

**واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين
ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين
(دراسة ميدانية في مراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات التوحد سعيدة)**

شريف زهرة : طالبة دكتوراه

إشراف: أ. د / شرفي علي - جامعة سعيدة .

مخبر تطوير للبحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية

تاريخ النشر: 01 أبريل 2019.	تاريخ القبول: 05 جوان 2018	تاريخ الإرسال: 13 ماي 2018
ملخص:		
<p>هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة واقع الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص الأطفال التوحديين، ومعرفة فعالية كل أداة من هذه الأدوات على مستوى المراكز النفسية البيداغوجية للعلاج النفسي وجمعية الإرادة لأطفال التوحد بولاية سعيدة، تكونت عينة الدراسة من 26 اخصائي باختلاف تخصصاتهم، ولتحقيق الأهداف تم الاعتماد على المنهج الوصفي. تم استخدام استبيان من اعداد الباحثة لمعرفة الإجراءات والآليات المعتمدة والمستعملة في التشخيص وفعاليتها. تمت معالجة البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. وقد توصلت النتائج إلى: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدامات الإجراءات والآليات في تشخيص اضطراب التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة، لا توجد فروق بين كل من الجنسين وسنوات الخبرة والتخصص من حيث فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين.</p>		
الكلمات المفتاحية: الآليات والإجراءات التشخيصية؛ أطفال التوحديين؛ فعالية الأدوات.		
Abstract		
<p>The currast study aimed at knowing the neality of procedures and mechanisms to diagnosis the autistic children and therefore to know the efficacy of every tool across the psycho-pedagogical centres, and the association of autistic children in saida. Asample of a study included 26 specialists with different specialities. To achieve that goal, the focus was based on dexriptive method with the use of such a questionnaire prepared by the nesearcher to know the procedures and mechanisms used in diagnosis and its efficacy. Data were analysed using the so-called statistical package of social sciences. The results showed that there were some differenes of statistical significance between the use of procedures and mechanisms in the dignosis of the autistic disturbance in centres and associations in saida. No differences between sexes, years of experience and speciality, efficacy of there procedures and mechanisms of diagnosis of autistic children.</p>		
Key words: Mechanisms and diagnosis procedures, autistic children, efficacy of tools.		

يعتبر التوحد من إعاقات نمائية معقدة تستمر طوال العمر، تظهر هذه الإعاقات عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من الحياة وتؤثر على الطريقة التي يتواصل من خلالها الشخص مع الناس. هناك العديد من المؤسسات والجمعيات عبر العالم أنشئت وتعدت بمرض التوحد، كجمعية التوحد في بريطانيا وجمعية التوحد في أمريكا بحيث تعرف جمعية التوحد في بريطانيا (NAS) التوحد عبارة عن إعاقات تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من أنه تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثلاث ICI من الإعاقات في التفاعل الاجتماعي، الاتصال الاجتماعي، التخيل بالإضافة إلى هذا الثلاث، تعبير النماذج السلوكية المتكررة خاصة ملحوظة لديهم، وترى الجمعية التوحد في أمريكا ASA أن التوحد يعتبر من إعاقات نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر التوحد على النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية CIS. (محمد صالح الامام وفؤاد عبد الجوالدة، 2010، ص20).

يتصف الأطفال المصابين باضطراب التوحد في فشل العلاقات التفاعل الاجتماعي، والاتصال الشفهي، والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية، مرتبطة بأنواع مرضية من السلوك وشكل خاص، تجنب الحملقة (الاتصال البصري)، والنشاط الزائد، والنمطية، والتقلب، والإصرار على الروتين بالإضافة إلى كثير من الحركات الألية. (نيللي محمد العطار، 2013، ص7).

كما يعد اضطراب التوحد Autism من الإعاقات التي دارت حوله الكثير من التساؤلات والاستفسارات منذ اكتشافه من قبل الطبيب الأمريكي ليو كانر Leo Kanner 1943، إذا يعتبر من الاضطرابات حديثة الاكتشاف مقارنة بالإعاقات الأخرى كالإعاقات الذهنية والبصرية... وغيرها. حيث تم الاعتراف باضطراب التوحد رسميا لأول مرة عام 1977، من قبل منظمة الصحة العالمية في تصنيفها للأمراض ICD-international-Classification of Disease. ومن عام 1943 وحتى 1977 أطلق على هذا الاضطراب أسماء متعددة منها التوحد الطفولي، توحد، الطفولة المبكر، زهان الطفولة، اضطراب وجداني، نمو غير سوي، التمرکز نحو الذات الطفولية. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص21).

أشارت الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية والاجتماعية، أو الأصول المعرفية. كما أنه ليس حكرا

على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والاجناس والطبقات. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص31). تتراوح نسبة انتشار التوحد حسب جليبرج 1988 Gillberg بين الأطفال من (2.4) لكل 10.000 طفل، بحيث يقدر حدوث التوحد بحوالي (4.0-6.7) لكل 10.000.

وانتهت نتائج دراسة وينج 1993 Wing إلى أن معدلات انتشار التوحد تبلغ (1 إلى 16) لكل 10.000 في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا واليابان. كما أشارت فوميرون 2003 Fombinne في دراسته من خلال تحليل 312 مسحا أجريت في 13 قطرا إلى معدل انتشاره بلغ 10 حالات لكل ألف طفل (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص30).

