مجلة الباحث
موقع المجلة: https://journals.uokerbala.edu.iq/index.php/bjh/

الاعراض الشائعة لدى اطفال التوحد وفقاً للدليل الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)

د. أحمد علوان شبرم
كُلية التربية للبنات، جامعة بغداد، العراق
ahmad.a@coeduw.uobaghdad.edu.iq
د. حيدر كريم جاسم
كُلية الإمام الكاظم (ع) للعلوم الإسلامية الجامعة، العراق
haiderjasem80@alkadhum-col- edu.iq

التخصص العام للبحث: التربية الخاصة	التخصص الدقيق للبحث: التربية الخاصة

معلومات الورقة البحثية

تاريخ الاستلام 2025/1/1
تاريخ القبول 2025/2/1
تاريخ النشر 2025/3/1

الكلمات الرئيسة:

إضطراب، طيف التوحد، الاعراض.

المستخلص باللغة العربية:

يُعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر انتشاراً، ويشكل تحدي للأُسرة والمجتمع بأكمله، وتنوعت أساليب تشخيصه حسب الأعراض الظاهرة، وينبغي ان يتم التفريق بين هذا الإضطراب والاضطرابات النمائية الاخرى، كذلك هدف البحث إلى إعداد أداة لقياس هذا الإضطراب وفقا للدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) ، وكذلك تعرف أكثر الأعراض شيوعاً لدى عينة من اطفال اضطراب طيف التوحد بلغت (60) طفلاً توحدياً، وتوصل البحث الى ظهور الأعراض الآتية: (ضعف التواصل الحسي، ضعف التفاعل الاجتماعي، السلوك النمطي ،ضعف التواصل اللغوي) ، وكذلك ظهر ان أكثر الأعراض شيوعاً هو: (ضعف التواصل اللغوي)، وتوصلت الباحثان إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات.

doi: xx.xxxx

الفصل التعريف / تعريفٌ بالبحث

مُشكلة البحث:

ان تَشخيص الأطفال التوحديين يُشكّل تحدياً في عملية الكَشف عنهم وذلك، لنُدرة وجود الفُحوصات الطبية حتى الآن يُمكن من خلالها الحكم على طفل ما بأنه يُعاني من التوحُد، وبالتالي فإن عملية الكشف عن التوحد، تعتمد على الخصائص، والأعراض بشكلٍ كامل، وتواجه جميع دول العالم ولاسيما الدول العربية ومن ضمنها العراق العديد من الصعوبات في إجراءات الكشف، وتحديد خصائص التوحد، وذلك لتبايُن هذه الخصائص بين الأطفال التوحديين، فبعضهم يظهر إنعزالاً كاملاً عن المحيط الاجتماعي، في حين يُبدي البعض الآخر أنماطاً من التفاعل، وثمة أطفال توحديين يطورون بعض مهارات التواصل اللفظي في حين أن معظمهم يُعاني من قصور واضح في التواصل اللفظي، وغير اللفظي، ويتمتع بعض الأطفال بدرجة عادية من الذكاء، ويتفوقُون في مجال معين، اما الآخرون فإنهم يُعانون من إعاقة عقلية، كذلك تتداخل هذه الخصائص مع خصائص الفئات الأخرى

للتربية الخاصة مثل: الإعاقة العقلية، والسمعية، والبَصرية.....إلخ، وكذلك تداخلها مع بعض الإضطرابات مثل: إضطرابات النُطق، والكلام، وفُصام الطفولة.

وتُعد عملية كَشف وتحديد خصائص الأطفال التوحديين المرحلة الأولى لتَشخيصهم، وهي تطُلب من القائم بهذه العملية أن يكون على معرفة واسعة بخصائص التوحد، وغيُرها من الإضطرابات النمائية الشاملة (PDD) وأن يكون لديه خِبرة وتَدريب مُكثف على إجراءات الكشفِ فمثلاً تَتطلب عملية الكشف والتَشخيص في دول مثل الولايات المُتحدة الأمريكية أن يكون القائم بهذه العملية حاملاً لشهادة الماجستير في التربية الخاصة، أو عِلم النفس مع خبرة لا تقُل عن سنتين في تطبيق الاختبارات النفسية والتربوية؛ ولذلك، فإن هذه العملية قد تنطوي على العديدِ من الأخطاء وخاصة، إذا لم تكن الإجراءات المُتبعة في ذلك دقيقةً ومضبوطة بالشكل المُناسب، فقد ينجُم عن مثل هذه الأخطاء حرمان الطفل وأسرته من الخدمة اللازمة، أو إنه قد يتلقى خدمات لا يحتاجها؛ ولهذا يجب أن تعتمد إجراءات كشف وتحديد خصائص الأطفال التوحديين على معايير ومحكات موثوق بها ومضبوطة في إجراءاتها، وأن تتمتع بخصائص قياسية جيدة من حيث الصدق والثبات، وأهما: الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5-TR)، إن هذا الدليل تم التحقق من فاعليته وقدرته الكبيرة ودقتهِ العالية في كشفِ وتحديد خصائص الأطفال التوحديين في العديد من الدراسات مثل: دراسة (Barton et al, 2013)، ودراسة (Gibbs,2012)، ودراسة (Peters & Matson,2020) والتي توصلت إلى أن الدليل التشخيصي للإضطرابات العقلية الطبعة الخامسة المنقحة هي أفضل معيار للكشف وتحديد خصائص التوحد بالمقارنة مع معايير ومقاييس التوحد الأخرى، فأصبح المعيار الأساس الذي تعتمد عليه مراكز التوحد في معظم دول العالم، مما تقدم يمكن أن تتبلور مشكلة البحث الحالي بالإجابة عن التساؤل الآتي:

ماهي الأعراض الأكثر شيوعاً لدى أطفال التوحد وفقاً للدليل الإحصائي الخامس (DSM-5) ؟

أهمية البحث:

تؤكد الدراسات الخاصة بإضطراب التوحد على ضِرورة الإهتمام الكبير والواسعَ، من الباحثين ومراكز الأبحاث المعنية في دول العالم بالأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحُد، لاسيما فيما يتعلق بالإجراءاتِ والطرائق المُتخصصة لتَشخيص وكشف أفراد هذهِ المجموعةِ وعلى الرغمِ من الإهتمام العالمي بأطفال هذهِ المجموعة مازالت مُعظم الدولِ العربية ومنها العراق تَفتقر إلى تقديم الكثير من الخدمات المُتعارف عليها والتي تقدم للأطفال ذوي إضطرابِ التوحد التي يُمكن من خِلالُها الكشف والتشخيص المُبكر، الأمر الذي ينجمُ عنهُ حِرمان هؤلاء الأطفال من العلاجِ والتأهيل، ما جعل موضوع البحث الحالي الأعراض الشائعة لدى أطفال التوحد وفقاً للدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية، الإصدار الخامس المُنقح (DSM-5-TR) لما لهُ من أهمية كبيرة لما يُركز الضوء على حقيقةِ وواقعِ الإجراءاتِ المُتبعةِ في تَحديد الأعراض الشائعة لدى أطفال التوحُد ومدى صحةِ التشخيص الذي تَلقُوه على أساسهِ تم وضعِهم في المَراكز والمعاهد(علي، 2007: 2).

مما يُزيد من صعوبة هذهِ المُشكلة أن مسألة تَشخيص هذهِ الفئة في الوطن العربي بشكلٍ خاص وذلك لإفتقار المُتخصصين في هذا المجال إلى نظامٌ دقيق صادق وثابت للقياس إذا ما عَلمنا إن التشخيص عمليةً مُعقدة وتواجه صعوباتها حتى الدُول المُتقدمة كما أن عملية التَشخيص المُبكر يُقلل من تَفاقم المُشكلة (راشد،2:2002).

ومن الخصائص التي يتصفُ بها أطفال التوحُد ضعف في التواصل الاجتماعي إذ تُعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من المظاهر الأساسية لدى الأطفال المصابين بالتوحد وجميعُها بِلا شكَ تَترك اثاراً سلبية على التواصل لأنهم يفشلون في إستعمال اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال، ويعد السلوك النمطي بترديد الكلام وتنغيمه،

أحد الأمثلة التي تعكُس بعض مُشكلات التواصل بالنسبة إلى هؤلاء الأطفال، مما يترتب على ذلك إبتعاد الآخرين عنهم ونُدرة الإختلاط والتواصُل معهُم(محمد،2002: 35).

