الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 – قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

من إعداد الطالب: قداش محي الدين

تحت اشراف: د. لعموري مهدي

أعضاء اللجنة:

الرقم	الأستاذ(ة)	الدرجة العلمية	الصفة
01	قريد سمير	أستاذ تعليم عالي	رئيسا
02	لعموري مهدي	أستاذ محاضر أ	مشرفا
03	حواوسة جمال	أستاذ تعليم عالي	مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 – قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم إجتماع الصحة

من إعداد الطالب: قداش محي الدين

تحت اشراف: د. لعموري مهدي

أعضاء اللجنة:

الرقم	الأستاذ(ة)	الدرجة العلمية	الصفة
01	قريد سمير	أستاذ تعليم عالي	رئيسا
02	لعموري مهدي	أستاذ محاضر أ	مشرفا
03	حواوسة جمال	أستاذ تعليم عالي	مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

الشكر والتقدير

الحمد لله والشكر لله الذي تفضل علينا بالنعم وعلم الإنسان مالم يعلم فله الحمد كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم قدرته وسلطانه على ما أكرمني به من إتمام هذه الدراسة التي نرجو أن تنال رضاه.

ثم أتوجه بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من: الدكتور الفاضل **"لعموري مهدي"** حفظه الله وأطال في عمره، لتفضله الكريم بالإشراف على هذه الدراسة وتكرمه بنصحنا وتوجيهنا حتى إتمامها.

أعضاء لجنة المناقشة الكرام: الدكتور **"قريد سمير"** والدكتور **"حواوسة جمال"** لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الدراسة.

وبعدها فالشكر موصول إلى كل أساتذة **جامعة 08 ماي 1945 – قالمة** وأساتذة قسم علم الاجتماع خاصة الذين رافقوني طيلة هذه السنوات الدراسية حتى أتشرف بالوقوف أمام حضرتهم اليوم.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى السيد **مدير المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا - قالمة** على قبوله لطلب إجراء الدراسة الميدانية على الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد.

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى
أما بعد:

الحمد لله الذي وفقني لتتمني هذه الخطوة في مسيرتي الدراسية بمذكرتي

هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضله تعالى مهداة إلى " أمي وأبي " حفظهما الله

وأدامهما نورا لدربي.

لكل من ساندني من إخوتي:

" علاوة" " أسامة " " فاطمة " " شيماء "

حماهم الله وحفظهم وأعانهم.

الى رفقاء المشوار الذين قاسموني لحظاته رعاهم الله ووفقهم:

"إسلام" " شمس الدين" "انيس" "ملاك" "هديل"

الى كل قسم علم الاجتماع وجميع دفعة 2023

جامعة 08 ماي 1945 – قالمة

الى كل من كان لهم أثر على حياتي، والى كل من أحبهم.

محي الدين قداش

فهرس

المحتويات

الشكر والتقدير

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

الجانب النظري للدراسة

المقدمة..... أ

الفصل الأول: الإطار التصوري للدراسة

تمهيد.....02

اولا: الإشكالية 03

ثانيا: فرضيات الدراسة 07

ثالثا: أسباب، اهداف، أهمية الدراسة 08

رابعا: تحديد المفاهيم 09

خامسا: الدراسات السابقة 14

سادسا: نظريات الدراسة 18

الخلاصة.....19

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

تمهيد.....21

أولا: مراحل اكتشاف التوحد وتطروه 22

ثانيا: أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد واعراضه..... 27

ثالثا: خصائص الطفل التوحدي..... 40

رابعا: أنواع اضطراب طيف التوحد 47

خامسا: تشخيص اضطراب طيف التوحد 52

سادسا: المهارات الاجتماعية لأطفال طيف التوحد 56

الخلاصة.....58

الفصل الثالث: خدمات الرعاية الاجتماعية لأطفال التوحد

تمهيد.....60

أولا: الرعاية الاجتماعية (السياق التاريخي، الأهداف المبادئ) 61

ثانيا: واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر 70

ثالثا: الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد 73

رابعا: برامج التدخل التعليمي لأطفال المصابين بالتوحد..... 82

خامسا: برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد 93

الخلاصة 101

الجانب الميداني للدراسة

الفصل الرابع: الإطار المنهجي والتحليلي للدراسة

تمهيد.....104

أولا: الإطار المنهجي للدراسة 105

ثانيا: الإطار التحليلي 108

نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات 138

نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة 140

النتائج العامة للدراسة..... 142

التوصيات المقترحة..... 143

الخلاصة 144

الخاتمة.....145

قائمة المراجع.....148

الملاحق

فهرس

الجداول

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	108
2	يوضح توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة	109
3	يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي	110
4	يوضح توزيع أفراد العينة حسب التخصص	111
5	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المهنة	112
6	يوضح مدى توفير بيئة تعليمية منظمة وهادئة لأطفال التوحد	114
7	يوضح استخدام أدوات ومناهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد	115
8	يوضح مدى استطاعة الأساليب التعليمية تحفيز أطفال التوحد لتطوير مهاراتهم الفردية	116
9	يوضح مدى توفير الأساليب التعليمية للدعم النفسي والاجتماعي لأطفال التوحد	117
10	يوضح مدى توفير الأساليب التعليمية للدعم من أجل تحقيق أهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد	118
11	يوضح مدي تشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد	119
12	يوضح مدى تنظيم الوقت والجدول الزمني في البرنامج التعليمي لأطفال التوحد	120
13	يوضح تنمية المهارات الاستقلالية لأطفال التوحد في البرنامج التعليمي	121
14	يوضح كيفية تشجيع أطفال التوحد على التفاعل الاجتماعي مع الاخرين	122
15	يوضح تقييم تقدم أطفال التوحد في التحصيل الأكاديمي وتطوير المهارات الفردية	123
16	يوضح مدى تحسن التحصيل لدى أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية	124
17	يوضح مدى تشجيع برامج الدمج الاجتماعي على تطوير المهارات الاجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد	125
18	يوضح مدى توفير برامج الدمج الاجتماعي للدعم والمتابعة المستمرة لأطفال التوحد أثناء المشاركة في البرامج	126
19	يوضح إمكانية تعزيز وتطوير المهارات الفردية لأطفال التوحد من خلال برامج الدمج الاجتماعي	127
20	يوضح كيفية تعزيز مفهوم الانتماء والاندماج في برامج الدمج الاجتماعي	128
21	يوضح الأنشطة التي يتم تنظيمها في برامج الدمج الاجتماعي لتعزيز التفاعل والتواصل	129
22	يوضح كيفية عمل برامج الدمج الاجتماعي لتعزيز التفاعل بين أطفال التوحد وأقرانهم	130
23	يوضح تقديم برامج الدمج الاجتماعي بشكل مستدام ومنظم على مدار السنة	131
24	يوضح مدى تعاون المركز مع المؤسسات والجهات الأخرى لتعزيز برامج الدمج الاجتماعي	132
25	يوضح مدى مشاركة أطفال التوحد في البرامج الاجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع	133
26	يوضح تماشي برامج الدمج الاجتماعي مع مبدأ تنوع الاحتياجات والقدرات لأطفال التوحد	134
27	يوضح كيفية تقييم فعالية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الاجتماعي لأطفال التوحد	135
28	يوضح ملاحظة تحسن في قدرة الطفل التوحدي على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين بعد تطبيق برامج الدمج الاجتماعي	135

إن الأطفال المصابين بالتوحد تستقر بهم عوائق كثيرة توهن من قدرتهم وتجعلهم في أمس الحاجة إلى عون خارجي ودعم مؤسسي على أسس علمية وتكنولوجية تساعدهم على التطور والاندماج في المجتمع أو على الأقل ان يكون هناك اهتمام واضح وملموس برعاية وتأهيل أطفال التوحد على جميع المستويات الدولية والإقليمية والقومية، كتعبير عن اقتناع من الثروة البشرية مما تحتم تنميتها والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

فالمجتمعات المتقدمة توفر اهتماه كبير بفئة المعاقين وتحاول دائما تلبية احتياجاتهم فردية او جماعية، مما يجسد هذا الاهتمام عملية الدمج والتأهيل لهذه الفئة حيث تعتبر الهدف الأسمى للتربية الخاصة هو إدماج الأطفال المصابين بالتوحد اجتماعيا من خلال توفير البرامج التربوية لهم، والتشريعات التي تحفظ حقوقهم حيث يتم ذلك في إطار المدارس الخاصة أو المدمجة في الصفوف العادية.

من هذا المنطلق ركزنا على الرعاية الاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد في المركز النفسي البيداغوجي بقالمة وقد تضمنت هذه الدراسة جانبين نظري وآخر ميداني.

الجانب النظري: تطرقنا فيه الى ثلاث فصول:

الفصل الأول: يمثل الغطاء العام للدراسة حيث تم من خلاله تحديد إشكالية الدراسة وفرضياتها، أسباب اختيار الموضوع، أهميته وأهدافه، تحديد المفاهيم، بالإضافة الى الدراسات السابقة ونظريا الدراسة.

الفصل الثاني: وهذا الفصل خاص باضطراب طيف التوحد حاولنا التعريف به قدر الإمكان حيث تطرقنا الى:

مراحل اكتشاف التوحد وتطروه، أسباب وعوامل الإصابة باضطراب طيف التوحد واعراضه، خصائص الطفل التوحدي، أنواع وانماط اضطراب طيف التوحد، تشخيص اضطراب طيف التوحد، المهارات الاجتماعية لأطفال طيف التوحد.

الفصل الثالث: هذا الفصل خاصل بخدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد في المركز النفسي البيداغوجي وقد تطرقنا فيه الى: الرعاية الاجتماعية (السياق التاريخي، الأهداف المبادئ)، واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد، برامج التدخل التعليمي لأطفال المصابين بالتوحد، برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

اما **الجانب الميداني**: فكان في فصل واحد وتطرقنا فيه للإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة ثم حللنا النتائج التي توصلنا اليها.

الجانب النظري

الفصل الاول:

الإطار التصوري للدراسة

تمهيد

اولا: الإشكالية

ثانيا: فرضيات الدراسة

ثالثا: أسباب، اهداف، أهمية الدراسة

رابعا: تحديد المفاهيم

خامسا: الدراسات السابقة

سادسا: نظريات الدراسة

الخلاصة

تمهيد:

يعتبر الإطار التصوري للدراسة الخطوة الأولى في إعداد البحث العلمي، ومن أهم خطوات إجرائه نظرا لأهميته الكبيرة التي تعمل على مساعدة الباحث في ترتيب وتوضيح أولويات بحثه العلمي، كما يمهد الطريق لبقية مراحل الدراسة بشقيها النظري والميداني، والهدف منه هو إبراز الفجوة البحثية للبحث وفق المشكلة المطروحة حيث يضم عناصر أساسية يمكن حصرها فيما يلي: الإشكالية وهي أحد المكونات الأساسية للدراسة، ثم نجد الفرضيات والمعبرة عن رأي الباحث بشكل مبدئي في حل مشكلة بحثه إضافة إلى أسباب اختيار الموضوع الذاتية والمتمثلة في الاهتمام و الميول الشخصي والرغبة في البحث عن هذا الموضوع أما الموضوعية فتنحصر في علاقة موضوع البحث بالتخصص وتحديد المفاهيم الأساسية، وفي الأخير يضم أهم النظريات المفسرة لها من أجل الحصول على البيانات والمعلومات المتعلقة بموضوع بحثه والعمل على تحليلها بالطرق العلمية والمنهجية المستخدمة في البحث العلمي.

أولا: الإشكالية

منذ ظهور اضطراب التوحد في أوائل الأربعينات من القرن الماضي على يد الطبيب الأمريكي كانر (Kenner) حيث وصفه بأنه متلازمة أو مجموعة غريبة من السلوكيات بعد أن أجرى دراسة على مجموعة من الأطفال الذين يتراوح ذكاؤهم بين المتوسط والمرتفع، ومنذ أن بدأ تعريف التوحد كاضطراب قائم بذاته إلى يومنا هذا، ما زال النقاش مستمراً حول السمات الأساسية للتوحد. وهذه السمات هي ما تعرف بمعايير تشخيص التوحد، فإن تحديد معايير التشخيص لأي اضطراب غاية في الأهمية لأنها تمثل الحد الفاصل للتمييز بين اضطراب وآخر مما يساعد بالتالي وبالدرجة الأولى على تحديد طرق التدخل المناسبة وكيفية التعامل مع نوع معين من الاضطرابات.[1]

وكانت دراسة كاثر تركز بشكل خاص على المشاكل التواصلية والاجتماعية التي يواجهونها[2] وقد حظي مفهوم التوحد بمستوى عالٍ من الاهتمام والاستكشاف في مختلف مجالات البحث التربوي والنفسي وغيرها، وخلال تلك الفترة واجه التوحد العديد من التحديات والصعوبات التي أثرت على فهمه وتشخيصه، ففي البداية أعتُبر التوحد اضطرابا أساسيًا في الفصام ، نظرًا للخصائص والعلامات التي تميزه وتشمل تقلص العلاقات مع الآخرين والانعزال عن العالم الخارجي ، حيث استمر هذا الاعتقاد السائد لسنوات طويلة، حتى تغير المفهوم تدريجيًا وأصبح التوحد يُعتبر اضطرابا يتعلق ببناء وتركيب المخ ووظائفه، مما أدى إلى توسيع نطاق البحث والفهم في هذا المجال.

كان الاعتقاد السائد في الماضي أنه لا يوجد أي تدخل علاجي يمكن أن يحسن حالة الأطفال المصابين بالتوحد، ولكن مع مرور الوقت وزيادة الاهتمام بالتوحد تغيرت تلك الأفكار السلبية تدريجياً، وظهرت آفاق جديدة وأفكار متفتحة للتعامل مع هذا الاضطراب، وأصبح واضحًا حاليا أن التوحد هو خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل، ويترافق مع سلوكيات تكرارية غير هادفة، فهو إعاقة تؤثر على نمو الطفل وتطوره الطبيعي وتظهر عادة في مرحلة الطفولة المبكرة. ومع تطور التوجهات الحديثة في مجال التوحد، يسعى المهتمون لإيجاد حلول مناسبة لتحسين حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، وتركز هذه الحلول على

[1] وفاء علي الشامي، **خفايا التوحد اشكاله أسبابه تشخيصه**، مكتبة الملك فهد الوطنية اثناء النشر، الطبعة الأولى، الرياض، 2004، ص 33.

[2] التوحد واضطرابات التواصل، حازم رضوان آل اسماعيل، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص11.

تقديم الدعم المبكر والتدخل المناسب في مرحلة مبكرة من حياة الطفل، وتعزيز المهارات الاجتماعية والاتصالية وتطوير برامج تعليمية مخصصة لاحتياجاتهم الخاصة.

بفضل التقدم العلمي والتوجهات الحديثة يتم الآن توفير خدمات تربوية وعلاجية مبتكرة للأطفال المصابين بالتوحد، بالإضافة لتوفير بيئة داعمة تساعدهم في تطوير قدراتهم والمشاركة بصورة أكبر في المجتمع، وهذه التوجهات الحديثة تسعى إلى تغيير النظرة السلبية تجاه التوحد، وتعزيز الفهم الشامل لهذا الاضطراب كما تساهم في تحسين جودة الحياة للأطفال المصابين بالتوحد وأسرهم، ويتم توجيه عملية التعليم والتربية لمساعدة الأطفال ذوي التوحد على الاستفادة من بيئتهم وذلك لأنهم يواجهون صعوبة في تفسير وترجمة انطباعاتهم عن البيئة المحيطة بهم، وقد يجد الطفل التوحد صعوبة التعرف على البيئة وتنظيمها وفي بعض الأحيان قد يصاب بارتباك شديد عند مواجهته لتجارب جديدة، مما يجعله يتجنب هذه التجارب والتجارب المماثلة أو يعزل نفسه لتجنب المزيد من الارتباك والحيرة.[1]

يعتبر دمج الأفراد المصابين بطيف التوحد في المجتمع، تحديًا كبيرًا يتطلب اتخاذ إجراءات محددة لتعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهم، فقد تم تطوير العديد من برامج الدمج الاجتماعي التي تهدف إلى توفير بيئة مشجعة وداعمة للأفراد المصابين بطيف التوحد، وتمكينهم من المشاركة الفعالة في المجتمع، وتتضمن هذه البرامج مجموعة متنوعة من النشاطات والأنشطة التعليمية والترفيهية التي تعزز التواصل والتوازن الاجتماعي، حيث تشمل التدريب على المهارات الاجتماعية والاتصالية وتعزيز القدرات الذاتية والاستقلالية، وتعليم استراتيجيات التكيف والتعامل مع التحديات المختلفة، بالإضافة إلى البرامج الاجتماعية تلعب الأساليب التعليمية الخاصة دورًا هامًا في دمج الأفراد المصابين بطيف التوحد، حيث تتضمن هذه الأساليب استخدام تقنيات تعليمية مبتكرة ومنهجيات مخصصة لتلبية احتياجاتهم الفردية، و يتم تعزيز التفاعل والمشاركة من خلال استخدام الصور والرسومات والتكنولوجيا المساعدة مما يعزز تجربة التعلم ويسهم في تحسين النتائج التعليمية.

تجمع البرامج الاجتماعية والأساليب التعليمية المتخصصة بين الجوانب الاجتماعية والتعليمية لتحقيق تحسين في حياة الأفراد المصابين بطيف التوحد، حيث يساهم التوجه نحو الدمج الاجتماعي في تغيير النظرة العامة تجاه طيف التوحد، وتعزيز القدرة على قبول الاختلاف وتوفير فرص متساوية للجميع،

[1] عبد الرحمان سيد سليمان، **الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال**، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، 2000، ص80.

فرعاية الأطفال المصابين بطيف التوحد تتطلب احتياجات متعددة، وخاصةً في ظل قلة فرص الخدمات والدعم المتاحة، يجب أن يكون الدمج في جوهر التعامل الاجتماعي والأخلاقي مستمدًا من حركة قوق الإنسان، بدلاً من سياسات التصنيف والعزل التي تفرضها الإعاقة ومن المهم أن نعمل على تعزيز فهم المجتمع لطيف التوحد وتغيير النظرة السلبية نحوه، كما يجب توفير الدعم والخدمات اللازمة لتحسين جودة حياة الأفراد المصابين بهذا الاضطراب وتمكينهم من المشاركة الفعالة في المجتمع. ويمكن استخدام بعض أساليب التواصل فعلى سبيل المثال يُعد نظام التواصل من خلال التبادل بالصور (PECS) فعّالًا في تدريب الأطفال على المبادرة في التواصل بشكل طبيعي وتقليل السلوكيات المصاحبة ويمكن أن يساعد PECS أيضًا في زيادة التفاعل الاجتماعي خلال اللعب والأوضاع الأكاديمية.[1]

تتطلب عملية دمج أطفال التوحد في البيئة التعليمية العادية دقة واهتماما شديدين، ولا تقتصر فقط على وضعهم في الفصول الدراسية مع الأقران العاديين، بل يجب أيضًا مراعاة مجموعة من العوامل التي تساهم في نجاح عملية الدمج لهؤلاء الأطفال، وتشمل هذه العوامل خصائص الفصل الدراسي أي البيئة المحيطة بشكل عام، وأيضًا المناهج الدراسية وأساليب التدريس التي تساعد في خلق مناخ مناسب يعزز نجاح عملية الدمج. وعلى الرغم من أن مؤيدي نظام دمج أطفال التوحد يعتقدون بشدة أن العناصر الأساسية للتدريس للأطفال العاديين وأطفال التوحد متشابهة إلى حد كبير، مثل استخدام اللغة الواضحة والموجزة واستخدام التوجيه والتعزيز في سياقات التعلم، إلا أن هناك حاجة إلى توجيه خاص وتعزيز لأطفال التوحد لتلبية احتياجاتهم الفردية، وعلى الرغم من أن برنامج المهارات الاجتماعية والتواصل قد يكون له تأثير مهم على بعض جوانب القدرات الاجتماعية، إلا أنه غالبًا ما يكون محدودًا للغاية فيما يتعلق بالمواقف التي لم يتم تدريب الفرد عليها.[2]

تعد فئة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية عمومًا والتوحد خاصةً من الفئات الهامة التي تحتاج إلى رعاية خاصة واهتمام متخصص، وتعرف المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا في الشرق الجزائري وبالتحديد في ولاية قالمة تكفل خاص بهذه الفئة، إلا أن هناك العديد من الصعوبات التي تواجهها مثل نقص الوسائل البيداغوجية والتحديات النفسية المتنوعة، ومن جهة أخرى نجد شعور أولياء الأمور بالقلق

[1] L.juane heflin, donna fiorino alaime، **الطلاب ذو اضطرابات طيف التوحد**، ترجمة : نايف عابد الزارع – يحيى فوزي عبيدات، الطبعة الثانية، دار الفكر ناشرون وموزعون، القاهرة، 2016، ص 372.

[2] ربيعة العنزي، **تدريب الأطفال التوحديين على استخدام المهارات العقلية**، مكتبة الكويت الوطنية اثناء النشر، الكويت، الكويت، ص 6.

والتردد في تسجيل أبنائهم في المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا، خوفًا من الوصم الاجتماعي وعدم قبول المجتمع للطفل التوحدي.

ومن خلال كل ما سبق عرضه سنحاول في هذه الدراسة التطرق إلى الرعاية الاجتماعية، المقدمة لأطفال التوحد في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا في ولاية قالمة نموذجا، ومنه نحاول الإجابة على التساؤل التالي:

كيف يقدم المركز محل الدراسة الرعاية الاجتماعية اللازمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

هذا السؤال الذي تتفرع عنه مجموعة من التساؤلات التالية:

- ماهي الأساليب التعليمية التي يقدمها المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة – للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتلبية احتياجاتهم وتعزيز قدراتهم الخاصة؟
- ما مدى فعالية البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة – في تحقيق الدمج الاجتماعي؟

ثانيا: فرضيات الدراسة

وقصد الإجابة على التساؤلات الحالية تم صياغة جملة من الفرضيات كالتالي:

❖ الفرضية الرئيسية:

يقدم المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة – الرعاية الاجتماعية اللازمة من خلال جملة الأساليب التعليمية والبرامج التي من شأنها أن تساعد على الدمج الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

❖ الفرضيات الفرعية:

- يتم توفير أساليب تعليمية متخصصة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا في ولاية قالمة وتلبي احتياجات أطفال التوحد وتعزز قدراتهم الخاصة.
- تساهم البرامج المقدمة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا لولاية قالمة في تحقيق الدمج الاجتماعي لأطفال التوحد.

ثالثا: أسباب أهداف أهمية الدراسة

❖ أسباب اختيار الموضوع:

✓ الأسباب الذاتية:

- إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة.
- الاهتمام الشخصي بالموضوع لما له من أهمية بالغة في حقل العلوم الاجتماعية.
- الرغبة في التعرف على أنشطة وبرامج المراكز النفسية البيداغوجية ومدى مساهمتها في الاهتمام بأطفال التوحد.

✓ الأسباب الموضوعية:

- قلة الدراسات في تخصص علم اجتماع الصحة والتي اهتمت بهذا الموضوع.
- التعرف على الدور الذي تلعبه المراكز في التكفل بهذه الفئة وذلك باعتبارها مؤسسات مهمة في المجتمع.
- ضرورة الاهتمام بفئة أطفال التوحد وذلك لما لهم من خصوصية تستدعي وجود مؤسسات اجتماعية متخصصة ترعى احتياجاتهم وتحل مشاكلهم.

❖ أهمية الدراسة:

- إبراز أهمية أنشطة وبرامج المركز التي تساعد في تأهيل أطفال التوحد وإدماجهم في المجتمع.
- إبراز ما يمكن أن تتعرض له هذه الفئة من صعوبات.
- إبراز كيفية رعاية ودمج هذه الفئة من خلال توفير رعاية اجتماعية.
- الكشف عن مستوى التأهيل المقدم في المراكز عبر البرامج.

❖ أهداف الدراسة:

- محاولة التعرف على واقع هذه الفئة في المجتمع.
- محاولة التعرف على دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيلهم.
- التطلع إلى نوعية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الاجتماعي والخدمات المقدمة لهم.
- التعرف على طبيعة ودور المركز في رعاية أطفال التوحد اجتماعيا.
- التعرف على المعوقات التي تواجه المركز في رعاية أطفال التوحد اجتماعيا.

رابعا: تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

تحديد المفاهيم هو أحد المراحل الأساسية في البحث العلمي والذي يساعدنا على فهم وتحليل الموضوع، وقد تضمنت دراستنا مجموعة من المفاهيم التالية:

❖ مفهوم التوحد:

يُعتبر مصطلح "التوحد" و"التوحدي" كلمتين مشتقتين من اللغة اليونانية وتعنيان "النفس"، وفي الوقت الحاضر يستخدمان بشكل خاص للإشارة إلى اضطراب التوحد الذي يُعتبر اضطرابا تطورياً وقد اختير لهذا الاضطراب التسمية المفضلة "توحد الطفولة المبكرة" (Early Infantile Autism) أو "توحد الأطفال" (Children Autism) من قِبَل الدكتور كانر (Kanner).

ويُعتبر التوحد إعاقة تطورية تظهر قبل سن الثالثة في الأطفال تتميز بصعوبة في التفاعل الاجتماعي والاتصال، حيث يتميز الأفراد المصابين بالتوحد بوجود سلوكيات متكررة ومحدودة.

أما كولمان (Colman) فيعرف التوحد بأنه اضطراب نمائي عام يتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل، كما أنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.[1]

عبد الغفار الدماطي يصف التوحد على أنه اضطراب تنموي شامل يؤثر على عمليات النمو بشكل عام، وعادة ما يظهر في الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة. يُظهر الأشخاص المصابون بالتوحد نقصًا في الكلام المفهوم وعادة ما يظهرون انطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وقسوة المشاعر.

وتعرف هولين (Howlin) التوحد على أنه واحد من اضطرابات التوحد الشاملة التي تتميز بتأخر أو توقف في التطور الحسي واللغوي والقدرة على التواصل والتعلم والنمو الاجتماعي والمعرفي، ويرافق ذلك انسحاب اجتماعي وانغلاق على الذات وجمود عاطفي وانفعالي مما يجعلهم يبدون وكأن جهازهم العصبي توقف تمامًا.[2]

---

[1] إحسان غديفان السريع، **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد في ضوء معايير الجودة الأردنية**، مجلة المنارة، العدد ب/2، 2014/4/21، الأردن، ص 18.

[2] أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، **سمات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص 23.

✓ **تعريف مجلس البحث الوطني الأمريكي National Research Council, 2001**

التوحد طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقاته بالاضطرابات الأخرى (الإعاقة العقلية، تأخر اللغة المحدد والصرع)، تتنوع أعراض التوحد بين الأطفال وضمن الطفل بنفسه بمرور الزمن، فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثني تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصاً في العيوب الاجتماعية.

وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد في تعريفها له أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة الاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال، ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية.[1]

✓ **التعريف الاجرائي للتوحد:**

التوحد هو اضطراب تطوري يؤثر على التفاعل الاجتماعي والاتصال لدى الأفراد المصابين به، كما يُعتبر اضطرابا اجتماعيا وسلوكيًا يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة وعادة قبل سن الثالثة ويستمر طوال الحياة.

[1] محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، **التوحد ووسائل علاجه**، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دسوق، مصر، 2018، ص13.

❖ مفهوم الرعاية الاجتماعية:

عرفت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا الرعاية الاجتماعية على أنها الأنشطة المنظمة للمؤسسات الأهلية كانت أو حكومية والتي تسعى إلى منح الحاجة والمساهمة في حل المشكلات الاجتماعية وتحسين الأحوال الاجتماعية للأفراد والجماعات والمجتمعات وهذه الأنشطة تتضمن جهود مختلف المهنيين كالأطباء والممرضين والقانونيين والمعلمين والمهندسين والاخصائيين الاجتماعيين.[1]

وأشار ريد Reid في دائرة معارف الخدمة الاجتماعية عام 1995 إلى أن الرعاية الاجتماعية تغيير شامل ومتسع في نفس الوقت، وغالباً ما تحدد على أنها أنشطة منظمة وتدخلات مهنية تقترح سياسات وبرامج كاستجابة للمشكلات الاجتماعية التي يتم التعرف عليها، أو لتحسين أحوال المعرضين للخطر كما أنها تهتم بالتنظيم المناسب للعلاقات بين الجميع.

أنها مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة لفئات معينة من الأفراد والجماعات ممن يحتاجون إلى ضروريات الحياة الأساسية، أو يحتاجون إلى الحماية، سواء كانوا أفردا أو أسرا وخاصةً من يشكل سلوكهم تهديدا لرفاهية المجتمع.[2]

كما تعرف بأنها نسق منظم من الخدمات الاجتماعية والمؤسسات يسعى إلى مساعدة الأفراد والجماعات للوصول إلى مستويات ملائمة للمعيشة، بهدف قيام علاقات اجتماعية سوية بين الأفراد بتنمية قدراتهم وتحسين الحياة الإنسانية بما يتفق مع حاجات المجتمع.[3]

- ✓ **إدموند سميث:** "نسق من المؤسسات الاجتماعية والقيم والأهداف، والمبادئ المشتركة التي تعبر عن المصلحة العامة للمجتمع، وعن رفاهية الأعضاء كأفراد، وجماعات، ومجتمعات محلية".

---

[1] سماح سالم سالم وآخرون، **ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015، ص53

[2] وليد إبراهيم محمد الغرباوي، **الرعاية الاجتماعية في السنة النبوية دراسة موضوعية**، بحث مقدم لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في الحديث الشريف وعلومه، قسم الحديث الشريف وعلومه، كلية أصول الدين، الجامعة الإسلامية – غزة، فلسطين، 2009، ص11.

[3] بول سبيكر، **مبادئ الرعاية الاجتماعية مقدمة للتفكير في دولة الرعاية**، ترجمة حازم مطر، المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة،2017، ص.ص. 12.11.

- ✓ **والتر فريد لاندر:** "النسق المنظم للخدمات والأجهزة التي يتم إعدادها لمساعدة الأفراد والجماعات لتحقيق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولتدعيم العلاقات الشخصية مما يمكنهم من تنمية قدراتهم وتحسين مستوى حياتهم بما يتفق مع احتياجاتهم ومجتمعاتهم".[1]
- ✓ **التعريف الإجرائي:** هي مجموعة الأنشطة المنظمة للمؤسسات التي تسعى لتحسين الأحوال الاجتماعية للأفراد والجماعات، ذوي الخصوصيات التي من الممكن أن تكون عائقا أمام تلبية احتياجاتهم الحياتية.

❖ تعريف المراكز النفسية البيداغوجية:

يشار إليها بأنها ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للفرد ذو الحاجات الخاصة، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية، والصحبة.[2]

وتعرف كذلك بأنها: ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع، والموجهة إلى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة المحتاجين لخدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم وتأكيد ذواتهم وتؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع، لكي تحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والمهنية، طوال حياتهم ولصالح المجتمع.[3]

كما يؤكد على أنها: "مجموعة البرامج والخدمات والمناهج التدريسية والتعليمية المنظمة والهادفة، التي تقدم لفئات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يتضمن هذا التشخيص النشاط المبكر لهذه الحالات وسلوكيات واستجابات الأسرة والمجتمع حيالها.[4]

كما يشار إليها بأنها: "نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية، متضمنة التعديلات التي يتم إدخالها على المنهج التعليمي العادي بكامله أو في جزء منه، ليلائم طبيعة انحراف كل فئة من الفئات الخاصة من حيث نوعيته

---

[1] بسام احمد أبو عليان، **طرق الخدمة الاجتماعية**، الناشر مكتبة الطالب الجامعي خانيسوس، الطبعة الثانية، 2015، ص7.

[2] عبد السلام عبد الغفار: **سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ص263.

[3] فاروق محمد صادق: **برنامج التربية الخاصة في مصر**، المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين الشمس، ص53.

[4] صبحي عبد الفتاح الكافوري: **تعليم غير العاديين**، محاضرات غير منشورة، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة ، طانطا، ص5.

إيجابيا كان أم سلبيا ودرجة شدته بسيطة أم متوسطة أم حادة، ولمواجهة الاحتياجات التربوية والتعليمية الناجمة عن هذا الانحراف بطريقة مناسبة.[1]

- ✓ **التعريف الإجرائي:** هي ذلك التنظيم التي يوفر جميع الخدمات التي تقدم في المؤسسات التعليمية العادية لذوي الاحتياجات الخاصة، وتشمل هذه الخدمات جميع الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والترفيهية والصحية وغيرها.

❖ مفهوم التأهيل:

يُشير مصطلح التأهيل إلى مجموعة متنوعة من الخدمات التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تتجاوز المجرد إعدادهم بدنيًا، وهذا توسع في مفهومه خارج النطاق العسكري. وقد أتى التأهيل بفائدة للأشخاص ذوي الإعاقة المدنية أيضًا. وبناءً على ذلك، يمكن تعريف التأهيل بأنه عملية استعادة أقصى إمكانات الشخص ذو الإعاقة في الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية، وفقًا للإمكانيات المتاحة له. [2]

[1] عبد المطلب أمين القريطي: **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط3، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص1.

[2] عفاف إسماعيل خيرالله، **دور مكاتب التأهيل الاجتماعي في توفير الرعاية الاجتماعية للأفراد ذوى الإعاقة بمحافظة الفيوم**، مجلة الإرشاد النفسي، ، العدد 43، اوت 2015، مركز الإرشاد النفسي، مصر، ص309.

خامسا: الدراسات السابقة

وفق المنهجية العلمية يجب على الباحث الاستناد للتراث العلمي أو ما يسمى بالدراسات السابقة، فهي تساعد الباحث على انتقاء الحقائق وتتبع تطورات المشكلة، فهي منطلق ضروري لما يليها من أبحاث ودراسات حيث أن موضوع دراستنا يعتبر مجالا خصبا للبحث العلمي، وقد أثمرت جهودنا عن عدد من الدراسات الموجهة لموضوع دراستنا وتتحدد كالآتي:

- **الدراسة الأولى:** سعيد كمال عبد الحميد، 2017، فعالية **التدريب على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات وأثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد**، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية.

تمحورت إشكالية هذه الدراسة حول الكشف عن فعالية التدريب على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات وأثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لسلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي؟
- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي لسلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي؟
- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لسلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية الفرضيات التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات والسلوك الاجتماعي للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور شهرين من إجراء القياس البعدي.

هدفت هذه الدراسة إلى:

- الكشف عن مدي فعالية إدارة الذات في تنمية السلوك الاجتماعي الإيجابي وخفض سلوك إيذاء الذات، والتحقق من مدي فعالية برنامج إدارة الذات في تحقيق الهدف.
- تنمية السلوك الاجتماعي الإيجابي للأطفال التوحديين في محاولة للخروج به من عزلته وكسر الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به فيتفاعل معهم ويشاركهم ممارسة الأنشطة المختلفة.
- خفض العادات السلوكية غير المقبولة وتحسين التفاعل الاجتماعي بين أطفال اضطراب التوحد

ومن خلال التأكد من الفرضيات تم التوصل إلى النتائج التالية:

- فعالية برنامج مهارات إدارة الذات في خفض سلوك إيذاء الذات وتحسين السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- فبرنامج إدارة الذات أعطى الفرصة للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالاعتماد على أنفسهم والاستقلالية في أداء مهاراتهم المختلفة.

من الملاحظ أن هذه الدراسة تتفق كثيرا مع الدراسة الحالية في عدة جوانب أولها الموضوع المدروس والمتمثل في هذه الدراسة حول فعالية التدريب على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات واثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، إذ تتفق معنت في موضوع أطفال التوحد ومحاولة تدريبهم والاعتناء بهم وذلك عبر برامج و اساليب تساهم في تطوير مهاراتهم الاجتماعية والفردية لضبط سلوكياتهم.

❖ **الدراسة الثانية:** ناصر صابرينة ولكحل ريان، **المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة – دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل-** الجزائر " 2021/2020.

تمحورت إشكالية هذه الدراسة حول ما دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بدوي الاحتياجات الخاصة؟

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة؟
- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟
- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية الفرضيات التالية:

- تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة.
- تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة.

هدفت هذه الدراسة إلى:

- معرفة مختلف الأنشطة والبرامج التي تؤدي إلى تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة اجتماعيا.
- العمل على تحليل وتفسير المشاكل التي يواجهوها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التعمق في معرفة المراكز النفسية البيداغوجية، وذوي الاحتياجات الخاصة

ومن خلال التأكد من الفرضيات تم التوصل إلى النتائج التالية:

- برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز لها فعالية كبيرة في تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق وكذا التكفل اللازم من جميع النواحي النفسي أو الفكري والصحي والتأهيل المهني أيضا.
- الخدمات التي تقدمها هذه المراكز والتي تشمل الخدمات الصحية النفسية التعليمية والاجتماعية تساعد كلها في تأهيل المعاق.

من الملاحظ أن هذه الدراسة تتفق كثيرا مع الدراسة الحالية في عدة جوانب أولها الموضوع المدروس والمتمثل في المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة اذ تتفق مع دراستنا الحالية في الخدمات التي تقدمها هذه المراكز والتي تشمل الخدمات الصحية النفسية التعليمية والاجتماعية و برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز، كما يوجد هناك اختلاف بين الدراستين من جانب واحد حيث

هذه الدراسة درست المراكز الن–فسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، أما في دراستنا الحالية درسنا الرعاية الاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد بصفة خاصة.

- **الدراسة الثانية:** احسان غديفان سريع، 2014، **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد، في ضوء معايير الجودة الأردنية** ".

تمحورت إشكالية هذه الدراسة حول التعرف على جودة الخدمات التي تقدمها مؤسسات الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في المملكة الأردنية الهاشمية؟

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير الأردنية؟
- ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير الأردنية؟

هدفت هذه الدراسة إلى:

- غياب عنصري التقييم والمراجعة للبرامج المقدمة في التربية الخاصة، وبالتالي انعدام فرص تطوير البرامج والخدمات والتوسع والتنوع فيها.
- تطوير أدوات مناسبة تعتمد على مؤشرات ضبط الجودة للبرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد.

من الملاحظ أن هذه الدراسة تتفق كثيرا مع الدراسة الحالية في عدة جوانب أولها الموضوع المدروس والمتمثل في تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد، اذ تتفق مع دراستنا الحالية في البحث عن مدى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة، بالإضافة الى التركيز على أطفال التوحد.

سادسا: نظريات الدراسة

❖ النظرية التأهيلية:

يستخدم الاخصائي الاجتماعي هذه النظرية لمقابلة الأهداف العلاجية للفرد و التي يمكن دراستها و تشخيصها بدقة من خلال معالجة الجماعات و أعضاؤها لتحقيق الأهداف العلاجية المختلفة و اشباع احتياجات هؤلاء من خلال البرامج بعد دراسة تلك الحاجات و تشخيصها، كما يستخدم هذا المدخل أيضا لإحداث أنواع من التغيرات في شخصية المعاق و البيئة الاجتماعية المحيطة، حيث يستخدم الأخصائي وفقا لذلك الوسائل المختلفة لتغيير بعض الخصائص في الجماعة لمساعدة المعاقين لتحقيق أهدافهم و من هذه الوسائل أساليب تعديل السلوك، ونلاحظ أن هذا المدخل يقدم الكثير من الحلول لممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال المعوقين وخاصة في تحقيق الاهداف الوقائية والعلاجية مع فئة المتخلفين عقليا.

❖ النظرية السلوكية:

رائدها <**HULL CLARK**> تشير أن عملية التعلم تتم من خلال اشباع الحاجات الأساسية البيولوجية و التي لها تأثير على سلوك الإنسان، حيث ربطت هذه النظرية بين الحاجات و السلوك لأن الدوافع و الحاجات تؤدي لممارسة سلوك لإشباعها، و من خلال ما سبق فإن نظريات التعلم هذه يحتاجها الأخصائيون في عملية تدريب المتخلفين عقليا على المهارات الاجتماعية والمهنية في المراكز الخاصة لأن مبدأ هذا التدريب يقوم على تعليم هؤلاء كيفية اكتساب السلوك المقبول اجتماعيا من خلال برنامج التأهيل الاجتماعي و المهن.[1]

[1] بونار صلاح الدين، فرداس شوقي، **الإعاقة الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945– قالمة، الجزائر،2022/2021، ص9.

خلاصة:

إن الإطار النظري للدراسة يعد كتمهيد للفصول المتبقية من الدراسة كونه يفتح المجال للبحث حول الرعاية الاجتماعية لأطفال التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، و مما سبق ذكره يمكن القول أن تحديد إشكالية الدراسة تعتبر بمثابة الركن الأساسي في البحث العلمي، كما سعينا الى تحديد أسباب الدراسة، أهدافها وأهميتها التي نصبوا بلوغها من خلال دراستنا هذه، كما سعينا أيضا الى تحديد وضبط المفاهيم الأساسية من ثلاث جوانب من الناحية اللغوية، الاصطلاحية والإجرائية، كما تطرقنا إلى بعض الدراسات السابقة التي أجرينا تعقيب عليها من أجل إبراز قيمة الموضوع وأهميته، وتم التطرق أيضا إلى أهم النظريات التي تناولت مدى فعالية الأساليب و البرامج التعليمية لدمج الأطفال المصابين بالتوحد اجتماعيا وتعزيز مهاراتهم الفردية.

