

دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية

ملخص:

تسمى الدراسة إلى التعرف على الاحتياجات التدريبية والتعليمية للأطفال التوحدين في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية من وجهة نظر والديهم. وأهمية هذه الدراسة تنبع من ندرة البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال في دول الخليج والدول العربية والإسلامية وبالتالي فإن التعرف على مثل هذه الاحتياجات يعتبر اللبنة الأولى في إنشاء أي برنامج متخصص لهم.

وتركز الدراسة على التحليل الإحصائي لاختلاف تقدير الوالدين لمثل هذه الاحتياجات باختلاف صفاتهم الشخصية وكذلك صفات أطفالهم وظروف تشخيصهم. ولتحقيق ذلك، فقد تم توزيع استبيان على والدي ٩٢ طفلاً توحدياً في كل من الكويت وجدة. وقد أظهرت نتائج الدراسة، أن جميع الاحتياجات وعددها اثنا عشر والتي ذكرت في البحث مهمة من وجهة نظر الوالدين مع تفاوت في أهميتها وإن كان أهم أمرين بالنسبة لهما هو التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة وكذلك التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة للطفل مع الآخرين سواء كانت هذه الوسيلة لفظية أو غير لفظية. وهذا الأمر يتفق مع أدبيات التوحد، حيث أن أنماط السلوك الغريبة لدى الطفل وكذلك فقدانه للغة والتواصل الاجتماعي، هما أبرز أعراض هذه الإعاقة. وهذه الاحتياجات يمكن اعتبارها أهدافاً مقترحة لأي برنامج تعليمي وتربوي لتعليم هؤلاء الأطفال.

مقدمة:

تسعى الدول جميعها في العصر الحاضر، إلى توفير فرص التعليم والتأهيل لأفراد مجتمعاتها بمن فيهم المعاقون والذين يمثلون ١٠٪ من عدد السكان كما يذكر تقرير تنمية الموارد البشرية للأمم المتحدة (UNDP, 1993). ولئن أعطت

الدول اهتمامها المناسب للإعاقات الجسدية والعقلية البارزة والظاهرة، فإن الإعاقات التطورية والتي قد تخفى على غير المتخصص، لم يكن لها نصيب كبير، ومنها إعاقة التوحد.

ويعتبر التوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك لوالديه والعائلة بأجمعها (Oke, 1993). وتنبع هذه الصعوبة من غموض هذه الإعاقة مع شدة وغرابة أنماط السلوك الناتج عنها، وتطابق بعض صفاتها مع بعض الإعاقات الأخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن إعاقة التوحد تعتبر من الإعاقات الدائمة وتتطلب مراقبة مستمرة وإشرافا دائما من أفراد العائلة وبخاصة الوالدين، مما يزيد من الأعباء الملقاة على عاتقهم. ومما يزيد من صعوبة هذه الإعاقة، أن للتعليم غير المتخصص دورا محدودا في رفع قدرات الطفل ومهاراته.

ويعتبر ليوكنر (Leo Kanner) أول من تعرف على هذه الإعاقة في عام ١٩٤٣ وأطلق عليها لفظ Autism. والمعنى اللاتيني لهذه الكلمة هو إنغلاق أو انعزال الطفل إلى ذاته، والتي هي من أبرز أعراض هذه الإعاقة (Wing, 1986). وأعراض التوحد وأنماط السلوك له، تم التعرف عليها قديما في مجتمعات مختلفة كروسيا والهند وخلال أزمنة مختلفة (Frith, 1989; Gillberg and Coleman, 1992)، ولكن لم تشخص أعراضه بصورة علمية إلا على يد كانر في عام ١٩٤٣.

ويتم تشخيص إعاقة التوحد عادة بالعديد من الصفات، من أهمها: العزلة ضمن النفس وتفضيلها لهذا الإنعزال، والصعوبة والعجز في تكوين العلاقات الاجتماعية والضعف في التواصل حتى بوجود اللغة عند البعض، والفشل في طلب المساعدة من الآخرين. كما أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم قصور وعجز في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها وخاصة تجاه أقاربهم. وقد ذكر كانر وواقفه رملند وونق على ذلك، على أن هناك أربع خصائص لتشخيص الطفل التوحدي وهي: الانغلاق على النفس في فترة الحضانة أو الطفولة المبكرة، الضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي بما فيها العلاقة مع أفراد العائلة،

غياب أو ضعف اللغة أو الاتصال وأخيراً الإصرار والاستمرار على سلوكيات ثابتة أو على نمط روتيني لا يتغير (Kanner, 1943; Rimland, 1964; Wing, 1986). كما ذكر غراي (Gray, 1993) خمس صفات للأطفال التوحديين هي في مجملها مشابهة لما ذكره كانر مع تفصيل في بعضها ولكنه أضاف صفة خامسة وهي أن يكون مظهر الطفل طبيعياً ولهذه الصفة أثر مهم على معاناة الوالدين سيتم ذكره فيما بعد.

وتصنف جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية (APA)، إعاقة التوحد تحت مسمى أطلق عليه الاضطرابات التطورية المنتشرة (Pervasive Developmental Disorders (PDD). ويعكس هذا التصنيف، طبيعة خصائص هذا المرض من حيث أثره الواسع على مهارات الاتصال والإدراك والعلاقات الاجتماعية. كما يركز هذا التصنيف الذي تم ذكر أهم صفاته في المرشد النفسي الأمريكي (الطبعة الرابعة) (DSM-IV) على ثلاث خصائص أساسية وهي العجز في بناء العلاقات الإنسانية والتعامل الاجتماعي، والتأخر أو ضعف اللغة والتواصل، ووجود أنماط من السلوك متكررة وثابتة (APA, 1994).

وتظهر الدراسات العلمية والميدانية أن معدل حدوث إعاقة التوحد يتراوح بين ٣-٤ حالات في كل عشرة آلاف شخص وهي توجد في الذكور أكثر من الإناث بنسبة أثني لكل ٤ ذكور (Wing, 1993). وعادة تكون شدة إعاقة الإناث أكثر منها بالنسبة للذكور (Gillberg, et al, 1991). وتظهر بعض الدراسات الحديثة أن هذه النسبة قد تزيد لتصل إلى ١٠-١٢ حالة في كل عشرة آلاف مولود مثل اليابان بينما معدل حالات الإعاقة في باقي الدول الأخرى مشابه لما ذكر سابقا (Wing, 1993). والسبب في هذا الاختلاف يعود إلى أسلوب التشخيص المستخدم، وطبيعة عينة البحث أو الدراسة وعوامل أخرى ذات علاقة بالحيئات أو البيئة.

ومع غنى الأدبيات الغربية التي عاجلت هذا الموضوع (Gillberg and Coleman, 1992; Trevanthen et al 1996; Happe, 1995) إلا أن الأدبيات العربية

حوله قليلة وهي أندر في الأدبيات الخاصة بدولة الكويت والمملكة العربية السعودية. فقد خلص أحد الباحثين وهو أشكناني بعد دراسته لواقع الاهتمام القليل بالتوحد في دولة الكويت، إلى أهمية زيادة الوعي وتوزيع المعلومات حول هذه الإعاقة وضرورة إصدار تشريع يحمي هؤلاء المعاقين (Ashkanani, 1995). كما أكد على أهمية وجود برنامج تعليمي مناسب لاحتياجاتهم.

وتناولت السعد (١٩٩٢) في كتابها «معاناتي والتوحد»، صفات وخصائص هذا المرض بأسلوب يخدم الوالدين وعائلة الطفل. هذه الأدبيات العربية اقتصرت كلها على التوعية بأعراض التوحد من خلال المنهج الوصفي ولم تتعد إلى بيان المدخل التعليمي لعلاجها من خلال التعرف على احتياجات هؤلاء الأطفال وذلك من خلال الأسلوب العلمي التحليلي الذي هو محور هذه الدراسة.

مصطلحات البحث :

التوحد: إن مصطلح (Autism) له ترجمات عربية مختلفة، منها الطفل الذاتي أو الطفل ذو الانكفاء الذاتي، ولكن فضلنا ترجمة الكلمة إلى لفظ التوحد لشيوعه واستقراره بين الباحثين والممارسين ولأنه يعبر عن طبيعة الإعاقة. فلفظ التوحد تعني أنه بقي وحده (المنجد، ١٩٧٣ : ٨٩٠) وهي أبرز صفات التوحد. كما أن المراكز المتخصصة في هذه الإعاقة سميت باسم مركز التوحد كما هو الحال في جدة في المملكة العربية السعودية ودولة الكويت مما يدل على شيوع هذا اللفظ. ويذكر تعريف جمعية النفسانيين الأمريكية (APA, 1994) أن التوحد عبارة عن إعاقة تطويرية متعددة تتضمن ثلاث خصائص:

- ١ - قصور في التواصل الاجتماعي.
- ٢ - قصور في الاتصال وبالأخص اللغة والمحادثة.
- ٣ - سلوكيات نمطية متكررة ونشاطات واهتمامات محدودة ومحددة، على أن تظهر هذه الخصائص قبل السنة الثالثة من العمر.

