجال التوحد لأن المركز انطلق في عملية التكفل بهذا النمط من الإعاقة منذ عام فقط.

3.1.3- المسار الذي يتبعه الطفل التوحد منذ اتصال عائلته بالمركز: في البداية يتصل

الأولياء بالمركز راغبين في أن يتكفل المركز بأولادهم ويقدمون طلب مرفوق بالوثائق، ثم نطلب منهم عن طريق فريق التدخل المتكون من المختصين (الطبيب العام، الاخصائي النفساني، الأطفونى، البيداغوجي) إحضار شهادة التشخيص من عند المختص في الطب العقلي للأطفال (البيدوبسيكاتر) عن طريق رسالة توجيهية أو يأتي مباشرة بهذه الشهادة، لأنها ضرورية وإلزامية لقبول الطفل في المركز.

4.1.3- سير عملية التشخيص للأطفال التوحد بالمركز: عملية التشخيص يقوم بها الطبيب

المختص في الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالمعذر التابعة لوزارة الصحة، أو طبيب عقلي آخر ويرجع له القرار الأول والأخير، وهذا تنفيذ للاتفاقية المبرمة بين وزارة التضامن ووزارة الصحة لحل الإشكال المتعلق بالاختلاف في التشخيص.

كما أن المركز يعتمد على هذا التشخيص ولا يتدخل في الكيفية التي قام بها، بينما الشيء الوحيد الذي يقوم به، هو بعد هذا التشخيص يجتمع المجلس البيداغوجي للمركز المتكون من المختصين النفسيين والاطفونيين والبيداغوجيين وطبيبي المركز الذي هو طبيب عام، الذي يتخذ قرار بإدخال الطفل للمركز أو إبقائه في المتابعة الخارجية بناء على حالة الطفل وإمكانات المركز.

5.1.3- دعم ومشاركة الأسرة في عملية التكفل: ترى السيدة المديرة أن الأولياء لا يتم تكوينه

على البرنامج التدريبي المعتمد في المركز (Teacch)، وإنما يتلقى الأولياء إرشادات أسرية في كيفية التعامل مع أبنائهم مثل الصبر، والاتصال معهم وتعريفهم بالمرض، وعقد أيام دراسية تحسيسية يدعون إليها مثل اليوم العالمي للتوحد الذي يجرى كل أفريل من كل سنة.

✓ كما تعقد دوريات مع الأولياء كل ثلاث أشهر يتم فيها تقديم إرشادات ونصائح حول كيفية

التعامل مع أبنائهم المصابين بالتوحد، دون أن يتم تقديم تقارير من طرف المؤسسة للأولياء حول

وضعية حالة أبنائهم، كما أن هذه اللقاءات تتم بشكل جماعي وليس بشكل فردي.

✓ أما من ناحية مشاركة الأولياء مع فريق التدخل، فترى المديرة أن هذا يتم في بعض الأحيان فقط

وليس دائما وهذا راجع لظروف الولي



6.1.3- في مجال التكوين المتعلق بالإطارات العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد

بالمركز: ترى السيدة المديرية أن عملية تكوين المختصين العاملين في المركز في التكفل في أطفال التوحد، بأن هذا التكوين ليس دائما وإنما في بعض الأحيان فقط عبر دورات تكوينية خاصة مثل برنامج Teacch وهذا نستشفه من خلال قولها "ليس دائما ولكن مرة على مرة يعطوهم من طرف الوصاية باش يديرو دورات تكوينية خاصة في البرامج مثل التيتيش"teacch"

7.1.3- وسائل التكفل المتاحة بالمركز: ترى السيدة المديرية أن المركز يعتمد على إمكانياته

الخاصة من خلال تكفل المختصين بصناعة الأدوات المطلوبة لتنفيذ برنامج التدريب وتكييفها مع متطلبات البرنامج.

8.1.3 - التقييم: المركز حسب السيدة المديرية يقوم بالتقييم الدوري لعملية التكفل بأطفال التوحد

مرة كل ستة أشهر، وأن هذا التقييم يتم عن طريق الملاحظة المباشرة من طرف المختصين وبناء على خبرتهم فقط.

9.1.3- رؤية وسياسة وفكر المركز في مجال التكفل بأطفال التوحد: فيما يتعلق بهذه النقطة

فإن المركز لا يوجد لديه مخطط محدد يعتمد عليه مثلا في بناء السياسة المستقبلية للتكفل بهذا النوع من الاضطراب، وهذا لكون المركز باعتبارها مركزا مخصصا للتكفل بكل الإعاقات الذهنية وليس التوحد فقط.



2.3- ملخص المقابلة مع الأخصائي النفسي الرئيسي بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة:

من خلال المقابلة مع المعني التي أجريت بتاريخ 2018/04/23 (انظر نص المقابلة في الملحق رقم 07)، يمكننا أن نستخلص مايلي :

1.2.3- المعلومات العامة والتكوين والخبرة في مجال التوحد:

السيد "س" اخصائي نفسي بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة الذي أبدى تعاوننا كبيرا معا، يعمل بهذا المركز منذ أكثر من 08 سنوات حامل لشهادة ليسانس في علم النفس العيادي، لديه خبرة 04 سنوات كعمل مع أطفال التوحد، لم يتلقى تكوينا رسميا في مجال التوحد، وإنما عبارة عن اجتهادات شخصية، لديها معرفة باضطراب التوحد باعتباره اضطراب نمائي يمس الأطفال بعد سن الثالثة يمس التفاعل الاجتماعي للطفل

2.2.3- التشخيص: بالنسبة لعملية التشخيص، فإن المعني صرح بأنه يقوم بها المختص في

الطب العقلي للأطفال سواء عمومي أو خاص بناء إما على توجيه من المركز عن طريق رسالة توجيه، في حالة ما تقدم ولي الطفل الى مركزهم مباشرة، أو عن طريق توجه الولي مباشرة للطبيب المختص في الطب العقلي مباشرة دون المرور بالمركز، ليأتي بشهادة التشخيص باعتبارها شهادة ضرورية لقبول دخول الطفل للمركز للمتابعة والتكفل، وأن عملية التشخيص لا تستغرق وقتا طويلا ليعود الولي حاملا معه شهادة التشخيص من عند الطبيب المختص، في بعض الأحيان لا تستغرق العملية الأسبوع أو أسبوعين، وفي بعض الأحيان يوم واحد، أو نصف يوم.

كما أنه بعد تقديم التشخيص يعطى للولي موعدا آخر، ليجتمع بعدها فريق التدخل المتكون من:

✓ طبيب عام

✓ نفسانيين عيادين

✓ أطفونين من بينهم واحدة متعاقدة

✓ 02 مربيات متخصصات عن طريق ANEM تخصص تربية خاصة.

✓ مربيان غير متخصصات واحدة تخصص ماستر علم النفس العيادي وواحدة مكلفة

بالمساعدة على الإدماج تخصص علم النفس التنظيم والعمل.

لإعادة التقييم من خلال دراسة حالة للطفل، ويقررون بشأنه إما اعتماد التشخيص أو إعادة توجيهه

نحو طبيب مختص آخر في الطب العقلي لتشخيص ثان، وفي حالة ما أقر هذا الأخصائي تشخيصه



توحد، يتم اعتماد هذا التشخيص حتى ولو كان يتعارض مع ما توصل إليها فريق التدخل باعتباره المؤهل لاتخاذ القرار.

3.2.3- التدخل العلاجي والتربوي: بالنسبة لعملية التدخل العلاجي والتربوي حسب ما جاء في

المقابلة مع الأخصائي النفسي الرئيسي، فإنه تتم بالمركز من طرف فريق يتكون من:

✓ طبيب عام.

✓ نفسانيين عيادين.

✓ 02 أطفونين من بينهم واحدة متعاقدة.

✓ مربيات متخصصات عن طريق ANEM.

✓ مربيان غير متخصصات واحدة تخصص ماستر علم النفس العيادي وواحدة مكلفة

بالمساعدة على الإدماج تخصص علم النفس التنظيم والعمل.

كما صرح المعني بأن هؤلاء المختصون لم يتلقوا تكوينا في التوحد وإنما عن طريق التعلم الذاتي،

وأنه هو شخصيا تلقى دورة واحدة في برنامج PEP واختبار للتقييم. كما يرى المختص النفسي الرئيسي

أن الأولياء لا يشاركون في العملية كعضو ضمن فريق التدخل، وإنما يتم إرشادهم نفسيا وفي كيفية التعامل مع أبنائهم المصابين بالتوحد.

يتكفل المركز بسبعة 07 حالات داخليا و 08 حالات في الأقسام المدمجة في المدرسة الابتدائية

بمروانة، بعد أن تلقوا تكفلا بالمركز، تتراوح أعمارهم ما بين 07 و 10 سنوات، كما يتابع المركز أكثر

من 45 حالة عن طريق المتابعة الخارجية، وهم الذين لم يسعفهم الحظ في الدخول للمركز بسبب ضعف امكانيات الاستقبال، وأن حالتهم عادة تكون توحد من النوع المتوسط.

أما الأطفال المتكفل بهم داخليا، فإن عملية التكفل تكون يومية من 08 صباحا إلى 12 فيها ثلاث

ساعات تدخل وساعة لتناول وجبة الطعام، لينتقل الطفل بعدها لأخذ قسط من الراحة ويعود بعدها لبيته.

بالنسبة لعملية التدخل العلاجي والتربوي، تتم في شكل فردي وجماعي، حيث في البداية يتم التكفل

بالطفل فرديا عن طريق تدريب الطفل من طرف مربيته على مهارات التقليد، والتخفيف من بعض

السلوكيات كفرط الحركة والنشاط باستخدام برنامج Teacch، بتطبيق جميع مراحل في شقه المتعلق

بالفردي، ثم ينتقل الطفل للعمل الجماعي، حيث يتم اختيار أطفال المجموعة على أساس السن



والتشخيص حتى يحدث التجانس وأن أفراد المجموعة يكونون من ضمن نفس الأطفال الذين تشرف عليهم نفس المريية.

كما أنه بالنسبة للبرامج التدريبية المستخدمة في عملية التكفل، فإن المركز يعتمد فقط على برنامج Teacch لأنه هو الوحيد الذي يتقنون العمل به، وأنه لا يوجد نظام موحد تعمل به كل المراكز النفسية البيداغوجية.

4.2.3- التقييم: بالنسبة لعملية التقييم حسب ما جاء في المقابلة، فإنها تتم في شكل دوري في بعض الأحيان كل ثلاث أشهر وفي البعض الآخر كل ستة أشهر، ويتم عن طريق الملاحظة فقط واعتمادا على خبرة المختص دون استخدامات أدوات التقييم كقوائم التشخيص مثلا.

وتجدر الإشارة إلى أن المركز لا يقدم التقارير المكتوبة لنتائج التقييم الدوري للأولياء، ولا يشاركون في عملية التقييم.

5.2.3- مشاركة ودعم الأسرة: بالنسبة لهذه النقطة ومن خلال ما تم استخلاصه من المقابلة فإن الأولياء يتلقون ارشادا نفسيا في كيفية التعامل مع أبنائهم، في شكل محاضرات جماعية، كما أن أغلب هؤلاء الأولياء غير متفهمين وغير متعاونين ويعتبرون المركز كحضانة.

6.2.3 البيئة التعليمية: في هذا الجانب صرح الأخصائي النفسي بأن المركز يتوفر

على:

- ✓ قاعة للعمل الفردي والجماعي مجهزة بالكراسي وأدوات العمل كالألعاب وخزانة لوضع أغراض الأطفال وصبورة وجدول للعمل اليومي.
- ✓ مطعم ليتناول الأطفال غذاءهم.
- ✓ غياب لأدوات التقييم والتشخيص مثل قائمة CARS.
- ✓ يقدم المركز نشاطات ترفيهية للأطفال المتكفل به بشكل عام من بينهم أطفال التوحد.

7.3.2- البرامج والخدمات: بالنسبة لهذه النقطة يمكن القول من خلال ما توصلنا إليه في

المقابلة، فإن المختصين في المركز يعتمدون فقط على برنامج التيتش Teacch وأن العملية التعليمية تتم وفق ما يتطلبه هذا البرنامج من استخدام الأدوات البصرية كالألعاب ووسائل التعزيز المختلفة،



بالانتقال من مهارة إلى أخرى بعد اكتساب الأولى دون غيره من البرامج ، وأن أدوات التقييم غير متوفرة ولا يتم العمل بها.



3.3- ملخص المقابلة مع الأخصائية الأطفونوية بمروانة: يمكن تلخيص المقابلة التي أجريت مع المختصة الأطفونوية بتاريخ 2018/04/29 كما هو مبين في الملحق رقم 08 فيما يلي:

1.3.3 - المعلومات العامة والتكوين والخبرة في مجال التوحد:

الأخصائية هي حاملة لشهادة الماستر في الأطفونوية، لديها خبرة في العمل مع الأطفال التوحديين لمدة 03 سنوات بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة. حسب المقابلة التي أجريت معها، فإن المركز يتكفل ب 15 طفل منهم 08 في القسم المدمج و 07 طفلا تكفل نصف داخلي بالمركز، منها 04 حالات توحد متوسط، و 03 حالات من النوع الشديد، مع وجود متابعة خارجية لأطفال آخرين.

الأخصائية لم تتلقى تكوينًا متخصصًا في مجال التوحد، وإنما لديها خبرة فقط في التعامل مع أطفال التوحد اكتسبتها من خلال عملها في المركز لمدة ثلاث سنوات.

2.3.3-التشخيص: ترى الأخصائية أن التشخيص يقوم به الطبيب المختص في الطب العقلي

للأطفال دون غيره، ويتم ذلك خارج المركز لأن المركز لا يوظف هذا النوع من الأطباء، الذي يقوم بتشخيص الأطفال ويرسلهم إلى المركز مرفقين بالشهادة الطبية التي تثبت ذلك، والمركز يكتفي بهذا النوع من التشخيص دون إجراء تشخيص له، أو إعادته.

3.3.3-التقييم: حسب الأخصائية الأطفونوية فإن عملية التقييم تتم من طرف فريق التدخل

المتكون من الأخصائيين النفسانيين، والأطفونوية، والبيداغوجيين والمربين، كل في مجاله، حيث يتم التقييم كل ثلاثة أشهر، وفي اجتماع لفريق التدخل، يبدي كل واحد رأيه في كل حالة على حدى، وهذا عن طريق الملاحظة فقط دون استخدام أدوات التقييم كقائمة CARS. وتشمل هذه العملية تقييم المهارات كالتفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، السلوكيات النمطية والتكرارية.

4.3.3- التدخل العلاجي والتربوي: في هذا المجال حسب الأخصائية الأطفونوية فإن العملية يقوم

به فريق يتكون من الأخصائيين النفسانيين، والأطفونوية، والبيداغوجيين والمربين، فيما يتعلق بالأطفال المتكفل بهم بالمركز، فإن التكفل يكون كل يوم لمدة نصف ساعة لكل مختص، أما عن الأطفال الذين يتابعون خارجيا فيتم التكفل بهم كل 21 يوم عن طريق التقييم فقط والإرشاد الأسري والمرافقة الوالدية.



كما أن التكفل النفسو حركي غير موجود بسبب غياب المتخصص رغم وجود القاعة المخصصة لذلك، وأن تدخلها يتم يوم في الأسبوع فقط. وأكدت الأخصائية الأطفونوية على أنها نظرا لعدم توفر وسائل العمل فهي تعمل كمربية فقط، نظرا لانعدام الإمكانيات للعمل كأخصائية أطفونوية.

5.3.4- الخدمات والبرامج:

ومن ناحية برامج العمل، أشارت الاخصائية أنها تعمل فقط ببرنامج Teacch.

6.3.3- البيئة التعليمية: ترى الأخصائية الأطفونوية أن البيئة لا تتوفر على الوسائل اللازمة

للعمل من اختبارات ومقاييس التشخيص والتقييم وأن التقييم يتم فقط بالملاحظة المباشرة، وبالاعتماد على الخبرة الذاتية، وبالنسبة للقاعة البيداغوجية المخصصة للعمل الفردي، فالمركز يتوفر على قاعة واحدة يتم فيها العمل الفردي والجماعي مع بعض، مجهزة بكراسي دون المثيرات البصرية مثل الصور التي تمكن الطفل من التعرف على مكان جلوسه.

7.3.3- مشاركة ودعم الأسرة: في هذا المجال وحسب الاخصائية الأطفونوية، فإن إشراك الأولياء

في عمل التكفل بأبنائهم ليس دائما، وإنما حسب ما يقرره المختص القائم على عملية التكفل، ويتم هذا من خلال المرافقة الوالدية " La guidance parentale"، وأن الأولياء لا يتلقون تكويننا بالمركز حول ماهية اضطراب التوحد وكيفية التكفل به.



4.3- ملخص المقابلة مع الأخصائية النفسانية رئيسة المصلحة البيداغوجية بالمركز النفسي

البيداغوجي باتنة1: يمكننا أن نلخص هذه المقابلة التي أجريت بتاريخ 2018/05/03 كما هو مبين في الملحق رقم 09 عن النحو التالي:

1.4.3 - المعلومات العامة والتكوين والخبرة في مجال التوحد:

الأخصائية النفسانية رئيسة المصلحة البيداغوجية بالمركز النفسي البيداغوجي باتنة1، حاصلة على شهادة الليسانس في علم النفس العيادي وتتابع دراستها الأكاديمية في السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس الصحة بجامعة باتنة 1، وهي الآن في نهاية تحضيرها لمذكرة التخرج، لديها خبرة 10 سنوات عمل مع ذوي الإعاقة الذهنية في المركز النفسي البيداغوجي بباتنة، ومدة عامين في التكفل بأطفال التوحد، لم تتلقى تكويناً في التوحد سواء من الناحية الأكاديمية أو في إطار الدورات التدريبية ماعدا دورة في برنامج PEP وهو قائمة تقديرية لتقييم درجة التوحد، وترى الأخصائية أنها كانت ليوم واحد وغير مجدية.

2.4.3- عدد الحالات المتكفل بها بالمركز: بالنسبة للحالات المتكفل بها بالمركز النفسي

البيداغوجي بباتنة1، فحسب الأخصائية النفسانية، يقدر عددهم بثمانية وعشرين (28) حالة من 11 حالة يتكفل بها عن طريق النظام النصف داخلي و17 حالة في القسمين المدمجين بكل من المدرستين الابتدائيتين، عرار وسومية، كما يسجل المركز 63 حالة يتابعها خارجياً.

3.4.3- التشخيص: بالنسبة للتشخيص فإن المركز لا يقوم بالتشخيص، وإنما يعتمد على

الشهادة الطبية التي يسلمها الطبيب المختص في الأمراض العقلية للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالمعذر.

4.4.3- التقييم: في المركز يقوم الفريق المعني بعملية التقييم، ويتكون من الاخصائي النفسي،

والأرطفوني، والطبيب العام للمركز، بالإضافة إلى المربيّات بالاعتماد على الملاحظة فقط، وهذا التقييم يتم كل سنة (06) أشهر.

5.4.3- التدخل العلاجي والتربوي: عملية التدخل يشرفها عليها فريق يتكون من الأخصائيين

النفسانيين، والأرطفونيين، والمربيين، وطبيب عام بالمركز، وتتم بشكل يومي لمدة نصف يوم، بمعدل ساعة لكل أخصائي، يتم فيها العمل ببرنامج Teacch من خلال العمل على اكتساب الطفل المهارات التسعة المنصوص عليها في برنامج Teacch وهي:



- ✓ التقليد.
- ✓ الإدراك الحسي.
- ✓ الحركات الكبرى.
- ✓ الحركات الدقيقة.
- ✓ تآزر العين واليد.
- ✓ المعرفي العملي.
- ✓ المعرفي اللفظي.
- ✓ الاجتماعيات.
- ✓ العناية بالذات.

وأن الانتقال من مهارة إلى أخرى يتم حسب إتقان الطفل للمهارة التي قبلها.

6.4.3- البيئة التعليمية: المركز يتوفر على 11 قاعة للتكفل بمختلف الإعاقات منها واحدة

مخصصة للتكفل بأطفال التوحد مجهزة ب طاوولاتلا تحتوي على مشيرات بصرية تدل على مكان جلوس الطفل، وكراسي وألعاب، حيث يتم العمل فيها عن طريق العمل الفردي والجماعي.

7.4.3- مشاركة ودعم الأسرة: المركز يقدم لأولياء الأطفال المتكفل بهم المساعدة النفسية

بالإضافة إلى كيفية التعامل مع أبنائهم عن طريق المرافقة الوالدية الدورية، غير أنه لم لا تقدم أي تقارير مكتوبة لأولياء بخصوص وضعية حالة أبنائهم بعد التقييم الدوري.

8.4.3- تقييم المختصة لعملية التكفل بالمركز: ترى الأخصائية أن عملية التكفل بالمركز مقبولة

بالنظر إلى الامكانيات المتاحة لهم من الناحية البشرية والمادية، وهي لا تفي بالعرض المطلوب لعملية التدخل العلاجي والتربوي، ولكن تضمن الحد الأدنى للتكفل من خلال قولها "خير من مكانش"



5.3- ملخص المقابلة مع الطيبة المختصة في الطب العقلي للأطفال بمصلحة الطب العقلي

للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية للأمراض العقلية بالمعذر: ما يمكن استخلاصه من هذه المقابلة التي أجريت بتاريخ يوم 02 /06/ 2019)، كما هو مبين في الملحق رقم 11 ما يلي:

1.5.3- المعلومات العامة والتكوين والخبرة في مجال التوحد:

الدكتورة بودليو هي طبيبة متخصصة في الطب العقلي للأطفال، بعد أن تخرجت كطبيبة في الطب العقلي تابعت تكويننا متخصصا في الطب العقلي للأطفال في مستشفى الأمراض العقلية بقسنطينة كتكويننا مكملًا لشهادة التخصص، وهي رئيسة المصلحة.

الطبيبة حاملة لشهادة طبية متخصصة في الطب العقلي للأطفال منذ سنة 2014، وتلقت دورات تدريبية في برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA، برنامج فلور تايم Flowertime، كما أن فريق التدخل بالمصلحة التي تعمل بها الطيبة والمسئولة على إدارتها له تكوين أكاديمي في التخصص، دون تكوين متخصص في التوحد وكيفية التعامل معه، إلا من خلال الخبرة التي يكتسبونها من خلال عملهم معها أو مع الطبيب المتخصص في الطب العقلي العامل معها.

2.5.3 - التشخيص: حسب الطيبة، فإن عملية التشخيص واتخاذ القرار هي من تقوم به بناء

على الميزانيات الثلاث الطبية، والنفسية، والأرطوفونية، حيث تتكفل هي بإعداد الميزانية الطبية للطفل بالإضافة على الإشراف العام على عملية التشخيص واتخاذ القرار النهائي بشأنه، أما الميزانية النفسية المختص النفسي الذي يجري تقييمًا معتمدًا على بطاقة التقييم المعدة خصيصًا Fiche d'évaluation (انظر الملحق رقم 17)، بالاعتماد على الملاحظة والخبرة ولقطات الفيديو التي تطلب من الأولياء، ونفس العملية يقوم بها الأخصائي الأرطوفوني بتقييم المهارات اللغوية، حيث يتم الاعتماد في التشخيص على المعايير التي جاء بها الدليل الأمريكي الخامس التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSMV)، حيث لا تستغر هذه العملية أكثر من ساعتين حسب ما جاء في المقابلة مع الطيبة. والتي تراها كافية لعملية التشخيص.

3.5.3 - التقييم: التقييم يتم بشكل دوري كل 15 يوم لتقييم مدى تحسن الطفل واكتساب المهارة

المطلوبة في تلك الفترة، وكل ستة أشهر يطبق CARS، تعتمد على الملاحظة فقط وهذه لكثرة عدد الأطفال المتكفل بهم، كما جاء على لسان الطيبة في قولها "ولا يمكننا تطبيق الاختبارات التقييمية في



قلة الإمكانيات البشرية مثلا أنا طبيبة واحدة أتكفل بما لا يقل عن 70 طفل يومي ولدينا الألاف من الحالات فمثلا سنة 2018 سجلنا 936 حالة جديدة".

عملية التقييم حسب الطبية تشمل المهارات التالية:

- ✓ التفاعل الاجتماعي.
- ✓ مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية.
- ✓ السلوكيات التوحيدية (النمطية، الاهتمامات، الأنشطة).
- ✓ مهارات اللعب.
- ✓ مهارات الاستقلالية.
- ✓ التكامل الحسي .

4.5.3 - التدخل العلاجي والتربوي: عملية التدخل التربوي يشرف عليها مربين وهو نفسهم

الأخصائيين النفسانيين، نظرا لعدم وجود مربيات متخصصات، وهذا لأن القانون لا يسمح بتوظيف هذا النوع من المهن في الصحة العمومية، مع أخصائيين أطفونيين تحت الإشراف المباشر للطبيبة نفسها. يتم استخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي في عملية التكفل ABA، وهذا يعود لاتقانه من طرف الطبية والمختصين وليس باعتباره برنامج مقررا من طرف الوصاية.

تتم عملية التكفل في شكل ثلاث أنواع من التكفل هي:

النوع الأول: التكفل اليومي أو ما يعرف بالمستشفى النهاري Hôpital de jour، يتم التكفل فيه

بالحالات الجديدة لمدة حصة في اليوم خلال 15 يوما قابلة للتجديد، فإذا تحسن الطفل ينقل الى النوع الثاني الذي سوف نتحدث عنه بعد قليل وإذا لم يتحسن يتم تجديد المدة

النوع الثاني: يتم التكفل فيه بمعدل حصة كل 15 يوم، وهم الأطفال الذين تم التكفل بهم في

البداية في المستشفى النهاري.

النوع الثالث: ويتم كل شهر أو كل ثلاث أشهر لأصاحب المتابعة الخارجية فقط.

على الرغم من إدراك الطبيبة أن برنامج ABA يتطلب حجم زمني لا يقل عن 30 ساعة أسبوعيا

على الأقل، إلا أنها عملت على تكيف هذا البرنامج حسب ظروف العمل في ظل العدد الهائل للأطفال

المتكفل، بهم وفي ظل الإمكانيات المتوفرة، فهي كما قالت " فنحن نعمل وفقا ما هو متاح".



يتم التكفل بالأطفال التوحديين، في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر بشكل فردي وجماعي. بالنسبة للعمل الفردي لكل طفل أخصائية نفسانية تتكفل به، وتقوم بتعليم المهارات الفردية كالتقليد مثلا، ولما يكتسب هذه المهارات ينتقل الطفل للعمل الجماعي، أما في العمل الجماعي، فيتم اختيار أفراد المجموعة على أساس:

✓ عمر الطفل.

✓ قدراته المعرفية والعقلية.

✓ درجة اضطراب التوحد لديه.

✓ حسب التوقيت الذي يناسب كل ولي.

بالنسبة للعمل الجماعي لا يتم فيه مراعاة تفويج الأطفال حسب المربية التي قامت بالعمل الفردي معهم، وإنما يعتمد حسب الطيبة على استراتيجية التدوير بين المربيات كما جاء في قولها "يعني كل سمانة مع مربية حتى يتعود الطفل على كل المربيات." ولا ترى مشكلة حسبها في هذا ولا تأثير له في حدوث الانتكاسة للطفل، كما صرحت أنها تكفي ساعة واحدة لربط العلاقة مع الطفل. كما يتم إعطاء واجبات منزلية في شكل تمارين يومية للأولياء للقيام بها مع أبنائهم ذوي اضطراب التوحد.

5.5.3- البيئة التعليمية: بالنسبة لمصلحة الطب العقلي حسب الطيبة فإنها تتوفر على 04

قاعات، واحدة مخصصة للملاحظة، وواحدة للتكفل الأرفقوني، وواحدة للعمل البيداغوجي، وواحدة للعمل الحسي الحركي، وهي قاعات لا تتوفر على الإمكانيات اللازمة للعمل، وإنما حسب الإمكانيات الخاصة التي يوفرها المختصون.

6.5.3- مشاركة الأسرة ودعمها المصلحة حسب الطيبة تقدم الإرشاد الدوري للأوليا في شكل

حصة جماعية تقدم لهم فيها النصائح في كيفية التعامل مع ابنائهم وشرح كامل لبرنامج ABA، وأيضا العلاج النفسي، وحتى العلاج الدوائي في حالات الاكتئاب لدى الأولياء، حيث صرحت الطيبة أن مصلحتها سجلت العديد من حالات الاكتئاب عند الأمهات، وحتى حالة محاولة الانتحار بسبب الوضع الذي تعانيه الأم من جراء ما يعانيه ابنها ولوم الآخر لها.



كما أن التعامل مع الأولياء يكون من خلال مواعيد طبية لأبنائهم فقط دون القيام بزيارات ميدانية لمراقبة مدى تنفيذ الأولياء للتمارين المكلفين بالقيام بها مع أبنائهم ذوي اضطراب التوحد، وهذا لعدة أسباب منها:

✓ تقاليد المجتمع التي ترفض هذا النوع من الزيارات

✓ القوانين الإدارية والبيروقراطية التي تمنع على الموظف مغادرة مكان عمله كما قالت "

فنحن هنا ندخل بالبوانتاج ونخرج بالبوانتاج"

من ناحية تقديم التقارير للأولياء حول تقدم حالة أبنائهم، ترى الطبيبة أنهم يتلقون تقارير شفوية فقط أما الكتابية حسب طلب الولي.

7.5.3 - الإدماج: بالنسبة للإدماج فحسب الطبيبة لا يوجد ادماج نهائي وحقيقي، ولا تستشار

في هذه العملية بتاتا، وكل ما تقوم به هو اصدار شهادات بقابلية الطفل للإدماج من عدمها، وأن هذا الإدماج الذي يتحدثون عنه هو عبارة عن اقسام خاصة للتوحيدين في مدارس عادية لا أكثر ولا أقل، كما أن مدراء المدارس لا يعترفون بالشهادات التي تمنحها للأولياء.

وفيما يتعلق بالإشراف الطبي المتخصص بالنسبة للمؤسسات الأخرى المعنية بالتكفل مثل المراكز النفسية البيداغوجية ونظرا لأن هذه المؤسسات لا تقوم بالتشخيص والمتابعة الطبية، فإن الطبيبة صرحت بأنها لا علاقة لها بهذه المؤسسات ولا المصلحة فكل ما هناك هو أنها نتلقى رسائل توجيه من طرفهم لأولياء الأطفال لتقوم بالتشخيص فقط، وانها ليست عضوة في أي فريق تكفل بهاته المؤسسات.



6.3 - ملخص المقابلة مع الأخصائية النفسية في مستشفى المعذر:

ما يمكن استخلاصه من خلال المقابلة مع الأخصائية النفسية "ع" العاملة في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية للأمراض العقلية بالمعذر التي أجريت معها بتاريخ 2018/06/24 كما هو مبين في الملحق رقم 10 هو الآتي:

1.6.3- في مجال التكوين والخبرة: الأخصائية النفسانية لديها ليسانس في علم النفس العيادي،

تعمل في مصلحة الطب العقلي للأطفال منذ أكثر من ثلاث سنوات مع أطفال التوحد كأخصائية نفسانية بالإضافة إلى مربية بسبب عدم وجود مربيات في المصلحة، كما أنها لم تتلقى تكويناً في التكفل باضطراب التوحد، وإنما من خلال خبرتها التي اكتسبتها في الميدان.

2.6.3- التشخيص: بالنسبة لعملية التشخيص ترى الأخصائية النفسانية أن التشخيص يتم من

خلال طلب ثلاث ميزانيات، هي الميزانية الطبية بطلب العديد من التحاليل الطبية وكذلك بعض الأشعة مثل التخطيط الدماغي EEG، الميزانية النفسية التي يتم فيها تقييم السلوكيات التالية:

✓ السلوك: فرط الحركة والنشاط.

✓ الحركات.

✓ التقليد.

✓ العلاقة مع الأم والتركيز عليها خاصة في البداية.

✓ التواصل اللفظي وغير اللفظي.

والميزانية الأرواقونية من حيث تقييم المهارات اللغوية عند الطفل.

حيث تسير هذه العملية على النحو التالي:

يأتي الطفل في اليوم الأول رفقة وليه، وبعد ملاحظته من طرف الطبيب المختص في الطب العقلي يطلب منه إجراء بعض التحليل وبعض الأشعة كالتخطيط الدماغي، ثم يقوم المختص النفسي بأجراء تقييم للحالة، ونفس الشيء بالنسبة للمختص الأرواقوني، ليعطى للطفل بعدها موعداً بعد 15 يوماً، ليعود مرة ثانية إلى المصلحة مرفوقاً بالتحليل الطبية والأشعة التي طلبت منه. بعدها يقوم الطبيب المختص في الطب العقلي باتخاذ القرار بتشخيصه إما توحد أو لا، ويقرر أيضاً في حالة ما تم تشخيص توحداً إما إبقائه في المتابعة الخارجية التي تتم كل 15 يوماً وفي بعض الأحيان شهر أو حتى أكثر من



شهر، وإما وضعه في المتابعة الداخلية عن طريق الاستشفاء النهاري "Hopital de jour" لمدة 15 يوما حسب الحالة، ليحول بعدها للمتابعة الخارجية

3.6.3 - التقييم: من خلال المقابلة يتضح أن التقييم يتم كل 15 يوما بالنسبة للمتابعين داخليا

عن طريق الاستشفاء النهاري أي بعد اكتمال المدة المحددة بـ 15 يوما للتكفل الداخلي، ومن ثم تصبح العملية كل 15 يوما، أو شهر أو أكثر حسب الحالة وحسب طاقة استيعاب المصلحة من خلال استخدام الملاحظة فقط.

4.6.3 - التكفل: بالنسبة لهذه العملية فنتم حسب ما استخلصناه من المقابلة مع الإخصائية

النفسية "ع" أنها تتم من خلال برنامج التدخل المكثف ABA، وأنها تتم كل يوم بالنسبة للمتكفل بهم داخليا لمدة 15 يوم بمعدل ساعة يوميا، تقسم على المختصين القائمين على عملية التكفل وهم:

✓ الطبيب المختص في الطب العقلي.

✓ الأخصائي النفسي.

✓ المختص الأرطفوني.

كما أن دور الأخصائي النفسي يقتصر فقط على التقييم والتربية، حيث يقوم بدور المربي نظرا لغياب المربيات في المصلحة.

5.6.3 - مشاركة ودعم الأسرة: في هذا المجال لا يتلقى الأولياء أي تكوين، ولا يتم اشراكهم في

العملية التكفلية إلا في المرحلة الأولى المتعلقة باكتساب العلاقة مع الأم من خلال اللعب الحر مع الطفل، كما أن الأولياء لا يقدم لهم أي تقرير حول تقدم حالة ابنهم.

6.6.3 - البيئة التعليمية: المصلحة تحتوي على ثلاث ورشات مجهزة بتجهيزات قليلة هي:

✓ ورشة العمل الحر.

✓ ورشة العمل النفسو حركي.

✓ القاعة الثالثة مخصصة للعمل البيداغوجي مع الطفل أي التعليم.



7.3 - عرض ملخص المقابلة مع المختصة الأطفونيا بجمعية الطفولة السعيدة:

ما يمكن استخلاصه من خلال المقابلة مع الأخصائية الأطفونيا العاملة بجمعية الطفولة السعيدة

كما هو مبين في الملحق رقم 12 ما يلي:

1.7.3 - في مجال التكوين والخبرة: الأخصائية الأطفونيا لديها ليسانس في الأطفونيا، تعمل

في جمعية الطفولة السعيدة بهذه الصفة، بالإضافة إلى مربية منذ أكثر من ثلاث سنوات مع أطفال التوحد، وأنها لم تتلقى تكويناً في التكفل باضطراب التوحد وإنما من خلال خبرتها التي اكتسبتها في الميدان.

2.7.3 التشخيص: بالنسبة لعملية التشخيص ترى الأخصائية الأطفونيا أن التشخيص يتم من

خلال الميزانية النفسية والأطفونيا بالجمعية دون الميزانية الطبية التي يتم اللجوء إليها فقط في حالة الشك، بالاعتماد على أداة مصممة من طرف الجمعية، وهي عبارة عن بطاقة تقييم (انظر الملحق رقم 16)، وكذلك الملاحظة المباشرة للطفل وسلوكه.

3.7.3 التقييم: يتم التقييم حسب الأخصائية الأطفونيا بشكل دوري كل ثلاث أشهر باستخدام

بطاقة التقييم والملاحظة وكذلك قائمة CARS، بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة والمقابلة مع الأولياء

4.7.3 التكفل: بالنسبة لهذه العملية، فتم حسب ما استخلصناه من المقابلة مع الأخصائية

الأطفونية، من خلال برنامج التدخل Teacch، وأنها تتم كل يوم بالنسبة للمتكفل بهم داخليا لمدة نصف يوم، ومرة كل أسبوع بمعدل من 02 إلى ثلاث ساعات بالنسبة للأولياء الذين يقطنون في أماكن بعيدة ولا تسمح لهم الظروف بذلك، ويشرف على العملية مختصون نفسانيون وأطفونيين.

حيث تتم على النحو التالي:

بعد عملية التشخيص والتأكد من إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد يتم تقييم حالته الاجتماعية، والمعرفية والسلوكية ويتم ادماجه في الفوج (المجموعة) التي تتناسب مع قدرته المعرفية، حيث يتم الاعتماد على التكفل الجماعي على العموم، أما التدخل الفردي فيكون حسب الحالة إذا كانت متأخرة في التعلم مقارنة بزملائها يتم اللجوء في هذه الحالة إلى التدخل الفردي لتكثيف عملية التدخل حتى يلتحق الطفل بمستوى زملائه.

كما أن الجمعية لا تتكفل فقط بأطفال التوحد وإنما بأطفال متلازمة داون، وترى الأخصائية

الأطفونيا أن المجموعات هي ليست كلها من أطفال التوحد، وإنما مزيج بينهم وبين أطفال متلازمة



داون، وترى أيضا أن هذا المزج لا يؤثر على عملية التكفل بأطفال التوحد لطالما أن كل الاطفال يعانون من نفس المشكلة وهي صعوبات في التعلم ومشكلات في اللغة.

5.7.3- مشاركة ودعم الأسرة: في هذا المجال ترى الأخصائية الأطفونية أن الأولياء يتلقون

الدعم والإرشاد النفسي والأسري بشكل دوري كل نهاية أسبوع في شكل حصة أو اجتماع معهم لتقييم حالة ابنائهم واعطائهم الإرشاد والتوجيه اللازم لكيفية التعامل مع ابنائهم.

6.7.3 - البيئة التعليمية: حسب الأخصائية الأطفونية الجمعية تتوفر على:

✓ مكتب للتشخيص.

✓ ثلاث أقسام للتدريس والتدريب.

✓ مطعم صغير.

✓ قاعة للعمل الفردي.

7.7.3 الإدماج: فيما يخص الإدماج فحسب الأخصائية الأطفونية، فإن الجمعية تقوم الآن

بتجربة عن طريق اعداد قسم من الأطفال التوحديين وذوي متلازمة داون هو قسم السنة أولى ابتدائي يتم فيه تعليم هؤلاء الاطفال وفق المنهاج التعليمية المحدد من طرف وزارة التربية الوطنية ومكيف وفقا لحالة هؤلاء المرضى، ولكن في الجمعية وليس في الوسط المدرسي العادي.



8.3 - عرض حوصلة لنتائج المقابلات مع الكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد

بالمؤسسات المعنية بالدراسة

1.8.3 - الرؤية الفكر والرسالة:

جدول رقم 09 يوضح النتائج المتعلقة برؤية المؤسسة وفكرها وسياستها اتجاه التكفل بأطفال

التوحد والمتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التوحد بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة.

| النسبة المئوية | المجموع | جمعية الطفولة السعيدة | م.ع.م.إ.م. أمراض العقلية بالمعذر | المركز النفسي البيداغوجي مروانة | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | المؤسسة |
|----------------|---------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | المعيار |
| %0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد |
| %0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | الرؤية والفكر والرسالة والأهداف ملائمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد |
| %0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها |
| %0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين وأعضاء مجلس الإدارة وهيئة التدريس، المعلمون، أولياء الأمور) |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 09 من خلال المقابلات مع بعض المختصين

والكوادر العاملة في مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة كما هو مبين في

الجدول رقم يتضح جليا أن هذه المؤسسات ليست لها مخططات أو سياسة معينة موثقة للتكفل بأطفال

التوحد وإنما تعمل فقط المعطيات المتوفرة لديها.



2.8.3 - الكوادر العاملة:

الجدول رقم 10 يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التوحد بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة. المتعلقة بالكوادر العاملة

| المعالج الطبيعي | أخصائي التغذية | المعالج الوظيفي | الطبيب العقلي للأطفال | النفسي | أرطفوني | المربي المتخصص | البيداغوجي | رئيس المصلحة | التخصص المؤسسة |
|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------|---------|----------------|------------|--------------|------------------------------------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | م.إ.ع.م.إ.م. أمراض العقلية بالمعذر |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | المجموع |
| %0.00 | %0.00 | %0.00 | %20 | %100 | %100 | %60 | %60 | %100 | انسيبة المنوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 10 فيما يتعلق بالكوادر العاملة فإننا نلاحظ أن هذا المعيار لم يتحقق من ناحية:

✓ عدم توفر المراكز النفسية البيداغوجية وجمعية الطفولة السعيدة على طبيب عقلي للأطفال، حيث تشير النتائج المتحصل عليها في هذا الجدول أن نسبة تحقق هذا المؤشر قدرت بـ 20 % فقط، حيث تتوفر فقط كل من مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر على طبيب عقلي يشرف على عملية التشخيص والتكفل.

✓ عدم توفر المربين والبيداغوجيين بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، وكذا الجمعيات حيث يقوم بهذا الدور إما أخصائيين نفسانيين أو أرطفونيين، حيث تشير النتائج إلى نسبة تحقق هذا المؤشر قدرت بـ 60 %، جلمهم على مستوى المراكز النفسية البيداغوجية.



- ✓ أما بالنسبة للمعالج الوظيفي، المعالج الطبيعي، أخصائي التغذية، والاختصاصي النفسي الحركي فكل المؤسسات لا تتوفر على هذا النوع من الكوادر.
- ✓ أما بالنسبة للأخصائيين النفسيين، والأطرفونيين، ورؤساء المصالح المختصين، فقد تحققت هذه المؤشرات بنسبة عالية، قدرت ب 100 % بالنسبة للأخصائيين النفسيين، ورؤساء المصالح، 100% بالنسبة للأطرفونيين.
- ✓ كما تتوفر المراكز النفسية البيداغوجية على طبيب عام يشرف على الصحة العامة لكل أطفال المركز.
- أما من ناحية الخبرة في مجال التوحد فإن نتائج المقابلات أشارت في مجملها إلى أن كل الإطارات لها خبرة في مجال العمل مع أطفال التوحد تفوق 04 أشهر على الأقل، أما من ناحية التكوين في مجال التوحد فإن أغلب الإطارات لم يتلقوا تكوينًا متخصصًا في مجال التوحد وإنما عبارة عن دورات صغيرة الحجم الساعية في أغلبها في برنامج Teacch.



3.8.3- عرض النتائج المتعلقة بالتشخيص:

1.3.8.3- عرض النتائج المتعلقة بالفريق المتعدد التخصصات القائم على عملية التشخيص:

جدول رقم 11 يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين فيما

بالفريق المتعدد التخصصات

| النسبة المئوية | المجموع | المعالج الطبيعي | أخصائي التغذية | المعالج الوظيفي | النفساني | أرطفوني | البيداغوجي | الطبيب العقلي للأطفال | المؤسسة |
|----------------|---------|-----------------|----------------|-----------------|----------|---------|------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 60% | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 |
| 60% | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 |
| 60% | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 40% | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 40% | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر |

*ملاحظة: بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية فإن التشخيص يتم من طرف الطبيب العقلي خارج المركز إما الولي يتوجه مباشرة لهذا المختص، أو عن طريق التوجيه من طرف المركز لأن هذه المراكز لا يوج بها طبيب عقلي للأطفال.

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 11، نلاحظ أن الفريق المتعدد التخصصات المعني بعملية تشخيص التوحد، من حيث التعدد قد تحقق بنسب مختلفة ما بين 40 و 60 % حيث نلاحظ أنه بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية، فقد تحقق المؤشر بنسبة 60 %، أي توفر 03 تخصصات من أصل 07، غير أن عملية التشخيص يشرف عليها فقط الطبيب العقلي من خارج المؤسسة، التي تتم في ظرف أسبوع أو أسبوعين وفي بعض الأحيان في نصف يوم، كما جاء في المقابلة مع المختص النفسي الرئيسي بمروانة، وحتى من خلال المقابلة مع المختص في الطب العقلي بمصلحة طب الأطفال العقلي بالمعذر التي أشارت أن عملية التشخيص تجرى في خلال ساعتين وهي كافية، وهذا حسبها بناء على الخبرة التي اكتسبتها. بينما يكتفي باقي المختصون وهم البيداغوجي، النفسانيون والأرطفونيين بالتقييم



4.8.3 - التقييم:

1.4.8.3 - أدوات التقييم المستخدمة

جدول رقم 13 يوضح النتائج المستخلصة من المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة

في مجال التكفل بأطفال التوحد بمؤسسات التكفل بهذه الفئة من الأطفال المعنية بالدراسة

| عدد أفراد العينة | الملاحظة المباشرة | استخدام قوائم تقييم التوحد (مثل CARS و PEP) | المؤسسة |
|------------------|-------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| 05 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 |
| | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 |
| | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| | 1 | 1 | جمعية الطفولة السعيدة |
| | 1 | 1 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر |
| | 05 | 02 | المجموع |
| | 100% | 40% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذا الجدول رقم 13، فإننا نلاحظ أن عملية التقييم تتم في أغلب المؤسسات عن طريق الملاحظة المباشرة لسوك الطفل، بنسبة 100 % بينما نجد استخدام أدوات التقييم مثل CARS، و PEP، بنسبة 40%، حيث يتم استخدامها فقط في كل من جمعية الطفولة السعيدة ومصحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، بينما بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، فإن التشخيص يتم من خلال الاعتماد على بطاقة تقييمية معدة من طرف المصلحة (انظر الملحق رقم 17)، بالإضافة إلى الفيديوهات المصورة من طرف الأولياء التي توضح سلوكيات أبنائهم في البيت، بالإضافة إلى الميزانية الأرففونية، أما في المراكز النفسية البيداغوجية فإن التشخيص يتم خارج هذه المؤسسات، التي تكتفي بالتقييم فقط.

2.4.8.3 - عرض نتائج التقييم الدوري: من خلال النتائج المتحصل عليها في المقابلات مع

بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة المعنية بالدراسة، فإن التقييم يتم كلا ثلاث أشهر وفي بعض الأحيان كل ستة أشهر في أغلب المؤسسات.



3.4.8.3 - عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة بعملية التقييم:

من خلال النتائج المتحصل عليها في المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد بالمؤسسات المعنية بالتكفل بهذه الشريحة من الأطفال كما هو مبين ملخصات المقابلات، فإننا نلاحظ أن أغلب المختصين يؤكدون على أن كل المهارات يتم تقييمها، وهي مهارات: التفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، اللعب، السلوكيات التوحيدية، الاستقلالية، والتكامل الحسي، غير أنه في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، فالتقييم يمس المهارات التالية: التفاعل الاجتماعي، مهارات التواصل، مهارات اللعب، وبعض المهارات الأخرى هي فرط النشاط، والانتباه، ومشاركة الأولياء

5.8.3- عرض النتائج المتعلقة بالبيئة التعليمية: بالنسبة للبيئة التعليمية فقد صرح جميع

المستجوبين من المختصين الذين أجريت معهم المقابلات بأن البيئة التعليمية غير ملائمة ولا تتوفر على الوسائل اللازمة للعمل مثل أدوات التقييم، المرافق الضرورية لذلك مقارنة بالعدد الهائل للأطفال المعنيين بعملية التكفل.

