علاقة التأهيل المهني كمدخل علاجي بدمج للتوحديين في سوق العمل وتنمية مهاراتهم الاجتماعية.

إعداد
دكتور
أسامة فاروق مصطفي
أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية التربية – جامعة الطائف

المكتبة الالكترونية
www.gulfkids.com

علاقة التأهيل المهني كمدخل علاجي بدمج للتوحديين في سوق العمل وتنمية مهاراتهم الاجتماعية

د. أسامة فاروق مصطفي

مقدمة

لقد أثبتت العديد من الدراسات علي أهمية السماح للشخص التوحدي بأن يشعر أنه يعمل شيء له قيمة في حياته.الوظائف التي تختار للأشخاص التوحديين ينبغي أن تعكس جوانب قوتهم وضعفهم. أن لفئتي ألمرتفعي الأداء ولمنخفضي الأداء ذاكرة عمل ضعيفة جدا ، مما يعني أن من الصعب عليهم الاحتفاظ بمعلومات في ذاكراتهم بينما يقومون بعمل شيء آخر .كما أن الوظائف التي تتطلب معالجة سمعية سريعة لمعلومات عابرة صعبة أيضا. ومن ناحية أخري،يملك الأشخاص التوحديين مهارات ممتازة نسبيا في ملاحظة التفاصيل المرئية وفي إتباع روتينيات معينة.مما يجعلنا أن نتخذ كل هذه الاعتبارات عند التهيئة المهنية الشخص التوحدي والتي تبدأ في سن من 14-18 سنة ثم مرحلة التأهيل المهني التي تبدأ من 18 سنة، لدمجه في سوق العمل وأثرة علي تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم.مما يدعم هذه الورقة المقدم المقالة التي قدمها فريد فولكمر واخرين Fred Volkmar et al,2008 تؤكد عل أهمية أنشاء كلية للتوحديين تؤهلهم لما بعد المرحلة الجامعية وإننا نحتاج إلي تدخل مخصص ومدعم لكي ينجح التأهيل مع الشخص التوحدي وأعطي بعض التوصيات وهي: نحدد المسار الأكاديمي له،أن يستقل في حياته ويعتمد علي نفسه وينمي مهاراته الاجتماعية،والإرشاد والتأهيل الذي تقدمة له الكلية حتى يستفيد فيما بعد لما قدم له.

الأهداف:

1- تحقيق أهداف إنسانية للطفل التوحدي من شأنه أن يخفف من مشكلاته ويخلصه من التوترات الداخلية والضغوط الخارجية والآثار النفسية والاجتماعية ويحقق له السعادة والأمان.
3-توفير الفرص الملائمة لتعليم الأطفال التوحديين بما يتناسب مع قدراتهم و استعدادهم إلي جانب فرص التوجيه والتأهيل المهني.
4- تنمية قدره الطفل التوحدي علي تحمل المسؤولية والقدرة علي الأخذ والعطاء.
5- تحقيق الكفاءة الشخصية وذلك بمساعدتهم علي الاستقلال والاكتفاء والتوجيه الذاتي والاعتماد علي النفس وتمكين الطفل التوحدي من تصريف شؤونه.
6- تحقيق الكفاءة الاجتماعية بمعني التفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المميزة مع الآخرين ، والاندماج في المجتمع.
7- تهيئة الطفل التوحدي للدمج في سوق العمل.
8- تهيئة بيئة عمل لاستقبال الأطفال التوحديين.
9- حق الطفل التوحدي في أن يلتحق بسوق العمل.
10- عدم إهمال الطفل التوحدي فهو جزء لا يتجزأ من المجتمع الذي يعيش فيه.
11- دمج الطفل التوحدى في سوق العمل.
12- دور المؤسسات والمنظمات والهيئات والجمعيات الحكومية والأهلية في تهيئة سوق العمل وتوفير مهن تتناسب مع إعاقتهم.
13- ضرورة استثمار نسبة 10% من الموهوبين التوحديين .
14- توفير الدعم الأسرى لتشجيع أبنائهم التوحديين على العمل واثبات ذواتهم.

المشكلة:

يمر الطفل التوحدي بفترة حرجه تكون مشحونة بالتغيرات والتقلبات وهي فترة المراهقة وخاصة إذا نظرنا إلى هذه الفترة من الناحية الوظيفية.

لذلك فان برامج التربية الخاصة يجب أن تركز على إعداد الطفل التوحدي ليتجاوز هذه الفترة الحرجة من حياته ضمن الاهتمام بمنهج تعلمي حيوي ويومي وتطوير إمكانية الفرد في جميع المجالات لا سيما المجال المهني وقد دأبت البرامج الخاصة على تهيئة المعاق – إعاقة بسيطة أو متوسطه والقابل للتعليم إعداد تعليميا ومدرسيا وأهملت العناية بإعداد الطفل التوحدي باعتقاد البعض انه غير قابل فكريا واجتماعيا ونفسيا لان يتحمل مسؤولية أي مهنه علما بان اغلب المهارات المهنية تتطلب مستوى معين من الإدراك والتكيف الاجتماعي غير أن هناك مهناً بسيطة لا تتطلب الكثير من التركيز والتنسيق الحركي البصري ولا تتطلب وقتا أو تكاليف باهظة والتي تعتمد على سبيل المثال : (تصنيف الألوان , طي صناديق الكرتون , تعبئة أكياس , قطف ثمار , تعبئة معلبات , تصنيف فاكهه وخضار) وتلك المهن البسيطة يمكن أن تكون حقلا واسعا لتوظيف إمكانيات الطفل التوحدي لأنه من الخطأ تبني القاعدة القائلة أن المعوق ميئوس منه وعاجز عن القيام بأي عمل مجد،وأنة لا فائدة منة.