ومن خلال زيارة الباحثين الميدانية لمعاهد التوحد الموجودة في محافظتي بغداد والاطلاع على الدراسات السابقة، تلمس ضُعفاً واضحاً في تشخيص وتمييز أطفال التوحد، فضلاً عن دمجهم مع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة لاسيما ذوي الإعاقة المزدوجة الأمر الذي يُسبب تفاقم الإضطراب وزيادة حدة أعراضه، كما أن مشكلة التشخيص واحدة من الُمشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد كما أن ندرة الدراسات التجريبية في العراق (على حد علم الباحثين) كل ذلك دفع الباحثين الى حاجه لإجراء هذا البحث سعياً منهم لبناء أداة علمية متخصصة بالإضافة إلى تشخيص الأعراض الأكثر شيوعاً، ومما تقدم يُمكن تلخيص أهمية البحث على المُستويين النَظري والتطبيقي وعلى النحوِ التالي:

- **الأهمية النظرية:**

1. الإسهام في زيادة رصَيد المعلوماتِ والحقائقِ عن أعراض الأطفال ذوي اضطراب التوحد سواءً في عملية التعرُف عليهم أو تقديم الخدمات المُناسبة لهُم، والفنيات المستخدمة في ذَلك، مما يُتيح فهماً أفضل ووعياً بنواحي القصور لدى هؤلاء الأطفال الذين لا يزالون بحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث والدراسات.
2. أن هذه الدراسة تُعد من الدِراسات القليلة في مجال إضطراب التوحُد على مستوى جمهورية العراق (على حد علم الباحثين).

- **الأهمية التطبيقية**

1. إمكانية الإستفادة من مقياس الدراسة كأدوات للتعرُف على أعراض وإحتياجات ذوي إضطراب طيف التوحُد.
2. قد يُمكن الاستفادة من النتائج التي سوف تتوصل إليها الدراسة عند إعداد برامج لتنمية مهارات التفاعُل الإجتماعي، أو تعديل بعض السلوكات المضطربة.

هدفا البحث:

1- إعداد أداة لقياس إضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5).

2- تعرُف أكثر الأعراض شيوعاً لدى عينة من أطفال إضطراب طيف التوحد.

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بأطفال التوحد الملتحقين بمعاهد ومراكز التوحد في مدينة بابل وكربلاء، من كلا الجنسين (ذكور، إناث)، بعمر (4-7)، وللعام الدراسي 2023-2024.

تحديد المصطلحات:

تعريف إضطراب طيف التوحد:

(DSM-5) الدليل التشخيصي الخامس (2013) فقد عرفهم بأنهم:

أولئك الذين يُعانون من قُصور أو عَجز يُظهر في التفاعُل والتواصل الإجتماعي، وجُملة الأنماط السُلوكية والأنشطة المَحدودة والمُتكررة التي تُعيق ممارسة الأنشطة اليومية، تُظهر في مَرحلة مُبكرة من عُمر الطفل(DSM-5,2013:91).

(Hartmann,2018)

هو إضطراب نمائي عَصبي يؤثر على النِظام الحوفي_جزءاً من الدِماغ مسؤول عن استجاباتنا السُلوكية والعاطفية– مما يؤثر تأثيراً حاد على الشخصية، وهو إضطراب يُحدد بقصور في التواصل الاجتماعي والسلوكات والإهتمامات التكرارية والقهرية (Hartmann,2018:14).

التعريف النظري: تبنى الباحثان تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية (DSM–5,2013)، بوصفه تعريفاً نظرياً لبحثهما لملاءمته لأهداف البحث الحالي.

التعريف الإجرائي:

الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب عند إجابته على مقياس إضطراب طيف التوحد المُعد والمطبق في البحث الحالي.

الفصل الثاني / خلفية نظرية ودراسات سابقة:

تأتي كلمة التوحُد (Autism) من كَلمتين يونانيتين هُما (Auto) وتعني الذات، و (ism) وتعني الحالة، وتستعمل الكلمة لوصف الشخص المُنطوي على نفسهِ بشكلٍ غير عادي، ويُعاني الأطفال ذوي إضطراب التوحُد بشكلٍ أو بآخر من صعوباتٍ في تطوير العلاقات مع الآخرين والمُحافظةِ عليها، ويُطلق عليُه أيضاً إضطراب طيف التوحُد، وتُشير كَلمة طيفُ إلى وجود تبايُن واسع في سُلوك ذوي إضطراب التوحد فيكون على شكلٍ طَيف يمتد من حالاتٍ مُعتدلة إلى حالاتٍ حادة، وغالباً ما يصفهُ الأطباء بأنه إضطراب نمائي واسعِ الإنتشار، وهو ما يعني أنه يُصيب كُل نواحي حياة الطفلِ اليومية، مع صعوبةٍ أساسية تَتمثل في تكوين علاقاتٍ مع الآخرين(تيريل وباسينجر،2013: 48–49).

وهو ببساطة إضطرابٌ شامل في النمو يحدث للطفل في مُقدمة عُمره، ويؤدي إلى مشكلات جَمة في التفاعُل والتواصل والسلوك، وأخطر ما في هذا الإضطراب هو صُعوبة علاجه، ولا يرجع ذلك إلى الاضطراب في حد ذاته، وإنما لأن سبب حدوثه لم يكتشف حتى الآن، وإن كُل ما يتم تقديمهُ فقط إفتراضات وإجتهادات علمية لم تصل بعد إلى نقطة الأصل في هذا الإضطراب، كما ترتب على عدم معرفة أسبابه صعوبة الوقاية منه (مُصطفى، 2015: 3–4).

وقد أختلف الباحثُون في تَعريف إضطراب التوحد شأنه شأن تعريفات فئات التربية الخاصة الأخرى وذلك للأسبابِ التالية:

أ. تَعدد الشرائح التي أهتمت بِحالات إضطراب التوحد كَالطبيبَ، والإخصائي النفسي والإجتماعي، وإخصائي التربية الخاصة وغيرهُم.

ب. تعدُد الأسباب التي تؤدي إلى إضطراب التوحُد وتنوع درجات إضطراب التوحُد من بسيطةٍ إلى شديدة.

ج. أعراض إضطراب التوحُد كثيرة جداً، وليس بِالضرورة أن تكون الأعراضَ جميعُها موجودة في كُل طفل مصاب بالتوحد.

د. تعدُد المُصطلحاتِ التي تصِف أعراض إضطراب التوحُد؛ حيث يسُمى تارةً مرضاً، وتارةً إضطراباً، وتارةً أُخرى إعاقة(الجلامدة،2016: 53–54).

إنتشار اضطراب التوحد:

أشار مركز السيطرة على الأمراض الأمريكي (CDC) بأن نسبة إنتشار التوحُد هي ما يُقارب طفلٌ واحد من بين (36) طفل (36/1) مصاباً بإضطراب طيف التوحد (ASD)، وذلك بالاستناد إلى البيانات المأخوذة عام (2020)، بعد أن كانت سابقاً طفلاً واحداً من بين (44) طفلاً (44/1)، كما يُعاني حوالي (1%) من سكان العالم من هذا الإضطراب، بمُعدل طفل واحد من بين (27) ذكراً مصاب بالتوحد، وطفلة واحدة من بين (116) أنثى مصابة بالتوحد، كم أن الأولاد أكثر عُرضةٌ للإصابة بالتوحد بمعدل أربع مرات من الفتيات، كما تم التوصل إلى أن (31%) من الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يعانون من إعاقة ذهنية وبمعدل ذكاء أقل من (70)(Maenner et al,2023).

كما يرجع العثمان وآخرون (2014: 21) زيادة مُعدل إنتشار إضطراب التوحد إلى إنتشار الفهم الواعي، والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب من جانب المُتخصصين، وأولياء الأمور في الوقت الراهن، وذلك على العكس مما كان يسود من قبل، وأيضاً تتباين نسب إنتشار إضطراب التوحد بين الدراسات لعدة أسباب منها:

1. رفُع مستوى الكفاءة البشرية.
2. تحسُن دقة أدوات القياس والتشخيص.
3. رفع مستوى الوعي لدى فئة كبيرة من المجتمع.
4. تَخصُص عدد من المراكز، والمدارس في هذا المجال.