6.8.3- عرض نتائج عملية التدخل والتدريب: بالنسبة لهذه العملية فإن التكفل في المراكز

النفسية البيداغوجية يتم في شكلين الأول نصف داخلي حيث يتم قبول بعض الأطفال في هذا النوع بناء على قرار المجلس البيداغوجي للمؤسسة وحسب حالة الطفل، حيث يتم التكفل بالطفل في شكل نظام دراسي يومي لمدة نصف يوم بمعدل ثلاث ساعات تدخل في اليوم من الأحد على الخميس يستفيد بعدها الطفل من وجبة غداء وفترة راحة أي بحجم ساعي أسبوعي أقل من 21 ساعة في الأسبوع مقسمة بين المختصين، فيما نجد عملية التكفل بالجمعيات بمعدل حصة واحدة في الأسبوع، أما في مصلحة الطب العقلي للأطفال فعملية التكفل تتم في شكلين، ففي البداية يتم التكفل بالطفل يوميا لمدة 15 يوما بمعدل ساعتين في اليوم مقسمة بين المختص النفسي والأرطفوني ويشرف فيها المختصين النفسيين كمربين لعدم إمكانية توظيف المربين المختصين في هذا المؤسسة بسبب المانع القانوني، لينتقل بعدها الطفل إلى التكفل عبر المواعيد الطبية بمعدل حصة لكل 15 يوما، ثم يتوسع الموعد لحصة كل لشهر ثم حصة كل شهرين حسب الحالة، وهذا بسبب العدد الهائل للأطفال المتكفل بهم وقلة الغمكانيات المتوفرة.



7.8.3 - الدمج والخدمات الانتقالية:

جدول رقم 14 يوضح النتائج المتعلقة بعملية الدمج الخدمات الانتقالية المستخلصة من خلال المقابلات مع بعض المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد العاملين بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة بولاية باتنة:

| الرقم | المعيار | المركز النفسي البيداغوجي با11ة1 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | جمعية الطفولة السعيدة |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 1. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحديين وأسرهمل للإطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للاطفال غير التوحديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. | المعلمون في مدرسة الدمج لديهم معلومات عن اضطراب التوحد | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. | يتم تحديد المهارات الأخرى التي يحتاجها الطفل التوحدي ليتماشى مع زملائه العاديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. | يتم تكيف البيئة التعليمية (الصف التعليمي) الجديدة وفقا لمتطلبات وخصائص الطفل التوحدي مثل ضبط المنثيرات الحسية والألوان وتوفير الأدوات اللازمة. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. | يتلقى الطفل خدمات إضافية من المركز المختص مثل استمرارية التكفل وتعديل السلوك | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 14 ومن خلال المقابلات المشار إليها أعلاه فإن عملية الدمج بمفهومها الحقيقي، أي دمج الأطفال التوحديين المتكفل بهم في المدارس العادية في الوسط الدراسي العادي مع أقرانهم التلاميذ العاديين غير موجود، وإنما هي عبارة عن أقسام خاصة بها أطفال توحديين يشرف عليهم مربين من المراكز النفسية البيداغوجية، سميت هذه المراكز بالأقسام



الدمجة، وهي عبارة عن أقسام خاصة موضوعة داخل مدارس ابتدائية عادية دون أن يوجد إدماج حقيقي للطفل التوحيدي المتكفل به، أما بقية المؤسسات مثل الجمعيات أو مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر فهي لا تهتم بعملية دمج الأطفال التوحيدين، وإنما تصدر شهادات للأولياء تصرح بها أن الطفل قابل للإدماج منه عدمه وباقي العملية تقع على عاتق الوالي.

8.8.3 - مشاركة ودعم الأسرة: من خلال النتائج المتوصل إليها في المقابلات مع بعض

المختصين والكوادر العاملة في مجال التكفل بأطفال التوحد العاملين بمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة كما هو مبين في ملخصات المقابلات، فإن أولياء أطفال التوحد المتكفل بها في كل مؤسسة يتلقون إرشادا أسريا في كيفية التعامل مع أبنائهم مع مشاركتهم في عملية التكفل بأبنائهم من خلال تكليفهم بتمارين للقيام بتنفيذها مع أبنائهم في البيت.



4 - عرض النتائج المتعلقة بالاستبيان الموجه للمتخصصين العاملين في مجال التكفل باطفال

التوحد بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة.

1.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الكوادر العاملة

1.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالخبرة المهنية

جدول رقم 15 يوضح النتائج حسب الخبرة المكتسبة في مجل العمل مع الأطفال المتوحدين

| المجموع | أقل من 04 أشهر | أكثر من 04 أشهر | المؤسسة |
|---------|----------------|-----------------|--------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 7 | 0 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية تواصل |
| 3 | 0 | 3 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| 43 | 0 | 43 | المجموع |
| %100 | %0 | %100 | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 15 أعلاه نلاحظ أن كل المختصين العاملين

في مجال التكفل بالتوحد في مؤسسات التكفل يتوفرون على خبرة أكثر من 04 أشهر، وهي الخبرة

المطلوبة في المعايير الدولية في هذا المجال، أي بنسبة تحقق قدرت 100% لمؤشر الخبرة.



2.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالتكوين: التعليق على الجدول:

جدول رقم 16 يوضح نتائج طبيعة التكوين الذي تلقاه المختصين في مجال التكفل بأطفال التوحد

| المجموع | دورة تدريبية | تكوين ذاتي تدريبية | تكوين ذاتي | تكوين أكاديمي دورات تدريبية | تكوين أكاديمي | المؤسسة |
|-------------|--------------|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| 10 | 8 | 1 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 7 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | م.ع.ل. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| 43 | 12 | 2 | 1 | 13 | 15 | المجموع |
| 100% | 28% | 5% | 2% | 30% | 35% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 16 نلاحظ أن طبيعة التكوين كانت أغلبها إما تكوين أكاديمي أو عن طريق دورات تدريبية، حيث نجد أن نسبة 35 % من أفراد العينة كان تكوينهم أكاديميا فقط، بينما 30 % منهم كان تكوينهم عبارة عن تكوين أكاديمي ودورات تدريبية، بينما 28 % كان تكوينهم عبارة عن دورات تدريبية، و 5 % كان تكوينهم تكوين ذاتي ودورات تدريبية، و 2 % عبارة عن تكوين ذاتي.



3.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بنوع التكوين:

جدول رقم 17 يوضح النتائج حسب نوع التكوين

| المجموع | تشخيص + علاج + تقييم | تشخيص + علاج + ت. خاص + تقييم | تشخيص + علاج + تربية خاصة | تشخيص + علاج | تشخيص + تقييم | تشخيص + تربية خاصة + تقييم | تربية خاصة | التشخيص + العلاج + التقييم | المؤسسة |
|---------|----------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------|---------------|----------------------------|------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| 10 | 0 | 3 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 7 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| 43 | 3 | 3 | 1 | 7 | 19 | 5 | 2 | 3 | المجموع |
| 100% | 7% | 7% | 2% | 16% | 44% | 12% | 5% | 7% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 17 أعلاه نلاحظ أن نسبة كبيرة من التكوين كانت فقط في التشخيص والتقييم بنسبة 44%، و16% فقط في التشخيص والعلاج، و12% في التشخيص، والتقييم والتربية الخاصة، بينما سجلت نسبة 7% في التشخيص والعلاج والتقييم، و5% في التربية الخاصة، و2% في التشخيص، العلاج والتربية الخاصة.



4.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالحجم الساعي للتكوين في كل تخصص:

جدول رقم 18 يوضح النتائج حسب مدة التكوين في التوحد بالساعة في كل تخصص

| المجموع | أكثر من 50 ساعة | ما بين 25 ساعة و 50 ساعة | أقل من 25 ساعة | المؤسسة | الوظيفة |
|---------|-----------------|--------------------------|----------------|-----------------------------------|---------------|
| 1 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس | أرطفوني |
| 1 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة | |
| 2 | 2 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 | |
| 2 | 2 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 2 | 2 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | جمعية طيور الجنوة بنقاوس | طبيب عقلي |
| 3 | 0 | 1 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة | مربي متخصص |
| 1 | 1 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 5 | 0 | 0 | 5 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | مربية |
| 1 | 0 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة | مساعد مربي |
| 1 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | نفسانية حركية |
| 3 | 0 | 0 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة | نفساني عيادي |
| 3 | 0 | 0 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة | |
| 3 | 3 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 | |
| 3 | 0 | 0 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 2 | 1 | 1 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 2 | 0 | 0 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | جمعية تواصل للتوحد | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | |
| 2 | 0 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 | نفسانية تربية |
| 43 | 11 | 8 | 24 | المجموع | |
| 100% | 26% | 19% | 55% | النسبة المئوية | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 18 أعلاه نلاحظ أنه من بين 43 مختصا يمثلون أفراد

العينة أن نسبة 26 % فقط كان الحجم الساعي لتكوينهم يفوق 50 ساعة بينما نجد 19 % منهم كان



تكوينهم يتراوح ما بين 25 و 50 ساعة بينما 55% من أفراد العينة تلقوا تكويناً لأقل من 25 ساعة كحجم ساعي.

5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالبرامج المتكون فيها:

1.5.1.4 - برنامج TEACCH:

جدول رقم 19 يوضح نتائج التكوين في برنامج Teacch

| عدد أفراد العينة | 35 | 28 | 21 | 14 | 7 | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|-----|----|----|-----|-----|-----------|---------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي، باريس |
| | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي، بيريكة |
| | 7 | 0 | 0 | 0 | 3 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي، بانتة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي، بانتة 2 |
| | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي، بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | م.ع.ا. المتخصصة في ط. العقلية بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 10 | 1 | 0 | 14 | 5 | 30 | المجموع |
| | 33% | 3% | 0% | 47% | 17% | 70% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 19 أعلاه، نلاحظ أنه على الرغم من وجود نسبة 70% من أفراد العينة قد تلقوا تكويناً في البرنامج التدريبي TEACCH، إلا أن الحجم الساعي لا يفي بالغرض، ولا يستوفي الحجم الساعي المحدد للتكوين في هذا البرنامج، والذي يجب أن يتعدى 09 أشهر تكوين حتى يتمكن المختص من اتقانه، حيث نلاحظ أن 47% من المختصين الذين تلقوا تكويناً في هذا البرنامج تلقوا تكويناً فقط لمدة 14 ساعة، في حين نجد 33% منهم تلقوا تكويناً في نفس البرنامج لمدة 35 ساعة، بينما نجد 17% تلقوا تكويناً لمدة 07 ساعات فقط و 03% تلقوا تكويناً لمدة 28 ساعة فقط.



2.5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة ببرنامج ABA:

جدول رقم 20 يوضح نتائج التكوين في برنامج ABA حسب الحجم الساعي

| عدد أفراد العينة | 35سا | 28سا | 21سا | 14سا | 7سا | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|-------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكا |
| | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | جمعية تواصل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | م.ع.إ.المنخفضة في ط. العقلي بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 | 18 | المجموع |
| | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 2.33% | 39.53% | 41.86% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 20 أعلاه، فإننا نلاحظ أنه على الرغم من وجود نسبة أكثر 41% من أفراد العينة قد تلقوا تكويناً في البرنامج التدريبي ABA إلا أن الحجم الساعي لا يفي بالغرض، ولا يستوفي الحجم الساعي المحدد للتكوين في هذا البرنامج، والذي يجب أن يتعدى 09 أشهر تكوين حتى يتمكن المختص من اتقانه.



3.5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالقائمة التقييمية PEP:

جدول رقم 21 يوضح نتائج التكوين في برنامج PEP

| عدد أفراد العينة | 35سا | 28سا | 21سا | 14سا | 7سا | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|------|------|------|------|-----|-----------|--------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| | 3 | 1 | 0 | 0 | 5 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | جمعية تواصل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 4 | 2 | 1 | 3 | 7 | 17 | المجموع |
| | 24% | 12% | 6% | 18% | 41% | 40% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 21، نلاحظ أنه على الرغم من وجود نسبة أكثر 40% من أفراد العينة قد تلقوا تكويناً في البرنامج التدريبي PEP الذي يعتبر برنامجاً مهماً في عملية تقييم درجة التوحد إلا أن الحجم الساعي لا يفي بالغرض ولا يستوفي الحجم الساعي المحدد للتكوين في هذا البرنامج، والذي يجب أن يتعدى 09 أشهر تكوين حتى يتمكن المختص من اتقانه، حيث نلاحظ أن نسبة 41% من الذين تلقوا التكوين في هذا البرنامج لا يتعدى الحجم الساعي الذي تكونوا فيها 07 ساعات، في حين أن أكبر حجم ساعة سجل بالنسبة لهذا البرنامج كان 35 ساعة بنسبة 24% من أفراد العينة الذين تلقوا تكويناً في برنامج PEP.



4.5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة ببرنامج PEC:

جدول رقم 22 يوضح نتائج التكوين في برنامج PECS

| عدد أفراد العينة | 35سا | 28سا | 21سا | 14سا | 7سا | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-----------|--------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | المركز النفسلاي البيداغوجي بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | جمعية تواصل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 9 | المجموع |
| | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 6.98% | 13.95% | 20.93% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 22 أعلاه، فإننا نلاحظ أنه على الرغم من وجود

نسبة 20.93% من أفراد العينة قد تلقوا تكوينا في البرنامج التدريبي PECS إلا أن الحجم الساعي لا

يفي بالغرض ولا يستوفي الحجم الساعي المحدد للتكوين في هذا البرنامج والذي يجب أن يتعدى 09

أشهر كتكوين حتى يتمكن المختص من اتقانه.



5.5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة بالقائمة التقييمية CARS:

جدول رقم 23 يوضح نتائج التكوين في برنامج CARS

| عدد أفراد العينة | 35سا | 28سا | 21سا | 14سا | 7سا | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|--------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 9 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | جمعية تواصل |
| | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 1 | 0 | 8 | 4 | 4 | 17 | المجموع |
| | %5.88 | %0.00 | %47.06 | %23.53 | %23.53 | %39.53 | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 23 أعلاه، نلاحظ أنه على الرغم من وجود نسبة فقط 39.53% من أفراد العينة قد تلقوا تكويناً في البرنامج التدريبي CARS، منهم بنسبة 47.06% تلقوا تكويناً لمدة 21 ساعة، و 23.50% تلقوا تكويناً ما بين 07 و 14 ساعة، في حين نجد أن 5.88% فقط تلقوا تكويناً لمادة 35 ساعة.



6.5.1.4 - عرض النتائج المتعلقة ببرنامج MAKATON:

جدول رقم 24 يوضح نتائج التكوين في برنامج MAKATON

| عدد أفراد العينة | 35سا | 28سا | 21سا | 14سا | 7سا | التكرارات | المؤسسة |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|--------------------------------------|
| 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | م.ع.إ. المتخصصة في ط. العقلي بالمعذر |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | المجموع |
| | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 2.33% | 2.33% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 24 أعلاه، نلاحظ أنه على الرغم من هذا البرنامج مهم جدا في عملية التدريب على اكتساب مهارة التواصل اللفظي وغير اللفظي إلا أن نسبة التكوين فيها ضئيلة جدا تتراوح ما بين 0 و 2.33%.

6.1.4 - عرض ملخص للنتائج المتعلقة بمعيار بالتكوين: فيما يتعلق النتائج المتعلقة بمعيار

تكوين الكادر البشري المتخصص القائم على عملية التكفل بأطفال التوحد، نلاحظ أن عملية التكوين كانت في أغلبها إما تكوينا أكاديميا، أو عن طريق دورات تدريبية قصيرة المدة كما هو مبين في الجدول رقم 16، وأن هذا التكوين كان أغلبه في التشخيص بنسبة 44%، في حين أن التكوين في عملية التكفل لم يتجاوز نسبة 7%، كما هو مبين في الجدول رقم 17، أما بالنسبة لمدة التكوين فإن نسبة 26% فقط من المختصين كما هو مبين في الجدول رقم 18 من استوفوا شروط التكوين المحددة في المعايير الدولية على الأقل بـ 50 ساعة في مجال التوحد.

ومن ناحية البرامج التدريبية المتكون فيها، فإننا نلاحظ أن أهم برنامجين الأكثر تكويننا فيهما هما برنامج TEACCH بنسبة 70% من أفراد العينة كما هو مبين في الجدول رقم 19، وبرنامج ABA



بنسبة أكثر 86.41% من أفراد العينة كما هو مبين في الجدول رقم 20، إلا أن الشيء الملاحظ على الحجم الساعي لمدة التكوين صغير جدا ولا يلبي الحجم الساعي المحدد في المعايير العالمية، والذي يجب أن يتعدى 09 أشهر حتى يتمكن المختص من اتقانها.

بالإضافة إلى هذين البرنامجين التدريبيين نجد أن بعض المختصين لقوا تكويننا ذاتيا في برنامج PECS وبرنامج MAKATON، ولكن بنسب قليلة تقدر بـ 20.92% بالنسبة لبرنامج PECS وأقل من 02.83% لبرنامج MAKATON، كما هو مبين في الجدول رقم 24.

أما فيما يتعلق بالتكوين في قوائم التقدير، فنلاحظ أن أغلبية التكوين كان في القائمة التقديرية GARS بنسبة 39.53% كما هو مبين في الجدول رقم 23، والقائمة التقديرية PEP بنسبة 20.93% كما هو مبين في الجدول رقم 26.

2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار البيئة التعليمية:

1.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الغرف الصفية

1.1.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار ورشة العمل الفردي::

جدول رقم 25 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر ورشة العمل الفردي

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآونة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 21 | 22 | المجموع |
| 100.00% | 48.84% | 51.16% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 25 أعلاه نلاحظ أن نسبة 48.84 % من المستجوبين يعتقدون أن مؤسستهم تتوفر على ورشة للعمل الفردي في حين نلاحظ أن 06 مؤسسات تكفل لا تتوفر على هذه الورشة، منها 04 مؤسسات عمومية من أصل 06 مؤسسات.

2.1.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار ورشة العمل الجماعي:

جدول رقم 26 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر التقييم حسب ورشة العمل الجماعي

| المؤسسة | غير موجودة | موجودة | عدد أفراد العينة |
|------------------------------------|------------|--------------|------------------|
| المركز النفسي البيداغوجي أريس | 0 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 0 | 10 | 10 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 0 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بريكة | 0 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة | 0 | 7 | 7 |
| جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | 0 | 1 | 1 |
| جمعية أطفال الجنة نقاوس | 0 | 6 | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة باتنة | 0 | 4 | 4 |
| م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر | 0 | 3 | 3 |
| المجموع | 0 | 43 | 43 |
| النسبة المئوية | 0 % | 100 % | 100 % |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 26 أعلاه نلاحظ أن كل المؤسسات تحتوي

على غرفة للعمل الجماعي، أي بنسبة 100%.



3.1.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بورشة الاسترخاء، اللعب و النوم: جدول رقم 27 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 9 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمراوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 32 | 11 | المجموع |
| 100.00% | 74.42% | 25.58% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 27 أعلاه نلاحظ أن 74.42% من المختصين المستجوبين يرون أن مؤسساتهم تتوفر على غرف للاسترخاء واللعب والنوم، غير أن ثلاث مؤسسات من أصل 09 لا تتوفر على هذه الغرف، وهي جمعيتي أطفال الجنة وتواصل و مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر.

2.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار عدد الأطفال في الصف أثناء التكفل الجماعي:

جدول 28 يوضح نتائج بتفويج الأطفال المتكفل بهم أثناء عملية التكفل في أفواج يقل عدد أفرادها عن 06 أفراد في الفوج المجموعة الواحد.

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمراوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 3 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 27 | 16 | المجموع |
| 100.00% | 62.79% | 37.21% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 28 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 62.79 % من المختصين المستجوبين رأوا أن التكفل الجماعي بأطفال التوحد في مؤسستهم يتم في مجموعات تتكون من أقل من 06 أطفال في المجموعة الواحدة، في حين رأى 37.21% منهم أن التكفل الجماعي في مؤسستهم يتم في مجموعات أكثر من 06 أفراد في المجموعة الواحدة.

3.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الطاولات وتواجد المثيرات البصرية بها:

جدول رقم 29 يوضح نتائج مدى توفر طاولات تحتوي على مثيرات بصرية كصورة الطفل

تمكنه من التعرف على طاولته

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 1 | 9 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 8 | 35 | المجموع |
| 100.00% | 18.60% | 81.40% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل في الجدول رقم 29 أعلاه نلاحظ أن نسبة 81.40 % من المستجوبين رأوا أن غرف العمل الجماعي لا تتوفر بها طاولات تحتوي على مثيرات بصرية كصور الأطفال والألوان التي يمكن أن تساعد الطفل في التعرف على مكان جلوسه، حيث نلاحظ أيضا أن مؤسسة عمومية واحدة هي المركز النفسي البيداغوجي بمروانة من تتوفر على هذه الخاصية.



3.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بالغرف الصفية:

1.3.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بتوفر الألعاب:

جدول رقم 30 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر الألعاب واستخدامها.

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 9 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 4 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآونة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 3 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 38 | 5 | المجموع |
| 100.00% | 88.37% | 11.63% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 30 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 88.37 % من

المختصين المستجوبين من يرون أن مؤسستهم تتوفر على الألعاب التي تعتبر كأدوات رئيسية في عملية

التكفل.



2.4.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بتوفر حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهمات

التعليمية:

جدول رقم 31 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهمات

التعليمية:

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|--------|------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرأوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 06 | 37 | المجموع |
| 100.00% | 13.95% | 86.05% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 31 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 86.05 % من المختصين المستجوبين من رأوا أن مؤسستهم لا تتوفر على قاعات بيداغوجية بها المثيرات البصرية توضح أداء المهمات التعليمية في حين نلاحظ أن مؤسسة واحدة من أصل 09، وهي المركز النفسي البيداغوجي بمرأوانة رأى منها 06 أفراد من بين 07 من أفراد العينة المستجوبين أن مؤسستهم تتوفر على هذه الخدمة.

5.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بوجود جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية:

جدول رقم 32 يوضح نتائج وجود الجدول البصري العام يوضح الأنشطة اليومية

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|--------|------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرأوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 06 | 37 | المجموع |
| 100.00% | 13.95% | 86.05% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 32 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 86.05 بالمئة من المختصين المستجوبين رأوا أن القاعات البيداغوجية بمؤسستهم لا يوجد بها جدول عام يوضح الأنشطة اليومية، في حين نلاحظ أن مؤسسة واحدة من أصل 09، وهي المركز النفسي البيداغوجي بمروانة رأى منها 06 أفراد من بين 07 من أفراد العينة المستجوبين أن مؤسستهم تتوفر على هذه الخدمة.

6.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بوجود جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل:

جدول رقم 33 يوضح نتائج بوجود جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل

طفل

| المؤسسة | غير موجودة | موجودة | عدد أفراد العينة |
|-------------------------------------|---------------|---------------|------------------|
| المركز النفسي البيداغوجي أريس | 4 | 0 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 10 | 0 | 10 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 4 | 0 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بريكة | 4 | 0 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | 1 | 6 | 7 |
| جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | 1 | 0 | 1 |
| جمعية أطفال الجنة نقاوس | 6 | 0 | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة باتنة | 4 | 0 | 4 |
| م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | 3 | 0 | 3 |
| المجموع | 37 | 06 | 43 |
| النسبة المئوية | 86.05% | 13.95% | 100.00% |

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 33 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 86.05 بالمئة من المختصين المستجوبين رأوا أن القاعات البيداغوجية بمؤسستهم لا تتوفر على جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل، في حين نلاحظ أن مؤسسة واحدة من أصل 09 وهي المركز النفسي البيداغوجي بمروانة رأى منها 06 أفراد من بين 07 من أفراد العينة المستجوبين أن مؤسستهم تتوفر على هذه الخدمة.



7.2.4 - عرض النتائج المتعلقة باحتواء القسم (الصف على) على مكان لحفظ أغراض الطفل ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته):
جدول رقم 34 يوضح نتائج مدى احتواء القسم (الصف على) على مكان لحفظ أغراض الطفل ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته)

| عدد أفراد العينة | مزود بالمثيرات البصرية | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|------------------------|--------|------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 0 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمراوانة |
| 1 | 0 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 0 | 28 | 15 | المجموع |
| 100.00% | 0.00% | 65.12% | 34.88% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 34 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 65.12 % من المختصين المستجوبين رأوا أن القسم التدريسي بمؤسستهم يتوفر على مكان لحفظ أغراض الطفل ومستلزماته، غير أن الكل رأى أن هذا المكان غير مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته).



8.2.4 - عرض النتائج المتعلقة بتوفر شرط أن لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه

(من 02 أسبوع إلى شهر) عن 02:

جدول رقم 35 يوضح نتائج مدى توفر شرط أن لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه

(من أسبوعين إلى شهر) عن 02

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|------------------|--------|------------|-------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 1 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 30 | 13 | المجموع |
| | 69.77% | 30.23% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 35 أعلاه، نلاحظ أن كل نسبة 69.77% من المختصين المستجوبين رأوا أنه عند التحاق الطفل بمؤسستهم يتم التكفل به بشكل فردي ومعلم لكل طفل، وأن هذه النسبة تشكل نسبة 100 بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية.

9.2.4 ملخص عرض النتائج المتعلقة بمعيار البيئة التعليمية: فيما يتعلق بمعيار البيئة

التعليمية، فإننا نلاحظ أنه بالنسبة للمؤشر المتعلق بتوفر ورشة العمل الفردي، أن نسبة 48.84% من المستجوبين كما هو مبين في الجدول رقم 25 يعتقدون أن مؤسستهم تتوفر على ورشة للعمل الفردي، غير أن نلاحظ أن 06 مؤسسات تكفل من أصل 09 مؤسسات، لا تتوفر على هذه الورشة منها 04 مؤسسات عمومية من أصل 06 مؤسسات، وبالنسبة لورشة العمل الجماعي، فإننا نلاحظ كما هو مبين في الجدول رقم 26 أن كل المؤسسات تتوفر على هذا النوع من الورشات.

وبالنسبة لورشات الاسترخاء والنوم فما يمكن استخلاصه في هذا المجال من خلال ما هو موضح في الجدول رقم 27 أن نسبة 74.42% من المختصين المستجوبين يرون أن مؤسساتهم تتوفر على غرف للاسترخاء واللعب والنوم، وأن هذه الخدمة متوفرة في المراكز النفسية البيداغوجية الخمس بالإضافة إلى جمعية الطفولة السعيدة بولاية باتنة، وأن المؤسسات المتبقية الثلاث من بينها المؤسسة الاستشفائية



العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر (مصلحة الطب العقلي للأطفال) لا تتوفر على هذه الخدمة، لأنها تقدم خدمة نصف يومية أي ما يعرف بالمستشفى النهاري.

أما فيما يتعلق بمعيار عدد الأطفال في الصف أثناء التكفل الجماعي ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 28 أعلاه أن نسبة 62.79 % من المختصين المستجوبين رأوا أن التكفل الجماعي بأطفال التوحد في مؤسستهم يتم في مجموعات تتكون من أقل من 06 أفراد في المجموعة الواحدة، أغلبها في المؤسسات ذات الطابع العمومي، في حين رأى 27.21 % من ذات المختصين أن التكفل الجماعي في مؤسستهم يتم في مجموعات أكثر من 06 أفراد في المجموعة.

وفيما يتعلق بمعيار توفر الطاولات التي تحتوي على مثيرات بصرية تمكن الطفل من التعرف على مكانه، فإن النتائج توصلت كما هو مبين في الجدول رقم 29 أن نسبة 81.40 % من المستجوبين رأوا أن غرف العمل الجماعي تتوفر على طاولات لا تحتوي على مثيرات بصرية كصور الأطفال والألوان التي يمكن أن تساعد الطفل في التعرف على مكان جلوسه، حيث نلاحظ أيضا أن مؤسسة عمومية واحدة هي المركز النفسي البيداغوجي بمروانة من تتوفر على هذه الخاصية.

وفيما يتعلق بالغرف الصفية، فإن النتائج المتوصل إليها تبين أنه فيما يخص الألعاب فإن نسبة 88.37 % من المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بباتنة، كما هو مبين في الجدول رقم 30، تتوفر على الألعاب الضرورية التي تدخل ضمن العمل التدريبي لتحسين المهارات السلوكية المستهدفة.

وبالنسبة لتوفر المثيرات البصرية لأداء المهمات التعليمية، فإن نسبة 86.05 % كما هو مبين في الجدول رقم 31 من المستجوبين رأوا أن مؤسستهم لا تتوفر بها هذه الأدوات، وأن مؤسسة واحدة فقط تتوفر على هذه الخدمة هي المركز النفسي البيداغوجي بمروانة. وهي نفس النتيجة المتوصل إليها فيما يتعلق بوجود الجدول البصري العام الذي يوضح الأنشطة اليومية الواجب القيام بها، كما هو مبين في الجدول رقم 32، وكذلك بالنسبة لتوفر جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل كما هو مبين في الجدول رقم 33.

وبالنسبة لاحتواء القسم (الصف على) على مكان لحفظ أغراض الطفل ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته)، فمن خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 34 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 65.00 % من المستجوبين رأوا أن القسم التدريسي بمؤسستهم يتوفر على على مكان



لحفظ الطفل لأغراض ومستلزماته، غير أن الكل رأى أن هذا المكان غير مزود بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته).

أما فيما يتعلق بمعيار توفر شرط أن لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 2، قد بينت النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 35، أن نسبة 69.76% من المستجوبين رأوا أن عند التحاق الطفل بمؤسستهم يتم التكفل به بشكل فردي ومعلم لكل طفل، وأن هذه النسبة تشكل نسبة 100 بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية.

3.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التشخيص:

1.3.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار فريق التشخيص:

جدول رقم 36 يوضح تكوين فريق التشخيص

| عدد أفراد العينة | فريق متكامل | نفساني بيداغوجي أرطفوني | نفساني أرطفوني | طب عقلي للأطفال | طب الأطفال + طب عقلي للأطفال + نفساني + أرطفوني + بيداغوجي | طب عقلي للأطفال + نفساني + أرطفوني | المؤسسة |
|------------------|-------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | م.إ.ع.في أمراض ط.ع بالمعذر |
| 43 | 0 | 12 | 11 | 18 | 1 | 1 | المجموع |
| 100.00% | 0.00% | 27.91% | 25.58% | 41.86% | 2.33% | 2.33% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتحصل عليها في هذا الجدول رقم 36 أعلاه، نلاحظ أن 41.86% من المختصين المتسجوبين يرون أن التشخيص يتم فقط من طرف الطبيب العقلي للأطفال، وهم المختصون العاملون بالمراكز النفسية البيداغوجية، وأن 27.91% منهم يرون أن التشخيص يتم فقط من طرف النفسي، البيداغوجي والأرطفوني دون وجود للطبيب العقلي للأطفال وباقي المختصين، وأن 25,58% منهم يرون أن التشخيص يتم من طرف إما نفسي أو أرطفوني، وأن 2.33% يرون أن التشخيص يتم فقط من طرف الطبيب العقلي للأطفال.

أما من ناحية وجود فريق متكامل يضم كل التخصصات التالية:

- ✓ طبيب أطفال.
 - ✓ طبيب عقلي للأطفال.
 - ✓ مختص في اللغة والتخاطب أو الأرطفوني.
 - ✓ مختص في العلاج الطبيعي المهني Ergothérapeute.
 - ✓ نفسي عيادي.
 - ✓ زائر صحي متخصص.
 - ✓ ممارس في الصحة العقلية.
 - ✓ مساعد اجتماعي.
 - ✓ ممرض متخصص.
 - ✓ مختص في علم النفس المدرسي، أو في التربية الخاصة.
- فلا توجد أي مؤسسة تضم هذا الفريق بشكل متكامل.



2.3.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار معايير التشخيص:

جدول رقم 37 يوضح معايير التشخيص المعتمد عليها في التشخيص

| عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | | عدد أفراد العينة | موجودة | المؤسسة | |
|------------------|---------------|--------------|-----|------------------|---------------|------------------------------------|-------|
| | | | | | | | |
| 4 | 4 | 0 | DSM | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس | CIM10 |
| 10 | 10 | 0 | | 10 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | |
| 4 | 4 | 0 | | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | |
| 4 | 4 | 0 | | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة | |
| 7 | 5 | 2 | | 7 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرراوانة | |
| 1 | 0 | 1 | | 1 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | |
| 6 | 6 | 0 | | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس | |
| 4 | 4 | 0 | | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة | |
| 3 | 3 | 0 | | 3 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر | |
| 43 | 40 | 3 | | 43 | 11 | المجموع | |
| 100.00% | 93.02% | 6.98% | | 100.00% | 25.58% | النسبة المئوية | |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 37 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 25.58 % من أفراد العينة المستجوبين رأوا أن التشخيص يعتمد فيه على التصنيف الدولي العاشر للأمراض كمعيار لتشخيص اضطراب التوحد، في أن 93.02% يرون أن التشخيص يتم الاعتماد فيه على الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية.



3.3.4- عرض النتائج المتعلقة بمعيار أدوات التشخيص المستخدمة في مؤسسات التكفل:

جدول رقم 38 يوضح أدوات التشخيص المستخدمة:

| عدد أفراد العينة | الملاحظة | الملاحظة + CARS | الملاحظة + CARS + الميزانية الطبية | المؤسسة |
|------------------|---------------|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بركة |
| 7 | 1 | 6 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآونة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 5 | 1 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 19 | 21 | 03 | المجموع |
| 100.00% | 44.19% | 48.84% | 6.98% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 38 أعلاه، نلاحظ أن 44.19% من المختصين المستجوبين والعاملين بـ 05 مؤسسات من أصل 09، يرون أن التشخيص يتم فقط بالاعتماد على الملاحظة المباشرة دون استخدام أدوات التشخيص الأخرى، وأن 48.8% يرون أن التشخيص يتم فقط بالملاحظة واستخدام قائمة كارس CARS للتقييم، وهذا بثلاث مؤسسات فقط من أصل 09، في حين نجد أن 6.98% منهم يرون أن التشخيص يعتمد فيه على قائمة CARS، بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة، بالإضافة إلى الميزانية الطبية، ويمثلون 03 مختصين عاملية بمصلحة الطب العقلي للأطفال التابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر.



4.3.4 - عرض النتائج المتعلقة بتوفر اختبارات التشخيص:

جدول رقم 39 يوضح النتائج المتعلقة بتوفر اختبارات التشخيص

| النسب المئوية | عدد أفراد العينة | موجودة | غير موجودة | المؤسسة |
|---------------|------------------|--------|------------|------------------------------------|
| 49% | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| | 10 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| | 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| | 7 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمراوانة |
| | 1 | 1 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| | 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| | 4 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| | 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| | 43 | 21 | 22 | المجموع |
| | 100.00% | 48.84% | 51.16% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 39 أعلاه، نلاحظ أن 51.16 % من

المختصين المستجوبين يرون أن اختبارات التشخيص غير متوفرة بمؤسستهم.

4.3.4 - عرض ملخص للنتائج المتعلقة بمعيار التشخيص: فيما يتعلق بالتشخيص فإن النتائج

المتوصل إليها في الجدول 36، تشير كلها بأن التشخيص لا يقوم به فريق متعدد التخصصات، كما

تشير إليها المعايير الدولية لاعتماد مؤسسات التكفل بأطفال التوحد الذي تشترط أن يكون الفريق المتعدد

التخصصات متكون من التخصصات التالية:

- ✓ طبيب أطفال.
- ✓ طبيب عقلي للأطفال.
- ✓ مختص في اللغة والتخاطب أو الأطفون.
- ✓ مختص في العلاج الطبيعي المهني Ergothérapeute.
- ✓ نفساني عيادي.
- ✓ زائر صحي متخصص.
- ✓ ممارس في الصحة العقلية.



✓ مساعد اجتماعي.

✓ ممرض متخصص.

✓ مختص في علم النفس المدرسي أو في التربية الخاصة.

حيث توصلت النتائج أن التشخيص بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية يتم من طرف الطبيب العقلي فقط، وبالنسبة للمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي (مصلحة الطب العقلي للأطفال)، فيتكفل بالتشخيص الطبيب العقلي للأطفال بمساعدة الأخصائي النفسي والأرطفوني، أما بالنسبة للجمعيات الثلاث فيتم التشخيص فيها فقط من طرف إما الأخصائي النفسي، مثل ما هو بالنسبة لجمعية أطفال الجنة بنقاوس، أو من طرف الأخصائي الأرطفوني والنفساني كما هو الشأن بالنسبة لجمعية الطفولة السعيدة، أو من طرف الطبيب العقلي والمختص النفسي كما هو بالنسبة لجمعية تواصل لأطفال التوحد ببريكة.

وفيما يتعلق بالمعايير التي يعتمد عليها في عملية التشخيص، فإن بنسبة 93 % من المختصين المتسجوبين كما هو مبين في الجدول رقم 37، يرون التشخيص يعتمد فيه على الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية **DSM** بنسخته الرابعة والخامسة.

أما فيما يتعلق بأدوات التشخيص، ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 38، أن 44.19% من المختصين المتسجوبين والعاملين بـ 05 مؤسسات من أصل 09، يرون أن التشخيص يتم فقط بالاعتماد على الملاحظة المباشرة دون استخدام أدوات التشخيص، وأن 48.8% يرون أن التشخيص يتم فقط بالملاحظة واستخدام قائمة كارس **CARS**، وهذا بثلاث مؤسسات من أصل 09، في حين نجد أن 6.98% منهم يرون أن التشخيص يعتمد فيه على قائمة **CARS** والملاحظة المباشرة، بالإضافة إلى الميزانية الطبية، ويمثلون 03 مختصين عاملية بمصلحة الطب العقلي للأطفال التابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر.

كما توصلت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم 39 أن 49 % من المختصين المتسجوبين من يؤكدون توفر الاختبارات التشخيصية.



4.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التقييم:

1.4.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار فريق التقييم:

جدول رقم 40 يوضح طبيعة فريق التقييم

| عدد أفراد العينة | نفساني + بيداغوجي + أرطفوني | نفساني + أرطفوني | نفساني | ط.ع.أ. + نفساني + بيداغوجي + أرطفوني | ط.ع. أطفال + نفساني + أرطفوني | المؤسسة |
|------------------|-----------------------------|------------------|--------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 12 | 16 | 7 | 5 | 3 | المجموع |
| 100.00% | 27.91% | 37.21% | 16.28% | 11.63% | 6.98% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذا الجدول رقم 40 أعلاه، نلاحظ أن فريق التقييم المتعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل يتكون إما من نفساني وأرطفوني فقط بنسبة 37.21% أو من نفساني وبيداغوجي وأرطفوني بنسبة تقدر 27.91%، في حين نلاحظ غياب باقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل المتعدد التخصصات مثل الطبيب العقلي للأطفال، الذي يوجد فقط في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر بطبيب واحد.



2.4.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار أدوات التقييم:

جول رقم 41 يوضح أدوات التقييم المستخدمة في مؤسسات التكفل

| عدد أفراد العينة | PEP GARS الملاحظة | PEP CARS الملاحظة | PEP | الملاحظة | GARS+ الملاحظة | المؤسسة |
|------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|---------------|-------------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 12 | 6 | 3 | 19 | 3 | المجموع |
| 100.00% | 27.91% | 13.95% | 6.98% | 44.19% | 6.98% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 41 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 44% من المختصين رأوا أن عملية التقييم تتم فقط بالملاحظة المباشرة فقط، في حين نجد نسبة 27.90% تعتمد على قوائم التقييم PEP و GARS بالإضافة للملاحظة المباشرة. منها 23% في مؤسسة واحدة، غير أن هناك 05 مؤسسات عمومية من أصل 06 تعتمد على الملاحظة المباشرة فقط.



3.4.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار المهارات المستهدفة في التقييم:

جدول رقم 42 يوضح المهارات المستهدفة في التقييم

| التكامل الحسي | مهارات الاستقلالية | السلوكيات التوجيهية | مهارات اللعب | مهارات التواصل | التفاعل الاجتماعي | المؤسسة |
|----------------|--------------------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | المجموع |
| 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 42 أعلاه، أعلاه نلاحظ أن جل مؤسسات التكفل بتقييم

كل المهارات المتعلقة باضطراب التوحد، المبينة في الجدول ذاته. أي بنسبة تحقق قدرت بـ 100%.

4.4.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار دورات التقييم:

جدول رقم 43 يوضح نتائج دورات التقييم

| عدد أفراد العينة | كل ستة أشهر | كل 03 أشهر | المؤسسة |
|------------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 6 | 37 | المجموع |
| 100.00% | 13.95% | 86.05% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 43 أعلاه نلاحظ أن نسبة 86.05% من أفراد العينة يرون أن التقييم يتم في دورات تقييمية كل ثلاث 03 أشهر.

5.4.4 - عرض ملخص النتائج المتعلقة بمعيار التقييم: من خلال النتائج المتحصل عليها في

هذا الجدول رقم 40 أعلاه، نلاحظ أن فريق التقييم المتعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل يتكون إما من نفساني وأرطفوني فقط بنسبة 37%، أو من نفساني وببيداغوجي وأرطفوني بنسبة تقدر 27.90%، في حين نلاحظ غياب لباقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل المتعدد التخصصات مثل الطبيب العقلي للأطفال الذي يوجد فقط بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر بطبيب واحد، في حين نجد أن نسبة 6.98% يرون أن التقييم يتم من طرف الطبيب العقلي للأطفال والنفساني والأرطفوني، وأن 16.28% يرون أن التشخيص يتم فقط من طرف النفسانيين، و 11.63% يرون أن التشخيص يتم من طرف الطبيب العقلي للأطفال، النفسانيين الأرطفوني والبيداغوجي.

وبالنسبة لمعيار أدوات التقييم المستخدمة من طرف لمؤسسات المعنية بالدراسة، فقد توصلت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم 41 إلى أن نسبة 44% من المختصين رأوا أن عملية التقييم تتم فقط بالملاحظة المباشرة فقط، في حين نجد نسبة 27.90% تعتمد على قوائم التقييم PEP و GARS بالإضافة للملاحظة المباشرة، منها 23% في مؤسسة واحدة، غير أن هناك 05 مؤسسات عمومية من أصل 06 تعتمد على الملاحظة المباشرة فقط.

أما فيما يتعلق بمعيار المهارات المستهدفة في التقييم، فبيّنت النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 42 أن جل مؤسسات التكفل بتقييم كل المهارات المتعلقة باضطراب التوحد المبينة في الجدول ذاته، كما أسفرت النتائج على أن معظم المؤسسات تقوم بالتقييم الدوري كل 03 أشهر كما هو مبين في الجدول رقم 43.



5.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التدخل العلاجي والتربوي:

1.5.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار طبيعة فريق التدخل:

جدول رقم 44 يوضح طبيعة فريق التدخل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل

| النسبة المئوية | المجموع | م.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | جمعية الطفولة السعيدة باتنة | جمعية أطفال الجنة نقاوس | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | المركز النفسي البيداغوجي بمرآونة | المركز النفسي البيداغوجي بربكة | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المؤسسة |
|----------------|---------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 6.98% | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | طبيب عقلي للأطفال+نفساني+بيداغوجي+أرطفوني + الأولياء |
| 2.33% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | طبيب عقلي للأطفال+نفساني+بيداغوجي+أرطفوني + الأولياء + نفساني حركي+المربي |
| 30.23% | 13 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | نفساني + أرطفوني |
| 9.30% | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | نفساني+أرطفوني+مربي+الأولياء |
| 9.30% | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | نفساني+أرطفوني+مربي+الأولياء+ نفساني الحركي |
| 13.95% | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | نفساني+أرطفوني+مربي+الأولياء+ البيداغوجي |
| 27.91% | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 10 | 0 | نفساني+بيداغوجي+أرطفوني+ الأولياء+نفساني حركي+المربي |

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذا الجدول رقم 44 أعلاه، نلاحظ أن فريق التدخل المتعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل يتكون إما من نفساني وأرطفوني فقط بنسبة 30.23%، أو من نفساني وبيداغوجي وأرطفوني ونفساني حركي والمربي بنسبة تقدر 28.28%، في حين نلاحظ غياب لباقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل المتعدد التخصصات مثل الطبيب العقلي للأطفال، الذي يوجد فقط المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر بطبيب



واحد، كما أن المؤسسة الاستشفائية بالمعذر لا تتوفر على مربيين متخصصين وإنما من يقوم بالعملية هم المختصون النفسانيون.

2.5.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الحجم الساعي لعملية التكفل:

جدول رقم 45 يوضح الحجم الساعي الأسبوع لعملية التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل

| المجموع | بين 2030 ساعة | بين 1020 ساعة | أقل من 10 ساعات | المؤسسة |
|---------|---------------|---------------|-----------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 0 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 0 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرراوانة |
| 1 | 0 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 4 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 4 | 7 | 32 | المجموع |
| 100.00 | 9.30% | 16.28% | 74.42% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 45 أعلاه، نلاحظ أكثر من 74.42% من المختصين المستجوبين من أجابوا بأن الحجم الساعي المخصص لعملية التدخل العلاجي بأطفال التوحد بالمؤسسات التي يعملون بها أقل من 10 ساعات أسبوعيا.

3.5.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التكفل الفردي والجماعي:

جدول رقم 46 يوضح طبيعة التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل من حيث الفردي والجماعي

| المجموع | فردى | فردى+جماعى | جماعى | المؤسسة |
|---------|-------|------------|--------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 0 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرراوانة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 3 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 1 | 36 | 6 | المجموع |
| 100.00% | 2.33% | 83.72% | 13.95% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 46 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 83.72 % من المختصين المستجيبين رأوا أن عملية التكفل تتم بشكل فردي وجماعي في حين نجد نسبة 13.95% رأوا أن عملية التكفل تتم بشكل جماعي، وهي تمثل نسبة المختصين المستجيبين من جمعية أطفال الجنة بنقاوس، في حين نجد أن التكفل في جمعية تواصل يتم التكفل بها فقط بشكل فردي.

4.5- عرض النتائج المتعلقة بمعيار التفويج أثناء العمل الجماعي:

جدول رقم 47 يوضح كيفية تفويج الأطفال أثناء التكفل الجماعي في مؤسسات التكفل

| المجموع | السن القدرات المعرفية درجة التوحد | القدرات المعرفية درجة التوحد | القدرات المعرفية حس الأولياء درجة التوحد | القدرات المعرفية | السن + درجة التوحد | السن القدرات المعرفية درجة التوحد | المؤسسة |
|---------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| 04 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 04 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 04 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 07 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآونة |
| 01 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 06 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 04 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 03 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 2 | 12 | 1 | 3 | 21 | 4 | المجموع |
| 100.00% | 4.65% | 27.91% | 2.33% | 6.98% | 48.84% | 9.30% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة أعلاه في الجدول رقم 47 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 48.84 % من المختصين المستجيبين، ترى أن تفويج أطفال التوحد المتكفل بهم يتم فرزهم حسب سن الطفل ونسبة التوحد المصاب بها وهو المعمول به في 05 مؤسسات من أصل 09 مؤسسات تكفل معنية بالدراسة، في حين نجد أن نسبة 27.91 % ترى أن التفويج يتم حسب القدرات المعرفية ودرجة التوحد للطفل.



5.5.4 - عرض النتائج المتعلقة بطبيعة التكفل من حيث كونه داخليا أو خارجيا:

جدول رقم 48 يوضح طبيعة التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل من حيث الداخلي والخارجي

| المجموع | خارجيا | داخليا | المؤسسة |
|---------|--------|---------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 7 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 3 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 32 | 43 | المجموع |
| 100.00% | 74.42% | 100.00% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 51 أعلاه، نلاحظ أن عملية التكفل بمؤسسات التكفل تتم

في نوعين داخليا بنسبة 100 % إلا هناك مؤسسات تعمل على التكفل الخارجي بالحالات التي لم

يسعفها الحظ بسبب قلة إمكانيات تلك المؤسسات من الالتحاق بالتكفل الداخلي.

6.5.4 عرض النتائج المتعلقة بمواعيد الأطفال المتكفل بهم خارجيا:

رقم 49 يوضح فترة المواعيد للأطفال المتكفل بهم خارجيا

| المجموع | أسبوعية/ساعة يوم | نصف شهرية/ ساعة يوم | المؤسسة |
|---------|------------------|---------------------|------------------------------------|
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 0 | 10 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 4 | 0 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 2 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة |
| 1 | 1 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل بانتة |
| 6 | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة بانتة |
| 3 | 0 | 3 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 9 | 34 | المجموع |
| 100.00% | 20.93% | 79.07% | النسبة المئوية |



من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 49 أعلاه، نلاحظ أن عملية التكفل تتم بمواعيد نصف شهرية بنسبة 79.06 %، في حين النسبة الباقية تتم في شكل مواعيد أسبوعية بمعدل حصة واحدة بساعة واحدة تكفل للموعدين.

