

جامعة مولود معمري - تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



قسم العلوم الاجتماعية



واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب

باضطراب طيف التوحد

-دراسة ميدانية في المراكز النفسية البيداغوجية لولايتي بومرداس

وتيزي وزو-

مذكرة لنيل شهادة ماستر علوم تربية تخصص تربية خاصة وتعليم مكيف

تحت إشراف الأستاذة:

الدكتورة بوبكري ليلي

من إعداد الطالبتين:

- طوماش عقيلة

- يحياوي أحلام

السنة الجامعية 2020 - 2021



الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك
ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك
ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك.

الله جل جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح للأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم
إلى من كنه الله بالهيبة والوقار...

إلى من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أجمل اسمه بكل افتخار "والذي العزيز"
إلى ملاكي في الحياة..

إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني إلى بسمة الحياة وسر الوجود.

إلى من كان دعائها سر نجاحي إلى أغلى الحبايب "أمي الحبيبة"

إلى إخوتي إيمان، حكيم، فارس

إلى الأخوال والأعمام فردا بفرد

إلى أساتذتي الكرام

إلى أستاذتي الدكتورة "ليلي بوبكري"

إلى زميلاتي وزملائي

إلى صديقاتي حفظهم الله لي "عقيلة، حورية، أسماء، فهمية، مروة، تينهان

إلى الروح الطاهرة صديقتي "نصيرة" رحمها الله

إلى زوجة خالي التي كانت دائما سند لي "سميرة"

وفي الأخير أهدي عملي لكل عزيز غالي ساندني ونصحتني

وكل عبارات الحب والامتنان لكم جميعا...

أحلام

الإهداء

الحمد لله الذي بعونه تتم الصالحات والصلاة والسلام على سيدنا محمد عليه أزكى الصلاة وأفضل التسليم
وعلى آله وصحبه أجمعين أما بعد:

أهدي ثمرة عملي هذا إلى من قال فيها الله عز وجل:

"واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ري ارحمهما كما ربياني صغيرا" الاسراء الآية 24.

إلى الذي احمل اسمه بكل فخر إلى سندي وملاذي

إلى الذي رافقتني بالحب والرعاية والدعاء

أي الغالي أطل الله في عمره.

إلى التي لا يطيب النهار إلا برؤيتها ولا تحلو الأيام إلا بوجودها

إلى التي حملتني وهنا على وهن أي الحبيبة أطل الله في عمرها.

إلا من كانوا معي وساندوني إخوتي محمد، حميد، مصطفى وزجته نوال.

إلى أختي سهام

إلى الذي كان سند لي في الحياة زوجي مصطفى

إلى من ساعدتني وساندتني وكانت بجانبني رفيقة دربي مروى

إلى من تقاسمت معها شقاء هذا العمل صديقتي أحلام.

إلى الروح الطاهرة صديقتي " نصيرة " رحمها الله

إلى كل أساتذتي طيلة مشواري الدراسي.

"عقيلة"

كلمة شكر

ربي أوزعني أن أشكر بنعمتك التي أنعمت على وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني في عبادك الصالحين (النمل الآية 19)

الحمد والشكر لله أولا وآخرا على نعمته التي لا تعد ولا تحصى،
أحمد عز وجل أن من علينا بإتمام هذه المذكرة وأصلي وأسلم على خير خلق الله الحبيب المصطفى سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة.

لا يسعنا إلا أن نتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذة المشرفة
الدكتورة " ليلي بوبكري " وهذا اعترافا بجميل إشرافها وتوجيهاتها القيمة والتي أعطت لنا الكثير من جهدها ووقتها وعزيمتها من أجل إنهاء هذا البحث.
كما نشكر أعضاء اللجنة الموقرة في تصحيح هذه المذكرة، الذين سيثرون هذا العمل وقيمونه من خلال ملاحظاتهم.

كما لا يفوتنا أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساعدنا في إتمام عملنا هذا
خاصة مدراء المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا لولايتي تيزي وزو وبومرداس.
وفي الأخير الشكر موصول إلى كل من كان معنا ونصحنا بنصيحة ودعاء في ظهر غيب،
أسأل الله أن يجزي الجميع خير جزاء

أحلام، عقيلة

فهرس المحتويات

الإهداء.....	1
كلمة الشكر.....	3
قائمة المحتويات.....	4
قائمة الجداول.....	7
مقدمة البحث.....	9

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية.....	12
2-تساؤلات الدراسة.....	21
3-أهداف الدراسة.....	21
4-أهمية الدراسة.....	22
5-تحديد مصطلحات الدراسة.....	22

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

تمهيد

1-نبذة تاريخية.....	27
2-تعريف اضطراب طيف التوحد.....	29
3-أعراض اضطراب طيف التوحد.....	30
4-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد.....	33
5-النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.....	36
6-تصنيفات اضطراب طيف التوحد.....	39
7-نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد.....	41

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: تشخيص اضطراب طيف التوحد

تمهيد

- 1-تعريف التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 44
- 2-أهداف التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 45
- 3-أسس التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 46
- 4-أنواع التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 46
- 5-مراحل التشخيص لاضطراب طيف التوحد..... 48
- 6-فريق تشخيص اضطراب طيف التوحد..... 48
- 7-تقنيات تشخيص اضطراب طيف التوحد..... 50
- 8-صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد..... 60

خلاصة الفصل

الفصل الرابع: التكفل باضطراب طيف التوحد

تمهيد

- 1-تعريف التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد..... 63
- 2-أهمية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد..... 64
- 3-أنواع عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد..... 65
- 4-استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد..... 66

خلاصة الفصل.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

- 1-منهج الدراسة..... 77
- 2-الدراسة الاستطلاعية..... 77
- 3-مجتمع الدراسة..... 82

4-	عينه الدراسة.....	83
5-	أدوات الدراسة.....	87

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

1-	عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول.....	91
2-	عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني.....	94
2-	عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث.....	97
3-	عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الرابع.....	100
	الاستنتاج العام.....	106
	خاتمة.....	107

قائمة المراجع.

الملاحق.

قائمة الجداول:

- 78 - جدول رقم (1) عينة الدراسة الاستطلاعية
- 79 - جدول رقم (2) معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات أساليب التشخيص.
- 80 - جدول رقم (3) معاملات الثبات ألفاكرونباخ لاستبيانات أساليب التشخيص
- 81 - جدول رقم (4) معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات استراتيجيات التكفل
- 82 - جدول رقم (5) معاملات الثبات ألفاكرونباخ لاستبيانات استراتيجيات التكفل
- 83 - جدول رقم (6) خصائص المراكز
- 84 - جدول رقم (7) توزيع أفراد العينة حسب الجنس
- 85 - جدول رقم (8) توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي
- 86 - جدول رقم (9) توزيع أفراد العينة حسب الاختصاص
- 86 - جدول رقم (10) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية
- 87 - جدول رقم (11) توزيع أفراد العينة حسب المهنة في الميدان
- 91 - جدول رقم (12) التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة حول استخدام فريق التخصص لأساليب تشخيص أطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية
- 84 - جدول رقم (13) التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة حول توفر أساليب تشخيص أطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية

- جدول رقم (14) التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة
حول توفر استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد
97
- جدول رقم (15) نتائج اختبار كا² للفروق في لاستجابات أفراد العينة
حول استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية
102

مقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة خاصة في السنوات الثلاث الأولى من عمرهم، وهو اضطراب ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية، الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، الحسية، وأن أكثر جوانب القصور وضوحا في هذا الاضطراب هو الجانب التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل مع الآخرين، خاصة مع الوالدين. حيث يعتبر الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه، والسلوكات النمطية والعنصرية.

وقد شهدت الجزائر على غرار غيرها من البلدان العربية والأوروبية في الآونة الأخيرة اهتماما ملحوظا بفئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك بدراسة مختلف جوانبه ومحاولة الوصول لأسبابه الحقيقية، ما يتطلب بذلك الإسراع في محاولة التصدي بأخذ إجراءات تقييم عامة وشاملة بالتشخيص الدقيق من طرف الفريق المختص لكافة المشكلات اللغوية، المعرفية، والتواصلية، مما يستدعي بذلك تضافر جهود العديد من المختصين في كافة الحقول العلمية، ويكون بذلك باستخدام مختلف الاستراتيجيات التي تقدم معرفة دقيقة لجوانب قوة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وجوانب ضعفه، وهذا ما يستلزم وجود اختبارات ووسائل مدروسة تمكن الفريق المختص من الوقوف على المعلومات الدقيقة في كافة مجالات وذلك لرسم خطة علاجية يشترك فيها كافة المختصين القائمين في على عملية التشخيص والتكفل في المراكز النفسية البيداغوجية.

وعليه جاءت الدراسة في هذا الصدد للتعرف على واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بين المؤسسات، فقد تم وضع على هذا الأساس خطة منهجية اشتملت على تقسيم العمل إلى جانبين رئيسيين: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

تم التطرق في الجانب النظري إلى أربعة فصول حيث تضمن الإطار العام للدراسة الذي يشمل على فيه إشكالية الدراسة، التساؤلات، أهمية وأهداف الدراسة، إضافة إلى التحديد الاصطلاحي والإجرائي لمفاهيم الدراسة.

أما الجانب النظري فهو يتمثل في الفصل الثاني الذي تم تناول متغير اضطراب طيف التوحد تم تناول فيه النبذة التاريخية للتوحد، تعريف اضطراب طيف التوحد، أعراضه، العوامل المسببة له، تصنيفاته، والنظريات المفسرة له، ونسبة انتشاره وخلاصة للفصل.

والفصل الثالث يضم متغير تشخيص اضطراب طيف التوحد تم التطرق فيه إلى تعريف تشخيص اضطراب طيف التوحد، وأهدافه، مراحله، وأدواته، وفريق تشخيص اضطراب طيف التوحد، وأساليب تشخيصه وصعوباته وخلاصة للفصل.

والفصل الرابع المتمثل في متغير التكفل باضطراب طيف التوحد الذي يتضمن تعريف التكفل بطيف التوحد، أهميته، وأهدافه وأساليب التكفل باضطراب طيف التوحد وخلاصة للفصل.

أما في الجانب التطبيقي للدراسة فقد قسمت إلى فصلين: الفصل الخامس والفصل السادس حيث تم تناول في الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة الذي يتضمن منهج الدراسة والدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة وأدوات الدراسة وحدودها. أما الفصل السادس تمثل في عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

ثم الاستنتاج العام واقتراحات الدراسة وخلاصة.

الإطار العام للدراسة:

1-الإشكالية

2- تساؤلات الدراسة

3-أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5-تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.

1- الإشكالية:

تعد العملية التربوية من أصعب المهام التي تواجه المجتمعات، إذ تتعامل مع نفوس بشرية متباينة تتكون من فئات مختلفة من بينها فئة ذوي الاحتياجات الخاصة التي تعد من أكثر الفئات حاجة إلى المساعدة والرعاية والتكفل، باعتبارهم أفراد ينحرفون انحرافا ملحوظا عن الأفراد العاديين، سواء في نموهم العقلي الانفعالي أو الاجتماعي. مما يتطلب بناءا على هذا الانحراف اهتماما خاصا من قبل المختصين من أجل إعداد طرائق التشخيص لهم ووضع برامج تربوية تتناسب مع كل إعاقة.

وقد بدأت الرعاية المنظمة حسب الباحث إلهامي عبد العزيز (1999) في بداية القرن الثامن عشر، فأصبحت هذه القضية تحتل مكانة كبيرة على المستوى المحلي والعالمي. لذا أصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوما بعد يوم تنادي بضرورة الاهتمام بفئة الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم وتدريبهم وإعادة تأهيلهم للاستفادة مما يملكونه من قدرات، من خلال برامج التربية الخاصة وذلك من أجل مساعدتهم على التكيف في المجتمع (إلهامي عبد العزيز، 1999، ص48).

وتقسم فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في مجال علم النفس عامة والتربية خاصة إلى عدة فئات من بينها فئة أطفال طيف التوحد الذي يعد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة وانتشارا، حيث أشار أسامة السيد (2011) إلى معدل انتشار هذا الاضطراب الذي يبلغ من 06 إلى 1.0000 وذلك وفقا لمنظمة الصحة العالمية عبر العالم، أي ما يعادل 1 لكل 150 طفل (أسامة السيد، 2011، ص24).

أما في المجتمع الجزائري فقد أشارت ابتسام بوشلاغم (2016) أن هناك أكثر من 80000 طفل مصاب بالتوحد حسب البحث الذي قامت به الدكتورة أسماء أوصديق وهي طبيبة نفسية للأطفال بمستشفى شراكة بالجزائر العاصمة. وتختلف حالات التوحد من طفل لآخر ووجدت

أنه في كل 10000 ولادة ما بين 2 إلى 5 حالات توحد ومقابل كل 5 ذكور أنثى واحدة حيث يمس الذكور أكثر من الإناث (ابتسام بوشلاغم، 2016، 21).

وقد بين محمد خطاب (2005) أن اضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة من حيث تأثيرها السلبي على الطفل وقابليته للتعلم والاندماج مع الآخرين والاستقلال عنهم أو تحقيق النضج الاجتماعي. وتتمثل الصعوبات فيما تحمل هذه الإعاقة من غموض سواء على مستوى التشخيص أو على مستوى فهم الأسرة لها وأسلوب التعامل مع الطفل. ولقد شاع قبل استخدام مصطلح التوحد العديد من المصطلحات والتسميات الكثيرة والمختلفة نذكر منها: الذاتية، الإجترارية، التوحدية، الانغلاق الذاتي، والذهان الذاتي، متلازمة الطفل اللاسوي (محمد خطاب، 2005).

ويرجع استخدام هذه التسميات إلى غموض وتعقد التشخيص الفارقي للتوحد، حيث يعد التشخيص من أهم الصعوبات التي تواجه هذه الفئة نظرا لتشابهها مع فئات عديدة. وقد أورد عن الإمام (2010) أن كل من KANNER و ASPERGE (1943) أكدا بأن التوحد هو اضطراب نمائي مختلف ومنفرد بشكل ملحوظ وأنه لم يتم وصفه إكلينيكيًا من قبل وأن اللذين يعانون منه اعتبروا بشكل غير مبرر معاقين عقليا. إضافة إلى التشابه بين سلوك التوحد وبين سلوك الاضطرابات الأخرى مثل: فصام الطفولة والإعاقة السمعية واضطراب الانتباه واضطرابات التواصل (الإمام، 2010، 19).

وقد قام علي عمارة (2005) بدراسة التاريخ التطوري لإعاقة التوحد الذي يعطينا فهما أكثر شمولية لبداية ظهور الإعاقة واكتشافها والمراحل التي مرت بها وخصائص كل مرحلة وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات في محاولاتها للإلمام بكافة جوانب الإعاقة. ويرجع اكتشاف اضطراب التوحد من طرف الطبيب النفسي Leo kanner عام 1943 من مركز JOHNS HOPKINS الطبي والذي ذكر بأنه يوجد لديه (11) طفل مصاب بالتوحد والذين يعانون من نفس الأعراض. ومن خلال ملاحظته المفصلة التي نشرت عام 1949 والتي تصف أعراض حالة التوحد في الطفولة المبكرة حيث أثار اهتماما كبيرا وملحوظا والتي كانت البداية لدراسة

أعراض وحالات التوحد. ومن خلال أبحاثه نجد دراسته التي كانت على عينة مكونة من (11) طفل يعاني من التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين عامين ونصف إلى 8 سنوات، بعنوان اللغة المجازية غير مرتبطة بالموضوع لدى أطفال التوحديين. وكانت أدوات ملاحظة اللغة والعبارات التي يرددها أفراد العينة وتتبعها ومعرفة المقصود منها والموقف المرتبط بها وبمعناها. وعليه تشير نتائج الدراسة إلى أن أغلب الألفاظ لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ترتبط بمواقف حدثت للطفل في الماضي وعلى ذلك فعندما يتكرر الموقف يتكرر اللفظ (أورد في: علي عمارة، 2005، 20).

وبالتالي فإن عملية التشخيص هي الركيزة الأساسية لما فيها من تحديد العرض والمرض للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث أشار الجرواني وصديق (2013) أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد من الأمور الصعبة لما له من تشابه مع بعض الاضطرابات (كاضطراب أسبرجر Asperger، اضطراب ريت Rett، الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية، صعوبات التعلم..) مما يتطلب تعاون فريق متعدد التخصصات للحصول على تشخيص دقيق، (الجرواني وصديق، 2013). حيث أشارت دراسة زعابطة وعاجب (2018) إلى التعرف على واقع التشخيص والتكفل المؤسسي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في مختلف ولايات الجزائر، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من 11 مركز طبي بيداغوجي يضم مجموع الأخصائيين النفسيين والأرطفونيين ومعلمي التربية الخاصة المتواجدين داخل المراكز وذلك من خلال اعداد استبيان خاص بتقنيات التشخيص والتكفل. توصلت نتائج الدراسة إلى افتقار المراكز النفسية البيداغوجية للإمكانيات التي تؤهلها لتشخيص متكامل لقدرات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ونقص الوسائل والخبرة لذوي الاختصاص وإلى عدم فعالية عملية التكفل داخل المراكز.

لذلك إذا تم التحكم في عملية التشخيص كانت النتائج موضوعية وذلك بالاعتماد على مجموعة من الأدوات المعدة خصيصا لتسهيل هذه العملية، حيث يعد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM) من أفضل المعايير

التي يعتمد عليها في تشخيص طيف التوحد وذلك بوضعه مجموعة من البنود التي تتمحور على التواصل والتفاعل الاجتماعي والطبيعة المقيدة والمتكررة للسلوك والسلوكيات النمطية والذي يتفرع كل بند إلى مجموعة من العبارات التي تتوجب توفرها في الطفل الصاب باضطراب طيف التوحد (DSM5, 2013). بالإضافة إلى مجموعة من القوائم والاختبارات التي تساعد في عملية التشخيص كقائمة التوحد للأطفال دون السنتين التي وضعت لاكتشاف أطفال طيف التوحد قبل سن 18 شهر، وذلك من خلال مجموعة من الأسئلة الموجهة للطبيب المعالج والآباء. كما نجد مقياس التوحد لجيليام GARS الذي بدوره يقيس الشدة ويميز الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد مع الاضطرابات الأخرى حيث نجد دراسة عبد الله (2008) التي تهدف إلى إيجاد أداة تساعد على تمييز الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد وقياس جوانب نفسية من مقياس جيليام والتأكد من صلاحيتها في البيئة المصرية والتحقق من قدرة مقياس جيليام GARS على تشخيص الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد والأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي. وقد استخدمت الباحثة (عبد الله 2008) مجموعة من الأدوات تضمنت مقياس جيليام GARS والذي يحدد درجة التوحد ومعرفة درجة وجود الصفة لدى الطفل ومقياس تقدير الذكاء و (DSM5) وقامت الباحثة بتطبيقهم على عينة قوامها (81) مفحوصا في مراكز التوحد في مصر تراوحت

أعمارهم (3-22 سنة) والتي قسمت إلى (33) توحد، (33) تخلف عقلي و(15) عاديين وتوصلت الباحثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة التوحد والتخلف العقلي وهذا يشير إلى قدرة مقياس GARS على تمييز الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (أورد في: شعبان، 2015). ومن بين المقاييس المعتمدة نجد مقياس تقدير السلوك التوحيدي ECA الذي يعتبر مقياس لتحديد شدة ودرجة الاضطراب وذلك على أساس الملاحظات اليومية للطفل. أما فيما يخص الاختبارات نجد اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية الإصدار الثالث PEP3 الذي يقيس درجة القوة والضعف لدى طفل طيف التوحد من أجل بناء برنامج خاص له. فتشير دراسة احمد العمري (2019) التي تهدف الى التأكد من فاعلية استخدام PEP3

في التشخيص الفارق لمستويات طيف التوحد في ضوء (DSM5) وذلك على عينة مكونة من 27 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد موزعين حسب شدة الاضطراب، وتوصلت النتائج إلى فاعلية استخدام PEP3 في التشخيص الفارق لمستويات طيف التوحد في ضوء (DSM5) وذلك في مختلف ابعاده من التواصل اللفظي وغير اللفظي والخصائص السلوكية الحركية وكذلك التعبير العاطفي والتجاوب الاجتماعي (أورد في: العمري أحمد، 2019)، وغيرها من الاختبارات المصممة خصيصا لغرض تشخيص طيف التوحد والتي تركز معظمها على (DSM). وتجدر الإشارة إلى أن للتشخيص الفارقي أهمية كبيرة في تشخيص هذه الفئة والذي يقصد منه حسب الجابري (2010) على أنه العملية التي يعتمد من خلالها استثناء الاضطرابات الأخرى التي تتقاطع مع طيف التوحد ويعتبر تأكيد مدى دقة التشخيص المعطى للطفل (أورد في مالك فاضل، 2015). والتي تتمثل في مجموع التحاليل الطبية منها كتحليل الدم، تحليل الكروموزومات أو الصبغيات الوراثية، التخطيط الكهربائي للمخ EEG، الرنين المغناطيسي للمخ MRI، ومختلف الاختبارات كاختبار القدرات الذهنية اختبار تقييم السمع وهي كلها لغرض استبعاد أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لطيف التوحد (داخل، 2017).

