



فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء والاختصاصيين

إعداد
د. أحمد نايل الغريير
جامعة أم القري
المملكة العربية السعودية

فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء والاختصاصيين

إعداد

د. أحمد نايل الغريـر

جامعة أم القرى – المملكة العربية السعودية

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء والاختصاصيين من خلال إجراء مسح عينة تكونت من ١٠١ من الخبراء والاختصاصيين من الدول العربية من العاملين في المؤسسات والمستشفيات والمراكز التي تعنى بتشخيص وعلاج حالات التوحد وتم استخدام أداة قياس تم تصميمها لغرض الدراسة موجه لأفراد عينة الدراسة واستمارة مراكز تشخيص أطفال التوحد والتقارير الصادرة من المراكز والتي عرضت على محكمين من ذوي الخبرة، حيث تمتعت بدرجة عالية من الصدق (٨٥%) والثبات (٨٨%).

وأشارت نتائج الدراسة إلى أهمية موضوع التقييم والتشخيص لأطفال التوحد رغم أن النتائج بينت بأن كفاءة وفاعلية تشخيص حالات التوحد دون المستوى المطلوب مقارنة بالمعايير الدولية في التشخيص، إضافة إلى قلة الكوادر المتخصصة في التشخيص وعدم توفر الاختبارات المقننة بدرجة كافية، وأن هناك نسبة لا بأس بها من أخطاء التشخيص في التقارير الصادرة وأن الأسلوب المعتمد في تشخيص أطفال التوحد تقليدي وغير محدث وليس ضمن معايير الجودة العالمية، وأشارت النتائج إلى أن هناك درجة من الرضا متوسطة حول آلية وإجراءات التشخيص، ويوصي الباحث بوضع آلية ومنهجية واضحة ضمن المعايير العالمية في تقييم وتشخيص فئة أطفال التوحد ودعم المراكز الخاصة بالتشخيص بالكوادر المدربة والمؤهلة، والاتفاق على منهج عربي موحد في تشخيص حالات التوحد بمختلف مكوناتها ومستوياتها وتصنيفاتها.

مقدمة وخلفية الدراسة:

تعد عملية القياس والتقويم هامة حيث يتم تطبيقها للتعرف على السمات والظواهر الكونية الحية وغير الحية، وظهرت عملية القياس منذ وجد الإنسان على وجه الأرض، وبدأ في البحث والتقصي عن الكثير من أسرار الظواهر الطبيعية والسلوك الإنساني وقياسها. ومع الأيام وتقدم العلم برزت أهمية القياس والتقويم (التشخيص) في التربية وعلم النفس بشكل عام وظهر اهتماما من نوع آخر في مجال التربية الخاصة بشكل خاص في منتصف القرن الثاني من القرن العشرين، وتحديدًا بعد العام العالمي للمعوقين الذي أعلنته الأمم المتحدة في العام ١٩٨١. وأصبحت عملية التقويم والتشخيص حجر الأساس في التعرف على الأطفال غير العاديين وتصنيف الأطفال ذوي الإعاقة عن الآخرين والتعرف الدقيق على مستوياتهم العقلية وقدراتهم المختلفة بهدف تصنيف الإعاقة ودرجتها ووضع البرامج التربوية والتدريبية والسلوكية المناسبة لهم (الروسان، ٢٠٠٥).

ويعد تقييم وتشخيص الأطفال ذوي الإعاقة حقا من حقوقهم في الحياة والذي أكدته المواثيق الدولية (وثائق الأمم المتحدة، ١٩٨١) الذي تعهدت به دول العالم كافة، وأخذت فئة أطفال التوحد بمختلف مستوياتهم في العقود الأخيرة حيزا كبيرا من الاهتمام بالتشخيص والعلاج، وذلك نظرا للزيادة الحاصلة في أعداد أطفال التوحد وتصنيفهم وفتح البرامج والمراكز المتخصصة للاهتمام والعناية بهم وتعليمهم وتدريبهم ودمجهم في المدارس العادية (التويم، ٢٠١٦).

ويعد "التوحد" Autism من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، والديه، وأفراد أسرته الذين يعيشون معه، وللأخصائيين العاملين معهم، وتعبّر في مجملها عن حالة من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال في عمر مبكر، ويعتبر إعاقة أو صعوبة تؤثر في عملية التواصل والتفاعل لشخص ما مع الآخرين. ويعتبر متلازمة من عدد من المظاهر السلوكية والنمائية، لا بد أن تتوافر لدى الطفل ليتم تشخيصه على أنه ضمن فئة التوحد كما أشار لذلك دليل DSM_5، وينظر لاضطراب التوحد منذ بداية تسعينات القرن الماضي طبقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات على أنه اضطراب منفصل، ويتطلب تشخيصه تقييم حالة الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات يضم أخصائي أعصاب وأخصائي نفسي وطبيب نفسي وطبيب أطفال وأخصائي لغة وكلام وأخصائي مهني وأخصائي تعليمي (كمال، ٢٠١٤).

وأشار كانر (Kanner 1943) من خلال متابعته إحدى عشرة حالة توحد إلى السلوكيات المميزة للتوحد وهي عدم القدرة على تطوير علاقات بالآخرين وتأخر في اكتساب الكلام واستعمال

غير تواصلية للكلام وتكرار نشاطات لعب نمطية وتكرارية مع المحافظة على التماثل، ويعرف سوليفان (Sullivan R,1988)، وهو أول رئيس منتخب للجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد بأنه اضطراب شديد في التواصل والسلوك وأنه نوع من العجز يستمر طول الحياة، ويرى بوير (Bauer,1995) أن التوحد يمثل أحد الأشكال الحادة والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات التي عرفت بالاضطرابات النمائية المنتشرة (Pervasive developmental disorders) إذ يعاني المصابون بها من أوجه قصور في العلاقات الاجتماعية، ومهارات التواصل، وبوجود أنشطة غير سوية، واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات المتماثلة، والسلوكيات النمطية، والضعف في مهارات اللعب (Hallahan&Kauffman ،1998).

أما روتر (Rutter,1995) فقد حاول أن يحدد الأعراض المميزة للأطفال المصابين بالتوحد بثلاثة خصائص رئيسة كالآتي: إعاقة في العلاقات الاجتماعية، ونمو لغوي متأخر أو منحرف، وسلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل، وهذه الأعراض الثلاثة تم تبنيها من قبل الدليل الأمريكي التشخيصي DSM-5، DSM-IV، الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد كما أشار لها بهاء الدين كمال، (٢٠١٤) كالآتي: تدني المعاملة الاجتماعية والعاطفية بالمثل، والعجز في السلوكيات غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، والعجز في تطوير سلوك وعلاقات التقاهم (كمال، ٢٠١٤).

كذلك حددت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢)، التوحد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض بأنه نوع من الاضطرابات النمائية المنتشرة، أي الذي يؤثر سلباً على عدة مجالات لعمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، كما يتسم بوجود نوع من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي: التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي، أما القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IDEA) فقد وصف التوحد بأنه: إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على الأداء التربوي للطفل. وانشغال الطفل بالنشاطات المنكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير البيئي أو مقاومته للتغير في الروتين اليومي إضافة إلى الاستجابات غير المناسبة للخبرات الحسية: (National Research Council,2011).

وترى الجمعية الأمريكية للتوحد (The American Society of America) أن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية في الثلاثين شهراً الأولى من العمر وتمس الاضطرابات كلاً من: نسبة النمو والتطور وما يتبعها، والاستجابة للمثيرات الحسية، والنطق واللغة والقدرات المعرفية ، والقدرات المرتبطة التعريف بالناس والأحداث والأشياء، وفي الوقت الحاضر ينظر إلى التوحد على أنه من الاضطرابات النمائية العامة (Pervasive Development Disorders) (PDD) والذي يتضمن إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية (Hiss&Landa,2012).

كثيرة هي الدراسات والأبحاث التي تناولت خصائص وصفات الأطفال من فئة التوحد بدءاً من العالم Eisenberg ,I 1956, kanner,1943 من حيث الدقة في وصف للأطفال من فئة التوحد وتبعهم Donna,W.1994 ,G.1986 Mildrd,C.1963 Tample ,G.1986 وجميعهم أكدوا على التدريبات والمهارات والأنشطة المدعمة للأطفال التوحديين، وحديثاً تم التركيز على آليات ومعايير التشخيص لأطفال التوحد من خلال الدليل الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي والذي جاء بطبعته الأخير DSM_5 محددًا لمعايير التشخيص لأطفال التوحد بشكل أفضل، ويعتبر الدليل المناسب في الوقت الحالي ليستخدم من قبل المختصين بحالات التوحد والإعاقات الأخرى لتقييم تلك الحالات بشكل أفضل (Leblan ,R 2017).

