

العنوان:	معايير الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) : دراسة تقنية
المصدر:	مجلة كلية التربية
المؤلف الرئيسي:	الشمري، طارش بن مسلم سليمان
مؤلفين آخرين:	قراقيش، صفاء رفيق(مشارك، م . مشارك)
المجلد/العدد:	ع 34, ج 1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2010
الناشر:	جامعة عين شمس - كلية التربية
الصفحات:	285 - 324
رقم MD:	106349
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الاطفال التوحيديون، الصورة الذهنية ، العالم العربي ، القياس النفسي ، مرض التوحد ، مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) ، امراض الاطفال ، اكااديمية التربية الخاصة ، معاهد التربية الفكرية ، الرياض، جدة ، المنطقة الشرقية ، السعودية
رابط:	https://search.mandumah.com/Record/106349

معايير الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد

الطفولي (CARS): دراسة تقنية*

د. طارش بن مسلم الشمري

أ.د. زيدان أحمد السرطاوي

د. صفاء رفيع قراقيش

قسم التربية الخاصة - كلية التربية جامعة الملك سعود - الرياض

المقدمة

لقد اقتصر تشخيص التوحد بين الأطفال تاريخياً على الأحكام التي يصدرها الإكلينيكيون، حيث قام عليها في أغلب الأحيان أخصائيو الطب النفسي والأخصائيون النفسيون ممن لديهم خبرة مكثفة من واقع عملهم مع هذا المجتمع.

وتعتبر أكثر الوسائل مناسبة في الوقت الحاضر للاستخدام في التعرف على أفراد التوحد قوائم ومقاييس التقدير. وتمتاز هذه الوسائل بعدد من الميزات حيث تسمح بمشاركة أكبر من الوالدين، والمعلمين، والعاملين الآخرين ممن لديهم ثراً غير مباشر على عملية التشخيص. وعلى عكس أساليب التشخيص الإكلينيكية، تتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للاستخدام وبمعايير ودرجات كمية، وهكذا يمكن أن يتم تقييمها سيكومترياً.

ويمثل تشخيص التوحد لدى الأطفال تحدياً خاصاً للأخصائيين النفسيين والمهنيين الآخرين ممن يتعاملون مع اضطرابات الطفولة. إذ تظهر صعوبة ذلك في التعرف والتصنيف الدقيق للتوحد لأن أعراضه تظهر بدرجات متفاوتة وغالباً ما تتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى من مثل: زملة ريت، زملة اسبيرجر، واضطراب الطفولة التفككي (سليمان، ٢٠٠٢، ص ٢٩).

وهكذا قد يخفق الإكلينيكيون في تحديد ما إذا كان الأطفال توحيديين، أو قد يذهبون إلى تصنيف الأطفال كتوحيديين في حين قد تستوجب الحالة تشخيصاً آخر أكثر ملاءمة. فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقلياً الذي يظهر بعضاً (وليس جميع) من أعراض التوحد قد تشخص حالته على أنه توحيدي وذلك بالاعتماد على سمة أو سمتين منفصلتين (مثل سلوك الاستثارة الذاتية، مقاومة التغيير والمحافظة على استمرار الأشياء في البيئة على ما هي عليه). وحيث أن مصطلح التوحد

* بحث مدعوم من مركز البحوث بكلية التربية بجامعة الملك سعود.

قد صادف اهتماماً شعبياً واسعاً، نجد أن الأخصائيين الإكلينكيين قد يميلون إلى استخدام هذا المصطلح عند تشخيص الحالات بشكل متسرع. في حين أكد الباحثون بأن تشخيص التوحد يجب أن يعتمد على تقييم دقيق وموضوعي (Reichler, Schopler, DeVellies & Daly, 1980). وعلاوة على ذلك فإن الاستخدام غير الفارق للمصطلح لا يعيق حركة الوالدين والعلاج المناسب فقط ولكنه يعيق أيضاً قضايا البحث ويؤثر عليها سلباً.

ولقد طور مقياس تقدير التوحد الطفولي والمشمتم على خمسة عشر مجالاً للتقدير السلوكي بهدف التعرف على الأطفال الذين لديهم توحد، والتفريق بينهم وبين الأطفال الذين لديهم إعاقات نمائية بدون توحد. وعلى وجه الخصوص، يساهم هذا المقياس بفعالية في التفريق بين الأطفال التوحديين والأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط (Morgan, 1988. Teal and Wiebe, 1986) كما أن هذا المقياس يفرق أيضاً بين الأطفال الذين تكون درجة التوحد لديهم ما بين البسيط والمتوسط وأولئك الأطفال الذين تقع درجة التوحد لديهم ما بين المتوسط والشديد.

وقد تم بناء هذا المقياس للمرة الأولى منذ ما يزيد على أربعين سنة، Reichler and Schopler (1971)، لتمكين الاختصاصيين العياديين من الحصول على تشخيص موضوعي لاضطراب التوحد باستخدام نموذج سهل الاستخدام.

ولا بد من الإشارة إلى أن هناك العديد من أنظمة وأدوات تشخيص التوحد التي تختلف بشكل بسيط عن هذا المقياس قد تم نشرها. ولكن اختيار البنود الخمسة عشر للمقياس المتضمنة في هذه الطبعة جاء بناءً على مدى ثباتها وتوافقها مع أهم خمسة أنظمة تشخيصية أساسية للتوحد، مما سيمكن المستخدم من المقارنة التقريبية لتقديرات مقياس تقدير التوحد الطفولي بناءً على هذه الأنظمة التشخيصية الخمسة. وللخصائص الكثيرة التي يتميز بها مقياس تقدير التوحد الطفولي سعى الباحثان إلى ترجمته وتعريبه وتقنيته للبيئة العربية وذلك لعدم توفر أدوات مقننة في الوقت الراهن يمكن استخدامها في هذا المجال من قبل المتخصصين للتعرف على فئة التوحد وتشخيصها.

مشكلة تشخيص فئة التوحد:

إن عدم الثبات باستخدام المعايير التشخيصية والارتباك الحاصل في تشخيص التوحد يعتبر من أهم المشكلات التي تواجه العاملين في مجال التوحد، وسبب ذلك هو أن خصائص أو صفات الاضطراب غالباً ما تتداخل مع اضطرابات أخرى. ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة من

مصادر متعددة ذات صلة وثيقة بالأطفال لكي يتم تشخيصهم وتمييزهم عن الأطفال الآخرين ممن لديهم اضطرابات نمائية أخرى.

وقد شهدت السنوات الأخيرة قبولاً متزايداً للمعايير التشخيصية السلوكية كتلك المعايير المتمثلة في مقياس تقدير التوحد الطفولي، كما أن هناك تزايداً في الاعتماد على نتائج الأبحاث التجريبية لقبول أو رفض المعايير التشخيصية. وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات التي لا تزال قائمة بين مختلف العاملين والمهنيين، إلا أن التوجه نحو التجريبية ساهم بشكل كبير، كما أوضح شبلر (Schopler, 1983) في الاتفاق على تشخيص التوحد، وفي الجهود نحو التوصل إلى إجراءات تشخيصية منتظمة.

وفي غياب توفر أدوات التشخيص المناسبة للتعرف على التوحد في البيئة العربية والخليجية عموماً (وفي المملكة العربية السعودية والكويت على وجه الخصوص) كانت الحاجة ماسة إلى تعريب وتقنين أداة مناسبة لتقدير التوحد تتمتع بدلالات صدق وثبات مناسبة يطمئن إليها في التعرف على أطفال التوحد وتقدير مستوى الحالة لديهم، واشتقاق معايير مناسبة يمكن الاعتماد عليها في تقديم الخدمات التربوية العلاجية المناسبة لهم، بالإضافة إلى استخدامها في إجراء الدراسات والبحوث العلمية في المجال.

هدف تقنين مقياس تقدير التوحد الطفولي:

يهدف الباحثان إلى اشتقاق معايير لكل من الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والذي يشتمل على خمسة عشر مجالاً للتقدير السلوكي والصورة المختصرة للمقياس، وذلك بهدف توفير أداة تتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة في المملكة العربية السعودية والكويت بشكل خاص والبيئة الخليجية والعربية بشكل عام. ولتحقيق هذا الهدف يجب التعرف على:

- الخصائص السيكومترية التي تتمتع بها الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة للمقياس في البيئة السعودية والكويتية.
- المعايير المناسبة للحكم على وجود التوحد ودرجته.

المصطلحات المستخدمة

التوحد:

يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC, 1978) الأكثر قبولاً بين المهنيين. إذ يشير إلى أن التوحد اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية الأساسية

للتوحد يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى عمر (٣٠) شهراً على أن يتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراباً في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراباً في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- اضطراباً في القلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

الصورة العربية للمقياس:

يقصد بها مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale (CARS) والذي طوره شبلر وآخرون (Schopler et al. 1980)، وقام الباحثان بترجمته إلى اللغة العربية. ويتألف من خمس عشرة فقرة تضمنت كل فقرة منها أربعة تقديرات متدرجة من ١- ٤ مع إعطاء وصف للسلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقدير المناسب منها للطفل، حيث يشير الرقم ١ إلى أن السلوك عادي، في حين تشير التقديرات الأخرى إلى أن السلوك يتراوح من كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي، ويمكن إعطاء تقديرات بينية عند الصعوبة في تحديد إحدى التقديرات السابقة، مثل ١,٥، ٢,٥، ٣,٥، وسوف يستخدم مصطلح الصورة العربية للمقياس في هذه الدراسة مرادفاً لمقياس تقدير التوحد الطفولي.

الصورة المختصرة للمقياس:

صورة مختصرة تم إعدادها من قبل الباحثين بصيغة عبارات وفق طريقة ليكرت مع محافظة كل عبارة من العبارات الخمسة عشر التي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي نقيسه من جهة وعلى التقديرات التي تبناها المقياس من جهة أخرى، ولكن دون تقديم وصف للسلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند تقدير سلوك الطفل كما هو الحال في المقياس الأصلي ودليله، بحيث يمكن استخدام الصورة المختصرة لإجراء مسح تشخيصي أولي سريع.

مميزات مقياس تقدير التوحد الطفولي

إن تركيز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلاً من التركيز على الاعتقاد أو الحكم العيادي جعل من الممكن الانتقال بالتشخيص من المجال الخاص بالهيمنة الإكلينيكية أو العيادية إلى مجال أقل تقييداً لأولئك المهتمين من الأفراد من مجالات مهنية مختلفة. إن

- التقدير يعتبر ذا أهمية كبيرة ومفيدة للتعرف على الأعراض السلوكية، أو للأغراض البحثية، أو من أجل التصنيف. ومن أهم مميزات مقياس تقدير التوحد الطفولي مقارنة بالأدوات الأخرى ما يلي:
- تضمين ودمج بنود تمثل معايير تشخيصية مختلفة وتوسيع مجال تعريف عرض التوحد القائم على المعلومات المستمدة من بحوث تجريبية متواصلة.
 - إن تطوير وتنقيح هذا المقياس يستند إلى أكثر من عقد من الزمان من استخدامه مع أكثر من (١٥٠٠) طفلاً.
 - إمكانية استخدامه مع الأطفال في مختلف الأعمار، بما في ذلك ممن هم في سن ما قبل المدرسة.
 - استبدال الأحكام الإكلينيكية غير الموضوعية بتقديرات موضوعية وقيمة مصدرها الملاحظة السلوكية المباشرة.
 - تعريف كل بند من بنود المقياس الخمسة عشر، ويتبع ذلك وصفاً للسلوك المراد ملاحظته، والاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تقييم السلوك ويلي هذه الاعتبارات التقديرات الأربعة وأمثلة لتوضيح الأسس التي يتم في ضوءها تحديد كل تقدير من تلك التقديرات على كل بند من تلك البنود.
 - وضع التقديرات على مقياس التوحد الطفولي من مصادر مختلفة للملاحظة مثل جلسات الاختبارات النفسية، والمشاركة الصفية، وتقارير الوالدين، وملفات تاريخ الحالة بشرط أن تشمل هذه المصادر على معلومات لإعطاء تقديرات على جميع بنود المقياس عند قيام المقيم بجمع المعلومات الضرورية.

الإطار النظري

سوف يتناول الإطار النظري الخاص بمقياس تقدير التوحد الطفولي العناصر التالية:

أولاً: علاقة المقياس بالمعايير والمقاييس التشخيصية الأخرى

يشتمل مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) على خمس عشرة فقرة جاءت حصيلة استخدام خمسة محكات تشخيصية مهمة للتوحد تمثلت في كل من: معايير كانر (Kanner, 1943) ونقاط كريك (Creak, 1961) وتعريف روتر (Rutter, 1978) ، وتعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC, 1978) ودليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها في طبعته الرابعة (DSM-IV, 1994).

