

فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والارشاد في مؤسسات اطفال التوحد.

د. احمد نايل الغرير

المملكة العربية السعودية/ جامعة ام القرى/ الكلية الجامعية بالقطيف

The effectiveness and education services, diagnosis and counseling programs in autistic children institutions.

Dr.. Ahmed Al Ghurair Nile

Saudi Arabia\ Umm Al Qura University\ University Jouf College

المخلص

هدفت الدراسة الى التحقق من فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والارشاد في مؤسسات اطفال التوحد في الاردن وشمل مجتمع الدراسة جميع المؤسسات وتم اختيار 6 منها عشوائيا كعينة للدراسة، واستخدم الباحث قائمة مكونه من 54 فقرة تمثل ابعاد التعليم والتشخيص والارشاد، والتي حازت على درجة عالية من الصدق والثبات. وخلصت النتائج الى انه لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية بين مؤسسات اطفال التوحد في ابعاد التعليم والتشخيص والارشاد عند مستوى الدلالة (0,05)، ولدى فحص تلك الفروق بين البرامج في مؤسسات القطاعين الخاص والاهلي لوحظ وجود فروق دالة احصائيا في بعد الخدمات التعليمية لصالح مؤسسات القطاع الخاص عند مستوى دلالة (0,02).

Abstract

The study aimed to verify the effectiveness and education services, diagnosis and extension programs in autistic children institutions in Jordan and included a study population of all institutions were selected six of them at random sample of the study, the researcher used a list of 54 paragraph represent the dimensions of education, diagnosis and guidance, and which have earned a high degree of honesty and consistency. And concluded that the results that he did not show statistically significant differences between autistic children institutions in the dimensions of education, diagnosis and counseling differences at the significance level (0.05), and in the examination of those differences between the programs in the private sector and civil society institutions were observed statistically significant differences in post-educational services for institutions the private sector at the level of significance (0.02).

مقدمة:

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

وأكدت العديد من الادبيات والتجارب العلمية و الدراسات البحثية أهمية البرامج التربوية التطبيقية المباشرة المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية، والتي تساعد على تحسن حالتهم في المستقبل وتساعد المحيطين بهم في كيفية التعامل معهم، إذ أن غالبيتها قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد من نتائج العديد من الدراسات الاجنبية مثل دراسة كل من الكساندرا (S, Alexandra, 2004)، ودراسة فيليب ومارلين (Phillip, Sc & Marilyn, 2000)، وديفسون ونييلي (Davison & Neale, 2001). وأشار روبنسن وآخرون (Robbins & Others, 1991) إلى أهمية التدخل المبكر والتعليم والتدريب في تحقيق نتائج ايجابية لأطفال التوحد في المستقبل.

اضافه الى الدراسات العربية مثل دراسة (الغرير والمخالد، 2014) ودراسة (رشا حميده، 2007)، ودراسة (الشيخ ذيب، 2004)، ودراسة (أسامة مديولي، 2006) والتي ركزت نتائجها على أهمية تعليم وتدريب وتأهيل الاطفال التوحديين في كافة المراحل (الغرير والمخالد، 2014).

و تناولت عدة دراسات اخرى مثل دراسة (عاكف الخطيب، 2011) ودراسة (الشمري، 2007) ودراسة (العلوان، 2006) و دراسة كارول (Carol, 2007) دراسة(البستجي، 2007) ودراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير (Tietjens, McCray, and Co-chair, 2005)، موضوع تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل تقييم البرامج المقدمة من وجهة نظر المديرين والمعلمين ومدى فاعلية الخطط التربوية ومحتوى هذه الخطط. وطرق التشخيص وتوافر أدوات التقييم المناسبة وطرائق التدريس المتبعة في تعليم أطفال التوحد. بالإضافة إلى قيام الباحثين بدراسة وتحديد المشكلات التي تواجه المعلمين، وبعضها الآخر تناولت أوضاع المراكز التي تقدم خدماتها للأطفال ذوي اضطراب التوحد(الخطيب،2011).

مشكلة الدراسة:

وبناءً على ما تقدم فإن مشكلة الدراسة انبثقت من خلال أهمية التعرف على أوضاع الأطفال التوحديين المنتفعين من خدمات مؤسسات التعليم والتدريب من خلال تقييم برامج المؤسسات التي يشرف عليه اخصائيين ومعلمين مدربين على اجراءات التعامل مع الاطفال التوحديين، اضافة الى احساس الباحث على ان ثمة مستوى تقييم لتلك البرامج في المؤسسات والتأكد من فاعليتها وجدواها ومدى انعكاسها على حياة الاطفال التوحديين واسرهم.

تسعى الدراسة إلى الإجابة على سؤالين هما: هل هناك اختلاف في مستوى البرامج التعليمية والتشخيصية والارشادية المقدمة في عدد من مؤسسات اطفال التوحد في الاردن؟ اضافة الى سؤال حول ما هي ابرز المشكلات التي تواجه المشرفين والعاملين في تلك المؤسسات؟

فروض الدراسة: وانبثقت من السؤال السابق الفرضيات التالية:

الفرض الاول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج التشخيص بين مؤسسات اطفال التوحد.

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

الفرض الثالث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج الارشاد بين مؤسسات اطفال التوحد.

أهمية البحث:

تسعى الدراسة الحالية الى التعرف على مستوى فاعلية البرامج المقدمة لأطفال فئة التوحد المنتفعين من المؤسسات التعليمية من وجهة نظر المعلمين والمشرفين واولياء الامور والتعرف الدقيق على واقع تلك البرامج وامكانية احداث تطوير عليها لتعكس بشكل ايجابي على حياة هؤلاء الاطفال وامكانية تطويرها في المستقبل، كما وتحاول الدراسة تقييم برامج الاطفال من فئة التوحد ومدى توافرها مع المعايير الموضوعية من قبل المجلس الاعلى لشؤون الاشخاص المعوقين اصلا كمحددات لبيان الكشف عن تقدم وتطور تلك المؤسسات وتنمية سلوكيات الاطفال التوحديين في تلك المؤسسات.

اهداف البحث:

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

مصطلحات البحث:

طفل التوحد (Autism): له ترجمات عربية مختلفة منها الطفل الذاتي أو طفل الانكفاء الذاتي ولكن هناك اجماع علمي يميل إلى لفظ (التوحد) لشيوعه واستقراره بين الباحثين والممارسين ولأنه يعبر عن طبيعة الإعاقة، ويعتبر كانر (Kannar, 1943) أول من عرف التوحد الطفولي حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصلية للكلام بعد تطوره، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل، وما زالت العديد من التعريفات تستند على وصف كانر ((kanner للتوحد حتى وقتنا الراهن. (الشامي 2004).

المؤسسات التعليمية (مؤسسات التربية الخاصة): هي البيئات والاماكن التي يتلقى فيها اطفال التوحد البرامج التعليمية والتدريبية والتأهيلية التي بتوائم وضعها مع المعايير التي حددتها الجهات المشرفة عليها.
الاطار النظري للدراسة:

يعد الاهتمام بالتوحد في السنوات الاخيرة في الاردن من السمات البارزة في النهضة بالأشخاص ذوي الاعاقة، اذا زاد الاهتمام النوعي والكمي في فئة اطفال التوحد من حيث الاعداد المتزايدة في الظهور اثناء التشخيص، وانشاء العديد من المراكز الخاصة والأهلية التي تعنى بفئة التوحد سواء من الاطفال الاردنيين او الاطفال المنتقلين من دول عربية وغير عربية، اذا تشير الإحصاءات الرسمية في وزارة التنمية الاجتماعية والمجلس الاعلى لشؤون الاشخاص المعوقين بان عدد المراكز التي تعنى بالتوحد كليا او جزئيا وصل في العام 2015 الى 24 مركزا ومؤسسة ينتفع منها حوالي 3200 منتفع من مختلف الاعمار، اضافة الى انه قد تم تشخيص حوالي 6500 طفل من قبل مركز تشخيص الاعاقات والمراكز المتخصصة في الاردن والمستشفيات المعتمدة، مما يؤكد مدى الاهتمام الحاصل لفئة اضطرابات التوحد في الاردن، اضافة الى تقديم حزمة من البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية والارشادية والطبية والصحية والترفيهية المناسبة لهم، اضافة الى خدمة الرعاية الداخلية والايواء في مراكز حديثه ومجهزة بأفضل السبل المعيشية والترفيهية والخدمات المصاحبة، ويشرف عليها كوادر مؤهلة متخصصة ومدرية (التقرير السنوي للتنمية الاجتماعية، المجلس الاعلى للمعوقين، 2014).

جاء تطوير البرامج والخدمات والكوادر العاملة واستراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم، في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات العالمية التي تضبط عمليات التربية الخاصة، بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية وتحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة. وتعد الإعاقة العقلية واضطراب التوحد من الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيرهما لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة؛ بل يشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله (NCASES < 2007).

ومما يزيد من خطورة هاتين الإعاقين زيادة معدلات انتشارهما، حيث تقدر نسبة انتشار اضطراب التوحد بحوالي (60) حالة لكل 10,000 ولادة كما يشير فيريث ((Firth, 2003) نقلاً عن ونج وبورتر (Wing, & potter)، أما إحصاءات المركز القومي لبحوث ودراسات اضطراب التوحد (National Assessment and Accreditation Council, NAAC, 2004) فتؤكد أن نسبة الانتشار الراهنة تبلغ في الواقع (1) لكل (250) حالة ولادة تقريباً، وتصل هذه النسبة إلى (30-60) حالة لكل (10,000) حالة ولادة ممن لديهم إعاقة عقلية مع سمات اضطراب التوحد (Howlin, & Yule, 2002). أما الإعاقة العقلية فتقدر نسبة حدوثها ب(3%) من مجموع السكان، وهي تُعد من بين أكثر الإعاقات انتشاراً في العالم العربي (ASA, 2003)، ويزيد من صعوبة الموقف وجود تداخل بين الإعاقين من حيث اشتراكهما في بعض العوامل والأسباب المؤدية إلى حدوثهما، وكذلك اشتراك أفرادهما في بعض الخصائص أهمها قصور في القدرات العقلية والمعرفية، وتشير دود (Dodd, 2005) إلى أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من الإعاقة العقلية حيث تصل هذه النسبة إلى (70%) منهم، ويؤكد ألوي وآخرون (Alloy, L.Acocalla, J.& Bootzin, R, 2000) أن الإعاقة العقلية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تمثل مشكلة معرفية في حد ذاتها وليست ناتجة عن الانسحاب الاجتماعي (Sodd, 2005).

ومن هذا المنطلق تشكل عملية تطوير المعايير الخاصة بالبرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد أحد أهم الأولويات لدى التربويين، حيث تهدف تلك الإجراءات إلى تأمين حصول جميع الأطفال ذوي الإعاقة بلا استثناء على التعليم الملائم والنوعي. وبالتالي فإن متطلبات تحقيق ذلك تقتضي أن تتضافر جهود جميع المعنيين في المجالات المختلفة التربوية والاجتماعية والصحية للعمل معاً وفق خطط عمل إجرائية ومهنية تتضمن بلوغ وتحقيق تلك الأهداف، وتتعاظم أهمية هذا الأمر عند الحديث عن فئات ذوي الإعاقة التي تتزايد حاجتها إلى برامج ذات

مواصفات لا تقل عن البرامج المقدمة لنظرهم من الأطفال العاديين، انطلاقاً من أهمية وضرورة تلبية الاحتياجات التي تفرضها طبيعة الصعوبات والمشكلات، والتي تتطلب عناية خاصة ومساندة نفسية واجتماعية واستراتيجيات تعليمية وتربوية ذات مواصفات وجودة عالية تؤدي إلى مخرجات تتمثل بمساعدة هؤلاء الأطفال ليحققوا مستوى مقبولاً من المهارات الاستقلالية والدافعية وتقدير الذات (عكف الخطيب، 2011).

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

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

وقد شمل الإصلاح التربوي الأردني خدمات التشخيص والتعليم والتدريب من قبل وزارات الصحة والتربية والتعليم والتنمية الاجتماعية، وكذلك القطاع التطوعي، والخاص وهناك إنجازات واضحة في هذا المجال وخاصة في الجانب الكمي، إلا أن هناك نقصاً واضحاً في خدمات التشخيص والتقييم النفسي التربوي لعدم توافر الأدوات والمقاييس المقننة والمناسبة للبيئة الأردنية، وعدم توافر اختصاصيين مؤهلين لإجراء عمليات التشخيص، وإنما يقتصر التشخيص على الجانب الطبي بالإضافة إلى تعدد المرجعيات في هذا المجال (عقروق، 2006).

أما فيما يتعلق بالبرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة ومنها ما يقدم للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، فتقدم بالطريقة التقليدية عن طريق إنشاء مراكز وجمعيات ومؤسسات منفصلة، ولا توجد استراتيجية واضحة لدى هذه المراكز والمؤسسات لإدماج من يلتحق بها في المدارس العادية، فيما عدا بعض المحاولات التي تقوم بها بعض المراكز. ومع أن هناك زيادة في عدد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب التوحد الذين تقدم لهم البرامج والخدمات التربوية، إلا أن هناك تساؤلات مشروعة حول نوعية البرامج والخدمات التي تقدم لهم من قبل مراكز ومؤسسات التربية الخاصة (الغريز وعوده، 2009).

وهناك العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل التوحدي لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية وفيما يلي بعض هذه البرامج، وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج التربوية المختلفة الموجهة إلى الأطفال التوحديين وسوف نستعرض البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها وهي برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children: TEACCH) ولوفاس (LOVAAS) ودوغلاس (DOUGLASS)، وبعض المدارس الشهيرة مثل هيجاشي (HIGASHI) (الشامي، 2004).

3- برامج تعديل السلوك: العلاج السلوكي هو العلم الذي يقوم بتطبيق الأساليب التي انبثقت عن قوانين النظرية السلوكية بشكل منظم، من أجل إحداث تغيير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأدلة التجريبية التي تؤكد مسؤولية تلك الأساليب عن التغيير الذي حدث في السلوك (الخطيب، 2003).

4- البرامج الترفيهية: أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور في حياة الأطفال التوحديين (Marshali, V. 2004)

- 5- البرامج الاجتماعية: التفاعلات الاجتماعية الناجحة من أكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون التوحديون، الذين- يتمتعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة- غالباً ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية (زريقات، 2004)/ وسرور، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين (نصر، 2001).
- 6- برنامج التخاطب(النطق والكلام): وتحقق مثل هذه البرامج الكشف عن المشكلات التي يعاني منها ذوي اضطرابات التوحد حيث ان التواصل اللغوي.
- 7- العلاج الطبيعي والوظيفي والمائي: اذ يتم تقييم الجسم والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة.
- 8- الالعاب والنشطة الرياضية: وهي ذات فاعلية في تنمية الجوانب الجسمية والنفسية لديهم.
- اضطراب التوحد المفهوم والخصائص::**

أن تقدير انتشار اضطراب التوحد في تزايد حيث توصلت العديد من المسوحات العالمية في الولايات المتحدة ودول أخرى أن نسبة الانتشار (62.6) لكل (10.000) حالة ولادة وأن انتشار الاضطراب لدى الذكور أعلى من الإناث (4:1) والتوحد (autism): اعاقا (قصور) متعلقة بالنمو تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا، ويقدر انتشار الاضطراب في احداث الدراسات بحدود 1-2 لكل الف حالة ولادة مما يشكل مشكلة كبيرة للعالم(الخطيب، وآخرون، 2010).

ويحسب فيرث (fireth,u,2003) في (Autism Society of American, 2003) هو اضطراب او متلازمة تعرف سلوكيا ونمائية، وان المظاهر الاساسية يجب ان تظهر قبل ان يصل الطفل الى سن(30) شهرا من العمر، ويتضمن اضطراب في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطراب في التعلق والانتماء الى الاشياء والموضوعات والناس والاحداث.(الخطيب. عاكف 2011)

اما كولمان (Collman,2003) فقد عرف التوحد بانه اضطراب نمائي عام يشير الى قصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل، كما انه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والانماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل communication skills. حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات(عاكف الخطيب،2011)

ويتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الفرد، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر، هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد (الزارع،2008).

وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية: اضطرابات النمو الدائمة (PDD) (Pervasive Developmental Disorder)، التوحد autism، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت

مسمى آخر (PDD-NOS (not otherwise specified)، متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome، ومتلازمة رت Rett's syndrome، واضطراب الطفولة التراجعي Childhood Disintegrative Disorder. ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في DSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتي أسبرجر ورت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر (Romanczyk,R&Gills,J,2008).

وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات في المجال: (CHAT (Checklist for Autism in Toddler\Childhood Autism Rating Scale- وCARS وغيرهما، وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط. وتظهر مؤشرات الدلالة أو الاعراض على طفل التوحد من خلال المؤشرات التالية:

اولا - التواصل: يكون تطور اللغة بطيئاً.

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

ثالثا - المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية.

رابعا - اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري.

خامسا - السلوك: قد يكون نشطاً أو حركياً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض نفسه أو الأشياء من حوله (BCHP,2003)

وقد اورد كل من زريقات،2004 وشريف يوسف،2004 بان ثمة صعوبات تواجه تشخيص اطفال التوحد فيما يتعلق بتحديد دقيق وتباين بين الحالات حسب تصنيفها وخصائصها واعراضها والذكاء والقدرات المختلفة، بمعنى ظهور اخطاء في اجراءات القياس والتشخيص في ضوء غياب واضح لفريق التشخيص في المؤسسات كما يراها الباحث من خلال دراسة سابقة لتقييم القياس والتشخيص في الاردن 2001، اضافة الى ضرورة توفر مقاييس معتمدة وعالمية للتوحد، اضافة الى ما اشار اليه هشام عبدالله،2009 فيما يتعلق باعتماد مقاييس مثل قائمة ميول الطفل التوحدي ABC وغيرها من المقاييس التي اعتمدت سابقا في دول ذات اهتمام بأطفال التوحد.(هشام عبدالله واخرون،2009)

اما برامج الارشاد النفسي Counseling Program لأطفال التوحد، فيرى الباحث بان الحاجة الى توظيف خدمات متخصصة كالإرشاد في مؤسسات اطفال التوحد تؤدي الى تخفيف الاثار السلبية فيما يتعلق بالجوانب النفسية والاجتماعية والسلوكية المتعلقة بأطفال التوحد والعاملين معهم واسرهم، وبالتالي ينعكس على الخدمات الاخرى وواقع تكيفهم في تلك المؤسسات، اذ كثيرا ما يتعرض اطفال التوحد بسبب اعاقاتهم الى ضغوط داخلية شديدة ومشكلات نفسية مصاحبه لإعاقاتهم تؤثر على محيطهم، وهذا يتطلب توفير خدمات ارشادية نفسية واسرية مناسبة لهم في المؤسسات.

واشار لذلك قانون تربية الافراد الذين لديهم اعاقات (IDEA,1997) الى ان الخدمات الارشاد يقدم من قبل الاخصائي النفسي واخصائي الارشاد والتوجيه المدرسي المحدد حسب معايير عملهم ووظائفهم ومهامهم ضمن القانون، ولديهم القدرة على ارشاد الاطفال ذوي الاعاقة بشكل يناسب الحالات ومشكلاتها، بما فيهم اطفال التوحد سواء في المؤسسات الداخلية او المدارس العادية(البيلوي،2011)

وقد عرفت رابطة علم النفس الامريكية (APA,2000) بان الارشاد النفسي خدمة تهدف الى مساعدة الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والمساعدة على حل مشكلاتهم، وكذلك حددت الجمعية الامريكية للارشاد (ACA,1999) دور المرشد النفسي المساعد للطلبة (البلاوي،2011)

وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج الموجهة إلى الأطفال التوحديين ونشير هنا الى البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها من خلال الوسائل التعليمية وهو برنامج (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children) (TEACCH) التعليم المنظم ولوفاس (LOVAAS) المبرمج للتعليم الاكاديمي ودوغلاس (DOUGLASS) وبرنامج LEAP يعتمد على تعلم الخبرات في الطفولة المبكرة، اضافة الى بعض المدارس الشهيرة مثل: مدرسة هيجاشي (HIGASHI) في علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة(عاكف الخطيب،2011).

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين (نصر، 2001).

وبالرغم من التقدم الواضح الذي شهده العصر الحالي في ميدان البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلا أن جدلاً كبيراً وجد بين عدد من الباحثين والتربويين وجمعيات أولياء الأمور وصانعي القرار حول فاعلية بعض تلك البرامج المقترحة. ولعل ذلك الجدال ظهر أساساً نتيجة لعوامل متعددة منها: زيادة انتشار اضطراب التوحد، والحاجة إلى تقديم خدمات التدخل المبكر، والزيادة الكبيرة في الأدب النظري حول تعداد البرامج المقدمة، والنقص الواضح في وجود ضوابط علمية لیتم من خلالها الحكم على مدى فاعلية البرامج التربوية والخدمات المقدمة، أو على الأقل الإتفاق على منحى برمجي ليكون مناسباً وفعالاً مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ونتيجة لذلك وجدت الحاجة إلى نشوء حركة جديدة أخذت تهتم بضرورة استناد البرامج التربوية المقدمة على نتائج الأبحاث العلمية الموثقة في الميدان من قبل أبحاث تجريبية محكمة (Romanczyk & Gillis, 2008).

اما فيما يتعلق بطرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تتجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد، فيمكن تقسيمها الى ثلاثة طرق:

اولاً: طرق العلاج التطبيقية العلمية: التي قام بابتكارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أنت طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي منها: (طريقة لوفاس Lovaas: وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behaviour Therapy، أو علاج التحليل السلوكي Behaviour Analysis Therapy). ونعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك). وطريقة(طريقة تينش TEACCH: والاسم هو اختصار لـ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له). وتتميز بانها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل). وطريقة(فاست فورورد Fast-forward: وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وتم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال Paula Tallal وتركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي(Crimmins.D,et,2001).

ثانياً: طرق قائمة على التدريب الحسي منها(التدريب على التكامل السمعي(AIT) Auditory Integration Training): وطرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان

الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. كذلك (طريقة التواصل المُيسر Facilitated Communication: ١) وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر. إضافة إلى العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy: ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها (Detriych,R2008).

ثالثاً: القائم على العلاج الطبي والغذائي مثل: العلاج بهرمون السكرتين Secretin: السكرتين: هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام. وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد.

وبسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات، وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل) كما اشارت لها Paula Tallal، وتستخدم المؤسسات مدار البحث عدد من البرامج القائمة على التعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. وتدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متساقطة، وشاملة، وعليه وكما ترى Paula Tallal يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما (Crimmins,D,et 2001).

وتشير (Kathleen Quill) حول طرق تعزيز التعلم عند الأطفال المصابين بالتوحد، حيث بدأت بشرح أهمية فهم الطريقة التي يفكر بها هؤلاء الأطفال، ثم قامت بعرض طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي عند هؤلاء الأطفال، ثم شرحت الطرق التي تساعد على تعزيز التعلم من خلال استخدام الأعمال الروتينية المعتادة وأدوات التعليم المرئي. وتعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة ببنية ثابتة تعتمد على تنظيم المواد المطلوبة للدرس، كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية مساعدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها. فالتسلسل المعتاد للأحداث يوفر الانتظام وسهولة التوقع بالأحداث يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد ينتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية وتطور المهارات التواصلية لدى أطفال التوحد، وهناك الكثير من البرامج والنشطة التي يمكن استخدامها أثناء عملية الدمج لهؤلاء الأطفال في المدارس العادية) السرطاوي والعتيبي، (2013).

البرامج والخدمات المستندة إلى نتائج البحوث العلمية ويشير لهذا الامر (Simson, 2005)) إذ ظهر هذا المبدأ لرفد ميدان العلوم الإنسانية بممارسات علمية موثوق بها ومبنية على نتائج أبحاث علمية محكمة. وجاءت هذه الحركة لتتادي بضرورة توظيف استراتيجيات تربوية تستند أساساً على نتائج الأبحاث العلمية، كما دعت إلى أهمية البحوث العلمية المحكمة والتي يراعى فيها أدق المعايير البحثية الإجرائية لفحص مدى فاعلية تلك البرامج أو الاستراتيجيات التربوية في تحقيق الأهداف المرجوة منها، وهذه الأهداف هي: تحديد البرنامج أو الاستراتيجية التربوية المراد استخدامها، وتوظيف أو

تطبيق الاستراتيجية أو البرنامج، وتقييم فاعلية البرنامج أو الاستراتيجية في إحداث التغييرات المرغوب فيها مع التأكيد على تقديم الأدلة الواضحة والعلمية على أن التغيير الحاصل إنما هو نتاج تطبيق الاستراتيجية (Detrich, 2008). ولتحقيق تلك الأهداف فإن المحلل للأدب النظري يلاحظ أن المحاولات التي تمت في ميدان ذوي الإعاقة للتأكد من مدى ملائمة ممارساته التربوية لمبادئ الممارسات المبنية على البحوث العلمية قد اشتملت على ثلاثة أنواع من الدراسات كما اشار إليها عاكف الخطيب كما اشار إليها (عاكف الخطيب، 2013) على النحو التالي: دراسة المعايير العامة: هدفت هذه الدراسات أو التقارير إلى تطوير معايير عامة أو موجهات للدراسات العلمية التجريبية (Romanczyk & Gillis, 2008) ودراسات تحليل البرامج التربوية وتحديد مدى فعاليتها والتي اشار إليها كل من (Hurth, Shwa, Whaley, 2000) ودراسات المصادقية العلمية للتعرف على مدى فاعلية تلك البرامج ومدى ملاءمتها العملية لتحقيق تلك الأهداف المرجوة من حيث أحداث التغيير الملائم والتي اشار لها (Hurth, et al., 2000) (عاكف الخطيب، 2013).
الدراسات السابقة:

دراسة عاكف الخطيب (2011) بعنوان أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية" هدفت هذه الدراسة إلى تطوير أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية. وتكونت عينة الدراسة من جميع مجتمع الدراسة من مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد وعددها (153) مؤسسة ومركزاً لجمع البيانات، عن مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، فقد تم بناء أداتين: أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(89) مؤشراً رئيساً. وأداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد (110) مؤشرات رئيسة، هذا وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات الأداتين بررت استخدامهما. وأشارت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: "بعد الخدمات والبرامج" بمتوسط (0.68). في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي: "بعد التقييم" بمتوسط (0.66)، و"بعد البيئة التعليمية" بمتوسط (0.55)، و"بعد الإدارة والعاملين" بمتوسط (0.37). أما بقية الأبعاد وعددها أربعة أبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية وهي: "بعد الرؤية والفكر والرسالة" بمتوسط (0.33)، و"مشاركة ودعم وتمكين الأسرة"، و"بعد الدمج والخدمات الانتقالية" بمتوسط مقداره (0.31) لكل منهما، و"بعد التقييم الذاتي" بمتوسط (0.30).

دراسة الزارع (2008) هدفت إلى بناء مؤشرات لضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين وتحديد درجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية. وتكونت عينة الدراسة من (20) مركزاً حكومياً تقدم خدماتها للأطفال التوحديين الذكور بحيث مثلت مناطق السعودية. ولجمع النتائج تم بناء مقياس مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين بعد التوصل إلى العناصر الأساسية، وتكون المقياس من (175) مؤشراً رئيساً و (107) مؤشرات فرعية. وأشارت النتائج إلى أن هناك مؤشرات لعنصرين من عناصر ضبط الجودة انطبقت بدرجة عالية هي مؤشرات عنصر "البرنامج التربوي والخطة التربوية الفردية" ومؤشرات عناصر "تحليل السلوك التطبيقي تعديل السلوك". في حين أن هناك مؤشرات لأربعة عناصر انطبقت بدرجة متوسطة وهي على التوالي: مؤشرات عنصر "طرق التدريس والتدريب" وعنصر "المنهاج المرجعي" ومؤشرات عنصر "التهيئة للدمج" ومؤشرات عنصر "التقييم والتشخيص". وباقى مؤشرات العناصر وعددها خمسة انطبقت بدرجة متدنية وهي: مؤشرات عنصر "البيئة التعليمية" ومؤشرات عنصر "تقييم

البرنامج المقدم والمركز ومؤشرات عنصر "الخدمات المساندة" ومؤشرات عنصر "الكوادر العاملة" وكانت أقل المؤشرات انطباقاً هي مؤشرات عنصر "مشاركة الأسرة".

دراسة البستنجي (2007) دراسة بعنوان "واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن". وهدفت إلى التعرف على واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن، من حيث الأهداف، وفريق التقييم، ومصادر المعلومات التي يتم جمعها لغايات التقييم، والجانب الذي تغطيه عملية التقييم، والاختبارات والمقاييس التي تستخدم في عملية التقييم، وممارسات التقييم اللاحقة للتقييم الرسمي، وأساليب التقييم البديل، والمشكلات التي تواجه القائمين على عملية التقييم، ومستوى معرفة معلمي التربية الخاصة بأساسيات التقييم في التربية الخاصة، بالإضافة إلى معرفة الفروق في مستوى معرفتهم تبعاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والخبرة، وسنة التخرج، والعمر. وبلغت عينة الدراسة (255) أخصائياً في التقييم، و(301) معلماً من معلمي التربية الخاصة، ممن يعملون في مراكز ومدارس التربية الخاصة التي تعنى بذوي صعوبات التعلم والإعاقة السمعية والبصرية والحركية والعقلية والمراكز التي تخدم فئات متعددة. وقد تم جمع المعلومات من خلال أداتين أحدهما الباحث لأغراض الدراسة الحالية (الاستبانة والاختبار التحصيلي) وقام بتطبيقها على أفراد العينة مع التحقق من دلالات صدقها وثباتها. وأظهرت النتائج أن أكثر الأهداف التي يسعى أفراد عينة الدراسة إلى تحقيقها هو "التخطيط للتدريس"، ثم "متابعة تقدم وتحسن أداء الطالب". كما أظهرت النتائج أن معلم التربية الخاصة يتواجد كعضو في فريق التقييم بنسبة عالية، وأن نسبة مرتفعة من المراكز والمدارس التي تمت تغطيتها في الدراسة لا يوجد فيها فريق تقييم، حيث يقوم بالتقييم فيها أخصائي واحد فقط، وعدم توافر أدوات مناسبة للتقييم..

دراسة الشمري (2007) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، وبيان ما إذا كان التقييم سواءً أكان حكومياً أم أهلياً، يختلف باختلاف طبيعة البرنامج أو باختلاف الخبرة التعليمية أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين كان إيجابياً، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز في جوانب البرامج التالية: أبعاد أساليب التقييم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة والدرجة الكلية لصالح (القطاع الأهلي)، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين في المملكة العربية السعودية. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحيديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية.

دراسة كارول (Carol, 2007) التي هدفت إلى الكشف عن المؤشرات النوعية لبرنامج الدمج الكامل في مرحلة ما قبل المدرسة، وتم فيها استخدام منهجية دراسة الحالة للتحقق من ثلاثة أبعاد نوعية في برامج ما قبل المدرسة، التعليم الجامع والتحقق من الالتزام في تطبيق منهاج تم اختياره للبرنامج، حيث تم استخدام مقاييس نوعية لجمع البيانات من خلال الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، والمسوحات، والمقابلات الشخصية، ومراجعة الوثائق. واشتملت عينة الدراسة على (40) مشاركاً من المديرين، ومعلمي التربية الخاصة، ومعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، ومساعدتي المعلمين، والآباء، وقد تم تحديد الخصائص المتعلقة بالبرامج التعليمية المبكرة عالية الجودة على النحو التالي: مظاهر نوعية البناء، وكادر مؤهل، وصفوف صغيرة، ونسبة المعلمين إلى الطلاب منخفضة. ومؤشرات نوعية للعمليات مثل استخدام الممارسات التعليمية التي تنمي التفكير وتشجع الأطفال على طرح الأسئلة، واستخدام إستراتيجيات توجيه إيجابية، وتركيز قوي على مساعدة الأطفال على تطوير مهارة حل المشكلات وإظهار الاحترام للآخرين). وأظهرت النتائج بأن أنشطة التعليم المستند إلى

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

دراسة العلوان (2006) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من (120) فرداً تم توزيعهم على النحو التالي (60) شخصاً يمثلون أولياء أمور الأطفال التوحديين، و (60) معلماً من العاملين في مراكز التربية الخاصة، ولجمع البيانات طوّر الباحث أداة تكونت من (70) فقرة اشتملت على أربعة مجالات وهي: المجال الاجتماعي وتكون من (20) فقرة، ومجال تعديل السلوك وتكون من (20) فقرة، والمجال التربوي وتكون من (20) فقرة، والمجال الترفيهي وتكون من (10) فقرات، وقد تم استخراج معامل الصدق للأداة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين، إضافة إلى استخراج معامل الثبات للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكان معامل الثبات لعينة أولياء الأمور (0.94)، ولعينة المعلمين (0.90). وقام الباحث بتطبيق الاستبانة التي أعدها على كل من أولياء الأمور والمعلمين. وأشارت نتائج الدراسة إلى: فاعلية البرامج الاجتماعية، والترفيهية المقدمة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وعدم فاعلية البرامج التربوية والبرامج السلوكية المقدمة للأطفال التوحديين.

دراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير (Tietjens, McCray, and Co-chair, 2005) هدفت إلى تقييم البرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في مدارس التربية الخاصة في ولاية مونتانا "كونتري لويس" في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج التوحد (Autism Program Quality Indicators, APQI) الذي بناه كريزمان و ديوراند وكوفمان وإيفريت (Crimmins, Durand, Kafman and Everett (2001))، وذلك من أجل قياس وتقييم وتحليل الخدمات والبرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في تلك المنطقة وتم تطبيق المقياس خلال الفترة ما بين شهر (أيلول 2004 - شباط 2005). حيث أوردت الدراسة تفاصيل العملية التعليمية من نتائج ونصائح تؤدي إلى تحسين الأنشطة المستقبلية للطلاب التوحديين. تكونت العينة من (78) طالباً من الطلاب التوحديين في البرامج في مقاطعة "كنتري لويس"، وتم اختيار أسلوب تحليل التباين الأحادي لتحليل بيانات برنامج التقييم، وأظهرت نتائج الدراسة نقاط القوة والضعف في البرامج المقدمة للطلاب التوحديين. فمن نقاط القوة فيها مثلاً، ملاحظة الآباء عموماً المعيار النبيل للهيئة التدريسية، وتعامل معلمي البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم بعكس العامة. ومن نقاط الضعف في البرامج عدم الشمولية للبرامج المقدمة، وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وعملية المراقبة والتقييم الذاتي، وتصنيف الطلاب إلى مستويات متدرجة وبخاصة في البرامج العامة.

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

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

دراسة المعمري (2000) في (الغريز وعوده، 2009) بدراسة حول مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان، هدفت إلى التعرف على مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان. تكونت عينة الدراسة من جميع مراكز ومدارس التربية الخاصة الحكومية في سلطنة عمان والبالغ عددها (4) مراكز، وتضم (4) مديرين، و (136) معلما ومعلمة. جمعت البيانات عن الفاعلية باستخدام استبانة فاعلية مراكز التربية الخاصة، والتي تكونت من (106) فقرات مثلت (6) أبعاد هي: المنهاج، الإدارة، الجو التربوي، وخصائص المركز، والتدريس والتدريب، والمعلمون والعاملون في المركز. وأشارت النتائج إلى أن جميع مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان فعالة في جميع الأبعاد، ما عدا بعد المعلمين والعاملين، فقد كان أعلى المتوسطات لبعدها الجو التربوي، وبعده المنهاج، وبعده الإدارة، وبعده خصائص المركز والتدريس والتدريب. كما أشارت النتائج إلى المشكلات التي تحد من فاعلية مراكز التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين ومنها: النقص في إعداد وتأهيل وتدريب المعلمين، وعدم وجود دليل للمعلم، واللوازم والوسائل التعليمية المناسبة، وعدم توافر مختبرات، وعدم توافر أجهزة ومعدات، وقصور في الجانب المادي

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

الجدول رقم (1)

يبين معلومات حول المؤسسات لأطفال التوحد عينة الدراسة خلال العام 2014

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

متغيرات ومحددات البحث: مؤسسات تربية خاصة: متمثلة في تعليم مستوى واحد (التوحد). النوع: مؤسسات اهلية مرخصة بشكل رسمي. الزمان: العام الدراسي 2015/2014

أداة الدراسة:

لقد تم بناء أداة الدراسة من خلال البحث في قواعد البيانات الإلكترونية وفق الأساس النظري والتطبيقي المؤسسات ومؤشرات الفاعلية والجودة والدراسات السابقة وادوات القياس ذات العلاقة موضوع الدراسة الحالية، وبنيت على اساس تدرجي لمعيار التدرج ليكرت المعتمد عالميا، من خلال قائمة تقدير فقرات تدل على مستوى جودة البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات التعليم والتدريب لفئة اطفال التوحد، والتي تكونت من ثلاثة ابعاد رئيسية تتضمن (54) فقره هي: الاول: البرامج التعليمية (38) فقره والثاني التقييم والتشخيص (8) فقرات والثالث الخدمات الارشادية (8) فقرات، والتي تم عرضها على محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص بحيث حازت على مستوى عال من الصدق (صدق المحكمين) بدرجة 80% بعد اجراء التعديلات والاضافات المطلوبة، ولتحقق من ثبات الأداة فقد لجأ الباحث إلى استخراج ثبات الأداة بعد تطبيقها على 20 فردا من عينة الدراسة مستخدما الطريقة النصفية ونسبة ثبات وصلت الى (82%) وتم بعد ذلك تطبيقها على (80) فردا من العاملين في التعليم والاشراف على البرامج في المؤسسات مدار الدراسة.

ادوات وإجراءات الدراسة:

الاطلاع على الأدب التربوي والمعايير والممارسات العالمية فيما يخص اضطراب التوحد، ثم البدء بإعداد أداة التقييم. في ضوء مراجعة دقيقة للأدب النظري المتعلق بالدراسة الحالية والادوات والاستبانات السابقة ومعايير عالمية ومحلية في تحديد ومقارنة فاعلية وجودة البرامج التربوية والتعليمية (معايير المجلس الاعلى للأشخاص ذوي الاعاقة في الاردن 2010) وتم التحقق من صدق وثبات أداتي الدراسة عن طريق عرضهما على مجموعة من ذوي الاختصاص والخبرة في الجامعات الاردنية (10) محكمين والتي حازت على درجة عالية من الصدق والثبات بعد اجراء التعديلات المطلوبة في ضوء الملاحظات الواردة.

وبعد حصر المؤسسات والمراكز والمدارس التي تقدم برامجها وخدماتها التربوية لفئة اضطراب التوحد من حيث أعدادها وأماكن توزيعها وبحكم عمل الباحث وعلاقته مع تلك المؤسسات قام بزيارتها بنفسه وتسليم الادوات واستماراتها الى المدرء لتوزيعها على عينة الدراسة في كل مؤسسه يزورها وتعبئتها من قبل المشرفين والمعلمين ثم جمعها بعد اسبوع- الى اسبوعين من تلك الزيارة ومن ثم تدقيقها وتفرغها بواسطة الحاسب الالي وتحليل نتائجها في ضوء ما هو متعارف عليه احصائياً.

منهجية الدراسة والتحليل الإحصائي:

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

نتائج الدراسة:

الفرض الاول: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات افراد العينة في بعد البرامج التعليمية، ولاستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) على النحو الوارد في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد وفق بعد البرامج التعليمية

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

مستوى الدلة = 0,05

لم تظهر النتائج الاحصائية في الجدول رقم (2) فروقا ذات دلالة احصائية بين مراكز التوحد وفق بعد البرامج التعليمية، اذ ان مستوى الدلالة المحسوبة البالغة(0,64) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0,05)، ويعطي انطباع يتوافق افراد العينة في استجاباتهم حول فاعلية البرامج التعليمية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / اهلي) وفق بعد التعليم تم اجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (3).

جدول رقم (3) الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (اهلي / خاص) وفق بعد التعليم

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

ومن خلال الجدول رقم(3) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0,05) اذا ان قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,02) وهي اصغر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وهي فروق دالة لصالح مراكز التوحد القطاع الخاص والذي قد يعود الى التركيز في المراكز الخاصة على بعدد التعليم والبرامج المرتبطة بالتعليم بشكل اكثر تركيزا، اضافة الى الاهتمام بالأنشطة والوسائل التعليمية في مراكز القطاع الخاص وهذا ما تؤيده التقارير السنوية لتلك المراكز من الجهات المشرفة عليها.

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

الجدول رقم (4)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد وفق بعد التقييم والتشخيص.

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الاحصائية
المدرسة النموذجية (خاص)	30,3	16,44	3,24	1,75	0,55	غير دالة
الاكاديمية العربية (اهلي)	25,6	5,56				
مركز وصال (خاص)	27,5	32,47				
المدرسة العربية(اهلي)	27,7	12,16				
مركز العقبة (اهلي)	27,6	44,90				
مركز الامل (خاص)	29,3	22,49				

مستوى الدلالة = 0,05

لم تظهر النتائج الاحصائية في الجدول رقم (4) فروقا ذات دلالة احصائية بين مراكز التوحد وفق بعد التقييم والتشخيص، اذا ان مستوى الدلالة المحسوبة البالغة(0,132) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0,05)، مما يعطي انطباع بتوافق افراد عينة الدراسة في استجاباتهم حول فاعلية خدمات التقييم والتشخيص في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

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

جدول رقم (5) الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (اهلي / خاص) وفق بعد التقييم والتشخيص.

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

ومن خلال الجدول رقم(5) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0,05) اذا ان قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,62) وهي اكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحد القطاع الخاص والاهلي، اذا ان جميع المراكز تستخدم نفس ادوات التقييم والتشخيص لا طفل التوحد وهناك جهة واحدة معتمدة لذلك هي مركز التشخيص المبكر للإعاقات وهو حكومي

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

الجدول رقم (6)

بيين الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد وفق بعد خدمات الارشاد

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

مستوى الدلالة = 0,05

لم تظهر النتائج الاحصائية في الجدول رقم (6) فروقا ذات دلالة احصائية بين مراكز التوحيد وفق بعد الخدمات الارشادية، اذ ان مستوى الدلالة المحسوبة البالغة (0,23) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة (0,05) مما يعطي انطباع بتوافق افراد عينة الدراسة في استجاباتهم حول فاعلية الخدمات الارشادية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

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

جدول رقم (7)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحيد (اهلي / خاص) وفق بعد الخدمات الارشادية.

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

ومن خلال الجدول رقم(7) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0,05) اذا ان قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (0,013) وهي اكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحيد القطاع الخاص والاهلي، اذ لوحظ بان جميع المراكز تعتمد منهج الخطة الارشادية الواحدة لتقديم الخدمات الارشادية لا طفال التوحيد وجهة واحدة تقدم وتتابع خدمات الارشاد في تلك المؤسسات وهي حكومية.

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

الجدول رقم (8)

الرقم	المشكلة	الترتيب الاكثر ظهورا
1.	ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم	68%
2.	ضعف الحوافز والمكافآت الممنوحة للعاملين مع اطفال التوحيد.	66%
3.	زيادة عبء العمل والضغط الزائدة على العاملين اثناء فترة العمل.	62%
4.	ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحيد.	61%
5.	ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الارشاد والتوجيه سواء للأطفال او اسرهم اثناء الالتقاء بهم او زيارتهم	60%

يظهر من الجدول رقم (8) ان اهم المشكلات التي تواجه العاملين في المؤسسات الخاصة والاهلية التي تعنى بالتوحيد، حيث تم حصر اكثر من 30 مشكلة تم تحديد المشكلات الاكثر اهمية كما هو ظاهر بالترتيب الاكثر اهمية وهي (1) ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم وحازت على نسبة (68%)، (2) ضعف الحوافز

والمكافآت الممنوحة للعاملين مع اطفال التوحد وحازت على نسبة (66%)، (3) زيادة عبء العمل والضغط الزائدة على العاملين اثناء فترة العمل وحازت على نسبة (62%)، (4) ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحد وحازت على نسبة (61%)، (5) ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الارشاد والتوجيه سواء للأطفال او اسرهم اثناء الالتقاء بهم او زيارتهم وحازت على نسبة (60%). ومن خلال الاطلاع على الادب والدراسات السابقة يلاحظ بان هذه المشكلات تتكرر بنسب مختلفة في اغلب الاحيان اضافة الى انها تظهر في تقارير الجهات المشرفة مثل وزارات التعليم والتنمية الاجتماعية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

يظهر من النتائج التي خرجت بها الدراسة ان برامج التوحد التي تم تقييمها في مؤسسات التربية الخاصة في الاردن هي برامج فاعلة وذات جودة عالية، وانها تتوافق مع المعايير المطلوبة من المجلس الاعلى لشؤون الاشخاص المعوقين، وان تلك البرامج تتباين بين تلك المؤسسات وان العديد من الدراسات اشارت الى فاعلية مثل هذه البرامج وبما يتوافق مع نتائج هذه الدراسة مثل دراسة (عاكف الخطيب، 2011) ودراسة (الزارع، 2008) ودراسة (البستجي، 2007) ودراسة (الشمري، 2007)، كذلك اشارت دراسة كل من (Tietjens, McCray, and Co-chair, 2005) ودراسة (العلوان، 2007) الى جودة بتقييم برامج التوحد فيما يتعلق بتقييم التعليم والتشخيص والارشاد لأطفال التوحد وهذا ما اشارت اليه نتائج الدراسة الحالية.

ومن قراءة دقيقة للدراسات التي جاءت ضمن هذا البحث يتبين بان هناك توافق بين نتائج الدراسة الحالية وما ورد من دراسات في ما يتعلق بفاعلية وجودة تقييم برامج التعليم والارشاد والتشخيص للمنتفعين من المؤسسات التوحد في الاردن كما يراها المشرفين على تلك المؤسسات.

اضافة الى تقارير الجهات المشرفة مثل وزارة التربية والتعليم والتي تشير الى تقارب مستوى فاعلية البرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد بين تلك المؤسسات باستثناء تميز عدد من المؤسسات في بعض البرامج التعليمية والخدمات المتعلقة بالرعاية الداخلية.

التوصيات والمقترحات:

- تدعيم وتنشيط برامج الارشاد والعلاج السلوكي ودعم برامج ضبط وتعديل وإدارة السلوك (تحليل السلوك الوظيفي وتعديل السلوك)
- استخدام أسلوب التدريس المباشر أو أسلوب تدريب المحاولات المنفصلة في بيئة منظمة ومتنبا بها.
- تطوير المهارات الاجتماعية والتي تتضمن مهارات التقليد، البدء بالتفاعل الاجتماعي، الاستجابة للتفاعل الاجتماعي المقدم من قبل الآخرين، تطوير مهارات اللعب النشط مع الآخرين.
- تطوير المهارات اللغوية المرتبطة باللغة الاستقلالية والتعبيرية والمهارات غير اللغوية التواصلية مثل: تعابير الوجه ولغة الجسد.
- استخدام أنواع مختلفة من المعززات، لتعزيز أداء الطفل أثناء قيامه بالمهام المطلوبة لفظياً، وباستخدام كلمات بسيطة من مثل: (رائع، أحسنت، ممتاز، شاطر). وتقديم التعزيز عندما يستجيب الطفل للمهام، ويمرور الوقت يُقلل تدريجياً من التعزيز المقدم (كميته، نوعه) وذلك للتقدم نحو الأداء المستقل.

المراجع:

- 1- الببلاوي، ايهاب (2011) الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 2- البستجي، مراد (2007). واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- 3- الحساني، سامر (2005). مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.
- 4- الخشرمي، سحر (2003) دراسة تقييمية لمراكز التربية الخاصة في مدينة الرياض. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الخامس، العدد (4)، جامعة البحرين.
- 5- الخطيب، أحمد والخطيب، رداح (2010). الاعتماد وضبط الجودة في الجامعات العربية (أنموذج مقترح). إريد: عالم الكتب الحديث.
- 6- الخطيب، عاكف (2011) أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية" رسالة دكتوراه (غير منشوره، جامعة عمان العربية، الاردن.
- 7- الزارع، نايف (2008). مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين ودرجة إنطباقها على مراكز التوحد في المملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- 8- الزارع، نايف (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، (ط1)، عمان: دار الفكر.
- 9- الزريقات، إبراهيم (2004). التوحد: الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- 10- الشامي، وفاء (2004). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. جدة: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية في المملكة العربية السعودية
- 11- الشيخ زيب، رائد (2004). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.
- 12- الخطيب، جمال وآخرون (2009) مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار الفك.
- 13- الغرير، احمد والمخالد، خالد (2014) فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الجانب السلوكي والمهاري لدى عينة من أطفال التوحد، مجلة كلية التربية، جامعة اسيوط، الوادي الجديد.
- 14- الغرير، احمد وعوده، بلال (2009) سيكولوجية اطفال التوحد / دار الشروق، عمان، الاردن؟
- 15- خليل محمد، إيهاب (2009). الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية، دراسة سيكولوجية، (ط1). القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- 16- عقروق، وداد (2006). نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقييم البرامج العاملة حالياً في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان، الأردن.
- 17- العلوان، علي (2006). تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة عمان العربية، عمان.
- 18- المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات التوحد، عمان: الأردن.
- 19- المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (2010-2015). الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقات، عمان.
- 20- هشام / عبدالله وآخرون (2009)، المرجع في التربية الخاصة، مكتبة الشقري، الرياض، المملكة العربية السعودية
- 21- نصر، سهى أحمد (2001). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص - البرامج العلاجية). عمان: دار الفكر.
- 22- وزارة التنمية الاجتماعية - الاردن (2014) التقرير السنوي / مؤسسات التربية الخاصة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- 23 (ASA):Autism Society Of America.(2003). Papers about autism. Available at <http://www.autism society.org/html>.
- 24 Crimmins, D., Durand, V., Kaufman, T. and Everett, J. (2001). Autism program quality indicators: A self-review and quality improvement guide for schools and programs serving students with autism spectrum disorders. Albany, New York: New York State Education Department.
- 25 Detrich,R. (2008). Evidence-based, empirically supported, or best practice? A guide for the scientist-practitioner. In J. Luiselli, D. Russo, W. Christian, & S. Wilczynski. (Eds.), Effective Practices for Children with Autism (pp. 3-27). New York: Oxford University Press, Inc.
- 26 Dodd, S.(2005) Understanding autism. Sydney: Elsevier .
- 27 Firth, U. (2003). Autism: Explaining the ENIGMA, (2nd.ed). Madlen: Blackwell Publishing.
- 28 Marshall, V. (2004). Living with autism, (1st, ed.). London: A Sheldon Press Book.
- 29 National Commission for the Accreditation of Special Education Services, (NCASES) standards for accreditation.(2007). 1522 k, nw, suite 1032. washington, DC 20005. Email: napsec@aol.com
- 30 (NCA): National Council for Accreditation of Teacher Education CEC Program.
- 31 Romanczyk,R., & Gillis, J. (2008). Practice guidelines for autism education and intervention: historical perspective and recent developments. In J. Luiselli, D. Russo, W. Christian, & S. Wilczynski. (Eds.), Effective Practices for Children with Autism (pp. 27-37). New York: Oxford University Press, Inc.
- 32 The British Columbia of Health Planning. (2003). Standards and guidelines for the assessment and diagnosis of children with autism spectrum disorder in british columbia.An Evidence- Based Report prepared for – The British Columbia Ministry of Health Planning. London: David fulton publisher.
- 33 Wilczynski, S., Christin, L., & National Autism Center. (2008). The national standards project: Promoting evidence -based in autism spectrum disorders. In J. luiselli, D. russo, W. Christian, & S. Wilczynski. (Eds.), Effective practices for Children with Autism 9 pp.37-61. New York: Oxford University, Press, Inc.
- 34- [http:// MOSD, gov, jo](http://MOSD, gov, jo).