آلية التدخل المبكروتطبيق برامج التكفل بأطفال طيف التوحد بين الو اقع والمأمول -دراسة ميدانية بمستشفيات الطب العقلي لولايات الشرق الجز ائري-

Early Intervention Mechanism and Implementing Autism Spectrum children care programs between Reality and Hopefully

ط.د. بونابي ذهبية*[1] ا.د. بوعبد الله لحسن[2]

وحدة البحث "تنمية الموارد البشرية"جامعة سطيف 2

dahbia.bounabi@gmail.com

تاريخ الاستلام:2022/08/20 **تاريخ القبول:2023/05/28**

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة واقع سير آلية التدخل المبكر و تطبيق برامج التكفل على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفق خصائص الاضطراب، و ذلك بتتبع بروتوكول التكفل الصحي و البرامجي لهذه الفئة، بداية بخدمات التدخل بالفحص و التشخيص، وصولا إلى خدمات التدخل السلوكي بواسطة برامج التكفل المعتمدة على مستوى مستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة و قسنطينة و سطيف، و لتحقيق ذلك تم إجراء المقابلة و تطبيق الاستبيان على عينة قدرها 65 مختصا، و من أهم ما توصلت إليه نتائج الدراسة : عدم كفاية التدخل المبكر الذي يقوم به الفريق المتعدد التخصصات، إلى جانب ذلك، هناك أوجه قصور في تطبيق برامج التكفل، و الذي تحفه العديد من العراقيل في ظل خصوصية اضطراب طيف التوحد لعدم تجانسه، لتزيد العراقيل المادية بنقص التهيئة و التجهيز و العراقيل البشرية بنقص الأطباء و الأخصائيين بمقابل توافد الأطفال لتلقي التدخل المبكر، و التي أثرت بدورها على جودة خدمات التدخل السلوكي المقدمة، وفق إمكانيات مستشفيات الطب العقلي المعنية، و تبقى النتائج المتحصل عليها خاصة بهذه المستشفيات فقط و لا يمكن تعميمها.

الكلمات المفتاحية: برامج التكفل – آلية التدخل المبكر -أطفال طيف التوحد

*المؤلف المرسل: ط.د. بونابي ذهبية

Abstract:

The Study aimed at identifying the reality of the early intervention mechanism and implement programs to care for children with autism spectrum disorder, Based on his Characteristics, by tracking the health care protocol and programs for this category, From Screening and diagnostic intervention services to behavioral intervention services using care programs at psychiatric hospitals in the wilayas of annaba, Constantine and setif. To achieve this, The Interview was conducted and application of questionnaire on sample of 65 Specialists, and the most important finding of the study: Inadequate Early Intervention, Performed by the multidisciplinary team, besides, there are shortcoming in care programs. Surrounded by many of obstacles in the specificity of autism spectrum disorder, in view of the heterogeneity. Add to physical obstacles, Lack of facility preparation. Human obstacles to the lack of doctors and specialists in exchange for a large number of children to receive early intervention. This in turn affected the quality of behavioral intervention services provided. According to the capabilities of the mental medicine hospitals concerned. The results remain specific to these hospitals; the results can therefore not be reliably generalized.

Keywords: care programs - Early Intervention Mechanism – Autism Spectrum Children

مدخل للدراسة:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أصعب الاضطرابات النمائية العصبية تفشيا، نظرا لظهوره قبل سن الثالثة من عمر الطفل، ليؤثر على مجالات متعددة من أداءه على طول العمر ، و ليعاني على إثره من درجات متفاوتة من القصور في التواصل و التفاعل الاجتماعي و الميل نحو السلوكيات المقيدة و المتكررة و التي تعتبر أساسية لهذا الاضطراب ، بالإضافة إلى معاناته من قصور المعالجة الحسية و الخلل الحركي (Albarret, Giromini, & Scialom, 2018, p. 108)، ناهيك عن "الاعتلال المشترك" Comorbidity بينه و بين الاضطرابات المصاحبة (Perrin, et al., 2016, p. 155) ليتعدد بذلك العرض للنمط الظاهري للتوحد, و الذي قد يكون عرضيا أو تكيفيا بالتفاعل المتبادل بين الشذوذ النمائي الداخلي، الذي نتج عن تفاعل معقد بين المادة الوراثية, التي تلعب دروا رئيسيا في علم مسببات التوحد و العوامل البيئية الداخلية (قبل و أثناء و بعد الحمل) و البيئة

الخارجية، و خاصة البيئة الاجتماعية المبكرة (Green & Garg, 2018, p. 426) ,ليواجه الطفل المصاب بالتوحد على إثرها صعوبات عميقة تحد من استقلاليته و تكيفه و اندماجه بالمجتمع.

يعد التدخل المبكر نافذة فعالة لتنمية مهارات الطفل ا لمصاب بالتوحد، نظرا لأهمية مرحلة الطفولة المبكرة لتأسيس قدراته و تفعيلها بالتطوير ، لتدفع بتغيير مسارات نموه ، و ذلك باعتبار أن النمو الغير طبيعي في الدماغ يؤدي إلى ظهور أعراض طيف التوحد، فمن المرجح أن يسبق السلوك الغير طبيعي شهورا أو حتى سنوات، قد يفقد على أثرها نافذة فعالة للتدخل المبكر ، و بخاصة إذا كان الفحص و التشخيص يعتمدان فقط على السمات السلوكية فانه سيؤخر بذلك التدخل المبكر، الذي يعمل على التكييف المبكر للدماغ ليحسن من أعراض اضطراب طيف التوحد الناتجة عن الاختلالات العصبية (Bosl, Tager-Flusberg, & Nelson, 2018, p. 1) و منه كلما كان التدخل بالفحص و التشخيص بعمر تطوري أبكر ،كلما كانت برامج لتدخل بالتكفل أكثر فاعلية.

لقد قدم ليو كانر (1943)Leo Kannerأول وصف سريري مختلف عن "فصام الطفولة" بعزله للعلامات السريرية التي تميزه ضمن مقاربة منظمة. مؤكدا على أهميته كحالة نمائية، و ليصبح بعد الاعتراف به تصنيفا متحركا بفضل الدراسات الطولية، ضمن تنقيحات الدليلين التصنيفيين لكل من (DSM) و (ICD) ، و في الآونة الأخيرة، بعد إعادة تصور التوحد كاضطراب "طيف"Spectrum ، و تحديد أعراضه، التي يلاحظها الآباء على أطفالهم خلال السنتين الأولى من حياتهم لتعتبر مثارا للقلق بشان ما تعنيه مؤشراتها مما يقوض قدرتهم كآباء(McConachie & Diggle, 2007, p. 120) و ليخلق بذلك تحديا سلوكيا مشتركا لجميع أفراد الأسرة، يدفعهم للبحث عن الحلول. و ليزداد على أثره معدل الإصابات المبلغ عنها على المستوى العالمي و الوطني بدولة الجزائر، و ليؤدي ذلك إلى الزيادة الملحوظة بارتفاع عدد الزيارات الاستشفائية لأجل الرعاية الصحية، و التي أدت إلى زيادة التحديات

المرتبطة بوضع الاستراتيجيات الشاملة بالكشف المبكر عبر الفحص و التشخيص نظرا لعدم التجانس السريري للأعراض (Johnson & Zwaigenbaum, Bryson, & Garon, 2013, p. 134) (Rodriguez, 2013, p. 131) (Camarata, 2014, p. 1)، مما يستدعي الأمر إلى بدل تدابير موضوعية من تهيئة المستشفيات لطب العقلي بعتادها المادي و البشري لاستقبال و تفعيل خدمة التدخل الشامل ، وفق احتياجات و خصوصية هذه الفئة.

