وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

شعبة الأرطوفونيا

تخصص أمراض اللغة والتواصل

طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد

Autism Spectrum Disorder

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا تخصص أمراض اللغة والتواصل

إعداد الطالبتين:

- دادو أحلام
- بلعالم وهيبة

الأستاذة المشرفة:

أ. د. بن شدة مليكة

اللجنة المناقشة:

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	**د. حرحيرة وهيبة**	**رئيسا**
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	**أ. د. بن شدة مليكة**	**مشرفا**
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	**د. غزال أمال**	**مناقشا**

السنة الجامعية:2025/2024

الشكر والتقدير

أولا نشكر الله عز وجل ونحمده على نعمه وتوفيقه، وعلى ما نحن عليه اليوم كما نعبر عن إمتناننا العميق لجميع أساتذتنا الفضلاء الذين كان لهم طعم في مشوارنا الجامعي وساهموا في إثراء معرفتنا.

ونتقدم بالشكر والعرفان لأستاذتنا العزيزة "**بن شدة مليكة**" التي أشرفت على إنجاز وإتمام هذه الدراسة العلمية بتوجيهاتها القيمة وفي زرع الأمل في أوقاتنا الصعبة وتشجيعنا المستمر والتي كانت بمثابة أما حنونا، وصدرا رحبا ويدا للعون بالنسبة لنا والتي نكن لها الاحترام والتقدير.

ومع كل الشكر الخالص لكل من تعاملنا معهم وساهموا في إتمام هذا العمل.

وفي الختام، شكر خاص للعائلة الكريمة التي كانت الداعم الأول والدائم لنا والدافع الأكبر لإكمال هذا المشوار.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الطبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد وقد إنطلقت دراستنا من التساؤل التالي: " **ما طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد** ؟" وللإجابة على هذا التساؤل ولتحقيق أهداف الدراسة، تم تطبيق مقياس كارز لتوضيح درجات طيف التوحد، ومقياس المهارات التواصلية للطفل التوحدي للكشف عن الطبيعة التواصل لدى عينة تتألف من(أنثى و5 ذكور) يعانون من طيف التوحد ذات فئة عمرية من 6 إلى 12 سنة، كما إعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي القائم على دراسة حالة، وبعد عرض النتائج وتحليلها كمياً وكيفياً ثم التوصل إلى أن الطفل المصاب بطيف التوحد يعاني من إضطرابات في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والإجتماعية وأن هناك فروق واضحة في طبيعة التواصل باختلاف درجاتهم، حيث أن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد بدرجة شديدة لديهم ضعف في الكلام وفهم اللغة، والتواصل غير اللفظي، مثل الإيماءات وتعبيرات الوجه، كما يواجهون صعوبة في التفاعل الاجتماعي والتعبير عن إحتياجاتهم، أما الحالات المصابون بطيف التوحد بدرجة متوسطة لديهم ضعف في إستخدام التواصل غير اللفظي مع وجود تفاعل إجتماعي محدود، وأما الأطفال المصابون بطيف التوحد الخفيف يواجهون تحديات في التفاعل العاطفي، وتبين ذالك في نتائج المقاييس حيث كان معظم الدرجات الكلية للحالات أقل من الدرجة الكلية القصوى .

ختاماً، تم التأكيد على أهمية التدخل المبكر والتشخيص الدقيق لضمان إتخاذ التدابير الملائمة في الوقت المناسب ولتحسين فعالية المعالجة، حرصاً على تنمية المهارات التواصلية عند المصابين بطيف التوحد .

الكلمات المفتاحية: طيف التوحد، طبيعة التواصل، مهارات التواصل.

Résumé:

Cette étude vise à comprendre la nature de la communication chez les enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Notre recherche est partie de la question suivante : "Quelle est la nature de la communication chez les enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme ?" Pour répondre à cette question et atteindre les objectifs de l'étude, le CARS (Childhood Autism Rating Scale) a été appliqué pour évaluer le degré du TSA, et le mesure des compétences communicatives de l'enfant autiste a été utilisé pour révéler la nature de la communication chez un échantillon composé d'une fille et de cinq garçons, âgés de 6 à 12 ans et présentant un TSA.

Nous avons adopté une approche descriptive basée sur l'étude de cas. Après avoir présenté et analysé les résultats quantitativement et qualitativement, il a été conclu que l'enfant atteint du TSA souffre de troubles des compétences communicatives verbales, non verbales et sociales. De plus, il existe des différences claires dans la nature de la communication en fonction du degré d'autisme. Les enfants atteints d'un TSA sévère présentent des déficiences au niveau de la parole et de la compréhension du langage, de la communication non verbale (comme les gestes et les expressions faciales), et rencontrent des difficultés dans l'interaction sociale et l'expression de leurs besoins. Les cas atteints d'un TSA modéré montrent une utilisation altérée de la communication non verbale avec une interaction sociale limitée. Quant aux enfants atteints d'un TSA léger, ils font face à des défis dans l'interaction émotionnelle. Ces observations ont été confirmées par les résultats des mesures, où la plupart des scores totaux des cas étaient inférieurs au score total maximal.

En conclusion, l'étude a souligné l'importance d'une intervention précoce et d'un diagnostic précis pour garantir des mesures appropriées en temps voulu et améliorer l'efficacité du traitement, afin de développer les compétences communicatives chez les personnes atteintes du TSA.

Mots-clés: Spectre de l'autisme, nature de la communication, compétences communicatives.

قائمة المحتويات:

الشكر والتقدير ..... أ

ملخص الدراسة: ..... ب

Résumé ..... ج

قائمة الجداول: ..... ط

قائمة الأشكال: ..... ح

قائمة الملاحق: ..... ط

مقدمة: 1

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

تمهيد: 5

1-الإشكالية: 5

2-فرضيات الدراسة: 8

3-أهداف الدراسة: 8

4-أهمية الدراسة: 9

5- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة: 9

خلاصة: 10

الفصل الثاني: طيف التوحد

تمهيد: 12

1- تعريف طيف التوحد: 12
2- نبذة تاريخية عن اضطراب طيف الوحد: 14
3- الأنواع المختلفة لطيف التوحد: 15
4- معدلات إنتشار طيف التوحد: 18
5- بعض الأعراض العامة خلال مراحل النمو الأولي للطفل التوحدي: 20
6- الأسباب المؤدية للإصابة باضطراب التوحد: 21
7- بداية الإضطراب ومساره عند الطفل: 23
8- النظريات المفسرة لطيف التوحد: 25
9- أهم الوسائل التي نركز إليها في التقييم: 27
10- مؤشرات تشخيص حالات التوحد حسبDSM5: 29
11- أدوات تشخيص وقياس التوحد: 30
خلاصة: 35

الفصل الثالث: مهارات التواصل

تمهيد: 37
1- تعريف التواصل: 37
2- بعض مفاهيم التواصل: 37
3- أنواع التواصل: 38
4- عناصر التواصل: 40
5- وظائف التواصل: 41
6- معوقات التواصل: 41

7- طرق التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد: 42

8- خصائص لغة الطفل التوحدي: 44

9- مشكلات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد: 45

10- صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال طيف التوحد: 45

11- التفاعل الإجتماعي عند الطفل العادي وعند الطفل التوحدي: 46

خلاصة: 47

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد: 50

1- الدراسة الأولية: 50

2- الدراسة الأساسية: 51

3- منهج الدراسة: 51

4- حدود الدراسة: 52

5- حالات الدراسة: 54

6- أدوات الدراسة: 54

7- الأسلوب الإحصائي: 59

خلاصة: 60

الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها

تمهيد: 62

1- عرض الحالات: (الحوصلة الأرطوفونية) 62

2- عرض نتائج الحالات في مقياس كارز: 77

3- عرض نتائج مقياس المهارات التواصلية وتحليلها: 77

4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات 90

5- الاستنتاج العام: 93

خاتمة: 94

الاقتراحات: 95

قائمة المراجع 96

المـــلاحـــق 98

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل الجدول نسب انتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات ومراكز الأبحاث	19
02	يوضح الجدول الاختلاف في سلوك الأطفال التوحديين والأطفال العاديين	43
03	يمثل الجدول خصائص حالات الدراسة	54
04	يمثل الجدول نتائج جميع حالات مقياس كارز	77
05	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_1_**	77
06	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_2_**	79
07	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_3_**	81
08	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_4_**	84
09	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_5_**	86
10	يمثل الجدول نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد عبارات في كل الأبعاد للحالة **_6_**	88

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل الشكل دماغ أطفال التوحد والأطفال الطبيعيين	28
02	يوضح الشكل عناصر التواصل	40
03	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 1	78
04	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 2	80
05	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 3	82
06	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 4	84
07	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 5	86
08	يمثل الشكل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل للحالة 6	88

قائمة الملاحق:

اسم الملحق	رقم الملحق
الحوصلة الأرطوفونية	**ملحق رقم(1)**
مقياس تقدير التوحد في الطفولة	**ملحق رقم(2)**
مقياس المهارات التواصلية للطفل توحدي	**ملحق رقم(3)**
الملف الطبي للحالة رقم 04	**ملحق رقم(4)**
الملف الطبي للحالة رقم 05	**ملحق رقم(5)**
الملف الطبي للحالة رقم 06	**ملحق رقم(6)**

مقدمة:

يمر الفرد خلال حياته بمراحل النمو المختلفة، أهمها مرحلة الطفولة باعتبارها مرحلة تكون شخصية الفرد وملامحه، لذلك فإنها تعد من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته ففيها يتم قابلية الطفل للتأثر بالعوامل التي يحيط بها، فتظهر جوانب الشخصية أنماط من سلوك السوي أو السلوك الدال على سوء التوافق.

خلال هذه الفترة كذلك تظهر البوادر الأولى لبعض الاضطرابات خاصة النمائية منها وأبرزها اضطراب طيف التوحد الذي أصبح يشغل إهتمام الباحثين، والعلماء من مختلف المجتمعات بسبب انتشاره بشكل يثير الانتباه.

يعتبر طيف التوحد من الاضطرابات الخاصة التي بدأ الاهتمام بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة كما يعد عند بعض الأسر الذي يعاني أطفالهم من اضطراب طيف التوحد كلمة ثقيلة على الأذان لكنها واقع لا يمكن إخفاءه أو التهرب منه، إلا أنه يشكل خطورة كبيرة على عقلية الطفل من مراحل تكوينه، وتنعكس آثاره بصورة مباشرة على تواصله العام و اكتسابه للغة وأنماط سلوكية وأسلوب التعبير عن المشاعر والأحاسيس حيث يتشكل لدى أطفال ذو اضطراب طيف التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي.

إذ يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة، فهو شكل من أشكال اضطرابات السلوكية التي يحيط بها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة، التشخيص وطرق العلاج فهو نمائي منتشر، يبدأ في السنوات الأولى من عمر الطفل ومثل كل الاضطرابات التي تبدأ مبكرا، فهو يؤثر في جوانب النمو المختلفة.

ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات على التواصل **communication** سواء كان تواصل لفظيا، أم تواصل غير لفظي، وأيضا على العلاقات الاجتماعية، لذا يعتبر العجز في المهارات التواصلية إحدى الخصائص الرئيسية التي يتميز بها أطفال التوحد كما أنهم يتصفون بالعزلة والانسحاب والعيش بطريقه خاصة ومختلفة، فالطفل مصاب باضطراب طيف التوحد ينقص عنده التواصل بينه وبين العالم الخارجي وذلك نتيجة لخصائص إعاقته ونقص خبراته المتعلقة بكيفية التواصل الجيد وشروطه.

بما أن الدراسات أثبتت إمكانية تدريب ذوي اضطرابات التوحد ببرامج علاجية تحسن من قدرتهم على اكتساب بعض المهارات التواصلية، فإننا اعتمدنا في دراستنا هذه على اكتشاف المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية باعتبار أن المتوحدين يفتقرون إلى المهارات خاصة في السنوات الأولى من عمرهم.

فإن إهمال هذه الفئة لا يؤدي إلى تعرضهم من المزيد من المشكلات فقط بل يزيد من تضاعف إعاقتهم، لذا يحتاج أطفال هذه الفئة إلى أسلوب خاص للتعامل معهم ومناهج وبرامج تدريبية محددة لمساعدتهم.

إذن فقد كانت هذه الدراسة محاولة للتعرف على طبيعة التواصل للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد.

تم تقسيم الدراسة إلى جانبين: الجانب النظري والثاني التطبيقي حيث يتضمن الجانب النظري الفصول التالية:

الفصل التمهيدي يحتوي على إشكالية الدراسة، والتساؤل العام، فرضية الدراسة، أهداف الدراسة، أهميتها، وتحديد المصطلحات الإجرائية للدراسة.

ثم **الفصل الثاني** الذي تطرقنا فيه إلى نبذة تاريخية، تعريف التوحد، أنواع طيف التوحد، معدلات انتشار التوحد، الأعراض العامة، أسباب التوحد، بداية اضطراب طيف التوحد، النظريات المفسرة، وسائل تقييم التوحد، ومعايير وأدوات التشخيص التوحد.

الفصل الثالث: تعريف التواصل، بعض المفاهيم، أنواع التواصل، عناصر التواصل، وظائف التواصل، معوقات التواصل، خصائص التواصل الطفل التوحدي، مشكلات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، صعوبات التي يعاني منها أطفال طيف التوحد، والتفاعل الاجتماعي عند طفل العادي وطفل التوحد.

الفصل الرابع: يتضمن الدراسة الميدانية وفيه ما يلي: حدود الدراسة المكانية والزمانية والبشرية ومنهج الدراسة، وصف حالات الدراسة وأدوات الدراسة.

الفصل الخامس: عرضنا حالات الدراسة ونتائج المقاييس وتحليلها، ومناقشتها على ضوء الفرضيات، الاستنتاج العام، وكانت النهاية بخاتمة واقتراحات مستقبلية حول الموضوع، تليها قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

تمهيد

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. الدراسات السابقة
6. التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

سنحاول التطرق بين صفحات هذا الفصل الذي يعد بوابة الدراسة إلى عرض إشكالية الدراسة كما سنسلط الضوء على فرضياتها ثم أهدافها وأهميتها وبعد ذلك نتطرق إلى التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1-الإشكالية :

إكتساب اللغة والتواصل يعتبر من أهم المهارات والركائز الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل والقدرة على تكوين حصيلة لغوية وإستخدام اللغة في التواصل والتخاطب بشكل واضح وسليم ، تعتبر عاملا أساسيا في عملية التعلم وإكتساب الخبرات الحياتية والنمو المعرفي ،الإنفعالي ،الإجتماعي والتكيف السليم مع متطلبات الحياة الإجتماعية فالطفل المصاب بطيف التوحد يعيش العالم بطريقة مختلفة عن أقرانه فهو يواجه تحديات في التواصل الإجتماعي والتفاعل كما قد يعاني من صعوبات في فهم الإشارات غير اللفظية مثلا كلغة الجسد والتواصل البصري كما يظهر إهتمامات محدودة ومتكررة ويواجه صعوبات في التكيف مع التغيرات .

(أسامة فاروق، مصطفى سالم, 2014, ص2)

طيف التوحد إعاقة نمائية معقدة تعود إلى الكلمة اليونانية «Autos » تعني الذات، تحدث للطفل في مقدمة عمره مما يؤدي إلى صعوبات جمة في التفاعل، والتواصل، والسلوك غالبا ما يكون الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد منغمسين في ذواتهم ويبدوا أنهم يعيشون في عالم خاص حيث تكون قدرتهم على التواصل اللفظي وغير اللفظي بنجاح مع الآخرين محدودة يواجهون صعوبة في تطوير مهاراتهم اللغوية وفهم ما يقوله الآخرين لهم، و هذا ما أوضحته دراسة شيماء محمد صديق محمد يوسف(2020-2021) مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، حيث هدفت هذه الدراسة إلى كشف عن البنية العاملة لقائمة مهارات التواصل اللفظي وطبيعة الفروق بين أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وتكونت عينة البحث من (20) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وقد تراوحت اعمارهم ما بين(4-12) عاما وتم تطبيق قائمة مهارات التواصل اللفظي.

ومن سمات الطفل التوحدي: يقاوم التلامس والإحتضان، لا يلعب مع الأطفال أقرنه، منطويا ومنعزلا، لا يخاف الخطر، لا يظهر إهتمام للأصوات كأنه أصم، يتلافى التواصل البصري، يردد الكلمات، نشاط حركي زائد أو خمول شديد، كما أن مسببات التوحد لازالت غير معروفة لهذا النوع من الإضطراب إلا أن الأبحاث الحالية تربطه ببعض العوامل الرئيسية من بينها عوامل عصبية بيولوجية وعوامل بيوكيميائية وعوامل جينية وراثية وعوامل إجتماعية أسرية.

(Autism Spectrum Disorder, 2020)

التواصل حسب(Merriam-webster) هو بناء علاقة وطيدة تتبادل فيها الأفراد الأفكار، المشاعر، المعلومات عبر نظام مشترك يشمل هذا النظام رموزا وإشارات وسلوكيات شفهية أو مكتوبة يتم التواصل بين الفرد والآخر بطرق متعددة الوسائط أما بالتواصل اللفظي الذي يشمل إستخدام الكلام الشفهي من خلال الكلمة المنطوقة أو بالتواصل غير اللفظي إيماءات، إشارات، تعابير وجهية...لخلق وتأسيس نوع من التفاهم المشترك بين المرسل والمتلقي أو المستمع والمتحدث كما يسهل التواصل التقارب الإجتماعي ويعتبر العامل الهام في إحداث التفاعل مع الآخرين والإنسجام مع العالم الخارجي وينمي العمليات العقلية الأساسية كالإدراك والإنتباه والتفكير والتخيل والتذكر، كما ورد في دراسة عبد الحليم(2016) وهدفت الدراسة إلى كشف فاعلية البرنامج المقترح في تنمية التواصل الإجتماعي والتي تمثل في تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك تقيس السلوكيات لدى (16) من الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد، ثم تطبيق أدوات الدراسة مقياس الطفل التوحدي وإستمارة المستوى الإقتصادي والإجتماعي والثقافي وإختبار لوحة جوادز لقياس الذكاء.

(Reframing Autism, 2025, thrire)

التواصل نشاطا انسانيا معقدا ومن أعقد المشكلات التي يعاني منها أطفال طيف التوحد، وإضطراب التواصل التي بدوره يعتبر أحد سماته البارزة لهذا الطيف وإعاقة قنوات التواصل لديه تسحبه إلى الغموض والغرابة، حيث يعجز بعضهم عن الكلام بينما يستطيع البعض التحدث مع الآخرين لكنهم ينطقون كلمات أو أشياء لا معنى لها يعانون من تأخر في إكتساب اللغة وعندما تتطور تتميز بالشذوذ ولا يستعملها للإتصال مع الغير يظهر ذلك من خلال تقطع الكلام أو عدم تباثه ،كلام محدود ، إنعدامه ، إعادة الكلمات أو الجمل بشكل نمطي ولديه خلط في إستعمال الضمائر ولغته نمطية متكررة غير إتصالية ولا يتواصل بالإيماءات والحركات ليعبر عن الفرح أو الخوف فالتعبيرات الوجهية

فقيرة والإبتسامة نادرة و تم التأكيد على ذلك في دراسة حسام جابر السيد أحمد(2018) تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين بإستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي، حيث هدفت هذه الدراسة عن كشف عن أثر التدريب على التواصل غير اللفظي في تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين وتكونت عينة الدراسة من(20) طفل تراوحت أعمارهم ما بين(0-10) سنوات وقد تم إختيار العينة بطريقة قصدية من المركز للحالات الخاصة تمثلت أدوات الدراسة في مقياس التفاعل الإجتماعي للأطفال التوحد في فئة عمرية ما بين من (0-10) سنوات، وبرنامج مقترح لتنمية مهارة التواصل غير اللفظي وتحسين التفاعل الإجتماعي لدى أطفال التوحد في فئة عمرية ما بين(0-10) سنوات، من الفروقات التي بين التطور اللغوي لدى الأطفال الطبيعيين والأطفال المصابين بطيف التوحد هو تخلص الأطفال الطبيعيين من تكرار ما يتم سماعه في عمر مبكر عكس التوحديين تستمر لديهم وهم يواجهون مشاكل في إيجاد لغة سليمة يتعاملون بها مع المجتمع الخارجي تسمح لهم بالتعايش مع الوسط الذي يعيشون فيه.

(نصيرة شوال، راضية بن عربية،2016 ، ص164)

تم إنتقاء الدراسات السابقة المذكورة نظرا لإرتباطها بهدف دراستنا لإدراجها ضمن البحث، حيث قدمت هذه الدراسات إسهامات مهمة توضح ضرورة فهم طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد، حيث تعزز فرضيتنا الصلة بين مهارات التواصلية وطيف التوحد مؤكدة الربط بين ضعف هذه المهارات والصعوبات التي يواجها المصابين بطيف التوحد في التواصل مما يؤثر على أدائهم الإجتماعي والأكاديمي والتكيف النفسي، كما يعيق قدرة الطفل على بناء علاقات إجتماعية فعالة والتعبير

عن ذواتهم، كما أنها كشفت عن وجود فجوات بحثية في هذا المجال وتسعى دراستنا إلى المساهمة

في سدها من خلال التركيز على تقييم مجموعة من المهارات التواصلية، بما في ذلك التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي والتواصل الإجتماعي .

وبناءا على ما تم عرضه تهدف دراستنا للمعالجة والإجابة على التساؤل العام التالي:

- ما طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد بدرجاته؟

يندرج تحت التساؤل العام عدة تساؤلات جزئية التالية:

- هل يعاني طفل طيف التوحد من اضطراب في مهارات التواصل اللفظي؟
- هل يعاني طفل طيف التوحد من اضطراب في مهارات التواصل غير اللفظي؟
- هل يعاني أطفال طيف التوحد من اضطراب في القدرات على المستوى الإجتماعي؟

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة:

- طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد تختلف حسب درجات طيف التوحد.

الفرضيات الجزئية:

- يعاني طفل طيف التوحد من اضطراب في مهارات التواصل اللفظي.
- يعاني طفل طيف التوحد من اضطراب في مهارات التواصل غير اللفظي.
- يعاني أطفال طيف التوحد من اضطراب في القدرات على المستوى الإجتماعي.

3-أهداف الدراسة :

- معرفة طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد بهدف مساعدتنا على فهمهم بشكل أفضل وتقديم الدعم المناسب لهم في التعبير والتفاعل.
- فحص طبيعة التواصل اللفظي لدى أطفال طيف التوحد لفهم قدراتهم في التعبير والفهم، مما يساعد على وضع خطة تدخل مناسبة تدعم تطور مهاراتهم اللغوية والإجتماعية.
- توضيح طبيعة التواصل غير اللفظي لأطفال طيف التوحد لأنهم غالبًا يعتمدون عليه للتعبير عن إحتياجاتهم ومشاعرهم، وفهم هذا النوع من التواصل يساعدنا على تفسير سلوكهم بشكل أدق وتعزيز التفاعل معهم بفعالية.
- كشف عن طبيعة التواصل الإجتماعي لدى أطفال طيف التوحد لفهم مدى قدرتهم على التفاعل مع الآخرين، وتحديد الصعوبات التي يواجهونها في بناء العلاقات، مما يساعد في تصميم تدخلات مناسبة لتعزيز مهاراتهم الإجتماعية.

4-أهمية الدراسة:

- تعزيز قدرات التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.
- تسليط الإهتمام على إضطرابات التواصل لدى أطفال طيف التوحد.
- إبراز أثر التشخيص المبكر لطيف التوحد لتخفيف من حدة إضطرابات التواصل لديه.
- فتح آفاق لتطوير أساليب ووسائل مبتكرة تدعم أطفال طيف توحد

5- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد:

التوحد هو إعاقة تصيب الطفل في سنواته الثلاث الأولى، تتمثل في عجز في التفاعل الإجتماعي والتواصل والنمو اللغوي، وقد يعاني الطفل المشخص بطيف التوحد من صعوبات في التواصل وهي عملية نقل المعلومات بين فرد أو أكثر بإستخدام وسائل شفهية وغير شفهية مثل الإيماءات، الإشارات، وحركة الوجه، وهو مرتبط بالقدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين، تترجم هذه الصعوبة إجرائياً ويتم قياسه لدى الأطفال الذين يعانون من إضطرابات تواصلية من خلال مقياس المهارات التواصلية، والذي يشمل ثلاثة أبعاد رئيسية:

التواصل اللفظي: إستخدام الكلمات والعبارات المنطوقة أو المكتوبة للتعبير عن الأفكار، المشاعر، الحاجيات أو الرغبات.

التواصل غير اللفظي: نقل الرسائل عبر الإيماءات، الإشارات الجسدية، تعبيرات الوجه، نبرة الصوت، والصور.

التواصل الإجتماعي: قدرة الطفل على التفاعل والإستجابة مع الآخرين لفظياً أو غير لفظياً في المواقف الإجتماعية، يتم تقييمه بملاحظة السلوك أو بإستخدام أدوات تقييم مقننة.