وبلغت معدلات انتشار التوحد وطيف التوحد حسب الدراسات الحديثة بأنها مرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، وبلغت معدلات الانتشار بواقع طفل لكل 150 طفل، وهي تمس الذكور أكثر من الإناث بنسب تتراوح (1.4) (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، ص30). أما في الجزائر فارتفع العدد المصحح به في سنة 2004 إلى الضعف من 40000 حالة 80000 حالة (<http://www.djazairress.com>) فقد بينت أرقام مقدمة من طرف مختصين في مجال الصحة أن الجزائر تحصي أسبوعيا ظهور 17 حالة جديدة لمرض التوحد (<http://www.elkhabar.com>).

ولا يزال العديد من الدراسات العلمية المتقدمة الى هذه اللحظة تبحث عن أسباب حدوث اضطراب التوحد، إذا لم تستطع أفضل هذه الدراسات تقديم أي سبب مؤكد ومحدد لحدوث اضطراب التوحد عند الطفل، وإنما ما قدم لحد الآن عبارة عن فرضيات منها: الأسباب البيولوجية، والوراثية، الكيميائية، الجينية، الايضية، البيئية، وفرضيات تناول الأم للأدوية أثناء الحمل وفرضية اللقاحات والتسمم. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص21).

تعتبر عملية التشخيص نقطة البدء في تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل، واختيار أسلوب التدخل المناسب، حيث يمدنا التشخيص بالمعلومات الأساسية والخلفية النمائية للحالة، فالتشخيص هو العملية الأساسية التي تساعد في اصدار حكم على سلوك ما تبعا لمعايير معينة مع تبيان جوانب القوة والضعف وفي ذلك السلوك ومن ثم إجراء التدخل العلاجي المبكر. (فرحاني السيد محمود، 2015، ص35). كما يجب أن تتم عملية تشخيص الأفراد المصابين بالتوحد ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية

والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة، للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في الوقت نفسه بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى. ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الكامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية، والنفسية والأسرية والاجتماعية والتربوية والتعليمية، وبذلك يكون التشخيص كاملا وشاملا لكل مظاهر التوحد. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص103). بحيث يكتسب التشخيص المبكر أهمية قصوى من أجل البدء في تقديم الخدمات على نحو مبكر.

وللقيام بهذه العملية لابد من تبني إجراءات وآليات تشخيصية يعتمد عليها لوضع تشخيص أكثر وضوحا، وأكثر دقة وملائمة، وعليه أيجاد خطة وعملية تكفل مناسبة. سنحاول في هذه الورقة أن نلتمس معرفة اضطراب التوحد ومعرفة وتحديد الإجراءات والآليات المستخدمة والمعتمدة في التشخيص ومستوى فعالية هذه الإجراءات والأدوات.

2-مشكلة الدراسة:

تعتبر التشخيص من الأمور الصعبة التي تواجه المختصين والباحثين في مجال اضطراب التوحد، لما يتميز به هذا اضطراب من غموض في بنيته وعدم تجانس اعراض المصابين به، وعدم الوصول إلى معرفة الأسباب الكامنة وراء الإصابة به، والهدف من عملية التشخيص هو الوصول الى خطة علاجية وتجديد أهم الأساليب للتكفل بهؤلاء الأطفال، ونظرا لأهمية هذه الخطوة فإنه يقوم بها فريق متكامل من الاخصائيين، يعتمدون على معايير ومحكات وإجراءات وآليات لتشخيص الأطفال مصابين بهذا الاضطراب للتمكن من جمع المعلومات والبيانات الكافية الي تتيح وضع صورة كاملة وشاملة للطفل ، ولهذا نود من خلال هذا البحث معرفة هذه الإجراءات والآليات وواقع تطبيقها ومدى نجاعتها في عملية التشخيص بمراكز وجمعيات التي يعنى باضطراب التوحد بولاية سعيدة، وعليه تم طرح التساؤلات التالية:

2-1-التساؤل الرئيسي:

ما هو واقع الإجراءات والآليات المستخدمة في تشخيص الأطفال التوحديين في المراكز الخاصة بالتوحد بولاية سعيدة؟ وما مدى فعاليتها؟

2-2-التساؤلات الفرعية:

- ماهي إجراءات واليات التشخيص الأكثر استخداما في مراكز وجمعيات ولاية سعيدة؟
- هل توجد فروق من ناحية استخدامهما في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الخبرة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير التخصص؟

3-الفرضيات:

- لا توجد فروق في الاستخدام بين المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات في ولاية سعيدة؟
- يعد مقياس cars2 من أكثر المقاييس استخداما في جميع المراكز والجمعيات بولاية سعيدة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الجنس؟
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الخبرة؟
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير التخصص؟

4-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- التعرف على الإجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين.
- التعرف على مستوى فعالية هذه الإجراءات والأدوات في التشخيص.

- تحديد الفروق في فعالية الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال المصابين به لكل من الجنس والخبرة والتخصص والمؤهل العلمي لدى الأخصائيين.

5-أهمية الدراسة:

- محاولة التعرف على طبيعة اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحديين من جميع جوانبه.

- التعرف على الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص الأطفال المصابين بالتوحد وفعالية هذه الأدوات.

- قلة الدراسات والبحوث في هذا المجال محليا.

6- حدود الدراسة:

-الحدود الزمنية: لقد تم تنفيذ هذه الدراسة في الثلاثي الأول من سنة 2018.

-الحدود المكانية: تم اجراء هذه الدراسة في المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات الخاصة بالتوحد بولاية سعيدة.

