الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة–

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي :...../2018

رقم التسجيل :.....

محاولة تكييف مقياس جيليام لتشخيص اضطراب التوحد

على عينة من أطفال التوحد

دراسة ميدانية – بالمسيلة–

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في :

شعبة : علوم التربية **تخصص** : قياس نفسي وبناء الروائز

إعداد الطالبة : **إشراف الاستاذة:**

زليخة عبدلي فاطمة الزهراء بوعلاقة

الموسم الجامعي :2018/2017

شكر وتقدير

مصداقا لقوله تعالى:

" يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات"

والأصل يدفعني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير

إلى الأستاذة المشرفة:

بوعلاقة فاطمة الزهراء

التي ما تأخرت علينا في مد يد العون لإنجاز هذا العمل

بنصائحها القيمة وتوجيهاتها السديدة,دون أن أنسى الأستاذة الفاضلة ميمون حدة التي هي

الأخرى لم تبخل علينا جميعا بمعلوماته في سبيل انجاز هذه المذكرة

كما أتقدم بشكري إلى كل من مد لي يد المساعدة لإنجاز هذا

العمل المتواضع.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أمي و أبي العزيزين حفظهما الله لي وأطال في عمرهما اللّذان سهرا وتعبا على تعليمي

إلى رفيق دربي زوجي الفاضل رضوان الذي ساندني من أجل اتمام هذا البحث

وإلى بناتي العزيزتين على قلبي ندى ومروة حفظهما الله

إلى كل أخوتي وأخواتي حفظهم الله ووفقهم

إلى كل أفراد أسرتي الثانية جدة بناتي وجدهم إلى أعمامهم وعماتهم وأخص بالذكر رشيدة التي ساعدتني طيلة مدة البحث .

إلى كل أقاربي، و صديقاتي دون استثناء،(صبرينة ,خضرة) وأخص بالذكر طالبة القياس النفسي (ربيعة – سمراء - خديجة - .....إلخ)

إلى كل كتاكيت العائلة : منصف, آدم,مريم,سارة, والتؤم الجديد حفضهما الله معتز ومعز,أنس,ملك ميمي

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي هذا

وفي الأخير أرجوا من الله تعالى أن يجعل عملي هذا نفعا يستفيد منه جميع الطلبة المتربصين المقبلين على التخرّج

الفهـــــــــــــرس

شكر وعرفان

فهرس العناوين

فهرس الجداول

مقدمة .....أ.ب

الجانب النظري

الفصل الأول :الاطار العام للدراسة

- تمهيد. 05

1-اشكاليةالدراسة.....05

2-فرضيات الدراسة 08

3-أسباب اختيار الموضوع 09

4-أهمية الدراسة.....09

5-أهداف الدراسة.....09

6- الدراسات السابقة..... 10

7- تحديد المفاهيم 16

- خلاصة.....17

الفصل الثاني :إضطراب التوحد والتكييف

تمهيد.....21

1-إضطراب التوحد

1-البدايات التاريخيةلدراسةالتوحد.....21

2- تعريف اضطراب التوحد.....22

3-أسباب التوحد.....25

3-1 –عوامل وراثيةجينية.....25

3-2 -عوامل بيولوجية.....26

3-3- عوامل عقلية:.....26

3-4- عوامل عائدةلتكوين الدماغ :.....26

3-5 -عـوامل أيضيـــة:.....27

4- خصائص وسمات ا لطفل التوحدي.....27

4-1 الخصائص الاجتماعية:.....28

4-2 الخصائص الانفعالية.....29
4-3 الخصائص البدنية.....29
4-4 الخصائص السلوكية:.....30
4-5 الخصائص الفكرية.....31
4-6 الخصائص اللغويةوالتواصلية.....31
4-7بعض الخصائص النمطيةالتي يتصف بها الأفرادالمصابين بالتوحد.....32
5-تشخيص التـوحـد.....32
5-1 -التقـييم.....33
5-2- معاييرتشخيص اضطراب التوحد.....33
5-3 -أهم أدوات القياس وتشخيص التوحد.....36
5-4 -التشخيص الفارقي.....39

2-التكييف

1-مفهوم تكييف الروائز النفسية.....40
2-مجالات استخدام الروائز.....41
2-1-المجال التربوي.....41
2-2-المجال الصناعي.....42
2-3-المجال الاكلينكي.....42
2-4-المجال العسكري.....42
3-خصائص الرائز الجيد.....43
3-1-الصدق.....43
3-2-الثبات.....43
3-3-الشموليةوالتمثيل.....44
3-4-الموضوعية 44
3-5-حساسيةالاداة 44
3-6-المعايير.....44
4-العناصر الواجب أخذها بعين الاعتبارفي تكييف المقاييس 45
5-مراحل التكييف.....45
6-اجراءات علمية لتحسين عملية تطبيق الاختبارات النفسية.....47
خلاصة.....48

الجانب الميداني

الفصل الثالث :منهجيةالدراسة والإجراءات الميدانية

تمهيد.....51
1-منهج الدراسة.....51
2-مجال الدراسة.....52
3- عينة الدراسة.....55
4-أدوات الدراسة.....56
4-1-وصف المقياس.....56
5-خطوات تكييف المقياس.....59
1-الدراسة الاستطلاعية.....59
1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية.....59
1-2-اجراءات الدراسة الاستطلاعية.....59
1-2-نتائج الدراسة الاستطلاعية.....60
2-الدراسة التجريبية الثانية.....61
2-1-نتائج الدراسة التجريبية الثانية.....61
3-الدراسة التجريبية الثالثة.....62
6-المعالجة الاحصائية المستخدمة في الدراسة.....62
خلاصة.....63

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

تمهيد.....66
-عرض ومناقشة الفرضية العامة.....66
1-عرض ومناقشة الفرضية الأولى.....57
2-عرض ومناقشة الفرضية الثانية.....71
3-عرض ومناقشة الفرضية الثالثة.....71
خلاصة عامة.....78
ملخص الدراسة
قائمة المراجع
الملاحق

فهرس الجداول

الرقـم	عـــــــنوان الجـــدول	الصفحة
01	توزيع أفدراد المجتمع الأصلي	55
02	أفراد الدراسة الأساسية حسب مراحل الدراسة	56
03	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية	60
04	الفرق بين العينة الأردنية والعينة المحلية المسيلة	66
05	علاقة بعد السلوكات النمطية مع بنوده	68
06	علاقة بعد التواصل النمطية مع بنوده	69
07	علاقة بعد التفاعل الاجتماعي النمطية مع بنوده	70
08	علاقة الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس	70
09	الثبات لبنود أبعاد المقياس والدرجة الكلية	71
10	المعايير المستخرجة من عينة البيئة المحلية المسيلة	73
11	الوسط الحسابي لأبعاد المقياس والدرجة الكلية	76

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تكييف مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية المعربة GARS2 لدى أطفال التوحد من نوع طيف التوحد وتوحد متوسط

الفئة من (3الى15)سنة بالمركز البيداغوجي لأقسام التحضيري بحي 108مسكن بالمسيلة ,ومستشفى الامراض العقلية وحدة مستشفى النهار الخاصة بالأطفال بأولاد منصور بالمسيلة وذلك من أجل التعرف على مدى صلاحية المقياس للتطبيق في البيئة المحلية "المسيلة"حيث تكونت عينة الدراسة من180من أولياء أطفال مشخصين باضطراب التوحد بولاية المسيلة

تم حساب المتوسط والانحراف المعياري للعينة المحلية"المسيلة" ومقارنتها بمتوسط وانحراف العينة الأردنية ,وقد وجدنا فروق دالة إحصائيا بينهما وهذا ما جرى في الدراسة الأولى .

أما في الدراسة الثانية فقد تم حساب معامل تمييز البنود بطريقة الاتساق الداخلي للأبعاد الثلاث للمقياس بطريقة معامل الارتباط ببرسون وقد تراوحت قيمته مابين (0.65 , 0.77) ثم قمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس وقد تراوحت قيمته مابين (0.64- 0.69)

كما توصلت الدراسة إلى اشتقاق معايير الأداء للمقياس المكييف على البيئة المحلية "المسيلة"وفي الأخير تم الوصول الى صلاحية تطبيق مقياس جليام لتشخيص التود المكيف على البيئة المحلية " المسيلة".

مقـــــدمة

تعد الإعاقة بوجه عام من القضايا المهمة التي تواجه المجتمع باعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة ،فقد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية والحضارة الاجتماعية،ومن هذا المنطلق فإن رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح مظهر من مظاهر الرقي والحضارة ،وضرورة اجتماعية ،ومهمة إنسانية.

فالتربية الخاصة تستند إلى مبدأ تساوي الفرص،حيث تؤكد على أن الطفل المعوق طفلا أولا ، لديه إعاقة ثانيا ، وان أوجه الشبه بين الأطفال المعاقين والأطفال العاديين أكثر من أوجه الاختلاف ، فجميع الأطفال لديهم حقوق في التعليم كما انه لديهم القابلية للنضج والنمو وذالك باختلاف الطرق والوسائل وبمعدلات مختلفة .

لقد شهدت الساحة العالمية منذ النصف الأول من القرن الماضي اكتشاف أهم الاضطرابات النمائية التي أثارت العديد من الجدل على كافة المستويات منذ اليوم الأول لاكتشافه هو اضطراب التوحد حيث اعتبر فصاما تم اعتبروه اضطرابا سلوكيا ,وأخيرا تمت النظرة إليه على انه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب النمو بالنسبة للطفل ما لم يشمل ذالك التأثير كل هده الجوانب .

وواكب ذالك ظهور نظريات سببية مبكرة تبحث عن الأسباب وذالك في إطار تشخيصه فوصل الأمر إلى أن نسمع أن الوالدين هما السبب في تعرض الطفل لذلك الاضطراب وخاصة الأم نتيجة لبرودها الانفعالي ,وجاءت النظريات السببية المعاصرة تتعارض في بعض الأحيان (عادل عبد الله محمد,2014,ص5)

فاليوم أصبح الاعتراف بهذا الاضطراب ضرورة ملحة في الوطن العربي وخاصة في الجزائر،حيث بينت إحصائيات وزارة التضامن الوطني سنة 2009أن عدد المصابين قدر بحوالي 3900مصاب بمعدل انتشار الذكور أكبر من الإناث .(شليحني رابح,2011,ص12)

فكلمة توحد هي كلمة غريبة نوعا ما في بيئتنا المحلية "المسيلة" حيث لاحظنا بعض الأمهات يدعون أبنائهم بأطفال طيور الجنة وهذا راجع لنقص التوعية وقلة المراكز المتخصصة في المسيلة إضافة لقلة أدوات التشخيص، لهذا الاضطراب،فمن هذا كله انطلقت دراستنا وهي محاولة تكييف مقياس) في البيئة المحلية "المسيلة" ولقد قمنا جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية(GARS2).

في دراستنا الحالة بتقسيمها إلى جانبين الجانب النظري ،والجانب التطبيقي ، فالجانب النظري احتوى على فصلين :

الفصل الأول التمهيدي : خصص فيه الإطار العام للدراسة وتضمن الإشكالية وأهمية الدراسة،أهدافها ،وتحديد مصطلحات الدراسة ،كما تم عرض لبعض من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة ،أما الفصل الثاني فقد تم تقسيمه إلى جزئين الأول تم التعرف فيه على اضطراب التوحد ،خصائصه ،أسبابه ....الخ، أما الجزء الثاني فقد تم التعرف فيه على معنى التكييف ،العناصر الواجب أخذها بعين الاعتبار في التكييف ،مراحل التكييف .

الجانب التطبيق : يوجد به فصلين

الفصل الثالث :الإجراءات المنهجية للدراسة ،الذي احتوى:

منهج الدراسة,مجالات الدراسة ,ووصف أداة الدراسة كما تم التطرق إلى خطوات تكييف المقياس وأخيرا المعالجة الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الرابع :عرض النتائج ومناقشتها وتم فيه عرض ومناقشة فرضيات الدراسة .

الجانب النظري

الفصل الأول

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

تمهيد

1-إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أسباب إختيار الموضوع

4-أهمية الدراسة

5-أهداف الدراسة

6- الدراسات السابقة

7- تحديد المفاهيم

- خلاصة.

تمهيد :

إن تحديد أبعاد البحث الرئيسية ضروري في البداية فهي تعتبر بمثابة الركيزة الرئيسية للبحث وعلى هذا الأساس سنحاول في هذا الفصل إلى تحديد أبعاد بحثنا من حيث الإشكالية الأهمية والأهداف، كما سنتطرق إلى تحديد المفاهيم الإجرائية ، والدراسات السابقة والتعليق عليها.

إشكالية الدراسة:

يعتبر القياس النفسي من أهم مجالات علم النفس الحديث،وتعتبر الروائز إحدى الطرق في هذا المجال،وهي ذات أهمية كبيرة في مجال القياس النفسي حيث تم تناولها من قبل العديد من الباحثين وعلماء النفس في المجتمعات الأجنبية المجتمع الأصلي لهذه الروائز.

-ونجد هذه الروائز مشبعة بالعامل الثقافي والاجتماعي والنتائج التي نتحصل عليها من خلال تطبيقها في البيئة الجزائرية، تكون غير دقيقة ولا موضوعية.

ويرجع ذلك إلى البيئة الأساسية لهذه الروائز فهي هنا احتفظت بصورتها الأصلية وهنا يكمن خطر تفسير نتائجها حينما تطبق على البيئة الجزائرية،في هذه الحالة يبقى الباحث النفساني الجزائري كأنه لم يبذل أي جهد، من هنا وقع جدل كبير حول تطبيق هذه الروائز في المجتمعات النامية فهناك من الباحثين من يقول بضرورة تطبيق هذه الروائز كما هي ومنهم من نادى بإيجاد طريقة لتغير مضمونها. (رابح قدوري,1981,ص19)

-وهناك من الباحثين من يمتنع عن استعمال هذه الروائز المبنية في مجتمعات أجنبية ويرفضها رفضا تاما لأن نتائجها غير موثوق بها ،والمعايير التي بنيت عليها تختلف عن معايير البيئة الجزائرية،وهناك من الباحثين من ينادي بإعادة تكييفها نظرا لعدم وجود روائز نفسية بيئتها الأصلية هي البيئة الجزائرية.(رابح قدوري,1981,ص19)

-ومن بين المقاييس المترجمة التي نجدها في البيئة العربية نتيجة لأطروحات ودراسات عليا تواجه مشاكل في الترجمة أو التقنين ولم تنشأ جهود عربية موحدة، وفي غالبها لم تخضع للتحميص وللتأكد من ملائمتها للبيئة العربية ومن الجهود التي ظهرت على مستوى البيئة العربية ترجمة وتعريب مقياس جيليام لتقدير التوحد.(عادل عبد الله.(2005)موقع الكتروني).

-رغم شيوع هذا الاضطراب في الآونة الأخيرة إلا أن البحث في هذا المجال لا يزال محدودا في البلدان العربية مقارنة بدول العالم ،وفي الجزائر مقارنتا بالدول العربية، وهذا راجع إلى نقص التشخيص والإبلاغ عن الحالات التي تظهر عليها أعراض التوحد وليس إلى قلة انتشاره ،فنجد من الأسر الجزائرية رغم وجود طفل يعاني من هذا الاضطراب فهم لا يتقبلون ذلك،كما أننا نجد هذه الظاهرة أكثر في البيئة المحلية المسيلة.

ومع التطور الأخير عرف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية(DSM) على أنه: العجز المستمر في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي: كعدم القدرة على بدئ المحادثة مع الآخرين،وانخفاض القدرة على التعبير عن العواطف والمشاعر،ووجود صعوبات في سلوكيات التواصل اللفظي وغير اللفظي: كضعف القدرة على التواصل البصري والحركات الشاذة للجسد،وعدم القدرة على استخدام الإيماءات وتعابير الوجه.

بالإضافة إلى صعوبات في السلوك التكيفي المناسب للسياق الاجتماعي والعجز عن تكوين الصدقات والمشاركة في اللعب التخيلي وكذالك محدودية الأنماط السلوكية وتكرارها مثل: النمطية وتكرار الكلام،والمصاداة والتمسك بالروتين، ومقاومة التغيير.

هذا الاضطراب النمائي العام الذي يؤثر سلبا على العديد من جوانب شخصية الطفل ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته، وتوجد إصابات التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية و الاجتماعية في العائلات.

–ويعد التشخيص الدقيق لمرض التوحد أمرا مهما بالنسبة للإكلينيكيين ليتمكنوا من الوصول إلى أسلوب علاجي مناسب وتطبيقه وتقييمه ، حيث إن الوصول إلى تشخيص مناسب للاضطراب وتصنيف أعراضه يعد أمرا معقدا ، وقد نتجت تلك التعقيدات عن عدم تجانس أعراضه ,إضافتا إلى اشتراكه مع اضطرابات أخرى في بعض الأعراض ، وقد أدت هذه العوامل المشتركة إلى الاختلاف بين المختصين وغير أن هذه الاختلافات كانت لها في النهاية نتائج إيجابية في الوصول إلى تشخيص موضوعي ومبني على أسس علمية للتوحد (شيريبمان ,2010,ص60).

– كذلك يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية وتعقيدا نظرا لصعوبة تشخيصه وتحديده وفي ذلك لتداخله مع اضطرابات أخرى تشترك معه في كثير من الأعراض (سليمان,2000ص29) مثل التخلف العقلي ، الفصام الطفولي،الإعاقة السمعية.

ومن بين أدوات تشخيص التوحد نجد:

– قائمة تقدير السلوك التوحدي .

– مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال .

– المقابلة التشخيصية للأتيزم .