خلاصة:

تناول هذا الفصل الخطوط العريضة التي تشكل الإطار المفاهيمي والمنهجي للدراسة، وتطرقت هذه الدراسة موضوع تقييم القدرات التواصلية لدى أطفال طيف التوحد، حيث ركزت الإشكالية الأساسية على فهم مدى تأثير الإضطراب على أبعاد التواصل المختلفة، لا سيما التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، والتواصل الإجتماعي. وتم بناء هذه الإشكالية إنطلاقًا من ملاحظة الصعوبات التي يواجهها أطفال طيف التوحد في التفاعل مع العالم الخارجي، مما يستدعي تقييمًا دقيقًا لقدراتهم التواصلية.

إستندت الدراسة إلى مجموعة من الدراسات السابقة والجهود البحثية الميدانية التي أغنت الجانب النظري، وساعدت في تشكيل أرضية علمية تسمح بفهم عميق لموضوع التواصل عند هذه الفئة. وإنطلاقًا من هذه المعطيات، تم بناء تساؤل عام وصياغة فرضيات علمية تهدف إلى الكشف عن مستوى الأداء التواصلي لدى أطفال طيف التوحد، إلى جانب تحديد أهداف البحث بوضوح.

وقد ركزت الدراسة على محاولة الكشف عن القدرات التواصلية عبر أدوات تم تصميمها أو إختيارها بدقة لقياس الأبعاد الثلاثة للتواصل. وبهذا، ساهم البحث في إثراء الرصيد المعرفي والميداني حول موضوع التواصل عند أطفال طيف التوحد، سعيًا إلى تقديم لمسة علمية في هذا المجال.

وإختتمت الدراسة بتحديد المفاهيم المحورية وتعريفها إجرائيًا، مع عرض الأدوات المستخدمة لقياس القدرات التواصلية، مما يضمن وضوح المنهجية ودقة التقييمات المعتمدة.

الفصل الثاني: طيف التوحد

تمهيد

1. تعريف طيف التوحد
2. نبذة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد
3. أنواع طيف التوحد والإضطرابات المصاحبة
4. معدلات انتشار طيف التوحد
5. الأعراض العامة لطيف التوحد
6. أسباب الإصابة بطيف التوحد
7. بداية إضطراب طيف التوحد عند الطفل
8. النظريات المفسرة لطيف التوحد
9. وسائل تقييم التوحد
10. مؤشرات تشخيص التوحد حسب DSM5
11. أدوات تشخيص التوحد

خلاصة

تمهيد:

التوحد يعد من أكثر الإضطرابات النمائية البارزة في عصرنا والتي لها تأثير على المعالم النمائية الرئيسية ولا تقتصر أسباب هذا الإضطراب على سبب منفرد فأسبابه متعددة ، حيث جذب التوحد إهتمام العديد من الباحثين والأخصائيين ولايزال هذا الإضطراب مثيرا للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وأساليب علاجه.

1-تعريف طيف التوحد:

طيف التوحد بالإنجليزية Autism Spectrum Disorder(ASD) وما يعرف حديثا بإضطراب طيف التوحد ومصطلح يقصد به مجموعة من الإضطرابات النمائية العصبية التي تسبب عدة مشكلات في المهارات الإجتماعية والتواصلية والعاطفية، وفي ظهور أنماط سلوك غريبة إضافة إلى محدودية في الإهتمامات لدى المصابين. (نفس المرجع السابق،2019، ص17)

معنى كلمة الأوتيزم (التوحد) Autism:

يذكره وليم خولي في موسوعته أنه ذاتية أو إنغلاق الذات،Autism هي كلمة تشير إلى إنغلاق المرء داخل الذات وإنطوائه على ذاته، وتعديل أفكاره وإدراكاته وقفا لحاجاته ورغباته الذاتية بدلا من أن يكون تفكيره وسلوكه واقعيين وموضوعيين.

الطفل التوحدي: Autistic children

هو الطفل الذي فقد الإتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الإتصال قط، وهو منسحب تماما ومنشغل إنشغالا كاملا بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبة كبرم الأشياء ، لفها أو الهزهزة ومن خصائصه الأخرى لا مبالاته إزاء الوالدين والآخرين وعجزه عن تحمل التغيير، وعيوب النطق أو الخرس.(ابراهيم محمود بدر ،2004، ص17 _ص19).

❖ **مجموع التعريفات التي تناولت طيف التوحد:**

تعريف التوحد حسب التصنيف العاشر للإضطرابات العقلية والسلوكية ICD – 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) :

فإن إضطراب التوحد هو نوع من الإضطرابات النمائية الشاملة أي أن هذا الإضطراب يؤثر سلبا على عدة مجالات لعمليات التطور ، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره.(نفس المرجع السابق ، ص21)

تعريف التوحد طبقا لتصنيفDSM5-TR :

_الطفل يبدي عجزا نوعيا في تفاعله الإجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الإستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه إنفعالاته، والفشل في نمو أو تطوير العلاقات مع الأقران.

_العجز عن التواصل يرى غالبا في أطفال التوحديين هذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة والعجز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة والسلوك النمطي والإستخدام المتكرر للغة، وقصور في مهارات واللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية.

_ ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها، وفي إهتماماته وتمسكه غير المرن بأعمال محددة أو طقوس، الإنشغال بأجزاء من الموضوعات.

تعرفه الجمعية القومية للأطفال التوحديين National Society for autistic children (NSAC):

أنه إضطراب أو متلازمة (زملة) Syndrome يعرف سلوكيا، وإن المظاهر المرضية المتضمنة يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرا، ويتضمن ذلك إضطراب في سرعة أو تتابع النمو، وإضطراب في الإستجابة الحسية للمثيرات، وإضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، وإضطرابات في التعلق أو الإنتماء للناس أو الأحداث والموضوعات.

يعرفه **(Howlin,1995)** على أنه مصطلح يطلق على أحد إضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو التواصل والتخاطب، التعلم ،

، النمو المعرفي والإجتماعي تصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية، وإنغلاق على الذات مع جمود عاطفي إنفعالي، يصبح كأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل ،كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو إستقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه ، إضافة إلى ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص.

يعرفه (عصام النمر،**2008**) خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه بدقة ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، يمتاز بقصور وتأخر في النمو الإجتماعي ، الإدراكي ،التفاعل والتواصل مع الاخرين.(أسامة فاروق، 2010، ص_ 26ص29).

2-نبذة تاريخية عن إضطراب طيف الوحد:

التوحد أحد الإضطرابات النمائية المعقدة تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الإجتماعي واللفظي والغير لفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الإجتماعية المتبادلة، يظهر هذا الإضطراب منذ ولادة الطفل إلى غاية عمر ثمانية سنوات تكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة، الإنطواء على الذات، معرفة التاريخ التطوري لهذا الإضطراب يعطينا فهما أكثر شمولية لبداية ظهور الإضطراب، وإكتشافه ، والمراحل التي مر بها، وليو كانر هو أول من عرف التوحد متلازمة سلوكية وفي سنة**1943** نشر كانر دراسة وصف فيها 11طفلا إشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي إضطرابات أخرى إقترح تسميتها باسم التوحد الطفولي(autisminfantile). وفي**1956** قام بحصر التوحد في صورتين أساسيتين هما الوحدة المفرطة، الرتابة ويقصد بالوحدة المفرطة العيش بخياله وتصوره كتفاعله مع نفسه واللعب معها بدون إندماج مع الغير من أقرانه، كما أن الطفل في بداية العامين الأوليين يميل إلى الرتابة التي تتسم بالروتين والنمطية في سلوكه. وفي**1971** صدرت له نشرة بعنوان التوحد والفصام في مراحل الطفولة وهي النشرة الأولى للتوحد إشتملت على جميع أبحاثه المطولة وتعرف باسم(نشرة التوحد والإضطرابات النمائية) ،كما تابع كانر حالة 96 طفلا مصابين بالتوحد فوجد 11 طفلا حققوا تطورا ملحوظا في مراحل نموهم المتقدمة حيث تمكنوا من العمل والإختلاط النسبي في محيطهم الإجتماعي.

(بلال احمد،2019،ص10_12)

3- الأنواع المختلفة لطيف التوحد:

صنف الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5-TR)خمسة أنواع من إضطرابات طيف التوحد تحت مظلة الإضطرابات النمائية الشاملة وهي:

الإضطراب التوحدي:Autistic disorders

يسمى أيضا بتوحد الطفولة المبكر وللحكم على طفل مصاب باضطراب التوحد يجب أن يظهر قصورا واضحا قبل سن ثلاث سنوات في ثلاث مجالات أساسية : التواصل، التفاعل الإجتماعي، الإهتمامات ،الأنشطة. بعض الأطفال لا يتم تشخيصهم قبل(3سنوات) لذلك على الفاحصين تقييم وجود المعايير الأساسية للحكم على الطفل خلال تتبع الحالة أو دراسة التاريخ النمائي للحالة لتحديد إذا كانت المظاهر موجودة قبل سن ثلاث سنوات ، وبواقع (35%-40%) من أفراد هذه الفئة لا يطورون اللغة التعبيرية اللفظية " المنطوقة" أما مظاهر القصور في التواصل والتفاعل الإجتماعي والأنشطة فإن نسبته (25%-33%) فقط من أفراد طيف التوحد يقعون ضمن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية أو أعلى من المتوسط .

إضطراب أسبيرجر: Asperger's Disorder

يعرف بمتلازمة أسبيرجر Asperger Syndrome لا يعاني الأفراد المصابين باضطراب أسبيرجر من تأخر لغوي أو تواصلي، مع ذلك يشير بعض الآباء الى أن أبنائهم يعانون من تأخر في المهارات اللغوية في مرحلة الرشد المبكرة ، أي أن اللغة التي يتحدثون بها لا تتناسب مع عمرهم الزمني ويستخدمون في حال تكلمهم جملا صحيحة في الحديث عن المواضيع المفضلة لديهم حيث أن أفراد ذوي متلازمة أسبيرجر يميلون لإظهار مدى واسع من الكلمات ويلاحظ عليهم كأنهم يتكلمون لأنفسهم ليس للمستمعين لهم، لا يبدوا عليهم الإهتمام بإتاحة الفرصة للأخرين لقول أي شيء، ولديهم مشكلات في التواصل غير اللفظي فهم لا يستطيعون قراءة أو إرسال الرسائل غير اللفظية ويعانون من مشكلات في التواصل البصري وفي تعبيرات الوجه، كما أن أطفال متلازمة أسبيرجر لا يظهرون أي تأخر في التطور والنمو المعرفي أو في مهارات العناية بالذات.

إضطراب ريت Rett's Disorder :

أندرس ريت أول من أشار لإضطراب ريت عام (1966) كإضطراب يصيب الإناث وعلى إفتراض أنه إضطراب يسببه خلل جيني مميت للذكور ويبدي الأطفال تدنيا مفاجئا في المهارات اللغوية والحركية بعد مرور فترة تطور طبيعية تستمر من (6-18 شهرا)

ويظهر تباطؤ في نمو الرأس ما بين (48-5شهرا) ومشكلات في المهارات الحركية ذات العلاقة بإستخدام اليدين في المرحلة العمرية(30-5 شهرا) ، عوضا عن إستخدام اليدين بشكل هادف فأنهم ينشغلون بحركة نمطية تشبه حركة مسك القلم، كما يعانون من مشكلات في التآزر الحركي وفي المشي وفي بعض الأحيان يفقدون القدرة على التنقل ، يعتبر كإضطراب جيني نادر فقد قدر المعهد الوطني للصحة (National Institute of Heath)نسبة إنتشاره حالة واحدة لكل (15)ألف حالة ولادة.

إضطراب الإنتكاس الطفولي/ إضطراب تفكك الطفولة:

Childhood Disintegrative Disorder

ثيودر هيلر أول من أشار الى هذا الإضطراب (1908) لذلك يسمى باسمه أحيانا "متلازمة ثيودر" بالرغم من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية تشير إلى الإختلافات النوعية في التواصل، التفاعلات الإجتماعية، الإهتمامات، الأنشطة في إضطراب تفكك الطفولة وهي تشبه

التوحد إلا أن تطورات نمائية الأسباب تختلف، يظهر تفكك الطفولة بعد مرور سنتين من النمو الطبيعي وهذا يختلف عما هو لدى التوحد فبدء الإضطراب يكون قبل (30شهرا). يفشل أطفال إضطراب تفكك الطفولة في التعرف على آبائهم أو حتى إطعام أنفسهم، بالرغم من تشابه في الخصائص السلوكية مع أطفال ذوي إضطراب التوحد، فإن كانر أشار إلى محكين أساسيين:

أولا: إعتبار الخلل/ القصور في التفاعل الإجتماعي عنصر أساسيا في تشخيص إضطراب التوحد في حين تعتبر مشكلات التواصل عنصر أساسيا في تشخيص إضطراب تفكك الطفولة

ثانيا: إن إضطراب تفكك الطفولة يؤثر على الفرد بشكل أكثر شدة منه لدى التوحد بالرغم من أن بدء الإضطراب يحدث لاحقا.

الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة:

Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified-PDD-NOS

يتم تشخيص الأطفال بهذه الفئة في حال أظهر الطفل بعض وليس جميع المعايير لأي فئة من فئات الإضطرابات النمائية الشاملة، ووفق الدليل الاحصائي أدرجت العديد من الإضطرابات ضمن هذه الفئة إعتمادا على قرب الخصائص وليس بضرورة تطابقها مع معايير هذه الفئة، حيث لم يقدم الدليل معايير تشخيصية حقيقية لتشخيص الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة تتضمن خصائصها قصورا في ثلاث مجالات وهي التواصل، التفاعل الإجتماعي، الإهتمامات ،الأنشطة.

حسب(**DSM-5-TR**) ممكن أن يشخص الطفل أن لديه إضطرابات نمائية شاملة غير محددة مع وجود إختلافات نوعية في أي من المجالات الثلاث، مما يسهم في زيادة نسبة إنتشار إضطرابات طيف التوحد. (نايف عابد، يحي فوزي، ،2016، ص39_ص36)

–وتذكر رابية حكيم (2003) أن هناك بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحيانا لمرض التوحد وهي:

(1) متلازمة x الهش Fragile we Syndrome: سببه عيب في تركيب الكروموسوم Fragile x وله صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس ، مرونة شديدة في المفاصل وأيضا تخلف عقلي

(2) مرض فينيل كيتونوريا Phenyl Ketonuria : هو مرض وراثي سببه أن الحمض الأميني المسمى فينيل ألانين Phénylalanine لا يتم تمثيلmetabolism له في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط أنزيم معين في الكبد فيؤدي ذلك إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ.

(3) مرض التصلب الحدبي الدرنيTuberous Sclerosis:هو أيضا مرض وراثي يوصف بوجود مشاكل في الجلد ويقع لونها داكن أو فاتح عن لون الجلد إلى جانب تخلف عقلي . (إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي" تشخيصه وعلاجه"، مكتبة الأنجلو المصرية، 2004، ص26–ص27)

4-معدلات إنتشار طيف التوحد:

- قدر جلبيرج (Gillberg1988) حدوث التوحد بحوالي 4.0-6.7 لكل 10,000، وتراوحت نسبة إنتشار التوحد بين الأطفال من 2:4 لكل 10.000 طفل
(Rosenhan & Seligman, 1989, 553)
- وإنتهت نتائج دراسة وينج(Wing, 1993) إلى أن معدلات إنتشار التوحد تبلغ(1) إلى (16) لكل 10.000 في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا واليابان.
- وقدر رابن (1997,Rapin) حدوث التوحد باتساق ما بين 1-2 لكل 1000 حالة، وقد لخص فومبون (1998,Fombonne) نتائج الكثير من الدراسات لعينة بلغ قوامها 4 ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين 4.6 -5.5 لكل 10.000، أما رابن وكاتزمان (Rapin& 1998 Katzman) فقدرا معدل إنتشاره ما بين 1 - 2 شخص لكل 1000.
- وإنتهت نتائج دراسة فومبون(Fombonne2003,) من خلال تحليل 312 مسحاً أجريت في 13 قطراً إلى أن معدل إنتشاره بلغ 10 حالات لكل 10 آلاف طفل.
- وتبلغ معدلات إنتشار التوحد وفقاً لنتائج دراستي كل من يرجين – السوب و آخرون (Yeargin-2007,Allsopp et al) 1 لكل 150 طفلاً.
- وأشارت نتائج الدراسات الحديثة إلى أن معدلات إنتشار التوحد، وإضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، وبلغت معدلات الإنتشار بواقع طفل لكل 150 طفلا. (Center Disease control , 2007)
- ومعدلات إنتشار إضطراب التوحد لدى الذكور تفوق إنتشاره لدى الإناث بحيث تتراوح النسبة (1:4)(2005,Fombonne) يعزى ذلك إلى وجود دليل على أن الأجنة والرضع الذكور يكونون بيولوجياً أكثر تعرضاً للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث فعلى سبيل المثال تشير نتائج دراسة (Van Den Bergh & Marcoen, 2004) أن التعرض قبل الولادة للضغوط إرتبط على نحو دال بأعراض ADHD مع تأثير قوي أكبر وجد في الذكور عن الاناث.
- وتشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الإجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والإقتصادية والإجتماعية أو الأصول المعرفية.
(جمال الخطيب منى الحديدي،1997، 159)

- ويكمن وجود تباينات في معدلات إنتشار إضطراب التوحد إلى نقص أو القصور في الإتفاق حول تحديد مفهوم التوحد، كما أن الدراسات السابقة عن معدلات الإنتشار غالباً ما تتضمن عينات من الأطفال التوحديين يتباينون فيما بينهم في السمات (Durand & Carr,1988,196)

ترجع زيادة معدلات إنتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسات التشخيصية وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي بهذا الاضطراب .

جدول رقم 01 نسب إنتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات ومراكز الأبحاث:

الجهة التي أجريت الدراسة المسحية وتاريخها	معدل الإنتشار
كانر(Kanner1973)	(10000 /5-4)
ايشي وتاكاتشي (Ishii & Takahashi 1983)	(16 / 10000)
وينغ (Wing 1996)	(10 / 10000)
المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998)	(5-4 / 10000)
ايدلسون(Edelson 1998)	(5-4 / 10000)
وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (Califronia Health and human services agency 1999)	(21-15 / 10000)
الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل(DSM-4,TR 2000)	(5 / 10000)
مجلس البحث الطبي(Department of health 2000)	(30-10 / 10000)
وينغ وبروتر(Wing & protter 2003)	(60 / 10000)
(فونبوني Fonbonne 2005)	(13 / 10000)
باركر وزملائه((Becker et al ,2007	(1 / 150)
الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society Autistic Children NSAC 2008)	(20 / 10000)

المصدر: الجدول (1) مقتبس من (" بحث ماجستير ريما مالك " ، 15O2، ص13)

5-بعض الأعراض العامة خلال مراحل النمو الأولي للطفل التوحدي:

في العام الأول والثاني

- صعوبة أو تعذر في المص (الرضاعة)
- هدوء غير طبيعي أو صراخ متواصل
- رفض كافة محاولات التدليل (حملة، ضمة، تقبيلة)
- غياب إلتقاء العيون
- عدم المبالاة بأمه أو من يرعاه
- مناغاة محدودة أو نادرة كما وكيفا
- لا يتابع بعينيه أي مثير بيئي ولا حتى أمه
- لا يبدي أي مشاعر إنفعالية أو يتجاوب معها
- يتأخر في المشي والكلام لما بعد 3-2 سنوات
- قد يبدي إهتماما بأشياء وليس بأشخاص

خلال مرحلة ما بعد المهد

- قصور أو توقف النمو اللغوي
- تعذر أو غياب كلي للتواصل اللفظي
- غياب التواصل غير اللفظي تعبيرا أو فهما
- بالتالي غياب القدرات الإجتماعية
- غياب القدرة على التعلم والنمو المعرفي
- غياب مظاهر الإدراك والإستجابة للمثيرات الحسية
- غياب المشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة
- غياب التقليد واللعب الإيهامي

- إندماج في عدد محدود من الأنشطة النمطية غير الهادفة
- إهتمامات غريبة بأشياء تافهة وليس بالبشر
- مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية
- ثورات غضب أو عدوان على النفس أو الغير
- إستجابات للمثيرات الحسية غير طبيعية
- خلط في إستعمال الضمائر
- ضحك أو بكاء أو صراخ بدون سبب ظاهر
- ترديد كلمة أو كلمات بعد سماعها ECHOLALIA

(طارق عامر، 2008، ص_30ص29)

6-الأسباب المؤدية للإصابة بإضطراب التوحد :

أهم الأسباب التي يفترض أنها السبب وراء حدوث الإصابة بالإضطراب منها:

الأسباب الجينية:

تشير بعض الدراسات سبب إضطراب التوحد وراثي جيني عن طريق المقارنة بين التوأم المتطابق والتوأم المتشابه، في بحث مقارن بين عينة التوأم المتطابق من بويضة واحدة وأخرى التوأم المتشابه من بويضتين مختلفتين وجد أن إضطراب التوحد ينتشر بنسبة 36% من المجموعة الأولى لم توجد على الإطلاق في المجموعة الثانية لذلك قد يكون سبب إضطراب التوحد خللا وراثيا عند الجنين. كما أثبتت بعض الدراسات وجود إرتباطا بين إضطراب التوحد وشذوذ الكروموزومات، وأوضحت أن هناك تواصلات إرتباطية وراثية مع إضطراب التوحد فقط وهذا الكروموزوم يسمى فراجيل اكس Fragile X الذي يعتبر شكلا وراثيا حديث مسببا للتوحد والتخلف العقلي له أثرا في حدوث مشكلات السلوكية كالنشاط الزائد، نوبات الغضب العنيفة، السلوك الأناني والفرد لديه هشاشة في كروموزوم إكس، تأخر لغوي شديد، تأخر في النمو الحركي، قصور في المهارات الحسية هذا الكروموزوم شائعا بين البنين أكثر من البنات ويؤثر 10 :7من حالات التوحد.

الأسباب البيولوجية:

تنحصر في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها كإصابة الأم بالأمراض المعدية أثناء الحمل، تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين، تعرض الأم للنزيف قبل الولادة، لحادث أو لكبر سنها كل هذه العوامل قد تكون سببا، كما قد تكون الإصابة بإضطراب التوحد نتيجة لبعض الإضطرابات البيولوجية كتصلب الأنسجة، الحصبة، إلتهاب الدماغ.

الأسباب العصبية التشريحية:

الدراسات السابقة الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي قارنت بين أفراد إضطراب التوحد والأفراد العاديين وجدت أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بإضطراب التوحد والفص الصدغي يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لإضطراب التوحد فعندما تتلف المنطقة الصدغية في الحيوان فمن المتوقع أن يفقد السلوك الإجتماعي ويظهر القلق، والسلوك الحركي المتكرر كما أشارت نتائج الدراسات وجود نقص في إفراز النتائج التمثيل الأيضي Metabolism لمنطقة اللحاء ودراسات أخرى وجدت أن جذع المخ للأطفال ذوي إضطراب التوحد أقصر من العاديين كما يوجد شذوذ بالمخيخ والمناطق المسؤولة عن التحكم الحركي، يعد شذوذ المخيخ السمة الرئيسية لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد.

الأسباب الإجتماعية- الأسرية:

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة، وإلى شخصية الأبوين الغير سوية، ويؤكد كانر أن أعراض الإصابة بالتوحد تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا ويحدث هذا نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل أو نتيجة المناخ النفسي السيء الذي يعيش فيه الطفل والمناخ الاسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالإستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة من هنا يبدأ الأساس المرضي.

الأسباب المناعية:

قد تساهم بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين في حدوث إضطراب التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بإضطراب التوحد تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير إلى إحتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

الأسباب البيو كيميائية :

لدى ثلث أفراد ذوي إضطراب التوحد إرتفاع السيروتونينPlasma Sérotonin في الدم بالنسبة 25 عن المعدلات الطبيعية، مما يؤثر على عمليات الأيض مثل التحلل غير الكامل لبروتينات معينة ،التي تتسبب في إنتاج ما يعرف ببتيدات تدخل مجرى الدم وتعبر حاجز الدم– المخ مما ينتج عنه تغيير في كيميائية عمل المخ. كما أن لديهم حدوثا عاليا من الهيبرسيروتونيميا Hyper serotonemia ولدى بعض الأطفال التوحديين يوجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي، كما لديهم إرتفاع في تركيز حمض الهوموفانيلك Homovanilic في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ وإرتفاع معدل الأندروفين Endrophin بسائل النخاع الشوكي.(عبد الحافظ هناء شحاتة، 2015، ص36–ص31).

7–بداية الإضطراب ومساره عند الطفل:

يذكر محمود حموده (1991) أن الإضطراب يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية من الحالات، قليلا ما يبدأ بعد الخامسة أو السادسة من العمر، وما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الإضطراب، ويصعب رصد مظاهر الإضطراب في مرحلة الرضاعة (العامين الأول والثاني من العمر)، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدوا على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده ولا يخاف من الغرباء ولا يرتبط أو يتفاعل معهم، مع غياب الإبتسامة الإجتماعية

(التي تبدأ عادة في سن شهرين) فتشك الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه.

