

الفصل السادس

فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد.

يعد التوحد من الإعاقات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية، الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، الحسية، وأن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلية و التفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه، والسلوك النمطي، والاهتمامات لديه مقيدة أو محددة.

وأكدت العديد من الأدبيات والتجارب العلمية و الدراسات البحثية أهمية البرامج التربوية التطبيقية المباشرة المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية، والتي تساعد على تحسن حالتهم في المستقبل وتساعد المحيطين بهم في كيفية التعامل معهم، إذ أن غالبيتها قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد من نتائج العديد من الدراسات الأجنبية مثل دراسة كل من الكساندرا، ودراسة فيليب ومارلين، وديفسون ونيللي. وأشار روبنسن وآخرون إلى أهمية التدخل المبكر والتعليم والتدريب في تحقيق نتائج إيجابية لأطفال التوحد في المستقبل.

أضافه إلى الدراسات العربية والتي ركزت نتائجها على أهمية تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال التوحديين في كافة المراحل.

و تناولت عدة دراسات أخرى مثل دراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير، موضوع تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل تقييم البرامج المقدمة من وجهة نظر المديرين والمعلمين ومدى فاعلية الخطط التربوية ومحتوى هذه الخطط. وطرق التشخيص وتوافر أدوات التقييم المناسبة وطرائق التدريس المتبعة في تعليم أطفال التوحد. بالإضافة إلى قيام الباحثين بدراسة وتحديد المشكلات التي تواجه المعلمين، وبعضها الآخر تناولت أوضاع المراكز التي تقدم خدماتها للأطفال ذوي اضطراب التوحد

مشكلة الدراسة:

وبناءً على ما تقدم فإن مشكلة الدراسة انبثقت من خلال أهمية التعرف على أوضاع الأطفال التوحديين المنتفعين من خدمات مؤسسات التعليم والتدريب من خلال تقييم برامج المؤسسات التي يشرف عليه أخصائيين ومعلمين مدربين على إجراءات التعامل مع الأطفال التوحديين، إضافة إلى إحساس الباحث على أن ثمة مستوى تقييم لتلك البرامج في المؤسسات والتأكد من فاعليتها وجدواها ومدى انعكاسها على حياة الأطفال التوحديين وأسرها. تسعى الدراسة إلى الإجابة على سؤالين هما: هل هناك اختلاف في مستوى البرامج التعليمية والتشخيصية والإرشادية المقدمة في عدد من مؤسسات أطفال التوحد في الأردن؟ إضافة إلى سؤال حول ما هي أبرز المشكلات التي تواجه المشرفين والعاملين في تلك المؤسسات؟

فروض الدراسة:

وانبثقت من السؤال السابق الفرضيات التالية:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج التعليم بين مؤسسات أطفال التوحد.

الفرض الثاني: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج الإرشاد بين مؤسسات أطفال التوحد.

أهمية البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى فاعلية البرامج المقدمة لأطفال فئة التوحد المنتفعين من المؤسسات التعليمية من وجهة نظر المعلمين والمشرفين وأولياء الأمور والتعرف الدقيق على واقع تلك البرامج وإمكانية أحداث تطوير عليها لتعكس بشكل إيجابي على حياة هؤلاء الأطفال وإمكانية تطويرها في المستقبل، كما وتحاول الدراسة تقييم برامج الأطفال من فئة التوحد ومدى توافقها مع المعايير الموضوعية من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين أصلاً كمحددات لبيان الكشف عن تقدم وتطور تلك المؤسسات وتنمية سلوكيات الأطفال التوحيديين في تلك المؤسسات.

أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية البرامج المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية من خلال الإجابة على الاستبيانات المصممة وفق المعايير الموضوعية لتلك المؤسسات. كما تسعى الدراسة إلى تحليل وتصوير خلاصة البحوث النظرية والدراسات العلمية والبرامج التطبيقية لما يخدم برامج الأطفال وتطويرها في المؤسسات التعليمية.

مصطلحات البحث:

طفل التوحد (Autism): له ترجمات عربية مختلفة منها الطفل الذاتي أو طفل الانكفاء الذاتي ولكن هناك إجماع علمي يميل إلى لفظ (التوحد) لشيوعه واستقراره بين الباحثين والممارسين ولأنه يعبر عن طبيعة الإعاقة، ويعتبر كانر أول من عرف التوحد الطفولي حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصل للكلام بعد تطوره، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل، وما زالت العديد من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن..

المؤسسات التعليمية (مؤسسات التربية الخاصة): هي البيئات والأماكن التي يتلقى فيها أطفال التوحد البرامج التعليمية والتدريبية والتأهيلية التي بتوائم وضعها مع المعايير التي حددتها الجهات المشرفة عليها.

الإطار النظري للدراسة:

يعد الاهتمام بالتوحد في السنوات الأخيرة في الأردن من السمات البارزة في النهضة بالأشخاص ذوي الإعاقة، إذا زاد الاهتمام النوعي والكمي في فئة أطفال التوحد من حيث الإعداد المتزايدة في الظهور أثناء التشخيص، وإنشاء العديد من المراكز الخاصة والأهلية التي تعنى بفئة التوحد سواء من الأطفال الأردنيين أو الأطفال المنتقلين من دول عربية وغير عربية، إذا تشير الإحصاءات الرسمية في وزارة التنمية الاجتماعية والمجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين بأن عدد المراكز التي تعنى بالتوحد كلياً أو جزئياً وصل في العام 2015 إلى 24 مركزاً ومؤسسة ينتفع

منها حوالي 3200 منتفع من مختلف الأعمار، إضافة إلى انه قد تم تشخيص حوالي 6500 طفل من قبل مركز تشخيص الإعاقات والمراكز المتخصصة في الأردن والمستشفيات المعتمدة، مما يؤكد مدى الاهتمام الحاصل لفئة اضطرابات التوحد في الأردن، إضافة إلى تقديم حزمة من البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية والإرشادية والطبية والصحية والترفيهية المناسبة لهم، إضافة إلى خدمة الرعاية الداخلية والإيواء في مراكز حديثه ومجهزة بأفضل السبل المعيشية والترفيهية والخدمات المصاحبة، ويشرف عليها كوادر مؤهلة متخصصة ومدربة (التقرير السنوي للتنمية الاجتماعية، المجلس الأعلى للمعوقين، 2014).