7.5.4 - عرض نتائج طبيعة برامج التكفل بأطفال التوحد المستخدمة في مؤسسات التكفل:

جدول رقم 50 يوضح طبيعة برامج التكفل بأطفال التوحد المستخدمة في مؤسسات التكفل

| المجموع | ABA | | المؤسسة |
|---------|--------|--------|------------------------------------|
| | TEACCH | ABA | |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكة |
| 7 | 5 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 1 | 0 | 1 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 0 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 27 | 13 | المجموع |
| %100.00 | %62.79 | %30.23 | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في هذا الجدول رقم 50 أعلاه، نلاحظ أن أغلب البرامج المستخدمة في عملية التكفل هي:

- TEACCH فقط بنسبة 62.79 %.

- ABA فقط بنسبة 6.97 %.

- ABA+TEACCH معا بنسبة 30.23 %.

كما يلاحظ أن كل المراكز النفسية البيداغوجية الخمسة تستخدم برنامج TEACCH، في حين نجد أن المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي للأطفال تستخدم برنامج ABA، بينما نجد الجمعيات تستخدم الاثنتين حسب نوع البرنامج المنقن من طرف المتخصص >



8.5.4 - عرض النتائج المتعلقة بمدى استخدام المثيرات البصرية في عملية التكفل باطفال

التوحد في مؤسسات التكفل:

جدول رقم 51 يوضح مدى استخدام المثيرات البصرية في عملية التكفل باطفال التوحد في

مؤسسات التكفل

| المؤسسة | المثيرات البصرية | إلى المجرد | قشبه المحسوس | اللفظية المختصرة | التعليمات | المختلفة | أساليب التعزيز | قبل وقوعها | تعديلها | المرغوب في |
|------------------------------------|------------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|----------------|------------|---------|--------------|
| المركز النفسي البيداغوجي أريس | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | | | |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| المركز النفسي البيداغوجي بريكة | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 6 | | | |
| جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 1 |
| جمعية أطفال الجنة نقاوس | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | |
| جمعية الطفولة السعيدة باتنة | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| المجموع | 29 | 39 | 39 | 40 | 40 | 41 | 41 | | | 1 |
| النسبة المئوية | 67.44% | 90.70% | 90.70% | 93.02% | 93.02% | 95.35% | 95.35% | | | 2.33% |

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا الجدول رقم 51 أعلاه، نلاحظ أن 67.44% من

المختصين المستوجبين يرون أن المثيرات البصرية مستعملة في مؤسساتهم، وأن استخدامها يتم الانتقال

به بشكل متدرج من المحسوس إلى المجرد لدى 90.70% منهم، وأن 95.35% منهم يرون أن استخدام

هذه المثيرات البصرية يتم باستخدام أساليب التعزيز المختلفة، لكن يرى 2.33% فقط منهم أنه يتم

ضبط المثيرات المرغوب في تعديلها قبل وقوعها.



9.5.4 - عرض النتائج المتعلقة رضا المستخدمين المتخصصين عن عملية التكفل

بالمؤسسات التي يعملون بها:

جدول رقم 52 يوضح نتيجة توقع فاعلية التكفل بالمؤسسات من وجهة نظر المختصين

| المجموع | فعال إلى حد ما | فعال | غير فعال | المؤسسة |
|-----------|-------------------|-----------|-------------|------------------------------------|
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي أريس |
| 10 | 10 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 4 | 4 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بريكه |
| 7 | 5 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمراوانة |
| 1 | 1 | 0 | 0 | جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة |
| 6 | 0 | 6 | 0 | جمعية أطفال الجنة نقاوس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة باتنة |
| 3 | 0 | 2 | 1 | م.إ.ع.في أمراض الطب العقلي بالمعذر |
| 43 | 28 | 14 | 1 | المجموع |
| 100.00% | 65.12% | 32.56% | 2.33% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 52 أعلاه، نلاحظ أن نسبة 65.11% من المختصين

المستجوبين ترى أن عملية التكفل بأطفال التوحد في مؤسساتهم فعالة إلى حد ما، بينما ترى نسبة

32.55% من ذات العينة أنه فعال، في حين نجد نسبة 2.34% ترى أنه غير فعال.

10.5.4 - عرض مخلص النتائج المتعلقة بمعيار التكفل: من خلال النتائج المتحصل عليها

في هذا الجدول رقم 44، نلاحظ أن فريق التدخل المتعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل

يتكون إما من نفساني وأرطفوني فقط بنسبة 30.32%، أو من نفساني وبيداغوجي وأرطفوني ونفساني

حركي بنسبة تقدر 28% في حين نلاحظ غياب باقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل

المتعدد التخصصات، وهذا ما يتعارض مع المعايير الدولية التي تشترط في عملية التكفل أن تكون من

طرف فريق متكامل متعدد التخصصات لنجاح العملية الذي يجب أن يتكون من:

✓ طبيب أطفال.

✓ طبيب عقلي للأطفال.

✓ مختص في اللغة والتخاطب أو الأرطفوني.



- ✓ مختص في العلاج الطبيعي المهني Ergothérapeute.
- ✓ نفساني عيادي.
- ✓ زائر صحي متخصص.
- ✓ ممارس في الصحة العقلية.
- ✓ مساعد اجتماعي.
- ✓ ممرض متخصص.
- ✓ مختص في علم النفس المدرسي.
- ✓ أولياء الأطفال المتكفل به.

حيث نلاحظ أن كل المؤسسات المعنية بالدراسة لا يتوفر فيها هذا الفريق، مما يؤثر على نجاح العملية التكيفية، لأن كل مختص له جانب مهم في التدخل، وأن كل عنصر في الفريق هو مكمل للعناصر الأخرى ولا يمكن الاستغناء عنه.

كما نلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 45 المتعلقة بمقياس الحجم الساعي لعملية التدخل العلاجي والتربوي أن الحجم الساعي المخصص للعملية بأغلب المؤسسات المعنية بالدراسة أقل من 10 ساعات أسبوعياً.

ومن ناحية النتائج المتعلقة بمقياس التكفل الفردي والجماعي نلاحظ من خلال ما جاء في الجدول رقم 46 أعلاه، أن نسبة 83.72% من المختصين المستجيبين رأوا أن عملية التكفل تتم بشكل فردي وجماعي، في حين نجد نسبة 13.95% رأوا أن عملية التكفل تتم بشكل جماعي وهي تمثل نسبة المختصين المستجيبين الباقين من جمعية أطفال الجنة بنقاوس، في حين نجد أن التكفل في جمعية تواصل يتم التكفل بها فقط بشكل فردي.

كما أننا نلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 47 فيما يتعلق بمقياس التفويج أثناء العمل الجماعي أن نسبة 48.83% من المختصين المستجيبين ترى أن تفويج أطفال التوحد المتكفل بهم يتم حسب سن الطفل ونسبة التوحد المصاب بها وهو المعمول به في 05 مؤسسات من أصل 09 مؤسسات تكفل معنية بالدراسة، في حين نجد أن نسبة 27.90% ترى أن التفويج يتم حسب القدرات المعرفية ودرجة التوحد للطفل.



ويتضح من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول 48 أن هناك نوعين من التدخل الأول داخليا عن طريق النظام النصف داخلي، أما النوع الثاني فيتم عبر مواعيد خارجية أسبوعية أو نصف شهرية، وفي بعض الاحيان أكثر من شهر، بسبب قلة طاقة استيعابها، وهو نفس الشيء الذي يحدث عبر باقي المؤسسات التكلفية الأخرى حيث تتكفل بأطفال التوحد عبر مواعيد خارجية أسبوعية، أو نصف شهرية بمعدل حصة في كل موعد.

وتشير النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 49 إلى أن هناك أطفال لا يتكفل بهم داخليا عن طريق الحضور اليومي بهذه المؤسسات وإنما عبر المعاينة الخارجية فقط من خلال مواعيد طبية نصف شهرية بمعدل ساعة في كل موعد حسب 79.07% من المختصين المستجوبين، و أسبوعية حسب البقية منهم.

ومن ناحية البرامج التدريبية المستخدمة في مؤسسات التكفل فنلاحظ من خلال الجدول رقم 50 أن كل المؤسسات تعتمد على برنامجين فقط للتكفل هما:

- TEACCH فقط بنسبة 62.79 %

- ABA فقط بنسبة 6.97 %

- ABA+TEACC معا بنسبة 30.23 %

كما يلاحظ أن كل المراكز النفسية البيداغوجية الخمسة تستخدم برنامج TEACCH، في حين نجد أن المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي للأطفال تستخدم برنامج ABA، بينما نجد الجمعيات تستخدم الاثنين حسب نوع البرنامج المتقن من طرف المتخصص.

وفيما يتعلق بمدى استخدام المثيرات البصرية في عملية التكفل باطفال التوحد في مؤسسات التكفل فإنه من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 51، نلاحظ أن أغلب المختصين المستجوبين يرون أن المثيرات البصرية مستعملة في مؤسساتهم، وأن استخدامها يتم الانتقال به بشكل متدرج من المحسوس إلى المجرد باستخدام أساليب التعزيز المختلفة، لكن يرى أغلبهم أيضا أنه لا يتم ضبط المثيرات المرغوب في تعديلها قبل وقوعها.

أما فيما يتعلق رضا المستخدمين المتخصصين عن عملية التكفل بالمؤسسات التي يعملون بها، فإننا نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 52، أن نسبة 65.12% من المختصين



المستجوبين ترى أن عملية التكفل بأطفال التوحد في مؤسساتهم فعالة إلى حد ما بينما ترى نسبة 32.56% من ذات العينة أنه فعال، في حين نجد نسبة 2.33% ترى أنه غير فعال.

6.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار دعم ومشاركة الأسرة:

جدول رقم 53 يوضح النتائج المتعلقة بدعم ومشاركة الأسرى الدراسة حول مدى تبني مؤسسة

التكفل لرؤية وسياسة واضحة ملائمة للتكفل بأطفال التوحد.

| المؤسسة | تقدم المؤسسة لأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحد | تقدم المؤسسة الإرشاد الأسري لأسر الأطفال التوحيدين | تقدم المؤسسة تقارير دورية للأسر عن مدى تقدم حالة ابنهم | يتم إشراك الأسرة في جميع مراحل تقديم الخدمات التكفلية |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| المركز النفسي البيداغوجي أريس | 4 | 4 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بركة | 4 | 4 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة | 7 | 7 | 7 | 7 |
| جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | 0 | 1 | 0 | 0 |
| جمعية أطفال الجنة نقاوس | 6 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية الطفولة السعيدة باتنة | 4 | 4 | 4 | 4 |
| م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | 3 | 3 | 3 | 3 |
| المجموع | 42 | 37 | 36 | 36 |
| النسبة المئوية | %97.67 | % 86.04 | %83.72 | %83.72 |

من خلال النتائج المبينة في هذا الجدول رقم 53 أعلاه، نلاحظ أن 97.67% المختصين المستجوبين يرون أن مؤسسة التكفل تقدم الدعم والإرشاد النفسي لأسر وأولياء الأطفال التوحيدين المتكفل بهم بهذه المؤسسات، من خلال تقديم دورات تدريبية حول كيفية التعامل مع أبنائهم، وأن نسبة 83.72% من المختصين المستجوبين يرون أن مؤسساتهم تقدم التقارير الدورية لأولياء حول حالة تقدم العملية العلاجية لأبنائهم، وأن نفس النسبة ترى أن الأسر يتم إشراكها في كل مراحل العملية التكفلية، وأن هناك مؤسستين جمعويتين لا تقدم هذه الخدمات في الغالب وهما جمعية أطفال الجنة نقاوس وجمعية تواصل لأطفال التوحد بباتنة.



7.4 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار دمج الأطفال المتكفل بهم في المدارس التعليمية العادية:

جدول رقم 54 يوضح النتائج المتعلقة بمعيار دمج الأطفال المتكفل بهم في المدارس التعليمية العادية:

| المؤسسة | تتوفر المؤسسة على إمكانية دمج الأطفال التوحيديين في المدارس العادية | تقوم المؤسسة بإجراء تقييم لمدارس الدمج العادية قبل دمج الأطفال فيه | يتم مرافقة أطفال التوحد المدمجين من طرف مربيهم كمساعدين للمعلمين العاديين | تقدم المؤسسة دورات تدريبية لمعلمي المدرسة العاديين في كيفية التعامل مع الطفل التوحيدي |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| المركز النفسي البيداغوجي أريس | 4 | 4 | 4 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 10 | 10 | 10 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 4 | 4 | 4 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بركة | 4 | 4 | 4 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بمرآوانة | 6 | 2 | 7 | 0 |
| جمعية أطفال التوحد تواصل باتنة | 0 | 0 | 1 | 0 |
| جمعية أطفال الجنة نقاوس | 0 | 0 | 6 | 0 |
| جمعية الطفولة السعيدة باتنة | 4 | 0 | 4 | 0 |
| م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | 3 | 3 | 3 | 0 |
| المجموع | 35 | 27 | 43 | 0 |
| النسبة المئوية | 81.40% | 62.79% | 100.00% | 0.00% |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 54 أعلاه، نلاحظ أن كل المختصين المستجوبين العاملين في مؤسسات التكفل العمومية رأوا أن مؤسستهم تتوفر على إمكانيات دمج الأطفال التوحيديين المتكفل بهم في المدارس العادية، وأن نسبة 62.79% منهم يرون أن مؤسستهم تجري تقييما لهذه المدارس العادية قبل دمج الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرفها في هذه المدارس، غير أنهم يؤكدون أن هذا الإدماج لا يرافقه مرافقة المربين المتخصصين لهؤلاء الأطفال إلى قسمهم العادي للعمل كمساعدين للمعلمين العاديين، وأن المعلمين العاديين لا يخضعون لدورات تدريبية حول كيفية التكفل بأطفال التوحد.



8.4 - عرض النتائج المتعلقة بمدى تبني مؤسسة التكفل لرؤية وسياسة واضحة ملائمة

للتكفل بأطفال التوحد:

جدول رقم 55 يوضح نتائج الدراسة حول مدى تبني مؤسسة التكفل لرؤية وسياسة واضحة

ملائمة للتكفل بأطفال التوحد

| عدد أفراد العينة | تقوم المؤسسة بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار | تتبنى المؤسسة رؤية أهداف واضحة وملائمة للتكفل بأطفال التوحد | تقوم المؤسسة بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار | تقوم المؤسسة بإشراككم في إعداد سياستها التكفلية بأطفال التوحد |
|------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| 43 | 42 | 41 | 40 | 43 |
| 100.00% | 97.67% | 95.35% | 93.02% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 55 أعلاه، نلاحظ أن أغلب المستجوبين بنسبة

تفوق 93.02 % يرون أن مؤسستهم تتبنى رؤية وسياسة واضحة ملائمة للتكفل بأطفال التوحد وأن

بنسبة 95.35 % منهم يرون أن مؤسستهم تقوم بإعداد مخططات تكفل سنوية وتعمل على تحيينها، وأن

نسبة 97.67 % يرون أن مؤسستهم تقوم بإشراك مختصيها في إعداد هذه السياسة.



5 - عرض النتائج المتعلقة بالاستبيان الموجه لأولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم

بمؤسسات التكفل المعنية بالدراسة:

1.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التشخيص:

1.5.1 - عرض النتائج المتعلق بمدى معرفة أولياء الأطفال التوحديين باضطراب التوحد.

جدول رقم 56 يوضح مدى معرفة أولياء الأطفال التوحديين باضطراب التوحد.

| المجموع | متوسطة | ضعيفة | جيدة | أجهله تماما | المؤسسة |
|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 0 | 1 | 0 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 5 | 0 | 0 | 1 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 13 | 1 | 1 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 1 | 3 | 1 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 1 | 2 | 0 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 25 | 16 | 6 | 17 | المجموع |
| %100.00 | %39.06 | %25.00 | %9.38 | %26.56 | النسبة |

من خلال الجدول رقم 56 يتبين أن 39.06% من أولياء أطفال التوحد المتكفل بهم لديهم معرفة

متوسطة باضطراب التوحد، وأن 26.56% يجهلونه تماما، و 25% لديهم معرفة ضعيفة به، بينما نجد

9.38% فقط من لديهم معرفة جدية بهذا الاضطراب.

2.1.5 - عرض النتائج المتعلقة بكيفية اكتشاف اضطراب التوحد من طرف الاولياء لدى أبنائهم

جدول رقم 57 يبين كيفية اكتشاف اضطراب التوحد من طرف الاولياء لدى أبنائهم

| المجموع | النفساني | الطبيب | اطلاعي الشخصي | المؤسسة |
|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 0 | 1 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 3 | 3 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 0 | 15 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 2 | 2 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 0 | 2 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 0 | 3 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 6 | 0 | 3 | 3 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 3 | 35 | 28 | المجموع |
| %100 | %4.69 | %54.69 | %43.75 | النسبة |



من خلال الجدول رقم 57 يتبين لنا أن نسبة 54.64 % من أولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم يرون أن اكتشاف الاضطراب لدى أبنائهم تم من طرف الطبيب وأن نسبة 43.75% اكتشفوه عن طريق الإطلاع الشخصي.

3.1.5 - عرض نتائج المتعلقة بمدى تقبل الأولياء أمر إصابة أبنائهم باضطراب التوحد بعد التشخيص:

جدول رقم 58 يوضح مدى تقبل الأولياء أمر إصابة أبنائهم باضطراب التوحد بعد التشخيص

| المؤسسة | بشكل عادي | بنوع من الشك | لمأقبله | بعد التشخيص عرضت ابني على العلاج التقليدي |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 2 | 2 | 0 | 2 |
| جمعية تواصل | 0 | 5 | 1 | 3 |
| جمعية أطفال الجنة | 0 | 0 | 4 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 0 | 15 | 0 | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة | 2 | 3 | 3 | 6 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 | 5 | 3 | 0 | 1 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 | 5 | 4 | 0 | 1 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 1 | 2 | 3 | 4 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 0 | 2 | 2 | 4 |
| المجموع | 15 | 36 | 13 | 36 |
| النسبة المئوية | %23.44 | %53.13 | %17.19 | %56.25 |

من خلال الجدول رقم 58 يتضح أن نسبة 53.13% من أولياء الاطفال التوحديين المتكفل بهم تقبلوا خبر إصابتهم بنوع من الشك، ومن بين هؤلاء 56.25% تم عرض أبنائهم للعلاج التقليدي كالحجامة والرقية.



4.1.5 - عرض النتائج المتعلقة بالإشراف على عملية التشخيص:

جدول رقم 59 يوضح من أشرف على عملية التشخيص

| المجموع | من قام بالتشخيص؟ | | | | المؤسسة |
|----------------|------------------|---------------|---------------|------------------------|---------------------------------|
| | طبيب الأطفال | النفساني | الطبيب العقلي | الطبيب العقلي+النفساني | |
| 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 4 | 2 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 0 | 2 | 6 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| 8 | 0 | 2 | 6 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 1 | 4 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 0 | 2 | 4 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 1 | 24 | 24 | 15 | المجموع |
| %100.00 | %1.56 | %37.50 | %37.50 | %23.44 | النسبة المئوية |

من خلال الجدول رقم 59 يتضح أن نسبة 37.50% من الحالات تم تشخيصهم من طرف الطبيب العقلي فقط في حين أن نسبة 23.44% تم تشخيصها من طرف فريق يتكون من الطبيب العقلي والأخصائي النفساني، في حين نجد أن نسبة 37.50% تم تشخيصهم من طرف الاخصائي النفساني فقط، وأن نسبة 1.56% تم تشخيصهم من طرف طبيب الأطفال.



5.1.5 عرض النتائج المتعلقة بمدى التشخيص.

جدول رقم 60 يوضح النتائج المتعلقة بمدى التشخيص.

| مدة التشخيص | | | | | | | | | | المؤسسة |
|-------------|-------|--------|----------|---------|----------|---------|----------|----------|--------|---------------------------------|
| يوم واحد | أسبوع | شهر | عدة أشهر | 06 أشهر | 05 سنوات | 04 أشهر | 03 سنوات | 02 سنوات | 01 سنة | |
| 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | جمعية تواصل |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 8 | 5 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 5 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 6 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 21 | 4 | 9 | 6 | 2 | 1 | 1 | 8 | 6 | 4 | المجموع |
| 32.81% | 6.25% | 14.06% | 9.38% | 3.13% | 1.56% | 1.56% | 12.50% | 9.38% | 6.25% | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 60 نلاحظ أن 32.81% من الحالات تم تشخيصها في يوم واحد، وأن 14.06% تم تشخيصها في أقل من شهر، وأن 6.25% تم تشخيصها في أقل من أسبوع، وأن 28,13% فقط من تجاوزت مدة التشخيص عاما كاملا.



6.1.5 - عرض النتائج المتعلقة بالأدوات المستخدمة في التشخيص:

جدول رقم 61 يوضح الأدوات المستخدمة في التشخيص

| المجموع | أدوات التشخيص المستخدمة | | | | | المؤسسة |
|----------------|-------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | الميزانية الطبية | الملاحظة فقط | الاختبارات المكتملة | الميزانية الطبية+الاختبارات المكتملة CARS+ | الملاحظة المباشرة + CARS | |
| 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | مصحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 14 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 0 | 6 | 0 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| 8 | 0 | 6 | 0 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 0 | 1 | 0 | 0 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 1 | 26 | 1 | 14 | 22 | المجموع |
| %100.00 | %1.56 | %40.63 | %1.56 | %21.88 | %34.38 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 61 نلاحظ 40.63 % من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن تشخيص أبنائهم تم فقط عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوكيات أبنائهم وأن نسبة 34.38 % من تم الاعتماد فيها على الملاحظة المباشرة لسلوكيات الأطفال بالإضافة للاعتماد على قائمة CARS في التشخيص، وأن نسبة 21.88 % من ترى أن التشخيص يتم باستخدام الميزانية الطبية وقائمة CARS والاختبارات المكتملة، في حين نجد أن 1.56 % من يرون أن التشخيص يعتمد فقط على الاختبارات المكتملة، وأن 1.56 % من يرون أن التشخيص يتم فقط بالاعتماد على الميزانية الطبية.



2.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار البيئة التعليمية:

جدول رقم 62 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالبيئة التعليمية

| عدد أفراد العينة | ألعاب | توفر حدود بصرية مثيرات توضح أماكن أداء المهمات التعليمية | وجود جداول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية | وجود جداول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل | احتواء القسم على مكان لحفظ الطفل | أغراض ومستلزماته مزود بمثيرات بصرية مثل صورته | توفر الغرف الصفية على طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية تساعد على تعرف الطفل على مكانه مثل صورته | ورشة العمل الفردي | ورشة العمل الجماعي | المؤسسة |
|------------------|-------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|----------------|
| 64 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 | مصلحة طب الاطفال العقلي | |
| | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 6 | جمعية تواصل | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | جمعية أطفال الجنة | |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 15 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة | |
| | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي ببركة | |
| | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | |
| | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 9 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس | |
| | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة | |
| | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 | 51 | 52 | المجموع | |
| | | %81.2 | %0.0 | %0.0 | %0.0 | %0.0 | %45.31 | %79.6 | %81.2 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 62 نلاحظ أن نسبة ما يقارب 81.25% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن مؤسسات التكفل تتوفر على ورشات العمل الفردي والجماعي، وأن 45.31% منهم يرون أن مؤسسات التكفل تحتوي على غرف صفية بها طاولات مزودة بكراسي تحتوي على صور تمكن الطفل من التعرف على مكان جلوسه، في حين يرى كل الأولياء أن الغرف الصفية غير مزودة بمثيرات بصرية أو جداول توضح الأعمال اليومية سواء لكل الأطفال أو التي خاصة بكل طفل.



جدول رقم 63 يوضح نتائج طبيعة تفويج الأطفال المتكفل بهم

| المجموع | عددالمختصين في الفوج أثناء التكفل الجماعي | | المؤسسة |
|----------------|-------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| | أكبر من 06 | أقل أو يساوي 6 | |
| 4 | 1 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 3 | 3 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 14 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 0 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 0 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 4 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 0 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 22 | 42 | المجموع |
| %100.00 | %34.38 | %65.63 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج الجدول رقم 63 يوضح أن نسبة 65.63% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن عدد الأطفال في الفوج الواحد أقل أو يساوي 06 أطفال، والبقية منهم يرون أن الأفواج تتكون من أكثر من 06 أطفال في المجموعة الواحدة.

3.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التقييم:

1.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بفريق التقييم:

جدول رقم 64 يوضح تشكيل الفريق القائم على التقييم

| المؤسسة | نفساني+أرطفوني | طبيب عقلي | باقي التخصصات |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 4 | 4 | 0 |
| جمعية تواصل | 6 | 0 | 0 |
| جمعية أطفال الجنة | 4 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 15 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 8 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | 8 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | 9 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 6 | 0 | 0 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 4 | 0 | 0 |
| المجموع / % | 64 / 100 % | 4 / 6.25 % | 0 / 0 % |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 64 نلاحظ أن الفريق الذي يشرف على عملية التقييم يتكون فقط من نفسانيين وأو أرطفونيين فقط، دون باقي التخصصات الأخرى.



2.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بأدوات التقييم المستخدمة في تقييم حالة الطفل:

جدول رقم 65 يوضح عرض النتائج المتعلقة بأدوات التقييم المستخدمة في تقييم حالة الطفل

| المجموع | أدوات التقييم | | | المؤسسة |
|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| | CARS+الملاحظة | الملاحظة | CARS | |
| 4 | 0 | 4 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 6 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 4 | 11 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 0 | 5 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 0 | 8 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 1 | 8 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 0 | 3 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 4 | 49 | 6 | المجموع |
| %100.00 | %6.25 | %76.56 | %9.38 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 65 نلاحظ أن نسبة 76,56% من أولياء أطفال التوحد المتكفل بهم يرون أن تقييم درجة التوحد لأبنائهم تعتمد فقط على الملاحظة المباشرة لسلوك ابنائهم، في حين نجد أن نسبة 9.38% من يرون أنه يتم الاعتماد على قائمة CARS كأداة للتقييم بينما يرى 6.25% أن التقييم يعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك و قائمة CARS كأدوات للتقييم.



3.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بفترة التقييم الدوري:

جدول رقم 66 يوضح عرض النتائج المتعلقة بفترة التقييم الدوري

| المجموع | التقييم الدوري | | | المؤسسة |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------------------------|
| | كل 06 أشهر | كل 03 اشهر | أكثر من 06 أشهر | |
| 4 | 1 | 1 | 2 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 1 | 2 | 3 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 13 | 0 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 1 | 7 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 1 | 5 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 9 | 1 | 5 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 6 | 1 | 5 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 23 | 29 | 12 | المجموع |
| %100.00 | %35.94 | %45.31 | %18.75 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 66 نلاحظ أن نسبة 45.31% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن التقييم يتم بشكل دوري كل ثلاثة أشهر، بينما يرى 35,94% منهم يرون أن التقييم يتم كل ستة أشهر، في حين ترى 18.75% الباقية أن التقييم يتم في فترة أكثر من 06 أشهر.



4.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التقييم:

جدول رقم 67 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التقييم

| التكامل الحسي | مهارات الاستقلالية | مهارات اللعب | السلوكيات التوحدية | مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية | التفاعل الاجتماعي | المؤسسة |
|---------------|--------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 |
| 3 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 53 | 56 | 55 | 55 | 56 | 55 | المجموع |
| %82.81 | %87.50 | %85.94 | %85.94 | %87.50 | %85.94 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 67 نلاحظ أن %85.94 من أولياء

الأطفال التوحديين المتكفل بهم يرون أن كل المهارات المبينة في الجدول يتم تقييمها.



5.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بمراقبة التمارين المنزلية المنجزة من طرف الأولياء:

جدول رقم 68 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمراقبة التمارين المنزلية المنجزة من طرف

الأولياء

| المجموع | مراقبة العمل المنجز في البيت من طرف المؤسسة | | | المؤسسة |
|----------------|---------------------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| | دائما | أحيانا | لا يراقب | |
| 04 | 0 | 3 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 06 | 1 | 5 | 0 | جمعية تواصل |
| 04 | 0 | 3 | 1 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 08 | 3 | 4 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 08 | 2 | 4 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 09 | 3 | 4 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 06 | 2 | 3 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 04 | 0 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 26 | 30 | 08 | المجموع |
| %100.00 | %40.63 | %46.88 | 12.50% | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 68 نلاحظ أن 40.63 % من أولياء

أطفال الأطفال التوحد المتكفل بهم يرون أن التمارين التي يقومون بها في البيت مع أبنائهم يتم مراقبتها

من طرف المؤسسة بينما ترى نسبة 46.88 % أن المراقبة تتم أحيانا فقط بينما ترى نسبة 12.50 %

منهم أن أعمالهم لا يتم مراقبتها.

6.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بالكيفية التي يتم بها مراقبة العمل المطلوب إنجازه من طرف الأولياء في البيت:

الجدول رقم 69 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالكيفية التي يتم بها مراقبة العمل المطلوب إنجازه من طرف الأولياء في البيت

| المجموع | في المؤسسة | زيارة مفاجئة للبيت | المؤسسة |
|----------------|---------------|--------------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 6 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 8 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 8 | 8 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 8 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 6 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 04 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 62 | 2 | المجموع |
| %100.00 | %96.88 | %3.13 | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 69 نلاحظ أن نسبة 96.88% من أولياء الأطفال التوحيدين المتكفل بهم يرون أن المراقبة تتم في المؤسسة وليس عبر زيارة مفاجئة للبيت.

7.3.5 - عرض النتائج المتعلقة بتقييم حالة الطفل قبل الشروع في عملية التكفل:

الجدول رقم 70 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقييم حالة الطفل قبل الشروع في عملية التكفل

| عدد أفراد العينة | تم تقييم ابني قبل الشروع في عملية التكفل | المؤسسة |
|------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 5 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 51 | المجموع |
| %100.00 | %79.69 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 70 نلاحظ أن نسبة 79.69% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن حالة أبنائهم تقيم قبل الشروع في عملية التدخل العلاجي والتربوي أي أثناء التشخيص.

4.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التكفل:

1.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بإجابة الأولياء على البند المتعلق بعملية التكفل يشرف عليها فريق متعدد التخصصات أم لا؟

الجدول رقم 71 يوضح عرض النتائج المتعلقة بإجابة الأولياء على البند المتعلق بعملية التكفل يشرف عليها فريق متعدد التخصصات أم لا؟

| عدد أفراد العينة | عملية التكفل يشرف عليها فريق متعدد التخصصات | المؤسسة |
|------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 5 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 9 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 58 | المجموع |
| %100.00 | 90.63% | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 71 نلاحظ أن 90,63% من أولياء الأطفال المتكفل به يرون أن التكفل لا يشرف عليه فريق متكامل متعدد التخصصات.

2.4.5- عرض النتائج المتعلقة بشكل الفريق المتعدد التخصصات المشرف على عملية التكفل بالمؤسسات المعنية.

الجدول رقم 72 يوضح عرض النتائج المتعلقة بشكل الفريق المتعدد التخصصات المشرف على عملية التكفل بالمؤسسات المعنية.

| فريق التكفل | | | | | | | | | | المؤسسة |
|-----------------------------|----------------------------------------|------------------|--------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|-----------|------------------|---------|----------------------------------|
| نفساني + أرطفوني + المربيات | نفساني + أرطفوني + الأولياء + المربيات | نفساني + أرطفوني | نفساني | طبيب عقلي + نفساني + أرطفوني + المربيات | عقلي + نفساني + أرطفوني + الأولياء + المربيات | طبيب عقلي + نفساني | طبيب عقلي | أرطفوني + مربيات | أرطفوني | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | جمعية تواصل |
| 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريقة |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 1 | 47 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | المجموع |
| %1.56 | %73.44 | %3.13 | %6.25 | %4.69 | %3.13 | %3.13 | %1.56 | %1.56 | %1.56 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 72 نلاحظ أن 73.44% من أولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم يؤكدون أن عملية التكفل يشرف عليها النفسانيون والأرطفونين بحضور الأولياء، وأن 3.13% يرون أن التكفل يشرف عليه الاخصائي النفساني والأرطفوني فقط دون مشاركة الأولياء وأن 06.25% يقوم به النفساني فقط.



3.4.5- عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التكفل:

الجدول رقم 73 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالمهارات المستهدفة في عملية التكفل:

| التكامل الحسي | مهارات الاستقلالية | مهارات اللعب | السلوكيات التوحدية | مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية | التفاعل الاجتماعي | المؤسسة |
|---------------|--------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 2 | 3 | 6 | 2 | 4 | 3 | جمعية تواصل |
| 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 5 | 7 | 5 | 8 | 8 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 4 | 6 | 4 | 7 | 8 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 5 | 7 | 5 | 8 | 9 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 3 | 5 | 3 | 6 | 6 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 39 | 54 | 48 | 58 | 62 | 48 | المجموع |
| %60.94 | %84.38 | %75.00 | %90.63 | %96.88 | %75.00 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 73 نلاحظ أن معدل 80.47% من

أولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم يرون أن كل المهارات المبينة في الجدول يتم استهدافها في العملية

التكفلية، وأضعف نسبة هي 60.94% بالنسبة لمهارة التكامل الحسي.



4.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بنوعية التكفل:

جدول رقم 74 يوضح عرض النتائج المتعلقة بنوعية التكفل

| المجموع | فردى+جماعى | فردى | جماعى | المؤسسة |
|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | 0 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلى بالمعذر |
| 6 | 3 | 3 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 0 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 0 | 0 | المركز النفسى البيداغوجى مروانة |
| 8 | 7 | 0 | 1 | المركز النفسى البيداغوجى بيريكة |
| 8 | 7 | 0 | 1 | المركز النفسى البيداغوجى باتنة2 |
| 9 | 7 | 0 | 1 | المركز النفسى البيداغوجى باتنة1 |
| 6 | 5 | 0 | 1 | المركز النفسى البيداغوجى بأريس |
| 4 | 4 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 51 | 3 | 9 | المجموع |
| %100.00 | %79.69 | %4.69 | %14.06 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 74 نلاحظ أن 79.69% من أولياء

الأطفال المتكفل بهم يرون أن التكفل بأبنائهم يتم بشكل فردي وجماعي.

5.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بطبيعة البرامج التربوية المستخدمة في عملية التدخل العلاجي

والتربوي.

الجدول رقم 75 يوضح طبيعة البرامج التربوية المستخدمة في عملية التدخل العلاجي والتربوي

| المجموع | Teacch | ABA | المؤسسة |
|-------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلى بالمعذر |
| 6 | 6 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | 0 | المركز النفسى البيداغوجى مروانة |
| 8 | 8 | 0 | المركز النفسى البيداغوجى بيريكة |
| 8 | 7 | 1 | المركز النفسى البيداغوجى باتنة2 |
| 9 | 9 | 0 | المركز النفسى البيداغوجى باتنة1 |
| 6 | 6 | 0 | المركز النفسى البيداغوجى بأريس |
| 4 | 4 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 62 | 2 | المجموع |
| %100 | %96.87 | %3.13 | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 75 نلاحظ أن 96.87% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أنه يتم الاعتماد على برنامج TEACCH كبرنامج تربوي تدريبي فيما مقابل 3.13% على برنامج ABA.

6.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بالحجم الساعي الأسبوعي لعملية التكفل

الجدول رقم 76 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالحجم الساعي الأسبوعي لعملية التكفل

| المجموع | حسب ظروف | أقل من 10 | 2030 | 2010 | مرة كل شهر | المؤسسة |
|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------------------------|
| 4 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 0 | 2 | 1 | 4 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 2 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 6 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 2 | 20 | 4 | 34 | 4 | المجموع |
| %100.00 | %3.13 | %31.25 | %6.25 | %53.13 | %6.25 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 76 نلاحظ أن 53.13% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن التدخلات الأسبوعية مع أبنائهم في مؤسسات التكفل تقدر بحجم ساعي ما بين 10 و 20 ساعة أسبوعياً، وأن 31.13% يرون أن هذه التدخلات تتم في حجم زمني أقل من 10 ساعات في الأسبوع، وأن نسبة 6.25% فقط من يرون أن الحجم الساعي الأسبوعي المخصص للتكفل بأبنائهم في هذه المراكز يتراوح ما بين 20 و 30 ساعة أسبوعياً.



7.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على البند " يطلب مني فريق التدخل تمارين منزلية"

جدول رقم 77 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على البند " يطلب مني فريق التدخل تمارين

منزلية'

| عدد أفراد العينة | يطلب مني فريق التكفل تمارين منزلية | المؤسسة |
|------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 6 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 9 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 63 | المجموع |
| 100.00% | 98.44% | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 77 نلاحظ أن نسبة 98.44% من

أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن المؤسسات التي تتكفل بأبنائهم تطلب منهم واجبات في شكل تمارين للقيام بها مع أبنائهم في المنزل.

8.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بمدى التزام الاولياء بتنفيذ ما يطلب منهم من واجبات منزلية

الجدول رقم 78 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى التزام الاولياء بتنفيذ ما يطلب منهم من واجبات

منزلية

| حجم العينة | ألتزم بتنفيذ ما يطلبه مني فريق التكفل القيام به مع ابني من تمارين | المؤسسة |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 4 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 5 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 11 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 3 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 1 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 36 | المجموع |
| 100.00% | 56.25% | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 78 نلاحظ أن نسبة 56.25% فقط من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أنهم يلتزمون بتنفيذ ما يطلب منهم من واجبات منزلية للقيام بها مع أبنائهم.

9.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بمدى تحديد مؤسسة التكفل للمواعيد الدورية للأطفال المتكفل:

جدول رقم 79 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى تحديد المؤسسة للمواعيد الدورية للأطفال المتكفل بهم.

| المجموع | التكرارات | المؤسسة |
|-------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 2 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 4 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي ببيركة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 5 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 53 | المجموع |
| %100 | %82.81 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 79، نلاحظ أن 82.81% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن مؤسسات التكفل تقدم لهم مواعيد دورية للتكفل بأبنائهم.

10.4.5 - عرض النتائج المتعلقة بالالتزام بالمواعيد العلاجية من طرف أولياء الأطفال المتكفل

جدول رقم 80 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالالتزام بالمواعيد العلاجية من طرف أولياء الأطفال المتكفل

| المجموع | دائما | أحيانا | أبدا | المؤسسة |
|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | 1 | 0 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 5 | 1 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 0 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 09 | 04 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 6 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببيركة |
| 8 | 6 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 6 | 03 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 6 | 02 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 2 | 2 | 0 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 43 | 17 | 4 | المجموع |
| %100.00 | %67.19 | %26.56 | %6.25 | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 80 نلاحظ أن نسبة 67.19% من الأولياء يحترمون المواعيد العلاجية المقدمة لهم، في حين نجد أن 26.56% يحترمون هذه المواعيد بشكل متذبذب، وأن نسبة 6.25% لا يلتزمون بالمواعيد المقدمة لهم نهائياً.

11.4.5 - عرض النتائج المتعلقة أسباب عدم التزام الأولياء بالمواعيد المحددة لهم من طرف مؤسسة التكفل:

جدول رقم 81 يوضح أسباب عدم التزام الأولياء بالمواعيد المحددة لهم من طرف مؤسسة التكفل

| المجموع | ظروف عملي | ارتفاع تكاليف الحصص | المؤسسة |
|----------------|---------------|---------------------|------------------------------------|
| 1 | 1 | | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 1 | 0 | 1 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 13 | 04 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 0 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 0 | 2 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ي بانتة 2 |
| 0 | 03 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة 1 |
| 0 | 02 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 2 | 2 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 23 | 16 | 07 | المجموع |
| %100.00 | %69.56 | %30.44 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 81 نلاحظ أن 69.56% من الأولياء غير الملتزمين بالمواعيد الطبية يرجعون سبب عدم الالتزام لظروف العمل، في حين 30.44% منهم يرجعون الأسباب لارتفاع تكاليف العملية التكميلية، ويمثلون أولياء الأطفال المتكفل بهم على مستوى الجمعيات.



5.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار مشاركة ودعم الأسرة:

1.5.5- عرض النتائج المتعلقة بتقديم التقارير الدورية لأولياء حول تقدم حالة أبنائهم.

الجدول رقم 82 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقديم التقارير الدورية لأولياء حول تقدم حالة أبنائهم.

| حجم العينة | التكرارات | المؤسسة |
|-------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 2 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 4 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 2 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 49 | المجموع |
| %100 | %76.56 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 82 نلاحظ أن نسبة 76.56% من

أولياء الأطفال المتكفل بهم يؤكدون أن مؤسسات التكفل تزودهم بالتقارير الدورية عن حالة أبنائهم.

2.5.5- عرض النتائج المتعلقة بتكوين أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف

مؤسسات التكفل:

الجدول رقم 83 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتكوين أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم

من طرف مؤسسات التكفل.

| حجم العينة | التكرارات | المؤسسة |
|-------------|---------------|---------------------------------|
| 4 | 3 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 0 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بيريكة |
| 8 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 |
| 9 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 |
| 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 46 | المجموع |
| %100 | %71.88 | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 83 نلاحظ أن نسبة 71.88% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يؤكدون أنهم تلقوا تكويناً من طرف مؤسسات التكفل حول كيفية التعامل والتكفل بأبنائهم المصابين باضطراب التوحد.

3.5.5 عرض النتائج المتعلقة بتقديم الدعم والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل:

الجدول رقم 84 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقديم الدعم والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل.

| المؤسسة | التكرارات | حجم العينة |
|---------------------------------|---------------|-------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 0 | 4 |
| جمعية تواصل | 2 | 6 |
| جمعية أطفال الجنة | 0 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 15 | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | 6 | 9 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 3 | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 4 | 4 |
| المجموع | 40 | 64 |
| النسبة المئوية | %62.50 | %100 |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 84 نلاحظ أن نسبة 62.50% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يؤكدون أنهم تلقوا دعماً وإرشاداً نفسياً من طرف مؤسسات التكفل حول كيفية التعامل والتكفل بأبنائهم المصابين باضطراب التوحد.



4.5.5 - عرض النتائج المتعلقة بمدى استدعاء الأولياء لجلسات التقييم من طرف مؤسسات التكفل:
الجدول رقم 85 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى استدعاء الأولياء لجلسات التقييم من طرف
مؤسسات التكفل.

| حجم العينة | التكرارات | المؤسسة |
|------------|-----------|---------------------------------|
| 4 | 4 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 4 | جمعية تواصل |
| 4 | 4 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 13 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي ببيركة |
| 8 | 8 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 9 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 60 | المجموع |
| %100 | %93.75 | النسبة المئوية |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 85 نلاحظ أن نسبة 93.75% من
أولياء الأطفال المتكفل بهم يؤكدون أنه يتم استدعائهم لجلسات التقييم الدوري من طرف مؤسسات
التكفل حول كيفية التعامل والتكفل بأبنائهم المصابين باضطراب التوحد.

5.5.5 - عرض النتائج المتعلقة بتقديم بإشراك الاولياء في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم
لأولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل.

الجدول رقم 86 يوضح عرض النتائج المتعلقة بإشراك الاولياء في العمليات التدريبية المقدمة
لأبنائهم لأولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم من طرف مؤسسات التكفل.

| حجم العينة | التكرارات | المؤسسة |
|------------|-----------|---------------------------------|
| 4 | 1 | مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر |
| 6 | 4 | جمعية تواصل |
| 4 | 0 | جمعية أطفال الجنة |
| 15 | 15 | المركز النفسي البيداغوجي مروانة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي ببيركة |
| 8 | 6 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 |
| 9 | 7 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 |
| 6 | 4 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 4 | 4 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 64 | 47 | المجموع |
| %100 | %73.44 | النسبة المئوية |



من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 86 نلاحظ أن نسبة 73.44% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يؤكدون أنه يتم إشراكهم في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم من طرف مؤسسات التكفل حول كيفية التعامل والتكفل بأبنائهم المصابين باضطراب التوحد.

6.5.5 - عرض النتائج المتعلقة بطبيعة مشاركة أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم من طرف مؤسسات التكفل:

الجدول رقم 87 يوضح عرض النتائج المتعلقة بطبيعة مشاركة أولياء الأطفال التوحيديين المتكفل في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم من طرف مؤسسات التكفل.

| المؤسسة | المشاركة في تنفيذ التمارين | المشاركة بالملاحظة فقط | المجموع |
|----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------|
| مصالحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 0 | 1 | 1 |
| جمعية تواصل | 0 | 4 | 4 |
| جمعية أطفال الجنة | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 15 | 0 | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 3 | 3 | 6 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | 3 | 3 | 6 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | 4 | 3 | 7 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 1 | 3 | 4 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 0 | 04 | 4 |
| المجموع | 21 | 26 | 47 |
| النسبة المئوية | %44.68 | %55.32 | %100.00 |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 87 نلاحظ أن 55.32% من الأولياء الذين اكدوا أنهم يشاركون في العمليات التدريبية المقدمة لأبنائهم يرون أن مشاركتهم تتم عبر ملاحظة ما يقدم لأبنائهم دون المشاركة الفعلية في تقديم التمارين بينما يرى 44.68% أن مشاركتهم تتم عبر المشاركة الفعلية في تنفيذ التمارين.



7.5.5 - عرض النتائج المتعلقة بالطريقة التي تنتهجها مؤسسة التكفل في التواصل مع الأولياء.

جدول رقم 88 يوضح الطريقة التي تنتهجها مؤسسة التكفل في التواصل مع الأولياء.

| المؤسسة | الحضور الشخصي | الهاتف | البريد الإلكتروني | الوسائط الاجتماعية | الزيارات الميدانية للبيوت |
|---------------------------------|---------------|----------|-------------------|--------------------|---------------------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية تواصل | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية أطفال الجنة | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المجموع | 64 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| النسبة المئوية | %100 | %0 | %0 | %0 | %0 |

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 88 نلاحظ أن كل المؤسسات تعتمد في

تواصلها مع الأولياء من خلال الحضور الشخصي للمؤسسة في المواعيد المقدمة لأبنائهم دون استعمال

الوسائط الأخرى مثل البريد الإلكتروني أو الهاتف.

6.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الدمج:

الجدول رقم 89 يوضح عرض النتائج المتعلقة بمدى سماح المدارس العادية بإدماج الأطفال

التوحيدين في للتلميذ في الوسط العادي

| المؤسسة | التكرارات | حجم العينة |
|---------------------------------|---------------|-------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | | 4 |
| جمعية تواصل | | 6 |
| جمعية أطفال الجنة | | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 | | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 | | 9 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة | | 4 |
| المجموع | 57 | 64 |
| النسبة المئوية | %89.06 | %100 |



من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 89 نلاحظ أن 89.06% من الأولياء يرون أن المدارس العادية لا تسمح بإدماج أبنائهم ذوي اضطراب التوحد في الوسط العادي مع التلاميذ العاديين.

7.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار التقييم الذاتي

جدول رقم 90 يوضح عرض النتائج المتعلقة بتقييم الأولياء لعملية التكفل

| المؤسسة | تحسن الطفل بعد عملية التكفل | مؤسسات التكفل غير كافية | عدم الرضى عن عملية التكفل باطفال بالجزائر | عملية التكفل مكلفة | حجم العينة |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|--------------------|----------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| جمعية تواصل | 6 | 6 | 2 | 5 | 6 |
| جمعية أطفال الجنة | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 6 | 6 | 4 | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | 6 | 6 | 4 | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | 7 | 7 | 5 | 5 | 9 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 4 | 4 | 3 | 4 | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| المجموع | 50 | 50 | 39 | 49 | 64 |
| النسبة المئوية | %78.13 | %78.13 | %60.94 | %76.56 | %100.00 |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 90 نلاحظ أن 78,13% يقرون أن حالة ابنهم تتطور نحو الأحسن، وأن نسبة 78.13% ترى أن مؤسسات التكفل غير كافية للتكفل بكل حالات التوحد المسجلة، في حين ترى نسبة 60.94% أنهم غير راضون على عملية التكفل باطفال التوحد في الجزائر، وأن نسبة 76.56% يرون أن عملية التكفل مكلفة من الناحية المادية.



