الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

تخصص أمراض اللغة والتواصل

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا و الموسومة بـ

دور الكفالة الأرطفونية في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد (اقتراح برنامج تدريبي)

ـ إعداد الطالبتين:

ـ مانع سارة

ـ بن مشتة أحلام

ـ إشراف الأستاذة:

ـ أ.د قادري حليمة

السنة الجامعية

2022-2021

كلمة الشكر

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله، يطيب لي إنجاز هذا العمل أن أشكر الله عز وجل وأحمده على ما أعطاني من عون وصبر وتوفيق لإنجاز هذا العمل أما بعد:

يسرني أن أتقدم بالشكر والعرفان الكبير إلى الأستاذ ة المشرفة

"قادري حليمة" على كل المساعدة والنصائح القيمة التي قدمتها لي طوال مدة إشرافها على هذا العمل.

وأشكر لجنة المناقشة وكل أساتذة علم النفس والأرطوفونيا

كما أضيف شكري إلى المختصة الأرطوفونية "شرقي فريدة" وأطفال التوحد وأولياءهم بالعيادة الأرطوفونية الخاصة.

كما أتوجه بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد ولو بدعاء صادق حتى أحبني بثمار رغبتي بإنهاء هذا العمل المتواضع.

مانع سارة وبن مشتة أحلام

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى والدتي قرة عيني حفظها الله وأطال

في عمرها

وأهديه إلى والدي الذي ساندني في مشواري الدراسي ولم يبخل علي

بشيء

إلى إخوتي الكبار "عبير ويونس" وإخوتي الصغار "سومية وعبد القادر"

عساهم يفخرون بي يوما

إلى التي علمتني بأن العلاقة بين الأستاذ والطالب هي علاقة إنسانية قبل

أن تكون أكاديمية صاحبة القلب الكبير إلى المعطاة التي تسع الناس

جميعا بخيرها والذي قدمة لي جميع التسهيلات الأستاذة

الأستاذة "قادري حليمة"

إلى أصدقائي وكل من ساندني ووقف موقف ناصح ومرشد ولو بكلمة.

مانع سارة

الإهداء2

وجد الإنسان على وجه البسيطة،و لم يعش بمعزل عن باقي البشر وفي جميع مراحل الحياة يوجد أُناس يستحقون الشكر وأولى الناس بالشكر هما الوالدان لما لهما من فضل يبلغ عنان السماء و إلى رفيقات الكفاح في مسيرة الحياة بناتي والى أصدقائي واشهد لهم أنهم نعم الرفقاء وأشكر كل من لهم أثر في حياتي وهم إخوتي بدر الدين ونور الدين وهشام و أختي زولات.

بن مشتة أحلام

ملخص الدراسة باللغة العربية :

هدفت الدراسة إلى التحقق حول مدى فعالية البرامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي لدى عينة مكونة من (12) طفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، تراوحت اعمارهم4 سنوات و6 سنوات تم إستخدام المنهج شبه تجريبي ذو تصميم عينتين (ضابطة وتجريبية) وقياس قبلي وبعدي.

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمنا سلم تقدير التوحد الطفوليCARS ، كما اعتمدنا على مقياس سهى أحمد أمين للتواصل اللفظي غير اللفظي المكيف في البيئة الجزائرية بالإضافة إلى إعداد وتطبيق برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي.

أسفرت المعالجة الإحصائية للمعطيات باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسبة التائية :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التواصل اللغوي بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التواصل اللغوي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

وجود فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

الكلمات المفتاحية : اضطراب طيف التوحد–التواصل–مهارات التواصل اللغوي.

الملخص باللغة الإنجليزية:

Abstract

The current study aimed to finding out the effectiveness of a proposed training program in developing non-verbal communication skills among a sample of (12) children with autism spectrum disorder, aged between 4 and 6 years old. Semi-experimental, approach, To achieve the objective of the study, we use The Childhood Autism Rating Scale (CARS), also relied on Soha Ahmed Amin's scale of verbal non-verbal communication adapted in the Algerian environment) and a training program in developing non-verbal communication skills, Statistical treatment of the data resulted in the use of the mean, standard deviation, and T.Student.

The results showed : -Statistically significant difference between the pre and post assessments of non-verbal skills favoring the post application. This shows the effectiveness of the proposed training program.

-There are statistically significant differences in language communication skills between the experimental group and the control group in favor of the experimental group.

-The effectiveness of the proposed program in developing nonverbal communication skills for children with autism spectrum disorder.

Keywords:Autism Spectrum Disorder; Communication; Language communication skills.

قـــائـــمة المحـتـــويـــات

كلمة الشكر ..... أ

الإهداء1 ..... ب

الإهداء2 ..... ج

ملخص الدراسة باللغة العربية ..... د

الملخص باللغة الإنجليزية ..... ه

قـــائـــمة المحـتـــويـــات ..... و

قـــائـــمة الجداول ..... ن

قـــائـــمة الملاحق ..... س

المقدمة 1

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

أولا/ الإطار العام للدراسة 6

1. إشكالية الدراسة 6

2. الفرضيات الدراسة 9

3. أهداف الدراسة 9

4. أهمية الدراسة 10

5. مصطلحات الدراسة 10

ثانيا/ البحوث والدراسات السابقة 12

1. دراسات حول التوحد 12

2. الدراسات تناولت مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي : التقليد ، الانتباه، الادراك، التعبير، الفهم ، عند الأطفال المتوحدين 13

3. دراسات حول الكفالة الارطوفونية للاطفال المتوحدين 15

4. دراسات سابقة حول فاعلية برامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير الفظي 15

الفصل الثاني: الكفالة الأرطوفونية والكفالة المتعددة للأطفال المتوحدين

تمهيد 20

1. مفهوم التكفل 21

2. مفهوم التكفل المبكر 21

3. أهمية التكفل المبكر 21

4. استراتيجيات التكفل المبكر 23

5. التكفل الأرطفوني 24

6. أنواع الكفالة الأرطفوني 25

7. مراحل التكفل الأرطفوني 26

8. مجالات الأخصائي الأرطفوني 27

9. أدوات الفحص في الأرطفونيا 28

10. أنواع التقييم في برامج التكفل الأرطفوني 30

11. برامج الكفالة الأرطوفونية 31

1.11. برنامج تيتش 32

2.11. برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA)Applied Behavioural angly 33

3.11. برنامج EARLY BIRD 34

4.11. برنامج فاست فورورود fast for word 34

5.11. برنامج نظام التواصل باستبدال الصور PECS 35

6.11. برنامج ماكتون MAKATON 36

7.11. برنامج ابلز the ablls 36

12. التكفل التربوي بالأطفال المتوحدين: 37

1.12. برنامج ليب LEARNING EXPERIENCES.AN ALTERNATIVE PROGRAMMING FOR PRESCHOOL (LEAP) 38

2.12. برنامج صن رايز SON-RISE 38

3.12. برنامج دنفر DENVER 39

13. أنواع الكفالة المتعددة للأطفال المصابين بالتوحد 40
1.13. الكفالة المتعددة للأطفال المتوحدين : 40
2.13. التكفل الطبي للأطفال المتوحدين : 40
1.2.13 العلاج الدوائي : 40
2.2.13. العلاج بالحمية الغذائية : 41
3.2.13. العلاج بالفيتامينات : 41
3.13. الكفالة النفسية للأطفال المتوحدين 41
1.3.13. العلاج النفسي: 42
2.3.13. العلاج بالموسيقى: 42
3.3.13. العلاج باللعب: 43
الخلاصة 43

الفصل الثالث: مهرات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المتوحدين

تمهيد 45
أولا/ التواصل اللفظي وغير اللفظي واضطراباته 46
1. مفهوم التواصل: communication 46
2. أشكال التواصل 47
1.2. التواصل اللفظي 47
2.2. التواصل الذاتي 47
3.2. التواصل الجماعي 47
4.2. التواصل الثقافي الاجتماعي 48
6.2. التواصل التلقائي الطبيعي 48
3. مستويات التواصل 48
1.3. المستوى التقني و التكتيكي technical level 48
2.3. المستوى الدلالي semantie 48
3.3. المستوى الفاعلي effechivenes level 48

4. أنواع التواصل 48
1.4. التواصل اللفظي verbal communication 49
2.4. التواصل الغير اللفظي 49
5. مراحل عملية التواصل 50
6. أهمية التواصل 51
7. اضطراب التواصل 52
1.7. تعريف اضطراب التواصل 52
2.7. مفهوم اضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بالتوحد 52
3.7. أسباب اضطرابات التواصل 54
1.3.7 الأسباب العضوية 54
2.3.7 الأسباب الوظيفية: 55
4.7. أعراض اضطرابات التواصل عند الأطفال العاديين 56
1.4.7 اضطرابات النطق 56
2.4.7 اضطرابات الكلام 56
3.4.7 اضطرابات اللغة 57
4.4.7 اضطرابات الصوت 57
5.4.7 الحبسة او الافازيا 57
5.7. أعراض اضطراب التواصل عند الأطفال المتوحدين 58
1.5.7 أعراض اضطراب التواصل اللفظي عند الأطفال المتوحدين 58
أ. اضطراب المستويات اللغوية عند الأطفال المتوحدين والنمو اللغوي 58
ب. اضطراب النمو اللغوي عند الأطفال المتوحدين 59
2.5.7 أعراض اضطراب التواصل غير اللفظي عند الأطفال المتوحدين 62
أ. غياب التواصل البصري 62
ب. نقص في إدراك وإستعمال تعبيرات الوجه العاطفية والانفعالية 62
ج. استخدام الإشارات 63

د. القيادة باليد: 63
ثانيا/ خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي 63
1. تعريف المهارة 63
2. تعريف مهارات التواصل 64
3. خصائص مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي عند العاديين 65
1.3. التعرف و الفهم 65
2.3. التعبير والتسمية 65
3.3. التقليد 65
4.3. فهم الإيماءات وتعبيرات الوجه 65
5.3. الاستجابة وتنفيذ الأوامر 66
6.3. التواصل البصري 66
7.3. استخدام الإشارة 66
4. خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال العاديين 67
1.4. الانتباه 67
2.4. الإدراك 67
3.4. الذاكرة 67
5. خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المتوحدين 67
1.5. التقليد 68
2.5. التعرف والفهم 68
3.5. مشكلة التعبير 69
4.5. فهم الإيماءات وتعبيرات الوجه 69
5.5. الإستجابة وتنفيذ الأوامر 69
6.5. التواصل البصري 70
7.5. استخدام الإشارة 70
.6 خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال المتوحدين 71

1.6. الإنتباه 71
2.6. الإدراك : 72
3.6. الذاكرة : 72
7. تشخيص اضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي 73
الخلاصة 74

الفصل الرابع: اضطراب التوحد

تمهيد 76
أولا : تاريخ الاهتمام بالتوحد 77
ثانيا : تعريف التوحد 79
ثالثاً: انواع التوحد 80
رابعاً: أسباب اضطراب التوحد 81
خامساً: الاعراض الشائعة للتوحد 87
سادسا: معايير تشخيص التوحد 90
سابعاً: تقييم اضطراب التوحد 92
الخلاصة 96

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهج الدراسة وإجراءاته الميدانية

التمهيد 99
1. دراسة استطلاعية 100
1.1. المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية 100
2.1. المجال المكاني للدراسة الأساسية 100
3.1. عينة الدراسة 100
4.1. أدوات الدراسة 100
2. الدراسة الأساسية 101

1.2. منهج الدراسة 101
2.2. المجال المكاني للدراسة الأساسية 101
3.2. المجال الزماني للدراسة الأساسية 101
4.2. حالات الدراسة الأساسية 101
3. الأدوات الدراسة 103
1.3. الملاحظة 103
2.3. المقابلة 103
3.3. دراسة الحالة 104
4.3. أدوات الدراسة 104
1.4.3. مقياس كارز 104
2.4.3. اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي 105
4. سير حصص الكفالة الأرطوفونية 107
5. الأساليب الإحصائية 107
الخلاصة: 109

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

التمهيد: 111
أولا/ عرض النتائج 112
ثانيا/ تحليل نتائج الاختبارات 116
1. تحليل نتائج مقياس كارز القبلي للمجموعة التجريبية 116
2. تحليل نتائج مقياس كارز للمجموعة الضابطة 116
3. تحليل نتائج مقياس كارز بعدي للمجموعة التجريبية 117
4. تحليل نتائج اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي 117
1.4. الفرق بين المجموعة التجريبية في مهارات التواصل بين القياس القبلي والبعدي 117
2.4. الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في مهارات التواصل 118

الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

1. المناقشة الفرضية العامة:.....120

2. مناقشةالفرضية الجزئية الأولى:.....120

3. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:.....121

التوصيات والاقتراحات.....123

خاتمة.....125

قائمة المصادر والمراجع.....127

الملاحق.....134

قـــائـــمة الجداول

الجدول رقم 1	يمثل حالات الدراسة	102
الجدول رقم 2	يوضح سير حصص الكفالة الارطفونية.	107
الجدول رقم 3	عرض نتائج مقياس كارز القبلي للمجموعة التجريبية	112
الجدول رقم 4	عرض نتائج مقياس كارز للمجموعة الضابطة	113
الجدول رقم 5	عرض نتائج مقياس كارز البعدي للمجموعة التجريبية	114
الجدول رقم 6	عرض نتائج قياس قبلي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة التجريبية	115
الجدول رقم 7	عرض نتائج قياس بعدي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة التجريبية	115
الجدول رقم 8	عرض نتائج القياس لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة الضابطة	116
الجدول رقم 9	يبين نتائج الاختبار التائي T–Test بين متوسطي أداء مجموعتي الدراسة	117
الجدول رقم 10	يبين الفرق بين متوسطي أداء المجموعة الضابطة والتجريبية	118

قـــائـــمة الملاحق

الملحق رقم 1	الميزانية الارطوفونية للمجموعة التجريبية	135
الملحق رقم 2	الميزانية الارطوفونية للمجموعة الضابطة	139
الملحق رقم 3	مقياس تقدير التوحد في الطفولة	143
الملحق رقم 4	مقياس التواصل اللفظي وغير لفظي	153
الملحق رقم 5	برنامج الكفالة الأرطوفونية.	166

المقدمة:

يعد التوحد(Autism) من أكثر الإعاقات النمائية (Devlopmental Disabilities)غموضا لعدم الوصول إلى الأسباب الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، وكذلك شدت غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى، فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، إضافة إلى عجز المهارات الاجتماعية، و قصور تواصله اللفظي وغير اللفظي الذي يحول بينه و بين التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به **(يحي،2002)**.

يشير الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية(DSM-Iv1994) الصادر عن رابطة الطب النفسي إلى أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، و قصور في اللغة المحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة السلوك.

وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية و الأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي، وتشمل اضطرابات اللغة والتوصل كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن 50 بالمئة من أطفال التوحد لا يملكون القدرة على الكلام، ولا يطورون مهاراتهم اللغوية، إلا أنهم لا يعوضونها باستخدام أساليب التواصل غير اللفظي كالإماءات أو المحاكاة ،كما أنهم يعجزون حتى عن استخدام التواصل البصري.

وفي ضوء المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد أوضحت العديد من الدراسات على ضرورة تقديم برامج تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي. ولهذا ظهرت عدة تقنيات ووسائل لمساعدة أطفال التوحد مند اكتشافهم، وتطورت تدريجيا مع مرور الزمن و مع تطور العلوم إلى أن

تم إنشاء برامج خاصة بهم كبرامج (تيتش، لوفاس، باكس بيك.....) التي تشمل مجالات القصور التي يتميز بها هؤلاء الأطفال، وهذه البرامج تطبق بمساعدة أخصائيين الأرطوفونيين والنفسانيين والأولياء.

وبما أن الدراسات أثبتت إمكانية تدريب ذوي إضطراب التوحد ببرامج علاجية تحسن من قدرتهم على اكتساب بعض المهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي فإننا اعتمدنا في دراستنا على طريقة استخدام هذه البرامج و تقنيات الكفالة الأرطوفونية ودورها في تنمية مهارات تواصلهم تحث عنوان دور الكفالة الأرطوفونية في تنمية مهارات التواصل الفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا وفق جانبين الأول نظري و ثاني ميداني تطبيقي اشتمل على سبعة فصول هي كالاتي:

الفصل الأول: الإطار العام لدراسة والدراسات السابقة وقد تضمن تحديد لإشكاليات البحث وفرضياته.

الفصل الثاني: الكفالة الأرطوفونية للأطفال المتوحدين وقد يتضمن مفهوم التكفل و أهميته واستراتيجية التكفل المبكر و التكفل الأرطوفوني وأنواعه ومراحله ومجالات الأخصائي الأرطوفوني وأدوات الفحص والكشف و أنواع التقييم في برامج التكفل الأرطوفوني وبرامج التكفل الأرطوفوني للأطفال المتوحدين وكذلك الكفالة المتعددة للأطفال المتوحدين.

الفصل الثالث: حول مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وخصائصها عند الأطفال المتوحدين ويضم جزءا حول التواصل اللفظي وغير اللفظي و اضطراباته ويحتوي على مفهوم أشكال ومستويات التوصل، أنواع التواصل، مراحل التواصل، أهمية التواصل، واضطراب التواصل. أما

الجزء الثاني خصص لمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي و كان يضم مفهوم المهارة، مهارات التواصل وخصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال العاديين وكذلك خصائص العمليات المعرفية المرتبة بالتواصل عند الأطفال العاديين و خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال المتوحدين و خصائص العمليات المعرفية المرتبة بالتواصل عند الأطفال المتوحدين وكذلك تشخيص اضطراب التواصل.

الفصل الرابع: التوحد وكان يتضمن تاريخ الاهتمام بالتوحد وتعريفه وأنواعه وأسبابه ومعايير تشخيصه وأعراضه وتقييم اضطراب التوحد .

الفصل الخامس: حول منهج الدراسة و إجراءاته الميدانية خصص بها جزء للدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الاستطلاعية والإطار المكاني و الزماني للدراسة الاستطلاعية وأدوات الدراسة او جزء آخر خصص بالدراسة الأساسية تضم تفاصيلها من حيث تصميم البحث ومنهجه والإطار المكاني والزماني وعينت الدراسة وأدوات الدراسة سير حصص الكفالة الأرطوفونية والأساليب الإحصائية التي استخدمناها في الدراسة.

الفصل السادس: خاص بعرض نتائج الدراسة وتحليلها.

الفصل السابع: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة. وقد ختمت الدراسة بخاتمة وجملت من توصيات والاقتراحات وفي الأخير جاءت مجموعة من المراجع واللاحق المستخدمة في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

أولا/الإطار العام للدراسة:

1ـ إشكالية الدراسة

2ـ الفرضيات الدراسة

3ـ أهداف الدراسة

4ـ أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

ثانيا/البحوث والدراسات السابقة:

المحور الاول: دراسات حول التوحد.

المحور الثاني: دراسات حول مهارات التواصل اللفظي وغير الفظي.

المحور الثالث: دراسات حول الكفالة الارطفونية.

المحور الرابع: دراسات حول فاعلية البرامج التدريبية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال المتوحدين.

أولا/ الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة:

يعد التوحد من أكثر الإعاقات النمائية غموضا وتعقيدا سواء من حيث مسبباته وعوامله، أو من حيث مظاهرة السيكومترية والاكلينيكية، أو شدةّ غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي.

فهو حالة تتميز بمجموعة من الاعراض والمظاهر التي يغلب عليها الاضطراب في المهارات الاجتماعية أو اللغوية وكذلك الاختلال في الاستجابات الحسية للمثيرات بالإضافة إلى غياب القدرة على التواصل مع الآخرين وغياب اللغة والحديث بالرغم من توافر القدرات اللغوية **(الشامي:2004)**.

والطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد لا يستطيع التفاعل مع الآخرين والاندماج في المجتمع ولا مشكلة لديه في البقاء وحيدا طوال حياته، فهو منشغل بذاته ومنطو على نفسه، يرفض التدخل من الآخرين، ويتميز بتبلد المشاعر والأحاسيس، وتختلف شدة اضطراب التوحد من طفل لآخر.

تعتبر وتعد اضطرابات اللغة والتواصل التي يعاني منها الأطفال التوحد ذوو اضطراب التوحد من الاضطرابات المحورية والأساسية التي تؤثر سلبا على جوانب نموهم الطبيعي وتفتعلهم الاجتماعي مع الآخرين واندماجهم داخل مجتمعاتهم المحلية، وتشمل هذه الاضطرابات لدى أطفال التوحد كلا من اضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي. وقد أشارت دراسات عدة وبينها دراسة **(نصر، 2002)** ودراسة **(الشامي، 2004)** ودراسة **(زريقات،2004)** إلى أن هؤلاء الأطفال لا يفترقون إلى اللغة المنطوقة فحسب، وإنما يفتقرون إلى اللغة بكل أشكالها. كما يفتقرون إلى قواعد اللغة ومهاراتها، وبالوقت نفسه فإنهم لا يحاولون التعويض عن هذا الضعف في اللغة ومكوناتها

ومهاراتها باستخدام أساليب التواصل غير اللفظي كالإيماءات أو الحركات أو المحاكاة، بالإضافة إلى أنهم يعجزون حتى عن استخدام التواصل البصري **(نصر،2002)** ، **(الشامي،2004)** ، **(زريقات،2004)**.

تعتبر اللغة أهم أدوات التواصل البشري، فهي وسيلة لنقل الأفكار والخبرات ووجهات النظر من فرد إلى آخر، فالإنسان يمضي جل وقته في التواصل مع الغير ومع المحيط، فهو إما يتحدث أو ينصت أو يقرئ أو يكتب، كما أن فاعلية الفرد وتأثيره في الجماعة تكمن في قدرته على التواصل الجيد. ويعرف التواصل على أنه نشاط إنساني ينتج عن تبادل الأفكار والأحاسيس والخبرات والاتجاهات والمعلومات والمهارات بين طرفين أو أكثر، قصد تحقيق التفاهم والتفاعل بين أطراف العملية الاتصالية وصولا إلى تحقيق أهداف هذا النشاط **(الشرمان، 2015 ،33)**. ويتكون التواصل من مجموعة من المهارات التي يستخدمها الطفل في التعبير عن احتياجاته ورغباته باستخدام اللغة أو دون استخدام اللغة **(الزريقات، 2004، ص.54)**، أي عن طريق التواصل اللفظي وغير اللفظي ، حيث يعتبر هذا الأخير عنصر أساسي في عملية التواصل ونجد أن العديد من فئات المجتمع تعاني من مشكل أو اضطراب على مستوى التواصل غير اللفظي ومن بينهم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحيد وللحدّ من صعوبات اللغة والتواصل التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد فإنّ محاولات التدخل بالبرامج التدريبية والتأهيلية يعدّ ضروريا وهاما لتطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل مع الآخرين وذلك بتعليمهم وتدريبهم على كيفية التعبير عن حاجياتهم وأحاسيسهم ومشاعرهم بأكثر من أسلوب ويتم ذلك من خلال توفير البيئة المواتية ليتعلم الطفل فيها على مهارات تقليد بعض الأصوات والحركات والأفعال، والانتباه لمثير

معين من بين عدد من المثيرات، والاستجابة لأوامر معينة والإفصاح عما يريده الطفل، وتسمية بعض الصور أو الأشياء **(نصر،2002)**.

ثم إنّ التدخل بالبرامج التدريبية والعلاجية لتطوير مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يزودهم بعدد من أنماط السلوك الاجتماعي الجديدة التي تساعدهم على تعلم أشكال بديلة للتواصل اللغوي وبالتالي خفض كل من اضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي الموجودة لديهم.

ولهذا تكون هذه الدراسة محاولة لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام برنامج مقترح بينهم في زيادة تطوير قدراتهم التواصلية مع الآخرين وتحسين حالتهم المستقبلية ومساعدة المحيطة بهم على فهم والتخفيف من أعراض التوحد بقدر المستطاع.

وعليه صيغت الإشكالية بمجموعة من السؤولات:

التساول العام:

هل للكفالة الأرطفونية دور فعال في تنمية المهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال التوحد؟

التساؤولات الجزئية:

1- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد الانتباه الأدراك التسمية الفهم التعبير لصالح القياس البعدي؟

2- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد، الانتباه، الإدراك، التسمية، الفهم، التعبير ، بعد تطبيق الكفالة الأرطفونية لصالح المجموعة التجريبية؟

2. الفرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

للكفالة الأرطفونية دور فعال في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال المتوحدين.

الفرضية الجزئية:

1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد الانتباه الإدراك التسمية الفهم التعبير لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الرتب أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد، الانتباه،الإدراك، التسمية، الفهم،التعبير، بعد تطبيق الكفالة الارطفونية لصالح المجموعة التجريبية.

3. أهداف الدراسة:

- توضيح مميزات مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال المتوحدين.
- تحديد برامج التكفل الأكثر استخداما مع حالات التوحد كبرنامج تيتش ولوفاس وباكس....
- تفعيل دور الكفالة الارطوفونية الخاصة بالاطفال المتوحدين وابراز تقنياتها.

– اقتراح برنامج كفالة ارطفونية لتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الأطفال المتوحدين.

– توضيح طريقة قياس شدة التوحد باستخدام بعض المقياس مثل مقياس «كارز».

– معرفة مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بالاعتماد على اختبار من اعداد الباحث مهن أحمد أمين.

– تفعيل دور الاخصائي الأرطفوني تحت إطار الكفالة الأرطفونية في برنامج التكفل المتعدد التخصصات الخاص بهم.

4. أهمية الدراسة:

– معرفة تاثير اضطراب التوحد على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

– توضيح مدى اهمية فعالية الكفالة الارطفونية في تطوير مهارات التواصل الفظي وغير اللفظي ودور بعض العمليات المعرفية المرتبطة بها.

– توضيح برامج الكفالة الأرطفونية وبرامج التكفالة المتعددة مثال:

(باكس، اسميل، سن رايز، تيتش، الوفاس،.....).

5. مصطلحات الدراسة:

1.5 التوحد: هو مصطلح يطلق على احد الاضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور او توقف في نوم الادراك الحسي واللغة و بالتالي نمو في قدرة على التواصل والتخاطب و التعلم والنمو المعرفي و الاجتماعي ويصاحب ذالك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع الوجود العاطفي والانفعالي.**(المعايطة،12:2012)**

2.5 التواصل: الاتصال هو عملية تفاعل بين الطرفين من خلال ارسال رسالة معينة قد تكون فكرة او خبرة او مهارة او اي مضمون اتصال عبر قنوات اتصالية ينبغي ان تتناسب مع مضمون الرسالة بصورة توضح تفاعلا مشتركا بينهما.**(شقير،55:2006)**

3.5 انواع التواصل:

ـ التواصل اللفظي: هو التواصل الذي يعتمد على اللغة المنطوقة المسموعة فقط لتبادل المعلومات بين الافراد(مرسل ـ متكلم ـ مستقبل ـ مستمع)

ـ التواصل غير اللفظي: هو التواصل الذي يعتمد على رموز و الاشارات اللغوية وغير اللغوية و الايماءات والحركات.**(الخميسي،58:2002)**

4.5 مهارات التواصل: يحتوي الاتصال اللغوي الناجح على العديد من المهارات التي يمر بيها الفرد اثناء مراحل نموه وتسمى بابعاد الاتصال،وهي مهارة التقليد و مهارة التعرف ومهارة الفهم ومهارة الانتباه و مهارة التعبير ومهارة التسمية.**(سهى،77:2001)**

5.5 الكفالة الارطفونية: هي المساعدة الخاصة تقدم للافراد المصابين بالاضطرابات اللغوية الشفوية و المكتوبة مهما كان سن المصاب تهدف الى علاج تلك الاضطرابات من خلال وضع برنامج علاجي خاص حسب كل اضطراب.

ثانيا/ البحوث والدراسات السابقة

1. دراسات حول التوحد:

1.1 دراسة الجمعية الأمريكية للتوحد سنة 2002 حول التوحد: توصلت إلى أنه نوع من الاضطرابات التطورية والذي يظهر خلال ثلاث سنوات الأخيرة من عمر الطفل ويكون نتيجة لاضطرابات نرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو **(Chossy, 2003 :44)**.

2.1 دراسة كريستين مايلز Kristin Males وبويروفريث Buer et Frith سنة 2004 حول الأطفال المتوحدين: حيث توصلت الدراسة أنهم لا يقيمون أي علاقة مع الآخرين ويمكن أن يكون لهم ذكاء طبيعي أو ذكاء جيد أو تخلف عقلي، فهم يعانون من قصور في التواصل الاجتماعي ومهارات الاتصال ولديهم أنشطة غير سوية واهتمامات شاذة وضعف في مهارات اللعب **(خطاب، 2005: 15)**.