-الحدود البشرية: استهدفت الدراسة الاخصائيين الذين لهم علاقة باضطراب التوحد.

6-التعاريف الإجرائية:

-إجراءات وآليات تشخيص التوحد: هي الأدوات التي تستخدم في تشخيص الأطفال التوحديين، بالإضافة الى اجراءات أخرى تعتمد في التشخيص.

-التوحد: هو اضطراب نمائي تطوري معقد يصيب الأطفال في السنوات الأولى من العمر ويستمر معه طوال حياته يكون نتيجة اضطرابات نيولوجية تؤثر على وظائف المخ.

-فعالية الأداة: هي قدرة الإجراءات والآليات المعتمدة في التشخيص في الكشف عما إذا كان الطفل حقا مصابا بالتوحد أم لا.

7-الدراسات السابقة:

لقد تم الاطلاع على عدد من الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة، الا ان الباحثة لم تتمكن من إيجاد دراسة محددة لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، الا انها وجدت مجموعة من الدراسات التي تناولت اضطراب التوحد مع عدة متغيرات أخرى يمكن الاستفادة منها، تذكر منها:

1-7- دراسة عادل عبد الله محمد (2008):

جاءت تحت عنوان " مقياس الطفل التوحدي"، هدفت الى بناء مقياس لتشخيص الأطفال المصابين بالتوحد وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال المصابين باضطرابات أخرى، وذلك حتى يتم تقديم الخدمات والخطط والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع المصري. تم تطبيق المقياس على عينة قوامها 13، تم إعطاء درجة واحدة للاستجابة ب: نعم و صفر للاستجابة: لا، يتكون من 14 عبارة، وقد بلغ معامل الصدق 0.86 وبعد تقييم الاختصائين وتقييم أولياء الأمور بلغت: 0.93 وهي جميعها تدل على قيم دالة إحصائيا.

2-7- دراسة نايف بن عابد بن إبراهيم الزراع (2004):

جاءت تحت عنوان " قائمة تقدير السلوك التوحدي" مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية، هدفت إلى اعداد أداة للكشف عن الطلبة ذوي التوحد بحيث تتوفر فيها دلالات صدق وثبات مقبولين تبرر استخدامها في الكشف عن حالات التوحد في البيئة السعودية. تكونت عينة الدراسة 180 حالة اختيرت طريقة قصدية، تكونت القائمة النهائية من 201 فقرة موزعة على 7 ابعاد، تم التوصل الى دلالات عن صدق وثبات تتلائم والبيئة السعودية.

3-7- دراسة السيد علي سيد أحمد (2014م):

هدفت الدراسة إلى دراسة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد تكونت عينة البحث من (100) طفل يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8-13) سنة بمتوسط عمري قدره (10-15) سنوات وانحراف معياري قدره (1.68)، الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة هي: الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد، ومقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد توصلت النتائج إلى أن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعا بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي بالترتيب: مشكلات رفض الطعام يليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ويعقبها مشكلات السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام، ثم المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام، كما

توصلت النتائج أيضا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين جميع أعراض اضطراب التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى 1010 إحصائيا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كما توصلت أيضا، الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام.

4-7- دراسة أحمد نايل الغريير (2016):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد في الأردن، شمل مجتمع الدراسة جميع المؤسسات وتم اختيار 6 منها عشوائيا كعينة للدراسة، تم استخدام قائمة مكونة من 54 فقرة تمثل أبعاد التعليم والتشخيص والإرشاد، خلصت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤسسات أطفال التوحد في أبعاد التعليم والتشخيص والإرشاد، ووجود فروق دالة إحصائية في بعد الخدمات التعليمية لصالح مؤسسات القطاع الخاص.

8-التعقيب على الدراسات:

من خلال الدراسات المستعرضة نلاحظ مايلي:

تشابه في الدراسات بحيث أنها تدرس كلها اضطراب التوحد، واختلفت في المتغيرات التي تم ربطها باضطراب التوحد. واختلفت دراستي نايف بن عابد بن إبراهيم الزراع (2004) ودراسة عادل عبد الله التوحدي (2008) هدفت إلى بناء قوائم خاصة بتشخيص الأطفال التوحديين الأولى للمجتمع السعودي والثانية للمجتمع المصري، بحيث جاءت دراسة السيد علي سيد أحمد (2014) التي تناولت دراسة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة أحمد نايل الغريير (2016) هدفت إلى معرفة والتحقق من فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد في الأردن.

- كان هناك اختلاف في عينات الدراسة: دراسة السيد علي سيد أحمد (2014م) استعملت عينات ذات حجم متوسط لأطفال مصابين باضطراب التوحد بحيث تناولت الدراسة الأولى 125 والدراسة الثانية 100 طفل، ودراسة نايف بن عابد بن إبراهيم الزراع (2004) بلغ عدد أفراد عينتها 180 طفل ودراسة عادل عبد الله التوحدي (2008) كان قوامها 13 طفل توحدي، أما دراسة أحمد نايل الغريير (2016) بلغت العينة 6 مؤسسات لأطفال التوحد.

- بالنسبة للأدوات المستعملة لا حطنا فيما يخص الأدوات المستخدمة عبارة عن مقاييس واختبارات وقوائم نذكر منها: دراسة السيد علي سيد أحمد (2014م) استخدم الأدوات التالية: الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد، ومقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة أحمد نايل الغرير (2016): تم استخدام قائمة مكونة من 54 فقرة موزعة على 3 ابعاد.