ولقد كشفت دراسة الطاهر قريود (2020) التقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر، بأن مؤسسات التكفل المتمثلة في مصلحة الطب العقلي، و المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا بالإضافة إلى الجمعيات، غير متخصصة في مجال التكفل باضطراب التوحد، و بأنها لا تحترم المعايير الدولية في مجال التكفل (قريود، 2020)

كما توصلت دراسة M. Siegel & R.L Gabriels(2014) بعد تتبع أدلة الأدبيات التي تناولت موضوع علاج ذوي اضطراب طيف التوحد داخل المستشفيات في كل من الوحدات الطب العقلي العامة والمتخصصة لطب الأطفال، إلى أن معظم وحدات الطب العقلي العامة لا تملك الموارد اللازمة لتوفير فريق واسع النطاق متعدد التخصصات، أو نظاما لجمع معلومات البيانات السلوكية وتحليلها.(Siegel & Gabriels, 2014, p. 126)

و تأسيسا لما سبق ذكره، تستعرض هذه الدراسة الحالية واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد, في ظل الممارسة الشاملة المتعددة التخصصات من خلال تتبع آلية تنفيذ التدخل المبكر، و ذلك بدراسة سياق سير هذه الممارسة ضمن إطار قطاع الصحة و المتمثل في مستشفيات الطب العقلي باعتبارها أولى الخطوط لتفعيل آلية التدخل المبكر، و التحقق من مدى توفر متطلباتها عبر الخدمات المقدمة، المادية منها و البشرية و الخدماتية الموجودة على مستواها، و ذلك استنادا إلى خصوصية الاضطراب و متطلبات برامج التكفل، لتسعى الباحثة إلى تسليط

الضوء على واقع التكفل بأطفال طيف التوحد, من خلال آلية التدخل المقدمة، بمستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة و قسنطينة و سطيف، و ذلك للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي :

"ما واقع سير آلية التدخل المبكر وتطبيق برامج التكفل بأطفال طيف التوحد بمستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة وقسنطينة وسطيف؟

لينبثق منه التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هو واقع آلية تقديم خدمات التدخل المبكر لفئة ذوي باضطراب طيف التوحد المتبعة بمستشفيات لطب العقلي المعنية؟

- ما هو واقع تطبيق برامج التكفل بأطفال طيف التوحد بمستشفيات الطب العقلي المعنية؟

- هل توفر مستشفيات الطب العقلي متطلبات إنجاح عملية التدخل المبكر وبرامج التكفل من الناحية المادية والبشرية والخدماتية؟

- ما هي الصعوبات التي تعترض آلية التدخل المبكر وتطبيق برامج التكفل بمستشفيات الطب العقلي؟

2- أهداف الدراسة :

- الكشف عن واقع آلية تقديم خدمات التدخل المبكر المتعدد التخصصات بطفل طيف التوحد على مستوى مستشفيات الطب العقلي المعنية؛

- التعرف على برامج التكفل المعتمدة على مستوى مستشفيات الطب العقلي المعنية؛

- التقصي عن مدى استيفاء متطلبات التدخل وبرامج التكفل من الناحية المادية والبشرية والخدماتية بمستشفيات الطب العقلي المعنية؛

- محاولة الوقوف على أهم الصعوبات التي تعترض عملية التدخل المبكر بمستشفيات الطب العقلي المعنية.

3- أهمية الدراسة :

- إلقاء الضوء على اضطراب طيف التوحد الذي يتميز بخصائص معقدة تتسم بعدم التجانس، لتتطلب تدخلا مبكرا وتكفلا خاصا وتكاملا للأدوار؛

- نقل واقع سير آلية التدخل المبكر بأطفال طيف التوحد داخل مستشفيات الطب العقلي؛

- تعريف أصحاب القرار لقطاع الصحة، بالصعوبات والمعيقات لإنجاح عملتي التدخل والتكفل داخل مستشفيات الطب العقلي، إن وجدت.

4- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة :

يقصد **بأطفال طيف التوحد إجرائيا**، الأطفال الذين تنطبق عليهم محكمات تشخيص اضطراب طيف التوحد، التي وردت بالدليل التشخيصي و الإحصائي (DSM-5)، و ذلك على أساس الخلفية السلوكية من العجز المستمر في التواصل و التفاعل الاجتماعي مع العرض المستمر للاهتمامات و السلوكيات المقيدة و النمطية ،بالإضافة إلى التمايز الذي يحدده عدد الأعراض، و شدتها التي تتراوح بين (الخفيف-المتوسط- الشديد)، و ما يقابلها من الحاجة إلى الدعم، الذي يقدم لهم على مستوى مستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة و قسنطينة و سطيف.

يقصد **ببرامج التكفل إجرائيا**، خدمات المساندة و التحفيز القائمة على الأدلة و المتبعة لاستراتيجيات مدعمة نظريا و تجريبيا، كبرنامج ABA، و TEACCH و PECS المقدمة من طرف فريق متخصص، بالاشتراك مع الأولياء كخدمة علاجية و وقائية ضمن آلية متكاملة للتكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بعد تشخيصهم مباشرة بالاضطراب، على مستوى مستشفيات الطب العقلي المعنية .

يقصد **بآلية التدخل إجرائيا** بأنها عملية تقديم خدمات التدخل المبكر ، كممارسة علاجية استعجاليه، وقائية و متكاملة، من طرف فريق عمل متعدد التخصصات، ضمن إجراءات متتالية من الخدمات كخدمة الفحص والتشخيص و خدمة المساندة للأولياء بالتوعية و التحسيس، بإضافة إلى خدمة التدخل العلاجي الدوائي، و الخدمات المساندة كتقديم العلاج الوظيفي و العلاج الطبيعي، و تقديم برامج التكفل المساندة السلوكية المقدمة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على مستوى مستشفيات الطب العقلي المعنية.

ثانيا- الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية:

1- منهج الدراسة :

استخدم بالدراسة الحالية المنهج الوصفي الاستكشافي لملاءمته موضوع الدراسة و أهدافها، باستكشاف واقع آلية سير التدخل المبكر و تطبيق برامج التكفل لصالح فئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ممن يتابعون على مستوى مستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة ، قسنطينة و سطيف.

2- أدوات الدراسة :

2-1 - المقابلة : اعتمدنا في الدراسة الحالية على مقابلة جمع المعلومات و البيانات من الفريق التدخل و المتكفل بتطبيق البرامج.

2-2- الاستبيان : لتحقيق أهداف الدراسة، و الإجابة عن أسئلتها برصد واقع آلية التدخل المبكر و تطبيق برامج التكفل، لفريق العمل المتعدد التخصصات، اعتمدت الباحثة على الاستبيان الذي بني على ضوء شبكة الملاحظة باعتبارها تقنية مباشرة للتقصي العلمي، لكي تلم بنقل واقع سير عملية التدخل و تطبيق برامج التكفل على مستوى مستشفيات الطب العقلي بولاية عنابة و قسنطينة و سطيف، و لقد تضمن

الاستبيان الموجه للمختصين المعنيين على 108 بندا موزعا على المحاور التالية لرصد واقع آلية التدخل و تطبيق برامج التكفل :

1- **البعد المادي:** يتضمن تهيئة وتجهيز المنشآت الاستشفائية المعنية للطب العقلي. موزعا عليه البنود التالية (1-22) بندا؛

2- **البعد البشري:** يتضمن مقومات الفريق المتعدد التخصصات للتدخل والتكفل، موزعا عليه البنود التالية (23-70) بندا؛

3- البعد الخدماتي (التنفيذي): يتضمن تنفيذ خدمات التدخل المبكر المقدمة و

4- تطبيق برامج التكفل. موزعا عليه البنود التالية (71-108) بندا.