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد

أولا: مراحل اكتشاف التوحد وتطروه

ثانيا: أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد واعراضه

ثالثا: خصائص أطفال التوحد

رابعا: أنواع اضطراب طيف التوحد

خامسا: تشخيص اضطراب طيف التوحد

سادسا: المهارات الاجتماعية لأطفال طيف التوحد

الخلاصة

تمهيد:

تعد اضطرابات التوحُّد ظاهرة شائعة في العالم حيث تؤثر على الأطفال في صعوبات تتعلق بالتواصل والتفاعل الاجتماعيين، حيث تشمل مراحل اكتشاف التوحُّد تسجيل حالات التوحُّد بشكل رسمي وتوسيع الوعي العام بهذا الاضطراب، وتتعدد أسباب التوحُّد من أسباب اجتماعية ونفسية وعقلية وكما تتأثر بعوامل جينية وبيئية وعصبية، ويتميز أطفال التوحُّد بالتأخر في التحصيل العلمي والتواصل والتفاعل الاجتماعيين والاهتمام المحدود والتركيز العالي على أنشطة معينة، وهناك أنواع مختلفة من التوحُّد مثل التوحُّد ذو الطيف العالي والتوحُّد ذو الطيف المنخفض، ويختلفون من حيث مستويات التأثير والتحديات التي يواجهها المصاب، ويعتبر تشخيص التوحُّد هام لفهم احتياجات المصابين وتقديم الدعم الملائم بما في ذلك تنمية المهارات الاجتماعية حيث يتطلب فهم هذه الجوانب توفير رعاية ودعم ملائم لأفراد التوحُّد في المجتمع، وفي دراستنا هذه سنركز على التعريف بالتوحد من خلال التطرق إلى ماهية التوحد من مراحل اكتشافه وتطوره إلى تشخصيه، ونفس ومحاولة التعريف به بصفة شاملة.

أولا: مراحل اكتشاف اضطراب طيف التوحد وانتشاره

تم اكتشاف اضطراب التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة لأول مرة من قبل الطبيب النفسي الأمريكي **كانر kanner** في عام 1943، حيث كان يدرس مجموعات من الأطفال المعاقين عقليًا في جامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية حيث لاحظ **كانر** أن هناك أنماط سلوكية غير طبيعية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم معاقون عقليًا، إذ كان سلوكهم يتميز بعدم الوعي بوجود الآخرين وعدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل، وفيما بعد أطلق على هذا الاضطراب مصطلح "**التوحد الطفولي المبكر**".[1]

يتميز الأطفال المصابون بالتوحد الطفولي المبكر "Early Infantile Autisms" بالانغلاق على الذات والتفكير المتميز الذي تحكمه الحاجات النفسية، مما يبعدهم عن الواقعية والتفاعل مع المحيطين بهم وهم غالبًا يعانون من العزلة والانطواء ولا يستجيبون لأي مثير خارجي، ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات مختلفة لهذا الاضطراب:[2]

التوحد الطفولي المبكر (Early Infantile Autism)،

ذهان الطفولة (Psychosis A Typical)،

فصام الطفولة (Childhood Schizophrenia).

ويمكن التعرف على تاريخ هذا الاضطراب من خلال المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته بدءًا من اكتشافه من قبل **كانر** في عام 1943 على النحو التالي:

❖ **المرحلة الأولى:**

بدأت الدراسات الوصفية الأولى للاضطرابات التوحدية في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي، وتركزت هذه الدراسات على الأطفال ذوي التوحد الطفولي المبكر، وتهدف هذه الدراسات إلى وصف سلوك الأطفال التوحديين حيث كان يتم تشخيص اضطراب التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة، ولكن وجد أن عدم التجانس بين المجموعات أو

[1] رائد خليل العبادي، **التوحد**، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2006، ص 15

[2] نفس المرجع، ص 16

أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل.

ويمكن ذكر بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل (**ايزنبرج1956 Eisenberg**) و(**كانر Kanner1943**) و(**اسبارجر 1953 Hans Asperger**).

❖ **المرحلة الثانية:**

تقوم المرحلة الثانية بالاستمرار في البحث حول التوحد بعد المرحلة الأولى، وفي هذه المرحلة قرر الباحث **فيكتور لوتر** في عام 1978 أن الدراسات التي أُجريت خلال هذه الفترة والتي بدأت منذ أواخر الخمسينات.

تركز المرحلة الثانية على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب، وشارك في دراسات هذه المرحلة العديد من الأسماء بما في ذلك **مايكل روتر وميتر**، ومن دراسات هذه المرحلة بشكل عام يمكن استخلاص ثلاث ملاحظات أساسية ساعدت على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات اضطراب التوحد.

وهذه الملاحظات هي:[1]

- ✓ التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث الاستخدام الجيد أو الواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- ✓ النظر الى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه حيث ان الاطفال التوحديون غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء ممن تقل نسبة ذكائهم عن IQ55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.
- ✓ القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات اضطراب التوحد.

[1] رائد خليل العبادي، المرجع السابق، ص.ص. 17،18

❖ **المرحلة الثالثة:**

تميزت هذه المرحلة في أدبيات البحث العلمي في ميدان علم النفس والتربية الخاصة بتواصل تيار ثابت من التقارير والدراسات المتتابعة في مجال اضطراب التوحد، واستمرت هذه الفترة لمدة عقد من الزمن من الثمانينات إلى بداية التسعينات (1990-1992)، وقد برزت في هذه المرحلة أسماء بارزة مثل " **شانغ** و " **لي** ' **Chung and lee**' **وكوباياشي 'Kobayashi'**.

هذه المرحلة لا تزال مستمرة حتى الآن والدراسات الأخيرة تركز على أهمية تطوير لغتهم خلال مرحلة الطفولة المبكرة التي تمتد من سنة إلى ستة سنوات، ومن المهم فهم أن مجرد وجود بعض المهارات اللغوية والإدراكية الكبيرة لا يضمن تحسن حالة الأطفال التوحديين بشكل كافي دون التدخل المتخصص والتدريب في المجالات المناسبة، إلا أن تقارير دراسات المرحلة الثالثة أكثر تنظيمًا وموضوعية من دراسات المرحلتين السابقتين، والأدوات والخلفيات الثقافية والاجتماعية المستخدمة في الدراسات تختلف من دراسة إلى أخرى، مما يؤثر على تقييم أي تطور في أداء الأطفال التوحديين والنتائج المترتبة عليها. [1]

[1] رائد خليل العبادي، المرجع السابق، ص.ص.18،19

نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد عالميا:

وفقًا للدراسات التي أجريت تختلف نسبة انتشار اضطراب التوحد بناءً على المعايير التشخيصية المعتمدة في مجتمعات مختلفة في دراسات سابقة **لوتر (Lutter 1986)** و**لورد سكوبلر (Lord, Scopler 1987-1989)**، حيث تم استخدام معايير التشخيص III (DSM) لتحديد حالات التوحد، وتبين أن نسبة الإصابة بالتوحد تتراوح بين حوالي 2 إلى 5 حالات لكل 10,000 ولادة حية، وأن الذكور يصابون بمعدل 3 إلى 4 مرات أكثر من الإناث ولكن السبب وراء هذا الاختلاف لا يزال غير معروف.[1]

بدأت دراسات **كانر** في الأربعينيات واستمرت حتى أوائل السبعينات واستخدمت معايير خاصة بها لتشخيص حالات التوحد، حيث أظهرت هذه الدراسات أن نسبة الإصابة بالتوحد في الولايات المتحدة تتراوح عادة بين 4 و5 حالة لكل 10,000 ولادة حية في الأعمار التي تقل عن 15 سنة، وأن الذكور يصابون بمعدل أعلى من الإناث بنسبة 4 إلى 1، ولاحظت دراسة **جيلبرج Gillberg** أن نسبة انتشار التوحد في المرحلة العمرية من 7 – 5 سنة تقدر بنسبة 4.12 حالة لكل 10,000 ولادة حية، بينما أظهرت دراسة أخرى نتائج تقدر نسبة الانتشار بمعدل 6.11 حالة لكل 10,000 ولادة حية في المرحلة العمرية من 4 إلى 1. حيث توصل **جونتبرغ** إلى أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي 8.1 حالة لكل 10,000 ولادة حية في نفس المنطقة التي أجريت فيها دراسة **جيلبرج**، وتشمل الهند الغربية، الصين، نيجيريا، سيرلانكا. وتشير الدراسات المسحية التي أجريت في إنجلترا إلى نتائج متنوعة حيث تتراوح نسبة الانتشار بين 20 إلى 30 حالة لكل 10,000 ولادة حية، وفي دراسة أخرى قام بها **كامبرول Camber well** لتشخيص حالات التوحد بناءً على العجز الاجتماعي، أظهرت النتائج أن نسبة انتشار التوحد تقدر بحوالي 21 حالة لكل 10,000 طفل، وأظهرت دراسات **جيلبرج** وآخرين في السويد أن نسبة انتشار التوحد أو ما يسمى "شبيه التوحد" تقدر بحوالي 6.6 حالة لكل 10,000 طفل.[2]

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسة **جيلبرج** أن أعراض اضطراب أسبيرجر Asperger Syndrome تنتشر بمعدل 5 مرات أكثر من أعراض التوحد التقليدية، حيث تقدر بحوالي 2.6 على الأقل لكل 1000

[1] مصطفى نوري القمش، **اضطرابات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص 25

[2] نفس المرجع، ص26

طفل، وأكدت دراسات **بارون–كوهين Cohen Baron ونيلسون إسرائيل Nelson Israel** أن نسبة انتشار التوحد في الذكور أعلى من الإناث.

بشكل عام يمكن استنتاج أن هناك توافقًا إلى حد ما بين نتائج الدراسات فيما يتعلق بمعدل انتشار اضطراب التوحد، حيث تتراوح النسبة بين 4 إلى 5 حالات في كل 10,000 ولادة حية، وتظهر النسبة الأعلى في الذكور بنسبة 4 إلى 1، و يعود الاختلاف الطفيف في النتائج إلى تباين في المعايير المحددة لتشخيص الاضطراب وعدم وجود أدوات تشخيصية موحدة بشكل كامل وعليه يجب توسيع نطاق التشخيص ليشمل الأطفال الذين يظهرون عرضًا واحدًا أو أكثر من أعراض التوحد، الذي قد يؤثر على نتائج المسوحات المستخدمة لتقدير حجم المجتمع المصاب بهذا الاضطراب.[1]

[1] مصطفى نوري القمش، اضطرابات التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص27

ثانيا: أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد واعراضه

❖ أسباب وعوامل الإصابة باضطراب طيف التوحد:

اضطراب طيف التوحد هو اضطراب معقد وله مظاهر سلوكية متشابكة تمت دراسة هذا الاضطراب في العديد من الدراسات لمعرفة أسبابه وتنوعت العوامل المذكورة في هذه الدراسات كأسباب للتوحد بناءً على اختلاف اهتمامات الباحثين ومجالات تخصصهم وخلفياتهم النظرية، وعلى الرغم من تعدد الأسباب وتنوعها إلا أنها لا تزال نظريات وكثير منها مجرد فرضيات لم يتم تأكيد مسؤولية أي عامل بمفرده،[1] وبناءً على الدراسات السابقة يمكن التطرق لعديد من الأسباب المحتملة في الإصابة باضطراب طيف التوحد وتتمثل في العوامل التالية:

1. العوامل الوراثية والجينية:

وفقًا للدراسات الحديثة في مجال اضطراب التوحد، تشير الأدلة إلى أن الجينات تلعب دورًا بارزًا في حدوث هذا الاضطراب، و أظهرت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة أن الفرصة للإصابة بالتوحد تكون أعلى بشكل كبير في التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم غير المتطابقة، ففي التوائم المتطابقة يكون معدل الاصابة بين 60% و100%، في حين أنه لا يتجاوز 50% في التوائم غير المتطابقة هذه النتائج تعزز الفرضية بأن الجينات لها دور رئيسي في ظهور اضطراب التوحد، وبالإضافة إلى ذلك تشير نتائج الدراسات العائلية إلى أن احتمالية ظهور طفل آخر مصاب بالتوحد في أسرة تحتوي على طفل مصاب بالتوحد هي 20 مرة أعلى من الأسر التي ليس لديها طفل مصاب بهذا الاضطراب.

تشير الدراسات إلى وجود عدد من الكروموسومات والمركرات المرتبطة بحدوث اضطراب التوحد، هذه المركرات تشمل الكروموسومات 72، 13، 15، 16، 17، والكروموسوم X المشترك بين التوحد ومتلازمة ريت ومتلازمة الكروموسوم X. ومع ذلك لم يتم التوصل إلى اتفاق بين العلماء حول وجود خلل في كروموسوم معين مرتبط بحالات التوحد، هناك اقترابات متعددة في دراسة الكروموسومات وحالات التوحد وبعض الدراسات ربطت الكروموسوم رقم 2 بحالات التوحد واعتبرت أن هناك علاقة بينه وبين

[1] جمال خلفة المقابلة، **اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية**، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016، ص24.

اضطرابات النطق، كما ربطت بعض الدراسات الكروموسوم رقم 3 بحالات التوحد حيث يعتقد أن جين يسمى "Gat" في هذا الكروموسوم يلعب دورًا في ظهور السلوكيات التوحدية عن طريق التأثير على ناقل عصبي يُعرف بـ "Gaba"، وفيما يتعلق بالكروموسوم رقم 7 يحتوي هذا الكروموسوم على مجموعة من الجينات التي تؤثر على النطق واللغة وتعابير الوجه، حيث تُرتبط بعض هذه الجينات مثل Fox2 و Wec2 بالاضطرابات اللغوية ووظائف الخلايا في جسم الجنين في حين يُعتقد أن جين Re يلعب دورًا في تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين.

بشكل عام تشير هذه الدراسات إلى وجود علاقة محتملة بين بعض الكروموسومات وحالات التوحد، لكن لا يزال هناك حاجة لمزيد من البحث لفهم الآليات الدقيقة لتأثير هذه الكروموسومات على حدوث اضطراب التوحد.

تُظهر الدراسات أن الوراثة تلعب دورًا في تطور التوحد والأبحاث أكدت أن هناك نسبة انتشار توحد تصل إلى 36٪ بين التوائم المتطابقين (من بويضة واحدة)، في حين لم يتم رصد أي حالات توحد بين التوائم المتشابهين (من بويضتين مختلفتين)، وقد توصلت دراسة أخرى إلى أن نسبة انتشار التوحد تصل إلى 96٪ بين التوائم المتطابقين (من بويضة واحدة) و 27٪ بين التوائم المتشابهين (من بويضتين مختلفتين)، هذه النتائج تشير إلى دور العوامل الوراثية في الإصابة بالتوحد، كما تشير الدراسات أيضًا إلى أن نسبة 10٪ من الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من حالات الريت أو الهش Fragile X وهما اضطرابان وراثيان مرتبطان بالتوحد، وعلى الرغم من أهمية العوامل الوراثية في التوحد إلا أن وجود عوامل بيئية يمكن أن يسهم أيضًا في الإصابة يُعتقد أن تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية يمكن أن يؤدي إلى ظهور التوحد لدى الأشخاص المعرضين لهذه العوامل.[1]

2. العوامل الفيسيولوجية (العضوية)

تشير الأدلة الحالية إلى أن هناك أسباب فسيولوجية وعضوية تسهم في ظهور اضطراب التوحد قد يكون للعوامل الفسيولوجية دور في حدوث اضطرابات وأمراض المخ التي قد يرتبط بالتوحد، مثل الالتهاب الدماغي في مرحلة مبكرة من الحياة والإصابة بالحصبة الألمانية خلال فترة الحمل، كما يمكن أن تسهم

[1] أسامة فاروق مصطفى، **مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص253.

حالات مثل **الفينيل كيتونيوريا** غير المعالجة والتصلب الحدبي للأنسجة العضوية والتشنج الطفولي اللاإرادي والصعوبات الشديدة خلال الولادة في زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد، حيث تشير الدراسات الطبية المجراة في عدة معاهد طبية في أمريكا وانجلترا وكندا إلى أن مضاعفات الحمل والولادة تكون أكثر شيوعًا بين أطفال التوحد مقارنة بالأطفال الأخرين الأصحاء أو حتى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى، وبعض التشوهات العضوية الطفيفة تكون أكثر شيوعًا لدى الأشخاص المصابين بالتوحد مقارنة بأشقائهم وأقرانهم الأصحاء، يُرجح أن الوراثة تلعب دورًا هامًا في تفسير الإصابة بالتوحد حيث يتم تقدير أنها تلعب دورًا في حوالي 89٪ من الحالات، وتشمل بعض العوامل الوراثية المحتملة هشاشة البويضات ومتلازمة الكروموسوم الهش وفيروس CED.[1]

و تشير الدراسات ايضا إلى وجود عامل وراثي يساهم في بعض حالات التوحد حيث يكون ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم غير المتطابقة، دراسة أجريت في عام 1978 أظهرت زيادة نسبة التوحد بين التوائم المتطابقة إلى 82٪ بينما كانت 10٪ بين التوائم غير المتطابقة، مما يشير إلى التأثير المحتمل للعوامل الوراثية في حدوث التوحد، كما أكدت دراسة أخرى في عام 1989 أن 41٪ من التوائم المتطابقة والذين يعانون من التوحد يكونون من نفس البويضة ويظهرون نفس الأعراض وأن تقنيات الصور الحديثة مثل التصوير بالتردد المغناطيسي (PET) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) قد كشفت أيضًا عن تشوهات في تركيبة المخ لدى بعض المصابين بالتوحد، وفي دراسة أجريت في عام 1984 تم استخدام تقنية التصوير بالتكوين المحوسب (CAT scan) ووجدت اتساعًا في البطنيات الدماغية بنسبة 20–25٪ في أطفال التوحد، كما تم اكتشاف تشوهات في المخيخ في 82٪ من حالات التوحد وتخطيط كهربية غير طبيعية في 10–83٪ من الحالات، ودراسات أخرى أظهرت وجود تشوهات في القشرة الدماغية مثل Polymicrogyria بعد وفاة المصابين بالتوحد.

هناك عدة أسباب محتملة لظهور صعوبات التواصل والسلوك التوحدي في الأطفال، قد يرث الطفل صعوبات كلامية دون أن يكون لديه اضطراب التوحد ولكن يمكن أن ينشأ اضطراب التوحد إذا كان المصاب بتلف دماغي مرتبط بالولادة الصعب، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تؤثر عوامل عضوية غير وراثية قبل أو خلال أو بعد الولادة على الطفل وتسبب سلوك توحدي حيث تتمثل المسببات الرئيسية

[1] سوسن شاكر الجلبي، **التوحد الطفولي (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2015، ص46.

للاضطراب التوحدي في أجزاء مختلفة من المخ، بما في ذلك النظام الشبكي العصبي النصف الدماغي المسيطر والعقد العصبية القاعدية، الدراسات والبحوث مستمرة لفهم كيفية تأثير هذه المسببات الرئيسية على المخ وما إذا كانت العوامل الوراثية أو الإصابات قبل أو أثناء أو بعد الولادة أو المرض تؤثر على المخ بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

درست الباحثة **مارثا بومان** منطقة المخيخ في الأطفال المصابين بالتوحد ووجدت خللاً فيها يتمثل في زيادة عدد الخلايا، هذه الزيادة تسبب اضطرابًا يؤثر على المراكز المسؤولة عن السلوك وتكوين المهارات الاجتماعية، وتتسبب هذه الزيادة في تفاعل كيميائي كهربائي يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية ويسبب اضطرابات في الذاكرة وفرط الحركة بدون هدف، تؤدي هذه المنطقة المعقدة إلى إعاقة الاتصال بين أجزاء المخ وتعميق الفجوة في الربط بين الأحاسيس وتعميم المعلومات والذاكرة التخيلية، ولا تزال الدراسات والأبحاث جارية لفهم التأثير النهائي لهذه العوامل وتأثيرها على الأطفال التوحديين، وتشير الدراسات إلى أن أعراض التوحد قد تبدأ في مرحلة مبكرة قبل الشهر الثالث من الحمل وهناك آراء متباينة حول متى يتشكل الاضطراب بالضبط. [1]

3. العوامل الكيميائية والبيوكيميائية (النظرية البيوكيميائية):

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين التوحد والعوامل الكيميائية العصبية وبالأخص تشير إلى وجود اضطرابات في إفرازات الناقلات العصبية، تلك الناقلات العصبية هي المسؤولة عن نقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ ومن المخ إلى الأعضاء المختلفة في الجسم والعضلات والجلد، ويمكن أن تحدث تلك الاضطرابات بسبب خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات هذه الناقلات العصبية.[2]

وتشير بعض الأبحاث إلى ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد، ومع ذلك يلاحظ وجود معدل مرتفع للسيروتونين في ثلث الأطفال المصابين بتأخر عقلي شديد، حيث تم إجراء دراسة معمقة على مجموعة صغيرة من أطفال التوحد وتأكد وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين

[1] سوسن شاكر الجلبي، المرجع السابق، ص48..

[2] أسامة فاروق مصطفى، المرجع السابق، ص255

المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي وتم اكتشاف أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يؤدي إلى تدمير بعض الخلايا العصبية.[1]

تفترض هذه النظرية حدوث اضطراب في النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والببتيدات العصبية، ويعتبر الاختلال البيوكيميائي في أحد هذه النواقل العصبية مسببًا للتأثيرات السلبية على الفرد مثل إفراز الهرمونات، والحرارة الجسمية، والشعور بالألم، والمزاج، والذاكرة.

أظهرت نتائج البحوث التي أُجريت على الناقل العصبي السيروتونين أن هذا الناقل مرتبط بشكل وثيق بالعمر حيث يكون في مستويات عالية في المراحل المبكرة من الحياة وينخفض في مرحلة المراهقة ثم يستقر في مرحلة البلوغ، ومع ذلك تم اكتشاف أن لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يستمر هذا الناقل على مدار الحياة بنسبة 30-40٪، حيث يعد التحكم في النوم والتغذية والشهية والحرارة الجسمية والإحساس بالألم من بين وظائف السيروتونين، و قد تم اكتشاف وجود اضطراب في نواقل عصبية أخرى مثل زيادة مستوى الدوبامين العصبي في بعض الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وانخفاضه في البعض الآخر بالمقارنة مع المستويات الطبيعية للحالات العادية، كما تم الإشارة إلى وجود اضطراب في نسبة الأدرينالين في الدم والدماغ لدى الأفراد التوحديين في تشخيص اضطرابات طيف التوحد وتدخلات العلاج.[2]

4. العوامل البيولوجية (النظرية البيولوجية):

لم يتم تحديد سبب التوحد بشكل نهائي حتى الآن حيث يترتب على التوحد ظهور مشاكل اجتماعية ولغوية وسلوكية، بالإضافة إلى صعوبات في التعلم، ويشير ذلك إلى وجود اضطراب بيولوجي، حيث تؤثر العوامل البيولوجية مثل الجينات ووظائف الدماغ على تعلم الإنسان وسلوكه.[3]

توضح هذه النظرية أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة لوجود خلل أو تلف في خلايا الدماغ أو عدم استكمال نموها بشكل صحيح في الفرد المصاب، وهذا يفسر تواجد اضطرابات أخرى مصاحبة للاضطراب التوحدي مثل الصرع والتأخر العقلي، حيث أشارت الدراسات التي أجريت بواسطة **باسيل**

[1] سوسن شاكر الجلبي، المرجع السابق، ص.ص 48.49.

[2] جمال خلفة المقابلة، المرجع السابق، ص.ص 26.27.

[3] حسن احمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد احمد، **مرض التوحد بين الاضطراب والإعاقة الطيفية**، دار الجديد للنشر والتوزيع، الجزائر، 2019، ص8.

وروتر و**مايبرغ** و**قايت** إلى وجود عدد من الأمراض والعوامل المرتبطة بالأم الحامل التي تزيد من احتمالية إصابة الطفل بالتوحد، و تشمل هذه العوامل الإصابة بالحصبة والحصبة الألمانية، ونقص نشاط الغدة الدرقية، وفيروسات الحمل، ومشاكل في جهاز المناعة، وتعاطي الكحول والأدوية المهدئة، وعمر الأم الذي يزيد عن 35 عامًا، بالإضافة إلى ذلك تشير النظرية إلى أن العوامل المرتبطة بالسائل الداخلي المحيط بالجنين والتعقيدات العالية في مرحلة ما قبل الولادة يمكن أن تسهم في حدوث اضطراب التوحد على الرغم من أن بعض هذه العوامل قد يكون لها تأثير عابر ويمكن أن ينجب طفلًا توحديًا.[1]

يمكن حصر هذه العوامل إلى حالات التي تؤدي إلى إصابة الدماغ قبل الولادة وأثناء الولادة أو بعدها، وتشمل الأمراض المعدية التي يتعرض لها الجنين نتيجة إصابة الأم خلال الحمل، والمشاكل التي قد تحدث أثناء عملية الولادة مثل نقص الأكسجين واستخدام الأدوات الطبية وغيرها من العوامل البيئية، وتشمل أيضًا حوادث النزف التي يتعرض لها الجنين قبل الولادة أو حدوث حادثة ما للأم بالإضافة إلى عامل كبر سن الأم ويمكن أن تكون هذه العوامل متداخلة وتساهم في حدوث اضطراب التوحد.[2]

5. العوامل البيئية (فرضية التلوث البيئي):

بعض المشاكل التي يمكن أن تواجهها الأم خلال فترة الحمل والولادة تشمل الإصابة بالفيروسات والأمراض المعدية وتعرض الأم للمواد الكيميائية السامة فيما يتعلق بتوحد الأطفال، كان هناك رأي سابق بأن لقاح MMR قد يكون سببًا محتملاً للتوحد ولكن الدراسات أظهرت عدم صحة هذا الزعم، وبناءً على العوامل البيئية المختلفة يختلف حدوث التوحد من شخص لآخر فالفيروسات قد تسبب التوحد في بعض الحالات وقد يكون التعرض للمواد الكيميائية السامة سببًا للتوحد لدى نسبة صغيرة من الأشخاص، وهناك أيضًا حالات يكون الاضطراب وراثيًا وهناك أشخاص يصابون بالتوحد نتيجة لتغيرات جينية مفاجئة ومع ذلك فإن جميع هذه الأسباب تشير إلى تطور غير طبيعي في نمو الدماغ.[3]

---

[1] جمال خلفة المقابلة، المرجع السابق، ص 27.

[2] السيد عبد القادر شريف، **مدخل الى التربية الخاصة**، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، 2014، ص 303.

[3] أسامة فاروق مصطفى، المرجع السابق، ص254.

يرى **اديلسون** أن الأسباب الشائعة لحدوث اضطراب التوحد هي:

عرض الطفل في مراحل النمو الحرجة إلى تلوث بيتي قد يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية وحدوث التسمم في الدم، مما يمكن أن يرتبط بظهور أعراض اضطراب التوحد، ويعتبر الزئبق والمواد الحافظة للمطاعيم والرصاص وأول أكسيد الكربون من بين الملوثات البيئية التي تعتقد بعض الدراسات أنها قد تسهم في زيادة خطر حدوث اضطراب التوحد، حيث ان الزئبق عنصر ثقيل يمكن أن يكون موجودًا في بعض المصادر البيئية مثل الغذاء والمياه والملوثات الصناعية، وترتبط ارتفاع مستويات الزئبق في الجسم ببعض الاضطرابات التنموية والعصبية، ومن بينها اضطراب التوحد.[1]

بالإضافة إلى ذلك فإن بعض المواد الحافظة المستخدمة في التطعيمات والرصاص وأول أكسيد الكربون يعتبرون ملوثات بيئية محتملة أيضًا، وتشير بعض الدراسات إلى ارتباط بين تعرض الأطفال لهذه الملوثات وزيادة خطر الإصابة بالتوحد.

6. العوامل النفسية والاجتماعية:

وفقًا لوجهة نظر أصحاب هذه الفكرة يعتقدون أن إعاقة التوحد يمكن أن يكون نتيجة الإصابة بمرض القصام، ويعتبر مرض القصام اضطرابًا يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع مرور الوقت يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه الكاملة في مرحلة المراهقة، وهؤلاء الذين يتبنون هذه النظرة هم **Singer وWynme**، وقد نشرت وجهة نظرهم في عام 1963.[2]

من المهم أن نلاحظ أن هذه الفكرة تمثل وجهة نظر محددة ولا تعكس الرأي العام للمجتمع العلمي، وهناك توجهات وآراء متعددة بشأن أسباب اضطراب التوحد وتطوره ولا يزال البحث والدراسات جارية لفهم العوامل المحتملة التي تسهم في التوحد وطرق تأثيرها على التطور والنمو العقلي للفرد.

وفقًا لوجهة نظر أصحاب هذه الفكرة يعتقدون أن إعاقة التوحد يمكن أن تكون نتيجة لإحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم، بالإضافة إلى وجود مشاكل عائلية يعتقدون أن هذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من البيئة الأسرية وانطوائه على نفسه وبالتالي ظهور أعراض التوحد.

[1] جمال خلفة المقابلة، المرجع السابق، ص 28.

[2] سوسن شاكر الجلبي، المرجع السابق، ص50

ومن الذين يتبنون هذه النظرة هم **زور** و**بوتمان Bootman** و**Zure** في عام 1960، وكان **كانر Kanner** يعتقد أن العزلة الاجتماعية وعدم الاهتمام بالطفل التوحدي هما جوهر المشكلة التي تؤدي إلى جميع التصرفات غير الطبيعية، وقد كتب **كانر Kanner** أن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم بواسطته كانوا ذوي تحصيل علمي عالٍ، ولكنهم كانوا غريبي التصرف ذوي ذكاء مفرط وإدراك ذهني وصارمين ومنعزلين جدًا يكرسون وقتهم لعملهم أكثر من عائلاتهم، ويعتقد أن التوحد في الطفولة المبكرة يمكن أن يكون نتيجة لوراثة الطفل أو لعزلة الأب عن المجتمع بشكل واضح أو نتيجة لأساليب غريبة يعتمد عليها الوالدين الغريبين أثناء تربية طفلهما أو نتيجة لتداخل تلك المشكلة معًا.

وفي السنوات الأخيرة قامت الدراسات المستندة إلى أساليب أكثر موضوعية بمقارنة مجموعات من الآباء الذين لديهم أطفال توحديين مع آباء أطفالهم غير التوحديين المعافين عقلياً أو الطبيعيين، ويعتبر استخدام الفئة الثانية من الأسرة للمقارنة أمرًا هامًا بحد ذاته، حيث يوجد طفل معافٍ في الأسرة وهو يرجح وجود اضطرابات عاطفية واستجابات عاطفية لمن يهتم بالطفل، ولم تثبت هذه الدراسات الموضوعية أي دليل على أن آباء الأطفال التوحديين يتمتعون بشخصيات غريبة أو أنهم يؤثرون على شخصية أطفالهم بطريقة خاطئة أثناء تربيتهم.[1]

[1] سوسن شاكر الجلبي، المرجع السابق، ص49

❖ اعراض اضطراب طيف التوحد:

يوجد أعراض بيولوجية وراثية تؤثر على ظهور اضطراب التوحد مثل وجود تغيرات في الكروموسومات واضطرابات الأيض الوراثية غير المعالجة وتعقيدات وراثية ناتجة عن الحصبة الألمانية، والأدلة الجينية تشير إلى أن الأساس البيولوجي للتوحد يعود إلى عوامل جينية.

وهناك دراسات تشير إلى أن العائلات التي لديها طفل مصاب بالتوحد يكون لديها احتمالية تصل إلى 20% لإنجاب طفل آخر يعاني من بعض أعراض التوحد البسيطة مثل التكرار السلوكي غير المبرر وصعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومع ذلك فإنهم يظهرون عمومًا بشكل طبيعي في الجوانب الأخرى بالنسبة للجمهور العام.

هناك أيضًا أعراض اضطرابية ترتبط بالتوحد ومن بينها:

1) عرض انغلمان:

اكتُشف عرض انغلمان لأول مرة بواسطة الطبيب الإنجليزي **هاري انغلمان** في عام 1965 وعلى الرغم من أنه لا يُعتبر نوعًا من اضطراب التوحد، إلا أن العديد من السلوكيات المصاحبة لهذا العرض تندرج ضمن أعراض اضطراب التوحد حيث اكتشف **انغلمان** في ذلك الوقت أن الأفراد الذين يعانون من هذا العرض يظهرون صفات سلوكية وجسمية غير طبيعية، ووجد أن معظمهم يفتقد جزءًا صغيرًا من كروموسوم رقم 15 من جانب الأم.[1]

تتمثل أعراض عرض **انغلمان** في سلوك مرجحة اليدين وقلة الكلام أو عدمه وصعوبة التركيز والنشاط الزائد ومشاكل الأكل والنوم وتأخر في النمو الحركي، حيث قد يقوم الأفراد أحيانًا ببعض السلوكيات مثل عض الأصابع أو الأظافر وشد الشعر، بالمقابل يبدو الأفراد المصابين بعرض **انغلمان** اجتماعيين وحميمين في علاقاتهم مع الآخرين وعادةً ما يظهرون الضحك، ولكنهم يعانون أيضًا من تشكيلة غير عادية في تركيبة الدماغ ويمكن أن يعانوا من حالات إغماء أو صداع، ويصابون بتصلب الرجلين وحركات غير متوازنة وغير منتظمة للجسم كما يتميزون بفم مبتسم عريض وشفة علوية رفيعة وعينين غائرتين.

[1] السيد عبد القادر شريف، المرجع السابق، ص 308.

2) عرض مارتن:

يُطلق على الكروموسوم "X" أيضًا اسم عرض **مارتن بيل**، وهو اضطراب وراثي يحدث غالبًا نتيجة الوراثة من الأم ويؤدي إلى إعاقة عقلية وراثية، تكون أكثر شدة في الذكور مقارنة بالإناث، حيث يتظاهر الأفراد المصابون بعرض كروموسوم "X" بسلوكيات معروفة عند الأشخاص التوحديين مثل ضعف التواصل البصري مع الآخرين وحركة مرجحة لليدين وحركات إشارية أو جسمية غريبة وعض اليدين ومشاكل الحواس الحسية وتأخر في النطق واللغة بشكل عام، وتعتبر هذه الأعراض عرضًا شائعًا لعرض كروموسوم "X".

بالإضافة إلى ذلك يتميز الأفراد المصابون بعرض كروموسوم "X" ببعض السمات الجسمية مثل جبهة الوجه المرتفعة والعيون الساكنة والأذن الكبيرة والوجه الطويل ووجود خصيتين كبيرتين في الذكور، وتعاني بعض الأفراد من حركة عضلات غير منسقة وأقدام مسطحة وأحيانًا قد تظهر لديهم صمامات قلب غير طبيعية بشكل نسبي.

لتشخيص وجود عرض كروموسوم "X" يتم إجراء اختبارات الدم ويعتمد العلاج على تناول بعض الأدوية المهدئة لمعالجة المشاكل السلوكية، وعلاج النطق واللغة، وتحسين الحواس.[1]

3) عرض ريت:

تم اكتشاف عرض **ريت** بواسطة الطبيب **أندرياس ريت** في عام 1966، يعد عرض ريت اضطرابًا عصبيًا يؤثر في الغالب على الإناث، حيث يظهر الأفراد المصابون بهذا العرض سلوكيات مشابهة لتلك الموجودة في التوحد مثل حركات اليد المتكررة وتأخر في القدرة على المشي وضرب الجسم ومشاكل في النوم، وقد اكتشفت العالمة العربية هدى زغبي الجين المسبب لعرض ريت في أحد الكروموسومين المرتبطين بالجنس الأنثوي، وهذا الجين يعوق عملية البروتين المعتادة مما يتسبب في حدوث اضطراب العرض الحالي ويعرف باسم عرض ريت.

وتتمثل الخصائص الرئيسية للأفراد المصابين بعرض ريت فيما يلي:[2]

[1] السيد عبد القادر شريف، المرجع السابق، ص 309.

[2] نفس المرجع، ص 310.

- ✓ يتمتعون بتطور طبيعي حتى عمر 0.5-1.5 سنة.
- ✓ يعانون من اهتزاز الأطراف وربما الجذع أيضًا.
- ✓ يعانون من قدمين جامدين وصعوبة في الخطوات.
- ✓ يواجهون صعوبات في التنفس.
- ✓ يعانون من حالات إغماء.
- ✓ يعانون من طحن الأسنان وصعوبة في المضغ.
- ✓ يعانون من تأخر في نمو الرأس.
- ✓ يعانون من إعاقة عقلية عميقة.
- ✓ يعانون من خمول في الحركة.

وفي معظم حالات العرض الحالي يلاحظ تراجع واضح في الإدراك والسلوك والمهارات الحركية والاجتماعية للأفراد المصابين خلال فترة نموهم.

4) عرض لاندو – كلينفر:

يتمثل في فقدان اللغة في سن 3-7 سنوات حيث يفقد الطفل القدرة على فهم واستخدام اللغة، والأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يظهرون نمطًا غير عاديًا في تخطيط الدماغ ويظهرون سلوكيات تندرج تحت عائلة اضطراب التوحد مثل عدم الاستجابة للأصوات وعدم الإحساس بالألم والعدوانية ونقص التفاعل الاجتماعي والتمسك بأشياء معينة أو الإصرار على تكرار نفس الأنشطة ومشاكل النوم، يتم علاج هذا الاضطراب بواسطة التدريب على الكلام وتناول بعض الأدوية وفقًا لتوصيات طبية دقيقة، في بعض الحالات قد يتطلب العلاج إجراء جراحة لتنظيم النشاط الكهربائي في الدماغ من خلال زرع جهاز معين.[1]

5) عرض برادروبللي:

تتميز الخصائص التقليدية لعرض برادروبللي بالهوس الغير طبيعي للأكل والوزن الزائد والتخلف العقلي الطفيف واضطراب التناغم الحركي والخصائص الجنسية القاصرة، أما السلوكيات التي تظهر لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب والتي تتشابه مع سلوكيات الأشخاص المصابين بالتوحد تشمل التأخر في

[1] السيد عبد القادر شريف، المرجع السابق، ص 311.

التطور اللغوي والحركي واضطرابات التعلم ومشاكل الأكل في الطفولة ومشاكل النوم وارثة الغضب وعدم الإحساس بالألم.

وبمثابة عرض انغلمان يُعزى سبب هذا الاضطراب إلى فقدان جزء من كروموسوم رقم 15 الذي يُورِثه الأم، وفي الواقع يُعتبر التدخل السلوكي التكيفي كواحد من الأساليب العلاجية الأكثر فاعلية لعلاج عرض برادرويللي.[1]

6) عرض ويليام

هو اضطراب وراثي يرتبط عادة بإعاقة عقلية خفيفة ينجم سبب هذا الاضطراب عن فقدان جزء من الحمض النووي (DNA) على كروموسوم محدد، يظهر الأفراد المصابون بعرض وليام سلوكيات مشابهة لأولئك المصابين بالتوحد مثل تأخر في النمو واللغة ومشاكل في المهارات الحركية وحساسية زائدة للأصوات وعادات غير عادية في الأكل والتمسك بأنماط سلوكية معينة، ومع ذلك يختلف هؤلاء الأفراد عن الأطفال المصابين بالتوحد في كونهم اجتماعيين، ويظهر لديهم تغيرات في النظام الدموي وارتفاع ضغط الدم ومستويات الكالسيوم، وفيما يتعلق بالمظهر الجسمي يتميزون بعيون على شكل اللوزة، وأذنين بيضاويتي الشكل، وشفاه سميكة أو ممتلئة، وذقن واسعة، ووجه ضيق بشكل عام.[2]

بالإضافة لما سبق تتنوع أعراض مرض التوحد لدى الأطفال المصابين ومن هذه الأعراض:

- ✓ يعاني الطفل المصاب من صعوبة في التواصل البصري أثناء تناول الطعام أو الرضاعة.
- ✓ لا يستجيب للأصوات المألوفة ولا يتفاعل عند سماع اسمه ويظهر نقصًا في التعبير عن السعادة على وجهه تجاه الأبوين أو الأشخاص المحيطين به.
- ✓ يعاني من ضعف في القدرة على سماع الأصوات المعتادة التي يصدرها الأطفال في نفس عمره.
- ✓ لا يستجيب لحركات الجسم التي يقوم بها والديه.
- ✓ يفضل الجلوس بشكل دائم ولا يبدي السعادة عند حمله مثلما يفعل الأطفال العاديون.
- ✓ عندما يبلغ الطفل المصاب بالتوحد ستة أشهر من العمر لا يلاحظ عليه أي علامات للفرح بغض النظر عن الأسباب بينما يكون الأطفال الآخرون في هذا العمر متحمسين للعب والنزهات.
- ✓ عندما يبلغ الطفل سنة واحدة لا يلوح بيديه أو رجليه أو ذراعيه كما يفعل الأطفال في هذا العمر.

