

دراسة انتشار اضطراب التوحد في محافظتي (دمشق وريف دمشق)

الدكتور ياسر جاموس*

شذا حليلة**

(تاريخ الإيداع 6 / 8 / 2012. قبل للنشر في 8 / 11 / 2012)

□ ملخص □

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، وريف دمشق) المقيدتين في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012)، وتحديد (نسبة الذكور إلى الإناث) في هذه الإعاقة. وطبقت الدراسة على جميع مراكز التربية الخاصة في كلا المحافظتين والبالغ عددها (16) مركزاً منها (4) مراكز حكومية، 12 مركزاً أهلياً، وبينت نتائج الدراسة فيما يتعلق بمحافظة دمشق أن أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد بلغ (146) حالة منهم (58) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (88) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغ (108) منهن (52) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (56) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد بلغت (1/1,32). وفي محافظة ريف دمشق بلغت أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد (440) حالة منهم (177) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (263) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغ (307) منهن (112) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (195) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد بلغت (1/1,67). وفي كلا المحافظتين (دمشق، ريف دمشق) بلغت أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد (586) حالة منهم (235) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (351) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغ (415) منهن (164) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (251) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد بلغت (1/1,41). كما عملت الدراسة على اقتراح نموذج لرعاية الأفراد المصابين باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية وفق مجموعة خطوات كما يلي (التشخيص الدقيق والفرقي، تحديد أهداف البرامج التدريبية، تصميم البرامج التدريبية، تطبيق البرامج التدريبية، التحقق من فعالية البرامج التدريبية، الدمج)، كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات.

الكلمات المفتاحية: (التوحد) (الانتشار) (مراكز التربية الخاصة)

* مدرس - قسم القياس والتقويم النفسي والتربوي - كلية التربية - جامعة دمشق - دمشق - سورية.
** طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم القياس والتقويم النفسي والتربوي - كلية التربية - جامعة دمشق - دمشق - سورية.

Studying the Prevalence of Autism Disorder in (Damascus and Damascus Countryside) Governorates

Dr. Yasser Jamous*
Shaza Halimeh**

(Received 6 / 8 / 2012. Accepted 8 / 11 / 2012)

□ ABSTRACT □

The aim of the present study was to identify the number of autistic individuals in the governorates of (Damascus and Damascus Countryside) registered in special education centers of the handicapped (formal and community) during the school year (2011-2012). The study also aimed at defining the rate of males to females in this handicapped. The study was applied in all the special education centers in both governorates which amounted to (16) centers (4 formal centers and 12 community centers). In respect to Damascus governorate, the study findings showed that the number of autistic males was (146) cases, (58) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (88) cases of which were autistic individuals with mental retardation. As for the females, the number of autistic females was (108) cases, (52) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (56) cases of which were autistic individuals with mental retardation. The rate of males to females was (1.32/1). In relation to the governorate of Damascus Countryside, the study findings showed that the number of autistic males was (440) cases, (177) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (263) cases of which were autistic individuals with mental retardation. As for the females, the number of autistic females was (307) cases, (112) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (195) cases of which were autistic individuals with mental retardation. The rate of males to females was (1.67/1). In both governorates (Damascus and Damascus Countryside), the number of autistic males was (586) cases, (235) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (351) cases of which were autistic individuals with mental retardation. As for the females, the number of autistic females was (415) cases, (164) cases of which were autistic individuals without mental retardation and (251) cases of which were autistic individuals with mental retardation. The rate of males to females was (1.41/1). In addition, the study aimed at suggesting a model to take care of autistic individuals within special education centers of the handicapped in Syria according to a set of steps as follows: (specific and distinctive diagnosis, identifying the program training goals, designing the training programs, applying the training programs, checking the effectiveness of the training programs, merging). The study reached at a set of suggestions.

Key Words: (Autism), (Prevalence), (Special Education Centers).

* Assistant Professor, Department of Educational Measurement and Assessment Faculty of Education, Damascus University, Damascus, Syria.

** Postgraduate Student, Department of Educational Measurement and Assessment, Faculty of Education, Damascus University, Damascus, Syria.

مقدمة:

يعود مصطلح الأوتيزم في الأصل إلى كلمة إغريقية هي أوتوس (Autos) التي تعني النفس أو الذات (Roeyers, H., 1995, p161)، والتوحد كمصطلح علمي ذي دلالة وصفية إكلينيكية حديث العهد نسبياً، ولم يكن معروفاً بدقة قبل عام (1943)، فقد أُشير إليه أول مرة من قبل ليو كانر (Leo Kanner 1943) الذي وضع أعراضاً للتوحد (Autism) في بحث بعنوان اضطرابات التوحدية في الاتصال الفعال (Autistic Disturbances of affective contact) عرض فيه مجموعة أنماط سلوكية غير متضمنة في فصام الطفولة أو التخلف العقلي من دراسة (11) حالة ولادة (تسعة أولاد وبناتين)، حيث ميّز التوحد عن الحالات المرضية الأخرى وأعتبره زملة إكلينيكية خاصة تحت وصف تشخيصي جديد أطلق عليه زملة كانر (Kanner Syandrom) لهتسعة خصائص سلوكية تظهر قبل عمر الثلاث سنوات هي (انعزالية توحدية مفرطة، تأخر وانحراف في نمو اللغة، المصاداة، ذاكرة قوية، حساسية مفرطة، مقاومة التغيير، قدرات عقلية وإدراكية عالية، جسد طبيعي، الانحدار من أسر بمستوى ذكاء مرتفع)، واعتبر كانر ذلك البداية الحقيقية لتاريخ التوحد (Kanner, L., 1973, p12-14). ودون معرفة مسبقة بكانر كان هانز اسبرجر (Hans Asperger 1906-1980) يقوم بدراسة عام (1944) باللغة الألمانية¹ بعنوان الاضطراب النفسي للتوحد في سن الطفولة (The Autistic Psychopathy of Childhood)، تناولت حالة أربعة أطفال من عمر بين (6-11) سنة، حدد فيها سبعة خصائص سلوكية مشتركة بينهم هي (تمسك شديد بالأشياء والأعمال اليومية، اضطراب التفاعل الاجتماعي الشديد والواضح، اضطراب التواصل البصري غير الطبيعي، الرغبة الشديدة بتكرار الأعمال بشكل روتيني، استخدام اللغة بشكل غير صحيح قواعدياً رغم امتلاك مصطلحات لغوية سليمة، مهارات إدراكية عالية، ضعف المهارات الحركية غير المتقنة لاسيما المشية غير الطبيعية) (Happe, F., 1995, pp28-29). وعلى خلاف كانر أشار اسبرجر إلى أن التوحد قد يترافق مع تخلف عقلي، وقد يصيب الأفراد من ذوي الذكاء العادي والمرتفع، كما أن اضطراب اسبرجر يتمتع بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير (Piven, J., 1996, p34). وبقيت دراسة اسبرجر في النسيان في الولايات المتحدة وفي غيرها من البلدان الإنكلسونية حتى ظهور دراسة لورنا وينغ (Lorna Wing 1981) التي ترجمت دراسة اسبرجر إلى اللغة الإنكليزية، كما وصفت حالة (19) مريضاً من عمر (5-35) سنة تطابقت بعض أوصافهم مع الحالات التي ذكرها كل من كانر واسبرجر، وفي عام (1988) اقترحت أن متلازمة اسبرجر نوع مختلف عن متلازمة كانر ضمن إطار اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders)، ثم قام روتر (Rutter 1978) بمراجعة الدراسات المتعلقة بالتوحد، ولاحظ أن تلك المعايير لا تخص المصابين بالتوحد فقط، بل تشمل حالات التأخر العقلي وصعوبات التعلم، لذا عمد إلى وضع أربعة معايير اعتبرها أساسية لتشخيص حالات التوحد هي (قصور في النمو العاطفي، قصور في التواصل مع الغير، سلوكيات تكرارية ثابتة، تظهر الولادة قبل 30 شهر من العمر) (Happe, F., 1995, pp30-31). وقد حصل التوحد على الاعتراف الرسمي كإعاقة نمائية من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization - WHO) عام (1977) بصور الطبعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Disease- ICD 9) (منظمة الصحة العالمية، 2010، ص3).

