تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية

إعداد

محمد بن خلف الحسيني الشمري

المشرف

الأستاذ الدكتور فاروق فارع الروسان

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة

كلية الدرسات العليا

الجامعة الأردنية

نيسان/ 2007

المكتبة الالكترونية

www.gulfkids.com

تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية.

إعداد

محمد بن خلف الحسيني الشمري

المشرف

الاستاذ الدكتور فاروق فارع الروسان

ملخـــــص

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، ولتحقيق أهداف الدراسة فقد أعد الباحث أداة لمسح أراء العاملين حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين حيث تألفت الأداة من (6) أبعاد كالتالي: بعد أساليب التقييم ويحتوي على(10) فقرات، وبعد الخطة التربوية الفردية ويحتوي على(10) فقرات، وبعد الخطة التعليمية الفردية ويحتوي على (10) فقرات، وبعد الخدمات المساندة ويحتوي على (10) فقرات، وبعد دور الأسره ويحتوي على (10) فقرات، وبعد أساليب تعديل السلوك ويحتوي على (10) فقرات.

تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة حيث تألفت من (164) عاملاً في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية، موزعين على ستة مناطق تعليمية هي (منطقة الرياض، ومنطقة مكة المكرمة، والمنطقة الشرقية، ومنطقة القصيم، ومنطقة حائل، ومنطقة تبوك)، بواقع سبعة برامج في منطقة الرياض، وثلاثة برامج في منطقة مكة المكرمة واربعة برامج في المنطقة الشرقية واربعة برامج في منطقة القصيم وبرنامجين في منطقة حائل وبرنامجاً واحداً في منطقة تبوك.

طبقت الأداة على أفراد عينة الدراسة، وعولجت البيانات إحصائياً بحساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية للتقديرات التي قدمها العاملين للمكونات وجوانب البرنامج المقدم للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية وبإستخدام اختبار(t) لعينتين مستقلتين في حالة متغير الجنس والسلطة المشرفة على البرنامج (حكومي وأهلي)، وأسلوب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في حالة متغير الخبرة للعاملين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن تقويم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية كان إيجابياً حيث بلغ متوسط التقديرات لجوانب وخصائص البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين على أداة المسح (49.32 من 60) درجة، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم بأطار هذه المراكز في جوانب البرنامج التالية: أبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الاسرة والدرجة الكلية لصالح (القطاع الأهلي)، في حين أشارت النتائج

إلى عدم وجود اختلاف لأراء التقويم للبرامج الخاصة بالتوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك. كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود تأثير دال أحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير الخبرة على الأراء التي يبديها العاملين حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال احصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير جنس العاملين في ارائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية في أبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال احصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير جنس العامل على أرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها والدراسات السابقة

أولاً: خلفية الدراسة وأهميتها:

المقدمة:

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد منذ بداية أربعينات القرن الماضي على يد الطبيب النفسي كانر (Kanner) وهو أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة المبكرة في أول (36) شهراً من الولادة. وعلى صعيد الوطن العربي زاد الاهتمام بالتوحد وأصبح هذا الاسم أو المصطلح معروفاً في العقد الأخير من القرن العشرين، وتزامن استخدام هذا الاسم مع اهتمام كبير في مجال التوحد من قبل المختصين في مجال التربية الخاصة والمجالات المرتبطة بالإعاقة. وأيضا زيادة ملحوظة في عدد المدارس والمراكز التي اهتمت بالأطفال التوحديين والتمييز بينهم وبين الأطفال المتخلفين عقليا.

كما أولت المملكة العربية السعودية اهتماماً كبيراً بدعم وتطوير خدمات التربية الخاصة في المملكة بشكل عام، فبعثت المختصين لنيل الدرجات العلمية العليا في التخصصات المتنوعة للتربية الخاصة، كما ووفرت التدريب المستمر للعاملين والمهتمين بالتربية الخاصة وكذلك في مجال التوحد، الذي أخذ نصيبه من الاهتمام أسوةً بغيره من الإعاقات الأخرى.

فبدأ الاهتمام بالطلبة التوحديين في المملكة العربية السعودية بشكل فردي عام(1993) عن طريق الجمعية الفيصلية بمدينة جدة، ثم أصبح الاهتمام بالتوحد والخدمات المتخصصة للأطفال الذين يعانون من التوحد على المستوى الرسمي بالمملكة العربية السعودية بوزارة التربية والتعليم – الأمانة العامة للتربية الخاصة منذ عام(1998)، حيث خطت خطاها الأولى من خلال ثلاثة برامج في كل من الرياض وجدة والدمام. وفي عام(1999) تم افتتاح أول برنامج للتوحد في إدارة التربية والتعليم بمحافظة الأحساء لرعاية الأطفال التوحديين واكتشافهم وتلبية الاحتياجات الخاصة بهم(القحطاني، 2004). ومن ذلك العام(1999) بدأ الاهتمام يتزايد تدريجياً بهذه الفئة من المجتمع حيث فتحت العديد من برامج التوحد الحكومية والخاصة في معظم مدن المملكة العربية السعودية حتى وصلت إلى حوالي (84) برنامجاً تقريباً.

مفهوم التوحد:

ظهر الكثير من التعريفات لحالة التوحد، إلا أن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في أمريكا(National Society for Autistic Children, (NSAC) هو الأكثر قبولاً بين المهنيين والباحثين والذي يشير إلى أن " التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى(30) شهراً ويتضمن المظاهر التالية:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث والموضوعات(الخطيب وآخون 2007).

ويشير تعريف جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (American Psychiatric Association (APA,) إلى أن التوحد اضطراب تطوري متعدد الجوانب يتضمن ثلاث خصائص:

- قصور في التواصل الاجتماعي.
- قصور في الاتصال وخاصة اللغة والمحادثة.
- سلوكيات نمطية متكررة ونشاطات واهتمامات محدودة ومحددة، على أن تظهر هذه الخصائص قبل السنة الثالثة من العمر(يحيى، 2000).

وبين الشخص والغفار(1992) بأن التوحد " نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة، وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى مع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر".

كما وأورد الزريقات(2004) أن قانون التعليم الأمريكي عرف التوحد بأنه: إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي .

كما وبين الصبي(2006) بأن التوحد اضطراب معقد يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب ولم يصل العلم إلى تحديد تلك الأسباب.

واعتبر الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأميركية للطب النفسي الطبعة الرابعة (DSM-IV,1994) ان اضطراب التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة. وحتى يتم تشخيص التوحد لدى الطفل، فقد حدد هذا الدليل وجود ثلاثة محكات رئيسية وهي :-

المحك الأول : توفر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث التالية، على ان تتكون هذه الأعراض من اثنتين من المجموعة الأولى، وواحدة من كل من المجموعتين الثانية والثالثة على الأقل وهذه المجموعات هي:-

المجموعة الأولى : العجز النوعي في التفاعل الاجتماعي : ويتوجب ظهور اثنين من الأعراض التالية:

أ- العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل (تحديق العينين، الإيماءات، والأوضاع الجسمية، والتعبيرات الوجهية).

ب- الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه.

ج- فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين في الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم المقدرة على التحصيل.

د- الافتقار للسلوك الاجتماعي والانفعالي المتبادل.

المجموعة الثانية : العجز النوعي في التواصل: ويظهر في واحدة على الأقل من الأعراض التالية:

أ- تأخر في اللغة المنطوقة مع عدم مصاحبتها للتعويض من خلال وسائل التواصل الأخرى مثل الإشارة والإيماءات.

ب- الصعوبات في مناقشة أو الاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة وجود اللغة.

ج- النمطية والتكرار في استخدام اللغة.

د- العجز في اللعب، ويتمثل في عدم التخيل والتنوع أو الافتقار للعب الاجتماعي مع الآخرين كما هو متوقع ممن هم في عمره الزمني نفسه.

المجموعة الثالث : النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات: ويجب ان تظهر على الأقل في واحدة من الأعراض التالية:-

أ- الانشغال بواحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية.

ب- الالتزام بطقوس روتينية معينة غير وظيفية.

ج- حركات جسمية نمطية مثل (رفرفة اليدين وحركات معقدة لكامل الجسم).
د- الانشغال المستمر بأجراء الموضوعات.

المحك الثاني : التأخر أو ظهور وظيفة غير عادية قبل ثلاث سنوات في واحدة على الأقل في المجالات التالية:
أ- التفاعل الاجتماعي.
ب- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
ج- اللعب التقليدي أو الرمزي.

المحك الثالث : أن لأتكون هذه الأغراض عائدة لاضطراب ريت (Rett) أو تفكك أو انحلال الطفولة.

ويستنتج مما سبق أن اضطراب التوحد هو: نوع من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل طول حياته، وتؤثر على جميع مظاهر نموه وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات النمائية على التواصل سواء كان تواصلاً لفظياً أو تواصلاً غير لفظي وأيضاً على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد التوحديين، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال والاستفادة ممن حوله سواء أكانوا أشخاص، أم خبرات أم تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب من الصعب الشفاء منه ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

انتشار التوحد:

أجري العديد من الدراسات لمعرفة نسبة انتشار التوحد، وهناك الكثير من التباين حول تحديد هذه النسب، حيث تبنى كل دراسة من هذه الدراسات على تعريفاً معيناً لتحديد وتشخيص اضطراب التوحد، لذلك كان التباين في نسبة انتشار التوحد، لكن النسبة الشائعة حول نسبة انتشاره هي حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة ولادة(Gillberg, 1991).

الأسباب المؤدية إلى حدوث التوحد:

التوحد لا ينشأ لأسباب تربوية غير مناسبة أو بسبب النشأة بواسطة الوالدين أو لأسباب سيكولوجية واجتماعية في المنزل الذي ينمو فيه الطفل. أما الكيفية التي يحدث بها هذا الاختلال العصبي الفسيولوجي فهي غير معروفة حتى الآن رغم وجود كثير من النظريات في هذا المجال، وربما تكون الأسباب متعددة وطرق الإصابة متعددة كذلك، وليس هناك ما يدعونا إلى الاعتقاد في وجود سبب واحد أو طريق واحد فقط بل لا بد أن تستمر الأبحاث لكشف هذا الغموض في كل الاتجاهات، ومن تلك النظريات التي تعتقد سبب حدوث التوحد:

1- العوامل الجينية:

هناك ارتباط بين حدوث التوحد وشذوذ الكروموسومات كمتلازمة الكروموسوم آكس الهش (Fragile x Syndrome) وهو اضطراب جيني يصيب الذكور ويحدث بسبب وجود شذوذ في كروموسوم أكس (X) ويظهر هذا الشذوذ في العديد من الأفراد المصابين بالتوحد، وكذلك أيضاً فهو يظهر مع الأفراد المتخلفين عقلياً بدون توحد، وأيضا له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد ويظهر لدى الفرد تأخر لغوي شديد، وتأخر في النمو الحركي والمهارات الحسية، أما الخصائص الجسمية المرتبطة بهذه المتلازمه تشتمل على وجوه طويلة وهزيلة وآذان عريضة وخصيات كبيرة (الشامي، 2004).

2- العوامل الكيمائية:

هناك العديد من الدراسات توكد أن للعوامل الكيميائية العصبية دوراً في حدوث اضطراب التوحد ومن تلك الدراسات دراسة كامبل وشي (Campel&Shay, 1995) إلا أنهم غير متأكدين من كيفية حدوثه، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري وخصوصاً في حالات التوحد، ومن تلك الدراسات أيضا دراسة بايفن (Piven, 1990) التي تشير إلى أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلكAcid (Homovanillic) أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي (Cerebral-fluid) في حالات التوحد منه بين الأطفال العاديين، كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة تركيز أحد الناقلات العصبية وهو السيرتونين(Serotonin) في الدم (40%) من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين (Fenflaramine) لوحظ تحسن في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال منها الأداء اللغوي(الشامي، 2004).

3- العوامل العصبية

يذكر فرث(Frith, 1993) أن فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالات التوحد يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20-65%) في حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع(Eplipsy) في حوالي (30%) من حالة التوحد خصوصاً عندما يتقدمون في العمر وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي والحصبة الألمانية والتصلب الدرني.

4- العوامل العائدة لتكوين الدماغ

يرى فرث(Frith, 1993) أن هناك اختلافات بيولوجية وعصبية في تشكيل الدماغ ووجود فروق واضحة في المخيخ لدى الطفل التوحدي من خلال الاختبارات التصويرية والفحوصات المخبرية، فقد وجد ضمور في حجم المخيخ خصوصاً في الفصيصات الدورية رقم ستة وسبعة وقد يصل هذا الضمور إلى (13%) من حجم المخيخ لدى الأطفال التوحديين.

ويعتبر تشخيص الأطفال التوحديين أمراً صعباً بالنسبة للوالدين والمختصين، وذلك للتشابه بين التوحد والإعاقات الأخرى، والتباين بين حالات التوحد في القدرات والخصائص. وتتطلب عملية تشخيص إعاقة التوحد وجود فريق عمل متكامل للوقوف على مختلف جوانب الحالة وتغطيتها سواء الطبية أو السلوكية أو التربوية، بحيث يشتمل هذا الفريق على طبيب أطفال وطبيب أعصاب وأخصائي نطق ومعالج وظيفي وأخصائي تربية خاصة وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي (الخطيب، 2001).

أساليب تشخيص التوحد:

يتبع في تشخيص حالات التوحد الأساليب والطرائق التالية:

1. **قوائم الشطب:**

وتستخدم من أجل الحصول على معلومات عن مظاهر الاضطراب السلوكي الذي يظهره الأطفال التوحديين ، وتشمل قوائم الشطب وصف دقيق للمظاهر السلوكية التي يقوم بها الأطفال التوحديين في جميع الجوانب السلوكية، ومن أمثلتها:

أ- قائمة شطب سلوك التوحديين.

(Checklist for Autism in Toddler, (CHAT)

ب- مقياس تقدير الأطفال التوحديين.

(Children Autism Rating Scale ,(CARS)

ج- قائمة تقدير السلوكيات للأطفال التوحديين وغير الأسوياء.

(Behavior Rating Instrument for Autistic and other Atypical Children, (BRIAC)

د- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع).

(Diagnostic &Statistical Manual of Mental Disorder,(DSM IV)

ه- قائمة تقدير السلوك التوحدي.

(Autistic Behavior Checklist, (ABC)

2. تشخيص طيف التوحد :

يهدف تشخيص طيف التوحد إلى التوصل إلى حكم أدق وتشخيص صحيح لحالة الطفل التوحدي والمشكلات التي يعاني منها بعد استبعاد الإعاقات الأخرى، حيث تتشابه أعراض ومظاهر إعاقة التوحد مع الكثير من الإعاقات الأخرى والأمراض النفسية مثل الإعاقة العقلية، والفصام واضطرابات النمو اللغوي واضطرابات السمع والبصر.

ويتضمن تشخيص طيف التوحد كما جاء في الدليل الإحصائي والتشخيصي للإعاقات العقلية- الإصدار الرابع (DSM-IV,1994) الذي تضمن تشخيص الاضطراب التوحدي عن غيره من الاضطرابات الأخرى وهو كما يلي:

1- اضطراب التوحد(Autistic Disorder)

تشبه خصائص التوحد إلى حد بعيد ما جاء في وصف كانر(Kanner) للتوحد وهو ما يسمى أيضا بـ"التوحد التقليدي" ويظهر فيه ثالوث الأعراض مكتمل وبدرجات متفاوتة من الشدة. يظهر التوحد بوضوح عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وفي (70-80%) من المصابين به يظهر خلال السنة الأولى أما البقية منهم فينمون بصورة طبيعية أو شبة طبيعية ثم يتراجعون بين سن (2-3) سنوات ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها، مثل استخدامهم لبعض الكلمات واهتماماتهم الاجتماعية .

وتظهر أعراض التوحد باختلاف شديد من شخص إلى آخر. وقد يعود هذا الاختلاف في الدرجة الأولى إلى تفاوت القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد وهناك تقديرات بأن (77%) منهم يكون لديهم تأخر عقلي تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد. عندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر عقلي شديد فهو يسمى بـ"التوحد ذي الأداء المنخفض"(Low Functioning

Autism) ويقدر أن حوالي (50%) منهم يعانون التوحد وتأخراً خفيفاً أو متوسط الشدة. أما القلة المتبقية ممن لا يعانون تأخراً عقلياً (33%)، فهم ينتمون إلى فئة "التوحد ذوي الأداء العالي " (High Functioning Autism:HFA). والواقع إن مصاحبة التأخر العقلي للتوحد والاختلاف بين الاضطرابين أمر محير للكثيرين (الشامي، 2004).

2- اضطراب ريت (Rett's Disorder):

تم وصف هذا الاضطراب لأول مره من قبل العالم ريت (Rett) وهو اضطراب عصبي تصاعدي (Progressive) يصيب الإناث بشكل أساسي، ويتميز بلوي اليدين المتشابكتين بشكل متواصل ويصاحبة تخلف عقلي وإعاقة في المهارات الحركية وتظهر هذه الصعوبات بعد أن تكون الطفلة قد تجاوزت بداية طبيعية من نموها خلال ال(6-8) أشهر الأولى من عمرها وبعد هذه المرحلة تبدأ حالتها في التدهور أو أنها تتوقف عن الاستمرار في التطور. ولا يعرف بالتحديد أقصى عمر تعيشه الفتاة المصابة بإضطراب ريت(Rett)، إلا أن الكثيرات قد يمتد بهن العمر إلى سن متقدمة لايستطيع أحد تحديدها. ولكن تكون أجسام معظمهن نحيلة، ويعانين من سوء التغذية بسبب مصاعب المضغ وبلع الطعام لديهن. بالإضافة إلى هذا، فلن يكتسب معظمهن القدرة على استخدام الأيدي أو القدرة على الكلام (الشامي، 2004).

3- اضطراب اسبرجر (Asperger's Syndrome):

وصف هذا الاضطراب من قبل العالم أسبرجر(Asperger) ويمثل الاضطراب شكلاً من أشكال التوحد، ويتصف المصابون بهذا الاضطراب بضعف في تكوين العلاقات الاجتماعية إلا أن تواصلهم يعتبر أفضل من الأطفال التوحديين وليس لديهم تأخر لغوي، ولا يعانون من إعاقة عقلية، ولديهم غالباً اهتمامات غير عادية بالخرائط والطائرات وقدرة عالية على الحفظ عن ظهر قلب، ويتميزون بضعف التآزر الحركي، فهم جيدون بكل شيء لفظي وسيؤون بكل شيء حركي ونسبة إصابة الذكور بهذا الاضطراب أعلى من نسبة إصابة الإناث (الزريقات، 2004).