تعريف التوحد

تشتق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية 'aut" وتعني النفس أو الذات وكلمة"ism" وتعني انغلاق ، والمصطلح كلل يمكن ترجمته علي أنه الانغلاق علي الذات ، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم ، ويبدون قليل من الاهتمام بالعالم الخارجي. وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية ، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين ، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك ، ومغرم بالأشياء ، ولديه إمكانيات معرفية جيدة ، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكات نمطية متكررة ومقيدة" وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهر من عمر الطفل.
عرف أسامة فاروق،السيد الشربيني (2011 ، 30): التوحد علي أنه " أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي إلي قصور في التفاعل الاجتماعي ، وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وعدم القدرة علي التخيل ، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولي من عمر الطفل".

معدلات انتشار التوحد

يُعد التوحد من أكثر اضطرابات العميقة في مرحلة الطفولة ، ومعدلات انتشاره في ازدياد ، فتبلغ معدلات انتشار التوحد 15% لكل 10.000مولود، ويبلغ (20) طفل لكل 10.000 طفل. وتبلغ معدلات انتشار التوحد في ولاية نيوجيرسي في الولايات المتحدة 6.7 لكل 1.000. ومعدلات انتشار اضطراب طيف التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي بلغت 6 لكل 1.000 في الولايات المتحدة الأمريكية. وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد ، والاضطرابات النمائية الشاملة 6 لكل 1.000 وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ,عبر العالم . وفقاً لنتائج دراسة فإن معدلات انتشاره كانت (1) لكل (150) طفل.

أسباب التوحد

1- العوامل الجينية : يرجع حدوث التوحد إلي وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلي وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب ، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين).
2- العوامل المناعية : أشارت العديد من الدراسات إلي وجود خلل في الجهاز المناعي. فالعوامل الجينية وكذلك شذوذا في منظومة المناعة مقررة لدي التوحديين.
3- العوامل العصبية : النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي Occipital Lobe والفص ألجداري Temporal Lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال

الذين يعانون من التوحد انخفاضاً في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي علي الفص ألجداري Temporal Lobe مما يؤثر علي العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة. أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي .

4- عوامل كيميائية حيوية : العديد من الدراسات بينت ارتفاع في مادة حمض الهوموفانيليك Homovanilicacid في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيس لأيض الدوبامين مما يشير إلي احتمالات ارتفاع مستوي الدوبامين في مخ الأطفال المصابين. وكذلك أيضاً ارتفاعاً لمستوي السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين ، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصوراً عليهم ، إذ أنه يوجد أيضاً في الأطفال المتخلفين عقلياً بدون اضطرابات ذاتوية وعلي العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضاً في مستوي السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحديين.

5- التلوث البيئي : ثبت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات ، وتركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق والكاديوم Cadmium في ولاية كاليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

6- العقاقير : ارتباط الإصابة بالتطيعمات وخاصة التطعيم الثلاثي ، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطي للأطفال إلي أن وصلت إلي (41) تطعيم قبل بلوغ الطفل العامين ، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات ، أعطت دعم قوي للفرضية.

9- إصابة الأم بالأمراض المعدية : أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى ، حيث أوضح Vojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد لديهم أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليبhlamydia Dia Pneumonia/Streptococcus وهما عدوتين شائعتين. والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي BBB بضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة Thimerosal في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ.

التدخل المبكر Early Intervention

ويعني التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المنتظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها ، والحيلولة دون تحولها في حالة وجودها إلي عجز دائم ، وكذلك تحديد أوجه القصور في جوانب نمو الطفل الصغير ، وتوفير الرعاية الطبية والخدمات التعويضية التي من شأنها مساعدته علي النمو والتعلم ، علاوة علي تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته ، والعمل علي تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب علي ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في نموه وتعلمه وتوافقه ، أو التقليل من حدوثها ، وحصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك.

ويعرف مصطلح التدخل في ضوء أن يقوم الأخصائي أو الأخصائيون بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكاناته في التكيف مع الزملاء أو الكبار ، وبحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلي اختفاء المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية والمدرسة ، كما أن الأخصائيين يستخدمون كل الإمكانات المتاحة ، والاستراتيجيات والطرق المناسبة للتعامل مع مشكلة الطفل .

دراسة ليندزي واخرون(2009) بعنوان استخدام خدمات التأهيل المهني للأشخاص التوحديين توصلت نتائج الدراسة إلى أهمية التأهيل المهني لهم حيث يتم التأهيل للشخص

التوحدي في الولايات المتحدة في سن من 18-65 سنة وأن خدماتهم أكثر كلفة هم والأشخاص المعاقين عقليا مما يساعدهم علي تنمية المهارات الاجتماعية من خلال دمجهم في العمل..