– نظام الملاحظة السلوكي .

– مقياس رنيفور – فريمان لتقدير مواقف للحياة اليومية.

فبالرغم من أهمية كل هذه المقاييس إلا أن لمقياس جيليام أهمية خاصة فمنذ نشره عام (1995) والمقياس يتمتع بخصائص كثيرة ، إضافتا لأهمية بنوده.

–كذالك معظم هذه المقاييس مطبقة في المراكز البيداغوجية ولدى الأخصائيين النفسانيين في الجزائر بصورتها المترجمة من طرف العديد من الباحثين العرب وهي مقننة حسب بيئة كل باحث أمثال الجابري للبيئة الأردنية ، هبا شعبان للبيئة السورية هذا ما يجعل نتائج التشخيص غير دقيقة خاصتا لهذا الاضطراب المعقد.

ويعتبر النقص في أدوات التشخيص والقياس في مجال التربية الخاصة عامة ومجال التوحد خاصة ، أمرا في غاية الأهمية وذلك نظرا إلى تزايد عدد هذه الفئة بولاية المسيلة وصعوبة تشخيصها والاعتماد على أداة واحدة في التشخيص .

وانطلاقا مما سبق ونظرا لأهمية مقياس جيليام لتشخيص التوحد المعرب في البيئة الأردنية، يأتي بحثنا حول موضوع محاولة تكييف هذا المقياس في البيئة المحلية "المسيلة" وإيجاد معايير محلية للأداء وذو خصائص سيكومترية جيدة.

و عليه فقد تمحورت إشكالية الدراسة حول التساؤل التالي:

التساؤل الرئيسي:

-هل يمكن تكييف مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية على البيئة المحلية "المسيلة"؟

ويندرج تحته التساؤلات التالية :

01-هل يتمتع مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية بصدق جيد؟

02-هل يتمتع مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية بثبات جيد؟

03-هل توجد معايير مستخرجة جديدة خاصة بالبيئة المحلية "المسيلة"؟

02-فرضيات الدراسة.

الفرضية العامة:

يمكن تطبيق مقياس جيليام المكيف في البيئة المحلية " المسيلة"

-يمكن تكييف مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية على البيئة المحلية "المسيلة"

01- يتمتع مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية بصدق جيد

02 -يتمتع مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية بثبات جيد

03-تحديد المعايير المستخرجة الجديدة الخاصة بالبيئة المحلية "المسيلة"

03-أسباب اختيار الموضوع:من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع ما يلي:

-اختيار موضوع بحث يتماشى والتخصص القياس النفسي

-انتشار اضطراب التوحد في المسيلة وقلة وجود مراكز متخصصة لاستقبال هذه الفئة.

-قلة أدوات التشخيص لهذا الاضطراب والاعتماد على مقياس واحد لتشخيص في المركز الموجود في المسيلة هو مقياس كارز.

04- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث في النقاط التالية:

-حداثة الموضوع بجامعة المسيلة

-توفير أداة تشخيصية مكيفة ، تتمتع بخصائص سيكومترية يمكن الاعتماد عليها في مراكز التربية والمستشفيات في البيئة المحلية المسيلة،لان التشخيص المبكر يسمح بالتدخل في بداية الاضطراب ويقلل من تفاقم وانتشار هذا الاضطراب.

5-أهداف الدراسة:

- هدفت دراستنا الحالية إلى محاولة تكييف مقياس جيليام المعرب الطبعة الثانية في البيئة المحلية "المسيلة".

-كما هدفت دراستنا الحالية إلى التعرف على صدق وثبات المقياس بأبعاده الثلاثة السلوكيات النمطية، التواصل ، والتفاعل الاجتماعي في البيئة المحلية المسيلة.

-التعرف على الخصائص السيكومترية الجديدة للمقياس بعد تطبيقه على البيئة المحلية المسيلة ،بناء معايير جديدة .

06- الدراسات السابقة:

لقد أجريت العديد من الدراسات العربية والأجنبية من أجل تطوير أدوات تشخيص اضطراب التوحد ، حيث قام العديد من الباحثين العرب بترجمة بعض المقاييس العالمية .

فالدراسات السابقة تعتبر مرجعا مهما لكل باحث فالهدف هو الاستفادة منها في تحديد الأهداف واختيار العينة وكذا الأساليب الإحصائية المناسبة في دراستنا الحالية.

الدراسات العربية:

1-دراسة مفضل ومحمد(2006).

-**عنوان الدراسة:**"فعالية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال روضة الذواتيون بمدينة قنا" .

هدف الدراسة: تقديم برنامج تدريبي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المكثف في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي وخفض بعض أعراض الذواتيون من خلال اكتساب الأطفال المهارات والأنشطة وبعض السلوكيات المرغوبة اجتماعيا.

عينة الدراسة: 4 أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين4-6 سنوات.

أدوات الدراسة :- مقياس السلوك التوحدي.

-مقياس جيليام لتشخيص التوحد.

-البرنامج الإرشادي من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة : بالنسبة لمقياس جيليام تم التحقق من صدقه وثباته بالطريقتين التاليتين: تم حساب الصدق المحكي للمقياس من خلال حساب الارتباط بين درجات 29 طفلا على مقياس جيليام ودرجاتهم على مقياس الطفل الذاتي وكان معامل الارتباط 0.82 حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المعيارية للأبعاد الفرعية الأربعة وعلاقتها بالدرجة الكلية، وكانت معاملات الارتباط دالة

الثبات تم حسابه باستخدام طريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل سبرمان براون وكانت معاملات الثبات دالة .

حدوث تحسن في الأداء الاجتماعي والتواصل عند الذواتيون.

2-دراسة الجابري (2008).

عنوان الدراسة: "مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد"الطبعة الثانية" .

هدف الدراسة: مدى الاتفاق بين النسخة الأصلية والنسخة العربية المترجمة.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من 100 طفل تراوحت أعمارهم بين 3-13 سنة.

نتائج الدراسة: وبلغت النسبة المئوية للاتفاق بين النسخة الأصلية والعربية المترجمة 100بالمئة وبينت نتائج (ت)العينتين مستقلتين وجود اختلاف في المتوسط بين المجموعتين ,مجموعة الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية والمصابين باضطراب طيف التوحد ويشير ذلك إلى دلالات الصدق البناء للمقياس .

أما نتائج إعادة الاختبار ، ومعامل كرونباخ ألفا ، ومعاملات الثبات بالتجزئة النصفية فأشارت جميعها إلى دلالات الثبات مرتفعة للنسخة المعربة.

3-دراسة شيخ ذيب (2012).

-**عنوان الدراسة:** "مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد" .

هدف الدراسة: التعرف إلى الخصائص السيكومترية للصورة السورية من مقياس جيليام لتقدير طيف (GARS2) الطبعة الثانية.

نتائج الدراسة: تمتع المقياس بدلالات صدق المحتوى من خلال إجراءات تطويره، والتأكد من صدق وصحة الترجمة ، والصدق التمييزي من خلال قدرته على التمييز بين فئة اضطراب التوحد ، وكل من المعوقين عقليا والعاديين، كما حسبت دلالات صدق البناء بين المقاييس الفرعية الثلاثة المكونة للمقياس الكلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون (0.75-

0.88)وتتراوح معامل الثبات للمقياس باستخدام اتفاق القيمتين (ن=95) وبين 0.829 و0.906 وطريقة الاتساق الداخلي بين(0.89و0.93) .

4-دراسة هبا شعبان :2015

-**عنوان الدراسة:**"تقنين مقياس جيليام لتشخيص التوحد (GARS2).

هدف الدراسة: حساب الخصائص السيكومترية وإيجاد معايير جديدة للمقياس على البيئة السورية .

عينة الدراسة: 308طفل وطفلة مصابين بالتوحد.

أدوات الدراسة : - قائمة السلوك التوحدي ABC .

-مقياس جيليام لتشخيص التوحدGARS2.

-مقياس تقدير التوحد الطفولي كارز.

نتائج الدراسة : - تمتع المقياس بصدق وثبات جيدة .

-وجود فروق دالة بين الجنسيين (ذكور وإناث)واستخراج معايير موحدة بينهم

5-دراسة إيمان الصقور وحيد ظاظا(2016).

-**عنوان الدراسة :** " معايير الأداء على الصورة الأردنية من مقياس جيليام لتقدير اضطراب طيف التوحد الطبعة الثانية" .

هدف الدراسة : توفير معايير للأداء على الصورة الأردنية من مقياس جيليام لتقدير التوحد .

عينة الدراسة: 260 طفلا وطفلة تراوحت أعمارهم بين 3-13 سنة مشخصين باضطراب التوحدABC .

أدوات الدراسة: مقياس جيليام لتقدير طيف التوحد.

نتائج الدراسة :عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين على المقياس ما يشير إلى إمكانية استخراج معايير موحدة للجنس .

-ظهور تقارب بين متوسطات الصورة الأردنية والصورة الأمريكية لأبعاد المقياس .

الدراسات الاجنبية:

1- **دراسة ليكافلير2005** Lecavlier.

عنوان الدراسة: تقييم مقياس جيليام الطبعة الأولى .

هدف الدراسة: من حيث فاعليته في تشخيص حالات التوحد وصدق البناء ودلالات الثبات وارتباط الأداء على المقياس ببعض الخصائص الشخصية لأفراد الدراسة.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على 360 فردا من الآباء والمعلمين الذين طلب منهم تعبئة المقياس.

نتائج الدراسة:أشارت نتائج الدراسة لتفسير المقاييس الفرعية الثلاثة (السلوك النمطي ، التواصل ، التفاعل الاجتماعي) 38 بالمائة من التباين كما تشبعت نصف الفقرات تقريبا بعامل السلوك النمطي ، بينما المقياس الرابع (مؤشر التوحد) ذا ارتباط ضعيف بالمقاييس الثلاثة الأخرى ، كما إن كان معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي جيد للمقاييس الثلاثة وضعيف للمقياس الرابع ولم توجد فروق دالة إحصائيا لكل من الجنس والعمر إضافة لعدم

وجود ارتباط بين درجة الإعاقة العقلية كما هي مقاسة بالسلوك التكيفي وبين كل من الدرجات الفرعية والدرجة الكلية على المقاييس .

2-دراسة ايفزور وزملاؤه2006 Eavesr,Groves,andFall**.**

عنوان الدراسة:" دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الاضطراب النمائي الشاملة ومقياس جيليام لتقدير التوحد.

عينة الدراسة: 134 طفلا لديهم اضطراب توحد أو صفات توحدية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج معامل ثبات للمقياس تجاوز 0.90 ،وأشار معامل الصدق البنائي إلى أن المقياسين يقسان الأبعاد نفسها كما بلغ معامل الارتباط بين المقياسين 0.84 ، وبذلك فالمقياسان فاعلان في تشخيص اضطراب التوحد ، ويمكن من خلالها التميز بين الأطفال ذو اضطراب التوحد والأطفال العاديين بشكل ذي دلالة إحصائية.

3-دراسة دكينواردك وجيليام ودكين 2012 Diken ,Ardic,Gilliam&Diklen.

هدف الدراسة: التعرف إلى الخصائص السيكومترية للصورة التركية لمقياس جيليام لتقدير التوحد الطبعة الثانية.

عينة الدراسة:1191 مفحوصا تكونت من الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية والإعاقة السمعية والأطفال الطبيعيين والذي شكلوا عينة التقنيين.

أدوات الدراسة: تم فحص دلالات الصدق والثبات للمقياس بإجراء سلسلة من التحليلات مثل : صدق البناء والصدق التميزي وتحليل الفقرات والتحليل العاملي التوكيدي ، صدق الاتساق الداخلي والثبات بطريقة الإعادة للاختبار.

نتائج الدراسة: خلصت نتائج الدراسة إلى أن :

مقياس جيليام لتقدير طيف التوحد الطبعة الثانية هو أداة قياس ذات دلالات ، صدق وثبات يمكن استخدامها مع الأطفال المصابين بالتوحد في البيئة التركية .

4-دراسة سمادي ومكونكي (2013, Samadi et Mconkey)

عنوان الدراسة:" استخدام مقياس جيليام للتوحد في تحديد الأطفال الأردنية المصابين بالتوحد

عينة الدراسة: 658 من أهالي الأطفال منهم 442 مصابين بالتوحد.

نتائج الدراسة: -التمييز بين الأطفال المعاقين ذهنيا والمصابين بالتوحد.

- اثبت المقياس صلاحيته للاستخدام في البيئة الأردنية.

تعليق على الدراسات السابقة:

مقياس جيليام GARS2 من المقاييس المشهورة عالميا حيث لقي البحث فيه مجالا واسعا ،من حيث دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس واستخدامه في دول العالم الأمريكية والعربية ، ومن خلال الدراسات التي تناولت متغيرات دراستنا الحالية ومراجعتها من طرف الباحثة استخلصت إلى أن معظم الدراسات قد ركزت على عدد من النقاط التالية :

بعض الدراسات تناولت المقياس موضوعا لها واهتمت بدراسة الخصائص السيكومترية ومدى صلاحيتها للتطبيق مثل **دراسة شيخ ذيب (2012). -دراسة دكينواردك وجيليام ودكين 2012** Diklen&Diken ,Ardic,Gilliam.

وبعضها من قام بتقنين المقياس أمثال هبا شعبان (2015)،ودراسة الصقور (2014) والبعض الأخر استخدمت المقياس كأداة لتشخيص اضطراب التوحد كدراسة **ليكافلير2005.** Lecavlier

أما من ناحية التفاق مع دراستنا الحالية هي أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة من ناحية:

الهدف :التعرف على الخصائص السيكومترية المستخرجة من البيئة التي يطبق فيها المقياس

المنهج المعتمد:المنهج الوصفي .

العينة: فئة **الأ**طفال المصابين باضطراب التوحد.

أدوات الدراسة: مقياس جيليام لتشخيص التوحد.

07-تحديد المفاهيم:

التكييف: يشير مفهوم تكييف الروائز النفسية إلى كل الإجراءات التي يتبعها الباحث بداية من تقديره عما إذا كان الرائز باستطاعته تقدير التركيبة نفسها عند نقله من ثقافة إلى أخرى وصولا،إلى محاولة الحصول على مفاهيم ،ومفردات ، و تعابير متعادلة ثقافيا ولغويا ونفسيا مع الثقافة الجديدة للرائز.

فالتكييف يأخذ أبعاد كثيرة من ترجمة مستويات الرائز من لغة إلى أخرى يشمل جملة من التعديلات المنطقية المدروسة والمرحلية والتي تحتاج إلى أدلة علمية لتؤكد أن الرائز بالصورة الحالية صالح لتطبيق، ونتائجه تنطبق على العينة الجديدة وفق خصائصها الثقافية.(بوسالم,2015,ص20-26)

التعريف الإجرائي للتكييف: هو عملية القيام بتعديل على مقياس جيليام لتقدير التوحد الطبعة الثانيةGARS2 في البيئة المحلية"المسيلة"للأطفال من فئة (3-15)سنة يعانون من طيف التوحد.

التوحد:هو إضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الأولى من العمر، يتميز الأطفال فيه بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط من السلوكيات الشاذة والنمطية وضعف اللعب الخيالي.(طارق عامر,2008,ص22)

التعريف الإجرائي لأطفال التوحد:هم الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد نوع طيف التوحد بالاعتماد على محاكاة واختبارات الموجودة في المراكز البيداغوجية الموجودة في المسيلة .

التعريف الإجرائي لمقياس جيليام -GARS2:هو مقياس يستخدم من قبل الأخصائيين والقائمين على رعاية الطفل وكذا المعلمين من اجل تشخيص اضطراب التوحد، وذلك بالاعتماد على درجات الأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية.

خلاصة:

من خلال ما سبق تم الاستفادة من الجهود السابقة في مجال تقنيين مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد في تحديد إشكالية الدراسة وتساؤلاتها ، والتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس وكيفية التطبيق وكذا المعايير السابقة للمقياس ، ودراستنا الحالية ما هي إلا دعم للدراسات السابقة .

الفصل الثاني

الفصل الثاني

إضطراب التوحد والتكييف

تمهيد

1-اضطراب التوحد

1-البدايات التاريخيةلدراسةالتوحد

2- تعريف اضطراب التوحد

3-أسباب التوحد

3-1 -عوامل وراثيةجينية

3-2 -عوامل بيولوجية

3-3- عوامل عقلية

3-4- عوامل عائدةلتكوين الدماغ

3-5 -عـوامل أيضيـــة

4- خصائص وسمات ا لطفل التوحدي

4-1 الخصائص الاجتماعية

4-2 الخصائص الانفعالية

4-3 الخصائص البدنية

4-4 الخصائص السلوكية

4-5 الخصائص الفكرية

4-6 الخصائص اللغويةوالتواصلية

4-7بعض الخصائص النمطيةالتي يتصف بهاالافرادالمصابين بالتوحد

5-1 -التقـييم

5-2- معاييرتشخيص اضطراب التوحد

5-3 -أهم أدوات القياس وتشخيص التوحد

5-4 -التشخيص الفارقي

2-التكييف

1-مفهوم تكييف الروائز النفسية

2-مجالات استخدام الروائز

2-1-المجال التربوي

2-2-المجال الصناعي

2-3-المجال الاكلينكي

2-4-المجال العسكري

3-خصائص الرائز الجيد

3-1-الصدق

3-2-الثبات

3-3-الشموليةوالتمثيل

3-4-الموضوعية

3-5-حساسيةالاداة

3-6-المعايير

4-العناصر الواجب أخذها بعين الاعتبارفي تكييف المقاييس

5-مراحل التكييف

6-اجراءات علمية لتحسين عملية تطبيق الاختبارات النفسية

خلاصة

تمهيد:

يعدإضطراب التوحد أحد أهم الإضطرابات النمائية التي يتعرض لها الطفل ، ومن أكثرها شيوعا ، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي 50 سنة ،حيث مر هذا الإضطراب بأطوار عدة في تحديد تعريف له وتشخيصه،وفي هذا الفصل سوف نقدم تعريف لهذا الاضطراب خصائصه ،أسبابه وكذا التطرق إلى طرق العلاج المتنوعة.

I-التـــــــوحد:

1-البدايات التاريخية لدراسة التوحد:

يعتبر " ليو كانر" " Leokanner" وهو طبيب نفسي أمريكي بجامعة هارفورد بالولايات المتحدة الأمريكية أول من أشار إلى الذاتوية " إعاقة التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة ، وقد كان ذلك عام 1943 ، حيث لاحظ وجود 11 طفلا مضطربا يتصرفون بطريقة غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الانفصامي وقد سمى "كانر" تلك الأعراض بالذاتوية الطفولية المبكرة "EarlyInfantileAutism "لأنه لاحظ وجود وحدة ذاتوية متطرفة تغلق الباب أمام أي شيء يأتي للطفل من الخارج فقد كان سلوكهم يتميز بالانغلاق الكامل على الذات وابتعادهم عن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كان اقرب الناس إليهم ولقد وجد "كانر" أيضا أو أولئك الأطفال كانوا عاجزين منذ بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين بالطرق المعتادة وبذلك يصبح هناك استحالة لتكويم علاقات اجتماعية مع من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال وحتى المتخلفين منهم .

وعلى الرغم من وصف "كانر" وآخرون للاضطراب مثل "ريملاند" Rimland عام 1964 إلا أن اسم الاضطراب لم يتم قبوله في الاصطلاحات التشخيصية الرسمية حتى نشر (DSM-III)في عام 1980 ، وفي (DSM-IV) تم تصنيف الاضطرابات الذاتوي " التوحدي" على انه احد اضطرابات النمو المنشرة PervasiveDéveloppementalDisorders ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة من هذه التسميات على سبيل المثال لا الحصر : فصام الطفولة المبكرة "EarlyInfantileAutism ".

إجترارية الطفولة المبكرة"EarlyChildhoodAutism".

ذهان الطفولة"Childrenpsychesis ".

النمو غير السوي "Atypical Ego Development".

نمو"الانا" غير السوي"AtypicalEgoDevelopment".

ويرى بعض الباحثين مثل "يوسف القريوتي وآخرون أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح "إعاقة التوحد"واختلافات واهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة و المهتمين بهذا الاضطراب.

ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح "إعاقة التوحد"في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام ، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة" فصام الطفولة"، وفي ذالك الوقت كان يستخدم مصطلح الذواتيون "إعاقة التوحد"كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصاميين ، ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كإسم للدلالة على اضطراب الذواتيون لإعاقة التوحد بأكمله

(محمد أحمد خطاب,2005ص,9-11) .

2 - تعريف اضطراب التوحد:

هناك تعريفات كثيرة للتوحد ، وتهدف جميع هذه التعريفات إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات وهي فئة التوحد .

- يطلق " **رمضان القذافي**" على الاجترارية كلمة " الفصام الذاتوي " (ذاتي التركيب) ، ويرى أن الكلمة أجنبية "AUTISM " تعود إلى أصل كلمة إغريقية تعني "أوتوس"AUTOS"وهي "الذات" أو"النفس" وأنها حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، ويرى أنه على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي،بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي، والانفعالي والذهني، وكان الاتجاه في السابق هو اعتبار هذه الحالة من حالات فصام الشخصية لدى الأطفال،ولكن اتضح خلو الأعراض من كثير علامات الاضطراب الفصامي المعروفة مثل الخيالات والهذاءات، مما جعل العلماء يرون فيها حالة خاصة قائمة بذاتها.

كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهني كذلك لتميز المصابين ببعض المهارات العادية التي لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنيا.

وتتميز هذه الحالة بشكل خاص بعدم القدرة على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويا، و اضطراب الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على الاتصال أو التعلم أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية (عبد الرحمن سيد سليمان،2002,ص138).

التوحد اضطراب واضح في النمو الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية .

– ويعرف بأنه مجموعة من الاضطرابات، تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدد ونمطي ومتكرر من الاهتمامات تمثل في مجموعها سمة شائعة في أداء الفرد في مختلف المواقف، كما يعرف التوحد بأنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية، تشمل كلا من الانتباه، الإدراك الحسي والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل .(حسن شحاتة وزينب النجار،2003،ص158-159)

– كما قام "**كانر**""Kanner"سنة 1943 بتعريف التوحد ووصفه بأنه :" حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بان لديهم اضطرابات لغوية حادة بالإضافة إلى"**كيرك**"Kirek "الذي يرى بان التوحد هو : "حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى وانه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها و انه يعاني مما يوصف باللعب النمطي، وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته".(رائد خليل العبادي،2006،ص13)

عرفه الدليل التشخيصي والأخصائي الخامس للاضطرابات العقلية "DSMR "على انه : "العجز المستمر في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي كعدم القدرة على بدئ المحادثة مع الآخرين وانخفاض القدرة على التعبير عن العواطف والمشاعر ووجود صعوبات في سلوكيات التواصل اللفظي وغير اللفظي، كضعف القدرة على التواصل البصري والحركات الشاذة للجسد وعدم القدرة على استخراج الإيحاءات و تعابير الوجه،بالإضافة إلى صعوبات في السلوك التكيفي المناسب للسياق الاجتماعي والعجز عن تكوين الصدقات والمشاركة في اللعب التحملي، وكذلك محدودية الأنماط السلوكية وتكرارها مثل : النمطية ، وتكرار الكلام ، والمصاداة والتمسك بالروتين ومقاومة التعبير (DSMS ,2013P50-51).

–يعد اضطراب التوحد كما تعرفه مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (2011) بمثابة إعاقة نمائية معقدة عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل, وينتج عنها اضطراب نيورولوجي يؤثر سلبا على الأداء الوظيفي للمخ .

وتعرفه الجمعية الأمريكية كما يشير دافيز(2002) على أنه اضطراب عصبي يلازم الفرد طوال حياته ،ويتمخض عن ذلك ظهور عجز في عملية التعلم بشكل عام وعملية التنشئة الاجتماعية بشكل خاص.

– أما التعريف الجامع للاضطراب فهو التعريف الخاص بنا والذي نرى فيه أن اضطراب التوحد من وجهة نظرنا اضطرابا نمائيا وعصبيا معقدا يتعرض الطفل له قبل الثالثة من عمره، ويلازمه مدى حياته ، ويمكن النظر إليه من جوانب ستة على انه اضطراب نمائي عام آو منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته.

كما يتم النظر إليه أيضا على انه إعاقة عقلية ،وإعاقة اجتماعية،وعلى انه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت ،وكذلك على انه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية ،والتواصل ، والعب الرمزي فضلا عن

وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة ، كما انه يتلازم مرضيا مع اضطراب قصور ألانتباه(عادل محمد عبد الله,2012,ص19).

3-أسباب التوحد:

التوحد ليس مرضا محددا ذا عرض معين، وليس له تحاليل واختبارات تحدده ، بل مجموعة من الأعراض والتصرفات تختلف حدتها ونوعيتها من طفل لأخر كما أنها تتفاوت في الطفل نفسه ، تختلف هذه الأعراض لديه بالزيادة والنقصان .

ومع العديد من الدراسات والأبحاث التي أجريت مازالت أسباب التوحد مجهولة عندما بدا التعرف على التوحد فسر بعض الأطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي "لفرويد" التوحد على انه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، و هذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده وفسر العالم النفسي برنو "بيتلهيم"" Bruno Bettelheim"إن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم ، حيث كان يطلق على الأم سابقا لقب الأم الثلاجة ، ولكن مع زيادة الاهتمام بالتوحد ودراسته ظهرت تفسيرات عديدة توضح أسباب التوحد نذكر منها ما يلي:

3-1-عوامل وراثية جينية :

- أثبتت بعض الدراسات الحديثة وكما تذكر "ليدا""Lida" أن هناك ارتباط بين التوحد وخلل الكروموزومات و أوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم الذي يسمى (fragilex)ويعتبر هذا الكرومزوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد،وهذا الكرومزوم يكون شائعا بين الذكور أكثر من الإناث ، ويؤثر هذا الكرومزوم في حوالي 10/7بالمائة من حالات التوحد.(نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع،2005،ص29-31)

كما وتشير بعض الأدلة أن العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد كما أن الكريات اللمفاوية لبعض التوحديين يتأثرون وهم أجنة

بالأجسام المضادة لدى الأمهات. وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة تتألف أثناء مرحلة الحمل .(إبراهيم الرزيقات،2004،ص80)

3-2- عوامل بيولوجية :

- تنحصر هذه العوامل كما تذكر"ليدا""Lida" 1993 في الحالات التسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة آو أثناءها آو بعدها ، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل آو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين ، استخدام الآلات في الولادة ، أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم ، كل هذه العوامل قد تكون أسباب متداخلة سببت حالة التوحد.

3-3-عوامل عقلية:

يرى أصحاب وجهة النظر هذه كما يرى "فرث""frith" 1993ان التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام ، الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وانه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المرهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة "سينجر و"وينمي" ، ولكن غالبا ما يتم رفض هذه النظرية كون الفصام مرض نفسي والتوحد اضطراب نمائي.

3-4-عوامل عائدة لتكوين الدماغ :

لقد ربطت الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث في اضطراب التوحد الربط بين حالة التوحد و الاختلالات البيولوجية والعصبية في الدماغ ، فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ كما ذكرت "فرث""frith"1993 اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء مثل "كامبر"1985وغيرهم ضمور في حجم المخيخ خصوصا في الفصيصات الدورية رقم (6) و (7) وقد يصل هذا الضمور إلى 13%من حجم المخيخ لدى الاطفال المصابين بالتوحد من وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد .

3-5 عـوامل أيضيـــــة:

في هذه النظرية كما يذكر "كامبل" و"شاي""Cambel&Shay" 1995 وفي العهد (2003) افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد (peptide)خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي ، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي ، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة ، وهذه المواد(peptide) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين كالقمح، والشعير، والشوفان، وأيضا الكازيين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان، ولكن لهذه النظرية نقاط ضعف فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ، ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد ، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.(نايف بن عابد بن ابراهيم الزراع،2005،ص29-31)

ومجمل القول لا يوجد سبب رئيسي يتفق عليه الجميع ليكون السبب الوحيد للإصابة بالتوحد في كل مرة نقرا تعريف عن التوحد تشدنا عبارة "لم يصل العلم لتحديد أسبابه" وهذه العبارة هي لغز بحد ذاته ولكن السبب في هذه العبارة يعود إلى أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي تتحد وتتنوع حسب النظريات المفسرة لهذا الاضطراب .

4- خصائص وسمات الطفل التوحدي:

إن احد ابرز خصائص وأعراض التوحد هو السلبية في السلوك الاجتماعي ، وقد شرحت الكثير من التقارير التي كتبها الوالدان والبحوث في هذه المشكلة ، و رأى الكثيرون أن ذلك هو مفتاح لتحديد التوحد ، ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات : المنعزل اجتماعيا ، غير المبالي اجتماعيا ، الأخرق اجتماعيا .(طارق عامر،2008،ص51)

ومن خلال مراجعة الكتب المتعلق بالتوحد نجد أن أغلب الدراسات تشير إلى أهم الخصائص التي تميز التوحد وهي كما يلي :

4-1 - الخصائص الاجتماعية:

إن عدم قدرة الأطفال التوحديين على تنمية المهارات الاجتماعية هي أكثر الخصائص المميزة للتوحدية ظهورا ، حيث يشير الباحثون إلى انه من الخصائص الاجتماعية المتداولة عند الطفل التوحدي هي الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، و امام خاصية الانسحاب هذه يرى بعض الباحثين أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات ، حيث يرى "شاكر قنديل"2000 أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم،وقد يحبون الألعاب التي تتطلب اتصالا بدنيا ، بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعانقته واحتضانه له، أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقا حادا إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم .(محمد احمد خطاب ،2005،ص33)

ويبدو الطفل التوحدي وكأنه غير مهتم بالآخرين وغير مبالي بهم وربما يتجنب التواصل البصري ويبدو وكأنه يتصفح وجوه المحيطين به، وربما يبدو غير متجاوب للغاية ،وربما يظهر قليلا من الرغبة إذا أبدى الرغبة أصلا في المبادأة بالتواصل أو في أن يحمل ، وحتى عندما يحمل فانه ربما يتصلب أو يقوس ظهره وكان حمله يعتبر شيئا ضاغطا بالنسبة له ، وربما تكون مثيرات الآخرين الاجتماعية –مثل الابتسامة والتلويح باليد – عديمة المعنى بالنسبة له، وربما لا يبتسم هذا الطفل إلا في وقت متأخر جدا . وبالإضافة إلى ذلك فان هذا الطفل ربما لا يلعب مع الآخرين ، وربما يستخدم الآخرين على نحو ميكانيكي كوسيلة توصله لهدفه ، فعلى سبيل المثال يمكن أن يصطحب هذا الطفل أباه من يده لينجز له شيئا يريده ، كان يأخذه من يده غالى الثلاجة ليحضر له قدحا من العصير دون أن يبدي أي ابتسامة أو ينطق بكلمة واحدة ، فالأب في هذه الحالة يعامل كأي آلة ، ومعظم الأطفال التوحديين لديهم مهارات اجتماعية محدودة للغاية ، ويبدو كما لو كانوا يعيشون في عالم خاص بهم بمعزل عن المحيطين بهم ، وربما ترتبط معظم التفاعلات الموجودة بقواعد خاصة مهمة بالنسبة للطفل فقط (محمد السيد عبد الرحمن ،2005،ص12-13).

4-2- الخصائص الانفعالية:

هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى التوحدي ، مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ،وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله ، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه ، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح ، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى لطفل التوحدي وقد أسفرت نتائج دراسة قام بها "اسماعيل بدر "1997 إلى أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم و لا يضحك و اذا ضحك لا يعبر ذلك عن المرح لديه والبعض لا يعانق حتى أمه والبعض لا يظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت والمدرسة ، وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل .

(محمد أحمد خطاب ،2005،ص36)

4-3- الخصائص البدنية :

غالبا ما يكون المظهر العام مقبولا إن لم يكن جذابا مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون اقصر طولا من أقرانهم غير المصابين بالتوحد ، ومن حيث الثبات في العمر المبكر في استخدام اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط كمعظم الأطفال ، فإننا نجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر ، اختلاف عن الطفل الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العام مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم ويتعرض أطفال التوحد من طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي والسعال ، كما يعانون اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو الشلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع العام ، كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم .

ففي الكثير من حالات التوحد ، قد لا ترتفع حرارة جسم الطفل التوحدي المصاب بالحمى أو مرض معد يرفع حرارة الطفل السليم ، والبعض لا يشكو مما يعانيه من الآلام بل لا يعبر عن ألمه بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع .

ومع هذا فان سلوكيات الطفل التوحدي تكون أكثر رقة وهدوءا وتحسنا أثناء حالات المرض والألم ، مما يستدل منه الأبوان أو المدرس على أن الطفل يعاني مرضا أو توعكا أو ألما .

(محمد أحمد خطاب،2005،ص30-31)

4-4-الخصائص السلوكية:

لقد أشار "هوارد" و"اورلنسكي ""Haward&Orlansky" عام 1980 إلى عدة سمات يتصف بها أطفال التوحد كتكرار السلوك النمطي والذي تمثل في اهتزاز الجسم إلى الأمام والى الخلف أثناء الجلوس والدوران حول نفسه، وسلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب وصعوبة تعامل الأهل مع الأنماط السلوكية الشاذة كأن يعض الطفل جسده حتى ينزف، أو يضرب رأسه بالحيط ، وقصور في السلوك أي تأخر في نمو السلوك ، فقد يكون العمر الزمني للطفل التوحدي خمس سنوات، بينما سلوكه يتماثل مع سلوك طفل عادي ذي السنة الواحدة من العمر ، وهو يفتقر للاستقلالية، بل يعتمد على الآخرين في طعامه أو ارتداء ملابسه.(احمد سليم النجار،2006،ص 6-7)

ويرى "شاكر قنديل " 2000 أن أي قصور حاد في أداء الطفل عموما يؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية ، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية ، أو حدوث ثراء في خبرات الطفل ، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجزا عن التأثير في بيئته ولا يسمح لسلوكه بان يؤدي دورا تحكيميا (مؤثرا) في مثيرات البيئة ، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة .

(محمد أحمد خطاب،2005ص28)

4-5- الخصائص الفكرية :

تقدم كتابات " تمبلجراندن" و "دونا ويليامس" ، وغيرهما وسيلة لفهم كيف يفكر الأشخاص المصابون بالتوحد، حيث يظهر من خلال هذه الكتابات اعتماد الأشخاص المصابين بالتوحد على طريقة من التفكير تتميز(في بعض الأحيان)بالتالي :

-التفكير بالصور وليس بالكلمات

-عرض الأفكار على شكل فيديو في مخيلتهم ، الأمر الذي يحتاج إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.

-صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية .

-صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى .

-يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.

-لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها.

-لديهم صعوبة في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس.(أسامة محمد البطاينة وعبد الناصر ذياب الجراح،2007،ص580)

4-6- الخصائص اللغوية والتواصلية :

يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن الطفل غير التوحدي المضطرب لغويا كما يشير "جاردان" "jardan" 1995 وهي :

-عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعيا.

التحدث بمعدل اقل من الطفل العادي ، الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرارية في إعادة نفس الكلمات، الاستخدام غير السوي للغة حيث نجد أن معظمهم يرددون بشكل متكرر زائد متعلق بما يشغل بالهم; الاستخدام غير السوي للغة حيث أن الطفل التوحدي يتكلم بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث وأهميته.

4-7- بعض الخصائص النمطية التي يتصف بها الأفراد المصابين بالتوحد :

-تكرار الكلام بدون معنى(Echolalia) يكرر بشكل حرفي ما يسمع.

-يرغب في اتباع مجموعة معينة من أنماط السلوك / التفاعل.

-التعامل مع الناس الآخرين كما لو كانوا أجسام غير متحركة .

-سلوكه يكون أما سلوك سلبي جدا او سلوك نشيط عصبي جدا.

-قلة العاب الخيال .

-كراهية وجود تلامس مع الأشياء والناس .

-يرغب في إبقاء الأجسام في نمط واحد .

-الكراهية المتطرفة لبعض الأصوات ولبعض الأطعمة .

-السلوك العدواني على الآخرين.

-قلة الكلام والتطوير المتأخر للكلام .

-قلة التفاعل مع الأطفال الآخرين .

5-تشخيص التــوحـــد :

يعتبر تشخيص اضطرب التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهها الأهل والمختصون ، ذلك لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليه ، لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد، لذلك من المهم أن يكون هناك دقة وشمولية في تقييم وتشخيص الطفل على انه مصاب بهذا الاضطراب .

والتشخيص: هي العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر، وأدوات التشخيص مازالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصا في الوقت المبكر.

هنا لابد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على

الإبداع ، فهناك أسباب متعددة لذلك ولكن لابد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة .

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعلمهم، فان ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء وغير المتخصصين قاصرة، لذلك فانه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد إن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة، وكانت هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص ، وهنا لابد من التركيز على أن التشخيص مسالة صعبة وخصوصا في المراحل الأولى ولوجود اختلافات في الأعراض ويجب اخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من العائلات .(رائد خليل العبادي ، ص45)

فهل هناك اختبارات أو تجارب ؟

حتى الآن لا يوجد تحاليل مخبرية أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات فالتشخيص صعب للغاية ، وللوصول إلى تشخيص اقرب للحقيقة فان الطفل يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوي الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، وطبيب أعصاب ، وأخصائي نفسي، وأخصائي اجتماعي ، وأخصائي نطق ولغة وأخصائي سمع وأخصائي تربية خاصة بالإضافة إلى الوالدين والطفل نفسه و أي شخص يمكن أن يقدم معلومات مفيدة) كلا في مجاله بتقييم الطفل من نواحي معينة ، وبطرق متنوعة ، ومن ثمة تجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها ، لتقرير وجود اضطراب توحد ودرجته ، وأساليب علاجه .(رائد خليل العبادي،2006،ص45)

5-1 -التقـــييم :

يذكر كل من " ماكلـــوفلين " و"لويس" "Makloughlin& Lewis"في الشامي(2004) إن التقييم الجيد يتكون من العناصر والأساليب التالية:

1-يجب أن يكون التقييم شاملا.

2-يجب أن يصدر التقييم عن أشخاص متعددي التخصصات.

3-يجب أن تكون أدوات التقييم أو الاختبارات مناسبة .

4-يجب أن تكون الطرق المستخدمة في أجراء الاختبارات مناسبة.

5-يجب إشراك والدي الطفل في عملية التقييم.

6-يجب كتابة تقرير بشكل مبسط وشامل.

هناك عدة طرق لتقييم نمو الطفل في جوانب متعددة، ومعرفة المشاكل التي يعاني منها ، ومهما اختلفت تلك المراكز من بلد لآخر فإن المبادئ الأساسية واحدة ، والهدف من التقييم هو : جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق ، وبالتالي ما يترتب على ذلك من توقف القدرة على تعلم اللغة، أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية ، وفاعلية التنشئة الاجتماعية .

5-2- معايير تشخيص اضطراب التوحد :

كما وردفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية –الإصدار الرابع –المنقح (DSM-IV-TR/2000)

1/ تتضمن معايير التشخيص 6 نقاط من(1) و(2)و(3) منها نقطتان على الأقل من القسم (1):

القسم(1) :قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية :

قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل تعبيرات الوجه، الوضع الجسماني ،التواصل البصري ،الإيماءات ، التي تنظم التفاعل الاجتماعي ، فشل في تكوين العلاقات الاجتماعية المناسبة نمائيا مع الأقران ، الافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم واهتماماتهم عدم القدرة على تبادل المشاعر الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين .

القسم(2) : قصور نوعي في التواصل يتمثل على الأقل في احد العناصر التالية :

تأخر فيتطور الكلام أو فقدانه كليا (مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماءات أو الإشارات) .

عدم المقدرة على المبادرة في الكلام والمحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها لمن يتمتع منهم بالقدرة على الحديث .

ما هي نقاط التقييم؟

-تقييم الحالة عادة ما يشمل النقاط التالية :

-التقييم الطبي.

-التقييم النفس.

-التقييم التربوي.

-التقييم الاجتماعي.

-التقييم اللغوي.

-فحص السمع.

-تقييم التواصل.

-التقييم الوظيفي.

ويعزو فراج (1994) صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة أسباب رئيسية هي:

1-اشتراك وتشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، والإعاقات الانفعالية بل ومع حالات الفصام (Schizophrenia)، ولدرجة أن كثير من علماء النفس يعتبرونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة .

2- حداثة البحوث التي تجري على اضطراب التوحد نسبيا ،وذلك أن معرفتها بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات وبدرجة أكثر تحديدا في السبعينيات .

3-التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد والبيئة المحيطة كما لو أن عائقا وقف الجهاز العصبي عن العمل .

5-3- أهم أدوات القياس وتشخيص التوحد :

إن هذا الاضطراب كما يشير إليه "فولكمار" 1996 يتضمن العديد من الأعراض بدرجات متفاوتة من مهارات تواصل مختلفة ومستويات متباينة للكفاية الذاتية ومستويات عقلية مختلفة وقدرات مختلفة ومستويات نمائية مختلفة، وفيما يلي عرض لأهم أدوات تشخيص التوحد كما يذكرها "فولكمار "1996:

1-قائمة تشخيص للأطفال المضطربين سلوكيا (استمارة أي-2):

Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children (FormE-2) By Rimland, 1971

2-أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء:

Behavior Rutting Instrument for Autistic & Atypical Children (BRIAAC) by Ruttenberg,Kalishwenar and wolf,1971

3-قائمة تقدير السلوك التوحدي :

Autistic Behavior Checklist (ABC)byKrug,Arick and Almond,1980

4-مقياس ملاحظة السلوك :

Behavior ObservationScale (BOS)byFreeman, Aitno,Guthier,and Ball,1978

5-جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد :

Autistic Diagnostic Observation Schedule,(ADOS)byLord,Rutter,Goodo,Heemsbergen ,Jardan,MawhoodandSchopler1989

6-قائمة أوصاف التوحد :

AutismDescripttorsChecklist ,(ADC)byFridman,WolfandCohen,1983

استخدام متكرر وثابت للغة وطريقة خاصة في استخدامها ، فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى تطوره .

القسم (3) : سلوك نمطي ومتكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات مما يتمثل على الأقل في إحدى العناصر التالية :

1/ انشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر يكون غير طبيعي من حيث شدته او مدى التركيز عليه ، تعلق غير طبيعي لبعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها ، حركات يدوية وتكرارية ونمطية مثل هز الجسم ، ورفرفة اليدين وغيرها،الانبهار أو الانشغال الشديد بأجزاء الأشياء .

2/ تأخر أو سلوك غير طبيعي في احد الجوانب التالية على اقل تقدير ، يبدأ قبل بلوغ الطفل 3 سنوات :

التفاعل الاجتماعي .

استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي .

اللعب الرمزي أو التخيلي .

3/ لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو باضطراب الانتكاس الطفولي

7-قائمة تشخيص التوحد –المراجع-:

The Autisme Diagnostic Interview, (ADI-R) by Leconteur,Rutter,lord ,Rios and Mclennan,1989.

8-مقياس تقدير التوحد الطفولي:

ChildhoodAutismRatingScale,(CARS) by Schopler,Recheler and Runner,1988.

9-الاداة المسحية لحالات التوحد للتخطيط التربوي –الطبعة الثانية :

Autism Screening InstrumentforEducationalPlaning.

10-جدول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة:

Pre-Linguistic Autism Diagnostic ObservationSchedule(PL-ADOS)

11- قائمة التوحد للأطفال دون السنتين :

Cheeklist for Autism in Toddlers(CHAT)

12-مقياس جيليام للتوحد:

Gilliam Autism Rating Scales(GARS)

13-أداة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين:

ScreeningTest for Autism in two-years olds(STAT)

14-أداة مسح للاضطرابات النمائية الشاملة :

Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST)

15-مقياس الحياة الواقعية :

Real-Life Rating Scales-(RLRS)

16-التقويم المختصر لسلوك الرضيع

Infant Behavior Summarized Evaluation(IBSE)

17-مقياس تقدير السلوك التوحدي –"لمارفي"و"أندريان"و"سوفاج".

18-قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة:

وسنعرض فيما يلي بعضا منها :

19-مقياس تقدير السلوك التوحدي :وهو من إعداد -"مارفي"و"أندريان"و"سوفاج".1997، وقد قام الباحثون بملاحظة سلوك مجموعة من الأطفال التوحديين عن طريق 24 فلما التقطت لهؤلاء الأطفال بين أسرهم ، ثم قاموا بتحديد سلوك الطفل التوحدي على بطاقات أعدت لذلك. وقد أوجد الباحثون عدد 33عبارة تجمعت في شكل 4 أبعاد وهي :

1-مشكلات الاتصال الاجتماعي .

2-المشكلات الانفعالية .

3-مشكلات سمعية وبصرية.

4-مشكلات في النشاط الحركي المفرط للطفل.

20-أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء: ولقد طورها "روتنبيرغ" و"وويرنر"و"ووبف" 1977 ، وتحتوي القائمة كما يشير إلى ذلك "شورت " 1986 على ثمانية أبعاد فرعية منها : العلاقات مع الآخرين ، مهارات التواصل ، حركات الجسم ،والاستجابات الاجتماعية ، النطق واللغة التعبيرية ،وللقائمة سلم متدرج من 10 درجات لتسجيل استجابات الطفل ، حيث يقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة مباشرة ، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل في كل فقرة .

21-مقياس جيليام للتوحد:يخدم هذا المقياس حالات التوحد ممن تتراوح أعمارهم مابين 3-22 سنة فقد يستخدم هذا المقياس من قبل الأهل والمختصين ويقيس هذا المقياس الجوانب التالية :

1-التوصل والتفاعل الاجتماعي .

2-السلوك النمطي المتكرر.

3-الاضطرابات التطورية .(نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع ، 2004،ص35-45)

5-4 التشخيص الفارقي:

إن التوحد ليس ببعيد عن العديد من الحالات الإكلينيكية الأخرى ، فهو يتشابه إلى حد بعيد مع بعض الحالات ولذلك وجد التشخيص الفارقي والذي يعمل على إيجاد المعايير التي نستطيع من خلالها التفريق مابين الاضطرابات المتشابهة عموما والتفريق ما بين التوحد و الاضطرابات المشابهة له في الخصائص ، حيث أن التوحد كثيرا ما يحدث متلازما مع التخلف العقلي أو يحدث التخلف العقلي ملازما له .

يتضمن أيضا التشخيص الفارقي سلوك الطفل موضوع التشخيص مع سلوك الطفل الذي يعاني من اضطرابات أخرى تحمل نفس الاعراض، كما هو الحال في حالات التخلف العقلي ومشكلات اللغة والكلام كما يتضمن الأمر المقارنة مع المشكلات الطبية المرتبطة بالتوحد كما هو الحال مع"PKU Phenylketonuria".(نايف بن عابد بن ابراهيم الزارعن2004،ص45)

2 -التـــــــــكييف

1-مفهوم تكييف الروائز النفسية:

يشير مفهوم الروائز النفسية إلى كل الإجراءات التي يتبعها الباحث بداية من بداية بتقديره عما إذا كان الرائز باستطاعته تقدير التركيبة نفسها عند نقله من ثقافة إلى أخرى وصولا إلى محاولة الحصول على مفاهيم ,ومفردات ,و تعابير متعادلة ثقافيا ولغويا ونفسيا مع الثقافة الجديدة للرائز .

فالتكييف يأخذ أبعاد كثيرة من ترجمت محتويات الرائز من لغة إلى أخرى ليشمل جملة من التعديلات المنطقية المدروسة والمرحلية والتي تحتاج إلى أدلة علمية لتؤكد أن الرائز بالصورة الحالية صالح للتطبيق ,ونتائجه تنطبق على العينة الجديدة وفق خصائصها الثقافية(بوسالم ,2015,ص20-26)

إن عملية تكييف الرائز لا تعني فقط ترجمة لمحتوياتها ، ولكن الأمر في الحقيقة يتعلق بخلق جديد وذالك فيما يتعلق بمختلف عمليات التحويل والإضافة والإبدال ، يضاف إلى ذالك التبريرات النظرية والعمليات الإحصائية ، إذ تخضع البنود الناتجة عن التعديل للتجريب داخل المجتمع الجديد في شكل تقنين أولي تم يأتي التقنين الأخير على مجتمع أكبر فتكييف رائز معناه إتباع خط سير معين وتحديد الخصوصيات الثقافية واللغوية والعادات والتقاليد ، وديانة المجتمع الذي ينبع منها الرائز وهذا لكي يعطي الرائز الجديد بعدا تكييفا أكثر منه بعدا ترجميا ،لان عملية التكييف هي ملائمة أداة من مجتمع وحضارة إلى حضارة مختلفة تماما عن الأولى.(بوزياني,2009,ص4)

تعريف الموسوعة العربية للرائز:

الرائز في مجال دراسة السلوك الإنساني يشير إلى طريقة منظمة وموضوعية في إعداد وتطوير مجموعة من البنود أو الأسئلة ،واستخدامها في الكشف عن جانب محدد من جوانب الشخصية ،وتسمح في الوقت ذاته بمقارنة الأفراد فيما بينهم في هذا المجال.

الرائز هو تقرير موضوعي لسلوك الشخص المفحوص بعيدا عن تدخل العوامل الذاتية للفاحص أو لمصحح الرائز ،وعليه فإنه لا بد من تصحيح الرائز وضبط شروطه في كل مرة يستخدمها فيها، سواء استخدم على المفحوص نفسه أم على مفحوصين آخرين .

ويشير الرائز إلى تلك العملية المنظمة التي يلجا إليها الأخصائي مستخدما رائزا ما للكشف عن سلوك ما لدى الفرد والتي تنتهي إلى إعطاء تقدير كمي لهذا السلوك (الموسوعة العربية ،موقع الكتروني،2017).

2-مجالات استخدام الروائز.

تستخدم الروائز النفسية والعقلية قصد تحليل قدرات الأفراد ومواهبهم واستعداداتهم وميولهم ، للتعرف على جوانب الشخصية ،حيث أصبح استخدام الروائز يشمل الكثير من المجالات النفسية والتربوية والمهنية وغيرها في الوقت الحاضر ونذكر منها ما يلي:

2-1-المجال التربوي :

لقد أصبحت طريقة الروائز أمرا لا يمكن الاستغناء عنه لما لها من دور فعال سواء في التوجيه أو الاختيار التربوي ،وذلك من أجل مستوى القدرات التربوية المختلفة ،ودراسة الجوانب الوجدانية في شخصية التلاميذ والطلاب لإستخدامها في عملية التوجيه التربوي والإرشاد النفسي .

ولقد تطور الأمر فدرست مظاهر التفكير الإبداعي والإشارة إلى اختلاف في الذكاء ،وذلك من اجل تبني طرق جديدة للتدريس تتناسب مع ذوي القدرات المرتفعة (الموهوبين) وذوي القدرات المنخفضة (عوض ،1998،ص45) .

2-2-المجال الصناعي :

تستخدم الروائز النفسية والعقلية في مجال الصناعة قصد قياس قدرات العمال واستعداداتهم الأولية بهدف انتقاء الصالح منهم لعمل معين،واستبعاد من لا يصلح لهذا العمل تمهيدا لتوجيههم للعمل الذي يؤهله لهم قدراتهم،فالاختبار والتوجيه المهنيين هما عمليتان تستهدفان وضع الفرد المناسب في العمل المناسب له.

ولم تقتصر الروائز النفسية والعقلية على هذا فقط بل تعدته إلى تقييم جوانب أخرى في شخصية العامل غير القدرات الإدراكية والحركية ،مثل مشاعر القلق والاتزان الوجداني ،وقياس الروح المعنوية والاستهداف للحوادث.

كما أخذت الروائز بعين الاعتبار المديرين أنفسهم ورجال الإدارة العليا لتقيس القدرات الإبداعية أو الابتكارية عندهم .(عوض ،1998،ص44-45)

2-3-المجال الإكلينيكي :

تستهدف الروائز النفسية والعقلية وصف الاضطرابات في مختلف مظاهر السلوك الإنساني وتشخيصها والتعرف على قدرات المريض وذكائه والعوامل المؤثرة في اضطرابه ،ومدى توظيفها في إعادة تكيفه في الحياة ، ومن بين الروائز رائز بقع الحبر ... (عوض ،1998،ص45-46)

2-4-المجال العسكري :

تستخدم الروائز النفسية والعقلية في عملية اختيار الجنود وتوجيههم نحو العمل في مجال استعمال أسلحة معينة تبعا لقدراتهم واستعداداتهم وسماتهم الشخصية المزاجية ،واختيار القادة أيضا ،واستبعاد ضعفاء العقول ،وتحصين الجيوش ضد الحرب النفسية التي يشنها العدو والتدريب على استثمار الخصائص السيكولوجية في شن الحرب المضادة ،ويعود الفضل للحرب العالمية الأولى في دفع حركة الروائز في هذا المجال . (عوض ،1998،ص46)

3-خصائص الرائز الجيد :

3-1-الصدق:

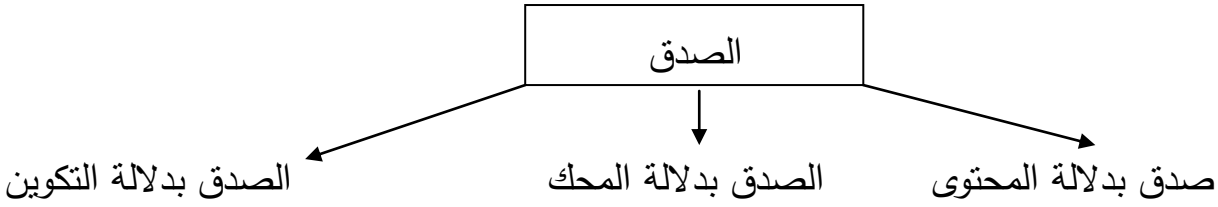
مفهوم الصدق يشير إلى أن الرائز يقيس السمة أو الصفة التي صمم الرائز لأجل قياسها (عباس ،1996،ص24)

وقد أكدت النشرة الصادرة عن رابطة علم النفس الأمريكية على ثلاث طرق أساسية تستخدم في حساب الصدق وهي:

صدق بدلالة المحتوى

الصدق بدلالة المحك

الصدق بدلالة التكوين

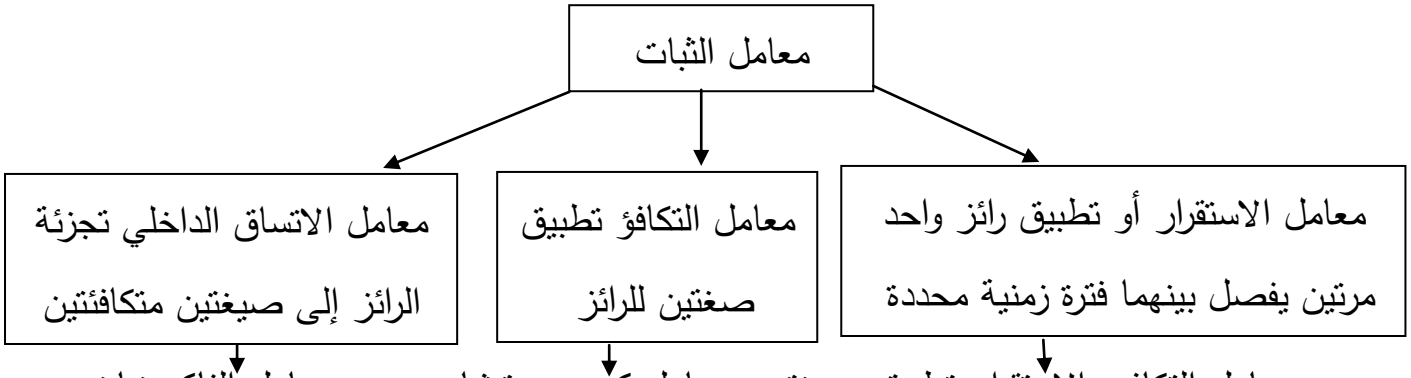


الشكل (5): يمثل طرق حساب الصدق

3-2-الثبات:

الثبات يعني بالاتساق في نتائج القياس على نفس الأداة أو الرائز عند تطبيقه من وقت لآخر. (حماد ،2012،ص67)

كما عرفه عباس (1996) أنه مدى تطابق درجات أفراد مجموعة معينة على رائز معين في كل مرة يعاد اختبارهم بنفس الرائز.(عباس ،1996،ص22)



الشكل (6): يمثل أنواع معاملات الثبات(حماد،2012،ص68)

3-3-الشمولية والتمثيل:

الرائز هو عبارة عن مجموعة من الفقرات التي تمثل القدرة أو السمة التي يراد قياسها وهي عينة مختارة من مجموع مكونات هذه القدرة أو السمة. (حماد،2012،ص74)

3-4-الموضوعية:

عند تطبيق الرائز لا بد أن تضمن أنه ليس هناك تمييزا في عملية التطبيق ،كذلك ليس هناك تحيزا في عملية التصحيح وعملية تفسير النتائج والموضوعية تعني عدم التحيز والشيء الموضوعي هو الشيء القائم على حقائق خارجية وليت ذاتية يمكن للآخرين التأكد منها . (عوض،1998،ص52)

3-5-حساسية الأداة :

أن يكون الرائز مناسبا لما يقيس تحت الظروف الراهنة للقياس ،فمثلا رائز الذكاء الذي صمم لاكتشاف الموهوبين والعباقرة يصبح غير حساس لقياس الذكاء العاديين ،لأنه صمم لرصد الفروق بين الموهوبين فقط . (حماد،2012،ص74)

3-6-المعايير :

هناك صعوبات كثيرة تعترض الأخصائي في القياس أو في تفسيره لخصائص السلوك الإنساني ،لتخطي هذه الصعوبات ،نشأت الحاجة إلى مفهوم المعايير ،كون الدرجة الخام التي يتحصل عليها الفرد على الرائز لا تفسر شيئا في تقديرنا لأدائه ،إلا بعد مقارنتها بغيرها

من الدرجات التي نالها أفراد من نفس المجموعة التي ينتمي إليها الفرد ،إذا لابد من الرجوع إلى معيار يحدد معنى هذه الدرجة الخام التي نالها الفرد ،وتدلنا هذه المعايير على مركز الفرد بالنسبة للمجموعة التي تنتمي إليها . (عباس،1996،ص25-26)

4-العناصر الواجب أخذها بعين الاعتبار في تكييف المقاييس :

عند قيام الباحث بتكييف رائز ما يجب عليه أن يأخذ النقاط التالية بعين الاعتبار

-**الزمن:** يمكن أن يكون محددا أو غير محدد، وفائدة الزمن هنا تكمن في معرفة عدد المشاكل التي يستطيع الفرد حلها في زمن محدد .

-**ترتيب البنود:** ترتيب بنود رائز مهم جدا ،ويتم ذالك من خلال حساب معاملات السهولة والصعوبة .

-**شكل البنود** : يقصد بها طريقة طرحها ،أسلوبها ، نوعها ، وهو مهم أيضا إذ يجب المحافظة عليها في مرحلة التقنيين وبنفس الأسلوب في كل مرة فيها أو يطبق فيها الرائز .

-**هيئة الفاحص:** فهي مهمة أيضا لأنها تؤثر على استجابات المفحوصين إلى جانب إيماءاته ودرجة صوته ونبراته ,وهندامه....الخ

المكان:لابد من الحفاظ على شروط عامة للمكان حتى نستطيع أن نثق في النتائج,فالمكان الذي تسوده الضوضاء من شأنه أن يؤثر على نتائج المفحوصين .

-**الأدوات المستعملة:**ونقصد بها مادة الرائز إذ لا يسمح بتغيرها أو استبدالها بمواد أخرى

-**تنقيط النتائج:** ويقصد بها تنقيط الإجابات المتحصل عليها بنفس الأسلوب ، وفقا لقواعد موحدة. (جاب الله,2012,ص78-79)

5-مراحل التكييف:

قبل التطرق إلى مراحل تكييف اختبار ، نعرج على الخطوات المنهجية لبناء مقياس أو بطاقية اختبار .

وهي اختيار عينة من الأفراد : تحديد خصوصياتها واحترام قوانين وشروط المعاينة.

اختيار عينة من الأسئلة : تحديدها من حيث السهولة والصعوبة ،وشكلها وعددها

تقنين الاختبار: ويقصد منه تطبيقه على الأفراد في ظروف موحدة وهو نوعان : تقنين قبلي أو أولي ،وتقنين نهائي التقنين الأولي أو القبلي (Pré étalonnage)الهدف منه هو تجريب الأسئلة ،والتعرف على العينة والظروف الاختبار ،واختيار الصيغة النهائية للاختبار التقنين النهائي أو الأخير(Etalonnage) : أو (Standardisation)وفيه يطبق الاختبار في شكله النهائي ،وتجرى على نتائجه جميع العمليات الإحصائية ، بغية التعرف على خصائصه السيكومترية ،وهي المرحلة الأخيرة من البناء الاختبار وتتمثل في الدراسة:

موضوع المقياس وحساسيته

المعايير والمتوسطات (المعايرة)

حساب الصدق

حساب الثبات (سعد جلال ،1985, ص28)

وهي تقترب جدا من مراحل البناء والتصميم،لأن التكييف يعتبر بناء من جديد والفرق الوحيد بينهما هو أن الباحث في عملية التكييف أو إعادة التكييف لا يحمل هم الأطر التفسيرية ولا النظريات التي يستند إليها الاختبار,بل يعتبر كل ذالك من الأمور المسلمة والمحسومة ولا يبحث فيها ،عموما يتبع الخطوات التالية:

-إختيار عينة من الأفراد بهدف التمثيل

-تطبيق أولي للاختبار ،وهدفه التقنيين القبلي وبناء الفرضيات حول البنود الواجب تفسيرها والبحث عن العناصر التكيفية في الاختبار.

-تغير الاختبار في شكله الجديد ،وهو ما يقال مرحلة اختيار عينة الأسئلة أثناء بناء الاختبار لأول مرة.

-التطبيق النهائي للصيغة الجديدة وهو التقنيين الفعلي ومنه نتحصل على التعيير (جدول التعيير ونحسب المعايير والمتوسطات).(قدوري ,1981,ص32)

6-إجراءات عملية لتحسين عملية تطبيق الاختبارات النفسية:

-تقنيين عدد من المقاييس والاختبارات النفسية على المجتمع الجزائري ،ومحاولة توحيد الجهود بين الباحثين الجزائريين وذلك بهدف الوصول إلى اختبارات ملائمة للتطبيق والاستخدام وفقا لثقافة وخصوصية المجتمع المحلي.

-دراسة الصفات والخصائص السيكومترية للاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة في مختلف المجالات ،المستشفيات والعيادات المتخصصة ومخابر البحث في الجامعات للخروج بقائمة للاختبارات ذات صلاحية جيدة.

-استخراج معايير محلية للاختبارات والمقاييس النفسية الأكثر تطبيقا في الجزائر.

-توسيع عينات تقنيين بعض الاختبارات والمقاييس النفسية بحيث تكون شاملة لجميع مناطق الثقافات الفرعية في الجزائر وليس مناطق معينة .

-عدم الاعتماد على مقياس واحد فقط أثناء عملية التشخيص وتنويع الاختبارات.

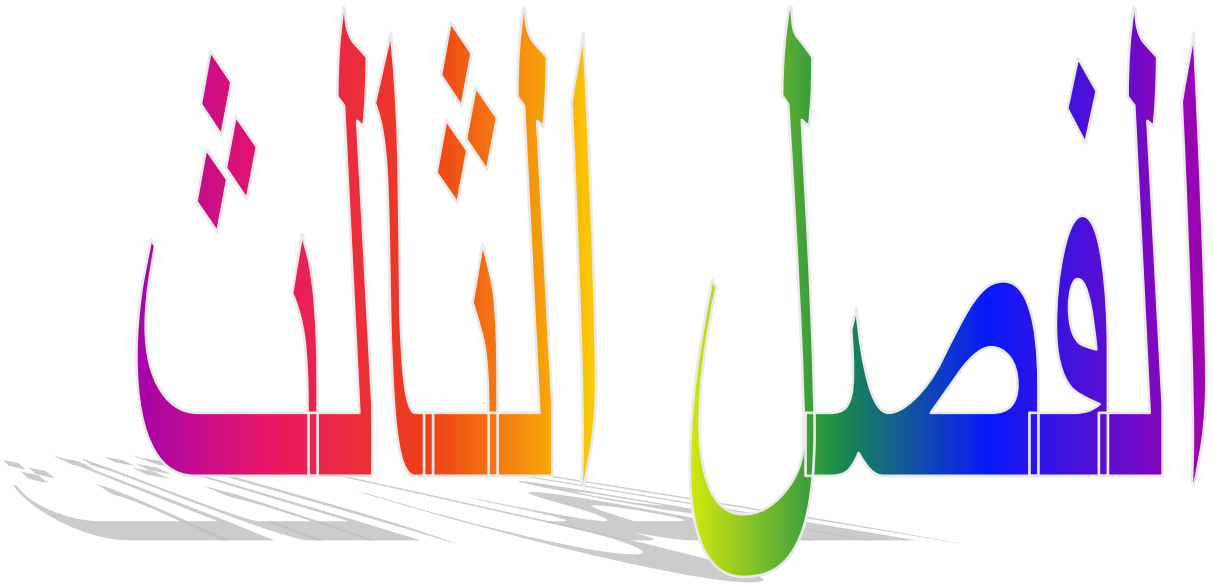
-الاستفادة من المحاولات الفردية لبعض الباحثين أو الأساتذة لتقنيين بعض هذه المقاييس في البيئات المحلية ،إذ أن استخدامها يكون أفضل من استخدام مقاييس غير مقننة محليا.(بوسالم,2015,ص20-25)

خلاصة:

في هذا الفصل تم التعرض إلى شقيق الشق الأول خاص بالتوحد ، حيث قمنا بضبط بعض المفاهيم الخاصة باضطراب التوحد والأسباب التي تؤدي إلى ظهوره وهي لحدى الساعة لم يتم العثور على سبب مؤكد لهذا الاضطراب وهو مصنف ضمن الاضطرابات النمائية والتي يعاني منها الطفل وكذا الأولياء نظرا لتعقدها وعدم ،كما تعرضنا إلى ذكر بعض الأدوات الخاصة بتشخيص وتقييم التوحد المتنوعة والمشهورة عالميا والتي من بينها مقياس جيليام لتشخيص التوحد GARS2.

أما في الشق الثاني لهذا الفصل فقد تم التعرف إلى معنى التكييف ،الخطوات المتبعة لذالك وذكرنا أيضا المجالات التي تستخدم فيها الروائز والخصائص السيكومترية التي تتمتع بها وفي الأخير تم التعريج إلى العناصر الواجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء التكييف للمقاييس النفسية والتربوية .

الجانب الميداني


الفصل الثالث

الفصل الثالث

منهجيةالدراسة والإجراءات الميدانية

تمهيد

1-منهج الدراسة

2-مجال الدراسة

3- عينة الدراسة

4-أدوات الدراسة

4-1-وصف المقياس

5-خطوات تكييف المقياس

1-الدراسة الاستطلاعية

1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية

1-2-اجراءات الدراسة الاستطلاعية

1-2-نتائج الدراسة الاستطلاعية

2-الدراسة التجريبية الثانية

2-1-نتائج الدراسة التجريبية الثانية

3-الدراسة التجريبية الثالثة

6-المعالجة الاحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة

تمهيد:

تمكننا الدراسة الميدانية من جمع المعلومات والبيانات حول الظاهرة المراد دراستها ليستعين بها الباحث، لتدعيم وإثراء فرضياته ، كما يمكننا الجانب التطبيقي من خلال الإطلاع على أهم النتائج المتحصل عليها خلال مراحل البحث، وتطبيق أدوات القياس والتأكد من صحة الفرضيات أو نفيها لذلك يعد هذا الجانب كتكملة للجانب النظري الذي تعرضنا له في الفصلين السابقين ، وقبل الخوض في عرض المعطيات والمعلومات والنتائج المتحصل عليها سنوضح الخطوات المنهجية التي اتبعناها للوصول الى هذه النتائج.

1- منهج الدراسة :

إن المنهج أيا كان نوعه ، هو الطريقة التي يتبعها الباحث للوصول إلى نتيجة ما ، والإيجاب عن الأسئلة المطروحة لهذه المشكلة وطبيعة الموضوع هي التي تتحكم في تحديد المنهج الملائم للبحث، وفي هذه الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الذي يقوم بدراسة الظاهرة كماهي في الواقع فيصفها وصفا دقيقا ، ويوضح خصائصها عن طريق جمع المعلومات ومن خصائص هذا المنهج انه لا يقف عند حد جمع المعلومات المتعلقة بظاهرة معينة وتبويبها ، وتنظيمها من اجل استسقاء جوانب الظاهرة المختلفة ، وإنما يعتمد الوصول إلى استنتاجات تسهم في فهم الواقع من خلال تحليل الظاهرة النفسية والتربوية وتفسيرها ، ومن ثم الوصول إلى تعميمات ذات مغزى تزيد بها الدراسة رصيد المعرفة عن تلك الظاهرة، وتسهم في تطوير الواقع وتحسنه .

فالمنهج الوصفي يعد من اكثر المناهج استخداما في البحوث التربوية والنفسية و الاجتماعية ، وفي دراستنا الحالية نسعى من خلال استخدام المنهج الوصفي الى محاولة تكييف مقياس جيليام لتشخيص التوحد الإصدار الثاني(ASG2).

2- **مجال الدراسة:**أجريت الدراسة الميدانية في المجالات التالية:

2-1-المجال البشري :

تم اختيار أطفال مشخصين باضطراب التوحد من نوع طيف التوحد والتوحد المتوسط من المركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد حي 108مسكن بالمسيلة,وبوحدة مستشفى النهار التابعة لمستشفى الأمراض العقلية بأولاد منصور المسيلة ، كما تم اختيار بعض الاطفال من بعض مدارس الابتدائية بالمسيلة .

2-2-**المجال المكاني:**

- المركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد108مسكن بالمسيلة.

-مدرسة حجاب لهول بحي لاروكاد المسيلة.

-مستشفى الامراض العقلية بأولاد منصور المسيلة.

-مدرسة بن مخفي محمد حي 108 مسكن بالمسيلة.

-روضة أنيس حي أشبيليا بالمسيلة.

-وباعتبار أن العينة الكبيرة أخذت من مستشفى الامراض العقلية بأولاد منصور والمركز البيداغوجي لأقسام التوحد ب108 مسكن بالمسيلة سوف نقدم بطاقة فنية مختصرة عليهما.

-نبذة مختصرة عن المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية أولاد منصور بالمسيلة.

التعريف بالمؤسسة: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية مستشفى أولاد منصور بالمسيلة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

تتكون المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية مستشفى أولاد منصور بالمسيلة من هيكل واحد للتكفل بالاختصاصات التالية:

1-مصلحة طب الأمراض العقلية للكبار :وتشمل ثلاثة (03) وحدات.

1-وحدة إستشفائية رجال.

2-وحدة إستشفائية نساء .

3-الاستعجالات العقلية والفحص.

2-مصلحة طب الأمراض العقلية للأطفال :وتشمل وحدتين (02) اثنتين.

1-وحدة مستشفى النهار.

2-الاستعجالات والفحص.

3-مصلحة مكافحة الإدمان :وتشمل وحدتين (02) اثنتين.

1-وحدة الاستشفاء.

2-وحدة الاستعجالات والفحص.

4-مصلحة الصيدلية :وتشمل وحدتين (02) اثنتين.

ملاحظة:وحدة مستشفى النهار(هي الوحدة التي طبقنا فيها المقياس).

بطاقة فنية: : لملحقة المركز النفسي البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد.

01-التعريف بالملحقة:

عنوان الملحقة: حي 108 مسكن المسيلة.

تاريخ فتح الملحقة:يوم 03 ديسمبر 2015 بعد تدشينها من طرف السيد الوالي لولاية المسيلة

طاقة الاستيعاب النظرية:50 طفل.

نظام التكفل بالملحقة: نصف يوم بدون وجبة .

عدد الحالات المتكفل بها بالملحقة:70 طفل يتراوح سنهم ما بين 5 سنوات و14 سنة من مختلف دوائر الولاية .

عدد الأطفال الفحص الخارجي :20 طفل يتراوح سنهم أقل من 5 سنوات ، والعدد في تزايد في الآونة الأخيرة، هذا نتيجة لعدم معرفة الأولياء المكان المتواجدة به هذه الأقسام ،حيث أن

هذه الملحقة كانت مقر للأحداث في السابق ، وغير فقط الاسم بأقسام التحضيري لأطفال التوحد ولكن المقر بقى نفسه108 مسكن.

نسبة التغطية:100بالمئة.

عدد الحالات المسجلة والمصرح بها: 180 حالة.

عدد الحالات الموجودة في قائمة الانتظار: 00 حالة .

2-3-المجال الزماني:

من 2017/10/12 الى 2018/02/24 تمت الدراسة الاستطلاعية والتي كانت عبارة عن استطلاع لبعض المقاييس الخاصة بتشخيص اضطراب التوحد والبحث عن أماكن تواجد الأطفال المشخصين بهذا الاضطراب في البيئة المحلية بالمسيلة والتي كان العثور على هذه الفئة بصعوبة ،ومن خلال ذالك تم اختيار مقياس جيليام لتشخيص اضطراب التوحد من بين الادوات المستخدمة في التشخيص كأداة لدراستنا

من2018/02/24الى 2018/03/03 تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 36طفل مشخصين باضطراب التوحد.

من 2018/03/07الى 2018/03/25 تم تطبيق الدراسة التجريبية الثانية والتي تم من خلالها تطبيق المقياس على عينة قوامها 80 طفل مشخصين باضطراب التوحد وذالك بعد تعديل لبعض بنود المقياس بالاستناد إلى الدراسة الاستطلاعية من خلال عدم وضوحها لبعض الاولياء أثناء الاستجابات لبنود المقياس

من 2018/03/25 الى 2018/05/10 تم تطبيق الدراسة التجريبية الثالثة وهي الدراسة الاساسية والتي طبقت على عينة قوامها 100 طفل مشخصين باضطراب التوحد من نوع طيف التوحد وتوحد متوسط.

3-عينة الدراسة:

تم اختيار 100 طفل مابين3 -15 سنة يعانون من اضطراب التوحد مشخصين من طرف أطباء مختصين، ونظرا لخصوصية مجتمع الدراسة فلم تتوفر بيانات في الاعمار 15-22سنة لعدم وجود أفراد مشخصين بهذا الاضطراب لهذه الفئة والجدول التالي يوضح أفراد الدراسة الأساسية ، والأماكن التي أخذت منها العينة .

جدول رقم (01) : يوضح توزيع أفراد المجتمع الأصلي .

المكان	العدد	النسبة المئوية
المركز البيداغوجي لأقسام التحضيري لأطفال التوحد	40	%40
مستشفى النهار بأولاد منصور	38	%38
مدرسة بن مخفي محمد قسم مكيف لأطفال التوحد بالمسيلة	05	%5
مدرسة حجاب لهول لاروكاد -المسيلة	1	%1
روضة أنيس بإشبيليا -المسيلة	1	%1
أطفال مشخصين بالإصابة باضطراب التوحد من قبل المختصين	15	%15
المجموع	100	%100

جدول رقم(02): يوضح أفراد الدراسة الأساسية حسب مراحل الدراسة.

العينة	العدد	النسبة المئوية
الدراسة الاستطلاعية	30	%30
الدراسة التجريبية الثانية	80	% 80
الدراسة التطبيقية الثالثة	100	%100
مجموع	180	%180

من خلال الجدول نلاحظ ان العينة الصغيرة هي التي تمثل العينة الاستطلاعية الأولى والتي تقدر ب 30 %، والعينة التجريبية الثانية قدرة ب 80%والتي هدفها هو تحليل الفقرات والعينة الثالثة هي العينة الكبيرة التي قدرة ب100% وهي عينة الدراسة الأساسية .

4-أدوات الدراسة:

4-1-**وصف المقياس:**يعتبر مقياس جيليام لتقدير التوحد Giliam Autism Rating Scale أحد المقاييس المعروفة عالميا للكشف عن اضطراب التوحد عند الافراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين3-22 سنة ، ويستغرق تطبيقه من 5-10دقائق .

يقوم بتعبئة المقياس أحد الوالدين أو أحد مقدمي الرعاية للطفل ممن هم على صلة وثيقة بالطفل لمدة لا تقل عن أسبوعيين في ضوء ملاحظاتهم لسلوك الطفل ، وقد صدر للمقياس طبعتان الأولى GARS والثانية GARS2 فقد نشر جيليام الطبعة الأولى من المقياس GARS عام 1995م ، بعد تقنينه على 1092 فردا من ذو اضطراب التوحد في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا ،وتكونت هذه النسخة من 56 فقرة اختبارية موزعة بالتساوي على أربع مقاييس فرعية هي : السلوكيات

النمطية ،التواصل ، التفاعل الاجتماعي،التأخر النمائي بواقع 14 فقرة اختبارية لكل منها.

إضافة لدرجة كلية تمثل معامل التوحد، ويوجد لكل مقياس فرعي من المقاييس الثلاثة الأولى (السلوكيات النمطية،التواصل ،والتفاعل الاجتماعي)أربعة خيارات أمام كل فقرة هي (دائما،أحيانا، نادرا، أبدا).وتحصل على الدرجات (3-2-1-0)على التوالي ،أما بالنسبة للمقياس الرابع (التأخر النمائي) فيوجد له خيارين (نعم،لا)ويتحصل على الدرجتين (1-0)على التوالي وتتراوح درجات المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى (0-126)درجة بينما تتراوح درجات المقياس الفرعي الرابع (0-14)درجة وبذالك فالدرجة الكلية للمقياس بمقياسيه الفرعية الأربعة(0-140)درجة .

كما يتم استخراج معامل التوحد والرتبة الميئنية للأداء على المقياس .

وقد وجد معامل ارتباط ذو دلالة إحصائية بين المقاييس الثلاثة الأولى (السلوكيات النمطية،التواصل ،والتفاعل الاجتماعي)وبين معامل التوحد

بينما لم يكن هناك معامل ارتباط ذو دلالة إحصائية بين المقياس الرابع وكل من المقاييس الثلاثة الأولى معامل التوحد الكلي (Swift-1998-p99)

أما الطبعة الثانية Giliam A utism Rating Scale (Second Edition GARS2-)

فقد ظهرت نتيجة للانتقادات التي وجهت للطبعة الأولى من مقياس جيليام لتقدير التوحد (GARS) لاسيما لعينة التقنيين ، واعتمد جيليام بتطوير الطبعة الثانية على تعريف التوحد في الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) وتكونت هذه النسخة من ثلاث أجزاء رئيسية هي :

-**الجزء الأول** : هو عبارة عن (42) فقرة اختبارية موزعة بالتساوي على ثلاث مقاييس فرعية وهي السلوكيات النمطية،التواصل ،والتفاعل الاجتماعي بواقع (14) فقرة لكل مقياس فرعي ,وتأخذ كل فقرة درجة (0-1-2-3)حيث يشير صفرا أبدا ويشير 3 دائما .

-**الجزء الثاني** : التأخر النمائي يتناول الإجابة على هذا الجزء بالإجابة (نعم -لا) ولا يعطى هذا المقياس درجات ولا يحسب في الدرجة الكلية للمقياس .

الجزء الثالث: عبارة عن أسئلة مفتوحة يجيب عليها الوالدين تتعلق بسلوك وتاريخ الطفل الطبي ،وأعراض التوحد واهتمامهما وتحسب الدرجة الكلية للطفل المتكلم بإضافة مجاميع الدرجات المعيارية للمقاييس الفرعية الثلاثة فقط وبمتوسط حسابي (100) وانحراف معياري (15) ويتم تحويل الدرجة المعيارية لمؤشر التوحد وفق جدول ملحق في دليل المقياس .

أما إذا كان الطفل غير متكلم ،فيحذف المقياس الفرعي الخاص بالتواصل ,وتسجل درجة الطفل على مقياسين فرعيين (السلوكيات النمطية ،والتفاعل الاجتماعي) ،ويتم تحويلها لمؤشر التوحد وفقا لملحق خاص بالمقياس الكلي عدل لمقياسين فرعيين للأطفال غير المتكلمين من المقياسين الفرعيين فقط .

ومن الجدير بالذكر أن الجزء الثاني والثالث للمقياس اللذان يحسب عليها الابوان ليس لها درجات معيارية ولا تحسب درجاتها في الدرجة الكلية(Tafidis-2008-p98).

5- خطوات تكييف المقياس:

1-الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية منطلق كل باحث من أجل تحديد ما تحتاجه الدراسة نظريا وتطبيقيا .

1-1-**أهداف الدراسة الاستطلاعية:** تسعى الباحثة من خلال الدراسة الاستطلاعية لتحقيق الأهداف التالية:

-التعرف على مجتمع الدراسة وتحديد العينة .

-التعرف على مدى إمكانية تطبيق المقياس في البيئة المتاحة المراكز البيداغوجية،والمدارس.

-التعرف على مدى استيعاب الأولياء لتعليمات المقياس من خلال إجاباتهم على بنود المقياس .

-التعرف على الزمن المستغرق لتطبيق المقياس.

-التمرن على طريقة التطبيق والتصحيح للمقياس .

-التعرف على بعض الصعوبات التي تعرض لها الباحث.

1-2-إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة على تطبيق مقياس جيليام لتشخيص التوحد على عينة قوامها 36 طفل توحدي ,تحددت الفئات العمرية مابين 3-15 سنة وتم اختيار العينة عشوائيا، من ولاية المسيلة .

الزمن المستغرق24-02-2018الى 03-03-2018.

1-3-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

قدمت لنا تسهيلات من طرف مديرية النشاط الاجتماعي لولاية المسيلة ، والمركز البيداغوجي لأقسام التحضيري لأطفال التوحد 108 مسكن بالمسيلة ،حيث تم الإمضاء على الوثيقة المستخرجة من طرف رئيس قسم علم النفس تسهيل مهمة .

-واجهتنا صعوبات من خلال استجابات الأولياء ،حتى أن البعض منهم لم يعيدوا لنا الاستبيان والبعض الاخر لم يجيب على كل البنود والبعض الآخر لم تكن ايجابياتهم صادقة ونقصد بهم فئة الطبقة الاجتماعية العالية ،زد على ذلك ملامح بعض الاولياء التي تدل على عدم تقبل هذا الاضطراب لابنهم والتي عكست سلبا على استجاباتهم للمقياس .

الزمن:كان زمن الاستجابة من 10الى 20 دقيقة.

طبق المقياس في صورته الاصلية الأردنية في البيئة المحلية "المسيلة على 36 طفل يعانون من اضطراب التوحد,حيث أستبعد منها 6 أطفال وبقى 30 طفل طبق عليهم المقياس والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم(03): يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية.

المكان	العدد	العدد المستبعد
لمركز البيداغوجي لأقسام التحضيري لأطفال التوحد ب108مسكن المسيلة	30	5
قسم مكيف بمدرسة بن مخفي محمد بحي 108 مسكن بالمسيلة	5	1
مدرسة حجاب لهول بحيلاروكاد	1	0

-**التعديل:** بعد النزول إلى الميدان وإجراء الدراسة الاستطلاعية للمقياس تم تعديل لبعض البنود وذلك استنادا لما جاء في استجابات الاولياء لبنود المقياس من خلال عدم وضوحها ، حيث قمنا بتطبيق المقياس بعد تعديل لبعض البنود(13,12,3,2)السلوكيات النمطية والبندين (34,28) لبعد التفاعل الاجتماعي،والبند رقم(23)لبعد التواصل.

2-الدراسة التجريبية الثانية: تم تطبيقها على عينة قوامه 80 طفل يعانون من

اضطراب التوحد من نوع التوحد المتوسط وطيف التوحد وذالك من أجل حساب معامل الارتباط بين البند البعد الذي ينتمي إليه ، وعلاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

2-1-نتائج الدراسة التطبيقية الثانية:

نتيجة للإجراءات السابقة والدراسة التطبيقية الثانية توصلت الباحثة الى النتائج التالية:

-تمتع المقياس بقدرة تمييز جيدة .

-تم حذف لبعض البنود اعتمادا الى مستوى الدلالة .

-تم تحديد الزمن الازم لتطبيق المقياس (10الى 20د)مع العلم ان الزمن المحدد في الدليل هو (5الى10د) وذالك راجع إلى حداثة هذا الاضطراب في المسيلة وعدم تقبله من طرف الاولياء مقارنتا بالبيئة الاردنية والامريكية .

-عدم تعاون بعض الاولياء فيما يخص المقابلة الوالدية والمختصين في مجال علم النفس (اخصائي التنمية البشرية والاخصائيين النفسانيين).

3-الدراسة التجريبية الثالثة (الأساسية):تم تطبيقها على عينة قوامها 180طفل مشخصين باضطراب التوحد من أجل استخراج الخصائص السيكومترية(صدق والثبات) للمقياس وذالك بعد اجراء لحذف بعض البنود التي لم تكن دالة كما تم اشتقاق المعايير.

6-المعالجة الاحصائية المستخدمة في الدراسة :

تم إدخال البيانات في جهاز الحاسوب وتحليلها باستخدام برنامج "حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss "وتم فيه حساب وتحليل ما يلي :

-حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

-حساب معامل الارتباط ببرسون.

-حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ.

- حساب الدرجة الميئنية.

خلاصة :

في هذا الفصل قمنا بتوضيح المراحل التي اتبعناها اثناء عملية التطبيق للدراسة من حيث ذكر المنهج المتبع الأدوات المستخدمة ،العينة حيث بدأت الباحثة في دراستها الميدانية بداية بدراسة استطلاعية تمهيدية ، تم تطبيق الدراسة الأساسية وتبينها حسب المراحل التي تم التطبيق فيها للمقياس ، وفي الأخير تم الخروج بنتائج الدراسة التطبيقية الثانية .

الفصل الرابع

تمهيد:

في هذا الفصل سنحاول الإجابة على تساؤلات الدراسة,وذالك انطلاقا من النتائج المتحصل عليها للاختبار, وللتحقق من صحة الفرضيات تم استخدام المعالجة الإحصائية لرزمة التحليل الإحصائي Spss ،حيث تم استخدام كل من معامل الارتباط برسون واختبارات للفروق بين المتوسطات وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها في ضوء الفرضيات التي تم صياغتها.

1-عرض مناقشة نتائج الفرضية العامة.

تم تطبيق مقياس جيليام (الأردنية) دون تعديل على البيئة المحلية المسيلية وتم المقارنة بين العينتين من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد المقياس الثلاث والدرجة الكلية ، والجدول التالي يوضح الفروق بين العينة الأردنية والعينة المسيلية .

جدول رقم (04) يوضح الفرق بين العينة الأردنية والعينة المحلية المسيلية.

العينتين	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العينة الأردنية	السلوكيات النمطية	17.26	14.71	3.73	0.000
العينة المسيلية		24.67	5.59		
العينة الأردنية	التواصل	11.13	14.77	3.06	0.004
العينة المسيلية		20.09	5.67		
العينة الأردنية	التفاعل الاجتماعي	20.52	13.99	3.40	0.009
العينة المسيلية		20.24	6.00		

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك اختلاف بين متوسطات الأبعاد الثلاث للمقياس بين العينة الأردنية والعينة المسيلية كان المتوسط الحسابي لبعد السلوكيات النمطية للعينة الأردنية (17.26)وبانحراف معياري (14.71)بينما قدرـ(24.67)وانحراف معياري (5.59) وهو أكبر من قيمته في العينة الأردنية بالنسبة للعينة المحلية المسيلة في حين

بلغت قيمة ت (3.73)بمستوى الدلالة قدر بـ(0.0009)وكذا بالنسبة لبعد التواصل كان المتوسط في العينة الأردنية (11.13)وبانحراف معياري (14.77) بينما قدر في العينة المحلية المسيلة ب(20.09)وبانحراف (5.6)كذالك كانت قيمته أكبر من قيمته في العينة الأردنية حيث قدرت قيمة ت(3.06)عند مستوى الدلالة 0.004 و أما لبعد التفاعل الاجتماعي فقد قدر المتوسط الحسابي للعينة الأردنية ب(20.52) وبانحراف معياري قدر بـ(13.99)الذي كان متقارب بالنسبة لمتوسط العينة المسيلية الذي قدربـ (20.24)وانحراف معياري (6.00) ، حيث قدرت قيمة ت(3.40)عند مستوى الدلالة (0.0009).

من خلال هذه المقارنة و تحليل النتائج نستنتج أن هنالك فرق دالة إحصائيا بين العينة الأردنية والعينة المسيلية ، وهذا ما يدعي إلى تكييف مقياس جيليام لتشخيص التوحدGARS2 في البيئة المحلية "المسيلة".

وهذا الفرق قد يرجع إلى قلة تواجد المراكز المتخصصة لهذا الاضطراب ونقص التوعية وقلة أدوات التشخيص المؤهلة في المسيلة إضافتا إلى الهروب والنكران لهذا الاضطراب من قبل الأولياء(عدم التقبل)رغم انتشاره في هذه الآونة الأخيرة .

2-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يتمتع مقياس جيليام المعرب الطبعة الثانيةGARS2 بصدق جيد

صدق المقياس: يعد الصدق من أهم خصائص الاختبار الجيد ,وفي هذه الدراسة وصف صدق الاتساق الداخلي من أجل تحقيق الفرضية الثانية.

- صدق الاتساق الداخلي :

أنه من الواضح أن الاتساق الداخلي سواء كان للمقاييس الفرعية أو البنود فإنه أساسا يقيس التجانس ولأنه يحدد خصائص المجال السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار فإن درجة تجانس الاختبار تتعلق بمقدار ما بصدق تكوينه (فرج ,2007,ص275).

-بعد حساب مدى اتساق البنود مع الأبعاد وعلاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس على عينة قوامها 80طفل مشخصين باضطراب التوحد تم حذف البند رقم (4)من بعد السلوكيات

النمطية حيث أصبح عددها 13 بند,والبنود رقم(26,19,18) من بعد التواصل حيث أصبحت عدد بنوده تقدر ب11بنود، والبنود رقم(41,33,32,31)من بعد التفاعل الاجتماعي وأصبحت 10بنود فقط، وأصبح عدد بنود المقياس 34 بدلا من 42 بند،ويفسر هذا في نظر الباحثة إلى استجابات الأولياء غير صادقة 100% على بنود المقياس ونذكر مثال على هذا الأم التي تفضل أن تكون ابنتها مصابة بإعاقة عقلية بدلا من إصابتها باضطراب التوحد ، حيث أن ابنتها مشخص بهذا الاضطراب وحين إجراء مقابلة معها للإجابة على المقياس نفت بأن ابنتها تعاني من اضطراب التوحد وهي تعاني من إعاقة عقلية، بعد حذف هذه البنود قمنا بإعادة حساب الصدق فكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (05) يوضح علاقة بعد السلوكيات النمطية مع بنوده.

الفقرة	حجم العينة	معامل الارتباط	دال عند مستوى
البند 1	100	0.51**	0.01
البند 2	100	0.48**	0.01
البند 3	100	0.37**	0.01
البند 4	100	0.51**	0.01
البند 5	100	0.28*	0.01
البند 6	100	0.54**	0.01
البند 7	100	0.60**	0.01
البند 8	100	0.47**	0.01
البند 9	100	0.46**	0.01
البند 10	100	0.40**	0.01
البند 11	100	0.51**	0.01
البند 12	100	0.43**	0.01
البند 13	100	0.45**	0.01

خلال الجدول نلاحظ أن جميع البنود دالة عند مستوى الدلالة0.01 تراوحت مابين (0.28) كأدنى قيمة و(**0.60) كأعلى قيمة وهذا يعبر على اتساق وتجانس البند بالبعد الذي تنتمي إليه ،وأنه لها نفس الهدف المراد قياسه، كما نجد أن هذه القيمة تتقارب مع دراسة سمادي من ناحية علاقة البند والبعد الذي تنتمي إليه حيث قدرت مابين (0.30-0.70)

جدول رقم(06) يوضح علاقة بعد التواصل مع بنوده.

الفقرة	حجم العينة	معامل الارتباط سبيرمان	دال عند مستوى
البند14	100	0.55**	0.01
البند 15	100	0.65**	0.01
البند 16	100	0.44**	0.01
البند 17	100	0.25*	0.01
البند18	100	0.04	0.01
البند 19	100	0.32**	0.01
البند 20	100	0.49**	0.01
البند 21	100	0.42**	0.01
البند 22	100	0.27**	0.01
البند 23	100	0.39**	0.05
البند 24	100	0.23*	0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع البنود دالة عند مستوى الدلالة0.01 ماعدا البنود (18-جاء غير دال والذي قدرت قيمته ب(0.04) مما يعبر على عدم تجانسه مع البعد الذي ينتمي إليه بينما باقي البنود فقد جاءت دالة إحصائيا فقد تراوحت قيمها مابين (*0.23) كأدنى قيمة و(**0.55) كأعلى قيمة وهذا يعبر على اتساق وتجانس البند بالبعد الذي تنتمي إليه ،وهي قيم مقبولة إلى حدا ما وقد يكون هذا راجع إلى حالة الطفل في هذا البعد (يتحدث أو يستخدم الإشارة)

جدول رقم(07) يوضح علاقة بعد التفاعل الاجتماعي مع بنوده.

الفقرة	حجم العينة	معامل الارتباط سبيرمان	دال عند مستوى
البند25	100	0.43**	0.01
البند 26	100	0.22*	0.01
البند 27	100	0.20*	0.01
البند 28	100	0.74**	0.01
البند29	100	0.47**	0.01
البند 30	100	0.56**	0.01
البند 31	100	0.55**	0.01
البند 32	100	0.55**	0.01
البند 33	100	0.34*	0.01
البند 34	100	0.42**	0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع البنود دالة عند مستوى الدلالة 0.01 فقد تراوحت ما بين (0.22) كأدنى قيمة و(**0.74) كأعلى قيمة وهذا يعبر على اتساق وتجانس البند بالبعد الذي تنتمي إليه ،وأنه لها نفس الهدف المراد قياسه.

جدول رقم (08) يوضح علاقة الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس .

المحاور	حجم العينة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	دال عند مستوى
السلوكات النمطية	100	0.65**	0.01
التواصل	100	0.77**	0.01
التفاعل الاجتماعي	100	0.67**	0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن كل الأبعاد جاءت مرتبطة بالدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت ما بين (0.65) كأدنى قيمة و(0.77) كأعلى قيمة وهذا معبر على تجانس الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس من خلال ما حسب يتضح أن المقياس يتمتع بصدق جيد ومقبول مقارنتا بالدراسة الأردنية الذي كان يتمتع بصدق عالي .

-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

يتمتع مقياس جيليام(GARS2) بثبات جيد.

- حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ .

جدول رقم(09) يمثل الثبات لبنود أبعاد المقياس.

البعد	حجم العينة	عدد البنود	المتوسط الحيسابي	الانحراف المعياري	معامل ألفا كرونباخ
السلوكات النمطية	100	13	23.7	7.2	0.64
التواصل	100	11	16.5	4.82	0.66
التفاعل الاجتماعي	100	10	15.18	5.00	0.69
درجة الكلية	100	34	55.74	11.28	0.68

من خلال الجدول نلاحظ أن قمة ألفا كرونباخ للدرجة الكلية هو (0.68)وهو معامل مقبول للحكم على أن المقياس ثابت ،أما فيما يخص الأبعاد الثلاث فقد تراوحت مابين (0.64) كأدنى قيمة و(0.69) كأعلى قيمة وهذا ما يدل على ثبات المقياس وما يتوافق مع دراسة وفي النهاية نستطيع القول بأن المقياس يتمتع بصدق وثبات مقبول وصالح للاستعمال على البيئة المحلية "المسيلة.

3-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

المعايير الجديدة المستخرجة للمقياس الخاصة بالبيئة المحلي "المسيلة"

تم حساب كل من :

1-المتوسط الحسابي :هو مجموع القيم مقسومة على عددها .

2-الانحراف المعياري :هو متوسط انحراف القيم عن متوسطها الحسابي .

3-**الدرجة المعيارية** :هي الدرجة الخام للمفحوص ناقص المتوسط على الانحراف المعياري.

فالدرجة المعيارية إذن هي المسافة التي تبعد بها الدرجة عن المتوسط كما يعبر عنها بوحدات من الانحراف المعياري .

ومن مزايا الدرجات المعيارية أنها تمكننا من مقارنة رائز بآخر مهما كانت معالمها الإحصائية الأساسية ،ويمكن من عيوبها لا تصلح في المقارنة إلا إذا كانت التوزيعات إعتدالية ، لذالك لأنها تعتمد على الدرجات الخام ولا تغير من شكل التوزيع.(بشير معمرية,2007,ص210)

جدول رقم(10) يمثل الثبات لبنود أبعاد المقياس

السلوكيات النمطية			التواصل			التفاعل الاجتماعي			الدرجة الكلية		
الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	الدرجة الميئنية	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	الدرجة الميئنية	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	الدرجة الميئنية	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	الدرجة الميئنية
39	-0.74	98.72	33	1.76	98.48	30	-0.36	98.33	102	50.95	99.51
38	-0.74	96.15	32	0.93	95.45	29	-1.36	95	101	50.15	98.53
37	-0.46	93.59	31	-0.1	92.42	28	-1.96	91.67	100	49.62	97.55
36	0.37	91.03	30	0.93	89.39	27	-1.36	88.33	99	50.86	96.57
35	0.24	88.46	29	0.52	86.36	26	0.24	85	98	51.31	95.59
34	-0.04	85.9	28	-0.52	83.33	25	0.64	81.67	97	50.86	94.61
33	-0.18	83.33	27	0.1	80.3	24	2.24	78.33	96	51.75	93.63
32	-0.6	80.77	26	0.93	77.27	23	-0.56	75	95	50.6	92.65
31	-0.74	78.21	25	1.56	74.24	22	0.04	71.67	94	51.04	91.67
30	-0.04	75.64	24	-0.52	71.21	21	-0.16	68.33	93	50.51	90.69
29	0.24	73.08	23	0.1	68.18	20	0.04	65	92	51.04	89.71
28	0.37	70.51	22	0.52	65.15	19	1.04	61.67	91	51.75	88.73
27	0.1	67.95	21	-1.14	62.12	18	-0.16	58.33	90	50.33	87.75
26	0.24	65.38	20	0.73	59.09	17	0.04	55	89	51.31	86.76
25	-0.74	62.82	19	-0.31	56.06	16	0.64	51.67	88	50.51	85.78
24	1.35	60.26	18	1.14	53.03	15	1.04	48.33	87	52.64	84.8
23	-0.74	57.69	17	0.93	50	14	-0.16	45	86	50.69	83.82
22	-0.88	55.13	16	1.35	46.97	13	-0.56	41.67	85	50.6	82.84
21	0.65	52.56	15	1.56	43.94	12	-1.56	38.33	84	51.22	81.86
20	-0.18	50	14	0.73	40.91	11	0.04	35	83	51.04	80.88
19	1.07	47.44	13	1.35	37.88	10	-0.76	31.67	82	51.75	79.9
18	-1.29	44.87	12	0.31	34.85	9	1.64	28.33	81	50.86	78.92
17	-0.88	42.31	11	0.31	31.82	8	-0.96	25	80	49.98	77.94
16	1.62	39.74	10	0.73	28.79	7	1.24	21.67	79	52.73	76.96
15	1.07	37.18	9	-0.31	25.76	6	0.84	18.33	78	51.75	75.98
14	0.37	34.62	8	0.52	22.73	5	-0.56	15	77	51.04	75
13	-0.04	32.05	7	-0.1	19.7	4	-0.56	11.67	76	50.51	74.02
12	1.07	29.49	6	-0.1	16.67	3	1.84	8.33	75	52.28	73.04
11	-0.74	26.92	5	-1.14	13.64	2	-0.56	5	74	49.62	72.06
10	0.65	24.36	4	-0.73	10.61	1	0.84	1.67	73	51.31	71.08
9	-0.74	21.79	3	-0.52	7.58		-0.56		72	49.89	70.1
8	1.76	19.23	2	-0.93	4.55		2.44		71	52.64	69.12
7	0.37	16.67	1	1.14	1.52		-0.36		70	51.4	68.14
6	0.1	14.1		-0.93			-0.36		69	50.33	67.16
5	0.24	11.54		1.35			-1.36		68	50.95	66.18
4	1.21	8.97		0.31			0.84		67	52.11	65.2
3	-0.6	6.41		-0.1			-0.36		66	50.24	64.22
2	0.65	3.85		-0.73			0.64		65	51.22	63.24
1	-0.74	1.28		-0.73			-0.56		64	49.8	62.25
	1.62			0.52			0.84		63	52.46	61.27

60.29	50.95	62		-0.16			0.1			0.24	
59.31	50.33	61		-0.76			-0.1			-0.18	
58.33	50.69	60		-0.96			0.52			0.1	
57.35	51.84	59		0.24			0.52			1.07	
56.37	50.95	58		-0.36			1.76			-0.74	
55.39	50.15	57		-1.36			0.93			-0.74	
54.41	49.62	56		-1.96			-0.1			-0.46	
53.43	50.86	55		-1.36			0.93			0.37	
52.45	51.31	54		0.24			0.52			0.24	
51.47	50.86	53		0.64			-0.52			-0.04	
50.49	51.75	52		2.24			0.1			-0.18	
49.51	50.6	51		-0.56			0.93			-0.6	
48.53	51.04	50		0.04			1.56			-0.74	
47.55	50.51	49		-0.16			-0.52			-0.04	
46.57	51.04	48		0.04			0.1			0.24	
45.59	51.75	47		1.04			0.52			0.37	
44.61	50.6	46		-0.16			-0.52			0.1	
43.63	51.31	45		0.04			0.73			0.24	
42.65	50.51	44		0.64			-0.31			-0.74	
41.67	52.64	43		1.04			1.14			1.35	
40.69	50.69	42		-0.16			0.93			-0.74	
39.71	50.6	41		-0.56			1.35			-0.88	
38.73	51.22	40		-1.56			1.56			0.65	
37.75	51.04	39		0.04			0.73			-0.18	
36.76	51.75	38		-0.76			1.35			1.07	
35.78	50.86	37		1.64			0.31			-1.29	
34.8	49.98	36		-0.96			0.31			-0.88	
33.82	52.73	35		1.24			0.73			1.62	
32.84	51.75	34		0.84			-0.31			1.07	
31.86	51.04	33		-0.56			0.52			0.37	
30.88	50.51	32		-0.56			-0.1			-0.04	
29.9	52.28	31		1.84			-0.1			1.07	
28.92	49.71	30		-0.56			-0.93			-0.74	
27.94	51.31	29		0.84			-0.73			0.65	
26.96	50.07	28		-0.56			-0.1			-0.74	

25.98	52.64	27		2.44			-0.93			1.76	
25	51.4	26		-0.36			1.14			0.37	
24.02	50.33	25		-0.36			-0.93			0.1	
23.04	50.95	24		-1.36			1.35			0.24	
22.06	52.11	23		0.84			0.31			1.21	
21.08	50.24	22		-0.36			-0.1			-0.6	
20.1	51.22	21		0.64			-0.73			0.65	
19.12	49.8	20		-0.56			-0.73			-0.74	
18.14	52.46	19		0.84			0.52			1.62	
17.16	50.95	18		-0.16			0.1			0.24	
16.18	50.33	17		-0.76			-0.1			-0.18	
15.2	50.69	16		-0.96			0.52			0.1	
14.22	51.84	15		0.24			0.52			1.07	
13.24	49.89	14		-0.76			-0.1			-0.88	
12.25	51.84	13		1.24			0.73			0.24	
11.27	49.98	12		-0.56			-0.93			-0.32	
10.29	50.15	11		0.84			-0.93			-1.01	
9.31	50.51	10		1.24			-1.14			-0.6	
8.33	50.51	9		-0.16			-0.52			-0.04	
7.35	50.69	8		-0.56			0.73			-0.32	
6.37	51.57	7		1.04			-0.31			0.65	
5.39	50.24	6		-0.76			-0.52			-0.04	
4.41	51.22	5		-0.56			-0.1			1.07	
3.43	50.51	4		-0.76			-1.35			-0.46	
2.45	49.27	3		3.04			-1.35			-1.15	
1.47		2									
0.49		1									

من خلال الجدول أعلاه المتمثل في معايير الأداء على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ،حيث استخرجت الدرجة المعيارية والدرجة الميئنية كمرجع من أجل تفسير الدرجة الخام لكل بعد فرعي للأطفال المشخصين باضطراب التوحد نوع طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم بين 3الى 15 سنة .

ونلاحظ أن هناك درجات معيارية سالبة وأخرى موجبة بالنسبة لأبعاد المقياس ،أما بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس فجاءت كلها موجبة وتراوحت مابين (49)كأدنى قيمة و(52) كأعلى قيمة ،وبما أن الدرجة المعيارية (Z)هي درجة متوسطها الحسابي (0) وانحرافها (1) فبعض درجات الأفراد جاءت سالبة تحت المتوسط والبعض الآخر موجبة فهي فوق المتوسط،ومثال على ذلك نجد الفرد الذي تحصل على درجة خام (28) تقابله (50.07)درجة معيارية هي قيمة موجبة فالدرجة الخام (28) هي درجة فوق المتوسط وبما أن الانحراف يساوي (1) فالدرجة (28) تزيد عن المتوسط ب8 انحرافات معيارية والتي تقابله درجة ميئنية قدرت بـ (27)%.

جدول رقم (11) يمثل الوسط الحسابي لأبعاد المقياس والدرجة الكلية .

الأبعاد	العينة	الوسط الحسابي	أدنى قيمة	أعلى قيمة
السلوكيات النمطية	100	29	11	33
التواصل	100	17	8	23
التفاعل الاجتماعي	100	18	0	25
الدرجة الكلية	100	59	34	73

من خلال الجدول نلاحظ انه تراوح الوسط الحسابي للأبعاد الثلاث مابين (29-17) وأدنى قيمة مابين (11-0) أما أعلى قيمة فتراوحت مابين (33-23)،وبالنسبة للدرجة الكلية فقد قدر الوسط الحسابي بـ(59) ،حيث تراوحت القيمة الأدنى (34)والقيمة الأعلى بـ(73).

خلاصة عامة:

– من خلال هذه الدراسة تكون الباحثة قد حققت هدف هذه الدراسة وهو محاولة تكييف مقياس جيليام الطبعة الثانية المعربة الأردنية ،وهو أحد المقاييس المشهورة عالميا على أطفال البيئة المحلية "المسيلة " من فئة 3الى 15سنة مشخصين باضطراب التوحد من درجة متوسطة وطيف التوحد، المتواجدين بالمركز البيداغوجي بحي 108بالمسيلة ووحدة مستشفى النهار الخاصة بالأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بأولاد منصور المسيلة وبعض مدارس الابتدائي بالمسيلة فالتوحد هو أصعب الإعاقات النمائية ،فالطفل التوحدي هو يعيش داخل قوقعة زجاجية معزول عن العالم الخارجي ينتظر من يأتي ويكسر هذه القوقعة ليتفاعل ويعيش مع العالم الخارجي .

– ففي هذه الدراسة توصلنا إلى ضبط المفاهيم الخاصة باضطراب التوحد وبمتغير التكييف الذي أصبح ضروري وهذا لقلة أدوات التشخيص في المسيلة خاصة لفئة التوحد هذا في الجانب النظري للدراسة أما من الجانب التطبيقي فقد تم فحص المقياس من حيث الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) ووجدنا أن المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد وفي نهاية هذه الدراسة تم اشتقاق معايير الأداء من عينة الدراسة "أطفال التوحد من نوع طيف التوحد وتوحد متوسط" كما هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تكييف مقياس جيليام المعرب وذالك من خلال تطبيقه على عينة الدراسة 180طفل مشخصين باضطراب التوحد ونظرا لاستجابات الأولياء قدر المتوسط الحسابي ب(55.74)وبانحراف معياري (11.28)أما معاملات الارتباط التي كانت تشير إلى الاتساق الداخلي لبنود المقياس ،حيث بلغ معامل الثبات المحسوب بطريقة ألفا كرونباخ (0.68)ومنه نستطيع الحكم بأن المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد ، وفي آخر الدراسة تم الخروج بمعايير جديدة تتلاءم والبيئة المحلية المسيلة ومن خلال هذا كله نستنتج بأن مقياس جيليام GARS2 المكيف صالح للتطبيق في البيئة المحلية "المسيلة"وانطلاقا مما سبق نستطيع تقديم بعض الاقتراحات ، نرجو أن تؤخذ بعين الاعتبار.

الاقتراحات :

-ضرورة القيام بتكييف لبعض المقاييس النفسية التي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة في المسيلة .

-ضرورة تكوين فريق أثناء القيام بعملية التشخيص وتنويع وسائل وأدوات التشخيص والتي تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ، وعدم الاعتماد على أداة واحدة .

- تمديد فترة التربص من أجل القيام بالدراسة الميدانية حتى تكون النتائج أكثر دقة

الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة في المسيلة خاصة أطفال التوحد وضرورة فتح بعض المراكز وروضات التحضيري الخاصة بهذه الفئة.

المتوسط الحسابي لكل بعد:

1-بعد السلوكيات النمطية

2-بعد التواصل

3 -بعد التفاعل الاجتماعي

4-الدرجة الكلية للمقياس

Rapport

د1

Moyenne	N	Ecart type
23,70	100	7,219

Rapport

د2

Moyenne	N	Ecart type
16,56	100	4,823

Rapport

د3

Moyenne	N	Ecart type
15,18	100	5,008

Rapport

د4

Moyenne	N	Ecart type
55,74	100	11,284

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,664	13

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,507	11

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,694	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,687	34

خلاصة عامة:

– من خلال هذه الدراسة تكون الباحثة قد حققت هدف هذه الدراسة وهو محاولة تكييف مقياس جيليام الطبعة الثانيةالمعربة الأردنية ,وهو أحد المقاييس المشهورة عالميا على أطفال البيئة المحلية "المسيلة " من فئة 3الى 15سنة مشخصين باضطراب التوحد من درجة متوسطة وطيف التوحد، المتواجدين بالمركز البيداغوجي بحي 108بالمسيلة ووحدة مستشفى النهار الخاصة بالأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بأولاد منصور المسيلة وبعض مدارس الابتدائي بالمسيلة فالتوحد هو أصعب الإعاقات النمائية ،فالطفل التوحدي هو يعيش داخل قوقعة زجاجية معزول عن العالم الخارجي ينتظر من يأتي ويكسر هذه القوقعة ليتفاعل ويعيش مع العالم الخارجي .

– ففي هذه الدراسة توصلنا إلى ضبط المفاهيم الخاصة باضطراب التوحد وبمتغير التكييف الذي أصبح ضروري وهذا لقلة أدوات التشخيص في المسيلة خاصة لفئة التوحد هذا في الجانب النظري للدراسة أما من الجانب التطبيقي فقد تم فحص المقياس من حيث الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات)ووجدنا أن المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد وفي نهاية هذه الدراسة تم اشتقاق معايير الأداء من عينة الدراسة "أطفال التوحد من نوع طيف التوحد وتوحد متوسط" كما هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تكييف مقياس جيليام المعرب وذالك من خلال تطبيقه على عينة الدراسة 100طفل مشخصين باضطراب التوحد ونظرا لاستجابات الأولياء قدر المتوسط الحسابي ب(55.74)وبانحراف معياري (11.28)أما معاملات الارتباط التي كانت تشير إلى الاتساق الداخلي لبنود المقياس ،حيث بلغ معامل الثبات المحسوب بطريقة ألفا كرونباخ (0.68)ومنه نستطيع الحكم بأن المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد ، وفي آخر الدراسة تم الخروج بمعايير جديدة تتلاءم والبيئة المحلية المسيلة ومن خلال هذا كله نستنتج بأن مقياس جيليام GARS2 المكيف صالح للتطبيق في

البيئة المحلية "المسيلة"وانطلاقا مما سبق نستطيع تقديم بعض الاقتراحات ،نرجو أن تؤخذ بعين الاعتبار.

الاقتراحات :

-ضرورة القيام بتكييف لبعض المقاييس النفسية التي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة في المسيلة .

-ضرورة تكوين فريق أثناء القيام بعملية التشخيص وتنويع وسائل وأدوات التشخيص والتي تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ,وعدم الاعتماد على أداة واحدة .

- تمديد فترة التربص من أجل القيام بالدراسة الميدانية حتى تكون النتائج أكثر دقة

الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة في المسيلة خاصة أطفال التوحد وضرورة فتح بعض المراكز وروضات التحضيري الخاصة بهذه الفئة.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

تمهيد

-عرض ومناقشة الفرضية العامة

1-عرض ومناقشة الفرضية الأولى

2-عرض ومناقشة الفرضية الثانية

3-عرض ومناقشة الفرضية الثالثة

خلاصة عامة

ملخص الدراسة

قائمة المراجع

الملاحق

قائمة المراجع :

باللغة العربية:

1-أسامة محمد البطانية وعبد الناصر ذياب الجراح، 2009،علم النفس الطفل غير العادي ط1،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،الأردن.

2-أحمد سليم النجار ،2006،التوحد واضطراب السلوك ،ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع ،الأردن.

3-بشير معمرية،2007،القياس النفسي "مبادئ وأساسيات ،ط2،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر.

4- بوسالم عبد العزيز ،واقع تطبيق الاختبارات النفسية غير المكيفة في الجزائر مشكلات واقتراحات منهجية ،مجلة الدراسات النفسية وتربوية ، قسم علم النفس وعلوم التربية ،جامعة البليدة ، العدد 07، مارس 2011.

5-إبراهيم عبد الله فرج الزريقات ،2004،التوحد الخصائص والعلاج ،دط،دار وائل للطباعة والنشر ،الأردن.

6-طارق عامر،2008،الطفل التوحدي ،ط1،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع الأردن.

7-عبد الرحمن السيد سليمان، 2005،سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ،دط ،مكتبة الزهراء الشرق ، مصر، دن.

8- صفوان فرج،القياس النفسي ،ط6، مكتبة الأنجلو، مصر،د ن.

10-رائد خليل العبادي ،2006،التوحد،ط2،مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع الأردن.

11-محمد أحمد خطاب ،سيكولجية الطفل التوحدي ،ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع ،الأردن .

12-محمد عدنان عليوات،2007 ،الأطفال التوحديون ، دط، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ،الأردن.

13-محمد علي كامل،2003 ،الأوتيزم، دط، مركز الإسكندرية للكتاب ،مصر.

14-كوثر حسن عسلية،2006،التوحد،ط1،دار صفاء للنشر والتوزيع ،عمان .

المراجع باللغة الإنجليزية:

-DSM-TV-TR(2000),Diagnistic and Statistical Manuel of Mentel Disorder,FourthEdittion -textRevised-,America p.sychiatricAssociationwashington,DS

-DSM-5(2013),),Diagnistic and Statistical Manuel of MentelDiorders,Fifth ED Edition American psychiatric.

-Anderw,S.D(2010).ThHandbok of pediatricNeuropsycholagy-Newvark,NY:.Springerpublishingcompany.

-Matson.J.L.(2009)Appliedbehavionanalysis for chiladrenwithautismspectrumdisorders,NewyorkNY:Springerpubishers.

-PlanchadEmil ,(1972),theories et pratique des tests,parismauwlartslouvain, batrice,nauwlarts.

الرسائل الجامعية والبحوث العلمية:

1- الصقور ،إيمان عبد العزيز (2014)،إشتقاق معايير الآداء على الصورة الأردنية من مقياس جيليام لتقدير اضطراب طيف التوحد للأعمار (3الى 13)سنةالإصدارالثاني ،الجامعة الأردنية :كلية الدراسات العليا.

2- الرائد الشيخ ذيب ،(2013)،الخصائص السيكومترية للصورة السورية من مقياس جيليام لتشخيص التوحد ،بحث منشور في مجلة دراسات –العلوم التربوية المجلد40،ملحق 1.

3-هبا شعبان "تقنيين مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانيةGARS-2 "رسالة معدة لنيل درجة الماجستير في القياس والتقويم التربوي والنفسي.

4-خرموش سميرة ،(2015)،المكونات العاملية لمقياس الصحة النفسية R-20 لدى الطالب الجامعي ،مذكرة ماجستير تخصص قياس في علم النفس والتربية ،جامعة البليدة ،الجزائر.

5-رابح قدوري ،(1981)، محاولة لتكييف رائز (د48)، معهد علم النفس ، رسالة ماجستير غير منشورة ،الجزائر.

6-عائشة بوزياني ،(2008)،محاولة لتكييف رائز النضج المدرسي ،جامعة الجزائر ،رسالة ماجستير.

قائمة الملاحق

أولا : السلوكيات النمطية

م	العبـــــــــــــــــــــــــارة	نعم	أحيـــانا	نـــادرا	لا
1	يتجنب أن تلتقي عيناه مع الاخرين (حيث ينظر بعيدا عندما يقوم احد الاشخاص بالتحدث معه والنظر اليه)				
2	ينظر بدقة في الأيدي أو الأشياء لفترة لا تقل عن خمس ثوان .				
3	يضرب خفيفا بالأصبع أمام العين لمدة خمس ثوان او أكثر				
4	لعق ويلحس اشياء معينة لايتم تناولها كالأيدي والالعاب والكتب وغيرها على سبيل المثال				
5	يشم او يتنشق الاشياء كالألعاب والايدي والشعر وغيرها				
6	يقوم بالدوران السريع او التحرك على شكل دوائر				
7	يعمل على تدوير الأشياء التي لم يتم تصميمها في الأصل لذلك كأطباق الفناجين أو أكواب وغيرها				
8	يتأرجح أو يهتز للخلف والأمام عندما يكون جالسا أو واقفا				
9	يتحرك بشكل سريع كالسهم عندما ينتقل من مكان لأخر				
10	يسير على اطراف اصابعه عن عندما يتحرك من مكان لآخر				
11	يرفع بذراعيه نحو الاعلى والأسفلى				
12	يصدر اصواتا عليا مثل أه ،أم ،أي				
13	يحاول أن يقوم بإيذاء ذاته بأساليب مختلفة كان يصفع نفسه آو يضرب رأسه في أي شيء أو يعض نفسه				

الدرجة الكلية :

ثانيا: التواصل

أجب عن السؤال التالي :

-كيف يقوم الطفل بالتواصل مع الآخرين ؟

1.يتحدث(.....) 2.يستخدم الإشارات(.....) 3.لايتحدث ولا يستخدم الاشارات(.....)

ملحوظة :اذا كان الطفل لا يتحدث و لا يستخدم الاشارات في سبيل تحقيق التواصل مع الاخرين يصبح عليك في تلك الحالة ان تستبعد هذا المقياس الفرعي و لا تقوم بتطبيقه على الطفل حيث لن يكون هناك في هذه الحالة أي فائدة من تطبيقه عليه أما اذا كان الطفل يستطيع ان يتحدث او يستخدم الاشارة في سبيل تحقيق التواصل فيجب ان تطبق عليه المقياس التالي :

م	العبـــــــــــــــــــــــارة	نعم	أحيـــانا	نـــادرا	لا
14	يكرر الكلمات التي يسمعها اما بطريقة لفظية او مستخدما الاشارات المختلفة				
15	يكرر كلمات غير موجودة في سياق الحال للحديث (حيث يكون قد سمعها قبل أن يبدأ الحوار أي منذ اكثر من دقيقة)				
16	يكرر الكلمات والعبارات مرارا و تكرارا				
17	ينظر بعيدا عن المتحدث او يتجنب النظر اليه عندما يناديه هذا المتحدث باسمه				
18	يتجنب طلب الاشياء التي يريدها او السؤال عنها				
19	غير قادر ان يبادر بالتحدث الى الاقران او الراشدين				
20	يستخدم (نعم) في مكان (لا) و (لا) في مكان نعم (يستخدم نعم ولا بشكل معكوس)				
21	يستخدم الضمائر بصورة غير ملائمة(فيشير الى نفسه على انه هو او هي مثلا) .				
22	يستخدم الضمير (انا) بشكل خاطئ فلا يشير به الى نفسه				
23	يستخدم الإيماءات بدلا من الحديث والكلام او الاشارات وذلك حتى يتمكن من الحصول لى مختلف الأشياء				
24	يجيب بشكل خاطئ عند ما نسأله عن حدث سابقا بمعنى لا يتذكر ما سبق.				

الدرجة الكلية :

ثالثا: التفاعل الاجتماعي

م	العبـــــــــــــــــــــــــارة	نعم	أحيـــانا	نـــادرا	لا
25	عادة مايتجنب الطفل التقاء الاعين حيث ينظر بعيدا عندما يحاول احد الاشخاص ان ينظر اليه				
26	يبدو غير سعيد حتى عندما نقوم بمدحه والثناء عليه او نستخدم البشاشة معه او نعمل على تسليته				
27	يخاف من أي شيئ (خوف غير مبرر)				
28	يبدو غير ودود حيث لاتعكس استجاباته أي ود للأخرين فلا يعمل على تقبيلهم او عناقهم على سبيل المثال				
29	لايبدي أي اشارات تدل على وعيه بوجود شخص اخر معه في نفس المكان				
30	يضحك ويقهقق ويصيح بصورة غير ملائمة				
31	يستخدم الأشياء المختلفة او الالعاب التي توجد امامه بشكل غير ملائم فيجعل السيارة تدور بشكل سريع او يقوم بتفكيك تلك الالعاب بدلا من اللعب بها				
32	يؤدي أشياء معينة بشكل متكرر بحيث يبدو وكانه يحافظ على طقوس معينة				
33	يشعر بالانزعاج عندما يحدث أي تغيير في الروتين اليومي المعتاد بالنسبة له				
34	يقوم بوضع الاشياء التي توجد امامه في صف وذلك بشكل دقيق ومنظم ويشعر بالانزعاج اذا ماحدث أي تغيير في هذا النظام او الترتيب				

الدرجة الكلية :