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 الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيرهما لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة؛ بل يشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله

ومما يزيد من خطورة هاتين الإعاقنتين زيادة معدلات انتشارهما، حيث تقدر نسبة انتشار اضطراب التوحد بحوالي (60) حالة لكل 10,000 ولادة كما يشير فيريث نقلاً عن ونج وبورتر، أما إحصاءات المركز القومي

لبحوث ودراسات اضطراب التوحد فتؤكد أن نسبة الانتشار الراهنة تبلغ في الواقع (1) لكل (250) حالة ولادة تقريباً، وتصل هذه النسبة إلى (30-60) حالة لكل (10,000) حالة ولادة ممن لديهم إعاقة عقلية مع سمات اضطراب التوحد. أما الإعاقة العقلية فتقدر نسبة حدوثها ب(3%) من مجموع السكان، وهي تُعد من بين أكثر الإعاقات انتشاراً في العالم العربي، ويزيد من صعوبة الموقف وجود تداخل بين الإعاقتين من حيث اشتراكهما في بعض العوامل والأسباب المؤدية إلى حدوثهما، وكذلك اشتراك أفرادهما في بعض الخصائص أهمها قصور في القدرات العقلية والمعرفية، وتشير دود إلى أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من الإعاقة العقلية حيث تصل هذه النسبة إلى (70%) منهم، ويؤكد ألوي وآخرون أن الإعاقة العقلية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تمثل مشكلة معرفية في حد ذاتها وليست ناتجة عن الانسحاب الاجتماعي.

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 معاً وفق خطط عمل إجرائية ومهنية تتضمن بلوغ 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 من الأطفال العاديين، انطلاقاً

من أهمية وضرورة تلبية الاحتياجات التي تفرضها طبيعة الصعوبات والمشكلات، والتي تتطلب عناية خاصة ومساندة نفسية واجتماعية واستراتيجيات تعليمية وتربوية ذات مواصفات وجودة عالية تؤدي إلى مخرجات تتمثل بمساعدة هؤلاء الأطفال ليحققوا مستوى مقبولاً من المهارات الاستقلالية والدافعية وتقدير الذات

ونتيجة للتحويلات والتطورات التي شهدتها ميدان التربية الخاصة، فقد شهد الأردن تقدماً كبيراً في مجال تقديم الخدمات التشخيصية والصحية والتربوية والتأهيلية والاجتماعية للأشخاص المعاقين. وقد تسارع هذا التقدم خلال السنوات القليلة الماضية متوجاً بصدر قانون حقوق الأشخاص المعاقين رقم (31) لسنة 2007، وما تمخض عنه من إنشاء المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين لرسم السياسات، وكمظلة تنسيقية بين جميع الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمات، وكذلك صدور الإستراتيجية الوطنية للأشخاص المعاقين والبدء بتنفيذها

ولهذا فقد قام المجلس بإطلاق معايير الاعتماد العام لمؤسسات وبرامج الأشخاص المعاقين في الأردن سنة (2009)، ثم اتبعها بإطلاق معايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية وذوي اضطراب التوحد في الأردن لسنة 2010 (تقرير المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين).

وقد شمل الإصلاح التربوي الأردني خدمات التشخيص والتعليم والتدريب من قبل وزارات الصحة والتربية والتعليم والتنمية الاجتماعية، وكذلك القطاع التطوعي، والخاص وهناك إنجازات واضحة في هذا المجال

وخاصة في الجانب الكمي، إلا أن هناك نقصاً واضحاً في خدمات التشخيص والتقييم النفسي التربوي لعدم توافر الأدوات والمقاييس المقننة والمناسبة للبيئة الأردنية، وعدم توافر اختصاصيين مؤهلين لإجراء عمليات التشخيص، وإنما يقتصر التشخيص على الجانب الطبي بالإضافة إلى تعدد المرجعيات في هذا المجال.

أما فيما يتعلق بالبرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة ومنها ما يقدم للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، فتقدم بالطريقة التقليدية عن طريق إنشاء مراكز وجمعيات ومؤسسات منفصلة، ولا توجد إستراتيجية واضحة لدى هذه المراكز والمؤسسات لإدماج من يلتحق بها في المدارس العادية، فيما عدا بعض المحاولات التي تقوم بها بعض المراكز. ومع أن هناك زيادة في عدد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب التوحد الذين تقدم لهم البرامج والخدمات التربوية، إلا أن هناك تساؤلات مشروعة حول نوعية البرامج والخدمات التي تقدم لهم من قبل مراكز ومؤسسات التربية الخاصة وهناك 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، وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج التربوية المختلفة الموجهة إلى الأطفال التوحديين وسوف نستعرض البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها وهي برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (Treatment and education of autistic and related

لوفاس ((communication handicapped children: TEACCH و (LOVAAS) ودو غلاس (DOUGLASS)، وبعض المدارس الشهيرة مثل هيجاشي (HIGASHI)

1. برامج تعديل السلوك: العلاج السلوكي هو العلم الذي يقوم بتطبيق الأساليب التي انبثقت عن قوانين النظرية السلوكية بشكل منظم، من أجل إحداث تغيير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأدلة التجريبية التي تؤكد مسؤولية تلك الأساليب عن التغير الذي حدث في السلوك
2. البرامج الترفيهية: أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور في حياة الأطفال التوحديين .
3. البرامج الاجتماعية: التفاعلات الاجتماعية الناجحة من أكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون التوحديون، الذين - يتمتعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة - غالبًا ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية ، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين
4. برنامج التخاطب (النطق والكلام): وتحقق مثل هذه البرامج الكشف عن المشكلات التي يعاني منها ذوي اضطرابات التوحد حيث أن التواصل اللغوي.
5. العلاج الطبيعي والوظيفي والمائي: إذ يتم تقييم الجسم والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة.