- **صدق الاستبيان :** تم عرض الاستبيان على المحكمين من أساتذة في علم النفس و الأرطفونيا و علوم التربية، بهدف إبداء أرائهم و اقتراحاتهم حول عبارات الاستبيان، و قد اتفق المحكمين على معظم عبارات الاستبيان بنسبة (90٪).

- **ثبات الاستبيان:** تم حساب ثبات أداة الاستبيان، بإعادة تطبيقها على أفراد العينة بنفس الظروف المماثلة، بفارق زمني قدر بأسبوعين، وجاءت النتائج متقاربة جدا، ليبلغ معامل الثبات (90٪). بالإضافة إلى ثبات التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ) للاستبيان الذي بلغ (0.929)، ويمكن القول بذلك أن الاستبيان يتمتع بثبات عالي.

3- عينة الدراسة : شملت عينة الدراسة (65) مختصا من فرق التدخل المتعددة التخصصات، بفئة أطفال طيف التوحد طيف التوحد، و التابعين لثلاثة مستشفيات للطب العقلي، و هي : مستشفى الأمراض العقلية و النفسية أبو بكر الرازي بولاية عنابة، و مستشفى الطب العقلي محمود بالعمري (جبل الوحش) بولاية قسنطينة، و مستشفى الطب العقلي بعين عباسة ولاية سطيف.

3-1- خصائص عينة الدراسة :

جدول رقم(1) يوضح خصائص عينة الدراسة من ناحية التخصص الوظيفي

المستشفى / التخصص	عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
طبيب العقلي المسؤول	01	01	01	03	٪4.61
طبيب عقلي	02	05	02	09	٪13.84
طبيب عقلي للأطفال	03	05	01	09	٪13.84
أخصائي عيادي	05	06	05	16	٪24.61
أخصائي ارطفوني	03	02	05	10	٪15.38
أخصائي حسي حركي	01	02	00	03	٪4.61
أخصائي وظيفي	00	00	02	02	٪3.07
الممرض المساعد	04	05	04	13	٪20.00
المجموع	19	26	20	65	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(1)**، نلاحظ أن العينة غير متجانسة من حيث التخصص الوظيفي؛ حيث أن الأخصائي العيادي هو الأعلى، بنسبة تقدر ب 24.61٪ يليها نسبة الممرض المساعد ب20.00٪، و الأخصائيين الأرطفونيين بنسبة تقدر ب 15.35٪، و قد يرجع ذلك إلى أن عملية التدخل المبكر و تطبيق البرامج تولي أهمية اكبر لهذه الاختصاصات خاصة بالنسبة للتدخل السلوكي عبر برامج التكفل.

ثالثا: عرض ومناقشة النتائج الدراسة:

1- عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بآلية التدخل و تطبيق برامج التكفل «البعد المادي » :

جدول رقم (2) يوضح نتائج تهيئة المنشآت الاستشفائية للتدخل والتكفل:

		البعد المادي التهيئة والتجهيز	عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
تهيئة المنشآت	01	موقع جيد للمنشاة	11	13	00	24	٪8.135
	02	تهيئة بيئة الداخلية متكيفة	04	08	05	17	٪5.762
	03	تهيئة البيئة الخارجية متكيفة	02	08	05	15	٪5.084
	04	تحقيق شروط الأمن	15	19	10	44	٪14.915
	05	تحقيق شروط الصحية	13	15	12	40	٪13.559
	06	تهيئة دورات المياه وفق الأطفال	03	02	02	07	٪2.372
	07	تهيئة المطعم وفق الأطفال	07	09	09	25	٪8.474
	08	توزيع جيد لفضاء القاعات	09	12	07	28	٪9.491
	09	عدد كافي لقاعات التكفل	06	08	05	19	٪6.440
	10	توفر قاعة الراحة	07	24	07	38	٪12.881
	11	قاعة اللعب مجهزة	00	15	06	21	٪7.118
	12	توفر الشروط الفيزيقية المناسبة ضوء/ حرارة/ رائحة/الصوت	04	08	05	17	٪5.762
	13	توفر عوازل الصوت	00	00	00	00	٪0.000
		المجموع	81	141	73	295	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم (2)، نلاحظ اتفاق أفراد العينة على أن منشات مستشفيات الطب العقلي المعنية تحقق شروط الأمن بنسبة تقدر ب 14.915٪، لتليها نسبة 13.559٪ لتحقيق الشروط الصحية، وذلك على خلف تداعيات الوباء العالمي لفيروس (Covid-19)، لكنها تخل بشروط تهيئة دورات المياه وفق مورفولوجية الأطفال بنسبة تقدر ب2.857٪، بالإضافة إلى تأكيدهم على عدم توفر عوازل الصوت بنسبة 0.000٪.

جدول رقم(3) يوضح نتائج تجهيز المنشات الاستشفائية للتدخل والتكفل:

		البعد المادي التهيئة و التجهيز	عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
تجهيز المنشات	14	توفر المعينات البصرية	00	03	00	03	٪1.754
	15	توفر التأثيث المناسب	06	11	13	30	٪17.543
	16	توفر التكنولوجيا المساندة	02	03	03	08	٪4.678
	17	توفر اغلب أدوات الفحص الطبي	06	11	04	21	٪12.280
	18	// أدوات التقييم السيكومتري	15	21	15	51	٪29.824
	19	// أدوات العلاج الوظيفي	01	02	02	05	٪2.923
	20	// اغلب أدوات برامج التكفل	03	05	03	11	٪6.432
	21	// المعززات المادية	04	06	03	13	٪7.602
	22	/ الكتب و المراجع برامج التدخل	05	19	05	29	٪16.959
المجموع			42	81	48	171	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم (3)، نلاحظ اتفاق أفراد العينة على أن منشات مستشفيات الطب العقلي المعنية مجهزة بأغلب أدوات التقييم السيكومتري الخاص بفئة اضطراب طيف التوحد، بنسبة تقدر ب 29.824٪، وبينما قدرت اقل نسبة ب2.717٪ لتوفر أدوات العلاج الوظيفي، و هي نسبة ضئيلة على الرغم من ارتباطها بتخصصات العلاج الوظيفي و العلاج الحسي و حركي العلاج الوظيفي لجهاز النطق. وتلتها نسبة 1.754٪ لتوفر المعينات البصرية، والتي تعد مهمة للتوجه المكاني والقدرة على التوقع لأطفال اضطراب طيف التوحد.

2- **عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالية التدخل و تطبيق برامج التكفل« البعد البشري :**

جدول رقم (4) يوضح نتائج تكوين الفريق التدخل و التكفل :

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات			عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
التكوين	23	الخلفية الأكاديمية و النظرية الجيدة حول الاضطراب	13	19	13	45	٪21.739
	24	التكوين قبل الالتحاق بالمنصب	07	13	07	27	٪13.043
	24	التكوين الداخلي بعد الالتحاق	09	15	07	31	٪14.975
	25	التكوين الخارجي بعد الالتحاق	15	21	16	52	٪25.120
	26	الاطلاع المتجدد حول الاضطراب	15	21	16	52	٪25.120
المجموع			59	89	59	207	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(4)**، نلاحظ أعلى نسبة لنتائج تلقي أفراد العينة للتكوين الكافي حول اضطراب طيف التوحد، تمثلت في نسبة 25.120٪ للاطلاع المتجدد حول اضطراب طيف التوحد، وبنفس النسبة كانت لتلقي التكوين الخارجي بعد الالتحاق بالمنصب، لتليها نسبة 21.739٪ راجعة للتكوين الأكاديمي، بينما التكوين الداخلي بعد الالتحاق بالمنصب قدرت نسبته ب 14.975٪ ما يدل على عدم كفايته.