1- فقد ذكر هيب (Happe 1995) إن السبب الذي جعل دراسة اسبرجر غير معروفة على الصعيد العالمي كدراسة كانر، على الرغم من أن أياً منهم لم يطلع على دراسة الآخر، وقيامهم باكتشاف متلازمة التوحد أو (التوحد الطفولي) في نفس الفترة الزمنية تقريباً، وفي فاصل زمني بينهما لا يتجاوز العام، هو أن دراسة اسبرجر لم تنشر سوى باللغة الألمانية، ولم تترجم إلى اللغة الإنكليزية إلا بعد أربعين عاماً تقريباً.

وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة (DSM-4-TR) وفي عام (2000) صدرت الطبعة الرابعة المعدلة منه (DSM-4-TR) حيث توسع فيه مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders- PDD) وأصبح يضم اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders- ASD)، ومتلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome- AS)، ومتلازمة ريت (Rett's Syndrome- RS)، واضطراب التفكك أو انحلال الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder- CDD)، واضطراب التوحد غير النمطي (Atypical Autism's Disorder- AAD) (DSM-IV-TR, 2000, pp70-84).

ويتميز الأطفال المصابون باضطراب التوحد بجملة خصائص وأعراض سلوكية يمكن اعتبارها حزمة تشخيصية تقدم مؤشرات مهمة للإصابة بالتوحد، والتي أتفق عليها كل من (كانر، اسبرجر، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10، الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة المنقحة DSM-IV,TR (2000) التي تعتبر المفتاح الأساسي للتشخيص وهي:

1- خصائص عقلية ومعرفية (Mental and Cognitive Characteristics): كثيراً ما يتصاحب التوحد مع التخلف العقلي، كما تختلط أعراضه مع التخلف العقلي إذا كان العمر العقلي للطفل التوحدي أقل من عشرين شهراً، لكن ما يميز التخلف العقلي هو أنه قد يكون بسيطاً أو متوسطاً أو شديداً، وتتراوح نسبة الذكاء في المستويات الثلاثة بين (51-70) (36-50) (20-35) على التوالي، وقد تقل نسبة الذكاء عن (20) فيكون المصاب بها شديداً التخلف، أما نسبة الذكاء لدى التوحديين فتكون لدى (40%) منهم أقل من (50) درجة، ولدى (30%) منهم تصل إلى (70) درجة أو أكثر، أما الثلث الباقي فقد تصل نسبة ذكائهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحياناً إلى مستوى العباقرة، وبذلك يمكن القول أن التخلف العقلي يصاحب حالات التوحد بنسبة (70%) (Campbell, M et al, 1991, p397).

2- خصائص اجتماعية وانفعالية (Emotional and Social Characteristics): المتمثلة بالتجنب الاجتماعي (Socially Avoidant) لكل أشكال التفاعل الاجتماعي، كالهروب من الآخرين الذين يودون التفاعل مع الطفل التوحدي، والخوف منه، وقد بينت بعض الدراسات أن هذه المشكلة ترتبط بالحساسية الزائدة إزاء بعض المثيرات البيئية، فبعض الأطفال كان ينزعج من أصوات الوالدين، والبعض الآخر ينزعج من رائحة العطر التي يضعانها، ووصف البعض الآخر الآلام التي كانوا يعانونها عندما يلمسون أو يحملون من قبل الوالدين، بالإضافة لمشكلة اللامبالاة الاجتماعية (Socially indifferent) المتمثلة بعدم مبالاة وعدم سعادة الطفل التوحدي حينه على التفاعل الاجتماعي أو عند تواجده مع الآخرين، بالإضافة لمشكلة الإرباك الاجتماعي (Socially awkward) المتمثل بصعوبة تكوين الصداقات والحفاظ عليها، وهي ظاهرة شائعة لاسيما لدى من يعاني من متلازمة اسبرجر، لعدم الرغبة بالتفاعل الاجتماعي، كما أن حديثاً لواحد منهم يدور حول نفسه، فضلاً عن عدم تعلمه المهارات الاجتماعية، والرغبة بالانعزال، مع افتقار القدرة لاتخاذ قرارات اجتماعية (الجلبي، 2005، ص31). ومن الناحية الانفعالية يلاحظ عدم الرغبة في التفاعل الانفعالي مع الآخرين في المواقف السارة أو المحزنة، مع صعوبة استخدام التعبيرات الوجهية والإيماءات الجسدية ونبرات الصوت، أو الاستجابة لها إن كانت صادرة عن الآخرين، وعدم ظهور ردود فعل عاطفية تدل على تعلقهم بوالديهم (كالصراخ عندما يبتعدون عنه أو الابتسام عندما يقتربون منه)، كما أن عدد الأشخاص الذين يتبادلون

معهم مشاعر حميمية معينة يكون قليلاً ويقتصر على المقربين جداً الذين يكونون على تواصل يومي معهم (Adam, G., 2009, p286).

3- الخصائص اللغوية (Language Characteristics): المتمثلة بمشكلات اللغة الشفهية بإحدى مجالاتها الفرعية كصعوبة اللغة الاستقبالية (Receptive Language Disorders) في عمليات الإنصات إلى المتحدث، وسماع الأصوات النوعية، وإدراك وفهم التجمعات الصوتية (الكلمات والجمل)، أو في عدم فهم الكلمات المفردة أو التراكيب اللغوية (Problems With Syntax) لأكثر من كلمة، أو في فهم الجمل الغامضة لغوياً أو الجديدة عليهم وتفسيرها بأكثر من طريقة، أو صعوبة فهم الضمير المستخدم في الجملة واستخدام قواعد اللغة، أو مشكلات استيعاب الرسالة الصوتية المنقولة، بالإضافة إلى صعوبة اللغة التعبيرية (Expressive Language Disorders) المتمثلة بصعوبة التعبير من خلال النطق والكلام، والاختصار على كلمات مفردة أو جمل صغيرة، ومواجهة صعوبات تتعلق بتنظيم الكلمات والتعبير عن الأفكار، كما يتصف النطق بحذف أو تحريف بعض الكلمات، وصيغ أفعال غير صحيحة، وأخطاء قواعدية، كما يمكن أن ينطقوا جملاً غير صحيحة من الناحية القواعدية، بالإضافة إلى مشكلات الدلالات اللفظية (Problems With Semantics) كمشكلة نقص عدد الكلمات وعمق المعرفة بالكلمة، وفي تسمية الأشياء المتناقضة (Law, J., Parkinson, A, 2000, pp26-31)، ومشكلة المصاداة (Echolalia) التي تعتبر من أهم مظاهر اضطراب النطق واللغة لدى أطفال التوحد، والمتمثلة بالترديد البيغوي لكلمة قالها شخص آخر بحذافيرها بطريقة غير وظيفية (لا هدف لها) ولا تخدم عملية التواصل (عبد الله، 2001، ص 98-99). بالإضافة للمشكلات الاستخدام الاجتماعي للغة (Problems With Pragmatics) بالتزامن مع مشكلات المهارات الاجتماعية، التي تؤدي إلى مشكلات في اختيار الكلمات المناسبة للمواقف الاجتماعية، وصعوبة في التفاعل اللفظي الاجتماعي ونقل الرسائل الشفهية للآخرين، والتعبير عن الحاجات الشخصية والذات والمشاعر (هالهان وكوفمان، 2008، ص 653).

