

أثر الدمج في رياض الأطفال في تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

The effect of integration in kindergarten in improving verbal and non-verbal communication among children with autism spectrum disorder

د. رفيقة حفظ الله

جامعة علي لونيسى البليلة 2

r.hafdallah@univ-blida2.dz

ط.د. مريم بن فطيمة*

جامعة علي لونيسى البليلة 2

em.brnfetima@univ-blida2.dz

تاريخ الإرسال: 2023/03/30 تاريخ القبول: 2023/05/06 تاريخ النشر: 2023/05/12

Abstract:

المخلص:

This study aimed to identify the effect of integration in kindergartens on improving verbal and non-verbal communication among children with autism spectrum disorder by presenting the development of a group of seven children (3-4 years) old who were diagnosed with autism spectrum disorder and then integrating them for a full year in kindergartens.

The study, based on the Cars scale for estimating childhood autism, the verbal and non-verbal communication test, and the Brunet-Lèzine test, found that there are statistically significant differences between integration in kindergarten and both verbal and non-verbal communication, the degree of estimation of childhood autism, and the coefficient of the growth.

Keywords: integration, kindergarten, verbal and non-verbal communication, autism spectrum.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الدمج في رياض الأطفال على تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بتقديم تطوّر لمجموعة من سبعة أطفال (3-4 سنوات) تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد ثم دمجهم لمدة عام كامل في رياض الأطفال.

توصلت الدراسة بالاعتماد على مقياس كارز لتقدير التوحد الطفولي، واختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي، واختبار بروني ليزين إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الدمج في رياض الأطفال وكل من التواصل اللفظي وغير اللفظي ودرجة تقدير التوحد الطفولي ومعامل النمو.

الكلمات المفتاحية: الدمج، رياض الأطفال، التواصل اللفظي وغير اللفظي، طيف التوحد.

*المؤلف المرسل

1- مقدمة

تعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في سن مبكرة، ويعاني الطفل التوحدي من نقص في القدرات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والمهارات الاجتماعية مقارنة بالأطفال من نفس السن، وأحيانا ظهور حركة زائدة وبعض أنماط السلوك الشاذة غير المتوافقة مع الوسط الاجتماعي المحيط به مما يؤثر بالتالي في قدرته على التواصل والتعلم واكتساب المهارات الاجتماعية المناسبة بشكل عام. ومن بين أحد أهم التوجيهات المقترحة لتحسين القدرات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية، وتخفيف حدة السلوكيات المصاحبة هي الدمج في رياض الأطفال.

إذ تسعى المؤسسات والمصالح الخاصة بتشخيص وعلاج الأطفال المصابين بطيف التوحد في الجزائر جاهدة لتوعية الأولياء أولا والمجتمع ثانيا بمفهوم التوحد وطريقة التعامل معه، وكذلك تعميم ونشر ثقافة دمج الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في رياض الأطفال. وتدخل هذه الدراسة ضمن الجهود المبذولة للتوعية بأهمية دمج هذه الفئة، حيث نستعرض مفهوم الدمج والدمج في رياض الأطفال، إلى جانب أنواعه وأهدافه وفوائده.

ويعرف الدمج في هذه الدراسة بأنه وضع الطفل المشخص باضطراب طيف التوحد من عمر ثلاثة إلى أربعة سنوات في رياض الأطفال العادية نصف يوم أو يوم كامل لمدة عام، ويحقق هذا التعريف بتوفر قاعدتين أساسيتين وهما أولا وجود الطفل في رياض الأطفال وثانيا ضرورة الاختلاط الاجتماعي للطفل مع زملائه العاديين في رياض الأطفال.

ويعتبر مفهوم الدمج ضمنيا مفهوم اجتماعي وأخلاقي نشأ من حركة حقوق الإنسان ضد التصنيف والعزل لأي فرد بسبب اختلافه، مرضه، أو إعاقته، وكذلك من التغيرات المجتمعية الراضة للوصمة الاجتماعية للأطفال المصابين بطيف التوحد. كما ظهر الاتجاه نحو دمج الأطفال ذوي طيف التوحد نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج العزل.

2- الإشكالية

أصبح من الواضح بعد عدة سنوات من العمل في مجال التوحد أن هناك عدة أنواع منه، وهي السبب في تسمية اضطراب التوحد بأنه اضطراب طيفي، أو مصطلح اضطرابات طيف التوحد (Autistic Spectrum) إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته و مظهر الأشخاص المصابين به، و تذل هذه التسمية أيضا على أن الاختلافات الكائنة في التوحد تشبه الاختلافات الكائنة في ألوان الطيف من حيث الألوان المختلفة في نوعها ذات ظلال مختلفة الشدة.

و عرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة 2000 (American Psychiatric Association) (APA) بأنه فقدان القدرة على التحسن والنمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي، وهو عادة يظهر قبل الثلاث سنوات، والذي يؤثر بدوره في الأداء التعليمي، ويظهر في بعض الحالات تكرار آلي في مقاطع معينة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأية خبرة جديدة (DSM4,2000).

كما عرفته منظمة الصحة العالمية (1982) (World Health Organization) (WHO) بأنه اضطراب نمائي يظهر قبل سن الثالثة على شكل عجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي واستخدام اللغة (وفي اللعب). (نقلا عن: HAS,2010)

وطُرح مفهوم التواصل من قبل (Owens) سنة (2001) على أنه عملية يتم من خلالها تبادل المعلومات والأفكار والحاجات والرغبات بين المشاركين، في حين عُرف من قبل (Ratner & Harris) سنة (1994) على أنه غاية اللغة ووظيفتها (نقلا عن: العميرة، 2013، ص103). حيث يستخدم الإنسان التواصل لأغراض شتى منها التعبير عن الحاجات الأساسية، ونقل المعلومات والتفاعل مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه (العميرة، 2013، ص103). ويتم التواصل بين الناس بواسطة اللغة والكلام، وتتسبب الاضطرابات التي تصيب هذه الوظائف في صعوبة استخدام اللغة أو عيوب الكلام والنطق.

وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل المصاب بطيف التوحد من الاضطرابات الأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي وتضم كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، ومن البديهي أن يؤثر الخلل في التواصل على المكتسبات اللغوية في نوع التوحد ودرجته وجنس المصاب باعتبار أن الذكور أكثر إصابة بطيف التوحد من الإناث بمعدل أربعة لواحد. ولتجاوز صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال طيف التوحد، يُقترح التدخل المبكر للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي، ويعد الهدف النهائي للطرق العلاجية من حيث الكم والكيف المقدمة لهذه الفئة هو مساعدة الطفل التوحدي على الاندماج في المجتمع الذي ينتمي إليه من خلال وضع إستراتيجيات شاملة تستهدفه بغرض إعداده إعداداً مرناً يمتلك من خلاله المهارات اللازمة لعملية التوافق والتكيف الاجتماعي وبالتالي تطوير التواصل اللغوي بشقيه، ما يسمح له بالقدرة على التعايش مع اضطرابه وأقرانه من العاديين.