8.5 - عرض النتائج المتعلقة بمعيار الصعوبات التي تواجه الأولياء:

الجدول رقم 91 الصعوبات التي تعترض الأولياء

| المؤسسة | إصابة الإبن تؤثر على العلاقات الزوجية | صعوبة إدماج الإبن اجتماعيا | الخوف الوصم الاجتماعي | إصابة الإبن تؤثر على العلاقات الزوجية | مشاركة ودعم الزوج في عملية التكفل | حجم العينة |
|----------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| مصلحة طب الاطفال العقلي بالمعذر | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 4 |
| جمعية تواصل | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| جمعية أطفال الجنة | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| المركز النفسي البيداغوجي مروانة | 13 | 14 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| المركز النفسي البيداغوجي بيريكة | 3 | 7 | 4 | 3 | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | 3 | 7 | 4 | 3 | 5 | 8 |
| المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | 3 | 8 | 4 | 3 | 5 | 9 |
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 2 | 5 | 3 | 3 | 5 | 6 |
| جمعية الطفولة السعيدة | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| المجموع | 40 | 55 | 41 | 41 | 47 | 64 |
| النسبة المئوية | 62.50 | 85.94 | 64.06 | 64.06 | 73.44 | 100.00 |

من خلال عرض النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 91 نلاحظ أن 62.50% من الاولياء يرون إصابة أبنهم أثرت على علاقاتهم الزوجية، وأن نسبة 85.94% يرون أنهم يجدون صعوبة في إدماج ابنهم اجتماعيا، وأن نسبة 64.06% يعزرون هذه الصعوبة للخوف من الوصم الاجتماعي، في حين يرى 60.94% أن إصابة ابنهم أثرت على اهتماماتهم بباقي الأبناء غير المصابين وأن اهتمامهم كله توجه نحو هذا الطفل، كما ترى نسبة 73,44% أن الزوج يشارك ويدعم عملية التكفل بالإبن مناصفة مع الطرف الآخر.



6 - عرض نتائج شبكة الملاحظة:

1.6 عرض النتائج المتعلقة البيئة التعليمية:

جدول رقم 92 يوضح نتائج شبكة الملاحظة بالمشاركة فيما يتعلق بالبيئة التعليمية

| النسبة المئوية | المجموع | جمعية تواصل لأطفال التوحد | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | جمعية الطفولة السعيدة | م.الطب العقلي للأطفال بالمعذر | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المركز النفسي البيداغوجي بريكة | المركز النفسي البيداغوجي بانتة2 | المركز النفسي البيداغوجي بانتة1 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | المؤشر | الرقم |
|----------------|---------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| 22.22 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ورشة العمل الفردي | .1 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ورشة العمل الجماعي | .2 |
| 66.66 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم | .3 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | قاعة للتدريس البيداغوجي | .4 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | لا يزيد عدد الاطفال في الصف الواحد عن ستة اطفال توحيدين مقابل معلم ومساعد | .5 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتوفر بالغرف الصفية حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهمات التعليمية | .6 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | يوجد في الغرف الصفية جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية | .7 |



الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها



| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | يوجد في القسم (الصف) جدول بصري خاص بكل طفل | .8 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يحتوى القسم (الصف على) لكل طفل على مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته) | .9 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 2 | .10 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يوجد لكل طفل في المؤسسة طاولة وكرسي | .11 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | الطاولة والكرسي مزودان بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته واسمه) | .12 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | تحتوي البيئة التعليمية على مثيرات بصرية قليلة | .13 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | وجود حدود بصرية داخل البيئة التعليمية مثل وضع حواجز بين أركان الفصول أو الأقسام الدراسية | .14 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | وجود أشرطة لاصقة على الأرض لتحديد أماكن ممارسة نشاط معين | .15 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | وجود جداول للأنشطة اليومية لكل طفل | .16 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يوجد جداول يومية للأنشطة لكل فصل | .17 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | وجود خزانة خاصة بكل طفل تحمل اسمه وصورته | .18 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | وجود مكان جلوس خاص بكل طفل | .19 |



| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | توجد لوحة تحتوي على صور وكلمات توضح القوانين المتعلقة بالبيئة التعليمية | .20 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | نسبة معلمين ومعلمين مساعدين لا تزيد عن معلم لكل ستة طلاب. | .21 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | توفر مساحة مناسبة للتعلم | .22 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الإضاءة من النوع العادي (أصفر) | .23 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | وجود داخل البيئة التعليمية ساعات توقيت، لتوقيت بداية ونهاية الأنشطة | .24 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | توحيد الألوان بين بطاقة النشاطات والصورة التي تحتويها البطاقة، مع لون ومكان ممارسة النشاط مثلاً: بطاقة جلسة التدريس الفردي تحتوي على كرسي وطاولة باللون الأزرق يجب أن يكون لون الطاولة والكرسي باللون الأزرق | .25 |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | العمل الجماعي لا يتجاوز فيه عدد الأطفال المنكفل بهم 06 أطفال | .26 |
| 77.78 | 7 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | في العمل الجماعي يتم احترام تفويج الأطفال حسب السن، القدرات العقلية، ودرجة التوحد لكل طفل | .27 |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 92 نلاحظ أن 10 معايير من أصل 27 معيار تحققت بنسبة عالية فاقت 77 % وهي المشار إليها بالأرقام في الجدول 2، 4، 5، 11، 19، 21، 22، 23، 26، و 27، في حين نجد معيار واحد فقط تحقق بنسبة متوسطة قدرت 55% وهو المشار إليه في الجدول بالرقم 3 ومعيار واحد فقط تحقق بنسبة ضعيفة تقدر بـ 22.22% وهو المشار إليه في الجدول بالرقم 1، أما بقية المعايير المقدر بـ 14 معيار لم تحقق نهائياً.



2.6 - عرض نتائج شبكة الملاحظة بالمشاركة فيما يتعلق بالبرامج التربوية المستخدمة في

عملية التكفل:

1.2.6 - عرض النتائج المتعلقة بما تتضمنه المناهج والبرامج من مهارات:

جدول رقم 93 يوضح النتائج المتعلقة بما تتضمنه المناهج والبرامج من مهارات:

| النسبة المئوية | المجموع | جمعية تواصل لأطفال التوحد | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | جمعية الطفولة السعيدة | م. الطب العقلي للأطفال بالمعذر | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المركز النفسي البيداغوجي بركة | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | المهارة |
|----------------|---------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | التواصل (اللغة الفظية) |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | التفاعل الاجتماعي |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | السلوكيات التوحيدية |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | المهارات الاستقلالية |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | مهارات اللعب |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الانتباه الانتقائي |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | التقليد اللفظي والحركي |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الاستجابة لتعابير |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الاستجابة لتغيير |
| 100.00 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | المهارات الأكاديمية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 93 نلاحظ أن كل المؤسسات حققت المعايير

المتعلقة بالمهارات المستهدفة بالبرامج التربوية.



2.2.6 - عرض النتائج المتعلقة بالبرامج التربوية المستخدمة المستخدمة في عملية التكفل

جدول رقم 94 يوضح النتائج المتعلقة بالبرامج التربوية المستخدمة المستخدمة في عملية

التكفل.

| النسبة المئوية | عدد المؤسسات | المجموع | جمعية تواصل لأطفال التوحد | جمعية أطفال الجئة بنقاوس | جمعية الطفولة السعيدة | م.الطب العقلي للأطفال بالمعذر | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المركز النفسي البيداغوجي بركة | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 | المركز النفسي البيداغوجي بمرانة | البرنامج |
|----------------|--------------|---------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 11.1 1 | 09 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | Pecs |
| 22.2 2 | | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ABA |
| 0.00 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | DENVER |
| 77.7 7 | | 7 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Teach |
| 0.00 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Son rize |
| 0.00 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Makaton |
| 11.1 1 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 94 نلاحظ أن البرامج المستخدمة في العملية التعليمية في مؤسسات التكفل بأطفال التوحد المعنية بالدراسة هي: برامج PECS بنسبة 11.11%، ويستعمل فقط بالمركز النفسي البيداغوجي بباتنة1، وبرنامج ABA بنسبة 22,22% ويستخدم في مؤسستين فقط، وهما مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، وجمعية تواصل لأطفال التوحد الذين



يعتمدان على هذا البرنامج فقط في عملية التكفل دون غيره من البرامج في حين نجد البرنامج الأكثر استخداما بنسبة 77.77% هو برنامج TEACCH المستخدم من طرف باقي المؤسسات.

3.2.6 - عرض النتائج المتعلقة بالتقنيات التي تعتمد عليها البرامج التربوية المستخدمة في عملية تعديل السلوك

جدول رقم 95 يوضح النتائج المتعلقة بالتقنيات التي تعتمد عليها البرامج التربوية المستخدمة

في عملية تعديل السلوك

| النسبة المئوية % | المجموع | جمعية تواصل لأطفال التوحد | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | جمعية الطفولة السعيدة | م. الطب العقلي للأطفال بالمعذر | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المركز النفسي البيداغوجي بركة | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 2 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة 1 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | التقنيات التي يعتمد عليها في تعديل السلوك | الرقم |
|------------------|---------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | استخدام المثيرات البصرية في عملية التعليم | 1. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الانتقال من المحسوس فشبه المحسوس | 2. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | استخدام التعليمات اللفظية المختصرة | 3. |
| 66.67 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | استخدام التدخل الفردي ثم الجماعي | 4. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | الاعتماد على اللعب كمهارة تدريبية | 5. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | نستخدم أساليب التعزيز المختلفة | 6. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يتم التركيز على التخلص من السلوك التوحدي | 7. |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | تستخدم أساليب ضبط المثيرات المختلفة | 8. |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتم تصميم استراتيجيات للتدخل عند الازمات | 9. |
| 88.89 | 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يتضمن البرنامج تعميم المهارات المكتسبة | 10. |
| 66.67 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يتضمن البرنامج وقت الفراغ للطفل للراحة | 11. |
| 55.56 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين 20 و 25 | 12. |
| 55.56 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | يذاوم الطفل في المؤسسة لمدة 11 شهر في السنة على الأقل | 13. |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 95 نلاحظ أن 09 معايير (تقنية) من أصل 13 معيار

(تقنية) متفق عليه عالميا، والذي أشير لهم في الجدول بالارقام 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 10، و 11 تم



تحقيقها بنسبة عالية، في حين نلاحظ أن معيارين (تقنيتين) من أصل 13، والمشار إليهما في الجدول بالرقمين 12 و13 قد تحققا بنسبة متوسطة، والمعياريين المتبقين (تقنيتين) لم يتحققا تماما.



3.6 - عرض النتائج المتعلقة بالدمج والخدمات الانتقالية

جدول رقم 96 يوضح عرض النتائج المتعلقة بالدمج والخدمات الانتقالية

| النسبة المئوية | المجموع | جمعية تواصل لأطفال التوحد | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | جمعية الطفولة السعيدة | م.الطب العقلي للأطفال بالمعذر | المركز النفسي اليبداغوجي أريس | المركز النفسي اليبداغوجي بركة | المركز النفسي اليبداغوجي باتنة 2 | المركز النفسي اليبداغوجي باتنة 1 | المركز النفسي اليبداغوجي بمرانة | التقنيات التي يعتمد عليها في تعديل السلوك |
|----------------|---------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55.56 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | لا يتجاوز عدد الأطفال في القسم الواحد 15 |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتم تقويم المثيرات الحسية الموجودة في المدرسة كأصوات الأجراس وصراخ الأطفال في المدرسة |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتم تحديد المهارات الأخرى التي يحتاجها الطفل التوحيدي ليتماشى مع زملائه العاديين |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتوفر معلما مساعدا متخصص، يرافق التطفل التوحيدي المدمج في القسم الدراسي العادي |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | يتم تكيف البيئة التعليمية (الصف التعليمي) الجديدة وفقا لمتطلبات وخصائص الطفل التوحيدي مثل ضبط المثيرات الحسية والألوان وتوفير الأدوات اللازمة. |



من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 96 نلاحظ أن كل المعايير المتعلقة بالدمج والخدمات الانتقالية لم تتحقق إلا واحد، وهو عدد الأطفال لا يتجاوز 15 في القسم الواحد تحقق بنسبة 55.56 % أي 05 مؤسسات من أصل 09 مهتمة بعملية الدمج وهي المراكز النفسية البيداغوجية.

7- عرض النتائج المتعلقة بتحليل الوثائق:

1.7- الرؤية الفكر والرسالة:

جدول رقم 97 يوضح النتائج المتعلقة بتحليل الوثائق المتعلقة بسياسة وفكر ورؤية المؤسسة حول عملية التكفل بأطفال التوحد.

| الرقم | المعيار | نتيجة التحقيق |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. | تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد | لم نستطيع التحقق بالوثائق لعدم وجود وثائق |
| 2. | الرؤية والفكر والرسالة والأهداف ملائمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد | يمكن أن نتحقق بها من وجود هذه السياسة لدى جميع المؤسسات. |
| 3. | تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها | |
| 4. | تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين وأعضاء مجلس الإدارة وهيئة التدريس، المعلمون، أولياء الأمور) | |



2.7 - الكوادر العاملة من المختصين في مجال التكفل باطفال التوحد:

جدول رقم 98 يوضح النتائج المتعلقة بالكوادر العاملة في مجال التكفل باطفال التوحد من خلال

الجدول التعدادي للمؤسسات

| المعالج الطبيعي | أخصائي التغذية | المعالج الوظيفي | الطبيب العقلي للأطفال | النفساني | أرطفوني | المربي المتخصص | البيداغوجي | رئيس المصلحة | المؤسسة |
|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------|----------|---------|----------------|------------|--------------|-----------------------------------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي ببرىكة |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 | 01 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | جمعية تواصل لاطفال التوحد |
| 0 | 0 | 0 | 01 | 09 | 08 | 05 | 05 | 09 | المجموع |
| 0% | 0% | 0% | 11.11% | 100 % | 88.89% | 5.56% | 55.56% | 100% | النسبة المئوية |

تجدر الإشارة أن النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 98 تم الحصول عليها من خلال الإطلاع

على الجدول التعدادي للمؤسسة، فكانت النتائج كالتالي:

كل المؤسسات المراكز النفسية البيداغوجية تتوفر على مدير ورئيس مصلحة، بالإضافة إلى الأرطفونيين، والنفسانيين والبيداغوجيين، والمربين، بينما لا تتوفر على باقي التخصصات، وبالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال فتتوفر على الطبيب العقلي للأطفال وهو رئيس المصلحة، النفساني والأرطفوني فقط، أما الجمعيات فتتوفر اما على نفساني فقط أو نفساني وأرطفوني، ويديرها رئيسا للجمعية.



3.7 - الخدمات والبرامج المقدمة:

1.3.7- التشخيص: ففي هذا المجال وبعد الإطلاع على ملفات الأطفال المتكفل بهم، والإطلاع

على الوثائق المتعلقة بالتقييم والتشخيص مثل الشهادات الطبية، وأدوات التقييم في مختلف المؤسسات المعنية بالدراسة، ومن خلال الجداول التعدادية توصلنا إلى النتائج التالية:

جدول رقم 99 يوضح النتائج المتعلقة بفريق التشخيص والمتحصل عليها من خلال الإطلاع على ملف الطفل التوحيدي المتكفل به.

| المؤسسة | الطبيب العقلي للأطفال | البيداغوجي | أرطفوني | النفسي | المعالج الوظيفي | أخصائي التغذية | المعالج الطبيعي |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|---------|--------|-----------------|----------------|-----------------|
| المركز النفسي البيداغوجي بأريس | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي ببيركة | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| المركز النفسي البيداغوجي بمروانة | 0 | 01 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية أطفال الجنة بنقاوس | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | 01 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |
| جمعية تواصل لاطفال التوحد | 01 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 99، ومن خلال النتائج المستخلصة من خلال تحليل ملف الطفل المتكفل به، نلاحظ أن كل المراكز النفسية البيداغوجية لا تقوم هي بالتشخيص وإنما يقوم به فقط الطبيب العقلي وليس الطبيب العقلي للأطفال، أما بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر فإن التشخيص يقوم به كل من الطبيب العقلي والاختصاصي النفسي والمختص الأرطفوني، بينما لجمعية تواصل فإن التشخيص يقوم به الطبيب العقلي للأطفال بالمعذر، أما بالنسبة لجمعية أطفال الجنة، فالتشخيص يقوم به الاختصاصي النفسي أما جمعية الطفولة السعيدة، فلم تتمكن من ذلك بسبب غلق المؤسسة في الأيام الأخيرة من الدراسة، في حين نلاحظ غياب التخصصات الأخرى: المعالج الوظيفي، المعالج الطبيعي، الاختصاصي النفسي الحركي والاختصاصي في التغذية في كل المؤسسات.



2.3.7- أدوات التشخيص: من خلال الإطلاع على ملف الطفل المتكفل به فيما يتعلق بأدوات

التشخيص توصلنا إلى النتائج التالية:

جدول رقم 100 يوضح النتائج المتعلقة باستخدام أدوات التشخيص

| الميزانية الطبية | دراسة الحالة | استخدام قوائم تقييم التوحد (مثل CARS) | المؤسسة |
|------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بأريس |
| 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي ببريكة |
| 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1 |
| 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 2 |
| 0 | 0 | 0 | المركز النفسي البيداغوجي بمروانة |
| 0 | 1 | 1 | جمعية الطفولة السعيدة |
| 0 | 0 | 0 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس |
| 1 | 0 | 0 | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر |
| 1 | 0 | 0 | جمعية تواصل لأطفال التوحد |
| 02 | 01 | 1 | المجموع |
| 3.13% | 1.56% | 1.56% | النسبة المئوية |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 100، نلاحظ أن مؤسسة واحدة تستخدم أداة التقييم CARS كأداة للتشخيص وهي جمعية الطفولة السعيدة، ونفس الشيء بالنسبة لدراسة الحالة، أما الميزانية الطبية فنجدها فقط في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر، وجمعية تواصل لأطفال التوحد.



من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 102، نلاحظ أن ملفات الأطفال المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية بكل من أريس، باتنة1، باتنة2، بركة، وكذا جمعية أطفال الجنة وجمعية تواصل لا تحتوي على وثائق تدل على تقييم هاته المهارات من عدمها، في حين نرى أن المركز النفسي البيداغوجي من خلال نفس الملف نلاحظ أن هذه المهارات المبينة في الجدول يتم تقييمها، في حين نجد مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر من خلال بطاقة التقييم المذكورة في الملحق رقم 11، تقوم بتقييم ثلاث مهارات هي التفاعل الاجتماعي، مهارات التواصل، مهارات اللعب، وبعض المهارات الأخرى هي فرط النشاط، والانتباه، ومشاركة الأولياء.

5.7- الدمج والخدمات الانتقالية:

جدول رقم 103 يوضح النتائج المتعلقة بعملية الدمج الخدمات الانتقالية:

| الرقم | المعيار | المركز النفسي البيداغوجي أريس | المركز النفسي البيداغوجي باتنة1 | المركز النفسي البيداغوجي باتنة2 | المركز النفسي البيداغوجي بركة | م.إ.ع. في أمراض الطب العقلي بالمعذر | جمعية الطفولة السعيدة | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | جمعية تواصل لأطفال التوحد |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحديين وأسره للإطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للاطفال غير التوحديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. | المعلمون في مدرسة الدمج لديهم معلومات عن اضطراب التوحد | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. | يتم تحديد المهارات الأخرى التي يحتاجها الطفل التوحدي ليتمشى مع زملائه العاديين | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. | يتم تكيف البيئة التعليمية (الصف التعليمي) الجديدة وفقا لمتطلبات وخصائص الطفل التوحدي مثل ضبط المشيرات الحسية والألوان وتوفير الأدوات اللازمة. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. | يتلقى الطفل خدمات إضافية من المركز المختص مثل استمرارية التكفل وتعديل السلوك | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |



من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 103، نلاحظ أنه لا توجد وثائق تمكننا من التأكد من تحقق هذا المعيار.

6.7 - التقييم الذاتي: بالنسبة لهذا المعيار لم يعثر الباحث على أية وثيقة تشير إلى هذا التقييم يمكن الاستئناس بها.

7.7 - مشاركة ودعم الأسرة: لم يعثر الباحث على أي وثيقة تشير إلى هذا المعيار يمكن الاستدلال بها عن دعم مؤسسات التكفل بأطفال التوحد المعنية بالدراسة لأولياء الأطفال المتكفل بهم على مستواها، وإشراكهم في كامل أطوار العملية التكفلية.

8 - عرض نتائج الفروق:

1.8 - عرض النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية
جدول رقم 104 يوضح النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية والجمعيات.

| المجموعة | عدد أفراد العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة T | مستوى الدلالة | الدلالة |
|---------------|------------------|-----------------|-------------------|--------|---------------|---------|
| مؤسسات عمومية | 32 | 96.47 | 14.82 | 1.630 | 0.05 | 0.218 |
| جمعيات | 11 | 90.54 | 8.35 | | | |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 104 نلاحظ أن قيمة T غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05.



2.8 - عرض النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات العمومية

والجمعيات حسب المعايير من وجه نظر المختصين

جدول رقم 105 يوضح النتائج المتعلقة بالفروق في أساليب التكفل بأطفال التوحد بين المؤسسات

العمومية والجمعيات حسب المعايير من وجه نظر المختصين

| الدالة | مستوى الدالة | قيمة T | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | عدد أفراد العينة | المعايير | المجموعة |
|--------|--------------|--------|-------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|---------------|
| 0.000 | 0.05 | 5.003 | 3.28 | 17.84 | 32 | التكوين | مؤسسات عمومية |
| | | | 4.27 | 11.64 | 11 | | جمعيات |
| 0.006 | | 2.920 | 8.55 | 22.84 | 32 | البيئة التعليمية | مؤسسات عمومية |
| | | | 1.51 | 27.45 | 11 | | جمعيات |
| 0.003 | | 3.262 | 4.35 | 9.63 | 32 | التشخيص | مؤسسات عمومية |
| | | | 2.40 | 6.18 | 11 | | جمعيات |
| 0.779 | | 0.283 | 1.54 | 13.63 | 32 | التقييم | مؤسسات عمومية |
| | | | 0.79 | 13.73 | 11 | | جمعيات |
| 0.020 | | 2.419 | 3.08 | 16.81 | 32 | التكفل | مؤسسات عمومية |
| | | | 2.28 | 19.27 | 11 | | جمعيات |
| .012 | | 2.639 | 0.88 | 6.06 | 32 | البرامج و الخدمات | مؤسسات عمومية |
| | | | 0.60 | 6.82 | 11 | | جمعيات |
| .002 | | 4.183 | 0.00 | 4.00 | 32 | مشاركة الأسرة | مؤسسات عمومية |
| | | | 1.51 | 2.09 | 11 | | جمعيات |
| .000 | 5.779 | 0.74 | 2.69 | 32 | الدمج | مؤسسات عمومية | |
| | | 0.98 | 0.82 | 11 | | جمعيات | |
| 0.207 | 1.349 | 0.18 | 2.97 | 32 | رؤية وفكر وسياسة المؤسسة | مؤسسات عمومية | |
| | | 1.04 | 2.55 | 11 | | جمعيات | |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 105 نلاحظ أن قيمة T كانت دالة في المعايير

التالية: التكوين، البيئة التعليمية، التشخيص، التدخل العلاجي والتربوي، مشاركة دعم الأسرة، والدمج،

بينما كانت غير دالة في معايير التقييم، البرامج والخدمات، ورؤية وفكر وسياسة المؤسسة.



9 - عرض النتائج المتعلقة بطبيعة الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل بالأطفال ذوي

اضطراب التوحد بولاية باتنة:

الجدول رقم 106 يوضح النتائج المتعلقة بطبيعة الأساليب المستخدمة في مؤسسات التكفل

بالأطفال ذوي اضطراب التوحد بولاية باتنة:

| النسبة المئوية | التكررات حسب الأولياء | النسبة المئوية | التكررات حسب المختصين | الأسلوب |
|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 21.87% | 14 | 6.98% | 03 | الطبي، النفسي، الأرتفوني، التربوي |
| 46.87% | 30 | 83.72% | 36 | النفسي، الأرتفوني، التربوي |
| 31.26% | 20 | 9.30% | 04 | النفسي والأرتفوني |
| 100.00% | 64 | 100.00% | 43 | المجموع |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 106 نلاحظ أن عملية التكفل أغلبها نفسية

تربوية أرتفونية.

10 - مناقشة وتحليل النتائج:

1.10 - مناقشة الفرضية الأولى: نتوقع أن تكون مؤسسات التكفل بالجزائر في شكل مؤسسات

عمومية وجمعيات غير متخصصة في التوحد:

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 08 نلاحظ أن مؤسسات التكفل بأطفال التوحد

بولاية باتنة أغلبها مؤسسات عمومية بمجموع 06 مؤسسات عمومية، منها 05 مراكز نفسية بيداغوجية

للمعاقنين ذهنيًا، ومصحة الطب العقلي للأطفال التابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب

العقلي بالمعذر، و03 جمعيات محلية، أما من ناحية تخصصها، فنجد أن المراكز النفسية البيداغوجية

فهي مراكز مخصصة للتكفل النفسي البيداغوجي بذوي الإعاقة الذهنية وليست متخصصة للتكفل بذوي

اضطراب التوحد، أما مصحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر فهي مصحة تعنى بمعالجة الاضطرابات

العقلية للأطفال، وليس اضطراب التوحد فقط، أما الجمعيات فهي عبارة عن جمعيات تطوعية ذات طابع

مدني تهتم بشؤون الأطفال عامة، وهي جمعيات غير متخصصة في المجال وحتى رؤسائها في أغلبهم

غير متخصصين وليس لهم علاقة باضطراب التوحد، فنجد مثلا جمعية أطفال الجنة بنقاوس مديرها

عبارة عن معلم متقاعد وأعضاءها من ذوي الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية أو اضطراب التوحد، أما



جمعية تواصل فهي جمعية يديرها ذو طفل توحدي، أما الجمعية الطفولة السعيدة فهي الجمعية الوحيدة من بين الثلاثة التي تديرها أستاذة في التعليم العالي متخصصة في الأطفونية ولها علاقة مباشرة بالتخصص في مجال اضطراب التوحد، غير أن هذه الجمعية تقدم مساعدات لجميع الأطفال وليس أطفال التوحد فقط، وبالتالي يمكننا القول أن المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد هي عبارة عن مؤسسات عمومية وجمعيات غير متخصصة في التكفل باضطراب طيف التوحد، وهذا بالنظر إلى خصوصية اضطراب التوحد الذي يتطلب مراكز متخصصة في التكفل فيه، تتطلب كادرا مؤهلا كما سنراه في مناقشة الفرضيات اللاحقة، الشيء الذي يؤكد تحقق فرضيتنا، وبالتالي قبولها.

2.10- مناقشة الفرضية الثانية: نتوقع أن تكون الأساليب المستخدمة في الجزائر هي نفسها

المستخدمة عالمية وهي العلاج الدوائي، التكفل النفسي، التكفل الأطفونين، التكفل التربوي

من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق استبيان موجه للمختصين المبينة في الجدول رقم 106 نلاحظ أن نسبة 6.98% من المختصين المستجيبين رؤوا أن عملية التكفل تشمل فقط التكفل النفسي، التكفل الأطفوني، والتكفل التربوي، في حين رأى نسبة 83.72% من المختصين أن عملية التكفل تشمل العلاج الدوائي، العلاج النفسي، والعلاج الأطفوني والعلاج التربوي، وهذه النتائج تؤكدها النتائج المتوصل إليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية والنفسية أن التكفل بأطفال التوحد على مستوى مؤسساتهم يشمل التكفل النفسي الذي يشرف عليه المختصون النفسانيون، والتكفل الأطفوني الذي يشرف عليه المختصون الأطفونيين، والتدخل التربوي الذي يشرف عليه مربيون، سواء بالمركز أو بالأقسام الخاصة (الأقسام المدمجة)، بينما على مستوى الجمعيات فترى المختصة الأطفونية بجمعية الطفول السعيدة التي أجريت معها المقابلة أن التكفل يشمل التدخل النفسي الذي يشرف عليه مختصون نفسانيون، التدخل الأطفوني الذي يشرف عليه المختصون الأطفونيين، أما التدخل التربوي فيشرف عليه اما المختصون النفسانيون أو الأطفونيين، من خلال الأقسام التحضيرية أو القسم التجريبي للسنة الأولى، بينما في مصلحة الطب العقلي للأطفال فإن النتائج المتوصل إليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع كل من الطبيبة المختصة في الطب العقلي للأطفال والتي هي أيضا رئيسة المصلحة، والمختصة النفسية كما هو مبين في ملخص المقابلاتين، أن التكفل يشمل الجانب الطبي، الجانب النفسي والجانب الأطفوني، أما الجانب



التربوي فيشرف عليه المختصون النفسانيون نظرا لغياب المربون المختصون أو البيداغوجيون المؤهلون نظرا لأن قوانين المؤسسة لا تسمح بتوظيف هذا النوع من الموظفين كما جاء في المقابلة مع رئيس المصلحة.

وبناء على هذه النتائج يمكننا القول أن الفرضية تحققت من جهة التكفل النفسي والأرطفوني والتربوي في جميع المؤسسات، أما من جهة التدخل الطبي فنجد أن هذه الفرضية تحققت في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالمعذر فقط دون سواها من المؤسسات وهذا راجع إلى أن هذه المصلحة هي الوحيدة التي تتوفر على طبيب مختص في الطب العقلي للأطفال، كما أن التدخل الطبي في المراكز النفسية البيداغوجي يتمثل فقط في المتابعة الصحية العامة لجميع المنتسبين للمركز، يشرف عليها أطباء عامون، أما على مستوى الجمعيات فلا يوجد هذا التكفل إلا في جمعية تواصل للأطفال التوحد الذي تشرف عليها الطبيبة المختصة في الطب العقلي التابعة لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية بالمعذر، باعتبارها عضوا في هذه الجمعية، ولكن عن طريق فحوصات دورية فقط لتقييم الحالات.

على الرغم من التحقق الجزئي لأساليب التكفل إلا أن الباحث يرى أن الفرضية لم تتحقق باعتبار أن التكفل باضطراب التوحد يجب توفر جميع الأساليب مجتمعة وليس مجزئة أي التكفل الطبي، النفسي، الأرطفوني، والبيداغوجي، والنفسيوالحسي، وهي مكملة لبعضها وغياب أحدها أو بعضها يؤثر على عملية التكفل، ويعتبر تكفلا ناقصة ولا يؤدي إلى الفائدة المرجوة منها، فمثلا لا يمكن الاستغناء عن العلاج الطبي لعلاج بعض الاضطرابات المصاحبة كاضطراب فرط النشاط و الحركة، أو الاستغناء عن التكفل التربوي، أو العلاج النفسي الحركي، أو التكفل التربوي من طرف فريق مؤهل.

3.10 - مناقشة الفرضية الثالثة: نتوقع عدم احترام للمعايير الدولية في التكفل باضطراب

التوحد في الجزائر: للتأكد من تحقق هذه الفرضية من عدمها لا بد من تحليل ومناقشة نتائج كل معيار من المعايير الدولية لاعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد على حدى، ومدى احترام مؤسسات التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد المعنية بالدراسة لهذه المعايير وهي كالتالي:

1.3.10 - مدى تحقق معيار الكوادر العاملة: هذا المعيار سنناقشه من ناحية تحقق أو عدم

تحقق المؤشرات المرتبطة به وهي:



1.1.3.10 - مؤشر الفريق المتعدد التخصصات: من خلال النتائج المتحصل عليها في

الجدول رقم 10 من خلال المقابلات التي أجريت مع بعض المختصين الذي يوضح طبيعة الفريق العامل على التكفل بمؤسسة التكفل المعنية بالدراسة، والنتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 36 من خلال تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين العاملين بهذه المؤسسات، فإننا نلاحظ أن كل مؤسسات التكفل لا تتوفر على فريق متكامل يضم جميع التخصصات كاملة، حيث نلاحظ أن نسبة توفر الطبيب العقلي للأطفال تقدر بـ 11% فقط، الذي يتوفر فقط في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر وكذا جمعية تواصل لأطفال التوحد، بينما يغيب تماما في المراكز النفسية البيداغوجية، وجمعيتي الطفولة السعيدة، وجمعية أطفال الجنة، وهذا راجعا إلى طبيعة هذه المراكز النفسية البيداغوجية التي لا يوجد ضمن تعدادها الفردي هذا النوع من التخصص، والذي يتوفر فقط في المؤسسات الصحية، التابعة لوزارة الصحة، ولذلك يوجد فقط في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر، أما عن سبب تواجد الطبيب العقلي للأطفال بجمعية تواصل لأطفال التوحد وهذا راجعا لأن الطبيعة المختصة في الطب العقلي عضوا في هذه الجمعية وتشرف عليها، كما نلاحظ في نفس الجدول عدم توفر المربيات (المربون) التخصصات (المتخصصون)، في مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمعذر وهذا راجعا أيضا لطبيعة الجدول التعدادي للأفراد لهذه المؤسسة الصحية الذي يمنع توظيف مربيات، في حين نجدهم متوفرون بنسبة 100% في المراكز النفسية البيداغوجية، الذين يسمح جدولهم التعدادي بتوظيف هذا النوع من الموظفين، أما بالنسبة للجمعيات، فإن من يقوم بهذا الدور إما النفسانيون أو المختصون الأروطونيين، وهذين الاختصاصين متوفرين بكل المؤسسات المعنية. أما باقي التخصصات الأخرى: الأخصائي الاجتماعي، النفساني الحركي، المعالج الوظيفي، فلا تتوفر هذه المؤسسات على هذا النوع من المختصين. وهذا ما تؤدكه النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 72 المتحصل عليها من خلال تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم على مستوى هذه المؤسسات، حيث رأى كلهم أن الفريق لا يتألف من جميع التخصصات. أين تشير نتائج هذا الاستبيان إلى أن نسبة 73.44% من الأولياء رأوا أن عملية التكفل بأبنائهم تتم فقط من طرف الأخصائيين النفسانيين أو الأروطونيين، وهو نفس ما توصلنا إليه من خلال نتائج المقابلات مع بعض المختصين في المؤسسات القائمة على عملية التكفل المعنية بالدراسة، وكذا نتائج تحليل الوثائق كما هو مبين في الجدول رقم 98، حيث تبين النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول التعدادي



للمؤسسات المعنية بالدراسة، غياب فريق متعدد التخصصات يشمل جميع التخصصات، التي جاءت بها المعايير الدولية المشار إليها سابقاً، وعدم وجود هذه التخصصات يرجع للطبيعة القانونية لهذه المؤسسات التي لا تسمح بتوظيف الأطباء العقلين للأطفال.

إن هذه النتائج المتوصل إليها جاءت غير مطابقة للمعايير الدولية، كما جاءت في دليل المجلس الأعلى للإعاقة في الأردن، أو التي جاء بها التراث النظري لسيماء، ما جاء به به نايف (2018)، الذي أشار إلى أن فريق التدخل يجب أن يتكون من عدة اختصاصات، الطبيب العقلي للأطفال، المختص النفسي، المختص الأرتفوني، المختص الاجتماعي، المربين، المختص في العلاج الوظيفي، المختص في العلاج الطبيعي، المختص في التغذية، والشبكة الجهوية لاضطراب طيف التوحد بإيرلند (RASDNNI, 2011)، التي أشارت إلى أن التقييم لابد أن يشرف عليه فريق متعدد التخصصات، يضم: طبيب أطفال، طبيب عقلي للأطفال، مختص في اللغة والتخاطب أو الأرتفوني، مختص في العلاج الطبيعي المهني، نفساني عيادي، زائر صحي متخصص، ممارس في الصحة العقلية، مساعد اجتماعي، ممرض متخصص، مختص في علم النفس المدرسي، معلم متخصص أو مستشار.

غير أن ما استخلصه الباحث من نتائج وعلى الرغم من عدم توفر فريق متكامل يضم جميع التخصصات الأساسية حسب جاء به دليل المجلس الأعلى للإعاقة بالأردن لمعايير اعتماد مراكز التكفل بأطفال التوحد والشبكة الجهوية لاضطراب طيف التوحد بإيرلندا، وتوصيات السلطة العليا للصحة في فرنسا وهي الطبيب العقلي للأطفال، والاختصاصي النفسي، والأرتفوني، والمربين المختصين، والمعالجين الوظيفيين، والمعالجين الطبيعيين، والمساعدين الاجتماعيين، إلا أن الملاحظ أن كل هذه المؤسسات تتوفر على الأقل على ثلاث تخصصات من هذا التخصصات المشار إليها آنفاً.

2.1.3.10- مؤشر الخبرة في مجال التوحد: من جهة الخبرة فنلاحظ من خلال النتائج المتوصل

إليها في الجدول رقم 15 أن الفريق العامل حقق هذا المعيار من خلال وجود أكثر من 04 أشهر خبرة لكل مختص في مجال العمل على التوحد. وهذا ما يؤكد الدليل الأردني لمعايير اعتماد مراكز التكفل بأطفال التوحد الذي يشترط خبرة 04 أشهر في التكفل بذوي اضطراب طيف التوحد كحد أدنى أو مدة تكوين لا تقل عن 50 ساعة في مجال التوحد.



غير أن هذه الخبرة لا تقدر بالمدة فقط وإنما بمدى اتقان المختص القائم على عملية التكفل باضطراب التوحد كما أشار إليه Schopler في الفلسفة الثامنة التي يقوم عليها برنامج التربيوي Teacch والتي تلح على ضرورة أن يكون المختص على دراية تامة وشاملة باضطراب التوحد والمشكلات المختلفة المرتبطة بهذا الاضطراب، وأن تكون لهم القدرة على تكييف تطبيقاتهم بناء احتياجات المصاب. وهذا ما يتنافى مع طبيعة التكوين الذي تلقوه أغلب المختصون في التوحد، الذي كان أغلبه عبارة عن دورات تدريبية قليلة المدة وتخص البرامج التدريبية فقط، كما ان الطابع الاكاديمي للتكوين الذي تلقوه هؤلاء المختصون لا يمكن أن يؤدي إلى اتقان المتكون لكيفي التعامل مع هذا الاضطراب وأساليب التكفل به، وهذا بالنظر إلى البرنامج الدراسي المخصص في جامعاتنا، والذي أغلبه نظري، ويتطرق إلى الاضطرابات النفسية والعقلية بشكل سطحي وغير معمق. وهو ما أشار إليه أسامة وكامل(2013)، بأن هذا البرنامج يتطلب مختصون حامين على الأقل شهادة الماجستير في علم النفس أو التربية الخاصة أو اللغة والتخاطب وأن تكون لديهم على الأقل سنتين خبرة في التوحد كحد أدنى (أسامة وكامل، (2013):112)

3.1.3.10 - مؤشر مدة التكوين في التوحد: من ناحية مدة التكوين في مجال التوحد، فنلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 18 بعد تطبيق الاستبيان الموجه للمتخصصين أن نسبة 55% من أفراد العينة فترة تكوينهم في التوحد أقل من 25 ساعة تكوين، وأن 19% فقط كانت مدة تكوينها ما بين 25 و 50 ساعة، و 26% الباقية تلقت تكوين في التوحد لمدة تفوق 50 ساعة على الأقل حسب ما جاءت به المعايير الدولية، كما أن التكوين كان أغلبه في التشخيص بنسبة 44%، بينما تراوحت باقي النسب بين 5 و 16% بين التقييم والتربية الخاصة، مع غياب شبه تام للتكوين في العلاج أو التكفل، كما أن التكوين أغلبه كان ذا طابع أكاديمي ودورات تدريبية بحجم زمني قليل.

إن هذه النتائج لا تستوفي الشروط الواجب توفرها في الحجم الساعي للتكوين في مجال التوحد التي تشترتها المعايير الدولية في المختص القائم على عملية التكفل وهي على الأقل 25 ساعة تكويناً، متخصصاً في التوحد، وأن يكون هذا التكوين يشمل كل العملية التكيفية، التشخيص، التقييم، التكفل، كل حسب اختصاصه.



بالتالي لم يتحقق معيار الكوادر العاملة من ناحية مدة التكوين، وهذا ما تم تأكيده من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات التي اجراه الباحث مع بعض المختصين، حيث اكدوا أن مدة تكوينها عبارة عن دورات تدريبية في غالبها دورة أو اثنتين لا تستوفي الحجم الساعي في التكوين المتخصص في التوحد.

4.1.3.10- مؤشر البرامج التدخلية المتكون فيها: من هذا الجانب نلاحظ أن أهم برنامجين الأكثر تكويناً فيهما هما برنامج TEACCH بنسبة 70% من أفراد العينة كما هو مبين في الجدول 19، وبرنامج ABA بنسبة أكثر 41% من أفراد العينة كما هو مبين في الجدول رقم 20 إلا أن الشيء الملاحظ على الحجم الساعي لمدة التكوين قليلاً جداً ولا يلبي الحجم الساعي المحدد في المعايير العالمية والذي يجب أن يتعدى 50 ساعة تكوين على الأقل، حتى يتمكن المختص من إتقانها، ولا يستوفي الحجم الساعي المحدد للتكوين في هذا البرنامج والذي يجب أن يتعدى 09 أشهر كما أشرنا إليه في التراث النظري في الفصل الرابع من هذه الدراسة، كما هو مبين في الجدول رقم 02، حتى يتمكن المختص من إتقانه، حيث نلاحظ أن 47% من المختصين الذين تلقوا تكويناً في هذا البرنامج تلقوا تكويناً فقط لمدة 14 ساعة، في حين نجد 33% منهم تلقوا تكويناً في نفس البرنامج لمدة 35 ساعة، بينما نجد 17% تلقوا تكويناً لمدة 07 ساعات فقط و 03% تلقوا تكويناً لمدة 28 ساعة فقط، وهذا راجعاً لكون التكوين عبارة عن دورات تدريبية قصيرة المدى وبمجهود شخصي في غالب الأحيان.

من خلال هذه المؤشرات الأربع المتعلقة بمعيار الكوادر العاملة، نلاحظ أنه لم يتحقق إلا مؤشراً واحداً فقط وهو مؤشر الخبرة، وهذا من وجهة نظر المختصين من حيث مدة الخبرة، لكن من حيث نوعية الخبرة، يرى الباحث أن هذا المؤشر لم يتحقق باعتبار أن الخبرة تقتضي دراية كاملة باضطراب التوحد، والمشكلات المتعلقة به، وكيفية التكفل به، وهو ما لم يتوفر حسب الملاحظة الميدانية للباحث، وبالنظر إلى طبيعة التكوين الذي تلاقاه أغلب المختصين العاملين في هذه المؤسسات، سواء خلال مساهمهم الدراسي الذي هو عبارة عن تكوين أكاديمي نظري، وغير متخصص في التوحد والذي يشكل الأغلبية من حيث نوع التكوين لدى هؤلاء المختصين، أو الدورات التدريبية التي هي عبارة عن دورات للتدريب على بعض البرامج التربوية، وبحجم ساعي لا يفي بالغرض. وبالتالي فهذه الخبرة هي خبرة عشوائية في نظر



الباحث، لا تستند إلى تكوين وتأطير من قبل مختصين مؤهلين، ولهذا يرى الباحث أن معيار الكوادر العاملة لم يتحقق.

2.3.10 - مدى تحقق معيار البيئة التعليمية: فيما يتعلق بهذا المعيار، فإن مناقشة النتائج

المتعلقة به يجب أن تكون في ضوء نتائج المؤشرات المرتبطة به التالية:

- ✓ مؤشر ورشات العمل الفردي والجماعي.
- ✓ مؤشر ورشة الاسترخاء والنوم.
- ✓ مؤشر عدد الأطفال في القسم أو القاعة أثناء التكفل الجماعي.
- ✓ مؤشر توفر الطاولات التي تحتوي على مثيرات بصرية تمكن الطفل من التعرف على مكانه.
- ✓ مؤشر توفر الألعاب.
- ✓ مؤشر توفر المثيرات البصرية لأداء المهمات التعليمية مستخدمة حسب الألوان.
- ✓ مؤشر وجود جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية.
- ✓ مؤشر وجود جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل.
- ✓ مؤشر احتواء القسم (الصف) على مكان لحفظ الطفل لأغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه مثل صورته.
- ✓ مؤشر عدم ازدياد عدد المعلمين للطفل التوحدي في بداية التحاقه بالمؤسسة (من أسبوعين إلى شهر عن 02).

وسنقوم بمناقشتها مؤشر بمؤشر على النحو التالي:

1.2.3.10 - مؤشر ورشات العمل الفردي والجماعي: بالنسبة لهذا المؤشر فإنه من خلال

النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 25 عن طريق تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، فإننا نلاحظ بالنسبة لورشة العمل الفردي، أن نسبة 48.83 % من المستجوبين يعتقدون أن مؤسستهم تتوفر على ورشة للعمل الفردي، غير أننا نلاحظ أن 06 مؤسسات تكفل من أصل 09 مؤسسات، لا تتوفر على هذه الورشة منها 04 مؤسسات عمومية من أصل 06 مؤسسات.

أما بالنسبة لورشة العمل الجماعي، فإننا نلاحظ أن كل المؤسسات تتوفر على هذا النوع من الورشات، وتدعم هذه النتائج، ما توصل إليها الباحث من خلال الاستبيان الموجه للأولياء مثلما هو مبين



في الجدول رقم 62 حيث تشير النتائج إلى أن نسبة 81.25 % من أولياء الأطفال المتكفل بهم، يرون أن مؤسسات التكفل تتوفر على غرف التدريب الفردي والجماعي، وهو ما توصلنا إليه أيضا من خلال نتائج الملاحظة المباشرة التي قام بها الباحث ميدانيا، المعلن عنها في الجدول رقم 92، غير أنه فيما يخص ورشات العمل الفردي ليست مستقلة عن ورشات العمل الجماعي، ولكن هي نفس الورشة تستعمل للغرضين العمل الفردي والجماعي، ويرجع سبب عدم فصل الغرفتين الفردية والجماعية إلى نقص في الإمكانيات وعدم توفر قاعات.

إن عدم الفصل بين القاعتين - قاعة العمل الفردي وقاع العمل الجماعي- قد يؤثر على عملية التكفل بصفة عامة خاصة في العمل الفردي نظرا للخصوصية التي يتميز بها الطفل التوحيدي الذي يتطلب توفير جو هادئ بعيد عن الضوضاء التي قد يحدثها العمل الجماعي مع الآخرين، مما يسبب له الإزعاج، وبالتالي التأثير على العملية التدريبية، وأيضا لكون العمل الفردي يتطلب برنامجا فرديا مخصصا لكل طفل وتركيز الطفل وعدم تشتيت انتباهه، وهو المعرف بفرط الحركة والنشاط وعدم الثبات في مكان واحد، ووجود أطفال آخرين في محيطه، قد يؤثر عليه سلبا. كما أن ما لاحظته الباحثة ميدانيا أن نفس المربية تقوم بالعمل الفردي مع طفل وفي نفس الوقت تقوم بالعمل الجماعي مع أطفال آخرين، وهذا قد يؤثر على العملية التكفلية التي تطلب تركيزا وتخصيص الجهد لعمل واحد خاصة اثناء التدريب الفردي.

2.2.3.10 - مؤشر ورشة الاسترخاء والنوم: بالنسبة لهذه الورشة، فما يمكن استخلاصه في هذا المجال من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 27 عن طريق تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين أن نسبة 74.71 % من المختصين المستجوبين، يرون أن مؤسساتهم تتوفر على غرف للاسترخاء واللعب والنوم، حيث تتوفر بالمراكز النفسية البيداغوجية، جمعية الطفولة السعيدة، بينما لا يوجد في باقي المؤسسات الأخرى المعنية بالدراسة، وهذا ما أكدته النتائج المتعلقة سواء بالملاحظة، مثلما هو مبين في الجدول رقم 92، التي تؤكد وجود هذه الورشة بنسبة 66.66 % وهي نسبة متقاربة مع النتائج المتحصل عليها عن طريق الاستبيان الموجه للأولياء، الشيء الذي أكدته أيضا نتائج المقابلات مع المختصين.

إن ورشة الاسترخاء والنوم تعد ضرورية للطفل التوحد باعتبار أنه من الاضطرابات المصاحبة للتوحد نجد اضطرابات النوم والتي يحتاج فيها الطفل إلى فترات من النوم، وكذلك إلى فترات من الراحة



لعدم الملل الذي يعد عرضاً من أعراض اضطراب التوحد. وأمام هذه النتائج يرى الباحث أن هذا المؤشر قد تحقق بنسبة مرتفعة في المراكز النفسية البيداغوجية وجمعي الطفول السعيدة، ويرجع سبب عدم وتوفر ورشات الاسترخاء والنوم في كل من مصلحة الطب العقلي للأطفال إلى أن هذه المؤسسة تتكفل بالأطفال لنصف يوم فقط في إطار الاستشفاء النهاري، ومرة كل 15 يوماً، أما بالنسبة للجمعيات فيرجع الأمر في كل من جمعية أطفال الجنة وتواصل للأطفال التوحد إلى قلة الإمكانيات.

