

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة و التواصل

دور التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد
- دراسة مقارنة بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى
بتدخل مبكر-

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد:

* وطواط وسيلة

* بشيخ رشيدة نور الإيمان

لجنة المناقشة:

رئيسا

أستاذة محاضرة - أ

* عمرانى أمال

محررا ومقررا

أستاذة محاضرة - ب

* وطواط وسيلة

مناقشا

أستاذة مساعدة قسم - أ

* قويدري ليلي



تاريخ الإيداع : 2021/07/18 إضاء المخرف بعد الإطلاع على التصديقات

الشكر و التقدير

بعد بسم الله الرحمن الرحيم و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين
سيدنا محمد صلى الله عليه و سلم

أحمد الله سبحانه و تعالى على توفيقى لإنجاز هذا العمل المتواضع

و أتقدم بالشكر الجزيل إلى والدي الكريمين

و إلى أفراد عائلتي و إلى كل من قدم يد المساعدة و العون لإنجاز هذا
العمل

و الشكر الموصول إلى كل معلم أفادنا بعلمه من أول مراحل الدراسة
حتى يومنا هذا

كما نرفع كلمة الشكر إلى الأستاذة المشرفة "وطواط وسيلة" على
صبرها و المجهودات و النصائح القيمة التي مدتنا بها طيلة المشوار
الدراسي و كذلك في فترة إعداد المذكرة

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر العظيم لأساتذة الأرطوفونيا و كل
زملائي في الدراسة خاصة زميلتي "محجوبة" على مساعدتها

و إلى كل العاملين بقاعة العلاج العقيد لطفي-ريزانفيل- و بالأخص
الأخصائية الأرطوفونية "مخطارية" التي لم تبخل علي بنصائحها و
ارشاداتها طيلة فترة البحث

و إلى أطفال التوحد و عائلاتهم لتعاونهم و تفهمهم

الإهداء

أهدي عملي بالدرجة الأولى إلى روح جدتي الطاهرة رحمها الله
و إلى اعز الناس و أقربهم على قلبي و هما الوالدين الذان كرسا
حياتهما في خدمتي في كل شيء و أعانني في السراء و الضراء
أطال الله في عمرهما

و إلى إخوتي إكرام ، محمد

و إلى كل أفراد عائلتي من قريب أو من بعيد كبيرها و صغيرها

إلى زوجي الذي كان سندي طيلة المشوار الجامعي

إلى كل من تمنى لي الخير و النجاح في حياتي

إلى كل من كان معي خطوة بخطوة في هذا العمل المتواضع

و إلى كل من يحب العلم و يسعى إليه

و في الأخير لا يسعنا إلا أن نشكر الله عز و جل و أن يرزقنا
السداد و الرشاد و التقوى

شكرا للجميع

إيمان

ملخص

ملخص الدراسة :

تمحورت دراستنا حول دور التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد، فكانت دراستنا هي دراسة مقارنة بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر، و للتحقق من صحة الفرضية المطروحة انه توجد فروق دالة إحصائية بين الفئتين، اعتمدنا على منهج وصفي مقارنة على عينة تكونت من 8 حالات من أطفال التوحد (6 ذكور و 2 إناث) 4 حالات كان لها تدخل مبكر و 4 حالات لم يكن لها تدخل مبكر التي تم اختيارها بطريقة قصدية، بالاعتماد على أدوات جمع البيانات "اختبار خومسي لتقييم اللغة الشفهية ELO و اختبار مان وتتي.

- و بذلك أسفرت النتائج التي تحصلنا عليها بأن للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد.
 - توجد فروق دالة إحصائية بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر.
- الكلمات المفتاحية:** التدخل المبكر، الفهم الشفهي، اضطراب التوحد.

Résumé d'étude

Our study focused on the role of early intervention in developing oral understanding among autistic children. Our study was a comparative study between the group that received early intervention and the group that did not receive early intervention.

To verify the validity of the hypothesis put forward that there are statistically significant differences between the two groups, we relied on the comparative descriptive approach on a sample of 8 cases of autistic children (males and females) 4 cases had early intervention and 4 cases without early intervention, based on ELO collection tools. Cases that did not have early intervention were selected. Data analysis test for oral language assessment and mann test thus, the results we obtained showed that early we obtained showed that early intervention played a role in developing the psychological understanding of children with autism. There are statistically significant differences between the group that received early intervention and the group that did not receive early intervention.

Keywords : early intervention, oral comprehension, autism disorder

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر و التقدير	
الإهداء	
ملخص باللغة العربية	
ملخص باللغة الإنجليزية	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الملاحق	
مقدمة	01

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1- اشكالية الدراسة	07
2- فرضيات الدراسة	09
3- أهمية الدراسة	09
4- أهداف الدراسة	10
5- أسباب اختيار الموضوع	10
6- الدراسات السابقة والتعقيب عليها	11
7- مفاهيم الدراسة	17

الفصل الثاني: التوحيد

- تمهيد	21
1- تعريف التوحيد	22

23.....	2- أعراض التوحد.
25.....	3- نسبة انتشار التوحد.
27.....	4- المؤشرات المسببة للتوحد.
29.....	5- أنواع التوحد.
30.....	6- خصائص أطفال التوحد.
34.....	7- التشخيص المبكر للتوحد.
35.....	8- أدوات تشخيص التوحد.
46.....	9- علاج التوحد.
50.....	- خلاصة.

الفصل الثالث: التدخل المبكر

53.....	- تمهيد.
54.....	1- نبذة مؤخرة عن تطور التدخل المبكر.
55.....	2- تعريف التدخل المبكر.
57.....	3- فاعلية التدخل المبكر.
57.....	4- مبررات التدخل المبكر.
61.....	5- أهمية التدخل المبكر (في مجال اضطراب التوحد).
64.....	6- فريق العمل في التدخل المبكر.
66.....	7- دور الأسرة في التدخل المبكر.
67.....	8- فئات الأطفال المستهدفة من التدخل المبكر.
76.....	9- أساسيات التدخل المبكر.
77.....	- خلاصة.

الفصل الرابع: الفهم الشفهي

80.....	- تمهيد
81.....	1- تعريف الفهم
82.....	2- درجات الفهم
83.....	3- الجانب التشرحي لوظيفة الفهم
83.....	4- عمليات صعوبة الفهم
85.....	5- تعريف الفهم الشفهي
86.....	6- خطوات عملية الفهم الشفهي
88.....	7- مستويات الفهم الشفهي
89.....	8- مهارات الفهم الشفهي
92.....	9- مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل التوحيدي
94.....	10- الفهم الشفهي للطفل التوحد
96.....	- خلاصة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

100.....	- تمهيد
101.....	1- الدراسة الاستطلاعية
102.....	2- منهج الدراسة
102.....	3- مكان إجراء الدراسة
105.....	4- عينة الدراسة
107.....	5- وسيلة الدراسة

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....113

- خلاصة.....115

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض النتائج.....118

2- تحليل النتائج.....127

3- مناقشة النتائج.....132

4- الاستنتاج العام.....134

- الخاتمة.....136

- قائمة المراجع.....139

- الملاحق.....147

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص عينة المجموعة الأولى التي حظيت بتدخل مبكر	106
02	خصائص عينة المجموعة الثانية التي حظيت بتدخل مبكر	106
03	نتائج المجموعة الأولى التي لم تحظى بتدخل مبكر.	127
04	نتائج المجموعة الثانية التي حظيت بتدخل مبكر.	129
05	المتوسطات الحسابية وانحرافات المعيارية لمتغيرات الفهم الشفهي.	130
06	نتائج اختبار مان وتني للمقارنة بين المجموعتين.	131

فهرس الملاحق :

الصفحة	العنوان	الرقم
147	المقابلة.	01
154	عرض محتوى اختبار خمسي لتقييم اللغة الشفهية.	02
204	ورقة الإجابة على اختبار خمسي لتقييم اللغة الشفهية.	03
209	نتائج اختبار "مان وتتي".	04

مقدمة

مقدمة:

التوحد اضطراب نمائي يمكن تمييزه في سن مبكرة جدا، نظرا لتباين أعراضه منذ الأشهر الأولى من حياة الطفل، حيث يلاحظ أمهات هؤلاء الأطفال منذ الأسابيع الأولى عدم تفاعل أطفالهن معهن، كعدم إقبالهم على الرضاعة الطبيعية وعدم استعمالهم لأصواتهم من أجل التواصل معهن كالنبكاء من أجل تلبية حاجاتهم البيولوجية والوجدانية.

كما يلاحظن غياب معالم الوظيفة الرمزية عند بلوغهم السنة من عمرهم، وهذا بسبب معاناتهم من مشاكل في الانتباه و التقليد و هذا يؤثر سلبا على عمليات التعلم و الاكتساب، فينتج تأخر في نموهم اللغوي بشكل واضح، كما يلاحظن كذلك أنهم يتميزون باللعب الفردي المنعزل و لا يتفاعلون مع أقرانهم و هذا ما يجعلهم متوقعين على ذاتهم، إضافة إلى تفاعلهم مع لعبهم بطريقة خاصة و قيامهم ببعض السلوكات النمطية الشاذة كالرفرفة باليدين أو ترديد بعض الكلمات أو الأصوات غير مفهومة، و بعض سلوكات إيذاء كعض اليد أو لطم الرأس، و حساسيتهم الزائدة و غير العادية تجاه بعض المثيرات الحسية، كإنزعاجهم من بعض الأصوات، أو من بعض الأضواء، أو من بعض الروائح، أو من بعض الأطعمة، التي تكون مألوفة و عادية بالنسبة لأقرانهم العاديين، و هذا ما يزيد من حيرت الأمهات و الأولياء تجاه أطفالهم فيحاولون فهم حالتهم و العمل جاهدا لإيجاد الحلول المناسبة في أقرب وقت.

و ما ظهر لنا جليا من خلال الزيارات الميدانية للمراكز و المستشفيات هو إصابة الجانب المعرفي أي إصابة القدرات المعرفية لدى أطفال التوحد، و من بين هذه القدرات التي لاحظنا إصابتها هي مشاكل على مستوى الفهم الشفهي بحيث يؤثر عل الطفل من جانب الاتصال اللغوي الذي يمكنه من التواصل و بناء علاقات اجتماعية و كذلك للتعبير عن حاجياته و رغباته.

وعلى هذا الأساس أكدت دراسات حديثة على أهمية التدخل المبكر للأطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث أنه يساهم في تحسين كافة جوانب النمو بصفة عامة، وتحسين مهارات الفهم بصفة خاصة، مما يؤدي إلى تحسين المفردات والمهارات اللغوية لديهم عن طريق تقديم خدمات متنوعة وإرشاد أسرهم بدرجة الأولى، وفي هذا الإطار جاءت هذه الدراسة لمعرفة دور التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد.

لهذا قمنا بتقسيم عمل الدراسة إلى جانب نظري وجانب تطبيقي، فمن خلال الجانب النظري استعرضنا أهم المعطيات العلمية ذات صلة بمتغيرات البحث وذلك في أربع فصول.

الفصل الأول: جاء كمداخل للدراسة، حيث ضم الإشكالية وفرضيات الدراسة، وكذلك أهدافها وأسباب اختيار الموضوع، مع ذكر الدراسات السابقة والتعقيب عليها، ومصطلحات الدراسة.

الفصل الثاني: فتخصص للتوحد، حيث تناولنا فيه تعريف التوحد ونسبة انتشاره والمؤشرات المسببة للتوحد وأعراضه وخصائص التوحد وأنواعه مع التطرق إلى التشخيص وأدواته والعلاج.

الفصل الثالث: وقد خصص للتدخل المبكر، حيث تم فيه التطرق إلى تعريف التدخل المبكر مع أخذ نبذة مؤخرة عن تطوره، مع ذكر فاعليته ومبرراته وأهميته، فريق العمل الخاص به، ودور الأسرة في التدخل المبكر، وإضافة الفئات المستهدفة من التدخل المبكر وتقديم أساسياته وطرق الوقاية.

الفصل الرابع: وقد خصص للفهم الشفهي، حيث تناولنا فيه تعريف الفهم، درجاته والجانب التشرحي له وعوامل صعوبة الفهم، تعريف الفهم الشفهي وخطواته ومستوياته ومهاراته وصولاً إلى مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي وقد شمل ما يلي:

الفصل الخامس: و الذي يتمثل في إجراءات الدراسة الميدانية، حيث تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية و أهدافها، ثم منهج المتبع، و مكان الدراسة، مع ذكر العينة المدروسة و خصائصها، و الأدوات المستعملة مع ذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل السادس: والذي خصص لاستعراض الحالات و نتائجها و مناقشتها في ضوء نتائج الدراسات السابقة و الجانب النظري، ثم الاستنتاج العام و الذي يعد حوصلة عملنا الميداني، و أخيرا ختمنا بحثنا بخاتمة جمعنا فيها بين المادتين النظرية و التطبيقية اللتين اشتمل عليهما عملنا، بعد هذا قمنا بطرح مجموعة من الاقتراحات و التوصيات تتعلق بالدراسات المستقبلية لفتح الآفاق للبحوث التي يجب انجازها، يلي ذلك قائمة المراجع و الملاحق.

الجانبة النظري

مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1 - اشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أسباب اختيار الموضوع

6- الدراسات السابقة و التعقيب عليها

7- مفاهيم الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

إن رعاية الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة هي من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات وذلك لوجود نوع أو أكثر من أنواع الإعاقة، فهذه الأخيرة تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم مقارنة بالأشخاص العاديين. فوجود هذه الفئة اختلفت وجهات نظر المجتمعات حيث أن هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة حظيت بالكثير من التعامل وذلك حسب كل مجتمع.

ومن بين أطفال هذه الفئة نجد التوحد وهو من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة كونه يؤثر تأثيرا كبيرا على مظاهر نمو الطفل المختلفة مما يؤدي به إلى الدخول في عالمه الخاص، ويعد اضطراب التوحد كما ترى نادية أبو السعود (2000) أنه من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل فهو ظاهرة معقدة التشابك، ووصفها الطبيب الأمريكي ليوكانر (1943) حيث يصيب التوحد الأطفال حديثي العهد في سن مبكرة فيعجز الطفل التوحدي منذ السنوات الثلاث الأولى من حياته عن تطوير مهاراته الإجتماعية نتيجة للاضطرابات العصبية التي تصيبه مما يؤثر على تواصله اللفظي و غير اللفظي، وهذه الأخيرة تحتاج بدورها لتأهيل و العلاج وهذا ما أكدته دراسة نجار خليدة (2018) أن للكفالة الارطوفونية دور في تنمية مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي للأطفال المصابين بالتوحد.

وهذه الفئة تعاني العديد من المشكلات ولعل من أبرز هذه المشكلات الرئيسية مشكل الفهم الشفهي حيث يعتبر الفهم من المهارات اللغوية الاستقبالية أي لديه وظيفة ذهنية تحتوي على عدة استراتيجيات معرفية ليتحقق الفهم بصفته العامة بمختلف مواقف الاتصال اللفظي و غير اللفظي.

فالفهم الشفهي مرتبط بمدى القدرة على استيعاب الكلمات وفهمها في محلها وهذا مرتبط بمعرفة وإدراك

الفرد لمعاني الألفاظ المختلفة، وهذا ما بينته الدراسات التجريبية التي قام بها الباحث كوان Cohen

سنة 1999 حول فهم اللغة عند الأطفال المصابين بالتوحد أن فهم الجملة عموما يكون

أبطأ عند أفراد المجموعة التجريبية (التوحديين) من أفراد المجموعة الضابطة (الأسوياء) والذين كانوا جميعهم متجانسين من حيث المتغيرات الأخرى خاصة العمر العقلي غير اللفظي، ولقد كان أفراد

المجموعتين متساويين ومتشابهين في طريقة تنظيمهم للكلمات واستعمالها في الجمل ولكن التوحديين كانوا أقل استعمالاً للدلالة والبلاغة وتفسيرهم للجمل استناداً إلى إمكانية حدوثها في العالم الواقعي، وقد استنتج أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من صعوبة في تطبيق معرفتهم بالعالم الواقعي لمهمة فهم الجمل أي هناك فجوة بين فهمهم للجمل وإمكانية تطبيقها في العالم الواقعي.

وهذا ما يجعلنا نخصص لهم الاهتمام لتمكينهم من القدرة على تحسين الاتصال اللفظي و الغير اللفظي الذي يعتبر من أهم أشكال الاتصال والتفاهم بين البشر، لذا أصبح من المهم اتخاذ الإجراءات الكفيلة بالتدخل المبكر من أجل تنمية وتحسين الفهم الشفهي لهذه الفئة، على أساس أنه كلما كان الكشف و التشخيص مبكر كلما أوجب التدخل المبكر للحد من تطور الاضطرابات اللغوية ومشاكل الاتصال اللغوي التي ينتج عنها صعوبة في الفهم، حيث أن التدخل المبكر ظهر في أوائل القرن العشرين وهو من أهم الدراسات الحديثة في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ويكون في السنوات الأولى من عمر الطفل أي قبل دخوله للمدرسة، فدور التدخل المبكر هو توجيه أسر الأطفال وتقديم لهم يد المساعدة لتسهيل عملية التواصل داخل المجتمع من خلال تنمية وتطوير اللغة وهذا ما بينته دراسة زينب محمد فضل محمد (2008-2009) بعنوان اثر التدخل المبكر على النمو اللغوي ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية بالمنطقة الشرقية (الدمام) أن للتدخل المبكر تأثير على النمو اللغوي للأطفال التوحد بعد تطبيق برنامجي (تيتش/ماكتون)، وبينت أيضاً دراسة اسكوتلاندScotland(2000) أهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات ما قبل اللغة إضافة إلى تحسين قدرة الأطفال على التواصل بأنشطة الحياة اليومية.

و بناء على ما تم عرضه تأتي دراستنا هذه بهدف معرفة دور التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد وعلى هذا الأساس تم طرح إشكالنا و المتمثل في التساؤل التالي:

- هل للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد؟

التساؤل الفرعي:

- هل توجد فروق دالة إحصائية في الفهم الشفهي بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و بين الفئة التي لم تحظى بتدخل المبكر؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

- للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد.

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق دالة إحصائية في الفهم الشفهي بين الفئة التي حظيت بتدخل المبكر و بين الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في الفهم الشفهي بين الفئة التي حظيت بتدخل المبكر و بين الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر.

3-أهمية الدراسة:

- إثراء الجانب العلمي.
- التعرف عن القرب على هذه الفئة و معرفة الصعوبات و المشاكل التي تواجههم.
- مدى تجاوب الطفل التوحيدي مع التدخل المبكر.
- يمكن الاستفادة منها في ميدان الارطوفونيا.

- هي تساؤل من أهم الموضوعات في الارطوفونيا ألا وهو اضطراب التوحد والفهم الشفهي والتدخل المبكر.

4-أهداف الدراسة:

- هدفنا الرئيسي هو الوصول إلى إجابة عن التساؤل المطروح في الإشكالية وهو معرفة مدى فعالية التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى الطفل التوحد.
- مقارنة الفهم الشفهي بين فئتين من أطفال التوحد تتراوح أعمارهم ما بين 4 إلى 7سنوات، الأولى كان لديهم تدخل مبكر أما الثانية لم يكن لها تدخل مبكر.
- تسليط الضوء على فئة الأطفال التوحديين و موضوع التدخل المبكر لدى هذه الفئة و مدى نجاحه و أهميته في تنمية الفهم الشفهي.
- اكتساب الخبرة في التعامل مع أطفال التوحد في المستقبل المهني.
- هذه الدراسة تساعد على فهم ضرورة دور التدخل المبكر للوصول إلى نتائج أفضل فيما يخص مهارة التواصل و الفهم حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع.

5- أسباب اختيار الموضوع:

- يعد اضطراب التوحد اضطرابا مستمرا وهو من بين المواضيع الغير المفهومة من قبل المجتمع وهذا ما دفعنا إلى دراسة هذا الموضوع.
- احتكاكنا بفئة الأطفال التوحد لاحظنا الدور الكبير الذي يلعبه التدخل المبكر في تحسين مختلف جوانبهم النمائية لذا أردنا اتخاذه كدراسة و تأكيد أهميته بطريقة علمية.

- قلة الدراسات التي تناولت التدخل المبكر خاصة عند الطفل التوحدي.

6- الدراسات السابقة و التعقيب عليها:

- الدراسات السابقة الخاصة بالفهم الشفهي:

1- دراسة غريبي شيماء، (2017-2018):

بعنوان أثر التمارين الحس-حركية في تنمية القدرة على الفهم الشفهي لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا-
درجة خفيفة

المنهج المستخدم: منهج دراسة حالة.

عينة البحث: تكونت العينة من 4 حالات (ذكور و إناث) وتم اختيارهم بأسلوب غير عشوائي و بطريقة
قصدية وذلك وفق معايير متعددة أي أعمارهم تكون ما بين 6 إلى

8 سنوات يتمتعون بنفس القدرات المعرفية وليس لديهم أي اضطرابات مصاحبة.

الأدوات المستخدمة: المقابلة، الملاحظة، اختبار الفهم الشفهي (O52).

النتائج المتوصل إليها: أن التمارين الحسية الحركية التي تم تطبيقها لها أثر فعال في تحسين الفهم
الشفهي وهذا من خلال رفع مستوى تركيزهم و انتباههم.

2- دراسة أدافر لامية، (2011-2012):

بعنوان دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية.

الهدف: معرفة حدود إمكانيات الفهم لدى الطفل التوحد من خلال تقييم القدرات التي تتدخل في عملية
الفهم الشفهي لديه و تشخيص الصعوبات التي يواجهها عن طريق الكشف العيادي ومعرفة مدى فعالية

إعادة التربية الصوتية و مدى تأثيرها على القدرات الخاصة بالفهم الشفهي، و قامت الباحثة أيضا بتقنين أداة تساعد في تقييم القدرات التي تتدخل في عملية الفهم.

المنهج المستخدم: منهج دراسة حالة.

عينة البحث: حجم العينة 5 ذكور تم اختيارهم بطريقة قصدية ومتفاوتون في درجة الاضطراب.

الأدوات المستخدمة: اعتمدت الدراسة على الملاحظة الإكلينيكية الدقيقة لسلوك الحالات.

النتائج المتوصل إليها: انه يوجد تحسن على مستوى الفهم الفوري و المتمثلة في الاستراتيجيات المعجمية و الصرفية النحوية والقصصية ومستوى الفهم الكلي ولذلك فإن التقنية العلاجية الخاصة بإعادة التربية الصوتية لها دور فعال في تحسين الفهم الشفهي لدى أطفال التوحيدين.

3- دراسة غزارة سورية، (2016-2017):

بعنوان اقتراح برنامج لتنمية مهارة الفهم الشفهي لدى الأطفال الخاضعين للزرع القوقي.

الهدف: هو التمكن من تطبيق البرنامج على هذه الفئة من الأطفال الخاضعين للزرع القوقي وتطوير وتنمية مهارة الفهم الشفهي لديهم.

المنهج المستخدم: منهج شبه تجريبي.

عينة البحث: تكونت العينة من 14 طفلا أعمارهم بين 6 و 14 سنة.

الأدوات المستخدمة: الملاحظة و المقابلة.

النتائج المتوصل إليها: أن البرنامج المقترح لتنمية مهارة الفهم جد فعال وأن البرنامج الارطوفوني له دور في تطوير الفهم الشفهي لدى هذه الفئة.

4- دراسة ملياني فاطمة الزهرة، (2016-2017):

بعنوان علاقة الذاكرة العاملة بالفهم الشفهي عند الأطفال المصابين بعسر القراءة.

الهدف: هو التوصل إلى علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الذاكرة العاملة والفهم الشفهي عند الأطفال المصابين بعسر القراءة ومدى ارتباط كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة بالفهم الشفهي وكيف يؤدي اضطراب كل واحد منهما إلى اختلال استراتيجيات الفهم الشفهي ومحاولة إثراء الحقل التعليمي بمعلومات حول هذا الموضوع نظرا لكثرة انتشارها في المجتمع.

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي الإرتباطي.

عينة البحث: العينة هي عبارة عن أطفال متمدرسين في السنة الثالثة والرابعة تراوح أعمارهم ما بين 7 إلى 9 سنوات.

الأدوات المستخدمة: تطبيق اختبار الذكاء لرسم الرجل واختبار القراءة واختبار الذاكرة العاملة.

النتائج المتوصل إليها: أنه توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين كل من الذاكرة العاملة والفهم الشفهي.

5- دراسة طارق دخیل، (2018-2019):

بعنوان تقييم استراتيجيات الفهم الشفهي عند الأطفال المعاقين سمعيا - درجة حادة -

الهدف: هو اكتساب الخبرة في التعامل مع المعاقين سمعيا والتعرف على كيفية تطبيق اختبار الفهم الشفهي (O52)

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي التحليلي.

عينة البحث: تكونت العينة من 4 حالات (2 إناث و 2 ذكور) تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى

7 سنوات.

الأدوات المستخدمة: اختبار الفهم الشفهي (O52)

النتائج المتوصل إليها: أن الأطفال المعاقين سمعياً بدرجة حادة يعانون من صعوبة على مستوى الفهم الشفهي.

- الدراسات السابقة الخاصة بالتدخل المبكر:

1- دراسة بوجمعة لندة، (2014-2015):

"Denver بعنوان التدخل المبكر للتوحد دراسة ميدانية لحالتين باستعمال نموذج دنفر "

الهدف: هو معرفة مدى نجاعة نموذج دنفر في تحسين العلاقات الإجتماعية ومحور التواصل والاستقلالية.

المنهج المستخدم: المنهج الإكلينيكي.

عينة البحث: تكونت العينة من حالتين كلاهما جنس ذكر يختلفان في العمر فالأول يبلغ من العمر 5 سنوات و الثاني يبلغ من العمر 3 سنوات.

الأدوات المستخدمة: المقابلة، الملاحظة، نموذج دنفر.

النتائج المتوصل إليها: وجود تحسن كبير فيما يخص المحاور الثلاثة المذكورة سابقاً بصفة نسبية وبدرجات متفاوتة بالنسبة للحالتين.

2- دراسة وليد جمعه عثمان حسن، (2013-2014):

بعنوان فعالية برنامج تدخل المبكر لتنمية مهارة العناية بالذات لدى الأطفال التوحيدين.

الهدف: هو التحقق من فعالية برنامج تدخل المبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد وكذا التحقق من استمرارية فعالية هذا البرنامج.

المنهج المستخدم: منهج شبه تجريبي بالاعتماد على القياس القبلي والبعدي والتتبعي.

عينة البحث: تحتوي على 30 طفلاً تم اختيار 7 أطفال ذكور بدرجة خفيفة تتراوح أعمارهم من 4 إلى 7 سنوات مع الأخذ بعين الاعتبار معامل الذكاء ما بين (55-7).

الأدوات المستخدمة: مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد، مقياس تقدير مهارات للعناية بالذات، برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات، استمارة دراسة حالة لجمع المعلومات عن الحالات واستمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى أطفال طيف التوحد.

النتائج المتوصل إليها: أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات، و توصلت أيضاً أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في القياس البعدي والتتبعي وذلك بعد فترة من تطبيق البرنامج (بعد مرور شهر فقط).

- الدراسات السابقة الخاصة بالتوحد:

1- - دراسة سعيدون محجوبة و بغدادي بن عطية إسماعيل، (2018-2019):

بعنوان دور الكفالة الارطوفونية في تنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى أطفال التوحد.

الهدف: هو معرفة مدى دور الكفالة الارطوفونية في تنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى الطفل التوحد.

المنهج المستخدم: منهج شبه تجريبي.

عينة البحث: أجريت هذه الدراسة على عينة من 5 حالات تتراوح أعمارهم من 7 إلى 10 سنوات من الجنسين (4ذكور و 1إناث) من نفس درجة التوحد (درجة متوسطة).

الأدوات المستخدمة: المقابلة، الملاحظة، اختبار الفهم الشفهي (O52) واختبار اللغة.

TIBERGE.

النتائج المتوصل إليها: أن الكفالة الارطوفونية المطبقة على الأطفال المصابين بالتوحد لها فعالية في تنمية الفهم و الإنتاج.

2- دراسة ليكرليف يامنة ويقاش مغنية،(2015-2016):

بعنوان فعالية برنامج علاجي ارطوفوني لتنمية الإنتاج اللغوي والفهم الشفهي لدى فئة التوحد-دراسة ميدانية لعشر حالات لجمعية النور - ارزيو وهران - المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية - مستغانم -

الهدف: أنها تناولت اضطراب من أشد الاضطرابات التي تعيق النمو الطبيعي لدى الأطفال وهو اضطراب التوحد، حيث استهدفت فئة العمرية هامة وهي مرحلة الطفولة كما أنها تناولت القدرة المعرفية لدى أطفال التوحد خاصة اللغة والفهم الشفهي والوقوف على نقاط القوة والضعف لكل منهما وكذلك الاستفادة من نتائج الدراسة في عملية التشخيص والتكفل والتعليم والتأهيل بشكل أفضل مع تقديم بروتوكولات للمختصين في الميدان لتنمية اللغة والفهم الشفهي للوصول إلى الاستعمال الجيد للغة.

المنهج المستخدم: المنهج التجريبي.

عينة البحث: تكونت العينة من 10 حالات (7ذكور و 3إناث) تتراوح أعمارهم من 3 إلى 12سنة وتم اختيارهم بطريقة قصدية مع الأخذ بعين الاعتبار السن ودرجة التوحد.

لتحديد درجة التوحد.Carsالأدوات المستخدمة: الملاحظة ومقياس

النتائج المتوصل إليها: أن للبرنامج العلاجي الارطوفوني فعالية في تنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لفئة التوحد.

التعقيب على الدراسات:

- أكدت بعض الدراسات على أن للبرامج العلاجية الارطوفونية دور فعال في تنمية الفهم.

- تشابه دراستنا الحالية مع الدراسات السابقة الذكر في متغير الفهم الشفهي.
- في الدراسات المعروضة سابقا وجود تنوع كبير من حيث المناهج المتبعة والأدوات المستخدمة، أما فيما يخص العينة فكانت كافية للإجراء دراساتهم.
- خلال إنجاز هذا البحث لم نجد الدراسات بالقدر الكافي التي تتحدث على التدخل المبكر نظرا لضرورته وأهميته بالنسبة لأطفال التوحد برغم من الشيوع الاضطراب وانتشاره.

7- تحديد مفاهيم الدراسة:

- التوحد:

التعريف الاصطلاحي: التوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي و غير اللفظي و التفاعل الاجتماعي و تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر و تؤثر سلبيا على أداء الطفل التوحيدي. (العبادي، 2006، ص14)

التعريف الإجرائي: التوحد هو اضطراب في عملية التواصل ينتج عنه إعاقات في التعلم يكون في سن مبكرة مما يؤدي إلى تأخر في النمو وعدم استخدام اللغة، وبالتالي عدم إقامة علاقات واضحة وقوية مع الآخرين.

- التدخل المبكر:

التعريف الاصطلاحي: هو العمل على التعرف مبكرا على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة لدى الطفل ما أمكن ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له والخدمات المناسبة لحالته للعمل على زيادة كفاءته وقدرته ومهاراته والتقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات والإعاقات إضافة للخدمات المقدمة لأسرته لزيادة كفاءتها. (العجمي، 2011، ص11)

التعريف الإجرائي: التدخل المبكر هو مجموعة من الإجراءات و البرامج تقدم لأطفال التوحد وأسرتهم بغية التقليل من الاضطرابات والمشاكل وهذا يكون في سن مبكرة اي منذ ولادته إلى غاية دخوله للمدرسة.

- الفهم الشفهي:

التعريف الاصطلاحي: الفهم الشفهي هو ما يتعلق بفهم الألفاظ ومعاني الكلمات والعلاقات بينهما ويكون هذا العامل منذ بداية تعلم الطفل لمبادئ اللغة ورموزها، حيث يرتبط كل رمز لغوي بمعنى معين لدى الطفل. (عواشرية، 2005، ص40-41)

التعريف الإجرائي: هو قدرة الفرد على استيعاب معاني الكلمات وإدراكها وهذا يتطلب عمليات عقلية عليا.

التوحيد

الفصل الثاني: التوحد

- تمهيد

1- تعريف التوحد

2- أعراض التوحد

3- نسبة انتشار التوحد

4- المؤشرات المسببة للتوحد

5- أنواع التوحد

6- خصائص أطفال التوحد

7- التشخيص المبكر للتوحد

8- أدوات تشخيص التوحد

9- علاج التوحد

- خلاصة

تمهيد:

بين كل اكتشاف وآخر تظهر أمراض واضطرابات لم نكن نعرفها أو نسمع عنها من قبل، وهذا ما يدفع العلماء والباحثين إلى التعرف على هذه الاضطرابات وأهم أسبابها وصولاً إلى حلها.

ومن بين هذه الاضطرابات نجد التوحد فهو يعتبر من أكثر الاضطرابات النمائية التي بدأ الاهتمام بها في الآونة الأخيرة، حيث يؤثر على عدة مجالات لمظاهر النمو المتعددة للطفل.

ولنتمكن من فهم أكثر هذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على تعريف التوحد، وأهم أعراضه، نسبة انتشاره، التشخيص المبكر له، وطرق علاجه.

1- تعريف التوحد:

يظهر التوحد في السنوات الثلاثة الأولى، وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الإرتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي الاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وإنغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه قد توقف تماما عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو الاستقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غيرها دقة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. (الشرقاوي، 2018، ص11)

- تعريف أسامة فاروق، السيد الشرييني (2013):

التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل. (علي محمد، 2015، ص17)

- تعريف الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-10):

عرف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات. (المقابلة، 2016، ص15)

- تعريف جمعية التوحد في بريطانيا NAS(2006):

التوحد هو اضطراب نمائي طويل المدى، يؤثر في قدرة الفرد على التواصل، والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم وبناء صداقات مع الأقران. (سهيل، 2015، ص33)

- ويشير محمد السعيد أبو حلاوة (2006):

إلى الطفل التوحدي بأنه طفل تؤثر عليه كثيرا من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به. (الشرقاوي، 2018، ص37)

- تعريف كانر Lea Kanner:

المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر وذلك عام 1943 ، وعرف التوحد الطفولي بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة. (العبادي، 2006، ص13)

- تعريف منظمة الصحة العالمية:

أنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي. (كريم، 2017، ص61)

2- أعراض التوحد:

هناك بعض المؤشرات المبكرة التي يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدي فنجد أن الطفل حديث الولادة

يبدوا مختلفا عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي تطلق

عليها أعراض مبكرة والتي يمكن أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي:

أولاً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الأولى التالية للولادة:

- يبدوا وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
- لا يبالي بمسألة أن يقبله أحد الراشدين ويقوم بحمله حتى وإن كان الشخص وثيق الصلة به.
- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال رسم عضلاته.
- لا يبكي إلا قليلا ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال ترك الفترة من حياته أن يلاحظ أمه ويتابعها ببصره.
- يكون خلال هذه الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
- لا يبتسم إلا نادرا
- من الأمور الهامة التي تميز استجابات أنها دائما ما تكون متوقعة.
- لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعبة التي يتم وضعها أمامه. (سلامة، 2013، ص32)

ثانياً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره:

هناك العديد من السمات أو الأعراض التي أظهرتها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا على اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره وهذه الأعراض أو السمات هي:

- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الإجتماعية.

- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.
- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جدا. (الشرقاوي، 2018، ص100)
- ومن الأعراض الشائعة والتي تظهر جلية واضحة لمن يعيش الأطفال التوحديين وخاصة بعد السنة الأولى من العمر ما يلي:
- لا يسلم على أحد ولا يعبر التقاتا لمن يحاول ذلك معه.
- يبدو الطفل وكأنه يعيش في عالم خاص.
- إذا صدرت من الطفل بعض الإشارات أو الإيماءات فلا يكون لها معنى.
- لا ينتبه لمحاولات الآخرين للتواصل معه.
- لا يستخدم أي إشارة أو إيماءة لتوضيح ما يريد، وإذا أراد شيئا ما يمسك بيد الأم أو الأب أو أحد الإخوة الكبار ويقوده إلى هذا الشيء.
- يفقد التقليد لما يفعله الأطفال الآخرون من العاديين ولا يحاكيهم.
- قد يفضل الطفل لعبا معينة ويكره لعبا أخرى.
- متقلب الوجدان حيث يضطرب أو يبكي دون سبب واضح. (سلامة، 2013، ص32-33)

3- نسبة انتشار التوحد:

تشير الدراسات البحثية أن نسبة انتشار اضطراب التوحد تتباين حسب معايير التشخيص التي تعتمدها

في تشخيص بعض الحالات أكدت DSM-3 المجتمعات، فمثلا هناك دراسات اعتمدت علأن نسبة التوحد كانت (2-5) حالات لكل (10000) ولادة حية، ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (3-4مرات) والسبب غير معروف.

وتشير أيضا الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة إلى أن انتشار هذا الاضطراب قد يصل إلى نسبة (6،0%) ثلثهم من الأطفال الذكور، وهناك دراسات أخرى تقول أن اضطراب التوحد

يحدث فيما يقرب من (10-15) طفلا من (10000) طفل في بلد في حجم الولايات المتحدة الأمريكية، ويحدث اضطراب التوحد بمعدل (3-4) مرات أكثر في الأولاد عن البنات، ولكن أثبتت الدراسات أن في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهن أكثر صعوبة وخطرا، وتكون درجة ذكائهن منخفضة جدا مقارنة بالبنين الذين في مثل حالتهم.

وتشير معظم الدراسات إلى أن التوحد ينتشر بين (4-15) حالة في كل عشرة آلاف من المجموع العام للسكان في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من 20 حالة لكل عشرة آلاف من مجموع السكان.

وترتفع نسبة انتشار التوحد في الأسرة الواحدة حوالي 2،9% من أقارب الأطفال المصابين بالتوحد،

وهذا يؤيد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب. (عبد الله الجلامدة، 2013، ص36-37)

وتشير الدراسات العلمية أيضا إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الإجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية، والاجتماعية أو الأصول المعرفية، كما أنه ليس حكرا على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات.

وترجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسة التشخيصية وزيادة المعرفية في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي بهذا الاضطراب.

(مصطفى، الشرييني، 2011، ص31)

4- المؤشرات المسببة للتوحد:

مازالت الأبحاث والدراسات تجرى حتى الآن لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد لذا لم يتوصل العلماء إلى مسببات التوحد الأساسية فضلا عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات هذه الحالة في البيئة الدماغية ووظائف أو خصائص الكيميائية للدماغ ويمكن أن نوضحها بعدة عوامل منها:

- **العوامل النفسية:** تصور كانر في أول تقري له عن التوحد أن العامل المسبب هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة منها أسلوب التنشئة ومنها افتقار الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب الاستشارة واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية، حيث كان هناك اعتقادا سائدا بوجود خلل في علاقة الوالدين بالطفل يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب خاصة الأم باعتبارها مسؤولة عن عدم إمداد طفلها بالدفء الكافي والانفعال المناسب وذلك إلى الحد الذي وصفت فيه الأم بالأم الباردة ووصف والدي الطفل التوحدي بالوالدين العقلانيين ذوي المشاعر الباردة. (سلامة، 2013، ص45)

- **العوامل الجينية:** يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين).

(مصطفى، الشرييني، 2011، ص38)

- **العوامل بيوكيميائية:** أكدت بعض الدراسات وجود علاقة إرتباطية بين خلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالتوحد وأن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضاً يؤثر على كفاءة الجهاز المناعي للأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ ميسلين الضروري للأفكار المعرفية.

(القمش، 2010، ص38)

وعلى الرغم من وجود احتمالات لتأثير العوامل البيوكيميائية في حدوث التوحد إلا أن هذه الاحتمالات لا ترقى إلى درجة اليقين نظراً لعدم تواجد هذه العوامل في كل حالات التوحد. (سلامة، 2013، ص46)

- **عوامل عضوية، عصبية، حيوية:** أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي ومنها ما يحدث أثناء فترة الحمل، و بالتالي تؤثر على الجنين منها:

* إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.

* قصور التمثيل الغذائي.

* حالات التصلب الدرني.

خلال لأشهر الثلاث الأولى. X* تعرض الأم لأشعة

* تعاطي الأم المضادات الحيوية القوية في الأشهر الثلاثة الأولى.

* إصابة الأم بالأمراض الزهريّة.

* التهاب السحايا.

* اضطراب الغدد الصماء.

* حدوث رشح شامل في الرحم.

وبرغم من ذلك يكفي قبول هذه الأسباب بأنها احتمال كونها أحد أو بعض العوامل المسببة وذلك يرجع إلى أن البحوث كشفت عن وجود تشوه أو خلل في نمو أجزاء معينة من المخ أو الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي المركزي، لكن لا يوجد لدينا الدليل القاطع علة أنها السبب الفعلي للتوحد. (مصطفى، 2010، ص25)

- **عوامل مناعية:** تشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون

وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. (محمد سليمان، 2014، ص69)

- **عوامل قبل الولادة أو بعدها:** تفترض مجموعة أخرى من الباحثين أن حالة الاضطراب التوحيدي قد يكون سببها ما يتعرض له الطفل قبل الولادة أو بعدها من آثار الإصابة بالحصبة الألمانية، حيث أثبتت بعض الدراسات أن سبب حدوث هذا الاضطراب ربما يكون خلل عضويا بسبب الإصابة ببعض العوائق التي تؤدي إلى حدوث عدم نمو أو تطور الجهاز الهضمي والمناعي، ومالهما من أهمية ودور أساسي في امتداد المخ بالغذاء. كما يذكر الباحثون المهتمون بدراسة التوحيدين وجود صغر في حجم الفصين (4 و 7) ويرون أن السبب في حدوث هذا الصغر هو نتيجة لضعف النمو قبل الولادة، وما يترتب على هذا من ضمور لحجمها بعد الولادة وهم في حيرة لعدم معرفتهم الأسباب الفعلية لهذا الضمور وإن كان يفترضون أن السبب نقص الاوكسيجين أو العدوى أو الإصابة بالتسمم، ومن بين هذه الأسباب التي تحدث اضطراب التوحد لدى الطفل قبل الولادة أو بعد الولادة وتؤثر في نمو المخ، وجود افتراضات علمية قد تسبب هذه الحالة منها نقص كثير من الهرمونات التي تحدث اختلافات بيولوجية أو عصبية، وعدم التحصين ضد الأمراض، والتلوث البيئي وقصور في الفيتامينات التي تحمي الطفل من حدوث هذه الحالة. (نبيه، 2009، ص41).

5- أنواع التوحد:

اقترح ماري كولمان (Mary Coleman 1976) نظاما تصنيفيا للأطفال التوحيدين يضعهم في

ثلاث مجموعات أساسية، ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر، بل هو مكون من ثلاث تصنيفات فرعية وهي كما يلي:

النوع الأول: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية الكلاسيكية وفي هذا النوع يظهر الأطفال أعراضا مبكرة، دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، إلا أنهم في هذه المجموعة كما تقول كولمان يبدو أن التحسن التدريجي ما بين الخامسة والسابعة من العمر.

النوع الثاني: وهو ما يسمى بمتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية، وهناك تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول، إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر لدى البعض، كما أنهم يظهرون أعراضا نفسية أخرى.

النوع الثالث: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا ويلاحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع.

وهناك تصنيف آخر من أربع مجموعات اقترحه كل من "Sevin، Matson" وهذه المجموعات كالتالي:

- **المجموعة الشاذة:** ويظهر أفراد هذه المجموعة عددا أقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.
- **المجموعة التوحدية البسيطة:** ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة تخلفا عقليا بسيطا.
- **المجموعة التوحدية المتوسطة:** ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، أنماط شديدة من السلوكات النمطية، ولغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.
- **المجموعة التوحدية الشديدة:** وأفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية، وعندهم تخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (المغلوث، 2006، ص48)

6- خصائص الأطفال التوحد:

- **الخصائص الجسمية:** الأطفال المتوحدين يتمتعون بمظهر جسمي طبيعي، حيث لا يختلف معدل نموه عن نمو الطفل العادي، وغالبا ما يكون المظهر العام للأطفال ذوي التوحد مقبولا وجذابا حيث

يكون هناك تناسق بين القامة التي تكون طويلة والوزن، خاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات. (الإمام، الجوالده، 2011، ص120)

- **الخصائص الإجتماعية:** يعاني الأطفال المتوحدين من قصور في التفاعل الإجتماعي والعلاقات الإجتماعية حيث نجده يتميز بعدم الإهتمام بالآخرين وعدم الاستجابة لهم وهذا أول ما يلاحظه الوالدين منذ الأسابيع الأولى من حياة الطفل حيث تظهر الأعراض التالية:

* عدم التواصل البصري حيث يتجنب النظر إلى الشخص الآخر ويتجنب تلاقي الأعين.

* عدم الإرتباط بالآخرين حيث نجده غير قادر على تمييز الأشخاص حتى المهمين منهم في حياته ولا يطور علاقاته حتى مع أهله لأنه يهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص.

* عدم تقبله لكل مظاهر الحنان حتى من أقرب الناس إليه.

* عدم إظهار أحاسيسه ومشاعره حيث يجد صعوبة في فهم العلاقات الإجتماعية أو توظيفها على نحو ملائم كما يفضل قضاء أطول وقت منفردا.

* ضعف التقليد وخاصة التقليد الحركي.

* إفتقار اللعب عند الأطفال المتوحدين وذلك خلال السنوات الأولى من عمره، كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابهم إلى حد كبير حيث يتسمون بقصور اللعب التخيلي.

(Lournawing، 1996، p42)

- **الخصائص اللغوية:** يعد القصور اللغوي من الخصائص المميزة للأطفال المتوحدين، كما يتميز نموهم اللغوي بالإختلاف من حالة إلى أخرى فبعضهم يصدر أصوات فقط، وبعضهم يستخدم كلمة فقط، وبعضهم يستخدم كلمات قليلة، وبعضهم الآخر يكتفي بترديد الكلمات، والبعض الآخر يستعمل الإشارة باليد لما يرغب فيه، أو مسك يد الشخص الآخر لتلبية حاجاته، وهذا القصور اللغوي لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام وإنما عن خلل وظيفي في المراكز اللغوية الدماغية، ومن أهم الأعراض ما يلي:

*غياب القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

*عدم إحترام القواعد اللغوية.

*ترديد الكلام المسموع.

*عدم القدرة على تسمية الأشياء.

*نوبات من البكاء أو الضحك.

*خلل في تقليد الأنماط اللغوية لهذا لا يطور ولا يكتسب اللغة والكلام، ولذلك لا يتوصل الأطفال المتوحدين إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة، وهذا ما يزيد من انغلاقه في ، عالمه الخاص.

(106, P،1996،Amy M)

- **الخصائص الحسية:** يعاني الأطفال المتوحدون من قصور حسي وإدراكي واضح حيث تظهر لديهم الأعراض التالي:

*لا يحسون أحيانا بمرور شخص أمامهم أو أي مثير خارجي، وقد لا يتأثرون حتى إذا تواجدوا لوحدهم مع أشخاص غرباء.

*يعانون من اضطراب الوعي بالحرارة والبرودة.

*يعانون من اضطراب الوعي بالألم، حيث نجدهم لا يعبرون عن الألم مهما كانت شدته مما يجعلهم قادرين على إيذاء أنفسهم، كضرب الرأس أو عض اليد.

*نقص في الإحساس بالخطر.

*الحساسية الشديدة للأصوات الخارجية حيث نجدهم يتأثرون بالأصوات العالية، وينزعجون من بعض الأصوات المألوفة كصوت الخلاط الكهربائي مثلا، مما يجعلهم مضطربين ولكنهم لا يمكنهم التعبير عن اضطراباتهم وشرح سببه.

*الحساسية غير الطبيعية تجاه بعض الروائح والأطعمة المألوفة، مثل رائحة الحيوانات الأليفة والحساسية تجاه الفواكه كالفراولة.

*تجاهل الأصوات وعدم التفاعل معها حيث يبدو وكأنهم لا يسمعون مثلاً عند مناداتهم، وتجاهل بعض المثيرات البصرية فيركزون نظرهم على مثير معين لمدة زمنية طويلة دون باقي المثيرات.

(www.abahc.co.uk/2021-06-18h02، عادل جاسب شبيب)

- **الخصائص العقلية والمعرفية:** يتميز الأطفال المتوحدين بطريقة تفكير خاصة تجعلهم يتعاملون مع المثيرات بطريقة شاذة ويتفاعلون مع بيئتهم بشكل منفرد، كما أن لديهم نظرة خاصة تجاه العالم المحيط، ونجدهم ينقسمون إلى فئتين:

*بعض الأطفال المتوحدين يعانون من نقص في القدرات العقلية حيث تكون درجة ذكائهم منخفضة ولديهم صعوبة في إجراء العمليات المعرفية الخاصة بالتفكير، الترميز وفك الترميز، والانتباه، والتقليد والتعميم، والإيحاء، والإدراك.

*البعض الآخر يتميز بارتفاع درجات الذكاء، مما يجعلهم يتميزون بمواهب خاصة لامتلاكهم قدرات عالية في بعض العمليات المعرفية كالإدراك البصري والذاكرة.

(P23،2003،BernardetteRogé)

- **الخصائص الانفعالية:** إن سلوكيات الأطفال المتوحدين تتميز بالشواذ وتكون ثابتة بين قطبين مختلفين إما الفرح أو الحزن ويتميزون بالأعراض التالية:

*التعلق المرضي بالأشياء.

*النمطية كأن يقوم ببعض الحركات النمطية لساعات من دون تعب.

*مقاومة التغيير وانزعاجه عندما تتغير مثلاً أشياء رتبها بشكل منتظم فيضطرب، أو عندما نغير ملابسه أو فرشاة أسنانه أو وقت طعامه، فيدخل في نوبات هسترية من البكاء والغضب أو النوبات الصرع.

*العزلة العاطفية والبرود الإنفعالي.