الإطار النظري:

ومع تعدد النظريات حول أسباب هذا المرض واختلاف طرق وأساليب معالجته، إلا أن جميعها تتفق حول صعوبة هذه الإعاقة وتعقدها. ففي البداية كان يعتقد أن السبب في هذه الإعاقة، هو ضعف عاطفة الوالدين (Kanner and Eisenberg, 1956) وبالأخص برود الأم وجهود عواطفها حتى أطلق عليها اسم الأم الثلاثة (Bettelheim, 1967). وهذه النظرية، بالإضافة إلى مجانبها الصواب علمياً (Trevvarthen, et al, 1996) فإن هذه التفسيرات المبنية على المسببات النفسية ليست فاعلة في التقليل من أثر الإعاقة (Wing, 1986). كما أنها تشعر الوالدين بالذنب لما حدث للطفل بسببهم، مما يجعلهم في معاناة دائمة. والسبب في قلة فاعلية هذه النظرية، أنها تفترض أن تطور اللغة لدى الطفل متوافر وأساليب علاجها النفسية قائمة على ذلك، وهذا ما هو مفقود في غالبية الأطفال المصابين بهذه الإعاقة (Happe, 1995) مما يجعل العديد من أساليبها المعتمدة على التواصل اللغوي غير قابلة للتطبيق مع الطفل التوحيدي. ثم تبلورت - بعد ذلك - نظريات أخرى لتفسير هذه الإعاقة وعلاجها، والتي توضح أن إعاقة التوحد مرتبطة بوجود خلل في العلاقة العصبية بين مدارك الطفل أو أن هناك اختلالاً في الجزء الأيسر من المخ أو اختلالاً وظيفياً في جهاز الإدراك. إلا أنه مع مرور الوقت، وتزايد الدراسات العلمية في هذا المجال، تبلورت هذه النظريات إلى أن الإصابة بهذه الإعاقة هو نتيجة لاختلالات في جسم الإنسان مثل الاختلال في عمل جزء معين من المخ (Gillberg and Coleman, 1992) أو نتيجة لاختلال الجينات في الشخص المصاب (Reicheilt et al, 1994). وترى آخر النظريات الحديثة في مجال التوحد وهي نظرية العقل أو الإدراك (Theory of mind)، أن الأطفال المصابين بالتوحد يفهمون المستوى الأول من الإدراك مثل إدراكهم للأشياء والمواد التي من حولهم ولكنهم لا يفهمون المستوى الثاني من الإدراك مثل فهمهم لمغازي الحديث أو توقع سلوك الآخرين مثلاً (Philips, et al, 1992). ومع كثرة مؤيدي هذه النظرية، إلا أنها لا تفسر سبب التوحد لجميع الأطفال، حيث أن البعض منهم قادر على إدراك مغازي الحديث. وتزداد معرفتنا بصعوبة

هذه الإعاقة وتعتقد، كلما ازدادنا إطلاعاً للنظريات المختلفة وتفسيراتها المتعددة التي لم تستطع إلى الآن إيجاد تفسير واحد منها مقبول ومتفق عليه لسبب إعاقة التوحد وهذا مما يزيد من صعوبة العلاج التربوي.

ولكن مع تعدد هذه النظريات، فقد تعددت أيضاً وسائل العلاج وأساليبه. وإن لم يتوصل - حتى الآن - الباحثون لعلاج واضح وشاف لهذه الإعاقة (Happe, 1995). والأساليب المستخدمة في التخفيف من آثار إعاقة التوحد عديدة ومتنوعة. فهناك من الأساليب، ما يركز على الجوانب النفسية والإدراكية (Rutter, 1978)، بينما آخر يركز على الجوانب الطبية وعلاقتها بأنماط السلوك النفسي (Gillberg, 1992). كما يركز بعضه على طبيعة الغذاء ونوعيته وتأثير ذلك على التخفيف من أثر هذه الإعاقة (Knivsberg, et al, 1996)، بينما بعضها الآخر يركز على الاهتمام بالتعليم وبالأخص علاج التصرفات والسلوك (Lovaas, 1986). وأما أهمها فاعلية فهي البرامج التعليمية التي تعتمد على الأساليب الإدراكية والسلوكية لتعليم الطفل المعاق مثل برنامج TEACCH في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية (Trevvarthen, et al, 1996)، الذي أثبت فاعليته في تعليم معظم هؤلاء الأطفال.

ولذلك فإن ما يهمننا من هذه الأساليب المختلفة، هو المدخل التعليمي والذي سيكون محور دراستنا هذه، نظراً لفعاليته المقررة وانتشار تطبيقه. وقد تم ضمن هذا المدخل التعليمي، تطوير العديد من الأساليب التربوية والتعليمية، لتمكين الطفل من العيش بطمأنينة وارتياح في محيط أسرته ومجتمعه ولتطوير إدراكه وقدراته الذاتية. والسبب في ضرورة الاهتمام بالمدخل التعليمي للأطفال التوحدين أن التدخل المكثف والتعليم المبكر لهم يؤدي إلى تقدم كبير في مستوى إدراكهم ويرفع من مستوى تواصلهم ولغتهم (Kobyashi, et al, 1992; McEachin et al, 1993). ومن مستلزمات فاعلية المدخل التعليمي، وجود تشخيص مناسب لحالة الطفل للتعرف على حاجاته المختلفة.

والتشخيص السليم سيساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئته

مفهومه له مع إيجاد برنامج تعليمي فردي له ضمن الإطار العام للنهج التربوي السائد في المجتمع. وأظهر هذا الاتجاه كثيرا من النجاح في تعليم الأطفال التوحيدين كما تظهر بعض الدراسات (Smith, et al, 1993).

وفي تعليم الأطفال التوحيدين واندماجهم مع الأطفال الأسوياء، فقد تبلورت عدة اتجاهات لمثل هذا الأمر. أولها: الاتجاه التعليمي المبني على الانفتاح الجزئي للطفل التوحيدي ضمن المدرسة العادية بما فيها إتاحة الفرصة للأطفال التوحيدين للاختلاط بغيرهم من الأطفال الأسوياء مع وجود مناهجهم التعليمية المختلفة الخاصة بهم وأنشطتهم الدراسية التي تتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم. ثانيهما: الدمج الكامل للأطفال التوحيدين أو المعاقين مع غيرهم من الأسوياء سواء في الفصل أو سائر النشاطات الأخرى (McGee, et al, 1993) مع إعطاء الأطفال التوحيدين اهتماما يتناسب وقدراتهم. وتعددت الآراء حول فاعلية أي من هذين الأسلوبين (Simopson and Sasso, 1992) ولكل له حجته ونقاط ضعفه. ولكن يبدو أن المنهج المتبع في الكويت والسعودية هو الاتجاه الأول الذي يعطي الأطفال فرص تلقي مناهج تعليمية خاصة مناسبة لقدراتهم مع توفير فرص مناسبة للاختلاط الإيجابي مع غيرهم من الأطفال الأسوياء. ويمثل هذا الاتجاه تطورا طبيعيا للانفتاح المتدرج على الأطفال الأسوياء مع توافر برامج متخصصة وملائمة لإعاقتهم.

وفي إطار السعي نحو إنشاء برنامج تعليمي مناسب، لا بد لنا من التعرف على أهم الاحتياجات التدريبية والتعليمية لهؤلاء الأطفال من خلال التعرف على خصائص هذه الإعاقة وأبرز صفاتها. والدراسات الغربية في مجال إعاقة التوحد، زاخرة ببيان خصائص التوحد وصفاته والاحتياجات التعليمية المرتبطة بالطفل. وسنسعى في الفقرات التالية إلى بيان أهم تلك الصفات والاحتياجات والتي خلص إليها الباحثون في مجال إعاقة التوحد وهي:

أولاً: التأخر في المهارات الحركية. فعلى العكس من نتائج الأبحاث التي برزت في الخمسينات والستينات (Kanner, 1943; Rimland, 1964) وجد الباحثون

أن الأطفال التوحدين متأخرون عن نظرائهم في المهارات الحركية بمدة لا تقل عن ستة شهور (DeMyer, et al, 1981; Wenar, et al, 1986) وقد تزداد بمرور الوقت. وتظهر الأبحاث أن الأطفال المصابين بالتوحد، في ظروف مناسبة، يستطيعون تعلم المهارات الحركية (Auxter and Pyfer, 1989) ولذلك فهناك حاجة إلى تنمية التحكم في المهارات الحركية والعضلات وهي أول الصفات الجديرة بالاهتمام في أي برنامج تعليمي.

وثانياً: ظهور أنماط من السلوك الغريبة المرتبطة بهذه الإعاقة التي تخرج عائلة الطفل التوحدي كخلع الملابس في الأماكن العامة (Wing, 1986) أو الأكل بطريقة غير ملائمة أو أنماط من السلوك فيه شيء من العنف وكذلك الضرب بدون مبرر (Koegel, et al, 1992). وضمن هذا الإطار، تبرز الحاجة الملحة إلى تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة، إضافة إلى تدريبه على تناول الطعام بطريقة مناسبة.

كما أن الحرج الذي تقع فيه العائلة، يؤكد الحاجة إلى تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيها والمنتشرة لدى هؤلاء الأطفال كالضرب وكثرة القفز والبصق (Moes, 1995).

ثالثاً: ضعف التواصل وما يتبع ذلك من مشاكل في اللغة والتخاطب والتفاهم (Rutter, 1978) وتبرز الإحصائيات أن حوالي ٥٠٪ من هؤلاء الأطفال لا تنمو لديهم لغة مفهومة تساعدهم على التواصل مع الآخرين (Rutter and Schopler, 1987). ولذلك فهناك حاجة إلى تدريبهم على استخدام وسيلة مناسبة سواء كانت لفظية أو غير لفظية بما في ذلك التدريب على كتابة بعض الكلمات البسيطة لتأثيرها على التواصل الاجتماعي (Gillberg and Peeters, 1995).

رابعاً: كثرة الاعتماد على الغير وخاصة في الحاجات الأساسية كقضاء الحاجة بالذهاب إلى المراض وغيرها من الأمور (Carpenter, 1993). ولذلك

فهناك حاجة شديدة وخاصة من قبل الوالدين إلى تدريب الطفل على الاعتماد على نفسه بصورة كبيرة وبالأخص التدريب على قضاء الحاجة بالنسبة للصغار منهم (Wing, 1986).

خامساً: التزام هؤلاء الأطفال بمدى ضيق من التصرفات والنشاطات مع كراهيتهم لأي تغير في جداولهم اليومية. كما يكون نمط لعبهم محددا ومقيدا ومكررا في نفس الوقت (Rutter, 1978). وهذا الالتزام قد يجعل العملية التعليمية شاقة نظراً لأن العملية التعليمية قد تتطلب كثرة التغيرات في البرامج الدراسية.