6. الألعاب والنشطة الرياضية: وهي ذات فاعلية في تنمية الجوانب الجسمية والنفسية لديهم.

اضطراب التوحد المفهوم والخصائص:

أن تقدير انتشار اضطراب التوحد في تزايد حيث توصلت العديد من المسوحات العالمية في الولايات المتحدة ودول أخرى أن نسبة الانتشار (62.6) لكل (10.000) حالة ولادة وأن انتشار الاضطراب لدى الذكور أعلى من الإناث (4:1) والتوحد (autism): إعاقة (قصور) متعلقة بالنمو تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا، ويقدر انتشار الاضطراب في أحدث الدراسات بحدود 1-2 لكل ألف حالة ولادة مما يشكل مشكلة كبيرة للعالم

وبحسب قيرث في (Autism Society of American, 2003) هو اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا ونمائية، وان المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن (30) شهرا من العمر، ويتضمن اضطراب في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطراب في التعلق والانتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث.

أما كولمان فقد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي عام يشير إلى قصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل، كما إنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل communication skills. حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات ويتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الفرد، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر، هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد . وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية: اضطرابات النمو الدائمة Pervasive Developmental

(Disorder (PDD)، التوحد autism، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر (PDD-NOS (not otherwise specified)، متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome، ومتلازمة رَت Rett's syndrome، واضطراب الطفولة التراجعي Childhood Disintegrative Disorder.

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في DSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتي أسبرجر ورت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات في المجال: CHAT (Checklist for Autism in Toddler\Childhood Autism) Rating Scale- CARS وغيرهما، وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط.

وتظهر مؤشرات الدلالة أو الأعراض على طفل التوحد من خلال المؤشرات التالية:

أولاً : التواصل: يكون تطور اللغة بطيئاً.

ثانياً : التفاعل الاجتماعي: يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين.

ثالثاً : المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية.

رابعاً : اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري.

خامساً : السلوك: قد يكون نشطاً أو حركياً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض نفسه أو الأشياء من حوله)

وقد ورد بان ثمة صعوبات تواجه تشخيص أطفال التوحد فيما يتعلق بتحديد دقيق وتباين بين الحالات حسب تصنيفها وخصائصها وأعراضها والذكاء والقدرات المختلفة، بمعنى ظهور أخطاء في إجراءات القياس والتشخيص في ضوء غياب واضح لفريق التشخيص في المؤسسات كما يراها الباحث من خلال دراسة سابقة لتقييم القياس والتشخيص في الأردن 2001، إضافة إلى ضرورة توفر مقاييس معتمدة وعالمية للتوحد، إضافة إلى ما أشار إليه هشام عبد الله، 2009 فيما يتعلق باعتماد مقاييس مثل قائمة ميول الطفل التوحدي ABC وغيرها من المقاييس التي اعتمدت سابقاً في دول ذات اهتمام بأطفال التوحد.

أما برامج الإرشاد النفسي Counseling Program لأطفال التوحد، فيرى الباحث بان الحاجة إلى توظيف خدمات متخصصة كالإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد تؤدي إلى تخفيف الآثار السلبية فيما يتعلق بالجوانب

النفسية والاجتماعية والسلوكية المتعلقة بأطفال التوحد والعاملين معهم وأسرهم، وبالتالي ينعكس على الخدمات الأخرى وواقع تكيفهم في تلك المؤسسات، إذ كثيراً ما يتعرض أطفال التوحد بسبب إعاقاتهم إلى ضغوط داخلية شديدة ومشكلات نفسية مصاحبه لإعاقاتهم تؤثر على محيطهم، وهذا يتطلب توفير خدمات إرشادية نفسية وأسرية مناسبة لهم في المؤسسات. وأشار لذلك قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات إلى أن الخدمات الإرشاد يقدم من قبل الأخصائي النفسي وأخصائي الإرشاد والتوجيه المدرسي المحدد حسب معايير عملهم ووظائفهم ومهامهم ضمن القانون، ولديهم القدرة على إرشاد الأطفال ذوي الإعاقة بشكل يناسب الحالات ومشكلاتها، بما فيهم أطفال التوحد سواء في المؤسسات الداخلية أو المدارس العادية

وقد عرفت رابطة علم النفس الأمريكية بان الإرشاد النفسي خدمة تهدف إلى مساعدة الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والمساعدة على حل مشكلاتهم، وكذلك حددت الجمعية الأمريكية للإرشاد ACA,1999 دور المرشد النفسي المساعد للطلبة.

وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج الموجهة إلى الأطفال التوحديين ونشير هنا إلى البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها من خلال الوسائل التعليمية وهو برنامج (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children TEACCH) التعليم المنظم ولوفاس (LOVAAS) المبرمج للتعليم الأكاديمي ودوغلاس

(DOUGLASS) وبرنامج LEAP يعتمد على تعلم الخبرات في الطفولة المبكرة، إضافة إلى بعض المدارس الشهيرة مثل: مدرسة هيجاشي (HIGASHI) في علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة .

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين.

وبالرغم من التقدم الواضح الذي شهده العصر الحالي في ميدان البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلا أن جدلاً كبيراً وجد بين عدد من الباحثين والتربويين وجمعيات أولياء الأمور وصانعي القرار حول فاعلية بعض تلك البرامج المقترحة. ولعل ذلك الجدل ظهر أساساً 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 مناسباً وفعالاً مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ونتيجة لذلك وجدت الحاجة إلى نشوء حركة جديدة أخذت تهتم بضرورة استناد البرامج التربوية المقدمة على نتائج الأبحاث العلمية الموثقة في الميدان من قبل أبحاث تجريبية محكمة .