*التوتر والخوف من أشياء عادية ولا تسبب الخوف لأقرانهم العاديين. (عبد الله محمد، 2002، ص53)

7- التشخيص المبكر للتوحد:

يكتسب التشخيص المبكر أهمية قصوى من أجل البدء في تقديم الخدمات على نحو مبكر، وبشكل لا يقتصر على الأطفال ذوي الإعاقة الواضحة، وإنما يتضمن أيضاً الأطفال الذين قد يعانون تأخراً بسيطاً في نموهم بفعل عوامل كامنة تظهر آثارها في مراحل لاحقة، حيث إن تقديم خدمات للأطفال وبشكل يناسب حاجاتهم النمائية من خلال تصميم برامج فردية لتنمية كفاءاتهم الذاتية في الجوانب الجسمية، المعرفية، اللغوية، الانفعالية، الاجتماعية، فضلاً عن إشراك أفراد الأسرة وإعدادهم للتعامل بشكل أفضل مع إحتياجات طفلهم وتبليتها. وتسعى برامج التدخل المبكر إلى الإسهام في تحسين وتنمية جهود خدمات التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة. (فرحاتي، العدروس أبو العينين، محمد المقدمي، سعيد الطلي، 2015، ص35)

لذلك فإن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص أو إلى تجاهل التوحد، أو إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطوير. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحد يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقديم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

*طبيب أعصاب. *أخصائي علاج لغة وأمراض نطق.

*طبيب أطفال متخصص في النمو. *أخصائي تعليمي.

*طبيب نفسي. *أخصائي علاج مهني.

*أخصائي نفسي. (متولي، 2015، ص22-23)

وترجع صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة عوامل:

العامل الأول: أن أعراض التوحد تشترك مع أعراض إعاقات أخرى أو تتشابه معها مثل التخلف العقلي، ومع الإعاقات الانفعالية، بل ومع الفصام.

العامل الثاني: أن البحوث التي تجرى على التوحد بحوث حديثة نسبياً.

العامل الثالث: المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد أو ربما التوقف الملحوظ لنمو الاتصال بين الطفل الذي يعاني اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به، كما أن عائداً قد يوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي يترتب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي، ونمو القدرات العقلية. (محمد سليمان، 2014، ص107)

8- أدوات تشخيص التوحد:

تحتاج عملية تشخيص الاضطراب التوحدي إلى متخصص متدرب واعى ذو خبرة عملية عالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، وبالتالي فقد تعددت وتنوعت أدوات التشخيص ووجهات النظر من قبل المتخصصين والباحثين في ذلك منها:

- التشخيص الطبي المبكر:

التشخيص الطبي يبدأ بطرح كثير من الأسئلة عن الحمل والولادة، التطور الجسمي والحركي للطفل، أمراض سابقة، السؤال عن العائلة وأمراضها، وأسئلة يوجهها الأطباء للآباء عما إذا كان طفلهم:

*لم يتقوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرا.

*لم تتنموا عنده المهارات الحركية(الإشارة، التلويح باليد، إمساك الأشياء) في سن 12 شهرا.

*لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهرا.

* لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهرا.

*عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

وهذا لا يعني في ظل عدم توافرها أن الطفل يعاني من اضطراب التوحد، لأنه لا بد وأن تكون هناك تقييمات من جانب المتخصصين في مجال الأعصاب، الأطفال، الطب النفسي، التخاطب، التعليم، والقيام بالكشف الطبي وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب مثل صورة صبغيات وقد يسأل الخلية، وتخطيط المخ EEG وأشعة مقطعية للمخ CTscan وأشعة بالرنين المغناطيسي MRI

الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى اضطراب التوحد ولكن قد تكون مصاحبة له مثل وجود التشنج وغيره. وهناك بعض الفحوصات الطبية الضرورية التي ينبغي إجرائها على الأشخاص ذوي اضطراب التوحد ومن المهم أن نعرف أنه لا يوجد أي تحليل أو أشعة تثبت أن الطفل مصاب باضطراب التوحد ومعظم الاختبارات والتحليل المطلوبة بهدف استيعاب أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لاضطراب التوحد:

*فحص الحمض النووي DNA Analysis

*فحص كروموزوم Chromosom

*فحص الأيض للبول والدم Metabolic Testing

*فحوصات نسبة الرصاص في جسم الطفل Lead Testing

*التصوير العملي Functional Imaging

*التخطيط الكهربائي Electronic Phalugia Phs

*الكشف بالمسح المحوري الآلي CT scans

*فحص للسمع Hearing Test

*فحص للنظر Eye Test

*فحص الحساسية لدى الطفل لكل من الفلوتين والكاسين والخمائر.

*فحص مستوى المكونات الغذائية مثل المعادن والفيتامينات عند الطفل.

*فحص نفاذية الأمعاء.

وأثناء التشخيص الطبي لاضطراب التوحد يجب التطرق إلى عدد من الوسائل حيث يسهم كل منهما بدور مهم في عملية التشخيص:

-التاريخ الوراثي للحالة: هناك أدلة غير قاطعة علة أن التأثيرات الوراثية تؤدي دورا في التشخيص من الإكلينيكي لاضطراب التوحد، وتتفق كل التقارير على أن (2%) أشقاء ذو اضطراب التوحد مصابون بالتوحد، وهو معدل يزيد 50مرة عن معدل في المجتمع بصفة عامة.

- التاريخ التطوري للحالة: يعد التعرف على التاريخ النمائي من أهم العوامل المساعدة على التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد، وذلك من خلال إجابة الأم على مجموعة من الأسئلة تتعلق

بتطور نمو الطفل، والأعراض التي تظهر عليه في الأشهر الأولى من عمره. ويتم السؤال عن تطور النمائي للطفل منذ الولادة وفي مراحل الطفولة الأولى خصوصاً في الأشهر الأولى.

- **تاريخ الحمل والولادة:** يساعد التعرف على التاريخ الطبي للأم أثناء الحمل في تشخيص حالات التوحد، فالتاريخ المرضي للأم في مرحلة الحمل وتعرضها لأي حوادث مثل النزيف الرحمي والحصبة الألمانية أو أخذ الطعم الواقي منها أثناء الحمل أو التوكسوبلازموس أو أي أمراض فيروسية أخرى أو أعراض الحساسية المختلفة أو الإدمان على الكحول وغيرها من العوامل المختلفة.

كذلك طريقة الولادة ومدتها ومدة الحمل ووزن الطفل عند الولادة وتعرض الطفل لأي التهابات من المؤشرات القوية على الإصابة بهذا الاضطراب.

- **تشخيص السلوك:** هناك نقاط عديدة يجب على الأهل ومن يهتم بالطفل الإجابة عليها لكي تستخدم لتقييم السلوك، وهذه النقاط تعطي تقييماً عاماً وليس محدداً لاضطراب التوحد كمرض بحد ذاته مثل ما يقوم به الوالدين المراقبة المباشرة للسلوكيات، والقيام بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في المنزل والمدرسة.

والتشخيص السلوكي يعتمد على الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل في التواصل مع الآخرين، وملاحظة مستوياته في النمو، ويمكن اعتبار طريقة الملاحظة من أكثر الطرق شيوعاً واستخداماً في تشخيص اضطراب التوحد، حيث أنه من الممكن الاعتماد على الخصائص والمظاهر الخارجية للطفل ذوي اضطراب التوحد، ملاحظته في المواقف المختلفة والقيام بتسجيل شدة وتكرار الاستجابات وأشكال السلوك المختلفة التي تصدر عنه.

(فرحاتي، العدروس أبو العينين، محمد المقدامي، 2015، ص46)

بشرط أن تتم هذه الملاحظة بشكل مباشر، وأن يقوم بها اختصاصي ومدرّب على أعلى مستوى من التدريب في الملاحظة بشكل عام وملاحظة الطفل التوحدي بصفة خاصة، وأن يكون على علم ودراية وخبرة بنمو الطفل العادي وتطوره حتى يستطيع أن يتم تشخيص مثل هذه الحالة على أساس من

ملاحظة ما يصدر من سلوك وأفعال وأقوال تشير إلى أن هذا الطفل ليس طبيعياً، وحيث أن سلوكيات الطفل التوحدي فيها كثير من التجاوزات والانحرافات والغربة عن سلوكيات الطفل العادي.

ولكي تكون ملاحظة جيدة نقوم بتهيئة البيئة بشكل معين وألعاب محددة تساعد على التأكد من الملاحظة، كما يستطيع المختص أن يستخدم وسائل معينة للتحقق من صحة الملاحظة التي سجلها كالتسجيل الصوتي وآلات التصوير كالفديو حيث أن استخدام هذه الوسائل تجعل الباحث على درجة من الثقة بنتائج الملاحظة. (إسماعيل، 2009، ص83)

- **التشخيص النفسي (الإختبارات النفسية):** يتفق المشتغلون في مجال علم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة على أن الاختبارات النفسية أداة أساسية لاختبار عينة معينة أو تصنيف العينة على مجموعات للبحث والدراسة، وأنها أكثر أهمية في التشخيص. (إبراهيم، 2009، ص88)

وتقييم حالة الطفل من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية، الإجتماعية، الإنفعالية، السلوكية، التكيف، ومن هذا التقييم يستطيع الوالدين والمعلمين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم. (الفرحاتي، العدروس أبو العينين، محمد المقدامي، 2015، ص47)

وأنها من الأدوات الأكثر إمدادا للباحث بالمعلومات الدقيقة، وخاصة فيما يتصل بالتشخيص كأساس لإجراء عمليات التوجيه والإرشاد والعلاج النفسي، حيث أنه من أدق الأدوات التشخيصية التي يثق بها الباحث لما تقدمه من بيانات ومعلومات وإشارات على درجة عالية من الصدق والثبات، لأنها تعتمد في تصحيحها على أساس من القياس والتطبيق الدقيق الذي يتميز بالموضوعية والذي يتم وفق الضبط والخطوات العلمية البحتة. هذا ويمكن تطبيق الإختبار النفسي على المستوى الفردي والجماعي حسب الحالة المطلوب قياسها أو تشخيصها، ومدى الدقة المطلوبة في قياسها. (إسماعيل، 2009، ص88)

- **التشخيص الأكاديمي:** يمكن القيام بالتشخيص الأكاديمي من خلال استخدام التقييم المنهجي (باستخدام أدوات قياس) والتقييم غير الرسمي (باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين)، والغرض من ذلك تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

*المهارات قبل الأكاديمية (الأشكال، الحروف، الألوان).

*المهارات الأكاديمية (القراءة، الحساب).

*مهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام).

*طريقة التعلم ومشاكلها.

- **تشخيص التواصل:** من المهم تشخيص مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التشخيص يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

ومن ثم فإن أول خطوة في التقييم التشخيصي للتواصل لدى الطفل هي فحص سمعه. وبعد ذلك ينبغي فحص الأعصاب الحركية والإجابة على الأسئلة التالية :

*هل يعاني الطفل من اضطرابات في النطق مثل عدم قدرته على تنسيق حركات الفم والفك لكي يصدر أصواتا مفهومة وبتسلسلها الطبيعي؟

*هل يعاني من ضعف في عضلات منطقة الفم؟

إذا كان الطفل لا يتكلم فإمكان تقويم مثل هذه الاضطرابات من خلال أداء الطفل لمهارات مثل البلع والمضغ والنفخ.

يلي ذلك التقويم النفسي للغة والتواصل، والذي يمكن أن يتم من خلال طرق متعددة ومنها:

*الاختبارات الرسمية للغة.

*ملاحظة كيفية تواصل الطفل في بيئات مختلفة ومع أشخاص مختلفين ومن ثم مقارنة طريقة تواصله مع المعلم أو الأطفال.

*تجميع معلومات من خلال مقابلة الأهل أو المعلمين.

إلا أننا لن نستطيع تحديد المستوى اللغوي للطفل بشكل دقيق من خلال ما يقوله الوالدين فقط، ولا من خلال استخدام اختبارات رسمية لتقويم اللغة والتواصل لدى الطفل فقط وذلك لأن كلا من هذه الطرق تنقصها جوانب معينة، فالأهل قد لا يتذكرون تفاصيل معينة أو قد تكون المعلومات التي يعطونها غير موضوعية، والمراقبة غير منظمة لا تسمح بفحص عدد كبير من السلوكيات اللغوية بشكل دقيق، والاختبارات الرسمية قد لا تقيس جوانب معينة مثل المبادرة أو التواصل غير اللفظي، وبالتالي يفضل استقطاب المعلومات حول مهارات الطفل اللغوية من خلال جميع الطرق السالف ذكرها مجتمعة عوضاً عن الاعتماد على إحداها منفردة.

وفيما يخص المهارات اللغوية التي ينبغي تقويمها لدى الأشخاص ذوي اضطراب التوحد فإنها تختلف بناءً على القدرة اللغوية لدى الأطفال الذين يتكلمون والذين لا يتكلمون.

- **التشخيص الشامل للمهارات:** إن تشخيص إصابة الطفل بالتوحد يبين لنا أن هذا الطفل يعاني من صعوبات في التفاعل الاجتماعي وانحراف لغوي، وقصور في التخيل، وسلوك غير طبيعي في اللعب، وتمسك بالأعمال الروتينية.

فهذا كل ما يقوله التشخيص ولكنه لا يوضح إلى أي مدى يعاني هذا الطفل من تأخر عند مقارنته بالآخرين، ولا يبين مستوى التطور لدى الشخص في مجالات مختلفة مثل الإدراك واللغة والذكاء العام والمهارات الاجتماعية وجوانب القوة والضعف لديه أو سرعته في التعلم أو أسلوبه.

(الفرحاتي، العدروس أبو العينين، محمد المقدامي، 2015، ص49)

- **المقابلة:** تعد المقابلة من أهم وأبرز الأدوات و الوسائل التي تستخدم في مختلف ميادين العلم والمعرفة والثقافة وهي أكثر أهمية في مجالات التشخيص والعلاج الإكلينيكي، بشرط أن يكون الاختصاصي مدركا تماما

الإدراك أنه ليس الهدف منها تشخيص وتصنيف الحالة فقط بل من بين أهدافها الكشف عن ديناميات الحالة، وأن تعد أسئلتها على أساس أهداف محددة ذات صياغة دقيقة بما يساعد على الحصول على المؤشرات و العلامات التي تساعد على التشخيص، وأن يراعي في إعدادا المقابلة المستوى العلمي والمعرفي والثقافي لمن تجرى معهم المقابلة حتى تفهم الأسئلة فهما صحيحا، وبالتالي تتم الإجابة عنها بدقة متناهية.

ويوصى الكثير من يعملون في هذا المجال أن تكون المقابلة الإكلينيكية على درجة من الصدق والثبات كأساس للاطمئنان على المعلومات والمؤشرات التي تستمد من هذه المقابلة ومن أجل هذا أكدوا على أن تبنى المقابلة على أساس من المعايير التشخيصية المعترف بها في هذا المجال، وألا تزيد فترة تطبيقها عن ساعة ونصف على الأكثر حتى يستطيع أن يتوصل الفاحص على معلومات حقيقية ودقيقة.

- **دراسة حالة:** اعتمد كثير من الباحثين والعلماء على أداة دراسة حالة كوسيلة من الوسائل الأساسية التي تساعد على تشخيص الحالة وتحديداتها، ولهذا تعددت مضامين ومحتويات دراسة حالة من باحث إلى آخر ومن حالة إلى أخرى حسب الهدف الذي أعدت من أجله على اعتبار أنها تسهم بقدر كبير في عملية التشخيص الدقيق، باعتبارها حجر زاوية التي ينطلق منها الباحث للإرشاد والعلاج، حيث أن المعلومات التي تمدنا بها الدراسة حالة تعتبر معلومات شاملة عن الحالة التي يتصدى المرشد أو المعالج لعلاجها. ولهذا لا بد أن يراعي هذه الأداة أن تتضمن تعدد مصدر المعلومات عن تاريخ نمو الحالة وتطورها في الأسرة وتاريخ تطور الفرد والإصابة بالأمراض الجسمية وظروف الولادة والعوامل البيئية المحيطة بالفرد لما لها من تأثير على النمو النفسي والاجتماعي وكذلك جمع معلومات عن

نشاطها البدني وجهدها التي تبذله في اليوم ورغباتها التي تسعى لإشباعها ومدى انتباهها وتطورها، بالإضافة إلى تثبيت البيانات العامة للفرد. (إسماعيل، 2009، ص 85-86)

- اختبار (Cars) Childhoodautismratingscale :

هو مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة وهو من أهم الأدوات التشخيصية الذي وضعه سكديلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمس عشرة مقياس هما كالتالي:

- 1-العلاقة مع الآخرين-2-التقليد-3-استعمال الجسم-4-استعمال الأشياء-5-التكيف مع التغيرات-
- 6-الاستجابة البصرية-7-الاستجابة السمعية-8-استجابات الطعم والشم والتذوق واستعمالها-9-
- الخوف والعصبية-10-الاستجابة الإنفعالية-11-التواصل اللفظي-12-التواصل غير اللفظي-13-
- مستوى النشاط والفاعلية-14-ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية-15-الانطباعات العامة.

ولكل بند من البنود أربع درجات من (1-9) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين (15-60) ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية:

*إذا كانت درجة المفحوصين أقل من (30) يعتبر غير مصاب بالتوحد.

*إذا كانت درجة المفحوصين بين (30-36) يعاني من درجة متوسطة من التوحد.

*إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن (36) يعاني من توحد شديد. (الشرقاوي، 2018، ص 156)

- **اختبارات الذكاء:** إن قياس درجة ذكاء الأطفال التوحديين في سن مبكرة أمر هام حتى قبل أن يتلقوا تدخلا مبكرا بل يتفق الباحثون في مجال التوحد على أن اختبارات الذكاء يجب إجراؤها على جميع الأطفال التوحديين لأسباب عديدة منها:

*التعرف على درجة ذكاء الطفل قد يحدد كفاءة البرنامج، إن اختبار الطفل قبل المعالجة وبعدها يوضح مدى تقدم الطفل في برامج التدخل المبكر ويتقلص احتمال تغير نتائج اختبارات الذكاء بعد سن الخامسة أو السادسة.

*إن إجراء الاختبارات يساعد إلى حد بعيد في وضع الخطة التعليمية للطفل فإذا كانت درجة ذكاء الطفل منخفضة مثلاً فلا بد من وضع أهداف تعليمية تتلاءم مع مستوى إدراك الطفل، وإلا أصبحت عملية التعليم شيئاً محبطاً للمعلم والطفل معاً، كما أنه إذا حصل الطفل على درجة مرتفعة في اختبارات الذكاء فسوف توضع له خطة تعليمية ذات أهداف تتلاءم مع مستواه الإدراكي مع التركيز على إعدادة لتعلم طفل توحدي ذي درجة ذكاء مرتفعة تختلف عن مثيلتها لمن لديه درجة ذكاء منخفضة.

*يساعد فحص درجة ذكاء الطفل في تحديد الفصل المناسب له، فعلى سبيل المثال إذا كان لطفل توحدي درجة ذكاء طبيعية فقد يخطط المعلم لدمجه في مدارس عادية بعد عدد من السنوات يتلقى الطفل خلالها التدخل المناسب لتعليمه بعض المهارات اللغوية والاجتماعية والسلوكية.

*ستكون توقعاتنا لمدى سرعة تعلم الطفل أكثر مصداقية وسنستطيع بالتالي للتخطيط لتعليم الطفل بطريقة أفضل.

*من خلال تفسير نتائج اختبارات الذكاء يستطيع المعلم أو المختص معرفة كيفية تلقي مخ الطفل للمعلومات وتعلمها، وبالتالي يسهل تحديد نقاط الضعف والقوة لديه من خلال مقارنة الاختبارات التي أحرز فيها درجات متدنية مع الاختبارات التي أحرز فيها درجات مرتفعة. و لكن من المؤسف أن معظم تقارير تشخيص حالة الأطفال التوحيديين لا تشتمل عادة على نتائج اختبارات الذكاء، الأمر الذي

يجعل والدي الطفل والمختصين في حيرة أمام العديد من التساؤلات حول طرق وبرامج التعليم المناسبة له.

وهناك اختبارات عديدة لقياس درجة الذكاء، أكثرها استخداماً هما مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

ومقياس ويكسلر للذكاء، ولمقاييس ويكسلر عدة أنواع Stanford Binet Scale of Intelligence

منها ما هو مخصص للبالغين، وآخر للأطفال وثالث للأطفال في سن ما قبل الدراسة، وتتشابه الأنواع الثلاثة من حيث التصميم. وسنعرض فيما يلي المقياس المخصص للأطفال والذي يعرف باسم مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال: الطبعة الثالثة كمثال على اختبارات الذكاء، ويحتوي هذا الاختبار على عدة اختبارات فرعية تنقسم على جزئين عامين هما:

جزء لغوي وآخر عملي، ويعطي الاختبار 3 درجات ذكاء:

* حاصل الذكاء اللغوي والذي يعتمد على الاختبارات الفرعية للجزء اللغوي.

* حاصل الذكاء العملي والذي يعتمد على الاختبارات الفرعية للجزء العملي.

* حاصل الذكاء الكلي والذي يعتمد على نتائج الجزئين اللغوي والعملي.

(علي الشامل، 2003، ص234)

أما اختبار ستانفورد بينيه للذكاء هو اختبار فردي يطبق على الأطفال من عمر سنتين إلى مرحلة المراهقة ويتضمن الاختبار أربعة مجالات أساسية وهي:

* الاستدلال اللفظي. * الاستدلال المجرد والبصري.

* الاستدلال الكمي. * الذاكرة قصيرة المدى.

(الجلبي، 2015، ص70)

- **التشخيص الفارقي:** بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد وتحديد السمات أو العلامات المميزة لهؤلاء الأطفال إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل، ويرى كثير من العلماء أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين أعراض التوحد وأعراض أخرى عديدة منها التخلف العقلي، الفصام، اضطراب اسبرجر، متلازمة ريت والإعاقة السمعية.

ويقصد بالتشخيص الفارقي العملية التي يتم العمل من خلالها على استثناء الاضطرابات الأخرى التي تتقاطع مع التوحد في بعض المظاهر السلوكية وذلك للتأكد من مدى دقة التشخيص المعطى للطفل قبل اتخاذ القرار الخاص بنتائج التشخيص المرتبطة بالطفل. (الجابري، 2010، ص24)

9- علاج التوحد:

هناك أسباب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي كالاتي:

-العلاج النفسي: كان استخدام جلسات العلاج النفسي كأحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من القرن، وكان أحد الأهداف الأساسية للعلاج النفسي هو إقامة علاقة ودية ونموذج متساهل محب ويشتمل على مرحلتين:

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل الإشباع والأرضاء.

- العلاج السلوكي: اقترح الباحثون استخدام أساليب علاجية سلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج التوحد سواء تم ذلك في البيت أو بواسطة الآباء أو في الفصول الدراسية خاصة لعدم استطاعة التوحديين في فصول عادية لسلوكهم الفوضوي وقصورهم الإجتماعي، ويمكن تقديم برامج تعديل السلوك لأنها:

*تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز عليها حاجات المتوحد.

*تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من المختصين.

*تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير، ومن السلوكيات التي يمكن تعلمها نذكر:

مهارة تعلم اللغة والكلام، السلوك الاجتماعي الملائم، اللعب بالألعاب ملائمة، المزاجية والقراءة، المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام. (سوسن، 2010، ص130-131)

- **العلاج باللعب:** يساهم اللعب في بناء الجانب الجسمي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز وبعض الحركات الأخرى، وأيضا جانب إخراج انفعالاته النفسية كالخوف، القلق، التوتر من خلال الألعاب المتنوعة فيصبح الطفل هادئا ومستعدا لتلقي أي مداخلات تنمي مهاراته اللغوية، ويتعلم أيضا من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب وقوانينها وإقامة علاقة بينه وبين المعالج، ومن خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطين به. (سعد، 2008، ص97)

- **العلاج بالتكامل الحسي:** أن العلاج بالتكامل الحسي مأخوذ من علم الآخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن الخلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض التوحد. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل أطفال التوحد يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي. (عامر، 2008، ص109)

- **العلاج بالحمية الغذائية:** أشارت عدة دراسات إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازيين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد السلوكية وخاصة لدى أطفال التوحد اللذين لديهم خلل بالأمعاء والمعدة، وهو ما يعرف بالأمعاء المرشحة حيث تسمح هذه الأمعاء لبعض الأطعمة الغير مهضومة بشكل كامل والتي تحتوي على الكازيين والجلوتين بالمرور إلى مجرى الدم ومنه إلى الدماغ

هذه، الأطعمة المهضومة جزئياً تحتوي على بيبتيديات لها تأثير تخذيرات وتحدث أضرار مثل أي مخدر، وهذه المخدرات من الممكن أن تسبب اضطراب التوحد.

والجدير بالذكر هنا بأن ليس كل الأطفال الذين لديهم توحد يعانون من مشاكل بهضم الجلوتين والكايزين وبالتالي فهذا النوع من العلاج لا يفيد إلا الأطفال الذين لديهم مشاكل فعلية بالمعدة والأمعاء. (المغلوث، 2006، ص62)

- علاج الحياة اليومية (طريقة هيجاشي): طور هذه الطريقة الدكتو كيو هيجاشي ويعتمد على تدريب الطفل المتوحد ضمن مجموعة من الأطفال التوحديين أو الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، تركز هذه الطريقة على الأنشطة الجماعية بين الأطفال التوحديين فيما بينهم، وكذلك مع أسرهم، مع الإهتمام بالموسيقى والدراما والفن والمخيمات. (الزريقات، 2004، ص145)

- العلاج بالموسيقى: هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين وتكون نتائجه جيدة، فقد ثبت على سبيل المثال أو العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الإجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله اثار ايجابية في تهدئة الأطفال التوحديين، وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك و الاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل. ويعتبر العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحد شكلاً من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها ووفقاً لما تقره الجمعية الأمريكية للعلاج بالموسيقى فإن العلاج بالموسيقى يعد بمثابة أحد انماط العلاج. (متولي، 2015، ص281)

- العلاج الدوائي: يركز العلاج بالأدوية على أعراض معينة، كفرط النشاط والحركة، والانفعال الشديد خلال الطفولة المبكرة، ونقص بعض المواد الغذائية وقد أجريت العديد من الدراسات حول استخدام العقاقير الطبية في علاج التوحد، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسات فعالية الكثير من الأدوية في خفض

أعراض معينة، حيث أثرت هذه العقاقير في النشاط الزائد والسلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات الإنفعالية والعدوانية. (العبادي، 2011، ص85)

خلاصة:

من خلال سرد لكل ما يتعلق بالتوحد، استنتجنا أنه من اشد الاضطرابات وأكثرها خطورة وتعقيدا نظرا لتزايد انتشاره السريع في العالم، وهذا راجع لعدم تحديد أسبابه الحقيقية.

كما أن الأدوات التشخيصية مازالت غير قادرة على التشخيص الكامل خاصة في سن مبكرة.

لذلك فهو يحتاج إلى عناية كبيرة رغم أن أغلب أنواع العلاج تهدف إلى تخفيف حدة أعراضه فقط.

التدخل المبكر

الفصل الثالث: التدخل المبكر

- تمهيد

1- نبذة مؤخرة عن تطور التدخل المبكر

2- تعريف التدخل المبكر

3- فاعلية التدخل المبكر

4- مبررات التدخل المبكر

5- أهمية التدخل المبكر (في مجال اضطراب التوحد)

6- فريق عمل في التدخل المبكر

7- دور الأسرة في التدخل المبكر

8- فئات الأطفال المستهدفة من التدخل المبكر

9- أساسيات التدخل المبكر و طرق الوقاية

- خلاصة

تمهيد:

إن التدخل المبكر نظام خدماتي متنوع وهو مجموعة من الاستنتاجات تقدم للأطفال الصغار المعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة، بغرض تعزيز قدراته وتنمية مهارات المحيطين به لمساعدته من خلال فريق متعدد التخصصات في عدة مجالات.

لذا في هذا الفصل سنذكر فريق عمل التدخل المبكر، فاعليته، ودور الأسرة في ذلك، مع ذكر الفئات المستهدفة مروراً بأساسياته ووصولاً إلى طرق الوقاية.

1- نبذة مؤخرة عن تطور التدخل المبكر:

يبدو أنه من الصعب تتبع نشأة التدخل المبكر وبرامجها تاريخيا خاصة وأن مصطلح التدخل المبكر كان مستخدما منذ القدم في العلوم الطبية والجراحية، ولقد شاع بين الناس منذ القدم وهذا دلالة على أن الإنسان كان يدرك منذ زمن بعيد بأن المدخل الوقائي أفضل من التدخل العلاجي، أي أن محاولة منع حدوث الإصابة معهم ويأتي في المقام الأول قبل العلاج.

ولكن مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة لم تكن بالمستوى الذي بلغته الآن، ويرجع ذلك إلى ما أجري من أبحاث علمية مستفيضة سمحت بتطوير وسائل فاعلة للوقاية لم تكن معروفة أو ممكنة في الماضي، وإجمالا فيمكن تناول وعرض ما حدث من تطورات للدخل المبكر وبرامجه من حيث طبيعتها وأهدافها من خلال تناولها عبر عدة مراحل رئيسية هي:

المرحلة الأولى: وكان التدخل المبكر خلالها يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.

المرحلة الثانية: وقد أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم.

المرحلة الثالثة: وفيها أصبح جل الاهتمام منصبا على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثرا على النمو الطفل.

فقد أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا، حيث انه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعوقين لأسباب بيولوجية أو بيئية.

هذا ويبيد الباحثون والمهتمون في ميدان التربية الخاصة إهتماما متزايدا ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ويتجلى ذلك الإهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد

المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة، وتطوير أدوات القياس والتقييم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة واعتماد نتائج البحوث العلمية أساساً وموجهاً لبرامج التدخل.

وهكذا فإنه وبعد أن ظهرت الفائدة من التدخل المبكر اتسع انتشاره في جميع بلدان العالم ومع كل الإعاقات لما كان له من تأثير نافع ومفيد في حياة المعوق، حتى أصبح هذا الإهتمام علامة مميزة للمجتمع المتحضر. (الصباطي، الشحات، العمرى، ص20)

2- تعريف التدخل المبكر:

تعددت تعريفات التدخل المبكر وأصبحت أكثر شمولية فلم تعد قاصرة على إعاقة واحدة فقط بل أصبح يشمل كل فئات الأطفال المعوقين الذين يواجهون مشكلات في مراحل نموهم لذلك:

- يشير مصطلح التدخل المبكر إلى الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة مثل تأخر النمو، الإعاقة بأنواعها المختلفة والاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية، هذا وتتفاوت كثافة وتركيز برامج التكفل المبكر حسب نوع المشكلة، فالمدة الزمنية تختلف حسب حالة كل طفل ويتمثل الغرض من برامج التكفل المبكر في مساعدة طفل ذوي الاحتياجات الخاصة على النمو والتطوير إلى أقصى درجة يمكن الوصول إليها. (علي كامل، 2005، ص56)

- وهو نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدم للأطفال الصغار من عمر صفر حتى 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة.

- ويشير تعريف آخر إلى أن التدخل المبكر هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية

والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية

والنفسية اللاحقة.

ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين وإنما يشمل أيضا أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي. (القمش، الجوالده، 2012، ص106)

- ويعرف على أنه مجموعة شاملة من الخدمات التعليمية والاجتماعية و التربوية والنفسية والصحية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين هم عرضة لخطر التأخر الفكري.

و يشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، و هكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور و قدراتهم على مساعدة الأطفال على النمو و التعلم. لذلك لا بد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الاحتياجات قدر الإمكان.

و يعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر و مرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها و يعتمد على الكشف النمائي و الاختبارات البيئية و الصحية و الوراثية و عوامل تتعلق بالأم الحامل و بالجنين و بفترة الحمل و فترة الولادة و ما بعدها و للأطفال الذين يعانون من حالات كبر الرأس أو صغره. (اسماعيل خير الله، 2013، ص182-183)

- و يعني التدخل المبكر أيضا التعامل مع المشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكانيات في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء و المحيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية و لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل و أسرته و بيئته.

- و التدخل المبكر هو ما يطلق على كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمو، و التدخل يكون في الفترة الممتدة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة و الفترة التي يصل فيها

الطفل لسن المدرسة، و هذا يتضمن العملية كلها ابتداء من إمكانية التعرف المبكر و التتبع حتى لحظة التدريب و الإرشاد. (القمش، الجوالده، 2014، ص105)

3- فاعلية التدخل المبكر:

لم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر، فقد قام كاستو و ماستروبيري بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجنا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي و اللغوي و الأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. واستنتج هذان الباحثان أيضا أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل :

*مبكرا أكثر.

*مكثفا أكثر.

*أكثر اهتماما بتفعيل المشاركة الأسرية.

أما بالنسبة لديمومة الأثر الناجم عن التدخل المبكر فلم تبحث سوى دراسات محدودة في هذا إلا أن الدراسات التي أجريت حول الأطفال الأقل حظا أشارت إلى أن التأثيرات الإيجابية لبرامج الإثارة المبكرة للأطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت. (محمد فضل محمد، 2009، ص88)

4- مبررات التدخل المبكر:

للتدخل المبكر مبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والدارسين في هذا المجال، ويمكن تلخيص

المبررات في الجوانب التالية:

*أكدت جميع نتائج الدراسات و الأبحاث النفسية و التربوية أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل.

وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرات الطفل العقلية و الحركية و تحسن في سلوكه الاجتماعي و الانفعالي، ويعتبر الدراسات الميدانية وما ترتب عليها من تحسن ملموس لدى الحالات المستفيدة أكبر دليل على قيمة تلك البرامج و آثارها الإيجابية.

*أن توفير مثل هذه البرامج قد يخفف أو يمنع الإعاقة و بالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة، مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد و التكلفة المادية المتوقعة لاحقا و المترتبة على تقديم خدمات تربوية متخصصة، وهكذا فإن توفير برامج غنية بالمشثرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم و المهارات الضرورية سواء أكانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية و ذلك وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة.

*على صعيد الأسرة فإن للتدخل المبكر أثر بالغ في تكييف الأسرة و التخفيف من الأعباء المادية و المعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها، إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة و إبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية و إسهامها في تنفيذ تلك البرامج.

و على الرغم من توفير مختلف أشكال المبررات و القناعات اللازمة لتطوير و إعادة برامج مدروسة في التدخل المبكر، فإن ما قامت به مختلف الدول النامية من إجراءات في هذا المجال يعتبر محدودا و قاصرا بكل المقاييس.

و قد يعود السبب في ذلك إلى محدودية المعطيات الفنية أو عدم توفر الإمكانيات المادية أو الكوادر الوطنية اللازمة للتخطيط و تنفيذ مثل هذه البرامج. وهكذا فإن التحدي الذي تواجهه معظم الدول المعينة برعاية المعوقين و التي تعاني من محدودية المصادر سواء من حيث النواحي المادية أو البشرية يتمثل

في تطوير و تنفيذ خطط و استراتيجيات مدروسة يتم من خلالها تقديم خدمات ملائمة و فعالة لأكبر عدد من المعاقين.

و انطلاقا من هذا فإن التدخل المبكر و ما يبرره و بشكل فعلي و فيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر و التي أشار إليها فيويل و غيرهم و هي:

*إن السنوات الأولى من حياة الأطفال المعاقين أو المتأخرين الذين لا يقدم لهم فيها خدمات و برامج تدخل المبكر تعتبر سنوات حرمان و فرص ضائعة و ربما تدهور نمائي.

منذ الميلاد تبدأ مرحلة جيدة في تطور الدماغ تتمثل في إنشاء الشبكات و الوصلات الناقلات العصبية، و تظهر محاور الخلايا الناقلة للإشارات و الشجيرات التي تتسلم الإشارات و لذا فإن استشارة و تكرار التجارب و تنوعها أهم عاملين في عملية تطور الوصلات العصبية و تزيد عدد الشبكات، و أن وظائف الدماغ تتطور نتيجة استجابتها للمدخلات البيئية.

*إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل البيئة تلعب دورا حاسما في جوانب النمو،.

و تعرض الطفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كما و نوعها تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ و مهارات اللغة.

و دماغ الطفل في الشهور الستة الأولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه الملائمة للأصوات التي يسمعها، و في العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة ليصبح قادرا بعد (35 شهرا) في تكوين رموز عقلية للأشياء و الأحداث و الناس. ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة و تغلق في عمر 5 أو 6 سنوات و تبقى بعد ذلك فرصة تطور اللغة و إضافة كلمات أخرى و تعلم النحو المتطور.

- *إن التعلم الإنساني أسهل و أسرع في السنوات المبكرة من العمر عنه في المراحل اللاحقة.
- *إن التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم في سن مبكرة باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطرابات في الأعمار اللاحقة.
- *إن الآباء معلمين لأطفالهم وهم في أمس الحاجة إلى الإعداد و التدريب للتعامل مع أطفالهم في هذه المرحلة.
- *إن معظم مراحل النمو الحرجة و التي تكون فيها القابلية للتعلم و النمو في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر، وكذلك مظاهر النمو متداخلة في التأثير و التأثير.
- *إن التدخل المبكر جدواه مثمرة و متعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، الإجتماعية، التربوية،...).
- (علي العجمي، 2011، ص16-17)
- و بمراجعة حجم و نمط المشكلات التي تعاني منها الدول النامية، فإنه يلاحظ مدى حدتها و شيوعها، و قد لخص تقرير اليونسيف الصادر عام 1989 تلك المشكلات في مجال الوقاية و التدخل المبكر بما يلي:
- *انخفاض الوعي الصحي و التعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
- *وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة، أو التي لا تتلقى الحد الأدنى من الخدمات الضرورية.
- *غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة و أسبابها و الوقاية منها و علاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.
- *انعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة، و ندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة و خاصة في مجال الوقاية و الرعاية الصحية الأولية.

*وجود عوائق مادية و جغرافية مثل عدم توافر الدعم المادي اللازم و اتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.

*غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوافرة محليا سواء كانت اجتماعية أو تعليمية و صحية.

*إن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.

*إن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي و الاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
(المرجع السابق، 2011، ص18-19)

5- أهمية التدخل المبكر (في مجال اضطراب التوحد):

تحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى برامج تدخل في وقت مبكر من التشخيص، لأن السنوات الأولى من العمر تعد سنوات حاسمة في نموهم، و خاصة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فقد أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية و التربوية، و ذلك لأن من الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة و ربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها و معالجتها في وقت مبكر جدا.

(الخطيب، الحديدي، 1998، ص325)

كما أشارت لوفاس Lovaas إلى ضرورة التدخل المبكر (قبل سن المدرسة عموما) حيث افترض

أن التدخل المبكر المكثف يمكن حوالي نصف المشاركين صغار السن من تحقيق أداء سلوكي و أكاديمي و عقلي سوي. (السيد عبد الرحمن، خليفة علي حسن، 2005، ص94)

و لقد ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر مفيد و مثمر بشكل إيجابي مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث يؤدي إلى تحقيق مكاسب في الذكاء، و الأداء اللغوي و الأكاديمي، و السلوك التكيفي.

و لكن المشكلة أن كثيرا من الأطفال اضطراب التوحد يتم تشخيصهم متأخرا، فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيصهم في سن (6) سنوات، وفي بلاد أخرى قد يتم تشخيصهم في سن (7) أو (8) سنوات.

و لقد أكدت الدراسات على أن التدخل المبكر يحسن من مال اضطراب التوحد، حيث يقلل من السلوكيات النمطية و يساعد الأطفال على تحقيق مكاسب في مهارات العناية بالذات، ومهارات التواصل، و المهارات الاجتماعية.

و يجب أن يتم التدخل في مرحلة مبكرة و ذلك لعدة أسباب منها:

*إن واحد من أفضل المنبآت بمال اضطراب التوحد لدى الطفل هو مستوى اللغة الوظيفية عند 30 شهرا. كما أن التدخل المبكر يقلل الصعوبات السلوكية الأولية، و الحركات التكرارية، و السلوك الاستحواذي و الطقوسي غير الملائم للأطفال ذوي اضطراب التوحد. (حسن عسلي، 2006، ص97)

* كلما حصل الأطفال ذوي اضطراب التوحد على قدر مناسب من الخدمات كلما ساعدهم ذلك في الاقتراب من الوضع الطبيعي لأقرانهم.

*عندما قارن لوفاس بين مجموعتين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و مجموعة تم تشخيصها قبل سن الخامسة و الأخرى بعدها، وتلقوا علاجا مكثفا كانت نتائج الدراسة أفضل بكثير من المجموعة الأخرى التي تلقت العلاج بعد خمس سنوات.

*و لقد أكدت الدراسات على أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين بدأ العلاج مبكرا حققوا نتائج أفضل من الأطفال الذين بدأ في سن متأخرة، حيث أنه يساعد في نمو الطفل بشكل عام، و يقلل من السلوكيات غير الملائمة، ويؤدي إلى نتائج أفضل على المدى البعيد، ويساعد في تحسين أداء الأطفال الأكاديمي، ومهارات التواصل، ومهارات السلوك التكيفي.

*لذلك تنصح جميع الدراسات آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد بضرورة التدخل المبكر لتأهيل أطفالهم و عموما يفضل أن يبدأ الطفل العلاج قبل أن يصل إلى سن خمس سنوات، و يكون مثاليا إذا بدأ العلاج المكثف في سن (2-3) سنوات، وهذا ضروري من أجل تعلم مهارات الحياة اليومية مثل التواصل البصري، استخدام الكلمات، عبور الشارع، و غيرها من مهارات رعاية الذات.

(أبو السعود، 2002، ص85)

و هناك مجموعة من الاعتبارات الهامة في التدخل المبكر لعلاج و تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد تتمثل فيما يلي:

*ضرورة رسم صورة مستقبلية واقعية لاضطراب التوحد و التطور الذي يمكن أن يحدث في حياة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

*عمل دورات تدريبية عن اضطراب التوحد للأطباء و معلمي التربية الخاصة و الأخصائيين النفسيين و الاجتماعيين، و أخصائي اللغة و الكلام و للآباء و الأمهات للتعرف على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

*إنشاء مراكز متخصصة في اضطراب التوحد تعني بالتشخيص و العلاج و التعليم لهؤلاء الأطفال و ذويهم.

*ضرورة التركيز في الدراسات على التدخل المباشر المبكر للتشخيص و الوقاية و العلاج المبكر بدلا من التركيز على الدراسات النظرية فقط، و يجب أن يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق بين الطفل و أسرته و بيئته.

*ضرورة دمج الأطفال ذوي اضطراب التوحد مع أقرانهم في الحياة العادية مع تقديم برامج علاجية و تربوية تساعد على خلق بيئة صالحة للنمو الاجتماعي و اللغوي و الانفعالي يشارك فيها المعلمين و الآباء و الأمهات.

*من الضروري ألا يزيد عدد تلاميذ كل فصل من فصولهم الدراسية عن 3-15 طفل، و أن يعمل معه اثنان من المدرسين بالإضافة إلى مساعدة مدرس و عدد إضافي من مدرسي الأنشطة، بالإضافة إلى الجلسات الفردية مع أخصائي التخاطب و عيوب النطق و الكلام و مدرس متخصص في استخدام الكمبيوتر كوسيلة تعليمية.

*العمل على تقديم جلسات العلاج الطبيعي و كذلك العمل على تقديم جلسات العلاج الوظيفي و كذلك تقديم البرامج التعليمية الفردية المناسبة لكل طفل منفردا. (محمود شقير، 2005، ص84)

6- فريق العمل في التدخل المبكر:

تتطلب برامج التدخل المبكر فريق متكامل من الأخصائيين من ذوي الخبرات المتنوعة من أجل الحصول على صورة شاملة لمستوى أداء الطفل ذي اضطراب طيف التوحد كما يلي:

*الأخصائي النفسي Psychologist:

له دور أساسي في التشخيص و التقويم و التطبيق المقاييس و الاختبارات النفسية المختلفة، وهو شخص ينال تدريباً في مجال العمليات العقلية و التطور و غالبا ما يكون من الحاصلين على شهادة الدكتوراه في علم النفس، وقد يكون في بعض الأحيان من حاملي شهادة الماجستير.

وله دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الكثير من الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباطات التي يحس بها الطفل و المجتمع المحيط به.

* أخصائي التخاطب Speech Therapist:

و من مهامه المشاركة في التشخيص و التقويم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوي، واضطراب النطق و عيوب الكلام، ودراسة العوامل العضوية و العقلية و المعرفية و الانفعالية المسببة

لاضطراب اللغة، ووضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب اللغة و حدته و تنفيذه و متابعته و تقويمه، ومتابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجي و اتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج.

*الأخصائي الإجتماعي Social Worker:

يوجد دور مهم للأخصائيين الاجتماعيين في الربط بين المنزل و المدرسة للوقوف على أهم المشكلات و الصعوبات التي تواجه الطفل و مساعدة الأسرة على حلها، و يتولى الأخصائي الإجتماعي مسؤولية مقابلة الوالدين و جمع تقارير الفحوصات الطبية و النفسية و تحصيل المعلومات من الوالدين.

*أخصائي طب الأطفال Pediatrician:

و هو المشرف الرئيسي عن حالة الطفل حيث يقوم بالكشف الدوري و إعطاء التطعيمات الأساسية، و قياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة و التعرف على مقدار الإصابة و ما يحتاجه الطفل من رعاية، و إعطاء الأدوية التي يحتاجها الطفل و التنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل و العائلة.

*أخصائي العلاج الطبيعي Physical Therapist:

و يتركز دوره في تقويم المهارات الحركية الكبيرة و المتمثلة في المشي، و الحبو، و وضع الوقوف، و ليس من الضروري وجود أخصائي العلاج الطبيعي ضمن فريق تقويم الأشخاص ذوي اضطراب التوحد، لأن في أغلب الحالات لا ترتبط المشكلات الحركية بصورة أساسية بالتوحد.

*أخصائي العلاج الوظيفي Functional Therapist:

يختلف أخصائي العلاج الوظيفي عن أخصائي العلاج الطبيعي، حيث يركز أخصائي العلاج الوظيفي على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية و خصوصا عضلات اليدين مثل (الأكل، و

الشرب، و الكتابة، و الرسم، و مسك الأشياء و رفعها) و عضلات الوجه و الفم مثل (الاكل، و الشرب، و الكلام) و تطوير المهارات الحسية و الحركية، و على كيفية استخدام الأجهزة التعويضية و الوسائل المساعدة.

*معلم التربية الخاصة Special Education Teacher:

و من واجباته المشاركة في تقييم و تشخيص حالات الأطفال، و المشاركة في تحديد الاحتياجات التربوية و الأكاديمية الخاصة لكل حالة، و تحديد البرامج التربوية و التعليمية سواء كان برنامجا فرديا أو نشاطا اجتماعيا لكل طفل، و تحديد الخطة التربوية و الفردية و مستوياتها، إلى جانب تحديد المواد و المصادر و الوسائل و الأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل، و تنفيذ عملية التدريس و التقويم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس و أثناءه و بعده، و متابعة التقدم و النمو التعليمي و المعرفي و المهاري و الوجداني للطفل، و المشاركة في التوجيه و الإرشاد الأسري و التعاون مع بقية الأخصائيين في فريق التدخل المبكر.

7- دور الأسرة في التدخل المبكر:

تلعب الأسرة دورا أساسيا في الاكتشاف المبكر للإعاقة على اعتبار أن الأسرة هي أقرب للقيام بمثل هذا الدور لعدة اعتبارات تأتي في مقدمتها:

*إلمام الأم بخلفية عن التاريخ الصحي للأسرة من حيث وجود علاقات، أو تعرض الأم لبعض الأمراض أو الأشعة أو تناول الأدوية أثناء فترة الحمل أو تعرض الطفل لبعض الأمراض في مراحل نموه الأولى بالإضافة إلى صعوبات الولادة.

- *إلحاق الطفل بمراكز و مؤسسات متخصصة للاستفادة من البرامج التربوية و النفسية و الصحية العلاجية لمساعدته على استعادة و استغلال ما يمكنه من قدرات جسمية و عقلية.
- *المتابعة الدورية الطبية لمنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها قدر الإمكان.
- *تقديم الخدمات التأهيلية و المساندة للطفل (علاج نطق، علاج وظيفي، ... الخ)
- *الاستفادة من برامج التوجيه و الإرشاد و التدريب قدر الإمكان لمساعدة أنفسهم على التأقلم و التكيف مع الطفل و إعاقته و الأزمات التي يمرون بها أو يمر بها الطفل.
- *بذل جهد للتعرف على النظام التربوي للطفل و حقوقه وواجباته و الخدمات المساندة و التواصل و تقبل الدعم و المشاركة في التخطيط و اتخاذ القرارات.

وفي جميع هذه الحالات تكون الأسرة هي أول ما يمكنه فحص الطفل للتأكد من سلامة أو لاكتشاف إصابته بإعاقة ما:

فالأ أسرة هي التي تعيش و تلاحظ عن قرب تطور طفلها عبر الأيام و الأسابيع و الشهور والسنوات، وتتعرف على التغيرات الإيجابية، و كذلك التغيرات السلبية التي تطرأ عليه أولاً بأول و من ثم فإنها أول من يمكنه أن يرى أن هناك مشكلة ما يعاني منها. (سليمان، 2016، ص175)

8- فئات الأطفال المستهدفة من التدخل المبكر:

من الصعب على المختصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر و ذلك للأسباب الآتية:

*الطبيعة المعقدة و المتباينة لنمو الأطفال.

*عدم توافر أدوات التقييم المناسبة.

*عدم توافر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.

عدم توافر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية و البيولوجية من جهة و الإعاقة من جهة أخرى.

و لكن بالرغم من كل ذلك فإنه توجد معايير معتمدة تساعد على تحديد التأخر أو الانحراف النمائي التي تختتم بنسبة التأخر و الانحرافات المعيارية عن المتوسط.

و على كل حال فقد أشار فوستر Foster1993 إلى أنه توجد ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب

حصولهم على خدمات التدخل المبكر وهم:

- الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد.

- الأطفال الذين هم في حالة خطر بيولوجي.

- الأطفال الذين هم في حالة خطر بيئي.

و يضيف بن Benn1993 فئة أخرى رابعة و هم الأطفال المتأخرين نمائيا.

و يلاحظ بأن كل هؤلاء الأطفال هم في خطر سواء كان الخطر محدد و معروفا حاليا، أو يتوقع حدوثه في المستقبل.

و يمكن عرض كل من منهم بإيجاز في الآتي:

*الأطفال ذوو ظروف خطر قائم:

و هم الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد، ومعروف في الغالب أسبابها و أعراضها. وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية، مصل زملة دوان و حالة الفينيلكتيون و هي أحد أنواع يوريا (RKU) اضطرابات الأيض و التشوهات الخلقية، و الاضطرابات العصبية

مثل الشلل الدماغي والاضطرابات الحسية) ، و الأطفال في هذه الفئة ليس من الضروري أن يظهر عليهم حاليا تأخر نمائي، و لكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن 90% أو 65% كما يذهب البعض و المحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبي.