ولذلك فإن معدلات حدوث اضطراب التوحد المتوفرة حتى الآن تتعد معدلات غير دقيقة تماماً.

سِمات الأطفال ذوو اضطراب التوحد وأوجه القصور لديهم:

☒ **السماتِ التواصلية:**

يُعد قصور التواصُل سِمةٌ أساسية لدى أغلب الأَطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، فلا يُكتسب 50% منهم أي لغةً وظيفية، كما أن الأطفال الذين يستطيعون التحدُث لا يستطيعون إستعمال حصيلتهم اللُغوية في تعلم مهارات تفاعلية لفظية أكثر تعقيداً كالحوار، كما أنهُم يواجهون مجموعة من أوجه القُصور المُتعلقة باللُغة التعبيرية واللغة الإستقبالية، والفِهم، والمُبادأة، والتفاعلات الإجتماعية مثل التعبير عن التعاطف، وطلب المعلومات، وطرح الأسئلة، وإلقاء النكات والفكاهة والسخرية، ولا يجيدون تفسير واستخدام لغة الجسد وتعبيرات الوجه، علاوةٌ على ذلك، فإنهم يستعملون أشكالاً غير تقليدية من التواصل غير اللفظي مثل سحب يد الشخص البالغ، والسلوكات العدوانية، وسلوكات إيذاء النفس للتعبير عن احتياجاتهم(Bahrami et al,2016: 978-979).

وتُشير الأبحاث إلى أن قُصور التواصل المتمثل في تأخُر الكلام واللغة، أو قصور التواصلِ البصري، أو فقدان الطفل ما تعلمه من لُغة، هو أول ما تُلاحظهُ أُسرة الطفل التوحدي، مما يدفعهم للجوء إلى مختص، كما أكدت الأبحاث إلى وجود قُصور لدى ذوي إضطراب طيف التوحد في اللغة التعبيرية والإستقبالية ولكن اختلفت الدراسات في أي قصور هو أقوى لديهم، فأشارت العديد من الدراسات إلى أن اللغة التعبيرية لديهم أقوى من اللغة الاستقبالية. (Miniscalco & Carlsson, 2022: 1-2).

☒ **السماتِ الإجتماعية:**

صنف أدلسون السلوك الاجتماعي للأفراد ذوي إضطراب التوحُد ضِمن ثلاث فئات رئيسة هي:

– **المائلون إلى التجنب إجتماعياً:** ينسحبون بشكلٍ حقيقي من كافة أشكال التفاعُل الإجتماعي، كما يتميزون بنوبات الغَضب أو الهيجان، وقد يكون ذلك نتيجة أن الأطفال ذوي إضطراب التوحد لديهم حساسيةً زائدة لمثيرات محددة.

– **اللامُبالين إجتماعياً:** هم افرادٌ لا يبحثُون عن التفاعُل الإجتماعي مع الآخرين، ويكونون غالباً وحيدين، أو بمُصاحبة الآخرين، فالبنسبةِ لهُم قضاء وقتٌ مع شخصٍ لا يختلفُ عن الجِلوسِ في غرفةِ أو على كُرسي.

–غير المُتكيفين إجتماعياً: ربما يُحاولون إيجاد أصدقاء، لكنهُم لا يستطيعونَ المُحافظةِ على هذهِ العلاقاتَ، ويبقى هؤلاءِ الأفراد المحادثات حولَ أنفُسهم، ولذلك فهُم يُعانون من قصورٍ في تبادُل العلاقاتِ وفي التفاعُلات، ولديهم صعوبةِ في تعلم المهاراتِ الإجتماعية وملاحظة الآخرين، كما يوصفونَ بأنهم لديهم فشلاً أو قصوراً في إتخاذِ القرارات (الزريقات،2016: 270–271).

وتظهر المشكلات الاجتماعية المشتركة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد فيما يلي :

- صعوبة في استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية :

في بداية مراحل نموهم، قد يتجنب الأطفال ذوو اضطراب التوحد النظر في أعين الآخرين، ولكن مع مرور الوقت تتلاشى هذه الصعوبات في معظم الحالات، كما أنهم يجدون صعوبة في فهم المشاعر والتعبير عنها من خلال العينين، وجذب انتباه الآخرين، والتنسيق بين النظر في أعين الآخرين والقيام بأفعال أخرى مثل التحدث أو إصدار الإيماءات الجسدية (الشامي،2004).

- صعوبة في التعبير عن المشاعر الذاتية وفهم مشاعر الآخرين:

عندما يصل طفل الرابعة من العمر إلى فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم يجد الطفل التوحدي صعوبة كبيرة في إدراك هذه الأفكار والمشاعر وتفهمها، فهو يعاني من عدم اكتمال نمو وتطور الأفكار المتمثلة في ذهنه بشكل يواكب النمو الطبيعي في مختلف النظم الإدراكية والمعرفية، فهو لا يستطيع حل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية اليومية، كما لا يستطيع قراءة وفهم الأفكار والمشاعر والإيماءات في عيون الآخرين، وبالتالي يجد الطفل ذو اضطراب طيف التوحد صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين، وفي حالة التوحد بدرجة شديدة قد لا يتكون لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مفهوم العقل(صالح،2012: 2).

- يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحدهم الاهتمام به.
- يفتقر الطفل ذو اضطراب التوحد إلى القدرة والاهتمام للاشتراك في أنشطة اللعب. ذلك أن لعب الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالألعاب والأشياء الأخرى عادة ما يكون بلا هدف وغالبا ما يكون لعبا غير عادي، فهم عادة ما يفتقرون إلى الاهتمام بالتفاعل واللعب مع الأطفال الآخرين (عبد العال،2013: 5).
- الطفل ذو اضطراب التوحد لا يستطيع التفاعل أو الاستجابة للأشخاص إلا أنه يستجيب ويتفاعل مع البيئة التي لا حياة فيها (أبو السعود،2009: 92).
- صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها:

كما اشارت الدراسات أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد لديهم انسحاب اجتماعي، ولديهم قصور في القدرة على فهم المثيرات الاجتماعية وكيفية الاستجابة له، ولعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد، فإنهم لا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية مناسبة (الزراع ،2018: 62).

- صعوبة في الانتباه المشترك وهو مشاركة الخبرات مع الآخرين، فالطفل عندما يحتاج شيء قد يشير إليه وعليك أن تفهم ما يريد، فتأخر القدرة على الإشارة لدى ذوي اضطراب التوحد وحدوث الانتباه المشترك هي إحدى علامات اضطراب التوحد التي تلاحظ قبل ملاحظة تأخر الكلام.(Kutscher,2014: 118)
- كما أن مهارة التقليد من أكثر جوانب القصور تأثيرا على الطفل ذي اضطراب التوحد، ذلك أنه عن طريق التقليد يتعلم الطفل التفاعل الاجتماعي واللغة واكتساب المعلومات من البيئة المحيطة بهم، كما يرتبط هذا القصور بشدة أعراض التوحد والانتباه المشترك (Rogers et al,. 2005: 383).

☒ السماتِ المعرفية:

تتنوع القُدراتِ المعرفية لدى أطفال التوحد من طفلٍ إلى آخر، وهُناك مجمُوعة من القُدرات النوعية التي قد تُظهر في جوانبِ بعضهُم وقد لا تُظهر لدى البعض الآخر؛ فالقُدرات العقلية للأطفال ذوي إضطراب التوحد مُختلفة لذلك تكون قُدراتهم متفاوتة(أخرس وآخرون،2013: 130).

ويمكن عرضُ السِمات المعرفية لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد بشيء من التفصيل:

- **التفكير:**

يَتميز تفكيرُ أطفالُ التوحُد بالتركيز على حاجاتِ ورغبات النفس، ويُبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكُمها الظروف الإجتماعيةِ المحيطة، فهو يُدرك العالم المُحيط في حِدُود الرغباتِ والحاجاتِ الشخصية، فكلُ ما يُلفت انتباهه هو الإنشغال المُفرط برغباتهِ وأفكاره وتخيُلاته دون أي مُبالاة أو إحساس بالآخرين، والرفض لكُل ما حَوله، فهو يعيش فقط في عالمهِ الخاصَ في عجزٍ عن التواصلِ مع الآخرين أو إقامة علاقة معهُم(زمام،2008: 49).

