

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2

قسم علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الرقم التسلسلي: رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في فرع علم النفس تخصص:تربية مختصة

تقييم فاعلية استراتيجيات تشخيص طفل طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية والخاصة)

إعداد الطالبة: سعودي فطيمة الزهراء

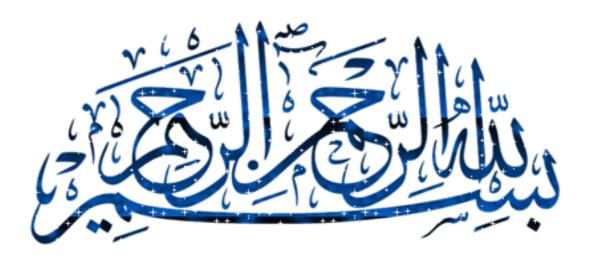
لجنة المناقشة:

مؤسسة الانتساب	الصفة	الرتبة	لقب واسم الأستاذ
جامعة سطيف2	رئيسا	أستاذ محاضر-أ-	حافري زهية غنية
جامعة سطيف2	مشرفًا ومقررًا	أستاذ	خالد عبد السلام
جامعة سطيف2	ممتحنا	أستاذ محاضر-أ-	ستر الرحمان نعيمة
جامعة قسنطينة2	ممتحنا	أستاذ	معاش يوسف
جامعة برج بوعريريج	ممتحنا	أستاذ محاضر-أ-	معوش عبد الحميد

السنة الجامعية:2021/ 2022م







اللهم صل على سيدنا محمد صلاة تحسن بها الأخلاق و تيسر بها الأرزاق وتدفع بها المشاق و تملأ منها الأفاق وعلى الله و صحبه و سلم صلاة دائمة من يوم خلقت الدنيا إلى يوم التلاق و استرنا بين يديك يا عزيز يا خلاق



٨

الحمد والثناء والشكر لله العلي القدير على نعمه وعلى توفيقي في انجاز هذه الدراسة والثناء والشكر لله العلي الله عليه وسلم لقوله:

" من لم يشكر الناس لم يشكر الله عز وجل"

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذ المشرف " خالد عبد السلام" الذي يمتاز بالخلق العالي والعلم السامي، والذي لم يبخل عليا بالنصح والتوجيه وتصويب الأخطاء والإرشاد والذي تعلمت منه الكثير من بينها التفاني في العمل والتفرد والتميز عن الأخرين عملا وخلقا.

كما أتوجه بجزيل العرفان لمن قدم لي يد المساعدة و العون اذكر منهم الأستاذ" حمد أيمن" و الأستاذ " بشير معمرية"

و إلى كل من ساهم في تذليل الصعوبات على مستوى الإدارات و المؤسسات العمومية و الخاصة الى كل من ساهم في تذليل الصعوبات على مستوى الإدارات و المؤسسات العمومية و الخاصة الذين تكرموا بمناقشة هذا العمل



الصفحة	العن وان	الرقم
.l	،ير.	شكرو تقد
.11	عتویات.	فهرس المح
.111	ىداول.	فهرس الج
.IV	ـكال.	فهرس الأش
.V	حق.	فهرس الملا
a-d	دراسة.	ملخص الد
أ-ب-ث		المقدمة.
	الإطار النظري للدراسة	
	الفصل التمهيدي للدراسة	
3	إشكالية الدراسة.	01
08	أهداف الدراسة.	02
08	أهمية الدراسة.	03
09	مصطلحات الدراسة.	04
11	الدراسات السابقة.	05
27	فرضيات الدراسة.	06
	الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد لدى الطفل	
29		التمهيد
29	التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد.	01
32	1.1. المرحلة الأولى وهي مرحلة الدراسات الوصفية.	
33	1. 2. المرحلة الثانية وهي مرحلة الدراسات القصصية.	
33	3. 1. المرحلة الثالثة وهي مرحلة الدراسات المكثفة والمعمقة.	
34	إختلاف تناول مصطلح طيف التوحد.	02
37	تعريف اضطراب طيف التوحد.	03
37	أولا / من قبل الجمعيات والمنظمات الدولية.	
39	ثانيا/ تعريف اضطراب طيف التوحد من قبل بعض أبرز الباحثين.	



41	تعريف طفل طيف التوحد.	04
42	خصائص اضطراب طيف التوحد.	05
42	5. 1. الخصائص الجسمية.	
44	5. 2. الخصائص المعرفية.	
46	5. 3. خصائص التفاعل الاجتماعي.	
46	5. 4. الخصائص السلوكية.	
47	5. 5. الخصائص اللغوية.	
47	5. 6. الخصائص الشخصية.	
47	5. 7. شذوذ الوجدان.	
47	5. 8. الجنس واضطراب طيف التوحد.	
48	5. 9. الخصائص الإجتماعية لأطفال التوحد.	
49	النظريات المفسرة لأسباب طيف التوحد.	06
49	6. 1. النظرية السيكو دينامية.	
50	6. 2. النظرية البيولوجية.	
50	 3. 6. عدوي الفيروسات. 	
52	6. 4. النظرية البيو كيميائية.	
52	6 . 5. النظرية الجينية والوراثية.	
52	6. 6. نظرية العقل.	
53	6. 7. النظرية المعرفية.	
55		الخلاصة
	الفصل الثالث: استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد	
57		التمهيد
57	تعريف الإستراتيجية.	01
57	أنواع الاستراتيجيات.	02
57	2. 1. الإستراتيجية التضامنية.	
57	2. 2. الإستراتيجية الدفاعية.	

57	2. 3. الإستراتيجية المستقرة.	
57	2. 4. إستراتيجية متنوعة.	
58	2. 5. إستراتيجية هجومية.	
58	تعريف التشخيص.	03
59	أنواع التشخيص.	04
59	4. 1. التشخيص الدينامي.	
59	4. 2. التشخيص الإكلينيكي.	
59	4. 3. التشخيص المتكامل.	
59	4. 4. التشخيص التربوي.	
60	4. 5. التشخيص التعليمي.	
60	4. 6. التشخيص الطبي.	
60	4. 7. التشخيص الفارقي.	
60	أهداف تشخيص اضطراب طيف التوحد.	05
61	لمحة عن تطور معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد.	06
63	أهم المنظمات العالمية التي تضع معايير تشخيص إضطراب طيف التوحد.	07
63	7. 1. جمعية النفسية الأمريكية(APA).	
64	7. 2. المنظمة العالمية للصحة(OMS).	
64	7. 3. الجمعية الفرنسية لتصنيف الأمراض العقلية للطفل والراشد (CFTMEA).	
64	مقارنة بين مختلف تصنيفات لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفق المعايير	08
	العالمية.	
65	8. 1. التشخيص وفق الدليل الإحصائي للأمراض العقلية(DSM)منظور داخلي.	
68	8. 2.معايير التشخيص الضطراب طيف التوحد وفق التصنيف الدولي للأمراض	
	(ICD) نظرة داخلية.	
71	8. 3. معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وقف المنظمة الفرنسية	
	للإضطرابات العقلية للطفل و الراشد(CFTMEA) نظرة داخلية.	



	8. 4. مقارنة تحليلية بين مختلف معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد لكل	72
	من(CFTMEA) و (DSM-5) و (ICD-11) منظور خارجي.	
09	أعراض اضطراب طيف التوحد.	74
	9. 1. التشخيص المبكر الضطراب طيف التوحد عند الطفل.	74
10	التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد.	77
11	الإضطرابات المصاحبة لإضطراب طيف التوحد.	82
12	أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد.	83
13	مراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد.	92
	13. 1. مرحلة الحصول على المعلومات الأولية حول حالة الطفل.	92
	13. 2. مرحلة مقابلة أسرة الطفل ومقدمي الرعاية للطفل.	92
	13. 3. مرحلة الملاحظة السلوكية المباشرة.	93
	4.13. مرحلة التقييم الطبي.	93
	13. 5. مرحلة التقييم المعرفي.	94
	6.13. مرحلة تقييم السلوك التكيفي.	95
14	فريق متعدد التخصصات.	95
	1.14. مختص في الطب العقلي للطفل.	95
	14. 2. مختص في طب العصبي.	96
	14. 3. مختص في طب الأطفال.	96
	4.14. المختص النفساني العيادي.	96
	14. 5. المختص الارطفوني.	97
	14. 6. المختص الإجتماعي.	97
	14. 7. مختص في العلاج الطبيعي.	97
	14. 8. مختص في العلاج الوظيفي.	97
	14. 9. طبيب العيون و طبيب السمع.	97
15	نماذج لأفضل الإستراتيجيات المعتمدة عالميا في تقييم تشخيص اضطراب	100
	طيف التوحد.	
		/



		100
	15. 1. تقييم الممارسات وفقا لمبادئ التوجيهية الأخلاقية لكل من -NAS	100
	.IDEA – APA	
	15. 2. تقييم الممارسات من قبل NASP .	101
	15. 3. تقييم ريغون لإضطراب طيف التوحد.	101
	15. 4. إستراتيجية المنظمة الخامسة BOCES.	102
	15. 5. إستراتيجية (CNFPH).	105
الخلاصة		107
	الإطار المنهجي والتطبيقي للدراسة	
	الفصل الرابع: الإجراءات التطبيقية للدراسة	
التمهيد		110
المحور الأو	ول: الدراسة الإستطلاعية.	110
01	أهداف الدراسة الإستطلاعية.	110
02	إجراءات الدراسة الإستطلاعية.	111
03	خصائص العينة الإستطلاعية.	111
04	إجراءات بناء الإستبيان.	114
05	حساب الخصائص السيكو مترية للإستبيان.	120
	5. 1. حساب صدق الإستبيان.	120
	5. 1. 1 . حساب صدق المحتوى.	120
	5. 1. 2. صدق المقارنة الطرفية.	124
	5. 1. 3. الاتساق الداخلي.	126
	5. 2. الثبات الاستبيان.	130
	5. 2. 1. التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ).	130
	5. 3 نتائج الدراسة الإستطلاعية.	132
06	صعوبات خلال الدراسة الإستطلاعية.	132
1		



	المحور الثاني: الدراسة الأساسية	
136	منهج الدراسة الأساسية.	07
136	مجتمع الدراسة الأساسية.	08
139	حجم عينة الدراسة.	09
140	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات الإستبيان.	10
141	1. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الأول" التشخيص	
	المبكر ".	
145	2. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الثاني" تكامل فريق	
	متعدد التخصصات".	
149	3. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الثالث" التشخيص	
	الفارقي".	
153	الخصائص عينة الدراسة الأساسية.	11
153	1. خصائص أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي.	
154	2. خصائص أفراد العينة حسب متغير الأقدمية.	
155	3. خصائص أفراد العينة حسب متغير مكان العمل.	
156	4. خصائص أفراد العينة حسب متغير التخصص العلمي الدقيق.	
157	عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة.	12
159		الخلاصة
	الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
161		التمهيد
161	اختبار فرضيات الدراسة الأساسية.	1
161	1. إعتدالية توزيع البيانات.	
162	2. التحقق من فرضيات الدراسة.	
162	2. 1. الفرضية الأولى.	
163	2. 2. الفرضية الثانية.	
165	2. 3. الفرضية الثالثة.	

	2. 4. الفرضية الرابعة.	168
	2. 5. الفرضية الخامسة.	169
	2. 6. الفرضية السادسة.	171
02	1. 3. عرض و تحليل نتائج الأسئلة المفتوحة.	175
	1. 1. السؤال الأول.	175
	1. 2. السؤال الثاني.	177
	1. 3. السؤال الثالث.	179
	1. 4. السؤال الرابع.	181
	1. 5. السؤال الخامس.	183
	1. 6. السؤال السادس.	185
	1. 7. السؤال السابع.	187
	1. 8. السؤال الثامن.	190
	1. 9. السؤال التاسع.	191
	1. 10. السؤال العاشر.	194
	1. 11. السؤال الحادي عشر.	196
03	استنتاج عام لنتائج الأسئلة المفتوحة.	198
04	مناقشة تفسير النتائج في ضوء الفرضيات.	203
05	استنتاج عام.	217
الخاتمة.		220
اقتراحات	رتوصيات.	221
المراجع.		227
الملاحق.		240



الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
12	أهم الدراسات التي تناولت بعد التشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد	01
14	الدراسات السابقة التي تناولت بعد التشخيص الفارقي	02
17	الدراسات التي تناولت بعد فريق متعدد التخصصات	03
19	الدراسات التي تناولت فاعلية مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة	04
48	خصائص الاجتماعية مشتركة لإضطراب طيف التوحد	05
78	أوجه الإختلاف والشبه بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية	06
79	أوجه الإختلاف والشبه بين اضطراب التوحد ومتلازمة الكروموزوم X الهش	07
80	أوجه الإختلاف والشبه بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية	08
80	أوجه الإختلاف والشبه اضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل	09
81	أوجه الشبه وأجه الإختلاف بين اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة	10
82	معدل انتشار الإضطرابات المصاحبة لطيف التوحد	11
83	أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد	12
98	دور الأخصائي في الأبعاد المختلفة لمراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد	13
111	توزيع المؤسسات التي تقوم بتشخيص اضطراب طيف التوحد	14
111	مميزات خصائص العينة الاستطلاعية	15
115	تعديل البنود الخاصة بزمن إجراء تشخيص المبكر لإضطراب طيف التوحد	16
116	تعديل بنود اقتبست من نموذج لتقييم وتشخيص مؤشرات ضبط الجودة في البرامج	17
	التربوية المقدمة لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	17
118	تعديل بنود اقتبست من قائمة تقييم أعراض اضطراب طيف التوحد (ATEC)	18
119	توزيع أبعاد الإستبيان في صورته النهائية	19
119	قيم المتوسط المرجح والاتجاه العام	20
120	الأهمية النسبية	21
120	تخصصات الأساتذة المحكمين وعددهم	22
121	نتائج قيم معامل صدق المحتوى CVR	23
123	تعديل الفقرات الأبعاد بعد التحكيم مع التعليل	24



125	صدق المقارنة الطرفية لفقرات الاستبيان.	25
126	مصفوفة ارتباطات فقرات استبيان مع درجته الكلية.	26
127	مصفوفة ارتباطات فقرات بعد التشخيص المبكر مع درجته الكلية.	27
128	مصفوفة ارتباطات فقرات بعد تكامل فريق متعدد التخصصات مع درجته الكلية.	28
129	مصفوفة ارتباطات فقرات بعد التشخيص الفارقي مع درجته الكلية.	29
129	مصفوفة ارتباطات محاور استبيان مع درجته الكلية.	30
131	ثبات إستبيان عن طريق ألفا كرونباخ.	32
137	توزيع المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة.	33
138	توزيع المؤسسات التي تقوم بتشخيص اضطراب طيف التوحد.	34
140	كيفية حساب حجم العينة بناءً على معادلة Steven Thampson.	35
140	إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الإستبيان.	36
141	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التشخيص المبكر.	37
145	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد تكامل فريق متعدد التخصصات.	38
149	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التشخيص الفارقي.	39
153	توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي.	40
154	توزيع أفراد العينة حسب متغير الأقدمية.	41
155	توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان العمل.	42
156	توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص العلمي الدقيق.	43
161	اختبار كلموجروف-سميرنوف.	44
162	إختبار كا ² للكشف عن مستوى فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في التشخيص.	45
163	إختبار فريدمان لترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.	46
165	إختبار ويلكوكسون للمقارنات الزوجية بهدف التحقق من ترتيب الاستراتيجيات	47
	المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل.	7
166	إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في	48
	تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير المؤهل العلمي.	1 0
167	إختبار مان ويتني لدلالة الفروق (المقارنات الزوجية) في الاستراتيجيات المعتمدة في	49



191	إستجابة أفراد العينة لسؤال هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر	62
	تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل	61
190	استجابات المختصين لسؤال كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية	
	تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك الاضطراب طيف التوحد	60
187	استجابات المختصبين على سؤال الذي يخص نوع (المقياس/ الفحص) الذي	
	الحكم النهائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل	59
185	استجابة المختصين لسؤال من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر	
	اضطراب طيف التوحد عند الطفل	58
183	استجابات المختصين لسؤال عن أهم المختصين الذين تنسق معهم في تشخيص	
	إجرائهم للتقييم.	57
182	استجابات المختصين لسؤال المدة التي يستغرقها فريق متعدد التخصصات عند	
	طيف التوحد عند الطفل.	56
180	استجابات المختصين لسؤال عدد الجلسات التي يستغرقونها لتشخيص اضطراب	
	وضع تشخيص فارقي الاضطراب طيف التوحد عند لطفل.	55
177	توزيع استجابات أفراد العينة على سؤال ماهي أهم الفحوصات التي تعتمد عليها عند	
	تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	54
175	توزيع استجابات المختصين على سؤال(المقاييس/الفحوص) التي تعتمد عليها في	
112	إحتبار من ويتني تدود العروى (المعاردت الروجية) في المسراتيجيت المعتمدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا للتخصص العلمي الدقيق.	53
172	لسخيص اصطراب طيف النوحد لبعا لمنعير التحصص العلمي الدين. الختبار مان ويتتي لدلالة الفروق (المقارنات الزوجية) في الاستراتيجيات المعتمدة	
1/1	إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق.	52
171	اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير مكان العمل.	
170	إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص	51
150	تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير الأقدمية.	
168	إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في	50
	تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا للمؤهل العلمي	



192	إستجابة أفراد العينة لأسباب التدخل المبكر من عدمه.	63
194	استجابة المختصين لسؤال ما العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم.	64
196	استجابات المختصين لسؤال الصعوبات التي تواجه المختص أثناء تشخيص	65
	اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	03



الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
67	معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق الطبعة الخامسة5-DSM	01
114	خصائص العينة الإستطلاعية.	02
145	المتوسط الحسابي لبعد التشخيص المبكر.	03
149	المتوسط الحسابي لبعد تكامل فريق متعدد التخصصات.	04
152	المتوسط الحسابي لبعد التشخيص الفارقي.	05
154	توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي.	06
155	توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الأقدمية.	07
156	توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان لعمل.	08
157	توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص العملي الدقيق.	09
161	التوزيع الطبيعي للبيانات.	10
164	ترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف.	11
177	توزيع استجابات المختصين على سؤال ما هي) المقاييس/الفحوص) التي تعتمد	12
	عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	12
179	استجابات المختصين لسؤال أهم الفحوص التي يعتمدون عليها في التشخيص	13
	الفارقي الضطراب طيف التوحد عند الطفل.	13
181	استجابات المختصين حول المدة المستغرقة للفصل في تشخيص اضطراب	14
	طيف التوحد عند الطفل.	
183	استجابات المختصين لسؤال المدة المستغرقة لفريق متعدد التخصصات لإجراء	15
	تقییمهم.	13
185	استجابات المختصين لسؤال من المختصين الذين تنسق معهم في تشخيص	16
	اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
187	استجابة المختصين لسؤال من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها	
	يصدر الحكم النهائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	17

18	استجابات المختصين على سؤال الذي يخص نوع (المقياس/ الفحص) الذي	189
10	تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لطيف التوحد.	
19	استجابات المختصين لسؤال كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية	191
	تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
20	إستجابة المختصين لسؤال هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر؟	192
20	(نعم/لا).	
21	استجابات المختصين فيما يخص أسباب التدخل المبكر من عدمه عند	194
21	التشخيص المبكر.	
22	استجابة المختصين لسؤال ما العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم.	195
23	استجابات المختصين لسؤال الصعوبات التي تواجه المختص أثناء تشخيص	188
23	اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
24	نموذج مقترح لفاعلية استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد.	221

الصفحة	المعن وان	رقم
240	ملحق تحكيم الإستبيان.	01
244	ملحق الأساتذة المحكمين.	02
246	ملحق النموذج النهائي للإستبيان باللغة العربية.	03
251	ملحق النموذج النهائي للإستبيان باللغة الفرنسية.	04
257	ملحق ثبات الاستبيان.	05
258	ملحق صدق الإستبيان.	06
263	ملحق التحقق من طبية التوزيع.	07
263	ملحق التحقق من الفرضية الأولى.	08
263	ملحق التحقق من الفرضية الثانية.	09
264	ملحق التحقق من الفرضية الثالثة.	10
264	ملحق التحقق من الفرضية الرابعة.	11
265	ملحق التحقق من الفرضية الخامسة.	12
265	ملحق التحقق من الفرضية السادسة.	13



الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى فاعلية استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة). وكذا معرفة ما إذا كانت هناك فروق في ترتيب استراتيجيات التشخيص اضطراب طيف التوحد، وما إذا كانت هذه الفروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي، سنوات الأقدمية، مكان العمل والتخصص العلمي الدقيق.

استخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتم توزيع إستبيان من تصميم الطالبة الباحثة يشمل عينة حجمها 269 مختص يشرف على تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل وفق مبدأ العينة المتاحة.

وأسفرت نتائج الدراسة مايلي:

- 1. مستوى فاعلية مرتفعة للاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة).
- 2. يوجد اختلاف في ترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة)، حيث جاءت استراتيجية التشخيص المبكر في المرتبة الأولى، تليها استراتيجية تكامل فريق متعدد التخصصات، ثم استراتيجية التشخيص الفارقي.
 - 3. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي والتي كانت دالة إحصائيا لصالح ذوي مؤهل ليسانس أو ماستر.
 - 4. لا توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير الأقدمية.
- 5. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير مكان العمل وقد كانت الفروق لصالح المختصين العاملين في القطاع الحكومي.
- 6. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق



والتي كانت دالة إحصائيا لصالح ذوي التخصصات العلمية الدقيقة والتي وردت وفق الترتيب التالي:(Pédopsychiatre-Orthophoniste-Psychologue)

الكلمات المفتاحية: تقييم -فاعلية -استراتيجيات-تشخيص-اضطراب طيف التوحد.

Abstract

This study aimed to identify the level of effectiveness of the strategies used for diagnosing children's autism spectrum disorder in institutions for people with special needs (governmental – private). As well as knowing whether there are differences in the strategies for diagnosing autism spectrum disorder and whether these differences are due to the educational qualification variable, years of seniority, workplace, and exact scientific specialization.

The descriptive-analytical approach was used, and a questionnaire was distributed by the researcher, which included a sample size of 269 specialists supervising the diagnosis of autism spectrum disorder in children based on the available sample. The results of the study are as follows:

- 1. A high level of effectiveness of the strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder in institutions for people with special needs (governmental private).
- 2. There is a difference in the order of strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder in institutions for people with special needs (governmental private), where the early diagnosis strategy came first, followed by the multidisciplinary team integration strategy, then the differential diagnosis strategy.
- 3. There are differences in the effectiveness of the strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder among institutions for people with special needs (governmental private) according to the educational qualification variable, which was statistically significant in favor of those with a bachelor or master's degree.



- 4. There are no differences in the effectiveness of the strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder among institutions for people with special needs (governmental special) according to the variable of seniority. 5. There are differences in the effectiveness of the strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder among institutions for people with special needs (governmental special) according to the workplace variable, and the differences were in favor of specialists working in the government sector.
- 6. There are differences in the effectiveness of the strategies adopted in diagnosing children's autism spectrum disorder among institutions for people with special needs (governmental private) according to the exact scientific specialization variable, which was statistically significant in favor of those with precise scientific specializations, which came in the following order: (Child Psychiatry, Orthophony, Psychology)

Keywords: assessment, efficacy, strategies, diagnosis, autism spectrum disorder.

Résumé

La présente étude visait à identifier le niveau d'efficacité des stratégies de diagnostic des troubles du spectre autistique chez les enfants dans les institutions ayant des besoins spéciaux (gouvernementale - privée). En plus d'identifier s'il existe des différences dans l'ordre des stratégies de diagnostic et d'identifier s'il existe des différences dans les stratégies de diagnostic des troubles du spectre autistique en raison de la variable diplôme, années d'ancienneté, lieu de travail et spécialisation scientifique précise. En utilisant l'approche analytique descriptive, un questionnaire conçu par l'étudiant-chercheur a été distribué à un échantillon de 269 spécialistes qui ont supervisé le diagnostic de trouble du spectre autistique chez un enfant selon le principe de l'échantillon disponible.

Résulta révélé que :

- 1. Un haut niveau d'efficacité des stratégies adoptées dans le diagnostic des troubles du spectre autistique chez les enfants dans les institutions à besoins spéciaux (gouvernementale privée).
- 2. Il existe une différence dans l'ordre des stratégies adoptées dans le diagnostic des troubles du spectre autistique chez les enfants en établissement à besoins particuliers (gouvernemental privé), où la stratégie de diagnostic précoce vient en premier, puis la stratégie d'intégration en équipe multidisciplinaire, puis la stratégie de diagnostic différentiel .
- 3. Il existe des différences dans l'efficacité des stratégies adoptées pour diagnostiquer les troubles du spectre autistique chez un enfant parmi les établissements à besoins spéciaux (gouvernementaux spéciaux) selon la variable de qualification scolaire, qui était statistiquement significative en faveur des titulaires d'une maîtrise.





- 4. Il n'y a pas de différences dans l'efficacité des stratégies adoptées pour diagnostiquer les troubles du spectre autistique chez un enfant parmi les établissements à besoins spéciaux (gouvernementaux spéciaux) selon la variable d'ancienneté.
- 5. Il existe des différences dans l'efficacité des stratégies adoptées pour diagnostiquer les troubles du spectre autistique chez les enfants entre les établissements à besoins spéciaux (gouvernementaux spéciaux) selon la variable lieu de travail, et ces différences étaient en faveur de ceux travaillant dans le secteur public.
- 6. Il existe des différences dans l'efficacité des stratégies adoptées pour diagnostiquer les troubles du spectre autistique chez un enfant entre les établissements à besoins spéciaux (gouvernementaux spéciaux) selon la variable de spécialisation scientifique précise, qui était statistiquement significative en faveur de ceux qui ont des connaissances scientifiques précises. Spécialisations telles qu'elles sont, respectivement (Pédopsychiatrie, Orthophoniste, Psychologue)

Mots clés : évaluation, efficacité, stratégies, diagnostic, trouble du spectre autistique.



مقدمة



مقدمة

يأخذ النمو الإنساني نسقا منتظما ومتوقعا تحكمه مبادئ ومحددات داخل الطفل النامي ومتطلبات ومؤثرات خارج الطفل، بالإضافة إلى شروط ومستويات الرعاية والتنشئة التي توفرها الأسرة والمجتمع.

ويتصف النسق النمائي بعمليات من التوازن وعدم التوازن، حيث في حالة اضطراب التوازن يمكن إرجاعه لمدى التفاعل والتوافق في مرحلة عمرية معينة وما يميزها من تغيرات نمائية مع البيئة، وما تفرضه من ضغوطات ومعوقات أو ما توفره من ظروف وفرص لتحقيق مطالب النمو المتوقعة في تلك المرحلة.

وتعد الطفولة مرحلة نمائية من أكثر المراحل عرضة لظهور الاضطرابات وأشكال من الصعوبات التي تتحرف عن معايير النمو العادي وبالتالي يسمح لنا بالتحدث عن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.

حيث على مر العصور مر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة على عدة مراحل فمن التخلص منهم إلى وضعهم في ملاجئ إلى معاملتهم بشكل إنساني كما تنص عليه الديانات السماوية إلى مساعدتهم من باب الشفقة ووصولا إلى حقهم في الرعاية وبناء مراكز خاصة للتكفل بهم وتعليمهم وتدريبهم وتربيتهم تربية خاصة، ويعتبر القرن 20م هو بداية حقيقية لإرساء قواعد ثابتة لرعاية فئات المعوقين"(زينب،2007)

وقد شهدت التربية الخاصة في تقدمها وتطورها العديد من التغيرات على مستوى المفاهيم وكذلك علاقتها بالعلوم الأخرى في مختلف مجالات الحياة، وأصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة كعلم يختص بالتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية واللذين ينحرفون بشكل واضح عن المألوف كالأشخاص المعوقين سمعيا وبصريا وحركيا والمتخلفين ذهنيا والتوحديين.

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل والذي تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه "عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعدد (أبوحماد،2014، ص. 20).



كما عرفت نسبة انتشار طيف التوحد ارتفاع ملحوظا ومتزايدا منذ اكتشافه أول مرة سنة 1943م على يد العالم النمساوي ليو كانر (Léo Kanner) مما أدى بالباحثين من مختلف التخصصات لدق ناقوس الخطر في البحث والتقصي عن أسباب حدوثه وكذلك أهم طرق الكشف والتشخيص عنه بالإضافة إلى أهم برامج الرعاية المناسبة له.

إن اضطراب طيف التوحد يتميز بتمايز أعراضه من فرد لأخر وكذلك تشابه أعراضه بأعراض اضطرابات أخرى مشابه له، بالإضافة إلى إمكانية مصاحبة اضطراب طيف التوحد لاضطرابات أخرى كالإعاقة البصرية أو السمعية أو الصرع، والذي ينجر عنه صعوبة وتعقد في عملية التشخيص.

ونظرا لأهمية التشخيص والذي يعتبر حجر الأساس أو اللبنة الأولى في نجاح أي تكفل بأي اضطراب، سارعت الدول والمنظمات ذات العلاقة باضطراب طيف التوحد إلى وضع معايير وكذا تصنيفات لمساعدة المختصين في تحديد أعراض اضطراب طيف التوحد للتمييز بينه والاضطرابات المشابهة والمصاحبة وكذا تحديد درجته.

كما حاولت وضع استراتيجيات محكمة للتكفل والرعاية بأطفال طيف التوحد في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بفئة اضطراب طيف التوحد من جهة، وتقييم هذه الاستراتيجيات المتبعة من جهة أخرى بهدف رفع من جودة الخدمات المقدمة لهم، وكذا محاولة تعميم أحسن الاستراتيجيات لضمان تكفل عادل ومناسب لكل الأطفال.

وهذا ما تطمح إليه دراستنا في التقصي عن الاستراتيجيات المعتمدة في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة و كذا تقييم فاعلية هذه الاستراتيجيات المعتمدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة)، وقد تم تنظيم هذه الدراسة وعرض محتواها بالاعتماد على أهم المداخل المنهجية في تحرير الدراسات العلمية في ميدان التربية الخاصة، حيث احتوت الدراسة على مقدمة وملخص عام للدراسة وخمسة فصول تغطي كل جوانب الإطار النظري والإطار المنهجي وإجراءات الدراسة والجانب الميداني من خلال عرض نتائج التحليل والتفسير في ضوء أهداف وفرضيات الدراسة بالإضافة إلى جانب خصص للملاحق وتضمنت الفصول الدراسة ما يلي:



الفصل التمهيدي: وتم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة وأهداف الدراسة وأهمية الدراسة والتعريفات الخاصة بالمصطلحات المستخدمة في الدراسة كما تطرقنا فيه إلى أهم الدراسات السابقة وفرضيات الدراسة.

الفصل الثاني: والموسوم باضطراب طيف التوحد لدى الطفل والذي تم التطرق فيه إلى التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد وكذا الاختلاف في تناول مصطلح اضطراب طيف التوحد وتعريف اضطراب طيف التوحد عند الطفل كما تطرقنا إلى خصائص اضطراب طيف التوحد وكذا النظريات المفسرة لأسباب اضطراب طيف التوحد.

الفصل الثالث: والموسوم باستراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل و الذي تطرقنا فيه إلى تعريف الاستراتيجية وأنواعها وكذلك تطرقنا إلى تعريف مصطلح التشخيص وأنواعه والهدف منه، كما تعرضنا إلى لمحة عن تطور معاير التشخيص لاضطراب طيف التوحد وأهم المنظمات و الجمعيات التي تعنى بوضع معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد كما تم وضع مقارنة بين مختلف التصنيفات المختلفة لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفق المعايير العالمية، وتناولنا أيضا أعراض طيف التوحد و التشخيص الفارقي والاضطرابات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد و أهم الأدوات و المقاييس التي تستعمل لتشخيص اضطراب طيف التوحد ومراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد عاميا في تقييم تشخيص اضطراب طيف التوحد.

الفصل الرابع: والموسوم بالإجراءات التطبيقية للدراسة والتي انقسم إلى محوريين:

المحور الأول: الدراسة الاستطلاعية والتي تناولنا فيه اهداف الدراسة الاستطلاعية وإجراءات الدراسة الاستطلاعية وخصائص السيكومترية الاستطلاعية وخصائص السيكومترية للاستبيان وكذلك نتائج الدراسة الاستطلاعية وصعوبات التي وجهتنا خلال الدراسة الاستطلاعية

اما المحور الثاني: فقد تناولنا فيه الدراسة الأساسية منهجها ومجتمع البحث وحجم العينة الدراسة الأساسية والخصائص الديمغرافية للدراسة لأساسية وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الخامس: المعنون عرض وتحليل ومناقشة النتائج والتي تطرقنا فيه إلى اختبار فرضيات الدراسة وعرض وتحليل نتائج الأسئلة المفتوحة ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات ثم استنتاج عام وخاتمة وأخيرا اقتراحات وتوصيات.



الإطارالنظري



الفصل التمهيدي

- 1.1 الإشكالية للدراسة
 - 1. 2 أهداف الدراسة
 - 1. 3 أهمية الدراسة
- 1. 4 التعريفات والمصطلحات المستخدمة في الدراسة
 - 1. 5الدراسات السابقة
 - 1. 6 فرضيات الدراسة



الإشكالية

تعد مرحلة الطفولة هي من أهم مراحل نمو الإنسان خاصة الخمس سنوات الأولى حيث يكتمل النمو الجسمي والنفسي للطفل، وهي ايضا أكثر مرحلة يمكن أن يتعرض فيها الطفل إلى اضطراب أو شذوذ الذي يترتب عنه انحراف في معايير النمو العادي أو حسب الجدول الإكلينيكي العيادي، ومن أمثلة ذلك نذكر اضطراب طيف التوحد الذي يعد من أكثر الاضطرابات النمائية التطورية صعوبة لأنه يظهر في ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل ويستمر معه مدى الحياة، ويتميز بخلل واضح في الجانب السلوكي خاصة ويظهر جليا في ضعف حاد أو شديد في التواصل والتفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى مظاهر سلوكية أخرى تتمثل في النمطية و مقاومته التغيير وكذا استجابة غير عادية للمثيرات الحسية.

وهذا ما أكده التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة(ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية" بأن التوحد هو ضعف يعتري ثلاث جوانب أساسية هي التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة أو المتكررة"(كريم وآخرون،2017، ص.8).

وتعد سنة 1943م بداية حقيقية لإرساء معالم ومبادئ اضطراب طيف التوحد على يد العالم النمساوي ليو كانر (Léo Kanner) بعد أن قام بتحديد معايير لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ومنذ ذلك التاريخ توالت الدراسات والأبحاث العلمية للكشف عن أسبابه وكيفية تشخيصه وماهي أنجع الطرق العلاجية له.

كما أن الزيادة المتنامية لمؤشرات انتشار اضطراب طيف التوحد في العالم لفتت انتباه الباحثين المهتمين بطيف التوحد، ففي السبعينات كانت الإحصائيات التدريبية من 1-2 حالة لكل 3000 طفل أما في الثمانينات أصبح حالة لكل 1000 طفل، وهذا ما أكدته العديد من دراسات على المستوى العالمي التي تباينت في نتائجها لكن تتفق كلها على الزيادة المتنامية له.

وفي دراسة نشرت سنة (2000) باليابان تحديدا في مناطق من اليوكوهاما أن نسبة أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في عمر أقل من 7 سنوات قد ارتفعت من سنة 1989م من 48 حالة لكل 10.000 طفل إلى 161 حالة لكل 2016، طفل عام 1994 (الداهري، 2016، ص. 68).

في حين أسفرت نتائج دراسة أجريت في الصين سنة (2001) إلى أن نسبة انتشار طيف التوحد بلغت 10000 لكل 10000 طفل، وفي دراسة أخرى سنة (2005) في يوكوهاما وجد 161 حالة لكل 10000 طفل (النمر،2015، ص.232).



أما في دول أوربا ووفق إحصائية قامت بها الجمعية البريطانية للتوحد أسفرت نتائجها على أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد هي 100/1 لكل طفل، أما في دول أسيا الشرقية فيمكن أن ننوه بمسح قامت بها هونغ كونغ سنة(2008) أوضحت فيه أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد قدرت 1.68 لكل 1000 من الأطفال تحت عمر 15 سنة، وهي إحصائيا قريبة من الإحصائيات المصرح بها في استراليا.

أما دراسة مارجريت (2013, Margret.G) أكدت أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد قد وصلت إلى 77/1 طفل خلال عام 2013م، في حين أن الدراسة التي قام بها ورديني وآخرون (& 2014ما 100/18) توصلت بأن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية بلغ 100/18 طفل وتصل نسبة الانتشار بين الأولاد والبنات إلى 5/1(وليد،2015، ص.18).

وفي دراسة قام بها كل من كريستينا وهاسيس واخرون (Christina & Hasis & al,2014) لمدى انتشار اضطراب طيف التوحد من سنة 1995 إلى 2010 اعتمادا على بيانات تحصلوا عليها من المركز الدنيماركي للطب النفسي وأسفرت النتائج عن تسجيل 14.997 مريض وأن معدلات الإصابة باضطراب طيف التوحد زادت من 9 إلى 38.6 لكل 100.000 شخص خلال فترة 16 سنة، كما لوحظ أن الزيادة كنت أكثر وضوحا عند الإناث والمراهقين والبالغين ومتلازمة اسبرجر واضطراب النمو غير المحدد.

أما عن أخر تصريحات مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها (NHIS) في سنة 2016 بأن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد قد بلغ 25 لكل 1000 أي ما يقارب1 من كل 40 طفل، موزعين بنسبة طفل لكل 26 طفل لصالح الذكور ونسبة واحد لكل 93 طفل لصالح الإناث، وخلص التقرير إلى أن اضطراب طيف التوحد يؤثر على 1% من تعداد السكان العالمي (P. 6, P. 6).

وعلى صعيد الدول العربية فنلاحظ احتشام وشح في مستوى الدراسات الإحصائية فلا توجد إحصائيات دقيقة لإضطراب طيف التوحد فمعظم الدراسات في الدول العربية تقدر نسبة التوحد مقارنة بنسب انتشاره في الدول المتقدمة، إلا أن هناك دراسة قامت بها المملكة العربية السعودية لمدة 5 سنوات في مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية لتحديد مشكلة طيف التوحد وقد أفرزت هذه الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد تتراوح بين(0.4-0.6)% طفل (الجلامدة،2016، ص76).

وفي دراسة أخرى ميدانية هي الأولى من نوعها لوزارة الصحة بجمهورية مصر العربية التي أجرتها منة حرك في سنة (2007) عن مدى انتشار طيف التوحد قد أظهرت النتائج أن نسبة انتشاره هو طفل لكل 870 (وليد، 2015، ص17).



أما على المستوى المحلي فلا توجد دراسات أو إحصائيات دقيقة معلنة من طرف الهيئات الرسمية لتحدد حجم مشكلة طيف التوحد، وهذا ما أكده شكالي(CHAKALI) المدير الفرعي لمديرية الصحة النفسية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في تصريح له للإذاعة الجزائرية بعدم وجود إحصائيات دقيقة نظرا لعدم وجود قاعدة بيانات خاصة بفئة طيف التوحد.

ويمكن تفسير التزايد في معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد في الآونة الأخيرة هو لزيادة الوعي باضطراب طيف التوحد على المستوى الاجتماعي بسبب حملات التوعية التي قام بها المختصين وكذا أوليائهم والمهتمين بهذه الفئة، كما أن الاختلاف التاريخي في أسباب حدوثه وعدم الإتفاق على مفهوم دقيق وموحد لمصطلح طيف التوحد ترتب عنه اختلاف في معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد من طرف الهيئات ومنظمات الناشطة في مجال طيف التوحد حيث تقوم بالتجديد المستمر لمعاييرها وفقا لمستجدات الدراسات العلمية.

لكن حتى الوقت الراهن لم يتم الكشف عن الخلفية الحقيقية لأسباب حدوث اضطراب طيف التوحد، إضافة إلى عدم وجود اختبارات طبية يمكنها تشخيص بشكل دقيق، نظرا لما يتميز به من خصوصية في الأعراض وكذا تباينها من حالة إلى أخرى، وأيضا تداخل هذه الأعراض مع أعراض لاضطرابات أخرى مشابهة له مثل الفصام والتخلف الذهني والصمم مما يصعب التمييز والتفريق بينه وبين هذه الاضطرابات، بالإضافة إلى إمكانية مصاحبة اضطراب طيف التوحد لاضطرابات أخرى كالصرع وفرط النشاط وكذا بعض الإعاقات مثل الصمم و الإعاقة البصرية و الإعاقة الحركية.

هذا ما دفع المختصين إلى تشخيص اضطراب طيف التوحد استنادا لما جاءت به معايير التشخيص لمنظمات وهيئات رسمية وغير رسمية تهتم باضطراب طيف التوحد، ومن أبرزها التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية (DSM).

حيث تشرف هذه الهيئات على البحث عن أسباب وراء حدوث اضطراب طيف التوحد وكذلك كيفية تطوير أساليب الفحص والتقييم بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق وشامل إيمانا واعترافا منهم بأهمية مرحلة التشخيص في عملية التكفل باضطراب طيف التوحد، وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات على المستوى العالمي والمحلي التي تباينت نتائجها إلا أنها تتفق في مبدأ مدى فاعلية تشخيص اضطراب طيف التوحد نذكر منها دراسة محمد عبد الفتاح الجابري(2014) التي حاول من خلالها تسليط الضوء على التوجهات الحديثة في تشخيص اضطراب طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الحديثة.



في حين كان الهدف من دراسة نايف بن عابد الزارع(2015) هو معرفة جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معابير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة، أما دراسة أحمد نايل الغرير(2016) فهدفت إلى التحقق من فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد في الأردن. أما على المستوى الوطني فنلاحظ عدة دراسات حديثة تتاولت موضوع التشخيص اضطراب طيف التوحد حيث جاءت دراسة شرياف زهرة(2019) للتقصي عن واقع إجراءات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين في المراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات التوحد بسعيدة، أما دراسة الطاهر قيرود ومزوز بركو(2020) التي هدف من خلالها إلى معرفة التكفل بأطفال طيف التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين الواقع والمأمول دراسة ميدانية في ولاية باتنة. في حين تطرقت دراسة السنطلاعية. في المقابل جاءت دراسة مريم برخيسة(2020) لتسليط الضوء على النفساني العيادي بين الصعوبة الشخص المبكر وتحديد برنامج التكفل المناسب بالطفل التوحدي. في حين تطرقت دراسة بن موفق فتيحة الى عمل المختص النفساني العيادي مع أطفال التوحديين الخصوصية والتكامل.

وبما أن تشخيص اضطراب طيف التوحد يبنى على هدفين رئيسيين، الأول هو هدف علمي معرفي والثاني هدف عملي تطبيقي، ولتحقق الهدفين يجب أن نتبع استراتيجية محكمة وهي عبارة عن مجموعة المراحل والخطط التي يتبعها المختصين لوضع تشخيص شامل ودقيق، والذي على ضوء نتائجه يتم بناء برنامج علاجي مناسب على حسب قدرات كل طفل.

ومن هذا المنطلق سعت المنظمات والهيئات العالمية التي تهتم بفئة اضطراب طيف التوحد جاهدة لطرح عدة استراتيجيات لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفقا لمبادئ توجيهية وأخلاقية مبنية على عدة أسس موحدة تمس كل نقاط قدرات الطفل الجسمية والنفسية والمعرفية، ونذكر من أبرزها استراتيجية التي تبنتها كل من APA و APA و IDEA و RAS والتي ركزت فيها على المقاييس والأدوات التي تستعمل من أجل التشخيص طيف التوحد حيث تؤكد على أهمية اختبار هذه الأدوات وتكبيفها قبل استخدامها، كما تؤكد على ضرورة النتويع في المقاييس والأدوات حتى تغطي جميع مجالات النمائية والأكاديمية للطفل مع الأخذ بعين الإعتبار الاطفال المصابين بإعاقات حسية وحركية، ويتم ضبط النتائج النهائية للتشخيص في تقرير يساعد المختصين عند الاطلاع عليه لاحقا.



في المقابل ركزت استراتيجية التي جاءت بها (NASP) على أهمية تقييم فريق متعدد التخصصات عند وضع تشخيص لاضطراب طيف التوحد عند الطفل وذلك بإجراء مقابلات مع الولي والمعلم والطفل في ضوء سلسلة من القواعد المرجعية المحددة التي تتمثل في الكلام واللغة والتواصل والذكاء بشرط أن تجرى كل الملاحظات في بيئات مختلفة.

في حين أن استراتيجية ريغون ارتكزت على جانب الفحوصات الطبية منذ الولادة إلى سن5 سنوات وذلك من خلال مراجعة تاريخ الحالة وفق مقابلة مع الأولياء، أما الطفل فتتم ملاحظته مباشرة أثناء تفاعله مع أقرانه خلال فترة يومين. كما أن استراتيجية(BOCES) تتشابه مع استراتيجية(NASP) من حيث اعتمادها على تشخيص فريق متعدد التخصصات لوضع تشخيص شامل إلا أنها تختلف عنها من حيث أنها تعتمد على إجراء مقابلات مع الأولياء أو المرافقين لتحديد مستوى مهارات وقدرات الطفل من ناحية التواصل والتفاعل الاجتماعي في المنزل ومع المحيط.

أما على الصعيد الوطني فلا توجد استراتيجية وطنية متبعة لتشخيص اضطراب طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة ماعدا مبادرة قام بها مركز الوطني لتكوين المستخدمين بمؤسسات المعوقين(CNFPH) بولاية قسنطينة، وذلك بوضع دليل تعليمي للأطفال المصابين بطيف التوحد إلا أن توزيعه اقتصر فقط على مراكز النفسو بيداغوجية، كما أن الدليل التعليمي للأطفال المصابين بطيف التوحد لم يضع استراتيجيات واضحة لكل مختص و تحديد مهامه، بالإضافة إلى أن المقاييس التي زودت في الملاحق الدليل لم يتم تكيفها على البيئة الجزائرية، كما أن الدليل التعليمي لأطفال المصابين بطيف التوحد جاء باللغة الفرنسية و هذا ما يتنافى مع تكوين المختصين النفسانيين و الذي عرب كليا ابتداء من سنة الدليل يفتقر إلى وضع استراتيجية واضحة لتشخيص اضطراب طيف التوحد وهذا ما أدى بنا إلى الاستفسار عن واقع تشخيص طيف التوحد في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية – الخاصة)، وعن واقع تشخيص طيف التوحد في هذه المؤسسات، وبناء على ما سبق ذكره تم طرح التساؤلات التالية:

1. ما مستوى فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة)؟



- 2. هل هناك اختلاف في ترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة)؟
- 3. هل توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل
 بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تعزى للمؤهل العلمي؟
- 4. هل توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تعزى لسنوات الخبرة؟
- 5. هل توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل
 بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تعزى لأماكن العمل؟
- 6. هل توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل
 بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تعزى للتخصص العلمي الدقيق؟

1. 2 أهداف الدراسة

- 1. التعرف على مستوى فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة).
- 2. التعرف على الفروق المتبعة في ترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة).
- 3. التعرف إن كانت هناك فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تعزى للمؤهل العلمي وسنوات الخبرة ومكان العمل والتخصص العلمي الدقيق.



4. 1. 3 أهمية الدراسة

أولا: الأهمية العلمية الأكاديمية

تفيد هذه الدراسة في التعمق في زاوية مهمة عند التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهو التشخيص نظرا لحساسية هذه المرحلة التي من خلالها يمكن تحديد شدة وحدة اضطراب طيف التوحد والتي على ضوء نتائج التشخيص نبني البرنامج العلاجي الفردي المناسب، نظرا للتباين الذي يميز أعراض اضطراب طيف التوحد من طفل لأخر، فتح أفاق جديدة في موضوع الاستراتيجيات، والآليات والأدوات المتبعة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

ثانيا: الأهمية العملية

تفيد الدراسة في مساعدة المختصين المتمرسين وكذا الأكاديميين في تقييمهم فاعلية استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد على مستوى مؤسساتهم معرفة مواطن القوة والضعف في الاستراتيجية المتبعة، وتطوير ورسم خطط مستقبلية للبرنامج التدخل المبكر بناء على نتائج التشخيص وبالتالي تحسين جودة التكفل باضطراب طيف التوحد.

1. 4 التعريفات والمصطلحات المستخدمة في الدراسة

التقييم:

مجموعة من الإجراءات المنظمة والتي تهدف إلى التعرف على جوانب القوة والضعف لدى الطفل المعاق، من أجل تحديد احتياجاته التربوية الخاصة، والتعرف على مدى ملائمة البرامج التربوية المقدمة له (فوزية، 2016، ص.33).

كما عرف بأنه عملية التي يتم من خلالها معرفة مدى نجاح أو فشل في تحقيق أهداف البرنامج أو المنهاج، والتعرف على نقاط القوة والضعف، حتى يتمكن من تحقيق الأهداف المنشودة (ماجدة، 2012، ص.8).

التعريف الإجرائي للتقييم:

ويمكن أن نقدم تعريفا إجرائيا للتقييم في ضوء دراستنا بأنه هو كل الخطوات التي يتم من خلالها التحقق من فاعلية استراتيجية ما من خلال كشف عن مواطن القوة والضعف، فهو قوة دافعة لتطوير وتكييف الاستراتيجية بهدف تحسينها للوصول إلى تشخيص دقيق.



الفاعلية:

هي الارتقاء والتقدم والنماء الفكري والتربوي والاجتماعي ودرجة تحقيق الهدف المنشود في العملية التربوية (ماجدة، 2012، ص.8).

وأيضا عرف على أنه أنجاز هدف معين سلفا، كما يقصد بها مدى صلاحية العناصر المستخدمة للحصول على نتائج المطلوبة، فهي العلاقة بين عناصر وليست كميتها وربط تلك العناصر وليس كميتها (عبد العزيز، 2016، ص.80).

التعريف الإجرائي للفاعلية:

يمكن أن نقدم تعريفا إجرائيا للفاعلية في ضوء دراستنا بأن الفاعلية هي مدى انجاز وتحكم المختصين من مختلف التخصصات بتشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال العلامات والأعراض التي يقومون برصدها وتحديديها وفقا لمعايير دولية وأدوات ومقاييس مقننة خاصة باضطراب طيف التوحد للوصول إلى التحكم في جودة التشخيص من خلال رفع في أداء الفرد وكذلك تحسين مردود المؤسسة.

الاستراتيجية:

الاستراتيجية بمفهومها العام هي الكيفية أو الخطة التي يتبعها الشخص لبلوغ هدف معين في حقل اهتمامه (عبد القادر، 2015، ص.28).

كما عرف بأنه مجموعة الأساليب والوسائل والأنشطة وأساليب التقويم التي تساعد في تحقيق الأهداف (شحاته وآخرون، 2003، ص.39)

التعريف الإجرائى للاستراتيجية

ويمكن أن نقدم تعريفا إجرائيا للاستراتيجية في ضوء دراستنا بأنها هي مجموعة المراحل والخطط المختارة سلفا (التشخيص المبكر وتكامل فريق متعدد التخصصات والتشخيص الفارقي) والتي يتبعها المختصين أثناء تنفيذهم لعملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حتى يتمكن من الوصول إلى تشخيص دقيق بأقصى فاعلية ممكنة في ظل الإمكانيات المتاحة.



التشخيص:

تحديد نمط الاضطرابات الذي أصاب الفرد، على أساس الأعراض والعلامات أو الاختبارات والفحوص وعل أساسه يتم تصنيف الفرد (عبد الرحمن، 2012، ص.134)

وعرف على أساس أنه أهم مراحل العمل الإكلينيكي، وهي تعنى بالفهم الكامل للظاهرة أو الإضطرابات ابتداء من الوصف السلوك الظاهري للأعراض ووصولا إلى تحديد الخطة العلاجية ومتبعتها. (سارة، 2016، ص96)

تعريف إجرائي للتشخيص:

ويمكن أن نقدم تعريف للتشخيص إجرائيا في إطار دراستنا بأنه هو تلك العملية التي يتم من خلالها تحديد اضطراب طيف التوحد من خلال الأعراض الظاهرة عن طريق فحوصات أو تقييمات التي على أساسها نصنف حدة وشدة طيف التوحد.

اضطراب طيف التوحد:

عرف من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية(APA) في إصدارها الخامس5-DSM بأنه اضطراب عصبي نمائي يتحدد بمعيارين وهما التواصل والتفاعل الاجتماعي والنمطية بالإضافة إلى الحساسية للألم (Pierre, 2015,P.26).

في حين عرفته منظمة العالمية للصحة (WHO) في تصنيفها 11 -CDابأن اضطراب طيف التوحد يتميز بعجز مستمر في التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر على شكل مجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وحساسية للمدخلات الحسية التي تختلف فيما بينها في الدرجة والتكرار والتركيز مع تطور النمو (Gillian, 2016,P.3).

التعريف الإجرائي لإضطراب طيف التوحد:

هو من الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة يتجلى بشكل عام في السنوات الأولى من عمر الطفل وغير ويستمر معه مدى الحياة، ويؤثر على الجانب السلوكي خاصة ويتميز بعجز في الاتصال اللفظي وغير اللفظى الناجم عن خلل في التفاعل والتواصل الاجتماعي بالإضافة إلى سلوكيات نمطية مكررة.



1. 5 الدراسات السابقة

العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع تشخيص اضطراب طيف التوحد وتناولته من زاويا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية في الفترة الزمنية الممتدة بين 2000/ 2000 م، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

وقد تم تصنيف هذه الدراسات من حيث المتغيرات الرئيسية للدراسة وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية إلى أربعة تصنيفات هي:

- 1. الدراسات التي تتاولت بعد: التشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد.
 - 2. الدراسات التي تتاولت بعد: التشخيص الفارقي.
 - 3. الدراسات التي تناولت بعد: فريق متعدد التخصصات.
- 4. الدراسات التي تناولت بعد: فاعلية مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة). والجداول (1-4) تبين ملخص للدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة.

الجدول (01) يبين الدراسات التي تتاولت بعد التشخيص المبكر الضطراب طيف التوحد

النتائج	ات الدراسة	إجراءات الدراسة		الكاتب
اساحج	الأداة + المنهج	العينة	العنوان	السنة
استخدم الباحث النسب المئوية		تكونت عين		
في تحليل البيانات وتوصل إلى	استعانة الباحث	الدراسة من	تشخيص	طارق
مجموعة من النتائج أهمها أن	بمقياس عادل عبد الله	(54) طفلا تم	الأطفال	عبد
هناك (26) طفلا منهم(6) من	للطفل التوحدي	(34) طعار تم اختیارهم من 9	التوحديين في	الوهاب
الإناث و (20) من الذكور نتطق	المكون من (28) فقرة	الحليارهم من و رياض أجابت	اللوحديين في رياض	
عليهم أكثر من (50%)من	بالإعتماد على المنهج	رياض الجابك المعلمة عن	رياض الأطفال	القيسي (2013)
الفقرات المقياس وذلك شخص	الوصفي		الإطفال	(2013)
هؤلاء الأطفال بأنهم توحديين.		المقياس		
استخرجت للمقياس مؤثرات	يتكون المقياس	اختيرت عينة	بناء مقياس	هناء
الصدق البنائي باستخدام معامل	من(80) فقرة موزعة	عشوائية مكونة	توحد للأطفال	رجب
ارتباط بيرسون، أما ثبات	على5 مجلات	من (447) من	يساهم في	حسن

	الجوا	\
(IVERSITE	SETI	F2

المقياس فقد تحقق بطريقتي إعادة	بالأوزان التالية:	الأطفال	الكشف	
تطبيق وطريقة ألفا كرونباخ كما	اللغة والتواصل ووزنه	المعاقين من	المبكر للتوحد	
استخرج الخطأ المعيار للمقياس.	(%26)	كلا الجنسين:	لدى الأطفال	
	التكيف الاجتماعي	(210) طفل		
	ووزنه (20%)	و (237) طفلة		
	السلوك الانفعالي	تتراوح أعمارهم		
	ووزنه (20 %)	(3–13 سنة)		
	المهارات الحركية	ومن 3 معاهد		
	ووزنها (20%)	وتم اختيار 18		
	بإعتماد على المنهج	معلمة بطريقة		
	الوصفي	قصدية		
إت الحديثة التي طرأت على البناء تقالها من مفهوم التشخيص الفئوي بنم تفصل في التشخيص متعدد ثلاثة الأساسية لعملية التشخيص DSM5 ثم اختتم عملية التشخيص واقترح بعض	التوجهات الحديثة في تشخيص طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية	محمد عبد الفتاح الجابري (2014)		
يتمتع هذا المقياس بخصائص	تكونت الأداة في	الأفراد الذين	إعداد مقياس	
سيكوميترية جيدة مما يمكن من	صورتها النهائية	تم تشخیصهم	الكشف	نرمین
استخدام المقياس في تشخيص	من(86) عبارة موزعة	بالإصابة	المبكر عن	بنت عبد
اضطراب طيف التوحد بغض	في 4 مجالات:	باضطراب	اضطراب	الرحمن
النظر عن متغير العمر أو تمتع الحالة بقدرات لفظية عالية أو	المظهر العام	طيف التوحد	طيف التوحد	قطب
غير لفظية كما يعتمد عليه في	التواصل	من قبل فريق	خلال مراحل	(2016)
التشخيص والتشخيص الفارقي	التفاعل الاجتماعي	متعدد	العمرية	



. 1 1 7 11	., , ,,		er eta e te	
لاضطراب التوحد والاضطرابات	السلوك	التخصصات	المختلفة	
والمتلازمات والأخرى التي تشابه	وبالاعتماد على	وفق 4–DSM	والكشف عن	
أعراضها مع أعراض التوحد	المنهج الوصفي	المنضمين إلى	فعاليتها	
بدرجة الكفاءة يثق فيها			٠.	
		مركز أمل		
		لذوي		
		الاحتياجات		
		الخاصة بمكة.		
بعد تعريب الاستبيان قاموا	استبيان يحتوي على		ترجمة وتقنين	خالد
بحساب خصائص السيكومترية	(277) موزعة على	أطفال ذوي	استبيان	بوعافية
ويتميز بثبات وصدقي عاليين.	70% تتاذر اسبرجر	اضطراب طيف	تشخيص	وعبد
	50% مرض عقلي	التوحد نوع		
	91% مجموعة	تناذر اسبرجر	تتاذر	الفتاح
	ضابطة منهج وصفي		(اسبرجر)	أبي مولود
				(2017)
	راسات أجنبية	د		
	استبيان يحتوي	تكونت العينة		
أثبتت هذه القائمة فعاليتها من	على15 بند موزعة	من 50 طفل	فعالية قائمة	Datas
خلال التعرف على 19 طفلا من	على جوانب متعددة:	أعمارهم قبل	الشطب	Baird,
أصل 50 طفل لديهم حالة توحد	التركيز والانتباه أنماط	18 شهر	للأطفال	Gillian
قبل سن 18 شهر.	السلوك للعب	موجهة للأولياء	المتوحدين	et
	هذه الأداة اعتماد	لمتابعة أبنائهم	(CHAT)	2001al
	على المنهج الوصفي.	,	, ,	

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



الجدول(02) يبين الدراسات السابقة التي تناولت بعد التشخيص الفارقي الاضطراب طيف التوحد

4	إجراءات الدراسة			الكاتب+
النتائج	الأداة + المنهج	العينة	العنوان	السنة
أشارت النتائج إلى توفر دلالات صدق المقياس تمثلت في صدق المحتوى وتم التحقق من الصدق التلازمي مع الصورة الأردنية ABC، حيث بلغ	الاداة + المدهج تكون مقياس من 60 فقرة موزعة على:	العينة (350) تكونت العينة (350) مفحوصا توزعوا حسب		-LJUI)
معامل الارتباط الكلي بينهما (0,886) كما تم التواصل إلى دلالات الصدق البنائي للمقياس من خلال أسلوب التحليل العاملي، حيث وجد هناك 3 عوامل تفسر (75,66%) المقياس كما توفرت دلالات من التباين في فقرات عن الصدق التمييزي المقياس حسب الحالة العقلية وذلك من عن طريق التباين الثنائي، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات البعاد المقياس .	التفاعل الاجتماعي الاتصال الاتصال بعد السلوكيات والاهتمامات والمحدودة والمحلوبات الاضطرابات النمائية في السنوات 3 الأولى السنجابات الحسية والمعرفية اعتمد المنهج وصفي	الحالة العقلية والفئة العمرية كما يلي: 28: إعاقة عقلية شديدة متوسطة وشديدة. 118: توحديين وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية وتراوحت أعمارهم بين(6-17) سنة ضمن ثلاث فئات عمرية هي: ثلاث فئات عمرية هي: (13-9)، (10-11)،	بناء مقياس لتشخيص التوحدي والتحقق من فعاليته في عينة أردنية من الإعاقة العقلية والعاديين	إمام قزاز فاروق الروسان (2010)



الدراسات الأجنبية					
تشخيص طيف التوحد بمساعدة كمبيوتر وفق تقنية EEG SODP وأسفرت وأسفرت نتائج الدراسة على أن الدقة التي يصل إليها النموذج في تشخيص طيف التوحد تصل إلى 94.4%	نموذج EEG SODP منهج تجريبي	60 طفل مصاب بالتوحد في المدى العمري من: 4 – 13 سنة في جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا.		Computer– aided autism diagnosis Via second– order difference plot area applied to EEG empirical mode decompositio	Enas Abdulha (2018) y
أسفرت النتائج بوجود فعالية عالية لكشف الإختلالات بالدماغ إضافة إلى إعطاء بيانات مع مجموعة من الصور للتصوير الطبي وتصنيفها ومقارنتها تلقائيا.	نموذج لحاسوب ذكي يعتمد على صور EEG لتشخيص اشخيص اضطراب طيف التوحد بدقة	أطفال طيف التوحد نتراوح أعمارهم من: من: سنوات	Diagnosis of autism spectrum disorder ingoung children basedon resting- state functional magnetic Resonance imaging date using convolutional neural netuor		Maryn Akhavan &al (2019)

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



الجدول (03) يبين الدراسات التي تناولت بعد فريق متعدد التخصصات

النتائج	الدراسة	إجراءات	العنوان	الكاتب + السنة
	الأداة + المنهج	العينة	الحقوال	
أسفرت النتائج عن افتقار النفسانيين العياديين خاصة لوسائل التشخيص العرضي من خلال الملاحظة العيادية أو شبكات الملاحظة أو المقابلة العيادية والتي تعاني عموما من الفقر في المحتوى.	تصور نظري بإستعمال إختبار الرشاخ منهج تحليل المحتوى	المختصين النفسانيين العاملين بمؤسسات تتكفل بأطفال التوحد	تشخيص اضطراب التوحد من الإسقاطية: التحقق من فرضية الفردانية النفسية لحالات التوحد	جعدون <i>ي</i> الزهراء (2013)
أسفرت النتائج على ضرورة إدخال نوع من المرونة في تبادل مع الشخص الحامل للتوحد، دون اللجوء إلى المفاهيم التربوية.	دراسة الحالة بإستخدام الوسائل التالية: مقابلة عيادية نصف موجهة CARS	المختص النفساني العيادي	عمل المختص النفسي العيادي مع الأطفال التوحديين – الخصوصية والتكامل	بن موفق فتيحة
توصلت نتائج الاستبيان إلى أن هذه المؤسسات هي عبارة عن مؤسسات غير متخصصة في مجال التكفل بالتوحد كما	استبیان یتکون من 105 بند موزعة علی محاور: التکوین	5مؤسسات عمومية و 3 جمعيات على عينة متكونة	التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر	الطاهر قيرود ومزوز بركو (2020)



أنها لا تحترم المعايير	الخبرة في التوحد	من43 مختص	المختصين		
الدولية.	البيئة التعليمية	الطب العقلي	الواقع والمأمول.		
	التشخيص	مختص نفسي	دراسة بولاية		
	التقييم والتكفل	أرطفوني	باتتة.		
	الخدمات	مربي			
	والبرامج				
	اعتمد المنهج				
	وصفي.				
مم الصعبات التي يوجهها	ناقشت الدراسة أه				
ين مع طفل التوحدي في	الممارسين العيادي	ä	النفسان الحدادة		
د، وأهم أساليب التكفل	تشخيص التوح	النفساني العيادي بين صعوبة التشخيص المبكر وتحديد برنامج		مريم برخيسة	
بية والتقنيات العلاجية	والبرامج التدري		(2020)		
، به سواء على المستوى	المستعملة للتكفل به سواء على المستوى		التكفل المناسب بالطفل التوحدي.		
ي أو العالمي.	المحلي أو العالمي.				
أسفرت النتائج أن أغلب					
الأطباء على أهمية					
الأخصائي النفساني في	مقابلة واستبيان		تقييم الطبيب		
المنظمة الصحية	ووسائل التواصل		النفساني لمهنة		
واعتبروا ضعف التكوين	ووسائل النواصل الإجتماعي،	شملت العينة	الأخصائي لمها-		
النظري والتطبيقي، كما	الهاتف	(36) مختص	النفساني	زبير بن مبارك	
أكد 82.4% من	اعتمد على	في الطب	التفساني العيادي في	(2020)	
المستجيبين أن مستوى		النفسي			
الأخصائي ضعيف	المنهج الوصفي		الجزائر: دراسة		
وقليل، و 58.8% لا	التحليلي		استطلاعية		
يثقون في العلاج					
النفسي. كما اشروا على					



تشنج العلاقة بين		
الطبيب والأخصائي		

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

الجدول(04) يبين الدراسات التي تناولت فاعلية مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة.