المهارات الاجتماعية لدي التوحديين

* المهارات الاجتماعية من الميلاد حتى 18 شهر يتجنب الطفل التوحدي التواصل البصري ، ويقاوم الاحتضان من قبل مقدم الرعاية ، ويبتسم متأخراً أو لا يبتسم ، يرفض الجهود لإراحته ، وتصلب أو انقباض الجسم عند حمله ، غير مهتم بألعاب الأطفال ، وفي 1.5 إلي 4 سنوات ، يتجنب التواصل البصري ، ويرفض الجهود لإراحته ويفضل اللعب وحده ، ويفتقر إلي مهارات التقليد ، ويبدو غير مدرك للأفراد الآخرين ، وفي 4 سنوات فأكثر يفتقر إلي مهارات التقليد ، يقاوم العاطفة الجسمية ، والافتقار إلي استجابات اجتماعية وانفعالية مناسبة.وتستمر هذه السمات في مراحل الطفولة الوسطي والمتأخرة .
* القصور في المهارات الاجتماعية لا يتغير مع التقدم في النمو ، ويرجع ذلك إلي تقدم الأطفال التوحديون في العمر الزمني وزحفهم إلي مرحلة المراهقة بما تتصف بها من تعقيدات .

يعاني المراهق التوحدي من عواقب مباشرة وغير مباشرة مرتبطة بالقصور في التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين، والمراهق التوحدي في مجال الدمج لديه مخاطر أكبر لرفض الأقران والعزلة الاجتماعية ، مما يؤكد أهمية ورقة العمل المقدمة

أهمية ومبررات التدخل المبكر :

1- إن فرص التحسن المبكر للمعوقين تكون أفضل كلما كان كشف الإعاقة مبكراً. فقد أظهرت نتائج دراسة أبت وآخرون ،والتي أُجريت علي عينة بلغ قوامها 43 طفلاً ، وبلغ أعمارهم 5 شهور ، وتم متابعتهم في 8 شهور ، إلى أن البيئة المنزلية الغنية تزيد من النمو الحركي للطفل الرضيع .

2- كما أن طبيعة عمليات نمو الجهاز العصبي تجعل إمكانية اكتساب المهارات أكبر ما تكون في سنوات الحياة الأول والتي تحدد حاضر المعوقين ومستقبلهم ، كذلك فإن الكشف المبكر الأمثل للمعوقين يجب أن يتم خلال الأعوام الأربعة الأولي من حياتهم.

3- أنه من الواضح أن الخطوات أو الإجراءات المبكرة التي تتخذ للتقليل من التأثيرات الانفعالية والاجتماعية والذهنية للإعاقة تكون أفضل.

4- علي الرغم من التأكيد المتواتر من المهتمين والمختصين ونتائج الأبحاث الدولية التي تؤكد علي أهمية التدخل المبكر إلا أن غالبية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تصل إليهم الخدمات حتى يلتحقوا بسن المدرسة الابتدائية .

5- إن الأمل معقود في توافر سبل لغربلة الأطفال في مرحلة عمرية مبكرة ، مما يسهم في خفض الفرص التي تؤدي إلي القصور البدني الحسي والتي تؤدي إلي أنماط مختلفة من السلوك اللاسوي.

6- الإخفاق في توفير محيط محفز في وقت مبكر لا يؤدي إلي استمرار بقاء الوضع الحالي فقط ، ولكن إلي توقف حقيقي في القدرات الحسية ونكوص في النمو.

7- إن الأساس المنطقي لتكلفة التدخل الإرشادي المبكر وفائدته عادة ما يكون أكثر اقتصاداً من التدخل الإرشادي المتأخر .

وللأسرة دور فعال وكبير في تنشئة الطفل ذوي الحاجات الخاصة بصفة عامة ، والأطفال التوحيديين بصفة خاصة. فرعاية الأسرة وحنان وعطف الوالدين ، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد ، كأساسي للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه .

وتربية الطفل الرضيع في بيئة منزلية منبهة يكون أفضل ، إلا أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار أنه من الممكن ألا تزود هذه البيئة الطفل الرضيع بالاستثارة المناسبة لنموه بطريقة جيدة ، ولهذا ينبغي تدريب الوالدين لتسهيل النمو السليم للطفل الرضيع .

أهمية التدخل المبكر في التأهيل المهني للتوحديين:

ترجع أهمية دراسة التوحد إلي دراسة مرحلة نمائية هامة من حياة الطفل ، لا نعرف عنها الكثير ، كما أن هذا الاضطراب يتداخل مع كثير من الاضطرابات الأخرى.

كما أن هناك الكثير من المضاعفات المصاحبة لحالة التوحد . فمن أهم المضاعفات حدوث الاكتئاب في بداية مرحلة المراهقة استجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة من اضطراب التوحد . وفي حالة التعرض لضغط نفسي أو اجتماعي يُظهر المريض أعراضاً كتانونية (تصلبية) خاصة التهيج أو يأخذ وضع ثابت ، أو ظهور حالة دُهانية غير نوعية ، مع ضلالات و هلاوس ، ولكنها تزول بزوال السبب.

