IUGJEPS
Vol 26, No 5, 2019, pp 652 -670

ISSN 2410-3152

مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية

تاريخ الإرسال (2018-05-13)، تاريخ قبول النشر (2018-07-05)

# تقييم مستوى شدة الاضطراب لدى أطفال طيف التوحد وفقا لمستويات الحاجة إلى الدعم في الأردن

اسم الباحث الأول: أ. ضياء الدين سالم خميس بخيت [1,*]

اسم الباحث الثاني : أ.د. منى صبحي الحديدي [2]

[1] اسم الجامعة والبلد (للأول): الأردن - عمان - الجامعة الأردنية - كلية العلوم التربوية - قسم التربية الخاصة.

[2] اسم الجامعة والبلد (للثاني): الأردن - عمان - الجامعة الأردنية - كلية العلوم التربوية - قسم التربية الخاصة.

[*] البريد الالكتروني للباحث المرسل:

E-mail address: mho201580@yahoo.com

**الملخص:**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تقييم مستوى شدة الاضطراب لدى أطفال طيف التوحد وفق مستوى الحاجة إلى الدعم في الأردن. ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء مقياس لبعدي التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية المكون من (49) فقرة، وقد تم التحقق من دلالات الصدق والثبات مناسبة له، وتكونت عينة الدراسة من (150) طالباً وطالبةً من ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة عمان. وأشارت نتائج الدراسة إلى أنّ هناك فروق في النسب المئوية في جميع المستويات في بعدي التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية، ولصالح المستوى الثالث. كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التواصل الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السلوكيات المقيدة والتكرارية تبعاً لمتغير الجنس، ولصالح الذكور، وأظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الفئة العمرية في بعدي التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية، ولصالح الفئة العمرية 5 سنوات فأكثر.

**كلمات مفتاحية:** مستوى شدة الاضطراب، أطفال طيف التوحد، مستويات الحاجة للدعم، الأردن.

## The Assessment the Level of Severity of Disorder in Children with Autism Spectrum According to Levels of Need for Support in Jordan

**Abstract**

This study aimed to detect the assessment of the level of severity of disorder in children with autism spectrum according to the need for support level in Jordan. To achieve the study objectives, a measure was constructed contained two dimensions: the communication and interaction social, and restrictive and repetitive behaviors, it consisted of (49) items. The significance of validity and reliability were verified. The study sample consisted of (150) male and female students with autism spectrum disorder in Amman city. The study results indicate that there are differences in percentages at all levels in the social communication and restricted and repetitive behaviors dimensions, in favor of the third level. The study results indicated that there were no statistically significant differences in the social communication dimension according to the gender variable, and there were statistically significant differences in the restricted and repetitive behaviors dimension according to gender variable, in favor of the males. The study results also showed that there were statistically significant differences according to age in both of dimensions, in favor of the age group 5 years and above.

**Keywords**: severity of disorder level, children with autism spectrum, levels of need for support, Jordan.

**المقدمة:**

زاد الاهتمام في الآونة الأخيرة بإجراء البحوث والدراسات المتعلقة باضطراب طيف التوحد (Disorder Autism)، ولعل من أهم أسباب هذا الاهتمام هو زيادة معدل انتشار هذا الاضطراب من جهة، وتعدد التعريفات والمحاكات والمعايير التشخيصية المستخدمة له من جهة أخرى. ففي العقود الأخيرة حدث تقدمٌ كبيرٌ في ميدان فهمنا لاضطرابات طيف التوحد مقارنة بما كانت عليها النتائج العلمية في الحقبة الزمنية التي وصف فيها ليو كانر (leo Kanner,1943) هذا الاضطراب. ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد مثل فهم طبيعة الأسباب المسببة له، وآلية تشخيصه، وأعراضه، وكيفية التعامل معه من خلال أنجح البرامج التربوية و العلاجية.

حيث تعتبر عملية تشخيص التوحد أمراً ضروريًا وصعبًا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة المختلفة والمتنوعة. وتهدف عملية التشخيص حديثاً إلى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص و ذلك عن طريق انطباق المعايير التشخيصية الحديثة عليه، والذي يحدد بعد ذلك مستوى الدعم الذي يحتاجه الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد. (Autism Europe, 2013)

وفي هذا الصدد، أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية للاصدار الخامس(DSM-5)الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)بأنّ الحكم على مستوى شدة اضطراب طيف التوحد يكون مرتبط بشكل أساسي بمستويات الحاجة إلى الدعم، وقد حددها بثلاثة مستويات وهي: المستوى الأول (والذي يتطلب توفير الدعم)، والمستوى الثاني (والذي يتطلب دعم أساسي وكبير)، المستوى الثالث (يتطلب دعمًا جوهريًا وشديدًا) ( American Psychiatric Association, 2013).

**الدراسات السابقة:**

سيعرض الباحث اهم هذه الدراسات:

**الدراسات العربية والأجنبية:**

جاءت دراسة هوقينوت ومالكولم سميث (Hoogenhout,&Malcolm-Smith,2017) للتحقق من أنّ نظرية العقل يمكن لها أن تتنبأ بشدة اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (62) طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد. تم تطبيق نظرية العقل عليهم وتم تحديد مستوى كل طالب بناءً على تلك النظرية، وعند مقارنة مستوى أداء عينة الدراسة مع نتائج مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-5,2013). أشارت نتائج الدراسة إلى أن نظرية العقل لها القدرة على التنبؤ بمستوى شدة اضطراب طيف التوحد والذي يحدد فيما بعد مستوى الدعم المطلوب.

وهدفت دراسة البدارنه (2016) إلى التعرف إلى مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V) على الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (300) طفل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بمراكز التربية الخاصة في الأردن. أظهرت النتائج أن مدى تطابق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) على الأطفال كانت متدنيةً بنسبة (36.3%)، فمن الأطفال من كان لديهم اضطراب طيف

التوحد، وما نسبته (63.7%) لم ينطبق عليهم المحكان بمجموع (191) طفل، كما أشارت النتائج إلى أن أكثر محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد شيوعًا هو محك السلوكيات التكرارية والمقيدة بنسبة (75.7%) أما المحك الثاني التفاعل الاجتماعي كانت نسبة انتشاره (45%) كما اشارت الدراسة إلى النتائج المتعلقة بإجراءات تشخيص اضطراب طيف التوحد ومدى وضوحها وسلامة إجراءات تطبيقها على المفحوصين ، وتنوع عملية التشخيص و إطلاق المسميات المختلفة من توحد بسيط أو توحد متوسط أو شديد ، حيث أن الممارسات الميدانية و المشاهدات تدل على قصور و مشكلات في إجراءات التشخيص مما ينعكس سلباً في تحديد مستوى شدة الاضطراب كأقل أثرا أو أكثر أثراً بالتوحد كما انتهت الدراسة بتوصيات ذات صلة بمشكلة الدراسة وأهمها ربط عملية تشخيص أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالخدمات التأهيلية، والتربوية، والتعليمية المناسبة لهم وذلك بسبب نقص تلك الاحتياجات بشكل واضح.