4- اضطراب التفكك الطفولي(Childhood Disintegrative Disorder, CDD) :

وهو اضطراب نادر الحدوث حيث تبلغ نسبته حالة من كل 1000 حالة ولادة تقريباً ويحدث لدى الذكور أكثر من الإناث ويتضمن هذا الاضطراب تراجعاً شديداً بالمهارات اللغوية والاجتماعية واللعب. وصعوبة في مهارات الحياة اليومية، ويحدث التراجع بعد عمر سنتين

تقريباً، وتشير البحوث إلى أن أسباب هذا الاضطراب تكمن بالأصول العصبية، فتخطيط الدماغ الكهربائي يبدو غير طبيعي في أغلب حالات هذا الاضطراب (Janzen, 2002).

5- الاضطراب النمائي الشامل- غير المحدد (Prvasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified:(PDD-NOS)

تستخدم هذه الفئة التشخيصية عندما يوجد لدى الفرد خلل شديد وشامل في نمو التفاعل الاجتماعي المتبادل لدية أو مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، أو عندما يوجد تكرار في السلوك والاهتمامات والأنشطة، بينما لا تتوفر المعايير الخاصة باضطراب معين من اضطرابات النمو الشاملة، أو الفصام، أو اضطراب الشخصية الفصامية النمطي، أو اضطراب الشخصية التجنبية. تتضمن هذه الفئة على سبيل المثال التوحد غير النموذجي، أي تلك الصور التي لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب التوحد بسبب البداية في سن متأخرة أو بسبب اختلاف صورة الأعراض عن الصورة النموذجية للاضطراب أو بسبب وجود أعراض لم تبلغ العتبة المرضية للاضطراب أو لجميع هذه الأسباب (DSM-IV, 1994) .

تصنيف أنواع التوحد:

سيفن وماتسون ولو وفي (Sevin,Matson,loe &Fee) الوارد في الزريقات (2004) اقترحوا نظاما تصنيفياً من أربع مجموعات:-

-**المجموعة التوحدية البسيطة جداً (المنحرفة) (Atypilal Group)**.

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

- المجموعة التوحدية البسيطة (Mildy Autistic Group).

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء و ألإحداث لتكون روتينة، كما يعاني أفراد هذه المجموعة من تخلف عقلي بسيط والتزامن باللغة الوظيفية.

- المجموعة التوحدية المتوسطة (Moderately Autistic Group).

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة او أنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح، والتلويح باليد ولغة وظيفية محددة وتخلفاً عقلياً متفاوت الشدة.

- المجموعة التوحدية الشديدة (Severely Autistic Group).

يتصف أفراد هذه المجموعة بأنهم معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، كذلك فهم يعانون في الغالب من التخلف العقلي.

الخصائص النمائية للأطفال التوحديين:

يوجد لدى الأطفال التوحديين عدة خصائص سلوكية ولغوية واجتماعية ومعرفية تميزهم عن غيرهم من الأطفال، وهذه الخصائص تمثل أعراض التوحد التي عن طريقها يمكن التعرف إليهم.

فمن الناحية المعرفية تعد العمليات العقلية المتمثلة في التفكير والإدراك والانتباه والفهم والتذكر والتخيل من أهم الوظائف المعرفية اللازمة لنجاح الطفل في مختلف المجالات بما فيها التفاعل الاجتماعي واكتساب اللغة لأن أي اضطراب في تلك العمليات يؤثر على أداء الطفل في مختلف المجالات.

وفي واقع الحال تشير الدراسات إلى أن اضطراب النواحي المعرفية يعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد هذا أن علمنا أن أكثر من(50-75%) من الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات متعددة، وخاصة الإعاقة العقلية (Roble, 1993) .

وتشير بعض الدراسات كدراسة سيرز وفين (Sears&Finn, 1994) إلى أن أطفال التوحد يعانون من صعوبات في عملية الانتباه والتركيز خصوصاً ما يتعلق بالتعرف البصري المكاني إلى الأشياء، كما أنهم يعانون من ضعف في القدرة التنظيمية، وسهولة الانشغال بالمؤثرات الخارجية.

كما تشير الدراسات إلى أن أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في عملية التفكير حيث توصلت دراسة إليزابيث وفول كمار (Elizabith&Volkmar, 1991) إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في وظائف التفكير، إلا أن طبيعة أنماط تفكيرهم لا تساعدهم على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة وما تتطلبه من قدرات لفظية أو بصرية.

أما من الناحية الإدراكية فقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد يعانون من نقص في وظائف الإدراك وتوصل ريد(Reed) إلى أن أطفال التوحد يواجهون صعوبات في فهم أبعاد المواقف التي يتعرضون لها و إدراكها. وفيما يتعلق باللغة، فالطفل التوحدي يظهر وجود عجز واضح في التواصل اللفظي وغير اللفظي وما تجره هذه الصفة من صعوبات ومشكلات في اللغة والتخاطب وهي من الأمور التي تميزه عن غيره من الأطفال العاديين(صديق, 2005).

خصائص الأطفال التوحديين

تختلف خصائص الأطفال التوحديين من طفل الى آخر، لكن هناك العديد من الخصائص التي يتميزهم عن غيرهم من الأطفال ومن أهم تلك الخصائص:

1. الخصائص السلوكية:

يتصف الطفل التوحدي بسلوكيات انفعالية حادة، حيث ينعكس ذلك السلوك على نموه الذاتي، فيصبح غالباً مصدر إزعاج للآخرين.

يذكر خطاب (2005) أن هناك ملامح تميز سلوك الطفل التوحدي منها: الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين والناتجة عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم،والاحتفاظ بروتين معين، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وقصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وحزن شديد لا يمكنه إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة، والتأخر في قدرات و مجالات معينة ،وأحياناً يصاحب التوحد مهارات عادية أو فائقة في بعض القدرات مثل الرياضيات أو الموسيقى أو الذاكرة والاستخدام غير المناسب للعب والأشياء، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد، واستجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية فيبدو كأنه لا يسمع الأصوات من حوله أو قد يبالغ في بعض الاستجابات كأن يضع يديه على أذنيه إذا سمع صوت عادي، ويتجنب أو يحدق النظر في عينية، والمشي على أطراف الأقدام أو عدم القدرة على المسك بالأقلام، والنشاط الزائد بدرجة كبيرة وقليلاً منهم يتميزون بالكسل والخمول، وقلة الحساسية للألم كأن يمشي حافياً على الثلج أو يمارس خلع الشعر والأظافر، ويقوم بحركات جسمية غريبة مثل الهز المستمر للجسم، أو الرفرفة بالذراعين و(25 %) منهم يعانون من الإصابة بنوبات صرع عند البلوغ. كذلك التشبث بأشياء محددة مثل عدم الرغبة في تغيير ملابسه، ونوم متقطع ثم يصحو ليهز جذعه إلى الأمام والخلف وبشدة مما يؤخر نموه الحركي، الركض المتواصل من غرفة لإضاءة النور وإطفائه، ومقاومة التغير في البيئة مهما كان بسيطاً فقد يرفض الذهاب إلى المدرسة لأن السيارة التي تنقله قد تغيرت أو تغير سائقها، ويصر أحياناً على تناول صنف واحد فقط من الطعام وفي نفس الوقت ونفس المكان والإكثار من السوائل خطاب (2005).

2. الخصائص الاجتماعية:

تعتبر العزلة هي الأكثر شيوعاً لدى الطفل التوحدي حيث لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركهم اهتماماتهم. كما أنهم يلجؤون إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية وتظهر خصائص الأطفال التوحديين في الجانب الاجتماعي في العزلة واللامبالاة بالآخرين وغياب أية رغبة في التواصل مع الآخرين، يقتصر التواصل مع الآخرين في التعبير عن الحاجات فقط، لا ينخرط في أية حوار أو محادثة متبادلة والفشل في إقامة علاقات عادية مع الوالدين أو الآخرين، وصعوبة القدرة على التبادل العاطفي والاجتماعي ولا يطورون سلوك التعلق الأموي فهم

يستخدمون أمهاتهم بشكل أوتوماتيكي لتلبية الاحتياجات فقط ويفضلون اللعب لوحدهم ولا يلعبون مع الآخرين ولديهم ضعف في لعب الدور ويرجع الفشل في هذا الجانب إلى عدم قدرتهم على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية والعجز على تبادل التفاعل الاجتماعي كما أنه يرجع إلى ضعف قدرتهم على التواصل اللفظي والذي من خلاله يمكن التعبير عن المشاعر والعواطف (شند، 2003).

3. الخصائص الحركية:

يوازي النمو الحركي للطفل التوحدي النمو الحركي لدى الطفل العادي تقريباً في نفس سنه، مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي التي تبدو غير عادية، فالتوحديين لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم يقفون ورؤوسهم منحنية وكثيراً منهم لا يحرك ذراعه خلال المشي وقد يقومون بضرب الأرض بأقدامهم مرات متكررة خاصة في أوقات الابتهاج وكذلك يغلقون أعينهم بأيديهم ثم يدورون حول أنفسهم مرات ومرات دون أن يشعروا بالدوار، كذلك يعتبر النشاط الزائد (Hyperactive) سمة شائعة لدى الأطفال التوحديين (قنديل، 2000).

4. الخصائص اللغوية:

أشارت المعلومات المستقاة من الوالدين إلى أن الأطفال التوحديين لا يستجيبون حينما ينادون بأسمائهم في السنة الأولى من العمر على عكس الأطفال العاديين، ولا يكتسبون سوى بضع كلمات خلال السنة الثانية من العمر، وبعد حدوث التوحد في السنة الثالثة، يصاب النمو اللغوي لدى الأطفال التوحديين بعملية تأخر تدريجي بسبب عدم قدرتهم على تعلم أو اكتساب كلمات جديدة، وفشلهم في التواصل الفعال مع الآخرين، حيث يواجهون صعوبة في فهم إدراك المثيرات غير اللغوية مثل التعبيرات الوجهية، ويعتبر ضعف اللغة من الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين في مرحلة المدرسة، حيث يظهر لدى الكثير منهم عدم تطور اللغة بصورة مطلقة، وفي حالة وجود لغة لديهم فإنها غير مقبولة اجتماعياً، ويظهر محتواها السذاجة والسخافة، كما أن حصيلتهم اللغوية محدودة، وفي مرحلة الرشد يعاني الأطفال التوحديين من صعوبة في تبادل الحديث مع الآخرين، كما يجد الأطفال التوحديون صعوبة في فهم المفاهيم الافتراضية المتعلقة بالزمن المستقبل، كما أنهم يفسرون الكلام الذي يسمعونه بشكل حرفي مثل (قريباً، من الممكن، سوف نذهب) (آل مطر، 2001).

5. خواص الحواس:

من اهم الحواس التي يتعلم بها الطفل التوحدي هي حاسة البصر، فقد يؤثر عليها مؤثرات بسيطة جداً ويستجيب لها بشكل مبالغ فيه مثل انزعاجهم من الضوء العادي، وإن المعلومات التي يجمعها الطفل عن الأشياء من حوله عن طريق الحواس إذا كانت مشوشة أو مغلوطة لا يستطيع الطفل عندها تكوين صورة صحيحة أو متكلمة عن المثيرات من حوله وقد يكون هذا ناتج عن مشاكل في طبيعة وصول الإشارات الحسية في الدماغ أو في عملية تمثيل هذه الإشارات أو في الحالتين معاً. وهذا ما يجعل الدماغ غير قادر على الموازنة بين الحواس بشكل معقول ومثال ذلك الشعور بالبرد العادي حيث أن الطفل لا يكاد يأبه به أما التوحدي فقد تصيبه ما يشبه الهستريا دون أن يعرف المحيطون به أن سبب كل هذا الألم هو البرد العادي، وكذلك أيضا فإن الطفل التوحدي قد يضرب رأسه في الحائط أو يكسر يده دون أي صراخ مقابل أن لمسة بسيطة قد تجعله يصرخ بشده (يوسف، 2004).

6. الخصائص الانفعالية:

هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى الطفل التوحدي مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر أحياناً من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الآخرين من حوله ، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى الطفل التوحدي (خطاب، 2005).

7. الخصائص المعرفية:

تشير الدراسات إلى أن اضطراب الجوانب المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين (مليكة، 1998).

ويعد التفكير والانتباه والفهم والإدراك والذاكرة واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي إذا حدث بها أي اضطراب أثرت على أداء الأطفال في جميع المجالات (Ruble, 1993).

ولدى الأطفال التوحديين مشكلة معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على المحاكاة والفهم، وتقلل من مرونتهم وإبداعهم وقدرتهم على وضع القواعد وتطبيقها، واستخدام المعلومات، بمعني آخر هذه المشاكل توثر على تعاملهم وتكيفهم مع العالم المحيط (محمد، 2001) .

ويؤكد لوفاس(Lovass, 1987) أن الطفل المصاب بأعراض التوحد يركز انتباهه وبسبب القصور في الإدراك، فهو لا يستطيع أن يدرك أكثر من مثير في آن واحد، أو أن يستنتج مفهوم معين من ربط مواقف ومثيرات مع بعضها، ويركز على تفصيل معين ويتجاهل الصورة الكلية. وبما أن النمو الانفعالي والعقلي يعتمد على الربط بين مثيرين، فالطفل الطبيعي يربط عقليا بين وجود الأم وإشباع حاجة الجوع، والحاجة إلى الحب عند التدليل،وبالتالي ينتج عن ذلك الحب للأم. الأمر يختلف بالنسبة للطفل المصاب بأعراض التوحد فهو لا يستطيع تقييم العلاقة بالأم لأنه يركز على مثير واحد قد يكون الطعام، ولا يربطه بالمثيرات الأخرى.

وينطوي على تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد تحديات حقيقية هذه التحديات تنجم جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث إنه يأخذ أشكالاً عديدة. فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي، وبعضهم عدواني، وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالم خاص به، فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين. وبالرغم من كل شيء فالأطفال التوحديون قادرون على التعلم إلى حد ما. وبشكل عام فإن الأطفال الذين لديهم توحد بحاجة إلى برنامج يوفر التعليم الفردي المناسب والتفاعل الاجتماعي والنمو والدعم والاحترام (الخطيب والحديدي، 2005).

طرق تدريب وعلاج الأطفال التوحديين

ليس هناك علاج فعال للتوحد ولكن يجمع أهل الاختصاص على ضرورة وأهمية التدخل العلاجي المبكر والذي يعتمد على البرامج التدريبية لتطوير المهارات اللغوية والاجتماعية والسلوكية، ووفقا لهذا الأسلوب العلاجي يتم التأكيد على النشاطات الجماعية تحت إشراف معلمين ومدربين يتولون توجيه الأطفال خلال ممارستهم للنشاطات البدنية المكثفة العالية التنظيم بحيث لا تسمح للطفل التوحدي بالانسحاب من النشاط للتقوقع في عالمه الخاص، وهذا النشاط قد أعطى نتائج ايجابية فيما يتعلق بتمكين أطفال التوحد من المشاركة والتفاعل في النشاطات الاجتماعية.

وهناك العديد من الاتجاهات التي تهتم بعلاج ومساندة الأشخاص المصابين بالتوحد، وهذه الاتجاهات العلاجية تعتمد مجموعة من النظريات العلاجية منها:-

أولاً: العلاج السلوكي:

تعتبر برامج تعديل السلوك من أهم وأنسب الطرق العلاجية المعتمدة على نظرية العلاج السلوكي التي تستخدم بطريقة مكثفة لعلاج الأطفال بوجه عام والأطفال التوحديين بوجه خاص،

وأن هذه البرامج لها تأثير مشجع على الوظائف اللغوية والعقلية والعاطفية للأطفال التوحديين وأن هؤلاء الأطفال بعد أن يتلقوا هذه النوعية من البرامج سوف يستفيدون أكثر من الفرص التعليمية والاجتماعية الموجودة في مجتمعاتهم (Elkesth & Smith, 1997).

ووجد كل من هولين و مور (Holin & Moor, 1997) أن البرامج السلوكية لا تؤدي دوراً ايجابياً وفعالاً مع الأطفال التوحديين إلى أن يتم تطبيقها في السن المبكر للطفل أي قبل السنة الرابعة من عمره. كما تقدم البرامج السلوكية المدرسية والبرامج السلوكية المنزلية إذا طبقت في آن واحد مع الأطفال التوحديين تطوراً ملحوظاً على جميع المهارات كمهارات الاتصال اللغوية والاجتماعية وغيرها من المهارات، وأن هذه البرامج تقدم في شكل أنشطة حركية- موسيقية- فنية كاللعب (Eikeseth, 1999).

واشارالقريوتي والسرطاوي والصمادي (1995) بأن إجراءات تعديل السلوك التي تعتمد مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المحيطون بالطفل وهي تتعامل مع السلوك المستهدف من خلال زيادة السلوك إذا كان مرغوباً فيه أو التقليل منه إذا كان غير مرغوب أو تشكيل السلوك إذا كان السلوك المرغوب غير موجود أصلاً. ويمكن تحقيق ذلك إما من خلال التدخل البيئي: تغيير الموقف بإزالة المتغيرات وتزويد متغيرات مناسبة للسلوك، أو ضبط توابع السلوك عن طريق تعزيز السلوك المناسب، أو إطفاء السلوك غير المناسب أو استخدام الفرص المناسبة للانخراط في نشاط محبب كمكافأة على سلوك غير محبب للطفل أو الضبط الذاتي عن طريق تعليم الطفل أن يضع أهدافاً وأن يتعامل مع المتغيرات في بيئته الخاصة للوصول إلى السلوك المرغوبة فيه.

ثانياً: العلاج السيكوديناميي:

وهو أسلوب علاجي مبنى على وجهة نظر بتلهايم (Bettelheim) فيحاول المعالج بناء علاقة بين الطفل المصاب بالتوحد ووالديه تتسم تلك العلاقة بالدفء والود بهدف تشجيع الطفل للدخول في العالم، هذا بالإضافة إلى الصبر أو ما أسماه روجرز(Roogars) القبول غير المشروطة لكي يبدأ الطفل الثقة بالآخرين، ويأخذ الفرص لبناء العلاقات. كما ويجل نجاحه في حالات كثيرة، إلا أن طبيعة الملاحظة غير المقننة تجعل من الصعب التعرف على الخطوات المفيدة التي تؤدي إلى النجاح. ويتصف أسلوب بتلهايم(Bettelheim) في العلاج بأنه يحتوى على تعليمات مباشره كثيرة وتدعيم منظم (محمد، 2001) .

