جامعـــــــة الجزائـــــــر 02
ابو القاسم سعد الله
كليـــة العلـــوم الاجتماعيـــــة
قســـم علـــوم التربيـــة

تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات، كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، كما يراها الاولياء والمختصون، وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في التربية الخاصة

إعداد الطالب: رابح شليحي
إشراف : أ.د/ سامية شويعل

السنة الجامعية
2018/2017

جامعـــــــة الجزائـــــــر 02
ابو القاسم سعد الله
كليـــة العلـــوم الاجتماعيـــــة
قســـم علـــوم التربيـــة

تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات، كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، كما يراها الاولياء والمختصون، وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في التربية الخاصة

إعداد الطالب: رابح شليحي
إشراف : أ.د/ سامية شويعل

السـنة الجـامعية
2018/2017

أعـــوذ بالله مـــن الشيطـــان الرجيـــم

بسـم الله الرحمـــن الرحيـــم

﴿ قالُـوا سُبْحَانَـكَ لَا عِلْـمَ لَنَـا إِلَّا مَـا عَلَّمْتَنَـا إِنَّكَ أَنْـتَ
الْعَلِيـمُ الْحَكِيـمُ ﴾

صـدق الله العظيـم

سورة البقـرة: آيـة 32

اليك يا من أحمل اسمك بكل فخر **ابي الغالي**

اليك يا كل من في الوجود بعد الله ورسوله **أمي الحبيبة**

اليكم يا من أظهروا لي ما هو أجمل من الحياة **إخوتي وأبنائهم**

اليكم يا دقات قلبي التي تنبض **زوجتي وأبنائي** ⋆ **منو، يحي، بلقيس، أسينات** ⋆

الى كل **أم** تناضل من أجل **طفل توحدي**، الى كل **مختص** يعمل مع **طفل توحدي**، الى كل **باحث** جعل **الطفل التوحدي** قيد اهتمامه.

الى كل **أم** كافحت وتكافح من أجل **ابنها التوحدي**

اليكم جميعا اهدي هذا العمل

الباحث

أشكر الله العلي القدير الذي أنعم عليّ بنعمة العقل والدين. القائل في محكم التنزيل "وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ "سورة يوسف آية 76 ....صدق الله العظيم .وقال رسول الله (صلي الله عليه وسلم)":من صنع إليكم معروف فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه به فادعوا له حتى تروا أنكم كافأتموه ."

ليس هناك أجمل من الاعتراف بعد فضل الله سبحانه و تعالى بفضل شخص علينا، و انطلاقا من قوله صلى الله عليه وسلم: (لا يَشْكُرُ اللّهَ مَنْ لا يَشْكُرُ النّاسَ)

أتقدم اليوم بكلمة شكر و عرفانا لمشرفة استحقت منا كل التقدير والاحترام، أعطت الكثير و مازالت تعطي من و قتها و فكرها و جهدها دون انتظار الثناء أو الشكر، الى مشرفة تشرفت بقبولها الإشراف على أعمالي الاكاديمية طيلة ثماني سنوات الماضية – رسالة الماجيستير و رسالة الدكتوراه، أتقدم لك بجزيل الشكر و التقدير على كل ما قدمته لي من نصائح، من توجيهات، من مساعدات، توجت باستكمال هذا الجهد، فبارك الله فيك و بك و بوركت جهودك و جزاك الله عنا خير الجزاء عنك اتحدث استاذتي **أ.د سامية شويعل**، كما انني اشكر الأساتذة الافاضل أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل، كما لا أنسى كل **أساتذة علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا لجامعة الجزائر 02** الذين درسوني في مرحلة الماجيستير و على رأسهم **أد تعوينات علي** وأساتذتي في **قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا بجامعة الحاج لخضر باتنة**، كم لا أنسى **زملائي أساتذة جامعة د.يحي فارس المدية** الذين قدموا لي المساعدة فلهم جزيل الشكر

دون أنسى أساتذة قسم التربية الخاصة بكلية الاميرة رحمة جامعة البلقاء التطبيقية بالمملكة الهاشمية **د. محمد عبد رمضان السكارنة** الفاضل، أشكر **أد جميل الصمادي** من قسم التربية الخاصة بكلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية

والأساتذة المحكمين لأدوات البحث. **د.برغوتي توفيق** مركز البحث في العلوم الاسلامية و الحضارة بالأغواط و **د.رمضان عاشور حسين** من جمهورية مصر العربية ود. **تومي الطيب** من جامعة سطيف 02 ود. **مزيد عبد الفتاح حياصات**، و د. **هيام جميل قطناني** من جامعة البلقاء التطبيقية ود. **أمين محفوظي** ود.**عباسي سعاد** من جامعة د.يحي فارس المدية، و**أ.د ياسر خلف رشيد علي الشجيري** من جامعة الانبار العراق

وأيضا وفاءً وتقديراً واعترافاً مني بالجميل أتقدم بجزيل الشكر لأولئك المخلصين الذين لم يدخروا جهد في مساعدتي في التطبيق الميداني على رأسهم **عديلة** التي ساهمت بشكل كبير في الدراسة الميدانية و **السيدة أورحمون** في مديرية النشاط الاجتماعي لولاية قسنطينة و كل **العاملين في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية قسنطينة**

كما وأشكر السيدة **رئيسة جمعية الحياة أمل للتوحديين** و كل **أمهات التوحديين** الذين تعاونوا معي من بداية التطبيق الى نهايته

كما و أشكر كل **العاملين في المراكز النفسية البيداغوجية بولاية باتنة** الذين قدموا لي المساعدة

واشكر الصديق و الزميل **الأستاذ مبارك مهدي** على تعاونه و كل **العاملين و أولياء التوحديين في المركز النفسي البيداغوجي مسيلة و مركز التوحديين بمسيلة**

وأخير ,أتقدم بجزيل شكري إلي **كل من قدموا لي يد العون والمساعدة** في إخراج هذه الرسالة على أكمل وجه، أصدقائي جميعا.

اليكم جميعا أقدم شكري و عرفاني بجميلكم

الباحث

ملخص البحث باللغة العربية

إن الهدف الاساس والرئيسي من البحث الحالي هو ابراز وتوضيح طبيعة و ماهية متغيري الدراسة اي عملية تحديد مؤشرات لضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات كمنحى تكفلي، وتحديد درجة مشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر كالتالي:

- محاولة تحديد اهم مؤشرات لضبط جودة التكفل في تقديم البرامج والخدمات للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأسرهم داخل المراكز المختصة (المراكز النفسية البيداغوجية التابعة للحكومة، او التابعة لمختلف الجمعيات المتخصصة) في الشرق الجزائري كما يدركها المختصين العاملين بهذه المراكز والجمعيات.
- محاولة تحديد اهم المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر ومعرفة درجة شيوعها بينهم من وجهة نظر اوليائهم والمختصين العاملين معهم في المراكز والجمعيات المتخصصة.

وتكونت عينة الدراسة من 250 من الأولياء والمختصين، منهم 164 ولي طفل توحدي الامهات بلغ عددهم 143 أم و21 أب، و86 مختص منهم 16 ذكر و70 أنثى من مختلف المراكز النفسية البيداغوجية، والمؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية والمراكز التابعة للجمعيات المختصة بالتوحد بالإضافة الى مركز التوحديين المنتمين الى بعض مناطق الشرق الجزائري (قسنطينة، باتنة، مسيلة)

ولجمع البيانات تم بناء أداتين أولاهما: **القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر** هدفها تحديد المشكلات ودرجة شيوعها أما الثانية: **مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته** وهدفها تحديد مؤشرات لجودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته، وقد تم التوصل الى دلالات صدق وثبات الأداتين بررت استخدامهما في الدراسة الأساسية

وقد اشارت النتائج الى ما تم الوصول اليه و الخاص بـ درجة المشكلة وشيوعها وبين مستوى مؤشرات جودة التكفل كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة على الاداتين تبعا لمتغيرات جنس ولي الطفل التوحدي، جنس المختص، درجة الاصابة بالتوحد، المستوى الاقتصادي– الدخل الشهري – لأسرة الطفل المصاب بالتوحد، التخصص الوظيفي للمختص، وخبرة المختص.

الكلمات المفتاحية للبحث: مشكلات الطفل التوحدي وأسرته، مؤشرات ضبط الجودة، البرامج والخدمات، منحى تكفلي، المتغيرات الديمغرافية، الاولياء والمختصين.

ملخص البحث باللغة الإنجليزية

Research Title:

determining the indicators of quality control in providing programs and services, as a trend of ensuring the problems of autistic child and his family in Algeria, as realized by the parents and specialists, in light of some demographic variables

Abstract

The main objective of this research is to highlight and clarify the nature of the relationship between , ie the prosses of determining in the indicators of quality control providing programs and services as a trend of ensuring , and the degree of problems of the child autistic and his family in Algeria. Before achieving this objective, we must achieve the following two objectives:

- trying to determining the most important indicators to control the quality of care in the provision of programs and services for children with autism spectrum disorder and their inside specialized centers (the psycho pedagogic centers of the government or that related to different specialized associations) in the eastern Algerian as recognized by specialists working in these centers and associations.
- trying to determining the most important problems facing the autistic child and his family in Algeria and know the degree of prevalence among them from the point of view of their parents and specialists working with them in centers and specialized associations.

The study sample consisted of 250 of them, 164 of them were autistic children, 143 of them were mothers, 21 were fathers and 86 were specialists, and 70 were specialists from different pedagogical centers, psychiatric institutions and centers. Of the Autistic Associations in addition to the center of the autistic who belong to some areas of the eastern Algerian (Constantine, Batna, Msela)

in order to collect data we developed two instruments first one evaluation list of the problems of the autistic child and his family in Algeria to determining the problems and their prevalence. Items at determining the indicators of quality control of ensuring quality of autistic child's problems and his family , these instruments proved there fiability and consistency which justified to be applicated the basic study .

The results indicated a positive relationship between the degree of the problem's prevalence and the level of indicators of quality of handling. The results also showed statistic and substancial differences between the sample of the study on the two instruments according to the variables of the gender of the autistic child, the gender of the specialist, the degree of autism, the economic level, The family of the child with autism, the specialist specialization of the specialist, and the expertise of the specialist.

Keywords: problems of the autistic child and his family , Quality control indicators, Programs and services , ensuring trend , demographic variables, parents and specialists.

محتوى البحث

الرقم	الموضوع	الصفحة
	الاهداء	
	الشكر و التقدير	
	ملخص البحث باللغة العربية	أ
	ملخص البحث باللغة الإنجليزية	ب
	قائمة المحتويات	د
	قائمة الجداول	ي
	قائمة الاشكال	م
	قائمة الملاحق	ن
	مقدمة	1
	الإطار النظري	
	الفصل الأول : الاطار العام للبحث	
1	إشكالية البحث	6
2	فرضيات البحث	11
3	أهمية البحث	12
4	أهداف البحث	13
5	الضبط الاجرائي لمصطلحات البحث	13
6	حدود البحث ومحدداته	16
7	الدراسات السابقة	16
1-7	الدراسات المتعلقة بمتغير مشكلات الطفل التوحدي واسرته	16
2-7	الدراسات المتعلقة بمتغير جودة البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين واسرهم	22
3-7	التعقيب على الدراسات السابقة	28
	الفصل الثاني : التوجهات الحديثة في مفهوم و تشخيص التوحد	
1	تطور مفهوم التوحد	32
2	ملخص مفهوم اضطراب طيف التوحد	36
3	العلاقة بين مراحل النمو للطفل التوحدي و مظاهره السلوكية	37

4	مبادئ التقييم والتشخيص والتقويم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد	37
1-4	التقويم متعدد التخصصات	37
2-4	التشخيص متعدد الابعاد (الأوجه)أو التكاملي	38
3-4	ضوابط التشخيص متعدد التخصصات و فريق العمل	39
5	التوجه الحديث في عملية التشخيص	40
1-5	التشخيص متعدد المستويات	40
أ	المستوى الأول المحكات التشخيصية	40
ب	المستوى الثاني محكات التحديد	41
ج	المستوى الثالث محكات تحديد مستوى الشدة	41
6	اضطراب التوحد والتصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق	38
7	اضطراب طيف التوحد و التصنيف الدولي للأمراض النسخة 11 معدلة	39
8	اضطراب التوحد و الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية للجمعية الامريكية (DSM5, 2013)	39
9	المعايير الجديدة لتشخيص فئة اضطراب طيف التوحد	39
10	مدى انتشار اضطراب طيف التوحد في العالم	42
11	المؤشرات الدلالية المبكرة للإصابة بالتوحد	44
12	أهمية العمل متعدد التخصصات مع الطفل التوحدي	46
13	مقومات فريق العمل متعدد التخصصات	47
14	التخصصات الواجب وجودها ضمن فريق العمل متعدد التخصصات	48
15	الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدى	49
	الفصل الثالث: البرامج والخدمات المقدمة للأطفال التوحديين وأسرهم ومشكلاتهم	
1	معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة	54
2	الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين	54
3	البرامج المقدمة للأطفال التوحديين	59
4	تطوير البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين	64
5	العناصر المشتركة للبرامج التربوية النموذجية لتعليم الأطفال التوحديين	65

6	مشكلات الفئات الخاصة	69
7	مشكلات الطفل التوحدي واسرته	71
8	تأثير الطفل التوحدي على الاسرة	72
9	مشكلات أخرى تواجهها اسر الأطفال التوحديين	73
10	قصور الخدمات والبرامج الموجهة للتوحديين كأكبر مشكلة	76
11	الهدف من الاعتماد على معايير ومؤشرات الجودة في مراكز التوحديين وباقي الفئات	76
	الفصل الرابع: معايير ومؤشرات جودة التكفل بالأطفال التوحديين	
1	مقاربة مفاهيمية لماهية الجودة	81
1-1	مفهوم الجودة	81
2-1	ضبط الجودة	82
3-1	معايير الاعتماد وضبط الجودة	83
4-1	مؤشرات ضبط الجودة	84
5-1	الفرق بين مصطلحي المؤشرات والمعايير	85
2	نماذج الجودة الشاملة	86
3	آليات ضبط الجودة	88
4	محاور ضبط الجودة	89
5	آلية تطوير معايير الجودة ومؤشراتها	92
6	ضمان الجودة	93
7	قياس الجودة	94
8	تشكيل فريق تطبيق الجودة	95
9	الجودة و تطبيقاتها في البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين	95
1-9	الجودة في العملية التربوية	96
2-9	الجودة في برامج رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات	96
3-9	العوامل المؤثرة في جودة الخدمة في مراكز رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	96
10	محاور مؤشرات ضبط الجودة	97
11	أبعاد مؤشرات الجودة و توظيفها	97

12	الجودة والتربية الخاصة	97
13	تطبيق نظام الجودة الشاملة في مؤسسات التربية الخاصة	98
14	الجودة و النوعية في برامج و خدمات التربية الخاصة في الدول العربية	101
15	معايير ضبط الجودة في برامج التربية الخاصة	101
16	مؤشرات ضبط الجودة في برامج التوحد	102
	الإطار العملي	
	الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته	
	إجراءات الدراسة الميدانية	108
أولا	إجراءات الدراسة الاستطلاعية للبحث	108
1	خطوات الدراسة الاستطلاعية	108
2	حدود الدراسة الاستطلاعية	109
3	عينة الدراسة الاستطلاعية	110
4	أدوات البحث	112
1-4	استبيان مفتوح خاص بتحديد المشكلات	112
2-4	استبيان مفتوح خاص بالمؤشرات لضبط الجودة	112
3-4	المقابلة	112
4-4	تحليل المحتوى	112
5-4	القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر	112
1-5-4	وصف القائمة	114
2-5-4	الخصائص السيكو مترية للقائمة التقديرية	115
6-4	مقياس مؤشرات جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته	119
1-6-4	وصف المقياس	121
2-6-4	الخصائص السيكو مترية للمقياس	122
ثانيا	إجراءات الدراسة الاساسية للبحث	127
1	منهج البحث	128
2	حدود البحث – الدراسة الأساسية-	129
3	العينة الأساسية للبحث وخصائصها	129

4	الاساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من الفرضيات	131
	الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج	
1	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى	133
1-1	عرض نتائج الفرضية الأولى	133
2-1	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى	135
2	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية	137
1-2	عرض نتائج الفرضية الثانية	137
2-2	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية	138
3	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	139
1-3	عرض نتائج الفرضية الثالثة	139
2-3	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	140
4	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	141
1-4	عرض نتائج الفرضية الرابعة	141
2-4	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	142
5	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة	143
1-5	عرض نتائج الفرضية الخامسة	143
2-5	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة	144
6	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة	145
1-6	عرض نتائج الفرضية السادسة	145
2-6	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة	146
7	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة	147
1-7	عرض نتائج الفرضية السابعة	147
2-7	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة	152
8	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة	153
1-8	عرض نتائج الفرضية الثامنة	153
2-8	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة	153
9	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة	155

1-9	عرض نتائج الفرضية التاسعة	155
2-9	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة	156
10	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة	157
1-10	عرض نتائج الفرضية العاشرة	157
2-10	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة	158
	استنتاج عام	160
	خاتمة	165
	التوصيات و الاقتراحات	166
	قائمة المراجع	169
	الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	العلاقة بين المراحل العمرية والمظاهر السلوكية للطفل	36
02	يبين نسب انتشار التوحد في العالم	46
03	محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الاحصائي و التشخيصي DSM5	47
04	يبين مستويات مؤشرات الجودة	84
05	يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاستطلاعية وفق متغيرات البحث –الاولياء–	110
06	يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاستطلاعية وفق متغيرات البحث –المختصين–	111
07	يوضح نسب اتفاق المحكمين على فقرات القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر	115
08	يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين.	116
09	يوضح قيمة –ت– للصدق التمييزي للقائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و اسرته	117
10	يبين صدق الاتساق الداخلي للقائمة التقديرية للمشكلات	117
11	يبين معامل ثبات بنود القائمة التقديرية للمشكلات بطريقة الفا كرومباخ	118
12	يبين معامل ثبات محاور القائمة التقديرية للمشكلات بطريقة الفا كرومباخ	118

13	يوضح معاملات الثبات للقائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته بطريقة التجزئة النصفية	119
14	يوضح نسب اتفاق المحكمين على فقرات مقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر	122
15	يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين	124
16	يوضح قيمة –ت- للصدق التمييزي لمقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته	125
17	يبين معامل الاتساق الداخلي بين درجة ارتباط الابعاد بالدرجة الكلية	125
18	يبين معامل الاتساق الداخلي بين درجة البنود و الدرجة الكلية	126
19	يوضح معاملات الثبات لمقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته بطريقة التجزئة النصفية	127
20	يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاساسية وفق متغيرات البحث	130
21	يبين ترتيب شيوع المشكلات حسب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري	133
22	يبين قيمة –ت- لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير جنس الولي	137
23	يوضح نتائج اختبار –ت- لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة – المختصين – على القائمة التقديرية للمشكلات تبعا لمتغير الجنس – المختص -	139
24	يبين قيمة اختبار –ت- لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة – أولياء ، مختصين – على القائمة التقديرية للمشكلات حسب متغير الجنس	141

25	يبين قيمة –ف– لدلالة الفرق بين متوسطي درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير درجة الإصابة **– خفيفة ، متوسطة ، شديدة –**	143
26	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** لدلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير الدخل الشهري للأسرة (عالي ، متوسط ، ضعيف)	146
27	يبين النتائج المحصل عليها من خلال استخدام مقاييس الإحصاء الوصفي لاستجابات عينة الدراسة (المختصين).	148
28	يوضح نتائج اختبار –ت– لدلالة الفروق بين الجنسين – ذكور ، إناث – للمختصين	151
29	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين **ANOVA** لدلالة الفروق بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي	153
30	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين **ANOVA** لدلالة الفروق بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي	155
31	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين **ANOVA** لدلالة الفروق بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص	157

فهرس الاشكال التوضيحية

الرقم	الشكل	الصفحة
01	الخصائص الأساسية لاضطراب طيف التوحد والاضطرابات المصاحبة له	43
02	منحنى بياني يبين ارتفاع نسب انتشار التوحد عبر السنوات	46
03	يوضح آليات ضبط الجودة	88
04	يبين مدخل النظم في إدارة الجودة	94
05	يمثل مخطط لأهم محاور مؤشرات ضبط الجودة	97

فهرس الملاحق

الرقم	الموضوع
01	استبيان مفتوح حول تحديد مشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر
02	استبيان مفتوح حول تحديد مؤشرات جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته
03	القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر
04	مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته
05	القائمة الاسمية للمحكمين لأدوات الدراسة

مقدمة:

شهدت التربية الخاصة تطورا كبيرا في مختلف المجالات النفسية، الاجتماعية والتربوية، ولم يكن هذا التطور بمنأى عن عالمنا العربي الذي استفاد كثيرا من خبرات وتجارب باقي دول العالم في هذا المجال، لا سيما في مجال رعاية وتربية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، والجزائر دولة من الدول التي شهدت هذا التطور وهذه الاستفادة من تجارب دول العالم فتم انشاء المراكز والمؤسسات المختصة التي تعنى بتلك الفئات وطورت البرامج والمناهج الخاصة بهذه الفئات أيضا ورغم ذلك تبقى هذه الجهود غير كافية للوصول الى جودة التكفل وتقديم البرامج والخدمات . كما لا يخفى ان العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى الكثير من الجهود الإدارية والفنية لجميع الفئات بغض النظر عن نوع الاضطراب أو الإعاقة.

وما المصابين باضطراب طيف التوحد الا فئة من الفئات الخاصة التي تعاني الامرين من جراء هذا الاضطراب، كما ان اسرهم لم يسلموا من اثار ذلك . وقد مس ذلك كامل التراب الوطني دون استثناء، ومن هذا المنطلق كان اهتمامنا بهذا الموضوع وبالأخص في بعض المناطق الشرقية للجزائر.

وهكذا فإن الاهتمام بالتوحد أصبح من ضروريات الحياة العلمية والمهنية لمختلف شرائح المجتمع المعاصر وذلك لخطورته على الجنس البشري بصفة عامة ولانتشاره بين عدد كبير من الاطفال، وترجع أهمية ذلك إلى غموض مفهومه –القصد منه مع صعوبة تحديد مسبباته وأسبابه العميقة والعوامل الحقيقية المؤدية الى الإصابة به، وقد عمت هذه النظرة لطيف التوحد الكثير من الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية.

فالتوحد هو أكثر الاضطرابات والإعاقات غموضاً، وهذا باعتراف جل العلماء والباحثين في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس وعلوم التربية، كما ويرجع هذا الغموض أيضا إلى أن الطفل التوحدي لا تظهر عليه علامات الاضطراب كغيره من الأطفال الآخرين لأنه يتسم بالوسامة والمظهر الخارجي العادي وانما عجزه على المستوى الخفي حيث تكون لديه علامات غريبة كالانطواء والرغبة في العزلة وضعف التواصل الإدراكي والاجتماعي واللغوي والحركي، وهذا لا يعني انه يعاني وحده دون ترك اثار على الاخرين، فالمتأثر الكبير بإصابة الطفل بهذا الاضطراب هي الاسرة التي تعيش حالة من اللااستقرار على جميع الأصعدة الاجتماعية النفسية والوجدانية وحتى الواقع الاقتصادي للأسرة يتأثر سلبا بوجود طفل توحدي .

ولذلك اخذت مشكلة التكفل بحالات التوحد الحيز الكبير من اهتمام الباحثين والاختصاصين والأطباء الذين يعملون بمجال التوحد نظراً لأهميته في الكشف المبكر، والبحث عن أسباب هذا الاضطراب كمقدمة للبدء بمسيرة التكفل به ثم الانطلاق نحو علاج التوحد والتخفيف من معاناة التوحديين وأسرهم، ويعتبر تقديم الرعاية والخدمات للمصابين بالتوحد وغيره من اضطرابات النمو من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وخصوصاً في مراحله الأولى – الاكتشاف والتشخيص –

وهذا يفرض على كل المهتمين بهذا الاضطراب (اسر، باحثين، اختصاصيين ...) التفكر بجدية في التكفل بكل المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وذويه، ولعل من بين أهم الاليات التكفلية بالتوحدي ومشكلاته واسرته هي تطبيق جودة التكفل، المصطلح الذي يعد من التوجهات الحديثة في قاموس التربية الخاصة وتحد أمام كل العاملين والمهتمين والباحثين في الميدان حيث ينتظر التطبيق والممارسة الميدانية نحو تحقيق الجودة والتميز في تقديم الرعاية والتكفل العلمي الذي يساهم بشكل إيجابي في احتواء ما يعانيه الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

إذ يعاني الأطفال التوحديين وأسرهم في الولايات الشرقية للجزائر أشد المعاناة جراء إصابة أبنائهم بهذا الاضطراب وذلك لصعوبة التعامل معه وحاجته لأوقات أطول من اللازم كي يفهمها من لديه طفل توحدي، إضافة إلى المبالغ الكثيرة التي تصرف لعلاجه والإمكانيات المختلفة التي توفرها الاسرة لابنها لأنه اضطراب في النمو العصبي معقد ولا يتم استقبالهم في المدارس والمستشفيات.

مطالبين الجهات المختصة بإنشاء مراكز للتوحد بأسرع ما يتسنى لأنه يعتبر اضطراب جديد على الجزائر بل في العالم بأكمله، كما أن العلماء والمختصين إلى الآن لم يتوصلوا إلى تحديد ماهيته بالضبط أو حتى الوصول الى مسبباته، وأكدت آخر الإحصائيات أن في الجزائر مئة ألف طفل مصاب بالتوحد (100000). ناهيك عن صعوبة التعامل مع هذه الفئة لأنه في عالم آخر عالم قوقعي لا يدرك العالم الخارجي الا في ذاته، ويحتاج وقتا حتى يتلقى المعلومة، وكل هذا يمد بظلاله على الاسرة من جهة والطفل بحد ذاته بالكثير من المشكلات والصعوبات التي تحول دون رعايته والتكفل به بشكل لائق وعادل

لذا ولقلة الأدبيات التي تتحدث في مجال تحديد مشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، وتحديد مؤشرات لجودة التكفل بهذا الاضطراب، ونظرا للرغبة الشديدة التي تحدو الباحث في تناول هذا الاضطراب والتي كانت من بين اهم الأسباب لاختيار هذا الموضوع بالذات، فقد جاء هذا البحث محاولة للمساهمة في إثراء المكتبة العربية وبالأخص الجزائرية ويساعد الباحثين والطلبة على دراسة هذا الموضوع والاستفادة منه في التعرف على معاناة التوحديين واسرهم وكيفية احتواء هذه المعاناة، ومن هنا فإن هذا البحث جاء في إطارين نظري وعملي وبخمسة فصول متتالية تتحدث عن التوحد وجودة التكفل كما سيأتي

- الإطار النظري ويحتوي على الفصول التالية:

الفصل الأول وجاء بعنوان الإطار العام للبحث والذي تناولنا فيه: إشكالية البحث وفرضياته محددين أهدافه التي نصبو الى تحقيقها من خلاله، وأهمية، بالإضافة الى تحديد الضبط الاجرائي لمصطلحات البحث، وحدود ومحدداته، موضحين أهم الدراسات السابقة التي لها علاقة بالبحث

الفصل الثاني والمعنون التوجهات الحديثة في مفهوم وتشخيص التوحد وقد تحدثنا فيه عن التوجهات الحديثة في المفهوم والتشخيص والخصائص ونسبة انتشاره، ومبادئ التقييم والتشخيص والتقويم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ثم تناولنا اضطراب طيف التوحد والتصنيف الدولي للأمراض النسخة 11 معدلة والتصنيف التشخيصي

الخامس للأمراض العقلية للجمعية الامريكية DSM5، بالإضافة الى مقومات فريق العمل متعدد التخصصات للتكفل بالطفل التوحدي واسرته.

الفصل الثالث والمعنون بـ البرامج والخدمات المقدمة للأطفال التوحديين الذي تناولنا فيه كل ما يتعلق بالبرامج والخدمات التي تقدم للتوحديين وأسرهم على سبيل التكفل وتقديم الرعاية، ثم تناولنا المشكلات والصعوبات التي يواجهها الطفل التوحدي واسرته.

أما الفصل الرابع فجاء بعنوان معايير ومؤشرات جودة التكفل بالأطفال التوحديين حيث تم التطرق الى مجموعة من العناصر المهمة وذات العلاقة المباشرة بالموضوع ونذكر منها ما يلي:

الجودة، مفهومها، معاييرها، مؤشراتها، الجودة في العملية التربوية، الجودة في برامج رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات، العوامل المؤثرة في جودة الخدمة في مراكز رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، محاور مؤشرات ضبط الجودة، تطبيق نظام الجودة الشاملة في مؤسسات التربية الخاصة، الجودة والنوعية في برامج وخدمات التربية الخاصة في الدول العربية مؤشرات ضبط الجودة في برامج التوحد.

- الإطار العملي ويحتوي على الفصول التالية:

الفصل الخامس حيث عرجنا على العناصر المرتبطة بـ منهجية البحث وإجراءاته وشمل العناصر التالية:

إجراءات الدراسة الميدانية والتي قسمت الى ما يلي:

أولا: إجراءات الدراسة الاستطلاعية للبحث، خطواتها، حدودها، وصف الأدوات، الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

ثانيا: إجراءات الدراسة الاساسية للبحث: منهجها، حدودها، وصف أدواتها، الاساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من الفرضيات

الفصل السادس: الجانب الأول ويختص بعرض النتائج كل فرضية على حدى، اما الجانب الثاني فقد اقتصر على مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والنتائج المحصل عليها، وفي ضوء الخلفية النظرية للبحث، اما الجانب الثالث فقد ورد على شكل توصيات خرج بها الباحث من دراسته لهذا الموضوع.

الإطــار النظــري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

الفصل الثاني: التوجهات الحديثة في مفهوم

وتشخيص التوحد

الفصل الثالث: البرامج والخدمات المقدمة

للتوحديين وأسرهم

الفصل الرابع: معايير ومؤشرات جودة التكفل

بالأطفال التوحديين

الفصل الاول:

الإطار العام للبحث

1. إشكالية البحث
2. فرضيات البحث
3. أهداف البحث
4. أهمية البحث
5. الضبط الاجرائي لمصطلحات البحث
6. حدود البحث ومحدداته
7. الدراسات السابقة

7-1- الدراسات المتعلقة بمتغير مشكلات بالطفل التوحدي واسرته

7-2- الدراسات المتعلقة بمتغير جودة البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين واسرهم

7-3- التعقيب على الدراسات السابقة

7-3-1-التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير المشكلات

7-3-2-التعقيب عل الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير المؤشرات

1- إشكالية البحث:

كثيرا من الاحيان تواجه الحياة الأسرية العديد من المشكلات والصعوبات والحواجز التي تحول دون تحقيق الصحة النفسية لأفرادها والعيش في توافق مع البيئة المحيطة بهم، وتختلف هذه المشكلات من أسرة إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر، فمنها ما تستطيع الأسرة مواجهته والتغلب عليه ومنها ما تعجز إمكانات هذه الاسر عن التصدي له بفاعلية مناسبة، ومن بين المشكلات التي تتعرض لها الأسرة وتؤثر على قدرتها في مواجهة أعبائها والقيام بوظائفها الرئيسية وتؤدي إلى اضطراب أحوالها بصفة عامة، هي تلك المشكلات الناتجة عن إصابة أحد الأطفال في محيط الأسرة بأحد الاعاقات أو الاضطرابات، فوجود طفل معاق في الأسرة هو بداية لمرحلة مليئة بهموم نفسية لا تحتمل، وتكليف بأعباء مادية شاقة وخلق لمخاوف وشكوك متزايدة للوالدين، واختلافات في الآراء، وتبادل للاتهامات ولوم للذات وللآخرين، وسيطرة لنزعات التشاؤم والانكسار النفسي وتحطيم للثقة في الذات وتعطيل للإرادة (**حلاوة، 1998، ص 13**) وقد تزداد أحوال الأسرة سوءاً وتعقيداً وخاصة بالنسبة للوالدين كلما ازدادت حدة الإعاقة التي يعاني منها الطفل(**ميلتون، 2000، ص 92**) ومن بين أنواع الإعاقات الحادة او الاضطرابات التي أصبحت الآن تلقى اهتماماً واسعاً في ميادين البحث العلمي بالرغم من مرور ما يزيد عن نصف قرن على التعرف عليها، ما يسمى ب" اضطراب طيف التوحد ".

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك لوالديه والعائلة بأجمعها بل وحتى المجتمع بأكمله، وتنبع هذه الصعوبة من غموض هذا الاضطراب مع شدة وغرابة أنماط السلوك الناتج عنه وتطابق بعض صفاته مع بعض الاضطرابات الأخرى، بالإضافة إلى ذلك فإن اضطراب التوحد يعتبر من الاضطرابات الدائمة (التي تستمر طيلة حياة الفرد) والتي تتطلب مراقبةً مستمرةً وإشرافاً دائماً من أفراد العائلة وبخاصة الوالدين، مما يزيد من الأعباء الملقاة على عاتقهم (**السعد، 1997، ص 34.. 37**)، كما ان لمراكز التربية الخاصة الدور الفعال في الاشراف على عملية التكفل بهذه الفئة الخاصة، لذلك فالتربية الخاصة بكل ما تقدمه من برامج وخدمات بداية من الكشف على الاضطراب الى تقديم التشخيص الدقيق، الى اقتراح وتطبيق الخطط العلاجية هي من اهم وظائف التربية الخاصة او التوجه الحديث في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة كما يحلو للكثير بتسميتها، والجزائر من ضمن الدول التي هيأت مكانا لهذا التخصص غداة الاستقلال.

لذلك فقد لاقت التربية الخاصة في الجزائر اهتماما كبيرا منذ الاستقلال الى يومنا هذا وتجلى ذلك في الاولوية التي والتها الدولة للفئات الخاصة غداة الاستقلال كالإعاقات الحركية والجسمية والإعاقات العقلية والسمعية والبصرية، وقد تجسدت هذه الجهود والاهتمامات في العديد من الأعمال حيث في سنة 1970 افتتحت رابطة "تعاون المجتمع المحلي" في إحدى مناطق الجزائر العاصمة مركزا نهاريا متعدد الاغراض للأطفال المتخلفين ذهنيا أول الامر، ثم تطور ليشمل جميع أنواع الاعاقة، وكانت جل المساعدات تقدم من طرف أولياء

الاطفال (**آنات ياكير**[*]، **1979**، **ص 23**)، أما في سنة 1980 أصدرت الجزائر مرسوم رقم 80-59 المؤرخ في 08/مارس/1980 يتضمن استحداث المراكز الطبية التربوية، والمراكز المتخصصة في تعليم الاطفال المعوقين (**رابح تركي**، **1982**، **ص104**)، واستمرت الجهود في انشاء المراكز الخاصة بالمعاقين بمختلف أنواع الاعاقة الى أن أصبح عددها 89 مركز على مستوى الوطن سنة 2000 حسب ما جاء في الدليل الوطني للنشاط الاجتماعي وكانت كلها تقتصر على الاعاقات التالية: الاعاقة الحركية، الاعاقة السمعية، الاعاقة البصرية، الاضطرابات الذهنية، دون الاضطرابات الاخرى والتي تعد غريبة عن مجتمعاتنا كصعوبات التعلم وفرط الحركة وتشتت الانتباه، والتوحد هذا الاخير الذي وللأسف الشديد يمكن أن نسميه بالمرض الغريب هنا بالجزائر باعتبار أن كل الدراسات والبحوث العلمية ونقصد بذلك الماجيستر والدكتوراه ومختلف الدراسات والبحوث دون ذلك التابعة لفرق البحث لمركز البحث العلمي تناولت كل الإعاقات والأمراض ولكن لم تولي اهتمام كبير لهذا الاضطراب الخطير، ماعدا في السنوات الأخيرة التي عرفت اهتمام غير معهود على مستوى جميع الأصعدة-الاكاديمية منها والمهنية وما تم تناوله بالدراسات مؤخرا في الفترة الممتدة من 2003 الى يومنا هذا، وما شهده من اهتمام من طرف الإعلام الوطني حصص تلفزيونية، مقالات في الجرائد اليومية، ملتقيات وأيام تحسيسية، التي اخذت من نشاطات الجمعيات المهتمة بهذا الاضطراب او التي تضم اولياء الامور للتوحديين والتي شهدت وعي كبير في السنوات الاخيرة وقد تجسد هذا على شكل نشاطات وفعاليات لمختلف الاعمال المخصصة للتوعية والتحسيس الميدانية، التي يشرف عليها مختلف الجمعيات الخاصة بالتكفل باضطراب التوحد، حيث بلغ عددها ما بين 15 و20 جمعية مهتمة بالتوحد سنة 2015 على مستوى الوطن(في حدود معلومات الباحث)، وبالرغم من هذا الا انه غير كاف بالنسبة لما تواجهه هذه الفئة وأسرهم من مشاكل وصعوبات تثقل كاهلهم وتكاد تعصف بحياتهم النفسية والاجتماعية والاقتصادية من جراء الضغوط التي تلازمهم كنتيجة لوجود طفل توحدي في الأسرة وصعوبة مواجهة نظرات المجتمع، وعدم وعيه بهذا الاضطراب، بالإضافة الى التكاليف المادية التي تصرف من اجل الاهتمام وتقديم الرعاية لهذا الطفل المصاب والتي تصل في بعض الأحيان إلى حد المستحيل حيث ان في الجزائر لا توجد مراكز ومستشفيات خاصة بهذه الفئة، الا القليل وفي بعض الولايات فقط كالمؤسسة الاستشفائية للامراض العقلية دريد حسين قاريدي 02 ومستشفى شراقة، ومركز في تلمسان ومركزين في قسنطينة، وآخر في ولاية مسيلة، والمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية المعذر باتنة، وآخر في ميلة.

هذا طبعا في حدود معلومات الباحث وهي غير كافية خاصة إذا ما قارناها بعدد المصابين باضطراب طيف التوحد كما تم التصريح به من طرف وزارة التضامن الوطني وهو ثمانون ألف 80000طفل مصاب بالتوحد سنة 2014 منهم نسبة قليلة جدا تزاول علاجها في المراكز والباقي حياتهم وعيشهم بقدرة قدير كذلك نقص الإطارات

[*] **آنات ياكير**: **رئيسة قسم علم النفس سابقا، بالمعهد الوطني للصحة العامة، الجزائر**

المتخصصة، وقلة البحوث والدراسات الفعلية التي تمس هذه الفئة بشكل جدي وفعال، كل هذه المشكلات وأخرى التي تحتاج إلى احتواء، ولا سبيل الى احتوائها إلا بالاعتماد على التوجهات

الحديثة المستخدمة في التكفل والرعاية بالمصابين بالتوحد والاهتمام بتطوير البرامج والخدمات، وتكوين الكوادر العاملة وبناء استراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم والعلاج، ويأتي كل هذا في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات التي تضبط عمليات التربية الخاصة بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية والفعالة التي تعود بالفائدة على الأطفال التوحديين وأسرهم، أي بالاعتماد على معايير ومؤشرات ضبط مؤسسة على محاور وابعاد نظرية الجودة في ما يخص تقديم البرامج وخدمات الرعاية المقدمة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد سواء في المراكز المختصة او في البيوت او في مختلف الأماكن العمومية، وهذا طبعا لضمان كشف وتشخيص مبكر ودقيق للاضطراب، وبرامج وخدمات علاجية فعالة للمصابين واستراتيجيات إرشادية لزيادة الوعي والتثقيف بالنسبة للأسر للمساهمة بشكل جدي وفعال لمواجهة والحد من المشكلات والصعوبات التي تقف في طريق الرعاية والاهتمام بهذه الفئة.

كما ويعتبر اضطراب طيف التوحد من اضطرابات النمو العصبية كما جاء في DSM5 في ماي 2013، وهو من الاضطرابات المعقدة مجهولة الأسباب لحد كتابة هذه الاسطر، هذا وبالرغم من ان تناول هذا الاضطراب قديم نسبيا وليس حديث حيث خاض فيه الكثير من علماء النفس والتربية والتربية الخاصة والاطباء، وعلماء الاجتماع، وغيرهم، على غرار ليو كانر وآخرون، ولا زلنا نسمع ونقرأ عن تقدم البحوث في هذا الأمر وحتى الوقت الراهن لم يستطع الباحثين تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها على أنها السبب وراء هذا الاضطراب، وعلى الرغم من أن هناك شبه قناعة للعاملين في هذا المجال بأن حدوث اضطراب طيف التوحد يرجع إلى أسباب بيولوجية، جينية أو عصبية أو اضطرابات عضوية أو أيضية، ونفسية، ومع العلم ان اضطراب طيف التوحد ليس مرضا عقليا كما يعتبره الكثير منا، حيث يعرفه الدكتور احمد عواد (2010) بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر وهو اضطراب عصبي يؤثر على نمو ووظيفة الدماغ، مما يسبب صعوبة لدى الطفل التوحدي في التواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويُظهر العديد من السلوكيات النمطية المتكررة، وقد حضي هذا الاضطراب منذ القديم بالاهتمام من طرف الكثير من العلماء، والباحثين في مختلف التخصصات الاكاديمية في العالم، لاسيما في العالم العربي خاصة بعد ظهور الاتجاهات الحديثة في دراسة ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة وهو اتجاه التربية الخاصة الذي شهد اهتماما وتطورا كبيرين في الوقت الراهن، حيث شمل هذا الاهتمام تطوير البرامج والخدمات وتأهيل وتكوين الكوادر العاملة، وتطوير استراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم، في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات التي تضبط عمليات التربية الخاصة بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية والفعالة التي تعود بالفائدة على الأطفال التوحيديين وأسرهم.

وقد سعت الكثير من الدول الى تحقيق تكفل مثالي لفئة التوحديين وذلك ببذل جهود كبيرة ومتواصلة لتحقيق هذا الهدف، وقد سارت الجزائر على درب هذه الدول فكانت الارهاصات الاولى للتعرف على معالم هذا

الاضطراب في اواخر التسعينيات وقد اقتصرت هذه المعرفة والوعي النسبي على القلة القليلة من الأطباء النفسانيين والباحثين الاكاديميين في مجال الاعاقة، فتعد خطوة كبيرة في مســـار التكفل بهذا الاضـــطراب، ثم تلت هذه المعرفة محاولات للتكفل الحقيقي ببعض الاطفال المصـــابين بالتوحد، وذلك من خلال اســـتحداث جناح خاص بتخصص(**le service C de pédopsychatrie**) بالمستشفى الامراض العقلية دريد حسين القبة الجزائر العاصمة بقرار وزاري 1997/01/09 (**ould taleb mahmoud , 2015, p 5**)، وفيه بدأ استقبال بعض الاطفال التوحديين، مع المتخلفين ذهنيا ويتم تدريبهم عن طريق التعليم المنظم لمهارات الحياة اليومية، بتطبيق برنامج تيتش لـــ ايريك شوبلر، وبالموازاة مع هذه البداية وبعد فترة تم الاعتماد على طريقة تحليل السلوك التطبيقي ABA او ما يسمى ببرنامج لوفاس السلوكي في تدريب وعلاج الاطفال التوحديين في المستشفى في الشراقة، ثم تلتها بعض الملتقيات الوطنية والندوات العلمية، والأيام الدراســـية التي نظمها CNFPH قســـنطينة 2001، وبدأت الدراسات والبحوث الاكاديمية في مختلف الجامعات الجزائرية، ووصول الوعي الى الاعلام ومختلف وسائله والى الاولياء والكثير من شرائح المجتمع، وعلى غرار ازدياد هذا الوعي المجتمعي بهذا الاضطراب تطورت معه طرق وعمليات التكفل به فبعد ان تحقق هدف نشر الوعي، الان اصبح هدف التكفل المثالي بهذا الاضطراب وتقديم اهم الخدمات والبرامج الفعالة هو الشغل الشاغل لأسر هؤلاء الاطفال وكذلك المهتمين والباحثين ومختلف المراكز والمؤسسات الخاصة، لهذا تعد العناية والرعاية بهذه الفئة من المجتمع واجبا إنسانيا وأخلاقيا ودينيا، ومن أجل ذلك وبعد التطور الكبير الذي عرفه الطب إلى جانب العلوم الاجتماعية – علم النفس وعلم الاجتماع – فإننا نجد اليوم كما هائلا من المعارف والخبرات التي تسمح بتكفل أفضـل بهذه الفئة، ومن أجل ذلك فقد تم الاعتماد على علم النفس وعلوم التربية والاجتماع، والطب والتربية الخاصـــة من أجل غاية واحدة وهي التخفيف بقدر الإمكان من وطأة هذا الاضطراب—التوحد- على حياة صاحبه، وتمكينه من تحسين مستواه التوافقي مع نفسه وأسرته وسط مجتمعه، وبذلك الطموح الى تجويد عملية التكفل والرعاية وتقديم البرامج والخدمات، وذلك بالاعتماد على ادخال ابعاد ومحاور نظرية الجودة في ميدان التربية الخاصة وبالأخص ذوي الاحتياجات الخاصة والتوحد بصفة استثنائية.

ولعل مفهوم الجودة الشـــاملة يعتبر من ابرز المفاهيم وأقدرها ملائمة للمرحلة الحالية(تجويد العمل التكفلي) والتي سوف تؤدي حتما الى اضفاء لمسة نوعية وصبغة تطورية لمخطط الرعاية والتكفل في مراكز ومؤسسات التربية الخاصـــة وحتى في البيوت وذلك بما يتلاءم مع المســـتجدات التربوية والتعليمية والإدارية، ويواكب بذلك التطورات الساعية لتحقيق التميز في كافة العمليات التي تقوم بها المؤسسة الخاصة او المراكز المختصة بالفئات الخاصة، لذلك يجب علينا ان نحذو حذو الدول التي سبقتنا في هذا المجال وإيجاد رؤية واضحة تتناسب مع قدرات ابنائنا المصابين بالتوحد من جهة دون نســـيان الهدف الاسمى والأعلى الا وهو الارتقاء بواقع المجتمع الى ارقى المراتب والتطورات، ولا ننسى بان ديننا الإســـلامي الحنيف دعا الى تجويد العمل واتقانه في جميع الميادين، حيث امرنا الله عز وجل في قوله ﴿**وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ**﴾ (سورة التوبة: 105)، كما وأكد رسول الله صلى الله عليه وسلم على اتقان العمل وتجويده في قوله:" إن الله يحب اذا عمل احدكم عملا ان يتقنه".

وقد شـــهد عصـــرنا الحاضـــر الكثير من التحولات الجذرية والســـريعة التي دفعت ومازالت تدفع العديد من مؤسـســات الخدمات لتقديم خدمات عالية الجودة وبتكاليف اقل، على غرار المراكز والمؤسـســات التي تسـتقبل الفئات الخاصـة بصـفة عامة وبالأخص التي تستقبل الاطفال المصـابين باضـطراب التوحد، فالجودة تهتم بتحسـين وتطوير الخدمات بشكل مستمر ومتكامل، وبذلك تستدعي الضرورة بشكل أو بآخر الى التطلع الى ضبط جودة الخدمات المقدمة لهم على أرض الواقع، ووضـــع المعايير اللازمة، واقتراح المؤشـــرات الكافية وتنفيذ البرامج التدريبية والعلاجية اللازمة لتطبيق هذه المعايير بالتنسيق مع كافة الجهات ذات العلاقة من مختصين وباحثين اكاديميين وأسر ومختلف هيئات المجتمع المدني التي لها ارتباط مباشـر مع المصـابين باضـطراب طيف التوحد وأسـرهم، بهدف تفعيل برامج التدخل المبكر، وتنفيذ البرامج الوقائية والتوعية الصـــحية والنشـــرات التوعوية، وتطوير أســـاليب الكشـــف والتشخيص وذلك بتوفير الادوات والأجهزة التي لها علاقة بالتشخيص وتسهيل حصولهم على الخدمات في أماكن سكناهم، وضـمان حصـولهم على حقهم في التعليم تحقيقاً لمبدأ المسـاواة وتكافؤ الفرص تم التوسـع في مجال التعليم والتعليم العالي، وذلك من خلال دعم البرامج التعليمية بما فيها عملية الدمج، واشـــراكهم في الميدان المهني، لقد أصـــبح مبدأ تحقيق الجودة مطلباً أســاســياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصـــحة العالمية وحقوق الانسان، ومنضمة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وانطلاقا من الحاجة الى معرفة مختلف المشـــكلات التي تواجه الطفل التوحدي في الجزائر، وضـــرورة تحديد ضـبط مؤشـرات نوعية لضـبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات لهؤلاء الاطفال وأسـرهم جاءت هذه الدراسـة أو البحث لمحاولة التعرف في البداية على اهم المشـــكلات التي يواجهها الطفل التوحدي واســـرته في الجزائر ودرجة تأثيرها عليه وعلى أســرته، بالإضــافة الى محاولة تحديد اهم مؤشــرات لضــبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات للمصــابين باضــطراب التوحد كمدخل تكفلي، وإبراز دوره في التكفل والحد من هذه المشـكلات، وبذلك يكون الاهتمام بالبرامج والخدمات ضـرورة ملحة في ضـوء ما أقرته المواثيق والاتفاقيات الدولية الخاصـة بالأشـخاص ذوي الإعاقات، وضـــرورة تلبية احتياجات هذه الفئات من البرامج والخدمات التشـــخيصـــية والعلاجية، والعمل على تطويرها لتحقيق خدمة نوعية ذات جودة عالية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والأطفال المصابين باضـطراب طيف التوحد بصـفة خاصـة، وهذا ما نصـبوا اليه في هذا البحث، ومن هنا جاء هذا البحث للإجابة على التساؤلات التالية:

1- ما هي المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، وما أكثرها شيوعا؟؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصــائية بين متوســطي درجات المختصــين على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس المختص؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأولياء ودرجات المختصين على قائمة المشكلات تعزى لمتغير جنس الولي وجنس المختص؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير درجة الاصابة بالتوحد؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير المستوى الاجتماعي والاقتصادي (الدخل الشهري) لأسرة الطفل المصاب بالتوحد؟

7- ما هو مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته؟

8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس المختص؟

9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص؟

10- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص؟

2- فرضيات البحث:

للإجابة على الأسئلة التي تم طرحها في اشكالية البحث تم اقتراح فرضيات البحث الحالي فيما يلي:

1- تكمن أكبر مجالات المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والأكثر شيوعا في حسب الترتيب: المشكلات النفسية والصحية في المرتبة الأولى، ثم تليها المشكلات التربوية التعليمية، وأخيرا المشكلات الاسرية والاجتماعية.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس المختص

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأولياء ودرجات المختصين على قائمة المشكلات تعزى لمتغير جنس الولي وجنس المختص

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير درجة الاصابة بالتوحد لصالح أولياء المصابين بدرجة متوسطة.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير المستوى الاجتماعي والاقتصادي (الدخل الشهري) لأسرة الطفل المصاب بالتوحد

7- يتراوح مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته ما بين المتوسط الى المقبول حسب تصور المختصين

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس المختص

9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص

10- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص

3- أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث الحالي كونها تقدم اقتراحا حول الاعتماد على اتجاه حديث او منحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر يمس مختلف البرامج والخدمات المقدمة لهم أي لذوي التوحد يعتمد على مؤشرات لضبط الجودة، وهذا من وجهة نظر المختصين ومن خلال مختلف الدراسات والبحوث العربية والاجنبية، حيث يعد هذا البحث الاول من نوعه في الجزائر والذي يتناول العلاقة بين مشكلات الطفل التوحدي واسرته وتحديد مؤشرات ضبط الجودة كمنحى تكفلي. حيث تمثل مؤشرات ضبط الجودة أهمية كبيرة في مجال تقييم نوعية البرامج والخدمات المقدمة لأنها تزود المهتمين بمعلومات عن مدى تقدم الاطفال، وما يحتاجون تعلمه.

- يمكن أن يفتح هذ البحث آفاقًا جديدة أمام الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بميدان اضطراب طيف التوحد من أجل النهوض بمستوى الخدمات المقدمة لهذه الفئة في الجزائر
- يمكن أن يساعد هذا البحث في رسم السياسات العامة المتعلقة بمجال جودة الخدمات والبرامج المقدمة لذوي اضطراب التوحد في الجزائر، وفي تطوير وتنفيذ البرامج والخدمات بكفاءة وفاعلية داخل المراكز المختصة العمومية والخاصة
- كما يمكن ان يساعد هذا البحث السلطات المعنية والوزارة على التعرف على اهم مشكلات هذه الفئة وأسرهم لكي يتسنى لهم التكفل الجيد بهم وبمشكلاتهم
- كما يعتبر هذا البحث من البحوث الجديدة والحديثة والتي تقدم مقترحا لمؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات لفئة التوحديين واسرهم في الجزائر وهو اتجاه حديث في التربية الخاصة وهو تجويد عملية التكفل بالنسبة للتوحديين.

4- أهداف البحث:

إن الهدف الاساس والرئيسي من البحث الحالي هو محاولة التعرف على حيثيات متغيري الدراسة اي عملية تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات كمنحى تكفلي، وبين تحديد مشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر ودرجة شيوعها بين الاسر والمختصين، وقبل تحقيق هذا الهدف وجب علينا تحقيق الهدفين الفرعيين التاليين:

- محاولة التعرف على اهم المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر ومعرفة درجة تأثيرها عليهم من وجهة نظر اوليائهم والمختصين العاملين معهم في المراكز والجمعيات المتخصصة.
- محاولة تحديد اهم مؤشرات لضبط جودة التكفل في تقديم البرامج والخدمات للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأسرهم داخل المراكز المختصة (المراكز النفسية البيداغوجية التابعة للحكومة، او التابعة لمختلف الجمعيات المتخصصة) في الشرق الجزائري كما يدركها المختصين العاملين بهذه المراكز والجمعيات.

5- الضبط الإجرائي لمصطلحات البحث:

5-1- المؤشرات:

هي البيانات التي يمكن قياسها إيجابيا، ويعتمد عليها بوصفها مقياسا للجودة، وتؤخذ المؤشرات من البيانات المنشورة والإنجازات الموثقة لذلك فان الامر يتطلب وضع عدد من المؤشرات لتقويم الإنجاز

(**ندى بنت صالح الرميح، 2015**) نقلا عن (GLOSSARY OF KEY TERM IN EVALUATION,2010)

أما إجرائيا فيقصد بها المحاور او المجالات التي تضم الحلول النوعية المقترحة من طرف المختصين للتكفل بالمشكلات وهي ابعاد وبنود مقياس مؤشرات جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

5-2- الجودة **Quality**:

ويعرفها إدوارد ديمنج **Edward Deming** بأنها: الحصول على جودة عالية مع تحقيق رغبات المستهلك، ووضع ديمنج بعض النقاط للنقاش حول تعريف الجودة منها: الجودة يجب أن تعرف في حدود متطلبات الزبون، وكذلك كون الجودة لها عدة أبعاد، ومن غير الممكن تعريف الجودة بمعنى المنتجات والخدمات في حدود خاصية واحدة وأن درجة الجودة ليست متساوية في كل الأحوال نظر لاعتمادها على متطلبات المستهلك

يعرفها الباحث إجرائيا في هذا البحث بأنها: التكفل النوعي بمشكلات الطفل التوحدي من طرف (الأولياء والمختصين) بغرض رفع مستوى تقديم الرعاية والعلاج، وتحسين البرامج والخدمات في ضوء الاتجاهات العالمية للجودة الشاملة

وهي أيضا" الدرجة التي يتحصل عليها المختصين حول عملية تصور المؤشرات، وتحديد مستواها من خلال استجاباتهم في هذه المراكز على بنود مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل المستخدم في البحث".

5-3- مؤشر الجودة:

في التربية تستعمل كلمة مؤشر لتعني ذلك السلوك أو الحال أو البينة التي تدلنا أو نستدل منها على توافر وضع معين أو تحقق هدف محدد، فنستدل على بلوغ هدف تعلمي معين بالسلوك الذي يمارسه المتعلم، ويرتبط بذلك الهدف بصورة مباشرة، فسلوك التلاميذ على النحو المحدد في أهداف المعلم لدروسه هو المؤشر الحقيقي إلى تحقيق هذه الأهداف التعليمية، وعليه فإن الأهداف التعليمية المنشودة عندما يبلغها المتعلمون الذين أُعدت لهم يكون السلوك الناتج عن تعلمها والتدرب عليها بمثابة مؤشرات يستدل بها على تحقيقها. **(سهيل دياب،2006، ص 11)**

5-4-مؤشرات ضبط الجودة:

الأداء أو الهدف المتوقع من تطبيق الجودة النوعية في كافة عناصر ومجالات مؤسسات التعليم العام الملحق بها فصول الدمج، بدء من مرحلة التخطيط وإعداد البرامج والسياسات وانتهاءً بالتقويم والتطوير مروراً بعمليات التنفيذ للوصول إلى مخرجات تعليمية تحوز رضا الجميع ووفقاً لمواصفات الجودة العالمية

أما إجرائيا فنعني بمؤشرات ضبط الجودة هي الحلول المقترح من طرف المختصين العاملين مع التوحديين، والذي يكيفه الباحث في ضوء مؤشرات الجودة العالمية في برامج وخدمات التوحديين وهو الذي يمثل بند او عبارة من أبعاد مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الأطفال التوحديين في الجزائر.

(وائل كمال الدين هاشم مصطفى، 2012، ص 6)

5-5- البرامج **Program**:

هو الانشطة المنظمة والمخططة تتضمن بناء أو تطوير موقف سلوكي في ضوء اهداف البرنامج ومعطياته، ويرمي الى تطوير اداء المتدربين وإكسابهم مجموعة من التقنيات ويهدف تقويم ادائهم وتحقيق اهدافهم بكفاية.

(العبيدي، 2001، ص 29)

يعرفه الباحث إجرائيا بأنه: مجموع المقررات الدراسية والأنشطة العملية والتطبيقية التي تقدمها المراكز للأطفال التوحديين من خلال مواقف تعليمية مقننة تُستخدم فيها أحدث تقنيات التعلم الموجه للتوحديين، وهو كذلك مجموع الاجراءات التي وضعت وفق مؤشرات الجودة وتتضمن الخطة الفردية والأنشطة والتمارين وجميع التدريبات الموجهة للتوحديين داخل المراكز النفسية البيداغوجية.

5-6- المشكلات:

هي مواقف تواجه أطفال الفئات الخاصة وأسرهم سواء في البيت او في الخارج، تعجز قدراتهم على مواجهتها، وتؤثر على النواحي التعليمية، والنفسية، والاجتماعية، والصحية، وتحتاج إلى تدخل مهني للتخفيف من تأثيراتها السلبية (**نظمي أبو مصطفى،1993 ، ص 11**)

أما اجرائيا فهي تلك التحديات والعقبات التي تحول دون استعداد الاسر لرعاية ابنهم التوحدي والتعايش معه وهي تلك الصعوبات التي يواجهها الطفل التوحدي ووالديه باستثناء المشكلات السلوكية التي هي ليست محور دراسة في الدراسة الحالية، وهي عبارات وبنود أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته حسب رأي الاولياء أنفسهم لبعض مناطق الشرق الجزائري.

5-7- الطفل التوحدي:

هو الطفل الذي يظهر قصورا في مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة الى محدودية النشاطات والاهتمامات، كما يتسم بمستوى ذكاء متوسط او فوق المتوسط (**الفرحاتي السيد محمود وآخرون، 2015، ص 14**)

أما **إجرائيا**: هو الفرد الذي ينتمي الى عينة البحث الحالي الافتراضية، الذي تتوفر فيه الخصائص المطلوبة في البحث كأن يكون مشخص بالتوحد ودرجة الإصابة خفيفة، او متوسطة، او شديدة، بالإضافة الى كونه ينتمي الى أحد المراكز النفسية البيداغوجية، او احدى المؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية، او احدى الجمعيات المختصة بالتوحد

5-8- أسرة الطفل التوحدي:

ويقصد بها في هذه الدراسة هم الاولياء والقائمين على رعاية الطفل التوحدي – اب، ام، جد، جدة – وهم عينة الدراسة الذين يقدمون استجابات عن القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته.

5-9- المتغيرات الديمغرافية:

هم خصائص ومميزات عينة الدراسة كجنس ولي المصاب بالتوحد، سن المصاب المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة أو الدخل الفردي لها، والتي تدخل كمتغيرات ثانوية في الدراسة.

5-10- الخدمات:

إجرائيا: يقصد بالخدمات في هذا البحث تلك البرامج والانشطة التي تكون طبيعتها الاساسية تربوية، ضرورية لنمو الطفل التوحدي وتطوره نحو الافضل، مثل الخدمة الارطفونية والعلاج الطبيعي والوظيفي، خدمات الارشاد

النفسي، ودعم دور الاسرة في المشاركة الفاعلة في جميع البرامج التعليمية المقدمة لأطفالهم من قبل الاخصائيين والمهنيين وأفراد الاسرة والمجتمع.

5-11- المنحى التكفلي:

إجرائيا: يقصد به في البحث الحالي بأنه مجموع الخدمات والمؤشرات والحلول المتمثلة في جودة التكفل المقترحة للحد من مشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر، ويتكون من ثلاثة مجالات: مؤشرات جودة التكفل النفسي والصحي، جودة التكفل التربوي والتعليمي، جودة التكفل الاسري الاجتماعي، وهي محاور مقياس مؤشرات جودة التكفل.

6- حدود البحث ومحدداته:

يشمل البحث الحالي على اولياء الاطفال التوحديين المشخصين بالتوحد في المراكز النفسية البيداغوجية أو التابعين لمختلف الجمعيات المتخصصة والمهتمة في الشرق الجزائري ويتحدد البحث الحالي بما يلي

6-1- الموضوع الرئيسي:

يتمثل العنصر الأساس في هذا البحث، تحديد مشكلات التوحديين وأسرهم في بعض مناطق الشرق الجزائري، واقتراح منحى تكفلي بهذه المشكلات في إطار جودة التطفل و الرعاية بالتوحديين و تمكين أسرهم.

