جامعـــة مولـــود معمري- تيزي وزو-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم التربية
تخصص تربية خاصة و التعليم المكيف

واقع استخدام استراتيجيات التكفل لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التخصص في المراكز النفسية البيداغوجية

دراسة ميدانية في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس

مذكرة لنيل شهادة ماستر علوم التربية تخصص تربية خاصة و التعليم المكيف

من إعداد الطالبتين:
- أدرير حليمة
- عيمر خدوجة

إشراف الأستاذة:
د. بوبكري ليلى

السنة الجامعية 2021- 2022

كلمة شكر

"تحمد الله بداية على ما من علينا من علم متواضع و الهمنا الصبر و التحمل لإعداد هذا البحث

كما نتوجه بالشكر و العرفان للأستاذة **ليلى بوبكري** المشرفة على هذا البحث الذي اغنته بملاحظاتها القيمة واهتماماتها طيلة فترة انجاز هذا العمل و اشرافها المتميز رغم مسؤولياتها الكبيرة التي تقع على عاتقها .

كما نتوجه بالشكر للأسرة العاملة في المركز النفسي البيداغوجي بتيجلابين والذي ساعدونا كثيرا في هذا العمل المتواضع وخاصة المختص النفسي السيد بولقناطر نوعيم و المختصة الارطوفونية السيدة "**حيرش وردة**"

و أتقدم بجزيل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم و قبولهم مناقشة هذا البحث

كما نتقدم بجزيل الشكر و العرفان لجميع اساتذة قسم علوم التربية بجامعة مولود معمري تيزي وزو .

و في الاخير نشكر كل من ساهم و كان سندا لنا في انجاز هذا البحث و لو بكلمة طيبة او نصيحة.

أدرير - عيمر

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

" وقل اعملوا فيسرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون". صدق الله العظيم .

اهدي هذا العمل المتواضع الى بهجة القلب

ورمز الحنان **"امي الغالية"**

و الى من منحني الثقة والعزيمة **"ابي العزيز"**

الى اختي العزيزة **"كميلية"** و سندي اخي الغالي **"عزالدين"**

الى الصغيرين العزيزين على قلبي **"امياس"** و **"هناء"**

الى ابنة عمي العزيزة و زميلتي في العمل **"روزة"**

الى الاعمام فردا بفرد

الى الاخوال فردا بفرد

الى زميلتي **"خدوجة"** التي تقاسمت معها سهر الليالي و احلى أيام الجامعة

الى صديقاتي "صافية"، "نبيلة"

الى من تكاتفنا يدا بيد وكان دعما وسندا لي لنشق الطريق معا نحو النجاح **"عثمان"**

والى الذين كانوا لنا سندا وعونا في إتمام هذا العمل ولو بكلمة طيبة او نصيحة.

"حليمة"

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

" وقل اعملوا فيسرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون". صدق الله العظيم .

اهدي هذا العمل المتواضع الى بهجة القلب

ورمز الحنان **"امي الغالية"**

و الى القلب الطاهر الرقيق و النفس الصافية جدتي رحمها الله

الى من حبهم يجري في عروقي بذكراهم فؤادي اخواني و اخواتي

الى من قدموا لي الدعم المادي و المعنوي كل من "شبوش حميد"

"زريق حكيم" "غربي دحمان"

و كل من الصغار "ماريا ملاك"، "سلين"، "احمد امين"، "سيلاس"

الى زميلتي **"حليمة"** لتي تقاسمت معها سهر الليالي و احلى أيام الجامعة

الى صديقاتي "صافية"

الى من تكاتفنا يدا بيد وكان دعما وسندا لي لنشق الطريق معا نحو النجاح **"رحاب رياض"**

والى الذين كانوا لنا سندا وعونا في إتمام هذا العمل ولو بكلمة طيبة او نصيحة.

"خدوجة"

فهرس المحتويات

كلمة الشكر.....1

قائمة المحتويات 2

قائمة الجداول.....3

مقدمة البحث.....4

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1_ الإشكالية

2_ فرضيات الدراسة

3_أهداف الدراسة

4_ أهمية الدراسة

5_ تحديد مصطلحات الدراسة

الفصل الثاني: اضطرابات طيف التوحد

1_ نبذة تاريخية

2_ تعريف اضطراب طيف التوحد

3_ أعراض اضطراب طيف التوحد

4_عوامل مسببه لاضطراب طيف التوحد

5_نظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد

6_تصنيفات اضطراب طيف التوحد

7_خصائص الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

8_تشخيص الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

9_نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

الفصل الثاني: استراتيجيات التكفل باضطراب طيف التوحد

تمهيد

1_تعريف التكفل

2_أهمية التكفل

3_مهام فريق التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

4_أنواع عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

5_استراتجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1_منهج الدراسة

2_ الدراسة الاستطلاعية

3_ مجتمع الدراسة

4_عينة الدراسة

5_ أدوات الدراسة

6_الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

1_ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأول

2_عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثاني

3_ عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

4_ عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

الاستنتاج العام

خاتمة

قائمة المراجع

فهرس الجداول

1- جدول رقم (01) توزيع الفريق حسب التخصص في المراكز النفسية البيداغوجية

2- جدول رقم (02) مجتمع الدراسة

3- جدول رقم (03) توزيع العينة حسب المراكز النفسية البيداغوجية

4- جدول رقم (04) توزيع العينة حسب الجنس

5- جدول رقم (05) توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

6- جدول رقم (06) توزيع أفراد العينة حسب الاختصاص

7- جدول رقم (07) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

8- جدول رقم (08) توزيع أفراد العينة حسب العمل في نفس الميدان

9- جدول رقم (09) استجابة أفراد العينة حول الاطلاع على استراتيجيات التكفل

10- جدول رقم (10) استجابة أفراد العينة حول توفر استراتيجيات الكفل

11-جدول رقم (11) استجابة أفراد العينة حول استخدام استراتيجية التكفل

12-جدول رقم (12) استجابة حول التوفر النشاطات الداعمة

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع استخدام استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية وكذا التعرف على البرامج واستراتيجيات التكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وكذا التعرف على استراتيجيات الداعمة للتكفل. والاعتماد في هذه دراسة منهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من 30 مختص في المراكز النفسية البيداغوجية بولاية بومرداس تم اختيار العينة بطريقة قصدية في هذه المراكز وذلك بتطبيق استبيان «واقع استخدام التكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد " للزعابطة وعاجب (2018)عن طرق المقابل الفردية. وتوصلت النتائج إلى توفر استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية مع عدم وجود فروق في استخدام استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

مقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية التي تواجه جميع المجتمعات في العالم، مما يؤثر هذا الأخير على حيا الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد سواء من الجانب التواصلي والتفاعل الاجتماعي، كما يؤثر أيضا سلبا على النمو العقلي للطفل الاجتماعي، الانفعالي و الحركي. إذ أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد غير قادر على تكوين علاقات مع الاخرين، و هذا نظرا للقصور اللفظي و غير اللفظي و انسحابه الشديد على الاخرين، و سلوكياته العدوانية.

وفي الآونة الأخيرة شهد العالم اهتماما متزايدا بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد مما دفع العلماء والباحثين الى بذل جهد والسهر من اجل الوصول الى الأسباب والحلول لهذه الفئة. ما يتطلب فريق مختص كامل من اجل التصدي لهذا الاضطراب، واستخدام برامج للتكفل بهذه الفئة ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك حتى يتسنى تشخيصه مبكرا من اجل الوصول الى نتائج في علاج طيف التوحد والتدخل العلاجي المبكر والتكفل بهم.

وعليه جاءت الدراسة في هذا الصدد للتعرف على واقع استخدام استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فقد تم وضع خطة منهجية اشتملت على تقسيم العمل الى جانبين رئيسيين: الجان النظري والجانب التطبيقي.

فلقد تم التطرق إلى الفصل الأول وهو الإطار العام للدراسة والذي يشتمل على إشكالية الدراسة، التساؤلات، أهمية الدراسة، واهداف الدراسة، إضافة الى المفاهيم الاصطلاحية والإجرائية للدراسة.

اما الجانب النظري فهو ينقسم إلى فصلين: الفصل الثاني فقد تناول متغيرات اضطراب طيف التوحد، الذي يشمل نبذة تاريخية لاضطراب طيف التوحد، تعريف اضطراب طيف التوحد

اغراضه، العوامل المسببة له، النظريات المفسرة له، نسبة انتشاره، تصنيفاته، خصائصه تشخيصه.

بينما يتضمن الفصل الثالث التكفل باضطراب طيف التوحد والذي يتضمن تعريف اضطراب طيف التوحد، أهمية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طي التوحد، مهام فريق التكفل، انوع عملي التكفل، واستراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب التوحد.

اما الجانب التطبيقي للدراسة فقد قسم الى فصلين، الفصل الرابع الذي يتمثل في الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث يتضمن منهج الدراسة والدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، حدود الدراسة. اما الفصل الخامس الذي يشمل عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة. ثم الاستنتاج العام الاقتراحات والخلاصة

الجانب النظري

الفصل الأول : الاطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5- تحديد مصطلحات الدراسة

الإشكالية :

تعتبر فئة ذوي الاحتياجات الخاصة فئة حساسة في المجتمع، بحيث يعاني أفراد هذه الفئة من إعاقات مختلفة تؤثر على قدراتهم العقلية والجسمية، وكذا نموهم المعرفي والانفعالي والاجتماعي.

حيث تشهد فئة ذوي الاحتياجات الخاصة اهتماما كبيرا ف يوقتنا الراهن من قبل الأنظمة العالمية منها والتربوية، إذ أنهم يعتبرون هؤلاء الأطفال في حد ذاتهم حالة فريدة فهم يختلفون عن أقرانهم العاديين حيث يعانون من مشكلات مختلفة في التفكير الإبصار، الحركة، السمع، الكلام(محمد،2010، ص07).

ومن بين هذه الفئات نجد الفئة التي تعاني من اضطراب طيف التوحد الذي بدأ إعادة العناية بهم بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة وذلك لما تعانيه في هذه الفئة من إعاقة نمائية تؤثر على مظاهر نموهم.

وقد تطرق الدكتور أسامة فاروق مصطفي والدكتور كامل الشربيني(2011) إلى دراسة تطور اضطراب طيف التوحد حيث أشار إلى أن أول من وصف هذه الحالة الطبيب النفسي الإنجليزي Moudsly(1867).

أما تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي Eugen Bleule حيث وصف التوحد بأنه إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي وعلى هذا اعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية (أورد في مصطفي،الشربيني،2011،ص21-22).

وقد اكتشفKanner هذا الاضطراب عام 1943 حيث نشر دراسة وصف فيها11 طفل اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت أنذلك. وقد أدرج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيص جديد أطلق عليه اسم التوحد الطفولي. ونجد من خلال هذه الدراسة أنه توصل إلى مجموعة من الخصائص التي تتمثل في عجز الطفل عن إقامة علاقات مع الأخرين بتكرار الأصوات متعددة والانزعاج من الغير (أورد في مصطفي والشربيني ،2011،ص22-23).

ولقد تطورت عملية تصنيف اضطراب طيف التوحد بهدف الوصول إلى تعريف شامل له بعد أن تداخلت أعراضه مع أعراض الإعاقات الأخرى.

اعتبرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1968 أن التوحد شكل من أشكال الفصام الطفولي وذلك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلي(DSM2) ، وفي عام (1977) أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل التاسع لتصنيف الأمراض (ICD9) حيث فرقت بين التوحد وفصام الطفولة والاضطراب الذهاني التفكيكي والاضطراب العقلي الطفولي النمطي وصنف (DSM3) عام (1980) أن التوحد هو إعاقة صحية (جمال خلف، 2016، ص15).

كما تشير الطبعة الرابعة (DSM4) (1994) أن اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي عصبي سماته الأساسية وجود نمو غير طبيعي أو قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل وكذا يشير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس(DSM5)(2015) إلى أن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي ومعايير تشخيصه هي قصور مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي(خليل العبادي ،2002،ص12-13).

ولقد انتشر اضطراب طيف التوحد انتشارا رهيبا في جميع أنحاء العالم، حث أشار الدكتور جمال خلف المقابلة(2014) في دراسته عن مركز السيطرة والوقاية من الأمراض Center of Disesares Central and Praveation 2014 أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت حالة واحدة لكل 68 طفل وأن هذه النسبة تظهر بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل 1,6(المقابلة، 2014،ص23).

أما خليل العبادي (2002) فقد أشار إلى أن نسبة شيوع اضطراب طيف التوحد عالميا تقدر تقريبا بين 5-4 حالات في كل 10.000 مولود ومن 14-20 حالة "Asperger" توجد ذات كفاءات أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الذكور عن الإناث اي ما يعادل1/4 (العبادي، 2002، ص19).

وكشفت الإحصائيات العالمية المتعلقة بالتوحد في سنة (2018) عن تسجيل 500 ألف طفل مصاب في الجزائر. ووصف البروفسور مجيد ثابتي أن تسجيل إصابة واحدة بالتوحد من بين 55 مولود جديد، ومرض اضطراب طيف التوحد يصيب الذكور من 3-4 مرات من الإناث(مجيد الثابتي،2018).

ولقد ساهمت النظريات النفسية السلوكية بدراسات حول اضطراب طيف التوحد من أجل تحسين حالة هذه الفئة.

حيث أشار الدكتور محمد كمال ابو الفتوح(2010) إلى أهم النظريات التي ساهمت في دراسة اضطراب طيف التوحد ومن أهمها نظرية التحليل النفسي لفرويد(1765-1939) مدرسة التحليل النفسي، حيث قام بدراسة العناصر الطبيعية للكائن البشري من الناحية والكشف عن ميول الإنسان النفسية وعالمه الداخلي ومغزي السلوك البشري من الناحية الأخرى(كمال أبو الفتوح،2010،ص204-209).

وأهم من استخدم نظرية التحليل النفسي هو Bruno Bettleheim(1960) حيث فسر أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد كان في الأصل طفلا ذكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل وتفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيئته وخاصة تلك الاحداث المتعلقة بالدفيء العاطفي من الأب والأم أو كلاهما.

ومن جهة أخري نجد أن النظرية السلوكية التي اهتمت بدراسة سلوك الطفل حيث اتفقت كل من Con (1997) وSchreibman(2000)أن تفسير سلوك التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية فالنواقص تتمثل في العيوب الاجتماعية واللغوية ، أما الزيادات فتمثل في السلوكيات النمطية وإثارة الذات(أورد في أبو فتوح عمر،2010،ص).

ولقد أشارت نظرية العقل من خلالBlackbevnوBovee(1999) أن ينبغي النظر إل بالمصابين باضطراب طيف التوحد كأفراد لهم حاجاتهم ولهم أفكارهم وهم كفئة لها ثباتها في التفكير وفي إدراك نوايا ومقاصد البعض فيما بينهم ولا يتوقع منهم إكمال نظرية العقل بكفاءة كما يتصورها البعض(الإمام،الجوالدة،2016،ص)

وبهذا فإن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي تحتاج إلى التشخيص، فهي العملية الأساسية لمعرفة التوحد من أجل إجراء التدخلات العلاجية، كما أن

اضطراب طيف التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة، ويرجع السبب حسب نايف إبراهيم الزراع (2003) في ذلك إلى أن الخصائص غالبا ما تتشابه وتتداخل مع الاضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلي والفصام.

وتتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل ومختص يتمثل هذا الفريق في طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، أخصائي اجتماعي، أخصائي أرطفوني، أخصائي في التربية الخاصة والوالدين(إبراهيم الزراع،2003،ص20-21).

يقوم كل مختص بدوره الفعال في عملية التشخيص. فطبيب الأطفال يقوم بإجراء الكشف الطبي والفحص الاضطرابات، مثل التشنجات. وبالتالي نجد الأخصائي النفسي مدرب على إجراء الاختبارات ووضع خطة سلوكية وتقديم الإرشادات للآباء، وكما يتولى الأخصائي الاجتماعي مسؤولية مقابلة والحصول علي التاريخ الوراثي والصحي والتعليمي من الوالدين، ويقوم الأخصائي الأرطفوني بدوره وبعلاج التأخر اللغوي والتعامل مع الصعوبات النطق، ولا يقل اهتماما دور المختص في التربية الخاصة حيث له دور هام في عملية تقويم وإعطاء التفاصيل عن الطفل(تامر فرح سهيل،2015،ص ص138-140)

وأشار العبادي (2015) إلى أن نجاح عملية التشخيص هو خطوة من التكفل باضطراب طيف التوحد، فليس هناك طريقة واحدة للعلاج والتكفل بهذا الاضطراب بل هناك عدة طرق التكفل بهذه الفئة. ويكون ذلك تحت إشراف فريق التكفل.

