جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس

إعداد

حنين عمر حسن البنا

إشراف

د. فايز محاميد

قدمت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة التربوية بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2017

درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس

إعداد

حنين عمر حسن البنا

نُوقشت هذه الأطروحة بتاريخ: 14/ 12 /2017 وأُجيزت.

أسماء اللجنة المناقشة	التواقيع
- د. فايز محاميد / مشرفاً ورئيساً	.....
- د. سامي باشا/ ممتحناً خارجياً	.....
- د. فاخر الخليلي / ممتحناً داخلياً	.....

الإهداء

إلى والدي الغالي، الذي شجعني دائماً على العلم والتعلم . . .

إلى نبع الحنان . . أمي . . التي ظلت تساندي بدعائها طيلة هذه الفترة . .

إلى زوجي الحبيب، الذي كان له الفضل بعد الله سبحانه وتعالى في استكمال تعليمي وإنجاز هذه الدراسة، وتحقيق حلمي الذي طالما سعيت إليه . .

إلى أبنائي وبناتي الذين تحملوا معي مشقة العلم والتعلم . . .

إلى أهلي جميعاً وأحبتي . .

إلى كل أم لديها طفل مصاب باضطراب طيف التوحد . .

إلى المرشدين التربويين والمرشدات والمعلمين والمعلمات . .

إلى كل المهتمين بذوي الاحتياجات الخاصة . . .

راجيةً من الله عز وجل أن يتقبل هذا الجهد ، وأن يجعله في ميزان حسناتي،

وأن ينفع بها أطفال التوحد وأسرهم، وأن تكون بصمة مميزة في هذا المجال.

والله ولي التوفيق . .

الباحثة

حنين عمر حسن البنا

الشكر والتقدير

الحمد لله صاحب النعم، والشكر له تعالى صاحب الفضل والمنة، أن يسر لي طريق العلم والتعلم، وأسأله تعالى أن يجعله العلم النافع، وأن يزيدني منه، ويرزقني أجره.
وبعد ..
فيطيب لي وقد منَ الله علي بإكمال هذه الدراسة أن أرد الجميل إلى أهله، وأنسب الفضل إلى أصحابه، انطلاقا من قول الرسول صلى الله عليه وسلم: (لا يشكر الله من لا يشكر الناس). رواه الترمذي.
بدايةً أتقد بالشكر والتقدير للصرح العلمي الشامخ بجامعة النجاح الوطنية، كما أقدم شكري لكلية التربية وقسم الإدارة التربوية.
وبأصدق العبارات وأوفاها أتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور الفاضل/ فايز محاميد، لإشرافه على هذه الرسالة، وتقديمه كل ما أحتاجه من النصح والمشورة والتوجيهات القيمة، وأسأل الله أن يجزيه خير الجزاء.
كما أتقدم ببالغ الشكر والاحترام لأعضاء لجنة المناقشة، الدكتور سامي باشا، والدكتور فاخر الخليلي، لما بذلوه من جهد ووقت في تقويم هذه الدراسة، وسيكون لتوجيهاتهم القيمة أثر كبير في إثراء هذه الدراسة.
والشكر موصول ومقدم لجميع أساتذتي في كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية.
ويسرني أيضا أن أتقدم بأكبر برقية شكر للدكتور القدير/ سامي باشا، مُبتكر أداة باشا (BAT) للتشخيص السلوكي، والذي لم يتوانَ لحظة في تقديم يد المساعدة والنصح طيلة فترة إجراء هذه الدراسة، وعلى طول نفسه في تدريبي على الأداة، وإعطائي جزء كبير من وقته الثمين في الشرح والتفسير كلما احتجت لذلك، سائلة المولى أن يجزيه عني خير الجزاء..
كما أشكر مدراء ومعلمات رياض الأطفال على تعاونهم معي في تطبيق هذه الدارسة في مدارسهم.

وأخيرا.. أسجل شكر وعرفان خاص جدا لزوجي الذي كان له الفضل الكبير بعد الله تعالى في أنجاز هذه الدراسة بدعمه وتشجيعه حتى وهو معتقل في سجون الاحتلال الصهيوني.

لكل هؤلاء أقول.. شكرا لكم جميعاً، وجزاكم الله عني خير الجزاء، وسدد على الحق خطاكم، ووفقكم جميعاً لحسن طاعته، إنه نعم المولى ونعم النصير.

وأسأل الله أن أكون قد وفقت في هذه الدراسة، فما كان من توفيق فمن الله، وما كان من خطأ أو زلل أو نسيان فمن نفسي والشيطان.

الباحثة

الإقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان

درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس

أقر بأن ما شملت عليه الرسالة هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة علمية أو بحثية

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degrees or qualifications.

Student's Name: **اسم الطالبة: حنين عمر حسن البنا**

Signature **التوقيع:**

Date **التاريخ: 2017/12/14**

فهرس المحتويات

الإهداء .....ج

الشكر والتقدير ..... د

الإقرار .....و

فهرس المحتويات.....ز

فهرس الجداول .....ك

فهرس الملاحق.....ل

الملخص..... م

الفصل الأول.....2

مشكلة الدراسة وخلفيتها وأهميتها 2

مقدمة الدراسة.....2

مشكلة الدراسة:.....4

فرضيات الدراسة:.....6

أهداف الدراسة:.....7

أهمية الدراسة:.....8

حدود الدراسة:.....9

مصطلحات الدراسة:.....9

الفصل الثاني 12

الإطار النظري والدراسات السابقة.....12

الإطار النظري..... 12
أولاً: المقدمة 12
تعريف اضطراب طيف التوحد:..... 13
معدلات انتشار التوحد في العالم:..... 17
معدل الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية:..... 18
معدلات الانتشار في بريطانيا:..... 19
معدلات الانتشار في مناطق متفرقة:..... 20
معدلات الإنتشار في البلاد العربية:..... 20
أسباب حدوث الاضطراب:..... 21
خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:..... 23
أولاً: اللغة والتواصل:..... 24
ثانياً: التفاعل والمشاركة الاجتماعية:..... 25
ثالثاً: الاهتمامات والأنشطة:..... 26
رابعاً: الإدراك الحسي:..... 26
خامساً: الخصائص السلوكية لأطفال التوحد:..... 27
سادساً: الخصائص الاجتماعية لأطفال التوحد:..... 30
سابعاً: الخصائص العقلية والنفسية لأطفال التوحد:..... 32
تصنيفات التوحد:..... 33
رابعاً: متلازمة سافانات:..... 34
تشخيص اضطراب طيف التوحد:..... 35

مراحل عملية تقييم وتشخيص أطفال التوحد:..... 35
المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:..... 36
الدراسات السابقة:..... 56
التعليق على الدراسات السابقة:..... 63
علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة: 64
الفصل الثالث..... 67
طريقة الدراسة وإجراءاتها..... 67
مقدمة..... 67
منهج الدراسة:..... 67
مجتمع الدراسة..... 67
عينة الدراسة..... 68
أداة الدراسة..... 69
صدق الأداة 70
إجراءات الدراسة..... 73
متغيرات الدراسة 74
المعالجات الإحصائية..... 74
الفصل الرابع..... 77
نتائج الدراسة..... 77
أولا: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة..... 77
1. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول:..... 77

2. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني:..... 80
1. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :..... 80
2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :..... 82
1. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:..... 84
4. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة :..... 89
5. النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:..... 91
6. النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة :..... 93
7. النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:..... 97
8. النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:..... 100
الفصل الخامس 104
مناقشة النتائج وأهم التوصيات 104
النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:..... 104
التوصيات:..... 111
المصادر والمراجع.....113
الملاحق 127
Abstract.....B

فهرس الجداول

ويوضح الجدول رقم (1): أهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الحديثة فيما يتعلق بالتوحد:..... 40

جدول (2) توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة..... 68

جدول (3) مفتاح تصحيح الفقرات لمقياس ليكرت الرباعي..... 69

جدول (4) مصفوفة بيرسون (PEARSON CORRELATION MATRIX) لقياس الصدق البناء بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية..... 71

جدول(5) معاملات الثبات لأداة الدراسة (BAT) ومجالاتها 72

جدول (8):نتائج اختبار ت لعينة واحدة للفرق بين متوسط العينة ومتوسط المجتمع لمقياس توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد..... 81

فهرس الملاحق

ملحق (1) :الاستبانة..... 128

ملحق (2) :كتاب تسهيل المهمة.....138

ملحق (3) : الموافقة على عنوان الأطروحة وتحديد المشرف.....139

ملحق (4) : جداول المتوسطات الحسابية 140

ملحق (5): جداول مصفوفة بيرسون.....148

ملحق (6): منشورات توعية قامت الباحثة بتوزيعها على رياض الأطفال..... 152

درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس

إعداد

حنين عمر حسن البنا

إشراف

د. فايز محاميد

الملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس. كما هدفت إلى فحص مدى الاختلاف في درجة توفر تلك المؤشرات تبعاً لمتغيرات: الجنس، صلة القرابة بين الأم والأب، ومكان السكن، ووجود أشخاص في أسرة الطفل مصابين بالتوحد، ومستوى التحصيل، ووجود فرط الحركة وتشتت الانتباه، ووجود اضطرابات النطق. وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع الطلبة الملتحقين برياض الأطفال في محافظة نابلس، وذلك خلال الفصل الأول من العام الدراسي (2016–2017)، والبالغ عددهم (13.099) طالباً وطالبة، وقد أجريت الدراسة على عينة عشوائية طبقية من رياض الأطفال، إذ مثلت الروضة وحدة الاختيار، وتم توزيع (162) إستبانة على طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تم اختيارهم بالطريقة القصدية، أي ممن تتوفر لديهم مؤشرات سلوكية دالة على وجود الإضطراب، وذلك لتناسب طبيعة الدراسة وأهدافها.

ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدمت الباحثة أداة باشا (BAT) للتشخيص السلوكي لاضطراب طيف التوحد. وأظهرت نتائج الدراسة، أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس قد بلغت (1.66) بانحراف معياري بلغ (0.46) على الدرجة الكلية للمجالات، وأن النسبة الكبرى من استجابات عينة الدراسة من المبحوثين كانت لفئة الأطفال ذوي التوحد الخفيف والتي بلغت (60.5%)، في حين أن (6.1%) من عينة الدراسة أظهرو مؤشرات سلوكية طبيعية، بينما أظهرَ (21.7%) من أفراد العينة مؤشرات

سلوكية تدل على وجود اضطراب توحد متوسط، أما مؤشرات التوحد الشديد فقد ظهرت لدى (11.7%) من العينة.

وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود أثر لمتغيرات: (الجنس، ومكان السكن، ومشاكل النطق لدى الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب)، على درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس. بينما كان هناك أثر لمتغيرات: (وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل لصالح مستوى نعم، ووجود أطفال مصابين بالتوحد في أسرة الطفل لصالح مستوى نعم، ومستوى التحصيل الدراسي لصالح مستوى ضعيف)، على درجة توفر تلك المؤشرات.

وقد قامت الباحثة بمناقشة هذه النتائج، وأوردت عدداً من التوصيات من أهمها:

1- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بعمل دورات تدريبية للكادر التعليمي، عن اضطراب طيف التوحد، وسبل الكشف عنه، وتدريب فريق عمل متخصص في تشخيص وتقييم اضطراب طيف التوحد، والتعاون مع مؤسسات التربية الخاصة التي تهتم باضطراب طيف التوحد.
2- ضرورة البدء في عمل دراسات مسحية تشخيصية في المدارس للكشف عن اضطراب طيف التوحد لدى الطلبة.
3- البدء في تطبيق نظام الدمج للطلبة المصابين باضطراب طيف التوحد في المدارس الحكومية، وتوفير كل التسهيلات اللازمة لإنجاح عملية الدمج.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها وأهميتها

- مقدمة الدراسة
- مشكلة الدراسة
- أسئلة الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- محددات الدراسة
- مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها وأهميتها

مقدمة الدراسة :

تقوم المدرسة بدورٍ كبيرٍ وفعال في تنمية قدرات الطفل، وتطوير مهاراته واهتماماته، وتكوين شخصية مستقلة له، من خلال الرعاية عبر مراحل النمو التي يمر بها أثناء تواجده في المدرسة، والخبرات التي يتعلمها ليصبح فرداً أكثر قدرة على التكيف مع ظروف الحياة المختلفة، وقادرا على التصرف في المواقف التي يتعرض لها خلال مسيرته التعليمية.

وإن احتضان المدرسة لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، يعتبر نقطة تحول في الدول التي أدخلت نظام الدمج التربوي والتعليمي في أنظمتها التربوية، وذلك بعد مطالبات عالمية ودعوات للدمج، ومن أهم هذه الدعوات التي شكلت ثورة في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة كتاب لوكسلي وتوماس (Loxley & Thomas, 2007) بعنوان "هدم التربية الخاصة وبناء الدمج"، ولقد أصبح الدمج مطلباً أساسياً وهاماً لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، باعتبار أن الدمج هو السبيل الوحيد لتحقيق الهدف الأسمى للصحة النفسية، وهو الشعور بالسعادة، والحصول على درجة مناسبة من جودة الحياة (عمر، 2011).

ومن الفئات الخاصة التي أُدخلت ضمن نظام الدمج في بعض الدول، فئة أطفال اضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder، هذه الفئة التي كانت من الفئات المنسية والمقهورة والتي لم تنل حظها من الاهتمام ولو بقدر ضئيل في ظل أي نظام من نظم الرعاية المحلية، إلى أن استجابت بعض الدول لمطالب الدمج التي نادى بها العالم بأسره، وبدأت فعلياً في تطبيق هذا النظام في مدارسها تحت التجربة، ووجدت أصوات كثيرة واختلاف بالرأي بين مؤيد ومعارض لهذا النظام، وذلك بسبب اختلاف أساليب الدمج بين بلد وآخر حسب إمكانات كل منها، وطبيعة الاضطراب ودرجته، وطبيعة الدمج اذا كان كاملاً أم جزئياً، حيث يمتد عند البعض من مجرد

وضعهم في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم بشكل كامل في الفصل الدراسي العادي، مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة، فاضطراب طيف التوحد يحتاج إلى خدمات وأساليب تعليم خاصة. ويُعرف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ مسبباً مشكلة في تطور المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية واللعب التخيلي والإبداعي لدى الطفل، ويؤدي أيضا إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي (الزريقات، 2004).

وبالرغم مما يُبذل من جهود من قِبل وزارة التربية والتعليم الفلسطينية لدمج الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة استجابة للقانون الخاص بحقهم بالحصول على التعليم المناسب– إذ تم إقرار قانون حقوق المعاقين رقم (4) من قِبَل المجلس التشريعي الفلسطيني بتاريخ (1999/5/25م)– (المجلس التشريعي الفلسطيني، 1999)، إلا أن الباحثة لم تجد قانون أو نظام أو خطط في وزارة التربية والتعليم لدمج أطفال التوحد ضمن المدارس الحكومية. ولقد أكدت نتائج دراسة آشبي (2013)، أنه على الرغم من وجود اهتمام متزايد ومساندة ودعم للأطفال ذوي التوحّد في فلسطين وفهم لأهمية دمجهم، إلا أن الواقع يعكس استمرار فصلهم وعزلهم في التعليم، وأن العديد منهم لا يملكون فرصاً للتعليم، كما أنه لا يوجد في فلسطين كليات أو جامعات تؤهل معلمين أو مرشدين تربويين للتعامل مع هذه الفئة من الأطفال خاصة، بل هي مجرد كليات للتربية تؤهل معلمي تربية خاصة لجميع الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن هناك نقص في المختصين في مجال التشخيص والعلاج لذوي اضطراب طيف التوحد في المدارس، كما أن مشرفي التعليم الجامع يفتقرون للتدريب في مجال التوحد (آشبي، 2013).

وأكدت نتائج دراسة زايد وبني فضل التي أجريت في فلسطين أن هناك نقص كبير في عدد الموظفين وتأهيلهم في مؤسسات التربية الخاصة، وأن (21.4٪) من تلك المؤسسات لا تستخدم الأدلة التشخيصية الدولية لتشخيص اضطراب طيف التوحد، مثل: (DSM4) ، مما يؤثر على قدراتهم في التشخيص السليم، وتقديم الخدمات المثلى لذوي اضطراب طيف التوحد (Zayad& Banifadel, 2012).

ونظرا لعدم وجود فريق تشخيص أو حتى أخصائي تشخيص في مدارسنا الحكومية أو الخاصة أو رياض الأطفال للتشخيص والكشف عن هذا الاضطراب، يبقى هناك شكوك في احتمالية وجود هؤلاء الأطفال في تلك المدارس، ولكن دون أن يعلم بهم أحد، ومن الممكن أن يلجأ الأهل إلى سحب أولادهم من تلك المدارس لعدم قدرتهم على التواصل الإجتماعي مع اقرانهم في تلك المدارس، أو لعدم تمكنهم من التعلم لأنهم بحاجة إلى طرق وأساليب خاصة في التعليم. ونتيجةً لعدم معرفة المعلمين بتلك الطرق والأساليب، وعدم معرفتهم بهذه الفئة، يلجأوا في أغلب الأحيان إلى تصنيفهم ضمن صعوبات التعلم، أو بطيئي التعلم، أو ذوي الإعاقة العقلية، أو اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهذا ما أكدته دراسة ميخائيل وجازيدن (1998)، حيث أظهرت نتائجها أن هناك نسبة لا بأس بها من الطلبة الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد تشخص على أن لديها اضطراب ضعف انتباه مصحوب بنشاط زائد، وبشكل خاص في المرحلة الابتدائية (Mikhail & Ghaziuddin,1998) .

كما أشار كل من كورتش وأليسانسكي وأمانلة (Church, Alisanski & Amanullah, 2000) أن ما نسبته (20%) من الطلاب الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد بعمر(6-11) عاماً يشخصون على أن لديهم اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. و أشار جازيودين وجريدن (Ghaziuddin & Greden, 2002)، أنه مع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عرضةً للاكتئاب والعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية.

من هنا جاءت فكرة هذه الدراسة للكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، وذلك كمحاولة من الباحثة لتسليط الضوء على هذه الفئة من الأطفال، وذلك بالكشف عن إحتمالية وجودهم في المدارس، عن طريق تحديد المؤشرات السلوكية التي ربما تشير إلى وجود الإضطراب، مما يساعد على بناء خطط علاجية لهم ودمجهم في الإطار التعليمي المدرسي.

مشكلة الدراسة:

تعد فئة أطفال طيف التوحد إحدى الفئات الخاصة، إذ أصبح أعداد أفرادها في تزايد سريع بدرجة مقلقة ليصل في إحدى الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى نسبة تجاوزت

حدود 1:68 من حالات الولادة، أي حالة واحدة لكل ثمانية وستين حالة ولادة. (Johnson et al, 2011:26).

وفي إحصائية عالمية عام 2010 قامت بنشرها مجلة الطب النفسي في جامعة كامبريدج البريطانية (Psychological Medicine Cambridge University) ، كان هناك ما يقرب من (52) مليون شخص يعانون من اضطراب طيف التوحد حول العالم، ويمثل هذا الرقم زيادة هائلة بالمقارنة بالعقود السابقة. (Baxter et al, 2015: 605)

وهذه الزيادة الكبيرة في نسبة انتشار التوحد تشكل تحدياً كبيراً أمام العاملين في هذا المجال، ونتيجة لها يزداد القلق حول إمكانية الإصابة لدى الكثير من الفئات من المجتمع، خصوصاً فئة الطلبة الملتحقين برياض الأطفال، والذين تتراوح أعمارهم غالباً بين (4–5) سنوات، ويزداد القلق أكثر في ظل غياب التشخيص الدقيق للطلبة، وعدم وعي الأهل بخصائص هذا الاضطراب.

أما فيما يتعلق ببعض المعلمين والمرشدين التربويين العاملين في المدارس، فليس لديهم وعي كاف باضطراب طيف التوحد، وهذا قد يفاقم المشكلة، فلقد أشارت نتائج دراسة قامت بها دراوشة (2014)، أن درجة الوعي لدى المعلمين العاملين في المدارس الحكومية باضطراب طيف التوحد وخصائصه السلوكية تُعد متوسطة، وهذه النسبة غير كافية للتعرف إلى الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد، ووسائل الكشف عنهم.

ونظراً لعدم كفاية درجة الوعي لدى المعلمين بالاضطراب، ومع وجود نظام الترفيع التلقائي في مدارسنا ومع مرور الوقت، يصل الطالب إلى مرحلة لا يستطيع بعدها البقاء في المدرسة لأنه أصبح يشكل عبئاً على الكادر التعليمي، فتكون النتيجة تسربه من المدرسة، ليصبح بعد ذلك عبئاً على أهله وذويه، ويؤدي به ذلك الى تدهور في حالته النفسية وزيادة في الاضطراب لديه، وهذا ما توصلت اليه الباحثة بعد عدة زيارات ومقابلات قامت بإجرائها مع مجموعة من مديري ومعلمي المدارس، وبعض المرشدين التربويين. وتُشير وثيقة واقع حقوق الطفل الفلسطيني التي أعدها جهاز الإحصاء المركزي في فلسطين للعام 2011/2010، أن (11.646) من الطلبة قد تسربوا لأسباب متعددة، منها: تدني القدرة على الدراسة، والإعاقات الجسدية والنفسية والمرض، كما أشارت الوثيقة إلى أن السبب في تدني القدرة على الدراسة يعود إلى عدة أسباب، منها: بطء التعلم، ومشاكل

نفسية واجتماعية، وأشارت أيضاً إلى أنه لا تتوفر حالياً أدوات تشخيص دقيقة لتشخيص صعوبات التعلم، وتحديد التدخل المناسب، وأنه من الضروري وضع اليد على حقيقة الأسباب وراء تدني القدرة على التحصيل لعلاجها (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013: 49).

وبعد اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة، وجدت قصور في الدراسات التي اهتمت بالكشف عن اضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في فلسطين، وعليه فقد ارتأت القيام بدراسة فحص المؤشرات السلوكية الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، وبشكل محدد فإن الدراسة الحالية حاولت الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

ما درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس؟

ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيس السؤال الفرعي التالي:

هل تختلف درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تبعاً للمتغيرات الديموغرافية: (جنس الطالب، مكان السكن، وجود صلة قرابة بين الأم والأب، وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد، درجة التحصيل الدراسي، وجود مشاكل في النطق عند الطفل، وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل)؟

فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للإجابة عن الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والمتوسط الافتراضي لوجود اضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تُعزى لمتغير الجنس.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تُعزى لمتغير مكان السكن (مدينة، قرية، مخيم).
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تُعزى لمتغير صلة القرابة بين الأم والأب.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود أفراد مصابين بالتوحد في الأسرة.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس التوحد تعزى لمتغير درجة التحصيل الدراسي.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1- الكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.

2- فحص أثر متغيرات (الجنس، صلة القرابة بين الأم والأب، وجود أشخاص مصابين بالتوحد في أسرة الطفل، درجة التحصيل، فرط الحركة وتشتت الانتباه، واضطرابات النطق) على درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.

أهمية الدراسة:

1- تعتبر الدراسة الأولى من نوعها في فلسطين والتي تستهدف التعرف إلى المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال، وذلك في حدود علم الباحثة وبعد اطلاعها على البحوث والدراسات السابقة، فلم تجد الباحثة أي دراسة فلسطينية هدفت إلى الكشف عن المؤشرات السلوكية الدالة على اضطراب طيف التوحد لدى الطلبة في المدارس أو رياض الأطفال.

2- تعتبر الدراسة مهمة للمعلمين والمعلمات والمرشدين والمرشدات، من حيث توعيتهم باضطراب طيف التوحد ومساعدتهم في الكشف عنه مستقبلاً، فالمعلم والمرشد الناجح يجب أن يكون على معرفة بتصنيفات الطلبة ومهاراتهم واحتياجاتهم التربوية.

3- تبرز أهمية الدراسة كذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها، والتي قد تلفت نظر المسؤولين وصناع القرار في التربية والتعليم إلى أهمية دمج أطفال التوحد في المدارس الحكومية، إذ كشفت عن عدد لا بأس به من الطلبة الذين تتوفر لديهم الخصائص السلوكية الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد.

4- قد تفيد الدراسة المهتمين والمتخصصين في مجال الإرشاد التربوي، والعلاج النفسي، والصحة النفسية، كونها تهدف التعرف إلى فحص أثر متغيرات ذات صلة باضطراب طيف التوحد على درجة توفر المؤشرات ذات الصلة بالاضطراب لدى الطلبة.

5- قد تفيد الدراسة قسم الإرشاد والتربية الخاصة والتعليم الجامع في وزارة التربية والتعليم في فلسطين كونها تقدم تقييماً للمعلمين من خلال الكشف غير المباشر عن الأساليب المتبعة في التشخيص في المدارس.

6- قد تفيد الدراسة أولياء الأمور في التدخل المبكر مع أبنائهم، حيث أنها تكشف عن توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى بعض الطلبة في رياض الأطفال، والذي قد يساعد في تحويلهم الى المختصين لمتابعة الحالة والمساهمة في العلاج والتدخل المبكر قبل تفاقم المشكلة. إذ أن الكشف المبكر والتدخل المبكر مع هذه الحالات يعتبر أمراً ضرورياً للغاية، ويسهم في ضمان حياة أفضل لهؤلاء الطلبة، وجعلهم قادرين على الاندماج في المجتمع، وقادرين على التعلم والتحصيل.

حدود الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة بالحدود الآتية:

1- الحد الزماني: أجريت الدراسة في الفصل الأول من العام الأكاديمي 2017/2016م.

2- الحد المكاني: اقتصرت الدراسة على طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.

3- أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.

مصطلحات الدراسة:

المؤشرات السلوكية لاضطراب طيف التوحد (Behavioral indicatorstor autism spectrum disorder):

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)، فإن المؤشرات الدالة على اضطراب طيف التوحد تتمثل في: قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي، و الذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، سواءاً كان ذلك القصور مُعبر عنه حالياً، أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد، وأنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة، وتكرارية، ونمطية، سواءاً كانت هذه السلوكيات معبر عنها حالياً، أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد، ويجب أن تظهر تلك الأعراض في مراحل النمو المبكرة .(American Psychiatric Association-APA, 2013)

وتُعَرّف إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس تقدير المؤشرات السلوكية المستخدم في الدراسة الحالية، وهي أداة باشا (BAT) للمؤشرات السلوكية.

اضطراب طيف التوحد (Autism spectrum disorder):

عرفته الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) (Association American for Autism) أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة لاضطرابات تؤثر على وظائف المخ، ومن ثم تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال، كما يضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ويكررون حركات جسدية، أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية دائمة (عمر، 2011).

رياض الأطفال (Kindergarten): كل مؤسسة تعليمية تقدم تربية للطفل قبل مرحلة التعليم الأساسي بسنتين على الأكثر، وتحصل على ترخيص مزاولة المهنة من وزارة التربية والتعليم العالي، وتقسم إلى مرحلتين: مرحلة البستان ويكون الأطفال فيها عادة في سن الرابعة، ومرحلة التمهيدي ويكون الأطفال فيها عادة في سن الخامسة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016: 304).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

- **الإطار النظري**
- **الدراسات السابقة**
- **التعليق على الدراسات السابقة**

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

أولاً: المقدمة

إن مصطلح اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD) حديث نسبياً، ولقد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين، ويُعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجن بلولير(1911)، حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة، والذين لديهم تركيز فردي، واهتمامات شخصية محدودة (Heflin& Alaimo, 2007) .

ولقد أثار هذا الإضطراب انتباه واهتمام الباحثين والمتخصصين والأطباء والمربين الذين تساءلوا كثيرا عن سلوك طفل التوحد، والأسباب التي تجعل الطفل يعاني من صعوبات إجتماعية وفشل في التواصل، وأحيانا سلوكه المخيف والمؤذي، وإن الفضل الأكبر في التعرف إلى التوحد والاهتمام به يرجع للطبيب النفسي الأمريكي كانر (Kanner)، والذي قام بإجراء دراسة على (١١) طفلاً، ومن خلال ملاحظته قدم وصفاً لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام (١٩٤٣) وأطلق عليهم التوحد الطفولي أو فصام الطفولة، حيث يتصف الأطفال بالعزلة الاجتماعية، وعجز في التواصل، وسلوك نمطي واهتمامات مقيدة (غزال، 2007).

ومنذ أن وصف العالم الأمريكي كانر (Kanner) التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية عام (1943) وأطلق عليه اسم (توحد طفولي)، بدأت الدراسات والأبحاث الجادة للتعرف إلى الإضطراب وأسبابه، من أجل الخطوة الأكثر صعوبة وهي تشخيص الإضطراب ومعالجته (السحيمي، 2011). وأثناء المرحلة الزمنية التي كان يبحث فيها (كانر) عن أوجه التشابه بين مجموعة من الأطفال في عيادته، كان الطبيب اسبيرجر(1944) يكتب عن أربعة أطفال ذكور في عيادتة الجامعة، تراوحت أعمارهم بين (11-6) سنة، حيث لاحظ أن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ذكاء طبيعية، ولكنها تخلو

من المهارات الاجتماعية، ولديهم مشاكل حركية، واهتمامات محددة شديدة، وتعلق غير عادي ببعض الأشياء، وبترجمة أعمال اسبيرجر إلى اللغة الانجليزية، تم استخدام مصطلح متلازمة اسبيرجر (Frith, 2004).

وفي ستينيات القرن الماضي تم تشخيص التوحد على أنه نوع من الفصام الطفولي (Infantile Schesophrenia)، وذلك وفقاً لما ورد في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II).

ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام ١٩٨٠حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل نفسه، حيث تم التعرف من خلالها على التمايز بين الفصام والتوحد كإعاقة وليس مجرد حالة مبكرة من الفصام، وأصبح ينظر إلى التوحد كإعاقة نمائية (سليمان، 1997).

تعريف اضطراب طيف التوحد:

تعددت تعريفات اضطراب طيف التوحد تبعاً لتعدد الأخصائيين، والوجهات العلمية التي سعت لتفسيره، ولكن من خلال تتبع تلك التعريفات، وجدت الباحثة أن أغلب هذه التعاريف ركزت على الأعراض السلوكية لهذا الاضطراب، وأن هناك إجماع واضح بين الأخصائيين على اختلاف تخصصاتهم، بأن التوحد اضطراب نمائي مصاحب يؤثر على قدرات الفرد التواصلية، وتفاعله الاجتماعي، واهتماماته، ويؤدي إلى عزله عن المجتمع المحيط به.