جدول رقم (5) يوضح نتائج سنوات الخبرة لفريق التدخل والتكفل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات			عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
الخبرة	27	الخبرة (1-5) سنوات	08	11	08	27	٪41.538
	28	الخبرة (5-10) سنوات	05	08	06	19	٪29.230
	29	الخبرة 10 سنوات فما فوق	06	07	06	19	٪29.230
المجموع			19	26	20	65	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(5)**، نلاحظ أن أعلى نسبة لنتائج سنوات الخبرة المهنية لأفراد العينة قدرت ب 41.538٪ لمن هم في طور تكون الخبرة من (1-5) سنوات، وتلتلها نسبة 29.230٪ التي يتشاركها كل من أصحاب الخبرة (5-10) سنوات والخبرة 10 سنوات فما فوق.

جدول رقم (6) يوضح نتائج مشاركة الخبرة لفريق التدخل و التكفل :

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
المشاركة	30 مشاركة الخبرة بنشر مقال علمي	04	06	05	15	٪17.857
	31 المشاركة بالملتقيات و المؤتمرات	10	14	08	32	٪38.095
	32 المشاركة بتاطير الطلبة المتربصين	09	17	11	37	٪44.047
المجموع		23	37	24	84	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(6)**، نلاحظ أعلى نسبة لمشاركة الخبرة من طرف أفراد العينة، قدرت ب 44.047٪، وذلك بمشاركتها مع الطلبة الجامعيين المتربصين، تلتها نسبة 8.095٪ بالمشاركة في الملتقيات والمؤتمرات، بينما اقل نسبة قدرت ب 17.857٪ للمشاركة بنشر مقالات علمية من اجل إثراء البحث العلمي على ضوء الخبرة الميدانية.

جدول رقم (7) يوضح نتائج تكامل ادوار الفريق للتدخل والتكفل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
تكامل ادوار فيق التدخل و التكفل	33 العمل الجماعي	15	19	16	50	11.682
	34 التواصل الجيد	16	19	16	51	11.915
	35 التنظيم و التخطيط	11	15	12	38	8.878
	36 التنسيق	15	19	16	50	11.682
	37 كتابة و تبادل التقارير	12	17	13	42	9.813
	38 اتخاذ القرار جماعي	15	19	16	50	11.682
	39 اتخاذ القرار فردي	11	15	12	38	8.878
	40 توزيع الجيد للمهام	10	13	08	31	7.242
	41 التوعية و التحسيس للآباء	13	17	13	43	10.046
	42 إدارة الأزمات (الأوبئة- الحروب)	11	15	09	35	8.177
المجموع		129	168	131	428	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(7)**، نلاحظ أن أعلى نسبة لنتائج تكامل ادوار الفريق المتعددة التخصصات لأفراد العينة للتدخل وتطبيق التكفل، قدرت بنسبة ب 11.682٪ والتي تتشاركها كل من العمل الجماعي والتنسيق واتخاذ القرار الجماعي، بينما اقل نسبة قدرت ب 7.242٪ للقدرة على التوزيع الجيد للمهام، والتي قد تتعلق بعامل سنوات الخبرة.

جدول رقم (8) يوضح نتائج تحكم الفريق بتقنيات التشخيص للتدخل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
التشخيص	43 تقنيات الفحص السريري	09	15	09	33	٪36.666
	44 تقنيات التشخيص الفارقي	06	11	04	21	٪23.333
	45 تقنيات التشخيص الطبي	06	11	04	21	٪23.333
	45 تقنيات التشخيص السلوكي	04	06	05	15	٪16.666
المجموع		25	43	22	90	٪100

من خلال عرض الجدول رقم **(8)**، نلاحظ أعلى نسبة لنتائج التحكم لأفراد العينة بتقنيات التشخيص، قدرت ب٪36.666 لتحكمهم بتقنيات الفحص السريري، تليها نسبة ٪23.333، لكل من التحكم بتقنيات التشخيص الفارقي و التشخيص الطبي نظرا للتخصص الطبي للمستشفيات المعنية، بينما اقل نسبة قدرت ب ٪16.666 لتقنيات التشخيص السلوكي، و قد يكون السبب لما تتطلبه من متابعة و تحليل للسلوك نظرا لخصائص الاضطراب الغير متجانسة، و التي تتطلب الخبرة بالممارسة.

جدول رقم (9) يوضح نتائج تحكم الفريق بأدوات التشخيص المعياري للتدخل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
	46 DSM-5	06	11	04	21	٪50
	47 ICD-11	06	11	04	21	٪50
المجموع		12	22	08	42	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(9)**، نلاحظ تساوي نسب التحكم لأفراد العينة بأدوات التشخيص المعياري، لكل من الدليلين التشخيصيين DSM-5 و ICD-11، بنسبة تقدر ب٪50. وهي مخصصة للاستعمال من طرف الطبيب العقلي، الطبيب العقلي للأطفال.

جدول رقم (10) يوضح نتائج تحكم الفريق بأدوات التقييم للتدخل والتكفل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
التحكم بأدوات التقييم	48	مقياسM-CHAT	15	21	16	52	٪26.666
	49	مقياسCARS	14	20	16	50	٪25.641
	50	مقياسPEP3	06	07	06	19	٪9.743
	51	مقياسADOS-2	03	05	02	10	٪5.128
	52	مقياسADI-R	02	03	01	06	٪3.076
	53	مقياس الذكاء WISC	03	05	04	12	٪6.153
	54	مقاييس الذكاء الأخرى	04	07	05	16	٪8.205
	55	مقاييس المهارات الأساسية	09	10	11	30	٪15.384
المجموع			56	78	61	195	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(10)**، نلاحظ أعلى نسبة للتحكم بأدوات التقييم كانت لمقياس M-CHAT بنسبة تقدر ٪26.666، تليه مقياس CARS بنسبة تحكم تقدر ب ٪25.641، بينما اقل نسبة كانت لمقاسي ADOS-2 بنسبة ٪5.128 ومقياس ADI-R بنسبة تقدر ب٪3.076، و ذلك لان المقياسين يحتاجان إلى التكوين بهما إضافة إلى الخبرة بالممارسة.

جدول رقم (11) يوضح نتائج تحكم الفريق ببرامج التكفل للتدخل:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
البرامج	56	برنامج ABA	05	08	05	18	٪23.684
	57	برنامج TEACCH	10	11	12	33	٪43.421
	58	نظام PECS	03	02	05	10	٪13.157
	59	التكامل الحسي(SLT)	04	04	07	15	٪19.736
المجموع			22	25	29	76	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(11)**، نلاحظ أن أعلى نسبة للتحكم ببرامج التكفل قدرت ب43.421 ٪ لصالح برنامج TEACCH، و اقل نسبة قدرت ب13.157٪ لنظام PECS. نظرا لان هذا الأخير مرتبط بتخصيص الاستعمال للأخصائيين الاطفونيين.