وبناءً على ما سبق برز أسلوب الدمج في رياض الأطفال في الآونة الأخيرة كوسيلة تربوية تهتم بتحسين التواصل لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد في مرحلة رياض الأطفال. وهذا ما أثبتته دراسة الشرفي سنة (2015) حول فاعلية دمج الأطفال التوحديين برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي. حيث تكونت العينة من خمسة أطفال توحديين بدرجة بسيطة في مرحلة رياض الأطفال، و استخدمت الباحثة مقياس (PEP3) للقياس القبلي والبعدى، ودراسة الحالة لأفراد العينة. وتطبيق برنامج إرشادي للسلوك التكيفي من تطوير الباحثة مدة ستة أسابيع أي 18 جلسة، مدة الجلسة الواحدة 35-45 دقيقة.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإدراك اللفظي وغير اللفظي بين متوسطي درجات أطفال التوحد في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى. ووجود فروق دالة إحصائية في مستوى اللغة التعبيرية ومستوى اللغة الاستقبالية، ومستوى المهارات الحركية الدقيقة، ومستوى المهارات الحركية الكبيرة، والتقليد الحركي - البصري، ومستوى التعبير العاطفي ومستوى التجاوب الاجتماعي ومستوى الخصائص السلوكية الحركية، ومستوى الخصائص السلوكية اللفظية بين متوسطات درجات أطفال التوحد في القياسات القبلي والبعدى لصالح القياسات البعدية. كما أشارت استنتاجات الدراسة أن تواجد أطفال التوحد في بيئة الروضة، ساهم في اكتسابهم مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي التي ساعدت على بناء أواصر الصداقة مع أقرانهم في جميع الأوقات و المواقف في الروضة، مما أدى إلى تنمية السلوك التكيفي لطفل التوحدي في المرحلة المبكرة (الشرفي، 2015).

وتبين على ضوء ملاحظتنا للتطور التواصلى واللغوي للأطفال المصابين بطيف التوحد في المصالح الخاصة بهم من خلال تجربتنا الميدانية كأخصائي نفسي عيادي في مصلحة الطب النفسي للطفل و المراهق، ومن خلال عملنا لاحظنا أن الطفل التوحدي المدمج في رياض الأطفال يكتسب بعض المهارات ويطور علاقات أو يحاول مع المحيطين به ما يستثير العكس. ويكتسب مهارة الانتماء وتنمية علاقات اجتماعية مع أقرانه من الأطفال العاديين كما يشارك في النشاطات

على عكس الطفل غير المدمج الذي تظهر عليه سلوكيات عدوانية ورفض حضور الآخر في اتصاله بأقرانه من العاديين.

وانطلاقاً من هذه المعطيات النظرية و خبرتنا على مر سنوات العمل مع هذه الفئة ومن خلال الملاحظات الميدانية تم طرح التساؤلات التالية:

ما هو أثر الدمج في رياض الأطفال في تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد من فئة التوحد الشديد القابلين للدمج؟.

1-هل توجد فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة طيف التوحد؟.

2-هل توجد فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة معامل النمو؟.

الفرضية العامة:

لدمج في رياض الأطفال أثر إيجابي في تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد في فئة التوحد الشديد القابلين للدمج.

الفرضيات الجزئية:

1-توجد فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة طيف التوحد.

2-توجد فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة معامل النمو.

منهج الدراسة: المنهج المعتمد في هذا البحث هو المنهج الوصفي المقارن فلا يعني هذا مجرد الوصف فحسب بل كذلك التحليل والتفسير عن طريق تفريغ البيانات بعد جمعها في جداول واضحة وبذلك يتم وصف الظاهرة وصفا حقيقيا كما هي في الواقع.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مجموعة من أدوات القياس هي مقياس كارز (CARS) لتقدير التوحد الطفولي في نسخته العربية لجلال بهاء الدين، واختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي المستوحى من النسخة العربية لأمين نصر سني والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نجار خليفة سنة (2018)، واختبار بروني ليزين (Brunet Lézine) لقياس معامل النمو.

1-مقياس تقدير التوحد الطفولي كارز (CARS): وهو أداة لتشخيص التوحد يمكن الاعتماد عليه في المقابلات النصف موجهة، ويتم تطبيقه على الأطفال الأكبر من 24 شهرا بجمع المعلومات من المقابلة مع العائلة وكذا ملاحظة سلوك الطفل ويتكون من 15 بنداً يمكن تنقيطه من 0 إلى 4. (Roge, 2003,p 98)

وقام كل من الهواري وبلميهورب (2020) بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس في نسخته العربية لجلال بهاء الدين على البيئة الجزائرية وذلك بحساب صدق وثبات المقياس على عينة قدرة بـ 34 طفل (ذكور وإناث) .

أولا صدق المحكمين حيث قام الباحثان بعد الاطلاع على آراء المحكمين بإعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود وتصحيحها، مثل الخوف والعصبية في البند العاشر تم تعديلها إلى الخوف والقلق، وعليه تبين أن التعليم واضحة وعبارات المقياس لا تحتاج لإعادة الصياغة مرة أخرى. ثم حساب الصدق العملي بحساب مصفوفة الارتباطات وكذلك اختبار كفاية العينة (KMO) لدلالة على أن العينة مناسبة لإجراء التحليل العملي وتوصل إلى أن هناك تباين بين معاملات الارتباط، وقيمة كفاية العينة تساوي (0.86) وهي مقبولة. وبينت نتائج التحليل العملي التوكيدي أن تأثير الفقرات

أو ارتباطها أو مشاركتها في متغير الدراسة (التوحد) بدرجة قوية ومقبولة ومعظمهم تساهم في المفهوم بنسبة أكثر من 70%.

كما قام الباحثان بحساب الثبات بطريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار حيث جاء معامل الثبات مساو لـ 0.79 وهي قيمة مقبولة. وعليه فالمقياس يتمتع بقدر كبير من الصدق في تمثيل البيانات، وكذلك بمستوى مرتفع من الثبات، ويمكن الاستفادة منه ليصبح ذا قيمة في تشخيص التوحد وتحديد نوعه. (الهواري وبلميهوب، 2020)

2-اختبار التواصل اللفظي و غير اللفظي المعدل: هو اختبار يهدف إلى قياس قدرات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال التوحد الذين يتراوح عمرهم من 3 إلى 12 سنة، انطلاقاً من أنشطة هادفة تعتمد على مهارات التقليد، والفهم، والتعبير، والتسمية، وعلى العمليات المعرفية المرتبطة بها كالانتباه، والإدراك، تم تقسيمها إلى 37 نشاط لقياس التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي عند الطفل المتوحد.