الدراسات العربية				
_ =====================================	ت الدراسة	إجراءات الدراسة		
النتائج	العينة الأداة + المنهج		العنوان	السنة
بينت نتائج أن مراكز التربية				
الخاصة تتوفر فيها شروط	تكون الاستبيان على			
الفاعلية عموما باستثناء بعد	106 فقرة ت غ طي 6			
الكوادر الفنية العاملة، وأشارت	مجالات التالية:			
النتائج أيضا إلى أهم المشكلات	المنهج	اشتملت عينة	مستوى	
والتحديات التي توجهها مراكز	الإدارة البيئة التربوية	على 4 مراكز	فاعلية مراكز	خولة
ومدارس التربية الخاصة من	خصائص	ومدارس التربية	التربية	المعمري
وجهة نظر المعلمين	المركز /المدرسة	الخاصبة في	الخاصة في	(2000)
فبالنسبة للطلبة تمثلت المشكلات	التدريس والتدريب	سلطنة عمان	سلطة عمان	
بتنوع الإعاقة في الصف الواحد،	الكوادر العاملة في			
والمشكلات السلوكية والانفعالية	المراكز /المدرسة اعتمد			
لدى الطلبة وتباين أعمارهم	على المنهج الوصفي			
الزمنية في الصف الواحد				
أظهرت نتائج الدراسة أن تقييم	تمثلت أداة الدراسة في	تكونت عينة	تقییم مستوی	
فاعلية مراكز الإعاقة العقلية	استبيان مكون من عدة	الدراسة	فعالية مراكز	
الحكومية والخاصة في جميع	أبعاد هي:	من(169) فرد	الإعاقة	ماجدة سيد
مجالات كان ضمن المستوى	– الإدارة	موزعة على 9	العقلية	عبيد
المرتفع أما فيما يخص	– مشاركة الأهالي	مراكز للإعاقة	والحكومية	(2000)
المتوسطات الحسابية والانحرافات	– المعلمات	العقلية منها	والخاصة في	
المعيارية للأبعاد على شكل	-العاملون في المركز	2 حكومية	محافظة	
التالي:	– عرفة الصف	7 خاصة	العاصمة	

		ı		
أعلى متوسط كان لمجال	– خصائص المركز		(عمان)	
المعلمات، وأدني متوسط كان	– البحوث التربوية		مقال منشور	
لمجال خصائص المراكز، أما	منهج وصفي			
فيما يتعلق بالفروق فقد اعتمدت				
على اختبار T العينتين مستقلتين				
وكانت النتائج:				
أعلى متوسط لمجال العاملين				
الآخرين				
أما مستوى الإدارة لم يبلغ مستوى				
الدلالة أعلى مستوى للمراكز				
الخاصة مقارنة بالمراكز الحكومي				
أشارت النتائج إلى أن هناك بعدا				
واحدا كان ذا مستوى فاعلية				
مرتفع وهو: بعد البرامج والخدمات			()	عاكف عبد
في حين أن هناك أبعاد كانت ذي			تقييم البرامج	الله الخطيب
مستوى متوسط وهي البيئة والتقييم	تم بناء إستبيان يتكون	تكونت من	والخدمات	وسهيل
والإدارة	من(73) فقرة موزعة	(100) مرکز	التربوية في	محمود
والعاملون.	على 8 أبعاد، وتتم	ومؤسسة للإعاقة	مؤسسات	الزعبي
أما بقية الأبعاد وعددها هي 4	الإجابة بصيغة نعم أو	الفكرية في الأردن	ومراكز	ومجدولين
أبعاد فقد كان ذات مستوى فاعلية	Z	(الحكومية–	الإعاقة	بن عبد
متدن وهي	اعتمد على المنهج	خاص تطوعي –	الفكرية وفقا	الرحمن
الرؤية والرسالة ومشاركة الأسرة	الوصفي	دولي)	للمعايير	(2012)
والدمج والخدمات الإنتقالية			العالمية	, ,
والتقييم الذاتي.				
		l		

	W.	1
GVERSITE	SETI	F2

بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بسنوات الخبرة لصالح خبرة (15 سنة) فأكثر في بعد القيادة والسياسات وبعد التتمية المهنية والممارسات الأخلاقية وبعد تطوير البرنامج وتنظيمه وبعد البحوث والتقصي وجود فرق ذات دلالة إحصائية فيما يخص طبيعة المركز حكومي/خاص في ميع المجالات والدرجة الكلية وجاءت لصالح المراكز الخاصة.	استبيان مكون من 80 فقرة موزعة على 6 أبعاد تمثلت في بعد: القيادة والسياسات بعد تطوير البرامج البحوث والتقصي تقويم الفرد والبرنامج التنمية المهنية والممارسات الأخلاقية تعاون المنهج الوصفي المسحي	تكونت عينة الدراسة من (429) من معلمي التربية الخاصة في مراكز ومعاهد التربية الخاصة (الحكومية الخاصة) واختيروا بطريقة عشوائية	جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية ضوء معايير مجلس مجلس الأطفال غير العاديين في	نايف بن عابد الزارع (2015)
أشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة التزام برنامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في الأردن في مؤشرات بعد التقييم كان بدرجة مرتفعة، في حين أن درجة التزام ببرنامج خاص في الطفولة المبكرة في الأردن في مؤشرات الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية كانت متوسطة وبينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الالتزام ببرامج التربة الخاصة في الطفولة ببرامج التربة الخاصة في الطفولة	(170) مؤشر تم توزيعها على: السياسات والإدارة والعاملون التقييم البيئة التعليمية الخدمات والبرامج الدمج والخدمات الانتقالية دعم وتمكين الأسرة الممارسة المهنية والأخلاقية التقييم الذاتي.	تكونت عينة الدراسة من 30 برنامجا للتربية الخاصة في الطفولة المبكرة، تتبع لقطات موزعة على 3 موزعة على 3 أقاليم في المملكة: شمال – وسط –	تقييم برامج التربية الخاصة في المبكرة في الأردن في ضوء المؤشرات المؤشرات النوعية	الفتاح عفوي المكانين جميل محمود الصمادي (2016)



لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤسسات أطفال التوحد في أبعاد التعليم والتشخيص والإرشاد وعند مستوى الدلالة (0,006 = α)، لذا فحص تلك الفروق بين البرامج في مؤسسات القطاعين الخاص والأهلي لوحظ وجود فروق دالة إحصائيا في بعد الخدمات التعليمة لصالح مؤسسات القطاع الخاص.	استخدم قائمة مكونة من 54 فقرة، موزعة على 3 أبعاد: البرامج التعليمية التقييم والتشخيص الخدمات الإرشادية منهج وصفي تحليلي	تكونت عينة الدراسة من 6 مؤسسات الأطفال التوحد في الأردن ثم اختبارهم عشوائيا.	فاعلية برامج وخدمات التعلم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد المملكة العربية السعودية	أحمد نايل الغرير (2016)
وقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاستخدامات والإجراءات والآليات في تشخيص اضطراب التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة، كما أنه لا توجد فروق بين كل من الجنسين وسنوات الخبرة والتخصص من حيث فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين.	اعتمدت على استبيان المنهج الوصفي	وتكونت عينة الدراسة من 26 أخصائي باختلاف اختصاصاتهم	واقع إجراءات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين في المراكز البيداغوجية	شرياف زهرة (2019)

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



التعليق على الدراسات السابقة:

أولا: من حيث أوجه الإتفاق والاختلاف بين الدراسات

اتفقت الدراسات السابقة في الهدف المشترك وهو تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل إلا أنها اختلفت من ناحية تناولها زوايا وأبعاد التشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث اتفقت كل من دراسة طارق عبد الوهاب القيسي(2013)، هناء رجب حسين، ودراسة نرمين عبد الرحمان قطب(2016)، ودراسة خالد بوعافية وعبد الفتاح أبي مولود(2017)، Baird,Gillian (2017) في أنها تناولت بعد التشخيص المبكر لإضطراب طيف التوحد والذي ركز على بناء مقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد في مرحلة مبكرة من حياة الطفل.

في حين اتفقت دراسة إمام قزاز فاروق الروسان(2010) وشوقي أحمد غانم(2013) ودراسة Maryan Akhavan(2019) ودراسة (Abdulhay (2018) في بعد التشخيص الفارقي لإضطراب طيف التوحد والتي تطرقت فيه إلى بعض المقاييس والفحوص التي تستعمل للتميز بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات المشابهة والمصاحبة له.

أما دراسة الطاهر قيرود ومزوز بركو (2020)، وموفق بن فتيحة، ودراسة جعدوني الزهراء (2013) كذا دراسة مريم برخيسة (2020) فقد تناولت بعد فريق متعدد التخصصات ومدى تأثير التخصص العلمي الدقيق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

أما دراسة خوله المعمري(2000)، ودراسة عاكف عبد الله الخطيب وآخرون(2012)، وماجدة سيد عبيد (2000)، ودراسة نايف بن عابد الزارع(2015)، ودراسة هشام عبد الفتاح عفوي المكانين وجميل محمود الصمادي(2016)، واحمد نايل الغرير (2016) اتفقوا في تناولهم لفعالية مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة سواء كانت تتمي إلى القطاع الحكومي أو القطاع الخاص.

لكن اختلفت الدراسات السابقة في العينة، حيث أن الدراسات التي تناولت بعد التشخيص المبكر وبعد التشخيص الفارقي كانت العينة من أطفال اضطراب طيف التوحد، في حين أن بعدي فريق متعدد التخصصات وبعد مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة، فقد شمل عينة المختصين المشرفين على التكفل عامة والتشخيص خاصة في مؤسسات التي تتكفل بأطفال باضطراب طيف التوحد.

تتوعت أدوات القياس في الدراسات السابقة حسب أبعاد استراتيجيات التشخيص التي تناولتها، حيث كان بعد التشخيص المبكر والتشخيص الفارقي يحتوي على مقاييس التي من خلالها يمكننا تشخيص اضطراب



طيف التوحد ما عدا دراسة (Enas Abdulhay & Al(2018)، ودراسة (2019) Maryan Akhavan (2019) التي تضمنت إقتراح نموذجيين لبرامج حاسوب ذكية وعالية الدقة للفحص بالأشعة.

في حين أن بعدي فريق متعدد التخصصات ومؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة فقد استخدمت الاستبيان للحصول على النتائج، ما عدا دراسة بن موفق فتيحة التي اعتمدت على دراسة الحالة باستخدام اختبار الرشاخ.

كما وظفت الدراسات السابقة المنهج الوصفي أو الوصفي التحليلي باستثناء دراسة Enas Abdulhay كما وظفت الدراسات السابقة المنهج الوصفي أو الوصفي أو التحديث على المنهج التجريبي.

كما اختلفت دراسة جعدوني الزهراء(2013) عن باقي الدراسات الاحتوائها على تصور مقترح لتشخيص طيف التوحد من قبل المختص النفسي باستعمال اختبار الرشاخ.

كما اختلفت دراسة مريم برخيسة (2020) ودراسة محمد عبد الفتاح الجابري (2014) عن بقية الدراسات في أنها تناولت مشكلة الدراسات من جانب النظري مستخدمة في ذلك منهج تحليل المحتوى.

ثانيا: جوانب الإستفادة من الدراسات السابقة

مما لا شك فيه أن الدراسة الحالية قد استفادت كثيرا مما سبق من الدراسات، حيث حاولت أن توظف كثيرا من الجهود السابقة للوصول إلى تشخيص دقيق للمشكلة ومعالجتها بشكل شمولي، ومن جوانب الإستفادة العلمية للدراسات السابقة فيما يلى:

- 1. استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في ضبط متغيرات الدراسة بشكل دقيق وصياغة دقيقة للإشكالية والفرضيات الدراسة الموسومة ب: "تقييم فاعلية استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة)".
- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في الوصول ضبط المنهج المناسب للدراسة.
- 3. واستفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة والتي شملت كل الدراسات التي تتتمي إلى بعد مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة في صياغة أدوات البحث.
- 4. واستفادت الدراسة الحالية من الدراسة مريم برخيسة (2020)، ومحمد عبد الفتاح الجابري (2014) وزبير مبارك (2020) في إثراء الإطار النظري.



5. واستفادت الدراسة الحالية من الدراسة أحمد نايل الغرير (2016) ودراسة هشام عبد الفتاح عفوي المكانين وجميل محمود الصمادي(2016)، ودراسة نايل عابد الزارع(2015)، ودراسة ماجدة السيد عبيد(2000)، ودراسة عاكف بن عابد الله الخطيب وآخرون(2012)، ودراسة خوله معمري(2000) في صياغة التصور المقترح.

ثالثًا: الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية

من خلال استعراض أوجه الإتفاق والاختلاف بين الدراسة السابقة نشير أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في موضوعها الرئيس وهدفها العالم إلا أنها تختلف عنها في عدة جوانب تمثل الفجوة العلمية التي تعالجها هذه الدراسة وهي:

- 1. تضمنت هذه الدراسة ربط للمشكلة البحثية بالمتغيرات المعاصرة.
- استخدمت هذه الدراسة مدخل كيفي وذلك لتكوين فكرة دقيقة عن المشكلة، كما تضمنت المنهج الوصفي.
- 3. لم تقتصر هذه العينة على عينة واحدة فقط بل شملت عدة مراكز في عدة ولايات مختلفة (سطيف- برج بوعريريج-قسنطينة-ميلة)، بالإضافة إلى تتوع في المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة التي تتتمي إلى القطاع الحكومي والمؤسسات التي تتتمي إلى القطاع الخاص لضمان تشخيص الواقع دقة.
- 4. استعملنا أيضا أداة البحث وهو إستبيان نصف مفتوح من أجل جمع أكبر عدد من البيانات بدقة كبيرة.

ومن العرض السابق يتضح أن هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لموضوع استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل وشمول عينتها فيما يخص تشخيص وفق ثلاث استراتيجيات: تشخيص مبكر وتكامل فريق متعدد التخصصات والتشخيص الفارقي، وكذا أيضا إتساع المجال الجغرافي للعينة، كما أنها تميزت بتنوع في المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المنتمية إما للقطاع الحكومي أو الخاص.



1. 6 فرضيات الدراسة

للإجابة على تساؤلات الدراسة تم وضع الفرضيات التالية:

- 1. مستوى فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد متوسطة لدى الطفل في مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة).
- 2. توجد فروق في ترتيب الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة).
- 3. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي.
- 4. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير الأقدمية.
- 5. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير مكان العمل.
- 6. توجد فروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق.



الفصل الثاني اضطراب طيف التوحد لدى الطفل

تمهيد

- 1.1 التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد
- 2. 2 اختلاف تناول مصطلح اضطراب طيف التوحد
 - 2. 3 تعريف اضطراب طيف التوحد
 - 2. 4 تعريف اضطراب طيف التوحد عند الطفل
 - 2. 5 خصائص اضطراب طيف التوحد
- 2. 6 النظريات المفسرة لأسباب اضطراب طيف التوحد

خلاصة



تمهيد

يلاحظ الجميع مدى تقدم خدمات التربية الخاصة بمختلف فئاتها، ويلاحظ أيضا المختصون في مجال التربية الخاصة الاهتمام المتزايد لفئة اضطراب طيف التوحد منذ بداية وضع الأسس الأولى له من قبل الطبيب النفسي الأمريكي ليو كنر (Léo Kanner) سنة 1943م؛ ويعتبر إضطراب طيف التوحد من بين الإضطرابات النمائية الأكثر صعوبة حيث يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل و يستمر معه مدى الحياة و الذي ينعكس على سلوكه فيعاني من عجز أو خلل في التواصل و التفاعل الإجتماعي، لذا سعى الباحثين جاهدين في التقصي عن السبب الرئيسي لهذا الإضطراب وكذلك التوصل إلى وضع تشخيص دقيق وفعال الذي على ضوئه يتم وضع برنامج علاجي المناسب لكل طفل.

2. 1. التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد

تعتبر أول المبادرات التي أثيرت حول موضوع التوحد كانت من قبل الطبيب النفسي أوجين بلولر

(Eugen Bleuler,1912) بوصفه لكلمة التوحد والتي كان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما تقول إن هذا الشخص توحدي فنحن نعنى بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولر

" الذهان" (وليد سيد وسلامة، 2010، ص.10)؛ في إشارة له على زملة أوسع بكثير للميكانيزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميون أو الأشخاص العاديون، بإعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام.

وتعد سنة 1943م هي البداية الحقيقية لإرساء مبادئ التوحد وذلك من قبل الطبيب النفسي ليو كانر (Kanner وتعد سنة 1943م) والذي كان يعمل في مستشفى جونز هوبكنز ببل تيمور في الولايات المتحدة الأمريكية عندما قدم بحثه الشهير بعنوان " Autistic Disturbances of affective contact " حيث شد إتباهه الأنماط السلوكية غير العادية لأحد عشر طفل كانوا مصنفين ضمن فئة التخلف الذهني، ووجد سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية، بل هي زملة من أعراض إكلينيكية مميزة حيث وصفهم بأن لديهم اضطراب في مجال التواصل الانفعالي والتي على أساسها وضع المعابير الأساسية للتوحد (بشري، 2019، ص. 152).



وقد أطلق على هؤلاء الاطفال المصابين بهذا الإضطراب تسمية زملة كانر " Kanner Syndrome " أو تيزم الطفولة المبكرة "Early infantile Autisme " و قد أختار كلمة أوتيزم لأنها كلمة منفردة في معناها و لا تستعمل كثيرا في اللغة الإنجليزية.

وبعد سنة من ذلك جاءت دراسة هانز اسبرجر أي في سنة 1944م و من خلال أطروحته في الدكتوراه التي ارتكزت أربعة 4 أطفال وأطلق عليهم مصطلح "التوحد الطفولي " باللغة الألمانية بالرغم من عدم إطلاعه على دراسة كانر (جمال و آخرون، 2010، ص.221)، حيث كانت خصائص أطفال هانز اسبرجر مشابهة لأطفال ليو كانر و لم تنشر أعماله بسبب الحرب العلمية الثانية التي اجتاح فيها هتلر النمسا.

وفي وقت لاحق قامت طبيبة الأطفال لورنا وينغ (Lorna Wing) سنة 1981م و التي كانت لديها ابنة تعاني من حالة توحد، حيث قامت بترجمة ونشر مقال هانز اسبرجر باللغة الإنجليزية و أطلق على هذه الحالة اسم " متلازمة اسبرجر " نسبة له. (حسن، 2019، ص. 112)

واتفق كل من هانز اسبرجر و ليو كانر في دراستيهما على أن الطفل التوحدي يعاني من اضطراب شديد في التواصل والتكيف الإجتماعي بالإضافة إلى الحركات النمطية المكررة إلا أنه يمكننا أن نرصد الإختلاف بين البحث الذي قام به كل من هانز اسبرجر و ليو كانر في عدة نقاط هي:

- درجة الذكاع: حيث تميز أطفال هانز اسبرجر بذكاء متوسط أو عادي بينما أطفال ليو كانر تميزوا بذكاء منخفض.
- القدرة على الكلام: تميز أطفال هانز اسبرجر بالقدرة على الكلام بينما أطفال ليو كانر معضمهم لا يتكلمون.
- المهارات الحركية: فقد كان أطفال ليو كانر يتميزون بمهارات حركية متوسطة إلى عادية بينما أطفال هانز اسبرجر فقد كان لديهم مهارات حركية سيئة.
- النتائج: أقترح ليو كانر أن العوامل النفسية الدينامية هي التي تؤدي إلى إضطراب طيف التوحد وصرف الانتباه عن أن يكون سببه بيولوجي، أما دراسة هانز اسبرجر فقد أسفرت إلى مدخل أخر لفهم طيف التوحد حيث ربط بين سلوك التوحد بأنماط الشخصية وأيضا درجات الذكاء، وهذا كفيل بأن ينفي أن هانز اسبرجر قد اطلع على الورقة البحثية التي قام بها ليو كانر.



وفي سنة1978م قام روتر (Rutter) بتحديد ثلاث خصائص رئيسة للتوحد و هي إعاقة في العلاقات الإجتماعية وانحراف في النمو اللغوي، وسلوك طقوسي واستحواذي بالإضافة إلى الإصرار على التماثل (إبراهيم عبد الله، 2004، ص.32).

وقد تم تبني هذه الأعراض الثلاثة من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعتيه الثالثة المراجعة - DSM-3) والرابعة (APA).

وفي نفس السنة 1978م حصل اضطراب طيف التوحد على أول اعتراف رسمي له من قبل المنظمة العالمية للصحة (WHO) من خلال الإصدار التاسع للدليل العالمي للأمراض (ICD) حيث اعتبره كإعاقة مستقلة أو اضطراب له أعراضه التي تميزه (رانية، 2016، ص.17).

وفي سنة 1979 م توصل وينغ و قولد(Wing & Gould) إلى ثلاثة أعراض رئيسية تميز اضطراب التوحد والي تظهر مجتمعة مع بعضها وأطلق عليها اسم " ثالوث التوحد" وهذه الأعراض هي: قصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في اللغة والتواصل الاجتماعي وفي التخيل(أسامة والسيد،2014، ص. 22 -24).

وفي سنة 1980م صنف اضطراب التوحد على أنه ضمن الإعاقات الانفعالية الشديدة، وفي نفس السنة صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) في النسخة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي(DSM3) بأنه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة، بشرط أن تظهر الأعراض قبل عمر 30 شهرا (Mahmoud,2015, P.12)، وكان هذا التصنيف مغيبا في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي و الإحصائي(DSM-2) حيث كان يصنف على أنه نوع من الفصام الطفولي على الرغم من التحديد الدقيق لكانر لخصائص هذه الفئة وأعيد تصحيح هذا الخطأ في الطبعة الثالثة كما تم توضيح الفرق بين الفصام وتوحد.

وفي سنة1987م قامت جمعية الطب النفس الأمريكية(APA) بمراجعة إصدارها الثالث للدليل التشخيصي وفي سنة1987م قامت جمعية الطب النفس الأمريكية(APA) والذي تمخضت عنه عدة تعديلات مست إضطراب طيف التوحد وذلك بإضافة فئة جديدة أطلق عليها مصطلح " الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد " والذي ألغي فيه محك العمر لظهور أعراض(Amaria & Judith,2011,P.5).



وفي سنة 1992م أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) في الدليل العالمي للأمراض (ICD) طيف التوحد تحت اسم" التوحد الطفولي" وفي المقابل أصدرت جمعية الطب النفسي (APA) في نسخته الرابعة (DSM4) سنة 1994م وتصنيفا لمفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة إلى خمس فئات هي: اضطراب التوحد، متلازمة السبرجر ومتلازمة ريت، الاضطراب التفككي الطفولي، واضطرابات النمائية غير محددة (P.16-20).

أما في سنة 2013م أوردت جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) في إصدارها الخامس للدليل التشخيصي و الإحصائي (DSM4) عدة تغييرات جذرية حيث ضمت كل تصنيفات التي وردت في (DSM4) تحت مضلة واحدة وأطلقت عليها اسم" طيف التوحد" وبالتالي لم نعد بحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد بالإضافة إلى تقليص معايير التشخيص إلى معيارين وأيضا تم عزل متلازمة ريت كونها ليست اضطرابا سلوكيا معرفي بل أصبحت اضطراب معرفي جيني نظرا لتوصل العلماء للجين المسبب لحدوثه وهو " Mecp2 "، كما تم اقتراح فئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الإجتماعي (هشام ، 2019، ص.20).

وفي سنة 2017 أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) النسخة الحادية عشر للتصنيف (ICD-11) لكنه مزال تحت عملية المراجعة والتنقيح من قبل ممثلين لأكثر من 200 دولة (Ellen & Eric,).

ومن خلال ما تم عرضه سابقا للتطور الزمني للدراسات التي تناولت طيف التوحد يمكننا تقسيم أهم ما ورد سابقا إلى ثلاث مراحل هي كالأتي:

أ. المرحلة الأولى و هي مرحلة الدراسات الوصفية

و هي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من القرن العشرين والتي و هي تلك الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة هي دراسة كان هدفها هو وصف سلوك الأطفال التوحديين ومن أبرز الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة هي دراسة كل من ليون ايزنبرج(Leon Ersenberg,1956) وليو كانر (Leo Kanner,1943)، هانز اسبرجر (Hans Sperger,1944) حيث انحصرت تقارير هذه الدراسات على وصف خصائص و سلوك أطفال طيف التوحد، كما أن معظم الدراسات ركزت على طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة أو كما كان يطلق عليها اسم" التوحد الطفولي المبكر"، لكن ما لوحظ على نتائج هذه الدراسات هو عدم تجانس بين عينات في هذه الدراسات فيما يخص السن والمستوى العقلي وكذا أساليب التشخيص وتفسير النتائج مما أدى إلى عدم الاعتماد عليها على المدى الطويل(عبد الرحمن،2000، ص.12).



ب. المرحلة الثانية و هي مرحلة الدراسات القصصية

هي تلك الدراسات التي أجريت منذ أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات من القرن العشرين والتي ركزت على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب ومن بين أهم الإسهامات في هذه المرحلة هي دراسة كل من ميلر كريك(Melder creak,1963) ودراسة روتر (Rotter,1970)، ودراسة فيكتور لوتر (V. Lotter,1978) ولقد ساعدت دراسات هذه المرحلة بشكل جوهري في وضع بعض المعايير التشخيصية لحالات طيف التوحد وإعطاء مؤشرات لاحتمال التطورات المتوقعة للوضع العام للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن إسهامات هذه المرحلة ما يلي:

- 1. التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن الخامسة حيث أن الاستخدام الجيد للغة يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- 2. النظر إلى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد أهم العوامل التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه تشخيص حالات التوحد.
- 3. القابلية للتعليم ومحالات التدريب من أجل التعليم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في التشخيص أسامة و أخرون، 2011، ص. 25).

ج. المرحلة الثالثة وهي مرحلة الدراسات المكثفة والمعمقة

أجريت تلك الدراسات في الثمانينات و التسعينات من القرن العشرين والتي مازالت تستمر حتى الآن، ولقد تميزت هذه الدراسات بتيار ثابت من التقارير المتتالية والكثيرة في مجال اضطراب طيف التوحد ومن بين الدراسات الرائدة في هذه المرحلة هي دراسة سكوبلر (Schopler,1985)، دراسة ريمسي و أخرون (Szatmari & al,1989)، دراسة سزاتماري وآخرون (Szatmari & al,1989)، دراسة جيليبر و ستيفن برج (Gillberg & steffenberg,1987)، دراسة شينغ لي (Ching lee,1990)، ودراسة فينتر (Kobayashi, 1992)، ودراسة فينتر (Frith,1991)، ودراسة فري (Frith,1991)، ودراسة كوباياشي (Tamtam,1992)، ودراسة النتائج التالية:

- 1. أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في سن 5-6 سنوات.
- 2. أن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية و اللغوية الجيدة نسبيا لا يتضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالتهم بدون تدخل المختصين.
 - 3. تطوير وسائل التشخيص والتقييم لحالات التوحد.



4. أن عدد كثير من تلك الدراسات قد ركزت على الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية المرتفعة (أحمد السيد،2010، ص. 23)

من خلال تتبعنا لما تم عرضه من التطور الزمني لمراحل تشخيص طيف التوحد في جل الدراسات السابقة الذكر فإننا نلاحظ بأن الدراسات في المرحل الحالية أكثر دقة وتنظيما وموضوعية من الدراسات السابقة الأولية والتي أخذت الطابع الوصفي فقط. بالإضافة إلي أن بعض الدراسات الحالية أدت إلى دحض وإلغاء بعض المفاهيم وكذلك النظريات التي كانت سائدة سابقا على سبيل المثال توضيح الفروق بين الفصام وطيف التوحد، كما أن الدراسات الحالية ركزت على تدريس الأفراد ذوي قدرات والمهارات العقلية المرتفعة والتي أدت إلى التوصل لنتائج أكثر إيجابية عند إخضاعهم للتدريب المكثف والمتخصص، كما أكدت على أن وجود بعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبيا لا يضمن التطور الجيد بدون تدخل كوادر متخصصة في تدريب طيف التوحد على عكس ما يوجد في الدراسات الأولى التي اكتفت بالوصف فقط، كما أن نتائج الدراسات الحالية تتسم بالموضوعية على عكس الدراسات السابقة وهذا راجع إلى عدة أسباب نذكر منها تطور وسائل الكشف والتشخيص وتقييم قدرات الطفل التوحدي وتعددها، وكذلك زيادة أسباب نذكر منها تطور وسائل الكشف والتشخيص وتقييم قدرات الطفل التوحدي وتعددها، وكذلك زيادة

2.2 إختلاف تناول مصطلح طيف التوحد

لقد مر تتاول مصطلح طيف التوحد بالعديد من التغييرات والتحديثات والخلط في بعض الأحيان من قبل الباحثين وكذلك الممارسين المهتمين بالتوحد نظرا لإختلاف تخصصاتهم وأيضا النظريات التي يستندون عليها في تفسير أسباب حدوث التوحد وحاولنا حصر أهم المصطلحات الشائعة في الأبحاث التي تتاولت طيف التوحد على سبيل المثال:

أ. ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism

هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل عن النماذج الذهان كأحد نماذج الشخصية الشاذة و ينتشر لدى الأطفال تحت سن 10 سنوات، ومن خصائصه ضعف القدرة على الاتصال اللفظي بالآخرين والمحاولات القوية للاحتفاظ بكل شئ كما هو، وعدم القدرة على إجراء أي اتصالات بالآخرين، وغالبا ما يبدوا الطفل الذهاني ذكيا ولكنه لا يسلك سلوكا سويا في البيئة العادية (مصطفى، 2010، ص. 18).



ب. الذاتوية Autism

وهي تشير إلى اضطراب في الذات لذا سمي بالذاتوية وهي عبارة عن إضطراب نمائي يصيب الأطفال خلال 3 سنوات الأولى من العمر ويؤثر على النمو الطبيعي للدماغ(عبد الفتاح،2011، ص.219).

ج. الإجترارية Autism

وهو عندما يفقد الطفل الإتصال بالآخرين أو لم يحقق الإتصال قط، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالا كاملا بخيالاته وأفكاره وبالأتماط السلوكية المقولبة كبرم الأشياء، أو لفها أو هزها، ومن خصائصه الأخرى اللامبالاة إزاء الوالدين والآخرين، والعجز عن تحمل التغيير وعيوب في النطق أو الخرس (أيمن، 2013، ص. 42).

د.التمركز حول الذات Egocentricty

هو اتجاه وميل الفرد إلى الاهتمام بذاته و انشغاله بها في مقابل إهماله وعدم اهتمامه بالأخر، وقد وصفه بياجي بأنه حالة يتميز بها الطفل في مراحل نموه النفسي الأولى من شعور بالاهتمام بأفكاره وحاجاته دون مسايرة أفكار الأخرين، وهو مصطلح يستخدمه علماء مدرسة التحليل النفسي بمعنى النرجسية أو عشق الذات ويعتبره مرحلة من مراحل النمو النفسي في طفولة الفرد(طه، 1999،ص. 146).

ه. ذهان الطفولة Childhood Psychosis

أحد الاضطرابات العقلية التي تظهر في مرحلة الطفولة، إلا أنه يختلف عن اضطراب التوحد في عدة سمات، ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM على أنه اضطراب في النمو يختلف عن اضطراب طيف التوحد في أنه اضطراب عقلي، لكنه يظهر في أعراض سلوكية (عبد الرحمن، 2012، ص. 69)

و. فصام الطفولة

مصطلح غير دقيق يشير إلى مجموعة متباينة من ردود الفعل للتشخيص الفصامية، بصفة عامة التي تظهر في وقت مبكر من حياة الفرد ومن الأعراض الأكثر شيوعا في هذا الإضطراب عدم القدرة على الإستجابة الإنفعالية والاهتمامات بالغة الضيق والفشل في الإرتباط بالأفراد الأخرين، والوظائف اللغوية المضطربة إنخفاظ مستوى التحمل الإحباط الإجتراري (Autisme Thinking)، الذي هو عبارة عن عمليات



تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة والاستغراق في الخيال على النحو لا علاقة له بالواقع أو علاقته ضئيلة وقد تكون هذه العمليات محاولة لإشباع الرغبات التي لا يسمح لها بالواقع والتفكير المشوه والنشاط الحركي المضطرب(عبد الرحمن، 2000،ص.8).

ز.طيف التوحد Specter D'Autism

يمثل مصطلح" الطيف" التباين في شدة نطاق الأعراض بين الأفراد المصابين بالتوحد الخفيف ذوي الأداء العالي إلى حالات الشديدة التي تتطلب متخصص طويل الأجل(2020,P.4) (Essa& Walid)

وغالبا ما يظهر عند الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تقييدا في السلوكيات والاهتمامات المتكررة، وكذلك خلل أو عجز في التواصل والتفاعل الإجتماعي(Rano ,2019,P. 3).

تعليق عام:

من خلال ما تطرقنا إليه لمختلف المصطلحات والتسميات التي أطلقت على اضطراب طيف التوحد منذ استعماله أول مرة من قبل بلولر 1911م وتلاه بعد ذلك ليو كانر 1943م وحتى يومنا هذا؛ فإننا لاحظنا من خلاله أن هناك تباين وتمايز في إستخدام المصطلحات للتعبير على فئة من الإضطرابات تختلف في التسمية وتشترك في الصفات والأعراض، حيث كان في الأصل يظهر كشكل من أشكال الفصام في مرحلة الطفولة وأخيرا كحالة من طيف التوحد بدرجات واسعة النطاق من الأداء العالي إلى الإعاقة الشديدة.

بمعني أنه في البدايات عندما كان يطلق على الطفل مصطلحات ذهان الطفولة المبكر وفصام الطفولة وكذلك الإجترارية و الذاتوية والتمركز حول الذات كان يقصد بها كل الفيئات التي تشترك في ما بينها في السمات كالعزلة والعجز في التفاعل الإجتماعي، كما أنه يظهر في مراحل مبكرة من عمر الطفل إلا أنه ومع تقدم الأبحاث وتطور معايير التشخيص تم التخلي عن هذه المصطلحات لأن الذاتية هي حيلة دفاعية وضعها "فريد" في نهاية العشرينيات من القرن الماضين.

وقد أوضحت جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) في الدليل التشخيصي و الإحصائي في طبعته الرابعة (DSM-4) الفرق بين الفصام وطيف التوحد، كما وصف إضطراب طيف التوحد بإضطراب النمو الشاملة والذي يندرج تحته 5 أصناف أخرى للتوحد، وفي سنة 2013 كان التغيير الجذري في المصطلحات حيث تم جمع كل التصنيفات تحت مضلة واحد و أطلق عليها اسم "طيف التوحد".



3.2 تعريف اضطراب طيف التوحد

يعد مصطلح التوحد مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني" الذات "وهي كلمة تدل على الإنغلاق على الإنغلاق على الذات(Pierre,2012, P.3). ولقد تعددت تعاريف اضطراب طيف التوحد ففي كثير من الأحيان كانت التعاريف مكملة لبعضها البعض ومتناقضة في البعض الآخر، وهذا راجع لتطور الأبحاث المستمر بخصوص طيف التوحد. ولقد إرتئينا أن نستهل ببعض التعاريف الأكثر تداولا ومن وجهتي نظر مؤسساتية و من وجهة نظر أبرز الباحثين كالأتي:

أولا: من قبل الجمعيات والمنظمات الدولية المهتمة بتشخيص اضطراب بطيف التوحد نذكر أهمها:

أ. تعريف طيف التوحد وفقا للقانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين IDEA

هو إعاقة نمائية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير لفظي في التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تظهر هذه الإعاقة قبل عمر 3 سنوات، بحيث تؤثر على أداء الطفل التعليمي وترافق بعض الخصائص الأخرى عادة كإنخراط الطفل في النشاطات نفسها مرارا وتكرارا والحركات النمطية ومقاومته التغيير في الروتين اليومي وكذالك استجابة غير عادية للخبرات الحسية (غالب، 2018، ص.32).

ب. تعريف مجلس البحث الوطنى الأمريكي Research Council National 2001

اضطراب طيف التوحد من الإضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة ومصاحب الاضطرابات الأخرى (الإعاقة العقلية، تأخر اللغة المحدد والصرع) تتنوع أعراض التوحد بين الأطفال وضمن الطفل بنفسه فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثنى تلقائيا الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصا في العيوب الإجتماعية (رائد، 2006، ص. 14).

ج. الجمعية القومية البريطانية لأطفال طيف التوحد NSAC

وهي إحدى الجمعيات المعروفة لأسر الأطفال التوحديين ومقرها في المملكة المتحدة وتعرف طيف التوحد بأنه: اضطراب أو متلازمة سلوكية تظهر أعراضه المرضية قبل أن يصل الطفل عمر ثلاثين شهرا؛ وتتضمن أعراض هذا الإضطراب خلل في سرعة النمو وكذلك اضطراب في الإستجابة الحسية للمثيرات واضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية واضطراب في القلق والانتماء للناس أو الأحداث أو الموضوعات(عادل،2003، ص.175).



د. الجمعية الفرنسية للإضطرابات العقلية عند الطفل و الراشد (CFTMEA)

أخر تعديل لتصنيف الجمعية الفرنسية للإضطرابات العقلية عند الطفل والراشد سنة 2012 م، أصبح يندرج التوحد تحت مضلة الإضطرابات النمائية الشاملة وتخلت عن تصنيفها القديم بإعتباره من ذهانات الطفولة، وأدرجت تحته عدة تصنيفات هي: التوحد الطفولي، متلازمة اسبرجر، اضطراب توحد الطفولي dysharmonies التفككي، اضطرابات النمو الشاملة الأخرى، إضطراب النمو الشامل غير المحدد، Carole,2014,P.28).

هـ.المنظمة العالمية للصحة (WHO) في تصنيفها (ICD- 11)

يتميز اضطراب طيف التوحد بعجز مستمر في التفاعل والتواصل الإجتماعي المتبادل، كما يظهر على شكل مجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وحساسية للمدخلات الحسية التي تختلف فيما بينها في الدرجة والتكرار والتركيز مع تطور النمو (Gillian,2016,P.3).

و. تعريف المعجم الطبي Medicl Dictionory

التوحد هو اضطراب نمائي منتشر يحدث في الطفولة المبكرة ويتميز بعجز شديد في المهارات الإجتماعية الفعالة، مع حدوث غياب أو اضطراب في النمو اللغوي، ووجود نشاطات واهتمامات تكرارية أو نمطية خاصة بالموضوعات غير الحسية(رانيا،2016، ص ص. 21-22).

ز. تعريف جمعية الطب النفس الأمريكية (APA) في إصدارها الخامس(5- DSM)

طيف التوحد هو اضطراب عصبي نمائي يتحدد بمعيارين وهما التواصل والتفاعل الاجتماعي والنمطية بالإضافة إلى الحساسية للألم(Pierre, 2015, P.26).

ومن خلال التعاريف السابقة لمختلف المنظمات والجمعيات التي تتشط في مجال طيف التوحد والتي تباينت أرائها في تشخيصها وتصنيفها لطيف التوحد؛ حيث أعتبر القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IDEA) بأنه إعاقة نمائية في حين أن الجمعية القومية لأطفال التوحد (NSAC) صنفته على أنه متلازمة سلوكية، في المقابل وبعد مراجعات عدة أقرت الجمعية الفرنسية للإضطرابات العقلية للطفل والراشد بأن طيف التوحد يندرج تحت اضطرابات النمو الشاملة، فيما اعتبرت المنظمة العالمية للصحة والجمعية للتوحد



بأنه إضطراب نمائي أما جمعية الطب النفسي الأمريكية فصنفته كإضطراب عصبي نمائي، لكن على الرغم من إختلاف وجهات نظرها حول تصنيفه إلا أنها تتفق جلها في أنه إضطراب يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل والذي يؤثر في سيرورة النمو عند الطفل خاصة السلوكية منها وتظهر جليا كخلل في التواصل الإجتماعي ومظاهر سلوكية أخرى كالنمطية ومقاومته التغيير وكذلك استجابة غير عادية للمثيرات الحسية.

ثانيا: تعريف اضطراب طيف التوحد من قبل بعض أبرز الباحثين في على فترات زمنية مختلفة نذكر من أهمها تعريف كل من:

أ. الطبيب النفسي أوجين بلولر (Eugen Bleuler,1911) أشار إلى كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا الشخص توحدي فنحن نعني بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولر هو " الذهان" (وليد، 2010، ص.10).

ب. عرف كانر التوحد (Leo Kanner, 1943) بأنه عجز في التواصل مع الأخرين يبدأ منذ الميلاد مع الخفاق في استخدام اللغة و الإنشغال التام بالأشياء في مقابل انصراف التام عن الأشخاص المحيطين به (مصطفى و أخرون، 2007، ص. 293).

ج. ماكدونالد (Macdonald, 1972) عرفه على أنه الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع (مصطفى، 2010، ص. 17).

د.سميث (Smith,1975) عرفهم بأنهم أولائك الأطفال الذين يعانون من الإنسحاب الشديد من المجتمع، وفقدان التواصل أو فشل في تطوير العلاقات مع الأخرين، الترديد الميكانيكي للكلمات والعبارات، السلبية في التغيير، الإعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات (سوسن،2010، ص.25).

ه. وينغ و جولد (Wing & Gauld, 1979) فقد عرفا التوحد على أنه قصور في النمو والتفاعل العاطفي واضطراب شديد في نمو اللغة واستخدامها وفهمها، إضافة إلى عدم القدرة على التخيل ومقاومة التغيير و السلوكيات النمطية (تامر، 2015، ص. 27).



و.أوربتز (Aorantiz,1989) التوحد بأنه إضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال، دون وجود علامات عصبية واضحة، أو خلل عصبي ثابت، أو تغيرات بيوكميائية، أو أيضية أو علامات جينية (وليد 2013، ص. 17).

ز. وولف (Wolf,1989) الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد على إنهم يعانون من نقص في الإتصال الإنفعالي والاتصال اللغوي والذي يتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل ومضمون الكلام و ترديد ألي لما يسمع بالإضافة إلى شذوذ في العب والتحليل والنمطية وأسراره على الروتين ومقاومته العنيفة إزاء أي تغيير وحركات آلية (سهى،2002، ص.16).

ح. جيليبرج و كوليمان (Gillber & Coleman,1992) التوحد بأنه زملة سلوكية تتتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الإجتماعي واتصال شاذ (نايف،2005، ص.17).

ط. فريث (Frith,1993) بأنه احد الأشكال الحادة جدا و الشديدة ضمن مجموعة من الإضطرابات التي يطلق عليها الإضطرابات النمائية المنتشرة بأن المصابين به يعانون من أوجه قصور في الصلات الإجتماعية ومهارات التواصل وبوجود أنشطة غير سوية، واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية والسلوكيات النمطية والضعف في مهارات اللعب (محمد،2010، ص.16).

ي. لورد روتر (Rutter, 1994) أن التوحديون يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الإجتماعي وإقامة العلاقات مع الأخرين والتواصل الشفهي، ويعانون من النشاط التخيلي الزائد والنشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين (ماجدة، 2010، ص. 381).

ك. بروك. إو أنا. د (Brook, I & Anna, D, 2010) بأن التوحد هو إعاقة تصيب الاطفال بضعف في القدرة على التفاعل الإجتماعي والتواصل وضعف وعدم مرونة في التفكير وسلوكيات نمطية متكررة تتداخل وتؤثر على تعلم الطفل في المدرسة (وليد، 2015، ص. 16).

ل. رذرفور (Rutherford, 2016) بأنه اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات، ويؤدي إلى عجز في استعمال اللغة و في اللعب و في التفاعل والتواصل الاجتماعيين (Rutherford, 2016, P.744).



ومن خلال ما تم عرضه من التعريفات السابقة لأهم الباحثين على فترات زمنية مختلفة لوحظ أنه قد أجمع جل الباحثين عند وضعهم تعريفا لطيف التوحد على وصف أعراض طيف التوحد والتي يمكننا حصرها في أنه قصور في التواصل الإجتماعي وأيضا قصور في مهارات الإتصال مما أدى إلى خلل شديد في نمو اللغة واستخدامها بالإضافة إلى عدم القدرة على التخيل وسلوكيات نمطية، إلا أنها تختلف فيما بينها في تصنيف الإضطراب وهذا راجع إلى تطور الأبحاث خلال الزمن وانتساب الباحثين إلى جمعيات ومنظمات لها معايير معينة في تصنيف طيف التوحد.

ومن خلال ما تم عرضه من تعريف للجمعيات وكذلك الباحثين يمكننا أن نصوغ تعريفا إجرائيا لطيف التوحد على أنه:

هو من الإضطرابات العصبية النمائية المعقدة يتجلى بشكل عام في السنوات الأولى من عمر الطفل ويستمر معه مدى الحياة، ويتميز بعجز في الإتصال اللفظي وغير اللفظي الناجم عن خلل في التفاعل والتواصل الإجتماعي بالإضافة إلى سلوكيات نمطية مكررة.

ومما ما سبق يتبادر إلى أذهاننا من هو طفل طيف التوحد؟

2. 4 تعريف طفل طيف التوحد

هو ذالك الطفل الذي يعاني من إضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل إنشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الإنشغال بمن حوله، واستغراقه في التفكير مع ضعف في الإنتباه وضعف في التواصل، كما يتميز بنشاط حركي زائد ونمو لغوي بطئ وتكون إستجابته ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية و يقاوم التغيير في بيئته (فكري، 2015، ص. 16).

كما عرف بأنه الطفل الذي يعاني من قصور في التفاعل الإجتماعي و تأخر أو ضعف في مهارات التواصل وغالبا ما يكون لديه مجموعة من السلوكيات الروتينية (شوقي، 2013، ص27.).

وهو الطفل الذي يعاني من إضطراب عصبي بيولوجي يؤثر في تفاعله الإجتماعي وتواصله اللغوي وسلوكهم، منعزل عن العالم ومنهمك في حوار دائم مع الذات وقابل للتعليم والتدريب (داليا، 2016، ص. 136).



ومن خلال التعاريف السابقة يمكننا أن نضع تعريفا إجرائيا لطفل طيف التوحد بأنه:

هو ذالك الطفل الذي يعاني من عجز في التفاعل الإجتماعي وخلل في التواصل والذي يترجم في عجزه عن تطوير التواصل اللفظي وغير لفضي، بالإضافة إلى سلوكيات نمطية مكررة ومقاومته لتغيير الروتين، واستجاباته غير الطبيعية للمثيرات الحسية كما أنه قابل للتدريب.

5.2 خصائص اضطراب طيف التوحد

يتسم التوحديين بالعديد من السمات التي يمكن الإستدلال بها على أهم ما يعانون منه جراء إضطراب طيف التوحد. والتي تظهر في المراحل الأولى من نمو وتطور الطفل، لكن ليس من الضروري أن تتوفر كل السمات في نفس الحالة، وهذا ما يخلق تباين في حالات طيف التوحد ويمكن أن نحصر هذه السمات كالأتي:

1.5.2 الخصائص الجسمية:

وسوف نتناول فيما يلى تطور الحواس عند طفل طيف التوحد:

أ. حاسة البصر:

يكون مجال الرؤية عندهم إما عاليا أو مشوشا، و يميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة على الأشياء ولا يقومون بأي اتصال بصري مع شخص آخر، كما يمكن لبعض من أطفال التوحد التقاط الصور بدون النظر إليها جيدا، كما أنهم ينبهرون بالضوء و انعكاسه (أسامة و سيد، 2019، ص.36)، وأكد كل من Charrier (Charrier &)في دراسة لهما بأن الإنخفاظ الإهتمام بسمات الوجه الداخلية يمكن تفسيره بوجود اضطرابات بين الإدراك و التكامل بين المعلومات السريعة و المعقدة (Charrier & Tardif,2015,P.9).

ب. حاسة السمع:

تعد مشكلات السمعية إحدى المشكلات الصحية التي يعاني منها التوحدي، ولقد أسفرت العديد من الدراسات عن وجود قصور في السمع بلغ نسبته 30% عند الأطفال التوحدين، في حين في بلغت نسبة 11% عند الراشدين. بالايضافة إلى أنهم يبدون حساسية اتجاه الأصوات إما بالإفراط فيغطون آذانهم أو عدم



اللامبالاة بالأصوات. ويفيد العديد من المختصين بأن الخوف الزائد اتجاه الأصوات يرجع إلى عطب بعض الخلايا في منطقة قرن آمن في الدماغ المسؤولة مباشرة عن وظائف إدراكية عديدة منها الانفعالات و الخوف (جمال، 2016، ص.32).

ج. حاسة اللمس:

يعاني بعض أطفال طيف التوحد من قصور في حاسة اللمس وهذا ما كتشفت عنه دراسة برنيك وآخرين (Baranek et al,1997) حيث وجد قصور في حاسة اللمس بلغت نسبتها 8% لدى أطفال طيف التوحد بينما بلغت 7% عند الراشدين.

كثير من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم فشل في الجانبية وعدم القدرة على استعمال كلتا اليدين Ambidextrous في عمر معين عندما تكون السيطرة الدماغية قد تأسست لدى الأطفال الأسوياء (عبد المعطى وآخرون، 2007، ص. 404).

د. حاسة الذوق والشم:

العديد من الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد قد يستجبون بشدة للطعام (التذوق) والروائح وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم.

كما تشير الدراسات أن ما نسبته 70% من أطفال اضطراب طيف التوحد يوصفون بأنهم أكلة انتقائيون حيث يرى البعض أن ظهور مشكلات الطعام في مرحلة الطفولة المبكرة قد تكون إشارة على ظهور اضطراب طيف التوحد (Valerie, 2010, P. 155).

ه. النمو الحركي:

يعاني الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من صعوبات في التوازن، والوقوف، والمشي، والثبات، ومرونة المفاصل وسرعة الحركة وهو اقل نشاطا وحيوية (أسامة والسيد، 2011، ص. 46).

وفي دراسة قام بها منيغ و بريماكومب و واجنر (Ming& Brimacombe & Wagner,2007) والتي هدفت إلى تقصى نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى(154) من الأفراد التوحديين، حيث أظهرت النتائج أن ما نسبته 51% من عينة الدراسة يعانون من ارتخاء في عضلات الجسم، وأن 34 % منهم لديه ضعف



في التناسق الحركي، وأن(19%) يمارسون المشي على رؤوس أصابع القدمين وأن (9%) منهم لديهم تأخر في الأنشطة الحركية الكبيرة.

وهذا يظهر مدى شيوع وانتشار المشكلات الحركية لدى الأفراد التوحديين كما كشفت النتائج أن تلك المشكلات الحركية تنحسر وتتخفض بتقدم العمر، وقد استنتج أيضا أن مشكلة الرئيسية الشائعة لديهم تتمثل بضعف السيطرة على المهارات الحركية الدقيقة(نادية، 2011، ص. 21).

و. المهارات الحسية الحركية:

أكد داوسن وآخرون(Dansonet al,2000) أن التوحديين الرضع لديهم اضطرابات في التجهيز الحسي الحركي تكون واضحة أثناء السنة الأولى من الحياة، كالحساسية الزائدة للمثيرات البيئية كالولع بالألوان والطعام. كما يضيف ستيلمان(Stilman,2008) موضحا أنه بالإضافة إلى الحساسية المفرطة في اللمس والمسك والإحساس بالألم، فإن هناك علامات أخرى لدى الطفل التوحدي تشير إلى الاستثارة الذاتية مثل الرفرفة و ضربات اليد و تحريك الأشياء بصورة مستمرة أمام العين وهزهزة الجسم لفترات طويلة من الوقت و إصدار أصوات عالية بصورة متكررة.

2.5.2 الخصائص المعرفية:

يعانى أطفال اضطراب طيف التوحد من عدة مشكلات في النشاطات معرفية أهمها:

أ. الانتباه:

يشير كل من (Happe & Frith)إلى أن الأفراد التوحديين ينتبهون إلى الأجزاء بدلا من النظرة الكلية للمهمة أو موقف، فهم يطيلون انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى. ويمكن تفسير سوء أو قصور الانتباه لدى الطفل التوحدي إلى عدة عوامل فسيولوجية نذكر منها:

- الاستثارة المزمنة.
- القصور في تعديل الاستثارة.
- إمكانيات المخ الشاذة المرتبطة بالحدث.
- الإهمال أو العجز في التحديد المكاني للمثيرات المستهدفة.



- القصور في القدرة على التحول السريع الملاحظ في حالات التحول القيود الحسية.
- القصور في عمليات الانتباه الانتقائي غير كافية تعزى إلى قصور في الانتباه البصري(فوزية، 2016، ص.67).

ب. الإدراك:

ردود فعل الطفل التوحدي غالبا ما تكون شاذة، فهو لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به ومن الممكن أن لا يستجيب لتلك الضوضاء كذلك قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيدا، وهذا ما أشار إليه Marsshal إلى وجود اضطراب في العمليات العقلية المتمثلة في الانتباه و الإدراك و الوعي (أسامة و السيد، 2011، ص. 177).

ج. الذاكرة:

يعاني التوحديون مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عاليا من معالجة، كرواية القصص و تسلسل النشاطات و الأحداث التي وقعت لهم، و تذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصريا، و هناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات افظية طويلة تتعلق بما يفعلون و كيف يفعلون، ويتذكرون بعض المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها، ويلاحظون حدوث تغييرات طفيفة في الحجرة مثل ترتيب الكتب على الرفوف(إلهام، 2016، ص. 22).

د. التفكير:

يعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد كما اشارت دراسة إليزابيث و ديكيمز وآخرون(1991) من اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية وتكون درجات ارتقاء لغتهم سواء لفظية أو غير لفظية في أقل من المستويات، وأشارت إلى أن طبيعة أنماط التفكير لدى الطفل التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة (نايف، 2005، ص. 24).

ومما سبق فإننا نستخلص بأن أطفال التوحد لديهم تدني واضح في مستوى القدرات المعرفية بشكل متفاوت من حيث الدرجة و الشدة و المجال وهذا ما أدى إلى حصولهم على درجات متدنية في اختبارات الذكاء. وتصل نتائج البعض إلى درجة الإعاقة العقلية، وهذا ما أكدته دراسة سميث (2007, Smith) أن 70% من أطفال طيف التوحد يظهرون قدرات عقلية متدنية في بعض الأحيان إلى الإعاقة العقلية البسيطة والشديدة (نايف، 2010، ص.69).



إلا انه في المقابل يظهر نحو (10 %) من حالات التوحد قدرات خاصة وهذا ما أشار إليه Edelson كما أطلق عليهم اسم "Autisme Savant " وتعني عالم التوحد وهو مصطلح يشير إلى قدرات متفوقة في مجالات معينة مثل: الموسيقى والرسم والحساب والذاكرة وأحيانا يظهرون قدرات قرائية مبكرة دون إستعاب (مشيرة، 2013، ص. 36).

ونشر دراسة (Mannelove, 2015) بأن من الأسباب المحتملة لإنخفاظ القدرات المعرفية هو تلاقي المشابك واستدلوا على ذلك من خلال طفرات الجينات المشبكية أو طفرات تتسبب في تغيير كمية البروتين المشبكي ويعد (Neurologin4 (NLGN4X) من بين أكثر الطفرات انتشارا (P.6) , P.6).

3.5.2 خصائص التفاعل الاجتماعي

أ.العلاقة الوسيلة مقابل العلاقة التعبيرية:

أي أن الطفل التوحدي عندما يريد أن ينفذ ما يريده يستخدم الآخرين كوسيلة لتنفيذ ما يريد كأن يمسك بيد فرد آخر ويضعها على الشئ الذي يريده بعكس الطفل العادي الذي يعبر عن ما يريده (تامر، 2015، ص. 121).

ب. التجنب الاجتماعى:

يتجنب أطفال اضطراب طيف التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم الأطفال بالهروب من الأشخاص الآخرين الذين يودون التفاعل معهم.

وفسر بعض علماء النفس ذلك بوجود مشكلة تتعلق بالحساسية الزائدة إزاء بعض المثيرات كانزعاجهم من الأصوات أو إحساسهم بالألم عندما يلمسهم شخص (سوسن، ص34).

4.5.2 الخصائص السلوكية:

يظهر الأطفال التوحديون العديد من السلوكيات التي يمكن وصفها على أنها سلوكيات شاذة، وتتسم الأنشطة التي يقوم بها الطفل التوحدي بالجمود والتكرار، إن هذه السلوكيات تحدث نتيجة للصعوبات الإدراكية التي يعاني منها الطفل والتي تشمل مشكلات الانتباه وضعف التركيز وصعوبة تعميم المفاهيم وانتقال اثر التدريب، لذلك يصبح الروتين وسيلة أساسية للتفاعل والتعامل مع البيئة (السرطاوي وآخرون، 2003، ص. 67).



5.5.2 الخصائص اللغوية:

تعتبر الخصائص اللغوية من أهم ما يميز حالات التوحد عن فئات التربية الخاصة الأخرى، حيث يظهرون مشكلات في اللغة الاستقبالية بشكل عام ومشكلات في اللغة التعبيرية وفهم وتركيب قواعد اللغوية وعكس الضمائر ومشكلات التعبيرات الجسدية (فاروق، 2013، ص. 262).

6.5.2 الخصائص الشخصية:

يبدو على الأطفال التوحديين أنهم لا يعرفون بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة، وكثيرا ما يحاولون استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة وإلى درجة إيذاء أنفسهم. أو يتخذ الأطفال أوضاعا خاصة في الوقوف أو الجلوس وكأن أجسادهم أشياء غير مألوفة لديهم (سوسن، 2015، ص. 36).

7.5.2 شذوذ الوجدان:

الوجدان مثل تقلبي الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من المخاطر حقيقية و المفرط كالاستجابة لموضوعات أو أحداث غير مؤذية و القلق العام و التوتر (إبراهيم، 2004، ص.27).

8.5.2 الجنس واضطراب طيف التوحد:

نمو الرغبة الجنسية وظهور حالة الاستمناء عند الأولاد يدفعهم إلى ممارستها دون إدراك لعادات المجتمع وقوانينه أمام الناس ويظهر عليهم الميل إلى الجنس بمظهر غير ناضج.

ويذكر دمير (1979) أن التوحديين يمكن أن يشعروا بالانجذاب اتجاه الأخرين ولكن التعبير عن الجنسية يكون في الغالب بطريقة ساذجة تفتقد إلي الخبرة ولا يشعرون بكون ذلك مشكلة اجتماعية لديهم (رانيا، 2016، ص.145).

كما يمكن أن تظهر الخصائص الاجتماعية والسلوكية سالفة الذكر مشتركة على الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والتي تكون مشتركة في الملامح ومظاهر التعلم والتي يمكن أن نوضحها في الجدول الاتى:



الجدول(05) يبين الخصائص الاجتماعية المشتركة لإضطراب طيف التوحد

الخصائص الإجتماعية	الملامح
البصري القليل من الإتصال البصري	 يبتسم قليلا أو له وجه بدون تعابير
 لا يفرق بين الأقارب و الغرباء فهو غير مبالي 	 یمکن أن یکون هادئ بشکل استثنائي
كما أنه لا يبدي التوتر من الغرباء	 لا يرد بمرحبا كما أنه لا يستجيب عند
 یکون ادیه نطاق محدد من العواطف 	مناداته
 لا يستمتع بالألعاب كالغميضة 	 قد يبدو أنه يتجاهل إذا ناديته
 في كثير من الأحيان لا يبدي رغبة في إقامة 	– لا يثرثر
علاقات	- لديه تأخر في اللغة
 لا يستمر في اللعب مع الأخرين 	 يتسم بالمصادة أو يقوم بتكرار الكلمات
 لا يفهم العلاقات الإجتماعية 	التي يسمعها
- يضحك و يقهقه بطريقة غير مناسبة	 يقول بعض الكلمات و لكن ليس في
 لا يفهم الطريقة التعبيرية للآخرين 	اللحظة التي نطلب منه ذلك
 نقص في اللعب التخيلي 	 لدیه صعوبة في بدئ التفاعل مع
 عدم الخوف من المواقف الخطر الحقيقية 	الأخرين
- يعبر عن مشاعره بطريقة غير مناسبة	 غير مبالي بالتواصل مع الأخرين
 الديه مشكلة في التعامل بالمثل مع الأخرين 	 لا يقوم بالتقايد أو التظاهر بالتقايد
	الأخرين
	- لا يلوح بالوداع
الخصائص السلوكية	مميزات التعلم
 یقوم بحرکات متکررة کهز الید 	- عدم الإستقرار في الأداء كل مرة
- حساسية عالية لبعض المثيرات الحسية	 يقاوم التغيرات أثناء التعلم
- لا يستجيب لبعض المحفزات السمعية	 لا يجب الإنتظار و عدم إحترامه للوقت
- نمطية و تكرار في اللغة أو إستعمال لغة غريبة	 الديه مشكلة في المفاهيم المجردة
– يقاوم تغيير الروتين	 عدم قدرته على تفسير الإيماءات و
- لا يخاف من خطر حقيقي	تعابير الوجه



 يستكشف البيئة بطريقة غير لائقة كاللعق و 	 يقوم بسلوكيات قهرية
الشم و لمس	 عدم قدرته على إتخاذ القرارات
 يتجنب النظر إلى الأخرين 	
 يتجنب الإتصال بالآخرين 	

المصدر:(Terry & May al ,2003, P. 17)

6.2 النظريات المفسرة لأسباب طيف التوحد

لقد اهتمت العديد من الدراسات بالبحث عن الأسباب الخفية وراء ظهور اضطراب طيف التوحد. فبعض الدراسات أرجعت أسباب التوحد إلى أسباب نفسية واجتماعية، والبعض إلى أسباب عضوية وبيولوجية أو كيميائية أو عوامل جينية، لكن مازلت الدراسات غير وافية للكشف عن أسبابه وتفسيره.

وقد استجابت سائر الميادين العلمية المرتبطة بهذا الإضطراب بآلاف الدراسات و الأبحاث العلمية التي شهدت ازدياد سنويا خاصة في العقدين الأخيرين، وأكد ذلك ما ذكره(2004 & al, 2004) من أن حصيلة الدراسات اضطراب طيف التوحد منذ اكتشاف ليو كانر (1943م) إلى سنة (1989م) يقارب 2900 دراسة، بينما أرتفع الرقم ليصل إلى 3700 دراسة منشورة ما بين (1990–2004)، وعلاوة عن ذلك فقد قام

(Hughes, 2008) بإعداد دراسة أستعرض فيها أهم 1300 دراسة منشورة في عام 2008 فقط تبحث في إضطراب طيف التوحد (زياد وآخرون، 2013، ص.390).

ومن أهم النظريات التي تبناها العلماء لتفسير اضطراب طيف التوحد ما يلي:

1.6.2 النظرية السيكو دينامية

تعتبر النظرية السيكو دينامية من أقدم النظريات التي فسرت اضطراب طيف التوحد ويؤمن أصحاب هذه النظرية بان هناك علاقة شاذة أو خلل في علاقة" أم - طفل" وعلى هذا الأساس فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:



1.1.6.2 ميكانيزمات العلاقة بين الطفل و الأم

ويفسر أصحاب هذا الإتجاه وأبرزهم ليو كانر بفشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تمثل الإتصال الأول لعالمه الخارجي و بالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أخر منفصل عنه، كما أطلق عليها مصطلح الأم الثلاجة.

2.1.6.2 الانسحاب الجزئي

في بعض الحالات تمر الطفولة المبكرة بطريقة عادية لكن الإنسحاب يبدو متأخرا أو بالتدريج فيوجه إهتمامه ببعض الأشياء دون الأشخاص، فيبتعد عن إكمال العلاقة ويحاول تكوين علاقات سطحية لحماية نفسه من فشل الإتصال. ويرجع بيتلهام(Bettelheim) بأن التوحد هو وسيلة دفاع لرفض الطفل عاطفي وضد أسلوب التشئة التي لا تسمح له بالتفاعل الصحيح مع والديه(تامر،2015، ص.91).