4- قصور الإدراك الحسي (Perceptual Inconsistency): المتمثل بفرط الحساسية أو نقص الحساسية (Hyper responsive or Hypo responsive)، حيث تشير الأولى إلى أن معظم المصابين بالتوحد لديهم حساسية مفرطة لمثيرات معينة (سمعية، بصرية، لمسية)، وتشير الثانية إلى عدم الاستجابة لتلك المثيرات (هالهان وكوفمان، 2008، ص 656). بالإضافة إلى الضعف التواصل البصري (Poor Eye Contact) والنظر إلى العينين بشكل مباشر، حيث تكون النظرات متجمدة وثابتة (قصيرة وغير وظيفية) تجاه الآخرين الغريباء، أو تكون جانبية من طرف العين، وتلاحظ بكثرة لدى التوحديين في مرحلة الرضاعة، حيث يكاد ينعدم التواصل البصري لدى الرضيع وأمه، ولدى البعض الآخر يظهر مع نهاية السنة الثانية وبداية السنة الثالثة (Kanner, L., 1973, p33).

5- خصائص سلوكية (Behavioral Characteristics): كالتعلق الشديد والاستحواذي ببعض الأشياء في البيئة (كالوسادة، قطع بلاستيكية، دمية..)، مع مدى محدود من الاهتمامات والنشاطات التي يمارسها الطفل التوحدي بشكل يومي، أو عدم رغبته في تغيير الروتين اليومي للنشاطات، أو معالم وترتيب البيئة المحيطة، واستخدام يد شخص آخر (يد الأم مثلاً) كأداة للوصول إلى شيء ما، أو قيامه بحركات طقوسية وتكرارية غير هادفة وغير وظيفية، أو تفضيل لعب ذات خصائص حسية معينة (قطعة كاوتشوك أو كرة مطاطية..). أكثر من ألعاب أخرى (دمية أو دب)، كما أن لعب الطفل التوحدي ينقصه الخيال فلا يضيف أفكاره ومشاعره إلى اللعبة أو تفسيراته الخاصة عن اللعب، أو الانشغال الزائد بأجزاء الأشياء والتفاصيل الموجودة فيها، أو العدوانية والنشاط لزائد وسرعة البكاء والغضب

وتقلب المزاج (Kanner, L., 1973, p12-14)، (ICD-10، 1992، ص266)، (DSM-IV-TR، 2000،)، (pp70-84).

ومما سبق يلاحظ أن فئة أطفال التوحد تضم مجموعة غير متجانسة من الأفراد الذين لا ينوعمون تماماً مع فئات الإعاقة التقليدية، وتشير الملاحظات الميدانية إلى وجود عدد ليس بالقليل من أفراد هذه الفئة منتشرون ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في محافظتي (دمشق، ريف دمشق)، تنطبق عليهم محكات تشخيص اضطراب التوحد، والذي قد يترافق مع إعاقة عقلية، أو لا يترافق مع إعاقة عقلية، ولا يعاني الواحد منهم أية إعاقة حسية ظاهرية، وقدراته العقلية من مستوى متوسط أو فوق المتوسط، بل يعاني من اضطرابات نمائية تؤثر على أداء المهارات الاجتماعية والتواصلية اللفظية وغير اللفظية، شُخصت قبل عمر الثلاث سنوات. ومن مراجعة بيانات (وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل السورية) لوحظ أنه لا توجد إحصائيات دقيقة للأعداد المُصرَّح بها عن الأفراد المصابون باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، وريف دمشق)، وضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية)، وبيان نسبة الذكور إلى الإناث، وذلك لمقارنتها مع نسب الانتشار العربية والأجنبية والعالمية، واقتراح البرامج التدريبية المناسبة لهم. وهذا بدوره يتطلب حصر العدد التقريبي للأفراد المصابين باضطراب التوحد، للعمل على اقتراح حجم الميزانيات الكافية، وتوفير خدمات التربية الخاصة المناسبة، وتعيين العدد الملائم للكوادر البشرية المؤهلة لتربية وتنمية قدرات أفراد هذه الفئة لتنفيذ خطط وبرامج التربية الخاصة (الفردية والجماعية)، وتوفير الوسائل التعليمية... إلخ بما يتناسب مع أعدادهم ونسبة انتشارهم، وبناءً على ما سبق يمكن تحديد موضوع الدراسة الحالية: انتشار اضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة/ دراسة مسحية في محافظتي دمشق وريفها للعام الدراسي (2011-2012).

أهمية البحث وأهدافه:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الغايات الرئيسية التالية:

- 1- تحديد أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012).
- 2- تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد بحسب الجنس (نسبة الذكور إلى الإناث) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012).
- 3- تقديم نموذج مقترح لرعاية الأفراد المصابين باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية.

وانطلاقاً من الأهداف السابقة فإن أهمية الدراسة تنبع من النقاط الرئيسية التالية:

- 1- مراعاة التوجهات الحديثة للتربية الخاصة التي تسعى إلى الكشف المبكر عن حالات التوحد لدى الأطفال والتلاميذ، وتشخيصهم، وتعيين مستوى خدمات التربية الخاصة المناسبة لهم، لتعزيز إجراءات التدخل المبكر، وتنمية قدراتهم واستعداداتهم بحسب الفروق الفردية فيما بينهم.
- 2- إن حصر أعداد اضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، وريف دمشق) ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) يساعد أصحاب القرار في مستوى الإدارة العليا والمتوسطة على تقدير حجم التدابير (العلاجية، التشخيصية، التدخل المبكر..)، وبالتالي تحديد الميزانيات والوسائل التعليمية والكوادر البشرية المدربة وغرف

المصادر.. إلخ، للحد من تأثير هذا النمط من الإعاقة على استمرار ضعف التحصيل الدراسي، والتأخر النمائي، واضطراب المهارات الاجتماعية لدى أفراد هذه الفئة.

3- عدم توفر دراسات سابقة بحثت في تحديد نسب انتشار اضطراب التوحد في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) في سورية بحسب علم الباحثة.

منهجية البحث:

انطلاقاً من طبيعة الدراسة والمعلومات المراد الحصول عليها تم استخدام (منهج مسح العينات في فترة زمنية محددة)، وقد سمي (بالمسح المسحي) لأنه يمكّن الباحث من الحصول على بيانات عن المجتمع الأصلي يمكن التعبير عنها بصورة تكرارات، وسمي بمنهج (مسح العينات) لأنه يتم على عينة محصورة ضمن حدود مكانية بذاتها تُمكن الباحث من الوصول إلى استدلالات، وسمي بالمنهج (المسحي المحدد بفترة زمنية) لأن عملية المسح والحصول على بيانات تتم خلال فترة زمنية محددة بعكس الدراسات الطولية (أبو علام، 2004، ص 245-252).

مشكلة البحث:

يعد موضوع اضطراب التوحد في الوقت الحالي من أكثر الاضطرابات النمائية تداولاً في المجالين البحثي والإكلينيكي، إذ ينتشر التوحد في جميع الثقافات والمجتمعات وفي أي مكان، ولا يقتصر على جنس معين أو عرق أو أصل بشري، وقد أشارت عدة دراسات أنه من الصعب تحديد رقم دقيق لمعدل انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال؛ لاختلاف وجهات النظر في معايير تشخيصه، وعدم الاتفاق على تعريف محدد له، يضاف إلى ذلك غياب التشخيص المبكر (عند الولادة) أو التحديد الدقيق للعمر الذي يبدأ معه ظهور الاضطراب، بالإضافة إلى صعوبات تتعلق بأدوات التشخيص نفسها ومدى مطابقتها للمعايير أو تمتعها بالصدق والثبات، وما مدى خبرة القائمين بها وقدرتهم على تطبيقها بدقة (Department of Health, 2002, p11). والحقيقة أن بعض الأطفال التوحديين لا يتم التصريح عنهم أبداً، وبالتالي لا يتم تشخيصهم ودخولهم في معدلات الانتشار (منظمة الصحة العالمية، 2010، ص 8). ويشير (عبد الله 2001) من مراجعته لعدة دراسات التي تناولت انتشار اضطراب التوحد، بأن الاضطراب يحدث على طول خط متصل ودرجات متفاوتة من الشدة، وأنه في الحالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوثه أعلى من الحالات الخطيرة (عبد الله، 2001، ص 17). وقد بينت دراسة كانر التي امتدت من أربعينيات وحتى أوائل سبعينيات القرن العشرين، أكد فيها أن انتشار التوحد لدى الأطفال محدود للغاية ويعد من الحالات النادرة (وفقاً للمعايير التسعة التي وضعها لتشخيص التوحد)، حيث تبين له أن النسبة تتراوح بين (4-10000/5) طفل للأعمار الأقل من (15) سنة في قارة أمريكا الشمالية (165 مليون مواطن آن ذاك)، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4/1) (Kanner, L., 1973, p35). لهذا كانت الدراسات اللاحقة والمبكرة لرصد معدل انتشار التوحد (وفق توصيف كانر ومعاييره التسعة) بينت أنه ينتشر في المجتمع الأمريكي بنسبة تتراوح بين (4-10000/10) ولادة. وفي دراسة أحدث لوينغ (Wing 1996) تبين أن معدلات الانتشار بلغت (10000/10) أي ما يعادل (1000/1) ولادة (Trevanthen, C., Aitken, K., 1998, pp38-39). كما أعلن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998) أن اضطراب التوحديّة أكثر شيوعاً من متلازمة داون (Down's Syndrome)، ويستمر مدى الحياة، وينتشر بنسبة (4-10000/5) ولادة، وتبلغ نسبة الذكور (3/4) من الإناث. كما أكد إيدلسون (Edelson 1998) بناء على دراسات مسحية واسعة في

الولايات المتحدة وانكلترا أن التوحد يحدث بمعدل (4-5/10000) ولادة (Dunlap, C. & Fox, S., 1999, p5). كما أشارت دراسة وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999) أن نسبة الانتشار تتراوح بين (15-21/10000) ولادة والتي تختلف بحسب معاملات الذكاء (California Health and Human Services Agency, 1999, p16). كما بين باركر وزملائه (Becker et al 2007) من مراجعة (55) دراسة لنسبة الانتشار بين عامي (2000 حتى 2006) أن التوحد في الولايات المتحدة ينتشر بنسبة (1/150) ولادة، ويؤثر على الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات (Becker, F. & others. 2007). كما بينت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children- NSAC) أنه في عام (2008) بلغت نسبة الانتشار (1/500) بما يقارب (20/10000) ولادة، وأن هذه النسبة في تزايد مستمر مع تطور مقاييس التشخيص ومعاييرها (The National Autistic Society, 2010, p5). كما بينت دراسة وينج وبروتر (Wing & Protter 2003) أن التوحد ينتشر بنسبة (60/10000) ولادة (هالهان وكوفمان، 2008، ص639)، وأشار فونبوني (Fombonne 2005) أن معدل انتشار الاضطرابات النمائية مجتمعة هو (60/10000) حالة، وأن التوحد يقدر اليوم بنسبة (13/10000) حالة، واضطراب اسبرجر (3/10000) حالة، واضطراب الطفولة التفككي غير التكاملي هو نادر جداً ويقدر بحوالي (2/10000) حالة (Fombonne, E., 2005, p3). كما بين (عبد الله 2001) أن دراسة إيشي وتاكاشي (Ishii & Takahashi 1983) التي أجريت في اليابان والتي استخدمت معايير تشخيصية متنوعة بينت أن معدل حدوث الاضطراب بلغ (16/10000) ولادة (عبد الله، 2001، ص17). وفي بريطانيا أشار مجلس البحث الطبي (Department of Health 2002) إلى أن التوحد ينتشر بنسبة (10-30/10000) طفل تحت عمر الثامنة (Department of Health, 2002, p11). كما أظهرت الدراسات المسحية التي أجريت في أوروبا أن ما يقارب (1/166) طفل لديه اضطراب طيف التوحد (Autism Developmental Disabilities Monitoring Network, 2007, p12). وفي مصر بلغت نسبة انتشار اضطراب التوحد (4-5/10000) ولادة (السيد سليمان، 1999، ص179).

وعلى الصعيد العالمي بين الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV, TR 2000) للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association- APA) أن المعدل الوسطي لاضطراب التوحد في الدراسات (5/10000) ولادة، حيث تراوحت المعدلات التي أشارت إليها هذه الدراسات ما بين (2-20/10000) طفل، ولكن لا يزال الأمر غير واضح فيما إذا كان المعدلات المرتفعة المذكورة تعكس فروقاً في منهج الدراسة أم في التواتر المتزايد للحالات (DSM-IV-TR, 2000, p73). ويبين الجدول رقم (1) معدلات انتشار اضطراب التوحد بحسب الإحصائيات الواردة سابقاً كما يلي:

جدول رقم (1) يبين نسب انتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات ومراكز البحث

معدل الانتشار	الجهة التي أجرت الدراسة المسحية وتاريخها
(4-5/10000)	كانر (Kanner 1973)
(16/10000)	إيشي وتاكاشي (Ishii & Takahashi 1983)
(10/10000) أي ما يعادل (1/1000)	وينغ (Wing 1996)
(4-5/10000)	المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998)

(10000/5-4)	إيدلسون (Edelson 1998)
(10000/21-15)	وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999)
(10000/5-4)	مصر 1999
(10000/5)	(DSM-IV,TR 2000)
(10000/30-10)	مجلس البحث الطبي (Department of Health 2002)
(10000/60)	وينج وبروتر (Wing & Protter 2003)
(10000/13)	فونبوني (Fombonne 2005)
(150/1)	باركر وزملائه (Becker et al 2007)
(500/1) أي ما يعادل (10000/20)	الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children NSAC 2008)

ويلاحظ من الجدول رقم (1) اختلاف معدلات انتشار اضطراب التوحد بحسب الزمان والمكان، وأن تلك المعدلات في ازدياد لأسباب تتعلق بتطور معايير التشخيص، وازدياد مستوى الوعي بالتصريح عن الحالات المكتومة لاسيما في الدول المتقدمة، كما لوحظ تكرار أكثر من دراسة أجمعت على أن نسبة انتشار اضطراب التوحد هي (10000/5-4) طفل، وأنه يؤثر في الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات، كما لا بد من التنويه إلى أن الزيادة الملحوظة في بعض الدراسات قد تعود إلى اختلاف المنهج والطريقة والمعايير المعتمدة.

وفي سورية لا توجد إحصائيات دقيقة لحصر الأعداد الحقيقية لانتشار التوحد عاماً بعد عام بحسب علم الباحثة، ولكن يعتقد أنها ليست بالأعداد القليلة، وهي قريبة من المعدلات العالمية مع التحفظ على تشابه الظروف الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

ويعتبر تحديد وتشخيص حالات التوحد (كإعاقة نمائية) ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) تحدياً للعاملين في مجال التربية الخاصة، لتداخل سمات اضطراب التوحد مع بعض سمات فئات الإعاقات النمائية الأخرى (صعوبات تعلم، تشتت انتباه، اضطرابات السلوك) من جهة، ومع سمات حالات التخلف العقلي من جهة أخرى، بالإضافة إلى مشكلات مرتبطة بتداخل المظاهر المميزة لاضطراب التوحد مع بعض المظاهر الجسدية لدى الأطفال العاديين، وتعد المعرفة بنسب انتشار التوحد الخطوة الأولى لعملية التدخل المبكر، والتي تبدأ بتحديد الميزانيات اللازمة، والكوادر البشرية، والوسائل التعليمية، وبناء الخطط والبرامج العلاجية والتقييمية ضمن إطار التربية الخاصة تمهيداً لتنفيذ سياسة دمج أطفال التوحد مع أقرانهم العاديين، ومما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي التالي: ما نسبة انتشار اضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة في محافظتي دمشق وريفها للعام الدراسي (2011-2012)؟، ويتفرع عن هذا السؤال التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- ما أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012)؟.
- 2- ما نسبة انتشار اضطراب التوحد بحسب الجنس (نسبة الذكور إلى الإناث) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012)؟.