وفيما يلي عرض لبعض تعريفات الاضطراب وفقاً لتسلسلها التاريخي:

يُعتبر العالم كانر (1943) أول من عرَف التوحد الطفولي، حيث قام بوصف السلوكات والخصائص المميزة للتوحد، وذلك من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة، فوجد أنها تشمل على عدم القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين، وكذلك ضعف أو انعدام في اللغة لديهم، خصوصاً في المراحل العمرية الأولى، وان وجدت فهي غالباً ما تتصف بالمصاداة (سهيل، 2013)، كما أنهم يتميزون بالسلوك النمطي، ومقاومة التغيير في البيئة من حولهم، وضعف في

القدرة على التخيل، ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنة مع الأطفال في نفس المرحلة العمرية، ومازالت الكثير من التعريفات تستند على وصف (كانر) للتوحد حتى وقتنا الراهن (الشامي،2004). وفي نفس المرحلة الزمنية، قدم الطبيب اسبيرجر(1944) توصيفا مشابهاً لما قدمه كانر، فقد وصف أطفال التوحد بأن لديهم قدرات عقلية مناسبة، ولكنهم يعانون من ضعف أو تدني في المهارات الاجتماعية، ومشكلات حركية، ولديهم اهتمامات محدودة جداُ، وغالباً تؤدي هذه الاهتمامات إلى العدوانية، وعدم الالتزام والسلبية (الزارع وعبيدات،2011: 84).

ويعرفه ماكدونالد (Macdonald, 1972) بأنه الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات، مع افتقاد التواصل مع الواقع.

أما وينج وجولد (Wing& Gould, 1979) فقد عرفا التوحد على أنه قصور في النمو والتفاعل العاطفي، وإضطراب شديد في نمو اللغة واستخدامها، وفهمها، إضافة إلى عدم القدرة على التخيل ومقاومة التغيير والسلوكات النمطية.

كما عرفته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization-WHO, 1982) بأنه أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويؤدي إلى عجز في استخدام اللغة، واللعب، والتواصل والتفاعل الاجتماعي (الشامي، 2004).

ولقد وضع هوبسون (Hobson, 1986: 322) تعريفاً مختصراً للتوحد، حيث عرفه بأنه اضطراب انفعالي، ينتج عنه اضطرابات اجتماعية في العلاقة مع الآخرين.

أما الشخص والدماطي (1992)؛ فيعرفانه بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك، ويصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين 30–42 شهراً، ويؤثر على سلوكهم، ويفتقرون إلى الكلام المفهوم الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وينصرف اهتمامهم إلى الحيوانات والأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها (الشخص والدماطي، 1992).

أما روتر (Rutter, 1997)، حاول أن يحدد الأعراض المميزة لأطفال التوحد وفقاً للخصائص التالية:

1) إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
2) نمو لغوي متأخر أو منحرف.

3) سلوك طقوسي واستحواذي.

وهذه الأعراض الثلاثة تمت الإشارة إليها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III) الصادر عن جمعية الأطباء النفسين الأمريكيين (الزريقات،2004: 32).

كما عرفه جيلبرج وكولمان (2000)، بأنه زمرة أعراض سلوكية نمائية معقدة تنتج عن أسباب بيولوجية متعددة، وهذه الأعراض ترتبط بالتفاعل الاجتماعي والجوانب المعرفية (Gillberg& Coleman, 2000).

بينما عرفه ويليام وآخرون (2000) على أنه اضطراب يتميز بأربع سمات تتضمن تأخر واضح في الاستجابة الاجتماعية، و تطور غير طبيعي للكلام واللغة، وسلوكيات غريبة وغير مألوفة، وعادةً ما تبدأ تلك المشكلات في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة (Williams, et al, 2000).

ويرى زريقات أن تعريف التوحد مرتبط بمرحلة الطفولة، وبالتالي يتم تعريفه على انه اضطراب نمائي يؤثر في التواصل الاجتماعي ويمتاز بسلوك نمطي وتكراري محدد (الزريقات،2004: 26-30).

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000)، فقدمت تعريفاً ورد في الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV- TR, 2000)، حيث حددت ثلاث معايير رئيسية في تشخيص التوحد، وهي:

1) قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.
2) قصور نوعي في التواصل واللغة.
3) السلوكات النمطية، وممارسات الأنشطة، والاهتمامات المحدودة.

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) فقد عرفه على أنه أحد الاضطرابات النمائية التطورية التي تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، وسببها اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ، ومختلف جوانب النمو، فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات خاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية، إما بفرط النشاط أو الخمول، وتكرار دائم للحركات والمقاطع الكلامية.

وأشار يوشيل وآخرون (2004) إلى أن التوحد اضطراب معقد، فهو يحتوي على عدة اضطرابات تتضمن اللغة، ومهارات الاتصال، والتفاعل الاجتماعي، وكل هذه الأعراض تظهر خلال الثلاث

سنوات الأولى من عمر الطفل، ويذكر أن كلمة (متوحد) تشير إلى نزعة أو ميول إلى الإرتداد للذات، وتتجاهل كثير مما يمكن أن يحدث داخل البيئة (يوشيل وآخرون، 2004: 164).

ويعرفه (عمارة، 2005: 18) بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة)، يغلب فيها على الطفل مظاهر الإنسحاب، والإنطواء، وعدم الإهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم، وخاصةً التواصل البصرى، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب عليه التكرار لما يقوله الآخرون، ولديه سلوك نمطى، وإنشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقات الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية.

أما جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا(The National Autistic Society - NAS, 2006)، فقد عرفت اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي طويل المدى يؤثر على قدرة الفرد على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم، وبناء صداقات مع الأقران.

وتم تعريف التوحد تربوياً اعتماداً على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة الأمريكي (Individual With Disability Education Act-IDEA)، بأنه إعاقة نمائية ذات دلالة تؤثر في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي الأداء التعليمي للفرد، مصحوباً بالعديد من الخصائص، والتي يعتبر أهمها: الإنغماس في الأنشطة والحركات النمطية، ومقاومة التغيير في روتين الحياة اليومي، والإستجابات غير الطبيعية للمثيرات الحسية، تظهر بشكل واضح خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر (Hallahan, Kauffman& Pullen, 2009).

وأشار مصطفى والشربيني (2011) أن التوحد يمثل أحد اضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

من خلال استعراض هذه التعريفات، يتبين أن هناك عدم اتفاق بين الباحثين على تعريف محدد لاضطراب طيف التوحد، وهذا يرجع لعدة أسباب، لخصها الظاهر (2009) فيما يلي:

1- تعدد المصطلحات التي استخدمت لتدل على أعراض اضطراب طيف التوحد، لما يتخلله من غموض وتعقيد.
2- تعدد الشرائح التي اهتمت باضطراب طيف التوحد، كالطبيب، والأخصائي النفسي، وأخصائي التربية الخاصة، وغيرهم.
3- إن أعراض اضطراب طيف التوحد كثيرة جداً، وليس بالضرورة أن تكون هذه الأعراض موجودة جميعها لدى الطفل المصاب.
4- حدوث الاضطراب ضمن درجات، منها البسيط، والمتوسط، والشديد.

معدلات انتشار التوحد في العالم:

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد، وذلك لاختلاف الدراسات، واختلاف معايير التشخيص، وتعدد الأخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب وفقاً لخلفياتهم الطبية والتربوية والنفسية، حيث ينتشر هذا الاضطراب بين جميع السكان بغض النظر عن الناحية العرقية، أو الدينية، أو الإجتماعية، أو الثقافية، أو الإقتصادية، وتشير الدراسات في الآونة الاخيرة إلى زيادة نسبة انتشار التوحد بشكل كبير، ويمكن عزو الزيادة في نسبة التوحد، إلى زيادة الوعي باضطراب طيف التوحد في البلدان المتقدمة، واستخدام معايير تشخيص أوسع، واعتماد تعريف أفضل لوصف الأطفال الذين تم تصنيفهم سابقاً بأنهم يعانون من إعاقة ذهنية (منير وآخرون، 2016: 11)، والانتقال من تصنيف التوحد كفئة، إلى تصنيفه كاضطراب يحدث ضمن نطاق، وإضافة فئات جديدة إلى اضطرابات طيف التوحد، كالإعاقة النمائية غير المحددة (Cohen, 2008)، وتطوير أدوات قياس وتشخيص خاصة باضطراب طيف التوحد، تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، والتدريب المكثف للكوادر المتخصصة في مجال الكشف والملاحظة السلوكية (Munro, 2003). والجدير بالذكر أن معدلات انتشار طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة، إذ تشير الاحصائيات أن (15) طفل من كل (10.000) طفل يتلقون خدمات تربوية تحت مسمى اضطراب طيف التوحد (الزارع،2010).

كما أظهرت نتائج دراسة لوتر(Lutter,1986) أن نسبة الإصابة بين الذكور أعلى من الاناث بمعدل (1:3)، أي ثلاثة ذكور مقابل أنثى واحدة، والسبب غير معروف، كما أن الإناث المصابات بالتوحد يكون الاضطراب لديهن أكثر شدة من الذكور، ويشير تاريخهن الأسري إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي، كما أن درجة ذكائهن أقل من درجه ذكاء الذكور من نفس الحالة (الحزنوي،2010).

وأضاف مركز مكافحة الأمراض والوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية (Center for Disease Control and Prevention, 1999)، أن التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي أو أي ممارسات أسرية ثقافية، وهو الأمر الذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل، والتي ربطته ببعض السلوكيات الوالدية، وقد أصدر المركز إحصائية تشير إلى أن هناك حوالي (500.000) شخص بالولايات المتحدة مصابون بالتوحد (سهيل، 2013: 61).

وقد أُجريت الكثير من الدراسات في العالم حول تحديد نسبة انتشار التوحد، وهناك كثير من التباين حول تحديد هذه النسب، وذلك بناءً على التعريف المعتمد، والمعايير التشخيصية المعتمدة، و فيما يلي استعراض لبعض الإحصائيات والدراسات حول نسبة انتشاره في العالم:

معدل الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية:

أشار الدليل الإحصائي الرابع المُعدل (DSM – IV – TR, 2000)، إلى أن نسبة انتشار حالات التوحد تُقدر ب(4) حالات لكل (10.000) حالة ولادة حية (Hallahan& Kauffman, 2003).

وفي اكتوبر عام (2009) صدر نتائج دراسة إدارة الخدمات والمصادر الصحية ومراكز مكافحة الامراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية، وبينت أن نسبة انتشار التوحد في مرحلة الطفولة في الولايات المتحدة الأمريكية هي (1) لكل (90) طفل في الأعمار من(17−3) سنه (الزارع وعبيدات،2011: 112).

وفي إحصائية عالمية لمنظمة الصحة العالمية عام (2010)، كان هناك ما يقرب من (52) مليون شخص يعانون من اضطراب طيف التوحد في العالم، ويمثل هذا الرقم زيادة هائلة مقارنةً

بالعقود السابقة، ففي الولايات المتحدة وحدها، ارتفع معدل انتشار الإضطراب من إصابة واحدة بين كل(2000) طفل تحت سن(8) سنوات في عام (1988)، إلى إصابة واحدة بين كل (68) طفل تحت سن(8) سنوات في عام (2010)، وهو ما يمثل زيادة قدرها 10 أضعاف خلال هذه الفترة، في حين لم تتغير معدلات انتشار الإضطراب في الفترة ما بين العامين (2010– 2012) (منير وآخرون، 2016 : 9).

وفي عام (2012) قدَرت مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (Centers for Disease Control and Prevention – CDC)، أن هناك حالة واحدة من كل (68) حالة ولادة حية يعانون من إضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة الامريكية.

وفي عام (2016)، أصدر المركز نفسه (CDC)، تقريراً عن انتشار اضطراب طيف التوحد، وخلص التقرير إلى أن انتشار الاضطراب قد ارتفع إلى (1) من كل(68) حالة ولادة في الولايات المتحدة، أي ضعف معدل انتشاره في عام (2004)، حيث كان معدل الانتشار (1) من كل (125) حالة ولادة.

معدلات الانتشار في بريطانيا:

وفي بريطانيا، أشارت إحصاءات دراسة بريطانية قام بها شاكربرت وفورم (Chakrabarti& Fom,2001) في بريطانيا، أن من بين كل (500) حالة ولادة هناك حالة توحد واحدة، أما بالنسبة لمجموعة الطيف ككل، فتشير الإحصائيات إلى وجود حالة واحدة بين كل (200) حالة ولادة (الزارع وعبيدات،2011: 68)، بينما أشارت دراسة جرين وآخرون (Green, et al, 2003) إلى أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد تُقدر بحوالي (2) حالة لكل (10.000) حالة ولادة حية في بريطانيا.

وفي انجلترا أسفرت نتائج دراسة استقصائية سكانية كبيرة قام بها تراولاش وآخرون (Traolach, et al, 2011)، إلى أن هناك العديد من البالغين الذين يعانون من التوحد غير المشخص، مما يجعل نسبة انتشار التوحد لدى البالغين (1 لكل 100) شخص بالغ.

معدلات الانتشار في مناطق متفرقة:

وفي أوروبا وآسيا، أشار سرينفاسا (Srinivasa, 2004) إلى أن نسبة انتشار التوحد في قارة آسيا وأوروبا تتراوح ما بين (6–2) حالات لكل (10.000) حالة ولادة حية.

وفي كندا ذكرت دراسة تيدمارش وفولكمار (Tidmarsh& Volkmar, 2003) أن النسبة تقدر ب(10) حالات لكل (10.000) حالة ولادة حية.

و أشارت دراسة أخرى لجليبرغ (Gillberg,1999) أن نسبة انتشار التوحد تتراوح بين (11–6) حالة لكل (10.000) حالة ولادة حية، بينما وجد جوتنبرج أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي (1–8) حالات لكل (10.000) حالة ولادة حية في نفس المرحلة العمرية، ونفس المنطقة التي أجرى فيها جليبرغ دراسته، وشملت الهند الغربية، والصين، ونيجيريا، وسيرلانكا، والتي تم تشخيصها وفقاً لمعايير كورنر (الزارع وعبيدات،2011: 110). أما في جنوب اليابان، فقد بلغت النسبة (6–13) حالة لكل (10.000) طفل (القمش،2011).

معدلات الإنتشار في البلاد العربية:

أما في البلاد العربية، والتي لا تزال الدراسات فيها قليلة إذا ما قورنت بالدول الغربية، فلا توجد دراسات علمية موثقة تحدد نسبة انتشار طيف التوحد بشكل دقيق، بسبب التباين في المحكات والمعايير التشخيصية المستخدمة من جهة، والتباين في التعريف المستخدم لاضطراب طيف التوحد من جهة أخرى (سهيل، 2013: 63). إلى أن التقديرات التخمينية تشير إلى أن عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الأردن، تقدر بحوالي (8000) طفل (الشيخ، 2004). أما في مصر، فكانت التقديرات تشير إلى أن هناك ما يقرب من (200) ألف طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (صديق، 2005).

وفي دراسة تتبعيه قام بها باحثون في مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية في المملكة العربية السعودية لمدة خمس سنوات هدفت إلى تحديد نسبة انتشار التوحد في المملكة على عينة قوامها (60.000) طفل من مختلف أنحاء المملكة، أظهرت نتائجها أن نسبة انتشار التوحد تقدر ب(4–6) حالات لكل (10.000) طفل (الوزنة ،2005).

أما في بقية الدول العربية فلا توجد إحصائيات دقيقة، فتقدر نسبه انتشار اضطراب التوحد مقارنه بنسب انتشاره في الدول المتقدمة وخاصة الولايات المتحدة الامريكية، (الزارع،2010).

والجدير بالذكر أنه تم اعتبار اضطراب طيف التوحد ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك حسب ما ورد في التقرير الصادر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America, 2008)، حيث كان هناك طفلا واحداً مقابل 150 طفل يولد يومياً مصاب باضطراب طيف التوحد (الزارع وعبيدات، 2011: 113). ويشير التقرير أيضاً إلى أنه في كل عشرين دقيقة يتم تشخيص طفل بأنه مصاب باضطراب طيف التوحد، ورغم تباين الإحصاءات في الدول والبلدان، إلا أن نسبة الانتشار في ازدياد مستمر كل عام (سهيل، 2013: 62).

أسباب حدوث الاضطراب:

هناك عوامل مختلفة تُعد مسؤولة عن الإصابة باضطراب طيف التوحد حسب مايدعيه بعض الباحثين، لكن إلى الآن لا يوجد تأكيد قاطع على السبب الحقيقي للإصابة بالإضطراب، من هذه العوامل:

أولاً: صعوبات قبل الولادة وأثنائها وبعدها، فأمهات أطفال التوحد قد يواجهن مشكلات خلال الحمل والولادة، ويمكن تقسيمها الى ثلاثة أقسام:

1- عوامل ما قبل الولادة وتشمل: تسمم الدم، والحصبة الألمانية.
2- عوامل ولادية وتشمل: حدوث صدمات، نزيف حاد من الشهر الرابع حتى الشهر الثامن من الحمل، تناول الأدوية خلال الحمل.
3- عوامل ما بعد الولادة وتشمل: عسر الولادة، قلة تدفق الأكسجين، إنعاش الوليد، التهاب الدماغ ما بعد الولادة (الإمام والجوالدة،2011: 158).

ثانياً: عوامل جينية وراثية: إذ يتوفر لدى بعض الأطفال قابلية للإصابة بهذا الاضطراب (يوسف، 2004: 16)، وهو يحدث نتيجةً لوجود خلل وراثي (Frith, 1989)، والعامل الجيني له تأثير

مباشر على الإصابة بالتوحد، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقة أكثر من التوائم المتآخية (العبادي، 2006: 28).

ثالثاً: عوامل تلوث البيئة: فدخول مواد غريبة إلى الأوساط البيئية مثل: (المعادن السامة، الزئبق، والرصاص) يؤدي إلى التلوث البيئي، والذي له دور كبير في زيادة معدلات انتشار التوحد، وكذلك بعض الاستعمالات الخاطئة من الأم الحامل لبعض المضادات الحيوية بشكل مكثف جداً (يوسف، 2004: 16).

رابعاً: اختلال في تركيبة أو وظيفة الدماغ: فلقد أشار العديد من الباحثين مثل أرين و بومان وكامبير (Arin, Bauman& Kemper, 1991) إلى تناقص في كثافة خلايا بيركنجي في مخيخ الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد، ولم يتبين وجود اختلال كلي، فلقد كشفت قياسات لأدمغة أربعة أطفال توحديين بعد الوفاة أن ثلاثة منها كانت أكبر من المتوسط، كما أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلث عينة أطفال التوحد لديهم زيادة في محيط الرأس.

خامساً: اختلال كيميائي حيوي في الدماغ: فهناك علاقة كبيرة بين اضطراب طيف التوحد والعوامل الكيميائية العصبية، وإن الخلل أو النقص أو الزيادة في إفراز الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطرابات التوحد، فهذه الناقلات هي التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمسة إلى المخ، أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم (مصطفى والشربيني، 2013).

ومن الاختلال الكيميائي: وجود مستويات عالية من السيروتونين في الدم لدى من المصابين باضطراب طيف التوحد (الإمام والجوالدة،2011: 160)، وظهور انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربائي لدى أطفال التوحد (رياض، 2008: 24-25).

سادساً: اختلال في العمليات الأيضية: قد يحدث اضطراب طيف التوحد نتيجة لحدوث اضطراب أيضي، أو نتيجة للتحطيم غير الكامل لأنواع من البروتين، وليس بالضرورة أن يكون مقتصراً على الجلوتين من القمح وبعض أنواع الحبوب، والكازيين من الحليب ومنتجات الألبان، كما يرتبط اضطراب طيف التوحد لدى العديد من الحالات بمشكلات هضمية (الإمام والجوالدة،2011: 161).

وبينت بعض الدراسات مثل دراسة أوريلي و ويرنج (O'Reilly and Waring,1993) أن بعض الأطفال الذين يعانون من توحد متأخر الظهور، يعانون من أمراض في القولون يتميز بالتحسس

تجاه الجلوتين، وأن الجلوتين والكازيين قد ينتج جينات مضادة تؤدي إلى تلف في الجدار المعوي، وبالتالي يسبب نفاذية في المواد الغذائية وسوء امتصاصها، وعندما لا يتم هضم البروتينات بشكل جيد، فإنها تتحول إلى ببتيدات تشبه المورفين في طبيعتها وتقوم بعمل المخدر، وتؤثر على النقل العصبي، وقد تقود إلى سلوكيات يتميز بها اضطراب طيف التوحد.

سابعاً: اختلال في جهاز المناعة: وهو يعني وجود خلل في الجهاز المناعي ، وشذوذ في منظومة المناعة لدى أطفال التوحد (مصطفى والشربيني، 2013 : 30)، ولقد أكد كومي ورفاقه (Comi et al ,1999) أن العلاقة التي تربط بين التوحد وجهاز المناعة هي علاقة عكسية، بمعنى أن الأدلة على وجود التوحد تتزايد مع وجود اختلال في جهاز المناعة.

ولقد زاد الاهتمام مؤخرا بالمطع

وم الثلاثي الفيروسي(الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية)، وزاد الشك باحتمالية أن يكون هذا المطعوم عاملاً مسبباً لاضطراب طيف التوحد، وهذا ما أكده ويكفيلد (wakefield,1998) في بحث علمي اكتشف فيه نموذج التهاب الأمعاء والتهاب القولون لدى اثني عشر طفلاً يعانون من توحد متأخر الظهور، ونقل أيضا عن آباء ثمانية أطفال قالوا أن سلوكات أبنائهم بدأت بالتراجع بعد أخذهم للمطعوم الثلاثي (الإمام والجوالدة،2011: 162).

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

قبل التطرق إلى الخصائص التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تجدر الإشارة إلى أن طفل التوحد هو طفل غير قادر على التكيف مع المجموعة، ولا يهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بما فيهم الوالدين، ولديه انعزالية شديدة، وانسحاب من الواقع المادي، ويميل إلى النمطية الشديدة في الحديث والحركة، ولديه إصرار شديد على الروتين، ويرفض التغيير في البيئة المحيطة، كما يتمتع بذاكرة جيدة للزمان والمكان (القمش، 2011: 47).

ويمكن إدراج الخصائص المميزة لأطفال التوحد ضمن ثلاثة فئات:

أولاً: اللغة و التواصل (Language and communication).

ثانياً: التفاعل والمشاركة الاجتماعية (Social interaction and participation).

ثالثاً: الإهتمامات والأنشطة (Interests and activities) (عبيدات و الزارع،2011: 28).

أولاً: اللغة والتواصل:

بشكل عام لا يتمكن أطفال التوحد في استخدام تعبيرات الوجه، والإيماءات، والتواصل، وبالتالي يمكن تلخيص مظاهر القصور في الجانب التواصلي فيما يلي:

1. غياب أو تأخر في اللغة التعبيرية المنطوقة: فمثلا إذا أراد طفل التوحد أي شيء يمسك بيد شخص آخر ويقوده إلى ذلك الشيء، وهذه ليست وسيلة تواصل، ولكنها وسيلة للحصول على الأشياء (Wetherby& Prizant, 2005).
2. عدم القدرة على استخدام الوسائل البديلة للتواصل، كالإيماءات وحركات اليدين، وتعبيرات الوجه.
3. المصاداة المباشرة والمؤجلة: فالمباشرة هي التكرار المباشر لما يسمعه، (ما اسمك؟ فيجيب: ما اسمك؟)، أما المصاداة المؤجلة فتشير إلى تكرار الأصوات بعد مرور فترة زمنية من سماعها (كأن يعيد نص من فيديو أو برنامج شاهده على التلفاز) (الزريقات،2004: 37).
4. عكس الضمائر: فمثلا عند سماع طفل التوحد للسؤال (هل تريد بسكوت؟ يجيب: انت أريد بسكوت).
5. قصور واضح في القدرات التعبيرية، لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريباً، أو غير مرتبط بموضوع الحديث.
6. عدم القدرة على الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليه.
7. عدم القدرة على الربط بين المعنى، والشكل والمضمون، والاستخدام الصحيح للكلمة.
8. عدم القدرة على بدء محاثة مع الآخرين، أو الاستمرار في المحادثة (القمش، 2011: 52).
9. صعوبة فهم اللغة غير المنطوقة من قبل الآخرين.
10. قصور في التواصل غير اللفظي، كالإيماءات والتلميحات، فهم غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث (ABA,2000).

ثانياً: التفاعل والمشاركة الاجتماعية:

إن عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي، هي من أهم الخصائص السلوكية التي تعتبر مؤشراً يدل على الإصابة بالتوحد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، ويرى جيلسون (Gillson,2000) أن الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي.

ولقد حاول الكثير من العلماء التعرف على أسباب الإصابة بهذا العجز في التفاعل الاجتماعي، فقد اعتبره كانر(Kanner, 1934) ناتجاً عن اضطراب في التواصل الفعال، بينما اعتبره روتر) (Rutters,1978 ناتجاً عن الإصابة بالعجز اللغوي، ونتيجة لهذا التعدد في الآراء المفسرة لسبب هذا العجز، فما زال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد (القمش، 2011: 48).

وتشمل الإعاقة الاجتماعية إلى إعاقة في استخدام السلوكات غير اللفظية، مثل: التواصل البصري، واستخدام الإيماءات، وتعبيرات الوجه المستخدمة في تنظيم الأشكال المختلفة من التفاعلات الاجتماعية والتواصلية، إضافةً إلى مواجهة هؤلاء الأفراد لمشكلات في تكوين الصداقات، أو إقامة العلاقات والمحافظة عليها (الزريقات،2004: 36).

ويتمثل القصور الاجتماعي بشكل عام في:

عدم الوعي لحضور الآخرين، و إظهار عدم الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، وإظهار الفشل في الاستماع والإصغاء لأصوات الآخرين، وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين المواضيع المفضلة لديهم (الزارع وعبيدات،2011: 32)، وقضاء وقت أقل مع الآخرين، واهتمام أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، واستجابة أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة والنظر للعيون (الغرير وعودة، 2009: 78)، ورفض التلامس الجسدي، وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني، و قصور في التواصل البصري، إذ يتجنبون النظر إلى وجه شخص آخر، وعدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر ذاتها، ولا يرد الابتسامة للآخرين، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأشخاص، و يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين (القمش، 2011: 49).

ثالثاً: الاهتمامات والأنشطة:

من الخصائص الأخرى التي يمكن ملاحظتها بشكل متكرر لدى طفل التوحد، هي الانشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى، كاللعب بأشياء محددة لساعات طويلة، وبشكل طقوسي، والانزعاج من أي تغيير في البيئة (الزريقات،2004: 38).

ويمكن تلخيص الاهتمامات والأنشطة لدى أطفال اضطرابات التوحد وفقاً للآتي:

1. اهتمامات محدودة وغير عادية، والإهتمام بتفاصيل الأشياء وأجزائها: كالاهتمام بعجلات السيارة، والتعلق والانشغال بالأنشطة المفضلة.
2. الإصرار على الروتين: حيث يلاحظ ميلهم لتكرار الأنشطة والاهتمامات نفسها من خلال رغبتهم وإصرارهم على نظام الرتابة أو الروتين، فيستاء طفل التوحد مثلاً من تغيير أثاث المنزل، أو تغيير روتين المدرسة، أو تبديل نظام وقت النوم.
3. حركات نمطية متكررة: حيث يقوم طفل التوحد بأنشطة حركية متكررة تعكس بشكل واضح ميلهم لعدم الرغبة في تغيير النشاط والروتين وتعتبر من المؤشرات الهامة لتشخيص التوحد، وتسمى هذه الأنشطة بالسلوك النمطي، أو سلوك إثارة الذات.
4. الاستجابات غير العادية للمثيرات الحسية،: فبعضهم يضع يده على أذنيه عند سماعه لأصوات لا يحبها كصوت المنبه، وصوت تدفق المياه، ويندفعون بعيداً إذا قام شخص بلمسهم (الزارع وعبيدات،2011: 34).

رابعاً: الإدراك الحسي:

طفل التوحد لديه قصور في الإدراك الحسي، فيبدو وكأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى الجهاز العصبي، ويبدو كأنه لا يرى، أو يسمع، أو يتذوق، أو يحس (القمش، 2011: 53).

ويمكن تلخيص أهم سمات المرتبطة بقصور الإدراك الحسي لدى أطفال التوحد في النقاط التالية:

1. الاستجابة لبعض المثيرات تكون غير طبيعية: فيبدو كأنه مصاب بالصمم، فلا يستجيب لنداء الآخرين له، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جداً مثل: كيس الشيبس عند فتحه، أو أصوات الموسيقى المحببة إليه.
2. عدم تقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها، وعدم إظهار أي ردود فعل تجاهها مثل: الاقتراب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق، أو الإصطدام بالحائط، أو الإمساك بالأشياء الساخنة جداً أو الباردة جداً.
3. لا يبدي أي اهتمام إذا مر شخص من أمامه أو ضحك أو سعل، فيبدو وكأنه لا يرى أو يسمع.
4. يأكل مواد غير صالحة للأكل، ولا يظهر عليه أي استياء من المواد ذات الطعم المنفر.
5. ينزعج من الأصوات الشديدة، ويغلق أذنيه عند سماعها مثل: نباح الكلب، أو صوت دراجة هوائية، أو صوت موسيقى صاخبة (القمش، 2011: 54).

خامساً: الخصائص السلوكية لأطفال التوحد:

إن سلوك طفل التوحد محدود وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وهذا السلوك يكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج لمن حوله.