أما فيما يتعلق بطرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد، فيمكن تقسيمها إلى ثلاثة طرق: أولاً: طرق العلاج التطبيقية العلمية: التي قام بابتكارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أنت طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي منها: (طريقة لوفاس Lovaas: وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behaviour Therapy، أو علاج التحليل السلوكي Analysis Therapy. ونعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك). وطريقة (طريقة تيتش TEACCH: والاسم هو اختصار لـ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له). وتتميز بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل). وطريقة (فاست فورورد Fast-forward: وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وتم تصميم برنامج الحاسوب بناء

على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال Paula Tallal وتركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

ثانياً: طرق قائمة على التدريب الحسي منها (التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT): وطرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. كذلك (طريقة التواصل الميسر Facilitated Communication: \ وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر. إضافة إلى العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy: ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التدفق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها.

ثالثاً: القائم على العلاج الطبي والغذائي مثل: العلاج بهرمون السكرتين Secretin: السكرتين: هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة

في عملية هضم الطعام. وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد.

وبسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات، وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل) كما اشارت لها Paulla Tallal، وتستخدم المؤسسات مدار البحث عدد من البرامج القائمة على التعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. وتدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة، وعليه وكما ترى Paulla Tallal يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

ونشير حول طرق تعزيز التعلم عند الأطفال المصابين بالتوحد، حيث بدأت بشرح أهمية فهم الطريقة التي يفكر بها هؤلاء الأطفال، ثم قامت بعرض طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي عند هؤلاء الأطفال، ثم شرحت الطرق التي تساعد على تعزيز التعلم من خلال استخدام الأعمال الروتينية

المعتادة وأدوات التعليم المرئي. وتعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة ببنية ثابتة تعتمد على تنظيم المواد المطلوبة للدرس، كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية مساعدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها. فالتسلسل المعتاد للأحداث يوفر الانتظام وسهولة التوقع بالأحداث يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد ينتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية وتطور المهارات التواصلية لدى أطفال التوحد، وهناك الكثير من البرامج والنشطة التي يمكن استخدامها أثناء عملية الدمج لهؤلاء الأطفال في المدارس العادية)

البرامج والخدمات المستندة إلى نتائج البحوث العلمية ويشير لهذا الأمر إذ ظهر هذا المبدأ لرفد ميدان العلوم الإنسانية بممارسات علمية موثوق بها ومبنية على نتائج أبحاث علمية محكمة. وجاءت هذه الحركة لتتادي بضرورة توظيف استراتيجيات تربوية تستند أساساً على نتائج الأبحاث العلمية، كما دعت إلى أهمية البحوث العلمية المحكمة والتي يراعى فيها أدق المعايير البحثية الإجرائية لفحص مدى فاعلية تلك البرامج أو الاستراتيجيات التربوية في تحقيق الأهداف المرجوة منها، وهذه الأهداف هي: تحديد البرنامج أو الإستراتيجية التربوية المراد استخدامها، وتوظيف أو تطبيق الإستراتيجية أو البرنامج، وتقييم فاعلية البرنامج أو الإستراتيجية في إحداث التغييرات

المرغوب فيها مع التأكيد على تقديم الأدلة الواضحة والعلمية على أن التغيير الحاصل إنما هو نتاج تطبيق الإستراتيجية.

ولتحقيق تلك الأهداف فإن المحلل للأدب النظري يلاحظ أن المحاولات التي تمت في ميدان ذوي الإعاقة للتأكد من مدى ملائمة ممارساته التربوية لمبادئ الممارسات المبنية على البحوث العلمية قد اشتملت على ثلاثة أنواع من الدراسات كما أشار إليها عاكف الخطيب على النحو التالي: دراسة المعايير العامة: هدفت هذه الدراسات أو التقارير إلى تطوير معايير عامة أو موجّهات للدراسات العلمية التجريبية ودراسات تحليل البرامج التربوية وتحديد مدى فعاليتها والتي أشار إليها كل من ودراسات المصادقية العلمية للتعرف على مدى فاعلية تلك البرامج ومدى ملائمتها العملية لتحقيق تلك الأهداف المرجوة من حيث أحداث التغيير الملائم.

الدراسات السابقة:

دراسة عاكف الخطيب (2011) بعنوان أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية" هدفت هذه الدراسة إلى تطوير أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية.

وتكونت عينة الدراسة من جميع مجتمع الدراسة من مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد وعددها (153) مؤسسة

ومركزاً لجمع البيانات، عن مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، فقد تم بناء أداتين: أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(89) مؤشراً رئيساً. وأداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد (110) مؤشرات رئيسة، هذا وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات الأداتين برّرت استخدامهما.

وأشارت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بُعد "الخدمات والبرامج" بمتوسط (0.68). في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي: بُعد "التقييم" بمتوسط (0.66)، وبُعد "البيئة التعليمية" بمتوسط (0.55)، وبُعد "الإدارة والعاملين" بمتوسط (0.37). أما بقية الأبعاد وعددها أربعة أبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية وهي: بُعد "الرؤية والفكر والرسالة" بمتوسط (0.33)، و"مشاركة ودعم وتمكين الأسرة"، وبُعد "الدمج والخدمات الانتقالية" بمتوسط مقداره (0.31) لكل منهما، وبُعد "التقييم الذاتي" بمتوسط (0.30).