3.2.3.10- مؤشر عدد الأطفال في أثناء التكفل الجماعي: فيما يتعلق بمؤشر عدد الأطفال

في الصف أثناء التكفل الجماعي نجد أن نسبة 62.79 % من المختصين المستجوبين عن طريق الاستبيان الذي أعده الباحث الموجه لهم رأوا كما تشير إليه النتائج المبينة في الجدول رقم 28 أن التكفل الجماعي بأطفال التوحد في مؤسستهم يتم في مجموعات تتكون من أقل من 06 أفراد في المجموعة الواحدة، وهو ما تأكد أيضاً من النتائج المتحصل عليها من تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد كما هو مبين في الجدول رقم 63، حيث توصلت النتائج إلى أن أكثر من 54 % من أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو أبنائهم يتم التكفل بهم في أفواج يقل عدد أفرادها عن الستة (06) أطفال في الفوج الواحد، وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها الباحثة من خلال الملاحظة بالمشاركة الميدانية وبالتالي يمكننا القول أن المعيار تحقق من هذه الناحية، بسبب مرتفعة. وهذا ما يتوافق مع المعايير الدولية في هذا المجال والتي أشرنا إليها في الفصل الخامس من هذه الدراسة التي أشارت إلى أنه لا يجب أن يتعدى عدد الأطفال لكل معلم ستة في الصف الواحد، كما أشار إليها نايف (2018)، وهو نفس ما أشار عليه الدليل الأردني لمعايير اعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد المعد من طرف المجلس الأعلى للإعاقة بهذا البلد، كما بيناه في الفصل الرابع من هذه الدراسة، وكما هو موضح في الجدول رقم 02 الذي أشار إلى ضرورة أن لا يتعدى عدد الأطفال في المجموعة الواحدة إلى 06 أفراد. كما أن احترام هذا المعيار لا يرجع لتوفر الإمكانيات، وإنما لقلة عدد الاطفال المتكفل بهم في هذه المؤسسات وطاقة استيعابها.

4.2.3.10- مؤشر توفر الطاولات التي تحتوي على مثيرات بصرية تمكن الطفل من التعرف

على مكانه: في ما يتعلق بهذا المؤشر، فقد بينت النتائج المتوصل إليها في الجدول 29 أن نسبة 81.40 % من المختصين المستجوبين عن طريق الاستبيان المخصص لهم، رأوا أن غرف العمل الجماعي تتوفر على طاولات لا تحتوي على مثيرات بصرية كصور الأطفال والألوان التي يمكن أن



تساعد الطفل على مكان جلوسه، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها الباحث من خلال الاستبيان الموجه لأولياء الاطفال ذوي اضطراب التوحد كما هو مبين في الجدول رقم 62 أن نسبة 45 % فقط من يرون أن قاعات التدريب تتوفر على طاولات بها مثيرات بصرية تمكن الطفل من التعرف على مكان جلوسه، في حين نرى في نتائج الملاحظة المباشرة التي قامها بها الباحث من خلال الزيارة الميدانية لقاعات التدريب بالمؤسسات المعنية بالدراسة، أن هذه المؤسسات تتوفر على طاولات فردية، ولكن لا تتوفر على أية مثيرات بصرية التي يمكن أن تساعد الطفل في التعرف على مكان جلوسه، والمثيرات البصرية مهمة بالنسبة للطفل التوحدي، لأن التعلم يكون ناجحاً أكثر من خلال استخدام المثيرات البصرية، وهو أحد المعايير الدولية التي نصت عليها فيما يخص تهيئة البيئة التعليمية للطفل التوحدي، ومثلما أشار إليه (نايف، 2018) والذي بيناه في الفصل الخامس المتعلق بالمعايير الدولية المعتمدة في تقييم عملية التكفل باضطراب التوحد، التي تشير إلى ضرورة احتواء البيئ التعليمية للطفل التوحدي على مثيرات بصرية بالطاولات التي تمكنه من التعرف على مكان جلوسه، وكذلك ما جاء بها الدليل الأردني الخاص بمعايير اعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد كما هو مبين في الملحق رقم 02 بهذه الدراسة الذي يؤكد على ضرور احتواء البيئة التعليمية على طاول وكرسي لكل طفل توحدي تحتوي على مثيرات بصري تدل على مكان الجلوس مثل صورته، وهذا لكون الطفل التوحدي يتعلم بصرياً أكثر من اللفظي، وبالتالي يمكننا القول بعدم تحقق هذا المؤشر.

5.2.3.10 - مؤشر توفر الألعاب: أما فيما يخص الألعاب فإنه من خلال النتائج المتوصل إليها

في الجدول رقم 30 نسبة 88.37% من المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بباتتة، تتوفر على الألعاب الضرورية التي تدخل ضمن العمل التدريبي لتحسين المهارات السلوكية المستهدفة، ونفس النتائج توصل إليها الباحث من خلال الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم بالمؤسسات المعنية بالدراسة، كما هو مبين في الجدول رقم 62 حيث أشارت النتائج إلى أن 66.66 % من الأولياء المستجوبين رأوا أن المؤسسات التي تتكفل بأبنائهم تتوفر على الألعاب اللازمة التي تستخدم في تنمية المهارات السلوكية والحسية لأبنائهم، وهو نفس ما وقع عليه الباحث أثناء الزيارات الميدانية والمشاركة بالملاحظة لهذه المؤسسات، حيث لاحظ استخدام الألعاب في تنمية بعض المهارات الحسية، ولكن هذه الألعاب في أغلبها من ابتكار المربين، وبالتالي نرى أن هذا المعيار قد تحقق بنسبة فوق المتوسط.



6.2.3.10- مؤشر توفر المثيرات البصرية توضح أماكن أداء المهمات التعليمية: فيما يتعلق

بتوفر المثيرات البصرية لأداء المهمات التعليمية، فنلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها عن طريق الاستبيان الموجهة للمختصين القائمون على عملية التكفل المبينة في الجدول رقم 31 أن 13.95 % فقط من أفراد العينة، رأوا أنه هذه المثيرات البصرية متوفرة، وهي نسبة ضعيف، ونفس ما توصلت اليه النتائج المستتجة من الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المشار إليها في الجدول رقم 62، حيث أن نسبة تحقق هذا المعيار من وجهة نظر الأولياء هي 0%، كما أن الباحث ومن خلال نتائج الملاحظة المباشرة الميدانية لقاءات التدريب التي قام بها بنفسه توصل إلى، كما هو مبين في الجدول رقم 92 إلى أنه لا وجود لهذه المثيرات في كل المؤسسات المعنية بالدراسة. وهذا مخالف لما جاءت بها المعايير الدولية التي أشرنا إليها في الفصل الخامس المتعلق بما جمعناه من تراث نظري علمي حول معايير تقييم مؤسسات التكفل باضطراب التوحد، بالإضافة إلى ما جاء به الدليل الأردني لمعايير اعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد المعد من طرف المجلس الأعلى للإعاقة بهذا البلد كما هو مبين في الملحق رقم 02 المرفق بهذه الدراسة، والتي تشير إلى ضرورة توفر المثيرات البصرية في البيئة التعليمية للطفل ذو اضطراب التوحد، والتي تعد ضرورية لتعلم هذه الفئة من الأطفال، باعتبار أنها تتعلم أكثر باستخدام التواصل البصري أكثر من التواصل اللفظي. وفي ضوء ما سبق من نتائج فيما يتعلق بهذا المؤشر ومقارنتها بما جاءت به المعايير الدولية والتراث النظري في هذا المجال، يمكننا القول أن هذا المؤشر لم يتحقق. وبالتالي عدم احترام مؤسسات التكفل لمعيار البيئة التعليمية فيما يتعلق بمؤشر توفر المثيرات البصرية التي تحدد أماكن أداء المهمات التعليمية

7.2.3.10- مؤشر وجود جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية: من خلال النتائج

المتحصل عليها في الجدول رقم 32 نلاحظ أن نسبة 13.95 % فقط من أفراد العينة من يعتقدون وجود هذا الجدول بالقاعات البيداغوجية الخاصة بأطفال التوحد لمؤسستهم، وهو نفس ما توصلت اليه النتائج المستتجة من الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المشار إليها في الجدول رقم 62، حيث أن نسبة تحقق هذا المعيار من وجهة نظر الأولياء هي 0%، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها الباحث من خلال الملاحظة المباشرة الميدانية لقاءات التدريب، كما هو مبين في الجدول رقم 92، حيث رأى أنه لا وجود لهذه المثيرات في كل المؤسسات المعنية بالدراسة، ماعدى المركز النفسي البيداغوجي



باتتة 2 الذي يتوفر على برامج يومية وأسبوعية معلقة في جدار قاعة التدريب تحدد الأنشطة اليومية التي يشعها المختصون النفسانيون ويطبقها المربون القائمين على عملية تنفيذ البرنامج البيداغوجي المسطر. إن هذه النتائج المتوصل إليها فيما يتعلق بهذا المؤشر لا تتوافق مع ما جاءت به المعايير الدولية في هذا المجال المشار إليها في الفصل الخامس من هذه الدراسة المتعلق بمعايير تقييم عملية التكفل باضطراب التوحد، خاصة ما جاء به نايف(2018)، كما لا تتوافق هذه النتائج مع ما جاء به الدليل الأردني لاعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد الذي يشير إلى ضرورة توفر هذه الجداول، والتأكد منه عند التحقيق في معايير الاعتماد لهذه المؤسسات، وأمام هذه النتائج المتوصل إليها يمكننا القول أن معيار البيئة التعليمية لم يتحقق من جهة هذا المؤشر المتمثل في وجود جدول بصري يوضح الأنشطة اليومية، ويرجع السبب عدم توفر هذه الجداول في رأي الباحث إلى نقص التكوين للإطارات القائمة على عملية التكفل وعدم إدراكها لأهمية هذه الجداول في تربية الطفل وتعديل سلوكياته، والتخطيط لعملية التكفل التي تعتمد على الترابط في تدريب المهارات. وأن كل خطوة تعليمية مرتبطة بسابقتها.

8.2.3.10 - مؤشر وجود جدول بصري يوضح الأنشطة التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 33 المستخلصة من تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين نلاحظ أن نسبة 13.95% فقط من أفراد العينة من يعتقدون أن وجود هذا الجدول بالقاعات البيداغوجية الخاصة بأطفال التوحد لمؤسستهم، وهو نفس ما توصلت اليه النتائج المستنتجة من الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المشار إليها في الجدول رقم 62، حيث أن نسبة تحقق هذا المؤشر من وجهة نظر الأولياء هي 0%، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها الباحث من خلال الملاحظة المباشرة الميدانية لقاءات التدريب، كما هو مبين في الجدول رقم 92، حيث رأى الباحث أنه لا وجود لهذه المثيرات في كل المؤسسات المعنية بالدراسة، وبالتالي يمكننا القول أن هذا المؤشر لم يتحقق، وهذا استنادا إلى المعايير الدولية في هذا المجال، التي تشير إلى ضرورة وضع برنامج فردي لكل طفل، في شكل جدول بصري توضح فيه جميع الأنشطة التعليمية الخاصة بكل طفل وفقا لحالته ومكيفة حسب احتياجاته، وهذا ضمن ما يعرف المخطط الفردي للتعليم (PIA) كما جاء في التراث النظري الذي اشرنا إليه في الفصل الخامس من هذه الدراسة المتعلق بمعايير تقييم عملية التكفل باضطراب التوحد في مؤسسات التكفل، وخاصة ما جاء به نايف 2008 والسلطة العليا للصحة في فرنسا، والدليل الأردني لاعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد، التي أكدت كلها على ضرورة أن



يتوفر في البيئة التعليمية جدول بصري يوضح الأنشطة اليومية التعليمية اليومية الخاصة بكل طفل على حدى وأن تكون هناك برامج تعليمية فردية واضحة ومكيفة على حساب حالة كل فرد من المختصين ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم.

9.2.3.10- مؤشر احتواء القسم (الصف) على مكان لحفظ الطفل لأغراضه ومستلزماته

مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه مثل صورته: من خلال النتائج المتحصل عليها عن طريق الاستبيان الموجه للأولياء المبينة في الجدول رقم 34 نلاحظ أن نسبة 65.11% من أفراد العينة يعتقدون احتواء القسم (الصف) بمؤسستهم على مكان لحفظ الطفل لأغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمهم مثل صورته، غير أن النتائج المتوصل إليها عن طريق الاستبيان الموجه لأولياء الاطفال ذوي اضطراب التوحد تشير كما هو مبين في الجدول رقم 62 إلى عدم وجود هذا المكان، وهي نفس ما توصل إليه الباحث من خلال الملاحظة المباشرة لهذه الأقسام، أين لاحظنا أن البعض من المؤسسات لا تحتوي على هذه الأمكنة، والبعض الآخر عبارة عن أمكنة لتعليق المعاطف، وهذا خلافا لما ا تؤكد عليه المعايير التي أشرنا إليها في الفصل الخامس من هذه الدراسة المتعلق بالمعايير الواجب توفرها في مؤسسات التكفل باضطراب التوحد، وكذا ما جاء به الدليل الأردني المتعلق بمعايير اعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد المعد من طرف المجلس الأعلى للإعاقة بهذا البلد التي تشير إلى ضرورة احتواء القسم أو الصف أو قاعة التدريب على أماكن مخصصة لحفظ أغراض الطفل تكون مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه. وثانيا أن هذه الأغراض ليست مخصصة للحفظ فقط وإنما هي من الوسائل التدريبية التي تعلم الطفل الاستقلالية بذاته من خلال معرفة ترتيب أغراضه اليومية، وأن المثيرات البصرية هي من الوسائل الأنجع في عملية التعلم للطفل التوحدي، باعتبار أن التعلم البصري لديه احسن من التعلم عن طريق اللفظ، وهو ما تؤكد عليه الفلسفة الخامسة التي يقوم عليها البرنامج التربوي Teacch الأكثر استخداما من طرف المؤسسات التي شملتها هذه الدراسة، كما أشار (Bernadette,2007)، بأن التعليم يجب أن يكون مهيكلا وفقا لقدرات الطفل ذو اضطراب التوحد، وأن قوة هذا الطفل تكمن في استدخال المعلومات البصرية، وحفظ المعلومات المترامنة، وأشار Schopler صاحب هذا البرنامج إلى ضرورة استخدام المثيرات البصرية على نطاق واسع لأنها تجعل من تكييف البيئة التعليمية أكثر وضوحا.



10.2.3.10 - مؤشر عدم ازدياد عدد المعلمين للطفل التوحيدي في بداية التحاقه بالمؤسسة

(من أسبوعين إلى شهر عن 02: فيما يتعلق بهذا المعيار، فإن النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 35 فقد رأى 69.76 % من المختصين المستجوبين عن طريق الاستبيان أن هذا المعيار قد تحقق، وهو ما توصلت إليه النتائج المستقاة من الاستبيان الموجه للأولياء أو من خلال الملاحظة المباشرة للباحث في الميدان كما هو مبين في الجدول رقم 92.

زيادة على هذه المؤشرات العشر (10)، ومن خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 92 المتعلق بنتائج الملاحظة المباشرة التي قام بها الباحث نلاحظ أ، هناك مؤشرات أخرى لم تتحقق، منها وجود أشرطة لاصقة على الأرض توضح أماكن ممارسة النشاطات مثل الألعاب والحركات الدقيقة والعامية، ولوحة التعليمات التي توضح قوانين البيئة التعليمية وضوابطها، والساعات التي تحدد توقيت بداية كل نشاط ونهايته، استخدام الألوان المتطابقة مع لون بطاقة النشاط ومكان ممارسته، هذه المؤشرات التي أتت ضمن القواعد المتعلقة بتهيئة البيئة التعليمية، كما جاءت به المعايير الدولية لا سيما ماجاء به الدليل الأردني لمعايير اعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد، كما أن البرامج التدريبية المعتمدة عالمياً مثل Teacch و ABA و PECS تفرض في أدواتها التعليمية استخدام المثيرات البصرية بشكل مكثف وأساسي وتعتبر وسيلة لا يمكن الاستغناء عنها في التعلم.

إذا ومن خلال كل هذه النتائج المتحصل عليها سواء عن طريق الاستبيان الموجه للمختصين، أو الاستبيان الموجه للأولياء، أو ما جمعه الباحث من خلال الملاحظة الميدانية المباشرة أو من خلال المقابلات مع بعض المختصين، ومن خلال مقارنة هذه النتائج مع ما تتطلبه المعايير الدولية في مجال تقييم عملية التكفل واعتماد مؤسسات التكفل باضطراب التوحد في مجال البيئة التعليمية، فإن من بين 24 مؤشراً متعلقة بقواعد البيئة التعليمية للطفل التوحيدي فقد تحقق 11 مؤشراً فقط أي بنسبة 45.83 % ولهذا يمكننا القول بأن معيار البيئة التعليمية قد تحقق بنسبة ضعيفة.

3.3.10 - مدى تحقق معيار التشخيص: فيما يتعلق بمعيار التشخيص فمن خلال النتائج

المتحصل عليها عن طريق تطبيق الاستبيان المخصص للمختصين كما هو مبين في الجدول رقم 36، نلاحظ أن 41.86 % من المختصين المستجوبين رأوا أن التشخيص يتم فقط من طرف الطبيب العقلي، وأن نسبة ما بين 25 و 27% رأوا أن التشخيص يتم إما من طرف النفساني العيادي أو الأروطفوني أو نفساني، وأروطفوني فقط، دون بقية الفريق المتعدد التخصصات، وأن كل المؤسسات لا



يوجد بها فريق متعدد التخصصات متكامل كما جاءت بها المعايير الدولية، وهو ما أكدته نتائج المقابلات مع بعض المختصين العاملين سواء بالمؤسسات العمومية أو الجمعيات التي أجريت فيها الدراسة، فالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية فيتم التشخيص من طرف الطبيب العقلي من خارج المؤسسة، وهو شرط أساسي لقبول الطفل في المركز، كما أن التشخيص عادة يتم في فترة وجيزة قد تصل إلى نصف يوم كما جاء في المقابلات التي أجريت مع المختصين في المركز النفسي البيداغوجي بمروانة، وأن دور الفريق البيداغوجي في هذه المؤسسات التي يتكون من النفسانيين والأرطوفونيين والمربين، والطبيب العام يقتصر على إعادة تقييم حالة الطفل، والأخذ بشأنه قراراً، إما بإدخاله للمركز للمتابعة الداخلية أو إيقائه في المتابعة الخارجية، وفي مصلحة الطب العقلي للأطفال فيتم التشخيص بالاعتماد على الميزانيات الثلاث الطبية، والنفسية والأرطوفونية، كما جاء في نتائج المقابلات التي أجريتا مع الطبيبة المختصة في الطب العقلي رئيس المصلحة أو المختصة النفسية العاملة بذات المصلحة، أما بالنسبة للجمعيات، فالتشخيص يتم من طرف المختصين النفسيين أو الأرطوفونيين على مستوى جمعية الطفولة السعيدة بالاعتماد على الميزانية النفسية والأرطوفونية دون الميزانية الطبية العقلية التي يلجأ إليها فقط في حالات استثنائية كما جاء في نتائج المقابلة مع المختصة الأرطوفونية العاملة بذات الجمعية، ومن خلال النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال الإطلاع على ملف الأطفال، حيث لا وجود للشهادات الطبية أو تقرير للطبيب العقلي، في حين بالنسبة لجمعية تواصل للتوحد فإن التشخيص حسب ما جاء في نتائج الاستبيان يتم فقط من طرف الطبيبة المختصة في الطب العقلي للأطفال بالمعذر دون الميزانيات الأخرى، كما بينت النتائج المتحصل عن طريق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المبينة في الجدول رقم 59 يتضح أن نسبة 37.50% من الحالات تم تشخيصهم من طرف الطبيب العقلي فقط، وأن نسبة 23.44% تم تشخيصها من طرف فريق يتكون من الطبيب العقلي والأخصائي النفسي، وأن نسبة 37.50% تم تشخيصهم من طرف الأخصائي النفسي فقط، وأن نسبة 1.56% تم تشخيصهم من طرف طبيب الأطفال، و أن 32.81% الحالات تم تشخيصها في يوم واحد وأن 14.06% تم تشخيصها في أقل من شهر، وأن 6.25% تم تشخيصها في أقل من أسبوع، وأن 31,25% فقط من تجاوزت مدة التشخيص عاماً كاملاً. ويرجع سبب عدم وجود فريق متعدد التخصصات متكامل للتشخيص كما تنص عليه المعايير الدولية إلى طبيعة الجدول التعدادي لهذه المؤسسات العمومية الذي لا يسمح بتوظيف كل المختصين، فبالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال



بالمعذر لا يمكنها توظيف بيداغوجيين ومربين، بينما نجد المراكز النفسية البيداغوجية مثلا لا يمكنها توظيف الطبيب العقلي للأطفال، وأنها ليست مؤهلة قانونا للتشخيص وتقتصر مهمتها فقط على التكفل، أما التشخيص فيقوم به الطبيب العقلي للأطفال الذي عادة هو الطبيب الموجود على مستوى مصلحة الطب العقلي للأطفال، وهو طبيب واحد ولا يمكنه تشخيص كل الحالات على مستوى خمسة مراكز نفسية بيداغوجية على مستوى الولاية، إضافة إلى مصلحنه، أما عن الجمعيات فمنها اثنتان يرأسها أولياء أطفال توحد وغير مؤهلة للقيام بالتشخيص، بينما جمعية الطفولة السعيدة فعلى الرغم من توفرها على أغلب المختصين (نفسانيين، أرطفونيين) وتديرها أستاذة محاضر متخصصة في الأطفونيا، إلا أنها تفتقد إلى الطبيب العقلي، والمساعد الاجتماعي، والأخصائي التربوي المؤهل في التربية الخاصة، ننا يعني توفر الفريق المتعدد التخصصات كما تنص عليه المعايير الولي السالفة الذكر غير مكتمل وولا يتوفر على كل التخصصات المطلوب فيه مما قد يؤدي إلى عدم تقييم جوانب أخرى مهمة، منها الجانب الطبي العقلي كاستبعاد الإضطرابات العضوية مثل الصرع لاعطاء تشخيص فارقى دقيق، أو للتعرف على الاضطرابات المصاحب المحتملة، بالإضافة إلى الجانب الاجتماعي للأسرة الذي تعطيه المعايير الدولية أهمية بالغ نظرا لما يعطيه هذا التقييم من معطيات للقائمين على التكفل من التعرف على الحالة الاجتماعية للأسرة باعتبارها جزء لا يتجزء من فريق التكفل وكذلك باعتبار أن الجزء الأكبر من تنفيذ التمارين التربوية العلاجية المقدمة للطفل تتم من طرف الأسرة، ووجود بيئة أسرة غير مساعدة تعيق عملية التدخل ويمكن أن تؤدي إلى فشلها، بالإضافة إلى التقييم التربوي والبيداغوجي الذي يعتبر ضرورة لتحديد مكنم الصعوبات التعليمية التي يعاني منها الطفل، من أجل بناء برامج تربوية مكيف حسب كل حال.

أما بالنسبة لأدوات التشخيص، فقد بين المختصين المستجوبين من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 38 أن 05 مؤسسات من أصل 09 مؤسسات منها 03 مؤسسات عمومية يتم فيها التشخيص فقط بالاعتماد على الملاحظة المباشرة للسلوك دون استخدام للأدوات الأخرى كقوائم التقييم والتشخيص والفحوصات الطبية، في حين نجد أن 03 مؤسسات فقط من تعتمد على الملاحظة والخبرة واستخدام قائمة كارس CARS للتقييم، وأن مؤسسة واحدة هي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية من تعتمد على قائمة CARS التقييمية بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة للسلوك.



كما بينت النتائج المبينة في الجدول رقم 59 المتحصل عليها عن طريق تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد أن نسبة 37.50% من الحالات تم تشخيصهم من طرف الطبيب العقلي فقط، وأن نسبة 23.44% تم تشخيصها من طرف فريق يتكون من الطبيب العقلي والأخصائي النفساني، وأن نسبة 37.50% تم تشخيصهم من طرف الاخصائي النفساني فقط، وأن نسبة 1.56% تم تشخيصهم من طرف طبيب الأطفال، كما توصلت نتائج شبكة الملاحظة، والأطلاع على ملف الأطفال المتكفل بهم، والمقابلات التي أجريت مع بعض المختصين أن أغلب عمليات التشخيص تمت عن طرق الملاحظة المباشرة لسلوكيات الطفل، دون اللجوء إلى أدوات أخرى مثل الميزانيات الطبية، وقوائم التشخيص، كما لاحظ الباحث أن مصلحة الطب العقلي للأطفال تعتمد في التشخيص على بطاقة للتقييم من إعداد مختصيها لتقييم المهارات التالية (انظر الملحق رقم 17):

✓ السلوك.

✓ الطاعة.

✓ التوصل البصري، غير اللفظي، اللفظي (الثراء اللغوي).

✓ فرط النشاط.

✓ الانتباه.

✓ المشاركة على مستوى المجموعة.

✓ اكمال العمل.

✓ اللعب الفردي.

✓ الدافعية.

✓ اللعب الجماعي.

✓ عمل الأولياء.

بينما تعتمد جمعية الطفولة السعيدة على بطاقة تقييم من إعداد الجمعية، كما لاحظ الباحث أن ملفات الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم، تفتقر لتقارير دراسة الحالة التي تمكن المطلع عليها من متابعة سير عملية التشخيص، والنتائج المتوصل إليها، والتشخيص الفارقي.



أما فيما يتعلق بالمعايير التي يعتمد عليها في عملية التشخيص فقد أجمع اغلب المستجوبين بنسبة كبيرة بلغت 93 % بأن التشخيص يعتمد فيه على الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية **DSM** بنسخته الرابعة والخامسة.

أمام هذه المعطيات يرى الباحث أن هذا المعيار لم يتحقق، ولم يحترم المعايير الدولية في هذا المجال التي تؤكد على أن التشخيص يجب أن يقوم به فريق متعدد التخصصات، وأن يشمل الجوانب التالية: الجانب الطبي من أجل استبعاد الاضطرابات العضوية، وتقييم الاضطرابات المصاحبة للاضطراب التوحد إن تم التأكد من التشخيص، بالإضافة إلى التشخيص النفسي الذي تقيم فيه الأعراض السلوكية للطفل وتفاعله الاجتماعي، بالإضافة إلى الميزانية الأطفونية للتأكد من أعراض التواصل اللفظي وغير اللفظين، وتقييم المشكلات اللغوي عند الطفل، وكذلك تقييم الجانب النفسي حركي مثل الحركات الدقيقة، والكبيرة والتناسق الحركي، والجانب التربوي والمشكلات المرتبط به مثل تقييم مهارات التعلم والصعوبات التي يعاني منها المصاب بهذا الخصوص، بالإضافة إلى استخدام أدوات علمية للتشخيص وهو ما لم يتحقق كما أسلفنا سابقاً.

4.3.10 - مدى تحقق معيار التقييم: من من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم

41 المتحصل عليها عن طريق تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، نلاحظ أن فريق التقييم المتعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل يتكون إما من نفساني وأطفوني فقط بنسبة 37% أو من نفساني وبيداغوجي وأطفوني بنسبة تقدر 27.90 %، في حين نلاحظ غياب باقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل المتعدد التخصصات مثل الطبيب العقلي للأطفال، الذي يوجد فقط المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر بطبيب واحد، أما الأولياء ومن خلال النتائج المتحصل عليها من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 64، التي تحصل عليها الباحث من عن طريق تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فيرون أن الفريق الذي يشرف على عملية التقييم يتكون فقط من نفسانيين و/ أو أطفونيين فقط، دون باقي التخصصات الأخرى، أما النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين ونتائج شبكة الملاحظة المعدة من طرف الباحث ، فقد توصل إلي ما يلي:

1- بالنسبة للمراكز النفسية البيداغوجية: فإن فريق التقييم يتكون من الأطباء العامون،

الأخصائيون النفسيون، الأخصائيين الأطفونيين، والمربين.



2 - بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال، فإن التقييم يتم من طرف الاخصائيين النفسانيين والأطرفونيين تحت إشراف الطبيب العقلي للأطفال.

3- بالنسبة لجمعية الطفولة السعيدة فإن عملية التقييم يشرف عليها أخصائون نفسانيون وأطرفونيين تحت إشراف دكتورة متخصصة في الأطرفونيا.

4 - بالنسبة لجمعية أطفال الجنة فإن التقييم يشرف عليه أخصائي نفسي.

5 - بالنسبة لجمعية تواصل لأطفال التوحد فإن التقييم يشرف عليه الطبيب العقلي للأطفال بالمعذر الذي يقوم بزيارات دورية كل شهر تقريبا لتقييم الأطفال، بالتعاون مع الأخصائية النفسية العاملة بالجمعية.

أما فيما يتعلق بأدوات التقييم المستخدمة من طرف المؤسسات المعنية بالدراسة، فبينت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم 44 المتحصل عليها بعد تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، إلى أن نسبة 44 % من المختصين رأوا أن عملية التقييم تتم فقط بالملاحظة المباشرة للسلوك، في حين نجد نسبة 27.90 % رأيت أن التقييم يتم بالاعتماد على قوائم التقييم PEP و GARS بالإضافة للملاحظة المباشرة، غير أن هناك 05 مؤسسات عمومية من أصل 06 تعتمد على الملاحظة المباشرة فقط، أما فيما يتعلق بنتائج تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم في مؤسسات التكفل المعنية بالدراسة فقد توصل الباحث كما هو مبين في الجدول رقم 65 إلى أن نسبة 76,56% من الأولياء يرون أن تقييم درجة التوحد لأبنائهم تعتمد فقط على الملاحظة المباشرة لسلوك ابنائهم في حين نجد أن نسبة 10% من يرون أنه يتم الاعتماد على قائمة CARS التقييمية لوحدة كأداة للتقييم بينما يرى 9.38% أن التقييم يعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك و قائمة CARS كأدوات للتقييم، كما توصلت النتائج المتوصل إليها، من خلال المقابلات مع المختصين كما هو مبين في الجدول رقم 12 وأن التقييم في 07 مؤسسات من أصل 09 يتم فقط باستعمال الملاحظة المباشرة للسلوك.

وفيما يتعلق بالمهارات المقيمة، فقد بينت النتائج المبينة في الجدول رقم 42 المتعلقة بتطبيق الاستبيان الموجه للمختصين أن كل المهارات الموضحة في ذات الجدول يتم تقييمها، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها الباحث من خلال تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد



المتكفل بهم بالمؤسسات المعنية بالدراسة، حيث نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 67 أن 85.94% من أولياء الأطفال يرون أن كل المهارات المبينة في الجدول يتم تقييمها. أما في فيما يتعلق بدورات التقييم فقد توصلت كل النتائج المتحصل عليها أن التقييم يتم في شكل دوري أغلبه كل ثلاث أشهر وفي بعض الأحيان كل ستة أشهر.

وبالنسبة لمراقبة التمارين المنزلية المنجزة من طرف الأولياء، فإن النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 68 تؤكد أن 40.63% من أولياء التوحيدين المتكفل بهم يرون أن التمارين المطلوب منهم القيام بها في البيت مع أبنائهم التوحيدين تتم مراقبتها من طرف مؤسسة التكفل، بينما ترى نسبة 46.88% أن المراقبة تتم أحيانا فقط بينما ترى نسبة 12.50% أن أعمالهم لا يتم مراقبتها، أما عن الكيفية التي يتم بها مراقبة العمل المطلوب إنجازه من طرف الأولياء في البيت، فمن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 69 نلاحظ أن نسبة 96.88% من أولياء الأطفال التوحيدين المتكفل بهم يرون أن المراقبة تتم في المؤسسة وليس عبر زيارة مفاجئة للبيت، وأمام هذه النتائج فإنه يمكننا القول بأن عدم مراقبة هذه التمارين في موضع تنفيذها، والاكتفاء فقط باستجواب الأولياء قد لا يعطي الصورة الحقيقية عند مدى تنفيذ هذه التمارين، وأن الإخلال بتنفيذ تمرين واحد أو عدم إعطائه الحجم الكافي من الوقت خاص، وأن التدخلات العلاجي والتربوية تعتمد على التكتيف الذي يعتبر معيارا من المعايير الدولية لنجاح عملية التدخل. وفي هذا الأساس تشير تلك المعايير إلى الزيارات الميدانية المفاجئة لأسر الأطفال المتكفل بهم للتأكد من التزام الأولياء بتنفيذ ما طلب منهم من تمارين، وفي حالة الاستحالة يطلب من الأولياء تصوير في شكل فيديو لكل ما يقومون به مع أبنائهم التوحيدين حتى يتمكن فريق التكفل من اجراء تقييم دقيق لحالة الطفل وتحديد النفاص، حتى يتمكنون من وضع خطط جديدة تكيفية حسب حالة الطفل، أو للمرور إلى مراحل أخرى من مراحل تنفيذ البرنامج التدخلية، ويرجع سبب عدم القيام بالزيارات الميدانية حسب الباحث إما للعراقيل الإدارية التي تفرضها مؤسسات التكفل على فريق التدخل أو إلى طبيعة بعض الأسر التي ترفض هذا النوع من الزيارات، وهذا ما أكدتها الطبيبة المختصة في الطب العقلي رئيسة مصلحة الطب العقلي للأطفال من خلال المقابلة التي أجريت معها (أنظر ملخص المقابلة معها).



أما فيما يخص تقييم حالة الطفل قبل الشروع في عملية التكفل، فمن خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 70 نلاحظ أن نسبة 79.69% من أولياء الأطفال المتكفل بهم يرون أن حالة أبنائهم تقييم قبل الشروع في عملية التكفل أي أثناء التشخيص.

من خلال هذه النتيجة المتوصل إليها فيما يتعلق بمؤشر عملية التقييم، يمكننا القول أن عملية التقييم في هذه المؤسسات لم تحترم فيها المعايير الدولية في هذا المجال، سواء فيما يتعلق توفر الفريق المتعدد التخصصات حيث نلاحظ كل المؤسسات المعنية بالدراسة لا تتوفر على فريق متعدد التخصصات متكاملًا يضم كل التخصصات، أو بالنسبة لأدوات التقييم، حيث تعتمد أغلب المؤسسات على الملاحظة المباشرة لسوك الطفل دون غيرها من الأدوات، كقوائم التقييم، أو الزيارات الميدانية للأسرة لملاحظة السلوك في مكانه.

5.3.10- مدى تحقق معيار التدخل العلاجي والتربوي: كما تناولنا المعايير الأخرى ذات

المؤشرات المتعددة سنناقش النتائج المتعلقة بهذا المعيار في ضوء نتائج المؤشرات المرتبة به وهي:

1.5.3.10- مؤشر الفريق المتعدد التخصصات من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول

رقم 13، نلاحظ أن فريق التدخل المتعدد التخصصات يتكون في أغلب مؤسسات التكفل إما من نفساني وأرطفوني فقط بنسبة 37% أو من نفساني ومربي وأرطفوني بنسبة تقدر 28%، في حين نلاحظ غياب لباقي التخصصات الأخرى المطلوبة في فريق التدخل المتعدد التخصصات مثل الطبيب العقلي للأطفال، كما أن إشراك الأولياء في عملية التكفل يتم في أغلب المؤسسات حسب 65% من المستجوبين، وهو ما تؤكدته النتائج المتوصل من تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الاطفال ذوي اضطراب التوحد كما هو مبين في الجدول رقم 72، حيث نلاحظ أن 73.44% من أولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم يؤكدون أن عملية التدخل العلاجي والتربوي، يشرف عليها النفسانيون والأرطفونين بحضور الأولياء وأن 3.13% يرون أن العملية العلاجي والتربوي يشرف عليه الاخصائي النفساني والأرطفوني فقط دون مشاركة الأولياء وأن 06.25% ترى أن العملية يقوم به النفساني فقط، وهو نفس ما توصل إليه الباحث من خلال المقابلات التي أجريت مع المختصين، التي أكدت كلها غياب الفريق المتعدد التخصصات حسب ما نصت إليها المعايير الدولية في هذا المجال.



ومن خلال أن هذه النتيجة تؤدي بنا إلى القول، بأن معيار عملية التكفل لم يحقق المعايير الدولية في هذا المجال التي تفرض وجود فريق متعدد التخصصات يشرف على عملية التدخل العلاجي والتربوي

، يتكون من عدة تخصصات هي:

- ✓ طبيب أطفال.
- ✓ طبيب عقلي للأطفال.
- ✓ مختص في اللغة والتخاطب أو الأرففوني.
- ✓ مختص في العلاج الطبيعي المهني Ergothérapeute.
- ✓ نفسياني عيادي.
- ✓ زائر صحي متخصص.
- ✓ ممارس في الصحة العقلية.
- ✓ مساعد اجتماعي.
- ✓ ممرض متخصص.
- ✓ مختص في علم النفس المدرسي.
- ✓ أولياء الأطفال المتكفل به.

حيث نلاحظ أن كل المؤسسات المعنية بالدراسة لا يتوفر فيها فريق متعدد التخصصات يضم كل هذه التخصصات المطلوبة، مما قد يؤثر على نجاح العملية التكفلية لأن كل مختص له جانب مهم في التدخل، وأن كل عنصر في الفريق هو مكمل للعناصر الأخرى ولا يمكن الاستغناء عنه. ومن هنا يمكننا القول أن هذا المعيار لم يتحقق، وأن عملية التكفل تبقى ناقصة ما لم تتم من طرف فريق متعدد التخصصات، وهذا راجعا للدور الذي يلعبه كل تخصص في تحسين مهارات الطفل التوحيدي وسلوكه. إن عدم توفر هذا الفريق الكامل التخصصات، يعود السبب فيها حسب الباحث إلى طبيعة هذه المؤسسات والصلاحيات الممنوحة لها في جدولها التعدادي الخاص بالأفراد إذ نجد مثلا المراكز النفسية البيداغوجية لا يمكنها توظيف طبيب عقلي للأطفال، بالإضافة إلى عدم توفر فرص للتوظيف بالنسبة للتخصصات الأخرى، كما أن مصلحة الطب العقلي للأطفال لا يمكنها مثلا توظيف مختصين تربويين باعتبار أن قوانينها لا تسمح بتوظيف هذا النوع من التخصصات، أما بالنسبة للجمعيات فهي جمعيات غير متخصصة ولا يمكنها توظيف المختصين إلا بالاعتماد على التطوع.



2.5.3.10 - مؤشر الحجم الساعي للتدخل الأسبوعي: فمن ناحية الحجم الساعي الأسبوعي

المخصص لعملية التدخل العلاجي والتربوي ، فإننا نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 13، أن نسبة 74,41 % من أفراد العينة يؤكدون أن عملية التكفل تتم بأقل من 10 ساعات أسبوعياً.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 76، المستنتج من تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم نلاحظ أن 53.13% من أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل، يرون أن التدخلات الأسبوعية مع أبنائهم في مؤسسات التكفل تقدر بحجم ساعي ما بين 10 و 20 ساعة أسبوعياً. وأن 31.13% يرون أن هذه التدخلات تتم في حجم زمني أقل من 10 ساعات في الأسبوع وأن نسبة 6.25% من يرون أن الحجم الساعي الأسبوعي المخصص للتكفل بأبنائهم في هذه المراكز يتراوح ما بين 20 و 30 ساعة أسبوعياً، هو ما تؤكدته النتائج المتوصل إليها من خلال المقابلات مع بعض المختصين، الذين أشاروا كلهم أن الحجم الساعي أقل بكثير من الحجم الساعي المقرر في المعايير الدولية الذي يحدد نسبته ما بين 30 و 40 ساعة أسبوعياً، حيث أشارت دراسة (Loovas 1987) فيما يتعلق استخدام برنامج التدخل السلوكي المكثف أن البرنامج أعطى فعاليته عندما طبق بشكل مكثف لمدة لا تقل عن 40 ساعة يومياً ولمدة عامين كاملين، كما هو مبين في الجدول رقم 03، وبالتالي يمكننا القول أن معيار معيار التدخل العلاجي والتربوي الناجع، لم يتحقق من ناحية احترام الحجم الساعي لعملية التدخل.

3.5.3.10 - مؤشر طبيعة التكفل فردي أو جماعي: من خلال النتائج التحصل عليها في

الجدول رقم 15 بعد تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، نلاحظ أن أغلب أفراد العينة بنسبة 83.72% يؤكدون أن عملية التكفل تتم بشكل فردي وجماعي، ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 74 بعد تطبيق الاستبيان الموجه لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم نلاحظ أن 79.69% من أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم يرون أن التكفل بأبنائهم يتم بشكل فردي وجماعي، ومن هذا الجانب نقول أن هذا المؤشر قد تحقق، باعتبار أن التدخل يكون فردياً وجماعياً، ومن الضروري أن يبدأ التدخل فردياً حتى يكتسب الطفل بعض المهارات مثل التقليد والاستقلالية، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، لينتقل إلى التدخل الجماعي والبدء في تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، غير أن هذه النتائج لا تكفي نظراً لعدم وجود برنامج التدخل



الفردى الذى يجب اعداده مسبقا حسب حال كل طفل، ويتم تنفيذه من خلال حصص التدخل الفردى، الشئى لم يعتثر عليه الباحث سواء من خلال تفحصه للوثائق أو من خلال الملاحظة المباشرة لعملية التدخل بكل المؤسسات.

4.5.3.10 - مؤشر المعايير المعمول بها أثناء تفويج أثناء التدخل الجماعى: فمن خلال

النتائج المتحصل عليها فى الجدول رقم 16، نلاحظ أن نسبة 9.30% من أفراد العينة من رأوا أن تفويج الأطفال التوحديين المتكفل بهم فى مؤسستهم يتم الاعتماد فيها على معايير السن، ودرجة التوحد والقدرات المعرفية لكل طفل فى عملية التفويج، وهذا العيار مهم جدا حتى تتحقق نسبة عالية من التجانس بين المجموعة الواحدة، فى حين نرى أن نسبة 48.83% يرون أن التفويج يتم بناء على معيار السن ودرجة التوحد إلا أن هذا المعيار لا يستجيب لإمكانية تحقيق التجانس بين أفراد الفوج فقد نجد أطفالا يشتركون فى الدرجة الكلية لتقييم درجة التوحد والسن ويختلفون فى القدرات المعرفية وبالتالي تتأثر نتائج العملية التعليمية بهذا التباين، ومن هنا يرى الباحث أن هذا المعيار لم يتحقق.

5.5.3.10 - مؤشر استخدام المثيرات البصرية فى عملية التكفل: من خلال النتائج المتوصل

إليها فى الجدول رقم 20 المتحصل عليها من تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، فإننا نلاحظ أن المثيرات البصرية مستعملة بنسبة 67.44% ويتم الانتقال به بشكل متدرج من المحسوس إلى المجرى باستخدام أساليب التعزيز المختلفة، لكنه لا يتم ضبط المثيرات المرغوب فى تعديلها قبل وقوعها، وقد يؤثر على عملية التكفل باعتبار أن عملية معالجة التواصل غير اللفظي تعتمد على المثيرات البصرية، وأن الطفل يتعلم بالتدرج ومهارة بمهارة، ولذا فإن ضبط المثيرات المراد استهدافها بالتعديل أو الاكتساب شيئا مهما للغاية. من هنا يرى الباحث أن المعيار قد تحقق من هذه الناحية.

6.5.3.10 - مؤشر البرامج التربوية المستخدمة فى عملية التكفل: أما من ناحية البرامج

التربوية المستخدمة فى مؤسسات التكفل، فمن خلال النتائج المبينة فى هذا الجدول رقم 19 المتحصل من خلال تطبيق الاستبيان الموجه للمختصين، نلاحظ أن أغلب البرامج المستخدمة فى عملية التكفل هي: TEACCH فقط بنسبة 62.79%، ABA فقط بنسبة 6.97% و ABA+TEACCH معا بنسبة 30.23%، ويلاحظ هذا التباين فى استخدام البرامج حتى داخل المؤسسة الواحد، مما قد يؤثر على عملية التكفل فى حالة ما تم انتقال الطفل من مربى إلى آخر لا يشتركان فى نفس البرنامج المتقن، وهو ما تؤكد أيضا النتائج المتحصل عليها من خلال الملاحظة المباشرة للباحث فى الميدان من خلال



الزيارات الميدانية التي قام بها لهذه المؤسسات، حيث بينت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم 94 أن نسبة 77.77 % من مؤسسات التكفل بأطفال التوحد تعتمد على برنامج Teacch، في حين أن نسبة الاعتماد على برنامج ABA هي في حدود 22.22%، وهي برامج معتمدة عالمياً، غير أن الحجم الساعي المخصص لعملية التدخل لا تستجيب للمعايير المحدد لهذه البرامج بحيث يتطلب برنامج Teacch على الأقل 25 ساعة تدخل أسبوعياً في المراكز المتخصصة، وعلى مدار اليوم كما يؤكد عليه Schopler صاحب البرنامج، بينما يتطلب برنامج ABA ما بين 30 و 40 ساعة تدخل على الأقل في الأسبوع في المراكز المتخصصة وفي البيت على مدار اليوم، أي إذا كان التدخل مثلاً 07 ساعات في المركز المخصص، فإن 17 ساعة المتبقية تكون عبارة عن تدخل مكثف من طرف الأولياء من خلال تنفيذ التمارين التي تعطى لهم يومياً من طرف المربين بمؤسسة التكفل.

كما أن هذه العملية تتطلب التزاماً من طرف الأولياء بالتنفيذ الصارم للتمارين المعطاة لهم، وفي هذا الجانب نلاحظ أن نسبة 56 % فقط من الأولياء كما هو مبين في الجدول رقم 78 من يلتزمون بتنفيذ ما يطلب منهم من تمارين، وأن سبب عدم التزامهم يعود كما هو مبين في الجدول رقم 81 إلى ظروف العمل دلى نسبة 69 %، والنسبة الباقية إلى ارتفاع التكاليف، في حين نرى النتائج المتوصل إليها من طرف الباحث، من خلال الزيارات الميدانية أن الأولياء لا يحضرون حصص التدريب، ومنهم من يكتفي فقط بانتظار ولده خارج القاعات المخصصة، أو يوصل ابنهم ويأتي بعد انتهاء الحصص التدريبية، وهو نفس الشيء الذي أكدته المقابلات مع المختصين الذين يرون أن أغلب الأولياء لا يهتمون بحضور الحصص التدريبية، وإنما يعتبرون أن هذه المؤسسات عبارة عن دور حضانة لأبنائهم، ووسيلة للتخلص من عبئهم.

إن ما توصل إليه الباحث من نتائج فيما يتعلق بهذا المؤشر يتضح له بأنه لم يتحقق، لأنه مهما كانت البرامج المستخدمة، لإينها لن تأتي بالنتائج المتوخاة منها إذا لم يتم الإلتزام بشروطها، خاصة شرط الحجم الساعي للبرامج المستخدمة التي تعتمد على التكتيف في عملية التدريب، بالإضافة إلى توحيد البرامج المستخدمة داخل المؤسسة الواحدة.

7.5.3.10- مؤشر نوع التكفل خارجياً أو داخلياً: فمن خلال الاطلاع على النتائج المبينة في

الجدولين رقم 16 و 17 نلاحظ أنه لا يتم التعامل مع كل الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بنفس الأسلوب، فنجد هناك من يتابع تكفله خارجياً عبر مواعيد نصف شهرية في الغالب، لمدة حصة واحدة



في كل موعد، وهذا ما يجعل عملية التكفل مختلة ولا تحقق هدفها بالعودة إلى معيار الحجم الساعي للتدخل الأسبوعي في المراكز المتخصصة وبشكل مكثف حتى نقول عن العملية التدخلية بأنها، تستجيب للمعايير الدولية.

وكلاخصة للنتائج المتعلقة بمعيار التدخل العلاجي والتربوي المتوصل إليها، فإننا نلاحظ أن خمسة (05) مؤشرات من أصل سبع (07) لم تتحقق، وإذا نظرنا لطبيعة هذه المؤشرات كما بيناه في السابق، فنجدها تمثل لب العملية التكفلية، وبالتالي يرى الباحث أن هذا المعيار لم يتحقق إلا بنسبة ضعيفة.