تقدم نادية أديب (1993) صورة مغايرة لبداية الإضطراب تقول أن بعض الأطفال ممن سيصبحون توحديين فيما بعد يبدو نموهم طبيعيا لفترة من الوقت فلا يلاحظ أبواهم عليهم أي شيء غير عادي في السنة الأولى أو الثانية من عمرهم، هناك نوعان من الأطفال التوحديين فبعضهم

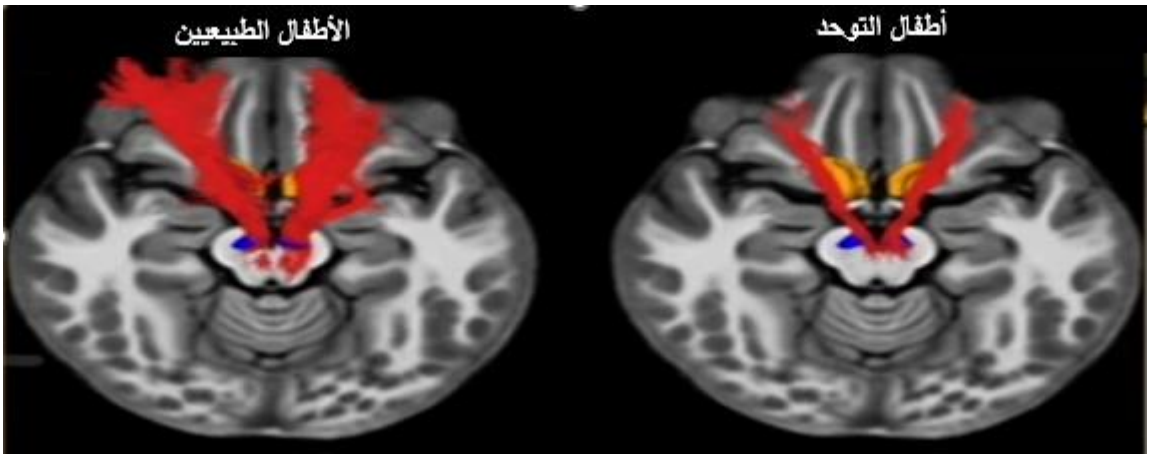
يصرخ كثيرا أثناء الليل والنهار على حد السواء وبالذات عند إستيقاظهم من النوم، ولا يمكن تهدئتهم أو إراحتهم ، أما النوع الثاني من الأطفال فيكون ساكنا يقنع بالبقاء في عربة الأطفال طوال اليوم، أحيانا تشعر الأمهات أن الطفل من هذا النوع لا يعرف أنه جائع حيث أنه لا يبكي أبدا طالبا للطعام ويمكن أن يموت جوعا إذ لم يتم إطعامه في مواعيد روتينية ثابتة، يظهر السلوك التوحدي في أوضح صورة ما بين عامين وخمسة أعوام فيتسم سلوك الطفل التوحدي بأنه لا ينظر مباشرة للآخرين، ويبدو سلوكه متباعدا وغير متأثر بالعالم حوله، ويرتكز إهتمامه على أشياء خاصة مثلا كعلبة فارغة فإذا ضاع هذا الشيء أو تغير الروتين المألوف له، يصبح هذا الطفل الهادئ المتباعد كتلة من الغضب.

أما عن مسار الإضطراب فيذكر محمود حموده أن مظاهر الإضطراب تظل في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الإجتماعي ومهاراتهم اللغوية عند سن الخامسة أو السادسة، يمكن أن يحدث البلوغ تغيرا في أي من الإتجاهين (التحسن أو التدهور)، ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلا على توجيه حياتهم بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الإضطراب، لكن الإختلال الإجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين، هناك عوامل تنبئ بمصير الإضطراب الذاتوي على المدى الطويل هي معامل الذكاء ونمو المهارات الإجتماعية واللغوية .

ويذكر علاءالدين كفافى (2001) أن الإضطراب الإجتراري يفضل أن يسميه يتبع مسارا ثابتا، وفي سنوات المدرسة قد يحقق بعض الأطفال قدرا من المكاسب الإرتقائية في ميادين مثل الميل المتزايد لأداء بعض الوظائف الإجتماعية، لكن بعضهم قد يتدهور ويفقد كل ما قد تعلمه، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية الطبعة الثالثة المعدلة(D.S.M-3R) أن طفلا من بين كل ستة أطفال يمكن أن يحقق توافقا إجتماعيا مناسبا يكون قادرا على القيام ببعض الأعمال المنتظمة في مرحلة الرشد ، بينما يستطيع طفل آخر من الستة أن يحقق فقط درجة متواضعة من التوافق ويبقى الأربعة الآخرين معاقين بشدة وغير قادرين على أن يعيشوا معيشة مستقلة، وتؤكد الطبعة الرابعة من التشخيصي (D.S.M-4) هذه النسبة تشير إلى أن ثلث الأطفال الإجترارين فقط هم يستطيعون تحقيق قدر من الإستقلال الجزئي، حتى الأشخاص الذين يسلكون في حياتهم على مستوى مقبول من الأداء الوظيفي يستمرون في الكشف عن مشكلات في التفاعل والإتصال الإجتماعي مع ميول وأنشطة محدودة بشكل واضح.

وفي خصم صعوبات التوحد يأتي عثمان فراج (2002) ببعض الأمل فيقول أن ما يدعو إلى الدهشة أنه على الرغم من نواحي القصور بمحاورها المتعددة عند معظم أطفال التوحد، كما أن هناك حالات توحد غير مصاحب بإعاقات أخرى لأطفال ذوي ذكاء أعلى من المتوسط بدأ تأهيلهم مبكرا

ونجحوا في دراساتهم إلى نهاية المرحلتين الثانوية والجامعية، وهناك أربع حالات معروفة حصلت على درجة الدكتوراه لاتزال واحدة من تلك الحالات عاجزة عن التواصل بالكلام، لكنها تدربت على التعبير عن ذاتها من خلال الكمبيوتر. (إبراهيم محمود بدر،2004، ص40-37)



الشكل01 يمثل دماغ أطفال التوحد والأطفال الطبيعيين

8-النظريات المفسرة لطيف التوحد:

❖ نظرية التحليل النفسي:

تعتبر من النظريات التي تم إعتمادها في تفسير التوحد بحيث تم تفسيره على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل مما يؤدي إلى إضطرابات ذهنية عنده، وفسر العالم النفسي برونو بيتلهيم **Bruno Bettelheim** أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين وخاصة الأم بحيث كان يطلق عليها سابقا لقب (الأم الثلاجة).

❖ نظرية البرود العاطفي:

من أصحاب هذه النظرية ليوكانر **Leo- Karner** مكتشف التوحد بحيث يرى أن مواقف الوالدين المتشددة إتجاه الطفل ورفض الإستجابة لمطالبه عوامل تؤدي الى عدم تكوينه لنماذج

الإنفعالات التي يبديها الآخرون ولا تتكون لديه أي قاعدة لنمو اللغة، المهارات الحركية مما ينتج عنه أن ينسحب داخل عالم من الخيالات الذي يؤدي إلى التوحد.

❖ نظرية العقل:

تشير إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار، معتقدات، ومشاعر الآخرين من فهم وتنبؤ من خلال الإشارة إلى صعوبة قدرة الأطفال المتوحدين على الإستنتاج وتقدير الحالات العقلية بحيث يجدون صعوبة في تخيل الإحساس وما يدور في ذهن الآخرين مما يؤدي إلى ضعف مهارات تقمص العاطفي، فالأطفال المتوحدين قد يعتقدون بأنك تعرف ما يعرفونه ويفكرون به، إلا أنهم يجدون صعوبة في القدرة على إدراك ما يدور في عقول الغير، تبقى هذه النظرية واحدة من القدرات الجوهرية التي تميز قدرات الإنسان عن غيره بحيث يكون قادرا على إظهار الحالات الذهنية بشكل كامل كالإعتقادات، الرغبات، التخيل والعواطف.

❖ نظرية الإضطراب الأيضي:

تفترض هذه النظرية أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتيد **Peptide** خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل جهاز العصبي المركزي.

❖ نظرية التسمم بالمعادن:

تستند إلى الملاحظة الحقيقية أن التسمم بالمعان الثقيلة كالرصاص، الزئبق يسبب ضررا بالدماغ وبالأخص الأدمغة التي في مرحلة النمو كما عند الاطفال.

❖ نظرية اللقاحات:

تعتبر من النظريات التي وجدت قبولا كبيرا في البداية هي نظرية علاقة الإضطراب باللقاحات التي تعطى للأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي(**MMP**)، وسبب الربط مع هذا اللقاح هو توقيت إعطائه الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر ما يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18 و20 شهر) رغم تعدد تفسيرات إلا أنه لا يوجد

سبب رئيسي ليكون السبب للإصابة بالتوحد وخلاصة القول أن سبب الإصابة به لايزال رهن البحث والدراسة.

❖ نظرية النفس وعصبية:

من أهم النظريات التي تعتمد على التقييم والفحص النفس والعصبي بواسطة مجموعة إختبارات لمختلف الوظائف والقدرات العقلية، حيث أي مشكلة على مستوى الدماغ تؤثر على أداء وسلوك وعمليات الفرد. (بلاليط محمد ادريس،2024، ص26 ص27 ص28 ص29.)

9- أهم الوسائل التي نركز إليها في التقييم:

دائما يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى طرق عدة لجمع البيانات المختلفة عن الطفل الذي أمامهم وهي كالتالي:

1-التاريخ التطوري للحالة: History Developmental

الحجر الأساسي للقيام بتشخيص الطفل وهو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي، ويشمل وضع الطفل ونموه والمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نمو المختلفة إلى الوقت الحالي، هل تناولت عقاقير معينة في فترة سابقة أو حدثت له أي حوادث أو أصيب بأي مرض وفي أي سن ... غيرها هذا يوضح سلسلة من الأحداث تكشف وقت ظهور حالة التوحدية عليه، أي النقاط التي أترث فيه جوانب القوة والضعف عنده.

2-التاريخ الوراثي للحالة Genetic History:

الحصول على التاريخ التطوري للحالة يشمل أيضا الحصول صورة لشجرة العائلة أي التاريخ الوراثي، هل هناك أحد أفراد الأسرة لديه إضطرابات أو خلل مرتبطة بالحالة، قد أكدت الأبحاث ان حوالي 30% إلى 50 % من حالات التوحد يكون لها أصول وراثية، كما أوضحت بعض الدراسات أنه قد تكون أسرة الطفل التوحدي لديها مشاكل في التفاعل الإجتماعي أو تحب الإنطواء أو تكون مع الأسرة المحيطة أو عليها ضغوط فكل ذلك له تأثير على الطفل.

3-تاريخ الحمل Pregency History:

يحتاج الأخصائي الإكلينيكي أو الطبيب المعالج معرفة عن فترة حمل الأم للطفل، حيث تكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها، مثلا كتعرضها لإحدى الأمراض المعدية، تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية، حدوث طفرة جينية، إضطراب في كروموزومات دون أن تدري، كل هذه المخاطر قد ترتبط بوجود طفل توحدي، يجب أن تسرد الأم للطبيب كل ما حدث في فترة حملها ويجب أيضا توضيح الحالة النفسية التي كانت عليها لأن ممكن أن تكون الحالة النفسية عاملا مساعدا في وجود طفل توحدي.

4-التقييم السلوكي Behavioral Assessment:

التقييم السلوكي جزء هام وهذا نوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كثيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي، يوجد أسلوبان أساسيين لتجميع المعلومات السلوكية، الأسلوب الأول " الملاحظة غير المقننة " والثاني" الملاحظة المقننة " ويجب أن يستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم.

ففي الملاحظة الغير مقننة يجعل الأخصائي أو الطبيب المعالج الطفل يلعب ببعض الدمى ويطلب من والدة الطفل الحضور واللعب معه بالألعاب، وفي هذا الوقت يبدأ المعالج ملاحظة بعض النقاط منها:

ردة فعل الطفل على وجود أمه معه في الغرفة، هل يقترب من والدته تلقائيا ويحاول أن يلعب معها، هل إتصل بصريا أثناء الاقتراب من والدته، ماهي فترة بقاء الإتصال، هل إتصل الطفل جسديا بأمه أي عانقها ويجلس بجانبها أو على رجلها، هنا يلاحظ المعالج الطفل بمفرده، والطفل وسط أسرته، والطفل ووالدته، ...أي لاحظ الطفل في مواقف وأماكن مختلفة ليجمع أكبر قدر من المعلومات السلوكية التي يقوم بها الطفل.

5- إختبار الذكاء:

من المكونات الهامة لتقدير وتشخيص أي خلل تطوري هو اختبار الذكاء IQ واختبار الذكاء هو الذي يعطينا مكانة الطفل تطوريا في الجانب العقلي ويسمح لنا بمعرفة نقاط القوة والضعف لدى الطفل، ويقيس ما يستطيع فعله وما لا يستطيع فعله وإختبارات الذكاء مقسمة إلى إختبار ذكاء لفظيVerbal IQ ويشتمل القدرة على إدراك وإستخدام اللغة لأغراض الإتصال مع الآخرين وهناك شكلين أساسيين VIQ

1. اللغة الإستقبالية: تشير إلى قدرة الطفل على إدراك وفهم ما يقال
2. اللغة التعبيرية: كيفية إستخدام الطفل للغة المتحدث بها

النوع الثاني للذكاء: ذكاء الإنجاز:PIQ يشتمل على مدى جودة وسرعة الأطفال على إنجاز مهام معينة مثل إكمال أجزاء ناقصة في لوحة، تكوين كتل خشبية ولهذا نقول إن هؤلاء عندهم تآزر حركي بصري.

(نفس المرجع السابق، ص**26** ص**27**)

10- مؤشرات تشخيص حالات التوحد حسبDSM5:

A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الإجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، وذلك من خلال ما يلي(الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- عجز عن التفاعل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الإجتماعي غير الطبيعي، من صعوبة الأخذ والرد في المحادثة، إلى عجز في المشاركة بالإهتمامات، والعواطف، أو الإنفعالات، إلى عجز في بدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- عجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الإجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو عجز في فهم وإستخدام الإشارات غير اللفظية، إلى إنعدام التعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات، والمحافظة عليها، وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الإجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى إنعدام الإهتمام بالأقران.

B- أنماط سلوك محددة من السلوك، والإهتمامات، أو الأنشطة، وذلك يحصل إثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ.

1- نمطية متكررة في الحركة أو إستخدام الأشياء، الكلام (مثلاً أنماط حركية متكررة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

2- الإصرار على التماثل، والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط مقيدة للسلوك اللفظي أو غير اللفظي(مثلاً ضيق في الروتين، صعوبة في التغير، أنماط التفكير المقيدة، أو طقوس في أنماط التفكير اللفظي، أو التحية، أو الحاجة لأن يسلك نفس الطريق أو يأكل نفس الطعام كل يوم).

3- إهتمامات شديدة التحديد وشاذة في الشدة أو التركيز(مثلاً التعلق المفرط أو الانشغال الغريب بأشياء غير طبيعية في الشدة أو في المركزية).

4 فرط أو قلة التفاعل مع الوارد الحسي أو إهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة(مثلاً عدم الإكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والإستجابة السلبية للأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم/لمس الأشياء، الإنبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الإجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالإستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).

D- تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الإجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E- لا تفسر هذه الإضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية وإضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المشترك للإعاقة الذهنية وإضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الإجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

(American Psychiatric Associatio,2022, page: 28_29)

11- أدوات تشخيص وقياس التوحد:

تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، رغم ذلك مازال التشخيص معقدا وصعبا، فإن عملية التشخيص رغم محكات ومعايير التشخيص الدقيق يحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذي الخبرة العملية العالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، وإجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لإستبعاد حالة الصمم العضوي وعلى أجهزة الكلام

لإستبعاد حالات البكم العضوي، وعدم إهمال الفحص الطبي العصبي والتقدير البيو كيميائي العصبي، كذلك التقييم المعرفي بإستخدام إختبارات الذكاء المناسبة.

من الأدوات المستخدمة في الدراسات التشخيصية ما يلي :

➢ قائمة سلوك التوحد: Autistic Behavio Checklist (A.B.C)

إعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين، وإتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية إستخدامها في تصنيف الأطفال ذوي إعاقات خاصة، وإنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والتباث، قد إستعملها مورجان في مجال التعليم تحت إسم إستمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي، وتكونت (A.B.C) من(57) سلوكا موزعة في خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في :

- تقييم التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
- تقييم الإستجابات للمثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
- تقييم الإحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.
- تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- تقدير القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة إكتساب الخبرات.

وتهدف هذه الأبعاد السلوكية لتزويد المدرسين والقائمين بتخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع البرامج المناسبة لإحتياجات التوحديين.

➢ نظام الملاحظة السلوكي(Behavior Observation system): (BOS)

هذه الأداة لتشخيص حالات التوحد على أسس موضوعية ، فيقوم الأخصائي بملاحظة(24) سلوكا هادفا من أعراض التوحد خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة ثم يقوم الأخصائي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعرف على ثبات السلوكيات التي تسم الحالة، كما أشاروا أن الأداة لا يمكنها التمييز بين التوحديين ذوي المستوى الوظيفي المنخفض وذوي التخلف العقلي ، كذلك التمييز بين توحديين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين.

ويرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الأخصائي هو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الإجتماعي لديهم.

- **مقياس ريتفو– فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية:(RLRS)**

قام ريتفو– فريمان بتعديل نظام الملاحظة (BOS) إضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف المعلمية المصطنعة، فأصبح يتضمن (47) سلوكا مرتبطا بأعراض التوحد، وإستخدمه ريتفو– فريمان في دراسات تقييمية للتعرف على أثر Finfluramine في تخفيف أعراض التوحد.

(Rtiveo - Freeman, Real Life Rating, Scale, 1986)

- **مقياس ملاحظة التوحد(A O S)Autism Observation Scale :**

أعد هذا المقياس سيجل وآخرون لتشخيص حالات التوحد، يعتبر من المقاييس الموضوعية التقدير، يتكون من(32) سلوكا رباعية التقدير، يقوم بالتقدير ملاحظ مدرب جيدا على كيفية تفريغ جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال المسجلة على شرائط فيديو، وساعد تطور المقياس في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من التوحد التي يمكن أن تكون أكثر تجانسا مع مجتمع التوحد، وهذه المجموعات الفرعية تكون ناشئة عن الظروف الأسرية البيئية ولها علاقة بمراحل النمو أو مصاحبة لأعراض سلوكية اخرى.

- **مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال (C P R S) Children's Psychiatric Rating Scale**

إستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي ، وقد إستخدمه الملاحظون في دراسات عديدة لتشخيص حالات التوحد لأنه لا يتطلب تفاعلا لفظيا، يتكون من(63) عبارة تم – ولا سيما ال(28) عبارة الأولى – على أساس ملاحظة سلوك الطفل، ال (14) عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة التوحديين ، تشمل هذه العبارات على السمات التالية: قلة الحصول اللغوي، التململ أو العصبية، فرط النشاط ، ضعف أو قلة النشاط ، علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات، الإنسحاب، السلبية وعدم التعاون، الغضب وحدة المزاج ، علاقة غير طبيعية بالآخرين، عدم التباث الانفعالي،

إنخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة، إرتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب، شذوذ واضح في النطق إن وجد، ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالإهتزاز، الدوران ، ضرب الرأس بالحائط .

وقد حسب أوفيرال وكامبل صدق التكوين والحساسية والخصوصية لهذا المقياس عن طريق تحليل بيانات(180) حالة من الأطفال التوحديين على أربع عشرة من عبارات المقياس، بإستخدام التحليل العاملي متعدد المتغيرات ظهرت العوامل التالية: التوحد– الغضب / عدم التعاون– فرط ال نشاط– الحديث غير الملائم، وإستخدم هذا المقياس للتعرف على آثار العقاقير المستخدمة في تخفيف أعراض التوحد هالوبيردول المستخدم المتحكم في فرط النشاط والغضب، ونالتريكسون في تقليل الإنسحابية وزيادة الحصيلة اللغوية.

➢ قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب– الطبعة الثانية Rimland's Diagnostic for behavior disturbed children (1971) :

إضافة للأدوات التي تم عرضها توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات التوحد لكنها أقل إستخداما في الدراسات منها على سبيل المثال: المقابلة التشخيصية للتوحد Autism Diagnostic Interview (A.D.I) صممها ليوكوتر وآخرون لتحديد سلوكيات التي تميز أصحاب إضطرابات النمو الشاملة، وتم التطابق بين العبارات المميزة لسلوكيات حالات التوحد من خلال المقابلة الشخصية والواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD – 10) تقدير هذه العبارات ثلاثي البعد، أي يأخذ الطفل درجة (صفر) إذا كانت العبارة غير مطابقة لحالته، يأخذ درجة(1) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه لكن لا تظهر بإستمرار، يأخذ الدرجة(2) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه بشدة، وحققت هذه الأداة ثباتا وصدقا في التمييز بين حالات الأوتيزم وذوي التخلف العقلي في عمر المدرسة ولكنها مازالت تحتاج للإضافة والتعديل لكي تستخدم مع حالات في عمر ما قبل المدرسة.

- **أداة تقدير السلوك التوحدي والنمطي لدى الأطفال :(BRIAAC)**

Behavior Rating

Instrument for Autistic and Atypical Children Ruttenberg, Dratman, Fraknei Wenar:

إستخدمت في دراسات عديدة ولكنها لا تصلح إلا للأطفال في عمر(5-4) سنوات، تكونت الأداة من(8) مقاييس فرعية تصف سلوك حالات التوحد من الدرجة الشديدة الإعاقة إلى المستوى العادي، وإستخدمت في تقييم فاعلية العلاج العقاري المستخدم مع حالات التوحد ومقارنة مظاهر النمو لدى الأطفال العاديين والتوحديين.

(طارق عامر،2008، ص125- ص126- ص127- ص128- ص129- ص130).

خلاصة:

تناول هذا الفصل الإطار النظري العام لإضطراب طيف التوحد، حيث إنطلقنا بتقديم تعريف شامل لطيف التوحد، مستعرضين أبرز التعريفات العلمية التي قدمتها المقاربات النفسية والطبية، كما تطرقنا إلى نبذة تاريخية توضح تطور فهم هذا الإضطراب منذ أول ظهور له في الأدبيات العلمية.

تمّ التمييز بين أنواع التوحد المختلفة وفق التصنيفات المعتمدة، مع تسليط الضوء على الإضطرابات المصاحبة التي ترافق طيف التوحد، كما تم عرض معدلات إنتشار التوحد حسب الدراسات والإحصائيات الدولية، مع توضيح الأعراض العامة التي تميز هذا الإضطراب، سواء من حيث التفاعل الإجتماعي ، أو اللغة ، أو السلوك.

وفي جانب آخر، تناولنا أبرز الأسباب المحتملة للتوحد، مع الإشارة إلى العوامل الوراثية والعصبية والبيئية، بالإضافة إلى مرحلة بداية ظهور الإضطراب لدى الطفل، والتي تكون عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر. وضمن الإطار النظري، تم إستعراض أهم النظريات المفسّرة لطيف التوحد، بما يعكس تعددية الزوايا التي حاولت فهم هذا الإضطراب المعقّد.

أخيرًا، خُتم الفصل بإستعراض مختلف وسائل تقييم التوحد، وأدوات ومعايير التشخيص المعتمدة.

وقد ساهم هذا الفصل في تقديم خلفية نظرية متكاملة تسمح بفهم أعمق لموضوع البحث، وتُعدّ تمهيدًا ضروريًا للجزء التطبيقي من الدراسة.

الفصل الثالث: مهارات التواصل

تمهيد:

1. تعريف التواصل
2. بعض مفاهيم التواصل
3. أنواع التواصل
4. عناصر التواصل
5. وظائف التواصل
6. معوقات التواصل
7. طرق التواصل لدى أطفال ذوي إضطراب التوحد
8. خصائص لغة الطفل التوحدي
9. مشكلات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد
10. صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال طيف التوحد:
11. التفاعل الاجتماعي عند الطفل العادي وعند الطفل التوحدي

خلاصة

تمهيد:

يعد الإنسان بطبعه كائناً إجتماعياً ينشأ في جماعة، وينتمي إليها ويتفاعل مع أعضائها، ويتواصل معهم فيتم على أثر ذلك الأخذ والعطاء بينه .

1- تعريف التواصل:

إن كلمة التواصل communicatio تشتق من الأصل اللاتيني للفعل communicate بمعنى يشيع عن طريق المشاركة، ويري البعض أن اللفظ يرجع إلى الكلمة اللاتينية communis وتعني مشاركة معلومات وإتجاهات الأخرين.