*الأطفال ذوو خطر بيولوجي:

و هم أطفال لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الوضع أو بعد الميلاد يرجع وجود خطورة بيولوجية على النمو الجهاز العصبي المركزي. و الأطفال في هذا الفئة لا يوجد لديهم حاليا عجز أو إعاقة، و لكن هذه الظروف البيولوجية تزيد من احتمال ظهور تأخر نمائي أو مشكلات في التعلم في المستقبل إذا لم يحدث تدخل علاجي. و توجد قائمة مجددة لهذه الظروف الخطرة ثم وضعها في ضوء نتائج الدراسات و البحوث. و المحك المستخدم هنا وجود عامل واحد على الأقل من هذه القائمة اعتمادا على القرار فريق التقييم متعدد التخصصات.

ومن أهم عوامل الخطر البيولوجي إدمان الأم الحامل للمخدرات، و الولادة المبكرة ووزن قليل للطفل الوليد، و نظرا للتقدم الذي حدث في العلوم الطبية فقد اختلف معايير الولادة المبكرة و قلة الوزن التي تجعل الطفل الوليد في خطر بيولوجي، فالولادة أصبحت في عمر 25-26، و الوزن أصبح 5,1 كجم أو أقل مع ملاحظة أن الكثير من الأطفال يولدون في الظروف خطر بيولوجي أو طبي يحدث لهم شفاء من هذه الظروف بدون تدخل علاجي رسمي.

*الأطفال ذوو خطر بيئي:

الأطفال في هذه الفئة لا يعانون من اضطرابات بيولوجية أو وراثية، و ظروف الحمل و الولادة كانت عادية، و لكن نوعية خبراتهم المبكرة و الظروف البيئية التي ينشأون من خلالها تمثل تهديدا محتملا للنمو السوي للطفل، كما ترجع ظهور مشكلات سلوكية و معرفية و انفعالية في المستقبل، و تتعلق عوامل الخطر هنا بنوعية رعاية الأم، والاستشارة المتوافدة، سوء التغذية، نقص الرعاية الطبية، و بيئة الأسرة الفقيرة اقتصاديا و ثقافيا. المحك المستخدم هنا أيضا يعتمد على قرار فريق التقييم متعدد التخصصات.

*الأطفال المتأخرون نمائيا:

يضعها البعض ضمن الفئة الأولى، وهو الأمر الشائع كما ذكرنا، و البعض الآخر يعتبرها فئة منفصلة اعتمادا على حدوث التأخر النمائي بالفعل لدى الطفل في أول سنتين من العمر في مجالين أو أكثر من مجالات النمو.

و يستخدم هذا القياس النفسي و المحك الإكلينيكي. ويعتبر حصول الطفل على درجات تتراوح بين واحد إلى اثنين انحراف معياري دون المتوسط على قياس مقنن للنمو دليلا على وجود تأخر نمائي، أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات يستخدم مصادر متنوعة و يصدر حكما على الملائمة النمائية لقدرات الطفل. (الصباطي، الشحات، العمرى، ص8-9-10)

هذا و تندرج فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر في الأدب التربوي تحت ثلاث فئات رئيسية هي:

*الأطفال بموضع الخطر الحاصل:

وهم الأطفال الذين تم إعطائهم تشخيصا طبيا يرتبط بتأخر في النمو في مجالات التطور و ذلك بسبب إعاقة واضحة مثل متلازمة داون، وشلل دماغي.

*الأطفال بموضع الخطر المحتمل:

و هم الأطفال الذين لديهم احتمالية عالية لأن يصبح لديهم تأخرات نمائية و تطويرية لاحقا، و ذلك بسبب عوامل خطر بيولوجية مثل الولادة المبكرة، الخدج، الوزن القليل عند الولادة، أو لتعرض الطفل لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية قد تحد من تجارب الحياة اليومية مثل الفقر المدقع، معاناة أحد الوالدين من إعاقة أو مرض نفسي أو إدمان على المخدرات أو الكحول، عدم استقرار الوضع الأسري أو صغر عمر الأم عند الولادة.

*الأطفال الذين يظهرون تأخرا في النمو:

وهم الذين يظهرون مؤشرات تأخر في اثنين أو أكثر من مجالات النمو المختلفة (المعرفي، الحركي، اللغوي، الإجتماعي، الإنفعالي، العناية بالذات).

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط. كما يمكن أن تشخص التأخرات من خلال الملاحظة الإكلينيكية للأخصائيين ذوي خبرة بمجال التدخل المبكر.

ويمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر إلى سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou،1988):

*الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من الناحية:

✓ الفطرية مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

✓ البيئية.

✓ الطبية البيولوجية.

*الأطفال المتأخرون نمائياً.

*الأطفال المصابون حركياً.

*الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.

*الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.

*الأطفال شديدي الاضطراب الانفعالي مثل حالات فصام الطفولة.

*الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية:

✓ السمعية.

✓ البصرية.

✓ السمعية و البصرية معا.

(القمش، الجوالده، 2014، ص115)

9- أساسيات التدخل المبكر (مبادئ) و طرق الوقاية:

أوضح الإتحاد الاسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر أن هناك أيضا عدة مبادئ أساسية للتدخل المبكر، وهذه المبادئ تتمثل في:

***الحوار و الاندماج و المشاركة:**

فالتدخل المبكر يجب أن يساعد على معرفة الطفل اجتماعيا حيث أن التعاون بين أفراد الأسرة هدف أساسي للتدخل المبكر، قائم على احترام ثقافة و قيم و معتقدات الآباء و الإخوة و الأجداد، إلى جانب المشاركة الاجتماعية في تطوير الخطط و البرامج الموجهة للأطفال المعاقين عامة.

***المجانية و تساوي الفرص و المسؤولية العمومية:**

فأصول التدخل المبكر يجب أن تكون للجميع، و مجانا لكل الأطفال و الأسر التي تحتاج إليه، وهذه المجانية يجب أن تكون كاملة و أن تشمل على المساعدات التقنية و إلغاء الحواجز التي تمنع الدمج.

***تعدد التخصصات و التأهيل العالي للأخصائيين:**

فإعداد الأخصائيين الذين يشاركون في التدخل المبكر يقتضي إضافة إلى تكوين أكاديمي في تخصص معين، تكوينا في إطار مفاهيمي عام لكل تلك التخصصات الذي يجب أن يكون لها قدرة خاصة للتطور عبر التفكير و العمل داخل فريق، و يمكن تحديد أربعة مجالات لهذا الإطار المشترك:

- ✓ التخصص في النمو النفسي الحركي للأطفال.
- ✓ التعمق في علم النفس دينامية الأسرة.
- ✓ معرفة الواقع التشريعي و القانوني و المعياري و الخصائص الاجتماعية و الأنثروبولوجية.
- ✓ امتلاك خبرة كافية للعمل في فريق.

*التنسيق:

يستحسن أن يقوم التنسيق على بروتوكولات أساسية لإحالة و تبادل المعلومات و السجلات المعلوماتية ذات محتوى متكافئ لمجموع الدولة، فالتنسيق يضمن استمرار الخدمات، و يستحسن أن يكون لكل أسرة أخصائي تلجأ إليه عند الشك أو الاستفسار، بحيث تطمئن إليه و يعينها على تنظيم حياتها اليومية بشكل متناسق.

*اللامركزية:

أي إقامة نسق منظم حول احتياجات الأسرة في محيطها القريب، بما فيه تقديم خدمات في المنزل، و يجب أن تكون اللامركزية متساوية مع التنظيم الجيد للوصول و الدعم من طرف المصالح الأكثر تخصصا في المنطقة أو الإقامة عند الحاجة.

*توزيع المهام حسب القطاعات:

أي ضرورة حصر ميدان عمل المصالح حتى يضمن التناسب المتوازن بين الجوار و معرفة الجهة و الوسط السكني، و الوظيفة و الجودة العملية للفرق و الحجم الكافي للطلب بغية تسهيل الحصول على جميع أنواع المصالح الصحية، التربوية، أو الاجتماعية في المنطقة المنتسبة إليها. (المشرفي، 2007، ص128)

أما فيما يخص الوقاية فسوف تتضح صورتها بشكل أفضل إذا عرضناها في ضوء مستويات الإعاقة الثلاثة و هي:

أولاً: الوقاية الأولية:

و هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص في السمع أو فقد للبصر و الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

أما الإجراءات الوقاية في هذا المستوى هي كالتالي:

- ✓ التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل (الكشف عن حالات عدم توافق العامل الروزيس، إجراء الاختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض معدية أو مزمنة، الحصول على المطاعيم اللازمة.
- ✓ تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسي منها أو البكتيري (الحصبة الألمانية، التهاب السحايا،...الخ)
- ✓ امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية أثناء فترة الحمل، دون استشارة الطبيب.
- ✓ مراجعة الأم للأطباء بشكل دوري و الحصول على رعاية صحية منتظمة.
- ✓ الإرشاد الصحي.
- ✓ إزالة المخاطر البيئية.
- ✓ توعية الجماهير.
- ✓

ثانياً: الوقاية الثانية:

هي جملة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى حالة عجز، و طلك من خلال الكشف المبكر و التدخل العلاجي المبكر.

أما إجراءات الوقاية في هذا المستوى فهي كما يلي:

- ✓ الكشف المبكر عن نقص السمع أو ضعف البصر عند الأطفال.

- ✓ توفير المعينات السمعية و البصرية عند الحاجة.
- ✓ تقديم خدمات التدخل المبكر.
- ✓ المعالجة الطبية و الجراحية المناسبة عند اللزوم.

ثالثا: الوقاية الثلاثية:

و هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز و تطورها إلى حالة إعاقة، و ذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد و الحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه. و أما إجراءات الوقاية في هذا المستوى فهي كما يلي:

- ✓ تقديم خدمات التربية الخاصة و التأهيل.
- ✓ تعديل اتجاهات الأسرة و المجتمع.
- ✓ تقديم خدمات الإرشاد و التدريب الأسري.
- ✓ توفير فرص الدمج الإجتماعي.

(القمش، 2010، ص241)

خلاصة:

و أخيرا يمكن القول أن للتدخل المبكر دورا هاما في المنع أو الحد و التقليل و الوقاية من مسببات الإعاقة، وذلك عبر خدمات علاجية و تربوية صممت ببرامج تخص الأطفال في السنوات الأولى من العمر، و أيضا يقع على كاهل الأولياء و المعلمين واجب الكشف لحدوث الإعاقة للطفل مستقبلا.

الفهم الشفهي

الفصل الرابع: الفهم الشفهي

- تمهيد

1- تعريف الفهم

2- درجات الفهم

3- الجانب التشريحي لوظيفة الفهم

4- عمليات صعوبة الفهم

5- تعريف الفهم الشفهي

6- خطوات عملية الفهم الشفهي

7- مستويات الفهم الشفهي

8- مهارات الفهم الشفهي

9- مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي

10- الفهم الشفهي للطفل التوحد

- خلاصة

تمهيد:

إن الفهم عملية معقدة تتطلب عمليات ذهنية عليا و معقدة، فكل فرد من هذا المجتمع و خاصة المتعلمين منهم يستمتعون إلى العديد من الكلمات و الجمل و غيرها محاولين فهمها، و لكي يحصل ذلك يستوجب اتخاذ جملة من القرارات من خلال الكشف عن مستوى معرفة الفرد و إدراكه لمعاني الألفاظ و العبارات.

وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل موضحين تعريف الفهم، درجاته، الجانب التشرحي له، وعمليات صعوبته، بعد ذلك نعرف الفهم الشفهي، أهم خطواته، مستوياته، مهاراته، مراحل الفهم الشفهي لدى الطفل السوي، إضافة إلى الفهم الشفهي للطفل التوحد.

1- تعريف الفهم:

- الفهم لغة:

هو تحسين التصور للمعنى وجود الاستعداد الذهني للاستنباط و يقال "فهمت فلان به" و الفهم هو المعرفة بالشيء أو بالموقف أو الحدث أو التقرير اللفظي و يشمل المعرفة الصريحة الكاملة بالعلاقات و المبادئ العامة. (دحال، 2006، ص64)

- الفهم من الناحية السيكلوجية:

هو معرفة العلاقات القائمة في موقف يجده الفرد و إدراك هذا الموقف ككل مترابط.

(المغازي، 1998، نص92)

- الفهم من الناحية العملية:

هو التكيف الناجح لموقف يواجهه الفرد، و هذا التكيف الناجح لا يأتي إلا نتيجة لفهم العلاقات القائمة في المواقف، و تتميز العناصر البعيدة عن الهدف. (أدافر، 2011، ص10)

- و يعرفه القاموس الأرطوفوني:

على أنه القدرة على تحقيق المعنى و دلالة الرسائل اللغوية سواء كانت مكتوبة أو منطوقة، فالفهم اللغوي يستدعي قدرات الفرد اللسانية (معرفة اللغة) و قدرات أخرى عديدة (الإدراك، التمييز السمعي أو بصري، الانتباه، الذاكرة، القدرات الذهنية). (تنساوت، 2010، ص72)

- ويعني الفهم حسب مادي لحسن 1995:

بأنه حالة من الإدراك أو التصور الذهني يسمح للطالب بمعرفة ما يقال له، ثم استعمال الأفكار و المعارف التي تلقاها دون إقامة علاقة بينهما أو إدراكها كلياً.

(دحال، 2005، ص62)

2- درجات الفهم:

يوضح الباحث مادي لحسن أن للفهم درجات تتلخص فيما يلي:

*التحويل:

ويظهر في قدرة المتعلم على الشرح أو قدرته على التعبير اللفظي عن شيء معين، كان يكون المتعلم قادراً مثلاً على تحويل رسم بياني إلى لغة مفهومة فهو أيضاً تحويل لغة إلى لغة أخرى أو التعبير عنه بشكل من أشكال التواصل مع الأمانة و الدقة و التعبير عن المضمون دون تأويل أو تحويل للمعنى الأصلي.

* التأويل:

وهي درجة ثانية من الفهم، إذ تأتي بعد تمكن التلميذ من عملية التحويل، فهي عملية عقلية تتجاوز مستوى الشرح أو المعنى الحرفي أو المعنى الحرفي للرسالة و استخلاص ما يمكن استخلاصه من أفكار و نتائج و تقديمها على شكل مختلف، أو من خلال وجهة نظر جديدة، وهذه العملية لا يمكن أن تتم إلا بالحصول أولاً على المعرفة، ثم محتواها و قدرة التعبير عنها بشكل أو بآخر، آنذاك يمكن لعملية التأويل أن تتم بدورها.

*التعميم:

هو درجة راقية من الفهم، و يتطلب الوصول إليها تمكن التلميذ من التحويل و التأويل، ويعني التعميم الانتقال بمفهوم أو بنظرية من استعماله الأصلي إلى توسيع استعماله على مظاهر أو مجالات أخرى مع إدراك التلميذ لحدود التعميم. (عواشريّة، 2004، ص39-40)

3- الجانب التشريحي لوظيفة الفهم:

إن الدراسات الحديثة تبين بوضوح الفرق الموجود بين نصف الكرة المخية اليمنى و بين نصف الكرة المخية اليسرى، فقد كشفت أن نصف الكرة المخية اليسرى هي المسؤولة عن وظيفة الفهم و إنتاج اللغة، فهي تهتم بمعالجة و تحليل المعلومات و بالإضافة إلى هذه الوظائف فهي تتناول الإيقاع و التنظيم الزمني، و باحة فرنكي المتواجدة في الفص الصدغي هي المسؤولة عن فهم اللغة.

إن مركز الكلمات المسموعة يقع بالقرب من منطقة السمع أما مركز الكلام فيقع بالقرب من منطقة الحركة و بين هاتين المنطقتين يوجد أعصاب موصولة تربطها و لأن اللغة المنطوقة تتطلب عادة استخدام المنطقتين و تعاونهما، فإن أصاب مركز الكلام المسموع فإن الإنسان لا يستطيع فهم معنى الكلمات المسموعة و لو أنه يسمع الأصوات جميعاً، و إذا ما أصاب تلف مركز التكلم فلا يتمكن المريض من الكلام و لو أنه يفهم معنى ما يسمع.

(العوالمة، 2004، ص105)

4- عوامل صعوبة الفهم الشفهي:

هناك عوامل عديدة تسبب صعوبة في فهم اللغة أهمها ما يلي:

- صعوبة المفردات:

إن توظيف كلمات صعبة أو غير شائعة يستغرق فهمها مدة طويلة مثلاً:

* طفق يبحث عن الماء.

* أخذ يبحث عن الماء.

- طول الجملة:

وقد تتساوى جملتان في مختلف العوامل باستثناء الطول، فإن الجملة الأطول تكون أصعب لأنها تشكل عبئاً أكبر على الذاكرة العاملة.

- كثرة مقولات الجملة:

و قد تتساوى جملتان في الطول و تختلفان في عدد المقولات (الفكرة) التي تحويها كل منها، في هذه الحالة تكون الجملة التي تحتوي مقولات أكثر أصعب من الجملة الأخرى.

- التركيب المعقد:

إن حشو الجمل موصولة متعددة بعضها في البعض الآخر تكون صعبة الفهم مثلاً: "النازل في بيت أخوك صديقك" أصلها "الذي ينزل أخوك في بيته هو صديقك".

- تعدد معاني الجمل:

من عوامل فهم الجملة تعدد معانيها، سواء وجود كلمة فيها ذات معان متعددة أو لأن لها بنية داخلية متعددة مثلاً: "جلست إلى جانب العين" أ صعب من "جلست إلى جانب الشجرة" و هذا بسبب تعدد معاني كلمة "العين".

- التعبير عن المعنى بطريقة تختلف عن الطريقة الطبيعية في الملاحظة و التفكير:

يلاحظ الإنسان الأشياء بطريقة معينة يحددها بروز أحد الأشياء أو حجمه فإذا جاء التعبير مخالفاً لطريقة هذه الملاحظة، فإنه يجد صعوبة إضافية في الفهم مثلاً جملة: "قلم فوق الكتاب" أسهل من "الكتاب تحت القلم".

و جملة "النقطة في وسط الدائرة" أسهل من "الدائرة حول النقطة".

- التعبير عما يخالف توقعات السامع:

يجد السامع صعوبة في فهم الجملة إذا كانت تعبر عما يخالف توقعاته، فجملة: "قفز السباح في الماء بعد أن خلع حذاءه" أصعب على فهم من جملة "قفز السباح في الماء قبل أن ينزع حذاءه".

- عدم تالف بين مفردات الجملة:

و قد تنشأ صعوبة الفهم بسبب وجود تناقض في الملامح الدلالية بين كلمتين من كلمات الجملة.

وهذا يتضح في بعض العبارات الشعرية التي تخرج عن المألوف، ففي عبارة: "النغم الأخضر" مثلاً عدم تالف في الملامح الدلالية بين النغم و الأخضر، لأن الأخضر لون، و الألوان لا تستعمل إلا مع الأشياء المرئية، وهو أمر لا ينطبق على الفهم، و هذا ما يميز بين الحقيقة و المجاز في اللغة. (خلفة، 2015، ص47-48)

5- تعريف الفهم الشفهي:

هناك عدة تعاريف للفهم الشفهي، و من بين هذه التعاريف نذكر:

- هو القدرة على إدراك معاني الكلمات و الأفكار و هو احد عوامل مصفوفة العوامل في النموذج النظري لبناء العقل.

- و هو عامل يتعلق بالقدرة على فهم الكلمات و يقاس هذا العامل بالكشف عن مستوى معرفة الفرد بمعاني الألفاظ المختلفة. (العتوم، 2004، ص165)

- الفهم الشفهي على أنه إدراك واعي لمعاني الألفاظ و العبارات حيث أن هناك نوعين من الإدراك:

* إدراك ألا شعوري تلقائي: و هو لا يزيد عن مجرد محاكاة و استرجاع إرادي لما يسمعه الطفل.

* إدراك واعي شعوري: و هو ما يطلق عليه الفهم. (زائري، 2007، ص29)

6- خطوات عملية الفهم الشفهي:

- حدد الباحث كلارك Klarm خمس خطوات لتحقيق الفهم لتحقيق الفهم الشفهي وهي:
- استقبال المعلومات المسموعة و الاحتفاظ بها في الذاكرة العاملة لتحليلها إلى مكونات جميلة.
- يبدأ السامع بتحليل الألفاظ المتوفرة في الذاكرة العاملة إلى مكونات جميلة قصيرة تمهيدا لترميزها و استقبال المعلومات المسموعة من مصدرها.
- تحويل المكونات الجملة القصيرة إلى معاني (جملة الترميز) مع استمرار المرحلة الأولى و الثانية.
- يقوم الفرد بتجميع معاني المكونات الجملة القصيرة ليتكون من معنى شمولي و تكاملي للجملة كاملة.
- يتم التخلص من الصورة اللفظية للجملة، و يتم بعث معاني الجمل الكاملة و الكلية إلى الذاكرة الصوتية من أجل التخزين الدائم. (غازلي، 2012، ص7-8)

أما أندرسون Anderson1995 فيكد أن السامع يتخلص من النص الحرفي بعد تجاوز مرحلة الإدراك و تمثيل المعلومات، و بذلك فإن الفهم يتحقق من خلال 3 مراحل وهي:

- مرحلة الإدراك:

إدراك النص كما تم ترميزه أصلا من خلال ممارسة عمليات الإدراك وفق نظام معالجة المعلومات في الذاكرة القصيرة، كما تم شرحه سابقا و قد يكون هذا الإدراك حرفيا للنص من خلال الفهم المباشر لمعانيه، أو يكون ضمنيا أي مراعيًا للمعاني غير المباشرة للنص.

- مرحلة التمثيل:

تمثيل معاني الكلمات و الجمل الواردة في النص المسموع أو المقروء و تخزينها أو وضعها في حالة الاستعداد للإستجابة.

- مرحلة الاستجابة:

استخدام المعاني التي تم تمثيلها في حالة أن النص يتطلب الإجابة عن سؤال وجه للسامع و إتباع تعليمات معينة خلال أداء مهمة معينة للدلالة على الفهم.

و تعد المرحلة السابقة و أفكارها عند كلاك و أندرسون في تحقيق الفهم متشابهة إذ أن المرحلتين الأولى و الثانية تقابلان المرحلة الأولى عند أندرسون، بينما تقابل المرحلة الثالثة المرحلة الثانية عند أندرسون، و تقابل المرحلة الرابعة و الخامسة المرحلة الثالثة عند أندرسون. (العتوم، 2004، ص274-275)

7- مستويات الفهم الشفهي:

- مستوى معاني الكلمات:

أثبتت عدة دراسات في علم النفس المعرفي وجود ارتباط بين سعة القاموس اللغوي للفرد، ومستوى الفهم الشفهي و لكي يتم الفهم الشفهي للكلمات بمهارة هناك مجموعة من المبادئ التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار و العنصر الذي لا بد أن نذكره هو أنه ليس للكلمة الواحدة معنى واحد، بل إن معظم الكلمات لها أكثر من معنى.

فمعنى الكلمة يحدد من خلال السياق المستعمل فيه كما يرتبط المعنى بالخبرات السابقة للمتعلم، ففي ما يخص الطفل فإن لديه قدرا كبيرا من المعاني و لابد أن يرجع للسياق لكي يفهم المعنى.

- مستوى معاني الجمل:

تحمل الجملة معاني الكلمات التي تكونها، حيث يتم فهم المعنى التام للجملة انطلاقا من ترتيب الكلمات و السمات النحوية للكلمات في الجملة و صيغ الزمن النحوي و في أفعال الجملة و الضمائر و الروابط.

- مستوى معنى الفقرة:

تتابع سلسلة من الجمل متضمنة فكرة واحدة تكون فقرة حيث تكون الجمل منظمة و مرتبطة ببعضها. (ميرود، 2008، ص143-144)

8- مهارات الفهم الشفهي:

إن الغرض من القراءة يعد من أهم أهدافه التفسيرية أو التأويلية و الشك أن القارئ الجيد هو ذلك القارئ الذي يسعى للبحث عن السبب الذي من أجله يقرأ سواء أكان ذلك من أجل المعلومات أو ليحل مشكلة ما، أو لينفذ تعليمات و توجيهات أو حتى ليتسلى أو لمزيد من التفاصيل، أو للوصول إلى استنتاجات أو للتحقق من صدق بعض القضايا أو كذبها أو ليلخص قضية ما، و أخيرا ليقوم القارئ بالنقد، و الشك أن الفهم الشفهي ليس مهارة واحدة يسيرة و لكنه مهارة مركبة و من ثم معقدة، فهي ليست سهلة، و فيما يلي نعرض أهم المهارات الخاصة بعملية الفهم الشفهي:

- معاني الكلمات:

أثبتت كثيرا من البحوث في علم النفس المعرفي، أن هناك ارتباطا عاليا بين سعة القاموس اللغوي للفرد، و مستوى الفهم الشفهي و حتى إذا كان مستوى الذكاء ثابتا فإن ثمة عالقة إرتباطية عالية بين مستوى الفهم الشفوي و القاموس اللغوي و الفهم الشفهي يقتضي أن يعرف التلميذ بعض المعلومات عن معاني الكلمة مع القدرة على اختيار أنسب تلك المعاني حسبما يقتضي بذلك السياق.

وثمة مبادئ محددة تعين على المعلم في تنمية مهارة الفهم معاني الكلمات و تحسينها لدى تلاميذه، و يمكن إجمالها فيما يلي:

ليس للكلمة الواحدة معنى واحد، بل إن معظم الكلمات أكثر من معنى، فكلما استخدمت الكلمة على مستوى أوسع و أشمل تعددت معانيها و ظهرت قيمة السياق و التلميحات في تنوع تلك المعاني.

أن المعنى المحدد للكلمة إنما هو وليد السياق المستعمل فيه الكلمة و ليس المقصود بالسياق مجرد السياق اللفظي من الكلمات و جمل و فقرات فقط، بل كذلك السياق الثقافي العام لكل من الكاتب و القارئ معا.

أن تعدد معاني الكلمة يعتمد على حد كبير على إعداد الخبرات و أنواعها التي يستطيع القارئ أن يربط بها الكلمات.

و إن لدى الطفل قدرا كبيرا من المعاني أمامه من استخدام السياق، حتى ينتقي المعنى المناسب للكلمة في سياق استخدامها، وقد يستخدم الصور و الأشكال و التحليل الصوتي أو الصرفي و التركيبي للكلمات حتى يحدد المعنى المقصود منها، والشك أنه كلما خاطبت الكلمات حواس التلميذ كان ذلك أدى إلى فهمها و التمكن منها و من حدود معانيها و اختلافها عما عداها من الكلمات و من ثمة وضوحها في ذهنه و هناك مجالات للكلمات ينبغي التركيز تبعا للحواس. (عبد النبي، 2015، ص64-65)

- معنى الجملة:

تعد الجملة الوحدة الأساسية للتواصل فضلا عما تحمله من معاني للكلمات الداخلة في تركيبها، ولا شك أن القراءة ذات المعنى تساهم في تطوير الفهم عامة و الفهم الشخصي و تفسير اللغة و أنماطها المكتوبة.

ويعتمد المعنى التام للجملة على أمور كثيرة منها علامات الترقيم، وترتيب الكلمات و السمات النحوية للكلمات في الجملة، و صيغ الزمن النحوي في أفعال الجملة و العدد و الضمائر و مختلف أدوات الربط. وما لم يترجم القارئ كل تلك المكونات في عقله، فلن يتمكن من تكوين المعنى التام للجملة.

و إن معنى الجملة الواحدة ليس مجرد مجموع معاني الكلمات الواردة في تكوين الجملة ذاتها بل أن هناك علاقات متبادلة بين الكلام في تركيب الجملة و ما لم يتمكن القارئ من تلك العلاقات فلن يتسنى له فهم المعنى التام للجملة.

و إن فهم معنى الجملة يتوقف على بنيتها الداخلية على ترتيب كلماتها في ظاهر اللفظ فإن كان السامع يتوصل إلى البنية الداخلية من مؤشرات و علامات لغوية في ظاهر اللفظ فقد يكون لجمل مختلفة في ظاهر اللفظ معنى واحد و قد تكون الجملة الواحدة متعددة المعاني.

و أكثر الأمور أهمية في تعليم الطفل البحث عن معنى الجملة أن يعود الطفل على أن الجملة دوما لها تركيب ووظيفة لإخبار بشيء أو لإخبار عن شيء و هذه الأمور يمكن لأسئلة الإكمال أن تؤديها و أن يعتاد عليها التلميذ.

و الجملة ليست كيانا منفصلا و لكنها جزء من فقرة تزويدها بالمعنى التام، من خلال الفقرة ذاتها و عن طريق السياق العام الذي تدور فيه الفقرة و الجملة.

وهناك بعض الجمل تعد بمثابة مقدمات لبقية الجمل التي تليها، و هناك جمل انتقائية ليست مقصودة كلية و لكنها مجرد وسيط يتوصل من خلاله إلى المعنى التام و هناك جمل شاملة تلخص كل الأفكار السابقة عليه، و هكذا ينبغي أن يتعود التلميذ التمييز بين تلك الأصناف الثلاثة من الجمل داخل الفقرة الواحدة:

*الجملة الافتتاحية.

*الجمل الانتقالية.

*الجمل الملخصة.

- معنى الفقرة:

تعرف الفقرة أساس على أنها سلسلة متتابعة من الجمل التي تتناولها و تتضمن فكرة واحدة رئيسية، و تصاغ الجمل في الفقرة بطريقة منظمة، ترتبط الواحدة منها بغيرها في تتابع و منطق و قبول و هذا معناه أنه يمكن تعليم التلاميذ تحديد الجملة التي تنتمي إلى الفقرة أو التي تنتمي إليها في ضوء الفكرة الواحدة التي تعبر عنها الفقرة نفسها، و قد يكلفون بتحديد أنواع الجمل في الفقرة نفسها، و تحديد أهم الجمل التي تلخص الفكرة التي تتناولها الفقرة، و تحديد الأسلوب الذي استخدمه الكاتب في ترتيب أجزاء الفكرة في ضوء ترتيب الجمل نفسها، كما يطالبون بتحديد التتابع الزمني لأحداث الجمل في الفقرة نفسها.

(المرجع السابق، ص65-66-67)

9- مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي:

إن الصرخة الأولى التي ينطقها الطفل عند الولادة هي أول مبادرة من بؤادر قدرته على التصويت، إذ سرعان ما يكتشف الطفل أنه يستطيع الصراخ، و أن يعبر عنه مختلف حاجاته و رغباته ثم ينتقل الطفل من الصراخ إلى مرحلة المناغاة و التي تمتد أحيانا من 6شهور إلى عامين، و يصدر الطفل أصوات مثل دادا، بابا، و يجذب اهتمام المحيط بأصواته بعدها يبدأ الطفل في ضم الأصوات التي يصدرها الراشدون إلى نظامه الخاص بالنطق فيكرر الطفل مجموعة أصوات بشكل ثابت و يبدو أنه يستمتع باستماعه لهذه الترددات و يكون العائد السمعي بمثابة تدعيم فيتم إصدارها من جديد.

(حساني، 2000، ص15)

عندما يتعلم الطفل النطق تأتي مرحلة بداية التثبيت للمعاني على الألفاظ، و الذي يتحقق عن طريق التعليم و التعلم، فعندما ينطق حرف "ب" نجد أن الأم تشجعه على ذلك فيكرر الصوت و هي تنطق كلمة "بابا" و تشير إلى أبيه، فيربط اللفظ بمدلوله أو معناه، و عندما يبلغ سنة تقريبا يبدأ الطفل في استعمال كلمة واحدة للدلالة عما يريد التعبير عنه، و قد تكون هذه الكلمات ذات مقطع واحد أو أكثر و بعد منتصف السنة الثانية تقريبا يأخذ الطفل في توظيف الأسماء بكثرة، بعدها يستعمل الأفعال الحروف، إلى أن يتم تطوير جمل قصيرة و بسيطة التركيب من كلمتين إلى ثلاث كلمات لتكوين جمل ذات معنى و لكن دون مراعاة قواعد اللغة، بعدها يقوم الطفل بالربط بين أشياء أو إشارات معينة و بين سماع الصوت مثل الربط بين صوت تفتح الباب و دخول الشخص، و تدريجيا يصل الطفل إلى عملية الفهم التي تبدأ بالتعميم ثم التمييز. (عواشيرة، 2005، نص 45)

دراسات عديدة بحثت في كيفية اكتساب الطفل لمعاني لغته نجد منها تجربة Nelson 1973، حيث توصلت إلى أن اكتساب الطفل لمعاني يسير عبر مراحل، ففي البداية يميز الطفل شيئاً جديداً من مجموعة أشياء لتكن كرة مثلاً، هذا هو الإدراك الأولي لوظيفة الكرة بعدها يلاحظ الطفل حالات أخرى يستخدم فيها الكرة (تتدحرج، ترتد،..الخ) فينتقي الخصائص الثابتة التي تتميز بها الكرة عما سواها من الأشياء و توضع هذه الخصائص في المركز الدلالي للشيء.

في النهاية يعطي الطفل اسماً لهذا الشيء، وهنا تصبح العلاقة تلازمية بين الدال و المدلول الذي تقترب به. (المرجع السابق، 2005، ص 46-47)

10- الفهم الشفهي للطفل المتوحد:

إن تقييم مستوى الفهم الشفهي يكون أصعب من مستوى الإنتاج الشفهي فقد يعطي الفرد إجابة صحيحة، و يظهر مبدئياً أنه قد فهم المضمون و ذلك من خلال تحليله للوضعية و ليس اعتماداً على السياق اللغوي المقدم له، و هذا ما يحدث بالفعل مع الأطفال المصابين بالتوحد، فهم غالباً يعتمدون على اقتباس المعنى المراد من الوضعية و المضمون غير لغوي إذ أنهم يخمنون أو ينتبهون بما لم يمكنهم فهمه من التحليل اللساني للخطاب كما يجدون صعوبات في تنظيم الفكر و الربط منطقياً بين كلمتين حيث يتعذر عليه فهم هذا الربط و رغم صعوبة تقييم صعوبة الفهم اللغوي إلا أن هذا لم يمنع أن تكون هناك بعض الدراسات العلمية في هذا المجال بالضبط لدى فئة المصابين بالتوحد.

إن دراسات رومبيرغ و جونسون جيلبيرغ Romberg و Johnson و Gill berg سنة 1996

و دراسات ريدل Rudell و Prizant سنة 1995 و فاي Fay سنة 1980، تتص جميعها على

أن الأطفال المصابين بالتوحد يجدون صعوبات في فهم:

- كيفية توظيف الضمائر.

- تصريف الأفعال.

- الجمل المنفية و المبنية للمجهول.

- البنى التركيبية المعقدة و الطويلة.

- تقديم و تأخير الأفعال و تحديد أزمتها.

- الكلمات المجردة . (نصر سهى، 2004، ص84)

- عام 1980 صرح Fay بأنه من الصعب إدراك سبب عدم فهم هذه الفئة من الأطفال

الجملة المنفية.

من جهة أخرى في نفس السنة اظهر كل من جاردن و باولج Jordan و Powelleg أن الأطفال التوحدين قادرين على تكرار فهم الجملة المتكونة من ألفاظ متداولة و اعتادوا على استعمالها و توظيفها أي أنهم على دراية بها و التي تناسب مستوى قدراتهم التركيبية و التي يعبرون بها من خلال إنتاجياتهم العفوية، و لكن لديهم تمييز سمعي ضعيف و مشاكل في الإدراك السمعي و بالتالي غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة و اللغة غير المسموعة، و هذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحدين على فهم و التعرف و بالتالي على الاتصال اللغوي مع الآخرين، و يجدون صعوبة في فهم جمل من نوع تركيبية معقد.

(عبد الله، 2001، ص98)

خلاصة:

و استنتجا لما تطرقنا إليه في هذا الفصل حول الفهم الشفهي أن الفهم مرتبط بالعمليات المعرفية لتحصيل المفاهيم في سياقات مختلفة، إذن فالفهم الشفهي ضروري لعملية التواصل و أي مشكل فيه يؤدي إلى خلل في جوانب مختلفة من الحياة.

الجانبة التطبيقية

الإجراءات المنهجية

للدراصة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- مكان إجراء الدراسة

4- عينة الدراسة

5- وسيلة الدراسة

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة

- خلاصة

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي هو الإطار الذي يتم على مستواه تجسيد كل ما هو نظري في الدراسة من فرضيات في الواقع، و كأى دراسة علمية لا يمكن الوصول فيها إلى نتائج موضوعية و أكيدة إلا إذا تتبعنا إجراءات منهجية مضبوطة و خطوات علمية، حيث سنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى كل ماله دور في الوصول إلى المعطيات و البيانات المرتبطة بالظاهرة المدروسة حيث يضم الدراسة الاستطلاعية من خلال تناول الأهداف التي سعت لتحقيقها، و التطرق إلى منهج الدراسة، المنهج المتبع، مكان إجراء الدراسة و أهم الأدوات لجمع المعلومات كما هو موضح في هذا الفصل.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في كل بحث علمي و أساسا جوهريا لبنائه، و عامل مهم في نجاحه، فهي تمثل اللبنة الأولى للدراسة الميدانية، و يلجأ إليها الباحث لزيادة المعرفة بموضوع البحث حتى يتسنى له دراسته بصورة أعمق، و كذا استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة التي يقوم الباحث بدراستها، فضلا عن كونها تساعد في جمع المعطيات الأولية عن مكان و مجتمع الدراسة و من ثم تحديد كيفية اعتماد طريقة اختيار عينة البحث بمراعاة و ملائمة خصائصها كما جاء في الطرح النظري لموضوع الدراسة.(أبو علام،2006،ص16)

استندت دراستنا الاستطلاعية في الفترة الممتدة بين ما بين فيفري إلى غاية جوان و لقد كان لها عدة أهداف تمثلت فيما يلي:

- التنقل إلى الوسط الإكلينيكي للإطلاع عن الحالات التي توافق دراستنا.
- معرفة مدى تجاوب أفراد العينة للدراسة.
- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية.
- تحديد أدوات الدراسة، والتعرف على طريقة تطبيقها و قدرتها على قياس متغيرات محل الدراسة.
- ضبط عنوان الدراسة و متغيراتها.
- جمع المعلومات اللازمة لإجراء الدراسة.
- الاحتكاك بمجتمع الدراسة من أجل التوصل إلى اختبار العينة المناسبة للدراسة.

2- منهج الدراسة:

تتعدد المناهج و تختلف باختلاف موضوع البحث و طبيعته المشكل المراد دراسته، فالمنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سائر العقل، و تحديد عملياته حتى يصل إلى النتيجة المعلومة.

(بدره، 1986، ص33)

فكل بحث يصعب على الباحث منهجا معينا في دراسته، و المنهج المستخدم في دراستنا الحالية هو المنهج الوصفي المقارن و هو أحد أنواع المنهج الوصفي الأساسية و الرئيسية، يستخدم في مجالات متعددة و من أهم فروع المنهج المقارن في البحث العلمي، و المنهج المقارن في علم النفس.

و من خلال المنهج الوصفي المقارن يقوم الباحث بعقد المقارنات بين الظواهر و الاستنتاجات و أوجه التشابه و الاختلاف بينهما.

و يتميز المنهج الوصفي المقارن بإمكانية استخدامه في عدد كبير من العلوم الاجتماعية نظرا لامتلاكه لمجموعة من الغايات و الأهداف التي يسعى لتحقيقها.

(bts-academy.com)

3- مكان إجراء الدراسة:

تعريف قاعة العلاج العقيد لطفي - ريزانفيل :-

فتحت الوحدة أبوابها بحي العقيد لطفي بريزانفيل لتقديم خدمات صحية بداية جانفي 2012، تضم الوحدة عددا من الهياكل الفرعية تشكل في مجملها كلا متكاملا لما يحتاجه المواطن.

تحتوي قاعة العلاج على 9 غرف موزعة كالآتي:

- غرفتان مخصصتان للفحص الطبي.
- غرفة لطبيب الأسنان.
- غرفة حماية الأمومة و الطفولة.
- غرفة للتضميد.
- و يضم القسم الإداري أربع مكاتب:
- مكتب الاستقبال.
- مكتب المراقب الطبي.
- مكتب القابض.
- الصيدلية.

يسهر على حيوية هذه الوحدة طاقم بشري موزع كالتالي:

- رئيس مصلحة.
- 2- طبيب عام.
- 1 طبيب أسنان.
- 6 ممرضين
- قابلة نساء (مبرمجة حصة اسبوعيا)
- قابض للإرادات
- مساعدة طبيب أسنان.
- عاملة تنظيف.

إضافة إلى هذا الهيكل تم افتتاح وحدة الكشف و المتابعة النفسية و البيداغوجية المتواجدة في الطابق العلوي في نفس قاعة العلاج.

تعريف وحدة الكشف و المتابعة النفسية و البيداغوجية (مكان التبرص):

في إطار تطوير المنظومة الصحية على مستوى ولاية مستغانم و تحسين الخدمات الموجهة للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد خاصة و الاضطرابات النفسية و اللغوية عامة، تم افتتاح

وحدة الكشف و المتابعة النفسية و البيداغوجية بحي ريزانفيل يوم 2019/01/12 من طرف مدير الصحة و السكان لولاية مستغانم الدكتور فريحة عبد الغاني، و مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الدكتور نفوسي الغالي.

و تحتوي هذه الوحدة على عدة مرافق:

- مكتب استقبال و التوجيه.

- قاعة الانتظار.

- مكتب الفحص النفسي.

- قاعة مخصصة بالتكفل النفسي - الحركي.

- مكتب التكفل الارطوفوني.

- مطبخ صغير.

و يسهر على تسيير هذه الوحدة مجموعة من الأخصائيين:

- أخصائية نفسانية عيادية منسقة.

- أخصائيين نفسانيين مكونين في التكفل النفسي - الحركي.

- أخصائيين في تصحيح النطق و اللغة.

- إضافة إلى عون إدارة رئيسي.

منهجية عمل الوحدة:

* التكفل بأطفال التوحد.

* تخصيص يوم في الأسبوع للتكفل و توجيه حالات أخرى (الاضطرابات النفسية، الاضطرابات اللغوية، التأخر الدراسي،...)

إضافة إلى عمل الوحدة على إدراج الأولياء في عملية التكفل عن طريق:

* التوجيه الأسري.

* برمجة حلقات لتدريب الأولياء (خاصة مع أطفال التوحد)

4- عينة الدراسة:

عينة الدراسة هي مجموعة جزئية من المجتمع و لها نفس خصائص المجتمع الأصلي الذي تنتمي إليه. (حسن، 2010، ص14)

إذ بلغت عينة الدراسة الحالية من 10 حالات مصابة بالتوحد و هي من الجنسين (6 ذكور و 2 إناث) 5 حالات لديها تدخل مبكر و 5 حالات الأخرى لم يكن لديها تدخل مبكر.

حيث تم اختيار العينة بطريقة قصدية و تم انتقائها وفق المعايير التالية:

- أن تكون أعمارهم ما بين 3 إلى 8 سنوات.
- أن تكون درجة التوحد من الخفيف و المتوسط.
- أن تكون لديهم تقريبا نفس القدرات المعرفية و المكتسبات و المهارات.
- أن تكون الحالات لا تعاني من أي اضطرابات مصاحبة.

خصائص العينة:

الجدول رقم(1): يمثل خصائص عينة المجموعة الأولى التي حظيت بتدخل مبكر

الحالة	الاسم	الجنس	تاريخ ومكان ازدياد	درجة التوحد	سن التشخيص وبداية التكفل	السن الحالي
الأولى	(ب،ج)	ذكر	2014/03/11 مستغانم	خفيف	عامين	7 سنوات
الثانية	(م،ب)	ذكر	2015/04/20 مستغانم	خفيف	عامين	6 سنوات
الثالثة	(ح،م)	ذكر	2014/11/04 مستغانم	خفيف	3 سنوات	7 سنوات
الرابعة	(ب،أ)	ذكر	2014/06/09 مستغانم	متوسط	3 سنوات	7 سنوات

الجدول رقم(2): يمثل خصائص عينة المجموعة الثانية التي لم تحظى بتدخل مبكر

الحالة	الإسم	الجنس	تاريخ و مكان إزدياد	درجة التوحد	سن التشخيص و بداية التكفل	السن الحالي
الأولى	(م،ز)	ذكر	2015/05/23 مستغانم	متوسط	4 سنوات	6 سنوات
الثانية	(ب،ش)	ذكر	2016/07/01 مستغانم	متوسط	3 سنوات	5 سنوات
الثالثة	(م،م)	أنثى	2014/01/11 مستغانم	متوسط	4 سنوات	7 سنوات

5	4 سنوات	متوسط	2016/05/10	أنثى	(ج،ج)	الرابعة
سنوات			مستغانم			

5- أدوات الدراسة:

- الملاحظة:

تعد الملاحظة أحد أساليب البحث العلمي و تتم من خلال المشاهدة المنظمة و توجيه عقل الباحث و حواسه حول تقييم ظاهرة معينة من الظواهر المتعلقة بموضوع الدراسة، و تتضمن تسجيل ما يتم مشاهدته في فترة محددة و يتم الاستفادة من ذلك في التوصل إلى المعرفة المستهدفة و تتطلب تحديد زمن للملاحظة و تحديد هدفها، القدرة على القيام بإجراءاتها و تحديد ما يجب ملاحظته، تدوين الملاحظات و تفسيرها علميا. (الغازوي،2008،ص54)

و من خلال استعمال الملاحظة في الدراسة الاستطلاعية لاحظنا وجود فئة من الأطفال لديهم قدرات لغوية من الفهم مع وجود فئة من الأطفال لم تصل إلى مستوى العالي من الفهم.

- المقابلة:

و التي تعرف على أنها محادثة موجهة بين الباحث و العميل بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث للتعرف عليه من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

(ملحم،2005،ص30)

و من خلال ما لوحظ من تنوع في هذه الفئات تم اختيار الفئة على حسب الدراسة و التي هي فئة الأطفال الذين لديهم مستوى معين من الفهم و هذا أكد من خلال المقابلة التي تمت مع الأولياء و الذين أكدوا على الاكتشاف المبكر و التدخل المبكر .

- اختبار خمسي لتقييم اللغة الشفهية:

لقد استخدمنا في دراستنا هذه اختبار خمسي لتقييم اللغة الشفهية (النسخة المكيفة من طرف الباحثة "عدي دليلة" 2017).

و إن الصيغة المكيفة تحافظ على النقاط الأساسية التي تتبعها الصيغة الأصلية، فالاختبار الجديد أيضا يطبق بصفة فردية، كما يحتوي على نفس التعليمات و نفس طريقة تنقيط وتصحيح الاختبار، كما أنه يهدف إلى وصف عناصر الكفاءة اللغوية الموجودة في الصيغة الأولية للاختبار، و سنعرض في الملحق رقم (2) و (3) الاختبار الجديد كاملا مع ورقة الإجابة بعد عملية التكييف.

تعريف المقياس: وضع المقياس من طرف عبد الحميد خوسي و هو اختبار يقيس القدرة اللغوية الشفهية عند الأطفال، يطبق الاختبار فرديا أي في مقابلة خاصة بين الفاحص و المفحوص و تطرح التعليمات شفويا على الحالات و تسجل الإجابة على ورقة الإجابة بينما تتواجد البنود في كراس الاختبار.

و يدرس الاختبار ستة أبعاد وهي:

1-المعجم: الذي يتكون من بنود تدرس على مستوى الاستقبال و الانتاج.

1-1-الاستقبال المعجمي: يتكون هذا الاختبار الفرعي من 20 لوحة تتضمن أربع صور موجودة في كراس الاختبار و يطلب من الطفل الإشارة إلى صورة معينة، و الصور المعينة الإشارة إليها موجودة في ورقة الإجابة و مكتوبة بالخط المائل، وهذه البنود يجيب عليها كل الأطفال من 5 سنوات و 3 أشهر إلى 10 سنوات و 3 أشهر.

التعليمات: "وريلي التصويرة اللي نقلك عليها"

تسجل عدد الإجابات الصحيحة لهذا البعد في الخانة الموجودة أسفل ورقة الإجابة أما الرمز

(LexR).

1-2- الإنتاج المعجمي: يتكون هذا الاختبار الفرعي من الجزئين:

- الجزء الأول: يتكون من 50 صورة و يطلب من الطفل تسمية هذه الصور، و لقد قسمت إلى 3 مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: مخصصة للأطفال من 5 سنوات و 3 أشهر و يطلب منهم تسمية 20 الصورة الأولى.

المجموعة الثانية: مخصصة للأطفال من 6 سنوات و 3 أشهر إلى 8 سنوات و 3 أشهر وتتضمن 32 صورة.

المجموعة الثالثة: و هي مخصصة للأطفال 9 سنوات و 3 أشهر إلى 10 سنوات و 3 أشهر و تتضمن كل البنود المتمثلة في 50 صورة.

التعليمة: "وشنو هذا"

- الجزء الثاني: يتكون من 10 صور موجودة في كراس الاختبار تمثل أفعال (الأحداث) و على الطفل الإجابة على السؤال ماذا يفعل؟ (تسمية الأفعال) ونقترح هذه المجموعة على الأطفال من 5 سنوات و 3 أشهر إلى 8 سنوات و 3 أشهر مباشرة بعد الجزء الأول.

التعليمة: "واش إدير"

تسجل عدد الإجابات الصحيحة في الخانات الموجودة في أسفل ورقة الإجابة بالنسبة للجزئين). (QQF) و (QQC) أمام الرموز.

2- تكرار الكلمات:

يتكون الاختبار الفرعي من 32 بند و يطلب من الطفل تكرار الكلمات المقترحة عليه.

التعليمية: "عاود مورايا واش راح نقول، لازم تسمع مليح خاطرش نقولها خطرة برك"

تسجل عدد الإجابات الصحيحة في الخانات الموجودة في أسفل ورقة الإجابة أمام الرمز

(RepM)

3- الفهم:

يتكون الاختبار من 32 لوحة تتضمن 4 صور مرتبطة بمجموعة من العبارات (حيث يتطلب

اختبار الصورة المطلوبة في بعض العبارات على كفاءة مورفولوجية دنيا IG و البعض

الآخر على كفاءة مورفولوجية معقدة IF

و تقدم في البداية مثالين للتأكيد من أن الطفل فهم التعليمية مع تقديم لعرض ثان للصور في

حالة الإجابة الخاطئة في المرة الأولى، وتنقسم البنود إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتكون من 21 بند مخصصة للأطفال من 5 سنوات و 3 أشهر إلى 8 سنوات

و 3 أشهر.

المجموعة الثانية: تتكون من 11 بند مخصصة للأطفال من 9 سنوات و 3 أشهر إلى

10 سنوات و 3 أشهر.