- **الإدراك:**

ان الأَطفال ذوي إضطراب التوحُد يُظهرون صعوباتٍ واضحةٍ في بَعض المهاراتِ المعرفية الإدراكية مثل الفرزِ، والتصنيفِ، وأوجهِ الشَبهِ والإختلاف بينَ الأشياءِ، ويُكررونَ أخطاءِهم دون تَعلُم من الأخطاءِ السابقة، ولا يستعملون إستراتيجياتَ لحل المُشكلات التي تعترضهُم وقد يكونْ ذلك ناتجاً عن تدني درجةِ الذكاء، ويُركز طفل التوحُد على مثيرٍ مُحدد قد يكون جُزءاً من كُل، فهو يَهتم بمثيرٍ معين ويتجاهلُ الصورةِ الكُلية، كما إن النموَ العقليّ والانفعاليّ يعتمدْ على الربط بين مثيرين، ومن الصعوباتِ الإدراكية لدى أطفال التوحد هي:

- **حالة فرط الإنتقائية للمُثير:**

يميل أطفال التوحد إلى الإهتمامَ والتركيزَ على مصدرٍ واحدٍ فقط مما قد يتعرضُوا له من الأشياء أو الصورِ أو المواقف، وهذا يَعني أن اهتمامَ طفل التوحُد يَنصبّ على شيءٍ واحدٍ فقط قد لا يكون مُناسباً أو قد لا يكون هوَ المطلوبَ في الخطةِ المُعينة، مثل (الإهتمام بالتفاصيل الصغيرة جداً) أو لون عينيّ أحدَ الأفرادِ الذينَ يُخاطبونه بَدلاً من التركيزَ على تلميحاتهِ وتعبيراتَ وجهه.

- **الذاكرة:**

ما يميز ذاكرة ذوي إضطراب التوحد عن الأطفال العاديين أنهُم يتذكرون ما سمعوه أو رآوه تماماً كما حدث فهُم لا يختارون أشياء لتذكرها، كما أن ما يتذكروه لا يُجّدث بالأحداث اللاحقةً، فكل ذكرى تبدو مُنفصلة تماماً عن الذِكريات الأخرى، فذاكرةِ الطفلُ العادي دائماً ما تُجّدث فكل ذكرى تربط بالذكريات الأخرى، فإذا حدث موقف أمام

الطفل يمكن أن يجعله يتذكر سلسلة من الخبرات الماضية، أما ذاكرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد فإنها لا تعمل هكذا فهي ذاكرة محدودة للغاية حتى وإن أعطى الطفل انطباع أول عكس ذلك(Lewis,1991: 142–143)

- **الإنتباه:**

يتصفُ الأطفال ذوي إضطراب التوحد بانتقائية للمثيرات، فنجد بعضهم لا يعطي الانتباه المطلوب للشيء، وغالباً ما ينتقل من موضوعٌ لآخر قبل الانتهاء منه، وقد يُركز انتباهه لفترةٌ غير عادية لشيء يهمه فقط، وقد لا يكون هذا الشيء ذا جدوى بالنسبة للآخرين الذين يتعاملون معه، فقصور الإنتباه لا يَقتصر على الأشخاص وإنما على الأشياء، وقد تكون هذه الأشياء غير مُهمة في نظر أقرانهُ العاديين، كما أن فَترة الإنتباه تكون قصيرة، ويُنتقل من مُثير إلى آخر دون أن يُعطي المُثير الأول حقه (الظاهر،2009: 58–59).

- **الذَكاء:**

تُشير الدراسات أن 77% من الأشخاص ذوي إضطراب التوحد لديهم إعاقةٌ عَقلية تتفاوتَ درجاتهِ من خفيفٍ إلى شديد، وعندما يكون التوحُد مصحوباً بتأخُر عقلياً شديد فهو يُسمى بالتوحُد ذي الأَداء المُنخفض، ويُقدر أن حوالي 27% من الأشخاصَ ذوي إضطرابَ التوحُد ينتمون إلى هذهِ الفئة، بينما 50% منهم لديهم إعاقةً عقليةً خفيفة أو مُتوسطة الشدّة، أما القلةِ المُتبقية ممن لا يُعانون من إعاقةٍ عقلية (23%) فهُم يَنتمونَ إلى فئةٍ التوحد مُرتفعي الأَداء الوظيفيّ (مصطفى والشربيني،2016: 96).

ويذكُر (Siegel,1996: 11) أن80% من أطفال التوحُد لديهم إعاقةً عقلية وإن الأغلبَ يُعانون من إعاقةً عقليةً بسيطة أو مُتوسطة، وأنَ نِسبةَ بَسيطة فقط ممن لديها إعاقةً عقليةً شديدة أو حادّة، وأنَ حوالي ثلثيّ الأطفال لديهِم مُستويات ذكاء غيرَ لفظي طَبيعية ولكن لديهُم قُصورٍ واضحٌ في الذكاء اللفظي (اللغة)، ويُشير أيضاً أن 10% فقط من ذوي إضطراب التوحُد عندما يَصلونَ إلى مرحلةِ الرُشد يَكون لديهِم وظائفَ عَقلية طبيعية في كُل من القُدرات اللفظّية وغير اللفظّية.

☒ **السماتِ السلوكية:**

يُعاني أطفال التوحُد من العَديد من المُشكلات السلُوكية والتي تَتمثل في إيذاء الذات، والسلوُكات العُدوانية، والحركات النمطية، ومُشكلات في النوم؛ مما يسبب ضغطاً عظيماً على أُسرِهم

.(Strand & Eldevik,2018: 102)

ويُضيف (Heward & Wood,2006: 264) أنَ الكثيرَ من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحُد يُعانون من مشكلات عدة في النومَ مثل المَشي الليلي، أو النُوم لمُدةٍ قَصيرة، أو تأخرٌ وقتَ النوم، كما يُعانون أيضاً من مُشكلات في تناول الطعامَ، فبعض هؤلاء الأطفال لا يأكلون إلا أنواعٌ أكل قليلة جداً أو يرفضون الطعام نهائياً لأسبابٍ حسية.

كما يُؤكد (Goodwin et al,2019: 1286-1287) إلى أن السِلوكات العُدوانية، والتي تَتمثل في إيذاء الذَات أو الآخرين، والعَض، والخَدش، ورمي الأشياءَ، هي أكثر السُلوكات المُضطربة شيوعاً لدى ذوي إضطراب طيف التوحُد والتي قد تُحدث بشكلٍ لا يُمكن التنبؤ بهِ، مما يُسبب إجهاد وعُزلة أسرتهِم.

☒ **السماتِ الحسية:**

أغلب الأطفال ذوي إضطراب التوحُد يستجيبون بطرائق غير طبيعية للمُثيرات الحسية، فبعضهم لديهم حساسيةً زائدة تجاه المُثيرات الحسية، وهؤلاء الأطفال قد لا يُقدرون على تحمُل أصواتٌ مُعينة، وقد يَرفضون أن يلمسهُم أحد أو لا يَتحملون بعض الملامس، وقد يرفضون أن يأكلوا أطعمةٍ بمذاقاتٍ أو روائحٍ مُحددة، فعلى سبيل المثال الدكتورة "تمبل جراندين" (T. Grandin) وهي مُتخصصة في عِلم الحَيوان لديها إضطراب التوحُد ولديها حساسيةً زائدة تجاه المَلامس وأصوات مُعينة، والبعضُ الآخر لديهِم حساسيةً مُنخفضة تجاه المُثيرات الحِسية، وهؤلاءِ الأطفالَ لا يُظهرون إستجابةً تجاه المُثيرات الحسية، فبعضُ الأطفال لا يشعرون بالألم بطريقةٍ طبيعية، والبعض الآخر قد يستمر في اللفَ حول نفسهِ دون أن يشعُر بالدِوار، أو يدفَع الأشياءَ على جلدهِ بقوة، وفي أكثر الحالات قد يكون الطفل لديه حساسيةً زائدة تجاه بعض المثيرات مثل بعض الملامس، ولديهِ حساسيةً مُنخفضة تجاه بعضُ المُثيرات الأخرى مِثل أصواتٌ معينة(Heward & Wood, 2006:263).