6.3.10 - مدى تحقق معيار دعم ومشاركة الأسرة في عملية التكفل: للتأكد من تحقق هذا

المعيار يجب العودة إلى تحليل النتائج المبينة في الجدول رقم 51، إذ نلاحظ أن أغلب المختصين المستجوبين يرون أن مؤسسة التكفل تقدم الدعم والإرشاد النفسي لأسر وأولياء الأطفال التوحديين المتكفل بهم بهاته المؤسسات، من خلال تقديم دورات تدريبية لهم حول كيفية التعامل مع أبنائهم، وكذا تقديم لهم التقارير الدورية حول حالة تقدم العملية العلاجية لأبنائهم، وأن الأسر يتم إشراكها في كل مراحل العملية التكفلية، غير أن النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول رقم 56 يتبين أن 39.06% من أولياء أطفال التوحد المتكفل بهم لديهم معرفة متوسطة باضطراب التوحد وأن 25% يجهلونه تماما و 25% لديهم معرفة ضعيفة به، الشيء الذي يضع عملية الإرشاد التي تقدمها هذه المؤسسات على المحك، ومدى فعاليتها، وعلى الرغم من هذه النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق الاستبيان الموج للمختصين إلا أنه من خلال ما استقاه الباحث من معلومات من المقابلات مع بعض المختصين القائمين على عملية التكفل بأطفال التوحد بهذه المؤسسات يبين أن عملية الدعم تتمثل فقط في الإرشاد والتوجيه النفسي كما عبروا عنه باللاتينية (Guidance parentale)، دون التكفل النفسي بالأولياء من ناحية الضغوط النفسية التي يعانون منه التي أثبتت الدراسات مثل دراسة Jenniferllg et al سنة 2017 التي بينت أهمية مساعدة أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مواجهة الضغط الناجم عن الصعوبات المرتبطة بتوحد أبنائهم، في تحسن سلوك أبنائهم. كما أن مشاركة الأولياء تقتصر فقط على حضور الحصص الإرشادية دون المشاركة الفعلية في عملية التدخل العلاجي والتربوية من ناحية التقييم والحصص التدريبية التربوية وهما عمليتان مهمتان ومشاركة الأولياء فيها أكثر من ضرورة، فالتقييم يعتمد على ما يقدمه هؤلاء من معلومات لتقييم حالة ابنهم بالنظر إلى أن أغلب الأوقات يقضيها الطفل



في البيت وأن اكبر حجم ساعي للتدخل يوميا (ساعة17)ل يتم من طرف الأولياء، كما أن حضور الولي في الحصص التربوية والمشاركة الفعلية فيها يزيد من تدعيم العلاقة العاطفية بين الطفل ووليه مما ينمي مهارة التواصل والتفاعل الاجتماعي بينهما، وأن أي غياب وبقاء الطفل مع المربي فقط قد ينعكس سلبا على هذه العلاقة ويؤدي إلى انتكاستها وعدم تجاوب الطفل مع وليه بعد نهاية الحصة التدريبية وبالتالي اختلال العملية التكيفية.

7.3.10 - مدى تحقق معيار دمج الأطفال المتكفل بهم في المدارس التعليمية العادية: بالنسبة

لهذا المعيار ومن خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 52، نلاحظ أن كل المختصين المستجوبين من مؤسسات التكفل العمومية رأوا أن مؤسستهم تتوفر على إمكانيات دمج الأطفال التوحديين المتكفل بهم في المدارس العادية، وأن مؤسستهم تجري تقييما لهاته المدارس العادية قبل دمج الأطفال التوحديين المتكفل بهم من طرفها في هذه المدارس، غير أنهم يؤكدون أن هذا الإدماج لا يرافقه مرافقة مربي الأطفال المتخصصين لهؤلاء الأطفال إلى قسمهم العادي للعمل كمساعدين للمعلمين العاديين، كما نلاحظ من خلال الجدول رقم 16 أن المعلمين العاديين لا يخضعون لدورات تدريبية حول كيفية التكفل بأطفال التوحد، إن هذه النتائج على الرغم من أنها تؤكد على إمكانية الدمج، للأطفال المتكفل بهم بهذه المؤسسات، لكن عدم توفير مربي متخصص عمل مع ما هؤلاء الأطفال طوال عملية التكفل ليرافقهم كمساعد معلم، لا يمكن أن يأتي هذا الدمج بالفعالية المطلوبة منها، باعتبار أن الدمج حسب ما تقتضيه المعايير الدولية يجب أن يتم في شكل تدريجي أو ما يعرف بالدمج الجزئي ثم الدمج الكلي ففي الدمج الجزئي يجب أن يرافق مربي الطفل التوحدي المتكفل به هذا الطفل إلى المدرسة العادية، ليعمل معه كمعلم مساعد حتى يضمن استمرارية العلاقة العلاجية التكيفية مع الطفل وضمان عدم حدوث الانتكاسة نتيجة فقدان هذه العلاقة، عندما يواجه الطفل محيطا اجتماعيا جديدا لم يألفه من قبل، على أن يتم سحب هذا المعلم المساعد تدريجيا من القسم، بمجرد أن يبدأ الطفل في التعود على هذا المحيط الاجتماعي ونسجل علاقات تفاعلية اجتماعية جديدة، كما أن النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال الملاحظة المباشرة، والمقابلات اتضح أن 05 مؤسسات من أصل 09 المعنية بالدراسة وهي المراكز النفسية البيداغوجية من تعنتي بإدماج الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم عندها في المدارس العادي، ولكن هذا الإدماج ليس إدماجا حقيقيا وإنما عبارة عن أقسام خاصة موضوعة تحت تصرفهم من طرف المدارس العادية، يوضع فيها اطفال التوحد فقط دون باقي التلاميذ العاديين، ويعلم فيها المربين



التابعين لهذه المراكز، وبمناهج تربوية مكيفة أقرب لبرامج التحضيري، منها إلى البرامج التربوية العادية، أما بالنسبة لمصلحة الطب العقلي للأطفال فهي لا تهتم بإدماج الأطفال التوحديين في المدارس العادية، وإنما تكتفي بإصدار شهادات حول مدى قابلية الطفل للإدماج من عدمه تسلم للأولياء بناء على طلبهم، أما الجمعيات، فلا تعتني بالإدماج إلا جمعية الطفولة السعيدة التي أنشئت قسم خاص على مستواها كتجربة لإدماج وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ولكن بقسم مختلط يضم أطفال متلازمة داون وأطفال التوحد، وفق برامج دراسية تتطابق مع ما يقدم للتلاميذ العاديين، وأن هدف الإدماج إضافة لتحسين الجانب العلمي للطفل التوحد، فهو يساهم في تعزيز التفاعل الاجتماعي لهن من خلال تفاعله مع أقرانه العاديين وفي وسط عادي، الشيء الذي يزيد أيضا من استقلالية الطفل واعتماده على نفسه. ولهذا يمكننا القول أن هذا المعيار لم يتحقق، ولم يحترم المعايير الدولية التي تعني بالإدماج هو الإدماج الحقيقي لأطفال التوحد مع زملائهم في المدارس العادية.

8.3.10 - مدى تحقق معيار رؤية وفكر ورسالة المؤسسة: بالنسبة لهذا المعيار فمن خلال

النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 23، نلاحظ أن أغلب المستجوبين يرون أن مؤسستهم تتبنى رؤية وسياسة واضحة ملائمة للتكفل بأطفال التوحد وأن مؤسستهم تقوم بإعداد مخططات تكفل سنوية وتعمل على تحيينها وتقوم بإشراك مختصيها في إعداد هذه السياسة التكفلي، غير أن ما ما تحقق منه الباحث ميدانيا من خلال البحث عن الوثائق التي تؤكد على وجود مخططات عملية ووثقة تشير إلى تبني سياسة ورؤية واضحة للتكفل بفئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بالتالي عدم تحقق هذا المعيار.

وكخلاصة عامة لمناقشة هذه الفرضية، فإنه من هذه النتائج المتعلقة بهذه الفرضية أنه من بين

08 معايير نجد معيارا واحدا فقط تحقق بمستوى مرتفع، وهو رؤية وفكر ورسالة المؤسسة، أما باقي المعايير وهي: معيار البيئة التعليمية، بالكوادر العاملة، التشخيص، التقييم، التكفل، ومعيار دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية، وهذا يعني أن مؤسسات التكفل لا تحترم المعايير الدولية في مجال التكفل بأطفال التوحد ورعايتهم، وهي معايير أساسية يتوقف عليها نجاح العملية التكفلية من عدمه، فلا يمكن أن نحكم مثلا على عملية التكفل بأنها ناجحة إذا كان معيار التشخيص لم يتم لم يشرف عليه فريق متعدد التخصصات المؤهل للقيام به، بالإضافة إلى عدم استخدام أكثر من أداة للتشخيص والتقييم و الاكتفاء فقط بالملاحظة المباشرة، عند عند أغلب مؤسسات التكفل باطفال التوحد المعنية بالدراسة،



وبالتالي قد نقع في الخطأ في تشخيص هذا الاضطراب لدى الكثير من الأطفال، ونفس الشيء بالنسبة للكوادر العاملة فلا يمكن أن تنجح عملية التدخل إذا لم يكن هناك فريق متعدد التخصصات متكامل يشرف عليها من بدايتها إلى نهايتها، فالتدخل يجب أن يشمل جميع المهارات النفسية، الاجتماعية، اللغوية، الحركية وكذلك علاج الاضطرابات المصاحبة لهذا الاضطراب طبيًا، بالإضافة إلى الإشراف الطبي على الحمية الغذائية للطفل، زيادة على التكفل الاجتماعي بالأولياء. كما تلعب البيئة التعليمية دورًا مهمًا في عملية التكفل في تعليم المهارات المختلفة للطفل التوحدي، وعدم تهيئتها وتوفير الوسائل التعليمية وتكييفها مع طبيعة هؤلاء الأطفال لا يمكن أن تؤدي المهمة المنوطة بها، وبالتالي تؤثر العملية التكفلية برمتها. ونفس الشيء يمكن قوله على المعايير الأخرى غير المحققة، وبالتالي يرى الباحث أن مؤسسات التكفل لا تحترم المعايير الدولية الخاصة بأساليب التكفل بأطفال التوحد وبالتالي تحققت الفرضية بعدم احترام مؤسسات التكفل للمعايير الدولية فيما يتعلق بأساليب التكفل باضطراب التوحد.

4.10 - مناقشة الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب التكفل بين

المؤسسات العمومية والجمعيات:

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم 104 نلاحظ أن قيمة T غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 فيما يتعلق بالدرجة الكلية لعملية التكفل، غير أننا نلاحظ كما هو مبين في الجدول رقم 105، أن هناك فروق بين مؤسسات التكفل العمومية والجمعيات في بعض المعايير، وهي: التكوين، البيئة التعليمية، التدخل العلاجي والتربوي، مشاركة ودعم الأسرة والدمج، بينما لا توجد فروق في معايير التقييم، البرامج والخدمات، ورؤية وفكر وسياسة المؤسسة، حيث نلاحظ أن الفروق مست 06 معايير من أصل 09، وهي المعايير الأساسية حسب الباحث التي تمس جوهر العملية التكفلية، وبالتالي يمكننا القول أن الفرضية لم تتحقق من حيث الدرجة الكلية وتحققت جزئيًا في بعض المعايير السالفة الذكر.

مناقشة عامة للفرضيات: إن ما توصلنا إليه من نتائج المتعلقة بالفرضيات الأربع نلاحظ أن

مؤسسات التكفل لا تترم المعايير الدولية في مجال أساليب التكفل بأطفال التوحد المعتمدة عالميًا، وأن عدم الاحترام هذا، يرجع لكون هذه المؤسسات غير متخصصة في مجال التكفل باضطراب التوحد، سواء من حيث الهياكل أو من حيث المختصين المؤهلين، وأن المؤسسات العمومية كانت أكثر احترامًا لبعض المؤشرات لبعض المعايير مقارنة بالجمعيات، كما أنه من حيث الجمعيات أيضًا نجد أن جمعية



الطفولة السعيدة كانت أكثر التزاما من بعض الجمعيات الأخرى، وهذا لكونها حسب الباحث تديرها متخصصة ولها باع في التعامل مع هذا النوع من الاضطرابات. كما قد يرجع السبب أيضا في عدم احترام هذه المعايير أيضا حسب الباحث إلى العدد الهائل للأطفال المتكفل بهم بشقيه الداخلي والخارجي كما هو مبين في الجدول رقم 07، مما يدفعنا إلى دق ناقوس الخطر لضرورة إنشاء مراكز جديدة متخصصة في التكفل باضطراب التوحد الذي يعرف نسبة انتشار في تزايد باستمرار.

وما يمكن الإشارة إليه أيضا هو مدى صحة التشخيص المقدم للأولياء بخصوص حالة أبنائهم خاصة إذا كان التشخيص يتم في نصف يوم، من طرف طبيب عقلي واحد في كامل تراب الولاية؟، فهل يعقل أن يشخص التوحد في نصف يوم وتمنح لها شهادة مصاب بالتوحد؟ وهل يكفي يوم واحد لتقييم حالة الطفل؟

كما أن النتائج المشار إليها في الجدول رقم 91، تشير إلى أن الأولياء يجدون صعوبة في إدماج أوليائهم في الوسط الاجتماعي نظير تخوفهم من الوصم الاجتماعي، مما قد يؤثر على عملية التكفل بأبنائهم وإلى عدم تصريح الأولياء بهذه الحالات، كما أن هذه النتائج تشير إلى أن الأولياء قد تأثرت علاقتهم الزوجية بسبب ابنهم وكذا عملية التكفل بباقي الأبناء وهذا ما يدعم ضرورة تقديم الدعم الأسري من إرشاد وعلاج نفسي هم في حاجة إليه.



خاتمة: من خلال ما تم التطرق له في هذه الدراسة التي هدفت إلى تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد المستخدمة في مؤسسات التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة سواء كانت عمومية أو خاصة أو جمعيات، وهذا من أجل الوقوف على واقع التكفل بهذه الشريحة من الأطفال، نظرا للانتشار الذي يعرفه هذا الاضطراب محليا وعالميا، حيث اعتمد فيها الباحث على مجموعة من المعايير العالمية التي استقاها مما جمعه من تراث نظري هذا المجال، وهي تشمل 08 معايير هي:

✓ الكوادر العاملة،

✓ البيئة التعليمية،

✓ التشخيص،

✓ التقييم،

✓ التدخل العلاجي والتربوي،

✓ مشاركة ودعم الأسرة،

✓ الدمج ،

✓ ورؤية وفكر وسياسة مؤسسة التكفل

واستخدم الباحث مجموعة من الأدوات للدراسة وهي المقابلة، شبكة الملاحظة، استبيانان: الأول موجه للمختصين العاملين أو ما يعرف بالكوادر العاملة بمؤسسات التكفل من أطباء عقليين، نفسانيين، بيداغوجيين، مربين وأرطفونين، والثاني موجه لأولياء أطفال التوحد المتكفل بهم بهذه المؤسسات، بالإضافة إلى تحليل محتوى الوثائق المستخدمة في عملية التكفل.

حيث أجريت الدراسة على مدار ثلاث سنوات بكل من المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا بولاية باتنة والبالغ عددها 05 مراكز وهي مراكز كل من بريكة، مروانة، باتنة1، باتنة2، وأريس بالإضافة إلى كل من مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب العقلي بالمعذر، وثلاث جمعيات ولائية وهي جمعية الطفولة السعيدة، جمعية أطفال الجنة وجمعية



تواصل لأطفال التوحد، وهي المؤسسات الوحيدة حسب علم الباحث التي تعتني بالتكفل بأطفال التوحد على مستوى الولاية.

إن هذه الدراسة تتطلب من الباحث تطلب من الباحث جهدا مضاعفا باعتبار أن هذه المؤسسات موجودة في 06 دوائر بالولاية متباعد عن بعضها البعض وفي اتجاهات مختلفة، مما اضطر الباحث للتنقل إليها في العديد من الزيارات للوقوف على عملية التكفل عن قرب وميدانيا، وتوزيع الاستبيانات على المختصين العاملين بهذه المؤسسات وإجراء المقابلات معهم ، بالإضافة إلى توزيع الاستبيان على أولياء أطفال التوحد المتكفل بهم بهذه المؤسسات، كما واجه الباحث صعوبات في الحصول على المراجع المتعلقة بالمعايير الدولية الخاصة باعتماد مؤسسات التكفل بأطفال التوحد مما اضطر للتنقل لخارج الوطن للحصول على الشيء القليل منها.

ولقد توصلت الدراسة إلى أن المؤسسات المعنية بالتكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة لا تستجيب للمعايير الدولية في معاييرها 08 التي سبق ذكرها التي يمكن أن تعتمد بها كمؤسسة متخصصة في التكفل بأطفال التوحد، وأن هذه المؤسسات هي مؤسسات غير متخصصة في التوحد، سواء تعلق الأمر بالمراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا المكلفة على الصعيد الرسمي بالتكفل بهذه الفئة، غير أن هذه المراكز بالعودة إلى مراسيم انشائها والنتيجة المتصل إليها يؤكدان عدم تخصصها في مجال التكفل باضطراب التوحد، أو مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستثنائية المتخصصة في الطب العقلي للأطفال بالمعذر، أو الجمعيات التي هي عبارة عن جمعيات ذات طابع مدني خيري غير متخصصة.

وفي الأخير وفي ضوء نتائج هذه الدراسة يوصي الباحث بما يلي:

✓ إعادة تأهيل الكادر البشري العامل بالمؤسسات العمومية المعنية بعملية التكفل بذوي اضطراب التوحد بالجزائر من خلال تكوينه في التوحد وكيفية التكفل وبحجم ساعي لا يقل عن 50 ساعي حسب كل تخصص وفقا ما تتطلبه المعايير الدولية في هذا المجال



- ✓ تزويد المؤسسات بالكادر البشري المؤهل، وخاصة الأطباء العقلين للأطفال والمختصون في التأهيل الوظيفي، والمختصون في الشؤون الاجتماعية حتى يكتمل الفريق المتعدد التخصصات الذي يشرف على عملية التكفل مثلما هو معمول به عالميا.
- ✓ اعتماد برامج تربية متخصصة موحدة لجميع المؤسسات المعنية بالتكفل باضطراب التوحد.
- ✓ إنشاء مراكز متخصصة في التوحد وفق المعايير الدولية المطلوبة لاعتماد مؤسسات التكفل بأطفال التوحد.
- ✓ وضع شروط لاعتماد الجمعيات التي ترعى أطفال التوحد تكون تحت وصاية وزارة التضامن الوطني بأن يكون لها كادر مؤهل ومقرات مكيّفة ومهيّنة.
- ✓ انشاء مراكز بحث متخصصة في التوحد لتعميق الأبحاث في هذا المجال من أجل التوصل إلى تحديد الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب التي لا تزال مجهولة إلى حد الآن بالتعاون مع المراكز العالمية في هذا الشأن يضم مختصين في عدة مجالات، الطبية، النفسية، التربوية والاجتماعية. وتوكل لها أيضا مهمة وضع التوصيات المحينة دوريا لمؤسسات التكفل بأطفال التوحد بالجزائر حتى يتسنى توحيد هذه العملية وفقا لما توصلت إليه الأبحاث العالمية في هذا المجال.
- ✓ اجراء احصاء شامل لحالات الإصابة بالتوحد حتى يمكن وضع استراتيجية واضحة للتكفل خاصة وأن ما توصل إليه الباحث من نتائج حول بعض الإحصائيات التي تحصل عليها كما هو مبين في الجدول رقم 07، تبين أن حجم الإصابة قد يكون مرتفعا في المجتمع، وأيضا في ظل غياب احصائيات رسمية دقيقة لحجم الإصابة، حيث يوصي الباحث باجراء حملة وطنية للكشف المبكر عن الحالات يشارك فيها مصالح طب الأطفال العامون والخواص، الجمعيات الوطنية والمحلية، المراكز النفسية البيداغوجية ومصالح الطب العقلي للأطفال.



✓ يقترح الباحث مجموعة معايير كما هي مبينة في الملحق رقم 18 لاعتمادها كمعايير لاعتماد مؤسسات التكفل بالمصابين، تم استخلاصها ما جمعه من تراث نظري حل معايير اعتماد مؤسسات التكفل بالمصابين باضطراب طيف التوحد.



قائمة المراجع:

المراجع العربية :

قائمة المراجع

1. عادل عز الدين الأشول. (2008). علم نفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة. مصر: دار أنجلو. ط1
2. إبراهيم عبد الله الزريقات. (2015). طرائق التدريس في التربي الخاصة. عمان: دار وائل. ط1
3. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2016). التأهيل المهني وخدمات الانتقال للأشخاص ذوي الإعاقة. الأردن: دار الميسرة. ط1
4. أحمد بن رزق الله الحارثي. (1430 هـ). الحقيبة التدريسية طريقة لوفاس باستخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي. السعودية: كلية التربية جامعة الملك سعود.
5. أحمد محمد أبو زيد. (2013). دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة. الأردن: دار الميسرة. ط3
6. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني. (2011). بسمات التوحد، عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع. ط1
7. أسامة فاروق مصطفى. السيد كامل الشربيني (2011). التوحد: الأسباب، التشخيص والعلاج. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع. ط1
8. أسامة و كامل. (2013). علاج التوحد. عمان. دار المسيرة للنشر والتويع والطباعة.
9. أشرف على عبده. (2000). الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: كلية الآداب جامعة أسيوط
10. إيريك سكولر وآخر. ترجمة نبيل صلاح حميدان. دس. الملف النفسي الإصدار الثالث. دليل الفاحص. مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بالرياض: Proed.
11. أيمن عباس الخفاف. (2015). التوحد. الموسوعة التدريبية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع. ط1
12. تامر فرح سهيل. (2015). التوحد: التعرف. الاسباب. التشخيص والعلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنش والتوزيع. ط1
13. جمال خلف المقابلة. (2016). اضطراب طيف التوحد: التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان. الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. ط1
14. جمال خلف المقابلة. (2016). اضطراب طيف التوحد - التشخيص والتدخلات العلاجية.
15. الخطيب وآخرون. (2012). مستوى فاعلية المراكز والمؤسسات التي تعنى بالتوحد وفق المعايير العالمية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. 1(4): 394-425
16. رجاء محمود أبوعلام. (2013). مناهج البحث الكمي والنوعي والمختلط. الأردن: دار الميسرة
17. روان. كوفمان ترجمة حسن علي شاهين. (2016). إختراق التوحد. الرياض: العبيكان للنشر. ط1
18. زياد كامل اللالا وآخرون. (2011). أساسيات التربية الخاصة. الرياض: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
19. سامية القطان. (2012). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
20. سامية القطان. (2012). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية. الجزء الثاني. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية



21. سميرة أبو الحسن. (2002). سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة. القاهرة، مكتبة حورس للطباعة والنشر.
 22. سهام الخفش. (2007). الأطفال التوحدين؛ دليل إرشادي للوالدين والمعلمين. عمان. الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
 23. سوسن شاكر مجيد. (2010). التوحد: أسبابه خصائصه. تشخيصه علاجه. بغداد: ديونو للطباعة والنشر والتوزيع. ط2
 24. الظاهر. قحطان. (2009). التوحد. عمان: دار راتل للطباعة والنشر.
 25. عادل خلف. (2016). اضطراب طيف التوحد: التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. الأردن. ط1
 26. عادل عبد الله محمد. (2014). استراتيجيات التعليم والتأهيل وبرامج التدخل. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية. ط1
 27. عادل عبدالله محمد. (2014). اضطراب التوحد – استراتيجيات التعليم والتأهيل وبرامج التدخل. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية. ط1
 28. عبد الرحمان سليمان (2017). نموذج دينفر للتدخل المبكر كأحد النماذج التي تقدم للأطفال ذوي اضطرابات التوحد. مجلة الإرشاد النفسي.. جامعة عين شمس. مصر. (49) يناير 2017
 29. عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي. (1997). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. بيروت: دار الفكر العربي
 30. قحطان أحمد الظاهر. (2009). التوحد. عمان: دار راتل للطباعة والنشر.
 31. محمد السيد حلاوة. (2011). الإعاقة العقلية والأسرة. مصر: دار المعرفة الجامعية
 32. محمد صالح الأمام. فؤاد عيد الجوالدة. (2010). التوحد ونظرية العقل. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع. ط1
 33. مصطفى نور القمش. (2011). اضطرابات التوحد. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
 34. نايف بن عابد الزراع. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان. دار الفكر.
 35. نايف. بن عابد الزراع. (2018). المدخل إلى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار الفكر. ط5
 36. المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين. (2010). معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات التوحد. عمان. الأردن
- المراجع الأجنبية:

37. A.-E. Krieger et al. (2013). Promouvoir le partenariat parents–professionnels dans la prise en charge des enfants atteints d'autisme. L'Encéphale (2013) 39, 130–136.
38. American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier. Masson.
39. Anderson R.S et al. (1987). Intensive homebased early intervention with autistic children. Education and Treatment of Children Journal. 10(4).352366.
40. ARS. 2013. Annexe cahier de charge: Etablissements et services pour personnes avec autisme et autres troubles envahissants du developpement (ted)
41. Baghdadli Amaria et Magali Noyer. (2007). Rapport (SN) sur l'intervention éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme. Centre de Ressources Autisme Languedoc Roussillan. Montpellier. Ministère de la santé et solidarité Française.
42. Bernadette Rogé. (2007). Le programme TEACCH, un cadre toujours actuel pour la mise en œuvre de l'approche éducative. France: Bulletin scientifique de l'arapi. (19),919.



43. Brigitte Chamak and David Cohen (2003). L'autisme: vers une nécessaire révolution culturelle. Paris: Journal de Médecine sciences. 19(11),1152– 1159.
44. Carole Tardif. Bruno Gepner.(2014). L'autisme. France: Bulletin scientifique de l'arapi. (14),39.
45. Cecil Rattaz et al. (2016). Évaluation des effets d'un groupe d'accompagnement parental sur le stress et la qualité de vie après l'annonce du diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA) chez leur enfant. Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 5(174): 644650
46. Christiane. Jean bart. (2015).L'accompagnement de l'enfant autiste et la prise en compte des trajectoires et le réseau social des familles – Regards croisés des familles et des professionnels. France: DUNOD.
47. Constantino & al. 2017. Infant viewing of social scenes is under genetic control and atypical in autism. Nature. 547(7663): 340–344
48. Cynthia Veratti. 2014. Etat des lieux sur l'implication des orthophonistes et des parents concernant les troubles autistiques et la methode aba. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacite d'orthophoniste. Univesité de nanty
49. Eikeseth.S. (2002). Intensive Behavioral Treatment at School for 4 to 7YearOld Children With Autism.London: Behavior modification journal. 16(1),4968.
50. Emmanuelle Prudhon.(2010). Makaton et autisme. le Bulletin scientifique de l'arapi.26, 43-46.
51. Evelyne Thommen et al. (2017).Les particularités neurocognitives dans l'autisme. Journal of PEDIATRICA. 28(2),1931. Elsevier
52. Flora et all. (2017). Les besoins fondamentaux de l'enfant. la revue des politiques sociales et familiales.(124),105112.
53. HAS. ANESM. (2012). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: Autisme et autre troubles envahissants des développements: Interventions éducatives et thérapeuthies coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.
54. Howard et al. (2014).Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. Research in Developmental Disabilities Journal (35),3326–3344.Elsevier
55. Jacques Thivierge. 1998. Note clinique sur le traitement pharmacologique de l'autisme. Journal de la santé mentale au Québec. 23(1),8595.
56. Jacques Thivierge. 1998. Note clinique sur le traitement pharmacologique de l'autisme. Santé mentale au Québec. 23(1). 8595. Département de psychiatrie de l'Université de Montréal
57. JenniferIlg et al. (2017). Évaluation d'un programme francophone de formation aux habiletés parentales dans le cadre des troubles du spectre de l'autisme auprès d'un groupe pilote. Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 175(5):430435
58. JP.Dionisi. (2013).Le programme TEACCH. des principes à la pratique. Journal de la neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence. 61(4)4.



59. Justin B. Leaf and al.(2017).*Advantages and Challenges of a Home- and Clinic-Based Model of Behavioral Intervention of Behavioral Intervention for Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 48(6): 2258-2266.
60. Justine Normand. (2014). **Early Start Denver Model (Modèle de Denver): étude contrôlée dans une population d'enfants avec Trouble du Spectre de l'Autisme**. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Département d'Orthophonie – Université de Bordeaux.
61. Mahmoud ould taleb. (2015).**Manuel de la pédopsychiatrie**.Office des publication univesitaires. 2Ed.
62. Pascal Lenoir. (2007). **L'autisme et les troubles du développement psychologique**. Elsevier. Masson. 2ed.
63. RASDNNI (Regional Autistic Spectrum. Disorder Network for Northern Ireland). (2011). **Six Steps of Autism CareFor Children and Young People in Northern Ireland**. HCS. Northen Irelandd.
64. Smith et a.(2014).**Parentdirected. intensive early intervention for children with pervasive developmental**. *Research in Developmental Disabilities* (21),297309. Elsevier.
65. Yuen et al. (2017) .**Whole genome sequencing resource identifies 18 new candidate genes for autism spectrum disorder**. *Nat Neurosci*. (4):602611. Doi.
66. Zitouni Fadila.(2007). **Enquête sur la pratique de prise en charge de l'enfant atteint du syndrome autistique au sein du centre medicopedagogique pour enfants inadaptes mentaux**. Mémoire présente pour l'obtention du diplôme de post graduation spécialisée. Faculté des sciences humaines et des sciences sociales. Université mentouri constantine
- مواقع الانترنت
67. Giffard.(2018). **le Pack ou Packing enveloppement humide thérapeutique**.
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/therapie/pack.htm>.
N.D. 13/10/2018.
68. Site spectre de l'autisme. **Trouble du spectre de l'autimse**.
<http://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/statistiques-autisme-tsa/>,
14.11.2017, H: 23:00
69. Site reporters. **Prevalance de l'autisme**. <http://www.reporters.dz/index.php/der/item/78875-prevalence-de-l-autisme-en-algerie-pres-d-un-demi-million-de-personnes-atteintes,,>
14.11.2017, H: 23:00
70. Site libertealgerie .(2016). <https://www.libertealgerie.com/actualite/lalgerie-compte-400-000-autistes260530>. 12/12/2016. H:22:00
71. Site Lanutrition.Fr. 2017. **Autisme: la piste magnésium et vitamine B6**.
<https://www.lanutrition.fr/biendanssasante/lesmaladies/lautisme/autismelapistemagnesiumetvitamineb6>. 16/10/2018/H.23:00
72. <http://www.autismaide35.com>: 11/11/2018: H. 01:00
73. Le site de l'Association pour la Sensibilisation à la Protection. **l'Éducation et la Recherche sur l'Autisme et notamment le Syndrome d'Asperger (*Asperansa)**.
https://www.asperansa.org/ech_evaluation.html



74. Eric Schopler. ***Naissance du programme TEACCH: principes. mise en pratique. Evaluation.***
<https://www.autisme.ch/autisme/therapies/teacch/descriptionduprogrammeteacch>.
75. غالب محمد رشيد. (2007). ***نظرية النمو العقلي لجانب ياجيه وتطبيقاتها التربوية.*** موقع أنفاس من أجل الثقافة والإنسان. <http://www.anfasse.org/>. 2011. يوم 2018/09/11
76. غادة سلامة. ***مفهوم الطفولة وحاجاتها ومشاكلها***
http://zainopedia.blogspot.com/2012/03/blogpost_19.html. 19 مارس 2012.
77. الموقع الرسمي لوزارة التضامن الوطني وقضايا المرأة الجزائرية: (<http://www.msnfcf.gov.dz/fr>)

قائمة الملاحق



قائمة الملاحق

ملحق رقم 01

يوضح قائمة المحكمين:

| الرقم | الإسم واللقب | الدرجة العلمية | التخصص |
|-------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| 1. | مزوز بركو | أستاذة التعليم العالي | علم النفس العيادي |
| 2. | زغيش وردة | أستاذ محاضر أ | أرطونيا |
| 3. | صالح حنيفة | أستاذ التعليم العالي | علم النفس العيادي |
| 4. | جار الله سليمان | أستاذ محاضر أ | علم النفس العيادي |
| 5. | ختاش محمد | أستاذ محاضر أ | علم النفس المعرفي |



محلقة رقم 02

معايير اعتماد برامج وخدمات التوحد

من إعداد المجلس الأعلى للأشخاص المعاقين بالأردن

1 الرؤية الفكر والرسالة:

| المقياس | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|---------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | | | |
| | الإطلاع على الوثائق واللوحات والملصقات | 5. تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد | |
| | الإطلاع على الوثائق والسياسات | 6. الرؤية والفكر والرسالة والأهداف ملائمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد | |
| | الإطلاع على محاضر الاجتماعات واللوائح والسياسات | 7. تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريبية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها | |
| | الإطلاع على محاضر الاجتماعات الدورية، المقابلات مع المعنيين | 8. لتقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين وأعضاء مجلس الإدارة وهيئة التدريس، المعلمون، أولياء الأمور) | |

2 الإدارة والعاملون

| المقياس | طرق التحقق | المعيار | المختص | الرقم |
|---------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| | | | | |
| | الإطلاع على الشهادات والوثائق أو | 1 يحمل شهادة عليا في التوحد كحد ادنى ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 100 ساعة | رئيس المصلحة | 1 |
| | الإطلاع على الشهادات والوثائق | 2. يحملون على الأقل شهادات ليسانس في علم النفس، علوم التربية، الأطفونيا ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن سنة | البيداغوجيون | 2. |
| | الإطلاع على الشهادات والوثائق | 3. لديهم دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 40 ساعة أو خبرة عملية في مراكز التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | المربون | 3. |
| | الإطلاع على | 4. لديهم على الأقل شهادة جامعية في التخصص ودورة تدريبية في كيفية | أطفونيون | 4. |



| | | | | | |
|----|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|
| | | الشهادات والوثائق | التواصل مع الاطفال التوحديين لا تقل عن 50 ساعة | | |
| 5. | معالج وظيفي | لديه شهادة في التخصص أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | الإطلاع على الشهادات والوثائق | | |
| 6. | أخصائي نفساني | لديها شهادة جامعية في علم النفس العيادي، لديه دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة في مجال التوحد والعلاج الاسري لا تقل عن أربعة أشهر | الإطلاع على الشهادات والوثائق | | |
| 7 | أخصائي تغذية | لديه دورات تدريبية في تغذية الاطفال التوحديين لا تقل مدتها عن 25 ساعة | الإطلاع على الشهادات والوثائق | | |

3 البيئة التعليمية

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| 1. | الغرف الصفية منظمة على شكل ورشات تشمل: ورشة العمل الفردي ورشة العمل الجماعي ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم قاعة للتدريس البيداغوجي | زيارة صفية | | |
| 2. | لا يزيد عدد الاطفال في الصف الواحد عن ستة اطفال توحديين مقابل معلم ومساعد | زيارة صفية | | |
| 3. | يتوفر بالغرف الصفية حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهام التعليمية | زيارة صفية | | |
| 4. | يوجد في الغرف الصفية جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية | زيارة صفية | | |
| 5. | يوجد في القسم (الصف) جدول بصري خاص بكل طفل | زيارة صفية | | |
| 6. | يحتوى القسم (الصف على) لكل طفل على مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته) | زيارة صفية | | |
| 7. | لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 2 | زيارة صفية | | |
| 8. | يوجد لكل طفل في المؤسسة طاولة وطرسى مزودان بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته واسمه) | زيارة صفية | | |



4 - التقييم

| المقياس | | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|------------------|-------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| لم يتحقق المعيار | تحق المعيار | | | |
| | | استعراض دراسات الحالة في المؤسسة | تقوم المؤسسة بإجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحديين قبل دخولهم المركز | |
| | | الإطلاع على أدوات التقييم | تقوم المؤسسة بإجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحدي باستخدام أدوات متنوعة مثل: الملاحظة السلوكية قوائم الشطب قوائم تقدير السلوك ملاحظات الاسر | |
| | | الإطلاع على أدوات التقييم | يتضمن التقييم المجالات التالية: التفاعل الاجتماعي مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) السلوكيات التوحدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة) مهارات اللعب معززات الطفل المختلفة ومهارات العناية بالذات، ومهارات الاستقلالية بعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي) | |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية | تستخدم المؤسسة نتائج التقييم في وضع البرنامج التربوي | |

5 الخدمات والبرامج:

| المقياس | | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|------------------|-------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| لم يتحقق المعيار | تحق المعيار | | | |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | المنهاج والبرنامج التربوي الفردي يتضمن المجالات الثلاث التالية: التواصل (اللغة اللفظية وغير اللفظية) التفاعل الاجتماعي السلوكيات التوحدية | 1. |



| | | | | |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | | المهارات الاستقلالية الذاتية مهارات اللعب الانتباه الانتقائي التقليد اللفظي والحركي الاستجابة لتعابير الوجه المختلفة الاستجابة لتغيير نبرات الصوت والأماءات المهارات الأكاديمية وقت الفراغ | |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين 20 و25 ساعة أسبوعيا على الأقل | 2. |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | يذاوم الطفل في المؤسسة لمدة 11 شهر في السنة على الأقل | 3. |
| | | حضور عينات من حصص تعليمية | أساليب التدريب التدريس ونماذجه: 1 تستخدم الأساليب التعليمية التالية المثيرات البصرية المحسوس فثبه المحسوس فالمجرد التعليمات اللفظية المختصرة 2 نستخدم النماذج التعليمية التالية الفردية المجموعات الصغيرة اللعب الأقران | 4. |
| | | حضور عينات من حصص تعليمية | يركز المنهاج على تطوير نظام التواصل المناسب سواء كان لفظيا وغير لفظيا (مثل نظام تبادل الصور PECS) | 5. |
| | | استعراض خطط تعديل السلوك | تعديل السلوك: نستخدم أساليب التعزيز المختلفة يتم التركيز على التخلص من السلوك التوحدي تستخدم أساليب ضبط المثيرات المختلفة للتحكم بالسلوك غير المرغوب فيه قبل | 6. |



| | | | |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | وقوعه يتم تصميم استراتيجيات للتدخل عند الازمات يتضمن البرنامج تعميمي المهارات المكتسبة |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

6 مشاركة ودعم وتمكين الأسرة:

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| 1. | تقدم المؤسسة للأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي بمعدل يوم في الشهر على الأقل | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 2. | يوجد لدى المؤسسة برنامج تثقيفي عن التوحد بمعدل محاضرة واحدة على الأقل في الشهر | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 3. | تقدم المؤسسات خدمات الإرشاد الأسري لأسر الاطفال التوحيديين حول الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 4. | تقوم المؤسسة بالتواصل اليومي مع الأسرة من خلال دفتر الملاحظات اليومية | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 5. | تزود المؤسسة أسرة الطفل التوحدي بتقارير أسبوعية وشهرية وفصلية توضح مدى تقدم الطفل في البرنامج | مقابلة مع عينة من الأسر | | |
| 6. | يتم إشراك أسرة الطفل التوحدي في جميع مراحل تقديم الخدمات التربوية (تشخيص، علاج، تدريب، تعليم) | الإطلاع على خطط المؤسسة | | |
| 7. | تعقد المؤسسة اجتماعاً لأسر الاطفال التوحيديين مرة كل شهر لتبادل الخبرات (التعلم والتعلم المضاد) | استبيان للأسر | | |
| 8. | تقديم البرامج التدريبية بما فيها الجداول البصرية | زيارة منزلية أو مقابلة عينة من الأسر | | |

7 الدمج والخدمات الانتقالية :

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-------|---------|------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| | | | | |



قائمة الملاحق



| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| 1. | تحدد المؤسسة مدرسة لدمج الأطفال التوحيين الذين تسم لهم قدراتهم بذلك | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | |
| 2. | تقيم المؤسسة الأماكن التي سيدمج بها الأطفال التوحيين قبل دمجهم | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | |
| 3. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحيين | زيارة مدرسة الدمج الإطلاع على سجل الدورات | |
| 4. | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحيين وأسرهم للإطلاع على أماكن الدمج والأماكن الإطلاع على خطط المؤسسة الانتقالية | مقابلة مع عينة من الأسر استبيان للأسر | |
| 5. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للأطفال غير التوحيين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحيين | زيارة المدرسة الإطلاع على سجل الدورات | |
| 6. | تستمر المؤسسة بالإشراف على برامج دمج الاطفال التوحيين فصليا | الإطلاع على تقارير المؤسسة الدورية | |

8 التقييم الذاتي:

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| 1. | يجري المركز تقييما ذاتيا مرة واحدة على الأقل كل سنتين | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| 2. | تستخدم المؤسسة منهجية علمية في عملية التقييم باستخدام طرق البحث الكمي والنوعي. | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| 3. | يتضمن تقييم البرامج قياس مدى رضا أسر الأطفال التوحيين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| 4. | توظف المؤسسة نتائج التقييم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة | الإطلاع على مخططات التطوير | | |



ملحق رقم: 03

المتعلق بطلب التحكيم

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر باتنة 1

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

شعبة علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إلى السيد (ة):

الإسم واللقب

الدرجة العلمية.....

الرتبة العلمية.....//

الجامعة.....

الموضوع: طلب تحكيم استبيان

أستاذ(ت) بالكريم (ة)

تحية أخوية طيبة وبعد...

يجري الباحث دراسة علمية لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي بعنوان تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد، ولتحقيقاً غراض الدراسة قمنا بتصميم استبيان لتقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد موجه لكل المختصين المتخلين في عملية التكفل من أطباء، مختصين نفسيين و مربيين، لذلك نضع بين أيديكم هذا العمل وأود من سيادتكم إفادتنا بكل الآراء والملاحظات مهما وجدتموها بسيطة وتخدم غرض الدراسة، وذلك من خلال إفادتي بملاحظات حول:

✓ مدى ملائمة البنود ودقتها ومناسبتها من حيث الشكل والصياغة اللغوية والتركيبية.

✓ مدى ملائمة البنود لعملية التقييم وقدرتها على الحكم عليها.

✓ وفي انتظار ردكم تقبلوا مني أستاذي(ذني) الكريم(ة) كل عبارات الأمتنان والتقدير.

✓ وشكرا على تعاونكم البناء مسبق

الباحث



ملحق رقم 04

استبيان لتقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد
من طرف المختصين في التكفل بأطفال التوحد

تعلیمة الاستبيان

أخياالكريم (أختياالكريمة)، نحن بصدد إجراء بحث علمي حول أساليب التكفل بأطفال التوحد في الجزائر ونرغب في مساعدتك لنا في إجرائه من خلال الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، التي نتناول بعض الآراء الشخصية، وليس فيها إجابات صحيحة وأخرى خاطئة؛ المهم أن تعبر عن رأيك وخبرتك الشخصية بصدق وأمانة.

المطلوب أن تقرأ كل عبارة وتحدد رأيك بدقة حولها، وتأكد أن إجابتك ستكون محل سرية تامة، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

يمكنك الإجابة على الإسم بحرف مثلا (س)

مع أطيب التمنيات بالتوفيق

الباحث

1 المحور الأول: (معلومات عامة)

الوظيفة الحالية:.....
اسم مؤسسة العمل:.....
الشهادة العلمية:.....
التخصص
العلمي:.....

2 المحور الثاني: (التكوين)

مدة الخبرة المهنية في مجال التوحد:.....

- هل تلقيت (ي) تكويننا في طرق التكفل بالتوحد؟: نعم لا
- ما نوع هذا التكوين؟: التشخيص العلاج التربية الخاصة التقييم
- ما طبيعة هذا التكوين؟: في إطار تكوينك الأكاديمي دورات تدريبية متخصصة في التوحد
- عدد الدورات التدريبية:.....

من المؤسسات التي قامت بهذه الدورات؟: جمعيات مراكز تدريب مؤسسات تكوين متخصصة

ما هي برامج التكفل التي تكونت عليها؟: (يمكن إضافة أخرى غير موجودة في القائمة)



| الرقم | البرنامج | مدة التكوين | درجة التحكم في البرنامج | | | هل تستخدمه في العمل | | فعالية البرنامج حسب رأيك | | | | |
|-------|----------|-------------|-------------------------|-------|------|---------------------|--|--------------------------|-------|--------|---------|--|
| | | | جيد | متوسط | ضعيف | | | مناسب جدا | مناسب | أحيانا | غ.مناسب | |
| | TEACH | | | | | | | | | | | |
| | ABA | | | | | | | | | | | |
| | PEP | | | | | | | | | | | |
| | PECS | | | | | | | | | | | |
| | CARS | | | | | | | | | | | |
| | MAKATON | | | | | | | | | | | |
| | Denver | | | | | | | | | | | |
| | SonRise | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

المحور الثالث: البيئة التعليمية:

- تجد صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي؟ موافق جدا موافق أحيانا غير موافق
 هل يحتاج التعامل مع التوحد إلى الطفل التوحدي؟ الصبر القوة الإرادة التنظيم في العمل
 هل تعمل ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات؟ نعم لا
 فريق التدخل يتكون من؟ طبيب نفسياني بيداغوجي أطفوني أخصائي نفسي حركي
 آخر (حدده):

هل وسائل العمل متوفرة؟:

- لا نعم : اختبارات التشخيص :



- لا نعم : اختبارات التقييم
 لا نعم : غرف صفية
 الغرف الصفية تتضمن:
 لا نعم : ورشة العمل الفردي
 لا نعم : ورشة العمل الجماعي
 لا نعم : ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم
 لا نعم : قاعة أو قاعات للتدريس البيداغوجي
 أكثر من 06 أطفال أقل أو 06 أطفال هو : أثناء التكفل الجماعي عدد المختصين في كل فوج
 لا نعم : تتوفر بالغرف الصفية على طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية
 لا نعم : غرف مصادر مزودة بوسائل العمل اللازمة
 لا نعم : ألعاب
 لا نعم : أدوات التقييم

المحور الرابع: التشخيص

من يقوم بعملية التشخيص في مؤسساتكم ؟

- طبيب الأطفال
 الطبيب العقلي
 الأخصائي النفسي
 الأخصائي الأطفوني
 الأخصائي التربوي

ما هي المعايير المعتمدة في التشخيص في مؤسساتكم ؟:

- التصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM 10
 الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM:

أخرى (حددها):.....

ما هي الأدوات المستخدمة في التشخيص التي تعتمدون عليها ؟

- : CARS
 : CHAT



:MCHAT

 الخبرة الذاتية والمهنية: الاختبارات المكتملة:

أدوات أخرى (حددها):.....

المحور الخامس: التقييم

هل يتم التقييم الدوري للأطفال المتكفل بهم؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم هل يتم التقييم في مدة؟: كل ثلاثة أشهر كل ستة أشهر كل سنة من يقوم بعملية التقييم؟ الطبيب العقلي النفساني الأطفوني البيداغوجي كل الفريق

ما هي الأدوات التي تستخدمها في عملية التقييم؟ (يمكنك إضافة أخرى إن وجدت)

| الرقم | البرنامج | فعالية الأداة حسب رأيك | | |
|-------|---------------------------------------|------------------------|--------|-----------------|
| | | مناسبة جدا | مناسبة | أحيانا غ.مناسبة |
| | PEP | | | |
| | CARS | | | |
| | GARS | | | |
| | BECS | | | |
| | الملاحظة بالاعتماد على الخبرة المهنية | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

يتضمن التقييم المجالات التالية:

التفاعل الاجتماعي

مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية





السلوكات التوحدية (النمطية، الاهتمامات، الأنشطة)

- مهارات اللعب
 مهارات الاستقلالية التكامل الحسي
 ما هو تقييمكم لعملية التكفل بمؤسستكم؟ فعال فعال إلى حد ما غير فعال

المحور السادس: التكفل

فريق التدخل للطفل التوحد في مؤسستكم يتكون من؟

- الطبيب العقلي
 الأخصائي النفسي
 الأخصائي الارطفوني
 الأخصائي البيداغوجي
 الأخصائي النفسي الحركي
 المربيات
 الأولياء
 دور الأولياء في عملية التكفل: يشاركون بفعالية يشاركون أحيانا غير مباينين

ما هو الحجم الساعي للأسبوعي للتكفل بطفل التوحد في مؤسستكم؟

- أقل من 10 ساعات في الأسبوع
 من 10 ساعات إلى 20 ساعات في الأسبوع
 من 20 ساعات إلى 30 ساعات في الأسبوع
 من 30 ساعات إلى 40 ساعات في الأسبوع
 مرة كل 15 يوم
 مرة كل شهر
 تتعدى الشهر
 هل يتم التكفل بالطفل التوحد في مؤسستكم؟ داخليا خارجيا
 ما طبيعة التكفل بطفل التوحد في مؤسستكم؟ فردي جماعي الاثنين معا

أثناء التكفل الجماعي يتم تفويض الأطفال وفقا لمعايير الانتقاء التالية:

حسب السن



حسب القدرات المعرفية

حسب درجة الاضطراب

حسب التوقيت الذي يناسب الاولياء

حسب كل مربية

أكثر من شهر شهرية نصف شهرية أسبوعية مواعيدهم خارجيا بهم خارجيا

المحور السابع: الخدمات و البرامج وأساليب التدريس المستخدمة

نعتمد كبرامج للتكفل البرامج التالية

ABA

TEACH

PECS

SONRISE

DENVER

أخرى أذكرها:.....