التعليمية في العرض للصور: "رايحين نخدمو كيف كيف، سمع مليح واش تقول و وريلي

التصويرة اللي فيها الهدرة اللي نقلك عليها"

التعليمية في العرض الثاني للصور: وهذا في حالة تقديم إجابة خاطئة في العرض الأول

"سمع مليح واش نقول و وريلي التصويرة اللي فيها الهدرة اللي نقلك عليها"

تسجل عدد الإجابات الصحيحة لهذا البعد في الخانة الموجودة أسفل ورقة الإجابة أمام الرموز التالية:

(if1): والتي تمثل عدد الإجابات الصحيحة في العرض الأول للبند على عبارات من نوع if.

(lg1): و التي تمثل عدد الإجابات الصحيحة في العرض الأول للبند على عبارات من نوع ig.

(CI) الفهم الآني: و الذي يمثل مجموع عدد الإجابات الصحيحة على عبارات من نوع

(lf1) و (ig1) في العرض الأول.

(if2): و التي تمثل عدد الإجابات الصحيحة في العرض الثاني للبند في حالة تقديم إجابة

خاطئة في العرض الأول على عبارات من نوع if.

(ig2): و التي تمثل عدد الإجابات الصحيحة في العرض الثاني في حالة تقديم إجابة

خاطئة في العرض الأول على عبارات من نوع ig.

(CG) الفهم العام: و الذي يمثل مجموع عدد الإجابات الصحيحة على عبارات من نوع

في العرض الثاني. (lf2) و (ig2)

و تعتبر النقاط المحسوبة أمام الرموز الباقية في الإطار المخصص لإجابات ما هي إلا تحليلات إضافية لإجابات الأطفال و التي تتمثل فيما يلي:

(AC): عدد الإشارات الصحيحة للصور المطلوبة في العرض الثاني للبند.

(P): عدد الإشارات المتشابهة للصور في العرضين الأول و الثاني.

(CD): عدد التغييرات في الإشارة إلى الصور بين العرض الأول و الثاني و لكن الإجابة

خاطئة.

4- إنتاج العبارات:

يتكون هذا المستوى من 3 بنود تدريبية و 25 بنود مقدمة في دفتر من اللوحات التي تتكون من صورتين موجودة في كراس الاختبار و المطلوب من الطفل تكملة جمل ناقصة تتعلق بمضمون الصورة الثانية انطلاقا من الجملة التي يتلفظ بها الفاحص و التي تتعلق بمضمون الجملة الأولى و الإجابة الصحيحة موجودة في ورقة الإجابة بخط مائل، و تهدف هذه البنود إلى دراسة الكفاءات النحوية عند الأطفال و تنقسم إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتكون من 16 بند مخصصة للأطفال من 5 سنوات و 3 أشهر.

المجموعة الثانية: تتكون من كل البنود أي 25 بند يجيب عليها الأطفال من 6 سنوات و 3 أشهر إلى 10 سنوات و 3 أشهر.

التعليمة: "راح نوريلك تصويرات و أنت راح تكمل الهدرة اللي بديتها".

تسجل عدد الإجابات الصحيحة لهذا البعد في الخانة الموجودة أسفل ورقة الإجابة أمام الرموز التالية:

(Morsy): عدد الإجابات الصحيحة على البنود.

(Dysl): عدد إجابات الأطفال التي تحتوي على أخطاء على مستوى اللساني.

(Dysp): عدد إجابات الأطفال التي تحتوي على أخطاء على مستوى البراغماتي.

5- تكرار العبارات:

يتكون هذا الاختبار الفرعي من 15 عبارة يجيب عليها أطفال 5 سنوات و 3 أشهر تهدف إلى دراسة الجانب المورفولوجي و النحوي عند الأطفال.

التعليمة: "عاود مورايا واش راح نقول" ..

تسجل عدد الإجابات الصحيحة لهذا البند في الخانة الموجودة أسفل ورقة الإجابة أمام الرموز التالية:

(Répsyn): عدد التكرارات الصحيحة للعبارة على مستوى النحوي باحترام النموذج المقترح.

(Répsém): عدد الإجابات الصحيحة للعبارة على المستوى الدلالي لكن باستعمال نحو

مختلف للنموذج المقترح.

و بما أننا بصدد دراسة الفهم الشفهي عند الأطفال التوحد اقتصرنا فقط على تطبيق بند الاستقبال المعجمي و الفهم الذي يحدد دراستنا.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

و قد تم الاعتماد على بعض الأدوات الإحصائية و المتمثلة في:

- النسبة المئوية: و يتم حسابها وفق القانون التالي:

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{100 \times \text{عدد الإجابات الصحيحة}}{\text{العدد الكلي للإجابات}}$$

– اختبار "مان ويتني": (Test Menn_Whitney):

يستخدم اختبار "مان ويتني" للمقارنة بين عينتين مستقلتين عندما تكون البيانات الرتبية أو البيانات العددية التي حولت إلى بيانات رتبية، أي يتعامل مع مستويات رتبية نظرا لأن شروط اختبارات لا تتحقق كأن يكون حجم العينة صغير أو التوزيع ملتوي التواء موجب أو سالب أو ينتمي للتوزيع الطبيعي. (ar.m.wikipedia.org)

خلاصة:

من خلال ما تقدم به هذا الفصل مكن لنا أن نستفيد منه في فهم و إستيعاب المنهج المستخدم في هذه الدراسة، حيث تعتبر الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها في البحث الحالي مرجعا سمح لنا بتطبيق الأدوات التي تستعين بها الباحثة في هذه الدراسة و تجريبها، كل ذلك كان من أجل استبعاد جميع الصعوبات و العراقيل التي من الممكن أن تؤثر على صحة النتائج، وسعيا للوصول إلى إجراءات أكثر شمولية و دقة.

عرض و تحليل

و مناقشة النتائج

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض حالات

2- تحليل النتائج و تحليلها

3- مناقشة النتائج

4- الاستنتاج العام

نقوم في هذا الفصل بعرض الحالات و تقديم النتائج التي تحصل عليها الأطفال من خلال تطبيقنا لاختبار "الخومسي لتقييم اللغة الشفهية (ELO)" الذي طبق على مجموعتين، المجموعة الأولى حظيت بتدخل مبكر و المجموعة الثانية التي لم تحظى بتدخل مبكر، بعد ذلك تحليل النتائج و مناقشتها في ضوء الفرضيتين، وصولاً إلى الاستنتاج العام.

1- عرض الحالات:

- الحالة الأولى:

الاسم و اللقب: (ب،ج)

تاريخ الازدياد: 11 مارس 2014

السن: 7 سنوات

الجنس: ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: متوسط

سن الأب عند ولادة الحالة: 51 سنة

مهنة الأب: تاجر

سن الأم عند ولادة الحالة: 28 سنة

مهنة الأم: لا شيء

هل كان الحمل مرغوب فيه: نعم

حالة الولادة: قيصرية

وزن الحالة عند الولادة: 3كلغ و 400 غ

الابتسامة: 4 أشهر

الجلوس: 6 أشهر

الوقوف: 9 أشهر

المشي: 15 شهر

المناغاة: 5 أشهر

- الحالة الثانية:

الاسم و اللقب: (م،ب)

تاريخ الازدياد: 20 أبريل 2015

السن: 6 سنوات

الجنس: ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: ضعيف

سن الأب عند ولادة الحالة: 38 سنة

مهنة الأب: بطل

سن الأم عند ولادة الحالة: 29 سنة

مهنة الأم: لا شيء

هل الحمل مرغوب فيه: نعم

الحالة عند الولادة: سهلة

وزن الحالة عند الولادة:

الابتسامة: من الأشهر الأولى

الجلوس: 5 أشهر

الوقوف: 7 أشهر

المشي: 9 أشهر

المناغاة: /

- الحالة الثالثة:

الاسم و اللقب: (ح،م)

تاريخ الازدياد: 04 نوفمبر 2014

السن: 7 سنوات

الجنس: ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: متوسط

سن الأب عند ولادة الحالة: 50 سنة

مهنة الأب: متقاعد

سن الأم عند ولادة الحالة: 41 سنة

مهنة الأم:مخبرية

هل الحمل مرغوب فيه: نعم

الحالة عند الولادة:قيصرية

وزن الحالة عند الولادة:3كلغ

الابتسامة: /

الجلوس:10 أشهر

الوقوف:سنة

المشي:سنة

المناغاة: /

- الحالة الرابعة:

الاسم و اللقب:(ب،أ)

تاريخ الازدياد: 09 جوان 2014

السن:7سنوات

الجنس:ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة:جيد

سن الأب عند ولادة الحالة: 38 سنة

مهنة الأب: تاجر

سن الأم عند ولادة الحالة: 32 سنة

مهنة الأم: لاشيء

هل الحمل مرغوب فيه: نعم

الحالة عند الولادة: قيصرية

وزن الحالة عند الولادة: 3 كلغ

الابتسامة: شهرين

الجلوس: في وقته

الوقوف: في وقته

المشي: في وقته

المناغاة: حتى السن السابعة

– الحالة الخامسة:

الاسم و اللقب: (م، ز)

تاريخ الازدياد: 23 ماي 2015

السن: 6 سنوات

الجنس: ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: جيد

سن الأب عند ولادة الحالة: 37 سنة

مهنة الأب: عامل يومي

سن الأم عند ولادة الحالة: 24 سنة

مهنة الأم: لا شيء

هل الحمل مرغوب فيه: نعم

الحالة عند الولادة: طبيعية

وزن الحالة عند الولادة: 2 كلغ

الابتسامة: منذ الولادة

الجلوس: 5 أشهر

الوقوف: عام و شهرين

المشي: عام و نصف

المناغاة: /

- الحالة السادسة:

الاسم و اللقب: (ب،ش)

تاريخ الازدياد: 01 جويلية 2016

السن: 5 سنوات

الجنس: ذكر

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: متوسط

سن الأب عند ولادة الحالة: 40 سنة

مهنة الأب: ممرض

سن الأم عند ولادة الحالة: 35 سنة

مهنة الأم: لا شيء

هل الحمل مرغوب فيه: لا

الحالة عند الولادة: قيصرية

وزن الحالة عند الولادة:

الابتسامة: /

الجلوس: بالمساعدة في 7 أشهر

الوقوف: /

المشي: 15 شهر

المناغاة: /

- الحالة السابعة:

الاسم و اللقب: (م،م)

تاريخ الازدياد: 11 جانفي 2014

السن: 7 سنوات

الجنس: أنثى

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة: جيد

سن الأب عند ولادة الحالة: 40 سنة

مهنة الأب: موظف في البلدية

سن الأم عند ولادة الحالة: 30 سنة

مهنة الأم: لا شيء

هل الحمل مرغوب فيه: نعم

الحالة عند الولادة: طبيعية (كان تأخر في وقت الولادة)

وزن الحالة عند الولادة: 3 كلغ

الابتسامة: /

الجلوس: في وقته

الوقوف: في وقته

المشي: في وقته

المناغاة:في وقته

– الحالة الثامنة:

الاسم و اللقب: (ع،ج)

تاريخ الازدياد:10 ماي 2016

السن:5 سنوات

الجنس:أنثى

المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة:ضعيف

سن الأب عند ولادة الحالة:33 سنة

مهنة الأب: حارس

سن الأم عند ولادة الحالة: 22 سنة

مهنة الأم:لا شيء

الحالة عند الولادة:طبيعية

وزن الحالة عند الولادة:3 كلغ

الابتسامة: /

الجلوس: /

الوقوف: /

المشي:في وقته

المناغاة: /

2- عرض النتائج و تحليلها:

أ/ عرض نتائج المجموعة التي حظيت بتدخل مبكر:

الجدول رقم(3): يبين نتائج المجموعة الأولى التي حظيت بتدخل مبكر.

الحالات	الاستقبال المعجمي		الفهم		النسب المئوية % الخاصة بالاستقبال المعجمي		النسب المئوية % الخاصة بالفهم	
	عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	للإجابات الصحيحة	للإجابات الخاطئة	للإجابات الصحيحة	للإجابات الخاطئة
الحالة الأولى	17	03	17	03	85%	15%	80,95%	14,28%
الحالة الثانية	16	04	13	07	80%	20%	61,90%	33,33%
الحالة الثالثة	19	01	14	06	95%	5%	66,66%	28,57%
الحالة الرابعة	16	04	17	03	80%	20%	80,95%	14,28%

- التحليل الكمي:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (3) الذي يبين نتائج المجموعة لأولى التي حظيت بتدخل مبكر تم تقدير النسب المئوية للإجابات الصحيحة و الخاطئة للحالات من خلال إعطاء القيم العددية المتحصل عليها في الجدول لكل حالة في كل من "الاستقبال المعجمي" و "الفهم"، فنلاحظ أن الأطفال تمكنوا من التعرف على أغلبية الصور المعطاة في كلا البندين و هذا ما تبينه النسب المئوية للإجابات الصحيحة الذي قدر بعضها بـ 85 %، 80%، 95%...بينما النسب المئوية الخاصة بالإجابات الخاطئة الذي قدر بعضها بـ 15 %، 33,33 %، 5%...، هذا دليل على أن القليل منها لم يتعرفوا عليها فقط.

- التحليل الكيفي:

من خلال النتائج المعروضة سابقا الخاصة بالمجموعة الأولى التي حظيت بتدخل مبكر و الحصول على قيم مرتفعة في "الاستقبال المعجمي" و "الفهم" للإجابات الصحيحة و قيم منخفضة للإجابات الخاطئة، هذا دليل على قدرتهم على التحكم في كلا البندين و ذلك بالتعرف على معظم الصور باختلاف أنواعها في البند الأول رغم أنها تتشابه مثل: "كسكيطه، الشابو، شاشية، التاج"، "فاليزه، كارطابل، صاك، قفة،...، أما في البند الثاني تم التعرف على مختلف الأفعال رغم صعوبتها في المعنى مثل: "راني ناكل لعنب اللي نحاتهم ماما"، الطفلة الصغيرة تمشط لها شعرها،... ، هذا دليل على أن حالات المجموعة الأولى لديها مكتسبات قبلية كافية ساعدتها على التعرف على مختلف الصور المعروضة.

ب/ عرض نتائج المجموعة التي لم تحظى بتدخل مبكر:

الجدول رقم (4): يبين المجموعة التي لم تحظى بتدخل مبكر.

الحالات	الاستقبال المعجمي		الفهم		النسب المئوية % الخاصة بالاستقبال المعجمي		النسب المئوية % الخاصة بالفهم	
	عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	للإجابات الصحيحة	للإجابات الخاطئة	للإجابات الصحيحة	للإجابات الخاطئة
الحالة الأولى	12	08	02	19	60%	40%	9,52%	90,48%
الحالة الثانية	09	11	03	18	45%	55%	14,29%	85,71%
الحالة الثالثة	09	11	04	17	45%	55%	19,0%	80,9%
الحالة الرابعة	10	10	05	16	50%	50%	23,81%	76,19%

- التحليل الكمي:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (4) الذي يبين نتائج المجموعة الثانية التي لم تحظى بتدخل مبكر تم تقدير النسب المئوية للإجابات الصحيحة و الخاطئة للحالات من خلال إعطاء القيم العددية المتحصل عليها في الجدول لكل حالة في كل من "الاستقبال المعجمي" و "الفهم" فنلاحظ أن الأطفال لم يتمكنوا من التعرف على أغلبية الصور المعطاة في كلا البندين خاصة في بند "الفهم" مقارنة بالمجموعة الأولى.

فالنسب المئوية الخاصة بالإجابات الصحيحة و الإجابات الخاطئة "للاستقبال المعجمي" ، ...، أما النسب المئوية 45%، 50%، 55%، كانت تقريبا متساوية التي قدر بعضها ب60 الخاصة "بالفهم" كان هناك اختلاف كبير في الإجابات الصحيحة و الإجابات الخاطئة و ، ... هذا دليل على أن أغلبية الصور لم76%، 85، 19، 71% الذي قدر بعضها ب9،52 يتم التعرف عليها.

- التحليل الكيفي:

من خلال النتائج المعروضة سابقا الخاصة بالمجموعة الثانية التي لم تحظى بتدخل مبكر و الحصول على قيم منخفضة في "الاستقبال المعجمي" و "الفهم" للإجابات الصحيحة و قيم مرتفعة للإجابات الخاطئة، هذا دليل على عدم قدرتهم على التحكم في كلا البندين خاصة بند "الفهم" و ذلك بالتعرف على بعض الصور السهلة في البند الأول مثل: طيارة، تقاحة، كسكيطه، طوموبيل، خروف،...، هذا دليل على أن حالات المجموعة الثانية لم يكن لديها مكتسبات قبلية تساعدها على التعرف على مختلف الصور المعروضة.

ج/حساب متوسط المجموعتين باختبار "مان وتني" فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم(5): يبين المتوسطات الحسابية و انحرافات المعيارية لمتغيرات الفهم الشفهي.

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تدخل مبكر	32,25	2,217
تدخل متأخر	14,75	3,862

تعليق:

تحصلنا على متوسط حسابي قدره 32,25 مع انحراف معياري 2,217 لدى المجموعة التي حظيت بتدخل مبكر، بينما حصلنا على متوسط حسابي قدره 14,75 وانحراف معياري 3,862 لدى المجموعة التي لم تحظى بتدخل مبكر.

و لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطين تم إجراء اختبار "مان ويتي" الذي أسفرى على النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم(6): يبين نتائج اختبار مان ويتي للمقارنة بين المجموعتين.

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتي	قيمة Sig
تدخل مبكر	4	6,50	26	0,00	0,020
تدخل متأخر	4	2,50	10		

تعليق:

تحصلنا على متوسط الرتب قدره 6,50 مع مجموع الرتب 26 لدى المجموعة التي حظيت بتدخل مبكر ، بينما حصلنا على متوسط الرتب قدره 2,50 مع مجموع الرتب 10 لدى "U المجموعة التي لم تحظى بتدخل مبكر، و بذلك أسفرى اختبار "مان وتني" على قيمة " تساوي 0,020 و هي أصغر من مستوى Sig محسوبة تساوي 0,00 و قيمة معنوية"

الدلالة 0,05 و هذا ما يبين وجود فرق بين المجموعتين.

- التحليل الكيفي:

من خلال ما سبق تفسر الباحثة هذه النتائج بأهمية التدخل المبكر لدى أطفال التوحد. ذلك لأن المجموعة الأولى حصلت على قيم مرتفعة في "الاستقبال المعجمي" و "الفهم" على عكس المجموعة الثانية التي حصلت على قيم منخفضة في "الاستقبال المعجمي" و "الفهم".

3- مناقشة النتائج:

- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أن: "للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد" و للتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "خومسي لتقييم اللغة الشفهية (ELO)" على 8 حالات، 4 حالات حظيت بتدخل مبكر و 4 حالات أخرى لم تحظى بتدخل مبكر. و بعد تطبيق الاختبار و حساب النسب المئوية لكل مجموعة وجدنا أن النسب المئوية للمجموعة الأولى كانت مرتفعة مقارنة مع نسب المئوية للمجموعة الثانية التي كانت منخفضة و هذا يبينه كل من الجدول رقم (3) و (4)، نتيجة لعدة عوامل كتأخر في الاكتشاف (تأخر في مراحل النمو لعامل الوقت-ثقافة المجتمع-) و عدم وعي الأهل بالاضطراب و عدم تقبله مما يجعلهم يتأخرون في الذهاب إلى الأخصائيين، انقطاعات متكررة عن حصص التكفل و البحث عن حلول بديلة كالأدوية، و أيضا عدم الالتزام بالبرامج و عدم توجيهه الجيد للأولياء في التكفل بالطفل، على عكس المجموعة الأولى الذي كان الاكتشاف مبكر من خلال ملاحظة مراحل نمو الطفل و المشاكل التي تعرض لها، وكذلك وعي الوالدين مع وجود متابعة مبكرة و التكفل الجيد بالحالة، بالالتزام بالأهل بالبرامج

المقدمة من طرف الأخصائيين، أي بعد وجود تدخل مبكر اتضح لنا أن الأطفال التوحيديين عرفوا تحسن ملحوظ في "الاستقبال المعجمي" و "الفهم"، و فهم معاني سلسلة اللفظية و هذا إن دل على شيء إنما يدل على اكتسابهم لهذه المهارة بطريقة سليمة تسمح لهم بتأدية هذه الكفاءة بشكل صحيح .

و هذا ما يبين صحة الفرضية التي تنص على أن "للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد"

و هذا ما يتفق مع دراسة وليد جمعه عثمان حسن(2014): على فعالية برنامج التدخل المبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد.

- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر لدى أطفال التوحد"

و للتحقق من صحة الفرضية استخدمنا اختبار "مان وتني" لمعرفة دلالة الفروق بين "تساوي Sig" محسوبة تساوي (0,00) و قيمة معنوية "U المجموعتين، فتحصلنا على قيمة"

(0,02) و هي اصغر من مستوى الدلالة (0,05) و هذا ما يبينه الجدول رقم (6)، و عليه نرفض الفرضية الصفرية التي تقول " أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر لدى أطفال التوحد" و نقبل الفرضية البديلة "أي توجد فروق دالة إحصائية بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر" لصالح المجموعة الأولى.

4- الاستنتاج العام:

من خلال ما سبق التطرق إليه في بحثنا بشقيه النظري و المنهجي و من خلال عرض و تحليل و مناقشة النتائج المتحصل عليها على ضوء الفرضيات و مقارنتها مع معطيات النظرية يتضح أن البحث الحالي حاول تحقيق أهدافه بطرق منهجية مضبوطة حيث كشف عن دور التدخل المبكر في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد و ذلك بعد تطبيق "اختبار خموسي لتقييم اللغة الشفهية (ELO)" و اختبار "مان وتتي" حيث خلصنا في الأخير إلى تحقق صحة كل من الفرضية العامة التي تدل على أن للتدخل المبكر دور في تنمية الفهم الشفهي الشفهي لدى أطفال التوحد، و تحقق صحة الفرضية الجزئية الأولى بوجود فروق دالة إحصائية بين الفئة التي حظيت بتدخل مبكر و الفئة التي لم تحظى بتدخل مبكر، مع نفي الفرضية الجزئية الثانية.

و من هنا نستنتج أن فرضيات الدراسة التي كانت كإجابة مؤقتة عل التساؤل المطروح في الإشكالية قد تحققت انطلاقا من النتائج الإحصائية التي ثبتت صحتها و حل مشكلة الدراسة ككل.

الخاتمة

الخاتمة:

و أخيرا بعدما تطرقنا إلى دراسة التدخل المبكر و دوره في تنمية الفهم لدى أطفال التوحد، لاحظنا أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات واضحة على مستوى الفهم و لذلك لا بد الاهتمام بهذه الفئة الخاصة من الأطفال لأنهم يحتاجون إلى رعاية من طرف أسرهم و من طرف الدولة و الأخصائيين و لابد من مساعدتهم و المساهمة في دمجهم من خلال عمليات التشخيص و التدخل و التكفل المبكر بهم مما يسهل و يرفع من مستوى الفهم لديهم.

و على الرغم مما توصلنا إليه إلا أن هذه النتائج لا يمكن تعميمها بالنظر إلى صغر حجم العينة التي أتتحت لنا، ولهذا نتطلع مستقبلا أن نتعمق أكثر في هذه الدراسة و أن نطورها حتى يكون في إمكاننا تعميم نتائجها كما نتمنى أن يكون بحثنا المتواضع هذا منطلق لدراسات لاحقة أكثر دقة و شمولية نتناول فيه موضوع التدخل المبكر ودوره في تنمية الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد و إدماجهم في المجتمع من خلال وضع تقنيات و برامج خاصة.

الاقتراحات و التوصيات:

بناءا على النتائج التي توصلت إليها دراستنا بتوازنها مع نتائج و البحوث السابقة، ارتأينا أن نختم هذا الذي زاد من عزمنا لنكون خير خلف لخير سلف، ورغم أننا لا نرى في شخصيتنا أهلا لإملاء التوصيات إلا أننا حاولنا أن نختم دراستنا بجملة من التوصيات و الاقتراحات كأفاق مستقبلية للبحث العلمي في ميدان العلوم الاجتماعية و الإنسانية و بمشاركة زملائنا بها:

- ✓ يجب أن تكون الحصص مكثفة مع فئة أطفال التوحد و ذلك للنهوض بمستواهم في الفهم و لكي يتمكنوا من التواصل مع أسرهم و أقرانهم.

- ✓ القيام بالبحوث و الدراسات عن التدخل المبكر لأهميتها خاصة عند أطفال التوحد.
 - ✓ التأكيد على العمل التعاوني بين المختصين و الأولياء من أجل التقبل و بناء علاقة تسودها الثقة و التعاون لتطوير مهارات الطفل و تخفيف حدة الاضطراب.
 - ✓ وضع اختبارات و نشاطات و برامج و مناهج دراسية مع جعل الطفل في حالة تعليم متواصل و تدريب مكثف لمساعدتهم على التعلم.
 - ✓ التدخل المبكر و المكثف مع تعديل البيئة و تنظيمها بما يتماشى و قدرات الطفل المتوحد.
 - ✓ ضرورة إخضاع كل الأطفال التوحدين للمراقبة الدائمة و المستمرة في جميع النواحي التطورية للتمكن من اكتشاف مختلف الصعوبات الخاصة التي تمس اللغة مع استفادة كل الأطفال ذوي الصعوبات من تكفلات نفسية لغوية معرفية بتقديم بروتوكولات علاجية ملائمة من طرف المختصين.
 - ✓ وضع فريق متكامل من الأخصائيين لتشخيص المبكر و كشف على حالات التوحد.
 - ✓ إيجاد طرق بديلة للتواصل مع الطفل التوحدي مهما كانت.
 - ✓ الدخول إلى عالم الطفل المتوحد عوضا عن إخراجهم منه من خلال الاندماج معه.
- دعم عائلات أطفال التوحد من أجل تجاوز الأزمة التي تمر بها نتيجة وجود الطفل التوحدي في العائلة و حمايتها من الضغوط.



قائمة المراجع

قائمة المراجع:

مراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1-إسماعيل خير الله، عفاف. (2013). متلازمة الإعاقة الفكرية. ط1. دار الزهراء. الرياض.
- 2-إمام، محمد صالح، و الجوالده، فؤاد عيد. (2011). اضطرابات النمو الشامل. ط1. دار الثقافة للنشر و التوزيع. عمان.
- 3-تامر، فرح سهيل. (2015). التوحد. ط1. دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.
- 4-الجلبي، سوسن شاكر. (2015). التوحد الطفولي. دون طبعة. دار و مؤسسة رسلان للطباعة و النشر و التوزيع. سوريا.
- 5-حساني، أحمد. (2000). دراسات في اللسانيات التطبيقية. ط2. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- 6-حسين عسلي، كوثر. (2006). التوحد. دون طبعة. دار صفاء للنشر و التوزيع. عمان.
- 7-خطيب، جال، و الحديدي، منى. (1998). التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. دون طبعة. دار الفكر للطباعة و النشر . عمان.
- 8-الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2004). التوحد. ط2. دار وائل للطباعة و النشر و التوزيع.
- 9-سعد، رياض. (2008). أسرار الطفل التوحدي. دون طبعة. دار الجامعات للنشر. مصر.

- 10- سليمان، سناء. (2016). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. دون طبعة. عالم الكتب. القاهرة.
- 11- السيد عبد الرحمن، محمد، و خليفة علي حسن، منى. (2005). رعاية الأطفال التوحديين. دون طبعة. دار السحاب للنشر و التوزيع. القاهرة.
- 12- الشرقاوي، محمود عبد الرحمن عيسى. (2018). التوحد و وسائل علاجه. ط1. دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع.
- 13- الصباطي، إبراهيم سالم، و الشحات، نجدي محمد أحمد، و العمري، أحمد عبد الرحيم. التدخل المبكر. دون طبعة. مكتبة الرشد مدرسة بقسم العلوم النفسية كلية رياض الأطفال. القاهرة.
- 14- العبادي، رائد الخليل. التوحد. ط1. مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع. عمان.
- 15- العبادي، رائد الخليل. (2011). التوحد. ط1. مكتبة المجتمع العربي للنشر. عمان.
- 16- عبد الله الجلامدة، فوزية. (2013). اضطراب التوحد في ضوء النظريات. ط1. دار الزهراء للنشر و التوزيع. الرياض.
- 17- عبد الله محمد، عادل. (2002). الأطفال التوحديين. دون طبعة. دراسات برمجية و تشخيصية مطابع العيون الحديثة. مصر.
- 18- عبد الله، محمد قاسم. (2001). الطفل التوحيدي أو الذاتوي الانطواء حول الذات و معالجته. دون طبعة. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
- 19- العتوم، عدنان يوسف. (2004). علم النفس المعرفي بين النظرية و التطبيق. دون طبعة. دار المسيرة. عمان.

- 20- علي الشامي، وفاء. (2003). خفايا التوحد. ط1. فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر. الرياض.
- 21- علي العجمي، نادية. (2011). التدخل المبكر و برنامج البورتيج. ط1. دار يافا العلمية للنشر و التوزيع. عمان.
- 22- علي كامل، محمد. (2005). التدخل المبكر و مواجهة اضطرابات التوحد. دون طبعة. مكتبة ابن سينا. القاهرة.
- 23- علي محمد، وليد محمد. (2015). استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين. دون طبعة. مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع. الاسكندرية.
- 24- عواشيرة، السعيد. (2005). الفهم اللغوي القرائي و استراتيجياته المعرفية. دون طبعة. منشورات المجلس الأعلى للغة العربية.
- 25- غازلي، نعيمة. (2012). الفهم اللغوي الشفوي. دون طبعة. جامعة مولود معمري. تيزي وزو.
- 26- الفرحاتي، السيد محمود، و العدروس أبو العينين، مرفت، و محمد المقدامي، نعيمة، و سعيد الطلي، فاطمة. (2015). اضطراب التوحد. دليل المعلم و الاسرة في التشخيص و التدخل.
- 27- القمش، مصطفى النوري، و الجوالده، فؤاد العيد. (2014). التدخل المبكر الأطفال المعرضين للخطر. دون طبعة. دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- 28- القمش، مصطفى نوري. (2010). اضطرابات التوحد. ط1. دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 29- كريم، وفاء قيس. (2017). اضطراب التوحد. دون طبعة. دار الكتب و الوثائق. بغداد.

- 30- متولي، فكري لطيف. (2015). استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم. ط1. مكتبة الرشد ناشرون.
- 31- مجيدن سوسن شاكر. (2010). التوحد. ط2. ديبونو للطباعة و النشر و التوزيع. عمان. الأردن.
- 32- محمد سلامة، مشيرة فتحى. (2013). الانتباه و المهارات الاجتماعية لدلى الأطفال الذاتويين. ط1. مؤسسة الطبية للنشر و التوزيع. القاهرة.
- 33- محمد سليمان، سناء. الطفل الذاتوي بين الغموض و الشفقة و الفهم و الرعاية. دون طبعة. عالم الكتب للنشر و التوزيع.
- 34- محمود شقير، زينب. (2005). سلسلة سسيكولوجية الفئات الخاصة و المعوقين أسرتي مدرستي. دون طبعة. مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.
- 35- المشرفي، إنشراح. (2007). سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة. دون طبعة. مؤسسة حورس الدولية. الإسكندرية.
- 36- مصطفى، أسامة فاروق. (2010). اضطرابات التوحد. ط1. دار المسيرة للنشر و التوزيع. عمان.
- 37- مصطفى، أسامة فاروق. (2010). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. ط1. دار المسيرة للنشر و التوزيع. عمان.
- 38- المغازي، خيرى عجاج. (1998). صعوبات القراءة. ط1. جامعة طنطا للنشر و التوزيع. مصر.
- 39- المغلوث، فهد بن محمد. (2006). التوحد. دون طبعة. الرياض.
- 40- المقابلة، جمال خلف. (2016). اضطرابات طيف التوحد. ط1. دار يافا العلمية للنشر و التوزيع. الأردن عمان.

- 41- نبيهة إبراهيم إسماعيل. (2009). إشكالية الاضطرابات النفسية لاضطراب التوحد. دون طبعة. مركز الإسكندرية للكتاب للنشر و التوزيع.
- 42- نصر سهى، أحمد أمين. (2004). الاتصال اللغوي للطفل التوحد. دون طبعة. دار الفكر. الأردن.

المذكرات:

- 43- إبراهيم عبد القادر أبو السعود، نادية. (2002). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات و العواطف لدى أطفال المصابين بالتوحدية و آبائهم. رسالة دكتوراه. جامعة عين الشمس. جمهورية مصر العربية.
- 44- أدافر، لامية. (2011). دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية. رسالة ماجستير في الارطوفونيا. قسم علم النفس. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
- 45- خلفه، أسماء. (2015). دراسة الاستراتيجيات القصصية للفهم الشفهي عند الطفل الأصم الحامل للزرع القوقي. مذكرة شهادة ماستر. جامعة وهران.
- 46- دحال، سهام. (2005). دراسة و تحليل الفهم الشفهي عند الطفل المصاب بصعوبات تعلم القراءة. أطروحة لنيل شهادة الماستر في علم النفس اللغوي. قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا بجامعة الجزائر.
- 47- الزايري، نبيل. (2008). تقييم استراتيجيات الفهم الشفهي عند الطفل ذو الصمم الحاد باستخدام الكمبيوتر. مذكرة لنيل شهادة الماستر في الارطوفونيا. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
- 48- عبد النبي، سارة. (2016). تقييم استراتيجيات الفهم الشفهي عند المتخلفين ذهنيا. مذكرة شهادة ماستر . جامعة أم بواقي. الجزائر.

- 49- محمد فضل محمد، زينب. (2009). أثر التدخل المبكر على النمو اللغوي لأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية، بالمنطقة الشرقية (الدمام). بحث مقدم لنيل شهادة ماجستير الآداب في علم النفس.
- 50- مبرود، محمد. (2008). استراتيجيات الفهم عند الطفل أحادي اللغة و الطفل مزدوج اللغة-دراسة مقارنة-. أطروحة دكتوراه بجامعة الجزائر.

مقالات:

- 51- تنساوت، صافية. (2010). دراسة صعوبات الفهم التركيبي و الدلالي للغة asjp.cerist.dz الشفهية لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون. جامعة الجزائر.

مراجع باللغة الفرنسية:

- 52- Amy M, **Faire Face à L'autisme**, édition Retz, paris, 1996.
- 53- Bernadette Rogé, **L'autisme Cerveau et le développement des recherches**, édition L'apapi, paris, 2003.
- 54- Lorna Wing, **autistic children**, gillingham, Royaume-Uni, 1996.

مواقع الإلكترونية:

55- شبيب، عادل جاسب. الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي.

www.abahe.co.ok/02-06-2021/ 18h

56- bs-academy.com/11-06-2021/ 13h

57- ar.m.wikipedia.org/11-06-2021/ 13h

الملاحق

الملحق رقم (1): المقابلة.

المقابلة الارطفونية:

معلومات خاصة بالطفل :

الإسم:

اللقب:

تاريخ و مكان الميلاد:

الجنس:

السن:

العنوان:

رقم الهاتف:

قدمت الحالة من طرف:

سبب الفحص:

• السوابق العائلية:

اسم الأب:

الحالة الاجتماعية للأب:

اسم الأم:

الحالة الاجتماعية للأم:

مهنة الأب:

الحالة الصحية للأب:

مهنة الأم:

الحالة الصحية للأم:

المستوى التعليمي للأب:

المستوى التعليمي للأم:

المستوى الاقتصادي للعائلة:

اللغة المتكلم بها في المنزل:

-عمر الأب عند ولادة الطفل:
-عمر الأم عند ولادة الطفل:
- هل توجد قرابة بين الوالدين؟:
- زمرة دم الأم:
- زمرة دم الأب:

• ظروف الحمل و الولادة:

- فترة الحمل:

-هل كان الحمل مرغوب فيه:
-هل أصيبت الأم بأمراض في فترة الحمل:
-نوع المرض إن وجد:
-هل تناولت الأم أدوية:أذكرها:
-هل كان لديك إجهاض:

• أثناء الولادة:

-هل كانت الولادة في وقتها:
-حال الولادة: صعبة سهلة طبيعية قيصرية استعمال الملاقط
-وزن الطفل عند الميلاد:
-الصرخة الميلاد كانت في وقتها وكيف كانت:
-هل تعرض الطفل إلى نقص الأكسجين:

• بعد الولادة:

-هل احتاج إلى إنعاش و ما هي مدة الإنعاش:
-هل وضع الطفل في حاضنة و ما هي المدة التي وضع فيها:

• نمو الطفل:

-الرضاعة: طبيعية اصطناعية
-هل تعرض لصعوبات في التغذية:

نقص في امكانية الرضاعة.....
صعوبات في البلع.....
صعوبات التنفس:.....

• السوابق المرضية:

زمرة دم الطفل:.....
- هل تعرض الطفل الى:
الحصبة:.....
- امراض الجهاز العصبي:
التهاب السحايا..... التهاب الدماغ.....
الصرع..... متى أصيب بالصرع..... متى يتعرض للنوبات.....

• السوابق المرضية الخاصة بالأنف الأذن الحنجرة:

التهاب الأذن...../التهاب اللوزتين...../التهاب الجيوب الأنفية.....
هل تعاني الحالة من أمراض أخرى اذكرها:.....
هل تناول/ يتناول الطفل أدوية أذكرها:.....

التطعيم: منتظم..... غير منتظم.....
الفحوصات التي قام بها:.....

هل تم التكفل به من طرف أخصائي ارطوفوني:.....

كم كانت مدة الكفالة:.....

هل تم التكفل به من طرف أخصائي نفسي:.....

كم كانت مدة المتابعة النفسية:.....

• النمو النفسي الحركي:

- في أي سن كانت:

الابتسامة:.....

الجلوس:.....

الوقوف:.....

المشي:.....

لبس لوحده:.....

في أي سن اكتسب النظافة:..... في النهار..... / في الليل.....

اليدين المستعملتين: اليمنى..... / اليسرى..... / معا.....

- هل الطفل:

خجول..... / قلق..... / مضطرب..... / عدواني..... / غير مستقر..... / هادئ.....

لديه نشاطات متكررة:.....

لديه سلوكيات أخرى اذكرها:.....

• النمو اللغوي:

المناغاة:.....

الكلمة أولى:.....

الجملة الأولى:.....

هل لديه بواكر في الكلام:.....

ما هي:.....

هل هي ذات معنى:..... / مجرد مقاطع.....

هل يستعمل بعض الجمل:.....

هل توقف عن الكلام:..... / في أي سن توقف:.....

هل يستعمل الإشارات أو الإماءات في كلامه:

في أي سن كان ذلك:

• التكيف الوجداني:

هل الطفل :

اجتماعي: / انطوائي:

علاقته مع: الأم: / الأب:

إخوته: / أصدقائه:

- هل يلعب:

لوحده: / مع إخوته: / أصدقائه: / اصغر منه: / اكبر منه:

• * الأكل و البلع:

في أي سن أكل لوحده:

نوع الأكل: صلب مهروس سائل

الوضعية أثناء الأكل:

هل لديه مسارات خاطئة عند البلع:

المضغ: جيد / نوعا ما / سيء

• الجانب الدراسي:

هل دخل الروضة: / في أي سن / كم هي المدة:

هل دخل المدرسة: / في أي سن /

هل أعاد السنة:

هل كانت لديه صعوبات ما هي:

• الاختبارات:

منعكس المص:

منعكس العض:

منعكس الغثيان:

الحساسية في محيط الفم:

الحساسية داخل الفم:

التنفس: فمي / أنفي

المتابعة البصرية:

الرؤية الثابتة:

المتابعة السمعية:

الإمساك باليد الكلي:

الإمساك باليد الدقيق:

• الحركات اللسانية القمية الوجهية:

تحريك الشفتين:

تحريك اللسان:

نفخ الخدين:

• المكتساب القبلية:

التخطيط الجسدي:

الألوان:

الأشكال:

الحجم:

البنية المكانية:

البنية الزمانية:

• الوعي الصوتي و القدرات الصوتية اللفظية:

على مستوى المقطع اللفظي و الفونيمي:

الذاكرة السمعية اللفظية:

الذاكرة البصرية:

• الانتباه والتمييز:

البصري:

السمعي:

• اللغة التعبيرية:

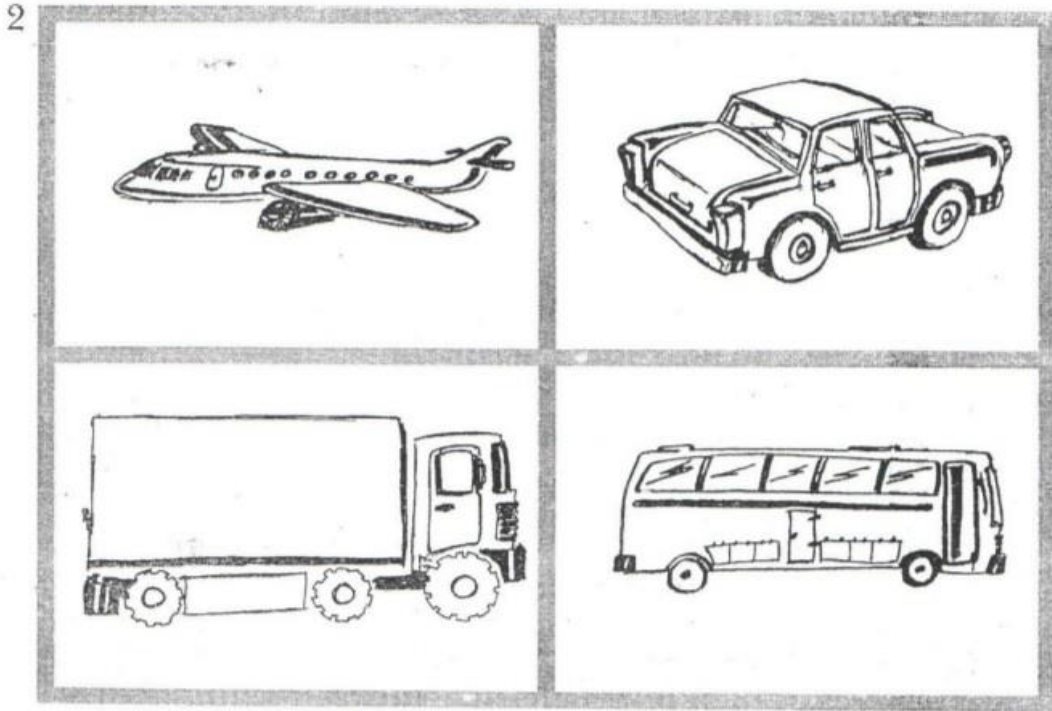
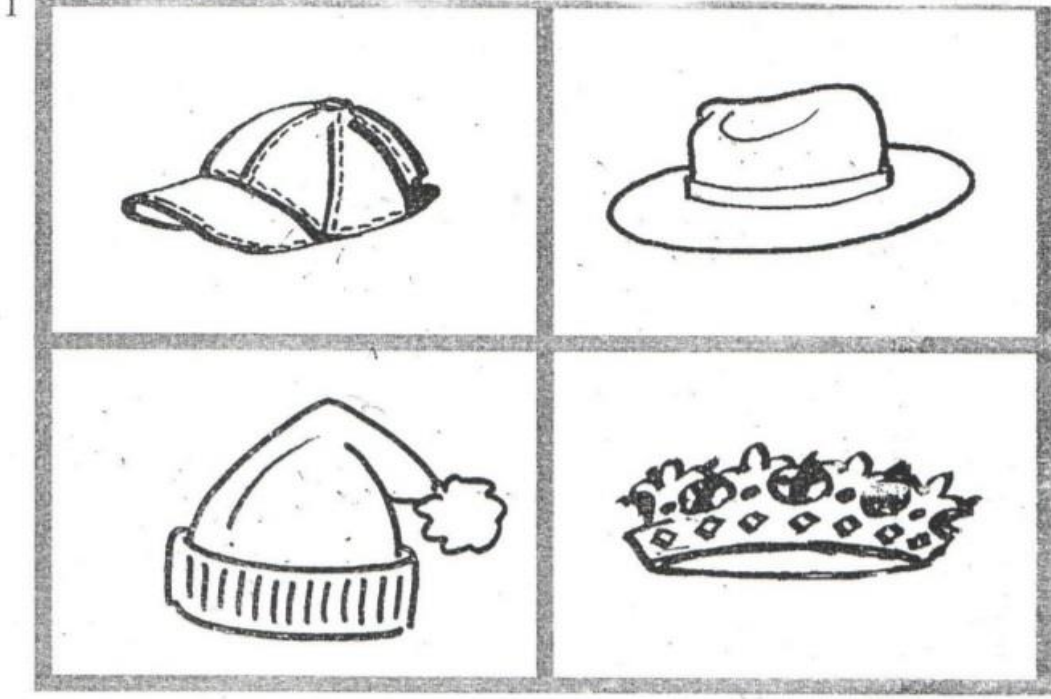
الكلام العفوي:.....

الرصيد اللغوي:.....

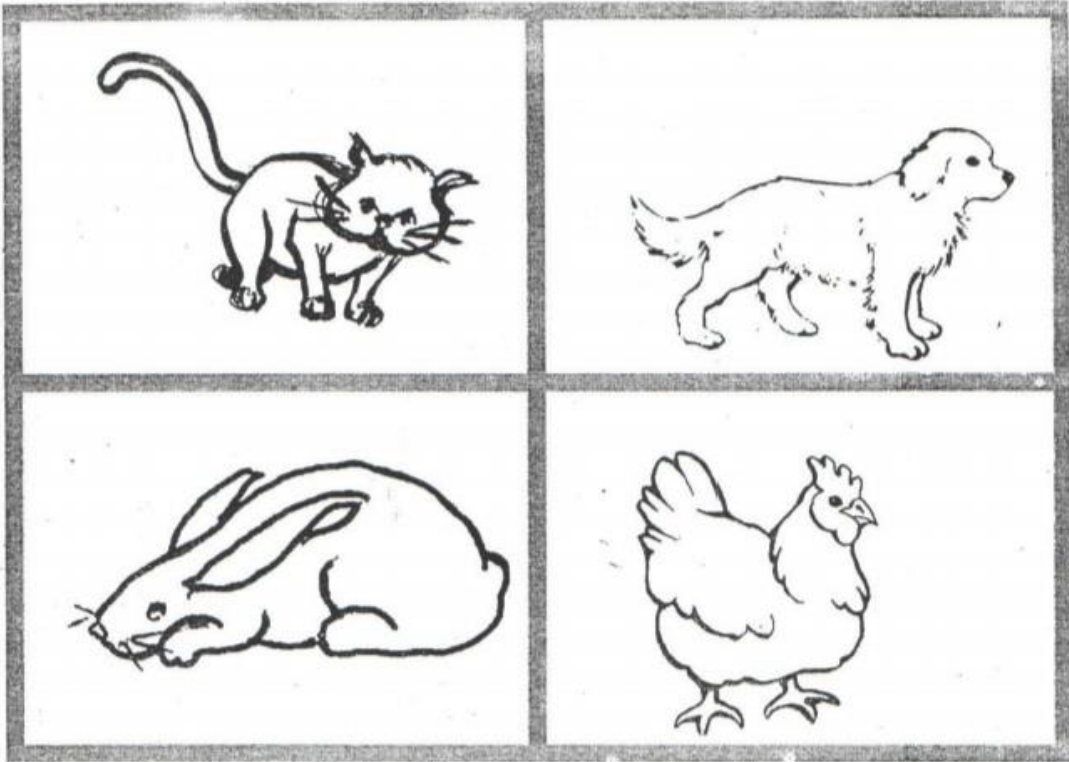
بناء و تكوين جملة:.....

الملحق رقم (2): عرض محتوى اختبار خومسي لتقييم اللغة الشفهية.