[1] السيد عبد القادر شريف، المرجع السابق، ص.ص، 311.312

[2] السيد عبد القادر شريف، المرجع السابق، ص 312

- ✓ عند بلوغ الطفل المصاب بالتوحد سنتين يصعب عليه تكوين جمل مفيدة ولا يحاول تقليد الآخرين.
- ✓ يتحرك بحركات عشوائية غير طبيعية ويبدي مللًا من البقاء في مكان محدد لفترة طويلة ويكون مستمرًا في الحركة والتنقل بين أماكن مختلفة.
- ✓ قد يقل شعوره بالألم ولا يتفاعل بشكل طبيعي مع الأضواء المحيطة به.
- ✓ يمكن أن يتعرض لنوبات غضب مفاجئة ويظهر سلوكًا عدوانيًا أحيانًا، يتعود على نمط حياة أو نمط معيشة محدد وعندما يتم تغييره يبدي علامات غضب شديدة نظرًا لصعوبته في التكيف والتأقلم مع التغييرات[1]

[1] صابر مصطفى إبراهيم محمد، إبراهيم جابر السيد احمد، **الطفولة واستراتيجيات تجنب التوحد**، دار العلم و الايمان للنشر والتوزيع: الطبعة الأولى، دسوق، مصر، 2019، ص.ص, 159.160

ثالثا: خصائص الطفل التوحدي

يتصف الأطفال التوحديين بعدد من الخصائص الأساسية وفيما يلي وصف لهذه الخصائص:

1- الخصائص السلوكية:

الأطفال المصابين بطيف التوحد يظهرون بعض السلوكيات الخاصة التي تشمل نوبات فعالية حادة وتسبب إزعاجًا للآخرين، ومن بين السمات والخصائص السلوكية المميزة لهذا الاضطراب وتشمل عدم الاستجابة للآخرين وصعوبة استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح، كما يتميزون بالتمسك بروتينات محددة وضعف التواصل مع الآخرين ويعانون من الخوف من التغييرات البسيطة في البيئة، ويقومون أيضًا بحركات جسمية غريبة ويظهرون نشاطًا زائدًا أو خمولًا، حيث يعاني بعض الأطفال المصابين من حالات صرع، في حين يلجأ آخرون إلى التعبير عن ذواتهم بطرق غير تقليدية، هذه السمات السلوكية تشكل جزءًا من تحدياتهم اليومية وتؤثر على تفاعلهم مع العالم المحيط بهم.[1]

ويقوم تحليل السلوك التطبيقي على مبدأ ان الشخص يفضل تكرار السلوك المستحق للمكافأة وليس السلوك الذي يتم تجاهله عندما يتصرف الطفل المصاب بالتوحد بالشكل الملائم.[2]

بعض الأطفال ذوي التوحد يقومون بقرع رؤوسهم بشدة على الجدران أو الأرضيات وهذا يمكن أن يتسبب في إصابتهم بإصابات خطيرة مثل كسور في الجمجمة أو انفصال في شبكية العين أو حتى الصمم وبعضهم الآخر قد يضربون أنفسهم بشدة باستخدام قبضة أيديهم أو ركبتيهم، مما يمكن أن يؤدي إلى كسور في الأنف أو تشوه في الأذن، وفي حالات أخرى قد يتسببون في فقدان البصر، وهناك أيضًا بعض الأطفال الذين قد يضربون أنفسهم أو الآخرين، أو يبدون عنفًا شديدًا تجاه آبائهم وهذا يمكن أن يتسبب في كسور في العظام.[3]

---

[1] جمال خلفة المقابلة، المرجع السابق، ص 29

[2] كولين تيريل، تيري باسينجر **التوحد فرط الحركة خلل القراءة والأداء**، ترجمة مارك عبود، مكتبة فهد الوطنية اثناء النشر، الطبعة الاولى، الرياض، 2013، ص 48.

[3] حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **التوحد والتكافل الاجتماعي**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019، ص 146.

يُلاحظ في الأطفال المصابين بطيف التوحد تميلهم للاستمرار في أداء سلوكيات غير هادفة لفترات طويلة، وتتسم هذه السلوكيات بالتكرار المتكرر والرتابة والاعتماد على النمطية سواء في الحركة أو الأداء ولا سيما أثناء لعبهم ببعض الأدوات بطرق محددة.

- ✓ يمكن تلخيص أهم السلوكيات النمطية التي يقوم بها الأطفال المصابين بالتوحد كالتالي:
- ✓ الانشغال باللعب بالأصابع أو أجزاء من جسمهم أو خصلات شعرهم.
- ✓ حركات غير إرادية باليد لتحفيز الذات مثل رفرفة اليدين أو لفهما بانتظام بالقرب من العينين أو توجيه إحدى اليدين على رسغ اليد الأخرى.
- ✓ المشي على أطراف أصابع القدمين أو المشي بخطوات تتميز بالتكرار مثل السير إلى الأمام خطوتين والعودة إلى الخلف خطوتين، وأيضًا أرجحة الأرجل أثناء المشي أو الدوس بالقدمين على الأرض والدوران المستمر حول نفسه دون أن يشعروا بالدوخة أو الدوار. كما يمكنهم تحريك الرأس إلى الأمام والخلف أو هز الجسم إلى الأمام والخلف.
- ✓ الالتصاق بلعبة واحدة من الألعاب وغالبًا ما تكون هذه اللعبة تتميز بإيقاع متكرر أو تصدر حركة أو صوتًا.
- ✓ إظهار تعبيرات وحركات غريبة في الوجه مثل الغمز بالعين أو الابتسامة الواسعة أو التكشيرة.[1]

يعتبر سلوك الطفل التوحدي ضيق المدى، كما أنه يغلب في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه، هذا يعيق النمو ويكون في معظم الأحيان مصدر انزعاج للآخرين المحيطين بالطفل، ومن الخصائص الملاحظة:[2]

- ✓ الاحتفاظ بروتين معين.
- ✓ اللعب بشكل متكرر وغير معتاد.
- ✓ تجنب النظر في عيون الآخرين.
- ✓ النشاط الزائد أو الخمول.
- ✓ الإيذاء الذاتي لدى البعض منهم.

---

[1] مصطفى نوري القمش، **اضطرابات التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات عملية)**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص.ص. 54.55.

[2] باسي هناء، **اساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي اضطراب التوحد (دراسة استكشافية ببعض ولايات الجنوب الشرقي)**، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي تخصص إرشاد وتوجيه، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2016، ص29.

- ✓ الاستخدام غير مناسب للعب بالأشياء.

2- الخصائص اللغوية والتواصلية:

يتبين لـ **سكويرمان** و**فيبر** أن معظم الأطفال المصابين بطيف التوحد يفتقرون إلى النية التواصلية أي أنهم لا يظهرون الرغبة في التواصل أو إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويعتقد بعض الناس أن 50% من هؤلاء الأطفال هم كما يسمونهم "خرس" أو "ميوت MUTE" أي أنهم لا يستخدمون اللغة تمامًا أو في أفضل الحالات يكادون لا يستخدمونها، أما الأطفال الذين يستطيعون التحدث قليلاً فيبدو أن لديهم تشوهات طفيفة في جودة الصوت ومعدل الكلام، ويمكن أن يتكرر كلامهم أو يقلدون ما يسمعونه من الآخرين بشكل غير طبيعي، بالإضافة إلى ذلك قد يحدث انقلاب في استخدام الضمائر حيث يستخدمون ضمير "أنت" بدلاً من "أنا" أو يشير إليهم أنفسهم باستخدام الضمير "هي" أو "هو" بدلاً من "أنا".

يعتبر استخدام اللغة كوسيلة للتفاعل الاجتماعي أمرًا صعبًا بشكل خاص بالنسبة لمعظم الأشخاص المصابين بطيف التوحد، وبالإضافة إلى ذلك عند اكتسابهم بعض المفردات اللغوية قد يجدون صعوبة في استخدام هذه المفردات في سياقات اجتماعية مختلفة نظرًا لعدم وعيهم بتفاعلات الآخرين الذين يستمعون إليهم.[1]

وفقًا لـ**داين** يعاني الأشخاص التوحديون من عجز لغوي يؤثر على القدرة في التواصل اللفظي مع الآخرين وتم توضيح ذلك في المشكلات السابقة، بالإضافة إلى ذلك يُلاحظ أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التواصل غير اللفظي مثل عدم التواصل البصري حيث لا تعكس تعبيرات الوجه حالتهم الانفعالية بشكل صحيح، ويكون غياب التلميحات والإشارات والإيماءات والابتسامات وعندما تظهر فإنها غالبًا غير ملائمة اجتماعيًا.[2]

يتميز الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد بعدة خصائص لغوية بما في ذلك عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين والتحدث بمعدل أقل من الأطفال العاديين وضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة، كما يلاحظ استخدامًا غير عاديًا للغة مثل تكرار الأمثلة واستخدام نفس النغمة لمختلف

[1] دانيال ب هالاهان، جيمس م كوفمان، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم**، ترجمة عادل عبد الله محمد، كلية التربية – جامعة الزقازيق، الطبعة الأولى، مصر، 2008، ص653.

[2] مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، ص 53.

المواضيع، بالإضافة إلى ذلك يواجهون صعوبات في فهم واستيعاب الحركات وتعابير الوجه وصعوبة في التركيز على الصوت البشري.[1]

3- الخصائص الحركية:

لا يُلاحظ وجود مشكلات حركية دقيقة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ما لم يكن لديهم إعاقة عقلية أو مشاكل خاصة أخرى، ومع ذلك يمكننا القول إن تطورهم الحركي يحدث بترتيب غير تقليدي مقارنةً بالأطفال العاديين حيث يتعلمون المشي ثم الحبو، وبعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يميلون إلى المشي على أطراف أصابع قدميهم.

ووفقًا لدراسة أجرتها آدمز بناءً على توصية الجمعية الأمريكية للتوحد تبين أن 30٪ من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من ضعف عضلي متوسط إلى شديد يؤثر على مهاراتهم الحركية العامة والدقيقة، حيث أظهرت الدراسة أيضًا أن هؤلاء الأطفال يعانون من مستويات منخفضة من البوتاسيوم وقد يساهم تناولهم للفواكه في زيادة نسبة البوتاسيوم وتحسين مهاراتهم الحركية.[2]

أظهرت دراسات قام بها **كامبل وآخرون** أن العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من نشاط حركي زائد، والذي يمكن ملاحظته في سلوكياتهم التالية:

- ✓ يديرون التلفزيون والراديو والمسجل وألعابهم في نفس الوقت.
- ✓ ينزلون إلى الشارع لإعادة الأشياء التي اشتروها قبل فترة قصيرة.
- ✓ يفتحون الصنابير ليتدفق الماء من جميع المصادر المائية في نفس الوقت.
- ✓ لا يستجيبون لمحاولات منعهم أو إيقافهم عن هذه السلوكيات.
- ✓ يكونون مستمرين في الركض والقفز في المكان والقفز على الأثاث في المنزل.
- ✓ إذا تم إيقاف نشاطهم الزائد بالقوة يدخلون في حالة من العزلة التامة أو ينامون لفترات قصيرة جدًا ثم يعودون لممارسة نشاطهم الزائد بدون توقف.
- ✓ بعض الأطفال التوحديين الآخرين يميلون إلى الكسل والخمول الزائد لدرجة أنهم لا يقومون بأي سلوك سوى الانغماس في الخيال والتشتت.

[1] مريم كيحل، **التوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد**، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر: 2020/2019، ص12.

[2] جمال خلفة المقابلة، المرجع السابق، ص.ص. 29.30

إشارة إلى أن هذه السلوكيات تتباين بين الأطفال التوحديين فبعضهم يظهرون نشاطًا زائدًا في حين يميل البعض الآخر للاسترخاء الزائد والانغماس في عالم الخيال.[1]

4- الخصائص الاجتماعية

عادةً يكون لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عزلة عن الآخرين حيث يظهرون تحفظًا في إقامة اتصالات وعلاقات محدودة مع البالغين والأطفال، غالبًا ما ينظرون إلى أرضية الغرفة التي يتواجدون فيها ولا يبدون اهتمامًا أو رد فعلًا تجاه أفعال الآخرين ولا يستجيبون لمحاولات تقديم الأشياء لهم، ونلاحظ أيضًا أنهم يظهرون بعض الوعي تجاه وجود الآخرين بالقرب منهم سواء كانوا أشخاصًا أو أشياءً.

وتظهر الصعوبات في تشكيل العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، ويعود السبب لكونهم لا يعرفون في كثير من الأحيان كيف يفعلون ذلك كما أن تعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد يعتبر من المسائل المهمة لنموهم.[2]

كما يظهر لدى هؤلاء الأطفال أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، يظهر أيضًا عدم قدرتهم على التفاعل الاجتماعي حيث يفشلون في تشكيل علاقات مع الأشخاص ويعانون من نقص في الامتناع والاهتمام بالآخرين، لا يبحثون عن الراحة أثناء مشاركتهم للأنشطة الاجتماعية ويتفاعلون مع الآخرين بشكل غير منتظم، ويفضلون اللعب بشكل فردي وعند مشاركتهم للعب مع الأطفال الآخرين يعاملونهم كأشياء ويظهرون خللًا واضحًا في قدرتهم على تكوين صداقات معهم، وبالنسبة للأطفال الرضع فإنهم لا يستجيبون للحمل أو الاحتضان ويتجنبون النظر في وجه الأشخاص الآخرين ويتجنبون بشكل خاص إقامة اتصال بصري عندما يمسك الطفل التوحدي بشخص آخر.[3]

تعود معظم مشكلات التفاعل الاجتماعي التي يظهرها الأشخاص المصابون بطيف التوحد إلى صعوبتهم في التفاعل الاجتماعي، يلاحظ الآباء في كثير من الأحيان أن أطفالهم الرضع الذين يعانون من طيف

---

[1] مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، ص63

[2] **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في ضوء المعايير العالمية في المملكة العربية السعودية**، مجلة كلية التربية، العدد: (١٧١ الجزء الرابع)، ديسمبر لسنة 2016، جامعة الأزهر، المملكة العربية السعودية، ص192.

[3] سوسن شاكر الجلبي، المرجع السابق، ص29

التوحد لا يستجيبون بشكل طبيعي للحمل والاحتضان، وأن الأطفال الصغار الذين يعانون من طيف التوحد قد لا يظهرون استجابة مميزة للآباء والأقارب مقارنة بالغرباء قد لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة أو قد يبتسمون أو يضحكون في ظروف غير مضحكة، وبكون التواصل البصري لديهم مختلفًا عن تواصل الآخرين حيث قد يتجنبون النظر إلى العيون أو الاتصال البصري مع الآخرين وقد ينظرون إلى الجانب أو جزء غير مباشر من العين، قد لا يظهرون اهتمامًا بالآخرين وقد يكونون مشغولين بأشياء تافهة أو قطع صغيرة، وقد لا يتعلمون كيفية اللعب بشكل طبيعي وهذه السلوكيات تجعلهم يصعب عليهم تطوير علاقات عادية مع الآباء أو تكوين صداقات مع أقرانهم، وقد يبدو وكأنهم غير مهتمين بتكوين صداقات أو التواصل مع الآخرين.[1]

5- الخصائص الحسية:

من الواضح أن بعض الأفراد المصابين بطيف التوحد يميلون إما إلى فرط الاستجابة أو قلة الاستجابة لمحفزات معينة في بيئتهم، عندما نتحدث عن فرط الاستجابة نذكر على سبيل المثال الحساسية المفرطة لبعض الأصوات كما تم ذكره سابقًا فيما يتعلق بحالة **ستيفن شور**، وبعض هؤلاء الأفراد يعانون أيضًا من حساسية مفرطة للمثيرات البصرية مثل الأضواء الفلورية بينما يكون آخرون حساسين للمس، ويجب أن نذكر أيضًا أن بعض هؤلاء الأفراد قد يظهرون استجابة ضعيفة للمثيرات السمعية أو البصرية أو اللمسية وبالنسبة للمراقب الذي يبحث عن الأسباب قد يبدو أن بعض هؤلاء الأفراد يعانون من صمم أو عمى، بينما قد يكون لدى الآخرين مزيجًا من قلة الحساسية وفرط الحساسية، ويمكن أن ينسى بعضهم الأصوات أو الضوضاء العالية مثل صوت جرس الإنذار في حالة حدوث حريق، بينما يظهرون استجابة مفرطة لشخص يتحدث بهمس بصوت هامس من مسافة بعيدة.[2]

وتشير الدراسات التي أجريت بواسطة **بستر وآخرين** إلى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يبدو أن حواسهم أصبحت غير قادرة على نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي مما يجعلهم يبدون وكأنهم لم يروا أو يسمعوا أو يشعروا أو يتذوقوا أي شيء.

---

[1] دانيال ب هالاهان، جيمس م كوفمان، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم**، ترجمة عادل عبد الله محمد، المرجع السابق، ص653

[2] نفس المرجع، ص 656

أوضح **يوري وجرمان** أن بعض هؤلاء الأطفال يظهرون في بعض الأحيان تصرفًا لا مباليًا أو صمتًا متعمدًا يستخدمونه كأسلحة تثير غضب الآباء وتخفف من مسؤولية الطفل فيما يتعلق بالتعلم والتفاعل، وبناءً على ذلك يرفض حوالي 80% من أولياء الأمور فكرة إصابة أطفالهم بمرض التوحد، حيث يعتقدون أنهم يعانون من اضطرابات في السمع أو تأخر في الكلام أو ضعف بصري وقد يعتقد البعض أن هناك خللًا في الحسية لدى أطفالهم نظرًا لعدم ظهور ردود فعل تجاه المثيرات المؤلمة جسديًا أو الأصوات الغير عادية.

ونظرًا لعدم قدرة الطفل المصاب بالتوحد على التعبير عن الألم الجسدي الذي قد يتعرض له، أشار **بيرس دورف** إلى أن بعض الأفراد المصابين بطيف التوحد قد يعانون من مشاكل صحية مثل تسوس الأسنان أو مشاكل في المعدة أو التهاب الزائدة الدودية.[1]

[1] مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، ص53

رابعا: أنواع اضطراب طيف التوحد:

يُعتبر طيف التوحد اضطرابًا متشعبًا يحدث ضمن نطاق متنوع حيث تتنوع الأنماط والمظاهر وتتداخل بين الإصابة الخفيفة والحادة، وهناك تباين في السلوك وبالتالي لا يوجد نمط واحد للأطفال المصابين بالتوحد حيث يشار إليهم عادة بمصطلح "اضطراب طيف التوحد"، وغالبًا ما تكون الفروق بين السلوكيات توضح أنه من الصعب تمييز الاضطرابات المشابهة للتوحد عنه.[1]

اقترحت ماري كولمان ثلاث تصنيفات للتوحد، الأولى هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية والتي تشهد تحسنًا بين سن الخامسة والسابعة، الثانية هي متلازمة الطفولة الفصامية وتشترك مع المتلازمة التوحدية الكلاسيكية في الأعراض ولكن يحدث تأخر في التشخيص لمدة شهر، الثالثة هي المتلازمة التوحدية المعوقة عصبيًا وترتبط بمشاكل دماغية عضوية وتشمل اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي، بالإضافة إلى ذلك قدم **سيفن** وماتسون و**كو** وفي وسيفين تصنيفًا يتألف من أربع مجموعات: [2]

1. **المجموعة الشاذة:** حيث يظهر لدى أفرادها أقل عدد من السمات التوحدية ومستوى أعلى من الذكاء.
2. **المجموعة التوحدية البسيطة:** حيث يعاني أفرادها من مشاكل اجتماعية وحاجة قوية للروتين ويصاحبهم تخلف عقلي بسيط واستخدام اللغة الوظيفية.
3. **المجموعة التوحدية المتوسطة:** وتتميز بوجود استجابات اجتماعية محدودة وسلوكيات نمطية مثل التأرجح والتلويح باليد، ويكون استخدام اللغة الوظيفية محدودًا مع وجود تخلف عقلي.
4. **المجموعة التوحدية الشديدة:** حيث يكون أفرادها اجتماعيًا معزولين ولا يتمتعون بمهارات تواصل وظيفية ويترافق ذلك مع تخلف عقلي ملحوظ.

تم اقتراح عدة تسميات مختلفة تشير إلى اضطراب طيف التوحد مثل "توحد الطفولة للبكر"، و"توحد الطفولة"، و"فصام الطفولة"، و"نهان الطفولة"، بالإضافة إلى تسميات أخرى.

---

[1] نيللي محمد العطار، **دور الموسيقى في علاج اطفل التوحد**، المكتب الجامعي الحديث – جامعة الإسكندرية، الطبعة الأولى، مصر، 2014. ص 111

[2] أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، **التوحد (الاسبا، التشخيص، العلاج)**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص.ص. 31.32

إن مركز التحكم والوقاية من الأمراض يصف اضطرابات طيف التوحد كمجموعة من الاضطرابات النمائية التي تتضمن خللًا في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى وجود سلوكيات واهتمامات غير طبيعية.

ويعرف الدليل العاشر للتصنيف العالمي للأمراض الاضطرابات النمائية الشاملة على أنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بتباين في التفاعل الاجتماعي وصعوبات في التواصل والأنشطة والاهتمامات المتكررة والنمطية، وتعتبر معقدة وتؤثر في الوظائف الحياتية المختلفة تشمل هذه الاضطرابات:[1]

1. اضطراب التوحد:

اضطراب التوحد يتميز بالخصائص الأساسية التالية: تأخر واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل حيث يجد الأفراد الصعوبة في تطوير وتفهم المهارات الاجتماعية العادية، كما يشتمل الاضطراب على محدودية واضحة في مجال الأنشطة والاهتمامات حيث يميل الأفراد المصابون إلى التركيز بشكل مكثف على موضوعات محددة ويظهرون قلة في التنوع الاهتمامي ويشار في بعض الأحيان إلى هذا الاضطراب بأسماء مثل "التوحد الطفولي المبكر" أو "متلازمة كانر".

اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي يؤثر على طريقة تفاعل الفرد مع العالم المحيط والتواصل مع الآخرين حيث يعاني الأفراد المصابون بالتوحد من صعوبة في فهم واستيعاب العواطف والمشاعر الاجتماعية للآخرين، ويظهرون تحديات في إقامة علاقات اجتماعية طبيعية، كما يتميزون بتكريس وتركيز شديدين على اهتمامات ومجالات محددة مما يجعلهم يميلون إلى القليل من التنوع الإهتمامي.

يعد التشخيص المبكر والتدخل المبكر من العوامل المهمة للتعامل مع اضطراب التوحد، عندما يتم توفير الدعم المناسب والتدريب المبني على القوى والاحتياجات الخاصة للأفراد المصابين يمكن لهم تطوير مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتحسين نوعية حياتهم.[2]

---

[1] تامر فرح سهيل، **التوحد (التعريف، الاسباب، التشخيص والعلاج)**، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015. ص.ص. 39.40

[2] تامر فرح سهيل، التوحد، المرجع السابق، ص 40

2. اضطراب اسبيرجر:

يعتبر أحد أطياف التوحد يشترك في العديد من الأعراض مع اضطراب التوحد لكنه يظهر بشكل أقل حدة وشدة ويتميز هذا الاضطراب بوجود تحديات في التواصل والنمو الاجتماعي واهتمامات محددة وسلوكيات تكرارية، ومقارنةً بالتوحد الكلاسيكي فإن الأفراد المصابين بمتلازمة اسبيرجر لا يعانون من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي.

رغم أن متلازمة اسبيرجر أقل شدة من التوحد إلا أن الأفراد المصابين قد يظهرون اهتمامًا كبيرًا بالمعرفة وبناء الصداقات ومع ذلك قد يواجهون صعوبة في التفاعل مع الآخرين وقد لا يكونون حساسين لمشاعر الآخرين أو نواياهم، مما يجعلهم يواجهون صعوبة في إقامة صداقات عميقة فقد يشعرون بالإحباط والاكتئاب أحيانًا وفي بعض الأحيان قد يظهرون تصرفات عدوانية، ومع ذلك قد يتطور الفرد ويتغلب على مراحله الصعبة في الحياة وقد يحدث تغيرًا نوعيًا بفضل التدخلات البيئية والفرص الحياتية التي تساعدهم على المشاركة الفاعلة في مجالات مختلفة من الحياة.

يمكن التفريق بين الأفراد المصابين بمتلازمة **اسبيرجر** والأفراد المصابين بتوحد الطفولة المبكرة في مراحل الطفولة المبكرة حيث يظهر الأطفال المصابون بمتلازمة اسبيرجر تعلقًا بمثيلاتهم ويظهرون رغبة في التفاعل معهم ولكن يكون التفاعل غير عادي وغير مناسب.

على الرغم من أن الأفراد المصابين بمتلازمة اسبيرجر يشتركون في العديد من الأعراض مع اضطراب التوحد إلا أنها تظهر بشكل أقل حدة وشدة حيث يتميزون بقصور شديد في التواصل الاجتماعي والسلوك النمطي والتكراري بالإضافة إلى صعوبات في التخيل، وعلى الرغم من ذلك يتمتع الأطفال المصابون بمتلازمة **اسبيرجر** بمستويات ذكاء طبيعية ولا يعانون من تأخر في اكتساب مهارات اللغة أو الاعتماد على النفس، فقد يواجهون صعوبات في المهارات الحركية الدقيقة مثل التنسيق البصري الحركي وقد يكونون غير منتظمين ويواجهون صعوبة في التركيز والانتباه في الأنشطة الصفية.[1]

[1] تامر فرح سهيل، التوحد، المرجع السابق، ص.ص. 40.42

3. الاضطراب الطفولي التراجعي:

الاضطراب الذي يتشابه في بعض الخصائص مع **اسبيرجر** واضطراب التوحد يعرف بالتدهور النمائي ويتسم بأنه يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ويظهر تطور طبيعي للطفل لفترة زمنية طويلة فيما يتعلق بالقدرات الإدراكية والحركية والاجتماعية خلال السنتين الأوليتين إلى أربع سنوات من العمر، وفي بعض الحالات يمكن أن يمتد هذا التطور إلى عمر العاشرة في الجوانب الاجتماعية واللغوية، ومن ثم يبدأ الطفل في اظهار صعوبات في اللغة والمهارات الاجتماعية وقد يعاني من صعوبات في التكيف والحركة ويفقد الاهتمام باللعب، قد يظهر لدى الطفل أيضًا صعوبات في ضبط عمليات الإخراج وقد يعاني من صعوبات في التواصل اللفظي ويظهر حركات نمطية متكررة، قد يشترك الطفل في بعض الأعراض مع اضطراب التوحد ولكن الخاصية التي تميزه هي بداية التدهور النمائي التي يعاني منها[1].

4. اضطراب ريت:

تم اكتشاف **متلازمة ريت** عام 1966 من قبل الطبيب النمساوي **أندرياس ريت**، تعتبر متلازمة ريت اضطرابًا عصبيًا شاملاً يؤثر بشكل أساسي على الإناث، تظهر فيها سلوكيات مشابهة لاضطراب التوحد مثل مشاكل النوم وتكرار حركات اليد وتبدأ الأعراض بالظهور بعد الستة أشهر أو السنة الثانية عشرة من العمر، حيث يحدث توقف وتدهور واضح في النمو وتنخفض المهارات التي اكتسبتها الفتاة سابقًا، وتظهر الأعراض بشكل واضح في الرأس وتصبح غير طبيعية مع تقدم العمر مما يؤدي إلى انخفاض حجم المخ بنسبة تزيد عن 30٪ في هذه المرحلة، وقد توجد حالات فيها عدم اكتساب مهارات المشي من الأصل وفي حالات أخرى قد يفقد الأشخاص القدرة على المشي بعد تعلمهم لفترة، يعاني الأفراد المصابون بمتلازمة ريت بشكل شائع من انحناء في العمود الفقري قد يصل إلى 45 درجة، وتحتاج بعض الحالات إلى عملية جراحية لتصحيحه.

لذا ينبغي أن يولى اهتمام كبير لهذا الاضطراب بناءً على تأثيره على الفرد المصاب والتحديات التي يواجهها فقد تتضمن هذه التحديات صعوبات حركية وصعوبات في التواصل ونوبات صرع متكررة تصيب حوالي 50٪ إلى 70٪ من الحالات، قد يرافق ذلك صداع ونوبات إغماء وحالات اكتئاب وزيادة في

[1] تامر فرح سهيل، التوحد، المرجع السابق، ص 42

إفرازات الفم وحدوث هلوسات، يؤدي هذا إلى إعاقة شديدة بالإضافة إلى فقدان القدرة على الاحتفاظ بالمهارات والمعرفة المكتسبة وغالبًا ما يترافق ذلك مع إعاقة ذهنية.

من الجدير بالبحث والاهتمام أنه تم اكتشاف الجين المسبب لمتلازمة ريت بواسطة العالمة العربية **هدى زغبي**، الأستاذة في طب الأورام الوراثية في كلية **بايلور** للطب في هيوستن تم اكتشاف أن هذا الجين يحمل على أحد الكروموسومات X المرتبطة بالجنس الأنثوي ويعمل بشكل غير طبيعي مما يسبب الاضطراب الحالي، حيث يعيق العطل الجيني هذا قدرة الجين على تنظيم وتحرير جينات النمو الأخرى مما يؤثر على عملية النمو الطبيعية للدماغ ويزداد تأثير الجين تدريجيًا مع تقدم الحمل خاصة في منطقة الهيبوكامبوس وهي جزء من الدماغ يلعب دورًا في التعلم والذاكرة، بالإضافة إلى ذلك تم اكتشاف وجود جينات مرتبطة بانحلال الأعصاب وتظهر في أمراض مثل فقدان التوازن (الرنج)، وزهايمر، والشلل الرعاشي (باركنسون). وهناك اعتقاد من قبل الباحثين أن هناك علاقة وراثية تشترك بين هذه الحالات وكروموسوم X تحدث متلازمة ريت بمعدل حالة واحدة من كل 10,000 ولادة حية، ومن المحتمل أن يكون لديها انتشار أكبر بكثير ولكن تتم تشخيص الكثير من الحالات عن طريق الخطأ كحالات توحد أو شلل دماغي.[1]

[1] تامر فرح سهيل، التوحد، المرجع السابق، ص.ص. 43.45

خامسا: تشخيص اضطراب طيف التوحد:

في الوقت الحالي لا يوجد اختبار طبي محدد مثل المسح الدماغي والأشعة السينية أو اختبارات الدم التي يمكن استخدامها للكشف عن التوحد حيث يتم تشخيص التوحد بناءً على المظاهر السلوكية المرتبطة به ،ويتم استخدام نظامين تصنيفيين معترف بهما دولياً لتشخيص التوحد، ويعتبر التتبع الدقيق لحالة التوحد أمرًا غير سهل نظرًا لأن الأفراد ذوو التوحد ليسوا متجانسين في قدراتهم وخصائصهم بالإضافة إلى وجود أمراض وإعاقات مرافقة لحالة التوحد، ويؤثر التوحد على جوانب اجتماعية وتواصلية وذاتية للفرد، مما يجعل التفاعل مع الأطفال التوحديين أكثر صعوبة حيث تتشابه أعراض التوحد مع العديد من الاضطرابات التنموية الأخرى مثل الفصام واضطراب ريت واضطراب اسبرجر وغيرها.[1]

التصنيف الدولي للأمراض الطبعة العاشرة (ICD-10) الذي تم إصداره من قبل منظمة الصحة العالمية في عام 1992، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة (DSM-IV) الذي أصدرته رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين في عام 1994. وقد تم تعديل هذين النظامين في وقت لاحق (ICD-11 وDSM-5)، ولكن هناك توافقًا عاليًا بين المعايير الحالية المستخدمة في النظامين والطبعات السابقة.

نظرًا لعدم وجود اختبار طبي محدد للكشف عن التوحد يتم تشخيصه عادة من خلال تقييم مجموعة من الأعراض السلوكية المعينة، وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من التوحد قد لا يميزون جسديًا فإن التشخيص يستند إلى التقييم السلوكي والتفاعل الاجتماعي والتواصل والمصالح والنمط الحركي.[2]

[1] حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **أثر اضطراب التوحد على سلوك الأطفال**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019، ص 35.

[2] محمد صالح الامام، فؤاد عيد الجوالدة، **التوحد ونظرية العقل**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2010، ص65

التشخيص المبكر:

يعد التشخيص المبكر للتوحد أمرًا حيويًا حيث يمكن أن يكون العلاج البدائل أكثر فعالية إذا تم تشخيص التوحد في وقت مبكر ولكن من الصعب تشخيص التوحد قبل سن الثالثة نظرًا لأن السلوكيات التشخيصية المميزة للتوحد مثل صعوبات التفاعل الاجتماعي والاتصال لا تتطور بشكل كامل حتى وقت متأخر في المرحلة الأولى للطفولة، ومع ذلك قد يظهر بعض مؤشرات هذه السلوكيات في وقت مبكر ويشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى ستة سنوات لان الأطفال يعتمدون على اوليائهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم على مساعدة الطفل عللا النمو والتعلم.[1]

تم إجراء دراسة من قبل **سيغموند وسيفن** و**ايريك** و**سميث** لتقييم تأثير العلاج السلوكي المكثف بمستويات متباينة على الأطفال الذين يعانون من التوحد والإعاقة العقلية، واشتملت الدراسة مجموعتين الأولى تلقت علاجًا سلوكيًا وتبلغ عددهم 13 طفلاً والثانية تلقت علاجًا انتقائيًا وتبلغ عددهم 15 طفلاً، استمرت فترة العلاج لمدة 12 ساعة في الأسبوع ما يعادل إجمالي 1536 ساعة حيث استخدمت الدراسة مقاييس مثل مقياس الذكاء واللغة والسلوك التكيفي ومقياس السلوك اللائق، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين المجموعتين في القياسات الأولية في حين كشفت وجود فروق بين المجموعتين في القياسات اللاحقة لصالح مجموعة العلاج السلوكي في جميع متغيرات الدراسة.

بعض الأطفال التوحديين يظهرون تباينًا منذ الولادة في حين يبدو البعض الآخر وكأنهم ينمون بشكل طبيعي حتى يصلوا إلى سن بين عام ونصف وثلاثة أعوام، وعندما تبدأ أعراض التوحد في الظهور بعض الأطفال التوحديين قد يصلون إلى مراحل تطورية أساسية مثل الزحف والمشي والكلام في وقتٍ مبكر مقارنةً بالأطفال العاديين بينما يتأخر البعض الآخر مقارنةً بالأطفال العاديين.[2]

هناك محاولات لتطوير أدوات تشخيص يمكن أن تشير إلى التوحد في مراحله المبكرة قبل سن الثانية ولتحقيق ذلك يجب التعرف على بعض السلوكيات الأخرى التي يمكن أن تشير بشكل محدد إلى التوحد، عادةً ما يتم اختيار السلوكيات التي تشير إلى صعوبات اجتماعية محتملة مثل اللعب التخيلي، والتقليد

[1] فكري لطيف متولي، **الإعاقة العقلية المدخل، النظريات المفسرة، طرق الرعاية**، مكتبة الرشد ناشرون، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2015، ص 210.

[2] محمد صالح الامام، المرجع السابق، ص.ص. 76.78

الحركي، والانتباه الانتقائي، وواحدة من هذه الأدوات هي "قائمة التوحد CHAT" التي تم تطويرها بواسطة **بارون–كوهين وجيلبيرج** حيث تستخدم هذه القائمة لتحديد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عام ونصف ويعانون من صعوبات في التطور الاجتماعي والاتصالي، تتكون القائمة من جزئين يجيب عليه الوالدين التسعة الأسئلة الأولى بينما يجيب أخصائي الرعاية الصحية على الأسئلة الخمسة الأخيرة التي تعتمد على الملاحظات المرصودة.

السلوكيات الأساسية التي يتضح عدم وجودها لدى الأطفال في سن 18 شهرًا والتي تشير إلى صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي تتضمن الانتباه الانتقائي، القدرة على الإشارة إلى وجود شيء ما والتحكم في التحديق، واللعب التخيلي، وتتكون عملية تشخيص اضطراب التوحد في الأطفال من عدة مراحل:

❖ **المرحلة الأولى: مرحلة التعرّف السريع**

تبدأ هذه المرحلة عندما يلاحظ الآباء والأمهات أو أفراد العائلة بعض التصرفات السلوكية غير العادية للطفل وخاصةً إذا لاحظوا أن هذه التصرفات غير متوافقة مع مرحلته العمرية، حيث تشمل هذه التصرفات تأخر النمو اللغوي، وتأخر التطور العقلي، وضعف الجانب الاجتماعي.[1]

[1] سوسن شاكر مجيد، **التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، مركز ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2010. ص73

❖ **المرحلة الثانية: التأكد من وجود مظاهر السلوك التوحدي**

في هذه المرحلة يتم عرض الطفل على فريق متخصص من الأخصائيين بما في ذلك أخصائي نفسي وطبيب أطفال متخصص في اضطراب التوحد وأخصائي قياس تربوي، وأخصائي علاج النطق وأخصائي قياس السمع وأخصائي اجتماعي، يلعب الوالدان دورًا حيويًا في هذه العملية حيث يقدمون معلومات عن تاريخ نمو الطفل ونمط سلوكه، ونظرًا لأن اضطراب التوحد هو اضطراب سلوكي فإن وجود عدد متعدد من الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات ومواقف مختلفة يزيد من احتمالية التشخيص الدقيق للاضطراب.

لتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل يجب أن يقوم الأخصائيون أيضًا بتحديد الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل ويتم ذلك عن طريق مقارنة سلوك الطفل المشتبه فيه بالسلوك النموذجي المعتاد في اضطرابات أخرى (التشخيص التفريقي)، وعلى سبيل المثال يجب التحقق من عدم وجود تأخر عقلي أو اضطراب لغوي قبل تشخيص اضطراب التوحد، كما يتعين فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشاكل وراثية أو طبية أخرى مثل متلازمة فينيل كيتون (PKU) أو متلازمة الكروموسوم الهش والتي قد تكون مرتبطة بتواجد اضطراب التوحد في بعض الحالات.

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يساهم المعلم بشكل كبير في عملية التشخيص من خلال ملاحظة سلوك الطفل وتوثيقه حيث يمكن للمعلم تقييم سلوك الطفل ومقارنته بسلوك الأطفال الآخرين وتقدير مستوى تقدمه وإنجازاته، ويمكن استخدام العديد من أدوات الملاحظة والاختبارات من قبل المعلم لتقييم نمو الطفل وتحديد أي انحرافات عن النمط العادي للتطور، بالإضافة إلى ذلك يمكن للأخصائي النفسي تقييم الوظائف العقلية واللغوية والحركية والمهارات الاجتماعية باستخدام الاختبارات المختلفة فمثلاً تستخدم اختبارات الذكاء لتقدير القدرات العقلية العامة والقدرة على التعلم وقياسها لتحديد مستوى ذكاء الطفل، وتستخدم اختبارات اللغة لقياس وظائف اللغة وتوضيح الصعوبات الخاصة على الرغم من صعوبة إجابة أطفال التوحد على بعض هذه الاختبارات بسبب الاضطرابات السلوكية والحساسية للفشل.[1]

[1] سوسن شاكر مجيد، **التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، المرجع السابق، ص.ص. 73.75.

سادسا: مهارات طفل طيف التوحد

بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتمتعون بمهارات استثنائية في مجالات مثل الموسيقى والذاكرة الخارقة والرياضيات والمهارات الحركية، ويمكن لبعضهم حساب اليوم من الأسبوع لأي تاريخ محدد وآخرون يمكنهم تذكر وغناء الأغاني بشكل مطابق للأغاني الأصلية التي استمعوا إليها، ومع ذلك ليس لدى جميع الأطفال المصابين بالتوحد هذه المهارات وتعتبر مرحلة البلوغ أحد أصعب المراحل بالنسبة لهم حيث تشير التقارير إلى أن واحدًا من كل أربعة أفراد مصابين بالتوحد يبدؤون بتعرض لنوبات الصرع أثناء فترة البلوغ، والسبب الرئيسي لبدء هذه النوبات غير معروف لكن يُعتقد أنها قد تكون ناتجة عن التغيرات الهرمونية في الجسم، فقد تكون بعض النوبات واضحة وتصاحبها نوبات عنيفة واضطرابات تشنجية بينما قد يكون من الصعب اكتشاف نوبات الصرع لدى العديد من الأشخاص المصابين بالتوحد من خلال الفحص السريري أو الملاحظة العادية.[1]

ووفقًا للدكتور **ستيفن إيديلسون** من مركز أبحاث التوحد بساندي فو، فقد تعرف شخصيًا على عدد قليل من الأفراد المصابين بالتوحد الذين كانوا ذوي كفاءة عالية قبل البلوغ وعانوا من نوبات صرع لم يتم علاجها وبعد مرحلة البلوغ أصبحوا ذوي كفاءة أقل، وقد قام بعض أولياء الأمور للأطفال المصابين بالتوحد بإجراء تخطيط للمخ لأبنائهم للكشف عن وجود أي تغيرات في النشاط الكهربائي للدماغ يمكن أن تشير إلى وجود نشاط صرعي، ويتم استخدام العلاج المناسب مثل العلاج الدوائي للتحكم في نوبات الصرع لدى الأشخاص المصابين بالتوحد فإن العلاج يعتمد على نوع وشدة النوبات واحتياجات الفرد الفردية، يُنصح بالتعاون مع طبيب مختص لتقييم ومتابعة أي حالة صرع وتحديد العلاج المناسب هناك أيضًا العديد من الاستراتيجيات الأخرى التي يمكن اتباعها لمساعدة الأشخاص المصابين بالتوحد على التعامل مع التحديات التي تواجههم في فترة البلوغ، ويمكن أن تشمل هذه الاستراتيجيات الدعم العاطفي والاجتماعي والتوجيه والتعليم المناسب وتوفير بيئة مهيأة للتعلم والتنمية الشخصية من المهم أن يتم توفير دعم شامل ومتعدد التخصصات للأشخاص المصابين بالتوحد لضمان حصولهم على الرعاية اللازمة، ويجب أن يتم توجيه أي استفسارات أو مخاوف إضافية إلى متخصصي الرعاية الصحية المعنيين والاستشارة معهم للحصول على معلومات أكثر تفصيلًا ودقة حول حالة معينة.