أما دراسة ماغانا وأبرشية والابن (Magaña, Parish,&Son, 2016) هدفت إلى تحديد شدة اضطراب طيف التوحد الوظيفية في عينة لاتينية ممن يتلقون خدمات خاصة من أطفال اضطراب طيف التوحد وقد سعى الباحثون إلى تحديد أثر الخبرة بتحديد مستوى الشدة الناتج عن مستويات الدعم اللازمة للقيام بالأداء الوظيفي اليومي لاضطراب طيف التوحد، ولقد أشارت الدراسة إلى أن مستويات الشدة تحتاج إلى(7) خدمات وأنظمة دعم خاصة لأطفال اضطراب طيف التوحد، كما أشارت الدراسة إلى مدى تقديم خدمات الدعم لأطفال اضطراب طيف التوحد للأقليات في الولايات المتحدة الأمريكية، فلقد أشارت النتائج إلى أن أطفال التوحد اللاتينيين(الأقليات) والذين يتميزون بمستويات شديدة تلقوا خدمات أقل من أطفال التوحد البيض والذين لديهم حاجات صحية شديدة. خرجت الدراسة باستنتاج وهو ضرورة توفير سياسات ناظمة وداعمة لتلبية حاجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

بينما جاءت دراسة كراني وآخرون(Crane,etal,2016) بإجراء دراسة حول خبرات وحاجات آباء أطفال اضطراب طيف التوحد، ولقد اشتملت الدراسة على عينة تتكون من(147) ولي أمر استجابوا إلى أداة الدراسة ولقد خلصت الدراسة إلى أن هناك صعوبات يواجهونها اباء وأمهات أطفال التوحد في تشخيص أبنائهم، كما أشارت إلى العوامل الخاصة بمستويات رضا الآباء عن تشخيص أطفالهم ومدى تقديم المعلومات الخاصة بذلك لهم والضغوطات الخاصة بعملية التشخيص، وأشارت الدراسة إلى أن حاجات الآباء للخدمات بعد التشخيص لأطفالهم لم يتم العمل على تلبيتها بشكلٍ وافي.

وقام هارتلي وسكولتز (Hartley & Schultz, 2015) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى بحث مقارنة احتياجات الدعم لدى أمهات وآباء الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الاحتياجات الأسرية، ومقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد. تكونت عينة الدراسة من (73) من آباء وأمهات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأمهات كان لديهن عدد أكبر من احتياجات الدعم الهامة، والتي تتعلق بمستوى شدة الاضطراب ونسبة أعلى من احتياجات الدعم المهمة التي لم تتم تلبيتها من قبل الآباء. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن عمر الطفل والمشكلات السلوكية، ووجود الإعاقة الذهنية، ومستوى تعليم الوالدين، ودخل الأسرة، كانت مرتبطة بشكل كبير باحتياجات الدعم المقدمة.

وتوصلت دراسة ثوماس وآخرون (Thomas,etal,2015) الى اكتشاف وتحديد السلوكيات عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذه الدراسة قارنت بين سبعة مجالات سلوكية من بين (96) سلوكاً عن الاطفال، واشتملت العينة

على (803) طفلًا من بينهم (119) من الإناث، و(684) من الذكور موزعين على (790) طفلًا توحديًا من ذوي الأداء المنخفض، و(193) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الاداء العالي، تراوحت اعمارهم من (36–84) شهرًا، وقد استخدم مع أفراد العينة مقياس تشخيص التوحد من قبل الأفراد المهنيين، وتوصلت النتائج إلى أنّ الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف في جميع المجالات السبعة عن الأطفال الآخرين وهي:- سلوكيات اللعب، السلوكيات الاجتماعيّة التفاعليّة، والسلوكيات المرتبطة باللّغة الإستقباليّة، واللغة التعبيريّة، والسلوكيات القهريّة، والسلوكيات النمطيّة، والقلق، ولم تكن هناك فروق واضحة بين الجنسين في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وكان هناك فروق بين الجنسين في السلوكيات المقيدة والتكرارية لصالح الذكور.

وقام كل من ويتلف وجوثام وفيورن ووارن (Weitlauf, Gotham, Vehorn, & Warren, 2014) بدراسةٍ هدفت إلى تقديم تقرير موجز للقارئ للاختلافات المفاهيمية المتعلقة بالاقتراحات التي قدمها(DSM-5) لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ولقد أشار الباحثين أنه على الرغم من بيان الاختلافات النوعية بين مستويات الدعم في الإصدار الخامس للدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية، إلا أن واقع الممارسة لا يميز بين تلك المستويات، وهذا الذي يؤدي إلى تقديم خدمات لا تتناسب مع مستويات الدعم الذي يحتاجها الطفل وأسرته، ولذلك تبرز الحاجة إلى وسيلة توضيحية توضح مستوى الدعم الذي يحتاجه الطفل بعد عملية التشخيص.

وتشير دراسة إليزابث وآخرون (Elspeth,etal,2014) التي هدفت إلى تقييم الأمراض النفسيّة والمشاكل السلوكيّة لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، حيث اشتملت العينة على (52) فردًا تتراوح أعمارهم من (3–9) سنوات حيث استخدم الباحثون المقابلات والاستبيانات مع مقدمي الرعاية، وأشارت النتائج إلى أنّ الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (6–9) كان لديهم خطر للسلوكيات القصريّة، وارتفاع نسبة القلق، وأظهرت النتائج إلى أنّ الأطفال لديهم سلوكيات نمطيّة أكثر، وهم أكثر عرضه للمخاوف والرهبة.

قام كرستيني وآخرون (Kristine,etal,2014) بدراسة هدفت إلى تطبيق المحكات الشخصية للإصدار الخامس (DSM.5)، ثم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائيًا في التشخيص لما يقارب من (22%)، مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص في الدليل الرابع (DSM-IV)، كما أشارت النتائج إلى أن ما يقارب من 1 من كل 88 طفلًا في الولايات المتحدة الأمريكية، لديها (ASD) أي متلازمة التوحد، وأن هؤلاء الأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبات شديدة في التواصل وخاصة التواصل غير اللفظي، ويجدون صعوبة في تكوين صداقات، كما يعتمدون بشكل كبير على الروتين، ولديهم حساسية عالية للتغيرات في بيئتهم، بالإضافة إلى تركيزهم بشكل مكثف وواضح على الموضوعات التي هي ليست مناسبة للسياق الاجتماعي الذي يقومون به، وكما أشارت هذه النتائج إلى أن هذه الأعراض تقع في سلسلة متصلة في شدة الأعراض السلوكية لديهم والتي تصنف ضمن فئة التوحد الشديد، أشارت النتائج إلى أن هؤلاء بحاجة شديدة إلى الخدمات التربوية والتأهيلية، والتشخيص المبكر، للحصول على العلاج وقد ثبت أنه يؤدي إلى نتائج أفضل.