3.1 دراسة فاروق صادق سنة 2009 حول التوحد: حيث توصلت أنه نوع من اضطراب النمو والتطور يظهر خلال السنوات الأولى من العمر ويؤثر سلبا على مختلف جوانب النمو الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ويستمر هذا النوع من الاضطراب بالتطور مدى الحياة، أي لا يحدث شفاء ولكن تتحسن الحالة المصابة بالتوحد من خلال التدريبات العلاجية المقدمة في سن مبكر **(القاسم، 2010:20)**.

4.1 دراسة روث سوليفان RoothSolivan سنة2003 حول العجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي عند المتوحدين وقد توصل الى أنهم يتميزون بقصور شديد في الارتباط

والتواصل مع الاخرين وفقدان القدرة على الكلام وشيوع ظاهرة المصادات اي تكرار الكلمات المسموعة والهمس عند التكلم ولا يستطيعون تكملة الكلام، والتظاهر بأنهم لايسمعون الأصوات من حولهم.**(الخطاب،2005: 22)**

2. الدراسات تناولت مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي : التقليد ، الانتباه، الادراك، التعبير، الفهم ، عند الأطفال المتوحدين.

1.2 دراسة العالمين جيلار وايلان سنة 1997 :حول الادراك وعلاقته بالمهارات اللغوية عند الأطفال المتوحدين، حيث قاما بدراسة علاقة المهارات اللغوية بالادراك المعرفي الاجتماعي عند خمسة أطفال متوحدين سنهم مابين 8 و12 سنة، وقد توصلا الى تأكيد هذه العلاقة وان المهارات المستلزمة في الادراك المعرفي الاجتماعي ترتكز على المهارات اللغوية المكونة عند الطفل المتوحد حيث أن الأطفال المتوحدين اللذين يمتلكون مهارات لغوية مناسبة تمكنوا من ادراك الموضوعات على عكس الأخرين.**(سهى:2001:210)**

2.2 دراسة ارتور وبيدانس سنة 1999 : حول الانتباه عند الأطفال الأطفال المتوحدين و الأطفال ذوي اضطراب اللغة التطوري، حيث قاما بدراسة مقارنة بين15 طفل متوحد و 15 طفل ذي الاضطراب اللغوي التطوري في مهارات الانتباه عند التواصل معهم، فتوصلا الى أن الأطفال المتوحدين اقل اشتراكا في الانتباه مع البالغين من غيرهم ذوي الخلل المتطور حيث انهم يشرفون على قناة التواصل مع البالغين اقل من أقرانهم اللغة عند المجموعتين ، واكدا على معانات الأطفال المتوحدين من قصور الانتباه ، مع إمكانية تطويره من خلال الإثارة اكثر بوسطة التدريب المكتف**(سهى2001:228)**.

3.2 دراسة فلدمان وروبان واخرون سنة 1998: حول قدرات التعبير غير اللفظي عند الاطفال المتوحدين حيث قاموا بدراسة مقارنة بين عينتين من الاطفال حيث بلغوا 12 طفل متوحد و12 طفل عادي في السن قبل المدرسة لمعرفة قدرات الاطفال على وضع شفرات التعبير غير اللفظي للوجه في حالة السعادة والحزن والغضب،وقد توصلوا الى ان الاطفال المتوحدين اقل دقة من العاديين في وضع شفرات التعبير غير اللفظي حيث انهم لم يكونوا قادرين على التعرف على الصور الدالة على السعادة الا بعد التدريب عليها.**(نجار،21:2018)**

4.2 دراسة رومبارق واهلرز ونيدان سنة2000: حول فروق في الفهم والتفكير والمفردات لدى الاطفال المتوحدين،واطفال زمرت اسبرجر و اطفال عاديين مضطربي الانتباه والسطرة الحركية والادراك ، واخرين يعانون من اضطرابات اللغة و الكلام،في سن المدرسة،حيث قاموا بدراسة مقارنة بين المجموعات الاربعة من الاطفال حيث كان عددهم 11في كل مجموعة وذالك بتطبيق الاختبارات اللفظية،وتوصلوا الى ان اطفال زمرة اسبرجر اظهروا تفوقا في المقياس اللفظي للذكاء عن الاطفال المتوحدين،وان هناك فروق في الذكاء اللفظي بين الاطفال المتوحدين ومجموعتي الاطفال العادين مطربي الانتباه واليسطرة الحركية و الادراك لصالح مجموعة الاطفال العاديين ، وان الاطفال المتوحديين يعانون من اتخر العمر الذهني اللفظي،مع عدم اكتسابهم للمفردات وان كان لديهم فهم لايعرف مدلولاتهم.**(نجار،21:2018)**

5.2 دراسة ستون وليتلف واوستلي سنة2000: حول قدرات التقليد عند صغار الاطفال المتوحدين، حيث قاموا بمقارنة الانواع المختلفة للتقليد الحركي بين المجموعتين من الاطفال 18 منهم كانوا متوحدين و18 كانوا ذوي تاخر في النمو و18 اخرين كانوا عادين يبلغون من العمر

سنتين، توصلوا الى ان مهام التقليد ضعيفة عند المتوحدين اما المجموعتين الباقيتين فقد ابدتا نمادج متشابهة في مجالات التقليد حيث ان الاطفال المتوحدين يجدون صعوبة فيما يلي:

ـ تقليد حراكات الجسم اكثر صعوبة منها عند تقليد الحركة مع الشيئ.

ـ تقليد الحركات اللفظية التي لا معنى لها اكثر صعوبة من تقليد التي لها معنى(**نجا،2018:21**)

3. دراسات حول الكفالة الارطوفونية للاطفال المتوحدين:

1.3 دراسة رواد جمعية لوندام سنة1996:حول دور الكفالة الارطفونية في التكفل بالمتوحدين، واكدوا اهميتها وفاعليتها في تكفل باضطرابات التواصل واضطرابات اللغوية بين الافراد المتوحدين.(**نجار،2018:25**)

2.3 دراسة العالمين واتربي وبريتين سنة2003: حول دور الاخصائي الارطفوني في التكفل بالمتوحدين ذاخل فرقة التكفل المتكونة من افراد متعددي التخصصات كالاطباء والاخصائيين النفسانيين، وتوصلوا الى انه يمتلك دور حساس جدا والمتمثل في تشخيص الاضطرابات اللغوية عند الاطفال المتوحدين كمرحلة اولية ثم في بناء مشروع للتكفل باضطرابات التواصل عندهم يشارك فيه أوليائهم مع فرقة متعددت التخصصات في المرحلة لاحقة.

4. دراسات سابقة حول فاعلية برامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير الفظي:

1.4 دراسة علي (2013) بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية برنامج السلوكات غير اللفظية لدى عينة مكونة من (8) أطفال توحديين من الذين تراوحت أعمارهم بين (4-8) سنوات و للتحقيق من فرضيات الدراسة قام الباحث ببناء قائمة لتقدير السلوكيات غير اللفظية مؤلفة من

(27) بندا موزعة على اربعة ابعاد هي : التركيز و الانتباه و التعبيرات الانفعالية . التواصل الارشادي و التقليد . الايماءات و الأوضاع الجسدية بعد ان استخرجت لها دلالات الصدق و الثبات المناسبة كما استخدم الباحث كلا من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) بهدف تحليل تجانس العينة . إشارة نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج التدريبي في تنمية السلوكيات غير اللفظية المستهدفة عند الأطفال التوحديين عينة البحث بدرجات متفاوتة كان اكثرها في بعد التركيز و الانتباه و اقلها في بعد الايماءات والأوضاع الجسدية.

2.4 دراسة * بشرى عصام عويجان * سنة (2012) بعنوان * فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين*. هدفت الدراسة الى تحقيق من فعالية البرامج تدريبي في لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد و تكونت عينة الدراسة من (20) طفل تراوحت أعمارهم بين(3-6) سنوات و استخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي و قامت بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل غي اللفظي و بناء برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي . اشارت نتائج الدراسة الى فاعلية البرنامج في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي بعد مرور شهرين على تطبيقه من خلال القياس البعدي المؤجل باستثناء مهارتي الانتباه و التواصل البصري .

3.4 دراسة * لينا عمر بن صديق * سنة (2005) بعنوان * فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد و اثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي *

هدفت الدراسة الى اختبار فعالية البرامج في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحد و اثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي و تكونت عينة الدراسة من (38) طفلا مصاب بالتوحد معتدة في دراستها على المنهج التجريبي و قامت بإعداد قائمة لتقدير مهارات

التواصل غير اللفظي وقائمة لتقدير السلوك الاجتماعي إضافة الى البرنامج المقترح . و كانت نتائج الدراسة كما يلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي بين افراد المجموعة الضابطة و التجريبية . كما اشارت الى الى وجود فروق دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي بين افراد المجموعة الضابطة و التجريبية على القياس البعدي و قياس المتابعة .

4.4 دارسة نيازك2008 في السعودية: بعنوان:فاعلية استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الاطفال المتوحدين في مرحلة ماقبل المدرسة بمحافظة جدة.

اهداف الدراسة: هدفت الدراسة الى كشف على مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض البمهارات الاتصال اللغوي الانتباه، التسمية، التعبير،التعرف التقليد لدى الاطفال التوحديين.

أدوات الدراسة: مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي.البرنامج التدريبي

نتائج الدراسة: توصلت الى وجود فروق دالة احصئيا بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية متوسطات رتب درجات افراد نفس المجموعة على مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي قبل التجربة بعدها لصالح التطبيق البعدي .كما توصلت الى فروق دالة احصائيا.بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية .ومتوسطات رتب درجات افراد المجموعة الضابطة على مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

التعليق على الدراسات السابقة:

اتفقت الدراسات في مجملها على معانات الأطفال المتوحدين من صعوبات في الاتصال اللفظي وتمت كما يلي:

✓ بروز بعض الاضطرابات اللغوية النوعية كالمصادات والهمس عند التكلم والتوقف عن الكلام والتظاهر بعدم السماع للاصوات.

✓ غير قادرين على الكلام مثل اقرانهم العاديين يستجيبون الى الأشياء اكثر من استجابة الى الأشخاص.

✓ قصور في مهارات التعبير اللفظي وغير اللفظي المتمثلة في الماءات الموجهة انتشارات الجسدية والحركات المصاحبة للكلام قصور في مهارات الادراك والإنتباه والفهم واكتساب المفردات.

✓ اتفقت الدراسات على إمكانية تطوير هده المهارات على التدريب المكثف والمتتابع وللكفالة الارطفونية دور فعال في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي عند المتوحد.

الفصل الثاني: الكفالة الأرطوفونية والكفالة المتعددة للأطفال المتوحدين

تمهيد

1 ـ مفهوم التكفل

2 ـ مفهوم التكفل المبكر

3 ـ أهمية التكفل المبكر

4 ـ إستراتيجيات التكفل المبكر

5 ـ مفهوم التكفل الارطفوني

6 ـ أنواع الكفالة الارطفونية

7 ـ مراحل الكفالة الأرطفونية

8 ـ مجالات الاخصائي الارطفوني

9 ـ أدوات الفحص والكشف في الأرطفونيا

10 ـ أنواع التقييم في برامج التكفل الأرطفوني

11 ـ برامج التكفل الارطفوني للاطفال المتوحدين

12 ـ برامج التكفل التربوي للاطفال المتوحدين

13 ـ انواع الكفالة المتعددة للاطفال المتوحدين

13ـ1 ـ تعريف الكفالة المتعددة للاطفال المتوحدين

13ـ 2 ـ التكفل الطبي للاطفال المتوحدين

13ـ 3 ـ التكفل النفسي للاطفال المتوحدين

خلاصة.

تمهيد:

إن التكفل بالأطفال المتوحدين بداء مند اكتشاف اضطراب التوحد فظهرت عدة أساليب وطرق علاجية مختلفة، لكنها لم تكن ناجحة بسبب عدم فهم هذا الاضطراب وعدم تحديد أسبابه بدقة، وهذا ما حفز العلماء مختلفي التخصصات للبحث عن كتب في هذا الموضوع الى ان توصلوا إلى مجموعة من الأعراض والسمات التي كانت نقطة انطلاق لبناء برامج علاجية فعالة ونوعية، حيث ثم التخطيط للتكفل الأمثل بهؤلاء الأطفال وهو التكفل المتعدد.

فالتكفل المتعدد هو الذي يشتمل تقنيات الكفالة الطبية والنفسية والتربوية والأرطوفونية والاجتماعية، حيث يتم تطبيقه بفرقة خاصة تتكون من أطباء المختصين في طب الأطفال، وطب الأعصاب، وطب الأطفال العقلي، والأخصائي النفساني، والأخصائي الأرطوفوني والأخصائي الاجتماعي و الأخصائي التربوي، والمربي المختص.

هذا النوع من التكفل تعتبر ضرورية جدا لحالات التوحد من اجل تحقيق نتائج أفضل.وهذا بالنظر لجوانب القصور الصحية، و العقلية و المعرفية والسلوكية والتواصلية والاجتماعية التي يعانون منها.

1. مفهوم التكفل:

هو عملية يقوم بها المجتمع لتحقيق مجموعة من الأهداف للوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الأخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال **(الحازمي،2007 :124)**.

2. مفهوم التكفل المبكر

يقصد به الرعاية والضمان، وهو نظام متكامل من الخدمات التربوية وعلاجية والوقائية تقدم للأطفال وحتى سن 6 ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية، والمعرضين لخطر الإعاقة المبكر لأسباب كثيرة.

وهي أيضا إجراء التكفل في وقته المناسب بعد تشخيص الاضطراب مباشرة، وهذا ما تنص عليه الدراسات للحصول على نتائج إيجابية.

ويعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسرة ومرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف، والاختبارات البيئية والصحية والوراثية، وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وفترة الحامل، وفترة الولادة، وهناك أيضا مؤشرات أخرى متعددة تحتاج إلى تدخل مبكر. **(المشرقي،2006: 14)**.

3. أهمية التكفل المبكر:

تكمن أهمية التكفل المبكر في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية، الاجتماعية، والذهنية، وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية لفئة

ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة التحفيز أو الشفقة يمنح الفرد فرصة العيش، وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الاجتماعية والعاطفية، فيصبح قادر على العيس في المجتمع.

وتهدف أساسا إلى إحداث المنبهات حيث يصبح قادرا على التعرف عليها والتصرف معها.

وأيضا له هدف عام، هو تحقيق دمج المعاق مهنيا واجتماعيا وتحقيق الاستقلالية الذاتية. **(الحازمي،2007 :90)**.

ويمكن استخلاص أهمية التكفل المبكر في النقاط التالية:

- ✓ يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية.
- ✓ يمنع أيضا العيوب الثانوية عند الطفل ذوي الإعاقة.
- ✓ وقت التكفل مهم لأنه مرحلة الإعداد القصوى.
- ✓ له تأثير هام على الوالدين والأخوة، وكذلك الطفل.
- ✓ التكفل المبكر ينمي النمو الحسي الحركي من خلال تمرينات التربية النفسية الحركية، كما أنه يمكن من الشعور بالذات.
- ✓ يمكن الطفل من إدخال مفاهيم جد معقدة على شكل لعب لتساعده على بناء اللغة.
- ✓ التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة**(جوالده،2012 :186)**.

وإن التكفل المبكر يلعب دورا وقائيا حيويا يتمثل في:

- ✓ اكتساب الطفل الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعيا في المدرسة وغيرها.
- ✓ اكتساب مهارات معينة للتعايش مع صعوبات الحياة.

- ✓ تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز.
- ✓ فهم مشاعره ومشاعر الأخرين.
- ✓ تطوير اتجاهات إيجابية نحو المركز أو المدرسة.

4. استراتيجيات التكفل المبكر

يتم التدخل المبكر وفقا لاستراتيجيات ثلاثة:

4ـ1 عملية توسطية (RE–Mediayion): ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.

4ـ2 تعديل مفاهيمه وتعويضه (RE–Définition): بتعديل إدراكات وممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.

4ـ3 إعادة تعليم الوالدين (RE–Education): لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.

كما تحدد الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الأتي:

4ـ4 إستراتيجية التدريب المنزلي Home Based programs: تقوم هذه الإستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل وتؤكد على تحمل الأسرة للدور وللعبء الرئيسي في تنفيذ الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

4ـ5 إستراتيجية مراكز التدخل المبكر center Based programs: تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين اللازمين وتستقبل هذه المراكز وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة، وهناك أشكال من المراكز:

- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.
- مركز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.
- مركز تدريب الوالدين: وتقوم باستقبال الوالدين وأبنائهم في البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل ومن تم يقوم الوالدان بموالاة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز.

4ـ6 إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.

4ـ7 إستراتيجية تدريب منزلي الذي يعقبه تدريب في المراكز: وتقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأولين من عمر الطفل و تم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

4ـ8 إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل Child development monitoring: و تتلخص هذه الإستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد و الأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة و متابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة و الطفولة أو المراكز الصحية.**(الصباطي2012:88)**

5. التكفل الأرطفوني:

التكفل هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس والعدالة في وسط المجتمع وهو وسيلة نفسية واجتماعية لتوعية الفرد لأنه قادر على التواصل مع الأخرين من خلال تنمية قدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال. **(الحازمي،2007، 124)**

أما التكفل الأرطفوني وتلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية الحاملة للغة الشفوية وهي تهدف دائما إلى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع توظيفها العادي وهي تركز أساسا على اتفاق يكون بين المختص الأرطفوني والمفحوص وتكون دائما مسبوقة بميزانية أرطفونية التي تحدد الأهداف المرغوبة.

التكفل بالمفحوص من الجانب النفسي وإعادة التربية فهي أعم وأعمق من إعادة التربية أشياء أخرى اجتماعية وطبية، يبدأ التكفل من أول لقاء بين المفحوص والفاحص وتوضيح نوع الاضطراب التي تعاني منه الحالة. **(Pialourx,1975,85)**.

6. أنواع الكفالة الأرطفوني:

هناك نوعان من التكفل وهي

6ـ1 التكفل الفردي: يشترط أن يكون الطفل مكتسب تركيز.

– إن يكون مستعدا عاطفيا ونفسيا ان يكون واثق من قدراته وقدرات المختص الأرطفوني ويعطي الرغبة في علاج والاتصال مع الآخرين.

6ـ2 التكفل ضمن الجماعة اللغوية: وهي الطريقة الأكثر استعمالا في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يعتبر macginis هذا النوع من التكفل وسيلة أساسية للطفل تهيئة في المستقبل للالتحاق والتكيف مع الجو اللغوي الجماعي الذي يمدهم بثقة النفس والتي تمكنهم من التكيف **(زلال،1997: 12)**

وحتى يكون التكفل ممكن يجب توفر بعض النقاط أهمها:

ـ تمتع الطفل بنسبة من التركيز.

ـ الاستعداد بإبداء التعاون.

ـ الرغبة في العلاج والاتصال مع الأخرين.

ـ مساهمة الأسرة.

وحسب «نصيرة زلال"(**12.1997**) التكفل الأرطفوني هو التكفل بالمفحوص بكل الجوانب النفسية وإعادة التربية، فالكفالة أعم من إعادة التربية لأنها تضم بخلاف إعادة التربية النفسية أشياء أخرى نفسية واجتماعية وطبية وكفالة تبدأ من أول لقاء والذي يشتمل الطفل والوالدين والمختص الأرطفوني ولكل من هؤلاء مكانته الخاصة في التكفل أثناء أول الحصة فيتم التشخيص الأرطفوني بمختلف الطرق كل حسب نوع الاضطراب ودرجاته

7. مراحل التكفل الأرطفوني:

إن عملية التكفل الأرطفوني تمر بمجوعة من المراحل وهي كالتالي:

ـ الميزانية الأرطفوني: اد يحاول المختص فيها معرفة تاريخ الحالة وتطورها ومراعاة نقطة أساسية وهي رغبة المفحوص في العلاج.

ـ الفحوصات الطبية.

ـ التشخيص النيابي.

ـ الكشف عن الاضطرابات المصاحبة. (**Pialourx,67**)

ـ التعرف على الاضطراب من خلال التشخيص ومن تم وضع خطة وبرامج علاجية لإعادة التربية بالحالة.

من هنا تبدأ العلاقة بين المختص والمفحوص وتسمى بالعلاقة العلاجية وتختلف:

ـ من اضطراب لأخر.

ـ من حالة لأخرى. (**Pialourx,67**)

8. مجالات الأخصائي الأرطفوني:

وهو يهتم بعدة اختصاصات هي:

ـ اضطرابات اللغة الشفوية التي تتضمن: اضطرابات النطقية بنوعيها الوظيفية والعضوية ،اخر الكلام.

ـ تأخر اللغة بما يضمنه تأخر النمو اللغة الحاد(ديسفازيا)–التأتأة.

ـ اضطرابات اللغة المكتوبة التي تشمل على: عسر القراءة–عسر الكتابة–عسر الحساب.

ـ الاضطرابات الناجمة عن إعاقة خلقية مكتسبة بمختلف أنواعها:

الإعاقة السمعية الإرسالية –الإعاقة السمعية الإدراكية–الإعاقة السمعية المختلطة.

ـ ،اضطرابات الناجمة عن إصابات عصبية دماغية التي يطلق عليها بالحبسة عند الطفل وعند الراشد.

عند الراشد: الحبسة الحركية–الحبسة الحسية–الحبسة التواصلية.

عند الطفل تنقسم إلى: الحبسة الخلقية–الحبسة المكتسبة–اضطرابات الصوت مثل البحة الصوتية–انعدام الصون–استئصال الحنجرة

ـ الصوت الطفلي.

ـ اضطرابات اللغة عند المصاب بالأمراض النفسية والنفس حركية و عقلية. **مثل:**

ـ الإعاقة الحركية الدماغية

ـ التوحد.(**محمد،2007،13**)

9. أدوات الفحص في الأرطفونيا:

إن الأرطفونيا علم و فن و ممارسة و لكي تكون هذه الممارسة علمية يعتمد الباحث إلى استعمال أدوات الفحص و الكشف المعترف بها في المجال العلمي و تتمثل في:

9ـ1 الملاحظة: هو جهد شخصي يقوم به الأرطفوني بغية جمع أكبر عدد ممكن من المعطيات عن عينة مريضة، والملاحظة نوعان: ملاحظة مباشرة وغير مباشرة.

الملاحظة المباشرة: هي تلك التي يجريها الأرطفوني بنفسه عندما يلتقي بالمريض.

الملاحظة غير مباشرة: هي تلك المعطيات التي يجريها الأرطفوني عن المريض بطريقة غير مباشرة ومن الطرق التي يستعملها الأرطفوني في الملاحظة غير المباشرة نجد مايلي:

تطبيق الإختبار، إجراء حوار أو لقاء أو مقابلة مع أولياء الطفل أو زملائه لقاء أو حوار مع معلم الطفل، ولابد من القول أن الملاحظة تحتاج إلى تدريب وتمرين و تركيز كبير ليستطيع المشاهد أن يوجه اهتمامه و انتباهه إلى ما يود دراسته، لذلك فإن الملاحظة تعتمد بشكل كبير على الحواس و خاصة حاسة النظر. (**محمد،2007،20**)

9ـ2 المقابلة: عبارة عن أداة من أدوات جمع المعلومات يقوم فيها الباحث بطرح التساؤلات التي تحتاج إلى إجابات من قبل المبحوث وذلك من خلال حوار لفظي أو على شكل استبيان لفظي أو قد يكون بين شخصين أو أكثر إما وجها لوجه أو من خلال وسائل الإعلام المرئية والبث المباشر عبر استخدام الأقمار الصناعية.

تعتبر المقابلة من أفضل وسائل جمع البيانات في البحوث المسحية، إذا أعد الباحث خطة من يقوم بتنفيذها بطريقة فعالة،ويرجع ذلك لرغبة المبحوثين في تقديم المعلومات شفويا أكثر من تقديمها كتابة. **(فاطمة،2002: 131)**.

9ـ3 تطبيق السلالم والاختبارات: إن السلالم والاختبارات هي عبارة عن أدوات للكشف وضعها العلماء بطريقة علمية وتحققوا من صدقها وثباتها، ومن أهم الاختبارات التي يستعملها الأرطفوني نجد مايلي: اختبار رسم الرجل: ولقد قامت العالمة الأمريكية فلورانس جود نوف بتصميمه لقياس الذكاء عند الطفل ثم فيما بعد أصبح يستعمل لدراسة شخصية الطفل وإدراك جسمه.

اختبار رسم العائلة: لقد وضعه العالم الفرنسي لويس كورمان بغيت دراسة تصور الطفل لعائلته وتصوره كذلك للعائلة التي يتمناها وهذا الاختبار هو اختبار إسقاطي مثل سابقه.

يهتم هذا الاختبار بدراسة اكتساب الجانبية أي اكتساب Harris:اختبار الجانبية لهاريس القدرة على التعرف على اليمين واليسار بالنسبة للجسم وبالنسبة للأشياء الأخرى،و يستعمل الطفل عينه و يده و قدمه اليمنى أو يسرى.

ـ اختبار إدراك نشأة الذات: هو عبارة عن سلم يضم 91 سؤال فيه معلومات عن إدراك ونشأة الذات عند الفرد.

ـ اختبار القراءة.

ـ اختبار اللغة المنطوقة.

ـ اختبار اللغة المكتوبة.

ـ اختبار الذاكرة.

ـ اختبار الانتباه

ـ بطارية المعارف عند الطفل لكوفمان. **(عباس،17:2017)**

10. أنواع التقييم في برامج التكفل الأرطفوني:

10ـ1 التقييم الرسمي: هو اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل وهو قائمة يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والتقرير النفسي، وهذا الاختبار مكتوب ومقنن لا يمكن تغيير بنوده.

يطبق هذا الاختبار مرتين في السنة:

ـ في بداية السنة: للتعرف على مناطق القوة والضعف التي يعاني منها الطفل المضطرب، وتحديد ما يعرف وما لا يعرفه.

ـ في نهاية السنة: وذلك لمعرفة مدى تقدم الطفل واستفادته من مما يتم تدريسه لهذا السنة في القدرات التالية:

ـ العمر الجسمي: ويتعدد من خلال التطور الجسماني وإتقانه لبعض الحركات.

ـ العمر في المساعدة الذاتية: ويتعدد من خلال تحمل الطفل المسؤولية و اعتماده على نفسه،و قضاء احتياجاته الخاصة.

ـ العمر في المخالطة الاجتماعية: ويتعدد من خلال قدرة الطفل التعليمية وأمور حسابية وكتابية ولغوية.

10ـ2 التقييم غير الرسمي: هو عبارة عن ملاحظة المختص الدقيقة والطويلة لسلوكات الطفل من بداية السنة حتى نهايتها لوضع خطة تعليمية وكيفية التعامل مع الطفل.

10ـ3 التقييم المنهاجي: هو دراسة اختبارات السلوك ويطبق في الزيارة الثانية للمختص.

10ـ4 التقييم المستمر: ويستمر من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها ومن أدواته:

ـ **ورقة النشاط:** تبقى مع الأم حيث تقوم بتدريس ابنها وفقا لنظام متبع من طرف المختص.

ـ **التقرير الأسبوعي:** يحتوي على: ملاحظات الأسرة، ملاحظات المختص، معلومات عن حالة الطفل و صحته الجسمانية، جدول الأنشطة وأهداف التكفل.

ـ **ملاحظات الأسرة:** والتي تشمل مدى تجاوب الطفل أثناء تدريسه للأهداف خلال الأسبوع الماضي وكذلك مقترحات الأم والصعوبات التي واجهتها خلال التعليم.

ـ **ملاحظات المختص:** ويدور حول تطورات الطفل في سلوكاته.

ـ معلومات عن حالة الطفل وصحته الجسمانية.

ـ جدول الأنشطة وأهداف التكفل.