3.1.6.2 الإنسحاب الإختياري

يظهر الطفل التوحدي تمردا أو إنسحاب اختياري فيتجنب الإتصال البصري ويبد رفض تام لإستخدام ذكائه في مجال التعلم أو يظهر صمم اختياري عندما يتحدث معه الآخر (نوري،2011، ص ص.31-43).

لقد تعرضت فرضية كانر للكثير من النقد والاعتراض وخاصة من أهالي أطفال التوحديين حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الإهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة، كذلك عارض كثير من الباحثين فرضية كانر منهم روتر (Rutter) معللا ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لإصابته بالتوحد والتي ذكرها كانلا من (0-6) أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به.

ورغم الكثير من الفرضيات التي أثبتت فشل هذه الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة بإضطراب طيف التوحد إلا أن هناك برامج علاجية مازالت تتبنى نفس المنشأ والأفكار للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون(Hannen Project) في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها التوحدي(رافد و أشواق، 2017،ص.34).



2.6.2 النظرية البيولوجية

جاءت هذه النظرية كتيار معاكس لما جاء في الدراسات النفسية التي لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب، بسبب ما يظهر على هؤلاء الأطفال من أنواع مختلفة من الإعاقات المختلفة والأمراض العصبية والصحية، وبالإضافة إلى وجود اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحديين ويشير (الامام و الجوالدة،2010) إلى أن يكون أحد العوامل بيولوجية سببا في إصابة الدماغ بهذه الإختلالات: العوامل الجينية – العوامل العصبية و التشريحية – العوامل الفيروسية – العوامل الكيميائية و الشذوذ الأيضي. (المقابلة، 2014، ص. 94.)

3.6.2 عدوى الفيروسات

ويري أصحاب هذه النظرية أن الطفل يتعرض إلى العدوى الفيروسية خلال فترة الحمل مثل الحصبة الألمانية و أشارت إحدى الدراسات بألمانيا 1964م إلى أنه أصيب نحو 8% من الأطفال بالتوحد الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل (حسن و إبراهيم،2019، ص.25).

وتشير (R.Ubella) وأنها تحدث خللا بسيطا ثم عند تعرض الطفل إلى تجربة نفسية مؤلمة يبدأ التوحد بالظهور (عثمان،2002، ص.61).

أما فيما يخص اللقاحات فقد برأت المحكمة الفدرالية الأمريكية اللقاحات والتي حددت فيها ثلاث لقاحات و الخاصة بالحصبة الألمانية و النكاف والحصبة والتي تحتوي على الثيومرسال وهذا استنادا على 18 دراسة علمية نفت كلها علاقة بين اضطراب طيف التوحد اللقاحات، كما قام د. بول أوفيت مدير مركز اللقاحات في مستشفى الأطفال فيلادلفيا بعد هذا الحكم بطمأنة الأولياء ووضع حد نهائي لمخاوفهم من اللقاحات و بضرورة التطعيم الذي يحمى أطفالهم من عودة ظهور الأمراض الفتاكة التي يمكن الوقاية منه.

.(URL,2009, P. 1)



4.6.2 النظرية البيو كيميائية

أشارت البحوث إلى علاقة بين اضطراب طيف التوحد والعوامل الكيميائية العصبية، ركزت بصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية، ففي دراسة قام بها كوبرمان (1989) لبحث العلاقة بين السيروتونين لدى المصابين بطيف التوحد بين الأقارب بالدرجة الأولى لدى 00 طفلا توحدي و 84 من الأقارب من الدرجة الأولى وبفحص مستوى السيروتونين للأطفال التوحديين وآبائهم كشفت النتائج عن ارتفاع معدل السيروتونين لدى الأولاد عن البنات، ولدى الأولاد الذاتوبين عن أبائهم وتماثلها مع أشقائهم (أحمد، 2010، ص.32).

5.6.2 النظرية الجينية و الوراثية

توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب طيف التوحد وشذوذ الكروموسومات مثل دراسة (زوناللي وداجت،1998) والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك ارتباط بين الاضطراب وبين كروموسوم يسمى "X Fragile" فهو المسؤول عن خلل في الناحية العقلية، ويدخل بنسبة 16,5% في كل الحالات (خديجة وآخرون،2018، ص. 124).

6.6.2 نظرية العقل

يقول المؤيدين لهذه النظرية ومن أبرزهم بارون هوكين(1998) بأن جوهر الإختلاف في حالات اضطراب طيف التوحد تعود إلى المتوسط ثم الخفيف، إلا أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتجاوزون الإختبار (محمد، 2011، ص. 174).

إلا أنه وفي المقابل فإن المصاب بإضطراب طيف التوحد يبدي خللا مبكرا وقصورا حاد في أغلب الأحيان و بدرجة متباينة في قدرته على فهم الحالات العقلية، على عكس ما تتبناه أصحاب نظرية الوحدات في شرحهم لقصور نظرية العقل العاقد إلى خلل في وحدة أو ميكانيزم الذي لا يكون عمليا إلا بعد 3 إلى 4 سنوات وهو ما لا ينطبق على كل حالات التوحد (زهرية، 2019، ص. 181).



ويمكننا أن نقول بأن مسألة العجز أو القصور في نظرية العقل ليست قطعية خاصية مع تطور الأبحاث المتعلقة بالعلوم العصبية التي توصلت إلى وجود نشاط عصبي مكثف في مناطق الإدراك البصري خلال العديد من المهام والموارد الإجتماعية وغير الإجتماعية، وعليه قد تلقى هذه الأبحاث النورولوجية بظلالها على حتمية اعتبار أنه أصبح ينظر إلى التوحد على أنه اختلاف وليس اضطراب أو كما اصطلح عليه مؤخرا "التوحد شكل أخر من الذكاء".

7.6.2 النظرية المعرفية

وتعتبر من بين النظريات التي كان لها دور هام في تفسير اضطراب طيف التوحد ومن أهم روادها وتعتبر من بين النظريات التماسك (Baron-Cohen,1995) حيث اعتمدت هذه النظرية على فرضية عجز المهارات المعرفية مثل عدم التماسك المركزي و الكفاءة المعرفية - الاجتماعية، وتعتبر مسألة الإدراك الإجتماعي التي ينظر إليها اليوم على أنها مجموعة من المعارف عن الأخرين(نظرية العقل، فهم العواطف) بمثابة عجز مركزي عند الشخص التوحدي وترتبط الصعوبات المعرفية الأخرى بعجز أو قصور على مستوى الوظائف التنفيذية والتماسك المركزي(مريم،2020، ص. 226).

في حين يرى بعض المختصين بأن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى لعيب إدراكي، فهم يستجبون لمثير حسي واحد في وقت واحد، لذلك حاول الكثير من العلماء المعرفيين إيجاد علاجات معرفية باستغلال حساسيتهم للحس و الحركة و عدم حساسيتهم للكلام المنطوق(خالد،2015، ص ص. 55-55).

ويمكننا القول بأن المؤيدين لهذه النظرية يرون بأن المشكلة الرئيسة عند الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد تكمن في تغير دمج المدخلات من الحواس المختلفة.

من خلال ما سبق من عرضنا لجميع النظريات التي حاولت تفسير اضطراب طيف التوحد و التي استدلينا بعرض أهم رواد هذه الدراسات من خلال عرض دراساتهم، ويمكننا أن نستخلص بأن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي والتي درست الاضطرابات الفسيولوجية لكي تنفي النظريات القديمة التي كانت تعتبر بان اضطراب طيف التوحد هو ناتج عن ناتج عن أسباب نفسية اجتماعية.



وعلى الرغم من التقدم الذي شهده مجال الأبحاث العلمية لتقصي أسباب التي تؤدي إلى ظهور اضطراب طيف التوحد إلا أن الجدل مازال قائما بين هذه البحوث في تحديد السبب الرئيسي و يرجع ذلك إلى عدة عوامل هي:

- 1. عدم اتفاق بين المختصين على سمات اضطراب طيف التوحد وذلك لصعوبة وضع تشخيص فارقي بين اضطراب التوحد و الإضطرابات المصاحبة وكذلك المتلازمات المشابهة له.
- 2. عدم توحيد المعايير العالمية ذات مرجعية و التي تبقى اجتهادات لبعض المؤسسات والجمعيات المختصة باضطراب طيف التوحد وتعدد المعايير واختلافها وتشعبها مما يصعب على المختصين و الممارسين الاختيار فيما بينها مما ينجر عنه تصادم في الآراء.
- 3. أما بالنسبة للباحثين اللذين يعتمدون في تشخيصهم على المعايير القديمة مثل 4 DSM و DSM و و CIM و و الكل فقد يواجهون صعوبات أكبر وذلك لتعدد أنواع الضمنية التي وضعت لإضطراب طيف التوحد، ولكل نوع له خصائص وسمات معينة تميزه عن الأخر.



خلاصة:

حاولنا من خلال هذا الفصل التطرق إلى تاريخ اضطراب طيف التوحد والذي يعتبر من الإضطرابات النمائية العصبية المعقدة، والذي كان حافلا بالدراسات والأبحاث العلمية بمختلف الزوايا التي تتاولها كل اختصاص منذ بدايتها والذي انعكس في عدم الإتفاق في تتاول مصطلح اضطراب طيف التوحد، ثم عرجنا إلى أهم الخصائص والسمات التي تميز اضطراب طيف التوحد رغم تباينها من فرد لأخر والتي على أساسها حاول المختصون وضع معايير ثابتة لتشخيص اضطراب طيف التوحد.

ثم تطرقنا إلى أهم الدراسات التي حاولت وضع تفسير لظهور اضطراب طيف التوحد مما أدى إلى تضارب في النظريات الموضوع والتي تميزت بهيمنة النظريات العصبية.



الفصل الثالث

استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل

تمهيد

- 1.3 تعريف الإستراتيجية
- 2.3 أنواع الاستراتيجيات
 - 3.3 تعريف التشخيص
 - 4.3 أنواع التشخيص
- 5.3 أهداف تشخيص اضطراب طيف التوحد
- 6.3 لمحة عن تطور معايير التشخيص الضطراب طيف التوحد
- 7.3 أهم المنظمات والجمعيات التي تعنى بوضع معايير التشخيص لإضطراب طيف التوحد
- 8.3 مقارنة بين مختلف تصنيفات لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفق المعايير العالمية
 - 9.3 أعراض اضطراب طيف التوحد
 - 10.3 التشخيص الفارقي الضطراب طيف التوحد
 - 11.3 الإضطرابات المصاحبة لإضطراب طيف التوحد
 - 12.3 أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد
 - 13.3 مراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد
 - 14.3 فريق متعدد التخصصات
- 15.3 نماذج لأفضل الإستراتيجيات المعتمدة عالميا في تقييم تشخيص اضطراب طيف التوحد خلاصة



تمهيد:

يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد عملية جد معقدة نظرا لطبيعة الاضطراب والتي يتميز بها، إضافة إلى عدم وجود إختبارات أو فحص متفق عليه، لذا تستدعي عملية التشخيص تكافل فريق من المختصين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة ومن ذي الخبرة والكفاءة، بالإضافة إلى وضع استراتيجيات محكمة بهدف التأطير الجيد والمنهجي لعملية التكفل باضطراب طيف التوحد.

تعريف الاستراتيجية

التعريف الاصطلاحي: الاستراتيجية هي كلمة يونانية الأصل وتعني فن الأشياء أو الخطط العامة أو هي فن أو علم القيادة العامة في الحرب أي جميع التدابير اللازمة لتحقيق النصر (بسام، 2014، ص. 64)

التعريف الإجرائي: هو مصطلح واسع المعنى ومتعدد الوجوه وقد ارتبط تاريخيا بفن الحرب وقيادة الحروب، ثم استعمل ضمنيا بمرور الزمن بتراكم الخبرات والمعارف، ويمكن تحديده بأنه هو مستوى عالي من التفكير الموجه لتحقيق هدف معين.

2.3 أنواع الاستراتيجيات

- 3. 2. 1 الاستراتيجية التضامنية: وهي الاستراتيجية التي يحاول المرسل أن يجسد بها درجة علاقته بالمرسل إليه ونوعها.
- 3. 2. 2 الاستراتيجية الدفاعية: وهي موجهة بالدرجة الأولى للاهتمام بالظروف الداخلية المنظمة أي البيئة الداخلية، حيث تستهدف إما لعلاج ضعف أو مواجهة تهديدات داخلية سواء كان من خلال تطبيق مجالات العمل أو إعادة بناء الهيكل التنظيمي أو تدريب وتأهيل الأفراد.
- 3. 2. 3 الاستراتيجية المستقرة: وهي تنطوي على قيام المنظمة ببعض التغيرات المحدودة وفي اتجاه معين.
- 3. 2. 4 استراتيجية متنوعة: وهي استخدام عدة استراتيجيات في وقت واحد ولكن في العام تفشل في نجاح هذه الاستراتيجية.



3. 2. 5 استراتيجية هجومية: ويستخدم في حالة عندما تكون المؤسسة في حالة تنافسية ويتم بعدة أساليب وطرق كالاستفتاء لتغير الدستور (بسام، 2014، ص. 63–64).

3.3 تعريف التشخيص

التعريف الاصطلاحي: مفهوم مستعار من الطب البشري وهو أسلوب علمي يمكن السيكولوجي أو المعالج من التمييز ما بين السواء والمرض، ويعني التشخيص وصف كليا لدينامية الشخص ومحاولة فهم صراعاته وكذلك مستوى ذكائه والقدرات التي تميزه، وسماته الواضحة وهو بمثابة تحديد صورة كلية شاملة عن التشخيص (سمير، 2010، ص. 49).

وعرفت بأنها العملية التي يتم من خلالها تحديد مشكلة معينة (سواء كانت مشكلة طبية أو نفسية أو اجتماعية) والتعرف على أسبابها، ووضع خطة للتأمل معها أو علاجها (عبد الناصر، 2012، ص. 131).

ويستخدم (DX) للدلالة وللإشارة لمفهوم التشخيص وتحديد نمط الاضطراب الذي أصاب الفرد، على أساس الأعراض والعلامات أو الاختبارات والفحوص. وتصنيف الفرد على أساس المرض أو الشذوذ أو مجموعة من الخصائص (عبد الرحمان،2012، ص.93).

التعريف الإجرائي: هو تقويم علمي شامل لاضطراب محدد والذي يتم على ضوئه تحديد الاضطرابات بدقة من خلال المعلومات والأعراض بنوعيها الكمية والكيفية بواسطة أدوات ووسائل مختلفة نذكر منها المقابلات والاستمارات والملاحظات ودراسة حالة.

ومن خلال ما سبق يمكننا أن نقول إن استراتيجية تشخيص اضطراب طيف التوحد هي الخطة التي تتضمن مجموعة من الإجراءات والمراحل التي يعتمد عليها المختصين لوضع تشخيص لاضطراب طيف التوحد مناسب وموضوعي عن طريق استخدام مختلف الوسائل وبطريقة منهجية على ضوء الأعراض والعلامات الظاهرة على الفرد.



4.3 أنواع التشخيص

3. 4. 1 التشخيص الدينامي

يقوم على فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية الكلية، ويهتم هذا الأسلوب بالتساؤل في كل حالة عن كيفية نشأة المريض ودوافع المريض وجوانب الكامنة التي يكون المريض غير واعي بها، ومن ثم يكون التنبؤ بأسلوب العلاجي النفسي المناسب (فرج ومحمد السيد، 2015، ص. 120).

3. 4. 2 التشخيص الإكلينيكي

وهو تصنيف الأعراض حسب طبيعة الأعراض دون ذكر العوامل المسببة ويستخدم عادة في المستشفيات ومؤسسات المعاقين والعيادات النفسية، فيعتبر هذا النوع من التشخيص مصدر هام للبيانات الإحصائية والأبحاث العلمية، كما يتميز بالبساطة وتوفير الوقت والجهد ولا يحتاج إلى مستوى عالى من المهارة، ولكن يعاب عليه بأنه يلغي فردية الحالة ويمكن أن يسئ إلى العملاء في التصنيفات غير اللائقة.

3. 4. 3 التشخيص المتكامل

تشخيص جامع لمزايا التشخيص الدينامي والتشخيص الإكلينيكي في أشكاله المتعددة ويقلل عيوب كل منهما ويساعد في فهم طبيعة المشكل المراد تعديلها والطرق والوسائل التي نتوقع من ورائها فائدة في مساعدة العميل فهو يكشف عن أسباب السلوكية الثابتة وغير ثابتة وأنماط التكبيف الشخص مع ظروفه ودوافعه.

3. 4. 4. التشخيص التربوي

يقوم به أخصائي التربية الخاصة وذلك بهدف التعرف على الاستعدادات والمهارات التحصيلية للطالب المعاق، فيقوم بإجراء عدد من الإختبارات الخاصة بالمهارات الأكاديمية والمهارات النمائية ثم يقوم بكتابة تقرير كامل عن حالة المفحوص وقدرته واستعداداته المتعلقة بالمهارات الأكاديمية (على، 2014، ص. 92).



3. 4. 5. التشخيص التعليمي

ويعتمد هذا النوع من التشخيص على تحديد حاجات الطفل المتميز في جميع المجالات وذلك بناء على تقييم كل مجال من مجالات على حدة ومن ثم العمل على وضع الخطط لمعالجة المشكلات والتغلب عليها.

3. 4. 6. التشخيص الطبي

يقوم به عادة طبيب الاطفال حيث يتضمن تقريرا عن عدد من الجوانب فيها: تاريخ الحالة، أسباب الحالة، ظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطرابات إضافة إلى الفحوص المخبرية اللازمة (محمد ومعين، 2012، ص.90).

3. 4. 7 التشخيص الفارقي

وهي عملية التمييز بين مرضين إثنين متشابهين بتحديد الأعراض الحاسمة التي تظهر مع أحدهما ولا تظهر مع الأخر، وفي مجال اضطراب طيف التوحد هي التسليم بوجود فروق بين أعراض الإعاقات أو الإضطرابات المختلفة من أجل الحصول على تشخيص دقيق للحالة وتمييزه عن إضطرابات أخرى تتشابه مع إضطرابات أخرى تتشابه مع طيف التوحد في سمات معينة (عبد الرحمن، 2012، ص.97).

5.3 أهداف تشخيص اضطراب طيف التوحد

تتلخص أهداف تشخيص اضطراب طيف التوحد (جمال،2016، ص.75) فيما يلى:

- وضع خطط علاجية.
- تحديد مدى تحقيق الأهداف القصيرة المدى والبعيدة منها.
 - يوفر للأسرة معلومات حول استجابة الطفل للعلاج.
- يوفر للأسرة معلومات حول التغيرات المتوقعة التي تظهر على الطفل.
 - يساعد في مدى التقدم في العلاج.
 - عدم الخلط بين التوحد وإعاقات أخرى.
 - الإحالة الملائم.



6.3 لمحة عن تطور معايير التشخيص الضطراب طيف التوحد

كان من أوائل من وضع معايير لتشخيص اضطراب طيف التوحد هو ليو كاثر سنة 1934 م حيث أشار إلى أربعة أعراض التي تعد أساسية في تشخيص حالات طيف التوحد، والتي تمثلت في ضعف في التواصل مع الأشخاص الآخرين، الرغبة المفرطة في المحافظة على الروتين، الإعجاب بالأشياء التي تمسك بإستخدام العضلات الدقيقة، ولغة لا تخدم الإتصال الشخصي الداخلي مع مستوى ذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة (الظاهر 2004، ص.323).

وبعد مرور سنة قدم هاتز اسبرجر 1944 م مجموعة من المعايير لتشخيص طيف التوحد والذي أكد على أن طيف التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث كما ذكر خمسة أعراض أعتبرها دالة لتشخيص طيف التوحد تتمثل في قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية، فشل في تكوين الصداقات.

فقدان القدرة على محاولة مشاركة الأخرين، فقدان القدرة على تبادل العلاقات الإجتماعية، سلوك نمطي متكرر واهتمامات ونشاطات محدودة (عصام، 2015، ص ص. 226–227).

ويلاحظ أن كلا من الدراستين يوجد بينهما تقارب وتشابه بشكل كبير، إلا أنه يوجد إختلاف في العينات التي أخذ كل منها ويكمن الإختلاف في درجة الذكاء والقدرة على الكلام والمهارات الحركية مما أدى إلى إختلاف في نتائج.

في سنة 1960م صدر عن الجامعة البريطانية العامة إقتراح فيه تسعة نقاط عرفت بإسم نقاط كريك التسعة

(Creak's Naen Points) لكي تستخدم في التشخيص الاطفال الفصاميين وهذه القائمة تضمنت اضطراب في العلاقات الإنفعالية مع الأخرين، عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر، إنخراط المرضى بموضوعات محددة، مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين، خبرات إدراكية شاذة، قلق حاد ومتكرر وغير منطقي وفقدان الكلام، عدم اكتساب أو فشل في تطويره إلى مستوى مناسب للعمر، اضطرابات في الأنماط الحركية، تخلف واضح في الوظائف العقلية (سحر، 2009، ص.93).

في المقابل عارض مايكل راتر (1978م) المعايير التي وضعها كريك حيث رأى أن بعض الأعراض السلوكية التي بدت على بعض المصابين بالتوحد لم تكن خاصة بإضطراب التوحد فقط وإنما بدت على أفراد آخرين تم تشخيص حالاتهم بالتأخر الذهني أو صعوبات التعلم (هالة ورحاب،2011، ص.9).



وبناء على الدراسات الأولى التي نشرها كانر والتقارير التي تلتها لاحظ أن هناك أربعة أعراض سلوكية عوضا عن تسعة نقاط وهي تعد الأعراض الأساسية لتشخيص حالات طيف التوحد، وحددها في قصور في النمو العاطفي وقصور في التواصل مع غيره إضافة إلى سلوكيات متكررة وثابتة ومعارضة للتغيير والإصرار على بقاء الأشياء على حالها، وتظهر هذه الأعراض من بداية 40 شهر (وفاء، 2004، ص. 25).

في حين أن رويرز (Robyors, 1995) يذكر أنه لابد من اللجوء لتشخيص اضطراب طيف التوحد في حال ملاحظة بعض المؤشرات التي تمثلت في مقاومة التغبير، الهلوسة أثناء النوم، الإصرار على الروتين، الصعوبة في فهم الإنفعالات، فقدان الاستجابة للآخرين، ضعف القدرة العقلية العامة، ترديد كلمات دون فهم لمعانيها، قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، معاناة الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد من صعوبات في النمو اللغوي(جمال، 2016، ص ص. 76-77).

كما برزت منظمات وهيئات دولية أثبتت جدارتها في وضع معابير لتشخيص الأمراض النفسية ومن ضمنها اضطراب طيف التوحد. نذكر أبرزها منظمة الصحة العالمية التي تصدر التصنيف الدولي للأمراض(ICD) حيث منذ سنة 1993م تم إدراج طيف التوحد في (IDC) ضمن إضطرابات النمو الشامل(TED) كما كان يصنفه إلى عدة فيئات وهي: التوحد الطفولي، توحد غير مصنف، متلازمة اسبرجر، إضطرابات الطفولة غير محدد، متلازمة الريت، إضطرابات النمو الشاملة، إضطرابات النمو الشاملة غير محددة، إضطراب طيف الإنتباه المصاحب للتخلف الذهني والحركات النمطية، كما أورد ستة معايير لتشخيص اضطراب طيف التوحد، وتوالت التغييرات وفقا لمستجدات البحث العلمي والدراسات إلى أخر طبعة وهي الطبعة الحادية عشر في سنة 2018 والتي مازالت قيد المراجعة، والتي تميزت بتغييرات عن طبعة العاشرة له فيما يخص وقت ظهور طيف التوحد حيث تم توسيع مدى ظهوره إلى الطفولة المبكرة على عكس ما كان سابقا يحدد قبل ثلاث سنوات، كما أنهم قاموا بالتخلي عن متلازمة اسبرجر و اضطرابات النمو الشامل غير محدد و جمعهما في فئة واحدة، وهذا عكس ما كان سابقا حيث كانوا يعتبرونهم فئات تندرج تحت طيف التوحد، إضافة أنه أصبح بالإمكان الجمع في التشخيص بين اضطراب طيف التوحد و اضطراب فرط النشاط كإضطراب



في المقابل توجد الجمعية النفسية الأمريكية(APA) التي تصدر الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية(5-DSM) منذ أول مرة التي تم تصنيفه به في الطبعة الثالثة سنة 1980م وتوالت التغييرات على مر 30 سنة حتى وصل إلى أخر طبعة له وهي الطبعة الخامسة سنة 2013 م حيث تميزت بتغيرات جذرية في المعايير حيث تم دمج كل أنواع التوحد ضمن تصنيف واحد وهو اضطراب طيف التوحد، كما أنه تم حذف متلازمة ريت من التصنيف والإبقاء على معيارين فقط للتصنيف وهما التواصل والتفاعل الإجتماعي وصعوبات في الأنماط السلوكية و الإهتمامات والأنشطة المحدودة وهذا بعد أن كانت 16 معيار في أول طبعة.

7.3 أهم المنظمات والجمعيات التي تعنى بوضع معايير التشخيص لإضطراب طيف التوحد

1. جمعية النفسية الأمريكية (APA): هي جمعية خاصة بالأخصائيين النفسانيين تهدف لتقديم علم النفس كعلم ومهنة وكوسيلة لتحقيق رفاهية الإنسان من خلال تعزيز البحث، وتحسين كفاءات وظيفية للأخصائيين النفسانيين من خلال مستويات عالية من الأخلاقيات، والسلوك، والتعليم، والانجاز، وزيادة نشر المعرفة السيكولوجية من خلال الاجتماعات والتقارير والأبحاث والمناقشات والنشرات (بدير ونبيل، 2007، ص. 57).

وهي التي تصدر الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (DSM) وهو دليل تشخيصي وإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويمثل هذا الدليل التصنيف الرسمي للاضطرابات العقلية والنفسية لتلك الجمعية، وحسب ها الدليل فان كل اضطراب يتم تسميته وتصنيفه من خلال إعطاء رقم رمزي ومعايير منتظمة له بحيث يمكن تمييزه عن اضطراب أخر ويتم تقويم الفرد بناء على خمسة محاور حيث هي:

المحور الأول: تمثل مجموعة الأعراض العيادية.

المحور الثاني: يمثل مجموعة الاضطرابات الشخصية.

المحور الثالث: فهو لتوصف الأمراض الجسمية للحالة وإقرانها بالصحة النفسية.

المحور الرابع: يقدم الطبيب النفسي رمزا رقميا ليشير إلى تحديد عام مدى شدة الضغوط التي تعاني منها الحالة التي يقدر أنها العامل المؤدي إلى اضطراب الحالي.



المحور الخامس: يستخدم لتقدير أعلى مستوى لوضع الحالة من خلال قيامها بوظائف خلال السنة الماضية، والتي تشتمل على الحالة الاجتماعية والمهنية والترفيهية له (عبد العزيز، 2016، ص.59).

2. المنظمة العالمية للصحة (WHO): هي مؤسسة متخصصة تابعة للأمم المتحدة أنشأه خلال مؤتمر الصحي الدولي الذي انعقد في نيويورك في شهر تموز /يوليو 1946 م، ومقر المنظمة بجنيف بسويسرا.

ويتحدد دور المنظمة الصحة العالمية بوضع تشريع صحي دولي مفروض على الدول منذ المصادقة عليه من قبل الجمعية العامة للمنظمة. وتهدف إلى مكافحة الأمراض وخاصة الأمراض الوبائية ودائمة الانتشار، وتعمل على تشجيع الأبحاث الطبية وتقديم خدمات على مستوى عالمي، ويتكون البناء التنظيمي لمنظمة الصحة العالمية من الأجهزة التالية: الجمعية العامة، المجلس التنفيذي، الأمانة العامة، المنظمات الإقليمية (أحمد، 2004، ص. 365)

وتصدر المنظمة العالمية للصحة (WHO) التصنيف الدولي للأمراض (ICD) الذي أصبح مقبولا بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية في طبعته ال ثامنة ICD-8.

3. الجمعية الفرنسية لتصنيف الأمراض العقلية للطفل والراشد (CFTMEA): ولقد وضعت من قبل روجر مزاس (R.Misé) وأتباعه 1958م، وهي موجهة للأطباء النفسانيين المختصين بالأطفال والمراهقين وأيضا يستخدمها الممارسين في الميدان. (Céline, 2017, P.64)

8.3 مقارنة بين مختلف تصنيفات لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفق المعايير العالمية

قبل التطرق إلى مقارنة بين معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد التابعة لمنظمات عالمية والتي اخترنا أبرزها "CFTMEA و CFTMEA " فإننا حاولنا تسليط الضوء على كل منظمة على حدة ورصدنا أهم انجازاتها والتغيرات الجذرية التي مرت بها عبر الزمن وفق مستجدات العصر ومتطلباته من منظور داخلي ثم المقارنة بين المعايير المختلفة من منظور خارجي.



1.8.3 التشخيص وفق الدليل الإحصائي للأمراض العقلية (DSM) منظور داخلي

1.1.8.3 محكات تشخيص النسخة المعدلة من(DSM-R 3) سنة 1980م

لم يظهر التوحد في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية والذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1952 و 1968 م، وظهر أول مرة في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي عام 1980م، وتضمنت محكات مرتبة كالتالي:

بداية نشير إلى أن المعايير كانت تحتوي على 16 بندا موزعة على محكين أساسين كالاتي:

المحك الأول: والذي يتضمن قصور نوعي في مجال التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير لفظي وكذلك النشاط التخيلي ومحدودية الأنشطة والاهتمامات.

المحك الثاني: ويجب أن يظهر الاضطراب في مرحلة الطفولة أي بعد 36 شهر (زينب، 2008، ص. 109).

2.1.8.3 محك التشخيص للنسخة المعدلة الرابعة (DSM-R4)

المحك الأول: يجب أن تتوفر على 6 أعراض على الأقل من 3 أعراض، وذلك من خلال توفر عرضين من المجموعة الفئة (01) وعرض واحد من فئتي المجموعتين: المجموعة (02) أو المجموعة (03).

الفئة الاولى: العجز في التفاعل الإجتماعي.

الفئة الثانية: العجز النوعي في التواصل الإجتماعي.

الفئة الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والإهتمامات.

المحك الثاني: التأخر يكون في سن 3 سنوات في السلوكيات التالية:

التفاعل الإجتماعي وتأخر في إستخدام اللغة اللفظية أثناء التواصل الإجتماعي واللعب الرمزي.

المحك الثالث: أن لا تكون هذه الأعراض دالة على متلازمة ريت أو اضطراب تفكك انحلال الطفولة (Hollander & Anagnostou ,E,2007,P. 10).



3.1.8.3 مقارنة بين تشخيص كل من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعتيه الثالثة والرابعة (A- DSM - 4):

يظهر لنا جلي أن أوجه الاختلاف بين الطبعة الثالثة والطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية تغييره عدة مبادئ نذكر منها:

- أ. إعادة تعريف اضطراب طيف التوحد وذلك لإغفال عن ذكره في الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث (DSM 3).
- ب. وضع التوحد في محور الأول ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة التي يمكن أن تتطور وتحسن في الطبعة الرابعة على عكس الطبعة الثالثة التي كانت في محور الثاني الذي يشمل التخلف العقلي واضطرابات الشخصية التي تستمر لفترة طويلة.
- ت. في الطبعة الرابعة تم دمج مجموعة من العناصر ليصل عدد المعايير إلى 12 معيار بدلا من 16 كما في التشخيص القديم والتي سبق ذكرها.
 - ث. اشترط 3 محكات في تشخيص الطبعة الرابعة بدلا من 6 محكات في الطبعة الثالثة.

4.1.8.3 محك التشخيص في طبعته الخامسة (DSM-5) مع المقارنة بالطبعة الرابعة(DSM -4):

لقد أحدث تحولات جذرية على مستوى (DSM) في طبعته الخامسة وذلك بعد مرور 30 سنة خاصة في مجال تشخيص طيف التوحد حيث تم إدراجه ضمن الإضطرابات النمائية العصبية، وسنبرز أهم التغييرات الحاصلة فيه بموازاة مع التصنيف الرابع في النقاط التالية:

1. استثناء متلازمة ريت من فئات اضطراب طيف التوحد وذلك لإدراجها ضمن الاضطرابات المعرفية الجينية وأن سبب حدوثها هو طفرة وراثية في الجين(MeCp-2) المحمول على أحد كروموزم المقرر لجنس الأنثى معطلا بذلك عمله البروتيني المعتاد ويكون تأثير هذا الجين محدود للغاية على الجينات الأخرى على المخ في مراحل مبكرة من الحمل، وتتزايد قدرته تدريجيا مع تقدم الحمل (هشام وإبراهيم،2019، ص.16).



2. استخدام مصطلح جدید هو" اضطراب طیف التوحد "و یرمز له ب(ASD) والذي جمع فیه جمیع التصنیفات الضمنیة لاضطراب طیف للتوحد: اضطراب التوحد(ASD)، متلازمة اسبرجر (ASD)، اضطراب النفککي الطفولي(CDD)، اضطراب النمائي الشامل غیر محدد (PDD NOS).

وبما أن هذا التصنيف الموحد ضم المتلازمات كلها في مضلة واحدة تحت مسمى اضطراب طيف التوحد، أدى إلى عدم حاجة المختصين إلى إستعمال التشخيص الفارقي الضمني بين المتلازمات كما في السابق، وكل هذه الفيئات لا تختلف مع بعضها البعض في المعايير وإنما تختلف من حيث شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة ودرجات الذكاء، إلا أنه في التصنيف الجديد يولي أهمية كبيرة لمدى وجود الإضطرابات المصاحبة لطيف التوحد وهذا عكس ما كان موجودا في التصنيف الرابع والذي كان يشير إليه فقط في التوصيات.

3. الاستناد إلى معيارين بدلا من ثلاث معابير في الطبعة الرابعة وهي مصنفة في الشكل(01):



الشكل(01) يوضح معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق الطبعة ال خامسة 5-DSM

- 4. عدد الأعراض التي يتم بها التشخيص هي سبعة أعراض سلوكية موزعة على ثلاثة أعراض في المعيار الأول وأربعة أعراض في المعيار الثاني، وهو عكس ما كان موجودا في التصنيف السابق حيث كان 12 عرض موزعة على أربعة أعراض سلوكية لكل معايير التشخيص.
- 5. تحديد مستوى شدة الأعراض بالنسبة للممارسين أثناء عملية التشخيص والذي كان مغيبا في التصنيف الرابع، حيث من خلال هذا التحديد يتم الإستناد عليه فيما بعد من اجل إعطاء الدعم والتأهيل المناسب لكل فرد، ولقد تم تحديد ثلاث مستويات للتدخل والدعم، حيث يقل مستوى الدعم بإنخفاظ مستوى شدة الأعراض تنازليا كالاتى:



- أ. مستوى يتطلب فيه دعم جوهري كبير.
 - ب. مستوى يتطلب دعم جوهري.
 - ت. مستوى يتطلب دعم.
- 6. تمديد المدى العمري في التصنيف الجديد الذي تظهر فيه الأعراض إلى سن 8 سنوات على عكس ما كان موجودا في التصنيف الرابع والذي كان في حدود سن 3 سنوات.
- 7. ورد في التصنيف الجديد فئة جديدة وهي فئة إضطراب التواصل الإجتماعي (Communication): والتي يظهر فيها أفراد هذه الفئة أعراض من المعيار الأول فقط وغياب الأعراض من المعيار الثاني، والتي يمكننا أن نسقطها على إضطراب النمائي الشامل غير محدد (PDD NOS) في التصنيف الرابع (Tardi & Gepner, 2014, p. 28).

2.8.3 معايير التشخيص الضطراب طيف التوحد وفق التصنيف الدولي لل أمراض(ICD) نظرة داخلية:

لقد مر التصنيف الدولي للأمراض (ICD) الصادر عن المنضمة العالمية للصحة بعدة تغييرات مع مرور الزمن نتيجة لتطور الأبحاث الخاصة باضطراب طيف التوحد على مستوى العالمي، وفيما يلي نذكر أبرز التطورات التي مر بها للكشف عن اضطراب طيف التوحد:

1.2.8.3 معايير التشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض (ICD في سنة 1993)

وتم إدراج اضطراب طيف التوحد في التصنيف العالمي للأمراض (ICD)ضمن إضطرابات النمو الشامل (TED)، كما قاموا بتصنيف طيف التوحد إلى عدة فيئات وهي: التوحد الطفولي، توحد غير مصنف، متلازمة اسبرجر، إضطرابات الطفولة غير محدد، متلازمة الريت، إضطرابات النمو الشاملة، إضطرابات النمو الشاملة غير محددة، إضطراب الإنتباه المصاحب للتخلف الذهني والحركات النمطية (Tardif & Gepner, 2014, P.29).



كما تم تحديد عدة معايير لتصنيف اضطراب طيف التوحد يمكن حصرها في النقاط الآتية:

- 1. يبدأ في الظهور قبل 3 سنوات.
- 2. يتميز بضعف في التفاعل الاجتماعي.
- 3. خلل في التفاعل ونقص نوعي في التقليد.
- 4. يتميز بسلوكيات نمطية ومتكررة ومحددة.
- 5. ظهور مشاكل في اللاوعي المصاحبة لاضطراب طيف التوحد كالخوف والرهاب واضطرابات في النمو خاصة عندما تترافق مع إعاقة ذهنية شديدة.
 - 6. استمرار سمة العجز معه طول فترة نموه في جميع مراحلها (أسامة وكامل، 2001، ص. 118).

2.2.8.3 محكات التشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة والمصححة (ICD-R 10) في سنة 2000:

- 1. يشترط ظهوره قبل 3 سنوات.
- 2. قصور نوعى وواضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل.
 - 3. قصور واضح في التواصل الاجتماعي.
 - 4. اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة.
- 5. ظهر مشاكل أخرى مصاحبة للاضطراب طيف التوحد غير محددة كالخوف واضطراب الأكل والنوم وايذاء الذات.
- 6. تصنیف التوحد إلى عدة تصنیفات هي: توحد الطفولي، توحد غیر مصنف، توحد ریت وتوحد تفککي و فرط النشاط نرتبط مع تأخر عقلي وحرکات نمطیة، توحد اسبرجر، اضطرابات أخري غیر مصنفة (Chossy, 2003, P.16).



3.2.8.3 محكات تشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته الحادية عشر (ICD-11) سنة 2017

لقد أجريت تغييرات جذرية في أخر طبعه للتصنيف الدولي للأمراض تماشيا مع التطورات العلمية الحاصلة للكشف عن أسباب التي تؤدي إلى ظهور اضطراب طيف التوحد ومن أبرز التغيرات التي أدرجت فيه مايلي:

- 1. العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التفاعل والتواصل الإجتماعي المتبادل.
 - 2. مجموعة من الإهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.
- 3. يظهر إضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة وقد تظهر كلها في وقت لاحق.
- 4. كما أكد على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا تؤدي به إلى إنخفاظ وحتى تدهور أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الإنخفاظ والتأثر مرتبطة بالظروف الإجتماعية والثقافية.
 - 5. في التصنيف الجديد أصبح إضطراب فرط النشاط واضطراب طيف التوحد يظهران في نفس الوقت.
 - 6. يظهر اضطراب طيف التوحد في فترة الطفولة المبكرة.
- 7. تم عزل متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الغير مصنف في فئة واحدة وتخلي عنها في التصنيف الجديد.

من خلال ما سبق لنا عرضه فيما يخص تصنيفات في الطبعتين الأخيرتين للتصنيف العالمي للأمراض من خلال ما سبق لنا عرضه فيما يخص تصنيفات في الطبعتين الأخيرتين للتصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) و (ICD-11) أن هناك اختلاف جذري ايضا فيما يخص الوقت الذي يمكن فيه ظهور اضطراب طيف التوحد، حيث تم توسيع مدى ظهوره في الطفولة المبكرة عكس ما كان سابق، والذي كان يحدد قبل ثلاث سنوات، كما أنهم قاموا بتخلي عن متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الشامل غير محدد وجمعهما في فئة واحدة وهذا عكس ما كان سابقا حيث كانت تعتبر فئات تتدرج تحت اضطراب طيف التوحد، بالإضافة أنه أصبح بالإمكان الجمع في التشخيص بين اضطراب طيف التوحد واضطراب فرط النشاط كإضطراب مصاحب.



3.8.3 معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وقف المنظمة الفرنسية للإضطرابات العقلية للطفل والراشد (CFTMEA) نظرة داخلية:

لم يتم إدراج اضطراب طيف التوحد في التصنيف الفرنسي للإضطرابات العقلية للطفل والراشد حتى سنة 1970 م، لكن اقترح كل من Moniot & Mises تصنيفا لذهان الطفولة والذي صنفاه إلى أربع فيئات هي: ذهان مبكر، ذهان في مرحلة الكمون، ذهان حاد، حدود الذهان.

1.3.8.3 معايير تشخيص طيف التوحد وفق(CFTMEA) في سنة 1933

أصر التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والراشد على الإبقاء على المصطلح" الذهان" بدلا من مصطلح إضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة على نوع " توحد كانر " الذي يمكن تحديد أهم معاييره في النقاط الآتية:

- 1. يبدأ ظهوره في السنة الأولى وتكتمل صورته قبل ثلاث سنوات.
- 2. ما تم تصنيف الذهان (طيف التوحد) إلى مجموعة من الاضطرابات المميزة ب:
 - أ. انسحاب التوحد.
 - ب. مقاومة التغيير.
 - ت. النمطية.
 - ث. غياب اللغة أو ظهور اضطرابات في اللغة أو لغة خاصة.
- ج. عدم التناسق في النمو النفسي المعرفي (Mohammed ,2009,P.20).

2.3.8.3 معايير تشخيص(CFTMEA) في طبعته سنة 2000

في هذه الطبعة تم إضافة تصنيف اضطرابين لأنهما أكثر انتشارا إضافة إلى توحد كانر وهما فئة "متلازمة اسبرجر" و" اضطراب الطفولي التفككي"، مع المحافظة على نفس المفهوم الأول لمصطلح "الذهان" (Mohammed, 2015, P. 110).



3.3.8.3 محك التشخيص(CFTMEA) في أخر طبعة سنة 2012

في أخر إصدار للتصنيف (CFTMEA) والمراجع تم إدراج اضطراب طيف التوحد ضمن اضطرابات النمو الشاملة (TED) كما قاموا بتصنيفه إلى عدة فئات مختلفة هي:

- 1. توحد طفولی مبکر.
- 2. توحد أو TED يصاحبه تخلف ذهني مبكر.
 - 3. متلازمة اسبرجر.
- 4. Dysharmonies psychotique (ذهانات ذات تجليات عوزية)
 - 5. اضطراب التفككي الطفولي.
 - 6. TED & TED -NSو أنواع أخرى.

كما قام المختصون بجميع هذه التغييرات من خلال الاطلاع و التواصل مع خبراء في التصنيف (-ICD)، ولكن مع المحافظة دائما على المفهوم الأول و الأصلي ألا وهو " ذهان الطفولة" والذي من خلاله دائما يحاول طرح أسئلة اصطلاحية ومعرفية(Tardif & Gepner, 2014, P. 28).

4.8.3 مقارنة تحليلية بين مختلف معايير التشخيص الاضطراب طيف التوحد لكل من (CFTMEA) و (DSM-5) و (DSM-5) و (DSM-5)

1.4.8.3 مقارنة بين معايير (CFTMEA) و (ICD-10)

مما سبق نلاحظ أنه لا يمكن وضع مقارنة بين التصنيف (CFTMEA) وتصنيف (ICD-10) وذلك لأن المعايير التي جاء بها التصنيف (CFTMEA) ماهي إلا امتداد لما جاء في معايير (ICD-10)، كما تم التصريح من قبل التصنيف (CFTMEA) بالإعتماد الكلي على التصنيف (ICD-10) منذ سنة 2005 عند تشخيص اضطراب طيف التوحد، بشرط الإبقاء على أصالة تصنيف فيما يخص الجانب النفسي والذي يؤمن بأن طيف التوحد ما هو إلا نوع من أنواع الذهانات كميزة للتصنيف (CFTMEA) عن باقي التصنيفات الأخرى في محاولة منه للدفاع عن توجهه.



2.4.8.3 مقارنة بين معايير تشخيص كل من (DSM -4) و (ICD-10)

نلاحظ مما سبق أن كلا التصنيفين يتميز باختلاف في مستوى تصنيف الفيئات الضمنية لاضطراب طيف التوحد حيث يصنف (DSM-4) فئة إضطراب النمو الشامل غير مصنف وفئة توحد طفولي غير محدد في فئة واحدة وكلاهما يقابلان فئة التوحد غير المصنف في تصنيف(ICD-10)، أما فئة فرط النشاط المصاحب للتخلف الذهني النمطي في(ICD-10) لا يوجد لها تصنيف في(DSM-4).

أما فيما يخص المعايير فنلاحظ إتفاق كلا التصنيفين في المعايير السلوكية عند تشخيص اضطراب طيف التوحد والتي يمكن حصرها في ثلاث مستويات هي:

- أ. مستوى بداية ظهور الأعراض حيث تكون قبل سن 3 سنوات.
 - ب. مستوى معيار التواصل الإجتماعي.
 - ت. مستوى معيار الأنشطة والاهتمامات.

3.4.8.3 مقارنة بين معايير التصنيفين الجديدين لكل من (DSM-5) و(ICD-11)

بعد صدور الإصدار الأخير (ICD-11) والذي يلاحظ أن لديه رؤية موازية ومتماشية مع (DSM-5) وبالتالي سهل على المختصين التوصل إلى إتفاق نسبي بين المعايير في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، ومن خلال طرحنا السابق للمعايير الجديدة لكلا التصنيفين تم الإتفاق بينهما فيما يخص وقت ظهور إضطراب طيف التوحد، حيث تم توسيع المدى الزمني لظهوره ليشمل مرحلة الطفولة المبكرة على عكس ما كان سابقا في كل التصنيفات القديمة والتي كانت تحدد قبل سن3 سنوات، كما تم دمج متلازمة اسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد في فئة واحدة في التصنيف (ICD-11)، وبالتالي أصبح يتماشى مع تصنيف(DSM-5) فيما يخص توحيد الفيئات، كما تم الاتفاق بين التصنيفين فيما يخص مصاحبة إضطراب فرط النشاط لاضطراب طيف التوحد بعدما كان منفصلين في (ICD-10).



ومن خلال ما سبق ذكره نستنج أن كل من التصنيفات العالمية الثلاث (DSM-6 و DSM-5) وضعت معابير ويتم تطويرها و تنقيحها في كل مرة لكن ما يميز هذه المعابير أنه بالرغم اختلاف في الخلفية التفسيرية لاضطراب طيف التوحد، إلا أن ما لاحظناه خاصة بعد تصريح التصنيف (CFTMEA) باعتماده على التصنيف(ICD-10) ابتداء من سنة 2005 يمكننا أن نتخلى عن التصنيف (CFTMEA) في المقارنة بين المعابير والاعتماد على ما جاء في التصنيف(ICD-10) إلا فيما يخص التسمية والتي يعتمدون فيها على مصطلح الذهان في المقابل بقيت المقارنة بين التصنيف(ICD-11) و (DSM-5) وهذا راجع إلى الاحتكاك المتواصل بين الباحثين لكل من التصنيفين وتبادل الخبرات الجديدة فيما بينهم الذي يعزز قوة كل منهما و بالتالي الحصول على معابير دقيقة وبسيطة وفي متناول المهنيين والممارسين في الميدان وكذلك المهتمين باضطراب طيف التوحد، في محاولة منهم لتوحيد المعابير العالمية لتشخيص اضطراب طيف التوحد من اجل التحكم أكثر في إعادة تأهيل هذا الاضطراب وتقديم برنامج الرعاية والخدمات.

9.3 أعراض اضطراب طيف التوحد

1.9.3 التشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد عند الطفل

تظهر أعراض اضطراب طيف التوحد في المراحل الأولى من نمو الطفل أي قبل سن 3 سنوات. ويمكن تمييز عدة علامات خطر أو تحذير بوجود اضطراب طيف التوحد نستعرضها كالآتي:

1.1.9.3 أعراض اضطراب طيف التوحد في حوالي العام من عمر الطفل

- 1. قلة أو عدم الاتصال البصري.
- 2. لا يستجيب للاتجاهات عند مناداته عليه أمه باسمه مثلا.
 - 3. صعوبة في المتابعة أو التواصل البصري.
 - 4. غياب الإشارة عند السؤال.
- 5. ابتسامة اجتماعية صغيرة عند شئ ما (P.27, Nadia,2011).



2.1.9.3 أعراض اضطراب طيف التوحد التي تظهر من 12 شهر إلى 24 شهر

تبدأ علامات متكررة وواضحة ومحذرة وهي تشمل:

أ. أعراض على مستوى اللغة والتواصل

- 1. في عمر 12 شهر لا يلعب أو يقوم بحركات للتواصل مثل قول وداعا بيده، غياب الإيماءات أو هز الرأس.
 - 2. يتجنب النظر إلى العيون (يمكن أن نراها ولكن تكون جانبية).
 - 3. في سن 12 شهر لا يستجيب لنداء اسمه.
 - 4. غياب الإشارات وإظهار عدم الاهتمام.
 - لا يقلد الأصوات أو الإيماءات والتعابير.
 - 6. عدم وجود كلمات فردية في سن 16 شهر.
 - 7. في سن 18 شهر لا يقول كلمات بسيطة (أبي-أمي أعطني).
 - 8. في سن 24 شهر لا يقول عبارات عفوية من كلمتين (غير مكررتين).
 - 9. تكرار الكلمات أو العبارات (Echolalie)

ب. أعراض على مستوى التفاعل الإجتماعي:

- 1. لا يشارك اللعب مع الأطفال الأخرين (يجب اللعب منفردا) كما أنه لا يتدخل في ألعاب التفاعل الإجتماعي.
- 2. لا يشارك الإهتمامات أو المتعة مع الآخرين (عندما تبدأ اللعب معه لا يستجيب بابتسامة ويظهر اهتمام بأشياء أخرى)
 - 3. غياب اللعب الوظيفي مع الألعاب (على سبيل المثال: دفع العربة-تطير طيارة مشية حصان)
 - 4. قلة الابتسامة الإجتماعية لمشاركة المتعة (لا يتبادل الابتسامة).
 - 5. لا يقلد حركات الأخرين كالتصفيق مثلا.
 - 6. في عمر 18 شهر لا يلعب في المواقف التخيلية (مثل إعطاء أكل لدمية).



ج. أعراض على مستوى الاهتمامات السلوكية

- 1. ارتباط غير عادي بأي لعبة أو أجزاء منها (مثل إطارات السيارات، مراوح طائرات الهليكوبتر، أغطية، وعاء وغيرها).
 - 2. اللعب المتكرر مثل المحاذات أو تدوير أشياء، تشغيل وإطفاء الأنوار وفتح وغلق الأبواب.
- عدم الاهتمام بالألعاب أو عدم استخدامها بشكل صحيح (مثال الإستلاء على عربة لقلبها أو رميها في الهواء وإسقاطها في الأرض، المحاذات بمعنى تغييره دون اللعب معها)
 - 4. لا يحب التغيير أو وضعه في مواقف جديدة.
 - 5. فرط الحساسية للأصوات واللمس (مثال صوت الملمع، الخلاط) حيث يقوم بإغلاق أذنيه بيديه
- 6. حركات غير عادية في اليدين والذراعين والجسم والأصابع (مثال ذلك الرفرفة، الدوران في نفس المكان).
 - 7. ينزعج لأصغر تغيير (مثل تغير في طريق للذهاب إلى مكان ما).
 - 8. فقدان اللغة أو القدرة الإجتماعية في أي عمر.

بالإضافة إلى وجود عدة مشكلات تتمثل في صعوبات في النوم وفي النظام الغذائي.

3.1.9.3 أعراض للتنبه بوجود اضطراب طيف التوحد من 18 إلى 36 شهر

والتي تم تعديلها من قبل غفير (Rivière) كالاتي:

- 1. عدم الرد على الكلام أو التعليمات (صمم متعدد).
 - 2. لا يتواصل بصريا ولا يتبادل الإهتمام.
 - 3. لا يميل إلى النظر إلى العيون.
 - 4. لا ينظر إلى الناس أو ما يفعلونه.
- 5. يحب اللعب المتكرر أو طقوس معادة أثناء لعبه.
- 6. يقاوم التغيير في الملابس أو الطعام أو الأنشطة.
 - 7. ينزعج في مواقف غير متوقعة.
- 8. لا يحب المفاجآت ويصاب بنوبات غضب عند التغيير.
 - 9. يتابع بقلق شديد نفس أفلام الفيديو مرارا وتكرار.
 - 10. يفتقر إلى اللغة وإذا كانت فإنها تكون نمطية.
 - 11. لا يحب المشاركة في اللعب.



- 12. لا يشير بإصبعه عند سؤاله عن شئ ما.
 - 13. لا يهتم بوجود الأخرين أو لحضورهم.
- 14. يميل إلى تجاهل الأطفال من هم في مثل سنه واللعب معهم.
 - 15. يبدو عليه الفهم أو يفهم فقط ما يهمه.
 - 16. لا يبادر في التفاعلات الإجتماعية مع البالغين.
 - 17. لا يحب اللعب التخيلي.

4.1.9.3 الأعراض من 3 إلى 5 سنوات

- 1. استجابة منخفضة للكلام مع الآباء أو البالغين مع وجود علامات بأنه سمع جيدا.
 - 2. صعوبة إقامة علاقات أو المشاركة أو القيام بعمل مشترك.
 - 3. لا يهتم بما يفعله الآخرون.
 - 4. تأخر في ظهور اللغة اللفظية وعدم تعويضها باللغة غير لفظية.
 - 5. صعوبة فهم الرسائل من خلال الكلام.
- 6. عند شعوره بالراحة يترجم بالمشي أو الركض دون هدف معين وبالتالي صعوبة لفت انتباهه.
 - 7. مقاوم للتغيير في الحياة اليومية، كتغيير الأماكن أو الجدول الزمني لأي نشاط معين
 - .(Emma et al,2013,P.31)

10.3 التشخيص الفارقي الضطراب طيف التوحد

بما أن الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية حسب أخر تعديل له (5-DSM) لم يعد يصنف طيف التوحد إلى فئات ضمنية ونميزه وفق الشدة والحدة فقط، لذا فإن تركيز التشخيص اضطراب طيف التوحد يكون وفق محورين رئيسيين هما الإضطرابات المشابهة والاضطرابات المصاحبة له، والتي سنعرج عليها بالتفصيل بذكر أوجه التشابه الإختلاف بينها وبين إضطراب طيف التوحد في الجداول الآتية.



الجدول (06) يبين أوجه الإختلاف والشبه بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية

اضطراب طيف التوحد	الإعاقة العقلية	
40 % منهم تقل نسبة ذكائهم عن 50		
30 % منهم تصل نسبة ذكائهم إلى 70	اختلاف في نسبة الذكاء قد يكون:	
30 % منهم يصل ذكائهم للعاديين وأحيانا للعباقرة، ويرى شارون وآخرون أن:	شدیدا: 20 – 35	
75 –80 % من التوحد لديهم تخلف عقلي.	متوسطا: 36 – 50	
20 – 20 % لديهم تخلف عقلي شديد.	بسيطا: 51 – 70	
وأكثر من 10 % لديهم نسبة ذكاء عادية.		
لديه اضطراب واضح في الإدراك ويتمتع بذاكرة جيدة للمكان والزمان	لديه اضطراب واضح في الذاكرة ولا يستطيع تخزين المعلومات	أوجه الاختلاف
لديه قصور	يستطيع التقليد ومحاكات الآخرين	ا و
لديه قصور في التفاعل الاجتماعي	يستطيع بناء علاقات اجتماعية ولا يرفض التفاعل	
لديه قصور .	يستطيع التواصل مع الآخرين لفظيا، وبالعين، وحركات الجسم وتعابير الوجه	
يظهر أنه ينمو بصورة طبيعية حتى سنتين وبالأكثر 30 شهر تبدأ الأعراض بالظهور.	تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد ويمكن تشخيصه والكشف المبكر عنه.	
لديه مهارات عالية في القدرات الحركية الدقيقة.	لديه قصور في المهارات الحركية الدقيقة	



- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية

صعوبات في الكلام والتخاطب

أوجه التشابه

الجدول(07) يبين الإختلاف والشبه بين اضطراب طيف التوحد ومتلازمة الكروموزوم X الهش

اضطراب طيف التوحد	متلازمة الكروموزوم x الهش	
يتمتع بصحة جيدة.	كبر عظام الوجه، أسنان ضعيفة، مفاصل مرتفعة وممتدة لأصابع اليد، أذن كبيرة منبسطة، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق، حول العين، وجه طويل وضيق، أقدام مفلطحة، خلل في صمام المينير إلى القلب، خلل في الناقلات العصبية (بطيء الاستجابة للمثيرات الحسية).	أوجه الاغتلاف
 ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي. 		
 قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية. 		
 النشاط الزائد المصحوب بالعدوانية أو العصبية الموجهة للذات والآخرين. 		
 صعوبات في التركيز والانتباه. 		<u>ب</u> اب
ديث مع الأخرين.	 تجنب التواصل البصري ومتابعة الح 	وجه التشابه
· · و · · وي و · · ي وي · · · و · · ·		
- قصور في التواصل اللفظي والقدرة على التخاطب (الترديد الآلي-قصور في تركيب		
	الجمل).	

المصدر: (صالح، 2016، ص. 8)



الجدول(08) يبين أوجه الإختلاف والشبه بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية

اضطراب طيف التوحد	الإعاقة السمعية	
معدلات الذكاء أقل.	معدلات الذكاء أعلى.	
عجز في التفاعل الإجتماعي.	القدرة على تكون علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي.	لاختلاف
قصور في التواصل غير لفظي.	القدرة على التواصل غير لفظي. قصور	
صعوبات في التشخيص لعدم توفر أدوات مقننة لهذا الغرض.	سهولة تشخيص الفحص الطبي بأجهزة السمع والكلام.	
- الإنسحابية وغياب القدرة على التواصل البصري		ئ.
– الاندماج في الحركات النمطية		4 التشا
 عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي 		ِ ا ف

الجدول(09) يبين أوجه الإختلاف والشبه اضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل

طيف التوحد	اضطرابات التواصل	
يظهر لديهم الترديد الآلي والخلط في الضمائر	لا تظهر لديهم ظاهرة الترديد الآلي والخلط في استخدام الضمائر	
لديهم قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير لفظي	لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل	چه الاختلاف
قصور في الألعاب الابتكارية والتخيلية	يندمجون في الألعاب الابتكارية التخيلية	أو
نسبة الذكاء أقل	نسبة الذكاء عالية	



- قصور في القدرة على التواصل اللفظي

أوجه التشابه

- غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية

الجدول(10) يبين أوجه الشبه وأجه الإختلاف بين اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة

طيف التوحد	فصام الطفولة	هر الإكلينيكية	المظاه
ظهور تدريجي للميلاد.	يظهر بشكل تدريجي بين عمر 2 سنة	البداية	
	إلى 11 سنة بعد فترة نمو طبيعية.		
الفشل في إظهار حركات إيمائية	اهتمام منخفض بالعالم الخارجي	المظاهر	
متوقعة، إصرار على التماثل: النمطية،	الانسحاب، فقدان التواصل، علاقات	الشخصية	
البقاء على عالمه الخاص حتى عند	معاقة مع الآخرين.	والاجتماعية	
وجوده مع الآخرين.			
قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة، ذكاء	اضطراب في العمليات النمائية (التفكير	المظاهر	
منخفض	والإدراك)، تشوه في التوجه المكاني	المعرفية	
	والزماني، متوسط متدني من الذكاء	والذهنية	r
اضطراب في الكلام، بكم أو الكلام	اضطراب في الكلام، بكم أو الكلام	اللغة	وجه الاختلاف
الغريب (غير مستعمل في التواصل،	الغريب (غير مستعمل) في التواصل		جه الا
مصادات متأخرة، عكس الضمائر)			اً و
عدم الاستجابة الانفعالية للآخرين	عيوب في الاستجابة الانفعالية	الانفعال	
	والاتصالات غير مناسبة ومشوهة		
	ومتدنية		
تمايل الجسم والرأس، انشغال بالأشياء	حركات جسمية غريبة، حركات نمطية	الحركة	
الميكانيكية، حركات نمطية وتكرارية.	وتكرارية، وتشوه في الحركة والتنقل.		
عادات تناول الطعام شاذة وتفضيل	نمو جسمي غير اعتيادي أو اضطراب	الأنماط	
أطعمة، التخطيط الكهربائي للدماغ	الأنماط الإيقاعية، التخطيط الكهربائي	الحركية	
(EEG)طبيعي، معدل الكلام والأمراض	في الدماغ(EEG)شاذ، انتشار الأمراض	والجسمية	



العقلية متدنية.	العقلية عال في الأسرة.		
، بالواقع.	-		
، النفس.	- الانغلاق على		۴.
 نقص في التعاطف وحرارة المشاعر. 			
 الفشل في تكوين صداقة مع الأخرين. 		邕	
 عدم البراعة في التحدث والعمل. 			
لتي استخدمها من قبل.	 الفشل في استغلال القدرات ا 		آھ
(نفعالي.	- الاضطراب ال		

المصدر: (قحطان، 2005، ص.328)

11.3 الإضطرابات المصاحبة لإضطراب طيف التوحد

غالبا ما يصاحب اضطراب طيف التوحد إضطرابات أخرى تتباين نسب حدوثها ويمكن أن نستدل بدراسة التي قام بها (Joceyn Aubut & Patricia Garel ,2001) والنسب موضحة في الجدول الآتي:

الجدول(11) يبين معدل انتشار الإضطرابات المصاحبة لطيف التوحد

النطاق (العتبة)	المعدل المتوسط	الإضطراب
4.8 -0	2.0	IMC
8.1 -0	0.3	إكس الهش
3.8 -0	1.2	Sclérose tubéreuse
0 -0	0	Phenylcétonurie
1.4-0	0	Neurofibromatose
5.9 -0	0.3	الحصبة الألمانية الخلقية



16.7 -0	1.3	متلازمة 21
16.7 -0	6.4	مرض واحد على الأقل
26.4 -0	16.8	الصرع
5.9 -0	1.7	ضعف في السمع
11.1 -0	1.3	ضعف في البصر

(Patricia, 2001, P. 19): المصدر

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة مصاحبة الصرع لإضطراب طيف التوحد كانت مرتفعة حيث بلغ متوسط معدل المصاحبة ب 16.8 ثم تليها الشلل الدماغي (IMC) بمعدل 2 ثم تليها عدة أمراض بنسب متالية منها متلازمة داون21، وضعف السمع و ضعف البصر بمعدل (1.7 - 1.7) في حين أن نسبة مصاحبة المحلمة الألمانية لإضطراب طيف التوحد وأكس الهش بلغ 0.3 مما يؤكد ويحتم على استعمال مقاييس أكثر دقة إضافة إلى عدد كبير حتى يكون هناك فحص شامل للوصول إلى تشخيص سليم.

12.3 أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد

تبين الجداول التالية أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد.