ومن أبرز المظاهر السلوكية لدى طفل التوحد:

1. السلوكيات اللاإرادية مثل: رفرفة اليدين، هز الجسم ذهاباً وإياباً.
2. القصور في الدافعية إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة بطفل التوحد، بمعنى أن استجابته للمثيرات الخارجية تكون محدودة.
3. يميل أطفال التوحد إلى إنتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
4. السلوك العدواني، وغالباً يكون هذا السلوك تجاه نفسه، ليخفف الشعور بالقلق والتوتر، ويتضمن: تشويه الجسم (مثل بتر الأصابع، وإزالة حدقة العين) وهذا نادراً ما يحدث، والنوع الثاني يشتمل على نمطية إيذاء الجسم، مثل: (ارتطام الرأس بشكل عنيف وبصورة متكررة،

العض، الخدش، شد الشعر)، وهذه السلوكات غالباً ما تحدث عند تغيير المطالب (مصطفى والشربيني،2011 :74). وتعتبر أفضل طريقة للتعامل مع السلوكات المؤذية للذات، تقييم العوامل التي تدفع طفل التوحد لإيذاء نفسه (بطرس، 2010 :22).

وقد يظهر السلوك العدواني منه أثناء اللعب مع الآخرين، فيقوم بدفعهم بيديهم، أو أخذ الأشياء منهم. وهذه السلوكات لا تحدث بدافع العدوانية من طفل التوحد، بل هي ناتجة عن عدم قدرته على التفاعل المشترك مع الآخرين. (الشربيني ومصطفى،2001 :74). أما في مرحلة المدرسة، فيكون سلوك الطفل العدواني صريحاً تجاه البيئة المحيطة به، مثل: تدمير الممتلكات، والهجوم اللفظي، ومقاومة الأوامر والطلبات التي توجه إليه، والسبب في هذا السلوك هو درجة إحباط البيئة له، وإثارتها للميول والعدوانية لديه، بالإضافة إلى كمية الشعور بالقلق والألم لديه (هنري وماير،1992 :307).

ويلجأ طفل التوحد إلى السلوك العدواني تجاه الذات أو تجاه الآخرين أو الأشياء المحيطة به عندما يحدث له تغيير في النمط السلوكي الذي اعتاد عليه في كل يوم، مثل: تغيير الشارع الذي يسير فيه، أو عندما يُفاجأ بنشاط جديد دون معرفته المسبقة له، وربما يرجع ذلك إلى قصور في الإدراك، وقدرتهم المحدودة في معالجة المعلومات الجديدة (مصطفى والشربيني،2011 :75).

5. ويعاني الأطفال المصابين بالتوحد من اضطرابات في الأكل، وهي تعني اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، و الإمتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في مواعيده، وبكميات تزيد عن ما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، والذي قد تصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم (شقير،2002 :31).

ومن اضطرابات الأكل التي تظهر لدى أطفال التوحد:

1. اضطرابات الوحم الشاذ: وهي تعني أكل المواد غير الصالحة للأكل مثل : الدهانات، والمواد اللاصقة، والخيوط، والشعر، وروث الحيوانات، والرمل، والحشرات .

2. الاضطراب الاجتراري: وهو يعني الاسترجاع المتكرر للطعام وإعادة مضغه، وهو يحدث للطفل الرضيع، ويستمر لفترة شهرين على الأقل (مصطفى والشربيني،2011 :76).
3. كما يعاني الأطفال المصابين بالتوحد من اضطرابات في النوم، وهذه الاضطرابات تشمل صعوبات في نوم طفل التوحد، وقلة النوم، وعدم النوم في سريره، والاستيقاظ مبكراً، والصراخ أثناء النوم، والكوابيس (Richdale, 2001)، وتتضمن أيضا النوم المفرط والمتزايد، والمشي أثناء النوم، ومشاكل في التنفس أثناء النوم (Schreck& Mulick,2000).
4. كما يُظهر الأطفال المصابين بالتوحد سلوكاً نمطياً تكرارياً، ويمكن تعريف السلوك النمطي بأنه: سلوك شاذ يظهر على شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية، وهو سلوك ليست له وظيفة أو غاية يؤديها، كما أنه سلوك غير مؤذي، ولكنه يعيق الانتباه (مصطفى والشربيني،2011 :81). والجدير بالذكر، أن هذه السلوكات النمطية التي يمارسها طفل التوحد، تظهر وتختفي بشكل تلقائي (Wolf, 2005).

ويمكن الإشارة إلى أهم السلوكات التكرارية النمطية لدى طفل التوحد والتي تشمل:

1. الانشغال باللعب بالأصابع، أو أحد أعضاء الجسم، أو لف الشعر بشكل متكرر.
2. حركات لا إرادية باليد مثل: رفرفة اليدين، أو لف اليدين بالقرب من العينين.
3. السير على أطراف الأصابع، أو أرجحة الأرجل أثناء المشي، أو الضرب بالقدمين على الأرض، الدوران حول النفس باستمرار.
4. المداومة على قرص أو عض اليدين، أو ضرب الرأس بالحائط أو أي شيء صلب.
5. الجلوس فوق المنضدة، والنظر إلى الأرض لفترات طويلة.
6. التمسك بلعبة واحدة من ألعابه، وهي غالبا تتميز بالرتابة، وتصدر أصوات وحركة.
7. إظهار حركات غريبة في الوجه مثل: الغمز بالعينين، الابتسامة العريضة، أوالتكشيرة.
8. كثرة الصراخ وعدم النوم لفترات طويلة (القمش، 2011: 58).
9. القهقهة، والتصفيق باليدين، والتحديق في الضوء والفراغ، وفرقعة الأصابع، والدوران في المكان نفسه (مصطفى والشربيني،2011 :82).

10. إيذاء النفس بشكل متكرر، هوس الترتيب وعدم احتمال التغيير، وصدى كلامي، ورفرفة اليدين، وتحريك الأشياء بشكل دائري (Biklen, 2002).

و يؤدي السلوك التكراري إلى قصور في النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل، وبالتالي يواجه طفل التوحد صعوبة في التنبؤ بالنتائج والأحداث، مما ينتج عنه شعوره بالقلق وعدم الأمان، وبالتالي يستسلم لتلك السلوكيات التكرارية التي تعمل على التقليل من حدة القلق والتوتر لديه كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يمكن استيعابها، وعندما يظهر هذا النوع من السلوك لدى الطفل يصبح من الصعب التخلص منه، وفي الكثير من حالات التوحد الشديد تكون السلوكات التكرارية دائمة، وتعيق الفرصة المتاحة للتعلم والتفاعل الاجتماعي (الزريقات،2004 :39).

إن السلوكيات التكرارية التي يقوم بها أطفال التوحد تبدو غريبة وليس لها معنى بالنسبة للأشخاص الأسوياء، ولكنها في الحقيقة تعني الكثير بالنسبة لأطفال التوحد، وهي تمثل لغة تعبر عن عالمهم الداخلي (Williams, 1992 :211-215).

سادساً: الخصائص الاجتماعية لأطفال التوحد:

الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه طفل التوحد يتركز في قصور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وشخصيته مرتبطة بهذا القصور، وهذا السلوك يُعتبر علامة واضحة لاضطراب التوحد لدى الشخص. ومن تلك الخصائص:

1. **النمو الاجتماعي:** بعض سلوكات أطفال التوحد يمكن تفسيرها من خلال عجزهم عن تقليد الآخرين، فطفل التوحد مثلاً: لا يبتسم عندما يبتسم له شخص ما، وقد لا يرد التحية للآخرين، والشخص الراشد المصاب بالتوحد يعجز عن تفسير وفهم مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي (مصطفى والشربيني،2011 :86) .
2. **التواصل الاجتماعي:** طفل التوحد لا يفهم ما يقوله له الآخرون، كما أن التفاعل الاجتماعي يكون محدوداً بدرجة كبيرة، ويتصرف كما لو كان الآخرون المحيطون به غير موجودين، ولا يشارك والديه في النشاطات والألعاب مثلاً، ويهتمون بالأشياء الحسية(مصطفى والشربيني، 2011 :87)، كما أنهم غير قادرين على إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الآخرين، فهم لا

يفضلوا أن يحتضنهم أو يُقبّلهم أحد، ويمتازون بغياب التواصل البصري، ويتجنبون التحديق (الزريقات،2004 :39).

3. **الرغبة في تكوين صداقات:** بعض أطفال التوحد من ذوي الأداء العالي يرغبون في تكوين صداقات، لكنهم يشعرون بعدم ملاءمتهم لذلك، ويدركون الفروقات التي تفصلهم عن الناس. وبعضهم يتمكن من اتخاذ صديق، لكن هذه الصداقة عادةً تكون مبنية على المشاركة في اهتمام معين يستحوذ على اهتمام طفل التوحد. والكثير منهم لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين، وينبغي علينا أن نحترم جانب الاختلاف لدى طفل التوحد، ونعلمهم كيفية إقامة صداقة، ثم نترك لهم القرار في اتخاذ الصديق أو رفضه (الشامي،2004 :114).
4. **العزلة الاجتماعية:** يتصف طفل التوحد بالعزلة الاجتماعية، ويعتبر هذا المظهر السلوكي من الأعراض الجوهرية للتوحد، لأن طفل التوحد ينقصه القدرة على تكوين العلاقات مع الناس، ويفضل البقاء وحيداً، ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديق بالعينين (عبد الحميد وقاسم،2003).
5. **العلاقة الوسيلية مقابل الوسيلة التعبيرية:** والعلاقة الوسيلية تعني أن طفل التوحد يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده، مثل: إذا أراد طفل التوحد شيئاً ما يأخذ بيد والده ويضعها تجاه الشيء الذي يريده، أي أن الأب يصبح الوسيلة التي تحقق للطفل ما يريده (مصطفى والشربيني،2011 :88).
6. **اللعب:** يعد اللعب من الأساليب المهمة التي يعبر بها الطفل عن نفسه، ويفهم بها العالم من حوله، ويفضل طفل التوحد اللعب مع الكبار أكثر من الصغار، ويهيمن اللعب الحسي الحركي عليه لفترة زمنية طويلة، وفي اللعب التنظيمي يميل إلى صف الأشياء في صفوف، ويميل إلى الاهتمام بخاصية واحدة أو اثنتين من خصائص اللعبة (الشامي،2004 :162)، وقد يهتم بالجانب غير الوظيفي من اللعبة مثل: الضوضاء الصاخبة، والاهتزازات التي تحدثها اللعبة، مما يترتب عليه حدوث نوبات غضب لديهم (Charman &Baird, 2002) .

كم أن طفل التوحد لديه قصور في اللعب التخيلي (خليفة وعيسى، 2007 :105)، فهو غير قادر على استخدام الخيال في اللعب مثل الأطفال الأسوياء، فلا يستعمل الدمى أو السيارات كباقي الأطفال، وإنما يستخدمها كمواد بناء (الشربيني،2004 :104). ولعب طفل التوحد

بالسيارة يختلف عن لعب الطفل الطبيعي، فيقوم طفل التوحد بقلب السيارة ولف العجل، أو يضع أذنه ليسمع الصوت الذي تصدره السيارة، ويلفت انتباهه جزء من السيارة، فهو ينتبه إلى الجزء وليس الكل (مصطفى والشربيني،2011 :91).

سابعاً: الخصائص العقلية والنفسية للأطفال التوحد:

تقع نسبة ذكاء غالبية أطفال التوحد ضمن نطاق الإعاقة العقلية، حيث تتراوح نسبة أطفال التوحد المعاقين عقلياً بين (80%–70)، كما أن 40% من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (50–55)، وأن 30% منهم تتراوح نسبة ذكاؤهم بين (70–51) (خليل وآخرون، 2009: 48). والجدير بالذكر أن أطفال التوحد لديهم عجز وصعوبة في التواصل مع الآخرين، وهذا يعتبر مفسراً لحصول نسبة منهم على درجات أدنى من المتوسط عند إخضاعهم لاختبارات الذكاء (يوسف، 2004: 22).

ومن الخصائص النفسية والعقلية التي تميز طفل التوحد:

1. البرود العاطفي الشديد.
2. فقدان الإحساس بالذات.
3. الشعور بالقلق الحاد.
4. القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.
5. انخفاض في مستوى الوظائف العقلية (مجيد، 2007).
6. القصور في الانتباه المشترك، يعني أن طفل التوحد لا يشارك الآخرين في الإشارة والرؤية، فلا ينظر مثلا إلى ما ينظر إليه الشخص الذي أمامه (الزريقات،2004:41).
7. الخوف الزائد من أشياء عادية، مثل مرور باص كبير، أو مشاهدة حيوان يتحرك.
8. بعض أطفال التوحد لديهم قدرات ومهارات خاصة، مثل عزف مقطع موسيقي بعد سماعه لمرة واحدة، والاستغراق في العزف كأنه محترف، وبعضهم لديه مهارات حسابية فيستطيع حل المسائل الحسابية المعقدة في وقت قصير جداً، ومنهم من يكون ماهراً في الرسم سوءاً كان تخيلياً أو منقولاً، كما أنهم يتمتعون بذاكرة غير عادية خصوصاً الذاكرة البصرية

المكانية، فيستطيعون أن يعرفوا طريقهم مرة أخرى للأماكن التي زاروها مرة واحدة فقط (القمش، 2011: 62-64).

تصنيفات التوحد:

إن أطفال التوحد لا يظهرون الخصائص نفسها، أو خصائص متشابهة مع نفس الشدة، لذلك اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك ظهرت عدة اتجاهات في تصنيف الشخص المصاب بالتوحد، ومن هذه التصنيفات:

أولاً: تصنيف المصابين بالتوحد في ثلاث مجموعات فرعية، بناءاً على تعريف كانر الذي أكد أن التوحد ليست متلازمة واحدة منفردة، وإنما هناك مجموعة من المستويات، وهي:

1. النوع الأول: متلازمة التوحد الكلاسيكية: وهنا يظهر على الطفل أعراض مبكرة للتوحد، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، ويبدأ التحسن على الأطفال تدريجياً بين سن الخامسة والسابعة.
2. النوع الثاني: متلازمة الطفولة الفصامية المصحوبة بأعراض توحدية: في هذه المجموعة يتشابه الأطفال مع المجموعة الأولى، ولكن ظهور الاضطراب يتأخر قليلاً، ويظهر عليهم أعراض نفسية أخرى.
3. النوع الثالث: متلازمة التوحد المصحوبة بإعاقة عصبية، وهنا يظهر لدى الأطفال مرض دماغي عضوي، ويتضمن اضطرابات أيضية، ومتلازمات فيروسية مثل: الحصبة، ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) (Knablock,1983).

- **التصنيف الثاني: وهو تصنيف اقترحه سيفن وماتسون عام 1991، ويقتضي تصنيف المصابين بالتوحد في أربعة مجموعات:**

1. المجموعة الشاذة: ويظهر على أفرادها خصائص أقل من خصائص التوحد، ولديهم مستوى عالٍ من الذكاء.
2. مجموعة التوحد البسيطة: ويظهر لدى أفرادها مشكلات اجتماعية، والروتين في الحاجات والأشياء، وتخلف عقلي بسيط، والتزام باللغة الوظيفية (خطاب، 2009: 52).

3. مجموعة التوحد المتوسطة: وتكون لدى أفرادها استجابة اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد)، ولديهم لغة وظيفية محددة، وتخلف عقلي.
4. مجموعة التوحد الشديدة: أفرادها معزولون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية ووظيفية، وتخلف عقلي ملحوظ (خطاب، 2009؛ Smith, 2001).

ثالثاً: تصنيف التوحد وفقاً لمستوى الكفاية الوظيفية:

هذا التصنيف يقسم أطفال التوحد إلى قسمين:

1) الأطفال ذوي الوظيفة المرتفعة، ومعامل الذكاء لديهم لا يقل عن المتوسط.
2) الأطفال ذوي الوظائف المنخفضة، ومعامل الذكاء لديهم يكون أقل من المتوسط (Johnson& Marlow, 2009: 480).

رابعاً: متلازمة سافانات:

وهي اضطراب غامض، يصيب الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية، حيث يكون لديهم خلل نمائي عصبي، ويظهر على أفراد هذه المجموعة تأخر نمائي شديد في القدرات الذكائية، والاجتماعية، بينما يظهرون مهارات استثنائية في مجالات محددة، وهذا يعني أن هناك تناقض بين مستوى أداء الشخص المصاب في مجال معين، ومستوى قدراته المعرفية والعقلية، مقارنة بعمره الزمني، ومستواه التنموي، وهي مجموعة صغيرة جداً تشكل حوالي (10%) من المصابين بالتوحد (Hallahan& Kauffman, 2003; Bennett& Heaton, 2012).

وما يميز أفراد هذه الفئة، أن لديهم قدرات استثنائية، ومواهب غير عادية في مجالات معينة، مثل: تذكر التواريخ، واليوم التاريخي الهام في السنة، وحفظ الأرقام، وبعضهم لديه قدرات موسيقية وفنية مميزة، وكان ينظر إلى هذه المجموعة على أنها مرتبطة بالتخلف العقلي ولكنها صنفت حديثا ضمن اضطراب طيف التوحد (Smith, 2001; Alloy, Jacobson& Acocella, 1999).

تشخيص اضطراب طيف التوحد:

تتضمن عملية تقييم الاضطرابات السلوكية مسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية او متخصصة، وفي حالة الأطفال في سن المدرسة، فإن المعلم هو المعني بعملية الكشف، ومصطلح الكشف يشير إلى قياس سريع وصادق للأنشطة التي تطبق على مجموعة من الأطفال بغية التعرف إلى الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم، وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمين في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت (سليمان وآخرون، 2011).

ويمكن الاعتماد على أكثر من وسيلة أو أسلوب للكشف عن اضطرابات السلوك، ومن أهم تلك الوسائل: تقديرات المعلمين، والتشخيص السلوكي لأطفال التوحد.

وإن التشخيص الصحيح لاضطراب التوحد ليس أمراً سهلاً، ومعظم الخبراء يجمعون على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات؛ على أن يشمل الفريق المتعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معا لتشخيص الحالة، وغالباً ما يشتمل الفريق على: أخصائي نفسي، طبيب أعصاب أطفال، أخصائي قياس نفسي، أخصائي علاج نطق، أخصائي قياس سمع، وأخصائي اجتماعي، أخصائي علاج وظيفي، ومعلم تربية خاصة (الخطيب والحديدي، 1997؛ سهيل، 2013؛ باشا، 2010).

مراحل عملية تقييم وتشخيص أطفال التوحد:

يمكن تقسيم عملية التشخيص والتقييم إلى ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة المعاينة: وتهدف إلى التعرف على الطفل الذي من الممكن أن يكون مصاباً باضطراب طيف التوحد.

المرحلة الثانية: مرحلة التشخيص: وهي المرحلة التي يتم فيها فحص الحالة وفق معايير معينة ومحددة من أجل الوصول إلى نتيجة، وتحديد ما إذا كان الطفل مصاب باضطراب طيف التوحد أم لا.

المرحلة الثالثة: وتتضمن اتخاذ القرارات بشأن طرق العلاج المختلفة (الإحالة وطرق التدريس) (سهيل، 2013: 96).

بشكلٍ عام، فإن الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد يشكلون مجموعة غير متجانسة، وهذا يتطلب تنوع في أساليب التشخيص، ومعرفة دقيقة بالمحكات الأساسية لتشخيص التوحد.

المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:

وبمراجعة تشخيص التوحد، يتبين لنا أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي قامت بإصدار مجموعة محكات لتشخيص اضطراب التوحد ظهرت في الدليلين: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)، وهي كما يلي:

أولاً: محكات تشخيص التوحد وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM IV-TR, 2000):

وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل، فإن اضطراب طيف التوحد يعتبر أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، واشترط وجود ثلاثة محكات رئيسية لتشخيص التوحد، وهي:

المحك الأول: توفر (6) أعراض على الأقل من الفئات (أ)، (ب) و(ج) وفقاً للآتي:

أن يتوفر عرضان اثنان على الأقل من الفئة (أ)، وعرض واحد على الأقل من الفئة(ب)، وكذلك عرض واحد على الأقل من الفئة (ج)، وهذه الفئات هي:

الفئة (أ): قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يُعبر عنه في اثنتين على الأقل مما يلي:

1. قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي، مثل: (التواصل البصري المباشر، وتعابير الوجه، والأوضاع الجسمية، والإيماءات).
2. الفشل في تطوير علاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني.
3. ضعف القدرة التلقائية على المشاركة بالمتعة والإنجاز والاهتمامات مع الآخرين.
4. نقص في التفاعل والتبادل والمشاركة الاجتماعية والعاطفية، وعدم القدرة على الارتباط بالآخرين وإدراك حالتهم الاجتماعية.

الفئة (ب): قصور نوعي في التواصل، يُعبر عنها على الأقل بواحدة من السلوكات الآتية:

1. تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة.
2. عدم القدرة على إنشاء محادثات مع الآخرين، أو الاستمرار بها.
3. الاستخدام النمطي والتكراري للغة، أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة.
4. النقص في القدرة على اللعب التخيلي التلقائي (العفوي)، أو اللعب الاجتماعي المقلد و المناسب للعمر الزمني.

الفئة (ج): أنماط سلوكية و اهتمامات و أنشطة محدودة، و تكرارية، و نمطية، مُعبر عنها في واحدة على الأقل مما يلي:

1. الانشغال الزائد بواحدة على الأقل من الاهتمامات النمطية و المحدودة، و التي تبدو غير اعتيادية من حيث مستوى شدتها، و نوعية تركيزها.
2. الالتزام الشديد غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية.
3. حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل (رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع).
4. الانشغال بطريقة مبالغة بأجزاء الأشياء.

المحك الثاني: تأخر أو أداء غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية، مع ضرورة ظهور ذلك قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل:

1. التفاعل الاجتماعي.
2. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
3. اللعب الرمزي أو التخيلي.

المحك الثالث: أن لا يكون سبب هذه الاضطرابات يرجع إلى اضطراب ريت (Retts)، أو اضطراب التفكك الطفولي (APA, 2000)

ثانياً: محكات تشخيص التوحد وفقاً للدليل التشخيصي الخامس (DSM-5, 2013) :

إن الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو: اضطراب طيف التوحد(ASD)، والذي يجمع الفئات أو الاضطرابات التي كانت منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة، ضمن مسمى واحد على شكل فئة واحدة متصلة، تختلف مكوناتها باختلاف

عدد و شدة الأعراض، والسبب أن هذه الفئات أو الإضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها، وانما يمكن اختلافها في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها، وهذه الاضطرابات هي: إضطراب التوحد (AD)، ومتلازمة أسبرجر (Syndrome Asperger)، وإضطراب التفكك الطفولي (CDD)، والإضطراب النمائي الشامل غير المحدد(PDD NOS).

كما وتضمنت المعايير الجديدة في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد، وذلك لأنها أصبحت تعتبر متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها، كما أن الدليل قد فرض على الأخصائيين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة، و التي يتم بناء عليها تحديد مستوى ونوع الدعم الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2013).

و يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس عدة معايير لتشخيص إضطراب طيف التوحد، وهي:

المعيار الأول للتشخيص: التشخيص استناداً على توفر اثنين من المحكات بدلاً من ثلاثة محكات، وهذه المحكات:

المحك الأول: قصور (عجز) دائم في التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي: والذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، والمعبر عنه بما يلي سواء كان ذلك القصور معبر عنه حاليا أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد، ومنها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

1. قصور (عجز) في التفاعل الإجتماعي الإنفعالي المتبادل: ويتراوح ما بين التفاعل الاجتماعي غير الطبيعي، والفشل في تبادل حوار إعتيادي، مثلاً: الفشل في المشاركة في الإهتمامات والعواطف والمزاج، والفشل في بدء تفاعل إجتماعي أو الإستجابة له.
2. قصور أو عجز في السلوكات التواصلية غير اللفظية والمستخدمة في التفاعل الإجتماعي: ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، مثلاً: وجود خلل في التواصل البصري ولغة الجسد، أو صعوبة في فهم واستخدام التعبير الجسدي (الإيماءات)، أو إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

3. قصور أو عجز في القدرة على إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها، مثلاً: صعوبات في ضبط السلوك ليتناسب مع مختلف المواقف الاجتماعية، و صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي، أو إنشاء الصداقات، أو فقدان الاهتمام بالأقران.

المحك الثاني: أنماط سلوكية، واهتمامات و أنشطة محدودة وتكرارية ونمطية، مُعبر عنها في اثنين على الأقل مما يلي، سواء كانت هذه السلوكات مُعبر عنها حالياً، أو أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد:

1. النمطية والتكرار في حركات الجسم، أو استخدام الأشياء، أو الكلام، مثلاً: سلوكات نمطية حركية بسيطة، صفّ الألعاب في طابور، قلب الأشياء، ترديد الكلام المسموع (المصاداة)، وترديد عبارات خاصة ليس لها معنى.
2. الإصرار على المثلية (الرتابة أو التشابه)، وإرتباط جامد و دائم بالروتين أو الأفعال الروتينية الطقوسية، أو السلوكات اللفظية وغير اللفظية، مثلاً: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طبيعة تفكير جامدة، طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى السير في نفس الطريق، أو تناول نفس الطعام يومياً.
3. اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من حيث مستوى الشدة، أو نوعية التركيز، مثلاً : التعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد.
4. فرط أو إنخفاض في الإستجابة للمدخلات الحسية، أو إهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس بالألم أو بالحرارة، إستجابة سلبية لأصوات أو أحاسيس لمس معينة، فرط في شم أو لمس الأشياء، إنبهار بصري بالأضواء والحركات (American Psychiatric Association- APA, 2013).

المعيار الثاني: يجب أن تظهر الأعراض في مرحلة النمو المبكرة: (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تُظهر الحاجات الإجتماعية مدى القدرات المحدودة لطفل التوحد، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها في مراحل العمر المتأخرة).

المعيار الثالث: ضرورة أن تسبب الأعراض عجزاً واضحاً في قدرة الفرد على التفاعل الإجتماعي والأداء الوظيفي، أو أي جوانب هامة أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفي.

المعيار الرابع: هذه الاضطرابات يجب ألا تكون بسبب الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية)، أو التأخر النمائي العام: إن الصعوبات العقلية النمائية، واضطراب طيف التوحد، كثيراً ما تتصاحب مع بعضها البعض، ولعمل تشخيص ثنائي للمصابين باضطراب واحد، يُشترط أن تكون القابلية للتواصل الاجتماعي أقل من المستوى المتوقع في النمو الطبيعي لدى المشخصين بإعاقة ذهنية (DSM V, 2013).

ويوضح الجدول رقم (1): أهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الحديثة فيما يتعلق بالتوحد:

معيار المقارنة	DAM IV-TR,(2000)	DSM V ,(2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي.	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ: التوحد ، واسبرجر، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط.
محكات التشخيص	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكات النمطية	محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة : الإعاقة العقلية. اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	3 سنوات	الطفولة المبكرة (8) سنوات

المؤشرات المبكرة الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد:

مع زيادة انتشار التوحد، زاد التوجهات نحو الإهتمام بالتدخل المبكر، وأصبح بالإمكان معرفة ما إذا كان الطفل مصاب بالتوحد في وقت مبكر من الطفولة أم لا، بينما كان في الماضي من الصعب جداً أن يحصل الآباء على تشخيص دقيق لحالة أبنائهم (الزارع وعبيدات،2011: 48).

ومن المؤشرات التي تعتبر بمثابة علامات مبكرة لإحتمالية الإصابة باضطراب طيف التوحد، و تساهم في التقييم الشامل:

1. غياب المناغاة والتأشير وغيرها من الإيماءات عند عمر السنة.
2. غياب الكلمة الأولى عند عمر (16 شهراً).
3. غياب الجمل التعبيرية، والجمل المكونة من كلمتين عند عمر (24) شهراً.
4. غياب المهارات التواصلية والإجتماعية في أي عمر (الزارع وعبيدات،2011: 50).

تحديات عملية التشخيص:

تعتبر عملية تشخيص إضطراب طيف التوحد صعبة جداً، بسبب ضعف العلامات الفارقة، بالإضافة إلى وجود تباين واختلافات ضمن أفراد الفئة نفسها، فلا يوجد طفلين يظهران الخصائص نفسها بشكل متطابق تماماً، فبعضهم تظهر عليهم علامات واضحة تتعلق بإحدى مناطق القصور الثلاث، بينما البعض الآخر لا تظهر عليه نفس تلك العلامات (الزارع وعبيدات،2011: 47).

وفي الحقيقة إن عملية التقييم والتشخيص الشاملة للتوحد تتضمن عدداً كبيراً من التحديات التي تُصَعِب من عملية التقييم، وتترك أثراً بالغاً في دقة النتائج المستخلصة منه، وتتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تنتسب اليها هذه التحديات، إلا أنها في جوهرها ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالبنية الغامضة والفريدة لإضطراب طيف التوحد، والتي تجعل من فئة الأطفال المصابين به فئة غير متجانسة. وعادة ما تتمحور تحديات التقييم والتشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي:

أولاً: محور الفئة غير المتجانسة (تعددية الأعراض واختلاف مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين، مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي والتدريبي له).

ثانياً: محور الفاحص (خبرته، درجة تأهيله، موضوعتيه، أُلفته مع المفحوص)، وبيئة الفحص (سواء كانت مألوفة كالمنزل، أو غير مألوفة كعيادة متخصصة، الخصائص الفيزيائية لمكان الفحص، وجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه).

ثالثاً: محور الأدوات ومدى تناسبها مع الأهداف (نوع الأدوات، مدى وضوح آلية تطبيقها، وتفسير نتائجها، مدى ألفة الفاحص بها، مستوى التدريب والتأهيل الذي تتطلبه، الوقت الذي تستغرقه وكيفية الاجابة عليها) (الغرير وعودة، 2009؛ سهيل، 2013).

و بشكل عام فقد أشار ماركوس وآخرون (Marcus et al, 2001) إلى أن على الفاحصين المهتمين بتشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد مراعاة ما يلي:

1- المرونة عند تنفيذ إجراءات تطبيق الأدوات المراد استخدامها، وذلك من خلال التناوب في طرح الفقرات المراد الإجابة عليها من قبل أسرة الطفل (مثل التناوب بين تطبيق الفقرات اللفظية وغير اللفظية)، تعديل تعليمات تطبيق فقرات الأداة لتلائم مستوى الطفل، أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف أبسط الكلمات والإبتعاد عن المصطلحات العلمية)، توظيف فترات استراحة متعاقبة للطفل أثناء عملية الفحص، الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الأداء على فقرات الاختبار.
2- توظيف بيئة فحص مناسبة ومنظمة، وذلك بتأسيس بيئة واضحة ومناسبة للطفل، (كتوظيف الصور التي توضح المطلوب منه تأديته)، ترتيب المظهر الفيزيائي (المادي) لغرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث والادوات، التقليل من المشتتات، تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار).
3- مراعاة الدقة والمصداقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو غيرهم، وتستند الكثير من الأدوات المطبقة على طرح اسئلة ترتبط بآلية نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ولعل مثل هذه المعلومات قد تكون عرضة لأخطاء الاستدعاء من الذاكرة (مثل الحذف، والتشوية، والتعديل، والإضافة) من قبل الوالدين و خاصة للأطفال الأكبر عمراً.