- وقد أسفرت معظم نتائج الدراسات عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين جميع أعراض اضطراب التوحد ومشكلات تناول الطعام، فيما توصلت دراستي نايف بن عابد بن إبراهيم الزراع ودراسة عادل عبد الله التوحدي الى وجود دلالات لصدق وثبات تتلائم والبيئة التي تم بناء الاداة لها.

الجانب النظري للدراسة

1- مفهوم التوحد:

كلمتا التوحد Autism والتوحدي Autistic مشتقتان من الأصل اليوناني Autos وتعني النفس، واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكرة Early Infantile Autism أو توحد الأطفال Children Autism من قبل كانر Kanner.

والتوحد إعاقة نمائية تطويرية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة.

-يعرف ماكدونالد 1972: أن التوحد يعني الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 17).

-يعرف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي 1992:

التوحد على أنه " من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون الى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر". (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص 23).

2- خصائص الأطفال التوحديين تتمثل فيما يلي:

- الإصرار على النمطية، ومقاومة التغيير. وصعوبة التعبير عن الاحتياجات، استخدام الأيماءات أو الإشارات بدلا من الكلمات. تكرار الكلمات أو الجمل في موضع غير طبيعي، كادعاء للغة، بالإضافة الى الضحك أو البكاء دون ظهور السبب، إظهار العذاب أو الانهك لأسباب غير واضحة للآخرين، قلة أو عدم وجود التلاقي البصري، غير مستجيب لطرق التدريس التقليدية، الإطالة، حدة القبض على الأشياء، الحساسية الزائدة للألم.

3-أسباب التوحد:

يتفق العلماء على أنه لم تم بعد تحديد الأسباب المباشرة لحدوث الذاتوية، لذا بقيت هذه العوامل أو أسباب غير المعروفة، وكل ما ذكر ما مجرد فهو مجرد فرضيات، حيث اجتهد الباحثون في تحديد العوامل فمنهم من يرجع الأسباب الى نفسية، والبعض الآخر جعلها بيولوجية، ونجد فريق ذكر الأسباب البيو كيميائية. ونورد فيما يلي هذه العوامل باختصار:

3-1-أسباب نفسية: ترى نظرية التحليل النفسي أن أسباب ظهور التوحد يكمن في عنصرين أساسين: الخبرات المكبوتة في اللاشعور، وشخصية آباء الأطفال التوحديين. فأما الخبرات المكبوتة في اللاشعور، فهي تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتالي فالوالدين المؤثران الأساسيان في الخبرات الاجتماعية، وبالتحديد الأم أما العنصر الثاني، فقد وصف Leo Kanner هؤلاء الآباء بأنهم محتفظون يعانون من الجمود العاطفي المفرطون جيدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية. (عبد المالك حبي وعيسى تواتي إبراهيم، 2015، ص55).

3-2-أسباب فيزيولوجية:

أولا: استعداد وراثي: أظهرت الدراسات التي أجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن يصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم غير المتماثلة "الأخوة"، وتقترح هذه الدراسات أن التوحد أو على الأقل الاحتمال الأكبر للإصابة ببعض الاعتلال الدماغي يمكن أن يكون وراثيا. وهناك فرضية أخرى تقول أن ما يكون وراثيا هو جزء غير سوي من الشفيرة الوراثية، و مجموعة صغيرة من الجينات غير مستقرة محتمل أن تكون سبب في الإصابة بالتوحد.

ثانيا: إصابات في الجهاز العصبي المركزي CNS خلال الحمل وأثناء الولادة وبعدها: تؤدي أية إصابة خلال فترة الحمل الى تعطيل تطور نمو الدماغ السوي مما ينتج عنها تأثير على اللغة والأداء العقلي

والاجتماعي بشكل مستمر مدى الحياة، وتشمل هذه الإصابات مرض الام خلال فترة الحمل ومواجهة مشكلات اثناء الولادة مثل نقص وصول الاكسجين إلى الطفل، أو حدوث مشكلات بعد الولادة مثل الاختناق، إعادة تحريك الطفل... كل هذه الأسباب قد تؤدي الى الإصابة بالتوحد ممن لديهم قابلية وراثية مما يدل على ان مشكلات اثناء الولادة هي نتيجة لتوحد وليست مسببة له.

ثالثا: عدوى فيروسية: هناك دليل على العدوى الفيروسية وخاصة في المراحل المبكرة من الحمل قد تؤدي إل مجموعة من الاضطرابات التطورية النمائية بما فيها التوحد، ومن بين الأمراض المعدية التي تم الإفصاح عنها أنها مرتبطة بالتوحد هي فيروس الحصبة الألمانية، الفيروسات التي تؤدي الى تكاثر الخلايا وزيادة عددها، فيروس الهيريس (القوباء) البسيط، الفطريات المبيضة. وقد ازدادت المخاوف مؤخرا من المطاعم، وخصوصا المطعم الثلاثي، مطعم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية من حيث أن يكون سببا في الإصابة بالتوحد.