الجدول(12) يبين أهم الأدوات ومقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد

الملاحظات	تقدير الدرجات	العمر	المقاييس الفرعية	المتطلبات	التوصيف	اسم المقياس
قد لا تكون	يتم جمع وزن	من 3 سنوات	يحتوي هذا	لا تتطلب	معدة ليقوم	
مفيدة كأداة	الفقرات للحصول	فما فوق.	المقياس على	تدريبا	بتعبئتها	قائمة تقدير
تشخيص	على الدرجة		57 فقرة،	خاص،	المعلمون	
مستقلة	الكلية، فالدرجات		يسجل فيها	ويقوم	كخطوة أولية	سلوك التوحد
وغالبا ما	النتي أكبر أو		الفاحص إما	بتطبيقها	في التخطيط	ABC
تكون درجات	تساوي 67 تعني		توفر الخاصة	المعلمون	التربوي وهي	



المسجلة من	احتمالية عالية		أو عدم	بالتعاون مع	تؤكد على	
قبل الآباء	لتشخيص		توفرها في 5	الآباء	الخصائص	
أعلى من تلك	المفحوص		مجلات		والملاحظة	
المسجلة من	إصابته		وهي:		التربوية	
قبل المعلمين،	بإضطراب التوحد		الحسي،		باضطراب	
كما قد تكون	بينما الدرجات		الإرتباط،		طيف التوحد	
مفيدة في	الأقل أو تساوي		إستخدام			
توفيق	53 تعني		الجسم			
استجابة	احتمالية قليلة		والأشياء			
الطفل	للتشخيص		واللغة			
للتدخلات	المفحوص		والتفاعل			
المقدمة	بإصابته		الإجتماعي			
	بإضطراب طيف		المساعدة			
	التوحد		الذاتية.			
يتمتع	تسجيل الدرجة	أكبر من 12	يضمن هذا	تسجيل	توفر تقييما	
بدلالات	أما "الاختيار" أو	سنة	المقياس	الملاحظة	للمهارات	
صدق وثبات	" الفشل" أو		تطبيق	المباشرة في	الحالة	
مناسبة وفي	يظهر نوعا ما		الملاحظة	حالة التفاعل	والمحتملة عند	
كثير من	من الإستجابة		المباشرة	ويمكن لها	الأفراد من	
فقراته كما	ويساعد في		للمهارات مع	أن تدار بأقل	اضطراب	
ذكر ذلك	التسجيل		تقييم الأداء	لغة ممكنة	طيف التوحد	الملف النفسي
المطورون.	الإستجابات		في الأوضاع	وتأخذ حوالي	الذين لديهم	التربوي
	اللفظية وغير		المختلفة	ساعة	إعاقة عقلية	للمراهقين
	اللفظية.		المنزلية	ونصف	متوسطة أو	والكبار
			والمهنية	الساعة	شديدة وذلك	AAPEP
			(المدرسة/	لإتمامها أما	لغايات تحديد	
			العمل)	بالنسبة	الأولويات	
			وينقسم كل	للمقياس	التعليمية.	
			مقياس إلى	المنزلي		
			6 مجالات:	والمدرسي		
			المهارات	والعمل		



			المهنية	فيمكن		
			والوظائف	تطبيقها.		
			الاستقلالية	بواسطة		
			ومهارات	مقابلة الأفراد		
			وقت الفراغ	ذوي العلاقة		
			والسلوك	وتأخذ حوالي		
			المهني	الساعة.		
			والتواصل			
			الوظيفي			
			وسلوكيات			
			العلاقة			
			التشخيصية.			
غالبا ما يشار	إجراءات التسجيل	الأطفال	يحتوي هذا	يجب أن	أدوات	
لها في	والتمييز ينتج	البالغين من	المقياس على	يكون المقيم	التشخيص في	
الأبحاث	عنها ثلاث أمناط	ذوي العمر	93 فقرة في	مدربا على	هذه المقياس	
بالمعيار	مطلقة من	العقلي 0 إلى	مجالات	إجراء	عبارة عن	
الذهبي"	الدرجات ويتم	2 سنة	اللغة	المقابلات	مقابلات شبه	
وتتمتع	تفسيرها بواسطة		والتواصل	ويتطلب كل	منظمة للإباء	
بدلالات	التشخيص		والتفاعل	من إدارتها	لتحديد كل من	
صدق وثبات	اللوغارتمي.		الإجتماعي	وتسجيل	التوحد	
عالية تجعل			الإهتمامات	الملاحظات	والاضطرابات	مقابلة تشخيص
من نتاجها			والمحدودة	حوالي 1.30	النمائية	التوحد (المنقحة)
محل ثقة لدى			والسلوكيات	إلى 2.30	الشاملة	ADI-R
الفاحصين			النمطية	ساعة وغالبا	الأخرى ويركز	
وموجه			والتكرارية	ما تأخذ 90	هذا المقياس	
للأطفال تحت			والاهتمامات	دقيقة.	على السلوك	
سن 18 شهرا			توضع		الحالي ويسال	
من ذو <i>ي</i>			درجات		إذا ما كانت	
التأخر			مستقلة		السلوكيات	
النمائي والذين			خاصة		تلاحظ من	
يفشلون في			بالتفاعل		وقت لأخر .	

إظهار ولو نسبة قليلة من			الإجتماعي والتواصل			
الأداء			وحرص (غير اللفظي			
الوظيفي			ر ير واللفظي)			
العالي ومن			والسلوكيان			
ټ و ت ذ <i>وي</i>			التكرارات			
" الإضطرابات			ويمكن			
النمائية			اختصارها			
الشاملة غير			بنسخة من			
المحددة.			40 فقرة.			
غلبا ما يشار	ترمز الفقرات بناء	من الطفولة	يتوفر 4	يجب على	نموذج	
إليها في	على الدرجات	إلى البلوغ	نماذج ولكن	المقيم أن	معياري	
الدراسات	المتوفرة والتي	ويضم	يتم إستخدام	یکون مدربا	لملاحظة	
والأبحاث	تختلف باختلاف	المرحلة من	نموذج واحد	على إدارة	السلوك	
" المعيار	الفقرة وتعطي	قبل النطق	فقط للطالب	التقييم توجه	الإجتماعي	
الذهبي" وهي	درجة قطع في	إلى مرحلة	ويكون	المقيم توجه	والتواصلي.	
غير مفيدة	مجال التواصل	الطلاقة	الإختبار بناء	المقيم ليعطي		
للباغين	والمجال		علی مستوی	مدی من		
والمراهقين	الإجتماعي		اللغة	المتطلبات		جدول الملاحظة
غير الناطقين	كمؤشر على		التعبيرية	والاحتياجات		بون ، حدر التشخيصية
	التوحد واضطراب		وعمر	الإجتماعية		للتوحد
	طيف التوحدي		الطالب ولكل	المقيم كل		ADOS
	مع إمكانية جمع		نموذج 4	نموذج في		
	درجتي القطع		مجالات:	خلال 30		
	لكل من		التواصل			
	التواصل+		والتفاعل	دقيقة.		
	المجال		الإجتماعي			
	الإجتماعي.		التبادلي			
			ال نموذج1=			
			اللعب			
			ال نموذج2			



	الدرجة الكلية. M=100 SD=15 وكلما ازدادت الدرجة زادت الدلالة الإصابة	معد المرحلة الابتدائية ويشتمل الفئة العمرية من 6 إلى 11 عاما ونموذج أخر معد المرحلة	11 فقرة الكشف عن الحالة وقد يستلزم الزيادة فإذا كانت الدرجة أقل من 18 نقطة أتم المتبقي 32 فقرة.	القراءة بمستوى الصف السادس ويمكن تطبيقه من قبل شخص على التواصل مع	معيارية المرجع لتحديد الطلاب من ذوي متلازمة اسبرجر ولتطوير الأهداف	ملحق فردي اسبرجر KADI
الدراسات المبدئية وجود صدق تمييزي كافيين ومعامل اتساق	المفتاح هنا إذا	30 شهر تم تحديدها على أنهم معرضين لخطر	فقرة تكون الإجابة عليها" بنعم" أو " لا" للسلوكيات مثل التأشير	بواسطة	معدلة من	قائمة تشخيص التوحد المعدلة للأطفال الصغار M-CHAT



					Т	
	مؤشرا على		بالأقران		تكييفها	
	وجوب إجراء		وإظهار		لتستخدم في	
	تقييمات أخري.		السلوك		الولايات	
			والاستجابة		المحددة	
			للانتباه			
			المشترك			
			والتقليد			
			الإجتماعي			
تجمع بيانات	تأخذ الفقرات	من 6 أشهر	يتضمن 7	ممكن تطبيق	تقييم النمو	
معيارية بغية	"اجتياز" أو "	إلى 7	مجالات:	فقرات البر	لتحديد	
تطور	الفشل" أو ظهور	سنوات من	التقليد	وفيل بدون	الأولويات	
الإختبار	نوع من	ذوي مستوى	والإدراك	التزام بترتيب	التعليمية	
يتمتع بمعامل	الإستجابة يوفر	وظيفي	والتآزر	معين مع	البرامج IEPs	
اتساق وصدق	درجات العمر	معادل أو أقل	البصري بين	إمكانية	ويمكن أن	
داخلي ويرتبط	مقابل لكل مجال	من مستوى	اليد والعين	حذف أو	يستخدم بتقييم	
جيدا مع	وللمجالات ككل	مرحلة ما قبل	والمهارات	تبسيط	مدى التقدم	
مقاييس	بالإضافة إلى	المدرسة	الحركية	التعليمات		
النضج	درجة دالة على	وبالنسبة	الدقيقة			**** ** **
الإجتماعي	النمو .	للأطفال من	والحركية			الملف النفسي
لكل من		7 إلى 12	الكبيرة			التربوي –
ميرل-بالمر		عاما يمكن	والمعرفية			المعدل-
وفاينلاند		أن يوفر	واللفظية			PEP-R
		بعض	والأداء			
		المعلومات	المعرفي			
		المفيدة إذا ما	ويتضمن			
		کان بعض	أيضا مقدار			
		المهارات	تعديل			
		لديهم أقل من	السلوك في			
		مستوى	4 مجالات:			
		الصف	الإرتباط			
		الأول.	والمواد			
	<u> </u>				l	



			ı tı			
			والحواس			
			اللغة			
	توفر درجة كلية			,		
توفير					الكشف تستند	
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	·				
ولكن يمكن	النموذج الخاص	عمر عقلي	هناك	ويأخذ عادة	وتوفر مؤشرا	
أن تساعد في	بمدى حياة تكون	أكبر من 2	نموذجين	أقل من 10	على	
الكشف	مؤشرا على	سنة.	الأول: يقيس	دقائق	الأعراض	
وينصبح	الحاجة إلى إجراء		معدل التاريخ	بالإضافة 5	إضطراب	
بالاستهلال	تقييم أكثر عمقا		النمائي	دقائق أخرى	طيف التوحد	
بدرجة			لغايات	اتسجيلها		إستبانة
منخفضة			الإحالة (مدى			إسببات التواصل
للأفراد			الحياة)			-
تعرضهم			الثاني: يكون			الإجتماع <i>ي</i> SCQ
لعوامل خطر			لقياس معدل			300
أخرى مثل:			الفترة التي			
اضطرابات			تسبق تقييم			
لغوية واضحة			العلاج بثلاث			
أو إذا كان			أشهر.			
هناك واحد أو						
أكثر من						
الإخوة أو						
الأخوات من						
ذوي التوحد						
هناك قلق	تجميع البنود	من 5 إلى	يتضمن	يمكن لأي	قائمة تقدير	
فيما يتعلق	لتعطي مؤشرا	18 عاما	المقياس	شخص أن	معيارية	مقياس
بالعينة	على وجود		على50 فقرة	يقوم بتطبيقها	المرجع تهدف	تشخيص
المعيارية،	متلازمة اسبرجر،		يسجل فيها	شريطة أن	إلى تحديد	متلازمة
وقدرة	بمتوسط		إما موجود أو	یکون قد	الطلاب من	اسبرجر
الإختبار على	حسابي(100)		غير موجود	تواصل	ذوي متلازمة	ASDS
التفريق بين	وانحراف		في 5	بشكل مكثف	اسبرجر	
			#			



الطلاب داخل	معياري(15) ولا		مقاييس	(على أقل	وتطوير	
	يمكن تأويل				الأهداف	
ولا ينصح	المقاييس الفرعية.		اللغوي،	أسبوعين) مع	وتوثيق	
باستخدامها					التطور والتقدم	
لغايات			سوء التكييف	ويمتلك	ويمكن أن	
التشخيص			والمعرفي	معرفة جيدة	تستخدم	
			والحسي	بها، تأخذ	للأبحاث	
			والحركي)	هذه القائمة		
				مدة ما بين		
				10 إلى 15		
				دقيقة.		
تتمتع بدرجة	مدی درجات	من 6 إلى	يتضمن 17	يلزم 10	أداة كشف	
ثبات مقبولة	الخام من 0-54	17 سنة	وصف	دقائق لإتمام	لتحديد فيما	
وكأداة كشف	درجة القطع		سلوكيا،	نماذج الآباء	أذا كان هناك	
مناسبة	الموصىي بها		يقاس معدلها	والمعلمين.	حاجة لإجراء	
	13=		على مقياس		تقييم أكثر	
			من 3		شمولية وهي	
			درجات في		أداة ليست	
			5 مجالات:		معيارية وتم	
			التفاعل		تصميمها	إستبانة الكشف
			الإجتماعي،		للأفراد	عن طيف
			التواصل		التوحديين من	التوحد
			والسلوكيات		غير ذوي	AASQ
			التكرارية		الإعاقة العقلية	
			والمحدودية			
			والحركة غير			
			مصقولة			
			(الموزونة			
			الهادفة)			
			والأعراض			
			المصاحبة			



ليها درجة تأخذ	الآباء ولا يعطى عا		عدة وتستمل علم	النفسي أو مسا	استبدلت	A 4 . A . T
			، لإنجازها.	عادة 10 دقائق	إستبانة	إستبانة الكشف
					التواصل	عن التوحد
					الإجتماعي.	ASQ
ومفيد في	يجمع ناتج	غير محدد	يتضمن 15	يجب على	واحد من أوائل	
الكشف ولكن	الفقرات فإذا		فقرة مرفقة	المقيم أن	أدوات الكشف	
لا تستخدم في	كانت درجة أقل		من 1 إلى 4	یکون مدربا	خاصة	
التشخيص أو	من أو يساوي		بزيادة مقدارها	(يجب توفر	للكشف عن	
الأبحاث غير	30 تكون مؤشرا		0.5 نقطة	فيديو)	التوحد تفرق	
دقيق في	على التوحد من			ويسجل	بين الأطفال	
وصف	36.5 إلى 36.5			المقيم البنود	المصابين	
القدرات ولكنه	بسيط إلى متوسط			بناء على	بالتوحد بين	
يتمتع بعامل	من 37 إلى 60			المقابلات	أولئك غير	
ثبات مقبول	شدید ویمکن			وبعد أو	المصابين به	
يمكن أن	لدرجة القطع			خلال	كما أنها توفر	
يبالغ في	(الدرجة الفرقة)			الملاحظة/	مؤشرا على	
تحديد	بين الإصابة من			التواصل مع	مدى الشدة	مقياس تقدير
الأطفال ذوي	عدمها أن تعدل			الطفل، تأخذ		التوحد الطفولي
2 سنة غالبا	بحيث ترفع			ما يقارب		CARS
الأطفال من	الأطفال			30 إلى 45		
ذوي المهارات	وتتخفض عند			دقيقة		
اللفظية	البالغين ذوي			لإنجازها.		
البسيطة أو	الأداء الوظيفي					
ذوي الإعاقات	العالي.					
العقلية						
الشديدة ما						
يسجلون						
درجات أكثر						
من 30						



يطبق بواسطة الآباء	صمم للكشف عن الأطفال والشباب من ذوي متلازمة اسبرجر	اختبار متلازمة اسبرجر الطفولي CAST
يجب على المقيم أن يكون على تواصل مع	قائمة تقدير معيارية المرجع تستخدم لتحديد	مقياس جليام
الطالب لمدة أسبوعين على الأقل ويمكن لمكن أتى	الطلاب من ذوي متلازمة اسبرجر وتطور	لإضطراب
أن يقوم بتطبيقها: المعلم ومساعد المعلم والآباء	الأهداف ولتوثيق التطور ويمكن استخدامها في	اسبرجر
والاختصاصي	الأبحاث	GADS

المصدر: (نايف ويحي، 2010، ص.52-60)

13.3 مراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد

من أجل الحصول على تشخيص شامل ودقيق لاضطراب طيف التوحد لا بد من وضع استراتيجية تمر بعدة مراحل بهدف الحصول على تشخيص شامل وموضوعي ومن أشهر هذه المراحل التي جاء بها ستلر (2002) Sattler والتي صنفها كالاتي:

1.13.3 مرحلة الحصول على المعلومات الأولية حول حالة الطفل

في هذه الحالة يتم الحصول على المعلومات بطريقة مسجلة أو المصورة والتي تتعلق بفترات سابقة من حيات الطفل، والتي يمكن أن تساعد في التشخيص كما يمكن أن تكون مكتوبة كتقارير لمختصين تمت مراجعتهم من قبل.

والهدف من هذه المرحلة يتمثل في تحديد محتوى وطبيعة المقابلات القادمة مع الأهل من جهة ومن جهة أخرى تحديد أدوات القياس والتشخيص المناسبة (رشيدة، 2019، ص. 146).

2.13.3 مرحلة مقابلة أسرة الطفل ومقدمي الرعاية للطفل

تعتبر هذه الخطوة مهمة لذا يجب أن يكون الأخصائي ذات كفاءة عالية حتى يستطيع جمع أكبر عدد من المعلومات التي تقيده فيما بعد حول حالة الطفل، وتكون هذه المقابلات إما مبنية أو شبه مبنية حيث تتضمن تاريخ الصحي للطفل وكذلك الأم قبل وأثناء وبعد الولادة وكذا التاريخ السلوكي والنمائي والانفعالي



والاجتماعي للطفل، والقدرة على التواصل اللفظي والغير لفظي وما إذا كانت لديه مهارات سابقة وخسرها، كما تضمن المقابلة أيضا معرفة تاريخ الصحي للعائلة، وإذا كان هناك حالات وراثية مشابهة أو أمراض أخرى، وأيضا معرفة الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

الهدف من هذه الخطوة هو جمع أكبر عدد من المعلومات حول الحالة بطريقة شاملة ومركزة من خلال الأسرة بالإضافة إلى أن المعلومات المتحصل عليها نعتمد عليها في تدعيم الأسرة لتقبل التشخيص وكذلك تقوية استراتيجيات مواجهة الصعوبات وكيفية تعاملهم مع حالة ابنهم فما بعد.

في هذه المرحلة يمكن أن نطبق بعض المقاييس والأدوات المتداولة للحصول على معلومات محددة مثل: (ADI-R) - (GARS)-(DISCO)-(ABC).

3.13.3 مرجلة الملاحظة السلوكية المباشرة

هذه الخطوة تكون مع الطفل أو الحالة مباشرة وذلك بوضعها تحت الملاحظة السلوكية المباشرة والتي تجمع فيها المعلومات بدقة وموضوعية.

الهدف من هذه المرحلة هو الملاحظة المباشرة من أجل تقييم موضوعي للسلوكيات التي يقوم بها الطفل في مواقف محددة، وفي هذه المرحلة يستحسن استعمال بعض الأدوات والمقاييس نذكر منها- (ADOS-G) (LP-ADOS)-(CARS).

4.13.3 مرحلة التقييم الطبي

وتتم هذه المرحلة على أيدي الأطباء المختصين والتي يتم فيها تحديد المشكلات الصحية للحالة والمشكلات المرافقة لها، ويحاول الأطباء أيضا تقديم أو فهم أسباب الاضطرابات لدى الطفل وإيضاح أيضا خيارات العلاج المناسبة والمتاحة للحالة، كما يمكن تقديم إرشادات للوالدين كالوقاية.

ويمكن الإعتماد على بعض الفحوصات الطبية في هذه المرحلة نذكر منها:

- 1. تخطيط المخ (EEG).
- 2. أشعة مقطعية للمخ (CT scan).
- 3. أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ(MRI).
- 4. صورة عن صبغيات الخلية (Chromosomal Analysis).



- 5. فحص السمع/ فحص البصر.
 - وكذلك بعض التحليل الدم مثل:
- 1. فحوصات الحمض النووي (ADN)
- 2. الفحص الأيضي للبول والدم (Test Metabolic)
 - 3. فحص الغدة الدرقية (Test Thyroid)
- 4. فحص الأحماض الأمينة في البول (Urine organic Acid).

والهدف من هذه المرحلة يمكن تحديده في النقاط الآتية:

- 1. تحديد أسباب الاضطراب إذا أمكن.
- 2. وضع الأولياء بالصورة خاصة بعد الفحوصات اللازمة.
 - 3. توضيح طرق العلاج المتاحة للطفل.
 - 4. محاولة تقديم تفسيرات للأولياء والإرشادات.

5.13.3 مرحلة التقييم المعرفي

تشير معظم الدراسات إلى تمتع الأطفال التوحديين بمدى واسع من القدرات المعرفية، على الرغم من وجود تقديرات تشير إلى أن نسبة (70% –80 %) منهم يقعون ضمن فئة الإعاقة العقلية وكذا مشاكل في جوانب المهارات اللفظية أو التكيفية.

وتهدف هذه الخطوة إلى تحديد موقع الطفل من حيث أداءه مقارنة مع أقرانه من العمر الزمني نفسه إذ يظهر أطفال طيف التوحد أداء أفضل فالمهمات غير اللفظية مقارنة بالمهمات المعتمدة على مهارات على المهارات الاستقبالية والتعبيرية. ويمكن استخدام في هذه المرحلة مقاييس عدة للنمو والذكاء نذكر منها مقياس ستاندفور وبيني النسخة الخامسة، ومقياس كوفمان، ومقياس ليتر، والأداء الدولي،(PPVT) - (WISE).



6.13.3 مرحلة تقييم السلوك التكيفي

يعبر السلوك التكيفي عن مدى قدرة الفرد على حل مشكلات في المواقف الحقيقية أو مدى الكفاية الإجتماعية والشخصية ويوصى المختصون في التربية الخاصة والممارسين في الميدان استخدام بعض المقاييس من أشهرها مقياس فاينلند للسلوك التكيفي، أما فيما يخص تقييم سلوك التكيفي لطيف التوحد فينصح بإستعمال(SIB-R)-(VSEECS)-(SIB-R) (نايف،2010، ص.109).

ويمكن أن نشير إلى زاوية مهمة تعتبر زاوية تنظيمية لعملية تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل وهي تبنى نموذج نمائي عند إجراء القياسات نظرا لخصائص وسمات طيف التوحد التي تميز كل حالة عن الأخرى، كما نشير ايضا إلى ضرورة تفسير الدرجات التي يتحصل عليها المختصون من خلال المقاييس والفحوصات لمختلف مستويات الأداء لكل طفل في ضوء مستواهم النمائي والإدراكي.

14.3 فريق متعدد التخصصات

هي مجموعة صغيرة منظمة تضم أفراد كل منهم متخصص في مجال علمي مهني وله مهاراته وتوجيهاته، يعملون معا لحل مشكلة مشتركة أو لتحقيق هدف مشترك فيما بينهم، يعدون الدراسة، ويقيمون الجهود الفردية اتجاه أهداف فريق العمل بمسؤولية جماعية للنتائج النهائية لعملهم.

وفيما يلي سوف نستعرض أهم أعضاء فريق تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل مع شرح دور كل مختص في عملية التشخيص.

1.14.3 مختص في الطب العقلى للطفل

هو طبيب نفساني في المقام الأول، كما يمكن من خلال خبرته أن يقوم بتقييم كفاءة الوثائق العقلية وتحديد وجود إضطرابات العقلية أو إضطرابات نفسية عصبية ولكنها ليست ضرورية للتشخيص ومن المهم أن نلاحظ أن الطبيب النفسي لا يعمل نفس عمل الطبيب النفسي العصبي مع إضطراب طيف التوحد، بحيث أن الطبيب النفسي العصبي يقوم بوضع فروض فقط بالملاحظات السلوكية حول الوظائف العقلية العاليا ولكن لا يمكن تقييم الإضطرابات النفسية.(Marie & Emmanuelle, 2014, P. 7)



يمكننا القول بأن المختص في الطب العقلي هو المعالج الأساسي والرئيس في التشخيص لأنه هو الذي يقوم بالاتصال بباقي فريق العمل وذلك لجمع كل البيانات والمعلومات المطلوبة للتشخيص، وأيضا يقوم بمقابلة الوالدين لمناقشة الوضع الراهن لحالة طفلهم والنتائج التي توصل إليها، وهو أيضا الذي يقابل بنفسه ويلاحظ في كل الأحوال وهو الذي يقيم ذكاء هذا الطفل، وأيضا يطبق عليه الكثير من الإختبارات التي تأتي بنتائج تفيد في التشخيص وهو الذي يجمع كل البيانات والمعلومات ليضع التشخيص النهائي لحالة الطفل.

2.14.3. مختص في طب العصبي

يقدم طبيب الأعصاب معلومات اللازمة عن وجود أي اضطراب في الجهاز العصبي قد يعاني منه الطفل كصعوبة توجيه الانتباه بين المهام المختلفة أو صعوبة التحكم الحركي.

3.14.3 مختص في طب الأطفال

هو طبيب متخصص في أمراض الأطفال في الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن 18 سنة ويكون في الغالب أول من يلجأ إليه الوالدين عند ملاحظتهم لقصور في التطور لدى أبنهم، ويقوم طبيب الأطفال بإجراء كشف عام وفحص وجود اضطرابات طبية مثل: التشنجات أو اكس الهش أو التصلب الدرني والتي تقترن بالتوحد، بالإضافة إلى تقييم حاجة الطفل إلى العلاج الطبي من خلال العقاقير.

(Marie & Emmanuelle, 2014, P. 9)

4.14.3 المختص النفساني العيادي

وهو مختص يمتلك أولا المعرفة النظرية في مجال علم النفس الإكلينيكي، وثانيا يمتلك الوسائل والأدوات العيادية التي تسمح له بتشخيص الحالات وتحديد البرنامج العلاجي المناسب لهم حسب خصوصية وفردانية المفحوص (مريم، 2020، ص.221).

ينال تدريبا في مجال العمليات العقلية والتطور، ولديه خبرة في إجراء الإختبارات وتحليل النتائج، وله دور أساسي في التقويم فيما يتعلق بجمع مجالات السلوك وذلك من خلال الإختبارات النفسية وإجراء المقابلات مع الأهل.



5.14.3 المختص الارطفوني (مختص في اللغة والتخاطب)

يكون الارطفوني واحد من فريق العمل متعدد التخصصات حيث يتمثل دوره في تقييم عمر الطفل اللغوي وذلك من خلال المشاهدة المباشرة للطفل فإنه يقيم المهارات التي تسبق اللغة مثل مدى اهتمام الطفل بالأصوات وقدرته العشوائية في فهم واستخدام الإشارات والإيماءات ووجود إنتباه عند الطفل.

6.14.3 المختص الإجتماعي

يقوم بدور الإعلام وتوجيه الأسرة عند إعلان التشخيص فما يخص تكييفها بخصائص ابنهم وكذا الخدمات التكميلية والمتاحة. يتولى المختص الإجتماعي مسؤولية مقابلة الوالدين وجمع التقارير والفحوصات الطبية والنفسية، وتحصيل المعلومات عن مراحل تطور الطفل وتاريخه الصحي والتعليمي من الوالدين والوضع الإجتماعي داخل الأسرة، لكنه لا يقوم بتقييم الطفل مباشرة، ثم يقوم بكتابة تقرير.

7.14.3 مختص في العلاج الطبيعي

يتركز دور المختص في العلاج الطبيعي في تقويم المهارات الكبيرة والمتمثلة في المشي والحبو والوقوف، وليس من الضروري وجود اختصاصي العلاج الطبيعي ضمن فريق تقويم الأطفال التوحديين.

8.14.3 مختص في العلاج الوظيفي

يتركز دور مختص العلاج الوظيفي في تقويم الطفل في نشاطه ومهاراته اليومية التي تتطلب كلا من المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة، وفي كثير من الأحيان يتعارض عمل المختص العلاج الوظيفي مع مختص العلاج الطبيعي إلا أن مختص العلاج الوظيفي يقوم بتحسين التكامل الحسي فيما يخص المعاملات اليومية للطفل مع بيئته كمسك القلم أو اللعب بمواد مختلفة الأحجام والأشكال.

9.14.3 طبيب العيون وطبيب السمع

يقوم كل منهما بتقييم الحالة الصحية للطفل فيما يخص حاسة السمع والبصر لاستبعاد أو تحديد إذا كان الطفل مصاب بخلل ام لا، وهذا يساعد كثيرا في وضع تشخيص فارقي مناسب (نايف، 2011، ص. 120-116).



يمكن أن نشير إلى عدة اعتبارات يجب على كل مختص من فريق متعدد التخصصات مراعاتها لضمان السير الحسن لمراحل تشخيص طيف التوحد والتي تتمثل في أن تشتمل إجراءات التشخيص طيف التوحد جميع المجالات النمائية والوظيفية والجسدية وقياس جميع القدرات العقلية والمهارات الإجتماعية و الإنفعالية في المواقف الحياتية للحصول على تشخيص شامل ودقيق، إضافة إلى أن يراعى الإختلاف بين المواقف أثناء إجراءات التشخيص والقياس بين المختصين لعدة اعتبارات منها إختلاف زاوية الفحص وكذلك الأداة المستعملة وكذلك مدى ألفة الطفل للمختص وقابليته للتشخيص.

بالإضافة إلى تخصيص وقت لتفسير النتائج التي تحصل عليها كل مختص وعرض ومناقشة تلك النتائج في اجتماع تنسيقي مع تأكيد على ضرورة التواصل المستمر بين أعضاء فريق متعدد التخصصات أثناء عملية التشخيص وفي الأخير يصاغ التشخيص في تقرير نهائي مع وضع توصيات بأسلوب يسهل فهمه.

ويمكن أن نضع تلخيص لأدوار المختصين بصفة عامة مع إشراك الأولياء في الجدول الآتي:

جدول (13) يبين دور الأخصائي النفساني في الأبعاد المختلفة لمراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد

دور الأخصـــائي النفساني	البعد
الحصول على المعلومات الخاصة بتاريخ المرضى وتطور الأسرة والطفل نفسه من	المقابلات الأسرية
خلال نموذج دراسة الحالة.	
إعطاء معلومات عن جوانب التشخيص وطرق التي سوف يتم تشخيص الطفل من	مرحلة التشخيص
خلالها والفحوصات والمعايير الطبية والسلوكية والتربوية التي سوف يتم تطبيقها على	الطبي والتربوي
الطفل.	
الحصول على المعلومات والملاحظات الخاصة بالجوانب السلوكية لدى الطفل وكذلك	الملاحظة والتقييم
التعرف على نقاطك القوة والضعف وذلك من خلال تسجيل الملاحظات وتطبيق قوائم	السلوكي والتربوي
الشطب الخاصة بأطفال التوحد.	
 تحدید الأولویات لنقاط القوة والضعف لدی الطفل. 	إعداد البرنامج
 تقدیم تقریر شامل حول وضع الطفل. 	الفردي
- تحديد الأهداف العامة والتعليمية وأساليب وطرق التدريس التي تستخدم مع	
الطفل.	



نقل الملاحظات الخاصة بأداء الطفل للمهارات التي يتدرب عليها.	_	طبيق البرنامج
إساءة بعض التعليمات الخاصة بطريقة تطبيق الأهداف، والنتائج التي تم	_	لفرد <i>ي</i>
التوصل إليها بشكل دوري.		
إيصال المعلومات حول انتهاء الطفل من المهارات المطلوبة منه.	-	لأهداف المسحية
إعادة تنظيم واختبار الأهداف الجديدة على ضوء الملاحظات الوالدية للمهارات	_	التغذية الراجعة
المنتهية ومستوى التعميم والتشتت التي وصل إليها الطفل مع الوالدين في		
المهارات.		
يقوم الأخصائي بإعداد تقرير دوري سلوكي وتربوي خاص بالجوانب المختلفة	_	لتقارير الدورية
التي تم العمل بها مع الطفل والاستجابات التي أظهرها والمشكلات التي تم		
التغلب عليها.		
التأكيد على المرحلة والمستوى الذي وصل إليه الطفل ضمن البرنامج.	_	

المصدر: (أيمن ،2006، ص. 12 – 13)

من خلال الجدول أعلاه يمكن أن نثير نقطة مهمة في تشخيص اضطراب طيف التوحد وهو أشراك الأولياء من خلال عملية تبادل المعلومات بين المختصين والأولياء والتي تكون خاصة بوضعية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، من أجل الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات بخصوص وضعه قبل وأثناء وبعد خضوعه للتكفل عامة والتشخيص خاصة مما يساعد ويسهل كثيرا على المختصين توثيق عملية التشخيص والتقييم والتدريب بشكل رسمي وأكثر موضوعية من خلال التقرير النهائي.

كما يتسنى للوالدين فهم وإدراك حالة طفلهم والتي تتعكس إجابيا فيما بعد حيث يظهرون تعاون أكثر أثناء تطبيق الرعاية المناسب لطفلهم، إلا أنه يمكن أيضا أن تتعكس بالسلب هذه المرحلة في حالة ما إذا أقام كل من المختص أو الأسرة بإخفاء المعلومات عن الأخر خاصة الوالدين إما لجهل منهم بأهمية السلوكيات أو محاولة منهم لتغيير مسار التشخيص.



15.3 نماذج لأفضل الاستراتيجيات المعتمدة عالميا في تقييم تشخيص اضطراب طيف التوحد

انطلاقا من أهمية مرحلة التشخيص لإضطراب طيف التوحد التي على ضوئها يمكن وضع برنامج الرعاية المناسب لكل طفل سعت منظمات ومؤسسات التي تهتم بذوي الإحتياجات الخاصة لفئة اضطراب طيف التوحد لوضع استراتيجيات خاصة لكيفية تشخيص اضطراب طيف التوحد من أجل تحسين جودة الخدمات من جهة ولرفع مستوى فاعلية أداء المختصين، وكذلك وضع تشخيص دقيق وشامل وموضوعي نذكر من أبرزها:

1.15.3 تقييم الممارسات وفقا لمبادئ التوجيهية الأخلاقية لكل من NAS-IDEA - APA

وتعتمد في تقييمها لممارسات التي يقوم بها المختصون في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة في تشخيصها لطيف التوحد وفق الخطوات الآتية:

- 1. يتم إختبار أدوات التقييم وتكييفها قبل إستخدامها.
- 2. يجب أن تجرى تقييمات على اللغة لمعرفة مستوى المهارات التي يمتلكها الطفل.
 - 3. تكييف الإختبارات وأدوات الخاصة بتقييم الطفل باللغة العربية.
- 4. بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات الحسية أو الحركية أو الكلامية يتم اختيار أدوات التقييم خاصة تقيس مهاراته الحسية والحركية والكلامية.
- 5. يتم اختيار أدوات واستراتيجيات التقييم لتوفير معلومات حول مجالات المحددة في الإحتياجات التعليمية.
 - 6. الأدوات التي تستخدم لغرض التقييم يجب أن تتسم بالموثوقية.
 - 7. يتم إجراء التقييمات فقط من قبل محترفين مؤهلين.
 - 8. لا يتم إستخدام أي مقياس أو تقييم واحد كمعيار وحيد.
 - 9. يجب أن يغطى التقييم جميع مجالات المختلفة للفرد المشتبه فيه وجميع مجالات النقص لديه.
- 10. ينبغي إستخدام مجموعة متنوعة من أدوات واستراتيجيات التقييم لجمع المعلومات النمائية والأكاديمية للطفل.
 - 11. يجب كتابة تقرير كتابي حول الطفل.
 - 12. ينبغي أن تؤكد التقارير على التقييم كما تقدم توصيات تساعد المختصين في عملهم للطفل.



2.15.3 تقييم الممارسات من قبل (NASP

ويعتمد (NASP) في تقييم ممارسات المختصين داخل مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة على النقاط الآتية:

- 1. يجب إستخدام نهج متعدد التخصصات.
- 2. إجراء مقابلات مع كل من الوالي/ المعلم / الطالب.
 - 3. إجراء ملاحظات سلوكية في بيئات مختلفة.
- 4. يوصى المختصون عند تقييم التوحد في المؤسسة (NASP) سلسلة من القوائم المرجعية المحددة أو جداول تصنيف التقييمات.
- المجالات التي يتم تقييمها عادة المدرجة في التقييمات السريرية في المدرسة تشمل: الكلام/ اللغة /
 التواصل/ الذكاء.

3.15.3 تقييم ريغون لإضطراب طيف التوحد

وضع ريغون استراتيجية لتقييم تشخيص اضطراب طيف التوحد مرتكزا على النقاط الآتية:

- 1. مراجعة التسجيلات.
 - 2. تاريخ الحالة.
- 3. مقابلة مع الأولياء.
- 4. الملاحظة تكون في بيئات مختلفة خلال يومين أو أكثر، كما يجب أن تكون ملاحظة مباشرة أثناء تفاعلهم مع أقرانهم.
 - 5. تقييم التواصل الإجتماعي.
 - 6. توحيد أداة تحديد طيف التوحد.
 - 7. التقييم الطبي أو الفحص الطبي (من الولادة إلى 5 سنوات).
 - 8. فحص السمع والرؤية.
 - 9. تقييمات إضافية لتحديد تأثير الإعاقة.
 - 10. تقييمات إضافية لتحديد الإحتياجات



4.15.3 استراتيجية المنظمة الخامسة

استراتيجية منظمة (BOCES) موجهة أكثر لمؤسسات التربية الخاصة التي تتكفل بأطفال طيف التوحد، والتي تركز استراتيجيتها على عدة محاور نذكرها كالآتي:

أ. استراتيجية تعاون فريق متعدد التخصصات

حيث يتفاعل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم ويتشاركون المعرفة والخبرة بهدف تقديم أفضل مساعدة للطالب للوصول إلى أقصى إمكانياته.

ب. التحقق من صحة نموذج التقييم الشامل

وذلك من خلال التركيز على عدة محاور نذكرها كالاتى:

1. المراجعة

- 1. مراجعة التسجيلات ما قبل المدرسة والملفات المدرسية والصحية، قبل التقييم وكذلك ملخص العلاجات السابقة.
 - 2. علامات لكل أنماط السلوكيات الموجودة في مرحلة الطفولة المبكرة.
 - 3. تاريخ التواصل الإجتماعي /عجز التفاعل.
 - 4. عوامل الخطر الأخرى على سبيل المثال الأقارب المصابين بطيف التوحد.

2.المقابلة

ترتكز في إجراء بمقابلات مع كل من:

الطفل: من خلال إجراء مقابلة مع طفل لتقييم كل من:

- 1. القدرة على بناء علاقة التواصل الإجتماعي.
- 2. الإتصال بالعين والصوت والتفاعلات المتبادلة المقيدة.
 - 3. الخبرات الإجتماعية.



الآباء والمرافقين:

إجراء مقابلة مع الأولياء والمرافقين للحصول على معلومات عن الحالة عن طريق:

- 1. إستبانة رسمية منظمة لتاريخ النمو ودراسة حالة.
- 2. تاريخ السلوكيات المقيدة/ المتكررة وصعوبات التواصل الإجتماعي.
 - 3. تتسيق المقابلات عيادية منظمة وشبه منظمة.
 - 4. مستوى المهارات في المجتمع وفي المنزل.

المعلمون: يقيم المعلمون مايلي:

- 1. التواصل الإجتماعي.
- 2. الدفاع عن النفس بإبداء السلوك.
 - 3. أنماط السلوكيات المتكررة.
- 4. الممارسات التكيفية للفصول الدراسية.
 - 5. التحصيل الدراسي والأداء.

ج. أهمية إدخال الوالدين والمرافقين:

يمكن إستخدام المقابلات غير رسمية أو المنظمة لجمع المعلومات حول تاريخ الحالة بالتفصيل من خلال:

- 1. الأداء التكيفي.
- 2. المخاوف السلوكية.
- 3. تأخر في الإتصال.
- 4. الصداقات / العلاقات الإجتماعية.



د. تاريخ الحالة:

يجب على المختص الإستفسار عن:

- 1. تاريخ الولادة قبل وأثناء وبعد الولادة.
 - 2. تاريخ نمو الطفل.
- 3. التنشئة الإجتماعية وأنماط السلوك.
 - 4. الصحة والتاريخ الطبي.
 - العوامل العائلية البيئية.
 - 6. المنزل والأداء التعليمي.
- 7. صدمة أو إجهاد يعانى منه الطفل/ الأسرة.
- 8. نقص في نمط الخصائص في المراحل المبكرة من النمو.

ه. العوامل الحاسمة الأخرى:

- 1. الأحداث أو العوامل المادية التي من شأنها أن تقود الفريق متعدد التخصصات للنظر إلى فيئات الإعاقة الأخرى.
- 2. عوامل ما قبل الولادة أو العوامل البيئية التي من شأنها أن تقود الفريق متعدد التخصصات إلى النظر في فيئات الإعاقة الأخرى.
 - 3. الحالات الطبية المحتملة التي من شأنها أن تؤدي إلى طلب الفريق بيان طبي (Andreues, 2019, P.32-35).

5.15.3 استراتيجية(CNFPH) الوطنية المتبعة لتشخيص إضطراب طيف التوحد في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة

وهي مبادرة قام بها مركز الوطني لتكوين المستخدمين بمؤسسات المعوقين بولاية قسنطينة والتي كان عبارة عن دليل أكثر منه استراتيجية حيث تطرق إلى تعريف بالتوحد وأهم أعراضه ثم عرج على أهم المقاييس التي تشخص بها اضطراب طيف التوحد ثم أهم البرامج العلاجية المتبعة، كما زود الدليل ببعض المقاييس السلوكية لتشخيص اضطراب طيف التوحد والتي تعتبر الأكثر تداولا لكنها ليست مكيفة على البيئة الجزائرية.



مما سبق ذكره من المجهودات التي قامت بها مؤسسات تهتم بجودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة لفئة اضطراب التوحد، بهدف رفع من وتحسين هذه الخدمات فيمكن القول بأن الاستراتيجية التي تبنتها كل من (APA) و (IDEA) و (NAS) والتي ركزت فيها على المقاييس والأدوات التي تستعمل من أجل التشخيص اضطراب طيف التوحد، وتؤكد على أهمية اختبار هذه الأدوات وتكييفها قبل إستخدامها، كما تؤكد على ضرورة التتويع في المقاييس والأدوات حتى تغطى جميع مجالات النمائية والأكاديمية للطفل مع أخد بعين الإعتبار الاطفال المصابين بإعاقات حسية وحركية، مع ضبط النتائج النهائية للتشخيص في تقرير يساعد المختصين في حال الاطلاع عليه لاحقا، في المقابل ركزت استراتيجية التي جاءت بها (NASP) على أهمية تقييم فريق متعدد التخصصات عند وضع تشخيص الضطراب طيف التوحد عند الطفل من خلال إجراء مقابلات مع الولى والمعلم والطفل في ضوء سلسلة من القواعد المرجعية المحددة التي تتمثل في الكلام واللغة والتواصل و الذكاء بشرط أن تجري كل الملاحظات في بيئات مختلفة. في حين أن استراتيجية ريغون ارتكزت على جانب الفحوصات الطبية منذ الولادة إلى سن 5 سنوات وذلك من خلال مراجعة تاريخ الحالة وفق مقابلة مع الأولياء، أما الطفل فتتم ملاحظته مباشرة أثناء تفاعله مع أقرانه خلال فترة يومين. لكن نلاحظ أن استراتيجية (BOCES) تتشابه مع استراتيجية (NASP) من حيث اعتمادها على تشخيص فريق متعدد التخصصات لوضع تشخيص شامل إلا أنها تختلف عنها من حيث اعتمادها على إجراء مقابلات مع الأولياء أو المرافقين لتحديد مستوى مهارات وقدرات الطفل من ناحية التواصل والتفاعل الإجتماعي في المنزل وكذلك المحيط.

أما على الصعيد الوطني فلاحظنا أن المبادرة التي قام بها مركز الوطني لتكوين المستخدمين بمؤسسات المعوقين (CNFPH) بولاية قسنطينة من خلال الدليل التعليمي للأطفال المصابين بطيف التوحد لم يضع استراتيجيات واضحة لكل مختص بالإضافة إلى أن المقاييس التي زودت في ملاحق الدليل لم تكيف على البيئة الجزائرية، إضافة إلى أن الدليل جاء باللغة اللغة الفرنسية وهذا يتنافى مع تكوين المختصين النفسانيين والذي عرب كليا ابتداء من سنة 1980م، مما أدى بالمختصين النفسانيين بمختلف فروعهم لبذل مجهود للاطلاع عليه وترجمته. كما أن توزيعه اقتصر فقط على مراكز النفسو بيداغوجية.



خلاصة:

يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنه يصنف من اضطرابات النمو المبكرة، إضافة إلى طبيعة السمات والخصائص التي تميز كل حالة عن الأخرى، مع إمكانية مصاحبة اضطراب طيف التوحد لاضطرابات أخرى كالصمم والإعاقة البصرية أو الحركية مما يزيد من تعقيد التشخيص وكذلك التكفل.

لذا يستدعى تدخل فريق متعدد التخصصات من ذوي الخبرة والكفاءة المهنية والذين يستندون في تشخيصهم على معايير عالمية متداولة ومعترف بها دوليا إضافة إلى تعدد الوسائل والأدوات كل من زاوية تخصصه، والتي تتسم بالدقة إضافة إلى توفر بها خصائص معيارية عالية فيما يخص الثبات والصدق لضمان الوصول إلى التشخيص السليم وممنهج.



الإطارالتطبيقي

NIVERSITE SETIF2

الفصل الرابع

الإجراءات التطبيقية للدراسة

تمهيد

المحور الأول: الدراسة الإستطلاعية

4. 1 أهداف الدراسة الإستطلاعية.

4. 2 إجراءات الدراسة الإستطلاعية.

4. 3 خصائص العينة الإستطلاعية.

4. 4 إجراءات بناء الإستبيان.

4. 5 حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان.

4. 6 نتائج الدراسة الإستطلاعية.

4. 7 صعوبات خلال الدراسة الاستطلاعية.

المحور الثاني: الدراسة الأساسية

4. 7 منهج الدراسة الأساسية.

4. 8 مجتمع الدراسة الأساسية.

4. 9 حجم عينة الدراسة الأساسية.

10.4 الخصائص الديمغرافية للدراسة الأساسية.

4. 11 الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة



تمهيد

بعد عرض الجانب النظري والذي تطرق لمتغيرات الدراسة بشكل مفصل و الدراسات السابقة التي دارت حول موضوع تشخيص اضطراب طيف التوحد.

سنتناول في هذا الفصل الإجراءات الميدانية للدراسة وفق محورين، حيث سنتعرض لإجراءات المنهجية للدراسة الإستطلاعية كخطوة تمهيدية للدراسة الأساسية، والتي سنقوم فيها بتناول إجراءات الدراسة الإستطلاعية عينتها و أدواتها و نتائجها وبعدها نتطرق إلى محور الدراسة الأساسية ونبين فيها منهج الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، الحدود الزمنية والمكانية، أدوات جمع البيانات و أدوات المعالجة الإحصائية.

المحور الأول: الدراسة الاستطلاعية

1.4 أهداف الدراسة الإستطلاعية

لقد قمنا بالدراسة إستطلاعية من أجل تحقيق الأهداف الآتية:

- 1. ضبط متغيرات الدارسة والظروف المحيطة التي ستجرى فيها الدراسة الفعلية.
- 2. جمع أكبر عدد من المعلومات حول الكيفية التي يتم بها التشخيص في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - 3. إحصاء المشكلات و الصعوبات التي يمكن أن نواجهها وإيجاد حلول مناسبة.
- 4. تحديد معالم الدراسة الفعلية خاصة فيما يخص الحدود الزمنية والمكانية والبشرية وتقدير الوقت الذي تتقهى فيه.
 - 5. تجريب و إختبار أدوات جمع بيانات الدراسة وقياس خصائصها السيكومترية.



2.4 إجراءات الدراسة الإستطلاعية

أجريت الدراسة الإستطلاعية في ولاية سطيف وولاية ميلة على عينة قوامها 60 مختصا موزعين كما يلي 40 مختصا يعملون في مؤسسات 40 مختصا يعملون في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة الحكومية و 20 مختصا يعملون في مؤسسات خاصة، ويتوزعون على المراكز وهي موضحة في الجدول الأتي:

الجدول(14) بين توزيع المؤسسات التي تقوم بتشخيص اضطراب طيف التوحد

مؤسسات ذوي الإحتياجات خاصة	مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة	الولاية
"الخاصة"	"الحكومية"	الولاية
مركز الياسمين – 4عيادات خاصة بطب الأطفال	المركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا	سطيف
مرجر الياسمين – 4عيادات حاصه بطب الاطفال	جمعية أمل لطيف التوحد	سي
عيادتين للطب العقلي-عيادتين في طب	مدرسة المعاقين بصريا	ميلة
الأعصاب-عيادة لمختص أرطفوني	مدرسه المعاليل بطري	میت

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

أجريت الدراسة الإستطلاعية في الفترة الممتدة بين 2020/03/01 إلى غاية 2020/06/15.

3.4 خصائص العينة الاستطلاعية

الجدول رقم (15) يبين مميزات خصائص العينة الاستطلاعية

النسبة المئوية%	التكرارات	المتغيرات	
%31.7	19	ليسانس	
%35.00	21	ماستر	
%5.00	3	الدراسات العليا	المؤهل العلمي
%28.33	17	طبيب متخصص	



	T		
%18.33	11	أقل من 5 سنوات	
%25.00	15	من 5 سنوات إلى 10 سنوات	سنوات الاقدمية
%56.7	34	أكثر من 10 سنوات).
%67	40	مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة تتتمي إلى القطاع الحكومي	
%33.33	20	مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة تتتمي إلى القطاع الخاص	مكان العمل
%6.7	4	مختص في الطب العقلي للطفل	
%18.3	11	مختص في الطب العقلي	
%1.7	1	مختص في طب الأعصاب	
%10.00	6	مختص في طب الأطفال	التخصص العلمي الدقيق
%26.7	16	مختص نفساني عيادي	المعمي المديق
%18.3	11	مختص أرطفوني	
%18.3	11	مختص بيداغوجي	
%100	60	المجـــموع	

المصدر: مخرجات برنامج Excel 2007

من خلال الجدول رقم(15) يتضح لنا أن أفراد العينة والبالغ عددهم(60) قد تباينت خصائصهم ومميزاتهم وهي موضحة في النقاط التالية:



حسب المؤهل العلمى:

حيث كان أغلبية المختصين لهم شهادة الماستر 2 بنسبة (35%)، ثم يليه حاملي شهادة الليسانس وطبيب متخصص بنسب متقاربة على التوالي (31.7 %) و (28.33%)، في حين مثل الأفراد ذوي مؤهل الدراسات العليا أقل عدد من حيث الأفراد بنسبة (5%).

حسب الأقدمية:

ونلاحظ أن أغلبية أفراد العينة ينتمون إلى فئة الأفراد ذوي الأقدمية الكبيرة أي من10 سنوات فما فوق بنسبة (56.7 %) ثم يليه سنوات أقدمية من 5 سنوات إلى 10 سنوات بنسبة (25%)، في حين يمثل الأفراد ذوي الأقدمية أقل من 5 سنوات أقل نسبة بلغت (18.33%).

حسب مكان العمل:

ولاحظنا أن غالبية الأفراد الذين يعملون في المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات الطابع الحكومي بلغت نسبتهم(67%)، ثم تليها مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات طابع الخاصة والتي تمثلها العيادات بنسبة (33.33%).

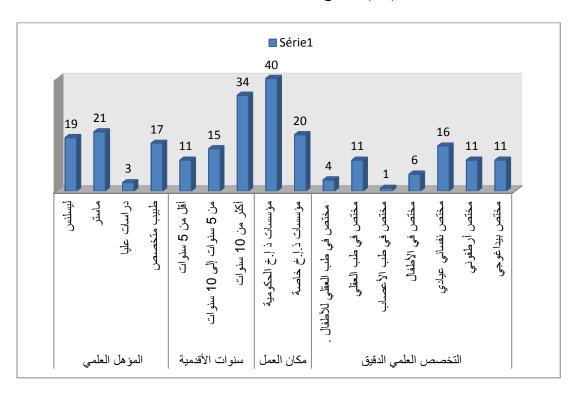
حسب التخصص العلمي الدقيق:

ولاحظنا من خلال الجدول أن هناك تباين في نسب الأفراد حيث نجد أن أغلبية الأفراد من ذوي تخصص مختص نفساني عيادي مثلت أعلى نسبة بلغت(26%)، ثم يليه بالتساوي كل من مختص في الطب العقلي ومختص أرطفوني ومختص بيداغوجي بنسبة بلغت (18.3%)، ثم يليه مختص في طب الأطفال و مختص في الطب العقلي للطفل بنسب متقاربة على التوالي(4%) و (6%) في حين مثل عدد المختصين ذوي تخصص طب الأعصاب أقل عدد حيث بلغ نسبة (7,1%).

وكل هذه النتائج موضحة في الأعمدة البيانية التالية:







المصدر: مخرجات برنامج7Excel2007

وانطلاقا من نتائج الدراسة الإستطلاعية للمراكز قمنا بالتخلي عن رأي المختص النفسو بيداغوجي لأن دوره في المؤسسة كان دورا إداريا بحت، إضافة إلى أنه أثناء الإجابة كان يستشير كل من المختص النفساني العيادي والمختص الأرطفوني، كما لاحظنا أن تدخله ينحصر في مرحلة بناء البرنامج الفردي للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد ولا يتدخل في عملية تشخيص.

4.4 إجراءات بناء الاستبيان

لجمع البيانات الخاصة بمدى فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص إضطراب طيف التوحد لدى الطفل في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة)، فقد قامت الطالبة الباحثة ببناء استبيان لتقييم فاعلية إستراتيجيات المعتمدة في التشخيص ووفقا للأدب التربوي والتراث العلمي.

ثم تم تحديد الأبعاد الخاصة بكل مقياس في ضوء الهدف الذي وضع لأجله، بعد ذلك تم صياغة المؤشرات الخاصة بكل بعد، وقد استعنا في عملية بناء الاستبيان بشكل رئيسي على الوثائق المرجعية كما تم القيام بوضع تعديلات أولية قبل عرضها على الخبراء والأساتذة للتحكيم وهي موضحة كالآتي:



- 4. 4. 1 قائمة تقييم أعراض اضطراب طيف التوحد (ATEC): لبرنارد ريملاند وستيفن اديسون والذي قام بترجمته وتعريبه عادل عبد الله محمد في سنة (2006)، ولقد صمم تحديدا لتشخيص اضطراب طيف التوحد وتحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة والأساليب العلاجية التي يمكن أن نستخدمها مع هؤلاء الأطفال، وفي الواقع أن هذه القائمة يمكن استخدامها للعديد من الأغراض من أهمها:
 - أ. تشخيص اضطراب طيف التوحد بين الأطفال.
 - ب. التعرف على مدى حدة وشدة السلوكيات التوحدية التي تصدر عن الطفل.
- ت. تقييم مدى التقدم الذي يمكن أن يكون الطفل قد أحرزه حال خضوعه لأسلوب علاجي معين حتى يمكن استغلال ما تبقى لديه من قدرات ومهارات مختلفة.
- ث. تحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة أو الأسباب العلاجية التي يمكن أن نستخدمها مع هؤلاء الأطفال.

ومن منطلق الفائدة من هذه القائمة فقد اقتبست منها عناوين أهم الأبعاد الفرعية والموضحة في الجدول رقم(18) كما قمت بتعديلها تماشيا مع ما يخدم الدراسة الحالية كالآتى:

الجدول (18) يبين تعديل بنود اقتبست من قائمة تقييم أعراض اضطراب طيف التوحد (ATEC)

بعد تكامل فريق متعدد التخصصات						
البند المعدل	قع نند	البند الأصلي	رقم البند			
يجري فريق متعدد التخصصات تقييما المشكلات الصحية لطفل طيف التوحد.	2	المشكلات الصحية والحالة الجسمية	4			
يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإجتماعية لطفل طيف التوحد.	3	المهارات الاجتماعية	2			
يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/ المعرفي) لطفل طيف التوحد	4	الإدراك والوعي الحسي/ المعرفي	3			



يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للتواصل اللفظي (اللغة و الحديث) لطفل	5	التواصل اللفظي (اللغة والحديث)	1
طيف التوحد.			

المصدر: (البنود الأصلية قائمة تقييم أعراض اضطراب طيف التوحد ATEC).

4. 4. 2 نموذج نایف بن عابد الزارع

هو نموذج مقترح للتقييم وتشخيص مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. والذي اقتبست منه بعض البنود وأعدت صياغتها تماشيا مع أبعاد موضوع دراستي وهي موضحة في الجدول رقم(17) كالاتي:

الجدول (17) يوضح تعديل بنود اقتبست من نموذج لتقييم وتشخيص مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التجدول (17)

بعد التشخيص المبكر						
البند المعدل		البند الأصلي	رقم			
5 55 47 -	البند	، <u> </u>	البند			
تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر		يستخدم الفريق أحد المقاييس للكشف عن				
لإضطراب طيف التوحد عند الطفل.	2	التوحد الرسمية المقننة على البيئة في جميع	13			
		المعلومات.				
تجري عملية التشخيص لطفل طيف التوحد	11		1			
·		يجري فريق متعدد التخصصات التقييم				
أثناء تفاعله مع أسرته.		والتشخيص للطفل أثناء تفاعله مع أسرته.				
تجري عملية التشخيص لطفل طيف التوحد						
أثناء تواجده في حجرة.	10	يجري فريق متعدد التخصصات التقييم	16			
		والتشخيص للطفل في غرفة خاصة.	16			



بعد تكامل فريق متعدد التخصصات						
البند المعدل	رقم البند		البند الأصلي	رقم البند		
يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص لإضطراب طيف التوحد لدى الطفل.	08		يعد فريق متعدد التخصصات الأهداف الموضوعية في برنامج التدخل من حيث مناسبتها لقدرات كل الطفل.	18		
يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن مستوى أداء طفل طيف التوحد قبل الشروع في البرنامج العلاجي.	09	عد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن مستوى أداء الطفل قبل البدء بالبرنامج.		20		
۷	الفارقم	يص	التشخير	·		
البند المعدل		رة الب	البند الأصلي	رقم البند		
يجري الفريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتميز بين التوحد و نوع طيف التوحد- الإضطرابات المصاحبة- لإضطرابات المشابهة – اضطراب التواصل الإجتماعي- شدة طيف التوحد).		2 3 4 5	يجري الفريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين التوحد و الإضطرابات المماثلة.	15		

المصدر: (البنود الأصلية لمقياس نايف بن عابد الزارع،2010 ،ص ص 198 – 200)



3.4.4 معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق للدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعتيه الرابعة DSM-4 والخامسة DSM-5:

واقتبست منه البنود الخاصة بزمن إجراء التشخيص المبكر لإضطراب طيف التوحد لدى الطفل وهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (16) يبين تعديل البنود الخاصة بزمن إجراء تشخيص المبكر لإضطراب طيف التوحد

بعد التشخيص المبكر					
البند المعدل		البند الأصلي	رقم البند		
يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من 18 شهرا إلى سنتين.	04	وفق4-DSM /5/DSM: التشخيص المتكامل يقرر في السنوات الأولى من عمر الطفل.	01		
يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى 3 سنوات.	05	وفق 4-DSM: التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3-5 سنوات من العمر.	02		
يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من3 سنوات إلى8 سنوات.	06	وفق 5-DSM: توسيع المدى العمري الذي تظهر فيه أعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة و الممتدة حتى عمر 8 سنوات.	03		

مصدر: البنود الأصلية لمعايير كل من DSM5 وDSM4

وفي النهاية تحصلنا على استبان في صورته الأولية يحتوي على28 فقرة (الصورة النهائية موضحة في الملحق رقم (03) الصفحة (246) موزعة على ثلاثة أبعاد، وهو موضح موضحة في الجدول رقم (19) على التوالي كالأتي:



الجدول(19) يبين توزيع أبعاد الإستبيان في صورته النهائية

عدد الفقرات	البعد	رقم البعد
12	التشخيص المبكر	1
09	تكامل فريق متعدد التخصصات	2
07	التشخيص فارقي	3
28	مجمـــوع الثلاث أبعاد	

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

كما تم إدراج الإستبيان المكون من(28) فقرة سالفة الذكر في ضوء سلم ليكارت الخماسي لقياس درجة فاعلية إستراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد للطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) متدرجة من: دائما - غالبا - أحيانا - نادرا - أبدا.

والتي من خلالها يمكن الحكم على إجابات الدراسة ويكون المتوسط الحسابي المرجح كما في الجدول الأتي:

الجدول (20) يبين قيم المتوسط المرجح و الإتجاه العام

الإتجاه العام	الوسط الحسابي المرجح
أبدا	1.79 – 1.00
نادرا	2.59 - 1.80
أحيانا	3.39 -2.60
غالبا	4.19 -3.40
دائما	5.00 - 4.20

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



وتم تحديد مقياس مستوى الأهمية (استجابة أفراد العينة بالنسبة للمتوسط) كما يلى:

الجدول (21) يبين الأهمية النسبية

مرتفع	متوسط	منخفض	مستوى الأهمية
5 -3.68	3.67 -2.34	أقل من 2.33	الفقرة
من 41 إلى 55	من 26 إلى 40	أقل من 26	للبعد الأول
من 34 إلى 45	من 21 إلى 33	أقل من 21	للبعد الثاني
من 26 إلى 35	من 17 إلى 25	أقل من 17	للبعد الثالث
من 100 إلى 135	من 63 إلى 99	أقل من 63	للمقياس

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

وبعد كتابة تعليمات الإستبيان وفقراته و تعديلها وفق التراث النظري. اهتمت الطالبة الباحثة بتقدير خصائص السيكو مترية للأداة من خلال حساب معامل الصدق و الثبات وسنوضح ذلك فيما يلي:

5.4 حساب الخصائص السيكو مترية للإستبيان

1.5.4 حساب الصدق الإستبيان

1.1.5.4 حساب صدق المحتوى

تم عرض الإستبيان في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة بلغ عددهم(19) محكم تباينت تخصصاتهم وهي موضحة في الجدول رقم (22)، كما قمنا بوضع قائمة فيها أسماء الأساتذة المحكمين وكذا رتبهم و الجامعات التي ينتمون إليها في الملحق رقم(02) الصفحة (244).

الجدول (22) يبين تخصصات الأساتذة المحكمين و عددهم

أدب	تربية مختصة	مختص علوم التربية	مختص في الأرطفوني	النفس العيادي	مختص في الأعصاب	مختص في الطب العقلي	التخصصات
01	03	02	07	04	01	01	العدد

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



كما تم حساب نسبة صدق المحتوى لأداة الدراسة بإستعمال معادلة لاوشى Lawshé والتي مفادها أن:

CVR: هو نسبة صدق المحتوى.

N: عدد المحكمين الذين يعتبرون البند أساسي أو مهم و لكن ليس أساسيا.

ا: هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند ليس له صلة بالموضوع.

N: هو مجموع الكلي للمحكمين. (حمادوش، 2019، ص. 192)

وأسفرت المعالجة الإحصائية لصدق المحتوى عن النتائج المتعلقة بمؤشر اتفاق المحكمين عن صدق المفردات وهي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول(23) يبين نتائج قيم معامل صدق المحتوى CVR

	معامل صدق المحتوى CVR					
CVR	بعد التشخيص المبكر					
0.68	1. يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه.					
0.78	2. تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر لإضطراب طيف التوحد عند الطفل.					
1.00	3. تعتمد في تشخيصك المبكر لإضطراب طيف التوحد عند الطفل على التنوع في المصادر (أولياء					
	و مرافقين) للحصول على المعلومات.					
1.00	4. يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لإضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة					
	العمرية الممتدة من 18 شهر إلى سنتين.					
1.00	5. يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لإضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة					
	العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى 3 سنوات.					
0.89	6. يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لإضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة					
	العمرية الممتدة من أكثر من 3 سنوات إلى 8 سنوات.					
1.00	7. تعتمد في تشخيصك المبكر لإضطراب طيف التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة ب					
	.DSM-5					



1 00	
1.00	8. تعتمد في تشخيصك المبكر الإضطراب طيف التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة ب
	.CIM-10
1.00	9. تعتمد في تشخيصك المبكر لإضطراب طيف التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة
	.CFTMEA ب
1.00	10. تجري عملية التشخيص لإضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تواجده بالحجرة.
1.00	11. تجري عملية التشخيص لإضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تفاعله مع الأسرة.
1.00	12. تجري عملية التشخيص لإضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تفاعله مع أقرانه.
	بعد تكامل فريق متعدد التخصصات
1.00	1. تنسق مع فريق متعدد التخصصات خطة لمراحل عملية التشخيص لإضطراب طيف التوحد عند
	الطفل.
1.00	2. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمشكلات الصحية لإضطراب طيف التوحد عند الطفل
1.00	3. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الاجتماعية لإضطراب طيف التوحد عند الطفل.
1.00	4. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/المعرفي) لإضطراب
	طيف التوحد عند الطفل.
1.00	5. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للتواصل اللفظي (اللغة والحديث) لإضطراب طيف التوحد
	عند الطفل.
1.00	6. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للجوانب السلوكية و الإنفعالية لإضطراب طيف التوحد
	عند الطفل.
1.00	7. يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم لتقييم مدى تقدم حالة طفل طيف التوحد.
1.00	8. يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص الإضطراب طيف
	التوحد عند الطفل.
1.00	9. يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن مستوى أداء طفل طيف التوحد قبل الشروع في البرنامج
	العلاجي.
	بعد التشخيص الفارقي
0.89	1. يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا ضمنيا لتصنيف نوع إضطراب طيف التوحد
	عند الطفل.
$\overline{}$	



0.89	2. يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين إضطراب طيف التوحد و
	الاضطرابات المصاحبة.
0.89	3. يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و
	الاضطرابات المشابهة له.
1.00	4. يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و اضطراب
	التواصل الإجتماعي.
1.00	5. يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا لتحديد مستوى شدة اضطراب طيف التوحد.
1.00	6. يعتمد التشخيص الفارقي الضطراب طيف التوحد على قرار الفريق الطبي (pédopsychiatre
	(Pédiatre -neurologue -psychiatre -
1.00	7. يعتمد التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد على قرار الفريق النفسي (psychologue-
	.(pédagogique –orthophoniste

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

وفي ضوء ملاحظات و مقترحات السادة الأساتذة المحكمين عدلنا صيغ بعض الكلمات و البنود وهي موضحة مع تعليل السبب في الجدول الآتي:

الجدول (24) يبين نتائج تعديل الفقرات الأبعاد بعد التحكيم مع التعليل

السبب	التشخيص المبكر				
	بعد التحكيم	قبل التحكيم	البند		
ضبط المفهوم	يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه.	عند التحاق الطفل بالمؤسسة يكون مشخصا مسبقا.	01		



توضيح العبارة الغامضة وكذا تغيير الصرف من الجمع إلى المفرد.	أعتمد في التشخيص المبكر لطفل طيف التوحد على التنوع في المصادر (أولياء و مرافقين) للحصول على المعلومات.	تعتمدون في التشخيص المبكر على التنوع في المصادر للحصول على المعلومات.	03						
بعد تكامل فريق متعدد التخصصات									
السبب	بعد التحكيم	قبل التحكيم	الرقم						
تضيق المفهوم و تجنب العبارات الواسعة.	يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمشكلات الصحية لطفل طيف التوحد.	يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمشكلات الصحية و الحالة الجسمية.	02						
	التشخيص الفارقي								
السبيب	بعد التحكيم	قبل التحكيم	الرقم						
ضبط المفهوم.	يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين طيف التوحد والاضطرابات المصاحبة.	يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتحديد بين طيف التوحد و الإضطرابات الأخرى	02						

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

وأسفرت نتائج جدول المعادلة أن نسبة صدق المحتوى لبند التشخيص المبكر يساوي(68%)، أما بالنسبة لبعد تكامل فريق متعدد التخصصات(89%)، وبالنسبة لبعد التشخيص الفارقي فقد بلغ(89%).