ثالثاً: العلاج بالفن:

تعد الأنشطة الفنية من أهم الأنشطة للأطفال التوحديين فهي تساعدهم في تنمية إدراكهم الحسي بتنمية مهارة التعليم والانتباه والإدراك البصري عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم، وتدريب الأطفال التوحديين على بعض الأنشطة كاستخدام الأدوات والخامات التي تمهد للامساك والتحكم في ما بعد في أدوات الكتابة (نصر، 2002).

ويحتاج العلاج بالفن عدة متطلبات، والتي يقصد بها المواد، والمكان وتنظيم عملية العلاج. أما عن الزمن يتم تحديد زمن كل جلسة على حسب حالة الطفل وأيضاً لطريقة العلاج كان فردياً أو جماعياً أو مختصراً، ومن المهم أن تكون جلساته متصلة- مستمرة- يحسن أن إلا تقل مدة الجلسة عن ساعة أو اثنتين للجلسة الواحدة- وإلا يقل عدد الجلسات عن واحدة في الأسبوع. وأما عن الأنشطة الفنية فيعني بها تلك الأنشطة الفعلية في العلاج بالفن وهناك أنشطة فنية يطلب من الطفل القيام بها. وأما عن المواد التي يجب توافرها فأهمها: ألوان الباستيل، الفلوماستر وألوان المياه والفرش والصلصال والورق والمقصات وأشغال فنية والطباعة والصمغ وأدوات متنوعة أخرى... الخ. أما عن مضمون الجلسة، فإنه يتفاوت من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوفرة وحسب الزمن المتاح وحسب ما إذا كان العلاج فردياً أم جماعياً، وحسب هدف العلاج (سري، 1990).

وتهدف هذه الأنشطة إلى إعداد الطفل لتعلم الكتابة، وتنمية قدرة الطفل التوحدي على النسخ، وزيادة فرص التوحدي لتحقيق ذاته، والتقليل من شعوره بالدونية والقصور، وتنمية التواصل الاجتماعي بالعمل الجماعي والتعاون مع الآخرين لإخراج عمل فني، وتدريب استعدادات الطفل ووظائفه الفعلية كالانتباه، أو التحيز الحركي، والحفظ والتذكر والملاحظة، و تنمية استعدادات الطفل ومهاراته الجسمية اليدوية والوظائف الحركية، وتطوير قوى التوافق والتحكم والتآزر الحركي الحسي، ومساعدة الطفل على التعبير عن ذاته بإنتاج أعمال جديدة تعمق شعوره بالنجاح وأساسه بالقدرة على الانجاز، ومساعدة الطفل على التعبير عن نفسه وتواصله مع الآخرين من حوله دون الإفصاح عن ما يجول في خاطره من كلمات (نصر، 2002).

يشير جونز(Jones, 1998) الى أن العلاج بالفن مع التوحديين يهتم بالعديد من الأشياء:

- يعمل العلاج بالفن على معالجة المشاكل الاجتماعية واللغوية التي تواجه الأطفال التوحديين، وذلك من خلال العلاقات والتفاعل الداخلي الذي يحدث بين(الطفل والعمل الفني والمعالجة).
- إن أهم الأشياء التي يهتم بها برنامج العلاج بالفن هي مراحل تقبل الطفل لكيفية صناعة العمل الفني واستقباله للخامات المناسبة.

- يساعد برنامج العلاج بالفن الطفل التوحدي على الخروج من حيز التفاعل مع نفسه إلى التفاعل مع المعالجة والعمل الفني ومن ثم الأصحاب في بيئته، ومن هنا يحدث الاتصال اللغوي أو الاجتماعي.

رابعاً: العلاج بالموسيقى:

بدأ استخدام الموسيقى كوسيلة علاجية للأطفال التوحديين في منتصف الأربعينيات من القرن العشرين في أميركا على يد روبنز ودوف (Robbins&Doff) عام(1946) وكانوا يستخدمون الموسيقى كوسيلة علاجية لتمكنهم من الاتصال مع الأطفال التوحديين. كذلك فالأعمال الموسيقية من أحب الأنشطة وأكثرها استجابة لديهم، بسبب افتقارهم للقدرات الاتصالية والاجتماعية والموسيقية هي الوسيط الآمن الذي يشعرون من خلاله بالأمان والسعادة والنجاح والتوافق مع الآخرين (Diamond, 2000).

ويستخدم العلاج بالموسيقى في مجالات عديدة مع الأطفال التوحديين لتنمية الكثير من هذه المهارات في هذه المجالات، وأيضاً لتعديل سلوكيات كثيرة في هذه المجالات ومن هذه المجالات الآتي:

- مهارات الاتصال:

يساعد العلاج بالموسيقى في تنمية مهارات الاتصال وذلك من خلال الأغاني أو الأنشطة الموسيقية التي تنمي أشكال الاتصال غير اللفظي مثل الحركات والإيماءات والإشارات والأنشطة وأيضاً تنمي بعض الكلمات من خلال الأغاني البسيطة.

- المهارات السلوكية:

تسمح الموسيقى للفرد سواء كان عادياً أو غير عادياً أن يعبر بلا تهديد عن عواطفه وانفعالاته، ومن خلال العلاج بالموسيقى يتم تدريب الأطفال على كيفية ضبط الذات للمشاركة في أنشطة محببة، وأيضاً يتم تدريبهم على فهم الانفعالات ومتى تكون هذه الانفعالات مقبولة ومتى لا تكون غير مقبولة.

- المهارات الاجتماعية:

يسمح العلاج بالموسيقى للأطفال بالتفاعل الاجتماعي أي أن للأنشطة الموسيقية العلاجية دوراً هاماً لإكساب الأطفال كثيراً من المهارات الاجتماعية الملائمة للمجموعة المشاركة أي أنه ينبغي على هؤلاء الأطفال الموجه لهم العلاج أن يكتسبوا بعض المهارات الملائمة لاشتراكهم في مجموعة، وبهذا فإن العلاج بالموسيقى يساعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين.

- المهارات المعرفية:

تلعب الموسيقى دوراً فعالاً في إكساب الأطفال التوحديين الانتباه وإتباع التعليمات وتنفيذ الأوامر، ومن خلال الأنشطة الموسيقية قد يتعرف الطفل على الأعداد والحروف والألوان وأجزاء الجسم وغيرها من المهارات الأكاديمية وذلك من خلال الغناء وأدوات العزف والمشاركة في أللعاب والأنشطة الموسيقية (Judevine Center for Autism, 2002).

وأشار ستام(Staum, 1999) إلى فائدة العلاج بالموسيقى للتوحديين والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

أ- ينمي العلاج بالموسيقى ويطور المهارات الاجتماعية والانفعالية والإدراكية والتعليمية والإدراك الحسي.

ب- تحقق الألعاب الموسيقية العلاجية التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

ج- يشجع ألعاب والغناء الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي والآخرين.

د- ينمي اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل التوحدي الانتباه عنده.

ه- يساعد العلاج بالموسيقى على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً.

و- يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي.

يذكر كلن من الفن و واروك(Alvin&Warwick, 1997) أن من الأنشطة الموسيقية التي يجب أن تتضمنها جلسة العلاج بالموسيقى مع الطفل التوحدي هي:

أ- أنشطة إيقاعية باستخدام الإيقاع: وفيها يطلب من الطفل تقليد النغمة التي قام المعالج يعزفها.

ب - غناء أغاني بسيطة: وذلك لتنمية الكلام عند الطفل التوحدي بشكل أفضل، وذلك لأن الأطفال التوحديين ماهرون في سماع الصوت وتقليده، فإنه يمكن للغناء أن يكون النشاط الموسيقي الكامل بالنسبة لهذا الطفل.

ج- الأناشيد: ويمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال بسهولة ولكن يجب أن يكون النشيد من كلمات قليلة ومتكررة.

خامساً : العلاج الطبي

أشار الفهد(2004) إلى أن العلاج الطبي يستخدام احياناً مع الأطفال التوحديين ويشتمل على ما يلي:

- العلاج بالأدوية:

إن نجاح أي عقار طبي مع احد الأطفال المصابين بالتوحد لا يعنى بالضرورة نجاح تأثيره مع طفل أخر، كما أن استخدام أكثر من عقار طبي في وقت واحد يجعل من الصعب تقييم فائدة هذه العقاقير، وعند استخدام العقار يجب استخدام أقل جرعة ممكنة منه فالزيادة عن الحد قد يصبح ذات تأثير ضار فيعطى الأطفال المصابون بالتوحد أنواع مختلفة من العقاقير تتضمن الأدوية المضادة للصرع وأخرى لتخفيض النشاط الزائد المفرط والعصبية الزائدة، وضبط تأرجح المزاج وتحسن قدرة الانتباه والتركيز. وكل حالة فريدة من نوعها تتطلب ما يناسبها من أدوية وعقاقير مع الحرص على عدم استخدام أي منها إلا بمعرفة الطبيب المختص والالتزام في تقييمها من حيث نوع العقار وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستغرق تأثيرها على الجسم.

- العلاج بالفيتامينات :

تلعب التغذية السليمة دوراً حيوياً لدى الطفل التوحد، فالاهتمام بتوفير الوجبة الغذائية الصحية المتكاملة المناسبة لعمره ووزنه تؤدي إلى الاستقرار الغذائي المطلوب. ويحتاج الطفل التوحدي بصفة خاصة إلى عنصر الزنك والنحاس و المغنيسيوم، ويحتاج أيضا إلى فيتامين (B6) بنسب أعلى من الطفل السليم كما ينصح الدكتور ريملاند (Rimland) مدير معهد أبحاث التوحد باستخدام الكبسولات المعروف باسم الدايميثايل جلايسين (Di- methyl Glycine, DMG) لتوفير احتياجات طفل التوحد من العناصر الغذائية الأساسية من معادن وفيتامينات وخلاصة بعض الأعشاب الخالية من المواد الكيميائية (الفهد، 2004) .

سادساً: البرامج العلاجية لعلاج مشكلات اللغة والاتصال لدى الأطفال التوحديين

تعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات الأساسية التي تؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي الذي يتأثر مباشرة باكتساب اللغة ويعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات لغوية عديدة منها أن قدراتهم على فهم اللغة محدود وأن حصيلتهم اللغوية منخفضة وأنهم يعانون من مشكلات في التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم، لذى فإن محاولات التدخل العلاجي من خلال وضع أسلوب تدريب أو تعليم لمهارات بديلة

لهؤلاء الأطفال تعد بمثابة إمداد هؤلاء بحصيلة لغوية جديدة تساعدهم على تعلم أشكال بديلة للاتصال وأيضاً تساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الاجتماعية الجدية التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لدى هؤلاء الأطفال (نصر، 2002).

وهناك العديد من الأساليب التي يمكن إتباعها مع هؤلاء التوحديين لتعمل على تعديل الاتصال اللفظي وذلك من خلال تعلمهم كيفية التعبير عن احتياجاتهم وبالتالي يستطيعون الاتصال اللغوي بمن حولهم (Howlin, 1989).

أما بالنسبة إلى أهم الطرق المميزة لتعليم الأطفال التوحديين مهارات الاتصال اللغوي هي:

1. **التحدث إلى الطفل وفق عمره اللغوي**:

يواجه جميع الأطفال التوحديين مشكلة في عدم فهم اللغة المتكلمة بين الأفراد في بيئتهم، ويقصد بذلك أن المحيطين بالطفل يتحدثون إليه بالطريقة التي يتحدثون بها مع البالغين أو يتحدثون إليه بصوت عالي دون انتظار أي استجابة من الطفل، فبالتالي لا يفهم الطفل ما يقال له ولا يستطيع حل رموز الشيفرة التي يتكلمون بها وبالتالي لا يظهرون أي استجابة أو رد فعل للآخرين. ولا بد من حل هذه المشكلة عن طريق التحدث إلى الطفل تبعاً لعمره اللغوي وليس الزمني (نصر، 2002).

2. **استخدام الإيماءات الطبيعية لتحسين إشارات الاتصال**:

لدى الأطفال التوحديين مشاكل مبكرة في الاتصال بالإشارة وإلى فهم ماذا تشير إليه الإيماءات وأن غياب الإشارة والفشل في تتبع الإشارة يعد من العلامات المبكرة على التوحد، لذا يجب أن يتضمن الاتصال الكثير من الإشارات لكي يستدعي انتباه الطفل للقيمة الاتصالية. وتفيد لغة الإشارة الأطفال الذين يظلون بكماً أي لا أمل في كلامهم، كما تفيد في تدعيم الاتصال لدى هؤلاء الأطفال وتساعدهم على الاتصال بالبيئة المحيطة بهم (Oliver, 1995).

3. **لوحات الاتصال(صور الاتصال)**:

إن لوحات الاتصال أو صور الاتصال كما تسمى أحياناً هي أهم وسيلة تستخدم في بداية تعليم المهارات الاتصالية. ولوحة الاتصال هي ببساطة صور للأشياء اليومية التي يقابلها الطفل التوحديين ويرغب فيها. والغرض من لوحة الاتصال هي جعل الطفل يشير إلى ما يريده عن طريق لمس صورة الشيء، وبهذه الطريقة يبدأ الطفل في تكوين فكرة أن هناك رموزاً للأشياء،وأن الكلمة هي رمز ولكن يكون أكثر صعوبة في التذكر والربط مع الشيء المادي المماثل لدى هؤلاء الأطفال التوحديين (Leung, 1994).

4. تشجيع الإنتاج الصوتي المبكر:

لابد من ملاحظة ماذا يقوم به الطفل التوحدي من أصوات وهل يقوم بهذه الأصوات أثناء انشغاله بلعبة معينة أو عمل أي شيء آخر وفي هذا الوقت الذي يصدر فيه الطفل أصواتاً معينة يجب أن يوفر له التغذية الراجعة لإنتاجه اللغوي للطريقة التي يستخدمها مع الأطفال العاديين وهي ترديد نفس الأصوات أو المساعدة في تعديل هذه الأصوات، ويجب تشجيع هذه الأصوات حتى الأصوات غير الكلامية منها، مثل تقليد أصوات الحيوانات، المكانس الكهربائية وسيارات الإطفاء..الخ، لذا يجب تدريبه لتنمية مهارة التقليد (Potter& Whittaker, 1999) .

5. زيادة الوعي الشفهي- الحركي:

يحتاج الأطفال التوحديين المساعدة على تطوير الوعي الحركي الشفهي، وهذا يعني أن هذا الطفل لا يعي مقدار تحكمه في عضلات فمه لإصدار الأصوات المختلفة فيجب وضع أنشطة مختلفة لزيادة هذا الوعي مثل نفخ الفقاعات وإطفاء الشموع إخراج اللمسات بطرق معينة وجعل الطفل يراقب تحرك فمه في المرآة.....الخ، فهذ الأنشطة يقوم بها الآباء في المنزل، والمدرسون في المدرسة(Potter, 1999) .

البرامج التدريبية والعلاجية الموجهة للأطفال التوحديين:

1. برنامج تيش Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicappad Children (TEACH)

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل، و يعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية. ويعتمد هذا البرنامج على نظام (Structyre Teaching) أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان ذلك في المنزل أو في البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل ألتوحدي وتناسب عالمه. ويعد أيضا من برامج التدخل المبكر، وينظر هذا البرنامج إلى الأطفال التوحديين كلاً على انفراد، ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل حسب قدراته (الاجتماعية والعقلية والعضلية واللغوية) وذلك باستعمال اختبارات مدروسة، حيث يقوم برنامج تيش (TEACH)على استغلال نقاط القوة لدى الطفل التوحدي، ويعد هذا البرنامج متكاملا لأنه يشمل الأطفال من عمر(3 - 18) سنة، حيث يقوم البرنامج على تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه الاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له. وتعتبر البيئة التعليمية لبرنامج تيتش(TEACH) بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف معها.

وتقوم البيئة التعليمة المنظمة على تكوين روتين محدد وتنظيم المساحات والجداول اليومية وتنظيم العمل..الخ، ويرتكز برنامج تيش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات التكيف مع المجتمع والمهارات الحركية والأكاديمية (National Research Council, 2001).

2. برنامج لوفاس(The Lovaas Method of Applied Behavior Analysis(LOVAAS)

هو برنامج تربوي يعتمد على التحليل السلوكي التطبيقي، ومن احد برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين، ويقوم هذا البرنامج على التدريب العلمي والتعليم الفردي المنظم بناءاً على نقاط القوة والضعف لدى الطفل التوحدي وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويطبق هذا البرنامج مع الفئة العمرية من الأطفال التوحديين من عمر (2,5-5) سنوات الذين تكون درجات ذكائهم أعلى من (40%)، ولا يقبل من هم اقل من ذلك، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود(40) ساعة أسبوعياً أي بمعدل(8) ساعات يومياً، ومن اهم طرق التعلم وأكثرها فاعلية في هذا البرنامج هي التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة بناءاً على ملاحظات لوفاس (LOVASS) حول زيادة السلوك المرغوب فيه بعد الحصول على التعزيز، وكثف برنامج لوفاس استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضا من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة. واهم المجالات التي يركز عليها برنامج لوفاس (LOVASS) هي(الانتباه والتقليد واللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية وما قبل الأكاديمي والاعتماد على النفس) (lovass, 1988).

3. برنامج اللغة بواسطة الحاسوب فاست فورورد (FAST-FORWARD)

وهو عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بواسطة الحاسوب، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل التوحدي. وقد تم تصميم هذا البرنامج بناء على البحوث العلمية التي قامت بها بولا(Baula, 1996) على مدى(30) سنة تقريباً، حيث قامت بتصميم هذا البرنامج وبينت أن الأطفال الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادر من هذه اللعب. وهذا البرنامج يركز على جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا

البرنامج مع الأطفال التوحديين، وإن كانت هناك روايات شفهية بأنه نجح في زيادة المهارات اللغوية.

خصائص برامج تعليم الطلاب التوحديين:

يشير زيتون(2003) انه عند إعداد برنامج خاص بالطلاب التوحديين فلا بد أن يراعي عدة خصائص لهذا البرنامج كما يلي:

1 _ أن يعتمد على التدريب الفردي كجزء أساسي من البرنامج.