3- ما النموذج مقترح لرعاية الأفراد المصابون باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية؟

رابعاً- مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية:

1- التوحد (Autism): عُرف في الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV, TR 2000) للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA) بأنه اضطراب نمائي يتضمن مجموعة خصائص سلوكية يمكن إدراجها ضمن أربع مجموعات هي:

أ- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة:

● - ضعف التواصل غير اللفظي (الإشارة/التعبيرات الوجهية).

● - عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران.

● - عدم القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والانجازات.

● - ضعف في تبادل المشاعر والانفعالات مع الآخرين.

ب- قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي:

● - تأخر في تطور اللغة المنطوقة.

● - عدم المبادرة في التحدث للآخرين.

● - التحدث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام.

● - لديه لغة خاصة.

ج- تكرار ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

● - الانهماك في لعبة معينة بطريقة محددة وبشكل غير طبيعي.

● - مقاومة تغيير الروتين.

● - تكرار حركات الجسم (رفرفة اليدين/الانفكات يمن وشمال/رفع القدمين وإنزالهما..).

● - الإصرار على الانهماك في جزء معين من اللعبة.

ويجب أن ينطبق على الطفل ستة على الأقل من المعايير الإثنا عشر الواردة أعلاه، والتي تشمل فقرتين على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال المدى المحدود من النشاطات والاهتمامات.

د- تأخر أو خلل في واحد على الأقل من الآتي على أن تظهر قبل (3) سنوات:

● - التفاعل الاجتماعي.

● - اللغة كمعين في التواصل الاجتماعي.

● - اللعب التخيلي (DSM-IV-TR, 2000, p75).

2- انتشار اضطراب التوحد: وتعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه تحديد تكرارات حالات الأفراد الذين تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب التوحد وعلى صعيد الجنس (ذكور/إناث) وفق أداتان (الاستمارة الصحية، وملف المريض) المقيد في سجلات معاهد رعاية المعوقين ومراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) من العام الدراسي (2011-2012).

3- مركز التربية الخاصة بالمعوقين: وفق المادة (1) من القانون رقم (34) لعام (2004) الصادر عن وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل السورية يعرف على أنه كل معهد أو جمعية (حكومية/أهلية) تتولى تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والتأهيلية والرياضية وخدمات التدريب المهني والتشغيل اللازم للمعوقين من عمر بين (1 إلى 18) سنة، والمحولين وفق تشخيص وزارة الصحة ووزارة التربية إلى تلك المراكز على أنهم من ذوي الإعاقات (تخلف عقلي، إعاقة سمعية والصمم، إعاقة بصرية والكف، إعاقة حركية، شلل دماغي، توحد مع تخلف عقلي أو بدون تخلف عقلي) (أرشيف وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، 2004).

الدراسات سابقة:

لم يتم العثور على أي دراسة استهدفت البحث في نسب انتشار اضطراب التوحد في سورية حتى تاريخ إعداد هذه الدراسة، كما لم يتم العثور إلا على دراسة عربية واحدة مُحكَّمة مُقارنةً مع الدراسات الأجنبية، ومن هذه الدراسات دراسة ساش وتوم (Sash & Tom 1990) التي هدفت إلى تقدير نسب انتشار اضطراب التوحد مع تخلف عقلي وبدون تخلف عقلي في مدارس مقاطعة أريزونا، واستخدمت الدراسة سجلات الحياة المدرسية والتقرير الطبي للصحة المدرسية، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (20000) تلميذ موزعين بالتساوي (10000 ذكور، 10000 إناث) اختيروا بطريقة عشوائية منتظمة، وبينت النتائج انتشار اضطراب التوحد بنسبة (5000/2) من أفراد العينة، وأن حالات التوحد بدون تخلف عقلي كانت بمعدل (9/3) ولادة، وأن انتشار التوحد لدى الذكور كان بمعدل ثلاثة أضعاف منه لدى الإناث. ودراسة لوينغ (Wing 1996) التي هدفت إلى تحديد نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من عمر بين (6-17) سنة، واستخدمت الدراسة سجلات الصحة المدرسية، وتكونت عينة الدراسة من (110) مدارس للتعليم الابتدائي والإعدادي من أصل (550) مدرسة، تضم (28456) فرداً، وبينت نتائج الدراسة أن معدلات انتشار التوحد بلغت تقريباً (10000/10) أي ما يعادل (1000/1) ولادة. ودراسة روبن (Reuben 1999) التي هدفت إلى تقييم التقديرات القومية لنسب انتشار اضطراب التوحد المشخص لدى الأطفال من عمر بين (6-17) سنة في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من (3000) طفل من (43) مدرسة للتعليم الأساسي تم الحصول على بياناتهم من الدراسة المسحية القومية للصحة للأعوام (1985-1990-1995)، واستخدمت الدراسة سجلات الصحة المدرسية ومقابلة من إعداد الباحث مع المعلمين وأولياء الأمور، وأظهرت النتائج بشكل تقريبي أن نسبة انتشار التوحد بلغت (1000/1) من مجموع أفراد العينة، كما بينت النتائج أن الذكور أكثر احتمالاً بمرتين من الإناث لأن يصابوا بأي من حالات التوحد، كم أن الأفراد الأكبر سناً من عمر بين (12-17) سنة كانوا أكثر احتمالاً من الأصغر سناً من عمر بين (6-11) سنة لأن يصابوا بأي من حالات التوحد. ودراسة فونبوني (Fombonne 2005) التي هدفت إلى تحديد نسبة انتشار عدة نماذج من اضطراب التوحد، واستخدمت الدراسة سجلات الصحة المدرسية، وتكونت عينة الدراسة من (30000) تلميذ من عمر التعليم الأساسي، وبينت النتائج أن معدل انتشار الاضطرابات النمائية مجتمعة (10000/60) طفل، وأن انتشار التوحد يقدر اليوم (10000/13) حالة، واضطراب اسبرجر (10000/3) حالة، واضطراب الطفولة التفككي غير التكاملي هو نادر جداً ويقدر بحولي (10000/0,2) حالة. ودراسة باركر وزملائه (Becker et al 2007) التي هدفت إلى تقدير نسب انتشار اضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية باستخدام منهج تحليل المضمون ومن مراجعة (55) دراسة عن نسبة انتشار التوحد بين عامي (2000م حتى 2006)، وبينت نتائج الدراسة أن اضطراب التوحد في الولايات المتحدة ينتشر بنسبة (150/1) طفل، حيث يؤثر على

الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات. ودراسة (وزارة التربية المصرية 2008) التي هدفت إلى تحديد نسب انتشار اضطراب التوحد في مدارس التعليم الابتدائي في جميع المحافظات المصرية بين عامي (2000 إلى 2007) بالتعاون مع وزارة الصحة، واستخدمت الدراسة سجلات الصحة المدرسية، ومقياس يوزع على أولياء الأمور لتقدير خصائص التوحد من إعداد شعبة التربية الخاصة في وزارة التربية المصرية، وأجريت الدراسة على (10%) من المجتمع الأصلي لتلامذة التعليم الابتدائي، وبينت النتائج انتشار اضطراب التوحد بنسبة (10000/7) ولادة، وينشر لدى الذكور بمعدل (1/4) منه لدى الإناث.

مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة: اتضح من عرض الدراسات السابقة أنها جميعها هدفت إلى تحديد انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال والتلاميذ في مراحل تعليمية مختلفة لاسيما مرحلة التعليم الأساسي في الدول والمناطق التعليمية التي أجريت فيها تلك الدراسات، ويمكن تصنيف تلك الدراسات ضمن مجموعتين رئيسيتين: الأولى مجموعة الدراسات التي اعتمدت منهج تحليل مضمون البيانات الإحصائية القومية والدراسات السابقة لتحديد نسب انتشار اضطراب التوحد كدراسة باركر وزملائه (Becker et al 2007)، والثانية مجموعة الدراسات التي اعتمدت على المسح الواقعي باستخدام سجلات الصحة المدرسية كدراسة ساش وتوم (Sash & Tom 1990)، ودراسة لوينغ (Wing 1996)، ودراسة روبن (Reuben 1999)، ودراسة فونبوني (Fombonne 2005)، ودراسة (وزارة التربية المصرية 2008) وهذا ما يتفق مع الدراسة الحالية.

وإذا كانت الدراسة الحالية تسعى إلى حصر أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق)، فإنها قد استفادت من الدراسات السابقة في اعتماد (الاستمارة الصحية، وملف المريض) المقيد في سجلات معاهد رعاية المعوقين ومراكز التربية الخاصة من العام الدراسي (2011-2012)، كونها الأكثر مصداقية لاعتمادها على خبرات طبية (عصبية/نفسية) في تشخيص اضطراب التوحد تحت إشراف وزارة الصحة، ووزارة التربية. وتتفق الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة في اعتماد المنهج المسحي للعينات في فترة زمنية محددة. وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث الحدود المكانية والزمانية.

وما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة سعيها إلى اقتراح نموذج لرعاية الأفراد المصابون باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية.

أداة الدراسة:

الاستمارة الصحية، وملف المريض المصاب باضطراب التوحد: تعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها وثائق معتمدة رسمياً من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لقبول المعوق (من ذوي متلازمة التوحد) بعد اتخاذ إجراءات التشخيص من قبل وزارة الصحة، ووزارة التربية/مديرية الصحة المدرسية) التابعة لمديرية تربية محافظة دمشق ومديرية تربية ريف دمشق، وتتضمن تاريخ الحالة الصحية للمعوق عند تقييده في مركز التربية الخاصة بالمعوقين وتتضمن (الأمراض السارية، فحص العين، فحص الأذن، فحص القدرات الحركية، فحص الإعاقات المحولة من وزارة الصحة)، ويتم ملء بياناتها من قبل المشرفين الصحيين التابعين لمديرية الصحة المدرسية (أطباء، ممرضين، مرشدين نفسيين)، وهي موسومة بختم مديرية الصحة، وختم مديرية الصحة المدرسية، وختم مدير الشؤون الاجتماعية والعمل في المحافظة المعنية.

حدود البحث:

تم تطبيق الدراسة الحالية في جميع مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الأهلية، الحكومية، التي تهتم بتأهيل الأفراد من ذوي اضطراب التوحد (مع أو بدون) تخلف عقلي، للعام الدراسي (2011-2012) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق)، وبلغ عددها الإجمالي (16) مركزاً (4 مراكز حكومية، 12 مركزاً أهلياً)، وذلك كما يُظهر الجدول رقم (2):

الجدول رقم (2) يبين مراكز التربية الخاصة بالمعوقين التي تم فيها تطبيق الدراسة الحالية

محافظة دمشق							
المجموع	توحد مع تخلف عقلي		توحد بدون تخلف عقلي		التبعية الإدارية	العنوان	اسم المركز
	إناث	ذكور	إناث	ذكور			
69	12	33	6	18	حكومية	مساكن برزة اوستراد	التأهيل المهني للمعوقين
45	9	20	11	5	جمعية أهلية	قنوات ساحة الحجاز	جمعية الرجاء (الفرع الرئيسي)
60	15	15	15	15	جمعية أهلية	كفر سوسة جانبا الاطفائية	جمعية الرجاء (الفرع 2)
80	20	20	20	20	جمعية أهلية	مخيم اليرموك	جمعية الرجاء (الفرع 3)
254	56	88	52	58	المجموع في محافظة دمشق		
محافظة ريف دمشق							
المجموع	توحد مع تخلف عقلي		توحد بدون تخلف عقلي		التبعية الإدارية	العنوان	اسم المركز
	إناث	ذكور	إناث	ذكور			
39	8	21	3	7	حكومية	التل	معهد الإعاقة الذهنية
136	41	45	25	25	حكومية	قدسيا/ تجمع معاهد إصلاح الأحداث	معهد الإعاقة الذهنية الفرع (1)
137	43	47	14	33	حكومية	قدسيا	معهد الإعاقة الذهنية الفرع (2)
70	20	20	15	15	جمعية أهلية	الحجر الأسود	جمعية زهرة المدائن الخيرية
30	9	12	2	7	جمعية أهلي	مشروع دمر الجزيرة الرابعة	معهد الأوائل للتأهيل النفسي والتربوي
40	10	10	10	10	جمعية أهلية	تنظيم صحنايا	معهد جنا
89	21	34	9	25	جمعية أهلية	جرمانا	المستقبل
18	2	9	0	7	جمعية أهلية	ضاحية الأسد	النور

60	17	22	8	13	جمعية أهلية	ضاحية الأسد	بشائر الأمل
17	2	7	5	3	جمعية أهلية	جديدة عرطوز	هند
51	7	21	6	17	جمعية أهلية	المليحة	رواد المستقبل
60	15	15	15	15	جمعية أهلية	مشروع دمر	جمعية الرجاء (الفرع 2)
747	195	263	112	177	المجموع في محافظة ريف دمشق		
1001	251	351	164	235	المجموع الكلي		

النتائج والمناقشة:

تمت عملية إحصاء تكرار حالات الأفراد المصابين باضطراب التوحد والمقيدين في سجلات مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في محافظتي (دمشق، ريف دمشق)، حيث استخدم العد البسيط لتكرار تلك الحالات، ومن خلال ذلك تمت الإجابة على تساؤلات الدراسة:

السؤال الأول: ما أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012)؟

يُلاحظ من الجدول رقم (2) أن أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظة دمشق بلغت (254) حالة منهم (110) حالات من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (144) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما في محافظة ريف دمشق فقد بلغ أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد (747) حالة منهم (289) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (458) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما فيما يخص المجموع الكلي لكلا المحافظتين فقد بلغت أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد (1001) حالة منهم (399) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي)، بالإضافة إلى (602) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي).

السؤال الثاني: ما نسبة انتشار اضطراب التوحد بحسب الجنس (نسبة الذكور إلى الإناث) في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) المقيدين في مراكز التربية الخاصة (الحكومية، الأهلية) في العام الدراسي (2011-2012)؟

يُلاحظ من الجدول رقم (2) مايلي:

1- في محافظة دمشق: إن أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد بلغ (146) حالة منهم (58) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (88) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغت (108) منهن (52) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (56) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد بلغت (1/1,32).

2- في محافظة ريف دمشق: إن أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد بلغ (440) حالة منهم (177) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (263) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغت (307) منهن (112) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (195) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد بلغت (1/1,67).

3- في كلا المحافظتين (دمشق، ريف دمشق): إن أعداد (الذكور) المصابين باضطراب التوحد بلغ (586) حالة منهم (235) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (351) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف العقلي). أما أعداد (الإناث) المصابات باضطراب التوحد بلغت (415) منهن (164) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي) بالإضافة إلى (251) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي). أما نسبة الذكور إلى الإناث فقد لبغت (1/1,41).

ويمكن تلخيص نتائج السؤال الرئيسي الثاني بالجدول رقم (3) التالي:

الجدول رقم (3) يلخص نتائج السؤال الرئيسي الثاني

محافظة دمشق				
نوع التوحد	ذكور	إناث	الكلي	نسبة الذكور/الإناث بالمجموع الكلي
توحد بدون تخلف عقلي	58	52	110	1/1,32
توحد مع تخلف عقلي	88	56	144	
توحد بالمجمل	146	108	245	
محافظة ريف دمشق				
نوع التوحد	ذكور	إناث	الكلي	نسبة الذكور/الإناث بالمجموع الكلي
توحد بدون تخلف عقلي	177	112	289	1/1,67
توحد مع تخلف عقلي	263	195	458	
توحد بالمجمل	440	307	747	
كلا المحافظتين (دمشق، ريف دمشق)				
نوع التوحد	ذكور	إناث	الكلي	نسبة الذكور/الإناث بالمجموع الكلي
توحد بدون تخلف عقلي	235	164	399	1/1,41
توحد مع تخلف عقلي	351	251	602	
توحد بالمجمل	586	415	1001	

السؤال الثالث: ما النموذج المقترح لرعاية الأفراد المصابون باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية؟

بالعودة إلى ما كتب في البحوث والدراسات العربية والأجنبية حول البرامج المقترحة لتنمية مهارات المعرفية (إدراك، انتباه، ذاكرة، تفكير، لغة)، والمهارات التواصلية الاجتماعية (اللفظية، وغير اللفظية)، والمهارات الأكاديمية (القراءة، والكتابة، والرياضيات).. إلخ، فإنه يمكن اقتراح نموذج لتصميم البرامج الخاصة للإفادة منها في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين من ذوي اضطراب التوحد وفق مجموعة خطوات كما يلي:

1- التشخيص الدقيق والفارقي: إخضاع الأفراد المحولين من مدارس وزارة التربية ومديرية الصحة المدرسية ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لمجموعة اختبارات نمائية، واختبارات للقدرات العقلية (الذكاء)، واختبارات للمهارات اللغوية، واختبارات للتواصل الاجتماعي، تكون مقننة وتتمتع بخصائص سيكومترية جيدة للصدق والثبات تناسب البيئة السورية، مما يساعد في عزل الأفراد من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي أو (التوحد الكلاسيكي) عن الأفراد من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي.

2- تحديد أهداف البرامج التدريبية: بصياغة مجموعة أهداف (عامة، وخاصة، وسلوكية) تتناسب الفروق الفردية فيما بين الأفراد من ذوي اضطراب التوحد الكلاسيكي أو التوحد المترافق مع تخلف عقلي، وذلك في المجالات النمائية، والأكاديمية، والتواصلية الاجتماعية، والصحية، والتأهيل المهني.

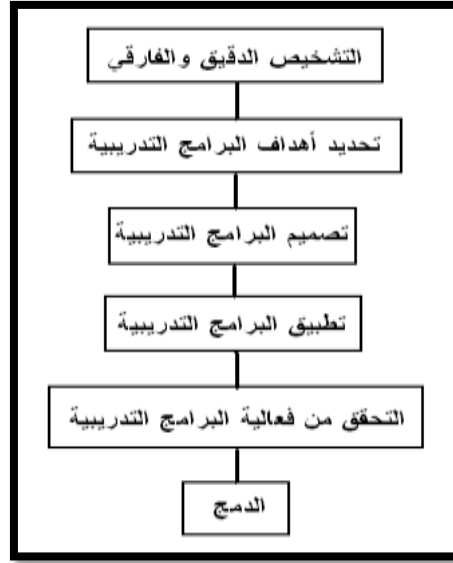
3- تصميم البرامج التدريبية: بالعمل على تعيين طرائق واستراتيجيات التدريس الملائمة (كاستراتيجية النمذجة، أو استراتيجية التعزيز الإيجابي، أو استراتيجية تحليل المهمة، أو استراتيجية العمليات النفسية، أو استراتيجية الحواس المتعددة.. إلخ)، ثم تصميم الوسائل التعليمية (السمعية، البصرية، متعددة الحواس.. إلخ)، ثم العمل على الربط بين جميع المدخلات المتضمنة لتحقيق الأهداف التدريبية في المجالات النمائية، والأكاديمية، والتواصلية الاجتماعية، والصحية، والتأهيل المهني.

4- تطبيق البرامج التدريبية: بالعمل على تدريب الأفراد من ذوي اضطراب التوحد على المهارات المتضمنة في البرامج التدريبية، لتحقيق أهداف البرامج التدريبية بنسبة إتقان لا تقل عن (95%) بالنسبة لكل هدف سلوكي، وهدف تعليمي، بما يحقق الكفاءة والفاعلية في تنمية المهارات النمائية، والأكاديمية، والتواصلية الاجتماعية، والصحية، والتأهيل المهني.

5- التحقق من فعالية البرامج التدريبية: بالسعي إلى تصميم الاختبارات المقبوضة بنودها من أهداف البرامج التدريبية، أو عن طريق إخضاع الأفراد من ذوي اضطراب التوحد إلى مواقف حقيقية تحاكي المواقف التي تدربوا عليها ضمن جلسات البرامج التدريبية كلٌّ بحسب قدراته الخاصة، مع مراعاة الفروق الفردية فيما بينهم، وخاصة فيما يتعلق بالذكاء والقدرات العقلية.

6- الدمج: الذي يعد أحد أهم الخطوات المتممة للتحقق من فعالية الإجراءات التأهيلية المتبعة في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين، من خلال اتخاذ التدابير (بالتنسيق مع الجهات المختصة) لتحقيق الدمج (الكلي أو الجزئي) مع الأقران العاديين من نفس العمر الزمني أو من نفس مستوى القدرات العقلية في المجالات النمائية، والأكاديمية، والتواصلية الاجتماعية، والصحية، والتأهيل المهني.

ويلخص الشكل رقم (1) النموذج المقترح لرعاية الأفراد المصابون باضطراب التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في سورية كما يلي:



الشكل رقم (1) يوضح النموذج مقترح لرعاية الأفراد المصابون باضطراب التوحد

تاسعاً- مناقشة نتائج البحث وتفسيرها:

بينت نتائج الدراسة الحالية أن أعداد الأفراد المصابين باضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين (الحكومية، الأهلية) محدودة للغاية وبلغت (1001) حالة منهم (399) حالة من ذوي اضطراب التوحد بدون تخلف عقلي، بالإضافة إلى (602) حالة من ذوي اضطراب التوحد مع تخلف عقلي، كما أن نسبة الذكور إلى الإناث كانت بحدود الضعفين، وهذه النتائج قريبة من نسب الانتشار العالمية والتي يمكن مقارنتها مع أعداد التلاميذ العاديين في مرحلة التعليم الأساسي (الحلقة الأولى، الحلقة الثانية)، والذي يبلغ عددهم في محافظة دمشق (47256) تلميذ وتلميذة (26557 ذكور، 20699 إناث)، موزعين ضمن (327) مدرسة للتعليم الأساسي، أما أعداد التلاميذ العاديين في محافظة ريف دمشق فيبلغ (93933) تلميذ وتلميذة (47854 ذكور، 46079 إناث) موزعين ضمن (637) مدرسة (وزارة التربية، 2012)، مما يشير إلى أن أعداد التلامذة العاديين كبيرة جداً مقارنة بالحالات القليلة والنادرة جداً من الأفراد من ذوي اضطراب التوحد. وهذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية تتفق جزئياً مع دراسة كانر (Kanner 1973) ودراسة إيدلسون (Edelson 1998) الذين أكدوا أن انتشار التوحد محدود للغاية ويعد من الحالات النادرة، وأن النسبة تتراوح بين (4-10000/5) ولادة، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4/1). كما تتقارب النتائج مع ما أكدته دراسة المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998) التي بينت أن التوحد ينتشر بنسبة ضئيلة بحدود (4-10000/5) ولادة، وتبلغ نسبة إصابة الذكور (3/4) أضعاف الإناث. كما تتقارب النتائج مع دراسة باركر وزملائه (Becker et al 2007) التي بينت فيها أن التوحد يؤثر على الذكور أكثر من الإناث. كما تتفق نتائج الدراسة الحالية جزئياً مع ما أكد عليه (سليمان 1999) من أن التوحد في مصر يعد من الحالات النادرة، وتتراوح نسبة انتشاره بين (4-10000/5) ولادة. كما تتفق مع ما أكد عليه الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV,TR 2000) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA) أن المعدل الوسطي لاضطراب التوحد في الدراسات (10000/5) ولادة، حيث تراوحت المعدلات التي أشارت إليها هذه الدراسات ما بين (2-10000/20) ولادة.

وهذه النسب والأعداد المحدودة لانتشار اضطراب التوحد في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) يمكن تفسيرها من خلال مجموعة عوامل أهمها ازدياد المعرفة باضطراب التوحد لدى المختصين في مجال الطب (النفسي/العصبي) لدى العاملين في مديرية صحة دمشق ولدى المرشدين النفسيين العاملين في مدارس التعليم الأساسي، بالإضافة إلى زيادة وعي أولياء الأمور بالمشكلات المترتبة من عدم التصريح عن حالات التوحد لدى أبنائهم، مما يساهم في تدوين الحالات في سجلات الصحة المدرسية، ووزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وبالتالي رصد وجمع الإحصائيات بشكل دوري وعند بداية كل سنة دراسية جديدة.

ومع عدم توفر دراسات سابقة محلية بحثت نسبة انتشار اضطراب التوحد في سورية عموماً، وفي محافظتي (دمشق، ريف دمشق) على وجه الخصوص، ولدى تلامذة التعليم الأساسي، ومع اختلاف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج البعض الآخر من الدراسات السابقة، فإنه يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية ضمن مجموعة عوامل أهمها أن السجلات صحة المدرسية وسجلات وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل وسجلات وزارة الصحة قبل عام (2000) لم تكن موثوقة ومؤتمتة بما فيه الكفاية ولم تكن مبنية على أساس خضوع التلميذ للفحص الطبي (العصبي/النفسي) كما هي عليه بعد عام (2005)، كما أن نشر المرشدين النفسيين في المدارس لم يكن قد تم تطبيقه من قبل وزارة التربية كما هو عليه الحال بعد هذا التاريخ، مما ساهم في عدم التصريح عن عدد من الحالات المصابة باضطراب التوحد لدى الذكور والإناث، مما يتطلب أخذ النسب التي توصلت إليها الدراسة الحالية بحذر، يضاف إلى ذلك عدم وعي أولياء الأمور بأهمية التصريح عن بعض الحالات وخصوصاً لدى الإناث وذلك لأسباب اجتماعية.

الاستنتاجات والتوصيات:

استناداً إلى النتائج السابقة التي توصلت إليها الدراسة الحالية فيمكن اقتراح التوصيات التالية:

- 1- عدم اعتبار نتائج الأعداد ونسب انتشار اضطراب التوحد في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين في محافظتي (دمشق، ريف دمشق) التي توصلت إليها الدراسة الحالية على أنها مطلقة ونهائية، فيمكن أن تزيد النسبة أو تقل من سنة إلى أخرى.
- 2- ضرورة نشر الوعي بين أولياء الأمور للتصريح عن الحالات غير المعلن عنها بين الذكور والإناث وفي جميع المحافظات السورية.
- 3- إن تحديد نسب انتشار اضطراب التوحد في سورية يقدم بيانات إحصائية تساعد أصحاب القرار في وزارة التربية ومديرياتها في المحافظات، ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، ووزارة الصحة على اتخاذ الإجراءات والتدابير الخاصة (غرف مصادر، خطط وبرامج، وسائل تعليمية، تأهيل مجتمعي، كوادر بشرية، تدخل مبكر، علاج طبي/نفسي)، لمساعدة هذه الفئة من ذوي الحاجات الخاصة لتحقيق أقصى ما يستطيعون الوصول إليه حسب قدراتهم الخاصة.
- 4- زيادة التأهيل التربوي للمعلمين العاملين في قطاع التربية والتعليم لمرحلة التعليم الأساسي وأولياء الأمور لكيفية التعامل مع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد.
- 5- على القيادات التربوية في وزارة التربية العمل على تصميم دليل عمل مهني، وإقامة دورات تدريبية موجهة للمعلمين والمدرسين حول مفهوم التوحد، ونسبة انتشاره على الصعيد العالمي، ومحكات تشخيصه، والبرامج العلاجية، والوسائل التعليمية.. إلخ، وذلك للحد من أثر هذه الإعاقة على التلاميذ.

المراجع:

- 1- أبو علام، رجاء محمود: مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط4، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، (2004)، 245-252.
- 2- الجبلي، سوسن شاكر: التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، ط1، مطبعة علاء الدين، دمشق، سورية، (2005)، 31.
- 3- سليمان، عبد الرحمن السيد: سيكولوجيا ذوي الحاجات الخاصة ذوو الحاجات الخاصة المفهوم والفئات، ج1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، (1999)، 179.
- 4- عبد الله، محمد قاسم: الطفل التوحيدي أو الذواتي الانطواء حول الذات ومعالجته اتجاهات حديثة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، حلب، سورية، (2001)، 98-99-17.
- 5- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)، ترجمة أحمد عكاشة 1999م، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر، (1992)، 266.
- 6- منظمة الصحة العالمية: التوحد، منشورات منظمة الصحة العالمية، مكتب الارتباط السوري، دمشق، سورية، (2010)، 3-10.
- 7- هالهان، دانيال وكوفمان، جيمس: سيكولوجيا الأطفال غير العاديين وتعليمهم، ترجمة عادل عبد الله محمد، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن، (2008)، 639-656-653.
- 8- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل: القانون رقم (34) لعام (2004)، الأرشيف، دمشق، سورية. (2004).
- 9- Adam, G.. Increasing Social Skills and Pro-Social Behavior for Three Children Diagnosed with Autism Through the Use of a Teaching Package. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(1), (2009), 286.
- 10- American Psychiatric Association.. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC., USA, (2000), 70-73-75-84.
- 11-Autism Developmental Disabilities Monitoring Network.. Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs), Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, (2007), 12.
- 12- Becker, F., Carmellini, A., Dufresne, W., Ripert, E., & Waltuck, D., Autism Speaks Cooks up a Spectacular Evening at Capitale Percentage of Funds Raised Will Benefit the Nordoff-Robbins Music Therapy Foundation. Autism Speaks to Wall Street: A Celebrity Chef Gala with over 50 of the Nation's Finest Chefs, (2007), 2.
- 13- California Health and Human Services Agency . Department of Developmental Services, Changes in the Population of Persons with Autism and Pervasive Developmental Disorders in California's Developmental Services System: 1987 through 1998: A Report Legislature, available at <http://www.autismconnect.org/htm>, (1999), 16.
- 14- Campbell, M. & Guava, J. Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry. A review of the past seven years, part 2, Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol. (34), (1995), 397.
- 15- Department of Health. Autistic Spectrum Disorders: Good Practice Guidance. Department for Education and Skills. DfES. Crown, (2002), 11.

- 16- Dunlap, C.; Fox, S. Teaching students with autism. New York, Kendal, Hunt, (1999),5.
- 17- Fombonne, E., Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 66(10), pp. 3-8. Physicians Postgraduate Press, Inc, (2005), 3.
- 18- Happe, F. Autism An Introduction to Psychological Theory. Massachusetts: Harvard University Press, USA, (1995), 28-29-30-31.
- 19- Kanner, L. Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights, Washington, D.C. : V. H. Wanston, Sons, Inc.
<http://www.ama.org.br/Kannereng-complete.txt>,(1973), 12-14-33-35.
- 20- Law, J., Parkinson, A, . Communication Difficulties in Childhood. Abingdon. Radcliff Medical Press, Now York, USA, (2000), 26-31.
- 21-Piven, J., Harper, P., Arndt, S. Course of behavioral change in autism: A retrospective study of high- IQ adolescents and adults. J. of American of child and Adolescent Psychiatry, (1996), 34.
- 22-Reuben, H. Prevalence of Autism in Elementary Schools. A research published in the ERIC website, New York, USA, (1999), 161.
- 23- The National Autistic Society. (n.d.). SPELL: The NAS framework for intervention. Retrieved on goats 20 2010 , from.
<http://www.autismsociety.org/>, (2010) ,p5.
- 24- Trevarthen, C., Aitken, K., Children With Autism, A to Z. CO., London, UK, (1998), 38-39.