2- بعض مفاهيم التواصل:

التواصل: عملية تفاعلية لتبادل المعلومات(الرسالة) بين مرسل (الشخص الذي يقوم بإعداد هذه المعلومات لإيصالها للغير أو المستقبل) ومستقبل(شخص يتلقي ما يصدره المرسل من المعلومات أو الرسالة) بطرق ذات معني سواء كانت لفظية /غير لفظية(قناة التوصيل) بغية الوصول إلى تحقيق أهداف معينة نتيجة التأثر بالرسالة (التغذية الراجعة) .

التواصل الإجتماعي: هو العملية المركزية في ظاهرة التفاعل الإجتماعي، فيها تنصب كل العمليات النفسية عند الفرد ومنها تخرج كل التأثيرات الإجتماعية في حياته، ومنها ينشأ التجاذب أو التنافر، وبها يتم التجانس أو يتم التجانس أو يظهر التباين. (سميرة أبو غزالة،2004، 20).

الإتصال: الوسيلة التي تتم بواسطتها تبادل أو نقل المعلومات، والأفكار، والحقائق، والمشاعر من جهة أخرى حتى يتحقق الفهم الموحد، كذلك توافر نفس المعلومات والأفكار والحقائق لجميع الأطراف الذين تشملهم عملية الاتصال.

التواصل الغير لفظي (الغير كلامي): نقصد به التواصل الذي تستخدم فيه التصرفات والإشارات وتعبيرات الوجه والصور وكلها رموز لمعانٍ معينة. (.عبد الفتاح، محمود أحمد، 2012، ص38)

عملية التواصل:(Communication Process) التواصل طريقة أو أسلوب تبادل المعلومات بين الأفراد، إن المعلومات يمكن إرسالها كما يمكن إستقبالا بعض بطرق عديدة تتراوح من الكلمة المنطوقة أو المكتوبة، يركز الإهتمام على التواصل بين أفراد البشر – التواصل الإنساني اللفظي المنطوق، حيث يتضمن نظام التواصل الشفوي كلا من المخاطبة والإستماع، كما يتضمن اللغة والكلام. (عبد الفتاح صابر عبد المجيد، 2007، ص5)

3-أنواع التواصل:

تم تقسيم أنواع التواصل الإنساني إلى أشكال مختلفة نذكر منها:

I. التواصل اللفظي :

هو العملية التي يتم فيها إستخدام اللغة المنطوقة بين أطراف الإتصال فيما بينهم تندرج تحت هذا النوع جميع أنواع التواصل التي تستخدم اللفظ كوسيلة لنقل الرسالة إلى المتلقي، بحيث يدركه بحاسة السمع من خلال تلقي الرسالة السمعية، أو البصر من خلال القراءة ويكون هذا اللفظ مقروءا أو مسموعا.

يعرف عبدالعزيز الشخص (1997) على أنه الرمزية اللفظية بإستخدام اللغة كنظام من التفاعل بين شخصين أو جماعة من الناس في ترميز المعاني، وقواعد النحو، وفي ذلك تشمل اللغة عدة مكونات هي الأصوات الكلاميةphonology، ودلالات المعاني Decoding-encodig Semantics، والتراكيب اللغوية Syntax، والصرف Morphology

II. تواصل غير اللفظي:

هو ذلك النوع من التواصل الذي يتم فيه إستخدام الوسائل والأساليب المتاحة بخلاف الكلام للقيام بعملية التواصل يشتمل على التفاعلات الرمزية من خلال الحركات والإيماءات، ولغة الجسد والمسافات..الخ

تندرج تحت هذا النوع جميع أشكال التواصل التي تشمل على اللغة الغير لفظية، وتضم الأشكال التالية:

لغة الإشارة: تتكون من الإشارات البسيطة الأحادية، والمعقدة التي يستخدمها الإنسان في التواصل مع غيره.

لغة الحركة والأفعال: تتضمن جميع الحركات التي يأتي بها الإنسان لينقل للآخرين ما يريد من معاني أو مشاعر.

لغة الأشياء: يقصد بها كل ما يستخدمه المرسل غير الإشارة والأدوات والحركة للتعبير عن المعاني والأحاسيس التي يريد نقلها للمتلقي.

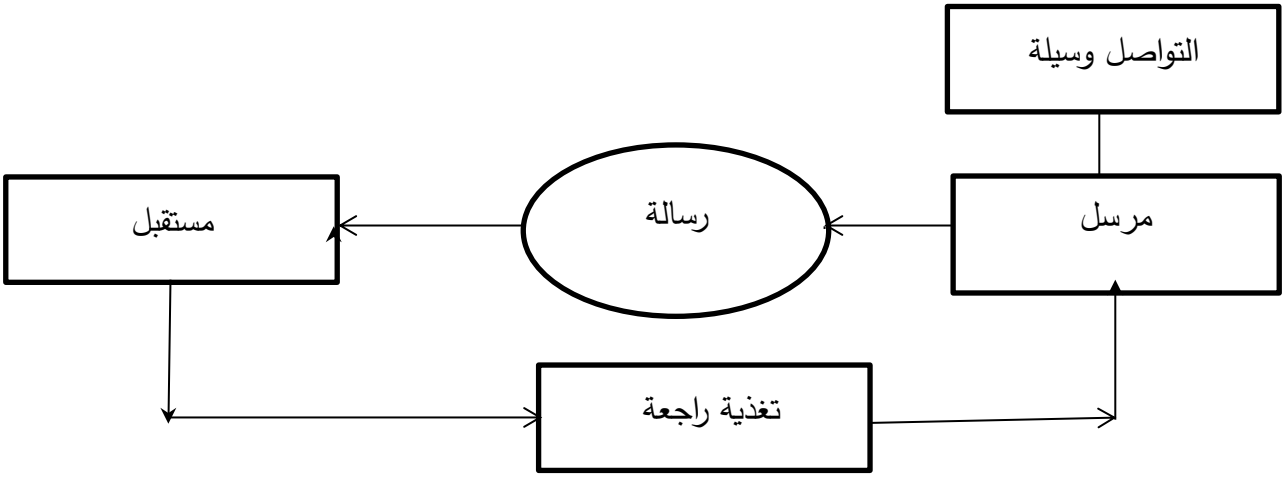
الرموز: الرمز هو تعبير عن كلمة، أو عبارة، أو صورة، أو شخصية، أو إسم مكان يحتوي في داخله على أكثر من دلالة.

الإشارات: تعد شكل من أشكال التواصل غير اللفظي تتم من خلال أجزاء الجسم المختلفة وتستخدم بدلا من أشكال التواصل اللفظي أو معه. (بلاليط محمد ادريس، 2024، ص57، ص58).

III. التواصل الإجتماعي:

يشير مفهوم التواصل الإجتماعي إلى العملية أو الطريقة التي تنتقل بها الأفكار والمعلومات بين الناس داخل نسق إجتماعي معين، يختلف من حيث الحجم ومن حيث محتوى العلاقات المتضمنة فيه وقد يكون النسق الإجتماعي مجرد علاقة ثنائية نمطية بين شخصين أو جماعة صغيرة أو مجتمع محلي أو مجتمع قومي أو إنساني.

وقد عرف بأنه ذلك الآلية التي توجد من خلال العلاقات الإنسانية وتنمو وتتطور الرموز العقلية بواسطة رسائل نشر هذه الرموز عبر المكان وإستمرارها عبر الزمان، وهي تتضمن تعبيرات الوجه والإيماءات والإشارات ونغمات الصوت والكلمات والطباعة والبرق، وكل التدابير التي تعمل بسرعة وكفاءة على تحدي الزمان والمكان. (لميس، 2014، ص 29).



يوضح الشكل02 التالي عناصر التواصل:

4-عناصر التواصل:

- يذكر حسام مازن(2009) أن مهما تعددت أشكال عملية التواصل وإمكاناتها ومجالاتها نجد أن عناصرها تكون ثابتة وهذه العناصر هي:

أ- **المرسل:** هو مصدر الرسالة يصفها في كلمات، أو حركات، أو إشارات، أو صور ينقلها للآخرين

ب- المستقبل: هو الشخص التي توجه إليه الرسالة ويقوم بحل رموزها وتفسير محتواها وفهم معناها وقد يكون شخصا واحدا او مجموعة من الاشخاص، ومن هنا نستطيع أن نطلق على المستقبل الفئة المستهدفة من عملية التواصل لتشمل الفرد والجماعة في آن واحد.

ج- **الرسالة:** تعرف الرسالة بأنها:

- المحتوى المعرفي الذي يريد المرسل نقله إلى المستقبل
- الهدف الذي تسعى عملية التواصل لتحقيقه
- مجموعة من الرموز التي لا يتضح معناها إلا من نوع السلوك الذي يمارسه المستقبل

د- **قناة التواصل:** هي القناة أو القنوات التي تمر من خلالها الرسالة بين المرسل والمستقبل، وهي كثيرة ومتنوعة

ذ- **التغذية الراجعة:** هي عملية تعبير متعددة الأشكال، تبين مدى تأثير المستقبل بإحدى وسائل المعرفة، أو مدى تأثير تلك الرسائل، أو قياس فعالية الوسيلة أو قنوات التواصل التي إستخدمت في توصيل الرسالة.

5-وظائف التواصل:

أشارت امال باظة(2003) ان وظائف التواصل هي:

1- يستطيع الفرد إشباع حاجاته الأساسية البيولوجية والنفسية من خلال عملية التواصل التي تبدأ بعلاقة الطفل بأمه للحصول على الغذاء.

2- يستطيع الفرد تحقيق مشاعر الإنتماء لجماعة ما أو لمجتمع ما من خلال عملية التواصل.

3- تمكن عملية تواصل الفرد من تحقيق ذاته وتأكيدها في تفاعله مع الآخرين من خلال التعبير عن ذاته ومشاعره وإحتياجاته وقيمه وإتجاهاته.

4- يتم نقل الأفكار الإبتكارية من خلال عملية التواصل المعرفية بين الافراد والجماعات.

5- ينمي التواصل مهارات اللغوية المسموعة والمقروءة وأيضا المهارات الاجتماعية.

6- يمس التواصل العمليات العقلية الأساسية كالإدراك، والإنتباه والتفكير، كما أنها عمليات أساسية في حدوث التواصل الجيد.

6-معوقات التواصل:

هناك معوقات وعقبات تحول دون إمكانية تحقيق التواصل بفعالية ومن العوائق التي تؤثر في نجاح عملية التواصل ما يلي:

أ- عدم القدرة على التعبير بوضوح عن معنى مضمون الرسالة نتيجة إفتقاد الخلفية السليمة من التعليم والثقافة التي تمكن من نقل المعنى بصورة واضحة وسهلة سوآءا كانت شفهية أو كتابية.

ب- عائق الحالة النفسية لمستقبل الرسالة ومدى إستعداده لتقبلها.

ج- ميل الأفراد إلى رفض الأفكار الجديدة وخاصة إذا تعارضت مع معتقداتهم.

د- سوء العلاقات وفقدان الثقة بين بعض المستويات المشتركة في عملية التواصل.

7- طرق التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد:

يمكن الإستعانة ببعض الوسائل التي تمكن الأطفال ذو إضطراب التوحد من التفاعل مع الآخرين بصورة أفضل، كما تسمح لهم بالتواصل بشكل مباشر مع البيئة المحيطة بهم ومن هذه الأساليب:

أولا : لغة الإشارة: Sign Language

ا-لغة الإشارة الأمريكية American Sign Language :

هي لغة تستخدم من جانب الأفراد الصم ونادرا ما تستخدم مع أطفال ذوي اضطراب التوحد

ب- لغة الإشارة الإنجليزية: Signed Exact English

تستخدم لتعليم الأطفال ذوي إضطراب التوحد ومن مميزاتها سهولة التطبيق وإعتمادها على العملية البصرية، ومن عيوبها أنها تتطلب مهارة حركية في العمل بالأيدي، ويتم تعلمها من خلال التقليد. (هناء شحاثة احمد، 2015، ص115-ص116، ص118-ص119)

ثانيا: التواصل الميسر Facilitated communication:

تتلخص في إستعمال الشخص لوحة مفاتيح أشبه بلوحة الكمبيوتر، بها أزرار متعددة سوآءا أحرفا أو صورا، ويستطيع أن يضغط على صورة زر معين يعبر فيه عما يريد حيث يصدر صوتا مسجلا.

ثالثا: نظام التواصل بتبادل الصور Picture Exchange communication system:

يمر ب 06 مراحل:

المرحلة (1): الهدف الأساسي منها هو عند رؤية شيء محبب جدا لدى الطفل فسيقوم برفع صورة هذا الشيء ويتجه نحو المدرب.

المرحلة (2): الهدف منها أن يذهب الطفل إلى ملف التواصل، ونتزع الصورة ويتجه نحو المدرب ويضع الصورة في يده.

المرحلة (3): الهدف منها هو أن يطلب الطفل ما يحبه من خلال التوجه إلى ملف التواصل وإختيار صورة الشيء الذي يريده من بين عدة صور ويتجه بها إلى المدرب.

المرحلة (4): تهدف إلى أن يقوم الطفل بطلب الأشياء الموجودة وغير الموجودة أمامه، من خلال إستخدام جمل مكونة من عدة كلمات.

المرحلة (5): تهدف إلى أن يقوم الطفل بطلب أشياء متعددة تلقائيا وإن يتمكن من الإجابة عن السؤال التالي: ماذا تريد؟

المرحلة (6): الهدف منها أن يجيب الطفل عن أسئلة ماذا تريد؟ وما عندك؟ وأسئلة أخرى عندما توجه إليه. (نفس المرجع السابق، ص 120- ص121- ص122)

- **الجدول رقم 02 يوضح الإختلاف في سلوك الأطفال التوحديين والأطفال العاديين:**

الأطفال التوحديين	الأطفال العاديين
الإتصال: - يتجنبون التواصل بالعين - يبدون وكأنهم صم - يبدأون في تنمية اللغة ثم فجأة يتوقفون عن الحديث	**الإتصال:** - يدرسون وجه أمهاتهم - تثيرهم الأصوات باستمرار - يستمرون في تعلم مفردات جديدة ويتوسعون في إستعمال التراكيب اللغوية
العلاقات الإجتماعية: - يتصرفون كما لو كانوا غير مدركين بدخول وخروج الآخرين - يهاجمون ويحرجون الآخرين جسديا دون تحرش أو إثارة - لا يمكن الوصول إليهم كما لو كانوا في غلاف يعزلهم عن المجتمع	**العلاقات الإجتماعية:** - يصرخون عندما تتركهم أمهاتهم ويكونون قلقين مع الغرباء - يظهرون غضب عند الجوع أو الإحباط - يتعرفون على الوجوه المألوفة ويتبعون أمهاتهم
إكتشاف البيئة: - يضلون ثابتين على الحركة أو نشاط واحد	**إكتشاف البيئة:** - يتحركون بإنهماك من نشاط لآخر - يستخدمون الجسد للوصول لمكان أومواضع معينة

– يقومون بأنشطة أو حركات غريبة مثل الإهتزاز، إرخاء الأيدي والتصفيق – يستنشقون أو يلعقون اللعب – لا يظهرون حساسية للحروق والكدمات وقد يشوهون أنفسهم مثل العض الشديد.	– يكتشفون اللعب ويلعبون بها – يبحثون عن السعادة ويحسون بالألم

(سهى احمد امين نصر،2002، ص61–ص62.)

8–خصائص لغة الطفل التوحدي:

- الطفل التوحدي لا ينتبه إلى الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية وقد يكون على دراية بالأصوات التي تثير اهتماماته.
- يكون الفهم عنده ضعيفا أو منعدما ويبدي هذا الطفل إهتماما قليلا في التواصل إلا في حالة أنه يريد شيئا ما، يحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد إحتياجاته التي يريدها.
- توجد عدة محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل بإستخدام اليدين أو الإيماءات أو عند طريق الإشارات.
- لا يحاول جذب إهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم الطفل العادي يحاول جذب الإنتباه، والإهتمام قبل إتمامه العام الأول.
- تنمو عند الطفل خاصية تسمى الترديد المرضي لكل ما يقال أو جزء منه.
- يجد صعوبة في إستخدام الضمائر في الكلام وعنده مشكلة في حروف الجر.
- مهارات الإتصال الداخلي تبدو ضعيفة وهي تعني أن الطفل لا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين.
- يردد الكلام دون أن يفهمه وفي بعض المواقف يردد كلمات أو جمل قيلت أمامه.
- يعاني هذا الطفل من شذوذ في طريقة الكلام شاملا إرتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع.
- يفشل في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- يستخدمون طرقا أو أساليب (اللغة الوسيلية) وليست (التعبيرية).
- قد لا يتكلم البعض من الأطفال التوحديين.

- يفشل في إستخدام الإشارات وحركات الرأس، تعبيرات الوجه، ويفشل في القيام بأي مجهود لتدعيم المتحدث، ويبدو غير قادر على قراءة وجوه الآخرين.

(سهى احمد امين نصر،2002، ص76-75)

9-مشكلات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد:

01/ الإختلال في النشاط التخيلي:

يشتمل على غياب إستخدام الرموز، والإشارات، أو اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات والدمى وغياب أدوار الكبار، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام والإهتمامات البيئية ومقاومة التغيير في البيئة.

02/ الإختلال في التواصل مع الآخرين:

يشتمل مهارات غير اللفظية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه كما تكون الإيحاءات الانفعالية وتعبيرات الوجه غير مناسبة للموقف الإجتماعي.

03/ المشكلات الثانوية الناتجة عن فشل الفهم:

إذ لم يفهم الطفل ما يجري من حوله خصوصا الإشارات، هناك مشكلات ثانوية تظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يمكن توضيحها فيما يلي:

- ✓ القلق لأنه لا يعرف ماذا سوف يأتي بعد ذلك.
- ✓ الإصرار على التماثل، وإظهار السلوك الطفولي.
- ✓ عدم الإنتباه لصعوبة إعطاء الإنتباه لشيء لا يفهمه.
- ✓ الإهتمام بالأشياء أكثر من الأفراد. (المرجع السابق، ص 132- ص 133).

10- صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال طيف التوحد:

1. **تأخر اللغة:** قد لا يطور الطفل مهارات اللغة بنفس سرعة أقرانه.

2. **ضعف الفهم الإجتماعي:** قد لا يدرك الطفل أهمية التفاعل والتبادل الكلامي.

3. **تفضيل التواصل غير اللفظي:** قد يستخدم الطفل الإيماءات أو الصور بدلاً من الكلمات.
4. **مشاكل في تنظيم الكلام:** قد يكرر الطفل الكلمات أو يجد صعوبة في تكوين جمل كاملة.
5. **ضعف الإنتباه المشترك:** قد لا ينظر الطفل إلى الشخص المتحدث أو لا يشارك في المحادثة.

(عادل عبد الله محمد، 2011، 43)

11- التفاعل الإجتماعي عند الطفل العادي وعند الطفل التوحدي:

الطفل العادي:

- ✓ يدير رأسه ويتجه لمصدر الصوت.
- ✓ يبتسم.
- ✓ يميز والديه من الأغراب.
- ✓ زيادة في التواصل البصري مع الكبار أثناء اللعب.
- ✓ اللعب مع الأقران في حدث عرضي قصير.
- ✓ يفضل اللعب مع نظرائه ويحاول أن يظهر قدراته.
- ✓ يقبل تغيير الأدوار من قائد إلى تابع في اللعب.

الطفل التوحدي:

- ✓ نشاط أقل وطالب أقل.
- ✓ لا توجد إستجابات إجتماعية.
- ✓ ثلث الأطفال يظهرون عزلة.
- ✓ رفض النشاطات والتفاعل.
- ✓ التقبل الإجتماعي يتطور بشكل بطيء ينزعج من كل شيء في الأغلب.
- ✓ يفضل في فهم قوانين اللعب من النظراء. (مجدي أحمد عبد الله،2013، ص43).

خلاصة:

خصص هذا الفصل لتأطير المفهوم العام للتواصل، حيث تم تقديم تعريف شامل للتواصل ومناقشة أبرز المفاهيم المرتبطة به، إلى جانب إستعراض أنواعه الأساسية، سواء اللفظي أو غير اللفظي، مع توضيح عناصره ووظائفه، كما تم التطرق إلى معوقات التواصل التي قد تؤثر سلبًا على فعاليته في السياقات التفاعلية المختلفة، ركز هذا الفصل بشكل خاص على أساليب التواصل لدى أطفال طيف التوحد، مع إبراز خصائص اللغة التي تميز هذه الفئة، حيث يظهر عدد من السمات اللغوية الخاصة كالتكرار، التأخر في إكتساب اللغة، أو إستخدام اللغة بشكل غير وظيفي. كما ناقشنا مشكلات التواصل غير اللفظي لدى هؤلاء الأطفال والتي تمثل تحديًا كبيرًا في تفاعلهم مع المحيط.

بالإضافة إلى ذلك تم تسليط الضوء على صعوبات التواصل الشائعة التي يعاني منها أطفال طيف التوحد، والتي تشمل إضطرابات في فهم اللغة وإستعمالها، إلى جانب ضعف القدرة على إقامة علاقات تفاعلية ناجحة، وقد ساهم هذا الفصل في تقديم إطار نظري دقيق لفهم طبيعة التواصل عند أطفال طيف التوحد، مما يُعدّ خطوة أساسية لفهم الإشكالية المطروحة في الدراسة، وتوجيه المسار الميداني نحو تقييم جوانب التواصل بمختلف أبعاده.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الأولية

2-الدراسة الأساسية

3-منهج الدراسة

4-حدود الدراسة

5-حالات الدراسة

6-أدوات الدراسة

7-الأسلوب الإحصائي

خلاصة

تمهيد:

يمثل هذا الفصل الشق التطبيقي من الدراسة الميدانية الذي يسير وفق خطوات علمية منظمة وإجراءات مضبوطة قائمة على الدقة والترتيب، لذلك سنعرض المنهج المتبع لإنجاز الدراسة وذلك في إطار سعيه للتحقق من فرضيات الدراسة وتفسير نتائجها في ضوء الإطار النظري، حيث سنقوم بذكر مكان إجراء الدراسة، ووصف عينة الدراسة المحددة وتقديم الأدوات المستعملة.

1) الدراسة الأولية:

هي بمثابة إختبار تجريبي في أي بحث علمي وهي تمثل الخطوة الأولى قبل الشروع في البحث العلمي وتهدف إلى جمع المعلومات الأولية والمعطيات الأساسية لواصلة البحث تمكنا كباحثتين من التعرف على جذور مشكلتنا البحثية وتحديد جوانب عينتنا المستهدفة، كذلك فحص وإختبار الفرضيات الأولية لمعالجة وتقييم الأدوات والتقنيات المعتمدة في دراستنا الأولية، وصياغة خطط البحث الرئيسية التي ننوي بناء الدراسة العلمية عليها وهو ما إنعكس إيجابا على جودة وفعالية النتائج النهائية.

أهداف الدراسة الأولية:

- تصميم منهجية بحثية مضبوطة وتحديد أسس تنفيذها.
- إختيار العينة الملائمة وفق المعايير الدقيقة.
- إكتشاف العقبات أو التحديات المحتملة.
- إختيار الوسائل والأدوات ومدى كفاءتها.
- تحديد إستراتيجيات علمية مفصلة للإعتماد عليها في الدراسة الرئيسية للبحث العلمي.

الحدود المكانية:

* تم إجراء هذه الدراسة في عيادة الصغير عبد الإله التي تقع بولاية وهران بحي العثمانية مرافال.

* تم إجراء هذه الدراسة في مؤسسة التربص المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا المتموقع بسيق ولاية معسكر بحي العربي بن مهيدي.

•تم إجراء هذه الدراسة في مؤسسة إبتدائية «مراد جلول» المتمركز بسيق ولاية معسكر بحي فرانس فانون.

بدأت سلسلة البحث عن العينة وتوجهنا مباشرة إلى العيادات المتواجدة بسيق قصدنا عيادتين لكن لم يحالفنا الحظ ولم نتمكن من الحصول على العينة المطلوبة لأن الأخصائيتين لم تكن متوفرة لديهم الحالات ووجهانا للمركز البيداغوجي.

وبعد ذلك توجهنا للمركز الذي تم إستقبالنا فيه من طرف المديرة والأخصائية النفسانية نظرا لعدم وجود أخصائية أرطوفونية وتعرفنا على طاقم العمل منهم المربيات والمربيون والأخصائيات الذي سبق وقمنا بإجراء تربص ليسانس معهم والذي لم يبخلوا علينا بالمساعدة والتوجيه إلا أننا واجهنا عقبة وعائق بدون أخصائية أرطوفونية في المركز لذلك تطلب منا إجراء الدراسة بمفردنا واجهنا صعوبة لكن تجاوزناها.

الحدود الزمانية:

دامت دراستنا الأولية من خلال الفترة الممتدة من 16 ديسمبر 2024 إلى غاية 25 فيفري 2025 وكانت مقسمة إلى حصتين في الأسبوع.