د. طارش بن مسلم د. زيدان أحمد د. صفاء رفیق ٢٩٠ معايرة الصورة العربية لمقياس

وتتمثل الفقرات الخمسة عشر التي يتألف منها مقياس تقدير التوحد الطفولي في:

- الانتماء للناس
- التقليد والمحاكاة
- الاستجابة الانفعالية
- استخدام الأشياء
- استخدام الجسم
- التكيف مع التغيير
- الاستجابة البصرية
- استجابة الاستماع
- استجابة واستخدام الذوق والشم واللمس
- الخوف والقلق
- التواصل اللفظي
- التواصل غير اللفظي
- مستوى النشاط
- مستوى وثبات الاستجابة العقلية
- الانطباعات العامة

وإذا ناقشنا محكات التشخيص السابقة التي اعتمد عليها المقياس في تحديد الخصائص السلوكية

فإننا نجد بأن معايير كانر (١٩٤٣) تمثلت في:

- نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.
- الإصرار المفرط على الاحتفاظ بالمتلبي (ثبات البيئة).
- الانبهار الكبير بالأشياء، والتي عادة ما يمسك بها بمهارة حركية دقيقة.
- البكم أو اللغة التي تبدو أنها لا تخدم غرض التواصل بين الأفراد.
- إظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية والعقلية الجيدة والتي يمكن ملاحظتها من خلال الاستجابة المتعلقة بالذاكرة، خاصة لمن لديهم المقدرة على الكلام، وفي اختبارات الأداء لمن لا يستطيعون التحدث.

واقترح التقرير المعد من قبل فريق العمل البريطاني British Working Party بقيادة ميلدرو كريك (١٩٦١) قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين (فصام الطفولة) وقد تضمنت تلك القائمة:

- ضعف حاد ومستمر في العلاقات العاطفية.
- عدم إدراك الهوية الشخصية.
- التشبث والافتتان ببعض الأشياء رغم عدم استخدامها بصورة طبيعية.
- مقاومة التغيير.
- الخبرات الإدراكية غير العادية كالاستجابات القوية أو الضعيفة أو غير المتوقعة للاستشارة الصحية.
- قلق حاد ومتكرر وغير منطقي.
- الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام أو فقد للكلام.
- اضطراب في الأنماط الحركية.
- التخلف الشديد في مستوى الأداء العقلي المصحوب بفترات متقطعة من الأداء العادي أو القريب من العادي أو المرتفع أحياناً.

وتضم محكات تشخيص التوحد الطفولي التي وضعها الباحث الإنجليزي ميكال روتر Micheal (Rutter, 1978):

- ظهور الأعراض خلال الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل.
- ضعف النمو الاجتماعي.
- تأخر النمو اللغوي واضطرابه.
- الإصرار على ثبات البيئة وتماتها.
- في حين يتضمن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال للتوحديين (NSAC, 1978):
- اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو
- اضطراباً في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراباً في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- اضطراباً في التعلق أو الانتماء للناس والأدوات والموضوعات.

أما دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) فقد وضع تصنيفين للتوحد، الأول ويسمى التوحد الطفولي بوجود الأعراض كاملة،

والثاني التوحد الطفولي بالأعراض المتبقية.

وتتمثل المحكات التشخيصية للتوحد الطفولي ذي الأعراض الكاملة في:

- بدء العرض قبل سن ٣٠ شهراً.
 - عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
 - اضطراب شديد في النمو اللغوي.
 - أنماط كلام غريبة تحدث مثل تقليد الكلام المباشر (المصاداة) أو المتأخر أو قلب الضمائر.
 - استجابات غريبة لأبعاد مختلفة من البيئة مثل مقاومة التغيير، اهتمام غريب أو تعلق بموضوعات.
 - غياب الأوهام والهالوس وفقدان الترابط وغياب الكلام المفكك كما في الفصام.
- أما المحكات التشخيصية للتوحد الطفولي بالأعراض المتبقية فهي:
- الإصابة بالمرض سابقاً بما ينطبق على التوحد.
 - الصورة الإكلينيكية الحالية لا تطابق المحكات الإكلينيكية الكاملة للتوحد الطفولي (في القريوتي وآخرون ١٩٩٥ ص ٣٧٠).

وعلى الرغم من استخدام هذه الأنظمة للأغراض التشخيصية والبحثية، إلا أنه لم يرتبط أي منها بمقياس تقديري أو قائمة شطب. وحيث نجد أن هذه الأنظمة الخمسة تتداخل فيما بينها فيما يخص الخصائص الأساسية للتوحد إلا أن بينها فروقاً مهمة. فعند تطوير ريشلر وشيلر (Reichler and Schopler, 1971) التقديرات التشخيصية كان تعريف كانر (Kanner, 1943) بمثابة النظام الأساسي لتشخيص التوحد. وبعد ذلك تبعه نظام تشخيص آخر وهو نقاط كريك التسعة (creek, 1961) والذي كان يهدف إلى تعريف أوسع ليشتمل على فصام الطفولة. وتعتبر نقاط كريك التسعة من بين أول المعايير التي تعتمد على الملاحظات السلوكية بدلاً من الاعتماد على النظريات. ورغم ذلك، فإن نقاط كريك التسعة كان من الصعب استخدامها للأغراض البحثية وذلك نظراً لعدم إعطائهم أوزاناً قيمية على الإطلاق، كما أن غياب المفاهيم النمائية في تلك النقاط سبب صعوبة في استخدامها، خاصة مع الأطفال التوحديين مع الصغار، وعلى الرغم من أن نقاط كريك اشتملت على التوحد والفصام، إلا أن دي ماير وآخرين (De Myer, et al, 1971) ذكروا بأن نقاط كريك التسعة للفصام الطفولي تميل أكثر للتوحد بدلاً من الفصام عند استخدامها من قبل رملاند (Rimland, 1964). أما الأنظمة التشخيصية الثلاثة الأخرى فتعتبر حديثة المنشأ، كما أن الاختلافات بينها تعكس طبيعة الأهداف التي تطورت من

أجلها. فتعريف روتر (Rutter, 1978) قام في معظمه على تقييم عميق للبحوث التجريبية التي تم نشرها منذ ظهور أبحاث كانر وكريك.

ولقد طور تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC, 1978) بواسطة مجلس المستشارين المختصين المهنيين التابع لها تحت قيادة رتفو (Ritvo) بهدف بناء وتطوير سياسة اجتماعية وتشريع القوانين وتوعية العامة. كما تم تطوير الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) كنظام تصنيفي بواسطة الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية (APA). وفي المقابل يتضح أن هذه الأنظمة الثلاثة التشخيصية المذكورة أعلاه تتفق على ثلاث خصائص أساسية للتوحد وهذه الخصائص هي :

- حدوث الاضطراب في المراحل المبكرة من عمر الطفل (قبل ٣٦ شهراً).
 - ضعف عام (Pervasive) في الاستجابة للآخرين .
 - عجز في التواصل والوظائف المعرفية .
- وتعتبر الرغبة الملحة أو الشاذة أو التعلق غير العادي بالأشياء ومقاومة تغيير الأشياء والأنشطة المعتادة (الروتين) من الخصائص الأساسية في تعريف التوحد وذلك حسب الدليل التشخيصي والإحصائي وتعريف روتر (Rutter). أما بالنسبة لتعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين فيبرز أهمية خاصة الاضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية، على الرغم من أن هذه الخاصية يعتبرها دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها وتعريف روتر ذاتية ومنفصلة (Idiosyncratic). ولقد تم تصميم بنود ومجالات مقياس تقدير التوحد الطفولي بحيث يشتمل على هذه الأنظمة التشخيصية الخمسة. وفي القسم الخاص بمبررات المقياس التي سنأتي على ذكرها فيما بعد، فقد تم تقدير كل بند تبعاً لموافقته أو مطابقته لهذه الأنظمة الخمسة. ويمكن للمستخدم أن يقدر إلى أي مدى يمكن أن يكون الطفل توحدياً تبعاً للتعريفات الخمسة آنفة الذكر، وبهذا يكون قد أزال بعضاً من عدم الوضوح والارتباك المتعلق بالتشخيص والذي ربما لا يزال موجوداً في المجال. ويوجد عدد من الأدوات الأخرى المنشورة التي تستخدم لتقدير التوحد، ومن هذه الأساليب:
- أداة التقدير التي أعدها روتنبرج وآخرون (Ruttenberg, et al 1966) وتشتمل على ثمانية مقاييس (BRIAC) ، وتستخدم هذه الأداة لتقييم مدى فعالية البرامج العلاجية، ولكنها لم تصمم لتشخيص الأطفال.

- مقياس ملاحظة السلوك (BOS) Behavior Observation Scale والذي قام بتطويره فريمان وآخرون (Freeman et al., 1978).
- أداة مسح التوحد للتخطيط التربوي Autism Screening Instrument for Educational Planning (ASIEP)، أعدها كرج وآخرون (Krug et al, 1979).
- قائمة شطب ، نموذج إي ٢- (FORM E-2) والتي طورها ريملاندي (Rimland, 1964).

وعلى أي حال فقد أوضح باركس (Parks, 1983) في نقده لأنظمة التشخيص بأن الدراسات التي قيمت تلك الأدوات لم تتضمن في عيناتها أطفالاً غير مضطربين سلوكياً. ولهذا فإن الصدق الفارقي لم يتم إثباته، ولم يتم إيضاح كيفية تطبيق استخداماتها لتشخيص الأطفال بشكل فردي، ولهذا تم تصميم مقياس تقدير التوحد الطفولي لتتلافى نقاط الضعف هذه.

ثانياً: بنود المقياس ومبررات تضمينها

سوف نستعرض فيما يلي كل بند من بنود المقياس الخمسة عشر مع مبرر تضمينه في هذا المقياس (Schopler, Reichler, Devellis, and Daly, 1980) كما سنذكر علاقة كل بند بأنظمة التشخيص الخمسة التي سبق الحديث عنها، مع الإشارة إلى ما إذا كان البند أساسياً أو ثانوياً أو أنه لا ينتمي لأي من هذه الأنظمة التشخيصية.

١- الاهتمام للناس: (Relating to People)

إن العجز في هذا الجانب يعتبر من الخصائص الأساسية للتوحد في جميع الأدبيات التي تصف هذا الاضطراب، بما في ذلك أنظمة التشخيص الخمسة التي تم تمثيلها في هذا المقياس على النحو التالي: كانر (أساسي)، كريك (أساسي)، روتر (أساسي)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC) (أساسي)، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM VI) (أساسي).

٢- التقليد والمحاكاة: (Imitation)

لقد تم تضمين هذا البند في هذه الأداة نظراً لأن كثيراً من الأطفال الذين لديهم صعوبات لغوية شديدة، لديهم أيضاً مشكلات في المحاكاة اللفظية والحركية. ومنذ زمن طويل والمقدرة على التقليد تعتبر من الأسس الهامة لتنمية الكلام. كما أن التقليد مهارة ذات علاقة وطيدة بعلاج وتربية الأطفال الصغار. ولهذا تم تضمينها في مقياس تقدير التوحد الطفولي على الرغم من عدم اعتبار التقليد صفة أساسية للتوحد في أربعة من الأنظمة التشخيصية الخمسة: كريك (لم تضمن)، الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (ثانوية) ، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (لم تضمن)، وروتر (ثانوية).

٣- الاستجابة الانفعالية: (Emotional Response)

كان ينظر للتوحد منذ البداية على أنه اضطراب في التواصل العاطفي، وبالإضافة إلى ذلك فإن الاستجابات الانفعالية غير العادية وغير المرغوب فيها تعتبر وبشكل واسع على أنها من الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب. وعلاقة هذه الخاصية بالأنظمة التشخيصية الخمسة على النحو التالي: كريك (ثانوية) ، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية) ، كانر (أساسية) ، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (ثانوية) ، و روتر (أساسية).

٤- استخدام الجسم: (Body Use)

تعتبر الحركات الجسمية الغريبة خاصة تلك الحركات النمطية مثل رفرفة اليد والضرب الخفيف على الأشياء وملامستها والدوران من خصائص التوحد من وجهة نظر كثير من العياديين (الكلينيكين) والباحثين على حد سواء. ولقد تم تضمين استخدام الجسم وحركاته هذه في الأنظمة التشخيصية الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (ثانوية) ، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (ثانوية).

٥- استخدام الأشياء: (Object Use)

يرتبط الاستخدام غير المناسب للأشياء كالألعاب (Toys) والمواد الأخرى بالعلاقة غير المرغوب فيها للأفراد الآخرين. ومثل هذه السلوكيات تذكر كثيراً في التقارير العيادية الوصفية، وتصنف على أنها خاصة أساسية أو ثانوية في أنظمة التشخيص الخمسة على النحو التالي: كريك (ثانوية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (أساسية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (أساسية).

٦- التكيف مع التغيير: (Adaptation to Change)

إن الصعوبة في التكيف مع التغيير تعتبر خاصية أساسية أخرى للتوحد تمت ملاحظتها والتعرف عليها في البداية من قبل (كانر)، وتم تدعيمها بالبحوث التي تلت ذلك، كما تم تضمينها في معظم التعريفات الحديثة للتوحد. وعلاقة هذه الخاصية بأنظمة التشخيص الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (أساسية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية) وروتر (أساسية).

وتشتمل البنود الثلاثة التالية على مقاييس للاستجابات الحسية الغربية وغير العادية والتي يذكر بعض الباحثين التجريبيين أنها تعود إلى اختيارات مستقبل (Receptor) غير عادي (Goldfarb, 1965, Schopler, 1961).

وتوضح هذه الدراسات وجود تفضيل استقبالي قريب غير عادي للمثيرات اللسسية والشمية، بينما يكون هناك تقادي لمستقبلات المثيرات البصرية والسمعية البعيد. ولقد تعرف الباحثان اورنتر ورتفو (Ornitz and Ritvo, 1968) على العجز في الإدراك الحسي غير الثابت والذي له تأثير على جميع الأنظمة الحسية. وتعنى هذه البنود الثلاثة بالحساسية الزائدة في اختيار المثيرات (Overselection) والتي ذكرها الباحثان سكريمان ولوفاس (Schreibman and Lovas, 1973) ويشتمل بندان من هذه البنود الثلاثة على اثنتين من الإحساسات البعيدة، بينما يشتمل البند الثالث على الاستجابات الحسية القريبة وذلك نظراً لأهمية ذلك وتأثيره المباشر على القياس والتخطيط التربوي.

٧- الاستجابة البصرية: (Visual Response)

يلحظ لدى الأطفال التوحديين تقادي التواصل البصري (Eye Contact) أثناء التفاعلات الشخصية. والسؤال حول ما إذا كان عدم التواصل العيني يشمل أيضاً الألعاب أو الأشياء الأخرى لا زال تحت البحث والدراسة، مما يجعلنا نضمّنه في هذه الأداة، ووضع هذه الخاصية في أنظمة التشخيص الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (أساسية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (ثانوية).

٨- الاستجابة الاستماعية: (Listening Response)

هذا البند معني بتقادي المستقبلات السمعية البعيدة التي سبق ذكرها. إن الوظائف التعليمية التي يقيسها هذا البند لها أهمية واضحة فيما يتعلق بتدريس مهارات الكلام أو مهارات التواصل البديلة. أما فيما يخص وضع خاصية الاستجابة الاستماعية في أنظمة التشخيص الخمسة فهي على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (لم تضمن)، كانر (ثانوية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (ثانوية).

٩- استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس: (Taste, Smell and Touch Response)

(and use

لقد تم تضمين هذا البند لقياس ما يذكر كثيراً حول الانشغال غير العادي بوضع الأشياء في الفم، ولعقتها، وشمها وحك الأشياء بالإضافة إلى ردود الفعل الغربية تجاه الأكم والتي تلاحظ أحياناً لدى

الأفراد التوحديين. ويتضح وضع هذه الخاصية في أنظمة التشخيص الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (لم تضمن)، كانر (ثانوية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (ثانوية).

١٠ - الخوف أو القلق - العصبية-: (Fear or Nervousness)

على الرغم من أن الخوف غير العادي أو الذي يتعذر فهمه وشرحه ليس خاصية أساسية للتوحد بوجه عام، إلا أن مثل هذا السلوك يحدث بشكل متكرر وبدرجة يستوجب تضمينه في هذا البند. وتتمثل علاقة هذا السلوك بأنظمة التشخيص الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسي)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (لم يضمن)، كانر (ثانوي)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (ثانوي)، و روتر (ثانوي).

١١ - التواصل اللفظي: (Verbal Communication)

يقيس هذا البند مستوى اللغة التوحدية والتي تتدرج من البكم إلى الاستخدام الغريب وغير المفهوم للغة. ويصنف سلوك التواصل اللفظي من ضمن الخصائص الأساسية للتوحد في معظم التعريفات، وخاصة في الأنظمة التشخيصية الخمسة كما يتضح فيما يلي: كريك (أساسي)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسي)، كانر (أساسي)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسي)، و روتر (أساسي).

١٢ - التواصل غير اللفظي: (Nonverbal Communication)

يقيس هذا البند استخدام الطفل أو استجابته للحركات والإشارات وأنواع التواصل غير اللفظي الأخرى. كما يفيدنا هذا البند في قياس القدرات التواصلية غير اللفظية لدى الطفل. يتضح وضع خاصية التواصل غير اللفظي في الأنظمة التشخيصية الخمسة على النحو التالي: كريك (ثانوية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (أساسية)، كانر (ثانوية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (أساسية)، و روتر (أساسية).

١٣ - مستوى النشاط: (Activity Level)

على الرغم من أن مستوى النشاط غير العادي لا تعتبر خاصية أساسية للتوحد بوجه عام، إلا أن مستوى النشاط غير العادي كثيراً ما يلاحظ لدى الأطفال التوحديين. وتكمن إضافة هذا الخاصية في هذا المقياس لما لذلك من أهمية في تنظيم وترتيب بيئة الطفل التعليمية. أما فيما يخص وضع هذه الخاصية في الأنظمة التشخيصية الخمسة فهي على النحو التالي: كريك (لم تضمن)، الدليل

التشخيصي والإحصائي الرابع (لم تضمن)، كانر (لم تضمن)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (ثانوية)، و روتر (لم تضمن).

١٤ - مستوى وثبات الاستجابة العقلية (الفكرية) Level and Consistency of Intellectual Response

يعتبر هذا البند بمثابة امتداد لأحد خصائص التوحد الأساسية عند "كانر" لتشمل قياس التخلف العقلي أو أي عدم توازن في الوظائف العقلية. ووضع هذه الخاصية حسب الأنظمة التشخيصية الخمسة على النحو التالي: كريك (أساسية)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (ثانوية)، كانر (أساسية)، تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (ثانوية)، و روتر (ثانوية).

١٥ - الانطباعات العامة: (General Impressions)

يقيس هذا البند تقدير درجة التوحد بوجه عام خلال فترة ملاحظة الطفل. ويشتمل على أحكام وتقديرات قيمية ونوعية لجميع السلوكيات التي تم ملاحظتها خلال فترة التشخيص. ويتم عمل هذا التقدير قبل جمع درجات الأربعة عشر بنداً المذكورة سابقاً.

ثالثاً: مستخدمو مقياس تقدير التوحد الطفولي

بالإضافة إلى تقييم استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي لعملية استخدامه فقد عملوا أيضاً على التحقق من مدى صدق هذا المقياس كأداة فرز عند استخدامها من قبل مختلف الأفراد ذوي الخبرة والمهتمين والذين ليس بالضرورة أن يكونوا متخصصين في القياس التربوي. وتؤكد المحاولات والتجارب التي تمت في برنامج علاج وتربية التوحديين والأطفال ذوي إعاقة التواصل ذات الصلة (TEACCH) أنه بالإمكان تدريب مختصين ممن لديهم قدر محدود من الخبرة والتدريب في مجال التوحد، ومعلمي التربية الخاصة، والمرشدين الطلابيين، ومعالجي النطق، واختصاصي السمع على تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي من خلال التعليمات المكتوبة أو من خلال مشاهدة "فيلم" تدريبي يوضح كيفية استخدام هذا المقياس. وعلى الرغم من أنه يمكن الحصول على تقديرات مقياس تقدير التوحد الطفولي في مواقف مختلفة مثل مقابلة الوالدين، أو الملاحظة الصفية أو مراجعة تاريخ الحالة، إلا أنه من الضروري أن نضع بعين الاعتبار أن هذه الأداة لا ينتج عنها بالضرورة تشخيص متكامل.

إن هذا الأمر يرجع إلى وجود عوامل أخرى مثل المشكلات السلوكية لدى الحالة، والأعراض الطبية، والخصائص الفريدة الخاصة بكل حالة. ومن هنا تتضح أهمية تقييم مثل هذه العوامل بواسطة أدوات إضافية مثل القياس النفس تربوي (Schopler, Reichler, Bashford and Marcus 1990) وإجراءات تشخيصية خاصة.

رابعاً: استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي مع المراهقين والكبار

في حالة تشخيص الطفل على أنه توحد سيبقى على ذلك التشخيص طوال حياته. ولكن في بعض الأحيان من الضروري تقييم المراهقين والكبار الذين لم يسبق تشخيصهم كتوحديين. ويمكن استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي لهذا الغرض (Garfin, McCallon, and Cox, 1988, Van Bourgondien, and Mesibov, 1993) ولقد قام كل من ميسوبف وشبلر وسكافر ولاندرس (Mesibove, Schopler, Schiffer and Landrus, 1988) بالتعرف على (٥٩) فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-١٨ سنة في برنامج TEACCH ممن طبق عليهم مقياس تقدير التوحد الطفولي وتم تشخيصهم على أنهم توحديون قبل سن عشر سنوات. ولقد تم تطبيق المقياس عليهم مرة أخرى بعد بلوغهم سن (١٣) سنة) وأوضحت درجات المقياس أن هناك ميلاً نحو انخفاض التقديرات مع مرور الزمن. وكان متوسط الانخفاض الذي توصل إليه الباحثان (٢,٢) نقطة. وعندما تم تعديل الدرجة الحدية (٣٠) التي كانت تستخدم لتحديد ما إذا كان الأطفال لديهم توحداً بدرجة بسيطة أو متوسطة لتصبح (٢٨) عند تقدير الأفراد التسعة والخمسين، اتضح أن (٥٤) فرداً منهم أي ما نسبته (٩٢%) قد تم تشخيصهم بأن لديهم توحداً وذلك بالاعتماد فقط على تقييمهم للمرة الثانية بواسطة مقياس تقدير التوحد الطفولي.

ومن المحتمل أن الانخفاض في درجات هؤلاء الأفراد يعكس تأثير أساليب التدخل التي يستخدمها برنامج (TEACCH) أو غيرها من الأساليب العلاجية أكثر من كونها راجعة إلى تغيير نمائي. ورغم ذلك إلا أنه عندما يستخدم مقياس تقدير التوحد الطفولي مع الأفراد المراهقين والراشدين، فإنه يفضل استخدام الدرجة الحدية (٢٨) كمعيار لوجود التوحد، كما يفضل استخدام الدرجة الحدية (٣٥) كمعيار للتفريق بين التوحد المتوسط والشديد. وكما هو الحال مع الأطفال، فإن تشخيص التوحد لدى المراهقين والراشدين ما هو إلا نقطة البداية لإجراءات القياس والتقييم الفردي لهم.

تقييم المقياس Evaluation of the Scale

سوف يتم استعراض صدق وثبات مقياس تقدير التوحد الطفولي في صورته الأصلية أولاً، ومن ثم دلالات صدقه وثباته في صورته العربية.

صدق وثبات المقياس في صورته الأصلية

منذ عام ١٩٧٠ إلى عام ١٩٨٠ ومقياس تقدير التوحد الطفولي تحت مراجعة وتقييم دقيقين وصارمين بهدف التحقق من ثباته وصدق. لقد تمت التقديرات لبنود هذا المقياس خلال جلسات تطبيق المقياس النفس تربوي (Psycho educational Profile (Dep) (Schopler and et al, 1990) في كل أول جلسة تشخيصية لـ ٥٣٧ حالة. وعقدت جلسات التشخيص هذه في المراكز الإقليمية الخمسة في غرفة مجهزة للملاحظة بحيث تتيح الملاحظة والاستماع من خلال زجاج عاكس. وقام الملاحظون بمراقبة الجلسات من خلال المرآة العاكسة ووضعوا تقديراتهم بعد كل جلسة مباشرة وسنلقي الضوء على نتائج هذه الدراسة عند الحديث عن ثبات وصدق الأداة.

كما أجريت العديد من الدراسات خلال الفترة من عام (١٩٨١م) إلى عام (١٩٨٣) لتقييم الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي. وتم ذلك من خلال تقييم مجموعات من الحالات في ظروف ومواقف مختلفة بواسطة مهنيين من تخصصات مختلفة وذلك بهدف معرفة مدى ملاءمة المقياس للمهنيين خارج مجال التوحد والذين يحتاجون لاستخدام هذا المقياس كأداة فرز تحت ظروف مختلفة عن تلك التي في العيادات والمراكز. وسنستعرض أيضاً تحليلاً لصدق وثبات المقياس في هذه الحالات فيما يلي:

الصدق (Validity)

من أنواع الصدق التي تحققت للمقياس في صورته الأصلية:

١) الصدق المعياري (صدق المحك) : (Criterion related Validity)

لقد تم حساب الصدق المعياري لمقياس تقدير التوحد الطفولي من خلال المقارنة بين المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها خلال نفس جلسات التشخيص. لقد كانت نتيجة الارتباط ($r = 0.84, P > 0.01$)، مشيرة بذلك إلى أن مقياس تقدير التوحد الطفولي يتمتع بدرجة صدق عالية عند المقارنة بالتقديرات الإكلينيكية المعيارية. ولزيادة التأكد من الصدق المعياري للمقياس، فقد تم تقييم العلاقة الارتباطية بين المجموع الكلي للدرجات وتقديرات إكلينيكية

مستقلة قام بها اختصاصي علم نفس أطفال، وطبيب نفسي أطفال. ولقد حصلنا على معلوماتهما التقديرية من خلال ملفات التحويل ومقابلات الوالدين ومقابلات غير رسمية وغير منظمة مع الطفل. وكانت نتيجة الارتباط ($r = 0.80$ ، $P > 0.01$) وهذا يوضح مرة أخرى أن نتائج استخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي تتفق مع الأحكام الإكلينيكية ذات الخبرة المتخصصة.

٢) صدق المقياس في مواقف بديلة

إن ظروف وإجراءات الجهات الإكلينيكية تختلف من جهة إلى أخرى ومن موقف إلى آخر في تشخيص وتقييم الأطفال، وهذا يجعل من الضروري التأكيد على أهمية كون مقياس التقدير صادقاً حتى في حالة اختلاف المواقف والظروف. وبما أن تطوير مقياس تقدير التوحد الطفولي طور أصلاً من أجل أن يستخدم في الفصل خلال تطبيق المقياس النفس تربوي (PEP)، فإن جميع الأطفال الذين تم تقييمهم في برنامج علاج وتربية التوحديين والأطفال ذوي إعاقة التواصل ذات الصلة تلقوا تقديرات عن طريق ملاحظتهم خلال جلسات تطبيق المقياس المذكور. ولزيادة درجة صدق مقياس تقدير التوحد الطفولي في مواقف غير تلك التي يتم فيها تطبيق المقياس النفس - تربوي، فقد تم تقييم مجموعات مختلفة من الأطفال بناءً على معلومات من خلال ذلك المقياس، وأثناء المواقف التالية:

- مقابلة الوالدين.
 - الملاحظة الصفية.
 - مراجعة ملفات وتاريخ الحالة.
- ولقد تمت مقارنة نتائج كل موقف بهدف معرفة الصدق المعياري لكل موقف من هذه المواقف. ولقد تم تقدير وتقييم (٤١) طفلاً على مقياس تقدير التوحد الطفولي بواسطة معالج قام بمقابلة الوالدين لمدة ساعة تقريباً في اليوم المخصص لتشخيص الطفل وذلك لمناقشة سلوكه. وعند مقارنة المجموع الكلي لدرجات مقياس تقدير التوحد الطفولي التي تم الحصول عليها من خلال مقابلة الوالدين مع المجموع الكلي لدرجات مقياس تقدير التوحد الطفولي التي تم الحصول عليها من خلال جلسات تطبيق المقياس النفس - تربوي، اتضح أن متوسط (mean) الدرجات للموقفين كان على النحو التالي:
- مقياس النفس - تربوي (٣٢,٧٤).
 - المقابلات (٣٣,٦٧).

وهذا يوضح عدم وجود فروق ذات دلالة بين الموقفين ($t = 1.26$ ، $P < 0.1$)، كما يتضح أن هناك اتفاقاً جيداً ($r = 0.82$ ، $P > 0.01$) وكذلك اتضح أن هناك اتفاقاً بلغ (٩٠%) من الحالات

فيما يتعلق بالفرز التشخيصي (Diagnostic Screening) لمقياس تقدير التوحد الطفولي في موقفي تطبيق المقياس النفس - تربوي ومقابلة الوالدين.

ولقد بلغ معامل ارتباط " كابا " والذي يعمل على تصحيح النسبة عن طريقة الصدفة (٠,٧٥) ، وهذا يوضح أنه بالإمكان الحصول على تقديرات صادقة لمقياس تقدير التوحد الطفولي والفرز التشخيصي من خلال المعلومات التي تم جمعها أثناء مقابلة الوالدين.

ومن جهة أخرى، فقد قام مقيمون مدربون بزيارة عدد من الفصول التابعة لبرنامج " علاج وتربية التوحدين والأطفال ذوي إعاقة التواصل ذات الصلة " وإجراء ملاحظات لمدة تراوحت ما بين ساعة إلى ساعتين لعشرين طفلاً ممن تمت جدولتهم لتطبيق مقياس نفس - تربوي عليهم في عيادات البرنامج. وأتضح مرة أخرى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة بين متوسط التقديرات المعتمدة على ملاحظات الفصل وتلك التي تمت أثناء تطبيق المقياس النفس - تربوي. ولقد كانت النتيجة على النحو التالي:

- متوسط التقديرات المعتمدة على الملاحظات الصفية = ٣٤ر٤٨ .
- متوسط التقديرات المعتمدة على الملاحظات أثناء تطبيق المقياس النفس - تربوي = ٣٢,٤٨ .
- ($x = 43.18$ ، $t = 1.05$ ، $P < 0.1$) وكان معامل الارتباط لهذه التقديرات ($r = 0.73$ ، $P > 0.1$) ، مما يشير إلى اتفاق جيد. وكذلك أوضحت النتائج وجود اتفاق نسبيته (٨٦%) من الحالات فيما يتعلق بالفرز التشخيصي لمقياس تقدير التوحد الطفولي في موقفي الملاحظات الصفية وتلك التي تمت خلال تطبيق المقياس النفس - تربوي، وبلغ معامل ارتباط " كابا " (٠,٨٦) ، وهذه النتائج تؤكد إمكانية الحصول على تقديرات صادقة وفرز تشخيصي مبني على الملاحظات الصفية للأطفال.

وأخيراً، فقد قام مقيمون مدربون بعمل تقديرات لمقياس تقدير التوحد الطفولي بالاعتماد على مراجعة ملفات التتبع التاريخي للحالات لوحد وستين طفلاً ممن سبق تقييمهم على مقياس تقدير التوحد الطفولي أثناء جلسات تطبيق المقياس النفس - تربوي. ومرة أخرى يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة بين هذين الموقفين في متوسط التقديرات، حيث ظهرت النتائج على النحو التالي:

- متوسط التقديرات من خلال الملاحظة أثناء تطبيق المقياس النفس - تربوي = ٣٢ر٣٤ .
- متوسط التقديرات من خلال مراجعة ملفات الحالات ($x = 32.47$ ، $t = 2.0$ ، $P < 0.1$) .

وكان معامل الارتباط لهذه التقديرات ($r = .82$ ، $P > .01$) مما يشير إلى اتفاق جيد. ولقد اتضح أن هناك اتفاقاً بلغت نسبته (٨٢%) من الحالات فيما يتعلق بالفرز التشخيصي لمقياس تقدير التوحد الطفولي المعتمد على مراجعة المعلومات السلوكية المتوفرة في ملف الحالة، وتلك الملاحظات التي تمت أثناء تطبيق المقياس النفس - تربوي، وقد بلغ معامل ارتباط "كابا" ($.63, 0$). إن هذه النتائج تؤكد إمكانية الحصول على تقديرات وفرز تشخيصي صادق لمقياس تقدير التوحد الطفولي من خلال مراجعة المعلومات السلوكية الموجودة في ملف الحالة.

٣) صدق تقديرات المهنيين في مجالات متعددة

في البداية طور مقياس تقدير التوحد الطفولي لاستخدامه من قبل المهنيين من ذوي الخبرة الطويلة في مجال التوحد، ولكن المقياس أيضاً يمكن أن يستخدم من قبل أولئك المهنيين في مجالات أخرى الذين لديهم خبرة محدودة مع التوحد، ويجدون في المقياس فائدة في فرز الأطفال ومعرفة ممن يحتاج منهم إلى تقييم وعلاج بواسطة الخبراء في المجال. ومن أجل معرفة مدى صدق تقديرات مقياس تقدير التوحد الطفولي التي قام بها مهنيون من المجالات ذات العلاقة، فقد تم تزويد هؤلاء المهنيين الذين كانوا يقومون بزيارات لمراكز التشخيص لإجراء ملاحظات للجلسات التشخيصية بمعلومات تعريفية بالمقياس وطلب منهم وضع تقديراتهم بناءً على ملاحظاتهم للسلوك أثناء جلسات تطبيق المقياس النفس - تربوي. كما طلب من الزائرين قراءة دليل مقياس تقدير التوحد الطفولي، وفي حالة توفر الوقت الكافي، يطلب منهم مشاهدة " فيلم " تدريبي يستمر لمدة (٣٠) دقيقة. ومن ثم تمت مقارنة تقديرات هؤلاء الزائرين بتلك التقديرات التي وضعها المدراء الإكلينيكيون لنفس جلسات التشخيص التي لاحظها الزائرون. ولقد أشتمل الثمانية عشر زائراً الذين شاركوا في هذه الدراسة على طلاب طب وطلاب امتياز طب الأطفال، ومعلمي تربية خاصة، ومرشدين طلابيين، ومعالجي نطق، واختصاصي سمعية. ولقد اتضح أن متوسط التقديرات التي توصل إليها الزائرون لا تختلف بدرجة ذات دلالة عن متوسط تلك التي توصل إليها المدراء الإكلينيكيون ذوي الخبرة في مجال التوحد عند قيامهم بملاحظة جلسات التشخيص التي لاحظها الزائرون. وكانت نتائج المتوسطات على النحو التالي:

- متوسط تقديرات الزائرين أثناء ملاحظاتهم لجلسات التشخيص = ٣٢,٤٦.
- متوسط تقديرات الإكلينيكيين الخبراء ($x = 33.15$ ، $t = .92$ ، $P < .10$) كما أن درجات مقياس تقدير التوحد الطفولي التي تم الحصول عليها من قبل الزائرين أظهرت ارتباطاً عالياً ذا دلالة مع تلك التي توصل إليها الخبراء الإكلينيكيون ($r = .83$ ، $P > .01$). وأيضاً وجد

اتفاق بلغت نسبته (۹۲%) فيما يتعلق بالفرز التشخيصي للفئات (Diagnostic Screening Categorization) الناتجة عن تقديرات مقياس تقدير التوحد الطفولي لمجموعتي المهنيين. كما أظهرت النتائج أن معامل ارتباط "كوبا" بلغ (۰,۸۱). إن هذه النتائج تؤكد إمكانية الحصول على تقديرات صادقة لمقياس تقدير التوحد الطفولي، وأن الفرز التشخيصي يمكن أن يتم من قبل المهنيين من المجالات ذات العلاقة والذين لديهم تدريب أو خبرة محدودة في مجال التوحد. وباختصار يمكن القول بأن المقياس في صورته الأصلية يتمتع بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري والصدق في مواقف بديلة بالإضافة إلى صدق تقديرات مهنيين من مختلف التخصصات على مقياس تقدير التوحد الطفولي. ويتمتع أيضاً بثبات مناسب تمثل في الثبات الداخلي وثبات المقيمين بالإضافة إلى الثبات قبل وبعد الاختبار.

الثبات : Reliability

من أنواع الثبات التي تحققت للمقياس في صورته الأصلية:

(۱) الثبات الداخلي (الاتساق أو التماسك الداخلي) (Internal Consistency Reliability):

تم حساب معامل ارتباط ألفا (Coefficient Alpha) بهدف قياس الثبات الداخلي لمقياس تقدير التوحد الطفولي. وقد كانت معامل ارتباط ألفا (۰,۴۹) مما يشير إلى درجة ثبات داخلي مرتفعة. وهذه النتيجة الإحصائية توضح إلى أي مدى يمكن للمقياس ككل أن يقيس ظاهرة موحدة بدلاً من العديد من المظاهر السلوكية غير المترابطة، وهذا يعطي مبرراً لدمج بنود المقياس الخمسة عشر في درجة واحدة نهائية، والتي من خلالها يتم التشخيص والتصنيف.

(۲) الثبات بين المقيمين : (Interpreter Reliability)

من أجل قياس الثبات بين المقيمين، تم حساب ارتباط درجات بنود فردية من قبل اثنين من الملاحظين المدربين المستقلين لما مجموعه ۲۸۰ حالة، وأتضح أن معدل الثبات بين المقيمين ۰,۷۱ وهذا يشير إلى درجة اتفاق جيدة بين الملاحظين. ويمكن الرجوع إلى الجدول رقم (۱) لمعرفة معامل الارتباط للثبات بين المقيمين لكل بند من بنود مقياس تقدير التوحد الطفولي.

(۳) الثبات عن إعادة الاختبار : (Test- Retest Reliability)

من أجل التأكد من ثبات القبلي والبعدي لمقياس تقدير التوحد الطفولي فقد تم مقارنة مجموعة الدرجات من تطبيقين في مواقف اختبارية منفصلة (حوالي سنة بين كل موقف اختباري) لـ (۹۱) حالة. وأشارت نتائج الارتباط بأن المقياس ثابت عبر الزمن. كما تم اختبار الدرجات الكلية

للتقييم السنوي الثاني والثالث بهدف استبعاد تأثير التحسن الذي غالباً ما يلاحظ على السلوك التوحدي خلال فترتي التقييم الأولى والثانية وبعد جهود العلاج المكثف الأولية. وكانت معامل الارتباط ($r = 0.1$ ، $P > 0.1$) والمتوسط للتقييم الثاني ($x = 31.5$)، وللتقييم الثالث ($x = 31.9$)، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة. إن هذه النتائج توضح أن مقياس تقدير التوحد الطفولي ثابت مع مرور الوقت (أو عبر الزمن) وعلاوة على ذلك، وحيث أن هذا المقياس أستخدم كأداة فرز تشخيصية للتفريق بين الأطفال التوحدين من مجموعات غير التوحدين، فقد تم تحليل البيانات لتقييم الاتفاق للاختبار وما بعد الاختبار للتصنيف التشخيصي. ولقد اتضح أن هناك اتفاقاً بنسبة ٨٢% لتشخيص المقياس بين التقييم الأول والثاني للحالات. وخلاصة القول: إن هذه المعلومات مجتمعة توضح أن ثبات الاختبار وما بعد الاختبار لهذا المقياس جيدة حتى مع مرور الوقت والذي قد يصل إلى سنة واحدة.

جدول رقم (١)

الثبات بين المقيمين للبنود الفردية

الرقم	البند	معامل الارتباط
١	الانتماء للناس	٠.٩٣
٢	التقليد والمحاكاة	٠.٧٩
٣	الاستجابة الانفعالية	٠.٧١
٤	استخدام الأشياء	٠.٧٠
٥	استخدام الجسم	٠.٧٦
٦	التكيف مع التغيير	٠.٦٣
٧	الاستجابة البصرية	٠.٧٣
٨	استجابة الاستماع	٠.٧١
٩	استجابة واستخدام الذوق والشم واللمس	٠.٧٨
١٠	الخوف والقلق	٠.٦٧
١١	التواصل اللفظي	٠.٦٩
١٢	التواصل غير اللفظي	٠.٦٢
١٣	مستوى النشاط	٠.٦٧
١٤	مستوى وثبات الاستجابة العقلية	٠.٥٥
١٥	الانطباعات العامة	٠.٧٦

($P > 0.1$) لكل بند

إجراءات التقنين

مجتمع التقنين:

يشتمل مجتمع التقنين على جميع التلاميذ التوحدين المسجلين في أكاديمية التربية الخاصة بالرياض، والتلاميذ التوحدين المسجلين ببرامج التوحد الملحقة بمعاهد التربية الفكرية التابعة لوزارة المعارف في المملكة العربية السعودية في كل من الرياض وجدة والمنطقة الشرقية، وكذلك جميع التلاميذ المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الملتحقين بتلك المعاهد.

عينة التقنين:

تألفت عينة التقنين من (٢٠٠) تلميذاً منهم (١٤٩) تلميذاً من التوحدين ممن تم تصنيفهم كأطفال توحدين بناءً على نتائج قائمة رملاند لتشخيص الاضطرابات السلوكية (Rimland, Form E-2) أو نتائج التشخيص الطبي، ممن يتلقون خدمات التربية الخاصة في أكاديمية التربية الخاصة وفي برامج الدمج الخاصة بفئة التوحد الملحقة بمعاهد التربية الفكرية في كل من الرياض وجدة والمنطقة الشرقية، بالإضافة إلى (٥١) تلميذاً من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الملتحقين بمعاهد التربية الفكرية والتلاميذ العاديين، ويوضح الجدول رقم (٢) عينة الدراسة حسب الجنس والعمر والمرحلة والمنطقة لفئة التوحد وفتي المتخلفين عقلياً والعاديين.

جدول رقم (٢)

عينة التقنين ونسبها المئوية وفق المتغيرات المختلفة (ن = ٢٠٠)

المتغير	مستويات المتغير	فئات الدراسة					
		توحد	النسبة	تخلف	النسبة	عاديون	النسبة
		١٤٩		٢٥		٢٦	
الجنس	ذكور	١٤١	٩٤٫٦	٢٥	١٠٠	١٢	٤٧
	إناث	٨	٥٫٢	٠	٠	١٤	٥٣
العمر	١٢ سنة فما دون	١٠٥	٦٩٫٤٤	٢٠	٨٧٫٣٣	٢٥	٩٦٫١٥
	١٣ سنة فأكثر	٤٤	٣٠٫٦٩	٤	١٦٫٦٧		٤٩
المرحلة	تدخل مبكر	٢٢	١٤٫٧٧	-	-	٦	٢٣٫٠٨
	لبتدائي	١٢٧	٨٥٫٢٣	٢٥	١٠٠	٢٠	
المنطقة	الرياض	٩٣	٦٢٫٤٢	١٩	٧٦	٢٦	١٠٠
التعليمية	جدة	٣٣	٢٢٫١٤	٦	٢٤	-	-
	الشرقية	٢٣	١٥٫٤٤	-	-	-	-

يوضح الجدول رقم (٣) الفئات العمرية لعينة التقنين، حيث تم تقسيم الأفراد إلى فئتين: فئة تلاميذ صغار ممن تقل أعمارهم عن ١٢ سنة، وفئة تلاميذ كبار ممن زادت أعمارهم عن ١٣ سنة. وذلك لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الدرجات التي تحصل عليها كل فئة منها. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن متوسط درجات فئة الكبار من تلاميذ التوحد كانت أقل وإن لم تكن دالة إحصائياً. ويظهر الجدول بان أعمار تلاميذ التوحد تراوحت ما بين (٤,١٦-١٨,٣٣) سنة وانحراف معياري ٣,٣٥، منهم ١٠٠ تلميذ ممن قلت أعمارهم عن ١٢ سنة، و٤٤ تلميذاً ممن زادت أعمارهم عن ١٣ سنة. أما التلاميذ المتخلفين عقلياً فقد تراوحت أعمارهم ما بين (٦,٥٧-١٤,٠٨) سنة وانحراف معياري ٢,١٢، منهم ٢٠ تلميذاً كانت أعمارهم أقل من ١٢ سنة و٤ تلاميذ زادت أعمارهم عن ١٣ سنة. أما التلاميذ العاديين فقد تراوحت أعمارهم ما بين (٣,٦٦-١٤) وانحراف معياري ٢,٥ سنة، جميعهم عدا تلميذ واحد فقط كانت أعمارهم أقل من ١٢ سنة.

جدول رقم (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار أفراد عينة التقنين من فئة التوحد والتخلف العقلي والعادين الصغار (١٢ سنة فأقل) والكبار (١٣ سنة فأكثر) ومدى الأعمار في كل مرحلة عمرية

الفئة	المرحلة العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	مدى الأعمار بالشهور
التوحد	أقل من ١٢ سنة	١٠٠	٨,٨٦	٢,٤١	١٢ - ٤,١٦
	١٣ سنة فأكثر	٤٤	١٤,٤١	١,٣٨	١٣ - ١٨,٣٣
	المجموع	١٤٤	١٠,٥٦	٣,٣٥	١٨,٣٣ - ٤,١٦
للتخلف العقلي	أقل من ١٢ سنة	٢٠	٩,٣٦	١,٥٧	١٢ - ٦,٧٥
	١٣ سنة فأكثر	٤	١٣,٤٣	٠,٦٧	١٣ - ١٤,٠٨
	المجموع	٢٤	١٠,٠٤	٢,١٢	١٤,٠٨ - ٦,٧٥
عاديون	أقل من ١٢ سنة	٢٥	٧,٥٣	٢,٣١	١٢ - ٣,٦٦
	١٣ سنة فأكثر	١	١٣	--	١٣ - ١٤
	المجموع	٢٦	٧,٧٤	٢,٥	١٤ - ٣,٦٦

مراحل تقنين الصورة العربية للمقياس

لقد مر تطبيق تقنين الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي بالمراحل التالية:

أولاً: التحقق من صدق وثبات المقياس

بعد أن قام الباحثان بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وعرضه على عدد من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود والأخذ بملاحظاتهم، تمت إعادة ترجمة الصورة العربية إلى اللغة الإنجليزية ومطابقتها مع النسخة الأصلية للمقياس. وقد مرت عملية التحقق من صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي على عينة من (١٠٥) تلاميذ منهم (٥٤) تلميذاً من فئة التوحد و(٢٥) تلميذاً من المتخلفين عقلياً و(٢٦) تلميذاً عادياً بالمراحل التالية:

المرحلة الأولى: الصورة المختصرة

بعد أن تم التحقق من صدق ترجمة فقرات المقياس من خلال ما أوضحتها ملاحظات المحكمين، طور الباحثان في البداية صورة مختصرة للمقياس حيث تم صياغتها على شكل عبارات مع محافظة كل عبارة على مضمون ما تقيسه في الصورة الأصلية للمقياس بحيث بنيت حسب طريقة ليكرت مع إبقاء التقديرات المترتبة من ١-٤ والتقديرات البينية التي تبناها صاحب المقياس، وطلباً من كل معلم ومعلمة في أكاديمية التربية الخاصة أن يقيم التلاميذ الذين يقوم بتعليمهم عليها وذلك بعد شهرين من بداية العام الدراسي. وقد بلغ عدد الحالات التي تم تقييمها على الصورة المختصرة (٤٣) حالة من حالات التوحد في الأكاديمية.

المرحلة الثانية: تطبيق المقياس قبل التدريب

بعد شهرين من تطبيق الصورة المختصرة تقريباً طلب الباحثان من المعلمين تطبيق المقياس المتضمن للفقرات الخمس عشرة التي تتضمن وصفاً للسلوكيات التي يجب أخذها بالاعتبار عند إعطاء التقدير على كل فقرة من الفقرات التي تضمنها المقياس قبل أن يتلقوا تدريباً على ذلك، وقد بلغ عدد الحالات التي تم تقييمها من قبل المعلمين قبل التدريب (٢١) حالة من تلاميذ الأكاديمية.

المرحلة الثالثة: تطبيق المقياس بعد التدريب

قام الباحثان مع بداية الفصل الدراسي الثاني بعقد عدة ورش عمل للمعلمين ومساعدتي المعلمين العاملين في الأكاديمية ومعاهد التربية الفكرية التي تتضمن برامج للتوحد في كل من الرياض وجدة والمنطقة الشرقية، وتم عرض أشرطة الفيديو المصاحبة للمقياس بهدف تدريبهم على كيفية استخدام نظام التقديرات والاعتبارات التي يجب مراعاتها عند التقدير. وقد طلب منهم تطبيق المقياس على التلاميذ الذين يقومون بتعليمهم، واخذ الاعتبارات التي تضمنها دليل المقياس عند القيام بالملاحظة بالإضافة إلى اعتماد التقديرات المعمول بها في المقياس، حيث يتوجب على

المقيم أن يقارن سلوك الطفل بقريته العادي الذي يماثله في السن. وعند ملاحظة تلك السلوكيات التي تعتبر غير عادية للطفل في مثل هذا العمر، يجب أن يضع بعين الاعتبار مدى غرابة وتكرار وشدة ومدة استمرارية تلك السلوكيات. وحيث أن بعض السلوكيات الناتجة عن التوحد الطفولي تشبه تلك السلوكيات التي تسببها اضطرابات الطفولة الأخرى، فمن الضروري أن يتم ببساطة تقدير درجة انحراف سلوك الطفل عن ما هو عادي، دون الخوض في شرح الأسباب التي أدت إلى ذلك السلوك.

ويتعين على القائم بالتقدير أن يستخدم نموذج الملاحظات المتضمنة في الدليل لمساعدته في وضع التقديرات الحقيقية لمقياس تقدير التوحد الطفولي، ومن ثم وضع التقديرات في نموذج تقديرات المقياس في الصفحة الأولى.

وتم التأكيد على قراءة وصف سلوكيات كل بند من بنود المقياس على حدة ومراجعتها مراجعة دقيقة قبل اتخاذ القرار بوضع درجة معينة. ولوضع درجات على مقياس تقدير التوحد الطفولي فإن كل بند من البنود الخمسة عشر يعطى تقديراً من (١ - ٤)، ويعني التقدير (١) أن سلوك الطفل يقع في المجال العادي أو الطبيعي للطفل العادي الذي يماثله في السن، ويعني التقدير (٢) أن سلوك الطفل الملاحظ غير عادي بدرجة بسيطة مقارنة بالأطفال الذين يماثلونه في السن، ويعني التقدير (٣) أن سلوك الطفل غير عادي بدرجة متوسطة لطفل في مثل سنه، أما التقدير (٤) فيعني أن سلوك الطفل غير عادي بدرجة شديدة لطفل في مثل سنه. وبالإضافة لهذه التقديرات الأربعة، فإن النقاط التي تقع في المنتصف بين كل تقدير وآخر مثل (١,٥)، (٢,٥)، (٣,٥) تستخدم عندما يبدو أن السلوك يقع بين فئتين من فئات التقدير. فعلى سبيل المثال إذا كان السلوك واقعاً بين غير عادي بدرجة بسيطة إلى غير عادي بدرجة متوسطة، فإن التقدير سيكون (٢,٥). ولهذا يتضمن المقياس سبعة تقديرات وهي على النحو التالي:

- ١,٠ : في المجال العادي أو الطبيعي لذلك العمر .
 - ١,٥ : غير عادي بدرجة بسيطة جداً لذلك العمر.
 - ٢,٠ : غير عادي بدرجة بسيطة لذلك العمر.
 - ٢,٥ : غير عادي بدرجة تتراوح ما بين بسيطة إلى متوسطة لذلك العمر.
 - ٣,٠ : غير عادي بدرجة متوسطة لذلك العمر.
 - ٣,٥ : غير عادي بدرجة تتراوح ما بين متوسطة وشديدة لذلك العمر.
 - ٤,٠ : غير عادي بدرجة شديدة لذلك العمر.
- وقد بلغ عدد الحالات التي تم تقييمها بعد التدريب من قبل المعلمين ومساعدتهم (٤٣)، منها (١٩) حالة تم تقييمها من قبل مساعدي المعلمين.

ثانياً: التقنين واشتقاق المعايير

بعد أن تم التحقق من صدق وثبات الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي قام المعلمون والمعلمون المساعدون باستكمال تطبيق المقياس على الحالات التي لم تشملها مرحلة التحقق من صدقه وثباته. وقد اشترك في عملية التقنين هذه معلمو ومعلمات الأطفال العاملين في مراكز التوحد في مناطق الرياض وجدة والدمام بالمملكة العربية السعودية. وقد بلغت العينة الكلية التي تم تطبيق المقياس عليها (٢٠٠) تلميذاً؛ منهم (١٤٩) تلميذاً توحدياً و(٢٥) تلميذاً متخلفاً عقلياً، و(٢٦) تلميذاً عادياً. ويوضح الجدول رقم (٢) الذي سبقت الإشارة إليه عينة التقنين موزعة حسب متغيرات الدراسة المختلفة.

النتائج

سوف يتم عرض النتائج الخاصة بصدق وثبات مقياس تقدير التوحد الطفولي التي توصلت لها الدراسة والنتائج التي تساعد في تحديد المعايير المناسبة التي تم اشتقاقها للصورة العربية للمقياس. أولاً: النتائج الخاصة بصدق وثبات الصورة العربية للمقياس

لقد طبق المعلمون ومساعدو المعلمين المقياس والصورة المختصرة خلال ثلاث مراحل على تلاميذ التوحد الملتحقين بأكاديمية التربية الخاصة، تمثلت في تطبيق للصورة المختصرة، والتطبيق قبل التدريب، والتطبيق بعد التدريب. حيث تم تطبيق المقياس في المرحلة الأخيرة من قبل المعلمين الذين تم تدريبهم على فئات الدراسة المتمثلة في التلاميذ التوحديين والمتخلفين عقلياً والعاديين، وذلك للتحقق من صدق وثبات الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة. وقد تمثلت النتيجة الرئيسية في تمتع الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة للمقياس بدلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة السعودية والكويتية، حيث تم التحقق منهما من خلال أنواع الصدق والثبات التالية:

الصدق:

١) صدق المحكمين:

تم عرض المقياس بعد ترجمته إلى اللغة العربية على سبعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بكلية التربية بجامعة الملك سعود للتحقق من صدق الترجمة، وذلك بمقارنة الترجمة بالصورة الأصلية للمقياس. وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم اعتماد الصورة النهائية للمقياس. وفي خطوة لاحقة طلب إلى أحد المتخصصين ممن يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية أن يعمل على إعادة الصورة المترجمة إلى اللغة الإنجليزية حيث تم التحقق من مدى اتفاقها من حيث المضمون من جهة واللغة من جهة أخرى.

(٢) الصدق التمييزي:

للتحقق من صدق الصورة العربية للمقياس وقدرتها على التمييز، تم تطبيقها على تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وقد جاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً على كل فقرة من فقرات المقياس مرتفعة ودالة عند ٠.٠١ كما يظهر في الجدول رقم (٤).

جدول رقم (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لكشف الفروق بين تقديرات المعتمين على فقرات الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي للتلاميذ التوحديين والمتخلفين عقلياً

الفقرة	التوحد		التخلف العقلي		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
الانتماء للناس	٢,١٧	.٧٥	١,٠٦	.٢٢	١٤,٤٩
التقليد والمحاكاة	٢,٥٦	.٩٢	١,٠٨	.٢٣	١١,٠٢
الاستجابة الانفعالية	٢,٧٢	.٨١	١,٢٤	.٤١	١٠,٩٧
استخدام الأشياء	٢,٣٧	١,٠١	١,٢٦	.٤٣	٦,٨٤
استخدام الجسم	٢,٥	.٨٣	١,١	.٢٥	١١,٣٨
التكيف مع التغيير	٢,٣٥	.٧٧	١,١	.٢٨	١٠,٤١
الاستجابة البصرية	٢,٥٧	.٨٢	١,٠٤	.١٣	١٣,٣٣
استجابة الاستماع	٢,٢٥	.٨٥	١,٠٨	.١٨	٩,٥٦
استخدام التذوق والشم	٢,٠٠	.٨٦	١,٠٢	.١٠	٨,٣٣
الخوف والقلق	٢,٥٣	.٨٤	١,٣٢	.٤٥	٨,٣
التواصل اللفظي	٣,٠٠	.٩٤	١,٢	.٤٣	١١,٦٤
لتواصل غير اللفظي	٢,٣	.٨١	١,٠٦	.١٦	١٠,٧٦
مستوى النشاط	٢,٤٩	.٨١	١,٣	.٥٢	٧,٨٣
ثبات الاستجابة العقلية	٢,٥	.٧٨	١,٣٢	.٤٩	٨,١٧
الانطباعات العامة	٢,٨٣	.٧٨	١,٠٤	.٢٠	١٥,٥٨

** دال عند ٠.٠١ وقل.

(٣) الصدق العملي:

كشفت نتائج التحليل العملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع الفقرات، حيث تراوحت درجات تشبعها بالعامل الأساسي للمقياس ما بين ٧٩-٩٦، وتبين بان هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته ٧٨,٨ من التباين كما يظهر ذلك في الجدول رقم (٥).

جدول رقم (٥)

التحليل العاملي للصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي وتشبعات فقراته بالعامل الأساسي

الرقم	الفقرة	درجة التشبع بالعامل
١٥	الانطباعات العامة	.٩٦
٢	التقليد والمحاكاة	.٩٤
١١	للتواصل اللفظي	.٩٣
١	الانتماء للناس	.٩٣
٧	الاستجابة البصرية	.٩٣
٥	استخدام الجسم	.٩٠
٣	الاستجابة الانفعالية	.٩٠
٨	استجابة الاستماع	.٨٨
١٣	مستوى النشاط	.٨٧
١٢	للتواصل غير اللفظي	.٨٧
٤	استخدام الأشياء	.٨٦
٩	استخدام التثوق والشم واللمس	.٨٤
٦	التكيف مع التغيير	.٨٣
١٠	الخوف والقلق	.٨١
١٤	مستوى وثبات الاستجابة العقلية	.٧٩

الجذر الكامن: ١١,٨

نسبة التباين المفسرة: ٧٨,٨

النتائج:

تم التحقق من ثبات الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي والصورة المختصرة للمقياس بطرق أوضحت ما يتمتع به المقياس من ثبات مرتفع ومن تلك الطرق:

(١) الاتساق الداخلي:

تم التحقق من ثبات الصورة العربية للمقياس من خلال ارتباط الدرجة على الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس، حيث تبين بان جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة عند ٠,٠١، إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين ٠,٧٩-٠,٩٦، وكذلك الأمر بالنسبة للصورة المختصرة حيث كانت

جميع الارتباطات دالة عند ٠.٠١ ، وان كانت قيمها اقل عما كانت عليه في الصورة العربية للمقياس، إذ تراوحت ما بين ٠.٤٥-٠.٨٤. كما يظهر ذلك في الجدول رقم (٦).

جدول رقم (٦)

قيم ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة

رقم الفقرة	الصورة العربية للمقياس ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة	الصورة المختصرة للمقياس ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
١	٠.٩٣	١	٠.٦٧
٢	٠.٩٣	٢	٠.٧٢
٣	٠.٩٠	٣	٠.٦٤
٤	٠.٨٦	٤	٠.٧١
٥	٠.٩٠	٥	٠.٧٤
٦	٠.٨٣	٦	٠.٥٧
٧	٠.٩٠	٧	٠.٥٦
٨	٠.٨٧	٨	٠.٧٦
٩	٠.٨٣	٩	٠.٤٥
١٠	٠.٨١	١٠	٠.٦٠
١١	٠.٩٣	١١	٠.٦٤
١٢	٠.٨٧	١٢	٠.٧١
١٣	٠.٨٧	١٣	٠.٦٦
١٤	٠.٧٩	١٤	٠.٦٠
١٥	٠.٩٦	١٥	٠.٨٤

٠٠ دالة عند ٠.٠١ واقل.

(٢) الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

تم التحقق من ثبات واستقرار الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة باستخدام قيم ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لتقديرات المعلمين ومساعدتي المعلمين للعينة الكلية وحالات التوحد، كما يظهر في الجدول رقم (٧) والجدول رقم (٨).

حيث يتبين من الجدول (٧) بأن قيمة ألفا لتقديرات المعلمين على الصورة العربية للمقياس لعينة الدراسة الكلية بلغت ٠.٩٨، في حين بلغت قيمتها على المقياس لتقديرات المعلمين لحالات التوحد

٠.٩٤ ، أما تقديرات مساعدي المعلمين على المقياس فبلغت ٠.٩١ . أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة ألفا ٠.٩٢ .

جدول رقم (٧)

معاملات ثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي
والصورة المختصرة بطريقة ألفا كرونباخ

تقديرات	عدد أفراد عينة الثبات	قيمة ألفا
المعلمين على الصورة العربية للمقياس للعينة الكلية	١٠٤	٠.٩٨
المعلمين على الصورة العربية للمقياس لحالات التوحد	٥٣	٠.٩٤
مساعدي المعلمين على الصورة العربية للمقياس لحالات التوحد	٢١	٠.٩١
المعلمين على الصورة المختصرة لحالات التوحد	٤٣	٠.٩٢

في حين يتبين من الجدول (٨) بأن قيمة التجزئة النصفية لتقديرات المعلمين على الصورة العربية للمقياس لعينة الدراسة الكلية بلغت ٠.٩٣ في حين بلغت قيمتها على المقياس لتقديرات المعلمين لحالات التوحد ٠.٩٤ ، أما تقديرات مساعدي المعلمين على المقياس فبلغت ٠.٩٧ . أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة التجزئة النصفية ٠.٩١ .

جدول رقم (٨)

معاملات ثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة بطريقة
التجزئة النصفية

تقديرات	عدد أفراد عينة الثبات	التجزئة النصفية
المعلمين على الصورة العربية للمقياس للعينة الكلية	١٠٤	٠.٩٣
المعلمين على الصورة العربية للمقياس لحالات التوحد	٥٣	٠.٩٤
مساعدي المعلمين على الصورة العربية للمقياس لحالات التوحد	٢١	٠.٩٧
المعلمين على الصورة المختصرة لحالات التوحد	٤٣	٠.٩١

وقد أوضحت نتائج الدراسة ما يلي:

(١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ التوحديين التي حصلوا عليها من خلال تقديرات المعلمين ومتوسطات الدرجات التي حصل عليها التلاميذ المتخلفين عقلياً والتلاميذ العاديين.

فقد أكدت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق دالة إحصائية وبشكل كبير بين فئة تلاميذ التوحد من جهة وفئتي المتخلفين عقلياً والعاديين من جهة أخرى حيث بلغت قيمة F ١٢٩,٥٩. وكشفت نتائج اختبار شيفيه البعدي بان الفرق كان بين تلاميذ التوحد من جهة والأطفال المتخلفين عقلياً والعاديين من جهة أخرى. إذ بلغ متوسط الدرجات التي حصل عليها التلاميذ في المجموعة الأولى ٣٧,٦، في حين كان متوسط درجات التلاميذ في المجموعة الثانية ١٧,٢٢ و ١٥,٢٦ للمتخلفين عقلياً والعاديين على التوالي، ولم تبين النتائج وجود فروق دالة بين المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم والتلاميذ العاديين.

(٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة.

توضح نتائج اختبار (ت) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المعلمين للبالغ عددهم ٤٣ معلماً على الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة، حيث بلغ متوسط درجات تقديراتهم على الصورة العربية للمقياس ٣٧,٦٥، وانحراف معياري ٩,١٦، في حين بلغ على الصورة المختصرة ٣٨,٩ وانحراف معياري ٩,٤٨. وكانت قيمة (ت) منخفضة، حيث بلغت ١,٠٥ فقط.

(٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي قبل التدريب وبعده.

يوضح النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المعلمين على الصورة العربية للمقياس قبل وبعد التدريب على تطبيقه من خلال ورش العمل التي حضرها المعلمون. حيث بلغ متوسط تقديرات المعلمين قبل التدريب ٣٥,٧٨ وانحراف معياري (٨,١٧)، في حين بلغ متوسط تقديراتهم بعد التدريب ٣٥,٨٣ وانحراف معياري (٩,٠٤). وكانت قيمة (ت) منخفضة، إذ بلغت - ٠,٠٦.

ثانياً: نتائج عملية تقنين الصورة العربية للمقياس والمعايير المشتقة

للتحقق مما إذا كانت الفروق بين متوسطات التلاميذ الصغار من فئة التوحد ممن نقل أعمارهم عن (١٢) سنة ومتوسطات درجات التلاميذ الكبار من أفراد تلك الفئة ممن تزيد أعمارهم عن (١٣) سنة، لمعرفة ما إذا كانت كل فئة منهما تحتاج إلى معايير خاصة بها، فقد كشفت نتائج اختبار (ت) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، مع ملاحظة أن متوسطات درجات

التلاميذ الكبار كانت أقل حيث بلغ متوسط درجاتهم على المقياس (٣٥,٨١) وانحراف معياري (٧,٨١٩)، في حين بلغ متوسط درجات التلاميذ الصغار (٣٧,١٨) وانحراف معياري (٨,٩) كما يظهر في الجدول رقم (٩)، مما يعني وضع معايير واحدة لتلاميذ فئة التوحد الصغار منهم والكبار.

جدول رقم (٩)

نتائج اختبار (ت) بين متوسطات درجات الأفراد في فئة التوحد من الصغار والكبار

الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
توحد صغار (١٢ سنة فأقل)	١٠٠	٣٧,١٨	٨,٩	١,٣٦	٠,٢٤
توحد كبار (١٣ سنة فأكثر)	٤٤	٣٥,٨١	٧,٨١		

ومن جانب آخر أوضحت النتائج الواردة في الجدول (١٠) إلى وجود فروق كبيرة جداً بين تلاميذ فئة التوحد من جهة والتلاميذ المتخلفين عقلياً والعاديين من جهة أخرى، حيث بلغ متوسط درجات التلاميذ في المجموعة الأولى (٣٦,٥١)، في حين بلغ متوسط درجات التلاميذ المجموعة الثانية (١٧,٢٢) و (١٥,٢٧) على التوالي.

ومن جانب آخر يوضح الجدول أن مدى الدرجات قد تفاوت كثيراً بين درجات تلاميذ فئة التوحد والفئتين الأخرين، فقد تراوحت درجات المجموعة الأولى ما بين (١٨,٥-٥٩,٥)، في حين تراوح مدى درجات مجموعة تلاميذ التخلف العقلي ومجموعة التلاميذ العاديين بين (١٥-٢٩,٩٥) لمجموعة التخلف العقلي، وبين (١٥-١٧) لمجموعة العاديين. وهذا يوضح الفرق الكبير في الدرجات التي أعطيت لفئة التوحد مقارنة بالفئتين الأخرين.

جدول رقم (١٠)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات الأفراد

في عينة التوحد وعينتي المتخلفين عقلياً والعاديين على المقياس ومدى الدرجات في كل فئة

الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	مدى الدرجات
التوحد	١٤٩	٣٦,٥١	٨,٦١	١٨,٥ - ٥٩,٥
التخلف العقلي	٢٥	١٧,٢٢	٣,٥٥	١٥ - ٢٩,٩٥
عاديون	٢٦	١٥,٢٧	٠,٤٧	١٥ - ١٧

وفي ضوء المتوسطات والانحرافات المعيارية التي حصل عليها التلاميذ في فئة التوحد الكلية، وفئتي التوحد من الصغار والكبار، وكذلك فئة التلاميذ المتخلفين عقلياً سوف يتم تحديد الدرجات الناتجة المناظرة للدرجات الخام لدى كل فئة، بعد أن تم استبعاد التلاميذ العاديين من ذلك بسبب انخفاض متوسط درجاتهم على المقياس والبالغ (١٥,٢٧)، علماً بأن الدرجة الدنيا على المقياس هي (١٥) فقط، وقد تم تحديد الدرجات الناتجة للمتخلفين عقلياً بالرغم من انخفاض متوسط

درجاتهم على المقياس لأغراض المقارنة فقط علماً بأن متوسط درجاتهم بلغ (١٧,٢٢) فقط. ويوضح الجدول رقم (١١) الدرجات الخام المناظرة للدرجات التائية للأفراد في عينة التقنين من فئة التوحد بشكل عام وكذلك درجات التلاميذ الصغار والكبار منهم، إضافة لدرجات التلاميذ المتخلفين عقلياً.

جدول رقم (١١)

الدرجات الخام المناظرة للدرجات التائية على المقياس للأفراد في عينة التقنين
من فئة التوحد (صغار وكبار)

درجة الخام	فئة التوحد	توحد صغار	توحد كبار
١٥	٢٥	٢٥	٢٣
١٦	٢٦	٢٦	٢٥
١٧	٢٧	٢٧	٢٦
١٨	٢٨	٢٨	٢٧
١٩	٢٩	٢٩	٢٨
٢٠	٣٣	٣٠	٣٠
٢١	٣١	٣١	٣١
٢٢	٣٢	٣٢	٣٢
٢٣	٣٣	٣٣	٣٣
٢٤	٣٤	٣٤	٣٤
٢٥	٣٥	٣٥	٣٥
٢٦	٣٦	٣٦	٣٧
٢٧	٣٧	٣٧	٣٨
٢٨	٣٨	٣٨	٣٩
٢٩	٣٩	٣٩	٤٠
٣٠	٤١	٤٠	٤١
٣١	٤٢	٤٢	٤٣
٣٢	٤٤	٤٣	٤٤
٣٣	٤٥	٤٥	٤٥
٣٤	٤٦	٤٦	٤٦
٣٥	٤٨	٤٨	٤٨
٣٦	٤٩	٤٩	٥٠
٣٧	٥١	٥٠	٥٢
٣٨	٥٢	٥١	٥٣
٣٩	٥٣	٥٢	٥٤
٤٠	٥٤	٥٣	٥٥

درجة الخام	فئة التوحد	توحد صغار	توحد كبار
٤١	٥٥	٥٤	٥٧
٤٢	٥٦	٥٥	٥٨
٤٣	٥٨	٥٧	٥٩
٤٤	٥٩	٥٨	٦٠
٤٥	٦٠	٥٩	٦٢
٤٦	٦١	٦٠	٦٣
٤٧	٦٢	٦١	٦٤
٤٨	٦٣	٦٢	٦٦
٤٩	٦٥	٦٣	٦٧
٥٠	٦٦	٦٤	٦٨
٥١	٦٧	٦٦	٦٩
٥٢	٦٨	٦٧	٧١
٥٣	٦٩	٦٨	٧٢
٥٤	٧٠	٦٩	٧٣
٥٥	٧١	٧٠	٧٥
٥٦	٧٣	٧١	٧٦
٥٧	٧٤	٧٢	٧٧
٥٨	٧٥	٧٣	٧٨
٥٩	٧٦	٧٤	٨٠
٦٠	٧٧	٧٦	٨١

تفسير درجات مقياس تقدير التوحد الطفولي:

بعد الانتهاء من تقدير الطفل على كل بند من البنود الخمسة عشر يتم استخراج المجموع الكلي لدرجات التقدير عليها جميعاً. ويعتمد التصنيف النهائي للطفل على المعلومات المتوفرة من جميع بنود المقياس الخمسة عشر، وليس فقط على بعض البنود المختارة. فالمجموع الكلي للدرجات على هذا المقياس يتراوح ما بين (١٥) درجة و (٦٠) درجة. ويكون الحصول على الدرجة (١٥) عندما يكون سلوك الطفل ضمن مجال الحدود العادية وذلك عندما يكون التقدير (١) في كل بند من بنود المقياس الخمسة عشر، بينما يتم الحصول على درجة تقدير تبلغ (٦٠) عندما يحصل الطفل على تقدير (٤) في كل بند من بنود المقياس. لقد تم تطوير نظام تصنيفي تشخيصي من أجل استخدامه في تفسير درجات مقياس تقدير التوحد الطفولي بناءً على الدرجات الناتجة التي تم استخراجها للمقياس من درجات فئة التوحد في عينة التقنين والتي بلغ عدد أفرادها (١٤٩) فرداً. وعند استخدام هذا

النظام التصنيفي المطور، فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم على هذا المقياس تحت الدرجة (٣٠) لا يصنفون ضمن فئة التوحد، بينما يصنف أولئك الذين تقع درجاتهم عند (٣٠) أو أكثر بأنهم توحديون. وعلاوة على ذلك، يمكن تقسيم الأطفال الذين تقع درجاتهم ما بين (٣٠-٦٠) درجة إلى ثلاث مجموعات، وكل مجموعة أعطيت تسمية (Label) تشير إلى درجة شدة التوحد. ولهذا فإن الدرجات التي تتراوح ما بين (٣٠-٣٦,٥) تشير إلى أن مستوى التوحد ما بين بسيط إلى متوسط، بينما الدرجات التي تتراوح ما بين (٣٧ - ٤٥) تشير إلى توحد بدرجة شديدة، أما الدرجات التي تزيد عن ٤٥ وتمتد إلى ٦٠ فتشير إلى توحد بدرجة شديد جداً.

وبالرجوع إلى الدرجات الخام الخاصة بفئة تلاميذ التوحد في عينة التقنين في الجدول رقم (١١) نجد بان الدرجة الخام المناظرة للدرجة التائية (٥٠) هي ٣٦,٥، في حين أن الدرجة الخام المناظرة للدرجة التائية الواقعة عند انحراف معياري دون المتوسط (٤٠) هي الدرجة ٣٠، وان الدرجة الخام المناظرة للدرجة التائية الواقعة عند انحراف معياري فوق المتوسط (٦٠) هي الدرجة ٤٥.

ويمثل الجدول رقم (١٢) تلخيصاً لنتائج نظام تصحيح هذا المقياس، علماً بان هذه الدرجات قد تم تحديدها في ضوء الدرجات الخام المناظرة للدرجة التائية، وهي درجة معيارية مشتقة متوسطها (٥٠) وانحرافها المعياري (١٠)، كما تم توضيحه سابقاً.

جدول رقم (١٢)

تصنيف أفراد عينة التقنين في ضوء المعايير المشتقة للمقياس

بناءً على الدرجات الخام لأفراد فئة التوحد المناظرة للدرجات التائية ٤٠، ٥٠، ٦٠

عينة التقنين						التصنيف	المعيار
النسبة	عادي (٣٦)	النسبة	تخلف (٢٥)	النسبة	توحد (١٤٩)		
١٠٠	٢٦	٩٦	٢٤	١٥ر٤	٢٣	لا يوجد توحد	٢٩ - ١٥
		٤	١	٣٩ر٦	٥٩	توحد بسيط إلى متوسط	٣٦ - ٣٠
				٢٦ر٨	٤٠	توحد شديد	٤٥ - ٣٧
				١٨ر١	٢٧	توحد شديد جداً	أكثر من ٤٥

ويتضح من الجدول رقم (١٢) أن (٢٣) تلميذاً، أي ما نسبته ١٥,٤% من الحالات التي تم تطبيق المقياس عليها من أفراد التوحد في عينة التقنين البالغة (١٤٩) تلميذاً قد صُنفت ضمن

د. طارش بن مسلم د. زيدان أحمد د. صفاء رفيع ٣٢٠ معايرة الصورة العربية لمقياس

مجموعة غير التوحديين، بينما وجد (٥٩) تلميذاً، أي ما نسبته ٣٩,٦% من الحالات التي تم تطبيق المقياس عليها من أفراد التوحد في عينة التقنين يعون ضمن درجة التوحد ما بين بسيط إلى متوسط، و(٤٠) حالة، أي ما نسبته ٣٩,٦% من أفراد التوحد في عينة التقنين صنفت على أنها توحد بدرجة شديدة، وأن (٢٧) حالة أي ما نسبته ١٨,٥% من الحالات صنفت على أنها توحد بدرجة شديدة جداً وذلك حسب النظام التصنيفي المذكور آنفاً. وتشير هذه النسب إلى قدرة المقياس على تحديد ٨٤,٦% من الحالات المصنفة مسبقاً على أنها حالات توحد، وهي نسبة مشابهة تماماً للنسبة التي أشار إليها دليل المقياس.

وتشبه الدرجات المستخدمة في المقياس الأصلي للتصنيف إلى حد كبير الدرجات التي تم اشتقاقها للصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي، مع أن طريقة تحديدها في الصورتين كان مختلفاً، فقد تم تحديدها في الصورة الأصلية كما يظهر في الجدول رقم (١٣) عن طريق مقارنة درجات (١٥٢٠) حالة طبق عليها المقياس بما يقابلها من تصنيفات الخبراء الإكلينيكية وذلك بهدف معرفة نسبة الاتفاق والخطأ الإيجابي والخطأ السلبي، في حين تم اشتقاق المعايير وتحديد الدرجات الحدية للصورة العربية للمقياس بناءً على الدرجات الخام المناظرة للدرجات التائية كما تم توضيحها سابقاً. ومن جانب آخر تم تصنيف الفئات في الصورة العربية إلى أربع فئات بدلاً من ثلاث فئات، وذلك بتقسيم فئة التوحد الشديدة في الصورة الأصلية والتي تتراوح درجاتها ما بين ٣٧-٦٠ إلى مجموعتين في الصورة العربية: الأولى توحد شديد تتراوح درجاتها بين ٣٧-٤٥، و الثانية توحد شديد جداً تزيد درجاتها عن ٤٥ وقد تمتد إلى ٦٠.

جدول رقم (١٣)

معايير المقياس في صورته الأصلية

الفئة	الدرجة الكمية	الفئة التشخيصية
الأولى	٢٩,٥-١٥	غير توحدي
الثانية	٣٦,٥-٣٠	توحدي بدرجة بسيطة إلى متوسطة
الثالثة	٦٠-٣٧	توحدي بدرجة شديدة

ولا بد من الإشارة إلى أن تطوير مقياس تقدير التوحد الطفولي قد تم على أساس أن التوحد يحدث ضمن إطار أو مجال متصل من الإعاقات، ولهذا فإن درجات هذا المقياس تمثل أيضاً مجالاً متصلاً، فكلما زادت الدرجة كلما زادت السلوكيات التوحدية التي يظهرها الطفل. وتعتبر تجزئة

متصل الدرجات بهدف تحديد فئات تشخيصية أو مسميات تصنيفية اعتباطياً إلى حد ما. وان الدرجات الحدية للمقياس في صورة الأصلية قد تم عن طريق مقارنة درجات (١٥٢٠) حالة طبق عليها المقياس بما يقابلها من تصنيفات الخبراء الإكلينيكية وذلك بهدف معرفة نسبة الاتفاق والخطأ الإيجابي والخطأ السلبي. فعند استخدام الدرجة الحدية (٣٠) تم الحصول على نسبة اتفاق بلغت (٨٧%) مع نسبة خطأ سلبية بلغت (١٤,٦) ونسبة خطأ إيجابية بلغت (١٠,٧%) وعند قياس نسبة الاتفاق للدرجة الحدية (٣٧) كانت النسبة الكلية للاتفاق (٨٨,٨%) ، مع نسبة خطأ سلبية بلغت (١٤,٤%) ، ونسبة خطأ إيجابية بلغت (١٠,٣%).

وقد ذهب مطورو المقياس إلى القول بان هذه النقاط الحدية ليست فقط النقاط الحدية الممكنة لتمييز وتصنيف هذه المجموعات التشخيصية، فكما أن هناك اختلافاً في المجموعات حسب الهدف من تشخيصها، فإنه بالإمكان استخدام درجات حدية أخرى لمقياس تقدير التوحد الطفولي. ولكن حيث أن الهدف من تطوير هذا المقياس التعرف على الأطفال التوحديين في إدارة تعليم كبيرة على مستوى الولاية، فإن الدرجات الحدية التي تم ذكرها آنفاً تعتبر الأفضل.

وأوضحوا كذلك أنه يجب ملاحظة أن بالإمكان حصول الطفل على (٣٠) درجة أو أكثر على مقياس تقدير التوحد الطفولي ولكن ذلك لا يؤهله ذلك لأن يشخص بأن لديه اضطراب التوحد حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها في إصداره الرابع (DSM-IV) وبالمثل، يمكن أن يشخص الطفل بأن لديه اضطراب توحد حسب هذا الدليل التشخيصي ويحصل على درجة أقل من (٣٠) على مقياس تقدير التوحد الطفولي. إن دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها في إصداره الرابع يتطلب في تصنيفه وتشخيصه للتوحد وجود الاضطراب لدى الطفل قبل بلوغه عمر ٣٦ (شهرًا) في ستة مجالات محددة على الأقل، وبوجود اثنين منها على الأقل من مجال عجز التفاعل الاجتماعي، وواحد على الأقل من كل من مجالات ضعف التواصل والسلوك النمطي والمحدود والمتكرر. وعندما لا ينطبق معيار اضطراب التوحد حسب هذا الدليل التشخيصي على طفل حاصل على (٣٠) درجة أو أكثر على مقياس تقدير التوحد الطفولي فقد يكون تشخيصه حسب الدليل التشخيصي اضطراب رت، أو اضطراب التحلل الطفولي، أو اضطراب اسبيرجر، أو اضطراب نمائي معقد متداخل غير محدد. وعندما ينطبق معيار التوحد حسب الدليل التشخيصي على طفل درجته على مقياس تقدير التوحد أقل من (٣٠)، فيمكن أن يصنف على أنه توحدي بدرجة بسيطة إلى متوسطة على هذا المقياس.

وأخيراً، لا بد من التأكيد على أن التصنيف باستخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي لا يقصد به أن يكون نقطة النهاية في تقييم الطفل، بل على العكس من ذلك يعتبر التصنيف الخطوة الأولى في التشخيص وتحديد المجموعة أو الفئة، ويتوجب أن يعتبر ذلك نقطة البداية لإجراء القياس الفردي

الذي نحتاجه من أجل فهم وتحديد جوانب أخرى لمشكلة الطفل سواءً أكانت لغوية أو سلوكية أو بيولوجية وظيفية. ولهذا فإننا سنكون بحاجة إلى أدوات أخرى مثل أدوات القياس النفسي التربوي لإكمال إجراءات القياس.

الخلاصة:

- تتمتع الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي بدلالات صدق وثبات مناسبة، حيث تمثلت دلالات الصدق في: صدق المحكمين، والصدق التمييزي، والصدق العملي، في حين تمثلت دلالات الثبات في الاتساق الداخلي، وكرونباخ الفا.
- تستخدم الصورة المختصرة للمقياس من قبل المعلمين العاملين مع الأطفال لإجراء مسح تشخيصي أولي سريع، حيث أوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحدين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة.
- يستخدم المقياس من قبل المعلمين العاملين مع التلاميذ التوحدين بعد تعريفهم بالمقياس وخصائصه وبنوده ونظام الدرجات المستخدم بالإضافة إلى الاعتبارات التي يتوجب مراعاتها عند إعطاء التقديرات لسلوكيات التلاميذ من خلال قراءة دليل المقياس ومشاهدة الأقسام، بالرغم من أن النتائج أوضحت عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحدين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي قبل التدريب وبعده.
- تستخدم المعايير التي تم التوصل إليها مع مختلف الفئات العمرية سواءً كانت صغيرة أم كبيرة، حيث أوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات التلاميذ الصغار من فئة التوحد ممن تقل أعمارهم عن ١٢ سنة، ومتوسطات درجات التلاميذ الكبار من أفراد تلك الفئة ممن تزيد أعمارهم عن ١٣ سنة.
- تتشابه المعايير التي تم التوصل إليها وتتطابق مع الدرجات التي حددها المقياس في صورته الأصلية، مع أن طريقة تحديدها في صورتين كان مختلفاً، حيث تم في المقياس الأصلي مقارنة درجات عدد كبير من الحالات بما يقابلها من تصنيفات الخبراء الإكلينيكية بهدف معرفة نسبة الاتفاق والخطأ الإيجابي والخطأ السلبي. في حين تم اشتقاق المعايير للصورة العربية للمقياس بناءً على الدرجات الخام المناظرة للدرجات التائية.

المراجع العربية:

- سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠٠). الذاتية، إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- القریوتی، یوسف، السرطاوی، عبدالعزیز، الصمادی، جمیل (١٩٩٥). مدخل إلى التربية الخاصة، دار الفلاح، الإمارات العربية المتحدة.

المراجع الأجنبية

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders(4thed.)Washington. DC, USA.
- Author. Campeil. M.. & Palij. M. (1985). Behavioral and cognitive measures used in psychopharmacological studies of infantile autism. Psychopharmacology Bulletin. 21. 1047-1053.
- Creak. M. K.. (1961). Schizophrenia syndrome in childhood: Progress report of working party. Cerebral Palsy Bulletin. 3. 501-504.
- DeMyer. M. K. Churchill. D. W.. Pontius. W.. & Gilky. K.M. (1971). A Comparison of five diagnostic systems for childhood schizophrenia and infantile autism. Journal of Autism and childhood Schizophrenia 1. 175- 189.
- Eaves.R.C.. & Milner. B. (1993). The criterion—related validity of the Childhood Autism Rating Scale and the Autism behavior Checklist. Journal of Abnormal Child Psychology. 21.481-491.
- Freeman. B. J.. Ritvo. E. R.. Guthrie. D.. Schroth. P.. & Ball. J. (1978) The Behavior Observation Scale for Autism: Initial methodology, Data analysis, and preliminary finding. Journal of the Academy of Child Psychiatrists. 17. 576-588.
- Garfin. D. G.. McCallon. D.. & Cox. R. (1988). Validity and reliability of the Childhood Autism Rating Scale with autistic adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders. 18. 367-378.
- Goldfarb. W.. (1961). Childhood Schizophrenia. Cambridge. MA: Harvard University Press.
- Hollingshead. A.. & Redlich. F. (1958). Social Class and Mental Illness. New York: Wiley.
- Kanner. L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child. 2.217-250.
- Krug. D. A.. Arick. J. R.. & Almond. P. J. (1979). Autism screening instrument for educational planning: Background and development. In J. Gilliam (Ed.), Autism : Diagnosis, instruction, management and research. Austin: University of Texas at Austin Press.
- Kurita. H.. Miyake. Y.. & Katsuno. K. (1989). Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale. Tokyo version. Journal of Autism and Developmental Disorders.19.389-396.

- Mesibov. G., Schopler. E., Schaffer. B., & Landrus. R. (1988). Adolescent and adult psychoeducational profile (AAPEP). Austin, Texas: Pro-Ed.
- Morgan. S. (1988) Diagnostic assessment of autism: a Review of objective scales. Journal of psychoeducational Assessment. 6.139-151.
- National Society for autistic Children. (1978). National Society for Autistic children derintion of the syndrome of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders.8.162-167.
- Ornitz E.M., & Ritvo. E.R. (1968). Perceptual inconstancy in early infantile autism. Archives of General Psychiatry. 18.76-98.
- Parks. S. L. (1983). The assessment of autistic children: A selective review of available instruments. Journal of Autism and Developmental Disorders.13.255-267.
- Reichler. R. J., & Schopler. E. (1971). Observations on the nature of human relatedness. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. 1, 283-296.
- Rimland. B. (1964). Infantile Autism. New York: Appleton Century Crofts.
- Ruttenberg, B.A., Dratman, M.L., Frankno, J., and wenar, C. (1966). An instrument for evaluating autistic children. Journal of American Academy of Child Psychiatrists, 5, 453-478.
- Rutter, M (1978) Diagnosis and definition of childhood autism. Journal of autism and childhood schizophrenia, 8, 139-161
- Schopler, E. (1965). Early infantile autism and receptor processes. Archives of General Psychiatry, 13, 327-335.
- Schopler, E. (1983). New development in the definition and diagnosis of autism. In B.B. Lahey and A.E. Kaazdin(Eds), Advances in Clinical psychology. New York: Plenum.
- Schopler, E., and Rechler, R.J., Bashford, A., Lansing, M.D., and Marcus, L.M. (1990). Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Psychoeducational Profile-Revised (PER-R). Austin: PRO-ED..
- Schopler, E., Reichler, R. J., Devellis, R. F., and Daly, K. (1980) Toward objective classifications of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disorders, 10, 91- 103.
- Schreibman, L., and Lovaas, O.I. (1973). Overselection response to social stimuli by autistic. Journal of Abnormal Child Psychology, 1, 152-168.
- Sevin, J.A., Matson, J.L., Coe, D.A., and Fee, V.E. (1991). A comparison of evaluation of three commonly used autism scales. Journal of autism and Developmental Disorders, 21, 417-432.
- Sturmev, P., Matson, J.L., and Sevin, J.A. (1992). Analysis of the Internal Consistency of three autism scales. Journal of Autism and Developmental Disorders, 22, 321-328.
- Teal, M.B. and Weber, M. J. (1986). A validity analysis of selected instruments used to assess autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 16, 485-494.
- Van Bourondien, M.E., and Mesibov, G.B. (1993). Diagnosis and treatment of adolescents and adults with autism. In G. Dawson (ED.). Autism (pp. 367-385). New York: Guilford.