مما سبق يلاحظ أن أهم عناصر التوحد هي: عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية بالآخرين: تأخر في اكتساب اللغة والكلام، تأخر في الاستجابة للمثيرات الحسية، اضطراب في الجانب السلوكي وتأخر في نسبة النماء والتطور وما يتبعهما.

وقد ظهرت العديد من نظريات التوحد Theories of Autism، التي فسرت اضطراب التوحد، ونورد هنا عدد من تلك النظريات ومن أهمها: النظرية النفسية للتوحد للطبيب النفسي كاننير (Kanner 1943) الموقف القائل أن الإصابة بالتوحد الطفولي (Infantile Autism) ناتجة بشكل أساسي عن عوامل نفسية، واستخدم برونو بتلهايم (Bruno Betleheim) نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره عنصراً محورياً لتطور التوحد، ونظرية الاضطرابات الخلقية وصعوبات الولادة وأن هناك حالات عديدة من التوحد مصابة باضطرابات خلقية لارتباطها بصعوبات أثناء فترتي الحمل والولادة، والنظرية العصبية للتوحد ترى حالات الإصابة بالتوحد ناتجة عن عوامل عضوية تكون ناتجة عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous

(System)، وتتمثل هذه العوامل في تأخر نمو اللغة، التخلف العقلي، السلوك الحركي الشاذ، الخمول والنشاط للمدخلات الحسية، وتؤكد النظرية المعرفية للتوحد أن الأطفال المصابون بالتوحد لديهم مشكلات معرفية شديدة أشار لها الأسماء بالعربي (Alloy & Acocellam, 1999). تؤثر في قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، كما تبرهن نظريات معرفية أخرى على أن التوحد ليس نتيجة منفردة لعيوب إدراكية رئيسة، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة (Collen , 2014).

أما نظرية العقل للتوحد Theory of Mind في (Frith ,2003. Happe,1995)، والتي تؤكد أن الأطفال التوحديين لديهم عيوب في العقل، وأنهم غير قادرين على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص المتفاعل معه، واتجه الباحثون حديثاً إلى تحديد طرق لتصنيف التوحد وقياسه، حيث ظهرت عدة اتجاهات لتصنيف الأطفال المصابين بالتوحد، كما أشارت كولمان (M Coleman,1976) إلى نظام تصنيف للأطفال من حالات التوحد يضعهم في ثلاث مجموعات تصنيفية أساسية هي:

١- المتلازمة التوحدية الكلاسيكية (Classic Autistic Syndrome) ويُظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضاً مبكرة ولا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة.

٢- متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية (Childhood Schizophrenic Syndrome with Autistic Symptoms) يظهرون أعراضاً نفسية إضافة إلى أعراض الفئة الكلاسيكية.

٣- المتلازمة التوحدية المعاقة عصبياً (Neurologically Impaired Autistic Syndrome) يظهر هذا النوع لدى الأطفال المصابين بمرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (Howwe,1997).

وهناك حالات شبيهة التوحد (Autistic Like) (الوردان، ٢٠٠٢) وحالات فرعية التوحد (Sub Autism) وبحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) فإن الأفراد الذين يظهرون ثلاث صفات أو أكثر من الأعراض التي تضمنتها المتلازمة العصابية النفسية ولكنهم ليسوا توحديين، ولا ينتمون لمتلازمة اسبرجر أو اضطراب الطفولة غير التكاملي وليسوا كذلك من الحالات شبيهة التوحد، فإن هؤلاء الأفراد يمكن تشخيصهم على أنهم يعانون من حالة فرعية التوحد.

ولعل أكثر المراجع اعتماداً في تصنيف التوحد هو الدليل التشخيصي الإحصائي: الطبعة الرابعة (DSM-IV) (Diagnostic and Statistical Manual) والطبعة الخامسة DSM-5، ويتم في هذا المرجع تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالتوحد وفق واحدة من المسميات الآتية: اضطرابات النمو الدائمة (PDD) (Pervasive Developmental Disorder)، التوحد Autism، متلازمة أسبرجر (Syndrome Asperger)، متلازمة ريت (Rett Syndrome)، اضطراب الطفولة غير التكاملية (Childhood Disintegrative Disorder)، ويتم استخدام هذه المصطلحات بصورة متفاوتة من قبل الأخصائيين، بينما يتم تشخيص الطفل على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر "PDD-NOS" حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمة أسبرجر وردت أعراضاً مختلفة والتي أشار لها كوتشر (Kutscher, 2002)، لكن رغم ذلك لا يوجد إجماع بين الأخصائيين حول هذه المسميات، ولكن يفضل البعض استخدامها (Guthrie.W. 2013).

وبمراجعة تشخيص التوحد يلاحظ أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي قامت عام ٢٠١٣ بإصدار الدليل التشخيصي الخامس لها والمتضمن لعدد من التعديلات على التصنيف الرابع المعدل لها عام (٢٠٠٠) DSM-IV-TR وذلك كما يأتي:

أولاً: تشخيص اضطراب التوحد يتطلب توفر (٦) من المحكات الأساسية من الفئة (١)، (٢) و (٣) حسب ما سيورد لاحقاً، ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن (٢) من الفئة (١) و (١) على الأقل من الفئة (٢) و (٣)، وذلك كما يلي:

١- إعاقات واضحة في التفاعل الاجتماعي، وذلك كما يعبر عنها على الأقل اثنين مما يأتي: إعاقة واضحة في استخدام اللغة السلوك الغير لفظي، وندرة في العلاقات البين شخصية والتي تنمى بطريقة ملائمة لعمر الفرد، وندرة في الاشتراك في الاهتمامات مع الآخرين، وندرة في التبادل والمشاركة الاجتماعية والعاطفية.

٢- إعاقات واضحة في التواصل كما يعبر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي: تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة، إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين، تقليد أو إعادة نمطية في استخدامهم للغة، ندرة أو قلة في صنع اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية.

٣- تكرار السلوك بطريقة نمطية، وذلك كما يعبر عنها على الأقل مما يأتي: الانشغال بوحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات، التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية

أو بطقوس معينة، سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة، الانشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأجسام.

ثانياً: تشخيص التوحد طبقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (Et,al2013) (Fein,D.APA).

في منتصف عام ٢٠١٣ أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5)، مما أدى لحدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM-IV-TR) الصادر عام ٢٠٠٠، حيث نص على أن الطفل ذوي اضطراب التوحد يتصف بما يأتي:

أولاً: صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها. ومنها على سبيل المثال لا الحصر ما يأتي:

١- صعوبة في التبادل الاجتماعي - العاطفي: ويتراوح ما بين التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفشل في تبادل حوار اعتيادي مثلاً إلى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفشل في بدء تفاعل اجتماعي أو الاستجابة له.

٢- صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي: ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي مثلاً إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في فهم واستخدام التعبير الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

٣- صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها: ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلاءم مع مختلف المواقف الاجتماعية مثلاً، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إنشاء الصداقات، إلى فقدان الاهتمام بالأقران.

ثانياً: سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار، كما هو ظاهر في اثنتين على الأقل مما يلي، سواء في المرحلة الحالية أو ما قبلها، ومنها ما يلي:

▪ نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام، أنماط حركية بسيطة، أو ترتيب الألعاب في طابور أو قلب الأشياء، إعادة ترديد الكلام المسموع ك (صدى)، ترديد عبارات خاصة غير ذات معنى.

- الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعة أو السلوك اللفظي وغير اللفظي، فعلى سبيل المثال: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طبيعة تفكير جامدة، طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى اخذ نفس الطريق أو تناول نفس الطعام يوميا.
 - اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز. (مثلاً، التعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد).
 - فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم أو الحرارة، استجابة سلبية لأصوات أو أحاسيس لمس معينة، فرط في شم أو لمس الأغراض، انبهار بصري بالأضواء والحركات.
- ثالثاً:** يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل (لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية مدى القدرات المحدودة للطفل التوحدي، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو.
- رابعاً:** يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة.
- خامساً:** هذه الاضطرابات يجب ألا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو تأخر النمو العام، أن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران معاً عادة، ولعمل تشخيص ثنائي للمرضين في مرض واحد يجب أن تكون القابلية للتواصل الاجتماعي أقل من المستوى المتوقع في النمو الطبيعي.
- وحسب ما هو معمول في تشخيص التوحد، فإن الطفل عليه تحقيق (٢ محك) ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات، ومنها: ذوي اضطراب التوحد، اضطراب الطفولة التكسك، واضطراب النمو المتقشي غير المحدد، أو ذوي اضطراب اسبرجر (Maener, 2014).
- إلا أن التوجيهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد هو متلازمة اضطراب التوحد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة، وتخفيض مجالات التشخيص ٣-٢، مع التركيز على التواصل الاجتماعي والعجز عن التفاعل، وأنماط من السلوكيات المتكررة والاهتمامات، كذلك تم

تغيير حتمية اكتشافه قبل ٣ سنوات من العمر إلى الاكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر، بالإضافة لحدوث تشوهات حسية المحتملة، وبالتالي تم إدراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الاضطراب في كل من المجالات الأساسية.

بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري، وضعف اللغة، وعوامل طبية أو وراثية، أو بيئية معروفة، واعتبار المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن، مع الاعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال من فئة التوحد لم تعد تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق في الحياة (Collen,et al, 2014).

كما أضاف التصنيف الخامس DSM-5 فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الاجتماعي Social Communication Disorder SCD لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل الاتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تقتصر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحد. كما أن بعض الحالات من ذوي اضطراب PDD NOS – طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على أنهم من ذوي اضطراب التواصل الاجتماعي تحت DSM-5.

بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس DSM-5 تم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائياً في التشخيص لما يقترب من ٢٢ في المائة، مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع DSM- IV ، وجد التحليل، كما يلاحظ أن هناك انخفاض ملحوظ إحصائياً من ٧٠ في المائة في تشخيص PDD - NOS . في حين أن تشخيص اسبرجر ورفض أيضاً تحت DSM-5 وكان الحد ذات دلالة إحصائية في (APA,2013).

ويرى الباحث في مراجعته لأدب ونظريات التوحد على أنه إعاقة نمائية تطويرية نفسية واجتماعية تواصلية متعددة الجوانب تشتمل بشكل رئيس على قصور واضح في جوانب: اللغة، والانتباه، والتخاطب، والتفاعل والتواصل الاجتماعي، النمائية والحسية العامة، والأنماط لسلوكية المتكررة، كما أنها تصيب الأشخاص في سن الطفولة المبكرة من سن الولادة وتظهر أعراضه في حوالي الثالثة من العمر وما بعدها، وهذا ما اعتمدته غالبية الدول العربية ووضع معايير في الأردن من خلال المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين ٢٠١٤ لحالات ومؤسسات التوحد للتعرف على اضطراب التوحد في سن الطفولة المبكرة.

وفقاً لما سبق فإن ما يقرب من ١ في ٨٨ طفلاً في الولايات المتحدة لديها ASD أي متلازمة التوحد، وفق أحدث إحصائية. فأن الأفراد ذوي اضطراب ASD لديهم صعوبات في التواصل ومشكلات في التواصل الغير لفظي، ويجدون صعوبة في تكوين صداقات. كما قد يعتمدون بشكل كبير على الروتين، ولديهم حساسية للغاية للتغيرات في بيئتهم، بالإضافة إلى التركيز بشكل مكثف على الموضوعات التي ليست مناسبة للسياق الاجتماعي الذي يقومون به، وتقع تلك الأعراض على سلسلة متصلة، مع اختلاف في شدة التشخيص المبكر للحصول على العلاج والذي يؤدي إلى نتائج أفضل (Kristine,2014).

وفي السنوات الأخيرة ازداد الاهتمام بالتوحد مع تطور الوضع الصحي عالمياً وتجري دراسات وأبحاث لمعرفة أسباب التوحد وخصائصه وتشخيص التوحد، لما له من تأثير كبير على نمو وتطور الطفل ومستقبله، وقد أجريت الكثير من الإحصائيات التي أثبتت أن نسب التوحد في ازدياد مخيف الشيء الذي شكك نوعاً ما في أن سبب التوحد هو وراثي ١٠٠%. في السبعينات من القرن الماضي كانت الإحصائيات تدور حول الرقم ١ إلى ٢ لكل ٣٠٠٠ نسمة وفي الثمانينات اعتمد الرقم ١ إلى ١٠٠٠ وفي بعض البلدان ٢ إلى ١٠٠٠ ومع ذلك ارتفعت نسبة انتشار مرض التوحد بازدياد مع تباين في النتائج بين البلدان المختلفة حتى وصلت حديثاً إلى حالة من بين ٨٨ من الأطفال، ويعد تشخيص أطفال فئة التوحد أولى خطوات العلاج لمشكلاتهم وتتم عملية التشخيص في سنوات الطفولة المبكرة ضمن معايير محددة وواضحة، لضمان حقوقهم في الحياة بمراحلها المختلفة، (الغريير وعودة، ٢٠١٠).

إن التقييم والتشخيص معادلة أطرافها أدوات الفحص (المقاييس والاختبارات) وفريق التشخيص والمفحوص الذي له الحق في فترة كافية للفحص ضمن الظروف والأجواء المناسبة، مثل: مكان فحص مريح، بعيد عن المؤثرات الخارجية، ووقت مناسب وغير مرهق من جراء سفر أو سهر، وأن لا يكون جائعاً أو عطشاناً وقت إجراء الفحص. أما الفريق فيجب أن يكون مؤهلاً ولديه القدرة والتمكين وبعد النظر وحسن تقدير الأمور يضاف إلى ذلك الخبرة والممارسة وفترة التدريب، أما الاختبارات أو المقاييس فيجب أن تتوفر بشكل مناسب وتكون مناسبة لبيئة الطفل وجديرة بتحقيق الغرض الذي تقيسه، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، ويضم الفريق (طبيب أعصاب، طبيب نفسي، طبيب أطفال

متخصص في النمو، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق، أخصائي علاج مهني، أخصائي تعليمي، كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة بالتوحد (Eric & Gorry, 2013).

مشكلة الدراسة:

يحتم وجود حوالي ٢,٦ مليون طفل توحد في عام ٢٠١٤ تقريبا تحدي ومشكلة بالنسبة للدول العربية والتي تقل فيها الخدمات المختلفة التي تقدم لهؤلاء الأطفال من حيث التشخيص والعلاج، إضافة إلى ظهور هذه الفئة حديثا بشكل متزايد بين المواليد، وقلة الخدمات الصحية والتعليمية والعلاجية لهم، إضافة إلى الغموض في الاضطراب وعلاجه، جميعها كونت قناعة لدى الباحث بان ثمة مشكلة في الوطن العربي لوضع الحلول المناسبة بالتعاون البيئي بين الدول والاتفاق على معايير للتقييم والتشخيص والبرامج الخاصة بهذه الفئة من المجتمع.

وعلى ذلك يمكن للباحث تحديد مشكلة دراسته في محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

التساؤل الأول: ما هو رأي الخبراء والاختصاصيين في موضوع فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد؟

التساؤل الثاني: ما مستوى تقدير الخبراء والاختصاصيين لتقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي؟

التساؤل الثالث: ما هي أبرز ملاحظات الخبراء والمختصين على ما يجري في عملية التقييم والتشخيص في الدول العربية؟

وبذلك يمكن تحديد الغرض الرئيس للدراسة الحالية بأنه لا توجد اختلافات في وجهة النظر ومستوى اتفاق الخبراء والاختصاصيين على فاعلية التقييم والتشخيص لحالات التوحد في الوطن العربي.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع ومستوى فاعلية تقييم وتشخيص حالات أطفال التوحد في الوطن العربي من حيث الأخطاء وكتابة التقارير وتصنيف الأطفال وإحالتهم والتأثير على قرار التشخيص، وكذلك استطلاع آراء الخبراء والاختصاصيين وأهمية استخلاص نظرتهم الحالية ورؤيتهم المستقبلية حول موضوع التقييم والتشخيص وإمكانية تطويره، والبحث عن آلية أو منهجية موحدة للتقييم والتشخيص لفئة أطفال التوحد في الوطن العربي.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة من كونها الأولى التي تطرقت إلى موضوع تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي باعتبار أن فئة أطفال التوحد من الفئات التي ظهرت بشكل كبير كمشكلة تواجه الأهالي والاختصاصيين من حيث تقييمهم وتعليمهم وتدريبهم وتأهيلهم للحياة، مما يتطلب بيان الواقع الفعلي الذي يواجهه هذه الفئة التي تشكل نسبة لا بأس بها سواء في المدارس أو تعيش مع الأسر وفي المجتمع مما يشكلون عبئا كبيرا في حال تركهم بدون خدمات خاصة بهم أو دمجهم في المجتمع، إضافة إلى عدم وجود دراسات حول فاعلية برامج تقييم وتشخيص أطفال التوحد في حدود علم الباحث.