جدول رقم (12) يوضح نتائج سياسة المستشفى الداخلية للتدخل المبكر:

البعد البشري الفريق المتعدد التخصصات		عنابة	قسنطينة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
سياسة المستشفى الداخلية	60 تدعم التشخيص المبكر	15	21	16	52	٪22.413
	61 تاطير المتربصين الجامعيين	15	21	16	52	٪22.413
	62 تدعم التدخل الدوائي	06	11	04	21	٪9.051
	63 تدعم التدخل الوظيفي	04	04	07	15	٪6.465
	64 تدعم التدخل الغذائي	00	00	00	00	٪0.000
	65 تدعم التدخل السلوكي	15	21	16	52	٪22.413
	66 تدعم التدخل التعليمي	00	00	00	00	٪0.000
	67 تدعم التوعية والتحسيس	07	08	07	22	٪9.482
	68 تدعم تدريب الآباء داخلها	00	00	00	00	٪0.000
	69 // التربص والتبادل الخبراتي	05	06	07	18	٪7.758
	70 تدعم الإدماج	00	00	00	00	٪0.000
المجموع		67	92	73	232	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم(12)، للسياسة الداخلية لمستشفيات الطب العقلي، بحسب أفراد العينة، نلاحظ بأنها تدعم بالدرجة الأولى سياسة التشخيص المبكر وسياسة التأطير للمتربصين الجامعيين وسياسة التدخل السلوكي، بنفس النسبة التي تقدر ب22.413٪، كما نلاحظ أنها لا تدعم سياسة الإدماج بنسبة تقدر ب 0.000٪، نظرا لكون عملية الإدماج تعنى به المراكز النفسية البيداغوجية المتخصصة لذوي التخلف الذهني.

1- عرض و مناقشة لنتائج المتعلقة بآلية التدخل و برامج التكفل « البعد الخدماتي »

جدول رقم (13) يوضح نتائج خدمات التدخل المبكر المقدمة بالمستشفيات:

البعد الخدماتي خدمات التدخل و برامج التكفل			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
خدمات التدخل	71	الفحص والتشخيص	15	21	16	52	٪38.518
	72	التدخل الدوائي	06	11	04	21	٪15.555
	73	التدخل الوظيفي	01	02	02	05	٪3.703
	74	التدخل الغذائي	00	00	00	00	٪0.000
	75	التدخل السلوكي	11	13	13	37	٪27.407
	76	التدخل التعليمي	00	00	00	00	٪0.000
	77	تقديم التدخل بمشاركة الأسرة	06	08	06	20	٪14.814
المجموع			39	55	41	135	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(13)**، نلاحظ أن خدمة التدخل المبكر المتمثلة في الفحص والتشخيص هي النسبة الأعلى والتي قدرت ب38.518٪، نظرا لكون المستشفيات الطب العقلي المعنية، هي الخط الأول للتدخل عبر الفحص والتشخيص، و تكون لها المرجعية لهذه الخدمة، أما اقل نسبة قدرت ب 0.000٪ ترجع لخدمة التدخل الغذائي، نظرا لكون هذه الخدمة تقدم خارج مستشفيات الطب العقلي، و كذلك ينطبق الأمر على خدمة التدخل التعليمي، التي تعنى به المراكز النفسية البيداغوجية لذوي التخلف الذهني و بعض المؤسسات التربوية.

جدول رقم (14) يوضح نتائج سن التدخل المبكر بالمستشفيات:

البعد الخدماتي خدمات التدخل و برامج التكفل			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
سن التدخل	78	12 شهر-24 شهر	00	00	00	00	٪0.000
	79	24 شهر- 3 سنوات	02	01	02	05	٪2.906
	80	3-4 سنوات	10	11	12	33	٪19.186
	81	4- 5 سنوات	13	13	12	38	٪22.093
	82	5- 6 سنوات	14	17	14	45	٪26.162
	83	6-7 سنوات	15	20	16	51	٪29.651
المجموع			54	62	56	172	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول **رقم (14)**، نلاحظ أن أعلى نسبة لسن التدخل، قدرت ب29.651٪ لصالح السنوات بين (6-7) سنوات، و ذلك راجع لتجاوز المتطلبات الاجتماعية و المعرفية قدرات الطفل، الذي هو في طور بداية التمدرس، و هذا يدل على تأخر سن التدخل، أما اقل نسبة لسن التدخل التي يقوم بها أفراد العينة فكانت للسنوات مابين (24 شهرا-3سنوات) بنسبة 2.906٪ ، و السن ما بين (12 شهرا-24 شهرا) بنسبة 0.000٪، و هذا نظرا لصعوبة تحديد الأعراض لعدم تجانسها و تداخلها مع الاضطرابات النمائية الأخرى؛ لتشكل تحديا للآباء لملاحظتها و تشخيصها من قبل فريق التدخل لتؤدي إلى تأخير سن التدخل المبكر.

جدول رقم (15) يوضح نتائج خدمة التدخل المبكر بالفحص والتشخيص:

البعد الخدماتي خدمات التدخل وبرامج التكفل			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
الفحص التشخيص	84	الفحص السريري بالملاحظة	06	11	04	21	٪16.153
	85	التشخيص المعياري DSM/CIM	06	11	04	21	٪16.153
	86	مشاركة الآباء بالتشخيص	13	17	13	43	٪33.076
	87	التشخيص السيكومتري	09	10	10	29	٪22.307
	88	التشخيص الأنف الأذن الحنجرة	00	00	00	00	٪0.000
	89	التشخيص العصبي	00	00	00	00	٪0.000
	90	التشخيص السلوكي	04	07	05	16	٪12.307
المجموع			38	56	36	130	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول **رقم (15)**، نلاحظ أن أعلى نسبة قدرت ب 33.076٪ لمشاركة الآباء بالتشخيص المبكر عبر الملاحظات، نظرا لأهميتها لمتابعة سير عملية التشخيص المبكر، بينما قدرت اقل نسبة ب 0.000٪ للتشخيص العصبي وتشخيص الأنف والإذن والحنجرة، نظرا لكون هذه الخدمات لا تقدم على مستوى المستشفيات المعنية، بل هي خارجية الخدمة، لكن يتم الاستعانة بها من اجل تدعيم التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد.

جدول رقم (16) يوضح نتائج التدخل المبكر عبر برامج التكفل بالمستشفيات:

البعد الخدماتي خدمات التدخل و برامج التكفل		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
برامج التكفل	91 برنامجABA	05	08	05	18	٪17.142
	92 برنامجTEACCH	10	11	12	33	٪31.428
	93 نظام PECS	03	02	05	10	٪9.523
	94 التكامل الحسي(SLT)	04	04	07	15	٪14.285
	95 برنامج العناية الذاتية	09	10	10	29	٪27.619
المجموع		31	35	39	105	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول **رقم (16)**، نلاحظ أن أعلى نسبة للبرنامج المستخدم للتدخل بحسب أفراد العينة، جاءت لصالح برنامج TEACCH بنسبة تقدر ب31.428٪، و اقل نسبة قدرت ب9.523٪ لنظام PECS نظرا لتخصيص استخدامه للأخصائيين الأرطفونيين.

جدول رقم (17) يوضح نتائج سير الاجتماعات للتدخل والتكفل:

البعد الخدماتي خدمات التدخل و برامج التكفل		عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
الاجتماعات	96 اجتماع الفريق كل الأسبوع	04	06	03	13	٪9.629
	97 اجتماع الفريق نصف شهري	10	12	13	35	٪25.925
	98 اجتماع الفريق كل شهر	12	15	08	35	٪25.925
	99 اجتماع الفريق السنوي	15	21	16	52	٪38.518
المجموع		41	54	40	135	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول **رقم (17)**، نلاحظ أعلى نسبة لنتائج تنظيم الاجتماعات لأفراد العينة، قدرت ب 38.518٪ لصالح الاجتماع السنوي، بينما اقل نسبة لاجتماع الفريق كل أسبوع بنسبة تقدر ب9.629٪ و ذلك راجع لتخصيص يوم واحد بالأسبوع لتطبيق برامج التكفل بينما باقي الأسبوع للتشخيص.