دراسة الزارع (2008) هدفت إلى بناء مؤشرات لضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحيديين وتحديد درجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحيديين في المملكة العربية السعودية. وتكونت عينة الدراسة من (20) مركزاً حكومياً تقدم خدماتها للأطفال التوحيديين الذكور بحيث مثلت مناطق السعودية. ولجمع النتائج تم بناء مقياس مؤشرات ضبط الجودة في

البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين بعد التوصل إلى العناصر الأساسية، وتكون المقياس من (175) مؤشراً رئيساً و(107) مؤشرات فرعية. وأشارت النتائج إلى أن هناك مؤشرات لعنصرين من عناصر ضبط الجودة انطبقت بدرجة عالية هي مؤشرات عنصر "البرنامج التربوي والخطة التربوية 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" وعنصر "المنهاج المرجعي" ومؤشرات عنصر "التهيئة للدمج" ومؤشرات عنصر "التقييم والتشخيص". وباقي مؤشرات العناصر وعددها خمسة انطبقت بدرجة متدنية وهي: مؤشرات عنصر "البيئة التعليمية" ومؤشرات عنصر "تقييم البرنامج المقدم والمركز" ومؤشرات عنصر "الخدمات المساندة" ومؤشرات عنصر "الكوادر العاملة" وكانت أقل المؤشرات انطباقاً هي مؤشرات عنصر "مشاركة الأسرة".

دراسة البستنجي (2007) دراسة بعنوان "واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن". وهدفت إلى التعرف على واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن، من حيث الأهداف، وفريق التقييم، ومصادر المعلومات التي يتم جمعها لغايات التقييم، والجانب الذي تغطيه عملية التقييم، والاختبارات والمقاييس التي تستخدم في عملية التقييم، وممارسات التقييم اللاحقة للتقييم الرسمي، وأساليب التقييم البديل، والمشكلات التي تواجه القائمين على عملية التقييم، ومستوى معرفة معلمي التربية الخاصة بأساسيات التقييم في التربية الخاصة، بالإضافة إلى معرفة الفروق في مستوى معرفتهم

تبعاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والخبرة، وسنة التخرج، والعمر. وبلغت عينة الدراسة (255) أخصائياً في التقييم، و(301) معلماً من معلمي التربية الخاصة، ممن يعملون في مراكز ومدارس التربية الخاصة التي تعنى بذوي صعوبات التعلم والإعاقة السمعية والبصرية والحركية والعقلية والمراكز التي تخدم فئات متعددة. وقد تم جمع المعلومات من خلال أداتين أعدهما الباحث لأغراض الدراسة الحالية (الاستبانة والاختبار التحصيلي) وقام بتطبيقهما على أفراد العينة مع التحقق من دلالات صدقها وثباتهما. وأظهرت النتائج أن أكثر الأهداف التي يسعى أفراد عينة الدراسة إلى تحقيقها هو "التخطيط للتدريس"، ثم "متابعة تقدم وتحسن أداء الطالب". كما أظهرت النتائج أن معلم التربية الخاصة يتواجد كعضو في فريق التقييم بنسبة عالية، وأن نسبة مرتفعة من المراكز والمدارس التي تمت تغطيتها في الدراسة لا يوجد فيها فريق تقييم، حيث يقوم بالتقييم فيها أخصائي واحد فقط، وعدم توافر أدوات مناسبة للتقييم..

دراسة الشمري (2007) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحدين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، وبيان ما إذا كان التقييم سواء أكان حكومياً أم أهلياً، يختلف باختلاف طبيعة البرنامج أو باختلاف الخبرة التعليمية أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحدين كان إيجابياً، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز في جوانب

البرامج التالية: أبعاد أساليب التقييم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة والدرجة الكلية لصالح (القطاع الأهلي)، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية.

دراسة كارول (Carol, 2007) التي هدفت إلى الكشف عن المؤشرات النوعية لبرنامج الدمج الكامل في مرحلة ما قبل المدرسة، وتم فيها استخدام منهجية دراسة الحالة للتحقق من ثلاثة أبعاد نوعية في برامج ما قبل المدرسة، التعليم الجامع والتحقق من الالتزام في تطبيق مناهج تم اختياره للبرنامج، حيث تم استخدام مقاييس نوعية لجمع البيانات من خلال الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، والمسوحات، والمقابلات الشخصية، ومراجعة الوثائق. واشتملت عينة الدراسة على (40) مشاركاً من المديرين، ومعلمي التربية الخاصة، ومعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، ومساعدتي المعلمين، والآباء، وقد تم تحديد الخصائص المتعلقة بالبرامج التعليمية المبكرة عالية الجودة على النحو التالي: مظاهر نوعية البناء، وكادر مؤهل، وصفوف

صغيرة، ونسبة المعلمين إلى الطلاب منخفضة. ومؤشرات نوعية للعمليات مثل استخدام الممارسات التعليمية التي تنمي التفكير وتشجع الأطفال على طرح الأسئلة، واستخدام إستراتيجيات توجيه إيجابية، وتركيز قوي على مساعدة الأطفال على تطوير مهارة حل المشكلات وإظهار الاحترام للآخرين).

وأظهرت النتائج بأن أنشطة التعليم المستند إلى المحتوى، وممارسات التقييم المستمر للطفل كانت من الجوانب التي تحتاج إلى تطوير. وقد كان من أبرز المظاهر الإيجابية لدى الآباء والمعلمين توفر دمج التربية الخاصة مع خدمات رعاية الطفل في مكان وأحد. كذلك كان تطبيق المنهاج قوياً فيما يتصل بمشاركة الأسرة، واشتملت كذلك على بُنية الصف والروتين وتفاعلات المعلم مع الطفل وتوجيه تعلّم الطفل، لكن التطبيق كان ضعيفاً فيما يتصل بالبيئة المادية واستخدام نظام تقييم ذاتي فعّال.

دراسة العلوان (2006) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من (120) فرداً تم توزيعهم على النحو التالي (60) شخصاً يمثلون أولياء أمور الأطفال التوحديين، و(60) معلماً من العاملين في مراكز التربية الخاصة، ولجمع البيانات طوّر الباحث أداة تكونت من (70) فقرة اشتملت على أربعة مجالات وهي: المجال الاجتماعي وتكون من (20) فقرة، ومجال تعديل السلوك وتكون من (20) فقرة، والمجال التربوي وتكون من (20) فقرة، والمجال الترفيهي وتكون من (10) فقرات، وقد تم استخراج معامل الصدق للأداة من خلال عرضها على

مجموعة من المحكمين، إضافة إلى استخراج معامل الثبات للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكان معامل الثبات لعينة أولياء الأمور (0.94)، ولعينة المعلمين (0.90). وقام الباحث بتطبيق الاستبانة التي أعدها على كل من أولياء الأمور والمعلمين. وأشارت نتائج الدراسة إلى: فاعلية البرامج الاجتماعية، والترفيهية المقدمة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وعدم فاعلية البرامج التربوية والبرامج السلوكية المقدمة للأطفال التوحديين.

دراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير (Tietjens, McCray,) and Co-chair, 2005 هدفت إلى تقييم البرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في مدارس التربية الخاصة في ولاية مونتانا "كونتري لويس" في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج التوحد (Autism Program Quality Indicators, APQI) الذي بناه كريزمان و ديوراند وكوفمان وإيفيريت (Crimmins, Durand, Kafman and Everett (2001)، وذلك من أجل قياس وتقييم وتحليل الخدمات والبرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في تلك المنطقة وتم تطبيق المقياس خلال الفترة ما بين شهر (أيلول 2004 - شباط 2005). حيث أوردت الدراسة تفاصيل العملية التعليمية من نتائج ونصائح تؤدي إلى تحسين الأنشطة المستقبلية للطلاب التوحديين. تكونت العينة من (78) طالباً من الطلاب التوحديين في البرامج في مقاطعة "كنتري لويس"، وتم اختيار أسلوب تحليل التباين الأحادي لتحليل بيانات برنامج التقييم، وأظهرت نتائج الدراسة نقاط القوة والضعف في البرامج المقدمة للطلاب التوحديين. فمن

نقاط القوة فيها مثلاً، ملاحظة الآباء عموماً المعيار النبيل للهيئة التدريسية، وتعامل معلمي البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم بعكس العامة. ومن نقاط الضعف في البرامج عدم الشمولية للبرامج المقدمة، وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وعملية المراقبة والتقييم الذاتي، وتصنيف الطلاب إلى مستويات متدرجة وبخاصة في البرامج العامة.

دراسة الصمادي وآخرون (2001) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وشملت الدراسة جميع مراكز التربية الخاصة الحكومية والتطوعية وعددها (8) ومن جميع مديري تلك المراكز وعينة من معلميه وعددهم (82) معلماً ومعلمة. ولقياس مدى الفاعلية، تم تطوير أداة تكونت من (119) فقرة مثلت سبعة أبعاد هي المنهاج، والإدارة، وخصائص المركز، والجو التربوي، والمجتمع المحلي، والتدريس والتدريب، والمعلمون والعاملون. وأشارت النتائج إلى أن متوسط كل من مركزي الشارقة وخورفكان على أداة الدراسة ككل يزيد على الدرجة المعتمدة للفاعلية (3) بشكل دال إحصائياً مما يشير إلى فاعليتها ككل. كذلك أشارت نتائج الدراسة إلى التباين في فاعلية المراكز حسب أبعاد الأداة فأشارت إلى فاعلية مركز أبو ظبي في الجو التربوي ومركز الشارقة في أبعاد الإدارة، وخصائص المركز والتدريس والتدريب ومركز العين في بعدي خصائص المركز والمجتمع المحلي. أما فيما يتعلق بالأبعاد الأخرى لم تكن النتائج دالة إحصائياً. كما أشارت نتائج تحليل التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى فاعلية المركز تعزى إلى متغير المركز على الدرجة الكلية وعلى درجات الأبعاد الفرعية الأخرى جميعاً.

وأشارت نتائج التكرارات والنسب المئوية للمشكلات التي تحد من فاعلية التدريس إلى أن أهم تلك المشكلات كانت التباين في قدرات الطلبة، ونقص الدورات التدريبية للمعلمين، والإدارة غير المؤهلة، والغرف الصفية الضيقة، وعدم اهتمام أولياء الأمور.

دراسة المعمري (2000) في دراسة حول مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان، هدفت إلى التعرف على مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان. تكونت عينة الدراسة من جميع مراكز ومدارس التربية الخاصة الحكومية في سلطنة عمان والبالغ عددها (4) مراكز، وتضم (4) مديرين، و (136) معلما ومعلمة. جمعت البيانات عن الفاعلية باستخدام استبانة فاعلية مراكز التربية الخاصة، والتي تكونت من (106) فقرات مثلت (6) أبعاد هي: المنهاج، الإدارة، والجو التربوي، وخصائص المركز، والتدريس والتدريب، والمعلمون والعاملون في المركز. وأشارت النتائج إلى أن جميع مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان فعالة في جميع الأبعاد، ما عدا بعد المعلمين والعاملين، فقد كان أعلى المتوسطات لبعـد الجو التربوي، وبعـد المنهاج، وبعـد الإدارة، وبعـد خصائص المركز والتدريس والتدريب. كما أشارت النتائج إلى المشكلات التي تحد من فاعلية مراكز التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين ومنها: النقص في إعداد وتأهيل وتدريب المعلمين، وعدم وجود دليل للمعلم، واللوازم والوسائل التعليمية المناسبة، وعدم توافر مختبرات، وعدم توافر أجهزة ومعدات، وقصور في الجانب المادي.

عينة البحث: تكون مجتمع الدراسة من جميع مؤسسات أطفال التوحد في الأردن حيث تم اختيار عينة عشوائية اشتملت على ستة مؤسسات تعنى بفئة التوحد تتبع لكل من وزارة التربية والتعليم ووزارة التنمية الاجتماعية/التربية الخاصة حيث تم اختيارها لغرض هذه الدراسة خلال عام 2015/2014 والجدول التالي يبين معلومات عن تلك المؤسسات.