التكفل النفسي يقوم به الأخصائي النفسي الذي يتابع حالة الطفل ويعطى توجهات وإرشادات والتدريبات السلوكية اللازمة. يكون المختص النفسي له دراية بنقاط الاضطراب وكيفية التعامل معها (العبادي،2015،ص74).

ويشمل حسب سوسن (2015) التكفل النفسي على مرحلتين. المرحلة الأولى تقوم بتدعيم الطفل بأكبر قدر ممكن وذلك لتجنب الإحباط أما المرحلة الثانية يقوم المختص بالمعالجة النفسية وتطور المهارات الاجتماعية وذلك عن طريق الجلسات (سوسن 2015، ص15)

ولا يقل التكفل التربوي أهمية، حيث نجد استخدام برامج تربوية لذوي الاحتياجات الخاصة مثل برنامج TEACCH(1972) الذي يعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم ذوي اضطراب طيف التوحد حيث يهدف هذا البرنامج إلى تمكين الطفل من التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، يركز على التعليم البصري عوضا عن اللغة الملفوظة، وكذا تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس(عادل شبيب، 2007،ص43).

إضافة الى التكفل الأرطفوني الذي يهتم بالجانب اللغوي والتواصل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من اضطرابات في اللغة، وفي بعض الأحيان انعدامها.

حيث تشير زينب شقير (2000) إلى أن اللغة ماهي إلا رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها، أي أن ارتقاء اللغة يحقق قدرا من قبول الذات وقبول الأخرين. وتوجد طرق مختلفة لتكفل بهذه الفئة نذكر منها استخدام كلمة واحدة أو جملة قصيرة لتحدث مع هؤلاء الأطفال. وكذا استخـدام صور للتكفل الأرطفوني الـتي تساعدهم على فهم ما يقال لهم بطريقة سهلة(عبد الرحمان الشرقاوي ،2018 ص ص469،462).

ولقد قام Scotland(2000) بدراسة تهدف إلى معرفة أثر برامج التدخل المبكر لتحسين مهرات التواصل لمرحلة ما قبل اللغة، وخفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي كإثارة الذات لدى عينة من اضطراب طيف التوحد غير الناطقين المتكونة من (87) طفل أقل من عشر سنوات وذلك باستخدام أسلوب التقييم والتدخل المبكر والمكثف. وذلك بمتابعة أدائهم على أنشطة التواصل الجسدي والاستيعاب اللفظي.

وقد أسفرت النتائج على أهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة وتحسين قدرة الطفل على التواصل ل (لينا عمر).

وفي هذا السياق نشير الى دور الاسرة والمجتمع في التكفل بهذه الفئة من أجل تخطي الإعاقة التي يعاني منها، وذلك بأبسط طريقة. وهي طريقة القصص الاجتماعية.

كما أشار Sansosti & Pouell(2006) أن إحدى التدخلات الفعالة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي استخدام القصص الاجتماعية، بحيث تهدف إلى تحسين سلوكاتهم الاجتماعية مع الأخرين.

وكما يعد اللعب إحدى طرق التكفل الاجتماعي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حيث أكدت الرابطة الأمريكية للطب النفسيAPA (1994) أن اللعب هو البعد الثالث لثالوث الضعف الاجتماعي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد(أورد في عمر 2012،ص 204،209).

تطرقت أميرة بخش (2002) في دراستها التي هدفت إلى التحقق من فعالية البرنامج السلوكي التدريبي على عينة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لتنمية مهارات تفاعلهم الاجتماعي وخفض سلوكهم العدواني. وتكونت العينة من 24 طفل ملتحقين بالمركز تراوحت أعمارهم ما بين (7-14 سنة) ونسبة ذكائهم بين(55-68) وقسمت إلى مجموعتين تتكون من 12 طفل الأولى تجريبية، والثانية ضابطة. وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني لدى عينة الدراسة ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني (لينا عمر).

ومن أجل ضمان نجاح عملية التكفل يجب الاعتماد على مجموعة من الاستراتيجيات وبرامج مخصصة لذوي اضطراب طيف التوحد كالبرنامج السلوكي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحدLovaas(ABA)الذي هو عبارة عن دروس تعليمية تتكون من عدة عناصر يمكن تعليمها من خلال إعادة المحاولة مع الطفل عند وجود المثير مثل (المس ذلك، أنظر لي)، يساعد في اكتساب مهارات التواصل مع الاخرين من خلال طرق تعليمية مدروسة. وتناوله أسامة فاروق السيد كامل في دراسته (2013) حيث أن هذا البرنامج مبني على تحليل السلوكي لعادات الطفل وبالتالي التدريب على المهارات بشكل منتظم ومنطقي ومكثف لدمج الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد مع المجتمع الذي يعيش فيه مع أقرانهم العادين .

يتميز برنامج Lovaas(ABA) بالكثافة، الحسية، يتطلب مشاركة الآباء والمتطوعين أو المساعدين من أجل تحسين الجوانب السلوكية لديهم. (السيد كامل،2013).

كما تجدر الإشارة إلى استخدام برنامج نظام التواصل بتبادل الصور P. E.C. Sيقوم على المبادئ المدرسة السلوكية مثل التشكيل والتعزيز و التلقين، والتسلسل العكسي والإنطفاء. وقد تطور هذا النظام (1985) بالولايات المتحدة الأمريكية حيث يعتمد على تبادل الصور في عملية التواصل حيث يتعلم الطفل أخذ الصور لشيء الذي يرغب فيه ويقوم بإعطائه للوالدين مقابل أخذ الشيء المرغوب فيه(محمد 2015،ص59،69).

ومن أكثر البرامج شيوعا برنامج TEACCEالذي هو برنامج سلوكي تربوي شامل لذوي إضراب طيف التوحد الذين يعانون من تواصل، حيث يقدم تأهيلا متكاملا للطفل بمساعدته للوصول إلى أقصي مستوي من مستويات الاستقلالية عند الكبر حتي يستطيع أن يتفهم العالم المحيط به، يشمل البرنامج على 296 تمرين تطبيقه من السن 0-1 سنة الى سن المراهقة وهذا التمرين مقسم إلى 10 مجلات وهي : التقليد الحواس، الحركة العامة ، الحركة الدقيقة ، التنسيق اليد والعين، الإدراك المعرفي الكفاءة اللغوية ، الاستقلالية ، الاندماج الاجتماعي، سلوكيات. ويهدف البرنامج الى تنمية السلوك الاتصالي والاجتماعي المناسب (بن خنيش أمينة، ص11).

إضافة الى العلاج بالتكامل الحسي(SIT)حسب ما أشار إليه متولى(2019)الذي يعتمد على الجهاز العصبي . يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم مثل الشم، السمع، البصر، اللمس. وهذا العلاج قائم على التحليل هذه الأحاسيس والعمل على توازنه أما فيما يخص طريقة التدريب السمعي المتكامل (AIT) قام الطبيب الفرنسي جي بيرارGuyBerar(1976) بوضع جهاز أطلق عليه اسمAudiokinetron يقوم على فلترة الأصوات التي يسمعها الطفل بواسطة سماعات توضع على الاذن وغالبا ما تكون مقاطع موسيقية توضع في الجهاز بذبذبات تخلف

من الأذن إلى أخرى وذلك قصد تأثير على الجهاز السمعي لدى الطفل (متولى 2010،ص217-266).

أما فيما يخص تنمية مهارات العناية بالذات تتضمن الاستقلالية الذاتية ارتداء الملابس واستخدام الأدوات والطعام واستخدام دورة المياه.

وقد أشار عبد الرحمن سليمان (2001) إلى أن مهارات العناية بالذات تعني رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد لنفسه وإطعام نفسه وأن يقوم بخلع وارتداء الملابس لوحده. وكما بين جمال الخطيب (2004) أن العناية بالذات تتضمن أربعة مجالات منفصلة وهي الطعام وارتداء الملابس وخلعها واستخدام دورة المياه والنظافة الشخصية.

وهناك التدريب والعلاج بالحمية الغذائية حيث بينت دراسة Whiteley في نتائجها أن استخدام الأغذية الخالية من اللكازين والجلوتين لها نتيجة فعالة في خفض حدة الأعراض السلوكية لدي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (الجرواني الصديق،2013، ص12-26).

وفي هذا السياق أشارت الدراسة التي أجرتها الباحثة بوبكري، طوماش يحياوي(2021) دراسة تحت عنوان واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية تكونت العينة من 49 مختص تم اختيارها بطريقة قصدية في المراكز المتواجدة في كل من ولاتي تيزى وزو وبومرداس وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معظم المراكز النفسية البيداغوجية تستخدم استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد كبرنامج TEACCH،وبرنامجABA،وكذا DIR ،مع عدم وجود الاختلاف بين المراكز في استخدام استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد(أورد في بوبكري،2021).

بناء على الأدبيات التي تم عرضها والدراسات التي أنجزت في بيئات محلية وغير محلية التي شملت أهم البرامج والاستراتيجيات التكفل المستخدمة في بيئات مختلفة تسعي هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

– ما مدى إطلاع فريق التخصص على استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التخصص في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس؟

-ما مدى توفر استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التخصص في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس؟

- ما مدى استخدام فريق التخصص لاستراتيجيات التكفل لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس؟

_ هل تتوفر النشاطات الداعمة للتكفل في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس؟

3- أهداف الدراسة

تهدف دراستنا إلى التعرف على واقع استخدام وتطبيق ومدى توفر استراتيجيات وبرامج وتقنيات التكفل بالأطفال المصاب باضطراب طيف التوحد المستخدمة من طرف فريق التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية وكذا التعرف على النشاطات الداعمة لها.

4- أهمية الدراسة

تتمثل أهمية هذه الدراسة في التعرف على البرامج واستراتيجيات التكفل الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومعرفة النشطات الداعمة للتكفل لتطوير قدراتهم وتأقلم مع المجتمع، وتتمثل هذه الأهمية في معرفة واقع التكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس .

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

5-1- اضطراب طيف التوحد

لغة: تشتق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية aut وتعني النفس أو الذات، وكلمةism تعني الإغلاق. والمصطلح ككل يمن ترجمته على أنه الإغلاق علي الذات (مصطفي، الشربيني ،2010،ص26).

اصطلاحا: يعرف طيف التوحد حسب الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5) هو حالة نمو معقدة تنطوي على تحديات مستمرة في التفاعل الاجتماعي و الكلام و التواصل الغير اللفظي و السلوكات المقيدة المتكررة(DSM 5 ,2020) .

إجرائيا : طيف التوحد هو اضطراب يصيب الأطفال في سن مبكرة ، و يتصفون بالعجز في جميع نواحي الحياة الاجتماعية منها ، النفسية ، التربوية ، و يتصفون بالعزلة و الانسحاب ، إضافة الى عدم القدرة على ممارسة المهارات اليومية .

5-2- التكفل:

لغة: اشتق الفعل في اللغة العربية من كلمة كفل، و يقال كفلا و كفالة، أي اخذ على عاتقه و تعهد بشيء او شخص و الزمه (رحيمة، 2015، ص33).

اصطلاحا: هو مجموعة الخدمات التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانياته، و قدراته الجسمية، و ميوله بأسلوب يشبع حاجاته و يحقق تصوره لذاته، و يتضمن ميادين متعدد اسرية، شخصية، مهنية، و عادة يهدف الى الحاضر، و المستقبل مستفيدا من الماضي و خبراته (أورد في رحيمة، 2015 ص33).

إجرائيا: هو عملية قائمة على الرعاية الممنوحة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و الذي يتمثل في جملة من البرامج و الاستراتيجيات التي اعدها زعابطة و عاجب (2018) في استبيان للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

فريق التكفل: هو مجوعة من المختصين يتميزون بمهرات متكاملة في ميادين مختلفة تجمع بينهم أهداف مشتركة تتمثل في التكفل بذوي اضطراب طيف التوحد والمتكون في المختص النفسي، الأر طفوني، طبيب العام، مختص في التربية الخاصة، اخصائي اجتماعي، طبيب الامراض العصبية.

الفصل الثاني : اضطراب طيف التوحد

تمهيد

1-نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد

2-تعريف اضطراب التوحد

3-أعراض اضطراب التوحد

4-العوامل المسببة لاضطراب التوحد

5-النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

6-تصنيفات اضطراب طيف التوحد

7-خصائص الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

8-تشخيص اضطراب طيف التوحد

9-انتشار اضطراب طيف التوحد

خلاصة

تمهيد:

التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي، كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة. وفي هذا الفصل سنتطرق أكثر بالتعرف على النبذة التاريخية لاضطراب طيف التوحد مع التعرف على مفهومه واعراضه والعوامل المسببة له، بالإضافة الى التعرف على تصنيفاته ونسبة انتشاره في المجتمع الجزائري والمجتمعات الغربية.

1- نبذة تاريخية لاضطراب طيف التوحد:

يعد Mausdly (1867) أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تصيب الأطفال.

وأول من أشار إلى هذا الاضطراب Léo Kanner (1943) حيث اعتبره اضطراب يحدث في الطفولة، إذ يتميز سلوكه بالانطواء والعزلة والابتعاد عن الواقع وعدو التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم (براجل، 2017، ص 96).

و في عام 1989 اكدت Frithأن روسيا القديمة أول من استخدمت لفظ Autist وكان آنذاك يصد به السلوك الشاذ وكان يطلق لفظ Autistic على الشخص الفاقد للوعي الاجتماعي (عمر، 2012 ، ص17).

وفي عام 1977 أقرت منظمة الصحة العالمية لأول مرة اعتبار التوحد فئة تشخيصية وقد صنف التوحد ضمن الاضطرابات الانفعالية الشديدة حيث قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث للاضطرابات العقلية عام 1980(سهيل،2015 ،ص 24).

ولما كانت الذات تعرف في اليونان بمصطلح Autos أطلق Léo Kanner وAsperger لفظ اوتيزمAutism على هؤلاء الأطفال. و لقد اتفق كل من عثمان فراج (1994) وChaziuddin (2005) أن الفضل في بزوغ مصطلح الاوتيزم برجع للعالم Kanner حيث لفت انتباهه مجموعة من الأطفال كانوا مصنفين على أنهم ذوي إعاقة عقلية إذ لاحظ خصائص وسلوكيات غير عادية تنتاب هؤلاء الأطفال والتي تتمثل في عدم قدرتهم

ارتباطهم مع الأفراد المحية بهم، وكذا الانغلاق على الذات فهم دائمو العزلة والانطواء (أبو الفتوح، 2012، ص 20 21)

وعلى الرغم أن kanner قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيف على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات لكن لم يتم الاعتراف به كمصطلح للتوحد إلا في الستينات وكانت تصنف كحالات على أنها نوع من الفصام الطفولي وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) (سوسن، 2010، ص 22).

2- تعريف اضطراب طيف التوحد:

يعرفه Howlin (1995) التوحد مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل الذي يتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك، واللغة، والحس، وبالتالي نمو التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والإجتماعي، ويصاحبه نزعة انسحابيه وانطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي (فراج، 2002، ص52).

يعرفهkanner (1997) على أنه إعاقة في النمو وتظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ

(جلبي، 2015، ص 23)

ويعرفه R،Sullivan (1989) التوحد هو اضطراب شديد في التواصل والسلوك، وأنه نوع من العجز يستمر طول الحيات، ويظهر بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (محمود بدر،2004، ص22).

ويعرف عصام النمر (2008) التوحد هو خلل وظيفي في المخ يظهر في السنوات الأولى من العمر، ويمتاز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي، وأن التوحد هو أحد الاضطرابات الارتقائية ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ويؤدي إلى قصور لفظي

وغير لفظي (الشربيني، 2011ن ص29 30).

ونجد تعريف قانون تعليم الأفراد المعاقين الأمريكي Education ActIndividualWithDisabilities (ADEA) ان التوحد هو اضطراب نمائي يؤثر بشكل واضح على التواصل على الأداء التعليمي للفرد، ويصاحبه العديد من الخصائص أهمها الانغماس في النشاطات اليومية، الحركات النمطية، مقاومات التغير في رتب الحياة اليومية، والاستجابة غير الطبيعية للمثيرات الحسية (الحوامدة، 2019، ص 14).

ونجد تعريف إبراهيم الرزقات (2004) هو إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل السنة الثالثة من العمر، وتؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشطات المتكررة (محمد، 2015، ص15).