كما ترجع أهمية دراسة التوحد إلي زيادة معدلات انتشار التوحد ، وهذا ما أبرزته نتائج الدراسات السابقة ، وهذا يتطلب التعرف على الكثير من المعلومات عن أسباب حدوثه لخفض معدلات انتشاره ، ومحاولة الوصول إلى أفضل البرامج العلاجية التي تمكن الوالدين والعاملين مع هذه الفئة من الأطفال من التعامل الفعال معهم ، وإنشاء المراكز المتخصصة وتزويدها بالمتخصصين في هذا المجال ، وتزويدها بالمصادر الضرورية، وأهمية التوعية المهنية للتوحديين.

ويعد التدخل المبكر في التأهيل المهني للأطفال التوحديين من ضروریاته أن يتم تدريب الطفل التوحدي في المراحل المبكرة من حياته على التآزر البصري الحركي وكذلك تدريب الطفل على تنمية الحركات العضلية ألكبري ، وتنمية الحركات العضلية الصغرى،وأهمية العلاج الوظيفي في تأهيل الطفل التوحدي.

فعالية بعض المصادر المؤسسية في دعم التدخل المبكر للتوحديين وهي علي النحو التالي:

1- تدعم الحكومة (غالباً الولاية) برامج التدخل المبنية علي تدخلات علاجية منزلية والتي تؤكد علي التفاعل اللغوي والاجتماعي.
2- يتم تعليم الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال متخصصين في مجال التربية الخاصة بالتنسيق مع أخصائي العلاج الكلامي والمهني ، والتي تؤكد علي العلاج التكاملي الحسي.
3- العلاج الكلامي داخل العيادات والعلاج المهني.
4- أطباء الأطفال المتخصصين في العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، والأطباء النفسيين الذين يقدمون خدماتهم في هذا المجال.

وخلصت نتائج دراسة إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد ، من وجهة نظر الآباء ، والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد.

وكان ترتيب أولويات الحاجات التدريبية والتعليمية من وجهة نظر الآباء كما يأتي :
(1) تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
(2) التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
(3) تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
(4) السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
(5) التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية أو غير لفظية.
(6) التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية) .
(7) تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
(8) التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
(9) توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل ، والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
(10) تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية.
(11) تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.
(12) التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.
(13) ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد ، تدريبهم على الاستقلالية الفردية ، ومنحه حرية أكثر في المجتمع .

ومن المهارات التي يجب أن يتعلمها الطفل التوحدي لكي يدمج
إتباع أوامر المعلم ، أخذ الدور ، الجلوس بهدوء خلال الأنشطة ، رفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم ، السير في صف أو طابور ، استخدام الحمام لقضاء الحاجة ، التعبير عن الاحتياجات الأساسية ، تقبل وجود أطفال آخرين ، الانتقال من نشاط إلي آخر بسهولة ، الانتباه للنشاطات ، القدرة علي إكمال النشاطات المطلوبة خلال وقت محدد ، القدرة علي تقبل تأخير المعززات ، مهارات إدراكية تشمل الألوان والمطابقة والأعداد والحروف ، التقليد .

صعوبات دمج الأطفال التوحديين
1- صعوبة التواصل مع الأطفال التوحديين حيث يجد معظم هؤلاء الأطفال صعوبة في التعبير عن الذات أو عما يعانون من قلق أو اضطراب.
2- اعتماد الأطفال التوحديين علي المدخلات البصرية أكثر من المدخلات السمعية في حين نجد أن الطريقة الأساسية للتدريس هي المحاضرة أو المناقشة.
3- صعوبة تعميم المهارات والمعارف من موقف إلي أخر.
4- الاعتماد علي المعززات والتشجيع بصورة أساسية ويرجع هذا لنقص المبادأة عند الأطفال التوحديين.
5- الانتقائية الزائدة للمثيرات وتتضمن الانتباه إلي أجزاء خاصة من المهمة أو الأشياء .
6- عدم الاستجابة للتغيرات الدائمة في الفصل الدراسي العادي ولذا يجب تدريب هؤلاء الأطفال علي الاستجابة لتغيرات الجدول الدراسي .
7- نقص القدرة علي المواجهة والتكيف للأحداث المستقبلية ، الصعوبة الكبيرة في بناء علاقات مع الأقران.

شروط الدمج للأطفال التوحديين :
1- يجب أن يكون الدمج مع الأطفال العاديين في مواد النشاط العام مثل : الرياضة البدنية ، الرسم ، الرحلات والزيارات الميدانية.
2- يجب عدم دمج الأطفال التوحديين وأصحاب الإعاقات الأخرى مع الأطفال العاديين في الفصول الدراسية ، حيث يجب أن يكون لهم فصولهم الخاصة بنفس مدارس التعليم العام .