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، مكتبة الرشد ناشرون، الطبعة الأولى، الرياض، 2015. ص.ص. 80.81

تشهد قدرات الطفل ذو التوحد تحسنًا ملحوظًا في وظائفه العقلية حيث يُعتَقَد بعض الناس أن القدرة المعرفية للأطفال ذوي التوحد تكون طبيعية، ومع ذلك هناك بعض الأبحاث التي تشير إلى أن بعض الأطفال قد يظهرون نسبة أدنى من الذكاء اللفظي مقارنة بمستوى ذكائهم العام، ويتجلى ذلك في صعوبتهم في إجراء حوار ثنائي وفهم المعاني اللفظية وغير اللفظية[1] يبدو أن أكثر جوانب أدائهم المتأثرة تتعلق باللغة واستخدامها.

[1] بوترعة ريان، **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى ام الطف التوحدي المدمج مدرسيا**، مذكرو مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس المدرسي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 – قالمة، الجزائر، 2020/2019، ص 58.

خلاصة:

الفصل يستكشف مراحل اكتشاف التوحد وتطوره، حيث يتناول العوامل والأسباب المحتملة للإصابة بانفصام طيف التوحد ويوضح الأعراض المشتركة لهذا الاضطراب، ويتم تسليط الضوء أيضًا على خصائص الأطفال التوحديين بما في ذلك التحديات التي يواجهونها في الاتصال والتفاعل الاجتماعي، ويتم تقديم مجموعة متنوعة من الأنماط والأنواع لاضطراب طيف التوحد، وقد تم استعراض عملية تشخيص الاضطراب والأدوات والاختبارات المستخدمة في هذا السياق، وأخيرًا تطرقنا للمهارات الاجتماعية التي تشكل تحديًا للأطفال ذوي طيف التوحد وتسليط الضوء على أهمية تطوير هذه المهارات وتعزيز التفاعل الاجتماعي لديهم.

الفصل الثالث:

خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد

تمهيد

اولا: الرعاية الاجتماعية (السياق التاريخي للتطور، الأهداف والمبادئ)

ثانيا: واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر

ثالثا: الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد

رابعا: برامج التدخل التعليمي لأطفال المصابين بالتوحد

خامسا: برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد

الخلاصة

تمهيد:

تعد الرعاية الاجتماعية مجالًا هامًا ينطوي على العديد من الجوانب والتحديات في سياق التطور التاريخي والثقافي حيث يهدف هذا الفصل إلى استكشاف مفهوم الرعاية الاجتماعية وتطوره عبر الزمن بدءًا من السياق التاريخي الذي أدى إلى تشكيلها وتطورها الى الأهداف والمبادئ التي تستند إليهان سنتطرق إلى واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر بالإضافة استعراض التحديات والصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأفراد في الحصول على الرعاية والدعم الاجتماعي المناسب، و سيتم استكشاف الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد والتركيز على البرامج والخدمات المتاحة لتشخيص وتدريب هؤلاء الأطفال

وفي النهاية، يتم استعراض برامج التدخل التعليمي لأطفال التوحد ودورها في تطوير مهاراتهم الأكاديمية والسلوكية. كما يتم مناقشة برامج التدريب على المهارات الاجتماعية وأهميتها في تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

يهدف هذا الفصل إلى إلقاء الضوء على أهمية الرعاية الاجتماعية وتحسينها لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وأطفال التوحد بصفة خاصة، وتسليط الضوء على الجهود المبذولة لتوفير الخدمات الملائمة والبرامج التدريبية لأطفال التوحد في سبيل تحسين نوعية حياتهم وتمكينهم من المشاركة الكاملة في المجتمع.

أولا: الرعاية الاجتماعية (السياق التاريخي، الأهداف والمبادئ):

1. مراحل تطور الرعاية الاجتماعية تاريخيا:

تاريخ الرعاية الاجتماعية يرتبط بتاريخ البشرية، وتختلف الطرق التي اتخذتها المجتمعات لمعالجة المشكلات الاجتماعية والفقر على مراحل تطورها، في المراحل الأولى كانت الكنيسة والمؤسسات الخيرية تلعب دورًا في مساعدة الفقراء وتخفيف آثار الفقر، وفي العصر الحديث يتم التركيز على مسؤولية الدولة والمجتمع في ضمان الحد الأدنى من الدخل والصحة والإسكان والتعليم للمواطنين.

تمت تحولات كبيرة في الرعاية الاجتماعية من النظام الأسري والديني إلى النظام المؤسسي بسبب الثورة الصناعية والتغيرات الاقتصادية، بالإضافة إلى ذلك بدأ تدخل الدولة في الرعاية الاجتماعية قبل الثورة الصناعية في الماضي والحاضر، حيث اعتمدت العديد من البلدان مفهوم الرعاية الاجتماعية.[1]

يمكن تمييز ثلاث مراحل تاريخية في تطور الرعاية الاجتماعية:

❖ **المرحلة الأولى:**

في فترة انهيار النظام الإقطاعي والإصلاح الديني، طالب الناس باتخاذ إجراءات لمكافحة الفقر وبناء سياسات اجتماعية جديدة وخصوصًا على المستوى المحلي، وضرورة إنشاء مؤسسات تنفيذ تلك السياسات لتعويض الجهود التي كانت تقوم بها الكنيسة والطوائف المهنية في العصور الوسطى، وعلى الرغم من التحولات التي رافقت انهيار النظام الإقطاعي في القرنين السادس عشر والسابع عشر، ظهرت آراء تعتبر الفقر مسؤولية فردية، حيث يُعتبر عيبًا شخصيًا يرجع إلى كسل الأفراد في بعض الحالات باستثناء المسنين والأطفال المعاقين والمرضى وغيرهم من الأفراد الذين لا يستطيعون العمل.

كانت الإجراءات التي اتخذتها الحكومات لمساعدة الفقراء قاسية جدًا، حيث يُشدد أن المساعدات التي تقدم للفقراء تقضي على روحهم وتشجعهم على الكسل، وعلى الرغم من قسوة تلك الإجراءات وطابعها القمعي فقد أكدت مسؤولية المجتمع القانونية تجاه مساعدة الفقراء ظهرت تلك الإجراءات في البداية في المدن الكبيرة من خلال جمع التبرعات من الأثرياء وتوزيعها على المحتاجين، وكانت المجالس البلدية تلعب دورًا في تنظيم الإحسان على سبيل المثال مجلس بلدية IPRES في بلجيكا الذي تأسس عام 1531، كانت

[1] سليمان علي الدليمي، **الرعاية والخدمة الاجتماعية (التطور التاريخي، المجالات، الإدارة)**، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014، ض 15.

واحدة من أقدم وأشهر الهيئات المحلية التي تتولى تلك المهمة، يعتمد هذا المجلس على إنشاء لجنة مكونة من مجموعة من المواطنين المتطوعين لجمع التبرعات ومراقبة توزيعها.

انتشرت تلك الفكرة في أغلبية البلدان الأوروبية وأثرت في أفكار أخرى مستلهمة من نظام مدينة IPRES لمساعدة الفقراء، على سبيل المثال اقترح مارتن لوثر إنشاء "الصندوق المشترك"، الذي يهدف إلى دعم الأعمال الدينية والخيرية والتربوية في مدينة LEISING في ألمانيا، وهناك أيضًا خطة لويس فايف التي تهدف إلى مساعدة الفقراء وتوفير فرص عمل لهم في مدينة BURGES.[1]

في إنجلترا نتيجة لزيادة عدد السكان ونمو حجم المدن وتطور التجارة والصناعة وتكدس الأعداد الكبيرة من الناس في المدن، ازدادت مشكلة الفقر والحرمان وهو الشيء الذي جعل البرلمان الإنجليزي عام 1536 يصدر قرارًا بجمع الصدقات وتوزيعها على المحتاجين، وتولى مجموعة من الموظفين العاملين في المدن والإدارات المحلية مسؤولية تنفيذ تلك المهمة، وينص القرار على ضرورة توفير العيش للفقراء والعجزة والمرضى وذوي الإعاقة وغير القادرين على العمل.

وعلى الرغم من أهمية الأعمال الخيرية والتبرعات في مساعدة الفقراء والمحتاجين، إلا أن تأثيرها في تحسين الظروف الاجتماعية للأسر الفقيرة كان محدودًا جدًا، وهذا أدى إلى صدور الكثير من التعديلات خلال القرن السادس عشر حتى صدور قانون إليزابيث للفقراء عام 1601. وقد أرسى هذا القانون أساسًا للمساعدات العامة التي تصبح مسؤولية الحكومة، وظل هذا القانون ساريًا لعدة قرون ووضع قواعد لمساعدة الفقراء وتوفير فرص عمل للأشخاص القادرين على العمل ورعاية الأطفال، وفرض القانون مسؤولية على الأسر والأقارب لمساعدة وإعالة الفقراء واحتفظت السلطات المختصة بصلاحية صرف المعونات للأفراد المحتاجين فقط عندما يتعذر على الأسر والأقارب توفير الدعم اللازم.

انتشر تأثير قانون الفقراء الإنجليزي في مضمونه وفلسفته إلى أماكن أخرى في العالم، بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بفضل المهاجرين الإنجليز الذين استقروا هناك، ولا يزال القانون ساريًا حتى يومنا هذا، وكان موضوعًا للمناقشة والجدل بين المفكرين والفلاسفة، حيث انتقده الأغنياء ودعمه الفقراء وكانت المهمة الرئيسية للقانون هي توفير حلول للأشخاص القادرين على العمل، ولكنها لم تكن سهلة بالنسبة للحكومات المحلية.

[1] سليمان علي الدليمي، المرجع السابق، ص.ص. 15.16.

حاولت الحكومة الوطنية في فرنسا تجريب النموذج الإنجليزي عام 1848، ولكن بيوت العمل التي تأسست في ذلك الوقت فشلت بشكل كبير في توفير فرص عمل للفقراء القادرين على العمل، وفي عام 1930 حاولت الولايات المتحدة الأمريكية أيضًا تنفيذ العديد من المشاريع الحكومية المخصصة لتحسين رفاهية الأفراد والمجتمع.[1]

وفي فترة معينة على تعليم المكفوفين وتركيزهم على القراءة فقط بينما لم يتم إيلاء الاهتمام الكافي للرعاية الاجتماعية أو النفسية لهؤلاء الأفراد، وتأتي هذه النقطة من تأكيد الحقيقة التي تشير إلى أن أنواع الرعاية المتعددة، لم تكن متاحة في ذلك الوقت، وأن الجهود المبذولة كانت تركز بشكل رئيسي على التعليم والتربية بصورة بدائية وعشوائية.

منذ ذلك الحين تطورت العديد من الجوانب المتعلقة بالرعاية والتعليم للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بما في ذلك المكفوفين، تم توسيع نطاق الاهتمام ليشمل الجوانب الاجتماعية والنفسية لتحسين جودة حياتهم بشكل عام، وتم تطوير البرامج التعليمية والتدريبية المتخصصة لتلبية احتياجاتهم الفردية وتعزيز مهاراتهم الاستقلالية، وتم اعتماد أساليب تعليمية متقدمة تستخدم تكنولوجيا مساعدة مثل الأجهزة اللوحية والبرامج الحاسوبية المخصصة، وأدوات القراءة الصوتية والتقنيات الحديثة الأخرى التي تساعد المكفوفين على الوصول إلى المعرفة والموارد بشكل أكثر فاعلية، علاوة على ذلك تم توسيع نطاق الخدمات الاجتماعية المتاحة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك الدعم النفسي والاستشارة والرعاية الاجتماعية المتخصصة وتشمل هذه الخدمات الدعم العاطفي والنفسي .[2]

❖ **المرحلة الثانية:**

وتبدأ المرحلة الثانية في تطور الرعاية الاجتماعية في القرن التاسع عشر، حيث ظهر نوع جديد من الاهتمام بالفقر ومساعدة الفقراء نتيجة للآثار الناجمة عن الثورة الصناعية، لعب الاقتصاديون الأوائل دورًا هامًا في هذا المجال وازدادت مخاوف الطبقة العاملة خلال هذه المرحلة بسبب عدم الاستقرار الاقتصادي وتأثيرها على البطالة والشيخوخة والوفاة.

[1] سليمان علي الدليمي، المرجع السابق، ص.ص. 17.18.

[2] بونار صلاح الدين، فرداس شوقي، **الإعاقة الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945– قالمة، الجزائر،2022/2021، ص 14.

من أبرز ما يميز هذه المرحلة في إنجلترا هو ظهور جمعيات تنظيم الإحسان وحركة المحلات الاجتماعية، حيث تأسست جمعية تنظيم الإحسان في لندن عام 1869، بهدف وضع حد للفوضى وعدم التنسيق بين الجمعيات الخيرية المختلفة حيث تم اعتماد فكرة هذه الجمعية في إسكتلندا وألمانيا قبل إنشاء جمعية تنظيم الإحسان في لندن بما يقرب 50 عامًا.

تهدف جمعية تنظيم الإحسان في لندن، إلى تنسيق التعاون بين الأنشطة الخيرية المختلفة، وتم تقسيم المدينة إلى أقسام صغيرة تخضع لإشراف الجمعية الرئيسية، حيث تقوم الجمعيات والمؤسسات المحلية بتبادل المعلومات والإشراف على توزيع المساعدات لمنع التكرار وتنسيق الجهود، كما يشمل دور الجمعية إيجاد فرص عمل للأفراد بعد تدريبهم وتأهيلهم وذلك لجميع الأفراد الذين يقدمون طلبات للمساعدة. وتم كشف الكثير من المتسولين المحترفين الذين يستفيدون من مساعدات من هيئات وجمعيات متعددة، عن طريق ممارسة الغش والخداع، وتحث الجمعية على تقديم المساعدات والمنح للأسر التي تعاني من الفقر والعوز فقط، وتتولى مجموعة من المتطوعين المشرفين على توزيع المساعدات تحت إشراف موظف تعينه الجمعية حيث يكون الموظف مسؤولًا أمام الجمعية عن نجاح جهود المتطوعين. [1]

بعد تأسيس جمعية تنظيم الإحسان في لندن انتقلت فكرتها الاجتماعية إلى الولايات المتحدة الأمريكية في وقت قصير، تم إنشاء أول جمعية أمريكية لتنظيم الإحسان في عام 1887 وانتشرت هذه الفكرة في أجزاء أخرى من العالم حيث نجحت في تنسيق جهود الجمعيات الخاصة والعامة التي تسعى لمساعدة الفقراء، ومع ذلك بعد ما يقرب من خمسين عامًا من إنشاء جمعية تنظيم الإحسان في لندن عام 1869 وانتقال الفكرة إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأجزاء أخرى من العالم، تبين أن هذه الحركة فشلت في مواجهة المشكلات الاجتماعية، ومع ذلك تمكنت من تقديم مساهمة كبيرة في مجال الخدمات الاجتماعية من خلال استخدام الطرق العلمية لدراسة الاحتياجات الإنسانية وتطوير وتنظيم الأساليب الوقائية والعلاجية للمشكلات الاجتماعية.

في إنجلترا خلال القرن التاسع عشر ظهر جانب آخر يميزها وهو حركة المحلات الاجتماعية التي تهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ زيادة المستوى التعليمي للفقراء ونشر الوعي الثقافي والصحي بينهم.

[1] سليمان علي الدليمي، المرجع السابق، ص.ص. 19.18.

- ✓ تزويد الطلاب بالمعلومات حول الأحوال الاجتماعية للفقراء وتعزيز الوعي الاجتماعي.
- ✓ توعية الناس بالمشكلات الاجتماعية والصحية وتوجيه اهتمامهم نحو التشريع.

أحد أمثلة هذه الحركة هو تأسيس محلة توينبي في عام 1884 والتي كانت أول محلة أو مركز تثقيفي يوفر فرصًا تعليمية لسكان المنطقة، وكان الهدف الرئيسي لإنشاء المحلة هو تحقيق التواصل والتفاعل المستمر بين المثقفين والفقراء من خلال العمل المشترك وإجراء الدراسات الاجتماعية لتحقيق التغييرات الاجتماعية والثقافية المطلوبة.

تميزت إنجلترا أيضًا خلال هذه الفترة بحركة البحث الاجتماعي التي أثرت في الفلسفة الاجتماعية ودور الفقراء في المجتمع، لعبت حركة البحث الاجتماعي والدراسات الاجتماعية دورًا كبيرًا في تشكيل الرأي العام وإثارة اهتمام المصلحين بشؤون المجتمع، بدأت أولى هذه الدراسات في عام 1876 عندما تبين أن ثلث سكان لندن يعيشون في حالة فقر أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الفقر والعوز نتيجة لظروف خارجة عن إرادة الفرد مثل قلة الأجور وانخفاض مستوى المعيشة والتي تؤدي إلى سوء الأحوال الصحية والمعيشية والسكنية.[1]

❖ **المرحلة الثالثة:**

ترتبط المرحلة الثالثة بهذا التطور بأفكار **جون كينز** حيث يهدف إلى تحقيق الاستقرار الاقتصادي من خلال الاستخدام الأمثل والكامل للقوى العاملة، وقد لعب هذا الاتجاه دورًا هامًا في تطوير برامج الضمان الاجتماعي والتأمين بعد الحرب العالمية الثانية في إنجلترا.

أكدت **مارجريت جوردن** وجود مرحلة رابعة في تطور برامج الرعاية الاجتماعية حيث زاد اهتمام الحكومات بالموارد البشرية ودورها في عملية التنمية، يشير هذا الاتجاه إلى وجود علاقة مباشرة بين تطوير برامج الرعاية الاجتماعية وتنمية الموارد البشرية من خلال توفير الخدمات التي تهدف إلى المحافظة على صحة وسلامة السكان وبالتالي تحسين الأداء وزيادة الكفاءة الإنتاجية.

يمكن إضافة مرحلة خامسة في تطور الرعاية الاجتماعية وهذه المرحلة لا تزال في مرحلة النمو ترتكز على الجدل المستمر حول التكاليف الباهظة لأنشطة الرعاية الاجتماعية، ويرى البعض أن تدخل الدولة غير المحدود في مجال الرعاية الاجتماعية قد يؤدي إلى إهدار إمكانياتها ومواردها الاقتصادية من خلال

[1] سليمان علي الدليمي، المرجع السابق، ص.ص. 20.21

تمويل برامج ومشاريع الرعاية الاجتماعية، وهذا يتطلب من الحكومات التخلي عن بعض مسؤولياتها في هذا المجال وتفويضها لمؤسسات القطاع الخاص والتجاري لتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية، وقد تم تطبيق هذا النهج في بعض البلدان الأوروبية وعلى رأسها بريطانيا خلال فترة حكم حكومة تاتشر المحافظة.

2. أهداف الرعاية الاجتماعية:

تهدف مراكز التكفل بشكل رئيسي إلى توفير رعاية مناسبة للأطفال ذوي الظروف الخاصة الذين لا يحصلون على الرعاية الكافية في الأسرة أو المجتمع، ويشمل ذلك الأطفال الذين يفتقرون إلى الرعاية الأسرية بسبب عدم وجود معرفة بوالديهم أو أسرتهم، أو تواجد والدتهم في مؤسسة مثل المستشفى أو السجن، أو تعرضهم للتشرد بسبب انفصال والديهم، أو وفاة الوالدين، حيث يسعى دور مراكز التكفل إلى توفير بديل اجتماعي ونفسي وتربوي يعوض عن البيئة الأسرية الطبيعية، وذلك من خلال توفير الإقامة والعناية اللازمة للأطفال وتقديم التغذية الصحية وفقًا للمعايير الطبية وتوفير بيئة اجتماعية مناسبة لتطويرهم ونموهم.[1]

تشمل الرعاية الاجتماعية مجموعة متنوعة من الخدمات والأنشطة والبرامج التي تقدمها مؤسسات ومختصون بهدف تحسين حالة الأفراد والمجموعات والمجتمعات وتحقيق الأهداف العامة للرعاية الاجتماعية، تتضمن هذه الأهداف:

- **الرعاية العلاجية:**

تهدف المؤسسات في هذا النوع من الرعاية إلى تقديم الخدمات العلاجية عندما ينشأ الحاجة إليها، ومن الأمثلة على ذلك تقديم الرعاية الصحية المجانية للأفراد المرضى وتوفير المساعدات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من حرمان الرعاية الأسرية وتقديم المساعدة في حالات الكوارث مثل الحرائق والفيضانات،

[1] محمد احمد الصالح، **الرعاية الاجتماعية في الإسلام**، مكتبة الملك فهد أثناء النشر، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1999، ص184.

وتهدف أيضًا إلى علاج المشكلات العامة التي يواجهها سكان المجتمع ومعرفة أسبابها والعمل على إزالتها أو التخفيف من حدتها، وعادة ما تستهدف هذه الرعاية الفئات المحرومة مثل الأطفال المهمشين.[1]

❖ **الرعاية الوقائية:**

تهدف المؤسسات في هذا النوع من الرعاية إلى منع حدوث المشاكل قبل حدوثها، وتشمل الخدمات الصحية والطب الوقائي وخدمات الأم والطفل بالإضافة إلى خدمات التأمين الاجتماعي والصحي حيث يساهم تقديم هذه الخدمات في الوقاية من الانحراف والتدهور الصحي، ومن بين المستفيدين من هذه الخدمات الأطفال والأمهات والأرامل والشباب المقبلون على الزواج وتشمل الخدمات الوقائية أيضًا التعليم الأساسي حيث يتضمن توفير الخدمات التعليمية للأطفال في مراحلهم المبكرة لزيادة الوعي وتعزيز فرص التعليم في المراحل اللاحقة، كما تشمل برامج رعاية الشباب والتوجيه الاجتماعي والثقافي فضلاً عن فرص العمل والأنشطة الرياضية والكشافة والهوايات بين الشباب داخل الوطن وبينهم وبين الشباب في البلدان الأخرى.

❖ **الرعاية التأهيلية:**

تساعد المؤسسات في هذا النوع من الرعاية الأشخاص الذين يواجهون صعوبات على التغلب عليها وتعزيز قدراتهم ومهاراتهم لتجنب تكرار المشاكل في المستقبل، ومن الأمثلة على ذلك الاستشارات الزوجية ومعالجة المشاكل العائلية وتهدف هذه الرعاية أيضًا إلى تطوير المواهب والقدرات والمهارات للأفراد لتجنب المشاكل المماثلة في المستقبل، ومن الأمثلة الأخرى على هذا النوع من الرعاية تدريب العاطلين عن العمل على مهارات تساعدهم على تجنب التعطل المستقبلي.[2]

❖ **الأهداف الإنشائية:**

تهدف هذه الأهداف إلى المساهمة في إيجاد رأي عام يدعم تقديم الرعاية الاجتماعية وتقليل الفوارق المادية والبشرية في توفيرها كما تعمل على تعزيز التعاون والمشاركة والتكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وتسعى هذه الأهداف أيضًا لرفع مستوى الوعي بالرعاية الاجتماعية لدى

[1] عطية حليمة، بوطابت بسمة، **الرعاية الاجتماعية والنفسية وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي للأطفال المسعفين**، مذكرة ماستر في علم النفس الاجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945- قالمة، الجزائر،2015/2014. ص.ص. 18.19

[2] عطية حليمة، بوطابت بسمة، **الرعاية الاجتماعية والنفسية وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي للأطفال المسعفين**، المرجع السابق، ص.ص. 19.20

المواطنين وتشجيعهم على المشاركة فيها من الواضح أن النظم العلاجية والوقائية والتأهيلية مكملة لبعضها البعض ومتداخلة، وذلك بسبب التغيرات في احتياجات الأفراد وتوافر الموارد المختلفة.[1]

3. مبادئ الرعاية الاجتماعية:

يمكن الإشارة إلى مجموعة من المبادئ التي لا تزال ذات أهمية في قيادة عملنا في مجال الرعاية الاجتماعية وتتضمن:

❖ **مبدأ مساعدة المحتاج الحقيقي:**

تعتمد هذه المبادئ على تقديم المساعدة للأشخاص الذين يعانون من الحاجة الحقيقية وتختلف تفسيراتها بناءً على الثقافات المختلفة في المجتمعات، قد يتركز الاهتمام على مساعدة الفقراء في بعض المجتمعات بينما تهدف المجتمعات الأخرى إلى توفير الخدمات الأساسية لجميع أفراد الشعب مثل الرعاية الصحية والتعليم والدعم النفسي.

❖ **مبدأ تشجيع الاعتماد على الذات:**

تهدف هذه المبادئ إلى تشجيع الأفراد المحتاجين على أن يكونوا قادرين على الاعتماد على أنفسهم بدلاً من الاعتماد على الآخرين، يُعزز الدعم الذاتي وتوفير الفرص والموارد التي تمكن الأفراد من تحسين أوضاعهم المعيشية وتعزيز روحهم المعنوية.

❖ **مبدأ مسؤولية الأسرة والمجتمع:**

تعتبر الأسرة والعشيرة والمجتمع جزءًا أساسيًا من الرعاية الاجتماعية حيث يُشجع أفراد الأسرة والعشيرة على تحمل المسؤولية الأولية في رعاية أفرادهم وتقديم الدعم والمساعدة للقرابة والأقارب في حالات الحاجة، ويعتبر هذا الدعم الأسري والمجتمعي جزءًا من الشرف والمسؤولية الاجتماعية.

❖ **مبدأ المسؤولية المجتمعية:**

يعتبر هذا المبدأ من أهم المبادئ وأكثرها توسعًا وشمولًا حيث يعنى بالاهتمام بالأفراد الذين يجدون صعوبة في إعالة أنفسهم أو توفير مستوى حياة لائق لهم ولأسرهم، في حالة عدم قدرة الأقارب على تقديم الدعم اللازم فإن المجتمع بأكمله بما في ذلك المؤسسات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ينبغي عليها

[1] عطية حليمة، بوطابت بسمة، المرجع السابق، ص 20

تحمل المسؤولية الاجتماعية وتقديم الدعم للفئات المحتاجة، وتُعتبر هذه المسؤولية من مسؤوليات الدولة التي يجب أن ترعى مواطنيها وتوفر لهم الرعاية اللازمة بشكل فعال. [1]

[1] شبشوب جنات، العنوس منى، **دور العجزة ودورها في الرعاية الاجتماعية للمسنين**، مذكرة مكملة لنيل ضهادة الماستر في علم اجتماع التربية، ،قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحيى – جيجل، الجزائر، 2018/2017. ص.ص. 41.42

ثانيا: واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر

تسعى الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر إلى تطوير نهج شمولي يركز على فهم الحاجات الاجتماعية والنفسية لهذه الفئة وتلبيتها حيث تهدف الجهود الحالية إلى تحسين جودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة وتعزيز مشاركتهم الفعالة في المجتمع، ولضمان رعاية شاملة وفعالة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة عقليًا يتطلب الأمر تعاون وتنسيق جهود الخبراء والمتخصصين في المجالات المختلفة فهؤلاء الأفراد بحاجة إلى رعاية طبية، ونفسية، وتربوية، واجتماعية شاملة، يتوجب علينا توفير هذه الرعاية بشكل متكامل ومتناغم حيث يعمل الأطباء والمعالجون النفسيون والمربون والمتخصصون الاجتماعيون جنبًا إلى جنب لتلبية احتياجات هؤلاء الأفراد، ويجب أن تتم هذه الجهود بدون تأخير وذلك لتأمين الرعاية اللازمة في الوقت المناسب والهدف النهائي هو إعداد هؤلاء الأفراد للحياة الاجتماعية وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه، ويتطلب ذلك توفير الدعم اللازم والتدريب الملائم لتنمية مهاراتهم وتعزيز قدراتهم الاجتماعية والتواصلية[1].

حيث تم تطوير استراتيجيات جديدة تضع الفرد في مركز الاهتمام وتشمل النهج الشامل والتعاون بين الجهات المعنية والمجتمع المحلي حيث يتم توفير الدعم المادي والمعنوي لذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية المتخصصة والتأهيل المهني والتربية الخاصة والتوجيه النفسي والاجتماعي فتعزز الرعاية الاجتماعية في الجزائر فهمًا أعمق لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة وتشجع على التسامح والتضامن المجتمعي، كما تتعاون الحكومة مع المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الأكاديمية والمجتمع المدني لتحسين الوعي وتوفير الدعم اللازمة.[2]

تمت تصوير فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر على أنها فئة تعاني من التهميش والإقصاء وسوء الاندماج في المجتمع هناك تحديات تواجه واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، فقد يكون هناك نقص في الموارد المالية والبنية التحتية الملائمة لتلبية احتياجات هذه الفئة من السكان كما قد يكون هناك نقص في التدريب والوعي بشأن احتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة لدى

[1] علا عبد الباقي إبراهيم، **الإعاقة الذهنية العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا**، عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2001، ص36.

[2] جمال حواوسة، **دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة**، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 29، جوان 2019، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، ص25.

العاملين في المجال الاجتماعي والصحي وهذا يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في توفير الرعاية والدعم الملائم لهم، لكن في السنوات الأخيرة شهدت الجزائر بعض التقدم في توفير الرعاية لهذه الفئة تم فتح مدارس ومراكز الرعاية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة وأصبح واجب الرعاية الاجتماعية لهؤلاء الأفراد من مسؤولية الدولة.

تهدف الدولة الجزائرية مثل أي حكومة أخرى إلى توفير دولة رعاية تهتم براحة المواطنين وتعمل على تحقيق المساواة في الحقوق والواجبات وتعتبر مشكلة المعاقين واحدة من أهم المشكلات التي تواجه الجزائر، خاصة أن عددهم يزداد باستمرار نتيجة أسباب وعوامل متنوعة ولتلبية احتياجات هذه الفئة تتطلب الرعاية المؤسسية تطوير برامج تربوية وعلاجية مخصصة وتوفير الشروط الصحية والاجتماعية الضرورية لتحقيق خدمات عالية الجودة، وقد قدمت الجزائر تشريعات وقوانين تهدف إلى رعاية المعاقين وإدماجهم في المجتمع حيث يحتوي القانون رقم 02-09 الصادر في مايو 2002 الخاص بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم على مجموعة من الإجراءات مثل الكشف المبكر والوقاية الطبية والعلاج المتخصص والدعم الطبي والنفسي والاجتماعي وتعزيز الاندماج الاجتماعي والمهني للمعاقين من خلال التشغيل والمساعدة الاجتماعية.[1]

إن عملية دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية تعتبر واجبًا يفرضه القيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية فهي تعتبر حقًا من حقوق المعوقين، وتأتي استجابةً لمفهوم المساواة والمشاركة الكاملة الذي أعلنت عنه الأمم المتحدة خلال العام الدولي للمعوقين في عام 1981، ويهدف هذا المفهوم إلى دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية وجعلهم جزءًا فاعلًا في عملية التنمية وتلبية احتياجاتهم وتقديم الرعاية والخدمات الخاصة والتأهيل لتمكينهم من ممارسة أنشطة مختلفة حيث تطور مفهوم إدماج المعوقين من مفهوم إدماج مهني إلى إدماج اجتماعي شامل، وقد تم تغيير النظرة السابقة التي كانت تركز على تكيف المعوق مع المجتمع إلى نظرة إنسانية تهدف إلى تعامل اجتماعي شامل مع الإعاقة، يُؤخذ في الاعتبار في هذا

[1] جمال حواوسة، المرجع السابق، ص25.

السياق عوامل البيئة الاجتماعية وتأثيرها على تجربة المعوق حيث يسعى المجتمع الآن إلى تعزيز الاندماج الاجتماعي وتوفير الفرص المتساوية للمعوقين للمشاركة في جميع جوانب الحياة الاجتماعية[1].

لقد أظهرت الجزائر اهتمامًا كبيرًا بمختلف فئات الأشخاص المعاقين خلال احتفالها باليوم الوطني الخاص بهم وقد تولت الجهات المعنية التي تخصصت لهذا الغرض توفير الموارد المادية والمالية اللازمة لتحقيق إدماجهم المهني والاجتماعي ولتمكينهم من المشاركة الفعالة في مسار التنمية الوطنية، يتوجب على الدولة تحمل واجب الرعاية والاهتمام بفئة المعاقين وهذا هو الأمر الذي تسعى الحكومات جاهدة لتحقيقه وتوفيره للمواطنين، ويُطلق على هذا المفهوم اسم "دولة الرعاية" وتسعى الجزائر وغيرها من الدول إلى تحقيقه من خلال دستورها وإنشاء مؤسسات تضمن المساواة بين جميع المواطنين والمواطنات في الحقوق والواجبات، وإزالة العقبات التي تحول دون انفتاح شخصية الإنسان المعاق ومشاركته الفعلية في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.[2]

[1] لعلام عبد النور، **دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا الدراسة الميدانية بمدينة سطيف**، دراسة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري – قسنطينة، الجزائر، 2009/2008، ص 113.

[2] لعلام عبد النور، دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا الدراسة الميدانية بمدينة سطيف، دراسة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري – قسنطينة، الجزائر، 2009/2008، ص.ص. 115.116

ثالثا: الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد

يعتبر التوحد اضطراب تطوري يؤثر على القدرات الاجتماعية والاتصالية والسلوكية للأفراد ويتميز الأطفال التوحديين بصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وتكرار السلوكيات والاهتمامات المحدودة، وتلك الصعوبات قد تؤثر بشكل كبير على حياة الأطفال التوحدية وأسرهم وهنا تأتي أهمية مراكز التكفل بأطفال التوحد حيث توفر بيئة مهيأة وخدمات متخصصة لتلبية احتياجات هؤلاء الأطفال حيث تعتمد خدمات الرعاية الاجتماعية في مراكز التكفل على نهج شامل يهدف إلى تعزيز التطور الشامل للطفل التوحدي سواء كان ذلك في المجالات العاطفية والاجتماعية أو التعليمية والسلوكية، وتتضمن هذه الخدمات تقديم الرعاية الشخصية والصحية للأطفال وتوفير التعليم والتدريب المناسب لتنمية مهاراتهم، بالإضافة إلى تقديم الدعم السلوكي والعاطفي للتعامل مع تحدياتهم كما يتم توجيه ودعم أسر الأطفال لمساعدتهم في التعامل مع احتياجات أطفالهم التوحدية.

ويمكن تحديد فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية التي تُقدم للأفراد ذوي الاحتياجات خاصة من خلال تقييم تأثيرها على تحسين نوعية حياتهم، بالتالي يصبح من الضروري تقييم مدى فعالية برامج الحماية الاجتماعية في تقليل حالات الاستبعاد الاجتماعي، فقد يساعد قياس الفعالية في تحقيق أهداف المؤسسة وتقييم الخدمات والقدرات المقدمة وتطوير البرامج والخدمات وتحسين الأنشطة المقدمة من قبل هذه البرامج، واتخاذ قرارات مدروسة.[1]

لذلك نجد مؤسسات التربية الخاصة تحرص على تكامل فريقها في التكفل بذوي الإعاقات كما تحرص على تشخيص المعاقين بنوع الإعاقة ودرجتها وتحديد الفروق الفردية بينهم قصد توجيهه إلى صفوفهم واستخدام أساليب التدريس المناسبة لهم وتكييف البرامج لكل فئة بما يناسبها ومنه تنقسم الخدمات المقدمة في المراكز إلى:[2]

- **الخدمات الاجتماعية:**

[1] هويدا محمد عبد المنعم خليفة، **فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعية حياة أطفال التوحد**، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد التاسع عشر، جامعة الفيوم، ص151.

[2] ناصر صابرينة، لكحل ريان، **المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة – دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع التربية، قسم علم اجتماع التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحي –جيجل، الجزائر، 2021/2020، ص 45.

يتولى قسم البحث الاجتماعي مسؤولية تقديم هذه الخدمات حيث يقوم بالإشراف والتوجيه ومتابعة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد داخل وخارج المؤسسة ويقوم أعضاء القسم بإعداد التقارير التي تساهم في متابعة تلك الفئة وتوجيهها بناءً على أسس علمية، حيث يتولى الاخصائي الاجتماعي مسؤولية رعاية ما لا يزيد عن ثلاثين شخصًا ذوي احتياجات خاصة ويقدم الاخصائي المعلومات الهامة للمعلمين حول كيفية التعامل مع هؤلاء الأشخاص بناءً على خبرته وملاحظاته المستمرة ومن خلال لقاءاته مع أسرهم سواء في المركز أو في منازلهم، ويسعى الأخصائي الاجتماعي جاهدًا لتعزيز الروابط بين المنزل والمركز لفهم قدرات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة واستعداداتهم وتحقيق استثمار فعال لتلك القدرات، يساعد ذلك على تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتعزيز القبول الاجتماعي لهم، ويعتبر الاخصائيون الاجتماعيون هم اكثر المتخصصين اتصالاً بأنظمة الرعاية الاجتماعية رغم تعدد اهتمامات أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية لانهم مدربون الممارسة التدخل المهني.[1]

بالتالي يلعب قسم البحث والأخصائي الاجتماعي دورًا حاسمًا في توفير الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة ودعمهم في المجتمع، يقومون بتقديم المشورة والإرشاد والدعم للأفراد وأسرهم ويعملون على توفير بيئة قبول وتمكين لهؤلاء الأشخاص في جميع جوانب حياتهم.[2]

[1] نسرين بنت إبراهيم الصيان، **الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة ودور الخدمة الاجتماعية في تدعيمها**، مذكرة مكلمة لنيل شهادة الماستر في الخدمة الاجتماعية، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2005، ص 6.

[2] قحطان أحمد الظاهر: **مدخل إلى التربية الخاصة**، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان– الأردن–،2008 ص44

❖ **الخدمات التربوية:**

تختلف الخدمات التربوية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين حسب نوع الإعاقة لكن جميعها تؤكد على أهمية احترام التنوع الفردي واستخدام أساليب تعليمية متنوعة ووسائل مناسبة حيث يتم تعيين المهام بناءً على قدرات وقابليات كل فرد، ويتم توجيه هذه الخدمات بما يتوافق مع تطورهم العمري والعقلي، فعند تعليم الأشخاص ذوي الاحتياجات السمعية يتم التركيز على تطوير مهارات قراءة الشفاه وتحسين وضوح النطق واستخدام المساعدات السمعية والإشارات والوسائل التوضيحية بشكل مكثف، إضافةً إلى التركيز على المهارات الكتابية أما في تعليم الأشخاص ذوي الاحتياجات العقلية البسيطة يتم التركيز على توفير تعليم فردي يأخذ في الاعتبار الاختلافات الفردية بينهم، ويستخدم تقنيات التحفيز والتعزيز والتشكيل والتسلسل والنمذجة.

ولتحقيق تعليم فعال للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين يجب اختيار معلم مؤهل وذو خبرة يفهم تحديات الإعاقة ويكون قادرًا على تلبية احتياجاتها، ويكون قادرًا على القيام بواجبه بكفاءة ويتابع كل ما يمكن أن يساعد على دعم عمله وتقدم الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يتم توزيع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين وفقًا لأعمارهم ودرجات إعاقتهم، ويتم التركيز في تعليمهم على مهارات القراءة والكتابة والحساب لكي يتمكنوا من الاندماج في الحياة الاجتماعية ويتم مراقبتهم بشكل مستمر من قبل إدارة المركز والمشرفين والاخصائيين الاجتماعيين والمعلمين.[1]

❖ **الخدمات النفسية:**

للتشخيص النفسي أهمية بالغة في توجيه الفرد بطريقة صحيحة وفقًا لقدراته الحقيقية حيث يستخدم الأخصائي النفسي اختبارات الذكاء لتقييم قدرات الفرد العقلية واختبارات الشخصية لفهم ميوله وهواياته وماهية شخصيته بشكل شامل، ويهدف هذا الاستكشاف الأساسي إلى بدء رحلة صحيحة بعيدًا عن العشوائية والتجريب، والتركيز الفعّال على فهم الفرد المعاق وقدراته الحقيقية يساعد في التوجيه والتخطيط. يمكن من خلاله تقديم برنامج تعليمي يتوافق مع قدراته العقلية.

نظرًا لأن الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية يواجهون مزيدًا من التحديات ويكونون عرضة للإحباط والفشل والكسر النفسي نتيجة الأساليب غير التربوية التي يتعرضون لها من قبل أولياء الأمور والتي تثير لديهم

[1] قحطان أحمد الظاهر: **مدخل إلى التربية الخاصة**، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان– الأردن–، 2008، ص 44

الخوف والقلق والتردد، لذلك يسعى الأخصائي النفسي لتجنب أي حالة من حالات الخوف والتردد ويساعد الفرد على فهم نفسه وقبول إعاقته بشكل صحيح دون التركيز الزائد على الإعاقة بحد ذاتها، فتوجيه الفرد المعاق يتطلب تشخيصًا نفسيًا متأنيًا وتوجيهًا مباشرًا بناءً على الاختبارات والتقييمات حيث يهدف الاخصائي النفسي إلى تقديم الدعم اللازم والتوجيه العاطفي والعقلي للفرد، بحيث يتمكن من فهم نفسه وقدراته الحقيقية وقبول إعاقته بشكل صحيح، مما يساعده في تحقيق نموه وتطوره بأفضل شكل ممكن. [1]

❖ **الخدمات الثقافية:**

يقوم المركز بتوجيه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للتفكير في القضايا القومية والوطنية والتعرف على أهميتها حيث يتم تنظيم أنشطة وفعاليات توعوية تركز على هذه القضايا بما في ذلك إعداد نشرات جدارية وتوزيعها في المركز كما يتم تنظيم زيارات إلى المواقع التراثية والفنية والاقتصادية، بهدف تعزيز الوعي بتراث البلاد والثقافة والتنمية الاقتصادية.