جدول رقم (18) يوضح نتائج الالتزام بالحجم الساعي لبرامج التكفل:

البعد الخدماتي خدمات التدخل و برامج التكفل			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
ح. الساعي	100	الحجم الساعي للحصة	00	17	00	17	٪100
	101	الحجم الساعي الأسبوعي	00	00	00	00	٪0.000
	102	الحجم الساعي السنوي	00	00	00	00	٪0.000
المجموع			00	00	00	17	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(18)**، نلاحظ عدم تجانس نسب النتائج نظرا لتقديم خدمة برامج التكفل مرة بالأسبوع وبحجم ساعي اقل من المطلوب وهذا يخل بشروط برامج التكفل.

جدول رقم (19) يوضح نتائج استخدام الأدوات برامج التكفل:

البعد الخدماتي خدمات التدخل وبرامج التكفل			عنابة	قسنطي نة	سطيف	التكرار	النسب المئوية
أدوات البرامج	104	سجلات متابعة الحالة	15	21	16	52	٪28.888
	105	المعينات البصرية	10	13	13	36	٪20
	106	المعززات المادية	11	12	13	36	٪20
	107	التكنولوجيا المساندة	04	08	07	19	٪10.555
	108	أدوات القياس القبلي و البعدي	10	15	12	37	٪20.555
المجموع			50	69	61	180	٪100

من خلال عرض نتائج الجدول رقم **(19)**، نلاحظ أن أعلى نسبة للأدوات المستخدمة لبرامج التكفل، كانت لسجلات متابعة الحالة بنسبة تقدر ب28.888٪ تليها أدوات القياس القبلي و البعدي بنسبة تقدر ب20.555٪، آما اقل نسبة فكانت لاستعمال التكنولوجيا المساندة بنسبة تقدر ب10.555٪.

بناءا على النتائج أعلاه للدراسة الحالية، تمت مناقشتها على ضوء أهدافها، التي تحاول الكشف عن واقع آلية تقديم خدمات التدخل المبكر وتطبيق برامج التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بمستشفيات الطب العقلي لكل من ولاية عنابة وقسنطينة وسطيف، وذلك بتتبع التساؤلات الموضوعية للكشف عن واقع هذه الممارسة

ب أين؟ ومن؟ وكيف؟ والتي بنيت عليها أبعاد الدراسة التالية: البعد المادي والبعد البشري والبعد الخدماتي، وذلك بالرجوع إلى النتائج المتعلقة بكل مؤشر من هذه الأبعاد الثلاثة.

1- واقع آلية تقديم خدمات التدخل المبكر لفئة ذوي اضطراب طيف التوحد في مستشفيات الطب العقلي المعنية

أ ظهرت نتائج البعد المادي الذي يتضمن تهيئة وتجهيز المنشآت الاستشفائية المعنية للطب العقلي. و ذلك من خلال **مؤشري تهيئة المنشآت و تجهيز المنشآت**، التي اظهر نتائجهما كل من الجدول **رقم(2)** و **رقم (3)**، و ذلك بتتبع المقومات المادية لإنجاح آلية تقديم خدمات التدخل المبكر بمستشفيات الطب العقلي المعنية، حيث وجد بأن تهيئة منشاتها لا تراعي خصوصية الاضطراب و احتياجاته ، بداية بعدم توفير التهيئة الداخلية و الخارجية المتكيفة، إضافة إلى عدم ضبط الشروط الفيزيقية (الحرارة – الضوء- الرائحة و الأصوات)،و هذا الأخير ؛ بعدم توفيرها لعوازل الصوت ، و بالتالي فان بيئات الطب العقلي غير متكيفة مع أطفال اضطراب طيف التوحد و هو ما أكدته دراسة (Gabriels et al, 2012) ، نظرا لكون الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من اختلال وظيفي حسي للمثيرات، و الذي يظهر بشكل مفرط كالرائحة التي تتميز بها المستشفيات الطبية، و الأصوات العالية لوجود العدد الكبير من الناس كالمرضى و المعيدين بالمستشفى، و بخاصة في قاعات الاستقبال، و الذي يؤدي بدوره إلى سلوكيات التحفيز الذاتي Behavior Self-Stimulatory للأطفال، مما يجعلهم يظهرون نوبات للغضب أو الإكثار من الحركات النمطية، كما أن غياب المعينات البصرية التي تساعد الطفل على التوجه و التوقع، قد يجعل المكان صعب التوقع و غير محبب، و الذي بدوره قد يعيق سير التدخل بتلقي خدماته، و هو ما أيدته دراسة(Johnson & Rodriguez, 2013) ، ليتجنب بذلك الطفل الحضور لتلقي خدمات التدخل و التكفل البرامجي، نظرا لما يعانيه من تحفيز مفرط لمدخلاته الحسية، أما المؤشر الايجابي هو أن المؤسسات المعنية تتوفر على

أدوات الفحص و التشخيص المتمثلة في أدوات الفحص الطبي وأدوات التقييم السيكومتري، و ذلك باعتبار أن المؤسسات الاستشفاية الخط الأول لتقديم التدخل عبر الفحص و التشخيص، بهدف تقديم العلاج المناسب، والذي يعتبر عاملا ايجابيا في عملية التدخل المبكر ، على الرغم من نقص توفير المعدات اللازمة لإنجاح التدخل السلوكي عبر برامج التكفل.

أوضحت نتائج البعد البشري المتمثل في مقومات الفريق المتعدد التخصصات الذي يعمل على سير خدمات التدخل المبكر ، و الذي تظهره **مؤشرات التالية التكوين و الخبرة و مشاركة الخبرة و تكامل الأدوار و التحكم بتقنيات التشخيص و أدوات التشخيص المعياري و التحكم بأدوات التقييم** ، و كذا **التحكم ببرامج التكفل،** و التي تعرضها نتائج كل من الجداول على التوالي **(4)** و **(5)** و **(6)** و **(7)** و **(8)** و **(9)** و **(10)** و **(11)** و **(12)**، وجد أن الفريق المتعدد التخصصات الذي يعمل على سير عملية التدخل يحمل مقومات ايجابية لإنجاح عملية التدخل المبكر ، في ظل عوامل قد تعيق سيرها، و ذلك بتلقيهم التكوين الذي يمكنهم من التعامل مع فئة ذوي اضطراب طيف التوحد ، مدفوعين بالاطلاع الذاتي المتجدد حول الاضطراب، بالتوجه للتكوين الخارجي لعدم كفاية التكوين الداخلي ، إضافة إلى عامل الخبرة الذي تصقله السنوات بالممارسة، حيث أن مجموع نسبة 58.46٪ من الذين يملكون الخيرة اكبر من الذين هم في طور تكوينها، و هذا يعتبر مؤشرا جيدا، كما تبين من الدراسة أن الممرضات المرافقات يملكن الدراية الكافية بالاضطراب و هو ما أيدته دراسة(Wireko-Gyebi & Ashiagbor, 2018) ، كما أظهرت النتائج تحكم فريق التدخل في اغلب تقنيات التشخيص وأدواتها المتمثلة في أدوات التشخيص المعياري و أدوات التقييم السيكومتري، لتساعد على الاستفادة من خدمة التشخيص المبكر و الدقيق، كما أن الفريق يحمل مقومات ايجابية للعمل على التدخل السلوكي عبر برامج التكفل، و الذي يتطلب تكاملا للأدوار . بالإضافة إلى المؤشر الايجابي بمشاركة