ـ **ورقة تسجيل السلوك:** و هو من أهم أساسيات عمل المشرف لمتابعة خط سير العمل مع الطفل حيث يتم فيها تسجيل الهدف له،تم تاريخ البدء به و مقترحات الأسرة تحت بند الملاحظات و تاريخ إنجاز الهدف وفقا لماد ورد في التقرير الأسبوعي. **(colly,1979,P59)**

11. برامج الكفالة الأرطوفونية:

يمكن الاعتماد على مجموعة من البرامج أثناء تطبيق الكفالة الأرطوفونية أو على برنامج معين و أهم هذه البرامج نجد برنامج تيتش، و برنامج لوفاس، و برنامج باكس حيث يقوم الأخصائي بانتقاء البرنامج المناسب لحالة الطفل المتوحد، أو التدرج في الانتقال من برنامج لاخر حسب سن الطفل المتوحد و درجة توحده، و مستوى لغته و قدراته المعرفيةو التواصلية، لكن نلاحظ برنامج تيتش هو الأكثر استخداما في العالم مع حالات التوحد.

1.11. برنامج تيتش

Trématent and éducation of autistic and (TEACCH)

Related communication handicapped children (teacch) : أي علاج و تعليم الأطفال المصابين التوحد و إعاقات التواصل المشابهة له، و يتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية.

و يركز منهج التيتش على تعليم مهارات التواصل، و المهارات الاجتماعية و اللعب، و مهارات الاعتماد على النفس و المهارات الحركية، و العمل باستقلالية و مهارات أكاديمية.

و تمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك و يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجاته.

مبادئ و طرق التعليم لبرنامج تيتش :

تتسم البيئة لبرامج تيتش بطابع مميز، فهي مليئة بمعينات و دلائل بصرية مختلفة و يتمون البرنامج من عدة ركائز:

تكوين روتين محدد : يتضمن تسلسا الأحداث خلال اليوم و خلال الأسبوع و الانتقال إلى النشاط التالي، و مقدار ما يستغرقه كل نشاط و تحديد الأمكنة التي يمارس فيها النشاط.

تنظيم المساحات: ينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، و مساحة الكرسي و المساحة الخاصة بالتلميذ.

ـ الجداول اليومية : إستخدام جداول فردية للطفل التوحدي تسلسل الأحداث اليومية.

ـ تنظيم العمل : ينبغي تنظيك العمل بشكل يوضح للتلميذ ماهو المطلوب منه كم هي كمية العمل كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى ماهو النشاط الذي سيليه.

ـ التعليمات البصرية: إعطاء التلميذ إرشادات من خلال استخدام بصرية كالصور و الكلمات المكتوبة **(مصطفى و الشربيني،2011،: 252-253)**

2.11. برنامج تحليل السلوك التطبيقي : Applied Behavioural angly(ABA)

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا طريقة لوفاس **Lovaas** و هي تشكل بشكل رئيسي على التدخل المبكر (سنوات ما قبل الدراسة) و كان إيفار لوفاس **Ivar Lovaas** رائدا في التدخل السلوكي للأطفال المتوحدين في الستينات، وترتكز المبادئ الأساسية لـ ABA على التعلم الشرطي لـ سكنر **SKINNER** و محاولة سلوكية منفصلة، و تشمل الطريقة تدريبات متكررة و مكثفة و منظمة بشكل عالي، و يتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافأته في كل نرة يستجيب فيها بشكل صحيح، و تبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوبة فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب.

التدريب لجعل الطفل يجلس على كرسي و يقوم بالتواصل البصري و تقليد سلوك غير لفظي في استجابة لأوامر لفظية، كما يتم تعليمه على أنه سلوك لفظي غير التقليد اللفظي الذي يتبع أوامر مؤلفة من خطوة واحدة، تمييز تقبلي للأشياء و الصور ، و تصنيف تعبيري في استجابة لأسئلة مطروحة و قد ثبت أن أسلوب المحاولات السلوكية المنفصلة كان محدودا و أقل فاعلية، فاللغة التي يتم التدرب عليها خلال المحاولة المنفصلة لا يتم تعميمها على بيئات أخرى، و يستهدف هذا التدريب إيجاد مصطلحات لغوية مشتركة بين الطفل و بيئته، و بتكرار هذه المصطلحات يتمكن الطفل من استخدامها تلقائيا.

و هذا البرنامج مكثف (40 ساعة أسبوعيا) يتبع أسلوب تدريب محاولات الاتصال بين إثنين، و يشارك الأباء و غيرهم من المساعدين البالغين في توصيل البرنامج الذي يتألف من عدة مراحل هي :

ــ العام الأول: يركز على تخفيف الإثارة الذاتية أو السلوك العدواني، و تطوير و تشجيع التقليد و اللعب.

ــ العام الثاني: التركيز أكثر على اللغة التعبيرية واللعب التفاعلي.

ـ العام الثالث: ينتقل التركيز على التعبير الانفعالي.

3.11. برنامج EARLY BIRD :

طورت **THE NATİONAL AUTICIT SOCIETY** في بريطانيا، برنامج " **EARLY BIRD**" الذي يهتم بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد، و هو أيضا برنامج على المدى القصير لمدة (3) أشهر موجه لأولياء هؤلاء الأطفال.

يجمع هذا النموذج فوائد مجموعات الأولياء وتدريب الطفل في البيت، في هذا السياق يكتسب الأولياء معلومات و تقنيات التدخل والمساعدة اللازمة لتطبيقها لأولادهم في البيت.

يهتم هذا البرنامج من (6) أسر، لمدة (3) أشهر، تنقسم هذه الفترة إلى عدة جلسات من 3 ساعات مكثفة و منظمة أين يتم فيها تشجيه الدور الفعال للأولياء، فيتعلمون معنى التوحد، كيفية التواصل و التفاعل مع أولادهم، و كيفية تحليل و فهم سلوكياتهم.

(BAGHDADL ,ET AUTRE ,2007,33)

4.11. برنامج فاست فوروورد fast for word:

برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب أنشأه TALLER(1996)، و كورته مؤسسة التعليم العلمي بالولايات المتحدة الأمريكيةUSA باعتباره وسيلة مبتكرة قادرة على تغيير مفاهيم القراءة و تعلم اللغة، حيث إن هناك أكثر من (4400) مدرسة في أمريكا تعتمد على هذه النوعية من البرامج، و يقوم البرنامج على أساس وضع سماعات في أذن ي الطفل و هو أمام الكومبيوتر

حيث يعمل البرنامج على جعل منطقتي الدماغ الأمامية و الخلفية تعملان بشكل طبيعي كما هو الحال في الوضع الطبيعي ، و تقوم مبادئ هذا البرنامج على التسلية اهتمامات الطالب.

و يتكون البرنامج من أحد عشر برنامج مختلفا، حيث إن هناك مهارات في البرنامح للقراءة و الكتابة و اللغة المنطوقة بدء من عمر خمس سنوات و حتى البلوغ، و هناك مرونة كبيرة في البرنامج، فإذا أخطأ الطفل في حل السؤال ثلاث محاولات متكررة، فإن البرنامح و بشكل أتوماتيكي يعيطه سؤالا يناسبه يلائم قدراته لتحقيق (80%) من النجاح، لأن الهدف من البرنامج هو خلق أطفال ناجحين (**سهيل،2015 :210**)

5.11. برنامج نظام التواصل باستبدال الصور PECS :

طور هذا البرنامج بواسطة **BONDY&LORI FROST ANDREW**(**1994**) في الولايات المتحدة الأمريكية بولاية ديليور **DOLAWRE** و هدف إلى إكتساب مهارات التواصل و يعتمد على المدعمات البصرية و الحث للتواصل.

هو وسيلة إتصال بديلة تستخدم مع الدين يعانون من التوحد أو من نقص في التفاعل الاجتماعي و فد استخدمت بشكل واسع في أمريكا و دول أخرى.(**YERSIN,2012, 02**)

و يشير **LOVASS&BACH** (1997) إلى وجود ثلاث مهارات أساسية في بداية كل تدخل تتمثل في : إقامة علاقة من الألفة مع الطفل التوحدي.

ــ تعليم الانتباه من هلال التأكيد على مهارات أساسية تمثل لمهارات أكثر صعوبة مثل: البقاء على الكرسي، الحضور للمدرب عندما يذكر إسمه/الالتفات للمدرب.

و عمل تواصل بصري و النظر إلى مواد المهام المستخدمة، الحد من بعض المشكلات السلوكية التي يستخدمها الطفل في التعامل مع المحيطين به مثل (نوبات الغضب، العدوان، إيذاء الذات عدم الطاعة).

6.11. برنامج ماكتون MAKATON:

إسم البرنامج **ماكتون MAKTON** فهو مزيج من الأحرف الأولى لأسماء مؤسسي البرنامج وهم: أخصائية النطف واللغة مارغريت والكر وطبيبين نفسيين من الجمعية الملكية للصم والبكم و هما كاثي جونستون و توني كورنفورث هو برنامج مصمم لتزويد الأفراد الغير قادرين على التواصل اللفظي بكفاءة، بوسيلة بديلة للتواصل مع الأخرين وهي الإشارات والإيماءات.

يستخدم برنامج ماكتون بفعالية مع الأطفال المصابين بطيف التوحد والتخلف العقلي ومتلازمة داون والاضطرابات العصبية المكتسبة.

و يعتمد برنامج لغة ماكتون على طريقة مبنية متعددة النماذج لتدريس المهارات اللغوية و القرائية و الكتابية حيث تتم عملية التدريس بالجمع بين النطق و الإشارات و الرموز في ان واحد .

و يحتوي برنامج ماكتون على ما يقارب (450) من المفردات الأساسيةCOREVOCABULARY و التي يتم تدريسها على تسع مراحل، علة سبيل المثال: تشمل المرحلة الأولى مفردات أكثر تعقيدا أو تجريدا كالمفردات المتعلقة بالزمن و المشاعر **(ال إسماعيل،2011 :59)**

7.11. برنامج ابلز the ablls :

أما برنامج تقييم المهارات اللغوية والتعليمية الأساسية فهو برنامج تقييم محكي المرجع، و منهاج تدريس، و نظام متابعة لمهارات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، و

التاخر النمائي في الفئة العمرية من (3–9) سنوات و قد قام بارتنجتون بإصدار مراجعة النسخة السابقة عام (2010) و في هذه النسخة تم التعديل من المهارات ، و التعديل من معايير بعض المهارات الجديدة بشكل متسلسل بناءا على مستوى صعوبة المهارات

و يقسم البرنامج إلى أربع مجالات رئيسية، يضم كل مجال مجموعة من المهارات عددها(22) مهارة، و تضم كل مهارة عددا من المهمات الفرعية، و التي تكون بمجموعها(544) مهمة .

ـ مجال مهارات التعلم أساسية و يضم (15) مهارة.

ـ مجال المهارات الأكاديمية و يضم (04) مهارات.

ـ مجال العناية بالذات و يضم ((04) مهارات

ـ مجال المهارات الحركية و ضم مهارتين (**العويدي،2018: 316**)

12. التكفل التربوي بالأطفال المتوحدين:

هي جميع البرامج و و المناهج التدريبية التربوية التي تهدف إلى تعليم الطفل المتوحد باجراءات التعليم المباشر للمهارات الأساسية الأكاديمية و مهارات الحياة اليومية، و ذلك في كدارس خاصة بهم أو من خلال دمجهم مع الأطفال العاديين وفق مبدأين أساسيين هما :

المبدأ الأول: هو اتجاه تعليمي يعتمد على الانفتاح الجزئي للأطفال المتوحدين على المدارس العادية فيتم الاختلاط مع الأطفال العاديين و لكن بمناهج خاصة و أنشطة تعليمية تتناسب مع قدراتهم و إمكانياتهم.

المبدأ الثاني: هو اتجاه تعليمي يرى ضرورة الدمج الكلي للأطفال المتوحدين مع الأطفال العاديين سواءا كان ذلك في الفصول الدراسية أو في باقي الأنشطة مع إعطائهم اهتماما يتناسب و قدراتهم (**نجار،123،2018**) .

1.12. برنامج ليب LEARNING EXPERIENCES.AN ALTERNATIVE PROGRAMMING FOR PRESCHOOL (LEAP)

انطلق برنامج LEAP عام (1982) في مدينة بنسلفانيا كأول برنامج يقوم على دمج الأطفال الطبيعيين مع أطفال التوحد ممن هم في عمر (3–5) سنوات ضمن صفوف بيئية تعليمية عادية، ويتلقى الأطفال الملتحقون بالبرنامج خمسة عشر جملة تدريبية موزعة على خمسة أيام في الأسبوع وتستمر هذه العملية على مدار السنة ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ:

1- إن جميع الأطفال يمكنهم الاستفادة من الدمج في مراحل عمرية مبكرة.

2- يجب أن يشارك الوالدان والأسرة.

3- يمكن أن يعلم الأطفال الطبيعيون أطفال التوحد من خلال النمذجة.

4- إجراء بعض التعديلات على المنهج ليصبح مناسبا للاضطراب.

(GRESHMANETAL.1999) و يهدف هذا البرنامج إلى تنمية مهارات اللغة و التفاعل الاجتماعي و الاستقلالية الذاتية.

2.12. برنامج صن رايز SON-RISE :

هو برنامج تدريبي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و الاضطرابات النمائية الأخرى داخل المنزل، و قد أنشأ هذا البرنامج كل من باري كوفمان و سيمير ياليت كوفمان لإبنهم الوحيد المصاب بطيف التوحد.

و يعتبر هذا البرنامج من البرامج الموجهة للأهالي و قد بني على العلاج بالعب PLAY THERAPY.

يركز برنامج صن رايز علة تشجيع التواصل البصري و تقبل حالة الطفل و إلى الآن، لا توجد دراسة مستقلة لتقييم فعالية برنامج صن رايز ، و قد أشارت إحدى الدراسات التي أجريت عام (2006) إلى الاختلاف بين التطبيق العملي لبرنامج صن رايز في الواقع و بين ما يرد في الكتب، مما يجعل تقييم البرنامج أمرا صعبا.(**أل إسماعيل،2011،:29)**

3.12. برنامج دنفر DENVER:

يطلق على هذا البرنامج إسم ESDM الذي يعني EARLY START DENVER MODE أي نموذج " دنفر" للأطفال الصغار.

هذا البرنامج ينفذ الممارسات التربوية التعليمية التي تستند من جهة على نمو الطفل ، بما في ذلك النمو العاطفي، الوالدين مختلف الأوساط المعيشية للطفل (المنزل العاطفي،المدرسة، المحيط) و من جهة أخرى على خصوصية اضطراب العلاقات و التواصل لأطفال التوحد و يميز البرنامج بخصوصية في بناء التطور النمو على أساس العلاقات، و للوالدين دور أساسي في ذلك و أن يعتمد على اللعب.

برنامج "دنفر" يهدف إلى تحقيق تعيير و تحسن في جوانب النمو التالية: التقليد ، اللغة، الاستجابة الانفعالية، التواصل لعب اجتماعي و رمزي، جلب الطفل إلى المشاركة الاجتماعية، تعليم الطفل عناصر الحياة الاجتماعية تبادل الخبرات، سد ثغرات التعلم المتراكمة **(ROGERS.S.J.DAWSON.G.2013.P30)**

13. أنواع الكفالة المتعددة للأطفال المصابين بالتوحد :

1.13. الكفالة المتعددة للأطفال المتوحدين :

التكفل المتعدد هو الذي يشمل تقنيات الكفالة الطبية و النفسية و التربوية و الأرطوفونية والاجتماعية حيث يتم تطبيقه بتدخل فرقة خاصة تتكون من الأطباء المختصين في طب الأطفال، وطب الأعصاب، وطب الأطفال العقلي، والأخصائي النفسيون الأخصائي الأرطوفوني، و الأخصائي الاجتماعي و الأخصائي التربوي و المربي المختص.

2.13. التكفل الطبي للأطفال المتوحدين :

يهدف هذا النوع من التكفل إلى التخفيف من الأعراض و السلوكيات غير المناسبة للطفل، و يقوم على فرضية أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن ان يحدثها العلاج يمكن أن تؤدي إلى التخفيف من أعراض التوحد، و يعد هذا النوع من العلاج فعالا في حال توافقه مع البرامج السلوكية و التربوية

1.2.13 العلاج الدوائي :

لا يوجد دواء محدد لعلاج حالات التوحد إلا إن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم و تعديل المنظومة الكيميائية التي تقف خلف السلوك غير السوي.

و تساعد هذه الأدوية على التحكم بنوبات الصرع و تلك التي تخفف من نوبات أو ثورات الغضب أو السلوك العدواني و النشاط الحركي الزائد، و من الأدوية المستخدمة مع الأطفال (الهالوبيربيدوال،فنفلورامين،الليثيوم)(**الخطاب ،95،2005**) و يجب الإشارة إلى أن نوع الدواء و

مقدار الجرعة يجب ان يعطي بإشراف طبي و يجب الأخذ بعين الاعتبار تأثير الدواء على النواحي التعليمية و التدريبية للأطفال.

2.2.13. العلاج بالحمية الغذائية :

نتيجة عدم قدرة الأطفال التوحديين على الهضم غير الكامل لبروتيني الجلوتين و الكازين و تحولهما الى ببتيدات مخدرة لها تأثير يشبه الأفيون أو الموفين،لهذا يتم تزويد الطفل بمادة السيريند التي تساعد على زيادة هضم الببتيدات الناتجة عن بروتيني الكازين و الجلوتين، أو عن طريق اعطائهم الطعام الخالي من البروتيين السابقين

3.2.13. العلاج بالفيتامينات :

يقوم هذا العلاج على فكرة أن الأطفال ذوي التوحد لا يستفيدون من الفيتامينات و المعادن الموجودة في الأغذية بشكل طبيعي، لهذا يقوم الأطباء بإعطائهم فيتامين ب6 و المغنيزيوم حيث أن فيتامين ب6 يقوم بالتقليل من النشاط المفرط و السلوك العدواني أن المغنيزيوم له دور مهم في المجالات الاجتماعية و التواصلية و السلوكية.

3.13. الكفالة النفسية للأطفال المتوحدين

هي جميع الأساليب العلاجية النفسية التي تهدف إلى تخطي المشكلات السلوكية عند الفرد المتوحد و تعديل سلوكه شاد عناك الأساليب القائمة على نظرية التعليم السلوكية من جهة، و هناك الأساليب القائمة على العمليات المعرفية المتدخلة أثناء التفاعل النفسي من جهة أخرى، فالأولى تمثل طرق العلاج السلوكي و الثانية طرق العلاج المعفي و حديثا أصبح العلاج يعتد على الأسلوبين مع سلوكي معرفي

1.3.13. العلاج النفسي:

استخدم هذا المنهج العلاجي من قبل أصحاب النظريات التحليلية.

KANNERWING.GOLDESTION.BERG و الذين يعتبرون أن التوحد هو اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لاقامة علاقة قوية مع الطفل و برودة مشاعرهما و ان العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

المرحلة الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج

المرحة الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحة من التدريب على تأجيل إرجاء الإشباع و الإرضاء مما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التو حديين كانت تأخد شكل جلسات الطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى، و تقديم بيئة حية عن الناحية العقلية **(خليفة وسعد،2008:161)**

2.3.13. العلاج بالموسيقى:

وفيه يتم استخدام كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل ،وبرنامج العلاج الموسيقي يتم تحت توجيه المعالج المتخصص والمتدرب على هذا النوع ويوفر تنوع من خبرات الاستماع ومشاركة تلائم حاجات المرضى،وتمثل في هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي،والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد،وقد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في العقد الأخيرة وفي العلاج بالموسيقى أعدت خصيصا لهذا الغرض حيث يستمع إليها الطفل عبرة سماعات ذات

حساسية عالية وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد ومساعدتهم في التخلص من السولوكيات غير تكيفية .**(الخطاب،2009:149)**

3.3.13. العلاج باللعب:

يمكن استخدام العلاج باللعب لعلاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المصاب بالتوحد لتخفيف من مشاعر القلق لدى الطفل وذالك بتفريغه لطاقة الانفعالية للمواقف المثيرة للقلق النتيجة عما يواجهه في حياته من مشكلات،كما يساعد على تنمية المهارت الحركية الأساسية والمهارات العقلية والاجتماعية واللغوية لطفل التوحد.**(الصادق,الخميسي،2004: 8)**

الخلاصة:

مهما تطورت الأساليب العلاجية و البرامج التربيوية والاجتماعية و الارطوفونية و الأنشطة التعليمية تبقى النقطة الفاصلة في نجاح التكفل هي العلاقة المتكاملة بين الأخصائي الارطوفوني و الوالديين فكلما كانت العلاقة متكاملة كلما انعكس ايجابيا على الطفل المتوحد فنلاحظ تحسن على مستويات أدائه التواصلية و التفاعلية الاجتماعية و تعديل سلوكات القولوبية الشادة,

الفصل الثالث: مهارات التواصل اللفظي والغير اللفظي وخصائصها لدى الأطفال المتوحدين

تمهيـــد:

أولا/التواصل اللفظي وغير اللفظي واضطراباته

1ـ مفهوم التواصل

2ـ أشكال التواصل

3ـ مستويات التواصل

4ـ انواع التواصل

5ـ مراحل عملية التواصل

6ـ اهمية التواصل

7ـ اضطراب التواصل

7ـ1 مفهوم اضطراب التواصل

7ـ2 مفهوم اضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي عند الاطفال المصابين بالتوحد

7ـ3 اسباب اضطراب التواصل

7ـ4 اعراض اضطراب التواصل عند الاطفال العاديين

7ـ5 اعراض اضطراب التواصل اللفظي والغير اللفظي عند الاطفال المتوحدين

ثانيا/خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

1ـ تعريف المهارة

2ـ تعريف مهارات التواصل

3ـ خصائص مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي عند العاديين

4ـ خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال العاديين

5ـ خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المتوحدين

6ـ خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال المتوحدين

الخلاصة

تمهيد

يعد القصور في التواصل واللغة من الإشكاليات الرئيسية للأطفال المصابين بالتوحد، وهذا القصور يختلف من فرد إلى أخر حسب درجة ذكائه والعمر الذي تلقى فيه التدريب ومقدرته على التواصل مع الأخريين المحيطين به.

وللتواصل أهمية كبيرة في الحياة اليومية نظرا لما يقدمه من خبرات للأفراد وكيف يستطيعون من خلاله التعبير عن أهداف مرغوبة بالنسبة لهم وعن طريقه يسترجعون الماضي ويخططون للمستقبل، ولهذا سوف نتطرق في هذا المحور عددا من النقاط الهامة المتعلقة بالتواصل واللغة

أولا/ التواصل اللفظي وغير اللفظي واضطراباته

1. مفهوم التواصل: communication:

مصطلح مشتق من كلمة لاتينية communio, و تعني جعله عاما أو مشاعا و بالتالي نقل المعلومات، الرغبات , الأفكار , المشاعر والمعرفة من شخص إلى آخر لخلق أو تأسيس نوع من التفاهم المشترك بين المرسل و المتلقي(المتحدث و المستمع).

و التواصل هو تلك العملية الفنية الشاملة التي تتضمن إرسال رسالة ما (لغة تعبيرية) و استقبال تلك الرسالة (لغة استقبالية) ,وتبادل الأفكار و الآراء و المشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل و الأساليب مثل الإشارات و الإيماءات و تعبيرات الوجه و حركات اليدين و التعبيرات الانفعالية و اللغة (**الخطيب الحديدي،2005**).

كما أن التواصل ليس عملية أحادية مفردة , بل هو عملية مركبة من عدة عمليات تتفاعل في مال موقفي دينامي و يشمل على ثلاثة عناصر هي : المرسل – الملتقي– والرسائل اللفظية و غير اللفظية , و لكل هذه العناصر السابقة دورة في العملية ككل (**فاروق,2014: 21**).

فالتواصل لا يتطلب ضرورة استخدام الكلمات المنطوقة , فالطفل يبكي فتستجسب أمه و تلبي حاجاته و يبتسم الأب لطفله عندما يفعل سلوكا حسنا, فيدرك الطفل أن سلوكه يحظى بالقبول .

و يرى شارل كولي charles cooly التواصل التوصل هو ذلك الميكانيزم الذي بواسطته توجد العلاقات الإنسانية و تتطور , إنه يتضمن كل رموز الذهن مع وسائل تبليغها عبر المجال و تعزيزها في الزمان , و يتضمن أيضا تعابير الوجه و هيئات الجسم و الحركات و نبرة

الصوت و الكلمات و الكتابات و المطبوعات و كل ما يشمل آخر ما تم اكتشافه في المكان و الزمان .(**ماهـر: 2000**)

2. أشكـال الـتـواصـل:

إن عملية التواصل لا تشمل فقط على اللغة المنطوقة , و انما أيضا على الإيماءات التي تقوم في بعض الأحيان بتوصل بعض المعاني بشكل أكثر دقة ووضوحا من الكلمات نفسها و يمكن تقسيم التواصل إلى الأشكال التالية :

1.2. التواصل اللفظي :

و يتم بين فرد و آخر و فيه تعاني تلك من فقد بعض المعلومات , و يتحقق هذا الشكل في الجماعات الأولية التي تتمثل في الأسرة و جماعة النشاط و الجماعات الصغيرة التي تنشأ بين أعضائها علاقات شخصية صحيحة , و يجري فيها التواصل على نمط أساسه المواجهة والاحتكاك المباشر وجها لوجه .

2.2. التواصل الذاتي:

هو التواصل الذي يتم بين الفرد و ذاته و يتمثل في الشعور و الوعي و الفكر و الوجدان و سائر العمليات النفسية الداخلية .

3.2. التواصل الجماعي:

يكون من مصدر واحد إلى عدة ملايين كما يحدث في وسائل الإعلام المختلفة حيث يتصف بالعمومية وشمولية على أساس انه يتم بين عدد كبير من الناس من مختلف الميول و الاتجاهات و الثقافات بوجود فروق فردية متباينة من حيث السن , المزاج , المكانة الاجتماعية

و الاقتصادية , و الذكاء و القدرات و الاستعدادات المتنوعة.

4.2. التواصل الثقافي الاجتماعي:

هو الذي تتفاعل فيه البيئة الثقافية في شكل عمليات اجتماعية تتنوع فيها المعلومات. **(السرطاوي: 1979).**

6.2. التواصل التلقائي الطبيعي:

هو الذي يتم بين الأفراد والجماعات الأسوياء منهم و ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عادي و لا يشعر به أحد لأنه يتم بينهم بدون قصد ومن خلال معاملاتهم الحياتية.

3. مستويات التواصل:

هنالك 3 مستويات من التواصل هي كما يلي :

1.3. المستوى التقني و التكتيكي technical level :

و يعكس هذا المستوى دقة تبادل الرموز.

2.3. المستوى الدلالي semantie :

و يعكس مدى الدقة التي تعكس بها الرموز المستعملة للمعنى.

3.3. المستوى الفاعلي effechivenes level :

و يعكس مدى دقة إستجابة المستقبل لما قصده المرسل **(الزريقات 2005 ص29).**

4. أنواع التواصل :

إن العلماء يصنفون التواصل إلى نوعين رئيسين هما التواصل اللفظي verbal communication ،والتواصل غير اللفظي non verbal communication حيث ينحصر

التواصل اللفظي في تلك الألفاظ التي ينطق بها الفرد مخاطبا غيره من الأشخاص بينما يتسع تواصل الغير اللفظي ليشمل العديد من الوسائل ، و نذكر منها تعبيرات الوجه و الإيماءات بأنواعها و الذراعين و الرجلين .....إلخ

فمعظم النظريات تقسم التواصل اللفظي و التواصل غير اللفظي و تجعل منه الوظيفة الأساسية و الوظيفة الثانوية (**الوابلي ,2005**).

1.4. التواصل اللفظي verbal communication :

يدخل ضمن هذا التقسيم كل أنواع التواصل التي يستخدم فيها اللفظ كوسيلة لنقل رسالة من المصدر إلى الملتقى و يكون هذا اللفظي منطوقا فيدركه المستقبل بحاسة السمع , و يساعد التواصل اللفظي على نمو الطفل الاجتماعي و العقلي و المعرفي عن طريق تزويده بالمهارات ومساعدته على اكتساب الأساليب والعادات والأنماط السلوكية السلمية والإتجاهات الإيجابية في ممارسة اللغة والتواصل اللفظي ومهاراته وتمثل اللغة الأداة التي يستخدمها الطفل في التواصل بالمحيطين به وتمكنه من التفاعل مع غيره لتحقيق الرغبات والحاجات الأساسية.(**الشقير ،2001: 20**).

2.4. التواصل الغير اللفظي :

يدخل ضمن هذا التقسيم كل أنواع التواصل التي تعتمد على اللغة غير اللفظية و يطلق عليها أحيانا اللغة الصامتة ويقسم بعض الباحثين التواصل غير اللفظي إلى ثلاثة أنواع :

ـ **لغة الإشارة :** وتتكون من الإشارات البسيطة أو المعقدة التي يستخدمها الإنسان في التواصل مع غيره.