2) الدراسة الأساسية:

3) منهج الدراسة:

في سياق مسعانا نحو التعمق للظاهرة المدروسة، عزمنا على تبني المنهج الوصفي القائم على دراسة حالة الذي يعتمد عليه في دراسة الظواهر السلوكية النفسية ، بحيث أن المنهج هو الإطار المنظم الذي يوجه سير البحث بأسلوب علمي لضمان مصداقية النتائج، وفي سياق دراستنا عزمنا على تبني المنهج الوصفي القائم على دراسة حالة الذي يعد منهج بحثي يركز على دراسة ظاهرة دراسة شاملة معمقة من أجل جمع حقائق ومعلومات حقيقية ومفصلة. وتمكننا كباحثين من تحليلها كميا وكيفيا وتحديد التقنيات المستعملة للوصول إلى تعميمات تمككنا من التنبؤ مستقبلا وفهم الدراسة فهما متكاملا.

وتعتمد دراسة الحالة على أدوات بحثية فعالة تتيح للباحث جمع بيانات غنية ومتنوعة عن الحالة المدروسة، ومن ضمنها التاريخ المرضي للحالة وتطورها والعوامل المؤثرة قبل وأثناء وبعد الولادة

والروابط بين الحالة وبيئتها باستخدام تقنيات كالملاحظة المباشرة لطريقة تصرفاتهم وتفاعلاتهم، أو المقابلات المعمقة مع الأطراف ذات الصلة بالحالة، وتحليل الوثائق والسجلات وغيرها من الإجراءات التي تساهم في رسم رؤية كلية شاملة للحالة.

4) حدود الدراسة:

الحدود الزمانية:

بعدما تمت الموافقة من قبل المختصيين الأرطوفونيين ومديرة المركز البيداغوجي ومدير المدرسة للقيام بالتربص الميداني قمنا بالتوجه إلى مقرات التربص أسبوعيا ودامت دراستنا الأساسية من **28** فيفري إلى غاية **26** مارس2025

الحدود المكانية: إتسعت النطاقات الجغرافية لهذه الدراسة لتضم عدة مواقع لتشمل كل من: عيادة صغير عبد الإله وإبتدائية مراد جلول والمركز النفسي البيداغوجي .

في سياق مسعانا لإنجاز متطلبات الدراسة تم إنتقاؤنا على " عيادة صغير عبد الإله" التي تقع تحديدا في حي العثمانية مرافال واجهة شارع مونسيور بافي، رقم 31 ، ذهبية براهيم القطعة، والتي تتكون عيادة صغير عبد الإله من طابقين، طابق أرضي وطابق علوي، يتكون الطابق الأرضي من غرفة كبيرة تحتوي على مكتب كبير للمقابلة وسرير طبي مخصص لإعادة التأهيل للكبار وخزانة بها مجموعة الدفاتر والإختبارات الأرطوفونية ، والطابق العلوي يحتوي على غرفة إنتظار ومرحاض وغرفتي مخصصتين التشخيص والعلاج للأطفال يتواجد فيها خزانة فيها أدوات المساعدة للتشخيص والعلاج وكرسي مخصص للأطفال وللمختص الأرطوفوني وطاولة وخزانة أخرى مخصصة للمتربصين وترافق هذه الغرفتين شرفة.

وتعتمد العيادة على دوام كلي وكان هذا التربص فرصة أتيحت لإجراء دراستنا وكان لها دعم لمذكرتنا.

*** المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا:**

نُفدت هذه الدراسة أيضا في " المركز النفسي البيداغوجي" كموقع رئيسي للدراسة الميدانية ويعد هذا المركز فضاء في غاية الأهمية للمعاقين ذهنيا يؤَمن لهم نيل الرعاية والتكفل اللازمين وتتموقع بدقة في حي العربي بن مهيدي التابع لدائرة سيق، وتاريخ نشأة المركز في 01 / 09/ 1989 وتاريخ بداية نشاطه عام 02/ 05/ 1989، ويضم 4 مكاتب إدارية و3 مكاتب بيداغوجية « مكتب متصرف محلل ، مكتب محاسب مادة ، مكتب المستخدمين ومكتب المحاسبة ومكتب الأرشيف» إضافة المخزن الوسائل البيداغوجية – المطعم – المطبخ – بيت الغسيل – دورة المياه – مراقد – مخزن عام – فضاء اللعب – فضاء أخضر – حضيرة السيارات – الصيانة والمساحة الكلية قدرها 2400 م² والمساحة المبنية 1383 م² .

ويتكل المركز على نظامي التكفل الداخلي والنصف الداخلي، مما أسهم التعاون البناء من قبل الفريق المهني معنا في إعداد بيئة داعمة وتحقيق الغايات البحثية للدراسة وأتاحت لنا هذه التجربة الميدانية التطبيق العملي للمبادئ النظرية.

*** الحدود المكانية لمدرسة مراد جلول:**

تقع مدرسة مراد جلول في شارع فرانس فانون، ضمن النسيج الحضري لدائرة سيق بولاية معسكر، وهي مؤسسة تعليمية يعود تاريخ إنشائها إلى سنة 1912، مما يمنحها طابعًا تاريخيًا عريقًا، يحد المدرسة من الجهة الشمالية الباب الرئيسي الذي يؤدي مباشرة إلى ساحة تحيط بها مجموعة من القاعات الإدارية والتعليمية، من بينها مكتب الإدارة، وقاعات التدريس 16 قاعة بالإضافة إلى قاعة المطبخ وقاعة الأكل وإلى المخزن وأبواب فرعية. أما من الجهة الشرقية فتقع دورة المياه، بينما تحتوي الجهة الغربية على باب جانبي إضافي، تتوسط المدرسة حديقة وسارية العلم، ما يضفي على المكان جمالية وتنظيماً وظيفياً، ونظامها العادي ويُسهّل حركة التلاميذ والإداريين داخل الفضاء المدرسي.

*** الحدود البشرية (عينة الدراسة):**

تمثلت عينة الدراسة من (06) حالات تم إختارهم بإستخدام أسلوب مقصود وتتراوح أعمارهم من (06 سنوات إلى 12 سنة) وقد شملت العينة أطفال طيف التوحد لديهم صعوبة في التواصل، مع مراعاة تمثيل الجنسين (5 ذكور وأنثى) ودرجات شدة توحدهم المختلفة.

5) حالات الدراسة:

تمثلت حالات الدراسة في (06) حالات الممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم 3 : يمثل خصائص حالات الدراسة

الرقم	الإسم (رمزي)	الجنس	العمر	المستوى الدراسي
1	ز-س	أنثى	11 سنة	سنة رابعة إبتدائي
2	ع-أ	ذكر	6 سنوات	سنة أولى إبتدائي
3	س-ا	ذكر	6 سنوات	سنة أولى إبتدائي
4	ق-ي	ذكر	8 سنوات	مدمج في مركز بيداغوجي
5	ب-م	ذكر	12 سنة	مدمج في مركز بيداغوجي
6	ع-أ	ذكر	12 سنة	سنة ثالثة إبتدائي (قسم مدمج)

6) أدوات الدراسة:

6-1- الملاحظة:

الملاحظة هي من أقدم وسائل جمع البيانات، تعتمد على مراقبة السلوكيات الظاهرة المتعلقة بالدراسة، ورصدها بإستخدام أساليب علمية تساعد في الكشف عن الروابط بينها، وتحديد الأسباب والتنبؤ بالنتائج، مع محاولة توجيهها بما يخدم البشرية.

(جامعة الملك سعود، فاطمة العتيبي، 2022، ص08)

من أسهل أدوات الإتصال لجمع المعلومات وتعد من أثمن الأدوات الرئيسية التي تستعمل في البحوث العلمية ومصدرا للحصول على البيانات والحقائق اللازمة لموضوع الدراسة، وتعتمد على فطنة الباحث وحواسه في ترجمة ما لاحظه بطريقة دقيقة ومنظمة من مواقف وسلوكات وتحليلها وكشف التفاصيل الخفية ومناقشتها بطريقة علمية وهي شرط أساسي لبناء بحث ميداني، كما أنها تسمح بتصميم خطوات البحث وبناء فرضيات، وخلال إجراء الملاحظة ميدانيا كباحثتين وسجلنا ما يجري من أحداث

فور وقوعها بعناية وتركيز لتكون معلوماتنا المتحصل عليها موثوقة كما إستعنا بوسائل التسجيل وإعتمدناها في الحصص لتحديد أهداف دراستنا كما مكنتنا عند التعامل مع الحالات توفير قدر كاف من المعلومات حول الحالات المراد دراستها أين إستطعنا من خلالها إنتقاء العينة المناسبة حسب معاييرنا المحددة .

6-2- المقابلة:

المقابلة هي وسيلة يستخدمها الباحث لجمع البيانات في حال إحتاج إلى معلومات تتجاوز الجانب النظري، وهي عبارة عن حوار بين الباحث وأفراد العينة، يوجّه فيه الباحث النقاش للحصول على آرائهم حول المتغيرات محل الدراسة، وتتميز المقابلة بأنها لا تقتصر على الإجابات اللفظية فقط، بل تشمل أيضًا إيماءات الرأس وحركات الجسد التي تعبّر بدقة أكبر عن استجابات أفراد العينة.

(نفس المرجع، ص 13)

هي أداة من أدوات البحث العلمي يستخدمها الباحث للإجابة عن تساؤلاته، أي تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات وإستغلالها في بحث علمي بهدف التوجيه والتشخيص والعلاج، وهي جدال لفظي مباشر يتمحور حول فردين أو فرد أو مجموعة أفراد بشكل هادف وواعي بغرض الحصول على معلومات.

وقد ساهمت المقابلة في جمع كم هائل من المعلومات عن حالتنا من طرف المربيين والأخصائيين والأولياء والمعلمين حول كل ما يخص كل حالة من حيث جانب النمو والجانب الأسري والجانب المرضي والنفسي والتربوي، والتي ساهمت في وضوح الظاهرة المبحوثة والإستجابة عن تساؤلات بحثنا وإختبار فرضياتنا وإعتمدنا على المقابلة وجها لوجه بغية طرح الأسئلة المحددة بدقة وعلى شكل نقاط وهذا ما أوضح وفك جذور دراستنا ومكننتنا المقابلة من بناء جلسة تعارف مع الحالات واولياؤهم كخطوة أولية.

6-3- وصف أداة الدراسة:

مقياس كارز:

مقياس كارز CARS إختصارا ل Childhood Autism Rating Scale: أول ظهور للمقياس سنة 1980 وقام بإعداده العالمان(Eric Schopler, Robert J. Reichelt) وهو أداة تقييم سلوكي تستخدم في تشخيص إضطراب طيف التوحد(ASD) وتحديد درجته عند الأطفال ولا يزال أحد أكثر مقاييس تقييم التوحد شيوعاً وإستخداما، ويتم التقييم بناءا على الملاحظة والمعلومات السريرية

مكونات المقياس:

يتكون مقياس كارز من 15 بندا " العلاقة مع الآخرين، الإستجابة الإنفعالية، إستخدام الجسم، التكيف مع المتغيرات، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط العام، مستوى الذكاء والمعرفة، ومدى الإستجابة الحسية" هذه البنود موزعة على5 مجالات رئيسية وكل بند يقيس جانبا من سلوك الطفل:

1-**التفاعل الاجتماعي والعلاقات:** يقيم قدرة الطفل على تكوين علاقات مع الآخرين والتفاعل معهم.

2- **التقليد:** يقيم قدرة الطفل على تقليد أفعال الآخرين.

3- **التواصل اللفظي:** يقيم قدرة الطفل على التواصل بإستخدام اللغة المنطوقة.

4- **التواصل غير اللفظي:** يقيم قدرة الطفل على التواصل بإستخدام لغة الجسد وتعبيرات الوجه.

5- **السلوكيات النمطية والمحدودة:** يقيم وجود أي سلوكيات نمطية أو متكررة لدى الطفل.

التعليمات الأساسية للمقياس: يقاس التقييم وفق ملاحظة الطفل بشكل مباشر أو مقابلات مع الوالدين أو مراجعة السجلات الطبية وكل بند على المقياس يُقيم بدرجة من 1 إلى 4:

- ♣ طبيعي 1
- ♣ خفيف 2
- ♣ معتدل 3
- ♣ شديد 4

– ويتم إحتساب مجموع النقاط للحصول على درجة إجمالية تتراوح من15 إلى 60 كلما زادت الدرجة، زادت شدة أعراض طيف التوحد.

–ويتم تفسير نتائج مقياس كارز على النحو التالي:

* أقل من: 30 لا يشير إلى إصابة الطفل بالتوحد

* 30–37: تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد الخفيف إلى المتوسط.

* 37 إلى 60: يشير إلى إصابة الطفل بالتوحد الشديد.

– من المهم ملاحظة أن مقياس كارز هو أداة واحدة فقط لتقييم التوحد.

– يجب أن يتم تشخيص التوحد من قبل شخص قائم بالتقييم متخصصا " طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي تربية خاصة.."

– يتم ملء الإستمارة وفقا للسلوك المعتاد للطفل، وليس بناءا على حالة أو موقف عابر.

الهدف من المقياس:

· تحديد وجود إضطراب التوحد لدى الطفل.

· تمييز الأطفال المصابين بالتوحد عن أطفال ذوي إعاقات التطورية بشكل موضوعي ومتقن.

· تقدير درجة شدة التوحد (توحد خفيف، توحد متوسط، توحد شديد).

فعالية مقياس كارز في تشخيص التوحد:

الصدق والتباث:

أظهرت الدراسات أن مقياس كارز يتمتع بدرجة جيدة من الثبات الداخلي والاتساق بين الفاحصين، ونسبة دقته في التمييز بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين تتراوح بين80% إلى90% في كثير من الأبحاث، وأظهرت الدراسات وجود إرتباط دال إحصائيا بين درجات مقياس كارز ونتائج أدوات تشخيصية أخرى كDSM، وتم حساب معاملات التباث بإستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث

أظهرت الدراسات أن قيمة التباث الداخلي تتراوح عادة بين(0.80 – 0.94) مما يدل على درجة عالية من الإتساق بين بنود المقياس، وأشارت نتائج دراسات متعددة إلى أن درجات الأفراد على المقياس بقيت تابثة نسبيا عند إعادة تطبيقه بعد فترة زمنية مما يدل على تباث زمني جيد للمقياس.

سهولة التطبيق:

يمكن إستخدامه من قبل مختصيين في الصحة النفسية، أو المعالجين، أو حتى المعلمين المدربين، وهو مفيد بشكل خاص في البيئة التي تفتقر إلى تقييمات متخصصة.

مقياس المهارات التواصلية:

*** تعريف المقياس:**

إستخدمنا في الدراسة أداة أو مقياس المهارات التواصلية لطفل الذاتوي التوحد وهي أداة مقننة صممت لتقييم قدرة الطفل التوحدي على التواصل مع الآخرين" التواصل اللفظي وغير اللفظي والتواصل الاجتماعي " معد من طرف الدكتور عبدالغني، عبدالعزيز أمين من مجلة الإرشاد النفسي 2016 مصر.

مكونات المقياس: يحتوي المقياس على 36 عبارة ويحتوي على3 بدائل

(دائما **(3)** درجات)،(أحيانا **(2)** درجات) ،(نادرا **(1)** درجة)

_الخصائص السيكو مترية للمقياس:

طبق الباحث بنود المقياس على العينة الإستطلاعية وقام بالتحقق من صدق المقياس بإستخدام صدق المحكمين وكانت نسبة إتفاق السادة المحكمين على عبارات المقياس.

تراوحت ما بين80%–%100% والإبقاء على عبارات المقياس جميعها.

وصدق الإتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الإرتباط بين درجات كل الأفراد على كل عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ومن خلال النتائج توصل إلى قيم معامل الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01).

_ولحساب ثبات المقياس إستخدم الباحث طريقة الفاكرونباخ وطريقة تطبيق وإعادة تطبيق المقياس بفاصل زمني بين الأول والثاني وكانت قيم معامل الثبات مرتفعة مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

تعليمات المقياس:

الزميلة الفاضلة تعرض عليهم مجموعة من العبارات، تعبر عن مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي لدي الأطفال الذاتويين من ذوي عمر زمني(6_12) سنة، أثناء تفاعلهم معكم، أو مع الأشخاص الآخرين في المواقف المختلفة والمطلوب من سيادتكم جميعا.

1.قراءة كل عبارة من عبارات المقياس كلها بدقة حتى تكون على دراية كافية بها.

2. وضع علامة في أحد الإستجابات الثلاث الموجودة أمام العبارة التي ترى أنها تنطبق على الطفل، الطفلة هذه الإستجابات هي دائما – أحيانا– نادرا، حيث أن:

دائما: بمعنى أنها تحدث كثيرا.

أحيانا: بمعنى أنها تحدث بدرجة متوسطة

نادرا: بمعنى أنها تحدث بدرجة قليلة

3. لا تترك عبارة دون وضع إستجابة، فليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خطأ.

7) الأسلوب الإحصائي:

الأسلوب الإحصائي يتمثل في النسب المئوية على نحو القانون التالي:

$$\text{النسبة} = \frac{\text{عدد الإجابات المتحصل عليها} \times 100}{\text{عدد النقاط الكلي}}$$

الخلاصة:

هذا الفصل قمنا بتقديم الخطوات المنهجية التي مشينا عليها لإتمام دراستنا البحثية، إنطلقنا بالدراسة الأولية التي هدفت إلى تقصي مشكلة أو صعوبة التواصل لدي الطفل التوحدي وتقدير أبعاد الدراسة الأولية، ثم تطرقنا للدراسة الأساسية حيث قمنا بتقديم مكان وفترة إجراء الدراسة كما ذكرنا العينة المستهدفة(06) أطفال مصابين بطيف التوحد والذي تم إختيارهم وفق معايير محددة حسب أدوات دراستنا، وذكرنا المنهج المعتمد وهو المنهج الوصفي القائم على دراسة حالة، إضافة إلى عرض الأدوات المستعملة المتمثلة في مقياس كارز لقياس درجة شدة التوحد عند الحالات ومقياس المهارات التواصلية لقياس التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي والتواصل الإجتماعي، وإستندنا على هذه الأدوات للحصول على نتائج الدراسة التي قمنا بها.

الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها

تمهيد

1. عرض حالات الدراسة.
2. عرض نتائج مقايس كارز.
3. عرض نتائج مقياس المهارات التواصلية وتحليلها.
4. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
5. الإستنتاج العام

خاتمة

الاقتراحات

تمهيد:

يمثل هذا الفصل المرحلة الختامية المذكرة والتي سنقوم بعرض ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها للحالات التي خضعت للدراسة، وسنعرض أبرز النتائج التي تم الحصول عليها، وسنتناول نقاط القوة والضعف التي ظهرت في تحليلنا، كما سيكون من الضروري تقديم إستنتاجات عامة تلخص الفهم الذي إكتسبناه خلال هذه المرحلة، إضافة إلى ذلك سنعرض مجموعة من المقترحات البناءة التي تهدف إلى تحسين الوضع الراهن بناءا على نتائج التي تم وصولنا إليها.

1- عرض الحالات: (الحوصلة الأرطوفونية)

الحالة الأولى:

الإسم: أ

اللقب: س

تاريخ ومكان الميلاد: 2019/ وهران

سن: 6 سنوات

جنس: ذكر

العائلة:

إسم الأب: فارس المستوى الدراسي: جامعي المهنة: مدرس

إسم الأم: أسماء المستوى الدراسي: جامعية المهنة: مدرسة

هل هناك قرابة بين الأبوين: لا

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: لا

عدد الإخوة: 2

رتبته بين إخوته: الأكبر

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة (×)

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

فترة الولادة:

في وقتها ( ) قبل وقتها (×) متأخرة ( ).

نوع الولادة: قيصرية

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: نعم

هل تعرض المولود لحوادث: إنعاش

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: 6 أشهر

سن الحبو: 10 أشهر

سن الوقوف: 15 أشهر

سن المشي: 25 أشهر

النمو اللغوي:

المناغاة: متأخرة

الكلمة الأولى: Mama

تطور لغة الطفل: متأخرة

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: حسنة

علاقة الطفل مع إخوته: حركي غير إجتماعي

الأمراض والاضطرابات التي تعرض لها الطفل: لا يوجد

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء.

تاريخ الإضطراب: 2021

سن إكتشافه: سنتين

درجته: متوسطة

نوعه: إضطراب طيف التوحد

الحالة الثانية:

الإسم: س

اللقب: ز

تاريخ ومكان الميلاد:2014/ وهران

العائلة:

إسم الأب: أمين المستوى الدراسي: جامعي المهنة: تاجر

إسم الأم: فاطمة المستوى الدراسي: ثانوي المهنة: ربة بيت

هل هناك قرابة بين الأبوين: لا

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: لا

عدد الإخوة: 3

رتبته بين إخوته: متوسطة

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة (×)

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

فترة الولادة:

في وقتها ( ) قبل وقتها ( ) متأخرة (×).

نوع الولادة: طبيعة

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: نعم

هل تعرض المولود لحوادث: لا

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: 6 أشهر

سن الحبو: 12أشهر

سن الوقوف: 17 أشهر

سن المشي: 24 أشهر

النمو اللغوي:

المناغاة: موجودة لكن متأخرة

الكلمة الأولى: Mama

تطور لغة الطفل: متأخرة

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: جيدة

علاقة الطفل مع إخوته: منعزل وهادئ

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل:

- إلتهابات
- حمى
- صعوبات التعلم

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء.

تاريخ الإضطراب: 2017

سن إكتشافه: 3 سنوات

درجته: متوسطة (في الوقت الحالي درجته خفيفة)

نوعه: إضطراب طيف التوحد

الحالة الثالثة:

الإسم: أ

اللقب: غ

تاريخ ومكان الميلاد: 2019/ سطيف

السن: 6 سنوات

الجنس: ذكر

العائلة:

إسم الأب: يوسف المستوى الدراسي: ثانية ثانوي المهنة: عسكري

إسم الأم: كريمة المستوى الدراسي: جامعية المهنة: ربة بيت

هل هناك قرابة بين الأبوين: نعم

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: نعم

عدد الإخوة: 5

رتبته بين إخوته: الأخير

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة (×)

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

فترة الولادة:

في وقتها (×) قبل وقتها ( ) متأخرة ( ).

نوع الولادة: قيصرية

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: نعم

هل تعرض المولود لحوادث: لا

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: 10 أشهر

سن الحبو: 12أشهر

سن الوقوف: 20 أشهر

سن المشي: 30 أشهر

النمو اللغوي:

المناغاة: يوجد لكن متأخر

كلمة الأولى: Mama

تطور لغة الطفل: متأخر

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: حسنة

علاقة الطفل مع إخوته: عدواني منعزل

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل:

- إضطرابات سلوكية
- حمى

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبارات الذكاء

درجته: شديدة

نوعه: إضطراب طيف التوحد

الحالة الرابعة:

الإسم: ي

اللقب: ق

تاريخ ومكان الميلاد: 2013 سيق

العائلة:

إسم الأب: حسين المستوى الدراسي: ثانوي المهنة: بدون عمل

إسم الأم: حفيظة المستوى الدراسي: جامعية المهنة: بدون عمل

هل هناك قرابة بين الأبوين: لا

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: لا

عدد الإخوة: 2

رتبته بين إخوته: 2

مستوى الإجتماعي للعائلة:

متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة (×)

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا ( ) نعم (×)

فترة الولادة:

في وقتها (×) قبل وقتها ( ) متأخرة ( ).

نوع الولادة: قيصرية

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: نعم

هل تعرض المولود لحوادث: إنعاش

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: 10 أشهر

سن الحبو: 7 أشهر

سن الوقوف: عام و6 أشهر

سن المشي: عام و6 أشهر

النمو اللغوي:

المناغاة: لم يقم بها

الكلمة الأولى: Papa Mama

تطور لغة الطفل: متأخر

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: طبيعية

علاقة الطفل مع إخوته: قاسي / عدواني

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل: تأخر في النطق والكلام

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء.

نوع الإضطراب: إضطراب طيف التوحد

درجته: شديدة

الحالة الخامسة:

الإسم: م

اللقب: ب

تاريخ ومكان الميلاد: 2011 / سيق

العائلة:

إسم الأب: منصف المستوى الدراسي: ثانوي المهنة: تاجر

إسم الأم: متوفية المستوى الدراسي:/ المهنة: /

هل هناك قرابة بين الأبوين: لا

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: لا

عدد الإخوة: 2

رتبته بين إخوته: 2

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة ( ) /

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: /

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: /

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: /

فترة الولادة:

في وقتها ( ) قبل وقتها ( ) متأخرة ( ) /

نوع الولادة:

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: /

هل تعرض المولود لحوادث: /

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: /

سن الحبو: /

سن الوقوف: /

سن المشي: /

النمو اللغوي: /

المناغاة: /

الكلمة الأولى: /

تطور اللغة للطفل: /

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: إنفصال عن الأم بسبب وفاتها وتم تبنيه من طرف الجدة

علاقة الطفل مع إخوته: منطوي على ذاته

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل: لا توجد

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء.

نوع الإضطراب: إضطراب طيف التوحد

درجته: متوسطة

ملاحظة: عدم التمكن من جمع البيانات والمعلومات حول تاريخ الحالة بسبب وفاة الأم وتم تكفل به من طرف الجدة وهو في عمر 6 سنوات

الحالة السادسة:

الإسم: أ

اللقب: م

تاريخ ومكان الميلاد: 2013 / سيق

العائلة:

إسم الأب: مخطار المستوى الدراسي: ثانوي المهنة: متقاعد

إسم الأم: نصيرة المستوى الدراسي: المهنة: بدون عمل

هل هناك قرابة بين الأبوين: لا

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة: لا

عدد الإخوة: 4

رتبته بين إخوته: 4

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية (×) مضطربة ( )

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا (×) نعم ( )

فترة الولادة:

في وقتها ( ) قبل وقتها ( ) متأخرة (×).

نوع الولادة: طبيعية

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة: لا

هل تعرض المولود لحوادث: اختناق/ نقص الأكسجين

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس: 7 أشهر

سن الحبو: 9 أشهر

سن الوقوف: عام وشهرين

سن المشي: عام و3 أشهر

النمو اللغوي:

المناغاة: لم يقم بها

الكلمة الأولى: 4 سنوات

تطور لغة الطفل: متأخر

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه: جيدة (حماية مفرطة)

علاقة الطفل مع إخوته: حنون وهادئ

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل: نقص في الأكسجين

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الأرطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء.

نوع الإضطراب: إضطراب طيف التوحد

درجته: خفيفة

2-عرض نتائج الحالات في مقياس الكارز:

جدول رقم 4: يمثل نتائج جميع حالات مقياس كارز

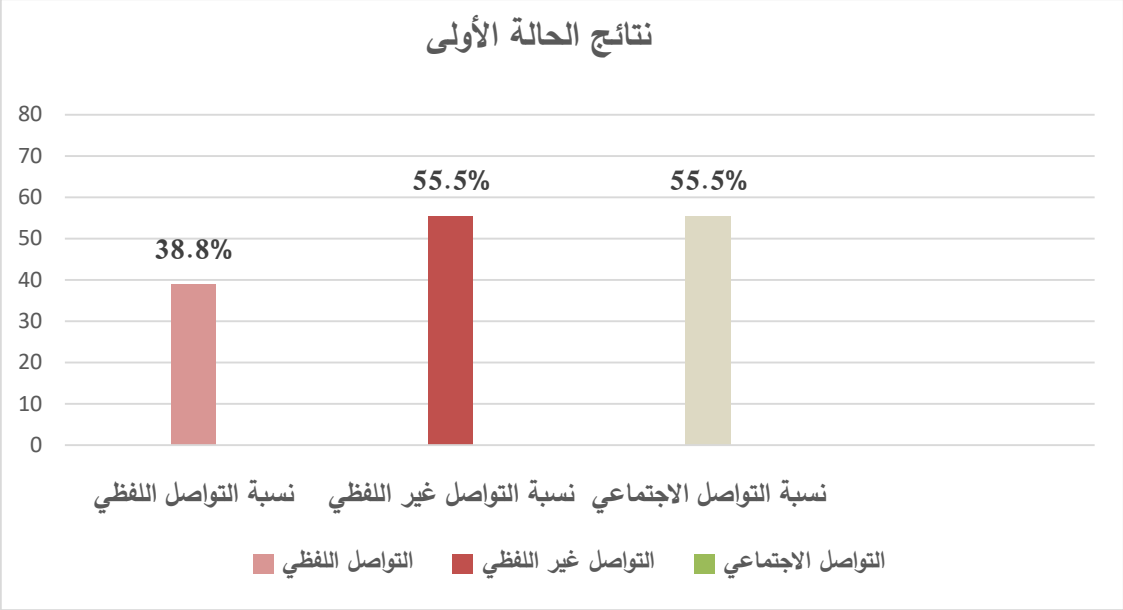
الرقم	الإسم (رمزي)	درجة كارز	شدة التوحد
1	ز- س	24	توحد خفيف
2	ع- أ	37.5	توحد متوسط
3	س-أ	46.5	توحد شديد
4	ع-أ	22	توحد خفيف
5	ب-م	32.5	توحد متوسط
6	ق-ي	44.5	توحد شديد

3- عرض نتائج لمقياس المهارات التواصلية وتحليلها:

عرض نتائج الحالة الأولى أ.غ:

جدول رقم 05: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	14	36	38.8%
التواصل غير اللفظي	20	36	55.5%
التواصل الإجتماعي	20	36	55.5%
المجموع	54		



الشكل رقم03: يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 01

التحليل الكمي: للحالة أ.غ

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة في مقياس المهارات التواصلية للتواصل اللفظي وغير اللفظي والتواصل الإجتماعي حيث نلاحظ أن الحالة(أ.غ) لديه تدهور في المهارات التواصلية إذ نلاحظ أنه قد تحصل على نسبة 36.1% في بعد التواصل اللفظي وهي درجة منخفضة وتحصل على درجة 55.5% في بعد التواصل غير اللفظي وهي درجه متوسطة، وفي بعد التواصل الإجتماعي أيضا 55.5% وهي درجة متوسطة إذ نلاحظ أن هناك ضعف في التواصل اللفظي وانخفاض في التواصل غير الفظي والتواصل الإجتماعي، المستوى التواصل الكلي منخفض نسبياً فقد كانت معظم الإجابات كلها عبارة عن أحياناً أو نادراً حيث أن الحالة لم تستطيع الرد على الأسئلة الموجهة إليها ولا تستطيع التفاعل مع الآخرين بسهولة، ولا تبادل الآخرين بالابتسامة أو المشتركة في اللعب بشكل جماعي ولم تتمكن أيضا من تكرار الكلمات أو الجمل مما سبق سماعها، إذن يتضح ان الحالة لم تتمكن من إجتياز الأبعاد وتحصلت على درجة أقل من درجة القصوى.

التحليل الكيفي: للحالة أ.غ

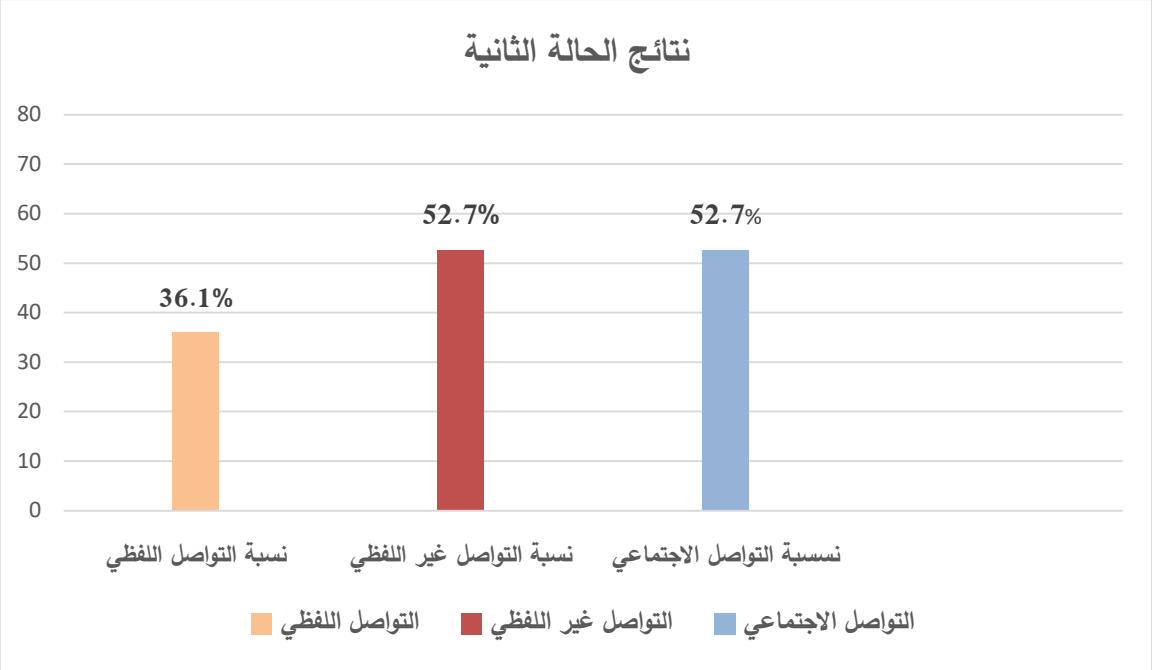
ظهرت حالة(أ.غ) نتائج منخفضة حيث يظهر الطفل ضعفاً واضحاً في القدرة على التعبير اللفظي وإستخدام اللغة المنطوقة كوسيلة للتواصل ومن المرجح أن الطفل يجد صعوبة في إنتاج

الكلمات أو الجمل ولديه مفردات محددة ما يعكس الحاجة إلى تدخل لغوي متخصص، أما في بعد التواصل غير اللفظي يعد هذا الجانب هو الأقوى نسبياً عند الطفل مقارنة بباقي الأبعاد قد يستخدم الطفل الإماءات أو تعبيرات الوجه بشكل أفضل من اللغة المنطوقة ومع ذلك لا يزال المستوى متوسط مما يعني وجود تحديات تتطلب دعماً في هذا الجانب أيضا، وفي بعد التواصل الإجتماعي هناك ضعف أيضا مما يشير إلى أن الطفل يعاني من صعوبة في التفاعل الإجتماعي مع الآخرين كالمشاركة في الأنشطة، إنتظار الدور أو الإستجابة الإجتماعية المناسبة، هذا قد يكون مرتبطاً بجوانب من طيف التوحدي ويحتاج إلى تدخل سلوكي إجتماعي إذن من خلال النتائج و دراسة السابقة للباحث "د. أحمد عبد الله"2020، التي تمثل عنوان الدراسة في "خصائص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد" حيث هدفت الدراسة إلى تحليل أنماط التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، ومقارنتها بالأطفال النمطيين، إستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي تكونت عينة الدراسة من30 طفلاً مصاباً بالتوحد تراوحت أعمارهم بين 5-10سنوات، أظهرت نتائج الدراسة أن هناك ضعف واضح في التواصل اللفظي، يتمثل في قلة إستخدام الكلمات، والتكرار اللفظي، وصعوبة في بدء أو إنهاء المحادثات، والتواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه كان محدودًا أو غير مناسب للسياق الاجتماعي. فمن خلال ذلك نشير إلى أن الطفل لديه تحديات في كافة الأبعاد التواصل ولكن بدرجة متفاوتة حيث أن التواصل غير اللفظي هو الأقوى بينما اللفظي والإجتماعي في حاجة كبيرة للدعم.

عرض نتائج الحالة الثانية أ.س:

جدول رقم 06: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	13	36	36.1%
التواصل غير اللفظي	19	36	52.7%
التواصل الإجتماعي	19	36	52.7%
المجموع	51		



الشكل رقم 04: يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 2

التحليل الكمي: للحالة أ.س

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة (أ.س) في مقياس مهارات التواصل لديه نقص في المهارات التواصلية حيث أنه تحصل على نسبة 36.1% في بعد التواصل اللفظي وهي درجة دون متوسطة وتحصل على درجة 52.7% في بعد التواصل الغير اللفظي وهي درجة متوسطة وفي بعد التواصل الإجتماعي تحصل أيضا على 52.7% وهي درجة متوسطة اذا تشير هذه النتيجة إلى ضعف كبير في إستخدام الطفل للكلام والتعبير وقد يعاني من مشكلات في إستخدام الكلمات أو الجمل المناسبة ونلاحظ من خلال بعد التواصل الغير اللفظي أنه يُظهر بعض الإشارات الغير اللفظية مثل الإماءات ولكن ليس بشكل كافي يمكن تحسين هذه المهارات بالعمل على التواصل البصري وتعبير الوجه ونستنتج من خلال بعد التواصل الإجتماعي أن الحالة قادرة إلى حد ما على التفاعل مع الآخرين وربما يظهر إهتمام وإستجابة لبعض المواقف الإجتماعية ومع ذلك لا يزال بحاجة إلى تنمية المهارات كالمشاركة في الحديث واللعب الجماعي، وفي الأخير هذا يعكس وجود قصور عام في التواصل مع إختلاف في الدرجة ضعف بين المجالات وأن الطفل يمتلك ما يقارب نصف المهارات المتوقعة لعمره الزمني وهناك بعض القدرات موجوده خصوصا في الجانبين غير اللفظي والإجتماعي.

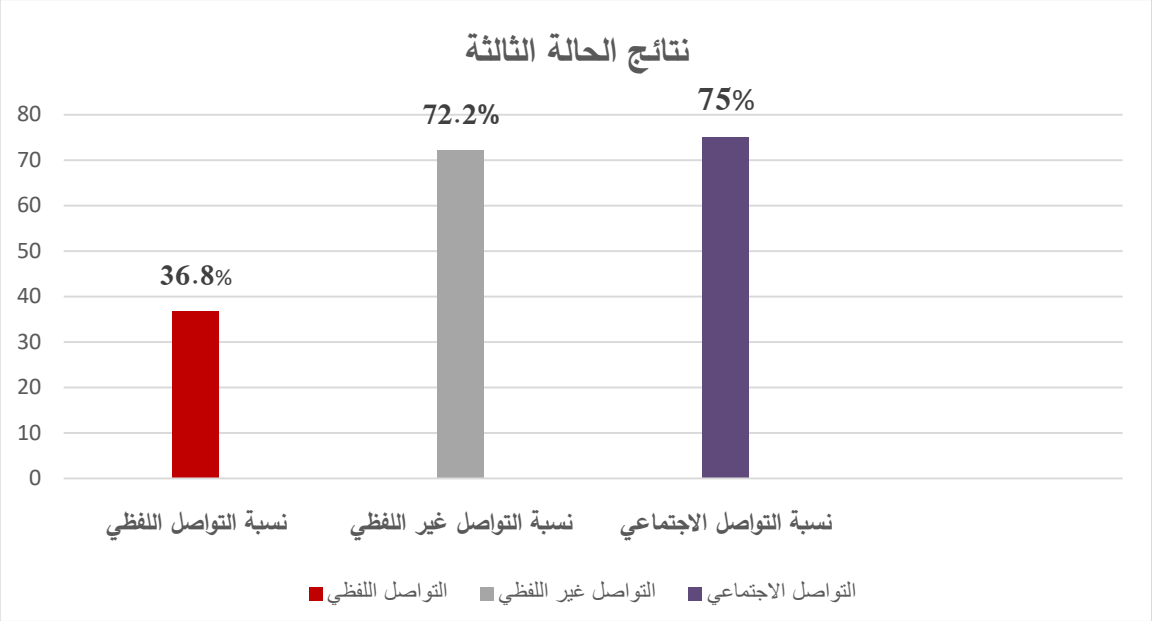
التحليل الكيفي: للحالة أ.س

نستنتج أن الحالة(أ.س) أظهرت النتائج منخفضة حيث أن لديه ضعفاً كبيراً في إستخدام اللغة المنطوقة للتعبير عن إحتياجاته أو مشاعره ولديه محدودية في عدد الكلمات المستخدمة، وصعوبة في تكوين الجمل المفهومة وغياب المبادرة في بدء الحديث، وإن أدائه أفضل في بعد التواصل الغير اللفظي بحيث أن الطفل يستخدم وسائل غير لفظية للتعبير أو الإشارة للأشياء لتوصيل رسائله، وأما في بعد التواصل الإجتماعي الطفل يظهر رغبة في التفاعل لكن بمستوى منخفض في الكفاءات فهو يتصف بسلوك اللعب الفردي المتكرر وعدم فهم القواعد الدور في الحديث وضعف في فهم الإشارات الإجتماعية ،كما أن المستوى المشتركة في الإهتمامات عنده منخفض، كما نجد عنده إنخفاض أيضا في المستوى الإنفعالات والمؤثرات حيث تظهر لديه اللامبالاة والنفور من الإتصال الجسدي (كالضم والعناق ومصافحة الأيادي)، كما نجد اللعب التخيلي عنده ضعيف مع الاقران، إذن من خلال ما يتم عرضه من نتائج و من خلال دراسة "د. سامية حسن"، 2015 تحت عنوان " خصائص التواصل لدى أطفال مصابين بالتوحد" أكدت أن الأطفال التوحديين يظهرون ضعفًا في إستخدام الإيماءات، تعبيرات الوجه، ونبرة الصوت. كما يواجهون صعوبة في تبادل الأدوار أثناء الحوار. إذن يتضح لنا أن هذه الحالات طيف التوحد لديهم إضطرابات في المهارات التواصلية والتي نجدها مذكورة في المعايير التشخيص لإضطراب طيف التوحد.

عرض نتائج الحالة الثالثة س.ز:

جدول رقم 07: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	23	36	36.8%
التواصل غير اللفظي	26	36	72.2%
التواصل الإجتماعي	27	36	75%
المجموع	76		



الشكل رقم 05: يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 3

التحليل الكمي: للحالة س.ز

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة س.ز في مقياس المهارات التواصلية للتواصل اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي، نلاحظ أن الحالة لديها إضطراب خفيف في المهارات التواصلية حيث قد تحصلت على نسبة 36.8% في بعد التواصل اللفظي وهي درجة متوسطة ويشير ذلك أن الحالة لا تعاني من صعوبات كبيرة في إستخدام اللغة المنطوقة للتعبير عن إحتياجاتها أو رغباتها، ولكن رغم ذلك ألاحظ أن لديها بعض الصعوبات مثل البدء في الحوار أو تكوين جمل معقدة مفهومة أو إستخدام الضمائر والمفردات المناسبة، يعود سبب ذلك إلى تأخر في النمو اللغوي وضعف التقليد أو في القدرة على الربط اللغة بالسياق الإجتماعي، أما في البعد الثاني للتواصل الغير اللفظي فقط تحصلت على نسبة72.2% وهي نسبة متوسطة إلى جيدة حيث أن الحالة لديها قدرة على إستخدام اللغة الغير المنطوقة في التواصل المتمثلة في الإماءات والتعابير الوجهية، للتواصل البصري، فيما يخص البعد التواصل الإجتماعي فقد تحصلت الحالة على نسبة75% وهي نسبة جيدة تشير إلى قدرة الحالة على التفاعل مع الآخرين والمشتركة في الأنشطة الجماعية وتكوين علاقات بسيطة (محدودة في العمق ولكنها موجودة)، إذن نلاحظ أن الحالة تظهر قدرات جيدة في التواصل الغير لفظي والإجتماعي وهو مؤشر إيجابي على وجود رغبة في التفاعل وبالمقابل توجد صعوبات ملحوظة في التواصل اللفظي وهو مشكل وعائق أساسي أمام اندماجها في البيئة الإجتماعية.

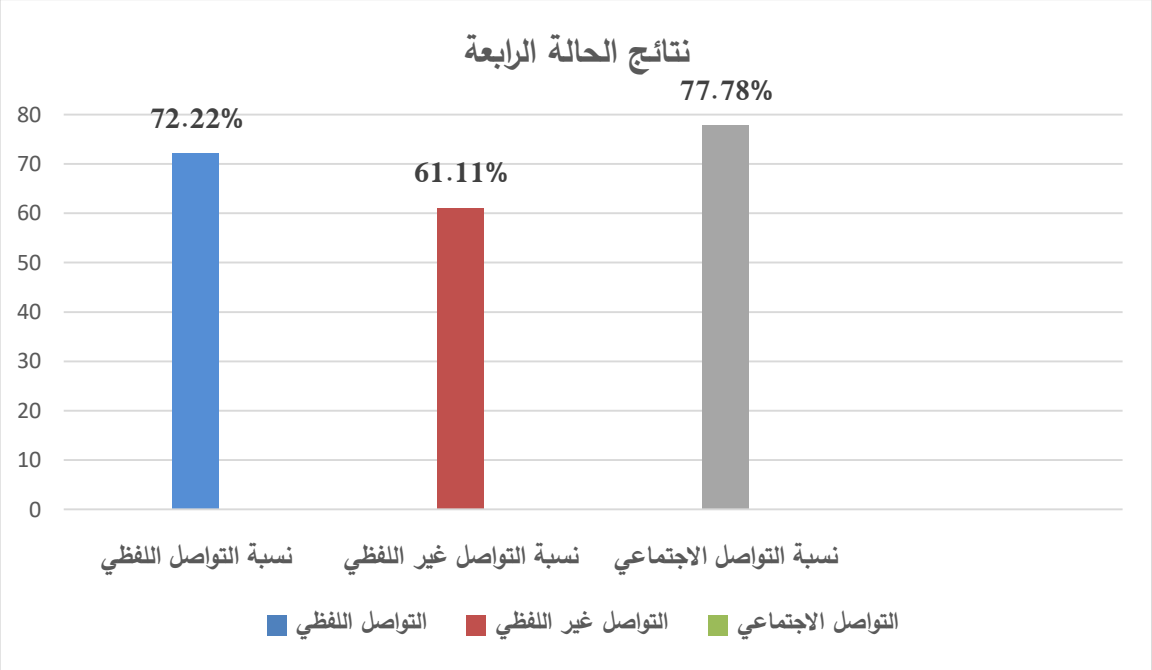
التحليل الكيفي: للحالة س.ز

من خلال ما تم عرضه من نتائج الحالة(س.ز) وما لاحظناه عليها إتضح لنا ان الطفلة تعاني من إضطرابات في المهارات التواصلية لكن بدرجة ليست منخفضة بل متوسطة، حيث نجد أن الطفلة تتميز باستخدام اللغة المنطوقة للتعبير عن إحتياجاتها ولكن مع صعوبة في بدء الحوار وتكوين جملة معقدة، ومن جهة أخرى نجد نقص في بدء في التفاعلات الإجتماعية حيث عندما تحتاج لمساعدة تقوم بالإشارة إلى الأشياء التي ترغب بها عندما تحتاجه فقط بالإضافة إلى ذلك لديها سلوك تواصلي غير لفظي متوسط بل يتراوح الضعف لديها في التواصل اللفظي وذلك ما يميزها حيث لا تستطيع المبادرة في الحديث، وهناك تأخر ملحوظ في إكتساب وإستخدام اللغة مقارنة بأقرانها في نفس عمرها ولديها تكرار الكلمات سمعتها للتو دون فهم معناها، وقد يتشكل نقاط القوة في بعد التواصل الغير اللفظي فهي تعتمد بشكل أكبر على هذه الوسيلة للتعبير مثل فهم الإشارات الغير اللفظية التي يصدرها الأخرون، أما في جانب التواصل الإجتماعي تشير نسبة إلى أن الطفلة تُظهر بعض المهارات الإجتماعية فنلاحظ أنها تهتم بالأخرين في المواقف معينه ولديها فهم جزئي لبعض القواعد الإجتماعية البسيطة وتستجيب لمحاولات الآخرين للتفاعل معها ولكن لا تبادل دائما بالتفاعل إذن يبدو أن الحالة تعتمد بشكل كبير على التواصل الغير اللفظي والإجتماعي للتفاعل مع المحيط بينما تواجه تحديات كبيرة في التواصل اللفظي. كما أوضحت الدراسة "د. نادية أحمد عبد العال" 2020، تحت عنوان "صعوبات التواصل الإجتماعي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات" والتي تنص إلى التعرف على طبيعة صعوبات التواصل الإجتماعي، ودراسة علاقتها ببعض المتغيرات، شملت العينة 30طفلاً تتراوح أعمارهم بين 6-12 سنة وأظهرت النتائج أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف واضح في التفاعل الإجتماعي، خصوصاً في مهارات التبادل العاطفي، والقدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ووجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة التوحد ومهارات التواصل الإجتماعي.

عرض نتائج الحالة الرابعة ع.أ:

جدول رقم 08: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	26	36	72.22%
التواصل غير اللفظي	22	36	61.11%
التواصل الإجتماعي	28	36	77.78%
المجموع	76		



الشكل رقم 06: يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 4

التحليل الكمي: للحالة ع.أ

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة (ع.أ) في مقياس تقييم مهارات التواصل : التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي ، إلا أن الحالة لديه مستوى تواصلي جيد وله تواصل لفظي مستقر حيث نلاحظ أنه تحصل على (26) درجة من أصل 36 عبارة ونسبة مئوية قدرت ب 72.2% وفي بعد التواصل اللفظي ، و(22) درجة من أصل 36 عبارة ونسبة مئوية قدرت ب

61.1% في بعد التواصل غير اللفظي للحالة غياب التعبيرات الوجهية وضعف إستخدام الإيماءات المصاحبة للكلام ، أما بعد التواصل الإجتماعي تحصل على (28) درجة من أصل 36 عبارة وقدرت النسبة المئوية ب 77.8% لدى الحالة قابلية التفاعل الإجتماعي وكانت الدرجة المتحصل عليها في الأبعاد الثلاثة هي (76).

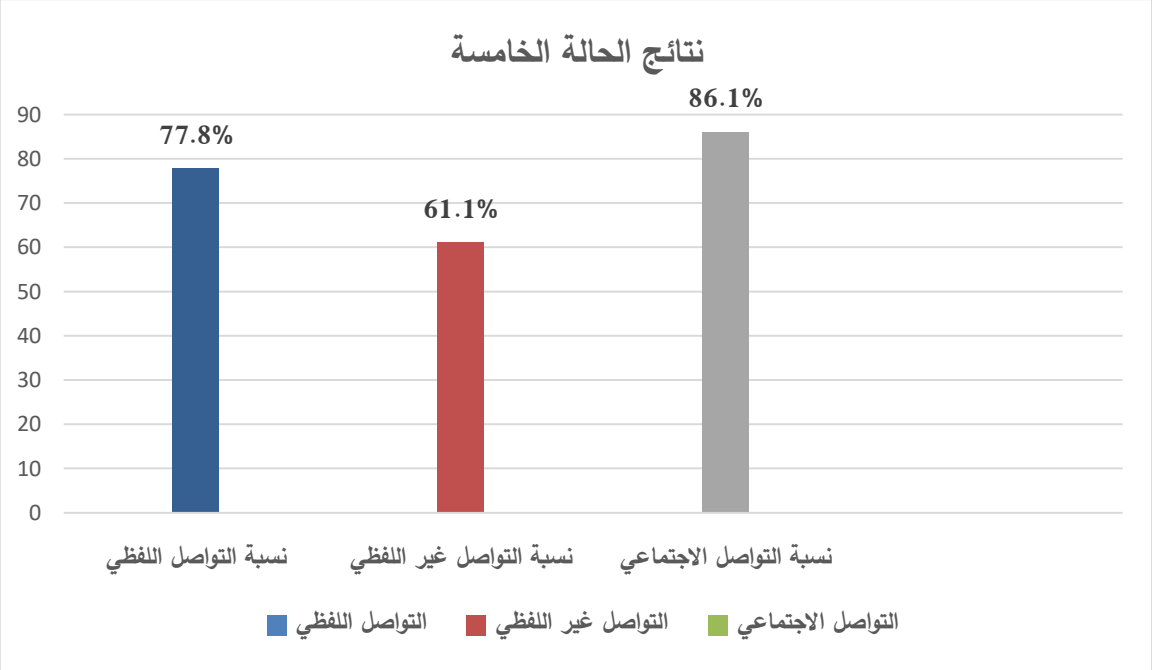
التحليل الكيفي: للحالة ع.أ

من خلال ما تم عرضه من نتائج ما لاحظناه أن الطفل (ع.أ) في بعد التواصل اللفظي الذي يمثل 72.2% و (36/26 درجة) تبين أن الحالة لديه قدرات تواصلية متقدمة نسبيا وذلك ما نلاحظه له مهارات وقدرات لغوية جيدة تسمح ببناء تواصل لفظي بألفاظ مفهومة وله رصيد لغوي جيد مناسبا لعمره العقلي، أما التواصل غير اللفظي الذي يمثل 61.1 % و(36/22 درجة) تشير الدرجة إلى وجود قصور واضح في التواصل غير اللفظي كما أن تواصله البصري محدود وله ضعف تعبيرات الوجه والإيماءات كالابتسامة ويعاني الطفل تشتت في الانتباه هذا ما يعيق تواصله، أما بالنسبة للتواصل الإجتماعي الذي يمثل 77.8% و(36/28درجة) تُوضح هذه النتيجة أن الحالة لديه قابلية للتواصل الإجتماعي وهذا ما نلاحظ أن الطفل يستجيب ويتجاوب لفظيا ويمتاز بالمحادثة والحوار أحيانا إلا أنه يتفاعل حسب المكان والشخص، كما قد توصلت دراسات عديدة إلى نتائج مماثلة، من بينها دراسة " تقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدي أطفال التوحد " ل لينا صديق حيث شملت الدراسة مجموعة مكونة من 10 حالات مصابة باضطراب التوحد تراوحت أعمارهم ما بين 4-6 سنوات لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد الذي يقيس خمسة أبعاد تمثل مظاهر التواصل غير اللفظي وهي: الإنتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الإستماع والفهم.. وبعد تطبيق إجراءات الدراسة تم التوصل إلى وجود قصور واضح في مهارات التواصل غير اللفظي لدى مجموعة الدراسة والمصابين باضطراب التوحد خاصة على مستوى الإنتباه المشترك.(شيخي مبروك، بوطفان محمد الطاهر، 2020، ص 184- ص 171).

عرض نتائج الحالة الخامسة ب.م:

جدول رقم 09: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	28	36	77.8%
التواصل غير اللفظي	22	36	61.1%
التواصل الإجتماعي	31	36	86.1%
المجموع	81		



الشكل رقم 07: يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 5

التحليل الكمي: للحالة ب، م

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة (ب، م) في مقياس تقييم مهارات التواصل: اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي ، فالحالة لديه أداء جيد ومهارات تواصلية لفظية جيدة كما نلاحظ أنه تحصل على (28) درجة من أصل 36 في بعد التواصل اللفظي و قدرت النسبة المئوية لهذا البعد ب (77.8%) وفي بعد التواصل غير اللفظي الذي تعد نتائج مقبولة تحصل على (22)

درجة من أصل 36 و قدرت النسبة المئوية ب (61.1%)، أما بعد التواصل الإجتماعي تحصل الطفل على (31) درجة من أصل 36 وقدت نسبته المئوية ب (86.1) درجة وهذا ما يظهر أن الطفل له أداء جيد في بعد التواصل الاجتماعي و كانت الدرجة المتحصل عليها في الأبعاد الثلاثة هي (81).

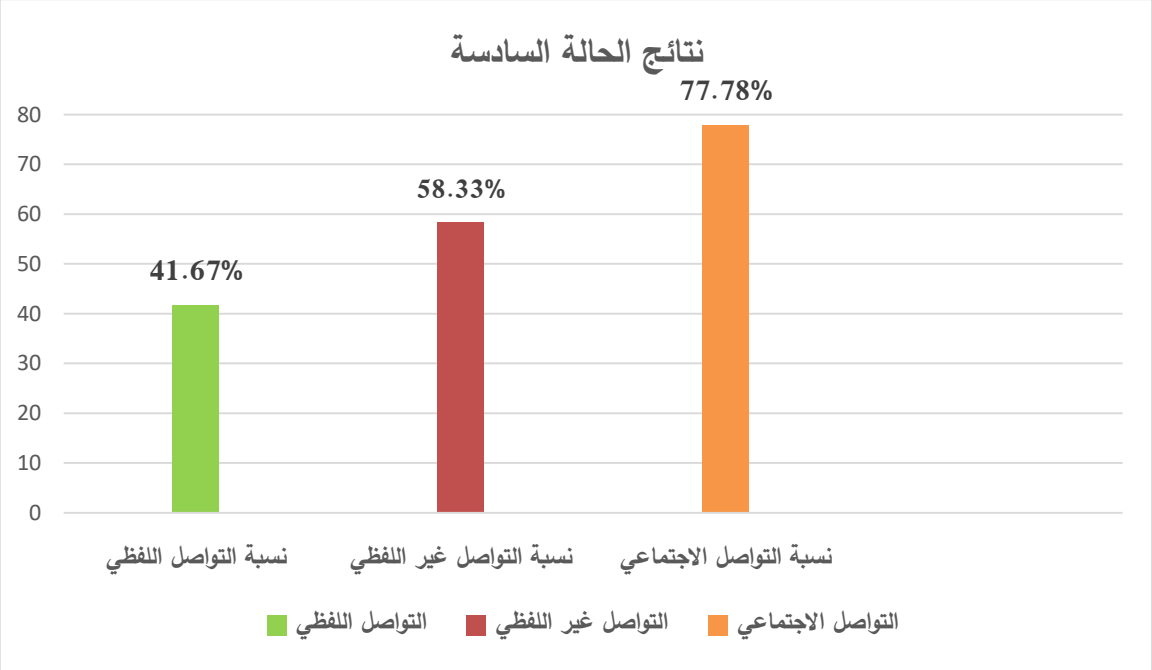
التحليل الكيفي: للحالة ب.م

من خلال ما تم عرضه من نتائج ما لاحظناه أن الحالة (ب.م) في بعد التواصل اللفظي الذي يمثل (77.8%) و (36/28) درجة واتضح أن الطفل يظهر مستوى جيدا من مهارات التعبير عن إحتياجاته ورغباته وهذا يُوضح أن الطفل له إستخداما فعالا للغة المنطوقة وذلك ما نلاحظه في قدرته على تكوين بعض عبارات بسيطة ولغته التعبيرية سليمة لديه رصيد لغوي جيد، كما أنه يعاني من تكرار نمطي آلي ، أما بالنسبة للتواصل غير اللفظي الذي يمثل (61.1%) و(36/22) درجة تبين أن الطفل له ضعف نسبي ذلك ما نلاحظه في صعوبة في الفهم وفشل في إستخدام الإيماءات والإشارات الجسدية ولدى الحالة بعض الصعوبات في إستخدام وسائل التواصل غير اللفظي ويعاني نقص في التواصل البصري والتعبيرات الوجهية والإيماءات والإشارات غير اللفظية ، أما في التواصل الإجتماعي الذي يمثل (86.1%) و(36/31) درجة وهذا يشير أن الطفل لديه قابل للتفاعل الإجتماعي ولديه إستجابة المحيطين حوله وهذا ما يدل على وجود دافع التواصل، وتدل على صحة هذا الإستنتاج نتائج دراسات سابقة من بينها " دراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التواصل الإجتماعي لدى أطفال التوحد ، تم تطبيق البرنامج على عينة الدراسة من 6 أطفال : 5 ذكور و1 أنثى، ولتأكد من فاعلية البرنامج تم تطبيق مقياس مهارات التواصل الإجتماعي بعد جمع البيانات تم تحليل النتائج المتوصل إليها بواسطة الحزمة الإحصائية SPSS تم التوصل إلى وجود فاعلية للبرنامج التدريبي بعد تطبيقه ولصالح التطبيق البعدي وقد نوقشت نتيجة هذه الدراسة على أساس ما جاء في الدراسات السابقة وما كانت في الثرات النظري . (حمادو مسعودة، جلطي بشير، 2018، ص 1044- ص 1035).

عرض نتائج الحالة السادسة ق.ي:

جدول رقم 10: يمثل نسب المئوية للنتائج المتحصل عليها بناءا على عدد العبارات في كل الأبعاد

الأبعاد	الدرجة المتحصلة	الدرجة القصوى	النسبة المئوية
التواصل اللفظي	15	36	41.67%
التواصل غير اللفظي	21	36	58.33%
التواصل الإجتماعي	28	36	77.78%
المجموع	64		



الشكل رقم 08 يمثل أعمدة بيانية لنتائج مقياس مهارات التواصل الحالة 6

التحليل الكمي: للحالة ق.ي

تترجم إجراءات بالدرجات المتحصل عليها للحالة (ق.ي) في مقياس مهارات التواصل : التواصل اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي إلا أن الحالة لديه تدهور على مستوى التواصل اللفظي كما نلاحظ أن الحالة تحصل على (15) درجة من أصل 36 عبارة ونسبة مئوية قدرت ب (41.67%) في بعد التواصل اللفظي، وفيما يخص بعد التواصل غير اللفظي تحصل على (21) درجة

ونسبة مئوية 58.33% وهذا مستوى دون الوسط، وفي بعد التواصل الإجتماعي تحصل على (28) درجة من أصل 36 و قدرت النسبة المئوية ب (77.78%) ، وكانت الدرجة المتحصل عليها في الأبعاد الثلاثة وهي (64).

التحليل الكيفي: للحالة ق.ي

من خلال ما تم عرضه من نتائج ما لاحظناه أن الحالة (ق ، ي) في بعد التواصل اللفظي الذي يمثل 41.7% و(36/15) درجة تبين أن الطفل يعاني من وجود ضعف كبير في الكفاءة اللفظية وذلك ما نلاحظه من قصور في اللغة التعبيرية والإستقبالية إضافة إلى غياب الوظائف التواصلية مما يعيق فهمه للتعليمات وله محدودية المفردات ولديه فشل في التفاعل والكلام المتبادل وذلك واضح في فشله في تركيب الكلام ، كما أنه يعاني من وجود إيكو لآليا وهمهمة غير مفهومة وصعوبة في تطوير مهارات براغماتية لغوية ، أما التواصل غير اللفظي الذي يمثل 58.3% و (36/21) درجة إتضح أن الطفل لديه قصور في إستخدام القنوات غير اللفظية للتواصل وهذا ما هو واضح في سلوكياته حيث أنه لا يستخدم تعبيرات وجهه ولا الإيماءات ولديه ضعف في التواصل بصريا وغياب اللعب الرمزي التخيلي وهذا ما يعكس محدودية في إستخدام التواصل غير اللفظي وهذا ما يعيق التفاعل والتواصل لديه وأخيرا بعد التواصل الإجتماعي الذي يمثل 77.8% و (36/28) درجة تشير هذه النتيجة أن الطفل له عجز شديد في قدراته التواصلية الإجتماعية يعاني الطفل من ضعف المبادرة في الكلام وغياب التبادل الإجتماعي، وتدعم هذه الدراسة التواصل اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي لدى أطفال طيف التوحد حيث تكونت عينة الدراسة من حالتين من فئة عمرية (6 سنوات إلى 7 سنوات) إستخدمت الباحثة مقياس المهارات التواصلية وبعد التحليل الإحصائي توصلت النتائج أن الطفل مصاب بطيف التوحد يعاني من خلل على مستوى المهارات التواصلية في التواصل اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي. (عزيزة سليم، 2018).

4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

الفرضيات الجزئية:

* تنص الفرضية الأولى: يعاني طفل التوحد من اضطراب في مهارات التواصل اللفظي.

* تنص الفرضية الثانية: يعاني طفل التوحد من اضطراب في مهارات التواصل غير اللفظي.

* تنص الفرضية الثالثة: يعاني أطفال طيف التوحد من اضطراب في القدرات على المستوى الاجتماعي.

من خلال تطبيق جميع الأبعاد لمقياس كارز ومقياس المهارات التواصلية لأطفال طيف التوحد على (06) حالات وإنطلاقا من النتائج الظاهرة في الجداول السابقة والتي تبين أن الحالات (06) يعانون من إضطرابات في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والإجتماعية وبعد قيامنا بالتحليل الكمي والكيفي للنتائج المتحصل عليها إستنتجنا أن في:

- **حالتين طيف التوحد الشديد لديهم:** قصور واضح في التواصل اللفظي والغير اللفظي وهذا ما إنعكس في فشلهم في الحديث المتبادل ولهم قصور على مستوى الفهم عندما نطلب منهم القيام بشيء فإنهم لا يَعُون ذلك ، ويتسمون بالعزلة وضعف في التواصل الإجتماعي ، ونجد العديد من الدراسات ونذكر من بينهم دراسة عبد الحليم(2016) وهدفت الدراسة الى كشف فاعلية البرنامج المقترح في تنمية التواصل الإجتماعي والتي تمثل في تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك تقيس السلوكيات لدى(16) من الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد، تم تطبيق أدوات دراسة مقياس الطفل التوحدي وإستمارة المستوى الإقتصادي والإجتماعي والثقافي وإختبار لوحة جوادز لقياس الذكاء.

- **أما حالتي طيف التوحد المتوسط لديهم:** قصور على مستوى التواصل غير اللفظي ويواجهون صعوبة في الإنتباه المشترك وفشل في إستخدام وسائل التواصل غير اللفظي ونقص في التواصل البصري ولديهم تكرار الكلمات النمطية (ايكولاليا) وهذا ما توضح دراسة حسام جابر السيد أحمد(2018) تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الاطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي، حيث هدفت هذه الدراسة عن كشف عن أثر التدريب على التواصل غير اللفظي في تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الاطفال التوحديين وتكونت عينة الدراسة من(20) طفل

تراوحت اعمارهم ما بين(0-10) سنوات وقد تم إختيار العينة بطريقة قصدية من المركز للحالات الخاصة، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس التفاعل الإجتماعي لأطفال التوحد في فئة عمرية ما بين من (0-10) سنوات، وبرنامج مقترح لتنمية مهارت التواصل غير اللفظي وتحسين التفاعل الإجتماعي لدى أطفال التوحد في فئة عمرية ما بين(0-10) سنوات.

- **بالنسبة للحالتين طيف التوحد الخفيف:** كانت نتائجهم جيدة في كلا من التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي والحالتين كان لهما إمكانية للتواصل بجمل بسيطة وواضحة بإستثناء التواصل الإجتماعي كان لهما نقص في المبادرة، في المبادأة ، في التفاعل ولا يستخدموا إيماءات الوجه حيث عندما تتحدث معهما فيقوموا بإبعاد وجوههم ولا يبدوا أي ردة فعل ولا يتواصلوا بصريا مطولا معنا عند الكلام معهم.

- وفي النهاية يتوجب القول أن الفرضيات الجزئية قد تحققت ونستخلص كطالبتين أن أطفال طيف التوحد يواجهون إضطرابات وصعوبات على مستوى التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي والإجتماعي ، وهذا ما يؤثر على قدراتهم على التعبير على ذواتهم ، وعلى الفهم، والتفاعل مع المحيط الخارجي وهذا ما تبين في دراسة شيماء محمد صديق محمد يوسف(2020-2021) مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، حيث هدفت هذه الدراسة إلى كشف عن البنية العاملة لقائمة مهارات التواصل اللفظي وطبيعة الفروق بين الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وتكونت عينة البحث من (20) لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وقد تراوحت أعمارهم ما بين(4-12) عاما وتم تطبيق قائمة مهارات التواصل اللفظي.

الفرضية العامة:

طبيعة التواصل لدى أطفال طيف التوحد تختلف حسب درجات طيف التوحد.

• يعاني الطفل المشخص بطيف التوحد من إضطراب في التواصل من خلال الحصيلة النهائية للنتائج، وبعد تطبيق جميع المقاييس وإستنادا على دراسة منال زهران 2015 إضطرابات التواصل لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد " التي أظهرت نتائج الدراسة وجود تباين واضح في أشكال

التواصل لدى الأطفال التوحديين كما أكدت ضرورة الدمج بين البرامج التدريبية اللغوية والإجتماعية لتعزيز التواصل. (منال زهران، 2015)

ووفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية D.S.M.5 أن التواصل يؤثر بشكل كبير في التطور الإجتماعي والعاطفي والمعرفي للطفل ، فوجود إضطراب على مستوى التواصل لدى أطفال طيف التوحد ليست مجرد ملاحظة عرضية بل هي حقيقة محورية تسهم في تحديد ملامح هذا الإضطراب وتعد من الركائز وتنعكس سلبًا على حياة المصابين وأوليائهم والوعي بالعقبات التواصلية هو الأساس في بناء تدخلات ورعاية داعمة وفعالة بناءًا على ذلك وعلى ما تطلعنا عليه يمكننا القول أن الطفل المشخص يواجه صعوبات في الكفاءات التواصلية فإن هذه الفرضية العامة محققة .

5-الاستنتاج العام:

تبينت من خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة التي بين أيديكم والتي يقوم مضمونها حول" **طبيعة التواصل عند طفل التوحدي** " وبناءاً على الفرضيات هذه الدراسة ومن خلال دراسات السابقة وبعد الفحص النفسي والعصبي للحالات(6) إستطعنا الخروج بنتيجة أن الحالات المشخصين باضطراب طيف التوحد يعانون من صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي، مما يشير ذلك إلى تأخر في المهارات التواصلية والإجتماعية مقارنة بالعمر النمائي المتوقع ويظهر في الصعوبات في التعبير والفهم اللغوي مع إستخدام محدود للغة الوظيفية، نلاحظ أنماط سلوكية وإهتمامات مقيدة ومتكررة مع قلة التواصل البصري وتعبيرات الوجه، ويميلون الحالات إلى اللعب الفردي وعدم التفاعل مع الآخرين وتأخر في تطوير المهارات المحادثة التبادلية ونلاحظ إنخفاض على مستوى الإنفعالات والمؤثرات.

إذن حاولت الدراسة الحالية لتحقيق أهدافها بطريقة منهجية مضبوطة إستنادا على ما يحتويه الجانب التطبيقي من تطبيق (المقاييس: كارز ومقياس المهارات التواصلية لطفل التوحدي) على 6 حالات ذات فئه عمرية من 6 إلى 12 سنة يعانون من طيف التوحد، وبعد تحليل النتائج كمياً وكيفياً ومناقشاتها تحت ضوء الفرضيات الجزئية والعامة إستنتجنا أن الحالات المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من خلل على مستوى المهارات التواصلية حيث جميع درجتهم الكلية تتراوح بين المنخفضة ودون متوسطة وهي درجة تشير إلى وجود خلل، في النهاية يتوجب علينا كباحثتين أن نشير إلى أن موضوع دراستنا جد معمق وواسع المحتوى.

خاتمة:

طيف التوحد من الإضطرابات النمائية المعقدة مما تكمن خطورته في تزايد إنتشاره عالميا وهذا ما جعله يحتل مكانة مركزية في إهتمامات البحث العلمي والممارسات التربوية العلاجية ، يشغل إهتمام الأخصائيين في علوم النطق واللغة نظرا لتأثيره العميق على الوظائف اللغوية التواصلية ، لهذا تهدف دراستنا لإبراز موضوع طيف التوحد من خلال تناول خصائصه السريرية وأسبابه المحتملة وتحديات التشخيص والتدخل بهدف تعزيز الوعي العلمي والمجتمعي حول هذا الإضطراب والمساهمة في دعم جهود الكشف المبكر والتكفل الفعال بالفئات المصابة.

ومن خلال النتائج التي سبق ذكرناها إستنتجنا أن التواصل حجر أساسي للنمو السليم للطفل، فالأطفال المصابين بطيف التوحد الذي لديهم خلل على المستوى اللفظي وغير اللفظي والإجتماعي فمحدودية التواصل لديهم لا تعيق فقط إندماج الطفل في محيطه الأسري والتعليمي، إنما تُعطل فرصته في إكتساب مهارات ضرورية لتطوره الشخصي والإجتماعي ، لهذا إتضح لنا أن الطفل المشخص بطيف التوحد يُظهر قصور على مستوى البنية التواصلية الشفوية وغير الشفوية والتفاعلية وهو ما يسبب تداعيات سلبية على الكفاءة التداولية مما يؤثر على جودة تفاعلاته الإجتماعية واللفظية ، إذ تشير الدراسات الوبائية تزايد ملحوظ في معدلات التشخيص من خلال العقود الأخيرة مما جعله تحديا صحيا ومجتمعيا يتطلب تدخلا مبكرا ، ومن هنا تبرز أهمية التركيز على تنمية مهارات التواصل كمدخل أساسي للتكفل الشامل بهذه الفئة لضمان تحسين جودة حياة المصابين.

الاقتراحات:

من خلال هذه الدراسة نقوم بتوجيه التوصيات التالية:

- إستخدام جمل قصيرة وواضحة ومباشرة ومنح الطفل وقتاً كافياً للرد دون مقاطعة.
- إستخدام وسائل التواصل معززة مثل بطاقات مصورة مع مدح أي محاولة للتواصل سواء اللفظية أو غير لفظية.
- تدريب الطفل على الأدوار في اللعب الجماعي (دوره، دور غيره).
- العمل على القصص الإجتماعية لتعليم المهارات الإجتماعية.
- تجنب العقاب وتركيز على أسلوب التعزيز الإيجابي (المكافأة عند السلوك الجيد).
- لابد من إعتماد على البرامج العلاجية الكفيلة لتحسين تواصل عند المصابين بطيف التوحد.
- توعية وتعريف آباء المفحوصين على نوع الإضطراب وأبعاده والمشاكل التي سوف يواجهها المريض والطرق المثالية للتعامل معه وللتأقلم مع المحيطين به والتواصل بالكلام.
- إشراك الأسرة في الجلسات لتتعلم كيفية تطبيق إستراتيجيات في المنزل.
- العمل على إعداد دورات التوعية عن هذا الاضطراب وكذا الأساليب وإستراتيجيات العلاج.
- التكفل الجيد بهذه الفئة من طرف المختصين لأنهم يعانون في صمت.
- ضرورة تدريب أطفال طيف التوحد على المهارات التواصلية في سن المبكر لأنها تساعدهم في الإعتماد على أنفسهم في حياتهم اليومية.

قائمة المراجع

- **إبراهيم محمود بدر، 2004، الطفل التوحدي** ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- **أسامة فاروق، 2010، التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج.**
- **بلاليط محمد إدريس، 2004، التوحد والتواصل**، وحدة بحث الموارد البشرية لجامعة محمد لمين دباغين سطيف2، الجزائر.
- **فاطمة العتيبي ، 2022، ادوات البحث العلمي**، جامعة الملك سعود، عمادة البحث العلمي.
- **جلال أحمد، 2019، اضطراب طيف التوحد دليل تطبيقي مصور**، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
- **حسن سامية ،2015، خصائص التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.** مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس.
- **حمادة مسعودة، جلطي بشير ، 2018،مدى فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التواصل الإجتماعي لدى أطفال التوحد** ، تقرت.
- **دايف عابد، يحي فوزي، 2016 ,students with autism fiorinoDisorders**,ط2.
- **ريما مالك فاضل، 2018، فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد**، بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في تقويم اللغة والكلام، جامعة دمشق.
- **سميرة أبو غزالة، 2004، إضطرابات التواصل تشخصيها وعلاجها**، دار الفكر العربي، القاهرة.
- **سميرة ركزة، 2018 ، مدخل إلى الأرطوفونيا** ، ط8، دار جسور لنشر والتوزيع، الجزائر.
- **سهى أحمد أمين نصر، 2002، الإتصال اللغوي لطفل توحدي" التشخيص، البرنامج العلاجي** " ، ط1 دار الفكر للطباعة والتوزيع.
- **شيخي مبروك، بوطفان محمد الطاهر، 2020 ، تقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد.**
- **طارق عامر، 2008 ، الطفل التوحدي**، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
- **عادل عبد الله محمد،2011 ، مدخل إلى إضطرابات التواصل**، دار الرشاد، القاهرة.

- **عبد الحافظ هناء شحاتة، 2015 ، الإنتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد** ، ط1.
- **عبد الفتاح، صابر عبد المجيد، 2007 ، إضطرابات التواصل " عيوب النطق وأمراض الكلام"** ، مصر.
- **عبد الفتاح، محمود أحمد، 2012، الإتصال " اللفظي وغير اللفظي "** ، ط1، قاهرة.
- **عزيزة سليم ، 2018 ، التواصل اللفظي والغير اللفظي والإجتماعي لدى الطفل المتوحد،** جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- **لميس حمدي، 2014، أثر برنامج التدريبي متعدد الأنشطة في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال طيف التوحد،** دمشق.
- **مجدي أحمد عبد الله، 2013، طيف التوحد وإستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج** ، دار المعرفة الجامعية.
- **محمد سرحان ،علي المحمودي، 2019،مناهج البحث العلمي،** ط3، دار الكتب.
- **منال زهران ،2015، إضطراب التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد** ، جامعة عين الشمس.
- **نادية أحمد عبد العالي، (2020) "صعوبات التواصل الإجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات"** مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس.
- **عبد الحافظ هناء شحاتة أحمد ، 2015، الإنتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد،** ط1، مؤسسة طبية لنشر والتوزيع.
- **Autism spectrum Disorder, 2020, Communication problémes children, Nebonal lnstilute on Deefrmess end other communication Disorders**, Apnl.
- **American Psychiatric Association, 2022, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text revision; DSM-5-TR)** , Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

الملاحق

ملحق رقم (1): الحوصلة الأرطفونية

الإسم:

اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

العائلة:

إسم الأب: المستوى الدراسي: المهنة:

إسم الأم: المستوى الدراسي: المهنة:

هل هناك قرابة بين الأبوين:

هل هناك حالة إضطراب أو إعاقة في العائلة:

عدد الإخوة:

رتبته بين إخوته:

مستوى الإجتماعي للعائلة: متوسط

فترة الحمل:

عادية ( ) مضطربة ( )

هل عانت الأم من مشاكل نفسية أثناء الحمل: لا ( ) نعم ( )

هل عانت من أمراض أثناء الحمل: لا ( ) نعم ( )

هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير أثناء الحمل: لا ( ) نعم ( )

فترة الولادة:

في وقتها ( ) قبل وقتها ( ) متأخرة ( ).

نوع الولادة:

هل صرخ المولود مباشرة بعد الولادة:

هل تعرض المولود لحوادث:

النمو النفسي والحركي:

سن الجلوس:

سن الحبو:

سن الوقوف:

سن المشي:

النمو اللغوي:

المناغاة:

الكلمة الأولى:

تطور لغة الطفل:

النمو العاطفي:

علاقة الطفل مع والديه:

علاقة الطفل مع إخوته:

الأمراض والإضطرابات التي تعرض لها الطفل:

الفحوصات الطبية:

- فحص عصبي
- فحص نفسي

الإختبارات الارطفونية:

مقياس كارز وإختبار الذكاء .

تاريخ الإضطراب:

سن إكتشافه:

درجته:

نوعه:

ملحق رقم(2): يمثل مقياس تقدير التوحد في الطفولة

مقيـــــاس تقدير التوحد في الطفولة

(C . A . R . S)

الاسم : _____ السن : _____

تاريخ الميلاد _____ التاريخ : _____

الفاحص : _____ المكان : _____

كيفية التقيـيـــــم و التسجيل :

يقدر كل بند على كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع المناسب .

1 = السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل . = صفر

2 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة . = 1.5

3 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة . = 2.5

4 = السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة . =3.5

حاصل المجموع النسبي للفئات

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة																

حاصل جمع المقياس

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60
ليس توحد					توحد بسيط					توحد شديد					

ملاحظات الفاحص وتوصياته :

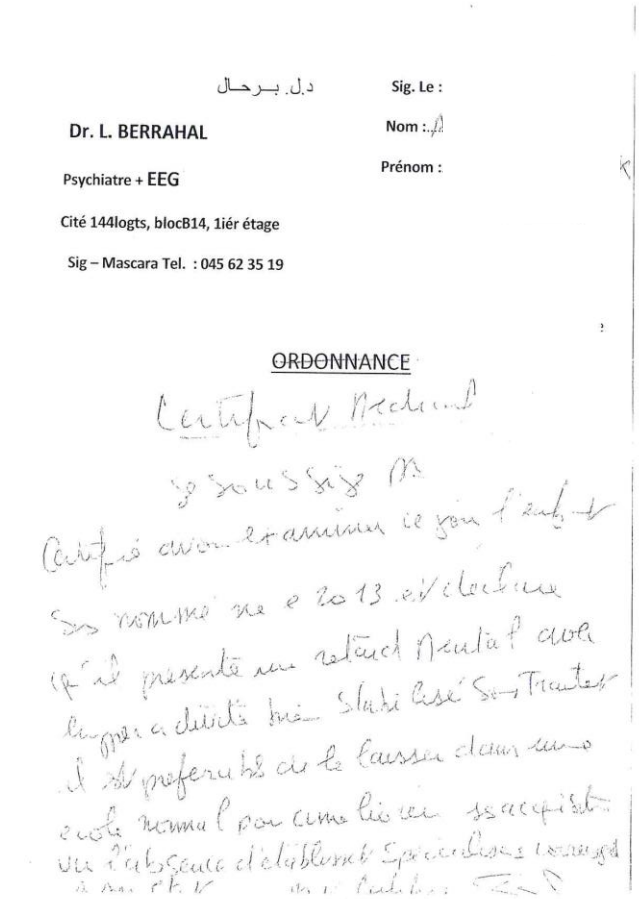
التوقيع

ملحق رقم(3): مقياس المهارات التواصلية لطفل توحدي

رقم العبارة	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
01	يرد على الأسئلة التي توجه إليه من قبل الآخرين			
02	يستطيع التواصل البصري من الآخرين أثناء الحديث			
03	يستطيع إظهار تعبيرات الوجه في التواصل مع الأخرين			
04	يشارك في محادثة بسيطة مع الآخرين ويبدأ بها			
05	ينظر عند النداء عليه بإسمه			
06	يستطيع أن يتفاعل مع الآخرين بسهولة			
07	يستطيع المبادأة بطلب شيء مرغوب أو إحتياجاته الشخصية لفظيًا			
08	يستخدم إشارات معينة مفهومة لتعبير عن إحتياجاته			
09	يتعاون مع أقرانه ويسعى لتكوين صداقات معهم			
10	يستطيع نطق الحروف من مخارجها بطريقة صحيحة			
11	يعبر عن احتياجاته عن طريق(عرض صورة الشيء المطلوب على شخص ما، إحضارها بنفسه، يجدب الأشخاص).			
12	يتقبل التلامس الجسدي من الآخرين.			
13	يستطيع إصدار بعض المقاطع الصوتية والكلمات بالتقليد			
14	يفهم تعبيرات الوجه			
15	يبادل الآخرين الابتسام			
16	يستطيع إصدار الكلمات بشكل واضح			
17	يستخدم الإشارات للتعبير عن القبول والرفض			
18	يستطيع المشاركة في اللعب بشكل جماعي			
19	يكرر كلمات أو جمل مما سبق سماعها في مواقف مناسبة			
20	يفهم مشاعر(الحزن، الفرح، الغضب) عند رؤيتها على وجه أحد الأشخاص			

21	لا يبالي لما يحدث للآخرين من حوله			
22	يأتي بالكلمات المناسبة والتي يفكر فيها بنفسه وأثناء الحديث مع الآخرين			
23	يظهر الطفل مشاعر (الحزن، الفرح، الغضب..) تبعا للمواقف التي يتعرض لها			
24	يقبل الطفل تكليفه بمهمة أو نشاط من قبل المعلمة			
25	يستطيع تسمية الأشياء المحيطة به سواء في بيئته المدرسية أو بيئته المنزلية			
26	يستخدم إيماءات الرأس في التواصل مع الآخرين			
27	يصدر منه السلوكيات الغريبة في وجود الغرباء			
28	يستخدم الضمائر بشكل صحيح			
29	يستطيع تقليد بعض المهارات الحركية الكبرى (التصفيق، الوقوف)			
30	ينتظر دوره في اللعب الجماعي مع أقرانه			
31	يتعرف ويسمي بعض الأشياء عند عرض صورها عليه			
32	يستطيع تقليد بعض الحركات باستخدام أدوات (الخليط على المنضدة بالقلم..)			
33	يتبع تعليمات اللعبة التي يشارك فيها			
34	يعبر عن القبول والرفض ب (آه، لا)			
35	ينفذ بعض الأوامر البسيطة (هات، تعال، افتح، خد...)			
36	يستطيع الطفل أن يلوح "باي" مقلد للآخرين عند انتهاء النشاط الجماعي			

ملحق رقم(4): ملف الطبي للحالة رقم 04.



د.ل. بـرحال

Dr. L. BERRAHAL

Psychiatre + EEG

Cité 144logts, blocB14, 1ié étage

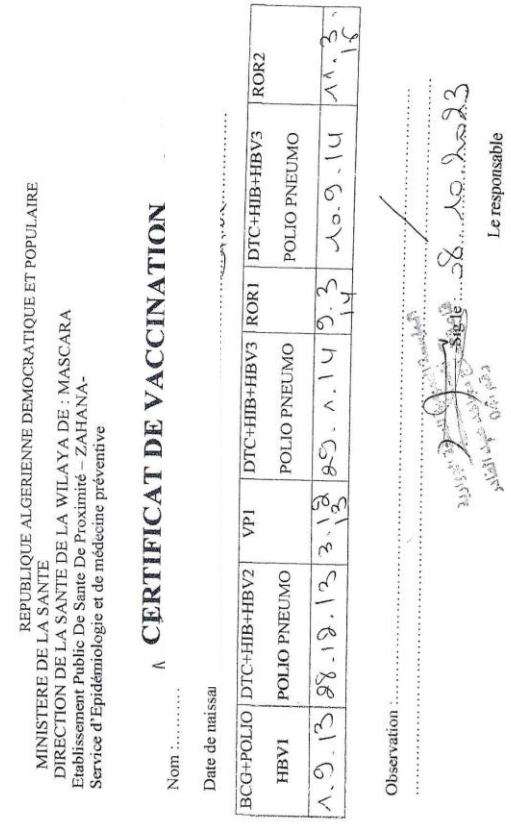
Sig – Mascara Tel. : 045 62 35 19

Sig. Le :

Nom :

Prénom :

ORDONNANCE



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE DE LA WILAYA DE : MASCARA
Etablissement Public De Sante De Proximité – ZAHANA-
Service d'Epidémiologie et de médecine préventive

CERTIFICAT DE VACCINATION

Nom :.....

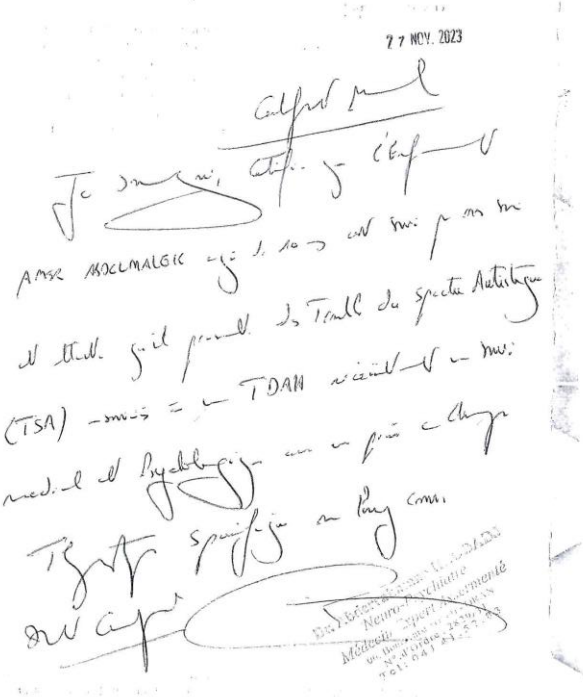
Date de naissa

BCG+POLIO	DTC+HIB+HBV2	VP1	DTC+HIB+HBV3	ROR1	DTC+HIB+HBV3	ROR2	
HBV1	POLIO PNEUMO		POLIO PNEUMO		POLIO PNEUMO		
1.9.13	28.10.13	3.12.13	29.1.14	9.3.14	30.9.14	11.3.15	

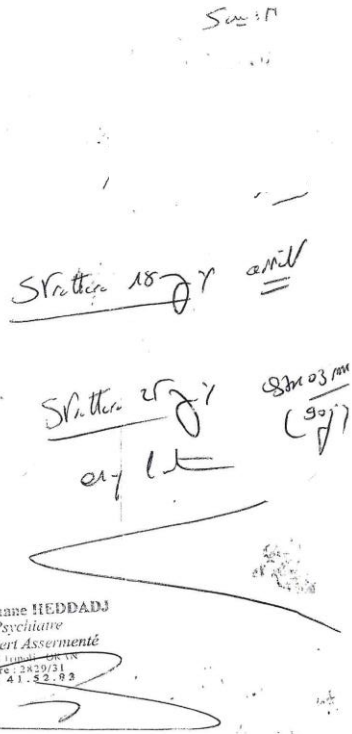
Observation : .....

Sig. le 28/10/2023

Le responsable

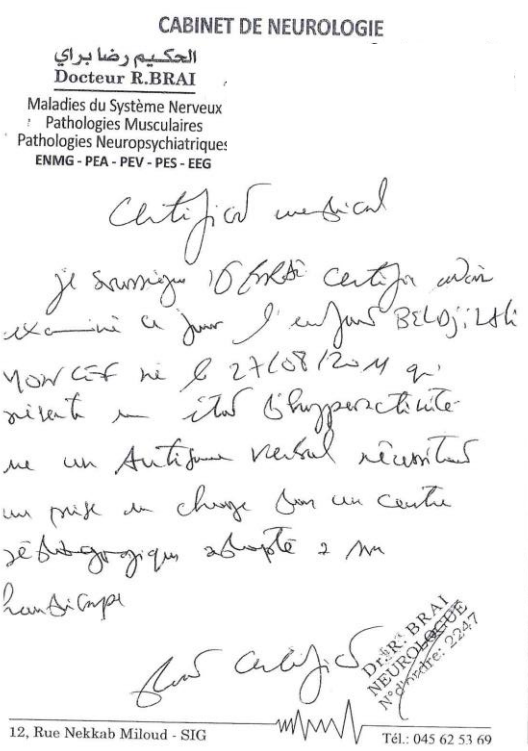


27 NOV. 2023



Dr. Abderrahmane HEDDADJ
Neuro-Psychiatre
Médecin Expert Assermenté
06, Boulevard Issad Abbes
N° 28/29/31
Tel: 041 41.52.93

ملحق رقم(5): ملف الطبي للحالة رقم 05.



CABINET DE NEUROLOGIE

الحكيم رضا براي
Docteur R.BRAI

Maladies du Système Nerveux
Pathologies Musculaires
Pathologies Neuropsychiatriques
ENMG - PEA - PEV - PES - EEG

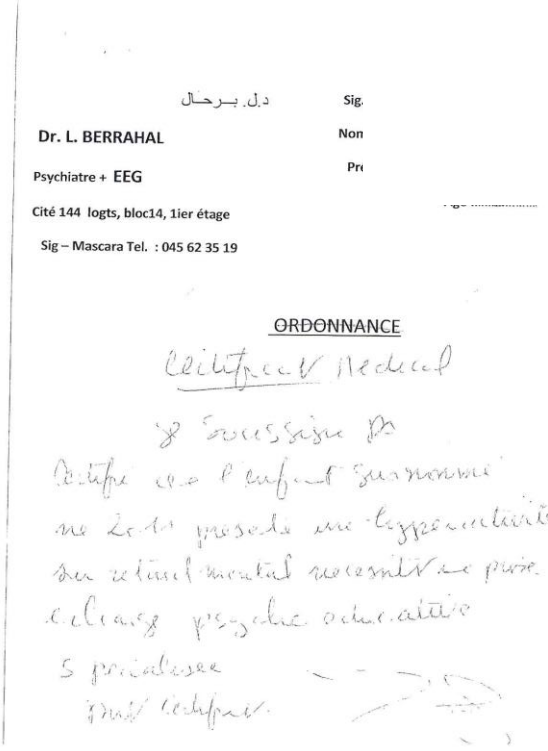
Certificat medical

Je soussigné Dr BRAI certifie avoir examiné ce jour l'enfant BELOUAHI Yacine né le 27/08/2014 qui présente un état d'hyperactivité nécessitant une prise en charge par un Antiépileptique neuroleptique en ambulatoire dans un centre psychopédagogique adapté à son handicap

Dr R. BRAI
NEUROLOGUE
N° d'inscription: 2247

12, Rue Nekkab Miloud - SIG

Tél.: 045 62 53 69



د.ل. برحال

Dr. L. BERRAHAL

Psychiatre + EEG

Cité 144 logts, bloc14, 1ier étage

Sig – Mascara Tel. : 045 62 35 19

ORDONNANCE

Certificat Medical

Je soussigné Dr

certifie que l'enfant surnommé

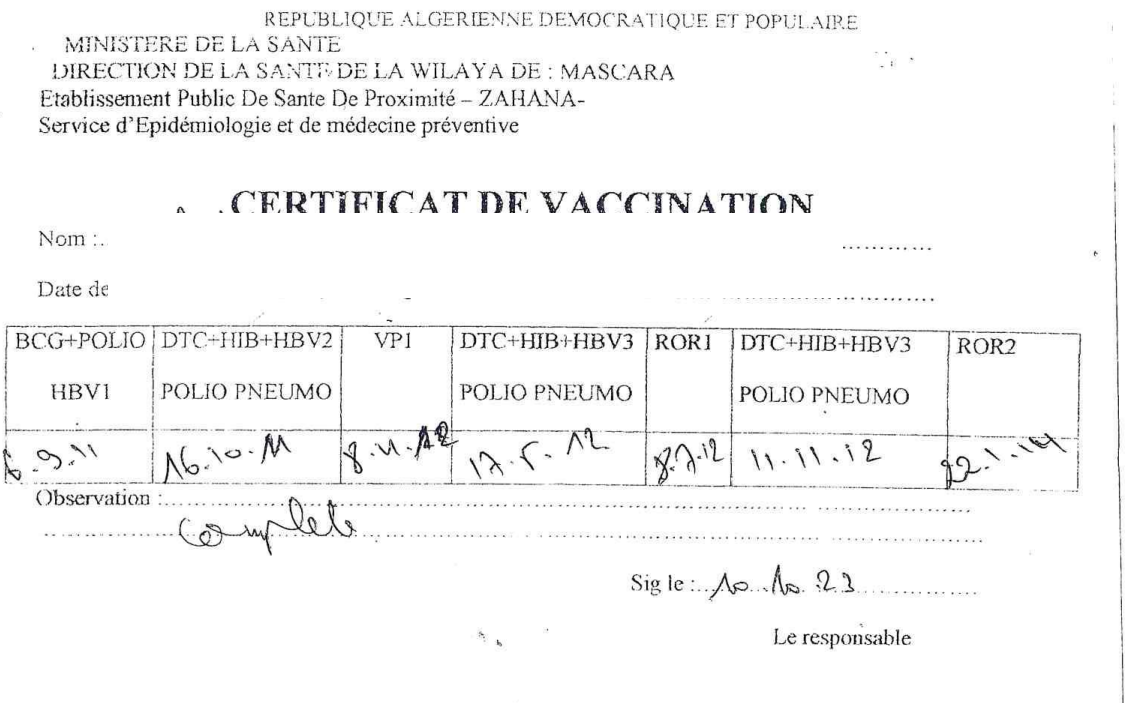
ne souffre présente une hyperactivité

son état mental nécessite une prise

en charge psychopédagogique

spécialisée

Dr/ certificat



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE DE LA WILAYA DE : MASCARA
Etablissement Public De Sante De Proximité – ZAHANA-
Service d'Epidémiologie et de médecine préventive

CERTIFICAT DE VACCINATION

Nom :.. .....

Date de .....

BCG+POLIO HBV1	DTC+HIB+HBV2 POLIO PNEUMO	VP1	DTC+HIB+HBV3 POLIO PNEUMO	ROR1	DTC+HIB+HBV3 POLIO PNEUMO	ROR2
6.9.11	16.10.M	8.M.12	17.5.12	8.7.12	11.11.12	22.1.14

Observation : .....
Complete

Sig le : 10.10.23

Le responsable

ملحق رقم(6): ملف الطبي للحالة رقم 06.

Cabinet de Consultation
et d'Explorations Neurologiques

Docteur R. BRAI

12, Rue Nekkab Miloud Sig Tél: 045.83.97.30

ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

Patient :	Date de naissance :
Date d'enregistrement : 10/12/2015 10:04:21	Sex : M

Technique:
EEG numérisé enregistré selon le système international 10/20.
L'examen comporte un tracé de sommeil

Compte rendu:
Activité de fond faite d'un rythme de 3_6 c/s, selon le stade du sommeil, plus ou moins organisé, symétrique et normovolté, de topographie occipitale, comportant les éléments physiologiques du sommeil (spindels et pointes vertex) ne comportant pas d'anomalie électrique.

Conclusion:
EEG de sommeil plus ou moins organisée, dépourvue d'anomalie électrique péjorative ce jour

Docteur R. BRAI
Maladie du Système Nerveux
et des Muscles
12, Rue Nekkab Miloud - SIG Tél: 045.83.97.30

CABINET MEDICAL DE GROUPE SPECIALISE EN NEUROPSYCHIATRIE

Ordonnance N° 20231024-16
Mascara le: 24/10/2023

Dr S.MANSOURA
Médecin spécialiste en Neuropsychiatrie
Dr.A. BENKABLIA
Médecin specialiste en Neuropsychiatrie
Exploration Neuropsychologique.
Médecin Assermenté.
Rééducation ORTHOPHONIQUE.
E.E.G
Cité des 100 logments bloc 6F, numéro 150
SEXE: H F
ADRESSE DU PATIENT: - Mascara
Tél: 045713867 Mob: 0550109574
e-mail: sofiene31m@yahoo.fr

Nom: KAD
Prénom:
Age: 10 a

ORDONNANCE

N°1 RIPERAL 0,001G/1G — 8 Flacon(s)
1 ml3/ jour(s) matin au coucher midi

N°2 SURMONTIL 4 % — QSP 3 mois
3 goutte(s), au coucher,3 goutte(s) matin 3 goutte(s) midi

N°3 Magnisuim — 1 Flacon(s)
1 cuillère(s) matin

CABINET MEDICAL DE GROUPE SPECIALISE EN NEUROPSYCHIATRIE

Dr S.MANSOURA
Médecin spécialiste en Neuropsychiatrie
Dr.A. BENKABLIA
Médecin specialiste en Neuropsychiatrie
Exploration Neuropsychologique.
Médecin Assermenté.
Rééducation ORTHOPHONIQUE.
E.E.G
Cité des 100 logments bloc 6F, numéro 150
SEXE: H F
ADRESSE DU PATIENT:
Mascara
Tél: 045713867 Mob: 0550109574
email :sofiene31m@yahoo.fr

Certificat Médical

Je soussigné, Dr S.MANSOURA, Médecin spécialiste en Neuropsychiatrie, certifie avoir examiné ce jour Mr KADA BENOTHMANE Youcef, agé(e) de 10 ans et 3 mois est edcelare qu'il prsente un spectre autistique.

Nécessitant un traitement + integrtaion au niveau d un centre specialisé.

Ce certificat est délivré pour servir et faire valoir ce que de droit.

Mascara, le 24 oct. 2023

Le Médecin

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE DE LA WILAYA DE : MASCARA
Etablissement Public De Sante De Proximité – ZAHANA-
Service d'Epidémiologie et de médecine préventive

CERTIFICAT DE VACCINATION

Nom :.....

Date de na

BCG+POLIO HBV1	DTC+HIB+HBV2 POLIO PNEUMO	VP1	DTC+HIB+HBV3 POLIO PNEUMO	ROR1	DTC+HIB+HBV3 POLIO PNEUMO	ROR2
25.7.13	19.8.13	4.11.13	29.12.13	13.12.13	15.4.14	9.8.15

Observation :.....
.....

Sig le : 11/10/2023

Le responsable