المعلومات عبر تكوين المتربصين الجامعيين، و المشاركة بالمؤتمرات، و الملتقيات و المقالات العلمية على الرغم من قلة هذه الأخيرة، إلا أنها تعد خطوة بناءة لإذكاء الرأي العام، من الطلبة و الممارسين و الباحثين و الأولياء لتضفي على سير خدمات التدخل طابع المرونة للتدخل لصالح الطفل، أما بخصوص سياسة المستشفى الداخلية التي يضعها أصحاب القرار بالمؤسسات الاستشفائية قد تعرقل سير التدخل من الناحية المادية و البشرية، و ذلك لاتبعها سياسة تحقيق الأهداف الأساسية المبرمجة ضمن خطة التدخل السنوية، و التي تدعم سياسة تقديم خدمات التدخل بالفحص و التشخيص، و العلاج الدوائي بشكل أساسي ، أما التدخل السلوكي عبر برامج التكفل، يكون بحدود إمكانيات السنة المالية. بالإضافة إلى قلة التوظيف الذي خلق عدم تناسب عدد الأطباء والأخصائيين والممرضين مع الكم الهائل من الأطفال المصابين بالتوحد الوافدين لتلقي التدخل المبكر.

أظهرت نتائج البعد الخدماتي، الذي يعرض تنفيذ خدمات التدخل المبكر المقدمة. من خلال المؤشرات التالية **خدمات التدخل المبكروسن التدخل المبكر و التدخل المبكر بالفحص و التشخيص و التدخل المبكر عبر برامج التكفل** بالإضافة إلى **سير الاجتماعات للتدخل و التكفل** و التي تعرضه الجداول التالية تباعا : رقم **(13)** و **(14)** و**(15)** و **(16)** و**(17)**، وجد بأن المستشفيات الطب العقلي المعنية تلتزم بسير آلية التدخل عبر تقديم الخدمات المطلوبة لعميلة التدخل المبكر ، إلا الخدمات التي تكون خارج نطاق طابعها الاستشفائي، و التي يتطلب إجراؤها خارج هذه المستشفيات كالتدخل الغذائي و التدخل التعليمي، وكما تلتزم بالتدخل بسن مبكر ، بهدف عرض خدمات الاستعجالية الأخرى للتدخل كالعلاج الدوائي و السلوكي الذي يضم برامج متنوعة التدخلات و القائمة على السلوك ، و ذلك لتحقيق أفضل نتائج للتدخل. الذي حال دون تحقيقها نقص توفير مستشفيات الطب العقلي المعنية للمتطلبات المادية، التي يعرضها الجدول **رقم (2)** و **رقم(3)** و كذا نقص العدد الكافي لفريق التدخل الذي يعرض نتائجه الجدول **رقم(1)**، و

هو ما أكدته دراسة (Mandell, Xie, Marales, Lawer, McCarthy, & Marcus, 2012)مما يعيق تقديم خدمات التدخل السلوكي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

2-و اقع تطبيق برامج التكفل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مستشفيات الطب العقلي المعنية

أظهرت نتائج البعد المادي الذي يتضمن تهيئة وتجهيز المنشآت الاستشفائية المعنية للطب العقلي. و ذلك من خلال **مؤشري التهيئة** و **التجهيز** ، الذي تعرض نتائجهما كل من الجداول **رقم(2)** و **رقم (3)** لتقديم خدمة التدخل السلوكي المتمثلة في يرامج التكفل بطفل طيف التوحد، فالبعد المادي بمؤشراته يعد عاملا مهما لإنجاح عملية التدخل المبكر عبر تهيئة و توفير المتطلبات المادية، و لكن ما وجد أن مستشفيات الطب العقلي المعنية، قد أخلت بشروط تهيئة المنشات وفق خصوصية الاضطراب، من عدة مناحي، من أهمها عدم تهيئة المطعم و الدورات المياه وفق مورفولوجية الطفل لتحقيق حاجات البيولوجية، و التي يتاح أيضا على مستواهما التدريب على الاستقلالية الذاتية وفق متطلبات البرامج، بالإضافة إلى نقص تجهيز القاعات المناسبة للعمل، من حيث التأثيث و توفير أدوات التكفل و المعززات المادية لتعيق الأداء التكيفي للطفل المصاب بالتوحد، لنخلص إلى أن بيئة مستشفيات الطب العقلي لا تتلاءم مع أنماط التعلم الفريدة و الاحتياجات الخاصة بأطفال التوحد، و هو ما أكدته دراسة (Huber, Loh, Monga, Esufali, & Shouldice, 2023) نظرا لعدم القدرة على كفاية الوافدين لتلقي التدخل المبكر. ما قد يكون السبب في توجه مستشفيات الطب العقلي المعنية إلى الاهتمام بعرض الخدمات الصحية بالمقام الأول عبر الفحص والتشخيص.

أوضحت نتائج البعد البشري المتمثل في الفريق المتعدد التخصصات الذي يعمل على سير خدمات التدخل السلوكي عبر برامج التكفل، من خلال المؤشرات التالية : **التكوين، و الخيرة و مشاركة الخبرة و تكامل الأدوار و التحكم بأدوات التقييم** بالإضافة إلى

التحكم ببرامج التكفل، وسياسة المستشفى التي تعرضها الجداول التالية تباعا : **(4) و (5) و (6) و (7) و (10) و (11)و(12)** ، وجد أن الفريق المتعدد التخصصات يحمل مقومات جيدة تدعم سير برامج التكفل، و الذي تصقله سنوات الخبرة بالممارسة المهنية، و ذلك بدءا بتحكمه بأدوات التقييم السيكومتري الذي ترتكز عليها برامج التكفل باختيار البرنامج المناسب وفق خصوصية الاضطراب، من ناحية الشدة و احتياجات الدعم المناسبة، التي يوفرها البرنامج السلوكي المناسب، بالإضافة إلى الاستناد عليها بالقياس القبلي و البعدي لتحديد مدى فاعلية البرنامج بالتقدم، ليساعد ذلك على التحكم ببرامج التكفل و استراتيجياتها ، التي تعتمد على تنوع الاختصاصات للفريق المتدخل، لما لها من دور علاجي تكاملي، و الذي وجد نقصا في اختصاصين مهمين للعلاج الوظيفي و العلاج الحسي حركي ، إلا أن عدد الأطفال المصابين بالتوحد المتكفل بهم يفوق إمكانياتهم ، وصولا إلى مؤشر سياسة المستشفى الداخلية التي يؤكدها الجدول **رقم(1)**، بأنها لا تدعم توفير العدد المناسب من الأطباء و الأخصائيين و الممرضين المساعدين، لاستيفاء متطلبات برامج التكفل، كما أنها لا تدعم مشاركة الآباء بالتدريب على مستواها في ظل محدودية الإمكانيات لتخصيص ورشات للتدريب.