مصطلحات الدراسة:

- **أطفال حالات (التوحد) Autism** : الحالة التي يتم تقييمها من قبل مركز التشخيص وفق معايير ومؤشرات نمائية ولغوية وسلوكية واجتماعية محددة بشكل علمي عالميا وعربيا.
- **أخصائي التقييم والتشخيص Assessment & Diagnosis Specialist**: هو الشخص المتخصص والمؤهل والمدرّب على تطبيق الاختبارات والمقاييس ذات العلاقة بتشخيص التوحد والذي يتخذ القرار النهائي في الحالة في مركز تشخيص معتمد.
- **التشخيص Diagnosis**: هي تلك العملية الإجرائية التي يتم من خلالها الحكم على الحالة وتصنيفها وفقا لعملية القياس النفسي والكشف الطبي والاجتماعي والسلوكي من قبل الفريق المختص.
- **مركز تشخيص التوحد Autism Diagnosis Center**: هو الجهة الإدارية والفنية الحكومية التي تصدر التقرير التشخيصي الذي يحدد وضع الحالة وتصنيفها وتحديد الخدمة المناسبة لها وإحالتها إلى الجهة طالبة التقرير سواء كانت صحية أو اجتماعية أو تدريبية أو تأهيلية.
- **الوزارة**: هي الجهة الحكومية المعرفة بقانون الأشخاص المعوقين والمسئولة عن تقديم الخدمات التعليمية والتأهيل والإيواء للمعوقين من مختلف فئاتهم وتقديم المعونة العينية والنقدية لهم.
- **تقرير التقييم والتشخيص Assessment & Diagnosis Report**: هو التقرير والقرار النفسي والتربوي المكتوب كوثيقة تبين نوع ومستوى الحالة ونوع الخدمة المطلوب تلبيتها لطفل التوحد وفق حيثيات تشخيص حالته ويبين التقرير نقاط القوة ونقاط الضعف ومستوى القدرات والمهارات والسلوك للحالة في ضوء المقاييس ودراسة الحالة الواردة في ملفه.

دراسات سابقة:

عديدة هي الدراسات التي أجريت حول موضوع التوحد بشكل عام في الوطن العربي، وقليلة في حدود علم الباحث هي الدراسات السابقة التي أشارت إلى التقييم والتشخيص لحالات التوحد ولم تجري أية دراسة علمية حول هذا الموضوع في حدود علم الباحث والأدب المتوفر حالياً في البلدان العربية. وتشير د. سميرة السعد مديرة مركز الكويت للتوحد وتعد الكويت من الدول العربية الأوائل في الاهتمام بحالات التوحد، وهنا لا بد من الكشف المبكر عليهم، حيث إن غالبية الدول المتقدمة (الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا والسويد وبريطانيا وفرنسا وغيرها) التي تعنى بالأشخاص المعوقين وتدعم حقوقهم، تتم عملية التشخيص في سنوات الطفولة المبكرة ضمن معايير محددة وواضحة، لضمان حقوقهم في الحياة بمراحلها المختلفة.

ومن الدراسات الحديثة حول فاعلية التقييم والتشخيص من خلال تقدير عدد من الأخصائيين من الممارسين مع أطفال التوحد في عدد من المراكز خلال إجراءات تقييم التحليل الوظيفي للسلوك قامت به إحدى الجامعات الأمريكية جامعة فلوريدا، بالتعاون مع عدد من الأخصائيين في المملكة العربية السعودية من خلال عدد من الوسائل والتقنيات حيث وجد في المملكة فقط ١٢ أخصائي ممارس في التوحد لغايات التشخيص وفي منطقتين هما الرياض وجد وقت إجراء التقييم في العام ٢٠١٥ وأشارت النتائج إلى أن التدريب والتقييم والتشخيص كان فعالاً إلى درجة عالية ضمن ما يتوفر من إمكانيات وتقنيات وأدوات تشخيص واعتبرت مهارات الأخصائيين في البرنامج بحاجة إلى تدريب وتطوير للممارسة الفعلية على تطبيقات التقييم والتشخيص لأطفال التوحد (Jeinefer,2015)

وهناك دراسة بعنوان فحص وتشخيص التوحد (2018) تقرير اللجنة الفرعية معايير الجودة من الأكاديمية الأمريكية لعلم الأعصاب وعلم الأعصاب الطفل التوحدي هو اضطراب شائع في الطفولة، ويؤثر على ١ من بين ٥٠٠ طفل. ومع ذلك، فإنه غالباً ما يبقى غير معترف به ويصعب تشخيصه، حتى أو بعد سن ما قبل المدرسة المتأخرة بسبب الأدوات المناسبة للفحص النمائي الروتيني والفحص على وجه التحديد للطفل التوحدي لم تكن متاحة والتعرف المبكر على الأطفال الذين يعانون من التوحد والتدخل المكثف، في وقت مبكر لحالات الأطفال الصغار ومرحلة ما قبل المدرسة يحسن النتائج بالنسبة لمعظم الأطفال الصغار المصابين بالتوحد، هذه الدراسة هدفها بيان واقع الممارسة واستعراض الأدلة التجريبية المتاحة للأدوات التشخيص والتدخل المبكر وتعطي توصيات محددة لتحديد الأطفال المصابين بالتوحد. هذا النهج يتطلب عملية مزدوجة من خلال

الفحص والتشخيص الجوانب النمائية الروتينية والفحص على وجه التحديد للتوحد التي يتعين القيام بها على جميع الأطفال لتحديد أولئك المعرضين للخطر لأي نوع من السلوكيات غير النمطية، وتحديد من هم الأطفال الأكثر شدة على وجه التحديد للتوحد، ولتشخيص وتقييم التوحد، للتمييز التوحد من اضطرابات النمو الأخرى، أما فيما يخص أدوات وتقنيات تشخيص أطفال التوحد، فهي تقتصر على فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الشعاعية لكي تثبت مرض التوحد (APA, 2013).

كذلك يتم التقييم والتشخيص من قبل اختصاصيين باعتماد أسئلة تقييم وتشخيص حسب المقاييس والاختبارات المتعمدة عالمياً، مثل مقياس C.A.R.S ومقياس C.H.A.T ويعد الوالدين أول من يستطيع تقييم وتشخيص حالة طفل التوحد من خلال ملاحظتهم الدقيقة لسلوكياته وبعض المؤشرات والعلامات التي تؤكد وجود مشكلة وهنا يجب الاتصال بمختص في هذا المجال، وأصبح تشخيص التوحد في الدول المتقدمة يتم مبكراً من عمر أول ثلاثة أشهر في مراكز متخصصة، وذلك باستعمال اختبارات عالمية معتمدة مثل اختبار: ADI, ADOSS ويتم الكشف على الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات كاختصاصي طب الأطفال النفسي واختصاصي الأطفال وخصوصاً في الغدد الصماء والأمراض الوراثية للمساعدة للتفريق في الأمراض المشابهة لأعراض التوحد والأخصائي النفسي المتخصص في علم النفس ويقوم بعمل اختبارات الذكاء وأخصائي التخاطب الذي يقيم الطفل من الناحية اللغوية وأخصائي العلاج الوظيفي وأخصائي التربية الخاصة الذي يقيم الطفل من الناحية التعليمية ويضع له البرنامج التعليمي المناسب (Altman, G, 1994).

ويعد تشخيص حالات التوحد من وجهة نظر الباحث من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود أخطاء في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى. ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق (طبيب أعصاب، طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق، أخصائي علاج مهني، أخصائي تعليمي، كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد).

أما فيما يخص أدوات وتقنيات تشخيص التوحد، لا توجد فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الشعاعية تثبت مرض التوحد أو تعتمد تشخيص التوحد، إذ يتم تشخيص التوحد من قبل اختصاصيين باعتماد أسئلة تشخيص التوحد حسب المقاييس المعتمد عالميا مثل مقياس C.A.R.S، ويعد الوالدين أول من يستطيعا تشخيص الطفل فعند ملاحظة العلامات الموجودة هنا يجب الاتصال بمختص في هذا المجال (لغيرير والعاسمي، ٢٠١٢).

ويؤكد الباحث انه في الوطن العربي كما هو وجود مشكلة في توفر التقييم والتشخيص الدقيق، كذلك من الصعب وجود هذا الفريق في مكان واحد لذا يتم التشخيص من طبيب اختصاص في العلوم الطبية النفسية للأطفال متخصص في النمو والتطور والأعصاب) والحقيقة من الأفضل أن يكون الطبيب لديه خبرة بالتشخيص ويستعمل اختبارات معتمدة، مثل المقابلة التشخيصية للتوحد - ADII والاختبار المشهور ADOS-G، ويحتاج الطبيب إلى بعض الفحوصات والتحليل لاستبعاد أمراض أخرى، مثل فحوصات السمع وتخطيط المخ وتحليل الغدة الدرقية وغيرها من الفحوصات الهامة، وتظهر الأهمية هنا لأجراء التشخيص المبكر، فقد أثبتت الأبحاث أن تلقي البرامج التعليمية مبكرا يعطي نتائج إيجابية مستقبلا.