الجدول رقم (1)

يبين معلومات حول المؤسسات لأطفال التوحد عينة الدراسة خلال العام 2014

المؤسسة	سنة التأسيس	عدد المنتفعين	عدد العاملين	المعلمين والمشرقيين
المدرسة النموذجية	1983	180	120	40
الأكاديمية العربية	1990	98	42	22
مركز وصال	2004	40	18	10
المدرسة العربية	1980	200	140	44
مركز العقبة	2008	22	8	6
مركز الأمل	2010	24	12	8

متغيرات ومحددات البحث: مؤسسات تربية خاصة: متمثلة في تعليم مستوى واحد (التوحد). النوع: مؤسسات أهلية مرخصة بشكل رسمي.

الزمان: العام الدراسي 2015/2014

أداة الدراسة:

لقد تم بناء أداة الدراسة من خلال البحث في قواعد البيانات الإلكترونية وفق الأساس النظري والتطبيقي المؤسسات ومؤشرات الفاعلية والجودة والدراسات السابقة وأدوات القياس ذات العلاقة موضوع الدراسة الحالية، وبنيت على أساس تدرجي لمعيار التدرج ليكرت المعتمد عالمياً، من خلال قائمة تقدير فقرات تدل على مستوى جودة البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات التعليم والتدريب لفئة أطفال التوحد، والتي تكونت من ثلاثة إبعاد رئيسية تتضمن (54) فقره هي: الأول: البرامج التعليمية (38) فقره والثاني التقييم والتشخيص (8) فقرات والثالث الخدمات الإرشادية (8) فقرات، والتي تم عرضها على محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص بحيث حازت على مستوى عال من الصدق (صدق المحكمين) بدرجة 80% بعد إجراء التعديلات والإضافات المطلوبة، ولتحقق من ثبات الأداة فقد لجأ الباحث إلى استخراج ثبات الأداة بعد تطبيقها على 20 فرداً من عينة الدراسة مستخدماً الطريقة النصفية وبنسبة ثبات وصلت إلى (82%) وتم بعد ذلك تطبيقها على (80) فرداً من العاملين في التعليم والإشراف على البرامج في المؤسسات مدار الدراسة.

أدوات وإجراءات الدراسة:

الاطلاع على الأدب التربوي والمعايير والممارسات العالمية فيما يخص اضطراب التوحد، ثم البدء بإعداد أداة التقييم. في ضوء مراجعة دقيقة للأدب النظري المتعلق بالدراسة الحالية والأدوات والاستبيانات السابقة ومعايير عالمية ومحلية في تحديد ومقارنة فاعلية وجودة البرامج التربوية والتعليمية (معايير المجلس الأعلى للأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن

(2010) وتم التحقق من صدق وثبات أداتي الدراسة عن طريق عرضهما على مجموعة من ذوي الاختصاص والخبرة في الجامعات الأردنية (10) محكمين والتي حازت على درجة عالية من الصدق والثبات بعد إجراء التعديلات المطلوبة في ضوء الملاحظات الواردة.

وبعد حصر المؤسسات والمراكز والمدارس التي تقدم برامجها وخدماتها التربوية لفئة اضطراب التوحد من حيث أعدادها وأماكن توزيعها وبحكم عمل الباحث وعلاقته مع تلك المؤسسات قام بزيارتها بنفسه وتسليم الأدوات واستماراتها إلى المدراء لتوزيعها على عينة الدراسة في كل مؤسسه يزورها وتعبئتها من قبل المشرفين والمعلمين ثم جمعها بعد أسبوع- إلى أسبوعين من تلك الزيارة ومن ثم تدقيقها وتфриغها بواسطة الحاسب الآلي وتحليل نتائجها في ضوء ما هو متعارف عليه إحصائياً.

منهجية الدراسة والتحليل الإحصائي:

تصنف هذه الدراسة من حيث طريقة إجرائها على أنها بحث وصفي تحليلي يعتمد دراسة الظاهرة التربوية ووصفها، كما توجد في الواقع والتعبير عنها كماً وكيفاً، مستخدماً حزمة العلوم الاجتماعية (SPSS) ومراجعتها وتوظيفها بصورة علمية وباستخدام تحليل التباين (ANOVA)، واختبار ستودنت لإيجاد الفروق بين البرامج ولصالح أي من المؤسسات.

نتائج الدراسة:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد البرامج التعليمية، ولا استخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) على النحو الوارد في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد وفق بعد البرامج التعليمية

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى دلالة	الدلالة
المدرسة النموذجية (خاص)	71,4	19.42	5.25	1.94	0.64	غير داله
الأكاديمية العربية (أهلي)	70,2	162.12				
مركز وصال (خاص)	70,1	184.24				
المدرسة العربية (أهلي)	69,4	51.26				
مركز العقبة (أهلي)	69,8	32.16				
مركز الأمل (خاص)	70.1	23.45				

مستوى الدلالة = 0,05

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (2) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحيد وفق بعد البرامج التعليمية، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة (0,64) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0,05)، ويعطي انطباع بتوافق أفراد العينة في استجاباتهم حول فاعلية البرامج التعليمية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا. وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / أهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (3).

جدول رقم (3)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد (أهلي / خاص) وفق بعد التعليم

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	70,5	181,24	2,98	2,14	0,02	دال لصالح الخاص
مراكز (أهلي)	69,8	64,62				

ومن خلال الجدول رقم (3) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,02) وهي اصغر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وهي فروق دالة لصالح مراكز التوحيد القطاع الخاص والذي قد يعود إلى التركيز في المراكز الخاصة على بعد التعليم والبرامج المرتبطة بالتعليم بشكل أكثر تركيزاً، إضافة إلى الاهتمام بالأنشطة والوسائل التعليمية في مراكز القطاع الخاص وهذا ما تؤيده التقارير السنوية لتلك المراكز من الجهات المشرفة عليها.

الفرض الثاني: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد التقييم والتشخيص، ولإستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) على النحو الوارد في الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد وفق بعد التقييم والتشخيص.