3- أما المعلمون فلا يشترط أيضاً أن يكونوا متخصصين في التربية الخاصة ، وإنما يكونوا من مدرسي التعليم العام ، ولكن يشترط أن يعطوا تدريباً وتأهيلاً للتدريس في فصول التربية الخاصة ، ولا مانع أن نختار لكل مدرسة معلماً جيداً ذو خبرة في مجال التعليم الخاص ، لتدريبه علي المهارات والاحتياجات الفعلية لهؤلاء الأطفال المعوقين ، بما فيها أطفال التوحد ، ويجب أن يعطي هؤلاء المتدربون للتدريس في التربية الخاصة زيادة مالية ، مكافأة لهم ، حتى تتكون لديهم الرغبة في التدريس في هذا المجال.

الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين:

أ-بالنسبة للطفل :

1- ازدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل.

2- تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل ، لأن الأخصائيين والآباء يصبحون أكثر ثباتاً في التعامل مع الطفل في المدرسة أو المنزل .

3- ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها ، وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة علي تلبية احتياجاته .

بالنسبة للآباء

1- اشتراك الآباء في البرنامج التأهيلي المقدم لطفلهم يساعدهم في اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه

2- مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهماً لاحتياجات الطفل التوحدي ، كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم.

3- تسهل عليهم الرعاية والتعامل مع الطفل التوحدي ، وتطبيق العلاجات الطبية أو العمليات الجراحية تسهم في دحر المرض أو الحالات المرضية" .

بالنسبة للأخصائيين

1- إن مشاركة الوالدين في تخطيط وتنفيذ البرنامج التربوي للطفل التوحدي تؤدي إلي تفهم أكبر لحاجاته.

2- إن مشاركة الوالدين تسمح بحصول الأخصائيين علي تغذية راجعة ومعلومات مفيدة تساعد في تحسين وتطوير البرنامج المقدم للطفل التوحدي.

3- إن مشاركة الوالدين الفاعلة توفر بعض الوقت علي الأخصائيين مما يوفر لهم فرصاً ثمينة لتدريب الأطفال التوحديين علي المهارات ذات الأولوية.

التأهيل المهني :

تعريفة:

التأهيل المهني يعني بأنه ذلك الجزء من العملية التأهيلية المستمرة والمنسقة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد المهني والتدريب المهني والتشغيل المتخصص الذي يضمن للمعاق التوظيف المناسب. ومن وجهة يمكن تعريف التأهيل المهني للفئات الخاصة بأنه:

عملية ديناميكية لاستخدام الخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية تقدم تلك الخدمات لمساعدة الفئات الخاصة (المعاقون) علي تحقق أقصي مستوي من التوافق مع أنفسهم والتكيف والاندماج في مجتمعاتهم.

أهداف التأهيل المهني :

2- تحويل الفئات الخاصة من طاقات مستهلكة الي طاقات منتجة ويتم ذلك من خلال تدريبهم علي مهن تتناسب مع قدراتهم وتحقق الكفاءة المهنية لهم بتعليمهم بعض المهارات اليدوية.
3- تحقيق أهداف إنسانية من شأنه أن يخفف من مشكلاتهم ويخلصهم من التوترات الداخلية والضغوط الخارجية والآثار النفسية والاجتماعية ويحقق لهم السعادة والأمان.
3-توفير الفرص الملائمة لتعليمهم بما يتناسب مع قدراتهم و استعداهم إلي جانب فرص التوجيه والتأهيل المهني.
4- تنمية قدراتهم علي التفكير الواقعي والمستقبلي وزيادة قدراتهم علي تحمل المسؤولية والقدرة علي الأخذ والعطاء.
5- تحقيق الكفاءة الشخصية وذلك بمساعدتهم علي الاستقلال والاكتفاء والتوجيه الذاتي والاعتماد علي النفس وتمكين المعاق من تصريف شؤونه.
6- تحقيق الكفاءة الاجتماعية بمعني التفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المميزة مع الآخرين ، والاندماج في المجتمع.

مرحلة ما قبل التأهيل المهني (تدريب ما قبل العمل)
يجب أن يعتمد الطفل التوحدي علي رعاية ذاته ومهارات الحياة اليومية والاجتماعية وحب المشاركة واخذ الدور والتصرف اللائق والدقة والاستماع للتعليمات والتدريب على بعض الأعمال البسيطة مثل استعمال النقود وإرجاع الباقي للزبائن والتعرف على العملة وكتابة بعض الأرقام واستخدام الهاتف وحل مسائل حسابيه بسيطة وحمل رسائل شفهية بسيطة.
إعداد البرامج المهنية:
معلومات عن نوع الحرف التي سيشغلها مستقبلا وسلوكيات هذا العمل مثل النجارة- لخياطه- أعمال ألبستنه- مغاسل الثياب–ألفندقه-الحدادة –صيد السمك –الزراعة الخ....
تدريبات رياضيه ملائمة مع نوع الحرف التي سيعمل بها تبدءا بالمهارات الأساسية لأي عمل سواء كانت يدوية واجتماعيه ويتم تعديل البرنامج ألتدربي الخاص لكل معوق تبعاً لتقدمه أو تأخره.
التدريب على اكتساب اتجاهات ايجابية نحو العمل مثل الدقة - إتباع التعليمات- الحضور بالمواعيد- الاستقرار- تلقي الأوامر.
يجب أن يكون الطفل قد تجاوز 12 سنه من عمره ليبدءا بالتدريب المهني(تأهيل)من عمر 12 حتى تدريب أساسي لا تقل مدة التدريب عن سنه ونصف.
من 17 حتى 19 إعداد نهائي مدة التدريب لا تقل عن 18 شهر حسب قدراته ومستوى ذكائه وتعاون الأهل.

مراحل الإعداد المهني:
التدريب اليدوي:
تشترك كل الحرف اليدوية في بعض الحركات الرئيسية مثل تحريك اليدين ا(طرق الحديد وضرب المسامير ، برد الخشب ، تلميع الجلود ، عمليات الفك والتجميع. وتتطلب قياس الأبعاد والمساحات ووضع نقاط وخيوط داخلها القصد من ذلك مقارنتها أو تجزئتها)
تنمية القوه البدنية العامة:
أهم المبادئ للإعداد المهني:
التركيز على الإعداد المهني في النشاطات ذات الجدوى الاقتصادية
من الأفضل أن لا يفرض نسق موحد للتدريب بل يجب مراعاة إمكانات التعلم لكل متدرب
الاهتمام بسلوك العمل- المواظبة- احترام الوقت- التعاون- الترتيب- خلق حوافز الإنتاج

بتسويق إنتاج العمل.
أما عندما يفشل في التقويم المهني للعمل في الوظائف العامة وفي السوق التوظيفيه العامة فيجب عند ذلك دراسة إمكانية الحاقة بالورش المحمية حيث أهم الأسباب التي تؤدي إلى الفشل في الالتحاق بالورش العامة هي:
الخوف وعدم التمكن من الإجابة على الأسئلة.
جهله وعدم خبرته لمثل هذه الأسئلة.
لذلك يجب اخذ كل العوامل بعين الاعتبار حتى نقوم بإعداد البرنامج الفردي لكل مراهق توحدى.
المبادئ الأساسية في تشغيل التوحديين:

1- إن يكون التشغيل مرتبطا بالتدريب بمرحلة التهيئة المهنية وهي تبدأ من سن 14 -18 سنه الذي تلقاه الطالب التوحدي.
2- إن يكون التدريب مرتبطا بميول واستعدادات وقدرات الطالب التوحدي.
3- تجنب تخصيص وظائف لمجموعات محددة للتوحديين.
4- دراسة بيئة العمل وظروف الاستخدام.
5- عدم التميز والتفريق بين التوحديين والأسوياء في أماكن عملهم وعدم معاملتهم معاملة خاصة.

خطوات التأهيل المهني:
يتضمن برنامج التأهيل المهني ثلاث خطوات:
التوجيه: وهو عملية مساعدة الفرد والكشف عن مواهبه وقدراته وميوله ومقارنتها بالفرص المتاحة له ومساعدته على إيجاد مكان لنفسه في المجتمع.
التدريب : إعطاء الفرد فرصه للتدريب على الأعمال التي تبينت عن طريق التوجيه.
التشغيل : إيجاد فرص العمل المناسبة مع مراعاة قدراته.

فرص العمل المتاحة للأشخاص التوحديين:
الأشخاص التوحديين من ذوي الأداء العالي يستطيعون أن يبلغوا مراتب وظيفية عالية وأن يعملوا بنجاح متميز إلي درجة أن المرء قد يستنتج أن أمثال هؤلاء وحدهم قادرون علي تحقيق الانجازات المطلوبة.يبدو هؤلاء وكأن لديهم قدرات تعويضية تصنع توازنا مع ما لديهم من جوانب قصور .أن تصميمهم الذي لا يتزحزح وقوة ذكائهم النافذ، وضيق أفق تفكيرهم ، قد يكون لها مجتمعة قيمة عظيمة فتقودهم إلي تحقيق انجازات ممتازة في المجالات التي يختارونها.
يعتمد اختيار الوظيفة المناسبة للأشخاص التوحديين علي ما يبدونه من اهتمامات ونقاط قوة . وبعد ذلك ينبغي الاتصال بشركات ومؤسسات تسمح بتوظيف الأشخاص التوحديين لديهم .يلي ذلك زيارة هذه الشركات وتحليل المهارات اللازمة للوظيفة المختارة .وبناء علي هذا ينبغي تعليم الشخص التوحدي أساسيات العمل كالحضور في الوقت المناسب ،والتعامل المناسب مع الآخرين ، والمهارات المحددة لإتمام المهام الوظيفية التي ستفرض علي الشخص التوحدي.

الوظائف الملائمة للتوحديين التي أوصت بها تيمبل جراندين (Grandin,T.1999):

- وظائف محتملة لذوي الأداء الوظيفي العالي أو ممن لديهم مهارات لغوية جيدة:

محاسب/صراف. موظف مكتبة . وظائف في المجالات الهندسية. تحرير مواد الطباعة. في محل أو مخزن. ضبط أجهزة البيانو والآلات الموسيقية. فيزيائي أو رياضي . إحصائي. برمجة كمبيوتر . مهندس رسم مخططات . أعمال إعلانات تجارية.

تصوير فوتوغرافي : ثابت وفيديو. تصميم معدات : في المصانع. مدرب حيوانات.ميكانيكي سيارات . تصليح كمبيوتر. إدخال بيانات الكمبيوتر. أعمال سكرتارية. إصلاح أدوات صغيرة. صناعات يدوية (كالحفر علي الخشب، وصنع المجوهرات والسيراميك). فني مختبرات لمعدات المختبرات بالمباني. الرسم/الدهان. تصميم صفحات الانترنت . نجار. صيانة مباني. صيانة المصانع.