6-2-الحدود المكانية:

تم اختيار أفراد العينة من مختلف المراكز المتخصصة (النفسية البيداغوجية) والجمعيات المتخصصة والمؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية المتواجدة على مستوى بعض مناطق الشرق الجزائري

6-3- الحدود الزمنية:

استغرقت اجراءات التطبيق الميداني من الدراسة الاستطلاعية الى الدراسة الاساسية من (شهر ديسمبر 2014 الى غاية ماي 2016)

7- الدراسات السابقة:

لم يكن من السهل الوصول الى هذا الكم من الدراسات السابقة التي ترتبط بمتغيرات البحث الحالي، حيث تطلب الحصول عليها مراجعة الكثير من ملخصات الرسائل والبحوث، والاطلاع على الكثير من الكتب والدوريات، والمجلات المتخصصة في مجال البحث سواء كان ذلك في مختلف المكتبات او على شبكة الانترنت وغيرها من مصادر المعلومات، وتم عرضها وفق لارتباطها بمتغيرات البحث، وبما انه كان من الصعب إيجاد دراسات ترتبط بالبحث الحالي ارتباطا مباشرا الا القليل منها والذي تم عرضه طبعا، لجأ الباحث الى الاعتماد على دراسات قد تكون اقرب الى متغيرات البحث، وتخدم البحث الحالي بدرجة كبيرة، وقد تم تصنيفها حسب ارتباطها بمتغيرات البحث الحالي (**دراسات تعلقت بمتغير مشكلات الطفل التوحدي واسرته، دراسات تعلقت بمؤشرات ظبط جودة التكفل بالتوحديين**) وفي ما يلي عرضها:

7-1- الدراسات المتعلقة بمتغير مشكلات الطفل التوحدي واسرته

- دراسة مساعدة سنة **1990** وعنوانها مشكلات الطلبة المعاقين في الجامعة الأردنية، والتي هدفت الى التعرف على مشكلات الطلبة المعاقين في الجامعات الأردنية , وعلاقة هذه المشكلات بكل من الجنس والمستوى الدراسي ونوع الإعاقة ومكان السكن ونوع الكلية، تكونت عينة الدراسة من (**55**) طالباً معاقاً من مختلف الجامعات الأردنية وقد أظهرت النتائج أن أكبر المشكلات التي يعاني منها المعوقون في الجامعات الأردنية هي المشكلات المتعلقة بالجانب الخدماتي ويليها الجانب المستقبلي يليها الجانب الصحي، فالجانب الاجتماعي، فالجانب الدراسي، فالجانب الاقتصادي، وأخيرا الجانب النفسي، كما أوضحت النتائج أيضا عدم وجود فروقاً دالة إحصائياً تعزى لكل من الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع الإعاقة، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري، ونوع الكلية؛
- دراسة إبراهيم (**2001**) بعنوان مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية. وتكونت عينة الدراسة من(**68**)طالباً كفيفاً كليا وجزئيا ملتحقين بالجامعات الأردنية وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أفراد عينة الدراسة يواجهون مشكلات في الجامعات الأردنية بدرجة متوسطة، كما أظهرت النتائج وجود فروقاً دالة إحصائيا في مشكلات القراءة وإجراء الامتحانات للطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية تعزي لمتغير شدة الإعاقة، وإجراء الامتحانات بدرجة أكبر من الطلبة ضعاف البصر، في حين لا توجد فروقاً دالة إحصائيا في الأبعاد الأخرى للمشكلات تبعاً لمتغير شدة الإعاقة، كما أوضحت النتائج أيضا عدم وجود فروقاً دالة إحصائيا في مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية ضمن كافة الأبعاد تبعا للمتغيرات الأخرى كالمستوى العلمي والتخصص والجنس؛
- دراسة نسرين علي ماهر أحمد لاشين (**2005**). بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى أخوة الأطفال التوحديين، وهدفت الى التعرف على أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة وأخوات الأطفال التوحديين، وهل تختلف المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة وأخوات الأطفال العاديين عن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال العاديين، وتكونت من **20** عشرين من أخوة الأطفال التوحديين، **30** ثلاثين من أخوة وأخوات الأطفال الذين لا يعانون إعاقات، وتم استخدام استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي، استمارة استبيان المشكلات النفسية لأخوة الأطفال التوحديين، وقد أظهرت أن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال التوحديين تختلف عن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال العاديين. كما أوضحت أن أخوة الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات الغيرة – الخوف الانسحاب (العزلة – (العدوان، كما أوضحت أن هذه المشكلات لا تختلف باختلاف الجنس عدا مشكلة العدوان حيث ثبت أنها تزيد عند الذكور أكثر من الإناث؛

- دراسة عبد الله بن عبد الوهاب بن سفر الزهراني سنة(**2006**)، المعنونة بـ المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في المملكة العربية السعودية، وتهدف الى التعرف على المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين، ومدى شيوعها من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في المملكة العربية السعودية، كما تهدف الى تعرف على مدى اختلاف هذه المشكلات باختلاف الجنس، نوع الخدمة المقدمة، والعمر، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي، اما العينة فكان عددها **243**، واعتمد على أدوات لجمع المعلومات مقياس المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين، وقد أظهرت النتائج بان هذه المشكلات تظهر بشكل اكبر في الأطفال الأصغر سنا؛
- دراسة مصطفى نوري القمش سنة **2006**، المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليا في المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات، حاولت الدراسة التعرف على اهم المشكلات السلوكية للمتخلفين ذهنيا داخل المنزل، من وجهة نظر الوالدين، كما هدفت الى تحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات وكل من المتغيرات التالية: عمر الطفل، درجة اعاقته، وجنسه، تكون مجتمع الدراسة من جميع أولياء المتخلفين ذهنيا المنتمين الى مراكز التربية الفكرية الحكومية وغير الحكومية في مدينة عمان فبلغ عددها **16** مركزا للإعاقة العقلية، وبلغ عدد المتخلفين ذهنيا **1082**، اما العينة الخاصة بالأولياء عددها **240** توصلت الدراسة الى ان اكثر المشكلات السلوكية انتشارا بين المتخلفين ذهنيا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين هي مرتبة ترتيبا تنازليا بدئا بأكثرها انتشارا وهي: الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، السلوك النمطي، مشكلة العدوان، ثم مشكلة إيذاء الذات، كما توصلت الى وجود علاقة قوية بين كل المشكلات السلوكية للأطفال المعوقين ودرجة الاعاقة التي يعاني منها الطفل، كما أظهرت عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها الاطفال المعوقين عقليا حسب متغير الجنس؛
- دراسة باسمة سليمان شاهين سنة **2007**، المعنونة بـ المشكلات السلوكية لدى التوحديين، وأساليب المعلمين في التعامل معها في الجمهورية العربية السورية، والتي هدفت الى معرفة المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا لدى الأطفال التوحديين وأساليب المعلمين في التعامل معها، وتم الاعتماد على عينة قوامها 85معلما ومعلمة **29** ذكور و**56** اناث، كما تم تطوير أداة مكونة من جزئين جزء لتحديد المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا والجزء الثاني تحديد اساليب المعلمين في التعامل مع هذه المشكلات، وقد أظهرت النتائج أن المشكلات الأكثر شيوعا هي المشكلات المتعلقة بصعوبة التفاعل الاجتماعي، وصعوبات الاستقلالية الذاتية، ويليها المشكلات المتعلقة بالسلوك الروتيني، ثم المشكلات المتعلقة بالعدوان، كما أظهرت النتائج ان اسليب المعلمين في التعامل مع هذه المشكلات هي التعزيز الايجابي والتلقين اللفظي، وأسلوب تنظيم الظروف والأساليب العقابية المستندة على التعزيز، وأشارت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب المستخدمة حسب متغيرات الجنس، والعمر والمؤهل الاكاديمي والخبرة؛

- دراسة نظمي عودة أبو مصطفى ونجاح عواد السميري، سنة **2007**، وعنوانها، مشكلات أطفال الفئات الخاصة في المدرسة الجامعة " دراسة ميدانية على عينة من الأطفال المعوقين في فلسطين "وهدفت هذه الدراسة الى التعرف على الأهمية النسبية لمشكلات أطفال الفئات الخاصة في المدرسة الجامعة، والتعرف على اكثر المجالات مشكلات أطفال الفئات شيوعا في المدرسة الجامعة، والتعرف على الفروق المعنوية في مشكلات أطفال الفئات الخاصة تبعا لمتغيري الجنس ونوع الإعاقة، وتكونت عينة الدراسة من 220 طفل وطفلة من الفئات الخاصة واستخدم مقياس مشكلات أطفال الفئات الخاصة في المدرسة الجامعة وأظهرت نتائج الدراسة أن اكثر المشكلات شيوعا وحدوثا لدى المعاقين حركيا هي صعوبة المتابعة بسبب الكثافة وبينت الدراسة انه توجد فروق معنوية في مجالي المشكلات النفسية والاجتماعية تبعا لمتغير الإعاقة لصالح المعوقين، كما بينت الدراسة عدم وجود فروق معنوية لتفاعل كل من الجنس ونوع الإعاقة في مشكلات أطفال موضع الدراسة؛

- دراسة رائد محمد أبو الكاس **2008**، رعاية المعاقين في الفكر الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها هدفت الى تبيان رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها وذلك من خلال الوقوف على الأسباب التي تؤدي الى للإعاقة، وعينتها القائمين على المؤسسات التي تهتم برعايتهم في البيئة الفلسطينية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدم الباحث استبانة للتعرف على المشكلات التي تواجه المعاقين في البيئة الفلسطينية من وجهة نظر القائمين على المؤسسات التي تهتم برعايتهم في البيئة الفلسطينية، كما توصلت النتائج الى وجود فروق جوهرية تعزى لمتغير درجة الإعاقة في تحديد المشكلات التي يعانون منها ولصالح المصابون بالإعاقة متوسطة؛
- دراسة علي عبد القادر العمودي سنة **2009** المشكلات السلوكية والانفعالية لدى اخوة الأطفال التوحدين في مدينة الرياض واستراتيجيات التعامل معها من قبل الوالدين، التي هدفت الى تحديد المشكلات السلوكية والانفعالية لدى اخوة الأطفال التوحدين في مدينة الرياض واستراتيجيات التعامل معها من قبل الوالدين معتمد على عينة قوامها **100** أخ وأخت للأطفال التوحديين، ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث أداة مطورة عن القيسي قائمة تقديرية لسلوك الطفل التوحدي؛
- دراسة واصف محمد العايد وآخرون سنة **2010** المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الطائف، تناولت هذه الدراسة المشكلات التي تواجه الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف، وتمثل مجتمع الدراسة بالطلبة من ذوى الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف، وبلغت عينة الدراسة **17** طالباً وطالبة (**9** إناث، **8** ذكور) من جامعة الطائف منهم(**5**) يعانون من إعاقة حركية،(**3**) يعانون من إعاقة سمعية،(**9**) يعانون من إعاقة بصرية وموزعين على ثلاثة كليات هي التربية والآداب والعلوم الإدارية

وتم استخدام استبانة تضمنت**80** مفردة موزعة على ستة محاور لتحديد المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الطائف، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

✓ من أكثر الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الثالث وهو المشكلات الاقتصادية، ويليه البعد الثاني وهو المشكلات الإدارية ثم البعد السادس وهو النقل والمواصلات ومن أقل الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الخامس والذي يتمثل في المشكلات النفسية

✓ لا تختلف المشكلات التي يواجهها الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف المستوى التعليمي.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يواجهها الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لتخصصاتهم.

✓ لا تختلف المشكلات تبعاً لشدة الإعاقة.

✓ أن الذكور أعلى درجة في المشكلات التي يواجهونها مقارنة بالإناث.

✓ لا توجد فروق في المشكلات بين المجموعات تبعاً لنوع الإعاقة.

- دراسة امندا لودلا وشارلوت سكيلي وبول رولي دار **charlotte skelly et poul rohleder amanda ludlaw** سنة **2011** وعنوانها التحديات التي تواجه أولياء الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد، هدفت هذه الدراسة الى محاولة التعرف على اهم التحديات التي تواجه أولياء الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد، ومحاولة اقتراح بدائل لمواجهة هذه التحديات، وتكونت عينة الدراسة من 20 من أولياء الأطفال التوحديين **14** أمهات و**6** اباء من مناطق ومدن شرق إنجلترا ولندن، وكانت نتائج الدراسة ان اهم محور يواجهه أولياء التوحديين هو المشكلات السلوكية لأبنائهم، ثم المشاكل المتعلقة بأحكام ومعاملات الاخرين، ثم المحور المتعلق بنقص الدعم (**amanda ludlow and others , chalenges faced by parents of children diagnosed with ASD , 2011 , p 703**)؛

- دراسة عبد المعطي والسيد **2011** ، حاجات اسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها بتقبل الطفل المعاق، والتي هدفت الدراسة التي قام بها كل من عبد المعطي والسيد الكشف عن حاجات أسر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها بتقبل الطفل المعاق، وقد تكونت العينة من (**87**) من الآباء والامهات الذين لديهم أطفال من مستويات تعليمية مختلفة وتراوحت أعمارهم بين **25** و**48** عام، وتراوحت اعمار الأبناء ذوي الاحتياجات الخاصة بين **06** و**14** عام، وقد تكونت أدوات الدراسة من استمارة بيانات خاصة، وقائمة مسح حاجات أسر الطفل المعاق، واستبيان تقبل الأسرة للطفل المعاق بعد التحقق من صدقها وثباتها. وتوصلت نتائج الدراسة الى ان أكثر حاجات أسر ذوي الاحتياجات الخاصة إلحاحا هي الحاجة لرعاية أطفال الأسرة غير المعوقين، والحاجة الى الرعاية الكاملة للطفل المعاق، والحاجة الى دعم

الشريك الزوج /والزوجة والحاجة إلى تأمين مستقبل الطفل المعاق .وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين جميع حاجات أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ودرجة تقبل الطفل المعاق

- دراسة السيد سعد الخميسي سنة **2014** وعنوانها تطور المشكلات النفسية والاجتماعية للأشخاص التوحديين في مرحلة الشباب، حيث هدفت الى التعرف على طبيعة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الأشخاص التوحديين، وذلك من خلال عرض طبيعة الخصائص الأساسية للتوحد وتطورها من مرحلة الطفولة الى مرحلة الشباب، واشارت النتائج الى ان مشكلات التوحديين تختلف في شدتها وحدتها حيث تكون شديدة في الى متوسطة في مرحلة الطفولة ثم تتباين في مرحلة الرشد كما ان اكبر المشكلات التي يعاني منها التوحدي الراشد تلك المتعلقة بالجانب السلوكي والاجتماعي؛
- دراسة سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود سنة **2015** والعنونة بـالصعوبات التي تواجه اسر ذوي الإعاقة في تعليم ابنائهم وترمي هذه الورقة الى دراسة الصعوبات التي تواجه اسر ذوي الإعاقة في تعليم ابنائهم حيث ان ذلك سيساهم في تقصي تلك العقبات والمشكلات التي تعترضهم وتحول دون مشاركتهم المشاركة الفعالة في تقديم الخدمات المناسبة له، وتوصلت الدراسة الى ان المشكلات او الصعوبات الصحية تأتي في المقام الأول من معاناة اسر المعاقين، ثم تليها المشكلات الاقتصادية والصحية، ثم الاجتماعية، ثم التعليمية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس؛
- دراسة نجاتي أحمد حسن يونس **2015**، وعنوانها حاجات أولياء أمور الأطفال ذ وي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات، وهدفت الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات والتي تمثلت بمتغير العمر، والمستوى التعليمي لولي الأمر، درجة اضطراب التوحد، والدخل الشهري لولي الأمر، ولتحقيق اهداف الدراسة استخدم المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (**87**) من أولياء أمور الطلبة جرى اختيارهم بصورة عشوائية، وقد تم بناء أداة للتعرف على حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث تكونت الاستبانة من (**35**) فقرة موزعة على (**3**) ابعاد، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الحاجات المادية جاءت في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي**2.57** تلتها في المرتبة الثانية الحاجات الأساسية للأسرة بمتوسط حسابي بلغ(**2.56**) ، بينما جاءت الحاجات الاجتماعية في المرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ(**2.46**) ، وبلغ المتوسط الحسابي للحاجات ككل(**2.53**)؛
- دراسة هياء زيد محمد الخرعان، **2016**، بعنوان مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و أساليب مواجهتها من وجهة نظر أولياء أمورهم، و هدفت الى تحديد المشكلات التي يواجهها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و الوقوف على أساليب مواجهة الاسر لهذه المشكلات، و تحديد مصادر الدعم و المساندة التي يلجأ اليها أولياء الأمور، و قد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بصورته المسحية، و تكونت عينة

الدراســة من (66) ولي أمر، و لتحقيق أهداف الدراســة قامت الباحثة بتطوير أداة لقياس المشــكلات التي يواجهها الاطفال التوحديين و أساليب التعامل معها و مصادر الدعم من وجهة نظر اولياء امورهم، و أشارت النتائج الى أن المجال الاخير الخاص بالتفاعل الاجتماعي قد حصــل على أعلى متوســط حســابي بين مجالات المقياس الستة في حين حصل مجال ايذاء الذات على أقل متوسط حسابي، كما وأظهرت النتائج أن اساليب تعامل الاســر مع المشــكلات التي يظهرها أطفالهم تراوحت معظمها ما بين الدرجة المتوســطة والمرتفعة، و أظهرت النتائج كذلك أن جميع فقرات مجال مصــادر الدعم و المســاندة قد حصــلت على متوســطات بدرجة مرتفعة، و أظهرت ايضــا النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصــائية لأثر متغير المؤهل العلمي لولي الامر ومتغير دخل الاســرة ومتغير جنس الطفل التوحدي على المشــكلات التي تواجه الاطفال التوحديين، في حين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية للمشكلات التي يظهرها الاطفال التوحديين تعزى لمتغير عمر الطفل التوحدي لصــالح الفئة العمرية (1-5) ســنوات مقابل الفئة العمرية (11-15)، ووجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح درجة الاصابة الشديدة مقابل المتوسطة.

7-2- الدراسات المتعلقة بمتغير جودة البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين واسرهم

- دراسة كريمنز ودوراند وكوفمان وإيفيريت، (**Crimmins, et al, 2001**) وهدفت إلى التعرف على مؤشرات الجودة الواجب توافرها في برامج التوحد، وتقييم الإرشاد النوعي وتحسينه للبرامج التي تقدم للطلبة التوحديين. وخلص الباحثون إلى تطوير مقياس تقييمي، وقاموا بتطبيق هذا المقياس تجريبيا على مجموعة من الأطفال التوحديين في برامج. أوضحت النتائج أن البرنامج فعّال جدا، إذ لوحظ تحسن ملموس على الطلبة التوحديين الذين خضعوا إلى البرنامج وقد كانت هناك فروق واضحة بين هؤلاء الطلبة والطلبة الآخرين الذين لم يخضعوا إلى البرنامج؛
- دراسة تايتجنز وماك كاري وكوتشير(**Tietjens, McCray, and Co-chair, 2005**) ، فقد هدفت إلى تقييم البرامج والأنشطة المقدمة للطلبة التوحديين في مدارس التربية الخاصة في ولاية مونتانا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج **التوحد Autism Program** (**Quality Indicators, APQI**) ، أظهرت النتائج وجود نقاط قوة وضعف في البرامج المقدمة للطلبة التوحيديين .فمن نقاط القوة: ملاحظة الآباء عموما المعيار النبيل للهيئة التدريسية وتعامل معلمي البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام ومن نقاط الضعف :عدم الشمولية للبرامج المقدمة وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وتدني عملية المراقبة والتقييم الذاتي، وضعف تصنيف الطلبة إلى مستويات متدرجة؛
- دراسة محمد الخطيب سنة **2007**، المعنونة بـمدخل لتطبيق معايير ونظم الجودة الشاملة في المؤسسات التعليمية، واستهدفت الدراسة إلقاء الضوء على مفهوم الجودة الشاملة في التعليم من خلال مناقشة الرؤى

الفكرية المختلفة التي تناولت معايير الجودة الشاملة ونماذجها، وكيفية ضبطها، ومجالات تطبيقها في المؤسسات التعليمية، وتوصلت الدراسة إلى أن الجودة الشاملة للتعليم تمثل استراتيجية متكاملة لتطوير المؤسسات التعليمية، واقترحت عدة توصيات لتفعيل ضبط الجودة في التعليم وضمان تحسين الممارسات التعليمية لزيادة كفاءتها وإتقانها وتميزها؛

- دراسة نايف بن عابد الزارع سنة **2008**، مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين ودرجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية، وهدفت الدراسة الحالية إلى بناء مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين وتحديد درجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية. وتكونت العينة من **20** مركزا من مراكز الأطفال التوحديين الحكومية تقدم خدماتها للأطفال التوحديين الذكور، بحيث مثلت مختلف مناطق المملكة وتنوع البرامج (معهد وبرنامج دمج). تم بناء مقياس مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين بعد التوصل إلى العناصر الأساسية لهذه المؤشرات. وتكون المقياس من **175** مؤشرا رئيسيا و**107** مؤشرات فرعية. أشارت النتائج إلى أن هناك مؤشرات لعنصرين من عناصر ضبط الجودة انطبقت بدرجة عالية هي مؤشرات عنصر "البرنامج التربوي الفردي والخطة التعليمية الفردية" ومؤشرات عنصر "تحليل السلوك التطبيقي تعديل السلوك". في حين أن هناك مؤشرات لأربعة عناصر انطبقت بدرجة متوسطة وهي على التوالي: مؤشرات عنصر "طرق التدريس والتدريب"، ومؤشرات عنصر "المنهاج المرجعي"، ومؤشرات عنصر "التهيئة للدمج"، ومؤشرات عنصر "التقييم والتشخيص". وباقي مؤشرات العناصر المتبقية وعددها خمسة انطبقت بدرجة متدنية وهي: مؤشرات عنصر "البيئة التعليمية المادية"، ومؤشرات عنصر "تقييم البرنامج المقدم والمركز" لكل منهما، ومؤشرات عنصر "الخدمات المساندة"، ومؤشرات عنصر "الكوادر العاملة"وكانت أقل المؤشرات انطباقا هي مؤشرات عنصر"مشاركة ودعم وتمكين الأسر"؛(**الملخص المنشور بتصرف**
(**http://search.shamaa.org/Abstract.aspx?ID=31781&LangArabic**)
- دراسة بندر بن ناصر العتيبي وصلاح الدين فرح عطا الله سنة **2009**، وعنوانها نموذج مقترح لمعايير ضبط الجودة في البرامج الجامعية لإعداد معلمي التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية، التي تهدف الى تقديم نموذج مقترح لمعايير ضبط الجودة لبرامج اعداد معلم التربية الخاصة، حيث اشتمل هذا المقترح على سبعة معايير رئيسية يتفرع منها **64** معيارا فرعيا؛
- دراسة السرطاوي وقراقيش (**2010**)، وهدفت الى معرفة الخدمات المقدمة لأطفال التوحد وأسرهم في ضوء حاجاتهم والرضا عنها في مدينة الرياض وذلك في ضوء مجموعة من المتغيرات تمثلت في: متغير ولي الامر ن المستوى التعليمي لأولياء الأمور، وعمر الطفل، ودرجة إعاقة الطفل، والجهة المقدمة للخدمة، وقد اشتملت عينة الدراسة على (**72**) من أولياء أمور الأطفال التوحديين المسجلين في معاهد ومراكز التربية الخاصة

الحكومية والخاصة منهم (**30**)أبا، و(**42**) أما، وقد استخدم الباحثان أداة الخدمات التي يحتاجها أطفال التوحد وأولياء الأمور والتي اشتملت على محورين هما: محور خدمات الطفل، ومحور خدمات الاسرة ، وقد بينت نتائج الدراسة، ان أولياء الأمور يرون حاجة أطفالهم لمعظم الخدمات المتضمنة في قائمة الخدمات والبالغة إحدى وعشرون خدمة وفي ما يتعلق بدرجة رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم المسجلين في هذه المراكز فقد كانت بدرجة متوسطة ونسبة قليلة منهم كانت بدرجة كبيرة، وفي ما يخص متغيرات الدراسة فقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجة أولياء الأمور ولأطفالهم للخدمات المقدمة لهم؛

- دراسة عاكف عبد الله الخطيب سنة **2011** وعنوانها أنموذج مقترح لتطوير البرامج و الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية، وهدفت هذه الدراسة الى تطوير أنموذج مقترح لتطوير البرامج و الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية، وتكونت عينة الدراسة من جميع مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في أقاليم المملكة الثلاثة (الشمال، الجنوب، الوسط) و التي تقدم البرامج و الخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد و عددها **153** مؤسسة و مركزا، و تم الاعتماد على اداتين: الأولى أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج التربوية المقدمة لذوي الإعاقة العقلية، و الثاني أداة لتقييم البرامج التربوية المقدمة لذوي التوحد و اشارت النتائج بالنسبة للإعاقة العقلية ان هناك بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بعد البرامج و الخدمات، و اشارت النتائج بالنسبة لاضطراب التوحد ان بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد الخدمات و البرامج؛
- دراسة وفاء إحسان خليل الشخشير سنة **2011**، تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات التربية الخاصة في شمال الضفة الغربية لفلسطين، هدفت هذه الدراسة التعرف إلى درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التربية الخاصة في شمال الضفة الغربية لفلسطين، وتم الاعتماد على أداة استبانة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات التربية الخاصة في شمال الضفة الغربية لفلسطين، تكونت عينة الدراسة من (**58**) إدارياً ومعلماً وموظفاً اختيروا من مجتمع الدراسة البالغ (**124**) معلماً وإدارياً وموظفاً بطريقة عشوائية منتظمة، وقد استخدمت الباحثة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **spss** في تحليل نتائج الدراسة، حيث أشارت نتائج الدراسة أن النسبة المئوية في تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة قد بلغت (**74.6%**) وهي نسبة مرتفعة، كما أظهرت النتائج أن مجال المنهاج حصل على مستوى متوسطاً من الاستجابة، والذي بلغت نسبته المئوية (**69.4%**)، وأن مجال معلم التربية الخاصة حصل على درجة استجابة مرتفعة جداً، إذ بلغت النسبة المئوية للاستجابة (**82.0%**) ؛

- دراسة الخطيب، الزعبي وبني عبد الرحمان سنة **2012**، المعنونة بـــــــ تقييم البرامج والخدمات في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية، حيث هدفت هذه الدراســـة الى تقييم البرامج والخدمات في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية في الأردن وفقا للمعايير العالمية، وتكونت عينة الدراسة من جميع مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية في الأردن والبالغ عددها **100**، واشـــارت النتائج الى ان هناك بعدا واحد فقط ذا مســـتوى فاعلية مرتفع وهو بعد الخدمات و البرامج، في حين انه كانت هناك ثلاثة ابعاد كانت ذات فاعلية متوســـطة وهي البيئة التعليمية، التقييم والإدارة والعاملون، اما بقية الابعاد وعددها أربعة فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدني وهي: الرؤية والرسالة، مشاركة الاسرة، الدمج والخدمات الانتقالية والتقييم الذاتي؛
- دراسة أسماء صابر السيد زايد سنة **2012**، متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي بمدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، هدف البحث الحالي إلي تحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي في مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، والتوصل إلي تصور مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي بهذه المدارس، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي لملاءمته لطبيعة البحث، كما قامت الباحثة بإعداد استبانة كأداة للدراسة الميدانية تم تطبيقها علي (**350**) فرداً هم مدراء ونظار ووكلاء وموجهي ومعلمي مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، أسفر البحث عن عدة نتائج أهمها:

– إن تحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي هي نقطة البدء في تطبيق الجودة والاعتماد في مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، وقد توصل البحث إلي مجموعة من المتطلبات الواجب توافرها في هذه المدارس.

– أكدت نتائج الدراسة الميدانية أن معظم متطلبات تحقيق معايير إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي غير محققة في مدارس التربية الخاصة الابتدائية، ومعظمها الآخر يتحقق إلى حد ما، وهذا يشير إلى أن أفراد العينة لم يحددوا مدى تحقق هذه المتطلبات بشكل واضح، مما يدل على وجود اتفاق فى رأى أفراد العينة على عدم تحقق هذه المتطلبات بمدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج.

– تم التوصل إلي تصور مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي في مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج؛

- دراسة وائل أمين العمي سنة **2012**، واقع الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين بالمنطقة الجنوبية في المملكة العربية الســعودية واتجاهات أولياء الأمور نحوها، هدفت هذه الدراســة الى تقصـي واقع الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين بالمنطقة الجنوبية في المملكة العربية الســعودية واتجاهات أولياء الأمور نحو هذه الخدمات، وتكونت عينة الدراسة من معلمي فصول التوحد بمنطقتي عسير ونجران وآباء الأطفال التوحديين كعينة متوفرة ولتحقيق الهدف اعتمد الباحث على اســـتبانتين الأولى كانت للمعلمين تهدف الى تحديد الخدمات المقدمة

للتوحديين بالمنطقة الجنوبية للمملكة، والثانية لأولياء أمور التوحديين وكانت تهدف الى التعرف على اتجاهات أولياء أمور الأطفال التوحديين نحو الخدمات المقدمة لأبنائهم، وقد اشـــــارت النتائج الى ان الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين كانت متوفرة بدرجة متوسـطة، وان مسـتوى رضـا أولياء الأمور عن الخدمات كان بدرجة متوسطة (**وائل أمين العمي. 2012**)؛

- دراسة فهد النمري وفيصل النمري سنة **2014** الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالتوحد في المملكة العربية السـعودية، وهدفت هذه الدراسـة الى وصـف الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين في المملكة، معتمدين في ذلك على اســـتبيان مطور على الانترنت (كوالتركس) مكون من أربعة ابعاد هي: معلومات التشـــخيص، معلومات الخدمات، مقياس شـدة التوحد، معلومات الاسر، اما عينة الدراسـة فبلغ عددها **205** من الأطفال واســرهم، وقد أظهرت نتائج هذه الدراســة محدودية الخدمات المقدمة للأطفال المصــابين بالتوحد في المملكة العربية السعودية، خصوصا في المدن غير الرئيسية؛
- دراسـة إحسـان غديفان السـريع سـنة **2014** تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضــطراب التوحد، في ضـــوء معايير الجودة الأردنية، هدفت لتقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضـــطراب التوحد في ضـــوء معايير الجودة الأردنية، حيث تمثلت عينة الدراســـة من جميع مؤسسـات ومراكز التربية الخاصـة في أقاليم المملكة الثلاثة: (الوسـط، والشـمال، والجنوب) والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضـطراب التوحد وعددها (**160**) مؤســســة ومركزا. وقام الباحث للتعرف على مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية في مؤسـسـات التربية الخاصـة في الأردن، والتي تقدم برامجها وخدماتها للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام أداتين تم إصــدارهم من قبل المجلس الأعلى لشـؤون الأشـخاص المعوقين الأردني وهما: معايير الاعتماد الخاص لمؤســســات وبرامج الإعاقة العقلية، وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(**89**) مؤشــراً رئيســاً. ومعايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج اضطراب التوحد، وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد (**110**) مؤشرات رئيسة وأظهرت نتائج الدراســـة فيما يتعلق بالإعاقة العقلية أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مســـتوى فاعلية مرتفع وهو: "بُعد البرامج والخدمات" وبمتوســط حســابي (**0.75**)، كما أظهرت النتائج فيما يتعلق باضــطراب التوحد أن هناك بُعدا واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بُعد "الخدمات والبرامج" بمتوسط (**0.68**)؛
- دراســـة أسماء عبدالله العطية وطارق عبد الرحمن العيســـوي، ســـنة**2015**، وعنوانها مؤشــرات جودة البرامج المقدمة للأشـــخاص ذوي الاعاقات المتعددة بمراكز الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصـــة التي هـدفـت إلى التعرف على مؤشـــرات جودة البرامج المقدمـة في المراكز التـابعـة للجمعيـة القطريـة لتـأهيـل ذوي الاحتياجات الخاصـــة من وجهة نظر المعلمين والأخصـــائيين العاملين بها، وتســـتمد الدراســـة أهميتها كونها الدراســة الأولى التي تتناول البحث في مؤشـرات جودة البرامج المقدمة للأشـخاص ذوي الاعاقات المتعددة في

الراكز غير الحكومية، وقد تكونت عينة الدراسة (**30**) من المعلمين والاخصائيين العاملين بهذه المراكز. وطبق في الدراسة استمارة مؤشرات جودة البرامج (وتتكون الاستمارة من ثمانية ابعاد هي التقييم، البرنامج وتنظيم الفصل، البيئة، التواصل والعلاقات الاجتماعية، المناهج المقدمة، دعم الاسرة، الادارة والدعم والمساندة، الشراكة المجتمعية) وهي من اعداد الباحثين. وقد أسفرت الدراسة عن عدد من النتائج الهامة في مجال اعداد برامج التنمية المهنية وفقا لمؤشرات الجودة **http://gulfdisability.org/news.php?action=view&id=276**

- دراسة نيرمين قطب سنة **2015**، وعنوانها تحقيق معايير الجودة في البرامج الأسرية المقدمة لأسر فئة التوحد في البيئة الصفية وغير الصفية، وتطرح هذه الدراسة عدد من التساؤلات حول مدى تحقق معايير الجودة في البرامج المقدمة لفئة التوحد في البيئة الصفية وغير الصفية لفئة التوحد، وذلك نظرا لطبيعة اضطراب طيف التوحد التي تتطلب إعداد مسبق لكل من البيئة التعليمية والبيئة المنزلية. كما تناقش الدراسة عدد من النماذج التطبيقية للبرامج المنفذة في البيئة الصفية وغير الصفية والتي تدعم انجاز الأسرة مع الابن/ة التوحدي، باعتبارها إحدى المعايير الأساسية لتصنيف جودة البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة، وتتحدد أهمية الدراسة في تسليط الضوء على استحداث وتطبيق معايير للحكم على جودة البرامج المقدمة للأسر بالمراكز من قبل المشرفين التربويين والمختصين العاملين بالمجال وأسرة الطفل التوحدي. وتختم الدراسة بتقديم المعايير المقترحة لمناقشة تحقيق الجودة في البرامج الأسرية المقدمة بالمراكز للحكم على فاعليتها والحلول المقترحة للتطوير؛
- دراسة أسماء عبدالله العطية **2015**. مؤشرات جودة البرامج المقدمة للأشخاص ذوي الاعاقات المتعددة بمراكز الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مؤشرات جودة البرامج المقدمة في المراكز التابعة للجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر المعلمين والأخصائيين العاملين بها، وقد تكونت عينة الدراسة (**30**) من المعلمين والاخصائيين العاملين بهذه المراكز. وطبق في الدراسة استمارة مؤشرات جودة البرامج (وتتكون الاستمارة من ثمانية ابعاد هي التقييم، البرنامج وتنظيم الفصل، البيئة، التواصل والعلاقات الاجتماعية، المناهج المقدمة، دعم الاسرة، الادارة والدعم والمساندة، الشراكة المجتمعية) وهي من اعداد الباحثين. وقد أسفرت الدراسة عن عدد من النتائج الهامة في مجال اعداد برامج التنمية المهنية وفقا لمؤشرات الجودة؛
- دراسة بتول مصلح غانم سنة **2015** وعنوانها واقع الخدمات التربوية المقدمة للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة جنين من وجهة نظر العاملين، وهدفت هذه الدراسة الى معرفة واقع الخدمات التربوية المقدمة للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة جنين، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع بعض العاملين في مديرية تربية جنين وبعض المعلمين، اعتمدت فيها على استمارة واقع الخدمات التربوية المقدمة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

اما عينة الدراسة فكان عددها **36**، بينت نتائج الدراسة مدى ايمان المعلمين في التعامل الحسن مع الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة، واهمية توفير بعض الاحتياجات الأساسية لهم؛

- دراسة نايف الزارع **2015**، جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة، وهدفت الى معرفة جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة في ضوء مجموعة من المتغيرات تمثلت في الجنس وسنوات الخبرة ونوع المركز او المعهد حكومي / خاص، وتكونت عينة الدراسة من **429** من معلمي ومعلمات التربية الخاصة العاملين في المراكز، وقد تم بناء أداة مستندة الى معاير مجلس الأطفال غير العاديين الخاصة بعملية التشخيص، وتوصلت النتائج الى حصول بعد تقويم الفرد والبرنامج في المرتبة الأولى، ويليه بعد القيادة والسياسات، كما بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لاثر الجنس على المجالات والقائمة ككل، اما عن متغير سنوات الخبرة فقد جاء دال احصائيا ومنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الخبرة؛

7-3- التعقيب على الدراسات السابقة:

7-3-1- التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير المشكلات:

في ضوء مراجعة الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية تبين تأكيدها على وجود مجموعة من المشكلات التي تواجه الأطفال المعاقين –ذوو الاحتياجات الخاصة- بصفة عامة، وتواجه الطفل التوحدي وأسرته بصفة أخص وهذه المشكلات متباينة حسب البيئة والظروف لكل دراسة ،كما يعود سبب هذا التباين في نتائج الدراسات المتعلقة بالمشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي واسرته الى عوامل متعددة منها المعايير المستخدمة لتحديد المشكلات إضافة الى العوامل الشخصية وعوامل أخرى تؤثر في مستوى حدوث المشكلات لدى الأطفال المعوقين بصفة عامة والتوحديين بصفة خاصة كما ان اختلاف الأدوات يساهم في اختلاف النتائج و تمت ملاحظة بعض النقاط التي يجب ان تذكر في التعقيب و هي:

- لوحظ أن معظم الدراسات انتهجت المنهج الوصفي بصورته المسحية ماعد ا القليل منها الذي اعتمد على المنهج التجريبي، إذ أن المنهج الوصفي بصورته المسحية يلائم ويناسب عملية تحديد المشكلات و تقدير درجة شيوعها كما في الدراسة الحالية
- تبين أن معظم الدراسات تناولت المشكلات السلوكية ومشكلات التفاعل الاجتماعي والتواصل، والسلوكيات النمطية للأطفال التوحديين عكس ما جاء به البحث الحالي وخلافا لجل هذه الدراسات استثنى الباحث هذه المشكلات، واعتمد على دراسة المشكلات الاجتماعية والنفسية والتربوية والتعليمية التي تواجه الطفل التوحدي وأسرته على حد سواء.

- تشابه البحث الحالي مع الدراسات السابقة شكليا ولكن اختلفت معها من حيث أهدافها وطريقة تناولها وطبيعة المشكلات المدروسة من وجهة نظر الاولياء فهذه الدراسة لم تقف عند مشكلة واحدة بل توسعت لتشمل العديد من المشكلات وهذا ما جاء كقيمة مضافة عن تلك الدراسات.
- كما ان عينة الدراسة الحالية تمثلت في الاولياء كما تم الاعتماد على اراء المختصين كما اعتمدته بعض الدراسات ولم تعتمده بعض الدراسات الأخرى ك دراسة نجاتي أحمد حسن يونس **2015**، ودراسة هياء زيد محمد الخرعان، **2016**، كما ان اعتماد الدراسة الحالية على قائمة تقديرية للمشكلات أساسه الاعتماد على باقي الدراسات في بنائها وهذا ما يجعل التشابه في هذا الجانب.

2-3-7-التعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير مؤشرات ضبط الجودة:

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها حددت اهم المؤشرات التي هي بمثابة حلول نوعية للمشكلات المرتبطة بجوانب العملية التعليمية في المراكز والمؤسسات الاستشفائية، والجوانب النفسية والصحية بالإضافة الى الجوانب الاجتماعية و التي تم اقتراحها من طرف المختصين و تم تكييفها من طرف الباحث مع مؤشرات ضبط الجودة العالمية في تقديم البرامج و الخدمات للتوحديين و أسرهم وهي المؤشرات التي اشتركت فيها مع بعض الدراسات كدراسة أسماء عبد الله العطية **2015** كما واختلفت مع بعض الدراسات الأخرى في نفس المجال كدراسة الزارع **2008** التي تناولت و التي تم الاعتماد عليها كما هي فقط، و عكس ما جاءت به دراسة نيرمين قطب سنة **2015**، و التي حاولت من خلال بحثها تحقيق معايير الجودة في البرامج الأسرية المقدمة لأسر فئة التوحد في البيئة الصفية وغير الصفية، وتطرح هذه الدراسة عدد من التساؤلات حول مدى تحقق معايير الجودة في البرامج المقدمة لفئة التوحد في البيئة الصفية وغير الصفية لفئة التوحد و لم تعتمد على المؤشرات مثل ما جاءت به الدراسة الحالية.

أما عن الاعتماد على المنهج فقد اعتمدت جل الدراسات السابقة على نفس المنهج الذي اعتمدته الدراسة الحالية وهو المنهج الوصفي بين المسح والتحليل، اما الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية فهي عبارة عن مزيج من الأدوات المستخدمة في باقي الدراسات السابقة، وهذا ما يعطي إضافة قيمية كبيرة لنتائج الدراسة الحالية.

الفصل الثاني:

التوجهات الحديثة في المفهوم والتشخيص التوحد

1. تطور مفهوم التوحد
2. ملخص مفهوم اضطراب طيف التوحد
3. العلاقة بين مراحل النمو للطفل التوحدي والمظاهر السلوكية له
4. مبادئ التقييم والتشخيص والتقويم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

4-1- التقويم متعدد التخصصات

4-2- التشخيص متعدد الابعاد (الأوجه)أو التكاملي

4-3- ضوابط التشخيص متعدد التخصصات وفريق العمل

5. التوجه الحديث في عملية التشخيص

5-1-التشخيص متعدد المستويات: (**Process Multi-level Diagnostic**)

أ. المستوى الأول المحكات التشخيصية

ب. المستوى الثاني محكات التحديد

ج.المستوى الثالث محكات تحديد مستوى الشدة

6. اضطراب التوحد والتصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق (**CFTMEA-R**)
7. اضطراب طيف التوحد والتصنيف الدولي للأمراض النسخة 11 معدلة ICD11BETA the International Classification of Diseases-11:
8. اضطراب التوحد والطبعة الخامسة من (**DSM 2013**)
9. المعايير الجديدة لتشخيص فئة اضطراب طيف التوحد

10. مدى انتشار اضطراب طيف التوحد في العالم
11. المؤشرات الدلالية المبكرة للإصابة بالتوحد
12. أهمية العمل متعدد التخصصات مع الطفل التوحدي
13. مقومات فريق العمل متعدد التخصصات
14. التخصصات الواجب وجودها ضمن فريق العمل متعدد التخصصات
15. الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي

1- تطور مفهوم التوحد:

في عام **1943** أطلق الطبيب النفسي "ليوكانر" على مجموعة من الأطفال الذين يتصفون بعدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين، ورفضهم التغيير في الروتين ولهم حركات متكررة ويميلون إلى العزلة اسم "الأطفال المصابون بمرض الأوتيزم"، ولقد اقتبس الطبيب النفسي كانر **Leo Canner** مصطلح "اوتيزم **Autism**" من كلمة يونانية الأصل وهي تغني الذات أو النفس، وترجمة للعربية لتصبح "التوحد". ويعتبر التوحد أمر غير معروف لعامة الناس بل حتى في بعض الأوساط الطبية خاصة وأنه قد تم اكتشافه منذ مدة قصيرة نسبياً لتاريخ التوحد.

وتأتي كلمة التوحّد (**autism**) من كلمتين يونانيتين هما**aut**» «وتعني الذاتوية «**ism**»وتعني الحالة، وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوي على نفسه بشكلٍ غير عادي .ويعاني الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحّد، بشكلٍ أو بآخر، من صعوبات في تطوير العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها.

تشير كلمة «الطيف » إلى وجود تباين واسع في سلوك التوحّد يكون على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة، وغالباً ما يصف الاطباء المرض بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار، وهو ما يعني أنه يصيب كل نواحي حياة الطفل اليومية. (**كولين تيريل، تيري باسينجر ترجمة، مارك عبود، 2013**)

فالتوحد **AUTISM** حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً.

والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ، ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن للأطفال من أي مستوى من الذكاء أن يصابوا بـ ((التوحد مع الخيال)) وقد يكونون طبيعيين، أو أذكياء جداً، أو متخلفين عقلياً. (**مايلز، 1994، ص 185**).

ويصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد ليس كمرض وانما كاضطراب في السلوك أو كمتلازمة واضطراب في التصرف، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغير (**الشيخ ذيب،2005، ص 1**).

- مفهوم التوحد في قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين:

يعتبر قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين **IDEA** التوحد على انه إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي على التفاعل الاجتماعي وتظهر قبل سن ثلاث سنوات مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح والطفل هنا لا يقبل التغير خصوصا في الروتين اليومي كما ان ردود افعاله غير عادية بالنسبة للخبرات الحدسية ومصطلح

التوحد هنا لا ينطبق على الطفل اذا كان اداءه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة (**مصطفى أسامة فاروق، الشربني السيد كامل. 2011، ص 26**)

- وتعرف الجمعية الوطنية (الأمريكية) للأطفال التوحديين (**NSAC،1978**) **National Scociely of Autistic Children** التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية: النمو، الاستجابة الحسية للمثيرات، اللغة والكلام، القدرات المعرفية، التعلق والانتماء للناس والتعلق بالأحداث والمواضيع
- أما الأستاذ الدكتور يحي الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة فقد وصف التوحد الطفولي عام **2003** بأنه نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءاً من أمه وإن كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع الأشياء المادية بالتالي يعاق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي. (**الجلبي، 2005، ص 14..19**)
- ومن التعاريف التي وجهت للتوحد ما يلي: **"** ان الطفل التوحدي لديه اضطراب وقصور في النمو اللغوي والقدرة على التواصل والنمو (العاطفي، الانفعالي، الاجتماعي، الادراك، الحسي والسلوكي...) حيث انه منغلق على ذاته لا يتأثر بالمثيرات الخارجية، وهو يعيش في عالمه الذي يقوم فيه بسلوكياته النمطية المكررة (**سهير كامل،2012 ص 162**)
- عرفته الجمعية الأمريكية:**Autism Society of American** بأنه: نوع من الاضطرابات التطورية التي لها دلالتها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الأولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ تؤثر على مختلف نواحي النمو. (**القمش، 2012، 237**)

إذا فالتوحد يصف مدى الاختلافات والتشوهات النوعية على مستوى التفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، إلى جانب الاهتمامات المقيدة والسلوكيات النمطية المتكررة والجامدة، وغالبا ما يكون لها تأثير في جميع مراحل الحياة، بالإضافة إلى هذه الميزات، فالأطفال والمراهقين الذين يعانون من التوحد غالبا ما يكون لديهم مجموعة متنوعة من الصعوبات المعرفية واللغوية والطبية والعاطفية والفكرية والسلوكية، بما في ذلك: الحاجة إلى الروتين، صعوبة في فهم الآخرين، والمشاعر، ومشاكل النوم والطعام، والمشاكل الصيحة والعقلية مثل القلق والاكتئاب ومشاكل الانتباه وسلوك إيذاء النفس وأحيانا أخرى اضطرابات السلوك العدواني، هذه الميزات يمكن أن يكون لها تأثير كبير على نوعية حياة الفرد، والأسرة أو مقدمي الرعاية، ويؤدي إلى الضعف الاجتماعي

2- ملخص مفهوم اضطراب طيف التوحد:

اضطراب نمائي عصبي تطوري ينتج عن خلل في وظائف الدماغ يظهر كإعاقة تطورية أو نمائية عند الطفل خلال السنوات الثلاث الاولى من العمر، ويؤثر على نشأة الطفل وتطوره، خاصة على المجالات الثلاثة للنمو التالية:

-اللغة، أو كيفية التكلم

-المهارات الاجتماعية، أو كيفية التواصل مع الآخرين

-السلوك، أو كيفية التصرف في مواقف معينة.

يمكن الكشف عنه بعد سن **18** شهرا، وتوجد أنواع مختلفة من التوحد تتراوح ما بين الخفيف الى الشديد، كما تختلف اعراض التوحد من طفل الى اخر، لا يوجد حالياً علاج يُشفي من التَّوَحُّد ولكن تشخيص التَّوَحُّد في وقت مبكر يسمح بالاستفادة من كثير من التدخلات العلاجية التي يمكن أن تساعد الطفل المصاب على التعايش مع التوحد. لذلك فإن نوعية الحياة التي يعيشها الطفل المصاب بالتوحد في مراهقته وبلوغه تتوقف على:

-التشخيص المبكر للتوحد

-شدة درجة التوحد

-كثافة المعالجة الشخصية التي يتلقاها الطفل من مختلف الخدمات

وهو اضطراب في النمو العصبي للطفل يؤثر بشكل شديد على نمو وظائف العقل في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل واللغة / المهارات الاجتماعية / القدرة على التخيل. حسب **DSM4**، مجالين أساسيين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية والشاذة حسب **DSM5** ويظهر ذلك عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وقد يتأخر تشخيص التوحد الى غاية السن السابعة، ويعتبر الثاني من افريل اليوم العالمي للتحسيس باضطراب التوحد، وقد حددته الأمم المتحدة على أساس انه ازمة صحية عالمية تنتشر بسرعة ودون سابق انذار

3- العلاقة بين مراحل النمو للطفل التوحدي والمظاهر السلوكية له:

عندما نتحدث عن مراحل نمو الطفل التوحدي ومظاهرها السلوكية نجدها تتسم بما يلي:

جدول رقم (01) العلاقة بين المراحل العمرية والمظاهر السلوكية للطفل

المرحلة العمرية	المظاهر والاعراض
الطفل التوحدي حديث الولادة	* يبدو مختلف عن الأطفال الأخرين *يبدو لا يريد أمه ولا يحتاج الى وجودها. * لا يهتم بأن يحمله أحد أو يقبل عليه. * لديه عضلات رخوة.* لا يبكي غالبا. * سريع الغضب والانفعال بشكل شديد
طفل التوحد في الست شهور الأولى	*الإخفاق في متابعة وملاحظة امه *مطالبة قليلة بشكل ملحوظ. * تأخر أو غياب الابتسامة لديه. * تكون كلماته غير مفهومة.* استجاباته دائما متوقعة * لديه قصور في الاهتمام باللعب
طفل التوحد في الست شهور التالية	*لا يهتم بالالعاب الاجتماعية *يفتقر الى التواصل اللفظي وغير اللفظي. *لا يتأثر بما يحدث أمامه* لديه حساسية مفرطة للمثير أو منعدمة

(علا كمال أبو حسب الله، 2015، 24)

4- مبادئ التقييم والتشخيص والتقويم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

4-1-التقويم متعدد التخصصات:

التقويم متعدد التخصصات إن التقويم الأمثل هو الذي يشترك فيه عدد من الاختصاصيين من ذوي الخبرات المتنوعة من أجل الحصول على صورة شاملة لمستوى أداء الطفل. وعلى أقل تقدير، ينبغي أن يتكون فريق التقويم من اختصاصي نفسي، واختصاصي لغة وتخاطب، واختصاصي اجتماعي، والوالدين، أما باقي الاختصاصيين، طبيب أطفال واختصاصي عيون واختصاصي السمعيات واختصاصي العلاج الطبيعي والعلاج الحركي واختصاصي أعصاب، فهم قد يشتركون بشكل من الثلاثة اشكال التالية:

- وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصي فى مكان واحد وبشكل مستمر، وهذا ما قد نجده فى مستشفيات أو في مراكز متخصصة في التقويم والتشخيص.
- وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصي في أماكن مختلفة. وعند تقويم طفل يحتاج إلى فحص السمع لديه على سبيل المثال، يأتي اختصاصي السمعيات إلى مكان تقويم الطفل لإجراء الفحوصات اللازمة. ويعد مثل هذا الإجراء أمرا نادرا نظرا لأن كل اختصاصي لديه عدة فحص خاصة به قد يصعب نقلها من مكان لآخر.
- يحول الطفل إلى عيادات تم الاتفاق معها. فيقوم الاختصاصيون بتقويم الطفل في عياداتهم الخاصة، ومن ثم بتحويل التقارير إلى الاختصاصي الاجتماعي أو الاختصاصي النفسي الذي سيقوم بتقويم الطفل النفسي، وفى مثل هذه الأوضاع، يستحسن تقليص عدد العيادات التي ينبغي أن يزورها الطفل لما في ذلك من مشقة على كل من الطفل وذويه (**الفرحاتي السيد محمود وآخرون، 2015، ص 42**)

4-2- التشخيص متعدد الابعاد (الأوجه) أو التكاملي:

إن الخطأ في تشخيص التوحد من الأمور الواردة نظراً لتعقيد هذا الاضطراب، وقلة عدد الأشخاص المؤهلين لتشخيصه بشكل علمي ومهني صحيح، ويحتاج تشخيص هذه الإعاقة إلى ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل و مهارات التواصل لديه، ومقارنتها بالمستويات الطبيعية المعتادة من النمو والتطور، ومن هنا تتشكل ضرورة وجود **فريق متعدد التخصصات العلمية** ليتم التشخيص بشكل دقيق وسليم، ويضم هذا الفريق أخصائي في الأعصاب أخصائي نفسي، أخصائي لغة وأمراض نطق ، أخصائي تربية خاصة ، أخصائي اجتماعي ، أخصائي علاج وظيفي ، طبيب أطفال، والتشخيص هي العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر، أما أدوات التشخيص ما زالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر. هنا لا بد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع، فهناك أسباب متعددة لذلك، ولكن لا بد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن

الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة، وكانت هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص، وهنا لابد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة وخصوصاً في المراحل الأولى ولوجود اختلافات في الأعراض، ويجب أخذ التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات.فالصعوبة لا تقتصر فقط على رحلة الوصول الى عملية التشخيص بل تتعدى وتبدأ المعاناة الحقيقية مع بداية عملية التشخيص التي تتطلب خبرة ووعي كبيرين بالاضطراب وما يحيط به، ولعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى تعقد امور الحالة فتؤدي الى صعوبة تقديم الرعاية والتدخل العلاجي في أوقات لاحقة كما أن الاتجاهات الحديثة في عملية القياس والتشخيص لذوي الإعاقة، تتطلب ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد في تحديد الاضطراب، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في التقييم بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الاضطراب. (**أبو مغلي، سمير، وسلامة عبد الحافظ.2002 بتصرف**).

كما تعتبر عملية تشخيص التوحد الأساس في الحكم على الاطفال على أن لديهم توحد، وعملية التشخيص ليست بالعملية السهلة للحكم على الطفل، ومن هنا لا بد من مراعاة ما يلي قبل عملية التشخيص:

- أن يقوم بعملية التشخيص أفراد لديهم المعرفة والخبرة في استخدام الاداة المناسبة والمعرفة بحالة التوحد.
- أن تتم عملية التشخيص من خلال **فريق تشخيص متعدد التخصصات**
- أن تشمل عملية التشخيص مجالات نمائية ووظيفية متعددة (**عصام النمر.2008، ص 201.202**) أي يجب أن يكون التشخيص **تكاملي ومتعدد الابعاد** وكذلك يشترط أن يكون **متعدد المستويات** كما ورد في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي للاضطرابات **DSM5**

4-3- ضوابط التشخيص متعدد التخصصات وفريق العمل :

هناك عدد من الاعتبارات والضوابط المتعلقة بتشخيص وقياس التوحد التي يتوجب على المشخص مراعاتها في عملية التشخيص متعدد التخصصات وهي على النحو التالي:

- يجب الاعتماد على أكثر من تخصص لإجراء تلك المهمة، من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات
- ان تشتمل اجراءات التشخيص للأطفال التوحديين على مجالات نمائية ووظيفية متعددة...
- يجب تبني النموذج الإنمائي في القياس والتشخيص حيث تفسر الدرجات المحصل عليها في ضوء مستواهم الإنمائي الادراكي، من اجل الحصول على تفسير وظيفي واقعي
- أن يتم استخدام أفضل وسائل التشخيص والقياس للأداء الوظيفي للطفل التوحدي

- ان تشترك أسرة الطفل التوحدي في اجراءات تشخيص وتقييم طفلها وأن يتم دعمها وتشجيعها لملاحظة الطفل وتقييمه جنبا الى جنب مع المهنيين المختصين
- أن يشتمل التقرير النهائي للتشخيص والتقييم على النتائج التي توصل اليها كل عضو من أعضاء فريق التشخيص المتعدد التخصصات بتفاصيلها.
- أن يبقى التواصل والمباشرة المستمرة بين أعضاء فريق التشخيص متعدد الابعاد (**محمد عدنان عليوات.2007.ص 28..35 بتصرف**)

5- التوجه الحديث في عملية التشخيص:

أما التوجه الحديث في عملية التشخيص المستمدة من التكفل متعدد التخصصات للطفل التوحدي فهو:

5-1- التشخيص متعدد المستويات: (Multi-level Diagnostic Process)

يقوم على تطبيق عملية القياس والتشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة وبالتحديد. فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي **DSM5** قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية:

أ- المستوى الأول المحكات التشخيصية:

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين بدلا من (ثلاثة أبعاد) أساسيين هما: 1/ بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و2/ بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة، حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي وانطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة متضمنة في المعايير التشخيصية (**انظر النسخة الخامسة من dsm5**)، كما أن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددا لظهور الأعراض التشخيصية، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر8 سنوات). كما وأن هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد وبالإضافة لما سبق، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل، كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أي وجودهما معا ضمن الفرد).**DSM V**)، **2013** ، (**F84.0**) **299.00** وأخيرا، فإن المعايير التشخيصية توضح أن انطباق الأعراض

السلوكية في البعد الأول فقط دون انطباقها في البعد الثاني يجعل الطفل قيد عملية التشخيص مؤهلا لأن يتم تشخيصه بفئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي.

ب- المستوى الثاني محكات التحديد:

توجب المعايير التشخيصية للطبعة الخامسة من الدليل في مستواها الثاني على الفاحصين ضرورة تحديد ما إذا كان الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مصاحبة له دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف التوحد كما أن المعايير الجديدة تشترط في المشخص المعرفة التامة بالمحكات والمعايير التشخيصية الخاصة بهذه الفئات المتقاطعة كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي.

ج-المستوى الثالث محكات تحديد مستوى الشدة:

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في **dsm5** بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه .وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض وعليه فإن جمعية أطباء النفس العيادين الأمريكية وهي الجهة المسؤولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد مستوى تأثير شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه(**انظر النسخة الخامسة من dsm5**)والذي يوجب على الفاحصين تعبئته مباشرة أثناء جلسة التشخيص كما أن هذا المقياس يمكن استخدامه لاحقا لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية (**محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص 12،11**)

6- اضطراب التوحد والتصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق (CFTMEA-R):

في هذا التصنيف يندرج اضطراب طيف التوحد تحت مسمى اضطرابات النمو الشامل، وفي يكون الذهان المبكر هو نفسه اضطرابات النمو الشامل، ويعرف الذهان المبكر على انه اضطراب في تنظيم شخصية الطفل الذي يؤدي الى عجز كبير على مستوى الانا بالإضافة الى عجز على مستوى الجهاز العقلي وهذا ما يؤثر على تنظيم علاقاته مع محيطه الخارجي، ويندرج ضمنه مجموعة من الفئات وهي كالتالي:

1.00التوحد الطفولي المبكر، **1.01** اشكال أخرى من التوحد، **1.02** ذهان مبكر وتأخر عقلي مصاحب لاضطرابات توحدية او نفسية، **1.03** متلازمة اسبرجر، 1.04 الذهانات التنافرية، **1.05** اضطراب الطفولي التفككي، **1.08** اضطرابات ذهانية أخرى واضطرابات نمو شامل أخرى، **1.9** ذهان مبكر واضطرابات نمو شامل غير محددة.(**Anne Marie Cressens.2015،p4**)

7- اضطراب طيف التوحد والتصنيف الدولي للأمراض النسخة 11 معدلة (ICD11BETA) the International Classification of Diseases-11 :

يندرج اضطراب طيف التوحد في هذا التصنيف ضمن اضطرابان النمو العصبية، ويتميز بـ عجز في القدرة على المبادأة، وعدم القدرة على التفاعل والتواصل الاجتماعي، كما يتسم بمجموعة واسعة من السلوكيات النمطية والمتكررة ومحدودية الاهتمامات، والمشاعر الجامدة، ويحدث هذا الاضطراب خلال فترات النمو، و عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، مع انه في بعض الأحيان تصبح الاعراض غير واضحة تماما حتى أوقات متأخرة السن، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة للطفل...

http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f437815624)

8- اضطراب التوحد والطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM5، 2013)

يقدم كتيب الدليل التشخيصي الاحصائي الخاص بالاضطرابات العقلية **DSM** اللغة الأساسية التي يستخدمها الأطباء السريريون والباحثون، وأيضا العاملين بالصحة العامة في الولايات المتحدة عند التحدث عن الاضطرابات النفسية او العقلية، ولقد تم نشر الطبعة الحالية **DSM5** سنة **2013** مقدما بذلك اول ترميم كبير لمعايير التشخيص والتصنيف منذ **1994**سنة اصدار **DSM4**(**المجلة العالمية للطب النفسي، 2013: ص 6**)

لقد تم الاعتماد في الطبعة الخامسة للدليل الاحصائي على استخدام مسمى جديد للاضطرابات النمائية الشاملة وهو اضطراب طيف التوحد (**ASD**) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد، ومتلازمة اسبرجر، واضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ضمن مسمى واحد على شكل مضلة متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الاعراض ن كما ان الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية والتي تتضمن الفئات التالية الى جانب فئة اضطراب طيف التوحد: الاضطرابات العقلية، اضطرابات التواصل، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، وصعوبات التعلم المحددة والاضطرابات الحركية.(**الجابري محمد، 2014**)

9- المعايير الجديدة لتشخيص فئة اضطراب طيف التوحد:

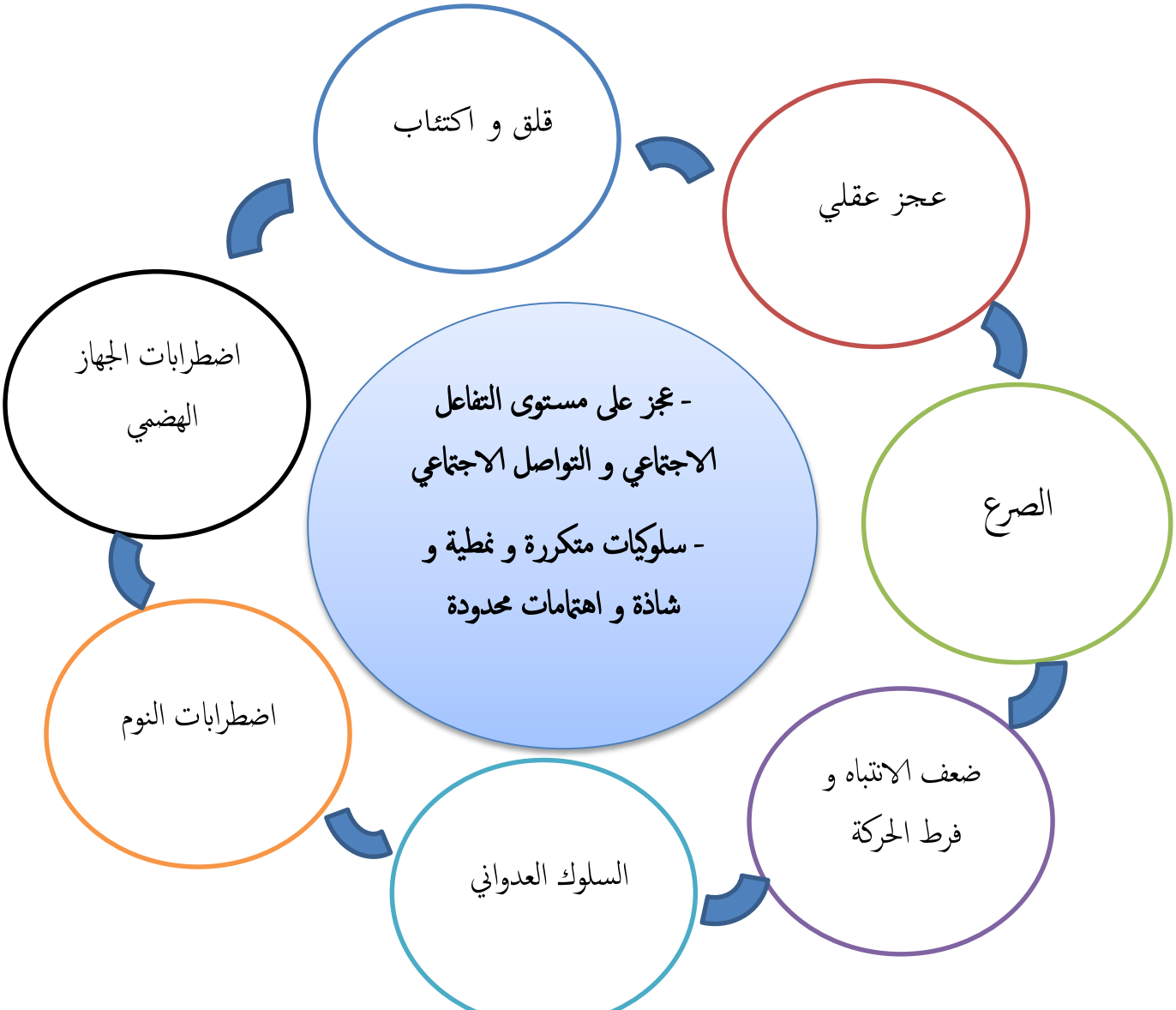
- استخدام تسمية تشخيصية موحدة هو اضطراب طيف التوحد ويتضمن كل من: اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، واضطراب التفكك الطفولي وبالمقابل تم اسقاط متلازمة ريت معتبرينها متلازمة جينية معروفة السبب او الجين المسبب لها
- التشخيص استنادا الى معيارين اثنين وهما القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية

- عدد الاعراض التي يتم التشخيص بناء عليها فق تضمنت ما مجموعه **07** اعراض سلوكية موزعة كما يلي: **03** اعراض في المعيار الأول و**04** اعراض في المعيار الثاني
- تحديد مستوى شدة الاعراض فتشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الاعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي، وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة
- المدى العمري الذي تظهر فيه الاعراض تم تمديده ليشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر**08** سنوات
- الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية واعتبارها واحدة من الاعراض السلوكية التي ان وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه
- الاضطرابات المصاحبة فقد اشترطت هذه الطبعة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص.
- اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي والتي تتوفر فيها معايير البعد الأول ولا تتواجد لديه اعراض البعد الثاني
- عدم الحاجة الى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد وانما الاعتماد على تحديد الاضطرابات المصاحبة
- الاعتماد على التشخيص الذي يؤدي الى تحديد الخدمات المراد تقديمها

(5th ed) American psychiatric association.2013،pp 50.51.52

وبالمقارنة نجد ان التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق النسخة **5** المعدلة الصادرة في **2012** يتفق مع تصنيف منظمة الصحة العالمية في نسختها **10** (**CD10**) حيث يندرج ضمن مضلة الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تندرج عنها مجموعة من المتلازمات وهي: التوحد الطفولي المبكر او ما يسمى ب توحد كانر، التوحد الطفولي، اشكال أخرى من التوحد كالتوحد النمطي ومتلازمة اسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي **(gastro–intestinaux (pp21.22.23.24،2012،Pr Roger Misès**

الشكل رقم (01): يبين الخصائص الأساسية لاضطراب طيف التوحد، والاضطرابات المصاحبة له.