و في هذا السياق أشار محمد (2002) الى مجموعة من الدراسات التي تناولت جانب التشخيص الفارقي للطفل ذو اضطراب طيف التوحد، منها دراسة Wadden et al (1991)، التي تهدف إلى التعرف على مدى إمكانية استخدام قائمة ملاحظة السلوك التوحدي والتي أعدها Krug (1990) للتعرف على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتمييزهم عن كل من المعاقين عقليا وذوي صعوبات التعلم. وضمت العينة 132 طفلا منهم 28 طفل توحدي، و25 طفل من المعاقين عقليا وذوي صعوبات التعلم تتراوح أعمارهم جميعا بين 2 - 10 سنوات ومن أهم ما كشفت عنه النتائج أنه قد تم من خلال التحليل العاملي تحديد ثلاث عوامل أساسية تمثل أعراضا للتوحد وما يرتبط به من مظاهر سلوكية كالقصور في القدرة على التعبير اللفظي والانسحاب الاجتماعي، وعدم القدرة على التواصل، كما وجدت فروق دالة بين المجموعتين حيث كان الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد اقل قدرة على التعبير اللفظي، واقل قدرة

على التواصل الاجتماعي وأكثرهم انسحاباً من المواقف الاجتماعية مقارنة بالمجموعة الأخرى) (أورد في: محمد، 2002).

وبالتالي فإن للوصول إلى تشخيص متكامل لحالة طفل ذو اضطراب طيف التوحد يتطلب بذل مجهود من طرف فريق متعدد التخصصات باستخدام أكثر من مقياس وأكثر من أداة للتعرف عليه واستبعاد الحالات المشابهة له وذلك من أجل وضع الخطة أو البرنامج العلاجي المناسب له وتحقيق الهدف الأساسي من التشخيص الذي يمثل في تقديم تكفل ناجح قائم بدوره على استراتيجيات محكمة وفريق متخصص ومتمكن منه.

والذي يمثل هذا الفريق من مجموع المختصين النفسيين والتربويين والأرطفونيين وكذا الأطباء من طبيب للأطفال وطبيب الأعصاب، وطبيب الأمراض العقلية الذين يشاركون في العملية التشخيصية والعلاجية لاضطراب طيف التوحد وذلك بتقديم الخدمات وخاصة خدمات التدخل المبكر التي بدورها تؤدي إلى نتائج تدريبية أفضل. وقد أشار العازمي (2007) إلى أن التكفل هو مجموعة من الأهداف تقوم على أساس بناء غاية مدركة تمكن الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من ضمان حقوقه وسط المجتمع، وهي وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الأفراد بذاتهم وتمكينهم من التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليتهم وتنمية مهاراتهم (العازمي، 2007).

وعليه فإن أهمية عملية التكفل تكمن في كونها وسيلة ضرورية لإدماج الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية والاجتماعية وكذا توعية الأفراد بضرورة النظر لذوي اضطراب طيف التوحد نظرة تحفيز وتنمية جل قدراتهم، فالهدف من التكفل هو تحقيق الدمج داخل المجتمع.

وينظر عبيد (2012) إلى عملية التكفل وتنمية هذه الشريحة بأنها تلعب دوراً فعالاً في المجتمع إذا ما أحسنت سياسة رعايتها والتكفل بها. وتعد مراكز التربية الخاصة من أهم المؤسسات التي يمكن أن تحقق هذا التكفل، وذلك بتسخير جملة من الإجراءات والإمكانات المكيفة لهذه الفئة (أورد في: ابتسام بوشلاغم، 2016).

ويكون هذا بالاعتماد على مجموعة برامج واستراتيجيات معدة خصيصاً من أجل التكفل بفئات اضطراب طيف التوحد، كبرنامج التدخل المبكر (ABA) Lovas الذي يقوم على منهج التحليل السلوكي التطبيقي وتدريب الطفل على مهارات مختلفة بشكل منظم ومكثف لإمكانية دمج الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد مع مجتمعه وذلك بالعمل على تحسين الجوانب السلوكية لديهم ويكون ذلك بإشراك الأسرة التي لها دور فعال في التفاعل الاجتماعي وكذا المعلمين والمختصين، بالإضافة إلى برنامج نظام تبادل الصور PECS الذي يعتبر من أكثر الوسائل استخداماً مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، الذي تم تطويره من طرف الباحثة الأمريكية Andrew S. bondy سنة 1985 استخدم كنظام تواصل معزز والهدف منه هو تعليم الطفل كيفية التواصل وذلك بإعطاء المتعلم مجموعة من صور مناسبة تعبر عن رغبته وحاجاته (سهيل، 2015).

أما فيما يخص الطرق الأخرى في كيفية التكفل بهذه الفئة من المجتمع نجد طريقة " النمو المبني على الجانب العلائقي (DIR) حيث طورت هذه الطريقة من طرف الدكتور Stanly Greenspence وبين اهتمامه لجانب النمو العاطفي عكس الطرق الأخرى، وركز على تحويل أفعال الطفل إلى تفاعلات يتم برمجتها إلى تدريبات وأنشطة بالتعاون مع العائلة. إضافة إلى التدريب السمعي المتكامل (AIT) الذي هو عبارة عن إجراء آخر رائد في فرنسا أنشأ على يد طبيب الأنف والحنجرة الفرنسي Guy Berard سنة 1960 يعتمد على الاستماع إلى موسيقى معينة عن طريق سماعات الأذن لجهاز خاص يعطي ترددات منخفضة ومرتفعة بشكل عشوائي، يشمل النموذج 20 جلسة لكل جلسة 30 دقيقة والهدف منها هو تحسين قدرة السمع لهذه الفئة وتقليل الحساسية لديهم أو زيادتها في حالة الانخفاض (زعابطة وعاجب، 2018). ومن البرامج الأكثر شيوعاً واستخداماً هو برنامج TEACCH لعلاج والتكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أنشأ من طرف الطبيب النفسي Schopler Eric 1997 يركز هذا النموذج على التعلم مع أسرة الطفل والفريق المختص بهدف إدماج هذه الفئة

مع المجتمع وتشجيعهم على تطوير مهاراتهم المختلفة من المهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات (أورد في: فيرود ومزور، 2021).

حيث أجرى العلوان (2006) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال ذوي طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من 120 فرداً تم توزيعهم على النحو التالي (60) شخصاً يمثلون أولياء أمور الأطفال طيف التوحد و (60) معلماً من العاملين في مراكز التربية الخاصة. ولجمع البيانات طور الباحث أداة تكونت من 70 فقرة اشتملت على 4 مجالات وهي: المجال الاجتماعي، مجال تعديل السلوك، المجال التربوي والمجال الترفيهي وقام بتطبيق الاستبيان على كل من أولياء الأمور والمعلمين وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرامج الاجتماعية والترفيهية المقدمة للأطفال طيف التوحد من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين؛ وإلى عدم فاعلية البرامج التربوية السلوكية المقدمة للأطفال طيف التوحد (أورد في: الغرير، 2016).

مما يشير إلى ضرورة الاعتماد على برامج تثير الجوانب الحسية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويكون ذلك بتقديم أنشطة ملموسة تحفيزية نستطيع من خلالها الوصول إلى غايات ووجهات نظر مسبقة لكيفية التعامل معهم.

وفي هذا الإطار تناولت دراسة أحمد صادق والخميسي (2003) دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك من خلال إجراء الدراسة على عينة من التلاميذ المصابين باضطراب طيف التوحد والتلاميذ العاديين في أحد المدارس التي تطبق نظام الدمج وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر للعب الجماعي على التواصل غير اللفظي لدى التلاميذ المصابين بطيف التوحد من خلال الأنشطة الرياضية المختلفة التي تعمل لإحداث نتائج على كافة جوانب سلوك طيف التوحد من خلال فاعلية الحركة وأنشطتها كما أشارت إلى أن إثارة فاعلية الطفل وانتباهه وتقديم المعززات وأساليب الحث المناسبة هو الذي يؤدي إلى تحسن في الأداء الحركي وعلاقات التفاعل الاجتماعي لدى طفل طيف التوحد.

بينما لم يوجد تأثير دال لهذه الأنشطة على التواصل اللفظي لدى التلاميذ المصابين باضطراب طيف التوحد والذي تم تفسير ذلك في ضوء خصائص أطفال طيف التوحد وفي ضوء طبيعة البرنامج. (أحمد صادق، سعد الخميسي، 2003).

وعليه تبين من خلال ما سبق، وفي بيئات دراسية مختلفة تناولت موضوع اضطراب طيف التوحد من مختلف جوانبه أكدت على أن عملية التشخيص والتكفل لا تقتصران فقط على أخذ وجمع البيانات من الحالات والتي تكون عبر وضع أسس تتضمن بناء وتوفير مقاييس عالمية تساعد في التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد، إضافة إلى توفير الرعاية الخاصة والوسائل اللازمة في عملية التكفل داخل المراكز يستند عليها الفريق المختص. وإلا فإن عملية التكفل والتشخيص لا تكون نتائجها إيجابية أو صادقة بدون توفر الإمكانيات وخبرات المختصين داخل الإطار المؤسسي للمراكز النفسية البيداغوجية.

من هنا جاءت الدراسة الاستكشافية الحالية لتسلط الضوء على واقع التشخيص والتكفل المؤسسي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية لولايتي بومرداس وتيزي وزو من خلال التساؤلات التالية:

- هل يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟
- هل تتوفر تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟
- هل تتوفر استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية؟
- هل يختلف تطبيق استراتيجيات التكفل بين المؤسسات النفسية البيداغوجية؟

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف عن واقع استخدام وتطبيق قائمة من الاختبارات والتقنيات المقننة عالميا من طرف فريق التخصص ومدى استخدامها والاطلاع عليها وتوفيرها على

مستوى المراكز النفسية البيداغوجية، لتشخيص الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد إضافة إلى التعرف على قائمة الاستراتيجيات والبرامج المستخدمة في هذه المؤسسات ومدى تطبيقها طرف فريق التخصص للتكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

4- أهمية الدراسة

حيث تتمثل الأهمية النظرية في اهتمام هذه الدراسة بتناول اضطراب طيف التوحد الذي يعتبر من أحد الإعاقات التي انصب عليها الاهتمام حديثا بالإضافة إلى التعرف على الاختبارات وتقنيات التشخيص المطبقة عالميا على الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، إضافة إلى التعرف على برامج واستراتيجيات التكفل الخاصة بأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومعرفة أهمية مختلف الاختبارات المصممة.

وتتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة في طرح واقع التشخيص والتكفل المؤسسي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية في البيئة الجزائرية، وذلك من خلال تقديم معطيات جديدة خاصة بعملية التشخيص والتكفل المؤسسي بمنطقة تيزي وزو وبومرداس.

6- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:

6-1- اضطراب طيف التوحد:

لغة: تشق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية aut وتعني النفس أو الذات، وكلمة ism تعني انغلاق. والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات (مصطفى، الشربيني، 2011، ص26).

اصطلاحا: يعرف طيف التوحد حسب الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) على أنه العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي كعدم القدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية أو الرد عليها والقصور في سلوكيات الاتصال اللفظية وغير لفظية، وضعف القدرة

على التواصل البصري وانعدام القدرة على استخدام الإيماءات وتعابير الوجه والعجز من تكوين الصداقات والمشاركة في اللعب التخيلي ومحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها (DSM5, 2013, p519).

اجرائيا:

طيف التوحد هو اضطراب يصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، يتصف بالعجز في عملية التواصل كعدم القدرة على التخاطب وانعدام اللغة، وبالتالي انعدام التفاعل الاجتماعي كعدم مشاركة الأقران في اللعب، ومشاركة العواطف، وميله الشديد للوحدة، مع عدم القدرة على ممارسة المهارات اليومية كالأكل والشرب، والطابع المتكرر للحركات كالحركات البسيطة مع قلة الاستجابة للمثيرات الحسية كاللامبالاة للألام ودرجة الحرارة.

6-2-التشخيص:

لغة: جاء في معجم المعاني الجامع تشخيص اسم لمصدر شخص، يشخص، تشخيصا فهو مشخص والجمع تشخيصات وتشخيص.

تمكن الطبيب من تشخيص المرض: تمكن من معرفته وتعيين عوارضه.

شخص الشيء: عينه وميزه؛ حدده وتعرف عليه.

شخص المشكلة: حدد أبعادها واحاط بها.

فالتشخيص هو مصطلح يوناني مشتق من الطب ويعني " المعرفة الدقيقة" التي تتضمن فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب ثم نسبها إلى مرض معين (<https://www.almaany.com>).

اصطلاحاً:

يعرف الشخص والدماطي (1992) ان التشخيص هو ما يتم التوصل إليه من حكم بعد معاينة وفحص دقيقين. ويتم التشخيص عادة في التربية الخاصة عن طريق فريق ينتمي أفرادهم إلى أنظمة عديدة متخصصة، بحيث يقوم بتحليل أسباب الحالة أو الوضع أو المشكلة وتحديد طبيعة كل منها (الشخص، الدماطي، 1992، ص 36).

يعرف (زهران 2011) التشخيص على أنه كلمة مأخوذة في الأصل من الطب وهو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشعبة (أورد في: مصطفى، الشربيني، 2011، ص 109).

اجرائياً:

التشخيص هو مجموع المقاييس والاختبارات المعمول بها عالمياً والتي يقوم بتطبيقها فريق متعدد التخصصات لتحديد إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد ويتجلى ذلك في قائمة تقنيات التشخيص المحددة في الاستبيان الذي أعده زعابطة وعاجب (2018).

6-3- التكفل:

لغة:

يقال كفل، يكفل وكفل بمعنى اهتم بمعيشة غيره أي ضمن الغير والتكفل هو التضامن والكافل هو الضامن المعين. والجمع: كفل وكذلك الكفيل (كبار، 2005، ص 05).

اصطلاحاً:

يعرف الغامدي (2010) التكفل بأنه نظام خدمات تربوية علاجية ووقائية واستراتيجيات مدروسة تقدم للأطفال ممن لديهم احتياجات خاصة سواء نمائية وتربوية أو الأطفال المعرضون

لخطر الإصابة بإعاقات، حيث يركز على تنمية وتعزيز قدرات الأطفال وتنمية مهاراتهم وما يتناسب واحتياجاتهم (الغامدي، 2010).

اجرائيا:

التكفل هو مجموع البرامج والاستراتيجيات المحددة والمعبر عليها في قائمة أعضائها زعابطة وعاجب (2018) في استبيان للتعرف على واقع استخدام استراتيجيات التكفل بالطفل طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

6-4- فريق التخصص:

اصطلاحا:

هو عبارة عن فريق يتشكل من كادر مختلف من الأطباء والمهنيين والمعالجين في عدد من التخصصات المختلفة، ويضمن هذا الفريق في أن يساهم كل عضو فيه بخبراته ومهاراته من شأنه أن يقدم خدمات أفضل (<https://e3arabi.com>).

اجرائيا:

هو مجموعة من المختصين في ميادين مختلفة والذين يشاركون في عملية التشخيص والتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد والمكون من المختص النفسي، الأروطفوني، مختص اجتماعي، مختص في التربية الخاصة والطبيب العام.

الفصل الثاني :اضطراب طيف التوحد

تمهيد.

- 1-نبذة تاريخية باضطراب طيف التوحد.
- 2- تعريف اضطراب طيف التوحد.
- 3- أعراض اضطراب طيف التوحد.
- 4-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد.
- 5-النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.
- 6- تصنيفات اضطراب طيف التوحد.
- 7- نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد من بين المشكلات التي بات يعاني منها بعض الأطفال في السنوات الأخيرة، ولا زالت هذه المشكلة تشكل خطراً على بعض المجتمعات، فمن خلال هذا الفصل سنتطرق أكثر إلى التعرف على النبذة التاريخية لاضطراب التوحد مع التعرف على مفهومه وأعراضه والعوامل المسببة له بالإضافة إلى التعرف على تصنيفاته ونسبة انتشاره في المجتمع الجزائري والمجتمعات الغربية.

1- نبذة تاريخية لاضطراب طيف التوحد:

ترجع تسمية التوحد لأول مرة إلى الطبيب النفسي الإنجليزي " هينري موديزلي Moudsley, 1867 (مصطفى، الشربيني، 2000، ص 12).

إن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي البارز إيجون بلولر Eugen Bleuler، والذي كان معروفاً في الطب النفسي، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة (الحفني، 1987، ص 80).

وأول من أشار إلى هذا الاضطراب هو العالم kanner سنة 1943 الذي أطلق عليه اسم "المرض التوحيدي Autistic psychopathy" تم إلقاء الضوء على هذا المرض، ولكن هذا لم يكن كافياً لتحقيق الفهم الصحيح للحكم على ظهور مثل هذه الحالات. ولقد شخص كل من kanner و Asperger التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومنفرد بشكل ملحوظ، وأنه لم يتم وصفه أكاديمياً من قبل، وإن الناس الذين يعانون منه قد اعتبر بشكل غير مبرر معاقين عقلياً. كما شهدت العقود الحديثة انتقالاً معرفياً وتوعوياً نحو فهم اضطراب التوحد وتم إجراء الدراسات والأبحاث العلمية المتعلقة بأسبابه وتشخيصه وطرق التكفل في جميع أنحاء العالم، كما أدى العمل الفعال لكل من Wing and Gould (1979) إلى تغيير الفهم الأكاديمي للتوحد بشكل كبير.

وبعد إجراء دراسة مكثفة ومتعلقة بعلم الأوبئة استنتجت Wing و Gould أن التوحد هو عبارة عن سلسلة تتمثل بمظاهر متباينة ولكنها تعتبر جميعاً جزءاً من (طيف) واسع من الاضطرابات ذات العلاقة، وبذلك ينظر الآن إلى كل من التوحد الإكلينيكي ل kanner ومتلازمة اسبرجر Asperger Syndrome على أنها جزء من مجموعة واسعة من الحالات المعروفة بشكل شائع تحت اسم "اضطرابات الطيف التوحدي" (ASD) Disorders Autistic Spectrum (مصطفى، الشرييني، 2011، ص23).

وبما أن التوحد اضطراب طيفي، فإن هذا لا يعني أن الناس لا تتأثر به بدرجات مختلفة فبعض الناس يتأثرون بدرجات كبيرة ، بينما قد تبدو مصاعب الآخرين غير ملحوظة تمام وقد يواجه بعض اللذين يعانون من التوحد صعوبات تعلم بينما يكون الآخرون قادرين ويحصلون على نسبة ذكاء حول المعدل أو تزيد عن المعدل Wing (1996)، وقد تطورت الحالة إلى الإصابة بالصرع لدى ما نسبته 15_20 % من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يحد هذا عادة في مرحلة المراهقة، كما قدر نسبته 50% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يتكلمون طوال حياتهم ومع ذلك بينت الأبحاث أنه من خلال التدخل المبكر المناسب، أن نسبة 14% من ذوي اضطراب طيف التوحد فقط لايطورون قدراتهم اللفظية، وقد يمتلك بعض ذوي اضطراب طيف التوحد مهارات لغوية جيدة، ولكنهم يفتقرون إلى القدرة على فهم الوظائف الاجتماعية والتعبير عنها بشكل لفظي أو غير لفظي(شاكر مجيد،2010).

2-تعريف اضطراب طيف التوحد:

- تعريف التوحد:

يعرفه Howlin,1995 التوحد على أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، والتواصل والتعلم والنمو

المعرفي والاجتماعي وتصاحب ذلك انغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي (مصطفى الشربيني، 2011، ص 23).

- تعريف اضطراب طيف التوحد:

إن كلمتا التوحد Autisme والتوحدي Autistic كلمتان مشتقتان من الأصل اليوناني Autos ويعني النفس، واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري يسمى التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر Earty Infantile Autism أو توحد الأطفال Children Autism من قبل Kanner (الزرقاني، 2004، ص 24).

ويعرف كل من الشخص والدماطي (1992) اضطراب التوحد بأنه " من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى، ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء وعدم الاهتمام بالآخرين "(الشخص، الدماطي، 1992، ص 280).

ويعرفه الخطاب (2001) بأنه إعاقة في النمو، ينتج عنها تغيير هيكلي أو كيميائي عصبي في أداء الجهاز العصبي المركزي، وهو اضطراب يظهر منذ الولادة ويعاني الاطفال المصابين بتلك الحالة من عدم القدرة على التواصل بالآخرين وكذلك ضعف وانعدام وجود اللغة خصوصا في المراحل الأولى من العمر ويتميز اطفال هذا الاضطراب بالسلوكات نمطية ومقاومة اي تغيرات من حولهم (الخطيب، 2001).

ويشير بوشيل وآخرون (2004) إلى أن التوحد مرض من مظاهر الاضطراب حيث يحتوي على عدة اضطرابات تتضمن اللغة ومهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي، وكل هذه الأعراض تكون في مراحل العمر الاولى للطفل (بوشيل وآخرون، 2004).

ويعرف اضطراب طيف التوحد حسب الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في طبعته الخامسة (DSM_5) بأنه نوع من الاضطراب الانمائي الشامل Pervasive Developmental

Disorder يؤدي إلى انحراف في النمو العادي والتي لها دلالاتها ومؤشراتها الظاهرة لدى الطفل وتظهر السنوات الثلاثة الأولى وتعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات الإنمائية الشاملة.

أما وفق المنظمة العالمية للصحة (OMS) يعتبر اضطراب طيف التوحد اضطراباً عصيباً نمائياً حيث أنه يتعلق باضطراب حاد للنمو والتواصل والذي يظهر في عدم قدرة الطفل على تطوير سبل ناجعة للتواصل والدخول في تفاعل مع محيطه سواء كان ذلك باللغة أو عن طريق التواصل البصري أو حتى بالإشارات.