رابعا: شذوذ في وظيفة أو تركيب الدماغ: من المتقبل عادة أن يتسبب التوحد-حتى ولو كان طفيفا- بوجود تراكيب أو وظائف غير سوية للدماغ، ومع ذلك، وبما أن الأعراض التوحدية واسعة جدا، من الصعب العثور على منطقة محددة أو مناطق معينة في الدماغ يمكن أن تكون سببا للمرض. ولقد أجريت الأبحاث المكثفة من أجل اكتشاف الكيفية التي يختلف فيها دماغ نظيره الفرد العادي، وكانت النتيجة واسعة النطاق، ولقد تم تحديد شذوذا لدى الافراد مختلفين يعانون من التوحد في أقسام مختلفة من الدماغ.

3-2-أسباب بيو كيميائية: أشارت بعض الدراسات إلى أه توجد علاقة بين الأجهزة العصبية البيو كيميائية والاصابة بالذاتوية، كما أشارت إلى أن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في دم الأطفال أن الذاتويين نتج عنها تأخر في النضج والقصور في الفهم، كما أكدت دراسة أخرى لي YOUG أن الذاتويين يعانون من ارتفاع نسبة السيروتينين في الدم. (عبد المالك حبي وعيسى تواتي إبراهيم، 2015، ص56).

4-تشخيص اضطراب التوحد:

التشخيص هو عملية يقوم بها المختصون للتحقق من إصابة الأطفال بالتوحد، حتى يتمكنوا من اقتراح برامج علاجية للتدخل والتكفل بهؤلاء الأطفال بطريقة ناجعة وفاعلية، ومازال لحد الساعة رغم التطور التكنولوجي وكثرة الدراسات والأبحاث حول اضطراب التوحد الا ان التشخيص من أكبر المشكلات

والصعوبات التي تواجه المختصين وباحثين في هذا المجال، نظرا لتشابه وتداخل اعراضه مع اضطرابات أخرى. خاصة في الجزائر لعدم تواجد وتوفر والعدد القليل للأخصائيين مؤهلين لتشخيص التوحد على مستوى المراكز والجمعيات المتواجدة على التراب الوطني. مما يؤدي إلى وجود أخطاء عي عملية التشخيص خصوصا وأن التشخيص المبكر له أهمية وفائدة كبيرة على حياة الطفل، ومهما كان التشخيص متأخرا كان التكفل وعلاج متأخرا يؤدي ذلك إلى صعوبة في التدخل في أوقات لاحقة.

4-1- فريق التشخيص:

للقيام بعملية التشخيص لا بد من توفر فريق من الأخصائيين متكامل من جميع الجوانب حتى نتوصل الى تشخيص صحيح وتقييم للحالة، يتكون هذا الفرق من: طبيب أطفال وطبيب أعصاب وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي نطق ولغة وأخصائي تربية خاصة أخصائي النمو وغيرهم من التخصصات حسب الحاجة، بالإضافة إلى الوالدين.

4-2- صعوبات التشخيص:

تعتزض عملية تشخيص التوحد عدة صعوبات نلخصها في مايلي: توافر الخبرة العلمية والعملية والتأهيل العلمي للمشاركين في عملية التشخيص، مدى ملائمة الأدوات التشخيصية المستخدمة للأهداف المرجوة من التشخيص، مدى المساهمة الفعلية والفاعلة من قبل والدي الطفل، اشتراك وتشابه أعراض التوحد مع أعراض اعاقات واضطرابات أخرى، التباين في أعراض التوحد من حالة إلى أخرى، عدم توافر اختبارات ومقاييس كثيرة للتشخيص، تغير الأعراض وشدتها مع تقدم الطفل الذي لديه توحد بالعمر. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص53).

4-3- أدوات المعتمدة في تشخيص الأطفال التوحديين:

لا يوجد في الوقت الحاضر أية اختبارات طبية مثل المسح الدماغي والأشعة السينية، أو اختبارات الدم التي يمكن من خلالها التحري عن التوحد، ويتم التشخيص على أساس مظاهر سلوكية معينة، وهناك نظامي تصنيف معياريين معترف بهما دوليا ويتم استخدامها لتشخيص التوحد وهما:

- التصنيف الدولي للأمراض- الطبعة العاشرة (ICD-10) والذي قامت بإنتاجه منظمة الصحة العالمية - World Health Organization عام 1999.

- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة (DSM 5) والذي أصدرته رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين American Psychiatric Association عام 2013. (محمد صالح الامام وفؤاد عبد الجوالده، 2010، ص 65).

بالإضافة إلى عدة أدوات وإجراءات تستخدم وتهدف إلى تشخيص اضطراب التوحد نذكر منها:

- الجمعية الأمريكية للطب النفسي (دليل التشخيص) Dsm5

- مقياس تقدير التوحد الطفولي. (CARS)

- الدليل العالمي لتصنيف الأمراض المراجعة العاشرة (ICD-10) 1999م.

- قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)
- مقياس جيليام للتوحد (GARS)
- الملف النفس تربوي/الإصدار الثالث (PEP-3)
- جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد (ADOS)
- مقابلة تشخيص التوحد - المعدلة (ADI/R)
- قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (CHAT)

ويفضل ان يبدأ التشخيص المبكر وذلك بملاحظة الطفل من عامين حتى ستة أعوام لما له من أهمية كبيرة في العلاج.

4-4-خطوات تشخيص التوحد:

تتم عملية تشخيص اضطراب التوحد على ثلاث خطوات رئيسية:

1- التدخل والمسح المبكر: هي أول خطوة في التشخيص اضطراب التوحد، والمقصود بها التعرف على الأطفال الذين يظهرون عدد من المؤشرات الخاصة باضطراب التوحد وذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل، بمعنى أن المسح يعتبر إنذارا هاما يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد بينما التشخيص يؤكد أو ينفي اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمي. وتعتبر عملية المسح والكشف المبكر في غاية الأهمية لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات وخاصة خدمات التدخل المبكر والتي تؤدي إلى

مخرجات تعليمية وتدريبية أفضل بكثير مما هي عليه في حالة تقديم الخدمات المتأخرة. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص53).