- وظائف جيدة لذوي الأداء المنخفض:

تنظيم كتب المكتبات. عامل تجميع في مصنع ،شريطة أن تكون البيئة هادئة. وظائف نسخ،تصوير أوراق،طباعة صور. إعادة تعبئة الرفوف في محلات السوبر ماركت وغيرها.الأعمال التي تتطلب فرزا. الأعمال التي تتطلب تغليفا. أعمال المسطحات الخضراء والحدائق،كجز الحشيش. العناية بالنباتات . تنظيف وصيانة بيوت . في المستودعات ،تحميل الشاحنات ، وتنسيق الصناديق.

- وظائف غير مفضلة للتوحديين:

الوظائف التالية تتطلب أن يحتفظ بكمية جيدة من المعلومات في ذاكرته ، وأن يعالج كثيرا من المعلومات اللفظية العابرة ، وهي مهارات تعتبر ضعف لدي الأشخاص التوحديين بصرف النظر عن مستويات أدائهم.

أمين صندوق (كاشير) . نادل (سفرجي) . تاكسي . وكيل تذاكر خطوط جوية . موظف إدارية.

التوصيات:

1- يجب وبمساعدة الأهل إعداد الطفل التوحدي أكاديميا ومهنيا من اجل تأهيله للقيام بالوظائف والمهارات التي تتطلب حداً ادني من القراءة والكتابة والحساب وان يلتزم التلميذ بالمبادئ العامة للسلامة داخل البيت وفي الشارع وبين إفراد المجتمع.

2- يجب أن يتم تدريس النشاطات المهنية كجزء من المنهج العام وكمادة أساسيه في البرنامج الفردي لكل طالب توحدي.

3- يجب التنسيق الكامل ما بين المدرب المهني ومعلم الفصل للطفل التوحدي.

4- الاهتمام بالعلاج الطبيعي للطفل التوحدي.

5- الاهتمام بالعلاج الوظيفي للطفل التوحدي.

المراجع:

إبراهيم عبد الله فرج الزريقات(2004). التوحد السمات والعلاج .عمان : دار وائل للطباعة والنشر.

أحمد عكاشة (2003) . الطب النفسي المعاصر. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

أسامة فاروق مصطفي(2008). ورقة عمل حول التنبئو بمستقبل أفضل للطفل ألتوحدي. المؤتمر الأول للتوحد في مركز جدة للتوحد في الفترة من 10-12 نوفمبر 2008م ، الموافق 12 - 14 ذو القعدة 1429هـ .

أسامة فاروق مصطفي(2011). مدخل إلي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

أسامة فاروق ،السيد الشربيني(2011). التوحد(الأسباب- التشخيص- العلاج).عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

أسامة فاروق ،السيد الشربيني(2011). سمات التوحد .عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

استيوارت (1993) . الآباء ذوي الأطفال غير العاديين . ترجمة : عبد الصمد قائد الأغبري ، فريدة عبد الوهاب آل مشرف . الرياض : مطبوعات جامعة الملك سعود.

أسماء سراج الدين هلال (2009): تأهيل المعاقين .عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

إيمان فؤاد كاشف (2004) . التدخل المبكر لرعاية الطفل المعوق (مدخل إرشادي للأسرة). المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة – جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي – الواقع والمستقبل 24-25 مارس ، 595 - 609.

جمال الخطيب ، مني الحديدي(2004) . التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة . عمان : دار الفكر العربي.

رائد خليل العبادي (2006). التوحد . عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

سميرة عبد اللطيف السعدي(2000). معاناتي والتوحد.ط3. منشورات ذات السلاسل : الكويت.

طارق عامر(2008). الطفل التوحدي. عمان : دار اليازوري .

عبد المطلب القريطي (2005) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم . القاهرة ، دار الفكر العربي .

عصام النمر (2008). القياس والتقويم في التربية الخاصة.عمان : دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع.

فاروق محمد صادق (1988) . برامج التدخل العلاجية والوقائية للمعوقين في سن ما قبل المدرسة . بحوث ودراسات المؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين 6-8 ديسمبر ، الحد من الإعاقة ، في بحوث ودراسات مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين من عام 1973- 1988 من المؤتمر الأول إلي المؤتمر الرابع ، 67-87.

كوثر حسن عسلية (2006).التوحد . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.

لطفي بركات أحمد (1981) . دراسات تربوية ونفسية في الوطن العربي . الرياض : دار المريخ.

محمد المهدي(2007).الصحة النفسية للطفل. القاهرة : الأنجلو المصرية.

محمد عبد العزيز الفوزان(2002). طيف التوحد . عمان : دار عالم الكتب للطباعة والنشر.

محمد عدنان عليوان(2007). الأطفال التوحديين . عمان : دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع.

محمود حمودة (1991).الطب النفسي ، الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية وعلاجها . القاهرة : دار المعارف.

نرمين قطب(2007). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية.