تعنى التوعية بأهمية المسؤولية المجتمعية وتعزيز قيم التعاون والتعاطف مع الآخرين حيث يتم توجيه الأفراد لفهم مفهوم البيع والشراء وكيفية التعامل الصحيح مع الآخرين ويتم استغلال مواهبهم في مختلف المجالات، مثل الأدب والفن، حيث يتم تشجيعهم وتوجيههم للتعبير عن أنفسهم وتطوير قدراتهم الإبداعية في هذه المجالات، وتتطلب هذه الجهود توجيهًا متخصصًا وتنظيمًا فعالًا من قبل المركز، والتعاون مع المعلمين والمشرفين والأهل لتحقيق أقصى استفادة وتأثير إيجابي على حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.[2]

❖ **الخدمات الترفيهية:**

يقوم المركز بتنظيم مجموعة متنوعة من الأنشطة الترفيهية التي تعزز الشعور بالانتماء والتقدير لدى المشاركين ويهدف ذلك إلى خلق جو إيجابي يعزز العطاء والمشاركة الفاعلة، يتم تنظيم حفلات فنية في المناسبات الوطنية والاحتفالات مما يساهم في تعزيز الروح الوطنية والاندماج الاجتماعي، ويتم أيضًا تنظيم رحلات إلى المواقع الأثرية والسياحية والتاريخية حيث يتاح للمشاركين فرصة استكشاف وتجربة هذه الأماكن ذات القيمة التراثية، بالإضافة إلى ذلك يتم تنظيم جولات ترفيهية في الحدائق والمنتزهات وحدائق

[1] قحطان احمد الظاهر، المرجع السابق، ص.ص. 44.45.

[2] قحطان احمد الظاهر، المرجع السابق، ص.ص. 45.46.

الحيوان لتوفير بيئة مناسبة للاستمتاع والاسترخاء حيث يعتبر الفن لغة في حد ذاته تتيح ذوى اضطراب التوحد فرصة للتعبير عما بداخلهم والاتصال بالآخرين، ومن هذا يصبح الفن بجانب أنه وسيلة تطهيرية وسيلة تساعد على علاج المشكلات الاتصالية لدى الأفراد ويعمل الفن على إيجاد علاقة اتصالية بين الفرد، والقطعة الفنية وبالتالي يبدأ يتسع نطاق الاتصال بالبيئة المحيطة به سواء هذه البيئة أشياء أو أفراد.[1]

يعمل المركز أيضًا على توفير فرص لحضور المسرحيات ومشاهدة الأفلام في دور السينما حيث يتم اختيار الأعمال التي تتناسب مع اهتمامات واحتياجات المشاركين، كما يوفر المركز وسائل النقل المناسبة لنقل المشاركين ذوي الاحتياجات الخاصة إلى هذه المناسبات والأماكن لتمكينهم من الاستمتاع بالتجارب الترفيهية بشكل مريح وملائم.

❖ **الخدمات الرياضية:**

تعد البرامج الرياضية وسيلة فعالة في تربية وتنمية المعاقين حيث تهدف إلى تدريب حواسهم وتعزيز قدراتهم واستغلال ميولهم واستعداداتهم بشكل صحيح ، وتلعب هذه البرامج دورًا إيجابيًا في تحسين الوضع النفسي والاجتماعي للمعاقين حيث يقوم المركز بتوفير المعدات اللازمة لمختلف الألعاب الرياضية ويقوم بتدريبهم على مهارات الألعاب المختلفة كما يتم تنظيم مسابقات دورية وسنوية مع المدارس الأخرى في المنطقة، وتعتبر الأنشطة الرياضية واللعب والمرح فرصة للمعاقين للتجديد والعطاء حيث توفر هذه الأنشطة البهجة والسعادة وتساعد في التخلص من الملل والضغوط النفسية، بالإضافة إلى ذلك تساهم الأنشطة الرياضية في تعزيز الصحة العامة واللياقة البدنية للمعاقين وتعزز لياقتهم البدنية والعقلية، ويهدف المركز من خلال تنظيم الأنشطة الرياضية إلى تعزيز روح العمل الجماعي وتنمية المهارات الاجتماعية والتفاعلية لدى المعاقين حيث توفر هذه الأنشطة فرصًا للتواصل والتعاون وبناء العلاقات الاجتماعية الإيجابية، بالإضافة إلى ذلك تعمل البرامج الرياضية على تعزيز الانضباط والتحفيز والتحمل لدى المشاركين وتعتبر فرصة مهمة للمعاقين للاستمتاع والترفيه حيث تساهم في تحسين جودة حياتهم وتعزيز رفاهيتهم الشخصية والاجتماعية.

[1] صابر مصطفى ابراهيم محمد، إبراهيم احمد السيد جابر، **النمو النفس حركي للتوحد**، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019، ص80.

❖ **الخدمات الطبية:**

ينبغي على مراكز رعاية المعاقين توفير ورشة طبية تقدم الخدمات الطبية المتخصصة للمعاقين وتتابع حالتهم بشكل دوري حيث يتضمن ذلك إعداد تقارير خاصة بكل فرد والتنسيق مع المراكز الطبية المتخصصة لتلبية احتياجاتهم وقد يتطلب الأمر أحيانًا إحالة المعاقين إلى أطباء متخصصين، ويقوم المركز بتوفير مرافق لمرافقتهم إلى المستشفيات المتخصصة في حالة عدم توفر ممرضة يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقديم الدعم اللازم في هذا الشأن، وينبغي أن تجرى فحوصات طبية دورية للمعاقين كل ستة أشهر بواسطة مركز تشخيص العوق والذي يضم أطباء متخصصين في مختلف التخصصات، بما في ذلك طب الأمراض النفسية والعصبية، واختصاصي الأنف والأذن والحنجرة، واختصاصي العيون، وطبيب العلاج الطبيعي.

إضافة إلى ذلك تقوم مهمة رئيسية لمركز تشخيص العوق بتحديد طبيعة الإعاقة وتقديم العلاج المناسب وتوجيه الفرد إلى الوحدة المناسبة للعناية، كما يقوم المركز بالإشراف الفني الكامل على مراكز الرعاية الاجتماعية للمعاقين ووضع الخطط والبرامج الفنية المناسبة لها، ويقوم أيضًا بالتنسيق مع الجهات المعنية لضمان توفير الرعاية الاجتماعية اللازمة للمعاقين.[1]

❖ **الخدمات التأهيلية:**

يهدف التأهيل إلى تطوير واستغلال قدرات وإمكانيات المعاقين وتشمل الخدمات التأهيلية مجموعة من الخدمات المهمة، ومنها:

✓ **خدمات التأهيل الطبي والرعاية الطبية:**

تشمل العمليات الجراحية والتصوير الطبي وتقديم الأدوية اللازمة وورش العمل لتصنيع الأطراف الصناعية، وتشمل أيضًا العلاج الطبيعي الذي يستخدم أجهزة مختلفة لتحسين الحركة والقوة ويتضمن أيضًا العلاج الكهربائي مثل العلاج بالتسخين والتدليك، لعلاج حالات الروماتيزم والأمراض الجلدية والعظام والأعصاب، ويشمل أيضًا العلاج بالماء والذي يتم من خلال استخدام أحواض مائية ساخنة وباردة بإشراف متخصصين ويعود بفوائد كبيرة للأطفال المصابين بشلل الأطفال، بالإضافة إلى ذلك تشمل خدمات التأهيل الطبي طب الأذن والأنف والحنجرة والطب النفسي والجسدي.

[1] قحطان احمد الظاهر، المرجع السابق، ص.ص. 46.47.

يواجه أطفال التوحد صعوبات في العلاقات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي حيث يظهر لديهم مقاومة للتغيير ونقص في اللعب التخيلي، ويمكن أن يكون لديهم اهتمام محدود بالآخرين ويتصرفون كأنهم أصم وقد يكونون نشطين أو غير نشطين بشكل زائد، وتكون لديهم استجابات انفعالية غير مناسبة وصعوبة في التواصل البصري. يستمتعون بلف الأشياء وقد يظهر لديهم حركات نمطية متكررة.[1]

- ✓ **التأهيل الأكاديمي:**

يهدف تأهيل الأكاديمي إلى توفير فرص تعليمية وتربوية متخصصة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بهدف تنمية قدراتهم ومهاراتهم الأكاديمية، وتقليل الفجوة التعليمية بينهم وبين الأفراد ذوي الاحتياجات الاعتيادية حيث يتم توفير هذه الخدمات في إطار مؤسسات تعليمية وتربوية متخصصة مثل المدارس الخاصة للتعليم الخاص أو الوحدات التعليمية المتخصصة داخل المدارس العادية، وذلك عبر تصميم برامج تعليمية مخصصة لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وفقًا لقدراتهم الفردية حيث يتم اختيار معلمين متخصصين ومدربين بشكل جيد في مجال التعليم الخاص، حيث يتمتعون بالمهارات اللازمة لتقديم التعليم والتوجيه والدعم اللازم للطلاب وتشمل البرامج الأكاديمية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة تعليم مختلف المواد الأكاديمية مثل اللغة والرياضيات والعلوم بطرق تدريس ملائمة ومتكيفة مع قدرات الطلاب حيث يتم استخدام تقنيات تعليمية متنوعة ومواد تعليمية ملائمة، بما في ذلك الأدوات التعليمية المساعدة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

وتهدف هذه البرامج أيضًا إلى تنمية المهارات الاجتماعية والحياتية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مثل التواصل والتفاعل الاجتماعي وتعزيز الاستقلالية والتكيف في المجتمع، ويتم توفير الدعم الفردي والتوجيه المهني للطلاب بهدف مساعدتهم في تحقيق أهدافهم الأكاديمية والمهنية، بالإضافة الى ذلك يسعى إلى توفير بيئة تعليمية شاملة ومحفزة تضمن فرصًا عادلة للنمو والتطور للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ويتم تكييف المناهج والمواد التعليمية والتقنيات التعليمية وفقًا لاحتياجات الطلاب بهدف تمكينهم من تحقيق أقصى إمكاناتهم الأكاديمية وتطوير مهاراتهم الحياتية والاجتماعية.

[1] هشام مصطفى احمد السيد، إبراهيم جابر السيد احمد، **تنمية القدرات الحسية لدى أطفال التوحد**، دار الجديد للنشر والتوزيع، الجزائر، 2019، ص 28.

✓ **خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية:**

تتمحور خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية حول تحسين جودة حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وتخفيف الصعوبات والمشاكل التي تؤثر على راحتهم وتسبب ألمًا سواء بالنسبة للفرد المعاق نفسه أو لأسرته، حيث يهدف الأخصائي النفسي إلى تحقيق الاستقرار النفسي للأفراد المعاقين من خلال دراسة حالتهم من جوانبها الجسمية والعقلية، ويعالج حالات سوء التكيف الإنفعالي والاجتماعي ويسعى لإعادة بناء الثقة بالنفس وتعزيز التفاعل الإجتماعي والإبتعاد عن السلوكيات غير الطبيعية، وتشمل الخدمات النفسية الهامة للأفراد المعاقين الإرشاد الفردي والجماعي والإرشاد عن طريق اللعب أو الفن والإرشاد الجيني وخدمات تعديل السلوك والإرشاد والتوجيه بالإضافة إلى العلاج النفسي. [1]

ويلعب الاخصائي الإجتماعي دورًا حيويًا في تقديم الدعم والمساعدة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فهو يتمتع بالمعرفة والمهارات في مجال العمل الإجتماعي ويعمل على تحسين جودة حياة المعاقين وتعزيز مشاركتهم في المجتمع، حيث يقوم بتقييم احتياجات الفرد المعاق وتحليل الظروف الإجتماعية والبيئية التي يعيش فيه و يقدم الدعم العاطفي والإجتماعي والنفسي للمعاقين وعائلاتهم ويساعدهم في التعامل مع التحديات والمشاكل التي يواجهونها، بالإضافة إلى ذلك يساعد في توجيه الأفراد المعاقين للوصول إلى الخدمات والموارد المتاحة لهم مثل الرعاية الصحية والتعليم والتأهيل المهني ويعمل على تعزيز التواصل والتفاعل الإجتماعي للمعاقين سواء داخل الأسرة أو في المجتمع، ويعزز الإندماج الإجتماعي لهم من خلال تعزيز شعورهم بالانتماء والقدرة على المشاركة الفعّالة، حيث يعلم طفل التوحد كيفية دعوة زميله للعب.

ويعمل الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع الأخصائي النفسي حيث يستفيدون من خبراتهما وأساليبهما الفنية في التغلب على الصعوبات التي يواجهها الأفراد المعاقون، ويهدف الأخصائي الإجتماعي إلى مساعدة الأفراد المعاقين على التكيف في المجتمع الذي يعيشون فيه وتعزيز شعورهم بالانتماء والقدرة على المشاركة بشكل فعّال.

[1] هشام عبد الرحمان الخولي، **الاوتيزم الإيجابية الصامتة**، دار المصطفى للطباعة، دمشق، سوريا، 2008، ص 145.

وتشمل الخدمات الاجتماعية الأخرى للأفراد المعاقين، على سبيل المثال لا الحصر:

- تقديم المساعدة في الحصول على الموارد والدعم المادي اللازم.
- توفير الدعم العائلي والمشورة لأفراد العائلة.
- تنظيم دورات تعليمية وورش عمل لتطوير المهارات الحياتية والإجتماعية للمعاقين.
- توفير فرص التدريب والتوظيف المناسبة وتشجيع الإندماج المهني.
- تنظيم فعاليات اجتماعية وثقافية لتعزيز التواصل والتفاعل الإجتماعي.
- توفير الدعم والتوجيه للمعاقين وعائلاتهم في المجال القانوني والتأميني.
- تقديم المشورة فيما يتعلق بحقوق الأفراد المعاقين والخدمات المتاحة لهم[1]

[1] قحطان احمد الظاهر، المرجع السابق، ص 48.

رابعا: برامج التدخل التعليمي لأطفال المصابين بالتوحد:

عند النظر في تجربة الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد يجب أن نكتشف السمات المميزة لهذا الاضطراب وكيف يعبر الفرد عنها، بالإضافة إلى ذلك يجب أخذ العوامل الخارجية التي تؤثر على قدرة الفرد على التعلم في الاعتبار.

وتتأثر قدرة الطفل التوحدي على المشاركة في البرنامج التعليمي والأنشطة الأخرى في المدرسة بمشكلات التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين والسلوك لذا عند تحضير برنامج دراسي خاص بالطفل ومشاركته في البيئة المدرسية يجب أن نركز بشكل خاص على السمات المميزة لاضطراب التوحد التي تؤثر على أدائه ونستفيد منها لصالح الطفل، كما يجب مراعاة كيفية إدارة حجرة الدراسة وتنظيم البيئة التعليمية لتلبية احتياجات الطفل وتعزيز فرص التعلم فتقديم برامج تعليمية لأطفال التوحد يتطلب معرفة متخصصة واستراتيجيات فردية لذا ينبغي العمل مع فريق متعدد التخصصات يتضمن مدرسين وأخصائيين ومعالجين لتصميم برنامج شامل يلبي احتياجات الطفل ويساعده على تحقيق أقصى استفادة من فرص التعلم في بيئة المدرسة.

وتتمثل برامج التدخل التعليمي لأطفال التوحد في عدة طرق:

❖ طريقة البرنامج التعليمي الطفلي:

يُعرف البرنامج التعليمي المخصص لأطفال التوحد بأنه برنامج مبني على اعتبار أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة، ويتم تحديد هذه الإحتياجات والمشكلات من خلال إعداد صفحة بيانية (بروفايل) تحدد تحدياته واحتياجاته والمستوى العقلي لكل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره، يتم إعداد هذا البروفايل بناءً على قياس وتقييم دقيق يقوم به فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين، ويكون أساسًا لتخطيط البرنامج التعليمي المخصص للطفل.[1]

تهدف التربية الخاصة للأطفال التوحديين إلى تهيئة بيئة تعليمية خاصة تسمح بتعليمهم بوتيرة أبطأ من تعلم الأطفال العاديين، مع التركيز على أنشطة تعليمية وموضوعات وطرق تدريس وتكنولوجيا مخصصة لتعويض الصعوبات التي يفرضها الاضطراب التوحدي على الأطفال وتعزيز نمو قدراتهم ويتم اختيار

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص.ص. 218.219

الفصل المناسب للطفل وفقًا لمستواه ومدى تخلفه في كل قدرة من القدرات المختلفة، بالإضافة إلى مراعاة ما إذا كان يعاني من توحد فقط أو تصاحبه إعاقات أخرى تتطلب استراتيجيات وأنشطة تعليمية إضافية.

يجب أن يتضمن برنامج التقييم وصفًا دقيقًا للسلوكيات النمطية التي يظهرها الطفل التوحدي بشكل متكرر وتستنفذ وقته وتركيزه، بالإضافة إلى تحديد السلوكيات الشاذة والعدوانية التي قد تتسبب في إيذاء الطفل نفسه أو من حوله، ويتم تضمين استراتيجيات وأساليب العلاج لهذه السلوكيات في البرنامج التعليمي حيث إذا تم تجاهلها فإن ذلك قد يعوق فعالية البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه.

❖ **طريقة تيتش:**

يعتبر برنامج "تيتش" من بين البرامج العلاجية والتعليمية المتخصصة في مجال التوحد وإعاقات التواصل المشابهة، حيث يتم تقديم هذا البرنامج من خلال مراكز "تيتش" الموجودة في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة، ويشرف على هذا البرنامج كل من الأستاذين إريك شوبلر وجاري مسيبوف اللذين يعتبران من الباحثين الرائدين في مجال التوحد.

يتم تقديم خدمات البرنامج التعليمي عن طريق معلمين ومتخصصين حاصلين على شهادات عليا في علم النفس والتربية الخاصة، ويتمتعون بخبرة واسعة في تعليم الأطفال التوحديين، حيث يعتمد برنامج "تيتش" أسلوبًا شاملاً للتعليم لا يركز على جانب واحد مثل اللغة أو السلوك بل يهدف إلى توفير تأهيل متكامل للطفل المصاب بالتوحد.

من مميزات برنامج "تيتش" أنه يقدم تدخلاً فرديًا مصممًا حسب احتياجات كل طفل، وتم تطوير هذا البرنامج في عام 1972 من قبل الدكتور إريك شوبلر في جامعة **نورث كارولينا**، ويُعتبر أول برنامج تربوي مخصص لتعليم الأطفال التوحديين، كما يتمتع هذا البرنامج بالإعتماد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

يستند برنامج "تيتش" إلى نظام بنية تعليمية مُنظّمة لبيئة الطفل سواء كانت في المنزل أو المدرسة، وتُعتبر هذه الطريقة مناسبة للطفل التوحدي وتتوافق مع عالمه، ويراعي برنامج "تيتش" الطفل التوحدي ككيان

فردي، ويقوم بتصميم برامج تعليمية خاصة تناسب قدراته الاجتماعية والعقلية والعضلية واللغوية ويستخدم اختبارات مدروسة لذلك.[1]

يدخل برنامج "تيتش" عالم الطفل التوحدي ويستفيد من نقاط قوته مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين، كما يتكون البرنامج من مراحل تعليمية متكاملة تستمر من عمر 18 شهرًا إلى 3 سنوات ويعتبر تدريب الطفل على الاعتماد على نفسه وتحقيق استقلالية مستقبلية وتوفير فرصة له لممارسة وظيفة مهنية عنصرًا هامًا لملء الفراغ وتحقيق شعوره بالإسهام الإيجابي قبل أن يكون مصدرًا لكسب العيش.

برنامج "تيتش" يقدم بيئة تعليمية منظمة تستند إلى المعينات والدلائل البصرية لتسهيل تكييف الطلاب مع البيئة وتحقيق الأهداف التعليمية، ويعمل البرنامج على تنظيم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للطفل التوحدي ما يتطلبه منه ومتى يجب عليه القيام بذلك، وأين ينبغي عليه العمل، وكيفية إنجاز المهام المطلوبة مع تحديد البداية والنهاية لكل نشاط.

تتم هذه التنظيمات من خلال استخدام دلائل بصرية مثل الجداول والصور والأنشطة وبطاقات الانتقال، وتساعد هذه الدلائل التلميذ التوحدي على فهم البداية والنهاية لكل نشاط وتعزز شعوره بالأمان، وتهدف هذه التنظيمات إلى معالجة صعوبات مثل التعلق بالروتين والقلق في البيئات التعليمية العادية وصعوبة فهم تسلسل الأحداث والانتقال بين الأنشطة وصعوبة فهم الكلام والأماكن والمساحات في الصف.

يتم التركيز في برنامج "تيتش" على تعليم مجموعة متنوعة من المهارات للطلاب التوحديين، بما في ذلك مهارات التواصل والمهارات الإجتماعية ومهارات اللعب والإعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات التكيف في المجتمع والمهارات الحركية والمهارات الأكاديمية حيث يتم تصميم برنامج تعليمي فردي لكل طفل لتلبية احتياجاته الخاصة، كما يتم الحفاظ على عدد قليل من الطلاب في كل فصل لضمان التفاعل الفردي والاهتمام المباشر من المعلم والمساعد. [2]

- ✓ **أهداف برنامج "تيتش":**

  - مساعدة في تخطيط البرنامج التعليمي الفردي لكل طفل ودعمه.

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص220.

[2] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص.ص. 220,222

- تعزيز مهارات التكيف مع البيئة.
- وضع أسس التدخل العلاجي لتعديل السلوك وتحسينه.

✓ **المبادئ التي يستند إليها برنامج "تيتش":**

- إجراء تقييم رسمي وغير رسمي لقدرات ومهارات الطفل يهدف البرنامج إلى تحقيق توافق الطفل وتلبية احتياجاته الخاصة.
- التركيز على العلاج المعروف والسلوكي مع التركيز على حل القصور والتحسين الشامل بدلاً من التركيز على جانب واحد فقط.
- استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس والإستفادة من خبرات الأشخاص ذوي الخبرة.

يُنتقد بعض المختصين برنامج "**تيتش**" معتقدين أنه كان من الأفضل للأشخاص التوحديين أن يتعلموا ويتكيفوا في بيئات تشبه البيئات الطبيعية وغير المنظمة بدلاً من بيئة التعلم الإصطناعية التي يتميز بها برنامج "**تيتش**" فليس جميع الأطفال التوحديين يحتاجون إلى نفس درجة التنظيم.

اسم "**تيتش**" هو اختصار لـ "علاج وتعليم الأطفال المصابين بالأوتيزم وإعاقات التواصل المشابهة لها" (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)، وتتميز طريقة "**تيتش**" بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تركز على جانب واحد فقط مثل اللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل من خلال **مراكز** "**تيتش**" المنتشرة في الولايات المتحدة، كما تتميز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي وفقًا لاحتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5–7 أطفال مقابل مدرس ومساعدة مدرسة ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل لتلبية احتياجاته الفردية. [1]

تتميز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تركز على جانب واحد فقط مثل اللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل من خلال هذا البرنامج، وتتميز أيضًا بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي وفقًا لاحتياجات كل طفل حيث يكون عدد الأطفال في الفصل الواحد بين 5–7 أطفال مقابل معلمة ومساعدة

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص.ص. 224.225

معلمة، ويتم تصميم برنامج تعليمي مفصل لكل طفل لتلبية احتياجاته الخاصة ومن مزايا هذا البرنامج أنه يعتبر الطفل التوحدي كل على حدة ويقدم برامج تعليمية خاصة لكل طفل وفقًا لقدراته العقلية والحركية واللغوية، وذلك باستخدام اختبارات مدروسة.

❖ **طريقة فاست وورد:**

برنامج "**Fast Forward**" هو برنامج كمبيوتري يهدف إلى تحسين المستوى اللغوي للأطفال المصابين بالتوحد تم تصميمه بناءً على البحوث العلمية التي قامت بها العالمة بولا طلال على مدى ثلاثين سنة تقريبًا، أظهرت الدراسات التي أجريت على البرنامج أن الأطفال الذين استخدموه قد اكتسبوا مهارات لغوية تعادل سنتين في فترة قصيرة.

فكرة البرنامج تعتمد على وضع سماعات على أذني الطفل أثناء جلوسه أمام شاشة الكمبيوتر واللعب والاستماع للأصوات، ويركز البرنامج على تطوير مهارات اللغة والاستماع والانتباه، يفترض أن يكون الطفل قادرًا على الجلوس أمام الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية.

تأسست شركة "**Scientific Learning**" من قبل بولا طلال نتيجة لهذا الابتكار وطرحت برنامجها "**Fast Forward**" وقامت بتطوير برامج أخرى مشابهة تركز جميعها على تطوير المهارات اللغوية للأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

مع ذلك لم تتم إجراء دراسات علمية محايدة حتى الآن لقياس فعالية هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين على الرغم من وجود شهادات شفهية تشير إلى نجاحه في زيادة المهارات اللغوية لدى بعض الأطفال، إلا أنه يحتاج إلى مزيد من الأبحاث والدراسات لتقييم فعاليته وفعالية استخدامه مع هذه الفئة من الأطفال.

❖ **طريقة ماريا منتسوري:**

ماريا منتسوري كانت أول امرأة إيطالية تتخرج من كلية الطب في جامعة روما في عام ١٨٩٦، بعد تخرجها عملت في مؤسسة تعنى بالأمراض النفسية وترعى الأطفال الذين يعانون من تأخر في نموهم وصعوبات في القدرات العقلية واستعدادهم للتعلم، وتأكدت ماريا أن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات تعلمية أكبر مما كان يُعتقد.[1]

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص230.

عملت ماريا أيضًا كمدرس مساعد في العيادة النفسية بالجامعة وذلك أتاح لها متابعة عينة مختارة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، بعد استقالتها من الجامعة قامت بالتدريس في مدارس للأطفال ذوي ضعف العقل واستفادت من قراءتها للكتب التي تناولت طبائع الأطفال وتجارب التعامل معهم خلال مراحل نموهم، بناءً على هذه الخبرات أسست ماريا ما يُعرف بـ "**دار الطفل**"، وبذلك انضمت إلى مجموعة من المفكرين والفلاسفة وعلماء النفس الذين ساهموا نظريًا وعلميًا في الاهتمام بالطفولة بشكل عام والطفولة المبكرة بشكل خاص.[1]

✓ **اولاً: المنطلقات العلمية والنظرية لمدرسة منتسوري**

- المعلم المدرب: يشكل المعلم دور الموجه والمرشد لنمو الطفل وتعليمه حيث يقوم بتوجيهه وتوجيه تجاربه التعليمية.
- نضج الطفل: يتم تعزيز نضج الطفل من خلال عمليات التمثيل والإدراك والوعي والمقارنات التي تحدث داخل البيئة المعدة بعناية له يتم توجيه الطفل بطريقة تمكنه من التعامل السليم مع الحياة في المستقبل مما يسهم في جعل عملية التعلم متاحة وممكنة بدلاً من أن تكون مفروضة عليه.
- إتاحة الحرية للطفل: يتم توفير مساحة أكبر من الحرية للطفل مرتبطة بتعويده في الوقت نفسه على تحمل مسئولية أعماله وفهم عواقبها يتم تشجيع الطفل على اتخاذ القرارات والتفاعل مع البيئة بحرية ومسؤولية.
- توفير بيئة تعليمية: يتم إنشاء بيئة تعليمية معدة بعناية تتضمن مواد وأدوات مناسبة لكل مرحلة من مراحل التعليم الأربعة يتم تصميم هذه البيئة واختيار المواد التعليمية بناءً على تجارب سابقة في التعامل مع الأطفال حيث يتم استخدام الأشياء المصنوعة والمواقف المحددة كوسائل تعليمية فعالة.

✓ **ثانياً: التعليم العلمي**

التعليم العلمي الذي يستند إلى البحث الموضوعي يجب أن يكون قادرًا على تحقيق تغيير في الأطفال ويتم ذلك عن طريق تطويرهم ورفعهم إلى مستوى أفضل من العادي، ويجب أن يكون هدف التعليم ليس

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص231

فقط مراقبة الأطفال ولكن أيضًا تغييرهم فإن الملاحظة قد أدت إلى تطور علم النفس ومع ذلك بقيت المدارس تستخدم طرق التدريس التقليدية دون تغيير كبير.

إذا أردنا استخدام وسائل تعليمية جديدة وفقًا للتقدمات العلمية يجب أن تتغير المدرسة وأساليبها وأن تتبنى شكلًا جديدًا للتعليم، فالمفتاح الأساسي لتعليم العلوم للأطفال ذوي اضطراب التوحد هو أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الذكاء المتدني لا يستجيبون للوسائل التعليمية التقليدية ولا يستطيعون تنفيذ التعليمات، لذا كان من الضروري استخدام وسائل تعليمية متنوعة تناسب قدراتهم المختلفة حيث يكمن هدفنا وأبحاثنا وتجاربنا في اكتشاف إمكانات كل طفل وتزويدهم بالوسائل والحوافز التي يمكن أن تستفز قدراتهم الكامنة، وبالتالي يمكنهم التقدم وتنسيق وتوسيع هذه المعلومات من خلال الممارسة المناسبة.

طريقة **ماريا منتسوري** هي نوع من التفكير القائم على التعميم وتنظيم المعرفة للأطفال حيث تركز على توفير بيئة منظمة تسمح للأطفال بالتفاعل مع العالم الخارجي وتطوير مفاهيمهم، تعتمد على استخدام الأشياء الحقيقية كمصدر أفضل للتعلم وتشجيع الأطفال على الحركة والاستكشاف لتنمية حواسهم وترى أن الحرية هي شرط أساسي للنمو العقلي السليم وتشجع على التفكير المنظم والهادئ، تركز على تقديم الأنشطة والمواد التي تتناسب مع احتياجات الأطفال وميولهم وتعتمد طريقة منتسوري على عدم وجود خطة تعليمية مبرمجة مسبقًا بل تتكون الخطط بناءً على استجابة المرشدة لاحتياجات الأطفال واهتماماتهم، تهدف إلى إعادة اكتشاف الإنسان النائم في الأطفال وتشجيعهم على تعلم الذات، تعتبر ماريا منتسوري أن الجهد الداخلي المبذول هو الأساس وأن الجوانب الخارجية مهمة ولكنها تتبع الروح الداخلية[1].

❖ برنامج لوفاس:

تُعَدُّ طريقة لوفاس واحدة من أساليب العلاج السلوكي المعروفة وربما تكون الأكثر شهرة وتستند النظرية السلوكية إلى فكرة أنه يمكن التحكم في السلوك في البيئة التي يحدث فيها والتحكم في العوامل المحفزة لهذا السلوك، ويعتبر كل سلوك استجابة لمؤثر ما وقد تم تطوير هذه الطريقة بواسطة إيفور لوفاس الذي كان أستاذًا في الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس في كاليفورنيا، ويدير حاليًا مركزًا متخصصًا في

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص233

دراسة وعلاج التوحد بالعلاج السلوكي الذي يعتمد على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس.

تقوم طريقة لوفاس على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف حيث يتطلب العلاج السلوكي أن يستمر لمدة لا تقل عن 40 ساعة في الأسبوع ولكن المدة المطلوبة غير محددة بشكل قطعي.

أجرى لوفاس وفريقه تجارب على أطفال صغار حيث تم اختيارهم بطريقة محددة وليست عشوائية وقد أظهرت النتائج نجاحًا وقد استمر العلاج المكثف لمدة سنتين، فالعديد من المراكز حاليًا تقوم بتطبيق أجزاء من هذه الطريقة ومن الجدير بالذكر أن هذه الطريقة مكلفة جدًا نظرًا لارتفاع تكاليف العلاج خاصةً مع العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج.

واحدة من أشهر البرامج المستخدمة عالميًا في تعليم الأطفال المصابين بالتوحد هي برنامج لوفاس حيث يعتمد هذا البرنامج على استخدام برامج تعديل السلوك بشكل مكثف، وقد اهتم لوفاس بعلم النفس أثناء احتلال ألمانيا للنرويج أثناء الحرب العالمية الثانية وعمل بعد ذلك كأستاذ في جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس واشتهر من خلال تجاربه على الأطفال التوحديين.[1]

بدأ لوفاس مشروعه بتدريب 20 طفلًا في عام 1963 ولمدة عام واحد في معهد مستشفى جامعة وقد كانت أعمار هؤلاء الأطفال تتراوح بين 5 و 12 سنة وكان الهدف الأساسي في البداية هو اختبار فاعلية تحليل السلوك التطبيقي مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نموية وسلوكية شديدة، بما في ذلك سلوك إيذاء الذات حيث نجح في وقف سلوك إيذاء الذات عندما فشل الآخرون، ونظرًا لتشجيع النتائج بدأ لوفاس وتلاميذه في إعداد برنامج يعتمد على فكرة تدريب المهارات المحددة بشكل متكرر لتحقيق درجة الإتقان تم تجزئة المهارة المراد تعليمها إلى مهارات فرعية وتم التقدم تدريجياً من مرحلة إلى أخرى، هذا ما أطلق عليه مفهوم التدريب التجريبي.

بعد عام من التدريب اكتسب الأطفال المهارات المستهدفة ولكن عند عودتهم إلى البيئات الطبيعية فقدوا كل ما تعلموه لأن التعليم كان في بيئة مغلقة تختلف عن البيئة الطبيعية، وبالتالي أصبح هدف التدريب هو إيجاد بيئة قريبة من البيئة الحقيقية لتعليم الأطفال ففي البداية تم تنفيذ التدريب داخل المستشفى لأنه كان يعتقد أن التدريب في بيئة محكومة هو الأفضل وكذلك المستشفى نفسه (كونه بيئة محكومة)، ومع

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص.ص. 251.253

ذلك يعني التعليم داخل المستشفى عدم نقل الخبرات إلى البيئة الطبيعية ثم تم تدريب الآباء للعمل مع أطفالهم أيضًا على الرغم من أن الفكرة السابقة كانت أن يعمل الأخصائيون فقط مع الأطفال وأن دور الآباء يقتصر على تغذية الطفل وتلبيسه، لكن هنا تم التأكيد على أن تقدم الطفل يعتمد على تدريب الآباء أيضًا حيث يضفون عمقًا ومعنى على عمل الأخصائيين

✓ **أسلوب لوفاس في التدخل:**

تركز فكرة لوفاس على تدخل سلوكي من خلال تطبيق منهج تحليل السلوك التطبيقي وتستخدم عدة مصطلحات للإشارة إلى برنامجه أو أسلوبه مثل الاشراط الإجرائي ومحاولات التدريب المنفصلة، وقد وصف أسلوب لوفاس في التدخل المبكر في كتاب "Let Me Hear Voice"، الذي يوضح حالتين لأطفال توحديين تم علاجهما باستخدام أسلوب لوفاس.

تعتمد برنامج لوفاس على الأفكار التالية: [1]

- يمكن للأطفال الاستفادة من طرق التعليم العادية وإذا كانت قدراتهم أقل من المتوسط فإن بيئتهم العادية يمكن أن تساعدهم في التعلم بشكل متوسط لذا يجب تعديل وتطوير البيئة التعليمية لزيادة تعلم الطفل.
- يستطيع أخصائي التربية الخاصة وعلم النفس مساعدة الطفل الذي ينحرف عن المتوسط من خلال توفير بيئة تعليمية منظمة.
- يجب أن تمثل البيئة التعليمية البيئة الطبيعية للطفل قدر الإمكان حيث أن علاج سلوك معين لا يعني بالضرورة علاج سلوك آخر فعلى سبيل المثال: إذا كان هدفنا تحسين مهارة الانتباه لدى الطفل فهذا لا يعني تحسن السلوك النمطي مثل هز الجسم، يجب أن يتم التدريب والعلاج بشكل مستمر لمدة 40 ساعة في الأسبوع بما في ذلك فترة الدراسة في المدرسة بالكامل دون مراعاة فترات الراحة، بالإضافة إلى التدريب في المنزل في باقي ساعات اليوم.
- يجب التخطيط لتعميم المهارات من البداية ويجب أن يتم التخطيط لتعليم اتقان المهارة حيث لا يمكن أن يتوقع من الطفل التوحدي أن يتعمم المهارة تلقائيًا بدون تدريب عليها

❖ **البنية الثابتة:**

تعد البنية الثابتة أمرًا حيويًا عند تدريس الأطفال المصابين بالتوحد ويمكن تعزيز الأنشطة ذات البنية الثابتة من خلال:

- تنظيم المواد المطلوبة للدرس.

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص.ص. 253.254

- توفير تعليمات واضحة.
- استخدام نظام هيكلي لتقديم التلميحات للطفل حيث يتم تقديم تلميحات تساعده على الوصول إلى الإستجابة المطلوبة دون تقديم الإجابة مباشرة وتتحرك التلميحات بالطفل من مستوى سهولة إلى آخر حتى يصل إلى الاستجابة المناسبة.

يتم تعزيز البنية الثابتة أيضًا من خلال استخدام الأعمال الروتينية والأدوات المرئية التي لا تعتمد على اللغة حيث يساعد الروتين المتكرر في ربط الأحداث بشكل معتاد وتوقعها، مما يزيد من التحكم في النفس والاعتماد عليه. هناك ثلاثة أنواع من الروتين:

أولاً: الروتين المكاني الذي يربط المواقع المعينة بالأنشطة المعينة ويمكن استخدام جدول يومي للأنشطة كوسيلة لتنظيمها.

ثانيًا: الروتين الزماني الذي يربط الوقت بالنشاط ويحدد بداية ونهاية النشاط بشكل واضح ومرئي.

أخيرًا، هناك الروتين الإرشادي الذي يوضح السلوكيات الإجتماعية والتواصلية المطلوبة تساعد الأدوات المرئية في إضفاء بنية ثابتة على العملية التعليمية حيث تكون ثابتة زمنيًا ومكانيًا وتعبر عن مختلف أنواع المواد بشكل ملائم، ويمكن أن تشمل الأدوات المرئية المساعدة المواد المطبوعة والأشياء الحسية الملموسة والصور فقد تساعد هذه الأدوات في تركيز الطفل على المعلومات وتسهل التنظيم والبنية الثابتة وتوضح المعلومات المطلوبة، وتساعد الطفل في اتخاذ القرارات وتقلل من الاعتماد على الكبار وتعزز الاستقلالية والاعتماد على النفس مثل تجميع قطع الألغاز، وترتيب الحروف، والطباعة والكتابة، وقراءة الكتب، واستخدام الكمبيوتر تتمتع ببداية ونهاية واضحة، مما يسهل فهم تلك المهام. [1]

[1] فكري لطيف متولي، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد)**، المرجع السابق، ص 266

خامسا: برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد:

برامج التدريب على المهارات الإجتماعية لأطفال التوحد تعتبر فعالة بشكل عام ومشتقة بشكل رئيسي من التوجه السلوكي في العلاج، تم تطوير البرامج الحديثة للتدريب على المهارات الإجتماعية لتركز على الضبط الداخلي وضبط الذات وتعزيز دور الآباء وأفراد الأسرة والأصدقاء، وقد وصف مجلس البحث الوطني الأمريكي طرقًا علاجية متنوعة تندرج ضمن ثلاث مجموعات رئيسية:

- ✓ المنهج المركز على الكبار: يركز هذا المنهج على تعليم عناصر محددة للتفاعل الإجتماعي مثل التواصل البصري، والإستجابة للإيماءات، ومهارات اللعب بالألعاب، والكلام الإجتماعي.
- ✓ المنهج المركز على الطفل: يتبع في هذا المنهج الكبار توجيهات الطفل ويهدف إلى إثارة ومواصلة التفاعل الإجتماعي بمبادرة الطفل.
- ✓ الإستراتيجيات المركزة على الرفاق: تعتمد هذه الإستراتيجيات على تعليم الأطفال التوحد والكبار العاديين أشكال المشاركة الإجتماعية، وقد أظهرت هذه الإستراتيجيات فاعلية في تدريس بعض جوانب التفاعل الإجتماعي.

لقد أظهرت هذه الاستراتيجيات فاعلية في تدريس بعض مظاهر التفاعل الإجتماعي ومن أهم الإستراتيجيات العلاجية المستخدمة في مجال تدريب الأطفال المتوحدين على المهارات الإجتماعية: [1]

❖ **الإجراءات المستندة إلى الرفاق كوسيط:**

تتمثل أحد الأساليب العلاجية المتبعة في تدريب الأطفال المصابين بالتوحد على المهارات الإجتماعية في استخدام الإجراءات المستندة إلى الرفاق كوسيط حيث تم تطوير هذا النهج من قبل فيليب مترين وساموتيل أودوم ووارد غولدستين وفريقهم قبل أكثر من 20 عامًا، ويعتمد هذا النهج على تعليم الأقران تكرار سلوك منظمي اللعب (مثل المشاركة والمساعدة وتقديم الانطباعات والتقدير) حيث يتعلم الأقران هذه الطريقة من خلال مشاركة الكبار في لعب دور، ويتم تعزيز جهود الأقران تدريجيًا ويتم تقليل التعزيز بشكل منظم حيث تكمن قوة هذه الاستراتيجية في زيادة التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين الصغار وتعزيز الاستمرارية والتعميم للمهارات المكتسبة، وتلعب خصائص الأقران وأساليب تعليمهم وتعزيزهم وتدريج تقليل

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، **التوحد الخصائص والعلاج**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2004، ص 248

التعزيز دورًا هامًا في تحقيق التعميم والاحتفاظ بالسلوكيات المكتسبة حيث تأخذ أعمار الأطفال وظروف التدريب وخصائص المدربين أيضًا في الاعتبار لضمان نجاح النهج.

❖ **التفاعلات الاجتماعية بين الاباء والطفل:**

داوسون وجاليرت (Dawson & Galbert) وصفوا دراسة أجروها تشمل 14 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 20 و 66 شهرًا بالإضافة إلى أمهاتهم في هذا النهج العلاجي يتعلم الآباء تقليد الأطفال في اللعب مع الألعاب لمدة 20 دقيقة يوميًا لمدة أسبوعين، وأظهرت فترة المتابعة بعد أسبوعين زيادة ملحوظة في التوجه البصري للطفل نحو أمه وزيادة في تنوع الألعاب المستخدمة في اللعب، بالإضافة الى زيادة في أساليب اللعب وتعميمها على الألعاب الروائية.[1]

❖ **التدخلات المستندة الى تفاعلات الكبار مع الطفل:**

تهدف هذه الإجراءات إلى تحسين المهارات الإجتماعية والسلوكيات المحددة للتفاعل مع الكبار حيث يتم التركيز في هذه الإجراءات على سلوكيات ما قبل اللغة المبكرة مثل الإنتباه المشترك وتبني الدور والتقليد والاستجابة والتواصل البصري في استجابة المبادرات الإجتماعية والمشاركة في تفاعلات اجتماعية مع الكبار، يمكن أن تظهر هذه التفاعلات في سياق اللعب واللعب بالألعاب مع الكبار وهذا قد يكون هدفًا لبعض الأطفال، ومع تطور الطفل يمكن أن يتجلى التفاعل في سياقات الصف وتظهر سياقات الصف في سياق اللعب وتشمل السلوكيات الضرورية للمشاركة وأداء المهام بشكل مستقل، وتشمل أيضا المهارات الوظيفية استجابة تعليمات الكبار والمشاركة بشكل مستقل في الروتينات الصفية والتعبير عن الإحتياجات للكبار وطلب المساعدة منهم جميع هذه المهارات تعتبر أساسية لتحقيق النجاح في البيئات الاجتماعية.[2]

❖ **الأسلوب الاجرائي:**

يعتبر النهج العملي أساسًا للطرق الفعالة في علاج المهارات الإجتماعية حيث يعتمد على تحديد الأحداث المسبقة والنتائج المرتبطة بالسلوك المراد تعديله، ويتم تحديد السلوكات المستهدفة بشكل واضح وتعزيزها أو معاقبتها فعلى الرغم من فعالية هذا النهج إلا أنه يعاني من نقص في التعميم وتجاهل أهمية البيئة

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 249

[2] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 249

الاجتماعية في العلاج الفعال، ولذلك تم التركيز على طرق جديدة لتحقيق التعميم وشمول سلوكيات مختلفة، ويتم تضمين الآباء وأفراد الأسرة والأصدقاء في العلاج لتعزيز تحقيق نتائج أفضل.

مع الأخذ بعين الاعتبار أن تعليم تطوير الإطار الخارجي للصداقة بدون التركيز على التطوير العاطفي والعاطفي يمكن أن يكون مجرد تمثيل زائف، ومع ذلك قد يكون الحصول على صديق سطحي ذو قيمة من وجهة نظر التطور حيث يعزز الحياة الاجتماعية بشكل أكبر أو يعمق فهم الطفل للتفاعل الاجتماعي.[1]

❖ **الأسلوب السلوكي المعرفي:**

يعود النهج السلوكي المعرفي إلى نطاق واسع من أساليب العلاج حيث يركز على الأحداث الداخلية مثل التصورات والأفكار والمعتقدات المرتبطة بالسلوك المشكل، ويعتبر تعديل هذه العوامل المعرفية أمرًا هامًا في تغيير السلوك حيث يؤكد النهج السلوكي المعرفي بشكل كبير على التحكم الذاتي والمشاركة النشطة من خلال التعزيز الذاتي بالتالي يتطلب وقتًا أقل للمعالج ويزيد من التعميم والاحتفاظ بالتغييرات المحققة، و يتطلب أيضا هذا النهج قدرًا ملحوظًا من القدرات المعرفية والاستجابة اللفظية، الذي تم استخدام العديد من الإستراتيجيات المعرفية مثل استراتيجية حل المشكلات الإجتماعية ومهارات حل المشكلات العامة حيث يتم تدريب الأفراد خطوة بخطوة على تحديد المشكلات وتطوير بدائل للسلوكات المشكلة وتوقع النتائج وتقييم السلوكيات الجديدة، أيضًا يوجد نهج يعتمد على الأنشطة المكتوبة ونقاش المشكلات الشخصية لتطبيق استراتيجيات حل المشكلات، ويتضمن البرنامج أيضًا مهارات اللعب بالأدوار وأداء المهام المنزلية وقد يكون هذا النهج أكثر فعالية مع الأشخاص الذين لديهم قدرة لفظية ودافعية وتعزى نجاح هذا البرنامج إلى مستوى الدافعية والذكاء لدى الفرد.

❖ **التعلم الاجتماعي:**

يتم استخدام نظرية التعلم الإجتماعي في تدريب المهارات الإجتماعية وتركز هذه النظرية بشكل أساسي على النمذجة ولعب الأدوار، حيث يعتقد أنه يمكن تحسين المهارات الإجتماعية بشكل كبير من خلال مراقبة وممارسة السلوكيات الإجتماعية المقبولة، يفترض هذا النهج وجود نقائص في المهارات الاجتماعية

[1] Rita Jordan, Stuart Powell ،**فهم وتدريس الأطفال المصابين بالتوحد**، ترجمة سميرة عبد اللطيف السعد – عبد الله عبد العزيز العمر، مركز الكويت للتوحد، الطبعة الأولى، الكويت، 2008، ص41.

بالتالي يعتبر العجز في الأداء هو المشكلة الأساسية مثل الدافعية الضعيفة، ويعتبر التواصل اللفظي مهمًا وهذا يقلل من فعالية هذا النهج مع الأفراد ذوي التأخر العقلي حيث يتركز الإجراء العام على إعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الأدوار والممارسة وتقديم التغذية الراجعة وتعزيز الإجتماعي ويمكن تطبيق هذه الإجراءات بشكل فردي أو مجتمعة، ويعتبر التعزيز الاجتماعي أقوى من التعزيز الذاتي والتعزيز المادي،حيث يتم تدريب الأفراد من شخص إلى آخر سواء كان ذلك مع المرضى وعائلاتهم أو في سياقات اصطناعية أو طبيعية، وتختلف فعالية هذه الإجراءات العلاجية وفقًا لتنوع الإعاقات التنموية فعلى سبيل المثال أظهر النهج الإجرائي فعالية جيدة مع الأفراد ذوي التوحد بسبب اعتماده على التواصل غير اللفظي بشكل رئيسي وبسبب تنفيذ العلاج من خلال التعزيز الخارجي والتكرار المباشر والتعزيز المادي، من ناحية أخرى يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على التنظيم الداخلي والممارسة النشطة مما يتطلب قدرات معرفية واستجابات لفظية ودافعية، بالتالي يكون استخدامه محدودًا مع الأفراد ذوي الإعاقات فعند تقييم نتائج العلاج يجب أن نأخذ في الاعتبار تحسن سلوك الأفراد ذوي التوحد والإعاقات التنموية الأخرى من خلال العلاج وتواجه بعض التحديات في تدريب المهارات الإجتماعية مثل استخدام اللغة واللعب والمبادرة في التواصل الاجتماعي، فالأطفال ذوي التوحد يظهرون أنماطًا غير اعتيادية ويفتقرون إلى التعزيز المناسب للمشاركة في تفاعلات تبادلية مع الأطفال العاديين بالتالي يظل الهدف النهائي هو تحسين التفاعل الإجتماعي وتخفيف العزلة الإجتماعية.[1]

❖ جدولة وتنظيم المهارة:

تم تطوير هذا النهج بواسطة ماكجينيس وغولدشتاين حيث يستند إلى تعليم الأطفال الصغار مهارات اجتماعية بشكل منتظم، يوجد ثلاثة أنواع مختلفة من البيئات التعليمية التي يمكن فيها تعلم المهارات الاجتماعية: المجموعات الكبيرة، المجموعات الصغيرة والتعليم الفردي، وتشمل المجموعات الكبيرة عادة أكثر من عشرين طفلاً ويتم استخدام تعليمات عامة لتعليم المهارات الاجتماعية في هذه المجموعات، أما المجموعات الصغيرة فتتكون عادة من ثمانية إلى عشرة أطفال وتشمل تمارين اللعب بالأدوار وتوفر وقتًا أكثر للتدريب والممارسة حيث يحتاجون إلى مساعدة إضافية في تعلم المهارات الاجتماعية بسبب صعوباتهم الخاصة وقدرتهم المحدودة على المشاركة في المجموعة، فالخطوة الأولى في برنامج Skill streaming هي تعريف الطلاب بالمفاهيم والمهارات الاجتماعية ويتضمن التدريب أربع خطوات:

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 252

- النمذجة (عرض كيفية أداء المهارة).
- لعب الدور (محاولة أداء المهارة مع معلم أو صديق).
- تقديم ردود فعل حول الأداء (تقييم كيفية أدائهم للمهارة).
- نقل التدريب (ممارسة المهارة في مواقف حقيقية).

يتضمن برنامج جدولة تنظيم المهارة Skill streaming أربعين مهارة مختلفة، ويتم اختيار المهارات المراد تعلمها بناءً على احتياجات الفرد بعد تدريب المهارة ونجاحها يجب تقديم تعزيز إيجابي لتعزيز السلوك المنشود.[1]

القصص الاجتماعية:

تم تطوير هذا الأسلوب من قبل كارول جراي (1991) ويهدف إلى توفير قصص اجتماعية للأفراد بهدف تزويدهم بمعلومات دقيقة حول المواقف الاجتماعية التي يواجهونها حيث تقوم هذه القصص بوصف المواقف الإجتماعية باستخدام إشارات اجتماعية مناسبة وتعريف الاستجابات المناسبة، وتكتب القصص بطريقة تتناسب مع احتياجات الفرد والمواقف المستهدفة حيث تستخدم القصص الاجتماعية الصور والأصوات المسموعة بدلاً من الكلمات وتكتب الجمل بشكل إيجابي وتصف الاستجابات المرغوبة بدلاً من وصف السلوكيات المشكلة، وتساعد هذه القصص الأفراد ذوي التوحد على فهم كيفية تفاعل الآخرين وما يقولون ويفعلون في سياقات محددة.

عند كتابة القصص الاجتماعية للأطفال المتوحدين يجب أن نأخذ في الاعتبار أنهم يفهمون الكلمات بشكل حرفي جدًا ويواجهون صعوبة في تفسير اللغة لذا يُقترح استخدام كلمات مثل "غير مألوف" بدلاً من "دائمًا" في بعض الأحيان وأن نأخذ في الاعتبار التفرد وفترة الانتباه والفهم والقدرات الخاصة لكل طفل عند كتابة القصص.

يعتبر استخدام القصص الإجتماعية أحد النهج الحديثة والبرامج الفعالة لتطوير السلوك الإجتماعي والتكيف لدى أطفال التوحد حيث تركز هذه القصص على تقديم مواقف واقعية تعكس السلوك الإجتماعي والحياتي اليومي الذي يمكن للأطفال محاكاته، وتساعد هذه القصص الأطفال على فهم الحوار المتبادل

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 252

بين الشخصيات وتعزيز قدراتهم الاجتماعية والتواصلية فإن استخدام القصص الاجتماعية يعزز تطوير مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين بطريقة ملهمة ومحفزة.[1]

❖ **تدريب الصورة المعرفي:**

تعرض طريقة تدريب الصورة المعرفية المعلومات بشكل بصري حيث تستخدم سلسلة من الصور المصحوبة بالنصوص لعرض سلوكيات محددة ثم يتم ممارسة تلك السلسلة السلوكية مرة أخرى بواسطة التفكير والتخيل والتركيز على المشاعر، ويمكن تعلم الاستدلال والمشاعر بنفس الطريقة التي يتعلم بها السلوك الملاحظ، وترتكز هذه الطريقة بشكل رئيسي على تنمية التحكم الذاتي والمهارات الاجتماعية وتهدف إلى فهم متى وأين يجب استخدام الصورة المعرفية وزيادة القدرة على استخدامها بشكل مستقل وملائم.

لتطوير تدريب الصورة المعرفية يجب أولاً تحليل السلوك وتحديد السلوك المستهدف والعوامل المسبقة لذلك السلوك والتعزيزات المحتملة بعد تحقيق السلوك المستهدف، بعد ذلك يتم تحديد المهارة الجديدة وتطبيق دروس تدريب الصورة المعرفية وفقًا لبرنامج زمني محدد ومختصر، ويجب أن يتعامل الطفل الذي يتلقى تعليم المهارة الاجتماعية الجديدة مع الصور والمعاني قبل الممارسة.

تؤكد هذه الطريقة أهمية الوقاية من خلال إعادة الممارسة للصورة حيث تساعد الطفل المتوحد على تعلم تحديد الأحداث الضاغطة والتعامل معها بشكل فعال.[2]

[1] حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **العلاج البيولوجي للتوحد**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019، ص 143.

[2] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 254

❖ **التدريب على الاستجابة المحورية:**

تعليم التفاعل المناسب مع الأطفال من نفس العمر عملية صعبة جدًا بالنسبة للأطفال التوحديين قواعد التفاعل ومعرفة كيفية الإنضمام إلى مجموعات الأطفال والمشاركة في أنشطتهم والتحدث معهم جميعها تعتبر مهام صعبة، يمكن تدريب الأطفال المتوحدين على تعزيز الكفاءة الإجتماعية باستخدام استراتيجيات تدريب الإستجابة المحورية، يشمل تدريب الإستجابة المحورية تعليم الأقران العاديين استخدام الاستراتيجيات التالية:[1]

- جلب الانتباه إلى الطفل المتوحد.
- إعطاء فرص للحفاظ على الدافعية.
- استخدام ألعاب متنوعة.
- تقديم نموذج للسلوك الإجتماعي.
- محاولات التعزيز.
- تشجيع المحادثات.
- تمديد المحادثة.
- تبني الأدوار.
- اللعب القصصي.

توضح طريقة تدريب الإستجابة المحورية أن تزويد الأقران العاديين بمعلومات حول الأطفال المتوحدين وتعليمهم تقنيات تشجيعهم يمكن أن يحسن من تكرار ونمط التفاعلات المشتركة، ويمكن للأطفال أن يتعلموا أن يشاركوا في اللعب العفوي والإبداعي خلال السلوكيات الإجتماعية وزيادة استخدام اللغة تساعد هذه الطريقة على تعميم الألعاب إلى ألعاب جديدة وأشخاص جدد والحفاظ على سلوك اللعب، فعند تسهيل نمو المهارات الإجتماعية من المهم أن يتاح للأطفال فرصة للممارسة والتفاعل في بيئات طبيعية تتوفر فيها نماذج مناسبة وإشارات ومحفزات طبيعية، ويحتاج الأطفال المتوحدين إلى تحفيز بصري وحسي إذا لم تكن هناك دافعية فإن التقدم سيكون محدودًا، وقد تشمل أساليب التحفيز الاستفادة من الحواس والذاكرة

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص.ص. 254.256

والحركة وتلبية اهتماماتهم الفريدة واستخدام مواضيع مجردة ووظيفية واستخدام مكافآت ملائمة للطفل وتثبيت المهارات بشكل متسلسل، و يتعلم الأطفال المتوحدين بشكل أفضل في الفصول المنظمة والمتنبئة مع جدول زمني بصري يومي، فيجب على المعلمين أن يكونوا على دراية بأن العوامل الحسية يمكن أن تؤثر على قدرة الطفل على فهم موضوع المشكلة، ويجب أن يأخذوا في الاعتبار العوامل المنبهة البصرية والسمعية والحسية والتوازنية في البيئة، نظرًا لحساسية الأطفال المتوحدين فإنهم يحتاجون إلى بيئة مرتبة وواضحة ومألوفة لتوفير مستوى من الراحة، قد يكون وجود روتين ثابت سببًا للتحفيز الزائد لذا يجب على المعلم ضبط الروتين أثناء تطوير المهارات الجديدة يهدف تدريب المهارات الإجتماعية إلى تمكين الأطفال المتوحدين من التفاعل مع الآخرين في سياقات متنوعة وتسهيل نمو الفرص الإجتماعية والعلاقات، ويجب أن يسعى المتخصصون إلى زيادة الاستقلالية في تطوير السلوك الإجتماعي داخل الفصل وتوفير فرص للتفاعل الإجتماعي للأطفال.[1]

❖ **الدمج الحسي:**

عملية الدمج الحسي تشير إلى تنظيم الجهاز العصبي لمعلومات الحواس واستخدامها بشكل وظيفي حيث تعتبر هذه العملية الطبيعية تحدث في الدماغ، وتمكن الأفراد من استخدام البصر والصوت واللمس والتذوق والشم والحركة معًا لفهم والتفاعل مع العالم المحيط بهم، وبناءً على تقييم الطفل يمكن للمعالج الوظيفي المدرب استخدام العلاج الحسي لتوجيه الطفل وتوجيهه من خلال أنشطة محددة لاختبار قدرته على التفاعل مع المحفزات الحسية، فإن هدف هذا النوع من العلاج مباشرة إلى تحسين مهارات المعالجة الحسية والتفاعل السليم، وعلى الرغم من عدم وجود نتائج واضحة للتقدم والنجاح من خلال العلاج بالدمج الحسي، إلا أنه يستخدم في مراكز علاجية متعددة,[2]

[1] إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص.ص. 255.256

[2] عادل جاسب شبيب، **ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام، قسم علم النفس، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا، 2008، ص 46.

خلاصة:

يستكشف الفصل الرعاية الاجتماعية المقدمة للأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر، بدءًا من السياق التاريخي للتطور والأهداف والمبادئ التوجيهية للرعاية الاجتماعية وقد تم تسليط الضوء على الواقع الحالي للرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر بصفة عامة والتحديات التي يواجهونها. بالإضافة لإستعراض الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد والأساليب التعليمية المستخدمة في تلك المراكز حيث تم التركيز على برامج التدخل التعليمي المخصصة لأطفال التوحد وكيفية تطبيقها في المراكز النفسية البيداغوجية، وأيضًا برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد حيث يتم تحليل أهمية تطوير هذه المهارات وتقديم الدعم اللازم للأطفال لتحقيق التفاعل الاجتماعي والتواصل الناجح.

باختصار، يتم استعراض الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر عامة وأطفال التوحد خاصة وتسليط الضوء على الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية لأطفال التوحد وبرامج التدخل التعليمي والتدريب على المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال.

الجانب الميداني

الفصل لرابع:

الإطار المنهجي والتحليلي للدراسة

تمهيد

اولا: الإطار المنهجي للدراسة

ثانيا: الإطار التحليلي للدراسة

نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات

نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة

النتائج العامة للدراسة

التوصيات المقترحة

الخلاصة

تمهيد:

تشكل المنهجية العلمية العمود الفقري لأي بحث في علم الاجتماع يهدف إلى إنتاج المعرفة، وذلك من خلال إتباع خطوات منهجية منظمة ودقيقة، لذلك حاولنا في هذه الدراسة البحث في الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة. من خلال دراسة ميدانية على عينة من موظفي المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة، وفقا لإجراءات ميدانية الهدف منها تحقيق الكثير من النتائج والأهداف دون الاكتفاء بالتأمل العقلي والنظري كأساس للوصول إلى الحقائق التي تفسر الواقع الاجتماعي، وسوف نعرض في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة والتي تتمثل في: المنهج المتبع خلال هذه الدراسة، مجالات الدراسة المتمثلة في المجال المكاني، الزمني، البشري، وعينة البحث وتحديد أدوات جمع البيانات. وانطلاقا من هذه الإجراءات المنهجية سنقوم بتحليل البيانات المتحصل عليها وتفسيرها لنخلص في الأخير إلى مجموعة من النتائج بهدف الحصول على معلومات قيمة وأكثر دقة من شأنها أن تفيد العلم والمعرفة.

أولا: الإطار المنهجي للدراسة.

01- منهج الدراسة.

يمثل المنهج العلمي مجموعة الخطوات والإجراءات التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة محددة وللوصول إلى معرفة جديدة بطريقة منهجية ومنظمة، وذلك لتحقيق الدقة والموضوعية.

حيث يُعرف المنهج العلمي على أنه: "مجموعة القواعد التي يستعملها الباحث لتفسير ظاهرة معينة بهدف الوصول إلى الحقيقة العلمية، أو أنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة[1].

واعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يُعالج موضوع ما من خلال تصويره في الواقع، وعليه ورد تعريف المنهج الوصفي على أنه: مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادًا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلاً كافيًا ودقيقًا، لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث[2].

02- مجالات الدراسة.

- **المجال المكاني:**

تمت هذه الدراسة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا لولاية قالمة والذي أنشئ حسب المرسوم التنفيذي رقم 93/158 المؤرخ في 07 جويلية 1993، وقد تم افتتاح هذا المركز في 11 سبتمبر 1993.

تتمثل مهام المركز في استقبال الأطفال او المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة، المتوسطة والعميقة، تقدر قدرة الاستيعاب النظرية 120 طفلا، في حين أن الاستيعاب الفعلي قد بلغ 176 طفلا من كلا الجنسين حيث بلغ عدد الذكور 116 طفلا اما الإناث 60، منهم 10 ذكور فقط مصابين بالتوحد، وهذا ضمن نظام كآتي:

تكفل نصف داخلي: 136 طفلا (83 ذكور – 53 إناث)

[1]– مجموعة مؤلفين: **منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية**، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين، ألمانيا، 2019، ص 14.

[2]– سعد سلمان المشهداني: **منهجية البحث العلمي**، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2019، ص 126.

تكفل داخلي: 8 أطفال (8 ذكور)

تكفل خارجي: 32 طفلا (25 ذكور – 7 إناث)

- **المجال الزمني:**

مررنا بعدة فترات زمنية في إجراء هذه الدراسة، وتمثلت في:

- المرحلة الاستطلاعية: بدأت هذه المرحلة بتاريخ 2023/05/17.
- مرحلة توزيع الاستمارات: تم توزيع الاستمارات بتاريخ 2023/05/23.
- مرحلة جمع وتحليل البيانات: بدأت هذه المرحلة بتاريخ 2023/05/28 بعد استرجاع الاستمارات والبدأ ترميزها من أجل عملية التفريغ.

- **المجال البشري:**

والمتمثل في موظفي المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا بقالمة والبالغ عددهم 125 موظف، منقسمين على عدة مصالح. ويعتبر مجتمع الدراسة صغير نسبيًا فقد استخدمنا **مسح شامل** لكافة عناصر المجتمع المتمثلين في الفرقة التقنية الذين يبلغ عددهم 48 موظف وذلك كونهم يتعاملون مع أطفال التوحد مباشرة.

ويُعرف **المسح الشامل** على أنه: دراسة كل مفردات المجتمع دون استثناء، وتمتاز بأهميتها العلمية في جمع المعلومات والبيانات واستخلاص النتائج وإيجاد الحلول والمقترحات. [1]

وكلمة شامل في الدراسات الاجتماعية يقصد بها المجتمع المعني بالدراسة أو البحث وحجمه، ولا يقصد به كل مجتمع الدولة، بل مجتمع الدراسة. والذي يختلف حجمه باختلاف قدرة وامكانيات الباحث والفريق المساعد له.

تتكون الفرقة التقنية من 48 عامل، والذي يمثل مجتمع الدراسة الذي تم اختياره.

03- أدوات الدراسة:

[1]– عبد الغني عماد: **منهجية البحث في علم الاجتماع (الإشكاليّات، التقنيّات، المقَاربَات)**، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 2007، ص.ص 52.53.

لدراسة أي ظاهرة أو موضوع يجب الإعتماد على وسائل وأدوات لجمع المعلومات اللازمة. واعتمدنا في هذه الدراسة المتمثلة في الرعاية الإجتماعية لأطفال طيف التوحد –دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا بولاية قالمة– على:

- **الملاحظة:**

حيث اعتمدنا عليها في الدراسة الاستطلاعية وتحديد أبعاد الموضوع. حيث تُعرف الملاحظة على أنها:

المشاهدة الحسية والعقلية لوقائع محددة طبيعية أو اجتماعية بهدف الحصول على معلومات تفيد في أغراض البحث العلمي[1].

- **الاستمارة:**

وهي: تلك الوسيلة التي تستعمل لجمع بيانات أولية وميدانية حول مشكلة أو ظاهرة اجتماعية ما. وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة المكتوبة يقوم المجيب بالإجابة عنها، وهي أداة أكثر استخدامًا في الحصول على البيانات من المبحوثين مباشرة ومعرفة آرائهم واتجاهاتهم[2].

واعتمدنا على استمارة ذات أسئلة مفتوحة مغلقة، المكونة من 28 عبارة، شملت 03 محاور أساسية كالآتي:

المحور الأول: تضمن 5 أسئلة خاصة بالبيانات الشخصية للمبحوثين من حيث: الجنس، سنوات الخبرة، المستوى التعليمي، التخصص، المهنة.

المحور الثاني: خُصص لمتغير الأساليب التعليمية التي يتبعها المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بقالمة، والمتكون من 11 عبارة.

المحور الثالث: خُصص للأسئلة المتعلقة بالبعد الثاني المتمثل في برامج الدمج الاجتماعي المقدمة لأطفال التوحد في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بقالمة، والمتكون من 12 عبارة. [3]

[1]– عبد الله محمد عبد الرحمن ومحمد علي البدوي: **مناهج وطرق البحث الاجتماعي**، ط2، مطبعة البحيرة للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2007، ص 365.

[2]– مهدي محمد القصاص: **تصميم البحث الاجتماعي**، ط1، دار نيبور للطباعة والنشر والتوزيع، العراق، 2014، ص 273.

[3]– مهدي محمد القصاص: **تصميم البحث الاجتماعي**، ط1، دار نيبور للطباعة والنشر والتوزيع، العراق، 2014، ص 273.

الإطار التحليلي للدراسة

بعد اعتمادنا على جملة من الإجراءات المنهجية ملاحظة واستمارة، هذه الأخيرة التي ساعدتنا كثيرا في مرحلة جمع البيانات والمعلومات، والتي سنعرضها كالآتي:

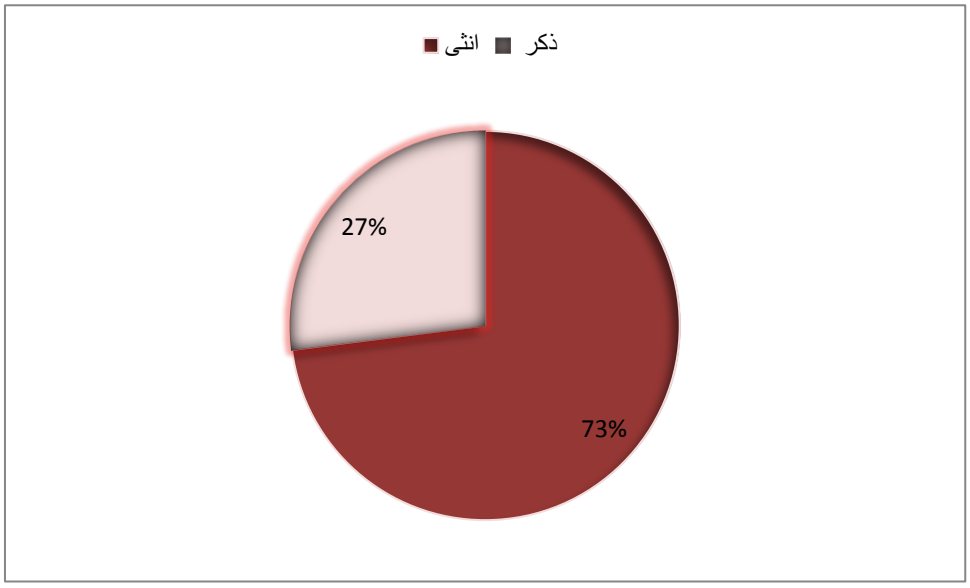
المحور الأول: البيانات الشخصية

جدول رقم (1): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة
ذكر	10	27%
أنثى	27	73%
المجموع	37	100%

بناءً على البيانات الموضحة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن أغلب المبحوثين إناث بنسبة 73%، بينما تبلغ نسبة الذكور 27%. وبالتالي يتجلى أن العدد الإجمالي للإناث يتفوق على الذكور ويمكن أن يعزى هذا الاختلاف إلى طبيعة المركز النفسي البيداغوجي.

الشكل رقم (1): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

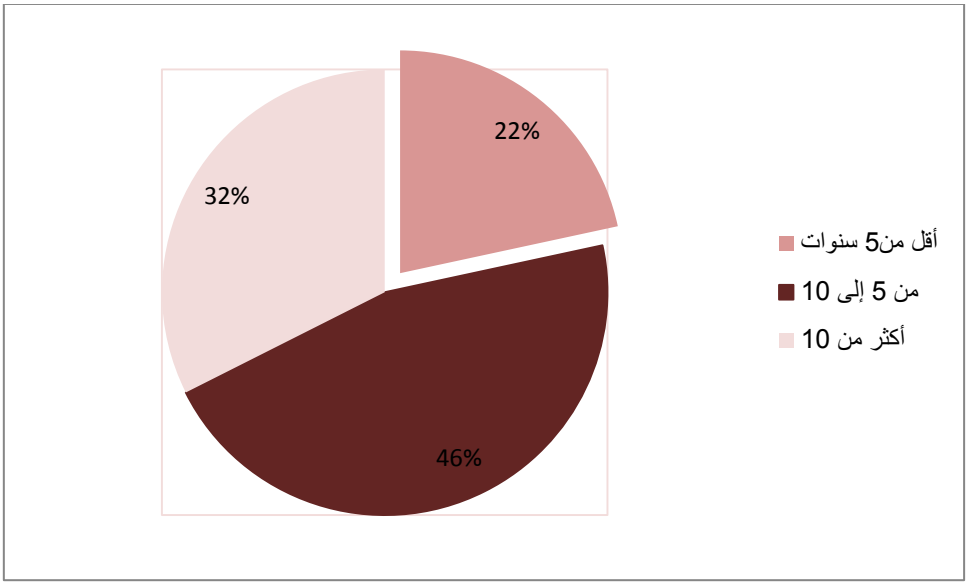


جدول رقم (2): يوضح توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	8	21,62%
من 5 إلى 10 سنوات	17	45,95%
أكثر من 10سنوات	12	32,43%
المجموع	37	100%

تبين من خلال الجدول أعلاه أن أفراد العينة لديهم خبرة في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تتراوح ما بين 5 إلى 10 سنوات بنسبة 67.6، تليها من لديهم أكثر من 10 سنوات خبرة بنسبة 21.6، أما من لديهم خبرة أقل من 5 سنوات بلغت نسبتهم 10.8، وعليه فإن المبحوثين لهم دراية بما يحدث داخل المركز النفسي البيداغوجي بحكم الأقدمية في العمل والتي لها دور كبير في فهم متطلبات ومشاكل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

الشكل رقم (2): دائرة نسبية تمثل توزيع افراد العينة حسب سنوات الخبرة

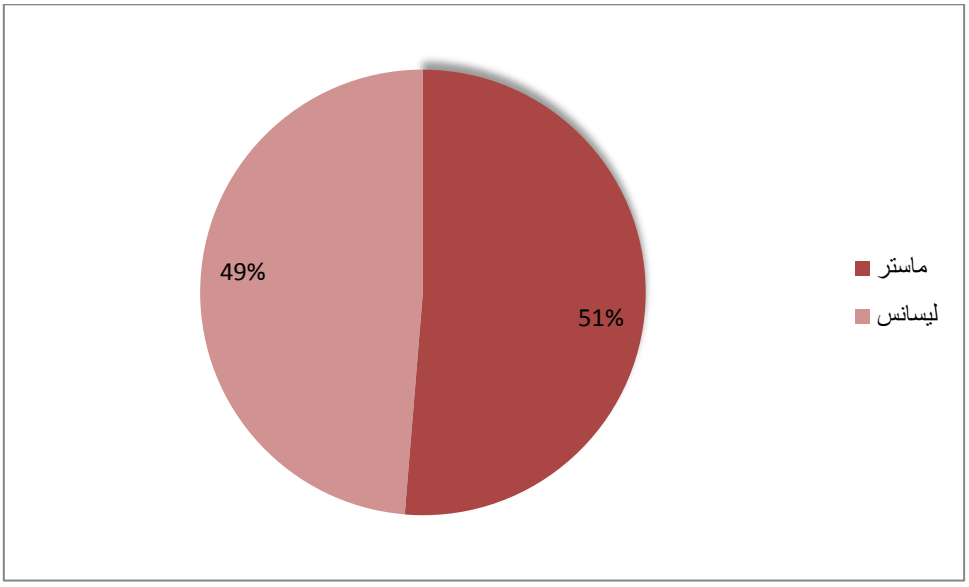


جدول رقم (3): يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
ليسانس	18	48,7%
ماستر	19	51,3%
المجموع	37	100%

بناءً على البيانات المقدمة في الجدول رقم (04)، يُلاحَظ أن جميع أفراد العينة حاصلين على المستوى الجامعي وهناك تقارب كبير في نسب المتحصلين على شهادات ليسانس وماستر، حيث تشير النسبة المئوية للحاصلين على شهادة الليسانس إلى 48.7٪، بينما بلغت نسبة الحاصلين على شهادة الماستر 51.3٪، وهذا الأمر طبيعي إذ أن رعاية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتطلب تكوين عالي في هذا المجال بكافة جوانبه، ما يعزز قدرتهم على تقديم رعاية عالية الجودة وتعليم فعال لأطفال التوحد.

الشكل رقم (3): يمثل توزيع العينة حسب المستوى العلمي

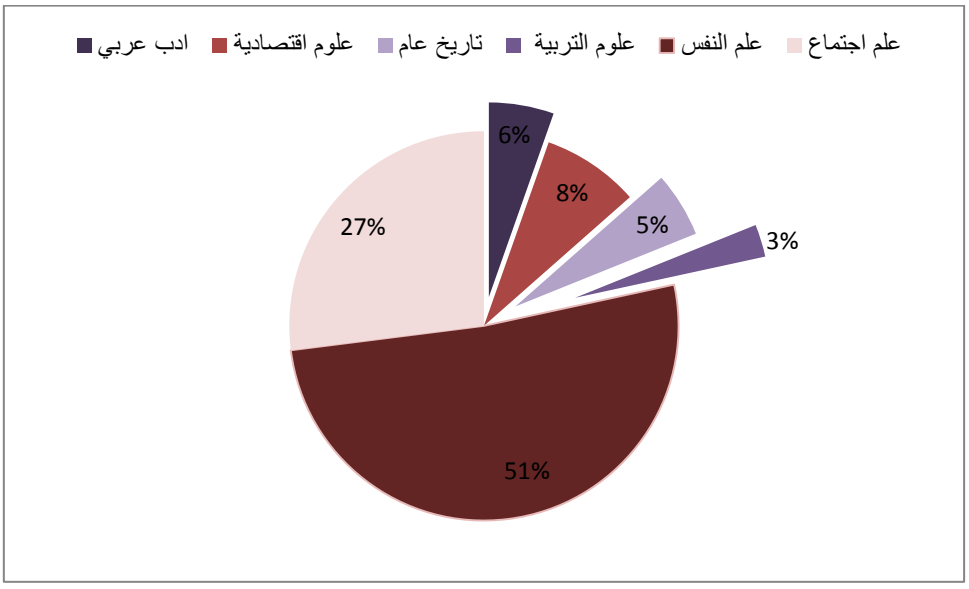


جدول رقم (4): يوضح توزيع أفراد العينة حسب التخصص

التخصص	التكرار	النسبة
علم الاجتماع	10	27%
علم النفس	19	51.4%
علوم التربية	1	2.7%
تاريخ عام	2	5.4%
علوم اقتصادية	3	8.1%
أدب عربي	2	5.4%
المجموع	37	100%

بناءً على البيانات المقدمة في الجدول رقم (05)، يُلاحَظ أن أغلب أفراد العينة من أصحاب تخصص علم النفس بنسبة 51.4٪، تليها المتخصصين في علم الاجتماع بنسبة 27٪، تليها فئة العلوم الاقتصادية بنسبة 8.1٪، تليها فئة التاريخ العام والأدب العربي بنسبة 5.4٪، إلا أن أصغر نسبة تحصل عليها المتخصصون في علوم التربية بنسبة 2.7.٪.

الشكل رقم (4): يمثل توزيع العينة حسب التخصص



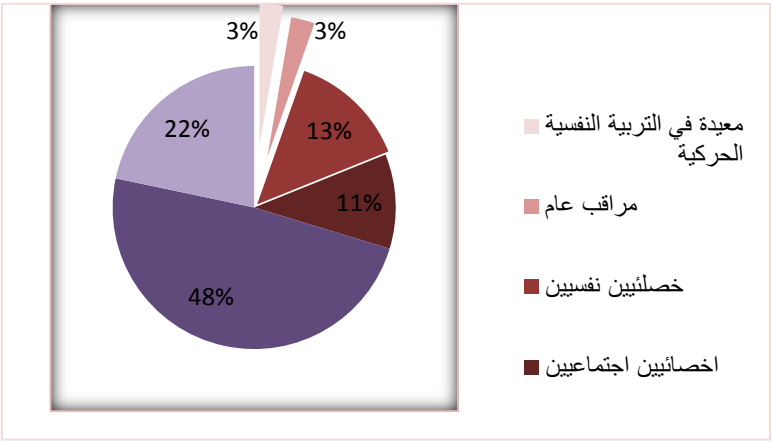
جدول رقم (5): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المهنة	التكرار	النسبة
مربيين	8	21,7%
معلمين	18	48,6%
مساعدين اجتماعيين	4	10,8%
أخصائيين نفسانيين	5	13,5%
معيدة في التربية النفسية الحركية	1	2,7%
مراقب عام	1	2,7%
المجموع	37	100%

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (03) أن المركز النفسي البيداغوجي يحتوي على معلمين بنسبة 48.6٪ والتي تعتبر أكبر نسبة للعمال الأكثر احتكاكا مع الأطفال المصابين بالتوحد، والمربيين بنسبة 21.7٪، أما بالنسبة للأخصائيين النفسانيين فتقدر نسبتهم ب 13.5٪ والمساعدين الاجتماعيين بنسبة10.8٪، ويليهم بالنسبة الأدنى 2.7٪ مراقب عام ومعيدة في التربية النفسية الحركة

ولابد أن نشير هنا إلى أن دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتوقف بالدرجة الأولى على وجود وكفاءة الأخصائيين النفسانيين والإجتماعيين في هذه المؤسسات.

الشكل رقم (5): يمثل توزيع افراد العينة حسب المهنة



المحور الثاني: الأساليب التعليمية

جدول رقم (6): يوضح مدى توفير بيئة تعليمية منظمة وهادئة لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	10	27%
لا	5	13,5%
إلى حد ما	22	59,5%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 27%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 59.5% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت أدنى نسبة ب 13,5%.

يتضح أن المركز وحسب إجابات المبحوثين يهتم إلى حد ما بتوفير بيئة تعليمية منظمة وهادئة لأطفال التوحد خصيصا ويرجع هذا الإهتمام نتيجة لفهم المركز لإحتياجات هؤلاء الأطفال الخاصة ورغبته في توفير البيئة المناسبة التي تعزز فرصهم في التعلم وتطوير مهاراتهم الفردية بشكل فعال، فإن توفير بيئة مرتبة وهادئة تسمح للأطفال بالتركيز والتفاعل بشكل أفضل وخالية من التشتيت والفوضى، فإن تأثير هذه البيئة المنظمة والهادئة على أطفال التوحد يكون إيجابيًا. فهي تساعد على تحفيز وتعزيز مهاراتهم الإجتماعية واللغوية والحركية والتعلم الذاتي. فمن خلال إعطاء الأطفال مساحة آمنة وهادئة يصبح لديهم القدرة على استكشاف وتجربة المهارات الجديدة والتعلم بمعدل يتناسب مع احتياجاتهم الخاصة.
بشكل عام يظهر التوجه الإيجابي للمركز في توفير بيئة تعليمية ملائمة لأطفال التوحد، وهذا يعكس الإهتمام بتحسين فرصهم في التعلم وتطوير مهاراتهم الفردية، ومع ذلك يجب استكشاف المجالات التي يمكن تحسينها لضمان تلبية احتياجات هؤلاء الأطفال بشكل أكثر شمولية وفعالية.

جدول رقم (7): يوضح استخدام أدوات ومناهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	23	62.2%
لا	14	37.8%
المجموع	37	100%

إذا كانت الإجابة بنعم	التكرار	النسبة
تقديم مهام تعليمية محددة ومنظمة لتعزيز التركيز والانتباه	9	39.1%
استخدام إستراتيجيات تدريس مبنية على القصص والصور والتعليم المستند إلى الألعاب	8	34,8%
توفير دعم فردي وتعليم متخصص لتلبية احتياجات التعلم الفردية	6	26,1%
المجموع	23	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 62.2٪، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت 37.8٪.

أما بالنسبة الى إجابة المبحوثين حول استخدام أدوات ومناهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد سجلت عبارة تقديم مهام تعليمية محددة ومنظمة لتعزيز التركيز والانتباه نسبة 39.1٪ والتي تعتبر أعلى نسبة، تليها عبارة استخدام إستراتيجيات تدريس مبنية على القصص والصور والتعليم المستند للألعاب بنسبة 34.8٪، أما عبارة توفير دعم فردي وتعليم متخصص لتلبية احتياجات التعلم الفردية سجلت 26.1٪ والتي تعتبر أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يعتمد على أدوات تعليمية و مناهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد و ذلك عبر استخدام أدوات تعليمية مبتكرة ومناهج مخصصة حيث يتم تطوير هذه الأدوات والمناهج بناءً على فهم عميق لإحتياجات الأطفال وقدراتهم الفردية وتشمل الأدوات التعليمية المخصصة استخدام التقنيات الحديثة والتفاعلية مثل الوسائط المتعددة والتطبيقات الذكية والألعاب التعليمية الافتراضية والتي تساهم في تحفيز تعلم الطفل وتعزيز مهاراته الأكاديمية، كما يتم تصميم هذه المناهج التعليمية بطريقة مبتكرة ومتكاملة تأخذ بعين الاعتبار احتياجات الطفل وتوفر بيئة تعليمية محفزة وملائمة لقدراته.

علاوة على ذلك يتم التركيز على تنمية مهارات القراءة والكتابة والمهارات اللغوية الأخرى بطرق مبتكرة وفعالة حيث يتم تقديم مهام تعليمية محددة ومنظمة تركز على تعزيز التركيز والانتباه، ويتم استخدام تقنيات تدريس مبنية على القصص والصور والألعاب لتعزيز تفاعل الطفل وتسهيل عملية التعلم، بالإضافة إلى توفير دعم فردي وتعليم متخصص لكل طفل توحدي حيث يتم تعيين معلمين ومربيين متخصصين لتقديم المساعدة الفردية والتوجيه المستمر، وذلك من خلال تحديد احتياجات التعلم الفردية لكل طفل وتصميم برامج تعليمية ملائمة لهذه الإحتياجات مما يساهم في تعزيز التحصيل الأكاديمي وتحقيق تقدم يلبي طموحات الطفل وينمي قدراته.

جدول رقم (8): يوضح مدى استطاعة الأساليب التعليمية تحفيز أطفال التوحد لتطوير مهاراتهم الفردية

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	12	32,4%
لا	0	0%
إلى حد ما	25	67,6%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 32,4%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 67,6%، في حين لم يقم أي مبحوث بالإجابة ب 'لا'.

يتضح وحسب إجابات المبحوثين أن الأساليب التعليمية تساهم بشكل ملحوظ في تحفيز أطفال التوحد وتطوير مهاراتهم الفردية، ولكن قد يكون هناك بعض الإحتياجات الأخرى التي يجب تلبيتها لتحقيق نجاح أكبر، وقد تشمل هذه الإحتياجات توفير بيئة داعمة وتكييف الأساليب التعليمية والموارد الملائمة لإحتياجات أطفال التوحد ولا ننكر التأثير الإيجابي لهذه في تحفيز الأطفال للتواصل والتفاعل الإجتماعي وتعزيز مهاراتهم اللغوية والحركية والتعلم الذاتي.

تحفيز أطفال التوحد وتطوير مهاراتهم الفردية عملية شاملة ومتعددة الأبعاد، وتتطلب تحقيق أقصى استفادة من الأساليب التعليمية تكاملًا بين البيئة التعليمية المناسبة، وتخصيص الأساليب والموارد، وتوجيه المعلمين الماهرين، من خلال هذه الجهود المتكاملة يمكن تحقيق تحسينات كبيرة في تحفيز أطفال التوحد وتطوير مهاراتهم الفردية، وبالتالي تعزيز نموهم الشامل وتحقيق نجاحهم في التعلم والحياة.

جدول رقم (9): يوضح مدى توفير الأساليب التعليمية للدعم النفسي والإجتماعي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	17	46%
لا	0	0%
إلى حد ما	20	54%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب'نعم' بلغت ٪46، أما نسبة من أجابوا ب'إلى حد ما' فقد بلغت 54٪، في حين لم يجب أي مبحوث ب'لا'.

يتضح أن المركز وحسب إجابات المبحوثين يهتم إلى حد ما بتوفير الأساليب التعليمية للدعم النفسي والإجتماعي لأطفال التوحد خصيصا ويرجع إلى الوعي بضعف التواصل والإحتياجات النفسية والإجتماعية الخاصة لهؤلاء الأطفال، فتوفير الدعم النفسي يشمل تقديم إستراتيجيات لتعزيز التواصل وتطوير مهارات التفاعل الإجتماعي لدى أطفال التوحد وقد تشمل هذه الإستراتيجيات الجلسات الفردية للتدريب والمشورة النفسية للطفل وأفراد أسرته، أما الدعم الإجتماعي يشمل توفير بيئة مشجعة وداعمة لأطفال التوحد في المركز البيداغوجي حيث يمكن تنظيم أنشطة إجتماعية وتعليمية تهدف إلى تعزيز التفاعل بين الأطفال وتطوير مهارات التواصل الإجتماعي والتعاون.
فالمركز النفسي البيداغوجي يدرك الحاجة إلى توفير الدعم النفسي والإجتماعي لأطفال التوحد، ولكن يحتاج إلى مزيد من التركيز والتطوير في هذا الجانب لتلبية إحتياجات هؤلاء الأطفال بشكل أفضل.

جدول رقم (10): يوضح مدى توفير الأساليب التعليمية للدعم من أجل تحقيق أهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	12	32,4%
لا	1	2,7%
إلى حد ما	24	64,9%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 32.4%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 64.9% والتي تعتبر أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت أدنى نسبة ب 2.7%.

يتضح أن المركز وحسب إجابات المبحوثين يهتم إلى حد ما بتوفير الأساليب التعليمية للدعم من أجل تحقيق أهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد خصيصا، مشيرين إلى أنه يولي اهتماما ملحوظاً لتوفير أساليب تعليمية وبرامج وإستراتيجيات محددة مصممة لمساعدة هؤلاء الأطفال في تعزيز تواصلهم وتحقيق تحصيلهم الأكاديمي، ولكن قد تكون هناك حاجة لمزيد من التطوير والتحسين لتلبية إحتياجات أطفال التوحد بشكل أفضل، فيجب الأخذ بعين الإعتبار أن كل طفل يتطلب إحتياجات فردية وقد تكون هناك تحديات مختلفة في التواصل والتعلم، ومن هنا تكمن أهمية إستمرار تحسين الأساليب وتطوير البرامج التعليمية.

ومع ذلك هناك حاجة ملحة لتعزيز هذا الجانب وتطوير برامج وإستراتيجيات أكثر فاعلية لتحقيق أهداف التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الأطفال، يجب أن يركز المركز على تطوير مهارات الإتصال والتواصل لدى أطفال التوحد وتوفير بيئة داعمة تساعدهم في تحقيق نجاحهم الأكاديمي والإجتماعي.

جدول رقم (11): يوضح مدي تشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	32	86,5%
لا	5	13,5%
المجموع	37	100%

إذا كانت الإجابة بنعم	التكرار	النسبة
تخصيص برامج تعليمية فردية	12	37,5%
متابعة تقدم الأطفال بشكل فردي	9	28,1%
توفير نشاطات تعليمية متنوعة	11	34,4%
المجموع	32	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت ٪86.5، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت ٪13.5.

أما بالنسبة إلى إجابة المبحوثين حول برامج تشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد، سجلت عبارة تخصيص برامج تعليمية فردية ٪37.5، تليها عبارة توفير نشاطات تعليمية متنوعة بنسبة ٪34.4، أما عبارة متابعة الأفراد بشكل فردي سجلت ٪28.1.

يتضح أن المركز يهتم بتشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد بدرجة كبيرة وذلك لأنه يضع التركيز والجهود لتلبية إحتياجات الأطفال بشكل فردي وتوفير برامج مخصصة لدعم تطويرهم الفردي، ومن المهم أن يعمل على تعزيز نوعية وكفاءة هذه البرامج والأساليب المتبعة وتطويرها للوصول لنتائج مرضية ومساعدة لهؤلاء الأطفال على استخراج مهاراتهم الفردية واكتشافها.

وذلك مبني على تخصيص عدة برامج وأساليب و نشاطات تساهم بشكل كبير في تشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد، حيث يتم تنظيم برامج تعليمية فردية مصممة خصيصًا لتلبية إحتياجات كل طفل على حد، ويتم ضبط هذه البرامج لتناسب مستوى المهارات والإحتياجات الخاصة بالطفل بالإضافة إلى توفير تعليم مباشر وتكرار المهارات المستهدفة بشكل منتظم لتحقيق تقدم ملحوظ، حيث يتم مراقبة تقدم الأطفال بشكل فردي لقياس التحسن وتقييم تأثير البرامج المعتمدة، وذلك عبر استخدام أدوات التقييم والملاحظة المناسبة لقياس التغير في السلوك والمهارات الإجتماعية واللغوية والعقلية، و كذا يعتمد الأخصائيون هذه المعلومات لضبط البرامج وتعديلها وفقًا لإحتياجات الطفل. وتهدف النشاطات التعليمية المتنوعة إلى توفير تحفيز وتعزيز التفاعل والتعلم لدى أطفال التوحد استخدام أنشطة مبتكرة ومنوعة لتشجيع المشاركة النشطة وتنمية المهارات المختلفة. يمكن أن تتضمن هذه الأنشطة الألعاب التعاونية، واللعب الموجه، والتفاعل مع الآخرين، والتدريب على المهارات الحركية، والأنشطة الحسية والمحاكاة وغيرها من خلال هذه النشاطات المتنوعة.

جدول رقم (12): يوضح مدى تنظيم الوقت والجدول الزمني في البرنامج التعليمي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	29	78,4%
لا	8	21,6%
المجموع	37	100%

إذا أجبت بنعم	التكرار	النسبة
تقديم جدول زمني محدد ومنظم	10	34,5%
توفير وقت كاف للفترات الترفيهية والإستراحة	8	27,6%
تقديم جدول مرن يتناسب مع إحتياجات الطفل	11	37,9%
المجموع	29	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 78.4٪، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت 21.6٪.

أما بالنسبة إلى إجابة المبحوثين حول تنظيم الوقت والجدول الزمني في البرنامج التعليمي لأطفال التوحد، سجلت عبارة تقديم جدول مرن يتناسب مع إحتياجات الطفل 37.9٪ وهي أعلى نسبة، تليها عبارة تقديم جدول زمني محدد ومنظم 34.5٪، أما عبارة توفير وقت كاف للفترات الترفيهية والاستراحة سجلت 21.6٪ والتي تمثل أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يولي اهتماما كبيرًا لتنظيم الوقت والجدول الزمني في البرنامج التعليمي. من خلال تقديم جدول زمني محدد ومرن يعكس التركيز القوي على تنظيم الأنشطة والمهام بطريقة تناسب الأطفال ذوي التوحد، فاعتماد جدول زمني يحدد بدقة الوقت المخصص لكل نشاط ومهمة يساعد الأطفال على فهم التسلسل الزمني للأنشطة ويعزز قدرتهم على التوقع والتكيف بالإضافة لتعليمهم مهارات تنظيم الوقت والتخطيط للمهام، مما يساعدهم في تطوير استقلالية أكبر في حياتهم اليومية.

وبجانب ذلك يتم تأمين وقت كافٍ للفترات الترفيهية والاستمتاع تسمح لهم بالاسترخاء واستعادة الطاقة، فإن تقدم أنشطة ترفيهية ممتعة ومناسبة لاهتمامات أطفال التوحد يعزز مشاركتهم الإجتماعية وتفاعلهم الإيجابي مع الآخرين وهذا ما يهدف إليه إتباع الجدول الزمني.

جدول رقم (13): يوضح تنمية المهارات الاستقلالية لأطفال التوحد في البرنامج التعليمي

الاحتمالات	التكرار	النسبة	إذا كانت الاجابة بنعم	التكرار	النسبة
نعم	33	89,2%	تدريبهم على مهارات الحياة اليومية (النظافة الشخصية، تناول الطعام..)	18	54,5%
			تشجيعهم على اتخاذ القرارات الصغيرة بشكل مستقل	5	15,2%
			توفير فرص للممارسة والتطبيق العملي للمهارات	10	30,3%
			المجموع	33	100%
لا	4	10,8%			
المجموع	37	100%			

نلاحظ من الجدول أعلاه ان أغلبية المبحوثين أجابوا ب 'نعم' بنسبة بلغت 89.2٪، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت 10.8٪، أما بالنسبة إلى إجابة المبحوثين حول تنمية المهارات الاستقلالية لأطفال التوحد في البرنامج التعليمي، سجلت عبارة تدريبهم على مهارات الحياة اليومية (النظافة الشخصية، تناول الطعام..) 54.5٪ وتمثل أعلى نسبة، تليها عبارة توفير فرص للممارسة والتطبيق العملي للمهارات 30.3٪، أما عبارة تشجيعهم على اتخاذ القرارات الصغيرة بشكل مستقل 15.2٪ والتي تمثل أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يهتم بتنمية المهارات الاستقلالية لأطفال التوحد في البرنامج التعليمي وذلك من خلال التركيز على تعليمهم مهارات الحياة اليومية في مجال العناية الشخصية حيث يتعلم الأطفال كيفية الإهتمام بنظافتهم الشخصية والقيام بالأنشطة مثل غسل اليدين وتنظيف الأسنان وارتداء الملابس والأحذية بطريقة صحيحة، بالإضافة إلى ذلك تشجيعهم على اتخاذ القرارات الصغيرة بشكل مستقل يعلم الأطفال كيفية التفكير بشكل منطقي وتقييم الخيارات المتاحة لهم، ثم اتخاذ القرارات الصغيرة بناءً على ذلك هذا يشمل تعلمهم كيفية اتخاذ القرارات اليومية مثل اختيار الألعاب التي يرغبون في لعبها أو الطعام الذي يفضلون تناوله، فهذا يساعدهم في تطوير مهارات الاستقلالية والثقة بالنفس حيث يعزز هذا التدريب قدرتهم على التحكم في حياتهم اليومية وتحقيق أهدافهم الشخصية.

إلا أن توفير فرص للممارسة والتطبيق العملي للمهارات جزء أساسي من تدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية، وذلك بتوفير فرص للأطفال لممارسة وتطبيق المهارات التي تم تعلمها عن طريق إشراكهم في أنشطة ومهام في المنزل أو المركز على سبيل المثال، يمكنهم المساعدة في إعداد الوجبات البسيطة أو تنظيف غرفتهم أو المشاركة في أنشطة تنظيم الوقت ويهدف هذا التدريب لتعزيز ثقتهم بالنفس

وتعزيز قدراتهم في استخدام المهارات التي تعلموها للتأقلم في المجتمع وتحقيق أقصى قدر من الاستقلالية.

جدول رقم (14): يوضح كيفية تشجيع أطفال التوحد على التفاعل الإجتماعي مع الاخرين

الاحتمالات	التكرار	النسبة
توفير فرص للتعاون والعمل الجماعي	11	29,7%
تدريبهم على مهارات الحوار والمحادثة	6	16,2%
إقامة فعاليات وألعاب	20	54,1%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة إقامة فعاليات وألعاب بنسبة 54.1٪، تليها عبارة 'توفير فرص للتعاون والعمل الجماعي' بنسبة 29.7٪، أما عبارة تدريبهم على مهارات الحوار والمحادثة بلغت 16.2٪ وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يهتم بتشجيع الأطفال على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وذلك من خلال توفير فرص للتعاون والعمل الجماعي فهي جزء مهم من تنمية قدراتهم الإجتماعية والتواصلية، فتشجيع الأطفال على المشاركة في الأنشطة والمهام التي تتطلب التعاون مع الآخرين يعزز قدراتهم على العمل ضمن فريق والتعاون مع الآخرين، بالإضافة إلى تدريبهم على مهارات الحوار والمحادثة عن طريق تقديم تمارين ونشاطات تعليمية وكيفية التعامل مع صعوبات التواجه في الحوار، وأخيرا يمكن إشراكهم

في الفعاليات والألعاب لتطوير مهارات الاجتماع والتواصل لديهم وذلك بتنظيم فعاليات مجتمعية مثل النشاطات الرياضية أو المسابقات أو الحفلات حتى يتعلم الأطفال كيفية التفاعل مع الآخرين والمشاركة في الألعاب بشكل إيجابي.

من خلال توفير هذه الفرص والتدريبات، يتم تعزيز قدرات أطفال التوحد في التعاون والتواصل، وتعزيز مهاراتهم الإجتماعية والحوارية بشكل عام

جدول رقم (15): يوضح تقييم تقدم أطفال التوحد في التحصيل الأكاديمي وتطوير المهارات الفردية

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	30	81,1%
لا	7	18,9%
المجموع	37	100%

إذا أجبت بنعم	التكرار	النسبة
تقييم مستمر وملاحظات محددة	13	43,3%
اختبارات واستبيانات قياسية	4	13,4%
مراقبة تفاعل الأطفال ومشاركتهم في الأنشطة	13	43,3%
المجموع	30	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا ب 'نعم' بنسبة بلغت 81.1٪، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت 18.9٪، أما بالنسبة إلى إجابة المبحوثين حول تقييم تقدم أطفال التوحد في التحصيل الأكاديمي وتطوير المهارات الفردية، سجلت عبارة تقييم مستمر وملاحظات محددة 43.3٪، تليها عبارة مراقبة تفاعل الأطفال ومشاركتهم في الأنشطة بنفس النسبة 43.3٪، أما عبارة اختبارات واستبيانات قياسية بنسبة 13.4٪ والتي تمثل أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يهتم بتقييم أطفال التوحد بشكل مستمر لقياس تقدمهم ومعرفة نقاط قوتهم ومجالات التحسين، وذلك من خلال توفير ملاحظات محددة وتقييمات دورية لتقدير التقدم الذي يحققونه في مهارات الحياة اليومية والإجتماعية والتعليمية، حيث يتضمن التقييم المستمر استخدام اختبارات واستبيانات قياسية لتقييم تطور أطفال التوحد وتتم هذه الاختبارات والاستبيانات بمساعدة متخصصين في مجال التوحد، وتساعد في تحديد نقاط القوة والضعف وتحديد الإحتياجات التعليمية الخاصة. كما يتم مراقبة تفاعل الأطفال ومشاركتهم في الأنشطة بشكل دقيق عن طريق متابعة استجابتهم وتفاعلهم مع المواد التعليمية والتوجيهات وتقييم مدى فهمهم ومشاركتهم في الأنشطة الجماعية، هذه المراقبة تساعد في تحديد الإحتياجات الفردية وتضمين تعديلات وتكيفات مناسبة في البرنامج التعليمي.

ومن خلال تقديم التقييم المستمر والمراقبة الدقيقة، يمكن تحديد التقدم الذي يحققه الأطفال التوحد وتوفير الدعم والتوجيه المناسب لهم، هذا يضمن تلبية احتياجاتهم الفردية وتحقيق أقصى استفادة من البرنامج التعليمي.

جدول رقم (16): يوضح مدى تحسن التحصيل لدى أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	14	37,8%
لا	0	0%
إلى حد ما	23	62,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 37.8%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 62.2% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين ان الإجابة ب 'لا' كانت منعدمة.

يتضح أن هناك تحسن التحصيل لدى أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية فقد أثرت إيجابيًا على تقدمهم وأدائهم بشكل عام، ويمكن أن تشمل هذه الأساليب مجموعة متنوعة من التقنيات والممارسات التعليمية التي تلبي إحتياجات أطفال التوحد وتساعدهم على التعلم والتطور، فمن أهم الفوائد التي تحققت من خلال الأساليب التعليمية المناسبة لأطفال التوحد هي تحسين أدائهم الدراسي حيث ساهمت هذه الأساليب في تطوير قدرات أطفال التوحد الشاملة فهي تساعدهم على تحسين مهاراتهم الإجتماعية والاتصالية وتعزز قدراتهم في التواصل والتفاعل مع الآخرين كما حققت هدفها في تعزيز القدرات الحركية والحسية والتنظيمية لأطفال التوحد، مما يساعدهم في تحسين استقلاليتهم وقدرتهم على المشاركة في الحياة اليومية بنجاح.

المحور الثالث: برامج الدمج الإجتماعي

جدول رقم (17): يوضح مدى تشجيع برامج الدمج الإجتماعي على تطوير المهارات الإجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	21	56,8%
لا	0	0%
إلى حد ما	16	43,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' بلغت 43.2%، أما نسبة من أجابوا ب 'نعم' فقد بلغت 56.8% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين لم يجب أي من المبحوثين ب 'لا'.

يتضح أن برامج الدمج الإجتماعي تشجع تطوير المهارات الإجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد حيث تلعب دورًا مهمًا في تعزيز وتطوير المهارات الإجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد يمكن القول إن هذه البرامج تحقق نتائج إيجابية وملموسة في تحسين قدرات أطفال التوحد في التفاعل الإجتماعي.

فالمهارات الإجتماعية والتفاعلية من أهم الجوانب التي يحتاجها أطفال التوحد للتكيف في المجتمع فقد يواجهون تحديات في التواصل مع الآخرين وفهم السياقات الإجتماعية والتفاعلات الإجتماعية المعقدة وبفضل البرامج التي تهدف إلى دمجهم اجتماعيا وتعزيز مهاراتهم الإجتماعية، يمكن لهؤلاء الأطفال أن يطوروا قدراتهم في التواصل والتفاعل ويشاركوا بنشاط في الأنشطة الإجتماعية.

يتبين أن برامج الدمج الإجتماعي تعد أداة قوية لتعزيز تنمية الأطفال التوحد وتمكينهم من المشاركة الفعالة في المجتمع ومن المهم أن يتم توفير هذه البرامج بشكل شامل ومتكامل، بما يتوافق مع إحتياجات أطفال التوحد المحددة وذلك لضمان تحقيق أقصى استفادة وفعالية في تطوير قدراتهم الإجتماعية والتفاعلية وتحقيق نجاحهم الشخصي والأكاديمي.

جدول رقم (18): يوضح مدى توفير برامج الدمج الإجتماعي للدعم والمتابعة المستمرة لأطفال التوحد أثناء المشاركة في البرامج

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	14	37,8%
لا	0	0%
إلى حد ما	23	62,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 37.8%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 62.2% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين لم يجب أي مبحوث ب 'لا'.

يتضح أن المركز يوفر برامج الدمج الإجتماعي للدعم و المتابعة المستمرة لأطفال التوحد أثناء المشاركة في البرامج و يولي اهتماما كبيرًا بتوفير الدعم اللازم والمتابعة الفردية لتلبية إحتياجات أطفال التوحد وضمان تقديم الدعم اللازم لهم أثناء مشاركتهم في البرامج، ,يمكن أن يشير ذلك إلى وجود خطة دعم وتوجيه متخصصة تُنفذ بشكل مستمر لضمان تلبية إحتياجات أطفال التوحد ومساعدتهم في التكيف مع البيئة الإجتماعية، وهذا يعزز أهمية وجود برامج متخصصة ومتكاملة تساهم في تطوير قدراتهم الإجتماعية والتواصلية وتمكينهم من المشاركة الفعالة في المجتمع، فإن تقديم الدعم والمتابعة المستمرة يساعد أطفال التوحد على تحقيق نجاحهم الشخصي والأكاديمي ويعزز فرص تطويرهم وتقدمهم في مجالات مختلفة من الحياة.

جدول رقم (19): يوضح إمكانية تعزيز وتطوير المهارات الفردية لأطفال التوحد من خلال برامج الدمج الإجتماعي

الاحتمالات	التكرار	النسبة
تقديم برامج تدريبية مخصصة لتطوير المهارات الإجتماعية والتواصلية	18	48,7%
توفير فرص لتطبيق المهارات في الحياة اليومية والمواقف الإجتماعية	11	29,7%
توفير بيئة تعليمية تجشع على اكتشاف وتنمية المواهب والاهتمامات	8	21,6%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة تقديم برامج تدريبية مخصصة لتطوير المهارات الإجتماعية والتواصلية بنسبة 48.7٪، تليها عبارة توفير فرص لتطبيق المهارات في الحياة اليومية والمواقف الإجتماعية بنسبة 29.7٪، أما عبارة توفير بيئة تعليمية تجشع على اكتشاف وتنمية المواهب والاهتمامات بلغت 21.6٪ وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يولي اهتماما كبيرًا لتطوير المهارات الإجتماعية والتواصلية لأطفال التوحد حيث يتم تقديم برامج تدريبية مخصصة تهدف إلى تعزيز قدراتهم في التواصل والتفاعل الإجتماعي، ولكن الأمر لا يقتصر فقط على التدريب داخل المركز بل يتم توفير فرص لتطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية والمواقف الإجتماعية الحقيقية ويعتبر ذلك مهما لتعزيز المهارات الإجتماعية والتواصلية لدى أطفال التوحد في سياقات الحياة الحقيقية.

ومن الجدير بالذكر أن المركز يعتبر توفير بيئة تعليمية تشجع على اكتشاف وتنمية المواهب والاهتمامات أمرًا هاما فإلى جانب تنمية المهارات الأكاديمية والإجتماعية، يعتمد المركز على إيجاد فرص لاكتشاف وتعزيز مهارات واهتمامات أطفال التوحد الفردية، وهذا يساعد على تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتحفيزهم للتعلم والاكتشاف في مجالات يشعرون بالراحة والاهتمام بها.

بشكل عام يمكن القول ان المركز يعمل بشكل شامل لتحقيق نمو وتطور شامل لأطفال التوحد ويهدف لتعزيز المهارات الأكاديمية والإجتماعية والتواصلية، وفي الوقت نفسه يسعى لتطوير واكتشاف المواهب والاهتمامات الفردية لدى الأطفال حيث يوفر بيئة تعليمية محفزة وداعمة تهدف إلى تحقيق نجاح وتقدم لكل طفل يعزز ثقتهم في قدراتهم ويمكنهم من مواجهة تحديات الحياة بثقة وإيجابية.

جدول رقم (20): يوضح كيفية تعزيز مفهوم الانتماء والاندماج في برامج الدمج الإجتماعي

الاحتمالات	التكرار	النسبة
تشجيع الاطفال على المشاركة في أنشطة المجتمع المحلي	10	27%
تعزيز العلاقات الإجتماعية بين الأطفال من خلال الأنشطة الجماعية	21	56,8%
توفير فرص للتعرف على ثقافات وخلفيات الآخرين وفهمها	6	16,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن اغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة تعزيز العلاقات الإجتماعية بين الأطفال من خلال الأنشطة الجماعية بنسبة 56.8٪، تليها عبارة تشجيع الأطفال على المشاركة في أنشطة المجتمع المحلي بنسبة ٪27، أما عبارة توفير فرص للتعرف على ثقافات وخلفيات الآخرين وفهمها بلغت 16.2٪ وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يعتني بتعزيز العلاقات الإجتماعية بين الأطفال من خلال الأنشطة الجماعية، ويتم توفير فرص للأطفال للتفاعل والتعاون مع بعضهم البعض من خلال الأنشطة المشتركة مما يعزز التواصل والتعاون بينهم، علاوة على ذلك يعكس تشجيع الأطفال على المشاركة في أنشطة المجتمع المحلي اهتماما آخرًا من المركز حيث يعمل المركز على تمكين الأطفال من المشاركة في الأنشطة المجتمعية المحلية مما يساهم في بناء صلات اجتماعية قوية وتواصل مع محيطهم المجتمعي.

ومن المهم العمل على توفير فرص للأطفال للاحتكاك بثقافات متنوعة وتعزيز فهمهم للتنوع الإجتماعي والثقافي، مما يسهم في تعزيز التسامح والتعايش السلمي بين الأفراد.

المركز يولي اهتماما لافتًا بتعزيز العلاقات الإجتماعية وتعزيز التواصل بين أطفال التوحد وأنه يسعى لتوفير بيئة تعليمية متنوعة ومتكاملة تعزز التعلم والتفاعل الإجتماعي بطرق مختلفة ومن خلال الأنشطة المشتركة والمجتمعية.

جدول رقم (21): يوضح الأنشطة التي يتم تنظيمها في برامج الدمج الإجتماعي لتعزيز التفاعل والتواصل

الاحتمالات	التكرار	النسبة
ورش عمل لتطوير مهارات التواصل الإجتماعي	7	18,9%
ألعاب جماعية تشجع على التعاون والتواصل	24	64,9%
جلسات تفاعلية للحوار والتبادل الإجتماعي	6	16,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة ' ألعاب جماعية تشجع على التعاون والتواصل ' بنسبة ٪64.9، تليها عبارة ' ورش عمل لتطوير مهارات التواصل الإجتماعي ' بنسبة ٪18.9، أما عبارة ' جلسات تفاعلية للحوار والتبادل الإجتماعي ' بلغت ٪16.2 وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يعتني بتشجيع الألعاب الجماعية التي تعزز التعاون والتواصل بين أطفال التوحد، حيث يتم استخدام الألعاب كأداة لتشجيع التعاون وتطوير مهارات الإتصال والتواصل الإجتماعي لدى الأطفال، ويقدم فرصًا للأطفال للمشاركة في ورش عمل تهدف إلى تطوير مهارات التواصل الإجتماعي وتحسين قدراتهم في هذا الجانب، ومع ذلك قد يكون هناك حاجة إلى توسيع مجموعة الأنشطة لتشمل المزيد من الجلسات التفاعلية لتعزيز التبادل الإجتماعي والحوار بين الأطفال كما أنه يولي اهتماما كبيرًا لتشجيع الألعاب الجماعية التي تعزز التعاون والتواصل بين أطفال التوحد، حيث يتم استخدام الألعاب كأداة فعالة لتعزيز التواصل وتطوير مهارات الإتصال الإجتماعي لدى الأطفال، فمن خلال الألعاب الجماعية يتم تشجيع الأطفال على التعاون مع زملائهم وتبادل الأفكار والمعلومات والمهارات ويتم توفير فرص للأطفال للتعلم من خلال التفاعل الإجتماعي الذي يحدث أثناء اللعب مما يساعد على تعزيز قدراتهم على التواصل بشكل فعال، بالإضافة إلى ذلك يقدم المركز ورش عمل متخصصة تهدف إلى تطوير مهارات التواصل الإجتماعي لدى أطفال التوحد تُعقد هذه الورش على شكل جلسات تفاعلية تشمل تمارين وأنشطة مختلفة تهدف إلى تحسين قدرات التواصل الإجتماعي، مثل التعبير عن الرغبات والإحتياجات والمشاعر وفهم لغة الجسد والتعامل مع المواقف الإجتماعية المختلفة، تُعد هذه الورش فرصة للأطفال لممارسة المهارات التواصلية وتعزيز ثقتهم في التعامل مع الآخرين.

جدول رقم (22): يوضح كيفية عمل برامج الدمج الإجتماعي لتعزيز التفاعل بين أطفال التوحد وأقرانهم

الاحتمالات	التكرار	النسبة
تدريب الأطفال على مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي	16	43,2%
تشجيع الأطفال على المشاركة في الأنشطة الجماعية	13	35,2%
توفير دعم وتوجيه فردي للأطفال في التفاعل الإجتماعي	8	21,6%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة ' تدريب الأطفال على مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي ' بنسبة 43.2٪، تليها عبارة ' تشجيع الأطفال على المشاركة في الأنشطة الجماعية ' بنسبة 35.2٪، أما عبارة ' توفير دعم وتوجيه فردي للأطفال في التفاعل الإجتماعي ' بلغت 21.6٪ وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يولي اهتماما كبيرًا حيث يعكس التزامه القوي بتدريب وتنمية مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحد، ويعمل على تشجيع المشاركة في الأنشطة الجماعية كوسيلة لتعزيز التفاعل الإجتماعي وتطوير المهارات الإجتماعية لدى الأطفال لتدريب الأطفال التوحد على مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي، حيث يتم تقديم برامج وأنشطة مصممة خصيصًا لتنمية هذه المهارات لدى الأطفال حيث يركز بشكل كبير على تشجيع المشاركة في الأنشطة الجماعية، ويهدف إلى توفير بيئة مشجعة تشجع الأطفال على المشاركة في الأنشطة الجماعية مما يساهم في تعزيز تفاعلهم الإجتماعي وتطوير مهارات التواصل لديهم،

ومع ذلك قد يكون هناك حاجة لتعزيز هذا الجانب من البرنامج لضمان تلبية إحتياجات الأطفال التوحد فيما يتعلق بالتفاعل الإجتماعي ويمكن أن تتضمن التحسينات إضافة المزيد من الأنشطة التفاعلية التي تعزز التبادل الإجتماعي والحوار بين الأطفال وتوفير دعم وتوجيه فردي للأطفال لتعزيز قدراتهم في التواصل والتفاعل الإجتماعي.

جدول رقم (23): يوضح تقديم برامج الدمج الإجتماعي بشكل مستدام ومنظم على مدار السنة

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	10	27%
لا	5	13,5%
إلى حد ما	22	59,5%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 27%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 59.5% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت أدنى نسبة ب 13,5%.

هناك اهتمام كبير بتنفيذ برامج الدمج الإجتماعي في المركز حيث يتضح أن المركز يعمل على تنظيم وتقديم هذه البرامج بشكل منتظم ومستدام على مدار السنة بالإضافة إلى توفير بيئة شاملة ومتكاملة للأطفال للتفاعل والتواصل مع بقية المجتمع، وقد يشمل ذلك تنظيم أنشطة وبرامج تهدف إلى دمج الأطفال التوحد مع الأطفال الآخرين غير التوحديين، ويتم تصميم هذه البرامج بطريقة تشجع على التعاون والتواصل الإجتماعي بين الأطفال المختلفين وتساهم في تعزيز الإندماج الإجتماعي وتقبل التنوع.

علاوة على ذلك، يعكس الإهتمام بتقديم برامج الدمج الإجتماعي بشكل مستدام ومنظم على مدار السنة التزاما بتوفير فرص مستدامة للأطفال للمشاركة في الأنشطة الإجتماعية والتواصل مع الآخرين، يعني ذلك أن المركز يعمل على توفير جدول زمني منظم ومستمر لبرامج الدمج الإجتماعي مما يسمح للأطفال بالمشاركة والإستفادة من هذه البرامج على مدار السنة.

جدول رقم (24): يوضح مدى تعاون المركز مع المؤسسات والجهات الأخرى لتعزيز برامج الدمج الإجتماعي

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	6	16,2%
لا	16	43,2%
إلى حد ما	15	40,6%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'لا' بلغت 40.6% وهي متقاربة مع أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت نسبتها 43.2% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'نعم' كانت أدنى نسبة ب 16.2%.

يتضح أن هناك تعاونًا متباينا بين المركز والمؤسسات الأخرى في سبيل تعزيز برامج الدمج الإجتماعي وتحسين فعاليتها فهناك بعض القيود أو التحديات في تعاون المركز مع المؤسسات والجهات الأخرى، قد يكون ذلك نتيجة لعدم وجود شراكات مستدامة أو قنوات اتصال فعالة مع المؤسسات الخارجية مما يؤثر على قدرة المركز على تعزيز برامج الدمج الإجتماعي بشكل فعال، فالمركز يدرك أن التحقيق الكامل لأهدافه في تعزيز الدمج الإجتماعي لأطفال التوحد يتطلب تعاون وشراكة مع مؤسسات وجهات أخرى ذات صلة قد يشمل هذا التعاون تبادل المعرفة والخبرات وتنظيم الفعاليات المشتركة وتطوير برامج تدريب مشتركة وتبني نهج شامل للدمج الإجتماعي.

ومن أجل تعزيز برامج الدمج الإجتماعي بشكل أفضل يجب زيادة جهود التعاون والتواصل مع المؤسسات والجهات الأخرى، يمكن أن يشمل ذلك إقامة شراكات إستراتيجية مع المؤسسات ذات الخبرة في مجال الدمج الإجتماعي وتبادل الممارسات الناجحة وتوسيع شبكة الاتصال لتشمل مزيد من الجهات ذات الصلة، بالتالي ستتيح هذه الخطوات تعزيز التعاون وتعظيم تأثير برامج الدمج الإجتماعي التي يقدمها المركز لصالح أطفال التوحد والمجتمع بشكل عام.

جدول رقم (25): يوضح مدى مشاركة أطفال التوحد في البرامج الإجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	3	8,1%
لا	13	35,1%
إلى حد ما	21	56,8%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'لا' بلغت 35.1%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 56.8% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'نعم' كانت أدنى نسبة ب 8.1%

وهذا يدل على تباين مدى مشاركة أطفال التوحد في البرامج الإجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع، وهذا راجع لضعف قنوات الإتصال مع المؤسسات الخارجية مما يخلق تحديات يواجهها أطفال التوحد في الإندماج والمشاركة في هذه البرامج، سواء بسبب الإحتياجات الخاصة التي قد يواجهونها أو قلة الدعم والتوجيه المتاح لهم.

فالمركز يسعى لتحقيق التوازن بين تلبية إحتياجات أطفال التوحد وتوفير فرص متساوية للمشاركة في هذه البرامج مع أقرانهم العاديين ومع ذلك قد يكون هناك حاجة إلى مزيد من الجهود لتعزيز مشاركة أطفال التوحد في هذه البرامج وتوفير الدعم والموارد اللازمة لهم، وقد يمكن تحقيق ذلك من خلال تطوير برامج مصممة خصيصًا لتلبية احتياجاتهم الفردية وتقديم دعم إضافي لتعزيز مشاركتهم واستفادتهم الكاملة من البرامج الإجتماعية والثقافية المتاحة.

جدول رقم (26): يوضح تماشي برامج الدمج الإجتماعي مع مبدأ تنوع الإحتياجات والقدرات لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	6	16,2%
لا	2	5,4%
إلى حد ما	29	78,4%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 16.2%، أما نسبة من أجابوا ب 'إلى حد ما' فقد بلغت 78.4% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت أدنى نسبة ب 5.4 %.

فالبرامج المقدمة تحاول تلبية إحتياجات متنوعة لأطفال التوحد وتكييفها مع قدراتهم الفردية. يتم التركيز على تقديم الدعم والتوجيه اللازمين لتمكينهم من المشاركة بشكل فعال وتحقيق التقدم في مجالات مختلفة. يبدو أن المركز يولي اهتماما لتحقيق هذا التماشي لكن وجود تحديات أو إحتياجات غير ملباة في برامج الدمج الإجتماعي المتاحة تعتبر كعقبة في طريق تحقيق هذا التماشي، ولكن قد يكون هناك مجال لتحسين التوافق وتعزيز تلبية إحتياجات أطفال التوحد بشكل أكبر فيمكن تحقيق ذلك من خلال تحسين برامج الدمج الإجتماعي المقدمة وتوفير الدعم الملائم والموارد اللازمة لتلبية إحتياجات هؤلاء الأطفال بشكل فعال، وينبغي أن يعمل على تحليل إحتياجات أطفال التوحد بشكل شامل والتعاون مع المؤسسات والجهات ذات الصلة لتبادل الخبرات والممارسات الجيدة في مجال الدمج الإجتماعي، ويجب أيضًا أن يكون هناك تواصل وتفاعل مستمر مع أولياء الأمور والمجتمع لفهم إحتياجات الأطفال وتوفير برامج ملائمة وفعالة.

يجب أن يكون هدف المركز هو تطوير برامج الدمج الإجتماعي بشكل مستدام ومنظم على مدار السنة، بحيث يكون لأطفال التوحد الفرصة للمشاركة في الأنشطة الإجتماعية والثقافية وتطوير مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي ويجب أن تكون هذه البرامج متنوعة وملائمة لإحتياجات وقدرات أطفال التوحد المختلفة وتعزز تماشيهم مع مبدأ تنوع الإحتياجات والقدرات.

جدول رقم (27): يوضح كيفية تقييم فعالية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الإجتماعي لأطفال التوحد

الاحتمالات	التكرار	النسبة
استخدام أدوات التقييم المعتمدة لقياس التقدم الأكاديمي والإجتماعي للأطفال	12	32,4%
جمع ملاحظات من المعلمين والمربيين حول تحسن الأطفال وتفاعلهم الإجتماعي	19	51,4%
استبيان الأهل والأطفال لقياس رضاهم وتحقيق الأهداف المحددة	6	16,2%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعبارة 'جمع ملاحظات من المعلمين والمربيين حول تحسن الأطفال وتفاعلهم الإجتماعي' بنسبة 51.4٪، تليها عبارة 'استخدام أدوات التقييم المعتمدة لقياس التقدم الأكاديمي والإجتماعي للأطفال ' بنسبة 32.4٪، أما عبارة 'استبيان الأهل والأطفال لقياس رضاهم وتحقيق الأهداف المحددة' بلغت ٪16.2 وهي أدنى نسبة.

يتضح أن المركز يعتمد بشكل كبير على مراقبة المعلمين والمربين لتقديم ملاحظاتهم حول تحسن الأطفال وتفاعلهم الإجتماعي كوسيلة لتقييم فعالية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الإجتماعي، بالإضافة إلى ذلك يتم استخدام أدوات التقييم المعتمدة لقياس التقدم الأكاديمي والإجتماعي للأطفال حيث يعكس ذلك الإهتمام بتقييم التحسن الأكاديمي والإجتماعي عن طريق استخدام أدوات تقييم محددة وقياسية، ومع ذلك ينبغي أيضًا أن نلاحظ أن استخدام أدوات التقييم الأكثر موضوعية وموثوقية يمكن أن يكون ضمن التحديات الموجودة لذلك يوصى أيضًا بدعم هذه الأدوات بالاستبيانات المستخدمة لقياس رضا الأهل والأطفال وتحقيق الأهداف المحددة، هذا يساهم في الحصول على رؤية شاملة حول فعالية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الإجتماعي لأطفال التوحد من خلال ملاحظات المعلمين والمربين وقياسات موضوعية للتقدم الأكاديمي والإجتماعي، بالإضافة إلى آراء الأهل والأطفال ورضاهم.

جدول رقم (28): يوضح ملاحظة تحسن في قدرة الطفل التوحدي على التواصل والتفاعل الإجتماعي مع الآخرين بعد تطبيق برامج الدمج الإجتماعي

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	11	29,7%
لا	0	0%
لاحظت تحسنًا طفيفًا في قدرة الطفل على التواصل والتفاعل الإجتماعي	26	70,3%
المجموع	37	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة من أجابوا ب 'نعم' بلغت 29.7%، أما نسبة من أجابوا ب 'لاحظت تحسنا طفيفا في قدرة الطفل على التواصل والتفاعل الإجتماعي' فقد بلغت 70.3% والتي تشكل أعلى نسبة، في حين أن الإجابة ب 'لا' كانت منعدمة.

يتضح لنا وجود تحسن في قدرة الأطفال التوحدي على التواصل والتفاعل الإجتماعي بعد تطبيق برامج الدمج الإجتماعي على الرغم من أنها تمثل تحسنًا طفيفًا في قدرة الأطفال التوحدي على التواصل والتفاعل الإجتماعي، يُعتبر تحسين قدرتهم على التواصل والتفاعل الإجتماعي أمرًا مهمًا حيث يمكن لهذه القدرة تعزيز مشاركتهم في الأنشطة الإجتماعية وتحسين تفاعلهم مع الآخرين، فتطبيق برامج الدمج الإجتماعي يوفر الدعم والتوجيه المناسب للأطفال التوحدي بهدف تعزيز هذه المهارات الحيوية من خلال توفير بيئة ملائمة وبرامج تدريبية مخصصة، يتعلم الأطفال التوحدي كيفية التواصل والتفاعل بشكل فعال مع الآخرين، على الرغم من أن التحسن الذي يُلاحَظ بعد تطبيق هذه البرامج يكون طفيفًا إلا أنه يشير إلى أن الجهود المبذولة تحقق نتائج إيجابية، فتحسين قدرة الطفل التوحدي على التواصل والتفاعل الإجتماعي يمكن أن يكون له تأثير كبير على نموهم الشخصي وتفاعلهم الإجتماعي.

بالتالي يمكن القول ان تطبيق برامج الدمج الإجتماعي يعد أداة فعالة لتحسين قدرة الأطفال التوحدي على التواصل والتفاعل الإجتماعي، مما يعزز مشاركتهم في المجتمع ويساعدهم على التفاعل بشكل أفضل مع الآخرين.

نتائج الدراسة:

❖ عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

الفرضية الأولى: يقدم المركز النفسي البيداغوجي اساليب تعليمية خاصة لأطفال التوحد لتلبية احتياجاتهم الفردية وتعزيز قدراتهم الخاصة.

- 62.2 من موظفي المركز يؤكدون الاعتماد على أدوات ومنتهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد.
- 67.6 من موظفي المركز يؤكدون ان الأساليب التعليمية تساهم بشكل ملحوظ في تحقيز أطفال التوحد وتطوير مهاراتهم الفردية.
- 64.9 من موظفي المركز يؤكدون توفير الأساليب التعليمية للدعم من اجل تحقيق اهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد.
- 86.5 يؤكدون تشجيع التفاعل الفردي لأطفال التوحد عبر تخصيص برامج تعليمية فردية وتوفير نشاطات علمية متنوعة.
- 89.2 يؤكدون تنمية المهارات الاستقلالية لأطفال التوحد عبر تدريبهم على مهارات الحياة اليومية وتشجيعهم على اتخاذ القرارات الصغيرة بشكل مستقل.

ومنه نستنتج ان المركز النفسي يهتم بتقديم اساليب تعليمية خاصة لأطفال التوحد تلبي احتياجاتهم الفردية وتعزز قدراتهم الخاصة، وهذا يدل على الفرضية الأولى تحققت.

الفرضية الثانية: تساهم البرامج المقدمة في المركز على تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي.

- 56.8 يؤكدون ان برامج الدمج الاجتماعي تساهم في تطوير المهارات الاجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد حيث تلعب دورًا مهمًا في تعزيز وتطوير المهارات الاجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد.
- 48.7 يؤكدون يتم تقديم برامج تدريبية مخصصة تهدف إلى تعزيز قدراتهم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.

- 56.8 يؤكدون بتعزيز العلاقات الاجتماعية بين الأطفال من خلال الأنشطة الجماعية، ويتم توفير فرص للأطفال للتفاعل والتعاون مع بعضهم البعض من خلال الأنشطة المشتركة مما يعزز التواصل والتعاون بينهم.
- 62.2 يؤكدون تحسن التحصيل لدى أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية فقد أثرت إيجابيًا على تقدمهم وأدائهم بشكل عام.
- 70.3 يؤكدون ملاحظة تحسن طفيف في قدرة الطفل التوحدي على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الاخرين.

ومنه نستنتج ان برامج الدمج الاجتماعي تساهم على تعزيز التواصل والتفاعل لدي الطفل التوحدي، وهذا ما يجعل الفرضية محققة.

ومما سبق تم تحقيق **الفرضية الرئيسية** نسبيا حيث ان المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بقالمة يوفر الرعاية الإجتماعية اللازمة من خلال جملة الأساليب التعليمية والبرامج التي من شأنها أن تساعد على الدمج الإجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

❖ عرض نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة

الدراسة الأولى:

دراسة بعنوان " **المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة – دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل**– " من اعداد: ناصر صابرينة ولكحل ريان، 2021/2020.

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في التوصل إلى نتيجة أن برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز لها فاعلية كبيرة في تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق وكذا التكفل اللازم من جميع النواحي النفسي أو الفكري والصحي والتأهيل المهني أيضا، كما أن الخدمات التي تقدمها هذه المراكز والتي تشمل الخدمات الصحية النفسية التعليمية والاجتماعية تساعد كلها في تأهيل المعاق وزيادة تكيفه مع بيئة كما ترى أن معظم النشاطات والبرامج التعليمية التي تؤكد لنا أن التربية الخاصة داخل هذه المراكز تساعد في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة هي نشاطات تربوية ترفيهية ملموسة، وهذا يدل على ان البرامج و الاساليب التعليمية المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية تساهم بشكل فعال في دمج أطفال التوحد و تطوير مهاراتهم الفردية و الاجتماعية.[1]

الدراسة الثانية:

دراسة بعنوان " **فعالية التدريب على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات وأثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد** "، من اعداد: سعيد كمال عبد الحميد، 2016.

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في التوصل الى فعالية برامج مهارات إدارة الذات في خفض سلوك إيذاء الذات وتحسين السلوك الاجتماعي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، فبرامج الدمج الاجتماعي تشجع تطوير المهارات الاجتماعية و التفاعلية لأطفال التوحد حيث تلعب دورًا مهمًا في تعزيز وتطوير

[1] ناصر صابرينة، لكحل ريان، **المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة**، مذكرة ماستر في علم اجتماع التربية، قسم علم اجتماع التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحي –جيجل، الجزائر، 2021/2020.

المهارات الاجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد، يمكن القول إن هذه البرامج تحقق نتائج إيجابية وملموسة في تحسين قدرات الأطفال التوحد في التفاعل الاجتماعي[1].

الدراسة الثالثة:

دراسة بعنوان " **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد، في ضوء معايير الجودة الأردنية** "، من اعداد: احسان غديفان سريع، 2014.

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية التي أظهرت فاعلية البرامج التربوية والسلوكية المقدمة للأطفال التوحديين، فتطبيق هذه البرامج يوفر الدعم والتوجيه المناسب للأطفال التوحدي بهدف تعزيز هذه المهارات الحيوية من خلال توفير بيئة ملائمة وبرامج تدريبية مخصصة، يتعلم الأطفال التوحدي كيفية التواصل والتفاعل بشكل فعال مع الآخرين، على الرغم من أن التحسن الذي يُلاحَظ بعد تطبيق هذه البرامج يكون طفيفًا إلا أنه يشير إلى أن الجهود المبذولة تحقق نتائج إيجابية.[2]

[1] سعيد كمال عبد الحميد، **فعالية التدريب على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات وأثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد**، 2016

[2] إحسان غديفان السريع، **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد، في ضوء معايير الجودة الأردنية**، مجلة المنارة، العدد ب/2، 2014/4/21، الأردن.

النتائج العامة للدراسة:

يمكن عرض خلاصة ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج على النحو الآتي:

1- تحسن التحصيل لدى أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية فقد أثرت إيجابيًا على تقدمهم وأدائهم بشكل عام.

2- يوفر المركز الأساليب التعليمية للدعم من اجل تحقيق اهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد خصيصا.

3- يعتمد المركز على أدوات ومناهج تعليمية مخصصة لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد.

4- تباين مدى مشاركة أطفال التوحد في البرامج الاجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع، وهذا راجع لضعف قنوات الاتصال مع المؤسسات الخارجية مما يخلق تحديات يواجهها أطفال التوحد في الاندماج والمشاركة في هذه البرامج،

5- هناك اهتمام كبير بتنفيذ برامج الدمج الاجتماعي في المركز حيث يتضح أن المركز يعمل على تنظيم وتقديم هذه البرامج بشكل منتظم ومستدام على مدار السنة بالإضافة الى توفير بيئة شاملة ومتكاملة للأطفال للتفاعل والتواصل مع بقية المجتمع.

6- المركز يولي اهتمامًا كبيرًا حيث يعكس التزامه القوي بتدريب وتنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحد.

7- المركز يولي اهتمامًا كبيرًا لتطوير المهارات الاجتماعية والتواصلية لأطفال التوحد حيث يتم تقديم برامج تدريبية مخصصة تهدف إلى تعزيز قدراتهم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.

8- يوفر برامج الدمج الاجتماعي للدعم والمتابعة المستمرة لأطفال التوحد اثناء المشاركة في البرامج ويولي اهتمامًا كبيرًا بتوفير الدعم اللازم والمتابعة الفردية لتلبية احتياجات الأطفال التوحد.

9- إن هذه البرامج تحقق نتائج إيجابية وملموسة في تحسين قدرات الأطفال التوحد في التفاعل الاجتماعي.

التوصيات المقترحة:

لقد استهدفت الدراسة عرض بعض الاقتراحات في ضوء المحاولة للكشف عن وضعية المعاقين داخل المراكز البيداغوجية المتخصصة والتي تسعى الى تحسين وضعية هؤلاء المعاقين من الناحية النفسية والاجتماعية والصحية والتربوية وكانت هذه الاقتراحات والتوصيات المقدمة من طرف العديد من المربين رغبة منهم في الرفع من مستوى ونوعية الخدمات المقدمة داخل المركز وتتمثل هذه التوصيات فيما يلي:

1- التكثيف من الخرجات الترفيهية لأطفال وال يجب ان تقتصر على الغابات والاماكن البعيدة عن لمدينة ولكن يجب ان تكون الخرجات خاصة بمجالات مختلفة داخل المدينة وذلك لدمجهم في المحيط الاجتماعي.
2- توعية الأسر بضرورة التواصل المستمر مع المربين وإرشاد الوالدين وتعليمهم طرق تطبيق البرامج الخاصة بالتكفل أطفالهم المعاقين.
3- ضرورة تنظيم الجدول الزمني للمركز بما يتناسب مع احتياجات الأطفال.
4- الاهتمام بتقديم برامج الدمج الاجتماعي بشكل مستدام ومنظم.
5- ضرورة تعاون المركز مع المؤسسات والجهات الأخرى لتعزيز برامج الدمج الاجتماعي.
6- اشراك أطفال التوحد في البرامج الاجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل التحليل السوسيولوجي للبيانات الميدانية، وتم التطرق إلى مناقشة النتائج المتحصل عليها من الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة وذلك بالرجوع إلى إجابات المبحوثين للوصول إلى إثبات صحة الفرضية الرئيسية وصحة الفرضيات الفرعية، كما نوقشت النتائج أيضا في ضوء الدراسات السابقة وذلك بمقارنة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة، كما توصلنا في الأخير إلى إبراز أهم النتائج العامة التي توصلت إليها دراستنا، مع ذكر أهم التوصيات الاقتراحات المقدمة من خلال الدراسة.

خاتمة:

في إطار دراستنا التي تمت في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا– قالمة وجدنا أنها تحتوي على جميع أنواع مؤطرين متخصصين ذوو خبرة في ميدان الرعاية والتأهيل في المجال العلمي والنفسي والمهني والصحي إلى جانب الخدمات الأخرى التي يقوم بتقديمها ولقد كان لذلك دور فعال في دمج الأفراد الذين ينتمون لهذه الشريحة اجتماعيا وذلك من خلال تنمية جميع قدراتهم اللغوية والفكرية واليدوية إلى جانب تحقيق قدر من الصحة النفسية، والتي من خلالها يستطيع ذوي الاحتياجات الخاصة الخروج إلى الحياة الاجتماعية، وإدراك آليات التفاعل والتعامل في مختلف المواقف، واعتماد المعاق على نفسه في قضاء حوائجه إلى جانب امتلاك القدرة الكافية لمواجهة العقبات التي تواجهه.

وهذا ما أكدته صحة الفرضيات التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فالمراكز النفسية البيداغوجية بما تقوم به من مهام ساعدت بشكل كبير في تحقيق التأهيل الاجتماعي لأطفال التوحد، و كذا اهتمام المركز بجميع نواحي الطفل النفسية الاجتماعية، الصحية، الثقافية والبيداغوجية، إذ أنه يسعى إلى توفير كل متطلبات الراحة والأمان التي تجعل من الطفل مقدرا لذاته معتمدا على نفسه متخطيا لإعاقته وأهم شيء مندمج في مجتمعه وفعالا في بيئته، كما أنه بين لنا مدى فعالية البرامج المقدمة داخل المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بقالمة إذ أن هاته الأخيرة تسعى دائما إلى تحقيق أهداف معينة تشمل التأهيل النفسي، الأكاديمي والمهني والاجتماعي للطفل التوحدي وتقييم قدراته ووضعها في المسار الصحيح، وبذلك يعيش كأي إنسان عادي فيتخطى عقبة إعاقته ويطمح لمستقبل مشرق ومزدهر يستطيع من خلاله تغيير نظرة المجتمع للمتوحد.

ومن خلال هذه النتائج التي تم التوصل إليها والتي تبين أن الرعاية الاجتماعية لها أهمية كبيرة في المركز وتلعب دور فعال في تحقيق الاندماج الاجتماعي لأطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي، عبر جميع مؤسساتها الخاصة أو المدمجة في الصفوف العادية، لكن مع هذا لا بد من وجود بعض النقائص التي تحول دون تحقيق هذا الهدف بشكل كامل لذا لابد من تضافر جميع الجهود للتقليل من النقائص وتحقيق الأهداف التي تسعى إليها الدولة من خلال إقامتها لمراكز النفسية البيداغوجية وتقديم نوعية جيدة من الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة الحساسة في المجتمع وتحقيق آمال الأولياء والمجتمع في دمج الأطفال المصابين بالتوحد اجتماعيا.

قائمة

المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

- **الكتب:**

1- L.juane Heflin, donna fiorino alaime ، **الطلاب ذوي اضطرابات طيف التوحد**، ترجمة: نايف عابد الزارع – يحيى فوزي عبيدات، الطبعة الثانية، دار الفكر ناشرون وموزعون، القاهرة، 2016.

2- Rita Jordan, Stuart Powell ،**فهم وتدريس الأطفال المصابين بالتوحد**، ترجمة سميرة عبد اللطيف السعد – عبد الله عبد العزيز العمر، مركز الكويت للتوحد، الطبعة الأولى، الكويت، 2008.

3- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، **التوحد الخصائص والعلاج**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.

4- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، **التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

5- اسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، **سمات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

6- أسامة فاروق مصطفى، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

7- بسام احمد أبو عليان، **طرق الخدمة الإجتماعية**، الناشر مكتبة الطالب الجامعي خانيسوس، الطبعة الثانية، 2015.

8- بول سبيكر، **مبادئ الرعاية الإجتماعية مقدمة للتفكير في دولة الرعاية**، ترجمة حازم مطر، المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة،2017.

9- تامر فرح سهيل، **التوحد (التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج)**، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015.

10- جمال خلفة المقابلة، **اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية**، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016.

11- حازم رضوان آل إسماعيل، **التوحد واضطرابات التواصل**، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

12- حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **أثر اضطراب التوحد على سلوك الأطفال**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019.

13- حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **التوحد والتكافل الإجتماعي**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019.

14- حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **العلاج البيولوجي للتوحد**، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019.

15- حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد احمد، **مرض التوحد بين الاضطراب والإعاقة الطيفية**، دار الجديد للنشر والتوزيع، الجزائر، 2019.

16- دانيال ب هالاهان، جيمس م كوفمان، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم**، ترجمة عادل عبد الله محمد، كلية التربية –جامعة الزقازيق، الطبعة الأولى، مصر، 2008.

17- رائد خليل العبادي، التوحد، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن،2006.

18- ربيعة العنزي، **تدريب الأطفال التوحديين على استخدام المهارات العقلية**، مكتبة الكويت الوطنية اثناء النشر، الكويت. ب.س.ن.

19- سعد سلمان المشهداني: **منهجية البحث العلمي**، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2019.

20- سليمان علي الدليمي، الرعاية والخدمة الإجتماعية (التطور التاريخي، المجالات، الإدارة)، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014.

21- سماح سالم سالم وآخرون، **ممارسة الخدمة الإجتماعية مع المسنين**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015.

22- سوسن شاكر الجلبي، **التوحد الطفولي (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2015.

23- سوسن شاكر مجيد، **التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2010.

24- السيد عبد القادر شريف، **مدخل إلى التربية الخاصة**، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، 2014.

25- صابر مصطفى إبراهيم محمد، إبراهيم أحمد السيد جابر، **النمو النفس حركي للتوحد**، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، دسوق، مصر، 2019..

26- صابر مصطفى إبراهيم محمد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **الطفولة وإستراتيجيات تجنب التوحد**، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع: الطبعة الأولى، دسوق، مصر، 2019.

27- عبد الرحمان سيد سليمان، **الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال**، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، 2000.

28- عبد السلام عبد الغفار: **سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.. ب.س.ن.

29- عبد الغني عماد: **منهجية البحث في علم الاجتماع (الإشكاليّات، التقنيّات، المقَاربَات)**، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 2007.

30- عبد الله محمد عبد الرحمن ومحمد علي البدوي: **مناهج وطرق البحث الإجتماعي**، ط2، مطبعة البحيرة للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2007.

31- عبد المطلب أمين القريطي: **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط3، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2005.

32- علا عبد الباقي إبراهيم، **الإعاقة الذهنية العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا**، عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2001.

33- فكري لطيف متولي، "**الإعاقة العقلية المدخل، النظريات المفسرة، طرق الرعاية**"، مكتبة الرشد ناشرون، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2015.

34- فكري لطيف متولي، **إستراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم (اضطراب التوحد)**، مكتبة الرشد ناشرون، الطبعة الأولى، الرياض، 2015.

35- قحطان أحمد الظاهر: **مدخل إلى التربية الخاصة**، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان-الأردن،2008

36- كولين تيريل، **تيري باسينجر التوحد فرط الحركة خلل القراءة والأداء**، ترجمة مارك عبود، مكتبة فهد الوطنية أثناء النشر، الطبعة الاولى، الرياض، 2013.

37- مجموعة مؤلفين: **منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية**، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين، ألمانيا، ب.س.ن.

38- محمد أحمد الصالح، الرعاية الإجتماعية في الإسلام، **مكتبة الملك فهد أثناء النشر**، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1999.

39- محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، **التوحد ونظرية العقل**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2010.

40- محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، **التوحد ووسائل علاجه**، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دسوق، مصر، 2018.

41- مصطفى نوري القمش، **اضطرابات التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات عملية)**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

42- مصطفى نوري القمش، **اضطرابات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011.

43- مهدي محمد القصاص: **تصميم البحث الإجتماعي**، ط1، دار نيبور للطباعة والنشر والتوزيع، العراق، 2014.

44- نيللي محمد العطار، **دور الموسيقى في علاج أطفال التوحد**، المكتب الجامعي الحديث – جامعة الإسكندرية، الطبعة الأولى، مصر، 2014.

45- هشام عبد الرحمان الخولي، **الأوتيزم الإيجابية الصامتة**، دار المصطفى للطباعة، دمشق، سوريا، 2008.

46- هشام مصطفى أحمد السيد، إبراهيم جابر السيد أحمد، **تنمية القدرات الحسية لدى أطفال التوحد**، دار الجديد للنشر والتوزيع، الجزائر، 2019.

47- وفاء علي الشامي، **خفايا التوحد أشكاله أسبابه تشخيصه**، مكتبة الملك فهد الوطنية اثناء النشر، الطبعة الأولى، الرياض، 2004.

- **المجلات:**

48- إحسان غديفان السريع، **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد في ضوء معايير الجودة الأردنية**، مجلة المنارة، العدد ب/2، 2014/4/21، الأردن.

49- تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في ضوء المعايير العالمية في المملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، العدد: (١٧١ الجزء الرابع)، ديسمبر لسنة 2016، جامعة الأزهر، المملكة العربية السعودية..

50- جمال حواوسة، **دور مؤسسات الرعاية الإجتماعية في تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة، مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية**، العدد 29، جوان 2019، جامعة الشهيد حمة لخضر الواد.

51- عفاف إسماعيل خير الله، **دور مكاتب التأهيل الإجتماعي في توفير الرعاية الإجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة بمحافظة الفيوم**، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 43، اوت 2015، مركز الإرشاد النفسي، مصر.

52- هويدا محمد عبد المنعم خليفة، **فعالية خدمات الرعاية الإجتماعية في تحسين نوعية حياة أطفال التوحد**، مجلة كلية الخدمة الإجتماعية للدراسات والبحوث الإجتماعية، العدد التاسع عشر، جامعة الفيوم. ب.س.ن.

- **المذكرات:**

53- آمال عتوسي، وهيبة طيطي، **دور سياسة الرعاية الإجتماعية في التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر (دراسة حالة مدرسة المعوقين بصريا بالرباح)**، مذكرة مكملة للحصول على شهادة الماستر، تخصص سياسات عامة وإدارة محلية، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، الشهيد حمه لخضر – الوادي، الجزائر، 2020/2019.

54- باسي هناء، **أساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي اضطراب التوحد (دراسة استكشافية ببعض ولايات الجنوب الشرقي)**، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي تخصص إرشاد وتوجيه، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2016.

55- بوترعة ريان، **الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل التوحدي المدمج مدرسيا**، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس المدرسي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 – قالمة، الجزائر، 2020/2019.

56- بونار صلاح الدين، فرداس شوقي، **الرعاية الإجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945- قالمة، الجزائر،2022/2021.

57- شبشوب جنات، العنوس منى، **دور العجزة ودورها في الرعاية الإجتماعية للمسنين**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع التربية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحيى – جيجل، الجزائر، 2018/2017.

58- عادل جاسب شبيب، **الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجيستر في علم النفس العام، قسم علم النفس، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا، 2008.

59- عطية حليمة، بوطابت بسمة، **الرعاية الإجتماعية والنفسية وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي للأطفال المسعفين**، مذكرة ماستر في علم النفس الإجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945- قالمة، الجزائر،2015/2014.

60- لعلام عبد النور، **دور سياسات الرعاية الإجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا الدراسة الميدانية بمدينة سطيف**، دراسة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري – قسنطينة، الجزائر، 2009/2008.

61- مريم كيحل، **التوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد**، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر: 2020/2019.

62- ناصر صابرينة، لكحل ريان، **المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة – دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع التربية،

قسم علم اجتماع التربية، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحي –جيجل، الجزائر، 2021/2020.

63- نسرين بنت إبراهيم الصيان، **الرعاية الإجتماعية لذوي الإحتياجات الخاصة ودور الخدمة الإجتماعية في تدعيمها**، دراسة مذكرة مكلمة لنيل شهادة الماستر في الخدمة الاجتماعية، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2005.

64- وليد إبراهيم محمد الغرباوي، **الرعاية الإجتماعية في السنة النبوية دراسة موضوعية**، بحث مقدم لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في الحديث الشريف وعلومه، قسم الحديث الشريف وعلومه، كلية أصول الدين، الجامعة الإسلامية – غزة، فلسطين، 2009.

- **المحاضرات:**

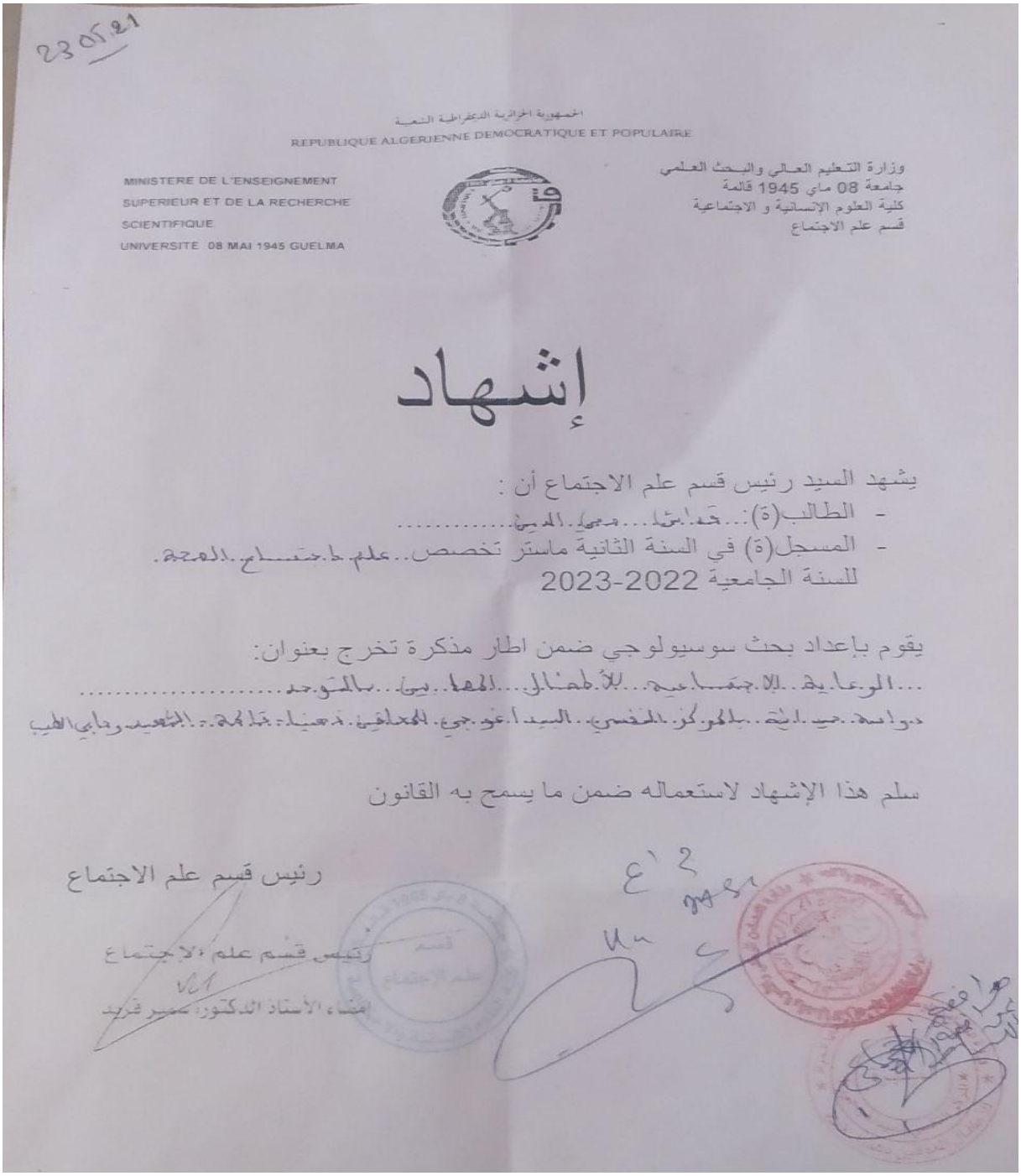
65- صبحي عبد الفتاح الكافوري: **تعليم غير العاديين**، محاضرات غير منشورة، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طانطا. ب،س.ن.

- **المؤتمرات:**

66- فاروق محمد صادق: **برنامج التربية الخاصة** في مصر، المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين الشمس، القاهرة، ب.س.ن.

الـملاحق

طلب إجراء التربص التطبيقي



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 08 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم الاجتماع

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE 08 MAI 1945 GUELMA

23/05/21

إشهاد

يشهد السيد رئيس قسم علم الاجتماع أن :

- الطالب(ة): ...
- المسجل(ة) في السنة الثانية ماستر تخصص..علم.اجتماع..الصحة.
للسنة الجامعية 2022-2023

يقوم بإعداد بحث سوسيولوجي ضمن اطار مذكرة تخرج بعنوان:
...الرعاية..الاجتماعية..للأطفال...المعاقين...بالمتوحد.....
دراسة..حالة..بالمركز..النفسي..السيد..أغوجيل..المعاقين..ذهنيا..بقالمة..الشهيد..وابي..الطيب

سلم هذا الإشهاد لاستعماله ضمن ما يسمح به القانون

رئيس قسم علم الاجتماع

رئيس قسم علم الاجتماع
أمضاء الأستاذ الدكتور: سمير قريد

الاستمارة:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 – قالمة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

القسم: علم الاجتماع **التخصص: ماستر 2 علم اجتماع الصحة**

إعداد الطالب: **تحت إشراف الأستاذ:**

قداش محي الدين **لعموري مهدي**

نحن بصدد إنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر بعنوان: الرعاية الإجتماعية للأطفال المصابين التوحد، ارجو منكم الإجابة على هذه الأسئلة في سبيل إنجاز هذا البحث، وشكراً.

ملاحظة: هذه المعلومات التي نحن بصدد جمعها لن تُستَخْدم إلا لأغراض البحث العلمي ولن يتم مشاركتها مع أي جهة أخرى.

المحور الأول: البيانات الشخصية

1- الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

2- سنوات الخبرة: اقل من 5 سنوات ☐ من 10 الى 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة ☐

3- المستوى التعليمي: .....

4- التخصص: .....

5- المهنة: .....

المحور الثاني: الأساليب تعليمية لأطفال التوحد

6- هل يتم توفير بيئة تعليمية منظمة وهادئة لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐ الى حد ما ☐

7- هل تستخدم أدوات ومناهج تعليمية مصممة خصيصًا لتعزيز التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐

- **إذا أجبت بنعم ، كيف ذلك؟**

.....

.....

8- هل تستطيع الأساليب التعليمية تحفيز أطفال التوحد لتطوير مهاراتهم الفردية بشكل أفضل؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

9- هل توفر الأساليب التعليمية الدعم النفسي والاجتماعي لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

10- هل توفر الأساليب التعليمية الدعم اللازم لتحقيق أهداف التحصيل الأكاديمي لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐ الى حد ما ☐

11- هل يتم تشجيع التفاعل الفردي وتحقيق المهارات الفردية لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐

- **إذا أجبت بنعم، كيف يتم ذلك؟**

.....

.....

12- هل يتم تنظيم الوقت والجدول الزمني في البرنامج التعليمي لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐

- **إذا أجبت بنعم، كيف ذلك؟**

.....

.....

13- هل يتم تنمية مهارات الاستقلالية للأطفال التوحد في البرنامج التعليمي؟

نعم ☐ لا ☐

- **اذا اجبت بنعم، كيف يتم ذلك؟**

.....

.....

14- كيف يتم تشجيع اطفال التوحد على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين؟

.....

.....

15- هل يتم تقييم تقدم أطفال التوحد في التحصيل الأكاديمي وتطوير المهارات الفردية؟

نعم ☐ لا ☐

- **إذا اجبت بنعم، كيف يتم ذلك؟**

.....

.....

16- هل تلاحظ تحسنًا في تحصيل أطفال التوحد بعد تطبيق الأساليب التعليمية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

المحور الثالث: برامج الدمج الاجتماعي لأطفال طيف التوحد

17- هل تشجع برامج الدمج الاجتماعي على تطوير المهارات الاجتماعية والتفاعلية لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

18- هل توفر برامج الدمج الاجتماعي دعمًا ومتابعة مستمرة لأطفال التوحد خلال فترة المشاركة في البرامج؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

19- كيف يمكن لبرامج الدمج الاجتماعي تعزيز تطوير المهارات الفردية لأطفال التوحد؟

.....

.....

20- كيف يتم تعزيز مفهوم الانتماء والاندماج في برامج الدمج الاجتماعي؟

.....

.....

21- فيما تتمثل الأنشطة التي يتم تنظيمها في برامج الدمج الاجتماعي لتعزيز التفاعل والتواصل الاجتماعي؟

.....

.....

22- كيف تعمل برامج الدمج الاجتماعي على تعزيز التفاعل بين أطفال التوحد وأقرانهم؟

.....

.....

23- هل يتم تقديم برامج الدمج الاجتماعي بشكل مستدام ومنتظم على مدار السنة؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

24- هل يتعاون المركز مع المؤسسات والجهات الأخرى لتعزيز برامج الدمج الاجتماعي؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

25- هل يشارك أطفال التوحد في البرامج الاجتماعية والثقافية المتاحة للأطفال العاديين في المجتمع؟

نعم ☐ لا ☐ الى حد ما ☐

26- هل تتماشى برامج الدمج الاجتماعي مع مبدأ تنوع الاحتياجات والقدرات لأطفال التوحد؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

27- كيف يتم تقييم فعالية الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الاجتماعي لأطفال التوحد؟

.....

.....

28- هل لاحظت تحسنًا في قدرة الطفل التوحدي على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين بعد تطبيق الأساليب التعليمية وبرامج الدمج الاجتماعي؟

نعم ☐ لا ☐ لاحظت تحسنًا طفيفًا في قدرة الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي ☐

ملخص

الدراسة

ملخص الدراسة:

يعتبر موضوع الرعاية الإجتماعية من بين المواضيع المهمة التي عولجت بشكل جدي وملفت في علم اجتماع الصحة، وقد تعددت المداخل النظرية والدراسات السابقة التي حددت مكونات الرعاية الإجتماعية في علاقتها بالمتغيرات السوسيوصحية، فقد حاولنا من خلال دراستنا هذه تسليط الضوء على مساهمة المركز النفسي البيداغوجي لمعاقين ذهنيا في توفير الرعاية الاجتماعية اللازمة للأطفال المصابين بالتوحد. ونظرا لطبيعة هذه المراكز في التكفل بالمعاقين ذهنيا وتوفير الرعاية اللازمة لتلبية احتياجاتهم النفسية والاجتماعية والصحية والتعليمية بصفة دائمة مما يتيح لهذه الفئات فرصة الاندماج في المجتمع العادي، وذلك عبر تخصيص واستخدام برامج خاصة والاهتمام المكثف بتلبية تلك الاحتياجات، حيث تمثلت مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: " **كيف يقدم المركز محل الدراسة الرعاية الإجتماعية اللازمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟** "

وللإجابة على هذا الإشكال افترضنا فرضية رئيسية مفادها:

" **يقدم المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة – الرعاية الإجتماعية اللازمة من خلال جملة الأساليب التعليمية والبرامج التي من شأنها أن تساعد على الدمج الإجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.** "

وفرضيتين فرعيتين كالتالي:

- يتم توفير أساليب تعليمية متخصصة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا في ولاية قالمة وتلبي إحتياجات أطفال التوحد وتعزز قدراتهم الخاصة.
- تساهم البرامج المقدمة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا لولاية قالمة في تحقيق الدمج الإجتماعي لأطفال التوحد.

وانطلاقا من ذلك حاولنا دراسة متغير الرعاية الإجتماعية كتشخيص واقعي من خلال دراستنا التي أجريناها

في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا – قالمة، وجسدنا ذلك من خلال دراستنا التي عرضناها في 4 فصول والتي تناولنا فيها كل ما يخص الرعاية الاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية بالإضافة الى التعريف بالتوحد حيث توصلنا إلى النتائج التالية:

- المركز النفسي يهتم بتقديم اساليب تعليمية خاصة لأطفال التوحد تلبي احتياجاتهم الفردية وتعزز قدراتهم الخاصة.
- برامج الدمج الاجتماعي تساهم على تعزيز التواصل والتفاعل لدي الطفل التوحدي.

ومنه نستنتج ان المركز يوفر الرعاية الاجتماعية اللازمة للطفال المصابين بالتوحد، كما وله دور ككبير في تعزيز وتطوير التواصل والتفاعل لديهم وذلك بسبب البرامج والأساليب المعتمدة.

Résumé de l'étude :

Le sujet **des** soins sociaux est l'un des sujets importants qui a été sérieusement et remarquablement traité dans le domaine de la sociologie de la santé. Il existe de multiples approches théoriques et études antérieures qui ont identifié les composantes des soins sociaux et leur relation avec les variables socio-sanitaires. À travers cette étude, nous avons tenté de mettre en évidence la contribution du centre psychopédagogique pour les personnes handicapées mentales dans la fourniture des soins sociaux nécessaires aux enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme. En raison de la nature de ces centres qui prennent soin des personnes handicapées mentales et fournissent en permanence les soins psychologiques, sociaux, sanitaires et éducatifs nécessaires pour répondre à leurs besoins, ces groupes ont l'opportunité de s'intégrer dans la société ordinaire. Cela se fait en allouant et en utilisant des programmes spécifiques et en accordant une attention intensive à la satisfaction de ces besoins. Le problème de l'étude était formulé par la question principale suivante : "**Comment le centre étudié fournit-il les soins sociaux nécessaires aux enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme ?**"

Pour répondre à cette question nous avons formulé l'hypothèse principale suivante :

- "Le centre psychopédagogique pour les personnes handicapées mentales – Guelma – fournit les soins sociaux nécessaires par le biais de diverses méthodes d'enseignement et de programmes qui contribuent à l'intégration sociale des enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme."

Nous Avons également formulé deux hypothèses secondaires comme suite:

- Des méthodes d'enseignement spécialisées sont fournies par le centre psychopédagogique pour les personnes handicapées mentales dans la wilaya de Guelma, répondant aux besoins des enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme et renforçant leurs capacités spéciales.
- Les programmes proposés par le centre psychopédagogique pour les personnes handicapées mentales dans la wilaya de Guelma contribuent à la réalisation de l'intégration sociale des enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme.

Sur cette base, nous avons tenté d'étudier la variable des soins sociaux en tant que diagnostic réaliste à travers notre étude menée au centre psychopédagogique pour les personnes handicapées mentales – Guelma. Nous avons présenté cette étude en quatre chapitres, dans lesquels nous avons abordé tous les aspects des soins sociaux pour les enfants atteints de trouble du spectre de

l'autisme dans les centres psychopédagogiques, en plus de la définition de l'autisme. Nous avons abouti aux résultats suivantes:

- Le centre psychopédagogique se soucie de fournir des méthodes d'enseignement spéciales qui répondent à leurs besoins individuels et renforcent leurs capacités spéciales.
- Les programmes d'intégration sociale contribuent à renforcer la communication et l'interaction chez l'enfant autiste.

Par conséquent, nous concluons que le centre fournit les soins sociaux nécessaires aux enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme, et joue un rôle important dans le renforcement et le développement de leur communication et de leur interaction en raison des programmes et des méthodes adoptés.

Study Summary:

The topic of social care is among the important subjects that have been seriously and prominently addressed in the field of health sociology. Various theoretical approaches and previous studies have identified the components of social care in relation to socio-health variables. Through our study, we aimed to shed light on the contribution of the psycho-pedagogical center for mentally disabled individuals in providing the necessary social care for children with autism. Due to the nature of these centers in taking care of mentally disabled individuals and providing continuous psychological, social, health, and educational support to meet their needs, it allows these groups the opportunity to integrate into mainstream society. This is achieved through the allocation and use of special programs and intensive attention to meeting those needs. The problem of the study was framed by the following main question: "**How does the studied center provide the necessary social care for children with autism spectrum disorder**"**?**

To answer this question, we hypothesized that:

- "The psycho-pedagogical center for mentally disabled individuals in Guelma provides the necessary social care through a range of educational methods and programs that help facilitate the social integration of children with autism."

Two sub-hypotheses were proposed as follows:

- Specialized educational methods are provided at the psycho-pedagogical center for mentally disabled individuals in Guelma that meet the needs of children with autism and enhance their special abilities.
- The programs provided at the psycho-pedagogical center for mentally disabled individuals in Guelma contribute to achieving social integration for children with autism.

Based on these hypotheses, we attempted to study the variable of social care as a realistic diagnosis through our study conducted at the psycho-pedagogical center for mentally disabled individuals in Guelma. We presented our findings in four chapters, where we addressed all aspects related to the social care provided for children with autism in psycho-pedagogical centers. Additionally, we provided an introduction to autism. The following results were obtained:

- The psycho-pedagogical center is concerned with providing specialized educational methods that meet the individual needs of children with autism and enhance their special abilities.

- Social integration programs contribute to enhancing communication and interaction for autistic children.

From this, we can conclude that the center provides the necessary social care for children with autism. It also plays a significant role in promoting and developing communication and interaction skills in these children due to the programs and methods employed.