ـ **لغة الحركة والأفعال** : وتتضمن الحركات التي يقوم بها الإنسان لينقل ما يريد من معاني و مشاعر

ـ **لغة الأشياء** : ويقصد بها ما يستخدمه مصدر التواصل غير اللإشارات والأدوات والحركات للتعبير عن المعاني ,والأحاسيس التي يريد ان ينقلها .

وللتواصل غير اللفظي دلالة أقوى وأوضح من التواصل اللفظي لأن التواصل غير اللفظي لا يستطيع الإنسان التوقف عنه , حيث يكون في معظم الأحيان أكثر صدقا من التواصل اللفظي لأنه تواصل دون استخدام الكلمات ويشمل سلوكيات واضحة مثل : تعبيرات الوجه , العينين , اللمس, نبرة الصوت و وضوح الجسم والمسافة المكانية بين المتواصلين إلى غير ذلك **(البيلاوي،2006:19)**.

5. مراحل عملية التواصل :

حدد **رومان جاكويسون** ستة مراحل أي عناصر التواصل في ما يلي :

المرسل – المرسل إليه – الرسالة – القناة – السياق (المرجع) – النظام .

1. **المرسل** : يعتبر المصدر الأساسي في عملية التواصل وهو الطرف الذي يقوم بارسال الرسالة.

2. **المرسل إليه** : المستقبل الذي يقوم بعملية تفكيك الرسالة.

3. **الرسالة** : تعتبر مجموعة من الأفكار والمعلومات أو الحاجات التي يرغب المرسل إشراكها المرسل اليه.

4. **القناة** : هي الأداة التي تنقل الرسالة, إما لفظية (شفوية , أو كتابية) أو غير لفظية (صور , إشارات).

5. **السياق (context)**: ويطلق عليه اسم المرجع و هو يشمل الأحوال و الظروف الاجتماعية و النفسية للمتواصلين أي كل ما يحيط بالبنية التواصلية و يأطر عملية التواصل زمنيا ومكانيا ,ويقصد به أيضا الموضوع .

6. **النظام (الشفرة)** : هي مجموعة من الرموز الحاملة للرسالة والقواعد المنظمة المشتركة بين المرسل والمرسل إليه والمستخدمة في نقل معاني الرسالة وهي تتمثل في اللغة(**الشقير, 2001**).

6. أهمية التواصل :

إن التواصل اللفظي وغير اللفظي يعتبر عامل هام و حيوي في إحداث التفاعل مع الآخرين في المجتمع كما أن له دوراً أساسيا في إتباع الحاجات النفسية والانفعالية , وهو وسيلة التعبير عن المشاعر والأحاسيس والرغبات ، عن طريق التواصل يتفاعل الشخص مع الآخرين بما يعود عليه من إكتساب خبرات حياتية وتنمية لقدراته والتي لا يستطيع إكتسابها بدون تواصل ويمكن إيجاز أهمية التواصل فيما يلي :

1- يستطيع الفرد إشباع حاجاته الأساسية البيولوجية والنفسية من خلال عملية التواصل.

2- عملية التواصل تساعد الفرد على تحقيق ذاته وتأكيدها في تفاعله مع الآخرين .

3- تساعد عملية التواصل الفرد على تحقيق مشاعر الإنتماء لجماعة ما أو لمجتمع ما أو حتى لأسرته.

4- ينمي التواصل المهارات اللغوية المسموعة والمقروءة والمهارات الاجتماعية.

5- ينمي التواصل العمليات العقلية الأساسية كالإدراك , الإنتباه , التفكير , التخيل , والتذكر كما أنها عمليات أساسية في حدوث التواصل الجيد (**باظة، 2003 : 10-11**).

7. اضطراب التواصل:

1.7. تعريف اضطراب التواصل:

هي أي خلل في عملية التواصل ينجم عن أسباب عضوية أو وظيفة يؤدي إلى اضطراب في أدوات التواصل المختلفة من لغة و أصوات وكلمات ورموز وإيماءات وهدا الخلل قد يكون في احد نوعي التواصل أو في كليهما التواصل اللفظي وغير اللفظي .(**الزغبي.2003: 244**).

2.7. مفهوم اضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بالتوحد :

يشير كلا من الزراع وحافظ (2014) أن النمو التواصلي يرتبط ارتباطا وثيقا بالنمو المعرفي , فإن الأشخاص من ذوي اضطراب التوحد قد يعانون من مشكلات تواصلية تختلف في طبيعتها باختلاف شدة الاضطراب , ويعتبر التأخر في التواصل (اللفظي وغيراللفظي) و عدم وضوح الكلام من أهم المشكلات التواصلية لديهم , فالأطفال من ذوي التوحد يعتمدون كثيرا على سحب اليد , والتعامل مع الآخرين وكأنهم آلة أو أداة , وهذه الطريقة تعبر عن تواصلهم الضعيف مما يشكل فرقا من التسلسل الطبيعي لتعلم اللغة لدى الأطفال العاديين , حيث تظهر لديهم بوادر البطء في اكتساب المهارات التواصلية .والجدير بالذكر أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قادرين على تعلم مهارات الترميز ,وذلك لاعتمادهم على حاسة البصر, ويمكن اعتبارهم بصريين بطبعهم , فهم قادرين على إدراك ما يساعدونه بالبصر أكثر من

استخدام حاسة السمع ,والتركيز على ما يقال لهم , لذلك فاستخدام الصور يساعدهم على فهم العالم من حولهم بشكل أفضل.(**العوصي ,2013**).

وقد ذكر كل من (**قحطاني,2011**) و(**أحمد,2009**) بعض أنماط التواصل اللفظي التي يستخدمها الطفل المتوحد:

ـ ترديد الكلمات – أو ما يسمى بالمعدات .

ـ إستخدام غير ملائم للغة كأن ينادي الناس بصفاتهم أو أعمارهم.

ـ يستخدم الضمائر بطريقة معكوسة كأن يقول عن نفسه يريد عصيرا .

7ـ2ـ1 التواصل اللفظي لدى الأطفال المتوحدين :

هناك تفاوت واضح وملحوظ في تطور الإتصال واللغة بين الأطفال الطبيعيين وأطفال ذوي إظطراب التوحد , حيث أن أطفال التوحد أثناء مناغاتهم غالبا ما يظهرون مدى قصير من الأصوات , كما أنهم لا يطورون مرحلة تقليد الأصوات، وإن طوروها فإنها غالبا لا تكون بقصد التواصل مع الآخرين , كما أن القدرة لديهم على الكلام والتخاطب ضعيفة وغير متطورة , وأحيانا تنموا اللغة لديهم في البداية ثم يتوقفون عن الكلام بصورة مفاجئة, وأغلب أطفال التوحد لا يتكلمون من أجل الحصول على الأشياء التي يريدونها ولا بأي كلمة بل يستخدمون الإشارة باليد وأخذ الشخص الآخر إلى المكان الذي يريدونه.(**الشامي،2004**).

7ـ2ـ1 التواصل غير اللفظي لدي الأطفال المتوحدين:

يواجه الأطفال المتوحدين صعوبات كبيرة في التواصل مع الآخرين بطريقة غير لفظية , فيبدأ بإستخدام الإيماءات والإشارات وإصدار الأصوات والتحديق , ويستمرون بالبكاء لفترات

طويلة ,ومع مرور الوقت قد يطورون سلوك ، الصراخ والضرب ولا سيما إن تعلموا من خلال تجاربهم أن مثل هذه السلوكيات قد تؤدي إلى نتائج إيجابية.(**الشامي2004:191**).

كما أن الأطفال المتوحدين على خلاف الأطفال العاديين فنجدهم غالبا ما يخفقون في استخدام الإيماءات والتواصل البصري أثناء تفاعلهم مع الآخرين , كما أن الإبتسامة الاجتماعية التي تظهر لدى الأطفال الطبيعيين في نهاية الشهر الثالث لا تظهر لديهم حتى نهاية السنة الأولى أو الثانية من العمر , كما أن الإنفعالات الموجودة بداخلهم والتي غالبا لا تظهر في الوقت المناسب حيث يضحك الطفل أو يبكي بشدة و بشكل فجائي و بدون سبب, ويستخدم أطفال التوحد أسلوب المشاورة باليد لتوجيه الأشخاص إلى ما يريدون.(**الشامي،2004**).

3.7. أسباب اضطرابات التواصل:

1.3.7 الأسباب العضوية:

تحدث اضطرابات التواصل بسبب الإصابات العضوية الجسمية الخلقية ذات الطابع الوراثي إو سبب الطفرات الكرموزومية أو الأمراض التي تصيب الأم الحامل أو الطفل في مراحل نموه أو سبب سوء التغدية و التلوث البيئي أو سبب تناول بعض الأدوية أو بسبب الإصابات المكتسبة اثر الحوادث والصدمات والتي ينجم عنها:

– تلف في المناطق الدماغية المسؤولة عن الانتباه والإدراك والذاكرة والحركة العامة والدقيقة والمناطق اللغوية وبالتالي يحدث قصور في الأداء وانخفاض في القدرات العقلية أو تنتج الإعاقة.

– إصابة الحواس والمناطق القشرية الدماغية الحسية كالمناطق السمعية والبصرية واللمسية والشمية.

– التشوهات الخلقية الجسمية المختلفة مثلا على مستوى الجهاز السمعي كالأذن الخارجية مثل انسداد القناة السمعية وتشوه الصوان أو الأدن الوسطى كثقب غشاء الطلبة وتشوه العظيمات أو الداخلية تشوه العصب السمعي والقوقعة وعلى مستوى الجهاز النطقي والصوتي تجويف الفموي مثل كبر أو صغر حجم اللسان أو كابح اللسان أو عدم تطابق الفكين العلوي والسفلي أو وجود ثغرات بين الأسنان أو وجود شق شفوي حنكي لهوي أو تشوه الوترين الصوتيين والحنجرة وعلى الجهاز التنفسي مثل تشوه الرئتين أو القصبة الهوائية أو عضلة الحجاب الحاجز.

2.3.7 الأسباب الوظيفية:

قد تحدث اضطرابات التواصل بسبب العوامل الوظيفية فرغم سلامة الجسم و الأعضاء يكون هناك خلل في أدائها لوظائفها وهدا نتيجة **لأسباب التالية:**

–الاضطرابات النفسية والعقلية التي تكون فيها اضطرابات التواصل العرض البارز والتي تحدث بسبب الإفراط أو التفريط في حماية الطفل والاهتمام به أو بسبب القلق والتوتر والخوف والغيرة فتنجم عنها اضطرابات سلوكية خطيرة.

ـ التنشئة الاجتماعية في البيت أو في المدرسة و أساليب التربية المتبعة و أساليب التعلم و البيئة التعليمية كلها تقدم للطفل النموذج الأساسي الذي يجب إتباعه لهدا يجب أن تكون مناسبة وإلا سوف تؤثر عليه سلبا.

ـ التقليد عامل في اكتساب اضطرابات التواصل بنوعيتها اللفظية و غير اللفظية.

ـ الحرمان الثقافي وفقر اللغوي عاملان أساسيان في ظهور اضطرابات التواصل(**سهى، 2001)**

4.7. أعراض اضطرابات التواصل عند الأطفال العاديين:

1.4.7 اضطرابات النطق :

يعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة،يمكن ان تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة او في حروف الساكنة أو في تجمعات من الحروف الساكنة كذالك، يمكن إن يشمل الاضطراب بعض الأصوات أو جميع الأصوات ، في أي موضع من الكلمة ، تعتبر عيوب النطق حتى الآن أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعا، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التي يمكن إن نوجهها في الفصول الدراسية أو في المراكز العلاجية.

ويشمل اضطرابات النطق المظاهر التالية: وهي مشكلات تتعلق بإنتاج أصوات الكلام أو طريقة

- نطق الحروف.
- اضطرابات إبدالية
- اضطرابات تحريفية
- اضطرابات الحدف أو الإضافة
- اضطرابات ضغط
- عيوب النطق الأخرى(**العزالي،2011: 20**).

2.4.7 اضطرابات الكلام :

هي عبارة عن خلل في صوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين .

(العزالي،2011: 23).

3.4.7 اضطرابات اللغة:

هي عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية أو المكتوبة للغة والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة التالية أو أحداها ،وفي شكل اللغة مثل القواعد وتراكيب أو محتوى اللغة أي المعاني، أو وظيفة اللغة وهو الاستخدام الاجتماعي للغة. **(حولة2011: 44).**

4.4.7 اضطرابات الصوت:

ويقصد بذالك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين . **(حولة2011: 44).**

5.4.7 الحبسة او الافازيا:

وهي اضطراب أو فقدان الوظيفة اللغوية اثر إصابة عصبية وعائية مكتسبة و تظهر في عدة أنواع:

*–**حبسة بروكا** : – وهي فقدان القدرة على الكلام بسبب فقدان القدرة على تحريك عضلات أعضاء النطق بسبب إصابتها بالشلل اثر تلف منطقة بروكا الدماغية.

*– **حبسة فرنيكي** : –و هي فقدان القدرة على فهم الكلام المسموع مع التكلم بكلام كثير و غير مفهوم بسبب تلف منطقة ورنيكي الدماغية.

*– **حبسة نسيانية** : هي فقدان القدرة على تذكر و استحضار كل الأسماء فقط مع الاحتفاظ بالقدرة على الفهم لكن أثناء الكلام توجد توقفات للبحث عن الكلمات الدالة عن الأسماء بسبب تلف المنطقة المسؤولة عن تخزين الأسماء.

*- **حبسة توصيلية:** هي فقدان القدرة على إعادة الكلام المسموع مع نقص في الرصيد اللغوي تحدث بسبب إصابة الحزمة المقوسة.

*-**حبسة مختلطة:** -و هي تضم عدة أنواع من الأفازيا السابقة. **(نجار2018 : 85).**

5.7. أعراض اضطراب التواصل عند الأطفال المتوحدين:

1.5.7 أعراض اضطراب التواصل اللفظي عند الأطفال المتوحدين:

أ. اضطراب المستويات اللغوية عند الأطفال المتوحدين والنمو اللغوي:

ـ **المستوى الفنولوجي المتوحدين:** للأطفال أن الأطفال المتوحدين يظهرون مستويات جديدة من حيث النطق والطلاقة فالتطور الفنولوجي لديهم يتبع نفس مراحل النمو عند الأطفال العادين ولكن أطفال التوحد لديهم مشكلة في تنغيم الكلام من الناحية الإنتاجية والإدراكية. **(الزريقات،2005 :301).**

ــ **المستوى الصوتي للأطفال المتوحدين:** يعاني الأطفال المتوحدين من مشاكل في التحكم في التنوعات الصوتية أثناء الكلام، ومن التحكم في شدة الصوت وارتفاعه ونبرته،حيث يتميزون بصوت ضعيف وحاد، ونبرة رتيبة فيكون صوتهم روتيني.**(قحطان ،2009: 50).**

المستوى الصرفي للأطفال المتوحدين: يتبع اكتساب القواعد الصرفية لدى الأطفال المتوحدين نفس المراحل كما هي لدى الأطفال العاديين مع بعض الفروقات البسيطة. **(الزريقات،2005 :301).**

المستوى النحوي للأطفال المتوحدين: يعاني الأطفال المتوحدين تأخر في اكتساب بناء الجملة الكلامية وصعوبات في استخدام الضمائر والخلط بين المفردات.**(البطانية،2007 :587).**

ـ **المستوى الدلالي للأطفال المتوحدين:** يعاني الأطفال المتوحدين من صعوبات في تنظيم المعلومات وفقا لتصنيف واستعمال هذه المعلومات في تفكير وحل المشكلات وتعتبر الصعوبات الدلالية من أكثر خصائص التوحد فالأطفال المتوحدين لديهم صعوبات في استعمال المفاهيم الدلالية في المواقف الطبيعية(**الزريقات،2005 :301**).

ـ **المستوى البرغماتي للأطفال المتوحدين:** أهم المشكلات التي يواجهها الأطفال المتوحدين من ناحية البرجماتية هي الفشل في اخذ الدور أثناء المحادثات المتبادلة كما يعانون من صعوبات في فهم الحرفي للغة وتقدير النكتة،فقد إشارة مارتن وآخرون في دراستهم إلى أن أطفال التوحد غير قادرين على استعمال السياق الاجتماعي في ترجمة المعنى الحقيقي للنكات الساخرة أثناء المحادثة كما يفشلون في ترجمة التعابير المجازية والاستعارة ويعد القصور من ناحية البرجماتية هو الاكثر قصورا لدى الأطفال المتوحدين. (**البطانية،2007 :587**).

ب. اضطراب النمو اللغوي عند الأطفال المتوحدين:

إن معظم الأطفال المتوحدين لا يمرون بنفس مراحل النمو اللغوي عند الأطفال العاديين حيث يكون معدل النمو اللغوي عندهم متأخر أو منعدم.

مراحل النمو اللغوي عند الأطفال المتوحدين:

*** المرحلة ما قبل لغوية:**

* مرحلة الصراخ: صرخة الميلاد تكون عادية عند جميع الأطفال المتوحدين لكننا نلاحظه أنهم لا يستعملون أصواتهم من أجل التواصل أو لتلبية حاجاتهم البيولوجية منذ الأشهر الأولى من حياتهم كأقرانهم العاديين.

* **مرحلة المناغاة:** قد تظهر المناغاة عند الأطفال المتوحدين في وقتها أي في الشهر الثالث أو الرابع لكننا نلاحظ غياب الدائرة السمعية الكلامية في هذه المرحلة فهم يبدون وكأنهم لا يسمعون لهذا إن ظهرت المناغاة فستتقطع وتتوقف.

* **مرحلة التقليد:** إن الأطفال المتوحدين لا يقلدون الإنتاجات اللغوية الموجودة في البيئة المحيطة بهم بل تكون لديهم إنتاجات لغوية خاصة بهم وهذا ما يتسبب في غياب الكلمات والجمل. **(قحطان، 2009: 69)**.

* **المرحلة اللغوية:**

* الكلمة الأولى: معظم الأطفال المتوحدين يفتقرون إلى الكلمة الأولى لأنها تكون في شكل أصوات دون معنى وان كانت كلمة فهي لا تقترن بمدلولها الحقيقي وعند بعضهم قد تتأخر في الظهور إلى أكثر من سنة.

* **الجملة:** ن تشكيل الجمل صعب جدا عند الأطفال المتوحدين ويكاد يكون منعدم لأن اللغة عند الأطفال المتوحدين قد لا تظهر تماما حتى في مراحل متقدمة من العمر وان ظهرت عند بعضهم نجدهم يعتمدون على لغة خاصة بتراكيب غير مفهومة ولا تنتمي إلى أي نظام لغوي معروف أو تقتصر على بضع كلمات فقط.**(قحطان،2009: 70)**.

الاضطرابات اللغوية عند الأطفال المتوحدين:

يعاني الأطفال المتوحدين على خلاف الأطفال العاديين من اضطرابات لغوية نوعية تظهر في الأشكال التالية:

* **ظاهرة المصاداة Echolalie:**تعرف المصاداة بأنها قيام الطفل بترديد بعض الأصوات أو الكلمات المفردة أولجمل أو لمواقف محددة أو إحداث بسيطة و بنفس التنغيم الذي يقوله اشخاص اخرون.

وهناك ثلاثة أنواع:

الإيكولاليا الفورية: تظهر بعد سماع الكلمات تماما زمنية لا تتجاوز عدة ثواني وكما يسمع الكلام بالضبط وأحينا بنفس نبرة المتكلم.

الإيكولاليا المؤجلة: تحدث بعد سماع العبارة بفترة زمنية تتراوح بين دقائق و أيام ولكنها تتكرر كما سمعت.

الإيكولاليا الخفيفة: وتكون على شكل عبارات معادة لكن الشخص التوحدي غير بعض كلماتها او نبرة صوتها، وهذا النوع يعد أكثر تقدما لان الطفل هنا يعرف أن للغة وظيفة ويمكن استخدامها للتأثير على سلوك شخص آخر بطريقة ما.

* **القولبية اللفظية Stéréotype verbale:** القولبية اللفظية تكون في شكل مقاطع معينة دون معنى يقوم بإنشائها وبتم ترديدها بشكل تلقائي أثناء الخطاب أو دونه. ويمكن أن تكون القولبية كذلك في السلوكات الحركية كالرفرفة باليدين مثلا.

* **عكس الضمائر:** أن أطفال التوحد غالبا ما يقومون بعكس الضمائر عندما يتحدثون عن أنفسهم ويستخدمون الضمير أنت بدلا من ضمير أنا**(Duman et.al2005.61)**

* **مشكلة الفهم:** يعاني المتوحدين من غياب القدرة على تبادل الحديث بسبب الفشل في الربط والتنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين وعن أنفسهم، ولا يستطيعون خوض حديث مرتب، ولا يعرفون متى يبدؤون ومتى يتوقفون عن الحديث من أجل الاستماع للطرف الآخر.

* **مشكلات التعبير:** يعاني المتوحدين من فقر في الرصيد اللغوي وامتلاك بضع كلمات أو مجرد مقاطع وصعوبة بناء الجمل السليمة والكاملة أو غيابها تماما.

* **مشكلة التسمية:** اضطراب اللغة الرمزية هو ما يميز فئة المتوحدين. حيث نلاحظ عدم قدرتهم على تسمية الأشياء بأسمائها. **(نصر، 2002: 84)**.

* **اضطراب الصوت:** يعاني المتوحدين من تحكم ضعيف في درجة الصوت ونقص في التنوعات وغياب النبرات المصاحبة للكلام فهي ثابتة. ويتميزون بالصوت الرتيب الروتيني فهم يمتلكون صوت أحادي النغمة. لديهم أصوات ميكانيكية وهذا ما أكدته دراسة العالمين قارو وجون Garrou et Joan سنه 1996 **(حمدي،2009:53)**.

2.5.7 أعراض اضطراب التواصل غير اللفظي عند الأطفال المتوحدين:

أ. غياب التواصل البصري:

قدرة طفل المتوحد على النظر للمثير بشكل مستمر في فترة زمنية اقلها ثلاث ثواني سواء كان مثيرا تابتا او متحركا.**(صديق،2005:10)**

ب. نقص في إدراك وإستعمال تعبيرات الوجه العاطفية والانفعالية:

يعانون أطفال المتوحدين صعوبات في تعبير عن انفعالاتهم او استجابة لانفعالات الآخرين مثل السعادة البكاء الحزن..... الخ وان كانت موجودة لديهم تصدر في أوقات غير مناسبة مثل الضحك والبكاء فجائيا. **(الشامي،2004 :231)**

ج. استخدام الإشارات:

هي قدرة الطفل على مد الإصبع للإشارة إلى ما يريد سواء كان مثيرا في البيئة المحيطة به، أو صورة من صور لوحة الاختيار لتعبير عن حاجاته ورغباته.**(صديق،11:2005)**

د. القيادة باليد:

الأطفال المصابين بالتوحد بذلا من أن يشيروا إلى الشيء فإنهم يأخذون بيد الشخص الذي أمامهم ليحضر الشيء الذي يريدونه أو يفعل الشيء الذي يريدونه وهذا يدل على أنهم يأخدون من اليد وسيلة ووظيفة للاتصال.**(نصر ،2002: 79)**

ثانيا/ خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

1. تعريف المهارة :

شيء مكتسب يعين على أداء أفعال جديدة مكركبة بسهولة وبدقة لتحقيق الهدف.

(جابر, غلام 1995:66)

أوهي شيء يمكن عمله أو اكتسابه أو تكوينه لدى المعلم عن طريق المحاكاة والتدريب وأن ما يتعلمه يختلف باختلاف نوع المادة وطبيعتها و خصائصها والهدف من تعلمها،ويتطلب التواصل الفعال في جوانب متعددة بما فيها تلك المهارات اللفظية وغير اللفظية.

أـ مهارة التواصل اللفظية : لغة الدلالة أو المعنى , وهي القدرة على استعمال و فهم الكلمات والجمل والفقرات بما في ذلك المفاهيم المجردة و تشتمل مظاهر الدلالة اللفظية أو المعنى على:

اللغة اللفظية الاستقبالية : وهي القدرة على فهم الكلمات , والأفكار المنطوقة ومعالجة المعلومات السمعية المركزية , وهذه عبارة عن مجموعة متنوعة من قدرات اللازمة لمعرفة المعنى من الأحداث والكلمات بما فيها القدرات على التمييز بين الأهداف المتشابهة والتقاط معنى الصورة الخلفية , أي باختصار ماذا نفعل ؟ ماذا نسمع؟

اللغة اللفظية التعبيرية : وهي القدرة على التعبير عن أفكارنا بكلمات منطوقة , والنطق هو القدرة على لفظ كل كلمة بوضوح , أو بمعنى هي اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتي يتم من خلالها التعبير عما بداخل الفرد من آراء وأفكار أو رغبات ليستطيع إشباع احتياجاته والتنفيس الإنفعالي

ب ــ مهارة التواصل غير اللفظية: استخدام، الإيماءات، الإشارات، تعبيرات الوجه.

(ليلى،12:2003)

2. تعريف مهارات التواصل :

يحتوي الاتصال اللغوي الناجح على العديد من المهارات التي يمر بها الفرد أثناء مراحل نموه , وتسمى بأبعاد الاتصال وهي مهارة التقليد ومهارة الانتباه ومهارة التعرف ومهارة الفهم و مهارة التعبير ومهارة التسمية (**سهى،2001 :71)**

3. خصائص مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي عند العاديين :

1.3. التعرف و الفهم :

يشير الاستماع الى قدرة الطفل على الانتباه للمثيرات الصوتية و الاستجابة لها , أما الفهم فيشير الى قدرة الطفل على تنفيذ الأوامر البسيطة المقدمة له ضمن النشاط **(ارفع , لون , ضع)** والتي تعكس مدى فهمه لما هو مطلوب منه .

2.3. التعبير والتسمية :

هي قدرة الطفل عن التعبير عن الأفكار بكلمات منطوقة والنطق هو القدرة على لفظ كل كلمة بوضوح , ليستطيع إشباع احتياجاته و التنفيس الانفعالي. **(ليلى،12:2003)**

3.3. التقليد :

أن التقليد هو ميل واستعداد فطري يولد به الطفل فيدفعه لمحاكاة غيره في أفعالهم و أقوالهم , فعن طريق التقليد يكتسب الطفل الكثير من المهارات الهامة واللازمة لتعلم الطفل ونموه ومن دون محاكاة لن يتعلم الطفل اللغة . تتطلب القدرة على تقليد مهارات عديدة وتفاعل اجتماعي مع المحيطين به.

4.3. فهم الإيماءات وتعبيرات الوجه :

يساعد الإيماء كثيرا في جعل التواصل فعالاً , فصغار الأطفال العاديين أو الأطفال الذين لديهم قصور في السمع أو تأخر ذهني ممن لم تتطور لغتهم يلجؤون كثيرا إلى استعمال الإماء للتعويض عما لديهم من نقص في التطور اللغوي .

5.3. الاستجابة وتنفيذ الأوامر :

تشير الاستجابة للغير إلى ما يفعله الناس عندما يقترب منهم شخص ويحاول التفاعل معهم, وهناك طرق عديدة للاستجابة ومنها: النظر إلى الشخص والابتسامة والترحيب والرد بقول شيء ما, الإيماءات بالرأس وتبيان شيء ليراه الطرف الآخر والاقتراب منه **(نصر،2002 :52)**.

6.3. التواصل البصري:

وتعتبر مهارة التواصل البصري عاملا قويا في إرسال رسائل غير لفظية , مثل التعبير عن العواطف الإيجابية كعواطف الحب والإعجاب أو التعبير عن العواطف السلبية كعواطف الحزن والغضب , وتتحدد وظائف هذه المهارة في الحصول على المعلومات حول ردود فعل الشخص الآخر والكشف عن طبيعة الإنتباه المشترك وتنظيم أخذ الدور والمبادرة للتفاعل وإنهائه وتعلم التقليد , لا يقتصر استخدام التواصل البصري فقط على هذه التفاعلات , بل غالبا ما يؤدي إلى عدة رسائل غير لفظية أخرى.(**نصر , 2001)** .

7.3. استخدام الإشارة :

هي قدرة الطفل على مد الإصبع للإشارة إلى ما يريد سواءا كان مثيرا في البيئة المحيطة به أو صورة لوحة الإختبار للتعبير عن حاجته ورغباته .

4. خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال العاديين:

1.4. الانتباه:

يعرف الانتباه المشترك بأنه تلك العملية التي تتضمن السلوكيات يلجأ إليها الفرد ليتبع أو يوجه انتباه شخص آخر إلى حدث أو موضوع معين , لكي يشاركه الإهتمام بهذا الحدث أو الموضوع .كما أن له أهمية كبيرة في اكتساب اللغة الشفوية , وفك شفرة التواصل الشفوي للآخرين **(عبد الله,2014 :153)**.

2.4. الإدراك:

هو عملية عقلية عليا يتم فيها ترجمة المدخلات الحسية عديمة المعنى بمشاركة العمليات العقلية المعرفية الى مدركات ذات معنى ودلالة.**(محمد،2009:133)**

3.4. الذاكرة:

هي عملية ادراك المواقف الماضية بما يشملها من خبرات واحداث تؤدي دورا هاما في حياة الفرد، والقدرة على استرجاع هذه المواقف وما يرتبط بها من خبرات ماضية. **(ابراهيم، 84 :2013)**

5. خصائص مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المتوحدين

يعاني أغلب أطفال التوحد من مشكلات في التواصل مع الآخرين بشقيه اللفظي وغير اللفظي , بينما أطفال اضطراب التواصل يعانون من مشكلات في التواصل اللفظي , ويعد اضطراب اللغة أحد المعايير التشخيصية في تشخيص التوحد , بينما الأطفال ذوي اضطراب

التواصل يعتبر هو المحك والمعيار الأساسي والوحيد في التشخيص بالإضافة إلى وجود إضطرابات أخرى.

خصائص مهارات تواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المتوحدين كما يلي :

1.5. التقليد :

يعد التقليد أحد الأشكال الرئيسية للتواصل الإنساني , إذ يعتبر العملية الأساسية لتأسيس نظام التواصل اللفظي السليم ويظهر الأطفال المتوحدين ضعفا في القدرة على التقليد ونادرا ما يفعلون ذلك بعفوية , ويمكن أن يعتبر نقص القدرة على اللعب ناجما عن قصور في مهارات التقليد لديهم , فالأطفال المتوحدين يعانون صعوبات عامة في مهارة التقليد لكنها لا تنعدم تماما , وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن هذه الصعوبة ناجمة عن وجود مشكلات في الإنتباه والملاحظة **(نصر 2001 : 63)**

2.5. التعرف والفهم :

إن الأطفال المتوحدين لديهم تمييز سمعي ضعيف وأيضا لديهم مشاكل في الإدراك السمعي وبالتالي يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة الغير المسموعة وهذا يؤثر على قدرة الأطفال المتوحدين على الفهم والتعرف وبالتالي الاتصال اللغوي بينهم وبين الآخرين **(نص،ر2002: 81)**

هناك العديد من المشكلات الثانوية التي تظهر لدى الطفل التوحدي الناجمة عن عدم قدرته على الفهم ومن أهمها :

ـ القلق , لأنه لا يعرف ماذا سوف يأتي بعد ذلك .

ـ الإصرار على التماثل وإظهار سلوك طفولي.

ـ عدم الانتباه لصعوبة إعطاء الإنتباه لشيء لا يفهمه.

ـ نظرات غريبة (**الزريقات ،2004: 266)**

3.5. مشكلة التعبير :

كما تعد اللغة الإشارية شكلاً رئيسا من أشكال التواصل ويعاني الأطفال المتوحدين من انعدام القدرة على التعبير كما يريدون باستخدام الإشارة فهم يقومون بأخذ يد الشخص ليحضر لهم شيء يريدونه , فهم لا يولدون بوسيلة قليلة تتيح للمهارات أن تنضج وتتفتح تلقائيا , بل ينبغي تعليمها لهم بطريقة مباشرة وفعالة ليتمكنوا من استخدامها فالقابلة للإشارة تعد علامة هامة على سلامة النمو اللغوي للطفل فيما بعد **(حسن 2014 :77)**

4.5. فهم الإيماءات وتعبيرات الوجه :

أما الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد , فنادرا ما يستعلمون الإيماء للتعويض به عن النقص الكائن في تطورهم اللغوي , حيث يتأخر لديهم تطور هذه المهارة بصورة ملحوظة ومع تطورهم سيكتسب معظم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد القدرة على استعمال أشكال الإيماءة الأساسية والإيماءات الأخرى كإمالة الرأس وتحريكه من اليسار إلى اليمين والتلويح باليد تعبيرا عن الوداع(**الشامي،232:2004)**.

–حيث يصعب على الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد استخدام الإيماءات في التواصل مع الآخرين , فمثلا لا يرفع الطفل يده ليعرف الوالدين أنه يريد أن يحملانه .

5.5. الإستجابة وتنفيذ الأوامر :

ناذرا ما يستجيب الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد عندما يحاول الشخص البالغ جذب انتباههم , يعني ذلك انه قلما يردون عندما ينادي عليهم بأسماءهم وقلما يبادلون البسمة أو

التحية بمثلها , وقلما يقولون أو يفعلون شيئا كرد الآخر تتحسس الإستجابة لدى معظم الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد مع تطورهم الإدراكي ولا سيما إن خضعوا لبرامج التدخل المناسبة (**الشامي 2004 : 140)**

6.5. التواصل البصري :

إن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يميلون للقيام بالتواصل البصري أقل من نظائرهم العاديين أو المعاقين عقليا حيث قدرت المدة الزمنية لتواصلهم البصري بثلاث ثواني , ولكن الأطفال الأكبر سنا لا يظهرون تجنبا للتواصل البصري العادي وهكذا فهم قد يحدقون طويلا وبقوة في الأشخاص البالغين ولكن بطريقة تعد غير ملائمة للمحادثة أو للسياق الاجتماعي **(howlin1989)** . ومع أن الاعتقاد السائد هو أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين , فقد دلت بعض الدراسات على أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد لا يطيل النظر في أي شيء وليس فقط في أعين الآخرين كما يتوقع البعض , وهذا ما يؤكد عليه **biklen (1990)** حيث يشير إلى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يتمتعون بتواصل بصري ضعيف , وأنه لا ينقصهم التواصل البصري ولكنهم يستخدمونه بطريقة مختلفة عن الأشخاص العاديين .

7.5. استخدام الإشارة

إن استخدام الإشارة في تعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أو لضعاف السمع تعد أحد القضايا المهمة , فقد عمل "**غريدنس greedness**" مع ثلاثون طفلا مصاب باضطراب طيف التوحد في أمريكا , ووجد أن تعليم الإيماءات و الإشارات هي أحد نماذج التواصل والتقدم اللغوي.

أما في بريطانيا فقد اجري مسح عام 1983 بمدارس التوحد ووجد ان معظم هذه المدارس تستخدم نظام الإشارة في تعليمها للغة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

هناك دافعين أساسيين نستخدم فيها الإشارة مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وهي:

ـ تعد كنظام بديل في حالة فشل النطق والكلام في النمو والتطور

ـ نظام للمساعدة على نمو اللغة والكلام عند الطفل من أجل تسهيل اللغة .

6. خصائص العمليات المعرفية المترتبة بالتواصل عند الأطفال المتوحدين :

1.6. الإنتباه :

إن القصور في مهارات الإنتباه المشترك يؤثر على كل من الناحيتين الاجتماعية والتواصلية للطفل ذوي اضطراب التوحد , فمن الناحية التواصلية يعاني الأطفال ذو اضطراب التوحد من جملة من الصعوبات تبدو آثارها واضحة في عدم القدرة على التواصل بأشكال ومستويات تتفاوت من حالة لأخرى , وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة ، فالتواصل عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد يختلف عن التواصل عند الأطفال العاديين وخصوصا في السنة الثانية من العمر فالكثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيعون الحديث , ومنهم من يتأخر في تطوير تلك المهارة , وهذا يشير إلى أن اضطراب التوحد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية الضرورية لاكتساب اللغة (**الزريقات،2004:63**).

يقضي القصور في مهارة الإنتباه المشترك على فرصة الطفل في تعلم الخبرات التي تعد ضرورية في اكتساب اللغة , ويتضح ذلك إذا ما عملنا أن تعلم اللغة يتم أثناء تفاعلات الإنتباه المشترك بين الطفل والآخرين .

2.6. الإدراك :

الطفل المتوحد يعاني من اضطراب على مستوى الإدراك السمعي وحتى البصري , وهذا ليس بسبب اضطراب الحواس أي حاستي السمع والبصر , بل بسبب اضطراب نواحي الإدراك السمعي والبصري في الدماغ , بسبب خلل على المستوي الناقلات العصبية المسؤولة عن نقل السيالات العصبية والرسائل العصبية الصادرة من المخ والمرتبطة بالحواس , أي إيصال الرسائل وتفسيرها وإعادة إرسالها , وهذا حسب النظريات المفسرة للتوحد , فنجدهم يبدون وكأنهم لا يسمعون بسبب عدم استجابتهم للمثيرات السمعية , وعدم إبداءهم للإستجابة المناسبة مثلا عند المناداة على أسماءهم لا يبدون أية ردة فعل كما أنهم يتميزون باستجابات شاذة للمثيرات كتحسسهم الزائد من بعض الأصوات أو الأضواء أو الروائح أو الأطعمة.

(سليمان،2007 : 93)

3.6. الذاكرة :

على خلاف العمليات المعرفية الأخرى فإن الطفل المتوحد يتميز بقوة الذاكرة بنوعيها السمعية والبصرية , لكن بما انه هناك خلل في الإدراك السمعي والبصري فإن المعلومات المخزنة تكون فيها خلل و لهذا يتم استرجاعها بنفس الحالة التي تم تخزينها فيها.

7. تشخيص اضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي

من أجل تشخيص اضطرابات التواصل يقوم الأخصائي الأرطوفوني بفحص عدة جوانب وذلك بمساعدة باقي الأخصائيين كالأخصائي النفساني والأطباء مختلفي التخصصات، وذلك من خلال القيام بعدة إجراءات تحت إطار الميزانية الأرطوفونية:

-**أولا:** معرفة المعلومات الأولية للمفحوص كالاسم والجنس والسن. ثم تقصي التاريخ التطوري لمراحل نموه ابتداء من المرحلة الجنينية، وكذا التاريخ المرضي للمفحوص منذ الولادة وبعدها، ثم تقصي الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمفحوص وعائلته كمعرفة السوابق المرضية في العائلة ودرجة القرابة بين الوالدين؛ والبحث في ظروف تمدرسه وتحصيله الدراسي. ومدى مسايرته لسلم التمدرس. والأمراض التي تعرض لها.

-**ثانيا:** القيام بمجموعة من الفحوصات والاختبارات منها الأرطوفونية ومنها المكملة وهي:

ـفحص أعضاء النطق والتصويت: فحص الحواس كحاسة السمع والبصر فحص القدرات العقلية والانفعالية، درجة الذكاء، وفحص قدرات الإدراك والذاكرة، والانتباه، فحص الحالة النفسية العامة.

-فحص اللغة: من خلال مجموعة من الاختبارات الأرطوفونية وهي اختبار النطق واختبار الكلام واختبار اللغة وتتم كالتالي.

- **ثالثا:** يضع المختص الأرطوفوني تشخيص دقيق عن الاضطرابات اللغوية والتواصلية التي يعاني منها الطفل المتوحد. وهذا ما سيمكنه من وضع البرامج المناسبة للتكفل بها حسب حالة كل المفحوص**(Thierry,2004: 12)**

الخلاصة:

في نهاية هذا الفصل وبعد تطرقنا لمهارات التواصل اللفظي غير لفظي للأطفال المصابين باضطراب التوحد نجد أن أطفال هذه الفئة يعنون من نقص واضح في تطور هذه المهارات ويحتاجون لتنميتها،وهنا يكمن دور الأخصائي الأرطفوني الذي يقوم بإعداد برامج تدريبية تساعده في التكفل بهذه الفئة.

الفصل الرابع: اضطراب التوحد

تمهيـد

1ـ تاريخ الاهتمام بالتوحد

2ـ تعريف التوحد

3ـ أنواع التوحد

4ـ أسباب اضطراب التوحد

5ـ معايير تشخيص التوحد

6ـ الاعراض الشائعة للتوحد

7ـ تقييم إضطراب التوحد

خلاصـة

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا ، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي ، ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضع والى المجتمع الذي يجد تصادما في فهمه كونه طفلا غير اجتماعيا لا يمتلك المهارات التي تساعده على التأقلم والتكيف .

أولا : تاريخ الاهتمام بالتوحد:

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد بشكل علمي سنة 1943 من خلال دراسة قام بها الطبيب النفسي النمساوي ليو كانر الذي كان يعمل في مستشفى جونز هويكنز ببالتمور في الولايات المتحدة الأمريكية ، إذ نشر كانر عام 1943 تقريرا عن التوحد بعنوان اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي كان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي البالغ عددهم (11) طفلا منهم (9) ذكور و(2) إناث ، وقد لفت اهتمام كانر وجود مجموعة من الأنماط السلوكية الغير العادية لهذه المجموعة تمثلت في الأتي :

ـ الانعزالية المفرطة : وصف كانر أفراد هذه المجموعة بأنهم عاجزون عن التواصل مع البيئة المحيطة بهم ويفضلون عدم حدوث أي التقاء بصري مع أي شخص ضمن إطار بيئتهم المحيطة ولا يستجيبون لاي مبادرة تتعلق بأحداث أي نوع من أنواع التفاعل الاجتماعي ، إضافة الى ذلك كان ارتباطهم بالأشياء (أي الجمادات) أكثر مما يكون في الغالب من ارتباطهم بالأشخاص

ـ قصور في اللغة : ذكر كانر إن أفراد هذه الفئة تأخروا في استخدام اللغة فغالبية مجموعة الدراسة لم تكن تتكلم على الإطلاق وعلى العكس توفر لدى البعض حصيلة لغوية جيدة واستخدام مناسب للقواعد.

ـ الذاكرة القوية والقدرة على الحفظ : أكد كانر على قدرة هذه المجموعة على الحفظ الكبير للمعلومات وان كانت دون معنى.

ـ الحساسية المفرطة : لاحظ كانر على مجموعة الدراسة وجود حساسية مفرطة اتجاه بعض المثيرات الحسية ، فقد ظهر عليهم الجنون الشديد من بعض الأصوت أو الأشياء المتحركة وبعض الأصوات و الأجسام المختلفة.

ـ الرفض الشديد للتغيير (التمسك الشديد بالروتين) : وتنوع محدود للأنشطة ، لوحظ على الأطفال التوتر والقلق والرفض الشديد اتجاه أي تغيير في نظام حياتهم اليومي وبيئتهم ، كما لوحظ عليهم محدودية في إهتماماتهم أنشطتهم اليومية.

ـ قدرات إدركية عالية : لاحظ كانر تمتع بعض الأطفال بقدر جيد من الذكاء وذاكرة عالية ومقدرة على الحفظ وهذه مؤشرات على القدرة العقلية العالية.

ـ مظهر جسدي طبيعي : تمتع الأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة بمظاهر نمو جسدية طبيعية .(الزارع ، 2010 :21/20).

وبعد مرور ثلاث عقود من المشاهدات التي نشرها كانر تم الاعتراف عالميا بالتوحد على انه اضطراب انفعالي ، من العلماء من اعتقد ان التوحد ناتج عن بعض التأثيرات البيئية في سنوات الطفولة المبكرة ومن العلماء الذين دعموا هذا التفكير العالم الأمريكي ذو الأصل النمساوي بيتلهام عام 1967 ، وبسبب هذا الاعتقاد تم تحميل الأهل الشعور بالذنب تجاه أطفالهم المصابين بالتوحد ، فتركزت جهود العلاج في السابق على تغيير بيئة الطفل (الأسرة) لتغيير سلوكيات الطفل .

ومنذ السبعينات من القرن الماضي ، حدثت ثلاث نقلات نوعية في منحى التفكير بمسبب التوحد ، النقلة الأولى كانت حول مفهوم التوحد ، فالتوحد يعرف الأن انه اضطراب نمائي وليس اضطرابا نفسيا او انفعاليا بحسب جمعية الطب النفسي الأمريكي عام 2000 ، النقلة الثانية كانت حول أصل الاضطراب ، فما هو معروف الآن أن التوحد اضطراب خلقي يولد الطفل معه منذ

الولادة لذا وعلى الأقل حاليا لا يعتبر للأهل علاقة بظهور الاضطراب ، والنقلة الثالثة والتي كانت مثيرة للجدل وهي طريقة التواصل الميسر والتي تعتبر احد وسائل تيسير التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد والتي تعترف بوسائل التواصل المعززة والبديلة (AAC) . **(صديق:2011)**

ثانيا : تعريف التوحد :

تعريف جيلبرج وكولمان: بأنها مجموعة أعراض سلوكية ارتقائية معقدة تنتج عن أسباب بيولوجية متعددة وهذه الأعراض ترتبط بجوانب سلوك التفاعل الاجتماعي والجوانب المعرفية . **(خليل ،2009 :40)**

تعريف اتكن : أن الذاتوية اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور في عملية الاتصال الاجتماعي ونقص في مستوى الذكاء ونمو اللغة مع وجود طقوس سلوكية قهرية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات والاستجابات الشاذة عند التفاعل مع البيئة المحيطة ويبدا ظهوره قبل ان يصل الطفل سن ثلاث سنوات. **(خليل،2009:40)**

كما أطلق كمال الدوسيقي على التوحد مصطلح (الاجترارية)والتي هي الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالات بالاخرين ومع الميل للتراجع الى الخيالات الباتولوجية التي يتم فيها تفكير المرء و إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائما على حساب الحقيقة الموضوعية ، وفهم العالم الخارجي على انه اقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الرغبة عند رفض تصديقها**(عمارة،2005:15)**

ويرى إسماعيل بدر ان التوحد هو اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية ، خاصة في التعبير عنها بالوجه او باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية . **(الخطاب ، 2009 :17)**

ثالثاً: انواع التوحد:

ان تراكم الابحات والدراسات حول التوحد جعلت العديد من العلماء والباحثين يتوصلون الى وجود انواع متعددة من التوحد وهذا مادعاهم الى تسميته اضطراب طيف التوحد حيث اشار الدليل التشخيص و الاحصائي الرابع المعدل الى خمسة انواع من اضطراب طيف التوحد وهي:

اضطراب التوحد autismdisorder:هو اعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة بالاضافة الى ان اهتمامات الطفل ونشاطاته ايضا محددة **(صديق،7:2005)**

متلازمة اسبرجرaspergersyndro : هواضطراب نمائي شبيه بالتوحد ويتميز بقصور في تفاعل الاجتماعي المتبادل وهؤلاء الاطفال يطورون لغة تعبيرية ولكنهم لايستطعون استخدام الايحاءات وتعابير الوجه اثناء الحديث **(kleigman.et.2007.138)**

اضطراب ريتrettsyndrome: وهو اضطراب يحصل في خمسة شهور الاولى ويمتد الى اربعة سنوات مصحوبا باعاقة عقلية يصيب الاناث فقط وتتمثل اعراضه بفقدان حركات اليدين، فقدان الكلام، حركات نمطية ،مشكلات في تنفس، قلق، مشكلات سلوكية**(kleigman.et.2007.138)**

اضطراب الطفولي التفككي childhooddisintegrativedisorder: يظهر هذا الاضطراب لدى الذكور اكثر من الاناث ويبدا الطفل بتراجع من ناحية اللغوية والاجتماعية والمهارات الحركية ومترافق مع تاخر الذهني شديد .**(kleigman.et.2007.139)**

الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددةdevelopmentaldisorderNot pervasive : هي مجموعة من الاضطرابات وتتميز بضعف عام او شديد في تطور او التفاعل الاجتماعي المتبادل او التواصل اللفظي وغير اللفظي او عندما توجد النشاطات والاهتمامات المحددة والسلوكيات النمطية لا تقابل معايير الاضطرابات النمائية العامة **(kleigman.et.2007.139)**

رابعاً: أسباب اضطراب التوحد :

ان درجة تعقيد مظاهر اضطراب التوحد وتداخله مع كثير من الاضطرابات والاعاقات الأخرى أدت الى صعوبة في تحديد سبب او أسباب اضطراب التوحد ومن ثم توفير مجال خصب للبحث والدراسة في العثور على على سبب او أسباب اضطراب التوحد وبناء عليه فقد تعددت الدراسات التي تناولت البحث في هذا الموضوع بسبب تعدد الاختصاصات والاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية .

وبالرغم من ذلك الا ان الجدل مازال قائما ، ولم يتم التوصل الى سبب او نظرية تؤكد سبب اضطراب التوحد ، اما النظريات والفرضيات التي قامت بتفسير اضطراب التوحد كانت مابين فرضيات قديمة وحديثة ويرجع السبب في صعوبة معرفة وتحديد أسباب اضطراب التوحد بشكل عام انه لم يثبت حتى الان ان سببا ما بعينه هو السبب الرئيسي الذي يعزى له اضطراب التوحد وذلك لعدة عوامل وهي :

ـ تعدد أنواع واشكال اضطرابات طيف التوحد على الرغم من التعرف الى خمسة أنواع من اضطربات طيف التوحد وتحديدها تحديدا دقيقا الى حدما فانه مازال الجدل يشوب هذا الامر بوجود اضطرابات أخرى غير محددة لم يتم التعرف أليها الى حد الان وعليه محددة لم يتم التعرف اليها الى حد الان وعليه قد يصعب تحديد أسباب معينة او توجيه النظر نحو أسباب محددة.

ـ عدم الاتفاق بين المختصين والعاملين في المجال على طبيعة الإصابة ومميزات هذه الاضطرابات فمزال بعض العلماء والمختصين يخلطون بين اضطرابات طيف التوحد بشكل عام وذلك بسبب التشابه الكبير بين بعضها البعض في الخصائص والأسباب المحتملة ولعل المعايير التشخيصية والمقاييس الموجودة التي تشخص هذه الاضطرابات وتحدد طبيعتها قد يتم توظيفها لخدمة اكثر من اضطراب أي انها قد تكون في داخلها مشتركة مابين اكثر من عرض لاكثر من اضطراب بحيث نجد الأسس التي بنيت عليها هذه المقاييس تتشابه الى حد كبير ، مع بعض الاضطرابات النمائية الأخرى **(الزارع،2010 :34)**

ـ لخطا في التشخيص : يعد التشخيص حجر الزاوية الأساسية في تقديم خدمات التربية الخاصة فبدون التشخيص لايمكن تحديد الفئة التي يتبع لها المفحوص ومن ثم لا يمكن تقديم الخدمة المناسبة له ويعرف الجميع مدى الخطأ في تشخيص كثير من اضطرابات طيف التوحد فقد كان في بدايات الاهتمام بهذه الفئة يشخص التوحد على انه فصام ، وبعد ذلك شخص التوحد على انه إعاقة عقلية ومع تطور العلم الحق التوحد بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة ولكن حديثا تم تشخيص التوحد على انه احد الاضطربات النمائية.

ويمكن القول انه هناك دليل على ان التوحد هو مشكلة عصبية مع وجود أسباب متعددة مثل الاضطرابات الايضية او إصابات الدماغ قبل او بعد الولادة ، او العدوى الفيروسية او الامراض ،

كما ان البحوث والدراسات الحالية تشير الى ان أي شيء يمكن ان يسبب ضررا او تلفا بنيويا او وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي يمكن له أيضا ان يسبب متلازمة التوحد ، وهناك أيضا نتائج لبعض الدراسات التي اثبتت ان هناك فيروسات معينة وجينات قد ارتبطت بالتوحد لدى البعض.

كما اشارت بعض التقارير الى إمكانية حدوث اضطراب الطيف التوحدي الذي يؤثر في نمو الدماغ قبل او خلال او بعد الولادة ، وربطت بعض الأبحاث التوحد بالاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ و بشكل عام فانه لايوجد سبب واحد معروف حتى الان للتوحد ولايستطيع احد ان يخبرك لماذا طفلك أصيب بالتوحد وغيره لم يصب . **(الزارع،2010 :35).**

كما يمكن تصنيف الأسباب المؤدية للتوحد كالتالي :

1ـ أسباب نفسية :

يرى أصحاب هذا الاتجاه ان الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر في نظرية البرود والفتور العاطفي من قبل الإباء بانهم يميلون الى عدم اظهار العاطفة وانهم رافضون وسلبيون اتجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في اظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لاتسمح للطفل بالتفاعل مع والديه باي شكل من الاشكال **(قاسم ،2000)**

ولقد أشار بيتلهان الى ان سبب التوحد قد يعود الى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل والذي قد ينسلخ عن الواقع ويعاني من التوحد ، حيث ان هذا الأخير يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الام ، قد ينصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد ، كما يرى اولجمان (olgorman) بان الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وابويه قد يكون احد أسباب اضطراب التوحد ، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الام له او طول فترة غيابها عنه ،

وقد يرجع الاضطراب الى رفض الام والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما

.(ragéB,2004 ,40).

وقد يعود الاضطراب الى إصابة الام بالانفصام او بسبب معانتها من مرض عاطفي واضح او تكون متعلقة طفوليا بوالدتها لدرجة انها لاتستطيع القيام بدورها ، وقد يكون التعارض بين دوري الاب والام سببا في اضطراب الطفل ، فعندما تظهر الام اقل إحساسا بالانوثة عن الوضع الطبيعي ، او يبدو الاب اقل إحساسا بالابوة عن الوضع الطبيعي نجد ان الطفل لايستطيع تكوين علاقة مع الام والأب ، كما ان العلاقة غير السعيدة بين الاب والام والتي تعتبر مسؤولة عن عن ضعف العلاقة بين الام والطفل قد تكون سببا في الإعاقة وفي بعض الأحيان تكون الام متحفظة في علاقتها مع الطفل بسبب غيرة الاب من هذه العلاقة التي تشعره بان الطفل قد اخذ كل اهتماماتها ووقتها وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الام والأب مايجعل هذا الأخير منعزلا وهذا ماقد يؤدي به للتوحد . **(عمارة ،2005 :26)**

1ـ العامل الوراثي :

ان دراسة جينات هؤلاء الأطفال لم تظهر وجود أي مرض عقلي او شذوذ في تكوين كروموسوماتهم الا ان دراسة "جدوماندل" تشير الى ان نسبة حدوثه بين الاخوة العاديين 12% ، وقد يعزى أسباب انتشاره بين التوائم المتطابقة الى الاتصال والاندماج خلال مرجلة الحمل والمخاض ، الامر الذي يؤدي الى تعرضهم للإصابة بالمرض اكثر من التوائم العادية .**(saadi،2013. :13)**

2ـ العامل النيروجي :

يؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدوث هذا الاضطراب وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغيرهم .

ان العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل، السيروتونيين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل الى مئة بالمئة ولكن العلاقة بينهما واضحة بحيث انه على الأقل ثلث مرضى اضطرابات التوحد لديهم ارتفاع في بلازما البيروتين وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط بل الأطفال المتخلفون عقليا يظهرون أيضا تلك الصفة.**(AMAR-T.2004. : 103-104)**.

3ـ المواد الكيميائية :

هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لاحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة ، وتشمل العديد من الاحتمالات منها :

ـ التلوث البيئي الكيميائي :تعرض البويضات او الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية او الاشعاعات التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات ، قد تؤدي الى تسمم عضوي وتعاطي الام الحامل للعقاقير بشكل منتظم خلال الثلاثة اشهر الأولى من الحمل و الكحوليات.

ـ إضافة الى الاشعة والتي تؤثر على الجنين ، فالاشعة التي تجري على حوض وبطن الام الحامل تؤثر كثيرا على الجنين . **(Tandif .Gepner,2003 :86)**

2ـ أسباب ماقبل الولادة واثنائها :

اشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب ان الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون احدى الأسباب التي تؤدي الى حالات التوحد ، وحسب أسامة محمد البطانية واخرون فان العوامل التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي :

ـ الالتهابات الفيروسية :

ـ الحصبة الألمانية : وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الام

ـ تضخم الخلايا الفيروسية : وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الام

ـ الالتهاب الدماغي الفيروسي : وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة

ـ اضطرابات عمليات الايض تتمثل في :

ـ حالات شذوذ ايض البيورين ، وهو خلل في الانزيمات يؤدي الى اعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

ـ حالات شذوذ ايض الكربوهيدرات : وهو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام .

ـ نظرية الحامض الاميني بيتايد : في هذه النظرية تفترض ان التوحد نتيجة وجود الحامض الاميني بيتايد الخارجي المنشا (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي ، وهذا التاثير قد يكون بشكل مباشر او من خلال التاثير على تلك الموجودة والفاعلة في

الجهاز العصبي ، مما يؤدي الى ان تكون العمليات الداخلية مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف ، فهذه المواد لاتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تاتي نظرية أخرى تقول بان الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد الى المخ والمؤثرة على الدماغ ، مايؤدي لحدوث اعراض التوحد. **(,باشا ،2015 :25)**.