نستخدم كأساليب تعليمية ما يلي:

المثيرات البصرية

ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد

التعليمات اللفظية المختصرة

اللعب

أساليب التعزيز المختلفة

يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها

أخرى (أذكرها):.....

المحور الثامن: مشاركة ودعم وتمكين الأسرة

لا نعم لا نعم

لا نعم لا نعم

لا نعم لا نعم

لا نعم لا نعم



المحور التاسع: الدمج والخدمات الانتقالية:

- لا نعم تتوفر المؤسسة على امكانية دمج الأطفال التوحيديين التي تتوفر فيهم الشروط في المدارس العادية: نعم لا لا
- لا نعم تقوم المؤسسة بإجراء تقييم لمدارس الدمج العادية قبل دمج الأطفال فيها: نعم لا لا
- لا نعم يشرف المربيون الأطفال المدمجون الذين يشرفون على تربيتهم كمساعدين للمعلمين العاديين: نعم لا لا
- لا نعم تقدم المؤسسة دورات تدريبية لمعلمي المدرسة العاديين في كيفية التعامل مع الطفل التوحيدي: نعم لا لا

المحور العاشر : رؤية المؤسسة للتكفل بالطفل التوحيدي

- لا نعم تتبنى المؤسسة التي تعمل بها رؤية واضحة وملائمة للتكفل بأطفال التوحد: نعم لا لا
- لا نعم تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحسينها باستمرار: نعم لا لا
- لا نعم تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإشراككم في إعداد سياستها التكفلية بأطفال التوحد: نعم لا لا



الملحق رقم: 05

استبيان لتقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد
موجه لأولياء أطفال التوحد المتكفل بهم

تعليمية الاستبيان

اخياالكريم (أختي الكريمة) نحن بصدد إجراء بحث علمي حول أساليب التكفل بأطفال التوحد في الجزائر ونرغب في مساعدتك لنا في إجرائه من خلال الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، التي تتناول بعض الآراء الشخصية، وليس فيها إجابات صحيحة وأخرى خاطئة؛ المهم أن تعبر عن رأيك وخبرتك الشخصية بصدق وأمانة. المطلوب أن تقرأ كل عبارة وتحدد رأيك بدقة حولها، وتأكد أن إجابتك ستكون محل سرية تامة، وتستخدم لأغراض البحث العلم فقط.

يمكنك الإجابة على الإسم بحرف مثلا (س)

المحور الأول: معلومات عامة

الإسم:..... العمر:.....

1. لدي معرفة باضطراب التوحد : جيدة متوسطة ضعيفة أجهله تمام

2. اكتشف لإصابة إبني باضطراب التوحد عن طريق :

الطبيب

المعلم

من خلال ملاحظاتي واطلاعي

أخرى:.....

المحور الثاني: التشخيص

3. التشخيص تم من طرف: طبيب عقلي أخصائي نفسي طبيب أطفال

4. أخرى:.....

5. التشخيص دام مدة:.....(باليوم، أو الشهر، أو السنة)

6. بعد التشخيص تقبلت الأمر: بشكل عاد بنوع من الشك لم أتقبله تماما

7. أرى أن فترة التشخيص تأخذ وقتا طويلا مما يؤخر عملية التكفل بإبني: نعم لا

8. بعد التشخيص عرضت إبني على العلاج التقليدي مثل (الحجامه، الرقية، العلاج بالأعشاب) نعم لا

9. ما هي الأدوات المستخدمة في التشخيص التي اعتمد المختصون معك أو مع ابنك في الشخيص ؟

: CARS



- :CHAT
 :MCHAT
 - عن طريق الملاحظة فقط:
 الاختبارات المكلمة:
 -الميزانية الطبية (Bilan Médical):

أدوات أخرى (حددها):.....

المحور الثالث: التقييم

10. يتم مراقبة العمل المنجز في البيت من طرف المؤسسة: دائما أحيانا أبدا
11. تم تقييم حالة ابني قبل الشروع في عملية التكفل به: نعم لا
12. مراقبة العمل المنجز في البيت من خلال: زيارات مفاجئة للبيت في المؤسسة
13. يتم التقييم الدوري لحالة ابني: كلا ثلاثة أشهر كل ستة أشهر أكثر من ستة اشهر
14. يتم استدعائي لحضور جلسات التقييم الدوري : دائما أحيانا أبدا
15. يتم اشراكي في عملية التقييم لحالة ابني: دائما أحيانا أبدا
16. اشراكي في عملية التقييم لحالة ابني شملت المجالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي
 مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية
 السلوكيات التوحدية(النمطية، الاهتمامات، الأنشطة)
 مهارات اللعب
 مهارات الاستقلالية
 التكامل الحسي
17. عملية التقييم تأخذ فترة طويلة من الوقت :نعم لا

المحور الرابع: التكفل

18. أحترم المواعيد الطبية المحددة لإبني والتزم بها: دائما أحيانا
19. ألتزم بحضور جميع الجلسات العلاجية مع ابني: دائما أحيانا أبدا
20. عدم التزامي بالمواعيد راجع إلى: ارتفاع تكاليف الحصص العلاجية لظروف عملي التهاون
21. عملية التكفل يشرف عليها فريق مؤهل ومتخصص في التوحد: نعم لا
22. الفريق يتكون من :



الطبيب العقلي

الأخصائي النفسي

الأخصائي الارطفوني

الأخصائي البيداغوجي

الأولياء

المربي

23. يتم إشراكي في تنفيذ الحصص التدريبية المقدمة لإبني: دائما أحيانا أبدا
24. مشاركتي تتم عبر: ملاحظة فقط ما يقوم به المختص المشاركة بتنفيذ التمارين التقييم
25. يتلقى ابني في المؤسسة تكفلا: فرديا جماعيا الاثنين معا
26. مدة التكفل بالمؤسسة:

أقل من 10 ساعات في الأسبوع

من 10 ساعات إلى 20 ساعات في الأسبوع

من 20 ساعات إلى 30 ساعات في الأسبوع

من 30 ساعات إلى 40 ساعات في الأسبوع

مرة كل 15 يوم

مرة كل شهر

حسب ظروفه

27. يطلب مني فريق التدخل تمارن منزلية لأنجزها مع ابني: نعم لا
28. يتم تحديد لي مواعيد دورية ومضبوطة مع فريق التدخل: نعم لا
29. ألتزم بتنفيذ ما يطلبه مني فريق التدخل القيام به مع ابني من تمارين منزلية: دائما أحيانا أبدا



30. عملية التكفل بابني مست المجالات التالية:

التفاعل الاجتماعي

مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية

السلوكيات التوحيدية (النمطية، الاهتمامات، الأنشطة)

مهارات اللعب

مهارات الاستقلالية

التكامل الحسي

31. يشارك الزوج في عملية التكفل ويحضر معي للمواعيد العلاجية: دائما أحيانا أبدا

32. تزودنا مؤسسة التكفل بشكل دوري بتقارير عن مدى تحسن الطفل: دائما أحيانا أبدا

33. أثناء التكفل الجماعي عدد المختصين في كل فوج هو: 06 أطفال أو أقل أكثر من 06 أطفال

34. مدة التكفل بابني دامت إلى حد الآن: (ذكر المدة بالسنة والشهر)

35. عملية التواصل مع مؤسسة التكفل بابني تتم عبر الطرق التالية:

الحضور الشخصي إلى المؤسسة من خلال الموعد العلاجي

عبر الهاتف

من خلال البريد الإلكتروني

عبر موقع المؤسسة على الانترنت

صفحة المؤسسة على الفيسبوك أو تويتر

الزيارات الأسرية لفريق التدخل

36. قدمت لي المؤسسة التي تتكفل بابني جلسات لشرح برامج التكفل التي تقدمها: نعم لا

37. مؤسسات التي التكفل بابني تتوفر على الأدوات التي تسمح لها بالقيام بعملها التالية

لا

اختبارات التشخيص : نعم

لا

اختبارات التقييم : نعم

لا

نعم :

غرف صافية

الغرف الصافية تتضمن:

لا

ورشة العمل الفردي : نعم

لا

ورشة العمل الجماعي : نعم

لا

ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم: نعم



- قاعة أو قاعات للتدريس البيداغوجي: نعم لا
- تتوفر بالغرف الصفية على طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية: نعم لا
- غرف مصادر مزودة بوسائل العمل اللازمة: نعم لا
- العباب : نعم لا
- أدوات التقييم: نعم لا
38. أشعر أن إبني يتحسن ويحقق تطورا بعد التكفل به: بشكل جيد متوسط لم يتحسن
39. مؤسسات التكفل باضطراب التوحد غير كافية: نعم لا
40. أرى أن عملية التكفل بأطفال التوحد في الجزائر مرضية: موافق أحيانا غير موافق

المحور الخامس: الإرشاد الأسري

41. تلقيت تكويننا على يد المؤسسة في كيفية التكفل بإبني : نعم لا
42. يقدم لي الإرشاد الأسري والتكفل النفسي في كل مرة أحتاج إليه من طرف المؤسسة التي تتكفل بإبني:
نعم لا

المحور السادس: الصعوبات والأفاق

43. أرى أن عملية التكفل بابني مكلفة من الناحية المادية: موافق أحيانا غير موافق
44. المدارس العادية لا تسمح بإدماج أطفال التوحد في الوسط العادي: موافق أحيانا غير موافق
45. أن إصابة ابني باضطراب التوحد أثر سلبا على علاقة الزوجية: موافق أحيانا غير موافق
46. - أجد صعوبة في إدماج ابني اجتماعيا: موافق أحيانا غير موافق
47. أجد صعوبة في إدماج ابني اجتماعيا خوفا من كلام الناس عليه: موافق أحيانا غير موافق
48. -التكفل بابني المصاب بالتوحد أثر سلبا على اهتمامي بباقي إخوته: موافق أحيانا غير موافق



الملحق رقم 06

عرض نص المقابلة مع مديرة المركز النفسي البيداغوجي بمروانة

السلام عليكم ورحمة الله

وعليكم السلام ورحمة الله

أختي الكريم أنا طالب دكتوراه ولدي مشروع أطروحة الدكتوراه حول تقييم أساليب التكفل باطفال التوحد بولاية باتنة وبحكم مركز متخصص في التكفل بهذه الفئة، ويصفتك مديرة هذا المركز أطلب منك مساعدتي في هذا المشروع من خلال الإجابة على بعض الأسئلة لو تكرمتي ؟

السيدة المديرة: أخي الطاهر أهلا وسهلا بك فأنت زميل لي سابقا فمرحبا بك فيمركزنا وأنا مستعدة لمساعدتك في أي وقت ومتى شأت

الباحث: شكرا السيدة السيدة المديرة وربي يبارك فيك

الباحث: في البداية لو تعرفيننا بنفسك

السيدة المديرة: أنا أخصائية نفسية متحصل على شهادة الماستر في علم النفس العيادي وأعمل في هذا المجال منذ أكثر من 20 سنة، حتى ولو أنني مدير الآن، عملت قبل مجيئي لمركز مروانة كأخصائية نفسانية عيادية بمركز التكفل بإعاقاة المكفوفين بباتنة، والآن أنا مديرة المركز منذ أكثر من ثلاث سنوات

الباحث: ممكن أن تعرفيننا بالمركز؟

السيدة المديرة: المركز النفسي البيداغوجي بمروانة هو مركز متخصص في الدعم النفسي والبيداغوجي للأطفال ذوي الإعاقة بمختلف أنواعها (التخلف العقلي، التوحد، متلازمة داون)، يتم التكفل بهم من طرف مختصين في عدة تخصصات (الطب العام، بيذاغوجيون، نفسانيون منهم نفساني رئيس، مختصة في الأطفونية)، يحتوى المركز على عدة ورشات وهي أقسام مجهزة بالوسائل اللازمة، به مطعم يقدم وجبات يومية للأطفالن وغرف للقبولة وراحة الطفل يستفيد منها خلال الفترة المسائية، كما أن المركز يحتوى على قسم مدمج بالمدرسة العادية بمروانة به 08 أطفل توحيدين

الباحث: في مجال التوحد ماهي عدد الحالات التي يتكفل بها المركز ؟

السيدة المديرة: حاليا يتكفل المركز بـ 15 حالة منها 08 حالات في القسم المدمج بمدرسة ابتدائية عادية بمروانة و 07 حالات بالمركز

الباحث: واش تعني بالقسم المدمج ؟

السيدة المديرة: القسم المدمج هو قسم به مجموعة من الاطفال التوحيدين تلاقوا تكفل هنا بالمركز والآن تم دمجهم في قسم خاص بالمدرسة العادية



- الباحث: هل هذا يعني يتابعون دراستهم في الوسط العادي ؟
- السيدة المديرية: لا هو قسم خاص بالمدرسة العادية يشرف عليه مختصون من المركز
- الباحث: هل يوجد معهم أطفال عاديون ؟
- السيدة المديرية: لا قلت لك قسم خاص بأطفال التوحد يشرف عليه مربيون من المركز
- الباحث: هؤلاء الأطفال الـ 01 بالقسم المدمج، كيف يتم التكفل بهم وهل هم يدرسون وفق المنهاج العادي الذي يتلقاه بقية التلاميذ العاديين؟
- السيدة المديرية: هؤلاء الأطفال يتم تدريسهم من طرف مربين تابعين للمركز وفق برنامج معد حسب المنهاج الذي أعتده وزارة التربية لأطفال الروضة (كراش)
- الباحث: هؤلاء المربيون هل هم أنفسهم الذين بدأوا من الأطفال لما دخلوا أول مرة للمركز
- السيدة المديرية: نعم تنقلوا معهم
- الباحث: 07 الذين هم بالمركز كيف يتم التكفل بهم ؟
- المديرة: هؤلاء الأطفال يتم التكفل بهم يوميا بالمركز في ورشات على يد مربين ومختصين نفسانيين ومختصة أرففونيا ومختصين في البيداغوجية وفق برنامج TEACCH
- الباحث: هل المختصين تلقوا تكوينا في مجال التوحد ؟
- السيدة المديرية: منهم من تلقى دورة تكوينية ومنهم لا
- الباحث: هل لديهم خبرة في مجال التوحد ؟
- السيدة المديرية: ليست بالخبرة الطويلة فالمركز لديه عام فقط منين بدى يتكفل بهؤلاء الاطفال
- الباحث: أعرف أنك أخصائية نفسانية ممارسة لفترة طويلة قبل مباشرة لهذا المنصب الذي أنت فيه الآن
- لكن هل تلقيتي تكوينا في التوحد
- السيدة المديرية: لا ولكن لدي خبرة في التعامل مع الاطفال المعاقين خاصة ذوي الإعاقة البصرية
- الباحث: ممكن تشرحي لي المسار الذي يتبعه الطفل التوحدي منذ اتصال عائلته بالمركز حتى عملية الكتل (الاستقبال، التشخيص، التكفل)
- السيدة المديرية: نعم، في البداية يتصل الأولياء بالمركز راغبين باش المركز يتكفل بأولادهم ويقدمون طلب مرفوق بالوثائق، ثم نطلب منهم عن طريق فريق التدخل المتكون من المختصين (الطبيب العام، الاخصائي النفساني، الأرففوني، البيداغوجي) إحضار شهادة التشخيص من عند البيدو بسيكياتر عن طريق رسالة توجيهية أو يأتي مباشرة بهذه الشهادة، لأنها ضرورية
- الباحث: إذا المركز لا يقوم بالتشخيص ؟



السيدة المديرية، نعم التشخيص يعملو البيدو بسيكياتر في المعذر لأن وقع هناك في البداية اختلاف في التشخيص بين هذه المراكز التابعة لوزارة التضامن وبين المششفيات العقلية التابعة لوزارة الصحة، ولحل هذا الإشكال اجتمعت اللجان المختصة واتخذ قرار بأن التشخيص يتم من طرف البيدو بسكياتر

الباحث: وماذا بعد التشخيص ؟

السيدة المديرية: بعد عملية التشخيص يتم دراسة ملف الطفل من طرف المجلس التابع للمركز المتكون من المختصين النفسيين والاطفونيين والبيداغوجيين وطبيبي المركز الذي هو طبيب عام ويقرر في إمكانية إدخاله للمركز أو يبقى في المتابعة الخارجية وهذا حسب حالته وحسب طاقة استقبال المركز

الباحث: هل ليديكم أحصائيات حول الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد ولم يتابعوا في المركز؟

السيدة المديرية: لدينا 40 حالة تتابع خارجيا نظرا لعدم إمكانية إدماجهم في المركز بسبب قلة طاقة

الاستيعاب

الباحث: المتابعة الخارجية كيف تتم ؟

السيدة المديرية: تتم عن طريق مواعيد قد تون أسبوعية أو نصف شهرية. الأولياء يجيبو ولادهم للمركز بناء على هذا الموعد ويتم إعطائهم إرشادات في كيف التعامل مع أبنائهم عن طريق العلاج الأسري

الباحث: هل يتلقى الأولياء دورات تدريبية في برنامج TEACCH الذي تستخدمونه في المركز ؟

السيدة المديرية: لا هم يتقلون إرشادات أسرية في كيف التعامل مع أبنائهم مثل الصبر عليهم، والاتصال معهم وتعريفهم بالمرض ونعقد أيام دراسية ونعرضوهم يجيبو في المناسبات مثل اليوم العالمي للتوحد لي راح نديروه هذا الأسبوع الموافق للثاني من أفريل من كل سنة

الباحث: هل يتعاون الأولياء معكم:

السيدة المديرية: صعب جدا هنا المتفهم وهناك من يجي يرمي ولده هنا وغير منقبل للمرض ولا يتعاون مع

المختصين ومعدهمش وعي بالمرض

الباحث: هل تعقد المؤسسة لقاءات دورية مع الأولياء ؟

السيدة المديرية: نعم

الباحث: هل هذه الدورات شهرية ؟

السيدة المديرية: لا هي كل ثلاثة أشهر وعندما نرى ضرورة لذلك

الباحث: خلال هذه الدورات واش ديرو فيها ؟

السيدة المديرية: يتلقى المختصين مع الأسر هذه ويقدمولهم إرشادات ونصائح حول كيفية التعامل مع

أبنائهم والحالة لي راها فيها أولادهم



الباحث: هل هذه الدورات يتم توثيقها بشكل رسمي مثلا في محضر ؟

السيدة المديرية: لا

الباحث: هل هناك دفتر خاص بكل ولي تسجل فيه كل المعلومات بشأن اللقاءات التي تمت معه ومع

المختصين ؟

السيدة المديرية: لا مكانش

الباحث: هل تعطيو للأسر تقارير أسبوعية حول تطور حالة أبنائهم

السيدة المديرية: نحن نتلاقاو معهم مرة كل 15 يوم تقريبا ونتناقشو معاهم حول حالة أبنائهم ؟

الباحث: هل يتم هذا بشكل فردي أو جماعي ؟

السيدة المديرية: بشكل جماعي نتلاقاو معاهم في شكل حوار جماعي

الباحث: هل يشارك الاولياء مع فريق التكوين في التشخيص، وحضور الحصص مع الاطفال ؟

السيدة المديرية: نعم في بعض الأحيان حسب ظروف الولي كايين لي يحضر وكايين لي ما يحضرش

الباحث: هل يتلقى مختصي المؤسسة دورات تكوينية حول أساليب التكفل بأطفال التوحد ومواكبة الحدائة

في هذا المجال ؟

السيدة المديرية: ليس دائما ولكن مرة على مرة يعطيو لهم من طرف الوصاية باش يديرو دورات تكوينية

خاصة في البرامج مثل التتيش وما عندها بزاف راح المختص النفسي الرئيس درار تكوين في PEP

الباحث: هل يتوفر المركز على الوسائل اللازمة لتطبيق برنامج TEACCH ؟

السيدة المديرية: نحن نعتمد على إمكانياتنا الخاصة، وصناعة هاته الأدوات بأنفسنا ونكيفها مع متطلبات

البرنامج

الباحث: بصفتك مديرة ومختصة نفسانية في نفس الوقت هل يتم التقييم الدوري للتكفل وقياس مدى تقدم

الطفل التوحد ؟

السيدة المديرية: نعم يتم هذا التقييم ؟

الباحث: متى يتم هذا التقييم كل شهر مثلا ؟

السيدة المديرية: كل ستة أشهر

الباحث: كيف يتم التقييم هل هناك مقاييس أو قوائم خاصة بالتوحد يتم التقييم بها مثل CARS ؟

السيدة المديرية: يتم التقييم عن طريق الملاحظة من طرف المختصين ومن خلال خبرتهم مع الطفل

الباحث: هل يملك المركز سياسة أو رؤية لعملية التكفل بأطفال التوحد يقوم بالتخطيط لها مسبقا ؟



السيد المديرية: نحن نعمل وفقا امكانياتنا المتوفرة ومتى اتاحت لنا الإمكانيات نعمل أكثر ونتكفل بأكبر قدر ممكن لأنك لا تستطيع تسيير سياسة ما في ظل نفس الامكانيات. كما أن المركز ليس متخصصا فقط في التكفل بأطفال التوحد وانما في التكفل النفسي البيادغوجي لكل الإعاقات الذهنية، ولهذا فسياسته تتم حسب هذا المنحى.

ا



الملحق رقم 07

نص المقابلة مع النفساني الرئيسي بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة:

السلام عليكم ورحمة الله

وعليك السلام ورحمة الله

أخي الكريم أنا طالب دكتوراه السيد الطاهر قيروود لدي مشروع أطروحة الدكتوراه حول تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد بولاية باتنة وبحكم مركزكم متخصص في هذا المجال وبصفتك مختص في أطفال التوحد أطلب منك مساعدتي في هذا المشروع من خلال الإجابة على بعض الأسئلة لو تكرمت ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي النفساني : أهلا وسهلا نحن في الخدمة بكفل فرح وسرور

الباحث: شكر جزيلا

الباحث: إذا كنت مستعدا فلنبدأ على بركة الله ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي: أنا جاهز تفضل

الباحث: أنت أخصائي نفسي ممكن تقدم لنا نفسك ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي: أنا أخصائي نفسي رئيسي في المركز النفسي البيداغوجي بمروانة

تخصص علم النفس العيادي

الباحث: الله يبارك

الأخصائي النفساني الرئيسي: الله يبارك فيك

الباحث: من كم سنة وأنت تعمل في هذا المركز ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي: منذ أكثر من 08 سنوات

الباحث: هل تلقيت تكوينا في التوحد ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي: هي ليست تكوينا بمعنى الكلمة وإنما دورات تكوينية تنظمها الوصاية حيث

أجريت دورات تكوينية في برنامج التيتش على مستوى المركز النفسي البيداغوجي بباتنة 1

الباحث: هل تتقن هذا البرنامج جيدا ؟

الأخصائي النفساني الرئيسي: إلى حد ما

الباحث: ماذا تقصد بكلمة "إلى حد ما "

الأخصائي النفساني الرئيسي: أقصد أنني لا أتقنه بالشكل الكافي وإنما أعتمد في بعض الأحيان على

تجربتي الخاصة مع أطفال التوحد

الباحث: هل الذين تلقيت عليهم تكوينا في هذا المجال هم متخصصين في التوحد ولديهم خبرة ؟



الأخصائي النفسي الرئيسي: لا هم زملاءنا الذين أجروا دورات تدريبية في هذا المجال

الباحث: ماذا تعرف عن التوحد ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: التوحد هو اضطراب نمائي يمس الأطفال بعد سن الثالثة وهو اضطراب

يمس التفاعل الاجتماعي للطفل الذي يصبح غير قادر على التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي مع محيطه الخارجي.

الباحث: كم سنة وأنت تعمل مع المتوحدين

الأخصائي النفسي الرئيسي: 04 سنوات

الباحث: طيب لنتوجه الآن إلى عملية التكفل بأطفال التوحد بمركزكم، لو تكرمت تشرح لي عملية التكفل

منذ توجه الولي إلى مركز إلى غاية التكفل به ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: هي عملية طويلة وحكاية ؟

الباحث: لنطلق وحدة وحدة والبداية من الاستقبال: كيف يتم استقبال الطفل عندكم ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: هناك حالتان الحالة الأولى يتوجه والدي الطفل إلى مركزنا وهو غير

حامل لشهادة التشخيص من طرف البيدوبسيكاتر "Pédopsychiatre" (الطبيب العقلي المختص في

الاطفال) فنقوم بتوجيهه نحو هذا الطبيب عن طريق رسالة توجيهية ؟

الباحث: لماذا ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لأن التشخيص يتم من طرفه ؟

الباحث: إلا تقومون أنتم بالتشخيص ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا التشخيص يتم من طرف البيدوبسيكاتر وهذا طبقا للتعليمات الواردة من

الوصاية، فقبل عامين كنا نحن من نشخص ووقع فيها اختلاف بيننا وبين مصالح وزارة الصحة والبيدوبسيكاتر

ولذلك من أجل توحيد التشخيص قرروا باه البيدوبسيكاتر هو من يقوم بالتشخيص

الباحث: بعد رسالة التوجيه يتوجه الولي بولده إلى البيدوبسيكاتر للتشخيص: هل أي بيدوبسيكاتر أم

هناك جهة عمومية بها هؤلاء المختصين توجهونه نحوها ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا أي مختص عقلي بغض النظر عن هو عمومي أم خاص

الباحث: كم تدوم المدة حتى يعود إليكم الولي وولدهم مشخص بأنه توحد ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: سا ديبون، قادر في أسبوع أسبوعين وساعات يولي في نهارو

الباحث : في نهارو ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: نعم في نهارو



الباحث: ما تشوفش بلي هذه المدة قليلة وغير كافية لتشخيص طيف التوحد ؟
الأخصائي النفسي الرئيسي: واش راح نديروا هما بغاو وهما المعنيين بالتشخيص ؟

الباحث: هل تعيدون التشخيص ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: نعم ؟

الباحث: من يقوم بإعادة التشخيص ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: الفريق المختص بالمركز

الباحث: من واش يتكون هذا الفريق ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: من:

01 طبيب عام

02 نفسانيين عيادين

_ 02 أرففونين من بينهم واحدة متعاقدة

02 مربيات متخصصات عن طريق ANEM

ولدينا مربيان غير متخصصات واحدة تخصص ماستر علم النفس العيادي وواحدة مكلفة بالمساعدة

على الإدماج تخصص علم النفس التنظيم والعمل

الباحث: المربيات متخصصات في ماذا ؟

الأخصائي النفسي الرئيسية: في التربية الخاصة

الباحث: فقط ؟

الباحث: هل تلقى الفريق تكويننا في التوحد؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا وانما عن طريق التعلم والبحث الذاتي، ولكن تلقينا دورة في PEP

الباحث: كيف تتم عملية إعادة التشخيص ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: عن طريق دراسة الحالة بعد إبقاء الطفل في المتابعة الخارجية

الباحث: في حالة ما وقع اختلاف بينكم وبين الطبيب العقلي "البيدو بسكياتر " في التشخيص مثلا هو

قال بلي الطفل عندو توحد وأنتم توصلتو بلي ماهوش توحد.. واش تعملوا في هذه الحالة ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: نعاودو الوجهه إلى طبيب عقلي آخر لأن رأيه ضروري وهو من يشخص

الباحث: كم تستغرق هذه المدة الثانية بعد إعادة التوجيه

الأخصائي النفسي الرئيس: كي العادة ما تطولش بزاف في بعض الأحيان يوم.

الباحث: ماذا بعد عملية التشخيص ؟



الأخصائي النفسي الرئيسي: بعد عملية التشخيص يبقى الطفل في المتابعة الخارجية حتى يجتمع مجلس المركز المتكون من فريق التدخل والإدارة برئاسة السيدة المديرة تقرر في شأنه هل يتم قبول إدخاله المركز أم يبقى في المتابعة الخارجية "consultation externe".

الباحث: ماهي المعايير المعتمد عليها في اتخاذ القرارات بشأن قبول التكفل الداخلي أو خارجي ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: المعايير ترجع إلى كإباسيتي انتاع المركز بالدرجة الأولى و ثم تجي طبيعة الحالة وتشخيصها توحد خيفي أو متوسط أو قوي فالأولوية تعطى حسب درجة قوة شدة التوحد

الباحث: كم عندك من حالة ما بين داخلي وخارجي ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: عندنا 45 حالة متابعة خارجية و 15 داخلي

الباحث: لنبدأ أولاً بالمتابعة الخارجية كيف تتكفلون بهم "

الأخصائي النفسي الرئيسي: نتعامل معهم حسب المواعيد، نعتيهم رونديفو ويجيونا نقدمولهم (يقصد

الوالدين) إرشادات في كيفية التعامل مع أبنائهم في العلاج الأسري والإرشاد الأسري

الباحث: فقط ؟

الباحث: كم مرة تتكفلون بهم اسبوعياً ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: مرتين في الأسبوع

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا نلتقي مع الأولياء ونحل مجموعات حوار (groupe de parole)

ونعلمهم كيفي التعامل مع أبنائهم حسب كل محور

الباحث: تكلمت عن المحور هل تشرحنا أكثر ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: البرنامج التدريبي فيه محاور مثل التقليد والتواصل اللفظي وغير اللفظي

إلى آخره

الباحث: واش من برنامج تستخدموا وتتعاملو بيه ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: التيتش

الباحث: هل درتو عليه توكين ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: كيما قنالك من قبل درنا دورات فقط والباقي خبرة شخصية

الباحث: هل تستخدمو برامج أخرى غير التيتش ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا

الباحث: لماذا؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: هذا لي نعرفوه



الباحث: هل هذا البرنامج مفروض من الوصاية ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا كل مركز يخدم كيما يحب وباش يعرف مكانش توحيد.

الباحث: هذا فيا يخص الخارجيين والتكفل الداخلي كم عددهم ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لدينا 15 حالة منهم 08 حالات إدماج جزئي و 07 تكفل داخل المركز،

و 45 حالة متابعة خارجية من بين الاطفال الذين لم يسعفهم الحظ في الدخول للمركز بسبب ضعف الامكانيات،

الذين تعطى لهما مواعيد نصف شهرية

الباحث: ممكن تفسري أكثر ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: هناك 07 حالات يتم التكفل بهم داخل المركز في نظام شبه داخلي يتم

التكفل بها في النهار في اليوم من 08 إلى 12 يجيو من 08 إلى 11 يخضعو للتدريبات والعلاج ومن ثم

يروحو يتغداو بمرافقة المربية وتحت إشراف طبيب المركز ومن بعد يروح يرقدو (لا سياست) ولعشيا يجيو

يديوهم والديهم، أما 08 لخرين هما في الأقسام المدمجة (les classes intégrées)، وأصحاب المتابعة

الخارجية يتم متابعتهم عن طري مواعيد خارجية كل 15 يوم، كما أن القبول للمركز يكون حسب حالة الطفل

فالذي حالة مثلا متوسطة يتابع خارجيا.

الباحث: وبين جابين هاذو الأقسام ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: هم جابين في المدرسة العادية ؟

الباحث: يدرسون عادي ؟

المختص: لا هم في هاته الأقسام ولكن يروحو معاهم المربيات انتاعهم وهوما ليقوما بتدريسهم وفق برنامج

وزارة التربية (القسم التحضيري)، برنامج تحضيري مكيف

الباحث: هل معهم الأطفال العاديين ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا لوحدهم

الباحث: يعني هي ليست أقسام عادية بالعمنى الحقيقي للكلمة فقط المدرسة العادية توفر لكم المقر فقط؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: بالضبط

الباحث: كم أعمار الأطفال ليراهم في الأقسام المدمجة ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: أعمارهم ما بين 07 و 10 سنوات

الباحث: متى بدأ العمل بالإدماج في مركزكم ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: منذ الموسم الدراسي 2017/2018

الباحث: نعود للحالات التي يتكفل بها في المركز ؟



الأخصائي النفسي الرئيسي: تفضل

الباحث: بعد ما يتم قبول إدخالهم للمركز كيف تتعاملون معهم ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: في البداية يكون تكفل فردي أي كل مربية عندها واحد ويتم العمل بالتنسيق

مع الوالدين ونبدأ تطبيق المحاور التي جاء به برنامج التيتش، خاصة التقليد و علاج فرط النشاط والحركة ومن بعد ننتقل إلى التكفل الجماعي

الباحث: في التكفل الجماعي هل يتم دمج كل الاطفال في مجموعات مع بعض أم هناك معايير

لتصنيفهم في مجموعات ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: يتم تجميع الحالات المتشابهة من أجل تحقيق التجانس بينهم حسب العمر

النمائي للطفل وتشخيصه

الباحث: بعد دمج الطفل في التكفل الجماعي هل تنتقل معه مربيته خاصة ونحن نعرف مشكل التواصل

مع الطفل التوحدي الذي يربط علاقة مع هذه المربية ومشكل الانتكاس أم أن أي مربية تقوم بهذا ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: شكرا على ما قلت نعم نحن نراعي هذا الجانب وكل مربية تعلم الأولاد لي

تكفلت بهم فرديا لتقوم بتدريبهم جماعيا

الباحث: هل تنسقون مع الأولياء ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: نعم ننسق معهم ونعلمهم طريق التعامل الجيدة مع أبنائهم مع تقديم الإرشاد

الجماعي لهم، ونكونهم في كيفية التعامل مع أبنائهم

الباحث: هل هم متعاونون

الأخصائي النفسي الرئيسي: جئت للمشكل الكبير ن أغلبهم غير متفهمين وغير متعاونين ويجي يرمي

ولادهم هنا وكأنها حضانة، احنا رانا نعانيو منهم كثير وراك شفت هذيك كيفاه تعامل في بنها (هنا يقصد ام

كانت تجر في إبنها أثناء حضورها ملتقى بالتوحد)

شوف يا أخي الكريم أغلب الحالات توصلنا معاهم بأنهم إما كانوا حالات غير مرغوب فيها أو نتيجة

ازياد مولود ثاني وتحو الأم إلى الاهتمام بهذا المولود الجديد وإهمال الآخر

الباحث: هل يتم اشراكهم ضمن في عملية التقييم باعتبارهم أعضاء في فريق التدخل؟

الأخصائي النفسي: لا

الباحث: هل تقدمون لهم تقارير دورية مكتوبة عن حالة أبنائهم ؟

الأخصائي النفسي: لا

الباحث: هل تقومون بالتقييم الدوري ؟



الأخصائي النفسي الرئيسي: نعم

الباحث: وكتاش تقوموا بيهم وكيف ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: من ثلاث أشهر أو ستة أشهر

الباحث: كيف تقومون به ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: من خلال المعاينة وملاحظتنا للحالة

الباحث: هل تستعملون ادوات للتقييم مثلا إعادة القياس لدرجة التوحد ؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: لا عن طريق الملاحظة فقط وهذا بحكم الخبرة

الباحث: ماهو تقييمكم لمدى نجاح التكفل بالأطفال المتكفل بهم؟

الأخصائي النفسي الرئيسي: 60 % من الحالات في تسن مستمر

الباحث: شكرا جزيلا أخي الكريم وسنلتقي مرة اخرى لتفيدنا أكثر

الأخصائي النفسي: أنا أشكرك على ما تقوم به ونحن في الخدمة مرحبا بيك في أي وقت



الملحق رقم 08

عرض نص المقابلة مع الأخصائية الأرففونية بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة:

الباحث:

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاتي

أختي الكريمة أنا طالب دكتوراه ولدي مشروع أطروحة الدكتوراه حول تقييم أساليب التكفل باطفال التوحد بولاية باتنة وبحكم مركز متخصص في التكفل بهذه الفئة، ويصفتك مديرة هذا المركز أطلب منك مساعدتي في هذا المشروع من خلال الإجابة على بعض الأسئلة لو تكرمتي ؟

الأخصائية الأرففونية: تفضل مرحبا بك

الباحث: ممكن تعرفينا بحضرتك ؟

الأخصائية الأرففونية : أنا أخصائية نفسانية بالمركز النفسي البيداغوجي بمروانة لدي خبرة ثلاث سنوات في العمل مع المتوحدين وطالبة دكتوراه في الأرففونية بجامعة عنابة

الباحث: الله يبارك

الأخصائية الأرففونية : الله يبارك فيك

الباحث: هل تلقيتي تكوين في مجال التوحد

الأخصائية الأرففونية : لم أتلقى أي تكوين بمعنى الكلمة، تلقيت فقط دورة تكوينية في المركز النفسي

البيداغوجي باتنة 1 ولكن لم تكن مفيدة لي بناتا

الباحث: كم مختص أرففوني هنا بالمركز ؟

الأخصائية الأرففونية: يوجد واحدة فقط

الباحث: هل لديك الوسائل التي تسمح لك بالعمل (البرامج والأدوات)

الأخصائية الأرففونية : الوسائل غير متوفرة والبرامج غير متوفرة ولم نتلقى عليها أي تكوين

الباحث: ولكن يكف تعلمين مع هؤلاء الأطفال الذين يتطلب برامج للعمل بها مثل الماكتون، والباكس

التي تساعدك في اكساب اللغة الشفهية والمنطوقة للطفل ؟

الأخصائية الأرففونية : نحن نعمل في الحقيقة كأخصائية نفسية وليست مختصة أرففونية ولكن أعمل

بالشيء المتوفر على اكساب الطفل اللغة خاصة لغة التواصل غير اللفظية كالإشارات والأماءات، وأعمل على

تعديل السلوك أكثر

الباحث: كم عدد الاطفال المتكفل بهم هنا في المركز ؟



- الأخصائية الأرففونية: 15 طفل منهم 08 إدماج في المدرسة العادية و 07 بالمركز ووجود عدد معتبر من الأطفال الذين يتابعون متابعة خارجية
- الباحث: كم عدد الخارجيين بالضبط ؟
- الأخصائية الأرففونية : لا أعلم بالضبط عددهم
- الباحث: بالنسبة للأطفال الذين هم بالمركز كيف تقييم نوع التوحد الذي عندهم ؟
- الأخصائية الأرففونية : هناك 04 توحد متوسط و 03 شديد
- الباحث: كم عندهم وهم في هذا المركز ؟
- الأخصائية الأرففونية : عامين
- الباحث: ماهي البرامج التي تستخدمونها هنا في المركز للتكفل ؟
- الأخصائية الأرففونية : فيما يخص التكفل نستخدم برنامج التيتش
- الباحث: مما يتكون فريق التدخل ؟
- الأخصائية الأرففونية : يتكون من الاخصائي النفسي ن الأخصائي الأرففوني، المختص البيداغوجيين، الطبيب، والمربيات
- الباحث: هل يوجد ضمن الفريق مختص في العلاج النفسي الحركي ؟
- الأخصائية الأرففونية : لا يوجد ولكن القاعة موجودة وهذا بسبب عدم توفر مختصين ؟
- الأخصائية الأرففونية : بالنسبة لعملية التشخيص كيف تتم ومن يقوم بالتشخيص ؟
- الأخصائية الأرففونية : التشخيص يتم من طرف بيدو سيكاتر (مختص في طب الأطفال العقلي) ويتم إما بتوجيه من المركز أو يتم توجيهه من طرف الطبيب إلى المركز ؟
- الباحث: هل تعيدون التشخيص ؟
- الأخصائية الأرففونية : لا. لا يتم إعادته
- الباحث: هل يتم إشراك الأولياء في العملية العلاجية ؟
- الأخصائية الأرففونية : في بعض الاحيان نعم وفي بعض الاحيان لا حسب رأي المختص ؟
- الباحث: كم تدوم مدة الحصة العلاجية ؟
- الأخصائية الأرففونية : نصف ساعة تقريبا
- الباحث: نصف ساعة للأرففونية فقط ام للكل ؟
- الأخصائية الأرففونية : نصف ساعة للأرففونية ونصف ساعة للأخصائية النفسية
- الباحث: كل يوم ؟



الأخصائية الأطفونوية : أنا عندي نهار في الأسبوع

الباحث: وهل ترين أن نصف ساعة كافية ؟

الأخصائية الأطفونوية : أنا أراها كافية بالنظر إلى حجم عدد الاطفال بين الداخلي والخارجي

الباحث: هل تعلمين المدة الزمنية المخصصة أسبوعيا لتطبيق برنامج التيتش وفق المعايير التي جاءت

بها طريقة لوفاس (Lovaas)

الأخصائية الأطفونوية : لا ليس لي علم بها

الباحث: هل تلقى الأولياء تكوينا في التوحد من طرفكم أو من طرف اخصائيين يجلبهم المركز ؟

الأخصائية الأطفونوية : لا

الباحث: هل تقومون بالتقييم الدوري لعملية التكفل ؟

الأخصائية الأطفونوية : بالطبع

الباحث: ممكن تعطيلي الفترة الزمنية بين كل تقييم وتقييم ؟

الأخصائية الأطفونوية : يتم التقييم كل ثلاثة أشهر

الباحث: كيف يتم التقييم ؟

الأخصائية الأطفونوية : التقييم يتم بالملاحظة لسلوكات الطفل ومن ثم نعم عليه بالخبرة هل تحسن أم لا

الباحث: ألا تستخدمون برامج للتقييم مثل قائمة CARS للتقييم ؟

الأخصائية الأطفونوية : لا

الباحث: من يقوم بالتقييم ؟

الأخصائية الأطفونوية : التقييم يتم في اجتماع كل فريق التدخل وكل واحد يمد رايو في الجانب لي

يخصو

الباحث بالسنبه: للتكفل الخارجي هل يتم عن طريق مواعيد محددة؟

الأخصائية الأطفونوية : نعم بالمواعيد ل 21 يوم

الباحث: ماهو تقييم لتقدم عملية التكفل بالنسبة للحالات الموجودة عندم داخل المركز ؟

الأخصائية الأطفونوية : لقد تحسنو من حيث ثبات السلوك (Stabilité) و في التقليد

الباحث: فقط ؟

الأخصائية الأطفونوية : فقط وهذا راه انجاز كبير بالنظر لظروف العمل



الباحث: شكرا أختي الكريمة وبارك الله فيك نكتفي بهذا القدر وسنلتقي مرة أخرى بحول الله
الاخصائية: إن شاء الله



الملحق رقم 09

نص المقابلة مع الأخصائية النفسانية رئيسة المصلحة بالمركز النفسي البيداغوجي بباتنة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاتي

أختي الكريمة أنا طالب دكتوراه ولدي مشروع أطروحة الدكتوراه حول تقييم أساليب التكفل باطفال التوحد بولاية باتنة وبحكم مركز متخصص في التكفل بهذه الفئة، وبصفتك أخصائية نفسانية ورئيسة مصلحة أطلب منك مساعدتي في هذا المشروع من خلال الإجابة على بعض الأسئلة لو تكرمتي ؟

الأخصائية النفسية : أهلا ومرحبا بك

الباحث: في البداية أود أن تعرفينا بتخصصك، والمجال الذي تعملين فيه ؟

الأخصائية النفسية : أنا أخصائية نفسانية ورئيسة المصلحة البيداغوجية بالمركز النفسي البيداغوجي بباتنة، إمتحنت على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، وأتبع دراستي مي ماستر سنة ثانية تخصص علم النفس الصحة بجامعة باتنة 1

الباحث: الله يبارك

الأخصائية النفسية : الله يسلمك

الباحث: هل تلقيتي تكوينا في التوحد وطرق التكفل ؟

الأخصائية النفسية : تلقينا دورة في PEP

الباحث: تقديري تعطيني المدة باليوم أو الساعة إن أمكن ؟

الأخصائية النفسية : هي دورات قصيرة فقط وغير مجدية

الباحث: هل لديك خبرة في التكفل بالتوحد ؟

الأخصائية النفسية : نعم لي خبرة أكثر من 10 سنوات في هذا المركز مع ذوي الإعاقة ولدي خبرة

عامين في التكفل باطفال التوحد هنا بالمركز

الباحث: ماهي البرامج التي تستخدمونها في التكفل ؟

الأخصائية النفسية : Teacch و CARS

الباحث: المعروف على قائمة CARS هي للتشخيص والتقييم هل هذا يعني أنكم تقوموا بالتشخيص؟

الأخصائية النفسية : لا التشخيص يديره البيدو بسكياتر انتاع المعذر

الباحث: إذا الكارس تستخدموه للتقييم ؟

الأخصائية النفسية : نعم

الباحث: ماهو الفريق المعني بعملية التكفل بأطفال التوحد ؟



الأخصائية النفسية : البسيكلوق والارطفونيست والطبيب والمربيات

الباحث: هل تشركون الأولياء في عملية التكفل ؟

الأخصائية النفسية : نعم في البداية نخدموا مع لا مامون وتكون حاضرة ونعلموهم كيفاه يتعاملو مع

ولادهم ونعطيهم برنامج يدروه فالدار

الباحث: هل يتم اعلامهم دوريا في شكل تقرير عن حالة أولادهم ؟

الأخصائية النفسية : إذا جاو نقلولهم ونديرو معاهم لقاء ونفستسروا منهم

الباحث: أن أقصد تقرير رسمي مكتوب ؟

الأخصائية النفسية : لا

الباحث: هل يوجد ملف طبي للطفل ؟

الأخصائية النفسية : نعم يوجد ملف متابعة

الباحث: هل يوجد دفتر يومي تسجل فيه الملاحظات المسجلة على الطفل ؟

الأخصائية النفسية : لا

الباحث: هل يوجد دفتر للأسرة تسجل فيه نتائج اللقاءات معها ؟

الأخصائية النفسية : لا

الباحث: هل تقومون بالتقييم الدوري لحالة الطفل على الأقل نهاية كل مرحلة من مراحل برنامج التيتش ؟

الأخصائية النفسية : نحن نديرو التقييم كل 6 أشهر

الباحث: هل تقومون بالتقييم باستعمال أدوات التشخيص والتقييم CARS؟

الأخصائية النفسية : التقييم يكون عن طريق الملاحظة، نلاحظو سلوك الطفل تحسن وإلا مازال

الباحث: شحال من حالة عندكم؟

الأخصائية النفسية : شوف خويا عندا 11 حالة نتكفلو بها هنا في المركز وعندنا 17 حالة بين مدرسة

عرعار وسومية ، عند 63 حالة متابعة خارجية.

الباحث: هذه الحالات الموجودة بالمركز ما هو المدة لي تقضيها يوميا بالمركز ؟

الأخصائية النفسية : نصف يوم

الباحث: شحال المدة ليقضيها الطفل مع الأخصائي النفسي أو الأارطفوني ؟

الأخصائية النفسية : نصف ساعة

الباحث: في عملية التكفل كيف تتم بالمركز؟ وماهي البرامج المستخدمة فيها؟



الأخصائية النفسية: بالنسبة للتكفل فإن العملية تتم باستخدام برنامج التيتش من خلال تعليم الطفل

المنهارات المنصوص عليها في هذا البرنامج وهي:

التقليد.

الإدراك الحسي.

الحركات الكبرى.

الحركات الدقيقة.

_ تأزر العين واليد.

المعرفي العملي.

المعرفي اللفظي.

الاجتماعيات.

العناية بالذات.

بالانتقال من مهارة إلى مهارة حسب اكتساب المهارة التي قبلها.

الباحث: ماهو تقييمك لعملية التكفل المعتمدة في مركزكم ؟

الأخصائية النفسانية: إذا أخذنا بعين الاعتبار المهام المسندة للمركز وللمختصين به باعتباره مركزا لا

يتكفل بأطفال التوحد بشكل خاص وإنما بذوي الإعاقة الذهنية بجميع أنواعها وفي ظل الإمكانيات المتوفرة فإننا

نستطيع القول أنها مقبولة، ولكنها لا تفي بالغرض المهم خير من مكانش.

الباحث: نكتفي بهذا القدر اليوم وسنكمل في مقابلات أخرى ان اقتضت الضرورة ان شاء الله حتى لا

نأخذ من وقتك كثيرا.

الأخصائية النفسية : كيما تحب رانا في الخدمة



الملحق رقم 10

عرض نص المقابلة مع الاخصائية النفسانية العاملة بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستفائية للأمراض العقلية بالمعذر

الباحث: السلام عليكم ورحمة الله

الاخصائية النفسانية: وعليكم السلام

الباحث أختي الكريمة أنا طالب دكتوراه بصدد إجراء بحث علمي حول تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر وأريد مساعدتك في الإجابة على بعض الأسئلة باعتبارك أحد الممارسين المختصين القائمين على عملية التكفل بهذه الفئة من الأطفال ؟

الاخصائية النفسانية: أهلا وسهلا نحن في الخدمة

الباحث: شكرا بارك الله فيك ؟

الباحث: بودي لو تشرحي لي وتقديمي تفاصيل عن كيفية التكفل عندكم بالطفل من الاستقبال حتى اتخاذ القرار بتشخيصه طفل توحد كمرحلة أولى ؟

الاخصائية النفسانية: شوف خويا، الطفل يجيبوه والديه هنا عندنا، في البداية يتم استقباله من طرف البيدو بسيكياتر، يطلب منه البيلون الطبي (bilan médical) مثل EEG والتحليل الطبية، وتقوم بتشخيصه أيضا من خلال الملاحظة وعن طريق الخبرة تعرف إن كان عنده توحد وإلا لا وفي نفس النهار تعطي برنامج للأم أو الولي كيفاه يتعاملو مع الولد ومن ثم تعطيه رونديفو على 15 يوم باه يعاودوا يجيبو وليدهم مع البيلون.. بعدما يجيو الخطرة الجاية تقوم الطبية أو الطبيب المختص بتشخيصه ومن ثم يوجه نحو البسيكولوج الذي يقوم بدوره بإجراء بيلون بسيكولوجي حسب برنامج ABA.

الباحث: ماهي المحاور التي يتناولها تقييم البيلون النفسي ؟

الاخصائية النفسانية: نقيمو:

السلوك: فرط الحركة والنشاط

الحركات

التقليد

العلاقة مع الأم والتركيز عليها خاصة في البداية

التواصل اللفظي وغير اللفظي

الباحث: ومن بعد ؟



الاخصائية النفسانية: يفوت أيضا عد الأطفونيست وتعمل نفس الشيء بيلون أطفونيست حول اكتساب

اللغة

الباحث : كم يدوم هذا التقييم ؟

الاخصائية النفسانية: بين الطيبة والأخصائيين ساعة ؟

الباحث: وماذا بعد التقييم ؟

الاخصائية النفسانية: بعد التقييم يقعد الطفل عندنا 15 يوما داخليا Hôpital de jour يتابع العلاج

انتاعه

الباحث: واش تقصدي بـ Hôpital de jour؟

الاخصائية النفسانية: يعني الطفل ما يباتش عندنا يقعد نص نهار ويروح

الباحث: طيب واش تعملوا مع الطفل طيلة 15 يوم ؟

الاخصائية النفسانية: الطفل يمر على les ateliers (الورشات) وهي ثلاثة الأولى نتاع عبارة عن قاعة

فارغة فيها طابي وبالون نعلموا فيها الطفل كيفية التواصل مع أمه بحضور الأم والتقليد، والقاعة الثانية مجهزة

بوسائل لتعلم الحركة والعلاج الحسي الحركي، والقاعة الثانية مخصصة للعمل البيداغوجي مع الطفل

الباحث: ماذا بعد 15 يوم ؟

الاخصائية النفسانية: بعد مرور 15 يوم يقيم الطفل من حيث تسنه من عدمه وحسب هذا التقييم يعطى

للام برنامج لتنفيذه خلال الفترة لي يقدها فدار ؟

الباحث: يعني تعطيلها رونديفوا ؟

الاخصائية النفسانية: نعم ؟

الباحث: هذا الموعد قداش المدة انتاعه ؟

الاخصائية النفسانية: بين 15 يوم حتال الشهر حسب الحالة وممكن حتى شهرين لأن طاقة الاستيعاب

غير كافية الباحث: هل توج مريبات هنا ومختصين في التربية الخاصة ؟

الاخصائية النفسانية: "نو" حنا لينقوموا بهذا أي الاخصائيين النفسانيين لأنه معندناش مريبات

الباحث: هل يتلقى الأولياء دورات تكوينية في كيفية التكفل بأبنائهم هنا بالمصلحة ؟

الاخصائية النفسانية: لا ما كان حتى تكوين ؟

الباحث: هل تعطيو للأولياء تقارير رسمية عن حالة أبنائهم بشكل دوري ؟

الاخصائية النفسانية: نو

الباحث: بما أنك قلتي قبل بلي نخدمو بالأبيا "ABA" هل تلقيتي تكوين عليه ؟



الاخصائية النفسانية: نو أنا تعلمت من خلال الممارسة الميدانية مع الاخصائيين لي معايا
الباحث: أشكرك على تعاونك معي جزيل الشكر وسنلتقى مرة اخرى إن شاء الله
الاخصائية النفسانية: لا شكر على واجب أهلا بك في أي وقت



الملحق رقم 11

عرض نص المقابلة مع الطبيبة المتخصصة في الطب العقلي بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بالمعذر

السلام عليكم ورحمة الله

الباحث: أستاذتي الفاضلة أنا بصدد إجراء بحث في إطار مشروع اطروحة الدكتوراه الموسوم "بدراسة تقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوح وهي دراسة ميدانية بولاية باتنة، وباعتبار مؤسستكم من المؤسسات التي تتكفل بهذه الفئة من الأطفال، فإنها معنية بالدراسة، ولهذا اطلب منك مساعدتي في هذا الدراسة من خلال اجراء معك مقابلة لجمع معلومات حول عملية التكفل بأطفال التوحد في مؤسستكم.

الطبيبة: أهلا وسهلا ومرحبا أنا في الخدمة

الباحث: شكر جزيلا على تعاونك

الطبيبة: العفو

الباحث: لنبدأ على بركة الله

الطبيبة: تفضل

الباحث: هل ممكن أن تعرفينا بنفسك أولا ؟

الطبيبة: أنا الطبيبة بودليو متخصصة في الطب العقلي أعمل رئيسة مصلحة الب العقلي للأطفال بالمؤسسة العمومية الاستشفائية للأمراض العقلية للأطفال.

الباحث: هل أنت متخصصة في طب العقلي للأطفال؟

الطبيبة: نعم ولكن أنا تكوين الأولي كان في الطب العقلي بصفة عامة ثم بعد ذلك أجريت تكويننا في الطب العقلي للأطفال لأنه قبل 2012 كان تخصص الطب العقلي للأطفال غير 01 في الجزائر كتخصص قائم بذاته ولذلك كان التخصص هو الطب العقلي ومن ثم يتم التكوين في الطب العقلي للأطفال عن طريق تكوينات خاصة، لكن الآن أصبح تخصص قائم بذاته من البداية.

الباحث: هل تلقيت تكويننا في التوحد ؟

الطبيبة: نعم وبشكل مستمر منذ 2014 في مستشفى الأمراض العقلية محمود بلعمري في قسنطينة حول

التشخيص، التكفل النفسي، برنامج ABA، برنامج فلور تايم Flowertime.

الباحث: لنبدأ من عملية التشخيص كيف تتم هنا ومن يوم بها؟



التشخيص هنا في المعذر يتم عن من طرفي بالاستعانة بالتقييم الذي يقدمه كل من الأخصائي النفسي والأرطفوني، فالأخصائي النفسي يقدم تقييم أولي حول القدرات العقلية، والأرطفوني يقدم تقييم حول التواصل واللغة.

الباحث: ماهي المعايير التي تعتمد عليها في التشخيص؟

الطبيبة: أنا اعتمد على DSM5

الباحث: هل تستخدمون أدوات أو قوائم أو اختبارات للتشخيص؟

الطبيبة: أنا اعتمد على الملاحظة المباشرة والخبرة، بالإضافة إلى فيديوهات نطلبها للأولياء لسلوكيات أبنائهم بحيث الأولياء يقومون بتصوير أبنائهم في شكل فيديوهات ونقوم على أثر هذه الفيديوهات بالتشخيص، كما تعتمد أيضا على اختبار Veneloud لتقييم القدرات العقلية، بالإضافة إلى CARS

الباحث: كم تستغرق عملية التشخيص؟

الطبيبة: ممكن ساعة أو ساعتين على الأكثر

الباحث: هل تقومون بإجراء ميزانية طبية بل التشخيص؟

الطبيبة: نعم نطلب بعض الأشعة كا EEG لاستبعاد بعض الامراض مثل الصرع

الباحث: بالنسبة للتقييم هل تجرون تقييم دورية؟

الطبيبة: نعم نقوم باجراء تقييم دوري

الباحث: متى وكيف وماهي الوسائل المستخدمة في عملية التقييم؟

الطبيبة: نقوم بالتقييم الدوري كل 15 يوم عن طريق الملاحظة المباشرة لتقييم مدى تحسن الطفل واكتساب المهارة المطلوبة في تلك الفترة، وكل ستة أشهر نطبق CARS، نحن نعتمد على الملاحظة فقط وهذه لكثير عدد الأطفال المتكفل بهم ولا يمكننا تطبيق الاختبارات التقييمية في قلة الإمكانيات البشرية مثلا أنا طبيبة واحدة أتكفل بما لا يقل عن 70 طفل يومي ولدينا الألاف من الحالات فمثلا سنة 2018 سجلنا 936 حالة جديدة.

الباحث: ماذا تقيمون بالتحديد؟

الطبيبة: نقيم كل المهارات:

التفاعل الاجتماعي

مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية

السلوكيات التوحدية(النمطية، الاهتمامات، الأنشطة)

مهارات اللعب



مهارات الاستقلالية

التكامل الحسي

الباحث: كم تأخذ كهذه العملية من وقت؟

الطبيبة: حصة واحدة أي في نفس حصة التكفل التي تدوم ساعتين.

الباحث: لأن نأتي لعملية التكفل هل تتوفرون على امكانيات للتكفل؟

الطبيبة: بالنسبة للامكانيات غير متوفرة وعديمة ونعتمد على الامكانيات البشرية أما المادية فهي منعدمة

وفي أغلب الأحيان نعتمد على امكانيات الخاصة مثل توفير الألعاب والادوات المدرسية مثل الألوان..

الاختبارات منعدمة تماما، ماعدا الهياكل المبنية

الباحث: بالنسبة للقاعات والورشات هل تتوفرون على ورشات مهيئة للتكفل بالتوحد؟

الطبيبة: هل كما قلت لك هياكل فقط ولكن لدينا 05 ورشات هي:

ورشة التعليم

ورشة الفنون

ورشة التقييم

قاعة للتقييم

ورشة للعمل النفسو حركي

ولدينا قاعة الاستجالات والفحوصات

الباحث: من يشرف على عملية التكفل

الطبيبة: كما قلت لك الطبيبة، والأخصائيين النفسانيين والأرطفونيين؟

الباحث: كم عددهم

الطبيبة: لدينا طبيبة واحدة، و09 أخصائيات نفسيات تخصص علم النفس العيادي، 04 ارطفونيات

الباحث: هل لديكم مريبات أو بيداغوجيون؟

الطبيبة: لا وجود للمريبات ولا للنفسو بيداغوجيين لأن قانون الوظيفة العمومية لا يسمح بتوظيف هذا

النوع من الوظائف في مؤسسات الصحة العمومية.

الباحث: إذا من يقوم بتربية الأطفال التوحديين وتنفيذ البرامج البيداغوجية؟

الطبيبة: هذا الدور مسنود للنفسانيين

الباحث: هل تلقون تكويننا في التوحد؟



الطبيبة: هم لم يتلقوا تكوينا بالمعنى الأكاديمي ولكن يتم تكوينهم هنا في المصلحة من خلال الممارسة اليومية ولديهم خبرة في مجال التوح لمادة تفوق العاميين وهناك من له خبر أكثر من 09 سنوات.

الباحث: ماهي البرامج التي تعتمدون عليها في عملية التكفل ؟

الطبيبة: نحن نستخدم برنامج ABA

الباحث: هل هذا البرنامج معتمد من طرف الوصاية؟

الطبيبة: لا ولكن معتمد من طرف الجمعية الوطنية للطب العقلي التي مقرها بقسنطينة

الباحث: هل التكفل يتم يوميا أم على فترات ؟

الطبيبة: لدينا ثلاث أنواع من التكفل:

النوع الأول: التكفل اليومي أو ما يعرف بالمستشفى اليوم Hôpital de jour وهذا تكفل فيه بالحالات

الجديدة لمدة حصة في اليوم لمدة 15 قابلة للتجديد فإذا تحسن الطفل ينقل الى النوع الثاني الذي سوف نتحدث عنه بعد قليل وإذا لم يتحسن يتم تجديد المدة

النوع الثاني: يتم التكفل فيه بمعدل حصة كل 15 يوم وهم الأطفال الذين تم التكفل بهم في البداية في

المستشفى اليوم

النوع الثالث: وتتم كل شهر أو كل ثلاث أشهر لأصحاب المتابعة الخارجية فقط.

الباحث: ألا ترون أن حصة واحدة لمدة ساعتين يمر فيها الطفل على ثلاث مختصين غير كافية في ظل

متطلبات برنامج ABA الذي يتطلب حجم زمني لا يقل عن 30 ساعة أسبوعيا؟

الطبيبة: نحن نعمل على تكيف هذا البرنامج حسب الظروف التي نحن فيها في ظل العدد الهائل للأطفال

المتكفل بهم وفي ظل الإمكانيات المتوفرة، فنحن نعمل وفقا ما هو متاح.

الباحث: هل يتم التكفل بالأطفال التوحديين بشكل فردي أم جماعي ؟

الطبيبة: فرديا ثم جماعيا

الباحث: ممكن تعطيني توضيح حول النوعين وماذا يتم فيهما؟

الطبيبة: بالنسبة للعمل الفردي لدينا لكل طفل أخصائية نفسانية تتكفل به وتقوم بتعليم المهارات الفردية

كالتقليد مثلا ولما يكتسب هذه المهارات ننقل الطفل للعمل الجماعي.

الباحث: في العمل الجماعي كيف يتم اختيار أفراد المجموعة؟ هل على أساس

عمر الطفل؟

قدراته المعرفية والعقلية؟

درجة اضطراب التوحد لديه؟



حسب التوقيت الذي يناسب كل ولي ؟

الطبيبة: يتم اختيارهم حسب كل هذه النقاط بمعنى نراعي عمر الطفل لأنه لا يمكن وضع طفل في عمر ثلاث سنوات مع طفل في 07 سنوا، وكذلك حسب قدرات الطفل العقلية والمعرفية، ونوع السلوكيات التي ينتجها، وحسب ظروف الولي.

الباحث: هل يراعى القائم على التربية والتدريب في عملية التفويج بمعنى أن كل مجموعة تنتمي لنفس المرءي ؟

الطبيبة: لا نحن نعمل وفق استراتيجية التدوير يعني كل سمانة مع مربية حتى يعود الطفل على كل المربيات.

الباحث: ألا ترين هذا بأنه يمكن أن يؤثر على العلاقة التي بناها الطفل مع المربية وبالتالي ممكن حدوث الانتكاسة؟

الطبيبة: لا بالعكس سيكتسب الطفل علاقات جديدة والتعود على علاقات جديدة، فنحن بإمكان ربط هذه العلاقة في ساعة واحدة تكفي.

الباحث: بالنسبة للأولياء هل يتلقون الإرشاد النفسي هنا بالمصلحة؟

الطبيبة: نعم أكيد فنحن نلتقي معهم في شكل حصة جماعية ونقدم لهم النصائح في كيفية التعامل مع ابنائهم وشرح كامل لبرنامج ABA

الباحث: هل تقدمون لهم العلاج النفسي ؟

الطبيب: نعم وحتى العلاج الطبيب فقد سجلنا هناك العديد من حالات الاكتئاب عند الأمهات وحتى حالة محاولة الانتحار بسبب الوضع الذي تعانيه الأم من جراء ما يعانيه ابنها ولوم الآخر لها.

الباحث: هل يتم إشراك الأولياء في عملية التكفل من بدايتها وفي جميع مراحلها من التشخيص الى التقييم إلى التكفل ؟

الطبيب: نعم في كل هذه المراحل.

الباحث: هل تقدمون بزيارات ميدانية لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتكفل بهم عندكم ؟

الطبيبة: لا وهذا لعدة أسباب منها:

تقاليد المجتمع التي ترفض هذا النوع من الزيارات

القوانين الإدارية والبيروقراطية التي تمنع على الموظف مغادرة مكان عمله فنحن هنا ندخل بالبوانتاج

ونخرج بالبوانتاج

الباحث: هل تقدمون للأسر تقارير كتابية عن حالة ابنائه؟



الطبيبة: لا نحن نقدم تقارير شفوية فقط أما الكتابية حسب طلب الولي.

الباحث: بالنسبة للإدماج هل هناك في رأيك ادماج للأطفال التوحديين في الجزائر

الطبيبة: لا يوجد ادماج نهائي ولا نستشار في هذه العملية بتاتا كل ما نقوم به هو اصدار شهادات بقابلية

الطفل للإدماج من عدمها، وأن هذا الإدماج الذي يتحدثون عنه هو عبارة عن اقسام خاصة للتوحديين في مدارس عادية لا أكثر ولا أقل، كما أن مدرء المدارس لا يعترفون بالشهادات التي نمنحها للأولياء.

الباحث: لدي سؤال فيما يخص الاشراف الطبي للمؤسسات الأخرى المعنية بالتكفل مثل المراكز النفسية

البيداغوجية ونظرا لأن هذه المؤسسات لا تقوم بالتشخيص والمتابعة الطبية فهل تشرفون عليها انتم؟

الطبيبة: أنا لا علاقة لي بهذه المؤسسات ولا المصلحة فكل ما هناك هو أننا نتلقى رسائل توجيه من

طرفهم لأولياء الأطفال فنقوم بالتشخيص ووفق ما شرحت لك ونعطي الحرية للولي إما بإبقاء ابنه عندي أو اعادته لتلك المؤسسات وهنا تنتهي المهمة.

الباحث: يعني أنتم لا تقوم بالعمل ضمن فريق التدخل لهذه المؤسسات؟

الطبيبة: لا أبد.

الباحث: نشكرك على تعاونك شكرا جزيلا وبارك الله فيك

الطبيبة: العفو نحن في الخدمة.



الملحق رقم 12

المقابلة مع الأخصائية الأرففونية بجمعية الطفولة السعيدة بباتنة

الباحث: السلام عليكم ورحمة الله

الأخصائية الأرففونية: وعليكم السلام ورحمة الله

الباحث: اختي الكريمة أنا بصدد اجراء بحث علمي يتعلق بأطروحة الدكتوراه حول تقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد، وأود مساعدتي في هذا البحث من خلال الإجابة على بعض الأسئلة التي أرغب في طرحها عليك؟

الأخصائية الأرففونية: أهلا وسهلا ومرحبا نحن في الخدمة

الباحث: هل الجمعية تتكفل بأطفال التوحد ؟

الأخصائية الأرففونية: نعم، نحن نتكفل بمجموعة من الأطفال التوحديين.

الباحث: ممكن توضح لي كيفية تمر عملية التكفل بالتوحد عندكم من البداية إلى النهاية أي المراحل التي تمر بها عملية التكفل ؟

الأخصائية الأرففونية: نعم شوف أستاذ، الطفل يتقدم الطفل إلى الجمعية عن طريق الولي، حيث في البداية نقوم بتقييمه من خلال عملية التشخيص التي تتم عن طريق استخدام البطاقة التقييمية التي تم اعدادها من طرف الجمعية (انظر البطاقة في الملحق رقم....) وبعد عملية التقييم والتشخيص، يتم تحديد درجة توحد الطفل، ومن ثم تبدأ عملية التكفل بوضع الطفل في فوج مخصص للعمل التحضيري المخصص له

الباحث: هل يتم التشخيص من طرف فريق متعدد التخصصات باشارك الطبيب العقلي، والاختصاصي

النفسي، الاختصاصي الأرففوني، والاختصاصي النفسي الحركي) ؟

الأخصائية الأرففونية: لا التشخيص يتم من طرف الاختصاصي النفسي أو الأرففوني، باستخدام الميزانية

النفسية والأرففونية، تحت اشراف الدكتورة زغيش رئيسة الجمعية المتخصصة في الأرففونية، وهي مختصة لها خبرة كبيرة ومهارة في عملية التشخيص.

الباحث: هل يتم توجيه الطفل قبل التشخيص النهائي إلى الطبيب العقلي لإبداء رأيه ؟

الأخصائية الأرففونية: لا في حالات الشك فقط يتم توجيه الطفل للأطباء المختصين في عدة مجالات

وليس الطبيب العقلي فقط، وذلك لاستبعاد المرض العضوي مثل الطبيب المختص في الأمراض العصبية

Neurologue

الباحث: هل يتم اشارك الأولياء في عملية التشخيص ؟

الأخصائية الأرففونية: نعم يتم اشاركهم.



الباحث: كيف يتم اشراكهم وماهي طبيعة مشاركتهم ؟

الأخصائية الأطفونوية: من خلال اجابتهم على الأسئلة التي تطرح عليهم من خلال المقابلات معهم أو من خلال اجابتهم على الأسئلة المتعلقة بالبطاقة التقييمية التي تحدثت لك عنها سابقا.

الباحث: هل تقومون بدراسة الحالة للطفل ؟

الأخصائية الأطفونوية: نعم

الباحث: هل تستعينون بأدوات للتشخيص ؟

الأخصائية الأطفونوية: نعم

الباحث: ما طبيعة هذه الأدوات ؟

الأخصائية الأطفونوية: نحن نعتمد على البطاقة التقييمية التي تحدثت لك عنها،بالإضافة إلى قائمة

CARS، و MCHAT في حالة الضرورة

الباحث: هل تستعينون بفيديوهات تطلبونها من الأولياء تصور فيها سلوكيات ابنهم في البيت؟

الأخصائية الأطفونوية: أحيانا

الباحث: بعد عملية التشخيص والتأكد من اصابته باضطراب طيف التوحد، ماهي الاجراءات التي تقوم

بها بعد ذلك ؟

الأخصائية الأطفونوية: بعد عملية التشخيص يتم وضع الطفل في الفوج التحضيري المخصص له رفقة

زملائه، ونبدأ عملية تدريبيه باستخدام برنامج Teacch

الباحث: هل يتم العمل مع الطفل بشكل فردي أم جماعيا؟

الأخصائية الأطفونوية: لم أفهم اعد السؤال لو سمحت.

الباحث: أقصد هل يتم التدخل مع الطفل أثناء عملية التدريب بشكل فردي أي كل طفل على حدى أم

تقومون بجمع الأطفال في مجموعات وتقوم بعملية تدريبهم.

الأخصائية الأطفونوية: لا ليس في كل الحالات، الطفل نعمل معه فرديا إذا تطلبت حالته ذلك حتى

يلتحق بالمستوى الذين هم فيه زملائه.

الباحث: ما هي المعايير التي تعتمدون عليها في وضع الأطفال في المجموعات ؟

الأخصائية الأطفونوية: لم أفهم

الباحث: يعني هل يتم تحديد شروط معينة لوضع الأطفال مع بعضهم في المجموعات، أي وضع الطفل

في هذه المجموعة بدلا من المجموعة الأخرى لأنها تناسب وضعه مثل الاعتماد على السن، أو القدرات العقلية،

أو الجنس، أو درجة التوحد؟



الأخصائية الأرففونية: شوف نحن نضع الأطفال في المجموعات على حساب قدراتهم العقلية،

الباحث: هل هؤلاء الأطفال الذين هم في القسم الآن كما أراهم كلهم أطفال توحد؟

الأخصائية الأرففونية: لا كاين فيهم التوحديين وكاين فيهم غير التوحديين، مثل الذين عندهم متلازمة

داون.

الباحث: ألا يؤثر هذا الاختلاط على عملية التكفل بالطفل التوحدي ن باعتبار أن الأطفال التوحديين لهم

خصوصيتهم، وكذلك يختلفون من ناحية الأعراض والمشكلات السلوكية التي يعاني منها كل طفل توحدي وما

بالك إذا كان اضطرابات أخرى مختلفة تماما عن التوحد وأعراضه؟

الأخصائية الأرففونية: لا نحن لا نرى في ذلك مشكلة باعتبار أن كل من الطفل التوحدي والمصاب

بمتلازم داون لهم نفس المشكلات في صعوبات التعلم ومشكلات اللغة وبالتالي يعالجون بنفس البرنامج.

الباحث: بالنسبة للفوج هل له نفس المعلمة (المربية) تعمل مع دائما أم يتم التداول عليه من طرف عدد

معين من المربيات؟

الأخصائية الأرففونية: لا نحن نتداول عليهم في كل مرة مربية ؟

الباحث: ألا يؤثر هذا التداول على الطفل التوحدي وتحدث له انتكاسة مع تغيير المربي الذي ربط معه

العلاقة ؟

الأخصائية الأرففونية: لا أبدا، نحن رأينا أن الطفل كل ما تعدد عليه المحيط الاجتماعي والمربيات كلما

اكتسب أحسن وزاد تفاعله.

الباحث: هل تقومون بعملية التقييم للحالة في كل مرة للتعرف على مدى تحسن حالة الطفل ؟

الأخصائية الأرففونية: نعم

الباحث: هل هذا التقييم يأخذ الشكل الدوري المنتظم؟

الأخصائية الأرففونية: نعم دوري وكل 03 أشهر نعملوا تقييم لحالة الطفل.

الباحث: ماهي الأدوات التي تعتمدون عليها في عملية التقييم؟الباحث:

الأخصائية الأرففونية: نعتمد على بطاقة التقييم التي تكلمت لك عنها سابقا المعدة من طرف الجمعية،

بالإضافة للملاحظة المباشرة

الباحث: هل يتم اشراك أولياء أطفال التوحد المتكفل بهم من طرفكم في عملية التكفل ؟

الأخصائية الأرففونية: نعم يتم اشراكهم في العملية عن طريق الدعم الأسري، واعطائهم تمارين للقيام بها

مع ابنائهم في البيت، بالإضافة إلى الاجتماع بهم كل نهاية أسبوع بمقر الجمعية للتقييم وتبادل الآراء وتقديم

التوجيهات لهم.



الباحث: هل تعملون على ادماج الأطفال التوحيديين المتكفل بهم من طرفكم في الوسط المدرسي العادي؟
الأخصائية الأرففونية: نعم نحن نعمل على هذا من خلال تجربتنا هذا العام في اعداد اقسام تحضيرية
وقسم للسنة الأولى ابتدائي نموذجي؟

الباحث: هل يتم ذلك في المدرسة العادية؟

الأخصائية الأرففونية: لا في مقر الجمعية

الباحث: هل يتم ذلك بالتنسيق مع مديرية التربية؟

الأخصائية الأرففونية: لا

الباحث: هل يتم تعليم الأطفال التوحيديين عندكم وفق المناهج المحددة من طرف وزارة التربية الوطنية.

الأخصائية الأرففونية: نعم ولكن نكيفة من طرفنا على حساب قدرات الأطفال التوحيديين وملازمة داون.

الباحث: هل تلقيتم تكوينا في التوحد؟

الأخصائية الأرففونية: لا تكوينا بالمعنى الحقيقي لا ولكن نحن اكتسبنا الخبرة من خلال عملنا في

الجمعية ومراقبتنا من طرف الدكتورة زغيش رئيسة الجمعية التي لها خبرة في هذا المجال عال المستوى، تقدر
تقول تكونا عن طريقها.

الباحث: كم لديكم من قسم هنا؟

الأخصائية الأرففونية: ثلاث أقسام

الباحث: ماهي مدة التكفل بالطفل يوميا؟

الأخصائية الأرففونية: نصف يوم وحسب قدرة الأولياء واستطاعتهم، فالذين يسكنون في أماكن بعيدة لا

يمكن التكفل بهم يوميا وإنما تخصص لهم حصة كل اسبوع لمدة ساعتين أو ثلاث ساعات.

الباحث: شكرا جزيلاً على حسن تعاملكم معي وعلى المعلومات القيمة التي أفدتموني بها.

الأخصائية الأرففونية: فرصة سعيدة وأهلاً وسهلاً بك في أي وقت.



ملحق رقم 13

يوضح نتائج الحجم الساعي للتكوين في مجال التوحد بالتفصيل

| المجموع | 105 | 91 | 84 | 70 | 63 | 42 | 35 | 28 | 21 | 14 | 7 | 0 | المؤسسة | الوظيفة |
|---------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|-------------------------------|---------------|
| 1 | | | | | | | | | | 1 | | | م. النفسي البيداغوجي بأريس | أرطفوني |
| 1 | | | | | | | | | | 1 | | | م. النفسي البيداغوجي ببريكة | |
| 2 | | | | 1 | 1 | | | | | | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة | |
| 1 | | | | | | | | | | 1 | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة2 | |
| 2 | | | | 1 | | | | | | | | | م. النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 2 | | | 2 | | | | | | | | | | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 1 | | | 0 | | | | | | | | | 1 | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | |
| 1 | | | | | | | | 1 | | | | | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | |
| 1 | | | | | | 1 | | | | | | | جمعية طيور الجنوةبنقاوس | |
| 3 | | | | | | | | | | 1 | 1 | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة | مربي متخصص |
| 1 | | | | 1 | | | | | | | | | م. النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 5 | | | | | | | | | | 5 | | | جمعية أطفال الجنة بنقاوس | مربية |
| 1 | | | | | | | | | | | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة | مساعد مربي |
| 1 | | | | | | | | | | | 1 | | م. النفسي البيداغوجي بمروانة | نفسانية حركية |
| 3 | 0 | 0 | | | | | | | | 3 | | | م. النفسي البيداغوجي ببريكة | نفساني عيادي |
| 3 | 0 | 0 | | | | | | | | 3 | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة | |
| 3 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة1 | |
| 3 | 0 | 0 | | | | | | | | 3 | | | م. النفسي البيداغوجي بمروانة | |
| 2 | 0 | 1 | | | | | 1 | | | | | | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 2 | 0 | 0 | | | | | | | | | | 2 | جمعية الطفولة السعيدة | |
| 1 | 0 | 0 | | | | | | | | | | 1 | جمعية تواصل للتوحد | |
| 1 | 0 | 0 | | | | | | 1 | | | | | م.إ.ع.م.إمراض العقلية بالمعذر | |
| 2 | | | | | | | | 2 | | | | | م. النفسي البيداغوجي بباتنة2 | نفسانية تربية |



الملحق رقم 14

يوضح شبكة الملاحظة وعناصرها

| المقياس | | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|---------------------------|--------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| لم يتحقق المعيار | تحقق المعيار | | | |
| 1 البيئة التعليمية | | | | |
| | | زيارة صفية | الغرف الصفية منظمة على شكل ورشات تشمل: ورشة العمل الفردي ورشة العمل الجماعي ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم قاعة للتدريس البيداغوجي | 1. |
| | | زيارة صفية | لا يزيد عدد الاطفال في الصف الواح عن ستة اطفال توحيديين مقابل معلم ومساعد | 2. |
| | | زيارة صفية | يتوفر بالغرف الصفية حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهام التعليمية | 3. |
| | | زيارة صفية | يوجد في الغرف الصفية جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية | 4. |
| | | زيارة صفية | يوجد في القسم (الصف) جدول بصري خاص بكل طفل | 5. |
| | | زيارة صفية | يحتوى القسم (الصف على) لكل طفل على مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته) | 6. |
| | | زيارة صفية | لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 2 | 7. |
| | | زيارة صفية | يوجد لكل طفل في المؤسسة طاولة وطرسى مزودان بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته واسمه) | 8. |
| 2 الخدمات والبرامج | | | | |
| | | حضور عينات من حصص تعليمية | أساليب التدريب والتدريس ونماذجها: 1 تستخدم الأساليب التعليمية التالية | 7. |



| | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | | المثيرات البصرية المحسوس فشبه المحسوس فالمجرد التعليمات اللفظية المختصرة 2 نستخدم النماذج التعليمية التالية الفردية المجموعات الصغيرة اللعب الأقران | |
| | | حضور عينات من حصص تعليمية | يركز المنهاج على تطوير نظام التواصل المناسب سواء كان لفظيا وغير لفظيا (مثل نظام تبادل الصور PECS) | .8 |
| 3 الدمج والخدمات الانتقالية | | | | |
| | | زيارة مدرسة الدمج الإطلاع على سجل الدورات | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحيديين | .1 |
| | | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحيديين وأسرهم للإطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية | .2 |
| | | زيارة المدرسة الإطلاع على سجل الدورات، وحضورها إن وجدت | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للاطفال غير التوحيديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحيديين | .3 |



المحلق رقم 15

المتعلق بعناصر أداة تحليل المحتوى

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| 1 - الرؤية الفكر والرسالة: | | | | |
| 9. | تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد | الإطلاع على الوثائق واللوحات والملصقات | | |
| 10. | الرؤية والفكر والرسالة والأهداف ملائمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد | الإطلاع على الوثائق والسياسات | | |
| 11. | تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها | الإطلاع على محاضر الاجتماعات واللوائح والسياسات | | |
| 12. | تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين وأعضاء مجلس الإدارة وهيئة التدريس، المعلمون، أولياء المعنيين (الأمور) | الإطلاع على محاضر الاجتماعات الدورية، المقابلات مع المعنيين | | |



| 2 - الإدارة والعاملون | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق أو | يحمل شهادة عليا في التوحد كحد ادنى ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 100 ساعة | رئيس المصلحة | 8. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | يحملون على الأقل شهادات ليسانس في علم النفس، علوم التربية، الأطفونيا ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن سنة | البيداغوجيون | 9. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديهم دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 40 ساعة أو خبرة عملية في مراكز التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | المربون | 10. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديهم على الأقل شهادة جامعية في التخصص ودورة تدريبية في كيفية التواصل مع الاطفال التوحيين لا تقل عن 50 ساعة | أطفونيون | 11. |
| | | الإطلاع على | لديه شهادة في | معالج وظيفي | 12. |



| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| | | الشهادات والوثائق | التخصص أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | | |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديها شهادة جامعية في علم النفس العيادي، لديه دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة في مجال التوحد والعلاج الاسري لا تقل عن أربعة أشهر | أخصائي نفسي | 13. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديه دورات تدريبية في تغذية الاطفال التوحيدين لا تقل مدتها عن 25 ساعة | أخصائي تغذية | 14. |

3 - التقييم

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|
| | | استعراض دراسات الحالة في المؤسسة | تقوم المؤسسة بإجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحيدين قبل دخولهم المركز | | 1. |
| | | الإطلاع على أدوات التقييم | تقوم المؤسسة بإجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحيدي باستخدام أدوات متنوعة مثل: الملاحظة السلوكية قوائم الشطب قوائم تقدير السلوك ملاحظات الاسر | | 2. |
| | | الإطلاع على | يتضمن التقييم المجالات التالية: | | 3. |



| | | | | |
|--|--|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | أدوات التقييم | التفاعل الاجتماعي مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) السلوكيات التوحيدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة) مهارات اللعب معززات الطفل المختلفة ومهارات العناية بالذات، ومهارات الاستقلالية بعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي) | |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية | تستخدم المؤسسة نتائج التقييم في وضع البرنامج التربوي | 4. |

4 - الخدمات والبرامج:

| | | | | |
|--|--|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | الإطلاع على الشهادات الطبية ورسائل التوجيه | التشخيص: من يقوم به الشهادات الطبية والكيفية التي يتم به | 1. |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | المنهاج والبرنامج التربوي الفردي يتضمن المجالات الثلاث التالية: التواصل (اللغة اللفظية وغير اللفظية) التفاعل الاجتماعي السلوكيات التوحيدية المهارات الاستقلالية الذاتية مهارات اللعب الانتباه الانتقائي التقليد اللفظي والحركي الاستجابة لتعابير الوجه المختلفة الاستجابة لتغيير نبرات الصوت والأصوات المهارات الأكاديمية | 2. |



| وقت الفراغ | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 3. | يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين 20 و25 ساعة أسبوعيا على الأقل | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | |
| 4. | يدوم الطفل في المؤسسة لمدة 11 شهر في السنة على الأقل | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | |
| 5. | تعديل السلوك: نستخدم أساليب التعزيز المختلفة يتم التركيز على التخلص من السلوك التوحدي تستخدم أساليب ضبط المثيرات المختلفة للتحكم بالسلوك غير المرغوب فيه قبل وقوعه يتم تصميم استراتيجيات للتدخل عند الازمات يتضمن البرنامج تعميمي المهارات المكتسبة | استعراض خطط تعديل السلوك | |

5 - الدمج والخدمات الانتقالية :

| | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|
| 7. | تحدد المؤسسة مدرسة لدمج الأطفال التوحديين الذين تسم لهم قدراتهم بذلك | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | |
| 8. | تقيم المؤسسة الأماكن التي سيدمج بها الأطفال التوحديين قبل دمجهم | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | |
| 9. | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحديين | زيارة مدرسة الدمج الإطلاع على سجل الدورات | |
| 10. | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحديين وأسرهم للإطلاع على أماكن الدمج الإطلاع على خطط | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط | |



قائمة الملاحق



| | | المؤسسة | والأماكن الانتقالية | |
|--|--|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | | استبيان للأسر | | |
| | | زيارة المدرسة الإطلاع على سجل الدورات | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للأطفال غير التوحديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحديين | .11 |
| | | الإطلاع على تقارير المؤسسة الدورية | تستمر المؤسسة بالإشراف على برامج دمج الاطفال التوحديين فصليا | .12 |
| | | زيار قسم الدمج بالمؤسسة والإطلاع على الجدول التعدادي للتلاميذ | أقسام الدمج لا يزيد عدد الأطفال بها عن 15 | .13 |
| | | زيار قسم الدمج بالمؤسسة | يتوفر في قسم الدمج بيئة تعليمية مكيفة حسب حالة الطفل التوحدي، مثل شدة الإنارة، عوازل الأصوات المزعجة. | .5 |



| 6 - التقييم الذاتي: | | | |
|---------------------|--|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | يجري المركز تقييما ذاتيا مرة واحدة على الأقل كل سنتين |
| | | الإطلاع على دراسات البحث التقييم الذاتي | تستخدم المؤسسة منهجية علمية في الإطلاع على دراسات عملية التقييم باستخدام طرق البحث التقييم الذاتي الكمي والنوعي. |
| | | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | يتضمن تقييم البرامج قياس مدى رضا أسر الأطفال التوحديين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم |
| | | الإطلاع على مخططات التطوير | توظف المؤسسة نتائج التقييم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة |



الملحق رقم 17

نسخة من بطاقة التقييم المعتمدة في مصلحة الطب العقلي للأطفال

Republique Algérienne Démocratique Et Populaire
Unité Psychiatrie El-maghar
Service De Pédopsychiatrie

Fiche d'évaluation

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Médecin : _____ Psychologue : _____ Orthophoniste : _____

| signes | évaluation |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| -occupations problématiques | |
| -discipline | |
| -communication : -contact visuel -communication non-verbale -communication verbale (langage riche) -langage écrit | |
| -interaction sociale | |
| -motricité | |
| -hyperactivité | |
| -attention | |
| -Participation au niveau du groupe | |
| -terminaison de travail | |
| -motivation | |
| -test individuels | |
| -test collectif | |
| -travail des parents | |

Hypothèses de prise en charge :

.....

.....



الملحق رقم 18

معايير مقترحة من طرف الباحث لاعتماد مؤسسات التكفل بأطفال التوحد

1- معيار الإدارة والعاملون

| المقياس | طرق التحقق | الشهادة الواجب حملها | الأفراد | الرقم | |
|---------|------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | | | لم يتحقق المعيار |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق أو | يحمل شهادة عليا في التوحد كحد ادنى ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 100 ساعة | رئيس المصلحة | 15. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | يحمل شهادة دكتوراه في الطب تخصص الطب العقلي للأطفال | طبيب عقلي للأطفال | 16. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | يحمل شهادة دكتوراه في الطب العام | طبيب عام | 17. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | يحملون على الأقل شهادات ليسانس في علم النفس، علوم التربية، الأطفونيا ودورات متخصصة في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن سنة | البيداغوجيون | 18. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديهم دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 40 ساعة أو خبرة عملية في مراكز | المربون | 19. |



| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|
| | | | التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | | |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديهم على الأقل شهادة جامعية في التخصص ودورة تدريبية في كيفية التواصل مع الاطفال التوحيدين لا تقل عن 50 ساعة | أرطفونيون | 20. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديه شهادة في التخصص أو خبرة علمية في مراكز التوحد لا تقل عن أربعة أشهر | معالج وظيفي | 21. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديها شهادة جامعية في علم النفس العيادي، لديه دورات تدريبية في التوحد لا تقل عن 50 ساعة أو خبرة في مجال التوحد والعلاج الاسري لا تقل عن أربعة أشهر | أخصائي نفسي | 22. |
| | | الإطلاع على الشهادات والوثائق | لديه دورات تدريبية في تغذية الاطفال التوحيدين لا تقل مدتها عن 25 ساعة | أخصائي تغذية | 23. |
| | | الإطلاع على الشهادة والوثائق | لديه شهادة في التخصص وخبرة مع أطفال التوحد وأسرهم لا تقل عن 04 أشهر | المساعد الاجتماعي | 24. |



2- البيئة التعليمية في مؤسسة التكفل:

| المقياس | طرق التحقق | المعيار | الرقم | تحقق |
|---------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
| | | | | لم يتحقق المعيار |
| | زيارة صفية | الغرف الصفية منظمة على شكل ورشات تشمل: ورشة العمل الفردي ورشة العمل الجماعي ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم قاعة للتدريس البيداغوجي | 1. | |
| | زيارة صفية | لا يزيد عدد الاطفال في الصف الواح عن ستة اطفال توحيديين مقابل معلم ومساعد | 2. | |
| | زيارة صفية | يتوفر بالغرف الصفية حدود بصرية (مثيرات) توضح أماكن أداء المهام التعليمية | 3. | |
| | زيارة صفية | يوجد في الغرف الصفية جدول بصري عام يوضح الأنشطة اليومية | 4. | |
| | زيارة صفية | يوجد في القسم (الصف) جدول بصري خاص بكل طفل | 5. | |
| | زيارة صفية | يحتوى القسم (الصف على) لكل طفل على مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته) | 6. | |
| | زيارة صفية | لا يزيد عدد المعلمين للطفل في بداية التحاقه (من أسبوعين إلى شهر) عن 2 | 7. | |
| | زيارة صفية | يوجد لكل طفل في المؤسسة طاولة وطرسى مزودان بمثيرات بصرية تدل على اسمه (مثل صورته واسمه) | 8. | |



3- التشخيص والتقييم:

| المقياس | | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| لم يتحقق المعيار | تحقق المعيار | | | |
| | | استعراض ملف المريض | يشرف على التشخيص والتقييم فريق متعدد التخصصات يتضمن - طبيب عقلي للأطفال - مختص نفسي - مختص ارطفوني - مختص في العلاج الوظيفي - مختص بيداغوجي - مختص في العلاج الطبيعي - مختص في المساعدة الاجتماعية | 6. |
| | | استعراض دراسات الحالة في المؤسسة | تقوم المؤسسة بإجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحديين قبل دخولهم المركز | 7. |
| | | الإطلاع على أدوات التقييم | تقوم المؤسسة بإجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحدي باستخدام أدوات متنوعة مثل: الملاحظة السلوكية قوائم الشطب قوائم تقدير السلوك ملاحظات الاسر | 8. |
| | | الإطلاع على أدوات التقييم | يتضمن التقييم المجالات التالية: • التفاعل الاجتماعي • مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) • السلوكيات التوحدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة) • مهارات اللعب • معززات الطفل المختلفة ومهارات العناية بالذات، ومهارات الاستقلالية • بعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي) | 9. |
| | | الإطلاع على ملف | يقوم الفريق المتعدد التخصصات باجراء تقييم دوري لحالة الطفل | 10. |



| | | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------------------------------|-----|
| | | المريض | كل 06 أشهر على الأقل | |
| | | الإطلاع على البرامج التربوية | تستخدم المؤسسة نتائج التقييم في وضع البرنامج التربوي | 11. |

4- الخدمات والبرامج

| المقياس | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|---------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | | | |
| | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | المنهاج والبرنامج التربوي الفردي يتضمن المجالات الثلاث التالية: <ul style="list-style-type: none"> التواصل (اللغة الفظية وغير اللفظية) التفاعل الاجتماعي السلوكيات التوحدية المهارات الاستقلالية الذاتية مهارات اللعب الانتباه الانتقائي التقليد اللفظي والحركي الاستجابة لتعابير الوجه المختلفة الاستجابة لتغيير نبرات الصوت والأماءات المهارات الأكاديمية وقت الفراغ | 13. |
| | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين 20 و25 ساعة أسبوعيا على الأقل | 14. |
| | الإطلاع على البرامج التربوية الفردية | يدوم الطفل في المؤسسة لمدة 11 شهر في السنة على الأقل | 15. |

5- الدمج والخدمات الانتقالية:



| المقياس | | طرق التحقق | المعيار | الرقم |
|------------------|--------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| لم يتحقق المعيار | تحقق المعيار | | | |
| | | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | تحدد المؤسسة مدرسة لدمج الأطفال التوحيديين الذين تسم لهم قدراتهم بذلك | 1. |
| | | الإطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج | تقيم المؤسسة الأماكن التي سيدمج بها الأطفال التوحيديين قبل دمجهم | 2. |
| | | زيارة مدرسة الدمج الإطلاع على سجل الدورات | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الاطفال التوحيديين | 3. |
| | | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحيديين وأسرههم للإطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية | 4. |
| | | زيارة المدرسة الإطلاع على سجل الدورات | تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للأطفال غير التوحيديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحيديين | 5. |
| | | الإطلاع على تقارير المؤسسة الدورية | تستمر المؤسسة بالإشراف على برامج دمج الاطفال التوحيديين فصليا | 6. |
| | | زيار قسم الدمج بالمؤسسة والإطلاع على الجدول التعدادي للتلاميذ | أقسام الدمج لا يزيد عدد الأطفال بها عن 15 | 7. |
| | | زيار قسم الدمج بالمؤسسة | يتوفر في قسم الدمج بيئة تعليمية مكيفة حسب حالة الطفل التوحيدي، مثل شدة الإنارة، عوازل الأصوات المزعجة. | 8. |



6- مشاركة ودعم وتمكين الأسرة:

| الرقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| 9. | تقدم المؤسسة للأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحد بمعدل يوم في الشهر على الأقل | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 10. | يوجد لدى المؤسسة برنامج تثقيفي عن التوحد بمعدل محاضرة واحدة على الأقل في الشهر | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 11. | تقدم المؤسسات خدمات الإرشاد الأسري لأسر الاطفال التوحديين حول الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 12. | تقوم المؤسسة بالتواصل اليومي مع الأسرة من خلال دفتر الملاحظات اليومية | مقابلة مع عينة من الأسر الإطلاع على خطط المؤسسة استبيان للأسر | | |
| 13. | تزود المؤسسة أسرة الطفل التوحد بتقارير أسبوعية وشهرية وفصلية توضح مدى تقدم الطفل في البرنامج | مقابلة مع عينة من الأسر | | |
| 14. | يتم إشراك أسرة الطفل التوحد في جميع مراحل تقديم الخدمات التربوية (تشخيص، علاج، تدريب، تعليم) | الإطلاع على خطط المؤسسة | | |
| 15. | تعقد المؤسسة اجتماعاً لأسر الاطفال التوحديين مرة كل شهر لتبادل الخبرات (التعلم والتعلم المضاد) | استبيان للأسر | | |
| 16. | تقديم البرامج التدريبية بما فيها الجداول البصرية | زيارة منزلية أو مقابلة عينة من الأسر | | |



7- الرؤية الفكر والرسالة:

| المقياس | رقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|---------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| | | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| | 16. | تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد | الإطلاع على الوثائق واللوحات والملصقات | | |
| | 17. | الرؤية والفكر والرسالة والأهداف ملائمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد | الإطلاع على الوثائق والسياسات | | |
| | 18. | تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها | الإطلاع على محاضر الاجتماعات والسياسات | | |
| | 19. | تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين وأعضاء مجلس الإدارة وهيئة التدريس، المعلمون، أولياء الأمور) | الإطلاع على محاضر الاجتماعات الدورية، المقابلات مع المعنيين | | |

8- التقييم الذاتي للمؤسسة

| المقياس | رقم | المعيار | طرق التحقق | المقياس | |
|---------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|
| | | | | تحقق المعيار | لم يتحقق المعيار |
| | 9. | يجري المركز تقييما ذاتيا مرة واحدة على الأقل كل سنتين | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| | 10. | تستخدم المؤسسة منهجية علمية في عملية التقييم باستخدام طرق البحث الكمي والنوعي. | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| | 11. | يتضمن تقييم البرامج قياس مدى رضا أسر الأطفال التوحيدين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم | الإطلاع على دراسات التقييم الذاتي | | |
| | 12. | توظف المؤسسة نتائج التقييم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة | الإطلاع على مخططات التطوير | | |