2- التشخيص المتكامل: وهي تمثل الخطوة الثانية في عملية تشخيص اضطراب التوحد، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات لكل طفل دلت نتائج الكشف المبكر بأن لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب التوحد لديه، فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضطراب التوحد لدى الطفل أو عدمه، هي تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها، بحيث يتم فيها العمل على قياس وتشخيص أكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل، ويتم تنفيذ هذه الخطوة من قبل فريق التشخيص المتكامل، وتتضمن هذه الخطوة مايلي: التقييم الطبي، التقييم النمائي، التقييم السيكلوجي، التقييم السلوكي. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص54).

3- التشخيص المميز للتوحد من بين الاضطرابات الموازية الأخرى:

يقصد بالتشخيص المميز: العملية التي يتم من خلالها العمل على استثناء الاضطرابات الأخرى التي تتقاطع مع التوحد في بعض المظاهر السلوكية وذلك للتأكد من مدى دقة التشخيص المعطى للطفل قبل اتخاذ القرار الخاص بنتائج التشخيص المرتبطة بالطفل، وهذه الخطوة تعتبر الخطوة الثالثة والأخيرة في التشخيص، وعملية التشخيص المميز تتم على مستويين هما:

1-المستوى الأول: التمييز ما بين التوحد وبقية اضطرابات طيف التوحد: حيث تم تقديم اضطراب التوحد في الدليل الاحصائي الخامس Dsm5 ضمن ما يعرف باضطراب طيف التوحد، والذي يضم إضافة إلى التوحد: اضطراب اسبرجر واضطراب التفكك الطفولي والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.

2-المستوى الثاني: التمييز ما بين التوحد وبقية الاضطرابات والإعاقات خارج نطاق اضطراب طيف التوحد: حيث يوجد اضطرابات وإعاقات تتشابه أعراضها السلوكية مع الأعراض السلوكية لاضطراب التوحد ومن هذه الاضطرابات والاعاقات نجد: الإعاقة الذهنية، اضطرابات فصام الطفولة، اضطرابات اللغة، اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه والإعاقة السمعية. (شوقي أحمد غانم، 2013، ص60).

منهج الدراسة وإجراءاتها:

1-الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية الى التقصي على موضوع الدراسة ومعرفة الإجراءات والاليات التشخيصية المعتمدة وكيفية تطبيقها وكيفية تطبيق عملية التشخيص، وتطبيق الاستبيان والتأكد من خصائصه السيكمومترية، تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بطريقة قصدية شملت 10 أخصائيين من مراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات التي تعنى بالتوحد بمختلف تخصصاتهم.

2-صدق وثبات الاستبيان:

1-2-صدق المحكمين: تم عرض الاستبيان على مجموعة من الاخصائيين والأساتذة في الاختصاص، وقد تم التعديل وخذف ما يلزم في ضل الاقتراحات المقدمة. وأيضا الصدق الذاتي عبارة عن الجذر التربيعي للثبات حيث بلغت 0.92.

2-2- الثبات: تم قياس الثبات بطريقة التجزئة النصفية، ومعادلة ألفا كرونباخ Alpha Cronback's

الجدول رقم (2): يوضح معامل الثبات بطريقتين ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

مستوى الثبات		
التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	مجموع الفقرات
0.81	0.86	25

وبناء على ما سبق يتضح أن الأداة تتمتع بدلالات صدق وثبات مرتفعين واستوفت الشروط الكافية للاختبار الجيد، مما يجعل هذا الاستبيان محل ثقة ويمكن استخدامه للتحقق من أهداف وأعراض الدراسة.

2-الدراسة الأساسية:

1-2-منهج الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي تهتم بدراسة الظاهرة كما هي في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا، وجمع المعلومات واستنتاج النتائج.

2-2- مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في اخصائيين العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية للعلاج النفسي والجمعيات الخاصة بالتوحد.

3- عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من اخصائيين بمختلف تخصصاتهم العاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية للعلاج النفسي والجمعيات الخاصة بالتوحد تم اختيارهم قصدية وذلك باختيار الاخصائيين العاملين مع أطفال التوحد فقط والذي بلغ عددهم 26 أخصائي من أصل 28، والجدول التالي يوضح حجم وخصائص العينة:

الجدول رقم (03): يمثل خصائص عينة الأخصائيين حسب الجنس والخبرة والتخصص.