وكان الغرض من دراسة لاي وفانقلين (Lai & Fanglin, 2013) مقارنة ما بين مقدار الإجهاد عند أباء وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وخاصة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (6–12 سنة)، وآباء وأمهات الأطفال المراهقين ممن يعانون من اضطراب طيف التوحد والذين تتراوح أعمارهم ما بين (13–18 سنة) في تايوان. وجاءت هذه الدراسة أيضاً

للكشف عن العلاقة ما بين شدة اضطراب طيف التوحد وأثرها على مقدار الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي لدى أهالي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في تايوان. وعلاوةً على ذلك، تم أيضًا دراسة أثر الاعتدال في الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي على العلاقة بين المشكلات السلوكية والإجهاد الوالدي. وشارك في هذه الدراسة (79) من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد الذين تتراوح أعمارهم بين (6– 18 سنة). واستخدمت الدراسة المقابلات والاستبانات. وبينت النتائج عدم وجود اختلافات كبيرة في مستوى الإجهاد الوالدي عند أولياء أمور الأطفال في سن المدرسة الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وأولياء أمور الأطفال المراهقين المصابين بالتوحد في تايوان. وكشفت نتائج التحاليل التلازمي أن الكفاءة الذاتية للوالدين، والدعم الاجتماعي، ومدى شدة اضطراب طيف التوحد، ومشاكل السلوك، كانت مرتبطة بشكل كبير مع إجهاد آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد في تايوان. وعلاوة على ذلك بيّن تحليل الانحدار أن فعالية الذات للوالدين، والدعم الاجتماعي، والمشكلات السلوكية، من المسببات الرئيسية لتوتر آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في تايوان.

وهدفت دراسة موريسون(MORRISON,2013) إلى التعرف على مدى تلبية حاجات أسر الأطفال التوحديين وقدرتهم على الوصول إلى مختلف خدمات الدعم المختلفة، ولتحقيق ذلك قام الباحث بإعداد مقياس مسحي يقيس مدى رضاهم حول الخدمات المقدمة وتم التواصل مع الآباء عن طريق الإنترنت، وتكونت عينة الدراسة من (72) ولي أمر. وبينت نتائج الدراسة إلى أن أكثر خدمات الدعم التي تم تلبيتها بشكل متكرر هي خدمة التواصل مع معلم الطفل. وتمثلت العوائق في تلبية الخدمات التالية: القضايا المالية، وضيق الوقت، والخدمة المتعلقة بمدى معرفتهم بالخدمات المتاحة في المجتمع ومواقعها، وقلة الخدمات المقدمة.

وهدفت دراسة الشديفات (2013). إلى التعرف على الحاجات التواصلية و الاجتماعية والتكيفية و الأكاديمية والسلوكية للأطفال ذاوي اضطراب طيف التوحد في الاردن. ولتعرف على الفروق بين الحاجات تبعاً لمتغيرات عمر الطفل، جنس الطفل، ونوع الاضطراب . اظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال طيف التوحد يتعزى لنوع الاضطراب ولصالح التوحد التقليدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال طيف التوحد يعزى لاختلاف الجنس و الصالح الإناث، وكذلك أظهرت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال طيف التوحد يعزى لمتغير عمر الطفل من خمس سنوات فأقل.

**تعقيب على الدراسات السابقة:**

لقد بدا واضحًا بعد استعراض الدراسات السابقة مدى أهمية البحث في معرفة الأعراض السلوكية لأطفال اضطرب طيف التوحد ومدى تقديم الخدمات والاحتياجات اللازمة لهم بشكلها العام، والواقع أنه لم يتم استهداف تشخيص مستوى شدة الاضطراب وربطه بمستويات الحاجة إلى الدعم المطلوب بالشكل المناسب.

- لقد اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أهمية دراسة الجوانب التي تتعلق بمدى توفر الخدمات والاحتياجات اللازمة والتي يحتاجه الطفل وأسرته بعد عملية التشخيص والعمل على تلبيتها بالشكل المناسب.
- تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة بالفئة العمرية المستهدفة كدراسة لاي وفانقلين (Lai& Fanglin, 2013).

- تتشابه هذه الدراسة مع الدراسات السابقة بدراسة متغير الجنس وبين أهم الفروق في مستوى شدة الاضطراب في بعدي التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية كدراسة ثوماس وآخرون (Thomas, et al, 2015).
- تمتاز الدراسة الحالية بأنها سعت إلى ربط تشخيص أطفال اضطراب طيف التوحد بالحاجة إلى الدعم المطلوب وفق المستويات التي حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، حيث لم يجد الباحث أي دراسة مشابهة في البيئة الأردنية أو العربية حسب علمه.

**تساؤلات الدراسة:**

1. ما مستويات شدة اضطراب طيف التوحد وفق مستوى الحاجة إلى الدعم؟
2. هل تختلف شدة اضطراب طيف التوحد وفقًا لمستوى الحاجة للدعم يعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)؟
3. هل تختلف شدة اضطراب طيف التوحد وفقًا لمستوى الحاجة للدعم يعزى لمتغير الفئة العمرية (أقل من 5 سنوات، 5 سنوات فأكثر)؟

**مشكلة الدراسة:**

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي ما زال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها؛ إذ إن التشخيص الدقيق للأطفال المصابين به من الأساسيات الواجب القيام بها لتقديم خدمات علاجيه وتربوية. حيث أن صدور الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) قد اشتمل على العديد من الاختلافات والفروق في عملية التشخيص مقارنة بالطبعات السابقة، وهذا يستلزم المعرفة الدقيقة من قبل المختصين بالمعايير التشخيصية الجديدة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، لوجود أطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد مختلفين في سلوكياتهم، وتنوع عملية التشخيص وإطلاق المسميات المختلفة من توحد بسيط، أو توحد متوسط، أو شديد، حيث إن وجود الممارسات الميدانية والمشاهدات تدل على قصور ومشكلات في عملية إجراءات التشخيص(الزريقات، إبراهيم، الإعاقات الشديدة والمتعددة، 2016)، من هنا جاءت هذه الدراسة للتعرف على مدى دقة مثل هذه الإجراءات اعتمادًا على المحكات والمعايير التشخيصية الحديثة والتي تربط التشخيص بناءً على جملة من الأعراض السلوكية وبربطها بمستوى الحاجة إلى الدعم الخدمي والتأهيلي، والتي أشار إليها (D.S.M.5) في طبعته الخامسة.

**أهداف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى:

1. تقييم مستوى شدة الاضطراب لدى اطفال طيف التوحد وفقاً لمستويات الحاجة إلى الدعم.
2. التعرف على مستوى شدة اضطراب طيف التوحد وفقاً لمستوى الحاجة إلى الدعم تبعاً لمتغير جنس الطفل التوحدي.
3. معرفة مستوى شدة اضطراب طيف التوحد ومدى الحاجة لمستوى الدعم المطلوب وفقاً للفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل التوحدي.

**أهمية الدراسة:**

بعد اطلاع الباحثين على أدبيات الموضوع يعتبر الباحثين أن هذه الدراسة مهمة بجانبيها النظري والتطبيقي.

**أولًا: الأهمية النظرية:**

1. تعد الدراسة الحالية هي الأولى من نوعها في الأردن التي تهدف إلى معرفة مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في (DSM V) على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
2. زيادة المعرفة بطبيعة الأطفال ذوي الاضطراب من خلال عملية التعرف عليهم ومساعدتهم في تقديم الخدمات المناسبة لهم.
3. تسليط الضوء على الأسس والمحكات العالمية التي يجب الاعتماد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد.
4. مساعدة الأخصائيين وأولياء الأمور في التعرف على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووضعه بالمكان المناسب لتلقى الخدمات التدريبية والمسمى التشخيصي الدقيق له.

**ثانياً: الأهمية التطبيقية:**

1. كشف الخلل والقصور في عملية الفحص والتشخيص الممارس في الميدان.
2. تزويد العاملين والمعلمين والمهنيين بالأسس الصحيحة التي يجب أن تستند عليها عملية التشخيص.
3. الاهتمام بالتشخيص الدقيق من شأنه أن يساعد في تقديم خدمات تربوية خاصة نوعية.
4. كشف واقع عملية التشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وضرورة إعادة التشخيص لمعرفة الاضطرابات لديهم لتقديم أفضل الخدمات.
5. تزود هذه الدراسة الميدان بمقياس تشخيصي يهدف إلى تحسين عملية التشخيص مستند إلى (DSM V).

**مصطلحات الدراسة:**

**شدة الاضطراب:** وهي العجز، أو القصور، أو الضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي والانماط السلوكية المقيدة والتكرارية والتي يجب أن تظهر هذه الأعراض في الفترة النمائية المبكرة (من الميلاد وحتى سن الثامنة من العمر) وتقسم إلى بسيط، متوسط، شديد. (الجابري، محمد، التوجهات الحديثة في تشخيص اضطراب طيف التوحد، 2014).

**مستوى الشدة إجرائياً:** وهي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص وفق المستويات الثلاثة (بسيط، متوسط، شديد).

**الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:** وهو العجز الثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المتعددة، والأنماط السلوكية التكرارية والاهتمامات والانشطة المقيدة، ويشخص من الميلاد حتى سن الثامنة من العمر (ABA, 2013).

**الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إجرائيًا:** وهم أولئك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (2–15) سنة، والذين تم تشخيص التوحد لديهم وفقا للمعايير والأدوات وأساليب التشخيص المعتمدة في المراكز المعمول فيها في الأردن.

**مستويات الدعم:** وهي المستويات التي حددها الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الخامسة (DSM-5) وتقسم إلى ثلاثة مستويات وهي: (المستوى الأول الذي يتطلب توفير الدعم (دعم بسيط)، المستوى الثاني والذي يتطلب دعم أساسي وكبير (دعم متوسط)، والمستوى الثالث والذي يتطلب دعمًا جوهريًا شديدًا جدًا (دعم شديد)). نيمروف و آخرون (Nemeroff, et al, 2013)

**مستويات الدعم إجرائيًا:** وهي تحديد مستوى الحاجة إلى الدعم الخدمي والتأهيلي للأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة.

**حدود الدراسة:**

**الحدود البشرية:** معلمي ومعلمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة عمان.

**الحدود الموضوعية:** تتمثل بأدوات جمع المعلومات بدلالاتِ صدقها وثباتها وإجراءات جمع البيانات ومنهجية البحث المستخدمة.

**الحد المكاني:** أجريت الدراسة على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في عمان.

**الحد الزماني:** أجريت الدراسة في العام الدراسي (2017/ 2018)، حيث بدأ التطبيق الفعلي لأداة الدراسة تاريخ (10/ 2/2018).

**الإطار النظري:**

ظهر الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية في طبعتها الخامسة (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) الصادر عن جمعية الطب النفسي (American psychiatric association, ABA)، الذي فرض تغيرات في تصنيف وتشخيص اضطراب طيف التوحد. حيث تعتبر عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد أمرًا ضروريًا وصعبًا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة. (Westling, L. & Fox, L,. 2014)

وتهدف عملية التشخيص الى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص وذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة. ويعرف القياس (Assessment) بأنه "تلك العملية التي تهدف الى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية"(Autism Society, 2009) ويقوم على تطبيق عملية القياس والتشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة. (زريقات، التوحد أسبابه وتشخيصه، 2016)

وبالتحديد، فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي (DSMV) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية التشخيص تشخيصًا دقيقًا ومتعدد المستويات وذلك وفقًا للمستويات الثلاثة التالية: **محكات التشخيص**، والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمين والاستثناء، و**محكات التحديد** (Specifiers)، وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة، و**محكات تحديد مستوى الشدة** (Severity Levels)، وهي المحكات التي تحدد بناءً عليها شدة الاضطراب وفقًا لجملة الأعراض السلوكية في بعدي (محكي) التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية والتكرارية في (DSM5). (الجابري، 2014)

ولا زالت الدراسات الحديثة تشير إلى ازدياد نسبة أطفال اضطراب طيف التوحد، وبناءً عليه زاد الاهتمام بالمعايير التشخيصية للكشف عن هؤلاء الأطفال، حيث تعتبر عملية القياس والتشخيص في التربية الخاصة عملية أساسية تستند إليها مجموعة من القرارات المصيرية في حياة الطفل وفي حياة أسرته، بدءًا من تشخيص الطفل وتحديد أهليته لتلقي خدمات التربية الخاصة، وفقًا لمستويات الدعم الذي حددها(DSM-5) (أبو زيتونة، 2014؛ الزريقات، 2016).

وتهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقًا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه. وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيًا بانخفاض مستوى شدة الأعراض(Lecavalier, 2013)، ويبين الجدول رقم (2) معايير التشخيص وعلاقتها بمستويات الحاجة للدعم كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (ABA,2013).

**جدول (1): محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي**

| مستوى الشدة | محك التواصل الاجتماعي | محك السلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات الضيقة |
|---|---|---|
| المستوى (1): "يتطلب توفير الدعم" | قصور (عجز) واضح في التفاعل الاجتماعي والذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم المناسب في المواقف الاجتماعي.<br>صعوبة في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين.<br>قد يبدو أن لديه تناقصاً في رغبته أو اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.<br>ومثال ذلك: فرد لديه القدرة على الحديث باستخدام جمل واضحة وكاملة ولديه القدرة على الانخراط (الاندماج) في التواصل مع الآخرين ولكنه يبدي فشلاً في ذلك، كما وأن قدرته على تكوين الصداقات مع الرفاق تبدو شاذة (غير عادية) وغير ناجحة تماما. | عدم مرونة في السلوك، والتي ينتج عنها تأثير واضح ذو دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية).<br>صعوبة في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة.<br>مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية. |
| المستوى (2): "يتطلب توفير دعم أساسي وكبير" | قصور (عجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية.<br>اعتلال (قصور) ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتى بوجود الدعم والمساعدة في الموقف الاجتماعي.<br>قدرة محدودة في إنشاء التفاعل الاجتماعي، تناقص أو استجابات غير عادية للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين.<br>ومثال ذلك:<br>فرد لديه عدد قليل من الجمل يمكن أن يستخدمها | عدم مرونة السلوك، وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/ محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة.<br>صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته). |

| | | |
|---|---|---|
| | في حديثه، كما أن تفاعله الاجتماعي محدود ومقتصر على مواضيع تمثل اهتمامات خاصة به، ويبدو تواصله غير اللفظي شاذا (غريبا) بشكل ملحوظ. | |
| المستوى (3): "يتطلب توفير دعم جوهري شديد | قصور (عجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية والتي تسبب اعتلالا (قصورا) شديدا في الأداء الوظيفي.<br>قدرة محدودة على إنشاء التفاعل الاجتماعي، وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية.<br>ومثال ذلك: فرد لديه عدد قليل من الكلمات التي يمكن استخدامه في حديثه. كما أن تفاعله الاجتماعي محدود ومختصر على مواضيع تمثل اهتمامات خاصة به. | عدم مرونة السلوك، وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/ محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته وأفعاله. |

وعليه فإن جمعية أطباء النفس الأمريكية وهي الجهة المسؤولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد مستوى تأثير شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه، والذي يوجب على الفاحصين تعبئته مباشرة أثناء جلسة التشخيص. كما أن هذا المقياس يمكن استخدامه لاحقًا لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية (American Psychiatric Association- APA, 2013).

**الطريقة والإجراءات:**

**منهج الدراسة:**

تقوم هذه الدّراسة على اتباع المنهج الوصفي، وقد استخدم هذا المنهج لاستعراض أهم الأدبيات ذات العلاقة بتقييم مستوى شدة الاضطراب لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفق مستوى الحاجة إلى الدعم، حيث يعتبر المنهج الوصفي بأنه منهج ذو مظلة واسعة ومرنة قد تتضمن عددًا من المناهج والأساليب المختلفة.

**أفراد عينة الدراسة:**

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين تتراوح اعمارهم من (2–15) سنة في مراكز التربية الخاصة في محافظة العاصمة (عمان) والبالغ عددهم (150) طفلًا، وكان عدد الأطفال الذكور (105) طفلاً و(45) طفله من الإناث في مجتمع الدراسة ضمن الفئة العمرية المستهدفة، حيث تم اختيارهم بالطريقة القصدية، ويبين الجدول (2) اسماء المراكز المستهدفة، وعدد افراد الدراسة في كل مركز ويبين وجدول رقم (3) توزيع مجتمع عينة الدراسة وفقاً للجنس، ووفقاً للفئة العمرية.

**جدول (2) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمراكز التربية الخاصة للمركز والجنس**

| أسم المركز | عدد الطلاب | | المجموع |
|---|---|---|---|
| | الذكور | الاناث | |
| المركز العربي للتربية الخاصة | 11 | 3 | 14 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| القرية العربية للتربية الخاصة | 17 | 4 | 21 |
| المركز الاستشاري للتوحد | 14 | 5 | 19 |
| مركز إنجاز للتوحد | 10 | 2 | 12 |
| معهد الشرق الواسط للتربية الخاصة | 12 | 5 | 17 |
| الخزامي للرعاية والتأهيل | 8 | 4 | 12 |
| مركز عمان للتوحد | 10 | 7 | 17 |
| المركز التخصصي للتوحد | 15 | 9 | 24 |
| مركز اطلس الشرق للتوحد | 8 | 6 | 14 |
| المجموع | 105 | 45 | 150 |

**جدول (3) توزيع أفراد الدراسة حسب الجنس والفئة العمرية**

| الفئة العمرية | | | الجنس | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ذكور | اناث | |
| العمر | اقل من5 | العدد | 60 | 15 | 75 |
| | | النسبة | 57.1% | 33.3% | 50.0% |
| | من 5 سنوات فأكثر | العدد | 45 | 30 | 75 |
| | | النسبة | 66.7% | 42.9% | 50.0% |
| المجموع | | العدد | 105 | 45 | 150 |
| | | النسبة | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

**أداة الدراسة:** تم بناء أداة مقياس الدراسة بالرجوع إلى محكات ومعايير تشخيص اضطراب طيف التوحد الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة، (DSM-5) ودراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة كدراسة أرزو (Arzu,2015) ودراسة ثوماس وآخرون (Thomas, et al, 2015) ودراسة هارتلي وسكولتز (Hartley & Schultz, 2015) وقد تكون مقياس الدراسة من جزأين، تضمن الأول المعلومات الديمغرافية (الجنس، والفئة العمرية) في حين تضمن الجزء الثاني أسئلة الدراسة والمكونة من (49) فقرة بواقع (28) فقرة تتعلق بمحك التواصل والتفاعل الاجتماعي و(21) فقرة تتعلق بمحك السلوكيات النمطية والتكرارية، وتم تصميم الاستجابة على المقياس وفق التدرج الثنائي كما يأتي:

- نعم، وتعبر عن وجود المشكلة ولها (درجة واحدة).
- لا، وتعبر عن عدم وجود المشكلة وتأخذ الدرجة (صفر).

**خطوات بناء المقياس:**

مرت عملية إعداد أداة الدراسة بالخطوات التالية:

1. قام الباحثين ببناء المقياس وذلك بالرجوع إلى محكات ومعايير تشخيص اضطراب طيف التوحد الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب العقلية – الطبعة الخامسة، (DSM-5) ودراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة، كدراسة آرزو (Arzu,2015)ودراسة ثوماس وآخرون (Thomas, et al, 2015) ودراسة هارتلي وسكولتز ( Hartley & Schultz, 2015) وقد استفاد الباحث أيضًا من أدوات قياس في التربية الخاصة واضطراب طيف التوحد، والمطبقة في بعض الدراسات السابقة.
2. بناء محاور وفقرات المقياس بحيث يتماشى وأسئلة الدراسة.
3. تحكيم المقياس من قبل مجموعة من المحكمين المختصين وإجراء التعديلات المقترحة في ضوء ملاحظاتهم.
4. قياس ثبات الأداة حيث قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من (20) طالب وطالبة من خارج عينة الدراسة، وبفارق زمني مدته (14) يومًا بين المرتين.
5. الحصول على كتاب تسهيل المهمة من إدارة الجامعة الأردنية موجه إلى مراكز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لتسهيل مهمة الباحث في تطبيق أداة الدراسة.
6. توزيع الأداة على أفراد الدراسة، وقد تم التطبيق من قبل معلمي ومعلمات الأطفال، وذلك بالشروح والتوضيح من قبل (الباحث) لبعض الجوانب المتعلقة بالدراسة، وشرح أهدافها وأهميتها والتأكيد على سرية المعلومات واستخدامها لغرض البحث العلمي فقط، بالإضافة إلى التأكيد على ضرورة الجدية والدقة في التعامل مع أدوات القياس، كما تم اختيار الأماكن المناسبة للتطبيق، وبعد الانتهاء من التطبيق مباشرة تم جمع أداة الدّراسة وفرزها واستبعاد ما هو غير صالح للتحليل الإحصائي.
7. بعد تحويل الاستجابات إلى درجات خام، تم إدخال البيانات إلى الحاسوب وإجراء المعالجات الإحصائية لها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) وإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة للإجابة عن أسئلة الدّراسة واستخراج النتائج ومناقشتها.
8. استغرق زمن التطبيق الفردي (15) دقيقة، أما عملية جمع البيانات الكلية فقد استغرقت (20) يوم.

**صدق أداة الدراسة:**

**صدق المحتوى:** تم عرض المقياس على عدد من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم تخصص التربية الخاصة والإرشاد وذوي الخبرة في تدريس الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الجامعات الأردنية وعددهم (10)، وذلك لإبداء آرائهم في صدق المضمون وانتماء العبارات للمقياس ومدى ملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه، ودرجة وضوحها، ومن ثم تم اقتراح التعديلات المناسبة، وقد تم اعتماد معيار (80%) لبيان صلاحية الفقرة، وبناء على آراء المحكمين تم تعديل بعض الفقرات من ناحية الصياغة لزيادة وضوحها، وتم حذف بعضها بسبب تشابهها وقرب مدلولها مع فقرات أخرى، وتم حذف عدد منها لعدم مناسبتها لأغراض الدراسة وعدم مناسبة بعضها للبعد الذي تنتمي إليه، حيث كان المقياس يتكون من 60 فقرة، (35) فقرة لمحك التواصل والتفاعل الاجتماعي، (25) فقرة لمحك السلوكيات التكرارية والمقيدة، وبعد التعديل والحذف أصبح المقياس يتألف من (49) فقرة موزعة على بعدين رئيسيين، وهما: (محك التواصل والتفاعل الاجتماعي (28) فقرة، ومحك

السلوكيات التكرارية والمقيدة (21) فقرة، واعتبر الباحث آراء المحكمين وتعديلاتهم دلالة على صدق محتوى أداة الدراسة وملائمة فقراتها وتنوعها، وبعد إجراء التعديلات المطلوبة، تحقق التوازن بين مضامين المقياس في فقراته.

**ثبات أداة الدراسة:** لحساب ثبات أداة الدراسة قام الباحث باستخراج معامل الثبات (كرونباخ ألفا) للاتساق الداخلي لجميع فقرات مقياس الدراسة حيث ظهر أن قيم معاملات الثبات (كرونباخ ألفا) لمجال الدراسة تراوح ما بين (0.85– 0.91) وجميعها قيم مرتفعه ومقبولة في الدراسات الإنسانية.

واعتمادًا على ما تقدم تم اعتماد المعادلة التالية لأغراض تحليل النتائج

الحد الأعلى للمقياس (1) – الحد الأدنى للمقياس (0)

عدد الفئات المطلوبة (3)

$$\frac{1-0}{3} = 0.33$$

وبذلك يكون المستوى من 0.00 – 0.33 منخفض

من 0.34 – 0.67 متوسط

من 0.68 – 1.00 مرتفع

**الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:**

تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتي شملت (التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لوصف أفراد عينة الدراسة، واختبار كرونباخ ألفا للتأكد من ثبات الأداة.

**نتائج الدراسة ومناقشتها:**

**1. ما مستويات شدة الاضطراب طيف التوحد وفق مستوى الحاجة إلى الدعم؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج النسب المئوية لمستويات شدة اضطراب طيف التوحد. والجدول (4) أدناه يوضح ذلك.

**الجدول (4) النسب المئوية لمستويات شدة اضطراب طيف التوحد وفق مستويات الحاجة إلى الدعم**

| المحك | مستوى الشدة | النسبة المئوية | المحك | مستوى الشدة | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|---|---|
| التواصل الاجتماعي | المستوى الأول والذي يتطلب توفير الدعم | 24% | السلوكيات المقيدة والتكرارية | المستوى الأول والذي يتطلب توفير الدعم | 22% |
| | | منخفض | | | منخفض |
| | المستوى الثاني والذي يتطلب دعم اساسي وكبير | 23% | | المستوى الثاني والذي يتطلب دعم اساسي وكبير | 23% |
| | | منخفض | | | منخفض |
| | المستوى الثالث والذي يتطلب دعم جوهري وشديد | 82% | | المستوى الثالث والذي يتطلب دعم جوهري وشديد | 83% |
| | | مرتفع | | | مرتفع |
| | التواصل الاجتماعي | 46% | | السلوكيات المقيدة والتكرارية | 43% |
| | | متوسط | | | متوسط |

يتضح من الجدول (4) أن هناك فروق في النسب المئوية على جميع مستويات شدة الاضطراب في محكي التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية حيث جاء المستوى الثالث في بعد السلوكيات التكرارية والمقيدة في المرتب الأولى بنسبة (83%) وهي قيمة مرتفعة كما جاء في المرتبة الأخيرة المستوى الأول في كلا البعدين بنسبة (22%) مما يشير إلى أن مستوى الاضطراب لدى أطفال طيف التوحد شديد والذي يتطلب دعماً جوهرياً شديد جداً ويمكن عزو ذلك إلى إجراءات تتعلق بتشخيص اضطراب طيف التوحد ومنها عدم المرونة عند تنفيذ إجراءات تطبيق الأدوات المراد استخدامها وذلك من خلال التناوب في طرح الفقرات المراد الاجابة عليها من قبل الطفل (مثل التناوب بين تطبيق الفقرات اللفظية وغير اللفظية)، بالإضافة إلى الخلل في تطبيق تعليمات فقرات الأداة لتلائم مستوى الطفل أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف أبسط الكلمات والابتعاد عن المصطلحات العلمية)، وعدم الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الاداء على فقرات الاختبار.

كذلك افتقار بيئة الفحص المناسبة والمنظمة من قبل الفاحص عند اختبار الطفل كتوظيف الصور التي توضح المطلوب منه تأديته)، وخلو المظهر الفيزيائي (المادي) لغرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث والأدوات، التقليل من المشتتات، كذلك تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار.

بالإضافة إلى عدم مراعاة الدقة والمصداقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو غيرهم. والتي لا تستند إلى كثير من الأدوات المطبقة عند طرح أسئلة 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 وخاصة للأطفال الأكبر عمرا.

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

وقلة التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع والدراية باضطراب التوحد. قد يتسم بعض أولياء الأمور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت وقراءة الكتب والمقالات وحضور البرامج والندوات التي تتناول الحديث عن التوحد. ولعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحا ذو حدين. فمن جهة، قد يسهل ذلك من التعاون مع الوالدين في الاجابة عن فقرات الاداة أو الاختبار مما يسهم في دعم مصداقية الاجابات، ومن جهة أخرى، قد يعيق ذلك آلية جمع المعلومات وذلك اما بمحاولة الأهل تجنب اعطاء اجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم أو باعطاء اجابات مضللة كل هذه الإجراءات المتعلقة بالتشخيص تدفع بالفاحص للتحول نحو تشخيص آخر أقل أثراء، أو أكثر أثرا في تحديد مستوى شدة اضطراب طيف التوحد .

وهناك قضايا عديدة ومهمة تتعلق بالتوحد منها القصور في تقديم الخدمات و الاحتياجات الخاصة بأطفال طيف التوحد و خصوصا في الدول النامية منها، وكذلك النقص الواضح لبعض المؤهلات المدربة من قبل المعلمين والمهنيين القائمين على رعاية أطفال طيف التوحد، كذلك النماذج المتعلقة بإيصال الخدمة (تكلفة الخدمات، تطبيق التدخل المكثف، تدريب المعلمين والمعالجين) إضافة إلى عدم فعالية تكاملية العلاج ونقص في تقديم الخدمة لذوي المصادر المالية المحدودة وتحليل التكلفة والفجوة بين البحث والممارسة وكذلك التقييم والسياسات والعوامل التنظيمية المؤثرة في الوصول إلى الخدمات، ومدى توافر

هذه الخدمات وجودتها واستخدامها، وكذلك تأثير مشاركة الأهل في خطط العلاج ونماذج وبدائل الخدمة المختلفة (معتمدة على المركز أو المنزل).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة البدارنه (2016) والتي أشارت إلى المشكلات المتعلقة بإجراءات التشخيص ومدى دقة تطبيقها في تشخيص اضطراب طيف التوحد وانعكاس ذلك بتحديد شدة اضطراب طيف التوحد، وربط عملية التشخيص بالاحتياجات اللازمة لذوي أطفال اضطراب طيف التوحد ،وكذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كراني وآخرون(Crane,etal,2016) و التي تشير إلى الصعوبات التي يواجهونها في تشخيص ابنائهم و حاجاتهم للخدمات بعد عملية التشخيص، وكذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة هارتلي وسكولتز (Hartley & Schultz, 2015) والتي تشير إلى تلبية احتياجات الدعم الهامة والمتعلقة بمستوى شدة الاضطراب وخاصة الحاجات المالية منها، كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة موريسون(MORRISON,2013) والتي أشارت بوجوب العمل على تلبية حاجات أطفال طيف التوحد وتقديم الخدمات المتاحة في المجتمع، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة ماغانا وأبرشية والابن (Magaña, Parish, &Son, 2016) والتي تشير إلى أن المستويات الشديدة تحتاج إلى خدمات وانظمة دعم خاصة بأطفال طيف التوحد.

**2. هل يختلف شدة اضطراب طيف التوحد وفقًا لمستوى الحاجة للدعم يعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى شدة اضطراب طيف التوحد تبعًا لمتغير الجنس، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار (T) والجدول(5) أدناه يوضح ذلك:

**جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر جنس الطفل على مستوى شدة اضطراب طيف التوحد**

| المحك | الجنس | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **التواصل الاجتماعي** | ذكور | 105 | .46 | .077 | 1.939 | 148 | .054 |
| | اناث | 45 | .44 | .102 | | | |
| **السلوكيات المقيدة والتكرارية** | ذكور | 105 | .44 | .063 | 2.646 | 148 | .009 |
| | اناث | 45 | .41 | .057 | | | |

يتضح من الجدول رقم (5) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية($\alpha$ = 0.05) في بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد تعزى لأثر الجنس حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (0.46) بانحراف معياري (0.77) وبلغ المتوسط الحسابي للإناث (0.44) بانحراف معياري (0.102). حيث بلغت قيمة (T) (1.0939) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا وهذا يدل على أن محك التفاعل والتواصل الاجتماعي متساوي لدى أفراد العينة باختلاف جنسهم. حيث لم يكن متغير الجنس دالًا إحصائيًا، وذلك يعود لأن التفاعل الاجتماعي يعد من الأنشطة الحياتية اليومية اللازمة لكل من الذكور والإناث، حيث إنها تمارس من كلا الطرفين حسب الموقف، لذلك لم تكن هناك فروق بين الجنسين لأنها جزء من حياتهم اليومية، أما محك السلوكيات المقيدة والتكرارية فكان لدى الذكور أعلى من الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (0.44) بانحراف

معياري (0.63) وبلغ المتوسط الحسابي للإناث (41) بانحراف معياري (0.57) حيث بلغت قيمة (T) (2.646) وهي قيمة دالة إحصائيًا، ويمكن أن يعود ذلك إلى أن ثقافة المجتمع والثقافة المجتمعية بشكلها العام توصف بأنها ذكورية أكثر منها أنثوية، أي بمعنى أن المجتمع يقبل السلوك من الذكور حتى لو كان هذا السلوك مخالف لعاداته وثقافته بسبب أنه من فئة الذكور كما أن المجتمع يتجاوز الأخطاء الذكورية ويغض النظر عنها ويتجاهلها، بينما الإناث على العكس من ذلك فالسلوك لديهم مراقب لدى الأهل والمجتمع بدقة أكثر، وإن خرج عن المألوف والمقبول في المجتمع يعاقب ويصحح بحكم أنها أنثى التي يجب عليها أن تكون أكثر خجلًا (أقل ممارسة للسلوكيات) وأكثر دفاعًا، بالإضافة إلى ازدواجية اعاقة التوحد المصحوبة بالنشاط الزائد والتي يتصف بها الذكور من ذوي اضطرب طيف التوحد، بالإضافة إلى أنهم يميلون إلى اظهار السلوكيات النمطية والتكرارية غير المرغوبة فيها أكثر من الإناث، وخصوصا سلوك إيذاء الذات وايذاء الآخرين والتي تعتبر صفة ظاهرة لديهم أكثر من الإناث التي يميلن إلى سلوك الانطواء على الذات.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة ثوماس و آخرون (Thomas, et al, 2015) والتي تشير إلى عدم وجود فرق واضح بين الجنسين في التواصل والتفاعل الاجتماعي وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في السلوكيات المقيدة والتكرارية.

**3. هل تختلف شدة اضطراب طيف التوحد وفقًا لمستوى الحاجة للدعم يعزى لمتغير الفئة العمرية (أقل من 5 سنوات، 5 سنوات فأكثر)؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى شدة اضطراب طيف التوحد تبعًا لمتغير الفئة العمرية، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبارات، والجدول (6) أدناه توضح ذلك.

**الجدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر الفئة العمرية على مستوى شدة اضطراب طيف التوحد**

| المحك | العمر | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التواصل الاجتماعي | اقل من 5 | 75 | .44 | .106 | -2.251 | 148 | .026 |
| | 5 سنوات فأكثر | 75 | .47 | .056 | | | |
| السلوكيات المقيدة والتكرارية | اقل من 5 | 75 | .40 | .036 | -5.631 | 148 | .000 |
| | 5 سنوات فأكثر | 75 | .46 | .072 | | | |

يشير الجدول إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha$ = 0.05) تعزى لأثر الفئة العمرية في التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة والتكرارية، وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية (5) سنوات فاكثر، حيث بلغ المتوسط الحسابي على بعد التواصل الاجتماعي للفئة العمرية أقل من (5) سنوات (0.44) بانحراف معياري (106) بينما جاء المتوسط الحسابي للفئة العمرية (5) سنوات فأكثر (47) بانحراف معياري (0.56) وهي قيمة دالة إحصائيًا. أما في بعد السلوكيات المقيدة والتكرارية جاء المتوسط الحسابي للفئة العمرية أقل من (5) سنوات(0.40) بانحراف معياري (0.36) بينما جاء المتوسط الحسابي للفئة العمرية 5 سنوات فأكثر(46) بانحراف معياري (0.72) ويمكن عزو ذلك إلى أن الطفل أصبح يمارس السلوكيات دون تقييد

من الآباء، لأنه الآن لم يعد يتحمل أكثر وربما أصبح يقوم بالسلوكيات لوحده بينما قبل ذلك كان الأب والأم هما من يقومان بمساعدته لذلك عندما قلّت المساعدة في هذا العمر اتضحت شدة الاضطراب واتضح السلوك عند الطفل من حيث إنه أصبح غير قادر على القيام بالأنشطة التفاعلية المألوفة بين الأطفال دون مساعدة مباشرة له، كما إن وضوح شدة الاضطراب في التفاعل الاجتماعي يعتبر محك تشخيصي رئيسي في طيف التوحد أي عندما قلت المساعدة اتضح السلوك، كما أن المعلمين والآباء هما اللذان يتواصلان عن قرب مع الطفل ويحكمان عليه بشكل أكبر وبينما الطفل دون الخمس سنوات يكون مع الأب والأم ويقدمان له الحماية الزائدة، لذلك لم تتضح شدة المشكلة بسبب قلة الخبرة في الحياة اليومية، بينما الطفل بعد (5) سنوات زادت الخبرة لديه في البيئة التفاعلية الاجتماعية واظهر هذا التفاعل وجود هذه المشكلة نظرا لأن التفاعل الاجتماعي يتطلب بناء علاقات وأنشطة اجتماعية يتطلب منه ممارسة مهارات اجتماعية متعلمة، وبسبب قلة الخبرة والتعليم لدى الطفل التوحدي اتضح لديه مشكلة في التفاعل الاجتماعي هذا التغير يتوافق مع طبيعة اضطراب طيف التوحد. ذلك إلى أن الفئة العمرية من (5) سنوات فأكثر السلوكيات لديهم أصبحت أكثر وضوحًا ومتأصلًا لديهم أكثر من المرحلة العمرية الأقل، كما انهم يميلون أطفال اضطراب طيف التوحد في هذه المرحلة العمرية إلى تقليد السلوكيات غير مرغوب فيها وعدم مراعاتهم للسلوكيات الاجتماعية المناسبة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة إليزابث و آخرون (Elspeth et al,2014) التي أشارت إلى الفئة العمرية أكثر من (5 سنوات) لديهم سلوكيات نمطية وتكرارية ظاهرة، كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسة البدارنه (2016) أن محك السلوكيات التكرارية والمقيدة كانت النسبة الأعلى في تشخيص أطفال اضطراب طيف التوحد.

وأخيرا تتعمم نتائج الدراسة الراهنة في إطار حدود ومحددات الدراسة.

**التوصيات:** واستناداً إلى النتائج يوصي الباحث بما يلي:

* ضرورة عمل برامج تربوية تساعد على تنمية التواصل والتفاعل الاجتماعي المناسب، والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

* إجراء دراسات حول موضوع تقييم مستوى شدة الاضطراب لدى أطفال التوحد مع الأخذ بعين الاعتبار متغيرات أخرى غير متغيرات هذه الدراسة.

* ضرورة التدخل لتقوية عملية التشخيص لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال عمل ورش تدريبية للمهنيين والعاملين في المراكز التربية الخاصة على كيفية التعبير عن السلوكيات الاجتماعية المرغوبة وكيفية أدائها في الوقت المناسب.

* تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة العقلية على كيفية التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم اتجاه الآخرين.

* توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للحد من تفاقم شدة الاضطراب.

* تدريب المعلمين على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع معرفة نقاط القوى ونقاط الضعف خصوصًا في التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية وتقوية نقاط الضعف.

* العمل على إيصال نتائج الدراسة إلى الجهات المسؤولة عن الخدمات والاحتياجات اللازمة لدى اطفال اضطراب طيف التوحد.

## المصادر والمراجع

### المراجع العربية:

أبو زيتونة، لانا هارون (2012). فعالية الصورة الأردنية من مقياس تقدير التوحد الطفولي – الطبعة الثانية (CARS2) في قياس وتشخيص حالات التوحد في عينة أردنية، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.

البدارنه ، محمد فواز (2016) مدى انطباق محكات التشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي و الاحصائي للإضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة ( DSM V )، رسالة دكتوراه غير منشورة – الجامعة الاردنية.

الجابري، محمد (2014). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة "ورقة عمل" تبوك – المملكة العربية السعودية.

الزريقات، إبراهيم (2016). الإعاقات الشديدة والمتعددة، عمان: دار المسيرة للتوزيع والنشر.

الزريقات، إبراهيم (2016). التوحد خصائصه أسبابه آلية تشخيصه، عمان: دار المسيرة للتوزيع والنشر.

الشديفات، أحمد علي (2013) حاجات اطفال اضطراب طيف التوحد في الاردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات . رسالة ماجستير – جامعة اليرموك

### المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association. (2013). Clinical-Rated Severity of Autism Spectrum Disorders and Social Communication Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved January 18, from:http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measureshttp://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Autism Europe. (2013). Persons with Autism Spectrum Disorders: Identification, Understanding, Intervention, Retrieved from: http.//www.autismeurope.org in 30/9/2014.

Autism Society. (2009). Diagnosis, Retrieved from: http://www.autism-society.org/about-autism/diagnosis/in 2/8/2013.

Crane, Chester, Goddard, Henry, Hill (2016).Experiences Of Autism Diagnosis: A Survey Of Over 1000 Parents In the United Kingdom. Autism: The International Journal Of Research and Practice , V20,N2,p153-162.

Elspeth, A. Bradley,B. Catherine,S. and Patrick,F. (2011). *Psychiatric conditions and Behavioural problems in Adolescents With intellectual Disabilities: Correlates with Autism*, Canadian Journal of Psychiatry, 2, 102-209.

Hartley. S. & Schultz, H. (2015). Support Needs of Fathers and Mothers of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 45(6), 1636–1648.

Hoogenhout, Malcolm-Smith, Susan(2017). Theory of Mind Predicts Severity Level in Autism, Autism: The International Journal of Research and Practice, v21, p242-252.

Kristine M. Kulage, Arlene M. Smaldone, Elizabeth G. Cohn. How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis.Journal of Autism and Developmental Disorders, 2014; DOI: 10.1007/s10803-014-2065-2

Lai, Fanglin (2013). The Relationships between Parenting Stress, Child Characteristics, Parenting Self-Efficacy, and Social Support in Parents of Children with Autism in Taiwan. Journal of Intellectual Disability Research, v6 , p4-48

Lai, M., C., Lombardo, M., V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the Autism ‘‘Spectrum’’: Reflections on DSM-5. PLoSBiol 11(4): e1001544. doi:10.1371/journal.pbio.1001544

Lecavalier, L. (2013). Thoughts on the DSM-5. Autism, 17(5), 507— 509.

Magaña,. Parish, Son (2016) Functional Severity and Latino Ethnicity in Specialty Services for Children with Autism Spectrum Disorder.Journal of Intellectual Disability Research, v60 n5 p424-434

MORRISON, SUSAN TINKER(2013).PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS: ACCESSED AND PREFERRED PARENTAL SUPPORTS, Unpublished doctoral dissertation, The University Of many, Florida, USA

Nemeroff, C.B., Weinberg, D., Rutter, M., MacMillan, H.L., Bryant, R.A., Wessely, S., et al. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. BMC Medicine, 11, 2–19. Retrieved January 18, 2013, from: http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/202

Thomas, L. Layton, Grace Hao, Xiaobing Zou, Ling Li, Zhi Shao, Meiling Yao, Xiu Xu, Xiaoyan Ke, Lijie Wu, Jiaxiu Zhou, and Zhimei Jiang (2015), *Differentiating low- and high-functioning children with autism spectrum disorder, children with intellectual disability, and typically developing children in a Chinese population,* Journal of Intellectual & Developmental Disability, 2, 137–146.

Weitlauf, Gotham, Katherine ,Vehorn, Warren (2014).Brief Report: DSM-5 "Levels of Support:" A Comment on Discrepant Conceptualizations of Severity in ASD. Journal of Autism and Developmental Disorders, v44 n2 p471-476

Westling, L fox, 2014 Teaching students with severe disability. Upper Saddle River: Merrill – Pearson.