وعلى إعتبار أن هذه النسب أكبر من60% يمكننا القول بأن بنود المتغيرات صادقة فيما أعدت لقياسه.

2.5.4 صدق المقارنة الطرفية

تم حساب صدق الاستبيان باستخدام طريقة المقارنة الطرفية لكل عبارة من عبارات الاستبيان وذلك بعد ترتيب الدرجات ترتيبا تنازليا ثم أخذ نسبة 27% من طرفي الاستبيان (الخاصية المقاسة) الأعلى والأدنى، أي ما يقابلها 16 درجة عليا و 16 درجة دنيا ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (Ttest)،



كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (25) يوضح صدق المقارنة الطرفية لفقرات الاستبيان

t	الانحراف	المتوسط	حجم		m () = t(Т	الانحراف	المتوسط	حجم		- 1 1 11
ι	المعياري	الحسابي	العينة	الطرفين	العبارات	'	المعياري	الحسابي	العينة	الطرفين	العبارات
5.496	0.543	4.81	16	الأعلى	15	2.702	0.750	4.18	16	الأعلى	01
5.490	1.447	2.68	16	الأدنى		2.702	1.276	3.18	16	الأدنى	01
5.653	0.250	4.93	16	الأعلى	16	2.300	0.447	4.75	16	الأعلى	02
3.033	1.527	2.75	16	الأدنى	10	2.300	1.340	3.93	16	الأدنى	02
4.341	0.577	4.75	16	الأعلى	17	2.216	0.250	4.93	16	الأعلى	03
4.341	1.505	3.00	16	الأدنى	17	2.210	0.629	4.56	16	الأدنى	03
5.186	0.403	4.81	16	الأعلى	18	4.994	0.966	4.00	16	الأعلى	04
3.100	1.388	2.93	16	الأدنى	10	4.774	1.340	1.93	16	الأدنى	04
4.930	0.341	4.87	16	الأعلى	19	3.266	0.853	4.06	16	الأعلى	05
4.230	1.586	2.87	16	الأدنى	19	3.200	1.712	2.50	16	الأدنى	0.5
4.815	0.447	4.75	16	الأعلى	20	3.832	1.204	4.37	16	الأعلى	06
4.013	1.707	2.62	16	الأدنى	7 20	3.032	1.459	2.56	16	الأدنى	00
12.199	0.000	5.00	16	الأعلى	21	2.594	1.154	4.00	16	الأعلى	07
12.177	1.024	1.87	16	الأدنى	21	2.574	1.662	2.68	16	الأدنى	07
8.437	0.619	4.62	16	الأعلى	22	5.495	1.360	4.37	16	الأعلى	08
0.437	1.147	1.87	16	الأدنى	22	3.473	1.276	1.81	16	الأدنى	00
8.555	0.447	4.75	16	الأعلى	23	2.573	0.577	4.75	16	الأعلى	09
0.333	1.236	1.93	16	الأدنى	23	2.575	1.123	3.93	16	الأدنى	07
4.301	0.704	4.68	16	الأعلى	24	4.019	0.341	4.87	16	الأعلى	10
7.301	1.784	2.62	16	الأدنى	24	T.017	1.707	3.12	16	الأدنى	10
3.696	1.147	4.37	16	الأعلى	25	2.324	0.447	4.75	16	الأعلى	11
3.070	1.673	2.50	16	الأدنى	23	4.347	1.211	4.00	16	الأدنى	11



6.737	1.558	2.18	16	الأدنى	27		5.657	1.414	3.00	16	الأدنى	13
كل الفقرات المميزة					7.778	0.403 1.152	4.81 2.43	16 16	الأعلى الأدنى	14		

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك فرق واضح بين الطرفين في كل العبارات حيث كانت المتوسطات الحسابية للطرف الأدنى فيها، المتوسطات الحسابية للطرف الأدنى فيها، وهذا ما أكدته قيم إختبار الدلالة الإحصائية (Ttest) التي جاءت كلها موجبة ودالة إحصائيا، وبالتالي يمكن القول بأن عبارات هذا الاستبيان صادقة لأنها استطاعت أن تميز بين طرفي الخاصية المقاسة.

3.5.4 الاتساق الداخلي

تم حساب صدق هذا الاستبيان عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارات والدرجة الكلية للاستبيان ككل ثم بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تتتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للاستبيان ككل كما يلي:

1.3.5.4 تقدير الارتباطات بين الفقرات والاستبيان ككل

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للاستبيان ككل بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

2) يوضح مصفوفة ارتباطات فقرات استبيان مع درجته الكلية	26)	دول رفم	الج
---	-----	---------	-----

معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات
0.720**	الفقرة 19	0.608**	الفقرة 10	0.375**	الفقرة 1
0.714**	الفقرة 20	0.377**	الفقرة 11	0.398**	الفقرة 2
0.856**	الفقرة 21	0.646**	الفقرة 12	0.257*	الفقرة 3
0.748**	الفقرة 22	0.738**	الفقرة 13	0.532**	الفقرة 4

2

0.785**	الفقرة 23	0.865**	الفقرة 14	0.319*	الفقرة 5			
0.678**	الفقرة 24	0.781**	الفقرة 15	0.494**	الفقرة 6			
0.591**	الفقرة 25	0.760**	الفقرة 16	0.309*	الفقرة 7			
0.468**	الفقرة 26	0.764**	الفقرة 17	0.560**	الفقرة 8			
0.648**	الفقرة 27	0.772**	الفقرة 18	0.287*	الفقرة 9			
	**الفقرات الدالة عند مستوى الدلالة (0.01)							
	* الفقرات الدالة عند مستوى الدلالة (0.05)							

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(α =0.01) وعددها(α =0.05) فقرة حيث تراوحت قيم الارتباط كان بين الفقرة (1) والدرجة الكلية للاستبيان ككل و (0,86) كأعلى ارتباط كان بين الفقرة (1) والدرجة الكلية للاستبيان ككل، في حين نجد أن العبارات(α =0.05) جاءت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(α =0.05) بارتباط تراوح بين(0,25) كأدنى ارتباط كان بين الفقرة (3) والدرجة الكلية للاستبيان ككل و (0,31) كأعلى ارتباط كان بين الفقرة (5) والدرجة الكلية للاستبيان ككل، وعموما يمكن القول فقرات هذا الاستبيان صادقة وتتسق فيما بينها وبين الاستبيان ككل.

2.3.5.4 تقدير الارتباطات بين الفقرات والمحاور التي تنتمي إليها

1.2.3.5.4 الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لبعد التشخيص المبكر

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لبعد "التشخيص المبكر" بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول الأتي:

الجدول رقم (27) يبين مصفوفة ارتباطات فقرات بعد التشخيص المبكر مع درجته الكلية

معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات
0.569**	الفقرة 7	0.626**	الفقرة 1
0.701**	الفقرة 8	0.620**	الفقرة 2
0.421**	الفقرة 9	0.457**	الفقرة 3



0.566**	الفقرة 10	0.426**	الفقرة 4
0.609**	الفقرة 11	0.453**	الفقرة 5
ال عند (0.01)	** الإرتباط دا	0.563**	الفقرة 6

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.42) وعددها(11) فقرة حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين(0,42) كأعلى ارتباط كان بين الفقرة(9) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,70) كأدنى ارتباط كان بين الفقرة(8) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الأول"التشخيص المبكر" صادق لأن كل فقراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

2.2.3.5.4 الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية في بعد تكامل فريق متعدد التخصصات

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لبعد " تكامل فريق متعدد التخصصات المعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول الأتي:

الجدول رقم (28) يوضح مصفوفة ارتباطات فقرات بعد تكامل فريق متعدد التخصصات مع درجته الكلية

معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات
0.836**	الفقرة 17	0.752**	الفقرة 12
0.818**	الفقرة 18	0.790**	الفقرة 13
0.811**	الفقرة 19	0.880**	الفقرة 14
0.815**	الفقرة 20	0.849**	الفقرة 15
ال عند (0.01)	** الإرتباط ه	0.837**	الفقرة 16

المصدر: مخرجات برنامج spss22

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01) وعددها(9) فقرات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين(0,88) كأعلى ارتباط كان بين الفقرة(12) والدرجة الكلية للمحور ككل و (0,75) كأدنى ارتباط كان بين الفقرة(12) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الثاني (تكامل فريق متعدد التخصصات) صادق لأن كل فقراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.



3.2.3.5.4 الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لبعد التشخيص الفارقي

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لبعد" التشخيص الفارقي" بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول(29) يوضح مصفوفة ارتباطات فقرات بعد التشخيص الفارقي مع درجته الكلية.

الفارقي مع درجته الكلية	فقرات بعد التشخيص	مصفوفة ارتباطات	الجدول رقم (29) يوضح
-------------------------	-------------------	-----------------	----------------------

معامل الارتباط	الفقرات	معامل الارتباط	الفقرات
0.779**	الفقرة 25	0.875**	الفقرة 21
0.674**	الفقرة 26	0.819**	الفقرة 22
0.701**	الفقرة 27	0.871**	الفقرة 23
ل عند (0.01)	** الإرتباط دا	0.859**	الفقرة 24

المصدر: مخرجات برنامج spss22

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0.01)$ وعددها(7) فقرات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,67) كأعلى ارتباط و الذي كان بين الفقرة(26) والدرجة الكلية للمحور ككل و (0,87) كأدنى ارتباط الذي كان بين الفقرة(21) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الثالث "التشخيص الذي كان بين الفقرة (21) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الثالث "التشخيص الفارقي" صادق لأن كل فقراته تتسق فيما بينها وبين المحور الذي تتمى إليه.

4.2.3.5.4 الارتباط بين الدرجة الكلية للمحاور بالدرجة الكلية للاستبيان ككل

تم حساب صدق هذا الاستبيان عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل جزء من الاستبيان بالدرجة الكلية له، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(30) يبين مصفوفة ارتباطات محاور استبيان مع الدرجة الكلية

معامل الارتباط	المحاور	معامل الارتباط	المحاور
0.855**	المحور الثالث	0.774**	المحور الأول
** الإرتباط دال عند (0.01)		0.915**	المحور الثاني

المصدر: مخرجات برنامج spss22



من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0.01)$ حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين المحور الأول والدرجة الكلية للاستبيان ككل(0.77)، وبالنسبة لارتباط المحور الثاني مع الدرجة الكلية للاستبيان ككل(0.91)، وبالنسبة لارتباط المحور الثالث مع الدرجة الكلية للاستبيان ككل(0.85)، و نلاحظ أن كل القيم جاءت موجبة وقوية، وعليه يمكن القول بأن هذا الاستبيان صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين درجة الاستبيان ككل.

4.5.4 الثبات

1.4.5.4 التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ)

تم حساب ثبات هذا الاستبيان بطريقة النتاسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها لكل محور على حدة وبالنسبة للاستبيان ككل، كما هو موضح بالجدول التالى:

C . 33		: C 3: (// 3 3) :
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المحاور
11	0.749	البعد الأول (التشخيص المبكر)
9	0.939	المحور الثاني (تكامل فريق متعدد التخصصات)
7	0.903	المحور الثالث (التشخيص الفارقي)
27	0.929	الاستبيان ككل

الجدول رقم(31) يوضح ثبات إستبيان عن طريق ألفا كرونباخ

المصدر: مخرجات برنامج spss22

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للمحور الأول "التشخيص المبكر" (0.74)، و بالنسبة للمحور الثاني "تكامل فريق متعدد التخصصات " (0.93)، وبالنسبة للمحور الثالث "التشخيص الفارقي" (0.90)، وبالنسبة للاستبيان ككل بلغ (0.92).

ويمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا الاستبيان يتمتع بثبات عالى، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا الاستبيان يكاد بدرجة تقترب من الارتباط التام(1)، كما تم التحقق من ثبات الاستبيان ككل من خلال تقدير معاملات الارتباط و معاملات ألفا كرونباخ للعبارات في حالة الحذف فكانت النتائج كما يلى:



الجدول رقم(32) يوضح ثبات إستبيان عن طريق ألفا كرونباخ بعد الحذف

ألفا كرونباخ بعد الحذف	معامل الارتباط بعد الحذف	العبارات	ألفا كرونباخ بعد الحذف	معامل الارتباط بعد	العبارات
0.924	0.756	ب15	0.930	0.326	ب1
0.924	0.732	ب16	0.929	0.358	ب2
0.925	0.740	ب17	0.930	0.233	ب3
0.924	0.749	ب18	0.928	0.479	ب4
0.925	0.691	ب19	0.931	0.256	ب5
0.925	0.681	ب20	0.929	0.433	ب6
0.922	0.836	ب21	0.932	0.242	ب7
0.924	0.715	ب22	0.928	0.499	ب8
0.924	0.756	ب23	0.930	0.248	ب9
0.926	0.639	ب24	0.927	0.569	ب10
0.927	0.541	ب25	0.929	0.338	ب11
0.929	0.409	ب26	0.926	0.612	ب12
0.926	0.602	ب27	0.925	0.710	ب13
			0.923	0.849	ب14

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أدنى قيمة لمعامل الارتباط تصل إلى (0.23) في حالة حذف العبارة رقم (3) مع ارتفاع لقيمة معامل ألفا كرونباخ إلى(0.93) في حين أن أعلى قيمة لمعامل الارتباط تصل إلى(0.83) في حالة حذف العبارة(21) مع انخفاض قيمة معامل ألفا كرونباخ إلى 0.92، وعليه نلاحظ أن قيمة معامل الثبات لألفا كرونباخ لا تتأثر في حالة حذف أي عبارة من عبارات الاستبيان وهذا يدل كذلك على أن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا الاستبيان وبالتالي فهو ثابت.



4. 5. 3 نتائج الدراسة الإستطلاعية

من خلال ما تم التطرق إليه من عرض لكيفية بناء أداة الدراسة و حساب الخصائص السيكومترية و التي بينت أن الإستبيان يمتاز بمستوى ثبات و صدق عاليين، ووفقا لنتائج الدراسة الاستطلاعية تم التخلي عن المختص البيداغوجي نظرا لأن دوره منسق إداري و لا يتدخل في عملية التشخيص.

6.4 الصعوبات خلال الدراسة الإستطلاعية

لقد واجهتنا صعوبات أثناء قيامنا بالدراسة الإستطلاعية والتي يمكن حصرها في النقاط التالية:

- أ. عدم تعاون المختصين أثناء توزيع الإستبيان.
- ب. طول مدة انتظارنا لاسترداد أو استرجاع الإستبيان.
- ت. لاحظنا في بعض المراكز أنه تم عقد اجتماعات بهدف الإجابة على الاستبيان حتى تكون متوافقة مع بعضها، وفي بعض الأحيان لجهل بعض المختصين الممارسين في الميدان لخصوصية إضطراب طيف التوحد.
 - ث. تخوف بعض المختصين من الإجابة في بعض الأحيان والتستر عن بعض الحقائق.
- ج. كما لمسنا من خلال إحتكاكنا بالمختصين و ردات أفعالهم أنهم اعتبروا الإستبيان كتحقيق لعملهم لذلك كان بعض المختصين لا يجيبون على الإستبيان.

لذلك قررنا تدعيم الإستبيان بأسئلة مفتوحة تمكن المختص من الإجابة بحرية و تفتح له المجال لإبداء رأيه بدون قيود، ما يدعمنا بكمية أوفى من المعلومات في دراستنا.

و لقد تكونت الأسئلة المفتوحة من 11 سؤال مفتوح و التي استهدفت النقاط التالية:

السوال الأول:

- ماهي (المقاييس/الفحوص) التي تعتمد عليها في تشخيص إضطراب طيف التوحد عند الطفل؟ والهدف منه هو:

محاولة حصر لعدد المقاييس المعتمد عليها أو الأكثر شيوعا أثناء التشخيص إضطراب طيف التوحد، و الكشف ايضا فيما إذا كانت هذه المقاييس مقننة.



السوال الثاني:

- ماهي أهم الفحوصات التي تعتمد عليها عند وضعك لتشخيص فارقي لإضطراب طيف التوحد عند لطفل؟

والهدف منه هو:

- التعرف على المقاييس التي يستندون عليها عند وضع تشخيص فارقي لإضطراب طيف التوحد عند الطفل.

السوال الثالث:

- كم عدد الجلسات التي تستغرقها للفصل في تشخيصك لإضطراب طيف التوحد عند الطفل؟

والهدف منه:

التعرف على المدة الزمنية التي يتم فيها التشخيص.

السؤال الرابع:

- ماهي المدة التي يستغرقها فريق متعددة التخصصات لإجراء تقييمهم؟

الهدف منه:

- التعرف على مدة تقييم التي يستغرقها فريق متعدد التخصصات للفصل في التشخيص النهائي.

السؤال الخامس:

- من هم المختصون الذين تتسق معهم عادة أثناء تشخيصك لإضطراب طيف التوحد عند الطفل؟

الهدف منه:

- التعرف على أكثر المختصين الذين ينسقون مع بعضهم أثناء عملية تشخيص إضطراب طيف التوحد عند الطفل.

السوال السادس:

- من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر الحكم النهائي في تشخيص طيف التوحد؟ الهدف منه:
 - التعرف على من هو المسؤول عن التنسيق للفريق المتعدد التخصصات.



السؤال السابع:

- ما هو نوع(المقياس/ الفحص) الذي تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لإضطراب طيف التوحد عند الطفل ؟

الهدف منه:

- التعرف مدى مراعاة تطابق المقاييس المستعملة مع المرحلة العمرية التي يكون بها الطفل أثناء عملية التشخيص.
- التعرف على الوقت والمدة التي يجري فيها الفحص من اجل تحديد إن كان يتم تطبيق المقاييس في وقتها وطريقتها المثالية.

السوال الثامن:

- كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد؟

الهدف منه:

- التعرف على طرق التواصل بين المختصين أثناء عملية التشخيص.

السؤال التاسع:

هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر ؟(نعم/لا) مع ذكر السبب

الهدف منه:

- التعرف على مدى تطبيق التشخيص المبكر في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة).
 - معرفة هل هناك فعلا تدخل مبكر في حال تشخيص مبكر.

السؤال العاشر:

- ما هو العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم؟

الهدف منه:

- التعرف على مدى ملائمة المقاييس المستعملة مع عمر الطفل.



السؤال الحادي عشر:

- ماهي الصعوبات التي تواجهها في تشخيصك لإضطراب طيف التوحد؟

الهدف منه:

- التعرف و كذا رصد أهم الصعوبات التي تواجه المختصين أثناء تشخيصهم لإضطراب طيف التوحد عند طفل.

والصورة النهائية للإستبيان النصف مفتوح لتقييم فاعلية استراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل يوجد في الملحق رقم(03) الصفحة(246).



المحور الثاني: الدراسة الأساسية

7.4 منهج الدراسة الأساسية

تندرج الدراسة ضمن الدراسات الاستكشافية التقييمية، والتي تهدف إلى تسليط الضوء على إستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك تقييم أي الإستراتيجيات المعتمدة الأكثر فاعلية في تشخيص اضطراب طيف التوحد في المؤسسات ذات القطاع الحكومي أو القطاع الخاص.

ونتيجة لطبيعة الأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة فقد استخدم المنهج الوصفي التحليلي الذي يعد مناسباً لطبيعة هذه الدراسة، والذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيرا كيفيا بوصفها وتوضيح خصائصها، و يعبر عنها تعبيرا كميا بوصفها رقميا وذلك بتوضيح حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى.

8.4 مجتمع الدراسة الأساسية

يقصد بالمجتمع، مجموع وحدات البحث أو الدراسة التي يراد الحصول على معطيات عنها سواء أكانت وحدة العد إنسانا أم نباتا أم جماداً، ويشمل مجتمع هذه الدراسة الأصلي جميع المختصين المساهمين والبالغ عددهم(1060) وموزعين على القطاعين الحكومي و الخاص بكل من ولاية ميلة و سطيف و قسنطينة و برج بوعريريج، وهو مجتمع متجانس من حيث التخصص وفرص العمل والنواحي الإدارية والقانونية وشملت التخصصات التالية:

- أ. مختص في الطب العقلي للطفل (Pédopsychiatre)
 - ب. مختص في الطب العقلي (Psychiatre)
 - ت. مختص في طب الأعصاب(Neurologue)
 - ث. مختص في طب الأطفال (Pédiatre)
 - ج. مختص نفساني عيادي (Psychologue)
 - ح. مختص أرطفوني(Orthophoniste)

والجدول (33) يبين توزيع المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة حسب التخصصات والعدد والقطاع الحكومي والقطاع الخاص.



الجدول (33) يبين توزيع المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة

ن ولاية	ة في كل م	، الخاصا	الإحتياجات	ات ذوي	في مؤسس	ختصین	توزيع الم	
ويريج	برج بوعريريج		سطيف		قسنطينة		ميا	المختصين
خاص	حكومي	خاص	حكومي	خاص	حكومي	خاص	حكومي	
0	0	0	03	0	02	0	0	مختص في الطب العقلي للطفل
07	01	19	11	22	26	07	04	مختص في الطب العقلي
04	02	13	05	23	11	04	09	مختص في طب الأعصاب
11	16	57	32	55	51	24	25	مختص في طب الأطفال
12	57	15	138	17	102	06	100	مختص نفساني عيادي
06	17	25	37	21	15	08	40	مختص أرطفوني
40	93	129	226	138	207	49	178	
1	133		355		45	227		المجموع
	1060							

المصدر: مديريات الصحة والسكان لكل ولاية

ووقفا لمتطلبات الدراسة شملت كل المؤسسات التي تكفلت بأطفال اضطراب طيف التوحد والتي اختلفت في طابعها وانتمائها حيث شملت مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) نذكرها في الجدول الأتي:



الجدول(34) يبين توزيع المؤسسات التي تقوم بتشخيص اضطراب طيف التوحد

مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة	مؤسسات ذوي الإحتياجات	7 11	7 W 11
تنتمي للقطاع الخاص	الخاصة تنتمي للقطاع الحكومي	المدينة	الولاية
3 عيادات في الطب العقلي.	مركز المعاقين ذهنيا 300		
عيادتين لطب الأعصاب.	ملحقة إستشفائية بيلار		
7 عيادات في طب الأطفال.	مستشفى الاطفال	سطيف	
5 عيادات للمختص النفسي.	طيور الجنة		
5 عيادات للمختص الأرطفوني.			
3 عيادات في الطب العقلي			
3 عيادات في الأعصاب	مركز المعاقين ذهنيا العلمة 1		
6 عيادة في طب الأطفال	مركز المعاقين ذهنيا العلمة 2	العلمة	سطيف
4 عيادات للمختص النفساني+	مركز المعاقين ذهنيا حمام السخنة	الغلمة	
مركز الياسمين			
3 عيادات للمختص الأرطفوني			
	ملحقة تابعة للمصالح الاستشفائية.	عين	
3 عيادات في طب الأطفال	ابتسامة.	ولمان	
عيادة للمختص الأرطفوني	مستشفى الجامعي للأمراض العقلية	عين	
	"قراریه سلیمان"	عباسة	
4 عيادات للطب العقلي.	مدرسة المعاقين بصريا.		
عيادة في طب الأعصاب.	مدرسة المعاقين سمعيا.	~ \\	
3 عيادات في طب الأطفال.	مديرية النشاط الإجتماعي و	برج	
4 عيادات للمختص النفساني.	التضامن.	بوعريريج	برج
عيادتين للمختص الأرطفوني.			بوعريريج
	مركز النفسو بيداغوجي للأطفال		
	المعاقين ذهنيا	بليمور	



	واد	مستشفى الأمراض العقلية	2 نفساني في مركز العايدي
	العثمانية	"شعبان موسى"	
ميلة		مدرسة الاطفال المكفوفين	4 عيادات للطب العقلي
میت	شلغوم	ملحقة تابعة للمصالح الإستشفائية	3عيادات في طب الأعصاب
	العيد	العمومية.	7 عيادات في طب الأطفال
			3 عيادات للمختص الأرطفوني
		مركز المعاقين ذهنيا دقسي	10 عيادات للطب العقلي
		مستشفى الأمراض العقلية	10 عيادات في طب الأعصاب
قسنطينة	قسنطينة	جبل الوحش	4عيادات في طب الأطفال
		مركز الوفاء	6 عيادات للمختص النفساني
			5 عيادات للمختص الارطفوني

المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

9.4 حجم عينة الدراسة

اختيرت عينة الدراسة عشوائيا من مجتمع الدراسة معتمدة أسلوب العينة المتاحة، وتم تحديد حجم العينة بناءً على معادلة ثابنسون (Steven Thampson) التي وضعت لاختيار حجم العينة التي تقابل حجم كل مجتمع تم تحديد عدده، وعليه حدد حجم عينة الدراسة (282) مختص وفقا للمعادلة التي تقابل مجتمع حجمه (1060)

والجدول (35) يبين كيفية حساب حجم العينة بالاعتماد على برنامج Microsoft office Excel 2013



الجدول (35) يبين كيفية حساب حجم العينة بناءً على معادلة Steven Thampson

	N N					
3.8416		1.96	الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى المعنوية 0,005 و مستوى الثقة 0.95	Z		
	z 2		تساوي 1.96			
0.0025	d2	0,05	نسبة الخطأ تساوي 0.05	D		
		0,5	القيمة الاحتمالية تساوي 0,50	Р		
10	060		حجم المجتمع			
28	2.17	1	حجم العينة			

المصدر: (بن نويوة سليم، 2020، ص. 174.

والجدول(36) يبين إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الإستبيان وكيفية الحصول على الاستبيانات الخاضعة للتحليل.

الجدول رقم(36) يمثل إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الإستبيان

نسبة الاستبيانات	الاستبيانات	الاستبيانات غير	الاستبيانات	الاستبيانات
الصالحة من العينة	الخاضعة للتحليل	صالحة	المفقودة	الموزعة
%95	269	0	13	282

المصدر: إعداد الطالبة

من الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة الاستبيانات الصالحة للتحليل من العينة (95%) وهي نسبة مرتفعة وتصلح للاستمرار في التحليل الإحصائي و تعطي نتائج يعتمد عليها.



4. 10 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات الإستبيان

الوسط الحسابي يستخدم لمعرفة الاتجاه العام وتحديد الأهمية النسبية، حيث أن الوسط الحسابي مقياس عددي يحدد موقع التوزيع للبيانات والقيمة التي تتجمع حولها البيانات أو القيم والأغلب لكل فقرة من فقرات البعد وتدل على وجود نزعه للإجابة على الفقرة ومعرفة الأهمية النسبية للفقرة من حيث هل لها أهمية من قبل أفراد العينة أو لها تأثير أم لا.

1.10.4 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الأول" التشخيص المبكر" حيث تم فيها حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من الفقرات البعد لتحديد الإتجاه العام والأهمية النسبية كما هو مبين في الجدول الأتي:

الجدول (37) يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعد التشخيص المبكر

الأهمية	الاتجاه	الانحراف	المتوسط	or 1 16	*
النسبية	العام	المعياري	الحسابي	العبارة	رقم
متوسطة	غالبا	1.237	3.6691	يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه	01
مرتفعة	غالبا	1.665	3.8810	تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر	02
				لإضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
مرتفعة	دائما	0.641	4.6654	تعتمد في تشخيصك المبكر لإضطراب طيف	03
				التوحد عند الطفل على التنوع في	
				المصادر (أولياء و مرافقين) للحصول على	
				المعلومات.	
متوسطة	أحيانا	2.218	3.2082	يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم	04
				لإضطراب طيف التوحد عند الطفل طفل في	
				المرحلة العمرية الممتدة من 18 شهر إلى	
				سنتين.	
متوسطة	غالبا	1.757	3.4647	يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم	05
				لإضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة	
				العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى 3	



				سنوات.	
متوسطة	غالبا	1.788	3.6245	يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم	06
				لاضطراب طفل طيف عند الطفل في المرحلة	
				العمرية الممتدة من أكثر من 3 سنوات إلى 8	
				سنوات.	
مرتفعة	غالبا	2.025	3.8253	تعتمد في تشخيصك المبكر لاضطراب طيف	07
				التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة ب	
				.DSM-5	
متوسطة	أحيانا	2.384	2.8253	تعتمد في تشخيصك المبكر لاضطراب طيف	08
				التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة ب	
				.CIM-10	
مرتفعة	غالبا	1.290	4.0372	تجري عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد	09
				عند الطفل أثناء تواجده بالحجرة	
مرتفعة	غالبا	1.702	3.7212	تجري عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد	10
				عند الطفل أثناء تفاعله مع الأسرة.	
متوسطة	غالبا	1.863	3.5019	تجري عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد	11
				عند الطفل أثناء تفاعله مع أقرانه.	
متوسطة	غالبا	7.27900	40.4238	نتيجة المحور	

يتبين لنا من الجدول السابق ما يأتي:

1. إن الفقرة رقم(01) والتي تنص على " يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.6691)، والانحراف المعياري يساوي(1.237)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، وذلك لأن غالبية الأطفال موجهون من قبل مختصين آخرين للفصل في التشخيص الدقيق فيما إذا كان إضطراب طيف التوحد أم لا، وبأهمية نسبية متوسطة.



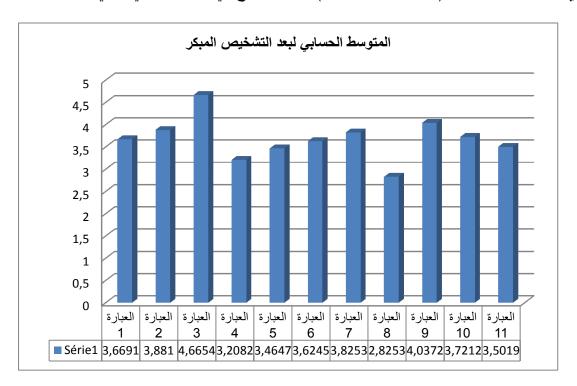
- 2. إن الفقرة رقم(02) والتي تنص على "تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد عند الطفل "كان متوسط الحسابي يساوي(3.8810)، والانحراف المعياري يساوي(1.665) والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، راجع لاعتماد كل مختص على مقياس خاص لإضطراب طيف التوحد لخصوصية أعرضه، وبأهمية نسبية مرتفعة.
- 3. إن الفقرة رقم(03) والتي تنص على " تعتمد في تشخيصك المبكر الضطراب طيف التوحد عند الطفل على المناوع في المصادر (أولياء و مرافقين) للحصول على المعلومات " كان المتوسط الحسابي يساوي (4.6654)، والانحراف المعياري يساوي (0.641)، والاتجاه العام الإجابات أفراد العينة بموافقتهم الدائمة على الفقرة، راجع إلى ضرورة الاستعانة بالأولياء في عملية التشخيص لرصد أكبر عدد من المعلومات حول الطفل، والأهمية النسبية مرتفعة.
- 4. إن الفقرة رقم(04) والتي تنص على" يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لاضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة العمرية الممتدة من 18 شهر إلى سنتين" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.2082)، والاتحراف المعياري يساوي(2.218)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بموافقتهم أحيانا على الفقرة، راجع لعدم وعي الأولياء للسلوكيات أطفالهم من منطلق أنهم في سن مبكرة جدا و لازالوا في طور النمو، و بأهمية نسبية متوسطة.
- 5. إن الفقرة رقم(05) والتي تنص على" يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم الضطراب طيف التوحد عند الطفل في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى 3 سنوات" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.4647)، والانحراف المعياري يساوي(1.757)، والاتجاه العام الإجابات أفراد العينة بأغلبية بموافقتهم على الفقرة، راجع إلى إنتباه الأولياء للسلوك غير طبيعي الأطفالهم مقارنة بأقرانهم، وبأهمية نسبية متوسطة.
- 6. إن الفقرة رقم(06) والتي تنص على" يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لاضطراب طيف التوجد عند الطفل في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من 3 سنوات إلى 8 سنوات" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.6245)، والاتحراف المعياري يساوي(1.788)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بأغلبية بموافقتهم على الفقرة، راجع للانتباه الوالدين و المحيطين بالطفل للفرق الواضح بين طفل طيف التوحد وأقرانه و كذا أنه مقبل على الدخول المدرسي، وبأهمية نسبية متوسطة.



- 7. إن الفقرة رقم(07) والتي تنص على" تعتمد في تشخيصك المبكر الضطراب طيف التوحد عند الطفل على الفقرة رقم(07) والانحراف المعياري على المعايير الخاصة ب5-DSM كان المتوسط الحسابي يساوي(2.025)، والانحراف المعياري يساوي(2.025)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بأغلبية موافقتهم على الفقرة، راجع إلى إعتماد المختصين على معايير 5-DSM لتحديد أعراض اضطراب طيف التوحد عند الطفل، و بأهمية نسبية مرتفعة.
- 8. إن الفقرة رقم (08) والتي تنص على" تعتمد في تشخيصك المبكر لاضطراب طيف التوحد عند الطفل على المعايير الخاصة ب10-CIM" كان المتوسط الحسابي يساوي (2.8253)، والانحراف المعياري يساوي (2.8253)، ويرجع إلى وجود معايير أخرى مثل 5-DSM الأكثر تداولا كما أنهما يتعارضان من حيث معايير و أعراض التصنيفات عند التمييز الضمني لطيف التوحد إضافة إلى أنه توجد نسخة جديدة منه هي CIM-11 مازالت قيد المراجعة.وبأهمية نسبية متوسطة.
- 9. إن الفقرة رقم(09) والتي تنص على" تجري عملية التشخيص الاضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تواجده بالحجرة " كان المتوسط الحسابي يساوي(4.0372)، والانحراف المعياري يساوي(1.290)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، والاتجاه العام الإجابات أفراد العينة بموافقتهم أحيانا على الفقرة، ويرى المختصين بضرورة التشخيص داخل الحجرة لعزل المثيرات للوصول إلى الفحص الدقيق والتأكد، وبأهمية نسبية متوسطة.
- 10. إن الفقرة رقم(10) والتي تتص على " تجري عملية التشخيص المضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تفاعله مع الأسرة " كان المتوسط الحسابي يساوي(3.7212)، والاتحراف المعياري يساوي(1.702)، والاتجاه العام الإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويؤكد المختصون بضرورة تشخيص الطفل أثناء تفاعله مع الأسرة لتقييم مدى تواصله وتفاعله مع أفراد أسرته وبأن الأعراض ثابتة، وبأهمية نسبية مرتفعة.
- 11. إن الفقرة رقم(11) والتي تنص على " تجري عملية التشخيص الإضطراب طيف التوحد عند الطفل أثناء تفاعله مع أقرائه" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.5019)، والانحراف المعياري يساوي(1.863)، والاتجاه العام الإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بضرورة تشخيص الطفل أثناء تفاعله مع أقرانه لتقييم مدى تواصله وتفاعله مع المحيط، وبأهمية نسبية متوسطة.



وإجمالي نتيجة البعد الأول المتعلق" بالتشخيص المبكر" كان المتوسط الحسابي يساوي (40.4238) و الإتجاه العام لإجابات أفراد العينة بالغالبية، أي أن إستراتيجية التشخيص المبكر معتمدة في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة). وهو موضح في الشكل البياني الأتي:



الشكل (03) يوضح المتوسط الحسابي لبعد التشخيص المبكر

2.10.4 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الثاني" تكامل فريق متعدد التخصصات"

حيث تم فيه حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من الفقرات البعد لتحديد الإتجاه العام و الأهمية النسبية كما هو بين في الجدول الأتي:

الجدول (38) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد تكامل فريق متعدد التخصصات

الأهمية النسبية	الاتجاه العام	الانحراف المعياري	المتوسط الحساب <i>ي</i>	العـــــبارة	رقم
مرتفعة	غالبا	1.578	4.0186	تنسق مع فريق متعدد التخصصات خطة لمراحل عملية التشخيص لاضطراب طيف التوحد عند الطفل.	



			بدي فريق متعدد التخصصات تقييما	
غالبا	1.455	3.9851	للمشكلات الصحية لاضطراب طيف التوحد	13
			عند الطفل.	
			يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
غالبا	1.553	3.8996	للمهارات الاجتماعية لاضطراب طيف التوحد	14
			عند الطفل.	
			يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
غالبا	1.582	3.9777	للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/المعرفي)	15
			لاضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
			يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
غالبا	1.986	3.8290	للتواصل اللفظي (اللغة والحديث) لاضطراب	16
			طيف التوحد عند الطفل.	
			يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للجوانب	
غالبا	1.452	4.1041	السلوكية و الإنفعالية الضطراب طيف التوحد	17
			عند الطفل.	
			يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم	
غالبا	1.328	4.0223	لتقييم مدى تقدم حالة طفل طيف التوحد.	18
			يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف	
غالبا	1.403	3.9851	البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص	19
			اضطراب طيف التوحد عند الطفل.	
			يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن	
غالبا	1.889	3.7509	مستوى أداء طفل طيف التوحد قبل الشروع في	20
			البرنامج بالبرنامج.	
غالبا	8.92712	35.5725	نتيجة المحور	
	ابالذ ابالخ ابالخ ابالخ	ابالغ 1.553 ابالغ 1.986 ابالغ 1.452 ابالغ 1.328 ابالغ 1.403	اباك المناف الم	عند الطفل. يجري فريق متعدد التخصصات تقييما يدري فريق متعدد التخصصات تقييما يدري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/المعرفي) للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/المعرفي) للاضطراب طيف التوحد عند الطفل. للتواصل اللفظي (اللغة والحديث) لاضطراب يدري فريق متعدد التخصصات تقييما للجوانب للسلوكية و الإنفعالية لاضطراب طيف التوحد يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم ليتقييم مدى تقدم حالة طفل طيف التوحد. ليعدد فريق متعدد التخصصات أهداف البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل. البرنامج بالبرنامج بالبرنامج بالبرنامج بالبرنامج بالبرنامج.



يتبين لنا من الجدول السابق ما يأتى:

12. إن الفقرة رقم(12) والتي تنص على "تنسق مع فريق متعدد التخصصات خطة لمراحل عملية التشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي(4.0186)، والانحراف المعياري يساوي(1.578)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، حيث يؤكد المختصون على أهمية التنسيق بين أعضاء فريق متعدد التخصصات لوضع تشخيص دقيق، و بأهمية نسبية مرتفعة.

13. إن الفقرة رقم(13) والتي تنص على "يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمشكلات الصحية لاضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي (3.9851)، والانحراف المعياري يساوي (1.455)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لعزل المشاكل الصحية أو مصاحبتها لإضطراب طيف التوحد عند الطفل، وبأهمية نسبية مرتفعة.

14. إن الفقرة رقم(14) والتي تنص على "يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإجتماعية لاضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي (3.8996)، والانحراف المعياري يساوي (1.553)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لأهمية تقييم مستوى المهارات الإجتماعية للطفل الذي يعاني من إضطراب طيف التوحد، وبأهمية نسبية مرتفعة.

15.إن الفقرة رقم(15) والتي تتص على "يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي/المعرفي) لطفل طيف التوحد" كان المتوسط الحسابي يساوي (3.9777)، والاتحراف المعياري يساوي (1.582)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لأهمية تقييم مستوى المهارات الإدراكية و المعرفية لطفل الذي يعاني من إضطراب طيف التوحد، وبأهمية نسبية مرتفعة.

16.إن الفقرة رقم(16) والتي تنص على "يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للتواصل اللفظي (اللغة والحديث) المعياري للضطراب طيف التوحد عند التوحد" كان الوسيط الحسابي يساوي (3.8290)، والانحراف المعياري يساوي (1.986)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لأهمية تقييم مهارات اللغة والتواصل اللفظي للطفل الذي يعاني من إضطراب طيف التوحد، وبأهمية نسبية مرتفعة.



17. إن الفقرة رقم(17) والتي تنص على" يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للجوانب السلوكية و الإنفعالية لاضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي(4.1041)، والانحراف المعياري يساوي(1.452)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لأهمية تقييم مستوى الجوانب السلوكية والانفعالية للطفل لتحديد شدة اضطراب طيف التوحد، وبأهمية نسبية مرتفعة.

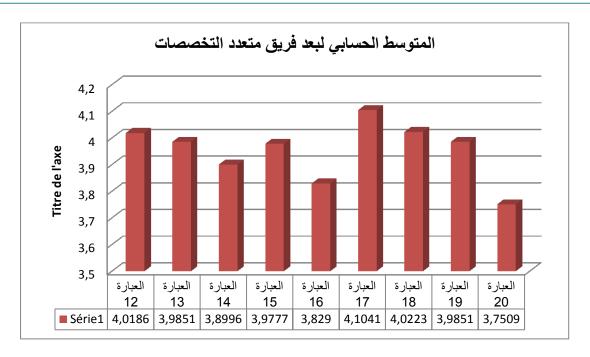
18. إن الفقرة رقم(18) والتي تنص على "يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم لتقييم مدى تقدم حالة طفل طيف التوحد" كان المتوسط الحسابي يساوي(4.0223)، والانحراف المعياري يساوي(1.328)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرجع المختصون ذلك لأهمية تواصل الفريق فيما بينهم لمسايرة تقدم التشخيص، وبأهمية نسبية مرتفعة.

19. إن الفقرة رقم(19) والتي تنص على" يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص لطفل طيف التوحد"كان المتوسط الحسابي يساوي(3.9851)، والانحراف المعياري يساوي(1.403)، و الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بضرورة وضع أهداف للعلاج من خلال التشخيص الدقيق، و بأهمية نسبية مرتفعة.

20. إن الفقرة رقم(20) والتي تنص على" يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن مستوى أداء طفل طيف التوحد قبل الشروع في البرنامج العلاجي " كان المتوسط الحسابي يساوي(3.7509)، والانحراف المعياري يساوي(1.889)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بضرورة وضع تقرير عن التشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل للإطلاع عليه أثناء الحاجة أو الرجوع إليه لتقييم قبل وبعد، عند الخضوع للعلاج لتحديد مدى التقدم، و بأهمية نسبية مرتفعة.

وإجمالي نتيجة البعد الثاني" تكامل فريق متعدد التخصصات "كان المتوسط الحسابي (35.5725) و الإتجاه العام لإجابات أفراد العينة بأغلبية الموافقة، أي أن غالبية أفراد العينة يتفقون على أهمية تكامل فريق متعدد التخصصات بهدف رصد مختلف الأعراض بصفة دقيقة إضافة للتنسيق بينهم لمسايرة التشخيص وكذلك وضع خطة علاجية على ضوء التشخيص المتحصل عليه. وهو موضح في الشكل الأتي:





الشكل (04) يوضح المتوسط الحسابي لبعد تكامل فريق متعدد التخصصات

3.10.4 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات البعد الثالث" التشخيص الفارقي"

حيث تم فيه حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من الفقرات البعد لتحديد الإتجاه العام والأهمية النسبية كما هو مبين في الجدول الأتي:

الجدول (39) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد التشخيص الفارقي

الأهمية	الاتجاه	الانحراف	المتوسط	5.111	
النسبية	العام	المعياري	الحسابي	العبارة	رقم
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	
متوسطة	غالبا	2.287	3.5948	ضمنيا لتصنيف نوع اضطراب طيف التوحد عند	21
				الطفل.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	
متوسطة	غالبا	2.193	3.5762	التمييز بين اضطراب طيف التوحد و	22
				الاضطرابات المصاحبة.	



متوسطة	غالبا	2.372	3.6431	يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا 23 للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات المشابهة له.
متوسطة	غالبا	2.288	3.5874	يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا 24 للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و اضطراب التواصل الإجتماعي.
متوسطة	غالبا	2.270	3.5576	يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا 25 لتحديد مستوى شدة اضطراب طيف التوحد.
مرتفعة	دائما	1.553	4.2342	يعتمد التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد عند الطفل على قرار الفريق – 26 psychiatre – Pédiatre – Neurologue
متوسطة	دائما	2.621	3.2825	يعتمد التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد 27 عندالطفل على قرار الفريق النفسي (Psychologue- Orthophoniste)
متوسطة	غالبا	8.39134	25.4758	نتيجة المحور

يتبين لنا من الجدول السابق ما يأتى:

21. إن الفقرة رقم(21) والتي تنص على" يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا ضمنيا لتصنيف نوع اضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.5948)، والانحراف المعياري يساوي(2.287)، و الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، وهذا راجع إلا أن أغلبية المختصين يعتمدون على معايير قديمة في تشخيصهم وليست الحديثة المراجعة و التي حذفت التصنيفات الضمنية للتوحد و جمعتها في تصنيف واحد هو اضطراب طيف التوحد، وبأهمية نسبية متوسطة.



22. إن الفقرة رقم(22) والتي تنص على " يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات المصاحبة " كان المتوسط الحسابي يساوي(3.5762)، والانحراف المعياري يساوي(2.193)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بأهمية وضع تشخيص فارقي للتميز و الفصل بين اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات المصاحبة له التي على أساسها يبنى برنامج علاجي المناسب، و بأهمية نسبية متوسطة.

23.إن الفقرة رقم(23) والتي تنص على " يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات المشابهة له " كان المتوسط الحسابي يساوي(2.371)، والانحراف المعياري يساوي(2.372)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بأهمية وضع تشخيص فارقي للتميز و الفصل بين اضطراب طيف التوحد و اضطرابات المشابهة له للتأكيد على وجود طيف التوحد، وبأهمية نسبية متوسطة.

24. إن الفقرة رقم(24) والتي تنص على " يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل الاجتماعي " كان المتوسط الحسابي يساوي (3.5874)، والانحراف المعياري يساوي (2.288)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بأهمية وضع تشخيص فارقي للتميز و الفصل بين اضطراب طيف التوحد و اضطراب التواصل الإجتماعي وهو اضطراب أشار إليه الدليل5—DSM وأن الفرق بينه و بين اضطراب طيف التوحد هو التواصل البصري و الإنتباه، وبأهمية نسبية متوسطة.

25.إن الفقرة رقم(25) والتي تنص على "يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتحديد مستوى شدة اضطراب طيف التوحد عند الطفل" كان المتوسط الحسابي يساوي(3.5576)، والانحراف المعياري يساوي(2.270)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بغالبية موافقتهم على الفقرة، ويرى المختصون بأهمية وضع تشخيص فارقي للتميز بين درجات طيف التوحد التي على ضوئها يمكن تحديد و تقديم الإحتياجات التدريبية و الرعاية للطفل، و بأهمية نسبية متوسطة.

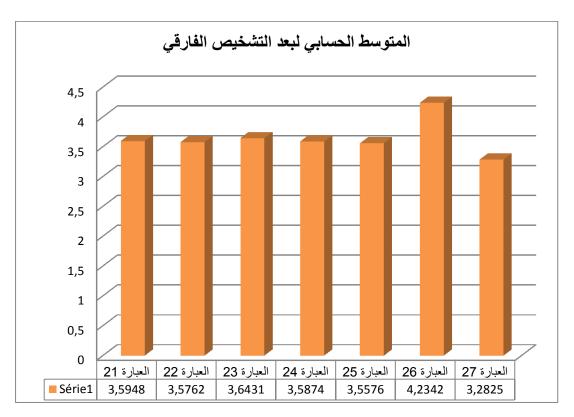
26. إن الفقرة رقم(26) والتي تنص على" يعتمد التشخيص الفارقي المضطراب طيف التوحد عند الطفل على قرار الفريق الطبي (Pédiatre –neurologue –psychiatre – pédopsychiatre)" كان المتوسط الحسابي يساوي (4.2342)، والانحراف المعياري يساوي (1.553)، والاتجاه العام الفقرة، حيث يؤكد المختصون على أهمية الطاقم الطبي في التشخيص الفارقي و العينة بالموافقة الدائمة على الفقرة، حيث يؤكد المختصون على أهمية الطاقم الطبي في التشخيص الفارقي و



مدى الإعتماد و الاستناد على القرارات التي يصدرها الأطباء خاصة في جانب المشكلات الصحية، وبأهمية نسبية مرتفعة.

27. إن الفقرة رقم (27) والتي تنص على" يعتمد التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد عند الطفل على قرار الفريق النفسي (3.2825)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بالموافقة الدائمة على الفقرة، ويشير والانحراف المعياري يساوي (2.621)، والاتجاه العام لإجابات أفراد العينة بالموافقة الدائمة على الفقرة، ويشير المختصون إلى الأخذ بعين الإعتبار بتشخيص الذي يقوم به الفريق النفسي في التشخيص الفارقي خاصة أن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب سلوكي انفعالي، وبأهمية نسبية متوسطة.

وإجمالي نتيجة البعد الثالث المتعلقة "بالتشخيص الفارقي" أن المتوسط الحسابي (25.4758) و الإتجاه العام بغالبية موافقة المختصين على أن التشخيص الفارقي مهم للحصول على تشخيص دقيق لإضطراب طيف التوحد حتى لا نخطئ في تحديده والتمييز بين اضطراب طيف التوحد و إضطرابات المشابه له، وكذلك المصاحبة له، والتي على أساسها يتم رسم إستراتيجية للبرامج العلاجي والرعاية لإضطراب طيف التوحد عند الطفل. كما هو مبين في الشكل الأتي:



الشكل (05) يوضح المتوسط الحسابي لبعد التشخيص الفارقي



11.4 خصائص عينة الدراسة الأساسية

1.11.4 خصائص أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي

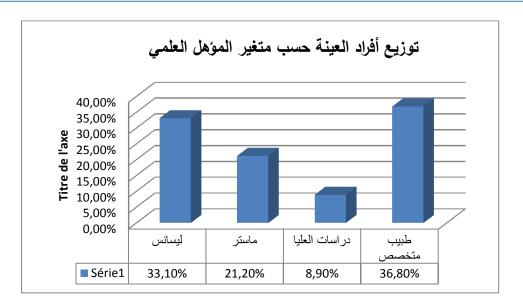
الجدول رقم (40) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي

النسب المئوية%	التكرارات	المؤهل العلمي
33.1 %	89	ليسانس
21.2%	57	ماستر
08.9%	24	دراسات العليا
36.8%	99	طبیب متخصص
%100	269	المجموع

المصدر: مخرجات برنامج22 spss

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن غالبية أفراد العينة هم أطباء متخصصين بنسبة (36.8 %) وترجع هذه النسبة العالية إلى تتوع في الفحوصات الطبية التي تتطلبها عملية تشخيص فارقي دقيق لاضطراب طيف التوحد، ثم يليه حاملي شهادات الليسانس و الماستر بنسب متفاوتة على التوالي(33.1 %) و (28.33%) والذي يمثل الفريق النفسي من المختصين ومدى أهمية تدخلهم أثناء التشخيص خاصة أن تشخيص اضطراب طيف التوحد يكون سلوكيا ومعرفيا ولغويا، في حين بلغ حاملي شهادة الدراسات العليا (ما بعد التدرج) أقل نسبة وهي (08.9%) والتي قد يرجع إلى تفرغ الكثير من هذه الفئة للبحث العلمي والإنتاج الأكاديمي أكثر من الممارسة الميدانية التطبيقية، كما هو موضح في الرسم البياني الأتي:





الشكل (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي

2.11.4 خصائص أفراد العينة حسب متغير الأقدمية

الجدول (41) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الأقدمية

النسب المئوية%	التكرارات	سنوات الأقدمية
32.3%	87	أقل من 5 سنوات
30.9%	83	من 5سنوات إلى 10 سنوات
36.8%	99	أكثر من 10 سنوات
%100	269	المجموع

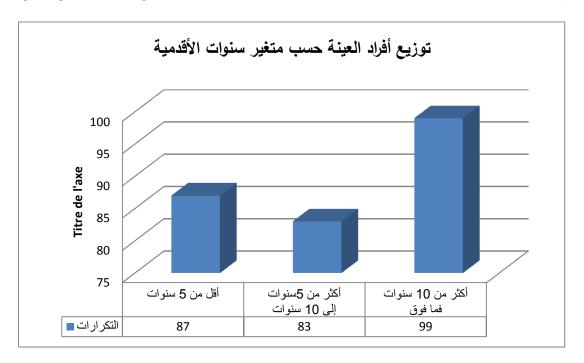
المصدر: مخرجات برنامج22 spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة لهم أقدمية لأكثر من 10 سنوات بنسبة (36.8 %)

ثم تليه ذوي أقدمية الأقل من 5 سنوات بنسبة (32.3%) وهم حديثي التوظيف ويرجع هذا الفرق الشاسع إلى مدى توفر مناصب الشغل حيث مثلت الأغلبية وهم المختصين القدامي في القطاع أما أقل من 5 سنوات فهم من تحصلوا على عقود جديدة للعمل.



في حين مثل أفراد ذوي أقدمية من 5 سنوات إلى 10 سنوات النسبة الأقل بلغت(30.9%) والتي قد ترجع الى حصول المختصين على وظيفة ثابتة خاصة في مؤسسات القطاع الحكومي أما البقية فلم يكن لهم الحظ في إبرام عقد عمل جديد بعد استهلاك مدة عقد واحد أو عقدين، كما هو مبين في الشكل البياني الآتي:



الشكل(07) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الأقدمية

3.11.4 خصائص أفراد العينة حسب متغير مكان العمل

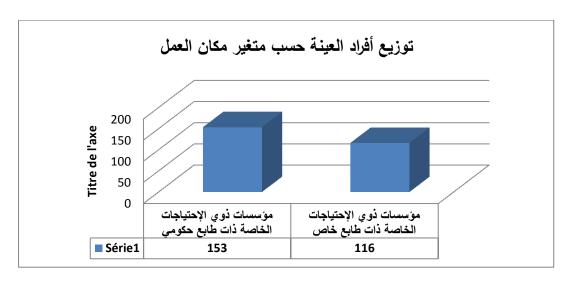
الجدول (42) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان العمل

النسب المئوية	التكرارات	مكان العمل
%56.9	153	مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات طابع حكومي
% 43.1	116	مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات طابع خاص
%100	269	المجموع

المصدر: مخرجات برنامج spss



من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن غالبية الأفراد العينة ينتمون لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة التابعة للخواص والتي الحكومية حيث بلغت نسبتهم(56.9%) ثم تليها مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة التابعة للخواص والتي تمثلت في العيادات بنسبة(43.1%) ويمكن تفسير هذه النسب المتفاوتة إلى أن للتكفل الدائم قد يتم في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات الطابع الحكومي نظيرا للتكلفة الاقتصادية لعملية التكفل والتي تمثل عبئ ثقيلا على أولياء أطفال اضطراب طيف التوحد. كما هو موضح في الشكل الأتي:



الشكل (08) يوضح تمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان لعمل

4.11.4 خصائص أفراد العينة حسب متغير التخصص العلمي الدقيق

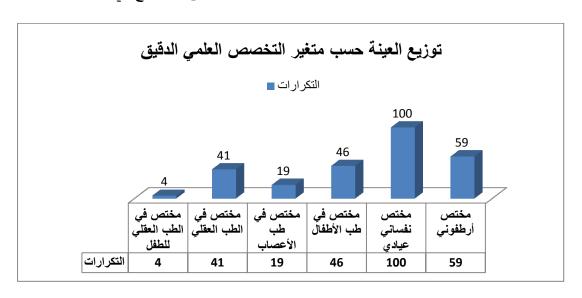
الجدول (43) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص العلمي الدقيق

النسب المئوية%	التكرارات	التخصص العلمي الدقيق
01.5%	4	مختص في الطب العقلي للطفل
15.2%	41	مختص في الطب العقلي
07.1%	19	مختص في طب الأعصاب
17.1%	46	مختص في طب الأطفال
37.2%	100	مختص نفساني عيادي
21.9%	59	مختص أرطفوني
100%	269	المجموع

المصدر: مخرجات برنامج spss



من خلال جدول أعلاه نلاحظ تباينا في نسب توزيع الأفراد من حيث تخصصهم العلمي الدقيق حيث احتل الأخصائيون النفسانيون تخصص عيادي أعلى نسبة بلغت(37.2%) وقد يرجع ذلك إلى أقدمية هذا الإختصاص في التكفل بمختلف فئات ذوي الإحتياجات الخاصة عن بقية الإختصاصات النفسية الأخرى، ثم يليه ذوي تخصص الأرطفونيا(21.9%) والذي يتقاسم مع علم النفس العيادي جوانب كثيرة في إجراءات التشخيص التكفل و العلاج، واللذان يكملان بعضهما عند تشخيص إضطراب طيف التوحد في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة. خاصة وأن تشخيص اضطراب طيف التوحد يكون سلوكيا، ثم يليه في المرتبة الثالثة و الرابعة على التوالي اختصاص طب الأطفال و اختصاص طب الأعصاب بنسب متقاربة (17.1%) و (2.51%) وقد يعود ذلك لكونهما الاختصاصين اللذان توجه إليهما أكثر حالات الأطفال المصابين باضطرابات النمو من أجل الفصل في التشخيص الفارقي خاصة بالنسبة للإضطرابات العضوية في مرحلة الطفولة المبكرة، في حين مثل الأفراد المختصين في الطب العقلي نسبة (7.1%) والمختصين في الطب العقلي للطفل نسبة (3.10%) وهي نسب منخفضة مقارنة مع التخصصات الأخرى. وقد يرجع ذلك الطب العقلي للطفل نسبة (3.10%) وهي نسب منخفضة مقارنة مع التخصصات الأخرى. وقد يرجع ذلك إلى قلة الأطباء المختصين بالأمراض العقلية للطفل و الذين يعدون على الأصابع في الجزائر.



الشكل (09) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص العملي الدقيق وتمت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 01/ 10/ 2020 إلى غاية 20/ 20/ 2021.



4. 11. 5 الأدوات المستعملة في الدراسة

تم استعمال في الدراسة الأساسية استبيان نصف مغلق حيث تكون في جزءه الأول على استبيان مغلق مكون من (27) بند موزع على ثلاثة أبعاد، والجزء الثاني عبارة عن أحد عشر سؤالا مفتوحا. وللإطلاع على الشكل النهائي أنظر الملحق رقم(3) الصفحة (246).

12.4 عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة

للتحقق من صحة فرضيات الدراسة والأهداف قمنا بإستخدام بعض الأساليب الإحصائية المناسبة من أجل تفسير النتائج الخام للأدوات نذكرها كالأتي:

- 1. التكرارات والنسب المئوية وخصائص العينة وكذلك إشكال توضحيه.
 - 2. معامل ألفا كرونباخ.
 - 3. صدق المقارنة الطرفية عن طريق اختبار T.
 - 4. الإتساق الداخلي وفق معامل ارتباط بيرسون.
 - 5. التكرارات متوسطات و الانحراف المعياري لبنود و بنود الإستبيان.
- 6. إعتدالية التوزيع الطبيعي وفق اختبار سميرنوف- كلمجروف و اختبار شبيرو ويلك.
 - 7. إختبار كا^{2.}
 - 8. اختبار فريدمان.
 - 9. إختبار ويلكسون للتحقق من ترتيب مخرجات اختبار فريدمان.
 - 10. إختبار كروسكال وليز.
 - 11. إختبار مان ويتني.

تم تطبيق المعالجات الإحصائية بالإستعانة ببرنامجين إحصائيين هما Microsoft Excel2007 و SPSS22.



خلاصة

تم التطرق في هذا الفصل إلى محورين هما محور الدراسة الإستطلاعية والذي تم فيه حساب الخصائص السيكومترية للإستبيان بعدة طرق لكل من الصدق والثبات، والتي تمثلت في صدق المحتوى والصدق المقارنة الطرفية وصدق الإتساق الداخلي عن طريق ألفا كرونباخ و أيضا بحذف العبارات بهدف التأكد من الثبات العالي للأداة.

كما تم تدعيم الاستبيان بأسئلة مفتوحة نتيجة للصعوبات التي واجهناها أثناء قيامنا بتوزيع الإستبيان والتي من خلالها حاولنا جمع أكبر عدد من المعلومات حول إستراتيجيات المعتمدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة).

أما فيما يخص محور الدراسة الأساسية فقد تم فيه التطرق إلى المنهج المناسب للدراسة و كذلك مجتمع الدراسة، كما تم توضيح كيفية سحب حجم عينة الدراسة من المجتمع الأصلي، كما درسنا حركة الاستبيان و كذلك دراسة المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكل فقرة من فقرات الإستبيان و الأهمية النسبية، كما تم توضيح خصائص عينة الدراسة الأساسية وكذلك الأساليب المستعملة في المعالجة الإحصائية.



الفصل الخامس عرض و تحليل ومناقشة النتائج

- 5. 1 اختبار الفرضيات الدراسة الأساسية
- 5. 2 عرض و تحليل نتائج الإستبيان المغلق
- 5. 3 عرض و تحليل نتائج الأسئلة المفتوحة
 - 4. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
 - 5. 5 استنتاج عام

خاتمة

اقتراحات و توصیات



5. اختبار فرضيات الدراسة الأساسية

1.1.5 إعتدالية توزيع البيانات (تتوزع طبيعيا)

استخدم اختبار إختبار كولموغروفسميربوف وكذا إختبار شبيرو ويلك للتحقق من إعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة، حيث تبين أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب يساوي 0,000 وهو أصغر من 5% و عليه تتوزع البيانات توزيع غير طبيعي، والجدول(44) يبين نتائج الإختبار

Kolmogorov-Smirnov Shapiro-Wilk القرار قيمة المتغيرات DF DF p-value قيمة الاختبار p-value الاختبار غير 0.000269 0.952 0.000269 0.083 الاستراتيجيات طبيعي

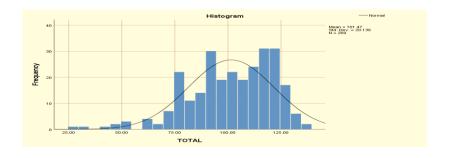
الجدول (44) يبين اختبار كلموجروف - سميرنوف

يلاحظ ذلك من خلال وجود التواء في المنحني ناحية اليسار، أي المنحني غير متماثل.

المصدر: مخرجات برنامج spss

و بناء على قيمة مستوى الدلالة المحسوب و الذي تبين أنه أصغر من 0,05 عليه نستخدم الطرق Nom paramétrique، والشكل البياني(10) يوضح عدم تحقيق البيانات التوزيع الطبيعي و

الشكل رقم(10) يوضح التوزيع غير طبيعي للبيانات



المصدر: مخرجات برنامج spss22

^{*}البيانات تتبع التوزيع الطبيعي إذا كانت مستوى الدلالة المحسوب (p-value) أكبر من 0.05



2.5 عرض وتحليل نتائج الإستبيان المغلق

التحقق من فرضيات الدراسة

1.2.5 الفرضية الأولى

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على: "مستوى فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد متوسطة لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) " لاختبار الفرضية تم استخدام إختبار كا2(Chi Square test) لجودة التوفيق (حسن المطابقة) وهو اختبار لا

معلمي حيث البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، كما هي موضحة في الجدول الأتي:

الجدول رقم (45) يوضح إختبار كا² للكشف عن مستوى فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

1 % 11	مستوى	درجة	Chi-	الفرق بين	التكرار	النسبة	التكرار	#1 # .tl
القرار	الدلالة	الحرية	Square	التكرارات	المتوقع	السببه	المشاهد	المستويات
				-81.7	89.7	%03	8	منخفض
دال عند	0.000	2	121.881	19.3	89.7	%41	109	متوسط
0.01	0.000	2	121.001	62.3	89.7	%56	152	مرتفع
				//	//	%100	269	الإجمالي

المصدر: مخرجات برنامج SPSS22

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا(269) فردا تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن(152) فردا كان مستواهم على الاستبيان(مرتفع) بنسبة مئوية قدرت به 56%، ويليها (109) فردا كان مستواهم على الاستبيان(متوسط) بنسبة مئوية قدرت به 41%، في حين نجد أن هناك(8) أفراد كان مستواهم على الاستبيان(منخفض) بنسبة مئوية قدرت به 01%.



وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية(كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية(2) قدرت به (121.88) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائيا بين المستويات الثلاث لصالح المستوى الثالث (مرتفع) وبالتالي يمكن القول بأن مستوى فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد مرتفعة.

وعليه فإن هذه النتيجة تتعارض مع فرضية البحث الأولى والقائلة بأن مستوى فاعلية للاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد متوسطة لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2.2.5 الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على: "هناك اختلاف في ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة)".

ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان الترتيبي بهدف ترتيب الاستراتيجيات التي يقيسها الإستبيان، فكانت النتائج كما في الجدول الأتي:

الجدول رقم (46) يوضح إختبار فريدمان لترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد

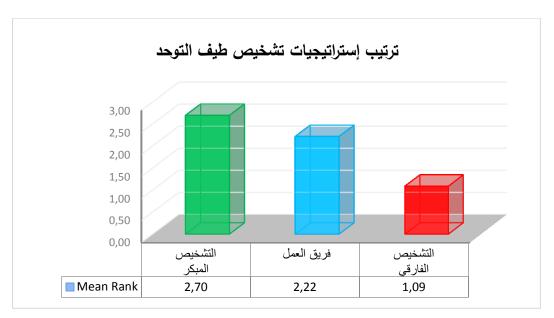
		•				
(%t(مستوى	درجة	Khi-	متوسط	الأبعاد	ž ti
القرار	الدلالة	الحرية	deux	الرتب	الإنهاد	الرقم
				2.70	التشخيص المبكر	01
دال عند 0.01	0.000	2	370.908	2.22	تكامل فريق متعدد	02
0.01	0.000	2	370.200	2•22	التخصصات	02
				1.09	التشخيص الفارقي	03

المصدر: مخرجات برنامج SPSS22

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه وبناء على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة لأبعاد إستبيان (الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد) والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:



- 1- التشخيص المبكر: احتل المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ 2.70
- 2- تكامل فريق متعدد التخصصات: احتل المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 2.22
- 3- التشخيص الفارقي: احتل المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 1.09، كما هي موضحة في الشكل الأتى:



الشكل(11) يوضح ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف

وبناء على قيمة (كا²) والتي بلغت (370.90) نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين وبهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى إختبار ويلكوكسون وهذا ما هو مبين في الجدول التالي:



الجدول (47) يوضح إختبار ويلكوكسون للمقارنات الزوجية بهدف التحقق من ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل

مستوى الدلالة	قيمة Z	الثنائيات
0.000	-8.557-b	تكامل فريق متعدد التخصصات –التشخيص المبكر
0.000	-13.468-b	التشخيص الفارقي – تكامل فريق متعدد التخصصات

المصدر: مخرجات ب رنامج spss 22

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه إختبار ويلكوكسون نلاحظ أن الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان هو نفسه الذي أكد عليه إختبار ويلكوكسون بحيث نلاحظ أن إستراتيجية "التشخيص المبكر" في المرتبة الأولى ويليها في المرتبة الثانية إستراتيجية "تكامل فريق متعدد التخصصات" في حين نجد أن إستراتيجية "التشخيص الفارقي" حلت في المرتبة الثالثة والأخيرة، وهذا ما يجرنا إلى القول بأن هاته النتيجة تؤيد فرضية الدراسة الثانية والقائلة بأن "هناك اختلاف في ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) وهذا الاختلاف لصالح إستراتيجية التشخيص المبكر.

5. 2. 3 الفرضية الثالثة

نصت الفرضية الثالثة للدراسة على: "توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي".

وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى إختبار كروسكال واليز البديل عن إختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في فاعلية الاستراتيجيات تبعا للمؤهلات العلمية، فكانت النتائج كما في الجدول الأتي:



الجدول رقم (48) يوضح إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا لمتغير المؤهل العلمي

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	Kruskal– Wallis H	متوسط الرتب	حجم العينة	يهل العلمي	المو
				150.90	89	ليسانس	
				148.85	57	ماستر	
دال	0.007	3	12.105	119.75	24	دراسات علیا	بجيات
دان	0.007	3	12.103	116.42	99	طبيب	لاستراتيجيات
				110.42	99	متخصص	•
				//	269	الإجمالي	

المصدر: مخرجات برنامج22 spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا(269) فردا قد انقسمت حسب فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل إلى أربع مجموعات، تمثل المجموعة الأولى ذوو المؤهل العلمي (ليسانس) وقد بلغ عددهم (89) فردا بمتوسط رتب بلغ (150.90).

أما المجموعة الثانية فتمثل ذوو المؤهل العلمي (ماستر) وقد بلغ عددهم (57) فردا بمتوسط رتب بلغ (148.85) أما المجموعة الثالثة فتمثل ذوو المؤهل العلمي (دراسات عليا) وقد بلغ عددهم (24) فردا بمتوسط رتب بلغ (119.75)، في حين نجد في المجموعة الرابعة ذوو المؤهل العلمي (طبيب متخصص) وقد بلغ عددهم (99) فردا بمتوسط رتب بلغ 116.42.

وللتحقق من دلالة الفروق في هاته الرتب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كروسكال واليز) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية(3) بـ 12.10 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(α =0.01)، ومنه تم رفض الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق.



وبالتالي فإن هاته النتيجة المتوصل إليها تؤيد فرضية البحث الثالثة القائلة ب توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

وللتحقق من دلالة الفروق في هاته الرتب لصالح من، تم إستخدام إختبار (مان وينتي) للمقارنات الزوجية فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول (59) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق(المقارنات الزوجية) في الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا للمؤهل العلمي

القرار	مستوى الدلالة	z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	لاستراتيجيات	'1
	20 3 20)		الربب	الربب	العييد		
غير دال	0.968	-0.040	6551.50	73.61	89	ليسانس	
			4179.50	73.32	57	ماستر	
					146	الإجمالي	
غير دال	0.065	-1.848	5336.00	59.96	89	ليسانس	
			1105.00	46.04	24	دراسات عليا	
					113	الإجمالي	
دال	0.002	-3.069	9553.00	107.34	89	ليسانس	چ
			8213.00	82.96	99	طبيب متخصص	المؤهل العلمي
					188	الإجمالي	المق
غير دال	0.111	-1.594	2491.00	43.70	57	ماستر	
			830.00	34.58	24	دراسات عليا	
					81	الإجمالي	
دال	0.017	-2.377	5120.00	89.82	57	ماستر	
			7126.00	71.98	99	طبيب متخصص	
					156	الإجمالي	



غير دال	0.745	-0.326	1539.00	64.13	24	دراسات عليا
			6087.00	61.48	99	طبیب متخصص
					123	الإجمالي

المصدر: مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الفروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي والتي أفرزها إختبار (كروسكال واليز) كانت دالة إحصائيا لصالح ذوو المؤهل (ليسانس، ماستر) وهذا ما أكدته المقارنات الزوجية باستخدام إختبار (مان ويتني).

4.2.5 الفرضية الرابعة

نصت الفرضية الرابعة للدراسة على: "توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوجد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) تبعا لمتغير الأقدمية"، وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى إختبار كروسكال واليز البديل عن إختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في فاعلية الاستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا سنوات الأقدمية، فكانت النتائج كما في الجدول الأتي:

الجدول (50) يوضح إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير الأقدمية

1 21	مستوى	درجة	Kruskal-	متوسط	حجم	الأقدمية	
القرار	الدلالة	الحرية	Wallis H	الرتب	العينة	الاحدميه	
				141.51	87	أقل من 5 سنوات	
غير	0.177	2	3.467	141.98	83	من 5 إلى 10 سنوات	يجيات
دال	0.177	2	3.407	123.43	99	أكثر من 10 سنوات	لاستراتيجيات
				//	269	الإجمالي	3

المصدر: مخرجات برنامج spss



من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (269) فردا قد انقسمت حسب فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى ذوو الأقدمية التي تقل عن (5 سنوات) وقد بلغ عددهم (87) فردا بمتوسط رتب بلغ (141.51)، أما المجموعة الثانية فتمثل ذوو الأقدمية التي تتراوح من (5 إلى 10 سنوات) وقد بلغ عددهم (83) فردا بمتوسط رتب بلغ (141.98)، في حين نجد في المجموعة الثالثة ذوو الأقدمية التي تفوق (10 سنوات) وقد بلغ عددهم (99) فردا بمتوسط رتب بلغ (123.43)، وللتحقق من دلالة الفروق في هاته الرتب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كروسكال واليز) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (2) بوجود الفروق، وبالتالي فإن هاته النتيجة المتوصل إليها تعارض فرضية البحث الرابعة القائلة بوجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاط بنسبة 5%.

5.2.5 الفرضية الخامسة

نصت الفرضية الخامسة للدراسة على: "توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوجد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير مكان العمل".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على إختبار مان ويتني البديل عن إختبار (Ttest) لعينتين مستقلتين بهدف الكشف عن الفروق في فاعلية الاستراتيجيات تبعا لمكان العمل، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول الأتي:



الجدول (51) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير مكان العمل

القرار	مستوى الدلالة	Z	Wilcoxon W	Mann– Whitney U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم	إتيجيات	الاستر
					22835.5	148.28	154	حكومي	£
دال	0.001	-3.242	13479.50	6809.50	13479.5	117.21	115	خاص	كان العه
							269	الإجمالي	\$

المصدر: مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا(269) فردا قد توزعوا حسب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل تبعا لمتغير مكان العمل إلى (154) فردا في القطاع الحكومي بواقع (148.28) كمتوسط رتب، و(115) فردا في القطاع الخاص بواقع (117.21) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (3.24-) نجد أنها قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، ومنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق.

وبالتالي يمكن القول بان هذه النتيجة أتت مؤيدة لفرضية البحث الخامسة والقائلة بتوجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) تبعا لمتغير مكان العمل وهذه الفروق كانت لصالح الذين يعملون في القطاع الحكومي.



6.2.5 الفرضية السادسة

نصت الفرضية السادسة للدراسة على" توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق".

وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى إختبار كروسكال واليز البديل عن إختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق في فاعلية الاستراتيجيات تبعا التخصصات العلمية الدقيقة، فكانت النتائج كما في الجدول التالى:

الجدول رقم (51) يوضح إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق

القرار	مستوى	درجة	Kruskal-	متوسط	حجم	خصص العلمي الدقيق	التذ
	الدلالة	الحرية	Wallis H	الرتب	العينة	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	,
				155.75	4	Pédopsychiatre	
				139.12	41	Psychiatre	
				48.74	19	Neurologue	<u>ا</u> ر -
دال	0.000	5	33.431	113.05	46	Pédiatre	لاستراتيجيات
				149.62	100	Psychologue	1. N.
				150.84	59	Orthophoniste	
					269	الإجمالي	

المصدر: مخرجات برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (269) فردا قد انقسمت حسب فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل إلى ستة مجموعات، تمثل المجموعة الأولى فئة (Pédopsychiatre) وقد بلغ عددهم (4) أفراد بمتوسط رتب بلغ



155.75 أما المجموعة الثانية فتمثل فئة (Psychiatre) وقد بلغ عددهم (41) فرد بمتوسط رتب بلغ 139.12 أما المجموعة الثالثة فتمثل فئة (Neurologue) وقد بلغ عددهم (19) فرد بمتوسط رتب بلغ 48.74 أما المجموعة الرابعة فتمثل فئة (Pédiatre) وقد بلغ عددهم (46) فرد بمتوسط رتب بلغ 113.05 أما المجموعة الخامسة فتمثل فئة (Psychologue) وقد بلغ عددهم (100) فرد بمتوسط رتب بلغ 149.62 في حين نجد في المجموعة السادسة والأخيرة فئة (Orthophoniste) وقد بلغ عددهم (59) فردا بمتوسط رتب بلغ 150.84.

وللتحقق من دلالة الفروق في هاته الرتب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كروسكال واليز) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (5) بـ 33.43 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا والذي بلغت قيمته تم رفض الفرضية الصفرية التي تتفي وجود الفروق، وبالتالي فإن هاته النتيجة المتوصل إليها تؤيد فرضية البحث السادسة القائلة بـ توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

وللتحقق من دلالة الفروق في هاته الرتب لصالح من، تم إستخدام إختبار (مان ويتني) للمقارنات الزوجية فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول (53) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق (المقارنات الزوجية) في الاستراتيجيات المعتمدة لتشخيص الجدول (53) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق (المقارنات الزوجية) في الاستراتيجيات المعتمدة لتشخيص العلمي الدقيق

القرار	مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	الاستراتيجيات	
			106.00	26.50	4	Pédopsychiatre	
غير دال	0.574	0.562	929.00	22.66	41	Psychiatre	الدقيق
		0.562			45	الإجمالي	العلمي ال
			73.00	18.25	4	Pédopsychiatre	_
دال	0.038	2.074	203.00	10.68	19	Neurologue	التخصص
		2.074			23	الإجمالي	



		_	137.00	34.25	4	Pédopsychiatre
غير دال	0.210	1.253	1138.00	24.74	46	Pédiatre
		1.233			50	الإجمالي
			211.50	52.88	4	Pédopsychiatre
غير دال	0.980	0.005	5248.50	52.49	100	Psychologue
		0.025			104	الإجمالي
			135.50	33.88	4	Pédopsychiatre
غير دال	0.832	0.212	1880.50	31.87	59	Orthophoniste
		0.212			63	الإجمالي
			1457.50	35.55	41	Psychiatre
دال	0.001	2 202	372.50	19.61	19	Neurologue
		3.302			60	الإجمالي
			1995.50	48.67	41	Psychiatre
غير دال	0.103	1 620	1832.50	39.84	46	Pédiatre
		1.630			87	الإجمالي
			2784.00	67.90	41	Psychiatre
غير دال	0.564	0.577	7227.00	72.27	100	Psychologue
		0.577			141	الإجمالي
			1982.00	48.34	41	Psychiatre
غير دال	0.534	0.622	3068.00	52.00	59	Orthophoniste
		0.622			100	الإجمالي
			412.50	21.71	19	Neurologue
دال	0.002	3 000	1732.50	37.66	46	Pédiatre
		3.099			65	الإجمالي
ti .	0.000	_	363.00	19.11	19	Neurologue
دال	0.000	5.640	6777.00	67.77	100	Psychologue



					119	الإجمالي
		_	335.00	17.63	19	Neurologue
دال	0.000	4.843	2746.00	46.54	59	Orthophoniste
		4.043			78	الإجمالي
			2746.00	59.70	46	Pédiatre
دال	0.007	2.676	7985.00	79.85	100	Psychologue
		2.070			146	الإجمالي
		_	2075.50	45.12	46	Pédiatre
دال	0.019	2.342	3489.50	59.14	59	Orthophoniste
		2.342			105	الإجمالي
		_	7924.50	79.25	100	Psychologue
غير دال	0.788	0.269	4795.50	81.28	59	Orthophoniste
		0.269			159	الإجمالي

المصدر: مخرجات برنامج22 spss

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الفروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة(الحكومية الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق والتي أفرزها إختبار (كروسكال واليز) كانت دالة إحصائيا لصالح ذوو التخصصات العلمية الدقيقة (Psychologue – Orthophoniste – Pédopsychiatre) كما هي على الترتيب وهذا ما أكدته المقارنات الزوجية باستخدام إختبار (مان ويتني).



5 . 3 عرض وتحليل نتائج الأسئلة المفتوحة

للمزيد من المعلومات التي قمنا برصدها من خلال إستبيان إستراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل، قمنا بحساب تكرارات والنسب المئوية لعينة (269) مختص لأسئلة مفتوحة للحصول على نتائج أدق عن كيفية التشخيص في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة)، الأسئلة ونتائجها توضحها الجداول الآتية:

5. 3. 1. السؤال الأول

ماهي (المقاييس/الفحوص) التي تعتمد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل؟ الجدول رقم (54) يوضح توزيع استجابات المختصين على سؤال (المقاييس/الفحوص) التي تعتمد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

النسبة المئوية %	التكرارات	المقاييس			
%19	52	CRAS			
%0	01	CARS + المقياس الهندي			
%01	04	CARS+ CHAT			
%06	17	CARS + M CHAT			
%11	30	CARS + CHAT + M CHAT	CARS		
%03	08	CARS + DSM5	CARS		
%04	12	CARS + DSM5 + مقياس الهندي			
%03	08	CARS + PEP3			
%03	07	CARS + PEP3 +M CHAT			
%01	03	CARS + مقابلة + ملاحظة			
%02	05	M CHAT	M CHAT		
%01	02	M CHAT + CHAT	W CHAI		
% 03	07	EEG			
% 06	16	ICD- 10			
%13	34	DSM 5			



الأعراض الإكلينيكية	28	%10
المقابلة + ملاحظة	17	% 06
لا يوجد	18	% 07
المجموع	269	%100

المصدر: مخرجات برنامج Excel

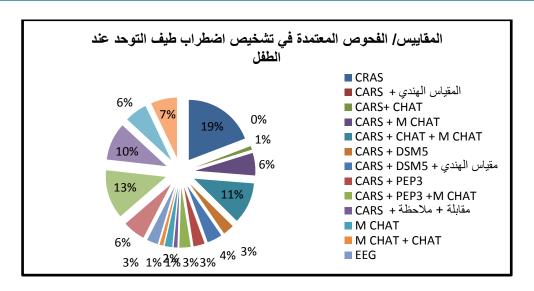
من خلال الجدول أعلاه بتضح لنا أن(59) مختص من مجموع العينة و الذي يمثل ما نسبته (19%) أن مقياس CARS هو المقياس الذي يعتمدون عليه في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل بالدرجة الأولى، ثم يليه (34) مختص ما يقابله نسبة (11%) يعتمدون على الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات النفسية في طبعته الخامسة DSM5، ثم يليها تأكيد (30) مختص أي ما يقابله نسبة (11%) يعتمدون على المقاييس الثلاثة مع بعضها وهي: CARS + CHAT + M CHAT ، في حين يعتمدون على المقاييس الثلاثة مع بعضها وهي: الأعراض الإكلينيكية لتشخيص حين يعتمدون على الأعراض الإكلينيكية لتشخيص إضطراب طيف التوحد، ولقد تساوى عدد من المختصين في إستعمال مقاييس التالية الله CARS + M CHAT والمقابلة والملاحظة 10 المتسبة (6 %)، ثم يليها (12) فرد أي ما يقابله نسبة (4 %) يعتمدون على مقياس 5 CARS والمقياس الهندي، فيما أعتمد من (7)إلى (8) مختصين والذي يقابله نسبة معتمدون في تشخيصهم على: CARS + DSM5 أو CARS + PEP3 أو يعتمدون في من مثل فرد واحد و هي نسبة معدومة التي يعتمد فيها على: CARS + CARS المقياس الهندي.

وفي المقابل(18) مختص من مجموع أفراد العينة أي ما يقابله (7 %) لا يعتمدون على أي مقاييس عند تشخيصهم لإضطراب طيف التوحد.

1.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أغلبية المختصين يعتمدون على مقاييس نفسية سلوكية عند تشخيصهم لإضطراب طيف التوحد على رأسها مقياس CARS وهو الأكثر قبولا و تداولا بين المختصين يليها معايير 5 DSM ثم تليها المقاييس الأخرى بنسب ضعيفة ومتفاوتة ودائما مقرونة بأحد المقياسين السابقين، كما هو موضح في الرسم الأتى:





الشكل (12) يوضح توزيع استجابات المختصين على سؤال ما هي المقاييس/الفحوص التي تعتمد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

2.3.5 السؤال الثاني

ما هي أهم الفحوصات التي تعتمد عليها عند وضعك لتشخيص فارقي الإضطراب طيف التوحد عند الطفل؟

الجدول (55) يوضح توزيع استجابات أفراد العينة على سؤال ماهي أهم الفحوصات التي تعتمد عليها عند وضع تشخيص فارقي الإضطراب طيف التوحد عند لطفل

النسبة	e †	فحوص التشخيص	النسبة	(† (لحوص التشخيص	à
المئوية%	التكرارات	الفارقي	المئوية%	التكرارات	الفارقي	
%61	164	Pédopsychiatrie	%4	11	DSM 5	
%1	2	+Pédopsychiatrie Psychiatre	%1	3	CARS	
%1	2	Psychiatre	%3	8	IRM	
%5	13	Neurologue	%3	8	PEA	
%1	2	Pédiatre	%3	7	WIPPS- WISS	6
%15	41	Psychologue	%4	11	إعراض الإكلينيكية	71
%20	54	+Pédopsychiatrie Psychologue	%8	21	EEG	Ħ
%6	16	Orthophoniste	%13	36	EEG+PEA+IRM	G



%7	19	الفرقة البيداغوجية	%6	15	+EEG+PEA تحلیل دم
%4	12	ملاحظة – مقابلة	%1	3	EEG+ CARS
%2	5	لا يوجد	%3	9	EEG + IRM
%14	38	الخصائص السلوكية – فحص الدم – الفحوص بالأشعة	%1	4	EEG+ PEA+ CARS+ MCHAT

المصدر: مخرجات برنامج Excel 2013

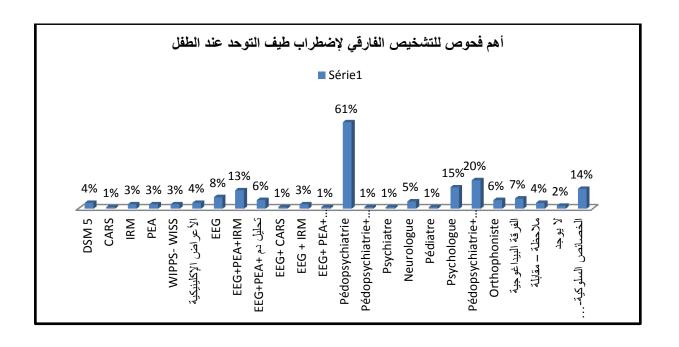
يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن(164) مختص من مجموع العينة أي ما يقابله نسبة(61%) يعتمدون في تشخيصهم الفارقي على رأي طبيب مختص في الأمراض العقلية للطفل(Pédopsychiatrie)، ثم يليها (54) مختص أي ما يقابله نسبة (20%) أكدوا على أن الفحص الذي يعتمدون عليه في التشخيص الفارقي هو رأى كل من طبيب مختص في الأمراض العقلية للطفل و المختص النفسي (Psychologue+Pédopsychiatre)، في حين أكد(41) مختص أي ما يقارب نسبة (15%) على أنهم يعتمدون في تشخيصهم الفارقي على رأى المختص النفسي(Psychologue)، يليها(38) مختص والذي يقابله نسبة(14 %) بأنهم يعتمدون في تشخيصهم الفارقي على الخصائص السلوكية و فحص الدم و الفحوص بالأشعة، أما (36) مختص و الذي يقابله نسبة (13%) يعتمدون في تشخيصهم الفارقى على فحص EEG+PEA+IRM، ثم يليها (21) مختص أي يعادل ما نسبته (8%) يعتمدون على فحص في تشخيص الفارقي على EEG، ثم يليها(19) مختص أي ما يعادل(7%) يعتمدون على أراء الفرقة البيداغوجية، في حين أن (15) إلى (16) مختص من أفراد العينة أي ما يقابله (6%) يعتمدون على تحاليل الدم EEG+PEA و رأي المختص الأرطفوني في تشخيصهم الفارقي لطيف التوحد عند الطفل، أما ما نسبته (4%) من المختصين فتباينت أرائهم حيث يستعملون إما الملاحظة أو الأعراض الإكلينيكية أو DSM5 في تشخيصهم لطيف التوحد، في حين مثلت نسبة (3%) من المختصين الذين يعتمدون على فحص IRM أو PEA أو WIPPS- WISS أو IRM+ EEG، أما ما نسبة(1 %) من مجموع المختصين يعتمدون في تشخيصهم الفارقي إما على مقياس CRAS أو EEG+CARS أو EEG+ PEA+ CARS+ MCHAT، أو يعتمدون على أراء كل من المختصين PEA+ CARS+ MCHAT Psychiatre , Psychiatre



في حين صرح 5 مختصين من مجموع العينة أي ما يقابله 2 % بأنهم لا يستعملون فحص للتشخيص الفارقي عند تشخيصهم لطفل طيف التوحد.

2.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أراء المختصين عند إجابتهم عن سؤال أهم الفحوصات التي يعتمدون عليها في التشخيص الفارقي انقسمت أجوبتهم إلى قسمين الأول و الذي مثل الأغلبية الساحقة و هم من يعتمدون على أراء المختصين الأخرين على رأسهم الطبيب المختص في أمراض العقلية للطفل(Pédopsychiatre). بالمقابل صرحت نسبة من متوسطة إلى ضعيفة على اعتمادها على مقاييس وفحوص اغلبها سلوكية. كما هو موضح في الرسم البياني الأتي:



الشكل البياني(13) يوضح استجابات المختصين لسؤال أهم الفحوص التي يعتمدون عليها في التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد عند الطفل

3.3.5 السؤال الثالث

كم عدد الجلسات التي تستغرقها للفصل في تشخيصك لاضطراب طيف التوحد عند الطفل؟



الجدول (56) يوضح استجابات المختصين لسؤال عدد الجلسات التي يستغرقونها لتشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

النسبة المئوية%	التكرارات	عدد الحصص	النسبة المئوية%	التكرارات	عدد الحصص
%03	7	شهر	%11	30	حصة واحدة
%01	4	3أشهر	%32	86	3-2 حصص
%01	4	6أشهر	%15	40	4 حصص
%09	23	غير محدد	%20	54	أسبوع
%100	269	المجموع	%08	21	أسبوعين

المصدر: مخرجات برنامج Excel2013

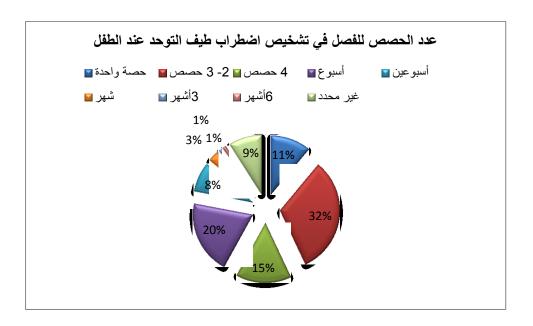
من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(86) مختص من مجموع العينة و الذي يقابله نسبة (32%) يستغرقون من (2-3)حصص الفصل في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل، في حين أكد (54) مختص مختص و الذي يقابله (20%) أنهم يستغرقون أسبوع لتشخيص اضطراب طيف التوحد، أما (40) مختص أي ما يقابله نسبة (15%) يستغرقون أربعة حصص في تشخيصهم لاضطراب طيف التوحد، فيما صرح (30) مختص أي ما يقابله نسبة (11%) يستغرقون حصة واحدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد، في حين صرح (21) مختص أي ما يقابله نسبة (8%) أنهم يستغرقون مدة أسبوعين الفصل في تشخيص اضطراب طيف التوحد، أما سبعة مختصين من مجموع العينة أي ما يقابل نسبة (3%) يستغرقون شهر التشخيص اضطراب طيف التوحد، في حين تساوت نتائج كل من أربعة مختصين والذي يقابل نسبة (1%) الذين يستغرقون من ثلاثة إلى ستة أشهر للتشخيص.

في المقابل أكد (23) مختص أي ما يقابله (9%) رفضهم بوجود وقت محدد للفصل في تشخيصهم بحكم أن كل طفل حالة بحد ذاتها ولا يمكن التعميم أو وضع وقت تقريبي.



3.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أغلبية المختصين يستغرقون في تشخيصهم للفصل في تشخيص اضطراب طيف التوحد من حصتين إلى أربعة حصص كمتوسط للحصص.



الشكل (14) يوضح استجابات المختصين حول المدة المستغرقة للفصل في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

4.3.5 السؤال الرابع

ماهي المدة التي يستغرقها فريق متعددة التخصصات لإجراء تقييمهم؟

والجدول رقم (57) يبين استجابات المختصين لسؤال المدة التي يستغرقها فريق متعدد التخصصات عند إجرائهم للتقييم.



الجدول رقم (57) يبين استجابات المختصين لسؤال المدة التي يستغرقها فريق متعدد التخصصات عند الجدول رقم (57)

النسبة		المدة المستغرقة من قبل	النسبة	וליים ווים	المدة المستغرقة من قبل
المئوية%	التكرارات	فريق متعدد التخصصات	المئوية%	التكرارات	فريق متعدد التخصصات
%13	36	3 أشهر	%5	13	45 دقيقة
%12	33	من 3 أشهر إلى 6 أشهر	%5	14	حصة واحدة
%4	10	6 أشهر	%4	10	أسبوع
%14	39	غير محدد	%9	24	أسبوعين
%15	40	لا يوجد	%18	48	شهر
%100	269	المجموع	%1	2	شهرين

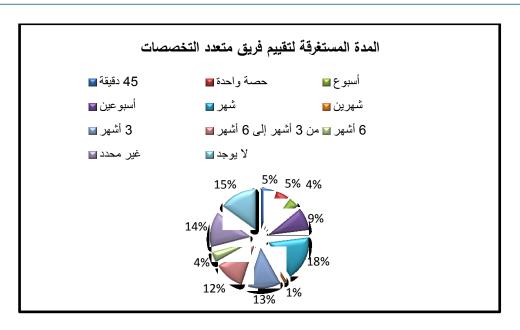
المصدر: مخرجات برنامج Exile 2013

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(48) مختص من مجموع العينة أي ما يقابله نسبة (18%) على أن المدة المستغرقة من قبل فريق متعدد التخصصات في تقييمهم تستغرق مدة شهر، أما (40) مختص من العينة و الذي يقابله نسبة (15%) فإنهم ينفون وجود تقييم لفريق متعدد التخصصات، يليه (39) مختص ما يقابله نسبة (14 %) لم يستطيعوا تحديد المدة المستغرقة للفريق في تقييمهم، أما (33) مختص و يقابله نسبة (12%) صرحوا بأنهم يستغرقون من ثلاثة إلى ستة أشهر لتقييم الطفل، في حين تساوى (10) من المختصين و يقابلهم نسبة (4%) صرحوا بأن الفترة المستغرقة لتقييم فريق متعدد التخصصات بلغت أسبوع أو ستة أشهر، يليها نسبة (9 %) صرحوا بأنهم يستغرقون أسبوعين للتقييم، في حين مثلت نسبة (5 %) من مجموع العينة أن تقييم يستمر إما 45دقيقة أو حصة واحدة فقط، كما صرح مختصين أي ما يقابله نسبة (1 %) بأنهم يستغرقون شهرين لتقييم متعدد التخصصات.

4.3.5 الاستنتاج

نستنتج أنه هناك تباين في النتائج للمدة المستغرقة لفريق متعدد التخصصات في تقييمهم حيث أكد الأغلبية بنسبة (18%) على مدة شهر للفصل في تقييمهم، بالمقابل توجد نسبة كبيرة قدرت (15%) يرفضون وجود تقييم متعدد التخصصات وهي نسب جد متقاربة.





الشكل (15) يوضح استجابات المختصين لسؤال المدة المستغرقة لفريق متعدد التخصصات لإجراء تقييمهم

5.3.5 السؤال الخامس

من هم المختصون الذين تنسق معهم عادة أثناء تشخيصك لإضطراب طيف التوحد عند الطفل ؟ الجدول رقم (58) يوضح استجابات المختصين لسؤال عن أهم المختصين الذين تنسق معم في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

النسبة المئوية%	التكرارات	المختصين الذين تنسق معهم التشخيص	النسبة المئوية%	التكرارات	المختصين الذين تنسق معهم التشخيص
%5	13	Neurologue	%61	164	Pédopsychiatre
%13	36	Psychologue	%0	1	+Pédopsychiatre Neurologue
%6	16	Orthophoniste	0/ 1	2	+Pédopsychiatre
%1	2	Pédiatre	%1	3	Psychiatre



%1	4	Pédagogue	%1	2	+Pédopsychiatre Psychologue
%11	30	الفرقة البيداغوجية	%0	1	+Pédopsychiatre Orthophoniste
%26	71	لا يوجد	%1	2	Médecin généraliste

المصدر: مخرجات برنامج Exile 2013

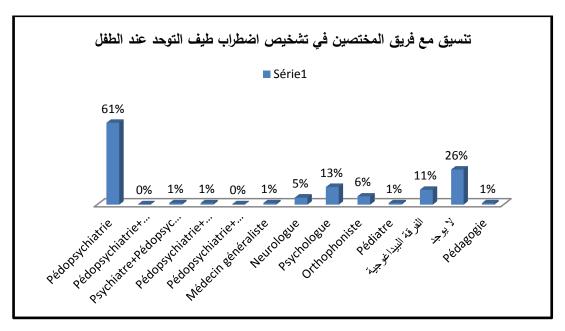
من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(164) مختص من مجموع العينة والتي يقابلها نسبة (61 %) أكدوا بالأغلبية على أنهم ينسقون مع الطبيب المختص في الأمراض العقلية للطفل(Psychologue)، ثم يليها (36) مختص أي ما يقابله نسبة (13%) ينسقون مع المختص النفسي(Psychologue)، في حين مثل (20) مختص نسبة تقدر ب (11%) على أن التنسيق يتم وفق فرقة البيداغوجية المتوفرة في المراكز، تليها بنسب متفاوتة بين مختص في طب الأعصاب(Neurologue) ومختص الأرطفوني(Orthophoniste) بنسب متتالية قدرت ب (5%) و (6%)، في حين تتساوى نسبة تنسيق المختصين في التشخيص بين كل من طبيب مختص في طب العقلي للطفل ومختص في الطب العقلي (Psychiatre +Pédopsychiatre) وطبيب مختص في أمرض العقلية للطفل و مختص نفسي(Psychologue+Pédopsychiatre) و المختصين في أمرض العقلية للطفل و مختص نفسي(Pédiatre) ومختص بيداغوجي (Pédagogue) (Pédagogue) ومختص بيداغوجي (Pédagogue) المختصين.

لكن في المقابل أكد (71) مختص أي ما يقابله نسبة تقدر ب (26 %)على عدم وجود تتسيق بين المختصين وهي نسبة لا يستهان بها كما أن هذه النسبة تأتي مباشرة بعد التتسيق مع طبيب مختص في الأمراض العقلية للطفل (Pédopsychiatre).

2.5.3 الاستنتاج

نستتج أن أغلبية المختصين يجتمعون على تتسيقهم مع الطبيب المختص في الأمراض العقلية للطفل بنسبة قدرت ب(61%) و أنه أكثر مختص فعال في فريق متعدد التخصصات القائم على تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل، و تذبذب في نسب تتسيق بين المختصين الأخرين، في حين يؤكد من نسبته (26%) بعدم وجود تتسيق يبين فريق متعدد التخصصات أثناء عملية التشخيص.





الشكل(16) يوضح استجابات المختصين لسؤال من المختصين الذين تتسق معم في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

6.3.5 السؤال السادس

من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر الحكم النهائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل؟

الجدول (59) يوضح استجابة المختصين لسؤال من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر الحكم النهائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

النسبة المئوية%	التكرارات	المسؤول عن جمع التقييمات	النسبة المئوية%	التكرارات	المسؤول عن جمع التقييمات
%11	30	Psychologue	%61	165	Pédopsychiatre
%7	18	Orthophoniste	%5	14	Neurologue
%1	4	Pédagogue	%1	2	+Pédopsychiatre Psychiatre
%1	2	Psychiatre	%1	2	+ Psychologue Orthophoniste



%1	2	Médecin généraliste	%1	3	+Pédopsychiatre Psychologue
%26	71	لا يوجد	%11	30	الفرقة البيداغوجية

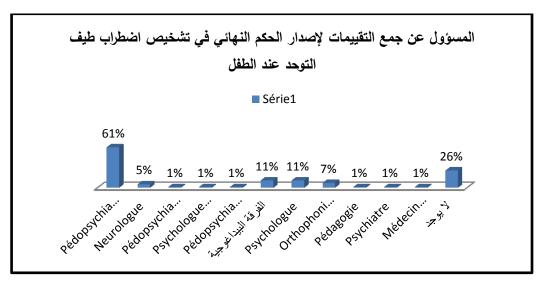
المصدر: مخرجات برنامج Exile

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(165) مختص من مجموع العينة أي ما يقابله نسبة (61 %) يؤكدون على أن الطبيب المختص في الأمراض العقلية للطفل(Pédopsychiatre) هو المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يتم وضع تشخيص نهائي لإضطراب طيف التوحد عند الطفل، ثم يليه بنسب متساوية قدرت ب (11 %) على أن المختص النفسي والفرقة البيداغوجية (والتي من ضمنها أيضا المختص النفسي) هم المسؤولين عن جمع التقييمات من أجل وضع تشخيص نهائي، ثم تليها بنسب متفاوتة قدرت ب (7%) و (5 %) مثلها كل من المختص الأرطفوني (Orthophoniste) ومختص في طب الأعصاب (المختص المختص في طب العقلي (Psychiatre+Pédopsychiatre) و المختص المختص في طب العقلي للطفل ومختص في الطب العقلي (Orthophoniste) و مختص في طب العقلي للطفل ومختص في الطب العقلي (Psychiatre ومختص في طب العقلي (Psychologue) ومختص في طب العقلي (Psychologue) ومختص في طب العقلي (Psychiatre في الطب العالم (Psychologue) ومختص في طب العقلي (Psychiatre ومختص في طب العقلي (Psychologue ومختص في طب العقلي (Psychiatre ومختص في طب العقلي (Psychologue ومختص في الطب العالم (Psychiatre ومختص من مجموع العينة أي ما يقابل (26 %) على انه لا يوجد مسؤول عن التشخيص بالمقابل أكد (71) مختص من مجموع العينة أي ما يقابل (26 %) على انه لا يوجد مسؤول عن التشخيص بجمع التقييمات.

6.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أغلبية المختصين يؤكدون على أن المسؤول عن جمع التقييمات وإصدار الحكم النهائي هو الطيب المختص في الأمراض العقلية للطفل(Pédopsychiatre) أما بقية المختصين فقد مثلوا نسب ضعيفة، في المقابل أكد نسبة معتبرة من المختصين على عدم وجود مسؤول يجمع التقييمات ليؤكد التشخيص النهائي.





الشكل(17) يوضح استجابة المختصين لسؤال من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر الحكم النهائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد

7.3.5 السؤال السابع

ما هو نوع(المقياس/ الفحص) الذي تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لاضطراب طيف التوحد ؟

الجدول (60) يوضح استجابات المختصين على سؤال الذي يخص نوع (المقياس/ الفحص) الذي تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لاضطراب طيف التوحد

النسبة المئوية%	التكرارات	المقياس مع العمر	النسبة المئوية%	التكرارات	المقياس مع العمر
%1	2	CRAS –مقياس الهندي	%6	17	من 18 شهر إلى 3 سنوات نستعمل: CHAT من 3 إلى 5 سنوات من 3 إلى 5 سنوات نستعمل: CARS
%9	24	DSM5	%1	2	м снат
%1	4	DSM5- ICD10	%1	2	ADOS- CARS



%1	2	DSM5- ICD10- مقياس الهندي	%16	42	CARS
%1	3	M CHAT- CHAT- CARS-	%1	3	CARS- CAST
%1	2	PEA	%1	4	M CHAT- CARS
%0	1	PEP- DSM5- CARS	%0	1	CARS- ADI
%2	5	TEATCH	%0	1	PEP 3
%1	2	أعراض إكلينيكية	%3	8	CARS- DSM5
%2	6	ملاحظة – مقابلة	%1	3	CRAS- PEP 3
%52	140	لا يوجد	%4	12	غیر محدد

المصدر: مخرجات برنامج Excel 2013

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن(140) مختص و الذين يمثلون نسبة تقدر ب(52 %) أكدوا على عدم إستعمال (لمقياس/ فحص) يناسب كل مرحلة عمرية للطفل أثناء عملية التشخيص، بالمقابل صرح (17) مختص من مجموع العينة و الذي يقابله نسبة (6%) و هي نسبة قليلة جدا بأنهم يستعملون في سن 18 شهر إلى 3 سنوات مقياس CHAT و من 3 سنوات إلى 5 سنوات يستعملون مقياس مقياس CARS، في حين تباينت نتائج النسب من (16%) إلى (0 %) على المختصين الباقين للعينة على استعمالهم للمقاييس دون مراعاة المرحلة العمرية، وكذلك ما أعد المقياس أو الفحص لقياسه ونذكرها على التوالي: استعمال مقياس (CARS) بنسبة (16%)، في حين استعمال معايير DSM5 بنسبة (9%)، فيما تحتفظ ما نسبته (4 %) من المختصين على عدم وجود مدة زمنية للمقياس و يمكن تعميمه على كل المراحل العمرية للطفل أثناء التشخيص، و تم استعمال كل من CARS DSM5 بنسبة (8%).

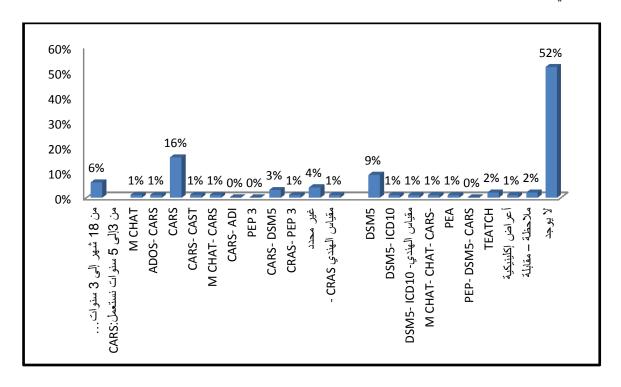


أما الملاحظة و المقابلة أستعملت ما بنسبة (2%) والتي تساوت مع نسبة استخدام برنامج و هذا خطأ فادح لعدم تفريق المختص بين مقاييس التشخيص و البرامج العلاجية، أما نسبة (1%) فقد تساوى فيها استعمال كل من مقاييس التالية:DSM5- ICD10 ،CRAS- PEP 3 ،CARS- CAST ، M CHAT -DSM5- ICD10مقياس الهندي،PEA، M CHAT- CHAT- CARS ، الأعراض الإكلينيكية.

كما مثلت النسبة المعدومة لاستعمال المقاييس التالية: PEP-DSM5-CARS،PEP 3 ،CARS-ADI .

7.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن المختصين أكدوا بالأغلبية على عدم إستعمال مقاييس والفحوص وفقا للمرحلة العمرية التي حددها كل مقياس أثناء استعماله، حتى أن بعض المختصين والذين مثلوا نسبة(2%) لا يميزون بين المقاييس والبرامج، في حين البقية لا يميزون الفرق بين الأهداف التي بنيت عليها المقاييس. كما هو موضح في الشكل الأتي:



الشكل(18) يوضح استجابات المختصين على سؤال الذي يخص نوع (المقياس/ الفحص) الذي تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لاضطراب طيف التوحد



8.3.5 السؤال الثامن

كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل؟ الجدول(61) يوضح استجابات المختصين لسؤال كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء

الطفل	عند	التوحد	طىف	اضطراب	تشخيص	عملية
_			**	• •	· ·	**

النسبة المئوية %	التكرارات	التنسيق مع المختصين الأخرين يتم ب
%60	161	رسائل توجيه
%33	89	اجتماع تنسيقي
%01	4	الهاتف النقال
%6	15	لا يوجد
%100	269	مجموع

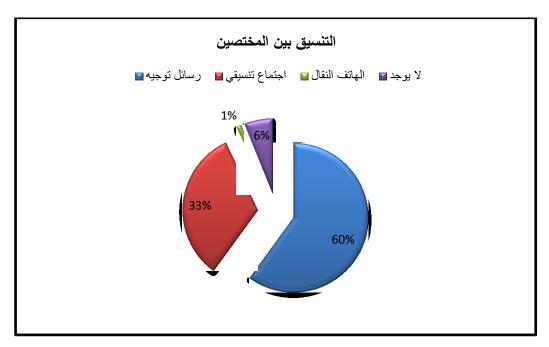
المصدر: مخرجات برنامج Exile2013

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن(161) مختص والذين يمثلون نسبة (60%) أكدوا بالأغلبية على استعمالهم لرسائل التوجيه في التنسيق ما بينهم، ثم يليه(89) مختص والذي يقابله نسبة (33%) أن التنسيق فيما بينهم بيتم عن طريق اجتماع تنسيقي، ويمكن تفسير ذلك أن اغلبيهم يعملون في نطاق مؤسسات بها فريق متعدد التخصصات ولهم إمكانية إجراء اجتماع، في حين صرح أربعة مختصين أي ما يقابله نسبة فريق متعدد التخصصات ولهم إمكانية وإحراء اجتماع، في حين صرح أربعة مختصين أي ما يقابله (6%)على على استعمال الهاتف النقال في تواصلهم بينهم، بالمقابل أكد(15) مختص أي ما يقابله (6%)على عدم وجود تنسيق فيما بينهم.

8.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أغلبية المختصين يتم التنسيق فيما بينهم عن طريق رسائل التوجيه ثم يليها التنسيق عن طريق اجتماع تنسيقي والتي في الغالب تتوفر بأماكن العمل التي بها فريق متعدد التخصصات.





الشكل(19) توضح استجابات المختصين لسؤال كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

8.3.5 السؤال التاسع هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر؟ (نعم/لا) مع ذكر السبب الجدول رقم(62) يوضح إستجابة أفراد العينة لسؤال هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص

النسبة المئوية%	التكرارات	يوجد تشخيص مبكر
%65	174	نعم
%35	95	Ϋ́
%100	269	المجموع

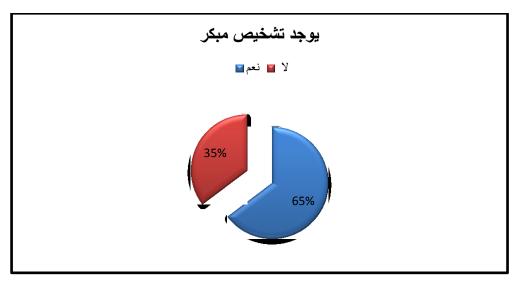
المصدر: مخرجات برنامج Exile

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(174) مختص من مجموع العينة أي ما نسبته (65%) يرون بأنه يوجد تدخل مبكر عند تشخيص المبكر، في حين(95) من المختصين أي ما نسبته (35%) من مجموع العينة يرون أنه لا يوجد تدخل مبكر عند التشخيص المبكر.



9.3.5 الاستنتاج

نستنج أن أغلبية المختصين يرون أنه يوجد تدخل مبكر عند التشخيص المبكر وهو موضح في الشكل البياني الأتي:



الشكل(20) توضح إستجابة المختصين لسؤال هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر ؟(نعم/لا)

ذكر أسباب التدخل أو عدم التدخل المبكر: الجدول(63) يبين إستجابة أفراد العينة لأسباب التدخل المبكر من عدمه

النسبة المئوية %	التكرارات	السبب في التدخل أو عدم التدخل المبكر	
%37	100	كلما كان التشخيص مبكر كلما كان التدخل مبكر والحصول على نتائج أحسن	
%4	12	حتى لا تسوء الحالة	
%6	16	وعي الأولياء	
%4	11	غياب اللغة	



%30	80	لا توجد إمكانيات	
%14	39	عدم وعي الأولياء وتوجههم المتأخر للمختصين	
%3	7	عدم تقبل الأولياء لحالة الطفل	
%1	4	قدرة إستعاب المركز مما يحتم التوجه لقائمة الإنتظار	
%100	269	المجموع	

المصدر: مخرجات برنامج Exile2013

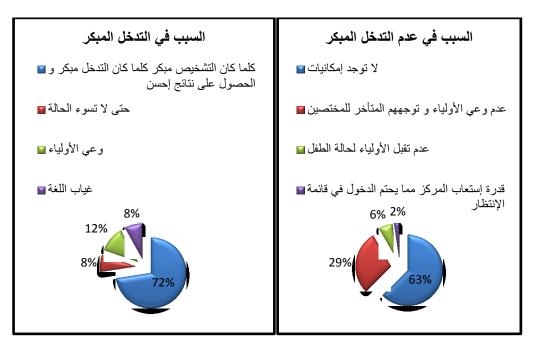
من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن(174) من العينة والذين يمثلون(65%) يؤكدون على وجود تدخل مبكر عند تشخيص المبكر ويتفق(100) مختص منهم أي ما يقابله نسبته(37 %) على أنه كلما كان التشخيص مبكر كان التدخل مبكر وبالتالي الحصول على نتائج أحسن عند الخضوع للبرنامج العلاجي، في حين(16) منهم و الذي يقابله(6%) يرجعونه لوعي الأولياء وملاحظتهم المبكرة للأعراض، في حين(4%) منهم أرجع التدخل المبكر لتفادي تفاقم الأعراض و تعقدها على جميع جوانب النمو خاصة اللغة.

في حين أن نسيبة (95) من المختصين و الذي مثلوا نسبة (35%) والذين أبدو رفضهم لوجود تدخل مبكر أرجع (80) مختص منهم أي ما يعادل (30 %) إلى عدم وود إمكانيات اللازمة تدخل، أما (39) مختص والذي يقابله (14 %) يرجعون عدم التدخل المبكر إلى نقص وعي الأولياء بأعراض طيف التوحد وبالتالي عدم الكشف المبكر للاضطراب وتوجههم المتأخر إلى المختصين، أما (3%) و (1 %) من المختصين يرجعون عدم التدخل المبكر على التوالي إلى عدم تقبل الأولياء لتشخيص طفلهم بإضطراب طيف التوحد، وعدم قدرة المراكز والمؤسسات المستقبلة إستعاب الأعداد المتزايد للأطفال مما يحتم عليهم التوجه لقائمة الإنتظار.



5. 3 9. الاستنتاج:

نستنتج أن المختصين يجمعون على وجود تدخل مبكر عند التشخيص المبكر بهدف الحصول على نتائج أفضل، لكن بالمقابل يرى نسبة لا بأس بها من المختصين أنه لا يوجد تدخل مبكر لنقص الإمكانيات إضافة إلى عدم وعي الأولياء.



الشكل(21) يوضح استجابات المختصين فيما يخص أسباب التدخل المبكر من عدمه عند التشخيص المبكر

10.3.5 السؤال العاشر

ما هو العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم؟

الجدول رقم(64) يوضح استجابة المختصين لسؤال ما العمر الذي يتم فيها التدخل المبكر لديكم

النسبة المئوية%	التكرارات	العمر	النسبة المئوية%	التكرارات	العمر
%6	17	4 سنوات	%6	15	12 شهر
%6	17	5 سنوات	%31	83	18 شهر
%4	12	غير محدد	%19	51	سنتين
%100	269	المجموع	%28	74	3 سنوات

المصدر: مخرجات برنامج Exile2013

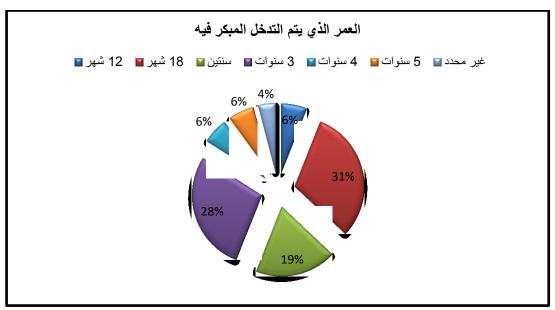


من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن ما(83) مختص من مجموع العينة أي ما يقابله نسبة(31 %) يتفقون على أن العمر الذي يتم التدخل المبكر من قبلهم هو سن 18 شهر، في حين صرح(74) مختص و الذي يقابله نسبة(28%) أن التدخل المبكر يتم لديهم في سن 3سنوات، يليها(51) أي ما يقابله نسبة(19%) يكون التدخل المبكر على مستواهم في سن سنتين، في حين تساوت نسبة (6%) بالنسبة للمختصين الذين يكون التدخل المبكر لديهم في سن 12 شهر و 4 سنوات و 5 سنوات.

في المقابل صرح(12) مختص من مجموع العينة والذي يقابله نسبة (4%) بعدم وجود وقت محدد لديهم للتدخل المبكر.

2.10.3.5 الاستنتاج

نستنتج أن أغلبية المختصين يتفقون على أن التدخل المبكر يكون في الفترة الممتدة بين 18 شهر وثلاث سنوات.



الشكل(22) يوضح استجابة المختصين لسؤال ما العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم



11.3.5 السؤال الحادي عشر

ماهي الصعوبات التي تواجهها في تشخيصك لإضطراب طيف التوحد عند الطفل؟ الجدول(65) يبين استجابات المختصين لسؤال الصعوبات التي تواجه المختص أثناء تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

النسبة المئوية%	التكرارات	الصعوبات التي تواجهها في التشخيص
%14	38	عدم توفر المقاييس المكيفة لتشخيص اضطراب طيف التوحد
%09	25	لا يوجد تعاون بين فريق متعدد التخصصات
%04	12	الإضطرابات المصاحبة
%03	8	نقص المختص Pédopsychiatre
%18	48	عدم وعي الأولياء
%14	37	صعوبة التشخيص الفارقي
%24	64	نقص في الإمكانيات و المؤسسات المستقبلة لفئة طيف التوحد
%06	16	نقص الدورات التدريبية للمختصين
%08	21	لا يوجد صعوبات
%100	269	المجموع

المصدر: مخرجات برنامج Exile 2013

يتضح من الجدول أعلاه أن(70) مختص من مجموع العينة أي ما يقابله نسبة (24%) اتفقوا على أن من بين الصعوبات التي يواجهونها في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل هو نقص في الإمكانيات و نقص في المراكز والمؤسسات المستقبل لفئة اضطراب طيف التوحد، يليها(48) مختص أي ما يقابله نسبة (18%) يجدون صعوبة مع الأولياء و غالبا تكون لحالتين أما لعدم وعيهم و انتباههم للأعراض أو لرفضهم التشخيص و مقاومته، ثم تليها بنسب متقاربة لرأي (37) و (38) مختص والتي يقابلها نسبة (14%) يتفقون



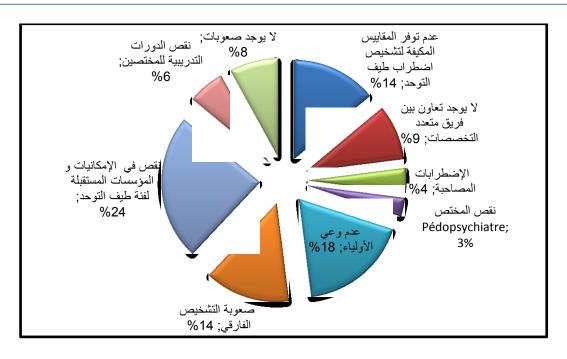
على أن من بين الصعوبات التي تواجههم في التشخيص هي عدم توفر مقاييس المكيفة الخاصة بإضطراب طيف التوحد عند الطفل على البيئة الجزائرية، ثم يليها 25 مختص أي ما يقابله نسبة(9%) يرون أنه لا يوجد تعاون وتكامل بين فريق متعدد التخصصات، وهذا ما يفسر النتيجة التي قبلها حول مشكلة صعوبة وضع تشخيص فارقي.

في حين يرى (16) مختص أي ما يقابله نسبة (6%) أن من الصعوبات التي يواجهونها في التشخيص هو نقص في الدورات التدريبية للمختصين تحت إشراف كفاءات وإطارات ذات كفاءة عالية، أما (12) مختص أي ما يقابله نسبة (4 %) يرون بأن الإضطرابات المصاحبة لإضطراب طيف التوحد هي التي تصعب عملية التشخيص، أما ثمانية مختصين أي ما يقابله نسبة (3%) يرون أنه يوجد نقص في اختصاص طبيب مختص في الأمراض العقلية عند الطفل على مستوى المراكز والمؤسسات مما يؤدي إلى وجود ضغط عليه. في المقابل يرى (21) مختص أي ما يقابله نسبة (8%) أنهم لا يجدون صعوبة في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند طفل.

11.3.5 الاستنتاج

نستنج أن أغلبية المختصين يرجعون وجود صعوبات في تشخيص طيف التوحد عند الطفل إلى عدم توفر مؤسسات مهيئة لاستقبال أطفال اضطراب طيف التوحد بكل ما تحتاجه من موارد بشرية والمتمثلة في فريق متعدد التخصصات مؤهل ومتكامل والذي أيضا يجب أن توفر له موارد مادية تتمثل في مقاييس تشخيص اضطراب طيف التوحد مكيفة على البيئة الجزائرية، وكذلك دورات تدريبية مكثفة، إضافة إلى عدم وعي الأولياء والذي يلعب دورا مهما في التدخل المبكر. كما هو موضحه في الشكل الأتي:





الشكل (23) يوضح استجابات المختصين لسؤال الصعوبات

التي تواجه المختص أثناء تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل

12.3.5 استنتاج عام لنتائج الأسئلة المفتوحة

من خلال ما تم عرضه من نتائج لإستجابات الأسئلة المفتوحة من قبل المختصين المشرفين على تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) والتي تمخضت عنها معطيات مثيرة للاهتمام من جميع زوايا التشخيص لفئة اضطراب طيف التوحد، ولعل من أبرزها هو أن أغلبية المختصين يعتمدون ويركزون في تشخيصهم على مقاييس سلوكية نظرا لطبيعة اضطراب طيف التوحد، حيث يعتمدون على مقياس تقدير السلوك التوحدي (CARS) بالدرجة الأولى ثم يليه معايير (DSM5) ويعتبر من أكثر المقاييس تدولا بين المختصين وهذا ما أكدته دراسة عبد الفتاح الجابري (DSM5) والتي أشار فيها إلى التوجهات الحديثة في تشخيص طيف التوحد مشيرا إلى معايير (DSM5) مبينا أن التغيرات الحديثة التي طرأت على البناء المفاهيمي لفئة اضطراب طيف التوحد و انتقالها من مفهوم متصل التشخيص الفئوي إلى مفهوم متصل التشخيص غير الفئوي ثم تفصل في التشخيص متعدد المستويات وذلك عبر بنائها للمكونات الثلاثة الأساسية العملية التشخيص التكاملية.



إلا أن ما يعاب على استخدام مقياس (CARS) هو الإعتماد الكلي عليه دون تدعيمه بمقاييس سلوكية أخرى تقيس جوانب أخرى للاضطراب أو مقاييس أخرى تستعمل أثناء إجراء المقابلات المسحية و قوائم الشطب خاصة عند عملية جمع المعلومات من الأولياء هذا من جهة و هذا ما أكدت عليه دراسة جعدوني الزهراء (2013) و التي أسفرت النتائج عن افتقار النفسانيين العياديين خاصة لوسائل التشخيص العرضي من خلال الملاحظة العيادية أو شبكات الملاحظة أو المقابلة العيادية والتي تعاني عموما من الفقر في المحتوى.

ومن جهة أخرى إن مقياس (CARS) أو المقاييس السلوكية يمكن أن تتأثر بدرجة المعيارية للصدق والثبات ومن جهة أخرى إن مقياس (CARS) أو المقاييس السلوكية يمكن أن البروتوكول المتبع من قبل الخبراء على ضوء المعايير الوصفية المعمول بها دوليا حاليا لتشخيص اضطراب طيف التوحد هو التقييم السلوكي مثل (CARS)، (SRS)، (SRS)، (CARS) والتي يمكن أن يتأثر التقييم بمستوى الوضعي، وكذلك مستوى درجة صدق والثبات للمقياس في كل بيئة. (Alafeef ,2018, P6

كما كشفت استجابات المختصين ايضا على وجود خطأ فادح، وهذا بإجماع الأغلبية الساحقة تمثل في عدم تحكم المختصين في كيفية استعمال وتطبيق المقابيس السلوكية وبأنه يتم تطبيقها دون مراعاة المدى الزمني المخصص لكل مقياس مع ما يتتاسب وعمر الطفل وقدراته، وكذلك المدة الزمنية اللازمة لتطبيقه، إضافة إلي أن الزمن الذي يتم فيه الفصل في تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل كان محصورا بين حصتين إلى أربعة حصص وهو وقت غير كاف ويعتبر مجحف في حق الطفل بسبب إمكانية الوقوع في خطأ في التشخيص وسم الطفل بإضطراب طيف التوحد، ومما زاد من خطورة الوضع هو أن أغلبية المختصين عند استجابتهم حول (المقابيس/ الفحوص) التي يستعملونها في التشخيص الفارقي بعدم وجودها واكتفائهم برأي المختص في طب العقلي للطفل. وهذا ما أكدته عليه دراسة زبير بن مبارك(2020) التي أسفرت نتائجها ضعف التكوين النظري والتطبيقي للمختص النفسي بسبته 2.48%، بالإضافة إلى أن نسبة أسفرت نتائجها ضعف التكوين النظري والتطبيقي للمختص النفسي بسبته 8.82% لا يثقون في العلاج النفسي. كما اشروا على تشنج العلاقة بين الطبيب والأخصائي بسبب تقمص الأخصائي للوب.



في حين يشهد العالم العديد من التطورات في مجالا الفحوص الطبية خاصة العصبية لتدعيم التقييم السلوكي للحصول على تقييم شامل لاضطراب طيف التوحد، نذكر منها استراتيجية (MHRC) التي اقترحت بروتوكول للتشخيص في روسيا يعتمد على تشخيص اضطرب طيف التوحد على مجموعة من المؤشرات الحيوية بما في ذلك فحص الدماغ بإستعمال(EEG) و فحوصات الدم، إضافة إلى تقييم سريري القائم على قياس الخصائص السيكومترية مثل(CARS) لتقييم شدة التوحد وأيضا(BFCRS) لإدخال الأولياء في عملية التشخيص (Nataly.V.Sinaschkova & al, 2019,P4)

وفي دراسة أخرى للتطوير من عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد قامت بها كل من (rs-FRMT) وهو نموذج لحاسوب (rs-FRMT) وهو نموذج لحاسوب ذكي مخصص لتشخيص اضطراب طيف التوحد عند الاطفال الصغار تتراوح أعمارهم بين خمسة إلى عشر سنوات وبناء على بيانات الرنين المغناطيسي الوظيفي (EEG) يمكننا الحصول على مختلف الإختلالات المتعلقة بالدماغ و كذا استخراج وتصنيف تلقائي لمخلف الصور ومقارنتها. وهي تعتبر أداة جد فعالة في عملية التشخيص (Maryam Akhavan& Avash Sharifi,2019 ,P 2)

وبما أن الفحص بالرنين المغناطيسي الوظيفي(EEG) لديه دقة زمنية إضافة إلى أنه أرخص ومتاح على نطاق واسع سواء للمرضى أو الأطباء مما جعله أكثر استعمالا في المواقف السريرية، لكن توجد دراسات حديثة لتقنيات ونماذج أكدت فعاليتها في وضعها تشخيص مبكر وبشكل أدق نذكر منها: النموذج (EEG) الذي اقترحته كل من (Enas Abdulhay & Maha Alafeef,2018) تحت إشراف لجنة المراجعة بجامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا وهي تقنية تشخيصية بمساعدة كمبيوتر والذي طبق على عينة 60 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد على مدى عمري من (4 – 13) سنة حيث بلغت دقة النموذج في تشخيص اضطراب طيف التوحد إلى(94,4%) وتوجد نماذج أخرى مثل (QEEG) والذي يتميز عن في تشخيص اضطراب طيف التوحد إلى(94,4%) وتوجد نماذج أجرى مثل (QEEG) والذي يتميز عن على الرغم من القدرة العالية التي أسفرت عليها نتائج النماذج الجديدة يؤكد (& Mehram Ahmadlou) أن كل هذه النماذج الحديثة مازالت تحتاج إلى دراسات على عينات أكبر لتحقيق الموثوقية في النتائج.



كما تمخض أيضا عن إجابات المختصين أن المختص في الطب العقلي للطفل هو أيضا المسؤول عن القرار النهائي للتشخيص وهو ما ينص عليه القانون المسير لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة.

كما يعتبر أيضا منسق لفريق متعدد التخصصات مما يؤدي إلى تراكم الضغوط و الأعباء عليه أثناء عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل، مع الإشارة إلى وجود نقص فادح في تخرج المختصين في طب العقلي للطفل ويمكن عدهم على الأصابع على المستوى الوطني وتعتبر أول دفعة تخرجت من جامعة الجزائر سنة 2013 يتمركزون في مستشفيات الأمراض العقلية فقط، مع انعدام التخصص في القطاع الخاص.