2 _ أن يتبع نظاما محدداً.

3 ـ أن يتسع لوجود أنشطة اجتماعية.

4 ـ أن يحتوي على أهداف صغيرة وبسيطة يمكن للطفل تحقيقها في وقت قصير.

5 ـ أن يحتوي على تعليمات واضحة وقاطعة دون الإسهاب في كلمات غير ضرورية.

6 ـ أن تعمم الخبرات التعليمية.

7 ـ أن يشرك الإباء في وضع البرنامج وتطبيقه.

8 ـ أن تستخدم معلومات وظيفية تصلح للتطبيق في الحياة اليومية.

9 ـ أن تبنى الأهداف على أساس التسلسل المنطقي.

10 ـ أن تناسب الأهداف مراحل نمو الطفل.

معايير يجب مراعاتها عند تدريس الطلاب التوحديين:

هناك بعض المعايير يجب مراعاتها عند تدريس الطلاب التوحديين كما يذكر محمد،(2001) أهم تلك المعايير وهي:

1- أن يجلس المدرس في مواجهة الطفل أثناء التدريس.

2- استخدام وسائل ومعينات متنوعة.

3- التدريس في مكان هادئ وخالي من المثيرات البصرية والسمعية.

4- إعداد الأدوات مسبق.

5- استخدام مدعمات مختلفة.

6- استخدام أسلوب الحث والتشجيع.

7- مراعاة عدم قطع عملية التدريس.

8- جذب انتباه الطفل.

9- الاهتمام بردود أفعال الطفل والعلامات التي تظهر على وجهه.

تقويم البرامج:

يعتبر موضوع القياس والتقويم في التربية بشكل عام، وفي التربية الخاصة، على وجه الخصوص, حجر الزاوية في التعرف على فئات الأطفال غير العاديين وتشخيصها بدون توافر أدوات القياس والتقويم المناسبة لكل فئة، فإنه يصعب على واضع البرامج التربوية أن يحيل تلك الفئات على المكان المناسب لها وأن يصمم البرامج التربوية المناسبة ومن ثم تقييمها للتعرف على مدى فعاليتها.

ويعتبر التقويم خطة هامة ومحطة من المحطات التي لابد من التوقف عندها لمعرفة صحة الاتجاه الذي يسار اليه، كما انه يعمل على إعادة النظر في الأهداف الموضوعة، ويمثل التقويم الأسلوب الأمثل في التعرف على نقاط القوة والضعف في العملية التربوية والتعليمية (نحاس، 2004).

ويتضمن التقويم التوصل إلى أحكام بالجدارة أو الفاعلية عن أفعال أو أنشطة أو أشخاص أو برامج ، وقد تشمل أحكاما تشخيصية عن مستوى التكيف أو درجة الاضطراب وحتى تكون الأحكام أكثر دقة فإنه يعتمد فيها على بيانات كمية تجمع باستخدام أساليب القياس والقياس هو وسيلة التقويم (الكيلاني، 2006).

ويشير البستان (1999) بأن استخدام التقويم يعتبر إلى الوسيلة التي يمكن للإدارة المدرسية الحكم بها على مدى نجاح البرنامج التعليمي أو فشله ويؤدي التقويم التربوي وظائف ثلاث هي التشخيص والعلاج والوقاية، ولكل منها غايته التي تسعى أليها وأدواتها ووسائلها التي تساعد على تحقيق أهدافها.

ويرى ملحم(2005) ان تقويم البرامج يشير إلى الدراسة المنهجية لكل ما يحدث داخل أي برنامج، ورصد نتائجه بغية إدخال التحسينات عليه أو على البرامج المرتبطة به، كما تشير كلمة برنامج إلى تنظيم لعملية التعليم والتعلم في المدارس، ويتضمن هذا التنظيم مواد التعليم والكتب المدرسية المتعلقة بها، وتتضمن عملية تقويم البرامج الأمور التالية:

1. تحديد مستويات البرنامج.
2. البحث عن أي تعارض بين أي من جوانب البرامج والمعايير الضابطة.
3. استخدام المعلومات إما لتغيير مسار الأداء، أو لتعديل مستويات البرنامج.

ويرى ستون (Stone, 1996)أن تقويم البرامج هو عباره عن جهد منظم يشتمل على وصف نظام الخدمات وتقويم النتائج المترتبة على إجراءاته بغية تقديم المعلومات والتغذية الراجعة المفيدة لاتخاذ القرارات المناسبة في ما يتعلق بجدوى البرنامج وتحليل مدى تحقيقه

للأهداف المتوقعة منه. وتهدف كل مؤسسة لتحقيق هدف ما حيث توجه جميع النشاطات نحو تحقيقه، والمؤسسة التربوية لديها أهداف عامة وأخرى خاصة وجميعها تشكل بالنهاية أهدافا للتقويم وهنالك أهداف عامة منها:

1. معرفة مدى تحقيق الهدف أو الأهداف المرسومة وهذا يعد أهم هدفاً للتقويم.
2. التأكد من صحة القرارات والآراء التي اتخذت أثناء العمل.
3. الاطمئنان على مسيرة الجهات المسئولة من أنها تسير بالطريق الصحيح عند إنشاء المدارس والمعاهد ووضع البرامج والمناهج للعاملين فيها.
4. الحصول على معلومات وإحصائيات خاصة وتقديمها للمسئولين أو للشعب.
5. الكشف عن فعالية الجهاز التربوي ومختلف الدوائر والأقسام (Stone, 1996).

كما يرى الكيلاني والروسان (2006) بأنه يجب أن يسبق كل عملية تقويم تخطيط مدروس سواء كانت كبيرة أم صغيرة ويتم تطوير خطة التقويم، باعتبارها خطة بحثية متكاملة بإتباع الخطوات التالية:

1. تحديد الحاجة للتقويم أو الغرض منه، بدلالة القرارات المطلوب التوصل إليها أو الأحكام التي يمكن أن تبنى عليها القرارات.
2. تحديد المعايير والمواصفات، التي يوصف بها الأداء المستهدف بعملية التقويم.
3. بناء أداة التقويم بكتابة الأسئلة أو تأليف المواقف الاختيارية المناسبة. ويراعى فيها الدقة والشمول والقابلية للتحديد الكمي بوحدات قياس مناسبة وان يكون تطبيقها سهلاً، وقد يتطلب تطبيقها وضع تعليمات محددة واضحة يتقيد بها الشخص الذي يتولى عملية التطبيق.
4. يفترض أن يتم استخدام أداة التقويم في عملية جمع البيانات في ظروف موضوعية مقننة بحيث يتيسر استخلاص نتائج صادقه ودقيقة، ويمكن الوثوق بها وتعميمها، ويشمل ذلك تحديد مجتمع البيانات والعينات التي يتم التطبيق فيها.
5. لابد أن يكون هناك تصور مسبق واضح عن الأساليب التي ستعالج بها البيانات لا استخلاص نتائج تستند إلى تصميم بحثي تتوافر فيه عناصر الضبط المهني.

أهمية التقويم:

يذكر كرونباخ (Cronbach, 1982) ثلاث نقاط رئيسة حول دور وأهميه عملية التقويم:

1. أن نتائج التقويم تمنح المخططين التربويين فرصة لاستثمار تلك النتائج في عملية التطوير التربوي.

2. انه يمكن إجراء التطوير على البرامج أثناء العملية التربوية، وليس بالضرورة الانتهاء منها وثبات إجراءاتها.
3. انه للأستفادة من نتائج التقييم من الأفضل أن يتم التركيز على الأداء وعلى خصائص العملية التربوية بدلا من التركيز على الدراسات المقارنة.

أهداف التقويم:

يذكر الروسان (2006) أهداف التقويم في التربية الخاصة وذلك من أجل:

- تصنيف الطلبة غير العاديين إلى فئات متجانسة.
- تحديد موقع الطلبة غير العاديين على منحنى التوزيع الطبيعي من حيث قدراتهم العقلية.
- تحويل الطلبة غير العاديين إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.
- إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.
- إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.
- إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.

المقومات الأساسية لخطة التقويم:

يجب أن يسبق كل عملية تقويم تخطيط مدروس, سواء أكانت كبيرة أم صغيرة. ويتم تطوير خطة التقويم باعتبارها خطة بحثية متكاملة بإتباع الخطوات التالية:

أول الخطوات, تحديد الحاجة للتقويم, أو الغرض منه, بدلالة القرارات المطلوب التوصل إليها, أو الأحكام التي يمكن أن تبنى عليها القرارات, ثانياً تحديد المعايير أي المواصفات التي يوصف بها الأداء المستهدف بعملية التقويم, ويجب أن تسير عملية تحديد المعايير بناء على تحليل منظم للسلوك المستهدف, وبعدها تتم صياغتها إجرائياً صياغة سلوكية واضحة ليتم ترجمتها إلى أسئلة أو مواقف اختبارية, ثالثاً, بناء أداة التقويم بكتابة الأسئلة أو تأليف المواقف الاختبارية المناسبة, مع مراعاة الدقة والشمول والقابلية للتحديد الكمي بوحدات قياس مناسبة, والتطبيق السهل, وتدريب الأشخاص الذين يشرفون على عمليات تطبيق أدوات التقويم وعمليات تصحيحها, واستخلاص نتائجها, وتفريغها, وتحليلها. رابعاً, يفترض أن يتم استخدام أداة التقويم في عملية جمع البيانات في ظروف موضوعية مقننة, بحيث يتيسر استخلاص نتائج صادقة ودقيقة. خامساً, لا بد أن يكون هناك تصور مسبق وواضح عن الأساليب التي ستعالج بها البيانات, لاستخلاص نتائج تستند إلى تصميم بحثي تتوافر فيه عناصر الضبط المنهجي.

إن نتائج تحليل البيانات, وبالقدر الذي يمكن فيه اعتمادها والوثوق بها, تؤلف الأساس للاستنتاج أو الحكم الذي نريد التحقق منه, والأحكام التي نتوصل إليها محدودة بنسبة معينة من احتمالات الصحة ونحتاج دوماً إلى مزيد من المعلومات حتى نتأكد منها ونحسّن الاحتمالات وهذه الأحكام هي الأساس الذي نستخدمه في صنع قرار له أهميته الخاصة (الكيلاني, الروسان, 2000).

نظرية السمات الكامنة (latent Trait Theory) أو نظرية الاستجابة للمفردة (Item Response Theory):

فالاختبارات النفسية والتربوية بعامة تفترض أن هناك سمات أو خصائص معينة يشترك فيها جميع الأفراد ولكنهم يختلفون في مقدارها, وبالرغم من أن هذه السمات غير منظورة ولا يمكن قياسها بطريقة مباشرة إلا أنه يمكن الاستدلال على مقدارها من السلوك الملاحظ للفرد المتمثل في استجاباته على مفردات الاختبار, وهذا ما يبرر تسميتها بالسمات الكامنة, فالسمة التي تكمن وراء استجابة الفرد على مفردات اختبار لفظي, تختلف عن السمة التي تكمن وراء استجابته على مفردات اختبار مكاني أو عددي. ولكن يمكن أن تكمن سمة واحدة وراء استجابته على مفردات اختبارين مختلفين متعلقين بنفس المحتوى.

وفي ضوء ذلك فإنه يندرج تحت نظرية السمات الكامنة مجموعة من النماذج السيكومترية من أهمها:

1. النموذج أحادي البارامتر: PL ويطلق عليه نموذج راش (Rash Model)نسبة إلى العالم جورج راش الذي أرسى قواعده, ويفترض هذا النموذج أن مفردات الاختبار تختلف فقط في صعوبتها وتتساوى في تمييزها.
2. النماذج ثنائية البارامتر: PL ومن أمثلتها نموذج لورد (Lord Model) وتفترض هذه النماذج أن المفردات تختلف في صعوبتها وتمييزها بين المستويات مختلفة القدرة.
3. النماذج ثلاثية البارامتر: PL ومن أمثلتها نموذج بيرنبوم(Birnbaum Model), وتفترض هذه النماذج أن المفردات تختلف في صعوبتها وتمييزها, وكذلك في بارامتر التخمين الذي يمثل احتمال توصل الأفراد ذوي القدرة المنخفضة إلى الإجابة الصحيحة عن المفردة, وخاصة في المفردات من نوع الاختيار من متعدد (الشرقاوي وآخرون, 1996).

ويمكن التوصل إلى متطلبات الموضوعية في القياس عندما تتوافر فروض النموذج وقد حددها كاظم (1998) في :

1. أحادية القياس: وتعني أن مفردات الاختبار تكون متجانسة فيما بينها وتقيس في أساسها نفس الصفة أو العملية العقلية, وهذا يعني أن جميع المفردات المتدرجة الصعوبة تشترك معاً في الإجراءات والعمليات السلوكية المتطلبة لحل أي منها, وتختلف فيما بينها من حيث صعوبتها.
2. استقلالية القياس وتبدو في :

أ. تحرر القياس من توزيع العينة المستخدمة (Sample free) وهذا يعني ثبات تقدير كل من قدرة الفرد وصعوبة المفردة واستقرارها بالرغم من اختلاف عينة الأفراد المستخدمة في تدريج المقياس طالما أنها عينة ملائمة.

ب. تحرر القياس من مجموعة المفردات المستخدمة (Item free) وهذا يعني ثبات تقدير كل من قدرة الفرد وصعوبة المفردة واستقرارهما بالرغم من اختلاف مجموعة المفردات المستخدمة في القياس, طالما أنها مفردات ملائمة, وأن هذه المجموعات المختلفة من المفردات تقع على ميزان تدرج واحد, أي أ،ها تعرف متغيراً واحداً.

3. خطية القياس: وتعني أن يكون هناك معدل ثابت لتدرج القياس يتمثل في وحدة قياس واحدة, عندئذ يكون الفرق بين أي قياسين متتاليين على هذا التدرج ثابتاً عند أي مستوى من مستويات المتغير.

أنواع المقاييس:

1. المقياس الاسمي: وهو المقياس الذي يستعمل لتصنيف الأشياء أو الأسماء إلى فئات وهو أبسط أنواع المقاييس ومثال على استعمالاته تصنيف الطلبة إلى ناجح أو راسب ابتدائي أو ثانوي أو إعدادي وتصنيف الشعب إلى أ, ب, ج, وهكذا. ومن خصائصه أنه لا يوجد لديه صفر مطلق, ولا يوجد أبعاد متساوية بين أجزائه.
2. مقياس الرتبة: يستخدم هذا المقياس من أجل ترتيب الأرقام مثلاً تنازلياً أو تصاعدياً بحيث لا يشترط فيه أن تكون المسافات بين الفئات متساوية ومثال ذلك عندما نرتب علامات طلاب فصل ما ثم نقول هذا أولاً وهذا الثاني والثالث وهكذا فلا يشترط أن يكون الفرق بين الأول والثاني يساوي الفرق بين الثالث والرابع وهكذا.
3. مقياس المسافة: هذا المقياس أكثر دقة من المقاييس السابقة بحيث نجد فيه المسافات بين الأجزاء متساوية ولكنه ينقصه الصفر المطلق مثل ميزان درجة الحرارة حيث يكون الصفر فيه افتراضي واختبار الذكاء وغيرها من الاختبارات النفسية أو الشخصية.

4. مقياس النسبة: من أدق المقاييس مقياس النسبة لأن المسافات بين أجزائه متساوية ويوجد فيه الصفر المطلق مثل ميزان كلفن للحرارة إذ نجد أن درجة الحرارة صفر تساوي - 273م (كوافحة، 2003).

كان التقويم هدفاً في حد ذاته بدلاً ان يكون وسيلة لتحسين البرامج التربوية والإرتقاء بمستواها إلى الأفضل. ثم تبين للمختصين والمهتمين بالبرامج أن كثيراً من التلاميذ الذين يفشلون في اكتساب المهارات والسلوكات المناسبة لا يرجع فشلهم إلى نقص في استعدادهم بقدر مايرجع ألى خطأ في بناء البرامج التربوية أو سوء تنفيذه، او إلى عيوب في اداء القائمين على العملية التعليمية في تلك البرامج، أو إلى فشل الخطط التربوية أوالتعليمية وغيرها. ومن هنا اصبح التقويم جزاء متكامل من العملية التربوية، وأصبح التقويم وسيلة وليس غاية، للتمكين من تحقيق عمليتي التعليم والتعلم ومعرفة ما تم تحقيقه من أهداف تربوية (كوافحة، 2003).

والبرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين هي جزء من تلك البرامج التربوية التي تستوجب توضيح جوانب القوة والضعف بذلك البعد او الظاهرة المراد تقويمها، وعن طريق ذلك التقويم يحكم فيه على مدى قرب تلك الظاهرة أو بعدها من المعايير الخاصة بها، حيث يهدف تقويم برامج التوحد كما يراه كريمنز ودوراند وكوفمان (Crimmins& Durand& Kaufman, 2001) إلى:

1- تشخيص التلاميذ التوحديين وتصنيفهم علمياً.
2- إعداد الخطط التربوية الفردية والحكم على مدى فاعليتها.
3- إعداد الخطط التعليمية الفردية والحكم على مدى فاعليتها.
4- تحديد فاعلية ومشاركة دور الأسره والمجتمع بالبرامج.
5- الحكم على مدى فاعلية أساليب تعديل السلوك بالبرامج.
6- تحديد الخدمات المساندة وفاعليتها في البرامج.
7- إعداد وتوضيح الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصه بالبرامج.
8- تحديد نوع الكادر العامل في البرامج.
9- مدى فاعلية البيئة التعليمية في البرنامج.
10- جودة المناهج المقدمة وطرق التدريس.
11- مراقبة عملية التقدم والمخرجات لدى الطلبة.

مشكلة الدراسة وأهميتها:

بدأ الاهتمام الفعلي باضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية منذ بداية التسعينات في القرن الماضي حيث ظهرت البرامج التربوية المقدمة لهؤلاء الأطفال، كما أنشئت المراكز الخاصة بهم ، وطرق التشخيص والتقييم بالإضافة إلى إعداد الخطط التربوية والتعليمية الفردية وخطط تعديل السلوك.