4- التأكد من وضوح الهدف من الأدوات المطبقة، والفقرات المتضمنة للوالدين، أو من ينوب عنهم، فقد تتأثر إجابة الوالدين بعدم الفهم الدقيق للمظهر السلوكي المراد قياسه في فقرات الأدوات المطبقة (مثل المقصود باللعب التخيلي، التواصل البصري، مشاركة متعة الأداء).

5- التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع والدراية باضطراب طيف التوحد، فقد يتسم بعض أولياء الامور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت، وقراءة الكتب والمقالات، وحضور البرامج والندوات التي تتناول الحديث عن التوحد، ولعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحاً ذو حدين، فمن جهة؛ قد يُسَهِّل ذلك من التعاون مع الوالدين في الإجابة عن فقرات الأداة أو الاختبار، مما يسهم في دعم مصداقية الاجابات، ومن جهة أخرى، قد يعيق ذلك آلية جمع المعلومات، وذلك إما بمحاولة الأهل تجنب اعطاء إجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم، أو بإعطاء اجابات مضللة تدفع بالفاحص للتحول نحو تشخيص آخر أقل أثراً كبديل عن التوحد ((Marcus et al, 2001).

إلا أن عملية تشخيص الأطفال المصابين باضطراب التوحد تُعدّ صعبة ومعقدة جداً، بسبب عدم توفر أخصائيين في تشخيص مثل هذه الحالات وقلة عددهم، و تجاهل الأسرة أو عدم انتباهها لخصائص التوحد في المراحل المبكرة، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة (الجلبي،2007). وما يزيد من صعوبة التشخيص مرافقة اضطراب التوحد للعديد من الإعاقات كالتخلف الذهني والصرع، حيث أشارت العديد من الإحصائيات إلى أن (70 %) من أفراد التوحد يقع أدائهم على اختبارات الذكاء ضمن فئة الإعاقة الذهنية (Schreibman, 2005).

وتعود المشاكل في التشخيص أيضاً لطبيعة الأطفال المصابين بالتوحد، فهم غير متجانسين في قدراتهم وصفاتهم، وبالتالي فإن تشخيص الإضطراب يعتمد على تطبيق مقاييس وأدوات تعتمد على مظاهر سلوكية للحكم على الطفل إن كان لديه توحد أم لا، وكلما كان التشخيص مبكراً ومحدداً للسلوكات التي تعود لاضطراب طيف التوحد، كانت النتائج المتوقعة على الطفل بالمستقبل أفضل (الخطيب والحديدي،2007).

الإضطرابات المصاحبة للتوحد:

تصاحب التوحد في أغلب الأحيان اضطرابات متعددة مثل: ضعف الانتباه وفرط الحركة، والاكتئاب، والقلق)، واضطرابات سلوكية، وعضوية. ومن الإعاقات التي تتشابه أعراضها مع التوحد: الصم، والبكم، والإعاقة الذهنية، وإعاقات التعلم، والشلل الدماغي، وصعوبات التخاطب والإتصال وغيرها)، ويجب على الأخصائي مراعاة هذه الاضطرابات أثناء عملية التشخيص، فالتخلف العقلي مثلاً موجود بنسبة عالية في حالات التوحد، كما تحدث نسبة الصرع لدى (30%) من حالات التوحد (باشا، 2010).

التشخيص الفارق بين التوحد والاضطرابات المشابهة الأخرى:

نظرً لوجود بعض الاضطرابات الأخرى التي تشترك مع التوحد في بعض السمات، ومنها ما يكون مصاحباً لاضطراب التوحد، فإنه من الأهمية التعرف على أهم الفروق بينها من خلال التشخيص الفارق، وفيما يلي سرد مختصر لأهم هذه الاضطرابات:

1. اضطراب ريت.
2. اضطراب اسبيرجر.
3. اضطراب الطفولة التفككي.
4. الفصام.
5. إضطرابات التواصل (خليل وآخرون، 2009: 85-90).

الإعاقة العقلية واضطراب طيف التوحد:

على الرغم من أن الإعاقة العقلية تكون مصاحبة لكثير من حالات التوحد، إلى أن هناك مؤشرات يمكن الإعتماد عليها في التشخيص الفارق بينهما، من هذه المؤشرات:

1) أن الطفل المعاق عقلياً يكون لديه تعلق بالآخرين، ولديه بعض الوعي الإجتماعي على خلاف طفل التوحد بالرغم من ذكائه.

2) الطفل المعاق عقلياً لا يتجنب التقاء العيون عند التواصل، وليس لديه روتين، ولديه حصيلة لغوية جيدة، ومن النادر أن يعاني من إضطراب إنفعالي (باشا،2010).

3) الطفل المعاق عقلياً لديه نسبة ذكاء أقل من طفل التوحد، والذاكرة لديه أقل، فلا يستطيع الطفل المعاق عقلياً تخزين المعلومات أياً كان نوعها، على خلاف طفل التوحد الذي يكون لديه قدرة عالية على تخزين المعلومات، ولكنه يعاني من القصور في الإدراك، وعدم قدرته على التواصل مع الآخرين، وهذا يعيقه عن العمل على زيادة المخزون في الذاكرة، والإرتفاع بمستوى القدرة المعرفية (القمش، 2011: 69).

4) غالبية الأطفال المعاقين عقلياً لديهم قدرة على التفاعل الإجتماعي، والتواصل مع الآخرين بشكل مناسب، وهذا نادراً ما يحدث لدى أطفال التوحد.

5) يستطيع الطفل المعاق عقلياً استخدام اللغة للتواصل مع الآخرين، بينما غالبية أطفال التوحد لا يمكنهم ذلك (خليل وآخرون، 2009: 85).

6) الطفل المعاق عقلياً يتساوى لديه الذكاء اللفظي وغير اللفظي، بينما طفل التوحد يرتفع لديه مستوى الذكاء غير اللفظي عن اللفظي، ويكون التفاوت بينهما كبيراً.

7) يعاني الطفل المعاق عقلياً من نقص مهارات التآزر الحركي، بينما يمتلك طفل التوحد هذه المهارات بشكل جيد.

8) الطفل المعاق عقلياً يشارك أقرانه في اللعب والأنشطة ويستمتع بذلك، ويمارس تقليد الآخرين، بينما طفل التوحد يعجز عن كل ذلك.

9) الطفل المعاق عقلياً نادراً ما يمتلك مهارات خاصة، بينما تظهر بعض المهارات لدى طفل التوحد، مثل الرياضة، والموسيقى، والرسم، والشعر (فراج، 2002: 75-77).

10) الطفل المعاق عقلياً لديه عيوب جسمية، وجاذبيته أقل، وليست لديه مهارة التآزر البصري، وهو أكثر تعلقاً بالأب والأم، بينما لا توجد لدى طفل التوحد عيوب جسمية ولديه جاذبية الأطفال العاديين، ولا يتعلق بالآخرين.

11) السلوك التكراري لدى الطفل المعاق عقلياً يكون محصوراً بمحاولة حفظ التوازن، وتحريك الرأس يميناً ويساراً، بينما يشمل السلوك التكراري لدى طفل التوحد أكثر من عضلة ومنطقة من الجسم، ويكون ظاهراً، ومحدداً (يوسف،2004: 21).

طرق العلاج المستخدمة مع أطفال التوحد:

اتفق العديد من الأخصائيين على أنه لا يوجد شفاء تام من اضطراب التوحد، لكن الهدف من إجراء التدخلات العلاجية، هو إحداث تأثير في مسارات نمو الطفل بشكل إيجابي، وتوجيه الأطفال للحصول على نتائج أفضل تتعلق بسلامتهم العصبية، وبينما ينتقل بعض الأطفال والمراهقين إلى مرحلة البلوغ، لا يُعد مناسباً تسميتهم بالمصابين باضطراب طيف التوحد، وربما يرجع ذلك ربما يرجع ذلك إلى الإنخفاض الواضح في أعراض الاضطراب البادية عليهم، أو لتحسن حالتهم نتيجة العلاج، ويجب الإقرار بأن إضطرابات طيف التوحد هي حالة تستمر مدى الحياة، مما يتطلب مجموعة منسقة من الخدمات في مجالات الصحة والتعليم والخدمات الإجتماعية (منير وآخرون، 2016 : 16).

و هناك عدة طرق وأساليب متعددة تستخدم في علاج التوحد، وتساهم في التخفيف من بعض السلوكيات غير المرغوبة لدى المصابين، وتزيد من اندماجهم في المجتمع (مجيد، 2007)
ومن تلك لأساليب:

أولاً: العلاج السلوكي التعليمي:

لا يوجد أسلوب واحد يمكن القول بأنه فعال مع جميع الأفراد الذين يعانون من التوحد، فبعض الأساليب قد يكون فعالاً مع طفل ما، بينما قد لا يكون فعالاً مع طفل آخر، ويجب اختيار العلاج بشكل فردي اعتماداً على مواطن الإحتياج والقوة لدى كل طفل، وفيما يلي بعض هذه الأساليب والبرامج التي يمكن أن تستخدم حسب الحالة:

1- **برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA (Applied Behavior Analysis)**: و تسمى طريقة لوفاس نسبة إلى مبتكرها، وهي تركز على التدخل المبكر في سنوات ما قبل المدرسة،

وهذه الطريقة قديمة ومعروفة في علم النفس، حيث كانت تسمى بطريقة التعلم الشرطي، حيث يتم تعزيز كل سلوك جيد بتقديم مكافأة للطفل مباشرةً بعد القيام بالسلوك المرغوب (مصطفى والشربيني، 2013: 107)، وفي ظل طريقة لوفاس يتم تكثيف العمل بنظرية الإشراط الإجرائي لمدة (40 ساعة) في الأسبوع، وتتوقف المدة على مدى تحسن حالة الطفل ومدى تطور استجاباته. وقد طبق لوفاس هذه الطريقة على مجموعة من أطفال التوحد لمدة سنتين وحصل على نتائج إيجابية، ولكن المشكلة في هذه الطريقة أنها مرتفعة التكاليف بسبب طول فترة العلاج، كما أن الطفل قد يعتقد أن الاستجابات الشرطية تكون فقط في مكان العلاج، وهذا يؤثر على استجابته في المنزل، ويمكن التغلب على هذه النقطة بالتأني، والتنسيق مع الأهل (يوسف، 2004: 80).

ويمر البرنامج المذكور بعدة مراحل هي:

1) مرحلة العام الأول: يركز البرنامج على تخفيف الإثارة الذاتية والسلوك العدواني، وتشجيع التقليد واللعب.
2) مرحلة العام الثاني: يتم التركيز بصورة أكبر على اللغة التعبيرية، واللعب التفاعلي.
3) مرحلة العام الثالث: ينتقل التركيز إلى التعبير الانفعالي في المهام ما قبل الأكاديمية، والتعليم عبر الملاحظة (الإمام والجوالدة، 2010: 213-214).

2- **برنامج تيتش TEACCH: (Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children)** وهو يعني علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد، وإعاقات التواصل المشابهة له، ويعتبر البرنامج من أبرز وأشهر البرامج التي أعدت للإستخدام في علاج أطفال التوحد، وقد أعده الدكتور شوبلار (Shopler, 1972) في جامعة نورث كالورينا بالولايات المتحدة الأمريكية، ويُعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم أطفال التوحد، وهو برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (إسماعيل، 2009: 108)

وهذه الطريقة تعتمد على العلاج والتعليم كعملية متكاملة، فهي لا تركز على السلوك فقط، أو اللغة فقط، بل تقوم على تأهيل متكامل للطفل ضمن برنامج فردي مصمم خصيصاً على حسب حالة

الطفل وقدراته واحتياجاته (يوسف، 2004: 81)، وهو برنامج متكامل يستمر من عمر(18-3) سنة، لأن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه على الإعتماد على النفس، وإيجاد وظيفة مهنية له، يُعتبر أمر في غاية الأهمية(عسلية، 2006: 223)، ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية، والحركية، والإدراكية، والمهارات الأكاديمية (رياض، 2008: 75).

ويعتمد هذا البرنامج على مبادئ أساسية هي:

1. التكيف المُحسَن: من خلال تطوير المهارات وتعديل البيئة للتغلب على العجز.
2. تعاون الآباء: بحيث يعمل الآباء كمعالجين متعاونين مع الأخصائيين.
3. قياس للعلاج الفردي: وهو يعتمد على القياس المنتظم للقدرات والبرامج التربوية الفردية المصممة خصيصا لكل فرد.
4. التعليم المنظم.
5. العلاج السلوكي المعرفي.
6. التدريب العام للأخصائيين كي يفهموا الطفل ككل.
7. تنظيم المساحات، فينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، ومساحة الكرسي، والمساحة الخاصة بالتلميذ.
8. تحسين المهارات وإثراؤها.
9. استخدام الجداول اليومية الفردية الخاصة بكل طفل.
10. التعليمات البصرية، فينبغي إعطاء التلميذ إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة (الشامي، 2004: 39-45؛ الإمام والجوالدة،2011: 212).

3- **برنامج ليب (Leap):** وهو اختصار لكلمة (learning experiences : an alternative program for preschoolers and parent)، وهو برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة وأولياء الأمور، بدأ استخدام هذا البرنامج عام (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات لأطفال التوحد، والعاديين من أعمار (5-3) سنوات، ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل

المدرسة، وهو برنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء، بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى، ويُعتبر من أفضل برامج التدخلات المبكرة لأطفال التوحد (مصطفى والشربيني، 2013: 116).

ويُعد برنامج ليب من البرامج التي تجمع أطفال التوحد مع الأطفال العاديين، ويمتاز بأنه يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الإجتماعية، ويركز على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة بخدمات تدخل مبكر نوعية، وتقديم الخدمات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شامله عن الأسئلة، وورشات العمل، ويشتمل على: تنظيم الصف، وضبط الصف، وزيادة فرص التعليم خلال اليوم، وتدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، وفريق اشراف، بالإضافة إلى مساعدة الأسرة (الزريقات، 2004: 309).

ويحتوي البرنامج على ثلاثة عناصر أساسية، هي:

1. رياض الأطفال: حيث يدمج الأطفال الذين يعانون أي من الإضطرابات النمائية الشاملة مع أقرانهم الطبيعيين لمدة ثلاثة ساعات يومياً، ولمدة خمسة أيام أسبوعيا على مدار سنة كاملة.
2. تعديل السلوك: يتلقى أفراد الأسرة تدريباً مكثفاً على تقنيات تعديل السلوك، وكيفية تدريب الطفل على اكتساب مهارات جديدة.
3. نشر الوعي وبرامج تدريبية خارجية، فهو يقدم برامج تدريبية للمهتمين تشمل موضوعات التقويم، والخطط التربوية الفردية، وإدارة السلوك، وطرق تعليم المهارات الاجتماعية، وطرق التخطيط لنقل الطفل من بيئة إلى أخرى (الشامي، 2004: 50).

4- برنامج فاست فورورد (Fast Forward Program):

وهو عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميمه بناءاً على الأبحاث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال (Paula Tallal, 1996) على مدى ثلاثين سنة، وأظهرت نتائج تلك

الأبحاث أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة.

وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب، ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة عن هذا اللعب، فهو يركز على اللغة والاستماع والانتباه (رياض، 2008: 75-76؛ الغرير و عودة، 2009: 174).

ثانياً: العلاج الطبي:

تقتصر أهداف التدخل العلاجي الطبي على تخفيف الأعراض السلوكية، وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل رعاية الذات، وتحقيق قدر من التفاعل والنمو الاجتماعي (مصطفى والشربيني، 2013). والتدخل العلاجي يعتمد على العلاج بالأدوية أو الحمية الغذائية، ويستخدمها المؤيدون لنظرية أن اضطراب طيف التوحد سببه اضطراب أيضي يحدث نتيجة تأثير البيبتايد، وهي مادة تنشأ عن عدم هضم البروتينات، خاصة بروتينات الجلوتين (بروتين القمح ومشتقاته)، والكازيين (بروتين الحليب ومشتقاته)، وهذا الخلل يحدث أثراً تخديرياً على الجهاز العصبي، ويحدث له اضطرابات واختلالات معرفية ومركزية (يوسف، 2004: 84).

والعلاج الطبي يشتمل على طريقتين:

1. **العلاج بالغذاء:**

إن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية الغذائية في حياة الطفل الذي يعاني من إضطراب التوحد، هو دور بالغ الأهمية، فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابه، مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك، و إن المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحد هي: السكر، والحليب، والقمح، والشوكولاتة، والدجاج والبندورة، وبعض الفواكه، وإن المفتاح للمعالجة الناجحة، هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية، وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك، وبالإضافة إلى المواد الغذائية، هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية التي يعاني منها أطفال التوحد، وهي: المواد الإصطناعية

المضافة للطعام، والمواد الكيميائية، والعطور، والرصاص، والألمنيوم (الغرير و عودة، 2009: 166)

وهناك طريقتان للعلاج بالغذاء، وهما:

أ. **الحمية الغذائية:** أفضل نصيحة يمكن تقديمها بالنسبة للغذاء، هو الحد من المواد الغذائية غير الطبيعية، واستخدام طريقة العلاج بالحمية الغذائية، و تعتمد على إعداد برنامج غذائي لكل طفل يكون خالياً من الجلوتين والكازيين، وذلك بعد إجراء فحوصات مخبرية للبول، لمعرفة مستوى البيبتايد المخدر، وهذه الحمية تساعد الكثير من أطفال التوحد من حيث تحسن المظاهر السلوكية لديهم، وجعلهم أكثر قابلية للتدريب والتعليم (يوسف، 2004: 84).

ب. **العلاج بالفيتامينات:** إن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوفر في الأغذية العادية، وهي جرعات من فيتامين (B-6)، وجرعات من المغنيسيوم، وهذا ما أكدته الأبحاث التي أجراها ريملاند (Rimland, 1994)، وأظهرت النتائج أن (30–50%) من أطفال التوحد الذين تم علاجهم بهذه الطريقة أظهروا تحسناً واضحاً في مجال التواصل البصري، وعادات النوم، والإنتباه، والمهارات اللغوية (يوسف، 2004: 84). وإن الهدف من العلاج بالفيتامينات هو تحسين السلوك، وجعل عملية التمثيل الغذائي في جسم الطفل طبيعية، وقد أظهرت نتائج الدراسات، أن فيتامين (B-6) يجعل الموجات الدماغية طبيعية، ويسيطر على النشاط الزائد، ويحسن السلوك العام، ويخفض من ردود الفعل التحسسية، وذلك من خلال تقوية جهاز المناعة (الغرير وعودة، 2009: 166).

2. العلاج بالعقاقير والأدوية:

يتفق الكثير من الأخصائيين على أنه لا يوجد علاج شافٍ بشكل تام للتوحد، لكن هناك عدة عقاقير طبية تساعد في خفض حدة المشكلات السلوكية، مثل اضطراب الإنتباه، القلق، الإكتئاب، كما أن هذه العقاقير تُحسن من مستويات التواصل الاجتماعي، وتساعد في خفض حدة النشاط المفرط والاندفاعية، والعدوان (Exkorn, 2005).

وفيما يلي بعض العقاقير الطبية المستخدمة للعلاج:

1. العقاقير المضادة للذهان، وهي تعرف أيضاً بالعقاقير المهدئة الرئيسية، وتستخدم أحياناً لمعالجة العدوان الشديد، والإيذاء الذاتي، والتهيج.
2. العقاقير المضادة للتشنجات، وهي تُوصف عادةً لضبط النوبات التشنجية.
3. العقاقير المنشطة، وهي تُوصف لمعالجة النشاط الزائد، ومشكلات التشتت، وعدم القدرة على التركيز (الغرير وعودة، 2009: 165).
4. العقاقير المضادة للاكتئاب.
5. العقاقير المضادة للقلق.
6. العقاقير المضادة للتشنج (مصطفى والشربيني، 2013: 87-97).

التدخل والكشف المبكر عن التوحد:

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة (إجتماعية، تربوية، ونفسية) للأطفال دون سن السادسة من العمر والذين يعانون من إعاقة، أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر والإعاقة، بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال، من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية (القمش،2011: 235). والتدخل المبكر لا يقتصر فقط على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً، والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة، والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة، ولكنه يشمل أيضاً خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة (العلاج الوظيفي والطبيعي والنطقي)، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه (الخطيب و الحديدي، 1998).

مبررات التدخل المبكر:

1. التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإضطراب أو الإعاقة.
2. التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي، والاجتماعي في المراحل العمرية اللاحقة.

3. التعلم الإنساني في السنوات الأولى من عمر الطفل أسرع وأسهل من التعلم في مراحل عمرية متأخرة (القمش، 2011: 236).
4. معظم مراحل النمو الحرجة التي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها، تحدث في السنوات الأولى من عمر الطفل.
5. عدم التدخل المبكر قد يؤدي إلى تدهور نمائي لدى الطفل، ويجعل الفرق بينه وبين أقرانه العاديين أكثر وضوحاً مع مرور الوقت (الخطيب والحديدي، 1998).

دور الأسرة في الكشف عن الإضطراب:

من الأدوار التي تقع على عاتق الأسر، هو العمل على الكشف المبكر عن الأطفال الذين يُظهرون أنماطاً نمائية غير طبيعية، من أجل تزويدهم بالخدمات الطبية، والنفسية، والتربوية في أسرع وقت ممكن، ويلعب الآباء دوراً فاعلاً في الكشف المبكر بالرغم من أن ذلك ليس سهلاً، خاصة إذا كانت الإعاقة غير شديدة وغير ظاهرة، وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد، هو الإطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة، وملاحظتهم لمختلف أنواع السلوك الذي يصدر عنه، وإبداء الرأي حول كل ما يصدر عنه، سوءاً كان هذا السلوك طبيعياً أو غير طبيعي، فإذا كانت الملاحظات على السلوك على عكس أقرانه، فهذا من شأنه أن يدعو إلى استشارة المختصين، وزيارة طبيب أعصاب أطفال للتأكد من تلك الملاحظات على سلوك الطفل، والتزود بالخبرات اللازمة لمعالجته، أو التوجه إلى المراكز غير الحكومية، والتي تهتم بأطفال التوحد، والمتابعة معهم في علاج الطفل، مع ضرورة التحلي بالصبر، والرضا التام بقضاء الله وقدره (الجلبي، 2007)

النظريات المفسرة لحدوث التوحد:

بالرغم من الدراسات والأبحاث العلمية المتعددة التي هدفت إلى الكشف عن أسباب اضطراب طيف التوحد، إلا أنه وليومنا هذا لم تُقدم أي أدلة مثبتة على أن هذا الإضطراب يعود لسبب محدد، حتى

أن عدداً من الأبحاث العلمية تؤكد بأن هذا الإضطراب لا يعود لسبب واحد، إنما يمكن أن تساهم بحدوثه عدة عوامل متحدة مع بعضها البعض (الغرير وعودة، 2009؛ الجلبي، 2007).

ولكثرة النظريات التي فسرت التوحد، عمدت الدراسة لاعتمادها وتبويبها ضمن عناوين رئيسية، وهي:

أولاً: النظريات القديمة:

تُعتبر هذه النظرية الأولى التي قدمت تفسيرا لسبب اضطراب التوحد، حيث انتشرت هذه النظرية في خمسينيات وستينيات القرن الماضي، وهي تُرّجح أن سبب اضطراب طيف التوحد هو ظروف العائلة المحيطة بالطفل، فالبعض أشار أن برود عاطفة الأم وانشغالها عن الطفل، مسؤول عن حدوث البرود الإنفعالي والعزلة لدى الطفل (Heflin& Alaimo, 2007) ، كما ظهرت خلال فترة الستينيات نظرية الإنسحاب، والتي تشير إلى أن أطفال التوحد يتجنبون التفاعل الإجتماعي مع الآخرين، نتيجة وجود عتباتٍ ضيقة، أو حساسية مفرطة في النظام العصبي لا يسمح بتكوين ارتباط عاطفي أو استخدام للحواس، لذا فإنهم نتيجة الفشل المتكرر، يلجؤون إلى الإنسحاب والإنطواء، مما يقلل من فرص تعلمهم للسلوكات المناسبة، واكتساب الخبرات من الأشخاص الآخرين (الغرير وعودة، 2009)، كما أشار البعض بأن التوحد ناتج عن فشل في تقديم التعزيز المناسب لاستجابات الطفل المتطورة، والذي يقلل من فرص ظهور الاستجابات المناسبة مقارنةً بالأطفال العاديين (القمش، 2011:33).

في الوقت الحاضر لم يعد أحد يلقي باللوم على أسرة الطفل كسببٍ لاضطراب طيف التوحد، بالإضافة لرفض أغلب المتخصصين لتلك النظريات القديمة، بسبب الافتقار إلى الدليل التجريبي لدعم هذه النظرية، وبسبب الإعتقاد المتزايد بأنّ العديد من العوامل والظروف قد تتفاعل فيما بينها مسببةً التوحد، لذلك أصبحوا ينظرون إلى النظريات البيولوجية والعصبية وغيرها كنظريات هامة في تفسير سبب اضطراب التوحد (خليل وآخرون، 2009: 71-72).

ثانياً: النظرية الجينية الوراثية:

هذه النظرية ترى بأن العامل الوراثي والخلل الجيني خلال فترة الحمل هو السبب وراء اضطراب طيف التوحد عند الطفل، فأكثر الدراسات تشير إلى وجود عامل جيني له تأثير مباشر في الإصابة باضطراب التوحد، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة)، عن التوائم المختلفة (من بويضتين مختلفتين)، فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة، وبنسبة 27% بين أزواج التوائم المختلفة، وقد وُجد أن ما نسبته 15% من بين أطفال التوحد يعانون من اضطرابات ريت، أو من حالات فراجل إكس، وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساساً وراثياً، ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملاً ممهداً للإصابة بالتوحد (فراج، 2002: 60-61).

وتُشير هذه النظرية أن هناك منطقتان في الكروموسومات الوراثية رقم (2) ورقم (17) ربما تحتضنان الجين الذي يجعل الفرد أكثر قابلية للتوحد، وهناك استدلالات سابقة تقترح أن منطقتي الكروموسوم (7) والكروموسوم (16) لهما دور في تحديد ما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد أم لا (عسلية، 2006: 36).

ثالثاً: النظرية البيولوجية:

تُعتبر هذه النظرية من أكثر النظريات التي حظيت بالدراسات والأبحاث، إذ ترى هذه النظرية بأن الخلل موجود بدماغ الطفل، مما يسبب لديه اضطراب التوحد (القمش، 2011: 35). وفي دراسة قام بها موترون وآخرون(Morton et al, 1997)، كشفت أشعة الرنين المغناطسي عن وجود إصابة شديدة في الفص الصدغي الأيمن لدى طفل مصاب بالتوحد، ويعتقد الباحثون أن عدم الاتساق الإدراكي، هو الخلل الوظيفي الأساسي في التوحد (خليفة وعيسى، 2007).

وتضم هذه النظرية أيضاً، الأسباب البيو كيميائية، والعصبية، وفيما يلي عرض مختصر لهذه الأسباب:

أ. إصابة المخ قبل أو أثناء الولادة.

ب. الخلل الوظيفي في المخ.

ت. التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي.

ث. عدوى الفيروسات.

ج. إصابة جهاز المناعة (الجلبي، 2007: 53).

رابعاً: النظرية البيئية:

ترى هذه النظرية بأن اضطراب طيف التوحد يحدث نتيجة مسببات بيئية خارجية، تؤدي إلى حدوث خلل وإصابة في الدماغ أو في وظائفه، وتنطوي تحتها ظروف الحمل والولادة، والحوادث التي يتعرض لها الطفل، والتلوث البيئي، واللقاحات والطعوم التي أخذها الطفل، وغيرها (القمش، 2011).

خامساً: نظرية العقل:

ترى هذه النظرية بأن اضطراب طيف التوحد يعود لعدم قدرة الطفل على إدراك المثيرات الخارجية، وبالتالي الإستجابة لها بشكل صحيح، وتعرّف هذه النظرية بأنها: القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأشخاص والمتعلقة بأفكارهم، ورغباتهم، ونواياهم، وكذلك القدرة على استخدام هذه المعلومات لتفسير ما يقولون، وفهم سلوكهم، والتنبؤ بما سيفعلونه لاحقاً (صديق، 2005).

وقدم هذه النظرية بارون كوهين (1998) والتي تقوم على مبدأ أن للأطفال الطبيعيين قدرة على تطوير أو تنمية أشكال من التواصل بصورة سليمة تحقق لهم التفاعل والتواصل مع بيئتهم بطريقة طبيعية، وتساعدهم على إكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تُنمي لديهم القدرة على تبادل الأفكار والمشاعر مع الآخرين، حيث تشير نظرية العقل، أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يواجهون صعوبات في المقدرة على الإستنتاج، فهم يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين، أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من تفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي لديهم، وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرون (الإمام والجوالدة،2011:174).

الدراسات السابقة:

يتناول هذا الفصل عرض لأهم الدراسات التي تناولت المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد، وقد رُتبت الدراسات السابقة من الأقدم إلى الأحدث، وفيما يلي عرض لتلك الدراسات:

دراسة القيسي (2013)، هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص أطفال التوحد المتواجدين في رياض الأطفال، واستخدمت الدراسة مقياس عبد الله (2000) لتشخيص اضطراب طيف التوحد، وهو مكون من (28) فقرة على عينة بلغت (45) طفلاً تم اختيارهم من (9) رياض أطفال، وأجابت معلمة الفصل عن المقياس المخصص لكل طفل، وقد استخدمت الباحثة النسبة المئوية في تحليل البيانات، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن هناك (26) طفل منهم (6) إناث و (20) ذكر تنطبق عليهم أكثر من 50% من فقرات المقياس، وبذلك شخص هؤلاء الأطفال بأنهم مصابون بالتوحد.

أما دراسة غانم (2013)، فقد هدفت إلى تقنين مقياس صمم لتشخيص حالات اضطراب طيف التوحد وتمييزها عن حالات الإعاقة الذهنية البسيطة، والمتوسطة، والحالات العادية على عينة سورية بمدينتي اللاذقية وطرطوس، وقد تكونت عينة الدراسة من(180) مفحوصاً تم اختيارهم بطريقة قصدية ضمن الفئة العمرية من (6-3) سنوات، وتم توزيعهم حسب الحالة العقلية كما يلي: (60) توحد، و(60) إعاقة ذهنية بسيطة ومتوسطة، و(60) عاديون، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من سبعة مجالات هي: المجال الإجتماعي، المجال التواصلي، المجال السلوكي، المجال الانفعالي، المجال الحسي، المجال المعرفي، مجال التأخر النمائي، إضافةً للدرجة الكلية للمقياس. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن مقياس تشخيص التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة المقنن على البيئة السورية يتمتع بصلاحية وموثوقية عالية للتطبيق، وهو قادر على تحديد مستوى أداء طفل التوحد، ويحدد درجته: بسيط، أو متوسط، أو شديد.

وفي دراسة قام بها سالم (2013)، هدفت التعرف إلى الأداء التشخيصي الفارق على مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الذهنية. تكونت عينة الدراسة من 20 طفل سعودي تراوحت أعمارهم بين (12-6) سنة، وأظهرت النتائج وجود سلوك عدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بمعدل أعلى من أقرانهم ذوي اضطراب التوحد،

في حين أظهرت النتائج انتشار اضطرابات السلوك النمطي، وايذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمعدل أعلى من أقرانهم المعاقين ذهنياً.

كما قام التميمي (2012)، بدراسة هدفت إلى تقنين القائمة المعدلة للكشف عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد دون سن الثانية التي أعدها روبين وآخرون عام (1999) لتشخيص التوحد، وقاموا بتطويرها عام (2001)، وقد تم التحقق من صدق وثبات الأداة على عينة مكونة من (114) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (24–18) شهراً. وأظهرت نتائج الدراسة أن هذه القائمة تتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات.

ودرس الكيكي (2011) المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واستبانة مكونة من (32) فقرة، طبقت على عينة مكونة من (46) من آباء وأمهات أطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة بمدينة نينوى في العراق. وأظهرت النتائج وجود العديد من المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، منها: القصور في التفاعل الاجتماعي، وقصور في القدرة على الاتصال اللغوي، وفرط الحركة والدوران الدائم حول الأشياء، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر الآباء والأمهات، وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة من (الآباء والأمهات) متقاربون في وجهات النظر في تقدير المظاهر السلوكية لأطفالهم المصابين بالتوحد.

وقام مارتين وآخرون (2011) بإجراء دراسة عن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد لدى طلبة المدارس في هولندا، واختبار الفروق في ظروف انتشار التوحد لديهم في ثلاث ولايات مختلفة في هولندا، وهل للفروق الإقليمية أثر على نسبة انتشار التوحد، وتكون مجتمع الدراسة من طلبة المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين (16–4) عاماً، وتم اختيار عينة قصدية من الطلاب الذين يعانون من اضطرابات نمائية مختلفة مثل فرط الحركة، وتشتت الانتباه، أو المشخصين بالتوحد مسبقاً. وكانت أداة الدراسة هي الاستبيان حول عدد الأطفال المسجلين والذين يعانون من تلك الاضطرابات. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار طيف التوحد في ولاية ايندهوفن المتقدمة تكنولوجياً أعلى بكثير مما كانت عليه في ولايتي (هارلم و اوتريخت) الأقل تقدماً، وكانت نسبة

انتشار التوحد لدى الذكور أعلى بأربعة أضعاف مما هو لدى الإناث وفي المدارس الثانوية أعلى من الابتدائية.

بينما هدفت دراسة قام بها باشا (2010) إلى بناء أداة تساعد التربويين والمعلمين المختصين في التشخيص والتعرف على أطفال التوحد، والتعرف على المؤشرات السلوكية الدالة على وجود التوحد لدى الأطفال في مدرسة أزهار المستقبل لأطفال التوحد في مدينة جنين، وتكونت العينة من (30) طفلاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: (15) طفل توحد، و(15) طفل طبيعي لديهم صعوبات تعلم، و أظهرت النتائج ظهور مؤشرات التوحد لدى (15) طفل، بينما لم تظهر تلك المؤشرات لدى (15) طفل آخرين، بالرغم من معاناتهم من ضعف في التواصل مع الآخرين، لكن مع غياب بقية المؤشرات الدالة على وجود التوحد. وكانت الأداة المستخدمة هي أداة باشا للتشخيص السلوكي (BAT) والتي قام ببنائها الباحث، والتي أظهرت النتائج أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات.

وقامت كاظم (2008) بدراسة هدفت إلى تشخيص أطفال التوحد في رياض الأطفال في بغداد، من خلال السلوكيات التي تصدر من الأطفال في المنزل والروضة، وتكونت العينة من (17) طفلاً، (12) من الذكور، و(5) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (5–4) سنوات، واستخدمت الباحثة مقياس من إعدادها مكون من (28) فقرة يجيب عليها كل من المعلمة وولي أمر الطفل، وأظهرت النتائج أن (88%–71%) من الأطفال انطبقت عليهم معايير تشخيص المقياس المستخدم.

أما دراسة القريوتي وعبابنة (2006)، فلقد هدفت إلى بناء مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد، وتكون المقياس من (68) فقرة موزعة إلى (5) أبعاد وهي: التواصل الاجتماعي، النمطية، والوعي الذاتي بالنفس والآخرين، الاضطرابات الحركية والحسية، والسلوك العدواني. وطبقت الأداة على عينة من الأطفال بلغ عدد أفرادها (391) طفلاً من جنسيات عربية مختلفة. وأظهرت النتائج قدرة المقياس على تشخيص الاضطراب بشكل دقيق لدى (77%) من الحالات.

بينما قام عبد الله (2001) بدراسة الخصائص النفسية والإجتماعية التي يتسم بها أطفال التوحد مقارنة بالمعاقين عقلياً، والكشف عن أدائهما الفارق على المقاييس المستخدمة في الدراسة، والوصول إلى المؤشرات التشخيصية التي تفيد في إعداد البرامج العلاجية، تكونت عينة الدراسة من

مجموعتين من الأطفال: المجموعة الأولى تتكون من (15) طفل توحدي، والمجموعة الثانية (15) طفل معاق عقلياً من الدرجة البسيطة، تراوحت أعمارهم بين (14–6) سنة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين المجموعتين في المهارات الإجتماعية ولصالح المعاقين عقلياً، كما أظهرت النتائج فروقاً بين المجموعتين في درجة السلوك العدواني ولصالح فئة الإعاقة الذهنية، كما تبين وجود فروق بين المجموعتين على بعد النشاط الزائد ولصالح أطفال التوحد، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المهارات الاجتماعية، وكل من السلوك العدواني والنشاط الزائد بالنسبة للمجوعتين، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك العدواني والنشاط الزائد بالنسبة لنفس المجموعتين.

وفي دراسة تشخيصية قامت بها شاكر (2000)، هدفت التعرف إلى الخصائص السلوكية والعقلية و الانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد، تكونت عينة الدراسة من (20) حالة من حالات التوحد، وتم إعداد وبناء مقياس تشخيص التوحد في الطفولة، وقامت الباحثة بتطبيق الأداة باتباع أسلوب المقابلة مع أولياء أمور الأطفال. أظهرت نتائج الدراسة أن أطفال التوحد يعانون بشكل عام من ضعف الجانب اللغوي، وضعف في مهارات الاتصال مع الآخرين، والتكرارية والسلوك النمطي، وضعف عام في القدرات العقلية، وتأخر في مستوى الذكاء العام، وإضطرابات النوم، والضحك والصراخ والبكاء دون سبب، والخوف الشديد، والهروب من المنزل، والسلوك العدواني، بالإضافة إلى ضعف عام في الجانب الحركي.

بينما قام عمارة (1999)، بإجراء دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى طفل التوحد، وهذه المتغيرات هي: الذكاء، الإدراك، الانتباه، النضج الاجتماعي، الخصائص السلوكية. وتكونت عينة الدراسة من (7) أطفال توحديين، منهم (4) ذكور، و(3) إناث، تتراوح أعمارهم بين (12–9) سنة، واستخدم الباحث قائمة تشخيص التوحد، ومقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته، ومقياس وكسلر للذكاء، ومقياس السلوك التوافقي، ومقياس فايلاند للنضج الاجتماعي. أظهرت نتائج الدراسة أن أطفال التوحد لديهم قصور في الانتباه، واللغة، والنضج الاجتماعي، ولديهم فرط نشاط شديد، كما أظهرت النتائج أن معظم درجات الذكاء لدى أطفال التوحد نفسياً تقع في نطاق درجات الإعاقة العقلية بنسبة (71%)، وكانت درجة الإدراك لدى الأطفال ذوي التوحد

منخفضة على بعض الاختبارات، ومرتفعة على بعضها الآخر، والسبب في ذلك كما أشار الباحث يعود إلى خبرتهم وتدريبهم على مواد تلك الاختبارات في المراكز التي يتلقون فيها العلاج.

وهدفت دراسة أمين (1999) إلى دراسة التاريخ الارتقائي ل(37) طفل وطفلة من أطفال التوحد من أجل الوصول إلى المظاهر الأولية للاضطراب، ومشاركة الوالدين في عملية تشخيص الطفل، بالإضافة إلى دراسة الخصائص التي يتصف بها الأطفال المصابين بالتوحد، ومعرفة المتغيرات الأساسية التي لها دلالة في تشخيص التوحد. وأظهرت نتائج الدراسة وجود مظاهر أولية تظهر خلال الشهور الأولى من حياة الطفل يمكن للأسرة ملاحظتها، وأن هناك فروق بين الأطفال الأسوياء والمصابين باضطراب طيف التوحد في النواحي النمائية المختلفة لصالح الأسوياء، ووجود فروق بينهم في المظاهر السلوكية الغريبة لصالح الأطفال المصابين بالتوحد.

كما سعت دراسة روبين وآخرون (1999) للكشف المبكر عن التوحد وبعض الاضطرابات النمائية الأخرى، وتكونت عينة الدراسة من (1290) طفلاً، منهم (58) طفلاً مصابون بالتوحد، واستخدموا القائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون سن الثانية (M-CHAT) على عينة الدراسة، وأوضحت النتائج أن أنها تمكنت من التعرف على الأطفال المصابين بالتوحد، كما أوضحت النتائج أن هناك ست فقرات في هذه القائمة متعلقة بالتفاعل الاجتماعي كانت الأكثر ارتباطاً بأعراض التوحد مقارنةً بباقي فقرات القائمة.

كما قام حلواني (1996) بإجراء دراسة هدفت إلى الكشف عن إمكانية تشخيص حالات التوحد، والتمييز بينها وبين التخلف العقلي والأسوياء، وأجريت الدراسة على (81) طفلاً، منهم (27) طفل توحد، و (27) طفل إعاقة عقلية من الملتحقين بمركز الأمل بجدة، و (27) طفل من الأسوياء، وتم استخدام عدة أدوات للقياس والتشخيص وهي: قائمة المعايير الإكلينيكية، و قائمة كونرز لتقدير السلوك، ومقياس تقييم طفل التوحد، ومقياس ستانفور بينيه للذكاء، واختبار لوحة جودارد للذكاء (لوحة الأشكال). أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الأسوياء، وأطفال التوحد، والأطفال المعاقين عقلياً، على المقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة، لصالح أطفال التوحد والمعاقين عقلياً.

وفي دراسة قام بها ابن الخطاب (1994)، هدفت التعرف إلى خصائص أداء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على اختبار إيزنك لشخصية الأطفال، ومقارنتهم بالأطفال الأسوياء، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، مجموعة أطفال التوحد وعددهم (25) طفلاً، منهم (24) ذكور وطفلة واحدة أنثى، ومجموعة من الأطفال العاديين وعددهم (25) طفلاً، منهم (24) ذكور وطفلة واحدة أنثى، وبلغ متوسط الأعمار لأفراد المجموعتين (6) سنوات، أظهرت النتائج أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من أطفال التوحد، بينما كان أطفال التوحد أكثر عصابية وانطوائية وعزلة من الأطفال الأسوياء.

ودرس أدرين وآخرون (Adrien, et als, 1992) الأعراض التي تميز التوحد لدى الأطفال في سن مبكرة، تكونت عينة الدراسة من (38) طفلاً، (11) طفل توحدي، و (12) طفل متخلف عقلياً، و (15) طفلاً من الأسوياء. واستخدمت الدراسة المستخدمة أداة الملاحظة واستمارة تسجيل المعلومات، وجهاز فيديو لتسجيل سلوك الأطفال طوال اليوم و لمدة سبعة أيام متواصلة، وبتحليل محتوى التسجيلات أظهرت نتائج الدراسة بعض الأعراض التي تميز أطفال التوحد عن المتخلفين عقلياً والأسوياء، وهي: ضعف الإنتباه وعدم القدرة على التواصل، والنشاط الحركي المفرط، واضطراب في الإدراك، واضطراب في اللغة، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

أما دراسة بارثلمي وآخرون (Barthelemy, et als, 1992) فقد هدفت إلى معرفة مدى صلاحية المقاييس النفسية في تشخيص التوحد وتمييزه عن التخلف العقلي، تكونت عينة الدراسة من (116) طفلاً، منهم (58) تم تشخيصهم بالتوحد، و(58) من ذوي الإعاقة الذهنية. واستخدمت الدراسة مقياس تقييم سلوك الطفل. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والأطفال ذوي التوحد في الأعراض التالية: الانسحاب الاجتماعي، ضعف الانتباه، التعبير اللفظي وغير اللفظي، القدرة على التفكير والمحاكاة، والاستجابات الذهنية، وكانت الفروق لصالح أطفال التوحد، بمعنى أن هذه الأعراض منتشرة لديهم بدرجة كبيرة تميزهم عن التخلف العقلي.

ودرس وودن وآخرون (Wadden, et al, 1992) إمكانية استخدام قائمة ملاحظة سلوك التوحد، التي وضعها كروج (1990) في التعرف على أطفال التوحد وتمييزهم عن المعاقين عقلياً، وذوي صعوبات التعلم، وتكونت الأداة من (37) بند، وتم تطبيقها على عينة بلغ عدد أفرادها (132) طفلاً، منهم (67) طفلاً مصابا بالتوحد، و(65) طفل من ذوي الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم، تراوحت أعمارهم بين (15–6) سنة . أظهرت نتائج الدراسة أنه يمكن الاستعانة بقوائم الملاحظة السلوكية في التعرف على أطفال التوحد، مع وجود المقابلة والفحص الإكلينيكي أيضاً.

بينما قام كل من يونج ودوجلاس (Young& Douglas, 1980) بإجراء دراسة هدفت إلى الكشف عن الخصائص السلوكية المميزة لأطفال التوحد، وذلك بمقارنتهم بمجموعة من أطفال الإعاقة العقلية والأطفال العاديين في سن المدرسة، واستخدم الباحثان أداة قائمة الملاحظة السلوكية من إعدادهما، وتكونت العينة من أطفال مدرسة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، كل مجموعة تضمنت (25) طفلاً، واعتمدت القائمة على تقديرات الآباء، وقد أظهرت نتائج التحليل المقارن بين المجموعات الثلاث أن أهم السمات المميزة لأطفال التوحد هي: عدم القدرة على الاندماج مع الآخرين، لديهم اضطرابات شديدة في إدراك الإحساس بالألم، ومقاومة التغيير في البيئة المحيطة، والميل إلى ممارسة السلوكيات الروتينية النمطية، واضطرابات شديدة في التعبير اللغوي تتمثل في الترديد اللاإرادي للكلام، والخلط في استخدام الضمائر، والتعارض بين استخدام وفهم اللغة، واستخدام الكلمات بشكل مضطرب، والميل إلى عدم الاستجابة للآخرين، والظهور دائماً بمظهر المخالف والمعارض، وظهور بعض المهارات المعرفية في الأداء العملي، والميل إلى الموضوعات الميكانيكية.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح ما يلي:

- أنها ألقت الضوء على فئة المصابين باضطراب طيف التوحد، عن طريق الكشف عن مظاهرهم وأعراضهم وخصائصهم السلوكية، وسماتهم التي يتسمون بها، وتقييم السلوكات لدى طفل التوحد للتمكن من تصنيفه إلى توحد خفيف أو متوسط أو شديد.

- أن أهدافها تباينت تبعاً لتباين المتغيرات التي تناولتها كل دراسة، فكان الهدف من بعضها التميز بين الإعاقة العقلية والتوحد، بينما هدف بعضها الآخر إلى تشخيص أطفال التوحد في المدارس ورياض الأطفال، والكشف عن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في المدارس، واستهدف الجزء الأكبر منها دراسة الفروق بين ذوي اضطراب طيف التوحد، و غيرهم من فئات الاضطرابات النفسية والعقلية.
- كما قدمت الدراسات عدداً لا بأس به من أدوات القياس، ومحكات التشخيص لاضطراب طيف التوحد، عن طريق تقنين بعض تلك الأدوات لتلائم البيئة العربية، أو عن طريق إعدادها وبناؤها وفق منهج علمي دقيق، وإخضاعها لعملية التقنين، والقيام بإجراءات استخراج الصدق والثبات لها على عينات من الأطفال في البيئة العربية.

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

جاءت هذه الدراسة استمراراً للدراسات والبحوث العلمية الخاصة بموضوع تشخيص التوحد والكشف عن الخصائص السلوكية والمؤشرات الدالة على وجوده لدى الطلبة في المدارس ورياض الأطفال، إذ تمت مراجعة الدراسات السابقة، ووُجد أن هناك حاجة للقيام بدراسات أكثر في هذا المجال، وما يميز هذه الدراسة أنها تعتبر الأولى من نوعها في فلسطين والتي تستهدف التعرف على المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال، وذلك في حدود علم الباحثة وبعد اطلاعها على البحوث والدراسات السابقة. كما تعتبر الدراسة مهمة للمعلمين والمعلمات من حيث توعيتهم باضطراب طيف التوحد ومساعدتهم في الكشف عنه مستقبلاً. وتبرز أهمية الدراسة كذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها، والتي قد تلفت نظر المسؤولين وصناع القرار في التربية والتعليم إلى أهمية دمج أطفال التوحد في المدارس الحكومية، إذ كشفت عن عدد لا بأس به من الطلبة الذين تتوفر لديهم الخصائص السلوكية الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد. كما أنها تفيد أولياء الأمور في التدخل المبكر مع أبنائهم، حيث أنها تكشف عن توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى بعض الطلبة في رياض الأطفال، والذي قد

يساعد في تحويلهم الى المختصين لمتابعة الحالة والمساهمة في العلاج والتدخل المبكر قبل تفاقم المشكلة.

ويمكن تلخيص نقاط الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة كما يلي:

- الأهداف: اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في بعض الأهداف، من حيث الكشف والتعرف على الخصائص السلوكية للتوحد، مثل دراسة الكيكي(2011)، ودراسة ابن الخطاب (1994)، ودراسة يونج ودوجلاس (1980)، ودراسة أمين (1999)، ودراسة شاكر (2000)، ودراسة كاظم (2008)، ودراسة مارتين وآخرون (2011)، ودراسة باشا (2010)، ودراسة القيسي (2013).
- حجم العينة: تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في حجم العينة، وذلك بسبب اختلاف طبيعة الدراسة وظروفها، باستثناء الدراسات التي استهدفت بناء مقاييس للكشف عن التوحد، وهي: دراسة التميمي (2012)، ودراسة القريوتي وعبابنة (2006)، والتي تراوح فيها عدد العينات بين (114- 391)، وهي قريبة من حجم العينة المستخدمة في الدراسة الحالية والتي بلغت (162) طفل. وتتفق أيضا مع الدراسات السابقة بأن الأعمار لأفراد العينات متجانسة.
- وتتفق مع دراسة القيسي (2013) في المعالجات الإحصائية، والعينة، والمنهج المستخدم (الوصفي)، وتختلف عنها في أداة القياس المستخدمة.
- كما تتفق مع دراسة باشا (2010) في المعالجات الإحصائية، ولكنها تختلف في متغيرات الدراسة، والعينة.
- وتتفق أيضاً مع دراسة مارتين وآخرون (2011) ، وبعض المتغيرات، ومجتمع الدراسة، وطريقة اختيار العينة، حيث تم اختيار عينة المدارس بالطريقة العشوائية، ومن ثم اختيار عينة قصدية من الطلبة الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه ومشاكل في النطق والتعليم.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مقدمة

المنهج العلمي

مجتمع الدراسة

عينة الدراسة

أداة الدراسة

صدق الأداة

اختبار ثبات الأداة

إجراءات الدراسة

متغيرات الدراسة

المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث

طريقة الدراسة وإجراءاتها

مقدمة

يتضمن هذا الفصل وصفًا للطريقة والإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، واستخدام أداة الدراسة على المبحوثين من عينة الدراسة، و كذلك خطوات التحقق من صدق الأداة وثباتها، إضافة إلى وصف متغيرات الدراسة والطرق الإحصائية المتبعة في تحليل البيانات.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي منهجاً للدراسة ، وذلك لمناسبته وطبيعة هذه الدراسة وأهدافها، وذلك لأن المنهج الوصفي التحليلي يقوم بدراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها بشكل دقيق، ويعبر عنها تعبيرا كيفياً أو تعبيراً كميّاً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى.

فقامت الباحثة بإجراء مقابلات مع المعلمين والمعلمات لأخذ ترشيحاتهم للطلبة المتوقع أن تتوفر لديهم المؤشرات السلوكية لاضطراب طيف التوحد، والرجوع إلى سجلات الطلبة للحصول على تصنيفاتهم (تحصيلهم الدراسي، اضطرابات النطق، فرط الحركة وتشتت الانتباه)، ثم توزيع أداة الدراسة على العينة والمتمثلة في استبانة مصممة لهذا الغرض.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الطلبة المسجلين في رياض الأطفال في محافظة نابلس من العام الدراسي (2017/2016)، والبالغ عددهم (13.099) طالب.

عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة باستخدام الطريقة العشوائية الطبقية، إذ مثلت الروضة وحدة الاختيار، وتم توزيع (162) إستبانة على طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تم اختيارهم بالطريقة القصدية لتناسب طبيعة الدراسة وأهدافها، وقد تم استرجاع (162) إستبانة بنسبة استرداد بلغت (100%) هي التي شكلت العينة النهائية للدراسة، والجدول (2) يبين توزيع عينة الدراسة تبعاً للمتغيرات المستقلة :

جدول (2) توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة

المتغير	المستوى	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	111	68.5
	أنثى	51	31.5
مكان السكن	مدينة	56	34.6
	قرية	87	53.7
	مخيم	19	11.7
وجود صلة قرابة بين الأم والأب	نعم	56	34.6
	لا	106	65.4
وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد	نعم	5	3.1
	لا	157	96.9
مستوى التحصيل الدراسي	ممتاز	27	16.7
	متوسط	45	27.8
	ضعيف	90	55.6
وجود مشاكل في النطق عند الطفل	نعم	97	59.9
	لا	65	40.1
وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل	نعم	87	53.7
	لا	75	46.3
المجموع		162	100.00

يتضح من الجدول رقم (2) توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة، حيث يبين الجدول المستويات الخاصة بكل متغير من متغيرات الدراسة ، وتكرار كل مستوى ونسبته المئوية من النسبة الكلية للعينة .

أداة الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في الكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، استخدمت الباحثة مقياس باشا (2010)، ويوضح الملحق (1) أداة الدراسة.

وتضمن المقياس (68) فقرة موزعة على ستة مجالات هي:

1- العلاقة مع الآخر، ويتمثل في (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي).
2- استخدام الأشياء، ويتمثل في (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط).
3- الاستجابات، ويتمثل في (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية).
4- الحواس، ويتمثل في (اللمس، والتذوق، والشم).
5- التكيف ويتمثل في (التكيف مع التغيرات، والخوف).
6- الانطباع العام.

وقد تكونت أداة الدراسة من قسمين :

القسم الأول : ويشمل المعلومات الأولية عن الطالب.

القسم الثاني : واشتمل على (68) فقرة موزعة على ستة مجالات ، يتم الاستجابة عن هذه الفقرات من خلال ميزان ليكرت الرباعي، يبدأ بالدرجة (أبداً) وُتعطى درجة واحدة ، ثم (نادراً) وتعطى درجتان ، ثم (أحياناُ) وتعطى (3) درجات ، وتنتهي ب (دائماً) وتعطى أربع درجات. والجدول التالي توضح ذلك:

جدول (3) مفتاح تصحيح الفقرات لمقياس ليكرت الرباعي

مفتاح التصحيح	أبداً	نادراً	أحياناُ	دائماً
	1	2	3	4

صدق الأداة

قام باشا (2010) بالتحقق من صدق أداته باستخدام نوعين من أنواع الصدق، هما:

صدق المحكّمين: لجأ باشا لاستخدام صِدق المحكّمين، وهو ما يُعرف بالصّدق المنطقي أو الصدق الظاهري، وذلك بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوى الاختصاص في مجالات مختلفة، وذلك بهدف التَّأكد من مناسبة المقياس لما أُعدَّ من أجله، وسلامة صياغة الفقرات، وقد أجمع المحكمون على صلاحية الفقرات مع القيام ببعض التعديلات اللغوية، وهذا يُشير إلى أن المقياس يتمتَّع بصدق منطقي مقبول.

صدق البناء: ويعبّر عنه بقدرة كل فقرة في المقياس على الإسهام في الدَّرجة الكليَّة لذلك المقياس، ويعبّر عن ذلك إحصائياً بمعامل ارتباط الفقرة بمجالها، كما قامت الباحث بحساب ارتباط كل فقرة في المقياس بالمجال الذي تنتمي إليه. ويشار في هذا المجال إلى ضرورة النظر إلى مستوى دلالة معامل ارتباط، للفصل بين الفقرات التِّي ستبقى في الأداة، وتلك التِّي يجب أن تحذف، واستقر مقياس درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد على جميع فقراته بسبب ارتباط كل فقرة بمجالها من ناحية، وبالدرجة الكلية من ناحية أخرى، وبشكلٍ دالٍ إحصائياً عند (α = 0.05)، ملحق(5) ، والجدول (4) يوضِّح معاملات ارتباط الفقرات بالدَّرجة الكليَّة ومجالاتها لمقياس درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد.

جدول (4) مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق البناء بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية

الرقم	المجال	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	0.875**	0.000*
2	استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	0.913**	0.000*
3	الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	0.910**	0.000*
4	الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	0.852**	0.000*
5	التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	0.803**	0.000*
6	الانطباع العام	0.156*	0.047*

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

تشير نتائج الجدول السابق (4) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فقرات المجالات والدرجة الكلية لأداة الدراسة تراوحت ما بين (0.156**- 913.0**) للمجال السادس (الانطباع العام) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)).

وتشير نتائج الجداول في ملحق رقم (5) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطاً موجباً مع الدرجات الكلية للمجالات التي تنتمي إليها حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، حيث تشير هذه النتائج إلى توفر الاتساق الداخلي لفقرات المجالات والدرجة الكلية والدرجة الكلية لنفس المجال، وبالتالي يمكن الحكم بصدق عبارات أداة الدراسة وبالتالي الاطمئنان على تطبيقها.

ثبات الأداة

تم استخراج معامل ثبات الأداة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، (Cronbach's Alpha)، وتم التحقق من ثبات أداة الدراسة بفحص مؤشرات الاتساق الداخلي.

والجدول رقم (5) يوضح معاملات الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها ودرجتها الكلية:

جدول(5) معاملات الثبات لأداة الدراسة (BAT) ومجالاتها

الرقم	المجال	عدد الفقرات	معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا
1	العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	16	0.88
2	استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	12	0.87
3	الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	16	0.91
4	الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	12	0.91
5	التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	8	0.89
6	الانطباع العام	4	0.78
	الدرجة الكلية	68	0.98

يتضح من الجدول رقم (5) أن معاملات الثبات لمجالات الاستبانة تراوحت بين (0.78-91%) للمجالات: الخامس (التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)) والثالث والرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)، و التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف))، في حين بلغ الثبات الكلي للأداة (98%) . وهي معاملات ثبات عالية وتفي بأغراض البحث العلمي.

إجراءات الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة وفقاً للخطوات الآتية:

1. الرجوع الى الأدب النفسي والتربوي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد، ووسائل الكشف عنه لدى الطلبة، وذلك للاستفادة منها من خلال النتائج والتوصيات التي توصلت اليها تلك الدراسات.
2. إعداد أداة الدراسة بصورتها النهائية.
3. التدرب على أداة الدراسة الحالية والتي تكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.
4. تحديد مجتمع الدراسة وعينتها وذلك بالرجوع إلى قسم الإحصاء في مديرية التربية والتعليم في مدينة نابلس.
5. الحصول على إذن رسمي من وزارة التربية والتعليم الفلسطينية لتوزيع الأداة على عينة عشوائية من رياض الأطفال التابعة لمديرية التربية والتعليم في محافظة نابلس.
6. توزيع مطويات ومنشورات على مدراء ومعلمات رياض الأطفال في مديرية تربية نابلس، وذلك للتوعية باضطراب طيف التوحد، والخصائص السلوكية له، وطرق التعرف عليه.
7. إجراء مقابلات مع المعلمين والمعلمات لأخذ ترشيحاتهم للطلبة المتوقع توافر المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد في مدارسهم.
8. الرجوع إلى سجلات الطلبة للحصول على تصنيفات الطلبة المصنفين ضمن صعوبات التعلم، بطء التعلم، اضطرابات النطق والكلام، ضعف الانتباه، والنشاط الحركي الزائد .
9. تحديد أفراد عينة الدراسة، وتعبئة الاستبانات من قبل الباحثة بالتعاون مع المعلم، إذ تم توزيع (162) إستبانة، وتم استرجاع (162) بنفس العدد وهي استبانات صالحة للتحليل، وهي التي شكلت عينة الدراسة.
10. إدخال البيانات إلى الحاسب ومعالجتها إحصائيا باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

11. استخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها، ومقارنتها مع الدراسات السابقة، واقتراح التوصيات المناسبة.

متغيرات الدراسة

تضمن تصميم الدراسة المتغيرات الآتية:

أ- المتغيرات المستقلة (Independent Variables):

- الجنس: وله فئتين (ذكر، وأنثى).
- مكان السكن: وله ثلاث فئات (مدينة، وقرية، ومخيم).
- وجود صلة قرابة بين الأم والأب: وله فئتان (نعم، ولا).
- وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد: وله فئتان (نعم، ولا).
- مستوى التحصيل الدراسي: وله ثلاث فئات (ممتاز، ومتوسط، وضعيف).
- وجود مشاكل في النطق عند الطلبة: وله فئتان: (نعم، ولا).
- وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل: وله فئتان: (نعم، ولا).

ب - المتغير التابع (Dependent Variables):

ويتمثل في استجابات المبحوثين من الطلبة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بدرجة توفر المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.

المعالجات الإحصائية

بعد تفريغ إجابات أفراد العينة جرى ترميزها وإدخال البيانات باستخدام الحاسوب، ثم تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، ومن المعالجات الإحصائية المستخدمة :

1. التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لتقدير تكرارات توزيع عينة الدراسة، والوزن النسبي لفقرات الاستبانة.

2. اختبار (ت) لعينة واحدة مستقلة (One Sample T-test)، لفحص دلالة الفروق بين متوسطات الأبعاد، والدرجة الكلية لمقياس المؤشرات السلوكية، والقيمة الافتراضية لمدى توفر تلك المؤشرات.
3. اختبار "ت "لعينتين مستقلتين (Independent T-test)، لفحص دلالة الفروق تبعاً لمتغيرات الدراسة المستقلة ذات الفئتين، وهي: (الجنس، وجود صلة قرابة بين الأم والأب، وجود أفراد في الأسرة مصابين بالتوحد، فرط الحركة وتشتت الانتباه، مشاكل النطق).
4. تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، لفحص دلالة الفروق تبعاً لمتغيرات الدراسة المستقلة ذات الثلاث فئات فأكثر، وهي: (مكان السكن، ومستوى التحصيل) .
5. معادلة كرونباخ – ألفا للاتساق الداخلي (Alpha-Cronbach) لاستخراج معامل الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها.
6. اختبار (LSD) للمقارنة البعدية ، للتعرف على مصدر الفروق في المجالات التي يتم رفض فرضياتها بعد استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي.
7. مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الارتباطي بين فقرات الأداة ومجالاتها.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

أولاً : النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول للدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ثانياً : النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل نتائج الدراسة وفقاً لترتيب أسئلتها وفرضياتها ، وقد جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي :

أولا: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

من أجل تحليل أسئلة الدراسة قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لفقرات ومجالات أداة الدراسة، ومن ثم ترتيبها تنازلياً وفق النسبة المئوية، وذلك للإجابة على أسئلة الدراسة.

1. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول:

والذي ينص على: **ما درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس ؟**

وللإجابة عن هذا السُّؤال، تمَّ استخراج المتوسِّطات الحسابيَّة، والانحرافات المعياريَّة، لفقرات ومجالات الأداة والمتمثلة في درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، وقامت الباحثة باستخدام التقدير التَّالي الذي وضعه باشا (2010) كمفتاح للتصحيح والفصل ما بين الدَّرجات، وبيان ذلك في الجدول التالي:

جدول (6) مفتاح تصحيح أداة باشا (BAT) للمؤشرات السلوكية الدالة على وجود اضطراب طيف التوحد:

وضع الطفل	المتوسط الحسابي
طبيعي	68-119
توحد خفيف	120-170
توحد متوسط	171-221
توحد شديد	222-272

المصدر: (باشا، 2010)

جدول (7):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.

التسلسل	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر*
1	العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	1.86	0.62	متوسط
2	استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	1.75	0.63	متوسط
3	الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	1.75	0.68	متوسط
4	الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	1.31	0.53	خفيف
5	التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	1.55	0.71	خفيف
6	الانطباع العام	1.74	0.14	متوسط
	الدرجة الكلية	1.66	0.46	خفيف

- **المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

يتضح من الجدول (7) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس قد بلغت (1.66) بانحراف معياري بلغ (0.46) على الدرجة الكلية للمجالات، وهذا يدل على أن المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس متوفرة بدرجة خفيفة لدى عينة الدراسة من المبحوثين، في حين تراوحت المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة من المبحوثين على المجالات بين (1.31- 1.86) لمجال الحواس (اللمس، والتذوق، والشم) و العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)، وهي متوسطات استجابات تدل على أن المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة

نابلس متوفرة بدرجة خفيفة إلى متوسطة لدى عينة الدراسة من المبحوثين في كل من مجالات الدراسة الستة.

وفيما يتعلق بترتيب المجالات، فقد حصل مجال العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)على المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (86.1) وانحراف معياري(0.62) بينما حصل مجالي استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط) و الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية) على المرتبة الثانية وبمتوسط حسابي (1.75) وانحرافات معيارية على التوالي(0.63) و (0.68) ، وحصل مجال الانطباع العاملى المرتبة الثالثة وبمتوسط حسابي(1.74) وانحراف معياري (0.14) ، ومجال التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف) على المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (1.55) وإنحراف معياري (0.71)، ومجال الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)على المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (1.31) وإنحراف معياري (0.53).

أما بالنسبة لعدد الأطفال الذين ينتمون إلى الفئات الأربعة حسب معيار (باشا، 2010) ، فقد جاءت نتائجه كما في الجدول التالي :

جدول (8): التكرارات والنسب المئوية لتوزيع الأطفال حسبدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس.استناداً على استجابات المبحوثين من عينة الدراسة

الرقم	المعيار*	عدد الأطفال في هذه الفئة	النسبة المئوية %
1	طبيعي (أقل من 11.9)	10	%6.1
2	توحد خفيف (12.0- 1.70)	107	%60.5
3	توحد متوسط (1.71- 2.21)	36	%21.7
4	توحد شديد (أكثر من 22.2	19	%11.7
المجموع		162	100.0

- **المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

تشير نتائج الجدول (8) إلى أن النسبة الكبرى من استجابات عينة الدراسة من المبحوثين كانت لفئة الأطفال ذوي التوحد الخفيف والتي بلغت (60.5%)، في حين أن (6.1%) من عينة الدراسة أظهرو مؤشرات سلوكية طبيعية، بينما أظهرَ (21.7%) من أفراد العينة مؤشرات سلوكية تدل على وجود اضطراب توحد متوسط، أما مؤشرات التوحد الشديد فقد ظهرت لدى (11.7%) من العينة.

2. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني:

والذي ينص على: **هل تختلف درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تبعا للمتغيرات الديمغرافية (جنس الطالب، ومكان السكن، و وجود صلة قرابة بين الأم والأب، ووجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد، ومستوى التحصيل الدراسي، ووجود مشاكل في النطق عند الطفل، و وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل؟**

من أجل الإجابة عن هذا السؤال، تم اختبار فرضيات الدراسة التالية :

ثانياً : النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

والتي تنص على (**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والمتوسط الافتراضي لوجود اضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس**) .

وفي الحقيقة لا يمكن إصدار حكم دقيق على مستويات مجالات توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والدرجة الكلية لدى العينة إذا اعتمدنا فقط على المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية وللمجالات، فهذا الحكم لا يأخذ بعين الاعتبار الانحرافات المعيارية، والكفيل بتقدير مستويات مجالات مقياس توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والدرجة الكلية بشكل

دقيق اعتماداً على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية هو اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T-Test)؛ إذ يستخدم هذا الاختبار للمقارنة بين متوسط العينة عند كل مجال من مجالات الأداة ودرجتها الكلية ومتوسط المجتمع النظري، وكون المقياس المتبع هو ليكرت الرباعي، فيمكن اعتبار متوسط المجتمع القيمة (1.19) لأنها تفصل ما بين التقديرات المرتفعة والمنخفضة، وعليه تمَّ مقارنة متوسط العينة مع القيمة المحكيّة (1.19)، والجدول التَّالي يبيِّن ذلك.

جدول (8):نتائج اختبار ت لعينة واحدة للفرق بين متوسط العينة ومتوسط المجتمع لمقياس توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد

الرقم	المجالات	العينة		قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة*
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
1	العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	1.86	0.62	13.764	161	*0.000
2	استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	1.75	0.63	11.310	161	*0.000
3	الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	1.75	0.68	10.460	161	*0.000
4	الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	1.31	.53	3.072	161	*0.003

5	التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	1.55	0.71	6.424	161	*0.000
6	الانطباع العام	1.74	0.14	49.306	161	*0.000
الدرجة الكلية (توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد)		1.66	0.46	12.928	161	*0.000

** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = 0.05) وقيمة اختبار (1.19)

يتضح من نتائج الجدول (8)، وجود فروق دالة إحصائيًّاً عند مستوى الدَّلالة (α = 0.05) بين متوسط العيِّنة لدى مجالات (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)، واستخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)، الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)، و الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)، و التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، و الانطباع العام والدرجة الكلية حيث بلغت قيم الدلالة لكل منها (0.000) إلا المجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم) والذي بلغت مستوى الدلالة له (0.003) وهذا يعني أنَّ مجالات مقياس توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والدرجة الكلية لدى المبحوثين من عينة الدراسة كانت مرتفعة وأكبر وبشكلٍ دالٍ إحصائياً في جميع مجالات الدراسة مما يعبر عن أن أهمية أو قيمة مجالات التوفر المذكورة والدرجة الكلية .

2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

والتي تنص على **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير الجنس).**

ومن اجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، فقد استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة ونتائج الجدول التالي توضح ذلك:

جدول رقم(10)نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس بسبب متغير الجنس

المجال	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	مستوى الدلالة*
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	ذكر	111	1.85	0.61	-0.147	0.883
	أنثى	51	1.87	0.63		
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	ذكر	111	1.80	0.65	1.348	0.180
	أنثى	51	1.65	0.59		
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	ذكر	111	1.79	0.70	1.123	0.263
	أنثى	51	1.66	0.62		
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	ذكر	111	1.34	0.53	0.853	0. 263
	أنثى	51	1.26	0.54		
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	ذكر	111	1.54	0.71	-0.115	0.909
	أنثى	51	1.56	0.72		
الانطباع العام	ذكر	111	1.74	0.14	-0.572	0.568
	أنثى	51	1.75	0.13		
الدرجة الكلية	ذكر	111	1.68	0.47	0.651	0.516
	أنثى	51	1.62	0.46		

***(دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α = 0.05)**

يتبين من الجدول (10) السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة (α = 0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب

طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير الجنس، فقد بلغت مستوى الدلالة (0.516) وهي اكبر من (0.05).

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فيتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند نفس مستوى الدلالة في المجالات الستة. المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، والمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم))، و المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والمجال السادس(الانطباع العام)

1. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

والتي تنص على (**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن**) .

ولفحص الفرضية، فقد استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) ونتائج الجدول (12) تبين ذلك.

جدول (11)المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات الدراسة و لدرجة الكلية لاستجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن

المجال	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	مدينة	56	1.92	0.65
	قرية	87	1.77	0.55
	مخيم	19	2.03	0.77
	المجموع	162	1.86	0.62
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	مدينة	56	1.81	0.66
	قرية	87	1.72	0.59
	مخيم	19	1.73	0.74
	المجموع	162	1.75	0.63
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	مدينة	56	1.88	0.71
	قرية	87	1.66	0.65
	مخيم	19	1.75	0.69
	المجموع	162	1.75	0.68
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	مدينة	56	1.49	0.63
	قرية	87	1.21	0.39
	مخيم	19	1.28	0.69
	المجموع	162	1.31	0.53
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	مدينة	56	1.60	0.74
	قرية	87	1.47	0.64
	مخيم	19	1.74	0.90
	المجموع	162	1.55	0.71
الانطباع العام	مدينة	56	1.76	0.16
	قرية	87	1.74	0.13
	مخيم	19	1.71	0.09

	المجموع	162	1.74	0.14
الدرجة الكلية	مدينة	56	1.74	0.49
	قرية	87	1.59	0.41
	مخيم	19	1.71	0.56
	المجموع	162	1.66	0.46

يتضح من الجدول (11) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية لمستويات مجالات الدراسة الستة والدرجة الكلية حسب متغير مكان السكن.

ولمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق، تم فحص الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير السكن والموضحة في الجداول (12) و (13) .

جدول (12) :نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص دلالة الفروق في استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	بين المجموعات	1.479	2	0.739	1.945	0.146
	خلال المجموعات	60.461	159	0.380		
	المجموع	61.940	161			
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	بين المجموعات	0.260	2	0.130	0.317	0.729
	خلال المجموعات	65.095	159	0.409		
	المجموع	65.355	161			
الاستجابات (الاستجابة	بين المجموعات	1.674	2	0.837	1.808	0.167

الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	خلال المجموعات	73.602	159	0.463		
	المجموع	75.277	161			
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	بين المجموعات	2.699	2	1.349	4.919	*0.008
	خلال المجموعات	43.624	159	0.274		
	المجموع	46.323	161			
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	بين المجموعات	1.394	2	0.697	1.363	0.259
	خلال المجموعات	81.283	159	0.511		
	المجموع	82.676	161			
الانطباع العام	بين المجموعات	0.043	2	0.021	1.038	0.357
	خلال المجموعات	3.266	159	0.021		
	المجموع	3.309	161			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	0.809	2	0.405	1.877	0.156
	خلال المجموعات	34.284	159	0.216		
	المجموع	35.093	161			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05)**

يتضح من الجدول (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى

طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن في الدرجة الكلية حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.156) وهي اكبر من (0.05). كذلك لا توجد فروق في المجالات الخمسة. المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، و المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والمجال السادس(الانطباع العام) . بينما في المقابل يوجد فروق عند نفس مستوى الدلالة المجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)).

وللتعرف على مصدر الفروق، فقد تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنة البعدية، ويوضح الجدول (13) نتائج المقارنة البعدية.

الجدول (13)نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن للمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)).

المجال	المستوى	قرية	مخيم
(الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)).	مدينة	0.28045*	0.20457
	قرية	_____	0.07587

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05)**

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مستوى (مدينة) ومستوى سكن (قرية) في المجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)) وأن هذه الفروق تعود لصالح مستوى (مدينة).

4. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

والتي تنص على **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير صلة القرابة بين الأم والأب).**

ومن اجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير صلة القرابة ، فقد استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة ونتائج الجدول التالي توضح ذلك:

جدول رقم(14)نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود صلة قرابة

المجال	وجود صلة قرابة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	مستوى الدلالة*
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	نعم	56	1.92	0.66	0.945	0.346
	لا	106	1.82	0.59		
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	نعم	56	1.79	0.66	0.601	0.549
	لا	106	1.73	0.62		
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	نعم	56	1.78	0.73	0.471	0.638
	لا	106	1.73	0.65		
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	نعم	56	1.30	0.51	-0.171	0.865
	لا	106	1.32	0.54		
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	نعم	56	1.64	0.77	1.237	0.218
	لا	106	1.50	0.68		
الانطباع العام	نعم	56	1.71	0.17	-1.728	0.086
	لا	106	1.75	0.11		
الدرجة الكلية	نعم	56	1.69	0.49	0.655	0.513
	لا	106	1.64	0.45		

***(دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α = 0.05)**

يتبين من الجدول (14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير صلة القرابة بين الأب والأم، فقد بلغت مستوى الدلالة (0.513) وهي اكبر من (0.05).

أما بالنسبة لمجالات الدراسة فيتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند نفس مستوى الدلالة في المجالات الستة. المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، والمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم))، و المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والمجال السادس(الانطباع العام).

5. النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

والتي تنص على (**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد**).

ومن اجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير وجود المصابين بالتوحد في الأسرة ، فقد استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة ونتائج الجدول التالي توضح ذلك:

جدول رقم(15)نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد

المجال	وجود صلة قرابة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	مستوى الدلالة*
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	نعم	5	2.92	0.85	4.083	*0.000
	لا	157	1.82	0.58		
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	نعم	5	2.60	0.92	3.087	*0.002
	لا	157	1.72	0.61		
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	نعم	5	2.66	0.94	3.105	*0.002
	لا	157	1.72	0.65		
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	نعم	5	1.91	0.72	2.573	*0.011
	لا	157	1.30	0.52		
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	نعم	5	2.72	1.12	3.878	*0.000
	لا	157	1.51	0.67		
الانطباع العام	نعم	5	1.75	0.000	0.073	0.942
	لا	157	1.74	0.145		
الدرجة الكلية	نعم	5	2.42	0.72	3.884	0.000
	لا	157	1.63	0.43		

***(دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α = 0.05)**

يتبين من الجدول (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد ، فقد بلغت مستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من (0.05) وأن هذه الفروق لصالح مستوى استجابة (نعم) بدليل المتوسط الحسابي الذي بلغ لها (2.42) بينما بلغ متوسط مستوى استجابة (لا) الحسابي (1.63)

أما بالنسبة لمجالات الدراسة فيتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند نفس مستوى الدلالة في المجالات الستة. المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، والمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم))، و المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف) ولصالح مستوى استجابة (نعم)، وفي المقابل تبين من نتائج الجدول السابق عدم وجود فروق عند نفس مستوى الدلالة في المجال السادس(الانطباع العام)

6. النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة :

والتي تنص على (**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير درجة التحصيل الدراسي**).

ولفحص الفرضية، فقد استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) ونتائج الجدول (16) و (17) و (18) تبين ذلك.

الجدول (16)المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات الدراسة و لدرجة الكلية لاستجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مستوى التحصيل الدراسي

المجال	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	ممتاز	27	1.63	0.45
	متوسط	45	1.77	0.51
	ضعيف	90	1.96	0.68
	المجموع	162	1.86	0.62
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	ممتاز	27	1.37	0.33
	متوسط	45	1.57	0.46
	ضعيف	90	1.95	0.70
	المجموع	162	1.75	0.63
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	ممتاز	27	1.44	0.44
	متوسط	45	1.54	0.55
	ضعيف	90	1.94	0.73
	المجموع	162	1.75	0.68
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	ممتاز	27	1.08	0.21
	متوسط	45	1.20	0.37
	ضعيف	90	1.44	0.63
	المجموع	162	1.31	0.53
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	ممتاز	27	1.29	0.52
	متوسط	45	1.50	0.65
	ضعيف	90	1.65	0.77
	المجموع	162	1.55	0.71
الانطباع العام	ممتاز	27	1.75	0.18
	متوسط	45	1.71	0.18
	ضعيف	90	1.75	0.10

	المجموع	162	1.74	0.14
الدرجة الكلية	ممتاز	27	1.43	0.24
	متوسط	45	1.55	0.36
	ضعيف	90	1.78	0.52
	المجموع	162	1.66	0.46

يتضح من الجدول (16) وجود فروق في المتوسطات الحسابية لمستويات مجالات الدراسة الستة والدرجة الكلية حسب متغير مستوى التحصيل الدراسي.

ولمعرفة درجة انطباق هذه النتائج على مجتمع الدراسة تم فحص الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير العمر والموضحة في الجداول (17) و (18) .

الجدول (17) :نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص دلالة الفروق في استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مستوى التحصيل الدراسي

المجالات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	بين المجموعات	2.689	2	1.344	3.607	*0.029
	خلال المجموعات	59.251	159	0.373		
	المجموع	61.940	161			
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	بين المجموعات	8.939	2	4.469	12.596	*0.000
	خلال المجموعات	56.416	159	0.355		
	المجموع	65.355	161			
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	بين المجموعات	7.947	2	3.974	9.383	*0.000
	خلال المجموعات	67.330	159	0.423		
	المجموع	75.277	161			
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	بين المجموعات	3.498	2	1.749	6.494	*0.002

	خلال المجموعات	42.825	159	0.269		
	المجموع	46.323	161			
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	بين المجموعات	2.805	2	1.402	2.792	0.064
	خلال المجموعات	79.872	159	0.502		
	المجموع	82.676	161			
الانطباع العام	بين المجموعات	0.053	2	0.026	1.289	0.279
	خلال المجموعات	3.256	159	0.020		
	المجموع	3.309	161			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	3.384	2	1.692	8.484	*0.000
	خلال المجموعات	31.709	159	0.199		
	المجموع	35.093	161			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05)**

يتضح من الجدول (17) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير درجة التحصيل الدراسي في الدرجة الكلية حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من (0.05). كذلك توجد فروق في المجالات الخمسة. المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) والمجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)) المجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم))، في حين لا توجد فروق المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والمجال السادس(الانطباع العام).

وللتعرف على مصدر الفروق، فقد تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنة البعدية ، ويوضح الجدول (18) نتائج المقارنة البعدية

الجدول (18) :نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مستوى التحصيل الدراسي للمجال للدرجة الكلية ولمجالات الدراسة الأربعة المجال الأول (العلاقة مع الآخر)، والمجال الثاني (استخدام الأشياء)، والمجال الثالث (الاستجابات)، المجال الرابع (الحواس).

المجال	المستوى	متوسط	ضعيف
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	ممتاز	-0.13889	-0.32986*
	متوسط	_____	-0.19097
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	ممتاز	-0.19815	-0.57870*
	متوسط	_____	-.038056*
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	ممتاز	-0.10000	-0.50347*
	متوسط	_____	-0.40347*
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	ممتاز	-0.11914	-0.35988*
	متوسط	_____	-0.24074*
الدرجة الكلية	ممتاز	-0.12325	-0.35666*
	متوسط	_____	-0.23341*

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05)**

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين مستوى (ممتاز) ومستوى (ضعيف) في مجالات الدراسة الأربعة والدرجة الكلية وأن هذه الفروق تعود لصالح مستوى (ضعيف)، وأن هناك فروق بين مستوى (متوسط) ومستوى (ضعيف) في مجالات الدراسة الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)) المجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)) ولصالح مستوى ضعيف.

7. النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

والتي تنص على **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل).**

ومن أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل ، فقد استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة ونتائج الجدول التالي توضح ذلك:

جدول رقم(19)نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل

المجال	وجود مشاكل في النطق عند الطفل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	مستوى الدلالة*
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	نعم	97	2.02	0.65	4.192	*0.000
	لا	65	1.62	0.47		
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	نعم	97	1.79	0.71	0.981	0.328
	لا	65	1.69	0.49		
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	نعم	97	1.81	0.73	1.441	0.152
	لا	65	1.65	0.59		
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	نعم	97	1.33	0.55	0.327	0.744
	لا	65	1.30	0.51		
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	نعم	97	1.62	0.75	1.541	0.125
	لا	65	1.44	0.64		
الانطباع العام	نعم	97	1.71	0.15	-3.222	*0.002
	لا	65	1.78	0.11		
الدرجة الكلية	نعم	97	1.71	0.51	1.764	0.080
	لا	65	1.58	0.38		

***(دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α = 0.05)**

يتبين من الجدول (19) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل ، فقد بلغت مستوى الدلالة (0.080) وهي اكبر من (0.05) .

أما بالنسبة لمجالات الدراسة فيتبين من الجدول عدم وجود فروق عند نفس الدلالة في المجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الثالث (الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، والمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم))، و المجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف) . في حين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند نفس مستوى الدلالة في المجال الأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)) ولصالح مستوى (نعم)، وفي المجال السادس (الانطباع العام). ولصالح مستوى (لا).

8. النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

والتي تنص على (**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل**).

ومن اجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل ، فقد استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة ونتائج الجدول التالي توضح ذلك:

جدول رقم(20)نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات استجابات عينة الدراسة حول درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل

المجال	وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	مستوى الدلالة*
العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)	نعم	87	1.89	0.72	0.823	0.412
	لا	75	1.81	0.47		
استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)	نعم	87	1.92	0.72	3.763	*0.000
	لا	75	1.56	0.45		
الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)	نعم	87	1.84	0.77	1.803	0.073
	لا	75	1.64	0.55		
الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)	نعم	87	1.45	0.64	3.727	*0.000
	لا	75	1.15	0.31		
التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)	نعم	87	1.58	0.75	0.549	0.584
	لا	75	1.51	0.67		
الانطباع العام	نعم	87	1.74	0.15	0.167	0.867
	لا	75	1.74	0.12		
الدرجة الكلية	نعم	87	1.74	0.54	2.309	*0.022
	لا	75	1.57	0.34		

***(دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α = 0.05)**

يتبين من الجدول (20) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حولدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل، فقد بلغت مستوى الدلالة (0.022) وهي أقل من (0.05) ولصالح مستوى (نعم) وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (1.74) بينما بلغ متوسط مستوى (لا) الحسابي (1.57).

أما بالنسبة لمجالات الدراسة فيتبين من الجدول وجود فروق عند نفس الدلالة في المجال الثاني (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)) والمجال الرابع (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)) ولصالح مستوى (نعم) في المجالين، بينما لا توجد فروق عند نفس مستوى الدلالة في المجالالأول (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي))، والمجال الثالث الاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية))، والمجال الخامس التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والمجال السادس (الانطباع العام).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج وأهم التوصيات

- **النتائج**
- **مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة**
- **مناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة**
- **التوصيات**

الفصل الخامس

مناقشة النتائج وأهم التوصيات

يتناول هذا الفصلمناقشة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في الفصل السابق،والتي هدفت إلى الكشف عن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، وكذلك التعرف إلى دور بعض المتغيرات (الديموغرافية) في موضوع الدراسة. وقد اشتملت الدراسة على مجموعة من التساؤلات والفرضيات، وستحاول الباحثة مناقشة هذه النتائج لإبراز أهم النتائج والتي ستبنى عليها التوصيات المختلفة.

النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

1) مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيس، والذي ينص على:

ما درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس؟

يتضح من الجدول (7) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس قد بلغت (1.66) بانحراف معياري بلغ (0.46) على الدرجة الكلية للمجالات، وهذا يدل على أن المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس متوفرة بدرجة خفيفة لدى عينة الدراسة من المبحوثين، في حين تراوحت المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة من المبحوثين على المجالات بين (1.31– 1.86) لمجال الحواس (اللمس، والتذوق، والشم) و العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)، وهي متوسطات استجابات تدل على أن المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس متوفرة بدرجة خفيفة إلى متوسطة لدى عينة الدراسة من المبحوثين في كل من مجالات الدراسة الستة.

وفيما يتعلق بترتيب المجالات، فقد حصل مجال العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)على المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (86.1) وانحراف معياري(0.62)، بينما حصل مجالي استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط) والاستجابات (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية) على المرتبة الثانية وبمتوسط حسابي (1.75) وانحرافات معيارية على التوالي(0.63) و (0.68)، وحصل مجال الانطباع العام على المرتبة الثالثة وبمتوسط حسابي(1.74) وانحراف معياري (0.14)، ومجال التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف) على المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (1.55) وإنحراف معياري (0.71)، ومجال الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)على المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (1.31) وإنحراف معياري (0.53).

تشير نتائج الجدول (8) إلى ان النسبة الكبرى من استجابات عينة الدراسة من المبحوثين كانت لفئة الأطفال ذوي التوحد الخفيف وهي (60.5%)، في حين أن (6.1%) من عينة الدراسة كانت لفئة الأطفال الطبيعيين، و(21.7%) لفئة التوحد المتوسط، أما مؤشرات التوحد الشديد لدى أطفال الرياض، فقد كانت بنسبة (11.7%) .

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن العينة المستخدمة في الدراسة هي من فئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق، واضطرابات فرط في الحركة وتشتت الانتباه، وتحصيل دراسي ضعيف، ومن المسلم به والمتفق عليه لدى المختصين في مجال التوحد، أن اضطراب طيف التوحد يصاحبه اضطرابات في النطق وتأخر في الكلام، وفرط في الحركة وتشتت انتباه، وأحيانا صعوبة في التعلم، وهذا طبقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الإصدار الخامس -DSM-5 (APA,2013).

2) مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الأول، والذي ينص على:

هل تختلف درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تبعا للمتغيرات الديمغرافية (جنس الطالب، ومكان السكن، و وجود صلة قرابة بين الأم والأب، ووجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد، ودرجة التحصيل الدراسي، ووجود مشاكل في النطق عند الطفل، و وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل ؟

لمناقشة نتائج هذا السؤال، تم مناقشة فرضيات الدراسة المتعلقة بالمتغيرات المستقلة للمبحوثين من عينة الدراسة على النحو التالي:

النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

والتي تنص على: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والمتوسط الافتراضي لوجود اضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس).

يتبين من الجدول (8) عدم وجود فروق دالة إحصائيًّاً عند مستوى الدَّلالة (α = 0.05) بين متوسط العيِّنة لدى مجالات (استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)، و استخدام الأشياء (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط) والدرجة الكلية حيث بلغت قيم الدلالة لها على التوالي (0.263)، و(0.335)، و(0.331) ، في حين كان هناك فروق دالة إحصائيًّاً عند مستوى الدَّلالة (α = 0.05) بين متوسط العيِّنة لدى مجالات (العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)، و الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)، والتكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، والانطباع العام) ولصالح متوسطات العينة، فقد جاءت جميع قيم (ت) دالة، وهذا يعني أنَّ مجالات مقياس توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد والدرجة الكلية لدى المبحوثين من عينة الدراسة كانت مرتفعة وأكبر وبشكلٍ دالٍ إحصائياً في مجال العلاقة مع الآخر (العلاقات مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، و التواصل غير اللفظي)من المستوى المتوسط، وسالبة في

مجالات (الحواس (اللمس، والتذوق، والشم)، و التكيف (التكيف مع التغيرات، والخوف)، وهذا يعبّر عن أن أهمية أو قيمة مجالات التوفر المذكورة والدرجة الكلية.

وتفسر الباحثةالدرجة الخفيفة من مؤشرات التوحد في المجالات الأول والثاني والثالث والسادس (العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء، والاستجابات)، بأن هذه المجالات هي من العلامات الأولية التي تدل على وجود اضطراب التوحد لدى الطفل، وذلك حسب المحكات التشخيصية التي وردت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM IV-TR, 2000).

ثانياً : نتائج الفرضية الثانية وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير الجنس.

يتبين من الجدول (10) أن المؤشراتذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس لا تتأثر بالاختلاف في الجنس بين المبحوثين من عينة الدراسة.وهي بذلك تتعارض مع دراسة القيسي (2013)، و دراسة مارتن وآخرون (2011)، ودراسة القمش (2011)، ودراسة لوتر(Lutter,1986)، حيث أظهرت النتائج فيها أن نسبة التوحد لدى الذكور أكثر من أربعة أضعاف لدى الإناث.

وتعزو الباحثة عدم الاختلاف هذا إلى:

1- أن الإناث يتفوقن في المهارات الكلامية عن الذكور، وذلك حسب نظرية ونج (Wing 1981) التي تقوم على شواهد عامة بين الناس، وقد يكون لهذا الاختلاف لطبيعة الجنسين أثراً على ظهور مؤشرات التوحد من عدمها،وحدة ونوع التوحد.

2- أن الأنثى بطبيعة الحال إجتماعية وهادئة لذا قد يؤثر هذا على تمييز وتشخيصالاضطراب لديها.

ثالثاً : نتائج الفرضية الثالثة وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير مكان السكن.

يتبين من الجداول (11و12و 13) أن الاختلاف في مكان السكن عند المبحوثين لا يؤثر علىدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس إلا في الحواس (اللمس، والتذوق، والشم) عند مستوى مدينة.

وتعزو الباحثة عدم الاختلاف هذا إلى أن البيئة لا تعد عاملا من العوامل الؤثر في اضطراب التوحد، وهي بذلك تختلف مع دراسة مارتن وآخرون (2011) والتي أظهرت نتائجها أن للفروق الإقليمية أثر على ظهور التوحد وانتشاره، وأن المناطق المتقدمة تكنولوجياً فيها نسبة أعلى من المصابين بالتوحد.وتفسر الباحثة هذا التعارض بأن قرى ومخيمات محافظة نابلس التي أُجريت فيها الدراسة الحالية، أخذت طابع المدينة بسبب اقترابها بشكل كبير جداً من المدينة، وهذا قد يؤدي إلى عدم ظهور الاختلاف بينهم في درجة ظهور مؤشرات التوحد، وقد تختلف النتائج إذا أُجريت دراسة مشابهة في قرى ومخيمات بعيدة عن المدينة.

رابعاً : نتائج الفرضية الرابعة وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير صلة القرابة بين الأم والأب.

يتبين من الجدول (14) أن المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس والتي تضمنتها أداة الدراسة لا تتأثر بوجود صلة القرابة أو عدم وجودها عند المبحوثين أولياء أمور الطلبة .

وتعزو الباحثة عدم الاختلاف هذا إلى أن التوحد ليس وراثياً، ولا يوجد علاقة بين ظهور التوحد وبين صلة القرابة بين الأم والأب، وهي بذلك تتعارض مع دراسة فريث(Frith, 1989) والتي أكدت أن التوحد يحدث نتيجة وجود عامل وراثي.

خامساً: نتائج الفرضية الخامسة وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود أطفال في الأسرة مصابين بالتوحد.

يتبين من الجدول (15) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تزداد بوجود أطفال مصابين بالتوحد عند عائلات المبحوثين من طلبة رياض الأطفال.

وتعزو الباحثة هذا الاختلاف بأن التوحد غير وراثي، وهي بذلك تتفق مع النظرية الوراثية التي ترى بأن العامل الوراثي والخلل الجيني خلال فترة الحمل هو السبب وراء اضطراب التوحد عند الطفل، وأن الوراثة ربما تكون عاملاً ممهداً للإصابة بالتوحد (فراج، 2002: 60-61).

سادساً : نتائج الفرضية السادسة وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير درجة التحصيل الدراسي.

يتبين من الجداول (16 و17) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تزداد عند المبحوثين من الطلبة ذوي التحصيل الدراسي الضعيف.

وتعزو الباحثة هذا الاختلاف إلى أنه من خصائص المصاب باضطراب طيف التوحد أن قدراته العقلية ومستوى الذكاء لديهتكون غالباً أقل من مستوى الذكاء للطفل العادي، وهي بذلك تتفق مع ما ذكره (خليل وآخرون، 2009) أن الباحثين توصلوا إلى أن (40%) من أطفال التوحد تقل نسبة ذكاؤهم عن (50)، وأن(30%) منهم تتراوح نسبة ذكاؤهم بين (70-51)، وإن تدني نسبة الذكاء للطفل التوحدي تؤثر على درجة التحصيل العلمي والتعلم.

سابعاً: نتائج الفرضية السابعةوتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود مشاكل في النطق عند الطفل.

يتبين من الجدول (19) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس لا تختلفعند المبحوثين من طلبة رياض الأطفال باختلاف وجود مشاكل في النطق عند الطفل في مجالات الدراسة باستثناء المجال الأول (العلاقة مع الآخر: العلاقات مع الأفراد، المحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي)، حيث أظهرت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند نفس مستوى الدلالة في المجال الأول ولصالح مستوى (نعم). وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن كلما ازدادت اضطرابات النطق لدى اطفال التوحد تعثر عليه استخدام الاشياء والتعبير عنها للاخرين وبالتالي تقل علاقته بالآخرين، واذا لم يوجه سلوكه بالشكل الصحيح قد يؤدي ذلك الى إنقطاعه عن العالم الخارجي بل وزيادةعدوانيته، وأيضاً أن اضطرابات النطق تعد من الخصائص المميزة للمصابين باضطراب طيف التوحد، وهي بذلك تتفق مع دراسة يونج ودوجلاس (Young&Douglas, 1980)، ودراسة أدرين وآخرين (Adrien, et als, 1992)، والتي كشفت عن وجود علاقة طردية بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات النطق واللغة.

ثامناً : نتائج الفرضية الثامنة وتنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في متوسطات درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تعزى لمتغير وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل.

يتبين من الجدول (20) أن درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس تختلف عند المبحوثين من طلبة رياض الأطفال باختلاف وجود فرط حركة وتشتت انتباه لدى الطفل ولصالح الاستجابة الايجابية.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن فرط الحركة والتشتت ليس من سمات الفرد الطبيعي، ووجودها للطفل يعتبر غالباً مؤشر لوجود أحد الاضطرابات، من ضمنها اضطراب التوحد الذي تعد فرط الحركة من إحدى المؤشرا والخصائص السلوكية الدالة عليه.

تتفق هذه الدراسة مع دراسة أدرين وآخرين (Adrien, et als, 1992) التي أظهرت نتائجها أن من الأعراض التي تميز أطفال التوحد عن غيرهم من الأسوياء، ضعف الانتباه وعدم القدرة على التواصل، والنشاط الحركي المفرط واضطراب في الإدراك.

التوصيات:

في ضوء ما تقدم من نتائج وأهداف، خرجت الباحثة بعدة توصيات، منها:

1- إن على رأس التوصيات هو تكرار الدراسات المرتبطة، وأن يكون هناك تعاوناً بين المؤسسات ذات العلاقة والمهتمة، وذلك لأهمية الموضوع، وضرورة متابعته باستمرار، وتسليط الأضواء على جوانب أخرى لم يتم التطرق إليها، خصوصاً في استخدام الأداة بشكل موسع وفي مناطق مختلفة في فلسطين.
2- إجراء دراسات مشابهة في مناطق مختلفة من فلسطين، للكشف عن درجة توفر المؤشرات السلوكية ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى الطلبة في المدارس والروضات، الحكومية والخاصة، وتوسيع مجتمع الدراسة لتعميم النتائج.
3- أجراء دراسات مشابهة في محافظة نابلس، باستخدام متغيرات أخرى ذات صلة بموضوع التوحد، ومن وجهة نظر أولياء الأمور بدلاً من المعلمين، ودراسة الفروق في النتائج.
4- تفعيل دور وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة لنشر الوعي والثقافة في المجتمع حول موضوع التوحد.
5- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بعمل دورات تدريبية للكادر التعليمي، عن اضطراب طيف التوحد، وسبل الكشف عنه، وتدريب فريق عمل متخصص في تشخيص وتقييم اضطراب طيف التوحد، والتعاون مع مؤسسات التربية الخاصة التي تهتم باضطراب طيف التوحد.

6- ضرورة البدء في عمل دراسات مسحية تشخيصية في المدارس للكشف عن اضطراب طيف التوحد لدى الطلبة.

7- العمل على إيجاد فريق عمل من أجل وضع استراتيجية وطنية واضحة المعالم في مجال التوحد، بالإضافة الى إطلاق حملة توعية بالتنسيق وبالتعاون ما بين الجهات المختصة والعمل على الحصول على برامج خاصة، وخصوصاً في الجامعات الفلسطينية وفي أقرب وقت ممكن.

8- البدء باستخدام الأداة على مستوى الوطن، وذلك للتمكن من إجراء إحصائيات واضحة لتحديد أعداد أطفال التوحد في فلسطين بناء على استخدام أداة التشخيص السلوكي (BAT) ضمن فريق عمل علمي متخصص.

9- التركيز على توضيح المفاهيم والمسميات الخاصة بموضوع التوحد، لعدم خلق بلبلة بالتعريف العلمي المبني على المراجع العلمية الأساسية، وأهمها التعريف الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

10- البدء في تطبيق نظام الدمج للطلبة المصابين باضطراب طيف التوحد في المدارس الحكومية، وتوفير كل التسهيلات اللازمة لإنجاح عملية الدمج.

المصادر والمراجع

المراجع العربية:

1- ابن الخطاب، خليل (1994). ***خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على اختبار إيزنك لشخصية الأطفال.*** بحث منشور، **مجلة معوقات الطفولة**، جامعة الأزهر، مجلد 3، العدد الأول/ ص63-72.

2- إسماعيل، نبيه (2009). **الاضطراب التوحدي- مفهومه، تشخيصه، علاجه، وكيفية التعامل معه.** مركز اسكندرية للكتاب، مصر.

3- آشبي، إلين (2013). **تعليم الأطفال ذوي التوحد في فلسطين.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بيرمنغهام، بريطانيا.

4- الإمام، محمد والجوالدة، فؤاد (2011). **التوحد رؤية الأهل والأخصائيين.** دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.

5- الإمام، محمد، والجوالدة، فؤاد (2010). **التوحد ونظرية العقل**، دار الثقافة للطباعة والنشر، عمان.

6- أمين، هدى (1999). **الدلالة التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.

7- باشا، سامي (2010). **أداة باشا (BAT) للتشخيص السلوكي لمتلازمة التوحد.** الطبعة الأولى، مطبعة البطريركية اللاتينية، القدس.

8- بطرس، حافظ (2010). **إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.** دار المسيرة، الأردن .

9- التميمي، أحمد (2012). ***الصورة السعودية للقائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون سن الثانية.*** بحث منشور، **المجلة الدولية التربوية المتخصصة**، المجلد1، العدد5/ص207-225.

10- الجلبي، سوسن (2007). **التوحد الطفولي.** الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 6.

11- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2013). **واقع حقوق الطفل الفلسطيني**. رام الله، فلسطين.

12- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2016). **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي**. رقم (17)، رام الله، فلسطين.

13- الحزنوي، محمد (2010). ***معوقات دمج التلاميذ ذو اضطراب التوحد في المدارس التعليم العام***. بحث منشور جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

14- حلواني، حسني (1996). **المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال آدائهم على بعض المقاييس النفسية**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية في جامعة أم القرى، مكة، المملكة العربية السعودية.

15- خطاب، محمد (2009). **سيكولوجية طفل التوحد: تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي**. الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

16- الخطيب، جمال و الحديدي، منى (1997). **المدخل إلى التربية الخاصة**. مكتبة الفلاح للنشر التوزيع، الكويت.

17- الخطيب، جمال و الحديدي، منى (1998). **التدخل المبكر- مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**. دار الفكر، عمان .

18- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2007). **المدخل إلى التربية الخاصة**. دار الفلاح، العين، الإمارات العربية المتحدة.

19- خليفة، وليد و عيسى، مراد (2007). **كيف يتعلم المخ التوحدي**. دار الوفاء للطباعة والنشر، الاسكندرية، الطبعة الاولى.

20- خليل، إيهاب وسلامة، ممدوحة وأبو النيل، محمد (2009). **الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية**. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى.

21- دراوشة، سناء (2014). **اتجاهات المرشدين والمعلمين نحو درجة دمج الطلبة من ذوي اضطراب التوحد مع زملائهم ومعيقاتها في المدارس الحكومية الاساسية في محافظات الضفة الغربية.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

22- رياض، سعد (2008). طفل التوحد- **أسرار طفل التوحد وكيف نتعامل معه.** دار النشر للجامعات، القاهرة.

23- الزارع، نايف (2010). **المدخل الى اضطراب التوحد- المفاهيم الأساسية وطرق التدخل.** دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

24- الزارع، نايف و عبيدات، يحيى (2011). **الطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد - ممارسات التدريس الفعالة.** كتاب مترجم عن(Heflin, Alaimo, 2007)، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

25- الزريقات، إبراهيم (2004). **التوحد- الخصائص والعلاج.** دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

26- السحيمي، أحمد (2011). **تشخيص وعلاج طفل التوحد والطفل العنيف.** دار السحاب للنشر والتوزيع، الكويت .

27- سليمان، عبد الرحمن، وعبد الحميد، أشرف، والببلاوي، إيهاب (2011). **التقييم والتشخيص في التربية الخاصة.** دار الزهراء، الرياض.

28- سليمان،عبد الرحمن. (1997): **دور الإرشاد الأسري في رعاية الأطفال المعوقين،** مجلة معوقات الأسرة ، جامعة الأزهر.

29- سهيل، تامر (2013). **التوحد- التعريف، الأسباب، التشخيش والعلاج.** دار الشيماء للنشر والتوزيع، رام الله، فلسطين، الطبعة الأولى.

30- شاكر، سوسن. (2000): **دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولي،** العراق، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد 36.

31- الشامي، وفاء (2004). **خفايا التوحد- أشكاله وأسبابه وتشخيصه.** سلسلة التوحد، مركز جدة للتوحد، المملكة العربية السعودية .

32- الشخص، عبد العزيز، و الدماطي، عبد الغفار (1992). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

33- شقير، زينب (2002). **سلسلة الأمراض السيكوسوماتية- احذر اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبي- الشره العصبي- السمنة**. مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.

34- الشيخ، رائد (2004). **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى أطفال التوحد وقياس فعاليته**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

35- صديق، لينا (2005). **فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل للتوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

36- الظاهر، قحطان (2009). **التوحد**. الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

37- العبادي، رائد (2006). **التوحد**. مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.

38- عبد الحميد، السيد، وقاسم، محمد (2003). **الدليل التشخيصي للتوحديين**. دار الفكر العربي، مصر.

39- عبد الله، عادل (2001). ***بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً***. بحث منشور، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، جامعة الزقازيق، مصر، المجلد 11، العدد 32/ص43-67.

40- عسلية، كوثر (2006). **التوحد**. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .

41- عمارة، ماجد (2005). **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق**. الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشروق، القاهرة.

42- عمارة، ماجد (1999). **دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسيا**. رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

43- عمر، محمد (2011). **الأطفال الأوتيستك- ماذا تعرف عن إضطراب الأوتيزم**. دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

44- غانم، شوقي (2013). **تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس- دراسة ميدانية تطويرية.** رسالة ماجستير غير منشورة ،قسم التربية وعلم النفس، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا، جهورية ألمانيا الاتحادية.

45- الغرير، أحمد، وعودة، بلال (2009). **سيكولوجية أطفال التوحد.** دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

46- غزال، مجدي (2007). **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، عمان، الأردن.

47- فراج، عثمان (2002). **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة.** المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.

48- القريوتي، إبراهيم، وعبابنة، عماد (2006). ***تطوير مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد.*** بحث منشور، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 2، عدد2/ص85-73.

49- القمش، مصطفى (2011). **اضطرابات التوحد- الأسباب، التشخيص، العلاج.** دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

50- القيسي، طارق (2013). ***تشخيص أطفال التوحد في رياض الأطفال.*** بحث منشور، كلية التربية-جامعة تكريت، **مجلة البحوث التربوية والنفسية**، العدد37.

51- كاظم، سميرة عبد الحسين (2008). ***الأطفال التوحديون في مرحلة ماقبل المدرسة.*** دراسة تشخيصية منشورة، جامعة بغداد، **مجلة البحوث التربوية والنفسية**، العدد61.

52- الكيكي، محسن (2011). ***المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم.*** بحث منشور، **مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية**، المجلد11، العدد1.

53- مارتين وآخرون (2011). ***هل اضطراب طيف التوحد(الاسبيرجر) أكثر انتشاراً في أقاليم تكنولوجيا المعلومات؟.*** دراسة منشورة، **مجلة اضطراب التوحد واضطرابات النمو" Journal of Autism disorder**"، المجلد42، العدد5/ ص734-739.

54- المجلس التشريعي الفلسطيني (1999). **مسودة مشروع قانون حقوق المعاقين**. لجنة التربية والقضايا الاجتماعية/اللجنة الصحية، القراءة الثانية.

55- مجيد، سوسن (2007). **التوحد، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه**. دار ديبونو للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.

56- مصطفى، أسامة و الشربيني، كامل (2011). **التوحد- الأسباب، التشخيص، العلاج**. دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

57- مصطفى، أسامة و الشربيني، كامل (2011). **سمات التوحد**. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

58- مصطفى، أسامة والشربيني، كامل (2013). **علاج التوحد**. دار الميسرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

59- منير، كريم، ولافيل، تارا، وهيليم، دايفيد، وتومسون، ديدي، وبريست، جيسيكا، وعظيم، محمد (2016). ***تقرير منتدى التوحد التابع لمؤتمر ويتش***. مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، الدوحة، قطر.

60- هنري وماير (1992). **ثلاث نظريات في النمو**. ترجمة هدى قناوي، مكتبة الانجلو المصرية.

61- الوزنة، طلعة (2005). التوحد بين التشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية.

62- يوسف، بشير (2004). **علاج الذاتوية بين الأمل والعون**. دار رؤى للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

63- يوشيل وآخرون (2004). **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**. ترجمة: كريمان بدر، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.

المراجع الأجنبية :

1- Adrien, J.L, Sauvage, D., Leddet, I. Larmande, C., Hameury, L. and Barthelemy, c (1992). ***Early symptoms in autism from family home movies. Evaluation and comparison of life using*, J.child psychology. And psychiatric**. Vol(55), No (2), pp (71-75).

2- Alloy, Lauren B, Jacobson, Neil S, and Acocella, Joan (1999). **Abnormal psychology: Current perspective.** New York: McGraw-Hill, Inc.

3- American Psychiatric Association (2013). **Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5**. www.DSM5.org 3.

4- American Psychiatric Association-APA (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed-Text Revision (DSM-IV-TR), DC: American Psychiatric Association, Washington.

5- American Psychiatric Association-APA (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 5th ed-Text revision (DSM-5), American Psychiatric Association, Washington.

6- Arin,D.Buman, and Kemper, T.L (1991). **The distribution of purkingie cell loss in the cerebellum in autism**. Neurology, NO (47), pp (l-307).

7- Autism Society of America (2003). Pabersabout autism, http://www.autim-socity.org/html.

8- Autism Society of America (2008). **What is Autism? (On-line)Available**.http://www.autismSociety.org/sitePageServer?pagename=about_whatis.

9- Barthelemy. C., Adrien J. L., Roux, S., Gawrreau, Perrot A., lelord, G. (1992). ***Sensitivity and specificity of behavioral summarized evaluation (BSE) for the assessment of autistic behaviors,*** **J. of Autism Developmental Disorder**. Vol (22), No (1) pp (31-33).

10- Baxter, A., Brugha, T., Erskine, H., Scheurer, R., Vos, T., and Scott, J. (2015). ***The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders.*** Psychological Medicin, **Cambridge University Press**, No (45), pp (601–613).

11- Bennett E, Heaton P (2012). ***Is talent in autism spectrum disorders associated with a specific cognitive and behavioural phenotype?*** **Journal of Autism and Developmental Disorders**. VO.42/2739–2753.

12- Biklen, D. (2002). **Communication unbound: autism and proxis**, Harvard Educational Review, NO (60), pp (10-20).

13- Charman, T., & Baird, G. (2002). ***Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorders in 2- and 3-year-old children***. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, NO (43), pp (289–305).

14- Church, C., Alisanski, S., & Amanullah, S. (2000). ***The social, behavioral, and academic experiences of children with Asperger***

***syndrome*.** Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, NO (15), pp (12–20).

15- Cohen, B (2008). **The Facts: Autism abd Asperger Syndrom**. 1st ed. USA. Oxford Universty Press.

16- Comi, AM., Zimmerman, AW., Frye, VH., Law, Pa., and Penden, JN. (1999). ***Families clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors***. **Journal of child Neurology**, NO.14(6)/388-394.

17- Exkorn, K. (2005). **The autism sourcebook everything you need to know about diagnosis, treatment, coping and healing.** Australia: Harper Collins.

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

19- Frith, U. (2004). ***Emanuel Miller Lectures: confusions and controver-sies about Asperger syndrome***. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45 (4), pp (672-686).

20- Ghaziuddin, M., Greden, J. (2002). ***Depression in persons with autism: implications for research and clinical care***. **US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database, J Autism Dev Disord**. Aug, 32(4)/PP.299-306

21- Gillberg, C,. & Coleman, M (2000). **The biology of the autistic syndromes**, (3rd ed), London: Mac Keith Press.

22- Gillberg, CK (1999) **Autism: Medical and Educational Aspects**. London: Whurr Publishers.

23- Gillson , S.(2000). **Autism and Social behavior**. Bethesda, Society of America.

24- Halfin, L. and Alaimo, Donna (2007). **Student with Autism Spectrum Disorders. Effective Instructional Paractices**. New Jersey: Pearson Education, Inc.

25- Hallahan, D., and Kauffman, J (2003). **Exceptinal Learners: Introduction to special education**, Boston, New York: Allyn and Bacon.

26- Hallhan, D., Kauffman, J.& Pullen, P (2009). **Exceptional Learners: An Introduction to Special Education**. 11thEd Pearson Education, Inc.

27- Hobson, R (1986). ***The autistic child's appraisal of expressions of emotion*. Journal of Child Psychology and Psychiatry**, No (27), PP (321–342).

28- Hogan, Kerry (2003) **Recommendations for students with high functioning Autism.** Chaple Hill: Division TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children).

29- Johnson, N., Feetham, S., Knafl, G., & Simpson, P (2011). **Health related quality of life for parents of children with Autism Spectrum Disorder**. A dyadic analysis. Manuscript in process.

30- Johnson, S. & Marlow, N (2009). ***Positive Screening Results on the Modified Checklist for Autism in Toddlers: Implications for Very***

Preterm Populations,**The Journal of Pediatrics**, Vol. 154, NO.4/ PP. 478-480.

31- Knablock, P (1983). **Teaching Emotional disturbed children.** Boston : Houghton Mifflin

32- Knblck, Peter (1983). **Teaching emotionally disturbed children.** Boston, Dallas: Houghton Mifflin Company.

33- Kristine M. Kulage, Arlene M. Smaldone, Elizabeth G. Cohn (2004). **How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis**. Journal of Autism and Developmental Disorders.

34- Loxley, A., Thomas, G. (2007). **Deconstructing Special Education and Constructing Inclusion**. 2nd ed.

35- Macdonald, A (1972). ***Chambers twentieth century dictionary*.** New Delhi, **Journal of Applied Behavior Analysis**, Vol (26), No(1), pp (89-79).

36- Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A (2013). **DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders**. e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

37- Marcus, L. M., Flagler, S., & Robinson, S (2001). **Assessment of children with autism, Psychological and Developmental**

Assessment, (3rd edn, pp. 267–292). New York: The Guilford Press, Inc.

38- Mikhail and N. Ghaziuddin (1998). ***Comorbidity of Asperger syndrome*:** a preliminary report**, Journal of Intellectual Disability Research,** Vol.42, NO.4/PP. 279–283, August.

39- Munro, Neil (2003**). Anxious aout autism**. National Jornal, No (35)/ (10), PP (739-740).

40- National Autistic Society (2006). **National Society for Autistic children Definition of the syndrome of autism**. journal of Autism and Developmental Disorder, No (8), PP (162-167).

41- O'Reilly, B.A. and Waring, R.H (1993). ***Enzyme and Sulphur oxidation defiencies in autistic children with known food\chemical intolerances".*** **Jornal of Orthomolecular Medicine**, 8(4), PP.198-200.

42- Prizant, B. & Wetherby, A (2005). **Critical considerations in enhancing communication abilities for persons with autism spectrum disorders,** In F. Volkmar, A. Klin & Paul, Handbook of autism and pervasive developmental disorders (3rd Edition).

43- Richdale, L (2001). **Sleep in children with autism and Asperger syndrome, Sleep disturbance in children and adolescent with disorders of development its significance and management,** pp.181-191, Mac Keith Press, Londdon.

44- Rimland, B (1994). **Recovery from autism is possible**. ARRI, 8(2),P3 .

45- Schreck, K, &Mulick, J. (2000). **Parental report of sleep problems in children with autism,** J Autism Dev Disord.

46- Schreibman, L (2005). **The Science and Fiction of Autism,** Cambridge: Harvard University Press.

47- Smith , D. (2001): **Introduction to Special Education : Teaching in an age of challenge**. Boston: Allyn and Bacon.

48- Tidmarsh L, Volkmar F (2003). ***Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorder*** . The Canadian Journal of Psychiatry, Vol (48), No (8), pp(25-517).

49- Traolach S. Brugha, Sally McManus, John Bankart, Fiona Scott, Susan Purdon, Jane Smith, Paul Bebbington, Rachel Jenkins, Howard Meltzer (2011). **Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England**. Arch Gen Psychiatry. 68(5) PP (459-465).

50- Wadden, N.P & Bryson, S.E and Rodger, RS (1992). ***A closer "Look at the Autism Behaviour check Lis: discriminant Validity and factor Structure"***, Journals of Autism Developmental, Vol(21), Issue(4), pp (259-541).

51- Wakefield, A (1998). ***Ileal-lymphoid – nodular hyperplasia, on-specific colitis, and pervasive development disorder in children***. The Lancet journal , Volume (351), No (9103) ,pp (637-641).

52- Williams, D (1992). **Nobody nowhere: The remarkable autobiography of an autistic girl**. London & Philadelphia: Kingsley

53- Williams, G., Donley, C. R., & Keller, J. W. (2000). ***Teaching children with autism to ask questions about hidden objects*. Journal of Applied Behavior Analysis**,Vol (33), pp (627–630).

54- Wing, L., Gould, J (1979) **Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children**, Epidemiology and classification. Journal of Autism and childhood schizophrenia, No (9), pp (11-29).

55- Wolf, S (2005). **Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies**, London: disciplines, Oxford, Pergamon Press.

56- Young& Douglas (1980). ***A behavioral checklist to differential pre-school age autistic retarded children*. D.A.I,** Vol.41, No. 5/ pp.1936-1937.

57- Zayad, A. & Banifadel, M (2012), **Mapping and assessment of 'autism disorders' services in West Bank**. Palestine, Nablus: An-Najah National University.

الملاحق

ملحق (1)

الاستبانة

جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

قسم الإدارة التربوية

أخي المعلم/ المعلمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ؛

تقوم الباحثة بإجراء دراسة عن التوحد بعنوان:

"درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس"

، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة التربوية في جامعة النجاح الوطنية.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تقوم الباحثة باستخدام هذه الأداة، لذا يرجى من حضرتكم التكرم بالإجابة عن فقرات هذه الأداة، علماً أن هذه الأداة لأغراض البحث العلمي ، مع العلم أن معلومات الطفل ستكون سرية للغاية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي .

"شاكرين لكم حسن تعاونكم"

الباحثة: حنين عمر حسن البنا

القسم الأول: البيانات الشخصية

أ- عمر الطفل .....

ب- الرجاء وضع إشارة (√) في المربع المناسب :

1- الجنس : ذكر □ أنثى □

2- صلة القرابة بالطفل : أم □ أب □ غير ذلك □

3- مكان السكن : مدينة □ قرية □ مخيم □

4- هل يوجد صلة قرابة بين الأم والأب ؟ نعم □ لا □

5- هل يوجد أفراد في أسرة الطفل مصابين بالتوحد ؟ نعم□ لا □

6- درجة التحصيل الدراسي: ممتاز □ متوسط □ ضعيف □

7- هل يوجد لدى الطفل مشاكل في النطق ؟ نعم□ لا □

8- هل يوجد لدى الطفل فرط حركة وتشتت انتباه؟ نعم□ لا □

القسم الثاني: أداة باشا (BAT) :

الرجاء وضع إشارة (√) في المكان المتفق مع إجابتكم وبما يتفق مع ما هو موجود لدى طفلك :

الرقم	الفقرة	الدرجة			
المجال: العلاقة مع الآخر					
	العلاقات مع الأفراد	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
1	علاقته مع الآخرين لا تناسب عمره				
2	يتجنب التواصل مع الآخرين				
3	غياب المبادرات المنبثقة منه				
4	منعزل بشكل مستمر				
	المحاكاة والتقليد	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
5	تقليده للأصوات لا يتناسب مع عمره				
6	يستطيع تقليد سلوكيات بسيطة ببطء عند استثارته				
7	يستطيع تقليد بعض السلوكيات بمساعدة الآخرين				
8	لايستطيع التقليد حتى مع المساعدة				
	التواصل اللفظي	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
9	تواصله اللفظي لايناسب عمره				
10	تواصله اللفظي مخلوط بلغة متلعثمة (غير مفهومة)				
11	يكرر بعض الكلمات أو العبارات بطريقة آلية (مثل الببغاء)				
12	يستبدل التواصل اللفظي بالصراخ وإصدار الأصوات الغريبة				
	التواصل غير اللفظي	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
13	تواصل غير لفظي لا يناسب عمره				

14	رفض اللمس				
15	عدم الرغبة بالتواصل الجسدي				
16	يفتقر للابتسامه الاجتماعية (وجهه خال من التعبير)				
المجال الثاني : استخدام الأشياء					
	استخدام الجسم	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
17	القيام بحركات غير متناسقة ولا تناسب العمر				
18	إظهار بعض الحركات الغير عادية (كالانكماش ولف الأصابع أو أشياء أخرى بالقرب من العين)				
19	إظهار حركات غريبة لا إرادية (رفرفة الذراعين واليدين والقفز في نفس المكان، دوران حول النفس والمشي على أطراف الأصابع)				
20	يظهر عليه حركات روتينية متكررة رغم محاولة إيقافها				
	استخدام الأشياء	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
21	يستخدم الألعاب والمواد بشكل غير مناسب لعمره				
22	إظها سلوكيات عدائية (خبط الرأس أو العض)				
23	يركز على جزء من اللعبة باندهاش مع تحريكها بتكرار				
24	لديه إصرار على إبقاء أشياء معينة معه (التمسك بالأشياء)				
	مستوى النشاط	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
25	مستوى نشاطه لا يناسب عمره				
26	حركاته بطيئة أثناء تفاعله مع النشاط				
27	يحتاج الى مثير لإنجاز وظيفة معينة				
28	القيام بحركات آلية ونمطية				

المجال الثالث: الاستجابات					
	الاستجابة الانفعالية	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
29	استجابة انفعالية غير مناسبة لعمره				
30	استجابة انفعالية غير مرتبطة بالموقف				
31	التصرف بشكل غريب في المواقف العادية				
32	ردود فعله غير متناسبة مع الموقف (مثل يضحك بدل أن يحزن)				
	الاستجابة العقلية	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
33	قدراته العقلية لا تناسب عمره الزمني				
34	إظهار النواحي التطورية لقدرات الطفل العقلية بشكل متأخر (اللغة وإدراك العلاقات) أي تظهر قدراته متأخرة في جميع الجوانب				
35	يعتمد على الآخرين في الواجبات التي تحتاج إلى مهارات عقلية				
36	لديه قدرات ومواهب مميزة				
	الاستجابة البصرية	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
37	يستخدم النظر كأداة تفحص للأشياء الجديدة بشكل غير مناسب لعمره				
38	النظر إلى الفراغ بتركيز دون اكتراث لما يحدث في البيئة المحيطة				
39	النظر للأشياء بطريقة غير عادية (مثال: النظر الى الأمور التي لا يراها الأخرين بالأشياء)				
40	لا يستجيب بصريا لوجود شخص جديد في محيطه				
	الاستجابة السمعية	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**

41	القدرة السمعية غير مناسبه للعمر				
42	يحتاج للتكرار لشد انتباهه				
43	المبالغة بالاستجابات السمعية (الانزعاج جداً من الأصوات العالية)				
44	يبدو وكأنه لا يسمع (بالرغم من النتائج الطبيعية على اختبارات السمع)				
المجال الرابع: الحواس					
	اللمس	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
45	يتفحص أشياء جديدة عن طريق اللمس بطريقة غير مناسبة لعمره				
46	المبالغة في ردود الفعل على الأوجاع البسيطة بالمقارنة مع الأفراد العاديين				
47	لمس الأشياء بشكل عشوائي ودون تركيز				
48	انعدام واضح للإحساس بالألم (الجروح، الكدمات،.....)				
	التذوق	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
49	تفحص مذاق الأطعمة بطريقة غير مناسبه للعمر				
50	الإصرار على وضع أشياء غير قابلة للمضغ في الفم				
51	الشعور باضطراب عند تذوق الأشياء				
52	تذوق الأشياء بشكل غير عادي (تذوق الأشياء بعيدا عن التفحص العادي للشيئ نفسه)				
	الشـم	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
53	طريقة شم الأشياء غير مناسبه للعمر				

54	يقوم بشم جميع الأشياء التي تصادفه				
55	يظهر انزعاجا ملحوظا عند شم الأشياء				
56	استخدام حاسة الشم لتفحص الأشياء بطريقة غير عادية				
المجال الخامس : التكيف					
	التكيف مع التغيرات	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
57	الإستجابة مع التغيرات بطريقة غير مناسبة للعمر				
58	الإستمرار بالنشاط دون الاهتمام لأي تغيير يحدث في البيئة المحيطة				
59	مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية (مقاومة تغيير الروتين)				
60	الإصابة بنوبة من الغضب عند محاولة التغيير				
	الخوف	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
61	خوف لا يناسب العمر				
62	إظهار خوف ملحوظ، بالمقارنة مع ردود فعل الأقران				
63	إظهار خوف غير الطبيعي بالمقارنة مع الأقران				
64	يبقى الخوف حتى بعد اختفاء المثيرات المسببة للخوف				
المجال السادس: الانطباع العام					
	انطباع عام	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**دائما**
65	إظهار مؤشرات طبيعية لا تختص بمتلازمة التوحد				
66	إظهار بعض المؤشرات لمتلازمة التوحد بدرجة خفيفة				
67	إظهار بعض المؤشرات لمتلازمة التوحد بدرجة متوسطة				
68	إظهار كثير من المؤشرات لمتلازمة التوحد بدرجة حرجة وشديدة				

ملحق (2)

كتاب تسهيل مهمة

بسم الله الرحمن الرحيم

State of Palestine
Ministry of Edu. & Higher Education
Directorate of Education - Nablus

دولة فلسطين
وزارة التربية والتعليم العالي
مديرية التربية و التعليم- نابلس

الرقم : 888 / 1 / 16
التاريخ : ٢٠١٦/ 3 / ٢٧م
الموافق : ١٤٣٧/ ٦ / ٢٧هـ

حضرات السادة مديري ومديرات رياض الأطفال المحترمين/ات.

الموضوع: تسهيل مهمة

إشارة الى كتاب جامعة النجاح الوطنية بلا رقم بتاريخ ٢٠١٦/٢/٢٥م

بعد التحية،،،

تهديكم مديرية التربية والتعليم أطيب التحيات، ويرجو من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة حنين عمر حسن البنا تخصص ماجستير إدارة تربوية في توزيع الاستبانة المرفقة على المعلمين/ات، وإجراء المقابلات اللازمة لاستكمال إجراءات أطروحة بعنوان (درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطرابات طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال)

مع الاحترام

أ. مصطفى الصيفي
مدير التربية والتعليم

نسخة:النائب الفني المحترم
نسخة : رئيسة قسم التنظيم العام المحترمة
نسخة الملف

فلسطين - نابلس - شارع فيصل الرئيسي
Palestine - Nablus – Faisal St.
P.O. Box Nablus (١١) صندوق بريد نابلس

Email / بريد الكتروني
edunab@hotmail.com

Fax / فاكس
+970 9 2389495

Tel / هاتف
+970 9 2380034
+970 9 2382820

ملحق (3)

الموافقة على عنوان الأطروحة وتحديد المشرف

جامعة
النجـــاح الوطنية
كلية الدراسات العليا
مكتب العميد

An-Najah
National University
Faculty of Graduate Studies
Dean's Office

التاريخ : 2016/2/3

حضرة الدكتور عبد الكريم ايوب المحترم
منسق برنامج ماجستير الادارة التربوية

تحية طيبة وبعد،

الموضوع : الموافقة على عنوان الاطروحة وتحديد المشرف

قرر مجلس كلية الدراسات العليا في جلسته رقم (301)، المنعقدة بتاريخ 2016/2/1، الموافقة على مشروع الأطروحة المقدم من الطالبة / حنين عمر حسن البناء، رقم تسجيل 11256265، تخصص الادارة التربوية، عنوان الأطروحة:

(درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الاطفال في محافظة نابلس)

(The Degree of Availability of Related Indicators of Autism Spectrum Disorder Among Students Kindergarten Students in Nablus Governorate)

بإشراف: د. فايز محاميد

تمت الموافقة على ان تقوم الطالبة بإجراء التعديل في العنوان بحسب ماهو مبين اعلاه.

يرجى اعلام المشرف والطالب بضرورة تسجيل الاطروحة خلال اسبوعين من تاريخ اصدار الكتاب. وفي حال عدم تسجيل الطالب/ة للاطروحة في الفترة المحددة له/ا ستقوم كلية الدراسات العليا بإلغاء اعتماد العنوان والمشرف.

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام ،،،

عميد كلية الدراسات العليا
د. احمد الرمحي

نسخة : د. رئيس قسم الدراسات العليا للعلوم الانسانية المحترم
: ق.أ.ع. القبول والتسجيل المحترم
: مشرف الطالب
: ملف الطالب

فلسطين، نابلس، ص.ب 7، 707 هاتف: 2345115/، 2345114، 2345113 (09)(972)* فاكسميل: 2342907(09)(972)
Nablus, P. O. Box (7) *Tel. 972 9 2345113, 2345114, 2345115 هاتف داخلي (5) 3200
* Facsimile 972 92342907 *www.najah.edu - email fgs@najah.edu

ملحق (4)

جداول المتوسطات الحسابية

أولاً:المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال الأول (العلاقة مع الآخرين)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر*
العلاقة مع الأفراد				
1	علاقته مع الآخرين لا تناسب عمره	1.85	1.14	متوسطة
2	يتجنب التواصل مع الآخرين	1.83	1.18	متوسطة
3	غياب المبادرات المنبثقة منه	1.91	1.22	متوسطة
4	منعزل بشكل مستمر	1.72	1.10	متوسطة
المحاكاة في التقليد				
5	تقليده للأصوات لا يتناسب مع عمره	2.17	1.23	متوسطة
6	يستطيع تقليد سلوكيات بسيطة ببطء عند استثارته	2.29	1.27	شديدة
7	يستطيع تقليد بعض السلوكيات بمساعدة الآخرين	3.09	1.16	شديدة
8	لا يستطيع التقليد حتى مع المساعدة	1.24	0.65	خفيفة
التواصل اللفظي				
9	تواصله اللفظي لا يناسب عمره	2.39	1.24	شديدة

10	تواصله اللفظي مخلوط بلغة متلعثمة (غير مفهومة)	2.20	1.24	متوسطة
11	يكرر بعض الكلمات أو العبارات بطريقة آلية (مثل الببغاء)	1.64	1.07	خفيفة
12	يستبدل التواصل اللفظي بالصراخ وإصدار الأصوات الغريبة	1.57	1.01	خفيفة
التواصل غير اللفظي				
13	تواصل غير لفظي لا يناسب عمره	1.70	1.07	خفيفة
14	رفض اللمس	1.43	0.88	خفيفة
15	عدم الرغبة بالتواصل الجسدي	1.41	0.86	خفيفة
16	يفتقر للابتسامة الاجتماعية (وجهه خال من التعبير)	1.36	0.84	خفيفة
الدرجة الكلية		1.86	0.62	متوسطة

- **المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

ثانياً: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال الثاني (استخدام الأشياء)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر
استخدام الجسم				
17	القيام بحركات غير متناسقة لا تناسب العمر	1.54	0.99	خفيفة
18	إظهار بعض الحركات غير العادية(كالانكماش ولف الأصابع وأشياء أخرى بالقرب من العين)	1.44	0.92	خفيفة
19	إظهار حركات غريبة لا إرادية (رفرفة الذراعين واليدين والقفز في نفس المكان ، دوران نحو النفس والمشي على أطراف الأصابع)	1.41	0.90	خفيفة
20	يظهر عليه حركات روتينية متكررة رغم محاولة إيقافها	1.38	0.85	خفيفة
استخدام الأشياء				
21	يستخدم الألعاب والمواد بشكل غير مناسب لعمره	1.63	1.02	خفيفة
22	إظهار سلوكيات عدائية (خبط الرأس أو العض)	1.18	0.63	طبيعية
23	يركز على جزء من اللعبة باندهاش مع تحريكها بتكرار	1.40	0.92	خفيفة
24	لديه إصرار على إبقاء أشياء معينة معه (التمسك بالأشياء)	1.76	1.16	متوسطة
مستوى النشاط				
25	مستوى نشاطه لا يناسب عمره	3.01	1.27	شديدة
26	حركته بطيئة أثناء تفاعله مع النشاط	2.20	1.24	متوسطة
27	يحتاج إلى مثير لإنجاز وظيفة معينة	2.68	1.29	شديدة
28	القيام بحركات آلية ونمطية	1.44	0.95	خفيفة
	الدرجة الكلية	1.75	0.63	متوسطة

***المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

ثالثاً: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال الثالث (الاستجابات)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر*
الاستجابات الانفعالية				
29	استجابة انفعالية غير مناسبة لعمره	1.54	0.97	خفيفة
30	استجابة انفعالية غير مرتبطة بالموقف	1.52	0.96	خفيفة
31	التصرف بشكل غريب في المواقف العادية	1.51	0.98	خفيفة
32	ردود فعل غير متناسبة مع الموقف	1.46	0.92	خفيفة
الاستجابات العقلية				
33	قدراته العقلية لا تتناسب مع عمره الزمني	2.25	1.29	شديدة
34	إظهار النواحي التطورية لقدرات الطفل العقلية بشكل متأخر (اللغة وإدراك العلاقات) أي تظهر قدراته متأخرة في جميع الجوانب	2.29	1.30	شديدة
35	يعتمد على الآخرين في الواجبات التي تحتاج إلى مهارات عقلية	2.11	1.26	متوسطة
36	لديه قدرات ومواهب مميزة	1.62	1.14	خفيفة
الاستجابات البصرية				
37	يستخدم النظر كأداة تفحص للأشياء الجديدة بشكل غير مناسب لعمره	1.53	0.99	خفيفة
38	النظر إلى الفراغ بتركيز دون إكتراث لما يحدث في البيئة المحيطة	2.19	1.29	متوسطة
39	النظر للأشياء بطريقة غير عادية (مثال: النظر إلى الأمور التي يراها الآخرين للأشياء)	1.39	0.82	خفيفة
40	لا يستجيب بصرياً لوجود شخص جديد في محيطه	1.55	1.04	خفيفة
الاستجابات السمعية				
41	القدرة السمعية غير مناسبة لعمره	1.17	0.60	طبيعية
42	يحتاج للتكرار لشد انتباهه	2.40	1.32	شديدة
43	المبالغة بالاستجابة السمعية (الانزعاج جداً من الأصوات العالية)	1.59	1.07	خفيفة
44	يبدو كأنه لا يسمع (بالرغم من النتائج الطبيعية على	1.92	1.17	متوسطة

			اختبارات السمع)	
متوسطة	0.68	1.75	**الدرجة الكلية**	

***المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

رابعاً:المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال الرابع (الحواس)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر *
اللمس				
45	يتفحص أشياء جديدة عن طريق اللمس بطريقة غير مناسبة لعمره	1.46	0.94	خفيفة
46	المبالغة في ردود الفعل على الأوجاع البسيطة مقارنة مع الأفراد العاديين	1.38	0.84	خفيفة
47	لمس الأشياء بشكل عشوائي دون تركيز	1.85	1.19	متوسطة
48	انعدام واضح للإحساس بالألم (الجروح والكدمات.....)	1.36	0.87	خفيفة
التذوق				
49	تفحص مذاق الأطعمة بطريقة غير مناسبة للعمر	1.36	0.88	خفيفة
50	الإصرار على وضع أشياء غير قابلة للمضغ في الفم	1.31	0.81	خفيفة
51	الشعور باضطراب بعد تذوق الأطعمة	1.23	0.69	خفيفة
52	تذوق الأشياء بشكل غير عادي (تذوق الأشياء بعيداً عن التفحص العادي للشيء نفسه	1.30	0.80	خفيفة
الشم				
53	طريقة شم الأشياء غير مناسبة للعمر	1.15	0.59	طبيعية
54	يقوم بشم جميع الأشياء التي تصادفه	1.12	0.47	طبيعية
55	يظهر انزعاجا ملحوظاً عند شم الأشياء	1.19	0.64	طبيعية
56	استخدام حاسة الشم لتفحص الأشياء بطريقة غير عادية	1.13	0.53	طبيعية
الدرجة الكلية		1.31	0.53	خفيفة

***المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

خامساً: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال الخامس (التكيف)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر *
التكيف مع التغيرات				
57	الاستجابة مع التغير بطريقة غير مناسبة للعمر	1.70	1.30	خفيفة
58	الاستمرار بالنشاط دون الاهتمام بتغيير يحدث في البيئة المحيطة	1.63	1.09	خفيفة
59	مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية (مقاومة الروتين)	1.58	1.06	خفيفة
60	الإصابة بنوبة من الغضب عند محاولة التغيير	1.46	0.96	خفيفة
التكيف مع الخوف				
61	خوف لا يناسب العمر	1.70	1.05	خفيفة
62	إظهار خوف ملحوظ بالمقارنة مع ردود فعل الآخرين	1.63	1.00	خفيفة
63	إظهار خوف غير طبيعي مقارنة مع الأقران	1.60	1.00	خفيفة
64	يبقى الخوف حتى بعد اختفاء المثيرات المسببة للخوف	1.11	0.44	طبيعية
الدرجة الكلية		1.55	0.71	خفيفة

***المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

سادساً: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة لفقرات المجال الأول لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس للمجال السادس (الانطباع العام)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التوفر*
65	إظهار مؤشرات طبيعية لا تختص بمتلازمة التوحد	3.25	1.21	شديدة
66	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة خفيفة	1.59	1.09	خفيفة
67	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة متوسطة	1.10	0.52	طبيعية
68	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة حرجة وشديدة	1.04	0.33	طبيعية
الدرجة الكلية		1.74	0.14	متوسطة

***المتوسطات الحسابية لدرجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد اعتماداً على دراسة باشا (2010)**

ملحق رقم (5) جداول مصفوفة بيرسون

أولاً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال الأول (العلاقة مع الآخرين)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة مع الأفراد			
1	علاقته مع الآخرين لا تناسب عمره	0.814**	*0.000
2	يتجنب التواصل مع الآخرين	0.766**	*0.000
3	غياب المبادرات المنبثقة منه	0.740**	*0.000
4	منعزل بشكل مستمر	0.751**	*0.000
المحاكاة في التقليد			
5	تقليده للأصوات لا يتناسب مع عمره	0.570**	*0.000
6	يستطيع تقليد سلوكيات بسيطة ببطء عند استثارته	0.514**	*0.000
7	يستطيع تقليد بعض السلوكيات بمساعدة الآخرين	0.161**	0.041
8	لا يستطيع التقليد حتى مع المساعدة	0.549**	*0.000
التواصل اللفظي			
9	تواصله اللفظي لا يناسب عمره	0.486**	*0.000
10	تواصله اللفظي مخلوط بلغة متلعثمة (غير مفهومة)	0.484**	*0.000
11	يكرر بعض الكلمات أو العبارات بطريقة آلية (مثل الببغاء)	0.575**	*0.000
12	يستبدل التواصل اللفظي بالصراخ وإصدار الأصوات الغريبة	0.570**	*0.000

التواصل غير اللفظي			
13	تواصل غير لفظي لا يناسب عمره	0.776**	*0.000
14	رفض اللمس	0.608**	*0.000
15	عدم الرغبة بالتواصل الجسدي	0.620**	*0.000
16	يفتقر للابتسامة الاجتماعية (وجهه خال من التعبير)	0.605**	*0.000

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

ثانياً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال الثاني (استخدام الأشياء)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استخدام الجسم			
17	القيام بحركات غير متناسقة لا تناسب العمر	0.772**	*0.000
18	إظهار بعض الحركات غير العادية(كالانكماش ولف الأصابع وأشياء أخرى بالقرب من العين)	0.697**	*0.000
19	إظهار حركات غريبة لا إرادية (رفرفة الذراعين واليدين والقفز في نفس المكان ، دوران نحو النفس والمشي على أطراف الأصابع)	0.761**	*0.000
20	يظهر عليه حركات روتينية متكررة رغم محاولة إيقافها	0.831**	*0.000
استخدام الأشياء			
21	يستخدم الألعاب والمواد بشكل غير مناسب لعمره	0.727**	*0.000
22	إظهار سلوكيات عدائية (خبط الرأس أو العض)	0.577**	*0.000
23	يركز على جزء من اللعبة باندهاش مع تحريكها بتكرار	0.604**	*0.000
24	لديه إصرار على إبقاء أشياء معينة معه (التمسك بالأشياء)	0.587**	*0.000
مستوى النشاط			
25	مستوى نشاطه لا يناسب عمره	0.493**	*0.000
26	حركته بطيئة أثناء تفاعله مع النشاط	0.548**	*0.000
27	يحتاج إلى مثير لإنجاز وظيفة معينة	0.475**	*0.000
28	القيام بحركات آلية ونمطية	0.580**	*0.000

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

ثالثاً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال الثالث (الاستجابات)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الانفعالية			
29	استجابة انفعالية غير مناسبة لعمره	0.756**	*0.000
30	استجابة انفعالية غير مرتبطة بالموقف	0.734**	*0.000
31	التصرف بشكل غريب في المواقف العادية	0.767**	*0.000
32	ردود فعل غير متناسبة مع الموقف	0.674**	*0.000
العقلية			
33	قدراته العقلية لا تتناسب مع عمره الزمني	0.650**	*0.000
34	إظهار النواحي التطورية لقدرات الطفل العقلية بشكل متأخر (اللغة وإدراك العلاقات) أي تظهر قدراته متأخرة في جميع الجوانب	0.672**	*0.000
35	يعتمد على الآخرين في الواجبات التي تحتاج إلى مهارات عقلية	0.679**	*0.000
36	لديه قدرات ومواهب مميزة	0.268	*0.002
البصرية			
37	يستخدم النظر كأداة تفحص للأشياء الجديدة بشكل غير مناسب لعمره	0.667**	*0.000
38	النظر إلى الفراغ بتركيز دون إكتراث لما يحدث في البيئة المحيطة	0.646**	*0.000
39	النظر للأشياء بطريقة غير عادية (مثال: النظر إلى الأمور التي يراها الآخرين للأشياء)	0.673**	*0.000
40	لا يستجيب بصرياً لوجود شخص جديد في محيطه	0.687**	*0.000
41	القدرة السمعية غير مناسبة لعمره	0.232**	*0.003
42	يحتاج للتكرار لشد انتباهه	0.730**	*0.000
43	المبالغة بالاستجابة السمعية (الانزعاج جداً من الأصوات العالية)	0.614**	*0.000
44	يبدو كأنه لا يسمع (بالرغم من النتائج الطبيعية على اختبارات السمع)	0.774**	*0.000

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

رابعاً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال الرابع (الحواس)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
اللمس			
45	يتفحص أشياء جديدة عن طريق اللمس بطريقة غير مناسبة لعمره	0.734**	*0.000
46	المبالغة في ردود الفعل على الأوجاع البسيطة مقارنة مع الأفراد العاديين	0.459**	*0.000
47	لمس الأشياء بشكل عشوائي دون تركيز	0.669**	*0.000
48	انعدام واضح للإحساس بالألم (الجروح والكدمات.....)	0.641**	*0.000
التذوق			
49	تفحص مذاق الأطعمة بطريقة غير مناسبة للعمر	0.841**	*0.000
50	الإصرار على وضع أشياء غير قابلة للمضغ في الفم	0.797**	*0.000
51	الشعور باضطراب بعد تذوق الأطعمة	0.741**	*0.000
52	تذوق الأشياء بشكل غير عادي (تذوق الأشياء بعيداً عن التفحص العادي للشيء نفسه	0.853**	*0.000
الشم			
53	طريقة شم الأشياء غير مناسبة للعمر	0.588	*0.000
54	يقوم بشم جميع الأشياء التي تصادفه	0.606**	*0.000
55	يظهر انزعاجا ملحوظاً عند شم الأشياء	0.619**	*0.000
56	استخدام حاسة الشم لتفحص الأشياء بطريقة غير عادية	0.663**	*0.000

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

خامساً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال الخامس (التكيف)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التغيرات			
57	الاستجابة مع التغير بطريقة غير مناسبة للعمر	0.711**	*0.000
58	الاستمرار بالنشاط دون الاهتمام بتغيير يحدث في البيئة المحيطة	0.753**	*0.000
59	مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية (مقاومة الروتين)	0.711**	*0.000
60	الإصابة بنوبة من الغضب عند محاولة التغيير	0.684**	*0.000
مع الخوف			
61	خوف لا يناسب العمر	0.779**	*0.000
62	إظهار خوف ملحوظ بالمقارنة مع ردود فعل الآخرين	0.784**	*0.000
63	إظهار خوف غير طبيعي مقارنة مع الأقران	0.785**	*0.000
64	يبقى الخوف حتى بعد اختفاء المثيرات المسببة للخوف	0.378**	*0.000

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

سادساً: مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الصدق الإرتباطي بين فقرات المجال السادس (الانطباع العام)

الرقم	الفقرة	الدرجة الكلية	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
65	إظهار مؤشرات طبيعية لا تختص بمتلازمة التوحد	0.284**	*0.000
66	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة خفيفة	0.207**	*0.008
67	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة متوسطة	0.106	*0.012
68	إظهار بعض المؤشرات المتلازمة للتوحد بدرجة حرجة وشديدة	0.104	*0.024

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

* دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

ملحق (6)

منشورات توعية قامت الباحثة بتوزيعها على رياض الأطفال

تفاؤل
مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز
الأعراض السلوكية للتوحد
2 جزء (٢)
السلوك التكراري والغريب
التحديق في مروحة السقف
يأكل أشياء غير صالحة للأكل
الدوران حول نفسه
الاستمرار بصف السيارات أو الأشياء ووضعها في خط مستقيم
لعبهَ يعتمد على التكرار والرتابة والنمطية
قد لا يرغب في الألعاب وقد يتمسك بشيء لا يعتبر لعبة بطبيعته
التحديق في الأصابع وتحريكها باستمرار

تفاؤل

مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز

الأعراض السلوكية للتوحد

3

المجال الحركي

المهارات الحركية الدقيقة غير منتظمة

نشاط حركي زائد

عدم التحكم بسيلان اللعاب

المشي على أطراف أصابع قدمه

خمول

صعوبة في إلتقاط الأشياء المقذوفة إليه

تفاؤل

يعض نفسه دون أن
يبدي اي إحساس بالألم

مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز

الأعراض السلوكية للتوحد

4

الإيذاء الذاتي

ينتف بشدة جزءاً من
شعره بيده

يضرب رأسه في حائط
أو أرضية

تفاؤل

عدم الإحساس بالألم

عدم الخوف من الخطر الحقيقي

مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مديولي مدير المركز

الأعراض السلوكية للتوحد

5

مجال السلامة

لا يخاف من الأماكن المرتفعة

لا يتعرف على المواقف التي يتعرض فيها للأذى كوضع يده في شيء ساخن

تفاؤل

الأعراض السلوكية للتوحد

مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز

6

مجال التواصل

مشاكل في فهم الأشياء المرئية

صمت تام

عدم وجود تواصل بصري مع الأشياء

اللامبالاة

مشاكل في فهم الأشياء المرئية

عدم وجود تواصل بصري مع الأشخاص

لغة غير واضحة

يحدد احتياجاته باستخدام أيادي الآخرين

التعبير عن احتياجاته بالإشارة

تفاؤل
مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز
الأعراض السلوكية للتوحد
7 المجال الحسي (فرط الإحساس أو التحسس)
يقاوم تغير ملابسه أو يلبسها بعد وضعها في الدولاب مباشرة وكأنه يحب هذه الملابس فقط (يرفض التغيير)
صعوبة بالغة في حلاقة شعره
قد لا يحب خوض التجارب الجديدة كمناسبات الميلاد والشموع والبالونات
عدم تحمله ربطه بحزام السلامة
قد يصر على لبس الملابس الشتوية أثناء فصل الصيف
قد تكون عملية الاستحمام في منتهى الصعوبة
قد يجب صعوبة في تحمل سماع الموسيقى أو اي صوت عال ويبدأ بالبكاء (حساسية مفرطة للصوت)
يظهر وكأنه لا يسمع بالرغم من قدرته العالية على سماع الأشياء التي يحبها

تفاؤل

حساسية للأطعمة أو
تناول أطعمة محددة

مركز الخدمات التربوية الخاصة للأطفال - أسامة مدبولي مدير المركز

الأعراض السلوكية للتوحد

8 اضطرابات المعدة والأمعاء واضطراب النوم

لديه اضطرابات في النوم
فقد لا يلاحظ الفرق بين
الليل والنهار

An-Najah National University

Faculty of Graduate Studies

The Degree of Availability of Related Indicators of Autism Spectrum Disorder Among Students Kindergarten in Nablus

By

Hanen Omar Hasan Al Bana

Supervisor

Dr. Fayz Mahamid

This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Educational Administration, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine

2017

The Degree of Availability of Related Indicators of Autism Spectrum Disorder Among Students Kindergarten in Nablus

By
Hanen Omar Hasan Al Bana
Supervisor
Dr. Fayz Mahamid

Abstract

The study aimed at detecting the availability of indicators related to autism spectrum disorder among kindergarten students in Nablus Governorate. The study also examined the differences in the availability of these indicators according to the variables: gender, relationship between mother and father, place of residence, presence of people in the child's family with autism, level of achievement, hyperactivity and attention deficit disorders and speech disorders.

The study population consisted of all students enrolled in kindergartens in Nablus Governorate during the first semester of the academic year (2016-2017). The study was conducted on a random sample of kindergartens, , And (162) questionnaire was distributed to kindergarten students in Nablus governorate, which were chosen by the method of intent, ie those who have behavioral indicators indicative of the existence of the disorder, in order to suit the nature of the study and its objectives.

To achieve the objectives of the study, the researcher used the tool BASHA Behavioral Autism Spectrum Disorder Screening Test (BAT).

The results of the study showed that the degree of availability of indicators related to autism spectrum disorder among kindergarten students in Nablus governorate was (1.66) with a standard deviation of (0.46) on the total

score of the fields. The large percentage of responses of the sample of the study was among the children with autism (6.1%) of the study sample showed normal behavioral indicators, while(21.7%) of the sample showed behavioral indicators indicating a moderate autism disorder. The severe autism indicators were (11.7%) Of the sample.

The results also showed that there was no effect on the availability of indicators related to autism spectrum disorder among kindergartners in Nablus Governorate (gender, place of residence, child's speech problems, mother-father relationship). While there was an effect on the availability of these variables: (the presence of hyperactivity and attention in the child for the level of yes, the presence of autistic children in the child's family for the level of yes, and the level of achievement in favor of a weak level).

The researcher discussed these results, and made a number of recommendations, the most important of which are:

1. The Ministry of Education shall conduct training courses for the educational staff on autism spectrum disorder and ways of detecting it, and train a team specialized in the diagnosis and evaluation of autism spectrum disorder and cooperation with special education institutions concerned with autism spectrum disorder.

2 - The need to start the work of diagnostic surveys in schools to detect the disorder of the spectrum of autism in students.

3 - Start the implementation of the integration system for students with autism spectrum disorder in public schools, and provide all the necessary facilities for the success of the integration process.