هذا من جهة ومن جهة أخرى تخلي المختصين الأخرين عن مسؤوليتهم في إبداء رأييهم في التشخيص اضطراب طيف التوحد عند الطفل من خلال تقييمات مختلفة كل حسب اختصاصه مما يفتح باب النقاش والحوار مع احترام كل تخصص سواء كان تم ذلك في اجتماع تتسيقي لفريق متعدد التخصصات هذا في حال كانوا ينتمون إلى القطاع الحكومي أو عن طريق رسائل توجيه والتي تعتبر غير كافية للنقاش خاصة مع طبيعة اضطراب طيف التوحد المتباينة من طفل لأخر لذا يجب أن يكون هناك تتسيق جيد على مستويين بين المختصين أنفسهم و بين الأسرة

وهذا ما تأكد عليه إستراتيجية (VR-RAR) المعتمدة في ولاية كاليفورنيا الشمالية (2003) التي تأكد على تعيين منسق للتقييم والذي يلعب دور المنسق في جميع مراحل التكفل من التنسيق مع الأسرة إلى التحضير للاجتماعات والتنسيق بعد الاجتماع. (Lee Marcus ,2001,P 171)

لقد تعمدت الطالبة الباحثة إلى إثارة نقطة مهمة في إستراتيجية تشخيص اضطراب طيف التوحد وهي التدخل المبكر في حال كان هناك تشخيص مبكر. ولقد أسفرت النتائج بوجود نسبة لا بأس بها بعدم وجود تدخل مبكر راجع لعدة أسباب أهمها هو إتباع سياسات غير ملائمة مع طبيعة اضطراب طيف التوحد خاصة في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة التي تتتمي إلى القطاع الحكومي التي تقوم بالتكفل بالأطفال في عمر 3 سنوات إلى نهاية مسارهم الدراسي، وهذا حسب المادة 3 من القرار الوزاري رقم 2002 المؤرخ في 11 فيفري 2018 الذي يتضمن النظام الداخلي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين الصادر عن وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة وهو ما يتعارض مع التدخل المبكر



للتكفل بالطفل في حال حصوله على تشخيص مبكر و بالتالي تعتبر سنوات ضائعة من عمر الطفل التي تؤثر عليه على جميع الجوانب فيما بعد، ولقد أشار ماركوس و ريغان 1998م في دراسة ولاية كاليفورنيا الشمالية حيث قاموا بمسح للآباء فأعربوا عن أسفهم الشديد بعدم حصولهم على تدخل مبكر على الرغم من تشخيص أطفالهم في سن مبكرة.

بالإضافة إلى إمكانية البقاء في قائمة الإنتظار مما يدفع بالأولياء إلى التوجه إلى المؤسسات الخاصة أو الهجرة بأطفالهم للحصول على تشخيص أخر أدق وتكفل مناسب وهذا ما أكد عليه دراسة (Mélina Rivard الهجرة بأطفالهم للحصول على تشخيص أن مقاومة التشخيص لاضطراب طيف التوحد تؤدي بالأولياء للهجرة إلى بلدان أخرى مثل كندا للحصول على تشخيص دقيق لكنهم يواجهون صعوبات وعقبات خلال مسار حصولهم على خدمات لتشخيص طفلهم من الإنتظار في قاعة الإنتظار بالإضافة إلى الشعور بالعزلة الاجتماعية. (Mélina Rivard & Marie, Millau,2019,P 6

وهذا ما أشار إليه أغلبية المختصين عند سؤالهم حول الصعوبات التي يواجهونها عند تشخيصهم لاضطراب طيف التوحد عند الطفل إلى عدم توفر مؤسسات مهيئة لاستقبال أطفال طيف التوحد بكل ما تحتاجه من موارد بشرية والمتمثلة في فريق متعدد التخصصات مؤهل ومتكامل والذي أيضا يجب أن توفر له موارد مادية تتمثل في مقاييس تشخيص اضطراب طيف التوحد مكيفة على البيئة الجزائرية، وكذلك دورات تدريبية مكثفة تحت إشراف كفاءات ممارسة وعالية متابعة للمستجدات العالمية حول اضطراب طيف التوحد بهدف رفع الجودة التكفل بهذه الفئة. بالإضافة إلى أن أهم صعوبة تبقى مع الأولياء إما لعدم وعيهم أو تقبلهم للتدخل المبكر عند التشخيص المبكر من خلال وهذا يمكن إجراء حصص توعية وتخصيص برامج علاجية لمواجهة اضطرابات ما بعد صدمة لنقبل اضطراب ابنهم. وهذا ما أكدت عليه دراسة الطاهر قيرود ومزوز بركو (2020) والتي توصلت نتائجها إلى أن هذه المؤسسات هي عبارة عن مؤسسات غير متخصصة في مجال التكفل بطيف التوحد كما أنها لا تحترم المعايير الدولية.

ومنه يمكن أن نستخلص أنه يوجد فجوة بين الأداء الفعلي للإستراتيجيات التشخيص والأداء المرغوب فيه كون المختصين يريدون رفع من فاعلية التشخيص وفق إستراتيجيات معتمدة ومحكمة إلا أنهم لم يتمكنوا من التحكم في أدوات القياس وهنا تكمن الفجوة.



4.5 مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على أن: مستوى فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد مرتفعة، وعليه فإن هذه النتيجة تتعارض مع فرضية البحث الأولى والقائلة بأن مستوى فاعلية متوسطة للإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة(الحكومية - الخاصة)، ويمكن تفسير الفاعلية المرتفعة إلى الانفتاح والانفجار المعلوماتي الذي توفره الانترنت حول موضوع اضطراب طيف التوحد، والذي أصبح ظاهرة عالمية تشغل بال المختصين الباحثين المتخصصين في مجال التربية الخاصة بالإضافة إلى حملات التوعية والأيام الدراسية والندوات و المؤتمرات التي تتشطها مختلف الجامعات تحت إشراف كادر من المختصين الأكاديميين وكذلك الممارسين الذين يعرضون تجاربهم على مستوى الجامعات للطلبة بموازاة مع العمل الجمعوي الذي ينشط خاصة مع أولياء الأمور بهدف زيادة الوعى كونها الشريحة التي لها تأثير مباشر مع الطفل، والتي تعتبر دعامة رئيسية لتقدم أفضل رعاية للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد وذلك من خلال التعريف بالأعراض التحذيرية لظهور اضطراب طيف التوحد لأخذ الحيطة والحذر وعدم التهاون أو التراخي في الكشف والتوجه المبكر إلى المختصين، أيضا مساهمة البرامج التليفزيونية و كذا الإذاعية إضافة إلى مواقع التواصل الإجتماعي خاصة في شهر أفريل الذي هو شهر التعريف باضطراب طيف التوحد على المستوى العالمي، من خلال استضافة مختصين في مجال طيف التوحد لعرض تجاربهم و طرح جديد فيما يخص اضطراب طيف التوحد، إضافة إلى عرض تجارب نجاح لدعم على المستوبين المؤسساتي من خلال عرض مختلف الإستراتيجيات الناجعة للتكفل بالطفل طيف التوحد، وأيضا على مستوى أولياء أطفال التوحد لبعث روح الثقة والتعاون بين المؤسسة والمختص والولى للحصول على نتائج مرضية مقارنة مع مستوى قدرات كل طفل.

ومن جانب أخر يمكن تفسر النتائج المتحصل عليها هو لمدى التطور العلمي العالمي الذي شهده اضطراب طيف التوحد خاصة في ما يخص معايير التشخيص التي تتبناها هيئات و منظمات عالمية التي سعت جاهدة لتطوير ومراجعة معايير التشخيص تماشيا مع النظريات المفسرة لأسباب طيف التوحد والتي أصبحت تتسم بالسهولة والوضوح مثل معايير الدليل الإحصائي التشخيصي في طبعته الخامسة (DSM5) والذي يعتبر من أكثر التصنيفات العالمية انتشارا و تداولا بين المختصين المهنيين،



والذي أصبح يتميز بالسهولة والوضوح خاصة بعد جمع كل أنواع اضطراب طيف التوحد تحت مضلة واحدة تحت مسمى واحد وهو "طيف التوحد" والتعامل مع شدة وحدة اضطراب طيف التوحد أثناء تقديم الرعاية.

كما أشارت معايير DSM5 إلى عنصر مهم لم يذكره في التصنيفات السابقة كما شدد حرصه عليه ألا وهو التشخيص وفق فريق متعدد التخصصات كل في حسب تخصصه للحصول على تشخيص شامل من جميع الجوانب الجسدية كذا النفسية مما أدى إلى رفع من فعالية التشخيص، ويلاحظ أيضا في الطبعة الجديدة من التصنيف الدولي للأمراض CIM11 ورغم أنه مازال قيد التجربة إلا أنه أصبح يتماشى مع معايير الموجود في DSM5، وبالتالي يؤدي إلى فك النزاع بين المختصين في تشخيص طيف التوحد وهذا ما كان يلاحظ سابقا، وبالتالي إمكانية تعميم التشخيص مهما اختلف التصنيف.

ومما ساهم أيضا في رفع فاعلية استراتيجيات التشخيص في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) هو الإشادة بالمبادرة التي قام بها المركز الوطني لتكوين المستخدمين بمؤسسات المعوقين (CNFPH Projet de " يقول المرأة وذلك بوضعها دليل تحت عنوان " Guide Education des enfant autistes والذي وزع على جميع مراكز النفسوبيداغوجية على مستوى جميع ولايات الوطن بهدف أن يكون هناك نظرة موحدة للتشخيص والتكفل بأطفال طيف التوحد، وهو ما قامت به العديد من الدول العالم في مراكزها ومؤسسات التي تهتم بغثة طيف التوحد لتوحيد التشخيص ووضع خطة وطنية للتكفل بهذه الفئة ونذكر من أبرزها إستراتيجية التي تبنتها كل من (APA) و (APA) و (NAS) و (NAS) والتي ركزت فيها على المقاييس والأدوات التي تستعمل من أجل التشخيص حيث تؤكد على أهمية اختبار هذه الأدوات وتكييفها قبل إستخدامها كما تؤكد على ضرورة التنويع في المقاييس والأدوات حتى تعطي جميع مجالات النمائية والأكاديمية للطفل مع أخد بعين الإعتبار الاطفال المصابين بإعاقات حسية وحركية، ويتم ضبط النتائج النهائية للتشخيص في تقرير يساعد المختصين عند لإطلاع عليه.

في المقابل ركزت إستراتيجية التي جاءت بها (NASP) على أهمية تقييم فريق متعدد التخصصات عند وضع تشخيص لاضطراب طيف التوحد عند الطفل وذلك بإجراء مقابلات مع الولي والمعلم والطفل في ضوء سلسلة من القواعد المرجعية المحددة التي تتمثل في الكلام واللغة والتواصل والذكاء بشرط أن تجرى كل الملاحظات في بيئات مختلفة.



في حين أن إستراتيجية ريغون ارتكزت على جانب الفحوصات الطبية منذ الولادة إلى سن5 سنوات وذلك من خلال مراجعة تاريخ الحالة وفق مقابلة مع الأولياء، أما الطفل فتتم ملاحظته مباشرة أثناء تفاعله مع أقرانه خلال فترة يومين.

كما يلاحظ أن إستراتيجية (BOCES) تتشابه مع إستراتيجية (NASP) من حيث اعتمادها على تشخيص فريق متعدد التخصصات لوضع تشخيص شامل إلا أنها تختلف عنها من حيث أنها تعتمد على إجراء مقابلات مع الأولياء أو المرافقين لتحديد مستوى مهارات وقدرات الطفل من ناحية التواصل والتفاعل الإجتماعي في المنزل ومع المحيط. (Jéssica.M & Andrews, 2019, PP 17-18)

أما ما يعاب علي المبادرة التي قام بها المركز الوطني لتكوين المستخدمين بمؤسسات المعوقين(CNFPH) أنها كانت غير محددة فيما يخص الإستراتيجيات أي أنها كانت عبارة عن تعاريف وعناوين تعريفية للطرق التكفل وليس رسم إستراتيجية واضحة ومسطرة بطريقة منهجية كما أنها لم توزع على كل المؤسسات التي تهتم بفئة اضطراب طيف التوحد بل اقتصرت على المراكز النفسو بيداغوجية فقط.

ويمكن تفسير الفاعلية المرتفعة أيضا إلى دورات تحسين مستوى كفاءة المختصين من خلال الدورات التكوينية الإضافية التي يخضع لها المختصين خاصة إذا كانوا ينتمون إلى مؤسسات ذات طابع حكومي والتي تتركز أغلبها وتدور حول أدوات ومقاييس التشخيص وكذلك أهم البرامج العلاجية الأكثر نجاعة، بالإضافة إلى التكوين الذاتي والذي توفره حاليا الكتب والمجلات العلمية إلا أنها تبقي قليلة وليست ورشات تطبيقية عملية وهذا ما أكدته دراسة عاكف عبد الله الخطيب وآخرون (2012) والتي هدفت إلى تقييم البرامج والخدمات التربوية في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية والتي أسرفت نتائجها بأن مستوى فاعلية مرتفع في بعدي البرامج والخدمات.



مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

ونفسر النتيجة التي تؤيد فرضية الدراسة الثانية والقائلة بأن "هناك اختلاف في ترتيب الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل حسب درجة استخدامها من طرف المختصين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) وهذا الاختلاف لصالح إستراتيجية التشخيص المبكر في المرتبة الأولى ويليها في المرتبة الثانية إستراتيجية "تكامل فريق متعدد التخصصات" في حين نجد أن إستراتيجية "التشخيص الفارقي" حلت في المرتبة الثالثة والأخيرة.

يمكننا تفسير الترتيب الذي تحصلنا عليه من خلال نتائج استجابات المختصين والذي جاء مطابقا لترتيب الإستراتيجيات في الإستريان وهو إشارة على دقة بناء إستبيان فاعلية استراتيجيات تشخيص اضطراب طيف التوحد، ثانيا يمكننا تفسير حصول إستراتيجية التشخيص المبكر على المرتبة الأولى هو مدى حساسية هذه المرحلة التي تعتبر فاصلة و حاسمة في مسار حياة الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد على الصعيدين الأسري والمؤسساتي، حيث كما هو مسلم به أن التشخيص المبكر يؤدي إلى نتائج أحسن من حيث اختصار للجهد والمال وأن السنوات الأولى من حياة الطفل والتي لا نقدم فيها برامج التدخل المبكر تعد سنوات حرمان تؤدي إلى تدهور نمائي والذي ينعكس على توجيه مسار حياته إما للدمج في الأقسام العادية أو البقاء في مراكز للتربية المتخصصة. وفي هذا الصدد ركزت روسيا على مرحلة التشخيص المبكر من خلال دراسة قام بها (2019, Nataly V. Smashkora & Al والتي أسفرت نتائجها أنه خلال 1700 فادرين على الالتحاق بالمدرسة العامة، في حين (52%) يدرسون في مدارس التربية الخاصة وأغلبيتهم يعانون من إضطراب مصاحب وهو التخلف الذهني، كما تقوم روسيا في سياستها الوطنية بإجراء فحوصات روتينية أولية للكشف المبكر عن المظاهر السريرية للأمراض العقلية والذي من شأنه أن يتبح التعرف على الأطفال (Smashkora & Al).

وحتى نتمكن من الحصول على تشخيص مبكر لابد من الإعتماد على معايير ومقاييس وأدوات دقيقة وهذا ما سعى إليه الباحثون منذ بداية أن وضع العالم كانر أو معايير للتشخيص 1943م حتى يومنا هذا توالت مجهودات الباحثين لحصر أعراض التوحد في السنوات الأولى ونذكر منها قائمة (M CHAT)



والتي تميز بالدقة وبالموثوقية ويمكن تطبيقه في أقل من سنتين والتي قام ببنائه كل من (2001, Green والتي تميز بالدقة وبالموثوقية ويمكن تطبيقه في أقل من سنتين والتي قام فيها دراسة عبد الوهاب(2013) والتي قام فيها ببناء مقياس لتشخيص التوحد وبلغت نسبة انطباق فقراته (50%)، في حين قامت هناء رجب حسين بباء مقياس التوحد للأطفال من خلال التركيز على عدة نقاط منها اللغة والتواصل التكيف الإجتماعي على مدى عمري من (3-13 سنة).

في المقابل أعدت نرمين بنت عبد الرحمن قطب(2016) مقياس للكشف المكبر لإضطراب طيف التوحد من خلال مراحل عمرية مختلفة والكشف عن فعاليتها بالتركيز على 4 مجالات المظهر العام، التواصل و التفاعل الإجتماعي، السلوك. إلا أن ما يلاحظ على هذه المبادرات أنها لا تعمم على المراكز والمؤسسات كونها درست في بيئات عربية وتبقى بين أدراج رفوف المكتبات. والتي بإمكانها أن تساهم وتساعد المختصين على رصد أعراض التوحد في وقت مبكر.

لكن في نفس الوقت الحذر مطلوب حول التشخيص الزائد أو التشخيص المبكر على عدد قليل جدا من علمات التأخر التي يمكن أن تتحسن مع مرور الزمن، وبالتالي الوقوع في خطأ التشخيص وظلم الطفل.

ويمكن ايضا تفسير المرتبة الأولى لإستراتيجية التشخيص المبكر هو راجع لوعي الأولياء بالأعراض العامة لطيف التوحد من خلال حملات التوعية الإعلامية الواسعة الوطنية أو الدولية مما يحتهم على التوجه المبكر في حال ظهور علامات تحذيرية إلى المختصين بهدف إجراء فحوصات اللازمة لطفلهم، وهذا ما أكدته دراسة (2001, Lee M. Marcus& al) والتي خلصت نتائجها أن تطور وعي الأولياء ناتج عن المعلومات الموجودة في الانترنت، حيث كان في الماضي تشخيص الطفل في سن 5 سنوات (Marcus& al,2001,PP 171-172 من جهة الأولياء أصبح الكشف والتشخيص المبكر يتم في أقل من سنتين ووفقا لمقاييس مقننة وذات ثبات و صدق عالى أو أجهزة فحص متطورة جدا.

كما يمكننا أن نشير إلى أن أهمية إستراتيجية التشخيص المبكر تكمن ايضا في تقليل أعباء والتكلفة الاقتصادية للتكفل بالطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد مع مرور الوقت سواء على كاهل الدولة من خلال توفير الموارد البشرية و المادية والمؤسساتية أو على الصعيد الأسري من خلال تخفيف أعباء العلاج ومساعدة هؤلاء الأسر في تقبل أطفالهم و مساعدتهم على تحقيق نتائج مقبولة من التكيف.



أما فيما يخص المرتبة الثانية والتي ترجع إلى تكامل فريق متعدد التخصصات ويمكن تفسير ترتيبها الثاني من حيث الأهمية إلى أن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب يعرف سلوكيا فإنه من المسلم به أنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة وأوضاع متنوعة و بمقاييس وأدوات مختلفة التي تمس جميع جوانب النمو كلما زادت احتمالات تشخيص اضطراب طيف التوحد بشكل صحيح.

وفي نفس السياق يجب أن نشير إلى أنه حتى يكون لهذا الفريق تنسيق جيد فيما بينهم لابد من وجود إستراتيجية تكفل السير الحسن لتشخيص اضطراب طيف التوحد الطفل والذي يركز أولا على الخبرة المهنية بإضطراب طيف التوحد، ومدى تحكم كل مختص بأدوات الفحص والتشخيص الخاصة، وأهمية تكيفها على البيئة ومدى لائمتها مع حالة الطفل من حيث المدى العمري والجانب الذي تقيسه. وبعد إجراء كل مختص نقيمه يضع تشخيصه المبدئي أو التشخيص المؤقت من وجهة نظر إختصاصه في تقرير ويقوم بتوجهه عن طريق رسائل التوجيه إلى مختص في الطب العقلي للطفل في حال كان تابع لمؤسسة ذات قطاع خاص، أو طرح نتائج تقريره في اجتماع تنسيق فريق متعدد التخصصات في حالة الإنتماء إلى مؤسسة ذات قطاع طرح نتائج تقريره في اجتماع تنسيق المخول الرسمي قانونيا وهو طبيب مختص في الأمراض العقلية للطفل الحكومي، حيث يترأس هذا التنسيق المخول الرسمي قانونيا وهو طبيب مختص في الأمراض العقلية للطفل مختف المختصين وهو ما أكدته نتائج الأسئلة المفتوحة لدراستنا حيث يتم وضع التقرير النهائي من قبل مختص في الطب العقلي للطفل.

مع الإشارة إلى أنه يجب أن يكون هناك تأهيل مناسب لضمان السير الحسن، لكن في المقابل يجب أن يكون هناك علاقة احترام متبادلة في الحوار والنقاش حول التشخيص كما ينص عليه ميثاق أخلاقيات المهنة لضمان السير الحسن لعملية التكفل عامة والتشخيص خاصة واحترام كل مختص لاختصاصه و اختصاصات الأخرين وعدم التعدي بالتدخل فيها، وهو ما أكد عليه (Klin,1997) بأنه يجب مراعاة الإختلاف بين المواقف أثناء إجراءات التشخيص والقياس وكذلك الألفة بين المختصين.

أما المرتبة الثالثة فتعود إلى إستراتيجية التشخيص الفارقي والتي لا تقل أهمية عن سابقاتها وهي مرحلة مكملة لتكامل فريق متعدد التخصصات حيث هي إستراتيجية جد حساسة وفيها تبرز مدى تحكم كل مختص حسب إختصاصه في مقاييس والفحوص التي يعتمد عليها ومدى مناسبتها لاحتياجات كل طفل. وذلك بمراعاة زمن ووقت الذي يحتاجه كل مقياس وأيضا المدى العمري للطفل الذي خصص لتطبيق هذا



الإختبار. لكن ما كشفت وأسفرت عنه نتائج الأسئلة المفتوحة لدراستنا هي أن المختصين يجهلون كيفية تطبيق المقاييس السلوكية بما يتوافق مع مبادئ التي بنيا عليها وعدم تعدد في المقاييس.

ويمكننا أن نصنف إستراتيجية التشخيص الفارقي إلى مرحلتين مرحلة التأكد من وجود إضطراب طيف التوحد ومرحلة التمييز بين التوحد والاضطرابات المصاحبة، وهنا تكمن حساسية هذه الإستراتيجية حيث يجب أن يعتمد المختصين مدربين وذوي كفاءة و خبرة باضطراب طيف التوحد ومدعمين بأدوات و مقاييس مختلفة مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

نفسر النتيجة المتوصل إليها والتي تؤيد فرضية البحث الثالثة القائلة بأن: " توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) تبعا لمتغير المؤهل العلمي والتي كانت دالة إحصائيا لصالح ذوي المؤهل ليسانس ماستر.

وهي نتيجة مثيرة للاهتمام كون أن مؤهلي الليسانس والماستر أكثر اعتمادا للاستراتيجيات الثلاث (التشخيص المبكر وتكامل فريق متعدد التخصصات والتشخيص الفارقي) من مؤهلي الدراسات العليا ومؤهل طبيب مختص ويمكن تفسير هذه النتائج بأن المختصين الذين يعتمدون على الإستراتيجيات الثلاث أنهم من ذوي مؤهل الليسانس والماستر ينتمون إلى تخصصات علم النفس وفروعها. والتي تعنى بسلوك الفرد وانفعالاته لذا يتطلب التشخيص النفسي مدة طويلة لوضع تشخيص نهائي حرصا منهم على التأكيد على الأعراض إذا كانت ثابتة أم هي عرضية فقط.

وبما أن اضطراب طيف التوحد معقد من حيث خصائصه وسماته لذا يتطلب من المختصين في علم النفس فترة طويلة يركزون فيها على التقييم الكيفي وليس الكمي، على عكس المختصين من ذوي مؤهل طبيب متخصص الذين يلوون أهمية كبيرة للكم من خلال إجراء فحوصات طبية لتحديد فيما إذا كان يوجد مشكلات صحية، وتتم في مدة محدودة نوعا ما تتراوح بين حصة أو حصتين. مما يؤدي بالطبيب المختص إلى عدم إعتماد الاستراتيجيات الثلاث. وهذا ما أكدته دراسة تايسي (Tasi,2003) إلى أن الهدف من التقييم الطبي هو تحديد أسباب الإضطراب لدى الطفل و تحديد مشكلات المرافقة لهذا الاضطراب والتي يمكن أن تزيد من مدة تقديم الخدمات الإرشاد والوقاية الأولية والثانوية (المقابلة، 2016، ص 80).



وبما أن مؤهلي الليسانس والماستر ينتمون لعلم النفس فإنهم يركزون على المعاش النفسي للطفل من خلال إجراء مقابلات مع أولياء الطفل تتم وفق مقابيس وأدوات مقننة لذلك وهذا ما أكدت عليها النتائج المتحصل عليها من الاستجابات الأسئلة المفتوحة.

وبالتالي التعامل مع الأولياء بشكل ذكي بحكم طبيعة التأهيل الذي تلقوه في الجامعة بدراسة الشخصية وبالتالي يمكنهم التعامل مع الأولياء في كل حالاتهم، في حال كانوا واعيين بالأعراض ويخفونها أو يغيرونها بهدف تغيير نتيجة التشخيص خاصة أن التشخيص اضطراب طيف التوحد يعتمد على الجانب السلوكي، أو في حال عدم وعيهم بالأعراض وتساهلهم معها على عكس الطبيب المتخصص الذي لا يمكنه دراسة شخصية الأولياء.

نشير أيضا إلى الرضي المهني و الدافعية للإنجاز وحماس أصحاب مؤهل الليسانس و الماستر للتحدي و الخوض في مجال اضطراب طيف التوحد وهو ما أشارت إليه دراسة برزوان حسيبة (2016) إلى أن الممارسين الذين كانوا يتميزون بالرضي المهني كانوا من أصحاب مؤهل الليسانس مع تكوينات إضافية.

أما فيما يخص مؤهل الدراسات العليا فيمكننا أن نفسر أن هذه الفئة أغلبهم يحضرون لشهادة الدكتوراه فهم منغمسون ومنهمكون في البحث العلمي والأبحاث العلمية في الجامعة وبالتالي ليس لديهم الوقت الكافي لاعتماد الاستراتيجيات الثلاث السالفة الذكر.

ويمكن الإشارة أيضا إلى عدم إعتماد الأطباء للاستراتيجيات الثلاث هو للتريث أو تخوفهم من إعطاء حكم متسرع لأعراض التي تظهر على الطفل والتي يمكن أن تزول عبر الوقت، وهو ما أكده Paoline A متسرع لأعراض التي تظهر على الطفل والتي يمكن أن غالبية الأطباء يترددون في مناقشة إمكانية وجود تشخيص التوحد مع والدي الأطفال الصغار عند ظهور بعض الأعراض خاصة بين سن 2- 3 سنوات بعد ظهور الأعراض بسبب الآثار الضارة المحتملة لوسم الطفل بإضطراب طيف التوحد أو احتمالية كونه غير صحيح على أمل أن الأعراض تزول مع مرور الوقت.(Paoline A Flipek &al, 1999, P440)

إضافة إلى تغير مفهوم السلمية في التخصصات الذي كان مسيطر في العقود الماضية وهذا ما أكده القانون الدولي لميثاق أخلاقيات المهنة الصادر عن الجمعية العالمية للطب (Inc. ,2005, .2005) بتطور نموذج التسلسل في السلطة الذي كان لا يسمح بمراجعة قرارات الطبيب حيث صرح بأن الكثير من المختصين يرفضون تعليمات الطبيب إن لم تكن مقنعة ومعللة انطلاقا من أنهم يعتبرون مسؤولين مباشرة على أخلاقيات مادة تخصصهم إزاء مرضاهم. (Jom Williams,2005,P 4)



ويشير (Mike Stanton, 2001) إلى هناك تجاهل مستمر لإضطراب طيف التوحد بين الأطباء الذين يقومون بتشخيص الحالات التي لها علاج تم إثبات فعاليته (محمد والجوالده، 2011، ص. 155).

كما أن مؤهلي الليسانس والماستر تخصصهم العلمي ينتمي إلى علم النفس وطبيعة التخصص تقرض إجراء قياسات بواسطة أدوات واختبارات ومقاييس على سلوك وانفعالات الأطفال لرصد أعراض اضطراب طيف التوحد فيما إذا كانت ثابتة أو عوارض ناتجة إما لتأخر في النمو أو بسبب المحيط.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

نفسر النتيجة المتوصل إليها والتي تعارض فرضية البحث الرابعة القائلة بأنه: " توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية-الخاصة) تبعا لمتغير الأقدمية.

وتعتبر هذه النتيجة مثيرة للاهتمام وهذا عكس ما جاءت به دراسة نايف بن عابد الزارع(2015) والتي أسفرت نتائجها بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بسنوات الخبرة (15 سنة فما فوق)، وكذلك دراسة بتول غانم (2015) والتي بينت نتائجها بوجود فروق دالة إحصائيا وفق متغير الخبرة، ويمكن أن نفسر ذلك بأنه توجد فروق بين سنوات الخبرة و سنوات الاقدمية، حيث أن الخبرة المهنية ليس لها علاقة بسنوات الأقدمية.

فالخبرة هي عبارة عن تقديم كل ما هو جديد ومبدع لتحسين أداء المؤسسة وكل ما هو من شأنه أن يخفض التكاليف وكل ما يساعد على تطوير وضعية المؤسسة التي تعمل بها، أما سنوات الأقدمية فهي المكوث في منصب العمل لمدة معينة والقيام بنفس الواجبات يوميا، دون أن يقوم بتغييرات أو أحداث تجديد وهذا ما أكدته نتائج الأسئلة المفتوحة بإعتماد المختصين على أدوات ومقاييس قديمة جدا وغير مكيفة على البيئة الجزائرية، إضافة إلى عدم إستعمال الدقيق لها وفق المدى العمري للطفل والمدة المحددة لها، وهو ما أكدته دراسة شرياف الزهرة(2019) التي أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعود لسنوات الخبرة في فعالية إجراءات وآليات تشخيص أطفال التوحد.



كما تجدر الإشارة إلى أن الاختيار الأفضل لوسائل التشخيص والقياس بما يتناسب مع خصائص واحتياجات الطفل الفردية يرجع إلى الخبرة والمعرفة العلمية والتي تنتج عن التكوين أثناء سنوات العمل من خلال القيام بدورات تدربيه في معاهد ومراكز متخصصة تحت إشراف مختصين متمرسين وخبراء ذوي كفاءة عالية وطنيا أو دوليا في مجال اضطراب طيف التوحد.

لذا يحتل التكوين أثناء الخدمة مكانة مهمة في الإستراتيجيات التي تتبناها العديد من المراكز والمؤسسات للرفع من مستوى فاعليتها إيمانا منهم بان التكوين أثناء الخدمة هو استثمار في القوى البشرية ومن خلال تحديث المعلومات وإثراء المعارف الجديدة حول اضطراب طيف التوحد.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق في سنوات الأقدمية هو أن سنوات الأقدمية تؤدي إلى الترقية الآلية وبالتالي تؤدي إلى مستوى الطموح والابتكار والإبداع والدافعية للإنجاز مما ينجر عنه عدم مواكبة مستجدات فيما يخص إضطراب طيف التوحد من كل الجوانب النظرية منها أو التطبيقية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

نفسر النتيجة المؤيدة لفرضية البحث الخامسة والقائلة بأنه:" توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية – الخاصة) تبعا لمتغير مكان العمل وهذه الفروق كانت لصالح الذين يعملون في القطاع الحكومي، ويمكن تفسير نتائج هذا الفرق الذي كان لصالح المؤسسات الحكومية إلى وجود طاقم من المختصين متعدد التخصصات على مستوى المؤسسات التي تنتمي إلى القطاع الحكومي التي نقوم بتشخيص طفل طيف التوحد بشكل متكامل ومتعدد الجوانب بدأ من الفحص الطبي إلى التقييم النفسي والنفسو بيداغوجي وكذلك النطق والكلام مما يساهم في الحصول على نتائج أدق عند التقييم والكشف من جهة أخرى وضع تشخيص فارقي دقيق خاصة، هذا راجع إلى مدى تعقيد سمات طفل طيف التوحد الذي تتميز باختلاف في الشدة والحدة من طفل لأخر وكذلك تداخل أعراض اضطراب طيف التوحد مع إضطرابات مضابهة واضطرابات مصاحبة، مما يستلزم التقييم في مجالات نمائية متعددة الحركية منها والسلوكية والانفعالية وكذلك التكييف الوظيفي.



كما أن هذه التقييمات تكون مستندة إلى أدوات ومقاييس واختبارات كل حسب إختصاصه ويتم صياغتها في تقرير مع إعطاء توصيات. وهذا ما يضمن التواصل المستمر بين أعضاء الفريق أثناء عملية التشخيص

وتتسيق الجهود وتجنب تكرار بعض التقييمات ومناقشتها قبل وضع التشخيص النهائي مما يساهم في تقليل الوقوع خطأ في التشخيص، كذلك الحوار والنقاش الذي يكون على مستوى المؤسسات في القطاع الحكومي وبالتالي يقلص من المشاكل خاصة إذا كان هناك ثقافة في الحوار تبادل الآراء مما يحسن من المناخ الوظيفي ويرفع من مستوى الأداء وهو ما يشدد عليه ميثاق أخلاقيات المهنة الصادر عن جمعية الطب العالمية (2005.lnc) على إشاعة ثقافة الحوار والنقاش بين المختصين.

وهذا عكس ما هو موجود في المؤسسات ذات الطابع الخاص والتي في الغالب هي عيادات خاصة تتوفر على مختص واحد كطبيب النفسي أو مختص أرطفوني أو مختص نفسي أو مجموعة من المختصين لكن لاختصاصين أو أكثر مما يجعل التقييم ناقصا، وفي حال هناك تواصل فإنه يكون برسائل التوجيه فقط، مما يجعل حلقة النقاش وتبادل الآراء بين المختصين مفقودة وبالتالي إمكانية عدم دقة التشخيص الفارقي وتضارب في الآراء وهو ما أكدته دراسة (دردريان، 1994) التي هدفت إلى معرفة مستوى فعالية مراكز التربية المختصة في الأردن والتي أسفرت نتائجها على أن جميع مراكز التربية الخاصة اختلفت فيما بينها في الفعالية على حسب نوع الإعاقة.

كما أن المؤسسات الحكومية تقوم بمراجعة دورية للتقييمات بخصوص كل الحالات وذلك بإقامة دورات نصف شهرية أو شهرية لكل المختصين للتقييم والتشاور بخصوص التشخيص ومدى تقدم الطفل، بالإضافة إلى انسب برنامج علاجي له وهو ما تؤكد عليه المادة 44 من القانون المسير لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المؤرخ في 9 سبتمبر 2018م والذي ينص على إقامة اجتماع المجلس النفسي البيداغوجي كل 3 أشهر في دورة عادية، كما يمكن أن يجتمع في دورة غير عادية بناءا على طلب من رئيس أو ثلاثة من أعضائه.

على عكس المؤسسات الخاصة التي يقل أو ينعدم فيها التواصل بين المختصين ولقد جاءت هذه النتائج مخالفة لما جاءت به دراسة كل من نايف بن عابد الزارع(2015) ودراسة أحمد نايل الغرير (2016) والتي أتفق كل منهما على أن هناك فروق دالة إحصائيا بين خدمات وجودة التشخيص في مراكز ومؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة لصالح المؤسسات الخاصة و يمكن تفسير ذلك إلى أن هذه الدراسات أجريت في دول تحتوي على مراكز خاصة بها فريق متكامل من المختصين على عكس مراكز المتواجدة في بلادنا والتي



تكون عيادات خاصة لمختص واحد أو إن وجدت فإنها تقتصر على المختص النفسي و الارطفوني أما المختصين الأخرين يتعاملون برسائل التوجيه دون تبادل الآراء و مناقشة التشخيص.

ويمكن أيضا تفسير الفرق لصالح القطاع الخاص هو ما تقدمه هذه المراكز من خدمات نوعية من حيث عمليات التقييم والتشخيص لذوي الإحتياجات الخاصة بحكم المنافسة الشرسة بين الخدمات التي تقدمها مختلف المراكز الخاصة لتقديم أحسن الخدمات للمحافظة على نشاطها والدخل المادي المعتبر.

مناقشة وتفسير الفرضية السادسة:

ونفسر النتائج التي جاءت مؤيدة للفرضية السادسة والقائلة بأنه:" توجد فروق في فاعلية الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل بين مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية - الخاصة) تبعا لمتغير التخصص العلمي الدقيق، والتي كانت دالة إحصائيا لصالح ذوو التخصصات العلمية الدقيقة كما هي على الترتيب(Orthophoniste – Pédopsychiatre Psychologue)، ويمكن تفسير هذه النتيجة والتي كانت لصالح التخصص العلمي الدقيق مختص في الطب العقلى للطفل حيث يعتبر هو قائد الأركسترا للفريق متعدد التخصصات وهذا راجع لطبيعة التكوين الجامعي الذي تحصل عليه حيث يجمع بين تخصص الطب العام والذي يدرس فيه جميع الأمراض العضوية ثم يتخصص 4 إلى 5 سنوات في الأمراض النفسية عامة والأمراض النفسية للطفل خاصة ومن بينها اضطراب طيف التوحد، وبما أنه مختص يتمنى إلى المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية حيث قامت السلطات المعنية بإنشاء أجنحة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد عند الطفل والمراهق وبالتالي فإن المختص في الطب العقلي للطفل على اطلاع بمستجدات التي تخص المعايير والتصنيفات العالمية المختلفة للإضطرابات النفسية نذكر أبرزها DSM5 وICD10 وبالتالي يستطيع التوفيق في كونه وصلة همز بين الفريق الطبي والفريق النفسي عند أداء مهمة التنسيق في مختلف استراتجيات المتبعة في التشخيص طفل طيف التوحد. كما يمنح القانون الذي جاء في الجريدة الرسمية بمسؤوليته الوحيدة في الفصل في التشخيص النهائي لإضطراب طيف التوحد، وكذلك بمهمة تبليغ الأولياء بالتشخيص النهائي، لأنه أكثر مختص لديه القابلية لإقناع الأولياء ومجاراتهم عند عدم التقبل التشخيص.



أما المرتبة الثانية والتي تعود للمختص الأرطفوني وهو مختص في اضطرابات اللغة والتواصل كون أن أول ما يلاحظه الأولياء وكذا تركيز المختصين على مدى مستوى المهارات اللغوية التي يكتسبها الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد وهل بإمكانه اكتساب اللغة التي يمكن من خلاله التواصل مع محيطه وكذلك رسم إستراتيجية لدمجه المدرسي. لذا يعبر دوره مهم وفعال جدا في كل مراحل التكفل بطفل طيف التوحد لأن اللغة تعبر عن مدى تقدم في البرنامج العلاجي وجودة الخدمات والاستراتيجيات المتبعة في المؤسسة المتكفلة بأطفال اضطراب طيف التوحد.

لكن ما يعاب عليه في حدود علم الطالبة الباحثة هو وجود نقص إلى درجة العجز لعدم وجود بروتوكولات مقننة ومعيارية خاصة بالمختص الأرطفوني سواء من حيث التشخيص أو التكفل وتبقى الجتهادات خاصة و هذا ما أسفرت عليه نتائج التي تحصلنا عليها من خلال الأسئلة المفتوحة و التي أقرت بعدم وجود اختبارات فحوص في التشخيص والتشخيص الفارقي تحض الجانب اللغوي، وهذا ما أكدته دراسة (بعدم وجود اختبارات فحوص في التشخيص والتشخيص الفارقي تحض الجانب اللغوي، وهذا ما أكدته دراسة (بعدم وجود اختبارات فحوص في التي أشارت إلى أن ما نسبته (54%) من المختصين الأرطفونيين لم يبلغوا المستوى المطلوب من حيث الإعداد المهني فيما يتعلق بتقديم خدمات المتبعة للأطفال التوحد، ونفسر يلك إلى ضعف في تكوينهم الأكاديمي و العيادي على التعامل مع هذه الفئة، مما أظهر حاجتهم إلى تدريب خاص على استراتيجيات التدخل المبكر والسلوكي مثل تحليل السلوك التطبيقي، والتكامل الحسي، والتدريب على لغة الإيماءات والسمات واستراتيجية التعامل معها.

أما المرتبة الثالثة فتعود للمختص النفساني العيادي والذي تتمثل مهامه كما نصت عليه الجريدة الرسمية ووفقا للمادة 18 من المرسوم التنفيذي رقم 91-111 المؤرخ في 27 أفريل 1991م والذي يعين المختص النفسي العيادي في الصحة العمومية بمسؤولية تنفيذ المهام التالية: الفحوص النفسية والميزانية النفسية والتشخيص والتتبؤ والمساعدة النفسية والإرشاد والتوجيه، وفق أدوات ومقاييس خاصة بكل اضطراب ومكنته هذه الصلاحية من إثبات دوره في الفريق النفسي لتشخيص اضطراب طيف التوحد، والتي ترجع لطبيعة الإضطراب وأيضا تمكن المختص النفسي من أخذ المعلومات الخاصة بالمعاش النفسي للطفل قبل و بعد الولادة من الأولياء و أيضا إمكانية الكشف فيما حاول أحد الوالدين إخفاء الأعراض لتغيير نتائج التشخيص إما لوعيهم أو لمقاومتهم التشخيص، لذا يجب أن يكون متمكن من كيفية الإصغاء الجيد وهو ما أشار إليه إما لوعيهم أو لمقاومتهم التشخيص، لذا يجب أن يكون متمكن من كيفية الإصغاء الجيد وهو ما أشار إليه تتمثل في التعرف على المالة من خلال سماعها وملاحظة الأعراض وتبادل المعلومات مع زملائه وتقييم تتمثل في التعرف على الحالة من خلال سماعها وملاحظة الأعراض وتبادل المعلومات مع زملائه وتقييم



مرحلة التطور النفسي من خلال إختبارات وإجراء مقابلات للتأكد من وجود اضطراب أو مرض إضافة إلى توجيهه (Alain Paineau, 2004, PP 9-10).

وفي حال تمكن المختص النفساني العيادي من التحكم في أدوات القياس يكون دوره فعال ورأيه مسموع وذو قيمة علمية وممنهج في تشخيص اضطراب طيف التوحد، خاصة في التشخيص الفارقي بين الاضطرابات النفسية المشابهة والمصاحبة لإضطراب طيف التوحد عند الطفل ويأتي كمكمل وكتدعيم برأي المختص في الطب العقلي للطفل.

لكن هناك اختلاف ونناقض في ما جاءت به نتائج الأسئلة المفتوحة في دراستها هو أن المختصين على دراية بالإستراتيجيات المعتمدة في التشخيص اضطراب طيف التوحد لكن هناك نقص فادح في التكوين الذي يخص إضطراب طيف التوحد من جهة المقاييس والتكوين، وهو ما كان ما أكدت عليه دراسة صلاح الدين تغليت(2008) والتي أسفرت نتائجها بعدم إستجابة البرامج التكوينية لمتطلبات الإعداد الأكاديمي والمهني للأخصائي النفسي الإكلينيكي والمعايير المعمول بها في هذا المجال، حيث لم تكن مرضية مما أثر سلبا على نوعية التكوين ومخرجاته وهو ما يمكننا من تفسير هذه الفجوة بين التكوين النظري والجانب التطبيقي وما يفرضه الواقع المهني.

لكن على الرغم من نقص الإمكانيات والتكوين فيوجد دافعية للإنجاز من قبل المختص النفساني العيادي من خلال التكوين الذي تحصل عليه في الجانب النفسي والصلابة النفسية التي يتميز بها وكذا قدرته على مجارات والتكيف مع كل الصعوبات التي تواجهه من فئة إضطراب طيف التوحد ومحاولة إيجاد حلول والإبقاء على رأيه الفعال ضمن فريق متعدد التخصصات بارزا وهو ما أكدته دراسة (باشن و برزوان ،2021) والتي أسفرت نتائجها بان المختصين النفسانيين العياديين يمتلكون مستوى مرتفع من المرونة النفسية وقدرة عالية على التكيف مع الصعوبات والتحديات المهنية في إطار المرافقة النفسية لأطفال اضطراب طيف التوحد. وهذه النتائج تعكس عن الرضي الوظيفي والذي ينجر عنه الرفع من إنتاجية الفرد وتحسين أدائهم المهني.



أما فيما يخص النتائج التي جاءت في غير صالح مختص في طب الاطفال ومختص في طب الأعصاب يمكن تفسيرها أولا بحكم التكوين الجامعي المتحصل عليه والذي يعتبر إضطراب التوحد اضطراب عابر في التكوين وعدم التعمق فيه على الرغم من أنه حديث الساعة مجال الأبحاث العلمية وكذا الرأي العام.

إضافة إلى عدم تخصيص تكوينات أو اقتراح فروع لتخصصات دقيقة إضافية للمختصين الأطباء في مجال الاضطرابات العصبية الخاصة بالطفولة مثل Noropédaitre أو تزويد المختص بطب الأعصاب بأحدث

النقنيات أو فتح المجال للجامعات التكنولوجية والأبحاث بتطوير أجهزة للقياسات والتجريب للمساهمة ورفع من جودة التشخيص وليس الاكتفاء بتحديد أعراض سلوكية فقط، مما يحتم على المختص في طب الاطفال بفحوص عادية للمشكلات الصحية و تحاليل الدم والاستعانة بمختص طب الأعصاب في إجراء الفحوص بالأشعة في حال الشك بوجود أورام أو صرع على مستوى الدماغ و بالتالي يقتصر هاذين التخصصين على عزل المشكلات الصحية أو تأكيدها ثم توجيه التشخيص النهائي إلى الفريق المكون من مختص في الطب العقلي للطفل ومختص نفساني عيادي ومختص أرطفوني للفصل في التشخيص بعد التشاور وإجراء الفحوص اللازمة.

5.5 استنتاج عام

من خلال ما تم عرضه من نتائج إجابات المختصين حول لإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص إضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) نستتتج أن الإستراتيجيات الثلاث (التشخيص المبكر - تكامل فريق متعدد التخصصات - التشخيص الفارقي) معتمدة من قبل الفريق النفسي الحاملين لشهادة الليسانس و الماستر وهو ما أكدت عليه نتائج الفرضية السادسة القائلة بان المؤهل العلمي الدقيق هو المختص النفساني العيادي والمختص الأرطفوني أيضا المنتمين إلى مؤسسات ذات قطاع حكومي، حيث يتميز بوجود فريق متعدد التخصصات تحت إشراف مختص في الطب العقلي للطفل والذي يعتبر هو المشرف والمنسق أثناء عملية التكفل باضطراب طيف التوحد لدى الطفل، حيث يشرف على جميع مراحل التشخيص كما ينسق بين أعضاء فريق متعدد التخصصات وبين الأسرة باعتبارها المصدر الأول للمعلومات وكمؤثر في عملية التدخل المبكر فيما بعد، لكن تمخضت ايضا نتائج من الدراسة الحالية أن هناك خلل تقني يتجسد في إعتماد المختصين على مقياس واحد لرصد الأعراض السلوكية وهو مقياس واحد الرصد الأعراض السلوكية وهو مقياس واحد لرصد الأعراض السلوكية وهو مقياس واحد لرصد الأعراض السلوكية وهو مقياس واحد لرصد الأعراض السلوكية وهو



اعتمادهم أيضا على معايير (5-DSM) وهذا غير كاف لرصد جميع الأعراض لأن مقياس (CARS) مخصص للتشخيص وتحديد شدة درجة التوحد، لكنه لا يميز بين إضطراب طيف التوحد و الإضطرابات المشابهة مثل إضطراب التواصل الإجتماعي (SCD) والذي أشير إليه كمتلازمة هامة في معايير 5-DSM والتي نستعمل مقياس خاص للتمييز بينها وبين إضطراب طيف التوحد، إضافة إلى أنه لا يقيم مستوى القدرات العقلية والذهنية وفرط النشاط.

كما تجد الإشارة إلى أن مقياس (CARS) يطبق في 3 سنوات فما فوق في حين أن التشخيص المبكر يكون من 18 شهر أو أقل في حال توفر الفحوص العصبية عالية التقنية، وبالتالي قبل 3 سنوات تعتبر سنوات ضائعة حرم منها الطفل من الرعاية، وعلى الرغم من أن نتائج الدراسة كانت لصالح المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة التي تنتمي إلى القطاع الحكومي إلا أنه يوجد خلل في تسيير إستراتيجيات التشخيص المبكر والذي يعتبر النقطة الفاصلة والفارقة في أي تكفل حيث يعتمد نظام المؤسسات المستقبلة لحالات اضطراب طيف التوحد والتي تستقبلهم إبتداءا من سن 3 سنوات وهذا ما نصت عليه المادة 10 من قانون تسيير المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المؤرخ في 9 سبتمبر 2018 وهو التربية المبكرة وهذا راجع إلى عدم فهم خصوصية إضطراب طيف التوحد، ويتم الخلط بينه و بين خصائص الطفل المتخلف ذهنيا أو سمعيا أو بصريا. وبالتالي مرحلة التدخل المبكرة تكون متأخرة مقارنة بالتشخيص المبكر، كما يجب إعادة النظر وتفعيل بعض القوانين الخاصة بتسيير مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة والتي تعتبر حبر على ورق مثل المادة 62 من قانون تسيير المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المؤرخ في 9 سبتمبر 2018 التي تتص على مراقبة المؤسسات المستقبلة لأطفال طيف التوحد ومدى سير عملها واحترامها للمعايير الأخلاقية.

كما أسفرت أيضا نتائج الدراسة على أن المختصين لا يدركون ولا يتحكمون في المقاييس حيث يطبقونها دون الرجوع إلى عمر الطفل المخصص لإجرائه وهذا يعتبر خطأ مهني فادح.

وتوجد زاوية أخرى للتشخيص وهي التشخيص الفارقي للتمييز بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات المشابهة، والتي من المفروض أن يتم الكشف عنها بواسطة فحوص جينية التي يمكنها الكشف عن إضطرابات النمو المشابهة لأعراض اضطراب لطيف التوحد والتي يمكننا الكشف عنها بواسطة فحوص مثل Test de Gauthier pour L'amino – acidopthie



الدم Bilan biologique والتي من المفروض أن يتحمل مسؤوليتها المختص في طب الأطفال والتي يركز عليها لهدفين الأولى للتمييز بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات النمو المشابهة والثانية هي على ضوء نتائج التحاليل نتبع نظام غذائي لمساعدة الطفل في حال وجود حساسية مفرطة لبعض المواد أو لخفض حدة بعض النوبات العصبية التي يعاني منها بعض الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد.

كذا فحوص بالأشعة مثل ,EEG SODP-QEEG وهي تقنيات جد متطورة ودقيقة أحسن من الفحص بواسطة الرنين المغناطيسي الوظيفي EEG SODP-QEEG لأنها تعزز فهمنا لتخطيط الدماغ العاديEEG وبالتالي تحليل لوظائف الدماغ المختلفة بشكل دقيق ومتطور جدا. والتي من المفروض أن يتحمل مسؤوليتها مختص في طب الأعصاب للتمييز بين طيف التوحد والاضطرابات المشابهة أو الإضطرابات المصاحبة كالصرع وفرط النشاط.

لكن ما لاحظناه هو عدم وجود تخصصات دقيقة في الجامعة الجزائرية والطبية خاصة التي تقدم تكوين أكثر تخصصا مثل الجامعات في الدول الغربية مثل تخصص Noropédaitre أو تدريب الأطباء الأكثر احتكاكا بالأطفال من باب التشخيص المبكر مثل طبيب أذن أنف حنجرة أو طيب الأسنان والتي تساهم بشكل كبير في التمييز بين اضطرابات أو أمراض الطفولة المبكرة، وعدم توفر أو الحصول على دورات تكوينية للتدريب على الفحوص الأكثر دقة واعتمادهم على فحوصات قديمة إما لعدم توفرها أو للتكلفة العالية التي تثقل كاهل الأسر التي يعاني أطفالها من اضطراب طيف التوحد.

كما لاحظنا أن الأطباء يجب تكوينهم على إجراء مقابلات مقننة مع الأولياء لرصد الأعراض وكذا لكشف الكذب بما أن اضطراب طيف التوحد يتم الكشف عنه وفق بروتوكول سلوكي إضافة إلى أنه توجد بعض الأعراض التي تكون مؤقتة يمكن أن تؤدي بالطبيب المختص في التسرع بالحكم على الطفل في حال عدم وجود الخبرة الكافية والفحوص ذات تقنية عالية والتي أشارت إليها نتائج دراستنا بأنه لا توجد فروق بين سنوات الأقدمية لأن المختصين لم يخضعوا لتدريب عالي المستوى وهذا ما أنعكس على عدم تحكمهم في استعمال المقاييس و قلتها وقدمها بالإضافة إلى أنها غير مكيفة على البيئة الجزائرية.



الخاتمة:

من خلال ما تم عرضه سابقا وانطلاقا من أهمية عملية التشخيص والتي تعتبر حجر الزاوية في العمل الطبي والنفسي في حل المشكلات والتعرف على أسبابها، إضافة إلى التحديد الكمي والكيفي للإضطرابات من خلال رصد الأعراض.

لذلك تناولنا تقييم فاعلية تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال إقتراح ثلاث استراتيجيات كدليل منهجي لتقييم فاعلية التشخيص في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) والتي من خلالها نرفع جودة التكفل بإضطراب طيف التوحد على ضوء التشخيص، خاصة بعد النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية والتي أسفرت عن أن الفاعلية مرتفعة في استراتيجيات التشخيص في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة ووفقا لترتيب الذي أدرجناه والذي يعتمد بالدرجة الأولى على التشخيص المبكر ثم يليه فريق متعدد التخصصات ثم التشخيص الفارقي.

كما أن هذه الفاعلية المرتفعة في الاستراتيجيات التشخيص كانت خاصة بالمؤسسات التي تتتمي للقطاع الحكومي نظرا لوجود فريق متعدد التخصصات والذي تميز بوجود بدرجة أولى كل من طبيب مختص في طب العقلي ومختص أرطفوني ومختص نفساني عيادي، كما أسفرت النتائج أيضا عن نتائج مخالفة لما هو معتاد عليه حيث أن فاعلية استراتيجيات التشخيص كانت لصالح مؤهل الليسانس والماستر وكذا سنوات أقدمية أقل وهي نتائج مثير للاهتمام للبحث فيها والتعمق أكثر.

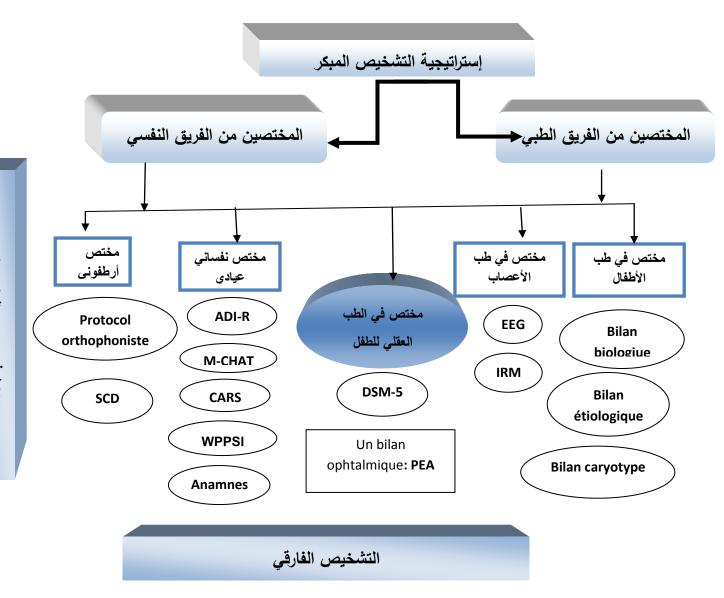
كما أشارت نتائج أيضا الأسئلة المفتوح إلى وجود نقص فادح على مستوى المقاييس المكيفة على البيئة الجزائرية والتنوع فيها، وعدم التحكم فيها لعدة أسباب منها طبيعة التكوين المتحصل عليه ونقص الدورات التدريبية عالية المستوى المؤطرة من قبل كوادر ذات كفاءة، إضافة إلى عدم وجود مراكز خاصة باضطراب طيف التوحد وتجهيزيها بوسائل مادية وموارد بشرية مخصصة لهذه الفئة، وكذلك عدم تتوفر لدينا الفحوص العصبية عالية الدقة كما يبقى تعميم نتائج الدراسة في حدود العينة المدروسة.

تكامل فريق متعدد التخصصات

وفي ضوء ما توصلت إليه الطالبة الباحثة وبعد الإطلاع على المعارف التي ذكرتها في الجانب النظري، واستنادا على نتائج الدراسة للصعوبات التي تواجه المختصين، ومن خلال الجانب النظري وما تمخض عن نتائج الدراسة المتوصل إليها وبالاعتماد على الإستراتيجيات المعتمدة في تشخيص اضطراب طيف التوحد

(التشخيص المبكر - تكامل فريق متعدد التخصصات - التشخيص الفارقي) والتي نركز عليها كوحدات رئيسية. نقترح نموذج لإستراتيجيات التشخيص طيف التوحد عند الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة وهو موضح في الشكل الأتي:

الشكل(24) يمثل نموذج مقترح لإستراتيجيات التشخيص طيف التوحد عند الطفل في مؤسسات ذوي الشكل(24) الإحتياجات الخاصة



المصدر: إعداد الطالبة الباحثة



فيما يلى شرح موجز لأهم الإجراءات التي يجب تتفيذها خلال فترة التشخيص إضطراب طيف التوحد:

أ.التشخيص من قبل فريق الطبى

والذي يتكون من مختص في طب العقلي للطفل – مختص في طب الأعصاب – مختص في طب الأطفال والذي يتكون من مختص في طب الأطفال و الذين يجب أن يكونوا مطلعين على معايير للتشخيص الإضطرابات النفسية واقترحنا معايير 5—DSM حتى يستطيعوا التعرف على أعراض السلوكية لاضطراب طيف التوحد. وتتوزع المهام التي يقوم بها كل مختص كالأتى:

المختص في طب الأعصاب:

ويقوم بالفحوص التالية وفق ما هو متوفر من إمكانيات:

- 1. فحص بالرنين المغناطيسي الوظيفيEEG: للكشف عن إمكانية وجود أمراض أو إصابات مصاحبة كالصرع أو فرط النشاط.
 - 2. فحص IRM: للكشف عن أمراض مصاحبة كأورام أو تلف بالدماغ.
- في حالات استثنائية أو في حالة الشك يمكن الاستعانة بطبيب أذن انف وحنجرة (ORL) لإجراء فحص للسمع مثل (PEA) لتزويد الطفل في حال وجود خلل بتجهيز السمعي المناسب له.

واجراء فحوصات للبصر في حال الشك أيضا لتزويد الطفل بنظارات المناسبة له.

المختص في طب الأطفال:

حيث يقوم بإجراء فحوصات الخاصة بتحاليل الدم للكشف عن أساب بعض الحساسيات التي يعاني منها الطفل وعلى ضوء النتائج التحليل يمكن التمييز بينه وبين بعض الأمراض النمائية وركزنا على أكثر تحاليل أهمية والمتوفرة وهي:

1. تحليل الدم:

أهمها تحليل FNS-تحليل Glycémie-تحليل Calcémie والتي نكشف من خلالها عن وجود أمراض أو حساسية.



2. تحليل الكرموزومات (La carte génétique):

والتي على أساسها يمكننا النتبأ بالحصول على أطفال آخرين مصابين بإضطراب طيف التوحد وهو من باب الوقاية والتوعية للأولياء.

3. تحليل الغدة الدرقية بواسطة اختبار Test L'amino – acidopthie: للكشف عن إمكانية وجود اضطرابات في النمو.

ب. التشخيص من قبل الفريق النفسي

والذي يجب أن يحتوي على مختصين يتميزون بالخبرة والكفاءة في التحكم في عدة مقاييس من حيث لما تستعمل هذه المقاييس؟ والمدى العمري المخصص لكل مقياس؟ وكذلك المدة الزمنية المستغرقة لتقييم جميع مظاهر النمو وتحديد جل مستويات وقدرات العقلية للطفل، والتي على أسسها يمكننا تقديم الرعاية المناسبة.

ويحتوي الفريق النفسي وفق ما هو متوفر على:

1. المختص النفسى:

والذي يجب أن يستعمل مقاييس خاصة بإضطراب طيف التوحد والتي نوصي بتكييفها على البيئة الجزائرية نذكر منها:

- تاريخ الحالة: باستعمال نموذج خاص بكل مختص يشمل كل مراحل النمو للطفل.
 - مقياس CARS: لقياس شدة اضطراب طيف التوحد.
 - مقياس ADI-R: لإجراء مقابلات مع الأولياء.
- مقياس M-CHAT : قائمة موجهة للأولياء للكشف المبكر عن اضطراب طيف التوحد تستخدم من 18 إلى 30 شهر.
 - مقياس WPPSI: لقياس نسبة الذكاء للطفل.



2. المختص الأرطفوني:

بما أنه لا يوجد بروتوكول معتمد وذي صدق و ثبات عالي، فيستعمل المختص الأرطفوني الفحص العادي لمستوى اللغوي للطفل.

علما أن المختصين ينصحون بإجراء فحوصاتهم في بيئات مختلفة (حجرة - أسرة - تفاعله مع أقرانه) حتى نتمكن من رصد الأعراض الثابتة في كل البيئات.

وفي الأخير يطرح كل مختص تقييمه في الاجتماع التنسيقي في حال كان ضمن مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ذات قطاع حكومي (رسائل توجيه في حال مؤسسات تابعة لقطاع خاص) للإعطاء الوقت الكافي للتشاور بين المختصين مع احترام كل منهم اختصاص الأخر عند تبادل الآراء وهو ما تنص عليه المادة 41 من القانون المسير لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المؤرخ في 9 سبتمبر 2018.

وبحضور مختص في الطب العقلي للطفل الذي يسير وينسق عملية التشخيص وفي الأخير يوضع التشخيص النهائي في تقرير به كل الفحوص كما يحتوي على توصيات الخاصة بكل طفل نظرا لخصوصية وطبيعة اضطراب طيف التوحد هذا من جهة كما يقوم بمهمة إطلاع الوالدين على التشخيص النهائي لطفلهم.

ومن أجل تحسين جودة تشخيص اضطراب طيف التوحد صغنا مجموعة من الاقتراحات والتوصيات نذكرها كالأتى:

- تعميم الاستراتيجيات الثلاثة لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الطفل في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة (الحكومية الخاصة) كما نوصي بالتركيز على المؤسسات ذات القطاع الخاص.
- وضع إستراتيجية وطنية ممنهجة وواضحة لتوحيد التكفل باضطراب طيف التوحد لتحسين جودة الخدمات المقدمة.



ومن الناحية القانونية نوصى بضرورة إعادة النظر وتفعيل في عدة مواد الواردة في القانون المسير للمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة المؤرخ في 9 سبتمبر 2018، بما يتماشى مع خصائص اضطراب طيف التوحد ونخص بالذكر:

المادة 10: التي تنص على التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا في سن 3 سنوات، لأنها نفس المؤسسات التي تستقبل أطفال طيف التوحد.

المادة 11: ضمان التربية المبكرة والدعم الدراسي لتحصيل المعارف.

المادة27: إعداد تقرير سنوي تقيم فيه نشاطات هذه المؤسسات ويتم فيه إقتراح التدابير الكفيلة بتحسين الخدمات المقدمة وترسل إلى الوزير المكلف بالتضامن الوطني.

المادة 5: والذي يخص تجهيز المؤسسات بهيئة أرغونومية خاصة بفئة طيف اضطراب طيف التوحد.

ومن الناحية التكوينية نرى أنه أصبح من الضروري:

فتح تخصصات دقيقة على مستوى الجامعات خاصة الطبية منها للتفرع أكثر في أمراض الطفولة خاصة منها اضطراب طيف التوحد.

- إبرام اتفاقيات وطنية ودولية بين الجامعة والجامعات الأخرى وبين الجامعة والمراكز والمؤسسات المتكفلة لأطفال اضطراب طيف التوحد.
 - تزويد المؤسسات بتجهيزات حديثة و مقاييس مكيفة لتشخيص اضطراب طيف التوحد.
- القيام بدورات مكثفة عالية المستوى و جلب مختصين أجانب ذوي كفاءات عالية لتبادل الخبرات في مجال التكفل بإضطراب طيف التوحد للرفع من مستوى التكوين المهني و كذلك الإطار الأكاديمي.