يوضح الجدول رقم (03): خصائص وتوزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس وسنوات الخبرة والتخصص، نلاحظ أن أغلبية الإحصائيين من الأنثى بنسبة كبيرة بلغت 77%، وتليها الذكر بنسبة 23%، كما نلاحظ توزيع عين الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة، وفيها نسبة الأكبر تحتلها سنوات الخبرة ما بين 1 إلى 5 سنوات بنسبة 42%، لتليها من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 35% وفي المرتبة الأخير من 10 سنوات فما فوق بنسبة 23%، أما متغير التخصص فنلاحظ أن أكبر نسبة احتلها الإحصائيين النفسانيين بنسبة فاقت المتوسط وهي 61%، جاء في المرتبة الثانية 27% والمرتبة الثالثة احتلها كل من أخصائي اجتماعي والإحصائي سلوكي ABA و أخصائي وظيفي/انشغالي بنسبة متساوية بلغت 4% ليحتل المرتبة الأخير كل من أخصائي نفسي-حركي و أخصائي علاج لغة وتخطب بنسبة منعدمة 0% وهذا ما يدل على عدم اكتمال

النسبة المئوية	التكرارات	العينة		
23%	6	ذكر	الجنس	
77%	20	أنثى		
42%	11	5-1 سنوات	الخبرة	
35%	9	10-5 سنوات		
23%	6	10 فما فوق		
61%	16	أخصائي نفسي	التخصص	
0%	0	أخصائي علاج لغة وتخطب		
0%	0	أخصائي نفسي-حركي		
27%	7	أخصائي تربية خاصة		
4%	1	أخصائي اجتماعي		
4%	1	أخصائي سلوكي ABA		
4%	1	أخصائي وظيفي/انشغالي		
0%	0	طبيب أطفال		
100%	26			المجموع

الفريق الخاص بالتشخيص.

4-أداة الدراسة: للحصول على المعلومات الكافية والخاصة بالدراسة اعتمدت الباحثة على استبيان من اعدادها لمعرفة الإجراءات والاليات المستخدمة في تشخيص الأطفال التوحدين في بالمراكز النفسية

البيداغوجية للعلاج النفسي والجمعيات الخاصة بالتوحد بولاية سعيدة وتحديد مدى فعالية كل أداة في التشخيص. تم تطبيق هذه الأداة بعد عرضها على مجموعة من المحكمين في الاختصاص للتأكد من مدى صلاحيتها وملائمتها للتطبيق. ليتكون في صورته النهائية من أربع ابعاد:

البعد الأول: خاص بالمقاييس الخاصة بالذكاء، يتكون من 4 مقاييس.

البعد الثاني: مقاييس خاصة بالسلوك لدى التوحد، يتكون من 5 مقاييس.

البعد الثالث: مقاييس خاصة بالتوحد من كل الجوانب، 9 مقاييس.

البعد الرابع: اليات خاصة بالملاحظة، يتكون من اليتين اثنين.

البعد الخامس: الليات الخاص بالمقابلة، يتكون من هو الاخر من اليتين خاصتين بالمقابلة.

اما البعد السادس: كان مخصص للأليات والإجراءات الأخرى المستخدمة في التشخيص إذا وجدت.

وهذا تكون عبارات الاستبيان كلها مكونة من 25 عبارة. فيما تقسيم البدائل على قسمين الأول الخاص بالأدوات المستخدمة: البدائل نعم/لا لمعرفة إذا كانت الأداة مستخدمة ام لا، وقسم الثاني خاص بالفعالية: البدائل المستخدمة هي: تساعد بقوة/تساعد/أحيانا تساعد/تساعد نوعا ما/لا تساعد.

5-الاساليب الإحصائية المستخدمة:

برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS V25.

- النسب المئوية والتكرارات.

- معادلة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- اختبار T-Test لعينتين مستقلتين.

- تحليل التباين أحادي الاتجاه One – Way Anova

1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي مفادها: لا توجد فروق من ناحية استخدامهما في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة؟

جدول رقم (04): يوضح فروق استخدامات الإجراءات والاليات في تشخيص اضطراب التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f) المحسوبة	قيمة (sig) المعنوية
بين المجموعات	137.848	4	34.462	0.863	0.502
داخل المجموعات	838.190	21	39.914		
الإجمالي	976.038	25			

من خلال الجدول رقم (04) نلاحظ أن قيمة sig المعنوية (0.502) أي أكبر من (0.05)، يتم من خلال ذلك قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل بمعنى أنه توجد لا فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدامات الإجراءات والاليات في تشخيص اضطراب التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة. وهذا يدل على أنه لا يوجد اختلاف في الإجراءات والاليات التشخيصية لاضطراب التوحد لدى الأطفال التوحديين على مستوى مراكز وجمعيات المتواجدة في ولاية سعيدة.

2- عرض الفرضية الثانية:

التي مفادها أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الجنس.

جدول رقم (05): يوضح نتائج اختبار (t) للتعرف على دلالة الفروق بين الجنسين

الجنس	التعداد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	مستوى الدلالة sig	درجة الحرية	دلالة الفروق

غير دالة	.004	.948	1.452	17.41742	95.1667	6	ذكر
				18.71419	82.7000	20	أنثى

يتضح من خلال الجدول رقم (5): أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (95.166) والانحراف المعياري (17.417) في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث (82.700) والانحراف المعياري (18.714) وعليه نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لدى عينة الذكور والإناث كانت متباينة فيما بينها، وبالنظر لقيمة (t) المحسوبة التي تقدر بـ (1.452) بمستوى دلالة (0.948) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يتم قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل، مما يشير إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين من حيث فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين. هذا يدل على عدم تأثير الجنس في رأي الأخصائيين بفعالية الإجراءات والآليات المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحديين.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

والتي مفادها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير الخبرة؟

جدول رقم (6): يوضح دلالة الفروق بين خبرة الأخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين (ANOVA)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f) المحسوبة	قيمة (sig) المعنوية
بين المجموعات	14.538	21	.692	1.846	.293
داخل المجموعات	1.500	4	.375		
الإجمالي	16.038	25			