3- أعراض اضطراب طيف التوحد:

يتضمن اضطراب طيف التوحد تعرض الفرد المصاب لعدد من المشكلات في مختلف مجالات النمو وهي تتفاوت في عدة أعراضها والسن، تظهر فيه وعلاقتها بالاضطراب الأخرى مثل: الإعاقة العقلية، الصرع، وتأخر اللغة، كما تختلف أعراضها من طفل إلى آخر بصورة واضحة وتختلف كذلك من عند الطفل نفسه باختلاف الوقت، والجدير بالذكر بأنه لا يوجد نمط سلوكي مميز للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويمكن تلخيص الأعراض العامة لهذا الاضطراب فيما يلي:

➤ قصور في وظائف اللغة:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشاسعة لإعاقة اضطراب طيف التوحد وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل لآخر.

فيذكر عمارة (2005) أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام ونقص في النمو اللغوي، وفشل في تكوين جمل مفيدة والاتصال اللفظي غير طبيعي من حيث الإشارات أو التعبيرات الوجهية (عمارة، 2005).

وتشير الحلبي (2005) أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد خاصة

باللغة التي تؤثر على التواصل لديهم ومن بين هذه المشكلات تذكر:

➤ السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد عادة وكثيرا ما يعانون من حركات متكررة للجسم سواء بالأصابع أو بأيديهم وحتى أنهم عادة ما يصل بهم الأمر إلى إيذاء أنفسهم والنفور منهم.

➤ الصدى الفوري *Écholalie Immédiate*:

أي تكرار الطفل بصدى ما يقوله الراشد له مثال تكرار سؤال طرح له بدلا من الإجابة عليه.

➤ الصدى المتأخرة *Écholalie Différée*:

تكرار كلمات أو جمل ليس لها سياق في الحديث أو الكلام كلمات جلبت انتباهه.

➤ ضعف في التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود اضطراب التوحد حيث نجد أن الطفل التوحدي في أغلب الأحيان بعيد كل البعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين كما أنه لا يستجيب الانفعالات الوالدين أو إلى المثيرات المحيطة به في بيئته (الحلبي، 2005). ويضيف كل من الخطاب (2005) وزيتون (2003) أن الطفل التوحدي يعاني من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به الذي ينتج بذلك عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم وقصور شديد في الارتباط وميله للوحدة وبعد.

وتشير الحلبي (2005) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال اضطراب طيف التوحد

يمكن تحديده بثلاثة مجالات وهي:

التجنب الاجتماعي *Socially Avoidant*:

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

اللامبالاة الاجتماعية indifférent Socially:

وصف اضطراب طيف التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع أشخاص آخرين.

الارتباك الاجتماعي awkward Socially:

يعاني أطفال اضطراب طيف التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ولعل أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي (الحلي، 2005).

4- العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات العقلية صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها، وقابليته للتعلم، أو التنشئة الاجتماعية، أو التدريب أو تحقيق درجة ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي، أو حماية الذات، إلا بدرجة محدودة ولعدد محدود من الأطفال حيث أنه توجد مجموعة من الصعوبات التي يمكن من خلالها التثبيت والتركيز على أهم العوامل المسببة لهذا الاضطراب ونذكر منها:

العوامل البيئية والأسرية:

كان قديماً أصحاب النظرية النفسية يرون أن الآباء هم السبب الرئيسي في إصابة أبنائهم باضطراب طيف التوحد، حيث يرى أصحاب نظرية التطور إلى أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يعد عادي من الجانب العضوي إلى أنه يتعرض بمؤثرات قوية في مرحلة الطفولة المبكرة فتفسر عن اضطراب نفسي واضح، لذلك يفسر أصحاب هذه النظرية أن الوالدين هما السبب وراء حدوث اضطراب طيف التوحد (الحسان، 2014).

وبوضح الثقفي (2014) إلى أن التنشئة الأسرية لها تأثير واضح للإصابة باضطراب طيف التوحد، فتعتبر شخصية الوالدين الغير سوية وأسلوب التربية بالإضافة إلى الانتقالية والميل إلى

النمطية والبرود الانفعالي للوالدين، يؤدي بذلك إلى عدم تمتع الطفل بالإشارة اللازمة لمساعدة على النمو بشكل سوي وغالبا ما يكون الوالدين الأطفال اضطراب التوحد على نقيض في أسلوب التربية أما الحماية الزائدة (أورد في عبد الله البار، 2016، 24).

العوامل الجينية والوراثية:

ترتبط العوامل الجينية والوراثية ارتباطا واضحا بين الإصابة باضطراب طيف التوحد وبين كروموسومات الإنسان، وأن أي خلل في هذه الكروموسومات قد يؤثر بشكل مباشر على نمو اللغة والنمو الحركي، حيث أنه أكثر الاصابات بهذا الاضطراب في التوائم المتطابقة، ونسبة الإصابة حسب الكثير من البحوث العلمية قد تصل إلى حوالي 60 و 90 % أما نسبة الإصابة عند التوائم الغير متطابقة تتراوح من 5 إلى 10% (القمش، 2011).

العوامل البيولوجية:

ذكر الباحث Ratajczak (2011) أن الكبت المناعي الناجم الحمل الذي تتعرض له الأم أثناء فترة الحمل قد تؤثر بشكل مباشر على الجنين، وكذلك من بين الأسباب الإصابة الفيروسية أو البكتيرية في فترة الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ترتبط بتشخيص التوحد لدى الأطفال (أورد في عبد الله البار، 2016، 25).

وتلخيصا عن أبو سعود (2009) قد ذكر kanner في نظريته وبالرغم من الأبحاث التي توصل إليها إلا أنه لم يهمل الجانب البيولوجي حيث ذكر أن الآباء يلعبون دورا هاما في حدوث اضطراب التوحد، فذكر أن الطفل يولد بخلل فطري بيولوجي حيث أن الجينات الوراثية من بين أكثر الاحتمالات المسببة لهذا الاضطراب وذلك لسببين وأهمها شدة انتشار وتأثير النظرية التحليلية والسبب الثاني هو افتقار الأساليب العلمية التي تسهل البحث الوراثي (أورد في عبد الله البار، 2016، 25).

العوامل البيوكيميائية:

أوضحت شاكر مجيد (2010) أن من بين الدراسات التي حدثت في دراسة سياسات اضطراب طيف التوحد راجع إلى ارتفاع معدل السيروتونين في دم لدى ثلث أطفال التوحد، إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا إلى درجة شديدة وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي (شاكر مجيد، 2016، ص 63).

العوامل النفسية:

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن اضطراب طيف التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كامل في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرية هما كل من Singer and Wynne 1963.

العوامل الإدراكية والعقلية:

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها اضطراب ادراكي نمائي، حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال اضطراب طيف التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق واللغة وغيرها.

ووجدت الباحثة Leslie 1987 أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هو افتقارهم للقدرة على الفهم للناس الآخرين وفهم أنفسهم ومعظم الأطفال الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم، كما أن الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الناس الآخرين له (شاكر مجيد، 2010، ص 63).

5-نظريات اضطراب طيف التوحد:

تختلف النظريات المفسرة لاضطراب طف التوحد باختلاف وجهات النظر لكل منها فمن خلال هذا العنصر سنذكر أهم هذه النظريات.

5-1-نظرية العقل:

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة، و هذه النظرية هي امتداد النظرية المعرفية في التوحد، حيث ظهر مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد من طرف الباحث Wellman سنة 1992 والتي حاول من خلالها تفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه، وتقول في أساسها أن الطفل التوحدي غير قابل على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالتهم العقلية، بحيث لا يستطيع هؤلاء الأطفال قراءة أفكار ومشاعر الآخرين، ونواياهم ورغباتهم، وبالتالي فالأطفال المصابين بهذا الاضطراب عاجزين عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وبين ما هو موجود في عقول غيرهم(مصطفى، الشربيني، 2011 ص 57).

فتشير النظرية إلى أن الفرد يجب أن يكون قادرا على فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه من الفهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، وبالتالي يكمن القصور في نظرية العقل إلى وجود صعوبة في فهم الحالات الذهنية للآخرين. وترى أن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحدي على التفكير، أما القصور الاجتماعي فيرجع إلى العجز في عملية الفهم والتركيز (التميمي، 2017، ص35).

5-2-نظرية التكامل الحسي:

من رواد هذه النظرية(Ornitz, 1989) تقوم نظرية التكامل الحسي على فهم العلاقات بين سلوك الفرد والمخ Brain-Bavoi حيث تحاول في مضمونها على تفسير الأداء الحسي العادي، وعمليات اختلال التكامل الحسي، وارشادات فنية للتدخل، وأساس التكامل الحسي والتدخلات

العلاجية الحسية والمعلوماتية الأخرى التي تبعث من خلال العلوم العصبية. ولهذا فإن المعرفة العصبية تتمدد وتتسع، فقد جاءت هذه النظرية من أجل أن تبين بأن مجمل الخبرات التي يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ والأداء معا وهذا يمكن الطفل الذي يعاني من التوحد على جعله فرد تكيفي أو غير تكيفي في مجتمعه، أي أنها تفسر أن الخبرات الحسية غير العادية تعتبر خصائص أولية مميزة قادرة على تفسير الأعراض الأساسية وتعتبر ضرورية في التصنيفات التشخيصية للتوحد (الإمام، الجوالده، 2010، ص 174).

5-3-نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص الطفل المصاب بالتوحد تكون نتيجة فشل عمليات التعلم الاجتماعي، والقصور في الجانب المعرفي يكون في التفسير وفي نوعية اي في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، بحيث أن القصور المعرفي المنخفض في المستوى يعلن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي وقصور الطفل عن تقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلبا على قدرته على النمو الاجتماعي والتفاعل مع الغير (مصطفى، الشربيني، 2016، ص 60، 61).

5-4 النظرية العصبية:

تشير هذه النظرية إلى أن التوحد قد يرتبط باضطراب في المنظومة العصبية للمخ خاصة ما يتعلق بالفص الصدغي والمخيخ، فقد وجد نتيجة الاختبارات التصويرية للدماغ وجود ضмор في المخيخ وصل إلى 13% عند التوحديين وهو المسؤول عن تنسيق الحركة والتوازن وقد يكون هناك خلل في الفص الأمامي وهو المسؤول عن وظائف التخطيط والتحكم. وتوصل (Piven et al, 1996) أن حجم الدماغ لدى الأفراد المصابين بالتوحد أكبر من الأفراد غير المصابين به (أورد في: التميمي، 2017، ص 37).

5-5- النظرية السيكوناميكية:

تركز النظرية السيكوناميكية في أساسها على الوضع الطبيعي ذو اضطراب طيف التوحد من جانب العضوي، فهي تؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد، حيث يضع أصحاب هذه النظرية المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة وبالذات معاملة الأم مع طفلها في هذه المرحلة كأن تستعمل الأم طفلها لملء فراغها. وقد أسهم عمل الطبيب النفسي Kaner مكتشف اضطراب طيف التوحد، أن هذا الاضطراب الطفولي ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية منها اتجاهات الآباء ومعاملاتهم لأطفالهم وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانوا معرضين منذ البداية إلى برود الأبوي والإستحواذي والاهتمام بالحاجات المادية فقط. أما Bruno Betleheim الذي استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركز لتطور الاضطراب الطائفي، فقد بين أن السبب يمكن في مراوغة الأطفال مع أنفسهم في مواقف لا يستطيعون تحملها أي ليس من الضروري أن تكون اتجاهات الآباء هي التي تسبب هذا الاضطراب، وهذا الرأي يبين أن اضطراب طيف التوحد ينشأ عن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط أمر ميؤوس منه لذلك فإن العلماء يبينون أن ليست المعاملة الوالدية للأبناء هي السبب الوحيد في حدوث هذا الاضطراب (الخطاب، 2001).

وبالتالي فإن مختلف هذه النظريات قد جاءت كلها لتفسر عملية حدوث اضطراب طيف التوحد، وهذا راجع إلى عدم وجود سبب طبي واضح لحدوثه، فهناك من أرجعه إلى عجز وقصور في عملية التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على التنبأ بسلوك الآخرين. ومنه من أرجعه إلى خلل في كيفية استقبال المخ للخبرات مما يجعله غير تكيفي. نجد أيضا نظريات التي فسرت أنه فشل في التعلم الاجتماعي، وهناك من نظريات أرجعته إلى المعاملة الوالدية الشاذة ومنه فهو يحدث بسبب عوامل نفسية.

6- تصنيفات اضطراب طيف التوحد:

تتعدد أنواع اضطراب طيف التوحد بتعدد تسمياته ودرجاته وشدته عند الأطفال المصابين به ومن من خلال هذا العنصر سنعرض أهمها من متلازمة أسبرجر، الاضطراب النمائي الشامل الغير محدد، التوحد الكلاسيكي، متلازمة ريت.

6-1- متلازمة أسبرجر : Asperger symbon

أول من اكتشف متلازمة Asperger هو Hinz Asperger وذلك عام 1944، إذ يطلق البعض على متلازمة Asperger التوحد ذو الأداء العالي High Fonction Autisme ولم يتم الاعتراف بمتلازمة Asperger إلا في عام 1994، حيث تعد هذه المتلازمة الأكثر شيوعا من بين اضطرابات طيف التوحد، وتحدث لـ 26 حتى 36 من كل 10000 مولود وهي مشابهة لاضطراب طيف التوحد من ناحية شيوعها بين الذكور وأكثر من الإناث بنسبة 1-4% (الزراع، 2014).

6-2- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد: Pervasive Developmental

Diserder Not Othenwise Apestisied

يعرف الاضطراب النمائي العام أو الشامل غير المحدد باضطراب طيف التوحد غير النمطي وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيص بين الاضطرابات الشاملة، حيث يواجهون صعوبات في التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، كما يتميز بوجود ضعف عام وشديد في تطوير التفاعل الاجتماعي المتبادل أو عند وجود النشاطات والاهتمامات المحدودة والسلوكيات النمطية (Horaovitz, 2010).

6-3- التوحد الكلاسيكي: Classic Autisme

ويقصد به الانعزال وعدم التفاعل مع الآخرين وضعف وقصور في عملية التواصل أو التكيف، وغالبا ما يميز الطفل ذوي اضطراب التوحد الكلاسيكي الحركات النمطية، مقاومة التغيير

والاستجابات الغير عادية للخبرات الحسية، وما يظهر على الطفل قبل بلوغ العام الثالث من عمره (Hallalen & kuffman,2006).

6-4 متلازمة ريت: Rett Syndrome

يتميز هذا النوع من طيف التوحد بأنه يكون النمو في البداية طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، ويظهر بعد ذلك بطيء في نمو الرأس بين (48-5 شهرا) وفقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة، وفقدان التفاعل الاجتماعي، وعدم السيطرة على حركات مثل المشي الصحيح، وفقدان الجانب اللغوي الاستيعابي والتعبيري، ويظهر لدى الإناث وعادة يكون بسبب الجينات ويصاحبه مشكلات عصبية وإعاقة عقلية شديدة (القمش، المعاينة، 2014، ص 309).

6-5 اضطراب الطفولة التحليلي: Childhood Disintegrative Disorder

لا يظهر عادة هذا الاضطراب إلا بعد سنتين من عمر الطفل، بعد فقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية ويصاحبه مشكلة في اللغة الاستيعابية والتعبيرية، وتظهر المشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي. وعدم القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران، ضعف اللغة المكتوبة والمنطوقة، والسلوكيات النمطية التكرار ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية (القمش، المعاينة، 2014، ص 310).

7-نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

لقد عرف اضطراب طيف التوحد في السنوات الأخيرة انتشارا رهيبا عبر العام واول من أشار إلى نسبة انتشار هذا الاضطراب هو Gould Yeates عام 1976، بعد دراسة إيدومولوجية بجامعة Camberwzll بإنجلترا، في هذه الدراسة تم تحديد أنه يوجد حوالي خمسة أطفال من كل 10000 طفل مصاب بطيف التوحد.

وترجع زيادة معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد إلى تغيرات في الممارسات التشخيصية، وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية إضافة إلى زيادة الوعي بهذا الاضطراب وإلى التعريفات المتعددة له والتوسع في العمليات التشخيصية والتحسين في وعينا المهني لاضطراب طيف التوحد، بالرغم من عدم وجود اتفاق في أسباب حدوثه.

أما نسبة انتشاره في المجتمع الجزائري فبعد مؤتمر الدولي للتوحد الذي أجري في وهران سنة 2013 أدلت الإحصاءات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني انه يوجد حوالي 80000 شخص مصاب باضطراب طيف التوحد في الجزائر، و 50000 طفل مصاب بتحديد في مدينة وهران (بوجمعة، 2014، ص 21).

وأشار أسامة السيد (2011) إلى معدل انتشار هذا الاضطراب الذي يبلغ من 6 إلى 10000 حالة وذلك وفقا لمنظمة الصحة العالمية عبر العالم أي ما يعادل 1 لكل 150 طفل (السيد، 2011، ص 24).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نستخلص أن اضطراب طيف التوحد يعتبر من أكثر الاضطرابات تعقيدا وصعوبة التي قد تصيب الطفل، حيث تؤثر بالسلب على الطفل وهذا في مختلف جوانبه المعرفية، الجسمية، الانفعالية، الاجتماعية، والتواصلية، مما يستدعي التكفل بهذه النوع من الاضطرابات في سن مبكر.

الفصل الثالث: تشخيص اضطراب طيف التوحد

تمهيد.

- 1- تعريف التشخيص لاضطراب طيف التوحد.
- 2- أهداف التشخيص لاضطراب طيف التوحد.
- 3- أسس التشخيص لاضطراب طيف التوحد.
- 4- أنواع التشخيص لاضطراب طيف التوحد.
- 5- مراحل التشخيص لاضطراب طيف التوحد.
- 6- فريق تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 7- تقنيات تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 8- صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد.

الخلاصة.

تمهيد:

يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وخصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض مع الاضطرابات الأخرى. ومن أجل توضيح ذلك نتطرق في هذا الفصل إلى تعريف عملية تشخيص طيف التوحد وأهدافه وأساسه مع التعرف على أنواع التشخيص لهذا الاضطراب مع مراحله والفريق المكون له وصولا إلى التقنيات المستخدمة في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد مع صعوبات هذه العملية.

1-تعريف التشخيص: Diagnosis

يعرفه الشخص والدماطي (1992) على أنه عملية التعرف على مرض أو حالة ما عن طريق تحديد أعراضها أو عن طريق الاختبار. على أنه ما يتم التوصل إليه من حكم بعد معاينة وفحص دقيقين ويتم التشخيص عادة في التربية الخاصة عن طريق فريق ينتمي أفراداه إلى أنظمة عديدة متخصصة، بحيث يقوم بتحليل أسباب الحالة أو الوضع أو المشكلة وتحديد طبيعة كل منها (الشخص، الدماطي، 1992، ص 36)

ويعرفه (حسين عقيل) على أنه عملية تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطراب أو المرض، وهو الطريق الذي يؤدي إلى التعرف على نوع الاضطراب أو المرض؛ وله أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج والمريض إذ يساعد في فهم المريض وما يعانيه (أورد في: عزوز، 2016، ص 19).

فالتشخيص حسبه يعني الفهم العميق والشامل لسلوك المريض وهو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية.

أما (مصطفى والشربيني، 2010) فعرف التشخيص على أنه مأخوذة من الأصول الطبية، وهو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة المرض وهو عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشعبة.

من خلال هذه التعاريف يمكن تعريف التشخيص على أنه العملية التي يقوم بها مجموعة من الأخصائيين سواء الطبيب أو المختص النفسي أو الأروطفوني أو مختص في التربية

الخاصة وذلك باستعمال أدوات ووسائل متعددة تهدف كلها للوصول إلى فهم المرض أو الاضطراب وذلك لغرض تقديم العلاج الأمثل للمريض.

2- أهداف تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لقد حدد النجار (2008) الأهداف العامة للتشخيص والتي تتعدد وتتنوع لتشمل ما يلي:

- تحديد العوامل المسببة.
 - التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
 - الكشف عن كيفية الاستجابة للاضطراب.
 - تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.
 - تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها.
 - التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
 - تحديد الأسس التي يبني عليها اختيار خطة علاجية معينة.
 - تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.
 - تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائياً (النجار، 2008، ص 27).
- وقد حدد مصطفى والشربيني (2010) الأهداف الخاصة لتشخيص طيف التوحد والتي تتمثل في:

- تصميم برامج تربوية وتعليمية مناسبة للأفراد وقدرتهم، وهو ما يعرف بالخطط التربوية الفردية، وتحدد درجات وفئات الاضطراب إذا كانت من الفئات البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة أو العميقة.
- إيجاد قاعدة بيانات ومعلومات تشخيصية عن الطفل طيف التوحد للتعامل معه أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً من قبل المعلم والأخصائي النفسي وولي الأمر.
- تحديد مدى نجاح البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة للطفل طيف التوحد.

➤ تكثيف الجهود من خلال تحديد أهداف واقعية حقيقية لقدرات الطفل طيف التوحد (مصطفى، الشربيني، 2010).

3-أسس التشخيص لاضطراب طيف التوحد:

يقوم التشخيص لاضطراب طيف التوحد على مجموعة من الأسس يمكن ان تلخص على النحو التالي:

1-الفهم: أي القدرة على إدراك محتوى سلوك المفحوص وأفعاله، بنيته الأساسية (إدراك حقائق الموقف الآتي من جميع الجوانب وارتباطه بالخبرات السابقة) وعلاقاته بالآخرين وكذا قدرة الأخصائي على الإحساس بشعور المفحوص في مرحلة الوصف.

2-التصنيف: وضع المعلومات المتحصل عليها في فئة معينة من الاضطراب.

3-التنبؤ: بمعنى مآل بما سيكون عليه المرض في المستقبل أو ما يعرف باحتمالات تطور المرض، بغية تحديد مدى الاستجابة للعلاج معين دون آخر أي تحديد العلاج الأنسب (بوروية، 2018).

4-أنواع التشخيص:

لقد ذكر أبو زعيزع (2009) أنواع التشخيص والتي يمكن أن نذكرها كما يلي:

1-التشخيص الإكلينيكي: Le Diagnostic clinique

هي عملية تشير إلى تحديد أسباب وأعراض الاضطرابات النفسية حسب التصنيفات وعلى هذا الأساس يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض. يركز الإكلينيكي في عملية التشخيص على ما يلي:

- طبيعة الاضطراب: هل هو عابر، حاد، مزمن؟
- كيفية ظهوره: هل يحدث أو يظهر في فترات زمنية متقطعة أو متواصلة؟
- هل هذا الاضطراب مصاحب للاضطرابات الأخرى؟

- أسباب الاضطراب: يصعب تحديد أسباب الاضطرابات في التشخيص النفسي لأنها عادة ما تكون متداخلة
- تصنيف الاضطراب: هناك اتفاق بين المختصين في المجال النفسي حسب فئات الاضطرابات بالرجوع إلى الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الصادر عن الجمعية الامريكية بنسخها المعدلة في كل مرة.

2- التشخيص التنبئي Le Diagnostic Prédictif :

وهي العملية التي يعتمد فيها على استخدام سجلات الفرد المختلفة ويعتبر السجل التراكمي من أكثر الوسائل استخداما في التنبؤ بأداء الفرد المستقبلي.

3- التشخيص الفارقي Le diagnostic Différentiel :

يتضمن دراسة الأسباب المحتملة للحالات النفسية وتحديد مبدئ للاضطرابات وفي الغالب فإن أبسط طريقة أو منهج لاكتشاف ما ينظم حالة نفسية هو أن نسأل ماذا؟ ولماذا؟ وفي حالة الفشل في الحصول على إجابات دقيقة لمثل هذه الأسئلة المباشرة يجب البحث عن أدلة غير ممكنة تمكننا من الإجابة على نفس الأسئلة.

من أجل فهم وتصنيف الاضطرابات النفسية هناك ملاحظات لا بد أن تؤخذ بعين الاعتبار أهمها الأسباب الأولية، الأسباب التي عجلت في حدوث الاضطراب ردود الفعل المميزة للشخصية، وردود الفعل والعوامل الطبيعية (أبوزعزع، 2009، ص ص 409، 410).

كما ذكر أيضا الشخص والدماطي (1992) نوع آخر من أنواع التشخيص الذي يتمثل في:

4- التشخيص التربوي Diagnostic Pédagogique :

يستخدم التشخيص التربوي اختبارات ووسائل تقييمية لتحديد المستوى الأكاديمي للتلاميذ وكيفية تعلمهم وتستخدم المعلومات التي تجمع عن طريق التشخيص التربوي في اختيار الخدمات للتلاميذ كما تستخدم في تنظيم وتوجيه أنشطة تربوية معينة لهم (الشخص والدماطي، 1992، ص 43).

5-مراحل التشخيص لاضطراب طيف التوحد:

تنقسم مراحل التشخيص إلى ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: هي مرحلة الإعداد للتشخيص Preparation Stage وتتم هذه المرحلة قبل عملية التشخيص وتشمل جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة وتحديد الاختبارات المناسبة، وتتضمن عملية الاتصال بين الأخصائي والمؤسسات الأخرى لجمع المعلومات الأولية

المرحلة الثانية: هي مرحلة تلقي المعلومات Input Information عن طريق مصادر متعددة تتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمفحوص واستعمال مختلف الاختبارات والمقاييس الطبقة والمقننة لإعطاء فهم أكثر للحالة، وتصحيح الاختبارات وتنسيقها مع نتائج المقابلات ووضعها في صورة كمية.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة معالجة المعلومات وذلك من خلال استخراج النتائج الإحصائية وتنظيمها وتوضيح معانيها وتفسيرها.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة تقديم المعلومات وصياغة استنتاجاته عن الحالة والتي يمكن من خلالها اتباع الخطة العلاجية المناسبة (مصطفى، الشربيني، 2010).

6-فريق تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يتكون فريق تشخيص طيف التوحد من عدة تخصصات وذلك بغرض الوصول إلى تشخيص دقيق ومتكامل الذي يشمل عدة جوانب فنجد:

6-1 طبيب الأطفال Pediatrician:

وهو طبيب مختص في مجال أمراض الأطفال في الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن 18 سنة، دوره إجراء الكشف الطبي العام وفحص وجود اضطرابات طبية، بالإضافة إلى تقديم للطفل حاجياته إلى العلاج الطبي بالعقاقير وفحوصات طبية أخرى حسب حاجة الطفل.

6-2 الأطباء النفسيون Psychiatrist:

الأطباء النفسيون هم الأطباء الذين درسوا في كليات للطب، تحصلوا على تعليم طبي عام، ثم يدخلون ضمن برنامج تدريبي في الطب النفسي يستمر 3 سنوات ويكون ذلك في المستشفيات ويركز الطب النفسي على الممارسة الإكلينيكية (مصطفى، الشربيني، 2011، ص 158). وهم بحكم تخصصهم يمكنهم وصف العقاقير الطبية وممارسة أنواع أخرى من التدخلات الطبية والذي يشارك في عملية تشخيص طيف التوحد وذلك بتوجيه أسئلة للوالدين تتمحور حول المهارات الحركية، اللغوية، الاجتماعية.. ويشارك الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في تطبيق الاختبارات النفسية ويعتبر العمود الفقري للفريق المعالج.

6-3 طبيب الأعصاب Neurologue:

أو طبيب المخ والأعصاب المتخرج من كلية الطب ودوره متعلق في كل ما يربط بالجهاز العصبي والجهاز الحركي مثل حالات الصرع أمراض العضلات والتهاب الأعصاب.

6-4 الأخصائي النفسي Psychologue:

له دور أساسي في عملية التشخيص المتعلقة بمجالات التطور وإدراك السلوك، ويتم من خلال إجراء الاختبارات النفسية وإجراء مقابلات مع الآباء من أجل التوصل إلى التشخيص المناسب وتحديد مستوى الأداء، كما يقوم بعمل الجلسات العلاجية كالعلاج السلوكي، والمعرفي، والتحليل النفسي..

6-5 الأخصائي الاجتماعي Sociologue:

هو الفرد الحاصل على شهادة في الخدمة الاجتماعية، يتولى مسؤولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية والحصول على معلومات عن مراحل تطور الاضطراب وتاريخه الصحي والتعليمي ويقوم بكتابة تقرير يوضح من خلاله جميع المعلومات التي تم استنتاجها. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص 159).

6-6 أخصائي النطق والتخاطب Orthophoniste:

وهو الأخصائي في علاج عيوب النطق واضطرابات القدرة على النطق، ومشكلات الأحبال الصوتية بحيث يدرس آلية النطق وكذلك الجهاز السمعي إضافة إلى بعض أساليب العلاج السلوكي والمعرفي ويكمن دوره في الحصول على طرق لتساعد الفرد في التخاطب والتواصل مع الغير وعلاج التأخر اللغوي بشكل عام يكما نجده يعمل مع أطباء الانف والحنجرة ومع الأطباء النفسيين.

6-7 أخصائي في التربية الخاصة Spécialiste en éducation spécialisée:

إن الأخصائي في التربية الخاصة له دور مهم في عملية التشخيص مثل باقي الفريق وذلك بتطبيق الاختبارات والمقاييس ومناقشة الوالدين لتحديد مستوى تطور الطفل وتقدير قدراته في عدة مجالات منها: الاجتماعية، الأكاديمية، الحياتية وتقييم أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات (مصطفى، الشربيني، 2011، ص 161).

7-تقنيات تشخيص طيف التوحد:

7-1 التشخيص الطبي:

يتم التشخيص من طرف طبيب نفسي أو طبيب الأطفال أو طبيب الأعصاب بحيث يجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد أي تحليل أو أشعة يثبت لنا أو يجزم بأن الطفل مصاب باضطراب طيف التوحد فمعظم التحاليل والاختبارات المطلوبة هي لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لطيف التوحد. فمن هذه التحاليل والاختبارات نذكر منها:

***اختبار تقييم السمع:** فهو من الضروريات الأساسية لكل طفل لديه ضعف في التواصل اللغوي، وذلك لاستبعاد أي ضعف حتى لو كان بسيط فلو وجد هذا الضعف يصحح بالسماعات الطبية ويحسن قدرة الطفل على الكلام (عاجب وزعابطة، 2018، ص 53).

وهناك عدة فحوصات أولية للسمع التي يستخدمها أخصائي السمع منه اختبار السمع عن طريق الكمبيوتر من الاختبارات الفعالة والذي يكشف أي ضعف لدى الطفل فهو يقيم السمع في السنوات الأولى ولا يحتاج إلى تواصل لغوي أو تعاون من الطفل أثناء تأدية الاختبار.

***التخطيط الكهربائي للمخ EEG** : يطلب عند تشخيص طيف التوحد لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة مثل أمراض الصرع التي تأتي أعراضها بضعف في النطق.

***اختبار الرنين المغناطيسي للمخ MRI**: وتكمن أهمي هذا الاختبار إلى استبعاد وجود أورام في المخ.

* **تحاليل الدم**: فهناك الروتين في مثل الصورة الكاملة للدم، تحاليل وظائف الكبد والكلية والأملاح، تحليل الغدة الدرقية للتأكد إن كان هناك نقص في هرمون المسمى (الثايروكسين) فإن يوجد نقص فيه فإن يعوض بالأدوية وإنقاذ الطفل من التخلف العقلي كما يتم فحص الأحماض الامينية في الدم لاستبعاد الأمراض الاستقلابية والتي تؤثر على النمو لدى الطفل.

* تحليل الكروموسومات أو الصبغيات الوراثية.

* **تحاليل للكشف عن نسبة المعادن الثقيلة في الدم وتحاليل المناعة وتحاليل الفطريات** بعد الحصول على الكشف الطبي المتكامل وتقييم الطفل على أنه مصاب باضطراب طيف التوحد أم لا فالطفل يحتاج إلى الكشف على قدراته العقلية وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس كمقياس وكسلر الذي يقيم الطفل من الناحية اللغوية والعملية بشكل منفصل، مقياس ستانفورد- بينيه، مقياس جودارد (داخل، 2017، ص 72).

7-2 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM):

يعد الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM) من أفضل الأساليب التي يعتمد عليها في تشخيص طيف التوحد وإصداراته. حيث نجد النسخة الثالثة (DSM-3) التي صدرت سنة (1980) والتي نصت على تشخيص هذا الاضطراب على النحو التالي:

- ظهور قبل 30 شهر نقص في الاستجابة مع الآخرين.
- العجز في تطوير اللغة، حيث إذا كان الكلام موجود فإن أنماط الكلام غريبة مثل الصدى الفوري المتأخر واللغة المجازية.

- غياب ونقص في التواصل البصري واستجابة الوجه واللامبالاة أو النفور من المودة والاتصال الجسدي.
- فشل في تطوير اللعب التعاوني والصدقات.
- غياب الأوهام والهلوسة وانحلال الترابط وعدم الترابط كما في الفصام (American psychiatric, 1980, p 102).
- وفي سنة (1994) تم إصدار النسخة الرابعة (DSM-4) حيث وضع مجموعة من المعايير لتشخيص التوحد والذي حدد فيما يلي:
- التغيير النوعي للتفاعلات الاجتماعية مثل: عدم القدرة على إقامة علاقات بين الأقران بما يتناسب مع المستوى التنموي؛ لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة لذاته أو اهتماماته أو حاجاته مع أشخاص آخرين.
- الافتقار إلى المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.
- التغيير النوعي في الاتصال، وغياب اللغة والاستخدام النمطي والمتكرر للغة.
- الطابع المقيد والمتكرر للسلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
- الالتزام بعادات وطقوس محددة وغير وظيفية (American psychiatric, 1994, p 120).
- وفي سنة (2013) تم إصدار النسخة الخامسة (DSM-5) تزامناً مع تطور نظام التصنيف والذي يعتمد عليه حالياً في تشخيص اضطراب طيف التوحد وذلك على النحو التالي:
- أ- عجز مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي لوحظ في سياقات مختلفة يمكن أن يتجلى ذلك من خلال:

- القصور في المعاملة بالمثل الاجتماعية أو العاطفية كعدم القدرة على محادثة عادية ثنائية، صعوبات مشاركة الاهتمامات والعواطف والتأثيرات إلى عدم القدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية أو الرد عليها.

- القصور في سلوكيات الاتصال غير اللفظية المستخدمة أثناء التفاعلات الاجتماعية والتي تتراوح من التكامل الخاطئ بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي إلى التشوهات في الاتصال البصري ولغة الجسد إلى قصور في فهم واستخدام الإيماءات إلى الغياب التام لتعبيرات الوجه.

- أوجه القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها التي تتراوح من صعوبة تعديل السلوك إلى السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبة مشاركة الألعاب الخيالية أو تكوين الصداقات إلى عدم الاهتمام بالأقران.

ب- الطبيعة المقيدة والمتكررة للسلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة كما يتضح في إثنين على الأقل مما يلي إما من خلال الفترة الحالية أو في السابق:

- الطابع المتكرر للحركات واستخدام الأشياء أو الكلام مثل (أنماط حركية بسيطة، تقليب الأشياء، الصدى اللفظي والجمال الخصوصية (écholalie).

- عدم التسامح مع الغير والالتزام غير مرن بالطقوس الروتينية اللفظية أو غير لفظية أو أنماط السلوك مثل: (الضيق الشديد الناجم عن التغيرات الطفيفة، صعوبة إدارة التحولات، أنماط التفكير الجامدة والحاجة إلى اتخاذ نفس المسار أو تناول نفس الأطعمة كل يوم).

- اهتمامات مقيدة وثابتة للغاية، غير طبيعية سواء من حيث الشدة أو الفرض مثل: التعلق بأشياء غير عادية أو مخاوف بشأن هذه الأشياء والمصالح المقيدة بشكل مفرط أو المستمرة.

- فرط أو قلة الاستجابة للمثيرات الحسية أو الاهتمام غير عادي بالجوانب الحسية للبيئة مثل: اللامبالاة الواضحة للآلام أو درجة الحرارة، ردود الفعل السلبية للأصوات أو مواد

معينة، أو أفعال شم أو لمس الأشياء بشكل مفرط، الانجذاب البصري للأضواء أو الحركات.

ج- يجب أن تكون الأعراض موجودة منذ المراحل الأولى من التطور ولكنها لا تظهر بالضرورة بشكل كامل حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة للشخص، أو قد يتم إخفاؤها لاحقاً في الحياة عن طريق الاستراتيجيات المكتسبة في الحياة.

د- تتسبب الأعراض تدنياً من حيث الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني، أو في مجالات مهمة أخرى.

هـ- لا يمكن تفسير الاضطرابات بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر كلي في التطور فكثيراً ما ترتبط الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد. ولسماع تشخيص الاختلال المشترك بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية يجب أن يكون ضعف التواصل الاجتماعي أكبر مما هو متوقع للمستوى العام للتطور.

ملاحظة: يجب تشخيص الأشخاص الذين لديهم تشخيص راسخ لاضطراب طيف التوحد أو متلازمة أسبرجر Asperger أو اضطراب النمو الشامل غير محدد وفقاً لـ DSMIV باضطراب طيف التوحد. فالأشخاص الذين يعانون من عجز ملحوظ في التواصل الاجتماعي ولكنهم لا يستوفون المعايير الأخرى لاضطراب طيف التوحد ينبغي النظر إلى وجود اضطراب التواصل الاجتماعي حدد ما إذا كان مع أو بدون عجز فكري مرتبط، مع أو بدون ضعف لغوي مرتبط، مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي، مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي أو العقلي أو السلوكي (American psychiatric , 2013, pp 50-51).

7-3 قائمة تقدير التكفل بالتوحد Autism Treatment Evaluation Checklist

(ATEC): وهي قائمة التي قام بإعدادها B. Rimland و S.M. Edelson بمعهد بحوث اضطراب طيف التوحد في San Diego بأمريكا سنة 1999 وتستخدم في الأساس للتعرف على ما يحدث من تغيير أو تحسن في مجالات أربعة أساسية بحيث يتعدى من عملية

التشخيص إلى مساعدة المختصين في معرفة مدى نجاح عملية التكفل وهذه المجالات تتمثل في:

- التواصل اللفظي (اللغة والحديث).
- المهارات الاجتماعية.
- الإدراك والوعي الحسي/ المعرفي (محمد، 2010، ص40).

4-7 قائمة التوحد للأطفال دون السنتين Checklist for Autism In Toddlers (Le CHAT):

تتنسب إلى العالم سيمون بارون كوهين Simon Baron- Cohen وذلك سنة 1992 وتستخدم لاكتشاف طفل طيف التوحد في سن 18 شهر. يتم من خلالها توجيه أسئلة قصيرة مكونة من قسمين الأول موجه لأولياء الأطفال والقسم الثاني موجه للطبيب المعالج أو المختصين، حيث يسمح بالتعرف على المظاهر الثلاث التالية:

- قدرة انتباه الطفل نحو المحيط الخارجي.
- قدرة الطفل على التواصل البصري باستخدام مثيرات بصرية.
- اللعب التخيلي الذي يظهر لدى الأطفال عادة ما بين 12 و 18 شهرا وبالتالي فإن الطفل طيف التوحد يفتقر إلى هذا النوع من اللعب (النوايسة، 2013، ص 269).

5-7 اختبار التوحد دون السنتين(المعدل):

وضعه ويندي ستون Wendy Stone : يركز هذا الاختبار على استخدام فيه الملاحظة المباشرة للأطفال دون سن العامين، وذلك على ثلاث مستويات والتي يتضح فيه حالات طيف التوحد وهي اللعب - التقليد - الانتباه (النوايسة، 2013، ص 269).

6-7 اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية Psycho Educational Profile (PEP):

وهو الاختبار الذي صمم خصيصا للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذي صمم في إطار مشروع TEACHE والذي يقوم بتقويم أطفال طيف التوحد. يستخدم (PEP) بين 6 أشهر و 7 سنوات ومن الممكن استخدامه بين 7 و 12 سنة خاصة مع الأطفال الذين لديهم تأخر وذلك بثلاث درجات ممكنة: ناجح، ناشئ، فاشل. بالإضافة فإن الاختبار يقوم بتقييم السلوكيات المرضية وفقا للملاحظة ويقوم بالنقاط نقاط القوة والضعف لكل طفل. ثم يقوم بوضع برنامج فردي قائم على الأهداف (أي يركز الضعف الذي يمتلكه الطفل ويقوم بتطويره). ويقوم الاختبار على تقييم المهارات الوظيفية في مجالات التقليد، الإدراك، المهارات الحركية، التكامل بين اليد والعين، الأداء المعرفي واللغة، وتقييم التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي ولبية احتياجات التقييم الخاصة للأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو. كما يقوم بقياس أربعة مجالات سلوكية وهي العلاقات الاجتماعية، الحسية، اللعب، اللغة وتنقط هذه السلوكيات والتي يتم تطبيق هذا الاختبار من خلال فريق متخصص ذو خبرة من المختصين النفسيين، التربويين...

7-7 اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية Psycho Educational Profile (PEP3)Thiard Edion:

والذي طوره شوبلر و رسلر Schopler, Recihler سنة 2005 لتقييم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وهو الاختبار الأساسي لبرنامج TEACHE فهو اختبار أدائي يطبق على الأطفال من سنتين إلى 7 سنوات. وذلك بهدف تحديد مستوى الأداء الحالي للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية المرتبطة، وتقييم نقاط القوة والضعف لديهم وجمع المعلومات للتأكد من التشخيص وتحديد المستويات التطورية النمائية ويقدم الاختبار معلومات من مصدرين هامين:

- مقياس معياري المرجع: صمم لتقييم التطور في التواصل والمهارات الحركية والسلوكيات غير تكيفية الحالة للأطفال الذين يوجد لديهم احتمالية باضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة.

- المصدر الثاني: هو إجراء غير رسمي يستخدم للحصول على معلومات من والدي الطفل حول طفلهم.

صمم هذا المقياس أيضا لمساعدة المعلمين لتخطيط وإعداد البرنامج التربوي الفردي للأطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية الشاملة كما يعد أداة للتفريق بين طيف التوحد والاضطرابات النمائية.

يقسم المقياس إلى القسم الأدائي ويحتوي على 172 فقرة تقيس مستوى الأداء النمائي الحالي للطفل وذلك من 10 مجالات نمائية مختلفة. أما القسم الثاني فهو خاص بالملاحظة المربين للطفل (القائم على رعاية الطفل) ويحتوي على 3 مجالات وهي المشاكل السلوكية، العناية بالذات والسلوك التكيفي.

بالإضافة إلى انتشار استخدام (PEP3) في التقييمات الطبية ويتم اعتباره بمثابة أداة تشخيصية فعالة في تقييم الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة ويقدم تشخيص فارقى لأطفال طيف التوحد، وكذلك يقوم بتقويم الوظيفة المعرفية والوظيفة الاجتماعية التوافقية والقدرات النمائية للأطفال ويستخدم أيضا كمقياس لمعرفة النتائج عند تقويم البرامج التربوية المقدمة (العمرى، 2019، ص ص 17 20).

7-8 المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI)Autisme Diagnostic Interview:

تدور محور هذه المقابلة حول استطلاع المظاهر النمائية اللغوية والحركية للطفل محل التشخيص من السنتين إلى 6 سنوات والأسئلة تسأل للوالدين والمتكونة حوالي (97) سؤالاً تتمحور حول:

- لم ينطق بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرا.

- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة- التلويح باليد- إمساك الأشياء) في سن 12 شهر.
- لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهرا.
- لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهرا.
- عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

ولكن عدم توفر هذه الأشياء لا يعني أن الطفل يعاني من طيف التوحد ولا يعتمد عليه كمقياس نهائي للحكم على الطفل بل هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب، الطب النفسي، مختص التخاطب (النوايسة، 2013، ص 268).

7-9 مقياس تقدير التوحد الطفولي Children Hood Autism Rating Scale (CARS):

صمم هذا المقياس شوبلر وآخرون (Chopler et al) ليستخدمه كل من الأخصائي النفسي ومعلم التربية الخاصة للتعرف على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتمييزه عن غيرهم من العاديين أو من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية أخرى تشبه في أعراضها أعراض طيف التوحد كما يعمل على التمييز بين درجات طيف التوحد (بسيطة-متوسطة- شديدة). وتتكون القائمة من 15 بعد وهذه الأبعاد هي: العلاقات مع الآخرين، التقليد، الاستجابات الانفعالية، الاستجابة السمعية، الاستجابة للحس، والرائحة والتذوق واستخدامها، الخوف والعصبية، التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى الوظائف المعرفية، أخيرا الانطباع العام.

ويتم تسجيل استجابات الطفل على القائمة بعد الانتهاء من مرحلة الملاحظة للطفل طيف التوحد، وهناك سلم تقدير يحتوي على عدد من الدرجات مكونة من (4) مستويات ابتداء من الدرجة (1) وتمثل الوضع الطبيعي. نهاية بالدرجة (4) وتمثل الدرجة الشديدة لحالة طيف التوحد، ويقع في المنتصف البسيط، والمتوسط وفي حالة عدم التأكد من الدرجة فإنه يمكن أن يحصل الطفل طيف التوحد على درجة في المنتصف مثل (1.5، 2.5، 3.5) وبشكل عام

فإن هذه القائمة تفيد في تشخيص أطفال طيف التوحد ومعرفة درجة وجود الصفة لدى الطفل (القمش، المعاينة، 2014).

7-10 مقياس التوحد جيليام (GARS) Childer Autisme Rating Scale:

قام بإعداد هذا المقياس جايمس جيليام James E. Gilliam ويستخدم لتشخيص وتحديد درجة الإصابة باضطراب طيف التوحد والاضطرابات السلوكية أخرى. ويتكون المقياس من 42 بنداً يندرج تحت ثلاث أبعاد فرعية إضافة إلى 14 عشر بنداً إضافية يقوم الآباء من خلاله بتقديم معلومات عن نمو أبنائهم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتشمل ابعاد المقياس من 4 ابعاد وهي:

- السلوكات النمطية.
- التواصل.
- التفاعل الاجتماعي.
- الاضطرابات النمائية.

حيث تم اختبار فقرات المقياس بناء على تعريف الجمعية الأمريكية عام 1994 قنن هذا المقياس على عينة مكونة من (192) طفل طيف التوحد في (46) ولاية أمريكية، كندا، كولومبيا، وبروتوريكو.

يستخدم هذا المقياس من طرف المعلمين والمساعدات التربويين وأولياء الأطفال طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 3 إلى 22 سنة (Yarsin, 2007).

7-11 مقياس تقدير السلوك التوحدي (ECA) Echelle D'évaluation Du Comportement Autistique:

قام بتطويره كل من Lelord et Barthélémy عام 1989 بعد العديد من التغييرات التي طرأت على المقياس تماشياً مع تطور المعلومات حول طيف التوحد. يتألف هذا المقياس من (29) عنصراً في مجالات الاضطراب التواصل اللفظي وغير لفظي، والمهارات الحركية، الإدراك، التقليد، الانتباه، والانفعال.

يتم تطبيق المقياس على أساس الملاحظات التي يقدمها الشخص الذي يرى الطفل في كثير من الأحيان بحيث تكون الملاحظات في مواقف مختلفة من الحياة اليومية يتراوح التصنيف من: 0 = عادي، و 4 = طيف توحد شديد جدا. ويعتبر هذا المقياس مستمر يمكن ان يستخدمه كل من يعمل مع الطفل (Rogé, 2003, p102).

8- صعوبات تشخيص طيف التوحد:

- يعد تشخيص اضطراب طيف التوحد من أصعب المهام التي يكلف به فريق التخصص وذلك لوجود اضطرابات مشابهة له وأهم هذه الصعوبات ما يلي:
- عدم وجود مقياس طبي واحد يؤكد بصورة قاطعة وجود هذا الاضطراب، للوصول إلى تشخيص دقيق يتطلب عدة سنوات.
- سلوكيات طفل طيف التوحد تتغير مع تقدمه في العمر، وتختلف بين الأطفال أنفسهم من موقف لآخر باختلاف البيئة والمحيطين بهم.
- صعوبة التشخيص من حيث حدوث الخلط بين اضطراب طيف التوحد مع الاضطرابات الأخرى.
- عزل وتحديد طيف التوحد كعرض مستقل كان ومازال أمرا يتسم بالكثير من الصعوبة والتعقيد.
- التشخيص الفارقي للاضطرابات النمائية يكون صعبا في حالة الأطفال الصغار جدا، بسبب عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني.
- قد تكون مظاهر النمو طبيعية ثم يحدث فجأة سلوك طيف التوحد وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز الطفل عامه الثاني.
- التأثير الذي يحدثه الوالدين في تأخر عملية التشخيص نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة.
- تعدد واختلاف أعراض طيف التوحد من طفل لآخر (مصطفى، الشربيني 2011، ص 114 112).

الخلاصة:

من خلال دراستنا لعملية التشخيص، أدركنا مدى تعقيد هذه العملية التي تستدعي إجراء تقييم شامل لكافة المشكلات المختلفة اللغوية والمعرفية والسلوكية والتطورية وذلك من خلال تضافر جهود لعدد من المختصين في كمختلف التخصصات والميادين العلمية من خلال استخدام تقنيات واختبارات تشخيصية متنوعة ومختلفة والتي تكون دقيقة لغرض تحديد مختلف جوانب الطفل من أجل تقديم الرعاية اللازمة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وادماجه في مجتمعه.

الفصل الرابع: استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

تمهيد:

- 1- تعريف التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
 - 2- أهمية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
 - 3- أنواع عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
 - 4- استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعد رعاية الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من المشكلات المهمة التي باتت تواجه المجتمعات في الآونة الأخيرة إذ أصبح لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، و الذي يخل بقدرتهم على الاندماج مع أقرانهم من الأفراد العاديين و القيام بأدوارهم في المجتمع على النحو المقبول، حيث ان هذا الاضطراب يستمر مع الطفل طيلة حياته و من هذا المنطلق أصبح من الضروري الاهتمام بهذه الفئة الحساسة من المجتمع و هذا ما يتطلب اتخاذ مجموعة من الإجراءات اللازمة للحد منه و من خلال هذا الفصل سنتطرق أكثر للتعرف على أهمية التكفل و أنواع التكفل اللازمة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد مع التعرف على دور كل مختص، بالإضافة إلى التطرق على أساليب واستراتيجيات التكفل داخل المراكز الخاصة التي تقدم و تعرض على هذه الفئة.

1-تعريف التكفل:**اصطلاحا:**

يعرف الجزامي (2007) التكفل بأنه عملية يقوم بها المجتمع بتحقيق مجموعة من الأهداف للوصول بأفراد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال (الجزامي، 2007، ص 124).

ويشير المشرقي (2006) إلى عملية التكفل على أنه أحد أنظمة الأسرة ومرتبطة ارتباطا وثيقا باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف والاختبارات البيئية والصحية والوراثية وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين في فترة الحمل، وفترة الولادة وهناك أيضا مؤشرات أخرى تحتاج إلى تدخل مبكر (المشرقي، 2006، ص 14).

كما يعرفه وهب (2012) هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية، وهو أيضا مجموعة من الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر عرض لخطر الإعاقة قبل أو أثناء الولادة وبعدها، وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة يتم توفير الرعاية لهم في سنوات الطفولة الأولى (أورد في: بوشلاغم).

ويعرفه أيضا الخطيب (2005) التكفل هو مجموعة من البرامج تمكن الطفل من النمو الاجتماعي والعقلي واللغوي وبالاستعانة أساسا بالتواصل البصري والتفاعل الاجتماعي مع أبنائهم وأفراد أسرهم ومع غيرهم من الأطفال (الخطيب، جمال، 2005).

2- أهمية عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

تكمل أهمية عملية التكفل في كونها وسيلة للإدماج الفرد مع ذوي الاحتياجات صفة ذوي اضطراب طيف التوحد من مختلف النواحي النفسية، الاجتماعية، الذهنية وغيرها. وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة الشفقة ومنح الفرد فرصة العيش وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الاجتماعية والعاطفية، فيصبح قادر على العيش في المجتمع وكذا تحقيق الدمج المهني والعاطفي والاجتماعي وتحقيق الاستقلالية الذاتية للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة.

وحسب جوالدة (2012) يمكن استخلاص أهمية عملية التكفل في النقاط التالية:

- يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية.
- التكفل ينمي النمو الحسي الحركي من خلال تمارين التربية النفسية الحركية، كما يمكن الشعور بالذات.
- يمكن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من استخدام مفاهيم جد معقدة على شكل لعب تساعد على بناء اللغة.
- التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.

- اكتساب الطفل مهارات معينة للتعايش مع صعوبات الحياة.
- تطوير الاتجاهات الإيجابية نحو المراكز الخاصة.
- تطوير مفهوم ايجابي عن الذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتنمية الشعور على القدرة على الإنجاز (أورد في: بوشلاغم، 2016، ص ص 15، 16).

3- أنواع عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

هي مجموعة من الخدمات المتنوعة التي تقدم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تحت هدف واحد يقتصر على تنمية مختلف الجوانب السلوكية والمعرفية والجسمية للطفل، وتختلف أنواع التكفل باختلاف درجات اضطراب طيف التوحد ومن بين هذه الأنواع نجد التكفل النفسي، الأروطفوني، والتربوي والاجتماعي.

3-1 التكفل النفسي:

هي مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة منهم أطفال اضطراب طيف التوحد وذلك من أجل تعزيز الجانب النفسي لهم وتمكينهم من التخطيط لمستقبل حياتهم وفقا لإمكانياتهم وقدراتهم الجسمية وضمان الرعاية الكافية لهم بحيث تكون مبنية على برامج متنوعة تكتسب صيغة البيداغوجية ويشترك في عملية التكفل النفسي المختص النفسي بالدرجة الأولى (السيد عبيد، 2000).

3-2 التكفل الأروطفوني:

يكون بمجموع مساعدات نفسية، تربوية، اجتماعية، أروطفونية تقدم للطفل المصاب بالأمراض المزمنة أو اضطرابات سلوكية وغيرها مثل اضطراب طيف التوحد، حيث يقوم بعملية التكفل فرقة بيداغوجية متعددة التخصصات حسب نوع الاضطراب فنجد المختص، والطبيب، الممرض والمشرف الاجتماعي والمختص الأروطفوني بالدرجة الأولى ويقتصر التكفل الأروطفوني على بناء تقنيات علاجية بين الفاحص والمفحوص وتكون مسبقة بميزات أروطفونية التي تحدد الأهداف المرغوبة.

3-3 التكفل التربوي:

يقوم بعملية التكفل التربوي مجموع من المعلمين والمربين المختصين في اضطراب طيف التوحد ومؤهلين ويكون ذلك بالاعتماد على البرامج التربوية العالمية المعدة خصيصا للتكفل بهذا الاضطراب مثل برنامج Teacch و ABA بالإضافة للاشتراك نحو هدف معين يتمثل في تدريب وتعليم وتقديم البرامج الخاصة ونحو ضبط النشاطات المتبعة وتنظيم الأعمال والأنشطة في وقتها المحدد إضافة إلى وضع البيانات الخاصة بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

3-4 التكفل الاجتماعي:

تقوم عملية التكفل الاجتماعي على بناء خطة ممنهجة بالاشتراك مع الفريق البيداغوجي من مربين مختص نفسي بيداغوجي وتتمثل بالتكفل التام بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من حيث النوم، الأكل، نظافة الجسم والهندام إضافة الى مراقبة وملاحظة التغيرات في سلوك الطفل مع برمجة أوقات للمشاركة الأسرية في عملية التكفل الاجتماعي (بوشلاغم، 2016).

4- استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

ويقصد بها كل البرامج التدريبية التي تعمل على تعليم الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد في اكتساب مختلف المهارات الاجتماعية التي تمكنه من التواصل والتفاعل مع افراد مجتمعه، بحيث لكل برنامج أسلوب خاص في التدخل من حيث الأسس التي يركز عليها الفريق المعني بعملية التكفل من خلال الحجم الساعي المخصص لكل برنامج، مكان تنفيذه وأدواته وكذا الفئة العمرية المستهدفة ومن خلال هذا العنصر سنتطرق إلى أهم هذه البرامج منها برنامج Teacch وبرنامج ABA، نظام التواصل بتبادل الصور (PESC) وغيرهم:

4-1 استراتيجيات برنامج علاج وتربية أطفال طيف التوحد Teacch:

أنشئ هذا البرنامج من طرف المختص والطبيب النفسي Shopler Eric سنة 1997 الذي كان ينتمي إلى فريق Brune Bettelhem بشيكاغو في إطار مشروع بحث ممون من طرف معهد (NIMH) للصحة العقلية.

حيث يقوم البرنامج على علاج وتعليم الأطفال المصابين بطيف التوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، وهذا عبر تعليم مختلف مهارات التواصل، المهارات الاجتماعية، ومهارات الاعتماد على النفس، إضافة إلى المهارات الإدراكية والحركية، التي تمكن الطفل من التكيف في المجتمع بالعمل والاستقلالية (الشامي، 2004، ص 46).

يمتاز برنامج Teacch على أنه الطريقة التعليمية الشاملة التي لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل يقدم تأهيلا متكاملا للطفل عن طريق مراكز Teacch. كما يمتاز البرنامج بأنه طريقة العلاج المصممة بشكل فردي وذلك حسب احتياجات كل طفل بحيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد من 05 إلى 07 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة. ويتم على هذا الأساس تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلي احتياجاته (مصطفى، الشربيني، 2010، ص 252).

مبادئ وطرق تعليم برنامج Teacch:

يتكون البرنامج من عدة ركائز ضرورية تتمحور حول:

- تكوين روتين محدد يتضمن تسلسل الأحداث خلال اليوم، خلال الأسبوع والانتقال إلى النشاط التالي، مع مقدار ما يستغرقه كل نشاط بالإضافة إلى تمديد الأمكنة التي تمارس فيها الأنشطة.

- تنظيم مساحات اللعب الحر ومساحات الانتظار والجلوس الخاصة.

- استخدام جداول فردية لكل طفل مصاب باضطراب طيف التوحد بتسلسل الأحداث اليومية.

- وضع تعليمات بصرية وذلك بإعطاء الطفل إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة.
- التدريب الضروري للأولياء على برنامج Teacch (مصطفى، الشربيني، 2010، ص253).

فاعلية برنامج Teacch:

لتحقيق من فاعلية هذا البرنامج أخذت عدة دراسات تناولت هذه المواضيع في ثلاث محاور أساسية هي: فاعليته مع الأطفال، فاعليته في المنزل، فاعليته من حيث مقارنته مع برامج أخرى. من ناحية الأطفال أشار All & Panerie 1989 من خلال دراسة حددت ب18 شهر على أطفال بعمر زمني 13 سنة وذلك لتقييم قدرات التعلم والتواصل التلقائي ومشاكل السلوك باستخدام هذا البرنامج إلى انخفاض بالسلوكيات الغير مرغوب وارتفاع في التواصل التلقائي، أما من ناحية فاعليته في المنزل فقد أشارت دراسة كل من Cathcart & Ozonoss 1998 التي أجريت على عينة مكونة من 11 طفل تبلغ أعمارهم 36 شهر ومعدل درجاتهم في قائمة CARS ما بين 38 و400 درجة متجانسين من حيث السن وشدة الأعراض والدرجات الأولية على سلم PEP-R والمسافة الزمنية بين المقياس القبلي والبعدي حيث استقادت كلا المجموعتين من نفس البرنامج التدخل اليومي غير أن المجموعة التجريبية استقادت من الخدمة في المنزل لمدة أشهر مبنية على أساس برنامج Teacch، بينما المجموعة الضابطة لم تستقد من الخدمة، أين بينت النتائج أن هناك تحسن مقدّر من 3 إلى 4 أضعاف أعلى من المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة في ميادين التقليد، الحركة الدقيقة والعامة، المهارات المعرفية، والدرجات الكلية لمقياس PEP-R.

ومن ناحية فاعليته مقارنة بالبرامج الأخرى فقد أشارت دراسة Chopler وآخرون سنة 1981 حيث قاموا من خلالها تحليل استبيانات قدمت 348 عائلة شاركت في برنامج Teacch إلى

أن الأولياء أبدوا ارتياحا لهذا البرنامج وبأن التدخلات لهذا البرنامج كانت إيجابية منتجة ومفيدة (قيروود، مزوز، 2021).

4-2 التحليل السلوكي التطبيقي ABA:

يعد من أشهر الطرق التي تستخدم مع أطفال طيف التوحد قدمه Lovas لجامعة كارل فورنيا حيث سماه في البداية بالطريقة المكثفة، يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الدروس التعليمية المجزئة إلى عدة عناصر يمكن تعليمها من خلال إعادة المحاولة مع الطفل عند وجود المثير مثل (اعمل هذا، المس هذا، أنظر لي..). ويمكن مكافئة الاستجابة الصحيحة من خلال معززات إيجابية، أما الاستجابة الغير صحيحة فيمكن اهمالها وتشجيع الطفل على الاستجابة ثم مكافئته لاحقا.

وتعد طريقة التحليل السلوكي ABA من الطرق الواسعة الانتشار التي اتبعت مع أطفال طيف التوحد منذ عام 1967 استندت على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية للعالم سكينر في عملية التعليم التي وجدت عام 1938، ولكن الطريقة أصبحت أكثر انتشارا عندما تمكنت الباحثة Cathernine Maurice بعد طباعة كتابها تحت عنوان (دعني أسمع صوتك) للمعالجة طفلين ذوي اضطراب طيف التوحد فركز هذا النموذج على ضرورة تقديم دروس فردية للطفل تتزامن مع الاحتياجات الخاصة له، ويشترك في هذه الدروس الوالدين، المهنيين المتطوعيين، المرشدين، والتعليم عادة يبدأ من البيت ثم المدرسة ثم المجتمع وهذه المؤسسات تساعد الطفل على والتعميم. وأشارت دراسات وبحوث أخرى في هذا الميدان إلى أن نسبة 40% حتى 50% من الأطفال تتحسن سلوكياتهم عندما يبدأ بالبرنامج عندما كانت أعمارهم تتراوح بين 2-5 سنوات، بينما أشارت بحوث أخرى بأن بعض الأطفال تحسنت سلوكياتهم في وقت متأخر وبعمر 7-8 سنوات (شاكر مجيد، 2010، ص ص 133، 134).

4-3 نظام تبادل الصور PECS:

يساعد هذا البرنامج أطفال طيف التوحد إلى حد كبير على تعلم الكلام، وقد طور هذه الفلسفة كل من Andy Bondy و Lori Forst من خلال تبادل الصور Picture Exchange Communication System عام 1994 حيث صمم هذا النظام لتعليم الأطفال مهارات التواصل اللفظي من خلال تركيز على الاستقلالية في التواصل وهو نظام خالي من التعقيد وغير مكلف. يعتمد هذا البرنامج على المدعمات البصرية والحث على التواصل وتدريب أطفال اضطراب طيف التوحد على أن يقوموا بالتعرف على مجموعة من الصور وانتقاء ما يرغب منها ثم استبدال الصور بذلك الشيء أو الموضوع أو النشاط المرغوب فيه (سهيل، 2015). حيث أن أطفال طيف التوحد يتعلمون التواصل مع الآخرين من خلال الصور أو المجسمات التي تدل على رغباتهم، ويتم التحضير له من خلال تحديد الحوافز التي سوف تستخدم مع الطفل، المجسمات، الصور الفوتوغرافية. وينبغي على الطفل مسكها والتحكم فيها بسهولة، ويتم تركيز الصور إذا استخدمها المعلم مع الطفل على الشيء الذي يريده، كما تغلف الصور بورق بلاستيكي كي تحتفظ الصورة لفترة طويلة (الشامي، 2004، ص ص 141، 142).

كما أنه برنامج موجه لتعليم وتدريب الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية ومن هم من ذوي اضطراب طيف التوحد على التواصل، أي كل طفل يعاني من قصور في اللغة التعبيرية أو يستخدم PECS كنظام تواصل معزز وبديل للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم، أو الذين يفقدونها وذلك عن طريق بعض الوسائل كالإيماءات ولغة الإشارة والجسم، الصور أو من خلال القراءة حيث يتم تدريبه بإعطاء المتعلم الصور المناسبة التي تعبر عن رغباتهم وحاجاته (سهيل، 2015).

4-4- النمو المبني على الجانب العلائقي DIR:

هو أسلوب آخر من استراتيجيات التكفل التي يعتمد عليها مع طفل المصاب باضطراب طيف التوحد، حيث طور هذا الأسلوب الدكتور Stanley Greensper وبين اهتمامه في هذا

النموذج بالنمو العاطفي عكس الطرق الأخرى التي تركز على النمو المعرفي أو السلوكي، ويتم في هذا الأسلوب تقديم مجموعة من الألعاب التي يكون محتواها ومفادها مدروس بعناية والهدف منها محاولة تطوير المهارات للطفل وذلك من أجل الحصول على نتائج أفضل من تلك التي يمكن الحصول عليها بالطرق التقليدية، كالتشجيع والتحفيز على بعض الأمور التي يحظى بها الطفل من هذه الفئة أو غيرها يدفع به للتواصل مع الآخرين ونوعاً ما للاندماج معهم. لذلك فهذا الأسلوب يبين أنه ليست اللغة شرط مسبق للتفاعل الاجتماعي، فالتفاعل لا يتطلب بالضرورة التواصل اللفظي.

فيما يقوم التكفل في هذه الاستراتيجية على مراقبة وثيقة سجل الطفل لتحديد مستوى نموه واهتماماته الحالية، والغرض من ذلك هو التحضير للتدخل، لذلك فهذا النظام يتجنب كل التدريبات في المجالات التي يكون الطفل فيها عاجز بما قد يزيد الإحباط لديه، والحرص على التفاعل مع الآخرين في الأنشطة المفضلة لدى الطفل، فالنمو المبني على الجانب العلائقي يركز على تحويل أفعال الطفل إلى تفاعلات حيث يتم برمجة التدريبات والأنشطة بالتعاون مع عائلة الطفل في المنزل وخارجه (Sherman, 2007, p 34).

4-5 العلاج بالحمية الغذائية:

هو برنامج غذائي مدروس وفق شروط مسبقة ومدروسة يلجأ إليه كخطة بديلة تساعد في الحد من بعض السلوكيات الغير مرغوب فيها عند تناول بعض الأغذية التي تكون ضارة نوعاً ما على الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد أو يكون لديه تحسس غذائي وبعض هذه المحسسات تزيد من درجة التهيج والحركة المفرطة *Hypire Activité* ما يستلزم ويدفع بعض الأهل إلى عرض ابنهم على مختص في التحسس لتقييم حالته أو عند ظهور النتائج يمكن إزالة بعض الأغذية من طعام الطفل، مما قد يساعد على التقليل من الأمور السلبية ويجعلهم أكثر قابلية للتعلم.

فقد افترضت في هذا الصدد نظرية اضطراب الأيضي، أن يكون اضطراب طيف التوحد جاء نتيجة " بيببتايد " Peptid خارجي المنشأ يكون في بعض الأغذية تأثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهنا التأثير قد يكون بالشكل المباشر مما يؤدي إلى اضطراب في بعض العمليات العصبية. وهذه المواد Peptids تتكون عند حدوث التحلل الغير كامل لبعض الأغذية التي تحتوي على الغلوتين Gluten مثل القمح، الشعير، الشوفان، ومواد أخرى موجودة في الحليب ومنتجات اللبنة لكن المصاب في هذه النظرية حقيقة أن بعض من هذه الموصفات تحلل بالصفة الكاملة لدى الكثير من الأشخاص والأطفال مع ذلك لم يصابوا باضطراب طيف التوحد (البطانية وآخرون، 2007).

4-6 وضع خطة فردية لكل طفل:

هو برنامج تربوي تكفلي يقوم على أساس بناء خطة فردية علاجية للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تتناسب الأهداف المسطرة له في خلق أسلوب واستراتيجية تربوية تتناسب مع احتياجات الطفل وقدراته، ويتم تنفيذها عن طريق نشاطات وأساليب بالاستعانة بالبيئة والمحيط الذي يعيش فيه الطفل المصاب بهذا الاضطراب مما يؤدي إلى تشجيعه وتحفيزه وتطوير جانب الثقة والاستقلالية لديه، حيث يتم بناء الخطة الفردية لكل طفل بناء على مجموعة من الأسس الضرورية:

- تقييم قدرات ومستوى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.
- وضع الأهداف العامة واختيار الأنشطة اللازمة وأساليب التواصل وتعديل السلوك حسب الحاجة.
- تحليل الأهداف خاصة التي تتمثل في الأنشطة المقررة في البرامج الخاصة وتكون من السهل إلى الأصعب.
- عرض النشاط المقدم على الطفل وتعديله إذا اقتضى الأمر.

- في الأخير تقييم الخطة الفردية وهي كنتيجة أولية لمعرفة مدى استيعاب الطفل ومدى استجابته لها (العبادي، 2006، ص184).

4-7 التدريب السمعي المتكامل AIT: Auditory Intégretion Taining

أنشأت هذه الطريقة على يد طبيب الأنف والحنجرة الفرنسي Guy Berard سنة 1960، ويقوم مفادها عن وجهة نظر المؤيدين لها على فكرة مفادها أن الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد يكون إما مصابين بحساسية في السمع (الفهم) المفرطين في الحساسية، أو عندهم نقص في الحاسة السمعية ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات على أذان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد يستمعون لموسيقى يتم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) والهدف منها هو تقليل الحساسية المفرطة أو زيادتها في حالة نقصها.

لذلك فإن هذا النموذج من استراتيجيات التكفل يعتمد على الاستماع إلى موسيقى معينة عن طريق سماعات الأذن لجهاز خاص إذ أن الموسيقى لها ترددات مختلفة مرتفعة أو منخفضة بشكل عشوائي.

وهو يشمل بشكل نموذجي على 20 جلسة بمعدل جلستين في اليوم والمدة الزمنية لكل جلسة هو 30 دقيقة لمدة 10 أيام وتكون الترددات أقل من 1000 هرتز يفصل بينها ما بين 10 إلى 25 ثانية بين كل مقطع لآخر (الجلبي، 2015، ص118).

4-8 العلاج بالتكامل الحسي SIT:

تعتبر من الأساليب اللازمة التي يتم فيها التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وهو علاج حسي حركي للأطفال المصابين بطيف التوحد، وقد طورتها الباحثة Jean Ayres ما بين 1972 و 1979، حيث تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل واستراتيجيات التدخل المبكر، ويكون الهدف من خلال التكامل والدمج الحسي

- هو تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة والتي تزود باستجابات تكيفية تعمل على النحو الجيد (Baranek, 2002, p 406)
- وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال التكامل الحسي ما يلي:
- أرجوحات، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية.
 - دمي حسية كالكرات مصنوعة من القماش، وأنابيب من البلاستيك قابلة للطي.
 - أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك، وأدوات أخرى للمساج.
 - إضافة إلى مواد لنشاطات حركية دقيقة (الصلصال).

أساليب المعالجة:

- الضغط الشديد للتدليك، التدليك بطريقة دائرية على الجسم، تحريك أشياء ثقيلة، شد الحبل بقوة.
- القفز، لف الطفل ببطانية بإحكام أو وضعه بين وسادتين مع الضغط على جسمه (مصطفى، الشربيني، 2010، ص 207).

4-8 تنمية مهارات العناية بالذات:

تتمثل مهارات العناية الذاتية في كل ما يخص التربية الاعتيادية للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وهي عبارة عن مجموعة مهارات مقررة ضمن برنامج سنوي أو أسبوعي مخطط حيث تشمل هذه الأخيرة في جميع النشاطات المتعلقة بالاحتياجات الخاصة الأساسية في الحياة اليومية التي يجب أن يقوم بها مثل تعليم كيفية ارتداء الملابس بمفرده، الأكل، نظافة شخصية، ربط الحذاء، غسل الأسنان وما إلى ذلك. والهدف منها هو مساعدة الطفل على الانتباه بالشكل المستقل لحاجاته اليومية الضرورية، وتأدية هذه المهامات يكون بالتعود عليها وكيفية القيام بها وتساعده على إنجازها في وقت آخر بكل استقلالية، دون الاحتياج للغير إضافة إلى ذلك اكتساب القدرة على تأدية المهام (الجلبي، 2015، ص 84). يزود الطفل

- بالقدرات اللازمة للأداء المناسب في الأوضاع المدرسية لذلك يهدف هذا الأسلوب إلى تدريب الطفل على مهارات الحياة اليومية التي تكون قائمة على:
- دراسة المهارة المراد تعليمها ثم تحليلها إلى أنشطة جزئية مبسطة.
 - تعلم الطفل مع التدريب المكثف وذلك باستخدام أسلوب النمذجة التقليدي وغيرها حيث تكون تتناسب مع المستوى العمري والعقلي للطفل.
 - دراسة وتقييم إمكانيات الطفل وقدراته ومعرفة نقاط القوة والضعف لدى الطفل للتوصل إلى برامج تلائم إمكانياته للحصول على الاستقلالية.
 - هذه العملية من الاستراتيجيات التكفل يقتضي فيها تعليم الطفل المهارة المطلوبة وتقديم تعزيزات وتحسين مهارات الطفل تساعد الوالدين لاحقاً (زعابطة، عاجب، 2018ص58).

خلاصة الفصل:

يستخلص من خلال هذا الفصل أن عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من مختلف جوانبها وأساليبها لها دور فعال في الوصول إلى نتائج وهذا عبر تطبيق مجموعة برامج واستراتيجيات مدروسة وخاصة، تساعد بدورها إلى الوصول إلى تعديل سلوكيات الطفل ومحاولة تكييفه وإدماجه في مجتمعه، كما يستدعي التكامل بين مختلف المستويات التربوية، الاجتماعية، النفسية، والطبية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

1-منهج الدراسة.

2-الدراسة الاستطلاعية.

3- مجتمع الدراسة.

4-عينة الدراسة.

5-أدوات الدراسة.

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض الإجراءات المنهجية للدراسة والذي يتضمن المنهج المتبع في الدراسة، الدراسة الاستطلاعية ومجتمع وعينة الدراسة وخصائصها، بالإضافة إلى مكان وزمان إجراء هذه الدراسة مع الوسائل المستخدمة فيها وأخيرا الوصول إلى خاتمة الفصل.

1-منهج الدراسة:

تتضمن هذه الدراسة الاستكشافية التعرف عن واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، وذلك من خلال الكشف عن مدى استخدام فريق التخصص لتقنيات التشخيص ومدى توفرها في هذه المؤسسات والاطلاع عليها، مع الكشف عن الاختلاف في تطبيق استراتيجيات التكفل بين المؤسسات. مما يستلزم اتباع المنهج الوصفي كونه يتناسب ويتلاءم مع طبيعة موضوع الدراسة، وذلك بجمع البيانات وتبويبها وعرضها ووصفها وتحليلها تحليلا دقيقا وتفسيرها.

2-الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي، وتظهر أهمية هذه الدراسة من حيث المراجعة النهائية لخطواتها واستطلاع إمكانيات التنفيذ واختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة فيها.

وتكمن أهداف هذه الدراسة الاستطلاعية في:

- ضبط عنوان الدراسة.
- استطلاع مكان إجراء الدراسة المتمثل في المراكز النفسية البيداغوجية.
- تحديد عينة الدراسة.
- خلق الثقة بين الباحث وفريق التخصص.
- التأكد من مدى صلاحية الاستبيان في التطبيق المتمثل في استبيان واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد لزعابطة وعاجب

(2018)، وذلك بتعديله بإضافة بعض التساؤلات المفتوحة التي تساهم في تحديد ودقة المعطيات الخاصة بالتكفل والتشخيص والتي تتمحور فيما يلي:

- ماهي حالات التوحد المتكفل بها ونوعها؟
- من أين يستمد فريق التخصص تقنيات التشخيص والتكفل؟
- هل يتم الاستفادة من دورات تكوينية؟ هل هي قائمة على مبادرة شخصية ام انها تتدرج ضمن التكوين المؤسساتي؟ وهل هي مكثفة؟
- هل يتم بناء البرامج من قبل الهيئة الوصية؟ مع طلب التوضيح إذا كان لفريق التكفل دور في اجراء بعض التعديلات والاقتراحات وفق ما تتطلبه الحالات التي يتم التكفل بها.
- علما ان الإجابة على هذه الأسئلة كان عن طريق توزيع الاستبيان على فريق التخصص بطريقة فردية مع إجراء استبيان بالمقابلة.

2-1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

عدد المختصين في التخصصات التالية:							المراكز
علم النفس	الأرطفوني	علم الاجتماع	الطب العام	الطب العقلي	تربية الطفل التوحيدي	المجموع	النفسية البيداغوجية
2	3	1	1	0	1	8	واقفون
6	4	1	1	0	6	18	الأربعاء ناث اثيراثن
2	3	0	0	0	1	06	ذراع بن خدة
1	1	1	1	0	1	05	تادميت
4	5	1	0	0	2	12	تيجلابين
15	16	04	03	00	11	49	المجموع

يوضح الجدول رقم (1) عينة الدراسة الاستطلاعية التي تتكون من 49 مختص من مختلف التخصصات وذلك في 5 مراكز نفسية بيداغوجية.

2-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية: بما أن الباحث لم يقم بوضع الخصائص السيكمترية

للاستبيان، تم التحقق من صدق وثبات الاستبيان وكانت النتائج كالتالي:

*صدق وثبات أساليب التشخيص:

الصدق: تم التحقق من صدق استبيان أساليب التشخيص باستخدام طريقة الصدق الداخلي من خلال حساب معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات (اطلعت عليها - لم أطلع عليها)، و (متوفرة - غير متوفرة)، و (استخدمت - لم تستخدم) ويتضح هذا في الجدول (2).

جدول (2):

معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات أساليب التشخيص

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (اطلعت - لم أطلع)	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (متوفرة - غير متوفرة)	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (استخدمت - لم تستخدم)
1	0,32*	0,31*	0,43**
2	0,41**	0,33*	0,51**
3	0,54**	0,63**	0,70**
4	0,41**	0,41**	0,41**
5	0,63**	0,67**	0,66**
6	0,77**	0,70**	0,81**
7	0,61**	0,79**	0,75**
8	0,78**	0,78**	0,75**
9	0,72**	0,69**	0,81**
10	0,72**	0,80**	0,77**
11	0,57**	0,57**	0,55**
12	0,62**	0,69**	0,63**
13	0,68**	0,66**	0,63**
14	0,77**	0,77**	0,79**

**الارتباط دال عند 0,01

* الارتباط دال عند 0,05

يوضح الجدول (2) أن معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان أساليب التشخيص (أُطلعت عليها - لم أطلع عليها) تتراوح بين (0,32) و(0,78)، وتتراوح معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان أساليب التشخيص (متوفرة - غير متوفرة) تتراوح بين (0,31) و(0,80)، وتتراوح معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان أساليب التشخيص (استخدمت - لم تستخدم) بين (0,41) و(0,81). كشفت معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات أساليب التشخيص أنها مقبولة تتعدى الحد الأدنى (0,30) ودالة احصائياً عند مستوى 0,05، مما يؤكد على اتساق البنود مع الدرجة الكلية للاستبيانات، وهذا دليل على صدق بنود الاستبيانات.

الثبات: للتحقق من ثبات استبيانات أساليب التشخيص تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي بين البنود.

جدول (3):

معاملات الثبات ألفا كرونباخ لاستبيانات أساليب التشخيص

الاستبيانات	عدد البنود	معامل ألفا
استبيان اطلعت - لم أطلع	14	0,86
استبيان متوفرة - غير متوفرة	14	0,89
استبيان استخدمت - لم تستخدم	14	0,90

يوضح الجدول (3) أن معاملات ثبات استبيانات أساليب التشخيص مرتفعة بلغت (0,86) في استبيان (اطلعت - لم أطلع)، و(0,89) في استبيان (متوفرة - غير متوفرة)، و(0,90) في استبيان (استخدمت - لم تستخدم). وعليه تميزت استبيانات أساليب التشخيص باتساق

داخلي بين البنود، فالاستبيانات تتمتع بثبات عالي.

*صدق وثبات استراتيجيات التكفل:

الصدق: تم التحقق من صدق استبيانات استراتيجيات التكفل بواسطة طريقة الصدق الداخلي من خلال تقدير معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات (اطلعت عليها - لم أطلع عليها)، و(متوفرة - غير متوفرة)، و(استخدمت - لم تستخدم).

جدول (4):

معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات استراتيجيات التكفل:

البنود	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (اطلعت - لم أطلع)	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (متوفرة - غير متوفرة)	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لاستبيان (استخدمت - لم تستخدم)
1	0,48**	0,35*	0,66**
2	0,51**	0,43**	0,65**
3	0,67**	0,52**	0,65**
4	0,44**	0,62**	0,33*
5	0,43**	0,62**	0,52**
6	0,43**	0,59**	0,46**
7	0,58**	0,58**	0,47**
8	0,51**	0,64**	0,54**
9	0,38**	0,55**	0,46**

** الارتباط دال عند 0,01

* الارتباط دال عند 0,05

يوضح الجدول (4) أن معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيانات استراتيجيات التكفل مرتفعة، حيث تتعدى الحد الأدنى (0,30) ودالة احصائياً عند مستوى 0,05. فقد تراوحت معاملات الارتباط بين البنود واستبيان (اطلعت - لم أطلع) بين (0,38) و(0,67)، وتراوحت بين (0,35) و(0,64) في استبيان (متوفرة - غير متوفرة)، وتراوحت بين (0,33) و(0,668)

في استبيان (استخدمت - لم تستخدم). أظهرت معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية أنها متسقة مع استبيانات استراتيجيات التكفل، مما يؤكد على صدق الاستبيانات.

الثبات: تم تقدير ثبات درجات استبيانات استراتيجيات التكفل باستخدام طريقة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي بين البنود.

جدول (5):

معاملات الثبات ألفا كرونباخ لاستبيانات استراتيجيات التكفل

الاستبيانات	عدد البنود	معامل ألفا
استبيان اطلعت - لم أطلع	14	0,86
استبيان متوفرة - غير متوفرة	14	0,89
استبيان استخدمت - لم تستخدم	14	0,90

يوضح الجدول (5) أن معاملات ثبات استبيانات استراتيجيات التكفل مقبولة، حيث بلغ معامل ألفا (0,60) في استبيان (اطلعت - لم أطلع)، وبلغ (0,71) في استبيان (متوفرة - غير متوفرة)، و(0,67) في استبيان (استخدمت - لم تستخدم). وبالتالي تتمتع استبيانات استراتيجيات التكفل بثبات مقبول.

2-3- طريقة تصحيح الاستبيان:

يلاحظ ان الباحث المعد للقائمة لم يضع لها طريقة للتصحيح، وبالتالي تم بناء شبكة للتصحيح تتناسب مع طريقة الإجابة

حيث تم وضع درجة 0 للإجابة على سلم: لم أطلع/ غير متوفر/ لم تستخدم/ لا. وإعطاء درجة 1 للإجابة على السلم بوضع: أطلع/ متوفر/ استخدم/ نعم.

3-مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الأخصائيين المتواجدين في المراكز

النفسية البيداغوجية لولاية تيزي وزو وبومرداس.

4- عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولايي بومرداس وتيزي وزو، حيث تكونت عينة الدراسة من 49 مختص من فريق التشخيص والتكفل لفئة اضطراب طيف التوحد الذي يتكون من مختص نفسي، مختص عيادي، مختص أرطفوني، معلم التربية الخاصة، مختص اجتماعي وذلك في 5 مراكز من كل ولايي بومرداس وتيزي وزو والجدول (6) يوضح خصائص المراكز حسب عدد الأطفال طيف التوحد وسنهم وعدد الأطباء والمتخصصين النفسيين والتربويين والأرطفونيين.

جدول رقم (6):

خصائص المراكز

عدد المختصين في التخصصات التالية:									المراكز النفسية البيداغوجية
سن	عدد الأطفال المتكفل بهم	المجموع	تربية الطفل التوحيدي	الطب العقلي	الطب العام	علم الاجتماع	الأرطفوني	علم النفس	
3 إلى 15 سنة	23	8	1	0	1	1	3	2	واقنون
6 إلى 16 سنة	25	18	6	0	1	1	4	6	الأربعاء ناث اثيرائن
5 سنوات إلى 23 سنة	17	06	1	0	0	0	3	2	ذراع بن خدة
5 إلى 10 سنوات	15	05	1	0	1	1	1	1	تادميت
2 إلى 18 سنة	40	12	2	0	0	1	5	4	تيجلابين
		49	11	00	03	04	16	16	المجموع

يوضح لنا الجدول رقم (6) أن أفراد عينة الدراسة تتوزع على 5 مراكز نفسية بيداغوجية لتتوزع على مجموع (8) أخصائيين وذلك في مركز واقنون الذي يتكفل بـ (23) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (3-15 سنوات)، وإلى (19) أخصائي في مركز الأربعاء نايت بيراثن والذي يتكفل بـ (25) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (06-16 سنة). و (06) أخصائيين في مركز ذراع بن خدة الذي يتكفل بـ (17) طفل تتراوح أعمارهم من (5 إلى 23 سنة)، أما مركز تادميت فيضم (05) أخصائيين والذي يتكفل بـ دوره على (15) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (05-10 سنوات)، أما مركز تيجلابين فيضم مجموع (12) أخصائي والذي يتكفل بـ (40) طفل تتراوح أعمارهم بين (2 إلى 18 سنة). بحيث يمكن تقسيم مجموع عدد الأخصائيين في كل المراكز حسب التخصص إلى (16) مختص في علم النفس، و (16) مختص في الأرطونيا، و (04) أخصائيين في علم الاجتماع، و (03) أخصائيين في الطب العام، أما الطب العقلي فهي منعدمة تتمثل في (00)، ويمثل العدد (11) مجموع الأخصائيين في التربية الخاصة.

4-1- خصائص عينة الدراسة:

4-1-1- حسب الجنس:

جدول رقم (7):

توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية%
ذكور	3	6.1%
إناث	46	93.9%
مجموع	49	100%

يلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول (7) إلى ارتفاع نسبة الإناث في عينة الدراسة حيث بلغ عددهن (46) أي بنسبة 93,9% وهي نسبة كبيرة مقارنة بنسبة الذكور التي بلغت

6،1% بحيث لا يشكلون إلا 3 من الأخصائيين ذكور؛ وبالتالي فإن عينة الدراسة عي عينة أنثوية.

4-1-2- حسب المؤهل العلمي:

جدول (8):

توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	النسبة المئوية%
ليسانس	29	59.2%
ماستر	17	34.7%
دكتوراه	2	4.1%
آخر	1	2.0%
المجموع	49	100%

خلال النتائج الموضحة في الجدول (8) يبين أن معظم أفراد عينة الدراسة مستواهم الجامعي ليسانس بنسبة 59،2%. أما نسبة 34،7% فيمثلون الأخصائيين ذوي المستوى الجامعي ماستر. أما الأخصائيين الذين تحصلوا على درجة الدكتوراه فيمثلون نسبة 4،1%. والعينة المتبقية من الأخصائيين والتي تقدر ب 2،0% فهي لحاملي الشهادات الأخرى غير المذكورة سابقا.

4-1-3 - حسب الإختصاص:

جدول (9):

توزيع أفراد العينة حسب الإختصاص

التخصص	العدد	النسبة المئوية%
علم النفس العيادي	9	18.4%
الأرطفونيا	16	32.7%
التربية الخاصة	9	18.4%
علم النفس	10	20.4%
آخر	5	10.2%
المجموع	49	100%

يمثل الجدول (9) نسب التخصصات الموجودة في المراكز النفسية البيداغوجية بحيث يحتل تخصص الأرطفونيا النسبة الأكبر والتي تقدر ب 32،7% يليها تخصص علم النفس بوجه عام بنسبة 20،4% بينما تمثل نسبة 18،4% لكلا التخصصين علم النفس العيادي، والتربية الخاصة، والنسبة المتبقية 10،2% تمثل مختلف التخصصات الغير مذكورة سابقا.

4-1-4 - حسب الخبرة المهنية:

الجدول (10):

توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

الخبرة	العدد	النسبة المئوية%
أقل من 5 سنوات	16	32،7%
من 5 إلى 10 سنوات	21	42.9%
من 10 فما فوق	12	24.5%
المجموع	49	100%

من خلال النتائج الموضحة في الجدول (10) يبين أن معظم الأخصائيين خبرتهم المهنية تتراوح بين 5 إلى 10 سنوات حيث تراوحت نسبتهم ب 42،9% أي ما يعادل (21) مختص.

4-1-5- حسب العمل في نفس الميدان:

الجدول (11):

توزيع أفراد العينة في الميدان

العمل في نفس ميدان التخصص	العدد	النسبة المئوية%
نعم	40	81.6%
لا	9	18.4%
المجموع	49	100%

يوضح الجدول (11) خصائص العينة من حيث العمل في نفس ميدان التخصص في المراكز فنجد أن معظم الأخصائيين يعملون في نفس ميدان التخصص حيث بلغت نسبتهم 81،6% أي ما يعادل (40) مختص فهذا العدد يمثل تقريبا عينة الدراسة.

5-أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على استبيان تم تطبيقه بالمقابلة لقياس واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

5-1 الاستبيان بالمقابلة:

يتضمن إجراء التحاور والحديث مع كل عضو من أعضاء الفريق بطريقة فردية وذلك للإجابة على أسئلة الاستبيان والتفصيل بها وشرح مضمونها، والإفادة بمعلومات أكثر دقة، مع تقديم وتوضيح لكل بعد من أبعاد الاستبيان وطلب الإجابة من كل فرد من فريق التخصص على الأسئلة الإضافية لغرض جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة.

5-2 الاستبيان:

5-2-1- وصف الاستبيان:

يتكون هذا الاستبيان من مجموعة من العبارات التي قام بإعدادها كل من الباحثين زعابطة وعاجب (2018) لغرض التعرف على واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية ويتكون من ثلاثة أبعاد:

- 1- يوضح واقع استخدام أساليب تشخيص طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.
- 2- يوضح واقع استخدام استراتيجيات التكفل بطيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.
- 3- يوضح واقع استخدام الاستراتيجيات الداعمة للتكفل بطيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

يتكون الاستبيان من 32 بند مقسم إلى: 14 بند ممثلة للبعد الأول أي أساليب التشخيص، و9 بنود تخص بعد استراتيجيات التكفل، و9 بنود تخص الاستراتيجيات الداعمة للتكفل.

5-2-2- تقديم الاستبيان:

1- الإمكانيات البشرية: ويتم الإجابة عليها بوصف فريق العمل من حيث التخصص والعدد، إضافة إلى عدد الأطفال طيف التوحد.

2- أساليب التعرف والتشخيص: تتم الإجابة على هذا الجزء من خلال بدائل الإجابة التالية: (مطلع عليه، غير مطلع عليه / متوفر، غير متوفر / استخدمه، لا استخدمه)

3- استراتيجيات العلاج والتكفل: تتم الإجابة على هذا الجزء من خلال بدائل الإجابة التالية: (مطلع عليه، غير مطلع عليه / متوفر، غير متوفر / استخدمه، لا استخدمه) كما تم تدعيمه بأسئلة إضافية.

4- النشاطات الداعمة للتكفل: يتم الإجابة على هذا الجزء بنعم / لا (زعابطة، عاجب، 2018، ص60).

5-2-3- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات الأفراد على أساليب التشخيص، واستراتيجيات التكفل، واستخدام النشاطات الداعمة للتكفل، مع إرفاق التكرارات والنسب المئوية باختبار كا² لدلالة الفروق بين العينات المستقلة. للكشف عن الاختلافات بين استجابات الأفراد حول أساليب التشخيص، واستراتيجيات التكفل، واستخدام النشاطات الداعمة للتكفل.

6- حدود الدراسة:

تقتصر حدود هذه الدراسة على عينة مكونة من فريق التشخيص والتكفل لفئة اضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

6-1- مكانيا: لقد تمت هذه الدراسة في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية التابعة لولاية تيزي وزو والتي تتمثل كل من واقنون، الأربعاء ناث اثيراثن، تادميت، ذراع بن خدة. أما ولاية بومرداس فاستطعنا الالتحاق بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين عقليا بتيجلابين.

6-2- زمانيا:

دامت مدة إجراء الدراسة الميدانية في جل المراكز النفسية البيداغوجية من شهر ماي إلى شهر جوان 2021.

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج

التساؤل الأول.

2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج

التساؤل الثاني.

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج

التساؤل الثالث.

4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج

التساؤل الرابع.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الأسئلة المطروحة في الدراسة.

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج السؤال الأول الذي ينص: هل يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟

جدول 12:

استجابات أفراد العينة حول استخدام فريق التخصص أساليب تشخيص أطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية

الرقم	العبارات	استخدمت		لم أستخدم		كا ²
		ت	%	ت	%	
1	الفحوصات الطبية.	27	55,1	22	44,9	0,51
2	التحاليل المتعلقة بالبول والدم للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعن وجود المعادن الثقيلة في الدم.	23	46,9	26	53,1	0,18
3	الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.	29	59,2	20	40,8	1,65
4	الدليل العالمي لتصنيف الأمراض.	20	40,8	29	59,2	1,65
5	مقياس وكسلر لنكاء الأطفال.	21	42,9	28	57,1	1,00
6	قائمة تقدير التكفل بالتوحد (ATEC).	13	26,5	36	73,5	10,79**
7	قائمة التوحد للأطفال دون السنيتين (CHAT).	17	34,7	32	65,3	4,59*
8	قائمة التوحد للأطفال دون السنيتين (المعدل).	13	26,5	36	73,5	10,79**
9	اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP).	14	28,6	35	71,4	9,00**

10	اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP-3).	12	24,5	37	75,5	12,75 **
11	المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI).	21	42,9	28	57,1	1,00
12	مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).	35	71,4	14	28,6	9,00 **
13	مقياس التوحد لجيليام (GARS).	22	44,9	27	55,1	0,51
14	مقياس تقدير السلوك التوحدي (ECA).	13	26,5	36	73,5	10,79 **

**دالة عند 0,01

** دالة عند 0,05

يوضح الجدول رقم (12) أن نسبة استجابة فريق التخصص حول استخدام تقنيات التشخيص الخاصة بأطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية كانت ضئيلة حيث أن أكبر نسبة في استجاباتهم قدرت ب 71.4% وأقل نسبة في استجابات قدرت ب 24.5%. فوفقا لاستجاباتهم فقد استخدموا الفحوصات الطبية بنسبة 55.1% وان كان 0.51=0.05. وهي غير دالة.

والتحليل المتعلقة بالبول للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعدم وجود معادن ثقيلة في الدم فقد بلغت النسبة 46.9% وكان 0.18=0.05. وهي غير دالة. كما قدر الدليل التشخيصي للأمراض النفسية بنسبة 59.2% وكان 1.65=0.05. وهي غير دالة.

أما بالنسبة للدليل العالمي لتصنيف الأمراض فقد بلغت نسبة الاستخدام 40.8% وكان 1.65=0.05. وهي غير دالة.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال بلغت نسبة الاستجابة 42.9% وكان 1.00=0.05. وبالتالي وهي غير دالة.

أما قائمة تقدير التكفل بالتوحد ATEC فقد بلغت نسبة الاستجابة 26.5% و $\chi^2=10.79$ و $P<0.01$ وهي دالة.

قائمة التوحد دون السنيتين CHAT بلغت نسبة الاستجابة 34.7% و $\chi^2=4.59$ و $P<0.05$ وهي دالة.

في حين قد تمثلت نسبة الاستجابة حول قائمة الأطفال دون السنيتين معدل 26.5%. $\chi^2=10.79$ و $P<0.01$ وبالتالي هي دالة. واختبار تقييم القدرات النفسية التعليمية PEP فقد بلغت نسبة الاستجابة 28.6% و $\chi^2=9.00$ أي $P<0.01$ وبالتالي فهي دالة. واختبار تقييم القدرات النفسية التعليمية PEP-3 فقد بلغت نسبة الاستجابة 24.5% و $\chi^2=12.75$ أي $P<0.01$ وبالتالي فهي دالة. والمقابلة التشخيصية للتوحد ADI تراوحت نسب الاستجابة ب 42.9% فإن $\chi^2=1.00$ و $P>0.05$ وهي غير دالة.

أما بالنسبة لمقياس تقدير التوحد الطفولي CARS فقد قدرت نسبة استجابة ب 71.4% و $\chi^2=9.00$ فإن $P<0.01$ وهي دالة.

ومقياس تقدير التوحد الطفولي لجليام GARS بنسبة 44.9% و $\chi^2=0.51$ و $P>0.05$ وهي غير دالة. أما مقياس تقدير السلوك التوحيدي ECA فقد بلغت نسبة الاستجابة 26.5% و $\chi^2=10.79$ فإن $P<0.01$ وهي دالة.

في حين كانت استجابات فريق التخصص مقارنة بين الذين استخدموا والذين لم يستخدموا، حيث كانت نسب التقارب تقتصر على الفحوصات الطبية بنسبة 55.1% مقابل 44.9% والتحليل المتعلقة بالبول للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعدم وجود معادن ثقيلة في الدم فقد بلغت بنسبة 46.9% مقابل 53.1%.

وبالتالي فإن وفقاً لاستجابات فريق التخصص يلاحظ أنه لم يستخدم معظم تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية حيث تراوحت النسب بين (65.3%) و (75.5%).

اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة زعابطة وعاجب (2018) التي هدف هذه الدراسة الكشف عن واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، حيث توصلت النتائج إلى أن استخدام أساليب التشخيص ضئيلة جدا.

ويمكن تفسير هذه النتائج على أن حالات اضطراب طيف التوحد التي توجه إلى المراكز مصحوبة بتشخيص مسبق وهذا راجع كون أن جميع المراكز لا تتوفر على طبيب الأعصاب وطبيب الأمراض العقلية، ونقص في نسب وجود الأخصائيين والمكلفين في التشخيص عن حالات اضطراب طيف التوحد، مما يمكن تفسيرها أيضا أن فريق التخصص يقتصر فقط بالاطلاع إلى تقنيات التشخيص وذلك من خلال الاجتهاد الشخصي للمتخصصين عن طريق الانترنت مما يجعلها غير موثوقة للاستخدام، إضافة إلى ذلك أن قلة الاستخدام لهذه التقنيات راجع إلى الاحتياج الضروري للدورات التكوينية في كيفية تطبيقها والاستخدام الأحسن لها، وهذا عائد إلى ندرة تلقي المختصين لتكوينات خاصة وأن معظم الأخصائيين خبرتهم المهنية الأقل من 5 سنوات تمثل نسبة 32.7% و 5 إلى 10 سنوات بنسبة 42.9% ما يفسر بأن نقص الخبرة المهنية تؤدي بدورها إلى نقص في التكوين والتعرف أكثر بهذا الاضطراب والعكس صحيح.

2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج السؤال الثاني الذي ينص على: هل تتوفر تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟

جدول 13:

استجابات أفراد العينة حول توفر أساليب تشخيص أطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية

الرقم	العبارات	متوفرة		غير متوفرة		كا ²
		ت	%	ت	%	
1	الفحوصات الطبية.	46	93,9	3	6,1	37,73**

2	التحاليل المتعلقة بالبول والدم للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعن وجود المعادن الثقيلة في الدم.	36	73,5	13	26,5	**10,79
3	الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.	34	69,4	15	30,6	**7,36
4	الدليل العالمي لتصنيف الأمراض.	23	46,9	26	53,1	0,18
5	مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.	35	71,4	14	28,6	**9,00
6	قائمة تقدير التكفل بالتوحد (ATEC).	17	34,7	32	65,3	*4,59
7	قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (CHAT).	23	46,9	26	53,1	0,18
8	قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (المعدل).	17	34,7	32	65,3	*4,59
9	اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP).	16	32,7	33	67,3	*5,89
10	اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP-3).	18	36,7	31	63,3	3,44
11	المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI).	24	49,0	25	51,0	0,02
12	مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).	34	69,4	15	30,6	**7,36
13	مقياس التوحد لجيليام (GARS).	26	53,1	23	46,9	0,18
14	مقياس تقدير السلوك التوحدي (ECA).	17	34,7	32	65,3	*4,59

** دالة عند 0,01

** دالة عند 0,05

يوضح الجدول (13) أن هناك تباين واختلاف في توفر وعدم توفر أساليب تشخيص أطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، حيث كانت نسب استجابتهم للاستراتيجيات المتوفرة تراوحت بين 93.9% وأصغر نسبة 32.7% فوفقا لاستجاباتهم فقد توفرت المراكز على

الفحوصات الطبية بنسبة 93.9% و $\chi^2=37.73$ ، التحاليل المتعلقة بالبول والدم للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعن وجود المعادن الثقيلة في الدم بنسبة 73.5% و $\chi^2=10.79$ ، الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية بنسبة 69.4% و $\chi^2=7.36$ ، مقياس وكسلر لذكاء الأطفال بنسبة 71.4% و $\chi^2=9.00$ ، وقائمة تقدير التكفل بالتوحد ATEC بنسبة 34.7% و $\chi^2=4.59$ وقائمة التوحد دون السنيتين المعدل 34.7% و $\chi^2=4.59$. اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية PEP تراوحت نسب الاستجابة 32.7% و $\chi^2=5.89$ ومقياس تقدير التوحد الطفولي CARS بنسبة 69.4% و $\chi^2=7.36$ أما مقياس تقدير السلوك التوحيدي ECA تراوحت نسبة الاستجابة 34.7% و $\chi^2=4.59$.

وبالتالي فإن نسب استجابات فريق التخصص حول توفر أساليب التشخيصية في المراكز النفسية البيداغوجية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 لأن القيم الاحتمالية جاءت أصغر من 0.01 أي $P<0.01$.

أما فيما يخص استجابات فريق التخصص حول الدليل العالمي لتصنيف الأمراض وقائمة التوحد للأطفال دون السنيتين CHAT فقد كانت نسب الاستجابة قدرت ب 46.9% و $\chi^2=0.18$. أما نسب استجاباتهم لمقياس تقدير القدرات النفسية والتعليمية PEP-3 قدرت نسب الاستجابة 36.7% و $\chi^2=3.44$. أما المقابلة التشخيصية للتوحد ADI قدرت نسب الاستجابة ب 49.0% و $\chi^2=0.02$. ومقياس التوحد لجيليام GARS تمثلت نسب الاستجابة ب 53.1% و $\chi^2=0.18$. وبالتالي فإن هذه النسب في الاستجابة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 لأن القيم الاحتمالية جاءت أكبر من 0.05 أي $P>0.05$.

في حين أن استجابات فريق التخصص حول عدم توفر أساليب التشخيص بالمراكز النفسية البيداغوجية كانت نسبهم متقاربة في بعض التقنيات مثل الدليل العالمي لتصنيف الأمراض بنسبة 46.9% مقابل 53.1% وقائمة التوحد للأطفال دون السنيتين (CHAT) بنسبة 46.9% مقابل 53.1%، المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI) بنسبة 49.0% مقابل 51.0%)، مقياس

التوحد لجليام (GARS) بنسبة 53.1 مقابل 46.9%، وكانت الاختلافات في استجابات فريق التخصص حول توفر الأساليب التشخيصية بالمراكز غير دالة إحصائياً لأن القيم الاحتمالية جاءت أكبر من 0.05.

وبالتالي فإن وفقاً لنسب استجابات فريق التخصص فإن المراكز لا تتوفر على أساليب التشخيص حيث اقتصر فقط على توفر الفحوصات الطبية، والتحليل المتعلقة بالبول والدم للكشف عن المعادن المثيرة للحساسية وعن وجود معادن ثقيلة بالدم، مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.

ومنه وللإجابة على التساؤل فإن المراكز النفسية لا تتوفر على التقنيات اللازمة والضرورية لتشخيص اضطراب طيف التوحد. ويمكن تفسير ذلك على أن هؤلاء الأطفال يواجهون إلى المراكز بتشخيص مسبق في المستشفيات وبالتالي لا يقومون بإعادة التشخيص بالتقنيات المعدة لذلك ويمكن أن يرجع هذا النقص في التوفر إلى قلة المختصين الذين تلقوا دورات تكوينية حول طيف التوحد. إضافة إلى أن بعض التقنيات والاختبارات التشخيصية تكون مكلفة للمراكز لاقتنائها مع الحاجة إلى التدريب على كيفية استخدامها.

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج السؤال الذي ينص على توفر استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب بالاضطراب طيف التوحد؟

الجدول 14:

استجابات أفراد العينة حول توفر استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية

الرقم	العبارات	متوفرة		غير متوفرة		ن
		ت	%	ت	%	
1	استراتيجية برنامج علاج وتربية الأطفال التوحيين والمعاقين تواصلها TEACCH.	44	89,8	5	10,2	31,04 **

2	التحليل السلوكي التطبيقي ABA	42	85,7	7	14,3	**25,00
3	نظام التواصل بتبادل الصور P.E.C.S	43	87,8	6	12,2	**27,93
4	النمو المبني على الجانب العلائقي DIR.	13	26,5	36	73,5	**10,79
5	العلاج بالحمية الغذائية.	33	67,3	16	32,7	*5,89
6	وضع خطة فردية لكل طفل.	44	89,8	5	10,2	**31,04
7	التدريب السمعي المتكامل (AIT).	20	40,8	29	59,2	1,65
8	العلاج بالتكامل الحسي (SIT).	25	51,0	24	49,0	0,02
9	تنمية مهارات العناية بالذات autonomie.	43	87,8	6	12,2	**27,93

** دالة عند 0,01

** دالة عند 0,05

يبين الجدول رقم(14) استجابات فريق التخصص حول توفر استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية حيث كانت استراتيجية برنامج علاج وتربية الأطفال طيف التوحد والمعاقين تواصليا TEACCH واستراتيجية وضع الخطة الفردية لكل طفل الأكثر توفرا في المراكز النفسية وذلك بنسبة 89.8% والتي جاءت قيمة كا² المحصلة تساوي 31.04 وهي أصغر من 0.01 أي $P < 0.01$ وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 لأن القيمة الاحتمالية اصغر من 0.01.

ثم تليها استراتيجية تنمية مهارات العناية بالذات Autonomie وبرنامج نظام تواصل بتبادل الصور P.E.C.S بنسبة 87.8% والتي جاءت قيمة كا² تساوي 27.93 وهي أصغر من 0.01 أي $P < 0.01$ وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 لأن القيمة الاحتمالية اصغر من 0.01.

ثم تليها استراتيجية التحليل السلوكي التطبيقي ABA بنسبة 85.7% بقيمة كا² التي قدرت ب 25.00 وهي دالة عند 0.01 لأن $P < 0.01$.

وتأتي استراتيجية العلاج بالحمية الغذائية بنسبة 67.3% والتي جاءت قيمت كا² = 5.89 وهي دالة عند 0.01 لأن $P < 0.01$.

واستراتيجية النمو المبني على الجانب العلائقي DIR لم تتجاوز نسبة التوفر بالمراكز النفسية البيداغوجية 26.5%. بقيمة كا² التي قدرت 10.79 وهي دالة عند 0.01 لأن $P < 0.01$. أما استراتيجية العلاج بالتكامل الحسي SIT كانت نسبة الاستجابة فيها 51.0% وقيمة كا² = 0.02 وبالتالي هي غير دالة عند 0.05 لأن $P > 0.05$. في حين تبقى استراتيجية التدريب السمعي المتكامل AIT التي قدرت نسب الاستجابة ب 40.8% وقيمة كا² = 1.65 وبالتالي هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 لأن $P > 0.05$.

ومنه وللإجابة على التساؤل الذي نص: هل تتوفر استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال طيف التوحد

فإن معظم المراكز النفسية قد تتوفر على استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، والتي تراوحت نسب الاستجابة بين (89.8%) و(67.3%).