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المدرسة النموذجية (خاص)	30,3	16.44	3.24	1.75	0,55	غير دالة
الأكاديمية العربية (أهلي)	25,6	5.56				
مركز وصال (خاص)	27,5	32.47				
المدرسة العربية (أهلي)	27,7	12.16				
مركز العقبة (أهلي)	27,6	44.90				
مركز الأمل (خاص)	29,3	22.49				

مستوى الدلالة = 0,05

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (4) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحيد وفق بعد التقييم والتشخيص، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة (0,132) أكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0,05)، مما يعطي انطباع بتوافق أفراد عينة الدراسة في

استجاباتهم حول فاعلية خدمات التقييم والتشخيص في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريباً.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / أهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (5).

جدول رقم (5)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (أهلي / خاص)

وفق بعد التقييم والتشخيص.

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	29,2	84,44	1,98	1,44	0,62	غير دال
مراكز (أهلي)	27,5	64,62				

ومن خلال الجدول رقم (5) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,62) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحد القطاع الخاص والأهلي، إذا أن جميع المراكز تستخدم نفس أدوات التقييم والتشخيص لأطفال التوحد وهناك جهة واحدة معتمدة لذلك هي مركز التشخيص المبكر للإعاقات وهو حكومي.

الفرض الثالث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد الخدمات الإرشادية ولاستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) على النحو الوارد في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6)

يبين الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد وفق بعد خدمات الإرشاد

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المدرسة النموذجية (خاص)	23	38.17	2.11	1.55	0,23	غير دالة
الأكاديمية العربية (أهلي)	22	20.14				
مركز وصال (خاص)	23,1	2.78				
المدرسة العربية (أهلي)	22,5	24.45				
مركز العقبة (أهلي)	21,7	60.48				
مركز الأمل (خاص)	22,4	15.18				

مستوى الدلالة = 0,05

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (6) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحيد وفق بعد الخدمات الإرشادية، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة (0,23) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة (0,05) مما يعطي انطباع بتوافق أفراد عينة الدراسة في استجاباتهم

حول فاعلية الخدمات الإرشادية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريباً.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / أهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (7).

جدول رقم (7)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (أهلي / خاص) وفق بعد الخدمات الإرشادية.

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	22,5	92,66	3,98	2,04	0,13	غير دال
مراكز (أهلي)	22,3	44,65				

ومن خلال الجدول رقم (7) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0,05) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,013) وهي اكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحد القطاع الخاص والأهلي، إذ لوحظ بان جميع المراكز تعتمد منهج الخطة الإرشادية الواحدة لتقديم الخدمات الإرشادية لأطفال التوحد وجهة واحدة تقدم وتتابع خدمات الإرشاد في تلك المؤسسات وهي حكومية.

وللإجابة على السؤال الوارد في الدراسة: حول أهم المشكلات التي واجهت المشرفين والمعلمين عينة الدراسة يبين الجدول رقم (8) التالي أهم تلك المشكلات ما يراها العاملين في تلك البرامج.

الجدول رقم (8)

الترتيب الأكثر ظهوراً	المشكلة	الرقم
68%	ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم	1.
66%	ضعف الحوافز والمكافآت الممنوحة للعاملين مع أطفال التوحد.	2.
62%	زيادة عبء العمل والضغط الزائدة على العاملين أثناء فترة العمل.	3.
61%	ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحد.	4.
60%	ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه سواء للأطفال أو أسرهم أثناء الالتقاء بهم أو زيارتهم	5.

يظهر من الجدول رقم (8) إن أهم المشكلات التي تواجه العاملين في المؤسسات الخاصة والأهلية التي تعنى بالتوحد، حيث تم حصر أكثر من 30 مشكلة تم تحديد المشكلات الأكثر أهمية كما هو ظاهر بالترتيب الأكثر أهمية وهي (1) ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم وحازت على نسبة (68%)، (2) ضعف الحوافز والمكافآت الممنوحة للعاملين مع أطفال التوحد وحازت على نسبة (66%)، (3) زيادة عبء العمل والضغط الزائدة على العاملين أثناء فترة العمل وحازت على نسبة

(62%)، (4) ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحد وحازت على نسبة (61%)، (5) ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه سواء للأطفال أو أسرهم أثناء الالتقاء بهم أو زيارتهم وحازت على نسبة (60%). ومن خلال الاطلاع على الأدب والدراسات السابقة يلاحظ بان هذه المشكلات تتكرر بنسب مختلفة في اغلب الأحيان إضافة إلى أنها تظهر في تقارير الجهات المشرفة مثل وزارات التعليم والتنمية الاجتماعية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

يظهر من النتائج التي خرجت بها الدراسة أن برامج التوحد التي تم تقييمها في مؤسسات التربية الخاصة في الأردن هي برامج فاعلة وذات جودة عالية، وإنها تتوافق مع المعايير المطلوبة من المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، وأن تلك البرامج تتباين بين تلك المؤسسات وأن العديد من الدراسات أشارت إلى فاعلية مثل هذه البرامج وبما يتوافق مع نتائج هذه الدراسة مثل دراسة (عاكف الخطيب، 2011) ودراسة (الزارع، 2008) ودراسة (البستجي، 2007) ودراسة الشمري، 2007)، كذلك أشارت دراسة كل من (Tietjens, McCray, and Co-chair, 2005) ودراسة (العلوان، 2007) إلى جودة بتقييم برامج التوحد فيما يتعلق بتقييم التعليم والتشخيص والإرشاد لأطفال التوحد وهذا ما أشارت إليه نتائج الدراسة الحالية.

ومن قراءة دقيقة للدراسات التي جاءت ضمن هذا البحث يتبين بان هناك توافق بين نتائج الدراسة الحالية وما ورد من دراسات في ما يتعلق

بفاعلية وجودة تقييم برامج التعليم والإرشاد والتشخيص للمنتفعين من المؤسسات التوحد في الأردن كما يراها المشرفين على تلك المؤسسات. إضافة إلى تقارير الجهات المشرفة مثل وزارة التربية والتعليم والتي تشير إلى تقارب مستوى فاعلية البرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد بين تلك المؤسسات باستثناء تميز عدد من المؤسسات في بعض البرامج التعليمية والخدمات المتعلقة بالرعاية الداخلية.