وهو مستوحى من النسخة العربية المكيفة على البيئة المصرية سنة (2002) من قبل الباحثة أمين نصر سهي، وهذا الأخير مستوحى من مجموعة من الاختبارات أهمها اختبار مطالب الاتصال واستراتيجيات اللغة (PLS) سنة (1982)، واختبار مهارات الاتصال (ECOS) سنة (1993)، ومقياس اللغة التطورية (BPVS) سنة (1988).

وتم تعديل الاختبار بإدخال بعض التعديلات عليه من قبل الباحثة نجار خليفة سنة (2018) أهمها ضبط الألفاظ حسب ما يتماشى ولغتنا الجزائرية، وإعطاء عنوان البعد الذي يقيسه كل نشاط وعنوان لكل نشاط للتوضيح أكثر مع إضافة التعليمات لكل بند و ضبط عبارات الاستجابات المحتملة بدقة أكثر.

كل نشاط يحتوي على أربعة احتمالات من الأجوبة و كل جواب ينقط بعلامة من 0 إلى 3. وتجمع علامات كل نشاط للحصول في النهاية على العلامة الإجمالية للاختبار والتي تقدر بـ: 222 نقطة تشمل كل من جزئي التواصل اللفظي وغير اللفظي معاً.

صدق و ثبات الاختبار: تم قياس الصدق وفقاً لطريقتين هما:

أولاً: الصدق الداخلي تم حساب الصدق عن طريق حساب ارتباط الدرجة الكلية لكل محور من محاور المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس، وأشارت النتائج إلى أن قيم جميع معاملات الارتباط لأبعاد مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، بالنسبة للمحاور الأول والثاني والثالث والخامس والسادس حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمقياس وهذه الأبعاد الفرعية على التوالي (0.79/0.82/0.82/0.87/0.89)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين المحور الرابع (الفهم) والدرجة الكلية للمقياس (0.66) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ثانياً صدق المحكمين: تم توزيع الاختبار على خمسة من الأساتذة بدرجات علمية مختلفة، دكتوراه وماجستير بخبرة يقعون ضمن مجالات التخصص التالية: علم النفس العيادي، أرطوفونيا، ومن خلال درجة النسب المئوية التامة نستنتج أن الاختبار صادق.

الثبات: تم التأكد من ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل الذي بلغ 0,80 وهو معامل ثبات مرتفع، وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات الأداة، وهذا يعني أن الأداة تتمتع بمعامل ثبات قوي (نجار، 2018).

3-اختبار بروني ليزين: تم تصميمه من طرف أدلت بروني (Odelte Brunet) وإيرين ليزين Irène (Lézine) ظهرت نسخته الأولى سنة (1951) وفي حين تم تعديله فيما بعد سنة (1965) و(1997) وأخيراً سنة (2001). وهو اختبار النمو النفسي الحركي للطفولة المبكرة

(من شهر إلى 24 شهرا)، ويمكن تطبيقه بداية من الأشهر الأولى إلى غاية خمسة سنوات، حيث يسمح بفحص مستوى نمو الرضيع وإيجاد الاختلالات مقارنة بالرضع من نفس العمر، ويقيس معامل النمو (QD) ويحتوي على أربعة محاور فرعية هي: معامل التحكم الحركي الموضعي للطفل (ADP)(Moteur/Postural)، ومعامل التأزر البصري- الحركي (ADC) (Coordination/oculo-motrice)، معامل النمو اللغوي (ADL)(Langage)، معامل النمو الاجتماعي (ADS) (Socialisation).

ويحتوي المقياس على عشرة اختبارات لكل عمر، ستة منها تدرس السلوك في مواقف تجريبية مع أو بدون سند، وأربعة منها هي أسئلة مطروحة على الأولياء أو المحيطين بالطفل.

كيفية التطبيق: يجب أن يكون الطفل في كامل قواه الجسدية وأن لا يكون جائعا أو نعسان ويمكن للام الجلوس وحمل الطفل بشكل مريح، كما يتمدد الطفل لأجل الاختبارات الحركية والوضعية.

مدة تطبيق الاختبار: تكون مدة التطبيق حسب اهتمام الطفل وقدرته على المواصل، وبصفة عامة يتم تطبيق الاختبار على الأطفال الأصغر من 15 شهرا لمدة تتراوح بين 25 و35 دقيقة. أما الأطفال الأكبر من 15 شهرا فيمكن أن يستمر التطبيق 60 دقيقة. (Françoise, Rudigoz, 2011)

كيفية تنقيط الاختبار:

-من شهر إلى عشرة أشهر تعطي نقطة واحدة لكل بند نجح فيه الطفل وتعادل هذه النقطة ثلاثة أيام.

-في الإثنتا عشر شهرا: تحتسب نقطتين لكل بند نجح فيه و تعادل النقطتين ستة أيام.

-من خمسة عشر شهرا إلى أربعة وعشرون شهرا: تنقط ستة نقاط لكل بند نجح فيه الطفل وتعادل

الستة نقاط تسعة أيام.

ويجمع كل النقاط وتقسمها على عشرة يُحصل على معامل النمو.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية نظام دمج الأطفال المصابين بطيف التوحد فئة توحد شديد القابلين للدمج مع أقرانهم من الأطفال العاديين في رياض الأطفال على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ودواف اختيار الموضوع:

تصنف فئة الأطفال المصابين بطيف التوحد عامة ضمن فئات المجتمع التي تستلزم رعاية متكاملة من كل الجوانب (النفسية والاجتماعية والصحية والمادية)، لهذا ووعيا منا بهذه الفئة قمنا

باختيار موضوع الدراسة والذي جاء كحتمية للعديد من العوامل المعاشة في حياتنا المهنية والتي أنشأت بداخلنا حب الإطلاع وأثارت الفضول لدينا، ونحدد لاختيارنا هذا الموضوع دوافع ذاتية تم

موضوعية علمية أهمها.

الدوافع الذاتية: إن عملنا مع هذه الفئة لمدة 12 سنة كمختص نفسي عيادي أتاح لنا الفرصة لملاحظة الأطفال المصابين بطيف التوحد والتعرف على كيفية التعامل معهم كوننا في عملية

احتكاك يومي معهم ومعرفة أهم الصعوبات والمشاكل التي تواجههم من خلال صعوبة اندماجهم في المجتمع. فارتقينا باهتمامنا إلى دوافع موضوعية نلخصها فيما يلي:

الدوافع الموضوعية: نريد من خلال هذه الدراسة لفت الانتباه إلى هذه الفئة وإثراء البحث العلمي حول مشاكلها التي تتفاقم يوما بعد يوم ولاسيما أن هذه الفئة أصبحت تعرف انتشارا واسعا في

مراحل عمرية مختلفة.

بالإضافة إلى إلقاء نظرة تقييمية على رياض الأطفال والكشف عن واقع الدمج في رياض الأطفال ومدى مواكبه لخصائص الطفل التوحدي ومتطلباته.

2- تحديد المصطلحات

سنتطرق لمفهوم الدمج وتعريف كل من رياض الأطفال والدمج فيها، أنواع الدمج المناسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد وفوائده، بالإضافة إلى تعريف كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي واضطراب طيف التوحد.

2-1-2- التعريف الإجرائي: يستخدم مفهوم دمج في الدلالة على التناسق بين الأجزاء لتكون كلا واحدا متكاملًا، وإن استخداًه في النظم التربوية يعبر عن دمج النظم المنفردة في نظام أكثر تكاملاً للأفراد الذين سبق تقديم نظم أو خدمات منفصلة لهم سواء كان ذلك بسبب الجنس، الأصل العرقي، اللون، أو أي عوامل أخرى (صادق، 1998، ص 17).

ويعرف الدمج في هذه الدراسة بأنه وضع الطفل المشخص باضطراب طيف التوحد من عمر ثلاث إلى أربعة سنوات في رياض الأطفال نصف يوم أو ليوم كامل لمدة عام، ويحقق هذا التعريف بتوفر قاعدتين أساسيتين وهما أولاً وجود الطفل في رياض الأطفال وثانياً ضرورة الاختلاط الاجتماعي للطفل مع زملائه العاديين في رياض الأطفال مما يعمل على توفير فرص أفضل للتفاعل الاجتماعي والتعليمي.

2-2- تعريف رياض الأطفال: تعرف رياض الأطفال عامة بأنها مؤسسة تربوية ذات مواصفات خاصة، موجهة لفئة الأطفال ما قبل المدرسة، هدفها السماح للنمو المتكامل للطفل بأبعاده الجسمانية والعقلية والاجتماعية والنفسية بالوصول إلى أقصى مدى تسمح به قدرات الطفل، وذلك من خلال برامجها وأنشطتها الهادفة والملائمة لسنة.

ويتم اختيار موقع رياض الأطفال على أساس عدة معايير في الكثير من الدول، إذ يوصى بالمعيار الأمريكي بأن يكون موقع المبنى المدرسي قريباً من سكن الأطفال، وبعيداً عن الأسواق العامة، والمصانع على مختلف أنواعها، ومتصلاً بالطريق العام، لتيسير وصول سيارات الإسعاف والإطفاء إليها، ويفضل أن تحيط بها المروج الخضراء، لتبعث في نفوس الأطفال البهجة والسرور. في حين يوصي المعيار الفرنسي للأبنية المدرسية أن تكون مواقع الأبنية المدرسية واسعة، وخالية من جميع العوائق، وبعيدة عن تقاطع الطرق، والثكنات العسكرية، والمقابر، ويسهل الوصول إليها. وجاء في المعيار الألماني للأبنية المدرسية أن موقع المدرسة ينبغي أن يكون بعيداً عن الشوارع المزدحمة، وتصله سيارات الإطفاء والكهرباء والإسعاف (الناشف، 2009، ص 88).

3-2- تعريف الدمج في رياض الأطفال: ويقصد به وضع الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد مع الأطفال العاديين من نفس الفئة العمرية داخل نظام رياض الأطفال العادي من أجل تقديم الخدمات التربوية ورعايته وتعليمه وقت الدمج.

وظهر برنامج الدمج لأول مرة في أمريكا بصدور القانون الأمريكي رقم: 142 / 94 لعام 1975. ويعرف بأنه تعلم المعوقين في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين وإعدادهم للعمل في المجتمع مع باقي أفرادها، وقد عبر البعض عن هذا المصطلح بمصطلح التكامل.

ودعت الشريعة الإسلامية إلى هذا النظام بقرون عدة، ولا أدل على ذلك ما ورد في كتاب الجهاد لأبوداود (2594) والترمذي (1702) عن أبي الدرداء عويمر قال: سمعت رسول الله صل الله عليه وسلم يقول: "ابغوني الضعفاء، فإنما تتصرون وترزقون بضعفائكم". مما يدل على أن مبادئ الإسلام الخلقية تجعل المجتمع برمته هو الذي في أشد الحاجة للفئة الضعيفة فيه ليشعروا بمكانتهم (نقلا عن: مراح، 2006، ص 182).

2-3-1- أنواع الدمج المناسبة لأطفال المصابين بطيف التوحد:

يتفق الباحثين ومن بينهم القريطي سنة 2001 والروسان سنة 2003 على وجود ثلاث أنواع من الدمج .

1-1-3-2- الدمج الكلي: وهو دمج الأطفال المصابين بطيف التوحد في رياض الأطفال بشكل كامل في نفس أقسام الأطفال العاديين بحيث لا يحصلون على مربون متخصصون (وهو موضوع دراستنا الحالية).

2-1-3-2- الدمج العكسي: في هذا النظام يتم دمج الأطفال العاديين في قسم الأطفال المصابين بطيف التوحد (ويمكن أن يحدث هذا النوع في المصالح والمراكز الخاصة بعلاج الأطفال المصابين بطيف التوحد).

3-1-3-2- الدمج الاجتماعي: في هذا النظام يتم دمج الأطفال في رياض الأطفال العادية ولكن داخل أقسام خاصة إلى جانب الأقسام العادية، حيث يتوفر لهم مربون متخصصون كما يكون لهم برامج اجتماعية من أجل التواصل مع الأطفال العاديين.

2-3-2- أهداف الدمج في رياض الأطفال:

تختلف أهداف الدمج في رياض الأطفال باختلاف أساليب الحياة السائدة في المجتمع ومع ذلك تشترك مؤسسات مرحلة ما قبل التعليم الابتدائي في مجموعة من الأهداف العامة التي تسعى إلى تحقيقها ومنها تطوير النمو العقلي والاجتماعي والنفسي والإبداعي والفني والنمو الجسمي لدى الطفل، وتسهيل الانتقال التدريجي من البيت إلى المدرسة وتكسبه الاتجاهات الاجتماعية السليمة التي تساعد على التفاعل والمشاركة الإيجابية مع الأقران والراشدين. (شبل، 2000، ص 254) ويمكن حصرها في ثلاثة أهداف هي:

1-2-3-2- الهدف الوقائي: يتمثل في رعاية النمو الشامل للطفل في بيئة مشابهة للجو الأسري، وحمايته من الأخطار ومعالجة بوادر السلوكيات غير السوية، بالإضافة إلى تكوين عادات سليمة واكتساب مهارات سلوكية صحيحة عن طريق التدريب على المهارات الحركية واستثارة الحواس.

2-2-3-2- الهدف الاجتماعي: ويظهر في نقل الطفل من الأسرة إلى الحياة الاجتماعية المشتركة مع أقرانه و من خلال ذلك يتعلم آداب السلوك بالتقليد والمحاكاة.

3-2-3-2- تعلم غير مباشر: ويتحقق بوضع ثروة من التعبيرات اللغوية الصحيحة أمام الطفل وتغذيته بالمعلومات المناسبة لسنه ومحيطه مع تشجيع نشاطه الابتكاري.

3-3-2- فوائد الدمج في رياض الأطفال:

تعود فوائد الدمج في رياض الأطفال على الطفل المصاب بطيف التوحد وأسرته بصفة خاصة، وأيضاً على الأطفال العاديين وأسرهم والمجتمع بصفة عامة كما سنعرضه فيما يلي.

1-3-3-2- فوائد تعود على الأطفال المصابين بطيف التوحد: تعلم المهارات الاجتماعية وبناء وتطوير علاقات وصدقات من خلال أسلوب النمذجة حيث يكون الطفل العادي هو النموذج لتعلم التواصل اللفظي وغير اللفظي.

2-3-3-2- فوائد تعود على الأطفال العاديين: التعرف على اضطراب طيف التوحد في الواقع ومن هم الأطفال المصابين به وإمكانية تطوير اتجاهات إيجابية نحوهم مع التقليل من السلوكيات العدوانية الموجهة لهم.

3-3-3-2- فوائد تعود على أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد: تقبل طفلهم التوحدي اجتماعياً، المقارنة الواقعية بين مظاهر النمو الطبيعية ونمو أطفالهم، كذلك تطوير علاقات مع أسر الأطفال العاديين.

4-3-3-2- فوائد تعود على أسر الأطفال العاديين: تعلم أطفالهم الفروق الفردية واكتساب ميزة تقبل الآخر ومساعدته.

5-3-3-2- فوائد تعود على المجتمع: تكمن فائدة الدمج التي تعود على المجتمع في توفير التكلفة الاقتصادية والمحافظة على دعم أنظمة التربية في دمج الأطفال المصابين بطيف التوحد في المرحلة ما قبل المدرسة.

4-2- تعريف التواصل اللفظي وغير اللفظي: يعرف على أنه عملية يتم من خلالها تبادل المعلومات والأفكار والحاجات والرغبات بين المشاركين، كما يعرف على أنه غاية اللغة ووظيفتها. حيث يستخدم الإنسان التواصل لأغراض شتى منها التعبير عن الحاجات الأساسية، ونقل المعلومات والتفاعل مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه (العمامرة ، 2013، ص103).

5-2- تعريف اضطراب طيف التوحد: هو اضطراب نمائي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤثر على مختلف جوانب نموه، والتي تظهر في النواحي التواصلية والاجتماعية والعقلية والانفعالية والعاطفية، ويستمر هذا الاضطراب مدى الحياة وتتحسن الحالة من خلال التدخلات المبكرة والبرامج التدريبية العلاجية التي تقدم له.

كما يعتبر إعاقة في التواصل اللفظي وغير اللفظي، مع صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بالإضافة إلى استجابات حسية واهتمامات محدودة وغير مألوفة (الزريقات، 2004، ص261)

الأطفال المصابون بطيف التوحد هم أطفال يعانون من مشكلة في التواصل بصفة عامة والتواصل اللفظي و غير اللفظي بصفة خاصة، ويتكون التواصل اللفظي وغير اللفظي من ستة أبعاد رئيسية وهي: الفهم -التقليد- الانتباه-الإدراك - التسمية-التعبير.

3-الجانب الميداني:

1-3- الدراسة الاستطلاعية:هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى اكتشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة والتعرف على ملائمة أدوات الدراسة على العينة المختارة، وكذلك على مدى فهم أولياء عينة الدراسة لعبارات مقياس تقدير التوحد الطفولي ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي و اتخاذ إجراءات اللازمة لتطبيقها مع الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبل الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية.

2-3- مجتمع الدراسة:

تمت الدراسة بمصلحة الطب العقلي للطفل والمراهق (ابن عمران) التابعة لمستشفى الأمراض العقلية الجامعي فرانتز- فانون بالبلدية، والتي تعتبر المصلحة الوحيدة للأطفال من بين 13 مصلحة عقلية للكبار بالإضافة إلى مصلحة الاستعجالات. حيث يترأس المصلحة طبيب رئيسي، وهي مكونة من فريق متخصص (أخصائيو نفسانيون، أطفونيون، أطباء مختصون في الطب النفسي للطفل والمراهق، أطباء مقيمون، مربون، مساعدين اجتماعيين، ممرضون) يعمل على التكفل بجميع أنواع الاضطرابات العقلية والنفسية للأطفال والمراهقين. كما تحتوي على وحدتي علاج ، تتمثل الأولى في "وحدة الفحص" والتي يتم فيها استقبال الحالات الجديدة والحالات المتكفل بها ، أما الوحدة الثانية فتتمثل في "مستشفى النهار" والتي تستقبل حالات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد للتكفل بهم ضمن مجموعات علاجية.

3-3- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود التالية:

-المجال البشري: تم إجراء هذه الدراسة على عينة من سبعة أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد مدمجين في رياض الأطفال العادية.

-المجال المكاني: تم إجراء هذه الدراسة في مصلحة الطب النفسي للطفل والمراهق بمستشفى فرانتز-فانزن البلدية.

-المجال الزمني: تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الدراسي 2021-2022.

4-3- خطوات تحضير العينة:

بعد اختيار أفراد العينة عشوائياً من خلال الطلبات التشخيصية التي تصل المصلحة، تم إخضاعها لمرحلة الملاحظة لمدة شهرين بمعدل ثمان حصص (حصّة كل أسبوع) مدة الحصّة 45 دقيقة، وهذا بغرض التعرف على القدرات والنقائص التي يمتلكها كل طفل، في هذه المرحلة أيضاً تم القيام بأربع حصص مع أولياء كل طفل من أجل تطبيق مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي وتطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي كارز (CARS) بالإضافة إلى تطبيق اختبار النمو النفسي الحركي لبروني ليزين (Brunet Lézine).

وبعد جمع الملاحظات والمعلومات تم القيام بحصص فردية للأبوين بحضور الطفل من أجل طرح التشخيص ومناقشة الأعراض بالإضافة إلى تحديد الأهداف العلاجية والطرق المتاحة. وأخيراً تم توجيه الآباء لدمج أطفالهم في رياض الأطفال لمدة عام كامل مع إمكانية قدوم الأبوين للمصلحة خلال فترة العام من أجل الاستشارة. وبعد انقضاء عام كامل من دمج الأطفال في رياض الأطفال حصل الأولياء على موعد تقييمي وتحليلي لتطوير سلوكيات الطفل.

5-3- عينة الدراسة:

اختيرت العينة من مصلحة الطب العقلي للطفل والمراهق بمستشفى فرانتز- فانون، ضمت سبعة أطفال (خمسة ذكور وأنتنان) تتراوح أعمارهم بين ثلاثة وأربعة سنوات، تمت متابعتهم بالمصلحة لمدة لا تقل عن شهرين تم خلالها تشخيصهم باضطراب طيف التوحد بتطبيق قبلي لمقياس (CARS)، وأيضاً تطبيق قبلي لمقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي واختبار بروني- ليزين (Brunet Lézine) لمعامل النمو.

كما تم توجيه الأولياء لضرورة دمج الأطفال اجتماعياً وهذا باستفادتهم من خدمات رياض الأطفال لمدة عام كامل بعدها قمنا بالقياس البعدي لمقياس (CARS) وكذلك القياس البعدي لمقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتطبيق بعدي لاختبار بروني- ليزين (Brunet Lézine) لمعامل النمو.

ويظهر الجدولين رقم (1) و2 المواليين توزيع أفراد المجموعة من حيث الجنس والسن.

جدول رقم 1: خصائص أفراد المجموعة من حيث الجنس

المجموعة	الجنس		المجموعة
	التكرارات		
07	02	05	القياس القبلي
07	02	05	القياس البعدي
%100	%28.57	%71.43	النسبة المئوية

جدول رقم 2: خصائص أفراد المجموعة من حيث السن

المجموع	السن		المجموعة
	التكرارات		
	أربعة سنوات	ثلاث سنوات	
07	03	04	القياس القبلي
07	خمسة سنوات	أربعة سنوات	القياس البعدي
	03	04	

3-6- المعالجة الإحصائية:

تمت الاستعانة بالمعاملات الإحصائية التالية:

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري و الخطأ المعياري للمتوسط واختبار شابيرو ويلك واختبار t .test

4- عرض وتحليل نتائج الدراسة

4-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والتي نصت على أنه توجد فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة طيف التوحد.

ويظهر الجدول رقم 3 قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة الخطأ المعياري للمتوسط التي تحصل عليها أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي.

جدول رقم 3: قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة الخطأ المعياري للمتوسط لأفراد العينة في القياس القبلي والبعدي لاختبار التواصل اللفظي وغير اللفظي.

القياس البعدي		القياس القبلي		العينة
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
07		07		التواصل اللفظي وغير اللفظي
4.27618	37.5714	7.78888	27.0000	الخطأ المعياري للمتوسط
1.61624		2.94392		

أوضح الجدول رقم 3 أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي يقدر بـ (37.5714) وهي قيمة أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي والتي قدرت بـ 27.0000. في حين جاءت قيمة الانحراف المعياري بالنسبة للقياس البعدي (4.27618) وهي أقل من 7.78888 للقياس القبلي. وبخطأ معياري للمتوسط في القياس البعدي 1.61624 و 2.94392 في القياس القبلي.

وبما أن عينة الدراسة أقل من خمسين فردا فقد قمنا أولاً بتطبيق اختبار شابيرو ويلك (Shapiro-Wilk) للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات ولاختيار الاختبار الإحصائي المناسب تطبيقه.

جدول رقم 4: نتائج مقياس شابيرو ويلك للتواصل اللفظي و غير اللفظي

شابيرو ويلك (Shapiro-Wilk)		التواصل اللفظي وغير اللفظي	
مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاء	القياس القبلي
0.130	7	0.853	القياس القبلي
0.744	7	0.952	القياس البعدي

جاء في الجدول رقم 4 أن مستوى الدلالة للقياس القبلي (0.130) و (0.744) للقياس البعدي وبما أن مستوى الدلالة للقياسين القبلي والبعدي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) يعني أن توزيع البيانات طبيعي وعليه يمكن تطبيق اختبار t كما هو موضح فيما يلي:

جدول رقم 5: قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار t للقياس القبلي والبعدي لأفراد العينة على مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي .

الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة t	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة التواصل اللفظي وغير اللفظي
0.003	06	-4.974	2.1253	5.6230	-10.5714	القياس القبلي والبعدي

من خلال الجدول أعلاه جاءت قيمة المتوسط الحسابي مساوية لـ (-10.5714) والإشارة السالبة تدل على أن متوسط الأداء البعدي أكبر من متوسط الأداء القبلي، كما قيمة t مساوية لـ (-4.974) وهي قيمة سالبة وهذا يدل على وجود فرق جوهري دال إحصائياً عند (0.05) ما بين القياس القبلي والبعدي، وبما أن الفرق هو فرق سالب فهذا يدل على أن القياس البعدي كان أحسن وأعلى من القياس القبلي، وهذا يعني أن الإجراء المتخذ بشأن الدمج كان له تأثيراً على التواصل اللفظي وغير اللفظي لأن القياس القبلي قدر المتوسط الحسابي بـ (27.0000) والبعدي بـ (37.5714).

ومنه فإن الدمج أدى إلى تحسن جوهري للتواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. ويوضح الجدول التالي قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة الخطأ المعياري للمتوسط التي تحصل عليها أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز (CARS) لتقدير التوحد الطفولي.

جدول رقم 6: نتائج أفراد العينة على مقياس كارز (CARS) في التطبيق القبلي والبعدي.

القياس البعدي		القياس القبلي		العينة
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
07		07		العينة
2.81154	37.7143	4.49868	43.7143	كارز CARS
1.06266		1.70034		الخطأ المعياري للمتوسط

ويبين الجدول رقم 6 أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي قدر بـ (37.7143) وهي قيمة أصغر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي والتي قدرت بـ (43.7143). في حين جاءت قيمة الانحراف المعياري بالنسبة للقياس البعدي (2.81154) وهي أقل من (4.49868) للقياس القبلي. وبخطأ معياري للمتوسط في القياس البعدي (1.06266) و(1.70034) في القياس القبلي.

وحصلنا على نتائج تطبيق اختبار شابيروويلك (Shapiro-Wilk) للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات كما يلي.

جدول رقم 7: نتائج مقياس شابيروويلك لمقياس كارز

شابيروويلك (Shapiro-Wilk)			كارز CARS
مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاء	
0.326	7	0.899	القياس القبلي
0.930	7	0.975	القياس البعدي

يؤكد الجدول رقم 7 التحقق من توزيع البيانات الطبيعي أن مستوى الدلالة للقياس القبلي (0.326) و(0.930) للقياس البعدي وهما أكبر من مستوى الدلالة (0.05) ما يعني أنه يمكن تطبيق اختبار t كما يلي:

جدول رقم 8: نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار t للقياس القبلي والبعدي لمقياس تقدير التوحد الطفولي كارز.

الدرجة	طيف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	قيمة t	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
القياس القبلي والبعدي	6.0000	2.2367	0.84515	7.099	06	0.000	

أظهر الجدول أعلاه قيمة المتوسط الحسابي مساوية لـ (6.0000)، كما قيمة t مساوية لـ (7.099) وهذا يدل على وجود فرق دال إحصائياً عند (0.05) ما بين القياس القبلي والبعدي، وبما أن الفرق هو فرق موجب فهذا يدل على أن القياس البعدي لم يغير فئة طيف التوحد، وهذا يعني أن الإجراء المتخذ بشأن الدمج كان له تأثيراً طفيفاً على فئة طيف التوحد حيث ارتفعت درجة طيف التوحد في القياس البعدي ولكنها بقيت في نفس الفئة وهي فئة التوحد الشديد. ومنه فإن الدمج أدى إلى تحسن في درجة طيف التوحد لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف. وعليه ومما سبق يمكن اتخاذ قرار قبول الفرضية الجزئية الأولى.

2-4- الفرضية الجزئية الثانية: والتي تقول بوجود فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد قبل وبعد الدمج تعزى لمتغير درجة معامل النمو. يوضح الجدول رقم 9 قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة الخطأ المعياري للمتوسط لمعامل النمو التي تحصل عليها أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي لاختبار بروني-ليزين .

جدول رقم 9: نتائج أفراد العينة على اختبار بروني ليزين في التطبيق القبلي والبعدي.

القياس البعدي		القياس القبلي		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
07		07		العينة
70.10706	218.0000	24.17791	67.7143	معامل النمو
26.49798		9.13839		الخطأ المعياري للمتوسط

وأظهر الجدول رقم 9 المتوسط الحسابي للقياس البعدي الذي قدر بـ (218.0000) وهي قيمة أصغر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي والتي قدرت بـ (67.7143). في حين جاءت قيمة الانحراف المعياري بالنسبة للقياس البعدي (70.10706) وهي أكبر من (24.17791) للقياس القبلي. وبخطأ معياري للمتوسط في القياس البعدي (26.49798) و(9.13839) في القياس القبلي.

وأظهرت نتائج تطبيق اختبار شابيروويلك (Shapiro-Wilk) للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات معامل النمو ما يلي.

جدول رقم 10: نتائج مقياس شابيروويلك لمقياس يرونيه ليزين

شابيرو ويلك (Shapiro-Wilk)			معامل النمو
مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاء	
0.200	7	0.671	القياس القبلي
0.419	7	0.913	القياس البعدي

وبين الجدول رقم 10 أن مستوى الدلالة للقياس القبلي (0.200) و(0.419) للقياس البعدي و بما أن مستوى الدلالة للقياسين القبلي والبعدي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) يعني أن توزيع البيانات طبيعي وعليه يمكن تطبيق اختبار t كما يظهره الجدول الموالي.

جدول رقم 11: نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري و قيمة اختبار t للقياس القبلي والبعدي لاختبار بروني ليزين

درجة معامل النمو	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	قيمة t	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
القياس القبلي والبعدي	-150.2857	63.923	24.160	-6.220	06	0.001

يوضح الجدول رقم 11 أن قيمة المتوسط الحسابي مساوية لـ (-150.2857) والإشارة السالبة تدل على أن متوسط الأداء البعدي أكبر من متوسط الأداء القبلي، كما قيمة t مساوية لـ (-6.220) وهي قيمة سالبة وهذا يدل على وجود فرق جوهري دال إحصائياً عند (0.05) ما بين القياس القبلي

والبعدي، وبما أن الفرق هو فرق سالب فهذا يدل على أن القياس البعدي كان أحسن وأعلى من القياس القبلي، وهذا يعني أن الإجراء المتخذ بشأن الدمج كان له تأثيراً جوهرياً على درجة معامل النمو لأن القياس القبلي قدر المتوسط الحسابي بـ (67.7143) والبعدي بـ (218.0000).

ومنه فإن الدمج أدى إلى تحسن جوهري لدرجة معامل النمو لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. وعليه يمكن اتخاذ قرار قبول الفرضية الفرضية الجزئية الثانية.

ومما سبق طرحه يمكن قبول الفرضية العامة القائلة بأن للدمج في رياض الأطفال أثر إيجابي في تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي بين الأطفال المصابين بطيف التوحد في فئة التوحد الشديد القابلين للدمج.

5- مناقشة نتائج الدراسة

تعد الدراسة الحالية وصف لواقع علاجي معاش في المصالح العلاجية، والمتمثل في التوجه نحو الدمج في رياض الأطفال للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث اتجه البحث نحو دراسة مدى تأثير الدمج في رياض الأطفال في التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المصابين بطيف التوحد فئة توحّد شديد.

بحيث يكون أساس عملية العلاج للأطفال المصابين بطيف التوحد دعمهم للتكيف مع متطلبات الحياة الاجتماعية والتي تتطلب منهم اكتساب أكبر قدر ممكن من الخبرات وتنمية الكثير من المهارات التواصلية والاجتماعية التي تساعدهم على عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي مع مواقف الحياة اليومية، وبالتالي التوافق أو التكيف والاندماج في المجتمع.

وفي ضوء ما سبق يمكن استخلاص العديد من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، والتي تشير إلى أثر الدمج في رياض الأطفال في تحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، حيث كشفت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق دالة إحصائية في التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المصابون بطيف التوحد المدمجون في رياض الأطفال والذين يختلطون بزملائهم من الأطفال العاديين في الرياض، حيث يؤدي هذا التفاعل إلى شعور الأطفال التوحديين بأنهم غير معزولين ومندمجين مع أقرانهم، يتمتعون كزملائهم من الأطفال العاديين بنفس الحقوق، مما يشعرهم بوجود امتداد لما يعيشونه في أسرهم في رياض الأطفال، هذا الامتداد يساهم في الشعور بالأمان والتقبل ومنه سعي الأطفال المصابين بطيف التوحد نحو التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك التفاعل الاجتماعي، حيث تتحسن الحصيلة اللغوية لديهم ويكتسبون مهارات الاستقلالية الذاتية وتكوين الصداقات. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع الكثير من البحوث والدراسات كدراسة الشرفي سنة 2015 حول فاعلية دمج الأطفال التوحديين برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي. حيث توصلت الدراسة إلى فاعلية أسلوب الدمج في رياض الأطفال في تحسين مستوى الإدراك اللفظي وغير اللفظي واللغة التعبيرية والاستقبالية، ومستوى المهارات الحركية الدقيقة، ومستوى المهارات الحركية الكبيرة، والتقليد الحركي - البصري، ومستوى التعبير العاطفي، ومستوى التجاوب الاجتماعي. كما أشارت استنتاجات الدراسة أن تواجد أطفال التوحد في بيئة الروضة، ساهم على اكتسابهم مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي التي ساعدت على بناء أواصر الصداقة مع أقرانهم في جميع الأوقات والمواقف في الروضة، مما أدى إلى تنمية السلوك التكيفي للطفل التوحدي في المرحلة المبكرة (الشرفي، 2015). كما أكدت أيضاً دراسة السيد وعبد الخالق سنة 2018 حول تحسن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي، على وجود فروق جوهريّة بين القياسيين القبلي والبعدي في التواصل غير اللفظي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية ووجود فروق

بين القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التفاعل الاجتماعي لصالح التطبيق البعدي (السيد، عبد الخالق، 2018).

- الخاتمة

يشير المفهوم الشامل لعملية الدمج إلى أن عملية الدمج لا تعني توحيد مجرى التعلم بين الأطفال العاديين و المصابين بطيف التوحد، بل تعبر عن فلسفة ذات نزعة إنسانية أخلاقية لا تفرق بين إنسان عادي وآخر مصاب باضطراب طيف التوحد.

ويمكن القول أن اضطراب طيف التوحد لا يزال غامضاً نوعاً ما لدى المربين في رياض الأطفال ولهذا لا بد من وضع برامج لدمج هذه الفئة أكثر مع الأطفال العاديين حتى يتسنى لهم اكتساب مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والمهارات الاجتماعية اللازمة للاندماج في المجتمع بطريقة سلسة، ولهذا كان لا بد من الاهتمام بالدمج في رياض الأطفال الذي تنعكس نتائجه إيجابياً على الطفل المصاب بطيف التوحد وأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

توصيات الدراسة:

- العمل على رفع مستوى الوعي لدى جميع القائمين بالعملية التربوية بالجزائر لدمج الأطفال المصابين بطيف التوحد في رياض الأطفال العادية، بحيث يصبح الجميع مهياً لتقبل تطبيق أسلوب دمج هؤلاء الأطفال بصورة سليمة في رياض الأطفال العادية، وبالتالي تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحوهم.

- يجب على القائمين بالعملية التربوية في رياض الأطفال العادية الاهتمام بالبرامج التدريبية التي تتبع أسلوب النمذجة من أجل تقديم النماذج السلوكية السوية للأطفال التوحديين وتوجيههم نحو إتباعها وتدريبهم على تنمية المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي لمساعدتهم على محاولة الاندماج بصورة طبيعية في المجتمع، بحيث لا يقف قصور مهاراتهم التواصلية حائلاً دون دمجهم في المجتمع.

- تقديم الاستراتيجيات وجميع الأساليب المختلفة ضمن برامج تدريبية للمربين في رياض الأطفال تساعدهم على تفهم عملية الدمج وكيفية التعامل مع الأطفال المصابين بطيف التوحد داخل أقسام الدمج، تسمح لعملية الدمج بالتحقق بصورتها الإيجابية والفعالة، وهذا لأن الطفل المصاب بطيف التوحد سوف يفشل في المهام المطلوبة منه إذا شعر بالإحباط جراء عدم تقبل المربين وزملائه له.

- إجراء دراسات مسحية قصد ضبط العدد الحقيقي للأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر، وتحديد متطلبات وأساليب التوسع في تطبيق دمج هؤلاء الأطفال في رياض الأطفال والحرص على توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة والمتخصصة للتكفل بهم.

- قائمة المراجع

- DSM-IV-TR (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders The revised version*, 4e édition, Paris: Masson (éditeur).
- HAS (Haute Autorité de santé). (Janvier 2010). *Etat des connaissances, Autisme et autre troubles envahissants du développement. (Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologique, psychopathologique et recherche fondamentale)*. Janvier 2010. www.has-sante.fr.
- العميرة، موسى. (2013). *مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة*، الطبعة السادسة، عمان، الأردن: دار الفكر ناشرون و موزعون.

- الشرفي، لبنى بنت عبد العزيز عبد الله. (2015). فاعلية دمج الأطفال برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي، مجلة الإرشاد النفسي، ع 43، مصر: جامعة عين شمس - مركز رشاد النفسي، 499-525.
- Roge ,B.(2003). *Autisme Comprendre Et Agir*. Paris :Dunod.
- الهواري، شريف وبلميهوب، كلثوم. (2020). دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(1)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر، ص 276-290.
- نجار، خليدة. (2018). دور الكفالة الأرففونية في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال المصابين بالتوحد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف، الجزائر.
- Françoise, Gonnaud et Rudigoz.(2011). *Intérêt du test de Brunet-Lézine*, Hôpital de la croix-Rousse CHU Lyon.
- ابن منظور، الأنصاري الرويفعي الإفريقي محمد بن مكرم. *لسان العرب* (عدد الأجزاء 15 ص 1010)، بيروت : دار لسان العرب.
- صادق، فاروق محمد، (1998). *من الدمج إلى التآلف والاستيعاب الكامل*، ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي، التطلعات والتحديات، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- الناشف، هدى. (2009). *رياض الأطفال*، القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- مراح، محمد. (2006). *رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الإسلام من خلال تجربة العالم الإسلامي للإعاقة والرولتأهيل*، مجلة مخبر تنمية الموارد البشرية، عدد خاص بالملتقى الدولي الرابع (رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الجزء الثاني كلية الآداب والعلوم الاجتماعية) العدد 3 ، الجزائر: جامعة فرحات عباس، ص 182.
- القريطي عبد المطلب أمين. (2001). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم*، القاهرة: دار الفكر العربي.
- الروسان فاروق. (2003). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة*، عمان، الأردن: دار الفكر.
- شبل، بدران. (2000). *الاتجاهات الحديثة في تربية طفل ما قبل المدرسة*، القاهرة، مصر: الدار المصرية اللبنانية للطباعة والنشر.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج . (2004). *التوحد الخصائص والعلاج*، الأردن: دار العلوم للتحقيق والطباعة والتوزيع.
- السيد، حسام الدين جابر وعبد الخالق أحمد، شادية. (2018). *تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي*، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد التاسع عشر، مصر، ص 399.