اتفقت هذه النتائج مع دراسة زعابطة وعاجب (2018) التي أجريت في البيئة المحلية وهدفت إلى الكشف عن واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتوصلت نتائجها إلى أن نسبة التوفر في المراكز أجريت عليها الدراسة فهي مرتفعة. واتفقت كذلك مع دراسة اتسام بوشلاغم (2016) التي أجريت في البيئة المحلية وهدفت إلى الكشف عن واقع التكفل الأرطفوني بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد أظهرت النتائج أن المراكز مجهزة بوسائل واستراتيجيات للتكفل بهذه الفئة وتدريبهم.

يمكن تفسير هذه النتائج بكون أن معظم المراكز النفسية البيداغوجية تتوفر على استراتيجيات التكفل بالطفل طيف التوحد المتعلقة بتعليمهم المهارات الأساسية في العناية بالذات والتواصل ، والتي تتمثل في برنامج TEACCH الذي يهدف أساسا على التعاون مع أولياء الأطفال والفريق المختص الذي يسعى إلى تنمية المهارات الأساسية كالتقليد، المهارات الاجتماعية واللفظية، كما يساعد هذا البرنامج مع الوضع والإجراءات الخاصة بوباء COVID الذي يقتضي تخفيض ساعات التدريب في المراكز وبالتالي هذا البرنامج يساعد الأولياء في التعامل مع أبنائهم، وبرنامج ABA الذي يعد من الطرق الواسعة الانتشار والتي يستند على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية للعالم سكينر في عملية التعليم عام 1938، حيث يهدف هذا البرنامج إلى تقديم دروس فردية للطفل تتزامن مع الاحتياجات الخاصة له. وكذلك توفر برنامج P.E.C.S لتعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على التواصل اللفظي والاعتماد على التدريب البصري باستخدام الصور ويستخدم هذا البرنامج باعتباره لا يحتاج إلى خبرة ومهارة في تطبيقه من طرف فريق التخصص وغير مكلف للمراكز عند اقتنائه. كما أن المراكز تتوفر على مهارات العناية بالذات وبرنامج وضع الخطة الفردية لكل طفل، العلاج بالحمية الغذائية كون أن هذه المراكز تهدف وترتكز أساسا على تعليمهم التربية الاعتيادية وجميع الأنشطة المتعلقة بالحياة اليومية والتي لا يمكن تحقيقها إلا بوضع خطة تتناسب مع كل طفل.

4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج السؤال الرابع الذي ينص على الاختلاف بين

المؤسسات النفسية البيداغوجية في استخدام استراتيجيات التكفل؟

جدول 15:

للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار كا² للكشف عن دلالة الاختلاف في استخدام استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد بين المؤسسات النفسية البيداغوجية، مع إرفاق اختبار كا² بالتكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة في استراتيجيات التكفل في المؤسسات

النفسية البيداغوجية. والجدول رقم (15) يوضح نتائج اختبار كا2 للاختلاف في استخدام استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد بين المؤسسات النفسية البيداغوجية:

جدول (15): نتائج اختبار كا² للفروق في لاستجابات أفراد العينة حول استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية

الرقم	العبارات	المؤسسات	ذراع بن خدة		واقنون		الأربعاء نايت إراثن		تادميت		تيجلابين		قيمة كا ²	القيمة الاحتمالية
		الاستجابة	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت			
1	استراتيجية	استخدمت	05	12,8	07	17,9	12	30,8	05	12,8	10	25,6	4,947	0,422
	برنامج علاج وتربية الأطفال التوحيدين والمعاقين تواصلنا TEACCH.	لم أستخدم	00	00	02	20	06	60	00	00	02	20		
2	التحليل السلوكي	استخدمت	05	14,3	07	20,0	10	28,6	05	14,3	08	22,9	6,86	0,231
	التطبيقي ABA	لم أستخدم	00	0,0	02	14,3	08	57,1	00	0,0	04	28,5		
3	نظام التواصل	استخدمت	05	12,5	08	20,0	13	32,5	05	12,5	09	22,5	4,982	0,412
	بتبادل الصور P.E.C.S	لم أستخدم	00	0,0	01	11,1	05	55,6	00	0,0	03	33,3		
		استخدمت	01	14,3	00	0,0	03	42,9	01	14,3	02	28,6	2,45	0,784

		23,8	10	9,5	04	35,7	15	21,4	09	9,5	04	لم أستخدم	النمو المبني على الجانب العلائقي DIR.	4
0,577	3,811	28,5	08	10,7	03	28,6	08	17,9	05	14,3	04	استخدمت	العلاج بالحمية الغذائية.	5
		19,0	04	9,5	02	47,6	10	19,0	04	4,8	01	لم أستخدم		
0,969	0,918	25,6	11	9,3	04	37,2	16	18,6	08	9,3	04	استخدمت	وضع خطة فردية لكل طفل.	6
		16,7	01	16,7	01	33,3	02	16,7	01	16,7	01	لم أستخدم		
0,941	1,238	22,3	04	11,1	02	38,9	07	22,2	04	5,6	01	استخدمت	التدريب السمعي المتكامل (AIT).	7
		25,8	08	9,7	03	35,5	11	16,1	05	12,9	04	لم أستخدم		
0,692	3,05	26,0	06	4,3	01	34,8	08	26,1	06	8,7	02	استخدمت	العلاج بالتكامل الحسي (SIT).	8
		23,0	06	15,4	04	38,5	10	11,5	03	11,5	03	لم أستخدم		
0,639	3,40	23,3	10	11,6	05	34,9	15	20,9	09	9,3	04	استخدمت	تتمية مهارات العناية بالذات autonomie.	9
		33,3	02	0,0	00	50,0	03	0,0	00	16,7	01	لم أستخدم		

يوضح الجدول (15) أن قيم كا2 غير دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في كل استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد، حيث أن كل القيم الاحتمالية جاءت أكبر من مستوى الدلالة 0,05 ($p > 0,05$). كشفت هذه النتائج على أنه لا يوجد اختلاف دال احصائياً عند مستوى 0,05 في استخدام استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد بين المؤسسات النفسية البيداغوجية. وقد أكدت النسب المئوية لاستجابات فريق التخصص حول لاستخدامهم أو عدم استخدامهم لاستراتيجيات التكفل بأطفال التوحد مقارنة بين مختلف المؤسسات النفسية البيداغوجية التي أجريت فيها الدراسة. فاستجابات فريق التخصص حول استخدام (أو تطبيق) استراتيجيات التكفل لا تختلف بشكل دال احصائياً عند 0,05 بين المؤسسات النفسية البيداغوجية (ذراع بن خدة، واقنون، الاربعاء نايت ايراثن، تادميت، تيجلابين). وبالتالي فإن اختلاف المؤسسات النفسية البيداغوجية التي يشتغل فيها فريق التخصص لا يؤثر على استخدامهم لاستراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد. وبناء على ما تقدّم توصلت نتائج التساؤل على عدم وجود اختلاف في استخدام استراتيجيات التكفل بأطفال طيف التوحد بين المؤسسات النفسية البيداغوجية.

ويمكن تفسير هذه النتائج إلى أن هذه المراكز تشترك في تحقيق هدف واحد في عملية التكفل والذي يتمثل في تحقيق الاستقلالية بالدرجة الأولى، وتعلم التواصل اللفظي والتواصل الاجتماعي لفئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

خلاصة الفصل:

بعد عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج هذه الدراسة تبين أن فريق التخصص لم يستخدم معظم تقنيات التشخيص لأن معظم المراكز لا تتوفر على تقنيات للتشخيص، وقد تبين كذلك توفر استراتيجيات التكفل في المراكز وعدم وجود اختلاف في استخدام هذه الاستراتيجيات بين المراكز.

الاستنتاج العام:

تتناول هذه الدراسة واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية.

وقد تبين من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة أن فريق التخصص لم يستخدم معظم تقنيات التشخيص مما يثبت جواب السؤال الأول الذي تمثل هل يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟

كما تبينت النتائج إلى عدم توفر المراكز النفسية البيداغوجية لتقنيات اللازمة والضرورية لتشخيص اضطراب طيف التوحد، مما يشير إلى الإجابة على السؤال الثاني المتمثل في: هل تتوفر تقنيات التشخيص في المراكز النفسية البيداغوجية؟

وتبينت أيضا النتائج أن معظم المراكز النفسية البيداغوجية تتوفر على الاستراتيجيات اللازمة للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ما يبين الإجابة على السؤال الثالث الذي ينص على: هل تتوفر استراتيجيات التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية؟

أما بالنسبة للاختلاف بين المراكز في استخدام استراتيجيات التكفل فقد أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في استخدام استراتيجيات التكفل في المراكز النفسية البيداغوجية.

وفي الأخير وبعد التعرف على واقع التشخيص والتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية يمكن أن نخرج بجملة من الاقتراحات المتمثلة في:

- توفير استراتيجيات التكفل اللازمة والضرورية في مختلف المراكز النفسية البيداغوجية.
- تكثيف في تنظيم الدورات التدريبية حول تقنيات تشخيص اضطراب طيف التوحد لضمان الاستخدام الصحيح للمقاييس والتقنيات.

- توفير الإمكانيات البشرية في المراكز النفسية البيداغوجية من طبيب للأمراض العقلية، طبيب الأعصاب.

- تكثيف الدراسات المتعلقة بواقع التشخيص والتكفل المؤسساتي لطفل طيف التوحد.

- تدعيم المراكز بأهم الأدوات والتقنيات الخاصة، إضافة إلى أقسام مبرمجة للتكفل بهذه الفئة.
- تطوير مهارات الأخصائيين المتكفلين بتكيف طرق التكفل الخارجية وتطبيقها على بيئتنا.
- زيادة التوعية بهذه الفئة وتوصيلها للسلطات لكي تفتح لهم مراكز خاصة بأطفال التوحد.

خاتمة:

تتمحور هذه الدراسة حول موضوع واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية، لما شاهده هذا الاضطراب من انتشار واسع وما ينجم عنه من اثار سلبية على الطفل من ناحية سلوكاته او على أسرته او المجتمع بصفة عامة، حيث تم السعي في الدراسة الحالية على التعرف بأهم الوسائل والأساليب التشخيصية التي يتم بها تشخيص والكشف عن اضطراب طيف التوحد، إضافة الى اهم طرق واستراتيجيات التكفل المعمول بها وطنيا وعالميا في التكفل داخل المركز البيداغوجية الخاصة بهذه الفئة وبذلك فإن التشخيص والتكفل المتأخر قد يفاقم من مشكلة انتشار طيف التوحد، كما يؤدي بدوره إلى صعوبة العلاج وظهور مشكلات أخرى لدى الطفل.

المراجع:

- أبوزعيزع، عبد الله. (2009). *أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظري والتطبيقي* (ط1). دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. الأردن.
- إلهامي، عبد العزيز. (1999). *تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا* (ط1). دار الكتاب الجامعي. الإمارات العربية المتحدة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد. (2010). *التوحد ونظرية العقل* (ط1). دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- البار، عبد الله، روس عبد، روان (2016). *فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد* [أطروحة لنيل شهادة الماجستير]. جامعة المملكة السعودية.
- البطاينة، محمد أسامة، وزياب جراح، عبد الناصر، غوانمة، محمود مأمون. (2007). *علم النفس الطفل الغير عادي* (ط1). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. الأردن.
- بن خطاب، عمر. (2001). *الأسباب الدفاعية في علاج التوحد معوقات الطفولة*. جامعة الأزهر. القاهرة.
- بوجمعة، ليندة. (2014). *التدخل المبكر للتوحد دراسة ميدانية لحالتين باستعمال نموذج "Denwer"* [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر]. جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- بوروبة، أمال. (2018). *مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس الفحص النفسي*، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2.
- بوشلاغم، إيتسام. (2016). *واقع التكفل الأرطفوني بالطفل التوحد* [مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر].
- بوشيل وآخرون. (2004). *الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. (ط1). ترجمة كريمان بدر. عالم الكتب. القاهرة.

- تامر فرح، سهيل. (2005). التوحد، التعريف، الأسباب، التشخيص، العلاج (ط1). دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع. عمان.
- التميمي، رافد صباح. (2017). الوحم الشاذ لدى أطفال التوحد. الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة جامعة ديالى. المجلد الحادي عشر، عدد خاص ص ص 13-58 نيسان 2017 ISSN 1998-6424
- الحصان، منى محمد. (2014). فاعلية برنامج قائم على الانتباه المشترك لتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد بمحافظة الطائف [أطروحة ماجستير]. كلية التربية. قسم علم النفس. جامعة أم بواقي.
- الحلبي، سوسن شاكر. (2005). التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه (ط1). مؤسسة علاء الدين. دمشق.
- خطاب، محمد أحمد. (2005). سيكولوجية الطفل ذوي اضطراب التوحد. دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان.
- الخطيب، جمال. (2005). مقدمة في الإعاقة العقلية (ط2). دار الفكر للنشر. عمان.
- الخطيب، عمر (2001). الأسباب الدفاعية في علاج التوحد. مجلة معوقات الطفولة. جامعة الأزهر. القاهرة.
- دخيل، مهدي كاظم. (2017). التوحد مفهومه، أسبابه، أعراضه، علاجه، الكتاب السنوي لمراكز أبحاث الطفولة والأمومة، جامعة ديالى. مجلد 11، عدد الخاص 59-80 ISSN1998-6424
- زعابطة، سيرين هاجر، عاجب، بومدين. (2015). واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في الجزائر. مجلة دراسات لجامعة عمار ثلجي الأغواط. العدد 62. 47-64.
- شاكر مجيد، سوسن. (2010). التوحد أسبابه خصائصه، تشخيصه، علاجه. دار دييونو للنشر والتوزيع. عمان.

- الشامي، وفاء علي. (2004). *خفايا التوحد*. الجمعية الخيرية السنوية. مركز جدة للتوحد.
- الشخص، عبد العزيز السيد، الدماطي، عبد الغفار عبد الحكيم. (1992). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين (ط1). قسم الصحة النفسية كلية التربية، جامعة عين شمس.
- شعبان، هبا. (2015). *تقنين مقياس جيليام لتشخيص التوحد GARS* [رسالة معدة لنيل درجة الماجستير] في قياس والتقويم التربوي والنفسي. جامعة دمشق.
- العابدي، رائد خالد. (2006). *التوحد*. مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع. الأردن.
- العزامي، عبد الناصر. (2007). *الإعاقة العقلية (ط1)*. عمان. دار الفكر للنشر.
- عزوز، إسمهان. (2016). *دراسة الحالة للسنة الثالثة عيادي محاضرة*، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2.
- عمارة، علي، السيد، ماجد. (2005). *إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي (ط1)*. مكتبة زهراء الشرق للنشر. القاهرة.
- العمري، أحمد عبد الرحيم أحمد. (2019). *استخدام البرو فيل النفسي التربوي PEP3 في التشخيص الفارق لمستويات طيف التوحد في ضوء DSM5*. مجلة الطفولة. العدد 32.
- الغرير، أحمد نايل. (2016). *فاعلية البرامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات*. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية. العدد 25.
- فيرود، طاهر، مزوز، بوكري. (2021). *برامج التكفل باضطراب طيف التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف، أساليب التكفل*.
- القمش، مصطفى نوري، المعاينة، خليل عبد الرحمن. (2014). *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة (ط6)*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- محمد، عادل عبد الله. (2010). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية (ط1). دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع. القاهرة.
- مروان عطية، معجم المعاني الجامع، معجم عربي عربي، معجم إلكتروني:
<http://www.almaangy.com>
- المشرفي، انشراح. (2006). الاكتشاف المبكر لإعاقة الطفولة. مكتبة الإسكندرية للنشر. مصر.
- مصطفى، أحمد صادق، الخميسي، السيد سعد. (2003). دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد. كلية المعلمين بمحافظة جدة. جامعة الملك عبد العزيز.
- مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني، السيد كامل. (2010). التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج (ط1). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني
- النجار، خالد عبد الرزاق. (2008). حقيبة تدريبية أكاديمية دراسة حالة، مركز التنمية الأسرية، جمعية البر في الأحساء.
- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2013). ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم (ط1). دار المناهج للنشر والتوزيع.

المراجع بالإنجليزية:

- Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders(third edition DSM-3)(1980).American Psychiatric Association.
- Hallahan, Daniel. Kauffman, james. (2006). Exceptionnel learns. Introduction to special education. Prentic-hall.imc.Englewood cliffs.new jersey,USA.

- Horoviz.M.(2010).communication defiets in babies and infants with autism and pervasive developmental disordess not othheruse specifed(pdd-n05). Un published master thesis. The departuent of psychology. Univirsity of Florida.
- Manuel Diagnostique est statistique des troubles menteux(1994).4éme edition : American Psychiatric Association.version françai ed-Masson,paris.
- Baranek,G.(2002). Efficay of sensory and motor interventions for children with autism. Journal of autism and developmental disorders, 32, 397,422.
- Sherman, Davide, A. (2007).Autism. Assertinge your child's right to special education. Lynne Amold.

المراجع بالفرنسية:

- Rogé Bernadatte. (2003). Autisme comprendre et agir santé, education,insertion,préface de j.f chossy.dnnod. Paris.
- Yarsin a lexandre. (2007). CARS Child hood autism rating scale. echelle d'évalution on de l'autisme infantile centre ressources autisme. [http://www. Cra5962.org](http://www.Cra5962.org)
- Americian psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux

الملاحق

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
تخصص تربية خاصة وتعليم مكيف

معلومات شخصية

الجنس: أنثى ☐ ذكر ☐

الخبرة المهنية: اقل من 5 سنوات ☐ بين 5 إلى 10 سنوات ☐ من 10 سنوات فما أكثر: ☐

المهنة في المركز:

شهادة التخصص:

سيدتي، سيدي الفاضل(ة):

في إطار إنجاز مذكرة بحث لنيل شهادة الماستر في التربية الخاصة والتعليم المكيف أرجو من سيادتكم إفادتنا بخبرتكم حول موضوع "واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بالمراكز النفسية البيداغوجية".

نضع بين أيديكم هذه الاستمارة لإبداء رأيكم عن كل فقرة، ونرجو من سيادتكم الإجابة عن كل سؤال من أسئلة الاستبيان، علما أن هذه المعلومات ستستغل لغرض البحث العلمي شكرا لتعاونكم.

ملاحظة: تكون الإجابة بوضع علامة (x) أمام الإجابة المناسبة.

الجدول رقم (01): يوضح خصائص العينة

عدد حالات	سن الأطفال المتكفل بهم	عدد الأطفال المتكفل بهم	عدد المختصين في التخصصات التالية:						المركز الطبي البيداغوجي
			معلم التربية الخاصة	طبيب الأمراض العقلية	طبيب عام	مختص اجتماعي	مختص ارطفوني	مختص نفسي	
									تيزي وزو
									واقنون
									الأربعاء نايثيراشن
									تادميت
									ذراع بن خدة
									بومرداس
									تيجلابين

أنواع حالات التوحد المتكفل بهم.

أذكرها:

.....

**جدول (02) يوضح واقع استخدام أساليب تشخيص طيف التوحد في المراكز النفسية
البيداغوجية**

أداة التشخيص	اطلعت عليها	لم اطلع عليها	متوفرة	غير متوفرة	استخدمت	لم تستخدم
الفحوصات الطبية						
التحاليل المتعلقة بالبول والدم للكشف عن المواد الغذائية المثيرة للحساسية وعن وجود المعادن الثقيلة في الدم.						
الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.						
الدليل العالمي لتصنيف الأمراض.						
مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.						
قائمة تقدير التكفل بالتوحد (ATEC).						
قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (CHAT).						
قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (المعدل).						
اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP).						
اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP-3).						
المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI).						
مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).						
مقياس التوحد لجيليام (GARS).						
مقياس تقدير السلوك التوحيدي (ECA).						

جدول رقم (03): يوضح واقع استخدام استراتيجيات التكفل بطيف التوحد في المراكز النفسية

البيداغوجية

استراتيجيات التكفل والعلاج	اطلعت عليها	لم أطلع عليها	متوفرة	غير متوفرة	استخدمت	لم تستخدم
إستراتيجية برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين والمعاقرين تواصليا TEACCH						
التحليل السلوكي التطبيقي ABA						
نظام التواصل بتبادل الصور P.E.C.S						
النمو المبني على الجانب العلائقي DIR						
العلاج بالحمية الغذائية						
وضع خطة فردية لكل طفل						
التدريب السمعي المتكامل (AIT)						
العلاج بالتكامل الحسي (SIT)						
تنمية مهارات العناية بالذات autonomie						

جدول رقم (04): يوضح واقع استخدام النشاطات الداعمة للتكفل بطيف التوحد في المراكز اقيسفنل

الببداغوبية

لا	نعم	النشاطات الداعمة للتكفل
		تنظيم برامج ومسابقات رياضية وترفيهية للأطفال بمشاركة أسرهم.
		تنمية المهارات المختلفة المتعلقة بالرسم، الموسيقى، والرياضة، واللعب الجماعي.
		تنظيم أيام تحسيسية حول التوحد.
		تنظيم برامج لتعليم وتوعية أسر الأطفال المتوحدين وذلك لتحسين عملية التكفل بالطفل المتوحد.
		إشراك أسر التوحدين في العملية التحسيسية.
		دمج الأسرة في عملية التكفل وتعليم الطفل التوحي.
		تنظيم أيام للتواصل بين أسر الأطفال التوحدين لتبادل الخبرات.
		إقامة دورات تكوينية حول الوسائل الحديثة في علاج التوحد.
		تنظيم أيام للتواصل بين الأطفال التوحدين وأسره من جهة، والأطفال العاديين وأسره من جهة أخرى للتحسيس بضرورة الدمج.