إجراءات الدراسة:

أولا: منهج الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج الوصفي، وهو منهج ملائم لطبيعة الدراسة من حيث محاولتها التعرف على فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة نظر الخبراء والاختصاصيين.

ثانيا: مجتمع وعينة الدراسة:

مجموع مؤسسات ومراكز التوحد في الوطن العربي واختيار الأخصائيين القائمين على التقييم والتشخيص كعينة للدراسة إضافة إلى الخبراء والمختصين والعاملين في المجال في الوطن العربي خلال العام ٢٠١٦/٢٠١٧، والجدول رقم (١) يبين المعلومات الخاصة بالمستجيبين على الاستبانات من الوطن العربي.

جدول (١) أفراد عينة الدراسة ودولهم وتخصصاتهم

الدولة	العدد	أطباء متخصصين	تخصصات أخرى نفسية وتربوية	عدد مستشفيات وحدات مراكز تشخيص التوحد
الخليج العربي (السعودية، الكويت، الإمارات، قطر، عمان)	٢٧	١٨	٩	١٢
بلاد الشام والعراق (الأردن، العراق، سوريا، لبنان)	٢٦	١٢	١٤	٩

فاعلية تقييم وتشخيص أطفال التوحد في الوطن العربي من وجهة
نظر الخبراء والاختصاصي

فلسطين			
٦	٩	٨	١٧
٨	١٠	١٣	٢٣
٣	٤	٤	٨
٢٨	٤٥	٥٦	١٠١

يتبين من جدول (١) أن عدد المستجيبين بلغ (١٠١) من المتخصصين من أصل (١٤٨) تم التواصل معهم بواسطة الشبكة العنكبوتية العناوين الشخصية واللقاءات الشخصية والمؤتمرات في الوطن العربي للأعوام ٢٠١٦ و٢٠١٧ ويلاحظ بأن الغالبية (٥٥) من الأطباء المتخصصين وأن (٤٦) من الأخصائيين في العلوم التربوية والنفسية مما يؤكد بان من يعملون في تقييم وتشخيص أطفال التوحد هم من المؤهلين علميا ، ويتبين من الجدول وجود (٣٨) وحدة تشخيص منتشرة في الوطن العربي متوفرة في المستشفيات أو المراكز المتخصصة بالتوحد أو مراكز تشخيص حكومية معتمدة.

ويبين الجدول الآتي جنس المستجيبين ذكور وإناث من بلدان الوطن العربي.

جدول (٢) جنس المستجيبين ذكور / إناث

الجنس	العدد	عدد المراكز
ذكور	٤٤	٢٢
إناث	٥٧	١٦

ويتضح من جدول (٢) أن عدد المستجيبين من الإناث ٥٧ وبنسبة ٥٧% يعملون في ١٦ مركز ومؤسسات التوحد في حين بلغ عدد الذكور (٤٤) وبنسبة ٤٤% يعملون في ٢٢ مركز ومؤسسة توحد، ويلاحظ أن الغالبية من الإناث ممن يعملون مع حالات التوحد وهذا الأمر منطقي إذ تشير غالبية الدراسات والأبحاث إلى أنه في الغالب أن الإناث يعملون مع حالات التوحد وربما يعود ذلك إلى طبيعتهم العاطفية والإنسانية للتعامل في هذه المواقف والحالات.

ورغم عدم توفر إحصاءات وخطورة وضع تصورات رقمية للإحصاءات والنسب الخاصة بالإعاقات في الوطن العربي لم تظهر لحين إجراء هذه الدراسة أية بيانات إحصائية حول نسب وأعداد الأطفال المعاقين بشكل عام والتوحد بشكل خاص في الوطن العربي باستثناء المسجلين

والمستفيدين من المراكز، والذين يبلغ عددهم حسب ما وردنا من بيانات عدد من الدول ١٨ ألف حالة تقريبا تم تشخيصهم كتوحد خلال العشر سنوات الأخيرة، منها الأردن (١٨٤٠) حالة والكويت (٦٨٠) حالة والسعودية (٢٢٦٥) حالة والإمارات العربية (٩٢) حالة ولبنان (١٠٤٠) حالة، وان التقديرات المتعلقة حسب النسب العالمية ومتوسط النسب في الوطن العربي قد ترتفع في بعض الدول وتقل في دول أخرى.

ويمكن القول بأن عدد حالات التوحد في الوطن العربي مقارنة بالسكان يتجاوز ال ٢,٦ مليون منهم ٦٥% من الأطفال في حين يصل إجمالي المعاقين في الدول العربية إلى ٣٠ مليون حسب إحصاءات عدد من المنظمات الدولية الاسكوا واليونيسف.

ثالثا: أدوات الدراسة:

تم خلال فترة إجراء الدراسة التواصل مع الخبراء والاختصاصيين وعدد من المسؤولين عن إدارات مراكز تقييم وتشخيص الإعاقات والخبراء والمختصين والبالغ عددهم (١٠١) من المؤهلين والذين سبق لهم العمل في تقييم وتشخيص الإعاقات، وعدد منهم ما زال يتعامل في إجراءات التقييم والتشخيص في المراكز المخصصة لتقييم وتشخيص الأطفال من حالات التوحد، وكذلك مقابلة عدد من المعلمين وأولياء الأمور وذلك لغرضين الأول يتعلق بالتعرف على رؤيتهم وخبراتهم حول تقييم وتشخيص أبنائهم. وبناء على ذلك تم بناء أداة متعددة الأوجه (ملحق رقم ١) تضمنت بنود وأسئلة وقائمة موجهة للخبراء والمختصين، وعرضت على عشرة محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة وبعد اخذ الملاحظات وإجراء التعديلات لوحظ بأن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات حسب الرأي الغالب من الخبراء (١٠) محكمين، وبمستوى ارتباط مناسب تراوح بين ٠,٧٩ - ٠,٨٥. و(٠,٨١ - ٠,٨٧ على التوالي) وأن صدق المحكمين ومضمون الفقرات يقيس فعلا ما وضع لأجله، وهو قياس وتشخيص حالات اضطراب التوحد، ثم طلب منهم الإجابة عليها سواء بالمقابلة المباشرة أو الطلب منهم تعبئتها بالبريد الإلكتروني بواسطة الشبكة العنكبوتية، إضافة إلى استخدام الطريقة النصفية في تحديد ثبات الأداة والتي قدرت بحوالي ٨٨% والتي تتناسب والواقع للدراسة الحالية، ومن هذه الأدوات:

- ١- استمارة معلومات شخصية للخبراء والاختصاصيين (ملحق ١).
- ٢- دراسة حالة خاصة (المقابلة) بعينة من مراكز التقييم والتشخيص (ملحق ٢).
- ٣- نماذج التقارير التشخيصية من ملفات أطفال التوحد (ملحق ٣).

٤- استبيانته الخبراء والاختصاصيين (ملحق ٤).

٥- آراء وملاحظات عامة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

في ضوء التحليل الإحصائي الوصفي تم الوصول إلى نتيجة منطقية وفق محاور الدراسة وإجابة على أسئلتها إضافة إلى ربط النتائج بالواقع إذ أن الدراسة اعتمدت الأسلوب العلمي التحليلي للواقع والاستطلاعي لإجراءات التقييم والتشخيص، إضافة إلى ربط النظرية بالتطبيق. وتم التعامل مع التوصيات والمقترحات وفق النتائج وربطها بعملية تطوير عملية التقييم والتشخيص والاستدلال على الأخطاء وإيجاد أنماط تصحيحية مناسبة لها.

تفسير ومناقشة النتائج:

وللإجابة على التساؤل الأول: ما هو رأي الخبراء والاختصاصيين في موضوع فاعلية تقييم

وتشخيص أطفال التوحد؟ أشارت النتائج الواردة في الجدول (٣) إلى الآتي:

جدول (٣) النسب المئوية لإجابة رأي الخبراء والمختصين بشكل عام في موضوع

تقييم وتشخيص حالات التوحد في الوطن العربي.

م	موضوع الفقرة	نسبة إجابة نعم	نسبة إجابة بلا	محايد
١	أدوات تقييم وتشخيص حالات التوحد المتوفرة مناسبة	٦٥%	٣٠%	٥%
٢	هل هناك أخطاء في تقييم وتشخيص حالات التوحد	٦٠%	٤٠%	٠%
٣	يخطئ الأخصائي في تقييم وتشخيص حالات التوحد	٦٥%	٢٥%	١٠%
٤	هل الأخصائي لديه الكفاءة في تقييم وتشخيص حالات التوحد	٥٥%	٣٠%	١٥%
٥	سبق ونوقش تقييم وتشخيص حالات التوحد بين الأخصائيين	١٥%	٧٥%	١٠%
٦	يتعرض الأخصائي لضغوط لتغيير نتائج الفحص وإصدار التقرير	٢٠%	٧٠%	١٠%
٧	هناك مواصفات شخصية في أخصائي التقييم والتشخيص الكفاء	٩٠%	-	١٠%
٨	هناك مواصفات مهنية في أخصائي التقييم والتشخيص الكفاء	١٠٠%	-	-
٩	توجد منهجية موحدة لتشخيص حالات التوحد متفق عليها ومعتمدة في الدول العربية.	٤٠%	٥٠%	١٠%
١٠	المقاييس المتوفرة حالياً في الوطن العربي تكفي لتقييم وتشخيص حالات التوحد	٦٠%	٣٠%	١٠%

ويتضح من الجدول (٣) تصورات المستجيبين من الاختصاصيين والخبراء حول موضوع تقييم وتشخيص حالات التوحد حيث أظهرت الإحصائيات بعد تفرغ الاستجابات ما يأتي:

أولاً: أشار أفراد العينة بنسبة ٣٠ % إلى أن استخدام أدوات التقييم والتشخيص ليس بشكل كاف وهذا يعود إلى عدم توفر الأدوات بين الأخصائيين، والمتوفر لا يفي بالغرض المطلوب للتشخيص، وأن الاختبارات الحالية غير مطورة وغير محدثة.

ويرى الباحث ضرورة البحث عن آلية واقعية تحسن استخدام الاختبارات من قبل الفاحصين تشرف عليها جهة متخصصة ضمن معايير جودة عالمية.

ثانياً: أشار أفراد العينة بنسبة ٦٠ % بأن هناك أخطاء في التقييم والتشخيص وهذا يعود إلى عدة أسباب:

- التطبيق غير الصحيح والمتكامل للأدوات المتوفرة..
- ضعف خبرة الفاحصين.
- تشتت عملية التقييم والتشخيص.
- عدم توفر معايير للتقييم تناسب الحالات.
- عدم توفر منهجيه واضحة للتشخيص بين الأخصائيين.
- أغراض تقارير التشخيص لغير الأوجه الصحيحة وليس للتدريب والتعليم.

ثالثاً: أظهرت ٦٥% من الاستجابات بان لدى الفاحصين أخطاء والتي تظهر من خلال محتويات التقارير التشخيصية فيما بعد وتعود إلى قلة الوسائل والأدوات المصاحبة للاختبار وعدم توفر العاب مناسبة للطفل، ومزاجية الفاحص والحاجة إلى تقارير للمعونات.

ويرى الباحث هنا ضرورة توفير مرفقات الاختبار والأدوات والمستلزمات بيئة الفحص بشكل مناسب ومريح لتقديم الاختبار على أتم وجه.

رابعاً: فيما يخص مستوى الكفاءة في تقييم وتشخيص حالات التوحد فقد أشار أفراد العينة بنسبة ٣٠ % إلى أن الأخصائيين لا يتمتعون بالكفاءة في تنفيذ عملية التشخيص، ويرى الباحث ان مبدأ الكفاءة يعود إلى المؤهل المتخصص إضافة إلى الخبرة العملية وكذلك إتقان المهارات ذات العلاقة بالتشخيص. والتفسير المنطقي هنا أن غالبية الأشخاص الذين يقومون على عملية التقييم والتشخيص غير مؤهلين من حيث الشهادة والتخصص في التقييم والتشخيص إما لعدم توفر التخصص أو لقلة البرامج التدريبية على مهارات القياس والتشخيص.

خامسا: تناول موضوع تشخيص حالات التوحد في الوطن العربي وكانت إجابة المستجيبين بنسبة ٨٥% لا ومحايد، ولم يظهر في الدراسات العربية حول التربية الخاصة وعلم النفس والمؤسسات المعنية في تشخيص حالات التوحد ما يشير إلى تناول موضوع التشخيص لحالات التوحد في الندوات والمؤتمرات إلا نادرا جدا، مما يؤكد الحاجة إلى لقاء عربي حول هذا الموضوع تحديدا.

سادسا: حول الأخصائي في التقييم والتشخيص أشار ٩٠% من أفراد العينة إلى ضرورة توقر مجموعة من الصفات في أخصائي التقييم والتشخيص سواء كانت شخصية أو مهنية ويجب أن يتحلى بتلك الصفات والخصائص من أجل نجاح عملية التقييم والتشخيص مثل:

- ١- الشخصية وتشمل حب العمل وتقبل الطفل والدافعية وعدم الملل والصبر والتعاون مع الفريق والأهل والمرونة ومعرفة اللهجات المحلية والقدرة على الانتقال من موضوع إلى آخر ومن إعاقة إلى أخرى والثقافة العامة والصحة الجسمية والنفسية الجيدة.
- ٢- المهنية وتشمل القدرة على تطبيق الاختبارات والمقاييس الخاصة بحالات التوحد والقدرات والمهارات التي يتم تشخيصها وكتابة التقارير ومهارات التعامل مع الحالات والمقابلة، ولديه القدرة على التمييز بين الحالات وتصنيفها وتبويبها واتخاذ القرار المناسب لها.

سابعا: أجاب ٥٠% من أفراد العينة على عدم توفر منهجية عمل موحدة في التقييم والتشخيص في الوطن العربي وهذا يعود إلى تشتت الجهود، وعدم الاتفاق بين الأخصائيين على منهجية عمل موحدة إضافة إلى ضعف المرجعية العائد إليها عملية التشخيص. إضافة إلى عدم كفاية المقاييس والأدوات المستخدمة في عملية التشخيص وهذا يعود إلى عدم المعرفة بالاختبارات وكذلك عدم توفر الإمكانيات المادية لشرائها أو تطويرها وللاجابة على التساؤل الثاني: ما مستوى تقدير الخبراء والاختصاصيين لتقييم وتشخيص

أطفال التوحد في الوطن العربي؟ أشارت النتائج الواردة في الجدول (٤) إلى الآتي:

جدول (٤) قائمة تقدير اتجاهات وآراء الخبراء والأخصائيين نحو تقييم وتشخيص حالات التوحد في الوطن العربي:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	مدى توفر أدوات الكشف والتشخيص عن حالات التوحد في الوطن العربي	١,٧	٠,٦٧٤
٢	فاعلية أدوات الكشف والتشخيص في أداء عملها من قبل الأخصائي	١,٧	٠,٦٧٤
٣	مستوى تطبيق جميع فقرات الاختبارات والمقاييس	١,٩	٠,٥٦٧
٤	مستوى تكرار أخطاء التقييم والتشخيص في حالات التوحد	٢,١	٠,٧٣٧

٥	١,٩	٠,٥٦٧	مستوى قدرات ومهارات أخصائي القياس والتشخيص ومعرفة عمله
٦	١,٩	٠,٥٦٧	مستوى الدقة في التقارير التشخيصية للحالات التي تم تشخيصها
٧	٢,٣	٠,٦٧٤	مدى التأثر من قبل الأخصائي لمراعاة ظروف الحالة لإصدار تقرير لها
٨	١,٩	٠,٥٦٧	مستوى التقيد بتسلسل إجراءات التقييم والتشخيص حالات التوحد.
٩	١,٩	٠,٥٦٧	فائدة الاختبارات التشخيصية المطبقة لتصنيف الأطفال وإحالتهم
١٠	١,٨	٠,٦٣٢	صلاحية الاختبارات وفقراتها للأوضاع الحالية لتشخيص حالات التوحد
١١	١,٩	٠,٥٦٧	مستوى إدارة وتوثيق أدوات ونتائج تشخيص حالات التوحد
١٢	١,٩	٠,٥٦٧	مستوى الأداء على تفسير نتائج الاختبارات وكتابة التقارير حولها
١٣	٢,٠	٠,٦٦٦	تحقيق عملية تشخيص حالات التوحد أهدافها التعليمية والتدريبية
١٤	١,٧	٠,٦٧٤	تغطي عملية التشخيص معظم مناطق الدولة المعنية
١٥	١,٧	٠,٦٧٤	عادة يتم تشخيص جميع الأطفال من حالات التوحد في سن مبكرة

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكافة المستجيبين على مستوى الفقرات عالي ومتوسط وضعيف حيث أشارت النتائج إلى التقارب في آراء واتجاهات أفراد العينة المستجيبية على الفقرات، حيث ظهر بأن مستوى فاعلية التقييم والتشخيص في الوطن العربي دون المتوسط باستثناء فقرة (٧) والتي تبين بأن هناك تأثير شديد (عالي) من قبل الأخصائي لمراعاة ظروف الحالة التي يتم تشخيصها خاصة فيما يتعلق بإصدار تقارير لغايات غير المطلوبة كالمساعدات وتحقيق مكاسب. مما يجعل الأخصائي متحيزاً في التشخيص وهذا الأمر طبيعي في ظل طلب الأهل بتسهيل معاملتهم لغايات إنسانية وهذا طبعاً لا يتوافق مع أسس ومنهجية التشخيص الصحيحة. إضافة إلى ظهور تكرار في أخطاء التقييم والتشخيص تعود للأخصائي نفسه وهذه ناتجة عن عدم الدقة وضعف الخبرة وعدم توفر أدوات مناسبة.

وكذلك ظهر من خلال استعراض نتائج استجابات العينة على الفقرات (١) ضعف أدوات التقييم التشخيص (٢) الأدوات غير فعالة وتقليدية (١٤) لا تغطي عملية التقييم التشخيص كافة المناطق (١٥) لا يتم تشخيص الأطفال في السنوات المبكرة والتي ظهرت على شكل نقاط ضعف في عملية التشخيص. وكانت استجابات الأفراد على بقية الفقرات متقاربة جداً، مما يؤكد بان هناك توافق بين المستجيبين بنسبة عالية على أن عملية التقييم والتشخيص في الفعالية بالحدود المتوسطة، وهي ليست عالية الكفاءة وليست متدنية الكفاءة.

ويرى الباحث أن هذا يتوافق مع الآراء السائدة بين المختصين والخبراء، إضافة إلى أن غالبية الدول التي تقوم بإجراءات التقييم والتشخيص لا تراها بمستوى عالي من الكفاءة باستثناء عدد

قليل من الدول مثل: اليابان وأمريكا والسويد ويوغسلافيا وغيرها من الدول المتقدمة، أما الدول العربية ودول آسيا فغالبيتها تتمحور حول القبول المتوسط بكفاءة تقييم وتشخيص حالات التوحد، هذا ما تضمنته التقارير الصادرة عن عدد من المنظمات الدولية المهتمة بالطفولة (اليونيسيف) خلال السنوات ٢٠١١-٢٠١٦ حول عدد من قضايا صحة الأطفال.

وللإجابة على التساؤل الثالث: ما هي أبرز ملاحظات أفراد العينة واستجاباتهم حول عمليتي التقييم والتشخيص:

يرى عدد من أفراد العينة بأن لا فرق ما بين التقييم والتشخيص المكتوب وواقع تعليم وتدريب حالاً التوحد، ولكن يظهر أن مضمون التقارير مقتضب أو محدد بعبارات قصيرة وعامة وغير تفصيلية وغالبية التقارير لا تحدد نقاط القوة والضعف عند الحالة بشكل تفصيلي. ويرى عدد من أفراد العينة بأن هناك بعض الأخطاء في تقييم وتشخيص حالات التوحد تظهر عند مقارنة الطفل بالواقع التدريبي والعلاجي في الصفوف والبرامج الخاصة بهم كذلك يرى عدد من أفراد العينة بأن هناك أطفال في غير مكانهم الصحيح وهم مزدوجي الإعاقة وهناك أطفال حكم عليهم التقرير بشكل ظالم بأنهم حالات توحد ومنهم من ذهب إلى المدرسة العادية بعد فترة تجريبية. وهناك عدد من استجابات أفراد العينة تشير إلى أن المتعاملين مع حالات التوحد لا يلتزمون بتقرير التشخيص أثناء تعليم وتدريب الطفل التوحد وهذا الأمر يؤكد أهمية ودور المراكز أو المدارس في إعادة تشخيص طفل التوحد بعد فترة تجريبية وبشكل عميق من قبل الأخصائي النفسي المدرب في المؤسسة الملحق فيها الطفل، ويرى الباحث أن موضوع تشخيص الأطفال من حالات التوحد في أماكن علاجهم أو تعليمهم أو تدريبهم ضرورة ولمصلحة الطفل التوحد وأسرته. وقد وردت بعض الملاحظات المتعلقة بأولياء الأمور، إذ أن هناك تفهم من قبل الأطباء والأخصائيين للتعاون في إصدار التقارير للحالات التي تراجع المراكز والمستشفيات من فئة أطفال التوحد، وأن العديد من المراجعين يرون بأن هناك انتظار أحياناً لتشخيص الحالات وقد يأخذ وقتاً طويلاً لتشخيص الحالة وهذا يسبب إرباك للأهل والطفل، ومن الملاحظات كذلك أن هناك مشقة على بعض الأسر خاصة التي تقطن بعيداً عن المركز الرئيس وتحملها الأعباء والتنقل في المواصلات مما يؤثر على إجراءات التشخيص.

ويرى الباحث وفي ضوء تحليل النتائج السابقة ومناقشه ما ورد في الجداول وأراء الخبراء

والاختصاصيين وملاحظات إضافية، وفي ضوء تساؤلات الدراسة وللإجابة على التساؤل الأول:

ما فاعلية تقييم وتشخيص حالات التوحد في الوطن العربي؟ فتشير النتيجة إلى أن التشخيص لا يتمتع بالكفاءة والفعالية المطلوبة واته مازال رغم التقدم العلمي والتكنولوجي وتطوير أدوات القياس والتشخيص يعتمد على الأساليب التقليدية التي تتمحور حول الأمور الآتية:

١- استخدام أداة قياس واحدة أو اثنتين في أغلب الأوقات تم تطويرها وتقنيها منذ مدة طويلة والأدوات المستخدمة ليست بالمستوى المناسب للاستخدام حاليا حيث أنها بحاجة إلى تطوير وصيانة وتجديد.

٢- أن الفاحصين الذين استجابوا والخبراء يستخدمون الأدوات والاختبارات بشكل جزئي ويعتمدون على الأسئلة الشفوية والإجابات الشفوية بشكل مستمر أثناء اختباراتهم ويعتمدون في الغالب على التقارير الطبية وعلى أسئلة عامة ومعلومات من الأسرة.

٣- أن عملية التقييم والتشخيص تمر في سلسلة من الإجراءات والخطوات التي لا تتوافق مع المعايير الدولية سواء من حيث تهيئة المكان والإجراءات أو العمل التكاملية للفريق.

وفي ضوء ما ورد من تقارير تقييم وتشخيص لأطفال توحد من (٨) دول عربية وتحليلها، وجد بأن هناك أخطاء في تحديد درجة الذكاء حيث تشير بعض التقارير إلى تدني ذكاء الطفل وفي الحقيقة هي غير ذلك مقارنة بتحصيله ، إضافة إلى أن هناك تقارير أشارت إلى وصف الحالة بخصائص غير مناسبة لحالة التوحد ويكتب التقرير بعنوان طفل يعاني من صعوبات تعلم، وظهر تفاوت في نتائج عدد من التقارير التي تتعاطف مع الطفل من حالات التوحد لصالح منفعة للأسرة من الجهات المعنية ، مما يحرم الطفل أحيانا من العلاج والتدريب والتأهيل.

كذلك تبين من التقارير الواردة والملاحظات إلى أن الفاحصين لا يتمتعون بدرجة عالية من الكفاءة وان هناك أخطاء وتحيز في عملية التشخيص، وأن الظروف التي يقدم فيها الفاحص الاختبار غير مناسبة ، وهناك قلة في عدد الفاحصين، إذ يعمل غالبيتهم بشكل جزئي في مركز التشخيص وليس بدوام كامل وقلة عدد الأخصائيين المعيّنين لغايات التقييم والتشخيص لحالات التوحد.

ويرى الباحث بأن الانطباع العام السائد في الوطن العربي بخصوص تقييم وتشخيص حالات التوحد كما جاءت به نتائج الدراسة لا بأس فيها وينظر إليها من أبعاد عديدة تتعلق بتاريخ تقييم والتشخيص في عدد من الدول العربية (أنه حديث نسبيا) فبعض الدول مهتمة جدا بتشخيص

وعلاج أطفال حالات التوحد (الكويت والأردن ولبنان والإمارات) الأكثر تقدماً في مجال التقييم والتشخيص وهناك مراكز ومؤسسات طبية تقوم بتشخيص وعلاج الحالات من فئة التوحد، وفي ظل إمكانية توفر تخصصات وإمكانية توفير متخصصين قادرين على التشخيص، فالمطلوب من جميع الدول أن توطر لعمل مؤسسي مناسب في تقييم وتشخيص حالات التوحد، رغم وجود قصور واضح في منهجية التشخيص ووجود أخطاء واضحة في نتائج التشخيص يمكن تلافيها مستقبلاً. أما النظرة المستقبلية لما سوف يكون عليه فيرى الباحث أن هناك إمكانية عالية جداً لبناء منهج واضح وضمن خطوات واضحة والاتفاق على خطة عمل عربية مناسبة لإجراءات ومعايير التشخيص لحالات التوحد وغيرها من الفئات كحق من حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

توصيات الدراسة:

من هنا نرى بأنه من المناسب تحديد التوصيات والتي يمكن الاستفادة منها بشكل فعلي في إحداث التغيير المنشود في تقييم وتشخيص حالات التوحد وتتمثل التوصيات فيما يأتي:
أولاً: الحاجة إلى إعداد وتأهيل الأخصائيين المدربين تدريباً جيداً في تقييم وتشخيص حالات التوحد من كافة جوانبها. ضمن عمل الفريق المتكامل لكافة التخصصات الطبية والنفسية والحسية والتربوية.

ثانياً: السعي مع المؤسسات الدولية التي تعنى بحالات التوحد إلى توفير أدوات تقييم وتشخيص حديثة لحالات التوحد وخاصة الطفولة المبكرة ومقننة ومجربة بشكل جيد، ويمكن توفير مقاييس عالمية حديثة ومطورة وبناء مقاييس واختبارات عربية تناسب كل بيئة أو مقننة على الأطفال العرب.

ويمكن لهذه المقاييس أن تؤدي دوراً هاماً في تقييم وتشخيص آلاف الأطفال العرب مما يعود بالنفع على الأطفال وأسرهم والمؤسسات ويوفر الكثير من الجهد ودفع المال المبذول على مراجعات الأطفال للمؤسسات الصحية والتعليمية الدولية إذ أشارت بعض المراجع إلى كلف عالية يتحملها أولياء الأمور وبعض الدول تقدر بعشرات الملايين.

ثالثاً: عقد لقاء عربي من قبل الاختصاصيين والخبراء والمهتمين لمناقشة موضوع التقييم والتشخيص لحالات التوحد والخروج بمنهجية عمل يتفق عليها الجميع.

رابعاً: توفير قاعدة بيانات تتعلق بالمقاييس والأدوات والاختبارات الخاصة بحالات التوحد في إحدى الجامعات العربية أو مراكز البحوث المتخصصة والمعتمدة في حالات التوحد.

خامساً: إيجاد منهجية أو آلية جيدة لتسجيل الحالات من فئة أطفال التوحد لتوثيق وإدارة نتائج التقارير وبشكل محوسب لاستخدامها والاستفادة منها وقت الحاجة.

وبينت دراسات (لوثر هامر lather homer) التي أجريت على الأطفال المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، وكذلك ما أكدته دراسة سابقة للباحث عام ٢٠١١ على مستوى الأردن بأهمية موضوع التقييم والتشخيص في التربية الخاصة عناية خاصة ما له من تأثير على عملية تعليم وتدريب الطفل بشكل مبكر، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة.

مقترحات الدراسة:

أولاً: إنشاء تخصص على مستوى الماجستير التطبيقي في القياس والتشخيص النفسي والتربوي يهدف إلى تخريج أخصائيين مهنيين في تقييم وتشخيص حالات التوحد.

ثانياً: تأسيس وحدات بناء اختبارات ومقاييس تشخيصية في المراكز يشرف عليها خبراء متخصصين في المجال النفسي والتربوي والسلوكي.

ثالثاً: تشكيل فريق وطني كمرجعية للتقييم والتشخيص في كل دولة عربية تحدد مهامه حال إيجاد المركز الوطني للتشخيص في كل بلد عربي، ويتم تمثيله من الجهات الحكومية والخبراء (وزارات معنية وجامعات ومراكز بحث).

رابعاً: توفير الأجهزة المساندة لعملية التقييم والتشخيص خاصة المتعلقة بالصحة والسمعية والبصرية وتخطيط الأعصاب والعضلات. والأدوات التي تحتاجها عملية القياس والتشخيص تتمثل في:

- ١- الألعاب الخاصة بإجراءات عملية التشخيص وتشتري من السوق المحلي.
- ٢- السماعات الطبية والنظارات الطبية أو لوحات التكبير للقراءة.
- ٣- الكاسيتات وأجهزة الحاسوب المبرمج عليها الاختبارات والمقاييس.
- ٤- لوحات كرتونية وخشبية والألواح الكتابية لاستخدامها حسب الحاجة.

٥- وسائل ومعينات حركية للحركة والوزن والقياسات المختلفة والتدريبات الضرورية
أثناء الفحص.

خامسا: عقد الدورات وورش العمل في مجال التقييم والتشخيص لحالات التوحد في الدول العربية
سواء للمختصين أو المتعاملين مع حالات التوحد؟

المراجع

- ١- الروسان، فاروق (٢٠٠٥). مقدمة في الإعاقة العقلية. دار الفكر، عمان: الأردن، ط٥.
- ٢- أبو أسعد، أحمد والغريز، أحمد (٢٠٠٨). التقييم والتشخيص في الإرشاد النفسي، عمان: الأردن، دار المسيرة.
- ٣- التويم، نانف عبد الله (٢٠١٦). التقويم في التربية الخاصة، السعودية نموذجاً. الرياض: مكتبة الشباب.
- ٤- جمعية علم النفس الأميركية (٢٠٠٥). الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder) DSM4,5، لندن.
- ٥- كمال، بهاء الدين (٢٠١٤). التوحد الأسباب والعلاج منهج هيليب، تقرير مركز هيليب للشرق الوسط وشمال إفريقيا، القاهرة.
- ٦- العاسمي، رياض والغريز، أحمد (٢٠١٢). التشخيص النفسي، الرياض: دار إثراء.
- ٧- الغريز، أحمد وعود، بلال (٢٠١٠). سيكولوجية أطفال التوحد. عمان: الأردن، دار الشروق.
- ٨- المجلس الأعلى للأشخاص المعوقين (٢٠١٤). قانون رعاية الأشخاص المعوقين، الجريدة الرسمية عمان: الأردن، العدد٥.

- 1- American Psychiatric Association (2012). **Report Autism, USA**
- 2- Anderson, D.Ling, J.W & Lord, C. (2014). pedicuring young adult outcome nongenre and less cognitively able individuals with autism spectrum disorder. **Journal of child phycology and psychiatry, 55**, Willy. O.L
- 3- Altman, D & Bland, J (1994). Diagnostic tests 2: predictive values. *British Medical Journal*. 309:102.
- 4- American Psychiatric Association, (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 www.DSM5.org.
- 5- Anastasi P. Psychological Testing'. 5th Edition, publishing, Co. Inc., New York. 1982
- 6- Colleen, M, Harker, M. & Wendy L. (2014). Caparison of the Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder across DSM-5, DSM-IV-TR, and the Individuals with Disabilities Act (IDEA) 3 Definition of Autism. *Early Autism Detection and Intervention*. University of Washington .

- 7- Eric, &Gorry, (2013).Diagnosis and Assessment in Autism.
- 8- Fein,D et,al.(2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. Journal of child psychology and psychiatry, 64.
- 9- Guthrie,W. Et,al(2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. Journal of child psychology and psychiatry, 64
- 10- Hallahan,D & Kauffman, J(1998) Exceptional children , Hall-inc Englewood , cliffs ,NewJersy USA.
- 11- Hiss,G.R&Lande, R.J.(2012)predictive and concurrent validity of parent concern about young children at risk for autism . Journal of autism and developmental Disorders.42.
- 12- Howe,Micheal,j.A(1997),I.Q unquestioned Truth About Intelligance, SAGE, Publilian LTD,GBon Hill,St, London,ECSA.
- 13- Jeinefer.S,et,al(2015),Training teacher by autism behavior assessment, education facility ,florida univ, usa, master degee.
- 14- Kristine M. Kulage, Arlene M.Smaldone, Elizabeth G.Cohn.(2014); How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders, DOI:
- 15- Maenner M, Rice C, Arneson C, et al. . (2014). Potential Impact of DSM-5 Criteria on Autism Spectrum Disorder Prevalence Estimates. JAMA Psychiatry.
- 16- (NCR)National Research Council(2011), report Autism
- 17- Leblan,R.(2017):Autism Guide, Diagnosis and rehabilitation , DSM_5 USA.

Abstract

The present study aimed to identify the reality of assessment and diagnosis of autistic children in the Arab world from the point of view of experts and specialists through a sample survey consisting of 101 experts and specialists from Arab countries working in institutions and hospitals and centers dealing with the diagnosis and treatment of autism. A measurement tool designed for study purposes is directed at the sample of the study and the form of autism diagnosis centers and the reports issued by the centers, which were presented to experienced arbitrators, with a high degree of honesty (85%) and stability(88%).

The results of the study pointed to the importance of evaluation and diagnosis of autistic children, although the results showed that the efficiency and effectiveness of diagnosis of autism is below the required level compared to international standards in diagnosis, in addition to the lack of specialized staff in diagnosis and the lack of adequate tests and that a good proportion of Diagnosis errors in the issued reports The method adopted in the diagnosis of autistic children is traditional and is not updated and is not within the international quality standards. The results indicated that there is a degree of moderate satisfaction about the mechanism and procedures of diagnosis, and recommends the researcher to develop a clear mechanism and methodology within the criteria In the evaluation and diagnosis of the children of autism and support centers for diagnosis of trained and qualified personnel, and agree on a unified Arab approach in the diagnosis of autism in various components, levels and classifications.