كما أن نسبة انتشار التوحد في المملكة العربية السعودية كغيرها من دول العالم وهي حالة واحدة لكل 250 حالة ولادة، لذلك ظهر الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال، وأهمية تصميم برامج خاصة تسهم في إكساب الطفل التوحدي المهارات والقدرات الضرورية لتكيفه وتحقيق استقلاليته، وتساعده على تحقيق الأهداف والحاجات والمتطلبات الخاصة بالمرحلة العمرية التي ينتمي إليها. ونتيجةً لذلك فقد ظهر تزايد واضح في عدد البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المناطق التعليمية في المملكة العربية السعودية، حيث بلغ عدد تلك البرامج (84) برنامجاً تقريباً، لذلك فان الدراسة الحالية تسعى لتقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في برامج التربية الخاصة بأنواعها المنتشرة في المملكة العربية السعودية. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة على شكل السؤال الرئيسي التالي:

- ماهي التقديرات التي يعطيها الكادر العامل في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية عن الممارسات والخصائص التي تتصف بها هذه البرامج؟

وينبثق عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف نوع البرنامج الذي يعملون به(حكومي وأهلي)؟
- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف خبرتهم العملية (اقل من 5 -من5 الى 10 - اكثر من 10 سنوات)؟
- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف جنسهم(ذكر وانثى)؟

أهمية الدراسة:-

تتمثل اهمية الدراسة فيما يلي:

- تحديد نقاط القوة والضعف على أداة الدراسة (تقويم البرامج التربوية المقدمة للتلاميذ التوحديين).
- تحويل الطلبة التوحديين إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.
- إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة التوحديين والحكم على مدى فعاليتها.
- إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة التوحديين والحكم على مدى فعاليتها.
- إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال التوحديين والحكم على مدى فعاليتها.
- تزويد القائمين على تلك البرامج بمعلومات حول واقع البرامج المقدمة وبالتالي تحسين مخرجات تلك البرامج.

مبررات الدراسة:-

- قلة الدراسات العلمية التي تناولة موضوع تقويم برامج التوحد من جميع أبعاده (أساليب التقييم، الخطة التربوية الفردية، الخطة التعليمية الفردية، دور الأسرة، الخدمات المساندة، أساليب تعديل السلوك).
- أهمية تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين وذلك بغية تعديل البرامج المطروحة الهم.
- تعد من أهم الدراسات التي تناولة تقويم البرامج المقدمة المقدمة للتلأميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية، وذلك بحكم الأبعاد التي تناولتها هذه الدراسة.
- إغناء مجالات الاهتمام بأطفال التوحد، إذ لا تزال الدراسات التي تهتم بالأطفال التوحديين في المجتمع العربي قليلة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:-

1- تقويم البرامج المقدمة لتلاميذ التوحد في المملكة العربية السعودية.
2- وكذلك التعرف على فاعلية تلك البرامج من خلال تقويم تلك البرامج من قبل الكادر العامل معهم.
3- وكذلك التعرف على وجود اختلاف في البرامج المقدمة لتلاميذ التوحد باختلاف المتغيرات التالية: نوع البرنامج (حكومي وأهلي) وسنوات الخبرة (اقل من 5 سنوات ومن5 الى 10سنوات وأكثر من 10 سنوات) والجنس (ذكر وانثى).

مفاهيم ومصطلحات الدراسة :

سيكون للمفاهيم والمصطلحات الوارده في اطار الرساله المدلولات التالية:-

التلاميذ التوحديين:

هم التلاميذ الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب التوحد وفق الأساليب المعمول بها في المملكة العربية السعودية.

برامج التوحد:

هي مجموعة البرامج المصممة خصيصاً لتزويد الأطفال بفرص تعليمية مناسبة في مناخ معد إعداداً مناسباً لتحقيق الأهداف المناسبة لهؤلاء الأطفال.

التقويم:

الدرجة التي يحصل عليها البرنامج على أداة الدراسة المعدة لتقويم البرامج.

محددات الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة بالمحددات التالية:

- اقتصار أفراد الدراسة على عينة من العاملين ببرامج التوحد في المملكة العربية السعودية.
- اقتصار أدوات الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية.

ثانياً: الدراسات السابقة

تم التوصل الى الدراسات السابقة والمتعلقة بالدراسة الحالية، من خلال مراجعة الدوريات وملخصات الرسائل والبحث في الشبكة المعلوماتية، حيث تم عرضها في مجموعتين، الدراسات الأجنبية والدراسات العربية، ومن الجدير ذكره بأن هناك دراسات عربية عديدة أجريت حول التوحد وخصائصه وتطوير المقاييس الخاصة بهم إلا أن الدراسات العربية التي تناولت تقويم برامج التوحد قليلة جداً وذلك في حدود علم الباحث:

الدراسات الأجنبية:

هدفت دراسة كريمنز ودوراند وكوفمان (Crimmins& Durand& Kaufman, 2001) الى التعريف بمؤشرات الجودة الواجب توفرها في برامج التوحد (Quality Indicators, APQI) Autism Program, وتقييم وتحسين الإرشاد النوعي للبرامج التي تقدم للطلبة التوحديين في البرامج، وخلص الباحثون إلى تطوير مقياس تقييمي، وقاموا بتطبيق هذا المقياس تجريبياً على مجموعة من الطلاب التوحديين في برامج التوحد في ولاية نيويورك. وتستخدم مؤشرات الجودة لبرامج التوحد نظام تصنيفياً من أربع نقاط لتقييم أربعة عشر مجالاً، حيث نُظمت هذه المجالات إلى فئتين، الأولى هي تصنيف الجوانب المحددة في العملية التربوية للتلاميذ التوحديين وهي(التقييم الفردي، والخطة التربوية الفردية، والمنهاج، والأنشطة التعليمية، وطرق التدريس، والبيئة التعليمية، ومراجعة ومراقبة عملية التقدم والمخرجات) والثانية هي تصنيف يرجع إلى مميزات ودعامات البرنامج على حد كبير وهي (دور الأسرة، والدمج، ودور المجتمع، والكادر، والانتقال من بيئة إلى أخرى، طرق تعديل السلوك، وتقييم البرنامج) وقد أوضحت النتائج إلى أن البرنامج فعال جداً حيث لوحظ تحسناً ملموساً على الطلاب التوحديين الذين خضعوا للبرنامج الذي يعمل وفق هذه المؤشرات حيث كان هناك فروق واضحة بين هؤلاء الطلاب والطلاب الآخرين الذين لم يخضعوا لهذا البرنامج

اما تايتجنز وكاري (Tietjens, McCary, 2005) فقد اجريا دراسة هدفت لتقييم الانشطة والبرامج 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 تم بناءه من قبل كريزمان و ديوراند وكوفمان (Crimmins, Durand& Kafman).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 مثلا ملاحظة الآباء عموما المعيار النبيل للهيئة التدريسية وتعامل معلمي تعليم البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم بعكس العامة، ومن نقاط الضعف في البرامج تدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وعملية المراقبة المتقدمة، وتصنيف الطلاب بمستويات متدرجة وخصوصاً في البرامج العامة.

وهدفت دراسة بانيرال وفيرنتي وزينقال(Panerail,Ferrante&Zingal, 2002) إلى تقييم فاعلية برنامج التدريس المنظم، Treatment and Educatin of Autistic and Related Communication Handicappad Children, (TEACH) وتكونت عينة الدراسة من(16) طفلاً توحدياً موزعين بالتساوي إلى مجموعتين أحدهما ضابطة والأخرى تجريبية، وبمتوسط عمري(9) سنوات، تم تشخيص أفراد الدراسة بواسطة محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة(DSM-IV)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي(CARS). تلقت المجموعة التجريبية برنامج التدريس المنظم الذي يتبنى فلسفة الإقامة الدائمة بينما تلقى أفراد المجموعة الضابطة التعليم حسب الطريقة التقليدية بوجود معلم ومساعد معلم. وتعرضت المجموعتان لعدد الساعات التدريبية نفسه وتم تقييم أداء أفراد المجموعتين باستخدام بروفيل الرسم البياني التعليمي المنقح ومقياس للنضج الاجتماعي. أظهرت النتائج تحسنا ذا دلالة إحصائية عند المجموعة التجريبية فى جميع مجالات الاختبار القبلي ماعدا مجال المهارات الحركية الدقيقة كما أظهرت الدراسة تحسنا في الأداء على مقياس فايلند للنضج الاجتماعي ماعدا الاتصال والعلاقات الشخصية.

وقدم لوفيرهورد وياك (Loeffeirhardt&Yack, 2001) دراسة بين فيها أن التسجيل في المدارس العامّة للطلاب التوحديين في الغرف الصفية النظامية سيكون أفضل في الحالات التالية :

- الدراسة في غرف صفية مدموجة ممتعة بالنسبة لهم حيث تلبي احتياجاتهم وقدرتهم.

- الدراسة في غرف صفية مدموجة تسمح بتقييمهم بواسطة المساعدات الفردية.
- أن يعطوا فرص منظمة للتفاعل مع نضراهم في العمر الذين يستطيعون مساعدتهم في تطوير مهاراتهم السلوكية.
- أن يتعلموا كيف يعتمدوا على التصرفات والترتيبات اليومية.

وإن الطلاب التوحديين يستجيبون بشكل أفضل في السياق الذي يكون فيه خطوط عريضة وواضحة بالنسبة للبرنامج التعليمي المناسب.

وهدفت دراسة ماك أيشين وسميث ولوفاس(Mc-Eachinl,Smith&lovaas, 1993) إلى تقييم الأطفال الذين اشتركوا في عام(1987) في برنامج لوفاس مستخدمين ثلاث مجموعات في كل منها(19) طفلا توحديا إحداها تجريبية والمجموعتين الأخريان ضابطتان. وكانت المجموعة التجريبية قد تلقت برنامج لوفاس بمعدل(40) ساعة أسبوعياً في حين تلقت المجموعة الضابطة الأولى برنامج لوفاس لمدة من(1 – 10)ساعات أسبوعيا والمجموعة الضابطة الثانية برنامجا تقليديا(ليس على طريقة لوفاس). واستخدم مقياس فايلند الاجتماعي ومقاييس مختلفة لتحديد درجات الذكاء لتحديد البديل الصفي المناسب. توصلت النتائج إلى أن (90%) من أفراد المجموعة التجريبية الذين اشتركوا في برنامج لوفاس عام (1987) ارتفعت درجات ذكائهم بشكل ذي دلالة إحصائية بينما لم يحدث أي ارتفاع في درجات الذكاء للمجموعتين الضابطتين، كما استمر أفراد المجموعة التجريبية بالمحافظة على البديل الصفي فبقى منهم في الصف العادي ودون صعوبات وتراجع واحد فقط من صف الدمج لصف التربية الخاصة. وتقدم واحد من برامج التربية الخاصة لبرنامج المعهد العالي بينما لم يكن هناك أي فرد من أفراد المجموعتين الضابطتين في الصفوف العادية.

وفي دراسة قام بها ادورد وهاردي وهينري (Edwards,Hardy,Henrichs, 1991) لتقييم فاعلية برنامج علاج الحياة اليومية ضمن البرامج المقدمة للاطفال التوحديين في بريطانيا، لدى عينة مكونة من (6) أطفال توحديين ممن صنفوا ضمن الإعاقات التوحدية الشديدة، وتم تصنيفهم حسب معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية- الطبعة الثالثة (DSM-IIIR)وكذلك مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقد كان متوسط أعمارهم الزمنية(6,5) سنة، ومستواهم النطقي متباين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تطور في مجال مهارات الحياة اليومية والسلوك التكيفي بمتوسط ستة أشهر، بينما بلغ متوسط التحسن في المجال الاجتماعي والتواصلي شهران ونصف فقط.

وقام فنسكي(Fenske,1985) بتقييم المخرجات التعليمية لبرنامج برستون (Priceton) المعتمد على منحى تحليل السلوك التطبيقي لدى عينة مكونة من(18)طفلاً توحدياً تم تشخيصهم اعتماداً على معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية- الطبعة الثالثة المنقحة(DSM-IIIR)، وكان متوسط أعمارهم (36) شهراً كذلك تراوحت درجات ذكائهم بين (36-83) وبمتوسط (57) درجة حسب مقياس ستانفورد بينيه للذكاء،كما أنهم لا يمتلكون قدرات لفظية وتم توزيع أفراد الدراسة إلى مجموعتين تكونت كل مجموعة من (9) أطفال، حيث التحق أفراد المجموعة الأولى في البرنامج قبل عمر (60) شهراً والتحق أفراد المجموعة الثانية في البرنامج بعد عمر (60) شهراً في السنة ،بمتوسط (40 ساعة أسبوعيا) (25 ساعة تقدم في البرنامج و15 ساعة تقدم في المنزل). وأظهرت نتائج هذه الدراسة الايجابية في أدا الطلاب الذين خضعو لبرنامج برستون حيث إقامة الطفل في منزله والتحاقه في المدرسة العادية طوال الوقت لدى (67% أي 6 أطفال من أصل 9) من المجموعة التي اشتركت في البرنامج قبل عمر(5) سنوات مقارنة مع واحد فقط في المجموعة التي اشتركت في البرنامج بعد (5) سنوات.

وقام سكوبلروماستوف وبيكر(Scopler, Mesitov& Baker, 1982) بدراسة بهدف تقييم برنامج التدريس المنظم(TEACCH) لدى عينة من التلاميذ المشتركين في البرنامج بلغ عددهم (567) تلميذاً موزعين كالتالي (51% توحديين و49% ذوي إعاقات تواصل غير محددة) وقد تراوحت أعمارهم بين (2-26) سنة، تم توزيعهم إلى أربع مجموعات هي: الأولى لم تتلق أي علاج، والثانية تلقت تدريب من الآباء، والثالثة تلقت برنامج التدريس المنظم (TEACCH) ،والرابعة خضعت لبرنامج آخر مختلف عن برنامج(TEACCH).
وقد تم تشخيص أفراد عينة الدراسة باستخدام إحدى الطرق التالية الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية – الطبعة الثالثة ، أو الطبعة الثالثة المنقحة(DSM-III R)، أو مقياس تقدير التوحد الطفولي (CERS). شملت أدوات الدراسة على الاستبانة تم توزيع على(567) مفحوصاً استرجع منها(384) استبانة أي ما نسبته (53%) من عدد الاستبانات الموزعة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم الآباء يروا أن برنامج التدريس المنظم(TEACCH) مفيد وفعال، وجعلهم على اتصال مستمر بمراكز الدعم المتخصص، وان فريق العمل في البرنامج كان مؤهلاً وفعلاً، كما بينت الدراسة بان (93%) من التلاميذ المشتركين في البرنامج أصبحوا فاعلين ومندمجين في المجتمع في مرحلة المراهقة والرشد ، و(7%) فقط هم مازالوا في المؤسسات الداخلية.

الدراسات العربية:

أجرى العثمان(2002) دراسة بعنوان واقع خدمات التربية الخاصة المقدمة للطلبة التوحديين في المملكة العربية السعودية، بهدف تقييم واقع خدمات التربية الخاصة من وجهة نظر معلمي الطلبة التوحديين في المملكة العربية السعودية. وتكون مجتمع الدراسة من معلمي الطلاب التوحديين في مدارس المملكة العربية السعودية، وتم اختيار عينة عشوائية تكونت من (48) معلماً، حيث كان (38) معلماً في مؤسسات التعليم الخاص و(10) معلمين في مؤسسات التعليم الحكومي. واستخدم الباحث اختبار (ت) لتحديد الفرق بين تقييم معلمي الطلبة التوحديين في المدارس الحكومية والخاصة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كلتا المجموعتين فيما يتعلق بتقييمهم لخدمات التربية الخاصة المقدمة للطلبة التوحديين لصالح معلمي المدارس الخاصة، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً فيما يتعلق بفعالية وخصائص الخدمات المقدمة لطلاب الذين يعانون من التوحد بين البرامج الحكومية والخاصة.

هدفت دراسة عبدالله (2004) إلى تقويم فعالية التعزيز التفاضلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين. تكونت عينة الدراسة من أربعة مراكز وكان عدد الأطفال المصابين بالتوحد الملتحقين فيها 47 طفلاً من بينهم (31) طفلاً لديهم السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات تراوحت أعمارهم بين(5 - 12)عاما منهم (24) ذكر و(7) إناث. أشارت نتائج الدراسة إلى أن : هناك فروقا في القياسات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية وهذا يعنى أن هناك تحسناً واضحاً في تكرار السلوكيات النمطية وتكرار سلوكيات إيذاء الذات نتيجة لإستراتيجية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات،وهناك فروقا في تكرارات السلوكيات النمطية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية. كما أشارت النتائج إلى وجود تفاعل بين القياسات المتكررة والمجموعة التي ينتمي إليها الفرد حيث أشارت معظم هذه التفاعلات إلى زيادة تحسن كل سلوك من السلوكيات النمطية مع التقدم في تنفيذ البرنامج ولصالح المجموعة التجريبية،وهناك فروقا في تكرارات سلوكيات إيذاء الذات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية كما أشارت النتائج إلى وجود تفاعل بين القياسات المتكررة والمجموعة التي ينتمي إليها الفرد حيث أشارت معظم هذه التفاعلات إلى زيادة تحسن كل سلوك من سلوكيات إيذاء

الذات مع التقدم في تنفيذ البرنامج ولصالح المجموعة التجريبية.كما أشارت النتائج إلى أن جميع أفراد المجموعة التجريبية اظهروا تحسنا في السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات مع التقدم في تنفيذ البرنامج عدا شخصين وفى سلوكيين اثنين مختلفين أحدهما كان هناك تذبذب في النتائج بين تحسن وتراجع والآخر كان هناك تراجع في سلوكه.

كما هدفت دراسة معمور (1997) لتقييم فاعلية برنامج سلوكي تدريبي لمدة عام دراسي واحد عند 30طفلا توحديا ملتحقين في مركز الأمل للإنماء بجدة وتراوحت أعمارهم من(7 – 14) سنة. توصلت النتائج إلى انخفاض مستوى القلق ، والسلوك العدواني ، والنشاط الزائد وزيادة مدة الانتباه وتطوير المهارات الاجتماعية.

كما هدفت نصر(2001) إلى تقييم مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين، تكونت عينة الدراسة من(10) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم (8- 12) سنة ودرجات ذكاؤهم ما بين(50- 75) درجة واستمر البرنامج لمدة أربعة أشهر. أظهرت النتائج تحسنا في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج واحتلت مهارة التقليد والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية الاتصال اللغوي لدى أفراد الدراسة.

خلاصة الدراسات السابقة:

ومن استعراض الدراسات السابقة، يمكن استخلاص ما يلي:

- تنوعت الدراسات والبحوث التي تناولت الأساليب العلاجية بفنياتها المختلفة في علاج المصابين بالتوحد.
- وعلى الرغم من أن الدراسات السابقة ضمت كثير من التقارير عن الطرق المستخدمة في التحكم في المظاهر السلوكية، إلا أن أكثر الأطفال التوحديين يستمرون في إظهار معدلات مرتفعة من هذه الاستجابات.
- تكونت عينة الدراسات السابقة من الأطفال التوحديين أو العاملين معهم أو البرامج المقدمة لهم.
- وتمثلت أدوات الدراسات السابقة باستخدام الاستبانات في الغالب أو مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي أو محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية ومقياس تقدير التوحد الطفولى. وقد ذهبت بعض الدراسات إلى تقويم برامج تستخدم مع الأطفال التوحديين

أو إلى بناء برامج وأدوات قياس وتشخيص خاصة لطلبة التوحد واستقصاء أثرها في تنمية قدراتهم.

- ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت تقويم برامج التوحد في المملكة العربية السعودية.
- وقد تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أنها تناولت عينة من العاملين مع الأطفال التوحديين،واستخدام الأداه، ولكنها اختلفت عن سابقاتها في محاولتها تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية كوحدة واحدة.

الفصل الثاني

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها، مبيناً طريقة اختيار أفراد عينة الدراسة وخصائصها، وصدق وثبات أداة الدراسة المستخدمة، وإجراءات تطبيق الدراسة، كما يتناول هذا الفصل منهج الدراسة ومتغيراتها المستقلة والتابعة، بالإضافة إلى المعالجات الإحصائية التي أجريت.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية من مدراء ومعلمين ومساعدي معلمين واختصاصيي في الخدمات المساندة في برامج التوحد الحكومية والأهلية خلال الفصل الدراسي الأول للعام (2006-2007) والبالغ عددهما (84) برنامجاً منها (45) برنامجاً حكومياً موزعة ما بين معاهد و صفوف خاصة و(30) برنامجاً أهلياً، والملحقين **رقم(6 و7)** يبين أسماء وعدد هذه البرامج. أما عدد العاملين في تلك البرامج فيبلغ (564) عاملاً تقريباً منهم (372) عاملاً في البرامج الحكومية و(192) في البرامج الأهلية.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة حيث تألفت عينة الدراسة من (164) فرداً موزعين على (6) مناطق تعليمية في المملكة العربية السعودية هي (منطقة الرياض ومنطقة مكة المكرمة والمنطقة الشرقية ومنطقة القصيم ومنطقة حائل ومنطقة تبوك)، بواقع سبعة برامج في منطقة الرياض، وثلاثة في مكة المكرمة وأربعة برامج في المنطقة الشرقية وأربعة برامج في منطقة القصيم وبرنامجاً واحداً في منطقة حائل وبرنامجاً واحداً في منطقة تبوك. والجدول التالي يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المناطق التعليمية:

الجدول رقم (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المنطقة التعليمية

المنطقة التعليمية	منطقة الرياض	منطقة مكة المكرمة	المنطقة الشرقية	منطقة القصيم	منطقة حائل	منطقة تبوك	**المجموع**
العدد	60	32	27	24	10	11	164

الجدول رقم (2)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات (نوع البرنامج والجنس والخبرة) .

	نوع البرنامج		الجنس		الخبرة		
	أهلي	حكومي	ذكر	أنثى	أقل من 5 سنوات	5-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
التكرار	90	74	95	69	78	50	36
النسبة	%54.9	%45.1	%57.9	%42.1	%47.5	%30.5	%22.0
المجموع	164		164		164		
النسبة الكلية	%100		%100		%100		

أداة الدراسة:

أعد الباحث في دراسته مقياساً لمسح أراء العاملين حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية ويهدف إلى تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية، حيث قام الباحث ببناء أداة الدراسة من خلال الخطوات التالية:

خطوات بناء الأداة

اولاً:- الاطلاع على الأدب النظري والبحوث والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع التوحد وذلك بغرض التعرف إلى مفهوم التوحد، وخصائصه، وطرق تشخيصه، والمناهج التربوية المقدمة للتلاميذ التوحديين، كدراسة الشامي (2004)، ودراسة العثمان(2002)، ودراسة كرمنز ودوراند وكوفمان (Crimmins&Durand&Kaufman, 2001)، ودراسة تايت جنز (Tietjens,McCary, 2005) ودراسة بريل (Panerail 2000)، ودراسة لوشن (Laushey ،2001) ودراسة جلوكلير (Gloeckler, 2000). وغيرها من الدراسات ذات العلاقة.

قام الباحث بمقابلة عشرة من التربويين من بينهم ثلاثة من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة الملك سعود، وجامعة القصيم، ومدرسان في أكاديمية التربية الخاصة السعودية، ومدرسان في الأكاديمية الأردنية للتوحد، للاستفسار عن البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين كي يتم بناء المقياس بالشكل الصحيح والفعال.

وتم بناء المقياس بصورته الأولية حيث اشتمل القسم الأول على معلومات عامة عن المعلم المستجيب دون ذكر اسمه، حيث اكتفي بتحديد متغيرات الدراسة المطلوبة وهي خبرة المعلم، ونوع البرنامج (حكومي، أهلي)، والجنس.أما القسم الثاني فقد اشتمل على (60) فقرة، توزعت على (6) أبعاد كالتالي:

الجدول رقم(3)

بيانات الصورة النهائية لأبعاد المقياس وعدد الفقرات.

البعد	عدد الفقرات
أساليب التقييم	10 فقرات
الخطة التربوية الفردية	10 فقرات
الخطة التعليمية الفردية	10 فقرات
الخدمات المساندة	10 فقرات
دور الأسرة	10 فقرات
أساليب تعديل السلوك	10 فقرات
الدرجة الكلية	60 فقرة

ثانياً: التوصل الى مؤشرات أولية عن صدق الأداة

من أجل التحقق من دلالات صدق المحتوى للمقياس فقد عرضت الأداة على مجموعة من المتخصصين والإداريين من ذوي الخبرة في مجال التوحد في جامعة الملك سعود، وجامعة الجوف، والجامعة الأردنية، كما تم عرضها على عدة مدرسين في الأكاديمية الأردنية للتوحد، وأكاديمية التربية الخاصة السعودية.**والملحق رقم(2)** بيان بأسماء المحكمين.

وقد طلب من المحكمين إبداء رأيهم في فقرات الأداة من حيث:

- درجة ملاءمة الفقرات لمجالات الدراسة.
- درجة وضوح الفقرات.
- سلامة الصياغة اللغوية.
- أية تعديلات أو اقتراحات أخرى.

وفي ضوء ملاحظات واقتراحات المحكمين تم تعديل فقرات الأداة من حيث إعادة الصياغة لبعض الفقرات (1و 4) في بعد أساليب التقييم مثل فقرة (يقوم فريق متعدد التخصصات بتقييم

الأطفال التوحديين) حيث أصبحت (يقيم الطلبة ذوي التوحد من قبل فريق متعدد التخصصات) وحذف فقرات معينة مثل فقرة رقم (4) في الخدمات المساندة (يقدم البرنامج خدمات العلاج النطقي للطالب) وإضافة فقرات جديدة مثل فقرة رقم (2) في بعد دور الأسرة (تساهم الأسرة في عملية تقييم وتشخيص حالة ابنهم بشكل فعال)**. والملحق رقم(4)** يبين تعديلات واقتراحات المحكمين على فقرات المقياس.

وقد تكونت الأداة في صيغتها النهائية من قسمين: تضمن القسم الأول: معلومات عامة عن المعلم والبرنامج والمتعلقة بمتغيرات الدراسة، في حين تضمن القسم الثاني تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية ستة أبعاد فرعية تألف كل بعد من عشرة فقرات حيث بلغ المجموع الكلي لتلك الأبعاد (60) فقرة، وقد صممت الأداة على شكل مقياس ثنائي بحيث تقيس كل فقرة درجة الموافقة إما بنعم أو لا**. والملحق رقم(5)** يمثل الصورة النهائية للمقياس.

ثالثاً: التوصل الى مؤشرات عن ثبات الأداة

من أجل التوصل إلى ثبات المقياس، تم استخدام طريقة الثبات بالإعادة(Test Re-Test) حيث تم أخذ عينة مؤلفة من(20) فرداً من مجتمع الدراسة من منطقة الرياض، طبق عليها المقياس وأعيد تطبيقه بفارق زمني بلغ(10) أيام بين مرتي التطبيق بعدها تم استخدام معادلة بيرسون للوصول إلى قيمة معامل الارتباط، وقد بلغ معامل الثبات بيرسون (0.82).

كم تم حساب معامل الأتساق الداخلي للمقياس بأستخدم معادلة كرونباخ الفا وحصل المقياس ككل على معامل ثبات (0.87).

رابعاً: أجرءات تطبيق الأداة

وزعت الأداة بصورتها النهائية على أفراد العينة وأرفق بها تعليمات واضحة بقصد توضيح أهداف الدراسة وكذلك طريقة الإجابة عليها، وطلب منهم تعبئة الجزء الأول الذي يشتمل على المعلومات العامة عن المعلم والبرنامج، وطلب أيضا من أفراد العينة الإجابة على فقرات القسم الثاني من الأداة حيث تمثل كل فقرة الدرجة التالية:

نعم : ولها درجة واحدة.

لا : وتمثل صفراً

متغيرات الدراسة:

المتغيرات المستقلة:

- نوع البرنامج (حكومي، أهلي).
- خبرة المعلم (أقل من 5 سنوات و 5-10 سنوات و أكثر من 10 سنوات).
- الجنس (ذكر، أنثى).

المتغير التابع:

- الأداء على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية.

إجراءات الدراسة:

بعد التأكد من صدق الأداة وثباتها، ثم الحصول على موافقة الأمانة العامة للتربية الخاصة وإدارات التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية للسماح للباحث بتوزيع الأداة في المناطق التعليمية المعنية لغايات الدراسة حيث استغرقت عملية التطبيق شهرين وعشرة أيام ثم جمعت نتائج الدراسة، حيث تم تفريغها في نموذج خاص بالحاسوب، وبعد ذلك استخلاص نتائج الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية اللازمة، وأخيراً مناقشة نتائج الدراسة وكتابة التوصيات ذات الصلة بالنتائج.

منهجية الدراسة والمعالجة الإحصائية:

اعتمدت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وللإجابة عن أسئلة الدراسة فقد استخدم الباحث حساب المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية للتقديرات التي قدمها العاملين للمكونات وجوانب البرنامج المقدم للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية وبإستخدام اختبار(t) لعينتين مستقلتين في حالة متغير الجنس والسلطة المشرفة على البرنامج (حكومي وأهلي)، وأسلوب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في حالة متغير الخبرة للعاملين.

الفصل الثالث

نتائج الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في برامج التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية. وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة التالية:

السؤال الأول:

ماهي التقديرات التي يعطيها الكادر العامل في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية عن الممارسات والخصائص التي تتصف بها هذه البرامج؟

السؤال الثاني:

هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف نوع البرنامج الذي يعملون به(حكومي وأهلي)؟

السؤال الثالث:

هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف خبرتهم العملية (اقل من 5 -من5 الى 10 - اكثر من 10 سنوات)؟

السؤال الرابع:

هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف جنسهم(ذكر وانثى)؟

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ماهي التقديرات التي يعطيها الكادر العامل في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية عن الممارسات والخصائص التي تتصف بها هذه البرامج؟

للوقوف على الأراء التي يحملها أفراد عينة الدراسة حول الخطوات الممارسة في اطار البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية جرى استخدام المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية المناظرة للتقديرات التي قدمها الأفراد في عينة الدراسة عن برامجهم والتي تبدو في جدول رقم(4):

الجدول رقم (4)

المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، لمعرفة مدى مطابقة البرامج الموجودة مع معايير مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية.

البعد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
أساليب التقييم	**8.35**	**1.60**
الخطة التربوية الفردية	**7.79**	**2.63**
الخطة التعليمية الفردية	**8.40**	**1.78**
الخدمات المساندة	**8.34**	**2.07**
دور الأسرة	**8.59**	**2.08**
أساليب تعديل السلوك	**7.82**	**1.73**
الدرجة الكلية	**49.32**	**6.62**

يتبين من الجدول السابق أن متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة للممارسات والخصائص التي تتوفر في البرامج الخاصة بالتوحديين بالمملكة العربية السعودية كان أعلى من متوسط أداة الدراسة على كل بعد من أبعاد الأداة تتباين تبعاً للمجال الذي تتبع له حيث تراوحت قيم المتوسطات بهذه الأبعاد مابين(7.79) لبعد الخطة التربوية الفردية و(8.59) لبعد دور الأسرة، كذلك يلاحظ من الجدول أن تقدير أفراد عينة الدراسة من العاملين في البرامج التي تقدم خدمات للتوحديين بالمملكة العربية السعودية بلغ (49.32) والدرجة القصوى تمثل(60) درجة.

وللوقوف على مدى تقدير أفراد عينة الدراسة لمدى توفر الممارسات والخصائص المقاسة بأداة الدراسة جرى استخراج المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية المناظرة لها لكل خاصية وممارسة من هذه الممارسات والتي تبدو في الجداول (5-10).

الجدول رقم (5)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد أساليب التقييم.

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	يقيم الطلبة ذوي التوحد من قبل فريق متعدد التخصصات.	124	%75.6	40	%24.4
2	تستخدم طريقة الملاحظة كأسلوب مساند في تقييم الطلبة ذوي التوحد.	129	%78.7	35	%21.3
3	يستخدم في تقييم الطلبة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV).	129	%78.7	35	%21.3
4	يستخدم في تقييم الطلبة قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC).	124	%75.6	40	%24.4
5	يستخدم في تقييم الطلبة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).	127	%77.4	37	%22.6
6	يعتبر التشخيص الطبي أحد الخطوات الأساسية للتشخيص.	139	%84.8	25	%15.2
7	تشمل عملية التقييم استخدام التشخيص التربوي الخاص بالطالب.	153	%93.3	11	%6.7
8	تستخدم طريقة الملاحظة من قبل الأهل لتقييم المهارات اللغوية.	151	%92.1	13	%7.9
9	توظف نتائج التقييم الفردي عند إعداد الخطط التربوية والتعليمية الفردية للطلبة.	157	%95.7	7	%4.3
10	تكتب تقارير نتائج التقييم بطريقة واضحة يستفيد منها المعلم وأسرة الطالب.	138	%84.1	26	%15.9

يتضح من الجدول السابق الإيجابية في تقديرات أفراد عين الدراسة على بعد أساليب التقييم كأحد أبعاد مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، حيث تراوحت نسبة الأجابة بنعم على فقرات هذا البعد بين(95.7% - 75.6%)، غير أن مكامن الضعف في هذا البعد تتضح بعدم التركيز على أستخدام المقاييس المقننة لتقييم الأطفال التوحديين مثلمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي(DSM-IV) وقائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).

الجدول رقم (6)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد الخطة التربوية الفردية IEP .

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد مستوى الأداء الحالي للقدرة العقلية للطالب.	132	%80.5	32	%19.5
2	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد مستوى الأداء الحالي على مهارات الحياة اليومية للطالب.	112	%68.3	52	%31.7
3	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد مستوى الأداء الحالي لمهارات التواصل للطالب.	138	%84.1	26	%15.9
4	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد مستوى الأداء الحالي للمهارات الاجتماعية للطالب.	143	%87.2	21	%12.8
5	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد السلوك النمطي للطالب.	122	%74.4	42	%25.6
6	تتضمن الخطة التربوية الفردية تحديد مستوى الأداء الحالي للمهارات الأكاديمية (القراءة والكتابة والحساب) للطالب.	127	%77.4	37	%22.6
7	تتضمن الخطة التربوية الفردية الظرف الذي يتم من خلاله تحقيق الأهداف .	128	%78.0	36	%22.0
8	توضع أهداف الخطة التربوية الفردية بناءاً على مستوى أداء الطالب الحالي.	128	%78.0	36	%22.0
9	تكتب الخطة التربوية الفردية متضمنة الأهداف السلوكية بأبعادها الثلاثة(السلوك النهائي، الشروط، المعيار) بطريقة واضحة يمكن قياسها.	121	%73.8	43	%26.2
10	يشترك في إعداد الخطة التربوية الفردية فريق عمل متعدد التخصصات بما فيهم أسرة الطالب.	128	%78.0	36	%22.0

يتضح من الجدول السابق الإيجابية في تقديرات أفراد عين الدراسة على بعد الخطة التربوية الفردية كأحد أبعاد مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، حيث تراوحت نسبة الأجابه بنعم على فقرات هذا البعد بين(87.2%- 68.3%)، غير أن موطن الضعف في هذا البعد يكاد يكون واضحاً في عدم تضمن الخطة التربوية الفردية لتحديد مستوى الأداء الحالي على مهارات الحياة اليومية للطالب التوحديين، وضعف تضمن الخطة التربوية الفردية لتحديد السلوك النمطي للطالب.

الجدول رقم (7)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد الخطة التعليمية الفردية IIP.

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	تتضمن الخطة التعليمية الفردية تحديد السلوك النهائي المتوقع من الطالب (بما في ذلك الأهداف التعليمية الفرعية).	135	%82.3	29	%17.7
2	تتضمن الخطة التعليمية الفردية تحديد معايير الأداء المقبول.	159	%97.0	5	%3.0
3	تتضمن الخطة التعليمية الفردية تحديد الظرف والظروف الذي سيتم من خلاله تنفيذ الهدف المطلوب.	128	%78.0	36	%22.0
4	تتضمن الخطة التعليمية الفردية الأدوات والوسائل المتبعة في عملية التدريس.	126	%76.8	38	%23.2
5	تتضمن الخطة التعليمية الفردية طريقة التدريس المستخدمة.	151	%92.1	13	%7.9
6	تتضمن الخطة التعليمية الفردية نوع التعزيز المستخدم.	144	%87.8	20	%12.2
7	تتضمن الخطة التعليمية الفردية طرق التقويم القبلي والبعدي للطالب.	150	%91.5	14	%8.5
8	يقوم على تنفيذ الخطة التعليمية الفردية اختصاصي مؤهل علمياً وعملياً.	116	%70.7	48	%29.3
9	تتصف الخطة التعليمة الفردية بالمرونة والقابلية للتعديل.	126	%76.8	38	%23.2
10	تصاغ أهداف الخطة التعليمة الفردية بطريقة إجرائية قابلة للقياس.	143	%87.2	21	%12.8

يتضح من الجدول السابق الإيجابية في تقديرات أفراد عين الدراسة على بعد الخطة التعليمية الفردية كأحد أبعاد مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، حيث تراوحت نسبة الأجابه بنعم على فقرات هذا البعد بين(97.0%- 70.7%)، غير أن موطن الضعف في هذا البعد يتضح بعدم قيام أخصائي مؤهل علمياً وعملياً على تنفيذ الخطة التعليمية الفردية.

الجدول رقم (8)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد الخدمات المساندة.

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	يقدم البرنامج برامج توعوية للأسر للتعامل مع أبنائهم التوحديين.	152	%92.7	12	%7.3
2	يقدم البرنامج خدمات العلاج الطبيعي للطالب.	137	%83.5	27	%16.5
3	يقدم البرنامج خدمات العلاج الوظيفي للطالب.	131	%79.9	33	%20.1
4	يقدم البرنامج خدمات تدريب التواصل للطالب.	136	%82.9	28	%17.1
5	يتوفر في البرنامج أخصائي اجتماعي.	138	%84.1	26	%15.9
6	يتوفر في البرنامج أخصائي إرشاد تربوي ونفسي.	137	%83.5	27	%16.5
7	تعمل إدارة البرنامج على عقد دورات وندوات إرشاديه علميه للآباء حول اضطراب التوحد وطرق التعامل معه.	134	%81.7	30	%18.3
8	تعمل ادراة البرنامج على إصدار نشرات علمية دورية حول حالات التوحد.	132	%80.5	32	%19.5
9	تعمل إدارة البرنامج على تنظيم رحلات ترفيهيه للطلبة.	144	%87.8	20	%12.2
10	يوفر البرنامج برامج التهيئة المهنية للطلبة ذوي التوحد الكبار.	36	%22.0	128	%78.0

يتضح من الجدول السابق الإيجابية في تقديرات أفراد عين الدراسة على بعد الخطة التعليمية الفردية كأحد أبعاد مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، حيث تراوحت نسبة الأجابة بنعم على فقرات هذا البعد بين(92.7%- 79.9%)، غير أن الخلل واضحاً في هذا البعد بعدم توفير التهيئة المهنية للطلبة التوحديين الكبار في تلك البرامج، ويكاد يكون هذا الخلل واضحاً في كل البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين دون تحديد.

الجدول رقم (9)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد دور الأسرة.

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	تشارك الأسرة بالندوات والنشاطات التي يعقدها المركز.	135	%82.3	29	%17.7
2	تساهم الأسرة في عملية تقييم وتشخيص حالة ابنهم بشكل فعال.	131	%79.9	33	%20.1
3	تشارك الأسرة في تنفيذ الخطة التربوية لطفلهم التوحدي داخل المنزل وخارجه.	146	%89.0	18	%11.0
4	تتواصل الأسرة بشكل مستمر مع إدارة المركز لمعرفة تطور حالة طفلهم التوحدي.	133	%81.1	31	%18.9
5	تلتزم الأسرة بتنفيذ الإرشادات والتوجيهات الموجهة من الاختصاصيين لتحسين حالة ابنهم.	150	%91.5	14	%8.5
6	يشارك الآباء في نقل المهارات المتعلمة في البرنامج التربوي الفردي إلى البيئة المنزلية.	128	%78.0	36	%22.0
7	يدافع الآباء عن حقوق طفلهم لضمان استمرار العملية التربوية.	150	%91.5	14	%8.5
8	تظهر الأسرة اتجاهات ايجابية نحو طفلهم التوحدي.	148	%90.2	16	%9.8
9	تعمل الأسرة على إبراز طفلهم التوحدي إلى الآخرين واصطحابه إلى الأماكن العامة.	142	%86.6	22	%13.4
10	تعمل الأسرة على تدريب طفلها على المهارات الاجتماعية المناسبة بشكل مستمر.	146	%89.0	18	%11.0

يتضح من الجدول السابق الإيجابية في تقديرات أفراد عين الدراسة على بعد الخطة التعليمية الفردية كأحد أبعاد مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية، حيث تراوحت نسبة متوسط الأجابة بنعم على فقرات هذا البعد بين(91.5%-78.0%) من مجموع متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم (10)

تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية لبعد أساليب تعديل السلوك.

	الفقرة	الإجابة			
		نعم		لا	
		التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
1	يحدد السلوك غير المرغوب فيه لدى الطالب من قبل اختصاصي تعديل لسلوك.	155	%94.5	9	%5.5
2	تصمم خطط تعديل سلوك فردية للطلبة.	153	%93.3	11	%6.7
3	تتصف البيئة الصفية بالنظام والترتيب.	125	%76.2	39	%23.8
4	يستخدم أسلوب التعزيز الإيجابي في تعديل سلوك الطلبة.	156	%95.1	8	%4.9
5	يستخدم أسلوب التعزيز السلبي في تعديل سلوك الطلبة.	156	%95.1	8	%4.9
6	يستخدم أسلوب التشكيل والتلقين في تعديل سلوك الطلبة.	78	%47.6	86	%52.4
7	يستخدم أسلوب تسلسل الاستجابات في تعديل سلوك الطلبة.	82	%50.0	82	%50.0
8	يستخدم أسلوب النمذجة الإيجابية في تعديل سلوك الطلبة.	89	%54.3	75	%45.7
9	يستخدم أسلوب العقاب في تعديل سلوك الطلبة.	140	%85.4	24	%14.6
10	يستخدم أسلوب المحو في تعديل سلوك الطلبة.	149	%90.9	15	%9.1

يتبين من الجدول السابق أن مجموع تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقويم برامج التوحد في المملكة العربية السعودية كانت إيجابية لمعضم فقرات بعد أساليب تعديل السلوك، حيث تراوحة نسبة الأجابه بالإيجابيه على فقرات هذا البعد بين(95.1%- 47.6%) من متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة، غير أن موطن الضعف في هذا البعد يتضح بعدم تطبيق بعض أساليب تعديل السلوك التي أوضحة الدراسات العلمية فاعليتها مع التلاميذ التوحديين، مثل(أسلوب التشكيل والتلقين وأسلوب تسلسل الاستجابات وأسلوب النمذجة الإيجابية)

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف نوع البرنامج الذي يعملون به(حكومي وأهلي)؟

وللوقوف على الأختلافات في تقديرات العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية تبعاً لمتغير نوع البرنامج، جرى استخراج المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية المناظرة لها للتقديرات التي قدمها العاملين في هذه المراكز للأبعاد المقاسة بأداة الدراسة تبعاً للسلطة المشرفة على المراكز وجرى فحص الفروق بين هذه المتوسطات، باستخدام اختبار(t) لعينتين مستقلتين، والجدول رقم(11) يوضح هذه النتائج:

الجدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية المناظره لها للتقديرات التي قدمها الكادر العمل في برامج التوحد الحكومية والأهلية بالمملكة العربية السعودية للأبعاد المقاسة بأداة الدراسة ونتائج اختبار(t) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بينهما.

أبعاد الاستبانة	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (t)	مستوى الدلالة
	أهلي	حكومي	أهلي	حكومي		
أساليب التقييم	8.80	7.82	1.30	1.77	3.93	0.000
الخطة التربوية الفردية	7.54	8.10	2.68	2.56	-1.36	0.17
الخطة التعليمية الفردية	8.67	8.06	1.32	2.19	2.10	0.03
الخدمات المساندة	8.48	8.17	2.18	1.93	0.95	0.33
دور الأسرة	9.23	7.81	1.34	2.51	4.37	0.000
أساليب تعديل السلوك	7.63	8.05	1.56	1.90	-1.55	0.12
الدرجة الكلية	50.37	48.04	6.21	6.91	2.27	0.02

يلاحظ من الجدول رقم(11) أن هنالك فروقاً ذات دلالة أحصائية على($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات التقديرات التي قدمها أفراد عينة الدراسة من العاملين في برامج التوحد بالمملكة

العربية السعودية التابعة للحكومة ومتوسطات التقديرات التي قدمها العاملين في المراكز الخاصة بالتوحد بالمملكة العربية السعودية الأهلية حول برامجهم والمشمولين بالدراسة على أبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة، والتقديرات ككل للأبعاد حيث كانت قيمة (t) على التوالي:(ت= 3.93 $\alpha \leq 0,05$) و (ت= 2.10 $\alpha \leq 0,05$) و(ت= 4.37 $\alpha \leq 0,05$) و(ت= 2.27 $\alpha \leq 0,05$) لصالح البرامج الأهلية. في حين تشير النتائج لعدم وجود أختلافات بين متوسطات التقديرات التي قدمها العاملين في البرامج الخاصة بالتوحديين الحكومية والعاملين في البرامج الخاصة بالتوحديين الأهلية حيث كانت قيمة (ت) لها غير دالة أحصائياً على ($\alpha \leq 05$, 0).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف خبرتهم العملية (اقل من 5 -من5 الى 10 - اكثر من 10 سنوات)؟

ولمعرفة فيما إذا كانت التقديرات التي قدمها العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للأبعاد المقاسة في أداة الدراسة تختلف تبعاً لمتغير خبرة هؤلاء العاملين، جرى استخراج متوسط التقديرات التي قدمها أفراد عينة الدراسة من العاملين ببرامج التوحد في المملكة العربية السعودية والأنحرافات المعيارية المناظره لها، لكل بعد على حدى وللأبعاد ككل، وجرى استخدام نتائج تحليل التباين اللأحادي لفحص أثر متغير الخبره على هذه التقديرات، والجدول رقم (12) يبين هذه النتائج.

الجدول رقم (12)

ملخص نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي(ANOVA) لأثر متغير الخبرة على التقديرات التي قدمها العاملين في برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية للأبعاد المقاسة بأداة الدراسة وللأبعاد ككل.

البعد		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	درجة الدلالة
أساليب التقييم	بين المجموعات	4.30	2	2.15	0.83	0.43
	في المجموعات	415.47	161	2.58		
	المجموع	419.77	163			
الخطة التربوية الفردية	بين المجموعات	11.05	2	5.52	0.79	0.45
	في المجموعات	1121.30	161	6.96		

	المجموع	1132.36	163			
الخطة التعليمية الفردية	بين المجموعات	6.24	2	3.12	0.97	0.37
	في المجموعات	515.19	161	3.20		
	المجموع	521.43	163			
الخدمات المساندة	بين المجموعات	3.92	2	1.96	0.450	0.63
	في المجموعات	701.26	161	4.35		
	المجموع	705.18	163			
دور الأسرة	بين المجموعات	6.45	2	3.22	0.74	0.47
	في المجموعات	699.17	161	4.34		
	المجموع	705.62	163			
أساليب تعديل السلوك	بين المجموعات	4.98	2	2.49	0.82	0.43
	في المجموعات	484.88	161	3.01		
	المجموع	489.87	163			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	10.77	2	5.38	0.12	0.88
	في المجموعات	7137.09	161	44.33		
	المجموع	7147.87	163			

يلاحظ من الجدول رقم (12) أنه لايوجد هنالك تأثير دال أحصائياً لمتغير خبرة العاملين في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية على تقديرات أفراد عينة الدراسة للأبعاد المقاسة في أداة الدراسة كل على حدى وللأبعاد معاً، حيث كانت جميع قيم (ف) ليس لها دلالة أحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0,05$).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف جنسهم(ذكر وانثى)؟

اخيراً للوقوف هل الأختلافات في التقديرات التي قدمها العاملين في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية للأبعاد المقاسة بأداة الدراسة وللأبعاد ككل، جرى استخراج المتوسطات الحسابية لهذه التقديرات ولأنحرافات المعيارية المناظرة لها على الأبعاد المختلفة المقاسة بأدة الدراسة وللأبعاد ككل تبعاً لمتغير الجنس، وجرى فحص دلالة الفرق بينها بأستخدام اختبار(t) لعينتين مستقلتين، والجدول رقم (13) يظهر هذه النتائج:

الجدول رقم (13)

المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية المناظره لها للتقديرات التي قدمها العاملين في برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية للأبعاد المقاسة بأداة الدراسة ونتائج اختبار(t) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بينهما باختلاف جنس الكادر العامل في تلك البرامج.

أبعـــــاد الاستبانة	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (t)	مستوى الدلالة
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى		
أســـاليب التقييم	8.07	8.75	1.73	1.31	-2.85	0.00
الخطـــة التربويـــة الفردية	8.13	7.33	2.44	2.82	1.90	0.06
الخطـــة التعليميـــة الفردية	8.14	8.75	2.02	1.33	-2.30	0.02
الخـــدمات المساندة	8.15	8.60	2.16	1.94	-1.37	0.17
دور الأسرة	8.16	9.17	2.35	1.46	-3.36	0.00
أســـاليب تعـــديل السلوك	7.96	7.62	1.82	1.59	1.26	0.20
الدرجـــة الكلية	48.65	50.24	6.78	6.32	-1.52	0.12

يلاحظ من الجدول رقم(13) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ 0,05) بين متوسطات التقديرات التي قدمها أفراد عينة الدراسة في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية تبعاً لمتغير الجنس للأبعاد التالية، بعد أساليب التقييم وبعد الخطة التعليمية الفردية وبعد دور الأسرة حيث كانت قيمة (t) لها على التوالي: (ت=2.85- $\alpha \leq$ 0,05) و(ت=2.30- $\alpha \leq$ 0,05) و(ت=3.36- $\alpha \leq$ 0,05) حيث اظهرات الأناث تقديرات أعلى لبرامجهن في هذه الأبعاد من التقديرات التي اعطاها الذكو لبرامجهم.

في حين يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود أختلافات ذات دلالة أحصائية بين متوسطات التقديرات التي اعطتها الأناث وأعطاها الذكور للأبعاد الأخرى لبرامجهم وكذلك التقدير الكلي للأبعاد مجتمعة.

الفصل الرابع

مناقشة النتائج والتوصيات

يشمل هذا الفصل مناقشة نتائج هذه الدراسة، بالإضافة إلى تقديم عدد من التوصيات ذات الصلة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

- ماهي التقديرات التي يعطيها الكادر العامل في البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية عن الممارسات والخصائص التي تتصف بها هذه البرامج؟

أشارت النتائج الى أن المتوسطات الحسابية والأنحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة لكل بعد من أبعاد الأداة وللأبعاد مجتمعة تراوحة مابين(7.79- 8.59)، والتقديرات للأبعاد ككل بلغة (49.32) وهذا يشير إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة لبرامج التوحد الحالية بالمملكة العربية السعودية أيجابياً، ولعل هذا يتفق مع نتائج دراسة العثمان(2002)، كذلك اتفقت مع دراسة كريمنز ودوراند وكوفمان(Crimmins& Durand& Kaufman, 2001) ومع دراسة سيترين وهويس(Strain & Hoyson, 2000) ودراسة أيشين وسميث ولوفاس (1993 , Mc-Eachinl,Smith&lovaas)ودراسة فنسكي(Fenske, 1985) واتفقت هذه الدراسة جزئياً مع نتائج دراسة تايتجنز وكاري(Tietjens, McCary, 2005) في نقاط القوة فيها مثل ملاحظة الآباء عموما المعيار النبيل للهيئة التدريسية وتعامل معلمي تعليم البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم، كما واختلفت نتائج هذه الدراسة اختلافاً جزئياً معها، حيث أظهرت البرامج على المقياس نتائج سلبية في تدني مستوى الدعم التقني والتدريبي في البرامج، وعملية المراقبة المتقدمة، وتصنيف الطلاب بمستويات متدرجة وخصوصاً العامة منها. وربما يمكن تفسير هذه النتيجة إلا أهتمام وزارة التربية والتعليم بموضوع التوحد وتوفير المتطلبات الأساسية لإنجاح برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية كما أن هناك نسبة لا يستهان بها من الأفراد الذين لديهم اضطراب التوحد داخل المملكة العربية السعودية وهذا يشكل دافعاً آخر لوزارة التربية والتعليم ممثلة بالأمانة العامة للتربية الخاصة على زيادة الاهتمام ببرامج التوحد، كما أن اضطراب التوحد يلقى اهتماماً عالمياً متزايداً في الوقت الحالي حيث تخصص له الدول البرامج المتخصصة والميزانيات الكبيرة وهذا أيضاً يحفز إدارات التعليم لمواكبة الاهتمام العالمي بإضطراب التوحد. كما أن توفر بعض الكفاءات السعودية المختصة باضطراب التوحد

شكل عاملاً آخر من عوامل زيادة الإهتمام ببرامج التوحد وجعلها مواكبة للمعايير التربوية المناسبة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف نوع البرنامج الذي يعملون به(حكومي وأهلي)؟

أشارت نتائج استخدام اختبار(t) لعينتين مستقلتين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \geq 0,05$) للتقديرات المعطاة من قبل العاملين في برامج التوحد بالمملكة العربية السعودية بالنسبة لأبعاد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة، وللأبعاد مجتمعة وذلك لصالح القطاع الأهلي. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عندر مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) باختلاف السلطة المشرفة على البرنامج (أهلية وحكومية) في تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين على أبعاد الخطة التربوية الفردية و الخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة العثمان(2002)، ودراسة تايتجنز وكاري(Tietjens, McCary, 2005) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة نقاط القوة في العملية التعليمية وتعامل معلمي تعليم البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم افضل من البرامج العامة، كما وجاءت نتائج هذا الدراسة مختلفة جزئياً مع نتائج دراسة لوفيرهورد وياك (Loeffelhardt&Yack, 2001) في بعد أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية.

وربما يمكن تفسير هذه النتيجة بسبب أن القطاع الأهلي جهة غير حكومية فهو لا يحتاج لوقت كبير واتخاذ قرارات تحتاج إلى العديد من الموافقات عند رغبته في استخدام طرق التشخيص المناسبة التي لا يستخدمها القطاع الحكومي كما أن القطاع الأهلي يعود لأفراد يحاولون جعل مراكزهم مميزة ومتطورة حتى تستقطب الأهالي، كما أن قدرة القطاع الأهلي على تعيين واستقطاب الخبراء تتم بدون الحاجة لإجراءات طويلة ومعقدة بالإضافة إلى أن اهتمام الأسر بالمشاركة والتعاون مع القطاع الأهلي أكثر من الحكومي بسبب الرغبة الشديدة من هؤلاء الأهالي في تنمية أبنائهم وتطورهم السريع. كما أظهرت نتائج هذا السؤال عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين القطاع الأهلي والحكومي في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك، وربما يكون سبب هذه النتيجة حاجة تلك الأبعاد إلى الخبرة الكبيرة والأجهزة والمعدات أيضا كما في بعد الخدمات المساندة وقلة المختصين بمجال تعديل السلوك.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف خبرتهم العملية (اقل من 5 سنوات و من5 الى 10 سنوات و اكثر من 10 سنوات)؟

أشارت نتائج استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي(ANOVA) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) في تقديرات العاملين بالبرامج المقدمة للتوحديين تبعاً لمتغير خبرتهم العملية. ولاتوجد هناك دراسات سابقة تتفق أو تتعارض مع نتائج هذا السؤال. ويمكن تفسير نتيجة هذا السؤال الى كون الخبرة العملية في هذه الدراسة لايمكن ان تؤثر على تقويم البرامج فمن الطبيعي أن لايكون في هذا المتغير اختلافات في تقويم البرامج، وجاءت نتائج هذا السؤال كمصداقية على صحة أجابة أفراد عينة الدراسة على أداة الدراسة، كذلك اذا افترضنا أن للخبرة دوراً فلاهتمام باضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية حديث العهد نسبياً كما أن العديد من العاملين في هذا القطاع من دول أخرى وهم عرضة للتغيير باستمرار، كما قد يكون السبب في ذلك حاجة العاملين لخبرات أكبر من الخبرات الحالية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

- هل يختلف تقييم العاملين في برامج التوحد في المملكة العربية السعودية للبرامج التي يقدمونها بأختلاف جنسهم(ذكر وانثى)؟

أشارت نتائج استخدام اختبار (t) لعينتين مستقلتين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) لتقديرات العاملين في برامج التوحد بأختلاف جنسهم للأبعاد التالية: أساليب التقييم والخطة التعليمية الفردية ودور الأسرة وذلك لصالح الإناث، كما أشارت نتائج التقديرات التي اعطاها العاملين في تلك البرامج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($0,05 \geq \alpha$) باختلاف جنسهم في تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين على أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك وللأبعاد مجتمعة. ولاتوجد دراسات تتفق اوتتغارض مع نتائج هذا السؤال. ويمكن تفسير هذه النتيجة بسبب أن الإناث يتمتعن بخبرة أكبر في مجال التقييم ولديهن صبر ورغبة أكبر من الذكور في مجال استخدام مختلف أدوات التقييم كما أن الإناث يشاركن بشكل أكبر من مشاركة الذكور في النشاطات التي تقيمها المراكز وارتباط الإناث بالبرامج الخاصة أكثر من الذكور، كما أظهرت نتائج هذا السؤال عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الذكور والإناث في أبعاد

الخطة التربوية الفردية والخطة التعليمية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية، وربما يعود السبب لعدم حاجة تلك الأبعاد لمهارات خاصة يتميز بها جنس عن آخر كما انها مع مرور الوقت تصبح أمرا اعتيادياً، خاصة ما يتعلق بإعداد الخطط التربوية والتعليمية الفردية. ولاتوجد هناك دراسات سابقة تتفق أو تتعارض مع نتائج هذا السؤال.

التوصيات:

في ضوء ماتقدم من نتائج لهذه الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي:

- الأخذ بنتائج التقويم التي اظهرتها هذه الدراسة.
- تطبيق فقرات أبعاد المقياس كمعايير فعالة لنجاح برامج التوحد.
- إجراء دراسات تقييمية أخرى لبرامج التوحد بالمملكة العربية السعودية بطرق مختلفة كطريقة الملاحظة والمقابلة من اجل التوصل ألى نتائج مشابهه لنتائج هذه الدراسة.
- عمل الدراسات وطرح الحلول حول الأبعاد التي أظهرت الدراسة وجود اختلافات بها مثل(أساليب التقييم، الخطة التعليمية الفردية، دور الأسرة).

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

البستان، أحمد (1999). التقويم التربوي في المرحلة الابتدائية بين النظرية والتطبيق (دولة الكويت كحالة)، **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر، العدد السادس.

البلشة، أيمن محمد (1994). **الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية: عمان، الأردن.

الخطيب، جمال. الحديدي، منى (2005). **المدخل إلى التربية الخاصة**. عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال (2001). **تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين**. عمان: دار إلشروق للنشر التوزيع.

الخطيب، جمال. الصمادي، جميل. الروسان، فاروق. الحديدي، منى. يحيى، خولة. الناطور، ميادة. الزريقات، إبراهيم. العمايرة، موسى. السرور، ناديا(2007). **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**. عمان:دارالفكر.

الروسان، فاروق (2006). **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

الزارع، نايف عابد إبراهيم (2003). **بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي**. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الزريقات، ابراهيم عبدا لله (2004). **التوحد- الخصائص والعلاج**. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الشرقاوي, أنور والخضري, سليمان وكاظم, أمينة وعبد السلام, نادية(1996), **اتجاهات معاصرة في القياس والتقويم النفسي والتربوي**, القاهرة, الأنجلو المصرية.

الـشامي، وفـاء علـي (2004). **خفايـا التوحـد أشـكاله وأسـبابه وتشخيـصه**. الجـزء الاول، الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية.

الـشامي، وفـاء علـي (2004). **سمات التوحد تطورهـا وكيفيـة التعامـل معهـا**. الجـزء الثـاني، الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية.

الشخص، عبد العزيز. الغفار، عبد السلام (1992). **قاموس التربية الخاصة.** الكويت: دار القلم.

الصبي، عبدالله بن محمد (2006). **التوحد وطيف التوحد**. شبكة المعلومات الدولية (الانترنت)، شبكة الخليج?http://www.gulfkids.com/ar/index.php.

العثمان، إبراهيم (2002). **وضع الخدمات التعليمية الخاصّة للطلاب المصابين بالتوحد في المملكة العربية السعودية،** أطروحة دكتوراه غير منشورة: جامعة ايداهوا، الولايات المتحدة الأمريكية.

الفهـــد، ياســـر (2004). **شـــبكة المعلومـــات الدوليـــة (الانترنـــت) شـــبكة الخلـــيج .http://www.gulfkids.com/ar/index.php?**

القريوتي، يوسف والصمادي، جميل والسرطاوي، عبد العزيز (1995). **المدخل إلى التربية الخاصة**. الكويت: دار القلم.

القحطاني، ناصر بن سعد (2004). **التوحد نظرة ومفهوم**. المملكة العربية السعودية: وزارة التربية والتعليم – محافظة الأحساء.

الكيلاني، عبد الله والروسان، فاروق (2006). **التقويم في التربية الخاصة**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

آل مطر، فايز حبيب حسن (2001). **دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية**. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.

خطاب، محمد أحمد (2005). **سيكولوجية الطفل التوحدي.** الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

زيتون، كمال(2003). **التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة.** (ط1) الإسكندرية، مصر، مكتبة النهضة العربية.

سري، إجلال (1990). **علم النفس العلاجي**. القاهرة، مصر: منشورات مكتبت عالم الكتب.

سليمان، عبد الرحمن سيد (2002). **إعاقة التوحد**. الطبعة الثانية، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

شند، سميرة ومحمد، سليمان وعبد الرحمن، فوزي (2003). **دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

صديق، لينا عمر (2005). **فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي،** رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان؛ الأردن.

علام, صلاح الدين(2003), **التقويم التربوي المؤسسي أسسه ومنهجياته وتطبيقاته في تقويم المدارس**, القاهرة: دار الفكر العربي.

عبد الله ، خالد (2004م) **" تققييم فاعلية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي فى خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحديين "** رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، عمان ، الأردن .

قنديل، شاكر عطية (2000). **إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها،نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة**. المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة.

كوافحة، تيسير مفلح(2003). **القياس والتقييم وأساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة**. عمان: دار المسيرة.

كاظم, أمينة محمد(1998), **دور القياس والتقويم في تشخيص الصعوبات التي يعاني منها طفل الروضة**, بحوث المؤتمر الأول لطفل الروضة بدولة الكويت, ص 69-81.

محمد، هالة (2001). **تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس: القاهرة، مصر.

معمور، عبد المنان ملا (1997). **فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين**. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي)، المجلد الأول، كلية التربية جامعة عين شمس.

ملحم، سامي محمد (2005). **القياس والتقويم في التربية وعلم النفس**. عمان: دار المسيرة.

مليكة، لويس كامل (1998). **الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية**. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

نحاس، أمل (2004). **تقويم البرامج التربوية للطلبة الصم في الأردن من وجهة نظر المديرين، والمعلمين، وأولياء الأمور، والطلبة، وتقديم نموذج مقترح لتطويرها**. رسالة دكتوراه منشورة. جامعة عمان العربية لدراسات العليا: عمان، الأردن.

نصر، سهى (2001). **مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس: القاهرة، مصر.

نصر، سهي (2002). **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي –التشخيص- البرامج العلاجية**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

يحيى، خوله (2000). **الاضطرابات السلوكية والانفعالية.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

يوسف، بشير (2004). **التوحد، علاج الذاتوية بين الأمل والعون**. عمان: دار رؤى للنشر والتوزيع.

ثانياً:المراجع الأجنبية:

Ackerman ,L (1997). Autism Review, **This paper Came from the Net**, http: www. Autism. Zane .Com/Autism/Review/htm.

American Psychiatrics Association(1994).**Diagnostic and statistical Manual of mental Disorder , DSM-IV** Washington ,D.C.A.P.A.

Alvin,H & Worwick,F(1997).**music Therapy for the Autistic Child,** New York: Oxford University press This paper Came from the Net.

Crimmins,D&Durand,V&kaufman,K&Everett,J,(2001).**Autism Brogram Quality Indicators.** New York State Education Department.

Cronbach,L. (1982). **Designing Evaluations of Educational and Social Programs**.San Francisco.Jossey-Bass,Inc.Publisher.

Coleman, Mary and Gillberg, Christotpher. (1985) **The Biology of The Autistic Syndromes**. New York: Praeger Spcial Studies. Praege Scientifit.

Campbel N. &Shay.j.F(1995). **Psychoparmacology in Child and Adolsence Psyhiarty**. Journal of the Ameirican Academy of Chilid & Adolescent Psychiatry Voll(3).

DSM-IV,(1994)**.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4te ed) Washington DC.

Diamond, K (2000): **Music Thepy and Autism**. Northern Ineland Music Therapy Trust, Paper Come from the Net, http://www.ulst.ac.uk/papa/music.

Edwards,D.Hardy,PM. And Henrichs,PM.(1991).The efficacy of Daily Life Therapy at the Boston Hogashi School.

Eikesth, S.(1999).:**Intensive School Based Behavioral Treatment for Four to Seven Year Old Children with Autism:" A one Year FallowUp"**Paper in Conference Autism,99.Htt//www.autism99.org/.

Elkesth,S.& Smith T.(1997): Intensive Behavioral Treatment For preschoolers with Severe Mental Retardation And PDD, **A.J of Mental Reyardation .**

Elisabth,F & Dykems,G & Volkmor, M. (1991): **Thought Disorder in High Function Autistic adults** J.of Autism and Developmental Disorders, (7).

Fenske , E.C , (1985) , **age at intervention and treatment outcome for autistic children in comprehensive intervention program ,** analysis and intervention in development disabilities , 5.

Frith,u. (1993). **Autism Scientifil American, Merril Publishing.com**.

Gillberg, C., Steffenburg, S., & Schaumann, H. (1991). Autism epidemiology: Is autism more common now than 10 years ago? **British Journal of Psychiatry**, 158, 403-9.

Howlin,F & Morre,H (1997): **Diagnosis in Autism** , Report Came the Net, http://www. minds, nih /healinfo/ disorder /autism/htm.

Howlin,F (1989): **Changing Approaches to Communication Training With Autistic Children,** British J. of Disorders of Communi - cations, (24),P.P.151:68

Janzen,T & Janice,S (2002). **Understanding in the Nature of Autism**, USA library of congress publication.

Jones, R (1998): The work of Ruth with Children with autism has Also Been Cited in Jacobs, M, Seeing and Being Seen in the Experience of client and Therapies, **the European J. of Psychotherapy, Counseling and health.** V.1,No.2August.PP.213:230.

Judevine Center For Autism(2002): **What is Music Therapy?** Paper Come from the Net.

Leung, J. P (1994).: Teaching Spontaneous Requests to children with Autism a Time- Delay Procedure, **J. Behavior Education ,**4,(1),P.P.12: 31.

Loeffeihardt J.& Yack E. (2001). **Keys of Success: Comining Communication and Sensory Integration Strategies**. Retrieved July, 28,2001, From.

Lovaas, O.(1987): Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children**. J. of Consulting and Clinical psychology**.55,(1).3-9.

Lovaas O.I. Smith,T (1988): **Intensive Behavioral Treatment for Young Autistic Children** Advances in Clinical Child Psychology, V (11), P.P. 285: 290.

MCEachin, J: Smith, T, Lovaas, I.O(1993). Long- Term Out –Come For Children With Autism Who Received Early Intensive Behavioral Treatment. **American Journal on Mental Retardation**, 97,(4),359-372.

National Research Council.(2001). **Educating children with autism.** Committee on educational interventions for children with autism.

Gathering Lord, and James P. McGee, eds. Division of behavioral and social sciences and education. DC: National Academy Press.

Oliver,s, (1995): Self-Injurious Behavior in Children with Learning Disabilities,**J.of Child Psychology and Psychiatry ,**(36), PP.902:928.

Orntiz, E, (1989). **Autism in last, handbook of child psychiatric diagnosis.** Wiley series on personality processes .new York.

Panerial ,L,Ferrante ,L, & ,Zingale .(2002) benefits of the treatmenteand educational of autitstic and communication handicapped children program as compared with non-specific , **Journal of Intellectual Disability Research** ,46(4),318 -327.

Potter, C& Whittaker, Ch (1999): **Minimal Speech Approach for Children with Autism with Little or No Speech**, Paper in Conference Autism99, http://www.autism99.org/.

Piven.j.Gayle.j.Chase,GA.Fink,b.Landa,R.Wzorek,m &Folstein,s. (1990). **Afamily history of nevofsychi at Sorders in the adult Sibing of autistic individualds**. Jornal of American Academy of Child and Adolescent.

Ruble, L (1993): **Methods to Enhance Learning, Conference on Autism**, Come From The Net, http: www .Autism Society.org.

Sears,L,L,& Finn,R.(1994).Abnormal Charcol Eye Blink Conditioning in Autism**, Journal of A.D.D** Vols (24), (3) P.P.51-737.

Smith, B (2003) **understanding the nature of autism the psychological corporation.** Harcourt Assessment company.

Staum,M, j.(1999): **Music Therapy and Language For the Autistic.** Willamette Unviversity Salem, Oregan, This paper Came From the Net, Http://www. autism .org/music-html.

Stone,P.(1996).Blueprint **for developing Conversational Competencies** Washinngton, D.C. The Graham Bell Association for The Deaf.

Scopler, E., Mesitov, G.B., and Baker, A.(1982). **Evaluation of treatment of autistic children and their parents**. Journal of the American Academy of child . Psychiatry, 3 (21) 262-267.

Thorp, D. M & Stahmen,L&Schreibran,O. (1995): Effects of Ociodra-mtic Play Training an Children With Autism ,**Journal of autism and developmental Disorders** ,V25.P 3.PP.265: 82jun.

Tietjens, Marry, A,McCary,Donald,(2005)" Special School District Program evaluation for student with Autism" http://www.vesid.uysed.gov\specialed\autism\apqi.htm.

EVALUATION OF EDUCATIONAL PROGRAMS PROVIDED TO AUTISTIC STUDENTSIN THE KINGDOM OF SAUDI ARABIA

By
Mohammed Khalaf Al-Hussaini Al-Shammari

Supervisor
Dr. Farouq Ar-Rosan, prof.

Abstracı

This study aims at evaluating the educational programs provided to autistic students in the Kingdom of Saudi Arabia by the working team of those programs. To achieve study goals, the researcher had prepared a tool for surveying the opinions of workers on the program provided to autistic students as the tool was consisting of (6) dimensions as follows: the dimension of evaluation techniques with (10) items, the dimension of individual educational plan with (10) items, the dimension of individual teaching plan with (10) items, the dimension of supporting services with (10) items, the dimension of family role with (10) items, and the dimension of behavior adjustment techniques with (10) items.

The study sample has been randomly selected using the simple random selection method as it was consisting of 164 workers in autism programs in the Kingdom o Saudi Arabia distributed to six school districts, (Riyadh, Mecca, Eastern Area, Al-Qaseem, Ha'el and Tabouk), inasmuch as seven educational programs in Riyadh, three in Mecca, four in the Eastern Area, four in Al-Qaseem, two in Ha'el and one program in Tabouk.

The tool has been applied to the study sample, and had its data statistically processed, after collecting it, by calculating the means and

standard deviations of the valuations provided by the workers in relation to elements and aspects of programs provided to autistic students in the Kingdom of Saudi Arabia, using the T test for two separate samples in the case of sex and program's supervisory authority (public, private), and ANOVA in the case of workers' experience variable.

The study's findings indicated that the evaluation of study's sample for educational programs provided to autistic students was positive, where the mean of valuations of aspects and specifications of programs provided to autistic students was (49.32) out of (60); and that there are statistically significant effect at the significance level ($a \leq 0.05$) between the valuations of workers in public centers and those working in private centers for autism programs provided by those centers within the following programs: the dimensions of evaluation techniques, individual teaching plan, role of the family and the total degree to the benefit of the private sector. While the findings showed that there are no statistically significant differences within the dimensions of individual educational plan, supportive services and behavior adjustment techniques. Furthermore, the study's findings indicated that there are no statistically significant effect at the significance level ($a \leq 0.05$) attributed to experience variable regarding the opinions advanced by the workers on the programs provided to autistic students in the Kingdom of Saudi Arabia. And further, the findings indicated the existence of statistically significant effect at the significance level ($a \leq 0.05$) attributed to workers' sex variable regarding their evaluative opinions on the programs provided to autistic students in the Kingdom of Saudi Arabia within the dimensions of evaluation techniques, individual teaching plan and role of the family to the benefit of females, as well as the findings showed that there are no statistically significant effect at the significance level ($a \leq 0.05$) attributed to workers' sex variable regarding their evaluative

opinions on the programs provided to autistic students in the Kingdom of Saudi Arabia within the dimensions of individual educational plan, supportive services, behavior adjustment techniques and the total degree.