خامساً: الاعراض الشائعة للتوحد :

ان طفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب ادارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فان السلوكيات الصعبة التي يبديها الطفل التوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد ، والوتحد ليس فقط مجموعة السلوكيات عديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية ، ولكنه مجموعة من النواقص خطيرة تجعل الطفل قلقلا ، غاضبا ، محبطا مربكا ، خائفا ومفرط الحساسية وتحدث السلوكيات الصعبة لانها هي الطريق الوحيدة التي يستجيب عبرها الطفل للاحاسيس الغير سارة ، وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الاحاسيس تمنع الطفل أيضا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة ، وتحدث هذه السلوكيات بسبب ان الطفل يحاول إيصال رسالة ما الى الاخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل الى احتياجاته ورغباته او بما يحسه وما يطلبه من تغيير فيما حوله اوكطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط وتتلخص بعض هذه السلوكيات في :

- مقاومة التغيير
- السلوك الاستحواذي وايذاء الذات
- سلوك العزلة والمقاطعة
- نوبات الغضب

ـ المناورة مع الافراد والبيئة المحيطة

ـ الضحك والقهقة دون سبب

ـ الاستثارة الذاتية

ـ عدم ادراك المخاطر . **(عسيلة ،2006 :28).**

ويمكن أيضا تصنيف اعراض التوحد كالتالي :

1ـ الاضطرابات الكلامية :

مشكلات التعبير اللغوي وتبدو في شكلين هما :

ـ التعارض بين استخدام وفهم اللغة.

ـ الحرفية : يميل التوحدي الى تفسير مايقال له حرفيا.

ـ ترديد الكلام سواء في الحال او فيما بعد.

ـ استخدام التكرار او ترديد الكلام : حيث يكرر الكلام والاسئلة التي توجه اليه

(Rogé ,2003:27).

1ـ الاضطرابات الانفعالية :

ان لهؤلاء الأطفال سلوكات انفعالية تميزهم ، منها نقص المخاوف من الاخطار الحقيقية ، فقد يشعر بالذعر من الأشياء الغير سارة او يتعرض لنوبات بكاء دون سبب واضح اس لدى هؤلاء الأطفال حالة مزاجية غير مستقرة . **(جواهرة،باشا ،2015: 27).**

1ـ إعاقة في التفاعل الاجتماعي :

من اهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو انهم لايستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب واعمارهم ويرى (**جيلسون 2008**) ان الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بان لديهم إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه ان التواصل البصري يسهل الحياة اليومية للافراد التوحديين ، ويتصف الأشخاص التوحديون بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها ، حيث ان الشخص التوحدي ينسحب من الكثير من اشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي ، ممايؤدي الى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية ، كما ان الطفل الاجتماعي واذا كان هو المبتدئ في التفاعل الاجتماعي (**آل إسماعيل،2012 :28**).

كما ان الأطفال التوحديين يفضلون البقاء وحدهم ولايرغبون في الاحتضان والضم ويظهرون اللامبالاة للوالدين ، ويرجع الوالدين ذلك الى ان الطفل لا يهتم في ما اذا كان وحده او بصحبة الاخرين ، كما يظهر عند الطفل التوحدي مشكلات ضعف استخدام اللغة الوظيفية ، والاتصال غير اللفظي مما يؤدي الى صعوبة في عملية التفاعل الاجتماعي ، وكذلك يتميز الشخص التوحدي بعدم فهم مشاعر للاخرين مثلا لايستطيع الطفل ان يتفاعل مع امه عندما يراها تبكي او حزينة مثل الأطفال العاديين ويعود مصدر الإخفاق عند الأطفال التوحديين فيما يخص التفاعل الاجتماعي لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر والمواقف الاجتماعية او العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي .

وبالنسبة للعب فان الطفل التوحدي يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي ولا يمتاز لعبهم بالابتكار او التجديد ، مثال يلعب الطفل التوحدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط مستقيم ، وتعد عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من اهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية .(**آل إسماعيل ،2012: 29**).

سادسا: معايير تشخيص التوحد

1ـ كما ينص عليها **DSM** :

أشار الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع الى ان اعراض التوحد تشمل على ظهور عرض او مجموعة اعراض من المجموعة الواحدة او من مجموعتين من اصل المجموعات الثلاث التالية :

تضم المجموعة الأولى :

إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الاعراض التالية:

ـ قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة العبوس) او حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الاخرين .

ـ قصور في بناء علاقات الصداقة مع الاقران تتناسب مع العمر و مرحلة النمو كما يفعل الأطفال الاخرين .

ـ غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية او التعبير عن المشاعر .

ـ قصور القدرة على مشاركة الاخرين في الاهتمامات والهويات والتمتع والتحصيل او انجاز اعمال مشتركة معهم .

تضم المجموعة الثانية :

قصور كيفي في القدرات على التواصل ويكشفها واحد على الأقل من الاعراض التالية :

ـ تأخر او غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة)

ـ لغة غير مالوفة تشمل على التكرار والنمطية.

ـ بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه.

ـ غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب وتقليد الاخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

تضم المجموعة الثالثة :

قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من الاعراض التالية :

ـ استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها

ـ حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل : رفرفة الأصابع ، ضرب الراس ، تحريك الجذع للامام والخلف . **(Bertrand.J , 2008 , :32)**.

1ـ التصنيف الدولي العاشر (ICD10) :

ولقد صدر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي لهذا التصنيف ظهر سنة (1993) حيث يقسم هذا النظام الى خمس جوانب أساسية وهي :

- ظهور اعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة
- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل
- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي
- سلوكات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة
- ان يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية اعاقات نمائية أخرى ، او في القدرة على التواصل اللفظي المصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية او تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية او متلازمة ريت (RETT) .(**Bertrand.J , 2008 :34**) .

سابعاً: تقييم اضطراب التوحد:

* **المرحلة الأولى:** مرحلة الحصول على معلومات أولية حول حالة الطفل.

يتم الحصول على معلومات مصورة أو مكتوبة حول الطفل ترتبط بفترات سابقة من حياته والهدف في هذه المرحلة يتمثل في تحديد محتوى وطبيعة المقابلات مع الأهل ومقدمي الرعاية وتحديد أدوات القياس والتشخيص المناسبة لوضع الطفل.

* **المرحلة الثانية:** مرحلة مقابلة أسرة الطفل أو مقدمي الرعاية.

تعتبر أسرة الطفل ومقدمي الرعاية هم أكثر الناس دراية وعلماً بأطفالهم وهم مصدر المعلومات الأول والأساسية حول الحالة.

وهذه المقابلة تكون مبنية أو شبه مبنية والاستفادة تكون كبيرة سواء للأخصائيين نتيجة الكم الهائل من المعلومات التي حصل عليها أو للأسرة.

* **المرحلة الثالثة:** الملاحظة السلوكية المباشرة

ومن المقاييس المستخدمة في الملاحظة السلوكية المباشرة:

1. جدول الملاحظة التشخيصية الشاملة لاضطراب التوحد.
2. مقياس الملاحظة السلوكية لاضطراب التوحد
3. جدول الملاحظة السلوكية لاضطراب التوحد
4. مقاييس تقدير التوحد الطفولي
5. جدول الملاحظة التشخيصية ما قبل اللغوية لاضطراب التوحد

* **المرحلة الرابعة:** التقييم الطبي

يتمثل في تحديد أسباب التوحد لدى الطفل وتحديد المشكلات الصحية المرافقة لهذا الاضطراب ويمكن أن تزيد من مشكلات الحالة.

تقديم خدمات الإرشادية الجيدة للعائلة ومساعدتها لفهم أسباب الاضطراب وتقديم معلومات حول مستقبل الطفل المتوقع والتعرف على اضطرابات جديدة تصاحب حالات التوحد.

* **المرحلة الخامسة:** التقييم المعرفي

يهدف إلى تحديد موقع الطفل من حيث الأداء مقارنة مع أقرانه من العمر الزمني نفسه اذا يظهر أطفال التوحد أداء أفصل فالمهمات غير اللفظية مقارنة بالمهمات المعتمدة على المهارات الاستقبالية والتعبيرية.

وتعتمد أدوات القياس المعرفي للأطفال الأكبر سنا على المحادثة اللغوية واختبارات الذكاء واستخدام التعزيز.

ومن الأمثلة على أدوات القياس المعرفي:

1. مقياس بايلي لنمو الرضع
2. مقياس وكسلر للذكاء في مرحلة ما قبل المدرسة
3. مقياس ريفن للمصفوفات المتتالية
4. مقياس بيبودي للمفردات اللغوية
5. مقياس وكسلر لذكاء الاطفال
6. مقياس وكسلر لذكاء البالغين
7. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء
8. مقياس مولين للتعلم المبكر

* **المرحلة السادسة:** تقييم السلوك التكيفي

يشير إلى قدرات الفرد المرتبطة بالكفاية الذاتية الاجتماعية والشخصية وكذلك القدرة على حل المشكلات في مواقف الحياة الواقعية ومن المقايس التي يتم استخدامها لتقييم السلوك التكيفي للتوحد الآتي:

ـ مقياس فاينلند للسلوك التكيفي

ـ مقياس فاينلند الانفعالية الاجتماعية في الطفولة المبكرة

ـ مقياس السلوك الاستقلالي المرجعة. **(فاروق، 2011: 109)**

الخلاصة :

يعتبر التوحد من الاضطرابات الخطيرة نظرا لتزايد انتشاره السريع في العالم ، وهذا راجع لعدم تحديد اسبابه الحقيقية في كل النظريات المفسرة له تحتمل الصحة او الخطأ، فرغم تطور الابحاث والعلوم يبقى موضوع التوحد من المواضيع الشائكة التي تتطلب تعمق في دراستها اكثر ،بناء على ما ذكراناه في هذا الفصل نستخلص ان الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يعاني من مشاكل مختلفة اهمها التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي ويعتبر هذا الاخير لب داراستنا الذي سنتطرق اليه بالتفصيل من خلال الفصل الموالي .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهج الدراسة وإجراءاته

تمهيـد

1ـ الدراسة الاستطلاعية

1-2 الإطار المكاني والزماني للدراسة الاستطلاعية.

2-2 عينة الدراسة الاستطلاعية.

3-2 ادوات الدراسة الاستطلاعية.

2ـ الدراسة الأساسية

1-2 منهج الدراسة

2-2 الإطار المكاني والزماني للدراسة الأساسية

2-3 عينة الدراسة الأساسية

3ـ أدوات الدراسة

1-3 المقابلة

2-3 الملاحظة

3-3 دراسة حالة

4-3 الإختبارات

1-4-3 مقياس كارز

2-4-3 إختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي

4ـ سير حصص الكفالة الارطفونية

5ـ الأساليب الإحصائية

خلاصـة

التمهيد:

إن الدراسة الميدانية هي التي تسمح بتجسيد وجهات النظر التي انطلق منها الباحث على أرضية الواقع،ودالك من خلال تأكيد أو نفي فرضيات الدراسة بالاعتماد على خطوات منهجية مضبوطة. فالدراسة الاستطلاعية تعتبر بمثابة الأرضية الأساسية للدراسة الميدانية لأنها تمكننا من ضبط المتغيرات وأدوات الدراسة من خلال قياس خصائصها السيكوميترية، وتحديد عينة الدراسة ومكان تواجدها، واختيار أدوات الدراسة والتأكد من عينة الدراسة.

وهذا ما يمكننا من انطلاق في الدراسة الأساسية وتحقيق أهدافها، وفق أسلوب منهج شبه تجريبي القائم على التجريب، من خلال إخضاع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج الكفالة الارطفونية وملاحظة التغيرات التي تطرأ على مهارات تواصلهم وعلى قدراتهم المعرفية،ومقارنتها بنتائج المجموعة الضابطة ودالك بتطبيق اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي .

1. دراسة استطلاعية :

ـ أهداف الدراسة الاستطلاعية : ضبط متغيرات الدارسة واختيار العينة الأساسية.

ـ إلقاء نظرة أولية تمهد طريق لتحضير للدراسة الأساسية .

ـ اكتشاف الصعوبات والعراقيل التي قد نتعرض لها لتفاديها في دراسة الأساسية.

1.1. المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة مابين 2021/11/05 إلى 2021/11/07 وتم من خلالها التعرف على العيادة وعلى المختصة الارطوفونية وعلى الحالات المراد إجراء الدراسة عليها ونوعها وتحديد المواعيد.

2.1. المجال المكاني للدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء الدراسة بعيادة أرطوفونيا خاصة محطة مستغانم شارع السكة الحديدة – وهران. يحتوي على قاعة الانتظار، مكتب الاستقبال، قاعتين للعلاج ومكتب المختصة الأرطوفونية تحت إشراف "شرقي فريدة" والتي تهتم بالاضطرابات الخاصة بالنطق والكلام، الصمم والحبسة... الخ.

3.1. عينة الدراسة:

تكونة عينة الدراسة من12 حالة ذوي اضطراب التوحد تتراوح اعمارهم مابين4 سنوات و6 سنوات ذو جنسين ذكور و اناث من مختلف درجة شدة التوحد(خفيفة، متوسطة ،شديدة)

4.1. أدوات الدراسة:

الملاحظة: تم جمع المعلومات بالمراقبة و ملاحظة العينة ملاحظة دقيقة بدون إخفاء أي عنصر أو إهماله للحصول على النتيجة التي يهدف البحث لمعرفتها.

المقابلة: تم مقابلة الحالات و الياءهم مباشرة من اجل جمع المعلومات الضرورية واكتشاف وتقييم الأطفال الذين يعانون من التوحد من اجل اختيار عينة البحث.

2. الدراسة الأساسية:

1.2. منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على منهج شبه تجريبي

2.2. المجال المكاني للدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء الدراسة بعيادة أرطوفونيا خاصة محطة مستغانم شارع السكة الحديدة – وهران. يحتوي على قاعة الانتظار، مكتب الاستقبال، قاعتين للعلاج ومكتب المختصة الأرطوفونية تحت إشراف "شرقي فريدة" والتي تهتم بالاضطرابات الخاصة بالنطق والكلام، الصمم والحبسة... الخ.

3.2. المجال الزماني للدراسة الأساسية:

امتدت فترة التربص من 10-10-2021 إلى 15-05-2022 بمعدل 3 حصص في الأسبوع كل يوم الأحد و الثلاثاء و خميس في الفترة الصباحية وتقدر الحصص العلاجية 62 حصة وكل حصة بـ 30 د وتم اختيار العينة بعد الاطلاع على ملفها وكانت حالة جديدة وقديمة .

4.2. حالات الدراسة الأساسية:

تتكون دراسة 6 حالات تجريبية ،6 حالات ضابطة ، ذوي اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم من 4 سنوات ونصف إلى 6 سنوات ذو الجنسين ذكر و انثى من مختلف درجات شدة التوحد.

الجدول رقم 1 يمثل حالات الدراسة

الحالات التجريبية	السن	الجنس	نوع الاضطراب
أولى	4 سنوات	ذكر	توحد شديد
الثانية	4 سنوات	ذكر	توحد شديد
الثالثة	4 سنوات ونصف	ذكر	توحد شديد
الرابعة	5 سنوات	ذكر	توحد شديد
الخامسة	5سنوات	ذكر	توحد شديد
السادسة	6 سنوات	انثى	توحد شديد
الحالات الضابطة	السن	الجنس	نوع الاضطراب
أولى	6 سنوات	ذكر	توحد شديد
الثانية	5سنوات	ذكر	توحد شديد
الثالثة	4 سنوات	ذكر	توحد شديد
الرابعة	5 سنوات	ذكر	توحد شديد
الخامسة	5 سنوات ونصف	ذكر	توحد شديد
السادسة	6 سنوات	ذكر	توحد شديد

(انظر ملحق رقم 01) (أنظر ملحق رقم02)

3. الأدوات الدراسة:

1.3. الملاحظة:

هي عبارة عن أداة للبحث يتم من خلالها مشاهدة السلوك والظواهر المختلفة، من أجل تسجيلها وتفسيرها ودراستها وهي عدة أنواع: كالملاحظة التلقائية والموجهة والدقيقة والملاحظة المباشرة، وغير مباشرة، والملاحظة بالمشاركة ودون المشاركة (**العسكري، 2004: 95**).

وفي دراستنا اعتمدنا على الملاحظة وكانت ملاحظة دقيقة للحصول على المعلومات التي تتعلق بالدراسة الأساسية وملاحظة السلوك الفردي والجماعي وقد ساعدتنا كثيرا في ضبط وتصميم برنامج الكفالة الارطوفونية.

2.3. المقابلة:

هي عبارة عن محادثة موجهة بين الأخصائي والعميل وجها لوجه، في جو آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين وذلك لحل مشكلة ما (**العويسي ، 1999: 52**).

وفي دراستنا اعتمدنا على المقابلة بطريقة مباشرة وغير مباشرة من أجل تطبيق مقياس قياس شدة التوحد GARS واختبار التواصل الفظي وغير الفظي وتطبيق البرنامج المقترح مع حالات التوحد من اجل تنمية تواصلهم و طريقة التخلص من الاضطرابات والسلوكات الشادة و ذالك بمساعدة الأخصائية الارطوفونية، وكان من بين محتواها كما يلي:

هل هناك برنامج كفالة الارطوفونية موحد عند جميع الأخصائيين الارطوفونين خاص بالأطفال المتوحدين؟

هل يتم الاعتماد على نفس البرنامج مع كل الأطفال المتوحدين مهما كان سنهم ودرجة توحدهم ؟

ماهية المدة اللازمة من اجل تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ؟

هل هناك شروط لابد من مراعاتها عند التكفل بالأطفال المتوحدين ؟

ما هي الأدوات والوسائل التي يتطلبها التكفل الارطوفوني بالأطفال المتوحدين ؟

3.3. دراسة الحالة:

هي أداة من أدوات البحث العلمي يتم من خلالها جمع المعلومات وتقصي دقيق عن الحالة في فترة زمنية معينة بغرض دراسة الظواهر أو السلوك وتفسيرها وإيجاد الحلول المناسبة لها **(دويدار، 1999: 76)**.

وفي دراستنا اعتمدنا عليها في كونها توفر المعلومات الضرورية عن الحالة وتقصي مراحل النمو النفسو حركي والنمو اللغوي والتاريخ الصحي لها، ووفرت لنا نتائج الاختبارات المطبقة بالاستفادة من تطبيق الميزانية الأرطوفونية.

4.3. أدوات الدراسة:

1.4.3. مقياس كارز:

تعريف مقياس كارز: هو مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال يستخدم لتقدير السلوك غير الفردي ويمكن من تشخيص التوحد وتحديد درجته، حيث اعتمدنا على النسخة العربية المقننة سنة 2003، من طرف طارش بن مسلم الشمري، زيدان أحمد السرطاوي، بجامعة الملك سعود بالرياض. **(الشمري،2003: 91)**

* **طريقة تطبيق المقياس:** نطرح مجموعة من الأسئلة على المربي أو الوالدين حيث أن كل سؤال يحتمل أربعة إجابات والتي ترتكز على المجالات التالية:

إقامة العلاقة مع الناس، القدرة على التقليد والمحاكاة، الإستجابة العاطفية استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف والتأقلم، الإستجابة البصرية، الإستجابة السمعية، إستجابات استخدام التذوق والشم

واللمس، الخوف والعصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى وثبات الإستجابات الذهنية.

*** تنقيط المقياس:**

غير موجود = 0 نقطة.

موجود نادرا = 1 نقاط.

موجود أحيانا = 2 نقاط.

موجود غالبا = 3 نقاط.

*** درجات التوحد حسب المقياس:**

بعد الإجابة بكل دقة عن جميع الأسئلة يتم جمع كل العلامات، فيتراوح المجموع ما بين 15 إلى 60 وتفسر كالتالي:

إذا كانت الدرجة 30 تكون بداية تشخيص حالة توحد خفيفة.

إذا كانت تتراوح بين 30 – 37 حالة توجد من الخفيفة إلى المتوسطة.

أما إذا كانت تتراوح بين 38 – 60 حالة توحد شديدة.**(أنظر الملحق رقم03)**

2.4.3. اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي:

تعريف اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي:

اختبار التواصل اللفظي وغير الفظي المكيف على البيئة الجزائرية ومستوحى من النسخة العربية المقننة سنة 2002 من قبل الباحث سهى احمد امين نصر وهذا الاخير مستوحى من مجموعة من الاختبارات اهمها اختبار مطالب الاتصال واستراتيجيات اللغة pLS سنة 1982، واختبار مهارات الاتصال Ecos سنة1993، ومقياس الغة التطوريةBpvs سنة 1988.

اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي المعدل:

هو اختبار يهدف الى قياس قدرات التواصل الفظي وغير الفظي للاطفال المتوحدين الذي يتراوح عمرهم من 3سنوات الى 12 سنة انطلاقا من انشطة هادفة تعتمد على مهارات التقليد والفهم والتعبير والتسمية وعلى العمليات المعرفية المرتبطة بها كالانتباه والادراك وتقسيمها في 37 نشاط لقياس التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي عند الطفل المتوحد.**(نجار2018: 183)**.

تعليمات اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي المعدل:

يحتوي كل نشاط على تعليمة خاصة به منها ما هي لفظية وتتطلب استجابة لفظية ،ومنها ما هي غير لفظية تتطلب استجابة غير لفظية، ومنها مايحتملهما معا حسب المهارات المراد تقييمها،أي هناك 37 تعليمة توافق كل نشاط من نشاطات الاختبار.

تنقيط أجزاء اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي بعد التعديل:

كل نشاط يحتوي على4 احتمالات من الأجوبة وكل جواب ينقط بعلامة من 0 الى 3 وليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة لهذا يجب اختيار و احد من بين الاحتمالات 4 فقط في كل مرة.

(أ: 3 نقاط ، ب:2 نقاط،ج:1 نقطة، د:0 نقطة)

التقيم الإجمالي للاختبار:

تجمع علامات كل نشاط لنتحصل في نهاية على العلامة الإجمالية للاختبار والتي تقدرب222 نقطة تشمل كل من جزئي التواصل اللفظي وغير الفظي معا.

إذا كانت النتيجة محصورة من 0الى 111:اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي حيث هنالك ثلاث درجات منه.

من0 الى37:اضطراب في التواصل الفظي وغير اللفظي شديد.

من38 الى74: اضطراب في التواصل الفظي وغير اللفظي متوسط.

من 75 الى111: اضطراب في تواصل اللفظي وغير اللفظي خفيف.**(أنظر ملحق رقم04)**

4. سير حصص الكفالة الأرطوفونية:

الجدول رقم 2 يوضح سير حصص الكفالة الارطفونية.

	الأنشطة المطبقة	التكيف	السلوك	الإستقلالية ذاتية	الانتباه	التقليد
سير حصص الكفالة الأرطوفونية	مدة الأنشطة المطبقة	ثلاث أسابيع	شهر	شهرين	ثلاث أسابيع	ثلاث أسابيع
	الأنشطة المطبقة	الإدراك	الفهم و التعرف	التعبير	التسمية	الاستجابة وتنفيد الأوامر بسيطة
	مدة الأنشطة المطبقة	ثلاث أسابيع	ثلاث أسابيع	ثلاث أسابيع	ثلاث أسابيع	ثلاث أسابيع

(أنظر الملحق رقم05)

5. الأساليب الإحصائية:

النسبة المئوية لحساب التحكيم و لحساب مواصفات العيّنة .

المتوسط الحسابي : لحساب متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في قيم اختبار التواصل اللغوي .

الانحراف المعياري : لحساب درجة انحراف قيم أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية عن المتوسط الحسابي في اختبار التواصل اللغوي.

النسبة التائية: لحساب الفرق بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في اختبار التواصل اللغوي (قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي) ، ولحساب الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في نفس الأداة.

$$ت = \frac{م_1 - م_2}{\sqrt{\left(\frac{1}{ن_1} + \frac{1}{ن_2}\right) \times \left(\frac{ن_1 ع_1^2 + ن_2 ع_2^2}{ن_1 + ن_2 - 2}\right)}}$$

الخلاصة:

إن ضبط أدوات الدراسة يعتبر خطوة ضرورية و مهمة من اجل بناء الدراسة الموضوعية و الحصول على نتائج دقيقة ولهذا قمنا بضبط أدوات دراستنا وهذا وفق الأساليب الإحصائية المعتمدة من اجل دراسة دلالة الفروق في نتائج القياسات القبلية و البعدية لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية .

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

التمهيـد

أولا/ عرض النتائج

1ـ عرض نتائج مقياس كارز قبل خضوع المجموعتين الضابطة والتجريبية للكفالة الارطفونية

2ـ عرض نتائج مقياس كارز بعد خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الارطفونية

3ـ عرض نتائج اختبار التواصل قبل خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الأرطوفونية

4ـ عرض نتائج اختبار التواصل بعد خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الأرطفونية

5ـ عرض نتائج اختبار التواصل للمجموعة التي لم تخضع للكفالة الارطفونية

ثانيا/ تحليل النتائج

1ـ تحليل نتائج مقياس كارز قبل خضوع المجموعتين للكفالة الارطفونية.

2ـ تحليل نتائج مقياس كارز بعد خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الارطفونية

3ـ تحليل نتائج اختبار التواصل قبل خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الأرطفونية.

4ـ تحليل نتائج اختبار التواصل بعد خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الأرطفونية

5ـ تحليل نتائج اختبار التواصل للمجموعة الضابطة التي لم تخضع للكفالة الارطفونية

التمهيد:

بعد تطبيق أدوات الدراسة لنتحصل على مجموعة من النتائج الكمية التي تحتاج إلى تحليل كيفي وهذا يتحقق بفضل الأساليب الإحصائية المناسبة.

حيث سيتم حساب المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية تم تطبيق اختبار الفروق بين القياسات القبلية و البعدية لأفراد العينتين الضابطة و التجريبية تم مقارنة الدلالة الإحصائية له وهذا ما سنعرضه في هذا الفصل .