الشكل الذي بين أيدينا يوضح الخصائص الأساسية لاضطراب طيف التوحد والموضحة في الدائرة التي في الوسط – الداخلية–ويحيط بها مظاهر أخرى تلاحظ عموما عند المصاب باضطراب التوحد على شكل اضطرابات مصاحبة. **الشكل مقتبس من** .(**Spooren et coll, 2012**) كما أوردتها (**Elsa Delaby، 2014 ،p 7**) في دراستها حول " تشريح البنية الجينية للتوحد عن طريق تحليل الاختلافات في عدد الجينات"

10- مدى انتشار اضطراب طيف التوحد في العالم:

هناك الكثير من التباين حول تحديد نسبة إنتشار التوحد، ولكن تؤكد الكثير من الإحصائيات بأن هناك زيادة كبيرة في أعداد المصابين بالتوحد مما جعله ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا، وقد أشارت التقارير الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي بلغت ما يقارب (**2 . 6**) حالات لكل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة **0.02 % . 0.06 %** وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (**2: 1**) ولغاية (**5: 1**) إلى مابين الأعمار (**8، 9، 10**) سنوات هناك (**4 . 5**) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل. وأثبتت دراسة **Aurthus** التي أجريت في الدنمارك **1970** نفس النتائج.

أما **Cathy Pratt** المسؤولة عن مركز أنديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد من (**5 . 15**) حالة لكل عشرة آلاف طفل أما في عام **2002** فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوح ما بين (**7 . 48**) حالة لكل عشرة آلاف حالة مشخصة كأعراض التوحد أو اضطرابات للنمو وأعراض مرض أسبرجر. وأشار مركز أبحاث في كامبريدج في تقرير له بازدياد عدد حالات التوحد حيث أصبحت **75** حالة في كل عشرة آلاف من عمر **5 . 11** سنة وتعد هذه النسبة كبيرة عما كان معروفاً سابقاً وهو **5** حالات في كل عشرة آلاف ولادة.

وفي عام **2002** عقد المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشار الدكتور **Marie Bristol** إلى أن حالات التوحد يمكن توزيعها كما يلي:

هناك (**1**) من كل (**200**) حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي **Classic Autism**

وهناك (**1**) من كل (**500**) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو **PDD** وأعراض مرض أسبرجر، وأن حالات التوحد وأعراض التوحد في ازدياد ولا تعرف أسباب ذلك وأن أعراض التوحد تتغير عبر المواقع الجغرافية وذلك لتوفر الخبرات والتشخيص الدقيق ووجود المهنيين وذوي العلاقة ببرامج التوحد والعوامل البيئية الأخرى. (**الجلبي. 20،2005**)

أما التقارير الصادرة من جمعية التوحد الامريكية، في شهر مارس **2012** تشير إلى أن انتشار التوحد ارتفع إلى **1**: **88** أي في كل **88** ولادة يوجد طفل مصاب بالتوحد، واضافت بشيء من التفصيل أن معدل الانتشار في الذكور **1**: **54** أي عند ولادة **54** طفل ذكر يوجد بينهم طفل توحدي سنة **2015**، ويلاحظ من خلال التأمل لهذه النسبة، أن هذا بمثابة مؤشر خطير يهدد أي مجتمع، إذ لم تُتخذ التدابير الوقائية والعلاجية المناسبة، كما أشار مركز السيطرة على الامراض والوقاية منها **CDC** الى ان نسبة المصابين باضطراب التوحد اقل من 08 سنوات بـ **01** من كل **68** ولادة سنة **2014** وقد نوه لأن هذه النسبة تعتبر تهديد حقيقي للأسر (**http://www.autism-society.org**)

وتشير أحدث التقارير إلى أن معدلات انتشار مرض التوحد في العالم العربي تتراوح ما بين 1.4 حالة بين كل **10** آلاف طفل في عمان، و**29** حالة بين كل **10** آلاف طفل في الإمارات العربية المتحدة. وبالرغم من أن

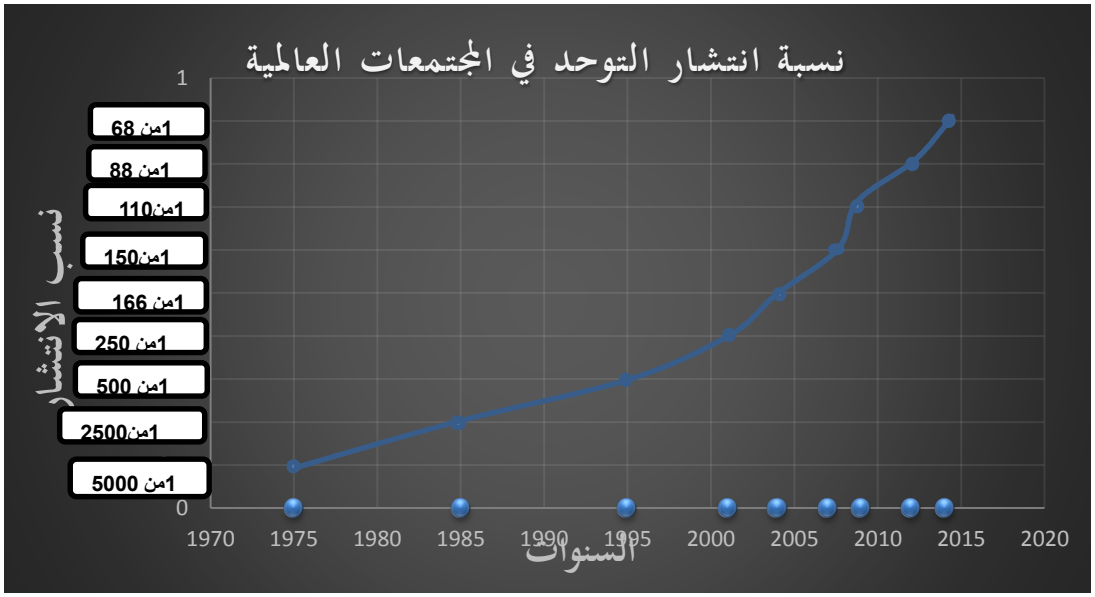
هذه المعدلات تعتبر أقل من مثيلاتها في البلدان المتقدمة، حيث تصل النسبة فيها إلى **39** حالة من المصابين بمرض التوحد بين كل **10** آلاف طفل، وإلى **77** حالة من المصابين باضطرابات طيف التوحد بين كل **10** آلاف طفل، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة تراجع معدلات انتشار هذه الحالة في العالم العربي **http://www.natureasia.com/ar/nmiddleeast/article/10.1038/nmiddleeast**.

و قد تطور معدل انتشار التوحد في العالم عامة و الولايات المتحدة الامريكية بصفة خاصة بالشكل التالي: في سنة **2010** كان هناك ما يقارب **52** مليون شخص يعانون من اضطراب طيف التوحد في العالم، و يعتبر زيادة مرعبة بالنسبة للسنوات التي قبلها ففي الولايات المتحدة الامريكية بلغ معدل الانتشار سنة **1988** إصابة من كل **2000** طفل بالغ من العمر **08** سنوات الى اصابة **01** من كل **88** ما بين الفترة الممتدة بين سنة **2010** و**2012** ،و**01** طفل كل **42** ولادة طبيعية سنة **2016**

وحسب احصائيات مركز السيطرة على الامراض **CDC**، أن معدل انتشار اضطراب طيف التوحد وصل سنة **2016** الى ولادة **01** طفل توحدي كل **42** ولادة طبيعية بالنسبة للذكور، و**01** لكل **189** ولادة طبيعية بالنسبة للإناث في الولايات المتحدة الامريكية، قبلها في **2014** كان المعدل لا يتجاوز **01** من **68** ولادة طبيعية، أما **2010** فكان المعدل **01** لكل **88** ولادة طبيعية (**cathypratt,2017**).

وتشير الإحصاءات بان عدد الأطفال التوحديين في الجزائر بلغ سنة **2014** حسب (**محمود ولد طالب.2015، ص 7**) **100000** مائة الف حالة مشخصة باضطراب طيف التوحد من مختلف الاعمار، طبعا اذا تم اعتبار حالة توحد لكل **300** ولادة، بمتوسط ولادة **600000** الف مولود في السنة من مختلف الاعمار، بعد ما بلغ عددهم **60000** مصاب بالتوحد في الجزائر سنة **2009** ومع كل هذه التقارير الإحصائية العربية منها والعالمية والمحلية الا انه من الصعب جدا تحديد نسبة انتشار التوحد وذلك لاختلاف الدراسات واختلاف معايير التشخيص وتعدد الاخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب وفقا لخلفياتهم الطبية او التربوية او النفسية فهذا الاضطراب ينتشر بين جميع السكان بغض النظر عن الناحية العرقية او الدينية او الاجتماعية او الثقافية أو الاقتصادية (**الخطيب جمال، منى الحديدي:2007**)، كما ان هذه النسب المشار أعلاه في ازدياد مستمر كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (02): منحنى بياني يبين ارتفاع نسب انتشار التوحد عبر السنوات



جدول رقم (02): يبين نسب انتشار التوحد في العالم

السنوات	1975	1985	1995	2001	2004	2007	2009	2012	2014	2015	2016
نسبة الانتشار	1من 5000	1من 2500	1من 500	1من 250	1من 166	1من 150	1من 110	1من 88	1من 68	1 من 52	1 من 42

11- المؤشرات الدلالية المبكرة للإصابة بالتوحد:

هناك علامات يمكن ان تساعدنا على اكتشاف احتمالية الإصابة بالتوحد للطفل، غالبا ما يعاني ً الأشخاص من المصابين باضطراب طيف التوحد من مشكلات في المهارات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية، فقد يقومون بتكرار سلوكيات محددة، وقد لا يرغبون في تغيير الأنشطة اليومية التي يمارسونها، ويتخذ العديد من الأشخاص من المصابين باضطراب طيف التوحد طرقا مختلفة للتعلم أو جذب الانتباه أو الرد على الأشياء، وتظهر علامات الإصابة باضطراب طيف التوحد في الطفولة المبكرة، وتستمر طوال حياة الشخص.

ويمكن أن يتميز الأطفال أو البالغون من المصابين باضطراب طيف التوحد بما يلي:

- عدم الإشارة إلى الأشياء للتعبير عن الاهتمام (على سبيل المثال، عدم الإشارة إلى الطائرة التي تطير فوق رؤوسهم)
- عدم النظر إلى الأشياء عندما يشير الآخرون إليها
- وجود صعوبات في التعامل مع الآخرين
- عدم الاهتمام بالآخرين على الإطلاق
- تجنب التواصل بالعين والرغبة في البقاء بمفردهم
- الشعور بصعوبات في فهم مشاعر الآخرين أو الحديث عن المشاعر الخاصة بهم

- يفضلون ألا يتم حملهم أو عناقهم، أو قد لا يرغبون في معانقة الآخرين إلا عندما يرغبون في ذلك فقط
- يبدو عليهم عدم الوعي عندما يتحدث إليهم الآخرون، في حين أنهم يستجيبون للأصوات الأخرى
- يظهر عليهم الاهتمام الشديد بالأشخاص، إلا أنهم لا يعرفون كيف يتحدثون إليهم أو كيف يلعبون معهم، أو كيف يتعاملون معهم
- تكرار أو إعادة الكلمات أو العبارات التي تقال لهم
- تكرار من استخدام اللغة العادية ً للكلمات أو العبارات
- يشعرون بصعوبة في التعبير عن احتياجاتهم باستخدام الكلمات أو الحركات المعتادة
- لا يلعبون ألعاب "التظاهر"(على سبيل المثال، لا يتظاهرون "بإطعام" دمية)
- يقومون بتكرار الأشياء بصفة دائمة
- يعانون من صعوبات في التأقلم عندما تتغير الأمور الروتينية المعتادة
- يكون رد فعلهم غير معتاد فيما يتعلق برائحة أو مذاق أو شكل أو ملمس أو صوت الأشياء
- يفقدون المهارات التي كانوا يتمتعون بها في الماضي (على سبيل المثال، يتوقفون عن قول الكلمات التي كانوا يستخدمونها من قبل) (**http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/links.html**)

الجدول رقم (03): محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الاحصائي والتشخيصي **DSM5**

مستوى الشدة	محك التواصل الاجتماعي	محك السلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات الضيقة
المستوى رقم 03 يتطلب توفير دعم جوهري وكبير	قصور (عجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية والتي تسبب اعتلالا (قصورا) شديدا في الأداء الوظيفي. قدرة محدودة على انشاء التفاعل الاجتماعي ومحدودية في القدرة على الاستجابة لمبادرات الاخرين الاجتماعية ومثال ذلك: فرد لديه عدد قليل من الكلمات التي يمكن استخدامها في الحديث ولكنه نادرا ما يبدأ بالتفاعلات الاجتماعية مع الاخرين، وفي حالة مبادرته في التفاعل الاجتماعي، فان تفاعله يكون موجها وبصورة غير عادية لتحقيق حاجاته فقط، كما انه يستجيب للتفاعلات الاجتماعية المباشرة فقط.	عدم مرونة السلوك، وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير، او سلوكيات تكرارية / محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء الفرد الوظيفي وعلى كافة الأصعدة. صعوبة بالغة في القدرة على تغيير اهتماماته او افعاله (تصرفاته)
المستوى رقم 02 يتطلب توفير	قصور (عجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية.	عدم مرونة السلوك، وصعوبة في القدرة على التكيف مع التغيير، او سلوكيات تكرارية /محدودة تبدو كثيرة

دعم جوهري	اعتلال (قصور) ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتى بوجود الدعم والمساعدة في الموقف الاجتماعي. قدرة محدودة في انشاء التفاعل الاجتماعي، تناقص او استجابات غير عادية للتفاعلات الاجتماعية من قبل الاخرين.ومثال ذلك: فرد لديه عدد قليل من الجمل يمكن ان يستخدمها في حديث.كما ان تفاعله الاجتماعي محدود ومقتصر على مواضيع تمثل اهتمامات خاصة به، ويبدو تواصله غير اللفظي شاذا (غريبا) بشكل ملحوظ.	بصورة كافية لان تكون واضحة للملاحظة من قبل الاخرين او انها تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة. صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته او افعاله (تصرفاته)
المستوى رقم 01 يتطلب توفير الدعم	قصور (عجز)واضح في التفاعل الاجتماعي و الذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ضل غياب الدعم المناسب في الموقف الاجتماعي صعوبة في القدرة على انشاء التفاعل الاجتماعي مع الاخرين ووجود امثلة واضحة على استجاباته غير العادية او الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية مع الاخرين. قد يبدو ان لديه تناقصا في رغبته او اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الاخرين.ومثال ذلك: فرد لديه القدرة على الحديث باستخدام جمل واضحة وكاملة ولديه القدرة على الاندماج في التواصل مع الاخرين ولكنه يبدي فشلا في ذلك كما وان قدرته على تكوين الصداقات مع الرفاق تبدو شاذة وغير ناجحة تماما.	عدم المرونة في السلوك والتي ينتج عنها تأثير واضح ذو دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد او اكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية) صعوبة في الانتقال بين الأنشطة المختلفة مشاكل في القدرة على التنظيم او التخطيط الامر الذي من شأنه إعاقة (كبح)القدرة على الاستقلالية.

(الجابري محمد عبد الفتاح. 2014)

12- أهمية العمل متعدد التخصصات مع الطفل التوحدي:

إن السعي للحصول علي تكفل جيد ودقيق وشامل ومتكامل من ذوى الخبرة والمعرفة المهنية. باضطراب طيف التوحد الذي كما تم تسميته بناءا على ما جاء في الطبعة الخامسة للدليل الاحصائي يستدعي الاعتماد على الاحاطة الشاملة بمختلف جوانب الاضطراب النفسية منها والطبية والاجتماعية والنمائية... وتناولها عبر مراحل عدة من عملية التكفل متعدد التخصصات أو العمل متعدد التخصصات، الذي يعد التوجه الحديث في رعاية وعلاج التوحديين، لذلك وجب الاعتماد على هذا الأسلوب في العمل مع التوحديين

ولأن التعامل مع حالات التوحد ليس بالأمر السهل، ولأنه يتطلب فريق عمل متكامل،ل مختلف التخصصات كان من الأهمية وجود فريق عمل متعدد التخصصات، كما ان وجود العديد من التخصصات ضمن هذا الفريق يضمن تقيلي نسبة احتمالية الخطأ في التشخيص، فمساهمة أي متخصص في هذا الفريق تعطي بعدا موضوعيا لعملية التشخيص والتقييم لحالات التوحد، كما انه يجب على الفريق متعدد التخصصات توسيع دائرة التقييم والتشخيص على جميع مجالات النمو المعرفية منها والاجتماعية والوجدانية والسلوكية.... لذلك لا يمكن للطبيب وحده إعطاء حكم تشخيصي لحالة من حالات التوحد على حد قول الدكتور مريام روسو من احدى جامعات كندا، ولا بد من تنوع التقارير عن حالات التوحد طبية ونفسية، اجتماعية، عقلية...الخ.

(**M. rousso, 2014, p 3**)

13- مقومات فريق العمل متعدد التخصصات:

يتكون فريق العمل متعدد التخصصات العامل مع التوحديين عادة من (طبيب، نفساني عيادي، اخصائي علم نفس عصبي، اخصائي ارطفوني، نفساني تربوي، اخصائي اجتماعي، نفساني حركي) ولكي يكون هذا النوع من العمل الذي يشكل -فريقا متكاملا-ناجحا، فلا بد ان يكون له مقومات أساسية، وضرورية لفريق واحد، ومن تلك المقومات التي تميز فريق العمل الجيد العامل مع التوحديين ما يلي:

13-1-مقومات تتعلق بفلسفة عمل الفريق:

هناك مجموعة من الاعتبارات المهمة حول هذه الفلسفة منها:

- يكون الاعتبار الأول موجها للطفل التوحدي تحت جميع الظروف
- إعطاء الحرية والاحترام لكل تخصص من جانب أعضاء الفريق، وتحديد الخدمات التي تقدم للطفل عن طريق الفريق
- العمل على أساس ابداعي متجدد لأن كل طفل توحدي متفرد بنفسه وله شخصيته المتميزة حتى التوائم منهم
- العمل على تحقيق جودة الفريق ككل، وليس التركيز على خدمة معينة
- ينبغي ان لا تتوقف الأهداف المنشودة لخدمة الطفل عن تحقيق مستويات قريبة، بل ان تكون شاملة ولا تتوقف عند مرحلة معينة
- وجود فلسفة مشتركة حول عمل الفريق من قبل أصحاب هذه التخصصات، فلا يكفي التنظيم وترتيب قواعد العمل فقط

13-2-مقومات تتعلق بفاعلية فريق العمل متعدد التخصصات:

لا شك ان نجاح عمل هذا الفريق متعدد التخصصات تتوقف —الى حد كبير- على تكوينه وفاعليته وتنظيمه، بالإضافة الى ايمانه العميق وقناعاته المشتركة بان عمله سوف يحقق نتائج باهرة في خدمة الطف التوحدي ولكي يكون الفريق ناجحا في عمله وفعالا هناك عدة اعتبارات ينبغي اخذها بعين الاعتبار:

- ان يكون هناك تواصل مستمر بين هذه التخصصات حول ما تم إنجازه مع الطفل وما يفترض تنفيذه، وما يتوقع من نتائج او ردود فعل، وليس بالضرورة ان يكون هذا التواصل المرغوب عن طريق الاجتماعات، بل ان هناك وسائل أخرى للتواصل منها المباشر وغير المباشر والاتصالات الودية وغير الرسمية كالهاتف ونحوه.
- ضرورة ان يكون لهذا الفريق حينما يجتمع بعض السلطات والصلاحيات التي تساعد البرنامج في تحقيق نجاحه
- ضرورة وجود روح العمل الفريقي بين اعظاء الفريق، تلك الروح القائمة على الاحترام والتعاون والثقة المتبادلة (**فهد بن حمد المغلوث. 2006: ص ص 155.156**)

14- التخصصات الواجب وجودها ضمن فريق العمل متعدد التخصصات:

- طبيب الأطفال**Pediatrician** :

يضمن الطبيب او طبيب متخصص فى مجال أمراض الأطفال فى الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن الثامنة عشرة ويقوم بالتأكد من عدم وجود مشاكل أخرى لا علاقة لها بالاضطراب، كما يقوم بالتشخيص التفريقي او الفارقي، كما يقوم أيضا بوضع تقييما للأوضاع الطبية ذات الصلة. كما يوصى بشدة أن يكون لدى الحالة تقييم للحالة من الجانب السمعي والبصري، ويكون في الغالب أول من يلجأ إليه الآباء عند ملاحظتهم أي قصور فى التطور لدى أطفالهم، ويقوم الطبيب بإجراء الكشف العام وفحص وجود اضطرابات طبية مثل التشنجات أو X فراجيل أو التصلب التي قد تقترن بالتوحد، هذا بالإضافة إلى تقويم حاجة الطفل إلى العلاج من خلال العقاقير، وإجراء فحوصات طبية أخرى بناءً على حاجة الطفل.

- الطبيب النفسي **Psychiatrist**:

طبيب مختص مثل باقي الأطباء، إلا أنه تلقى تدريبا وتخصصا إضافيا في معالجة الأمراض العقلية في مجال علم النفس.ومهمة الطبيب النفسي تتمثل فيما سلف ذكره لدور الطبيب.إلا أنه إضافة إلى ذلك، فهو قد يجرى الاختبارات النفسية على الطفل وهو يتمتع ذلك بخبرة أ كبر في تشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية

- النفساني العيادي **Psychologist**:

وهو شخص ينال تدريبا في مجال العمليات العقلية والتطور وغالبا ما يكون من الحاصلين على شهادة الدكتوراه في علم النفس، وقد يكون في بعض الأحيان من حاملي لشهادة الماجستير، ممن لديهم خبرة مكثفة وتدريب على إجراء الاختبارات وتحليل نتائجها إلا أنه ليس طبيبا وله دور أساسي في التقويم فيما يتعلق بجميع مجالات التطور وإدارة السلوك، ويتم ذلك من خلال إجراء الاختبارات النفسية والمراقبة وإجراء مقابلات مع الآباء من أجل التوصل إلى التلخيص المناسب وتحديد مستوى الأداء، ولا ينحصر دور الاختصاصي النفسي في تلخيص وتقويم الأفراد فحسب بل ينبغي أيضا أن يقترن(وفى بعض الأحيان يطبق) طرق المعالجة المثيلة بما في ذلك وصف خطة المعالجة السلوكية التربوية، هذا بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للآباء. ويقوم بدراسة التاريخ المرضي للحالة، كما يقوم بالملاحظة المباشرة لسلوكيات الطفل التوحدي ويستحسن ان تكون هذه الملاحظة في البيئة

الطبيعية للطفل، بالإضافة الى إمكانية تطبيقه لوسائل وأدوات التشخيص والتقييم لاضطراب التوحد كا **l'ADOS** (**Autism Diagnostic Observation Schedule**) جدول الملاحظة التشخيصي للتوحد، و**l'ADI-R** (**autism diagnostic interview-revised**) المقابلة التشخيصية للتوحد – منقحة –كما يركز على تقييم الجوانب الأخرى كالصعوبات الاجتماعية والتواصلية والسلوكيات الشاذة، واستخدامه لأدوات ووسائل تشخيصية موحدة ورسمية، واكتشاف الاضطرابات السلوكية المصاحبة.

- الاختصاصي الاجتماعي:

يتولى الاختصاصي الاجتماعي مسئولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية وتحصيل المعلومات عن مراحل تطور الطفل وتاريخه الصحي والتعليمي من الوالدين. كما أنه قد يقوم بتقويم تكوين وبنية الأسرة وأوضاعها. (**الفرحاتي السيد محمود. 2015، ص 43**)

15- الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدى:

ولقد قدمت لورنا وين **Lorna wing** وصفا دقيقا للصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي بصورة شاملة لاوجه القصور وذلك في النقاط التالية:

* قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني
* لا يأخذ موضع استعداد عندما يقترب منه أحد الوالدين لرفعه بين يديه
* لا يسير الطفل التوحدي أعقاب والديه ولا يجري لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل
* لا يسعى الطفل التوحدي إلى استدرار العطف والحنان إذا اصيب بأذى
* لا يتعود على القاء التحية أو التوديع أو إعطاء قبلات للوالدين أو القائمين على رعايته
* لا يبدو عليه الاهتمام أو الاستجابة العاطفية تجاه الوالدين
* لا يبدو عليه أي ملامح ضيق أو قلق عند انفصاله عن والديه
* يفتقد الى التواصل البصري حتى انه لا يجيد استخدام نظرات العين
* يتجنب النظر الى وجوه الاخرين ولا يستطيع تحويل نظره نت مؤثر الى اخر بسهولة
* تبدو عليه تغيرات وجهية لا يستطيع الاخرين الحكم عليها او فهمها
* لا يستطيع اكتساب مهارة اللعب الاجتماعي التبادلي او الثنائي البسيط
* عادة ما يفشل في تكوين صداقات او علاقات، (**L. Wing, 1991, 1..24**)
* لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية
* لديه تأخر لغوي شديد
* لا يستطيع فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجه اليه
* غالبا ما يرتبط ملامه (ان وجد) بالاحتياجات الخاصة والطعام، الشراب والذهاب الى الحمام
* لا يشغله الا الوقت الحاضر (الاحداث الجارية)

* يردد الكلام بشكل نمطي وتكراري بدون تناسب للموقف
* لديه شذوذ في استخدام الضمائر بين القلب والحذف
* يظهر سلوكيات نمطية متكررة
* لديه قصور في القدرة على التخيل خاصة في مواقف اللعب
* يظهر اهتمام شديد برائحة الأشياء وملمسها
* يتسم بعدم المرونة ومقاومة التغيير في البيئة المحيطة
* لا يستطيع ادراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية
* يبدو عليه انه طفل عادي حيث يعطي انتباها جادا على وجهه يوحي بدرجة كبيرة من الذكاء
* قد توجد بعض العيوب الخلقية لديه لكن ليست لديها أهمية تشخيصية

قد يصاب ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية اللاإرادية (**L. Wing, 1991, 1..24**)

الفصل الثالث:

البرامج والخدمات المقدمة للأطفال التوحديين وأسرهم ومشكلاتهم

1. معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة
2. الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين

2-1- الخدمات التشخيصية

2-2- الخدمات الاجتماعية

2-3- الخدمات النفسية

2-4- الخدمات الاسرية

2-5- الخدمات الاقتصادية

3. البرامج المقدمة للأطفال التوحديين

3-1- البرامج الاجتماعية

3-2- البرامج التربوية

4. تطوير البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين
5. العناصر المشتركة للبرامج التربوية النموذجية لتعليم الأطفال التوحديين

5-1- الكوادر المؤهلة

5-2- المنهج التربوي المناسب

5-3- بيئة تعليمية تدعم التلميذ (التوحدي)

5-4- الروتين

5-5- مدخل عملي لمعالجة السلوكيات غير السوية

5-6- التقويم المستمر

5-7- التحضير للانتقال الى الفصول العادية

5-8- اشراك الاسرة في عملية التعليم

5-9- تطبيق الطرق التعليمية المبنية على أسس علمية

5-10- التدريب المكثف و عوامل مشتركة أخرى

6. مشكلات الفئات الخاصة

6-1- المشكلات الطبية (الصحية)

6-2- المشكلات النفسية

6-3- مشكلات العمل

6-4- المشكلات التعليمية

6-5- المشكلات الاقتصادية

7. مشكلات الطفل التوحدي واسرته

7-1- المشكلات الاجتماعية

7-2- اثر التوحد على حياة الوالدين

8. تأثير الطفل التوحدي على الاسرة

8-1- الناحية النفسية

8-2- الناحية الاجتماعية

8-3- الناحية الاقتصادية

9. مشكلات أخرى تواجهها اسر الأطفال التوحديين

9-1- المشكلات الصحية

9-2- المشكلات التعليمية

9-3- المشكلات الاجتماعية

9-4- المشكلات التوعوية

9-5- المشكلات الحقوقية

10. قصور الخدمات والبرامج الموجهة للتوحديين كأكبر مشكلة

11. الهدف من الاعتماد على معايير ومؤشرات الجودة في مراكز التوحديين وباقي الفئات

01- معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة

أصبحت دول العالم المتقدم تتسابق في العمل على إيجاد البرامج والخدمات التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة كما إنها اهتمت، أيضا، منذ عدة سنوات، حيث بادر المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة(**Council for Exceptional Children**) المعروف بالرمز(**CEC**)وهو المجلس ذو التأثير الكبير على التربية الخاصة في العالم، إلى تبني جملة من معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة بما فيها ميدان الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتندرج هذه المعايير ضمن عدد من المجالات الأساسية، وهي: (**1**) معايير الممارسة المهنية للمعلمين. (**2**) المعايير المتصلة في تعليم ذوي الإعاقات. (**3**) المعايير المتصلة بالتعاون والتواصل. (**4**) الإدارة، والمعلمون، والمرشدون، وأولياء الأمور. (**5**) البيئة التعليمية. (**6**) استراتيجيات التدريس.(**7**) الدمج والخدمات الانتقالية. (**8**) البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد(**Robertson, 2006,p 281.296**)

وأصبحت المواد الدراسية في الجامعات الأمريكية مراعية لتلك المعايير والأسس. فقد أصبح مألوفاً أن تستهل خطط المواد الدراسية بتلك الأهداف المشتقة من معايير الممارسة المهنية التي يتبناها المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالتعاون مع المجلس الأمريكي الوطني لاعتماد تدريب المعلمين **National Council for Accreditation of TeacherEducation**) المعروف بـ (**NCATE**)

(**إحسان غديفان السريع، 2014**)

02- الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين:

ينبغي ملاحظة الطفل في أسرته أو في حيه أو مدرسته لغرض توفير المعلومات وإيجاد الحلول للمشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، ولعل من أبرز الخدمات التي يمكن أن تقدم لأطفال التوحد تكون على النحو التالي:

- ✓ وحدات ما قبل المدرسة:

هناك مدارس بدأت بقبول أطفال التوحد الذين تبدأ أعمارهم من الثانية أو الثالثة حتى سن ما قبل الدخول في المدرسة، وقد حاز هؤلاء الأطفال على فائدة مرجوة من خلال دمجهم بصحبة الأطفال الآخرين ومساعدتهم على تعلم العناية بالذات والمهارات الاجتماعية

- ✓ المدارس الخاصة:
- ✓ إن الأطفال التوحديين بحاجة ماسة إلى الالتحاق بمدرسة مناسبة لهم منذ سن الخامسة وحتى المراهقة وقد كثر الجدال حول إمكانية دمج الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين، أو لإلحاقهم بمدارس خاصة تتعامل مع الأطفال التوحديين (**سليمان، عبد الرحمن السيد، 1999، ص 32**)

✓ الرعاية الايوائية:

إن لم يتوفر لهؤلاء الأطفال بيوتاً تشملهم فبالإمكان إيجاد مدرسة ايوائية، وقد تكون الرعاية الدائمة طيلة الوقت ضرورية وإن نظام الوحدات الشبيهة بنظام الأسرة قد يبدو هو الحل الأمثل.

✓ وحدات العلاج الطبيعي:

قد يتطلب الأمر إدخال أطفال التوحد إلى المستشفيات في ظل ظروف خاصة لا تتعلق بمرض جسماني واضح وملاحظ، وخاصة ما يتعلق بمشكلات سوء التغذية الشديدة، وفي بعض الأحيان عندما يكون سلوك الطفل مشكلاً بصورة شديدة فقد يصبح من الأفضل إدخاله إلى مستشفى متخصص لبحث أسباب المشكلة

✓ وحدات التدريب المهني:

الطفل التوحدي بحاجة إلى المزيد من الإعداد والتحضير قبل أن يزاول مهنة ما، ويمكن الانتقال بصورة تدريجية من المدرسة إلى وحدة التدريب على العمل كي يتسنى لكل مراهق توحدي أن ينمي مهاراته بناء على قدراته الخاصة.

✓ المهن في البيئة المحمية :

إن معظم التوحديين الراشدين تمنعهم إعاقتهم من العمل في وظائف عامة وهم يحتاجون إلى مهن تتلاءم مع قدراتهم سواء كانوا يعيشون في منازل ذويهم أو في مؤسسات رعاية، ومن الصعب إنشاء وحدات خاصة بالأشخاص التوحديين فقط ولكن مراكز التدريب ووحدات الرعاية الخاصة التي تديرها مراكز خدمة المجتمع أو هيئات الصحة الخاصة بالمعاقين عقلياً تقبل توظيف الأفراد التوحديين لديها **(الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربي،1990، 29)**

ويتضح ممّا سبق أن الأطفال التوحديين يمكنهم أن يقوموا بأفضل الأعمال التي يتعلموها والتي تتضمن درجة من الإعادة والتكرار كالموسيقى والسباحة ولعب المنضدة وعمل المخيمات كما أنهم بحاجة إلى العناية قبل وبعد المدرسة وبحاجة أيضاً إلى البرامج الصفية والترفيهية والتدريب قبل المهني، وكذلك يمكن للأطفال التوحديين أن يتحسنوا بصورة أفضل في البيئة المركبة حي يلقون الاهتمام الفردي ثم يتم دمجهم في مجموعات صغيرة مكونة من **(3–4)** أطفال أو أكثر بقليل كلما أحرزوا تقدماً. **(علي الجرجاوي، عبد الفتاح الهمص، 2012، ص 10.9)** وأشار الدكتور فهد بن حمد المغلوث في كتابه **(كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد ،1425)** الى الخدمات التي ينبغي ان توفيرها للطفل التوحدي من قبل مراكز التوحد والأسرة على حد سواء فقال: يمكن تقسيم تلك الخدمات الى التالي:

2-1- الخدمات التشخيصية:

وتكاد تكون أهم خدمة تقدم للطفل التوحدي قبل أي خدمات أخرى، وممكن أهمية الخدمات التشخيصية يكمن في أن النجاح في تشخيص حالة الطفل بشكل دقيق وواضح يساعد الى حد كبير في وضع الخدمات

والبرامج الأخرى المناسبة التي يحتاجها الطفل التوحدي لعلاجه من قبل التربويين المختصين والعكس صحيح. ويشمل التشخيص جميع جوانب شخصية الطفل الجسمية والصحية والعقلية والأدائية والاجتماعية والنفسية وغيرها وكلما كان التشخيص مبكرا من عمر الطفل، كلما مكّن ذلك الطفل من الاستفادة من الخدمات التعليمية والتأهيلية بصورة أفضل وأسرع.

2-2- الخدمات الاجتماعية:

- ✓ تحسين العلاقات
- ✓ الألفة مع الآخرين
- ✓ تكوين علاقات إيجابية
- ✓ التعامل مع الأدوات (كاللعب)
- ✓ التعرف على البيئة
- ✓ استخدام الموارد
- ✓ التشجيع على التفاعل مع المجتمع المحيط
- ✓ التفاعل مع موقف الألم
- ✓ تعديل مكانه
- ✓ مهارات الأداء الاجتماعي
- ✓ اكتساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها
- ✓ تدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز
- ✓ تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل
- ✓ تعديل الأداء الاجتماعي
- ✓ المساعدة في استكشاف العالم الخارجي
- ✓ الاعتماد على النفس في الحالات الخاصة

2-3- الخدمات النفسية:

وهي خدمات لا تقل أهمية عن الخدمات الاجتماعية لما لها من دور كبير في تقبل العلاج والاسراع بع وتشمل-:

- التدعيم النفسي والمساندة
- التدعيم السلبي
- المكافأة
- التعزيز
- التخميد والاطفاء

- تدعيم الذات
- تعديل السلوك المضطرب
- التخفيف من الاضطرابات الانفعالية
- المساعدة في تقريب الطفل من أمه

2-4- الخدمات الأسرية :

وهذه الخدمات تعد مطلبا حيويا لنجاح العلاج المقدم للطفل التوحدي، نظرا لأن أي علاج مهما كانت كفاءته يظل قاصرا في عدم تعاون الأسرة معه واقتناعها به أو تقاعسها عنه، وتشمل الخدمات الأسرية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي-:

- اكتساب الأسرة مهارة التعامل مع طفلها من خلال التدريب
- تشجيع الأسرة على زيارة المركز للاطلاع على كيفية تقديم الخدمة للطفل
- تدعيم العلاقة بين الأسرة والمركز
- إمداد الأسرة بالمعلومات النظرية والمصادر العلمية
- زيارة اسرة الطفل للمنزل من وقت لآخر أو عند الضرورة

2-5- الخدمات الاقتصادية:

وهي خدمات مساندة ولكنها ضرورية ومهمة للطفل التوحدي ذي الظروف المادية الخاصة وأسرته وتشمل-:

- توفير الموارد اللازمة لرعاية الطفل
- الاستفادة من موارد البيئة
- الاستفادة من المؤسسات الأخرى
- تقديم خدمات استشارية لأسرة الطفل
- تقديم مساعدات مادية مباشرة
- إعفاء من الرسوم
- تخفيض الرسوم المالية
- توفير وجبات يومية مناسبة لحالة الطفل (**المغلوث، فهد بن حمد، 2005**)

وقد وجدت الدراسات بان أطفال التوحد يعانون من صعوبات في الوصول الى الخدمات ولقد أظهرت الدراسات التي تناولت الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين واسرهم وارتباطها بخصائصهما المحدودة، فقد وجد بأن أطفال التوحد قد تلقوا الخدمات في اعمار متأخرة، وبصفة اقل، ووجد بان الاسر كانت تعبر عن صعوبات ومشكلات بدرجة اقل حين كان الأطفال مأمنين سواء كان تأمين حكومي او خاص، وكذلك الاسر ذات المستوى التعليمي الأعلى، وتلك الاسر التي كان لديها اكثر من طفل مصاب، وأولئك الذين لم يستبعوا أسلوبا

علاجيا أساسيا لاطفال التوحد من مثل (**floor time**، **lovaas**، **teacch...**) قد عبروا عن صعوبات ومشكلات صادفتهم في الوصول الى رعاية او الحصول على خدمات اقل.

ويرى داهل (**dahle**،**2003**) أن من الأهمية بمكان لكل الافراد التوحديين ومعلميهم أن يتم تشخيصهم في عمر مبكر، وهذا بدوره لا يساعد الأهالي والمهنيين العاملين مع الطفولة المبكرة على بدء فهم المشكلة فقط، بل يجعل الخدمات متيسرة، فأطفال التوحد يحتاجون عادة الى علاج النطق والكلام، والعلاج المهني، العلاج الطبيعي، والعلاج السلوكي، وتدريب الوالدين، وتدريب المعلمين، فمن شأن التأخر في تقديم الخدمات ان يؤدي الى التأخير في العلاج، ومن المسلم به أنه لا يوجد علاج شاف للتوحد، ولكن توفير برامج تربوية مبكرة في السنوات الولي من حياة الطفل تلبي فيها احتياجات الطفل واحتياجات اسرهم يمكن ان تلعب دورا هاما في تحسين الأداء الوظيفي للفرد في الحياة المستقبلية فالتشخيص والتعرف على التوحد في مرحلة مبكرة يمكن ان يساعد في الوصول الى الخدمات ويؤدي الى تشخيص افضل للطفل المصاب ن بالإضافة الى تلقي خدمات مناسبة، ويرى (**inouye 2000**) كما ورد عن زيدان احمد وصفاء رفيق (**2010**) أن الوقوف عند الرضا الاسري مهم لعدة أسباب منها:

- ان الاخذ بعين الاعتبار ضرورة مشاركة أولياء الأمور ورضاهم عن البرنامج، يحملهم المسؤولية الرئيسية في تطوير قدرات طفلهم
- ان المعلومات التي يقدمها أولياء الأمور، يمكن ان تستخدم لتطوير تعاون الاهل مع المراكز، وضمان نجاح البرنامج، وفضلا عن ذلك فان التغذية الراجعة التي يقدمها أولياء الأمور عن البرنامج، تساعد المدرسة في إعادة النظر ببرنامجها، واحداث تعديلات فيه لضمان الرضا الاسري عنه
- ان اشتراك أولياء الأمور في عمليات اتخاذ القرار، يزيد من فرص مشاركتهم في البرنامج وبالتالي يتحقق المطلب القانوني بهذا الشأن.
- ان تقييم وجهات نظر الاولياء سيجعل منهم مدافعين عن البرنامج، وفي نفس الوقت سيقدم أولياء الأمور الدعم والتمويل منهم ومن الاخرين، من خلال نقل خبراتهم عن فوائد البرنامج وضرورة الاسهام بالتمويل، بالإضافة الى ذلك فان الرضا الاسري عن البرنامج المقدم لطفلها سيجعلها من اشد المدافعين عن استمرارية هذا البرنامج، بالإضافة الى تشجيع أولياء الأمور على المشاركة، فقد وجد بان اكثر التدخلات العلاجية فعالية هي تلك التي تحدث مبكرا في حياة الطفل، وتتم عبر برامج تعليمية منظمة جيدا، وتلبي حاجات كل طفل، وتتضمن أطفالا عاديين كنماذج، وان من شأن هذه البرامج التي تتمتع بهذه الخصائص ان تحقق نتائج ثابتة ودالة ومستقرة في حياة الطفل والاسرة، ومن المبادئ العامة التي يمكن استخدامها للتأكيد على اختيار الخدمات الفعالة: البيئة الأقل تقييدا، الخدمات التي تركز على الاسرة، إيصال الخدمات من خلال فريق متعدد التخصصات، ودمج الأطفال العاديين وغير العاديين معا في برنامج واحد (**زيدان احمد.صفاء رفيق: 2010، ص 338..340**)

03- البرامج المقدمة للأطفال التوحديين:

هناك العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل التوحدي لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية وفيما يلي بعض هذه البرامج:

3-1 البرامج الاجتماعية:

التفاعلات الاجتماعية الناجحة من اكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون التوحديون الذين يتمتعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة غالبا ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية، لذلك وجب التدريب على اكتساب هذه المهارات الاجتماعية وذلك لما له من أهمية كبيرة، حيث تعتبر المهارات الاجتماعية مهمة في حياتنا اليومية على كافة المستويات للتكيف النفسي والاجتماعي والانفعالي، وتعتبر المهارات الاجتماعية من اكثر المجالات اهتماما مع الأشخاص ذوي الاعاقات وبخاصة الأطفال التوحديون الذين تظهر لديهم صعوبات واضحة في المهارات الاجتماعية، وتزايد الاهتمام بتطوير برامج علاجية للتغلب على المشاكل الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة، واكدت البحوث ان المهارات الاجتماعية من اكثر المتغيرات أهمية في تحقيق التكيف للأطفال التوحديين

والتدريب على المهارات الاجتماعية يشتمل على المهارات التالية:

- ✓ الحفاظ على تواصل بصري مناسب وتعليم تفسير تعبيرات الوجه ولغة الجسم
- ✓ تطوير التعاطف مع الاخرين
- ✓ المجاملات مثل: القاء التحية واستقبالها والمشاركة باهتمامات الاخرين
- ✓ تحديد الموضوعات الأكثر أهمية للمناقشة وكيفية البدء بالمحادثة وانهائها
- ✓ فهم قواعد الأنشطة المجتمعية مثل ركوب الحافلة او الذهاب الى التسوق والتعامل مع الجهات الرسمية
- ✓ فهم المواعيد وآداب المعاملة مع الاخرين من كلا الجنسين
- ✓ تعليم أساليب الاستعداد والتوقعات
- ✓ استعمال الملحوظات لتحديد السلوك المناسب واللباس والتصرفات في المواقف الاجتماعية الجديدة
- ✓ تعليم استراتيجيات تهدئة الذات (**الرزيقات، إبراهيم، 2004**)

3-2- البرامج التربوية:

لابد أن تتضمن البرامج التربوية المقدمة للأطفال ما يلي:

- ✓ إعداد خطة تربوية فردية وخطة تعليمية تلبي الحاجات الفردية للأطفال كما هو موضح في مستوى أدائهم الحالي (تلبية نقاط الضعف والقوة)
- ✓ مراعاة حاجات الاسرة وتفضيلاتهم الخاصة عند اختيار الأهداف المراد تدريسها للطفل
- ✓ تضمين نقاط قوة الطفل وتفضيلاته واهتماماته في الخطة التعليمية الفردية للطفل اثناء التدريس

- ✓ مراعاة المطابقة والموائمة ما بين أساليب التدريس وقدرات الطفل ونوع الأهداف المراد تدريسها
- ✓ تدعيم قدرات الطفل على الاندماج مع المهمات المراد تدريسها باختيار واعداد مهمات وأنشطة تزيد من دافعية الطفل من خلال تعديل البيئة المدرسية، وتوظيف أساليب التعزيز، واستخدام الأنشطة المحببة للطفل
- ✓ تحسين المهارات الأساسية او المحورية كأهداف يتم العمل على تدريسها تتضمن على الدافعية، والمبادرة الذاتية، والاستجابات للمثيرات المتعددة، وذلك من خلال الاستجابة لمبادرة الطفل، واستخدام المواد التعليمية المحببة للطفل وتزويد الطفل بتعليمات واضحة ومحددة يراعي فيها تعدد المثيرات وتدريس المهارة في بيئتها الطبيعية وتزويد الطفل بعدد من الاختبارات وتعزيز جمع استجابات الطفل، والتنويع في المهارات المدرسية خلال اليوم الدراسي (**عاكف عبدالله الخطيب، 2011، ص 52.51**)

- ➢ برنامج تيتش **Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children- TEACCH**)

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل، وقد طوره الدكتور (إريك شوبلر) في عام **1972**م في جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام **STRUCTURE TEACHING**أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي وتناسب عالمه.

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

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

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

التعلق بالروتين، القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية، صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام، صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر، صعوبة في فهم الكلام، صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف، تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضا عن اللغة الملفوظة، وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

تكوين روتين محدد، تنظيم المساحات، الجداول اليومية، تنظيم العمل، التعليم البصري
ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية
http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=9&id=1001)

- برنامج لوفاس **LOVAAS**

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين لدكتور إفار لوفاس **Ivar Lovaas**) وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك، ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين.

ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناءا على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم.

ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتدأ البرنامج من سنتين ونصف إلى **5**سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من **40%** ولا يقبل من هم اقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر **6**سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود **40** ساعة أسبوعيا أي بمعدل **8**ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة **20** ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى **40** ساعة أسبوعيا، ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناءا على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز، كشف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضا من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة، حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه، ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوبا فعالاً، إما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجا يشمل أكثر من **500**هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب، حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء محبب له(قطعة شكولاتة) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة.

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

ttp://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=9&id=h(1001

- البرنامج الفعال مع الأطفال التوحديين :

تتميز التربية الخاصة في مضمونها من التربية العادية، كونها تتعامل مع الأطفال المعوقين حسب قاعدة نمائية موحدة تقود الى مناهج أساليب علاجية تصاغ بشكل مسبق، بل تنظر التربية الخاصة لأولئك كأفراد يتميزون بقدرات، ويفتقرون الى حاجات قد تقترب او تبتعد من حاجات الاخرين، لا تتخذ احتمالات مسبقة لما ستكون عليه أوضاعهم فاتخاذ القرار المناسب حول قدراتهم لا يتم الا بعد اجراء القياس والتقويم الملائم فهي اذا تؤمن بمراعاة الفروق الفردية، ولكي يتم تطوير المناهج والأساليب التعليمية والتدريبية الملائمة، من ذلك المنظور، ولقد راعت التربية الخاصة ان يتم ذلك عن طريق فريق متعدد التخصصات يعمل على تحديد جوانب عديدة تخص الطفل بعد الانتهاء من تشخيصه، ومن خلال ما يسمى بالبرنامج التربوي الفردي (**IEP**) **Individualized Education Program**

ويدعم البرنامج التربوي الفردي عادة، برامج تدريبية وتعليمية تعد لكل طفل على حدى، فلا غنى عنه في أي بيئة تعليمية او تدريبية تضم افرادا من ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي فه قاعدة وأساس مشترك عند جميع الجهات سواء كانت مدرسة للتربية الخاصة او غير ذلك، وقد تختلف البرامج التربوية الفردية من حيث الحجم باختلاف الحاجات الخاصة للأطفال الذين تشملهم التربية الخاصة ولاسيما التوحديين، فقد تقصر او تطول لكنها تنطلق جميعا من قاعدة موحدة تأخذ بالحسبان كافة المجالات النمائية التي يحتاجها الطفل...(**pearson**،**2000**)

- البرنامج التربوي الفردي(**IEP**) **Individualized Education Program**:

البرنامج التربوي الفردي هو الأداة الرئيسة المستخدمة في ميدان التربية الخاصة لضمان تقديم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات الداعمة الملائمة للحاجات الفردية للطالب. وتنص التشريعات في بعض الدول على ضرورة تطوير وتنفيذ برنامج تربوي فردي لكل طالب يقدم له خدمات التربية الخاصة.

ويؤدي البرنامج التربوي الفردي الوظائف الست الأساسية التالية: (**1**) أنه يسمح بالتواصل بين أولياء الأمور والكادر المدرسي فيما يتعلق بحاجات الطالب والخدمات التي سيتم تزويده بها والأهداف المرجوة،(**2**) أنه يعمل بمثابة الأداة الرئيسة لفض الخلافات بين أولياء الأمور والكادر المدرسي حول البرامج المقدمة للطالب، (**3**) أنه يقدم ضمانات مكتوبة للمصادر اللازمة لمساعدة الطالب على الإفادة من خدمات التربية الخاصة، (**4**) أنه يعمل بمثابة أداة إدارية لضمان حق كل طالب في الحصول على خدمات التربية الخاصة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية، (**5**) أنه وثيقة يستخدمها ذوو العلاقة لضمان ومتابعة مدى الالتزام بتقديم الخدمات المقررة، (**6**)أنه أداة لتقييم مدى تقدم الطالب نحو الأهداف المأمولة من تربيته.

ويتضمن البرنامج التربوي الفردي العناصر التالية: (**1**) مستوى الأداء الحالي للطالب، (**2**) الأهداف السنوية المأمول تحقيقها، (**3**) الأهداف قصيرة المدى، (**4**) الخدمات التربوية الخاصة والداعمة التي سيتم تقديمها، (**5**) مدى مشاركة الطالب ودمجه في البرنامج التربوي العادي، (**6**) موعد تقديم الخدمات ومدتها المتوقعة، (**7**) المعايير الموضوعية لتقييم مدى التقدم الذي يحرزه الطالب سنوياً على اقل تقدير ويفضل في بعض الدول أن يشارك فريق متعدد التخصصات في إعداد البرنامج التربوي الفردي وتنفيذه. وهذا الفريق غالباً ما يشمل الطالب ومعلمه، وولي الأمر، واختصاصيين آخرين حسب الحاجات التعلمية الخاصة للطالب (**جمال محمد الخطيب، 2008**).

وتتمثل عادة خطوات اعداد البرنامج التربوي الفردي حسب ما اقرته العديد من القوانين والأنظمة العالمية، بما فيها القوانين في استراليا وبريطانيا والولايات المتحدة الامريكية ونظام التعليم للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة **IDEA** بما يلي:

1-اكتشاف وتحديد الأطفال الذين يحتاجون الى خدمات التربية الخاصة وخدمات مساندة، من خلال الملاحظة لسلوك الطفل، وأدائه، ومواصفاته التي تجعله مختلفا عن غيره من الاقران في العمر نفسه ويتم ذلك عادة من خلال الطبيب او الاسرة او المعلم الذي يعمل مع الطفل، او حتى اشخاص اخرين في محيط الطفل

2-تشخيص الطفل وتقويمه من خلال مختصين في العديد من المجالات، كالأطباء والمختصين ذوي العلاقة لتحديد مشكلة الطفل

3-اجتماع فريق من المختصين مع الاسرة، لتقرير مدى وجود إعاقة على ضوء تفاصيل النتائج السابقة، ومدى حاجته الى خدمات تربية خاصة.

4-اذا وجد ان الطفل يحتاج الى خدمات تربية خاصة، فقد يصبح من الضروري تطوير برنامج تربوي فردي خاص به خلال مدة زمنية محدودة في بعض الأنظمة تحدد بـ (**30** يوم)

5-جدولة موعد البرنامج التربوي الفردي من خلال المدرسة التي سيتم الحاق الطفل بها، او يكون ملحقا بها أصلا، وذلك بالعمل على:

- ✓ الاتصال بوالدي الطفل، والمشاركين في اعداد البرنامج
- ✓ إعلام الاهل قبل الموعد بوقت كاف لضمان مشاركتهم
- ✓ تحديد المكان والزمان الملائمين لظروف الاسرة، والمدرسة
- ✓ اخبار الاهل ما اذا رغبوا في احضار شخص من المختصين معهم

6-عقد اجتماع **IEP** وكتابة البرنامج التربوي الفردي: ويحضره عادة فريق من المختصين وذوي العلاقة مثل: الوالدين، المعلم، معلم تربية خاصة، ممثل من الوزارة الوصية، الأشخاص القادرون على ترجمة نتائج المقاييس، اشخاص يرغب الاهل حضورهم والطفل عندما يكون ذلك مناسبا ويتكون محتوى البرنامج من ما يلي:

- ✓ مستوى الأداء الحالي للطفل في المجالات المختلفة
- ✓ الأهداف السنوية التي يتوقع ان يحققها الطفل خلال عام دراسي
- ✓ خدمات التربية الخاصة الخدمات المساندة
- ✓ إمكانية المشاركة مع الاقران العاديين
- ✓ التاريخ والأماكن تقديم الخدمات
- ✓ قياس التقدم لدى الطفل

7-البدء بتقديم الخدمات للطفل

8-اجراء قياس لتطوير أداء الطفل بشكل مستمر وقد يكون ذلك من خلال البرامج العلاجية، والتعليمية والتدريبية الفردية

9-مراجعة البرنامج التربوي الفردي

10-إعادة تقويم الطفل (**الخشرمي سحر احمد، 2003، ص 106.109**)

4- تطوير البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين:

جاء تطوير البرامج والخدمات والكوادر العاملة واستراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم، في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات العالمية التي تضبط عمليات التربية الخاصة، بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية وتحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة، وتعد الإعاقة العقلية واضطراب التوحد من الاضطرابات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيرهما لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل المصاب، بل يشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله.

ومن هذا المنطلق تشكل عملية تطوير المعايير الخاصة بالبرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد أحد أهم الأولويات لدى التربويين، حيث تهدف تلك الإجراءات إلى تأمين حصول جميع الأطفال ذوي الإعاقة بلا استثناء على التعليم الملائم والنوعي، وبالتالي فإن متطلبات تحقيق ذلك تقتضي أن

تتضافر جهود جميع المعنيين في المجالات المختلفة التربوية والاجتماعية والصحية للعمل معا وفق خطط عمل إجرائية ومهنية تتضمن بلوغً وتحقيق تلك الأهداف، وتتعاظم أهمية هذا الأمر عند الحديث عن فئات ذوي الإعاقة التي تتزايد حاجتها إلى برامج ذات مواصفات لا تقل عن البرامج المقدمة لنظرائهم الأطفال العاديين، انطلاقا من أهمية وضرورة تلبية الاحتياجات التي تفرضها طبيعة الصعوبات والمشكلات، والتي تتطلب عناية خاصة ومساندة نفسية واجتماعية، واستراتيجيات تعليمية وتربوية ذات موصفات وجودة عالية تؤدي الى مخرجات تتمثل بمساعدة هؤلاء الأطفال ليحققوا مستوى مقبول من المهارات الاستقلالية والدافعية وتقدير الذات (**الخطيب عاكف،2011**)

وبالرغم من التقدم الواضح الذي شهده العصر الحالي في ميدان البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلا أن جدلا كبير وجد بين عدد من الباحثين والتربويين وجمعيات أولياء الأمور وصانعي القرار حول فاعلية بعض تلك البرامج المقترحةً ولعل ذلك الجدل ظهر أساسا نتيجة لعوامل متعددة منها: زيادة انتشار اضطراب التوحد، والحاجة إلى تقديم خدمات التدخل المبكر، والزيادة الكبيرة في الأدب النظري حول تعداد البرامج المقدمة، والنقص الواضح في وجود ضوابط علمية ليتم من خلالها الحكم على مدى فاعلية البرامج التربوية والخدمات المقدمة، أو على الأقل الاتفاق على منحى برامجي ليكون مناسبا وفعالاً مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ونتيجة لذلك وجدت الحاجة إلى نشوء حركة جديدةً أخذت تهتم بضرورة استناد البرامج التربوية المقدمة على نتائج الأبحاث العلمية الموثقة في الميدان من قبل أبحاث تجريبية محكمة. (**الغرير احمد نايل، 2016، ص 68**)

5- العناصر المشتركة للبرامج التربوية النموذجية لتعليم الأطفال التوحديين:

تختلف البرامج التربوية النموذجية للتوحد احدها عن الاخر من حيث الفلسفة الأساسية وكيفية التطبيق وبالرغم من هذه الاختلافات الظاهرة، كانت البرامج كلها تؤدي الى نتائج إيجابية مع الأشخاص التوحديين، ومنها ارتفاع درجة الذكاء لدى الكثيرين منهم بمقدار عشرين درجة على وجه التقريب، وتطور مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، والتخفيف من سمات التوحد الى حد كبير... ولكن هذا لا يعني ان جميع البرامج التربوية للأفراد التوحديين متساوية في مدى نجاحها، من هنا نصل الى ان هذه البرامج تحكمها عناصر تزيد في نسبة او احتمالية نجاحها وهذه العناصر نذكرها كما يلي:

5-1-الكوادر المؤهلة:

لعل تأهيل الكوادر العامل يمثل اهم عنصر من عناصر البرامج التربوية الناجحة للأفراد التوحديين، فمعظم العاملين على تطبيق هذه البرامج والاشراف عليها هم من حاملي درجة الماجيستير مع تدريب مع الأشخاص التوحديين وترخيص للعمل في مجال التربية الخاصة، كما ان نظرتهم للأطفال التوحديين إيجابية بوجه عام أي انهم يتبنون الاعتقاد ان الأطفال التوحديين يتقدمون كثيرا طالما وجدوا الرعاية اللازمة. حيث ان اهم معلومة يكتسبها العاملين مع التوحديين ان كون الفرد يعاني التوحد لا يعني انه لن يتقدم، وانه غير قادر على تعلم أشياء كثيرة إن مدى تقدم الطفل لا يرتبط بإصابته فقط، وانما هناك مؤثرات أخرى من أهمها درجة التأخر الذهني لديه وتطور اللغة،

وكيفية تعليمه، كما ان المعلم المؤهل يستطيع تحديد الأهداف المناسبة لكل طفل توحدي فهو يتعامل معهم بشكل فردي حسب قدراتهم ومستوى احتياجاتهم. كما ان إدارة هذه البرامج تكون على يد كوادر مستواهم اعلمي لا يقل عن درجة الدكتوراه في مجالات مختلفة مثل علم النفس، وعلوم التربية، التربية الخاصة اللغة والتخاطب، وجميعهم لديهم خبرة كافية ومكثفة في تطبيق البرامج التربوية على الافراد التوحديين.

(الشامي وفاء علي، 2004، ص 111...113)

5-2-المنهج التربوي المناسب:

ترتكز البرامج التربوية الناجحة على تطبيق المناهج التي تهدف الى معالجة سمات التوحد بالتحديد عوضا عن تطبيق المناهج التي صممت لأي من الاعاقات الأخرى مثل التأخر العقلي وما الى ذلك، وفي الدرجة الأولى يعتبر تعليم التواصل والمهارات الاجتماعية من اهم اهداف المنهج التربوي، كما ان جميع البرامج الناجحة تعلم الطفل التفاعل عن بيئته وينتبه لها، وهذا يعني تعليم الطفل ما ينبغي الانتباه له، وكيفية الانتباه للأشياء كبرنامج لوفاس، او برنامج ليب، كما يعتبر تعليم التقليد للطفل التوحدي هدفا أساسيا لجميع هذه البرامج ذلك لان الطفل الطبيعي يتعلم مهارات متعددة وكثيرة من خلال تقليد الأشخاص في بيئته، اما باقي المهارات الادراكية فتختلف البرامج من حيث الوقت والأهمية التي توليها كبرنامج تيتش.

أما مهارات الاعتماد على النفس فمعظم هذه البرامج لا تعتبرها قصورا أساسيا في التوحد، وبالتالي يفضل تأجيل تعليمها، وفي مراحل متقدمة يتم تعليم الطفل مهارات تطورية من المجالات كافة، والتي تشمل المهارات الادراكية، ومهارات الاعتماد على النفس، ومهارات السلوك التكيفي، والمهارات الحركية

ولكن كل هذه البرامج تعتمد على تحديد الأهداف التربوية لكل طفل بناءا على احتياجاته الخاصة ونقاط القوة والضعف

5-3- بيئة تعليمية تدعم التلميذ (التوحدي):

أ- بيئة منظمة:

في بداية مراحل التدريب يستحسن ان تكون البيئة التعليمية منظمة وخالية من جميع المشتتات، وتدريجيا ينبغي ان محاولة تصميم بيئة البيئة التعليمية بشكل اقرب الى البيئة الطبيعية

ب- انخفاض نسبة المعلمين الى التلاميذ:

بعد ان يتعلم الطفل مهارات أساسية في بيئة منتظمة، ينبغي عليه تعميم هذه المهارات وان يستخدمها في بيئات مختلفة وأقرب الى الطبيعية، ويمكن اعتبار الطفل اتم تعميم المهارة التي تعلمها ان كان يستخدمها في أوضاع مختلفة وبيئات مختلفة من تلقاء نفسه ومن دون أي مساعدة من المعلم (**الشامي وفاء علي، 2004، ص 111..113**)

5-4- الروتين:

التمسك بالروتين والاحتياج اليه وإبقاء كل شيء على ما هو من الخصائص الأساسية للتوحد، فان جميع البرامج الناجحة توفر درجة مرتفعة من الروتين، تمكن الطفل من فهم الاحداث اليومية والتنبؤ بما سيحدث خلال

اليوم ويتم ذلك من خلال استخدام دلائل بصرية مثل الصور والكلمات فهي تهيأ الطفل لأي تغيرات قد تطرأ على روتينه المعتاد مثل غياب معلم او وجود معلم احتياطي او الانتقال من نشاط او مكان الى اخر، ويعتبر مثل هذا التحضير من المكونات الأساسية التي تبنى عليها جميع البرامج الناجحة لتعليم الأشخاص التوحديين.

5-5- مدخل عملي لمعالجة السلوكيات غير السوية:

تبنى البرامج الناجحة على مدخل وقائي لتعديل السلوك، فالأطفال التوحديون غالبا ما يظهرون سلوكيات تجعل من الصعب على المحيطين بهم التعامل معهم، الا ان معظم هذه السلوكيات نابعة من عدم مقدرتهم على التواصل وعدم فهمهم للبيئة، وعدم مقدرتهم على معالجة المعلومات الحسية بطريقة فعالة ولعدم فهمهم للناس من حولهم وبالتالي تعتبر معالجة هذه الصعوبات عنصرا أساسيا وقائيا لجميع البرامج التي تعنى بتعليم الأشخاص ذوي التوحد ويتم هذا الاجراء من خلال تنظيم البيئة التعليمية لكي يشعر الشخص التوحدي بارتياح وامان فيها، وتعليمه مهارات أساسية، وإعطائه فرصا كثيرة لينجح فيها، وتعليمه من خلال أنشطة يستمتع فيها وتزيد من انتباهه وتعليمه مهارات اجتماعية تمكنه من الحصول على انتباه الاخرين والتعامل معهم بطرق مناسبة ومثل هذه الإجراءات من شأنها أن تحد من إظهار التوحدي سلوكيات غير مناسبة أو تخفيها تماما، وبعد مثل هذا التنظيم والتعليم الوقائي، اذا استمر التوحدي في اظهار سلوكيات غير مناسبة، فإن البرامج تتبع بما يسمى " المدخل الوظيفي " للتعامل مع السلوكيات ويفترض هذا المدخل ان كل سلوكيات الطفل غير المناسبة تهدف الى التعبير عن رغبته في الحصول على شيء يريده وبالتالي فإن جميع السلوكيات لها هدف تواصلي ويتم تحديد السلوك من خلال التحليل الوظيفي له، وبعد ان يتم تحديد السلوك، يتم تعليم الفرد سلوك بديلا ومناسبا والذي يفي بنفس هدف السلوك غير السوي، وفي المقابل فان البرامج التي التقليدية التي تعتمد على العقاب لا تؤدي الى نتائج إيجابية، اذا ان رغبة الطفل في التعبير عن احتياجاته حتى وان كانت من خلال سلوكيات غير سوية هي اقوى بكثير من خوفه من العقاب ولا سيما لدى الطفل التوحدي الذي قد ينسى أو قد لا يعرف لماذا تعرض للعقاب

6-5- التقويم المستمر:

ويطبق هذا النوع من التقويم نوعين:

- التقويم الرسمي:

في بعض الأحيان يصعب ملاحظة تقدم وتطور الشخص التوحدي خلال الملاحظة غير المنظمة مما يتسبب في احباط كبير لكل من الاسرة والمربين، ويساعد التقويم المستمر اذا طبق بالشكل المناسب على تجنب مثل هذه الاحباطات وذلك لأنه يقيس مدى تطور الشخص وتقدمه بشكل دقيق، وتعتمد الأغلبية العظمى من البرامج التربوية النموذجية للأشخاص التوحديين على اجراء مقياس تقدير التوحد الطفولي (**CARS**) وقياس فاينلاند للسلوك التكيفي كجزء أساسي من التقويم الرسمي، اما بالنسبة للاختبارات الأخرى التي يتم اجراؤها خلال التقويم الرسمي فتختلف باختلاف إمكانيات المراكز، قد تجرى اختبارات رسمية مرة كل **03** سنوات، فلا يحبذ اجراء التقويم الرسمي سنويا للأسباب التالية:

- ✓ قد يتعود الشخص على مثل هذه الاختبارات ويتعلم بعض بنودها مما قد يؤثر على مصداقية نتائجها
- ✓ يتطلب تطبيق مثل هذه الاختبارات وقتا وجهدا مكثفين من قبل كل من المختصين والأشخاص الذين تطبق عليهم هذه الاختبارات.
- ✓ قد لا يحصل تقدم او تطور في حالة الفرد خلال سنة واحدة بدرجة كافية تعطي مبررا لإجراء مثل هذه الاختبارات بشكل سنوي. (**الشامي وفاء علي، 2004، ص 114..117**)

- التقويم غير الرسمي:

بينما يشمل التقويم الرسمي إجراءات الاختبارات المقننة، يعتمد التقويم غير الرسمي على قياس قدرات التلاميذ دون اللجوء الى اختبارات رسمية وهناك عدة طرق للتقويم غير الرسمي ومنها:

الملاحظة، الاستقصاءات، قياس مهارات محددة من خلال تسجيل استجابات الأطفال، تقويم نموذج من عمل الأطفال، تصوير فيديو (كما يعمل برنامج ليب بشكل خاص)، ويستخدم التقويم غير الرسمي لتحديد الاحتياجات التعليمية لكل طفل، كما انه يقيس يقيس مدى تقدمه في تعلم مهارات محددة كما يشير الى إمكاناته في استخدام هذه المهارات في حياته اليومية في أوضاع مختلفة ومع اشخاص اخرين ويحدد كذلك فعالية التدريب ومدى ملائمة الأهداف التربوية، كم انه يلقي الضوء على الطريقة المثلى لتعليم الطفل واهتماماته ونقاط قوته وضعفه

5-7- التحضير للانتقال الى الفصول العادية:

حيث ان أي نوع من الانتقال او التغيير يعتبر امرا صعبا على الطفل التوحدي، تتبع البرامج النموذجية الناجحة طرقا محددة لتحضيرهم للانتقال الى المدرسة، كما انها تطبق برامجا وطرق أخرى تسمح للطفل التوحدي بمشاركة انداده من العاديين في نشاطات مختلفة كإحضار بعض الأطفال العاديين الى المراكز التي تستقبل التوحديين.

5-8- اشتراك الاسرة في عملية التعليم:

إن مشاركة الاسرة في البرامج التربوية للتوحديين هو عامل أساسي لنجاحه، وبالتالي فان جميع هذه البرامج تولي أهمية كبيرة للتواصل مع اسر الأطفال التوحديين وتدريب افرادها على كيفية التعامل معه، ومشاركتهم في جميع مراحل وخطوات التعليم، ولا سيما في المراحل التعليمية الأولى، وقد اشارت أبحاث عديدة ان بالإمكان تدريب اسرة الطفل التوحدي لتنجح في تعليم اطفالها التوحديين والتعامل بطريقة ملائمة لسلوكياتهم وهذا التدريب من شأنه ان يخفض الكثير من التوتر الذي يصيب الاسرة بسبب إصابة ابنها بالتوحد

(**الشامي وفاء علي. 2004، ص 117..121**)

5-9- تطبيق الطرق التعليمية المبنية على أسس علمية:

ان جميع البرامج النموذجية الناجحة للتوحد تطبق طرقا تعليمية مبنية على أسس علمية، وهذا يعني ان هذه الطرق المتبعة قد اثبتت جدواها من خلال أبحاث علمية منظمة، وموثقة وتتباين مثل هذه الطرق من تقنيات

سلوكية مثل التعليم من خلال المحاولات المنفصلة، والتشكيل والتعزيز، وغيرها الى طرق تعليمية تقارب الشكل الطبيعي للتعلم.

5-10- التدريب المكثف وعوامل مشتركة أخرى:

تتسم جميع البرامج النموذجية بالتدريب المكثف للأطفال حيث تتراوح عدد ساعات التدريب ما بين **15** و**40** ساعة بمعدل **27** ساعة أسبوعيا، وللعلم فان كثافة عدد ساعات التدريب لا تقاس بناء على عدد الساعات التي يحضر فيها الطفل الى المركز او المدرسة فحسب، بل تقاس بناء على عدد الفرص التي تعطى للطفل للاستجابة والمشاركة الفعالة وتطبيق المهارات المكتسبة بشكل مناسب، هذه الفرص هي التي تقاس لمعرفة مدى كثافة التدريب وهي مرتبطة ارتباطا كبيرا بمدى تقدم الطفل... بالإضافة الي التدريب المكثف هناك عناصر مشتركة أخرى لهذه البرامج النموذجية، كإن تستخدم طرق تواصلية إثرائية وبديلة كالإشارة الى الصور.

(الشامي وفاء علي، 2004، ص 121...125)

6- مشكلات الفئات الخاصة:

ان شخصية الفرد في تفاعل ديناميكي بين مختلف القوى النفسية والعقلية والاجتماعية ومن غير المستبعد ان يحدث له مشكل معين، لذا سيتم من خلال هذا العنصر عرض مختصر للأ ثار الناجمة عن الإعاقة والتي تعكس المشكلات التي يعاني منها الفئات الخاصة بصفة عامة على مستوى الفرد، او اسرته، او المجتمع الذي يعيش فيه **(محمد السيد فهمي، 1998، ص 155)**، ومنها المشكلات التعليمية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية ، في البيئة العادية منها مشكلة إيصال المادة الدراسية للأطفال غير العاديين في الصف العادي، ومشكلة اعداد الخطط التربوية والتعليمية الفردية للأطفال غير العاديين الذين يلتحقون ببرامج الدمج، ومشكلة زيادة العزلة الاجتماعية بين بين الأطفال غير العاديين والأطفال العاديين... نتيجة لعدم تكافؤ القدرات التحصيلية بينهم، كما يصعب عليهم التفاهم والاتصال بالمجتمع المحيط بهم وصعوبة الاتصال، والتفاعل مع الاخرين، وصعوبة النمو الاجتماعي والعاطفي وعدم الاطمئنان، حيث تجد انهم في حالة شك دائم، مما يؤدي الى خوف مستمر حتى من اقرب الافراد لهم، وبسبب الصعوبات التي تقابلهم للاتصال بالأخرين، مما يترتب عليهم الانطواء والابتعاد عن الافراد حتى في المجتمع الاسري، وعدم الاتزان العاطفي بشعورهم انهم مختلفون عن غيرهم بسبب الإعاقة، وعدم مشاركتهم الاجتماعية مع بقية الافراد في المواقف السارة منها والمحزنة **(راندا مصطفى الديب، 2008، ص 576.577)**، وقبل ان نتطرق الى هذه المشكلات لا بد ان نعرف معنى المشكلة.

يعرفها العديد من الباحثين على انها:" حالة من عدم الرضا او التوتر الذي ينشأ عن إدراك وجود عوائق تعترض الوصول الى الهدف او القصور في الوصول الى النتائج المتوقعة، او توقع إمكانية الحصول على نتائج أفضل بالاستفادة من الأنشطة والعمليات المألوفة على درجة أحسن وأكثر كفاءة" كما تعرف على انها "صعوبة او عقبة محسوسة للفرد تحول بينه وبين تحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق النفسي والاجتماعي والصحي والدراسي"**(خير الله 1973، عبد الرحمن 1989)**

ويعرفها الباحث على انها: " قضية مطروحة تحتاج إلى معالجة، او هي صعوبة يجب تذليلها للحصول على نتيجة ما، او قضِية تحتاج إِلَى حَل في سبيل تحقيق اهداف منشودة."

وفي ما يلي بعض مشكلات الفئات الخاصة بصفة اشمل نقدمها كتمهيد للمشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي واسرته، وهي من تلك طبعا

6-1- المشكلات الطبية (الصحية):

باعتبار الفرد المعوق أحوج الافراد الى رعاية طبية خاصة، فان هناك بعض المعوقات التي تحول دون حصوله عليها تجعله عرضة لأنواع مختلفة من المشكلات، وذلك راجع لعدم معرفة ذوي الاختصاص الأسباب الخاصة لبعض اشكال الإعاقة وعدم تأهيلهم مما يؤدي الى طول فترة العلاج الطبي وارتفاع تكاليفه وأيضا عدم توافر مراكز خاصة وكافية للعلاج المتميز للمعوق، ومستشفيات تراعي ظروفهم ومشكلاتهم وقلة الأجهزة الملائمة لعلاج فئة المعوقين

6-2- المشكلات النفسية:

اهتم علماء النفس الإعاقة بالمعوق وتحديد سماته، من اجل التعرف على مشكلاته النفسية، فخلصوا الى انه ينتابه شعور زائد بالنقص، يؤدي به الى التقليل من تقدير ذاته ورفضها، ان صورة الذات لدى المعوق تتأثر بشدة ودرجة الإعاقة، كما تتأثر بالمحيط لذلك فان محدودية استقلاليته وزيادة تبعيته، تحتاج الى استماع اكثر من طرف المحيطين به، والى مزيد من الاهتمام به من طرفهم، من اجل ان تتحسن لديه صورة ذاته ونظرته لنفسه وللآخرين كما يتولد لدى المعوق شعور بالعجز، بحيث يستسلم للإعاقة ويحس بالضعف وتنقص ثقته بنفسه، وتصبح لديه رغبة في الانسحابية شبه دائمة، ويسلك المعوق في كلتا الحالتين سلوكا سلبيا اعتماديا ارديا، وعند ذلك يشعر بعدم الأمان والقلق والخوف من المجهول، ومن اعراض هذا الشعور وعدم الاتزان والانفعال والسمة الدفاعية التي تكون بمثابة حماية لذاته المهددة من طرف الاخرين، سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة، او بصورة غير مباشرة كعدم اعارته الاهتمام الكافي (**محمد سلامة غباري. 2003، ص 111**)

6-3- مشكلات العمل:

قد تؤدي العاهة الى ترك المعوق لعمله او تغيير دوره فضلا عن المشكلات التي تترتب في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات امنه وسلامته (**محمد السيد فهمي، 1996، 152**)

6-4- المشكلات التعليمية:

من أهم المشكلات التعليمية عدم توفر المدارس الخاصة بهذه الفئات وان وجدت غير كافية، لما يترتب عن ذلك الحاقهم بمدارس الأطفال العاديين وبالتالي تحدث اثار نفسية سلبية نتيجة الرهبة والخوف الذي ينتاب بعض الأطفال عند رؤية طفل معوق، مما يؤثر على ردود افعاله، كما قد يكون للإعاقة تأثير على قدرة استيعاب الطفل للدروس من جانب وصعوبة الانتقال الى مقر الدراسة من جانب اخر، او رفض المعوق للدراسة اطلاقا ومقاومته

لها خجلا من مواجهة اقرانه بعاهته من جانب ثالث وكلها أمور تعرقل من استمرار المعوق في مزاولة وتحصيل العلم.

6-5- المشكلات الاقتصادية:

تتسبب الإعاقة في الكثير من المشكلات الاقتصادية، ويمكن حصرها في المشكلات التالية:

- ✓ تحمل الكثير من نفقات العلاج
- ✓ انقطاع الدخل او انخفاضه خاصة اذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة، حيث ان الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها
- ✓ قد تكون الحالة الاقتصادية من عدم وجود دافع او رغبة لدى المعوق في العمل لعدم وجود طموحات لديه، مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية (**احمد مسعودان، 2006، ص 212**)

7- مشكلات الطفل التوحدي واسرته:

7-1- المشكلات الاجتماعية:

تعتبر قضية التوحد من القضايا الهامة التي تفرض نفسها على الاسرة وتقتحم أمنها واستقرارها، الامر الذي يتطلب تكاتف افرادها لمواجهتها، حتى لا تترك بصمات سلبية على واقع الاسرة الاجتماعي والنفسي على المدى الطويل، ومهما كانت الاليات التي اتبعتها الاسرة في التعايش مع الاضطراب او مواجهته فلا بد ان يترك وجود شخص مصاب بالتوحد بين افرادها اثارا وان كانت بسيطة، بحيث تختلف من اسرة الى أخرى

فعندما يكون لدى الطفل مشكلة في النمو خاصة اضطراب طيف التوحد، فهذا ما يؤدي الى مضاعفة وزيادة الضغط النفسي إلى حد كبير. لدى اسرته، فجميع الدراسات التي تناولت صحة الأطفال بصفة عامة، والذين يعانون من التوحد بصفة أخص اثبتت أن خطر التوحد يزيد الأمهات لديهم مستويات عالية للغاية من التوتر والضيق والاكتئاب، وهذه المعدلات تصل إلى ما بين **50٪** و**80٪** وهذا ما يولد "لدى الاسر ازمات ظرفية خطيرة، كما ان نتائج التشخيص ترفع من هذا الضيق والتوتر للوالدين في جميع حالات الإعاقة للطفل .

7-2- اثر التوحد على حياة الوالدين:

وفقا لملاحظات اباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد ان اثر التوحد عليهم يكمن في ان لديهم مخاطر مرتفعة بشكل خاص من العزلة الاجتماعية، وضعف الرابط الاسري ومن ثم يؤدي الى الانفصال

التقدم الوظيفي الصعب للوالدين فهم يعيشون حالة صعبة من القلق والتوتر وادراك سلبي لوظيفتهم الوالدية وهذا ما يؤثر على صحتهم النفسية، اما المصدر الرئيسي لإجهادهم وارهاقهم، فهو ما يعيشه ابنهم التوحدي من اضطرابات في النوم والاكل وحسب دراسة (**Cotton et Richdale،2006**) كما أوردتها كارول وكاترين **2009**، هذه الدراسة تثبت الثقل الكبير لهذا الاضطراب السلوكي على الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد البالغ أعمارهم من **03** الى **05** سنوات، كما ان التوحد يؤثر الصحة العامة للأم ونوعية الحياة

الاسرية او ما يسمى بـــ – جودة الحياة لأسر التوحديين –، بالإضافة الى تلك السلوكيات الصادرة عن الطفل التوحدي غير الواعية واللاإجتماعية تعتبر وصمة عار يحس بها الوالدين كما ان تكرارها يصبح عبئ ثقيل عليهم خاصة وان الطفل التوحدي يبدو عاديا ولا يظهر عجزه كباقي الاضطرابات من مثل الإعاقة العقلية والشلل الدماغي... بالإضافة الى المستوى المنخفض لمهارات التفاعل الاجتماعي للطفل تسبب عدم قدرة الام على ربط العلاقات مع ابنها، وهذا ما يزيد قلقها وتوترها وبالتالي يختل دور الامومة لديها، اما الإحساس بالذنب لدى الوالدين فيعتبر من بين اهم العوامل الأكثر تاثيرا على حياة الام والاب على حد سواء فيؤدي الى اختلا العلاقة بين الزوجين او بين الوالدين وباقي الافراد. (**Carole Sénéchal et Catherine,2009, p 246.248**)

ومن بين الاثار ما يلي:

- ✓ التعرض لضغوطات نفسية منذ اعلام الاسرة بإعاقة ابنهم النمائية، حيث تحدث الصدمة، مشاعر الانكار والرفض
- ✓ الشعور بالخجل والتقليل من فرص تواصل الاسرة مع غيرها من الاسر لتفادي اية مواقف محرجة وبالتالي العزلة
- ✓ الشعور بالذنب والاكتئاب ولوم الذات واسقاط المشاعر على الاخرين من أطباء ومختصين وأقارب
- ✓ الاستجابات السريعة وسرعة الاستثارة والغضب
- ✓ التأثير على العلاقات الداخلية بين افراد الاسرة نظرا لانشغال الام بشكل أكبر بالطفل المريض مما يقلل من تلبية احتياجات الأبناء وكذلك حدوث أزمات زوجية ومشكلات اسرية
- ✓ الشعور بالضغط النفسي لدى الاخوة غير المصابين بهذا الاضطراب، حيث ان تكليفهم بمسؤوليات رعاية اخيهم قد يشعرهم بالغضب وسرعة الاستثارة، او الشعور بالحسد من اخيهم المريض على الرعاية والاهتمام الذي يحظى به من الوالدين (**روحي عبدات، 2008**)

8- تأثير الطفل التوحدي على الاسرة:

8-1- الناحية النفسية:

حيث ان ردود الفعل التي تظهر لدى افراد الاسرة متباينة ومتعددة عند تشخيص الطفل التوحدي، مثل الخوف والحيرة والارتباك، نضرا لعدم معرفة الاسرة بسبب المشكلة وبالتالي الانتقال من طبيب الى اخر ومن اختصاصي الى اخر حتى يتم تفسير وتوضيح ما حدث للطفل.

8-2- الناحية الاجتماعية:

وهنا يمكن التطرق الى جانبين رئيسيين هما:

- الاسرة نفسها: تبدأ الاسرة بالاهتمام أكثر بالطفل بسبب المتطلبات الإضافية، مثل توفير وقت أكبر للرعاية له على حساب افراد الاسرة، وملاحظته ومتابعة السلوكيات التي يقوم بها، والخوف من عدم ادراكه للمخاطر التي حوله، كل ذلك قد يجعل الاسرة تتجه أحيانا الى الحماية الزائدة للطفل
- العلاقات الاجتماعية من خارج إطار الاسرة: ويؤثر ذلك بشكل واضح على الروابط والعلاقات الاسرية مع الاسر الأخرى بسبب انشغال الاسرة بالطفل وخاصة في حالة عمل الوالدين خارج المنزل، فيصبح الزمن المخصص للزيارات قليل جدا، وكذلك الخصائص السلوكية للطفل تمثل عادة أحد مصادر الضغوط للأسرة، حيث يكون الخجل واضحا من تصرفات الطفل في المواقف الاجتماعية والأماكن العامة التي يمكن ان يتواجد بها، وخاصة اذا كان لديه أنماط شاذة من السلوك

8-3- الناحية الاقتصادية:

ان طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية التي تصاحب الطفل التوحدي تتطلب من الاسرة توفير العديد من المواد والوسائل الإضافية الخاصة بالطفل، وكذلك فان حاجة الطفل الى عناية خاصة ومستمرة يجعل السرة تلجأ الى تخصيص مربية له في بعض الأحيان، وذلك لان الوالدين أطفالا اخرين بحاجة الى عناية وتربية ومتابعة، وكذلك الزيارات المتكررة للطبيب كل هذا يؤدي الى زيادة التكاليف (**ايمن محمد محمود البلشة.2006، ص 7**)

9- مشكلات أخرى تواجهها اسر الأطفال التوحديين:

تواجه الاسرة في عالم الاعاقة مجموعة كبيرة من المشكلات او المعضلات وقد ركزت الدراسات التي تناولت التوحد والاسرة على ثلاث جوانب مهمة هي جانب التشخيص، تقديم الخدمات، وقدرة الاسرة على المواجهة (**Adam M. Hutton، 2002 ،p 10**)ويمكن حصرها في ما يلي:

9-1- المشكلات الصحية:

- التشخيص والعلاج

مشكلة التشخيص والعلاج تعد من اهم الصعوبات التي تواجه الاسرة حيث تفتقد الاسرة الى مراكز متخصصة في تشخيص الاعاقات ومقاييسها وعلاجها وبالأخص الاعاقات الغامضة مثل التوحد فقد اشار الفوزان الى ان صعوبة تشخيص التوحد واكد ان "التشخيص الحقيقي يجب ان يتم بواسطة خبراء ولديهم الخبرة الكافية بالتعرف والتمييز بين الطفل العادي وغير العادي"(**الفوزان،2002، ص 36**). كما ان التشخيص يحتاج الى "فريق كامل من مختلف التخصصات للقيام بتقييم شامل للجوانب المختلفة لدى الطفل مثل القدرة العقلية والملاحظة والمتابعة الطويلة للطفل وتقييم التاريخ الطبي للطفل وغيرها"

9-2- المعضلات التعليمية:

التعليم حق من حقوق المواطن في المملكة العربية السعودية حيث نصت سياسة التعليم فيها الى هذا الحق وبصراحة تامة وليس هناك فرق بين الطلاب سواء من ذوي الاحتياجات الخاصة او غيرهم ولهذا فالتعليم يعد من

اخطر المشكلات التي تواجة ذوي الاعاقة واسرهم سواء في قلة المراكز الحكومية المتخصصة لتعليمهم او المناهج او الكوادر المدربة والمؤهلة للتعامل مع ذوي الاعاقة وحتى في برامج الدمج التي تطبق في المدارس فلا زالت تعاني من عدم وضوح الرؤية بشكل يجعل امر الدمج واقع ملموس فالمدارس لم تهيء للدمج الشامل او الجزئي حتى الآن وعلى المستوى الجامعي فلازالت تجربة الدمج في بداياتها فقد قبلت حالات في بعض الجامعات السعودية، مثل جامعة الملك سعود والتي سجلت سبقا في احتضان ذوي اضطرابات التوحد مثل الطالب أحمد المكينزي. (**سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود، 2015**)

9-3- المشكلات الاجتماعية:

الأسرة التي يوجد فيها شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة تواجه عدد من المشكلات الاجتماعية من اهمها نظرة العائلة والأقارب والجيران والأصدقاء والكوادر البشرية العاملة معها وكذلك المجتمع" فيصعب التعايش مع ذوي الاعاقة حيث اشار القريوتي وآخرون الى ان نشاطات الاسرة تتأثر كما انها تتردد في التخطيط والتفكير في قضاء الإجازات او القيام بالزيارات او حضور الاحتفالات، وتحتاج الاسرة هنا إلى إعادة النظر في انشطة الاسرة في ظل وجود فرد معوق"(**القريوتي وآخرون، 2003، ص 47**)

9-4- المعضلات التوعوية:

هناك مشكلات توعوية تواجه اسر ذوي الاعاقة فلازالت الابحاث والدراسات تشتكي من قلة الوعي لدى كافة شرائح المجتمع عن معرفة وتقبل الطفل المعاق كما ان المجتمع ينظر الى بعض الاطفال المعاقين على انهم اصحاء فقط من منظرهم وشكلهم العام وهذه النظرة نتيجة لقلة الوعي عن هذه الحالات في المجتمع ومن اهم تلك الابحاث والدراسات ما قامت به الباحثة الدكتورة حصة الفايز في بحثها الموسوم " اتجاهات معلمات رياض الاطفال نحو دمج الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين في مؤسسات رياض الاطفال".

9-5- المعضلات الاقتصادية:

المتعارف عليه "إن وجود معوق في الاسرة يستنزف مواردها المالية من خلال التكاليف الباهظة التي يدفعها للتعليم وللعلاج الطبي او الجراحة او الادوات والمعينات المساعدة او بسبب تكاليف جلسات التدريب مما قد يترتب عليه ضغوط تثقل كاهل الاسرة وبخاصة إذا احتاج المعوق إلى مرافق أثناء فترة إقامته في المستشفى او الى مراجعة العيادات او مراكز التأهيل والتدريب والعلاج، وغالبا ما تقوم بهذا الدور الام، فإذا كانت الام موظفة فإنها قد تستقيل من عملها من أجل متابعة ولدها، مما قد يؤثر على ميزانية الاسرة.

9-6- المعضلات النفسية:

يعد وجود طفل من ذوي الاعاقة في الاسرة عامل اساس في الضغوط نفسية والعاطفية كما " قد يساهم في إضعاف الروابط الاسرية وبخاصة الوالدين، وفي كثير من الحالات لا يتحمل الاب الوضع فيهرب من البيت، او الانفصال عن زوجته، او الادمان على الكحول او المخدرات او قد يحدث الطلاق بين الزوجين ويحمل كل طرف الاخر مسؤولية حدوث الاعاقة"

9-7- المشكلات التدريبية:

يعد التدريب النصف الاخر من العملية التربوية فالعلم بالإعاقة مهم ولكن علم بلا تدريب لايمكن ان يحقق الثمار المرجوة وقد اثبت المؤتمر الدولي الاول للتوحد الذي عقد في الكويت قبل حوالي عقد من الزمن أي في عام**2000** أهمية العلم وارتباطه بالتدريب حيث قال ثيوبيترز"إن تعلم وفهم ما يوجد في الكتب هو شيء مهم ولكن الكتب لا تخبرنا الا نصف الموضوع "وارتباط العلم بالتدريب من الامور المحبذة في التشريعات السماوية، وهناك ضعف في تدريب الاسر وتوجيهم خاصة تدريب الوالدين سواء في البيت او في المجتمع في كيفية التعامل مع الطفل

9-8- المعضلات الحقوقية:

حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة كفلتها لهم القوانين والانظمة والتشريعات الدولية والعربية والمحلية وما نحتاجه هو تفعيل تلك الانظمة وتطبيقها على ارض الواقع فلا تنفع قوانين او تشريعات لا تطبق من مبدأ قوله تعالى" يا أيها الذين آمنوا لم تقولون مالا تفعلون" ولاشك ان من اهم تلك التشريعات والنظم ما يعرف بالنظام الوطني للتوحد والذي صدر في عام **1423**هـ. (**سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود، 2015**) بالإضافة الى هذه المعضلات والصعوبات التي تواجه فئة التوحديين توجد قضايا كثيرة لا حصر لها ولكن نذكر أهمها:

✓ القضية الأولى: توعية المجتمع

بالرغم من ان التوحد إعاقة عالمية إلا أن كثيراً من أفراد مجتمعنا لا يدركون ما هو التوحد، إن البعض لا يعرف عن موضوع التوحد إلا بعد أن يصاب أحد أفراد الأسرة وأقاربها بهذه الإعاقة والبعض الآخر يعتقد أن أطفال التوحد مصابون بمس من الجن وكثيرة هي الاعتقادات الخاطئة. إن اعاقة التوحد في تزايد مستمر فالدراسات الحديثة تشير إلى ان هناك حوالي طفلاً من بين كل **68** طفل لديهم توحد حسب، إذاً المجتمع يحتاج إلى توعية وهذا لن يحصل إلا عن طريق وسائل الإعلام المختلفة فالتوعية أساس النجاح والشاهد على هذا انجاح الحملة الوطنية للتوعية الأمنية والمرورية.

✓ القضية الثانية: التشخيص:

عملية تشخيص التوحد من أهم وأصعب القضايا التي تواجه إعاقة التوحد خاصة في مصر هي لعدم وجود فريق عمل متكامل متخصص تلقى دورات تدريبية في مجال تشخيص التوحد. التشخيص عملية ليست سهلة ولا مستحيلة فعملية التشخيص موجودة في مصر إلا انها تقتصر على بعض الجمعيات التي تعني بفئة المتوحدين، لماذا؟ لعدم توفر مراكز كافية قادرة على لتشخيص هذه الإعاقة على الرغم من أن أسر اطفال التوحد يعانون كغيرهم من أسر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى.

✓ القضية الثالثة: العلاج:

للأسف الشديد إلى الآن لا يوجد علاج طبي نظرا لعدم معرفة أسباب الإعاقة بالتوحد إلا ان هناك دراسات قائمة بهدف معرفة الأسباب. توجد بعض العقاقير توصف أحيانا لأطفال التوحد ليس لأنها تعالج التوحد ولكن لأنها تخفف من مظاهر النشاط الزائد وتقلل من التصرفات السلوكية النمطية، إلا ان لها أضراراً جانبية وخصوصا

عندما تستخدم لفترة طويلة، إذاً أفضل علاج ممكن ان يقدم هي برامج التربية الخاصة التي تتضمن برامج تعديل السلوك والخطة التربوية الفردية للطفل التوحدي.

✓ القضية الرابعة :غياب التدخل المبكر

يعد التدخل المبكر من الأولويات في كثير من دول العالم المتقدمة نظرا لأهمية اكتشاف مشاكل الاطفال وعلاجها في وقت مبكر ولأهمية توفير الخدمات التربوية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة حيث انها تؤدي إلى تطوير القدرات اللغوية وتطوير جميع مجالات النمو الأخرى. إلا اننا في مصر لا تتوفر لدينا برامج للتدخل المبكر إلا في بعض الجمعيات الأهلية. ولقد طال غياب التدخل المبكر بهذه الفئة رغم أن الطفل التوحدي يحتاج إلى رعاية خاصة في المرحلة العمرية ما بين **3 –5**.

✓ القضية الخامسة: إهمال الأسرة لطفلها:

يتمثل اهمال الأسرة لطفلها التوحدي في العناصر التالية، محاولة اخفاء ابنها عن المجتمع او عدم ارساله إلى برامج الخدمات التربوية لأسباب اجتماعية وهذا اعتقاد خاطئ فهذا الطفل كغيره من اقرانه العاديين له حق بأن يتعلم ويتدرب وليس من حق الأسرة ان تمنعه عن ذلك لمجرد اعتقادات خاطئة.

✓ القضية السادسة: التغذية:

موضوع تغذية طفل التوحد يحتاج إلى متخصصين في مجال تغذية الأطفال يجب على الأسرة قبل استخدام أي حمية غذائية استشارة متخصص في هذا المجال. مشكلة التغذية تكمن أيضا في صعوبة حصول الأسرة على بعض المواد الخاصة بالحمية. (**مها كمال الدين هلالي، 2013**)

10– قصور الخدمات والبرامج الموجهة للتوحديين كأكبر مشكلة

إن أكبر مشكلة تواجه المصابين بالتوحد فوق **16** عاماً، هي قصور الخدمات ونقصها في مؤسسات المجتمع والأسرة وكلاهما يحتاج إلى فهم عميق لهذه الفئة..

لكن المشكلة أن المصابين بالتوحد يتأثرون بنقص الخدمات فيتعرضون للإحباط لعدم قدرتهم على استحواذ أي فكرة تطاردهم في حياتهم حيث يعجزون عن فهم مطالب الحياة والتفاعل مع المجتمع.

اذا لابد لنا أن نتسأل عن كيفية نجاح التكفل بهذه الفئة في ظل قصور الخدمات والبرامج المقدمة لفئة التوحد وغيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

للأسف مازلنا نعاني من نقص في الخدمات الموجهة لهذه الفئة في مجتمعنا بسبب الانعدام في تواصل المؤسسات الحكومية المعنية بهذه القضية مع الجهات العاملة في المجال نفسه (**زيني عبير بنت عبد الله، 2010، ص 11**)

11– الهدف من الاعتماد على معايير ومؤشرات الجودة في مراكز التوحديين وباقي الفئات:

إن الهدف من الاعتماد على معايير مؤشرات الجودة إلى التخطيط الدقيق والصحيح لبرامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل في مراكز ومؤسسات المعاقين بصفة عامة، وتحسين نوعية الخدمات وبرامج التربية الخاصة والتأهيل

فيها، إضافة إلى تقديم توجيهات بشأن الممارسات الميدانية ذات النوعية الجيدة في تقديم خدمات وبرامج التربية الخاصة، بجانب مساعدة إدارة رعاية وتأهيل المعاقين في تحديد الثغرات في برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل في مؤسسات المعاقين، وتخطيط وتنفيذ عمليات المراجعة، والمتابعة، والتقييم لخدمات وبرامج التربية الخاصة والتأهيل، وتستهدف هذه المعايير والمؤشرات الأقسام المسؤولة عن الترخيص، والمتابعة، والإشراف على خدمات وبرامج التربية الخاصة، والتأهيل في الوزارات الوصية، وإدارات مراكز ومؤسسات التربية الخاصة والتأهيل الحكومية والخاصة، والكوادر الفنية العاملة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة مثل مدرسي التربية الخاصة، وأخصائي الخدمات المساندة وأولياء أمور الطلبة ذوي الإعاقة، وذوي الإعاقة الملتحقين بمراكز تأهيل المعاقين، وجمعية أولياء أمور ذوي الإعاقة. وتدعم هذه المعايير حصول ذوي الإعاقة على فرص أفضل للتعليم والتأهيل، كما تستخدم في عملية تدريب الكوادر من خلال التركيز على المعارف والمهارات اللازمة بدلا من التركيز على مجموعة من المواد الدراسية، وسوف تساعد في تطوير شهادات مزاولة مهنة في التربية الخاصة والتأهيل، كما أنها تعكس توصيات المنظمات المهنية الدولية مثل المجلس الأميركي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي تستند إلى نتائج بحوث ودراسات علمية.

إن معايير الجودة ومؤشراتها تغطي مدى واسعاً من الممارسات التربوية والتأهيلية، فمن غير المتوقع أن يحقق أي مركز كل معايير ومؤشرات الجودة، إذ تحدد مدى تنفيذ هذه المعايير، وهي متغيرات كمية يمكن قياسها بدقة، أو نوعية تعتمد على الوصف، وتوضح مستوى التقدم نحو تحقيق المعيار مما يسمح بتقييم الأداء أو البرنامج وإصدار حكم على نوعيته

http://www.alittihad.ae/details.php?id=117182&y=2012#ixzz2URmK2qRg

الفصل الرابع:

معايير ومؤشرات جودة التكفل بالأطفال التوحديين

1. مقاربة مفاهيمية لماهية الجودة

1-1- مفهوم الجودة

1-2- ضبط الجودة

1-3- معايير الاعتماد وضبط الجودة

1-4- مؤشرات ضبط الجودة

1-5- الفرق بين مصطلحي المؤشرات والمعايير

2. نماذج الجودة الشاملة

2-1- نموذج جوران

2-2- نموذج ديمنج

2-3- نموذج ايشيكاوا

3. آليات ضبط الجودة

4. محاور ضبط الجودة

4-1- المحور الأول: الخطط الدراسية من حيث المحتوى

4-2- المحور الثاني: آلية التعليم والتعلم

4-3- المحور الثالث :آلية التقييم

4-4- المحور الرابع: تقدم الطلبة وإنجازاتهم

4-5- المحور الخامس: الدعم الأكاديمي

4-6- المحور السادس- :المصادر التعليمية

4-7- المحور السابع: الدعم اللامنهجي للطالب

4-8- المحور الثامن: البنية التحتية والخدمات

4-9- المحور التاسع :متابعة الخريجين والتواصل مع المجتمع المحلي

4-10- المحور العاشر- :إدارة الجودة وتعزيزها

5. آلية تطوير معايير الجودة ومؤشراتها

6. ضمان الجودة

7. قياس الجودة

8. تشكيل فريق تطبيق الجودة

9. الجودة وتطبيقاتها في البرامج و الخدمات المقدمة للتوحديين:

9-1- مفهوم الجودة في العملية التربوية

9-2- مفهوم الجودة في برامج رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات

9-3- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة في مراكز رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

10. محاور مؤشرات ضبط الجودة

11. أبعاد مؤشرات الجودة وتوظيفها

12. الجودة والتربية الخاصة

13. تطبيق نظام الجودة الشاملة في مؤسسات التربية الخاصة

14. الجودة والنوعية في برامج وخدمات التربية الخاصة في الدول العربية
15. معايير ضبط الجودة في برامج التربية الخاصة
16. مؤشرات ضبط الجودة في برامج التوحد

حث الإسلام على بناء مجتمع قوي متماسك من خلال الإتقان والإخلاص في العمل، وتنمية الرقابة الذاتية تحقيقاً للجودة في أداء الأعمال، وكثير من الآيات القرآنية الكريمة تعزز الالتزام بالجودة والإتقان في العمل بدافع إيماني، قال تعالى **{وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ}** (**التوبة 105**) وجاء في الحديث الشريف **«إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه»** (**البيهقي، 1416هـ، ص127**) نقلا عن (**محمد الخطيب، 2007، ص 05**)

إن العمل المؤسساتي الناجح له دعائمه وأساسياته فإذا أردنا معرفة هل المؤسسة بشكل عام ناجحة في إدارتها لعملياتها وتحقيق أهدافها أم لا علينا أن نقيس ناتج أعمالها ولكي نقيس هذا الناتج فلابد من وجود معايير ومؤشرات نقيس وفقها هذا الأداء وبعدما تتوفر لنا هذه المعايير فيتحتم علينا وضع الطرق التي نضمن بها الحصول على نتائج وقيم تمكننا من قياس أدائنا ثم نقارنه بهذه المعايير التي نعمل عليها وتأتى الفائدة هنا بأن نحدد مجموعة من المؤشرات التي يجب أن تعمل عليها المؤسسة أو المركز لنستطيع الحكم بها على مدى نجاحها من عدمه.

وتعد قضية جودة تقديم البرامج والخدمات للأطفال التوحديين واسرهم من القضايا المحورية في الاقسام المدمجة بالمراكز النفسية البيداغوجية في الجزائر، وأصبح لزاما على تلك البرامج والخدمات الانطلاق من جملة من المعايير والمؤشرات الموضوعية للوصول إلى منتج تكفلي كفء. **Qualité management** في ميدان التربية الخاصة وقد بدأ الإعتماد على مفهوم معايير ومؤشرات الجودة في الآونة الاخيرة في ميدان التربية الخاصة، وخاصة حين يتعلق بالأطفال المصابين بالتوحد (**أحمد صلاح الدين ابو حسن، 2013، ص 144**)

وتتحقق الجودة الشاملة للمؤسسة التعليمية المعنية بذوي الإعاقة من خلال مجموعة من القواعد المحددة لرؤيتها ولبيئتها التنظيمية وإمكاناتها البشرية والمادية، مما يتيح لها القدرة على إدارة نفسها بأفضل الأساليب الأكاديمية والميدانية المتطورة وفقا لأحدث المعايير العلمية والعالمية في هذا المجال

يعلم الجميع ان الجودة مبدأ اقتصادي أداري وضع للشركات والمصانع، لذا كي نستطيع إيجاد تطبيقات لها في المجال التربوي لابد من وضع صيغ لها في المجال التربوي تطابق الصيغ والمصطلحات الاقتصادية من هنا يمكن الاتفاق

1- مقاربة مفاهيمية لماهية الجودة:

1-1- مفهوم الجودة:

الجودة هي حركة إدارية فنية حصلت نتيجة لموجة إدارة الجودة الكلية التي عمت جميع مؤسسات المجتمع الغربي ، وأخذت تنتشر عمودياً لتشمل جميع الأنشطة الإنتاجية والخدمية في ذلك المجتمع، كما أنها عملية توثيق للبرامج والإجراءات وتطبيق للأنظمة واللوائح والتوجيهات، أخذت بالانتشار أفقياً في العديد من دول العالم وتتلخص حركة الجودة في التعليم بمشاركة جميع مؤسسات المجتمع المدني الربحية وغير الربحية ومؤسسات التعليم العام في تولي مهمات معينة ومحددة في تيسير العملية التعليمية بناء على معايير تضعها ضماناً لجودة إنتاجها، مع

مشاركة مؤسسات المجتمع المختلفة في العملية التعليمية ؟ ، ولا يتحقق ذلك إلا بإتقان الأعمال وحسن إدارتها. (**سمر طلعت. 2009/05/02، http://shifa.ahlamontada.com/t270-topic**)

لغة: جاد الشيء جودة وجَودة أي صار الشيء جيدا، وأجاده غيره، وأجوده وجاد، وأجاد: أتى الجيد، فهو مجواد أي حسنه وأتقنه وجود القرآن أي نطقه بشكل صحيح (**الفيروز آبادي، مجد الدين، 1987**)

والجودة في اللغة تعني العطاء الواسع والأداء الجيد الذي يبلغ مبلغاً فائقاً وحداً كبيراً من الإتقان .والإتقان هو مطلب شرعي في كل أعمال المسلم الدينية والدنيوية حيث يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه «وإتقان العمل يعني إجادته بأفضل السبل وأعلى المواصفات المطلوبة وأقل التكاليف والترشيد في الإنفاق نفسه هو مطلب شرعي آخر يجب على المسلم التمسك به، وهذا يتمشى مع مفهوم الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة الذي تتبناه إدارة الجودة الشاملة

(**الحاج عبد المولى الصديق، 2010، ص21**)

لقد عرف (**بارتون وموورسون**) جودة الخدمة على أنها معرفة ماذا يريد العميل (المستفيد)، وتحقيق تلك الرغبة بشكل صحيح يخلو من النقائص والعيوب من أول مرة، بحيث لا يضطر المستهلك إلى العودة إلى الموظف مرة أخرى لتعديل خطأ أو قصور تم (**درباس، أحمد سعيد ،1994، ص 19 27**)

يعرفها بروكا وبروكا(**Brocka & Brocka,1996. p132**) بأنها: مجموعة من المبادئ والأساليب والوسائل الفنية والجهود والمهارت المتخصصة التي تؤدي إلى التحسين المستمر للأداء على كافة مستويات العمليات والوظائف والمخرجات والخدمات والأفراد بالمنظمة وذلك باستخدام كافة الموارد المادية والبشرية المتاحة وهذا يتطلب هيمنة الالتزام والانضباط واستمرارية الجهود لمواجهة احتياجات وتوقعات المستفيدين من المنظمة الحالية والمستقبلية والعمل على تحقيق رضاهم.

والجودة في مجال التعليم يرى دوهيرتي (**Doherty**)أن: جودة التعليم تعني كماله ومطابقته لمواصفات معينة وملائمته لحاجات الطالب وحاجات العمل، وأن التعليم الجيد هو الذي ييسر للطالب فرص تطوير ذاته في اربع مجالات: المعرفة التي تمكنه من الفهم، والمهارات التي تمكنه من العمل، والتفكير الذي يمكنه من تحديد الاولويات والصفات الشخصية التي تمكنه من التعاون المثمر والمثابرة واكتساب الاحترام والثقة كونه عضوا في المجتمع (**دوهيرتي، 1994، ص 101.102**)

1-2- ضبط الجودة:

تطور مفهوم ضبط الجودة من التفتيش على المنتجات ومراقبة العمليات واكتشاف الأخطاء والقيام بتصحيحها إلى مفهوم جديد يستند إلى منع الأخطاء وتجنب انتاج مخرجات بها عيوب أو لا تحقق رغبات المستفيدين، ويعزى ظهور هذا المفهوم الجديد لضبط الجودة إلى ثلاثة عوامل هي:

1 - التكلفة المرتفعة لتقنيات الإنتاج الحديثة مما يترتب على الخطأ في الإنتاج هدر كبير للأموال.

2 - المنافسة الحادة بين المؤسسات المنتجة للسلعة مما يُصعب اكتساب ثقة المستفيد وتلبية احتياجاته.

3 – اعتماد المؤسسات على المعايير الخاصة والدولية (**ISO**) للتأكد من جودة منتجاتها ومطابقتها للمواصفات العالمية والمحلية، وجذب العديد من المستفيدين.

ويشير هذا المفهوم إلى أن ضبط الجودة هي "مجموعة البرامج والإجراءات اللازمة للتأكد من أن عمليات الإنتاج وبرامجه ونظمه ستؤدي بالضرورة إلى تقديم خدمات أو منتجات تتطابق على مواصفات الجودة المحلية أو العالمية" يعرف ضبط الجودة بأنها: الأنشطة والأساليب التى تم استخدامها لتحقيق جودة المنتج والعمليات والخدمة التعليمية المقدمة للطالب، وتتضمن أنشطة موجهة ولكنها تهتم بالكشف عن الأسباب الكامنة وراء مشكلات الجودة ومن ثم إشباع حاجات العميل.

وضبط الجودة هو تقويم درجة مطابقة المنتج للمعايير المحددة، ثم الاستمرار في عملية الانتاج اذا ظهرت مطابقته للمعايير، او تعديل عمليات الانتاج توصلا الى منتج يطابق المواصفات المعيارية، وضبط جودة كليات التربية يعني تقويم مخرجاتها، ومدخلاتها وعملياتها استنادا الى معايير الجودة التي توضع لها واكتشاف الثغرات فيها اذا وجدت، ثم اجراء التعديلات التي تعالج الثغرات وتجعل المدخلات والعمليات والمخرجات مطابقة لمعايير الجودة.

(**احمد عودة وآخرون. 2011، ص 12**)

وفي ضوء هذا المفهوم الجديد أصبحت عمليات ضبط الجودة وسيلة للتأكد من أن الإدارة والإنتاج والتطوير تتم وفقاً للخطط المعتمدة، وأن الإدارة تقود عملية ضبط الجودة، وأن المؤسسة وكل فرد من أفرادها مسؤول عن تحقيق الجودة والتطوير المستمر، وأن فلسفة الأداء تستند إلى منع الأخطاء وتحري الدقة لكسب ثقة المستفيدين، وأن معايير ضبط الجودة متحققة في أدوات الإنتاج وبرامجه وخاماته

1-3- معايير الاعتماد وضبط الجودة:

إن أنظمة إدارة الجودة العالمية، أثبتت بمجملها فاعلية في تحسين وتطوير المؤسسات التعليمية، ومنها المؤسسات التعليمية التي تعنى بالأفراد ذوي الإعاقات، التي طبقتها داخل البلدان التي نشأت فيها، وخارجها من الدول التي قامت بتطبيقها. إن تطبيق أي نظام من أنظمة إدارة الجودة العالمية بفاعلية من قبل أية مؤسسة تعليمية والحصول على شهادة من جهة مانحة، ومعتمدة عالمياً، يؤدي إلى زيادة الثقة بجودة نشاطه وأدائه، إلا أن استمرار أية مؤسسة تعليمية يكون بالمحافظة على الاعتماد العالمي منوط بمدى التزام المؤسسة بالتحسن والتطوير المستمر والوفاء بمتطلبات نظام الجودة الدولي الذي أُعتمد بناءً عليه. وقد تختلف مؤشرات ومعايير ضبط الجودة والاعتماد في إعدادها وصياغتها وعمقها واتساعها باختلاف الدول التي تطبقها، إلا أن جميعها تتفق في المحتوى والمضمون والتوجهات (**عودة الخطيب، والخطيب، 2007، 2010**).

ونظرًا لأن فاعلية برامج التربية الخاصة تُحدّد عن طريق قياس مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، فإن ضبط الجودة، أيضاً، يُقاس عن طريق مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، وعليه فإن ضبط الجودة في التربية الخاصة يقاس من خلال البرامج المقدمة عن طريق مدى تحقيق تلك البرامج للأهداف الموضوعة وفق مقاييس مصممة خصيصاً لتقييم تلك البرامج اعتماداً على معايير تقديم الخدمة في تلك البرامج، وهذا ما يتم السعي إلى تحقيقه، وهو ما

يطلق عليه ضبط الجودة(**إحسان غديفان السريع. 2014، ص 19**) نقلا عن ,**Hallahan & Kauffman**) **2006**)

1-4- مؤشرات ضبط الجودة:

1-4-1-المؤشر:

يعرف قاموس أكسفورد المؤشر بأنه يشير أو يوجه الانتباه إلى شيء ما دقته قليلة أو كبيرة، كما يشير إلى حالة الموقف الذي نختبره (**William , 1974, P6**)، ويتصف المؤشر بعدة سمات منها :أنه لا يعطي تفسيرات مجملة عن حالة أو طبيعة الشيء الذي نختبره، وأنها قابلة للتكميم، ويطبق لفترة محددة من الزمن أما الباحث فقد عرفه إجرائيا كما يلي: هو معيار يحدد درجة تحقيق هدف معين، وبالتالي فهو يساعد في بناء تصنيفات صادقة وثابتة للنظام التعليمي وفي توضيح مدى التشابه أو الاختلاف في المجال التربوي.

1-4-2-المؤشرات:

المؤشر عبارة عن تغيير او حدث ملحوظ يقدم دليلا على ان شيئا ما قد حدث، هذا الحدث قد يكون تقديم مخرج او تأثير مباشر أو تغيير طويل المدى، ومثل هذا التغيير يمكن قياسه كميا ونوعيا او الاثنين معا، وهناك ثلاث مستويات للمؤشرات، والتي تتبع ما يسمى بتسلسل الأهداف: مخرجات، أثر، نتائج ويوضح الجدول التالي المستويات الثلاثة:

جدول رقم (04) يبين مستويات مؤشرات الجودة وكيفية قياسها

المؤشرات	ماذا نقيس؟	ماذا نسأل؟	نقطة القياس
مدى تنفيذ الأنشطة	الجهد	ماذا فعلنا؟	المخرجات
مدى استخدام المخرجات ومدى استمرارية الفوائد	التأثير	ماذا حدث بناء عليه؟	النتائج
الفرق بين الوضح الحالي والوضع الاولي	التغيير	ماذا حدث فيما بعد(مدى طويل)؟	الاثر

(الاستراتيجية الوطنية لذوي الإعاقة في الأردن، 2010-2015)

كما تتحدد تلك المؤشرات في عدد من النقاط التي تتفق في مجملها مع مؤشرات الجودة في التعليم كما يعرض لها سكار برفيك (**2005**) **واوركارو**(**2001**) وأوردها عادل عبد الله محمد في دراسته (**2012**) كما يلي:

1- القدرة على إدارة البرنامج، وتعني تحديد محتوى البرنامج ورسم السياسة العامة للسير خلاله، وكتابته في وثيقة محددة، وتحديد اين نحن الان؟، والى اين نريد ان نصل؟، وكيف نصل الى ما نريد ؟

2- الحرص على ان يعمل البرنامج المستخدم على توفير الخدمات اللازمة للطفل، وتحقيق حاجاته عن طريق تحقيق اهداف البرنامج المحددة

3- الاهتمام بالطفل بمعنى ان يكون الطفل هو محور الاهتمام في البرنامج، وان يكون هو أساسه بحيث يتم تقديم التدريب الفعال لرفع كفاءته في أداء السلوك المستهدف

4- التدريب المستمر للطفل حتى يصل الى الأداء الجيد للسلوك المحدد وتطبيقه في الواقع.

5- تحقيق تكافؤ الفرص أمام جميع الأطفال عند تطبيق البرنامج على اكثر من طفل واحد

6- الحرص على سلامة الطفل وعدم تعرضه للخطر وذلك في أي مرحلة من مراحل البرنامج او ما تتضمنه أي منها من أنشطة

7- تحديد احتياجات الطفل وتحقيقها وهو ما ينعكس من اهداف البرنامج والذي يجب ان يعود بالفائدة على الطفل في المقام الأول

8- العمل على توفير خدمات الرعاية عن طريق تحديد حاجات الطفل واشباعها وتدريبه على الأداء الصحيح للسلوك المحدد سواء السلوك المرغوب الذي يكتسبه، اوتخليصه من سلوك غير مرغوب.

9- تصميم البرنامج و تنفيذه بحيث يتم اعداده في ضوء حاجات الطفل وهو ما يحدده السلوك المستهدف، واستخدام انسب الاستراتيجيات لتحقيقها بحيث يتم التركيز خلال البرنامج على الأنشطة التي تعمل على تحقيق تلك الحاجات

10- التقييم كعملية مستمرة خلال البرنامج وعند الانتهاء منه حتى يتمكن الاخصائي من تصويب الأخطاء على الفور، وادخال أي تعديلات يرى انه من الضروري اللجوء اليها حتى تتحقق فعالية البرنامج في النهاية **(عادل عبدالله محمد، 2012، ص65)**

1-5- الفرق بين مصطلحي المؤشرات والمعايير:

يعد الفرق بين هذين المصطلحين بمثابة الفرق بين المحور او (البعد)، والعبارة او (الهدف)، حيث ان المؤشرات هي عبارات تصف الإنجاز (الاداء) المتوقع من الفرد (المعلم، متعلم، مؤسسة) وتتصف صياغتها بانها اكثرت حديدا وأكثر إجرائية، اما المعايير فهي عبارات تشير الى الحد الأدنى من الكفاية المطلوب تحقيقها لغرض معين. **(المجموعة العالمية للجودة والتنمية الإنسانية IGQ، وثيقة معايير ضمان جودة واعتماد مؤسسات التعليم قبل الجامعي /http://slideplayer.com/slide/5306513)**

وتعرف مؤشرات الجودة بأنها البيانات التي يمكن قياسها إيجابياً، ويعتمد عليها بوصفها مقياساً للجودة، وتؤخذ المؤشرات من البيانات المنشورة، والإنجازات الموثقة؛ لذلك فإن الأمر يتطلب وضع عدد من المؤشرات لتقويم الإنجاز. فقد عرف قاموس أكسفورد المؤشر بأنه :الذي يؤشر أو يلفت النظر إلى شيء ما ولعل من أفضل تعريفات المؤشر تعريف المركز الفيدرالي لجودة التعليم بالولايات المتحدة المؤشر بأنه :ما يمكن استخدامه للتمييز بين الجيد وغير الجيد في العملية التعليمية **(ندى بنت صالح الرميح، 2015، ص 03)**

والمؤشرات هي عبارات تصف الإنجاز(الأداء) المتوقع من الفرد(معلم/متعلم/مؤسسة)، وتصف صياغتها بأنها أكثر تحديدا وأكثر إجرائية.

2- نماذج الجودة الشاملة:

2-1- نموذج جوران Jouran:

يستند هذا النموذج الى أن الجودة تعني الملاءمة في الاستعمال، لذا يؤكد جوران **Jouran** أن المهمة الأساسية للجودة "تتركز في تنمية برنامج للإنتاج أو الخدمات يقابل احتياجات العملاء" (**البيلاوي، 1996، ص5**).وهذا المدخل يستخدم على نطاق واسع ويتضمن الخطوط العريضة التالية: (**Lam, K.D et al, 1991, p5-8**)

-إيجاد قناعة بالحاجة إلى التطوير. - وضع أهداف التطوير واتخاذ التنظيم اللازم لتحقيق الأهداف ويتم (بناء مجلس للجودة -تحديد المشكلات -اختيار المشروعات -تحديد فرق العمل -تحديد التسهيلات). —التدريب -تنفيذ المشروعات من أجل حل المشكلات، وإعطاء التقديرات وتسجيل التقدم وتوصيل النتائج-إجراء الاصلاحات بصفة دورية في النظم والعلميات التقليدية في المنظمة، ويركز جوران على ثلاثة عناصر للجودة هي:

أ -تخطيط الجودة:

ويتم التركيز فيها على تحديد العملاء واحتياجاتهم، وتطوير نوعية المنتج واتخاذ القرارات اللازمة لإشباع احتياجات العملاء وتوقعاتهم، ومن ثم حصر الإمكانات المادية والبشرية اللازمة لإنتاج السلعة أو الخدمة.

ب - مراقبة الجودة:

وتركز على وحدات القياس وتكرار عمليات المراقبة واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لإشباع متطلبات العملاء، ويتم فيها التقويم الفعلي للمنتجات ومقارنتها بالمواصفات التي رغب فيها العميل وحل أي مشكلات تكشف عنها عملية التقويم.

ج - تحسين الجودة:

وتركز على وضع الآليات المساندة لاستمرار الجودة من خلال توزيع الموارد وتكليف الأفراد بمتابعة مشاريع الجودة وتوفير التدريب اللازم لهم وتشكيل هيكل دائم يتولى متابعة الجودة والمحافظة على المكاسب المحققة.

2-2- نموذج ديمنج Deming:

يستند هذا النموذج الى أن الجودة الشاملة مسؤولية الجميع، لذا يرى ديمنج **Deming** أن كل فرد له علاقة بعملية الإنتاج أو الخدمات ينبغي أن يساهم في تحقيق النتائج المرجوة وهي إرضاء العملاء (**الهلالي، 1998، ص152**). ويشير ديمنج إلى أن الجودة نسبية وليست مطلقة وأنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإنتاجية، وتتألف فلسفته في الجودة الشاملة من أربعة عشر عنصراً منها سبعة عناصر إيجابية وسبعة عناصر أخرى سلبية يمكن إيجازها فيما يلي :

- إيجاد نوع من الاستقرار يؤدي إلى التطوير عن طريق البحث والإبداع.
- تبني الفلسفة الجيدة للتطوير يتطلب تحديث الإدارة.

- التحسين المستمر للإنتاج والخدمات من خلال إرشادات الإدارة، وتكوين فرق العمل، واستمرارية عملية التطوير ومواصلة التدريب على رأس العمل بواسطة مدربين أكفاء من أجل التنمية الذاتية لكل فرد.
- دعم القيادة وتعميم الممارسات الحديثة والإيمان بأن التأهيل والتدريب استثمار في البشر.
- ضرورة التخطيط طويل المدى من أجل التطوير، والاعتماد على التفتيش لتحقيق الجودة.
- القضاء على المعوقات التنظيمية بين الأقسام، والتخلص من الشعارات والمواعظ ونقد العاملين.
- إزالة المعوقات التي تحرم العاملين من التباهي ببراعة أعمالهم وطرد الخوف.
- تجنب فلسفة الشراء اعتماداً على انخفاض السعر والتخلص من الاعتماد على النسب الرقمية لتحديد الأهداف والقوى العاملة.

2-3- نموذج ايشيكاوا Ishi Kawa :

يعد إيشيكاوا **Ishi Kawa** من رواد الجودة في اليابان وإليه يعود الفضل في تطبيق حلقات الجودة **Quality Circles**، ونشر مفهوم الجودة بين العاملين، ويرى أن الجودة الشاملة تبدأ بعملية التدريب والتعليم وتنتهي أيضاً بالتدريب والتعليم للموظفين، وينظر إلى الاستثمار في تدريب الموظفين أثناء الخدمة باعتباره من أهم النشاطات الإدارية التي يجب أن تركز عليها الإدارة العليا، خاصة وأن التوظيف في اليابان لا يتحدد بسنوات معينة وإنما يستمر الفرد في الوظيفة مدى الحياة (**بن سعيد، 1997، ص171**). ويعتقد ايشيكاوا أن مفهوم الجودة متعدد الجوانب ويشمل التحول من برنامج مراقبة الجودة المستند الى التفتيش إلى برنامج شامل يعتمد على العمليات والنشاطات الداخلية التي تراعي العملاء بوصفهم جزء لا يتجزأ من تحسين الجودة، وتحدي مجالات الجودة في السلعة أو الخدمة التي يتقبلها العميل وتطبيق الأساليب الإحصائية في مراقبة الجودة. ويلخص ايشيكاوا المبادئ الأساسية لمراقبة الجودة فيما يلي(**Ishi Kawa, 1985, p.45**)

- إن الجودة مبنية على وجهة العميل.
- إن الجودة هي جوهر العملية الإدارية، ويفضل أن ينظر إليها على أنها استثمار طويل المدى بدلاً من التركيز على الأرباح في مدة قصيرة من الزمن
- إن الجودة تعتمد اعتماداً كلياً على المشاركة الفاعلة من قبل العاملين والموظفين، كما يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة إزالة الحواجز بين الأقسام المختلفة
- استخدام البيانات والمعلومات بواسطة الوسائل الإحصائية للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات. ولعل أبرز اسهامات ايشيكاوا في تطوير نظام إدارة الجودة الشاملة يتمثل في زيادة حجم مشاركة العمال وزيادة قوة التحفيز وإثارة الدوافع من خلال توفير جو عمل يستطيع العاملون من خلاله العمل باستمرار على حل المشكلات (**محمد الخطيب،2007، ص 14**)

3- آليات ضبط الجودة:

قام الكثير من العلماء والباحثين بدراسات متعددة تدور حول كيفية تقويم مستوى الجودة من خلال مكونات النظام، واستخدموا معايير مختلفة ومؤشرات متعددة في عملية التقويم ومنها على سبيل المثال ما قام به دونابيرين من استخدام ثلاثة معايير تقويم مستوى الجودة هي (معيار الهيكل التنظيمي، ومعيار العمليات الداخلية والنشاطات، ومعيار النتائج النهائية) (**Donabedian, 1985, pp.253-254**).

كما وصف العلماء آليات ضبط الجودة (**ISO9000**) في أربعة مجالات رئيسية هي (قيادة الأفراد والإدارة، وإدارة العمليات، وإدارة جودة النظام، وإدارة عمليات الدعم والتطوير) (**عبدالجواد، 2000، ص 22...24**).

والشكل رقم (03) يوضح آليات ضبط الجودة في المجالات السابقة.

4- محاور ضبط الجودة:

4-1- المحور الأول- الخطط الدراسية من حيث المحتوى:

إن الخطط الدراسية يجب أن تركز على بناء قدرات التحليل والتركيب والاستنتاج والتطبيق وتدريب الطالب على توظيف المعلومات والمعارف التي يتلقاها وفق نظام عقلي ومنطقي متناسق مرتبط ببعضه بعضًا ويمزج العلوم المختلفة ببعضها بعضًا .ويغطي هذا المحور الجوانب التالية:

* أقسام الخطة الدراسية للتخصص من حيث آلية تقسيم الساعات المعتمدة.
* مدى مرونة الخطة والخيارات المتاحة أمام الطلبة.
* عدد ساعات التدريب العملي.
* المتطلبات السابقة ومدى مواءمتها.
* المهارات الإدراكية التي تزودها الخطة.
* مساهمة الخطة في بناء الشخصية.
* الوصف التفصيلي لمواد الخطة (توفر خطط المواد لدى القسم).
* الوصف المختصر لكل مادة باللغتين العربية والإنجليزية.
* توفر كتيب يبين تفاصيل الخطة الكاملة ويشكل مرجعًا للطلبة.
* مدى ملائمة الخطة لاحتياجات المجتمع المحلي وسوق العمل.
* تطوير الخطط الدراسية واعتماد مناهج جديدة تتفق واحتياجات المجتمع وخطط التنمية ومطابقة لمعايير الجودة.

4-2- المحور الثاني - آلية التعليم والتعلم

يركز هذا المحور على وصف العملية التدريسية والتعليمية وذلك من خلال الجوانب التالية :

أ-العملية التدريسية

* ماهية استراتيجية التعليم والتعلم المتبعة ومدى ملاءمتها للأهداف المرجوة.
* الوسائل التعليمية والإيضاحية المتوفرة.
* قدرة أعضاء الهيئة التدريسية على استخدام الوسائل التعليمية المتاحة-الاستخدام الفعلي-
* التركيز على تكامل شخصية أعضاء الهيئة التدريسية من النواحي النفسية والخلقية والمعرفية والمهارية.
* مدى جودة المادة التعليمية وقدرتها على تحقيق أهداف المساقات الدراسية.
* استخدام وسائل الاتصال الحديثة وتكنولوجيا المعلومات.
* دور الطلبة ومشاركتهم في العملية التعليمية.

ب -التعلم

* توفر الإرشاد الأكاديمي فيما يتعلق بالمهارات الدراسية والبحث العلمي.
* المصادر التعليمية المتوفرة والمستخدمة مثل الكتب، المجلات وأساليب التعليم غير المباشر.

* قدرة الطالب على المعرفة والفهم والمهارات التحليلية المكتسبة بالإضافة للمهارات المحددة متضمنة المهارات العملية وإلاحترافية. (**معايير ضبط جودة التعليم العالي**

جامعة مؤتة. نحو جامعة متميزة أكاديمياً و علمياً على المستويين المحلي والعالمي، ص 07.. 13)

4-3- المحور الثالث :آلية التقييم

يتضمن هذا البعد مدى كفاءة وفعالية الأساليب المستخدمة في اكتساب المعرفة والمهارات المراد تحقيقها وذلك من خلال الجوانب التالية:

* مدى ملائمة أساليب التقييم لمخرجات المادة ووضوح معايير التقييم للطلبة وجودة التغذية الراجعة للطلبة بناءًا على التقييم وقدرة وسائله على قياس مدى تحقق المخرجات المرجوة ومدى ملائمة عملية التقييم لمستوى الطلبة الإدراكي والدراسي ودقة وثبات التقييم والعلامات.
* مدى ملائمة الاختبارات للمحتوى التعليمي للمادة.
* توفر أو عدم توفر الممتحن الخارجي.
* ربط التقييم مع نتائج التعلم المقصود وفهم الطلاب لمعايير ومهام التقييم.
* قياس مدى تحقيق نتائج التعلم المقصود.

4-4- المحور الرابع: تقدم الطلبة وإنجازاتهم

ويغطي هذا المحور الجوانب التالية:-

* معلومات الطلبة المتعلقة بعددهم ومتطلبات القبول ومدى التنوع من حيث بعض العوامل الديموغرافية مثل الجنس، العمر والتوزيع الجغرافي.
*معدلات التقدم ونسب إنهاء البرنامج
* إنجاز الطلبة من حيث ملائمة المؤهلات التي حصلوا عليها لأهداف البرنامج وآلية التأكد من ذلك ويشمل ذلك المعرفة والفهم الذي حصله الطالب والمهارات الأساسية والموضوعات العملية والمهنية المتخصصة لديه

4-5- المحور الخامس: الدعم الأكاديمي

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* مدى تنظيم عملية إرشاد الطلبة، بحيث يبقى الطالب مع مرشده طيلة فترة الدراسة.
* مدى خلق بيئة تعليمية مناسبة بحيث يشعر الطالب بأنه مرحب به للمساعدة في حل أية مشاكل قد تواجهه خلال مسيرته الأكاديمية.
* علاقة الطالب بالأستاذ خلال فترة الدراسة وخارج نطاق الدراسة.
* مدى توفر ورش عمل أو محاضرات إضافية من قبل مساعدي البحث والتدريس (دروس تقوية)للطلبة الذين يحتاجون إلى ذلك من اجل دعم تحصيلهم العلمي.
* مدى إمكانية توفير مرشد اجتماعي على مستوى المؤسسة.

* إمكانية إنشاء النوادي ذات العلاقة بمهارات وتخصصات الطلبة ومحاولة تنميتها.

4-6- المحور السادس-:المصادر التعليمية

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* تقييم مدى توفر أجهزة الحاسوب والبرمجيات المناسبة بأعداد تتناسب مع أعداد الطلبة وفقا للمعايير الدولية ومعايير الاعتماد الأكاديمي.

* مواآبة التطور العلمي والمعرفي في التدريس من خلال استخدام الحاسوب والانترنت في التعليم والتعلم وحل المشكلات وإنتاج الوسائل التعليمية والمعرفية. (**معايير ضبط جودة التعليم العالي جامعة مؤتة. نحو جامعة متميزة أكاديمياً وعلمياً على المستويين المحلي والعالمي، ص 07.. 13**)

* مدى توفر أعضاء هيئة التدريس بأعداد تتناسب مع أعداد الطلبة وفقا للمعايير الدولية ومعايير الاعتماد الأكاديمي

* كفاية المباني والمساحات بما في ذلك توفير قاعات الخدمات للطلاب ضمن القسم أو الكلية.

* مدى توفر متطلبات المواد المختلفة من المراجع الدراسية.

* مدى توفر الدوريات والمساحات الكافية للطلبة في المكتبة.

* ساعات العمل في المكتبة وخدمات الدعم والمساعدة للطالب.

* مدى توفر أماكن مستقلة للدراسة وخدمات صالات الطعام والمرافق الاجتماعية.

* هل تتلاءم خدمات المكتبة المتوفرة مع متطلبات المنهاج، التعليم، استراتيجيات التعلم ونتائج التعلم المقصود.

4-7- المحور السابع :الدعم اللامنهجي للطالب

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* مدى إمكانية توفير مرشد اجتماعي على مستوى الكلية و إمكانية إنشاء النوادي ذات العلاقة بمهارات وتخصصات الطلبة ومحاولة تنميتها وعلاقات الطلبة الاجتماعية والرحلات اللامنهجية والحفلات الاجتماعية الهادفة الى تعزيز علاقات الطلبة.

4-8- المحور الثامن :البنية التحتية والخدمات

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* توفر المطاعم الطلابية و اتساع المباني وقاعات التدريس وجودة المقاعد الدراسية ونظافة المباني.

* توفر الخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة.

* جودة مكاتب اعضاء هيئة التدريس.

* الخدمات المساندة مثل آلات التصوير، الماسح الضوئي...

4-9- المحور التاسع :متابعة الخريجين والتواصل مع المجتمع المحلي

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* سجلات بيانات الخريجين والتواصل معهم

* مساعدة الخريجين المتفوقين في التعيين والحوافز المقدمة لمكافأة انجازات الخريجين.

* الخدمات المقدمة للمجتمع المحلي الدورات، الاستشارات، ورش العمل، المؤتمرات.

4-10- المحور العاشر-:إدارة الجودة وتعزيزها

هذا المحور يجب أن يتضمن الإجابة على التساؤلات التالية:-

* مدى قيام القسم بالتحقق من انسجام البيئة التعليمية لديه مع مكونات نظام الجودة ذات العلاقة بمعايير الجودة الشاملة على مستوى الجامعة، وبالتالي المساهمة في تحقيق أهداف ورسالة الجامعة.

* مدى توفر البيانات والمعلومات التي تعكس وضع الجودة بالنسبة بالمحاور السابقة.

* مدى توفر الآليات لضبط وتعزيز جودة البرامج المقدمة مثل المسح الطلابي، المراجعة الداخلية والخارجية، الدورات التدريبية.

* مدى توفر هيئة مركزية على مستوى الجامعة تساعد الأقسام المختلفة في ضمان جودة البرامج المقدمة من خلالها.

* اهتمام الجامعة ممثلة بالسلطة الإدارية العليا فيها بمتابعة جودة البرامج التعليمية المقدمة فيها.

* مراقبة البيانات الداخلية على سبيل المثال، على جودة التعليم والتعلم، إنجازات الطلاب، خدمات أخرى.

* فتح قنوات اتصال مع العديد من الجامعات العربية والأجنبية لتبادل الخبرات حول كل ما هو جديد في مجال تطوير التعليم الجامعي داخل هذه الجامعات.

* درجة التكامل بين العمل الإداري والأكاديمي على مستوى الجامعة ككل والذي من شانه أن يساعد على إحداث تغيير متكامل يسهل رفع الكفاءة بشكل عام حيث أن تطوير جزء أو خدمة معينة وبقاء الأجزاء والخدمات الأخرى كما هي عليه يعيق أو قد يمنع تطبيق أي تغيير كلي أو جزئي. (**معايير ضبط جودة التعليم العالي جامعة مؤتة. نحو جامعة متميزة أكاديمياً وعلمياً على المستويين المحلي والعالمي، ص 07... 13**)

5- آلية تطوير معايير الجودة ومؤشراتها (نموذج الامارات العربية المتحدة):

- يقصد بالجودة تميز الخدمة، وخلوها من العيوب، والالتزام بمعايير قابلة للقياس لتلبية احتياجات المنتفعين . وفي مجال التربية الخاصة والتأهيل، فالجودة تعني سعي لإحداث تطوير نوعي بما يواكب المستجدات والتطورات لتحقيق التميز في كافة العمليات التي تقوم بها المراكز والمؤسسات.
- الهدف الرئيس من هذه المعايير هو أن تستخدمها المراكز كأداة للمراجعة الذاتية وكدليل لتحسين نوعية البرامج والخدمات التي يتم تقديمها للأطفال والشباب ذوي الإعاقة.
- تم تطوير المعايير ليتم تطبيقها على البرامج والخدمات التي يتم تقديمها للاطفال والشباب ذوي

الإعاقات المختلفة، وبناء على ذلك فبعض المعايير قد لا تنطبق بالضرورة على كل برنامج. مع ملاحظة أن الهدف من المعايير هو توفير أداة للإدارة والمراكز لتقييم البرامج والخدمات ككل وليس لتقييم الخدمات التي يتم تقديمها لطالب معين.

- يتوقع من المراكز أن تقيّم برامجها وخدماتها من حيث درجة توفر أدلة تدعم تطبيق فقرة أو ممارسة معينة على أرض الواقع .وبهذه الطريقة، يمكن للمعايير أن تستخدم كأداة لتحسين البرامج والخدمات يتم فيها تحديد مواطن القوة ومواطن الضعف في البرامج والخدمات التي يقدّمها المركز.
- وبما أن المعايير تغطي مدى واسعاً من الممارسات التربوية والتأهيلية، فمن غير المتوقع أن يحقق أي مركز كل معايير ومؤشرات الجودة هنا.
- وقد تم تطوير معايير الجودة ومؤشراتها على مدى عدة أشهر، وفق الخطوات التالية:
  - مراجعة وتحليل الأدبيات العالمية ذات العلاقة بمعايير الجودة في برامج التربية والخاصة والتأهيل
  - مراجعة وتحليل سياسات وأنظمة التربية الخاصة والتأهيل في دولة الإمارات العربية المتحدة
  - تحديد محاور أو مجالات هذه المعايير
  - كتابة عناصر الجودة (مؤشرات الجودة) في كل محور أو مجال.
- معايير الجودة: هي نماذج أو خصائص الخدمة الجيدة، لإرضاء المنتفعين منها، وهي القواعد الأساسية المرشِدة للعمل التي تسمى أيضاً متطلبات الجودة.
- مؤشرات الجودة هي قياس لحالة أو مدى تنفيذ ممارسة معينة. إنها ما يمكن استخدامه للتمييز بين الممارسة الجيدة والممارسة غير الجيدة. وهي الأدلة التي تشير الى مدى الالتزام بتطبيق مبادئ الجودة وأدواتها وضوابطها.

(عارف فضل أحمد السويدي، 2014، ص 11. 12)

6- ضمان الجودة:

يضمن للمؤسسة التعليمية أو المركز سلامة إجراءاتها من خلال المراجعة الدورية للمعايير والضوابط المستوفاة، إضافة إلى التأكد من قيام المؤسسة بمعالجة ملاحظات وتوصيات فرق التدقيق طوال مدة صلاحية الاعتماد.

ولإنجاح عمليات ضمان الجودة يجب على المؤسسة أن:

- تتعاون مع فرق المراجعة التي قد تكون زيارتها للمؤسسة دون ترتيبات مسبقة أو معلنة.
- توفر وتسهل لفرق المراجعة الاطلاع على جميع التقارير والمستندات والمعلومات المتعلقة بشؤون المؤسسة التعليمية ذات العلاقة بعمليات ضمان الجودة.

تتحمل المؤسسة او المركز جميع المصاريف المتعلقة بعمليات ضمان الجودة، والمتضمنة مصاريف التنقل والإقامة ومكافآت أعضاء فرق المراجعة والمصاريف الإدارية الأخرى، التي يحددها المركز بناء على قرار مجلس الوزراء بشأن تحديد وتفصيل الرسوم الواجب تحصيلها من المؤسسة طالبة الاعتماد، وآليات دفعها للمركز.

- تحال هذه المصاريف لحساب المركز، الذي يقوم بدوره بصرف مكافآت لأعضاء فرق المراجعة، وتغطية المصاريف الإدارية اللازمة لعملية التدقيق.
- يحظر على المؤسسات تقديم أي مبالغ أو مكافآت أو هدايا لأعضاء فرق المراجعة

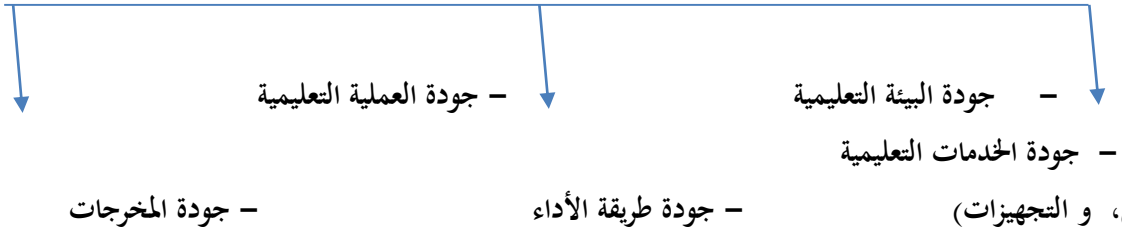
(المركز الوطني لضمان جودة واعتماد المؤسسات التعليمية والتدريبية–http://zu.edu.ly/arabic/files/1 147.pdf)

7– قياس الجودة:

للمؤسسات التربوية خصوصيتها، وإدارة الجودة فيها يجب ان تكون على اعلى مستوى من المهارة والخبرة والتدريب، ولذلك فان أكثر المداخل استخداما لقياس الجودة التربوية، هو مدخل النظم التربوية كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (04): يبين مدخل النظم في إدارة الجودة

مدخل النظم في إدارة الجودة



(سهيل رزق دياب. 2009، ص22)

8– تشكيل فريق تطبيق الجودة:

- تشكل ادارة المؤسسة وحدة تسمى (وحدة ضمان الجودة والاعتماد)، تتولى مسؤولية متابعة تطبيق الجودة والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.
- على ادارة المؤسسة اختيار مجموعة من الاداريين واعضاء هيئة التدريس المؤهلين، واصحاب الخبرة والقدرة ليعملوا على شكل فريق تحت ادارة مقوم مؤهل وصاحب خبرة وكفاءة ويلتزم الفريق بدليل ضمان الجودة والاعتماد.
- يجب ان يخضع معظم اعضاء الفريق الى دورة تدريبية مناسبة توضح لهم المفاهيم الاساسية واجرءات تطبيق العمل.
- لرئيس الفريق الحق في الحصول على اي معلومات في نطاق عمله ويجب عدم حجب اي بيانات او حقائق عنه سواء من قبل إدارة المؤسسة او الإدارات التابعة لها.

- ان يلتزم اعضاء الفريق بقواعد الميثاق الاخلاقي للمقومين من حيث:

أ- اداء العمل باتقان وامانة واحترام الاخرين لان عملية تقويم جودة المؤسسة تسبب الكثير من الضغوط والقلق على العاملين فيها. كما يجب اعطاء الثقة للعاملين في المؤسسة والتعاون معهم ومع الجهات المسؤولة قدر الامكان لانجاح العملية.

ب- ان تتم العملية دون تحيز او محاباة او قناعات سابقة عن المؤسسة وانما تكون الاحكام مبنية على ادلة دقيقة وواضحة ومتعددة المصادر وتتبع المعايير المحددة في دليل تطبيق الجودة.

ج- الحرص على خصوصية الافراد واحترام سرية المعلومات التي يطلع عليها اعضاء الفريق اثناء عملية تقويم جودة المؤسسة.

د- يقوم الفريق باداء العمل بما يحقق مصلحة المؤسسة وبما هو افضل.

هـ-يحدد الفريق الوقت اللازم لعملية تقويم جودة المؤسسة لان المؤسسات تختلف في احجامها واعداد طلابها وبرامجها واعضاء هيئة التدريس فيها، بحيث يضمن ذلك اداء جميع متطلبات عملية تقويم الجودة التي تشمل:

- الاستعداد والتهيئة للتقويم.

-تحليل المعلومات والبيانات الاولية.

-زيارة المؤسسة ومقابلة الاداريين والعاملين.

-مناقشة المسؤولين في بعض جوانب التقارير.

-كتابة التقارير.(**فيصل عبد الله الحاج و آخرون. 2008، ص 20**)

تكتسي مسألة ضبط الجودة النوعية أهمية بالغة خاصة في مؤسسات التعليم عن بعد لأنها الضمان الأساسي للمصداقية وضمان الديمومة والاستمرار. وما لم تظهر المؤسسة التعليمية اهتماما واضحا والتزاما بمعايير وإجراءات جودة النوعية فإنها ستفقد ثقة المجتمع ويهجرها طلبتها بحثا عن مؤسسة أخرى تراعي هذه المبادئ. علما بان هذه المبادئ تختلف آلياتها حسب الحالة التي تختص بها، ولكن لها قاسم مشترك تتمثل في الصلاحية، والاتساق، والكفاءة، وملاءمة الغرض وفعالية التعليم، وجودة الإنتاج، وإرضاء الدارسين.

9- الجودة وتطبيقاتها في البرامج و الخدمات المقدمة للتوحديين:

9-1- تعرف الجودة في العملية التربوية:

مجموعة الخصائص والسمات التي تعبر بدقة وشمولية عن جوهر التربية وحالتها بما في ذلك كل أبعادها مدخلات، وعمليات، ومخرجات قريبة وبعيدة، وتغذية راجعة، وكذلك التفاعلات المتواصلة التي تؤدي إلى تحقيق الأهداف المنشودة والمناسبة لمجتمع معين، وعلى قدر سلامة الجوهر تتفاوت مستويات الجودة (**نظام إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقه في مجال العمل التربوي في دول الخليج العربي ص: 12**).

أصبحت دول العالم المتقدم تتسابق في العمل على إيجاد البرامج والخدمات التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة، كما إنها اهتمت، أيضا، منذ عدة سنوات، حيث بادر المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الحاجات

الخاصة(**Council for Exceptional Children**) المعروف بالرمز(**CEC**)وهو المجلس ذو التأثير الكبير على التربية الخاصة في العالم، إلى تبني جملة من معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة بما فيها ميدان الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتندرج هذه المعايير ضمن عدد من المجالات الأساسية، وهي: (**1**) معايير الممارسة المهنية للمعلمين. (**2**) المعايير المتصلة في تعليم ذوي الإعاقات. (**3**) المعايير المتصلة بالتعاون والتواصل. (**4**)الإدارة، والمعلمون، والمرشدون، وأولياء الأمور. (**5**) البيئة التعليمية. (**6**) استراتيجيات التدريس.(**7**) الدمج والخدمات الانتقالية. (**8**) البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد.(**Robertson,2006. p281-296**)

وأصبحت المواد الدراسية في الجامعات الأمريكية مراعية لتلك المعايير والأسس. فقد أصبح مألوفاً أن تستهل خطط المواد الدراسية بتلك الأهداف المشتقة من معايير الممارسة المهنية التي يتبناها المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالتعاون مع المجلس الأمريكي الوطني لاعتماد تدريب المعلمين (**National Council for Accreditation of Teacher Education**) المعروف بـ (**NCATE**). (**الخطيب، 2010**).

9-2- مفهوم الجودة في برامج رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات:

هي جميع الأنشطة التي تقوم بها مراكز الرعاية التي تجعل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة واسرهم سعداء

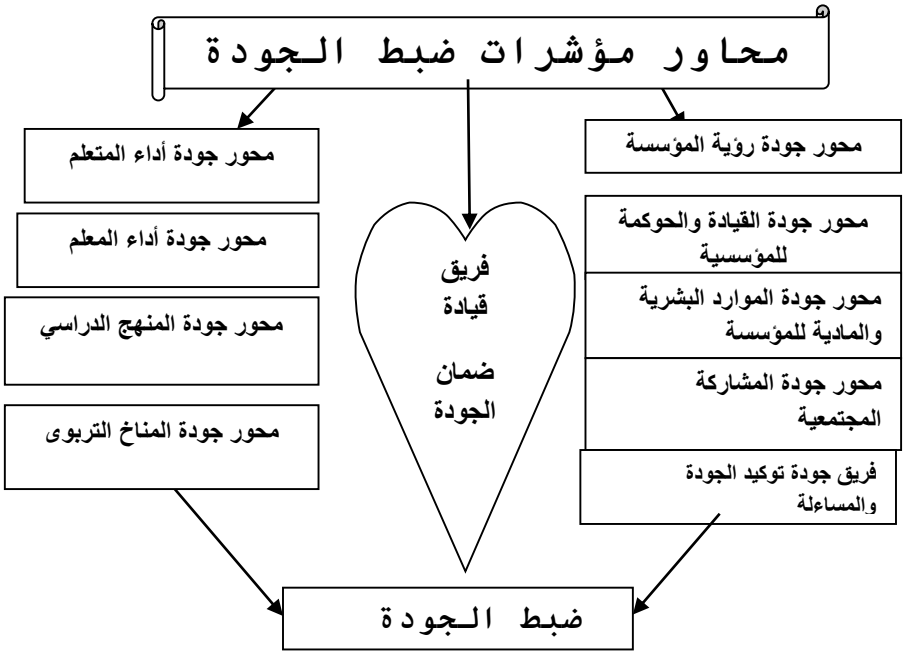
9-3- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة في مراكز رعاية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد أوردها إبراهيم عبد الكريم في دراسته (2012) كالتالي:

-السياسات والقوانين – الإدارة والتنظيم -التركيز على المستفيدين -إدارة الموارد – البيئة(البيئة المادية والعلاقات) -عمليات التعليم والتعلم -قياس الجودة (**إبراهيم عبد الكريم الحسين. 2012، ص 32.. 41**)

10- محاور مؤشرات ضبط الجودة:

الشكل رقم (05) يمثل مخطط لأهم محاور مؤشرات ضبط الجودة



11- أبعاد مؤشرات الجودة وتوظيفها:

تتناول مؤشرات الجودة جوانب مختلفة من الموقف التعليمي التعلمي وهي:

إفراد التعلم، الاعتبارات العلائقية بين الافراد، الابداع، النشاط الجمعي والرمزي، كما يمكن ان تتناول هذه المؤشرات جوانب أخرى من العملية التربوية، ولكي نصل الى فهم مشترك لأبعاد هذه المؤشرات لا بد من اتباع الخطوات التالية:

- تحديد الجانب المرغوب او الخاصة الجيدة التي نود البحث عنها او نحدد لها مؤشرات او امارات على وجودها في الموقف التعليمي، وهذا ما يعرف بإفراد التعلم حيث انه خاصة او سمة جيدة ومرغوب توافرها في الموقف التعليمي
- تحديد المعايير والمؤشرات المتعلقة بتلك السمة او الخاصية من خلال تحديد ابعاد واطر للخاصية يتم من خلالها البحث في نطاقها عن مؤشرات الجودة.
- البحث في الموقف التعليمي عن مؤشرات الجودة التي تدل على تحقيق المعيار و تؤكد وجوده من عدم وجوده (**سهيل دياب، 2006، 12**)

12- الجودة والتربية الخاصة:

الجودة هي حركة إدارية فنية حدثت نتيجة لاتجاه الجودة الكلية التي اعتمدتها كثير مؤسسات المجتمعات الغربية وأخذت في الانتشار عموديا لتشمل جميع الأنشطة التعليمية والخدمية .كما انها عميلة توثيق للبرامج والاجراءات للأنظمة واللوائح والتوجيهات. أخذت بالانتشار افقيا في العديد من دول العالم .وتتلخص حركة

الجودة في التعليم بمشاركة جميع مؤسسات المجتمع المدني/ الربحية وغير الربحية ومؤسسات التعليم العام في ولي مهمات معنية ومحددة في تيسير العلمية التعليمية بناء على معايير تضعها ضمانا لجودة انتاجها .مع مشاركة مؤسسات المجتمع المختلفة في العملية التعليمية ولا يتحقق ذلك الا. بإتقان الأعمال وحسن إدارتها (**فوزية أخضر، 2007، 866**).

وفي هذا الصدد، أهتمت كثير من المجتمعات المتقدمة بجودة ما تقدمه من خدمات في كافة المجالات الصحية أو التعليمية أو الاجتماعية وغيرها بما يحقق ما يعرف بجودة الحياة، وقد انعكس هذا الاتجاه العالمي على مجال التربية الخاصة وما يقدم من خدمات متنوعة ومتعددة للأشخاص ذوي الإعاقة تتناسب وقدرا تهم المختلفة واحتياجاتهم وبما يحقق العدالة والمساواة مع غيرهم من الأشخاص في المجتمع، مما يسهم في دمجهم واتاحة الفرص لهم للمشاركة في المجتمع والاستفادة من الخدمات المقدمة فيه، ولا يمكن أن يتحقق هذا ما لم تكن البرامج المختلفة المقدمة لهم سواء التعليمية أو التأهيلية أو الاجتماعية وغيرها بما تتضمنه من مناهج متاحة ووسائل وتكنولوجيات واستراتيجيات تعلم، وشراكات مع الأسرة والمجتمع وتخطيط وتنفيذ عمليات المراجعة، والمتابعة، والتقييم لخدمات وبرامج التربية الخاصة والتأهيل وغيرها تقوم وتراعي معايير الجودة المرتبطة بتلك الجوانب. من الملاحظ تزايد الاهتمام العالمي في العقدين الاخرين من القرن بجودة التعليم**Quality of Education** ، ويزداد اليوم نظرا للتحديات التي تواجه التعليم، حيث أطر تقرير اليونسكو(التعليم للجميع) عام **2008** تدنيا مستمرً للأداء التعليمي في بعض الدول، وأوصت منظمة اليونسكو بدعم تلك الدول في مجال تقييم جودة التعليم كأولوية قصوى، وفي هذا السياق أكد اعلان الدوحة للجودة التعليمية الذي نظمته المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم على ضرورة بناء نظام داخلي شامل للجودة في المدارس العربية بحيث يعمل بشكل متقن ومنظم ومستمر لتحسين الأداء المدرسي وتطويره ووضع معايير وطنية لجودة التعليم والاعتماد الاكاديمي وعليه تم اطلاق مبادرة الألكسو للرفع من جودة التعليم في العا لم العربي وتمثل برامج التربية الخاصة المقدمة للأشخاص ذوي الاعاقة مقيسا لمدى تقدم نظام التعليم في أي دولة، حيث يشمل النظام التعليمي في الدول المتقدمة خدمات ذات جودة عالية للأشخاص ذوي الاعاقة بكافة فئاتهم بما يحقق قيم المساواة والعدل بين شرائح المجتمع وتطبيق اً للقوانين الخاصة بذوي الإعاقة (**أسماء عبدالله العطية وطارق عبد الرحمن العيسوي، 2015، ص 54**)

13- تطبيق نظام الجودة الشاملة في مؤسسات التربية الخاصة:

أثبتت أنظمة إدارة الجودة العالمية فاعليتها في تحسين وتطوير المؤسسات التعميمية ومنها المؤسسات التعميمية التي تعنى بذوي الإعاقة الفكرية. والتوحد وبالتالي فإن تطبيق أي نظام من أنظمة إدارة الجودة العالمية بفاعلية من قبل أية مؤسسة تعليمية والحصول على شهادة من جهة مانحة ومعتمدة عالمياً يؤدي إلى زيادة الثقة بجودة نشاطاتها وأدائها، إلا أن استمرارية مؤسسة تعليمية يكوف منوط بمدى التزام المؤسسة بالتحسين والتطوير المستمر والإيفاء بمتطلبات الجودة، وقد تختلف مؤشرات ومعايير ضبط الجودة والاعتماد في إعدادها وصياغتها وعمقها واتساعها باختلاف الدول التي تطبقها، إلا أن جميعها تتفق في المحتوى والمضمون والتوجهات (**عودة**

خليل، **2007**)، ونظرا لأن فاعلية برامج التربية الخاصة تتحدد عن طريق قياس مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، فإن ضبط الجودة أيضاً يُقاس عن طريق مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، وعليه فإن ضبط الجودة في التربية الخاصة يقاس من خلال البرامج المقدمة عن طريق مدى تحقيق تلك البرامج للأهداف الموضوعة وفق مقاييس مصممة خصيصاً لتقييم تلك البرامج اعتماداً على معايير تقدي الخدمة في تلك البرامج، وهو ما يعرف بضبط الجودة .(**Hallahan.D Kauffman J Pullen P. 2012**)

ومن المعايير التي تقدم لذوي الإعاقة الفكرية ما أعده مجلس الأطفال غير العاديين **CEC** والمتعلقة بالتعليم والتشخيص والكوادر العاملة وغير ذلك، حيث أصدر المجلس دليلاً يتضمَّن معايير أخلاقيات مهنة التربية الخاصة، معايير الممارسات المستخدمة مع المستفيدين، المعايير المتعلقة بالمهارات المعرفية، او المعايير المتعلقة بتقديم الخدمات المختلفة لذوي الإعاقة .ومن خلال تلك المعايير التي اقترحها المجلس يمكن للمختصين الاعتماد عليها في ضبط النوعية في البرامج والخدمات التربوية المقدمة لذوي الإعاقة الفكرية **Council for** (**Exceptional Children.2003**، وقد صادق المجلس الوطني لاعتماد برامج إعداد **المعلمين National council for Accreditation of Teacher Education** (**NCATE**)على المعايير التي وضعها مجلس الأطفال غير العاديين(CEC) الخاصة بالأداء بالنسبة للإعداد والترخيص لمعلمي التربية الخاصة (**لوريا ديبتن كورت و لوري هووارد، ترجمة محمد يونس. 2009**). وقد أعدّ مجلس الأطفال غير العاديين معايير خاصة بتقديم الخدمات المختلفة لذوي الحاجات الخاصة، والمتعلقة بالتعليم والتشخيص والكوادر العالمة وغير ذلك.

وقد اوردها عاكف عبد الله الخطيب وسهيل محمود الزعبي ومجدولين بني عبد الرحمن في دراستهم كما يلي:

- **الرؤية والرسالة :**

بحيث يكون للمؤسسة التعليمية رؤية ورسالة تحدد غرضها في مجال التعليم وتوضح لمن تقدم خدماتها، وما الذي تنوي القيام به، والكيفية التي ستحقق بها أهدافها، وتستخدم في صياغتها وتطوير برامجها وخدماتها وممارستها وتقييم فعاليتها.

- **الإدارة والعاملون:**

يحدد النظام المؤسسي أدوار الإدارة في إعداد السياسات واتخاذ القرارات ورسم السياسات وتخصيص الموارد بما يتفق مع رسالة المؤسسة التعليمية، وتوفر الكوادر البشرية الفنية، والتعليمية المدربة، والمؤهلة لتحقيق رسالة المؤسسة التعليمية وليتم تحليل وتقييم كفاءة استخدام هذه الموارد كجزء من عملية التقييم المستمر للمؤسسة التعليمية.

- **البيئة التعليمية :**

والمتمثل في جودة المبنى المؤسسي وإنجازته وقدرته على تحقيق الأهداف ومدى إفادة الطلبة من مرافق المؤسسة التعليمية من مكتبة وملاعب ومختبرات...الخ، فجميع التجهيزات المادية من قاعات وتهوية وإضاءة

وأثاث مدرسي ووسائل تعليمية لها تأثير كبير على جودة التعليم ومخرجاته، فكلما توافرت مثل هذه التجهيزات المادية كان لها دور إيجابي على المعلمين والطلبة والعكس صحيح.

❖ **التقييم :**

بحيث تقوم المؤسسة بتقييم الطلبة لتحديد مستوى الأداء الحالي لهم وتحديد جوانب القوة والضعف للبدء بتقديم الخدمات التربوية وبناء البرامج التربوية وتقديم الخدمات اللازمة لذوي اضطراب التوحد وتوفير أدوات التقييم النفسية والتربوية المناسبة لتحديد معايير أهلية الطفل، وتفعيل دور الأسرة في عملية التقييم، واستخدام طرق التقييم لتحديد مستويات الطلبة وقياس مخرجات التعليم.

❖ **الخدمات والبرامج :**

أن تتسم البرامج التربوية والخدمات المقدمة بالعمق والشمول والتكامل، وأن توضح المؤسسة التعليمية المحتويات التعليمية وأهداف تعلم الطلبة وتعليمهم من مهارات أكاديمية ومعرفية واستقلالية ولغوية واجتماعية والمهارات التواصلية والحركية والمهنية والاقتصادية ومهارات السلامة العامة .أما فيما يتعلق بطرائق التدريس فهذا يعتمد أساسا على تكامل المفاهيم والمهارات والممارسات والأنشطة لتسهم في تطوير مهارت ومعارف وقدرات الطلبة وصولا إلى الاستقلالية من خلال استراتيجيات تدريسية تتناسب والأهداف التعليمية للطلبة ا ولتي تسهم في تكوين شخصيته المتكاملة، كذلك استخدام برامج تعديل السلوك من خلال خطة تلبي حاجاته ويتم التحقق منها من خلال ملفات الطلبة والبرنامج التربوي والسجلات وخطط تعديل السلوك ونتائج التقييم، التي تُظهر مدى تقدم الطالب.

❖ **مشاركة الاسرة :**

يتم من خلال مشاركة ودعم وتمكين الأسرة باتباع الإجراءات التي تتيح للأسرة المشاركة الفاعلة في تقديم الخدمات التربوية لأطفالها، ومن خلال مشاركتها في عملية التقييم والإسهام في كتابة البرنامج التربوي والدعم الذي تقدمه المؤسسة من خلال برامج التثقيف والتوعية والنشرات الإرشادية وخدمات الإرشاد والدعم النفسي.

❖ **الدمج والخدمات الانتقالية :**

يتضمن وضع خطة معدة مسبقا للطفل الذي تنوي المؤسسة دمجه واختيار مدرسة الدمج والأساليب المستخدمة لإنجاح عملية الدمج من خلال خطة الخدمات الانتقالية والتي توضع بالتنسيق مع مدرسة الدمج لتنفيذ الأهداف والتوصيات المكتوبة في خطة الطفل والتي يشترك فيها كافة الكوادر الإدارية والتعليمية والمختصون في المؤسستين بالإضافة إلى مشاركة الأسرة.

❖ **التقييم الذاتي :**

ويتضمن جملة من الإجراءات التي تقوم بها المؤسسة التعليمية التي تعنى بذوي اضطراب التوحد بشكل منظم لتقييم البرامج والخدمات للوقوف على نقاط القوة والضعف في جميع الجوانب التي تؤثر على تقديمها وتحقيق أهدافها ورسالتها للإفادة منها مستقبلا لتطوير أداء المؤسسة، وهذا التقييم يشمل جميع المعايير السابقة الذكر من

خلال بناء أداة للتقييم مبنية على أسس علمية تتضمن التقييم الدقيق والموضوعي للمؤسسة التعليمية (**عاكف عبد الله الخطيب سهيل وآخرون، 2012، ص 54.55**)

14- الجودة والنوعية في برامج وخدمات التربية الخاصة في الدول العربية:

مع تزايد الاهتمام بتطوير برامج وخدمات التربية الخاصة تزداد الحاجة الى تقديم ادلة مقنعة للمسؤولين ولمتلقي الخدمة والمجتمع، على البرامج والخدمات المقدمة لفئات ذوي الإعاقة هي برامج وخدمات فعالة وذات جودة عالية تستحق الدعم، ولن يتحقق ذلك الا بالتقييم العلمي والموضوعي للبرامج والخدمات المقدمة، وليس ذلك فحسب بل ان القائمين على كل البرامج يحرصون على ان تتضمن برامجهم عملية التقييم اذا كانوا يرغبون في التأكد من أن برامجهم تحقق الأهداف المتوقع منها، و اذا كانوا ملتزمين بتحسين نوعية هذه البرامج، وتحقيق متطلبات ضبط الجودة (**الخطيب، 2009**) ومن اهم مؤشرات ضبط الجودة: **1**/ ان تعكس عملية تقييم البرامج والخدمات حاجات وتوقعات متخذي القرارات وأسر ذوي الإعاقة والمعلمين ومقدمي الخدمات **2**/ أن تهتم البرامج في المجالات المختلفة مثل تنفيذ البرامج والتغيير في أداء الأطفال، ومستوى رضا أولياء الأمور **3**/ أن يتضمن التقييم أدوات مختلفة ومتعددة لجمع البيانات **4**/ أن يشارك في التقييم كل ذوي العلاقة **5**/ أن يتضمن التقييم مراجعة ذاتية سنوية، **6**/ ان يطلع كل من العاملين في المؤسسة وأولياء الامور و كل من له علاقة بالبرنامج على نتائج التقويم **7**/ أن تستخدم نتائج التقييم للمؤسسة في تحسين أدائها ونوعية برامجها وخدماتها التي تقدمها (**الغليلات احمد سالم عبد الهادي، جميل محمود الصمادي، 2015، ص 267**)

15- معايير ضبط الجودة في برامج التربية الخاصة:

عند النظر في خدمات التربية الخاصة نجد ان تلك الخدمات لا تزال دون المستوى المطلوب، ويعود السبب في ذلك الة عدم الالتزام بالمواصفات والتقيد بالشروط العالمية الخاصة بالبرامج المقدمة للأطفال التوحديين، الامر الذي يجعل تطوير معايير تضمن جودة الخدمات المقدمة حاجة ماسة وضرورة ملحة، ولذلك تعد عملية ضمان الجودة في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة من أهم المقومات الأساسية لنجاح بلك المؤسسات في تأدية رسالتها وتحقيق أهدافها، ويتطلب ذلك وجود معايير لضبط الجودة، و يسعى نظام ضبط الجودة الى التأكد من مدي مطابقة مخرجات الخدمات و البرامج التي تقدمها تلك المؤسسات لها للأهداف و المعايير الموضوعة.

و نظرا لتزايد الاهتمام عالميا بالأفراد ذوي الإعاقات بصفة شاملة و الذي تمثل في تطوير الخدمات و البرامج التدريبية و العلاجية و التأهيلية المتخصصة و ظهور التشريعات، و القوانين الخاصة بهم، فقد ظهرت العديد من المنظمات العالمية التي اهتمت بوضع معايير لضبط جودة هذه الخدمات ن و لقد أشار تقرير المراجعة الذي قام به قسم التربية للولاية في جامعة نيويورك سنة **2007** الى عدد الافتراضات التي بنيت عليها معايير الجودة لبرامج التربية الخاصة بهدف تطوير معايير جودة الخدمات التعليمية و المهنية للأفراد ذوي الإعاقة، و من هذه الافتراضات ما يلي:

1/ المنهاج المبني عل معايير لتعليم التربية العادية والتربية الخاصة **2**/ التعليم ذو الجودة العالية لجميع الطلبة بغض النظر عن القدرات والاحتياجات هو معيار للمدرسة **3**/ تقدير وإعطاء قيمة لممارسات التعليم الدامج **4**/ التربية الخاصة هي خدمة وليست مكان لتقديم التعليم الفردي والمكثف 5/ تظهر سياسات المدرسة وممارساتها دعما لجميع الطلبة **6**/ مراعاة الاختلافات الثقافية **7**/ تستند الممارسات التعليمية الى نتائج الأبحاث والدراسات المدعومة بالأدلة (**الخطيب جمال، 2008**)

16- مؤشرات ضبط الجودة في برامج التوحد:

16-1- العنصر الأول: الكوادر العاملة

المؤشر:

يتوافر في المركز فريق عمل متعدد التخصصات. يعمل هذا الفريق بشكل مباشر مع الأطفال التوحديين وأسرهم. كما يتوفر في المركز كوادر أخرى مساندة لا تعمل مع الأطفال التوحديين بشكل مباشر لها علاقة بإدارة المركز والإشراف عليه

16-2- العنصر الثاني: التقييم والتشخيص

المؤشر:

يقوم المركز متمثلاً في فريق العمل متعدد التخصصات بإجراءات تقييم وتشخيص الأطفال التوحديين وتقييم مدى تقدمهم في التعلم بالإضافة إلى تقييم الأطفال بعد انتهاء البرنامج.

16-3- العنصر الثالث: البرنامج التربوي الفردي والخطة التعليمية الفردية

المؤشر:

يقوم الفريق متعدد التخصصات بوضع برنامج تربوي فردي لكل طفل على حدى، متضمناً وصفاً لمستوى أداء الطفل الحالي في المجالات النمائية المختلفة، ووصفاً للأهداف طويلة وقصيرة المدى، وأماكن التعلم، والأنشطة التعليمية، ووصفاً للخدمات المساندة، وموعداً محدداً للبدء بتقديم البرنامج، ومعاييراً محددة للتقييم، والأشخاص المسؤولين عن تنفيذ البرنامج كما يقوم الفريق بوضع خطة تعليمية فردية تتضمن الأنشطة والخبرات التعليمية والوسائل وطرق التدريس المستخدمة.

16-4- العنصر الرابع: المنهاج المرجعي

المؤشر:

يقوم الفريق متعدد التخصصات بتصميم منهاج مرجعي، يتم الاعتماد عليه عند بناء البرامج التربوية الفردية للأطفال التوحديين في المركز. يعتبر هذا المنهاج بمثابة إطار مرجعي عام لجميع الأطفال التوحديين. بحيث يتصف هذا المنهاج بالمرونة وقابلية الاستفادة منه لدى الأطفال الملتحقين بالمركز الملتحقة بالمركز.

16-5- العنصر الخامس: طرق التدريس والتدريب

المؤشر:

يتم تعيين طرق التدريس والتدريب المناسبة لكل مجال نمائي، ولكل طفل على حدى. حيث أن هذه الطرق يتم تطبيقها من قبل أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات، كلاً وفق طبيعة عمله. كما يتم تصميم الأنشطة والخبرات التعليمية المناسبة، والتي تهدف جميع هذه الطرق إلى تحقيق الأهداف الموضوعة للأطفال في برامجهم التربوية الفردية.

16-6- العنصر السادس: البيئة التعليمية المادية

المؤشر:

يكيف أو يُصمِم الفريق متعدد التخصصات البيئة التعليمية المادية، سواء كانت فصلاً في مدرسة خاصة أو فصلاً في مدرسة عادية. بما فيها من عدد طلاب وكراسي ومكان الجلوس وغير ذلك. بالإضافة إلى تكييف البيئة المدرسية بشكل عام بما فيها من باحات خارجية وغرف خدمات مساندة وأماكن ممارسة الأنشطة اللاصفية وغير ذلك، بما يتناسب وطبيعة حاجات الأطفال التوحديين بهدف تحقيق الأهداف الموضوعة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين ومساعدتهم على التكيف (**نايف بن عابد الزارع، 2010**)

16-7- العنصر السابع: تحليل السلوك التطبيقي

المؤشر:

يتم إعداد برنامج تحليل سلوكي تطبيقي (برنامج تعديل سلوك)، يتضمن زيادة السلوك المرغوب فيه وخفض المشكلات السلوكية وتشكيل سلوكات جديدة مناسبة. كما يتم تدريب المعلمين العاملين مع الأطفال التوحديين على كيفية ضبط وإدارة السلوك لدى هؤلاء الأطفال.

16-8- العنصر الثامن: التهيئة للدمج.

المؤشر:

يتم تدريب الأطفال التوحديين على المهارات اللازمة لالتحاقهم في برامج الدمج (المدارس العادية). بالإضافة إلى تهيئة بيئات الدمج التي تتضمن البيئة التعليمية المادية، والكادر العامل، والطلاب العاديين.

16-9- العنصر التاسع: الخدمات المساندة.

المؤشر:

يتم تقديم خدمات مساندة تساعد على تحقيق أهداف البرامج التربوية الفردية المقدمة للأطفال التوحديين، حيث تُقدم هذه الخدمات المساندة من قبل فريق متعدد التخصصات. (خدمات طبية عامة، خدمات العلاج النفسي، خدمات العلاج الطبيعي، خدمات العلاج الوظيفي، خدمات علاج اضطرابات النطق واللغة، الخدمات الاجتماعية، خدمات العلاج بالتغذية، الخدمات الترويحية، خدمات التربية الفنية الخاصة، التربية الرياضية المعدّلة خدمات انتقالية وتهيئة مهنية)

16-10- العنصر العاشر: مشاركة ودعم وتمكين الأسر.

المؤشر:

تتم إتاحة المجال لمشاركة أسر الأطفال التوحديين للمشاركة في جميع مراحل تقديم الخدمات المتنوعة لأطفالهم التوحديين، كما يتم توفير خطط خدمات أسرية فردية، بالإضافة إلى تلقي الأسر التدريب اللازم، وتوفير خدمات المساندة الأسرية والتوجيه والإرشاد، وتعريفهم بحقوقهم وحقوق أطفالهم وأدوارهم في البرامج المقدمة لأطفالهم.

16-11- العنصر الحادي عشر: تقييم البرنامج المقدم والمركز.

المؤشر:

يتم تقييم البرامج التربوية المقدمة بجميع مضامينها ومدى مناسبتها للأطفال، كما يتم تقييم المركز بجميع محتوياته بهدف تحقيق الضبط الأمثل للخدمات المقدمة، (**نايف بن عابد الزارع، 2010**).

الإطـــار العملـــي

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

استنتاج عام

خاتمة

التوصيات والمقترحات

الفصل الخامس:

منهجية البحث وإجراءاته

أولا: إجراءات الدراسة الاستطلاعية للبحث

1. خطوات الدراسة الاستطلاعية
2. حدود الدراسة الاستطلاعية

2-1- الحدود البشرية

2-2- الحدود الزمانية

2-3- الحدود المكانية

3. عينة الدراسة الاستطلاعية
4. أدوات البحث

4-1- استبيان مفتوح خاص بالأولياء والمختصين

4-2- استبيان مفتوح خاص بالمختصين

4-3- المقابلة الموجهة

4-4- تحليل المحتوى

4-5- القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر

4-5-1- وصف القائمة التقديرية

4-5-2- الخصائص السيكومترية للقائمة

4-6- مقياس مؤشرات جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر

4-6-1- وصف مقياس مؤشرات جودة التكفل

4-6-2- الخصائص السيكومترية للمقياس

ثانيا: إجراءات الدراسة الاساسية للبحث

1- منهج البحث

2- حدود البحث – الدراسة الأساسية-

2-1- الحدود البشرية

2-2- الحدود الزمانية

2-3- الحدود المكانية

3- وصف العينة الأساسية للبحث وخصائصها

4- الاساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من الفرضيات

لقد تم تنفيذ البحث الحالي وإجراءاته على مرحلتين.

- المرحلة الأولى تضمنت الإجراءات الأولية (إجراءات الدراسة الاستطلاعية) وتم من خلالها إعداد أدوات جمع البيانات وأدوات القياس وحساب الخصائص السيكو مترية الخاصة بها، واختيار عينة البحث من المجتمع الأصلي
- والمرحلة الثانية تمثلت في إجراءات الدراسة الأساسية، والتي تضمنت إجراءات التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة الاساسية، والتحقق من فرضيات البحث.

أولا: إجراءات الدراسة الاستطلاعية للبحث

1- خطوات الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية اولى الخطوات التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة شاملة من أجل الإلمام بجوانب الدراسة الاساسية وبالموضوع ككل، لذلك كان لزاما على الباحث إجراء دراسة استطلاعية استكشافية يهدف من خلالها التعرف على كل الظروف المحيطة بمكان وزمان التطبيق والعينة البحثية المعتمدة، وقد مرّت عملية إعداد الدراسة الاستطلاعية بمجموعة من الخطوات التي تمثلت فيما يلي:

- تم حصر المؤسسات والمراكز والجمعيات التي تهتم وتقدم برامجها وخدماتها التربوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، من حيث أعدادها وأماكن توزيعها بالرجوع إلى مديريات النشاط الاجتماعي والاسرة، والجمعيات الخاصة والمهتمة باضطراب طيف التوحد.
- تم أخذ الموافقة الرسمية من مديريات التضامن الاجتماعي والاسرة -مصلحة ادارة المؤسسات الخاصة- بالإضافة الى الحصول على موافقة كل من مكتب الجمعيات المختصة بالتوحد التابعة لمديريات النشاط الاجتماعي والاسرة للولايات التي تم التطبيق في مراكزها ومؤسساتها وجمعياتها.
- اجراء مقابلات مع بعض رؤساء الجمعيات المختصة بالتكفل بالتوحديين وبعض المختصين العاملين معهم، وبعض أولياء الأطفال التوحديين
- توزيع الاستبيانات المفتوحة عليهم لجمع المعلومات حول ما يلي: الاستبيان الأول حول المشكلات التي تواجه التوحدي وأسرته موجه للأولياء والمختصين العاملين مع الأطفال التوحديين، أما الاستبيان الثاني حول مؤشرات الجودة التي تساعد على التكفل بهذه المشكلات والحد منها أو التخفيف منها الموجه للمختصين ورؤساء الجمعيات ومدراء المراكز.
- تمت زيارة مؤسسات ومراكز التطبيق للتعرف على المسؤولين وأخذ الموافقة المبدئية، والتحضير للتطبيق الفعلي لأدوات الدراسة.
- قمنا الباحث بالاستعانة بعدد من المختصين للمساعدة في التطبيق، بعد شرح موجز لكيفية استخدام الأدوات. لمساعدته على التطبيق.

- قمنا بزيارة المؤسسات والمراكز النفسية البيداغوجية ومشرفيها ومسؤوليها لقياس وتحديد قدرة الأبعاد (المؤشرات) ضبط الجودة على التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته.

اذا فقد جاءت الدراسة الاستطلاعية لتحقيق الأهداف التالية:

- بناء اداة تتمثل في قائمة لتحديد وتقدير درجة مشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، وذلك بما يلائم ويناسب خصوصيات البيئة الجزائرية وثقافتها.
- بناء أداة تتمثل في مقياس لتحديد وقياس قدرة وكفاءة مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر وفقا لما تم تحديده من مشكلات وفي ضوء ما يناسب البيئة المحلية.
- التحقق من الخصائص السيكو مترية لأدوات البحث المستخدمة.

2- حدود الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في ضل الحدود البشرية والزمانية والمكانية التالية:

2-1- الحدود البشرية:

وقد تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها **66** من اولياء التوحديين و**38** مختص بالنسبة لبناء **الاداة الاولى**: القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، اما في ما يخص **الاداة الثانية**: مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته فقد تم الاعتماد على عينة استطلاعية قوامها **38** مختص من العاملين مع الاطفال التوحديين في المراكز النفسية البيداغوجية أو الجمعيات المختصة. بالإضافة الى رؤساء ومدراء الجمعيات والمراكز

2-2- الحدود الزمانية:

كما تم اجراء التطبيق الميداني لهذه الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة ما بين (شهري ديسمبر **2014** وسبتمبر من سنة **2015**)، حيث تم توزيع الاستبيانات على بعض الجمعيات والمراكز التي تم اختيارها من طرف الباحث لسهولة الاتصال بها

2-3- الحدود المكانية:

لقد اجريت الدراسة الاستطلاعية في الولايات التالية: -باتنة، قسنطينة، مسيلة –

(وقد ضمت بعض الجمعيات المختصة وبعض المراكز النفسية البيداغوجية التي تستقبل الاطفال التوحديين، والمؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية، بالإضافة الى مركز واحد خاص بالأطفال التوحديين بولاية مسيلة).

3- عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

3-1- اختيار العينة:

تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بغرض تطبيق الاختبارات المستخدمة في الدراسة لحساب الخصائص السيكو مترية بطريقة عشوائية حيث تم تطبيق ادوات الدراسة على **66** ولي و**38** مختص عامل مع التوحديين سواء في المراكز النفسية البيداغوجية التابعة للدولة او الخاصة، والعاملين في مختلف الجمعيات المختصة.

جدول رقم (05): يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاستطلاعية وفق متغيرات البحث -الاولياء-

خصائص أفراد العينة -الاولياء-				
المتغير	نوع/مستوى المتغير	العدد	النسبة	المجموع
جنس الولي	أب	12	18.18%	66
-القائم بالرعاية-	أم	54	81.82%	100%
المستوى التعليمي	متوسط	12	18.18%	66
للقائم بالرعاية	ثانوي	43	65.16%	
	جامعي	11	16.66%	100%
عمر الطفل	اقل من 06 سنوات	21	31.82%	66
	اكبر من 06 سنوات	45	68.18%	100%
جنس الطفل	ذكر	63	95.46%	66
	أنثى	3	4.54%	100%
درجة الإصابة	خفيفة	15	22.72%	66
بالتوحد	متوسطة	42	63.64%	
	شديدة	9	13.64%	100%
الجهة المقدمة	مؤسسة استشفائية للأمراض العقلية	11	16.66%	66
للرعاية	مركز نفسي بيداغوجي	20	30.30%	
	جمعية مختصة بأطفال التوحد	35	53.04%	
	مركز خاص بالتوحديين	00	00	100%
المستوى	منخفض	24	36.36%	66
الاقتصادي و	متوسط	40	60.60%	
الاجتماعي للأسرة	مرتفع	2	3.04%	100%
المجموع		66	100%	

جدول رقم (06): يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاستطلاعية وفق متغيرات البحث –المختصين–

خصائص أفراد العينة –مختصين–				
المتغير	نوع/مستوى المتغير	العدد	النسبة	المجموع
جنس المختص	ذكر	8	%21.05	38
	أنثى	30	%78.95	%100
المستوى التعليمي للمختص	متوسط	00	%00	38
	ثانوي	22	%57.90	
	جامعي	16	%42.10	%100
التخصص الوظيفي للمختص	نفساني عيادي	9	%23.68	
	نفساني ارطفوني	6	%15.76	38
	نفساني حركي	4	%10.54	
	اخصائي اجتماعي	4	%10.54	
	مربي مختص	5	%13.14	%100
	مربي	10	%26.33	
سنوات الخبرة للمختص	اقل من 05 سنوات	9	%23.69	38
	من 06 الى 12 سنة	19	% 50	%100
	اكبر من 12 سنة	10	%26.31	
الجهة المقدمة للرعاية او مكان العمل للمختص	مؤسسة استشفائية للأمراض العقلية	06	%15.79	38
	مركز نفسي بيداغوجي	22	%57.90	
	جمعية مختصة بأطفال التوحد	10	%26.31	
	مركز خاص بالتوحديين	00	00	%100
المجموع		38	%100	

يتضح من الجدول أعلاه رقم(**06**) أن عدد الأولياء و المختصين عينة الدراسة الاستطلاعية للبحث بلغت **104** منهم **66** ولي طفل توحدي، و**38** مختص عامل في المراكز المختصة مع التوحديين، بنسبة **63.46 %**لعينة الاولياء، وبنسبة **36.57%** للمختصين، حيث يوجد فرق كبير بين العينتين (أولياء، مختصين)، وهذا راجع لظروف التطبيق الميداني للدراسة أي قدرة الباحث على توفير العينة المطلوبة بأكبر قدر ممكن لتغطية مجتمع البحث، كما نجد كذلك ان نسبة الذكور تختلف عن نسبة الاناث ودائما لصالح الاناث وهذا طبعا يتماشى وخصائص مجتمع البحث سواء الاولياء أو المختصين، بالإضافة الى ان نسبة المصابين الذكور اكبر من نسبة الاناث، وهذا ما اقرته الكثير من البحوث والدراسات العربية والعالمية وفق نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الجنسين حيث بلغت: **¼** أي إصابة اربع ذكور مقابل إصابة انثى واحدة، وأما قلة المراكز فيفسرها نقص التكفل بهذه الفئة على المستوى الوطني، بالإضافة الى عدم وجود مراكز حكومية لفئة التوحديين.

4- أدوات البحث:

لقد تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية للبحث على مجموعة من أدوات لجمع البيانات منها ما هو أساسي ومنها ما هو ثانوي ولكن استخدامه أساسي وممهد لبناء الأدوات الأساسية (القائمة التقديرية للمشكلات، ومقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل)

4-1-استبيان مفتوح 01:

لقد تم اجراء دراسة استطلاعية على عينة من أولياء الأطفال التوحديين، وعينة من المختصين العاملين معهم في المراكز والمؤسسات المختصة سالفة الذكر، وذلك من خلال تقديم استبيان مفتوح الأول موجه للأولياء والمختصين، الهدف منه تحديد اهم المشكلات التي يواجهها أولياء التوحديين والمختصين العاملين معهم، (**انظر الملحق رقم 01**).

4-2-استبيان مفتوح 02:

اما الاستبيان الثاني فقد كان موجها للمختصين العاملين مع التوحديين فقط، يهدف الى تحديد اهم المؤشرات التي تساهم في ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته بناءا على المشكلات المحددة من قبل (**انظر الملحق رقم02**)

4-3-المقابلة:

كما تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية للبحث الحالي على تقنية المقابلة الموجهة، والتي هدفت الى تطبيق القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته مع أولياء الأطفال التوحديين الذين لم يستطيعوا فهم عبارات القائمة أو انهم ضمن فئة الاميين، وقد استخدمها الباحث خاصة في المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بالمعذر باتنة، وبعض المراكز النفسية البيداغوجية.

4-4-تحليل المحتوى:

واستخدمنا تقنية تحليل المحتوى (المضمون)، للاستبيان المفتوح الموجه للأولياء وكذا المختصين سواء المتعلق بالمشكلات، او المتعلق بتحديد مؤشرات جودة التكفل الموجه للمختصين فقط، وهذا بهدف جمع أكبر قدر ممكن من المشكلات التي تواجههم، بالإضافة محاولة جمع وتحديد اهم المؤشرات التي تساهم في جودة التكفل بهذه المشكلات المحددة سالفا

4-5- القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

حيث وانه لا تتوفر أداة في حدود علمنا يمكن استخدامها في البيئة الجزائرية، فقد قام الباحث بتصميم هذه القائمة التقديرية وفقاً للإجراءات التالية:

- تحديد البيانات المطلوب جمعها بحيث تكون وثيقة الصلة بأهداف وطبيعة البحث، وتحديد المشكلات

التي تواجه الطفل التوحدي وأ سرته في بعض مناطق الشرق الجزائري كنوع الاضطراب (التوحد)، المراكز المختصة التي تستقبلهم.

– الاطلاع على بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتصلة بالبحث الحالي ومحاولة الاستفادة منها على سبيل المثال نجاتي أحمد حسن يونس **2015**، والخشرمي،**2006** **2007** , **chiba & low** ،**Girgin** **amanda charlotte skelly et poul rohleder** ، **et all** ,**2008**, **Taylor 2006**, **ludlaw**سنة **2011**) وكذلك الاطلاع على بعض الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع المشكلات التي تواجه الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة واسرهم بصفة عامة والتوحديين وأسرهم بصفة أخص مثل دراسة نظمي عودة أبو مصطفى **2012**، ودراسة هشام غراب **2007**، وكذلك الاطلاع على بعض الادبيات النظرية المتعلقة بموضوع مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بالتوحديين مثل دراسة الزارع **2008**، دراسة العثمان **2002**، وكذلك بعض الدراسات من المؤتمر السادس لإعاقات النمو عند الأطفال سنة **2012**، وثيقة معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات الأشخاص ذوي اضطراب التوحد في المملكة الاردنية الهاشمية.

– تقديم استبيان مفتوح لكل من المختصين والاولياء تم وضعه لجمع اكبر قدر من المعلومات حول المشكلات التي تواجهها اسر الأطفال التوحديين، وتقدير درجة تأثيرها عليهم، لعينة قوامها **66** من أولياء التوحديين، و**38** من المختصين العاملين مع التوحديين

– إجراء مقابلات مع أولياء الأطفال التوحديين للوقوف على اهم المشكلات والصعوبات التي يواجهونها في مسيرة التكفل بأطفالهم.

– تحليل مضمون او محتوى الاستبيان المفتوح الموجه للأولياء والمختصين لمحاولة بناء بنود القائمة التقديرية للدراسة الأساسية.

– صياغة العبارات المتضمنة في القائمة التقديرية بحيث تتناسب مع كل من المستوى الثقافي والمستوى العلمي لعينة البحث، مع مراعاة التسلسل المنطقي والاعتماد على العبارات التي تتصل بشكل وثيق ومباشر بموضوع البحث، ووفقاً لمجموعة الإجراءات السابقة تم بناء القائمة التقديرية الأولية بحيث اشتملت على الاتي:

- ✓ تقديم او توضيح موجه للعينة البحث يبين عنوانه والحاجة الماسة لمعرفة آرائهم بكل موضوعية لما تمثله هذه الآراء من أهمية كبيرة في تحقيق أهداف البحث نظراً لوقوفهم عن كثب على المشكلات التي تواجههم وتواجه أطفالهم في المناطق المذكورة سالفا.
- ✓ محاور الاستبانة
- ✓ معلومات عامة وتضمنت: نوع الاضطراب– شدته – المستوى التعليمي للولي– التخصص الوظيفي للمختص – الجنس بالنسبة للطفل المصاب والولي – السن بالنسبة للطفل المصاب، مكان التكفل، المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.
- ✓ جزء خاص بالتعليمات

4-5-1-وصف القائمة التقديرية:

بناء على التعريف الاجرائي لمشكلات الطفل التوحدي واسرته الذي وضعه الباحث، وبعد الاطلاع على بعض الادبيات والكثير من البحوث والدراسات التي تناولت الموضوع او ما يشبهه، ومختلف المقاييس والقوائم التقديرية التي كانت في موضوع البحث، رأى الباحث ان تكون تلك الابعاد والمحاور من من الشمول والسعة بحيث تغطي قدر الاستطاعة الجوانب المختلفة للمشكلات المذكورة سالفا، وبناء على المعلومات المتوافرة استخدم الباحث هذه القائمة في جمع البيانات الضرورية للتوصل الى النتائج المرجوة، وتكونت من ثلاث محاور:

- الأول: محور المشكلات التعليمية والتربوية تكون من **19** بند
- الثاني: محور المشكلات الصحية والنفسية تكون من **19** بند
- الثالث: محور المشكلات الاجتماعية وتكون من **16** بند

وبذلك يكون مجموع بنود القائمة **54** بندا، تتم الإجابة عليهم وفق اربع بدائل (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) ودرجة كل بديل على التوالي (**3**، **2**، **1**، **0**)، وقد تم اختيار هذه الطريقة لوضع البدائل لعدة أسباب منها:

- هي الأكثر شيوعا في البحوث والدراسات النفسية (الاختبارات النفسية)
- كلما زاد عدد الاختيارات قلت القيود والعكس الصحيح
- مناسبة هذه الصيغة للكثير من المفحوصين نظرا لمرونتها وتدرجها بدرجات صغيرة وليست حادة
- كلما زادت البدائل زاد ثبات الاختبار (**الطريري.1418، ص 145**)

✓ تم اعداد عدد كبير من البنود والفقرات مع مراعاة جوانب وأصول اعداد الفقرات، بحيث ان تكون الفقرة واضحة المعنى، ولا تحمل الفقرة أكثر من فكرة، مع تجنب طول الفقرة الا للضرورة القصوى، وتم الاستعانة في إعداد الفقرات على مختلف الادبيات والاختبارات والمقاييس التي تناولت الموضوع نفسه او مشابها له، بالإضافة الى تحليل مضمون الاستبيانات المفتوحة التي قدمت لعينة الدراسة، فتم حذف المتشابه منها من الإجابات، وتعديل ما يحتاج الى تعديل، حتى خرجت في صورتها الأولية.

✓ تم عرض الصورة الأولية من القائمة التقديرية والتي بلغ عدد بنودها (**60** بند) على عدد من المحكمين (أساتذة في علم النفس ذوو خبرة) وعددهم **08** (**انظر ملحق رقم 05**) من مختلف جامعات الوطن وتم تحكيمها من حيث:

- مدى وضوح البند ومناسبته للعينة التي سيقوم الباحث بالتطبيق عليها
- تحديد مدى ارتباط كل بند من البنود لأبعاد المقياس
- إجراء أي تعديل يرونه مناسبا على الفقرات
- إضافة أي بنود يرونها مناسبة وضرورية للمقياس، او حذف ما لا يرونه مناسبا وضروريا.
- وقد تم قبول البنود التي بلغت نسبة الاتفاق حولها بين المحكمين أكثر من **80 %**

4-5-2 الخصائص السيكو مترية للقائمة التقديرية:

أ- الصدق

1- صدق المحكمين

الصدق الظاهري هو صدق محتوى أولي يتم التوصل اليه من خلال حكم المختص أو الخبير على درجة قياس الاختبار (**أبو زينة. 1998، ص 65**) وفيما يلي جدول يوضح نسب الاتفاق بين المحكمين على فقرات القائمة:

جدول رقم (07): يوضح نسب اتفاق المحكمين على فقرات القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

رقم البند	عدد المحكمين	نسبة اتفاق	رقم البند	عدد المحكمين	نسبة اتفاق
01	08	37.5 %	31	08	100 %
02	08	87.5 %	32	08	50 %
03	08	100 %	33	08	37.5 %
04	08	100 %	34	08	100 %
05	08	100 %	35	08	100 %
06	08	100 %	36	08	100 %
07	08	100 %	37	08	87.5 %
08	08	87.5 %	38	08	100 %
09	08	75 %	39	08	100 %
10	08	100 %	40	08	87.5 %
11	08	50 %	41	08	87.5 %
12	08	100 %	42	08	100 %
13	08	100 %	43	08	100 %
14	08	100 %	44	08	100 %
15	08	87.5 %	45	08	87.5 %
16	08	87.5 %	46	08	87.5 %
17	08	100 %	47	08	75 %
18	08	100 %	48	08	100 %
19	08	87.5 %	49	08	100 %
20	08	100 %	50	08	87.5 %
21	08	100 %	51	08	100 %
22	08	100 %	52	08	100 %
23	08	100 %	53	08	100 %
24	08	100 %	54	08	87.5 %
25	08	100 %	55	08	87.5 %
26	08	87.5 %	56	08	100 %

27	08	% 87.5	57	08	% 100
28	08	%100	58	08	% 100
29	08	% 87.5	59	08	% 100
30	08	%100	60	08	% 100

يتضح من **الجدول السابق رقم** (**07**) أن القائمة في صورتها الأولى كانت تحتوي على **60** بندا موزعة على ثلاث محاور، ومن خلال ملاحظة نسب الاتفاق لكل بند نجد ان معظم البنود تم الاتفاق عن قبولها أي التي بلغت نسبت الاتفاق حولها أكثر من **80 %** إلا البنود التالية: رقم **1**، **9**، **11**، **32**، **33**، **47** التي حصلت على نسبة اتفاق اقل من **80 %**، وبناء على ملاحظات وتوصيات واقتراحات السادة المحكمين استبقيت البنود التي حازت على نسبة اتفاق اكبر من **80 %**، وتم حذف البنود التي لم تحوز على هذه النسبة من اتفاق المحكمين، وذلك بسبب تكرارها في المعنى والمضمون أو لعدم ملائمتها، كما تم إعادة صياغة بعض العبارات نزولا عند قرارات المحكمين بالتعديل، والجدول التالي يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين:

جدول رقم (**08**): يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين.

البعد	رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
المشكلات	4	تأخر تشخيص هذه الفئة. يؤخر عملية التدخل العلاجي	تأخر تشخيص هذه الفئة
التعليمية و	7	تفتقر الفئة العمرية التي تقل عن ثلاث سنوات من التوحديين لمراكز تدخل مبكر تتعامل معهم وفق خصائصهم النمائية ودرجة اصابتهم باضطراب التوحد	تفتقر فئة التوحديين لمراكز تدخل مبكر تتعامل معهم وفق خصائصهم النمائية ودرجة اصابتهم باضطراب التوحد
التربوية	17	ندرة وجود دورات تدريبية علاجية لوالدي التوحدي	ندرة وجود دورات تدريبية إرشادية لوالدي التوحدي
المشكلات الصحية والنفسية	22	الشعور بالذنب والتقصير لوالدي الطفل التوحدي لعدم مقدرتهم بالتكفل بطفلهم على مستوى التشخيص والعلاج	الشعور بالذنب والتقصير لوالدي الطفل التوحدي لعدم مقدرتهم بالتكفل بطفلهم

وبذلك اصبحت القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تتكون من **54** بند وتم تطبيق القائمة في صورتها الاولية على عينة استطلاعية بلغ عددها **66** ولي طفل توحدي، و**38 مختص** بغرض حساب الخصائص السيكو مترية لها أي الصدق والثبات.

2- الصدق التمييزي:

تم تطبيق القائمة على عينة من أولياء الأطفال التوحديين والمختصين في صورتها التي تم التوصل اليها بعد عرضها على المحكمين، و تم رصد درجات أفراد العينة على القائمة مرتبة ترتيبا تنازليا وتم اختيار أعلى **27 %** على

القائمة وادنى27 %، وتم حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري لكل من الفئتين العليا والدنيا، ثم يتم إيجاد قيمة —ت—لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (09): يوضح قيمة —ت—للصدق التمييزي للقائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته

الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	قيمة —ت—	الدلالة
الفئة الأولى العليا	138,2500	4,85425	,67316	1.81	0.07
الفئة الثانية الدنيا	136,7885	3,90744	,54186		

3– صدق الاتساق الداخلي:

و هي طريقة من طرق حساب صدق المحتوى، وتعتمد على حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند للمفحوص بالدرجة الكلية، لأن اتساق البنود من خلال معاملات الارتباط الدالة احصائيا بينها وبين الدرجة الكلية يشير الى ان بنود الاختبار متماسكة، ومترابطة فيما بينها، وبالتالي هي متسقة تقيس كلها متغير واحد وهذا مؤشر معقول على صدق الاختبار، وقد اعتمد الباحث على حساب معاملات الارتباط بين درجات الابعاد والدرجة الكلية للاختبار، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): يبين صدق الاتساق الداخلي للقائمة التقديرية للمشكلات

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
01	,390**	15	,355**	29	,207*	43	,288**
02	,128	16	,453**	30	,519**	44	,344**
03	,148	17	,165	31	,048	45	,308**
04	,265**	18	,325**	32	,249*	46	,126
05	,234*	19	,145	33	,344**	47	,197*
06	,255**	20	,251*	34	,230*	48	,120
07	,409**	21	,308**	35	,246*	49	,123
08	,642**	22	,320**	36	250*	50	,274**
09	,292**	23	,111	37	,291**	51	,089
10	,102	24	,147	38	,243*	52	,134
11	,305**	25	,360**	39	,367**	53	,238*
12	,316**	26	,204*	40	,257**	54	,085
13	,466**	27	,066	41	,148		
14	,383**	28	,360**	42	,529**		

مما سبق يتضح أن معاملات ارتباطات الفقرات بالدرجة الكلية للاختبار أغلبها كان دالا إحصائيا عند مستوى دلالة (**0.01**) و(**0.05**) وهذا ما يعطي مؤشرا للاتساق الداخلي لاختبار. ما عدا القيم في الخانات الملونة فهي غير دالة احصائيا ولكن قريبة من الدلالة الإحصائية يمكن قبولها علما أن:

** **معامل الارتباط ومستوى الدلالة عند 0.01**

* معامل الارتباط ومستوى الدلالة عند 0.05

ب- الثبات

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم (11): يبين معامل ثبات بنود القائمة التقديرية للمشكلات بطريقة الفا كرومباخ

الفقرة	معامل الفا كرونباخ	الفقرة	معامل الفا كرونباخ	الفقرة	معامل الفا كرونباخ
01	,648	**19**	,658	**37**	,661
02	,651	**20**	,659	**38**	,656
03	,657	**21**	,659	**39**	,647
04	,650	**22**	,654	**40**	,650
05	,651	**23**	,651	**41**	,661
06	,660	**24**	,658	**42**	,657
07	,647	**25**	,657	**43**	,659
08	,646	**26**	,655	**44**	,661
09	,648	**27**	,659	**45**	,657
10	,660	**28**	,658	**46**	,664
11	,649	**29**	,655	**47**	,656
12	,653	**30**	,656	**48**	,658
13	,647	**31**	,658	**49**	,658
14	,651	**32**	,658	**50**	,655
15	,651	**33**	,659	**51**	,657
16	,653	**34**	,657	**52**	,656
17	,658	**35**	,659	**53**	,655
18	,653	**36**	,658	**54**	,656

وما نلاحظه من الجدول أعلاه (**11**) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بند مع الدرجة الكلية، جاءت كلها مرتفعة تراوحت ما بين **0.64** و **0.66**

جدول رقم (12): يبين معامل ثبات محاور القائمة التقديرية للمشكلات بطريقة الفا كرومباخ

المحــــــــاور	معامــــــــل الفــــــــا كرونبــــــــاخ
المحـــور الأول: المشكلات التعليمية والتربوية	**,591**
المحور الثانــــي: المشكلات الصحية والنفسية	**,669**
المحور الثالــث: المشكـــلات الاجتماعيـــة	**,642**
القائمــــــة ككـــــل	**,657**

2- الثبات بالتجزئة النصفية:

تستعمل هذه الطريقة لتحديد الثبات، وذلك عندما يتعذر إعادة تطبيق المقياس، وفيها يتم تجزئة المقياس المطلوب أو الاستبانة أو القائمة الى نصفين متكافئين، وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، إما وفق البنود الفردية والزوجية أو نصف أول ونصف ثان، وقد قام الباحث بتجزئة كل بعد من ابعاد القائمة(محور المشكلات التعليمية والتربوية محور المشكلات الصحية والنفسية محور المشكلات الاجتماعية) الى نصفين متكافئين وفق الأرقام الفردية والزوجية، ثم قام الباحث بإيجاد معامل الارتباط بين هذين النصفين واستخدام معادلة سبيرمان براون لتصحيح الطول وهي كالتالي: **ر1.1=ن ر/1+ر** حيث:

ر1.1: يمثل معامل الثبات بعد تصحيح الطول

ن: عدد أجزاء الاختبار

ر: معامل الارتباط بين نصفي الاختبار

ومن ثم حساب معامل ثبات كل بعد من ابعاد القائمة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (13): يوضح معاملات الثبات للقائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته بطريقة التجزئة النصفية

البعد	عدد البنود	معامل التجزئة النصفية (معامل الثبات)	تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون
محور المشكلات التعليمية والتربوية	19	0.644	0.783
محور المشكلات الصحية والنفسية	19	0.581	0.735
محور المشكلات الاجتماعية)	16	0.601	0.751
القائمة التقديرية ككل	54	**0.569**	**0.725**

من خلال الجدول نلاحظ ان قيمة الارتباط لنصف الاختبار بلغت 0.66 والذي تم تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون فأصبحت قيمته للاختبار الكلي 0.79 وليس لنصف الاختبار وهو ثبات عالي

4-6- مقياس مؤشرات جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته

تعرف أداة الدراسة بأنها: أداة تتضمن مجموعة من العبارات أو الجمل الخبرية، التي يطلب من المفحوص الإجابة عليها بطريقة يحددها الباحث حسب أغراض البحث (**عطوي، 2007، ص 99**).

حيث وانه لا تتوفر أداة في هذا المجال -في حدود علم الباحث -يمكن استخدامها في البيئة الجزائرية، فقد قام الباحث بتصميم هذ المقياس وذلك بالاستعانة بـ مختلف الدراسات والبحوث والمقاييس التي تناولت هذا الموضوع مؤشرات الجودة، وذلك وفقاً للإجراءات التالية:

01- تحديد البيانات المطلوب جمعها بحيث تكون وثيقة الصلة بأهداف وطبيعة البحث، وتحديد مؤشرات

ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في بعض مناطق الشرق الجزائري كنوع الاضطراب (التوحد)، المراكز المختصة التي تستقبلهم، جودة البرامج والخدمات مؤشرات الجودة.

02- الاطلاع على بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتصلة بالبحث الحالي ومحاولة الاستفادة منها على سبيل المثال: وثيقة معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات الأشخاص ذوي اضطراب التوحد في المملكة الاردنية الهاشمية**2011**، وكذلك الاطلاع على بعض الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع الجودة ومؤشرات جودة التكفل بالتوحديين بصفة أخص مثل: دراسة الزارع **2008**، دراسة العثمان **2002**، وكذلك بعض الدراسات من المؤتمر السادس لإعاقات النمو عند الأطفال سنة **2012**، الاطلاع على مجموعة من الدراسات وملخصات أوراق العمل المقدمة في الملتقى الخامس عشر للجمعية الخليجية للإعاقة تحت شعار " جودة الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة "، خلال الفترة من **30 مارس – 2 أبريل 2015** كدراسة **مروة بنت ناصر الراجحية**، جودة الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة البصرية في جامعة السلطان قابوس من وجهة نظر متلقي الخدمة، دراسة **راشد علي راشد السهل 2010**تجربة الهيئة العامة لشئون ذوي الإعاقة بدولة الكويت حول الارتقاء بمستوى معايير اعتماد وضمان جودة المؤسسات التعليمية المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة، الدليل الشامل لخدمات ذوي التوحد (في المملكة العربية السعودية).الخ، **ودراسة الصمادي وآخرون 2015** تطوير معايير لضمان جودة برامج التعليم الدامج وفحص درجة انطباقها على البرامج المقدمة في الأردن.

03- تقديم استبيان مفتوح لكل من المختصين والاولياء تم وضعه لجمع اكبر قدر من المعلومات حول تقديم حلول او اقتراحات متميزة في التكفل بــ المشكلات التي تواجهها اسر الأطفال التوحديين، والعينة قوامها 38 من المختصين العاملين مع التوحديين

04- إجراء مقابلات مع يعض المختصين العاملين مع الأطفال التوحديين في المراكز النفسية والبيداغوجية والمؤسسات الاستشفائية، والجمعيات المختصة، للوقوف على اهم الحلول ومؤشرات جودة التكفل بالمشكلات والصعوبات التي يواجهها اسر التوحديين في مسيرة التكفل بأطفالهم.

05- تحليل مضمون او محتوى الاستبيان المفتوح الموجه للمختصين العاملين مع التوحديين لمحاولة بناء بنود مقياس مؤشرات جودة التكفل للدراسة الأساسية.

06- صياغة العبارات المتضمنة في المقياس بحيث تتناسب مع كل من المستوى الثقافي والمستوى العلمي لعينة البحث، مع مراعاة التسلسل المنطقي والاعتماد على العبارات التي تتصل بشكل وثيق ومباشر بموضوع البحث، ووفقاً لمجموعة الإجراءات السابقة تم بناء المقياس في صورته الأولية بحيث اشتملت على الاتي:

- تقديم او توضيح موجه للعينة البحث يبين عنوانه والحاجة الماسة لمعرفة آرائهم بكل موضوعية لما تمثله هذه الآراء من أهمية كبيرة في تحقيق أهداف البحث نظراً لوقوفهم عن كثب على اهم المشكلات التي تواجه هذه الفئة في المناطق المذكورة سالفا، كما ان المختص يعتبر هو الأدرى بما يناسب الطفل التوحدي وأسرته من حلول ومؤشرات جودة التكفل.

- جزء خاص بالتعليمات
- معلومات عامة وتضمنت: نوع الاضطراب– شدته – المستوى التعليمي للولي-التخصص الوظيفي للمختص – الجنس بالنسبة للطفل المصاب والولي – السن بالنسبة للطفل المصاب، مكان التكفل، المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.
- محاور المقياس (المحور الاول – جودة التكفل التربوي والتعليمي-، المحور الثاني – جودة التكفل الاسري والاجتماعي -، المحور الثالث – جودة التكفل النفسي والصحي –

4-6-1-وصف مقياس جودة التكفل:

بناءا على التعريف الاجرائي لمؤشرات جودة التكفل الذي وضعه الباحث، وبعد الاطلاع على بعض الادبيات والكثير من البحوث والدراسات التي تناولت الموضوع او ما يشبهه، ومختلف المقاييس التي كانت في موضوع البحث، رأى الباحث ان تكون تلك الابعاد والمحاور من الشمول والسعة بحيث تغطي قدر الاستطاعة الجوانب المختلفة لمؤشرات جودة التكفل المذكورة سالفا، وبناء على المعلومات المتوافرة استخدم الباحث هذا المقياس في جمع البيانات الضرورية للتوصل الى النتائج المرجوة، وتكونت من ثلاث محاور:

- الأول: محور جودة التكفل التربوي والتعليمي تكون من **34** بند
- الثاني: جودة التكفل الاسري والاجتماعي تكون من **32** بند
- الثالث: جودة التكفل النفسي والصحي وتكون من **34** بند

وبذلك يكون مجموع بنود المقياس **100** بندا، تتم الإجابة عليهم وفق خمس بدائل (ممتاز، جيد، مقبول ضعيف، لا ينطبق) ودرجة كل بديل على التوالي (**4،3،2،1،0**)، وقد تم اختيار هذه الطريقة لوضع البدائل لعدة أسباب منها:

- هي الأكثر شيوعا في البحوث والدراسات النفسية (الاختبارات النفسية)
- كلما زاد عدد الاختيارات قلت القيود والعكس الصحيح
- مناسبة هذه الصيغة للكثير من المفحوصين نظرا لمرونتها وتدرجها بدرجات صغيرة وليست حادة
- كلما زادت البدائل زاد ثبات الاختبار (**الطريري.1418، ص 145**)

07- تم اعداد عدد كبير من البنود والفقرات مع مراعاة جوانب وأصول اعداد الفقرات، بحيث ان تكون الفقرة واضحة المعنى، ولا تحمل الفقرة اكثر من فكرة، مع تجنب طول الفقرة الا للضرورة القصوى، وتم الاستعانة في إعداد الفقرات على مختلف الادبيات والاختبارات والمقاييس التي تناولت الموضوع نفسه او مشابها له، بالإضافة الى تحليل مضمون الاستبيانات المفتوحة التي قدمت لعينة الدراسة، فتم حذف المتشابه منها من الإجابات، وتعديل ما يحتاج الى تعديل، حتى خرجت في صورتها الأولية.

08- تم عرض الصورة الأولية من المقياس والتي بلغ عدد بنوده (**105بند**) على عدد من المحكمين (أساتذة في علم النفس ذوو خبرة) وعددهم **08** (**انظر ملحق رقم 04**) من بعض جامعات الوطن وجامعات عربية تم تحكيمها من حيث:

- مدى وضوح البند ومناسبته للعينة التي سيقوم الباحث بالتطبيق عليها
- تحديد مدى ارتباط كل بند من البنود لأبعاد المقياس
- إجراء أي تعديل يرونه مناسبا على الفقرات
- إضافة أي بنود يرونها مناسبة وضرورية للمقياس، او حذف ما لا يرونه مناسبا وضروريا.
- وقد تم قبول البنود التي بلغت نسبة الاتفاق حولها بين المحكمين أكثر من **80%**

4-6-2-الخصائص السيكو مترية للمقياس:

أولا: الصدق

1- صدق المحكمين (الصدق الظاهري)

إن الصدق الظاهري هو ان يكون مظهر الاستبيان يشير الى انه صادق، كأن يكون شكله معقولا، وان تشير فقراته الى ارتباطها بالسلوك المقاس (**عبيدات وآخرون. 2012، ص 174**)

الصدق الظاهري هو صدق محتوى أولي يتم التوصل اليه من خلال حكم المختص أو الخبير على درجة قياس الاختبار (**أبو زينة، 1998، ص 65**) وفيما يلي جدول يوضح نسب الاتفاق بين المحكمين على فقرات المقياس (الصدق الظاهري):

جدول رقم (14): يوضح نسب اتفاق المحكمين على فقرات مقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

رقم البند	عدد المحكمين	نسبة اتفاق	رقم البند	عدد المحكمين	نسبة اتفاق	رقم البند	عدد المحكمين	نسبة اتفاق
01	08	% 87.5	36	08	% 100	71	08	% 100
02	08	% 100	37	08	% 100	72	08	% 87.5
03	08	% 100	38	08	% 87.5	73	08	% 100
04	08	% 75	39	08	% 87.5	74	08	% 100
05	08	% 100	40	08	% 87.5	75	08	% 100
06	08	% 100	41	08	% 50	76	08	% 87.5
07	08	% 87.5	42	08	% 100	77	08	% 87.5
08	08	%87.5	43	08	% 100	78	08	% 100
09	08	%100	44	08	% 87.5	79	08	% 100
10	08	% 87.5	45	08	% 87.5	80	08	% 100
11	08	% 87.5	46	08	% 100	81	08	% 100

% 87.5	08	82	% 87.5	08	47	% 87.5	08	12
% 87.5	08	83	% 100	08	48	% 87.5	08	13
% 100	08	84	% 87.5	08	49	% 100	08	14
% 100	08	85	% 100	08	50	% 87.5	08	15
% 100	08	86	% 87.5	08	51	% 87.5	08	16
% 100	08	87	% 87.5	08	52	% 100	08	17
% 100	08	88	%87.5	08	53	% 100	08	18
% 100	08	89	% 100	08	54	% 25	08	19
%87.5	08	90	%87.5	08	55	% 100	08	20
%87.5	08	91	%87.5	08	56	% 100	08	21
% 100	08	92	%87.5	08	57	% 87.5	08	22
%87.5	08	93	% 100	08	58	% 87.5	08	23
%87.5	08	94	% 100	08	59	% 87.5	08	24
%87.5	08	95	% 100	08	60	% 100	08	25
% 100	08	96	% 100	08	61	% 87.5	08	26
% 100	08	97	% 100	08	62	% 87.5	08	27
% 100	08	98	% 12.5	08	63	% 87.5	08	28
% 100	08	99	% 100	08	64	% 87.5	08	29
% 100	08	100	%87.5	08	65	% 87.5	08	30
% 12.5	08	101	% 100	08	66	% 87.5	08	31
% 100	08	102	%87.5	08	67	% 100	08	32
% 87.5	08	103	% 12.5	08	68	% 100	08	33
% 100	08	104	%87.5	08	69	% 87.5	08	34
% 87.5	08	105	% 100	08	70	% 100	08	35

يتضح من الجدول السابق رقم (**14**) أن المقياس في صورته الأولية كان يحتوي على **105** بندا موزعة على ثلاث محاور، ومن خلال ملاحظة نسب الاتفاق لكل بند نجد ان معظم البنود تم الاتفاق عن قبولها أي التي بلغت نسبة الاتفاق حولها أكثر من **80 %** إلا البنود التالية: رقم **4**، **19**، **41**، **68**، **101** التي حصلت على نسبة اتفاق اقل من **80 %**، وبناءا على ملاحظات وتوصيات واقتراحات السادة المحكمين استبقيت البنود التي حازت على نسبة اتفاق اكبر من **80 %**، وتم حذف البنود التي لم تحوز على هذه النسبة من اتفاق المحكمين، وذلك بسبب تكرارها في المعنى و المضمون أو لعدم ملائمتها، كما تم إعادة صياغة بعض العبارات نزولا عند قرارات المحكمين بالتعديل، والجدول التالي يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين:

جدول رقم (**15**): يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقا لآراء المحكمين.

البعد	رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
جودة التكفل التربوي والتعليمي	32	يتوفر فريق متعدد التخصصات بما في ذلك أسرة الطفل والطفل نفسه.	أن يتواجد الطفل التوحدي واسرته ضمن فريق التكفل متعدد التخصصات
جودة التكفل النفسي والصحي	01	إجراء فحوصات طبية دورية للذين تستدعي أوضاعهم الخاصة ذلك وتقديم الخدمات الصحية المناسبة لهم.	أن يتم إجراء فحوصات طبية دورية للطلبة الذين تستدعي أوضاعهم الخاصة ذلك وتقديم الخدمات الصحية المناسبة لهم.
جودة التكفل التربوي والتعليمي	03	أن يقوم على البرنامج التربوي مختصون، لديهم شهادة جامعية في تخصص التربية الخاصة او العلاجية	أن يقوم بالتكفل مختصون، لديهم شهادات جامعية في تخصص التربية الخاصة او العلاجية او في المجال
جودة التكفل التربوي والتعليمي	21	يتم إعداد برنامج تحليل سلوكي تطبيقي (برنامج تعديل سلوك)، يتضمن زيادة السلوك المرغوب فيه وخفض المشكلات السلوكية وتشكيل سلوكات جديدة مناسبة	أن يتوافر المراكز المستقبلة للتوحديين على مختصين يستطيعون تطبيق برنامج تيتش، برنامج لوفاس **ABA**، برنامج بيكس
	3	تهيئة بيئات الدمج التي تتضمن البيئة التعليمية المادية، والكادر العامل، والطلاب العاديين	أن يتم تدريب الأطفال التوحديين على المهارات اللازمة لالتحاقهم في برامج الدمج (المدارس العادية). بالإضافة إلى. تهيئة بيئات الدمج التي تتضمن البيئة التعليمية المادية، والكادر العامل، والطلاب العاديين

وبذلك أصبح مقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تتكون من **100** بند، وثلاث محاور الأول: محور جودة التكفل التربوي والتعليمي تكون من **34** بند

الثاني: جودة التكفل النفسي والصحي تكون من **32** بند

الثالث: جودة التكفل الاسري والاجتماعي وتكون من **34** بند

وتم تطبيق المقياس في صــــورته الاولية على عينة اســـتطلاعية بلغ عددها و**38 مختص** بغرض حســـاب الخصائص السيكو مترية لها أي الصدق والثبات

2- الصدق التمييزي:

تم تطبيق المقياس على عينة من المختصـين العاملين مع الأطفال التوحديين في صـورته التي تم التوصـل اليها بعد عرضها على المحكمين، و تم رصد درجات أفراد العينة على المقياس مرتبة ترتيبا تنازليا وتم اختيار أعلى **27 %** على القائمة وادنى**27 %**، وتم حســاب كل من المتوســط الحســابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري لكل من الفئتين العليا والدنيا، ومن ثم تم إيجاد قيمة —ت—لدلالة الفرق بين المتوســـطين الحســـابيين والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (16): يوضح قيمة —ت—للصدق التمييزي لمقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته

الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	قيمة —ت—	الدلالة
الفئة الأولى العليا	319,2000	8.702490	2.75196	21.211	0.05
الفئة الثانية الدنيا	282,7000	7.94494	2.51241		0.01

3- صدق الاتساق الداخلي:

وهي طريقة من طرق حســاب صــدق المحتوى، و تعتمد على حســاب معامل الارتباط بين درجة كل بند للمفحوص بالدرجة الكلية للمقياس، لأن اتسـاق البنود من خلال معاملات الارتباط الدالة احصـائيا بينها و بين الدرجة الكلية، يشير ان بنود الاختبار متماسكة ومترابطة فيما بينها وبالتالي متسقة تقيس كلها متغير واحد وهذا مؤشر مقبول على صدق الاختبار و قد اعتمد الباحث على حساب معاملات الارتباط بين الدرجات والابعاد و الدرجة الكلية للاختبار و النتائج موضحة في الجدول كالتالي:

جدول رقم (17) يبين معامل الاتساق الداخلي بين درجة ارتباط الابعاد بالدرجة الكلية

المحاور	العينة	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
المحور الأول: جودة التكفل التربوي والتعليمي	38	0,793	0.01
المحور الثاني: جودة التكفل النفسي والصحي	38	0,823	0.01
المحور الثالث: جودة التكفل الاسري والاجتماعي	38	0,909	0.01

ونلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (**17**) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة الابعاد والدرجة الكلية جاءت مرتفعة، حيث تراوحت ما بين **0.79** و**0.90** عند مستوى دلالة **0.01**، إذ جاءت كلها دالة احصائيا.

جدول رقم (18): يبين معامل الاتساق الداخلي بين درجة البنود والدرجة الكلية

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
01	,510*	26	,402*	51	,810**	76	,425**	01	,510*
02	,346*	27	,266	52	,372*	77	,403**	02	,346*
03	,370*	28	,296*	53	,023	78	,281	03	,370*
04	,320*	29	,741**	54	,258	79	,258	04	,320*
05	,381*	30	,517**	55	,445**	80	,445**	05	,381*
06	,453**	31	,419**	56	,273	81	,273	06	,453**
07	,490**	32	,419**	57	,277	82	,273	07	,490**
08	,501**	33	,419**	58	,517**	83	,475**	08	, 501**
09	,711**	34	,318*	59	,293*	84	,803**	09	,711**
10	,780**	35	,268	60	,825**	85	,419**	10	,780**
11	,491**	36	,295*	61	,219	86	,381*	11	,149
12	,408*	37	,509**	62	,601**	87	,706*	12	,408*
13	,412**	38	,339*	63	,801**	88	,475**	13	,296*
14	,210	39	,358*	64	,268	89	,268	14	,210
15	,398*	40	,241	65	,445**	90	,417*	15	,398*
16	,690**	41	,108	66	,273	91	,256	16	,709**
17	,419**	42	,372*	67	,273	92	,368*	17	,409*
18	,420	43	,134	68	,509**	93	,175	18	,402*
19	,291	44	,445**	69	, 417*	94	, 510**	19	,483**
20	,419**	45	,273	70	,256	95	,381*	20	,249

ثانيا: الثبات

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

1-2-الثبات بالتجزئة النصفية:

تستعمل هذه الطريقة لتحديد الثبات، وذلك عندما يتعذر إعادة تطبيق المقياس، وفيها يتم تجزئة المقياس المطلوب أو الاستبانة أو القائمة الى نصفين متكافئين، وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، إما وفق البنود الفردية والزوجية أو نصف أول ونصف ثان، وقد قام الباحث بتجزئة كل بعد من ابعاد المقياس(الأول: محور جودة البرامج وتقديمها، الثاني: جودة المشاركة الاسرية ودعمها، الثالث: جودة التقييم والتشخيص، الرابع: جودة الكوادر البشرية المؤهلة، الخامس: جودة تجهيزات البيئة التعليمية) الى نصفين متكافئين وفق الأرقام الفردية والزوجية، ثم قام

الباحث بإيجاد معامل الارتباط بين هذين النصفين واستخدام معادلة سبيرمان براون لتصحيح الطول وهي كالتالي:

ر1.1=ن ر/1+ر حيث: **ر1.1**: يمثل معامل الثبات بعد تصحيح الطول

ن: عدد أجزاء الاختبار ***** **ر**: معامل الارتباط بين نصفي الاختبار

ومن ثم حساب معامل ثبات كل بعد من ابعاد المقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (19): يوضح معاملات الثبات لمقياس تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته بطريقة التجزئة النصفية

,582	**القيمة**	**الفئة**	**معامل الفا كرونباخ**
49	**عدد البنود الفردية**	**الفردية**	
,617	**القيمة**	**الفئة الزوجية**	
49	**عدد البنود الزوجية**		
,880	**Longueur égale**		**معامل سبيرمان براون**
,880	**Longueur inégale**		
,878	**معامل التجزئة النصفية**		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه رقم (**19**) أن قيمة معامل الفا كرونباخ للفئة الفردية بلغ **0.58** وهي قيمة مرتفعة نسبيا، وقيمته للفئة الزوجية كانت اعلى حيث بلغت **0.61**، اما معامل التجزئة النصفية للفئتين بلغ **0.87** وهي معامل ينبئ عن ثبات المقياس وعن صلاحية تطبيقه في الدراسة الأساسية.

ثانيا: إجراءات الدراسة الاساسية للبحث

في هذه المرحلة بعد الانتهاء من إجراءات الدراسة الاستطلاعية، وبعد بناء اداة (قائمة)لتحديد وتقدير درجة مشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، وذلك بما يلائم ويناسب خصوصيات البيئة الجزائرية وثقافتها، وبعد الانتهاء من بناء اداة لتحديد وقياس قدرة وكفاءة مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر وفقا لما تم تحديده من مشكلات وفي ضوء ما يناسب البيئة المحلية، وبعد ان تم التحقق من الخصائص السيكو مترية لأدوات البحث المستخدمة، وبعد التأكد من صلاحية تطبيقهم في التطبيق الأساسي بدأت هذه المرحلة وهي إجراءات الدراسة الأساسية ومرحلة التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة واختبار الفروض والتأكد منها.

1- منهج البحث:

المنهج هو تلك الأداة **معايير و مؤشرات جودة التكفل بالأطفال التوحديين** التي تسهل وتنظم الدراسة العلمية، فهو الطريق المؤدي الى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي يسلكها الباحث للتعرف على المشكلة او الظاهرة موضع الدراسة، والكشف عن الحقائق المرتبطة بها بغرض التوصل الى إجابات عن الأسئلة التي تثيرها المشكلة او الظاهرة المدروسة، من خلال استخدام مجموعة من الأدوات لتجميع البيانات ووصفها وتحليلها، والتوصل الى النتائج التي تساعد على الإجابة عن التساؤلات (**عبد اللحلح وآخرون، 2002، ص 43**)، وبما ان المنهج الوصفي: هو المنهج الذى يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبّر عنها كيفيا بوصفها وبيان خصائصها، وكميا بإعطائها وصفا رقميا من خلال أرقام وجداول توضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى، وهو: المنهج الذي يدرس حادثا او ظاهرة او قضية موجودة حاليا يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل الباحث فيها (**الأغا، الأستاذ، 2000، ص 83**).

وبما ان المنهج الوصفي هو كل منهج يرتبط بظاهرة معاصرة بقصد وصفها تحليلها وتفسيرها هذا ما يجعله أشبه ما يكون بإطار عام تقع تحته كل البحوث التي:

- تصف الظاهرة فقط (البحث المسحي).
- توضح العلاقة ومقدارها (البحث الارتباطي).
- تهدف لاكتشاف الأسباب الكامنة وراء سلوك معين من معطيات سابقة. (البحث السببي المقارن).

وبما ان الهدف من البحث الحالي هو محاولة تحديد والتعرف عن المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي واسرته ومحاولة تحديد كذلك اهم مؤشرات الجودة التي تساعد على التكفل والحد من هذه المشكلات، وجب الاعتماد على طريقة المسح او ما يسمى بالطريقة المسحية و هو ذلك النوع من البحوث الذي يتم بواسطته استجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منهم، وذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط، دون أن يتجاوز ذلك دراسة العلاقة أو استنتاج الأسباب (**العساف، 1989، ص191 192**) وبالتالي يصنف البحث الحالي من حيث طريقة إجرائه على أنه بحث وصفي يعتمد على الطريقة المسحية في بدايته، والطريقة التحليلية التفسيرية بناء على نتائج المسح، حيث يعتمد على دراسة الظاهرة التربوية ووصفها، كما توجد في الواقع والتعبير عنها كما وكيفا، وهذا المنهج لا يقف عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة التربوية من أجل استقصاء مظاهرها وأنشطتها المختلفة، بل يعمد للوصول إلى استنتاجات تسهم في فهم الواقع وتطويره من خلال تحليل الظاهرة وتفسيرها وبيان الوسائل اللازمة لتطوير الواقع وتحسينه، اذا منهج البحث المعتمد هو: المنهج الوصفي (المسحي، التحليلي)، الملائم لطبيعة البحث وحيثياته كما انه الكفيل بتحقيق اهداف البحث الحالي.

2- حدود البحث – الدراسة الأساسية-:

تم إجراء الدراسة الاساسية في ضل الحدود البشرية والزمانية والمكانية التالية:

1-2 الحدود البشرية:

وقد تم الاعتماد في الدراسة الاساسية على عينة قوامها **164** من اولياء الأطفال التوحديين الذين طبقت عليهم **الاداة الاولى**: القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، اما فيما يخص **الاداة الثانية**: مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته، فقد تم الاعتماد على عينة قوامها **86** مختص من العاملين مع الاطفال التوحديين في المراكز النفسية البيداغوجية أو الجمعيات المختصة. بالإضافة الى رؤساء ومدراء الجمعيات والمراكز

2-2- الحدود الزمانية:

كما تم اجراء التطبيق الميداني لهذه الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين (**شهري نوفمبر 2015 ونوفمبر من سنة 2016**)، حيث تم توزيع الاستبيانات على بعض الجمعيات والمراكز التي تم اختيارها من طرف الباحث لسهولة الاتصال بها ولتسهيل إجراءات للباحث.

2-3- الحدود المكانية:

لقد اجريت الدراسة الاساسية في الولايات التالية: -باتنة، قسنطينة، مسيلة –(وقد ضمت بعض الجمعيات المختصة وبعض المراكز النفسية البيداغوجية التي تستقبل الاطفال التوحديين، و المؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية، بالإضافة الى مركز واحد خاص بالأطفال التوحديين بولاية مسيلة).

3- العينة الأساسية للبحث وخصائصها:

نظرا لمحدودية مجتمع البحث فقد تم استخدام عينة عشوائية بلغ حجمها **164** من أولياء الأطفال التوحديين في المناطق التي جرت فيها الدراسة الميدانية لهذا البحث و هي بعض المناطق من الشرق الجزائري و المذكورة سالفا، بالإضافة الى العينة الأخرى المكونة من **86** مختص عامل في المراكز النفسية البيداغوجية، والمراكز التابعة للجمعيات المختصة، بالإضافة الى العاملين في المؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية، ومركز واحد للأطفال التوحديين، وفي ما يلي توضيح لخصائص عينة البحث وفق متغيراته كما نراه من خلال الجدول رقم 20

جدول رقم (20): يوضح خصائص أفراد العينة للدراسة الاساسية وفق متغيرات البحث

المتغير	المختصين		المتغير	الاولياء وأطفالهم	التوحديين
	النوع	العدد		النوع	العدد
الجنس	ذكر	16	جنس الولي	ذكر	21
	انثى	70		انثى	143
التخصص الوظيفي	طبيب	4	جنس المصاب	ذكر	6
	نفساني عيادي	18		انثى	158
	نفساني ارطفوني	14	درجة الإصابة	خفيفة	30
	نفساني حركي	8		متوسطة	86
	نفساني بيداغوجي	14		شديدة	48
	مربي مختص	13	سن المصاب	اقل من 06 سنوات	73
	مربي	15		اكبر من 06 سنوات	91
السن	من 20 الى 30	24	المستوى التعليمي للولي	ثانوي وأقل	128
	من 31 الى 40	38		جامعي	22
	40 فأكثر	24		دراسات عليا	14
	أقل من سنتين	8	انتماء الطفل المصاب	جمعية مختصة	60
الخبرة	اقل من 05 سنوات	14		مركز نفسي بيداغوجي	62
	من 05 الى 10	20			
	من 11 الى 20	32		مؤسس استشفائية للأمراض العقلية	28
	20 سنة فأكثر	20		مركز خاص بالتوحديين	14
المستوى التعليمي للمختص	ثانوي	28	الدخل الشهري للأسرة	عالي	9
	جامعي	53		متوسط	98
	دراسات عليا	5		ضعيف	57
المجموع		**86**	المجموع		**164**

4- الاساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من الفرضيات:

للإجابة على فرضيات البحث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- الأساليب الإحصائية الوصفية المتمثلة في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
- اختبار الفرضيات باستخدام اختبار تحليلي التباين الأحادي **ANOVA One Way**
- اختبار الفرضيات باستخدام اختبار –ت- **T – TEST**
- معامل الفا كرومباخ

الفصل السادس:

عرض ومناقشة وتفسير النتائج

1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
3. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
6. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة
7. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة
8. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة
9. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة
10. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة
11. عرض ومناقشة وتفسير نتائج السؤال الحادي عشر

1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

1-1- عرض النتائج:

تنص الفرضية الاولى على:

أكبر مجالات المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والأكثر شيوعا: هي على الترتيب نجد المشكلات النفسية والصحية ثم تليها المشكلات التربوية التعليمية، وأخيرا المشكلات الاسرية والاجتماعية. وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام الإحصاء الوصفي متوسطات حسابية، وانحرافات معيارية للمشكلات، وذلك من أجل المقارنة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (21): يبين ترتيب شيوع المشكلات حسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

البنود والمشكلات	العينة	درجة البديل الأدنى	درجة البديل الأعلى	المجموع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق
VAR00013	250	1,00	3,00	537,00	2,1480	,68701	,472
VAR00039	250	1,00	3,00	541,00	2,1640	,66549	,443
VAR00007	250	1,00	3,00	563,00	2,2520	,63728	,406
VAR00041	250	1,00	3,00	571,00	2,2840	,72488	,525
VAR00036	250	1,00	3,00	579,00	2,3160	,61454	,378
VAR00043	250	1,00	3,00	581,00	2,3240	,74649	,557
VAR00037	250	1,00	3,00	582,00	2,3280	,58462	,342
VAR00040	250	1,00	3,00	582,00	2,3280	,68578	,470
VAR00042	250	1,00	3,00	583,00	2,3320	,73753	,544
VAR00011	250	1,00	3,00	588,00	2,3520	,61122	,374
VAR00034	250	1,00	3,00	588,00	2,3520	,63696	,406
VAR00029	250	1,00	3,00	589,00	2,3560	,66862	,447
VAR00016	250	1,00	3,00	600,00	2,4000	,62736	,394
VAR00038	250	1,00	3,00	600,00	2,4000	,66466	,442
VAR00008	250	1,00	3,00	603,00	2,4120	,73513	,540
VAR00030	250	1,00	3,00	603,00	2,4120	,66030	,436
VAR00009	250	1,00	3,00	604,00	2,4160	,57643	,332
VAR00044	250	1,00	3,00	609,00	2,4360	,65084	,424
VAR00032	250	1,00	3,00	610,00	2,4400	,58632	,344
VAR00004	250	1,00	3,00	614,00	2,4560	,62097	,386
VAR00031	250	1,00	3,00	617,00	2,4680	,56768	,322
VAR00005	250	1,00	3,00	623,00	2,4920	,56853	,323
VAR00010	250	1,00	3,00	624,00	2,4960	,62894	,396
VAR00045	250	1,00	3,00	625,00	2,5000	,62254	,388

VAR00015	250	1,00	3,00	627,00	2,5080	,58934	,347
VAR00012	250	1,00	3,00	630,00	2,5200	,62863	,395
VAR00035	250	1,00	3,00	632,00	2,5280	,55357	,306
VAR00001	250	1,00	3,00	632,00	2,5280	,55357	,306
VAR00003	250	1,00	3,00	633,00	2,5320	,51579	,266
VAR00033	250	1,00	3,00	635,00	2,5400	,62767	,394
VAR00046	250	1,00	3,00	636,00	2,5440	,65251	,426
VAR00018	250	1,00	3,00	638,00	2,5520	,55183	,305
VAR00017	250	1,00	3,00	642,00	2,5680	,55008	,303
VAR00014	250	1,00	3,00	648,00	2,5920	,52406	,275
VAR00002	250	1,00	3,00	648,00	2,5920	,53916	,291
VAR00006	250	1,00	3,00	652,00	2,6080	,59308	,352
VAR00028	250	1,00	3,00	652,00	2,6080	,50533	,255
VAR00026	250	1,00	3,00	661,00	2,6440	,53517	,286
VAR00047	250	1,00	3,00	661,00	2,6440	,59217	,351
VAR00027	250	1,00	3,00	666,00	2,6640	,52936	,280
VAR00020	250	1,00	3,00	677,00	2,7080	,50573	,256
VAR00048	250	1,00	3,00	692,00	2,7680	,51696	,267
VAR00019	250	1,00	3,00	694,00	2,7760	,44567	,199
VAR00021	250	2,00	3,00	696,00	2,7840	,41234	,170
VAR00050	250	1,00	3,00	699,00	2,7960	,44177	,195
VAR00054	250	1,00	3,00	700,00	2,8000	,49088	,241
VAR00022	250	2,00	3,00	703,00	2,8120	,39150	,153
VAR00023	250	1,00	3,00	706,00	2,8240	,44926	,202
VAR00049	250	1,00	3,00	706,00	2,8240	,46679	,218
VAR00051	250	1,00	3,00	710,00	2,8400	,39879	,159
VAR00024	250	2,00	3,00	716,00	2,8640	,34348	,118
VAR00053	250	1,00	3,00	721,00	2,8840	,33315	,111
VAR00052	250	2,00	3,00	725,00	2,9000	,30060	,090
VAR00025	250	2,00	3,00	732,00	2,9280	,25901	,067
المحور 03	250	34,00	**46,00**	**10342,00**	**41,3680**	**2,43975**	**5,952**
المحور 01	250	39,00	**55,00**	**11800,00**	**47,2000**	**4,02801**	**16,225**
المحور 02	250	42,00	**55,00**	**12244,00**	**48,9760**	**2,73153**	**7,461**

ونلاحظ من خلال النتائج المبينة في **الجدول رقم (21)** أن ترتيب شيوع المشكلات ودرجة تأثيرها حسب كل من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كانت على الشكل التالي:

- بالنسبة للمحاور نجد أن **المحور رقم 02** –المشكلات الصحية والنفسية–جاء في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره **48.97** وانحراف معياري قدر بـــ **2.73**، ثم يليه **المحور رقم01** –المشكلات التربوية والتعليمية– بمتوسط حسابي قدر بـــ **47.20** وانحراف معياري قدره **4.02**، وجاء **المحور رقم 03** – المشكلات الاجتماعية في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي بلغ **41.36** وانحراف معياري قدره **2.43**

أما بالنسبة لترتيب **05** مشكلات الأولى الأكثر شيوعا فجاءت على الترتيب الموضح ادناه: (**25،52،53،24،51**)

1–2– مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

التي تنص على:

أكبر مجالات المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والأكثر شيوعا: هي على الترتيب نجد المشكلات النفسية والصحية ثم تليها المشكلات التربوية التعليمية، وأخيرا المشكلات الاسرية والاجتماعية.

عند ملاحظتنا لما تم التوصل اليه عن طريق المعالجة الإحصائية نجد نتائج الدراسة قد أظهرت أن أكثر مجالات المشكلات شيوعا لدى التوحديون واسرهم من وجهة نظر الاولياء والمختصين، مرتبة ترتيبا تنازليا بدءا من أكثرها حدوثا وتأثيرا على التوحدي وأسرته، وانتهاء باقلها حدوثا وهي كالتالي:

- المحور الثاني –المشكلات النفسية والصحية –، – المحور الأول –المشكلات التربوية والتعليمية، – المحور الثالث–المشكلات الاجتماعية –، ولم تتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة واصف محمد العايد وآخرون سنة **2010** المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الطائف والذي تم التوصل فيها الى أن من أكثر الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الثالث وهو المشكلات الاقتصادية، وهو ما لم تقره هذه الدراسة حيث توصلت الى ان اكثر المشكلات حدوثا هو المحور الثاني – المشكلات الصحية والنفسية –كما لم تتفق كذلك هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في اعتبار أن من أقل الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الخامس والذي يتمثل في المشكلات النفسية، وهو غير مطابق لما تم التوصل اليه في الدراسة الحالية حيث جاءت المشكلات النفسية والصحية في الترتيب الأول حسب درجة الشيوع، فبالنسبة للمحاور نجد أن **المحور رقم 02** –المشكلات الصحية والنفسية– جاء في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره **48.97** وانحراف معياري قدر بـــ **2.73**، ثم يليه **المحور رقم01** – المشكلات التربوية والتعليمية– بمتوسط حسابي قدر بـــ **47.20** وانحراف معياري قدره **4.02**، وجاء **المحور رقم 03** – المشكلات الاجتماعية في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي بلغ **41.36** وانحراف معياري قدره **2.43**

ونرجع عدم الاتفاق هذا كون الدراسة السابق تناولت عينة تختلف عن عينة الدراسة الحالية طلاب الجامعة المعاقين، والأطفال التوحديين وهذا ما ساهم في هذا التباين، واختلاف النتائج كما ان البيئتين تختلفان تماما وهو ما يساعد في تباين النتائج ولكن يبقى هذا التباين والاختلاف في حدود فرضيات كل دراسة.

كما وجاءت نتائج البحث الحالي متفقة مع نتائج دراسة سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود سنة **2015** والعنونة بـــــ الصعوبات التي تواجه اسر ذوي الإعاقة في تعليم أبنائهم، حيث توصلت هذه الدراسة الى ان المشكلات او الصعوبات الصحية تأتي في المقام الأول من معاناة اسر المعاقين، ثم تليها المشكلات الاقتصادية والصحية، ثم الاجتماعية، ثم التعليمية، وهي النتائج التي تترجم ما تم التوصل اليه في الدراسة الحالية حيث **المحور رقم 02** –المشكلات الصحية والنفسية– جاء في المرتبة الأولى، وجاء **المحور رقم 03** – المشكلات الاجتماعية في الترتيب الثالث.

بينما جاءت كذلك نتائج الدراسة الحالية متفقة مع دراسة نجلاء إبراهيم الخميس سنة **2011** المشكلات الاجتماعية لأسر اطفال التوحد في المملكة العربية السعودية ومواجهتها، حيث اثبتت أن الحاجات المادية جاءت في المرتبة الأولى ثم الحاجات الأساسية للأسرة ثم الحاجات الاجتماعية في المرتبة الأخيرة وهو ما اثبتته نتائج الدراسة الحالية التي جاءت فيها المشكلات الاجتماعية في الترتيب الأخير، ولعل ان اهم ما يعانيه الطفل المعاق واسرته بصفة عامة والطفل التوحدي واسرته بصفة أخص هو الجوانب النفسية والصحية وهي اشد تأثيرا على الاسر من المشكلات الاجتماعية التي تأتي اقل حدة ويمكن التحكم بها من خلال تحسين الأوضاع الاجتماعية عكس المشكلات النفسية التي يصعب على الشخص علاجها او تفاديها، وحسب دراسة (**Cotton et Richdale, 2006**) كما أوردتها كارول وكاترين **2009**، هذه الدراسة تثبت الثقل الكبير لهذا الاضطراب السلوكي على الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد البالغ أعمارهم من**03** الى**05** سنوات، كما ان التوحد يؤثر الصحة العامة للأم ونوعية الحياة الاسرية او ما يسمى بـــــــ – جودة الحياة لاسر التوحديين –، بالإضافة الى تلك السلوكيات الصادرة عن الطفل التوحدي غير الواعية وغير الاجتماعية تعتبر وصمة عار يحس بها الوالدين كما ان تكرارها يصبح عبئ ثقيل عليهم، خاصة وان الطفل التوحدي يبدو عاديا ولا يظهر عجزه كباقي الاضطرابات من مثل الإعاقة العقلية والشلل الدماغي..... بالإضافة الى المستوى المنخفض لمهارات التفاعل الاجتماعي للطفل تسبب عدم قدرة الام على ربط العلاقات مع ابنها، وهذا ما يزيد قلقها وتوترها وبالتالي يختل دور الامومة لديها، اما الإحساس بالذنب لدى الوالدين فيعتبر من بين اهم العوامل الأكثر تاثيرا على حياة الام والاب على حد سواء فيؤدي الى اختلال العلاقة بين الزوجين او بين الوالدين وباقي الافراد. (**Carole Sénéchal et Catherine**. **2009**, **p 246…248**)

2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

2-1- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار —ت—لحساب الفروق للعينات غير المتساوية بين الجنسين في مجالات القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم(22) يبين قيمة —ت—لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير جنس الولي

مستوى الدلالة الإحصائية	T	للفرق 95% درجة الثقة		الخطأ المعياري للمتوسطات	الانحراف المعياري	المتوسط	الاولياء	
		العليا	الدنيا					
,131	1,574	3,87487	-,54154	1,05860	4,85112	1,66667	المحور01ذكور المحور01اناث	Paire 1
1,000	,000	1,71530	-1,71530	,82231	3,76829	,00000	المحور02ذكور المحور02اناث	Paire 2
,782	,281	1,60538	-1,22443	,67830	3,10836	,19048	المحور03ذكور المحور03اناث	Paire 3
,151	1,494	4,44930	-,73501	1,24267	5,69461	1,85714	القائمة ككل ذكور القائمة ككل اناث	Paire 4

نلاحظ من خلال **الجدول رقم(22)** أن قيمة —ت— غير دالة احصائيا بين متوسط درجات عينة الدراسة ذكور اناث في جميع محاور القائمة التقديرية، ولا سيما القائمة ككل، حيث بلغت قيمة —ت— في المحور الأول أي محور —المشكلات التربوية والتعليمية— **1.57** عند مستوى دلالة **0.13** وهي قيمة غير دالة احصائيا، أما قيمة —ت— في المحور الثاني — المشكلات النفسية والصحية — قيمة معدومة، وفي المحور الثالث — المشكلات الاجتماعية بلغت قيمة —ت— **0.28** عند مستوى دلالة **0.78** وهي أيضا ليست لديها دلالة إحصائية، أما القائمة ككل فقد بلغت قيمة —ت— **1.49** عند مستوى دلالة **0.15** وهي كذلك غير دالة احصائيا عند مستوى دلالة **0.05** او **0.01** وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس

2-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الاولياء على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي؟؟

نلاحظ من خلال النتائج المحصل عليها أن قيمة —ت– غير دالة احصائيا بين متوسط درجات عينة الدراسة ذكور اناث في جميع محاور القائمة التقديرية ، و لا سيما القائمة ككل ، حيث بلغت قيمة —ت– في المحور الأول أي محور –المشكلات التربوية و التعليمية– **1.57** عند مستوى دلالة **0.13** و هي قيمة غير دالة احصائيا ، أما قيمة —ت– في المحور الثاني — المشكلات النفسية و الصحية — قيمة معدومة ، و في المحور الثالث — المشكلات الاجتماعية بلغت قيمة —ت– **0.28** عند مستوى دلالة **0.78** و هي أيضا ليست لديها دلالة إحصائية ، أما القائمة ككل فقد بلغت قيمة —ت– **1.49** عند مستوى دلالة **0.15** و هي كذلك غير دالة احصائيا عند مستوى دلالة **0.05** او **0.01** و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس ، يعني ان ادراك الاولياء للمشكلات سواء امهات او آباء اطفال توحديون نفسه و لا توجد اختلافات جوهرية لها دلالة احصائية و قد اتفقت هذه النتائج مع نتائج **دراسة سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود سنة 2015** الصعوبات التي تواجه اسر ذوي الإعاقة في تعليم أبنائهم و بهذا يكون متغير الجنس غير مؤثر في ادراك الاولياء للمشكلات التي تواجههم و أطفالهم التوحديون ، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع **دراسة نجلاء إبراهيم الخميس سنة 2011** المشكلات الاجتماعية لأسر اطفال التوحد في المملكة العربية السعودية ومواجهتها التي توصلت الى عدم وجود فروق جوهرية في ادراك المشكلات التي تواجه اسر الأطفال التوحديين في السعودية ترجع الى متغير جنس ولي الامر و هو ما توصلت اليه الدراسة الحالية ،و يرجع هذا الاتفاق في نظر الباحث كون المعاناة من وجود طفل توحدي في الاسرة له نفس الاثار على كلا الوالدين لذلك جاءت ادراكاتهم للمشكلات غير مختلفة في جوهرها ، و هذا ما أكدته دراسة **نسرين علي ماهر أحمد لاشين سنة 2005** عن عدم وجود فروق دالة إحصائية ترجع لمتغير الجنس .

و نرجع هذه النتائج و عدم وجود الاختلاف الجوهري في ادراك المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي و أسرته حسب متغير جنس الولي ، الى أن ما تعانيه الام من جراء وجود طفل توحدي من اثار نفسية و مشكلات اجتماعية و تربوية ، ينطبق تماما على الاب و هذا بسبب وجودهم في نفس البيئة الاسرية ، كما ان مشاركة الام في الحياة المهنية مع الرجل يحتم على هذا الأخير تولي الرعاية مع المرأة جنبا الى جنب و هذا ما يترجم مساواتهم في ادراك المشكلات و حجم التأثر من وجود طفل توحدي في الاسرة ، فالشعور بالذنب تجاه وجود هذا الطفل في الأسرة ، و التعرض للانفعالات النفسية السلبية كالقلق والغضب والاكتئاب ، كما أن الشعور باليأس بإمكانية تطور مهارات الطفل ، وقلة الصبر والمثابرة في العمل مع الطفل ، و عدم الاطلاع على كل ما يستجد في عالم التوحد لأن هذا الاضطراب لا يزال يلفه الغموض ، و عدم التكيف مع المشكلات السلوكية للطفل ، و عدم إشراك الطفل في المناسبات الأسرية وتعريف المجتمع بإعاقته ، وعدم الاحتكاك و الاستفادة من تجارب الآخرين

خجلا من اضطراب ابنهم كل هذه المشكلات و غيرها يتساوى فيها الاولياء يغض النظر عن جنسهم فلا علاقة لجنس الولي في ادراك المشكلات .كما أن وعي الاسرة باضطراب طيف التوحد يلعب دور كبير في ادراك نوعية و حجم المشكلات التي تواجهها . و بهذا **تحققت الفرضية** القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الاولياء على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي

3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

3-1- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس المختص

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار –ت–لحساب الفروق للعينات غير المتساوية بين الجنسين في مجالات القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(23): يوضح نتائج اختبار –ت–لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة – المختصين – على القائمة التقديرية للمشكلات تبعا لمتغير الجنس – المختص –

الدلالة الإحصائية	t	الفروق: درجة الثقة 95% القيمة العليا	الفروق: درجة الثقة 95% القيمة الدنيا	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المختصين	
,025	-2,499	-,46890	-5,90610	1,27547	5,10188	-3,18750	المحور 01 ذكور+اناث	Paire 1
,444	-,786	1,06986	-2,31986	,79517	3,18067	-,62500	المحور 02 ذكور+اناث	Paire 2
,063	-2,004	,13470	-4,38470	1,06017	4,24068	-2,12500	المحور 03 ذكور+اناث	Paire 3
,021	-2,572	-1,01717	-10,85783	2,30844	9,23377	-5,93750	القائمة ككل ذكور+اناث	Paire 4

و نلاحظ من خلال النتائج الموضحة أعلاه في **الجدول رقم(23)** أن قيمة اختبار –ت– لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة – المختصين – على القائمة التقديرية للمشكلات تبعا لمتغير الجنس – المختص – جاءت متباينة بين الدلالة وعدم الدلالة ن حيث نجد ان قيمة **–ت–** في المحور الأول بلغت **2.49-** عند مستوى دلالة **0.025**، فنلاحظ انها دالة احصائيا عند **0.01** اذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير جنس المختص على البعد الأول للقائمة التقديرية للمشكلات (بعد المشكلات التربوية والتعليمية)، أما المحور الثاني فكانت قيمة **–ت– 0.78 –** عند مستوى دلالة **0.44** وبذلك هي غير دالة احصائيا، اذا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير جنس المختص على البعد الثاني من القائمة التقديرية للمشكلات ومنه باينت نتائج المحور الأول

وبالنسبة للبعد الثالث فقد بلغت قيمة **ت= -2.00** عند مستوى دلالة **0.063** وهي دالة احصائيا عند مستوى **0.05**، وبذلك تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير جنس المختص على البعد الثالث للقائمة التقديرية للمشكلات، أما القائمة ككل فبلغت قيمة **ت= -2.57** عند مستوى دلالة **0.021** وهي دالة احصائيا، ومنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة **0.01** تبعا لمتغير جنس المختص على القائمة التقديرية للمشكلات ككل.

3-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس المختص

و نفسر هذه النتائج حسب ابعاد القائمة التقديرية للمشكلات بداية ببعد المشكلات التربوية والتعليمية الذي جاءت فيه النتائج دالة احصائيا، وهي بالتالي تقر بوجود فروق جوهرية بين ادراك المختصين للمشكلات التي تواجه الطفل التوحدي واسرته لأن معظم المشكلات التي يمكن للمختص ان يدركها هي ما تعلقت بالجانب التعليمي التربوي الذي هو مجال عمله داخل المراكز ولو نرجع الى بنود هذا البعد نجد جلها ينص على الجوانب المتعلقة بالبرامج والمناهج والمختص نفسه ومن امثلة هذه البنود: ""عدم وجود كوادر مؤهلة متخصصة للتعامل والتكفل بالطفل التوحدي وهو مشكل متعلق بشخص المختص وكفاءته، ورفض المسؤولين لدمج فئة التوحديين في المدارس العادية، وهو مشكل متعلق بقضية تربوية تعليمية عويصة وهي الدمج، وكذلك عدم إشراك التوحديين في العملية التربوية من صميم هذا البعد، كما أن مشكلة الشروط والالتزامات التي تضعها بعض المراكز لقبول الأطفال التوحديين يعرقل عملية تعليم وتربية هؤلاء الأطفال، وعدم توفر مناهج خاصة بالتوحديين في المراكز التي تستقبلهم... الخ ولذلك جاءت هذه النتائج دالة احصائيا على اعتبار ان المختص اكثر وعيا وكل مختص وكفاءته وتكوينه وتأهيله في ميدان التوحد.

أما البعد الثاني (المشكلات النفسية والصحية) من القائمة التقديرية للمشكلات فقد باينت نتائجه نتائج المحور الأول اذ لم تتحقق الدلالة الإحصائية، كون ان هذا الجانب ليس الأكثر تأثيرا على المختص بل اكثره تأثيرا على الولي فمعظم مشكلات هذا البعد يعيشها أولياء الطفل التوحدي لانهم اكثر احتكاكا به كما انهم اكثر تأثرا من وجود طفل توحدي من المختصين لذلك جاءت استجابات المختصين غير دالة احصائيا ومنه لا توجد فروق جوهرية بين المختصين حسب متغير الجنس.

اما البعد الثالث – المشكلات الاجتماعية-فجاءت نتائجه دالة احصائيا حسب متغير جنس المختص فكانت ادراكاتهم مختلفة في جوهرها وهو نابع من مدى تأثرهم من حالة الأطفال فتأثر المختصة ليس هو بالضرورة نفسه عند المختص طبع يرجع الى تركيبة الانثى الشخصية وقدرتها على المواجهة.

وكذلك الشأن بالنسبة لنتائج القائمة ككل فقد جاءت دالة احصائيا حسب متغير الجنس – المختص – ومنه نستنتج **تحقق الفرضية** الخاصة بهذه الدراسة القائلة بوجود فروق دالة احصائيا عند مستوى **0.05** بين متوسطي درجات المختصين على ابعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس المختص.

4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

4-1- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأولياء ودرجات المختصين على قائمة المشكلات تعزى لمتغير جنس الولي وجنس المختص وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار –ت– للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين الجنسين أولياء ومختصين وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (**24**): يبين قيمة اختبار –ت– لدلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة – أولياء، مختصين – على القائمة التقديرية للمشكلات حسب متغير الجنس.

الدلالة الإحصائية	قيمة –ت–	دلالة الفروق: نسبة الثقة للفروق 95% العليا	الدنيا	الخطأ المعياري للمتوسطات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المختصين	الاولياء	المحاور
,325	-1,017	1,64344	-4,64344	1,47479	5,89915	-1,50000	مختصين ذكور	أولياء ذكور	المحور الأول
,004	-3,423	-,94341	-4,05659	,73030	2,92119	-2,50000	مختصين ذكور	أولياء ذكور	المحور الثاني
,021	2,580	5,82122	,55378	1,23565	4,94259	3,18750	مختصين ذكور	أولياء ذكور	المحور الثالث
,000	-8,719	-3,36026	-5,35403	,49970	4,18082	-4,35714	مختصين اناث	أولياء اناث	المحور الأول
,000	-7,148	-2,01851	-3,58149	,39174	3,27750	-2,80000	مختصين اناث	أولياء اناث	المحور الثاني
,075	1,810	1,29150	-,06292	,33946	2,84015	,61429	مختصين اناث	أولياء اناث	المحور الثالث
,768	-,300	4,96021	-6,58521	2,70835	10,83340	-,81250	المختصين ذكور	الاولياء ذكور	القائمة ككل
,000	-10,267	-5,27159	-7,81413	,63724	5,33157	-6,54286	المختصين اناث	الاولياء اناث	القائمة ككل

و نلاحظ من خلال **الجدول رقم** (**24**) أن دلالة الفروق بين الاولياء والمختصين على ابعاد القائمة التقديرية كانت كالتالي:

- بالنسبة للمحور الأول (مختصين ذكور، أولياء ذكور)فكانت قيمة **–ت– -1.01** عند مستوى **0.32** وهي قيمة غير دالة احصائيا، وبذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من ذكور الاولياء وذكور المختصين عند مستوى الدلالة **0.01** او **0.05**، اما المحور الثاني (مختصين ذكور، أولياء ذكور) فبلغت قيمت **–ت– 3.42-** عند مستوى دلالة **0.004** وقيمة دالة احصائيا، وبذلك تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة **0.01** بين كل من (مختصين ذكور، أولياء ذكور)، كما ان قيمت **–ت–** للمحور الثالث جاءت دالة احصائيا، حيث بلغت **2.58** عند مستوى دلالة **0.021** وبذلك توجد فروق دلالة إحصائية عند مستوى دلالة **0.01** بين كل من (مختصين ذكور، أولياء ذكور) للمحور الثالث

- أما في ما يخص الاناث فجاءت قيمة **ـت–** للمحور الأول (إناث مختصين، اناث اولياء) **8.71–** عند مستوى دلالة **0.000**، وهي دالة احصائيا، وبذلك تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة **0.01**، كما بلغت قيمة **ـت–** للمحور الثاني **7.14–** عند مستوى دلالة **0.000** وهي قيمة دالة احصائيا، وهي كذلك تقر بوجود فروق جوهرية بين (مختصين اناث، أولياء اناث) عند مستوى دلالة **0.01** أما المحور الثالث فقدرت قيمة ـت– بـ **1.81** عند مستوى دلالة **0.075** وهي قيمة قريبة من الدلالة الإحصائية دون وجود فروق جوهرية بين كل من (مختصين اناث، أولياء اناث)، أما بالنسبة للقائمة ككل فقيمة **ـت–** بالنسبة للفرق بين ذكور المختصين وذكور الاولياء بلغت **0.30–** عند مستوى دلالة **0.76** وهي غير دالة احصائيا، وبذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، وفي نفس السياق جاءت قيمة ـت– دالة احصائيا للقائمة ككل بين كل من اناث المختصين واناث الاولياء فبلغت **10.26–** عند مستوى دلالة **0.000**، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية على القائمة التقديرية ككل بين اناث المختصين واناث الاولياء.

4-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأولياء ودرجات المختصين على قائمة المشكلات تعزى لمتغير جنس الولي وجنس المختص

عند ملاحظتنا لهذه النتائج نجدها كالتالي: بالنسبة للقائمة ككل فقيمة **ـت–**بالنسبة للفرق بين ذكور المختصين وذكور الاولياء بلغت **0.30–** عند مستوى دلالة **0.76** وهي غير دالة احصائيا، وبذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، وفي نفس السياق جاءت قيمة ـت– دالة احصائيا للقائمة ككل بين كل من اناث المختصين واناث الاولياء فبلغت **10.26–** عند مستوى دلالة **0.000**، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية على القائمة التقديرية ككل بين اناث المختصين واناث الاولياء.

ويرجع الباحث هذا الاختلاف في الدلالة بين عدم دلالة الفرق بالنسبة لذكور المختصين، وذكور الاولياء، ودلالة الفرق بين اناث المختصين واناث الاولياء الى ما يلي:

- ان إدراك الذكر سواء مختص او ولي للمشكلات هو نفسه لكلا الفئتين لان ما هو معروف ان الرجل في تعامله مع المشكلات والظروف الصعبة اكثر رزانة وقوة في المواجهة وهو ما أكدته العديد من الدراسات النفسية والاجتماعية
- كما ان طبيعة عمل الرجل واهتماماته تفرض عليه الابتعاد نسبيا عن ظروف البيت بالنسبة للولي، وعدم توليه مهمة الرعاية للأطفال التوحديين داخل المراكز بالنسبة للمختص الذكر فمن خلال تطبيقنا لهذه الدراسة الميدانية اكتشفنا ان معظم العاملين مع التوحديين هم اناث وهذا ما يجعل ادراكاتهم غير مختلفة في جوهرها.

- أما بالنسبة للإناث فقد جاءت النتائج دالة احصائيا ذلك ان إدراك الام للمشكلات بالنظر الى درجة تأثير هذه المشكلات بسبب قربها الشديد للطفل التوحدي فرض هذا الاختلاف مع المختصة وادراكها للمشكلات داخل المركز فبعدها النسبي عن الطفل يؤدي الى نوع من نقص الاهتمام وهذا ما أدى الى وجود فروق دالة احصائيا بينهم. كما أن الأطفال الذكور يعانون اكثر من الاناث في المشكلات السلوكية، اما المشكلات الأخرى الاجتماعية والنفسية والتربوية التعليمية نجد ان الاناث يتأثرون اكثر من الذكور بهذه المشكلات وهو ما يفسر دلالة الفروق لصالح الاناث.

و بهذا **تحققت الفرضية** القائلة بعدم وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي وجنس المختص العامل معه.

5- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

5-1- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير درجة الاصابة بالتوحد لصالح أولياء المصابين بدرجة متوسطة

وللتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (25) يبين قيمة —ف—لدلالة الفرق بين متوسطي درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير درجة الإصابة **— خفيفة، متوسطة، شديدة —**

مستوى الدلالة	قيمةF	متوسط المربعات	ddl	مجموع المربعات	الأطفال التوحديين	
.	.	72,342	16	1157,467	Inter-groupes	درجة خفيفة
		,000	13	,000	Intra-groupes	
			29	1157,467	Total	
,014	1,987	105,596	42	4435,021	Inter-groupes	درجة متوسطة
		53,133	43	2284,700	Intra-groupes	
			85	6719,721	Total	
,902	,588	9,859	29	285,917	Inter-groupes	درجة شديدة
		16,778	18	302,000	Intra-groupes	
			47	587,917	Total	

و نلاحظ من خلال **الجدول رقم (25)** أن قيمة **f** كالتالي:

- قيمة **—ف—** بالنسبة لفئة درجة الإصابة الخفيفة جاءت معدومة وبذلك غير دالة احصائيا

- قيمة **ـف-** بالنسبة لفئة درجة الإصابة المتوسطة جاءت دالة احصائيا حيث بلغت قيمة **ـف- 1.98** عند مستوى دلالة **0.014**

قيمة ـف- بالنسبة لفئة درجة الإصابة الشديدة جاءت غير دالة احصائيا فبلغت قيمة **ـف- 0.58** عند مستوى دلالة **0.902** ومنه نستنتج وجود فروق معنوية حسب متغير درجة الإصابة على القائمة التقديرية للمشكلات ولصالح الدرجة المتوسطة.

5-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

التي تنص على:

تصور المختصين لمستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته يتراوح ما بين المتوسط الى المقبول

ويتضح من الجدول رقم(**28**) ان اكبر عدد من البنود -المؤشرات-مصنفة ضمن المستوى الممتاز، حيث نجد في:

- **المحور الأول**: **جودة التكفل التربوي والتعليمي**: نجد **24** مؤشرا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين(**3.80 – 3.05**)، و**05** مؤشرات في المستوى المتوسط، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين(**3.04 – 2.30**)، و**05** مؤشرات في المستوى المنخفض، وتراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**2.29 – 1.50**).
- **المحور الثاني**: **جودة التكفل الاجتماعي والاسري**: نجد **18** مؤشرا في المستوى الممتاز، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.80 – 3.05**)، و**14** مؤشرا في المستوى المتوسط، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.04 – 2.30**)، اما المستوى المنخفض فلا يوجد أي مؤشر فيه.
- **المحور الثالث**: **جودة التكفل النفسي والصحي** ونجد **19** مؤشرا في المستوى الممتاز، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.80 – 3.05**)، و**13** مؤشرا في المستوى **المتوسط** تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.04 – 2.30**)، ونلاحظ وجود مؤشرين (**02**) فقط في المستوى المنخفض الذي تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**2.29 – 1.50**).
- أما قائمة المؤشرات ككل فقد احتوت على **61** مؤشرا ضمن المستوى **الممتاز**، و**32** مؤشر ضمن المستوى المتوسط و**07** مؤشرات فقط ضمن المستوى المنخفض بنسب مأوية على الترتيب التالي:

61 %، 32 %، 07 %

- من خلال هذه المعطيات للدراسة الحالية ومن خلال مقارنتها مع الدراسات السابقة المعتمدة يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع الكثير من الدراسات التي إما اقترحت مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات للأطفال التوحديين كدراسة الزارع **2008** التي جاء فيها عنصر البرنامج التربوي والخطة التربوية الفردية بأعلى قيمة وهو الحال بالنسبة للدراسة الحالية التي اثبتت ان محور جودة التكفل التربوي والتعليمي الذي حصل

على اعلى قيمة بوجود **24** مؤشرا في المستوى الممتاز، كما واتفقت هذه النتائج مع نتائج عاكف عبد الله الخطيب واخرون **2011** حيث اشارت النتائج بالنسبة لاضطراب التوحد ان بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد الخدمات والبرامج، وهو نفســه البعد المعبر عنه في هذه الدراســة ببعد جودة التكفل التربوي والتعليمي الذي يتضمن بنود عن البرامج والخطط التربوية والتعليمية بالإضافة الى مختلف الخدمات التربوية والتعليمية.

ويرجع هذا الاتفاق من وجهة نظر الباحث ان البيئة العربية كلها لها نفس التصور ومستوى الوعي عن اضطراب طيف التوحد وان وجد اختلاف فهو لا يرقى لان يكون اختلافا جوهريا، كما ان مستوى تقديم الخدمات والتكفل لهذه الفئة يبقى يتراوح ما بين الدول العربية بالتقريب نفس المستوى. كما ان سعي معظم الدول العربية لتفعيل تجربة الدمج هي من بين اهم اهداف هذه الدول لذلك نجد ان في مقدمة مؤشرات ضبط جودة التكفل وتقديم البرامج والخدمات هو الجانب التربوي التعليمي وهو ما اقرته نتائج الدراسة الحالية، كما وأكدت نتائج دراسة وفاء إحسان خليل الشخشير سنة **2011**، تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات التربية الخاصة في شمال الضفة الغربية لفلسطين ان عنصري المنهاج والمعلم تحصلا على اكبر قيمة من الفعالية، كما واثبتت دراسة أسماء صابر السيد زايد سنة **2012**، متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي بمدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، إن تحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي هي نقطة البدء في تطبيق الجودة والاعتماد في مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، وقد توصل البحث إلي مجموعة من المتطلبات الواجب توافرها في هذه المدارس.

و نرجع حصول بعد جودة التكفل التربوي والتعليمي على اعلى مستوى وهو المستوى الممتاز الذي يتراوح ما بين درجتي **03** و**04** الى ان وعي المختصين بأساليب الرعاية والتكفل بالتوحديين داخل المراكز هو ما ترك هذا الأثر على اعتبار ان المختصين هم من يسهر على تقديم الخدمات التربوية والتعليمية للأطفال التوحديين دون ان ننسى بأن المختصين هم من استجابوا لهذا المقياس – مقياس ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والجانب التربوي والتعليمي هو مجال عملهم واهتمامهم.

6- عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة:

6-1- عرض نتائج الفرضية السادسة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصــائية بين متوســطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشــكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي– الدخل الشهري –لأسرة الطفل المصاب بالتوحد. وللتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** وكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (26): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** لدلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة تبعا لمتغير الدخل الشهري للأسرة (عالي، متوسط، ضعيف)

الاولياء		مجموع المربعات	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية
مستوى الدخل عالي	Inter-groupes	259,556	37,079	.	.
	Intra-groupes	,000	,000		
	Total	259,556			
مستوى الدخل متوسط	Inter-groupes	1667,794	50,539	,736	,831
	Intra-groupes	4397,400	68,709		
	Total	6065,194			
مستوى الدخل ضعيف	Inter-groupes	705,486	30,673	1,193	,315
	Intra-groupes	848,233	25,704		
	Total	1553,719			

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول(**26**) أعلاه أن قيمة **f** جاءت غير دالة احصائيا في جميع مستويات الدخل لأسرة الطفل التوحدي حيث لم تظهر قيمة **–ف**–الا في مستوى الدخل المتوسط وبلغت **0.73** عد مستوى الدلالة **0.83** وهي غير دالة، وكذلك في مستوى الدخل الضعيف وبلغت **1.19** عند مستوى الدلالة **0.31** وبذلك تقر بعدم وجود فروق جوهرية حسب متغير درجة الإصابة

6–2– مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي– الدخل الشهري – لأسرة الطفل المصاب بالتوحد.

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول رقم (26) أن قيمة **f** جاءت غير دالة احصائيا في جميع مستويات الدخل لأسرة الطفل التوحدي حيث لم تظهر قيمة **–ف**–الا في مستوى الدخل المتوسط وبلغت **0.73** عند مستوى الدلالة **0.83** وهي غير دالة، وكذلك في مستوى الدخل الضعيف وبلغت **1.19** عند مستوى الدلالة **0.31** وبذلك تقر بعدم وجود فروق جوهرية حسب متغير درجة الإصابة

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين**anova** لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة داخل وبين المجموعات على القائمة التقديرية للمشكلات وتم التوصل الى النتائج الموضحة في الجدول رقم () ، حيث لم تظهر قيمة –ف– للأولياء ذوو الدخل الشهري العالي في جدول النتائج المحصل

عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات، اذا فقيمة —ف– معدومة لهذه الفئة، أما لذوي المستوى الاقتصادي المتوسط أو الدخل الشهري المتوسط فبلغت قيمة —ف– **0.73** عند مستوى دلالة **0.83** وهي بهذا قيمة غير دالة احصائيا أما لذوي المستوى الاقتصادي الضعيف فبلغت قيمة —ف– **1.19** عند مستوى دلالة **0.31**و هي أيضا قيمة غير دالة احصائيا وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى **0.05** او **0.01** بين درجات افراد العينة على ابعاد القائمة التقديرية للمشكلات.

ويفسر الباحث هذه النتائج التي بينت وجود تباينا ظاهريا في مربع المتوسطات ومجموع المربعات لمشكلات الطفل التوحدي واسرته بسبب اختلاف فئات الدخل الشهري لأولياء الأمور، اما قيمة —ف– فقد بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 و0.01 حسب متغير الدخل الشهري لأولياء الأمور، ومع هذا جاءت فروق ظاهرية لصالح فئة ذوو الدخل الضعيف التي بلغت قيمة —ف– **1.19** وهي قيمة قريبة من الدلالة الإحصائية ويمكن تفسير هذه النتائج الى ان هذه الفئة بسبب دخلها الشهري الضعيف لا تستطيع مواجهة هذه المشكلات، وبذلك ظهر تأثرها الكبير بها، عكس ذوو الدخل الشهري المرتفع فهم قادرين على مواجهة هذه المشكلات ولذلك كانت استجاباتهم اقل تقديرا أي ادراكهم للمشكلات يكاد ينعدم وبذلك نستنتج ان هناك علاقة طردية بين الدخل الشهري للأولياء وبين ادراكهم للمشكلات، فكلما كان الدخل مرتفع كان ادراكهم للمشكلات منخفض والعكس كلما قل دخلهم الشهري كلما ارتفع ادراكهم للمشكلات وبالتالي يزيد مستوى تأثرهم بها.

و منه نستنتج **تحقق الفرضية** القائلة بعدم وجود فروق دالة احصائيا تعزى لمتغير الدخل الشهري – المستوى الاقتصادي– وقد جاءت عكس نتائج دراسة مساعدة سنة **1990** مشكلات الطلبة المعاقين في الجامعة الأردنية التي بينت وجود فروق دالة احصائيا حسب متغير الدخل الشهري

7– عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السابعة:

7–1– عرض نتائج الفرضية السابعة:

التي تنص على:

تصور المختصين لمستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته يتراوح ما بين المتوسط الى المقبول وللتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على مقاييس الإحصاء الوصفي متوسطات حسابية، انحرافات معيارية، وكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (27): يبين النتائج المحصل عليها من خلال استخدام مقاييس الإحصاء الوصفي لاستجابات عينة الدراسة (المختصين).

المحاور والبنود	العينة	القيمة الأدنى	القيمة الاعلى	المجموع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
VAR01	86	3,00	4,00	327,00	3,8023	,40058
VAR02	86	2,00	4,00	280,00	3,2558	,59776
VAR03	86	1,00	4,00	276,00	3,2093	,72138
VAR04	86	1,00	4,00	294,00	3,4186	,74305
VAR05	86	2,00	4,00	303,00	3,5233	,58865
VAR06	86	1,00	4,00	191,00	2,2209	1,24995
VAR07	86	1,00	4,00	281,00	3,2674	,78851
VAR08	86	2,00	4,00	275,00	3,1977	,77944
VAR09	86	1,00	4,00	281,00	3,2674	,54068
VAR10	86	2,00	4,00	299,00	3,4767	,68129
VAR11	86	1,00	4,00	305,00	3,5465	,73014
VAR12	86	2,00	4,00	271,00	3,1512	,69481
VAR13	86	2,00	4,00	294,00	3,4186	,69393
VAR14	86	1,00	4,00	199,00	2,3140	,91087
VAR15	86	1,00	4,00	256,00	2,9767	,73527
VAR16	86	1,00	3,00	130,00	1,5116	,71528
VAR17	86	1,00	4,00	176,00	2,0465	,94442
VAR18	86	1,00	4,00	178,00	2,0698	,71605
VAR19	86	1,00	3,00	131,00	1,5233	,71499
VAR20	86	1,00	4,00	176,00	2,0465	,94442
VAR21	86	2,00	4,00	257,00	2,9884	,52005
VAR22	86	1,00	4,00	251,00	2,9186	,59833
VAR23	86	1,00	4,00	303,00	3,5233	,73126
VAR24	86	2,00	4,00	270,00	3,1395	,70565
VAR25	86	2,00	4,00	293,00	3,4070	,67524
VAR26	86	1,00	4,00	226,00	2,6279	,84082
VAR27	86	2,00	4,00	206,00	2,3953	,55897
VAR28	86	2,00	4,00	270,00	3,1395	,78460
VAR29	86	2,00	4,00	296,00	3,4419	,60594
VAR30	86	1,00	4,00	304,00	3,5349	,73080
VAR31	86	2,00	4,00	270,00	3,1395	,70565
VAR32	86	2,00	4,00	293,00	3,4070	,67524
VAR33	86	1,00	4,00	270,00	3,1395	,76946
VAR34	86	2,00	4,00	293,00	3,4070	,67524

المحور الأول	**86**	**93,00**	**117,0**	**8725,0**	**101,453**	**5,65406**
01VAR	86	2,00	4,00	205,00	2,3837	,55664
02VAR	86	2,00	4,00	254,00	2,9535	,71795
03VAR	86	2,00	4,00	282,00	3,2791	,64445
04VAR	86	2,00	4,00	271,00	3,1512	,52058
05VAR	86	1,00	4,00	254,00	2,9535	,61179
06VAR	86	1,00	4,00	251,00	2,9186	,96058
07VAR	86	1,00	4,00	236,00	2,7442	,92273
08VAR	86	1,00	4,00	283,00	3,2907	,71729
09VAR	86	1,00	4,00	296,00	3,4419	,72930
10VAR	86	2,00	4,00	287,00	3,3372	,66174
11VAR	86	2,00	4,00	272,00	3,1628	,76482
12VAR	86	1,00	4,00	282,00	3,2791	,54560
13VAR	86	2,00	4,00	297,00	3,4535	,69717
14VAR	86	1,00	4,00	304,00	3,5349	,73080
15VAR	86	1,00	4,00	251,00	2,9186	,96058
16VAR	86	1,00	4,00	235,00	2,7326	,91297
17VAR	86	1,00	4,00	283,00	3,2907	,71729
18VAR	86	1,00	4,00	296,00	3,4419	,72930
19VAR	86	2,00	4,00	206,00	2,3953	,55897
20VAR	86	2,00	4,00	253,00	2,9419	,72525
21VAR	86	2,00	4,00	272,00	3,1628	,76482
22VAR	86	1,00	4,00	281,00	3,2674	,54068
23VAR	86	2,00	4,00	298,00	3,4651	,69786
24VAR	86	1,00	4,00	304,00	3,5349	,73080
25VAR	86	2,00	4,00	268,00	3,1163	,62155
26VAR	86	1,00	4,00	206,00	2,3953	,77123
27VAR	86	1,00	4,00	218,00	2,5349	,68079
28VAR	86	1,00	4,00	212,00	2,4651	,83592
29VAR	86	2,00	4,00	205,00	2,3837	,55664
30VAR	86	2,00	4,00	254,00	2,9535	,71795
31VAR	86	2,00	4,00	272,00	3,1628	,76482
32VAR	86	1,00	4,00	282,00	3,2791	,54560
المحور الثاني	**86**	**89,00**	**110,0**	**8370,0**	**97,3256**	**4,73396**
01VAR	86	2,00	4,00	297,00	3,4535	,69717
02VAR	86	1,00	4,00	303,00	3,5233	,73126
03VAR	86	1,00	4,00	303,00	3,5233	,74718

,96228	2,9419	253,00	4,00	1,00	86	04VAR
,86527	2,8023	241,00	4,00	1,00	86	05VAR
,71308	3,3372	287,00	4,00	1,00	86	06VAR
,71528	3,4884	300,00	4,00	1,00	86	07VAR
,55664	2,3837	205,00	4,00	2,00	86	08VAR
,54560	3,2791	282,00	4,00	1,00	86	09VAR
,77486	3,1512	271,00	4,00	2,00	86	10VAR
,66256	2,4535	211,00	4,00	1,00	86	11VAR
,55664	2,3837	205,00	4,00	2,00	86	12VAR
,72525	2,9419	253,00	4,00	2,00	86	13VAR
,76482	3,1628	272,00	4,00	2,00	86	14VAR
,54560	3,2791	282,00	4,00	1,00	86	15VAR
,69717	3,4535	297,00	4,00	2,00	86	16VAR
,74755	3,5000	301,00	4,00	1,00	86	17VAR
,71499	1,5233	131,00	3,00	1,00	86	18VAR
,94442	2,0465	176,00	4,00	1,00	86	19VAR
,53085	2,9767	256,00	4,00	2,00	86	20VAR
,60640	2,9070	250,00	4,00	1,00	86	21VAR
,74745	3,5116	302,00	4,00	1,00	86	22VAR
,71795	2,9535	254,00	4,00	2,00	86	23VAR
,74718	3,5233	303,00	4,00	1,00	86	24VAR
,96228	2,9419	253,00	4,00	1,00	86	25VAR
,86527	2,8023	241,00	4,00	1,00	86	26VAR
,71308	3,3372	287,00	4,00	1,00	86	27VAR
,71528	3,4884	300,00	4,00	1,00	86	28VAR
,55897	2,3953	206,00	4,00	2,00	86	29VAR
,76482	3,1628	272,00	4,00	2,00	86	30VAR
,54068	3,2674	281,00	4,00	1,00	86	31VAR
,69717	3,4535	297,00	4,00	2,00	86	32VAR
,91775	2,8721	247,00	4,00	1,00	86	33VAR
,73126	3,5233	303,00	4,00	1,00	86	34VAR
6,68481	**103,744**	**8922,0**	**118,0**	**88,00**	**86**	**المحور الثالث**
14,05178	**302,523**	**26017,**	**344,0**	**270,0**	**86**	**القائمة ككل**

ونلاحظ من خلال **الجدول رقم(27)** ان مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل المقترحة من طرف المختصين تراوحت ما بين المستوى المرتفع والمتوسط والمنخفض وكان ترتيبها حسب الإحصاء الوصفي كالتالي:

جدول رقم (28): يوضح ترتيب المؤشرات الخاصة بجودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي حسب المستويات (منخفض، متوسط، ممتاز) حسب قيمة المتوسط الحسابي للبند.

المحور	المستويات / البنود	مستوى ممتاز (3.80 – 3.05)	مستوى متوسط (3.04 – 2.30)	مستوى منخفض (2.29 – 1.50)
المحور 01	ارقام البنود المصنفة ضمن هذا المستوى	01-02-03-04-05-07-08-09-10-11-12-13-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34	06-14-15-21-22	16-17-18-19-20
المحور 02	ارقام البنود المصنفة ضمن هذا المستوى	03-04-08-09-10-11-12-13-14-17-18-21-22-23-24-25-31-32	01-02-05-06-07-15-16-19-20-26-27-28-29-30	
المحور 03	ارقام البنود المصنفة ضمن هذا المستوى	01-02-03-06-07-09-10-14-15-16-17-22-24-27-28-30-31-32-34	04-05-08-11-12-13-20-21-23-25-26-29-33	18-19-

ويتضح من الجدول **28** أعلاه ان أكبر عدد من البنود – المؤشرات-مصنفة ضمن المستوى الممتاز، حيث نجد في:

- **المحور الأول**: نجد **24** مؤشرا تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.80 – 3.05**)، و**05** مؤشرات في المستوى المتوسط، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.04 – 2.30**)، و**05** مؤشرات في المستوى المنخفض، وتراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**2.29 – 1.50**).
- **المحور الثاني**: نجد **18** مؤشرا في المستوى الممتاز، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.80 – 3.05**)، و**14** مؤشرا في المستوى المتوسط، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.04 – 2.30**)، اما المستوى المنخفض فلا يوجد أي مؤشر فيه.
- **المحور الثالث**: ونجد **19** مؤشرا في المستوى الممتاز، تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.80 – 3.05**)، و**13** مؤشرا في المستوى المتوسط تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**3.04 – 2.30**)، ونلاحظ وجود مؤشرين (**02**) فقط في المستوى المنخفض الذي تراوحت قيمة المتوسط الحسابي فيه ما بين (**2.29 – 1.50**).

- أما قائمة المؤشرات ككل فقد احتوت على **61** مؤشرا ضمن المستوى الممتاز، و**32** مؤشر ضمن المستوى المتوسط و**07** مؤشرات فقط ضمن المستوى المنخفض بنسب مأوية على الترتيب التالي: **61 %، 32 %، 07 %**

7-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السابعة:

التي تنص على:

تصور المختصين لمستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته يتراوح ما بين المتوسط الى المقبول

من خلال هذه المعطيات للبحث الحالي ومن خلال مقارنتها مع الدراسات السابقة المعتمدة يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع الكثير من الدراسات التي إما اقترحت مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات للأطفال التوحديين كدراسة الزارع **2008** التي جاء فيها عنصر البرنامج التربوي والخطة التربوية الفردية بأعلى قيمة وهو الحال بالنسبة للدراسة الحالية التي اثبتت ان محور جودة التكفل التربوي والتعليمي الذي حصل على اعلى قيمة بوجود **24** مؤشرا في المستوى الممتاز، كما واتفقت هذه النتائج مع نتائج عاكف عبد الله الخطيب واخرون **2011** حيث اشارت النتائج بالنسبة لاضطراب التوحد ان بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد الخدمات والبرامج، وهو نفسه البعد المعبر عنه في هذه الدراسة ببعد جودة التكفل التربوي والتعليمي الذي يتضمن بنود عن البرامج والخطط التربوية والتعليمية بالإضافة الى مختلف الخدمات التربوية والتعليمية.

ويرجع هذا الاتفاق من وجهة نظر الباحث ان البيئة العربية كلها لها نفس التصور ومستوى الوعي عن اضطراب طيف التوحد وان وجد اختلاف فهو لا يرقى لان يكون اختلافا جوهريا، كما ان مستوى تقديم الخدمات والتكفل لهذه الفئة يبقى يتراوح ما بين الدول العربية بالتقريب نفس المستوى. كما ان سعي معظم الدول العربية لتفعيل تجربة الدمج هي من بين اهم اهداف هذه الدول لذلك نجد ان في مقدمة مؤشرات ضبط جودة التكفل وتقديم البرامج والخدمات هو الجانب التربوي التعليمي وهو ما اقرته نتائج الدراسة الحالية، كما وأكدت نتائج دراسة وفاء إحسان خليل الشخشير سنة **2011**، تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات التربية الخاصة في شمال الضفة الغربية لفلسطين ان عنصري المنهاج والمعلم تحصلا على اكبر قيمة من الفعالية، كما واثبتت دراسة أسماء صابر السيد زايد سنة **2012**، متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي بمدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، إن تحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي هي نقطة البدء في تطبيق الجودة والاعتماد في مدارس التربية الخاصة الابتدائية بمحافظة سوهاج، وقد توصل البحث إلي مجموعة من المتطلبات الواجب توافرها في هذه المدارس.

و يرجع الباحث حصول بعد جودة التكفل التربوي والتعليمي على اعلى مستوى وهو المستوى الممتاز الذي يتراوح ما بين درجتي **03** و**04** الى ان وعي المختصين بأساليب الرعاية والتكفل بالتوحديين داخل المراكز هو ما ترك هذا الأثر على اعتبار ان المختصين هم من يسهر على تقديم الخدمات التربوية والتعليمية للأطفال التوحديين

دون ان ننسى بأن المختصين هم من استجابوا لهذا المقياس – مقياس ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والجانب التربوي والتعليمي هو مجال عملهم واهتمامهم.

8- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

8-1- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس المختص

وللتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار –ت–Ttest لدلالة الفروق والجدول التالي يوضح النتائج

الجدول رقم (29): يوضح نتائج اختبار –ت–لدلالة الفروق بين الجنسين – ذكور، إناث – للمختصين

الدلالة الإحصائية	T	دلالة الفروق اختبار –ت– نسبة الثقة 95 % الأعلى	الأدنى	الخطأ المعياري	الانحراف	المتوسط	المختصين
,070	-1,949	,34595	-7,72095	1,89235	7,56940	-3,68750	المحور الأول ذكور اناث
,712	-,377	4,07374	-5,82374	2,32177	9,28709	-,87500	المحور الثاني ذكور اناث
,512	-,672	3,66847	-7,04347	2,51283	10,05133	-1,68750	المحور الثالث ذكور اناث
,315	-1,038	6,57786	-19,0778	6,01837	24,07350	-6,25000	القائمة ككل ذكور اناث

8-2- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثامنة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس المختص

و نلاحظ من خلال **الجدول رقم** قيمة –ت– لدلالة الفروق بين الجنسين بلغت في المحور الأول **1.949-** عند مستوى دلالة قدره **0.07**، وهو دال احصائيا عند **0.05**، أما قيمة –ت– في المحور الثاني فقدرت بـــــــ **0.37-** عند مستوى دلالة **0.712** وهو غير دال احصائيا عند **0.01** او **0.05**، أما المحور الثالث فبلغت قيمة –ت– فيه **0.672-** عند مستوى دلالة **0.512**، وهو بهذا غير دال احصائيا عند **0.05** أو **0.01** أما قائمة مؤشرات ضبط جودة التكفل ككل فبلغت قيمة –ت– فيها **1.038-** عند مستوى دلالة **0.315** وهو غير دال احصائيا عند **0.01** او **0.05**، ومنه نستنتج أن:

قيمة –ت–غير دالة احصائيا عند **0.01** أي ان هذه النتائج تقر بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المختصين على قائمة المؤشرات تعزى لمتغير جنس المختص ما عدا في المحور الأول.

و هو ما اكدته نتائج دراسة الزارع **2015** اذ توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس في جميع المجالات، وفي الدرجة الكلية، كما تعارضــت نتائج الدراســة الحالية مع دراســة يونس والحميدي (**2014**) والتي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية لأثر الجنس على جميع المجالات والمقياس ككل، ويفسـر الباحـث هذا الاتفاق في النتائج بين هذه الدراسـات والدراسـة الحالية هو ان كل هذه الدراسـات تناولت مدى تطابق معاير ومؤشـــرات الجودة على برامج التربية الخاصـــة في البيئة الســـعودية، والدراســـة الحالية فقد اعتمدت على تحديد مســـتويات مؤشـــرات الجودة وقدرتها على التكفل بمشـــكلات الطفل التوحدي في الجزائر واثر الجنس على تحديد المستوى، فدراسـة مؤشـرات الجودة هي نفسـها في جميع البيئات العالمية لذلك جاءت نتائج الدراسـة الحالية متفقة مع هذه الدراسـات، كما تعارضـت نتائج الدراسـة الحالية مع نتائج دراسـة المومني **2008**، والتي بينت النتائج ان بعض المتغيرات أحدثت اثرا دالا احصائيا للجنس

أما عن نتائج الدراسـة الحالية فيمكن تفسـير عدم وجود الدلالة فيه الى ان رؤية المختصـين الذكور لمسـتوى المؤشـــرات لا يختلف في جوهره عن تصـــور المختصـــات الاناث، ذلك ان طبيعة تعامل المختصـــين مع الأطفال التوحديين لا تختلف بحكم تطبيقهم لنفس البرامج والخدمات بالإضـافة الى ان الخطة الفردية التي يعتمدها المراكز في الجزائر هي نفسـها وهم نفسـهم القائمين على تطبيقها لذلك جاءت تصـوراتهم لمسـتويات المؤشـرات متشـابهة في جوهرها، ما عـدا النتـائج المحصـــــل عليها في المحور الأول محور جودة التكفل التربوي والتعليمي التي جـاءت دالـة احصـــائيا عند مســـتوى **0.05**، فقيمة –ت– لدلالة الفروق بين الجنســـين بلغت في المحور الأول **1.949–** عند مسـتوى دلالة قدره **0.07**، ويمكن القول في هذا الشـأن أن تصـورات المختصـين قد اختلفت وهذا راجع لمتغيرات أخرى كالخبرة والمستوى التعليمي... ومنه نخلص الى **عدم تحقق الفرضية** القائلة:ـ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـطي درجات المختصـين على أبعاد مقياس مؤشـرات ضـبط جودة التكفل بمشـكلات الطفل التوحدي وأســـرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصـــص الوظيفي للمختص ذلك ان الباحث افترض بناء على اطلاعه للكثير من الدراســات والأبحاث ومع هذا فالبيئة تحدد بشــكل كبير تشــابه وعدم التشــابه بالنســبة للنتائج، كما ان النتائج تحكمها المعطيات والبيئة والأدوات وكل هذه المتغيرات المتعلقة بالدراســـة الحالية تختلف بشـــكل كبير عن باقيها في الدراسات الأخرى.

9- عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية التاسعة:

9-1- عرض نتائج الفرضية التاسعة:

التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار **ANOVA** لدلالة الفروق بين اكثر من عينتين والجدول الاتي يوضح النتائج:

جدول رقم (30): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين **ANOVA** لدلالة الفروق بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي

متغير التخصص	الوظيفي	مجموع المربعات	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الطبيب	بين المجموعات	12,000	12,000		
	خارج المجموعات	,000	,000		
	المجموع	12,000			
النفساني العيادي	بين المجموعات	3491,411	290,951	1,631	,308
	خارج المجموعات	891,700	178,340		
	المجموع	4383,111			
النفساني الارطفوني	بين المجموعات	2300,914	255,657	5,719	,054
	خارج المجموعات	178,800	44,700		
	المجموع	2479,714			
النفساني الحركي	بين المجموعات	324,075	108,025	,805	,553
	خارج المجموعات	536,800	134,200		
	المجموع	860,875			
النفساني البيداغوجي	بين المجموعات	324,514	36,057	,184	,983
	خارج المجموعات	783,200	195,800		
	المجموع	1107,714			
المربي المختص	بين المجموعات	718,000	89,750	,213	,970
	خارج المجموعات	1684,000	421,000		
	المجموع	2402,000			
المربي	بين المجموعات	1734,800	173,480	,937	,578
	خارج المجموعات	740,800	185,200		
	المجموع	2475,600			

و نلاحظ من خلال **الجدول رقم(29)**أن جميع قيم **F** جاءت غير دالة احصائيا بالنسبة لجميع التخصصات الوظيفية للمختص ما عدا قيمة **F** بالنسبة للنفسانيين الارطفونيين حيث بلغت قيمته **5.719** عند مستوى دلالة **0.054** وهو دال احصائيا عند مستوى **0.05**، ومنه نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى **0.05** بين نتائج استجابات المختصين على مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل تعزى لمتغير التخصص الوظيفي، ولصالح النفسانيين الارطفونيين

9-2-مناقشة و تفسير نتائج الفرضية التاسعة:

التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص

من خلال النتائج المتوصل إليها تبين أن جميع قيم **-ف-** جاءت غير دالة احصائيا بالنسبة لجميع التخصصات الوظيفية للمختص ما عدا قيمة **-ف-** بالنسبة للتخصص الوظيفي – النفساني الارطفوني – حيث بلغت قيمته **5.719** عند مستوى دلالة **0.054** وهو دال احصائيا عند مستوى **0.05**، ومنه نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى **0.05** بين نتائج استجابات المختصين على مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل تعزى لمتغير التخصص الوظيفي، ولصالح النفسانيين الارطفونيين، وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع **دراسة الغصاونة وآخرون** التي اشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ **0.05**)في تقييم البرامج التي تقدم في صفوف التربية الخاصة بمدارس العاديين في محافظة الطائف من وجهة نظر المعلمين والمديرين تعزى إلى المتغيرات التالية:- الجنس، المؤهل العلمي، الخبرة، التخصص الوظيفي، نوع الإعاقة كما اختلفت كذلك مع دراسات كل من دراسة القريوتي وآخرون، (**2004**) ودراسة إميلي (**Emily 2004**)،ودراسة الشلول (**2005**) ,ودراسة الشمري (**2000**) **و**يرجع هذا الاختلاف الى طبيعة التكوين والتأهيل الاكاديمي للمختص بين مختلف البيئات العربية – الجزائر، الأردن، مصر، السعودية..- وهذا بدوره يؤثر على تصوراتهم وادراكاتهم لمؤشرات ضبط الجودة.

و يفسر الباحث هذه النتائج على ان تحديد مستوى المؤشرات من طرف الاخصائيين لم يتأثر بنوعية التخصص الوظيفي للمختص ما عدا تخصص النفساني الارطفوني فقد جاءت نتائجه دالة احصائيا عند مستوى دلالة **0.05** وهذا يعني ان ادراك النفسانيين الارطفونيين لمستوى المؤشرات كان ذا اثر ويرجع الباحث هذه النتائج كون هذا التخصص الوظيفي في الجزائر يعتبره الاولياء هو الوحيد المسؤول عن تقديم الخدمات التربوية والنفسية للطفل التوحدي كما ان هذه الفئة وحسب نتائج الدراسة الحالية اثبتوا كفاءة مهنية في ما يخص التكفل بمشكلات الطفل التوحدي في الجزائر أو اسرته من خلال تقديم الخدمات العلاجية للطفل وتقديم الدعم لأسرته طبعا في

حدود نتائج هذه الدراسة، ولكن هذا لا يعني عدم تأثير باقي التخصصات الوظيفية في تحديد مستوى مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر، اذا فالتخصص الوظيفي له دور كبير في تحديد نوعية وجودة مؤشرات التكفل بهذه الفئة واسرهم، ومنه فالفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص **تحققت** ولصالح التخصص الوظيفي – النفساني الارطفوني –.

10- عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية العاشرة:

10-1-عرض نتائج الفرضية العاشرة:

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار **ANOVA** لدلالة الفروق بين أكثر من عينتين والجدول الاتي يوضح النتائج:

جدول رقم (31): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين **ANOVA** لدلالة الفروق بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص

المتغير: سنوات الخبرة		مجموع المربعات	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية
اقل من 05 سنوات	**Inter-groupes**	1896,857	210,762	.	.
	Intra-groupes	,000	,000		
	Total	1896,857			
من 06 الى 10 سنوات	**Inter-groupes**	995,467	76,574	,332	,955
	Intra-groupes	1383,333	230,556		
	Total	2378,800			
من 11 الى 20 سنة	**Inter-groupes**	4120,635	179,158	,889	,616
	Intra-groupes	1612,833	201,604		
	Total	5733,469			
20 سنة فأكثر	**Inter-groupes**	1903,867	146,451	1,070	,497
	Intra-groupes	821,333	136,889		
	Total	2725,200			

ونلاحظ من خلال **الجدول رقم** أن قيم **F** بالنسبة لجميع فئات سنوات الخبرة جاءت غير دالة احصائيا حيث انعدمت قيمته في الفئة الاولى – أقل من **05** سنوات–، وبلغت قيمته في الفئة الثانية **0.332** عند مستوى

0.955، اما الفئة الثالثة فبلغت قيمته فيها **0.88** عند مســتوى دلالة **0.616**، اما الفئة الرابعة 20 ســنة فأكثر فبلغت قيمته **1.07** عند مستوى دلالة **0.49**، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشــرات ضــبط جودة التكفل بمشــكلات الطفل التوحدي واســرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص

10-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة

التي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص

و نلاحظ من خلال **الجدول رقم** أن قيم -ف- بالنســـبة لجميع فئات ســـنوات الخبرة جاءت غير دالة احصائيا حيث انعدمت قيمته في الفئة الاولى – أقل من **05** سنوات-، وبلغت قيمته في الفئة الثانية **0.332** عند مستوى **0.955**، اما الفئة الثالثة فبلغت قيمته فيها **0.88** عند مستوى دلالة **0.616**، اما الفئة الرابعة 20 سنة فأكثر فبلغت قيمته **1.07** عند مســتوى دلالة **0.49**، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصـــائية بين درجات المختصين على ابعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص، وقد اتفقت نتائج الدراســـة الحالية مع دراســـة كل من الحارثي **2013** حيث أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـــائية في تطبيق مؤشــرات جودة البرامج والخدمات، واختلفت كذلك مع دراســة الكشــك **2012** حيث أظهرت هي الأخرى عدم وجود فروق دالة احصـــائيا في وجود تطبيق معايير الجودة الشـــاملة في المدارس الرائدة في مدينة سكاكا تعزى لمتغير سنوات الخبرة، وهذا ما أكدته دراسة سبيرسون **1998**، التي توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية في درجة تطبيق معايير الجودة تعزى الى متغير الخبرة، واختلفت مع نتائج دراســـة علي بن محمد زهيد الغامدي التي توصـــلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصـــائية في درجة تطبيق معايير الجودة تعزى لمتغير سنوات الخبرة.

ويفســـر الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة احصـــائية بين متوســـطي درجات المختصـــين على مقياس مؤشـرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسـرته في الجزائر حسـب متغير سنوات الخبرة المقسـمة الى أربع فئات:"" اقل من **05** سنوات / من **06** الى **10** سنوات / من **11** الى **20** سنة / اكثر من **20** سنة "" أي لا لعلاقة لسنوات الخبرة للمختصين بتصورهم لمستوى المؤشرات ""ممتاز او جيد او مقبول او ضعيف"" بمعنى لا يمكن لخبرة المختص التأثير على ادراكه لمستويات مؤشرات الجودة ويعود السبب في ذلك حسب الباحث الى:

- معظم المختصـــين العاملين مع التوحديين في الجزائر خبرتهم الميدانية مع التوحديين متســـاوية لأن هذا الاضــطراب حديث الاهتمام في الجزائر وبالتالي تصــور المختص الذي لديه اكثر من 20 ســنة هو نفس التصــور للمختص الذي لديه **05** سنوات وبالتالي جاءت النتائج غير دالة احصائيا حسب هذا المتغير.

- تعتبر خبرة جل المختصين في المراكز المختصة في الجزائر موجهة لباقي الاضطرابات كالتخلف الذهني والشلل الدماغي وفرط الحركة ونقص الانتباه...الخ وأن فكرة الدمج الجزئي اعتمدتها الحكومة الجزائرية مؤخرا فقط وذلك بإصدار قرارات تحث فيه على استحداث اقسام خاصة داخل المراكز النفسية البيداغوجية خاصة بالتوحديين **2014**، كما ان قرار الدمج الخاص بالتوحديين في الاقسام الخاصة داخل المؤسسات التربوية العادية لم يفّعل بشكل عام لحد الان وهذا دائما يؤثر بشكل كبير على خبرة العاملين مع التوحديين ولذلك نجد ان خبرتهم تتساوى في هذا الجانب – اضطراب التوحد–

كما ان محدودية المكان الطبق فيه هذه الدراسة له نفس الخصائص والمميزات وهذا ينعكس كذلك على تكوين المختص وتأهيله وخبرته في الميدان حيث ان المكان اقتصر على بعض مناطق الشرق الجزائري فقط فلو كان المكان اشمل مثلا توسع ليصل الى المناطق الوسطى والغربية ممكن نجد فروق بين المختصين حسب خبرتهم، وبالتالي نستنتج **تحقق الفرضية** القائلة بـ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص.

استنتاج عام

يهدف البحث الحالي الى تحديد مؤشـــرات ضـــبط الجودة للبرامج والخدمات واعتمادها كمنحى تكفلي بمشـــكلات الطفل التوحدي وأســـرته في الجزائر في كما يدركها الاولياء والمختصـــين، وفي ضـــوء بعض المتغيرات الديمغرافية كالجنس للولي والمختص، ودرجة الاصـــابة بالتوحد والتخصـــص الوظيفي للمختص، ومســـتوى الدخل الشـهري للأسـرة وسـنوات الخبرة للمختص، وكانت النتائج كما في الجداول الموضـحة سـابقا ويمكن القول بأن جل الفرضيات قد تحققت ماعدا واحدة.

و نستنتج مما سبق ومن خلال المعطيات السابقة والموضحة في فصول الدراسة أن الطفل التوحدي وأسرته في الشرق الجزائري يعاني من الكثير من المشكلات والتي تم تحديدها في قائمة تقديرية اعتمدتها الدراسة كأداة لجمع البيانات ولتحقيق اهدافها: قائمة تقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر والتي نهدف من خلالها الي تحديد أهم المشـــكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأســـرته والتعرف على درجة شـــيوعها بين اســـر التوحديين والمختصـين العاملين مع التوحديين في المراكز النفسـية البيداغوجية، والمؤسـسـات الاسـتشـفائية للأمراض العقلية، والمراكز المختصـة والعيادات التابعة للجمعيات المهتمة بالتوحد في المناطق المحددة في الحدود المكانية للتطبيق الميداني للدراسة، وقد تم تحديد ثلاث محاور تشمل محور المشكلات التربوية والتعليمية، محور المشكلات النفسية والصحية، محور المشـــكلات الاجتماعية ويعتبر هذا هو الشـــق الاول من الدراســـة الحالية وهي عملية مســـح وتحديد أهم المشكلات التي تواجهها اسر التوحديين وأطفالهم وقد تبين من النتائج المحصل عليها ما يلي:

أن استجابات افراد العينة نحو البنود المتعلقة بأبعاد القائمة التقديرية للمشكلات جاءت بدرجة متوسطة في عمومها حيث بلغ المتوسـط الحسـابي لأقل بند في القائمة(**2.14 من 03**)و هذا المتوسـط يقع في الفئة الثانية من القائمة للبدائل والتي تبدأ من(**2.00**) الى (**2.99**)و هي الفئة التي تشـير الى خيارات متوسـطة على أداة الدراسـة، كما بلغ المتوسـط الحسـابي لأكبر درجة البند رقم **25** حيث بلغ المتوسـط الحسـابي (**2.92 من 03**) وينتمي الى نفس الفئة أي المتوسطة التي تقع في الفئة الثانية من القائمة للبدائل والتي تبدأ من(**2.00**) الى (**2.99**)

- كما جاءت أعلى خمس مشكلات طبقا لاستجابات أفراد عينة الدراسة في القائمة ككل كما يلي:

العبارة رقم **25** جاءت في المرتبة الأولى بمتوسـط حسـابي قدره **2.92** وانحراف معياري قدره **0.25**، ثم العبارة رقم **52** في الترتيب الثاني بمتوســـط حســـابي قدره **2.90** وانحراف معياري قدره **0.30** ثم جاءت العبارة رقم **53** في الترتيب الثالث بمتوســـط حســـابي قدره **2.88** وانحراف معياري قدره **0.33**، ثم العبارة رقم **24** في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي قدره **2.86** وانحراف معياري قدره **0.34**، ثم العبارة رقم **51** في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي قدره **2.84** وانحراف معياري قدره **0.39**

- اما اعلى خمس مشكلات طبقا لاستجابات أفراد عينة الدراسة في البعد الأول كانت كما يلي:

(**19، 06، 02، 14، 17**)كما جاءت كل العبارات الخاصة بالبعد الأول الخاص بالمشكلات التعليمية والتربوية دالة احصـــائيا فيما عدا العبارة التي تحمل الرقم(**08**) والتي أظهرت النتائج عدم دلالتها مما يظهر تقاربا كبيرا في ادراك الاولياء للمشكلات التي تواجه أطفالهم التوحديين واسرهم ما عدا العبارة رقم 8 غير دالة احصائيا ما يدل على انها اقل شيوعا وتكرارا بين التوحديين واسرهم، وأقل تأثيرا في هذا البعد، وقد بلغ المتوسط الحسابي للبعد الأول (**47.20**) وهو اقل نسبيا من المتوسطين الحسابيين للبعد الثاني لكن فرق غير جوهري

- أن استجابات افراد العينة نحو العبارات المتعلقة بالمشكلات الصحية والنفسية جاءت بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (**48.97**)، وهذا المتوسط يقع في الفئة الثانية من القائمة للبدائل والتي تبدأ من (**2.00**) الى (**2.99**) وهي الفئة التي تشير الى خيار متوسطة على أداة الدراسة وهو مرتفع قليلا عن المتوسط الحسابي للبعد الأول وقد جاءت كل عبارات البعد الثاني الخاص بالمشكلات الصحية والنفسية دالة احصـــائيا فيما عدا العباراة التي تحمل الرقم (**28**) والتي أظهرت النتائج عدم دلالتها مما يظهر تقاربا كبيرا في ادراك الاولياء للمشكلات التي تواجه أطفالهم التوحديين واسرهم ما عدا العبارة رقم **28** غير دالة احصائيا ما يدل على انها اقل شـــيوعا بين التوحديين واســـرهم، وأقل تأثيرا عليهم، وجاءت خمس بنود الأولى الأعلى درجة لهذا البعد كالتالي: (**24، 23، 22، 21، 20**)

- أن استجابات افراد العينة نحو العبارات المتعلقة بالمشكلات الاجتماعية جاءت كذلك بدرجة

متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (**41.36**)، وهذا المتوسط يقع في الفئة الثانية من القائمة للبدائل والتي تبدأ من (**2.00**) الى (**2.99**) وهي الفئة التي تشير الى خيار متوسط على أداة الدراسة وهو اقل نسبيا عن المتوسط الحسابي للبعدين الأول والثاني

كما جاءت أعلى خمس مشكلات طبقا لاستجابات أفراد عينة الدراسة في هذا البعد كما يلي:

(**52، 53، 51، 49، 54**)

و يمكن تفسير النتائج المحصل عليها في بعد المشكلات الاجتماعية الذي من ضمن مشكلاته التي تؤثر في الاســـرة وطفلها التوحدي عدم احترام المجتمعات للطفل التوحدي وتجاهله وعدم تقبله وكذلك بند الاعتماد الكلي في البرامج والخدمات على الام فقط، وكلاهما مشكلتان عويصتان يصعب التوافق معهما، بحيث عدم قدرة اسر التوحديين على اقناع المجتمع بضـــرورة تقبل ابنهم التوحدي، كما وان الاعتماد الكلي على الام في تقديم البرامج والخدمات يعيق جانب مهم في العائلة وهو مصـــدر الدخل، حيث تعتبر الام في عصـــرنا هذا احد اهم مصـــادر الدخل الى جانب الاب، وبانشغالها عن العمل يؤثر سلبا على دخل الاسرة مما يصعب عملية التكفل الحسن بالطفل وتغطية مصاريفه، خاصة وان حاجة الاهل لتغطية النفقات المادية المترتبة على التحاق الطفل بأحد المراكز المختصة للرعاية، وهذا يستدعي نفقات وأقساط شهرية مرتفعة ومن هنا كانت المشكلات الاجتماعية هي اصعب المشكلات واكثرها شيوعا، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة **دراسة نجاتي أحمد حسن يونس 2015** والتي بينت ان حاجات الاســـر المادية والاجتماعية جاءت في المرتبة الأولى والتي تنبئ عن خطورة هذه المشـــكلات –

الاجتماعية- وبالمقابل جاءت نتائج هذه الدراسة عكس ما توصلت اليه دراسة **سميرة بنت عبدالله الفرحان ال سعود سنة 2015** والتي أظهرت نتائجها ان المشكلات او الصعوبات الصحية تأتي في المقام الأول من معاناة اسر المعاقين، ثم تليها المشكلات الاقتصادية والصحية، ثم التعليمية والتربوية ولعل سبب هذا الاختلاف بين نتائج هذه الدراسات هو اختلاف البيئة وكذلك اختلاف نوع الفئة فكلاهما عاملان مهمان في تحديد نوع التأثير الممارس على هذه الاسر. كما وتعد حاجة الاسر الى الحصول على المعلومات حول هذا الاضطراب يعد من بين اهم المشكلات التي تعيق سير التكفل الحسن لأطفالهم فـــ فاقد الشيء لا يعطيه والذي لا يعرف ليس كالذي يعرف، حيث ان سبب هذه المشكلات هو صعوبة التواصل وعدم استخدام الانترنت والى الكثير من وسائل تكنولوجيا المعلومات خاصة وان معظم عينة الدراسة من متوسطي المستوى التعليمي. وتتفق هذه النتائج مع **دراسة نجلاء إبراهيم الخميس سنة 2011** حيث توصلت الى ان التحديات الاجتماعية هي الأكثر تأثيرا على اسرة الطفل المعاق، ولكن جاءت نتائج الدراسة الحالية عكس ما تم التوصل اليه في **دراسة نجاتي أحمد حسن يونس 2015** اذ اعتبرت ان المشكلات الاجتماعية تأتي في الترتيب الأخير من المشكلات الأكثر تأثيرا على اسرة المعاق.

ويمكن تفسير النتائج المحصل عليها في بعد المشكلات التعليمية والتربوية ان استجابات عينة الدراسة كانت أولياء وليس مختصين فالأولياء ليس لهم دراية بالمشكلات التي يعاني منها المراكز المختصة، فالمختصين هم ادرى بمكان تقديم البرامج والخدمات التربوية والتعليمية وقد انفردت الدراسة الحالية بهذه النتيجة. كون باقي الدراسات لم تتناول هذا الجانب من المشكلات او كانت الاستجابات من وجهة نظر المختصين وبذلك يكون عكس ما جاءت به هذه الدراسة وأن أهم أبعاد المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر: المشكلات التعليمية والتربوية، المشكلات الصحية والنفسية، المشكلات الاجتماعية وهي أهم أبعاد المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر كما يدركها الأولياء، و من جهة أخرى اذا اردنا تحليل وتفسير النتائج لهذه الفرضية يمكن القول اننا لو قارنا ترتيب هذه المشكلات مع مستويات هرم ماسلو للحاجات نجد انها جد متطابقة وجد منطقية بالنظر للأطر النظرية الأخرى حيث ان ترتيب محاور المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي واسرته في الجزائر كالتالي: المشكلات النفسية والصحية يقابلها في الهرم حاجة تحقيق الذات وهي اصعب الحاجات اشباعا وبالتالي كل ما يتعلق بها من مشكلات فهي تكون صعبة وتؤثر بدرجة اكبر وأكثر شيوعا، المشكلات التربوية والتعليمية ويقابلها الحاجة الى حاجات الانتماء والميول وحاجة الأمن، والمشكلات الاجتماعية يقابلها الحاجات الفيسيولوجية على أساس ان العناصر الاجتماعية تقع في هذه الدرجة من سلم ماسلو للحاجات وهي ابسط الحاجات تحقيقا واشباعا وكذلك الشأن بالنسبة للمشكلات الاجتماعية تعتبر الأقل شيوعا بين اسر التوحديين وبالتالي اقل تأثيرا عليهم. **انظر (بنود وأبعاد القائمة التقديرية للمشكلات)**

و قد **تحققت الفرضـية** القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية بين متوسـطي درجات الاولياء على ابعاد القائمة التقديرية لمشـكلات الطفل التوحدي واسرته تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي ويمكن ارجاع ذلك الى: – أن الاناث (الامهات) هم اكثر تأثرا من الرجال (الاباء) من المشكلات التي تواجههم.

- كما ان الام هي المتكفل الأكثر من خلال عينة الدراسة وهذا يعطي فارقا
- كما ان المشـــكلات تظهر عند الأطفال الذكور اكبر من الاناث وهذا يؤثر في تصـــورات الاولياء حول المشكلات الأكثر شيوعا وتأثيرا.
- كما ان ومن خلال ملاحظة الباحث على كيفية تجاوب افراد العينة على القائمة التقديرية كان فيها الأمهات اكثر جدية من الإباء

وتحققت **الفرضية** الخاصة بوجود فروق دالة احصائيا عند مستوى **0.05** بين متوسطي درجات المختصين على ابعاد القائمة التقديرية لمشـــكلات الطفل التوحدي واســـرته تبعا لمتغير جنس المختص. وعلى جميع الابعاد ما عدا البعد الثاني الذي لم تظهر دلالته الإحصـــائية وهذا دليل على ان للجنس اثر ودور كبير في تصـــور وادراك المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

كما **تحققت الفرضـــية** القائلة بعدم وجد فروق ذات دلالة إحصـــائية بين متوســـطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشـــكلات الطفل التوحدي وأســـرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس ولي الطفل التوحدي وجنس المختص العامل معه. وهذا بســـبب المشـــاركة بين الاولياء والمختصـــين العاملين مع التوحديين في عملية التكفل والرعاية خاصـــة وأن اختيار عينة البحث كانت اختيار الأطفال الذين ينتمون الى احد المراكز والمؤســـســـات الاستشـفائية او الجمعيات المختصـة بالتوحد وهذا يسـاعد كثيرا الاولياء على المشـاركة في تقديم الخدمات وهذا ما ساهم في عدم اختلاف ادراك الاولياء والمختصين للمشكلات

و **تحققت الفرضـــية** القائلة بوجد فروق ذات دلالة إحصـــائية بين متوســـطي درجات الأولياء على أبعاد القائمة التقديرية لمشـــكلات الطفل التوحدي وأســـرته في الجزائر تبعا لمتغير درجة الاصـــابة بالتوحد لصـــالح أولياء المصابين بدرجة متوسطة، ذلك ان إحساس أولياء الأطفال المصابين بدرجة متوسطة لديهم امل في شفاء أبنائهم، كما ان عدد هذه الفئة هي الأكبر وبالتالي تأخذ القدر الأكبر من تصـــور المشـــكلات ولذلك جاءت الفروق لصالحهم.

وكذلك تحققت **الفرضـية** القائلة بعدم وجود فروق دالة احصـائيا تعزى لمتغير الدخل الشـهري – المسـتوى الاقتصادي–بالرغم من وجود فروق ظاهرية الا انها لم ترقى الى الدلالة الإحصائية

عدم تحقق الفرضية القائلة: ــ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير جنس للمختص

ولعل من بين الأســـباب هو عدم جدية المختصـــين في الإجابة على المقياس لكثرة التزاماتهم، او عدم فهم بعض البنود والعبارات، كما ان معظم المختصـين العاملين مع التوحديين يعدون مبتدئين في هذا المجال وليس لديهم خبرة تحدد الفرق سواء الذكور او الاناث.

كما **تحققت** الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير التخصص الوظيفي للمختص إحصائية بين ولصالح التخصص الوظيفي – النفساني الارطفوني – وهذا في ضوء فرضيات الدراسة ومعطياتها ويمكن ان تختلف حسب المكان او الزمان.

و **تحققت الفرضية** القائلة بـــ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المختصين على أبعاد مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر تبعا لمتغير خبرة المختص، ويرجع السبب الرئيسي في ذلك الى ان عنصر الخبرة لم يجده الباحث على عينة الدراسة المشاركة في التطبيق لكن القصد بالخبرة هي العمل مع التوحديين، فكل المختصين هم مؤهلين للعمل مع الاضطرابات الأخرى وو لسد الفراغ تم الاعتماد عليهم في تقديم الخدمات التربوية والتعليمية للتوحديين

و من كل هذه المعطيات نستنتج ان الطفل التوحدي واسرته في الجزائر تواجههم مشكلات تتراوح ما بين الشديدة والمتوسطة والمحددة في الشق الأول من الدراسة والسبيل الى الحد منها هو لا بد من تقديم الحلول المقترحة في الشـــق الثاني منها وهو تلك المؤشـــرات المتعلقة بجودة تقديم البرامج والخدمات والتكفل بمشـــكلات الطفل التوحدي واسرته والموضحة في مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر

التوصيات والمقترحات:

استنادا الى ما تم التوصل اليه من نتائج في الدراسة الحالية، وما قدمه الباحث من تفسيرات لنتائج هذه الدراسة وما لاحظه الباحث اثناء اعداده لبحثه واثناء تطبيقه للدراسة الميدانية، وبالإضافة الى خبرة الباحث المتواضعة في العمل مع التوحديين يقدم الباحث التوصيات التالية:

1- الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للطفل التوحدي (تشخيص وقياس).

2- استخدام وتطبيق برامج تعديل السلوك المستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي، من خلال إعداد وتنفيذ برنامج تعديل سلوك فردي حسب احتياج الطفل وطبيعة السلوك لديه

3- توفير مؤسسات ومراكز التشخيص في الجزائر مع الإعلان عنها في الوسائل الإعلامية لجميع المواطنين ليتسنى لجميع أهالي التوحديين الاستفادة من خدماتها

4- تقييم مستوى أداء الطفل قبل وأثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أداءه الحالي والذي على ضوئه يتم تصميم البرنامج التربوي والتدريبي الفردي للطفل.

5- تدريب آباء وأمهات الأطفال التوحديين وإخوانهم وأخواتهم وإطلاعهم أولا بأول على ما يحدث للطفل في البرنامج، وتشجيعهم على تريب طفلهم في المنزل

6- توفير برامج وتدخلات وخدمات لمواجهة الاحتياجات المختلفة للأطفال التوحديين وأسرهم

7- تكثيف التوعية عن التوحد في وسائل الاعلام المختلفة وفي جميع المؤسسات المجتمعية.

8- استمرار الخدمات الخاصة المقدمة للأطفال التوحديين وعدم توقفها عند سن معينة أو انتهاء مرحلة تعليمية أو تدريبية معينة.

9- ربط الخدمات الخاصة المقدمة في برنامج الطفل التوحدي بمستجدات الدراسات والبحوث العلمية في مجال التوحد

10- تأهيل الأسرة على تنمية مهاراتهم ليعملوا بأنفسهم على حل مشاكلهم والتكيف معها من خلال عملهم مع طفلهم التوحدي ومساعدة الأسر على الانتفاع بالخدمات المحيطة بهم مثل المدارس والمؤسسات الاجتماعية كوسيط للأسرة مع هذه الخدمات

11- اقامة دورات توعية باضطراب التوحد في الاطفال لمعلمي المدراس الابتدائية واداراتها. لتسهيل الكشف والتعامل مع هذه الحالات حال وجودها في المدرسة. وتسهيل مهمة الدمج في الأقسام العادية

12- وضع قانون خاص لهذه الفئة يحمي حقوقها ويضمن لها تكفل حقيقي في ما يخص التشخيص والعلاج.

13- العمل على تحقيق الاندماج الكامل للأطفال ذوي الاضطراب التوحد

14- رفع وتقديم المنح الشهرية المخصصة من قبل الدولة لذوي التوحد بما يكفل له تقديم الخدمة والعيش الكريم وبما يتناسب والواقع الذي نعيش به حاليا، علما بأن المعونة المقدمة لا تغطي مصاريف الرعاية الطبية للطفل فقط حيث لا تتعدى **4000** دج

15- توفير فرص عمل لذوي التوحد وفق قدرات التوحدي بحيث لا تشـــكل خطرا أو تهديدا لحياته مع المتابعة الدائمة من طرف الجهات المعنية لحالة التوحدي طوال فترة عمله

16- تطوير أو تقنين الأدوات والمقاييس التشـــخيصـــية العالمية المســـتخدمة في مجال اضـــطراب التوحد، والاستفادة منها في الاكتشاف المبكر لحالات التوحد والتشخيص والتقييم

17- تبني معايير ومؤشرات للجودة تطبق على البرامج والخدمات المقدمة للتوحديين في المراكز والمؤسسات الخاصة بهم لضمان تحقق الجودة في التكفل

18- إجراء تقييم شامل للمراكز المستقبلة للتوحديين ومتابعتهم في المناهج والبرامج المقدمة

19- تزويد المراكز والمؤسسات التي تستقبل التوحديين بالاجهزة والبرامج الحديثة لتدريب وتأهيل التوحديين

20- من خلال معرفة اهم المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي واسرته في الجزائر، فانه من الضروري تفعيل دور جميع الشرائح المجتمعية لمساعدتهم –حكومة، مسجد، مدرسة، دور الشباب...-.

و يمكن القول في الاخير ان الاقتراحات والتوصيات التي خرجت بها دراستنا الحالية لم تكن بمنأى عن ما طلبته جمعيات التوحد في الجزائر في اللائحة الموجهة للسيد رئيس الجمهورية والتي تحتوى على مجموعة من المطالب لائحة مطالب باسم الجمعيات الجزائرية التي تعنى بالتوحد نقترح تسليم اللائحة يوم الخميس **2012/05/31**

اللائحة المقترحة:

مطالب جمعيات وأسر الأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر

إلى السيد رئيس الجمهورية

سيدي الرئيس

بصفتنا جمعيات وأولياء لأطفال مصابين بالتوحد **L'AUTISME** في الجزائر

نتشرف بأن نرفع إليكم انشغالنا وقلقنا بخصوص مستقبل أبنائنا في ظل حالة من التجاهل الكبير وعدم الإهتمام بهذه الشريحة العريضة من الأطفال الجزائريين المصابين بهذا الإضطراب في النمو (التوحد (**L'AUTISME**– الذي يزداد انتشارا يوما بعد يوم، حوالي مائة ألف **100.000** طفل جزائري مشخص بالتوحد

سيدي الرئيس

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بجملة من المطالب المستعجلة والمتمثلة في:

- فتح في كل ولاية: مصلحة لتشخيص وتسجيل الأطفال المصابين بالتوحد،

- فتح في كل ولاية: مركز للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد وفق الطرق التربوية والتعليمية التي أثبتت نجاحها
- تفعيل التعليم المدمج الذي يكفله القانون الجزائري عبر تهيئة المدارس وتكييفها لاستقبال الأطفال المصابين بالتوحد
- منح الأطفال المصابين بالتوحد الحق في الدراسة بمساعدة مرافق،
- إدراج التوحد ضمن مختلف التخصصات الطبية والنفسية والبيداغوجية،
- تهيئة مراكز التكوين المهني لاستقبال الشباب المصابين بالتوحد من أجل تحضيرهم لعالم الشغل،

في انتظار استجابتكم لهذه المطالب

مطالب جمعيات و أسر الأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر

إلى السيد رئيس الجمهورية

سيدي الرئيس ،

يسعدنا جمعيات وأولياء لأطفال مصابين بالتوحد L'AUTISME في الجزائر ،

نتشرف بأن نرفع إليكم انشغالنا و قلقنا بخصوص مستقبل أبنائنا في ظل حالة من التجاهل الكبير و عدم الإهتمام بهذه الشريحة العريضة من الأطفال الجزائريين المصابين بهذا الإضطراب في النمو (التوحد –L'AUTISME) الذي يزداد انتشارا يوما بعد يوم (حوالي مائة ألف 100.000 جزائري مشخص بالتوحد) ،

سيدي الرئيس ،

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم بجملة من المطالب المستعجلة و المتمثلة في :

1- فتح في كل ولاية : مصلحة لتشخيص و تسجيل الأطفال المصابين بالتوحد ،

2- فتح في كل ولاية : مركز للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد وفق الطرق التربوية و التعليمية التي أثبتت نجاحها ،

3- تفعيل التعليم المدمج الذي يكفله القانون الجزائري عبر تهيئة المدارس و تكييفها لإستقبال الأطفال المصابين بالتوحد ،

4- منح الأطفال المصابين بالتوحد الحق في الدراسة بمساعدة مرافق ،

5- إدراج التوحد ضمن مختلف التخصصات الطبية و النفسية و البيداغوجية ،

6- تهيئة مراكز التكوين المهني لإستقبال الشباب المصابين بالتوحد من أجل تحضيرهم لعالم الشغل ،

في انتظار استجابتكم لهذه المطالب ، تقبلوا سيادة الرئيس فائق التقدير و الإحترام

خاتمـــة:

وفي الأخير ان ما يمكن قوله هو ان هذه الدراســـة تناولت في جانبها الأول تحديد اهم المشـــكلات والصعوبات والتحديات التي تواجه الطفل التوحدي واسرته في بعض مناطق الشرق الجزائري وقد توصلت الى وجود ثلاث محاور رئيسية لهذه المشكلات وهي المشكلات النفسية والصحية (عملية تشخيص التوحد من أهم وأصعب القضــايا التي تواجه اضــطراب التوحد، وعدم وجود فريق عمل متكامل متخصــص تلقى دورات تدريبية في مجال تشخيص التوحد، انعدام الخدمات الطبية المناسبة المقدمة للطفل المصاب بالتوحد، وعدم توفر مراكز كافية قادرة على لتشـــخيص هذه الإعاقة على الرغم من أن أســـر اطفال التوحد يعانون كغيرهم من أســـر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصـــة الأخرى، لا يوجد علاج طبي نظرا لعدم معرفة أســـباب الإعاقة بالتوحد، غياب التدخل المبكر) والمشـكلات التربوية والتعليمية (عدم وجود كوادر مؤهلة متخصـصـة للتعامل والتكفل بالطفل التوحدي، رفض المســؤولين لدمج فئة التوحديين في المدارس العادية، عدم الســماح للأطفال التوحديين بالتســجيل في دور الحضـانة، عدم اشـراك الاطفال التوحديين في النشـاطات الرياضـية والترفيهية مع العاديين عدم وجود عدد كافي من الجمعيات المهتمة بالتوحديين بالمقارنة مع اعداد التوحديين المتزايدة، يشـكل وجود أطفال التوحد في الفصـل عبئًا على العملية التعليمي، عدم توفر الوسائل التعليمية والتجهيزات المناسبة لتعليم التوحديين، عدم توفر مناهج خاصة بالتوحديين في المراكز التي تستقبلهم، وجود ضعف في تدريب الاسر وتوجيههم وارشادهم خاصة تدريب الوالدين سواء في البيت او في المجتمع في كيفية التعامل مع طفلهم التوحدي) والمشـكلات الاجتماعية (غياب الوعي لأسر التوحديين بكيفية التعامل مع ابنائهم داخل وخارج البيت، انعدام الوعي المجتمعي باضــطراب طيف التوحد، عدم وجود اطار قانوني يحمي ويضمن حقوق فئة التوحديين، عدم توفر المرافق الخاصة بالطفل التوحدي سواء في المراكز أو في الشـارع، عدم التصـريح بهذه الفئة في النصـوص القانونية الخاصـة بذوي الاحتياجات الخاصـة، عدم اسـتفادة الاطفال التوحديين من حقهم كأطفال عاديين (حق التعليم في المدارس العادية)، الاعتماد الكلي في البرامج والخدمات على التركيز على الام فقط دون باقي افراد الاســرة، عدم احترام المجتمعات للطفل التوحدي وتجاهله، رفض غالبية افراد المجتمع للتعامل مع الطفل التوحدي (اعتباره مهبول))

كل هذه المشكلات تؤثر بشكل او بآخر على حياة واستقرار الطفل التوحدي واسرته ولذلك وجب على الباحث إعطاء بعد اخر للدراسة وذلك بالاستعانة بمختلف الأطر النظرية التي تناولت الجودة في التربية الخاصة بالإضافة الى اخذ برأي المختصين في بناء أداة لاقتراح وتحديد مستوى مؤشرات ضبط جودة التكفل بهذه المشكلات وقد كانت تشمل على المحاور التالية: محور جودة التكفل التربوي والتعليمي، وجودة التكفل النفسي والصحي، وجودة التكفل الاجتماعي، كما هي موضحة في مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته

قائمـــــة المراجـــــع

قائمة المراجع

أولا: المراجع العربية

1- الاغا إحسان، الأستاذ محمود (**2000**)، **مقدمة في تصميم البحث التربوي**، ط 2، مطبعة الرنتيسي للطباعة والنشر، غزة

2- إبراهيم عبد الكريم، الحسين (**2012**)، **العوامل المؤثرة في جودة الخدمة في مراكز رعاية وتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر السادس لإعاقات النمو عند الأطفال قسم الجراحة وقسم الشؤون الأكاديمية، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بجدة

3- ابن منظور (**1984**)، **لسان العرب**، الجزء الثاني، القاهرة، دار المعارف

4- أبو مغلي، سمير، وسلامة عبد الحافظ (**2002**)، **القياس والتشخيص في التربية الخاصة**، دار اليازوري، عمان.الاردن

5- أبو زينة، فريد كامل (**1998**)، **أساسيات القياس والتقويم في التربية**، ط02، مكتبة الفلاح، الكويت

6- إحسان غديفان، السريع (**2014**)، **تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد في ضوء معايير الجودة الأردنية**، مجلة المنارة، المجلد 20، 2/ب، جامعة ال البيت

7- أحمد صلاح الدين، ابو حسن (**2013**)، **معايير اختيار مؤسسات التدريب الميداني للطلاب المعلمين بقسم التربية الخاصة في ضوء مدخل الجودة**، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، العدد 11.2013، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.

8- احمد عودة، وآخرون (**2011**)، **دليل معايير جودة كليات التربية في الجامعات العربية**، منشورات الجمعية العلمية لكليات التربية في الجامعات العربية، جامعة دمشق.

9- أحمد مسعودان (**2006**)، **رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية**، رسالة دكتوراه غ م، الجزائر

10- أسامة، حسن عارف (**2002**)، **مدخل إلى علم الجودة**، Internet

11- بن سعيد، خالد بن سعد، عبد العزيز (1997)، **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي**، العبيكان للطباعة والنشر، الرياض

12- البلشة، ايمن محمد محمود (**2006**)، **تفعيل دور الإباء (الوالدين) في البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين من النظرية الى التطبيق**، ورقة عمل في المؤتمر العربي التاسع للاتحاد – رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي – الحاضر والمستقبل، القاهرة.

13- البيلاوي، حســن (**1996**)، **إدارة الجودة الشــاملة في التعليم بمصــر**، ورقة عمل مقدمة في مؤتمر: التعليم العالي في مصـــر وتحديات القرن الحادي والعشـــرين، مركز إعداد القادة، الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، القاهرة، 20-21 مايو 1996

14- تركي رابح (1982)، **المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم**، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر

15- الجابري محمد عبد الفتاح (**2014**)، **التوجهات الحديثة في تشــخيص اضــطرابات طيف التوحد في ضـــل المحكات التشـــخيصـــية الجديدة**، ورقة عمل الملتقى الأول للتربية الخاصـــة الرؤى والتطلعات المستقبلية، جامعة تبوك، 8-9 ابريل 2014 المملكة العربية السعودية.

16- الجلامدة، فوزية بنت عبد الله (**2015**)، **قياس وتشــخيص اضــطرابات طيف التوحد. في ضـــوء المعايير التشــخيصــية الواردة في DSM-5 وDSM-4**، ط01، دار المسـيرة للنشـر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن

17- الجلبي، سوسن شاكر (**2005**)، **التوحد الطفولي (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)**، ط 1، مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع، دمشق

18- الجرجاوي، زياد علي والهمص، عبد الفتاح عبد الغني (**2012**)، **دراســـة تقييمية ناقدة للبرامج المقدمة من "جمعية الحق في الحياة " للأطفال الفلســطينيين المصــابين بالتوحد بمحافظات غزة** المؤتمر التربوي الدولي الرابع" الاتجاهات المعاصـــرة في التربية وتطبيقاتها"، كلية العلوم التربوية بجامعة الطفلية التقنية، الأردن

19- الحاج عبد المولى الصـديق. (**2010**)، **رؤية تأصـيلية للمفهوم الجودة في الإسـلام**، مجلة عالم الجودة، السنة الأولى – العدد الأول – أغسطس، مصر

20- الخطيب، أحمد والخطيب، رداح (**2010**)، **الاعتماد وضـــبط الجودة في الجامعات العربية (أنموذج مقترح)**، عالم الكتب الحديث إربد.

21- الخطيب، جمال (**2008**)، **التربية الخاصــة المعاصــرة قضــايا وتوجهات**، دار وائل للنشـــر، عمان الأردن.

22- الخطيب، محمد (**2007**)، **مدخل لتطبيق معايير ونظم الجودة الشــاملة في المؤســســات التعليمية**، ورقة عمل مقدمة إلى اللقاء السـنوي الرابع عشـر الجمعية السـعودية للعلوم التربوية والنفسـية (جسـتن) (الجودة في التعليم العام) القصيم، 15 -16 /5 /2007

23- الخطيب، عاكف عبد الله سهيل، وآخرون، (**2012**)، **تقييم البرامج والخدمات التربوية في مؤسسات مراكز الإعاقة الفكرية وفقاً للمعايير العالمية**، المجلة الدولية التربوية المتخصصـــة، المجلد 1، العدد 3 نيسان، 2012

24- الخطيب، عاكف عبد الله (**2011**)، **انموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية**، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن

25- الخطيب جمال محمد (**2008**)، **الدليل الموحد لمصـــطلحات الإعاقة والتربية الخاصـــة والتأهيل** المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

26- الخشـــرمي، ســـحر احمد (**2003**)، **تقويم بناء ومحتوى البرامج التربوية الفردية لذوي الاحتياجات الخاصـة في مدارس ومراكز التربية الخاصـة بمدينة الرياض**، مجلة العلوم التربوية والنفسـية، المجلد 04، العدد 03 سبتمبر، تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، مملكة البحرين.

27- دارال، أ وروجيار، وآخرون (2013)، **الـــ DSM5 التصنيف والتغييرات في المعايير**، المجلة العالمية للطب النفسي، المجلد الثاني عشر – العدد الثاني جوان 2013، ترجمة اميرة عاطف، وب فيزر، الناشر باللغة العربية شركة مجموعة الصحافة العلمية.

28- درباس، أحمد سعيد (1994)، **إدارة الجودة الكلية مفهومها وتطبيقاتها وإمكانية الإفادة منها في القطاع التعليمي السعودي**،رسالة الخليج العربي، العدد 50

29- راندا مصطفى الديب. (2008)، **المشكلات التي تواجه دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، المؤتمر العلمي الأول، كلية التربية جامعة بنها، جمهورية مصر العربية.

30- روحي عبدات (2008)، **الاثار النفســية والاجتماعية للاعاقة على اخوة الأشــخاص المعاقين الشارقة للخدمات الإنسانية**، الامارات العربية المتحدة.

31- زيدان، احمد وصفاء، رفيق (2010)، **الخدمات المقدمة لأطفال التوحد وأسرهم في ضوء حاجاتهم والرضا عنها**، مجلة كلية التربية.جامعة عين شمس،العدد 34 الجزء الثاني، مصر

32- زيني عبير بنت عبدالله (2010)، **التوحد الحاضر وافاق المستقبل، ورقة عمل مقدمة في ندوة زواج المعوقين الواقع والمأمول**، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بجدة مركز الأمير سلطان بن عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.

33- سهير كامل (2012)، **اضطرابات الطفولة المبكرة**، خبراء التربية، الرياض

34- سـهيل رزق دياب (2006)، **مؤشـرات الجودة في التعليم الجامعي الفلسـطيني**، مجلة الجودة، الجامعة الإسلامية بغزة

35- سـهيل دياب (2007)، **مؤشـرات الجودة وتوظيفها في تنظيم التعليم والتعلم**، المجلد الثاني العدد الأول ديسمبر، جامعة القدس المفتوحة، غزة

36- سـهيل رزق دياب (2009)، **معايير الجودة في مؤسـسـات التعليم العالي**.الجامعة الفلسـطينية الفاعلة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد السابع عشر –تشرين الأول

37- شـويعل سـامية. (2013)، **التدخل العلاجي في قياس وتعديل سـلوك الأطفال المتخلفين ذهنيا**، ط01، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، القاهرة مصر.

38- شـــويعل ســـامية. (2007)، **تعديل مقياس الســـلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي(AAMD/ABS)، وأثر برنامج تدريبي لتعلم نظافة ضـبط الإخراج وتعلم اللعب على السـلوك التكيفي لأطفال متخلفين عقليا قابلين للتعلم**، رسـالة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر02 .

39- شـــويعل ســـامية. شـــليحي رابح. (2012)، **فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد**، العدد 37.جزء02. يناير 2012، مجلة عالم التربية تصـدر عن المؤسـسـة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية ورابطة التربية الحديثة، القاهرة جمهورية مصر العربية.

40- شـويعل سـامية. شـليحي رابح. (2017)، **تحديد مشـكلات الطفل التوحدي وأسـرته في الجزائر وقياس درجة شـيوعها، كما يدركها الاولياء، وفي ضـوء بعض المتغيرات الديمغرافية**، مجلة البحوث التربوية والتعليمية، العدد 11، جوان 2017، المدرسة العليا للأساتذة بوزريعة الجزائر .

41- الشـامي، وفاء علي (2004)، **علاج التوحد – الطرف التربوية والنفسـية والطبية**، ط 1، مكتبة فهد الوطنية، الرياض

42- الشيخ ذيب، رائد (2005)، **الدورة الأولية في التوحد، مؤسـسـة كريم رضـا سـعيد (برنامج الإعاقة في سورية)**، دمشق.

43- الطريري، عبد الرحمن سـليمان (1418)، القياس النفسـي والتربوي، مكتبة الرشـد للنشـر والتوزيع، الرياض

44- عادل عبد الله محمد.(2012)، **متطلبات تحقيق جودة اعداد وأداء اخصائي تعديل السلوك الأطفال ذوي الاعاقات**، مجلة التربية الخاصة العدد 01 أكتوبر كلية التربية بالزقازيق، جمهورية مصر العربية.

45- عارف فضل أحمد السويدي. (2014)، **إطار عام لتصميم معايير الجودة لبرنامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة في دبي**، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السادس لإعاقات النمو عند الأطفال ''أين نحن من جودة الخدمات''، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الابحاث ، المملكة العربية السعودية

46- عبدالجواد، عصام الدين نوفل، (2000)، **ضبط الجودة: المفهوم، المنهج، الآليات والتطبيقات التربوية**، مجلة التربية، قطاع البحوث التربوية والمناهج بوزارة التربية بدولة الكويت، السنة (10)، العدد 33

47- عبد اللحلح أحمد، أبو بكر، مصطفى محمود.(2002)، **البحث العلمي : تعريفه، خطواته مناهجه، المفاهيم الإحصائية**، الدار الجامعية، جمهورية مصر العربية

48- عبيدات، ذوقان، وعدس، عبد الرحمن، وكايد، عبد الحق. (2012)، **البحث العلمي: مفهومه، وأدواته**، واساليبه، ط 14، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان الأردن

49- عطوي، جودت عزت.(2007)، **أساليب البحث العلمي : مفاهيمه، ادواته، طرقه الإحصائية**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان

50- علا كمال أبو حسب الله (2015)، **فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد**، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، رسالة ماجيستير غير منشورة.

51- عصام النمر. (2008)، **القياس والتقويم في التربية الخاصة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان. الأردن

52- عواد، أحمد (2010). **حقائق وإحصـــائيات حديثة عن التوحد**. ورقة عمل مقدمة في ندوة" نحو مســتقبل أفضــل للطفل العربي ذي الإعاقة"، والتي نظمتها جامعة عمان العربية في الإحتفال باليوم العالمي للطفل، 24 نيسان 2010 عمان، الأردن.

53- عودة، خليل.(**2007**)،**نموذج في ضبط معايير الجودة في التعليم الاكاديمي**، المؤتمر السادس لعمداء كليات الادب في الجامعات العربية 2007/04/21.22 طرابلس ليبيا

54- العطية عبد الله، أسماء والعيســـوي، طارق عبد الرحمن (**2015**)، **مؤشـــرات جودة البرامج المقدمة للأشـــخاص ذوي الاعاقات المتعددة بمراكز الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصـــة**، الملتقى الخامس عشـر للجمعية الخليجية للإعاقة " جودة الخدمات المقدمة للأشـخاص ذوي الإعاقة من 31 فيفري الى 02 مارس 2015، الدوحة، قطر

55- العساف، صالح (1989)، **المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، مكتبة العبيكان، الرياض

56- العبيدي، حازم بدري احمد (2001)، **أثر برنامج تدريبي في حفظ التعب النفسي لدى العاملين في المؤسسات الاجتماعية**، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة بغداد كلية الادب

57- العمري عطيه، (د.س)، **نظام إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقه في مجال العمل التربوي في دول الخليج العربي**، غزة

58- الغليلات، احمد سالم عبد الهادي والصمادي، جميل محمود (2015)، **تطوير معايير لضمان جودة برامج التعليم الدامج وفحص درجة انطباقها على البرامج المقدمة في الاردن**، مجلة دراسات في العلوم التربوية، المجلد 42، العدد 03، عمان، كلية العلوم التربوية، الجامعة الاردنية.

59- الغرير احمد نايل. (**2016**)، **فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والارشاد في مؤسسات اطفال التوحد**، العدد 25، شباط ، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية،جامعة بابل ، العراق

60- فوزية أخضر، (**2007**)، **تحقق الجودة في التربية الخاصة من خلال الأسرة في ضوء الاتجاهات العالمية**، اللقاء السنوي الرابع عشر للجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، الجودة في التعليم العام.

61- فيصل عبد الله الحاج وآخرون.(**2008**)، **دليل ضمان الجودة والاعتماد للجامعات العربية اعضاء الاتحاد**، الأمانة العامة لاتحاد الجامعات العربية، مجلس ضمان الجودة والاعتماد، عمان

62- الفرحاتي السيد محمود وآخرون. (**2015**)، **اضطراب التوحد "دليل المعلم والاسرة فى التشخيص والتدخل**، وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث، جمهورية مصر العربية

63- الفوزان، محمد بن احمد، (**2002**)، **طيف التوحد بين الحقيقة والخيال مرشد الى الوالدين والمهنيين**، دار عالم الكتب، الرياض

64- الفيروز آبادي، مجد الدين (**1987**)، **القاموس المحيط**، مؤسسة الرسالة، بيروت

65- القريوتي، إبراهيم واخرون (**2003**)، **معوقات اندماج الأفراد ذوي الإعاقة السمعية في دولة الإمارات العربية المتحدة**، مجلة أكاديمية التربية الخاصة العدد 2، محرم

66- القمش، مصطفى نوري (**2012**)، **الاعاقات المتعددة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

67- القمش، مصطفى نوري (**2006**)، **المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات**، المجلد الثامن عشر العدد 02 يوليو 2006، مجلة جامعة أم القرى التربوية والاجتماعية والإنسانية

68- قواسمة، كوثر (**2014**)، **مدى رضا الأسر عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لأطفالها ذوي اضطراب التوحد، مجلة الخاصة والتأهيل**، المجلد الاول. العدد 02 يناير 2014 تصدر عن مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، دار الزهراء، القاهرة.

69- كولين تيريل. تيري باســـينجر، (2013)، **التوحّد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء**، ترجمة مارك عبود، الطبعة الأولى، المجلة العربية، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، الرياض

70- لوريا ديبتن كورت ولوري هووارد (2009)، **المعلم الفعال في التربية الخاصة**، ترجمة يونس محمد، دار الفكر للنشر والتوزيع. الاردن

71- المغلوث، فهد بن حمد (**2006**)، **التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه**، إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية، ط 1، المملكة العربية السعودية.

72- المغلوث، فهد بن حمد (**2005**)، **كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد**، إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية، المملكة العربية السعودية

73- محمد عدنان عليوات (2007)، الاطفال التوحديون، دار اليازوري العلمية للنشـــر والتوزيع، عمان الأردن

74- محمد سلامة غباري (2003)، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الجمهورية العربية المصرية.

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

76- مايلز، كرستين (1994)، التربية المختصة، ط1، ورشة الموارد العربية، لبنان

77- نايف بن عابد الزارع (2015)، جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة، ورقة عمل مقدمة للملتقى الخامس عشر للجمعية الخليجية للإعاقة من 31/افريل الى 02/ماي 2015، الدوحة –قطر–

78- نايف بن عابد الزارع (2010)، مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين ودرجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية، مجلة دراسات نفسية وتربوية العدد 68 يوليو، كلية التربية الزقازيق، جمهورية مصر

79- ندى بنت صالح الرميح (2015)، معايير جودة البرامج التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة نظرة عالمية وإقليمية، ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الخامس عشـــر للجمعية الخليجية للإعاقة " جودة الخدمات المقدمة للأشـــخاص ذوي الإعاقة "13-11 جماد الثاني 1436 هـ الموافق 31 ابريل الى 2 مارس 2015 مدينة الدوحة – دولة قطر

80- انات ياكير (**1979**)، **التجربة الجزائرية في التربية الخاصـــة**، اجتماع اليونيســـكو للخبراء عن التربية الخاصة، التقرير النهائي، مقر اليونيسكوباريس 15-20 اكتوبر 1979

81- هياء زيد محمد الخرعان (**2016**)، **مشكلات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأساليب مواجهتها من وجهة نظر الاولياء**، المجلة الدولية المتخصصة، المجلد 05 العدد 01، كانون الثاني 2016

82- وائل أمين العمي (**2012**)، **واقع الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين بالمنطقة الجنوبية في المملكة العربية واتجاهات أولياء الأمور نحوها**، المجلة الدولية التربوية المتخصصـــة، المجلد 01 العدد 11، كانون الأول، جامعة نجران

83- وائل كمال الدين هاشم مصطفى (**2012**)، **تصور مقترح لبعض مؤشرات الجودة بمدارس التعليم العام الملحق بها فصول دمج الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة بمحافظة سوهاج " دراسة ميدانية "**، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة سوهاج.

84- وفاء علي الشامي (**2004**)، **علاج التوحد – الطرق التربوية والنفسية والطبية –**، ط.01، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض – السعودية

85- **الاستراتيجية الوطنية لذوي الإعاقة في الأردن**، خطط العمل للمرحلة الثانية 2010-2015، مؤسسة الأراضي المقدسة السلط، الاكاديمية الأردنية للتوحد، الاردن

ثانيا: المراجع الأجنبية

1- Adam M. Hutton. (2002) ,**autism and its effects on the family**, Degree of Master of Science (in Human Development) , The University of Maine

2- American psychiatric association.(2013) , **diagnostic and statistical manual of mental disordes(5th ed)**Washington,DC: American psychiatric association

3- Anne Marie Cressens. (2015), **Evaluation du dépistage précoce des troubles envahissants du développement** par le médecin généraliste , Thèse de Doctorat non publiée a l'Université Claude Bernard Lyon 1 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine , France

4- Baron-Cohen, Simon. (2013) , **Despite fears**, **DSM-5 is a step forward**." sfari.org. [online] Available from: http://sfari.org/ news-and-opinion/specials/2013/dsm-5-special-report/despite-fears-dsm-5-is-a-step-forward (Accessed 31 May 2013)

5- Bogue , E.G., and Saunders, R.L. (1992) ,**The evidence for quality**: strengthening the tests of academic and administrative effectiveness, San Francisco : Jossey – Bass

6- Brocka, B, & M. S. Broka. (1996) , **Evaluating quality management in university departments**. Quality Assurance in Education, 14.(2)

7- Carole Sénéchal et Catherine des Rivières-Pigeon. (2009) **Impact de l'autisme sur la vie des parents**, Santé mentale au Québec , vol 34 N 01.p 245.260

8- Council for Exceptional Children. (2003) , **What Every Special educator must know; Ethics ،Standers ،and Guidelines for Special Education**. New York: kluwer academic/Plenum Publishers.

9- Elsa Delaby, (2014) , **Dissection de l'architecture g´en´etique de l'autisme par analyse des variations du nombre de copies de g`enes**, THESE DE DOCTORAT, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, French

10- Guide de pratique clinique no 170 du NICE.(2013), **L'autisme**. **La prise en charge et le soutien des enfants et adolescents ayant**

un trouble du spectre de l'autisme, National Institute for Health and Care Excellence, l'équipe d'adaptation Québec

11- Hallahan ،D. ،Kauffman ،J. ،& Pullen ،P. (2012). **Exceptional children**: **An introduction to special education**. Boston: Person Education ،Ins.

12- Ishikawa, K. (1985). **What is Total Quality Control?** The Japanese Way, Translated by David Lu, London: Prentice-Hall International

13- Kaufmann, Walter (2013). **Intellectual disability's DSM–5 debut**." sfari.org. [online] Available from: http://sfari.org/newsand-opinion/specials/2013/dsm-5-special-report/intellectual-disabilitys-dsm-5-debut/ (Accessed 31 May 2013)

14- Lam, K.D. et. al. (1991). **Total Quality**: **A textbook of Strategic Quality Leadership and Planning**, Colorado Springs: Air Academy press

15- Meriam rousso..2014 , **Avis professionnel**. **Évaluation du trouble du spectre de l'autisme**,du retard global de développement et de la déficience intellectuelle , centre de réadaptation en déficience intellectuelle de. Québec

16- Pearson , S. (2000). **The relationship between school culture and IEPs**. British Journal of Special Education, 27 (3)

17- Robertson. (2006) ،**The Influence of the monitoring Process on Special Education Services in West Virginia** Principals Point of view Remedial. Special Education,Vol. 26.

18- Roger Misès. (2012) , C**lassifi cation française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent V.R** , **5e édition** , Presses de L'ècole des houtes ètudes en santè publique, France.

19- Simon baron coheh. Helin tager. flusberg and meachael v. lambardo (2013), **understanding other mainds** –perspectives from developmental social neuroscience- third Edition, oxford university press, united kingdom.

20- William, Little, H.W. Fowler & Coulson, (1974) "**The shorter Oxford English Dictionary**", U.S.A., Carendon press.ée dans le document actif.

ثالثا: المواقع الالكترونية

1- http://www.natureasia.com/ar/nmiddleeast/article/10.1038/nmi dd least 16 /11/2011

2- http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a %2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f437815624 , 18/07/2016

3– http://www.alittihad.ae/details.php?id=117182&y=2012#ixzz2 URmK2qRg **07 ديسمبر 2012**

4– https://www.facebook.com/HajjiCenter, maha kamel addin hillali **28ديسمبر2013**

5- http://shifa.ahlamontada.com/t270-topic2009/05/02 .

6- http://www.kau.edu.sa/tqm/osama01.html

7- http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/links.html

8- http://www.autism-society.org

9- http://www.gulfkids.com/ar/topic4-2065.htm2016/7/7

10- http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=9&id=1001,12/04/2014

11- http://www.kau.edu.sa/tqm/osama01.html

12- http://slideplayer.com/slide/5306513/IGQ , **المجموعـة العـالميـة للجودة والإنسانية، وثيقة معايير ضمان جودة واعتماد مؤسسات التعليم قبل الجامعي التنمية**

13- http://zu.edu.ly/arabic/files/1-147.pdf **واعتماد المركز الوطني لضمان جودة المؤسسات التعليمية والتدريبية، دليل ضمان جودة واعتماد مؤسسات التعليم العالي**

الملاحـــــــــــــــق

ملحق رقم (01): استبيان مفتوح خاص بالأولياء و المختصين

إعداد الطالب : رابح شليحي **المشرفة: أ.د /شويعل سامية**

إستبيان مفتوح خاص بالأولياء و المختصين*

سيدي ، سيدتي

يقوم الباحث بدراسة حول تحديد المشكلات التي يواجهها الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر ، كما يدركها الوالدين و المختصين علما ان المعلومات التي تتفضل بتقديمها في إجابتك على الأسئلة الخاصة بالاستمارة هي معلومات تدخل في إطار انجاز بحث علمي (أطروحة الدكتوراه)، و أن المعلومات التي ستدلي بها تستخدم لأغراض علمية فقط . و ستعامل بسرية تامة . و الهدف منها جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول المشكلات التي يعانون منها قصد الاستفادة منها لبناء بنود قائمة تقديرية لأهم مشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر ، لاستخدامها في الدراسة الميدانية للبحث الحالي المعنون بـ : ""**تحديد مؤشرات ضبط الجودة كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر . كما يراها الوالدين و المختصين . و في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية** "".

معلومات خاصة بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

سن المصاب : .... اسم المركز أو الجمعية :..

الجنس : .... درجة الإصابة بالإضطراب : بسيطة ☐ متوسطة ☐ عميقة ☐

***المختصين : يقصد بهم في هذه الدراسة العاملين مع الأطفال التوحديين في المراكز النفسية البيداغوجية أو المستشفيات النهارية – مربين ، نفسانيين عياديين ، تربويين ، أرطفونيين .نفسانيين حركيين ، اخصائيين اجتماعيين ،مربين مختصين نفسانيين تربويين ، أطباء عاملين في المراكز**

المعلومات الخاصة بـ القائم بالرعاية

القائم بالرعاية: أب ☐ أم ☐ جد ☐ جدة ☐ آخر ☐

المستوى التعليمي للقائم بالرعاية : متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

جنس الطفل التوحدي : ذكر ☐ أنثى ☐

مكان السكن (الاقامة):.................................

المعلومات الخاصة بـ المختص

جنس المتخصص : .... السن : .... خبرة المختص : ....

المستوى التعليمي للمختص: .... التخصص الوظيفي: ....

الأسئلة

خاص بالأولياء

ما هي اهم المشكلات التي تواجهكم اثناء مسيرة الرعاية بطفلكم المصاب باضطراب طيف التوحد داخل الاسرة ، و خارجها ؟؟ التي تحول دون تقديم رعاية و علاج كافي لأطفالكم ؟؟؟

المشاكل النفسية ؟

المشاكل الاجتماعية ؟

المشاكل الإقتصادية أو المادية و القانونية ؟

المشكلات التعليمية

المشكلات الطبية

خاص بالمختصين

في رأيك ما هي أهم المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر سواء في البيت أو في الخارج أو في المراكز و المستشفيات النهارية ؟؟

النفسية ؟

الاجتماعية ؟

اقتصادية أو مادية و قانونية ؟

- **يمكن لكم أن تقترحوا حلول أو اقتراحات للحد من هذه المشاكل**

ملاحظة

المشكلات السلوكية و المتعلقة بنمو الطفل التي تشمل التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و السلوكيات الشاذة غير مطلوبة

الإجابة

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

نشكر لكم حسن تعاونكم

الملحق رقم 02: استبيان مفتوح لتحديد مؤشرات جودة التكفل بالمشكلات

إعداد الطالب : رابح شليحي المشرفة: أ.د /شويعل سامية

إستبيان مفتوح خاص بالمختصين*

سيدي، سيدتي

يقوم الباحث بدراسة حول تحديد المشكلات التي يواجهها الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر ، كما يدركها الوالدين و المختصين علما ان المعلومات التي تتفضل بتقديمها في إجابتك على الأسئلة الخاصة بالاستمارة هي معلومات تدخل في إطار انجاز بحث علمي (أطروحة الدكتوراه)، و أن المعلومات التي ستدلي بها تستخدم لأغراض علمية فقط . و ستعامل بسرية تامة، و الهدف منها جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول مؤشرات لضبط جودة التكفل بهذه الفئة و أسرهم وفقا للمشكلات التي يعانون منها قصد الاستفادة منها لبناء بنود مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر ، لاستخدامها في الدراسة الميدانية للبحث الحالي المعنون بـ : ""**تحديد مؤشرات ضبط الجودة كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر .كما يراها الوالدين و المختصين . و في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية**"

***المختصين :** يقصد بهم في هذه الدراسة العاملين مع الأطفال التوحديين في المراكز النفسية البيداغوجية أو المستشفيات النهارية – مربين ، نفسانيين عياديين ، تربويين ، أرطفونيين .نفسانيين حركيين ، اخصائيين اجتماعيين ،مربين مختصين نفسانيين تربويين ، أطباء عاملين في المراكز**

المعلومات الخاصة بـ المختص

جنس المتخصص : .... السن : .... خبرة المختص : ....

المستوى التعليمي للمختص: .... التخصص الوظيفي: ....

الأسئلة

خاص بالمختصين

في رأيك ما هي أهم الحلول (مؤشرات جودة التكفل) التي نعتمدها للحد من المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر سواء في البيت أو في الخارج أو في المراكز و المستشفيات النهارية التي من شأنها التكفل بمشكلات الطفل و اسرته ؟؟

من الناحية النفسية ؟

من الناحية الاجتماعية ؟

من الناحية الاقتصادية أو المادية و القانونية ؟

من ناحية بناء البرامج و المناهج ؟

من ناحية التشخيص و التقييم ؟

من ناحية الدعم الاسري و اشراك الاسرة في التكفل ؟

الإجابة

....

....

....

....

....

....

....

....

نشكر لكم حسن تعاونكم

الملحق رقم03: القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر

إعداد الطالب: رابح شليحي **المشرفة: أ.د /شويعل سامية**

قائمة تقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر

بعد التحية الطيبة و السلام..

في إطار التحضير لإنجاز أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في التربية الخاصة ، المعنونة بـ: **تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج و الخدمات كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر . كما يراها الوالدين و المختصين . و في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية** " دراسة ميدانية في الشرق الجزائري ، نتقدم إلى سيادتكم بفقرات **القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر** ، المتكونة من (54) بندا تنتمي إلى المحاور التالية :

1- **المحور الاول – المشكلات التعليمية و التربوية –**:ويتضمن (19) بندا تتعلق بدرجة معاناة الطفل و اسرته من المشكلات الاجتماعية

2- **المحور الثاني – المشكلات الصحية و النفسية –**: و يتضمن (19) بندا تتعلق بدرجة معاناة الطفل و اسرته من المشكلات الصحية و النفسية .

3- **المحور الثالث –المشكلات الاجتماعية–**:ويتضمن(16)بندا تتعلق بدرجة معاناة الطفل و اسرته من المشكلات الاجتماعية

وقد صيغت القائمة التقديرية في صورة تساعد على تحديد نوع المشكلة و درجة تأثيرها على الطفل التوحدي و اسرته ، حيث عرض في القائمة مقابل كل عبارة أربعة بدائل، تعكس ثلاثة منها تقديرات متدرجة لدرجات معاناة الطفل التوحدي و أسرته من المشكلة **بدرجة** : (**كبيرة، متوسطة، قليلة**)، ويعكس البديل الرابع (**عدم المعاناة**)، ويحدد منها المستجيب ما يتناسب مع وجهة نظره و البدائل هي : **دائما أحيانا نادرا، ابدا**.

موجهة لأولياء الطفل التوحدي و المختصين

التعليمات

كل ما عليك فعله سيدي (تي) أن تقرأ هذه العبارات بدقة ثم تحدد درجة وجود المشكلة و تأثيرها عليك او على طفلك و ذلك بوضع علامة(×)أمام المشكلة و في خانة البديل المناسب . لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، و إنما الاجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك. أجب على كل العبارات، البيانات المعطاة لن تستخدم في غير أغراض البحث العلمي.

معلومات خاصة بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

سن المصاب: .... اسم المركز أو الجمعية: ....

الجنس: .... درجة الإصابة بالاضطراب: بسيطة ☐ متوسطة ☐ عميقة ☐ **(تشخيص من طرف مختص)**

المعلومات الخاصة بـ القائم بالرعاية

القائم بالرعاية: أب ☐ أم ☐ جد ☐ جدة ☐ آخر ☐

المستوى التعليمي للقائم بالرعاية: متوسط أو اقل ☐ ثانوي ☐ جامعي فما فوق ☐

مكان السكن الولاية (الاقامة): ....

المستوى الاقتصادي للأسرة:**عالي/ الدخل الشهري اكثر من 99999 دج** ☐ **متوسط/من 89999 الى 40000دج** ☐ **منخفض /أقل من 39999 دج** ☐

العبارات

الرقم	البنود	دائما	احيانا	نادرا	أبدا
	محور المشكلات التعليمية و التربوية				
01	عدم وجود كوادر مؤهلة متخصصة للتعامل والتكفل بالطفل التوحدي				
02	رفض المسؤولين لدمج فئة التوحديين في المدارس العادية				
03	عدم السماح للأطفال التوحديين بالتسجيل في دور الحضانة				
04	عدم اشراك الاطفال التوحديين في النشاطات الرياضية و الترفيهية مع العاديين				
05	عدم وجود عدد كافي من الجمعيات المهتمة بالتوحديين بالمقارنة مع اعداد التوحديين المتزايدة				
06	قلة الحملات الاعلامية و التحسيسية باضطراب طيف التوحد				
07	تجاهل الاسر التعامل مع أطفالهم المصابين بالتوحد و إشراكهم في العملية التربوية				
08	انعدام عملية تثقيف الأمهات وأسر التوحديين حول كيفية التعامل مع المصابين من ابنائهم				
09	الشروط والالتزامات التي تضعها بعض المراكز لقبول الأطفال التوحديين				
10	المباني المدرسية لا تلائم عملية الدمج الأكاديمي للأطفال التوحديين				
11	يشكل وجود أطفال التوحد في الفصل عبئًا على العملية التعليمية.				
12	عدم توفر الوسائل التعليمية والتجهيزات المناسبة لتعليم التوحديين				
13	عدم توفر مناهج خاصة بالتوحديين في المراكز التي تستقبلهم				
14	وجود ضعف في تدريب الاسر وتوجيههم وارشادهم خاصة تدريب الوالدين سواء في البيت او في المجتمع في كيفية التعامل مع طفلهم التوحدي				
15	قلة الوعي لدى كافة شرائح المجتمع عن معرفة وتقبل الطفل التوحدي				
16	الاكتظاظ الكبير داخل الاقسام في المراكز التي تستقبل التوحديين (عدد الاطفال يتجاوز 15)				
17	عدم وجود مرافقين للأطفال التوحديين في حالة الدمج مؤهلين				
18	ارتفاع تكاليف المرافق للطفل التوحدي ان وجد				
19	عدم توافر المراكز على قاعات للتأهيل النفسي الحركي				
	محور المشكلات الصحية و النفسية				
20	انعدام الخدمات الطبية المناسبة المقدمة للطفل المصاب بالتوحد				
21	تدهور الوضع الصحي للتوحدي كالتهابات الأذن الوسطى، تسوس الاسنان، الامساك، قلة النوم.				
22	نقص الخبرة و الكفاءة للعاملين مع التوحديين في المراكز التي تستقبلهم (التوحديين)				

23	عدم تواصل الطفل التوحدي مع افراد الأسرة والمجتمع				
24	إستنزاف الموارد المالية للأسرة من خلال التكاليف الباهضة التي تدفعها للعلاج الطبي و الجلسات				
25	الشعور بالذنب و التقصير لوالدي الطفل التوحدي لعدم مقدرتهم بالتكفل بطفلهم				
26	إهمال الاولياء حتى أبسط الاحتياجات الأساسية العاطفية و التربوية للأشقاء				
27	عدم وجود خدمات تأهيلية مناسبة للاطفال المصابين بالتوحد				
28	عدم وجود عيادات متخصصة بالتشخيص والتدخل للمصابين بالتوحد				
29	عدم وجود مقاييس و اختبارات متخصصة باللغة العربية				
30	تأخر تشخيص هذه الفئة. .				
31	الخطأ في التشخيص يساهم في تدهور الوضع الصحي للمصابين بالتوحد				
32	ارتفاع تكلفة الخدمات الطبية لفئة التوحديين (تحاليل، عناية بالاسنان ، ادوية ...)				
33	ارتفاع تكلفة الخدمات الارطفونية الموجهة للطفل التوحدي				
34	استخدام ادوات و مقاييس للتشخيص غير مكيفة على البيئة الجزائرية				
35	صعوبة الحصول على تشخيص دقيق				
36	طول فترة الكشف والتشخيص و تشعب اجراءاته				
37	عدم اقتناع والدي الطفل التوحدي بنتيجة التشخيص				
38	تفتقر الفئة العمرية التي تقل عن ثلاث سنوات من التوحديين لمراكز تدخل مبكر تتعامل معهم وفق خصائصهم النمائية و درجة اصابتهم باضطراب التوحد				
	محور المشكلات الاجتماعية				
39	غياب الوعي لأسر التوحديين بكيفية التعامل مع ابنائهم داخل و خارج البيت				
40	تفكك الاسرة و انفصال الوالدين				
41	ندرة وجود دورات تدريبية علاجية لوالدي التوحدي				
42	جهل اسر الاطفال التوحديين بحقيقة اضطراب طيف التوحد				
43	انعدام الوعي المجتمعي باضطراب طيف التوحد				
44	عدم وجود اطار قانوني يحمي و يضمن حقوق فئة التوحديين				
45	عدم توفر المرافق الخاصة بالطفل التوحدي سواء في المراكز أو في الشارع				
46	عدم التصريح بهذه الفئة في النصوص القانونية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة				
47	عدم استفادة الاطفال التوحديين من حقهم كأطفال عاديين (حق التعليم في المدارس العادية)				
48	الاعتماد الكلي في البرامج و الخدمات على التركيز على الام فقط دون باقي افراد الاسرة				
49	عدم احترام المجتمعات للطفل التوحدي وتجاهله				

50	رفض غالبية افراد المجتمع للتعامل مع الطفل التوحدي (اعتباره مهبول)					
51	ارتفاع تكاليف الرعاية وتقديم الخدمات للطفل التوحدي					
52	عدم قدره الاسره على استيفاء احتياجات الطفل التوحدي المادية					
53	ارتفاع تكاليف المؤسسات التي تقوم بتقديم الرعايه والتأهيل للطفل التوحدي					
54	اختلال ميزانية الاسرة من خلال توقف الام عن العمل للتفرغ للاهتمام بطفلها التوحدي					

نشكر لكم حسن تعاونكم

الملحق رقم04: مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر

إعداد الطالب: رابح شليحي المشرفة: أ.د /شويعل سامية

مقياس مؤشرات ضبط جودة التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر

ملاحظة: المقياس موجه للمختصين: وهم (مدراء المراكز، رؤساء الجمعيات، نفسانيين عياديين، ارطفونيين، مربين مختصين، اخصائي نفس حركي ، مربيين ، اخصائيين اجتماعيين ، أطباء عاملين في المراكز.)

بعد التحية الطيبة و السلام..

يهدف هذا المقياس الى تحديد مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر، بالإضافة الى تقدير درجة اهمية كل مؤشر في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي واسرته. ويأتي هذا العمل في إطار التحضير لإنجاز أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في التربية الخاصة، المعنونة ب: " **تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج و الخدمات كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر. كما يراها الوالدين والمختصين. وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية** " دراسة ميدانية في بعض مناطق الشرق الجزائري.

نتقدم إلى سيادتكم بفقرات **مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي و اسرته في الجزائر** ، المتكونة من (100) بندا تنتمي إلى المحاور التالية :

1- **المحور الاول – جودة التكفل التربوي و التعليمي–**:ويتضمن (34) بندا

2- **المحور الثاني – جودة التكفل الاجتماعي و الأسري** –: و يتضمن (32) بندا

3- **المحور الثالث – جودة التكفل النفسي و الصحي** –:ويتضمن(34)بندا

وقد صت بنود المقياس في صورة تساعد على تحديد درجة أهمية كل مؤشر، حيث عرض في المقياس مقابل كل مؤشر خمسة بدائل، تعكس اربعة منها تقديرات متدرجة لدرجات اهمية المؤشر **بتقدير: (ممتاز، جيد، مقبول، ضعيف)**، ويعكس البديل الخامس (**عدم انطباق المؤشر**)، ويحدد منها المستجيب ما يتناس مع وجهة نظره و البدائل هي :

(ممتاز، جيد، مقبول، ضعيف ، لا ينطبق).

كل ما عليك فعله سيدي(تي) أن تقرأ هذه المؤشرات بدقة ثم تحدد درجة اهمية كل مؤشر و ذلك بوضع علامة (×) امام البديل المناسب لاستجابتك

معلومات خاصة بالمختص :

الجنس : .... السن : .... المستوى التعليمي :...................................

التخصص الوظيفي : .... سنوات الخبرة : ....

مكان العمل (المركز او المؤسسة او الجمعية) : ....

المؤشرات

المحاور	الرقم	المؤشرات	مستوى التقدير				
			ممتاز	جيد	مقبول	ضعيف	غير مقبول
	01	أن يشرف على المركز إدارة لديها معرفة ودراية في مجال التوحد					
	02	أن يتم تكوين كوادر مؤهلة متخصصة للتعامل والتكفل بالطفل التوحدي					
	03	أن يقوم بالتكفل مختصون، لديهم شهادات جامعية في تخصص التربية الخاصة او العلاجية او في المجال					
	04	أن يتوفر في المركز فريق عمل متعدد التخصصات.					
	05	أن يعمل الفريق متعدد التخصصات بشكل مباشر مع الأطفال التوحديين وأسرهم.					
	06	أن يتوفر في المركز كوادر أخرى مساندة لها علاقة بعملية الاشراف على تقديم الخدمات.					
	07	أن يعقد المركز دورات تدريبية عن التوحد للمختصين العاملين في المراكز التي سيدمج بها الأطفال التوحديين					
	08	أن يوجد بين الأخصائيين في المراكز وأولياء الأمور علاقات تشاركية وتعاونية تقوم على الثقة المتبادلة والاحترام.					

09	أن تتوفر المراكز على الوسائل التعليمية والتجهيزات المناسبة لتعليم التوحديين داخل الفصول الدراسية					
10	أن تكون المباني المدرسية ملائمة لعملية الدمج الأكاديمي للأطفال التوحديين					
11	أن تتوفر في المراكز التي تستقبل التوحديين مناهج خاصة بهم تتلاءم و خصوصياتهم المعرفية و الاجتماعية و السلوكية					
12	أن لا يتجاوز عدد الاطفال التوحديين داخل القسم في المراكز التي تستقبلهم 08 أطفال					
13	أن يتوفر مرافقين مؤهلين للأطفال التوحديين في حالة الدمج					
14	أن تتوافر المراكز المستقبلة للتوحديين على قاعات للتأهيل النفسي الحركي					
15	أن توفر المراكز برامج الحملات الاعلامية و التوعوية باضطراب طيف التوحد					
16	أن يعد فريق المتعدد التخصصات البرنامج التربوي الفردي					
17	أن يتضمن البرنامج التربوي الفردي تنمية المهارات اللغوية والتواصلية و الاجتماعية و الاستقلالية					
18	أن يتم اختيار طرق التدريس والتدريب المناسبة لكل مجال نمائي، ولكل طفل على حدى من طرف الفريق					
19	أن تتصف المناهج، والبرامج، والأنشطة التي ينفذها المركز بالشمولية					

المحور الأول جودة التكفل التربوي

	والفاعلية في تلبية احتياجات الاطفال التوحديين					
20	أن ينفذ برامج تعليم الاطفال التوحديين معلمون (مربون)يعرفون جيدا معايير ومقاييس تشخيص التوحد					
21	أن يتوافر المراكز المستقبلة للتوحديين على مختصين يستطيعون تطبيق برنامج تيتش، برنامج لوفاس ABA، برنامج بيكس					
22	أن يعرّف المركز أسر الأطفال التوحديين بالتشريعات القانونية والسياسات الخاصة بالبرامج التربوية لأطفالهم					
23	ان تكيف طرق التدريس حسب قدرات الطفل التوحدي و وعمره و درجة اصابته					
24	أن يتم تقييم مستوى أداء الطفل قبل وأثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوئه يتم تصميم البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له					
25	أن يتم التدخل المبكر للطفل التوحدي من خلال البرامج التدريبيه والعلاجية الموجهة اليهم في الوقت المناسب					
26	أن يتم التركيز على الاساليب التي توظف مبادئ تعديل السلوك في البيئة الأسرية لتطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية					

التعليمي	27	أن يتم التركيز على تدريس التوحدي على المهارات الاستقلالية والاجتماعية والتواصلية					
	28	أن يتم ربط الخدمات الخاصة المقدمة في برنامج الطفل التوحدي بمستجدات الدراسات والبحوث العلمية في مجال التوحد					
	29	أن يتم برمجة خدمات وبرامج أثناء العطلة الصيفية لضمان الاستمرارية في التكفل					
	30	أن يقوم متخصصين في المجال بتقييم جميع الجوانب التعليمية المتعلقة بالطفل التوحدي.					
	31	أن يقوم المركز متمثلاً في فريق العمل متعدد التخصصات بإجراءات تقييم وتشخيص الأطفال التوحديين وتقييم مدى تقدمهم في التعلم بالإضافة إلى تقييم الأطفال بعد انتهاء البرنامج					
	32	أن يتواجد في المركز فريق متعدد التخصصات بما في ذلك أسرة الطفل والطفل نفسه .					
	33	أن يتم استخدام أدوات مقننة منها:(الإختبارات المقننة مثل: مقياس تقدير الطفل التوحدي (CARS) وقائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) وقوائم الشطب، تقديرات السلوك، ملاحظات الأسر، الملاحظة السلوكية المباشرة)					
	34	أن يشرف على المركز إدارة لديها معرفة ودراية في مجال التوحد					

ملحق رقم (05) : القائمة الاسمية لمحكمي أدوات الدراسة

الرقم	الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	الجامعة
01	برغوتي توفيق	دكتوراه في علم النفس الاجتماعي	مركز البحث في العلوم الاسلامية و الحضارة بالأغواط
02	رمضان عاشور حسين	دكتوراه التربية الخاصة	كلية التربية بجامعة حلوان بجمهورية مصر العربية
03	تومي طيب	دكتوراه التربية الخاصة	جامعة سطيف 2
04	مزيد حياصات	دكتوراه التربية الخاصة	كلية الاميرة رحمة جامعة البلقاء التطبيقية قسم التربية الخاصة
05	هيام قطناني	دكتوراه التربية الخاصة	كلية الاميرة رحمة جامعة البلقاء التطبيقية قسم التربية الخاصة
06	محفوظي أمين	دكتوراه في علم النفس	كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة المدية
07	ياسر خلف رشيد علي الشجيري	بروفسور التخصص علوم تربويه ونفسيه	جامعة الانبار – العراق
08	عباسي سعاد	دكتوراه علوم التربية	كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة المدية