من خلال الجدول رقم (6) نلاحظ أن قيمة sig المعنوية (0.293) أي أكبر من (0.05)، يتم من خلال ذلك قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل بمعنى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خبرة الاخصائيين في مستوى فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين. مما يدل على أن سنوات الخبرة لدى الاخصائيين على تؤثر بفعالية الإجراءات والاليات المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحديين بولاية سعيدة على مستوى المراكز والجمعيات.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

والتي مفادها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأخصائيين حول فعالية حول إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين تُعزى لمتغير التخصص؟

جدول رقم (07): يوضح دلالة الفروق بين تخصص الاخصائيين حول فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين (ANOVA)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f) المحسوبة	قيمة (sig) المعنوية
بين المجموعات	99.360	21	4.731	.789	.689
داخل المجموعات	18.000	3	6.000		
الإجمالي	117.360	24			

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن قيمة sig المعنوية (0.689) أي أكبر من (0.05)، وعليه من خلال ذلك يتم قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل بمعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تخصص الاخصائيين في مستوى فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين.

استنتاج عام:

عملية التشخيص يقوم بها مختصون لتأكد من اصابة الطفل بالتوحد أم لا، واقترح برنامج للتدخل العلاجي والتكفل المناسب، تتم عملية التشخيص بتعاون فريق متكامل من الاخصائيين والأطباء وحتى

والوالدين. يعتمد الاخصائيون في هذه الحالة على مجموعة من الأدوات والإجراءات تساعد في عملية التشخيص، وفي الوقت الحاضر يتم تشخيص التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات عن طريق الملاحظة السلوك الطفل من قبل أخصائيين معتمدين، عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال واء الوالدين، بالإضافة الى ومن خلال استجابات عينة الدراسة تم ملاحظة ان مقياس CARS 2 هو المقياس الأكثر استخداما ومشاركا بين جميع المراكز والجمعيات، لأنه وحسب رأيهم هو الأكثر فعالية من بين كل المقاييس والتقنيات التشخيصية.

الاقتراحات:

من خلال نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها نقترح مايلي:

- التركيز على استعمال المقاييس التشخيصية الفعالة والتي تكشف عن حالات التوحد.

- تعميم هذه الدراسة على المستوى الوطني لنفيها او تدعيمها.

- التوسيع في البحث العلمي حول اضطراب التوحد نظرا لقلّة الدراسات في هذا المجال وانتشاره الواسع في الآونة الأخيرة.

قائمة المراجع:

- 1- إبراهيم، نايف بن عابد. (2004). قائمة تقدير السلوك التوحدي مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية. (الطبعة الأولى). المملكة العربية السعودية. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 2- الامام، محمد صالح وعبد الجوالده، فؤاد. (2010). التوحد ونظرية العقل. (الطبعة الأولى). عمان، الأردن. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 3- العطار، نبلي محمد. (2013). دور الموسيقى في علاج أطفال التوحد. (الطبعة الاولى). الإسكندرية، مصر. كلية رياض الأطفال، المكتب الجامعي الحديث.
- 4- الغرير، أحمد نايل. (2016). فاعلية وبرامج التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد. (العدد 26). الأردن. جامعة بابل. مجلة كلية التربية الاسلامية للعلوم التربوية والإنسانية.

- 5- القش، مصطفى نوري. (2011). اضطراب التوحد الأسباب التشخيص العلاج- دراسات عملية. (الطبعة الأولى). عمان، الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 6- حبي، عبد المالك وإبراهيم، عيسى التواتي. (2015). اضطراب الذاتوية: بين الصعوبات التشخيصية والافاق العلاجية. (العدد الأول). مجلة العلوم النفسية والتربوية.
- 7- سيد أحمد، السيد علي. (2014م). مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (العدد 83). جامعة الزقازيق، مصر. دراسات نفسية وتربوية. مجلة كلية التربية.
- 8- عادل، عبد الله محمد. (2008). مقياس الطفل التوحدي. القاهرة، مصر. دار الرشاد عربية للنشر والتوزيع.
- 9- غانم، شوقي أحمد. (2013). تقنين مقياس التشخيص اضطراب التوحد دون عمر 6 في اللاذقية وطرطوس-سورية-. رسالة ماجستير في علم العيادي. جمعية ألمانيا، مدينة كولونيا. الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجية. قسم التربية وعلم النفس. كلية الدراسات العليا.
- 10- غبريال، إيريني سمير. (2015). الاتجاهات الاجتماعية نحو ذوي اضطراب طيف التوحد في مصر. (العدد 12). جامعة الزقازيق، مصر. مجلة مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية. كلية التربية.
- 11- محمود، فرحاني السيد وآخرون. (2015). اضطراب التوحد- دليل المعلم والاسرة في التشخيص والتدخل. جمهورية مصر العربية. وحدة الاختبارات النفسية والتربوية. قسم البحوث.
- 12- مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد، الأسباب والتشخيص- العلاج. (الطبعة الرابعة). عمان، الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 13- فكري لطيف متولي والدلبي، خالد غازي. (2017). دور الاجهزة الذكية في الإصابة باضطراب طيف التوحد (دراسة حالة). (العدد 18). مجلة التربية الخاصة. المجلد الخامس. جامعة شقراء. كلية التربية بالدوادمي.
- 14- منغور، صوفيا. (2014/11/01). 17 إصابة جديدة بمرض التوحد أسبوعيا في الجزائر. (2018/04/11). ب:

