

البحث الثالث

الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية كما تم الكشف عنها بواسطة مقياس باشا للتشخيص السلوكي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية.

د. سامي سليم باشا*

د. نضال فايز عبد الغفور**

د. كامل حسن كتلو***

الملخص

استهدفت هذه الدراسة تعرّف درجة توافر الخصائص السلوكية لاضطراب التوحد لدى عينة من المشخصين على أنهم يعانون من التوحد في الضفة الغربية، واستخدام أداة باشا للتشخيص السلوكي لمتلازمة التوحد، وتشتمل على كل من بعد: العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء، والاستجابة، والحواس، والتكيف، كما استهدفت تعرّف إذا كانت هذه الخصائص تختلف باختلاف عدد من المتغيرات الديموغرافية، ولتحقيق هذا الهدف طبق المقياس على عينة تكونت من (133) طفلاً، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر الخصائص انتشاراً بين أفراد العينة، كانت تلك المتعلقة بمجال استخدام الأشياء، وفي المرتبة الثانية جاءت الخصائص المتعلقة بالاستجابة، أما المرتبة الثالثة فاحتلتها الخصائص المتعلقة بمجال التكيف، وجاءت الخصائص المتعلقة بمجال العلاقة مع الآخرين ومجال الحواس في المرتبة الأخيرة، كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً وجود فروق في الخصائص تعزى لمتغير عمر الطفل على مستوى الأداة ككل، وعلى مستوى مجالات العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء والاستجابة؛ لصالح الأطفال الأكبر عمراً.

الكلمات المفتاحية: الخصائص السلوكية، التوحد، التوحدين، اضطراب التوحد، أداة باشا، الديموغرافية.

* أستاذ مساعد في قسم الإرشاد والتربية الخاصة - كلية فلسطين الأهلية الجامعية - فلسطين.

** أستاذ مساعد في قسم مناهج وطرائق تدريس - كلية التربية - جامعة القدس المفتوحة - فلسطين.

*** أستاذ مشارك في قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الخليل - فلسطين.

1. مقدمة الدراسة:

يعود تاريخ اكتشاف متلازمة التوحد إلى العام (1943) التي اكتشفها الدكتور (Leo Kanner)، وهي تتعلق بالاتصال الوجداني (Affective Contact)، ووجد أعراضاً تظهر لدى مجموعة من الأطفال تمنع تواصلهم مع الناس بالطرق العادية، حيث يميل طفل التوحد إلى تكرار ما يسمع بدلاً من الاستجابة، كما أشار أيضاً إلى وجود متلازمة جديدة، أطلق عليها توحد الطفولة (Infantile Autistic)، وقبل ذلك كان هؤلاء الأطفال يشخصون تحت مسمى الاضطرابات العقلية أو كفصامين (كفاني، 2001، ص7)، ومن ذلك التاريخ وحتى اليوم ظل ينظر إلى هذا الاضطراب كمتلازمة محيرة، وقد صنّفه الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية (Statistical Manual of Mental Disorders) (D.S.M) الطبعة الرابعة الصادرة بتاريخ (1994) ضمن اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة (Disorders) "Pervasive Development" التي تتضمن: التوحد "Autism"، والاسبرجر "Asberger"، والرت "Rett"، وقد تم وصفها بأنها اضطرابات أو توقف في نمو المهارات المتوقعة للطفل في الجوانب الاجتماعية واللغوية والتواصل مع الآخرين، ونقص في رصيد السلوكيات المرغوب فيها، أو فقدانها بعد أن تكون قد بدأت في التبلور في المراحل المبكرة من حياة الطفل، ما يؤثر سلباً في اكتشافه واكتسابه المهارات المختلفة، ويؤثر في بناء شخصيته (APA, 1994, 231)، إضافة إلى ذلك فإن المصاب عادة يعاني من وجود قصور واضح في التفاعل والتواصل الاجتماعي، وفي مدى الاستجابة للناس المحيطين به، ومحدودية في ألوان النشاطات والميول والاهتمامات (كفاني، 2001).

أما "أرونس وجيتنس" (Aarons & Gittens, 1999) فيريان أن التوحد عبارة عن اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً بالمظاهر الخاصة بها، وتظهر قبل بلوغ الطفل سن ثلاثين شهراً، ويشمل ذلك اضطراب في سرعة النمو وتابعه، واضطرابات في الكلام واللغة والاستجابة الحسية للمثيرات الخارجية، واضطراب في الانتماء للآخرين، ويشار هنا إلى أن نصف الأطفال المصابين بالتوحد لا يستطيعون أن يكتسبوا الكلام التلقائي، وبالتالي فإنهم يواجهون عجزاً وقصوراً في عملية تواصلهم الاجتماعي مع الآخرين، وهذا ما أشار إليه العديد من الباحثين ومنهم "شارلوب وهابمس" (1994 Charlop & Haymes)، و"بالتكس وسيمون" (Baltaxe & Simmons, 1981) الذين أشاروا إلى أن أكثر من (75%) من أطفال التوحد يظهرون اللغة البيغائية (الترديد الصدى المرضي للكلام) عندما يتكلمون، بمعنى أنهم يعيدون نطق ما يسمعون به بشكل متسرع، كما أشار "كار

وكولوجينسكي " (Carr & Kologinsky, 1983) و"ستون وكارو" (Ston & Caro, 1990) إلى أن أطفال التوحد يفتقدون التلقائية أو العفوية في كلامهم، كما أنهم لا يبادرون في الكلام، ولا يتكلمون إلا إذا بدأ الطرف الآخر بالحديث ووجهه متجه نحوهم، فمن النادر جداً أن يبدأ طفل التوحد في الكلام من تلقاء ذاته، فالتوحد إذن اضطراب معقد قد لا يكون راجعاً إلى سبب واحد، بل قد يتكون من مجموعة متنوعة من التأثيرات العصبية تؤثر في النمو في مرحلة مبكرة (Humphreys & Ramm, 1987).

وفيما يخص أسباب التوحد، فقد كان يعتقد منذ عقود قليلة ماضية أن سبب الإصابة بالتوحد افتقاد دماء الأمومة، في حين تحلى الأطباء عن هذه الفكرة وتبنوا بدلا منها فكرة العوامل الوراثية، وسرعان ما أصبحت فكرة أن الجينات ليست السبب الرئيسي وراء الإصابة بهذا الاضطراب وصارت أكثر قبولاً، وذلك بسبب ازدياد معدل الإصابة بالتوحد بصورة أسرع من تلك التي تتسبب الجينات في حدوثها (عبد الله الوهي، 2006).

إلا أن هناك دراسة حديثة عن التوائم تؤكد أن العوامل الوراثية يمكن أن تعد من أسباب الإصابة بالتوحد، ولكنها تلفت الانتباه أيضاً إلى أن العوامل البيئية، يمكن أن تكون سبباً أيضاً للإصابة به، ومن بينها الظروف داخل الرحم، وهناك خبراء آخرون يؤكدون عوامل أخرى مثل عمر الوالدين أو الحمل المتكرر أو الوزن المنخفض عند الولادة أو تناول الأمهات للعقاقير أو الإصابة بعدوى أثناء الحمل (لوري تاركان، 2011).

وقد يكون للعوامل الوراثية دور في الإصابة بالتوحد، فالتوائم الأحادية الزيجوت (من بيضة ملقحة واحدة) معرضة بنسبة (3.6) مرات لخطر الإصابة بالتوحد أكثر من التوائم الثنائية الزيجوت (من بيضتين ملقحتين)، وأشارت دراسات أجريت على العائلات إلى أن (2.5 إلى 8.6%) من أطفال التوحد عرضة للإصابة وللتأخر في النطق والإصابة بالاضطرابات العقلية، وقد تعود أسباب الإصابة بالتوحد أيضاً إلى أسباب وراثية تمثل بوجود خلل في الجينة الحاملة للسيروتونين، من ناحية أخرى، وحسبما أظهرت بحوث البيولوجيا العصبية، فإن الخلل في التركيب أو النقص في الناقلات العصبية هما من العوامل الأساسية التي تؤدي إلى حدوث التوحد (أبو زيد 2009).

مما تقدم نستطيع القول إن الأسباب وراء هذا الاضطراب ما تزال غير معروفة، على الرغم من أنه يشار إلى عدة فرضيات قد تكون واحدة أو أكثر منها سبباً أو عاملاً يؤدي إلى اضطراب التوحد، ومن هذه الفرضيات الفرضية النفسية والبيولوجية المتعلقة بالفيروسات والتطعيم والوراثة الجينية والبيوكيميائية

والفرضية الأيضية (شبيب عادل، 2008)، ويرى البعض أن هناك أسباباً أخرى اجتماعية وإدراكية عقلية (مجيد، 2010).

ويرى آخرون أن الفرضية الأكثر احتمالاً ترى أنه اضطراب وخلل في الدماغ، ربما يكون قد حدث قبل الولادة، والعوامل المسؤولة قد تشمل تشويهاً (خللاً) في الجينات، التهاباً فيروسياً، اضطرابات أيضية، نقص أكسجين عند الولادة، لكن يجب أن نذكر أن العوامل السابقة قد تسبب ضرراً لبعض الأطفال، ولكنهم في نفس الوقت قد لا يعانون من التوحد (Jennifer, 2009).

2. مشكلة الدراسة:

يعد التوحد من الاضطرابات الأكثر صعوبة لدى الأطفال من حيث تأثيرها في سلوكهم ومختلف جوانب حياتهم، بل يمتد تأثيره على أسرهم ومجتمعهم، كون هذا الاضطراب يبقى مع الطفل طوال حياته، كما أنه مازال مجهول الأسباب، مع كثرة من الدراسات التي تناولته، إذ تباينت النتائج التي توصلت إليها، ومهما تكن الأسباب التي تقف وراء هذا الاضطراب، فإنه من الأهمية بمكان دراسة انعكاساته على سلوك المصابين به، لعل ذلك يساهم في إيجاد آليات وإستراتيجيات تمكن من التعامل مع هذه الفئة من المصابين بطريقة سليمة تخفف من آثاره في سلوكياتهم اليومية، ومن هذا المنطلق، ولأن نسبة انتشاره لا يستهان بها؛ حيث تقدر بواحد من بين كل مئة وعشر أشخاص، ونسبة انتشاره بين الذكور مقارنة إلى الإناث أربعة إلى واحد، أضف إلى ذلك كله غياب المؤسسات الرسمية التي تعنى بأفراد هذه الفئة في الضفة الغربية، وندرة المراكز التشخيصية لها، وقلة اهتمام الأكاديميين بهذا الاضطراب والذين يعانون منه، نبعت فكرة إجراء هذه الدراسة لتمحور المشكلة حول السؤال الرئيس الآتي:

ما الخصائص السلوكية الأكثر شيوعاً لدى مصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية؟

3. أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن السؤالين التاليين:

- 3.1. ما الخصائص السلوكية الأكثر شيوعاً لدى مصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية؟
- 3.2. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لكل من عمر الطفل، وعمر الأم، وجنس الطفل، وعدد أفراد الأسرة؟

4. فرضيات الدراسة:

للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة فإن هذه الدراسة ستحاول فحص الفرضيات الآتية:

4. 1. هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عمر الطفل.
4. 2. هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير جنس الطفل.
4. 3. هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عمر الأم.
4. 4. هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة.

5. أهداف الدراسة:

5. 1. تحديد الخصائص السلوكية الأكثر شيوعاً لدى لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية وذلك في مجالات: العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء، والاستجابة، والحواس، والتكيف.
5. 2. تحديد إذا ما كانت الخصائص السلوكية الأكثر شيوعاً لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تختلف باختلاف المتغيرات الديموغرافية التالية: عمر الطفل، وعمر الأم، وجنس الطفل، وعدد أفراد الأسرة.

6. أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من طبيعة العينة التي أجريت عليها، فأطفال التوحد في المجتمع الفلسطيني لم يحظوا بنفس درجة الاهتمام التي حظي بها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة عموماً، كما تكتسب أهميتها أيضاً من كونها الدراسة الأولى من نوعها في هذا المجال في فلسطين - بحسب علم فريق البحث، كما تتمتع بأهمية تطبيقية تتمثل في الجانب التشخيصي للتوحد، فهي تحاول تحديد أطفال التوحد وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال، وتحاول كذلك تحديد درجات أو مستويات التوحد (طفيفة، بسيطة، متوسطة، شديدة) ما سيشجع المجال أمام المراكز التي تعنى بأفراد هذه الفئة وكذلك ذوي التوحديين وبعض المؤسسات ذات العلاقة كرياض الأطفال والمدارس، للإفادة من نتائج الدراسة في تعرّف خصائصهم وتصنيفاتهم ووضع الآليات والبرامج الملائمة للتعامل معهم، فضلاً عن أنها تسعى إلى الإسهام في سد الفجوة في الدراسات العربية خاصة التي تناولت هذا الاضطراب، وما زالت قليلة، كما تمتاز هذه الدراسة

أخيراً بالأداة المستخدمة فيها؛ وهي إحدى الأدوات الجديدة التي تعد من المقاييس العربية القليلة التي تحتاج إليها المكتبة.

7. حدود الدراسة:

يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة في ضوء المحددات التالية:

7. 1. المحدد الزمني: تم تنفيذ الدراسة في النصف الثاني من العام الأكاديمي ما قلل من فرص التفرغ لها من قبل أعضاء البحث.

7. 2. المحدد المكاني: اقتصر على محافظات الضفة الغربية السبع الرئيسية؛ وهي: (الخليل، بيت لحم، القدس، رام الله، نابلس، طولكرم، جنين).

7. 3. المنهج الذي اتبعته الدراسة، حيث اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي.

7. 4. الأداة: تم استخدام أداة باشا للتشخيص السلوكي لمتلازمة التوحد، عن مقياس تم تحكيمة ونشره في الجامعة الكاثوليكية في ميلانو عام 2010.

8. مصطلحات الدراسة:

8. 1. اضطراب التوحد/ الأوتيزم (Autism): كما يشير الأدب السابق، هو أحد اضطرابات النمو التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية، وانغلاق على الذات، مع نضوب عاطفي وانفعالي، ويصبح الطفل وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، أما في هذه الدراسة، فتم تحديد التوحد بالخصائص السلوكية المتضمنة في المقياس المستخدم في الدراسة وارتباط سلوكيات الطفل بتصنيفات هذا المقياس؛ ابتداءً من توحدي خفيف إلى متوسط وشديد، في جوانب العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء، والاستجابة، والحواس (و تشمل اللمس والتذوق والشم) وأخيراً التكيف.

8. 2. الخصائص السلوكية: تشير إلى الخصائص السلوكية للتوحد كما وردت في مقياس باشا؛ وهي: العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء، والاستجابة، والحواس، والتكيف.

9. الإطار النظري:

يعد التوحد (Autism): أحد اضطرابات النمو الشاملة، التي تتميز بقصور واضح في نمو الإدراك الحسي والتواصل اللفظي وغير اللفظي مصحوباً بقصور واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي مع جمود عاطفي وانفعالي، وتظهر هذه الأعراض قبل سن الثالثة من العمر (Gillham et al., 2000).

وقد يعرف بأنه اضطراب نمائي يؤثر في التواصل الاجتماعي ويمتاز بسلوك نمطي وتكراري محدد، أو أنه إعاقة عقلية اجتماعية معقدة (محمد، 2008).

وعند الحديث عن التفاعل الاجتماعي، فإنه يزود الطفل بخبرات تعليمية تساعده على التعلم، ولذا فالتفاعل الاجتماعي يؤدي دوراً كبيراً وهاماً في عملية النمو الاجتماعي لدى كل من الأطفال العاديين وأطفال التوحد، وكأي فرد من أفراد المجتمع يحتاج هؤلاء الأطفال للتفاعل الاجتماعي الذي يكسبهم الثقة والأمان، فطفل التوحد غير قادر على الاستجابة للمؤثرات الاجتماعية الموجهة إليه، وبالتالي يميل إلى العزلة والانسحاب، وهذا يدل على وجود عجز لديه في إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، فعلاوات العجز في التواصل الاجتماعي تظهر عند الطفل منذ الأشهر الأولى من عمره، إذ لا يستطيع التواصل مع أسرته وخاصة أمه، فلا تظهر لديه القدرة الطبيعية للطفل العادي في التعلق والارتباط بوالدته وأبيه وأسرته، بل يلاحظ الأهل أن تفاعل الطفل معهم غير طبيعي وأن له عالمه الخاص به (Patricia, et al., 1998).

وبالانتقال إلى التواصل، فإن المصابين بمتلازمة التوحد يعانون قصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ويعد التواصل اللفظي وغير اللفظي أحد الأبعاد الرئيسية في تشخيص متلازمة التوحد، وهذا ما جعل الكثير من الدراسات مثل دراسة "ماندي" (Mundy et al., 1995)، و"هاستد وجاريكا" (Husted, k. & Garica. J., 2005) تركز على ذلك كأحد المداغل لتحسين مهارات التواصل.

ويعرف التواصل اللفظي (Verbal Communication)، أو اللغة اللفظية بأنه أحد أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات، وتنمي مهارات التواصل اللغوي لمعظم الأفراد دون عناء، ولكنّ قليلاً منهم يعانون مشكلات حادة في تلك العملية كأطفال التوحد (Autism) الذين يعانون اضطراباً في مهارات التواصل اللفظية التي تمنعهم من التفاعل مع الآخرين (الشخص، 2007، 43).

أما التواصل غير اللفظي (Nonverbal Communication) فيتضح لدى أطفال التوحد، حيث نجدهم يعجزون عن استخدام أساليب التواصل غير اللفظية، فلا تعكس وجوههم إلا تعبيرات ضعيفة، وقليلاً ما يستخدمون تعبيرات بدنية على نحو ما يفعل الطفل العادي، ومع ذلك نجد بعضهم يستخدمون وسائل أخرى غير لفظية فيلجؤون إلى البكاء أو الصياح كي يثيروا انتباه الآخرين، كما أنهم يعجزون عن فهم مشاعر الآخرين بطريقة صحيحة (قنديل، 2000).

من الخصائص السلوكية التي يتسم بها طفل التوحد: النشاطات الآلية المتكررة، وحاجته إلى الاستثارة لحل مشاكله، وتشير الدراسات في هذا الصدد إلى أن الأطفال الذين يظهرون خللاً؛ أو نشاطاً زائداً أو غريباً، هم أطفال قد تعرضوا أكثر من غيرهم إلى عوامل قد تسبب خللاً وظيفياً (بيجي، 2000، 181)، وأن مستوى نشاطهم لا يناسب أعمارهم، وطفل التوحد يتصرف ويقاوم بعنف في كثير من الأحيان، إذا تم إجباره على التنوع في النشاطات، ويستجيب مع التغيير بطريقة غير مناسبة، و بعضهم قد يستمر بالنشاط الذي يقوم به دون الاهتمام لأي تغيير يمكن أن يحدث في بيئته (الحديدي والخطيب، 2005).

أما فيما يتعلق بالحواس، فطفل التوحد لا يركز على الأشياء التي يراها، وهنا يمكن عده كفيفاً جزئياً، فهو يحصل على انطباعات جزئية عن الملموسات التي تقع في نطاق يده، ويظهر أطفال التوحد صعوبة في استخدام المعلومات الحسية، فقد لا يستجيب الطفل إلى أصوات عالية ومزعجة مباشرة حتى ولو كانت قريبة منه، لدرجة أن المحيطين به يمكن أن يعتقدوا أنه لا يسمع (بيجي، 2000، 210).

أما عن حاسة التذوق؛ فيميل أطفال التوحد إلى وضع الأشياء في الفم حتى الأشياء غير القابلة للمضغ، ويتفحصون الأشياء بفمهم بطريقة غير مناسبة لعمرهم، وترتبط حاسة الشم بالتذوق، إذ يقوم الطفل بشم جميع الأشياء التي تصادفه بطريقة غير مناسبة لعمره وبعيدة عن التفحص العادي للأشياء (عبد الرحيم، 2001)، أما استخدام الجسم فيتم فيه الانتباه لدرجة الاستخدام الشاذ لجسم الطفل المتوحد وخاصة عند الأكل والشرب بالإضافة إلى أنه يظهر في أغلب الأحيان أصغر من عمره الحقيقي (بيجي، 2000)، أما المحاكاة والتقليد لأطفال التوحد فإنها تتأخر أو تكون شبه معدومة لديهم، ما يؤثر في تأخر القدرات اللغوية، أو فقدانها وبالتالي على التواصل مع الآخرين، ومن خلال المحاكاة والتقليد نستطيع أن نكتشف بؤادر التوحد، فالعلاقة بين التوحد والتقليد والمحاكاة علاقة عكسية، فإذا كان الطفل متوحداً تكون المحاكاة لديه غير ناضجة، والعكس صحيح (باشا، 2010، 31)، أما الاستجابات الانفعالية فيلاحظ أنها انفعالات غير مرتبطة بأي حدث وغير مناسبة لعمر الطفل، وتكون انفعالاته سلبية، تتضمن استجابات معبرة عن حالة انفعال مصحوبة بمشاعر سلبية عدوانية نحو الذات، وقليلاً ما توجه نحو الآخرين (السيد، 2002)، ويواجه عدد كبير من أطفال التوحد صعوبات اجتماعية وانفعالية بأنواع مختلفة ومستويات متفاوتة، وتأخذ أشكالاً مختلفة من الضعف أو العجز في الاستجابة الانفعالية؛ مثل: ضعف مهارات التفاعل الاجتماعي، والانسحاب، وعدم التكيف، والافتقار إلى الثقة بالذات أو الزيادة في الاستجابة الانفعالية؛ كالتهور، والعدوان، والفوضى، والتخريب، والنشاط الزائد (شعبان وتيم، 1999)،

ومع أن اللعب مهم للأطفال من جميع النواحي: العقلية، والاجتماعية، والانفعالية، والحركية، إلا أنه يلاحظ على طفل التوحد سلوكيات عدائية نحو الألعاب (مثل ضرب اللعبة أو عضها) والتركيز على جزء من اللعبة باندهاش مع تحريكها بتكرار، ولديه الاستعداد للتمسك القهري بالأشياء.

وبالانتقال إلى موضوع تشخيص اضطراب التوحد، فإن التشخيص يتطلب تقييماً شاملاً من قبل فريق يشمل طبيب أطفال، وأخصائي علم نفس، ومعالج نطق، وممرض، وأخصائي اجتماعي، وتتضمن عملية التشخيص الاستماع إلى ملاحظات الوالدين، ودراسة تاريخ الحالة كما يصفونها، حيث يلاحظ على أطفال التوحد في الشهور الأولى عدم رغبتهم في لفت انتباه الوالدين وافتقارهم للتعبيرات الوجهية والإيمائية ورفضهم للاحتضان واللمس من الآخرين، وكذلك غياب استخدام التعبيرات الانفعالية، ويميلون لتكوين ابتسامات ثابتة في كل المواقف، ويرى "جنيفر" (Jennifer, 2009) أن الطفل التوحدي قبل بلوغ العامين إما أن يكون هادئاً جداً أو كثير الحركة والبكاء بالمقارنة مع باقي الأطفال من جيله، ويرى (كفاي، 2001) أن من الملامح التشخيصية؛ الفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم أو الآخرين ونقص كل من الاتصال البصري (eye contact)، والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي، واللامبالاة ونقص العاطفة، وعندما يدخل الطفل مرحلة الطفولة المبكرة (3-5)، لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين وتنمية صداقات معهم (إمام، 1999)، أي كلما كان التشخيص مبكراً، كانت النتائج أفضل للطفل والعائلة، فالتدخل المبكر يحسن من أساليب التواصل بين الطفل الذي يعاني من التوحد والبيئة التي يعيش فيها، ويقلل من أنواع السلوك غير المرغوب فيها.

ومن المؤشرات السلوكية الثابتة المرتبطة بأعراض متلازمة التوحد، ويمكن ملاحظتها الأعراض التالية (كفاي، 2001): يتحاشى النظر أمامه وتكون نظرتة سريعة ومن طرف عينه، ولا يتأثر بالأصوات العالية كباقي الأطفال وربما تكون لديه حساسية لبعض الأصوات، ولا يظهر اهتماماً باللعب عموماً ولا يشارك في اللعب كباقي الأطفال ولا يجذب انتباهه أي لعبة.

ويشير الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) الصادر بتاريخ (2004) إلى مجموعة من الخصائص المتعلقة بالاضطرابات النمائية الشاملة:

1. اختلال كيني في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنتين من المظاهر التالية على الأقل:
 - 1.1. اختلال صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة كالتحديق عيناً في عين والتعبير الوجهي والوضعية الجسدية والإيماءات التي تُخدم تنظيم التفاعل الاجتماعي.
 - 1.2. الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمرحلة التطورية.

1. 3. غياب السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو الإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها أو إحضارها).
 1. 4. انعدام التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.
 2. اختلالات كيفية في التواصل كما تتبدى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل:
 2. 1. تأخر في تطور اللغة المنطوقة أو غيابها الكامل (ولا يتوافق ذلك مع محاولة التعويض من خلال نماذج بديلة من التواصل كالإيماء والتلميح).
 2. 2. يكون لدى الأشخاص الذين يمتلكون كلاماً كافياً، اختلال واضح في القدرة على استهلال حديث أو الاستمرار فيه مع الآخرين.
 2. 3. استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة.
 2. 4. انعدام ألعاب الخيال المنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري.
 3. نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة المقيدة التكرارية والنمطية كما تتجلى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل:
 3. 1. انشغال كلي بموضوع اهتمام أو مواضيع اهتمام مقيدة ونمطية شاذة في الشدة أو في التركيز.
 3. 2. التقيد الصارم بصورة واضحة بطقوس أو روتينات نوعية وغير وظيفية.
 3. 3. أسلوبية حركية متكررة ونمطية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو ليهما، أو حركات معقدة لكامل الجسم).
 3. 4. الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.
- وتشير خلاصة المحكات التشخيصية ونتائجها إلى، القيام بالوظائف بشكل شاذ أو متأخر قبل سن الثالثة في واحد من الميادين الآتية: التفاعل الاجتماعي، اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي (كفاي، 2001).
- أما نسبة الانتشار فيشير الدليل التشخيصي (DSM III) الصادر عام (1980) إلى أن الاضطراب نادر ونسبة انتشاره هي (2-4) حالات بين كل عشرة آلاف حالة، وفيما بعد تم تعديل نسبة الانتشار لترتفع إلى (2-5) حالات من بين كل عشرة آلاف حالة، أما معدل الإصابة بين الذكور والإناث فقد أشارت الطبعة الثالثة للدليل إلى أنه أكثر انتشاراً بين الذكور من الإناث بنسبة (3-1)، وأظهرت الطبعة الرابعة أن نسبته زادت بين الذكور لتصل إلى أربعة أو خمسة أضعاف نسبتها في الإناث، كما أشارت إلى أنه أكثر انتشاراً بين إخوة وأشقاء الأطفال التوحديين (50) مرة.

10. دراسات سابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع التوحد من جوانب مختلفة، وسنلقي الضوء هنا على بعض الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة:

دراسة "لوران وزملاؤه" (Lauren. Etal, 2010) وقد هدفت هذه الدراسة إلى تعرّف الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والإستراتيجيات العلاجية للأطفال التوحدين وأسرههم، حيث تم تطبيق العينة على عينة من الأطفال الذين يعانون من أمراض نفسية والقائمين على رعايتهم، واشتملت على (218) طفلاً و(100) من المعالجين، أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحدين يقومون بوظائف عالية ومعقدة، وأشارت النتائج المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية إلى عدم وجود فروق تتعلق بعرق الطفل وعمره، أو فيما يتعلق بالرعاية أو دخل الأسرة السنوي أو بمصدر الإحالة، وكذلك بعدد الجلسات العلاجية والأدوية أو التزام الولد أو الوالد بحضور الجلسات أو بمصدره، ولوحظ أن حجم تأثير هذه الخصائص كان ضعيفاً، وفيما يتعلق بالإستراتيجيات، لوحظ عدم وجود فروق تعزى للإستراتيجيات المتبعة مع الأطفال ومع أسرههم، وكان هناك فروق بين المجموعتين في الواجبات المنزلية لصالح آباء الأطفال التوحدين.

دراسة "سيمونوف وآخرون" (Simonoff, 2008) الاضطرابات النفسية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، وقد استهدفت الدراسة الوقوف على الاضطرابات النفسية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، وقد طبقت على مجموعة مكونة من (112) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (10-14) تم تشخيصهم باستخدام DSM-IV لاضطرابات الطفولة والقلق، والاكتئاب، والمعارضة والتحدي واضطراب السلوك ونقص الانتباه/فرط النشاط، واضطرابات التشنج، ونتف الشعر، وسلس البول، وتم ذلك من خلال مقابلة الوالدين باستخدام الطفل وتقييم للطب النفسي للمراهقين، وفيما يخص النتائج وجد أن 70% من المشاركين يعانون من واحد على الأقل الاضطرابات المرضية، و41% من اثنين أو أكثر، وكانت التشخيصات الأكثر شيوعاً اضطراب القلق الاجتماعي هامش الثقة، نقص الانتباه/فرط الحركة، واضطراب العناد الشارد، وخرجت باستنتاج أن الاضطرابات النفسية شائعة وغالباً متعددة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد. ويمكن أن تحدد أهدافاً للتدخل وينبغي تقييمها روتينياً في التقييم السريري لهؤلاء الأطفال.

دراسة (الكبيكي، 2011) المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، التي هدفت إلى تعرّف المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة

وتحديد دلالة الفروق الإحصائية في متوسط درجات هذه المظاهر من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، وقد استخدم الباحث استبياناً تألف من (32) فقرة تم توزيعه على عينة عشوائية بسيطة تكونت من (46) أباً وأماً، وأظهرت النتائج: وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد نذكر منه عدم الخوف من المخاطر المحيطة بهم، وعدم مشاركة الآخرين في اللعب، والاستغراق في الذات، والانزعاج والصراخ عند سماع أصوات عالية، وتدمير الأشياء عند الغضب، وعدم تركيز البصر، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد.

دراسة "كارينتر وآخرون" (Carpenter, et al, 2008) هدفت إلى تحديد نسبة انتشار التوحد وخصائصه السلوكية في عمر (8) سنوات في الولايات المتحدة، وتكونت العينة من (47,726) طفلاً، واستخدمت معايير (DSM-IV) للتشخيص، أما نتائجها فأشارت إلى أن (295) طفلاً انطبقت عليهم معايير التوحد، التي تقابل نسبة (6,2) لكل (1000)، وكانت نسبة الذكور أعلى من الإناث بنسبة (3.1:1)، كما أظهرت أن الإناث تنخفض لديهم القدرات العقلية أكثر من الذكور، وأشارت إلى أن (37,2%) من الأطفال لديهم مشكلات سلوكية و(19,2%) لديهم ضعف في اللعب التخيلي.

دراسة (ريش وآخرون، 2011) التي اهتمت بفحص (192) توأمًا متماثلًا وغير متماثل تم التعرف على حالاتهم من خلال قاعدة بيانات كاليفورنيا، وهناك على الأقل أحد الأخوين التوأمين مصاب بالنوع التقليدي من التوحد، الذي من أعراضه الانسحاب الكبير من الحياة الاجتماعية والمعاناة من مشكلات في التواصل والسلوكيات المتكررة، وفي العديد من الحالات، فإن الأخ الآخر مصاب أيضا بالتوحد التقليدي أو بأحد اضطرابات "طيف التوحد" الخفيفة مثل متلازمة أسبرجر، وتتقاسم التوائم المتماثلة الجينات كاملة بينما تتقاسم التوائم غير المتماثلة نصف الجينات فقط، لذا فإنه بالمقارنة بين معدلات التوحد في كلتا الحالتين من هذه التوائم، تمكن الباحثون من تحديد أهمية الجينات بالنسبة للعوامل البيئية.

واكتشفت الدراسة أن التوحد أو واحد من اضطرابات طيف التوحد، يصيب كلا الطفلين بنسبة 77% من التوائم الذكور المتماثلة و50% من التوائم الإناث المتماثلة، وكما هو متوقع، فإن نسبة الإصابة بين التوائم غير المتماثلة كانت أقل؛ إذ بلغت نسبة الإصابة بالتوحد بين التوائم الذكور 31%، بينما بلغت نسبته بين التوائم الإناث 36%، وما أثار دهشة فريق البحث أن النماذج الرياضية تشير إلى أن 38% فقط من حالات الإصابة تعود إلى عوامل وراثية بالمقارنة مع نسبة الـ90% التي تشير إليها دراسات

سابقة، وما هو أكثر غرابة من ذلك، أن العوامل البيئية المشتركة تكون سبب الإصابة في 58% من الحالات (الشرق الأوسط: جريدة العرب الدولية، أغسطس، 2011، العدد 11952).

دراسة (دومينيك وآخرون، 2007) السلوكيات الشاذة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد والأطفال الذين لديهم تاريخ من ضعف اللغة، التي استهدفت دراسة السلوكيات الشاذة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد والأطفال الذين لديهم تاريخ من ضعف اللغة كالتردد، والعادات غير النمطية المتعلقة بالأكل، والنوم، والسلوك المضر بالذات والعدوان ونوبات الغضب، وتمت مقابلة آباء (107) أطفال؛ (39) طفلاً لديهم تاريخ من ضعف اللغة و(67) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد ممن تم تشخيصهم من قبل الأطباء الخبراء باستخدام معايير DSM-IV، وتراوحت أعمار الأطفال في كل من المجموعتين بين (4 إلى 14) سنة، وتم في الدراسة أيضاً تقييم العلاقة بين هذه السلوكيات الشاذة واللغة، الذكاء، ومقارنتها بشدة أعراض التوحد والاكتئاب.

وكان سلوك الأكل غير النمطي، وأنماط النوم غير الطبيعية، ونوبات الغضب، والسلوك المضر بالذات أكثر شيوعاً بدرجة كبيرة في الأطفال الذين يعانون من التوحد من هؤلاء الذين لديهم تاريخ من ضعف اللغة.

وتبين أن الأطفال ضمن مجموعة التوحد، الذين يظهرون سلوكيات شاذة أكثر يكون معدل ذكائهم غير اللفظي أقل، ويعانون من انخفاض مستويات اللغة التعبيرية، ويكون العجز الاجتماعي أشد والسلوكيات أكثر تكراراً، في حين لوحظ أنه لا توجد علاقة بين عدد من السلوكيات الشاذة ومقاييس القدرة المعرفية أو اللغوية في مجموعة الأطفال الذين لديهم تاريخ من ضعف اللغة، ومع ذلك، وجد ارتباط بين كثرة السلوكيات الشاذة وزيادة السلوكيات المتكررة المقيدة لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة.

دراسة "بوندي وآخرون" (Bondy, et al, 2005) هدفت إلى تحديد المتغيرات المختلفة المؤثرة في معدل الذكاء في عينة من المصابين باضطراب التوحد في مركز كوستاريسا الإسباني (CVCR)، وقد تم جمع المعلومات التشخيصية للأفراد التوحديين باستخدام النسخة الإسبانية المطورة لمقياس (ADI-R) و(ADOS)، وأظهرت النتائج أن (17%) من العينة فقط لديهم معدل ذكاء ضمن المتوسط، مقارنة مع معظم الدراسات السابقة، التي توصلت إلى ما نسبته (25%)، وتوصلت أيضاً إلى أن (60%) لديهم معدل ذكاء ($IQ > 50$)، وقد أظهرت هذه الدراسة كذلك أنه لا يوجد برامج وقائية وتشخيصية داعمة من المؤسسات الحكومية للأفراد الذين يعانون من التوحد، وإنما هناك خدمات مقدمة من المراكز الخاصة، ومعظم حالات التوحد التي تتلقى الخدمات، من ذوي الاضطرابات العقلية

الشديدة، التي من الممكن أن تتم ملاحظتها، وأظهرت أيضاً أن هنالك حاجة إلى توفير برامج التدخل المبكر، وإلى تدريب الأخصائيين والمعلمين لتعرف حالات التوحد من ذوي معدل الذكاء المتوسط ولم يتلقوا العلاج بعد.

11. إجراءات الدراسة:

11.1. منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وسعت للحصول على استجابات حول أفراد عينة الدراسة لأغراض تحديد الخصائص الأكثر شيوعاً لدى الأطفال التوحديين من ناحية، ولفحص تأثير المتغيرات المستقلة للدراسة والمتمثلة ب(عمر الطفل، وعمر الأم، وجنس الطفل، وعدد أفراد الأسرة) على المتغير التابع المتمثل ب(الخصائص السلوكية للأطفال التوحديين).

11.2. مجتمع الدراسة وعينتها: تكون مجتمع هذه الدراسة من جميع الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابون بمتلازمة التوحد في تسعة مراكز في الضفة الغربية من عدد لم يتم حصره من المراكز والمؤسسات والجمعيات التي تعنى بأطفال التوحد في الضفة الغربية، لذلك فقد طبقت الدراسة على عينة قصدية من الأطفال الذين صنفوا على أنهم مصابون بالتوحد، وقد بلغ عددهم (133) طفلاً وطفلة، والجدول التالي يبين خصائص العينة بحسب متغيراتها الديموغرافية.

جدول 1

توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
عمر الطفل	1-7 سنوات	55	41.4
	8-14 سنة	62	46.6
	أكثر من 14 سنة	16	12.0
عمر الأم	أقل من 20 سنة	6	04.5
	من 20-30 سنة	39	29.3
	من 31 - 40 سنة	54	40.6
جنس الطفل	أكثر من 40 سنة	34	24.5
	ذكور	91	68.4
عدد أفراد الأسرة	إناث	42	31.6
	3-1	15	11.3
	4-6	92	69.2
	أكثر من 6	26	19.5

11. 3. أداة الدراسة: استخدمت هذه الدراسة مقياس باشا السلوكي لتشخيص اضطراب التوحد؛ وهي عبارة عن مقياس يتكون من (68) فقرة تقيس (17) بعداً، موزعة على خمس خصائص للتوحد؛ وهي: العلاقة مع الآخر؛ وتتضمن (العلاقة مع الأفراد، والمحاكاة والتقليد، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي)، وتمثلها الفقرات من (1-16)، واستخدام الأشياء؛ وتتضمن (استخدام الجسم، واستخدام الأشياء، ومستوى النشاط)، وتمثلها الفقرات (17-28)، والاستجابة؛ وتتضمن (الاستجابة الانفعالية، والاستجابة العقلية، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية)، وتمثلها الفقرات (29-44)، واستخدام الحواس؛ وتشمل (اللمس، والتذوق، والشم)، وتمثلها الفقرات (45-56)، والتكيف؛ ويشمل (التعبيرات، والخوف، والانطباع العام)، وتمثلها الفقرات (57-68)، وقد أعد المقياس وفق تدرج رباعي على النحو التالي أبدأً ولها (1) درجة، ونادراً ولها (2) درجة، وأحياناً ولها (3) درجات، ودائماً ولها (4) درجات، أما فيما يتعلق بشمولية وتقنين الأداة وموضوعيتها، انظر (باشا، 2010، 48-50)، وفيما يخص صدق الأداة وثباتها فانظر (باشا، 2010، 57-59).

11. 4. تطبيق الأداة:

11. 4. 1. تم اختيار تسعة مراكز تعنى بأطفال التوحد في المحافظات السبع الرئيسية في الضفة الغربية؛ وهي: (الخليل، وبيت لحم، والقدس، ورام الله، ونابلس، وطولكرم، وجنين).

11. 4. 2. تم تدريب فريق مكون من تسعة باحثين على استخدام المقياس.

11. 4. 3. تمت زيارة المراكز من قبل الباحثين وتم تنفيذ المقياس من خلال الأخصائيين المشرفين على هذه المراكز، ومن خلال البيانات المتوفرة في سجلات هذه المراكز عن الأطفال في كل مركز.

11. 5. المعالجات الإحصائية: بعد جمع البيانات، تم تفرغها وإدخالها إلى الحاسب، ثم معالجتها باستخدام برمجية ال (SPSS)، حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، للإجابة عن سؤال الدراسة الأول، وتم استخدام اختبار (ت)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One way anova) لفحص فرضيات الدراسة المنبثقة عن سؤال الدراسة الثاني، كما تم استخدام اختبار المقارنات البعدية "توكي" (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها.

12. عرض نتائج الدراسة:

12. 1. النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: ما الخصائص السلوكية الخمس الأكثر شيوعاً لدى مصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية؟؛ بهدف الإجابة عن السؤال السابق تم استخراج النسب المئوية للخصائص السلوكية لأفراد العينة بحسب المقياس المستخدم، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول 2

درجة امتلاك أفراد العينة للخصائص السلوكية الخمس

النسبة المئوية	العدد	الدرجة	الخصائص السلوكية
24.81%	33	طفيف	العلاقة مع الآخر
43.61%	59	خفيف	
19.55%	26	متوسط	
11.27%	15	شديد	
4.51%	6	طفيف	
31.58%	42	خفيف	استخدام الأشياء
44.36%	59	متوسط	
19.55%	26	شديد	
18.8%	25	طفيف	
27.07%	36	خفيف	الاستجابة
31.57%	42	متوسط	
22.57%	30	شديد	
37.59%	50	طفيف	
31.58%	42	خفيف	الحواس
21.05%	28	متوسط	
9.78%	13	شديد	
28.57%	38	طفيف	
29.32%	39	خفيف	التكيف
23.31%	31	متوسط	
18.80%	25	شديد	

* المقصود بطفيف هنا لا تعني غياب الخاصية أو عدم وجودها لدى الشخص، وإنما تعني وجودها بدرجة متدنية جداً، حيث تظهر عليه أعراضاً قد تتقاطع مع أعراض اضطرابات أخرى

يتبين من الجدول السابق (2) أن الدرجات التشخيصية الأربع للمقياس، كما تم الكشف عنها بواسطة مقياس التشخيص السلوكي لكل بعد من أبعاد الدراسة، كانت لبعدها العلاقة مع الآخر: طفيف (33)، وخفيف (59)، ومتوسط (26)، وشديد (15)، في حين كانت لبعدها استخدام الأشياء: طفيف (6)، وخفيف (42)، ومتوسط (59)، وشديد (26)، أما بعد الاستجابة فكانت: طفيف (25)،

وخفيف (36)، ومتوسط (42)، وشديد (30)، أما بعد اللمس فكانت: طفيف (50)، وخفيف (42)، ومتوسط (28)، وشديد (13)، في حين جاءت الدرجات التشخيصية الخاصة ببعده التكيف: طفيف (38)، وخفيف (39)، ومتوسط (31)، وشديد (25).

مما سبق يتضح أن أكثر الخصائص انتشاراً بين أفراد الدراسة كانت تلك المتعلقة بمجال استخدام الأشياء، إذ بلغت نسبة الذين ظهرت لديهم هذه الخصائص بدرجاتي متوسط وشديد (0.64)، ونجد هنا أن الدراسة تتوافق مع ما أشار إليه (عبد الرحيم، 2001) من أن التوحدين يتميزون بخصائص تميزهم عن غيرهم فيما يتعلق باستخدامهم الأشياء، وفي المرتبة الثانية جاءت الخصائص المتعلقة بمجال الاستجابة، وقد بلغت نسبة الذين ظهرت لديهم هذه الخصائص بدرجاتي متوسط وشديد (0.55)، وهذا يتوافق مع ما أشار إليه (كفافي، 2001) من أن الفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب أم أو الآخرين من الملامح التشخيصية لأطفال التوحد، وتتوافق بذلك أيضاً مع ما أشار إليه (ارونس وجينتس، 1999) أن أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في الاستجابة للمثيرات الحسية الخارجية، أما المرتبة الثالثة فاحتلتها الخصائص المتعلقة بمجال التكيف، حيث بلغت نسبة الذين ظهرت لديهم هذه الخصائص بدرجاتي متوسط وشديد (0.42)، وتتوافق الدراسة بهذه النتيجة مع ما أشار إليه (ارونس وجينتس، 1999) أن التوحديون يعانون اضطرابات في الانتماء للآخرين وعجزاً في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ما يؤثر سلباً على قدرتهم على التكيف، وتتفق كذلك مع دراسة (أمين، 2002).

بينما جاءت الخصائص المتعلقة بمجال العلاقة مع الآخرين ومجال الحواس في المرتبة الأخيرة، وقد بلغت نسبة الذين ظهرت لديهم هذه الخصائص بدرجاتي متوسط وشديد في المجالين المذكورين (0.31) وتتعارض الدراسة فيما يتعلق بالعلاقة مع الآخر مع ما أشار إليه (شعبان، 1999) من أن أطفال التوحد يواجهون صعوبات اجتماعية وانفعالية من أنواع مختلفة ومستويات متفاوتة، وتتعارض كذلك مع ما أشار إليه (الشخص، 2007) من أن التوحدين يعانون من اضطرابات في مهارات التواصل اللفظية، ومع ما أشار إليه (ارونس وجينتس، 1999) من أن التوحدين يعانون من اضطراب في الانتماء للآخرين، ويواجهون عجزاً في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وتتعارض الدراسة فيما يتعلق بالخصائص المتعلقة بمجال اللمس مع ما أشار إليه (يجي، 2000) من أن التوحدين يظهرون استخداماً شاداً لأجسامهم.

12. 2. فحص الفرضية الأولى من فرضيات الدراسة التي تنص على: هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية الخمس لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عمر الطفل؛ لفحص هذه الفرضية من فرضيات الدراسة أجري اختبار تحليل

التباين الأحادي (One Way Anova)، لفحص مستوى دلالة الفروق بحسب متغير العمر للطفل، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول 3

نتائج اختبار (One way anova) لاختبار مستوى دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة بحسب متغير عمر الطفل

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الخصائص السلوكية
0.00*	5.588	3084.843	2	6169.686	بين المجموعات	العلاقة مع الآخر
		552.088	130	71771.457	داخل المجموعات	الاستجابة
0.00*	5.147	406.156	2	812.313	بين المجموعات	استخدام الأشياء
		78.919	130	10259.462	داخل المجموعات	الحواس
0.00*	9.113	3401.807	2	6803.614	بين المجموعات	التكيف
		373.277	130	48525.950	داخل المجموعات	الأداة ككل
0.13	2.034	327.955	2	655.910	بين المجموعات	
		161.226	130	20959.338	داخل المجموعات	
0.850	.152	19.194	2	38.388	بين المجموعات	
		126.141	130	16398.289	داخل المجموعات	
0.010*	4.113	22809.65	2	45619.315	بين المجموعات	
		5546.069	130	720988.971	داخل المجموعات	

*ن=132

*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية بين أفراد العينة تعزى لمتغير عمر الطفل، وذلك على مستوى الأداة ككل، وعلى مستوى كل من مجال العلاقة مع الآخر، ومجال استخدام الأشياء، ومجال الاستجابة، وذلك لأن قيم مستوى الدلالة للاختبار كانت أقل من (0.05) وعليه تقبل الفرضية، في حين تبين عدم وجود فروق على مستوى كل من مجال الحواس، ومجال التكيف.

وللكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على الأداة ككل، وكل من مجال العلاقة مع الآخر، ومجال استخدام الأشياء، ومجال الاستجابة، تم إجراء اختبار توكي (Tukey) للمقارنات البعدية، وفيما يلي توضيح لنتائج هذا الاختبار:

12. 2. 1. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات عمر الطفل على الأداة الكلية:

جدول 4

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على الأداة ككل بحسب عمر الطفل

مستويات متغير عمر الطفل	من (7-1) سنوات المتوسط (259.16)	من (8-14) سنة المتوسط (291.14)	أكثر من (14) سنة المتوسط (309.62)
من (7-1) سنوات المتوسط (259.16)	_____	31.9815 -	* 50.4614 -
من (8-14) سنة المتوسط (291.14)	_____	_____	18.4798 -
أكثر من (14) سنة المتوسط (309.62)	_____	_____	_____

يتضح من الجدول (4)، أن الفروق الدالة بين فئات عمر الطفل على الأداة ككل كانت فقط بين الأطفال من الفئة العمرية أكبر من (14) سنة، وأطفال الفئة العمرية من (7-1) سنوات، وذلك لصالح أطفال الفئة العمرية (14) سنة فأكثر.

12. 2. 2. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات عمر الطفل على مجال العلاقة مع الآخر:

جدول 5

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال العلاقة مع الآخر

مستويات متغير عمر الطفل	من (7-1) سنوات المتوسط (81.69)	من (8-14) سنة المتوسط (94.71)	أكثر من (14) سنة المتوسط (97.94)
من (7-1) سنوات المتوسط (81,69)	_____	* 13.0188 -	* 16.2466 -
من (8-14) سنة المتوسط (94,71)	_____	_____	3.2278 -
أكثر من (14) سنة المتوسط (97,94)	_____	_____	_____

يتضح من الجدول (5) أن الفروق الدالة بين فئات عمر الطفل في مجال العلاقة مع الآخر كانت فقط بين الأطفال من الفئة العمرية من (1-7) سنوات في جهة، وكل من الأطفال من الفئات العمرية من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة في جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال من الفئتين العمريتين من (8-14) سنة وأكثر من (14) سنة.

12. 2. 3. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات عمر الطفل على مجال استخدام الأشياء:

جدول 6

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال استخدام الأشياء

مستويات متغير عمر الطفل	من (1-7) سنوات المتوسط (40,04)	من (8-14) سنة المتوسط (44,08)	أكثر من (14) سنة المتوسط (47,06)
من (1-7) سنوات المتوسط (40,04)	_____	- 4.0443 *	- 7.0261 *
من (8-14) سنة المتوسط (44,08)	_____	_____	- 2.9819
أكثر من (14) سنة المتوسط (47,06)	_____	_____	_____

يتضح من الجدول (6) أن الفروق الدالة بين فئات عمر الطفل في مجال استخدام الأشياء كانت فقط بين أطفال الفئة العمرية من (1-7) سنوات في جهة، وكل من أطفال الفئات العمرية من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة في جهة أخرى، وذلك لصالح أطفال الفئتين العمريتين من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة.

12. 2. 4. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات عمر الطفل في مجال الاستجابة:

جدول 7

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال الاستجابة

مستويات متغير عمر الطفل	من (1-7) سنوات المتوسط (75,71)	من (8-14) سنة المتوسط (86,05)	أكثر من (14) سنة المتوسط (97,38)
من (1-7) سنوات المتوسط (75,71)	_____	* 10.3393 -	* 21.6659 -
من (8-14) سنة المتوسط (86,05)	_____	_____	11.3266 -
أكثر من (14) سنة المتوسط (97,38)	_____	_____	_____

يتضح من الجدول (7) أن الفروق الدالة بين فئات عمر الطفل في مجال الاستجابة كانت فقط بين أطفال الفئة العمرية من (1-7) سنوات في جهة، وكل من أطفال الفئات العمرية من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة في جهة أخرى، وذلك لصالح أطفال الفئتين العمريتين من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة.

ويمكن تلخيص النتائج السابقة المتعلقة بعمر الطفل من خلال إثبات الدراسة وجود فروق في الخصائص تعزى لمتغير عمر الطفل على مستوى الأداة ككل، وعلى مستوى مجالات العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء والاستجابة، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الأكبر عمراً؛ أي أطفال الفئتين العمريتين من (8-14) سنة، وأكثر من (14) سنة، وهنا يمكن القول إنه كلما تقدم العمر بالطفل التوحدي، زادت درجة توفر الخصائص السلوكية الخمس التي تضمنتها أداة باشا للتشخيص السلوكي لمتلازمة التوحد لديه، وأمكن تشخيصها بشكل أفضل، وهذه النتيجة تتعارض مع ما توصلت إليه دراسة (لوران وزملائه، 2010) التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين أطفال التوحد في الخصائص السلوكية تتعلق بعمر الطفل.

12. 3. فحص الفرضية الثانية من فرضيات الدراسة التي تنص على (هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية $(\alpha = 0.05)$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير جنس الطفل)، وفحص هذه الفرضية تم إجراء اختبار (ت) للعينات المستقلة، لفحص مستوى دلالة الفروق بحسب متغير جنس الطفل، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول 8

نتائج اختبار (T) للعينات المستقلة لاختبار مستوى دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة بحسب متغير الجنس

الخصائص السلوكية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
العلاقة مع الآخر	ذكر	91	92.8681	23.02328	2.236	131	* 0.027
	أنثى	42	82.8810	25.83645			
الأشياء	ذكر	91	43.5055	8.75769	1.374	131	0.172
	أنثى	42	41.1667	9.89190			
الاستجابة	ذكر	91	85.1648	18.82390	1.69	131	0.093
	أنثى	42	78.7381	23.29667			
الحواس	ذكر	91	34.1429	12.89063	0.847	131	0.399
	أنثى	42	32.1190	12.63214			
التكيف	ذكر	91	32.099	10.4775	1.124	131	0.263
	أنثى	42	29.762	12.4935			
الأداة ككل	ذكر	91	285.692	61.43591	1.23	131	0.217
	أنثى	42	268.119	100.97578			

* ن = 133

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (8) عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس، وذلك على مستوى الأداة ككل، وعلى مستوى مجالاتها الفرعية باستثناء المجال المتعلق بالعلاقة مع الآخر، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة على مستوى هذا المجال (0.027) وهي أصغر من (0.05)، أي توجد فروق بين أفراد العينة على مستواه، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يتبين أن الفرق في هذه الخصائص -العلاقة مع الآخر- كانت لصالح الأطفال الذكور، إذ كان متوسط الإجابات المتعلقة بهم على هذا المجال (92.8681)، مقابل متوسط بلغت قيمته (82.8810) لنظرائهم من الإناث.

وهذا يتعارض مع دراسة (كارنتر وآخرون، 2008) التي أظهرت أن نسبة الإناث إلى الذكور (3:1)، وتعارض مع ما أشار إليه (الدليل التشخيصي "DSM") الثالثة والرابعة كذلك، وهنا يمكن عزو

ذلك إلى العوامل الاجتماعية، وكون المجتمع الفلسطيني من المجتمعات المحافظة، التي تفرض قيوداً على الإناث، وربما يصبح هذا المبرر أكثر منطقية وقبولاً، إذا ما تعلق الأمر باضطراب كالتوحد، وانخفاض درجة وعي الأهالي ومعرفتهم بهذا الاضطراب.

12.4. فحص الفرضية الثالثة من فرضيات الدراسة التي تنص على (هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية $(\alpha=0.05)$ في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عمر الأم) ولفحص هذه الفرضية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (One way- anova)، لفحص مستوى دلالة الفروق بحسب متغير عمر الأم، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول 9

يوضح نتائج اختبار (One way- anova) لاختبار مستوى دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة بحسب متغير عمر الأم

الخصائص	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأخر	بين المجموعات	2354.482	3	784.827	1.342	0.264
	داخل المجموعات	74259.579	127	584.721		
الأشياء	بين المجموعات	58.997	3	19.666	.230	0.875
	داخل المجموعات	10840.652	127	85.359		
الاستجابة	بين المجموعات	1820.607	3	606.869	1.452	0.231
	داخل المجموعات	53088.187	127	418.017		
الحواس	بين المجموعات	541.798	3	180.599	1.089	0.356
	داخل المجموعات	21054.950	127	165.787		
التكيف	بين المجموعات	262.611	3	87.537	.688	0.561
	داخل المجموعات	16155.801	127	127.211		
مجموع	بين المجموعات	64908.884	3	21636.295	3.95	0.010*
	داخل المجموعات	695664.841	127	5477.676		

* ن = 131

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha=0.05)$

يتضح من الجدول (9) عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية بين أفراد العينة تعزى لمتغير عمر الأم على مستوى أي من مجالات الأداة الفرعية، وجاءت قيم مستوى الدلالة على كل مجال من المجالات الفرعية أكبر من (0.05)، في حين ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الأداة ككل، إذ بلغت قيمة مستوى الدلالة للاختبار (0.010) وهي أصغر من (0.05)، وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية، ولتبيان مواطن الفروق ووجهتها على الأداة الكلية بحسب متغير عمر الأم فقد تم إجراء اختبار توكي (Tukey) للمقارنات البعدية، وفيما يلي توضيح لنتائج هذا الاختبار.

جدول 10

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على الأداة ككل بحسب متغير عمر الأم

مستويات متغير عمر الأم	أقل من 20 سنة المتوسط (382.20)	من (20-30) سنة المتوسط (289.53)	من (31-40) سنة المتوسط (270.38)	أكثر من (40) سنة المتوسط (268.78)
أقل من 20 سنة المتوسط (382.20)	_____	* 92.6615	* 111.8111	* 113.4121
من (20-30) سنة المتوسط (289.53)	_____	_____	19.1496	20.7506
من (31-40) سنة المتوسط (270.38)	_____	_____	_____	1.6010
أكثر من (40) سنة المتوسط (268.78)	_____	_____	_____	_____

يتضح من الجدول السابق أن الفروق الدالة بين فئات متغير عمر الأم على الأداة ككل قد كانت فقط بين الأطفال الذين تقع أعمار أمهاتهم ضمن الفئة العمرية (أقل من 20 سنة) في جهة، وكل من الأطفال الذين تقع أعمار أمهاتهم ضمن الفئات العمرية (من 20-30 سنة) و(31-40 سنة) و(أكثر من 40) في جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال الذين تقع أعمار أمهاتهم ضمن الفئة العمرية (أقل من 20 سنة).

12. 5. فحص الفرضية الرابعة من فرضيات الدراسة التي تنص على: هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة؛ لفحص هذه الفرضية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي

(One way anova)، لفحص مستوى دلالة الفروق بحسب متغير عدد أفراد الأسرة، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول 11

نتائج اختبار (One way- anova) لمستوى دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة بحسب متغير عدد أفراد الأسرة

الخصائص	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
العلاقة مع الآخر	بين المجموعات	4223.290	2	2111.645	3.706	.027*
	داخل المجموعات	73499.702	129	569.765		
الأشياء	بين المجموعات	149.324	2	74.662	.886	.415
	داخل المجموعات	10876.312	129	84.312		
لاستجابة	بين المجموعات	2776.873	2	1388.436	3.421	.036*
	داخل المجموعات	52351.370	129	405.825		
الحواس	بين المجموعات	554.581	2	277.291	1.699	.187
	داخل المجموعات	21054.351	129	163.212		
التكيف	بين المجموعات	905.343	2	452.672	3.763	.026*
	داخل المجموعات	15519.952	129	120.310		
مجموع	بين المجموعات	31145.5	2	15572.758	2.74	0.07
	داخل المجموعات	733757.	129	5688.040		

ن = 132

* دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية بين أفراد العينة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة على مستوى كل من مجال العلاقة مع الآخر، ومجال الاستجابة، ومجال التكيف، لأن قيم مستوى الدلالة للاختبار على كل مجال من هذه المجالات كانت أقل من (0.05) وعليه يتم قبول الفرضية على مستوى هذه المجالات، في حين تبين عدم وجود فروق على مستوى الأداة الكلية، والمجالات الأخرى.

ولتبيان مواطن الفروق ووجهتها على كل مجال من المجالات التي ظهرت فيها الفروق تم إجراء اختبار توكي (Tukey) للمقارنات البعدية وفيما يلي توضيح لنتائج هذا الاختبار:

1. 5. 12. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال العلاقة مع الآخر:

جدول 12

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال العلاقة مع الآخر بحسب

متغير عدد أفراد الأسرة

مستويات متغير	من 1-3 أفراد	من 4-6 أفراد	أكثر من 6 أفراد
عدد أفراد الأسرة	المتوسط (73.4286)	المتوسط (91.5978)	المتوسط (92.3846)
من 1-3 أفراد	المتوسط (73.4286)	- 18.1693 *	- 18.9560 *
من 4-6 أفراد		المتوسط (91.5978)	- 0.7868
أكثر من 6 أفراد			المتوسط (92.3846)

يتضح من الجدول السابق أن الفروق الدالة بين فئات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال العلاقة مع الآخر كانت فقط بين الأطفال ممن عدد أفراد أسرهم (من 1-3 أفراد) من جهة، وكل من الأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد) و(أكثر من 6 أفراد) من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال الذي عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد) و(أكثر من 6 أفراد).

12. 5. 2. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال الاستجابة:

جدول 13

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال الاستجابة بحسب متغير

عدد أفراد الأسرة

مستويات متغير	من 1-3 أفراد	من 4-6 أفراد	أكثر من 6 أفراد
عدد أفراد الأسرة	المتوسط (70.2857)	المتوسط (84.1848)	المتوسط (86.8846)
من 1-3 أفراد	المتوسط (70.2857)	- 13.8991 *	- 16.5989 *
من 4-6 أفراد		المتوسط (84.1848)	- 2.6998
أكثر من 6 أفراد			المتوسط (86.8846)

يتضح من الجدول السابق أن الفروق الدالة بين فئات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال الاستجابة كانت فقط بين الأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 1-3 أفراد) من جهة، وكل من الأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد) و(أكثر من 6 أفراد) من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال الذي عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد) و(أكثر من 6 أفراد).

12. 5. 3. مواطن الفروق ووجهتها بين مستويات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال التكيف:

جدول 14

نتائج اختبار توكي (Tukey) للكشف عن مواطن الفروق ووجهتها على مجال التكيف بحسب متغير عدد أفراد الأسرة

مستويات متغير عدد أفراد الأسرة	من 1-3 أفراد المتوسط (24.571)	من 4-6 أفراد المتوسط (32.848)	أكثر من 6 أفراد المتوسط (29.885)
من 1-3 أفراد المتوسط (24.571)	_____	* 8.276 -	5.313 -
من 4-6 أفراد المتوسط (32.848)	_____	_____	2.963
أكثر من 6 أفراد المتوسط (29.885)	_____	_____	_____

يتضح من الجدول السابق أن الفروق الدالة بين فئات متغير عدد أفراد الأسرة على مجال التكيف كانت فقط بين الأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 1-3 أفراد)، والأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد)، وذلك لصالح الأطفال الذين عدد أفراد أسرهم (من 4-6 أفراد).

أظهرت الدراسة وجود فروق في الخصائص السلوكية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة، على مستوى كل من مجال العلاقة مع الآخر، ومجال الاستجابة، ومجال التكيف، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذين ينتمون لأسر كبيرة الحجم، وربما تعد هذه النتيجة مقبولة ومنطقية على مستوى المجالات الثلاثة التي ظهرت فيها الفروق، فكل حجم الأسرة ووجود أقران وإخوة للطفل التوحيدي، تساعد على إبراز الخصائص المتعلقة بالمجالات المذكورة، أكثر من غيرها من المجالات التي تناولتها الأداة كاستخدام الأشياء، والحواس.

12. 6. أهم النتائج:

12. 6. 1. أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بسؤال الدراسة الأول؛ ونصه: "ما الخصائص السلوكية الأكثر شيوعاً لدى مصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية؟" أن أكثر الخصائص شيوعاً بين أفراد الدراسة كانت تلك المتعلقة بمجال استخدام الأشياء، فالخصائص المتعلقة بمجال الاستجابة، وفي المرتبة الثالثة الخصائص المتعلقة بمجال التكيف، وجاءت الخصائص المتعلقة بمجال العلاقة مع الآخرين ومجال الحواس في المرتبة الأخيرة.

12. 6. 2. وفيما يخص النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني؛ ونصه: "هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في الخصائص السلوكية لمصابي اضطراب التوحد في الضفة الغربية تعزى لكل من عمر الطفل، وعمر الأم، وجنس الطفل، وعدد أفراد الأسرة؟" فقد أظهرت النتائج:

12. 6. 2. 1. وجود فروق في الخصائص تعزى لمتغير عمر الطفل على مستوى الأداة ككل، وعلى مستوى مجالات العلاقة مع الآخر، واستخدام الأشياء والاستجابة، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الأكبر عمراً.

12. 6. 2. 2. عدم وجود فروق في الخصائص على جميع المجالات، تعزى لمتغير جنس الطفل، باستثناء المجال المتعلق بالعلاقة مع الآخر، قد جاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذكور.

12. 6. 2. 3. عدم وجود فروق في الخصائص على جميع المجالات باستثناء المجال الكلي تعزى لمتغير عمر الأم، فمعظم أمهات الأطفال الذين طبقت عليهم الدراسة هن من فئات عمرية دون الأربعين، ما يقلل احتمال تأثير عمر الأم، في حين ظهرت فروق ذات دلالة على مستوى الأداة ككل، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذين تقع أعمار أمهاتهم ضمن الفئة العمرية (أقل من 20) سنة.

12. 6. 2. 4. وجود فروق في الخصائص السلوكية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة، على مستوى كل من مجال العلاقة مع الآخر، ومجال الاستجابة، ومجال التكيف، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذين ينتمون لأسر كبيرة الحجم.

13. توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج المذكورة أعلاه، فإن الدراسة توصي بأهمية:

- 13.1. توفير فرق عمل متكاملة تتولى هذه الفئة، تضم طبيب أطفال، وطبيباً نفسياً، أخصائياً نفسياً بالإضافة إلى الأسرة والمدرسة.
- 13.2. توعية آباء الأطفال التوحديين في كيفية التعامل معهم.
- 13.3. تضافر جهود كل الجهات ذات العلاقة في سبيل تأهيل الأطفال التوحديين.
- 13.4. إعداد كوادر مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين في المراكز الخاصة التي تعنى بهم.
- 13.5. إجراء دورات تدريبية متخصصة للعاملين مع الأطفال التوحديين.
- 13.6. إجراء المزيد من البحوث لتحديد معدلات انتشار الأطفال التوحديين وبخاصة في المجتمع الفلسطيني.
- 13.7. إجراء المزيد من البحوث عن أسباب التوحد، وإستراتيجيات علاجه.

المراجع العربية

- أبو زيد، حسام. (2009). أسباب التوحد وتشتت الدراسات. تم استرجاعه من الرابط <http://forum.stop55.com/152239.html>
- إمام، إلهامي عبد العزيز. (1999). سيكولوجية الفئات الخاصة - دراسة حالة في الذاتوية-. القاهرة: دار الكتب.
- باشا، سامي. (2010). أداة باشا للتشخيص السلوكي لمتلازمة التوحد. القدس: مطبعة البطريكية اللاتينية.
- بيومي، لمياء عبد الحميد. (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس. تم استرجاعه من الرابط www.edu.jamaa.cc/attach.php
- تاركان، لوري. (2011). الشرق الأوسط: جريدة العرب الدولية. أغسطس، 2011، (11952).
- الحديدي، منى؛ والخطيب، جمال. (2005). استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر.
- ريش وآخرون، نيل وآخرون. (2011). الشرق الأوسط: جريدة العرب الدولية. أغسطس، 2011، (11952). تم استرجاعه من الرابط <http://www.aawsat.com/details.asp?section=15&article=636421&issueno=11952#.Ucmz9tjKXY>
- السيد، خالد عبد الرزاق. (2002). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سيمونوف وآخرون. (2008). التشخيصات الأكثر شيوعاً اضطراب القلق الاجتماعي هامش الثقة، نقص الانتباه/فرط الحركة، واضطراب العناد الشارد.
- شبيب، عادل. (2008). ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس لقسم علم النفس في الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.
- الشخص، عبد العزيز. (2007). اضطرابات النطق والكلام. ط2، السعودية: مطبعة الملك فهد، مكتبة الصفحات الذهبية.

شعبان، كاملة؛ وتيم، عبد الجابر. (1999). النمو الانفعالي عند الطفل. عمان: دار صفاء للنشر.
عبد الرحيم، محمد السيد. (2001). علم نفس النمو قضايا ومشكلات. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
عمرو، درويش. (2009). التوحد مرض أم تميز؟. تم استرجاعه من الرابط
<http://knol.google.com/k/>

قنديل، شاكرا عطية. (2000). إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها. مؤتمر كلية التربية، جامعة المنصورة،
نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الحاجات الخاصة 4-5 ابريل.
كفاني، علاء الدين. (2001). تشخيص الاضطراب الاجتزاري. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
محمد، عادل عبد الله. (2008). العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين - أسس وتطبيقات. القاهرة:
دار رشاد.

مجيد، سوسن شاكرا. (2010). التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه. ط2، عمان: ديونو
للطباعة والنشر والتوزيع.

الوهبي، عبدالله. (2006). التوحد بين البيئة والوراثة. تم استرجاعه من الرابط
<http://faculty.ksu.edu.sa/28945/Pages/AD%D8%A7%AB.aspx>

بجي، خوله أحمد. (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.

المراجع الأجنبية

APA. (1980). *Diagnosis and Statistical Manual of Mantel Disorders (DSM3)*. W. Washington. D.C. Third Edition DSM III.

APA. (2004). *Diagnosis and Statistical Manual of Mantel Disorders (DSM4)*. W Washington.D.C.

Bondy, P. et al. (2005). A genetic study of autism in Costa Rica;/ multiple variables affecting IQ scores observed in a preliminary sample of autistic cases. *BMC Psychiatry*, 5(15).

Carpenter, L.; Charles, J.; Jenner, W.; King, L.; Nicholas, J. and Spratt, E. (2008). Prevalence and Characteristics of Children with Autism-Spectrum Disorders. *Ann Epidemiol*, (18).

- Dominick a. Kelli C. (2007). *Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment*.
<https://www.bu.edu/autism/files/2010/03/2007-Dominick-et-al-Atypical-RIDD1.pdf>.
- Gayle C.; Windham, K. & Fessel, Judith K. (2009). *Autism spectrum disorders in relation to parental occupation in technical fields*. "Published Online: Jul\15\12, 10.1002/aur.84.
From: www.interscience.wiley.com.
- Gillham. J.; Carter. S.; Volkmar. Fand & Sparrow. S. (2000).
Toward a Developmental Operational Definition of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 269-278.
From: www.swarthmore.edu/.../faculty-and.../jane-e-gillham.
- Humphreys, A. and Ramm, S. (1987). Autism: the isolating syndrome. *Special Children*, October, 14.
- Jennifer, H. (2009). *Autism: recognizing the signs in young children*. www.mugsy.org.
- Lauren I. et al. (2010). Characterizing Community-Based Mental Health Services for Children with Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior Problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, published with open access at Springer link. From: scholar.qsensei.com/content/1nr1mh.
- Patricia J. Krantz and L. E. McClannahan. (1998). Social Interaction Skills for Children with Autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(2).