ويعرفه إبراهيم محمود بدر (2004) على أنه أحد الاضطرابات المعرفية للنمو الارتقائي تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث من العمر وتكتشف جوانب الخلل والقصور في النمو الإدراك الحسي واللغة وكذا النمو المعرفي والانفعالي

(أورد في محمود بدر، 2004، ص24).

تعرفه الجمعية الوطنية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (National Society For Autisticschildren) أن التوحد هو عبارة عن مظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا ويتضمن الاضطرابات في السرعة أو تتابع النمو، اضطرابات في الاستجابة الحسية للمثيرات، اضطرابات في الكلام والمعرفة (شبيب،2007، ص17).

3 – أعراض اضطراب طيف التوحد:

تبدأ أعراض هذا الاضطراب في السن الثانية ونصف من العمر الطفل

(30-36شهر) المعروف أن التوحد له ثلاث أعراض رئيسية:

- ضعف العلاقات الاجتماعية.
- ضعف المهارات الاجتماعية والتواصل.
- الاهتمامات والنشاطات المتكررة.

ويصاحبه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد وقلة التركيز ونوبات غضب شديدة وقد بظهر سلوكا مؤذيا لنفسه، وعادة ما يلاحظ الوالدين تأخر في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي وتكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

3-1- التواصل: يكون تطور بطيئا، وقد لا تتطور بتاتا يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن طريق الإشارات بدلا من الكلمات، يكون الانتباه

والتركيز لمدة قصيرة.

3-2- التفاعل الاجتماعي: يقضى وقتا أقل مع الأخرين، حيث يبدي اهتماما أقل بتكوين صدقات مع الأخرين. وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة.

3-3- المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس أكثر من المعتاد للمس أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم.

3-4- اللعب: هناك نقص من اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الأخرين، ولا يحول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة

3-5- السلوك: قد يكون نشاطا أو حركة أكثر من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي كأن يضرب رأسه بالحائط دون سبب واضح.

حيث هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكا عنيفا أو عدوانيا أو مؤذيا للذات، وتختلف هذه الأعراض من شخص لآخر وبدرجات متفاوتة(سارة،2017،ص 94 95).

ويمكن تلخيص الأعراض في الميزات التالية:

- ضعف الاتصال البصري أو انعدامه.

- عدم الإحساس بمصادر الأخطار (الكهرباء، النار، السقوط من أماكن مرتفعة).
- ترديد الكلمات والعمليات عند التحدث، وغالبا ما تكون بلغة غير مفهومة.
- العزلة عن الآخرين والميل إلى الوحدة.
- الإصرار على القيام بأشياء معينة.
- صعوبة التفاعل مع الأخرين.
- صعوبة فهم العواطف والتعبير عنها.
- سلوكيات قهرية، وظاهرة الدفاع ضد اللمس.
- خلل العروضية هو أحد صور الاضطراب اللغوي حيث تكون وتيرة الصوت مضطربة إما مندفعة على وتيرة واحدة وقد يكون كلامه سريعا أو بطيء جدا (أورد في حزام سارة،2071،ص95 96).

3-6 - الأعراض الإكلينيكية المميزة لاضطراب طيف التوحد:

كما تظهر على الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد أعراض صنفت أنها أعراض إكلينيكية والتي تتمثل في:

3-6-1- الانتباه:

ويشير الى القدرة على التركيز الوعي على عدد بسيط من المثيرات والمنبهات الهمة والاستجابة لها، تتبلور الأعراض الإكلينيكية في هذا البعد في النقاط التالية

- حينما ينادي عليه باسمه لا يتلفت لذلك.
- لا يبدي أي اهتمام حينما يدق جرس الباب.
- لا يظهر اهتمام حينما يحاول أي شخص لفت انتباهه.
- عندما يتحدثه أي شخص نلاحظ انه لا ينتبه لذلك.
- حينما تكون أطراف الحديث في البيت بين اخوته لا يبدي أي اهتمام.
- لا يعير الألعاب المتحركة والمضيئة أي نظرة.
- لا ينتبه الى صوت الأغاني الموسيقية وإعلانات التلفاز.

- لا يستطيع الانتباه الى المثيرات التي تحدث حوله.

3-6-2- الكلام التلقائي:

ويشير الى القدرة على المبادرة الذاتية للسلوك اللفظي، أي القرة على طرح التساؤلات وإبداء التعليقات ووضع الطلبات في ظل غياب المثيرات اللفظية بهدف المشاركة في التفاعلات الاجتماعية حقيقة إيجابية.

وتتبلور الأعراض الإكلينيكي الخاصة في هذا البعد بالنقاط التالي:

- لا يستطيع أن يبدا بالكلام من تلقاء نفسه.
- لا يستطيع أن يتساءل عن الأشياء التي يريدها.
- لا يستطيع نطق الحروف بشكل منفصل.
- لا يبادر بالسؤال عن أحد والديه عند غيابه.
- ليس لديه القدرة على تكوين جملة بسيطة مفيدة.
- لا يستطيع نطق الضمائر (أنا – أنت) بشكل طبيعي.
- يردد بعض الكلمات التي يسمعها بشكل ببغائي متكرر.
- لا يعبر عن مشارعه وأحاسيسه بشل لفظي.
- لا يستطيع أن يتكلم بشكل تلقائي من غير المثيرات.

3-6-3- ضعف القدرة على التقليد:

يشير إلى القدرة على المحاكاة وتقليد السلوكيات من حوله، ويعكس التقليد العديد من العمليات كالذكاء والحراك الاجتماعي وضعف القدرة على التقليد والمحاكات. وتتبلور الأعراض الإكلينيكية الخاصة بهذا البعد في النقاط التالية:

- لا يحول تقليد الأصوات.
- لا يستطيع تقليد بعض الحركات التي يشاهدها.
- لا يقلد الكلمات التي يسمعها
- لا يحاول تقليد صوت اللعب التي يلعب بها.

– لا يستطيع تقليد أفعال أقرانه (أبو الفتوح،2012، ص ص42 44).

4-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:

اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات صعوبة، حيث يؤثر على سلوك الطفل ونموه وتواصله الاجتماعي مما يعقيه من سيرورة حياته الطبيعية. ويحدث هذا الاضطراب نتيجة أسباب متعددة نذكر منها:

- **-العوامل الجينية:**

يشير محمد بن خلف 2007 إلى أن هناك ارتباط بين حدوث التوحد وشذوذ الكروز ومات كمتلازمة الكروموزوم اكس الهاشFragile X Syntrome وهو اضطراب جيني يصيب الذكور ويحدث بسبب وجود شذوذ في الكروموزوم X ويظهر هذا الشذوذ في العديد من الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد، وكذألك أيضا فهو يظهر مع الأفراد المخلفين عقليا بدون توحد. وأيضا له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد ويظهر لدى الطفل تأخر لغوي شديد والتأخر في النمو الحركي والمهارات الحسية (الشمري،2007، ص5).

- **العوامل الكيمائية الحيوية:(الشذوذ الأيضي)**

يؤكد Joshi et al (2002) التي اهتمت بالتوحد في المجال قد ركزت على مستويات Sérotonine إلا أنه مؤخرا تم اشتراك العوامل الكيمائية الحيوية التي تشمل الأحماض الأمنية والأحماض العضوية الأندر وفين، الأملاح. وكما تفسر الاختلاف بين المستويات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، لتحديد علامات من شأنها المساعدة في التشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد (براجل، 2017 ص103).

- **العوامل العصبية:**

أثبتت الدراسات فحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكبر من الأطفال الأسوياء خاصة في كل كن الفص القفوي والفص الجداري وكما أظهر الفص العصبي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد انخفاضا في معدلات ضخ

الدم لهذه الأجزاء من المخ، مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابات السوية (أمينة بدون سنة، ص10).

- **– مضاعفات الولادة قبل الولادة:**

يشير كلا من فراج (2002) وسوسن (2005) وماجد (2005) لورنا وينج (1994) على أن الدراسات والتحاليل الطبية تأكد على معانات طفل المصاب باضطراب طيف التوحد من حالات قصور عضوي أو حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل مما يؤثر على الجنين. منها إصابة الم بالحصبة الألمانية أو حالات التصلب الدرني منها حالات Rett(بيومى،2008، ص33).

- **–أسباب عقلية:**

يري أصاحب وجهة النظر هذه كما يري Frith (1993) أن سببه الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا الاضطراب، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة (إبراهيم،2003، ص18).

- **–عوامل عائدة للتنشئة الأسرية:**

يذكر كل منCompbel et shay(1995) أن الأبوين هما السبب في هذا الاضطراب وإعاقة تطور نمو الطفل، تشير النظرية أن السبب التوحد هو ظروف عائلية والتي تتمثل في ضعف علاقة التواصل بالأم، إثارة غير كافية لعواطف الطفل (أورد في الزراع،2003ص18).

- **أسباب غذائية:**

قد تكون بعض الأطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة بأعراض اضطراب طيف التوحد ويمكن أن يكون عدم التوازن الغذائي، بالإضافة إلى أسباب أخرى تؤدي إلى ظهور اضطراب طيف التوحد وهي المواد الكيمائية والمعادن الثلاثة مثل الزئبق الرصاص والزنك أو خلل وظيفي في الجهاز الكبد بسبب التسمم الذي يؤدي إلى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم أو عدم توازن الكمياء الحيوية. ويرتبط اضطراب طيف التوحد بعدم قدرة الطفل على

هضم مادتي الجلوتين GlutenوالكازينCasein ليصبح ذات تأثير محدد كالأفيون ليتحول الأول إلى الجلوموتورفين والثاني إلى الكازومورفين ولكليهما مفعول مخدر (هناء،20150ص38).

- **-الأسباب المناعية:**

تشير الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تسهم في حدوث طيف التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (أورد في هناء،2015 ص36).

- **العوامل النفسية:**

يكون أحد الأسباب التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من قبل الولدين و فقدان النواحي العاطفية، فالناحية النفسية تمثل شكل من اشكال الفصام المبكر ، الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الاسري غير السوي ، مما يشعره بعدم التكيف او التوافق النفسي (أحمد إبراهيم،2020،ص34).

5-النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

اعتمادا على اهتمامات وميادين والخبرة و المخزون المعرفي لكل باحث، أنشأ العديد منهم تراكيب نظرية تستند على افتراضيات نفسية مختلفة، وبما أن مظاهر التوحد كثيرة ويمكن لأي نظرية أن تفسر على الأقل بعض خصائص الحالة.

5-1- نظرية العقل Theory of Mind:

أثارت نظرية العقل كمية هائلة من الأبحاث الكثيرة في مجال العجز المعرفي لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد كما أثارت الكثير من النقد.

ولقد أظهر كل من Jordan and powel(1995) أن نظرية العقل لا تتطور لدى الأطفال الأسوياء السن الرابعة، بنما يمكن مشاهدة التوحد بوضوح قبل هذا العمر.

مع أن Baron – cahen (1998) يدعي أن نقص نظرية العقل يبدو أنه جوهر الاختلال في التوحد، لان العمر العقلي قد يظهر في درجات مختلفة بدءا من الحاد إلى المتوسط ثم الخفيف. لأن بعض الأطفال اضطراب طيف التوحد يجتازون الاختبار، وبعض الأطفال من غير أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يخفقون في اجتيازه.

ويقتر كل من Bawler and thammen(2000) بان مثل هذه الأنظمة المعرفية ذات المستوى العالمي مثل نظرية العقل تتحاج إلى تفسير أوسع فيما يتعلق بالعمليات ذات المستوى الأدنى مثل الإدراك.

ولقد أعلن Hobson(1995) عن وجود نفس الصعوبات لدى أطفال المكفوفين والمتناقض الأمر على الرغم من وجود أدلة متزايدة على أن صعوبات TOM ثانوية في بعض أنواع العجز الرئيسي في التوحد. حيث أخفقت في تفسير التوحد وأثبتت هذه النظرية:

– أنها مفيدة جدا عند تطبيقها في المجال التطبيقي مع المصابين باضطراب طيف التوحد ASDS.

– أنها تعطي الأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن دونها أن يظهر على أنه سلوكيات تميزية.

– كما أنها توفر أفكار حول طريقة معالجة هذه المشكلات (الإمام وآخرون،2011، ص ص174 176).

5-2- النظرية العصبية:

أظهرت بعض الاختبارات التصويرية التي أجريت لدماغ الأطفال ذوي اضطراب التوحد فان هنالك خللا واضحا في شكل الدماغ، وتوجد فروق في المخيخ إذا قورنت بالأطفال العادين. وتبين ان هناك ضرر في المخيخ نسبة (13%) عند أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وخاصة في خلاياPerkrinje.

_ وتوصل كل من Bawrman et kamper(1996) أن وزن الدماغ لدي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكثر وزنا من أدمغة أقرانهم العادين في مرحلة الطفولة

ويكون المخيخ نموه غير طبيعي إما فرط أو نقصان في النمو، الأمر الذي يؤثر على الوظائف المخيخ (المقابلة،2016، ص26).

5-3- نظرية العامل النفسي:

كانت النظرية السائدة خلال الأربعينيات وحتى نهاية الستينيات نظرية العامل النفسي لإصابة بالتوحد وحسب Heflin et Ahaino (2007) والتي تعتبر بأن التوحد يحدث بسبب إهمال الوالدين لرعاية أبنائهم وعدم الاعتناء بتربيتهم، ويعتبر المحلل النفسي Bamo Bettelheim من المؤيدين لهذا الاتجاه والذي استخدم مصطلح الأم الباردة عاطفيا Refrigerator Mother.

وفي هذا الصدد يشير Bamo Bettelheim إلى أن نظرية الأم الثلاجة والتي تسبب في إلقاء اللوم على الآباء، بالتسبب في الوضع أولادهم في حالة التوحد. واهتم بتليهم احتمال أن يكون الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ذكيا. ولكنه انسحب من الاتصال الاجتماعي بسبب أحداث مؤلمة حدثت في البيئة من حوله، وخاصة افتقار للرعاية من الوالدين (فرح سهيل،2015، ص92).

5-4- النظرية الإدراكية الحسية SensoryPerceptual theory:

ذكر Bogdasshima (2003) أن اضطراب طيف التوحد هو نتيجة عطب في المخ الذي يؤثر على إحدى القنوات الحسية التي تجعل أطفال اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات حسية تختلف عن العمى والصمم فمشكلاتهم الحسية تتمثل في عدم القدرة على فلترة المعلومات و الحساسية المفروضة في اتجاه بعض المثيرات، فهذه النظرية تلقي الضوء على شذوذ الإدراك الحسي على أنه سمة جوهرية لاضطراب طيف التوحد لم يتم الاعتراف بها بشكل واسع وهذا ما تشير إليه الدراسات المتعددة في هذا المجال إلاً أنه يمكن القول أن هناك اهتمام متزايد في تناول هذه النظرية مع اضطراب طيف التوحد(أبو الفتوح،2012،ص72).

5-5- النظرية السلوكية The Behaviorl Perspective on Autism:

تؤمن النظرية السلوكية بأن المعرفة المتعمقة الدقيقة الصادقة تتبع من خلال التجربة والتطبيق، فالفهم الدقيق العلمي لسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسة في البيئة التجريبية محكمة الضبط حيث يتم فيه ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به و لا استجابة بدون مثير هو مبدأ أساسي في الدارس السلوكية، فالتعلم عنهم يحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير و الاستجابة بحيث إذ ظهر هذا المثير مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به تظهر في أخرى(عمر،2012، ص66).

6- تصنيفات اضطراب طيف التوحد:

براجعة الادبيات المتاحة التي تناولت اضطراب طيف التوحد تبينت انها صنفت هذه الاضطرابات الى عدة فئات اما وفقا لا عراضه او على حسب الأنماط

الاجتماعية أو وفقا لمستوى الكفاية الوظيفية وهذه التصنيفات كما يلي:

أولا: تصنيف اضطراب طيف التوحد وفقا للأعراض:

ينقسم اضطراب طيف التوحد وفقا لهذا التصنيف الى نوعين أساسيين هما كما يلي:

- **التوحد الطفولي ذو الاعراض الكاملة:** تشمل لمحاكات الشخصية لهذا النوع على جميع الأعراض الإكلينيكية التي يتميز بها التوحد.
- **التوحد الطفولي ذو الأعراض المتبقية:** أن الأعراض الإكلينيكية الخاصة بهذا النوع لا تطابق الأعراض الإكلينيكية للتوحد الطفولي فهي الأعراض الكاملة، ولكن الطفل يعاني من بعض الأعراض التي توجد في التوحد الطفولي.

ثانيا: تصنيف اضطراب طيف التوحد حسب الأنماط الاجتماعية:

يصنف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفقا لهذا التصنيف الى ثلاثة أنماط هي النمط الانعزالي، النمط السلبي، النمط النشط، وهذه الأنماط

كما يلي:

- **النمط الانعزالي:** ان معظم أفراد هذا النمط يكونون إما منسحبين أو رافضين للاقتراب الاجتماعي حتى لو كان ذلك لأطفال آخرين، وهؤلاء لديهم الحد الأدنى من سلوك التعلق بالخرين.
- **النمط السلبي:** يضم هذا النمط الأطفال الذين يتقبلون الاقتراب الاجتماعي، و لكن تفاعلاتهم تكون سلبية.
- **النمط النشط:** على الرغم من أن الأطفال في هذا النمط يقتربون من الآخرين بتلقائية إلا أن تفاعلهم الاجتماعي يكون غير ملائم وذو اتجاه واحد.

ثالثا: تصنيف اضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى الكفاية الوظيفية:

ينقسم هذا التصنيف إلى نمطين أساسيين هما كما يلي:

النمط الأول: وهو يضم الأطفال ذوي الوظيفة المرتفعة ومعامل ذكاء أفراده لا يقل عن المتوسط.

النمط الثاني: يظم الأطفال ذوي الوظيفة المنخفضة الذكاء لدى افراد هذ النمط يقل عن المتوسط (12) (21) (التميمي،2012، ص208).

ويمكن تصنيفها أيضا الى:

متلازمة أسبر غر: تظهر على الطفل في السن المبكر من عامين الى ثلاث سنوات بتطوير اللغة لديه بشكل طبيعي على الرغم من تطور اللغة لديه إلا أنه يتسم بصفات غريبة، كما أنه تتطور لديه صعوبات خطيرة من النواحي الاجتماعية للغته، و التي تؤثر بشكل خطير في قدرته على تكوين علاقات اجتماعية فعالة مع الآخرين و لا يكون مثل هذا التعليق بالنسبة إلى الطفل المصاب بمتلازمة اسبر غر سوى التعبير عن حقيقة كامنة، فهو لا يدرك باي حال من الأحوال بأن تعليقه مسيء، على سبيل المثال عند الوقوف أمام خزينة في أحد

المتاجر الكبرى قد يشير ببراءة ناحية السيدة الواقفة درج النقود و يقول لأمه هذه السيدة بدينة جدا (عبود، 2013،ص50).

اضطراب ريتRettsdisorder: هذه الحالة تحدث للبنات فقط، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر 6-12 شهرا، ثم نلاحظ نظيرا في سلوكيات مع تراجع التطور أو فقدان بعض المكتسبات خصوصا مهارات الحركة الكبرى مثل المشي، و يتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرة على الكلام، التفكير، استخدام اليدين، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات و إشارات غير ذات معنى، و هذه تعتبر مفتاح التشخيص (شبيب 2007،ص32).

اضطراب عدم التكامل الطفولي: يعرف هذا الاضطراب بمتلازمة هيلر. وهي حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الاعراض بعد تطور ونمو طبيعيان في السنتين الأوليتين من العمر.

تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة يتميز بالنكوص في عدة مجالات وظيفية، و قد يفقد المصابون التحكم في الأمعاء و المثانة، قصور في التواصل و أنماط السلوك المقولب و المتكرر، و من غير الممكن تفسير هذه الاختلالات من خلال اضطراب نمائي او اضطراب الفصام (فاطيمة، 2014، ص64).

التوحد الخارق: يتميز هؤلاء الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد بمهارات خارقة لا يستطيع القيام بها معظم الناس العاديين في مجالات الحساب، الرياضيات، الذاكرة الحادة الرسم، الموسيقية الفنون الإبداعية (أورد في فاطمة، 2014، ص64).

7- خصائص الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد خصائص تميزه عن غيره من الأطفال العاديين ونذكر منها:

7-1- الخصائص المعرفية: ان النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب طيف التوحد، فان أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم درجة من التخلف.

و تتراوح المستويات المعرفية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ما بين 25% من توحد وتخلف عقلي شديد، و 50% يعانون من توحد و مستوى تخلف عقلي متوسط، حيث يعد كل من الانتباه، الادراك، التفكير، الفهم و اللغة من الوظائف المعرفية التي يتأثر بها الأطفال في حالة اضطراباتهم، فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون اضطرابات في التفكير و فقدان الكلام.

7-2- الخصائص الاجتماعية: يشير القمش (2011) إلى ان Ozonoff et al قد درسوا طبيعة العجز الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد توصلوا الى ان الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية والجسمية وفهم الوظائف العقلية. كما توصلوا أيضا إلى ان الأطفال يمكنهم التنبؤ برغبات الاخرين إذا كانت هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم.

وحسب Ozonoff فان الطفل يتصف يتصف بمجموعة من الصفات والتي تتمثل في:

- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.
- عدم التأثر بوجود الاخرين او الاقتراب منهم.
- قصور في التواصل البصري.
- يفضل العزلة عن الوجود مع الاخرين.
- عدم الاستجابة للأخرين او مبادلتهم المشاعر.

7-3- الخصائص السلوكية: يظهر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد سلوكا محددا وضيق المدى، كما أن النوايا الانفعالية شائعة بشكل كبير ومعظم سلوكيات الطفل تكون بسيطة تكرارية.

ولقد قدم Sullivon R (1988) وصفا سلوكيا لحالات التوحد ويمكن الإشارة لها على النحو التالي:

- الاحتفاظ بروتين معين.
- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للأخرين والذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

ويصنف سوليفان ان الأطفال التوحديين يتميزون بسلوكيات تختلف من فرد لآخر حيث الشدة ونذكر منها:

– قصور شديد في التواصل مع الآخرين.

– فقدان القدرة على الكلام مع بعض الأطفال يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض الاخر يتكلم بنغمة ثابتة وبدون تغير.

– استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية (أورد في براجل، 2017، ص ص106 108).

7-4- الخصائص الجسمية: إن غالبية أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتسمون بمظهر عادي أو فوق العادي بل أن الكثير منهم يكونون جذابين في مظهرهم، كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة إذا لم يصطحب أعراض التوحد أعراض اضطرابات أخرى.

وهذا لا ينفي وجود مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات أو التعرض لأضواء النيون أو عند اللمس مما يشير لوجود استجابات حسية تعكس وجود مشكلة، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في ان واحد.

7-5- الخصائص اللغوية: يعاني غالبية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من مشكلات في التعبير اللغوي ومشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على اتباع القواعد اللغوية مما يؤثر سلبا في عمليات التكيف الاجتماعي، وفي حالات معينة بإمكانهم أن يحققوا مستوى قريبا من مستوى الكلام العادي.

كما يظهر الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سلوك المصاداة في الكلام و هو تكرار الأصوات التي يسمعونها من حولهم، و قد تكون المصاداة فورية أي يكرر الطفل ما يسمعه مباشرة، أو قد تكون المصاداة متأخرة أي يكرر الأصوات بعد مضي وقت من الزمن، كما يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فهما حرفيا للكلام أو المعلومة اللفظية (إبراهيم،2020، ص32).

7-6- الخصائص الانفعالية: هناك مجموعة من ردود الأفعال الانفعالية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة او مواقف معينة.

ويعبر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن انفعالاتهم ببعض أشكال السلوك والتي يمكن عرضها كالتالي:

- **السلوكيات الشاذة:** يظهرون سلوكيات شاذة في حد ذاتها ففي بعض الأحيان يبدون استجابات خوف شديدة، كما اضطرابات في سلوك الأكل و النوم، فبعضهم يأكل أشياء غير مناسبة، كما يظهرون تجاوزات سلوكية كزيادة النشاط و الاندفاعية و نوبات الغضب و سلوك إيذاء الذات.

- **سلوكيات إيذاء الذات:** يلاحظ ان بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يقومون بضرب رأسهم في الحائط أو عض أيديهم أو ضرب أنفسهم بصورة متكررة، وقد أثبتت الدراسات أن هذه السلوكيات قد يكون لها بعض وظائف التواصل (سليمان، 2010 ص46).

7-7- الخصائص الحسية: يبدي ذوي اضطراب طيف التوحد تأخر في اكتساب الخبرات الحسية وأشكال غير متناسقة مع الاستجابات الحسية، تتراوح على مستوى النشاط المنخفض الى المرتفع. وفي مجال المثيرات الصوتية يعاني بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من حساسية سمعية، فقد يسمع أصواتا لا يسمعها الاخرون مما قد يسبب له إزعاجا.

يظهر بعض الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة في رؤية المثيرات البصرية ويخافون من رؤية بعض الألوان. وبالمقابل فان البعض الاخر يظهرون حساسية بصرية وكأنهم يرون الأشياء لا يراها الآخرين.

وفي جانب المثيرات اللمسية يظهر أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حساسية جلدية كبيرة تجعل بعظهم يبتعد عن الاخرين حين محاولة لمسهم او الاقتراب منهم.

وبالمقابل يمكن ان لا يشعر البعض منهم باي إحساس لمسي، ولا يشعرون بالألم بالرغم من تعرضهم للأذى الجسمي.

وهناك من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتحاشون التواصل البصري مع الاخرين فهم لا يطيلون التركيز على أي شيء، فهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه أو الإشارات (محمود وآخرون، 2015، ص33).

8- تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لا يزال تشخيص اضطراب طيف التوحد أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة. وربما يرجع السبب في ذألك إلى أن خصائص وصفات الاضطراب غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى ويصنف فراج (1994) صعوبة تشخيص اضطراب طيف التوحد إلى ثلاثة أسباب رئيسية وهي:

أ- اشتراك وتشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، والإعاقات الانفعالية، ومع حالات الفصام (Schizophrenia) لدرجة أن كثير من العلماء النفس يعتبرونها حالة الفصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة.

ب- حداثة البحوث التي تجرى على اضطراب طيف التوحد نسبيا، وذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة.

ج- التوقف الملحوظ نمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد والبيئة المحيطة كما لو أن عائقا أو وقف الجهاز العصبي عن العمل. وبالتالي توقف القدرة

على تعلم اللغة أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية وفعالية التنشئة الاجتماعية (أورد في الزراع،2003).

ويشمل دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM4)، حيث أن الدليل يشمل على عدد من العناصر تشخيص التوحد:

الفئة(أ): قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ويعبر عنه كما يلي:

- خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل (تغيرات الوجه، الوضع الجسماني).

- عدم القدرة على تكوين العلاقات المناسبة نمائية مع الأقران

- الافتقار إلى التلقائية في المشاركة الآخرين أحزانهم وأفراحهم.

- عدم المقدرة على تبادل المشاعر الإنفعالية والاجتماعية مع الآخرين.

الفئة(ب): قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- تأخر نمو اللغة المنطوقة وانعدامها كليا.
- عدم المقدرة على المبادرة في الكلام والمحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها.

- استخدام نمطي أو تكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة غير المفهومة.

الفئة (ج): ذخيرة محدودة جدا من النشاطات والاهتمامات:

- الانشغال الزائد والمستمر بواحدة أو أكثر الاهتمامات النمطية المحدودة .
- حركات بدوية وتكرارية ونمطية.

- الانبهار أو الانشغال الشديد ببعض أجزاء الاشياء.

– الالتزام الزائد وفير الوظيفي ببعض الحركات الروتينية (أورد في الزراع ، 2003 ،ص20 _21).

9– نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

لقد عرف اضطراب طيف التوحد انتشارا رهيبا في الآونة الأخيرة عبر العالم. حيث أشار Micheal (1999) انه يوجد على الأقل 360.000 فرد مصاب باضطراب طيف التوحد حيث يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا بالنسبة للإعاقات الأخرى. و يحدث في

الاضطراب بالرغم من عدم الاتفاق على أسبابه (كامل الشربيني، 2011،ص31).

التوحد، حيث يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا بالنسبة للإعاقات الأخرى. ويحدث في حوالي 4 إلى 5 أطفال كل 10.000 مولود (الزراع، 2003، 16).

ويرجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة الى تغير في الممارسات التشخيصية، وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية وزيادة الوعي بهذا الاضطراب إلى التعريفات المتعددة للاضطراب طيف التوحد والتوسع في العمليات التشخيصية، والتحسن المهني لهذا الاضطراب بالرغم من عدم الاتفاق على أسبابه (كامل الشربيني، 2011، ص31).

أما نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في الجزائر التي بلغ عدد سكانها 45.02 مليون نسمة، في 1 يوليو 2021 مليون ولادة سنويا، واكثر من 450.000 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (https://auisme.sente.gov.dz).

خلاصة الفصل:

نستخلص من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل ان اضطراب طيف التوحد هو أحد الاضطرابات العقلية التي قد تصيب الطفل في سن مبكرة، حيث تعتيقه في جوانب النمو لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وبالتالي تؤدي الى نقص في المهارات الاجتماعية، وتؤثر سلبا في مختلف جوانب حياه سواء كانت معرفية، جسمية، اجتماعية وتواصلية وانفعالية، وينتج عن ذلك العزلة عن الآخرين مما يستدعي تدخل أخصائيين من أجل تحسين حالتهم والتكيف مع الواقع و ذلك عن طريق التكفل بهذه الفئة.

الفصل الثالث: استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب

باضطراب طيف التوحد.

تمهيد:

1-تعريف التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

2-أهمية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

3-مهام فريق التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

4-أنواع عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

5-استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر التوحد من الاعاقات التي تقلل من قدرة الطفل على القيام بدوره الفعال في المجتمع على وجه مقبول، مقارنة بالشخاص العاديين، حيث تستمر إعاقة التوحد مدى الحياة، حيث أصبح الاهتمام بها من الضروريات حيث اتخذت مجموعة من الإجراءات الازمة من اجل التكفل بهذه الفئة. ومن خلال ها الفصل سنتطرق الى التعرف على مفهوم التكفل، وأهميته وكذا مهام كل مختص وأنواع التفل، وكذا تطرفنا الى استراتيجيات التكفل المقدمة داخل المراكز النفسية البيداغوجية.

1-تعريف التكفل:

تعرفه حليمة شريفي (2020) انه عملية إنسانية هادفة و مستمرة الى احتواء الفرد و اكسابه سلوكيات و قيم و خبرات تواصلية الى تكوين الشخصية المثالية التي تحقق له الاندماج و الفعالية في مجتمعه (شريفي، 2020، ص09).

كما عرفتها سارة (2019)هو العملية التي تتضمن جهود فريق من المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعاق على تحقيق اقصى ما يمكن التوافق في الحياة (سارة، 2019، ص24).

كما نجد شليحي الذي عرف التكفل على انه عملية متعددة الابعاد والجوانب يتم فيها تقديم مختلف الخدمات و البرامج للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد كعملية الكشف و التشخيص و الرعاية و العلاج الذي يمس الجوانب الطبية، النفسية التربوية، الارطوفونية و الاجتماعية و التي يشرف عليها فريق مختص و متعدد التخصصات بصفة تفاعلية و تكاملية (شليحي،ص4).

ويعرفه أيضا كامل (1999) يمكن ان يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي، يسع الى تعديل السلوك وفقا لمعايير، كما انه عملية لفهم إمكانيات واستعدادات الفرد، واستخدامها في حل مشكلاته و وضع خطط لحياته المستقبلية من خلال فهمه للواقع و الحاضر، و مساعدته في تحقيق ذاته كذا قدرا كبير من السعادة، و الكفاية وصولا بذلك الى تحقيق درجة من التوافق الشخصي و الاجتماعي (رحيمة، 2015، ص34).

2-أهمية عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف الوحد:

إن التكفل يعد وسيلة أساسية لإدماج الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة، خاصة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك يشمل مختلف النواحي.

إضافة إلى إن التكفل بالأطفال المصلبين باضطراب طيف التوحد له اهمي والتي تتمثل:

-إيجاد إطار قانوني يكفل التدخل المبكر للتعامل مع الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بالصورة التي تتلاءم وقدراته، وإعطائه الفرصة لإبراز مواهبه.

-القضاء على الحواجز والعقبات الاسرية والاجتماعية.

- الاستفادة من كل إمكانيات المجتمع واستثمارها لدمج المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل فعال.

- ضرورة إنسانية، أخلاقية، دينية، واجتماعية، وتتمثل معالم هذه الأخيرة في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الأشخاص.

-تطوير المهارات لدى الأطفال.

- مساعدة الطفل على الاسترخاء.
- زيادة الانتباه.
- تقليل فرط الحركة.
- تحفيز المشاركة الاجتماعية.
- التمكن من التقليد.
- التمكن من تبادل الأدوار(صبرينة، 2016، ص10).

3- مهام فريق التكفل:

- **مختص في التربية الخاصة:** إن المختص في التربية الخاصة عضو عال في فريق التكفل باضطراب طيف التوحد، حيث يهتم في تلقين الطفل المصاب باضطراب طيفا التوحد السلوك الاجتماعي المعقول من خلال تدريبه على بعض المهارات التي يستطيع من خلالها الاعتماد على نفسه في المكان والمأكل والملبس، وأن يظل نظيفا و ذلك باستخدام مناهج التدريس و التقنيات الحديثة (الحوامدة، 2019، ص75 76).
- **الاخصائي الاجتماعي:** يتولى مسؤولية مقابلة الوالدين وجميع تقارير و الفحوصات الطبية و النفسية و تحصيل المعلومات عند مراحل تطور الطفل، و تاريخه الصحي و التعليمي من الوالدين، كما انه يقوم بتقويم تكوين بني الاسرة و أوضاعها (محمود و اخرون، 2015، 53).
- **المختص النفسي:** إن المهمة الرئيسية للمختص النفسي هي التأكد من سلامة التشخيص، فيجد على المختص معرفة تاريخ الاضطراب و سلوك الطفل و مدى مطابقة نمط سلوكه مع اضطراب طيف التوحد، ثم يمضي في التحقيق مما إذا كان

الطفل المصاب بأي نوع من الإضطرابات التي تشخص خطأ على أنها اضطراب طيف التوحد.

- **المختص الارطوفوني:** يكون اخصائي التخاطب واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوي وذلك في ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فإنه يلاحظ ويقيم الإشارات والايماءات وتعبيرات الوجه، ويقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي وذلك يستطيع أن يضع نقطة البداية في خطة التكفل لتعليم الطفل المهارات اللغوية (أورد في الحوامدة، 2019، ص75 76).

4- أنواع التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

4-1-التكفل النفسي: يقصد بها استخدام الأدوات من نواحي الوظائف المعرفية والادراكية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية والتكيفية، من أجل معرفة مناطق القصور والتطور لدى الطفل المصاب اضطراب طيف التوحد (محمود وآخرون، 2015، ص47).

4-2- التكفل التربوي: يقصد به الإهتمام لدى أطفال اضطراب طيف التوحد لتحسين إعدادهم وتدريبهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم في المجال العلمي والتدريب المهني (مجيد 2010، ص2).

4-3- التكفل الطبي: يعد التكفل الطبي الذي كان يستعمل قديما والذي ما يزال يعمل بها الى وقتنا الحالي، ويهدف للتقليل من اعراض التوحد وليس الشفاء منه، ويمكن اللجوء إلى العلاج بالعقاقير، بهذا فشل برامج تعديل السلوك، وإيقاف الدواء يؤدي الى عودة الاعراض مرة أخرى، والغرض من الدواء النفسي تصحيح سلوكات غير سوية ناتجة عن خلل كيمياوي في دماغ الطفل، وينبغي ان تطبق البرامج السلوكية والتربوية الى جانب الادوية جميع الأحوال (سهيل، 2015، ص 194).

4-4- التكفل الاجتماعي: إن التفاعلات الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عمليات معقدة لها قوانينها وأنظمتها، ويصعب عليه فهمها ولذلك

أوجب التكفل اجتماعيا بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، لكي يسهل عليه العملية الاجتماعية.

حيث قام كل من Gray et Garand بتصميم القصص الاجتماعية وتحديد هذه القصص الاجتماعية بناءا على احتياجات الشخص والأوضاع التي تواجه صعوبات اجتماعية مثل الذهاب الى الطبيب والزيارات الاجتماعية او اللعب (العبادي، 2020، ص26).

4-5- التكفل الأرطوفوني: يقوم بالعلاج اللغوي والتكفل بصعوبات النطق ومصاعب البلع ومشكلات الحبال الصوتية، ويقوم بمعالجة وتقويم لغة العقل من خلال الاختبارات الرسمية والملاحظة للطفل (سهيل، 2015، ص139).

بالإضافة إلى هذا نجد طرق تكفل بديلة حديثة و التى تتمثل في:

- **التكفل بالموسيقى:** درس التأثير العملية والعلاجية للموسيقى على أطفال ذوي اضطراب طي التوحد، فوجد ان الموسيقى لها تأثيرا كبير على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال، وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام، إذ أنها تساعد الطفل على تذكره الأغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا و سهلا في تدريب الطفل عليه و ليس له أية تأثيرات جانبية (سوسن، 2010، ص146).
- العلاج بالفن Art Therapy: و ينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و تحفزهم على المشاركة مع الآخرين، و تقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة في تنمية المهارات الأساسية للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ثم تستخدم الأنشطة الفنية لتحسين و تقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف واضح للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- **العلاج باللعب Play Therapy:** يعتبر اللعب لغة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث يستعملون الدمى أو أدوات اللعب الأخرى، فإن كل مفردة من

مفردات اللعب تصبح مصدرا لكلمات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد التي يستطيع ان يلفظ بها، أنها رسائل غير لفظية متعددة، تصبح هذ الألعاب مفيدة للكشف عن عالم هؤلاء الأطفال عندما يختارون هذه العناصر من تلقاء أنفسهم دون تدخل الآخرين. وعندئذ يستطيع المعالج الكشف عن مكنون استعمال الطفل للدمية باعتبارها وسيلة للتعبير عن أهدافه الذاتية الداخلية (بدر، 2004،ص ص106 116).

5- استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

ويقصد بها البرامج التي تستخدم في علاج وتعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، والتي تساعدهم في التواصل والتفاعل الاجتماعي واكتساب مختلف المهارات. ومن بين أهم هذه البرامج المستخدمة نجد برنامج TEACCH وبرنامج ABA ونضام PECS لتبادل الصور وباقي البرامج والتي تتمثل:

5-1- استراتيجيات برنامج علاج وتربية أطفال التوحدTeacch:

يعتبر برنامج Teacchبرنامجا علاج وتعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وإعاقات التواصل المشابهة له أحد البرامج العلاجية التي تستخدم مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيش في الولايات المتحدة الامريكية حيث يتم توفير خدمات وبرامج تربوية عن طريق المعلمين ومتخصصين. وتمتاز طريقة Teacch بانها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب وأحد كاللغة، الأسلوب، بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل، كما أنها تمتاز بان طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل.

وقد تطور هذا البرنامج الدكتور ايريك شوبلر (1972) ويعتبر أول برنامج تربوي متخصص بتعليم المصابين باضطراب طيف التوحد، كما يعتبر برنامجا معتمدا من قبل جمعية التوحد

الأمريكية. هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر، فهو يعتمد على نظام لنية التعليمية أو النظم لبنية الطفل سوآءا في المنزل أو المدرسة.

ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطف المصاب باضطراب طيف التوحد كل على انفراد، ويقومTaecch بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية واللغوية، ولذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

برنامج Taecch يدخل عالم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ويشغل نطاق القوة فيه مثل اهتمامه التفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. وهذا البرنامج متكامل من عمر 3-16 سنة، حيث ان تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له.

فالبيئة التعليمية لبرنامج Taecch بيئة منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية تمكن الطفل من التكيف مع بيئته. وهذا التنظيم من خلال دلائل بصرية كالجداول والصور والأنشطة، ويركز البرنامج على تعلم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الإعتماد على النفس.

المبادئ التي يقوم عليها برنامج Taecch:

-إجراء تقييم رسمي وغير رسمي لقدرات ومهارات الطفل.

-الغرض من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل.

-يهتم البرنامج على حل القصور وليس على جانب واحد فقط.

-يركز البرنامج على حل القصور وليس على جانب واحد فقط.

-استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس والاستفادة من أصحاب الخبرات (فكري 2015، ص ص219 221).

اهداف برنامج Taecch:

-مسندة جهود تخطيط البرنامج التعليمي الفردي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

-اكتساب مهارات التكيف مع البيئة.

-وضع أسس التدخل العلاجي لتعديل السلوك(أورد في فكري، 2015،ص ص219 221).

5-2 التحليل السلوكي التطبيقي ABA:

اتفق Skinner (1953)و Bear and Risley (1976) على أن تحليل السلوك التطبيقي هو الدراسة العلمية للسلوك، وعلى وجه الخصوص، فهو العلم الذي يسعى الى استخدام إجراءات تعديل السلوك الصادقة، أجريت من اجل مساعدة الأشخاص والافراد في تنمية المهارات ذات القيمة الاجتماعية.

وأكدHeward et Cooper (1976) على أن السلوك بدأ رسميا في عام (1938) وذلك عندما قام Skinner ينشر كتابه الشهير سلوك الكائنات The Behavior of Organismsوكان تحلل السلوك التطبيقي، آنذاك يقوم على تحسين السلوكيات المحددة والملحوظة، وقد قام تحليل السلوك التطبيقي على ثلاثة أركان وهي: الوصف Description، التقدير QuantificationوالتحليلAnalys.

وأشار(2002) jensen et Sinclair الى تحليل السلوك التطبيقي وهو العلم الذي يتضمن إجراءات مشتقة من مبادئ السلوك والتي يتم تطبيقها لتحسين سلوكيات دالة اجتماعية بطريقة منظمة. ولذلك لا ينبغي أن ننظر الى التحليل السلوكي التطبيقي على أنه أسلوب يدخل خاص، بل أنه علم شامل يقدم خدمات إرشادية وعلاجية لإعداد برامج التدخل الفعالة. وفي تقرير صادر عن مركز كامبريج للدراسات السلوكية.

(2003)StudiesCobridjeCenterأكد فيه ان المدخلات والبرامج العلاجية السلوكية التي تقوم على تحليل السلوك التطبيقي تبنى على بحث وتقييم تفصيلي لنقاط القوى والضعف والاحتياجات والظروف الحياتية للفرد.

هذا وبعد استخدام العلاج السلوكي مع أطفال ذوي اضطراب التوحد لم يبدا إلا وفي الستينات من القرن الماضي، حيث أشارت رتيبة إبراهيم (2003) إلى أن التدخل السلوكي والمتمثل في تحليل السلوك التطبيقي ABA لم يبدا مع أطفال المصابين باضطراب التوحد، إلا بحوث

حيث كان أول من استخدم التحليل السلوكي مع الأطفال المصبين باضطراب التوحد، وقام بعمل بحوث كثيرة اثبتت جدوى هذه الطريقة مع التوحد.

و ذكر عثمان فراج (2002) أن برنامج Lovass هو برنامج تعليمي لتعديل السلوك بالطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و اتفقت Romanczyk et Mattheos(1997)على أن المدخل السلوكي القائم على تحليل السلوك التطبيقي الخاص بالطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتضمن بروتوكولا يحوي العناصر التالية:

1-**التحليل والقياس:** ويتضمن تحديد السلوك المراد.

2- **تقييم حالة الطفل:** يتضمن التقييم الوظيفي بعناية والذي يشير بدوره الى عملية التأكد التجريبي للمتغيرات الضابطة التي تدعم او تعوق التعبير عن السلوك.

3-**تطوير المنهج الفردي:** ويتضمن تسلسل للأهداف طويلة المدى وقصيرة الدى نتيجة للتعليم.

4-**انتقاء المعززات استخدامها:** تضمن تنفيذ تقييم مستمر لتحديد معززات وظيفية التي تزيد من الدافعية للتعليم.

5-**دعم التصميم:** يتضمن وضع خطة تفصيلية محددة حتى يتم عن التعبير عن المهارات الجديدة المكتسبة.

6-**انتقاء أساليب التدخل:** ويتمثل الأسلوب والمدخل العلاجي الخاص بالمهارات المحددة والسلوكيات الخاصة.

5-3- نظام التواصل بتبادل الصور P.E.C.S:

يعبر إحدى المجالات الرئيسية المتضررة من مرض اضطراب طيف التوحد وهي القدرة على التواصل، ولاسيما استخدام اللغة المنطوقة، اذ يظهر بعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تطوير محدود في اللغة الكلامية، في حين أن بعضهم الاخر قد لا يتحدث أبدا.

ويعتبر نظام التواصل بتبادل الصور برنامجا بسيطا للتواصل، ويستخدم في بعض المدارس المتخصصة من أجل بدأ اللغة، كذلك لتوفير وسيلة للتواصل المستمر لهؤلاء الأطفال الذين قد لا يتحدثون أبدا، و إذ كان من غير المرجح أن يستخدم الطفل المصاب بتوحد اللغة اللفظية على نحو فعال، فقد يكون قادرا على تعلم كيفية استخدام مجموعة بسيطة من الصور.

مزايا نظام تبادل الصور P.E.C. S:

من أهم مزايا التواصل بتبادل الصور، هو انه عندما يتم الطلب من جانب الأطفال فإنه يكون واضحا ومقصودا، والأهم من ذلك خصوصا في حالة الطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد. ان الطفل هو الذي يبدأ بالطلب اذ يسلم الطفل الصورة الى المختص ويتم طلبه على الفور.

كما أنه يجعل من السهل على الطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد أن يتواصل مع أي شخص، وكل ما على الطفل القيام به هو تقديم الصور المناسبة الى المختص. ومن الواضح ضرورة وجود تنسيق واستمرار في استخدام الصور سواء في المنزل أو في المدرسة (Kolin, 2013, p77).

متطلبات برنامج P.E.C.S:

-تحديد معززات الطفل.

-توفير عدد من الصور أو بطاقة فارغة لا تحمل صورة أو مدلول.

-توفير مختص للتواصل.

-توفير كتاب للتواصل (محمد، 2015، ص69).

مكونات برنامج P.E.C.S:

-مرحلة التبادل الحسي The physical Exchange: الهدف من هذه المرحلة ان يلتقط الطفل الصورة المرغوبة فيها، ويتجه نحو المدرس ويضعها في يده بحيث تبدأ هذه المرحلة بالمعززات المفضلة لدى الطفل.

-المرحلة التلقائية في الأداء ExpandingSpontoneity: والهدف منها يتجه الطفل إلى اللوحة المعلق عليها الصور ويخلع منها صورة ثم يتجه الى المدرس ويسلمها له.

-مرحلة التميز بين الصور Picture Discrimination: تهدف الى تدريب الطفل على الذهاب الى لوحة اصور ويختار صورة مناسبة ويعطيها للمدرس.

-مرحلة بناء الجملة Sentence Structure: الهدف منها ان يطلب الطفل أشياء وجودة وأشياء غير موجودة مستخدما لذلك جملة متعددة الكلمات.

-مرحلة الاستجابة للسؤال ماذا تريد Responding to the qustionwhat do youwant: والهدف منها يستجيب الطفل لسؤال المعلم الربي.

-مرحلة التعميم و الاستفادة التلقائية Responsive Spontaneity: الهدف منها ان يستجيب الطفل في هذه المرحلة للعديد من الأسئلة (زهير، 2021،ص22).

5-4- النمو المبني على الجانب العلائقي DIR:

هو نظام لتعديل السلوك من خلال التعزيز الإيجابي، وضع الدكتور غوتشتاين التدخل النمائي العلائقي كمعالجة سلوكية قائمة على الأسرة، باستخدام الذكاء الديناميكي ومخاطبة الاعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد.

يهدف التدخل النمائي العلائقي إلى مساعدة الافراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تكوين علاقات شخصية عن طريق تدعيم اللبانات الأساسية للعلاقات الاجتماعية تدريجيا، وهذا يشمل القدرة على تكوين رابطة عاطفية وتبادل الخبرات(الشعيبات، 2014، ص34).

الأهداف التي يبنى عليها جانب النمو العلائقي DIR:

-**المرجعية العاطفية:** القدرة على استخدام نظام الرد العاطفي للتعلم من التجارب الشخصية الأخرى.

-**التنسيق الاجتماعي:** القدرة على مراقبة سلوك الطفل وتنظيمه باستمرار من أجل المشاركة في العلاقات التلقائية التي تشمل التعاون وتبادل المشاعر.

-**اللغة التقريرية:** القدرة على استخدام اللغة والتواصل غير الكلامي للتعبير عن الفضول، ودعوة الأخرين للتفاعل ومشاركة المفاهيم والمشاعر و تنسيق الأفعال مع الآخرين.

-**التفكير المرن:** القدرة على التكيف السريع وتغيير الاستراتيجيات وتغيير الخطط بناءا على الظروف المتغيرة.

-**معالجة المعلومات العلائقية:** القدرة على الحصول على المعنى على أساس السياق الاوسع، وحل المسائل التي ليس لها حلول.

-**البصيرة والادراك المتأخر:** القدرة على التأمل في التجارب السابقة، وتوقع السيناريوهات المستقبلية المحتملة التي ليس بطريقة مثمرة.

ويشمل البرنامج نهجا منهجيا للعمل على بناء مهارات التحفيز والتعليم مع التركيز على المستوى النمائي الحالي لأداء الطفل (أورد في الشعيبات، 2014،ص14).

5-5- العلاج بالحمية الغذائية:

يرى أصحاب هذه النظرية ان اعراض اضطراب طيف التوحد ناتجة عن التحليل غير السليم لبروتينات الغلوتين Glutenو الكازينCasein الذين يتواجدون بكثرة في الأغذية المشتقة من الحليب والقمح.

تقوم فكرة هذا العلاج ان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مستويات عالية من Beta enderphin مما يجعل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يحسون بالألم عند ممارسة سلوك الذات، مما يستدعي ظروف التخلص من الأطعمة التي تحتوي على هذه

البروتينات، مما يؤدي الى حدوث تحسن لدى الأشخاص الذين لديهم مشكلات هضم هذه البروتينات (سهيل، 2015، ص195 196).

5-6-وضع الخطة الفردية لكل طفل:

تشمل الخطة التربوية الفرية حجر الزاوية في بناء منهاج ذوي الاحتياجات الخاصة، إذا تعتبر بمثابة المنهاج الفردي لكل طفل معوق، و تعد هذه الخطة بعد الحصول على نتائج تقيم لأداء الحالي للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد على أبعاد المنهاج المختلفة، لتكون بمخطط هادف لتعليم التلاميذ، بشمل ما يتطلبه هذا التعليم من أدوات و مستلزمات محددة و استخدام النشاطات و الحاجات، فهي بشكل خاص لطفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة، و في فترة محدودة و لتصف بذلك ماذا يتوجب على المعلمين و الاخصائيين القيام به للإيفاء بالحاجات التعليمية الخاصة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد(المقابلة، 2016، ص 245).

اهداف الخطة التربوية الفردية:

تسعى الخطة التربوية الفردية الى تحقيق جملة من الأهداف والتي تتمثل في:

-ضمان حق التلميذ في الخدمات التربوية والخدمات التي تلبي جميع احتياجات الطفل الخاصة من خلال اتباع العملية المنصوص عليها في الخطة.

-ضمان حق الأسرة في تلقي الرعاية المناسبة لأبنائها.

-تحديد نوعية وكمية الخدم التربوية المطلوبة لاحتياجات كل الطفل على حدي.

-قياس مدى تقدم التلميذ في تحقيق الأهداف الموضوعة له في البرنامج (أورد في المقابلة 2016، ص245).

5-7-التدريب السمعي المتكامل AIT:

وضعه الدكتور الفرنسي المختص في امراض الاذن والحنجرةGuy Berard، وتهدف الى تقوية عضلات الاذن وتحفيز الجهاز المخيخي الدهليزي، وهو مصمم الى جميع الفئات الخاصة.

ويتم تحديد العتبة السمعية ورسم تخطيطي سمعي للطفل في حالة ظهور حساسية سمعية عند الطفل، فإنه يخضع الطفل للبرنامج العلاجي ويتم التدريب فترة عشر ساعات من الاستماع للموسيقى موزعة لفترة التدريب بإعطاء طفل مخطط سمع أي اختبار يحدد مناطق الحساسية المفرطة، ثم تتم فلترة الموسيقى ضمن ترددات باستخدام الكمبيوتر، ويتم التدريب العلاجي وينهي بمخطط سمعي ثالث لمراقبة النتائج النهائية للتدريب على التكامل الحسي (تامر، 2015، ص 185).

5-8- العلاج بالتكامل الحسي SIT:

يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الاحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خلل في ربط التجانس هذه الأحاسيس (الحواس، الشم، اللمس، البصر، السمع التذوق.). قد يؤدي الى أعراض توحدية ويقوم التكفل على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، و لكن في الحقيقة ليس الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يظهرون أعراض تدل على خلل في التوازن الحس.

كما أنه ليس هناك علاقة واضحة و مثبة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل، المساج، اللمس برفق، إستخدام اللمس التي تعين الطفل على الإستجابات التكيفية فضلا عن تدريب دماغ الطفل لتكامل المدخلات لمختلف الاحاسيس.

و رغم ن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر اكثر علمية من التدريب السمعي و التواصل الميسر، حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه (سوسن، 2010 ص145).

5-9- تنمية مهارات العناية بالذات Autonomie:

من أهم البرامج الموضوعة لتعديل سلوك الطفل وي الطفل التوحدي، هي مساعدته على القيام بالرعاية الذاتية دون مساعدة، و لابدان يتم هذا في نفس الوقت الذي يتم فيه تدريب الطفل و تنمية قدراته اللغوية و المعرفية واكسابها مهارات جديدة.

قواعد عامة لتعليم الطفل التوحدي الرعاية الذاتية:

-إعطاء الطفل وقت كاف.

-البدء بالأسهل على سبيل المثال نبدأ بتعليم الطفل خلع ملابسه قبل تعليمه ارتداء.

-من الأفضل أن يتم تدريب الطفل امام المرآة.

-نبدأ بالمساعدة البدنية للطفل ثم المساعدة اللفظية، فقط عند تعلمه كل بند من بنود الرعاية الذاتية، ثم عندما نتأكد من قدرته على القيام به نتركه يقوم به بدون مساعدة.

- **النظافة الشخصية:**
  - دخول المرحاض.
  - غسل وتجفيف اليدين.
  - غسل الفم والاسنان بالفرشاة والمعجون.
  - تمشيط الشعر.
  - قص أصابع اليدين.
  - الاستحمام.
- **الملابس:**
  - خلع الملابس، لبس الجوارب.

- خلع البطلون.

- فك رباط الحذاء.

➢ **الأكل:**

-شرب السوائل بالكوب.

- غسل الطبق.

- الأكل بالشوكة.

-استعمال السكين اثناء القطع(مصطفى، 2015،صص 75 78).

خلاصة الفصل:

يستخلص من خلال هذا الفصل، تم التعرف على عملية التكفل باضطراب طيف التوحد، وكذا استراتيجيات التكفل المطبقة من اجل الوصول الى تعديل سلوك الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وأن عملية التكفل لها دور فعال في رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في جميع النواحي الحياتية.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

1- منهج الدراسة

2- الدراية الاستطلاعية

3-مجتمع الدراسة

4-عينة الدراسة

5- أدوات الدراسة

6- الأساليب الإحصائية

7-حدود الدراسة

تمهيد

سيتم في هذا الفصل عرض الإجراءات المنهجية للدراسة، والدراسة الاستطلاعية، ومجتمع وعينة الدراسة، ومكان إجراء الدراسة، وكذا المنهج المستخدم والادوات التي استخدمناها في هذه الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة، وفي الاخير نتطرق إلى خلاصة الفصل.

1_منهج الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع استخدام استراتيجيات التكفل لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس والكشف عن اختلاف في تطبيق وتوفير والاطلاع هذه الاستراتيجيات بين المراكز النفسية البيداغوجية المتواجدة في ولاية بومرداس.

ومن أجل جمع البيانات حول الدراسة وعرضها وتحليلها وتفسيرها تم الاعتماد على المنهج الوصفي، كونه المنهج المناسب لهذه الدراسة.

2_ الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية اول خطوة أساسية في البحث العلمي، وتركز على اكتشاف أفكار جديدة التي تساعد الباحث في فهم مشكلة البحث، وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على مواقع البحث وتحديد مكونات مجتمعه.

وتهدف هذه الدراسة الاستطلاعية إلى:

_ ضبط عنوان الدراسة

_ استطلاع مكان إجراء الدراسة المتمثلة في المراكز النفسية البيداغوجية.

_ تحديد عينة الدراسة

_ التأكد من مدى صلاحية الاستبيان في التطبيق المتمثل في استبيان واقع استخدام استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التكفل للزعابطة وعاجب 2018 وذلك بتعديله بالإضافة بعض التساؤلات التي تتمثل فيما يلى:

_ ماهي المصادر التي تساعد فريق التكفل في تطيق الاستراتيجيات التكفل؟

_ هل يتم استخدام استراتيجيات اخرى لتكفل مع ذكر هذه الاستراتيجيات؟

_ ماهي عدد وسن الاطفال المتكفل بهم؟

_ ماذا نقصد بالنمو المبنى على الجانب العلائقيDIR؟

_ هل يتم تطبيق هذه الاستراتيجيات على الطفل بطريقة فردية ام جماعية؟

وللإجابة عن هذه الاسئلة قمنا بتوزيع الاستبيان بإجراء مقابلات فردية لتحدث مع فريق التكفل للتحدث عن مضمون الاستبيان.

2_1_عينة الدراسة الاستطلاعية

تشمل عينة الدراسة الاستطلاعية المختصين الذين يمارسون مهامهم باضطراب طيف التوحد بالمراكز النفسية البيداغوجية في الجدول التالي:

جدول رقم (1) : توزيع الفريق حسب التخصص والمراكز النفسية البيداغوجية.

المراكز النفسية البيداغوجية	عدد المختصين															
	علم النفس		مختص في الأرطفونيا		مختص اجتماعي		طبيب عام		طبيب العقل		مختص في التربية الخاصة		تربية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد		المختص في التربية الخاصة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تجلابين	5	55.55	7	53.84	1	100	0	0	0	0	2	66.66	2	66.66	1	100	18	60
تنية	3	33.33	5	38.46	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.33	0	0	9	30
خميس الخشنة	1	11.11	1	7.69	0	0	0	0	0	0	1	33.33	0	0	0	0	3	10
المجموع	9	100	13	100	1	100	0	0	0	0	3	100	3	100	1	100	30	100

من خلال الجدول رقم (1) يوضح توزيع الفريق حسب التخصص. حيث نلاحظ من خلال الجدول ان المركز النفسي البيداغوجي بتجلابين لديه أكبر عدد من المختصين للتكفل بذوي اضطراب طيف التوحد حيث بلغ عدد المختصين 18 مختص بما يقدر بنسبة 60% ويلها المركز النفسي البيداغوجية بثنية ب 9 مختصين بنسبة 30% وفي الاخير نجد باقي المركز النفسي البيداغوجي لخميس الخشنة بعدد يقدر ب 03 مختصين أي بنسبة .10%

3_مجتمع الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة على الدراسة على 30 مختص ويتضح في الجدول الأتى

جدول رقم (2) يوضح مجتمع الدراسة

المراكز النفسية البيداغوجية	عدد المختصين
تيجلابين	30
ثنية	15
خميس الخشنة	14

نلاحظ من خلال الجدول رقم (2) أن مجتمع الدراسة يتكون من59 مختص في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس

4_عينة الدراسة:

يتمثل عينة الدراسة في جميع فريق التكفل باضطراب طيف التوحد المتواجدين في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس حيث تكونت العينة من 30 مختص في مختلف التخصصات. تم اختيار العينة بطريقة قصدية في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس. ويوضح الجدول رقم (2) أفراد العينة وخصائصها حسب المراكز و حسب المؤهل العلمي للفريق، الاختصاص، الخبرة المهنية، العمل في نفس الميدان.

4_1 خصائص العينة حسب:

4_1_1 المراكز:

يوضح الجدول رقم (3) أفراد العينة حسب النفسية البيداغوجية:

الجدول رقم (3):توزيع العينة حسب المراكز النفسة البيداغوجية

المراكز النفسية البيداغوجية	عدد المختصين في التخصصات التالية:										
	علم النفس	الارطفوني	علم الاجتماع	طبيب عام	طبيب العقل	مختص في التربية الخاصة	تربية الطفل التوحدي	المختص في التربية الخاصة	المجموع	عدد الاطفال المتكفل بهم	سن الاطفال التكفل بهم
تجلابين	5	7	1	0	0	2	2	1	18	40	3 إلى 18 سنة
تنية	3	5	0	0	0	0	1	0	9	30	3 إلى 12 سنة
خميس الخشنة	1	1	0	0	0	1	0	0	3	15	3 إلى 12 سنة
المجموع	9	13	1	0	0	3	3	1	30		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3) أفراد عينة الدراسة في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية بومرداس توزعت على (3) مراكز نفسية، حيت نجد المركز تجلابين الذي يحتوي على 18 مختص ويتكفل ب 40 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وتتراوح أعمارهم ما بين 3 إلى 18 سنة، ومركز الثنية الذي يحتوي على 9 أخصائيين ويتكفل ب 30 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وتتراوح أعمارهم بين 3 إلى 12 سنة أما مركز خميس الخشنة يعد أصغر مركز في الولاية حيث يحتوي على 3 أخصائيين ويتكفل ب 15 طفل تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 12 سنة.

4_1_2_ حسب الجنس

جدول رقم (4):

توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية%
ذكور	5	% 16.67
اناث	25	%83.33
المجموع	30	%100

يلاحظ من خلال النتائج في الجدول رقم (4) الموضح لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس أن عدد الذكور قدر ب 5 وبنسبة 16.67% وعدد الاناث بلغ 25 أي بنسبة 83.33% وهي نسبة مرتفعة عن الذكور.

4_1_3_حسب المؤهل العلمي

جدول رقم (5):

توزيع افراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرارات	النسبة المئوية %
ليسانس	9	%30
ماستر	16	%53.33
دكتوراه	3	%10
اخرون	2	%6.66
المجموع	30	%100

يبن الجدول رقم(5) توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي خلال ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (5) اذ ان معظم افراد العينة مستواهم الجامعي ماستر يصل إلى بنسبة 53.33 %، اما نسبة 30 % فيمثل مستوى ليسانس. ونسبة 10% من أفراد العينة مستواهم دكتوراه، والعينة المتبقية والتي تقدر ب 66. 6 %فهي لحاملي الشهادات الأخرى غير المذكورة سابقا.

4_1_4_ حسب الاختصاص

جدول رقم (6):

توزيع افراد العينة حسب الاختصاص

التخصص	التكرارات	النسبة المئوية %
علم النفس	9	%30
الارطوفونيا	13	%43.33
التربية الخاصة	2	%6.66
مختص اجتماعي	1	%3.33
اخرون	5	%16.66
المجموع	30	%100

يوضح الجدول رقم (6) توزيع العينة حسب الاختصاص حيث أن النسب الاكثر من العينة لديها تخصص في الأرطفونيا بنسبة 43.33% ثم يليها تخصص علم النفس بنسبة 30% وتأتى في المرتبة الثالثة بالنسبة 16.66% وفي المرتبة الرابعة يأتي تخصص التربية الخاصة بالنسبة6.66% وفي المرتبة الاخيرة يأتي تخصص الأخصائي الاجتماعي بالنسبة 16.66%.

4_1_5_ حسب الخبرة المهنية:

الجدول رقم (7):

توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية%
أقل من 5 سنوات	08	%26.66
من 5 إلى 10 سنوات	15	%50
من 10 فما فوق	07	%23.33
المجموع	30	%100

يبين الجدول رقم(7) أن معظم الأخصائيين لديهم خبرة ميدانية تتراوح من 5 إلى 10 سنوات ما يعادل (15) مختص أي نسبة 23.30%. ثم يليها الأخصائيين الذين تقل خبرتهم عن 5 سنوات يقدر ب 08 مختص أي نسبة 26.70% وبعدها تأتى الخبرة من 10 سنوات وما فوق حيث يقدر ب 07 مختص بنسه 23.30%.

4_1_6_ حسب العمل في نفس الميدان:

الجدول رقم (8):

توزيع أفراد العينة حسب العمل في نفس الميدان

العمل في نفس الميدان	التكرارات	النسبة المئوية%
نعم	26	%86.66
لا	04	%13.33
المجموع	30	%100

يلاحظ من خلال الجدول (8) أن أفراد العينة يعملون في نفس ميدان التخصص حيث يبلغ عددهم (26) مختص فهذا العدد يمثل نصف العينة تقريبا بنسبة 86.70%

5_ أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة علي الاستبيان بالمقابلة لقياس واقع استخدام استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

5_1 الاستبيان بالمقابلة:

الاستبيان الذي أعده الزعابطة (2018) وعدلته الباحثة بوبكري (2021) وطبقته الطالبتين طوماش عقيلة، يحياوى أحلام تحت إشراف الأستاذة بوبكري ليلى (2021).

5_2_ استبيان استراتيجيات الداعمة للتكفل:

5_2_1_ وصف الاستبيان:

قام بأعداده الزعابطة وعاجب سنة (2018) لغرض التعرف على واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية ويتكون من ثلاثة ابعاد:

1_ يوضح واقع استخدام اساليب تشخيص طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

2_ يوضح واقع استخدام استراتيجيات التكفل بطيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

3_ يوضع واقع استخدام الاستراتيجيات الداعمة للتكفل بطيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

يتكون الاستبيان من 32 بند مقسم إلى14 بند ممثلة للبعد الاول أي أساليب التشخيص،و9 بنود تخص بعد استراتيجيات التكفل،و9 بنود تخص استراتيجيات الداعمة للتكفل .

5_2_2_ تقديم الاستبيان:

1_ الامكانيات البشرية: ويتم الاجابة عليها بوصف فريق العمل من حيث التخصص العدد، اضافة إلى عدد الاطفال طيف التوحد.

2_ أساليب التعرف والتشخيص: تتم الاجابة على هذا الجزء من خلال بدائل الاجابة التالية:

(مطلع عليه، غير مطلع عليه/متوفر، غير متوفر/استخدمه، لم استخدمه).

3_ استراتيجيات العلاج والتكفل: تتم الاجابة على هذا الجزء من خلال بدائل الاجابة التالية:

(مطلع عليه، غير مطلع عليه/ متوفر، غير متوفر/ استخدمه، لا استخدمه).كما تم تدعيم بأسئلة إضافية.

النشاطات الداعمة: يتم الاجابة على هذا الجزء بنعم/لا.

الخصائص السيكومترية للاستبيان في دراسة بوبكرى ليلي، طوماش عقيلة، يحياوي أحلام (2021).

4_ صدق وثبات استراتيجيات التكفل:

الصدق: تم التحقق من صدق استبيانات استراتيجية التكفل بواسطة طريقة الصدق الداخلي من خلال تقدير معاملات ارتباط البنود بدرجة الكلية لاستبيانات (اطلعت عليها – لم أطلع عليها)،و (متوفرة – غير متوفرة)، و(استخدمت –لم تستخدم)

الثبات: تم تقدير ثبات درجات استبيانات استراتيجيات التكفل باستخدام طريقة كرو نباخ للاتساق الداخلي

5_ طريقة تصحيح الاستبيان:

يلاحظ أن الباحث المعدة للقائمة لم يضع لها طريقة للتصحيح، وبالتالي تم بناء شبكة للتصحيح تتناسب مع طريقة الإجابة.

حيث تم وضع درجة (0) للإجابة على سلم: لم أطلع/غير متوفر/لم تستخدم/لا.

وإعطاء درجة(1) للإجابة على السلم بوضع: أطلع /متوفر / استخدم/نعم.

5_1 النشاطات الداعمة: يتم الاجابة على هذا الجزء بنعم/لا.

5_2_الاساليب الاحصائية المستخدمة:

تم تحليل البيانات المستخدمة بالحساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة على استراتيجيات التكفل، مع ارفاق التكرارات والنسب المئوية باختبار كا2 للكشف عن الاختلافات بين استجابات الافراد حول استراتيجيات التكفل، واستخدام النشاطات الداعمة للتكفل.

6-الأساليب الإحصائية

تم تحليل بيانات الدراسة باستخدام التكرارات، والنسب المئوية واختبار كا^{2}للكشف عن استجابات الأفراد حول استراتيجيات التكفل، واستخدام النشطات الداعمة للتكفل

7_ حدود الدراسة:

تتمثل حدود هذه الدراسة في عينة الدراسة المتكونة من فريق التكفل لذوي اضطراب طيف التوحد.

7_1_ مكان الدراسة:

تمت هذه الدراسة في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية التابعة لولاية بومرداس التى تمثل في كل من تجلابين، ثنية، خميس الخشنة.

7_2_ زمان إجراء البحث:

دامت مدة الدراسة الميدانية في المراكز النفسية البيداغوجية مدة 3 أشهر كاملة من أفريل إلى جوان 2022.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول.

2 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني.

3 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث.

4 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الرابع.

خلاصة الفصل

تمهيد

في هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج المتوصل إليها

1-عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج السؤال الذي ينص على إطلاع فريق التخصص على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية

جدول (09):

استجابات أفراد العينة حول الاطلاع فريق التخصص على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

الرقم	العبارات	اطلعت		لم أطلع		كا^2
		ت	%	ت	%	
1	استراتيجيات برنامج علاج وتربية الاطفال التوحدين والمعاقين تواصليا TEACCH	28	93,33	02	6,66	22,53**
2	التحليل السلوكي التطبيقي ABA	25	83,33	05	16,66	13,33**
3	نظام التواصل بتبادل الصور S.P.E.C	23	76,66	07	23,33	8,53*
4	النمو البني على الجانب العلائقي DIR	19	63,33	11	36,66	2,13*
5	العلاج بالحمية الغذائية	20	66,66	10	33,33	3,33*
6	وضع الخطة الفردية لكل طفل	27	90	03	10	19,20**
7	تدريب السمعي المتكامل (AIT)	15	50	05	16,66	0,00*
8	العلاج بالتكامل الحسي(SIT)	23	76,66	07	23,33	8,53*
9	تنمية المهرات العناية بالذات Autonomie	5	83,33	05	16,66	13,33**

**** دالة عند 0,01** *** دالة عند 0,05**

بين الجدول رقم(9) الموضح لاستجابة أفراد العينة حول الاطلاع على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية حيث كانت علاج أكثر البرامج المطلعة عليها بنسبة TEACCHوتربية الاطفال التوحدين والمعاقين تواصليا وهي دالة P<0,01= 22,53 وهي أصغر من 0,01 أي ^{2} والتي تساوي قيمة كا93,33% عند المستوي الدلالة 0,00 لأن القيمة الاحصائية أصغر من0,01 وهي دالة عند 0,01.

تليها استراتيجية وضع الخطة الفردية لكل طفل بنسبة 90% أي ما يعادل قيمة كا^2 19,20 وهي عند الدلالة الاحصائية 0,00 أي P<0,01. وهي دالة عند 0,01.

وتأتي بعدها استراتيجية التحليل السلوكي التطبيقي ABAوتنمية المهارات العناية بالذات Autonomie بنسبة 83% بقيمة كا^2=13,53وهي أصغر من 0,01 وهي عند دلالة 0,00 أي p<0,01. وهي دالة عند مستوى الدالة 0,01 لأن القيمة الاحتمالية أصغر من 0,01 إذا هي دالة.

واستراتيجية نظام التواصل بتبادل الصور S.P.E.C والعلاج بالتكامل الحسي (SIT) بلغت قيمتهم ب 76,66% بما يعادل قيمة كا^2= 8,53 وهي عند الدلالة 0,03 أي P<0,05، وهي أصغر من 0,05 إذا هي دالة.

ثم تليها استراتيجية العلاج بالحمية الغذائية بنسبة 66,66% والتي جاءت قيمة كا^2 =3,33 أي هي عند دلالة 0,06 أيP>0,05، فهي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05.

وبعدها نجد استراتيجية النمو المبنى على الجانب العلائقي IDR بنسبة 63,33% أي كا^2=2,13 أي بدلالة 0,14 أيP>0,05 أي غير دالة إحصائيا.

أما استراتيجية التدريب السمعي المتكامل (AIT)تقدر بنسبة50% وقيمة كا^2=0,00حيث أن القيمة الاحصائية تعادل ب 1,00أي أن P>0,05فهي غير دالة.

توصلت نتائج إلى أن معظم مراكز النفسية البيداغوجية قد اطلعوا على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد والتي تراوحت نسب الاستجابة بين (93,33%) و(50%).

اتفقت النتائج مع دراسة زعابطة وعاجب (2018) التي هدفت إلى عن التكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتوصلت نتائجه إلى أن نسبة الاطلاع على استراتيجيات التكفل في المراكز مرتفعة.

يمكن تفسير هذه النتائج بأن معظم المراكز النفسية البيداغوجية قد اطلعت على استراتيجيات التكفل والتي تتمثل في برنامج TECCHE الذي يهدف أساسا إلى تهيئة الطفل وتدريبه بالاعتماد على نفسه، واكتساب المهارات التكيف مع البيئة، وبرنامج ABA الذي يعد من بين أهم البرامج التي يتم الاعتماد عليها لتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ويهدف بدوره إلى التحليل السلوك الطفل وتعديله وتنمية المهارات ذات القيمة الاجتماعية.

وكذلك توفر برنامج P.E.C.S لتعليم الطفل القدرة على التواصل ولا سيما لغة التواصل والاعتماد على التدريب البصري باستخدام الصور. إضافة إلى DIR الذي هو نظام لتعديل السلوك، قائم الأسرة ويهدف بدوره إلى تكوين علاقات شخصية وتبادل الخبرات والتكيف السريع مع الغير. كما أن المختصين في المراكز يطلعون على برنامج العلاج بالحمية الغذائية واهدف منها التخلص من الأغذية الغير الصحية التي تسبب التي تؤدي بهم إلى مشاكل في الهضم، كما اطلعوا على الخطة الفردية لكل طفل التي تسعى إلى ضمان حق الطفل في الخدمات التربوية التي تلب جميع احتياجات الطفل. وبرنامج التدريب السمعي المتكامل الذي يهدف إلى تقوية عضلات الأذن، وبرنامج العلاج بالتكامل الحسي ويتضمن تدريب دماغ الطفل لتكامل المداخلات لمختلف الأحاسيس، وكذلك برنامج تنمية مهارات

العناية بالذات الذي يعد من أهم البرامج لتعديل السلوك الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ومساعدتهم على رعاية الذاتية دون مساعدة.

2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج السؤال الثاني الذي ينص على توفر استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية

الجدول (10):

استجابة أفراد العينة حول توفير استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية

ومن أجل الإجابة على التساؤل تم استخدام اختبار كا^2 للكشف عن الدلالة الإحصائية لتوفر استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية مع ارفاق الاختبار بالتكرارات والنسب المئوية والجدول رقم (10) يوضح نتائج الاختبار.

الرقم	العبارات	متوفرة		غير متوفرة		كا^2
		ت	%	ت	%	
1	استراتيجيات برنامج علاج وتربية الاطفال التوحدين والمعاقين تواصليا TEACCH	28	93,33	02	6,66	22,53**
2	التحليل السلوكي التطبيقي ABA	23	76,66	07	23,33	8,53**
3	نظام التواصل بتبادل الصور S.P.E.C	15	50	15	50	0,00*
4	النمو البني على الجانب العلائقي DIR	06	20	24	80	10,80**
5	العلاج بالحمية الغذائية	09	30	21	70	4,80*
6	وضع الخطة الفردية لكل طفل	25	83,33	05	16,66	13,33*
7	تدريب السمعي المتكامل (AIT)	06	20	24	80	10,80**
8	العلاج بالتكامل الحسيSIT)	14	46,66	16	53,33	0,13*
9	تنمية المهرات العناية بالذات Autonomie	22	73,33	08	62,66	6,53**

**دالة عند 0,01 *دالة عند 0,0

بين الجدول رقم (10) استجابة فريق التخصص حول توفر استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، حيث أن برنامج علاج وتربية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و المعاقين تواصليا TEACCH أكثر توفرا بنسبة 93,33% وكا^2 =22,53 وهي عند الدلالة 0,00 أي P<0,01، وهي دالة إحصائيا عند 0,01.

وتليها وضع الخطة الفردية لكل طفل بنسبة 83,33% حيث تساوى قيمة كا^2 13,33 وبالتالي تكون القيمة الإحصائية عند 0,02 أي أن p<.0.05، فهي دالة عند 0,05.

ثم تليها التحليل السلوكي التطبيقيABA بنسبة 76,66%التي جاءت قيمة كا^2=8,53 وهي عند الدلالة 0,00 وهي أصغر من 0,01 أي P<0,01. فهي دالة عند 0,01.

وتأتى استراتيجيات تنمية مهارات العناية باذاتAutonomi بنسبة 73,33% بقيمة كا^2=6,53 وهي دالة عند 0,01 أي P=0,01. وبالتالي فهي محققة عند الدلالة عند 0,01.

وبعدها مباشرة نجد استراتيجية نظام التواصل بتبادل الصورP. E.C. Sوالتي لا تتجاوز 50%وبالتالي بلغت فيمة كا^2=0,00 وهي عند الدلالة الإحصائية 1,00 أي P>0,05. فهي غير دالة لأن Pأكبر من 0,05.

أما استراتيجية العلاج بالتكامل الحسي(SIT) فوصلت إلى نسبة 46,66% وبالتالي كا^2= 0,13 وهي عند الدلالة 0,71 أي P>0,05، وبالتلى غير محققة لأن Pأكبر من قيمة الدلالة الإحصائية أي أكبر من 0,05.

وكانت استراتيجية العلاج بالحمية الغذائية بلغت نسبة 30%وقيمة كا^2 تساوى 4,80 وهي عند الدلالة 0,02 أي p<0 ,05 فهي دالة احصائيا عند 0,05، في حين نجد استراتيجية

النمو المبني على الجانب العلائقيDIRواستراتيجية تدريب السمعي المتكامل أقل استخداما في المراكز النفسية البيداغوجية بحيث بلغت نسبة 20% وكا^2 =10,80وهي عند الدلالة الإحصائية 0,00 أي 0,01 ,P<0. وبالتالي فهي دالة عند 0,01.

وبالتالي فإن التساؤل الذي ينص على توفير استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية يمكن الإجابة عنه بأن معظم المراكز النفسية تتوفر على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة ابتسام بوشلاغم (2016) التي هدفت إلى الكشف عن واقع التكفل الأرطفوني بالأطفال المصاب باضطراب طيف التوحد وتوصلت النتائج إلى أن معظم المركز النفسية البيداغوجية توفرت على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب طيف التوحد واتفقت كذلك مع دراسة بوبكري ليلي، طوماش عقيلة، يحياوي أحلام (2021) حيث أجريت في البيئة المحلية التي هدفت إلى الكشف عن واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وأظهرت النتائج قد توفرت على استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية.

ويمكن تفسير هذه النتائج بكون المراكز النفسية البيداغوجية تتوفر على معظم استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وذلك لوجود مختصين متمكنين في هذا الميدان والاستراتيجية الأكثر توفرا هي استراتيجية برنامج علاج وتربية الأطفال التوحدين و المعاقين تواصلياTEACCH والذي يتمثل في تقديم برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدي مع مراعات القدرات العقلية والاجتماعية واللغوية وذلك باستخدام اختبارات مدروسة وهذا النوع من البرامج يساعد الطفل على تهيئته وتدريبه للمستقبل وذلك بالاعتماد على نفسه.

إذن استراتيجية متوفرة داخل المراكز النفسية البيداغوجية.

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج السؤال الذي ينص على استخدام استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية

الجدول رقم (11)

استجابة افراد العينة حول استخدام استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية

الرقم	العبارات	استخدمت		لم استخدم		كا^2
		ت	%	ت	%	
1	استراتيجيات برنامج علاج وتربية الاطفال التوحدين والمعاقين تواصليا TEACCH	24	80	06	20	**10,80
2	التحليل السلوكي التطبيقي ABA	17	56,66	13	43,33	*0,53
3	نظام التواصل بتبادل الصور S.P.E.C	12	40	18	60	*1,20
4	النمو البني على الجانب العلائقي DIR	05	16,66	25	83,33	**13,33
5	العلاج بالحمية الغذائية	07	23,33	23	76,66	**8,53
6	وضع الخطة الفردية لكل طفل	25	83,33	05	16,66	**13,33
7	تدريب السمعي المتكامل (AIT)	05	16,66	25	83,33	*13,33
8	العلاج بالتكامل الحسيSIT)	14	46,66	16	53,33	*0,13
9	تنمية المهرات العناية بالذات Autonomie	20	66,66	10	33,33	*3,33

** دالة عند 0,01 * دالة عند 0,0

من خلال الجدول رقم(11) يوضح مدى استخدام استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية، إن استراتيجية وضع الخطة الفردية أكثر استعمالا في المراكز النفسية البيداغوجية بنسبة 83,33% وقيمة كا^2=13,33 وهي عند الدلالة 0,00 أي0,01>P، وهي دالة عند 0,01. وتليها استراتيجيات برنامج علاج وتربية الأطفال التوحدين والمعاقين تواصليا TEACCH بنسبة 80% وكا^2=10,8 وهي عند الدلالة 0,00 وجاءت القيمة الاحتمالية أصغر من 0,01 أي 0,01>P، فهي دالة عند 0,01.

أما استراتيجيات تنمية مهارات العناية بالذاتAutonomieتبلغ نسبتها 66,66% وكا^2= 3,33 وهي عند الدلالة 0,06 أي 0,05 <Pوهي غير دالة لأن القيمة الإحصائية أكبر من 0,05.

واستراتيجيات التحليل السلوكي التطبيقيABA بلغت نسبته 56,66%وقيمة كا^2= 0,53وهي عند الدلالة الاحصائية 0,46 أي0,05<P فهي غير دالة احصائيا.

ثم تليها استراتيجية العلاج بالتكامل الحسي (SIT) بنسبة 46,66% وقيمة كا^2= 0,13 وهي عند الدلالة 0,13 أي 0,05<Pوهي غير دالة.

وتليها استراتيجية نظام بتبادل الصور P. E.C.S بنسبة 40% وكا^2 =1,20وهي عند الدلالة 0,27 أي 0,05 <Pوهي غير دالة. وبعدها مباشرة تليها استراتيجية العلاج بالحمية الغذائية بنسبة 23,33%وقيمة كا^2=8,53 وهي عن الدلالة 0,00 أي 0,01>Pوهي دالة احصائيا.

واستراتيجيات تدريب السمعي المتكامل السمعي(AIT)واستراتيجيات النمو المبني على الجانب العلائقيDIR قدرت بالنسبة 16,66وقيمة كا^2=13,33 وهي عند الدلالة الاحصائية 0,00 أي 0,01>Pوبالتالي هي دالة عند 0,01.

وبالتالي يمكن القول إن معظم أفراد عينة البحث قد استجابوا على الاستبيان اذ أن معظم المختصين استخدموا استراتيجيات التكفل عن طريق اكتسابهم المهارات من الزملاء في الميدان وكذا المواقع الالكترونية ودورات تكوينه.

واتفقت هذه النتائج مع دراسة محلعين أسامة (2019) التي أجربة في البيئة المحلية للتعرف على واقع التكفل النفسي لدى بأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد اسفرت نتائج الدراسة إلى ان معظم المراكز تستخدم استراتيجيات التكفل.

و تفسر هذه النتائج يكون أن المختصين يستخدمون استراتيجيات التكفل والاستراتيجية الأكثر استخداما هي استراتيجية وضع الخطة الفردية والتي تهدف إلى تعليم الأطفال بشكل خاص وذلك بمراعاة الفروق الفردية، وضمان حق الطفل في الخدمات التربوية التي تلبى جميع احتياجاته.

2_عرض وتحليل النتائج وتفسير مناقشة النتائج المتوصل إليها حول واقع استخدام النشطات الداعة للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

جدول رقم (12)

2_1استجابة فريق التكفل حول توفر النشطات الداعمة للتكفل باضطراب طيف التوحد

الرقم	العبارات	نعم		لا		$كا^2$
		ت	%	ت	%	
1	تنظيم برامج ومسابقات رياضية بمشاركة اسرهم	27	90	3	10	19,20**
2	تنمية المهارات المختلفة المتعلقة بالرسم، الموسيقة، الرياضة، واللعب الجماعي	29	96,66	1	3,33	26,13**
3	تنظيم أيام تحسيسية حول التوحد	28	39,33	2	6,66	22,53**
4	تنظيم برامج لتعليم وتوعية اسر الأطفال المتوحدين وذلك لتحسين عملية التكفل بالطفل التوحد	28	39,33	2	6,66	22,53**
5	اشتراك اسر التوحدين في العملية التحسيسية	27	90	3	10	19,20**
6	دمج الأسر في عملية التكفل والتعليم الطفل التوحدي	29	96,66	1	3,33	26,13**
7	تنظيم أيام للتواصل بين اسر الأطفال لتبادل الخبرات	25	83,33	5	16,66	13,33**
8	اقامة دورات تكوينية حول الوسائل الحديثة في علاج التوحد	25	83,33	5	16,66	13,33**
9	تنظيم أيام للتواصل بين الأطفال التوحدين وأسرهم من جهة أخري للتحسيس بضرورة الدمج	21	70	9	30	4,80*

** دالة عند 0,01 * دالة عند 0,05

يبين الجدول رقم(12) استجابة أفراد العينة حول واقع استخدام النشطات الداعمة للتكفل في المراكز النفسية البيداغوجية، توجد نشاط تنمية مهارات المختلفة المتعلقة بالرسم، الموسيقى الرياضة، واللعب الجماعي كذا نشاط دمج الأسرة في عملية التكفل وتعليم الطفل التوحدي أكثر توفرا في المراكز بنسبة تصل إلى 96,66% بقيمة كا^2= 26,13وهي عند الدلالة 0,00 أي.P<0,01وهي دالة احصائيا عند 0,01.ويليها النشاط تنظيم برامج ومسابقات رياضية وترفيهية للأطفال بمشاركة أسرهم ونشاط اشتراك اسر التوحدين في العملية التحسيسية بنسبة 90% وكا^2=19,20 وهي عند الدلالة 0,00 أي P<0,01وهي دالة عند 0,01.

وجاء النشاط تنظيم أيام للتواصل بين أسر الأطفال التوحدين لتبادل الخبرات وكذا إقامة دورات التكوينية حول الوسائل الحديثة في علاج التوحد بنسبة 83,33 %وقيمةكا^2 =13,33 وهي عند الدلالة 0,00 أي 01, 0 >P وبالتالي هي دالة.

ويليه نشاط تنظيم أيام للتواصل بين الأطفال التوحدين وأسرهم من جهة ، والأطفال العادين واسرهم من جهة أخري للتحسيس بضرورة الدمج بنسبة70% وكا^2=4,80 وهي عند الدلالة 0,02 أي P<0,05ويمكن القول أنها دالة

ويليها كل من النشاط تنظيم أيام تحسيسية حول التوحد والنشاط تنظيم برامج لتعليم وتوعية أسر الأطفال المتوحدين وذلك لتحسين عملية التكفل بالطفل التوحد بنسبة 39,33% وكا^2= 22,53 وهي عند الدلالة 0,00 أي P<0,01وبالتالي هي دالة.

يمكن القول أن معظم المراكز النفسية البيداغوجية تتوفر على النشاطات الداعمة للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وبهذا فإن الفرضية محققة.

واتفقت نتائج مع دراسة GabrrelisRobinl (2003) التي تقوم على التكفل بالفن للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وعائلاتهم والتي تنص على جذب انتباه الطفال وتحفيزهم

مع المشاركة مع الأخرين وتوصلت النتائج على توفر النشاطات الداعمة في المؤسسات البيداغوجية.

ويمكن تفسير هذه النتائج بكون أن معظم المراكز النفسية تتوفر على النشطات الداعمة و بالتالي فإن تنمية المهارات المختلفة المتعلقة بالرسم، الموسيقى، الرياضة، اللعب الجماعي وكذا دمج الأسرة في عملية التكفل وتعليم الطفل التوحدي هما الأكثر توفرا في المراكز النفسية وهذا نظرا لأهميته لدى الطفل مما يساعده دمج مع أقرانه العادين وتحسين اتصاله بمن حوله.

خلاصة الفصل

نستخلص من هذا الفصل بعد أن قمنا بتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الاستبيان توصلنا إلى أن معظم المراكز النفسية البيداغوجية في ولاية بومرداس تتوفر وتطبق استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وكذا توفرت فيها مختلف النشطات الداعمة للتكفل.

الاستنتاج العام

كانت الدراسة التي تنولنها تحت عنوان "واقع استخدام استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية" وتكونت عينة بحثنا في 30 مختصا في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية بولاية بومرداس .

وقد تبين من خلال النتائج هذه الدراسة التي أجريت في المراكز النفسية البيداغوجية أن معظم الأخصائيين بهذه المراكز قد أطلعوا على أغلبية استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد .

وكما أثبتت النتائج أن معظم المراكز قد توفرت فيها استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد مما يشير إلى الإجابة على السؤال الثاني المتمثل في ما مدى توفر المراكز النفسية على استراتيجيات التكفل لدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد حسب وجهة نظر فريق التخصص في المراكز النفسية البيداغوجية؟

وتشير الدراسة أيضا إلى أن فريق التخصص قد استخدموا استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسة مما يشر الإجابة على سؤال الثالث ما مدى استخدام فريق التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية؟

بالإضافة إلى النشطات الداعمة للتكفل باضطراب طيف التوحد فقد توفرت النشاطات في المراكز النفسية البيداغوجية. وذلك بالإجابة على السؤال هل تتوفر النشطات الداعمة للتكفل في المراكز النفسية البيداغوجية؟

الخاتمة

تمثلت دراستنا في واقع استخدام استراتيجيات التكفل لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية الذي شهدت انتشارا رهيبا وغير حياة الطفل المصاب بهذا الاضطراب حيث ادى يه إلى العزلة عن المجتمع وتأثر سلبا على حياة الطفل من كل النواحي . وسعت دراستنا إلى التعرف على واقع استخدام استراتيجيات التكفل داخل المراكز النفسية البيداغوجية.

الاقتراحات:

تكثيف عملية التحسيس ونشر الوعي العلمي باضطراب طيف التوحد

_ توفير دورات تكوينية من أجل التعرف أكثر على اضطراب طيف التوحد

– تدعيم المراكز بالإمكانيات البشرية مثل طبيب الأمراض العقلية.

_ تدعيم المراكز بالمعدات تربوية حديثة .

_ توفير وسائل الاتصال الحديثة من أجل تعليهم كيفية استخدام التكنولوجية .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1- بن خنيش أمينة.(بدون سنة)،**التكفل النفسي بالطفل ذوي اضطراب طيف التوحد طريق برنامج تيش.** أطروحة الدكتورة. جامعة الجزائر2

2- د جمال خلف المقابلة.(2016).**اضطراب طيف التوحد،** التشخيص و التدخلات العلاجية،(ط1).دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. عمان الاردن.

3- د سوسن حلبى.(2015).**التوحد الطفولى، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه.** دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر. عمان الأردن

4- د محمد بن خلف الحسيني الشمري.(2007).**تقويم البرنامج المقدمة للتلاميذ التوحدين في المملكة العربية السعودية.** رسالة ماجستير في التربية الخاصة. كلية الدراسات العليا. جامعة الأردن

5- لمياء عبد الحميد بيومي. (2008). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين.** رسالة دكتورة . فلسفة التربية

6_ إحسان براجل.(2017).**علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوماتية لدى أمهات أطفال التوحد.** أطروحة دكتورة.

7_ أحمد إبراهيم.(2020).**التوحديين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته.** مجلة العلوم الاجتماعية. العدد2. المجلد 57

8_ حزام سارة.(2017).**البرتكول التشخيصي الأرطفونى لاضطراب طيف** التوحد،(ط1).دار الأيام للنشر والتوزيع. عمان الأردن

9_ د أدريال سارة(2019). **مظاهر العنف الممارس من قبل التلاميذ المؤسسات التربوية (العنف اللفظي، العنف الجسدي)**. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة العربى التبسى تبسة. الجزائر

10_ د أسامة فاروق مصطفي، د سيد كامل الشربيني.(2011).**التوحد،أسباب، التشخيص، العلاج،**(ط1).دار المسيرة للنشر والتوزيع. الأردناضطراب التوحد .دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل

11_ د الفرحاتى السيد محمد، د مرفت لبعدروس أبو العينين، د نعيمة محمد القدامى، فاطمة سعيد الطلبى.(2015).

12_ د الفرحاتى السيد محمود، د أبو العينين، د نعيمة محمد المقاعدى، د فاطمة سعيد الطلى.(2015).**اضطراب طيف التوحد، دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل**

13_ د ايراهيم محمود بدر.(2004).**الطفل التوحدي التشخييص والعلاج**. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة

14_ د تامر فرح سهيل.(2017). **التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج،**(ط1). دار الإعصار العلمي. عمان الأردن

15_ د خليل العبادي.(2002). التوحد،(ط1).مكتبة العربي للنشر والتوزيع .عمان الاردن

16_ د رابح شليحي.(بدون سنة). **واقع تشخيص الأطفال التوحديين في المجتمع الجزائري بين النظرية والتطبيق**. رسالة دكتورة. كلية التربية الخاصة. جامعة يحي فارس المدنية.

17_ د رائد خليل العبادي.(2006).**التوحد،**(ط1).مكتبة العربي للنشر والتوزيع. عمان الأردن

18_ د عادل عبد الله محمد.(2010). **مقدمة في التربية الخاصة،**(ط1). دار الرشاد للطباعة والتوزيع. القاهرة

19_ د فكري لطفي متولى.(2015).**استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأتيزم**.مكتية الرشد

20_ د فؤاد عبيد الجوالدة.(2011).**التوحد رؤية الأهل والأخصائيين،**(ط1).دار الثقافة للنشر و التوزيع. عمان الأردن

21_ د كمال أبو الفتوح عمر.(2012).أطفال الأوتيست ماذا تعرف عن الأتيزم؟ دليل إرشادى للوالدين للباحثين والمختصين في التشخيص والعلاج،(ط1).دار الزهران للنشر والتوزيع. عمان الاردن

22_ د هالة إبراهيم محمد الجرواني، د رجاب محمود الصديق.(2013).مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين

23_ سوسن شاكر المجيد.(2010). **التوحد، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه** ،(ط2). دار ديبون للنشر والتوزيع. عمان الأردن.

24_ عادل جاسب شبيب.(2007).**ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للمصابين بالتوحد. من وجهة نظر الآباء.** رسالة ماجستير. جامعة الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح. قسم علم النفس العام . بريطانيا

25_ عثمان لبيب فراج.(2002).**الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة**.الزمالك. القاهرة

26_ لعوالى فاطمة.(2014).**الإرجاعية لدى إخوة الطفل التوحد قبل التحكيم**. رسالة ماجستر. علم النفس الأسري

27_ لينا عمر بن صديق. **فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التوصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على السلوك الاجتماعي**.WWW.goulfkids.com

28_ ماجد ثابتى.(2018).**ارتفاع معدل الإصابة بالتوحد في الجزائر والأطباء ينصحون بالمسارعة في الكشف**. إذاعة الجزائر

29_ محمد صالح الإمام، فؤاد عبيدة الجوالدة.(2016).**التوحد ونظرية العقل**،(ط1).دار للثقافة للنشر والتوزيع. عمان الأردن.

30_ نايف عابد إبراهم الزراع.(2003).**بناء قائمة لتقدير السلوك**، التوحدي. رسالة ماجستير. كلية التربية الخاصة.

31_ وليد محمد علي محمد.(2015).**استخدام استراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين**. مؤسسة حورس الدولية لنشر وتوزيع. الإسكندرية.

32_أحمد عبد العزيز التميمى.(2012).**الصورة السعودية للقائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون الثانية**.المجلة الدولية المتصصة.العدد1. المجلد3.

33_بن سماعيل رحيمة.(2015).**بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة SIDA** . أطروحة دكتورة. كلية علم النفس المرضى. عنابة.

34_د أحمد السيد سليمان.(2010).**تعديل سلوك الأطفال التوحديين**،(ط1).دار الكتاب الجامعى. الإمارات العربية المتحدة.

35_د أحمد محمود الحوامدة.(2019).**الأساليب التربوية التعليمية للتعامل مع اضطراب طيف التوحد**،**(ط1)**.المملكة الأردونية الهاشمية.

36_د جيهان مصطفى .(2015).**التوحد.** مجلة الابتسامة. العدد رقم 280.القاهرة.

37_د حديدان صيرينة.(2016).**أطفال التوحد في الجزائر**، جدلية في وجود الوعى. حامعة محمد الصديق بن يحي. جيجل

38_د حليمة شريفي.(2020).**واقع التكفل النفسي والتربوي بذوي الاحتياجات الخاصة.** مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية.العدد2

39_د محمود عبد الرحمان الشرقاوى.(2018).**التوحد**، وسائل علاجه،(ط1).دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

40_زهير عمرانى، اخلاص يخوش.(2021). **تنمية الإدراك البصري لدى فئة أطفال فئة أطفال التوحد من خلال تنمية الإدراك البصري لدي فئة أطفال التوحد من خلال برنامج علاجي مقتبس من برنامج تيش.**مجلة القيس.

41 _سهى شعبان.(2004).**الدليل الإرشادى لعائلات الأطفال في سن الدراسة**، أول 100 يوم بعد تشخيص اضطراب طيف التوحد

42_منتصر مسامح محمد بديني العبادي.(2020).**فعالية برنامج قائم على الأيبلز THE ABLS_R في تحسين اللعب الرمزي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.** كلية الدارسات العليا. القاهرة

43_نايف إبراهيم الزراع.(2003).**بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدى.** رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. قسم التربية الخاصة. الأردن.

44_هناء شحاته.(2015). **الانتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد،**(ط1).مؤسسة طبية للنشر والتوزيع. القاهرة.

قائمة المراجع الأجنبية:

http://autisem.sante.goo.dz

D.KOLINTIRIL, D.Basinger ,(2013)autism.Hiyerctivity.Dyslex

www.almrsal.com–DSM 5