وفاء علي الشامي (2004). سمات التوحد . الجمعية الخيرية النسوية : مركز جدة للتوحد.

ماهر أبو المعاطي علي (2004):الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق.

Abbott, A., Bartlett, D., Fanning, K., & Kramer, J.(2000). Infant motor development and aspects of the home environment. pediatric Physical Therapy , 12(2), 62 -67.

Backeman, R., & Adamson, L. (1984). Coordinating attention to people and objects in mother–infant and peer–infant interaction. Child Development, 55, 1278–1289.

Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. Child Development, 71, 447–456.

Bauminger, N., & Shulman, C. (2003). The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism: Maternal perception. Autism, the International Journal of Research and Practice, 7, 81–97.

Bormann- Kischkel, C., Vilsmeier, M., & Baude, B. (1995). The development of emotional concept in autism. Journal of Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36, 1243–1259.

Bertrand , J., Mars, A., Boyle , C., Bove ,F., Yeargin-Allsopp, M., & Decoufle , P.(2001).Prevalence of autism in the united states .Pediatric , 108, 1155-1161.

Bland , G . (1979) . Hospital schools for the mentally handicapped . in Craft , (ed.) , Tredgold's mental retardation , London , Bailliere Tindall, 207 -220 .

Bolander, A.(1992). The new Webster's medical dictionary.Hartford , CT:Lewton.

Carter, A. Davis, N. , Klin, A., & Volkmar, F. (2005).Social development in autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A .Klin, & D. Cohen (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Vol. 1. Diagnosis, development, neurobiology, and behavior. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Chen, C.-Y., Liu, C.-Y., Su, W.-C., Huang, S.-L., & Lin, K.-M. (2007). Factors associated with the diagnosis of neurodevelopmental disorders: a population-based longitudinal study. Pediatrics, 119, e435–e443

Crepeau , E.,& Cohn , E., Schell , B.(2003).Willard& Sparkman's occupation therapy .Occupational therapy trends .Rehabilitation and Vocational .Philadelphia: Lippincott.

Cunningham , M . C.(1979) . Early stimulation of the severely handicapped child . In Craft, M .(ed.) , Tredgold's mental retardation , London , Bailliere , Tindall ,182 -198.

Dood , S.(2005).Understanding autism. New York : Elsevier.

Farag, S.(1995). Mental retardation in Egypt: present situation and future expectations. Psychological studies , 5(1), 167-180.

Filipek , P., Accardo , P., Ashwat , S., Baranek , G., Cook , J., Dawson , G.,(2000).Practice parameter . Screening and diagnosis of autism : report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neyrology and the Child Neurology Society .Neurology , 55, 468-479.

Frith, U.(1989).Autism. Oxford :Basil Blackwell.

Hobson , R.(1986). The Autistic child's appraisal of expressions of emotion .Journal of Child Psychology and Psychiatry , 27, 321-342.

Hultman, C., Spar ´en, P., &Cnattingius, S.(2002). Perinatal risk factors for infantile autism. Epidemiology ,13: 417–23.

Howlin, P.,& Goode ,S(1998).Outcome in adult life for people with autism and Asperger Syndrome. F.R. Volkmar (Ed).Autism and Pervasive developmental Disorders (pp.209-241). United Kingdom: Cambridge University PRESS.

Grand,T.(1999).Choosing the right jobs for people with autism or Asperger syndrome. Retrieved from the World Wide Web http://WWW.autism.org/temple/jobs.html

Johnson C., &Myers .,S.(2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics 120:1183-1215.

Korvatska E, Van de Water .,J. Anders, T.,& Gershwin ,M,.(2002). Genetic and immunologic considerations in autism. Neurobiol Dis ,9:107–25.

Krause I, He X-S, Gershwin M., & Shoenfeld Y.(2002). Brief report: immune factors in autism: a critical review. J Autism Dev Dis ,32:337–45.

Nadesan, M.(2005).Constructing Autism, Unravelling the "truth"and understanding the social. New York , Routledge.

Nanson, J.(1992). Autism in fetal alcohol syndrome: a report of six cases. Alcohol Clin Exp Res,16:558–565.

Rumsey , J., Rapoport , J., & Sceery , W.(1985).Autistic children as adults : psychiatric social and behavioral outcome .Journal of the American Academy of Child Psychiatry,24, 265-473.

Schopler, E., & Mesibov, G. (1983). Autism in adolescents and adults. New York: Plenum Press.

Shores, R. L. (1987). Overview of research on social interaction: A historical and personal perspective. Behavioral Disorders , 12 , 233-241.

Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore&P. Dunham (Eds.), Joint attention: Its origins and role in development (pp. 103–130). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., & Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger's syndrome and high functioning autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 1960–1968. doi: 10.1007/s10803-006-0343-3.

Volkmar , F., Cohen , D.(1991). Comorbid association of autism and schizophrenia .American Journal of Psychiatry , 148, 1705-1707.

Wall , W.(1979). Constructive education for special groups :handicapped and deviant children , London , Harrap Unesco.

Wolf, S.(1988).Psychiatric disorder of childhood .in kandell , R., & Zealley ,A.(eds.), Companion to psychiatric studies , London , Churchcill Liungstone.

Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. Journal of the American Medical Association, 289, 49–55.