تَشخيص إضطراب التوحُد:

لقد تم تَصنيف اضطراب التوحُد ضِمنَ الإضطرابات النمائية، وفي نفس الوقت لا توجد إختبارات طبيةً لَتشخيصه، مما جعل تَشخيص إضطراب التوحُد ليس أمراً سهلاً، وجعل هُناك إتفاق على ضِرورة توفير فَريقٌ مُتعدد التخصُصات يُشارك في تَشخيص إضطراب التوحُد، ويشمل الفريق: الإخصائي النفسي، وطبيبُ أطفال، وإخصائي قياس نفسي وتربوي، وإخصائي عِلاج النطُق وإضطرابات الكَلام، إخصائي قياسَ السمع، وإخصائي إجتماعي، هذا بالإضافة إلى دَور الوالدين والمُعلم في تَقديم معلومات عن سلوك الطفل وتأريخ حالته(شقير،2009: 50–51).

وتُعزى صعوبة الوصُول إلى تَشخيصٍ دقيق لإضطراب طيف التوحد إلى ما يأتي:

1. التبايُن الواضح في الأعراض من حالة الأخرى من حالات التوحد، كما أن بعض الأطفال العاديين قد نجد في سلوكياتهم بعضا من سمات اضطراب التوحد التي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة، وبهذا فهم قطعا ليسوا أطفال ذوو اضطراب التوحد، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه ذو اضطراب توحد وهو ليس كذلك.
2. اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المُسببة لهذه الاضطراب فهل هو وراثي جيني، أو نفسي أم يُعزى لأسباب بيوكيميائية أم إجتماعية أم نتيجة لعوامل أخرى مازلنا نجهلُها.
3. تَشابهُ أعراض إضطراب التوحد مع إعاقات أخرى مثل الإعاقة العقلية، والفصام، والذهان، والصرع، والصمم، وإضطرابات التواصل.
4. نقص الأدوات أو الاختبارات المقننة للقياس والتشخيص التي تكون على درجة عالية من الصدق والثبات.
5. حَداثة البحوث التي تُجرى على هذه الفئة؛ حيث تُعد البحوث التي اهتمت بدراسة إضطراب التوحد حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى.
6. عَدم قُدرة طفل التوحُد على الإستجابة للإختبارات المُقننة لقياس قدُراته العقلية، وذلك بسبب القصور الشديدَ لنمو تواصلهِ بالبيئةِ المُحيطة كما لو أنَ عائقاً أوقفَ جهازهِ العصبي(القمش، 2015: 104).

محكات تشخيص أعراض إضطريب طيف التوحد وفقاً للدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية:

- ☒ **عجز مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي، يظهر عبر المواقف المختلفة، ويتضح من خلال الفقرات الآتية:**

أ. ضعف في التبادل الاجتماعي الإنفعالي، يترواح مابين مبادرات اجتماعية غير اعتيادية، والفشل في الإنتقال في الأزمنة أثناء المحادثات الاجتماعية، إلى الفشل في مشاركة الآخرين من إهتمامات ومشاعر وتأثير إلى الفشل في الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

ب. ضعف في السلوكات التواصلية غير اللفظية المستعملة في التفاعل، وتتراوح ما بين ضعف في التكامل بين التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى أنماط غير اعتيادية من التواصل البصري وإستعمال لغة الجسد أو ضعف في فهم وإستعمال الإشارات والإيماءات، إلى نقصٍ كُلي للتعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.

ج. ضعف في تطور العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها بما يتناسب ومستوى النمو، قد تتراوح ما بين صعوبات في القيام بالسلوك المناسب عبر المواقف الاجتماعية المتنوعة، وصعوبات في تكوين الصداقات واللعب التخيلي إلى غياب الإهتمام بالأقران(الجزائري وشبرم، 2023: 58–59).

☒ **أنماط محدودة ومتكررة من السلوكات والأنشطة، تظهر في اثنين بالحد الأدنى في أي من الفقرات الآتية:**

أ. سلوك نمطي ومتكرر من الحركات الجسدية أو إستعمال الأشياء أو الكلام، مثل: الرفرفة بالأيدي، تدوير الأشياء، تكرار الكلمات والجمل، رص الألعاب في صفوف معينة.

ب. الإلتزام بأنماط روتينية من السلوكات اللفظية وغير اللفظية، ومقاومة التغيير، مثل: الأنماط المتصلية من التفكير، طقوس في التحية، أو أكل نفس النوع من الطعام يومياً.

ت. تركيز الإنتباه بشكل غير طبيعي على الإهتمامات من حيث كثافتهع أو شدته، مثلاً: الإرتباط الشديد بالأشياء، أو التقيد المفرط بالإهتمامات أو المواظبة عليها.

ث. ضعف المدخلات الحسية، وإهتمامات غير اعتيادية للبيئة مثلا: اللا مبالاتة للألم ودرجة الحرارة العالية، الإستجابة الإنعكاسية للأصوات، ضعف الشعور بالألم، الإحساس المفرط بالأقمشة أو الإضاءة أو الأصوات.

☒ يجب ان تظهر الأعراض في فترة النمو المبكرة، وغالباً ما تكون غير واضحة حتى تتضح المتطلبات الاجتماعية، وقد لاتظهر حتى يتم تعلمها مستقبلاً.

☒ يجب أن تؤدي هذه الأعراض إلى ضعف جوهري في الأدوار الاجتماعية أو المهنية.

☒ لا يتم تشخيص هذا الإضطراب من خلال الإعاقة العقلية أو التأخر النمائي(APA,2013: 50–52).

الدراسات سابقة:

1. دراسة بيغلي (Beighley et all,2014)

وهي دراسة مسحية أجنبية هدفت الى تشخيص مجال التواصل لاسيما فيما يتعلق بالتغييرات التي حدثت على الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية والعقلية الطبعة الخامسة المنقحة (DSM–5)، على درجات التواصل التعبيري والإستقبالي، وتكونت العينة من (3138) طفلاً وطفلة مُعرضين للخطر بإستخدام مقياس باتيل التنموي الإصدار الثاني (مقياس باتيل هو مقياس تقييمي للطفولة المبكرة ويقيس مجالات النمو الخمسة من الولادة إلى عمر سبع سنوات و احد عشر شهراً)، إذ لم يتم العثور على فروقات كثيرة في التواصل العام أو التواصل التعبيري بين الأطفال الصغار الذين لم يعودوا يستوفون معايير إضطراب طيف التوحد بواقع (354)، اما أولئك الذي استوفوا المعايير الجديدة فبلغ عددهم (486)، إذ تم العثور على فرق بحجم تأثير صغير فقط في التواصل الإستقبالي، كما يمثل الطفال الذين لم يستوفون المعايير الجديدة مجموعة من الأطفال الصغار الذين كانوا أكثر

ضعفاً وبشكل ملحوظ من أقرانهم غير الطبيعيين الذين لم يستوفوا معايير إضطراب طيف التوحد ولكلا النسختين من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية والعقلية وبواقع (2298)، مع وجود أحجام تأثير معتدلة في التواصل الإستقبالي والتعبيري بشكل عام، وأكدت نتائج الدراسة أن الأطفال الصغار لم يستوفون المعايير لا يختلفون كثيراً عن الأطفال الذين استوفوا معايير إضطراب طيف التوحد في تواصلهم التعبيري.

2. دراسة بيترز وماتسون (Peters & Matson, 2020)

مع نشر الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، تم إدخال العديد من التغييرات بشأن كيفية تشخيص إضطراب طيف التوحد (ASD) إذ كانت التغييرات في الإصدار الرابع DSM-IV-TR مثيرة للجدل، حيث اختلف الكثيرون بأن الأفراد سيفقدون تشخيصهم مع المعايير الجديدة، إذ كان هدف هذه الدراسة هو فحص الفروقات في تطبيق المعايير التشخيصية عبر الإصدارين الأخيرين في عينة من الرضع والأطفال الصغار، عدد أقل من الأفراد استوفوا المعايير وفقًا لـ DSM−5؛ ومع ذلك، استوفى نسبة أكبر من الأفراد المعايير كليهما، بالإضافة إلى ذلك، كان الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من الأعراض أكثر احتمالاً لاستيفاء معايير كلي الإصدارين الرابع والخامس مقارنة بأي منهما بشكلٍ منفصل، بشكلٍ عام، تُشير النتائج إلى أن هناك اختلافات مُهمة في كيفية تطبيق معايير DSM على الأفراد المُصابين باضطراب طيف التوحُد.

الفصل الثالث / إجراءات البحث

- **مجتمع البحث:**

يُقصد بالمُجتمع: المجموعة الكلية من العناصر التي يَسعى الباحث إلى أن يُعمّم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة، ويتكوّن مجتمع البحث الحالي من أطفال التوحد الملتحقين بمعاهد ومراكز التوحد في محافظتي بابل وكربلاء، ومن كلا الجنسين (ذكور، إناث)، والبالغ عددهم (220)، طفلاً وطفلة، وبعمر (4−7)، للعام الدراسي 2023−2024، والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1) مجتمع البحث

ت	اسم المركز أو المعهد	الموقع	عدد الأطفال		المجموع
			ذكور	إناث	
1	معهد الرحمة لأطفال التوحد	محافظة بابل	12	8	20
2	مركز سرى رشيد لأطفال التوحد	محافظة بابل	4	6	10
3	مركز وسام الرحمة للتربية الخاصة	محافظة بابل	7	3	10
4	مركز العتبة الحسينية لأطفال التوحد.	محافظة بابل	34	16	50
5	مركز المزايا للتربية الخاصة	محافظة بابل	8	2	10
6	معهد الحسين لأطفال التوحد	محافظة كربلاء	90	30	120
المجموع					220

☒ **عينة البحث الأساسية:**

استعمل أسلوب العينة العشوائيّة الطبقية في اختيار عينة البحث، فقد تَمّ اختيار (60) طفلاً وطفلة من ذوي إضطراب طيف التوحد، تم اختيارها بالطريقة العشوائية الطبقية وجدول (2) يوضح ذلك:

جدول (2)

حجم عينة البحث الأساسية موزعة بحسب الجنس والمركز

ت	اسم المعهد	الجنس		المجموع
		ذكور	اناث	
1	معهد الرحمة لأطفال التوحد	5	5	10
2	مركز سرى رشيد لأطفال التوحد	3	2	5
3	مركز وسام الرحمة للتربية الخاصة	3	2	5
4	مركز العتبة الحسينية لأطفال التوحد (بابل)	10	10	20
5	معهد الحسين لأطفال التوحد	10	10	20
المجموع		31	29	60

☒ **أداة البحث:**

مقياس اضطراب طيف التوحد:

التخطيط للمقياس:

بعد اعتماد تعريف الدليل التشخيصي الخامس(DSM-5) (2013) لإضطراب طيف التوحد، تَم تحديد مجالات المقياس، إذ اعد الباحثان صورة للمقياس يجيب عن فقراته المعلم عن الطفل التوحدي، وقد تكوّن من اربعة مجالات هي:

1- التواصل الحسي: يظهر في مشكلات استخدام المهارات التواصلية، وضعف القدرة على الإحساس بمشاعر الاخرين والاحساس بهم.

2- التفاعل الاجتماعي: القصور في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وهو الاضطراب الأساس الذي يعاني منه الطفل المصاب بالتوحد ويتركز في ضعف في المهارات الاجتماعية التواصلية.

3- السلوك النَمطي: يعني تكرار نفس السلوك بشكلٍ مُستمر بدون أن يشعر بالمَلل أو التعب، ولذلك نجده يلعب ويقلب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار دون هدف أو معنى.

4- التواصل اللغوي: النقص النوعي في الاتصال اللفظي من حيث انتاج اللُغة، كما يُعاني من صعوبات الفهم والاستيعاب لما يقال له.

صياغة الفقرات:

لغَرض الحصول على فقرات المقياس التي تُغطّي مجالاته قام الباحثان بمراجعة عدد من الأدبيّات، ومعايير الدليل الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث ومستوى عينة البحث وكان من نتيجة ذلك صياغة (16) فقرة لكل مجال (4) فقرات.

صدق الفقرات:

يُعد صدق الفقرة من متطلبات المقياس إذ يُمكن تقييمه من خلال التوافق بين تقديرات المحكمين، ولهذا الغرض تم عرض فقرات المقياس على (15) محكم متخصص في التربية الخاصة والقياس والتقويم وعلم النفس التربوي، ليبدوا آراءهم حول صدق كل فقرة من فقراته، وتمت الموافقة على جميع الفقرات وبنسبة تجاوزت 90%.

تصحيح المقياس:

صُحِّحَ المقياس على أساس إعطاء أوزان تتراوح من (1–0) لبدائل الاستجابة، وعلى التوالي (نعم، لا).

التحليل الإحصائي للفقرات:

إن خصائص المقياس تعتمد الى حدٍ كبير على خصائصه القياسية للفقرات، فكلّما كانت الخصائص القياسية للفقرات ذات درجة عالية وقوية أعطت مؤشراً على دقّة المقياس وقدرته على قياس ما وضع من أجله، وقد تكونت عينة التحليل الإحصائي من (100) طفلاً وطفلة، والجدول (3) يوضح ذلك:

جدول (3)

حجم عينة التحليل الإحصائي موزعة بحسب الجنس

ت	اسم المعهد	الجنس		المجموع
		ذكور	اناث	
1	معهد الرحمة لأطفال التوحد	5	5	10
2	مركز سرى رشيد لأطفال التوحد	2	3	5
3	مركز وسام الرحمة للتربية الخاصة	3	2	5
4	مركز العتبة الحسينية لأطفال التوحد (بابل)	20	10	30
5	معهد الحسين لأطفال التوحد	35	15	50
المجموع		65	35	100

القوة التمييزية:

تُعد القوة التمييزيّة للفقرات ومُعاملات صدقها من الخصائص القياسية التي ينبغي التحقُّق منها، لذا توجب على الباحثان أن يتحقّقا من القوة التمييزية للفقرات ومعاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس ودرجة الفقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه، وذلك لإستخراج صدق الفقرات والذي يعد مؤشراً لصدق المقياس بأكمله على عينة التحليل الإحصائي والبالغة (100) طفل وطفلة من ذوي إضطراب طَيف التوحُد اختيروا بالأسلوب العشوائي موزعين بحسب تواجدهم بالمجتمع الأصلي، إذ تم التحقق من القوة التمييزية للفقرات باستعمال أسلوب المجموعتين المتطرفتين وذلك على وفق الخطوات الآتية:

1- تطبيق المقياس على عينة بلغَ عددها (100) من اطفال إضطراب طيف التوحد.

2- ترتيب الدرجات الكليّة التي حصل عليها أفراد العينة ترتيباً تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة.

3- حُددت نسبة (27 %) من الاستمارات الحاصلة على أعلى الدرجات، ونسبة (27 %) من الاستمارات الحاصلة على أدنى الدرجات، وبلغ عدد الاستمارات في كل مجموعة (27) استمارة، وبعد تطبيق معادلة التمييز لمعرفة دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين في درجات كل فقرة من فقرات المقياس، ظهر أن جميع فقرات المقياس مميزة، وذلك على وفق معيار ايبل (Ebel)، والجدول (4) يوضح.

جدول (4)

القوة التمييزية لفقرات المقياس

رقم الفقرة	عدد الإجابات الصحيحة في المجموعة العليا	عدد الإجابات الصحيحة في المجموعة الدنيا	القوة التمييزية	رقم الفقرة	عدد الإجابات الصحيحة في المجموعة العليا	عدد الإجابات الصحيحة في المجموعة الدنيا	القوة التمييزية
1	٢٦	٨	0.6٧	9	٢٦	٨	0.67
2	٢٣	٩	0.52	10	٢٤	١٠	0.52
3	٢٠	٦	0.52	11	٢٥	٦	0.٧٠
4	١٧	٥	0.4٤	12	٢٤	٧	0.6٣
5	٢٣	٨	0.5٦	13	٢٠	٥	0.٥٦
6	٢٤	٩	0.5٦	14	٢٦	٨	0.٦٨
7	٢٢	٧	0.5٦	15	١٩	٤	0.5٦
8	١٧	٦	0.٤١	16	٢٥	٧	0.67

*إذا كانت القوة التمييزية للفقرة (0.19) فاقل تحذف، وإذا كانت (0.20– 0.29) مقبولة وتحسن أما (0.30– 0.39) جيدة، أما (0.40) فأعلى جيدة جداً (كروكر و الجينا، 2017: 418).

مؤشّرات صدق وثبات المقياس:

تتضمّن الخصائص السيكومترية للمقياس، قدرته على قياس ما أُعدّ لقياسهِ، كما يقيس درجة مقبولة من الدقة وبأقل خطأ ممكن، وقد تحقّق الباحثان من الخصائص السيكومترية على النحو الآتي:

أولاً: صدق المقياس:

يعد صدقُ المقياس من الخصائص السيكومترية الأكثر أهمية مقارنة مع الخصائص الأخرى كالثبات، وقد أعتمد الباحثان في التحقق من صدق مقياسه بمؤشرين هما:

1- الصدق الظاهري:

توافرت مؤشرات هذا النوع من الصدق في المقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين في التربية الخاصة والعلوم التربوية والنفسية.

2- مؤشرات صدق البناء:

يُشكّل صدق البناء الإطار النظري للاختبارات لأنه في المرحلة التمهيديّة لبنائها، والجُهد القادم سيكون موجهاً لمحاولة الانتقال من الشك في أنّ الاختبار يقيس السمة التي أُعدّ لقياسها إلى اليقين.

- علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكليّة للمقياس:

استعمل الباحثان معامل ارتباط (بوينت باي سيريال) لاستخراج علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، ولغرض معرفة معنوية معامل الارتباط لقبول الفقرة أو رفضها فقد اختبرت الدلالة المعنوية لمعاملات الارتباط، باستعمال الاختبار التائي لدلالة معامل الارتباط، وقد ظهر أن معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائياً * ولما كانت جميع فقرات المقياس بصيغته النهائية ذات دلالة إحصائية في معاملات ارتباطها، لذا يمكن اعتبار المقياس صادقاً في بنائه، والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5)

قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، والقيمة التائية لها

رقم الفقرة	معامل الارتباط	القيمة التائية المحسوبة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	القيمة التائية المحسوبة
1	0.567	9.69	9	0.355	5.34
2	0.311	4.60	10	0.287	4.22
3	0.620	15.67	11	0.169	2.41
4	0.312	4.62	12	0.279	4.09
5	0.232	3.36	13	0.195	2.80
6	0.248	5.22	14	0.188	2.69
7	0.158	2.25	15	0.264	3.85
8	0.221	3.19	16	0.313	4.94

*القيمة التائية للدلالة المعنوية لمعاملات الارتباط الجدولية بدرجة حرية (98) عند مُستوى (0.05) تساوي (1.98).

– علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال:

لإستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، استعمل معامل ارتباط بوينت باي سيريال، ولغرض معرفة معنوية معامل الارتباط لقبول الفقرة أو رفضها فقد اختبرت الدلالة المعنوية لمعاملات الارتباط، وقد ظهر أن معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائياً، كما موضح في جدول (6) الآتي:

جدول (6)

قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بدرجة المجال للمقياس والقيمة التائية لها

المجال الأول	معامل الارتباط	القيمة التائية	المجال الثاني	معامل الارتباط	القيمة التائية	المجال الثالث	معامل الارتباط	القيمة التائية	المجال الرابع	معامل الارتباط	القيمة التائية
1	0,255	3,71	5	0,361	5,45	9	0,455	7,19	13	0,571	9,79
2	0,172	2,46	6	0,199	2,86	10	0,245	3,56	14	0,455	7,19
3	0,351	5,27	7	0,255	3,71	11	0,179	2,56	15	0,378	5,75
4	0,311	4,60	8	0,177	2,53	12	0,180	2,57	16	0,281	4,12

ثانياً: ثبات المقياس

استعمل الباحثان أكثر من طريقة لحساب الثبات لغرض التحقّق بشكل أكثر دقّة وكما يأتي:

1- طريقة الاختبار وإعادة الاختبار:

تقوم فكرة هذه الطريقة على حساب الارتباط بين درجات مجموعة من أفراد عينة الثبات على المقياس عند تطبيقه وإعادة تطبيقه بعد مرور مدة زمنية على التطبيق في المرة الأولى، وعليه قامَ الباحث بحساب الثبات بهذه الطريقة بعد إعادة تطبيق المقياس على عينة الثبات البالغ عددها (40) من عينة التحليل الإحصائي، وبعد مرور (14) يوماً من التطبيق الأول تمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغتْ قيمة معامل الارتباط (0.78).

2- معادلة كيودر ريتشادسون:

ولغرض تقدير الاتساق الداخلي للمقياس وبطريقة معادلة كيودر ريتشادسون استخدمت إجابات عينة التطبيق الأول في حساب إعادة الاختبار والبالغ حجمها (40)، وقد بلغ معامل الثبات (0.75) ، وهو معامل ثبات جيد للاتساق الداخلي بين فقرات المقياس.

المقياس بصيغته النهائيّة:

بعد الإجراءات التي تحققت في الخطوات السابقة أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (16) فقرة، أما تدرّج الإجابات فيتكون من (نعم، لا) وأصبحت درجات الإجابة تتراوح بين (صفر – 16) وبذلك تكون الدرجة القصوى للمقياس هي (16) درجة والدرجة الدنيا للمقياس (صفر) درجة وبمتوسط نظري قدره (8) درجة، وبهذا أصبح المقياس جاهزاً للتطبيق على عينة الدراسة الحالية.

الوسائل الإحصائية: إستعان الباحثان بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (25) في معالجة بيانات ونتائج البحث الحالي ومنها:

1. الاختبار التائية لعينة واحدة لغرض تعرف نتائج البحث الحالي.

2. معادلة القوة التمييزية: استخدمت لغرض تعرف القوة التمييزية لفقرات مقياس البحث الحالي.

3. معامل ارتباط بوينت باي سيرال: استخدم لغرض حساب معامل ارتباط درجات الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس والمجال.

4. معامل ارتباط بيرسون: استخدم لغرض تعرف ثبات المقياس الحالي بطريقة الإختبار وإعادة الإختبار.

4. معادلة كيودر ريتشادسون: استخدمت لغرض تعرف ثبات المقياس الحالي.

الفصل الرابع / نتائج البحث:

1.الهدف الأول: اعداد اداة لقياس اضطراب طيف التوحد وفقا للدليل الاحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، قام الباحثان بإعداد أداة لقياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال الاستعانة بالدليل الاحصائي الخامس للجمعية الامريكية للاضطرابات العقلية فيما يخص اضطراب طيف التوحد والذي تكون من اربعة أبعاد رئيسة لكل بعد اربعة اعراض فرعية.

2.الهدف الثاني: تعرف أكثر الأعراض شيوعاً لدى عينة من أطفال إضطراب طيف التوحد، لتحقيق هذا الهدف قام الباحثان باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة لاستخراج القيمة التائية المحسوبة لمعرفة دلالة الفروق، وذلك

بعد اجراء تطبيق الاداة على عينة من الاطفال بَلغت (60) طفل، وكانت النتيجة تبين وجود جميع أعراض اضطراب طيف التوحد، وان أكثر الأعراض سيادة هو (ضعف التواصل اللغوي)، وكما موضح في جدول (7) الآتي:

جدول (7)

قَيم المُتوسطات الحِسابية والإنحرافات المعيارية والتائية لأبعاد مقياس البحث

العدد	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		مستوى الدلالة عند 0,05
				المحسوبة	الجدولية	
60	**ضعف التواصل الحسي**	2,89	1,99	3,46	2	دالة
60	**ضعف التفاعل الاجتماعي**	2,96	2,01	3,71	2	دالة
60	**السلوك النمطي**	3,02	1,94	4,06	2	دالة
60	**ضعف التواصل اللغوي**	3,8	1,93	7,23	2	دالة

يَتضح من الجدول أعلاه ان الاعراض المُتعلقة بعجز وصعوبات اللُغة أكثر ظهوراً وشدة لدى افراد عينة البحث، وهذه النتيجة تتفق مع الادبيات والدراسات السابقة التي تشير الى وجود ضعف كبير في النمو اللغوي عند الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وان أكثر ما يُميز اضطراب طيف التوحد عن متلازمة اسبيرجر هو القدرة اللغوية، اذ يتفوق المصابين باضطراب متلازمة اسبيرجر بالقدرة اللغوية عن المصابين باضطراب طيف التوحد.