قائمة المراجع



المراجع

- 1. أبو زيد، حسام. (2011). التوحد لغز نبحث عن إجابته. دار المعرفة.
- 2. أبو مغلي، سمير وعبد الحافظ، سلامة. (2002). القياس والتشخيص في التربية الخاصة. دار اليازوري.
- 3. أحمد السيد، هشام مصطفى والسيد أحمد، إبراهيم جابر. (2019). خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وعلاجه. دار العلم والإيمان.
 - 4. أحمد الظاهر، قحطان. (2005). مدخل إلى التربية الخاصة. دار وائل.
 - 5. احمد خطاب، محمد. (2010). سيكولوجية الطفل التوحدي. دار الثقافة.
- 6. أحمد السيد هشام مصطفى و السيد أحمد، ابراهيم جابر.(2019). خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وعلاجه. دار وائل.
- 7. إبراهيم، علاء عبد الباقي. (2011). اضطراب التوحد أعراضه أسبابه و طرق علاجه. عالم الكتب.
- أمين نصر، سهى أحمد. (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي الشخص و البرامج العلاجية.
 دار الفكر.
 - 9. الالا، زياد كامل والزبيري، شريفة عبد الله والالا، صائب كامل والجلامدة، فوزية عبد الله ومحمد حسونة، مأمون ومحمد الشرمان، وائل وأمين، وائل وأحمد الفيالي، العلى ريمي ومحمد العابد، يوسف. (2013). أساسيات التربية الخاصة. دار المسيرة.
 - 10. أل إسماعيل، حازم رضوان. (2011). التوحد و اضطرابات التواصل. دار مجدلاوي.
- 11. الإمام، محمد صالح والجوالده، فؤاد عيد. (2011). التوحد رؤية الأهل و الأخصائيين.دار الثقافة.
 - 12. البدري، سميرة. (قاموس). مصطلحات تربوية ونفسية. دار الثقافة.
 - 13. الوقفي، راضي. (2004). أساسيات التربية الخاصة. دار جهينة.
 - 14. الروسان، فاروق. (2013). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط10. درا الفكر.
 - 15. الروسان، فاروق. (2013). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. دار الفكر.
 - 16. الشامي، وفاء. (2004). خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه. مكتبة الملك فهد الوطنية.
 - 17. الشربيني، لطفي. (2015). أوتيزم دليل التعامل مع حالات التوحد. دار العلم والإيمان.



- 18. الجرواني، هالة و محمود صديق، رحاب. (2011). المهارات الحياتية للأطفال التوحديين. دار المعرفة.
 - 19. المشابقة، بسام عبد الرحمن. (2014). معجم مصطلحات العلاقات العامة. دار أسامة.
 - 20. النمر، عصام. (2006). محاضرات في أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. دار اليازوري.
 - 21. النمر، عصام. (2015). الأسرة وأطفالها ذوو الإحتياجات الخاصة. دار اليازوري.
 - 22. الهوارنة، معمر نواف. (2016). سيكولوجية تأهيل الاطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. دار الإعصار.
 - 23. الداهري، صالح حسن. (2016). أساسيات التوحد الأسباب والعلاج. دار الإعصار.
 - 24. النجار، أحمد سليم. (2006). التوحد و اضطراب السلوك. دار المشرق الثقافي.
 - 25. المغلوث، فهد بن حمد. (). التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه. مؤسسة الملك خالد الخيرية.
 - 26. الخطيب، جمال و صبحى الحديدي، منى. (2010). المدخل إلى التربية الخاصة. ط2. دار الفكر.
 - 27. السيد محمد، أيمن أحمد. (2013). الإساءة الوالدية اتجاه أطفال الاوتيزم و أساليب مواجهتها. مكتب الجامعي الحديث.
- 28. السيد عبيد، ماجدة. (2010). برامج تربوية الخاصة ومناهجها وأساليب تدريسها. دار الصفاء.
- 29. الحياري، غالب محمد. (2018). رعاية و تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة في الوطن العربي.
 - 30. المشابقة، بسام عبد الرحمن. (2014). معجم مصطلحات العلاقات العامة. دار أسامة.
 - 31. البدري، سميرة. (2010). مصطلحات التربوية والنفسية. دار الثقافة.
 - 32. بنت عبد الله الجلامدة، فوزية. (2016). قياس و تشخيص اضطراب طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية DSM-4 DSM-5. دار المسيرة.
- 33. باسكويل، ج وإتاردو باربراوي، وتيتمان. (2007). (ترجمة: كريمان، بدير ونبيل، حافظ). معجم مصطلحات إعاقات النمو. عالم الكتب.
 - 34. حسن فرج، عبد اللطيف. (2007). الإعاقة العقلية والذهنية. دار حامد.
 - 35. حسين، طه عبد العظيم. (2008). استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الجامعة الجديدة.
 - 36. حزام، سارة. (2016). البرتوكول التشخيصي الأرطفوني لاضطراب التوحد. دار الأيام.



- 37. رمضان محمد، حسن أحمد والسيد أحمد، إبراهيم جابر. (2019). مرض التوحد بين الإضطرابات و الإعاقة الطفيفة. دار العلم و الإيمان.
- 38. رشيد الأعظمي، سعيد و جساب السعيدي، عادل.(2011). سيكولوجية ذوي اضطراب التوحد. دار أيله.
 - 39. روزنبوج، مايكل و وليسون، ريتش و ماهيدي لاري و سندلار، بول. (2008). تعليم الاطفال و المراهقين ذوى الاضطرابات السلوكية (ترجمة عادل عبد الله محمد). دار الفكر.
 - 40. خليل العبادي، رائد. (2006). التوحد. مكتبة المجتمع العربي.
 - 41. خلف المقابلة، جمال. (2016). اضطراب طيف التوحد التشخيص و التدخلات العلاجية. دار فايا.
 - 42. خليفة، وليد و الغضاونة، يزيد و الشرمان، وائل. (2013) التوحد بين النظرية و التطبيق. دار الفكر
 - 43. خليفة، وليد السيد وشكري سلامة، ربيع. (2010). الإعاقة الغامضة. دار الوفاء.
 - 44. س. جيلبرح و ت. بيترز. (). التوحد مظاهره الطبية والتعليمية. (ترجمة: السعد، سميرة). مركز الكويت.
 - 45. سيد سليمان، عبد الرحمن. (2000). الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال. مكتبة زهراء الشرق.
- 46. سيد سليمان، عبد الرحمن. (2012). معجم مصطلحات اضطراب التوحد. مكتبة أنجلو المصرية.
 - 47. سليمان سيد، عبد الرحمن. (2014). معجم مصطلحات الإعاقة العقلية. دار الجوهرة.
- 48. سواعد يوسف، محمد وحاج يحي، معين. (2013). التربية الخاصة معجم المصطلحات الخاصة. دار زهران.
 - 49. سيد أمين، سحر . (2009). الموسيقي وذوي الإحتياجات الخاصة التوحد. مؤسسة حورس الدولية.
 - 50. سيد سليمان، أحمد. (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية و التطبيق. دار الكتاب الجامعي.
 - 51. سليم حامد، عبد الناصر. (2012). معجم مصطلحات الخدمة الإجتماعية. دار أسامة.
 - 52. سواعد، محمد يوسف وحاج يحي، معين. (2012). معجم مصطلحات التربية الخاصة. دار زهران.
 - 53. شاكر مجيد، سوسن. (2010). التوحد أسبابه خصائصه علاجه. ديبونو للنشر.



- 54. شاكر الجبلي، سوسن. (2015). التوحد الطفولي أسبابه و خصائصه وتشخيصه و علاجه. دار رسلان.
- 55. فاروق مصطفى، أسامة و كامل الشربيني، السيد. (2011). التوحد أسباب والتشخيص والعلاج. دار المسيرة.
 - 56. فاروق مصطفى، أسامة وكامل الشربيني، السيد. (2011). سمات التوحد. دار المسيرة.
- 57. فاروق مصطفى، أسامة وكامل الشربيني، السيد. (2014). التوحد الأسباب التشخيص والعلاج. ط2. دار المسيرة.
 - 58. فرج السهيل، تامر . (2015). التوحد التعريف الأسباب التشخيص والعلاج. دار الإعصار .
 - 59. فرج الرزيقات، إبراهيم عبد الله. (2004). التوحد الخصائص والعلاج. دار وائل.
- 60. فراج، عثمان. (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة. مجلس العربي للطفولة و التنمية.
 - 61. عابد الزارع، نايف و عبيدات، يحي فوزي. (2011). الطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد. ممارسات التدريس الفعالة. دار الفكر.
- 62. عابد الزارع، نايف. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. درا الفكر.
 - 63. عابد الزارع، نايف. (2005). قائمة تقدير السلوك التوحدي. دار الفكر.
 - 64. على الشامى، وفاء. (2004). خفايا التوحد وأسبابه وتشخيصه. مكتبة الملك فهد.
 - 65. على كامل، محمد. (2003) الاوتيزم الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. مركز الإسكندرية للكتاب.
 - 66. على محمد، وليد محمد. (2015). استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين. مؤسسة حورس الدولية.
 - 67. عبد الله الدخيل، عبد العزيز . (2016). معجم المصطلحات الخدمة الإجتماعية. دار المناهج.
 - 68. عبد المجيد شريف، عبد الفتاح. (2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. مكتبة أنجلو المصرية.
 - 69. عبد الرحيم صالح، على. (2014). المعجم العربي لتحديد مصطلحات النفسية. دار حامد.
- 70. عبد المعطي، حسن مصطفى و أبو قلة، السيد عبد الحميد. (2007). مدخل إلى التربية الخاصة. مكتبة الزهراء.



- 71. مصطفى سالم، أسامة فاروق و الشربيني منصور، السيد كامل.(2019). علاج التوحد. دار المسيرة.
- 72. محمود بدر، إبراهيم. (2004). الطفل التوحدي تشخيص و العلاج. مكتبة انجلو المصرية.
- 73. محمد الزغبي، أحمد. (2003). التربية الخاصة بالموهوبين والمتفوقين وسبيل رعايتهم وإرشادهم. دار زهران.
 - 74. محمد سلامة، مشيرة فتحي. (2013). الانتباه و المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. مؤسسة طيبة.
- 75. مولود، فرحاتي السيد و العدروس أبو العينين، مرفت و محمد المقدامي، نعيمة و سعيد الطلي، فاطمة. (2015). اضطراب التوحد دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل. وحدة الاختبارات النفسية و التربوية بقسم البحوث.
 - 76. متولي، فكري لطيف. (2015). استراتيجيات تدريس ذوي اضطراب الاوتيزم. مكتبة الرشد.
 - 77. مرتضى عبد المجيد، رانيا. (2016). التربية الجنسية والتوحد. المكتبة التربوية.
 - 78. محمود شقير، زينب و سيد موسى، محمد. (2007). اضطراب التوحد. مكتبة أنجلو المصرية.
- 79. نوري القمش، مصطفى. (2011). اضطراب التوحد الأسباب التشخيص والعلاج. دار المسيرة.
 - 80. نوري القمش، مصطفى و المعايطة، خليل عبد الرحمن. (2007). سيكولوجية الاطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. دار المسيرة.
- 81. لطيف متولى، فكري. (2015). استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم. مكتبة الرشد.
- 82. لوريسي، عبد القادر و زقاوي، محمد. (2015). المعجم المفصل في علم النفس و علوم التربية المصطلحات الأساسية. حسور.
- 83. كاجل، روبرت و كوجل، لن. (2003). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم. (ترجمة: السرطاوي، عبد العزيز وأبو جودة، وائل وخشان، أيمن). دار القلم.
- 84. طه، عبد القادر و فرج ، أبو النيل، السيد، عطيه قنديف و محمد، شاكر، عبد القادر، حسين و كامل عبد الفتاح. (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي. دار النهضة العربية.
- 85. هالان، دانيال و كوفمان، جيمس. (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين تعليمهم. (ترجمة: عادل عبد الله، محمد). دار الفكر.



- 86. هيفان، لوين و فيرون أليمو، دونا. (2011). الطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد ممارسات التدريس الفعالة، (ترجمة: بن عابد الزارع، نايف و فوزي عبيدات، يحيى). دار الفكر.
- 87. التميمي صباح، رافد وأشواق، صبر ناصر. الوحم الشاذ لدى أطفال التوحد. الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة. (2017). جامعة ديالي. المجلد الحادي عشر، عدد خاص ص ص 13-58.
- 88. الجابري، عبد الفتاح. (2014). التوجهات الحديثة في التشخيص اضطراب طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة الرؤى و التطلعات المستقبلية, جامعة تبوك.
 - 89. القيسي، طارق عبد الوهاب. (2013). تشخيص الأطفال التوحديين في رياض الأطفال. مجلة البحوث التربوية و النفسية. كلية التربية جامعة تكريت. العدد (37). ص ص 20 40.
 - 90. السيد عبيد، ماجدة. (2012). تقييم مستوى فاعلية مراكز الإعاقة العقلية الحكومية و الخاصة في محافظة العاصمة (عمان). مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية. المجلد (20). العدد 2. ص ص 95- 128.
- 91. بنت عبد الرحمن قطب، نرمين.إعداد مقياس الكشف المبكر عن اضطراب طيف التوحد خلال المراحل العمرية المختلفة و الكشف عن فاعليه. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس. العدد 25 الجزء الثاني.
- 92. بن عابد الزارع، نايف. (2015). جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة. الملتقى الخامس عشر للجمعية الخليجية للإعاقة.
- 93. برخيسة، مريم. (2020). النفساني العيادي بين صعوبة التشخيص المبكر و تحيدي برنامج التكفل المناسب بالطفل التوحد. مجلة التربية و الصحة النفسية, المجلد 5 العدد2. ص ص 217-
 - 94. باشن، حمزة و بزوارن، حسيبة. (2021). مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بمكامن القوى الشخصية والفضائل الإنسانية لدى عينة من النفسانيين بجمعيات التوحد. مجلة علوم الإنسان و المجتمع. المجتمع. المجلد 10 العدد 1, ص ص 345–372.



- 95. حبي، عبد المالك و تواتي ابراهيم، عيسى. (اضطرابات الذاتوية: بين الصعوبات التشخيصية و الأفاق العلاجية. مجلة العلوم النفسية و التربوية. المجلد 1(1). ص ص 53-67.
- 96. حوكي، بشرة. (2019). التشخيص الفارقي لإضطراب طيف التوحد. مجلة المغاربية للدراسات التاريخية و الإجتماعية مجلد(10). العدد 1 .ص 150- 166.
- 97. عبد الله الخطيب، عاكف و محمود الزغبي، سهيل و بني عبد الرحمن، مجدولين. (2012). تقييم برامج و الخدمات التربوية في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية. مجلة الدولية التربوية المتخصصة, المجلد الأول العدد 3.
- 98. عطوي المكانين، هشام عبد الفتاح والصمادي، جميل محمود. (2016). تقييم برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في الأردن في ضوء المؤشرات التوعية العالمية. دراسات العلوم التربوية, مجلد 43 ملحق 2.
- 99. قيرود، الطاهر و بركو، مزوز. (2020). التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين الواقع و المأمول. المجلة الجزائرية للأمن و التنمية. المجلد (9) العدد (2). ص 618-636.
- 100. رجب حسن، هناء. بناء مقياس التوحد للأطفال. مجلة البحوث التربوية و النفسية, العدد 28, ص -1 ص -1
- 101. داليا خيري، عبد الوهاب و الذيب، محمد مصطفى و محمد عثمان، ماجدة. (2016). فاعلية برنامج تدريبي بإستخدام الوسائط المعتمدة في تحسين مهارات التواصل اللفظي و الذاكرة العاملة لدى الأطفال التوحديين بالطائف. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس. العدد 31 الجزء الثاني.
 - 102. ذيب، رائد الشيخ. (2013). الخصائص السيكومترية للصورة السورية من مقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد (CARS-2). مجلة دراسات العلوم التربوية. المجلد (40). ملحق1, ص ص ص 444-429.
 - 103. غوافرية، رشيدة. (2019). التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر و صعوبة التشخيص. مجلة الحكمة للدراسات التربوية و النفسية المجلد 7 العدد 1 . ص ص 143 160.
 - 104. مبارك، زبير. (2020). تقييم الطبيب النفساني لمهنة الاخصائي النفساني العيادي في الجزائر: دراسة استطلاعية. مجلة الحقيقة للعلوم الاجتماعية و الانسانية. المجلد 19 العدد4, ص ص ص 203-188.



- 105. محمود البلشة، أيمن محمد. (2006). تفعيل دور الآباء (الوالدين) في لبرامج السلوكية و التربوية للأطفال التوحديين من النظرية إلى التطبيق. مؤتمر العربي التاسع للإتحاد تحت عنوان رعاية و تأهيل طوي الإحتياجات الخاصة في الوطن العربي.
 - 106. كريم ،منير و تارا، لافيل و دايفيد، هيلم و ديدي، تومسون و جيسيكا، بريست و عظيم، محمد وقار. (2019). التوحد إطار عالمي للعمل. تقريري منتدى التابع لمؤتمر ويش الدوحة قطر.
 - 107. نايل الغرير، أحمد. (2016). فاعلية برامج وخدمات والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد. مجلة كلية التربية الأساسية للعوم التربوية و الإنسانية, العدد 25، جامعة بابل.
 - 108. يوب، زهرية. (2019). الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد و نظرية العقل "مقاربة معرفية". المجلة المغاربية للدراسات التاريخية و الإجتماعية. المجلد 10 العدد 01. ص ص 167–184.
- 109. أحمد غانم، شوقي. (2013). تقنين مقياس لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة و طرطوس. أطروحة لنيل الماجستير في علم النفس العيادي. التربية الخاصة للأطفال التوحديين. الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا.
 - 110. صالح البلوي، نادية. (2011). فاعلية برنامج تدريسي مستند إلى الأنشطة في تتمية مهارات التفاعل الإجتماعي و خفض سلوك النمطي لدى أطفال التوحد. دكتوراه في الفلسفة في التربية الخاصة. كلية العلوم التربوية و النفسية.
- 111. بن نويوة سليم. (2020). مقاربة كرونو (نفسية، بيولوجية، بيداغوجية) للتعليمات الأساسية لدى تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي من وجهة نظر أساتذتهم، دكتوراه في علم النفس التربوي بيداغوجية فارقيه، كلية علم النفس وعلوم التربية.



Références en langue étrangère :

- Acharrier& C. Tardif, B.Gepner. (2015). Amélioration de l'exploration visuelle d'un visage par des enfants avec autisme grâce au ralentissement de la dynamique facial : lune étude préliminaire en oulométrie. Science direct.http/:Dio.Org./10.1016/j.encep.2016.02.005.3w.sciencedirect.com
- 2. Borelle, Céline. (2017). Diagnostiquer l'autisme une approche sociologique .presses des MINES.
- 3. Boulekras, Nadia. (2011). Petite guide sur l'autisme. Office des publications universitaires.
- 4. Baghdadli, Amira & Brisot-Dubois, Judith. (2011). Entrainement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme. Elsevier masson.
- 5. Chritina Mohrjenser& Hans-christoph steni hausen. Marlene Briciet lauritsen. (2014). Time Trends over 16 yers in incidence-rates of autism spectrum disders across the lifespan based and national Danish register date. Spring science.
- 6. Essa, M & Qoronflh, W. (2020). Personalized food intervention and therapy for autism spectrum disorder management. Retrieved from https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2
- 7. Enas Abdulhay & Maha Alafeef, Loai Alzghoul. Miral Al Monani, Rabah al abdi. (2018). Computer– aided autism diagnosis via second– order difference plot area applied to EEG empirical mode decomposition.
 Neural computing and applications. https:// Doi.org/10.10071/s00521–018–3738–0.
- 8. Ferrari, Pierre. (2012). L'autisme infantile .Point delta.



- Gillian Baird & Courtenay Frazier nor bury. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. http:// adc.bmj.com.
- 10. J .Philippe caubaut, S.Sion P.Deparis, D.Ponchauk. (2006).Une expérience de fomation a laprise en charge interdixiphnaves unlerprofessinelle de la personne âgée à la hopili. Un revue gerontologie et socite. Vol 29, N118.
- 11. J.-F.Chossy. (2003). Autisme comprendre et agir . DUNOD.
- 12. Jéssica M. Andreues. Psy.D. (2019). Best practices for the evaluation of autism spectrum disorder in an educational settling. Organ commission on autism spectrum disorder.
- 13. Lee Marcus. Ann Garfinkle and Mark Wolery. (2001). Issues in early diagnosis and intervention with young children with autism. Kluwer Academic.
- 14. Maryam Akhavan aghdan & Avash sharifi.(2019). Diagnosis of autism spectrum disorder in young children based on resting-state functional magnetic resonance imaging date using convolutional neural netulor.

 Journal of digital imaging. http:// Dio. Org/10.1007/S10278-019 00196-9.
- 15. Marie- claude Dolbec & Emmanuelle Couture. (2014). Avis professionnel: évaluation du trouble du spectre de l'autisme du retard global de développement et de la déficience intellectuelle. Québec. http://www.crdiq.qc.ca/documentation
- 16. Mannelore ehrenrich. (2015). European Society for Neurochemistry biamual comfernce: Molecular Mechanisms of regulation in the nervous system autism as a disease of the synapse search for mechanistic.4 (supple).L22.http://www.Springer.plus.com/supplements/4/s1.



- 17. Mehram Ahmadlou and Hojjat Adeli. (2014). Electroencephalograms in diagnosis of autism. Springer science+ business media.
- 18. Mélina Rivard, Marie Millau, Charlotte Magnar, catherine Mello, Mélina Boulé. (2019). Snakes and ladders: Barriers and facilitators experienced by immigrant families when accessing an autism spectrum disorder diagnose. Journal of developmental and physical disablite. http:// Doi. Org/10.1007/
- 19. Natalya. V.Sinaschkara. Iriana s.Baksla.Tatyana p.Klyushnik. Ruboup. Lakupava. Mikhail V.Ivanov. (2019). journal of autism and developmental disorders. http://Doi.Org/10-1007/s1080 3-1080-019-0 4070.
- 20. Ould talab, Mahmoud. (2009).les spectre de l'autisme. Office des publications universitaires.
- 21. Tardif, Carole. (2014). L'autisme .ARAMAND COLIN.
- 22. Ould talab, Mahmoud. (2015). Application du programme de Schopler(TEACCH) an Algérie .Office des publications universitaires.
- 23. Ould talab, Mahmoud. (2015). Manuel de la pédopsychiatrie. Office des publications universitaires.
- 24. Philippot, Pierre. (2015). Des enfants du spectre autistique et l'émotion .L'Harmattan.
- 25. Patricia, Garel. (2001). Approcher l'énigme de l'autisme . Bibliothèque national du Québec.
- 26. Pauline A.F, lipek & Pasquale J.Accardo. Grace T Baranek, E dwin H, cook; I. (1999). The Screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. Hournal of autism and developmental Disorders. Vol. 29. NO.6.
- 27. Plain Paineau. (2004). Métier Psychologies. Société Français de psychologie. https://fliphtml5.com/bwzm/pvze/basic.





- 28. Strong. (2005). Autism an introduction for parent Oregon technical assistance corporation (5^{th} ed).
- 29. Tervg Bergeson & Mary Alice Heushed bob Harmon Douglas H& Mary Louise colwell. (2003).Les aspectos pédagogigicos de los trastornos Del spectro autista Olympia. Superi–nlendent of public.
- 30. Terry Bergeson & Mary Alice Heuschel & Bob Harmon & Douglas H& Mary louise colwel.(2003). Les aspectos pédagogigicos de las transtornos Del espectro autista. Superi uendent of public.
- 31. Valerie. (2010). Recent studie on feeding problens in children woth autism. Hournal of applied analysis. University of Nebraska medical Centre.
- 32. (2009). Every child by two federal court dectares vaccines do not cause autism media release. Available frome URL. http://www.USC FC.uscourts.gov



الملاحق



الملحق رقم (1) خاص إستبيان لتقييم الأساتذة المحكمين

-2 جامعة محمد لمين دباغين سطيف

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والتربية والأرطفونيا

دكتوراه: التربية المختصة

الأستاذ الدكتور (ة) الفاضل:

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول واقع تشخيص طفل طيف التوحد في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية النربية المختصة، وذلك للحصول على درجة الدكتوراه نظام LMD في التربية المختصة، وعليه قامت الباحثة ببناء إستبانة لقياس واقع التشخيص في المؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي ستوجه إلى العاملين المختصين في هذه المؤسسات.

لذا أرجو التكرم بإبداء آرائكم السديدة ومقترحاتكم بشأن فقرات الاستبيان فيما إذا كانت صالحة أو غير صالحة ومدى انتماء كل فقرة للمجال المحدد لها وبنائها اللغوي، وأية تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة الحالية. علما أن بدائل الإجابة على الفقرات هي:

دائما – غالبا –أحيانا – نادرا – أبدا

مع خالص الشكر والتقدير

الأستاذ:

الدرجة العلمية:

التخصص:

الجامعة





الملاحظة	البديل	لا تقيس	تقيس	العبارة	البعد
				يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه	
				تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر لطيف التوحد عند	
				الطفل.	
				تعتمد في تشخيصك المبكر لطيف التوحد على التنوع في	
				المصادر (أولياء ومرافقين) للحصول على المعلومات.	
				يتم التشخيص المبكر لطيف التوحد عند الطفل في مؤسستكم	
				من قبل فريق متعدد التخصصات.	
				يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	
				التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من 18 شهر إلى	
				سنتين.	
				يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	豆
				التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى	پاخ
				3 سنوات.	التشخيص المبكا
				يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	4
				التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من 3 سنوات	
				إلى 8 سنوات.	
				تعتمد في تشخيصك المبكر لطيف التوحد على المعايير	
				الخاصة ب DSM-5.	
				تعتمد في تشخيصك المبكر لطيف التوحد على المعايير	
				الخاصة بCIM-10 .	
				تعتمد في تشخيصك المبكر لطيف التوحد على المعايير	
				الخاصة ب.CFTMEA	
				تجري عملية التشخيص لطيف التوحد عند الطفل أثناء	
				تواجده بالحجرة	
		_		تجري عملية التشخيص لطيف التوحد عند الطفل أثناء	
				تفاعله مع الأسرة.	
				تجري عملية التشخيص لطيف التوحد عند الطفل أثناء تفاعله	
				مع أقرانه.	



الملاحظة	البديل	¥	تقيس	العبارة	البعد
		تقيس			
				ينسق فريق متعدد التخصصات فيما بينهم	
				خطة لمراحل عملية التشخيص لطيف	
				التوحد.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
				للمشكلات الصحية.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
				للمهارات الاجتماعية.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	
				للمهارات الإدراكية (الوعي الحسي	
				/المعرفي).	نکا
				يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	ئل فل
				للتواصل اللفظي (اللغة والحديث).	تكامل فريق متعدد التخصصات
				يجري فريق متعدد التخصصات تقييما	47
				للجوانب السلوكية والانفعالية.	;{ ;{
				يمنح الفريق متعدد التخصصات الوقت	
				الضروري للتقييم كل حالة حسب	
				خصوصيتها.	
				يعمل المختصون بروح الفريق لتحسين	
				مستوى جودة التشخيص.	
				يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما	
				بينهم لتقييم مدى تقدم حالة الطفل.	
				يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف	
				البرنامج العلاجي على ضوء التشخيص	
				لطيف التوحد.	
				يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن	



		مستوى أداء الطفل قبل البدء بالبرنامج.

الملاحظة	البديل	لا تقيس	تقيس	العبارة	البعد
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	
				ضمنيا لتصنيف نوع طيف التوحد.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	
				للتحديد بين طيف التوحد والاضطرابات	
				المصاحبة.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	
				التحديد بين طيف التوحد والاضطرابات المشابهة	
				له.	
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	التشخ
				للتحديد بين طيف التوحد واضطراب التواصل	ر ي ي
				الإجتماعي.	التشخيص الفارقو
				يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا	J.
				لتحديد مستوى شدة طيف التوحد.	
				يعتمد التشخيص الفارقي لطيف التوحد على قرار	
				الفريق الطبي (pédopsychiatrie –	
				Pédiatre-neurologue-psychiatrie	
				يعتمد التشخيص الفارقي لطيف التوحد على قرار	
				الفريق النفسي (psychologue–	
				(pédagogique-orthophoniste	



الملحق رقم(2) خاص بقائمة الأساتذة المحكمين

الجامعة	الدرجة العلمية	التخصص التعليمي	المحكم	الرقم
فينا –النمسا –	أستاذ محاضر	علم النفس العيادي	عادل الصالحي	1
البليدة	طبيب متخصص	مختص في الطب العقلي الطفل	سليمان محداد	2
الجزائر	طبيب متخصص	مختص في طب الأعصاب	برحايل	3
الأردن	دكتوراه	تربية مختصة	عمر فندي ابراهيم الحمدان	4
محمد ليمين -2دباغين-سطيف	أستاذ تعليم عالي	علوم التربية-تربية مختصة	سامعي توفيق	5
مهري عبد المجيد- قسنطينة2-	أستاذ محاضر	علوم التربية-تربية مختصة	عبد العزيز بن عبد المالك	6
أم البواقي	أستاذ محاضر أ	أرطفونيا	عمران زهیر	7
محمد ليمين -2دباغين-سطيف	أستاذ محاضر أ	علوم التربية	ستر الرحمن	8
محمد ليمين -2دباغين-سطيف	أستاذ محاضر أ	علوم التربية	أحميد حسينة	9
محمد ليمين دباغين-سطيف2-	أستاذ محاضر ب	أرطفونيا	سعد عبد العزيز	10
محمد ليمين -2دباغين-سطيف	أستاذ محاضر أ	علم النفس المعرفي-علم النفس العيادي	بن غذفة شريفة	11
باتتة	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي-أرطفونيا	بوفولة بوخميس	12
الجزائر	متمرسة في مستشفيي مصطفى باشه (25 سنة خبرة)	أرطفونيا	رشيدة تومي	13
محمد لمین دباغین سطیف 2	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	عزيز عيشة	14
محمد لمين دباغين	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	على حمادية	15



سطيف 2				
محمد لمین دباغین	أستاذ محاضر ب	أرطفونيا	بوفاسة صفية	16
سطيف 2 محمد لمين دباغين				
سطيف 2	أستاذ محاضر أ	أرطفونيا	قيرواني زهية	17
محمد لمين دباغين	مختص متمرس 10	أرطفونيا	بوعون أمين	18
سطيف 2	سنوات خبرة		<i>3. 3.</i> 3.	
محمد لمین دباغین سطیف 2	أستاذ محاضر ب	لسانيات تطبيقية	نبيلة بوختالة	19



الملحق رقم (3) خاص بالصورة النهائية لإستبيان واقع التشخيص لطفل طيف التوحد باللغة العربية

إلى السيد (ة):

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على واقع التشخيص لطفل طيف التوحد لذا أرجو من سيادتكم التكرم بالإجابة بوضوح بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة حسب وجهة نظرك على جميع الفقرات المبينة ضمن أبعاد الاستبيان، بصدق و أمانة وموضوعية، علما أن المعلومات التي سوف تحصل عليها الباحثة سوف تكون في سرية تامة و لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

بيانات عامة	
ماستر/ ماجسز	المؤهل العلمي: ليسانس
طبیب	دکتوراه
	سنوات الخبرة:
	من 0 إلى 5 سنوات
	أكثر من 5 سنوات إلى 10 سنوات
	أكثر من 10 سنوات فما فوق
	مكان العمل:
	 مؤسسة ذوي الاحتياجات الخاصة الحكومية: عيادة خاصة:
	التخصص العلمي الدقيق:
المختص النفسي (psychologue)	طبيب نفسي للطفل (pédopsychiatrie)
المختص الأرطفوني (orthophoniste)	طبیب نفسي (psychiatrie)
المختص البيداغوجي (pédagogique)	طبيب الأعصاب (neurologue)
	(Pédiatro) Matal



البعد الأول: التشخيص المبكر

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	رقم
					يلتحق الطفل بالمؤسسة وهو مزود برسالة توجيه	01
					تستعمل مقياس خاص للتشخيص المبكر لطفل طيف التوحد	02
					تعتمد في تشخيصك المبكر لطفل طيف التوحد على التنوع في	03
					المصادر (أولياء ومرافقين) للحصول على المعلومات.	
					يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	04
					التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من 18 شهر إلى سنتين.	
					يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	05
					التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من سنتين إلى 3	
					سنوات.	
					يتم التشخيص المبكر على مستوى مؤسستكم لطفل طيف	06
					التوحد في المرحلة العمرية الممتدة من أكثر من 3 سنوات إلى 8	
					سنوات.	
					تعتمد في تشخيصك المبكر لطفل طيف التوحد على المعايير	07
					الخاصة ب DSM-5.	
					تعتمد في تشخيصك المبكر لطفل طيف التوحد على المعايير	80
					الخاصة ب-10-CIM .	
					تجري عملية التشخيص لطفل طيف التوحد أثناء تواجده	09
					بالحجرة	
					تجري عملية التشخيص لطفل طيف التوحد أثناء تفاعله مع	10
					الأسرة.	
					تجري عملية التشخيص لطفل طيف التوحد أثناء تفاعله مع	11
					أقرانه.	



البعد الثاني: تكامل فريق متعدد التخصصات

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	الرقم
,54,	952		<u> </u>		تنسق مع فريق متعدد التخصصات خطة لمراحل عملية	01
						01
					التشخيص طفل طيف التوحد.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمشكلات الصحية	02
					لطفل طيف التوحد	
					يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الاجتماعية	03
					لطفل طيف التوحد.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للمهارات الإدراكية	04
					(الوعي الحسي /المعرفي) لطفل طيف التوحد.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للتواصل اللفظي (اللغة	05
					والحديث) لطفل طيف التوحد.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تقييما للجوانب السلوكية	06
					والانفعالية لطفل طيف التوحد.	
					يتواصل فريق متعدد التخصصات فيما بينهم لتقييم مدى تقدم	07
					حالة طفل طيف التوحد.	
					يحدد فريق متعدد التخصصات أهداف البرنامج العلاجي على	08
					ضوء التشخيص لطفل طيف التوحد.	
					يعد الفريق متعدد التخصصات تقريرا عن مستوى أداء طفل	09
					طيف التوحد قبل الشروع في البرنامج العلاجي.	

العد الثالث: التشخيص الفارقي

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	الرقم
					يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا ضمنيا	01
					لتصنيف نوع طيف التوحد عند الطفل.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين	02
					طيف التوحد والاضطرابات المصاحبة.	
					يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين	03
					طيف التوحد والاضطرابات المشابهة له.	



		يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا للتمييز بين	04
		طيف التوحد واضطراب التواصل الإجتماعي.	
		يجري فريق متعدد التخصصات تشخيصا فارقيا لتحديد	05
		مستوى شدة طيف التوحد.	
		يعتمد التشخيص الفارقي لطيف التوحد على قرار الفريق	06
		-neurologue-psychiatrie- pédopsychiatrie) الطبي	
		(Pédiatre	
		يعتمد التشخيص الفارقي لطيف التوحد على قرار الفريق	07
		(pédagogique-orthophoniste-psychologue)	

إضافة إلى إجابتك عن العبارات الواردة في الإستبيان. المطلوب منك لو سمحت أن تجيب عن الأسئلة التالية:
01- ماهي(المقاييس /الفحوص)التي تعتمد عليها لتشخيص طيف التوحد عند الطفل؟
02- ماهي أهم الفحوصات التي تعتمد علها عند وضعك لتشخيص فارقي لطفل طيف التوحد؟
03- كم عدد الجلسات التي تستغرقها للفصل في تشخيصك لطفل طيف التوحد؟
04- ماهي المدة التي يستغرقها فريق متعددة التخصصات لإجراء تقييمهم ؟
05- من هم المختصون الذين تنسق معهم عادة أثناء تشخيصك لطيف التوحد؟



06-من المسؤول عن جمع التقييمات التي من خلالها يصدر الحكم النهائي في تشخيص طيف التوحد؟
07-ما هو نوع (المقياس/ الفحص) الذي تستعمله مع كل مرحلة عمرية لدى الطفل عند تشخيصك لطيف التوحد؟
08-كيف يتم التنسيق مع بقية المختصين أثناء عملية تشخيص طيف التوحد؟
09-هل يوجد فعلا تدخل مبكر عند التشخيص المبكر؟ (نعم / لا)
أذكر السبب:
10-ما هو العمر الذي يتم فيه التدخل المبكر لديكم؟
11-ماهي الصعوبات التي تواجبها في تشخيصك لطيف التوجد؟



الملحق رقم(4) خاص بالصورة النهائية لإستبيان واقع التشخيص لطفل طيف التوحد باللغة الفرنسية

Questionnaire sur la situation du diagnostic pour l'enfant atteint de troubles du spectre autistique

Monsieur, Madame,

Le présent questionnaire vise à identifier la situation du diagnostic d'un enfant atteint de troubles du spectre autistique, je vous sollicite donc de bien vouloir répondre clairement en mettant un (X) dans la case appropriée selon votre point de vue sur tous les paragraphes indiqués dans le cadre de ce questionnaire, en toute fidélité, honnêteté et objectivité, sachant que les informations obtenus par le chercheur seront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins de recherche scientifique. Nos salutations distinguées

Renseignements Générales								
Qualification scientifique : Licence Master/Magistère Doctorat Postdoctorale Médecin Spécialiste								
Années d'Expérience :								
De 0 à 5 ans								
Plus de 5 à 10 ans								
Plus de 10 ans ou plus								
Lieu de Travail :								
Etablissement Etatique pour Personnes à Besoins Spécifiques :								
Clinique Privé :								
Association:								
Spécialité Scientifique (exacte) :								
Pédopsychiatrie Psychologie								
Psychiatrie Orthophonie								
Neurologie Pédagogie								
Pédiatrie								





Premier Dimension : Diagnostic précoce

N°	Expression	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
01	L'enfant rejoint l'établissement avec une lettre d'orientation					
02	Une échelle spéciale est utilisée pour le diagnostic précoce d'un enfant autiste					
03	Lors de votre diagnostic précoce d'un enfant autiste, vous comptez sur une variété de sources (parents et compagnons) pour obtenir des informations.					
04	Le diagnostic précoce est fait au niveau de votre établissement pour les enfants autistes pour la tranche d'âge de 18 mois à deux ans.					
05	Le diagnostic précoce est fait au niveau de votre établissement pour les enfants autistes pour la tranche d'âge de plus de 2 ans à 3 ans.					
06	Le diagnostic précoce est fait au niveau de votre établissement pour les enfants autistes pour la tranche d'âge de plus de 3 ans à 8 ans.					
07	Vous basez votre diagnostic précoce d'un enfant atteint du spectre de l'autisme sur les critères du DSM-5.					
08	Vous basez votre diagnostic précoce d'un enfant atteint du spectre de l'autisme sur les critères du CIM-10.					
09	Le processus de diagnostic de l'enfant sur le spectre de l'autisme a lieu pendant qu'il est dans la pièce.					
10	Le processus de diagnostic de l'enfant sur le spectre de l'autisme a lieu lors de son interaction avec la famille.					
11	Le processus de diagnostic de l'enfant sur le spectre de l'autisme a lieu lors de son interaction avec ses pairs.					



Deuxième Dimension : Intégration d'une équipe multidisciplinaire

N°	Expression	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
01	Coordonner avec une équipe multidisciplinaire un plan pour les étapes du processus de diagnostic					
02	pour l'enfant sue le spectre autistique. Une équipe multidisciplinaire évalue					
02	les problèmes de santé de l'enfant sur le spectre autistique.					
03	Une équipe multidisciplinaire effectue une évaluation des compétences sociales de l'enfant sur le spectre autistique.					
04	Une équipe multidisciplinaire effectue une évaluation des compétences cognitives (Conscience sensorielle / cognitive) pour l'enfant sur le spectre autistique.					
05	Une équipe multidisciplinaire mène une évaluation de la communication verbale (langage et parole) de l'enfant sur le spectre autistique.					
06	Une équipe multidisciplinaire effectue une évaluation des aspects comportementaux et émotionnels de l'enfant sur le spectre autistique.					
07	Une équipe multidisciplinaire communique entre elles pour évaluer les progrès de l'enfant sur le spectre de l'autisme.					
08	Une équipe multidisciplinaire définit les objectifs du programme de traitement à la lumière du diagnostic de l'enfant sur le spectre autistique.					
09	L'équipe multidisciplinaire prépare un rapport sur le niveau de performance de l'enfant sur le spectre de l'autisme avant le début du programme.					



Troisième Dimension : Diagnostic différentiel

N°	Expression	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
01	Une équipe multidisciplinaire					
	effectue un diagnostic différentiel					
	implicite pour classer le type de					
	spectre autistique chez un enfant.					
02	Une équipe multidisciplinaire					
	effectue un diagnostic différentiel					
	pour faire la distinction entre le					
	spectre autistique et les troubles					
	associés.					
03	Une équipe multidisciplinaire					
	effectue un diagnostic différentiel					
	pour faire la distinction entre le					
	spectre autistique et les troubles					
	similaires.					
04	Une équipe multidisciplinaire					
	effectue un diagnostic différentiel					
	pour faire la distinction entre le					
	spectre autistique et le trouble de la					
	communication sociale.					
05	Une équipe multidisciplinaire					
	effectue un diagnostic différentiel					
	pour déterminer le niveau de la					
	gravité du spectre de l'autisme.					
06	Le diagnostic différentiel du spectre					
	autistique dépend de la décision de					
	l'équipe médicale (pédopsychiatre -					
	psychiatre - neurologue - pédiatre)					
07	Le diagnostic différentiel du spectre					
	de l'autisme dépend de la décision de					
	l'équipe psychologue (psychologue-					
	orthophoniste-pédagogique)					

En plus de votre réponse aux phrases contenues dans le questionnaire. Il vous est demandé, s'il vous plaît, de répondre aux questions suivantes :

01- Sur quels (échelles / tests) dépendez-vous pour diagnostiquer le spectre de l'autisme chez
un enfant ?



02- Quels sont les tests les plus importants dont vous dépendez lorsque vous recevez un diagnostic différentiel du spectre autistique d'un enfant ?
03- Combien de séances allez-vous prendre pour déterminer votre diagnostic du spectre autistique de l'enfant ?
04- Combien de temps faut-il à une équipe multidisciplinaire pour mener son évaluation ?
05- Avec quels professionnels vous coordonnez-vous habituellement lors de votre diagnostic de trouble du spectre autistique ?
06- Qui est responsable de la collecte des évaluations à travers lesquelles le jugement final est porté dans le diagnostic du spectre autistique ?
07- Quel type de (échelle / test) utilisez-vous avec chaque tranche d'âge des enfants lorsque vous diagnostiquez le spectre de l'autisme ?
08- Comment se déroule la coordination avec le reste des spécialistes pendant le processus de diagnostic du spectre autistique ?
10- Y a-t-il vraiment une intervention précoce lors du diagnostic précoce ? (Oui Non)
^



Cite	ez le mot	if:										
		•••••				•••••		•••••				
•••••		•••••	•••••		••••••	•••••		•••••			••••••	•••••
11-	Quel est	l'âge a	auqu	el vous effe	ctuez	une ir	ntervention p	orécoc	e ?			
•••••	•••••	•••••	•••••	••••••	•••••	•••••	•••••	•••••		••••••	••••••	•••••
	Quelles	s sont	les	difficultés	que	vous	rencontrez	pour	diagnostiquer	le	spectre	de



الملحق رقم(4) خاص بثبات وصدق أدوات الدراسة

أ/ الثبات:

Reliability

Reliability										
Reliability Statistics										
المحاور	Cronbach's Alpha	N of Items								
المحور 1	0.749	<mark>11</mark>								
المحور 2	0.939	9								
المحور 3	0.903	<mark>7</mark>								
الكلي	0.929	27								
	Item-Total Statistics									
	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted								
ب1	0.326	0.930								
ب2	0.358	0.929								
ب3	0.233	0.930								
4ب	0.479	0.928								
ب5	0.256	0.931								
ب6	0.433	0.929								
ب7	0.242	0.932								
ب8	0.499	0.928								
ب9	0.248	0.930								
ب10	0.569	0.927								
ب11ب	0.338	0.929								
ب12	0.612	0.926								
ب13	0.710	0.925								
ب14	0.849	0.923								
ب15	0.756	0.924								
ب16	0.732	0.924								
ب17	0.740	0.925								
ب18	0.749	0.924								
ب-19	0.691	0.925								
ب20	0.681	0.925								
ب21	0.836	0.922								
ب22	0.715	0.924								
ب23	0.756	0.924								
ب24	0.639	0.926								
ب-25	0.541	0.927								
ب26	0.409	0.929								
ب27	0.602	0.926								



ب/الصدق:

أولا/ الاتساق الداخلي:

Correlations

Correlations								
		الكلى			الكلي			الكلي
	Pearson	0.375**		Pearson	0.608**		Pearson	0.720**
ب1	Sig.	0.003	ب10	Sig.	0.000	ب19	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.398**		Pearson	0.377**		Pearson	0.714**
ب2	Sig.	0.002	ب11	Sig.	0.003	ب20	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.257*		Pearson	0.646**		Pearson	0.856**
ب3	Sig.	0.047	ب12	Sig.	0.000	ب21	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.532**	ب13	Pearson	0.738**		Pearson	0.748**
4ب	Sig.	0.000		Sig.	0.000	ب22	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.319*	ب14	Pearson	0.865**	ب23	Pearson	0.785**
ب5	Sig.	0.013		Sig.	0.000		Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.494**		Pearson	0.781**		Pearson	0.678**
ب6	Sig.	0.000	ب15	Sig.	0.000	ب24	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.309*		Pearson	0.760**		Pearson	0.591**
ب7	Sig.	0.016	ب-16	Sig.	0.000	ب25	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.560**		Pearson	0.764**		Pearson	0.468**
ب8	Sig.	0.000	ب17	Sig.	0.000	ب-26	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
	Pearson	0.287*		Pearson	0.772**		Pearson	0.648**
ب9	Sig.	0.026	ب18	Sig.	0.000	ب27	Sig.	0.000
	N	60		N	60		N	60
		**. Corr	elation is sign	nificant at the	0.01 level (2	-tailed).		
		*. Corr	elation is sign	ificant at the	0.05 level (2-	tailed).		

Correlations

	Correlations									
		دك 1			دك 1					
	Pearson Correlation	0.626**		Pearson Correlation	0.569**					
ب1	Sig. (2-tailed)	0.000	ب7	Sig. (2-tailed)	0.000					
	N	60		N	60					
	Pearson Correlation	0.620**		Pearson Correlation	0.701**					
ب2	Sig. (2-tailed)	0.000	ب8	Sig. (2-tailed)	0.000					
	N	60		N	60					
	Pearson Correlation	0.457**		Pearson Correlation	0.421**					
ب3	Sig. (2-tailed)	0.000	ب9	Sig. (2-tailed)	0.001					
	N	60		N	60					
	Pearson Correlation	0.426**		Pearson Correlation	0.566**					
4ب	Sig. (2-tailed)	0.001	ب10	Sig. (2-tailed)	0.000					
	N	60		N	60					
	Pearson Correlation	0.453**		Pearson Correlation	0.609**					
ب5	Sig. (2-tailed)	0.000	ب11	Sig. (2-tailed)	0.000					
	N	60		N	60					
	Pearson Correlation	0.563**								
ب6	Sig. (2-tailed)	0.000	**. Correlation	on is significant at the 0.01 le	vel (2-tailed).					
	N	60								



Correlations

	Correlations								
		2ట్ప			2టు				
	Pearson Correlation	0.752**		Pearson Correlation	0.836**				
ب12	Sig. (2-tailed)	0.000	ب17	Sig. (2-tailed)	0.000				
	N	60		N	60				
	Pearson Correlation	0.790**		Pearson Correlation	0.818**				
ب13	Sig. (2-tailed)	0.000	ب18	Sig. (2-tailed)	0.000				
	N	60		N	60				
	Pearson Correlation	0.880**		Pearson Correlation	0.811**				
ب14	Sig. (2-tailed)	0.000	ب19	Sig. (2-tailed)	0.000				
	N	60		N	60				
	Pearson Correlation	0.849**		Pearson Correlation	0.815**				
ب15	Sig. (2-tailed)	0.000	ب20	Sig. (2-tailed)	0.000				
	N	60		N	60				
	Pearson Correlation	0.837**							
ب16	Sig. (2-tailed)	0.000	**. Correlatio	on is significant at the 0.01 le	vel (2-tailed).				
	N	60							

Correlations

001101					
		Correla	ntions		
		3తు			3 ك
	Pearson Correlation	0.875**		Pearson Correlation	0.779**
ب21	Sig. (2-tailed)	0.000	ب25	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
	Pearson Correlation	0.819**		Pearson Correlation	0.674**
ب22	Sig. (2-tailed)	0.000	ب26	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
	Pearson Correlation	0.871**		Pearson Correlation	0.701**
ب23	Sig. (2-tailed)	0.000	ب27	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
	Pearson Correlation	0.859**	·		
ب24	Sig. (2-tailed)	0.000	**. Correlatio	vel (2-tailed).	
	N	60		-	

Correlations

		Correla	tions		
		الكلي			الكلي
	Pearson Correlation	0.774**		Pearson Correlation	0.855**
دك 1	Sig. (2-tailed)	0.000	دك3	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
	Pearson Correlation	0.915**			
دك2	Sig. (2-tailed)	0.000	**. Correlation	vel (2-tailed).	
	N	60			



ثانيا/ المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي للفقرة):

T-Test

1 103				Group S	tatistics				
(الطرفيز	N		Mean		Std. Deviati	on	Std. Erro	r Mean
	الأعلى	16		.1875		0.75000		0.187	
ب1	الأدنى	16		.1875		1.27639		0.319	
	الأعلى	16		.7500		0.44721		0.11	
ب2	الأدنى	16		.9375		1.34009		0.335	
	الأعلى	16		.9375		0.25000		0.062	
ب3	الأدنى	16		.5625		0.62915		0.157	
	الأعلى	16		.0000		0.96609		0.24	
4ب	الأدنى			.9375		1.34009		0.335	
_		16 الأعلى		.0625		0.85391		0.213	
ب5	الأدنى			2.5000		1.71270		0.428	
	الأعلى	16		.3750		1.20416		0.30	
ب6	الأدنى	16		.5625		1.45917		0.364	
_	الأعلى	16		.0000		1.15470		0.288	
ب7	الأدنى	16	2	2.6875		1.66208		0.415	
0	الأعلى	16		.3750		1.36015		0.340	
ب8	الأدنى	16		.8125		1.27639		0.319	
0	الأعلى	16	4	.7500		0.57735		0.144	134
ب9	الأدنى	16	·	.9375		1.12361		0.280	
40	الأعلى	16	4	.8750		0.34157		0.085	539
ب10	الأدبى		3	3.1250		1.70783		0.42696	
4.4	الأعلى	16	4	.7500		0.44721		0.11180	
ب11	الأدنى	16	4	.0000		1.21106		0.302	277
			Indep	endent (Samples	s Test			
				e's Test			for Equalit	y of Means	
							Sig. (2-	Mean	Std. Error
			F	Sig.	t	df	tailed)	Difference	Difference
4.	variances ass	umed	6.758	0.014	2.702	30	0.011	1.00000	0.37011
ب1	variances not a	ssumed			2.702	24.255	0.012	1.00000	0.37011
2	variances ass	umed	6.677	0.015	2.300	30	0.029	0.81250	0.35318
ب2	variances not a	ssumed			2.300	18.300	0.033	0.81250	0.35318
ب3	variances ass	umed	23.695	0.000	2.216	30	0.034	0.37500	0.16925
ب	variances not a	ssumed			2.216	19.622	0.039	0.37500	0.16925
4ب	variances ass	umed	4.287	0.047	4.994	30	0.000	2.06250	0.41300
49	variances not a	ssumed			4.994	27.276	0.000	2.06250	0.41300
ب5	variances ass		13.820	0.001	3.266	30	0.003	1.56250	0.47844
0÷	variances not a				3.266	22.023	0.004	1.56250	0.47844
ب6	variances ass	umed	2.047	<mark>0.163</mark>	3.832	30	0.001	1.81250	0.47297
0÷	variances not a				3.832	28.957	0.001	1.81250	0.47297
ب7	variances ass		4.709	0.038	2.594	30	0.015	1.31250	0.50595
· -	variances not a			<u> </u>	2.594	26.744	0.015	1.31250	0.50595
ب8	variances ass		0.427	<mark>0.519</mark>	5.495	30	0.000	2.56250	0.46631
	variances not a				5.495	29.880	0.000	2.56250	0.46631
ب9	variances ass		10.615	0.003	2.573	30	0.015	0.81250	0.31582
	variances not a				2.573	22.405	0.017	0.81250	0.31582
ب10	variances ass		45.107	0.000	4.019	30	0.000	1.75000	0.43541
	variances not a				4.019	16.198	0.001	1.75000	0.43541
ب11	variances ass		5.714	0.023	2.324	30	0.027	0.75000	0.32275
	variances not a	ssumed			2.324	19.016	0.031	0.75000	0.32275
T-Tes	t								
	-			Graup S	4-41-41				

	Group Statistics										
فين	الطر	N Mean		Std. Deviation	Std. Error Mean						
ب12	الأعلى	16	4.8750	0.34157	0.08539						
124	الأدنى	16	3.2500	1.43759	0.35940						
ب13	الأعلى	16	5.0000	0.00000	0.00000						
بد1	الأدنى	16	3.0000	1.41421	0.35355						
ب14	الأعلى	16	4.8125	0.40311	0.10078						
149	الأدنى	16	2.4375	1.15289	0.28822						



ب15	الأعلى	<mark>16</mark>		125		0.54391		0.13		
10-	الأدنى	16	2.6	875		1.44770		0.36	192	
ب16	الأعلى	16		375		0.25000		0.06		
10-	الأدنى	<mark>16</mark>	2.7	500		1.52753		0.38188		
ب17	الأعلى	16	4.7	500		0.57735		0.14	434	
179	الأدنى	<mark>16</mark>	3.0	3.0000		1.50555		0.37	639	
ب18	الأعلى	<mark>16</mark>	4.8	4.8125		0.40311		0.10		
10-	الأدنى	16		375		1.38894		0.34	724	
ب19	الأعلى	16		<mark>750</mark>		0.34157		0.08	539	
199	الأدنى	<mark>16</mark>	2.8	750		1.58640		0.39	660	
ب20	الأعلى	<mark>16</mark>	4.7	500		0.44721		0.11	180	
209	الأدنى	<mark>16</mark>	2.6250 1.70783					0.42	696	
Independent Samples Test										
			Levene	's Test						
			F	Cia	4	df	Sig. (2-	Mean	Std. Error	
			Г	Sig.	t	aı	tailed)	Difference	Difference	
ب12	variances	assumed	19.912	0.000	4.399	30	0.000	1.62500	0.36940	
129	variances no	ot assumed			4.399	16.688	0.000	1.62500	0.36940	
ب13	variances	assumed	31.154	0.000	5.657	30	0.000	2.00000	0.35355	
100	variances no	ot assumed			5.657	15.000	0.000	2.00000	0.35355	
ب14	variances	assumed	14.077	0.001	7.778	30	0.000	2.37500	0.30533	
140	variances no	ot assumed			7.778	18.614	0.000	2.37500	0.30533	
ب15	variances	assumed	15.293	0.000	5.496	30	0.000	2.12500	0.38663	
10-	variances no	ot assumed			5.496	19.152	0.000	2.12500	0.38663	
ب16	variances		34.406	0.000	5.653	30	0.000	2.18750	0.38696	
10+	variances no				5.653	15.803	0.000	2.18750	0.38696	
ب17	variances	assumed	15.041	0.001	4.341	30	0.000	1.75000	0.40311	
17 -	variances no				4.341	19.318	0.000	1.75000	0.40311	
ب18	variances		13.291	0.001	5.186	30	0.000	1.87500	0.36156	
10+	variances not assumed				5.186	17.509	0.000	1.87500	0.36156	
ب19	variances		21.729	0.000	4.930	30	0.000	2.00000	0.40569	
	variances no				4.930	16.388	0.000	2.00000	0.40569	
ب20	variances		35.735	0.000	4.815	30	0.000	2.12500	0.44135	
20 ÷	variances no	ot assumed			4.815	17.048	0.000	2.12500	0.44135	



T-Test

	Group Statistics										
	الطرفين	N	M	ean	Std	. Deviation	1	Std. Error	Mean		
24	الأعلى	<mark>16</mark>	5.0	0000		0.00000		0.00000			
ب21	الأدنى	<mark>16</mark>	1.8	3750		1.02470		0.2561	7		
ب22	الأعلى	16	4.(6250		0.61914		0.15478			
229	الأدنى	<mark>16</mark>	1.8	3750		1.14746	.14746 0.28687		37		
ب23	الأعلى	16	4.	7500		0.44721		0.1118	80		
239	الأدنى	16	1.9	9375		1.23659		0.3091	5		
ب24	الأعلى	16		3875		0.70415		0.1760)4		
249	الأدنى	16	2.0	6250		1.78419		0.4460)5		
ب25	الأعلى	<mark>16</mark>		3750		1.14746		0.2868	37		
259	الأدنى	<mark>16</mark>		5000		1.67332		0.4183			
ب26	الأعلى	<mark>16</mark>		3875		1.01448		0.2536			
20-	الأدنى	<mark>16</mark>		2500		1.57056		0.3926			
ب27	الأعلى	<mark>16</mark>		B 750	(0.34157		0.08539			
21 -	الأدنى	16		1875		1.55858		0.3896	64		
			Inde	<u>oenden</u>	t Sample	es Test					
			Levene	's Test		t-tes		ty of Means			
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-	Mean	Std. Error		
					-		tailed)	Difference	Difference		
ب21	variances as		945.000	0.000	12.199	30	0.000	3.12500	0.25617		
	variances not				12.199	15.000	0.000	3.12500	0.25617		
ب22	variances as		9.184	0.005	8.437	30	0.000	2.75000	0.32596		
	variances not		40.00		8.437	23.052	0.000	2.75000	0.32596		
ب23	variances as		18.825	0.000	8.555	30	0.000	2.81250	0.32874		
	variances not		00.005	0.000	8.555	18.858	0.000	2.81250	0.32874		
ب24	variances as		33.995	0.000	4.301	30	0.000	2.06250	0.47953		
	variances not assumed		7.000	0.040	4.301	19.562	0.000	2.06250	0.47953		
variances assumed variances not assumed		7.069	0.012	3.696	30 26.553	0.001	1.87500	0.50724			
			11.070	0.002	3.696 3.075	30	0.001	1.87500	0.50724 0.46743		
ب26	variances as		11.070	0.002	3.075	25.661	0.004 0.005	1.43750			
	variances not		20.740	0.000		30		1.43750 2.68750	0.46743 0.39889		
ب27	variances as		39.749	0.000	6.737		0.000				
	variances not	assumed			6.737	16.438	0.000	2.68750	0.39889		



لملحق رقم(5) خاص بنتائج الدراسة

أولا/ التحقق من طبيعة التوزيع:

Explore

	Tests of Normality										
	Ko	Imogorov-Smirr	Shapiro-Wilk								
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.					
TOTAL	0.083	269	0.000	0.952	269	0.000					
	a. Lilliefors Significance Correction										

ثانيا/ التحقق من فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى:

Chi-Square Test

	Frequencies										
المستوى											
	Category Observed N Expected N Residual Chi-Square df A										
1	منخفض	8	89.7	-81.7							
2	متوسط	109	89.7	19.3	121.881 ^a	0	0.000				
3	مرتفع	152	89.7	62.3	121.881	Z	0.000				
Total		269									

الفرضية الثانية:

Friedman Test

Ra		Test Statistics ^a				
الاستر اتيجيات	Mean Rank	N	Chi-Square	df	Asymp. Sig.	
التشخيص المبكر	2.70					
فريق العمل	2.22	269	370.908	2	0.000	
التشخيص الفارقي	1.09			_		

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics ^a										
	Z Asymp. Sig. (2-tailed)									
التشخيص المبكر -فريق العمل	-8.557- ^b	0.000								
فريق العمل - التشخيص الفارقي	-13.468- ^b	0.000								
a. Wild	coxon Signed Ranks Test									
b. B	b. Based on positive ranks.									





الفرضية الثالثة:

Kruskal-Wallis Test

Ranks										
المؤهل العلمي		N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.				
	ليسانس	89	150.90							
	ماستر	57	148.85							
TOTAL	دراسات علیا	24	119.75	12.105	3	0.007				
	طبيب متخصص	99	116.42		_					
	Total	269								

Mann-Whitney Test

IVIAIIII	wann-wnithey rest											
	R	anks				Test Statis	tics ^a					
لمي	المؤهل الع	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig. (2-tail)				
	ليسانس	89	73.61	6551.50								
TOTAL	ماستر	57	73.32	4179.50	2526.500	4179.500	-0.040	0.968				
	Total	146										
	ليسانس	89	59.96	5336.00	805.000	1105.000	<mark>-1.848</mark>					
TOTAL	دراسات علیا	24	46.04	1105.00				0.065				
	Total	113										
	ليسانس	89	107.34	9553.00	3263.000	8213.000	-3.069	0.002				
TOTAL	طبيب متخصص	99	82.96	8213.00								
	Total	188										
	ماستر	57	43.70	2491.00			-1.594					
TOTAL	دراسات علیا	24	34.58	830.00	530.000	830.000		0.111				
	Total	81										
	ماستر	57	89.82	5120.00								
TOTAL	طبيب متخصص	99	71.98	7126.00	2176.000	7126.000	-2.377	0.017				
	Total	156										
	دراسات علیا	24	64.13	1539.00				0.745				
TOTAL	طبيب متخصص	99	61.48	6087.00	1137.000	6087.000	-0.326					
	Total	123										

الفرضية الرابعة:

Kruskal-Wallis Test

	Ranks	Test Statistics ^{a,b}				
اجات الخاصة	سنوات الخبرة في مؤسسات ذوي الإحتيا	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
TOTAL	أقل من 5 سنوات	87	141.51	3.467	2	0.177
	من 5 إلى 10 سنوات	83	141.98			
	أكثر من 10 سنوات	99	123.43	3.407		
	Total	269				



الفرضية الخامسة:

Mann-Whitney Test

Ranks					Test Statistics ^a				
مكان العمل		N	Mean Sum of Ranks		Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig. (2-tail)	
	قطاع عام	154	148.28	22835.50					
TOTAL	قطاع خاص	115	117.21	13479.50	6809.500	13479.500	-3.242	0.001	
	Total	269							

الفرضية السادسة:

Kruskal-Wallis Test

	Ra	Test Statistics ^{a,b}				
التخصص العلمي الدقيق		N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
	Pédopsychaittrie	4	155.75		<mark>.G.</mark>	0.000
	psychiatry	41	139.12			
	neurologue	19	<mark>48.74</mark>			
TOTAL	pédiatre	46	113.05	33.431		
	psychologue	100	149.62			
	orthophoniste	59	150.84			
	Total	269				İ

Mann-Whitney Test

Manr	n-Whitney Te	est							
	Ran	ks			Test Statistics ^a				
لدقيق	التخصص العلمي ال	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.(2- tail)	
TOTAL	Pédopsychaittrie	4	26.50	106.00	68.000	929.000	-0.562	,	
	psychiatry	41	22.66	929.00				0.574	
	Total	45							
TOTAL	Pédopsychaittrie	4	18.25	73.00	13.000	203.000			
	neurologue	19	10.68	203.00			-2.074	0.038	
	Total	23							
	Pédopsychaittrie	4	34.25	137.00					
TOTAL	pédiatre	46	24.74	1138.00	57.000	1138.000	-1.253	0.210	
	Total	50							
	Pédopsychaittrie	4	52.88	211.50		5248.500	-0.025		
TOTAL	psychologue	100	52.49	5248.50	198.500			0.980	
	Total	104							
	Pédopsychaittrie	4	33.88	135.50	110.500	1880.500			
TOTAL	orthophoniste	59	31.87	1880.50			-0.212	0.832	
	Total	63							
	psychiatry	41	35.55	1457.50	182.500	372.500			
TOTAL	neurologue	19	19.61	372.50			-3.302	0.001	
	Total	60							
	psychiatry	41	48.67	1995.50		1832.500	<mark>-1.630</mark>		
TOTAL	pédiatre	46	39.84	1832.50	751.500			0.103	
	Total	87							
	psychiatry	41	67.90	2784.00		2784.000	<mark>-0.577</mark>		
TOTAL	psychologue	100	72.27	7227.00	1923.000			0.564	
	Total	141							
	psychiatry	41	48.34	1982.00		1982.000			
TOTAL	orthophoniste	59	52.00	3068.00	1121.000		<u>-0.622</u>	0.534	
	Total	100							
	neurologue	19	21.71	412.50		412.500			
TOTAL	pédiatre	46	37.66	1732.50	222.500		-3.099	0.002	
	Total	65			1				
	neurologue	19	19.11	363.00	173.000	363.000			
TOTAL	psychologue	100	67.77	6777.00			-5.640	0.000	
	Total	119							
	neurologue	19	17.63	335.00		335.000			
TOTAL	orthophoniste	59	46.54	2746.00	145.000		-4.843	0.000	
	Total	78							



TOTAL	pédiatre	46	59.70	2746.00	1665.000	2746.000	-2.676	0.007
	psychologue	100	79.85	7985.00				
	Total	146						
TOTAL	pédiatre	46	45.12	2075.50	994.500	2075.500	-2.342	0.019
	orthophoniste	59	59.14	3489.50				
	Total	105						
TOTAL	psychologue	100	79.25	7924.50	2874.500	7924.500	-0.269	0.788
	orthophoniste	59	81.28	4795.50				
	Total	159						