أظهرت نتائج البعد الخدماتي الذي يعرض تنفيذ خدمات التدخل المبكر عبر تطبيق برامج التكفل. من خلال المؤشرات التالية **خدمات التدخل المبكر و سن التدخل المبكر، و التدخل المبكر عبر برامج التكفل، و سير الاجتماعات، و الحجم الساعي لبرامج التكفل، و استخدام أدوات برامج التكفل** ، الذي تعرضه الجدول التالية تباعا رقم**(13) و (14) و (15)و (16) و (17) و (18) و (19)**، وجد أن مستشفيات الطب العقلي تلتزم بخدمة التدخل السلوكي عبر برامج التكفل، و الذي يعتبر ثاني أولوياتها بعد خدمة الفحص و التشخيص، لتحاول إلحاق الطفل المصاب بالتوحد ببرامج التكفل بهدف إلى إعادة تأهيله، و ذلك باستغلال جميع الإجراءات العلاجية و التعليمية السلوكية للقدرات

المحتفظ بها، بتنمية مهاراته الأساسية، للاستفادة من مرونة دماغ الطفل و ذلك على ضوء الممارسات القائمة على الأدلة المتعلقة بالاضطراب وشدته من خلال استغلال الآليات التي تعزز التعلم و المرونة الذي تؤيده دراسة(Sullevan, Stone, & Dawson, 2014) و ذلك من خلال إنشاء آلية تنفيذ هذه الممارسات بانتقاء البرنامج المناسب من ABAو TEACCH و PECS ،بإشراك الآباء، بالرغم من ذلك فان الفريق القائم على التدخل السلوكي بتقديم برامج التكفل لا يستطيع تقديمها بشكل مكثف و هو ما أكدته دراسة(Siegel & Gabriels, 2014) ،نظرا لصعوبة اضطراب طيف التوحد و لعدم تجانسه، الذي يفرض استخدام استراتيجيات متنوعة للتدخل، و التقييم السلوكي بحسب خصوصية الحالة، بالإضافة إلى قلة الإمكانيات المادية، التي تدفع إلى عدم الالتزام بشروط هذه البرامج ، من حيث الأدوات و المعززات المادية و المعززات البصرية، و كذا الحجم الساعي الضئيل الذي لا يدعم العمل المكثف، كما أن الرعاية المؤقتة بالمستشفيات الطب العقلي لا ينظر إليها على أنها علاج للتوحد، فمن غير المعروف إن كانت ستساعد على إحراز التقدم أم ستؤخره، بالإضافة إلى نقص العدد الكافي لفريق التدخل السلوكي مما يعيق تقديم هذه الخدمات بالشكل المطلوب لأطفال طيف التوحد.

خلاصة:

توصلت الدراسة الحالية على ضوء البيانات المتاحة ميدانيا، لواقع وضع مستشفيات الطب العقلي بكل من ولاية عنابة و سطيف و قسنطينة، إزاء سير آلية التدخل المبكر عبر خدماتها المتاحة و تطبيقها لبرامج التكفل، من وجهة نظر أفراد العينة للفريق المتعدد التخصصات، بأن سير آلية التدخل تحفه العديد من العراقيل في ظل خصوصية الاضطراب لعدم تجانسه، و لتزيد العراقيل المادية بنقص التهيئة و التجهيز ،و العراقيل البشرية بنقص الأطباء و الأخصائيين و الممرضين المرافقين، بمقابل التوافد الكبير للأطفال من اجل تلقي التدخل المبكر، لتؤثر بدورها على جودة خدمات التدخل

السلوكي المقدمة. ولتضعف بذلك من اعتماد مستشفيات الطب العقلي المعنية، كمستشفيات متخصصة لتقديم برامج التكفل بأطفال طيف التوحد، وليستدعي ذلك تضافر الجهود لذوي العلاقة من أصحاب القرار، بإيجاد الحلول المناسبة لسد هذا النقص، وذلك باتخاذ التدابير الموضوعية بالتهيئة البيئية الموائمة وإتاحة الإمكانيات اللازمة. وكذا إدراج التدخل السلوكي عبر برامج التكفل من أولويات مستشفيات الطب العقلي، في ظل المقومات التي تعتبر مقبولة لفريق التدخل للدفع بعجلة التدخل المبكر لصالح أطفال طيف توحد.

قائمة المراجع:

1- الطاهر قريود. (2020) ،دراسة تقييمية لاساليب التكفل باطفال التوحد بالجزائر دراسة ميدانية، *اطروحة مقدمة لنيل الدكتوراه علم النفس العيادي* ، الجزائر.

4- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de Psychomotricité:Tom4-Sémiologie et Nosographies Psychomotrices.* Paris: De Boeck Supérieur.

6- Bosl, W. J., Tager-Flusberg, H., & Nelson, C. A. (2018). EEG Analytic for Early Detection of Autism Spectrum Disorder: A Data-driven Approach. *SCIENTIFIC REPORTS* , *8* (1), 1-20. https://doi:10.1038/s41539-018-24318-x

7- Camarata, S. (2014). Early Identification and Early Intervention in Autism Spectrum Disorders: Accurate and Effictive? *International Journal of Speech-Language Pathology* , *16* (1), 1-10. https://doi.org/10.3109/17549507.2013.858773

8- Gabriels, R. L., Agrew, J. A., Beresford, C., Morrow, M. A., Mesibov, G., & Wamboldt, M. (2012). Improving Psychiatric Hospital Care for Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disabilities. *Autism Research and Treatment* , *Article ID 685053*, 7. https://doi:10.1155/2012/685053

9- Green, J., & Garg, S. (2018). Annual Research Review: The State of Autism Intervention Science: Progress, Target Psychological and Biological Mechanisms and Future Prospects. *Journal of Child Psychiatry* , *59* (4), 424-443. https://doi:10.1111/jcpp.12892

10- Huber, J. F., Loh, A., Monga, S., Esufali, J., & Shouldice, M. (2023). Divelopmentale of Novel Multi-Disciplinary Specialized Care Service for Children and Adolescent with Autism Spectrum

Disorder and/or Intellectual/Develomental Disability in aTertiary Children's Hospital Setting. *Children* , *10* (57), 1-12. https://doi.org/10.339/chidren10010057

11- Johnson, N. L., & Rodriguez, D. (2013). Children with Autism Spectrum Disorder at Pediatric Hospital: A Systematic Review of the literature. *PEDIATRIC NURSING* , *39* (3), 131-141. https://eupublications.marquette.edu/nurssing-fac/282

12- Mandell, D., Xie, M., Marales, K. H., Lawer, L., McCarthy, M., & Marcus, S. (2012). The Interplay of Out Patient Services and Psychiatric Hositalisation Among Medicaid-Enrolled Children with Autism. *Arch Pediatr Adolesc Med* , *166* (1), 68-73. https://10.1001.archpediatrics.2011.714

13- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent Implemented Early INtervention for Yong Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* , *13* (1), 120-129. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00674.x

14- Perrin, J. M., Coury, D. L., Klatka, K., Winklosky, B., Wolfe, A., Murray, D., et al. (2016). The Autism Intervention Research Network on Physical Health and the Autism Speaks Autism Treatment Network. *Pediatrics* , *137* (2), S67-S71. https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851D

15- Siegel, M., & Gabriels, R. L. (2014). Psychiatric Hospital Treatment of Children whith Autism and Serious Behavioral Disturbance. *Child and Adolesent Psychiatric Clinics* , *23* (1), 125-142. https://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.004

16- Sullevan, K., Stone, W. L., & Dawson, G. (2014).)Potential Neural Mechanisms Underlying the Effectiveness of Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Res Dev Disabil* , *35* (11), 2921-2932. https://doi:1016/j.ridd.2014.07.027

17- Wireko-Gyebi, S., & Ashiagbor, E. S. (2018). Comparative Study on Knoledge about Autism Spectrum Disorder Among Pediatric and Psychiatric Nurses in Public Hospitals in Kumasi, Ghana. *Clinical Practice and Epidemiology Mental Health* , *14*, 99-108. https://doi:10.2174/1745017901814010099

18- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon, N. (2013). Early Identification of Autism Spectrum Disorder. *Behaivoiral Brain Reseach* , *251*, 133-146. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.004