الاستنتاجات:

1- ان الدليل الاحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) اعطى تصور مُناسب في الكشف عن اعراض اضطراب طيف التوحد.

2- ان القُدرة اللغوية تضعف لدى أطفال التوحد كلما تقدموا بالعمر.

3- هناك اتفاق كبير بين أنواع الأعراض من حيث نسبة ظهورها مجتمعة لدى اطفال التوحد.

التوصيات:

1- ينبغي على الجهات ذات العلاقة لاسيما دائرة رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة في وزارة العمل والشؤون الإجتماعية إستعمال معايير (DSM-5) في تشخيص أعراض اضطراب طيف التوحد.

2- ضرورة قيام وزارة الثقافة بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في ترجمة الدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية والنفسية بشكلٍ كامل والتحقق من صدق ترجمته لغرض العمل به في مراكز ذوي الإحتياجات الخاصة عموماً ومراكز التوحد على وجه الخصوص.

3- ينبغي لوزارة التربية العمل مع وزارة العمل على إعداد وتأهيل الملاكات على إستعمال الأدوات العلمية الدقيقة في إجراءات الكشف والتشخيص، لاسيما في مجال التَشخيص الفَارِق.

4-

المُقترحات:

1- إجراء عدد من الدراسات الإكلينيكية الخاصة بارتباط مراكز اللغة في الدماغ عند أطفال إضطراب طيف التوحد (ASD).
2- إجراء دراسة مقارنة عن نسب إنتشار التوحد في الريف والمدينة.
3- إجراء برنامج تدريبي لتحسين التواصل اللغوي لدى أطفال طيف التوحد وخفض سلوكاتهم المُضطربة.

المصادر:

- إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي، و لمياء جميل عبد الله بدوي. (2014). *مدخل إلى إضطراب التوحد*. القاهرة: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2016). *التوحد، السلوك والتشخيص والعلاج*. دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- احمد سليم النجار. (2006). *التوحد وإضطراب السلوك*. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أسامة فاروق مصطفى، و السيد كامل الشربيني. (2016). *سمات التوحد* (المجلد 2). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- جيهان مصطفى. (2015). *التوحد*. القاهرة: دار أخبار العلوم.
- حيدر كريم الجزائري، و احمد علوان شبرم. (2023). *إصطراب طيف التوحد*. بغداد: دار ودق للنشر والتوزيع.
- دلشاد محمد شؤيف علي. (2007). خصائص الأطفال التوحديين في سوريا. *جامعة دمشق، كلية التربية*.
- زينب محمود شقير. (2009). *نداء من الإبن المُعاق، عضوياً، سلوكياً، حركياً، تعليماً، التوحدي*. القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع .
- عادل عبد الله محمد. (2002). *الأطفال التوحديون، دراسة تشخيصية وبرامجية*. القاهرة: دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- عادل عبد الله محمد. (2004). *الإعاقات العقلية*. القاهرة: دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- عبد اللطيف مهدي زمام. (2008). *التوحد الذاتي عند الأطفال*. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- عدنان غائب راشد. (2002). *سيكولوجية الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية (بطيئي التعلم)*. عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- فوزية عبد الله الجلامدة. (2016). *قياس وتشخيص إضطراب طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM4/DSM5* (المجلد 2). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- قحطان أحمد الظاهر. (2009). *التوحد*. عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- كولين تيريل، و تيري باسينجر. (2013). *التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء*. (مارك عبود، المترجمون) الرياض: المجلة العربية.
- لميس علي عبد العال. (2013). *اللعب عند الأطفال*. القاهرة: جامعة عين شمس، كلية التربية.
- لندا كروكر، و جيمس الجينا. (2017). *مدخل إلى نظرية القياس التقليدية والمُعاصرة*. (هند عبد المجيد الحموري، و زينات يوسف دعنا، المترجمون) عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- مصطفى نوري القمش. (2015). *إضطراب التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية* (المجلد 2). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- نادية إبراهيم أبو السعود. (2009). *الطفل التوحدي فى الأسرة*. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- نايف عابد الزراع. (2018). *المدخل الى اضطراب التوحد المفاهيم الاساسية وطرق التدخل*. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- نائل عبد الرحمن أخرس، محمود أمين محمود ناصر، و وائل محمد مسعود. (2013). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، إضطراب التوحد*. الرياض: مكتبة الرُشد ناشرون.
- وفاء علي الشامي. (2004). *سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها*. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association.
- Bahrami, F., Movahedi, A., Marandi, S. M., & Sorensen, C. (2016). The effect of karate techniques training on communication deficit of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 978-986.
- Beighley, J. S., Matson, J. L., Rieske, R. D., Konst, M. J., & Tureck, K. (2014). RETRACTED: Differences in communication skills in toddlers diagnosed with Autism Spectrum Disorder according to the DSM-IV-TR and the DSM-5.
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., & Smith, K. (2012). Brief report: An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*(8), 1750-1756.
- Goodwin, M. S., Mazefsky, C. A., Ioannidis, S., Erdogmus, D., & Siegel, M. (2019). Predicting aggression to others in youth with autism using a wearable biosensor. *Autism research*, 12(8), 1286-1296.
- Hartmann, H. (2018). *Social interactions in autism: Cognitive empathy, egocentricity and social pain.* Springer Nature Switzerland AG.

- Heward, W. L., & Wood, C. L. (2006). Exceptional children: *An introduction to special education* (p. 672). Pearson Education/Merrill/Prentice Hall.
- Kutscher, M. L. (2014). *Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Autism Spectrum, Tourette's, anxiety, and more!: The one-stop guide for parents, teachers, and other professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
- Lewis, Vicky. (1991). *Development and Handicap*. New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Fitzgerald RT, Furnier SM, Hughes MM, Ladd-Acosta CM, McArthur D, Pas ET, Salinas A, Vehorn A, Williams S, Esler A, Grzybowski A, Hall-Lande J, Nguyen RHN, Pierce K, Zahorodny W, Hudson A, Hallas L, Mancilla KC, Patrick M, Shenouda J, Sidwell K, DiRienzo M, Gutierrez J, Spivey MH, Lopez M, Pettygrove S, Schwenk YD, Washington A, Shaw KA. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023 Mar 24;72(2):1-14. doi: 10.15585/mmwr.ss7202a1. PMID: 36952288; PMCID: PMC10042614.
- Miniscalco C, Carlsson E. A longitudinal case study of six children with autism and specified language and non-verbal profiles. *Clin Linguist Phon. 2022 May 4;36(4-5):398-416*. doi: 10.1080/02699206.2021.1874536. Epub 2021 Feb 8. PMID: 33554685.
- Peters, W. J., & Matson, J. L. (2020). Comparing rates of diagnosis using DSM-IV-TR versus DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50*, 1898-1906.
- Rogers, S. J., Cook, I., & Meryl, A. (2005). Imitation and play in autism. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1, 382-405.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorders*. Oxford University Press, USA.
- Strand, R. C., & Eldevik, S. (2018). Improvements in problem behavior in a child with autism spectrum diagnosis through synthesized analysis and treatment: A replication in an EIBI home program. *Behavioral Interventions, 33*(1), 102-111.

المستخلص باللغة الانكليزية

The common symptoms of autism in children according to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5)

Dr. Ahmed Alwan Shebrem
College of Education for Women/ University of Baghdad, Iraq
ahmad.a@coeduw.uobaghdad.edu.iq
Dr. Haider Karim Jassim
Imam Al-Kadhim University College of Islamic Sciences, Baghdad, Iraq
haiderjasem80@alkadhum-col- edu.iq

Autism spectrum disorder is one of the most widespread developmental disorders, and it poses a challenge to the family and the entire society. The methods of diagnosing it vary according to the apparent symptoms, and it is necessary to

differentiate between this disorder and other developmental disorders. The research also aimed to prepare a tool to measure this disorder according to the fifth statistical manual of mental and psychological disorders (DSM-5), as well as to identify the most common symptoms in a sample of children with autism spectrum disorder, which amounted to (60) autistic children.
The research found the following symptoms: (weak sensory communication, weak social interaction, stereotypical behavior, weak linguistic communication), and it also appeared that the most common symptom is: (weak linguistic communication), and the researchers reached a set of recommendations and suggestions.
Keywords: Disorder, Autism Spectrum, Symptoms.