أولا/ عرض النتائج:

الجدول رقم 3 عرض نتائج مقياس كارز القبلي للمجموعة التجريبية

درجات/ الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالث	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة
العلاقات الاجتماعية	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
التقليد	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
استخدام الأشياء	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الاستجابة العاطفية	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
استخدام الجسم	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
التكيف مع الغير	3.5	3.5	2.5	2.5	2.5	3.5
الاستجابة البصرية	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الاستجابة السمعية	2.5	2.5	3.5	3.5	3.5	2.5
الشم/الذوق/المس	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
قلق/الخوف	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإتصال اللغوي	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإتصال غير اللغوي	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
مستوى الإسقاط	2.5	2.5	3.5	3.5	3.5	2.5
مستوى الوظائف	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإنطباع العام	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
المجموع	**44.5**	**44.5**	**45.5**	**45.5**	**45.5**	**44.5**
الشدة	**شديد**	**شديد**	**شديد**	**شديد**	**شديد**	**شديد**

الجدول رقم 4 عرض نتائج مقياس كارز للمجموعة الضابطة

درجات/ الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالث	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة
العلاقات الاجتماعية	3.5	3.5	2.5	2.5	2.5	2.5
التقليد	3.5	3.5	3.5	2.5	2.5	2.5
استخدام الأشياء	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الاستجابة العاطفية	3.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3.5
استخدام الجسم	3.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
التكيف مع الغير	3.5	3.5	3.5	2.5	3.5	2.5
الاستجابة البصرية	3.5	3.5	3.5	2.5	3.5	3.5
الاستجابة السمعية	3.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3.5
الشم/الذوق/المس	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
قلق/الخوف	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإتصال اللغوي	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإتصال غير اللغوي	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
مستوى الإسقاط	3.5	3.5	3.5"	3.5	3.5	3.5
مستوى الوظائف	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
الإنطباع العام	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
المجموع	**50.5**	**49.5**	**48.5**	**43.5**	**45.5**	**50.5**
الشدة	**شديدة**	**شديدة**	**شديدة**	**شديدة**	**شديدة**	**شديدة**

الجدول رقم 5 عرض نتائج مقياس كارز البعدي للمجموعة التجريبية

درجات/ الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالث	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة
العلاقات الاجتماعية	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
التقليد	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
استخدام الأشياء	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
الاستجابة العاطفية	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
استخدام الجسم	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
التكيف مع الغير	2.5	2.5	1.5	1.5	1.5	2.5
الاستجابة البصرية	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الاستجابة السمعية	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الشم/الذوق/المس	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
قلق/الخوف	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الإتصال اللغوي	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الإتصال غير اللغوي	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
مستوى الإسقاط	1.5	1.5	2.5	2.5	2.5	1.5
مستوى الوظائف	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
الإنطباع العام	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
المجموع	**32.5**	**30.5**	**31.5**	**31.5**	**31.5**	**32.5**
الشدة	**متوسطة**	**متوسطة**	**متوسطة**	**متوسطة**	**متوسطة**	**متوسطة**

الجدول رقم 6 عرض نتائج قياس قبلي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة التجريبية

الأبعاد / الحالات	التقليد	الانتباه	الادراك	التسمية	الفهم	التعبير	التواصل
الحالة الأولى	2	3	8	5	9	10	37
الحالة الثانية	14	3	7	6	9	10	49
الحالة الثالث	9	3	6	5	10	8	41
الحالة الرابعة	8	3	8	6	9	8	42
الحالة الخامسة	2	3	6	7	10	8	36
الحالة السادسة	7	3	6	9	11	8	44
تنقيط الاختبار	21	18	18	18	18	18	111

الجدول رقم 7 عرض نتائج قياس بعدي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة التجريبية

الأبعاد / الحالات	التقليد	الانتباه	الادراك	التسمية	الفهم	التعبير	التواصل
الحالة الأولى	6	6	11	8	18	12	61
الحالة الثانية	20	8	17	9	18	10	82
الحالة الثالث	14	9	10	8	15	10	66
الحالة الرابعة	15	9	16	10	18	11	79
الحالة الخامسة	10	10	12	14	15	11	69
الحالة السادسة	15	18	13	13	15	14	88
تنقيط الاختبار	21	18	18	18	18	18	111

الجدول رقم 8 عرض نتائج القياس لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي للمجموعة الضابطة

الأبعاد / الحالات	التقليد	الانتباه	الادراك	التسمية	الفهم	التعبير	التواصل
الحالة الأولى	5	4	4	5	9	8	35
الحالة الثانية	7	4	5	7	10	8	41
الحالة الثالث	5	4	4	5	11	8	37
الحالة الرابعة	7	4	5	5	9	7	37
الحالة الخامسة	6	4	4	5	9	8	36
الحالة السادسة	6	3	3	5	10	8	35
تنقيط الاختبار	21	18	18	18	18	18	111

ثانيا/ تحليل نتائج الاختبارات:

تحليل نتائج مقياس كارز:

1. تحليل نتائج مقياس كارز القبلي للمجموعة التجريبية:

من خلال عرض نتائج مقياس كارز للمجموعة التجريبية في القياس القبلي تبين أن قيم النتائج انحصرت بين المجال[38ـ 60[أي إن الحالات تعاني من توحد شديد.

2. تحليل نتائج مقياس كارز للمجموعة الضابطة:

من خلال عرض نتائج مقياس كارز للمجموعة الضابطة تبين أن قيم النتائج انحصرت بين المجال [38ـ 60[أي إن الحالات تعاني من توحد شديد.

3. تحليل نتائج مقياس كارز بعدي للمجموعة التجريبية:

من خلال عرض نتائج مقياس كارز للمجموعة التجريبية في القياس البعدي تبين أن قيم النتائج انحصرت بين المجال[30ـ37[أي إن الحالات تعاني من توحد متوسط و هذا يدل على أن الحالات استفادت من حصص الكفالة الأرطوفونية.

4. تحليل نتائج اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي:

1.4. الفرق بين المجموعة التجريبية في مهارات التواصل بين القياس القبلي والبعدي

الجدول رقم 9 يبين نتائج الاختبار التائي T-Test بين متوسطي أداء مجموعتي الدراسة

التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
القبلي	41.5	4.76	5	12.46	0.01
البعدي	74.16	10.41			

يظهر من الجدول رقم (09) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) ، بين متوسط أداء التطبيق البعدي والقبلي للمجموعة التجريبية على قائمة اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي ، بالعودة إلى قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت (12.46)،ويمكن تفسير ذلك أن المجموعة التجريبية استفادت من الكفالة الأرطوفونية لتنمية مهاراتهم على التواصل.

2.4. الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في مهارات التواصل

الجدول رقم 10 يبين الفرق بين متوسطي أداء المجموعة الضابطة والتجريبية

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الضابطة	41.5	4.76	5	1.52	0.01
التجريبية	36.83	4.95			

يظهر من الجدول رقم (10) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) ، بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على قائمة اختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي ، بالعودة إلى قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت (1.52) ،ويمكن تفسير ذلك أن المجموعة التجريبية استفادت من برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي الذي تتمتع به المجموعة الضابطة .

الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

1ـ مناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة.

2ـ مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الجزئية الأولى.

3ـ مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الجزئية الثانية.

ـ خـــــاتمة.

1. المناقشة الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة أن للكفالة الأرطفونية دور فعال في تنمية المهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال التوحد فمن خلال عرض و تحليل النتائج المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ونتائج المتحصل عليها بين المجموعة الخاضعة للكفالة الارطفونية (المجموعة التجريبية) والمجموعة غير الخاضعة للكفالة الأرطفونية (المجموعة الضابطة) تبين أن المجموعة التجريبية إستفادة من حصص الكفالة الأرطفونية و هذا ما يؤكد صحة الفرضية و هذه النتائج فهي منطقية بحيث تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة **(بشرى عصام عويجان 2012)**ودراسة**(علي2013)** ودراسة(**رواد جمعية لوندام 1996)** ودراسة **(العالمين واتربي و بريتين 2003).**

2. مناقشةالفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين رتب متوسطات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد الانتباه الإدراك التسمية الفهم التعبير لصالح القياس البعدي.

فمن خلال عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها تبين انه توجد فروق في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي حيث كانت النتائج في القياس القبلي عند مستوى الدلالة**(0.01)**لتصبح تائج القياس البعدي بعد خضوع المجموعة التجريبية للكفالة الأرطفونية عند مستوى الدلالة **(12.46)** وهذه الفروق فهي منطقية ، ويمكن تفسير ذلك أن عينة الدراسة التجريبية قد استفادت من برنامج تدريبي يعينها على التعبير على احتياجاتها ،ورغبتها في التفاعل والتواصل التلقائي مع أفراد اسرتهم وأقرانهم، من خلال تبادل الأدوار ،والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية عن

طريق المحاولة في مشاركة اهتمامات الاخرين، والتواصل البصري ، ولغة الجسد غير اللفظي اكتساب بدء مهارات الانتباه مثلا.

ويمكن تفسير ذلك أن البرنامج التدريبي مما يحتويه من جلسات، والأنشطة المركزة على توظيف اللغة الاستقبالية والتعبيرية في مواقف اجتماعية التي يعيشها الطفل التوحدي ، يوميا مكنته من استعمال وتوظيف مهارات اللغة لطلب احتياجاته وفهم معاني كلمات لكي يعرف طريقة استخدام في وقتها المناسب. ولعل هذا ما يتفق مع نتائج دراسة(**نيازك2008**)وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

3. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئي على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين رتب متوسطات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بأبعاده التقليد، الانتباه،الإدراك، التسمية، الفهم،التعبير ، بعد تطبيق الكفالة الارطفونية لصالح المجموعة التجريبية فمن خلال عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها تبين انه لا توجد فروق في القياس بين المجموعة التجريبية الخاضعة للكفالة الارطوفونية و بين المجموعة الضابطة غير خاضعة للكفالة الارطفونية حيث كانت النتائج المجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة(**0.01**) بعد خضوعهم للكفالة الأرطفونية وكانت نتائج المجموعة الضابطة عند مستوى الدلالة(**1.52**) وهذه الفروق فهي منطقية، ولتفسير ذلك نشير أن من أهم الصعوبات التي يعانيها أطفال طيف التوحد هو مشكل في اكتساب اللغة ، ومهاراتها التي تساعدهم على التعامل مع الاخرين ، ويفتقدون إلى القدرةعلىاستخداماالقواعداللغويةبطريقةسليمةتحققلهمالتواصلمعالأخرينبطريقة سليمة يستوعبها الغير، فلا يقومون بربط الكلمات لتكوين جمل مفيدة ، وليدهم مشكل في اللغة الاستقبالية ،وعدم فهم الأسئلة أو متابعة التعليمات اللفظية الطويلة ، لكن بعد تلقي البرنامج التدريبي نجد أنهم قد نجحوا

في اكتساب بعض مهارات اللغة التعبيرية (الابتسامة ، الحزن أو الغضب) وهذا ما يترجم بقابليتهم للتدريب، والاستجابة لفنيات البرنامج. ولعل هذا ما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة(**لينا عمر بن صديق2005**) وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

التوصيات والاقتراحات

بعد الإحتكاك بالموضوع نظريا وميدانيا وملاحظة المتغيرات عن قرب يمكن صياغة بعض الإقتراحات :

ـ القيام بالمزيد من الدراسات عن الكفالة الأرطوفونية بالجزائر.

ـ تنظيم ندوات ومحاضرات لتوعية بالتدخل المبكر و المكتف الذي يلعب دور في تنمية التواصل لدى الطفل المتوحد.

ـ التوعية بمدى مشاركة الوالدين إلى جانب الأخصائيين في البرامج العلاجية.

ـ إستحدات مؤسسات لخدمة أسرة أطفال التوحد من ناحية الإستشارة النفسية الوقائية أو العلاجية.

ـ الإعتماد على البرامج الأخرى التكميلية للبرامج المقترح تراعي حالة الطفل المتوحد وسنه.

ـ الإستعانة بأخصائيين آخرين كالمختص النفسي و طبيب الأطفال العقلي و أخصائيين التأهيل الحركي.

ـ الإعتماد على الحيوانات الأليفة أثناء تطبيق البرنامج.

خاتمة

خاتمة:

على ضوء النتائج المحققة من خلال تطبيق البرنامج المقترح للكفالة الأرطوفونية للأطفال المتوحدين في حدود إمكانيتنا التطبيقية وجدنا انه يوجد نتائج إيجابية في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لهؤلاء الأطفال المتوحدين الذين خضعوا للكفالة الأرطوفونية وطبق عليهم البرنامج المقترح بكل خصوصياته العلمية والفنية والذي إعتمد على انشطة تعليمية وتربوية تناسب قدراتهم ودرجة توحدهم و بالتالي حسن من مستوى مهارت التواصل والعمليات المعرفية المرتبطة بها كالإدراك السمعي البصري، الذاكرة السمعية و البصرية ، الإنتباه البصري و السمعي،.....

ووجدنا أنا تطبيق المقترح من طرف الأخصائي الأرطفوني يحتاج إلى تدعيم ومشاركة الأولياء فيه وذالك لتكتيف حصص الكفالة المعتمدة في العيادة أو المركز مع مراعاة القدرات اللغوية والمعرفية والتفاعلية و العقلية و التواصلية خاصة بكل طفل متوحد لتعلم كل مهارة من مهارات التواصل.

قائمة المصادر

المراجع باللغة العربية:

1. ابراهيم عبد الله فرج الزريقات (2005)،**إضطراب الكلام واللغة و التشخيص و العلاج** عمان, دار الفكر.
2. احمد ماهر(2000، **كيف ترفع مهارتك في الاتصال**، دار الجامعة، الإسكندرية، مصر.
3. أسامة فاروق سالم مصطفى (2014)،**إضطراب التواصل بين النظرية و التطبيقية** عمان ,دار المسيرة للنشر و التوزيع
4. آل إسماعيل، حازم رضوان(2011)،**التوحد و إضطراب التواصل**، ط1 عمان دار مجد لاوي للنشر والتوزيع.
5. إيهاب البيلاوي(2006)،**إضطراب التواصل** ط1 الرياض مكتبة دار الزهراء. ـ الشقير زينب (2001)، **إضطرابات اللغة و التواصل الطفل الأصم ,الفصامي, الكفيف, التخلف العقلي, صعوبات التعلم** مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
6. إيهاب محمد خليل واخرون (2009) ، **الاوتيزم (التوحد) والاعاقة العقلية : دراسة سيكولوجية ، مؤسسة طيبة**،ط1، للنشر والتوزيع ، مصر.
7. باضة أمال (2003)، **إضطراب التواصل و علاجها** القاهرة , الأنجلو المصرية .
8. البطانية،اسامة، الجراح،عبد الناصر، الغوانمة، مامون(2007)،**علم النفس الطفل غير العادي**،ط1،دار الميسرة،الاردن.
9. بن صديق لينا عمر(2005) **فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد واثر ذالك على سلوكهم الاجتماعي**، رسالة دكتوره، الجامعة الاردنية ،عمان.

10. جمال الخطيب و منى الحديدي (2005)، **إستراتيجية تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة** ،ط1،دار الفكر،الأردن.

11. جمال مثقال القاسم , ماجدة السيد عبيد (2000) ، **الاضطرابات السلوكية**،ط1 ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، الأردن.

12. الجوالده، فؤاد عبد(2012)،**الإعاقة السمعية**، ط2، عمان دار الفكر للنشر.

13. حسن غانا(2014) **فاعلية استخدام استراتيجيات بصرية في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد واثر ذالك على التفاعل الاجتماعي لديهم** رسالة دكتوراه كلية التربية جامعة دمشق.

14. حمدي على الفرماوي(2009)، **اضطراب التخاطب، الكلام،اللغة،النطق،الصوت**،ط1،دار الصفاء،عمان.

15. خطاب محمد(2005)، **سيكولوجية الطفل التوحدي**، ط1 عمان دار تقافة.

16. خليفة وليد السيد و سعد مراد(2008)،**كيف يتعلم المخ التوحدي**،ط1 الإسكندرية دار الوفاء للطباعة والنشر.

17. الخيران أيمن حامد (2011) **فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل اللفظي و أثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المتوحدين** رسالة ماجيستر كلية التربية، جامعة دمشق.

18. السرطاوي زيدان (1979)، **وسائل و أساليب الإتصال في المجالات الإجتماعية والتربوية و الإدارية والإعلامية** مكتب النهضة المصرية ،القاهرة .

19. سعيد كمال عبد الحميد الغزالي(2011)،**اضطرابات النطق والكلام والتشخيص و العلاج**،ط1،دار الميسرة،عمان.

20. سهيل تامر فرح(2015)، **التوحد(التعيرف، الأسباب، التشخيص والعلاج)** ط1 عمان دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

21. السيد عبد الرحمان محمد وعلي،الحسن منى الخليفة،(2004) **دليل الاباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكتف والمبكر للطفل التوحدي**، ط1،القاهرة، دار الفكر العربي.

22. الشامي وفاء (2004)، **خفايا التوحد**, ط1، السعودية ، مركز جدة للتوحد.

23. شتيات سوسن و العويدي عليا(2018) **فاعلية برنامج تقييم المهارات اللغوية و التعليمية في تحسين المهارات الأساسية لدى عينة أردنية من أطفال إضطراب طيف التوحد**، المجلة الأردنية في العلوم التربية،المجلد(14) عدد(03).

24. العازمي، عدنان ناصر(2007)،**الإعاقة العقلية**، ط1، عمان دار الفكر للنشر.

25. عكاشة ، محمود فتحي واماني ، فرحات عبد المجيد (2012) ، **تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال الموهوبين ذوي المشكلات السلوكية المدرسية** ، المجلة العربية بتطوير التفوق ، العدد 4 ، كلية التربية ، جامعة دمنهور ، مصر .

26. علي , عبير حسن احمد (2015) ، **فاعلية برنامج قائم على النمذجة في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد** بمدينة الطائف ، مجلة كلية التربية ، العدد 165 (الجزء الثاني) ، جامعة الازهر ، الطائف .

27. عوض فاطمة صابر(2002)، **أسس و مبادئ في البحث العلمي**، مكتبة و مطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية.

28. العوهلي لمى محمد (2013)،**علمني كيف أتواصل**,ط1،أدبي دار المدارك للنشر.

29. قحطان أحمد ظاهر (2010)، **التوحد،أسباب التشخيص** , علاج، ط1 ،دار المسيرة،عمان.

30. ماجدة سيد علي عمارة (2005) ، **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي** مكتبة زهراء الشروق ، مصر .

31. محمد احمد الخطاب (2009) ، **سيكولوجية الطفل الوتحدي**،ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع مصر.

32. محمد حولة(2011)،**الارطفونيا، علم اضطرابات اللغة و الكلام والصوت**،ط4،دار الهومة، الجزائر.

33. المشرقي،إنشراح(2006)،**الإكتشاف المبكر للإعاقة الطفولية**، ط1، مكتبة الإسكندرية للنشر.

34. مصطفى احمد الصادق , السيد سعد الخميسي (2004) ، **دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد** ، جامعة الملك عبد العزيز ، كلية المعلمين بمحافظة جدة.

35. مصطفى اسامة فاروق و الشربيني، السيد كامل(2011)،**التوحد (الأسباب،التشخيص العلاج)** ط1 الأردن دار الميسرة.

36. ملحمسامي محمد(2007)، **مبادئ الإرشاد والتوجيه النفسي**، ط1،عمان دار الميسرة للنشر والتوزيع.

37. مليكة جواهرة , زوبيدة باشا (2015) ، **التوافق النفسي لدى ام الطفل التوحدي** ، رسالة لنيل شهادة الماستر ، جامعة اكلي محند أولحاج ، البويرة.

38. نايف بن عابد الزارع (2010)، **المدخل الى اضطراب التوحد : المفاهيم الأساسية وطرق التدخل**، ط1، دار الفكر ، الأردن .

39. نجار خليدة (2018) **دور الكفالة الارطوفونية في تنمي التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المصابين بالتوحد** رسالة دكتوراه قسم علو النفس و الارطوفونيا جامعة سطيف2

40. نصر سهى(2002)،**الاتصال اللغوي للطفل التوحدي**،ط1،دار الفكر للطباعة والنشر.

41. نيلي محمد العطار(2014)، **دور الموسيقى في علاج اطفال التوحد**،ط1، كلية رياض الاطفال جامعة الاسكندرية.

42. هالة إبراهيم الجرواتي , رحاب محمود الصديق (2011) ، **المهارات الحياتية للمتوحدين،ط1** دار المعرفة للنشر والتوزيع ، مصر .

43. الوابلي عبد الله بن محمد (2005) **طبيعة التواصل غير اللفظي و أساليبه المستخدمة مع التلاميذ ذوي التخلف العقلي الشديد و الحاد** , المجلة العربية للتربية الخاصة (العدد السابع)

44. وائل الشرمان (2015) ، **فاعلية التوصل بطريقة "البكس" في تنمية المهارات الاجتماعية** مجلة العلوم التربوية والنفسية ، المجلد 16 ، العدد 4 ، جامعة آل البيت ، الطائف .

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Baghadadli A& Autre(2007) Interventons éducatives pédagogiques et thérapeutique proposés dans lautisme.centre égional pour lenfant inabgpté languedoc Roussillon
2. Bertrand.J (2008) : autisme introuble de la science busines , edition du seuil , paris .
3. La amar-T (2004) : Mon enfant souffré de troubles du développement Edition -découvert , paris
4. Rogé.B (2003) : autisme , comprendre et agir , Edition Dunod , paris
5. Rogerse sally dawson geraldine(2013).lintervention précoce en autisme le modéle de deniver pour jeunes enfants paris.
6. Saadi Nabila (2013) : source de stress chez les mére des_enfants autistes , universite Abderrahmane Mira , bejaia .
7. Tandif.C et Gepner.B (2003) :L'autisme , Edition Nathan veuf , paris.

الملاحق

الملحق رقم 1 الميزانية الارطوفونية للمجموعة التجريبية

الحالات الملاحضات عامة	الحالة1	الحالة2	الحالة3	الحالة4	الحالة5	الحالة6
معلومات عامة						
الاسم/ الجنس	ادم	إسلام	ادم	سارة	أمين	ناجي
تاريخ و مكان الازدياد	3/10/2017	15/11/2017	1/06/2016	19/05/2016	14/04/2016	20/04/2015
المستوى الدراسي	غير متمدرس	غير متمدرس	غير متمدرس	حضانة	حضانة	غير متمدرس
تاريخ الفحص	2021	2021	2020	2020	2021	2021
سوابق المرضية	لا توجد إعاقة	لا توجد إعاقة	يوجد صرع	لا توجد إعاقة	لا توجد إعاقة	يوجد صرع
هل توجد قرابة من الوالدين	لا	لا	لا	لا	لا	لا
وظيفة الاب ومستواه الدراسي	تاجر ثانوية	إيمام جامعي	حلاق متوسط	أستاذ جامعي	مهندس جامعي	مهندس جامعي
وظيفة الام ومستواها الدراسي	لا تعمل جامعية	لا تعمل جامعية	لا تعمل جامعية	أستاذة جامعية	محامية جامعية	لا تعمل جامعية
عدد الاخوة	1	3	2	1	1	1
ترتيب الحالة بين الاخوة	1	2	2	1	1	1
معلومات حول النمو الحركي						
الحبو الابتسامة الوقوف المشي النظافة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة
معلومات حول النمواللغوي						
متى كانت المناغاة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة
متى ظهرت الكلمة الأولى	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة

طريقة التواصل	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
استعمال الفونيمات	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التكيف الوجداني						
علاقة الطفل بإخوته	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
علاقته مع الآخرين	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
هل هو اجتماعي	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل يحب اللعب مع الآخرين	لا	لا	لا	لا	لا	لا
سلوك الطفل	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
معلومات حول ظروف الحمل و الولادة						
الحمل مضطرب	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل أصيبت الأم بأمراض في فترة الحمل	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل الولادة كانت قبل و قتها	لا	لا	لا	لا	لا	لا
الولادة	طبيعية	طبيعية	طبيعية	طبيعية	طبيعية	طبيعية
حالة الطفل مند الولادة	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية
معلومات حول ظروف نمو الطفل	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية
هل أصيب الطفل بأمراض خطيرة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص الكلام						
تكرار مقاطع بسيطة	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
Qa))	لا يعيد لا يعيد	لا يعيد لا يعيد	لا يعيد لا يعيد	لا يعيد لا يعيد	لا يعيد لا يعيد	لا يعيد لا يعيد
Ta))						
Tat))						
Mama))						

تكرار مقاطع معقدة	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
((Masari	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
((Xadiga						
تكرار مقطع دون معنى						
(star)						
(uqa)						
الكلام	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
شدة الصوت	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة
طابع الصوت	حاد	حاد	حاد	حاد	حاد	حاد
الجرس	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الفهم						
التعليمات البسيطة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التعليمات المعقدة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التعبير						
استعمال الجمل البسيطة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
استعمال الجمل المعقدة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص المكتسبات القبلية						
الصورة الجسمية الإدراك الزماني والمكاني	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطرب
الإدراك السمعي	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الإدراك البصري الذاكرة البصرية	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الذاكرة السمعية	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
الاضطرابات المصاحبة						
الصرع	لا توجد	لا توجد	توجد	لا توجد	لا توجد	توجد
الاعاقة العقلية	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد

فرط النشاط	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد
تشتت الانتباه	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد
النمو الاجتماعي						
عدواني	نعم	نعم	لا	لا	نعم	نعم
نوبات هستيرية	نعم	لا	لا	لا	لا	نعم
منعزل	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
اجتماعي	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص النطق						
فحص تجويف الفموي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الشفتين	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الأسنان	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الحنك	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
اللسان	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
التجويف الانفي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الحركية الوجهية الفمية						
التنفس	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
إعادة الفونيمات	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار

الملحق رقم 2 الميزانية الارطوفونية للمجموعة الضابطة

الحالات الملاحضات عامة	الحالة1	الحالة2	الحالة3	الحالة4	الحالة5	الحالة6
معلومات عامة						
الاسم/ الجنس	سامي	بوعبد الله	مهدي	رؤوف	محمد	ليث
تاريخ و مكان الازدياد	2/12/2015	18/05/2016	8/09/2017	22/02/2016	6/03/2015	17/03/2015
المستوى الدراسي	غير متمدرس	حضانة	حضانة	غير متمدرس	غير متمدرس	حضانة
تاريخ الفحص	2022	2021	2022	2019	2022	2021
سوابق المرضية	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد
هل توجد قرابة من الوالدين	نعم	نعم	لا	لا	لا	لا
وظيفة الأب ومستواه الدراسي	تاجر جامعي	متوسط تاجر	جامعي طبيب	جامعي شرطي	عون أمن ثانوية	جامعي موظف
وظيفة الأم ومستواها الدراسي	جامعية أستاذة جامعية	جامعية معلمة	جامعية طبيبة	متوسط لا تعمل	متوسط لا تعمل	جامعية شرطية
عدد الأخوة	3	4	2	4	3	1
ترتيب الحالة بين الأخوة	2	3	2	1	3	1
معلومات حول النمو الحركي						
الحبو	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة
الابتسامة						
الوقوف						
المشي						
النظافة						
معلومات حول النمو اللغوي						
متى كانت المناغاة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة
متى ظهرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة	متأخرة

الكلمة الأ ولى						
طريقة التواصل	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
استعمال الفونيمات	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التكيف الوجداني						
علاقة الطفل باخوته	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية
علاقته مع الاخرين	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية	غير عادية
هل هو اجتماعي	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل يحب اللعب مع الاخرين	لا	لا	لا	لا	لا	لا
سلوك الطفل	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
معلومات حول ظروف الحمل و الولادة						
الحمل مضطرب	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل اصيبت الام بامراض في فترة الحمل	لا	لا	لا	لا	لا	لا
هل الولادة كانت قبل و قتها	لا	لا	لا	لا	لا	لا
الولادة	طبيعية	قيصرية	قيصرية	طبيعية	طبيعية	طبيعية
حالة الطفل مند الولادة	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية
معلومات حول ظروف نمو الطفل	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية	عادية
هل اصيب الطفل بامراض خطيرة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص الكلام						
تكرار مقاطع بسيطة	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
Qa))	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
Ta))						
Tat))	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
MaMa))						

تكرار مقاطع معقدة	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
Masari))	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد	لا يعيد
Xadiga))						
تكرار مقطع دون معنى						
(star)						
(uqa)						
الكلام	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
شدة الصوت	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة	ضعيفة
طابع الصوت	حاد	حاد	حاد	حاد	حاد	حاد
الجرس	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الفهم						
التعليمات البسيطة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التعليمات المعقدة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التعبير						
استعمال الجمل البسيطة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
استعمال الجمل المعقدة	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص المكتسبات القبلية						
الصورة الجسمية الادراك الزماني والمكاني	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
الادراك السمعي	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الادراك البصري الذاكرة البصرية	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب	مضطرب
الذاكرة السمعية	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة	مضطربة
الاضطرابات المصاحبة						
الصرع	لا توجد	لا توجد	توجد	لا توجد	لا توجد	توجد
الاعاقة العقلية	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد

فرط النشاط	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد
تشتت الانتباه	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد	يوجد
النمو الاجتماعي						
عدواني	نعم	لا	نعم	لا	نعم	نعم
نوبات هستيرية	لا	نعم	لا	لا	نعم	لا
منعزل	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
اجتماعي	لا	لا	لا	لا	لا	لا
فحص النطق						
فحص تجويف الفموي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الشفتين	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الاسنان	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الحنك	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
اللسان	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
التجويف الانفي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
الحركية الوجهية الفمية						
التنفس	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي	عادي
إعادة الفونيمات	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار	بعد إصرار

الملحق رقم 3 مقياس تقدير التوحد في الطفولة

مقيـــــاس تقدير التوحد في الطفولة

(C . A . R . S)

الاسم : _____ السن : _____

تاريخ الميلاد _____ التاريخ : _____

الفاحص : _____ المكان : _____

كيفية التقيـيـــــم و التسجيل :

يقدر كل بند على كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع المناسب .

1 = السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل . = صفر

2 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة . = 1.5

3 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة . = 2.5

4 = السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة . =3.5

حاصل المجموع النسبي للفئات

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة																

حاصل جمع المقياس

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60
ليس توحد					توحد بسيط					توحد شديد					

ملاحظات الفاحص وتوصياته :

التوقيع

1. إقامة العلاقة مع الناس .

☐ طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ، يتجنب عندما يجبر على التواصل ، الخجل بصورة مبالغ بها ، لا يتجاوب ، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة ، انطوائي ، يحب العزلة ، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ، مقفول على نفسه ، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة .

2. القدرة على التقليد والمحاكاة.

☐ طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيف يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات المفردة ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدة .

ملاحظات

3 الاستجابة العاطفية .

☐ طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

ملاحظات .

4 استخدام الجسم .

☐ طبيعي تشمل التناسق والتوازن لطفل بمثل عمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف الاصابع ، الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، إيذاء النفس ، المش على الاطراف ، خبط الدماغ ، الاستمناء ، تحريك اليدين ورفرفتها .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة ، فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .

ملاحظات .

5. استخدام الاشياء

☐ طبيعي يهتم بالالعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالارض .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهر عدم اهتمامه بالاشياء وان اظهر تكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط .(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها .

ملاحظات.

6. التكيف والتأقلم

☐ طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير.

ملاحظات.

7. الاستجابة البصرية

☐ طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة الضوء ، النظر الى اعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

ملاحظات

8. استجابة الانصات(الاستماع)

☐ طبيعي ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة رد فعل متاخر للاصوات يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه يبالغ قليلا في رد فعل لبعض الاصوات

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة متنوع في رد الفعل مثال يتجاهل الصوت مرارا، يقفل أذنيه لبعض الاصوات منها الاصوات الانسانية المكررة يوميا .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل نهائيا للاصوات بصورة واضحة

ملاحظات

9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

☐ طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء في فمه يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ويتجاهل الألم .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا ولا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جدا.

ملاحظات

10.الخوف والعصبية

☐ طبيعي يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يتصرف بصورة مبالغة واضحة أوتجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ومن الصعب جدا تهدئته وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة.

ملاحظات

11. التواصل اللفظي

☐ طبيعي يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ، ترديد كلام ، لا يستخدم الضمائر أنا أنت و ، المهمهة ، الخروج عن الحديث المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة صمت ، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام واضح ، همهمة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة لا يستخدم اللغة في التواصل فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان واظهار اصوات مزعجة.

ملاحظات

12 . التواصل الغير للفظي

☐ طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم والراس .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التى يستعملها الطفل في مثل عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام بالايماءات وتعابير وجوه الاخرين .

ملاحظات.

13. مستوى النشاط

☐ طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة هائم ، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقلب الاشياء .

ملاحظات.

14.مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

☐ طبيعي في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة تأخر في أداء المهارات ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتاخر في باقي المهارات.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي المهارات .

ملاحظات .

15. الانطباعات العامة

☐ ليس توحد لا تظهر فيه صفات التوحد

☐ توحد بسيط لديه بعض الصفات .

☐ توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد .

☐ توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية .

*تدون من الاسره او الملفات او البنود السابقة في التقيم .

ملاحظات.

إختبار التوصل اللفظي وغير اللفظي بعد التعديل

بطاقـــة إختبار التواصل :

- إسم الطفل :.....

- تاريخ الميلاد:.....

- درجة التـوحـد :.....

- درجة الذكاء :.....

- تاريخ التكفل ونوعه :.....

- طبيعـة اللغـة المستخدمة : .....

- سن التمدرس : .....

- سن الإلتحاق بالمركز: .....

الملحق رقم 4 مقياس التواصل اللفظي وغير لفظي

مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي :

أبعاد التواصل	الأنشطة	التنقيط
1-التقليد	النشـــاط 1 : دحرجة الكرة . التعليمـة : تطلب منه تقليدك لدحرجة الكرة هل: أ- يمسك الكرة و يدحرجها و يعطيها للمربي. ب- يمسك الكرة و يبدأ بتحريكها . ج- يأخذ الكرة و يمسكها فقط . د - لا شئ مما سبق .	 3 2 1 0
2-التقليد	النشاط 2 : تقليد شرب الماء من الكوب التعليمة : تطلب منه تقليدك في شرب الماء من الكوب هل : أ- يأخذ الكوب ويشرب منه ويعطيه للمربي ب- يأخذ الكوب ويشرب منه فقط. ج- يأخذ الكوب ويضعه أمامه . د - لا شئ مما سبق .	التنقيط: 3 2 1 0

3-التقليد	النشاط 3 : النقر بالعصـا على المنضدة . التعليمة : عندما تطلب منه تقليدك في النقر بالعصا على المنضدة هل : أ - يأخذ العصا و ينقر على المنضدة. ب- يأخذ العصا و يلهو بها. ج - يأخذ العصا و لا يعرف ماذا يفعل بها. د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط 3 2 1 0
4-التقليد	النشاط 4: القفز إلى الأعلى مع التصفيق . التعليمة : عندما تطلب منه تقليدك في القفز إلى الأعلى مع التصفيق هل : أ - يقفز و يصفق معا . ب- يقفز و يحاول وضع يديه ليصفق . ج - يقفز و لا يصفق . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط 3 2 1 0
5-التقليد	النشاط 5: تقليد شكل وجه المربي وهو يضحك بالإيماء والصوت التعليمة : عندما تطلب منه تقليد ك لشكل وجهك وأنت تضحك وتصدر صوت الضحك هل: أ – يضحك بصوت. ب- يبتسم فقط . ج- يصدر صوتا فقط د- لا شئ مما سبق .	3 2 1 0

6-التقليد	**النشاط 6** : تقليد المربي أ ثناء الأكل **التعليمة** : عندما تطلب منه تقليد أصواتك وحركاتك وأنت تأكل وتقول أنا جائع هل : أ- هل يردد ما يقوله المربي ويقلد حركات الأكل ب- يحرك يده ناحية فمه فقط ج- يحرك يده دون هدف معين د-لا شئ مما سبق .	التنقيط 3 2 1 0
7-التقليد	النشاط 7 : تقليد المربي وهو يغني أغنية حركية . التعليمة : عندما تدربه على أغنية حركية ثم تطلب منه إعادتها هل: أ - يقوم بالحركات مع الأغنية . ب - يقوم بحركات عشوائية غير منسجمة مع الأغنية . ج - يقف و يتجول دون تركيز . د - لاشئ مما سبق .	التنقيط 3 2 1 0
1- الإنتباه	**النشـــاط 8** : عرض فيلم كرتوني على الطفل . **التعليمـــة** : عندما يشاهد فيلم كرتوني هل : أ - ينتبه إليه و يكرر بعض حركات الشخصية الموجودة بالفيلم و يصدر إنتاجات لفظية . ب - ينظر إلى الفيلم و يحملق فيه فقط . ج - غير منتبه لما يشاهده . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط 3 2 1 0

5- الإنتباه	**النشاط 12** : تقديم طبق طعام للطفل . التعليمة : عندما يرى الطفل طبق به طعام و هو جائع هل : أ - يذهب و يفتحه و يأكل منه . ب- يأخذ يدك لتفتحه له . ج - يبكي و يضرب على الأرض . د- لاشيء مما سبق .	التنقيط : 3 2 1 0
6- الإنتباه	**النشاط 13** : طريقة جذب انتبـــاه الطفل إليه . التعليمة : التظاهر بعدم المبالاة بالطفل و ملاحظة كيف يجذب انتباهه هل : أ – يبكي و يرفع يديه لتحمله . ب- يبكي و يستخدم أصوات صاخبة . ج – يجلس جانبا و لا يقترب من أحد . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
1-الإدراك	النشاط 14: إدراك غياب الأشياء . التعليمة : عندما تخفي شيئا مهما بالنسبة للطفل في مكان معين هل:	التنقيط
	أ - يجري هنا و هناك يبحث عنه و يقول أين هو. ب - يبحث عنه بالنظر فقط . ج - لا يبالي بالموضوع نهائيا . د - لاشئ مما يسبق .	3 2 1 0

2-الإدراك	**النشاط 15**: إدراك أضداد الأشياء . **التعليمة** : عندما تطلب منه إخراج الأضداد في الصور هل : أ - يخرج الشئ المتضاد أمام الشئ المناسب له. ب - يحاول مسك الصور و النظر إليها للتعرف عليها فقط. ج - يضع الصور أمام بعضها بطريقة عشوائية. د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
3- الإدراك	**النشاط 16** : إدراك لعبة البازل التعليمة : عندما تطلب منه وضع قطع البازل puzzle في المكان المحدد لها فإنه : أ - يضع القطعة في المكان المحدد . ب- يمسك بالقطعة ويحاول وضعها . ج - يأخذ القطعة و يرميها جانبا . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
4- الإدراك	**النشاط17**: إدراك الترتيب . التعليمة : عندما تطلب منه وضع الأكواب الموجودة أمامه على المنضدة بنفس الترتيب هل : أ - يأخذ الأكواب و يضعها بالترتيب نفسه . ب- يأخذ الأكواب و يضعها فوق بعضها دون ترتيب . ج - يأخذ الأكواب و يلهو بها . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0

5- الإدراك	النشاط 18 : إدراك المواضيع . التعليمة : عندما تعرض علية قصة مصورة وتطلب منه إختيار الصورة التي تمثل إحدى الشخصيات في القصة هل : أ - يشير إلى الشخصية . ب- ينظر إلى القصة و يحاول إخراج الشخصية. ج - ينظر و يحملق في الصورة فقط . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
6- الإدراك	النشاط 19 : إدراك أعضاء الجسم التعليمة : عندما تطلب من الإشارة إلى أجزاء موجودة في الدمية وفي جسمه بالتوازي. أ- يشير إلى نفس الأجزاء المقابلة للدمية في جسمه ب- يشير إل أجزاء الدمية فقط . ج- ينظر إلى الدمية دون إستجابة د- لاشيء مما سبق	التنقيط: 3 2 1 0
1-التسمية	**النشاط 20** : تسمية الأوجه المختلفة (حزين، يبكي،ضاحك،مندهش). التعليمة : عندما تستعمل البطاقات لوصف الأوجه المختلفة (حزين، ضاحك، يبكي،مندهش) وتطلب منه التعرف عليهاو تسميتها هل : أ - يخرج البطاقات المناسبة للوجوه المختلفة ويسميها كل على حدى. ب - يخرج البطاقات فقط مثل (ضاحك- يبكي) ولايسميها . ج - يشاهد البطاقات المختلفة و لايستطيع إخراج أي صور . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط : 3 2 1 0

2-التسمية	**النشاط 21 :** معرفة أسماء الأشياء . التعليمة : عندما تعرض على الطفل مجوعة من الأشياء المختلفة مثل: (دمية،قلم ،كرة ،سرير) وتطلب منه التعرف عليها و تسميتها هل : أ - يخرجها كلها عند الطلب و يسميها. ب - يمسك بها ويحاول أن يخرجها دون تسميتها . ج - يمسك بالأشياء و يضعها جانبا دون الالتفات لكلام المعالج . د - لاشئ مما يسبق	التنقيط: 3 2 1 0
3-التسمية	**النشاط 22:** تسمية أجزاء جسمه مع الإشارة إليها التعليمة : عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء جسمه مع تسميتها هل : أ - يشير إليها كلها مع تسميتها . ب - يشير إلى جزء منها مع تسميتها . ج - يشير إلى أشياء خاطئـة . د - لاشئ مما يسبق	التنقيط : 3 2 1 0
4-التسمية	**النشاط 23 :** التعرف على أجزاء وجهه . التعليمة : عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء وجهه وتسميتها هل : أ - يشير إلى الأجزاء المناسبة مع تسميتها . ب- يشر إليها فقط . ج - يشير إلى وجهه كله دون تمييز أي جزء . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0

5-التسمية	**النشاط 24**: التعرف على الأشياء المشابهة . التعليمة : عندما نعطي الطفل مجموعة من الصور وتطلب منه تسمية الأشكال المتشابهة هل : أ – يسمي ويضع كل صور مع الصورة المناسبة لها . ب- يأخذ الصور و يحاول النظر إليها ليضعها على مثيلاتها فقط . ج - ينظر في الصور و يشير إليها . د - لاشئ مما يسبق . النشاط 25 : تعيين وتسمية أشياء مختلفة .	التنقيط: 3 2 1 0
6-التسمية	التعليمة : عندما تطلب منه تعيين وتسمية 5 أشياء في الصور مثل (البنت،الكلب،الشجرة،قلم،سيارة) هل : أ - يعينها ويسميها كلها . ب- يعين بعض منها فقط . ج - ينظر إلى الأشياء و لا يعرف ماذا يفعل بها . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
1-الفهم	النشاط 26: فهم الطفل للأوامر . التعليمة : عندما تعطي للطفل أوامر مكونة من 3 خطوات و هي (يذهب إلى الباب ،ثم يقفله ، ثم يعود إلى الكرسي) هل : أ - يذهب الطفل و ينفذ الثلاث خطوات كما هو مطلوب منه . ب – يستعد للقيام بالذهاب إلى الباب . ج - يقف و لا يعرف ماذا تطلب منه . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0

2-الفهم	النشاط 27 : فهم علاقة الدال بالمدلول . التعليمة : عندما تضع أمامه مجموعة من الأشياء و الأشياء التي علاقة بها (معلم – قلم – قفص) ، (طبق – كراسة – عصفورة) فإنه : أ - يضع أمام كل شئ الشئ المناسب مع التعبير عنه لفظيا . ب- يأخذ الشئ و يحاول وضعه في المكان المخصص له دون تعبير. ج - يأخذ الشئ و يلهو بـه . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط:
3-الفهم	النشاط 28: أمر الطفل بالسكوت . التعليمة : عندما تطلب منه عدم الإزعاج سواء بالأصوات أو الكلام هل: أ - يسكت و يقول إنتهى مثلا . ب - يضع يده على فمه فقط . ج - لا يبالي بما تقولـــه . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
4-الفهم	النشاط 29: جلب الصورة المعنية في القصة . التعليمة : عندما تطلب منه إحضار الصورة التي تتكلم عليها من خلال القصة هل : أ - يحضر الصورة المعنية. ب - يحضر صورة أخرى . ج - ينظر إليك فقط دون رد فعل . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط:

5- الفهم	النشاط 30: بناء برج ب 3 قطع خشبية ملونة . التعليمة : عندما تطلب منه بناء برج ب 3 قطع ملونة هل : أ - يكون برجا من 3 قطع مثل نموذج المربي . ب- يأخذ القطعة الأولى و يحاول و ضعها على الثانية . ج - يلهو بالقطعة الخشبية دون أن يفعل بها شئ د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
6-الفهم	النشاط 31 : تصنيف كرات و مكعبات داخل صندوق . التعليمة : عندما تطلب منه وضع الكرات داخل الصندوق ،و المكعبات داخل الصندوق ، و الطبق فوق المنضدة هل : أ - يفعل كل الأوامر الثلاث . ب- يفعل أمرين من هذه الأمور. ج - يضع كل شئ في مكان مختلف للطلب . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0

1-التعبير	النشاط 32 : توديـــع الطفـــل. التعليمة : نطلب من الطفل المغادرة و نلاحظ . أ - يلوح بيده و يعني بها السلامة و يقول إلى اللقـاء . ب - يلوح بيده و يعني بها السلامـة فقط . ج - يخرج و لا يفعل أي ردة فعل . د - لاشئ مما يسبق	التنقيط: 3 2 1 0
2- التعبير	النشاط 33 : مكافئة الطفل . التعليمة : عندما يعمل الطفل عملا صحيحا فتكافئه بإعطائه حبة حلوى مثلا هل : أ - يضحك و يعبر عن رضاه حركيا و لغويـا . ب - يصفق بيده لنفسه فقط . ج - لا يظهر أي تعبير يدل على الفرحة . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط: 3 2 1 0
3-التعبير	النشاط 34 : طريقة تعبير الطفل عن ما يحبه . التعليمة : عرض للطفل أماكن محبوبة بالنسبة له و أخرى لا هل : أ - يخرج البطاقة الدالة عليه و يسمى المكان. ب- يشير إلى أي صورة موجودة له على الحائط فقط . ج - يأخذ يدك تجاه المكان . د - لاشئ مما يسبق	التنقيط: 3 2 1 0

4- التعبير	النشاط 35 : طريقة طلب الطفل للعبة . التعليمة : عندما يريد لعبة في مكان مرتفع عنه هل: أ - يصعد على الكرسي و يحضرها . ب- يأخذ بيدك و يذهب بك و يشير لك على اللعبة ج - ينظر إلى اللعبة و إلى المعالج . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط : 3 2 1 0
5- التعبير	النشاط 36: رفض سلوك الطفل مع الإشارة و القول لا. التعليمة : عندما يفعل الطفل شيئا غير صحيح فتقول له لا لا مع الإشارة بأصابعك لتعبر عن الرفض هل : أ - يحرك رأسه يمينا و يسار ويشير بأصبعها ليعبر عن النهي ويقول لا لا . ب- يتوقف عن العمل غير صحيح فقط . ج - يكمل ما يفعله ولايبالي . د - لاشئ مما يسبق .	التنقيط : 3 2 1 0

	النشاط 37 :	
6-التعبير	تعيين الصوت المناسب لكل بطاقة بعد سماعه مع وصفها .	التنقيط :
	التعليمة : عندما تطلب منه إخراج البطاقة المناسبة للصوت عند سماعه من شريط التسجيل مع وصفها هل :	
	أ - يخرج البطاقات الملائمة لكل صوت ويصفها .	
	ب- يخرج البطاقات الملائمة بعد فترة ولايصفها.	3
	ج - يمسك البطاقات في يده و يسمع الشريط .	
	د - لاشئ مما يسبق	2
		1
		0

الملحق رقم 5 برنامج الكفالة الأرطوفونية.

1ـ البرنامج التدريبي المقترح:

البرنامج المقترح هو برنامج تدريبي نمائي مهاري لغوي لتنمية مهارات التواصل اللغوي(اللفظي وغير اللفظي) حيث قمنا بانتقاء بعض الأنشطة التي تنمي الجوانب اللغوية والمهارات التواصلية لفئة أطفال التوحد و كان التركيز على مهارتي الفهم التواصل غير اللفظي أي قبل اللغوي والتواصل اللغوي التسمية أي الإنتاج و كذالك اعتمدنا على الجانب المعرفي أي القدرات المعرفية الانتباه، الذاكرة،الإدراك (لمسي،حسي،بصري،سمعي)

2ـ الهدف الرئيسي:

تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال التوحد في الفئة العمرية مابين(4ـ6) سنوات.

3ـ الأهداف الإجرائية:

تنمية التواصل غير اللفظي للوصول إلى التواصل اللفظي.

تنمية مختلف مهارات الحسية، الحركية، البصرية، السمعية.

تنشيط العمليات المعرفية(كالانتباه، الإدراك، الذاكرة).

تنمية مهارات التواصل الفظي غير اللفظي(تواصل البصري ، تقليد اللفظي و حركي، تعرف والفهم، الاستجابة و تنفيد الأوامر، اكتسابهم تعبيرات الوجه العاطفية و الانفعالية، التعبير، التسمية)

تسهيل عملية الإندماج الاجتماعي للأطفال المتوحدين.

تخلص من السلوكيات الشادة و تعديلها كالقولوبية اللفظية و الحركية عند أطفال التوحد(رفرفة اليدين، ايداء الذات كعض اليد، تعلق المرضي بالأشياء، صراخ المستمر، البكاء، الضحك)

4ـ محتوى البرنامج:

4ـ1 نشاطات التهيئة: هي نشاطات تبدأ بها الجلسات التدريبية والتي تستغرق عشر دقائق الأولى من الجلسة فمن خلالها يتهيأ الطفل للمهرة المراد تعلمها في الجلسة.

4ـ2 النشاطات الرئيسة: هي النشاطات التي استندت عليها الباحثة في التدريب على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وهي نشاطات عملية لتحقيق كل هدف من أهداف البرنامج.

5ـ جلسات البرنامج:

5-1 مدة الجلسة: ويقصد بها المدة التي يستغرقها الطفل في تطبيق الهدف أثناء تطبيق النشاطات التهيئة و النشاطات الرئيسية سواء كانت جلسة أو الفردية جماعية.

5ـ2 النشاطات المستخدمة:تحديد ووصف النشاط الرئيسي المستخدم في تحقيق الهدف.

5-3 آلية تطبيق الجلسة: هو يتضمن الخطوات التي سيتم إتباعها في تدريب الطفل على المهارة من خلال النشاط المستخدم في الجلسة.

5ـ4 تقويم الهدف: ويقصد بذالك تحديد المعايير التي يتم من خلالها تقويم مدى تحقق هدف الجلسة.

6ـ كيفية ومدة تطبيق البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج 7 أشهر تضمنت أربعة فترات هي:

1-6 فترة الملاحظة: مدتها أسبوع تم التعرف على الأطفال المتوحدين وجمع البيانات عن سلوكهم وعن مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لديهم.

2-6 فترة التقويم القبلي: وكان مدتها أسبوعين تم من خلالها قياس وتقيم شدة التوحد و تقدير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

3-6 فترة تطبيق البرنامج: 6 أشهر تم توزيعها تبعا للمهارات المراد تعلمها حيث بلغت عدد الجلسات العلاجية 62 جلسة 38 جلسة فردية و24 جلسة جماعية وذالك بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع جلستين فردية وجلسة جماعية لكل طفل مدتها30 دقيقة.

4-6 فترة التقويم البعدي: و مدتها أسبوعين، تم من خلالها تم من خلالها تقويم كل طفل و مراقبة سلوكه و تقدير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ملاحظة: هذا البرنامج من إعداد الطالبة مانع سارة والأخصائية الأرطفونية شرقي فريدة وهذا من خلال الإطلاع على تراث النظري و تربص الميداني و مساهمة الأخصائية التي تمتلك خبرة في هذا المجال أكثر من35 سنة.

محتوى الجلسات:

1ـ تدريب على التكيف:

ـ الهدف: إقامة علاقة بين الفاحص والمفحوص.

ـ التمارين:

ـ جلوس الطفل أمام المختص.

ـ اللعب مع الطفل.

ـ منادات الطفل بإسمه.

2ـ التدريب على السلوك:

ـ الهدف: تعديل السلوك(بكاء، الصراخ، رفرفة اليدين، عدم الجلوس على الكرسي، التحرك المستمر)

ـ التمارين:

ـ تدريب الطفل جلوس على كرسي بشكل جيد.

ـ التعزيز المادي والمعنوي أثناء عمل سلوك جيد.

ـ نظر في عين الطفل عند الفرح، البكاء، الإبتسامة.

ـ وضع اليدين تحث الحنفية عند رفرفة اليدين.

ـ وضع كرة إسفنجية في يد الطفل من أجل تشغيل يدي الطفل وصرف إنتباهه عن سلوك رفرفة اليدين.

3ـ تدريب على الاستقلالية الذاتية:

ـ الهدف: التكيف مع الحياة اليومية.

ـ التمارين:

ـ الإعتماد على نفسه في الأكل لوحده.

ـ غسل يدين والفم لوحده.

ـ الإستقلالية في اللبس(حذاء، المعطف، القبعة،السروال)

ـ مقابلة الطفل أمام المرآة و تلفظ بإسمه.

ـ تعرف على أركان البيت (مطبخ، حمام، مرحاض،....)

ـ اكتساب النظافة دخول الحمام لوحده، المرحاض.

4ـ تدريب على الانتباه(البصري والسمعي):

ـ الهدف: لفت نظر الطفل بإستعمال مثيرات بصرية قوية.

ـ لفت إنتباه الطفل بإعتماد على أصوات مختلفة.

ـ تمارين الانتباه البصري:

ـ لعبة الليزر.

ـ ألعاب تصدر الصوت والضوء.

ـ لبس ألوان فاقة لجلب إنتباه الطفل.

ـ لبس قناع مضيئ أو تزين الوجه بمواد الزينة الا معة.

ـ تمارين الانتباه السمعي:

ـ لعبة تصدر الصوت.

ـ تشغيل موسيقى.

ـ لعبة القطار.

ـ لعبة الرجل الآلي.

ـ لعبة الطائرة تصدر الصوت والضوء.

5ـ تدريب على الإدراك(البصري و الحسي و السمعي):

ـ **الهدف:**تنمية التمييز السمعي .

ـ تنمية الذاكرة السمعية.

ـ تنمية التمييز البصري.

ـ تنمية التنسيق البصري و الحركي.

ـ تنمية الذاكرة البصرية.

ـ تنمية إدراك حدود المكانية البصرية.

ـ تمارين الإدراك البصري:

ـ لوحة أشكال لمجموعة من الصور المختلفة.

ـ تميز بين ألوان مختلفة مثل الأقلام العاجين أوراق الأشغال.

ـ لعبة مطابقة الأشكال.دائرة، مربع، نجمة وإدخالها في ثقب المناسب الموجود في العلبة.

ـ تعرف على الشكل وتسميته.

ـ لعبة فرز وتصنيف الألوان.

ـ لعبة مطابقة الأفعال مع الصورة.

ـ لعبة تحث ،فوق.

ـ لعبة تركيب الدمية.

ـ لعبة أين أنا.

ـ تمارين الإدراك السمعي:

ـ أصوت البيئة المعاشة طرق الباب أصوات المفاتيح.

ـ ألعاب سمعية.

ـ ألات موسيقية.

6ـ التدريب على التقليد:

الهدف: زيادة التركيز.

ـ معالجة حركة اليدوية.

ـ تآزر البصري(اليد مع البصر)

ـ تمارين تقليد حركات العامة:

ـ رفع يد الطفل لإلقاء التحية عند الدخول.

ـ رفع يد الطفل لتقليد حركة باي باي عند الإنتهاء من الحصة.

ـ تشجيع الطفل بحركة التسفيق Brauvo.

ـ تقليد بعض الحركات الرياضية مثل القفز، المشي، الجري.

ـ رمي الكرة في السلة.

ـ تمارين تقليد الحركات الدقيقة:

ـ إدخال خرز مختلفة الأحجام في الخيط.

ـ تلوين صورة.

ـ إعادة الرسم فوق الخطوط .

ـ تركيب مجسم بألواح الخشبية.

ـ إدخال خشيبات و قريصات في التقب المناسبة الموجودة في العلبة.

ـ تمارين تقليد اللفظي:

ـ تشغيل موسيقى أو أغنية و نطلب من طفل الغناء معها.

ـ نطلب من طفل تكرار كلمات بسيطة ماما بابا.

ـ تقليد أصوات الحيوانات.

7ـ تدريب على الفهم والتعرف:

ـ الهدف: تصور العام للطفل حول جسمه.

ـ التعرف على أعضاء الجسم.

ـ التعرف على الذات و الغير.

ـ التمارين:

ـ رسم مخطط و جهي على اللوحة أو على الورقة.

ـ تعين على الدمية أين(الشعر، الأذن، الأنف، الفم، الأسنان، العينين، الحاجب).

ـ تعين على الغير أين(الشعر، الأذن، الأنف، الفم، الأسنان، العينين، الحاجب).

ـ على الذات في المرآة أين(الشعر، الأذن، الأنف، الفم، الأسنان، العينين، الحاجب).

نفس التمارين على الخطط الجسدي:

ـ رسم الخطط الجسدي على اللوحة أو على الورقة.

ـ تعين على الدمية أين(أرجل، اليد، الذراع، الرأس، الكتف....).

ـ تعين على الغير أين (أرجل، اليد، الذراع، الرأس، الكتف....).

ـ على الذات في المرآة أين (أرجل، اليد، الذراع، الرأس، الكتف....).

8ـ التدريب على التواصل البصري:

ـ الهدف: إكتساب و جهات النظر.

ـ التمكن من ضبط الذات.

ـ التمارين:

ـ المشي في إتجاهات متعددة (مستقيمة، دائرية)

ـ رسم بإتباع خطوط القلم.

ـ ترتيب الأشياء وفق الإتجاه المطلوب والشكل المطلوب (عمودي، أفقي، منكسر،منحني،مائل)

9ـ التدريب على التعبير و التسمية:

ـ الهدف: تنمية مختلف المفاهيم المتنوعة.

ـ تشجيع على التواصل اللغوي.

ـ تنمية الإنتاج اللغوي.

ـ تنمية الرصيد اللغوي.

ـ تمييز بين الأصوات المختلفة,

ـ تقليد الأصوات المختلفة.

ـ التعرف على الأصوات.

ـ تنمية الانتباه و الإدراك السمعي.

ـ التمارين:

ـ أصوات البيئة المعاشة.

ـ أصوات الحيوانات الأليفة,

ـ أصوات وسائل النقل.

ـ بطاقات صور تعبر عن الأشياء.

ـ بطاقات لصور تعبيرية لجمل بسيطة.

ـ طرح أسإلة لمختلف النشاطات الموجهة.

ـ إعطاء تعليمات ومحاولة الإجابة عليها بطريقة لفظية.