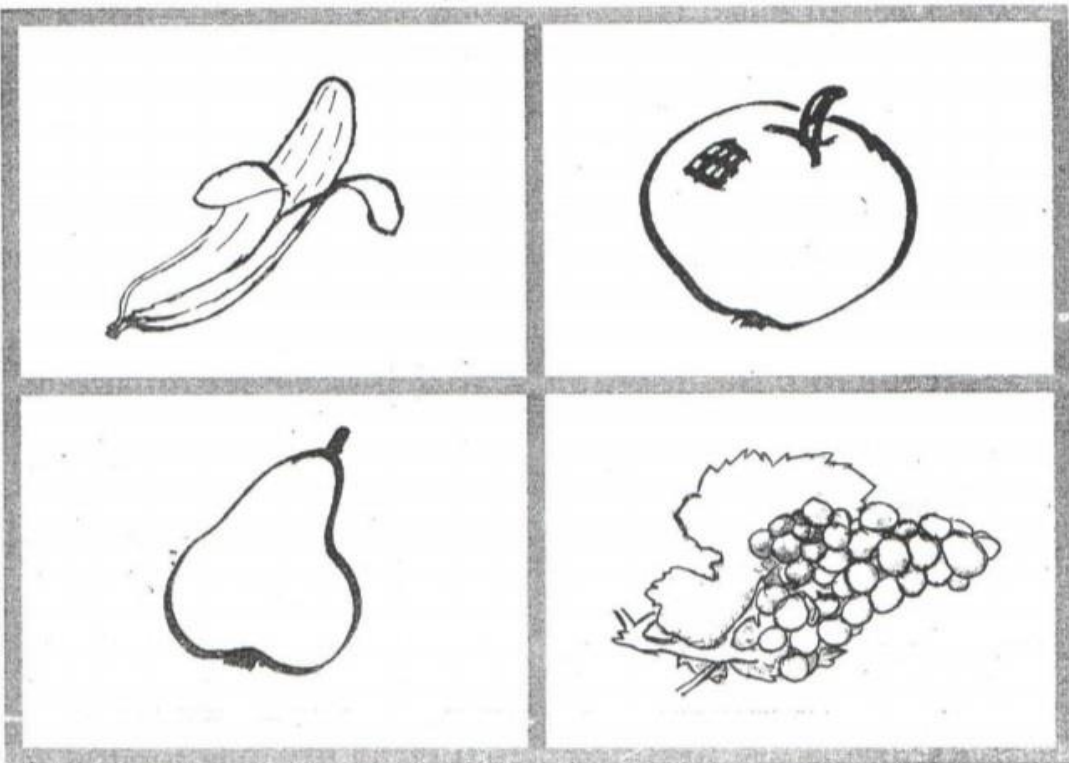
1- بنود الإختبار على مستوى الإستقبال المعجمي: (Lexique en réception)



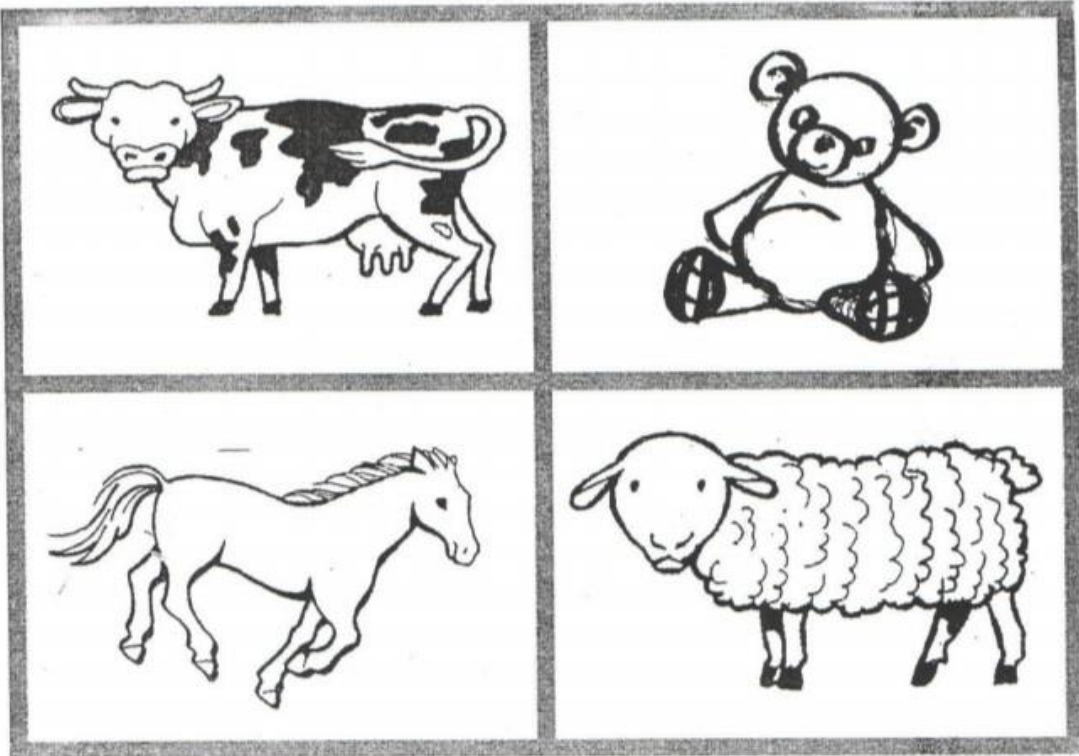
3



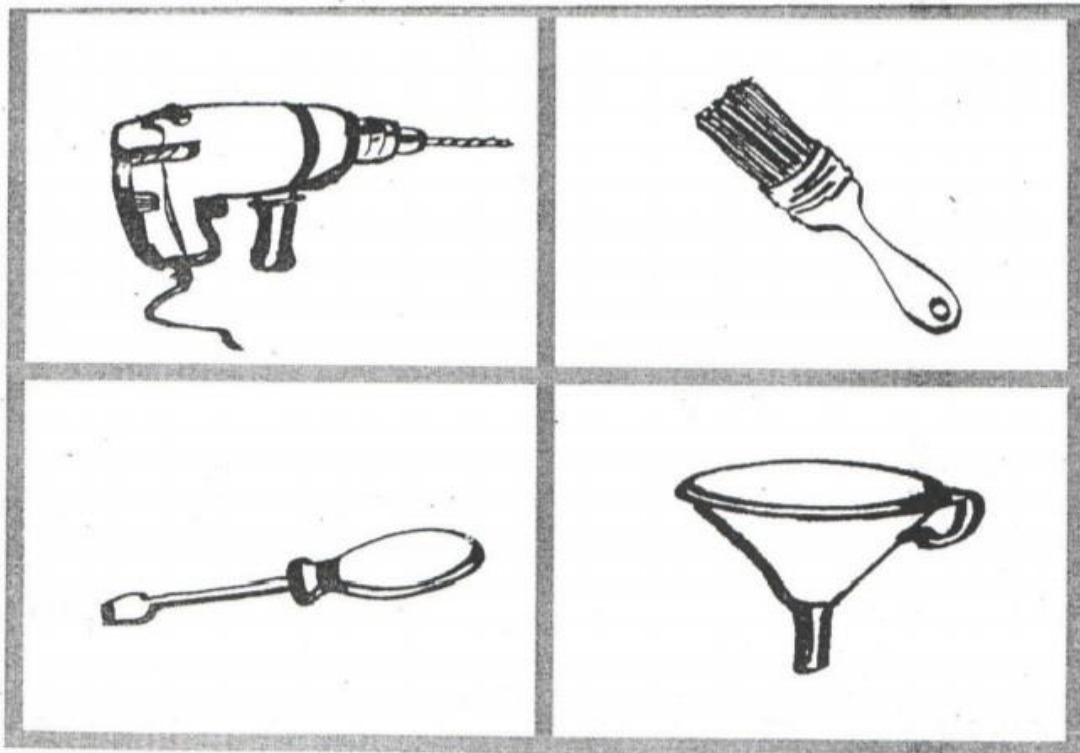
4



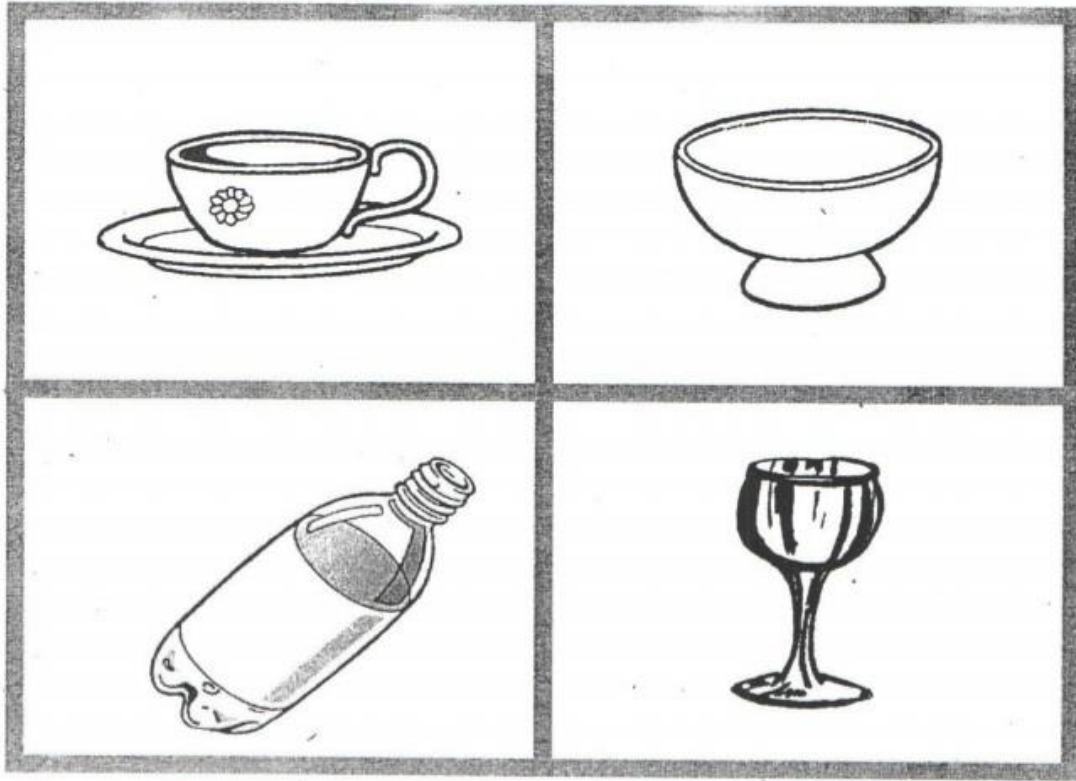
5



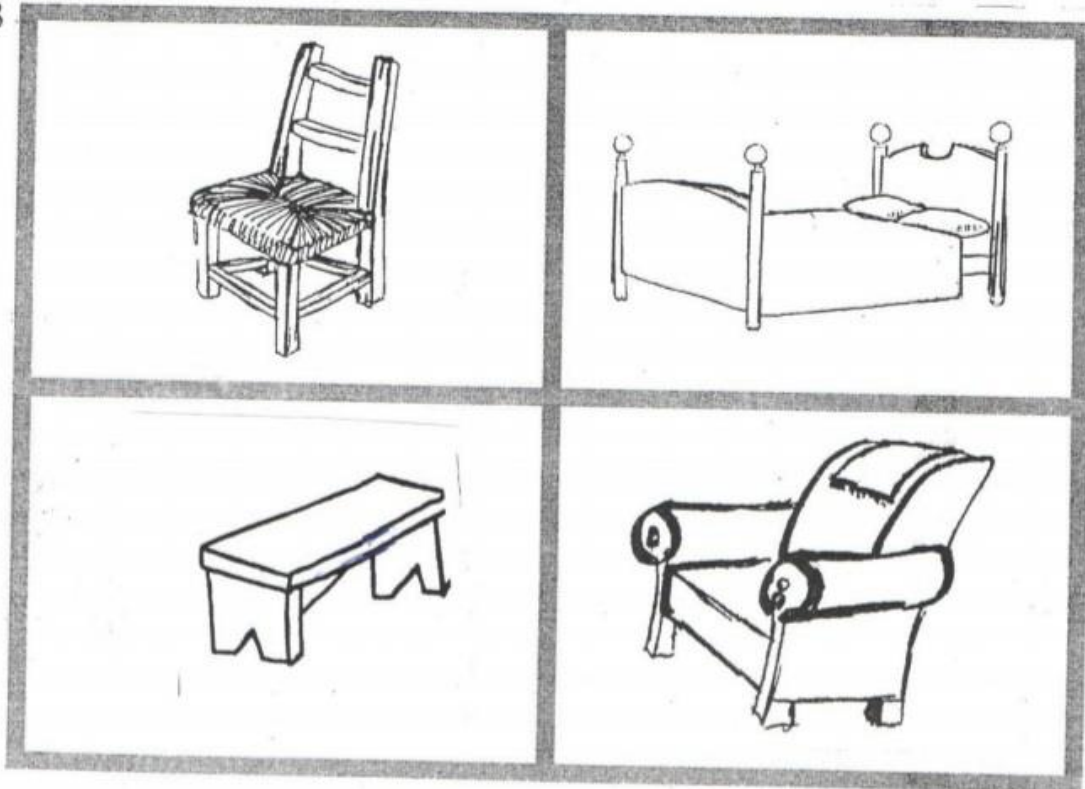
6



7

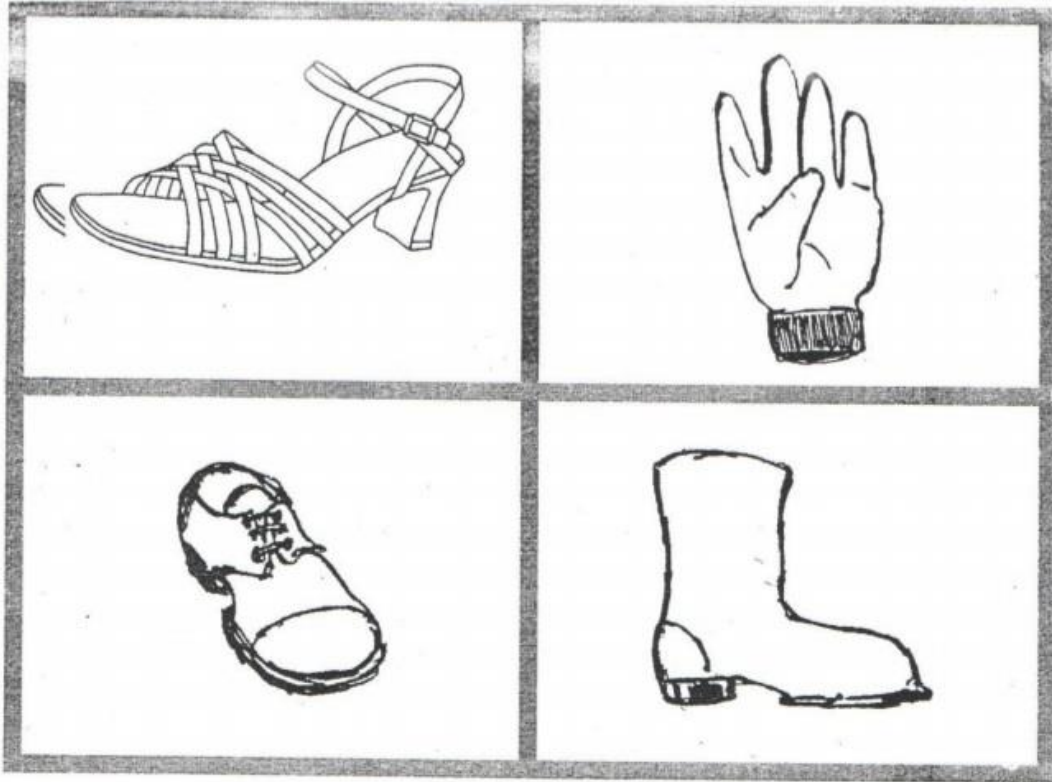


8

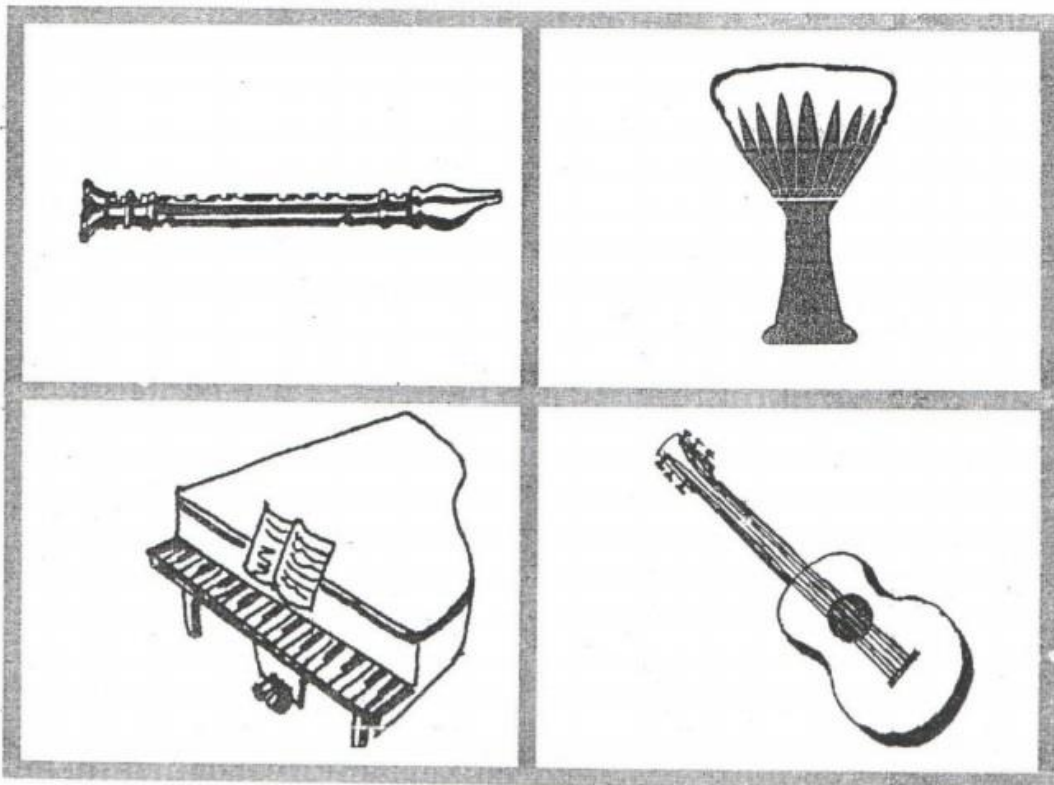


266/318

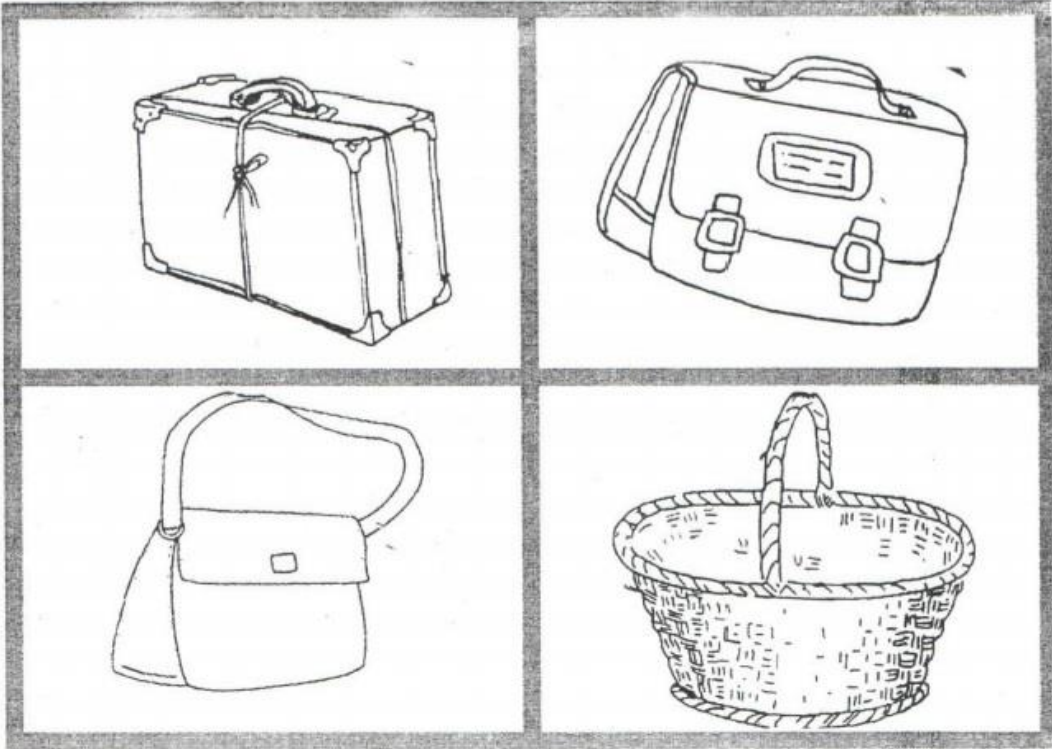
9



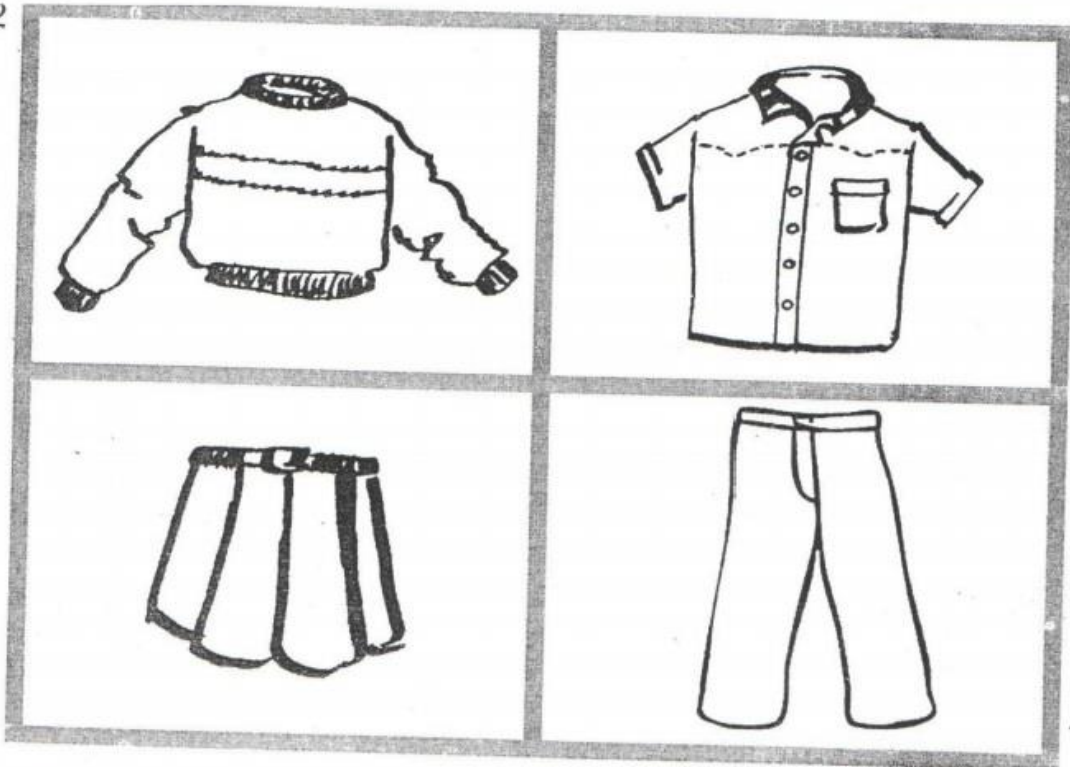
10



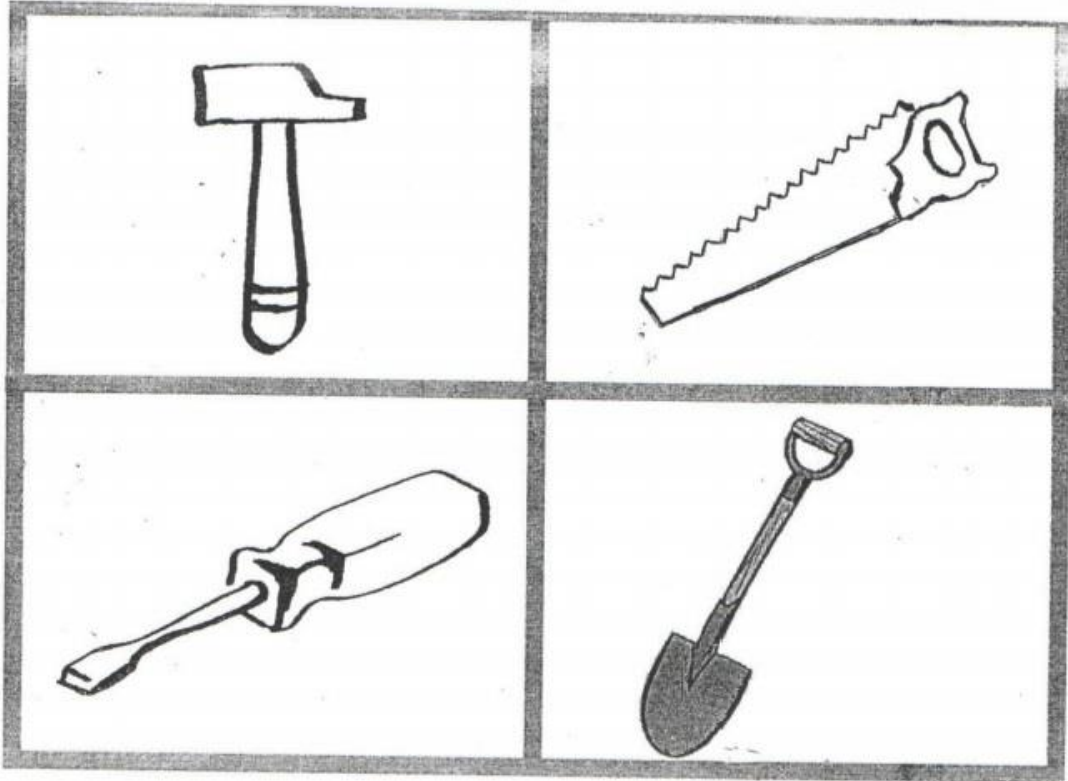
11



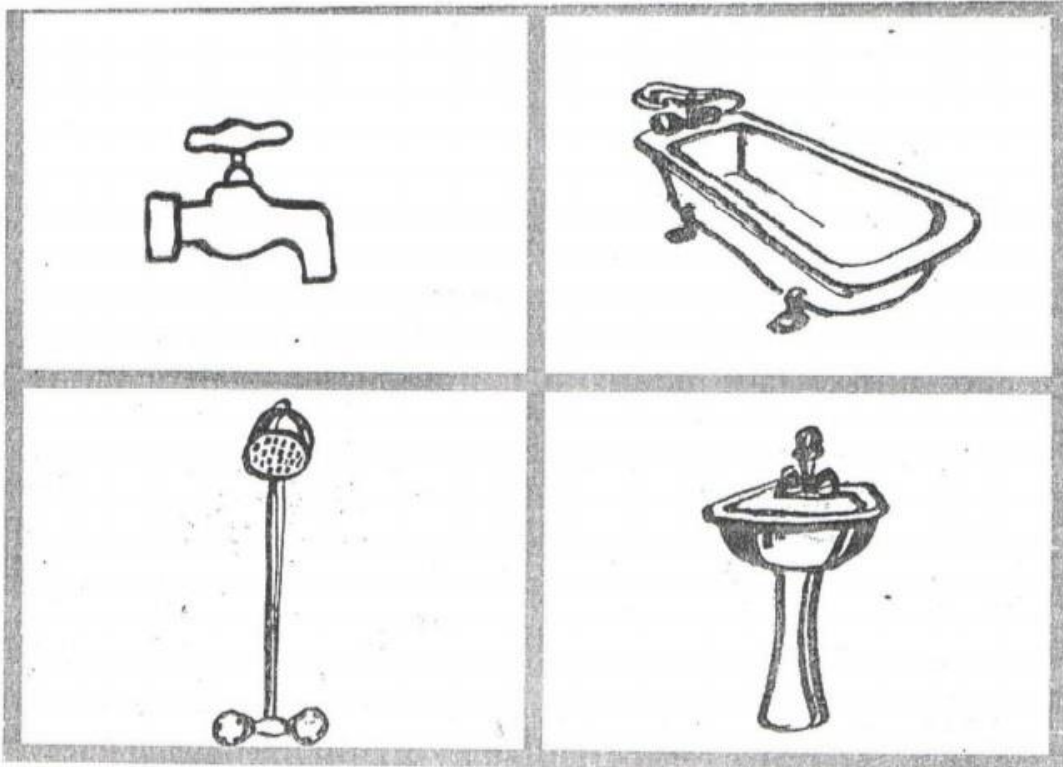
12



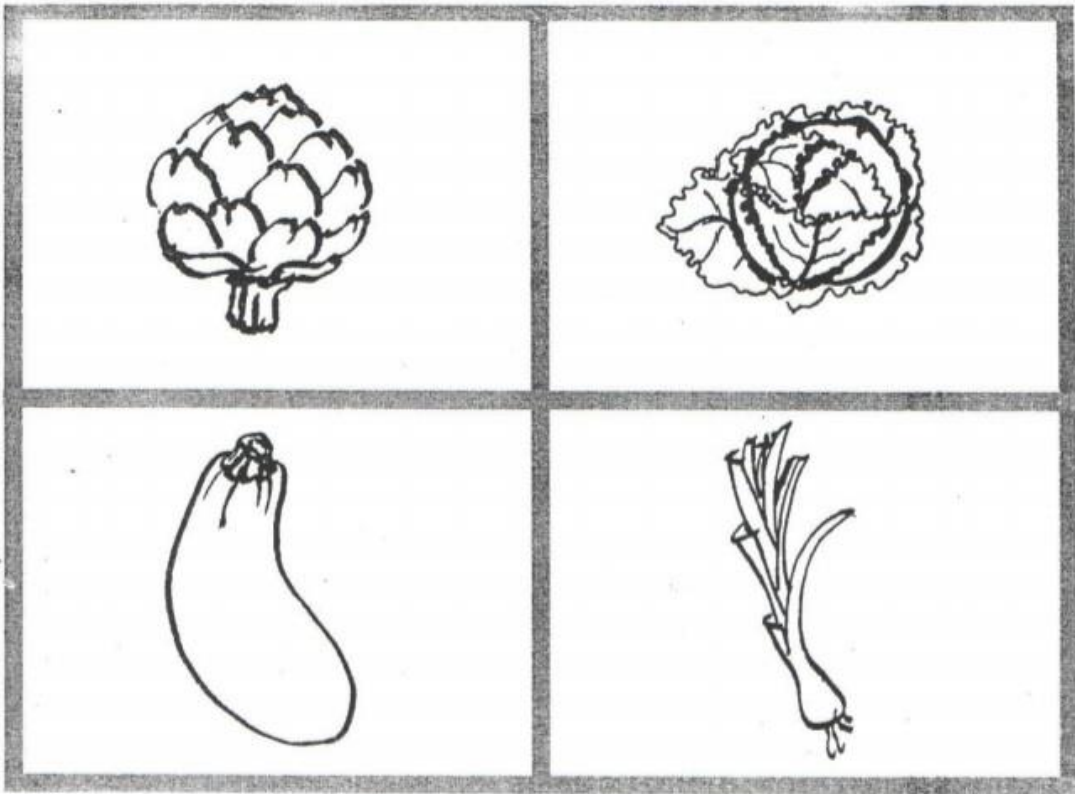
13



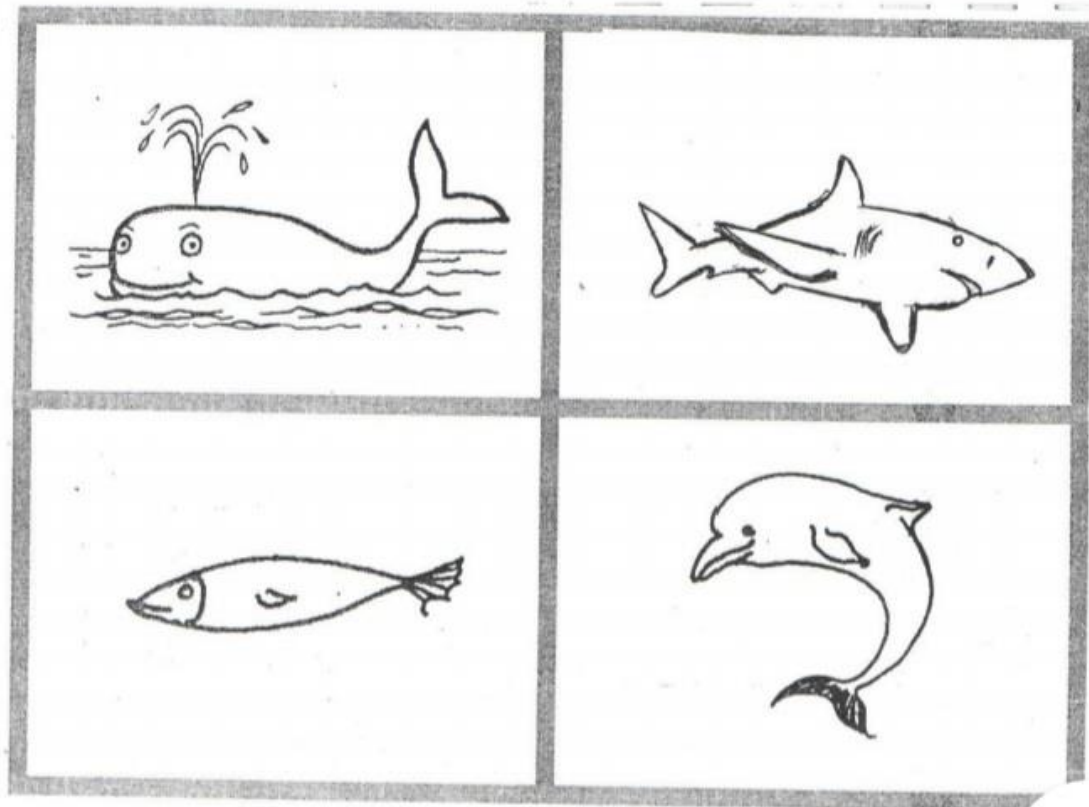
14



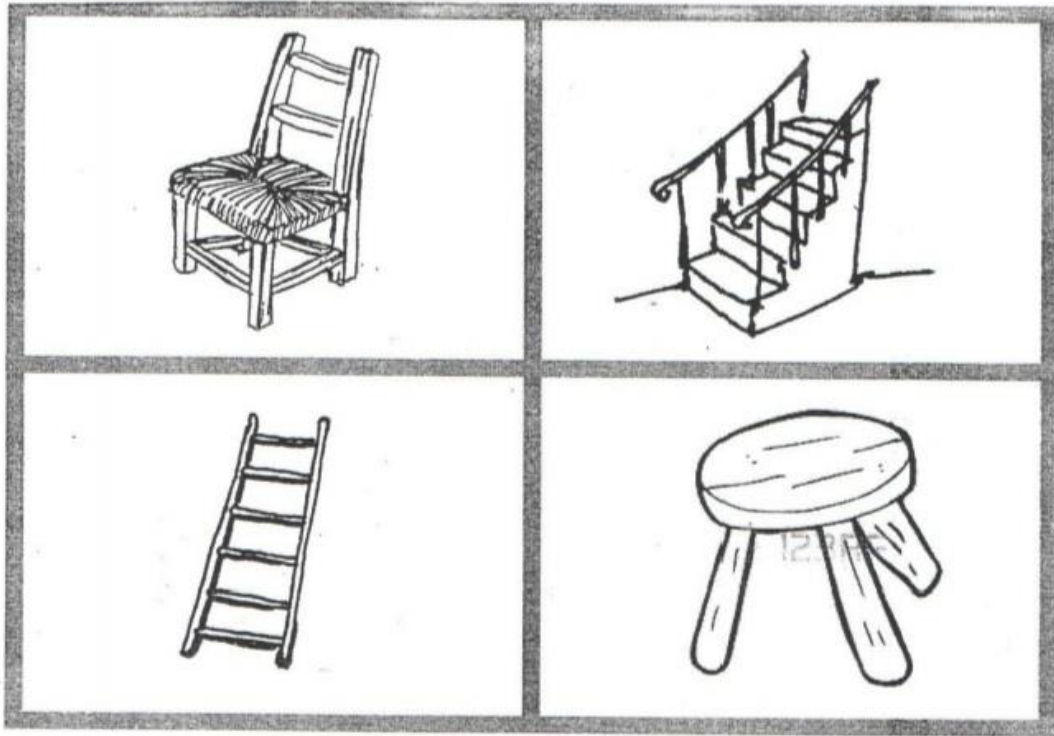
15



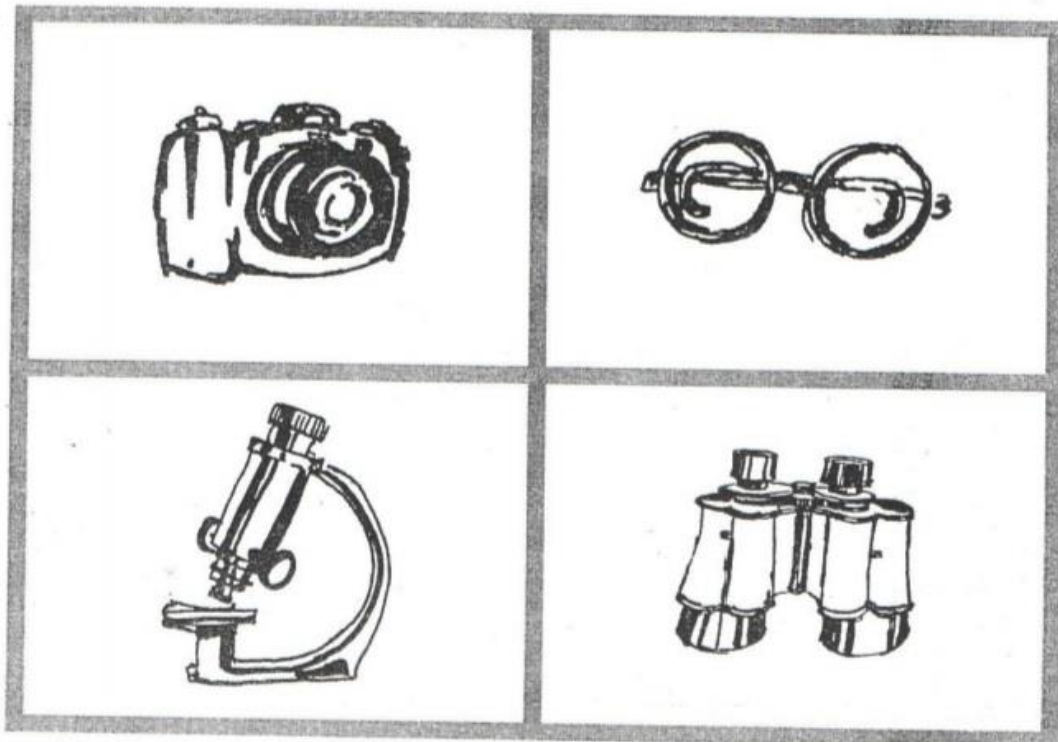
16



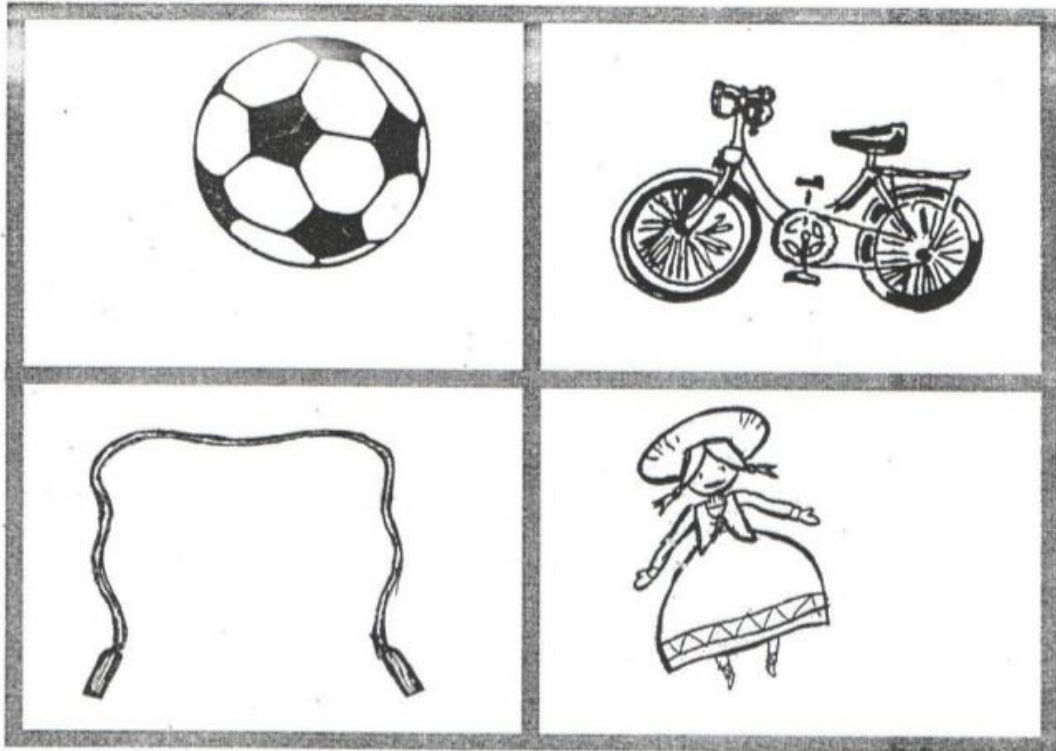
17



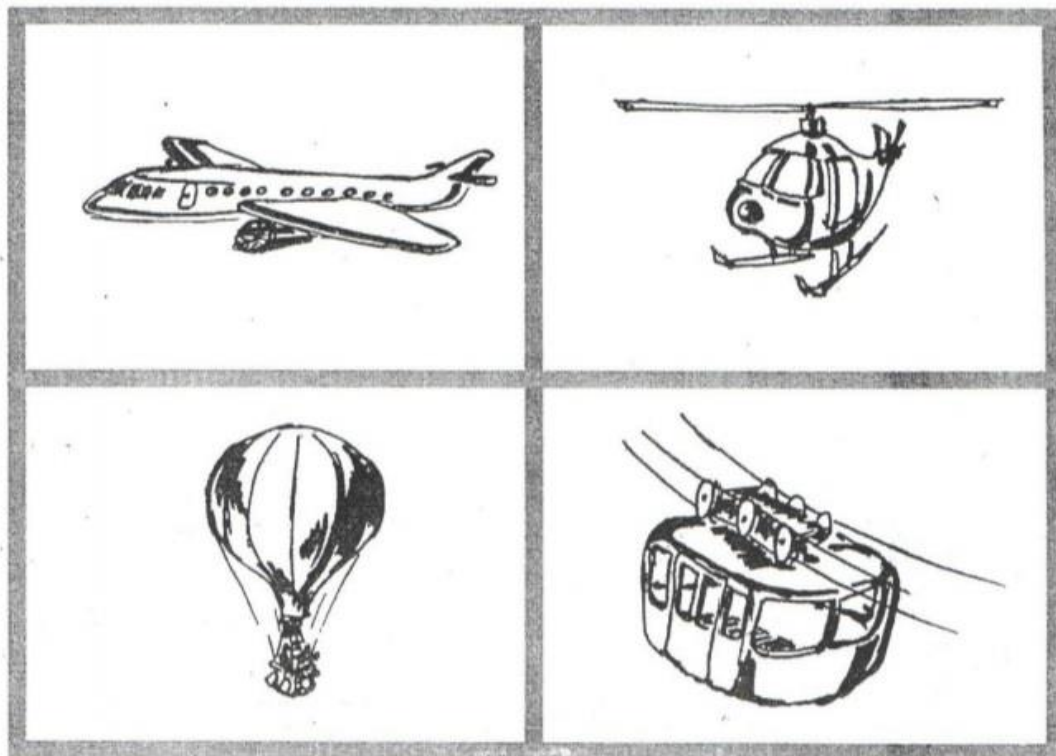
18



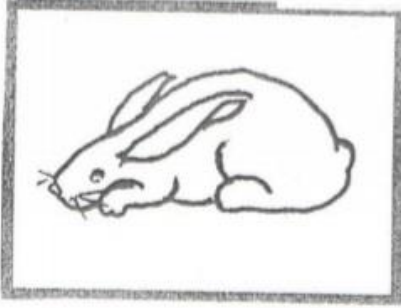
19



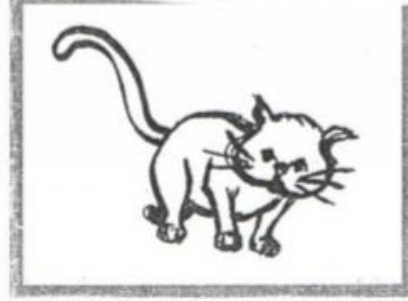
20



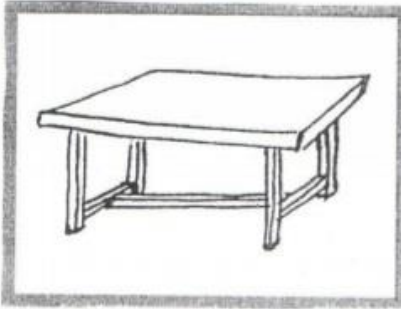
2- بنود الاختبار على مستوى الإنتاج المعجمي: (Lexique en production)



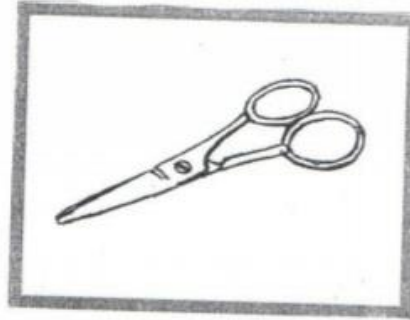
1



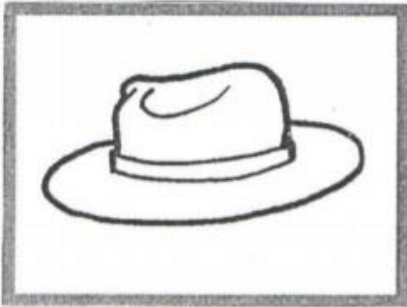
2



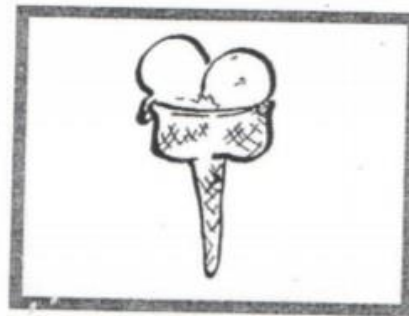
3



4



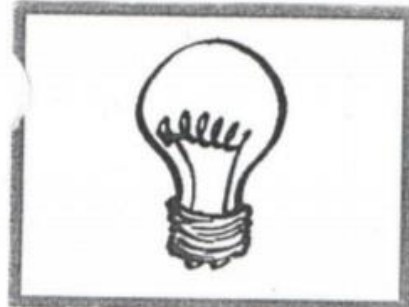
5



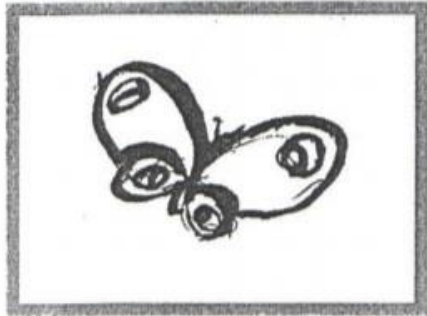
6



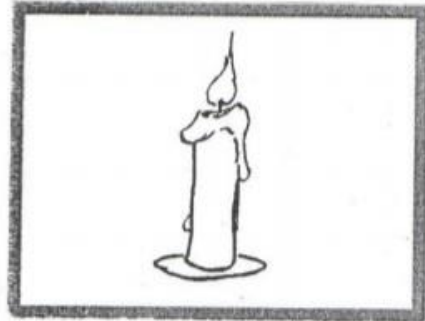
7



8



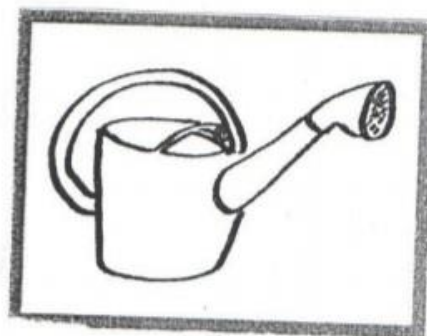
9



10



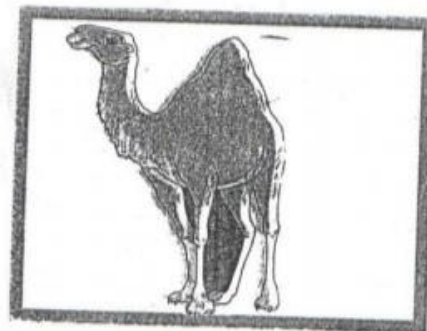
11



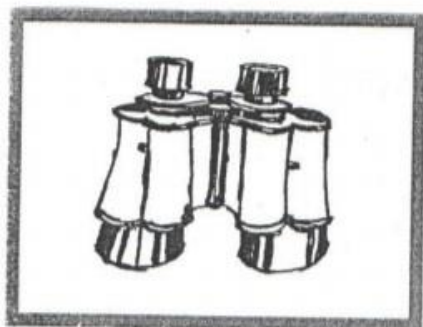
12



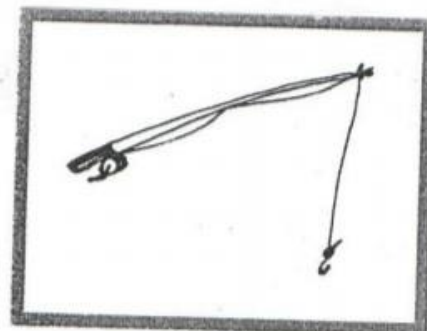
13



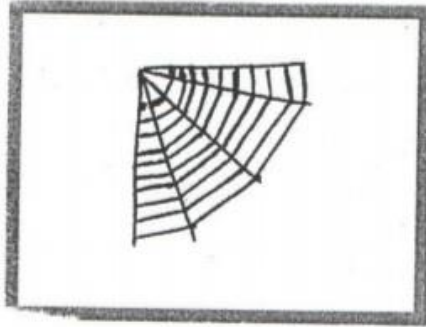
14



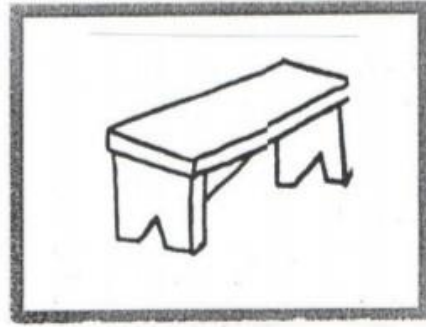
15



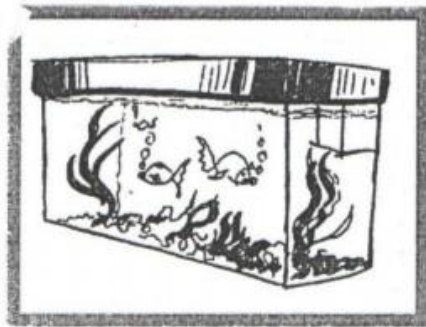
16



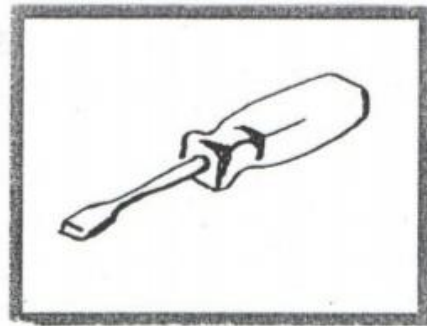
17



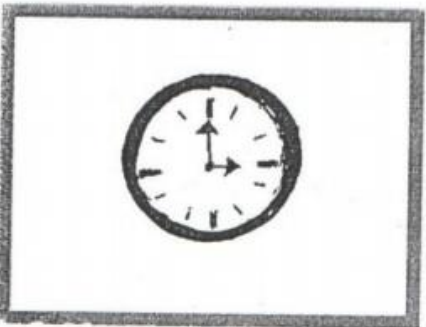
18



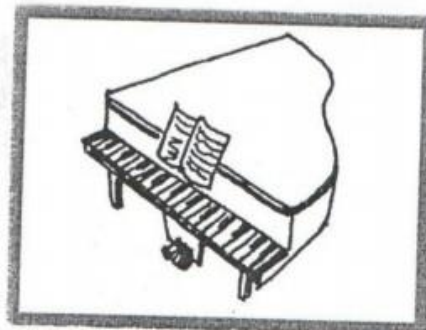
19



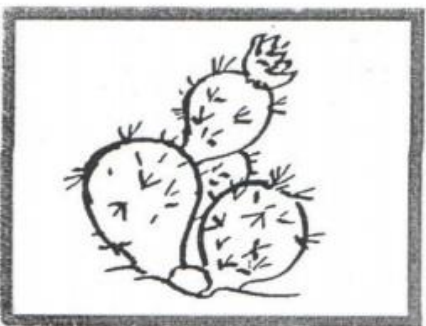
20



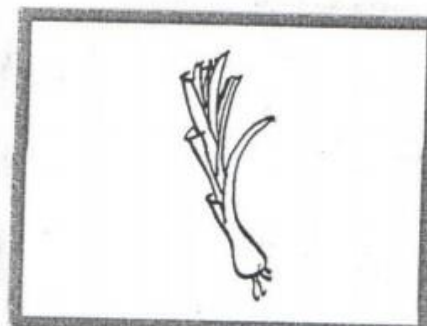
21



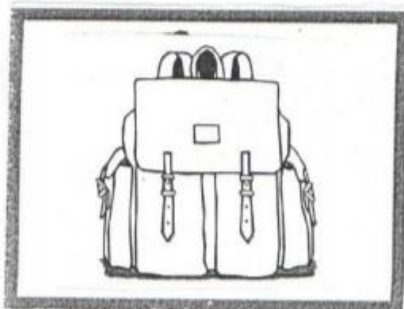
22



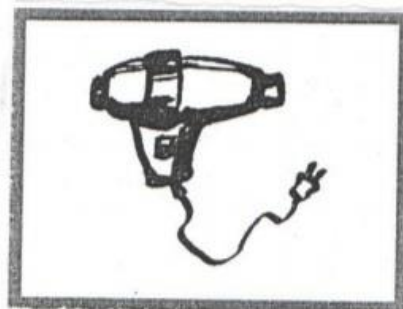
23



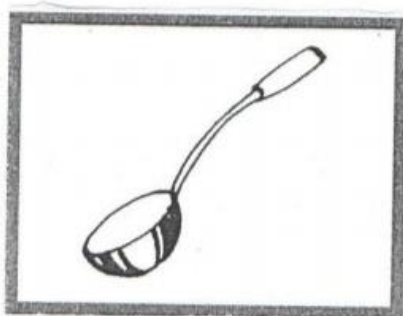
24



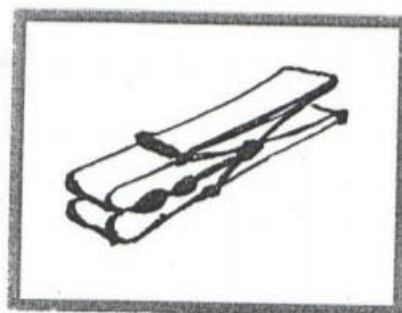
25



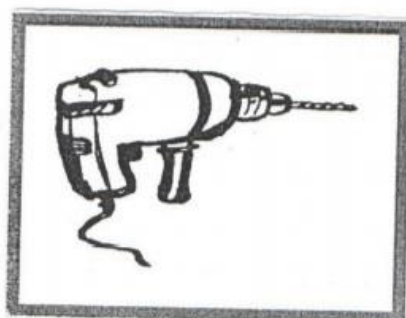
26



27



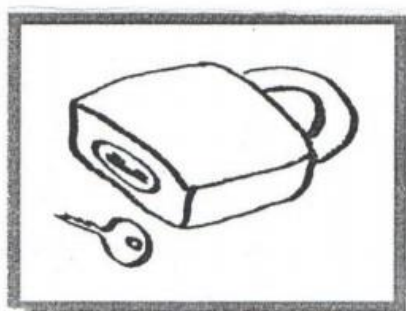
28



29



30



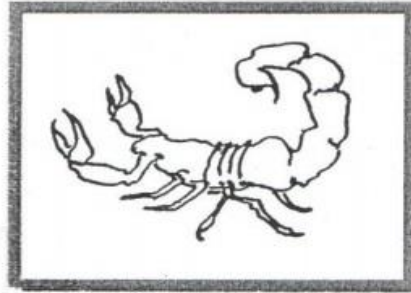
31



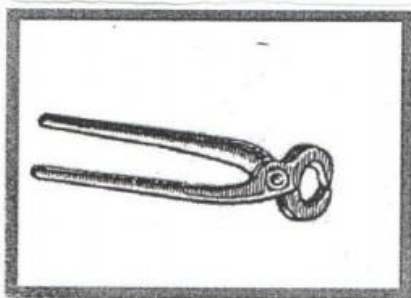
32



33



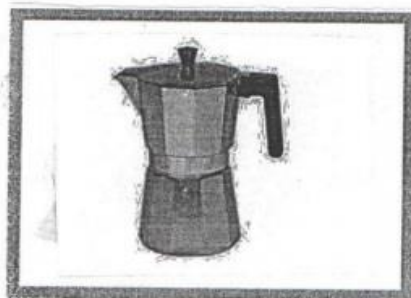
34



35



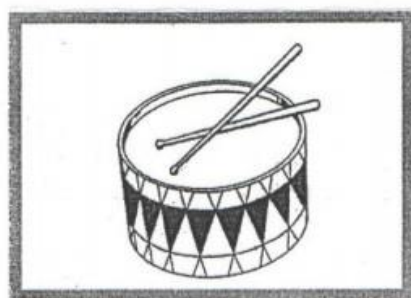
36



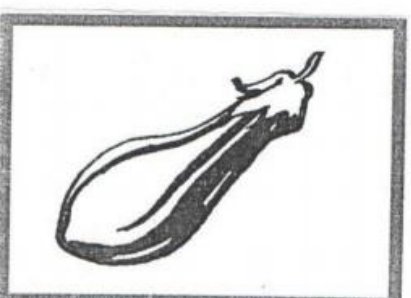
37



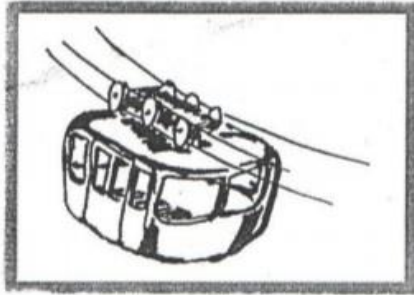
38



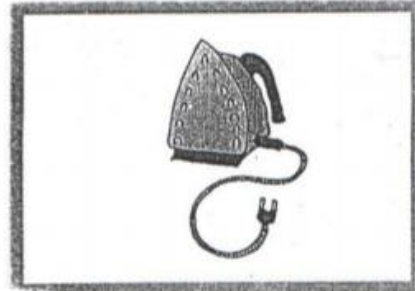
39



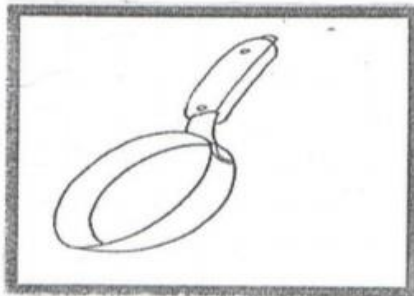
40



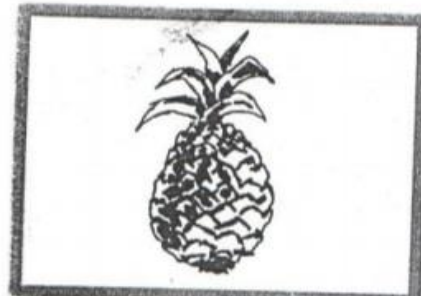
41



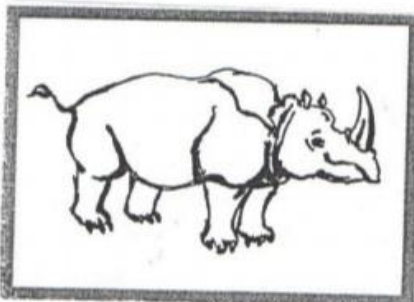
42



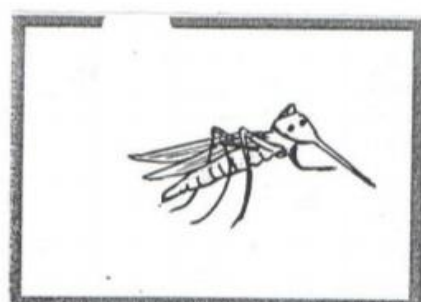
43



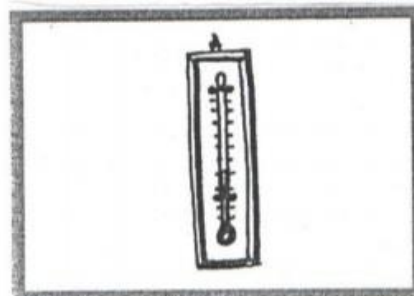
44



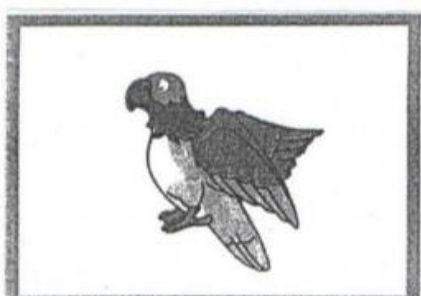
45



46



47



48



1



2



3



4



5



6



7



8

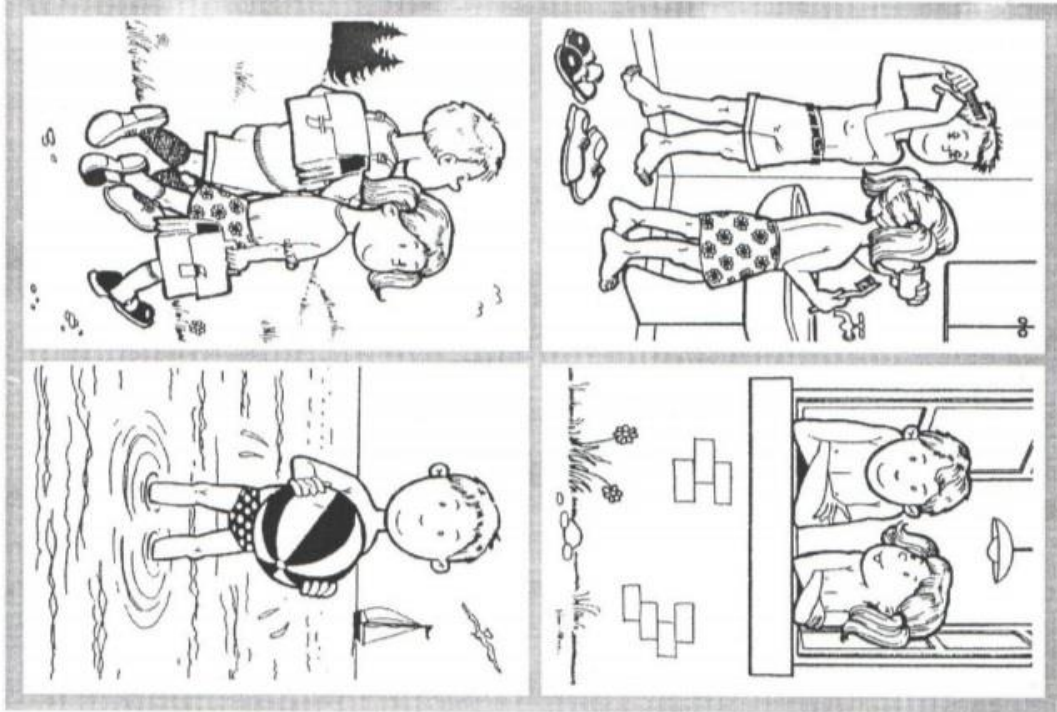
3- بنود الاختبار على مستوى تكرار الكلمات: (Répétition de mots)

1. بابو
2. شابو
3. روبرو
4. باب
5. قاتو
6. ألبوم
7. خزانة
8. زاوش
9. أكوريوم
10. ساعة
11. لمبوط
12. قرعة
13. قشابية
14. بتيّة
15. كلونديري
16. أجوندا

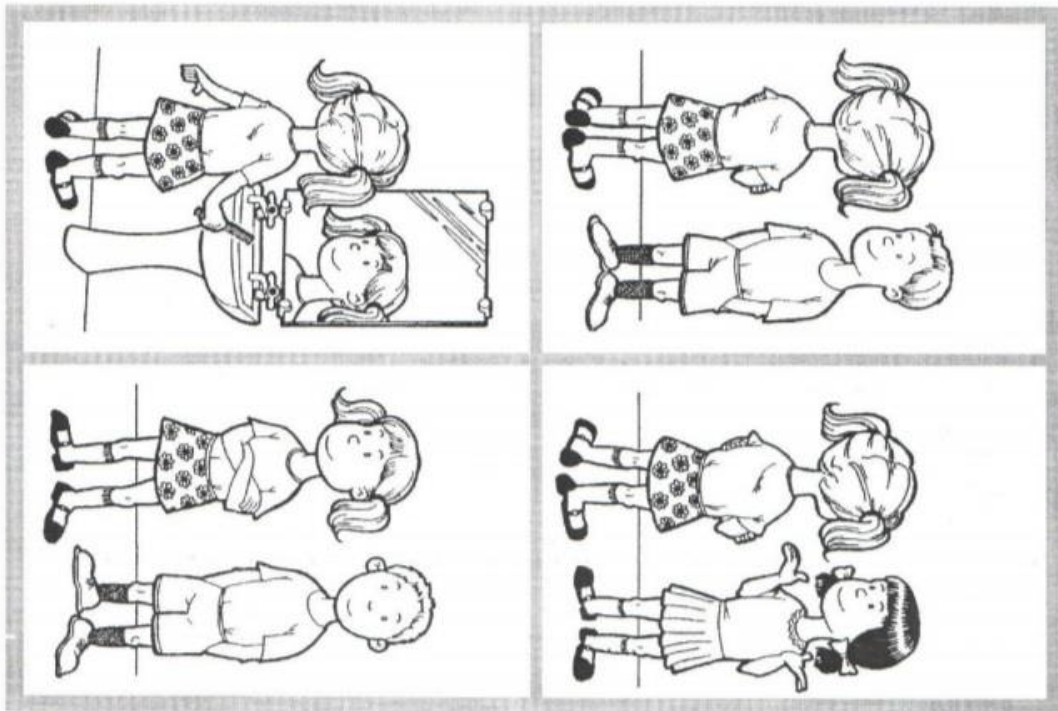
17. أورديناتور
18. تيرمو متر
19. أنفيرسير
20. باذنجال
21. ماشينة
22. ديكسيونير
23. الصبار
24. مسرحية
25. تراكتور
26. روضة
27. حانوت
28. خسوف
29. كاسك
30. أوبيتال
31. فريجيدار
32. ماشينة الحصادة

4- بنود الاختبار على مستوى الفهم: (Compréhension)

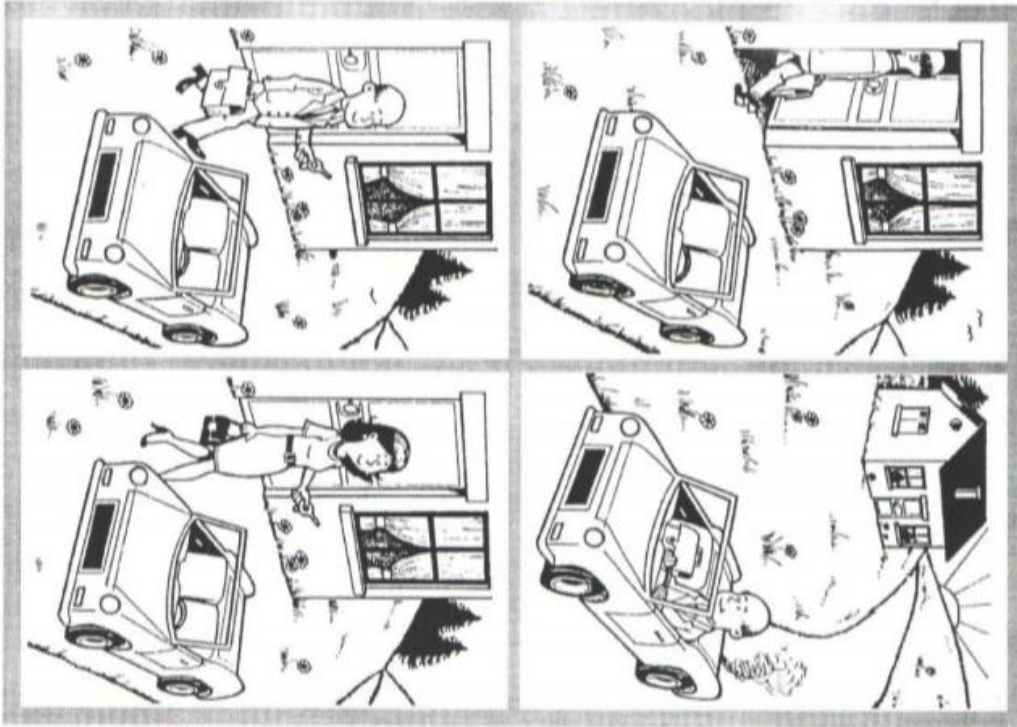
1



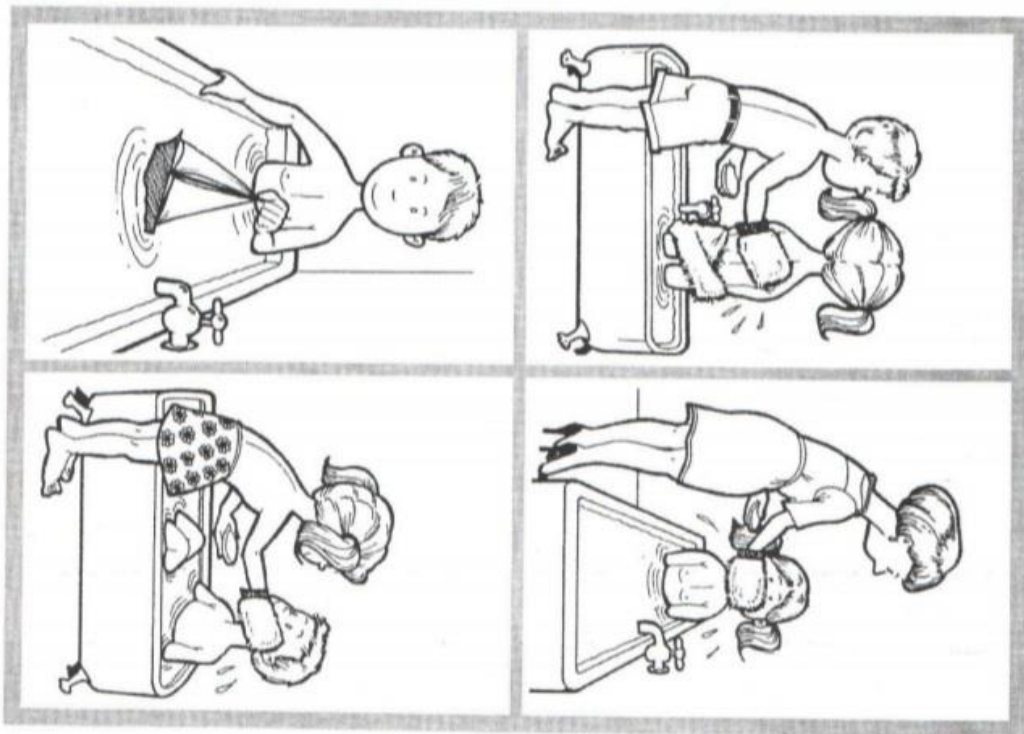
2



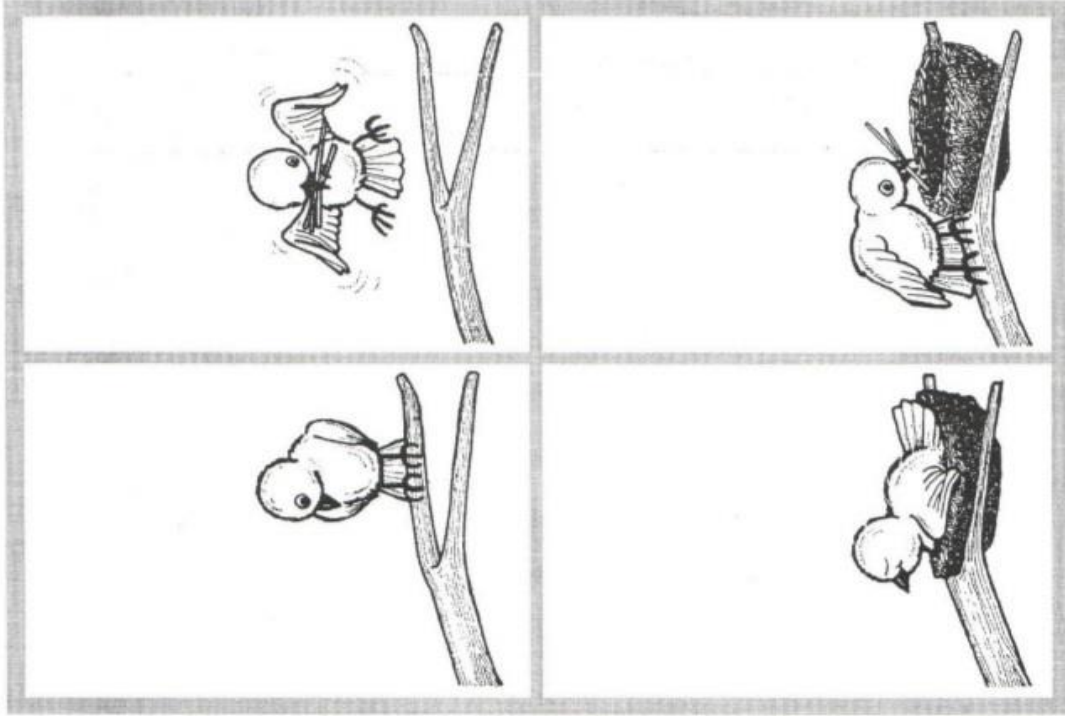
3



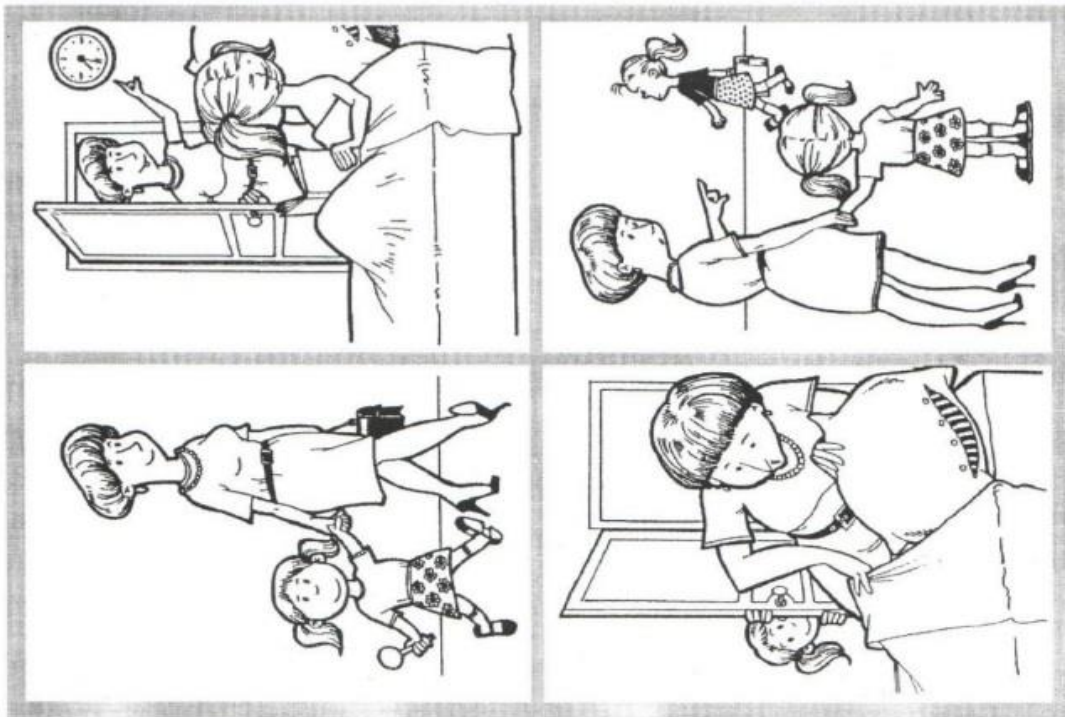
4



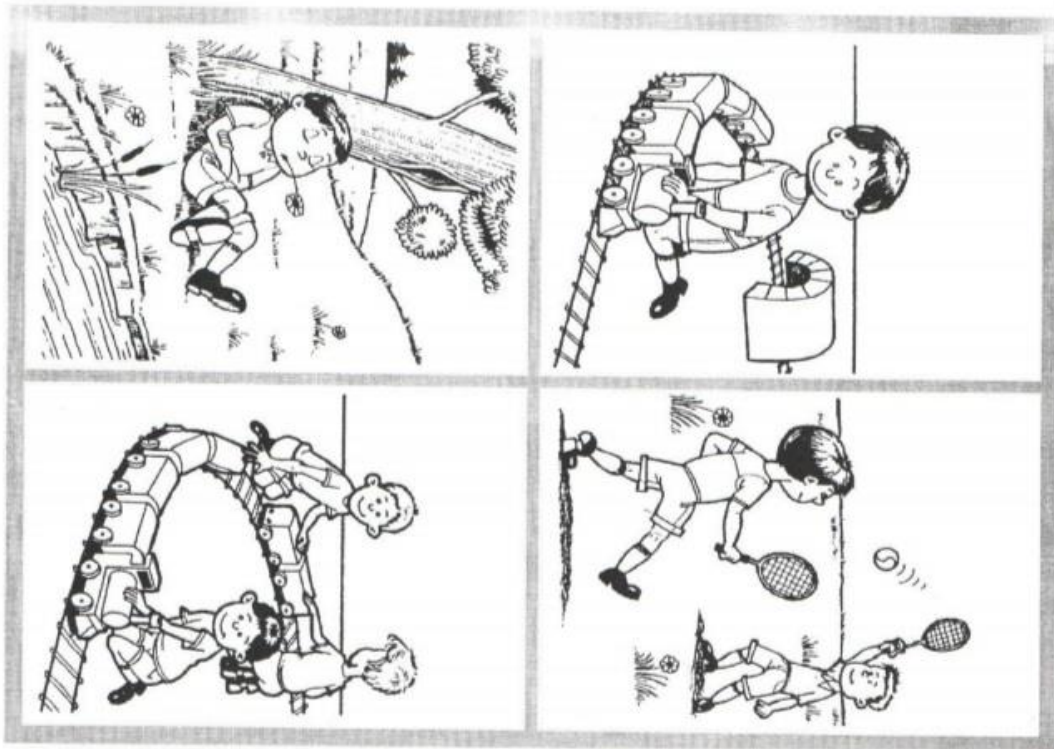
6



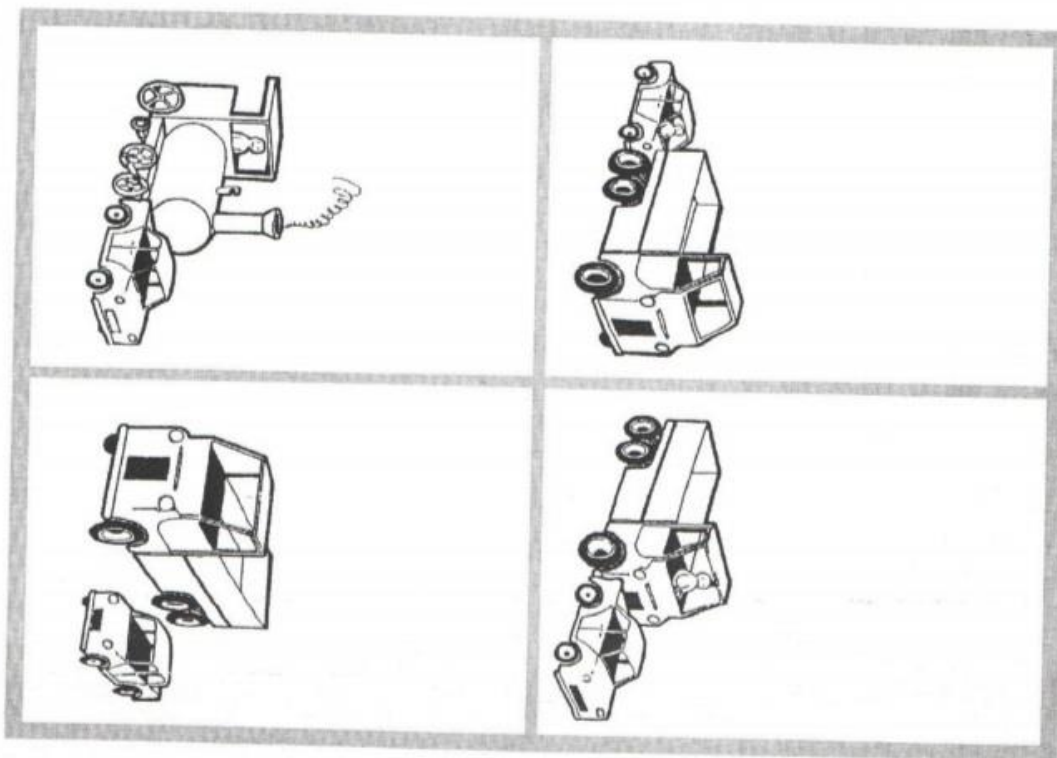
5



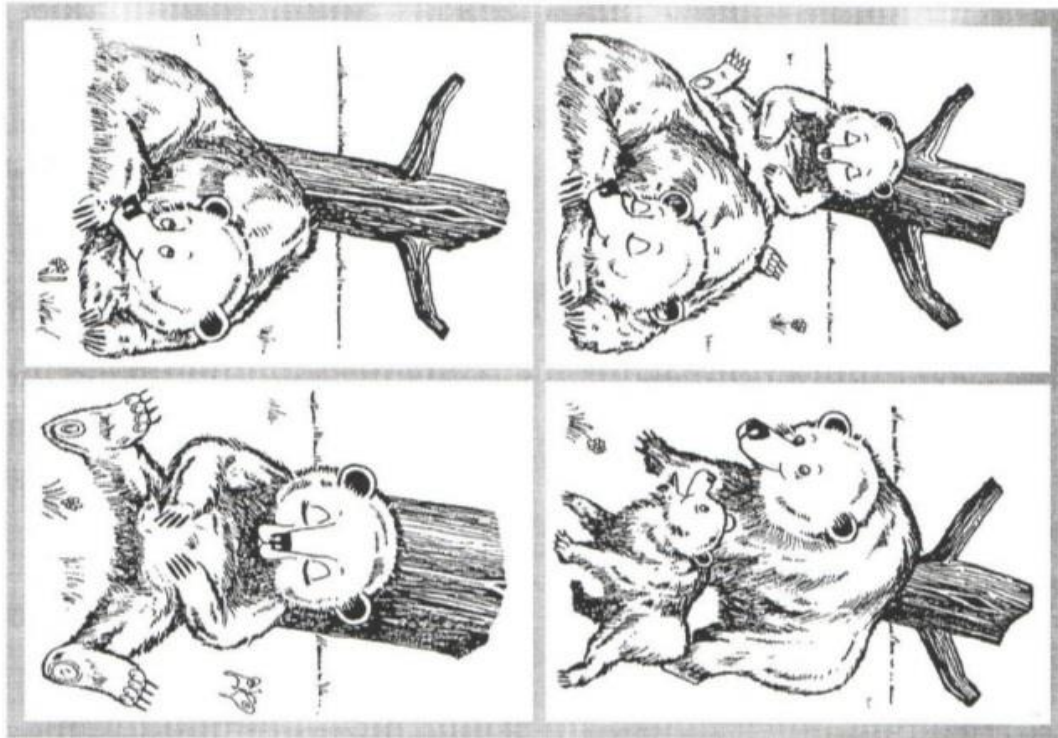
7



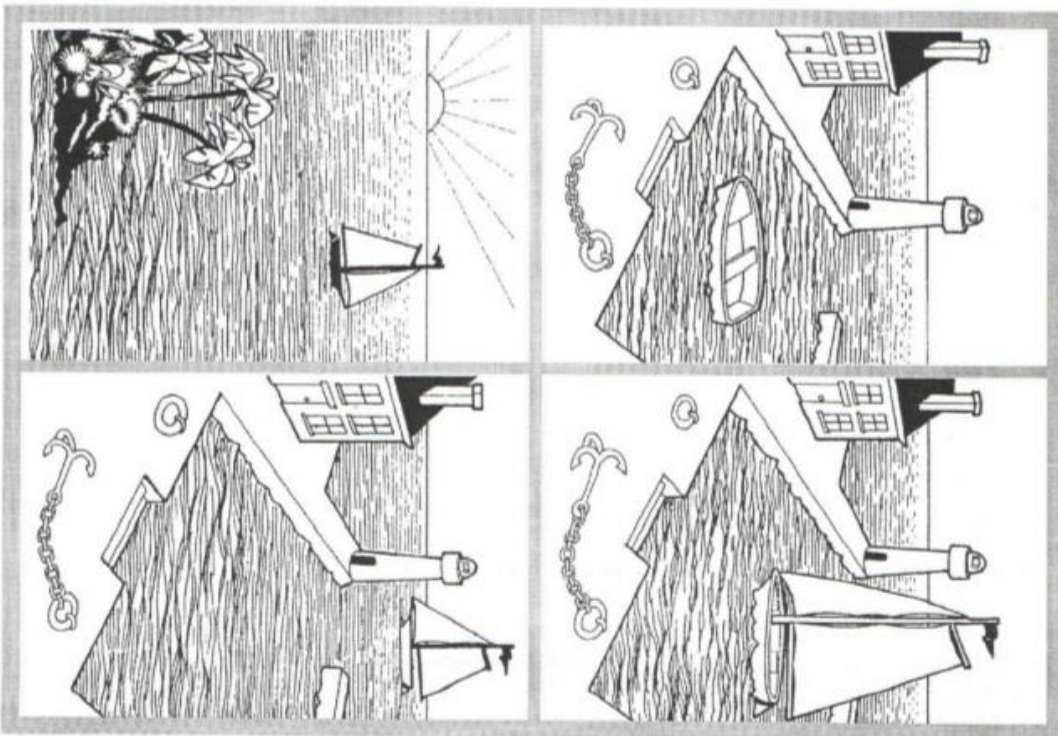
8



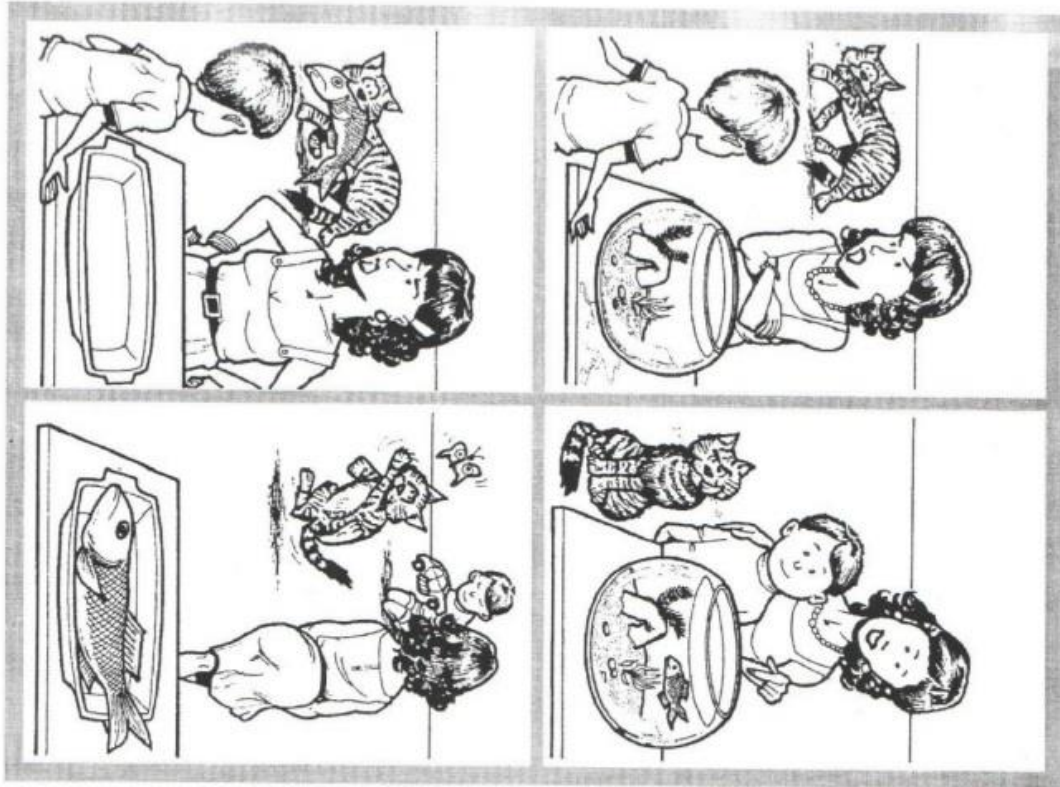
9



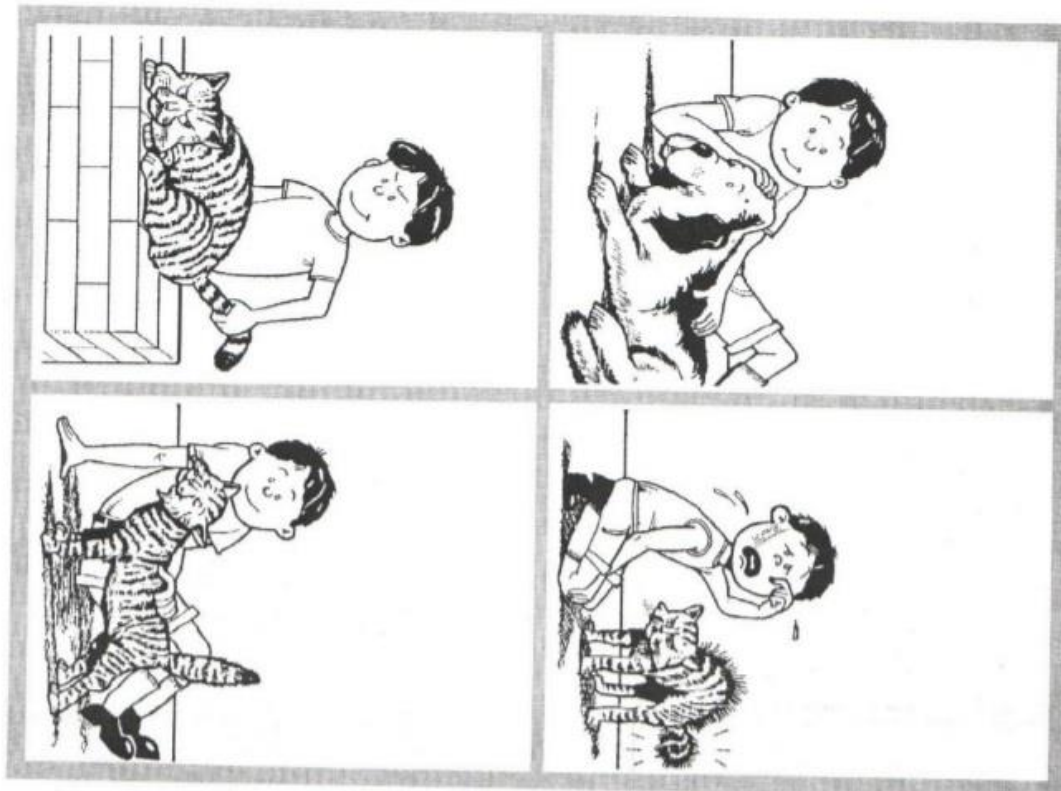
10



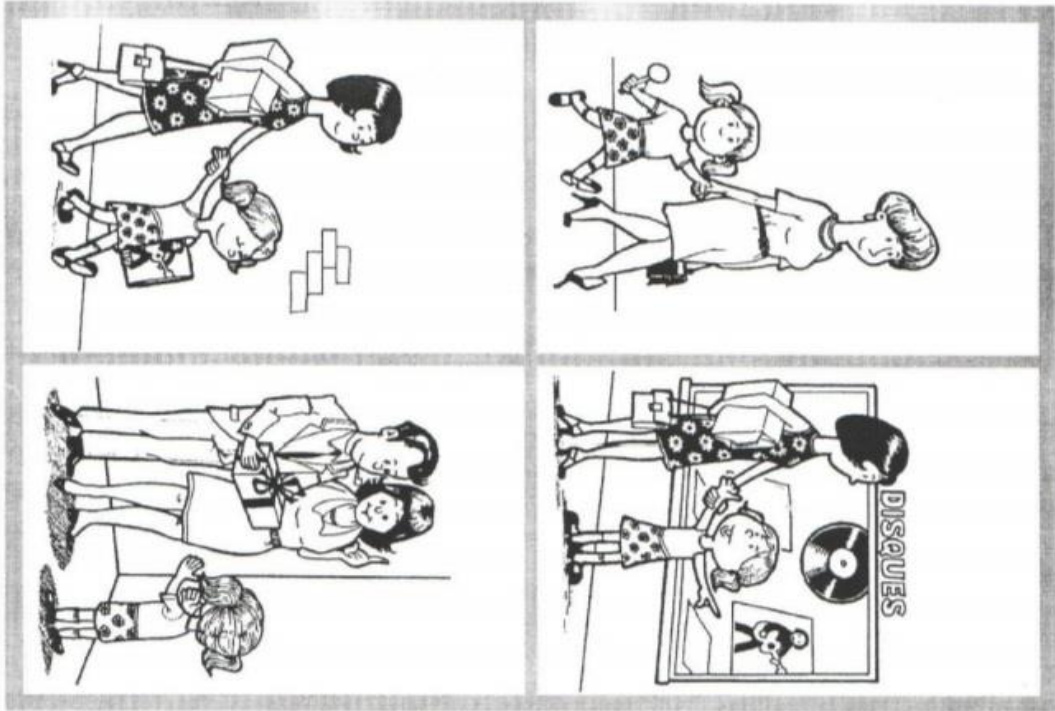
11



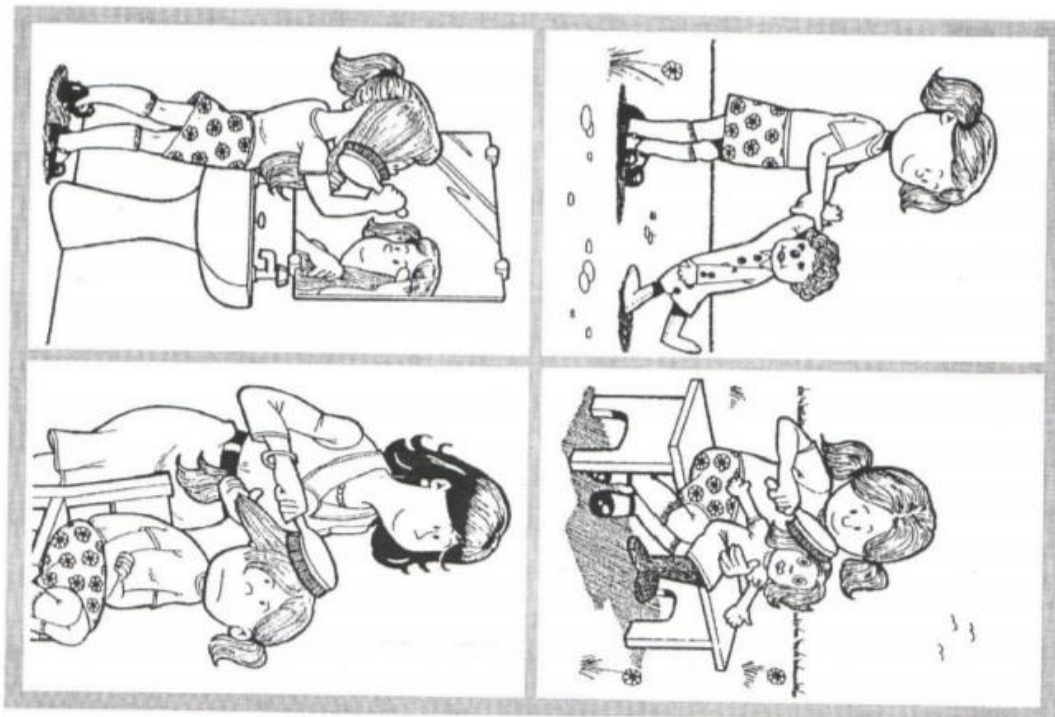
12



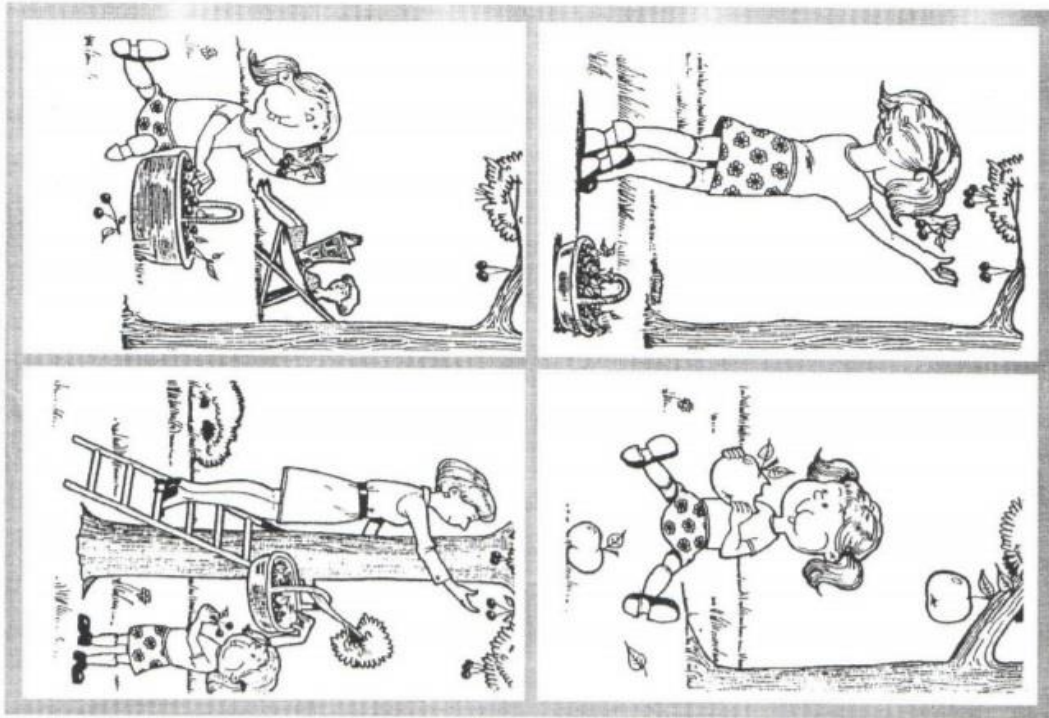
13



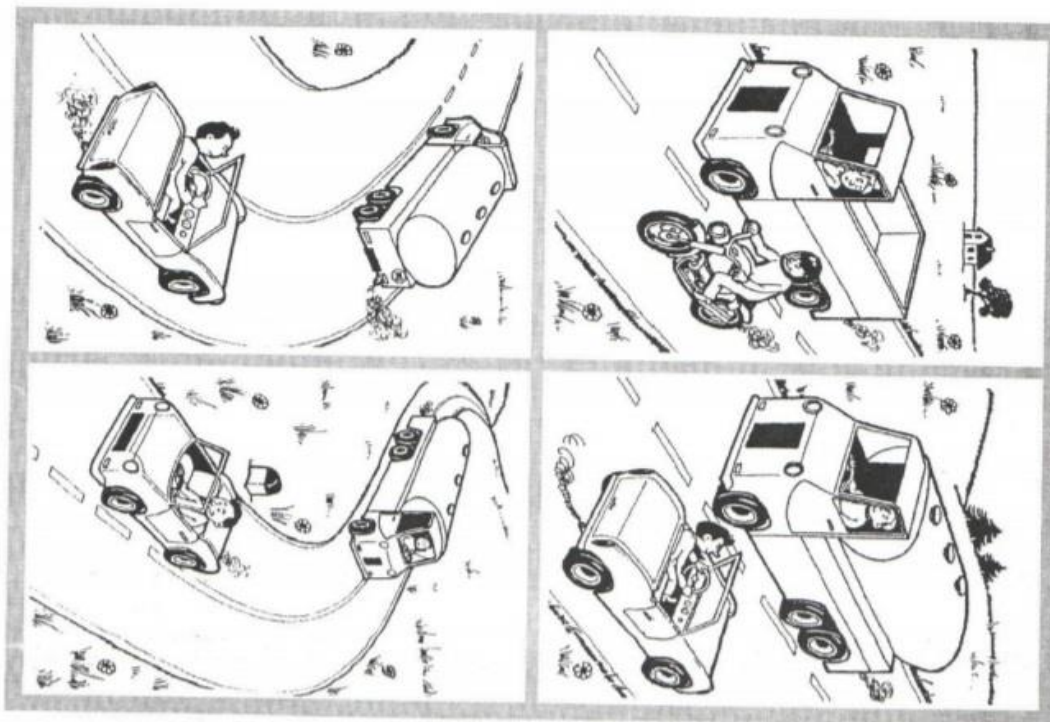
14



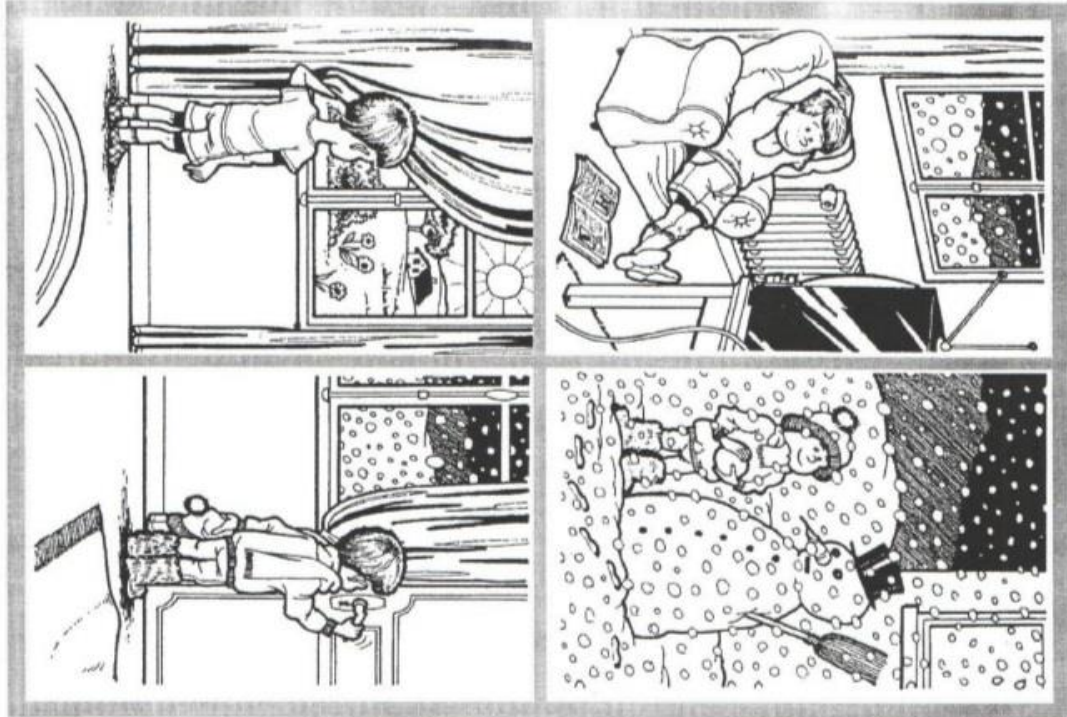
15



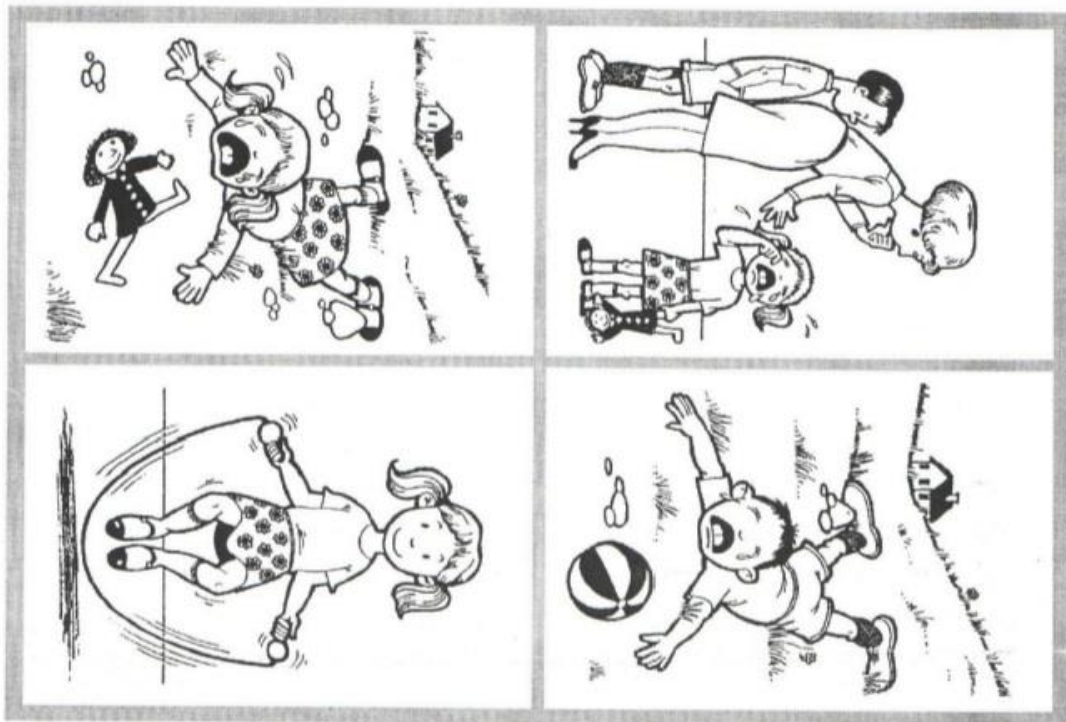
16



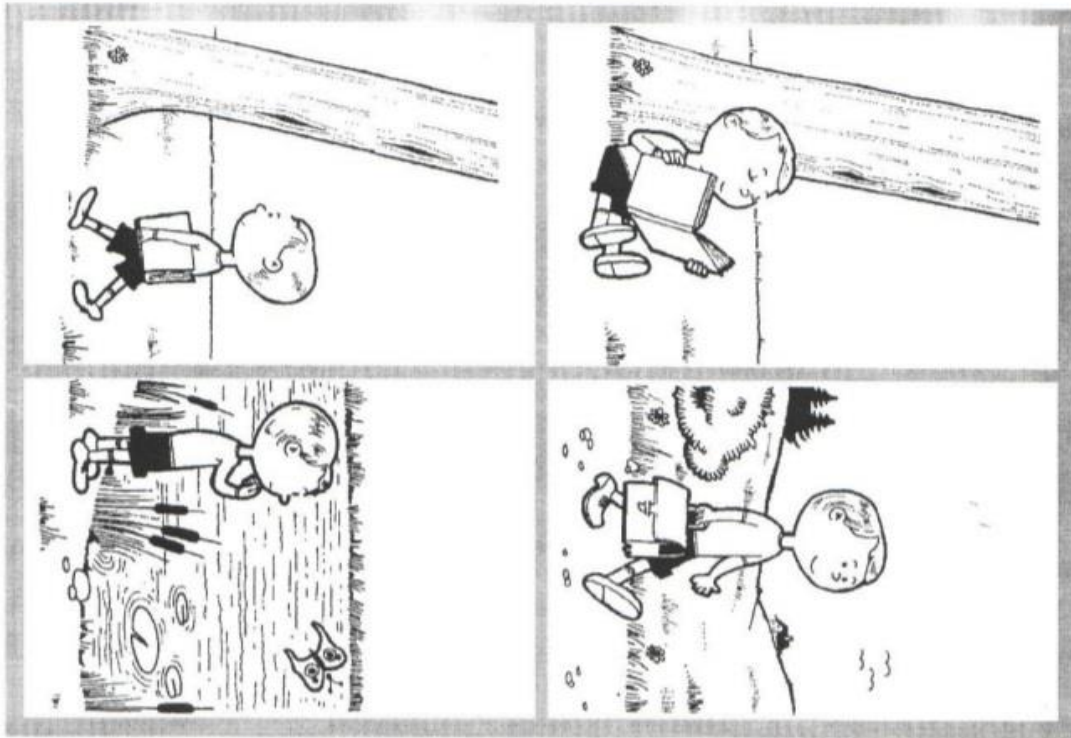
17



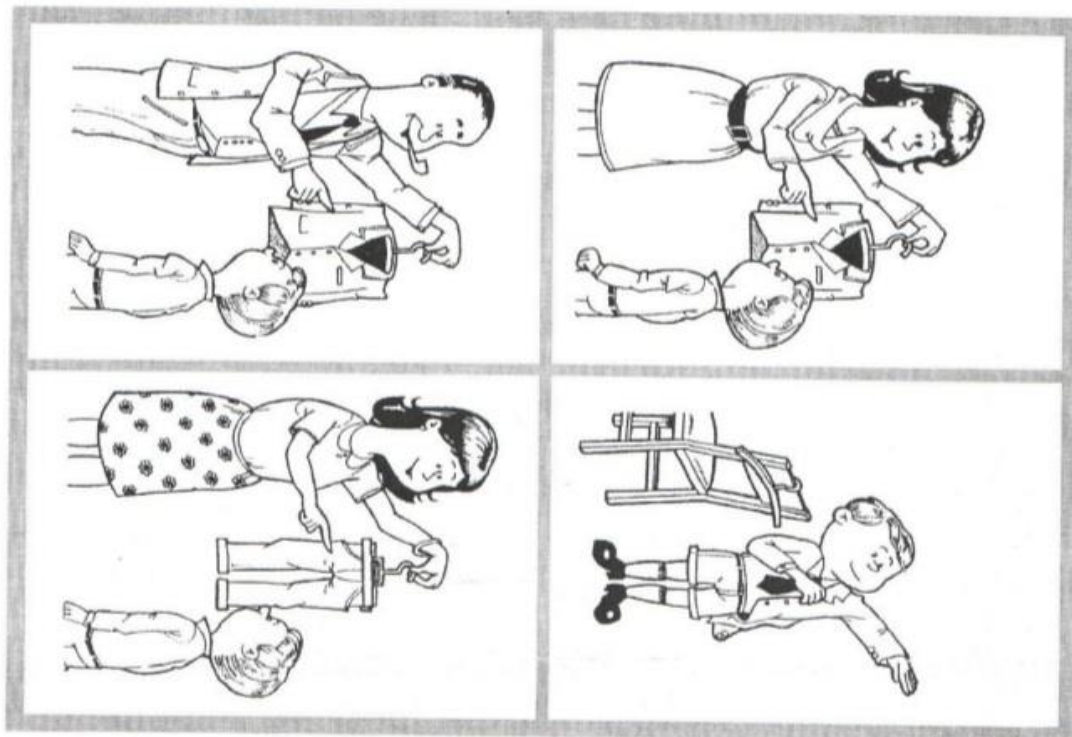
18



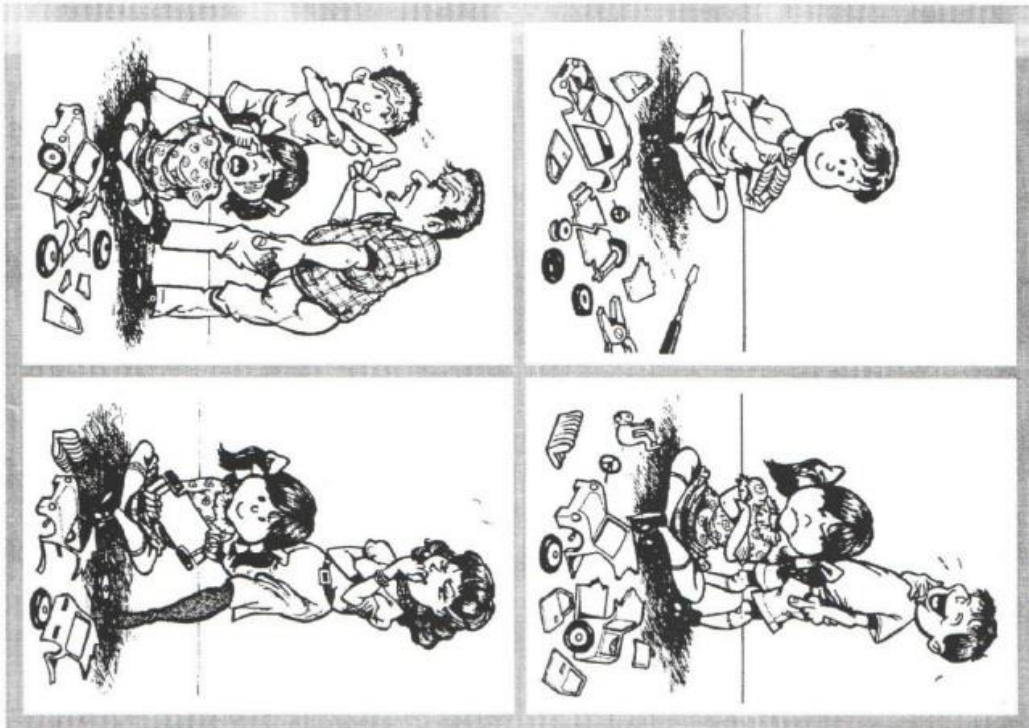
19



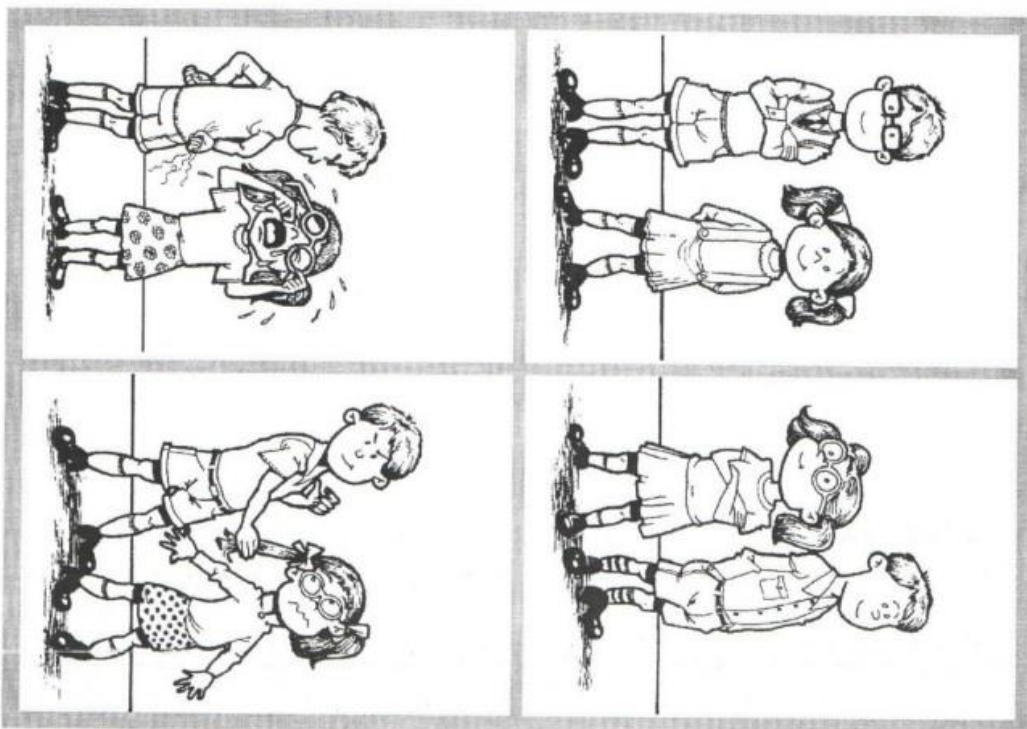
20



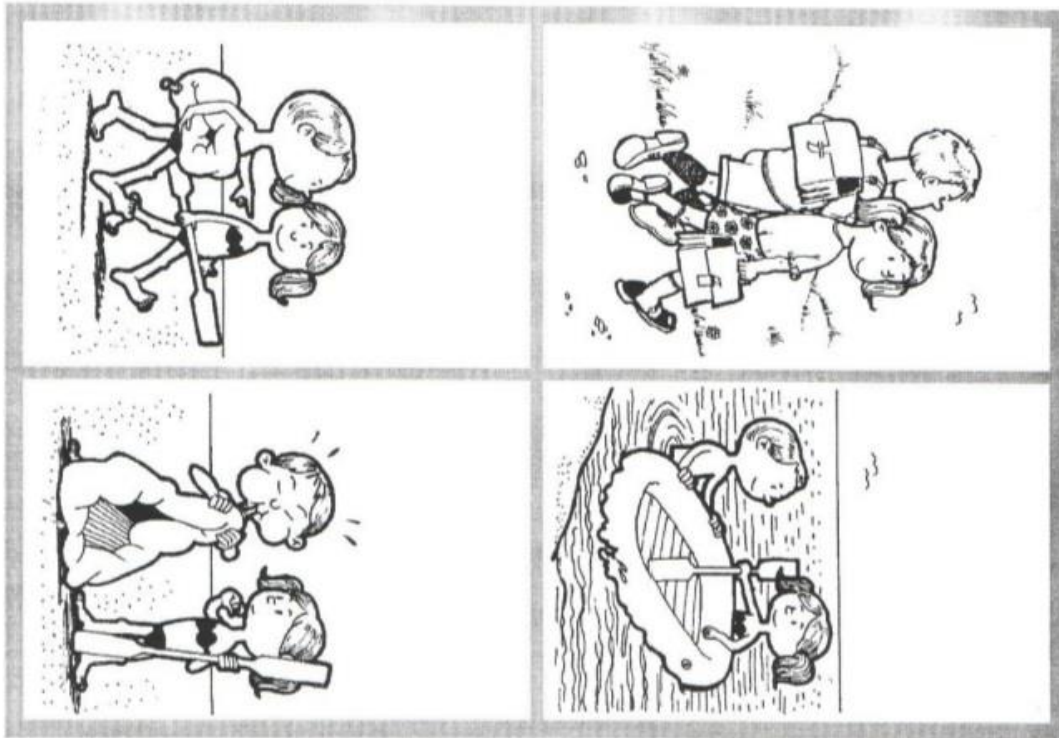
21



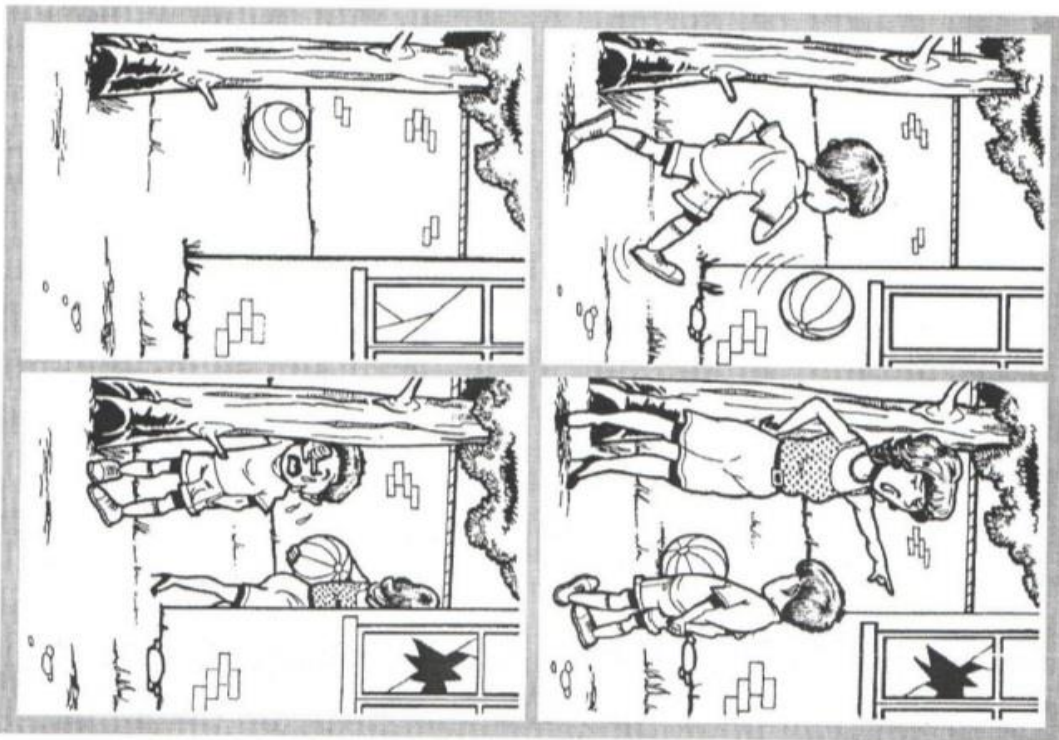
22



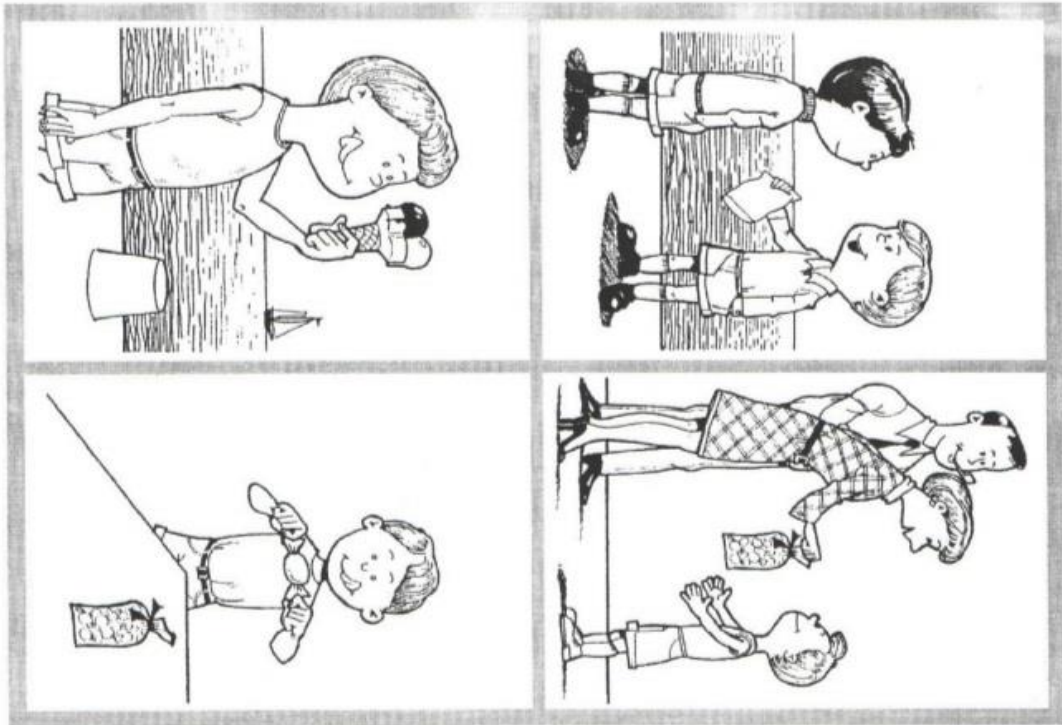
23



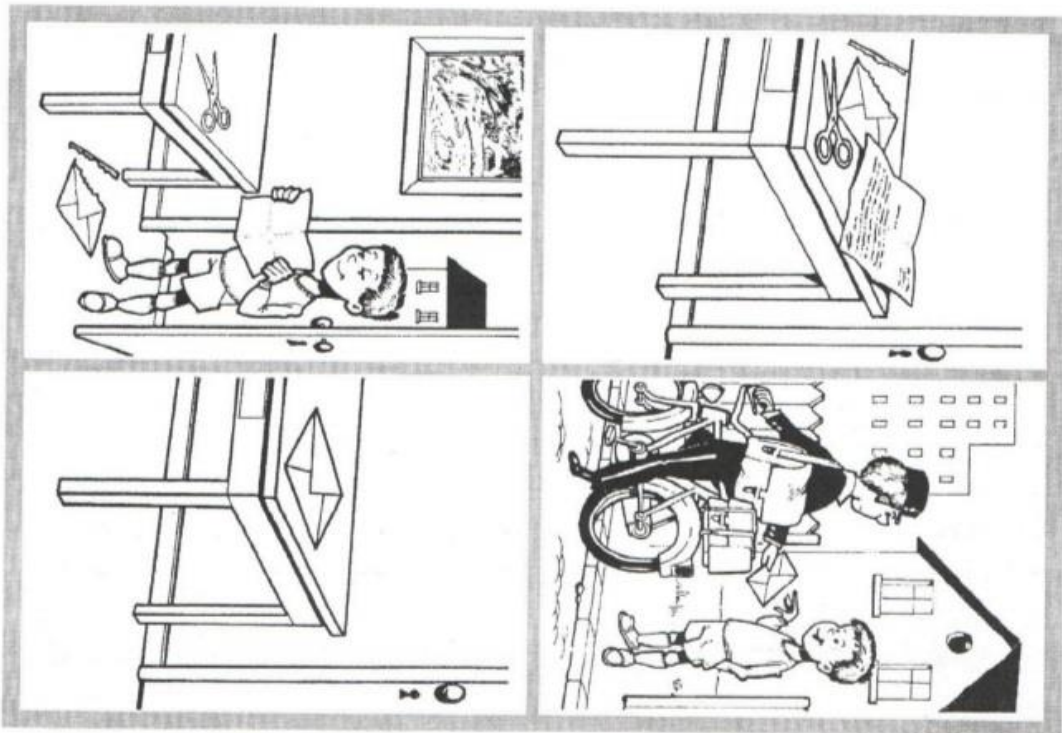
24



25



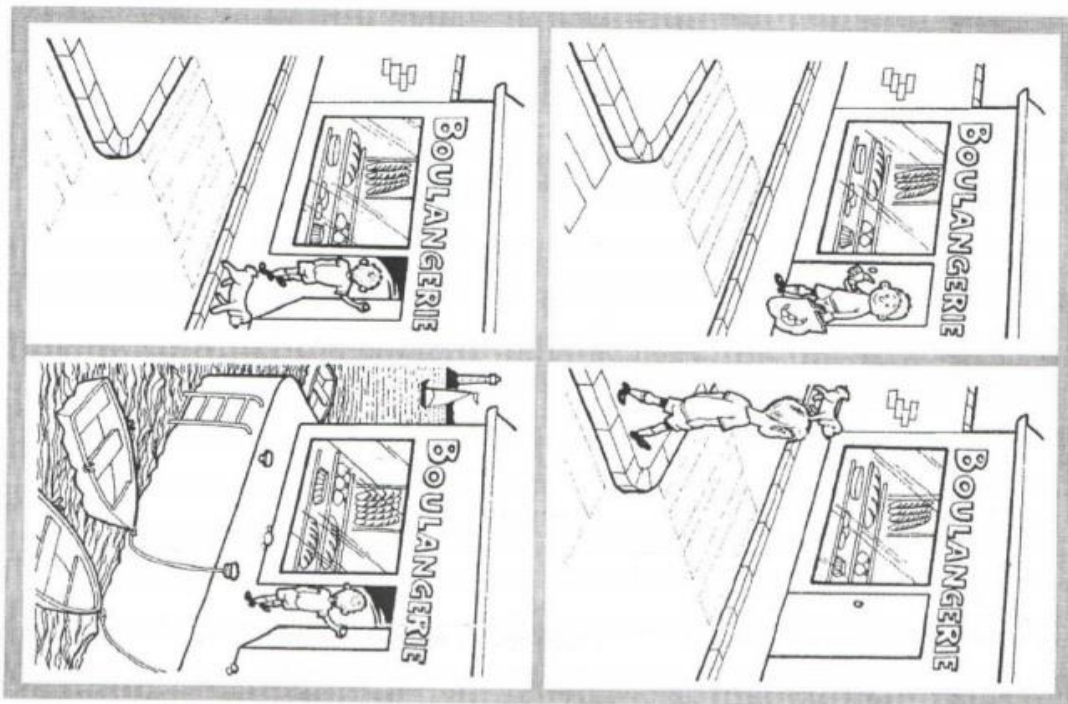
26



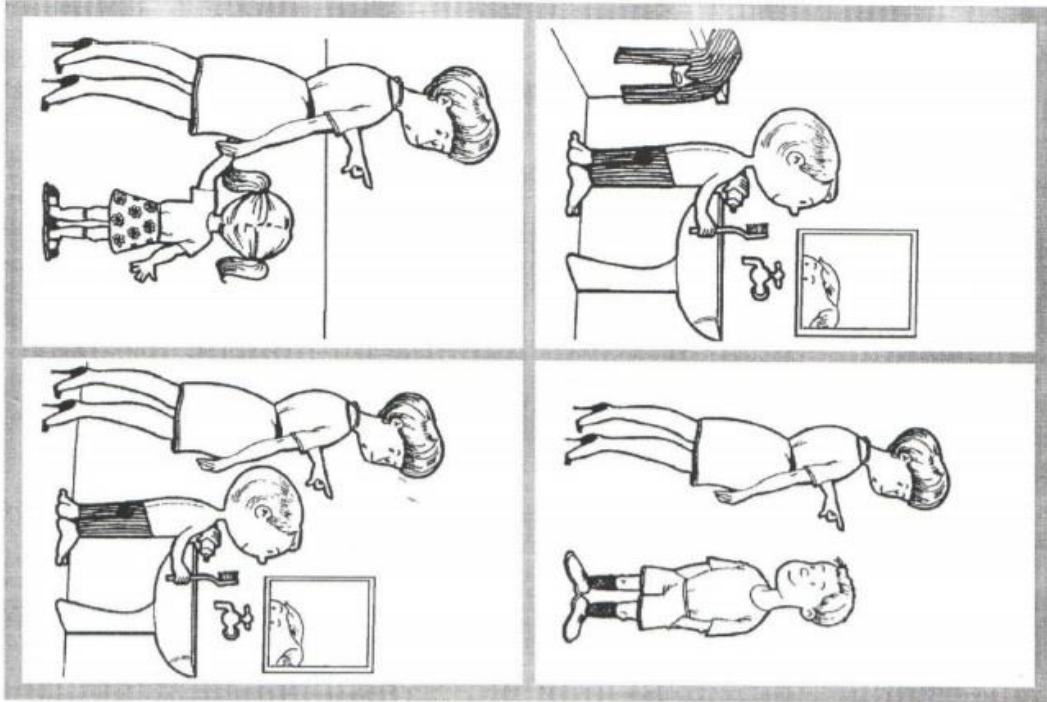
27



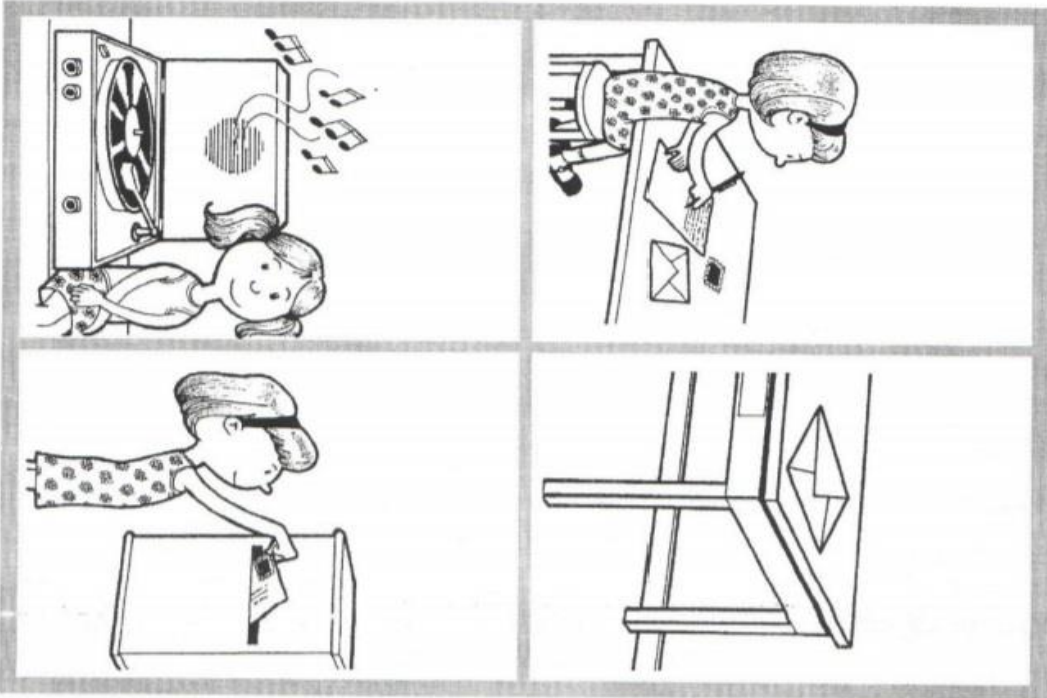
28



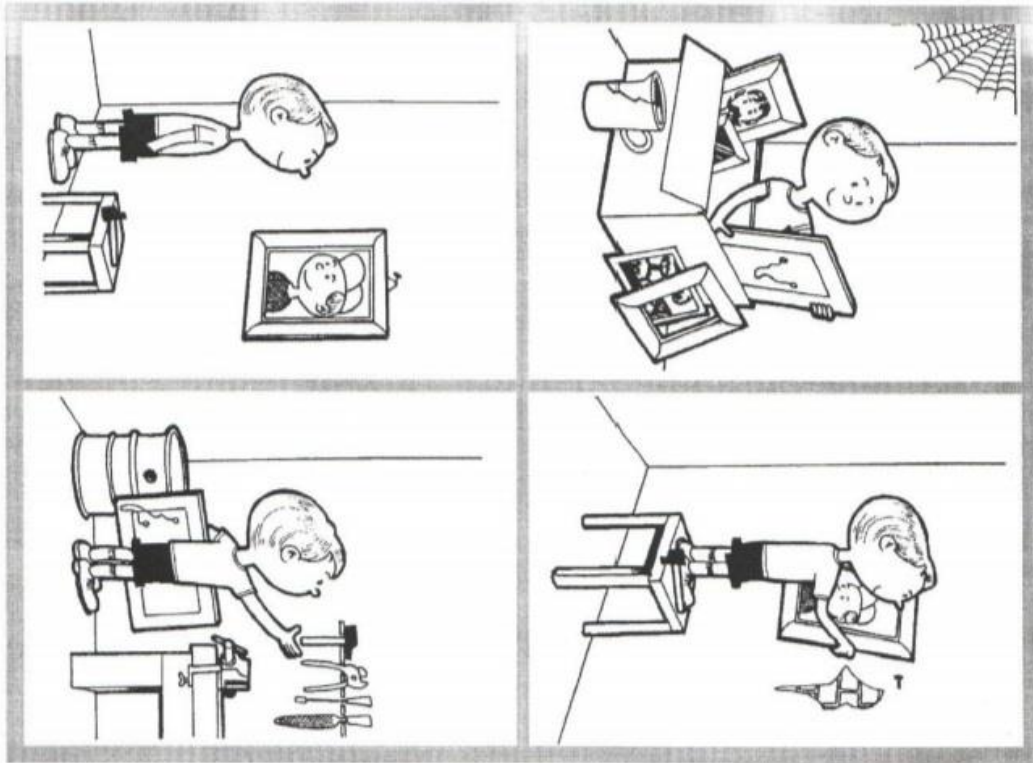
29



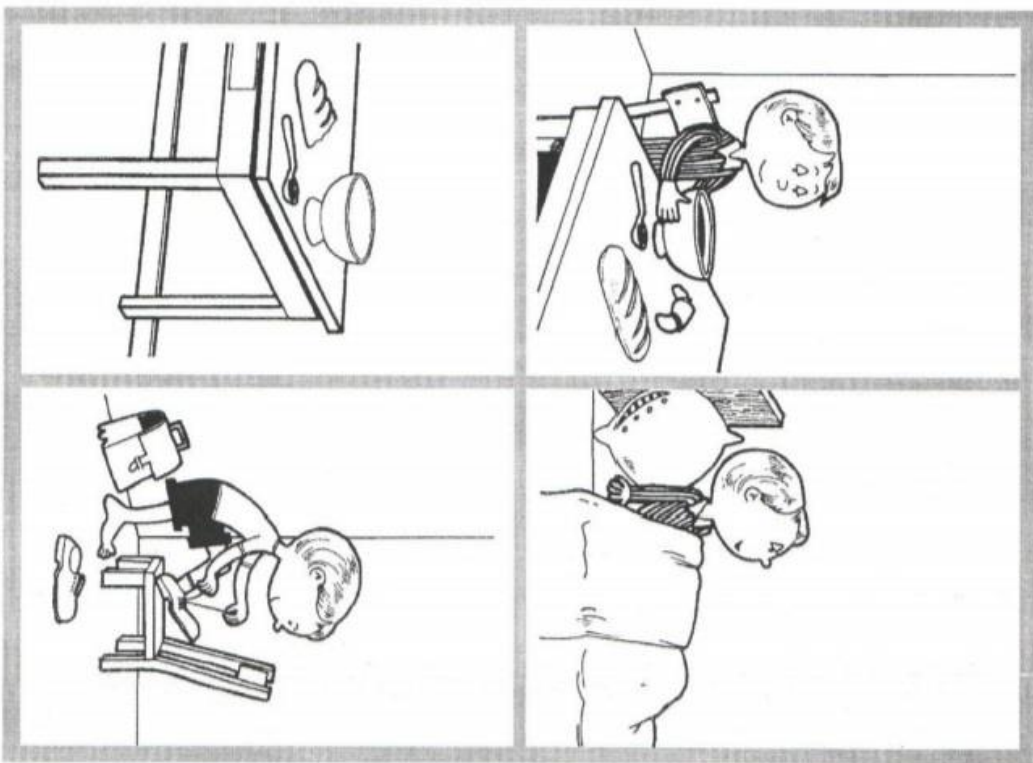
30



31

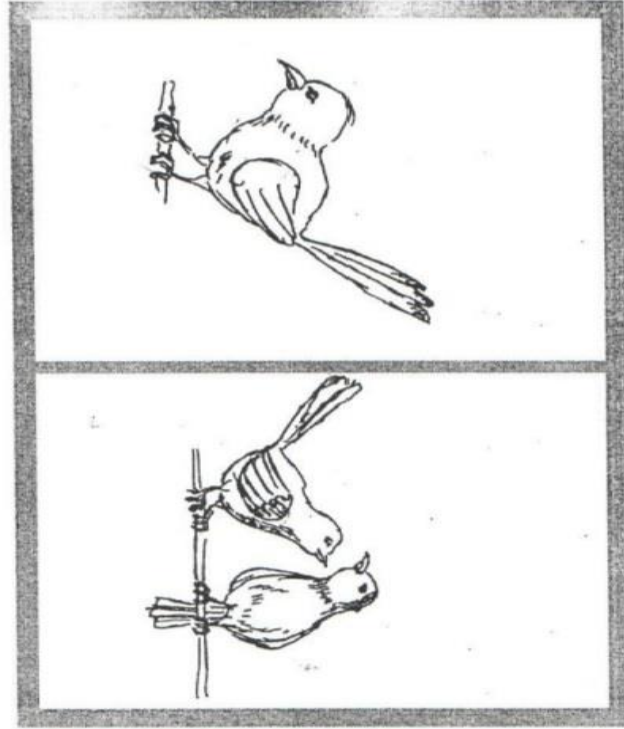


32

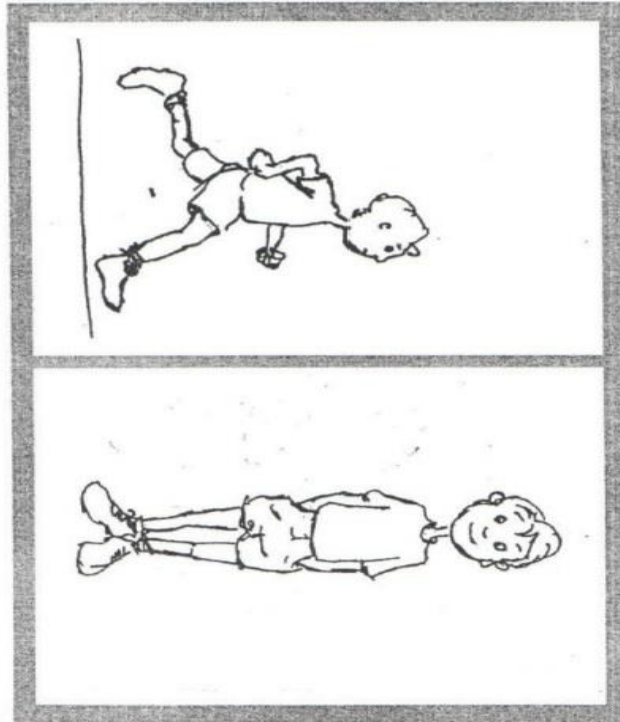


5- بنود الإختبار على مستوى إنتاج العبارات: (Production d'énonces)