وبالإضافة إلى هذه الصفات الخمس، فإن الطفل التوحدي يعاني من عجز في المهارات الاجتماعية (Matson, 1991) مما يؤكد الحاجة إلى أهمية توفير نشاطات اجتماعية يشارك فيها الآخرين. كما أن صعوبة هذه الإعاقة أحيانا تجعل من الصعب توفير وسائل لترفه الطفل من خلال استخدام المرافق العامة. ولذلك تكون هناك حاجة إلى توفير نشاطات ترفيهية ممتعة ومناسبة للطفل، مما يساعد على كسر العزلة التي يفرضها على نفسه ويمكنه من الاستفادة من دوام الاحتكاك بالبيئة المحيطة به (Mesibov, 1983). وحيث أن مثل هذه الإعاقة تعتبر من الإعاقات الدائمة، فهناك حاجة إلى تطوير مهارات الطفل المهنية لتخدمه في عمل مناسب في المجتمع ولتوفر له حيزا من الاستقلالية في حياته اليومية. وتظهر الدراسات إمكانية عمل البالغ التوحدي في أعمال ذات قيمة وفائدة للمجتمع (Groski, 1983) إذا تم تدريبه وتأهيله.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن من المستلزمات الأساسية لفاعلية التعليم، البقاء في المقاعد فترة طويلة وهو أمر يقاومه بشدة الأطفال المصابون بالتوحد (Gillberg and Peeters, 1995). ولذلك فهناك حاجة ماسة إلى تعليمهم الجلوس لأطول فترة ممكنة، نظراً لأن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في البقاء جالسين في أماكنهم لمدة لا تتجاوز الدقائق في بداية دخول الطفل البرنامج التعليمي. كما أن من مستلزمات التعليم الفاعل، تدريبهم على الاستجابة المناسبة للمؤثرات السمعية

والبصرية. وهذا الأمر مهم وخاصة أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يستجيبون لكل المؤثرات المرئية أو السمعية التي يستجيب لها الطفل العادي (Schreinman, et al, 1986).

من خلال استعراضنا للأدبيات السابقة الذكر، نستطيع أن نلخص أهم الاحتياجات التدريبية والتعليمية المقترحة للأطفال المصابين بالتوحد على النحو التالي:

- ١ - تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
- ٢ - التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
- ٣ - تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
- ٤ - السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
- ٥ - التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين، لفظية كانت أو غير لفظية.
- ٦ - التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارات أكاديمية).
- ٧ - تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
- ٨ - التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
- ٩ - توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
- ١٠ - تطوير مهارات مهنية تخدّمه مستقبلاً في المجتمع.
- ١١ - تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.
- ١٢ - التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.

وهذه الاحتياجات المذكورة يمكن أن تكون أساساً لبرنامج تعليمي فاعل لهؤلاء الأطفال ضمن منهج تربوي ملائم. وتنبع أهمية المدخل التعليمي من

كون التدخل المبكر للطفل التوحدي، سيساهم في رفع مستوى إدراكه العقلي وكذلك مستوى استخدام الكلام والتواصل مع الغير. وتظهر الدراسات أن الأطفال التوحدين تتحسن أنماط سلوكهم عندما يكونون في برنامج تعليمي مناسب (Cannor, 1990) وخاصة عندما يبدأ في مرحلة مبكرة في حياتهم (Harris, 1991). et al,

ولئن وجدت مراكز متخصصة لتدريس الأطفال التوحدين في كل من الكويت ومدينة جدة في المملكة العربية السعودية، فإنها لا زالت في مراحلها الأولى من النشأة، ولم تعتمد برنامجاً علمياً قائماً على الاحتياجات العلمية والعملية للأطفال. أما في دول الخليج العربية الأخرى، فلا توجد مراكز متخصصة في مجال التوحد وإنما كان معظم الجهد منصبا على إنشاء فصل أو فصول تختص بهذه الإعاقة. وهذا ينطبق على جميع الدول العربية والإسلامية. وإن ندرة البرامج التعليمية المناسبة القائمة على الاحتياجات التعليمية والتدريبية لتؤكد ضرورة عمل دراسة حول ماهية احتياجات هؤلاء الأطفال من وجهة نظر الوالدين نظراً لأنهم أكثر الناس علماً بأحوال طفلهم، كما أنهم مصدر غني في تشخيص مثل هذه الحالات وتقدير حاجاتهم، كما تؤكد الدراسات العلمية في هذا المجال (Wing, 1986, stone and Lemanek, 1990).

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعريف بإعاقة التوحد وصفاتها المتعددة وأبرز الوسائل والبرامج المتاحة في علاجها. كما تسعى الدراسة إلى تتبع ما خلصت إليه البحوث النظرية والدراسات العملية في هذا المجال. كما أنها تحاول بيان احتياجات الأطفال التوحدين وأولوياتها من وجهة نظر الوالدين. كما تسعى الدراسة إلى التعرف على وجهات نظر هؤلاء الوالدين بحسب خلفياتهم الشخصية والتعليمية وهل لذلك تأثير على نظرهم نحو احتياجات هؤلاء الأطفال من خلال تحليل أهمية هذه الاحتياجات على ضوء عوامل محددة اعتبرت

جميعها هي متغيرات الدراسة. ومن ثم تهدف الدراسة إلى بيان أهم الاحتياجات التدريبية والتعليمية لهؤلاء الأطفال وذلك ليكون أساسا لبرنامج تعليمي متخصص في المستقبل.

أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال مجموع من الإضافات المتوقعة التي يمكن أن يستفيد منها العاملون في المجال العلمي والأكاديمي وكذلك الممارسون والمربون في المدارس والبرامج التربوية.

فعلى المستوى العلمي: يهدف الباحث إلى المساهمة في تطوير المعرفة عن موضوع البحث في العالم العربي وخاصة أن الدراسة الحالية تعد أول دراسة عربية - في حدود علم الباحث - تبحث تقدير الوالدين نحو حاجات أطفالهم التوحيدين.

وأما على المستوى العملي: فيتوقع أن تفيد نتائج الدراسة مراكز التوحد المتخصصة وكذلك الجهات المهتمة بتعليم الأطفال التوحيدين، في وضع برنامج تربوي لتعليم هؤلاء الأطفال من خلال فهم حاجاتهم وترتيب الأولويات والمهارات والمعارف المراد إكسابها.

أسئلة الدراسة:

تسعى الدراسة إلى الإجابة على الأسئلة الآتية:

- ١ - ما تقدير الوالدين للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم المصابين بالتوحد وما الوزن والأهمية التي يعطيها الوالدان لهذه الاحتياجات ويمثله مجموع تقدير الأهمية لهذه الاحتياجات؟
- ٢ - هل يختلف هذا التقدير باختلاف صفاتهم الشخصية كالحالة التعليمية للوالدين أو سنهم أو عمر الطفل أو البلد الذي تم تشخيصه به أو السن الذي تم تشخيصه فيها أو مدى تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس فيه حالياً؟

المجلة التربوية ٤٥

من مدينة جدة - المملكة العربية السعودية ودولة الكويت. وقد تم اختيار جدة من بين مدن المملكة العربية السعودية، لتوافر مركز متخصص بالتوحد هناك ولتوفر معلومات حول أسر الأطفال المصابين بالتوحد تمهيدا لتوزيع الاستبيان عليهم.

ولذلك اقتصرت الدراسة الحالية على اختيار عينة الدراسة من هاتين المدينتين وقد بلغ عدد الإجابات غير المكتملة والتي تم استبعادها من البحث، ثلاث إجابات. وبالتالي فقد بلغ عدد الإجابات المكتملة ٩٢ إجابة، منها ٥٤ من دولة الكويت و٣٨ من المملكة العربية السعودية.

ونظرا لغياب الإحصائيات الرسمية حول عدد الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة جدة، لجأنا إلى تقدير هذا العدد. وتدل الدراسات أن معدل هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد هو ٣-٤ إلى كل عشرة آلاف نسمة (Wing, 1993) حسب المعدلات العالمية. وبالتالي قد يكون هناك ١٣٥ طفلا معاقا بالتوحد في مدينة جدة في المملكة العربية السعودية^(١) بينما قد يكون هناك ١٢٣ طفلا مصابا بالتوحد في دولة الكويت^(٢) حسبما ذكرت دراسة وزارة الصحة العامة عام ١٩٩٦. ويوضح جدول (١) أن العينة تمثل ٣,٧٪ من مجتمع البحث تقديرا.

(١) بما أنه لا تتوافر معلومات حول عدد الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة جدة، وذلك حسب مصادر موثوقة، فلا بد حينئذ من التقدير وبما أن عدد سكان مدينة جدة هو مليون شخص والأطفال تحت ١٥ سنة يمثلون ٤٥٪ من عدد السكان، وبما أن نسبة الإصابة بالتوحد هي ٣ في كل عشرة آلاف نسمة (Wing, 1993) فإن عدد الأطفال المصابين بالتوحد هو مليون نسمة $100000 \times 3\% = 3000$ أطفال.

(٢) ذكرت دراسة حديثة لوحدة الطب التطوري في مستشفى الصباح ووزارة الصحة العامة في دولة الكويت، أن عدد الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد والذين راجعوا الوحدة خلال الخمس سنوات الماضية بلغ عددهم ١٢٣ طفلا أو ٣ حالات لكل عشرة آلاف طفل. (تقرير وزارة الصحة العامة - وحدة الطب التطوري ١٩٩٦).

جدول (١)

عينة البحث كنسبة من مجموع المصابين بالتوحد في جدة والكويت

النسبة	عدد الردود	مجموع البحث	
٢٨,١٪	٣٨	١٣٥	الأطفال في جدة
٤٣,٩٪	٥٤	١٢٣	الأطفال في الكويت
٣٥,٧٪	٩٢	٢٥٨	المجموع

وقد اعتبر الباحث - استنادا إلى الدراسات السابقة في هذا المجال، أن نسبة الردود على الاستبيان مناسبة، كما أن نسبة العينة والتي تشكل من مجتمع الدراسة ملائمة وبالتالي يمكن الاعتماد على ردود العينة لأنها - على الأغلب - تمثل مجتمع الدراسة.

خصائص العينة:

يظهر جدول (٢) تحليل عينة البحث بحسب المتغيرات المستقلة الستة، ويبرز جدول (٢) ارتفاع الحالة التعليمية للوالدين، حيث أن أكثر من ٥٦,٥٪ منهم، حصل على الشهادة الجامعية أو أعلى. وهذا يدل على توفر المستوى التعليمي العالي المناسب لتفاعل أكبر بين المدرسة والمنزل في تدريب الطفل وتعليمه، كما أنه يزيد الثقة في صدق نتائج الاستبيان نظرا لارتفاع المستوى الثقافي والتعليمي للعينة، كما أن ارتفاع مستوى تعليم الوالدين عامل مهم في المساعدة على تقديم أقصى مساندة لهؤلاء الأطفال الذين يحتاجون إلى اتصال أو تواصل كبير بينهم وبين مدرستهم ووالديهم.

جدول رقم (٢)
خصائص عينة الدراسة

المتغير	العدد	النسبة
الحالة التعليمية للوالدين	العدد	النسبة
أقل من الثانوي	١٧	٪١٨,٥
ثانوي	٢٣	٪٢٥,٠
جامعي	٤٣	٪٤٦,٧
دراسات عليا	٩	٪٩,٨
سن الوالدين	العدد	النسبة
أقل من ٣٠ سنة	١٠	٪١٠,٩
٣٠-٤٠ سنة	٤٨	٪٥٢,٢
أكثر من ٤٠ سنة	٣٤	٪٣٦,٩
سن الطفل	العدد	النسبة
أقل من ثلاث سنوات	٤	٪٤,٤
٣-٥ سنوات	١٦	٪١٧,٤
٥-٧ سنوات	١٨	٪١٩,٦
٧-١١ سنة	٤١	٪٤٤,٥
أكثر من ١١ سنة	١٣	٪١٤,١
البلد الذي تم تشخيص الطفل به	العدد	النسبة
داخل البلاد	٥٦	٪٦٠,٩
خارج البلاد	١٢	٪١٣,٠
في داخل وخارج البلاد	٢٤	٪٢٦,١
السن الذي تم فيها تشخيص التوحد	العدد	النسبة
أقل من ٥ سنوات	٧٣	٪٧٩,٣
٥-٨ سنوات	١٦	٪١٧,٤
أكثر من ٨ سنوات	٣	٪٣,٣
مدى تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس فيه حالياً	العدد	النسبة
ممتاز	٢٢	٪٢٣,٩
متوسط	١٨	٪١٩,٦
ضعيف	١٦	٪١٧,٤
لم يلتحق بأي برنامج	٣٦	٪٣٩,١

فيما يختص بفئات أعمار الوالدين، يظهر جدول رقم (٢) أن ٨٩,١٪ من الوالدين كانت أعمارهم أكثر من ٣٠ سنة، مما يوفر لهم التجربة الكافية واللازمة للتعامل مع هؤلاء الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم بلغوا سناً من النضج يجعلهم قادرين على الرد على الاستفتاء بدون أي عواطف متحيزة أو عفوية.

وأما فيما يختص بتوزيع أعمار الأطفال، فيعكس جدول رقم (٢) توزيع أعمارهم حيث يظهر أن معظم هؤلاء الأطفال هم من الفئة العمرية أكبر من ٧ سنوات حيث بلغت نسبته ٥٨,٦٪ وهذا يعني أن العديد منهم قد وصل إلى سن التعليم الملائمة وهذا يؤكد الحاجة الماسة إلى وجود برنامج مناسب لهم. كما أن انخفاض نسبة من هم من فئة أقل من ٣ سنوات وكانت نسبته ٤,٤٪ مرده إلى أنه في كثير من الأحيان يتأخر التشخيص لهؤلاء الأطفال حتى سن الثالثة وذلك لأن أعراضه لا تظهر بصورة جلية إلا بعد مرور سنتين من مولد الطفل (Wing, 1986).

وأما فيما يختص بالبلد الذي تم تشخيص الطفل به يظهر جدول رقم (٢) أن معظم الأطفال قد تم تشخيصهم داخل البلد وبلغت نسبتهم ٦٠,٩٪ من مجموع العينة. كما قام بعض الوالدين ونسبتهم ٢٦,١٪ بتشخيص طفلهم داخل وخارج الوطن، وذلك للتأكد من دقة التشخيص المحلي.

أما بخصوص السن التي تم تشخيص الطفل به، فيظهر جدول (٢) أن ٧٩,٣٪ منهم قد تم تشخيصه قبل أن يبلغ عمره ٥ سنوات. وهذا يعود إلى أن أعراض التوحد - كما أسلفنا - تظهر بصورة جلية بعد مرور سنتين أو ثلاث من مولده وذلك عند مقارنة كلام الطفل ولغته وتصرفاته مع غيره من الأطفال الأسوياء. وتظهر الدراسات أن معظم الصفات المرتبطة بالتوحد تظهر عندما يكون الطفل عمره بين سنتين وست سنوات (Gillberg and Goleman, 1992). كما يظهر الجدول رقم (٢) أنه لا زال هناك حاجة إلى جهد كبير لرفع مستوى الأطفال في البرامج التي يدرسون فيها حالياً، حيث لا يزال أداء البرامج الحالية

متواضعا، مما يعزز الحاجة إلى بحث مثل هذه الاحتياجات وهو أحد أهداف دراستنا هذه. بالإضافة إلى ذلك، فإن ٣٩,١٪ لم يحضروا أي برنامج وهي نسبة عالية، تؤكد أهمية وجود برنامج تربوي مناسب ومتخصص لهؤلاء الأطفال.

أداة الدراسة ومعالم ثباتها وصدقها:

لقد تم تصميم الاستبيان لجمع المعلومات الخاصة بالدراسة ومرت عملية إعداده، بعدة مراحل وذلك لتحقيق أعلى درجة ممكنة من الصدق والثبات في مرحلة الإعداد، فقد أخذت بعين الاعتبار كافة العوامل والاعتبارات اللازم أخذها في تصميم الاستبيان والتي ذكرت في الأدبيات ذات الصلة (Isaac and Michael, 1971: 92-93). وقد تمت مراجعة الاستبيان من قبل الباحثة من خلال قائمة مراجعة لكافة العبارات وذلك للتأكد من مدى ملاءمة محتوى مفردات العبارات لتحقيق أهداف البحث واستبعاد غير المناسب منها أو تعديله. وسعياً نحو تحقيق صدق المقياس للاستبيان فقد اكتفت الباحثة بالصدق الظاهري للاستبيان من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين والمتخصصين في علم النفس والمقياس النفسي والتربية وعددهم ستة من جامعة الكويت ووزارة التربية وذلك للتحقق من احتواء الاستبيان على عبارات كافية تؤدي إلى تحقيق أهداف البحث، ومن وضوح عباراته وتناسق العبارات وترتيبها، ومستوى الصياغة اللغوية للعبارات وسهولة فهمها ومعرفة مدى قدرة الاستبيان على قياس ما وضع من أجله. وقد أقرت مجموعة من المحكمين، مناسبة الاستبيان بعد إجراء التعديلات المناسبة التي اقترحوها في صياغة بعض العبارات أو دمجها.

وهم كالآتي:

١ - د. محمد رفقي عيسى - كلية التربية/ جامعة الكويت.

٢ - د. إبراهيم الخلفي - كلية التربية/ جامعة الكويت.

- ٣ - البروفيسور جاري ميسبوف - مدير برنامج TEACCH للأبحاث - قسم علم النفس / جامعة نورث كارولينا - الولايات المتحدة الأمريكية .
- ٤ - الأستاذة/ رنا ناصر - قسم القياس / مركز تقويم وتعليم الطفل / دولة الكويت .
- ٥ - د. رونالد براون - مدير مركز فوزية السلطان التعليمي .
- ٦ - السيدة/ دلال المشعان - الأمين العام لمجلس التربية الخاصة بوزارة التربية .

وقد تم صياغة الاستبيان في شكله النهائي وهو يتألف من :

أولاً: معلومات أولية شخصية تشمل الحالة التعليمية للوالدين وأعمارهما وسن طفلهما التوحيدي والبلد الذي تم تشخيص الطفل به والسن الذي تم فيها تشخيص التوحد ومدى تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس فيه حالياً .

ثانياً: حددت محاور الاستبيان حول تقدير الوالدين لاحتياجات الطفل التوحيدي والعبارات التي تقيسها بحسب الحاجات المذكورة في الجدول رقم (٣) .

جدول رقم (٣)

محاور الاستبيان والعبارات التي تقيسها

م	المحاور	أرقام العبارات
١	التدريب على المهارات الاجتماعية	١٠ ، ٩ ، ٧
٢	التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها	٦ ، ٥
٣	التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها	١٢ ، ١١ ، ١
٤	التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية	٨ ، ٣
٥	التدريب على السلوك المناسب	٤ ، ٢

ونظراً لصعوبة إعادة الاختبار على عينة البحث للتأكد من ثبات أداة البحث وذلك لقلة عدد العينة، ونظراً إلى أن إعادة جمعهم تعتبر أمراً شاقاً (أي عينة الدراسة من الوالدين) نظراً لانشغالهم بطفلهم المعوق، فقد تم اختيار ألفا كرونباخ مقياساً لدرجة الاتساق الداخلي. وقد تم حساب معادلة ألفا كرونباخ (Alpha) والذي بلغت قيمته ألفا (٠,٧٢٦٤) وهي قيمة مناسبة إحصائياً يمكن أن يعول عليها في هذه الدراسة.

وفي الإجابة على الاستبيان الموزع عليهم، فقد طلب من الوالدين المشاركين، أن يصنفوا كل حاجة طبقاً للأهمية التي يرونها على ميزان يتفاوت فيما بين مهم جداً (أربع نقاط) ومهم (ثلاث نقاط) غير متأكد (نقطتان) وغير مهم (نقطة واحدة).

وتم توزيع الاستبيان على عينة من والدي الأطفال التوحدين في كل من جدة في المملكة العربية السعودية ودولة الكويت وذلك بطريق اللقاء المباشر معهم وذلك لقلة عددهم. ونظراً لعدم توافر معلومات كافية عن هؤلاء الوالدين في الوزارات والمؤسسات الحكومية المختصة، فقد تم دعوة جميع الآباء والأمهات الذين لهم أطفال مصابون بالتوحد ويراجعون مركز الكويت للتوحد ومركز جده للتوحد إلى اجتماع لهذا الغرض في المدينتين، وتم توزيع الاستبيان عليهم في ذلك الاجتماع وجمعه منهم في نهايته.

تحليل البيانات :

في إطار هذه الدراسة، قام الباحث بحساب النسبة المئوية لاستجابة الوالدين عن كل بند من البنود الإثني عشر والتكرارات والمتوسط الحسابي لكل

بند. كما تم استخدام (كأ^٢) والدلالات الإحصائية له وذلك لمعرفة الفروق في آراء الوالدين وسن الطفل والبلد الذي تم تشخيص الطفل به والسن الذي تم فيها تشخيص التوحد ومدى تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس به حالياً.

والهدف من هذا التحليل هو معرفة تقدير الوالدين لحاجات أطفالهم المصابين بالتوحد في الكويت والمملكة العربية السعودية من واقع وجهة نظر الوالدين وكذا مقارنة كافة الفئات باختلاف خلفياتهم لمعرفة مدى اتفاقهم واختلافهم حول هذه الحاجات.

النتائج:

يحاول الباحث الإجابة على السؤالين الآتيين:

- ١ - ما تقدير الوالدين للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم المصابين بإعاقة التوحد وما هي الأهمية التي يعطيها الوالدان لهذه الاحتياجات؟
 - ٢ - وهل يختلف هذا التقدير باختلاف صلتهم الشخصية أو ظروف الإعاقة بحسب المتغيرات الستة المذكورة آنفاً؟
- أولاً وللإجابة على السؤال الأول، وبقصد التعرف على تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد لحاجاتهم التدريبية والتعليمية، تم حساب النسبة المئوية للاستجابات عن كل بند ومتوسط درجة كل بند. وتم تلخيص نتائج هذا التحليل في جدول رقم (٤):

جدول رقم (٤) التكرارات والنسب المئوية لاستجابة كل بند والمتوسط الحسابي لكل بند

رقم العبارة	المعيار/ السلوك	موافق بشدة		موافق		غير متأكد		غير موافق		المتوسط الحسابي للبند	الترتيب حسب المتوسط الحسابي
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
٧	تطوير مهارات الاعتماد على النفس	٧١	٪٧٧,٢	٢١	٪٢٢,٨	-	-	-	-	٣,٧٧	٣
٩	توفير نشاطات ترفيهية متممة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين	٦١	٪٦٦,٣	٢٩	٪٣١,٥	-	-	-	-	٣,٦٤	٨
١٠	تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلا في المجتمع	٦٩	٪٧٥	١٨	٪١٩,٦	٥	٪٥,٤	-	-	٣,٧	٦
التدريب على مهارات الإتصال واللغة وتعلمها											
٥	التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية أو غير لفظية	٨٤	٪٩١,٣	٧	٪٧,٦	١	٪١,١	-	-	٣,٩	١
٦	التدريب على كتابة الكلمات البسيطة	٧٢	٪٧٨,٣	١٧	٪١٨,٥	٢	٪٢,٣	١	٪١,١	٣,٧٤	٥
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها											
١	تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية	٤٦	٪٥٠,١	٣١	٪٣٣,٥	٨	٪٨,٧	٧	٪٧,٦	٣,٢٦	١٢
١١	تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة	٧٥	٪٨٠,٥	١٣	٪١٤,١	٤	٪٤,٤	-	-	٣,٧٦	٤
١٢	التدريب على الإستجابة المناسبة للمؤثرات السمعية والبصرية	٦٤	٪٦٩,٦	٢٦	٪٢٨,٣	٢	٪٤,٣	-	-	٣,٦٧	٧
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية											
٣	التدريب على تناول الطعام بطريقة مناسبة	٥٦	٪٦٠,٩	٢٦	٪٢٨,٣	٣	٪٣,٣	٧	٪٧,٦	٣,٤٢	١٠
٨	التدريب على استخدام الحمام	٦١	٪٦٦,٣	١٨	٪١٩,٦	١	٪١,١	١٢	٪١٣	٣,٣٩	١١
التدريب على السلوك المناسب											
٢	التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة	٨٣	٪٩٠,٢	٩	٪٩,٨	-	-	-	-	٣,٩	١ مكور
٤	السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه كالضرب والقذف والحقن	٥٨	٪٦٣	٢٥	٪٢٧,٢	٦	٪٦,٥	٣	٪٣,٣	٣,٥	٩

وتظهر نتائج الاستبيان، كما هو موضح في جدول رقم (٤)، بأن السؤال الثاني حول التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة والسؤال الخامس حول التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة، قد حصلوا على أعلى معدلات المتوسط الحسابي. وهذا يتفق مع الأدبيات العلمية في التوحد، حيث أن هذين الأمرين هما من أوضح أعراض التوحد لدى هؤلاء الأطفال (Koegek, et al, 1992). وأهمية توفر السلوك المناسب واضحة الدلالة بالنسبة لأسرة الطفل من حيث أن الطفل التوحدي عادة يمتاز بسلوك غير مرغوب فيه. أضف إلى ذلك أن هناك نقصاً في الوعي العام حول هذه الإعاقة، مما يؤدي إلى قلة تفهم المجتمع لها ويزيد من حرج الأسرة في المحيط الذي تعيش فيه (Moes, 1995). وهذا الشيء يؤكد أهمية تقويم سلوك الطفل، نظراً لأنه قد يؤدي إلى إحراج أسرته في الأماكن العامة إذا برزت لديه مثل هذه الأنواع من السلوك. ولذا فإن تبريرنا لارتفاع نسبة موافقة الوالدين الذين كان أداء أطفالهم في برنامج التعليمي ممتازاً يتمثل في تقليل البرنامج لأنماط السلوك هذه. وتنبع أهمية التقليل من السلوك غير السوي لدى الأطفال التوحدين، من أن معظم الوالدين يعزلون أنفسهم اجتماعياً نتيجة لغرابة سلوك أبنائهم وخشية من النظرات القاسية لبعض أفراد المجتمع. كما أن التفاوت بين المظهر العادي للطفل التوحدي وبين أنماط سلوكه الغريبة في العلن، قد تعطي الانطباع عند الآخرين بأن هؤلاء الوالدين غير قادرين على تربية أبنائهم وتعليمهم السلوك الحميد (Gray, 1993)، مما يزيد من إحراجهم واستيائهم.

كما أن حصول إجابة السؤال الخامس - وهو التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة - على أعلى المعدلات يدل على أهميته البالغة، وذلك لأن الإصابة بإعاقة التوحد تؤدي عادة إلى ضعف التواصل الاجتماعي مع العالم الخارجي وبخاصة أفراد العائلة. وحيث أن اللغة هي أساس التواصل الاجتماعي وإحدى الوسائل الأساسية لمعرفة احتياجات الطفل (Fay and Schuler, 1980)، فقد كانت لها الأولوية على سائر الاحتياجات بالنسبة لوالدي

الطفل. وتزداد الموافقة على هذه العبارة من الوالدين الذين لديهم أطفال ما بين ٣ إلى ٥ سنوات، وقد يكون السبب في ذلك، أن الوالدين يزداد قلقهم في هذه المرحلة العمرية (٣-٥ سنوات)، من عدم قدرة طفلهم على التواصل اللغوي وخاصة إنها تبرز في هذه المرحلة أكثر من غيرها، وهذا الأمر يزداد وضوحاً عند مقارنة أداء الطفل في التواصل اللغوي مع غيره من الأطفال الأسوياء الذين يزداد تواصلهم من خلال اللغة بصورة كبيرة في هذه المرحلة العمرية.

وأما انخفاض المتوسط الحسابي لبعض الأسئلة كالسؤال الثالث والثامن اللذين يتعلقان بالتدريب على تناول الطعام بطريقة مناسبة والتدريب على استخدام الحمام فيمكن تفسيره بجملة من التبريرات. أولها أن الحاجة إلى هذين الأمرين تختلف باختلاف أعمار الأطفال، فهي تزداد مع الأطفال ذوي الأعمار الصغيرة وتقل كلما كبر الطفل المصاب بالتوحد. ثانيهما أن معظم هذه الأمور لا تمثل خطراً جسيماً على الطفل وبالتالي قلق العائلة منه أقل. كما أن قدرة العائلة على معالجتها - في معظم الأحيان - كبيرة (Wing, 1986). كما أن أكثر التصرفات لا تحدث في الأماكن العامة مما يقلل من حرج العائلة نحوها. وبالنسبة لظروف دولة الكويت والمملكة العربية السعودية، فإن توافر الخدم له دور كبير في مساعدة العائلة في حل هذه المشكلة والتخفيف من آثارها.

أما انخفاض المعدل الحسابي للسؤال الأول، المتعلق بتنمية التحكم في العضلات الكبيرة والصغيرة والمهارات الحركية، فقد يكون مرده إلى ضعف وعي الوالدين بأهمية هذه الحاجة بالنسبة للطفل المعاق وخاصة أنه ليس لها أثر مباشر على أنماط سلوك الطفل. وتؤكد الدراسات أهمية هذا الأمر وخاصة المهارات الحركية من خلال الرياضة البدنية وأنواع الحركة الجسدية وضرورة إعطاء حيز مناسب لها في أي منهج تربوي (Wenar, et al 1986). كما يدل ارتفاع نسبة الموافقة على السؤال السادس والحادي عشر والثاني عشر المتعلقة بمقومات التعليم الفاعل وأساسياته والتدريب على كتابة بعض الكلمات البسيطة والجلوس في

المقعد لفترة طويلة والتدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية، على أهميتها وإنها مكونات أساسية عند إعداد أي برنامج تربوي. وهذا الأمر يتفق مع نتائج العديد من الدراسات العلمية الأخرى في هذا الصدد (Schreibman, et al, 1986; Koegel, 1995). كما يدل ارتفاع نسبة الموافقة على السؤال السابع الخاص بتطوير مهارات الاعتماد على النفس، على أهمية هذا الأمر بالنسبة لوالدي الطفل. ولعل السبب في ذلك، أن الطفل المصاب بالتوحد يظل معتمدا بصورة كاملة على والديه أو من يرعاه منذ ولادته وحتى وفاته (Lotter, 1978). ويدخل ضمن ذلك، ارتفاع الموافقة على السؤال العاشر المتعلق بتطوير المهارات المهنية للطفل لتخدمه مستقبلا في المجتمع، حيث أن ذلك يخفف من العبء الملقى على الوالدين ويقلل من درجة اعتماد الطفل عليهما. ويدل ارتفاع الموافقة على السؤال التاسع الخاص بتوفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين، على أهمية هذا الأمر ضمن برنامج تربوي وذلك لضالة فرص الترويح العامة المتاحة للمعاقين وبالأخص المصابين بالتوحد منهم.

ثانياً: أما بالنسبة للسؤال الثاني وهو المتعلق بمدى اختلاف تقدير الوالدين باختلاف المتغيرات الستة وهي: الحالة التعليمية للوالدين أو سنهم أو عمر الطفل والبلد الذي تم التشخيص به أو السن الذي تم تشخيصه فيها أو مدى تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس فيه حالياً، فقد تم حساب قيمة كا^٢ بحسب المتغيرات المذكورة وكانت نتائجه كالتالي:

فيما يختص بمعرفة هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين وجهات نظر الوالدين بحسب حالتهم التعليمية، فيظهر جدول رقم (٥) استجابات الوالدين موزعة وفق حالتهم التعليمية على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢، ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائياً، فهناك اتفاق بين الوالدين رغم اختلاف حالتهم التعليمية فيما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحدين.

جدول رقم (٥)

استجابات العينة موزعة وفق الحالة التعليمية للوالدين على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢

(١) أقل من الثانوي (٢) ثانوي (٣) جامعي (٤) دراسات عليا

رقم العبارة	موافق بشدة				موافق				غير متأكد				غير موافق				قيمة كا ^٢
	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	
التدريب على المهارات الاجتماعية																	
٧	١٥	١٩	٣١	٦	٢	٤	٢	٣	-	-	-	-	-	-	-	٠,٨٩	
٩	١٠	١٦	٣١	٤	٧	٧	١١	٤	-	-	١	١	-	-	-	٣,٥٧	
١٠	١٢	١٩	٣٢	٧	٤	٤	٩	١	١	-	٢	١	-	-	-	٤,٥٩	
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها																	
٥	١٦	١٩	٤٠	٩	١	٤	٢	-	-	-	١	-	-	-	-	٥,٢٦	
٦	١٣	١٨	٣٣	٦	٤	٤	٨	٢	-	-	١	١	-	١	-	٤,٣٠	
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها																	
١	٩	١٥	١٩	٣	٧	٥	١٦	٣	-	١	٤	٢	١	٢	٤	١١,٣٣	
١١	١٤	١٧	٣٠	٧	٣	٦	١٠	١	-	-	٢	١	-	-	-	٨,٣٣	
١٢	١٠	١٧	٣١	٧	٦	٦	١١	٢	١	-	١	-	-	-	-	٣,٩٧	
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية																	
٣	١٠	١٣	٢٧	٧	٦	٩	٩	٢	-	-	٣	-	-	١	١	٤	٥,٤٦
٨	١٢	١٦	٢٦	٦	٤	٦	٨	١	-	-	١	١	-	١	١	٨	١١,٢٥
التدريب على السلوك المناسب																	
٢	١٥	٢١	٤٠	٨	٢	٢	٣	١	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,١٩
٤	١١	١٢	٢٧	٨	٥	١٠	٩	١	١	-	١	١	-	-	-	٣	١١,٠٦

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

أما فيما يخص بمعرفة إذا كان هناك فروقات ذات دلالات إحصائية، بين وجهات نظر الوالدين بحسب أعمارهم، فيظهر جدول رقم (٦) اتجاهات الوالدين موزعة وفق أعمارهم على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢.

ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائية، فنستطيع أن نستخلص أن هناك اتفاقاً بين الوالدين رغم اختلاف أعمارهم فيما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحيدين.

جدول رقم (٦)

استجابات العينة موزعة وفق سن الوالدين على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢

(١) أقل من ثانوي (٢) ٣٠-٤٠ سنة (٣) أكثر من ٤٠ سنة

رقم العبارة	موافق بشدة			موافق			غير متأكد			غير موافق			قيمة كا ^٢
	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١	
التدريب على المهارات الاجتماعية													
٧	٨	٣٨	٢٥	٢	١٠	٩	-	-	-	-	-	-	٣,٠٨
٩	٧	٣٩	٢٣	٣	٨	١٠	-	١	١	-	-	-	٢,٨٨
١٠	٧	٣٨	٢٥	٢	٨	٧	٢	٢	١	-	-	-	٠,٩٦
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها													
٥	١٠	٤٤	٣٠	-	٤	٣	-	-	١	-	-	-	٥,٩٥
٦	٨	٣٧	٢٧	٢	٩	٥	-	١	١	-	١	١	٤,٦٣
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها													
١	٥	٢٥	٢١	٢	١٥	٨	١	٥	٣	٢	٣	٢	٥,٦٢
١١	٧	٤١	٢٦	١	٥	٧	١	١	١	١	١	-	٦,٥٤
١٢	٧	٣٤	٢٤	٣	١٣	٩	-	١	١	-	-	-	٢,٨٢
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية													
٣	٦	٣٠	٢١	٢	١٣	١٠	١	٢	١	١	١	٢	١,٥٤٠
٨	٦	٣٣	٢٢	٣	٨	٧	-	١	١	١	١	٤	٣,٤٣
التدريب على السلوك المناسب													
٢	٩	٤٤	٣١	١	٤	٣	-	-	-	-	-	-	١,٥٤
٤	٦	٣٤	٢٠	٣	١٢	١٠	١	١	٢	-	١	٢	٢,١٢

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

أما فيما يختص بمعرفة إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين وجهات نظر الوالدين بحسب سن طفلهم، فيظهر جدول رقم (٧) موزعة وفق أعمار أطفالهم على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢، ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائياً ما عدا العبارات رقم ٦ ورقم ١٢ فإننا نستطيع أن نقول أن ليس هناك تباين كبير بين وجهات نظر الوالدين بسبب أعمار أطفالهم فيما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحيدين. أما بالنسبة للعبارتين رقم ٦ و١٢ والمتعلقة بحاجة الطفل إلى التدريب على كتابة الكلمات البسيطة، والاستجابة المناسبة للمؤثرات السمعية والبصرية، فقد كانت موافقة الوالدين ممن

لهم أطفال أعمارهم تتراوح بين ٧-١٠ سنوات عالية وذلك لأنها السن الذي يدخل فيها الأطفال العاديون المرحلة الابتدائية والتي تركز على كتابة الكلمات البسيطة والاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية، مما يجعل الوالدين - وعند المقارنة مع واقع طفلهم التوحيدي - يشعرون بشدة الحاجة إلى مثل هذا الأمر.

جدول رقم (٧)

استجابات العينة موزعة وفق سن الطفل على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢

(١) أقل من ثلاث سنوات (٢) ٣-٥ سنوات

(٣) ٥-٧ سنوات (٤) ٧-١١ سنوات (٥) أكثر من ١١ سنة

رقم العبارة	موافق بشدة					موافق					غير متأكد					غير موافق					قيمة كا ^٢
	١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥	
التدريب على المهارات الاجتماعية																					
٧	٤	١٢	١٥	٢٩	١١	-	٤	٣	١٢	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٩٨
٩	٣	١٢	١٤	٢٤	١١	٣	٣	٤	١٦	٣	-	١	-	١	-	-	١	-	-	-	١٠,٠٨
١٠	٢	١١	١٥	٣٠	١١	١	٤	٢	٩	٢	١	١	١	١	٢	-	-	-	-	-	١١,٤٠
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها																					
٥	٣	١٦	١٧	٣٥	١٣	-	-	١	٥	-	-	-	-	١	-	-	-	-	-	-	١٠,٣٧
٦	٣	١٢	١٦	٣٠	١١	-	٤	١	١٠	٢	-	-	-	١	-	-	١	-	-	-	٣٠,٦٢*
تدريب المهارات التعليمية واكتسابها																					
١	٢	٧	١١	١٨	٨	١	٥	٦	١٧	٢	١	١	١	١	٤	١	-	٣	-	٢	١٦,٣١
١١	٣	١٣	١٤	٣٤	١١	١	٢	٣	٥	٢	-	-	-	١	٢	-	-	١	-	-	٩,١٧
١٢	٢	١٢	١٤	٢٦	١٠	١	٤	٤	١٤	٣	١	-	-	١	-	-	١	-	-	-	٢٤,٧٣*
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية																					
٣	١٣	١١	١٠	٢٣	٩	-	٣	٥	١٥	٣	-	٢	-	١	-	-	١	-	٢	٣	١٦,٦٢
٨	٢	١٢	١٣	٢٧	٧	-	١	٢	١١	٤	-	-	-	١	-	-	-	١	-	٣	١٦,٨٥
التدريب على السلوك المناسب																					
٢	٣	١٥	١٦	٣٦	١٣	١	١	٢	٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥,٨٢
٤	٤	١٠	١٣	٢٢	٩	-	٤	٥	١٤	٢	-	-	-	٢	-	-	٣	-	١	-	٩,٠

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

أما فيما يختص بمعرفة إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين وجهات نظر الوالدين بحسب البلد الذي تم تشخيص الطفل به، فيظهر جدول رقم

(٨) استجابات الوالدين موزعة حسب البلد الذي تم تشخيص الطفل على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢، ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائياً ما عدا العبارة رقم ٦، فإننا نستطيع أن نقول أن هناك اتفاقاً بين الوالدين مع اختلاف البلد الذي تم تشخيص الطفل به فيما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحدين.

جدول رقم (٨)

استجابات العينة موزعة وفق البلد الذي تم فيه التشخيص على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢

(١) داخل البلد (٢) خارج البلد (٣) داخل البلد وخارجها

رقم العبارة	موافق بشدة			موافق			غير متأكد			غير موافق			قيمة كا ^٢
	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١	
التدريب على المهارات الاجتماعية													
٧	٤٢	١١	١٨	١٤	١	٦	-	-	-	-	-	-	١,٦٥
٩	٤١	٧	١٣	١٤	٥	١٠	١	-	١	-	-	-	٣,٧٢
١٠	٤٤	١١	١٤	٩	١	٨	٣	-	٢	-	-	-	٥,٩
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها													
٥	٥١	١١	٢٢	٥	١	١	-	-	١	-	-	-	٣,٣٤
٦	٤٥	١٠	١٧	١١	٣	٥	-	-	٢	-	-	١	*١٣,٣٥
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها													
١	٢٤	١٠	١٢	٢١	١	٩	٥	١	٢	٦	-	١	٧,٨٨
١١	٤٨	٩	١٨	٥	٣	٥	٢	-	١	١	-	-	٤,٢٦
١٢	٣٨	٧	١٩	١٦	٥	٥	٢	-	-	-	-	-	٣,٠٨
التدريب على المهارات المترتبة بممارسة الحياة العادية													
٣	٣٠	٩	١٧	١٧	٣	٦	٣	-	-	٦	-	١	٥,٤٢
٨	٣٤	٨	١٩	١١	٤	٣	١٠	-	٢	-	-	-	٦,٢٥
التدريب على السلوك المناسب													
٢	٥	١٠	٢٢	٥	٢	٢	-	-	-	-	-	-	٠,٧٥
٤	٣٤	٨	١٦	١٥	٤	٦	٤	-	٢	٣	-	٣	٣٠,٢٠

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

أما فيما يختص بمعرفة إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين وجهات نظر الوالدين، بحسب السن الذي تم تشخيصه به - فيظهر جدول رقم (٩) استجابات الوالدين موزعة بحسب السن الذي تم تشخيصه به على جوانب الدراسة وقيم كا^٢، ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائياً ما عدا العبارتين رقم

٦ ورقم ٩ فإننا نستطيع أن نقول أنه ليس هناك تباين واضح بين وجهات نظر الوالدين بحسب أعمار أطفالهم بما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحدين. أما فيما يخص العبارة ٩ فيدل ارتفاع موافقة الوالدين - ممن شخّص طفلهم على أنه مصاب بالتوحد في سن أقل من ٥ سنوات - على الصعوبة التي يواجهها الوالدين في إيجاد أنشطة ترفيهية ممتعة للطفل في هذا السن مع شدة حاجته وذلك نظرا لغرابة أنماط سلوكه ولعدم تفهم المجتمع لهذه الإعاقة. أما العبارة ٦، فتدل الموافقة المرتفعة على أهمية كتابة الكلمات البسيطة في هذا السن وخاصة أن من صفات الأطفال التوحدين هو فقدان اللغة وتظهر بصورة جلية في هذا السن.

جدول رقم (٩) استجابات العينة موزعة وفق السن الذي تم تشخيص التوحد فيه على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢

١١) أقل من ٥ سنوات (٢) ٥-٨ سنوات (٣) أكثر من ٨ سنوات														
رقم العبارة	موافق بشدة			موافق			غير متأكد			غير موافق			قيمة كا ^٢	
	١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣		
التدريب على المهارة الاجتماعية														
٧	٥٥	١٤	٢	١٨	٢	١							١,٣٠	
٩	٤٨	١١	٢	٢٤	٥			١	-	١			١٤,٩٧*	
١٠	٥٦	١٢	١	١٥	٢	١		٢	٢	١			٨,٢	
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها														
٥	٦٧	١٥	٢	٥	١	١		١					٣,١٨	
٦	٥٧	١٣	٢	١٥	٢	-	-		١	١			١٧,٥٧*	
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها														
١	٣٩	٦	١	٢٥	٦	-	٥	٢	١	٤	٢	١	٨,١٢	
١١	٦١	١٢	٢	٩	٣	١	٢	١	-	١	-	-	٢,٢٥	
١٣	٥٣	٨	٣	١٩	٧	-	١	١	-	-	-	-	٥,٢٢	
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية														
٣	٣٤	١١	٢	٢٤	٢		٣			٣	٣	١	١٠,٢١	
٨	٤٩	١٠	٢	١٥	٣		١				٨	٣	١	٢,٥٢
التدريب على السلوك المناسب														
٢	٦٦	١٥	٢	٧	١	١	-	-	-	-	-	-	٢,١٢	
٤	٤٨	٩	١	٢٠	٤	١	٤	١	٤	٢	١	١	١١,٤٥	

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

أما فيما يختص بمعرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين وجهات نظر الوالدين، بحسب تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرس فيه حالياً، فيظهر جدول (١٠) اتجاهات الوالدين موزعة وفق تقدم الطفل في البرنامج الذي يلتحق فيه حالياً على جوانب الدراسة وقيمة كا^٢، ولما كانت جميع قيم كا^٢ غير دالة إحصائياً ما عدا العبارة رقم ٢، فنستطيع أن نستخلص أن هناك اتفاقاً بين الوالدين مع اختلاف تقدم الطفل في البرنامج الذي يدرّب فيه حالياً فيما يخص الحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحديين.

جدول رقم (١٠)

استجابات العينة موزعة وفق تقدم الطفل على جانب الدراسة وقيمة كا^٢

(١) ممتاز (٢) متوسط (٣) ضعيف

رقم العبارة	موافق بشدة			موافق			غير متأكد			غير موافق			لم يحضر أي برنامج	قيمة كا ^٢
	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١		
التدريب على المهارات الاجتماعية واكتسابها														
٧	١٧	١٢	١٢	٥	٦	٤	-	-	-	-	-	-	٣٦	٠,٠٦
٩	١٨	١١	١٠	٤	٦	٦	-	١	-	-	-	-	٣٦	٤,٣
١٠	١٧	١٠	١١	٣	٦	٤	٢	٢	١	-	-	-	٣٦	٢,٦٠
التدريب على مهارات الاتصال واللغة وتعلمها														
٥	٢٢	١٦	١٤	-	٢	١	-	-	١	-	-	-	٣٦	٥,٠٢
٦	١٦	١١	١٢	٦	٥	٤	-	٢	-	-	-	-	٣٦	٤,٥٣
التدريب على المهارات التعليمية واكتسابها														
١	١٣	٦	٨	٦	٨	٥	٢	٣	١	١	١	٢	٣٦	٤,١٥
١١	١٩	١٢	١٤	٢	٥	٢	١	١	-	-	-	-	٣٦	٣,٧٨
١٢	١٩	١٢	٨	٣	٥	٨	-	١	-	-	-	-	٣٦	٨,٢٠
التدريب على المهارات المرتبطة بممارسة الحياة العادية														
٣	١٨	٨	٧	٢	٩	٧	١	-	١	١	١	١	٣٦	١٠,٣٩
٨	١٦	١٠	١٢	٢	٦	٢	٤	٢	-	-	-	-	٣٦	٤,٦١
التدريب على السلوك المناسب														
٢	٢٢	١٣	١٥	-	٥	١	-	-	-	-	-	-	٣٦	٨,٤٥**
٤	١٩	١٠	٨	٣	٦	٥	-	١	-	٢	١	١	٣٦	٨,١٩

(**) دالة عند مستوى ٠,٠٥

(*) دالة عند مستوى ٠,٠١

الخلاصة والتوصيات :

تهدف الدراسة إلى تحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد من المهارات والمعارف المطلوب تعلمها من وجهة نظر والديهم، وكذا تسليط الضوء على اختلاف أو اتفاق تصور كل فئة على حدة حول هذه الحاجات، ومن ثم استخدام نتائجها في إعداد برنامج تربوي وتعليمي لهؤلاء الأطفال. وقد تم تنفيذ هذا البحث ميدانياً وذلك باستخدام أسلوب الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات. وتم مراجعة محتويات الاستبيان للتأكد من صدقها وثباتها.

وتظهر نتائج الاستبيان أن احتياجات الأطفال التدريبية والتعليمية - من وجهة نظر الوالدين - كان ترتيبها كالتالي: التدريب على السلوك المناسب وعلى استخدام وسيلة تواصل مناسبة في الدرجة الأولى، يليها تطوير مهارات الاعتماد على النفس والمهارات المهنية، ثم المهارات المرتبطة بمقومات التعليم وأساسياته. يتلوها توفير نشاطات ترفيهية والمشاركة في نشاطات اجتماعية، ثم المهارات الحركية وتنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة.

كما تدل نتائج الاستبيان على أن جميع الحاجات المذكورة آنفاً تعتبر مهمة بالنسبة للوالدين وإن اختلفت درجة أهميتها، لأن معظمها حصل على معدل أعلى من ثلاث نقاط. وكما هو متوقع كان أهمها بالنسبة للوالدين أمرين حازا على معدلات عالية من المتوسط الحسابي، هما التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة والتدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة للطفل مع الآخرين، لفظية أو غير لفظية. وهذان الأمران مهمان بالنسبة للطفل المصاب بالتوحد لأنه قد يؤدي إلى قلق العائلة وحرجهما وقد يضطرب نمط حياتها وأسلوبها بسببه. كما أنه يؤدي إلى الخوف من تعريض الطفل لمختلف المواقف في البيئة التي تحيط بالعائلة، مما يؤدي إلى زيادة انعزاله في مثل هذا المجال، بالإضافة إلى أنه يقلل من الفرص المتاحة له للتعلم. كما أن العجز في التواصل سواء كان لفظياً أو غير ذلك قد يؤدي إلى مزيد من العزلة للطفل مع تأخر في تطوره التعليمي. ولذلك فإن أي برنامج تربوي يجب أن يركز على هذين

الأميرين تركيزاً كاملاً. أما الحاجات الأخرى مثل التدريب على قضاء الحاجة أو التدريب على تناول الطعام، فتختلف الحاجة إليها باختلاف أعمار الأطفال. ولذلك قلت الحاجة إليها في ردود الاستبيان لأن ٥٨,٦٪ من عينة البحث هم أكثر من ٧ سنوات (جدول رقم ٢). مما يعني أنه في معظم الحالات قد انتفت حاجتهم إلى التدريب على قضاء الحاجة أو التدريب على تناول الطعام. وبالنسبة للأطفال الذين لم يتدربوا على هذين الأمرين، يمكن صياغة برنامج فردي يتناسب واحتياجات الطفل التي تختلف عن غيره وترضي طموحات والديه وتشبع حاجات الطفل الآتية.

ومع أهمية معرفة أولويات الاحتياجات من خلال التعرف على اتجاهات الوالدين، فإنه من المهم في نفس الوقت إيجاد التوازن التعليمي المناسب من خلال عدم إغفال بعض الحاجات كتنمية المهارات الحركية نتيجة لأنها في أدنى سلم أولويات الوالدين، بل الواجب إدراجها مع غيرها من الحاجات مع إعطائها مع تستحقه من الاهتمام ضمن برنامج تربوي متكامل.

ونظراً لأهمية هذه الحاجات التدريبية والتعليمية من وجهة نظر والدي الأطفال المصابين بالتوحد، فيمكن اعتبارها أهدافاً مقترحة لأي برنامج تربوي مقترح لتعليم هؤلاء الأطفال. ويمكن بمزيد من الدراسات والتطبيق العملي إعادة النظر فيها أو إضافة ما هو ملائم لها.

المراجع

- ١ - السعد، سميرة عبداللطيف (١٩٩٢). معانتي والتوحد. الكويت.
- ٢ - وزارة الصحة العامة، (مايو ٢٩٩٦). إحصائية حول الأطفال الذين يراجعون وحدة طب الأطفال التطوري، الكويت.
- 3 - American Psychiatric Association (APA) (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th edition, Washington, D.C., APA.
- 4 - Ashkanani, A. (1995). The current understanding of autism with particular reference to provision for autistic children in Kuwait. M.A. dissertation, University of Hull, England.
- 5 - Auxter, D. and Pyfer, J. (1989). **Principles and methods of adapted physical education and recreation** (6th edition), St. Louis, Mo: Mosby.
- 6 - Bettelheim, B. (1967). **The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self**. New York, Free Press.
- 7 - Carpenter, B. (1993). The whole curriculum: Meeting the needs of the whole child. In K. Bovair, B. Carpenter, and G. Upton. (eds.) **Special curriculum Needs**. In England David Fulton Publisher.
- 8 - Cannor, F. (1990). Combating stimulus overselectivity: physical education for children with autism. **Teaching Exceptional Children**, 23 (1): 30-33.
- 9 - DeMyer, M., Hingtgen, J. and Jackson, R. (1981). Infantile autism reviewed: A Decade of Research. **Schizophrenia Bulletin**, (7): 388-457.
- 10 - Eisenberg, L. and Kanner, L. (1956). Early infantile autism. **American Journal of Orthopsychiatry**, 26: 55-65.

- 11 - Fay, W.H. and Schuler, A. (1980). **Emerging language in autistic children**. London: Edward Arnold.
- 12 - Frith, U. (1989). A new look at language and communication in autism. **British Journal of Disorders of Communication**, 24: 123-50.
- 13 - Gillberg, C.L. (1992). Subgroups conditions. **Journal of Intellectual Disability Research**, 36 (3), 201-14.
- 14 - Gillberg, C. and Coleman, M. (1992). **The biology of the autistic syndromes**. (2nd edition), Oxford, Blackwell Scientific Publications.
- 15 - Gillberg, C. and Peeters, T. (1995). **Autism: Medical and educational aspects**. Sweden.
- 16 - Gillberg, C., Steffenburg, H. and Schaumann, H. (1991). Is autism more common now than ten years ago? **British Journal of Child Psychiatry**, 12: 160-7.
- 17 - Gorski, R. (1983), Blue-collaring in Rockville: People with autism are working. **Disabled, USA**, 15: 12-15.
- 18 - Gray, David D. (1993). Perceptions of stigma: The parents of autistic children. **Sociology of Health and Illness**, 15. (1): 102-20.
- 19 - Happe, F. (1995). **Autism: Introduction to psychological theory**. London, UCL Press.
- 20 - Harris, S.L., Handeman, J.S., Gordon, H., Kristoff, B. and Fuentes, F. (1991). Changes in cognitive and language functioning of pre-school children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 21, (30): 281-90.
- 21 - Issac, S., Michael, W. (1971). **Handbook in research and evaluation**. San Diego, California: Robert Knapp.
- 22 - Kanner, F. (1943). Autistic disturbances of effective contact. **Nervous Child**, 2: 217-250.
- 23 - Kanner, L., Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism 1943-1956. **Autism Journal of Orthopsychiatry**, 26: 55-65.

- 24 - Knivsberg, A., Reicheilt, K.L., Nodland, M. and Hoiem, T. (1995). Autistic syndromes and diet: A follow-up study. **Scandinavian Journal of Educational Research**, 39 (3): 223-36.
- 25 - Kobayashi, R., Murata, T., and Yoshinaga, K. (1992). A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22, (3): 394-411.
- 26 - Koegel, L.K., Schreibman, L., Loos, L.M., Dirlach - Wilhelm, H., Dunlop, G., Robbins, F.R. and Plienis, A. J. (1992). Consistent stress profiles in mothers and children with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22: 206-16.
- 27 - Koegel, L.K. (1995). Communication and language intervention. In R.L. Koegel, and L.K. Koegel (eds.). **Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interaction and improving learning opportunities**. Baltimore, Maryland: Paul Brooks Publishing.
- 28 - Lotter, V. (1978). Follow-up studies. In M. Rutter and F. Schopler (eds.) **Autism: A reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum Press.
- 29 - Lovaas, O.I. (1986). **The Autistic child: Language development through behaviour modification**. Irvington Publisher.
- 30 - Matson, J.L. and others (1991). Comparison and Item Analysis of the MESSY for autistic and normal children. **Research in Developmental Disabilities**, 12, (4): 36-69.
- 31 - McEachin, J., Smith, T. and Lovaas, O. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioural treatment. **American Journal of Mental Retardation**, 57, (4): 359-91.
- 32 - McGee, G., Paradis, T. and Lovaas, O. (1993). Free effects of integration on levels of autistic behaviour. **Topics in Early Childhood Special Education**, 13 (1): 57-67.

- 33 - Mesibov, G. (1983). Current prespectives and issues in autism and adolescence. In E. Schopler and G. Mesibov (eds.) **Autism in Adolescence and Adults**. New York: Plenum Press.
- 34 - Moes, P. (1995). Parent education and parenting stress. In R.L. Koegel, and L.K. Koegel (eds.) **Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interaction and impairing learning opportunities**. Baltimore, Maryland: Paul Brooks Publishing.
- 35 - Oke, Nancy J. (1993). A group training program for siblings of children with Autism: Acquistition of language training procedures and related behaviour change. Ph.D. Dissertat-ion, University of California, San Diego.
- 36 - Philips, W., Baron - Cohen, S. and Rutter, M. (1992). The role of eye contact in goal detection: Evidence from normal infants and children with autism or mental handicap. **Development and Psychopathology**, 4: 75-83.
- 37 - Reicheilt, K., Knivsberg, A., Nodland, M., Holen, T. (1994). Autistic syndromes and diet: a follow - up study. **Scandinavian Journal of Educational Research**, 39, (3): 223.
- 38 - Rimland, B. (1964). **Infantile autism: The syndrome and its implication for a neural theory of behaviours**. New York: Appleton Centre - Crofts.
- 39 - Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenic**, 8: 139-61.
- 40 - Rutter, M. and Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Conceptual and diagnostic issues. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 17: 59-86.
- 41 - Schreibman, L., Kohlenberg, B., and Britlen, K.R. (1986). Differential responding to content and intonation components of a complex auditory stimulus by non-verbal and

- echolalic autistic children. **Analysis and Intervention in Developmental Disability**, 6: 109-25.
- 42 - Simpson, R. and Sasso, G. (1992). Full inclusion of students with autism in general education setting: Values versus science. **Focus on Autistic Behaviour**, 7, (3): 1-13.
- 43 - Smith, S., Slattery, W. and Knopp, T. (1993). Beyond the mandate: Development individualized education programs that work for students with autism. **Focus on Autistic Behaviour**, 8 (3): 1-14.
- 44 - Stone, W.L. and Lemanek, K.L. (Dec 1990). Parental report of social behaviors in autistic preschoolers. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 20, (4): 513-22.
- 45 - Trevarthen, C., Aitken, K., Paooudi, D. and Roberts, J. (1996). **Children with Autism: Diagnosis and interventions to meet their needs**. London: Jessica Kingsley Publication.
- 46 - United Nations Development Programme (UNDP) (1993). **Human development report**. Oxford, Oxford University Press.
- 47 - Waner, C., Ruttenbery, B.A., Kalish-Weiss, B. and Wolf, E.G. (1989). The development of normal and autistic Children: A comparative study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 16: 317-333.
- 48 - Wing, L. (1986). **Autistic Children**. England, Constable Co. Ltd.
- 49 - Wing. L. (1993). The definition and prevalence of autism: A review. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 2, (2): 61-74.

THE IDENTIFICATION OF TRAINING AND EDUCATIONAL NEEDS FOR AUTISTIC CHILDREN FROM PARENTS' PERSPECTIVE IN KUWAIT AND SAUDI ARABIA

Samirah Al - Saad

Director, Kuwait Centre for Autism

ABSTRACT

This is a study about identifying-from the parents' perspective - the educational and training needs for autistic children in Saudi Arabia and Kuwait. The importance of the study has originated due to lack of educational and training programme for children with autism in both countries, as well as other Arab and Muslim countries. The identification of such needs will be the base for many educational programmes. Parents are a rich source of information to identify such needs. To identify such needs, a questionnaire was distributed to the parents of 92 autistic children in Kuwait and Saudi Arabia. Later, the means, other statistic measures were used and tested for the independent variables. The results of the questionnaire indicate that the highest rated needs from parents perspective are the ones relating to display of appropriate behaviour as well as the training to use a suitable communication method, verbal or non-verbal, that suits the child. Such findings concur with other researches. Nevertheless, parents have rated the other hypothesized needs as important. The 12 educational and training needs that have been identified by the study could be the basis the curriculum for any programme for autistic children. Such curriculum could be enhanced and enriched by further studies as well as evaluation of its implementation.