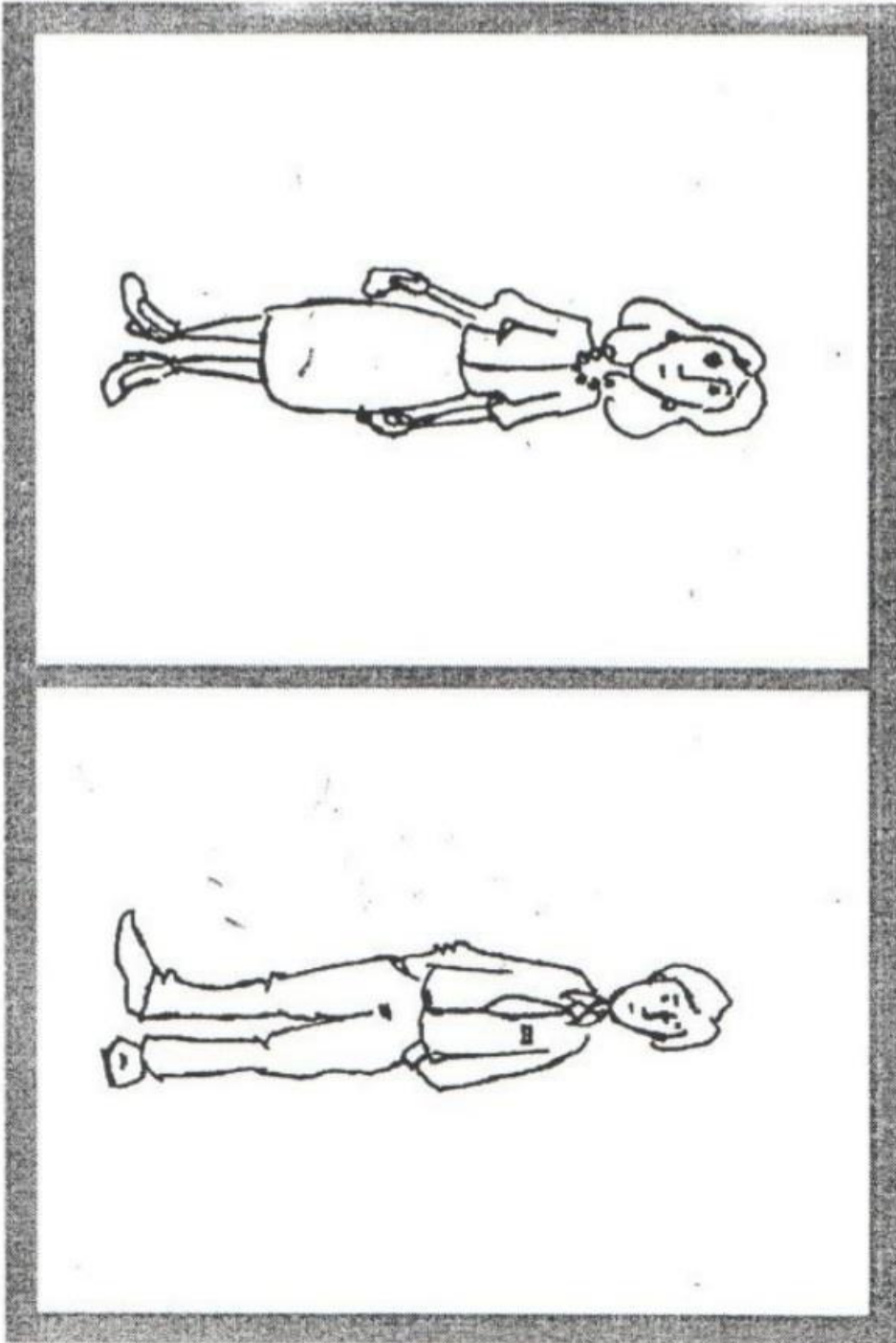
01



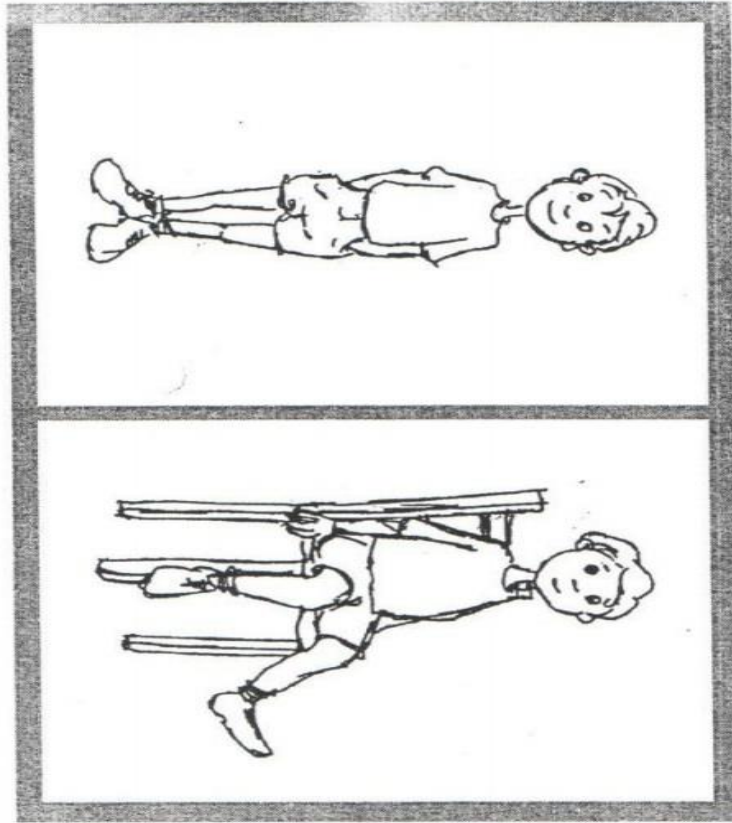
02



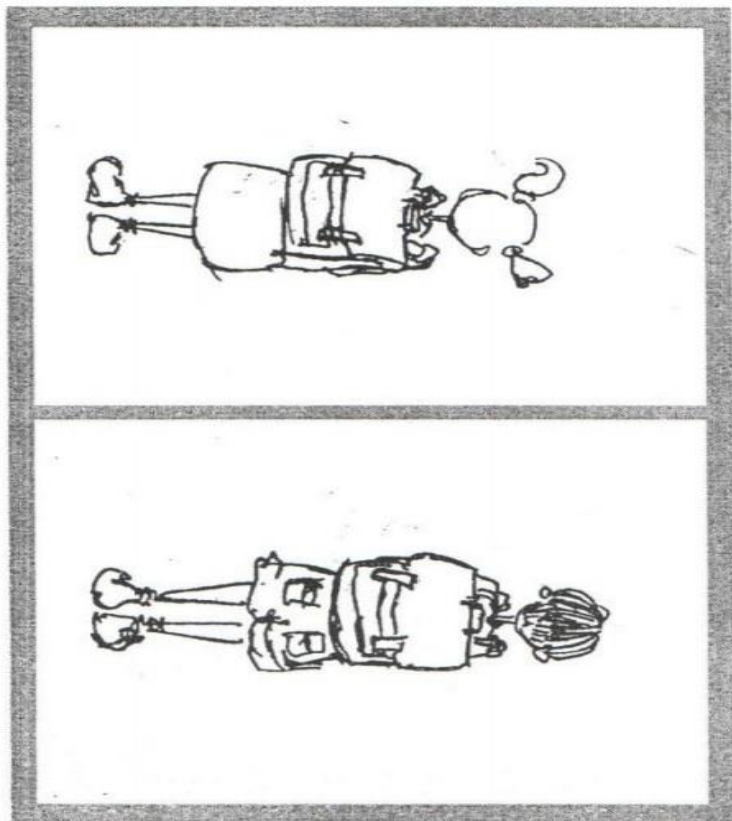
03



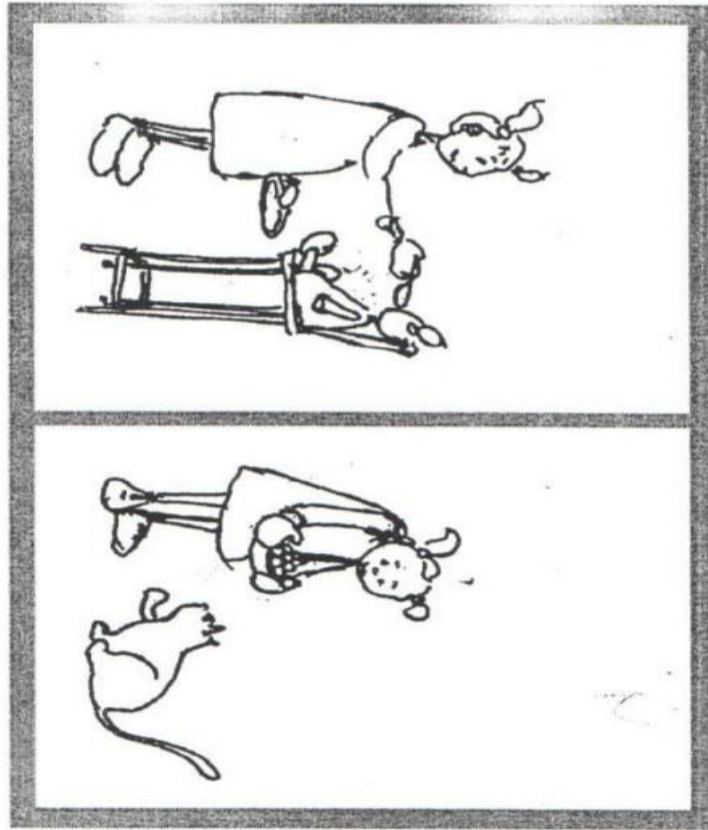
1



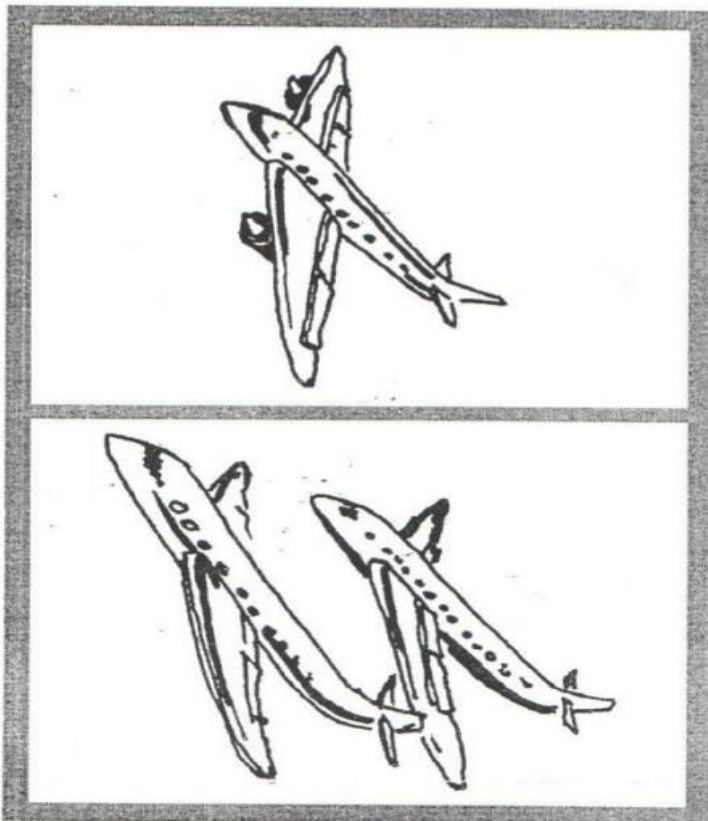
2



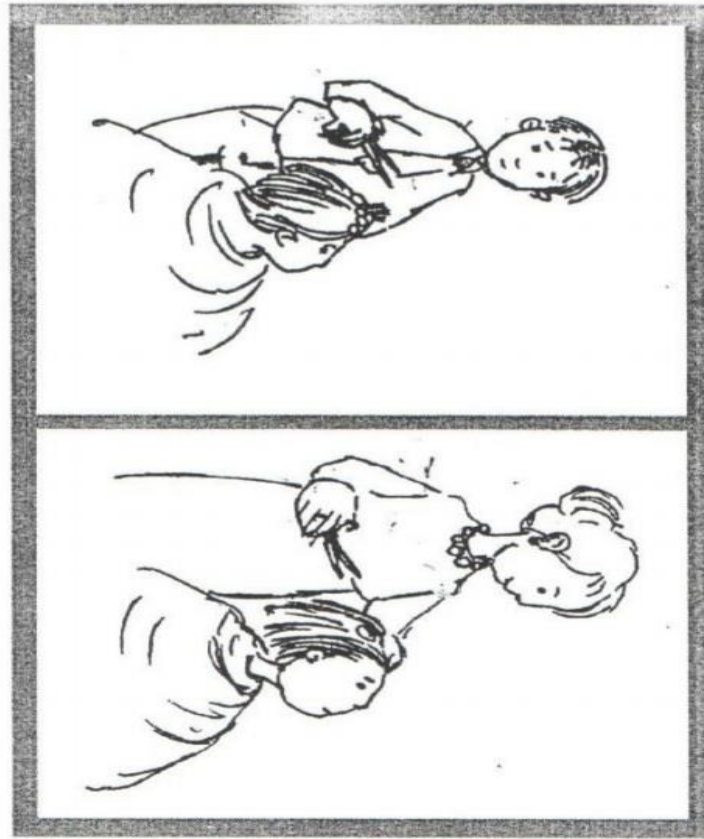
3



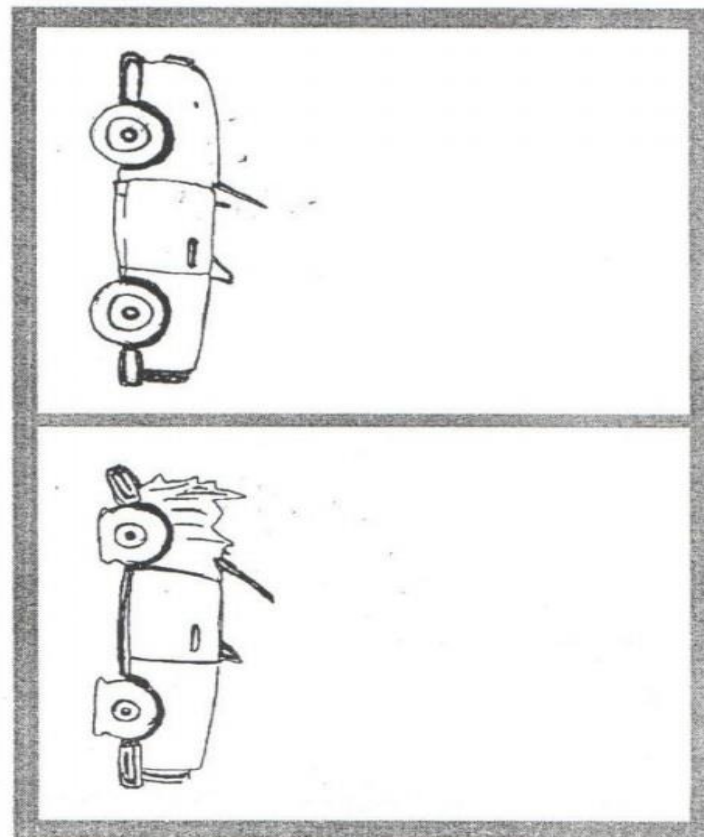
4



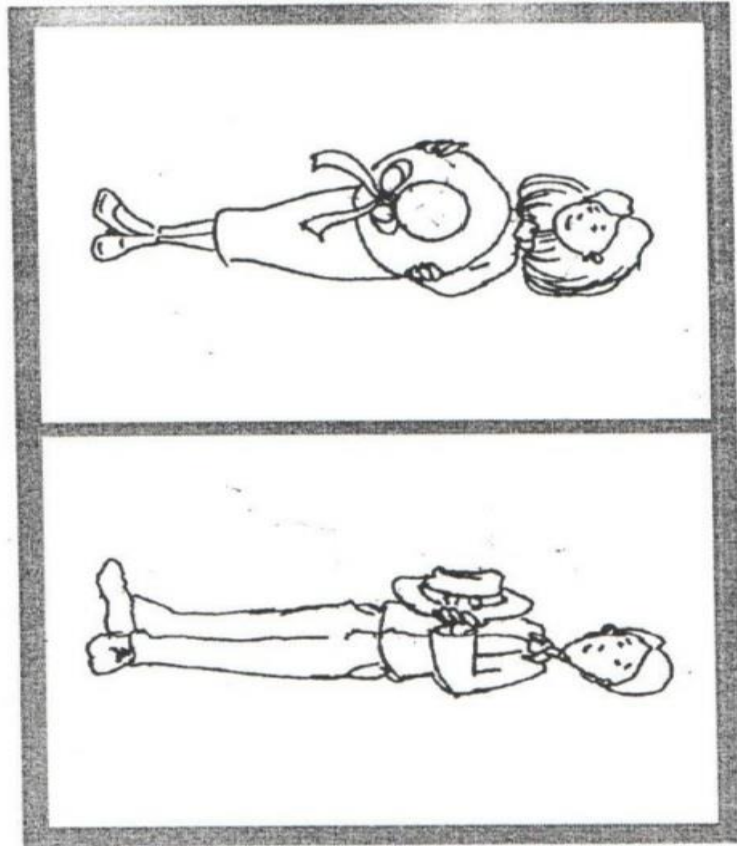
5



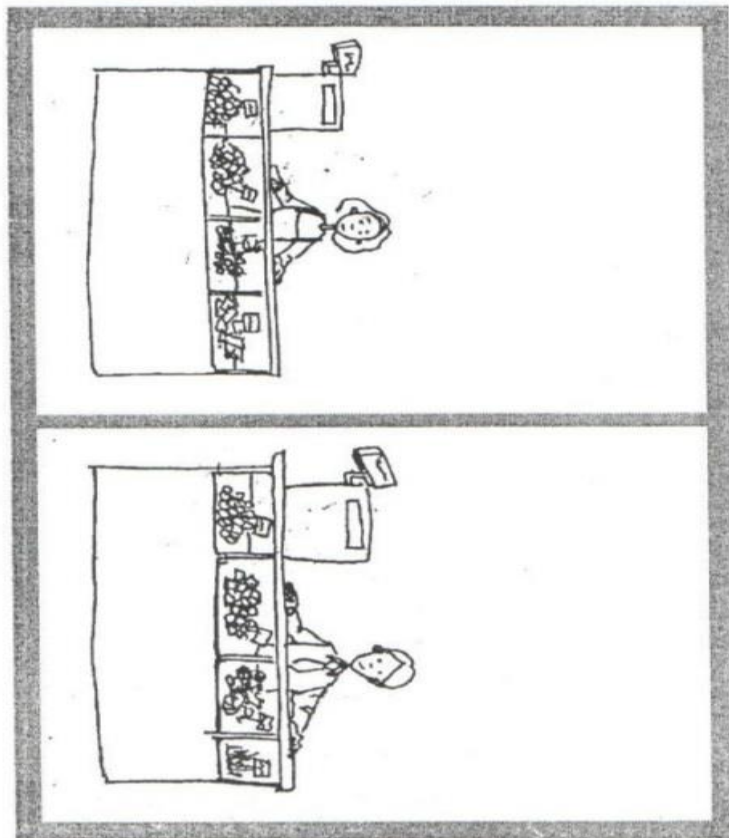
6



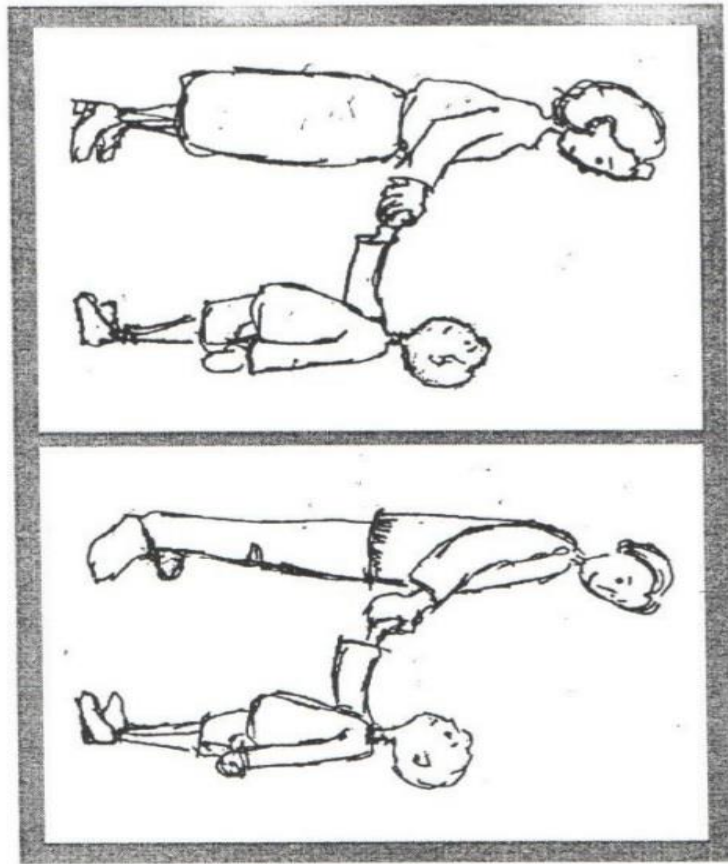
7



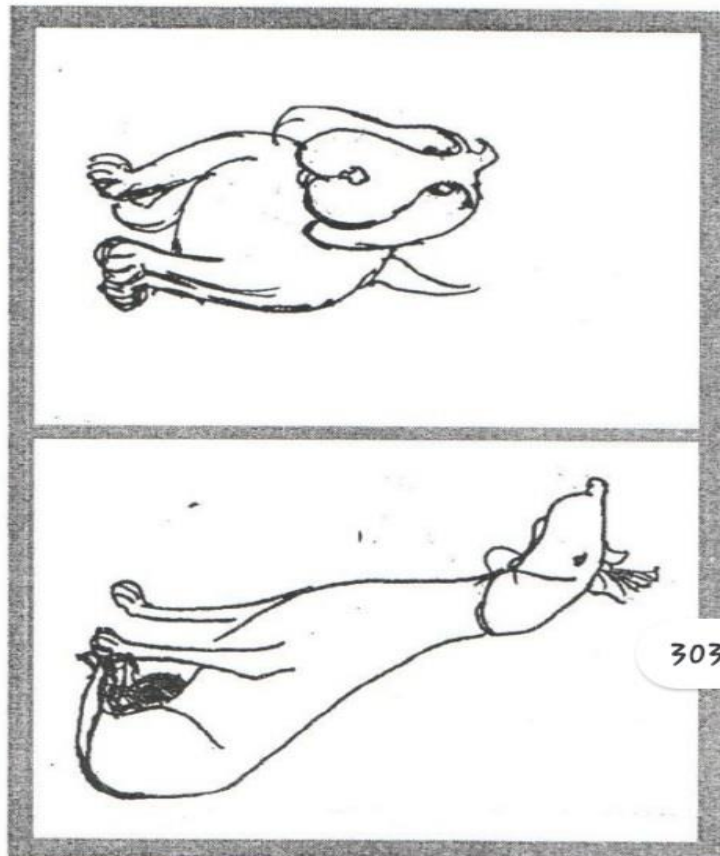
8



9



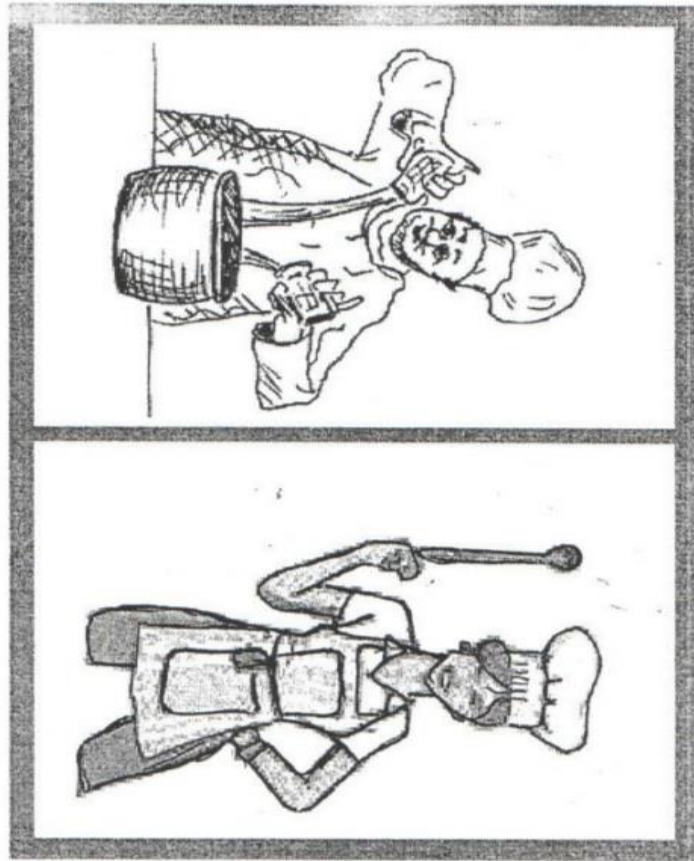
10



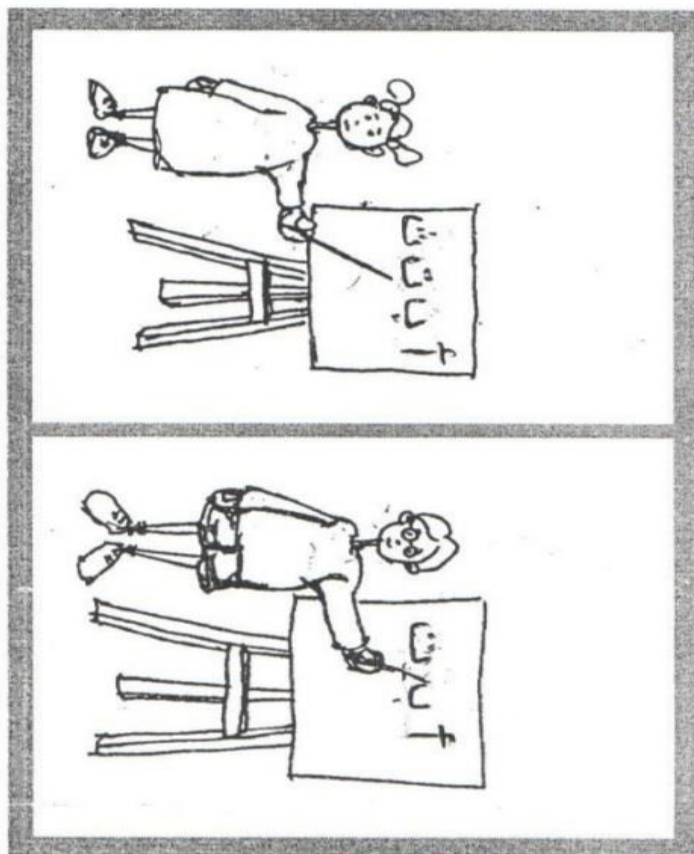
303/318



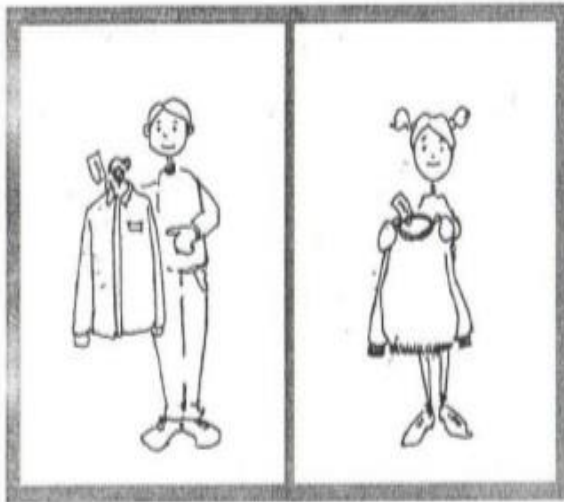
11



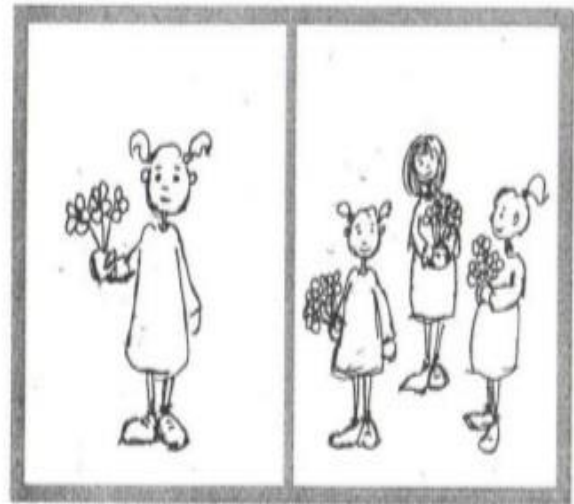
12



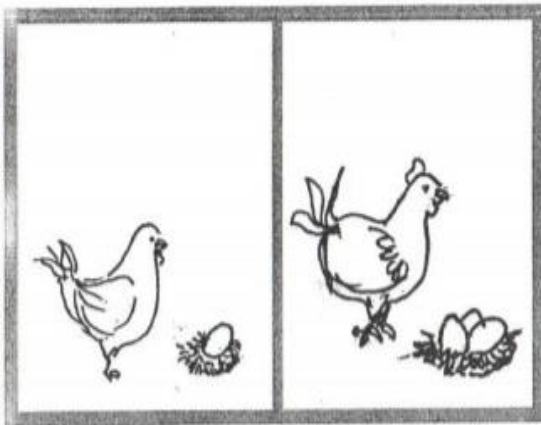
13



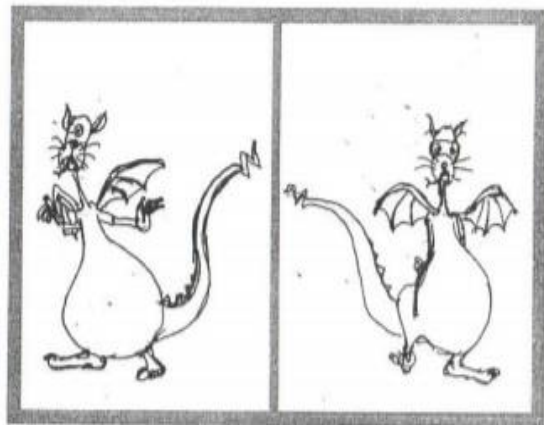
14



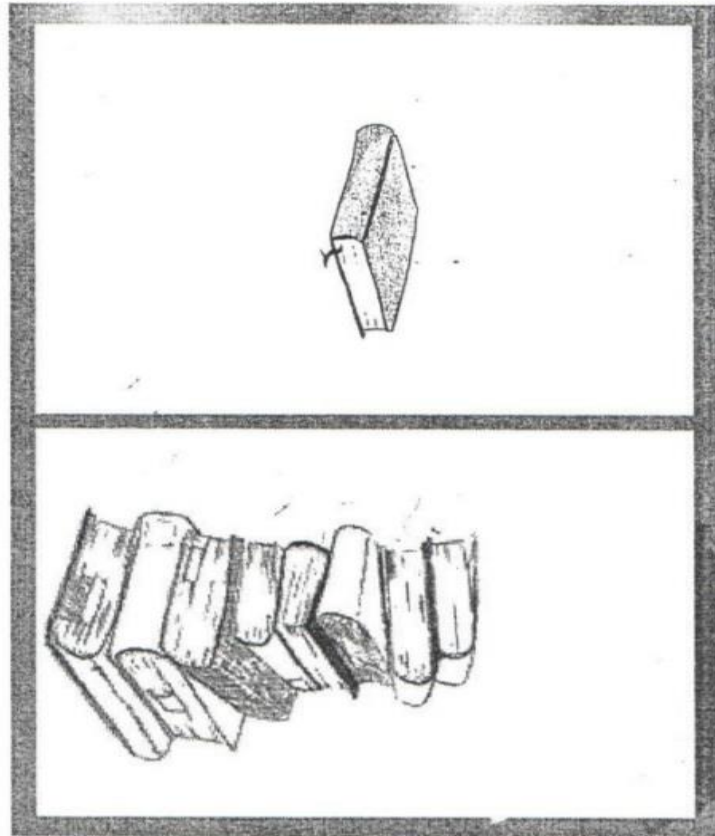
15



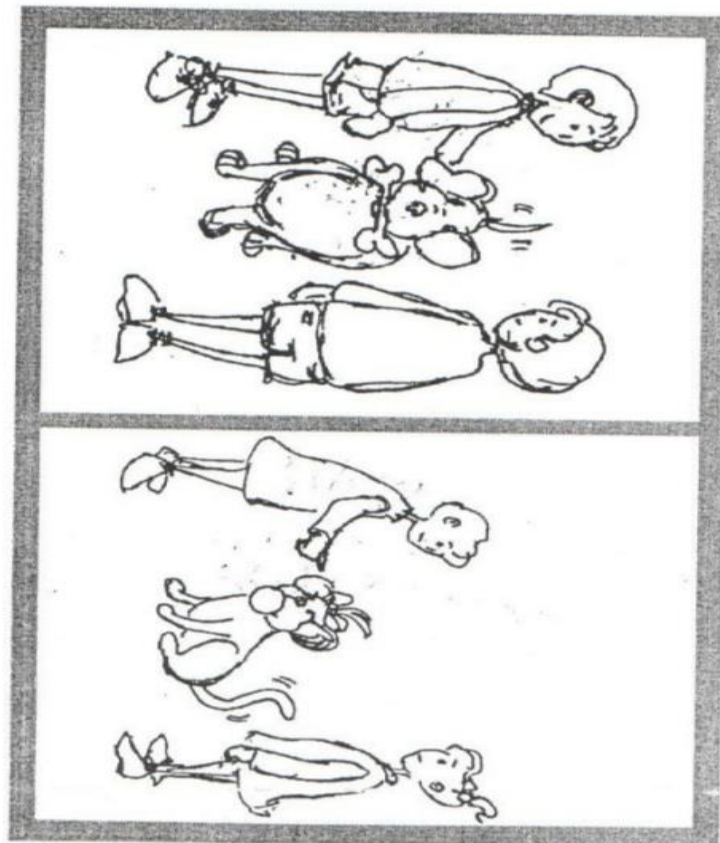
16



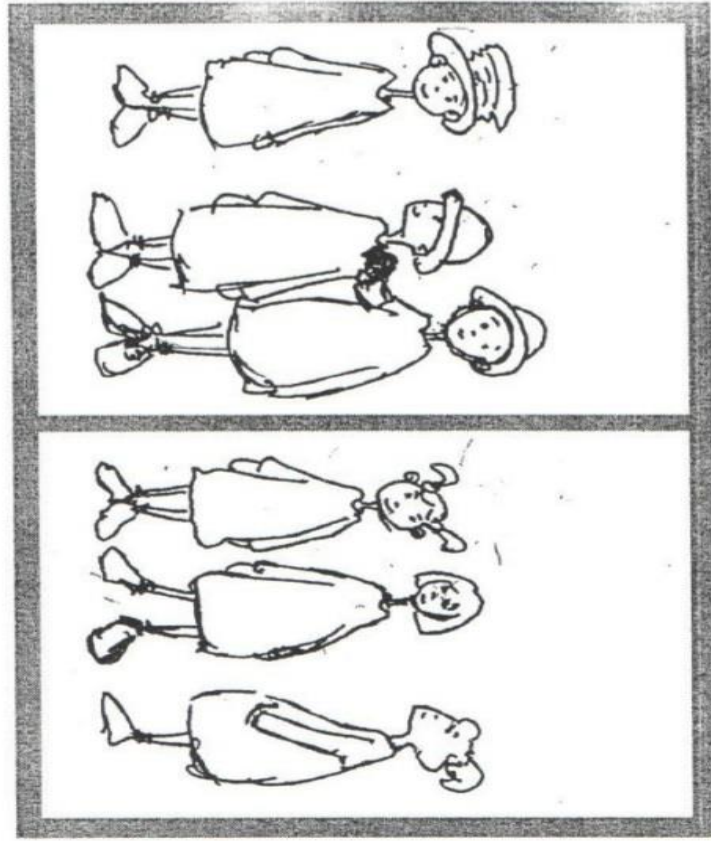
17



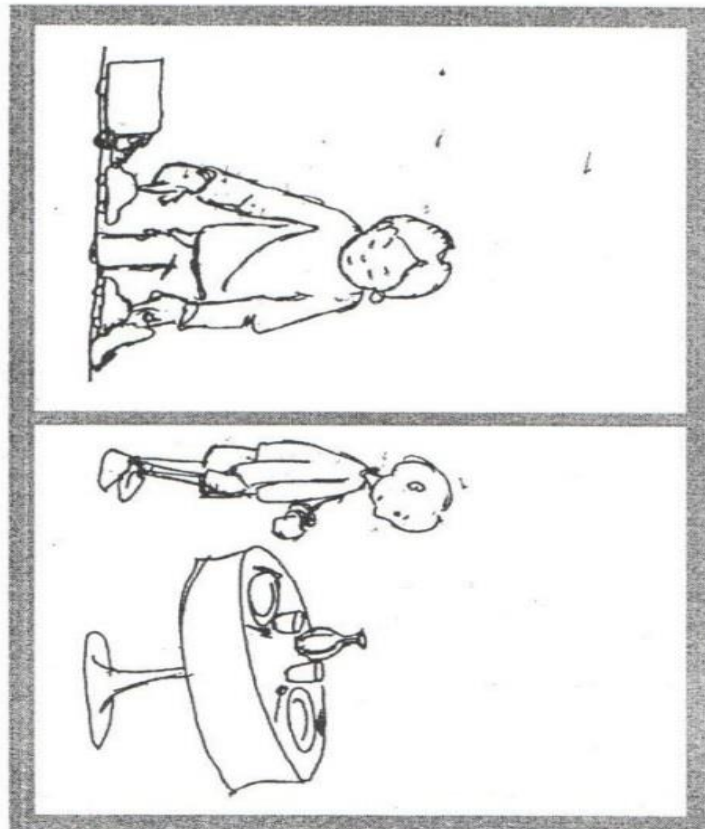
18



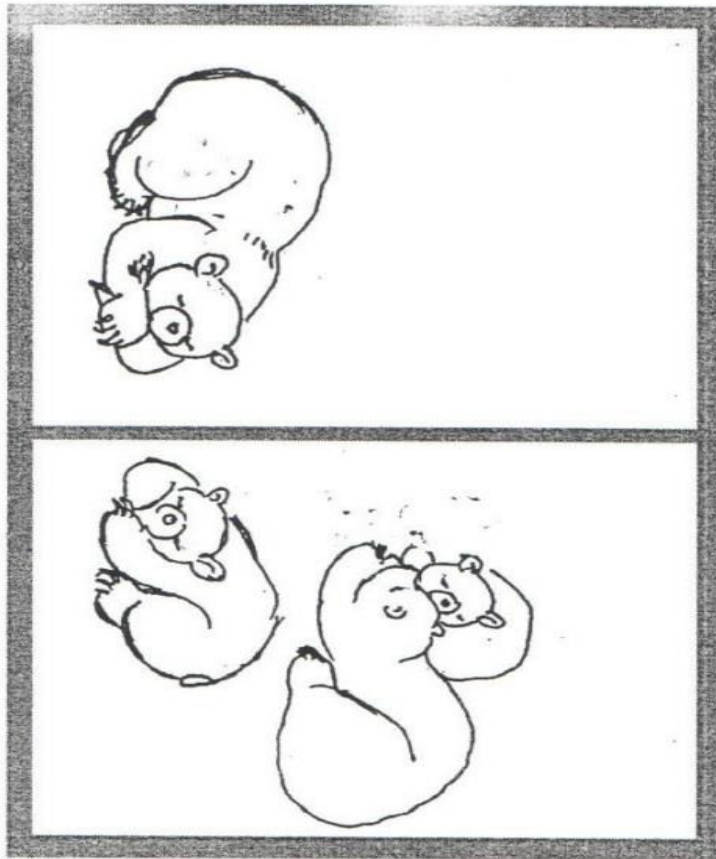
19



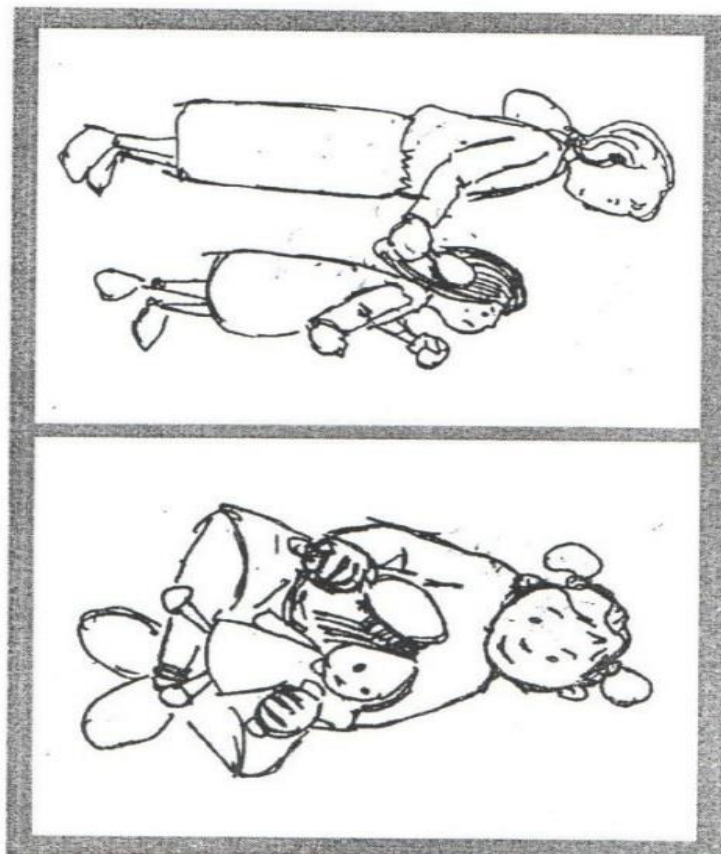
20



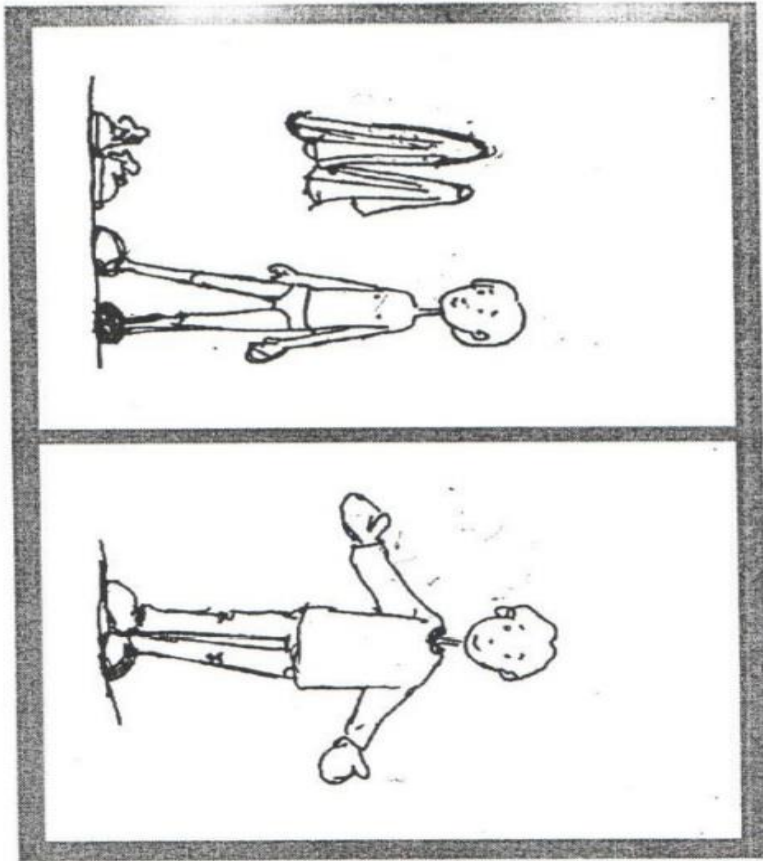
21



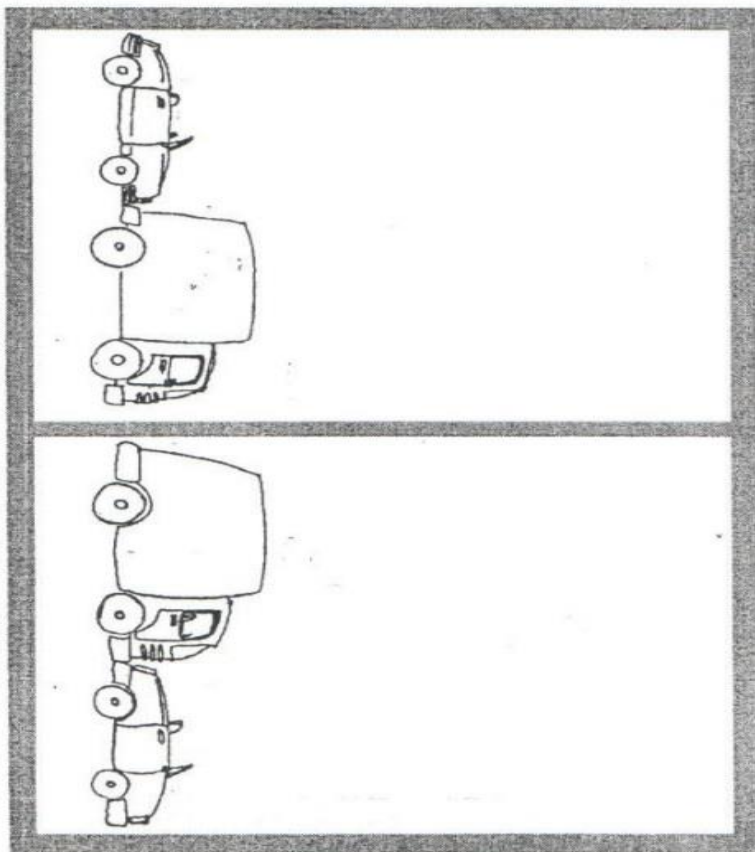
22



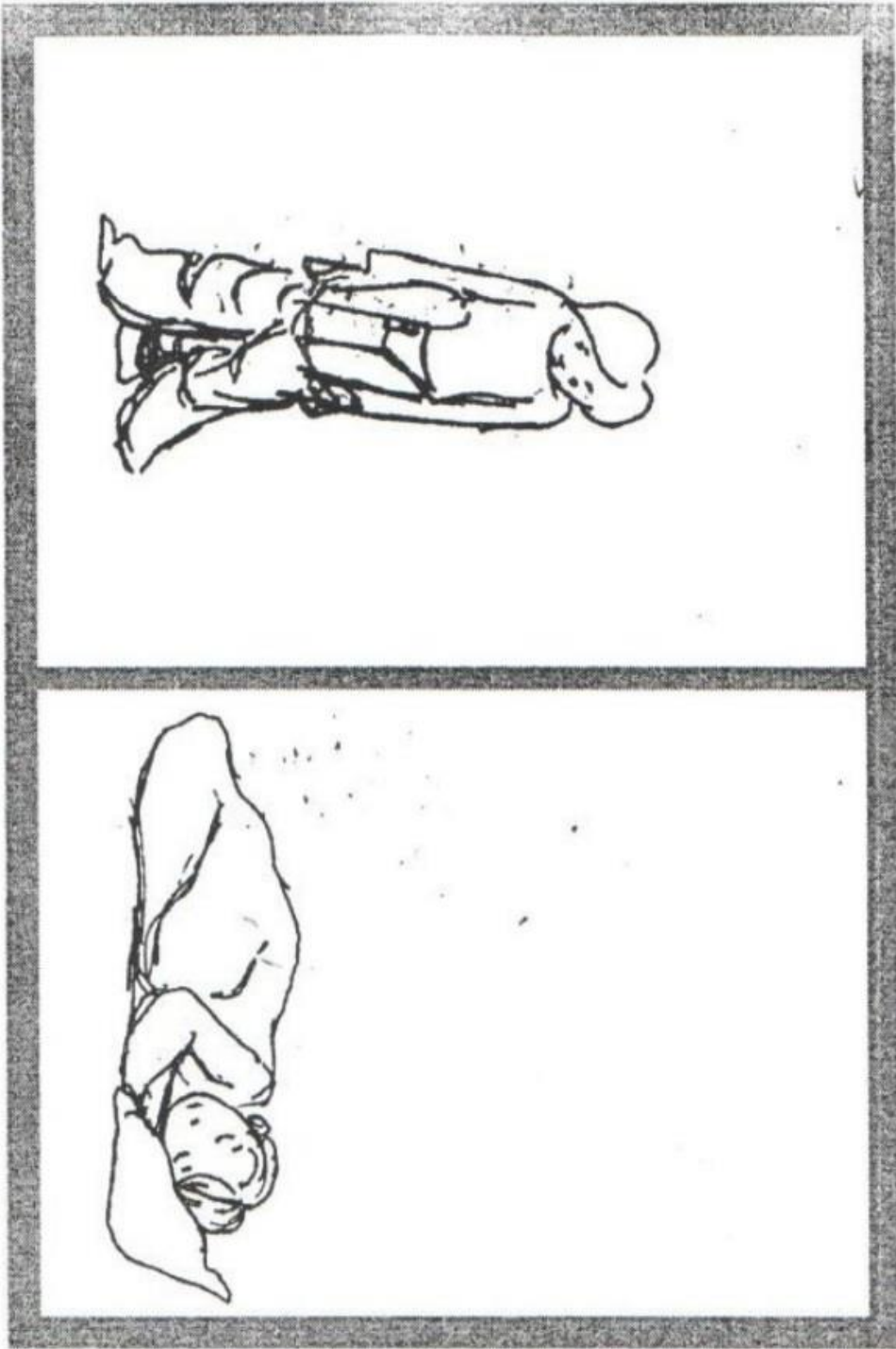
23



24



25



6- بنود الإختبار على مستوى تكرار العبارات: (Répétition d'énonces)

1. لكونفتير فوق الطاولة.
2. الدراري را هم داخل الماشينة.
3. راهو ياكل البريوشة تاعه.
4. راه يخزر الطيارة اللي تفوت.
5. كارتابلي محلول.
6. لولد كسر الكاس .
7. راه يسمع الزواوش اللي تصفر (تغني).
8. نهار السبت نروحولسينما.
9. الدراري حكمو الكار.
10. أمين رايح يحكم طاكسي.
11. الدراري يشربوا حليبهم.
12. الراجل غسل الطومبيل.
13. الكلاب كلات لحم تعها.
14. التصويرة اللي شفتها شابة.
15. عندي صاحبي باباه فاكطور.

الملحق رقم (3): ورقة الإجابة على اختبار خوسي لتقييم اللغة الشفهية.

1. الاستقبال المعجمي: (Lexique en réception)
(1) وريلي التصويرة ألي تقولك عليها.

2. إنتاج المعجمي: (Lexique en production)
(2) و شنو هذا؟

1. كسكيطه - الشايو شاشية - التاج و سوت و اشير	1. قنينة	26. سيشوار
2. طيارة - طومويل - كاميون - كار (بيس)	2. قط	27. غراف
3. قمل - كلب - قنينة - حياجة	3. طابلة - مايدة	28. مساك لحوايج
4. بنانة - تفاحة - لنجاص - لعنب	4. مقص	29. مققاب
5. البقرة - طور من حصان - خروف	5. شابو	30. طابلة لحدديد (لحدادة)
6. مققاب (الة ثقافية) - ماسو - تورنوفيس - لميوط	6. لكريم	31. كادنة
7. ملص - طينسي - قرة - كاس	7. برابولي	32. بيبليوتيك هسوات و اشير
8. كرسى - مطبخ - طابوري - فوناي	8. لمبة	33. قفص
9. صندالة - ليقو - حياط - ليوط	9. فراشة	34. عقرب
10. زمار - حروبوكة - ميانو - قيطارة	10. شمعة	35. كلاب
11. مائيزة - كار - طابل - صاك - قفة	11. طيارة	36. قنرة
12. تريكو - قمحة - حبيبة - سروال	12. مرش	37. لايريس
13. مار - طو - حشمار - ترنوفيس - بالة	13. دولنفرين - لصقة - يومادة	38. بواطة الملح
14. عين - جينوار - حمام - لافانير	14. جمل	39. طبل
15. قرونون - كرنب - قرة - بصل	15. جوميل	40. باذنجل
16. بالين - فرش - حردين - حلقين	16. صنار - قمرى - خط	41. تلفريك
17. كرسى - دروج - سلوم - طابوري	17. أرتيلة	42. مكواة
18. أبراي - فوتو - حواطر - حجير - جوميل	18. طابوري	43. مقلى
19. بالون - قيلو - كوردة - جوبية	19. أكاريوم	44. أناناس
20. طيارة - إيكوبتير - جر - اشيت - تلفريك	20. تورنوفيس و سوت و اشير	45. وحيد القرن

نقطه ب - (+) (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الصورة المختارة الصورة الصحيحة.
ضع دائرة على الإجابة
عندما تكون مختلفة.

واش إدير؟

الاستقبال المعجمي: (LexR)

1. راهو رافد و سوات و 3 اشير	6. راهو بقرا
2. راهو بيكي	7. راهو يسوق
3. راهو يشرب	8. راهو (راهي) تمشط الشعر
4. راهو ياكل	9. راهو يقفز على الكوردة
5. راهو يغسل - راهو يندوش	10. راهو نعان 8 سنوات و 3 اشير

الإنتاج المعجمي (Lexp):
(QQC):
(QQF):

نقط ب - "+" (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الإجابة صحيحة، و تتسخيها
عندما تكون مختلفة.

3. تكرار الكلمات: (Répétition de mots)

عاود مورايا واش را ح نقول
لازم تسمع مليح خاطرش نقولها خطرة برك.

1. بابور 5	5 سنوات و 3 أشهر
2. شابو	
3. روبرو	
4. باب	
5. قاتو	
6. ألبوم	
7. خزانة	
8. زاوش	
9. أكوريوم	
10. ساعة	
11. لمبوط	
12. قرعة	
13. قشابية	
14. بنية	
15. كلوندريري	
16. أجوندا	

17. أورديناتور	
18. تير مومتر	
19. أنفيرسير	
20. باذنجال	
21. ماشينة	
22. ديكسيونير	
23. الصبار	
24. مسرحية	
25. تراكتور	
26. روضة	
27. حانوت	
28. خسوف	
29. كاسك	
30. أوبيتال	
31. فريجيدار	
32. ماشينة الحصاد	10 سنوات و 3 أشهر
المجموع	

نقط ب "+" (في الخانات الموجودة على اليسار)
عندما يكون تكرار الكلمات على المستوى الصوتي
صحيح، تنسخ عندما يكون مختلف.

تكرار الكلمات: (Rep M)

4. الفهم (2): (C2) (Compréhension)

العرض الأول: اربحين نخدموا كيف كيف، سمع مليح واش نقول و وريلي التصويرة اللي فيها ...
العرض الثاني: سمع مليح واش نقول و وريلي التصويرة اللي فيها الهدرة اللي نقلك عليها.

			01. الطفل يجري
			20. الكاس ماش مكسر
AC-P- CD			1. الدراري يلعبو ميلاطهم. سنوات و 3 أشهر
AC-P- CD			2. الطفلة الصغيرة تخزر فيه.
AC-P- CD			3. السيد راهورايح.
AC-P- CD			4. الطفل غسل للطفلة الصغيرة.
AC-P- CD			5. شكون هادي الطفلة.
AC-P- CD			6. الزاوس بني عشه.
AC-P- CD			7. الطفل يلعب.
AC-P- CD			8. الكاميون يجبد فالطوموبيل
AC-P- CD			9. الدب راقد.
AC-P- CD			10. البايور اللي راه في البور عنده لقال.
AC-P- CD			11. يصنح وين راهي الحوتة اللي خليتها فوق الطايلة؟
AC-P- CD			12. القبط اللي شديته من زكاته خيشني.
AC-P- CD			13. خديجة و يماها كملوا من شريات لحوايج.
AC-P- CD			14. الطفلة الصغيرة تمشط لها شعرها.
AC-P- CD			15. راني ناكل لعنب اللي نحاتهم ماما.
AC-P- CD			16. الطومبيل تتبع فالكاميون.
AC-P- CD			17. حبيت نخرج برا !
AC-P- CD			18. الطفلة الصغيرة طاحت؟
AC-P- CD			19. محمد راح يقرأ كتاب.
AC-P- CD			20. يما قالت لي البس القيمة تاعاك.
AC-P- CD			21. علاش كسرت لجوي تاع اختك. 8 سنوات و 3 أشهر

المجموع

AC-P- CD			22. الطفلة اللي جبدتها لوك من لشعر. ديرة يواظر
AC-P- CD			23. بعدما فرغناو الطوكة و لغو قلماء، مصطفي و ليلى ولاو للدار.
AC-P- CD			24. عمر رمى البالون بزور. الطوكة تكسرت. يما رقت عليه.
AC-P- CD			25. كتبت قاع الحلو اللي فالسالي اللي اصقته لي لمرار.
AC-P- CD			26. الفكتور جاب برية لخاله، و فراخ و حطها فالطرف الطايلة.
AC-P- CD			27. الطفلة الصغيرة، اللي عندها لفوريس، عرضت مصماها رابحين ياتكو فالطور.
AC-P- CD			28. بعدما قطع الطريق، لوك يروح البولوني ياش ياشري لحلو.
AC-P- CD			29. أحمد ما حبش، يصمرايح يفسل لسانه. يما قالت له.
AC-P- CD			30. خديجة كتبت برية. و كي سمعت لموزيانه لسانها تبعتها !
AC-P- CD			31. محمد لقي طابلو في القراج و راح يجيب واش لازم ياش اعطو.
AC-P- CD			32. عمر نابط و لابس حوايجو. راهوروتار ياش يروح لمسيد، يصنح قدر يشرب حليبه.
AC-P- CD			10 سنوات و 3 أشهر

المجموع

نقط ب(+) في الخانات الموجودة على اليسار عندما تكون الإشارة الى الصورة
الثانية صحيحة.

الفهم 2 : (C2)	
Cl:	
if1:	
lg1:	
GC:	
if2:	
lg2:	
AC:	
P:	
CD:	

5. إنتاج العبارات: (Production d'énoncés)

ريح نوربك تصويرات و أنت راح تكمل الهدرة للي بديتها.

1. هنا كليلز لوش واحد،
هنا كايين... روج زواوش.
2. هنا الطفل بحري،
هنا الطفل... ما بحريش.
3. هنا أم،
هنا... أب.

اجابات الأطفال

[illegible][illegible]

1. لولد و قند
هنا لولد... قند

2. هنا كار تابل نع المظلة،
هنا كار تابل نع المظلة

3. هنا رشيده تعلمي المسألة اللويني،
هنا رشيده تعلمي المسألة اللويني

4. هنا كاين مطاوع واحد،
هنا كاين... اروح مطاوعات

5. هنا كاين حفاة،
هنا كاين... حفاة

6. هنا الطومويل ماشي مكسرة،
هنا الطومويل... مكسرة

7. هنا التشاوي نع لمره،
هنا التشاوي نع... الرجال

8. هنا بيع رجال،
هنا... اشبع مراد

9. هنا مصطفي يقول صباح الخير لمره،
هنا مصطفي يقول صباح الخير... الرجال

10. هنا كايه،
هنا كايه

11. هنا طايح،
هنا... طايحة

12. هنا ليلي تلعب دور المعلمة،
هنا ليلي تلعب دور... معلم

13. هنا لولد يقول الفصحة لعمه جديدة،
هنا المعلمة يقول التل بيكي لعمها... جديد

14. هنا المظلة نحات نوار،
هنا اليناث... لنعار نوار

15. هنا نجاجة ولدت بيضه،
هنا النجاجة ولدت... ثلاثة (بيضه)

16. هنا التاتين عنده عين واحد،
هنا التاتين... عنده... اروح عينين

17. هنا لولد يشوف كتاب،
هنا لولد يشوف... كتابات

18. هنا المظلة يقول بلي كايه شاطره،
هنا المعلمة تقول بلي كايها... شاطره

19. هنا اليناث هما اللي عندهم شايو،
هنا اليناث هما اللي... ما عندهم شاي شامبو

20. هنا راي تلعب دور كاه،
هنا اميعد... رايح ناك

21. هنا اشبع رقه،
هنا السبعه... رقه

22. هنا بيات ملوي تشط شعرها،
هنا شعر لويني... مشطوط

23. هنا المظلاويح يلعبون ارجو،
هنا المظلل... لايس مارجو

24. هنا الطومويل تلعب هانكايون،
هنا الكاسيون... مرن اللي يلعبين فاعلمو مرن

25. هنا راي تلعب،
هنا... راي رقه

10 سنوات و 3 أشهر

☐ ☐

المجموع

11

المجموع

نقط ب "+" (في خانات العمود الموفونوي Morsyn) عندما تكون الإجابة مطابقة لما هو مطلوب (النص بالخط المائل): توضع دائرة حول النص المكتوب بالخط المائل و يتم تنسيقها إذا كانت مختلفة، هناك نوعين من الإجابات المختلفة التي تأخذ بعين الاعتبار، في الحالة الأولى يتعلق الأمر بالأماليب المورفولوجية أو النحوية الضعيفة من نوع تأخر اللغة، في هذه الحالة نقط الإجابة ب "+" في العمود Dys، ويمكن أن يتعلق الأمر أيضا بعدم الأخذ بعين الاعتبار سياق (النص الذي يذكر من طرف المختبر مثلا وصف الصورة): تنقط هنا الإجابة ب "+" في العمود DysP

Morsy :
Dysl :
Dysp :

6-تكرار العبارات: (Répétition d'Enoncés)

عاود مرأيا واش راح نقول.

		1. لكونفتير فوق الطاولة.
		2. الدراري راهم داخل الماشينة.
		3. راهو ياكل البريوشة تاعه.
		4. راه يخزر الطيارة اللي تقوت.
		5. كارتابلي محلول.
		6. لولد كسر الكاس .
		7. راه يسمع الزواوش اللي تصفر (تغني).
		8. نهار السبت نروحولسينما.
		9. الدراري حكمو الكار.
		10. أمين رايح يحكم طاكسي.
		11. الدراري يشربوا حليبهم.
		12. الراجل غسّل الطومبيل.
		13. الكلاب كلات لحم تعها.
		14. التصويرة اللي شفتها شابة.
		15. عندي صاحبي باباه فاكطور.
		5سنوات و3 أشهر

نقط ب "+" (في خانات عمود التكرار النحوي Répsyn) عندما يكون التكرار مماثل للنموذج المقترح، نقط ب "+" (في خانات العمود التكرار المعجمي Représém) عندما يكون تكرار العبارات يطابق المحتوى الدلالي للنموذج المقترح مع استعمال نحو مختلف و لكنه صحيح (نقطة).

التكرار على المستوى النحوي: (Répsyn)
تكرار العبارات
التكرار على المستوى المعجمي: (Représém)

الملحق رقم (4): نتائج اختبار "مان وتني".

Report

الفهم_الشفهي

المجموعة	Mean	N	Std. Deviation
تدخل مبكر	32,25	4	2,217
تدخل متأخر	14,75	4	3,862
Total	23,50	8	9,798

Mann-Whitney Test

Ranks

المجموعة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
تدخل مبكر	4	6,50	26,00
تدخل متأخر الفهم_الشفهي	4	2,50	10,00
Total	8		

Test Statistics^a

	الفهم_الشفهي
Mann-Whitney U	,000
Wilcoxon W	10,000
Z	-2,323
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,029 ^b

- a. Grouping Variable: المجموعة
- b. Not corrected for ties.