دراسة تحليلية مقارنة لنتائج استخدام قائمة البورتدج على عينات من الأطفال المعرضين لخطرالإصابة بالتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد دراسة سيكومترية – اكلينيكية

أ.د / دعاء عوض عوض سيد أحمد
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة الإسكندرية

د/ ياسمين عبد الصبور حسنين محمد
دكتوراه الصحة النفسية – جامعة الإسكندرية
أخصائى علاج نفسى بمستشفى
جامعة طنطا التعليمى العالمى

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة لفهم وتفسير الفروق بين الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في قائمة البورتدج العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) ، كما هدفت إلى فهم وتفسير العوامل الكامنه وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى لدى حالتين طرفيتين من الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد ، وتكونت عينة الدراسة من ٢٣ طفل معرضين لخطر التوحد (١٥ ذكور- ٨ إناث) ، ١٧ طفل من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد (٩ ذكور- ٨ إناث) ، بمتوسط عمر زمنى (٣٩,٥) شهروانحراف معيارى (١٠,٣١) ، وتم استخدام الأدوات التالية : قائمة تقييم العمر التطورى (البورتدج) ، اختبار CARS لتشخيص اضطراب طيف التوحد تعريب هدى أمين (٢٠٠٤) ، استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثتان) ،مقياس السلوك العاطفى ، مقياس السعادة المدركة إعداد ياسمين عبد الصبور وآخرون (٢٠٢١) ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن : وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ في الدرجة الكلية فى (المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) بين الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لصالح الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد ، بينما لم توجد فروق دالة إحصائياً في المجال اللغوى ، كما كشفت الدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل الكامنة وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للأطفال لدى حالتين طرفيتين من الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد .

الكلمات المفتاحية : قائمة البورتدج – الأطفال المعرضين لخطر التوحد – الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد .

A Comparative Analytical Study of the Results of Using the Portage List on Samples of Children at Risk and Children with Autism Spectrum Disorder Psychometric – Clinical Study

Abstract:

The study aimed to understand and explain the differences between children at risk of autism and children with autism spectrum disorder in portage list (total degree and its subfields (linguistic field - cognitive field - motor field - socialization - self-care), and also aimed to understand and explain the factors underlying the increase / decrease in developmental age in two extreme cases of children at risk of autism. The study sample consisted of 23 children at risk of autism (15 males - 8 females), 17 children of the Children with autism spectrum disorder (9 males - 8 females), with an average age (39.5) months and a standard deviation (10.31), the following tools were used: developmental Age Assessment List (Portage), CARS Test for the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Standarization of Hoda Amin (2004), Case Study Form (developed by the Researchers), Emotional Behavior Scale, Perceived Happiness Scale by Yasmine Abdel Sabour et al. (2021), The results showed that : The presence of statistically significant differences at the level of 0.01 in the overall score in (cognitive field - motor field - socialization - self-care) between children at risk of autism and children with autism spectrum disorder in favor of children at risk , while there were no statistically significant differences in the linguistic field, as the clinical study revealed the existence of some factors underlying the increase / decrease in the developmental age of children in two extreme cases of children at risk of autism.

Key words : portage list- children at risk of autism - children with autism spectrum disorder.

مقدمة

تعد رعاية الأطفال في السنوات الأولى من العمر مطلبا حيوياً كما تمثل ضرورة قصوى سواء تعلق الأمربالأطفال العاديين أو ذوى الاحتياجات الخاصة ، فمراحل النمو الأولى ذات أهمية بالغة في تطورالطفل مما يؤثر في تنمية قدراته المعرفية واللغوية والحركية وتحسين سلوكه الانفعالى والاجتماعى ، بالإضافة إلى أن التعلم الإنسانى في السنوات المبكرة يكون ذو تأثيرفعال كما يسهم بدرجة كبيرة في اكتساب العديد من المهارات المختلفة لدى الأطفال .

وتعتبر فترة الطفولة المبكرة من أهم مراحل النمو الإنسانى ، إذ يتطور فيها النمو المعرفى واللغوى والحركى والعاطفى والاجتماعى بشكل ملحوظ وتتميز هذه المرحلة باعتماد الطفل المباشر على من حوله ، كما تتطلب هذه السنوات التكوينية الأولى الرعاية والتدريب والتأهيل للطفل ، ولذا فإن مشاركة الأباء والأمهات فى العملية التدريبية والتأهيلية للأطفال ضرورة لا غنى عنها كما ينتج عنها فوائد متعددة للطفل .

إن تقييم جوانب نمو الطفل فى المراحل الاولى من العمر يعد ذا أهمية كبيرة حيث يساعد المتخصصين والآباء على الوقوف على طبيعة نمو أطفالهم والكشف المبكر عن اى مشكلات نمائية ربما يعانى منها الطفل ، ويكون التعامل معها فى مراحلها الأولى- فى حال وجودها- أكثر فائدة وأقل ضررا من تأخر اكتشافها والتعامل معها فى مراحل متاخرة من العمر .

فعمليات الوقاية الاولية والتعامل مع المشكلات النمائية للأطفال بهدف منع حدوث الإعاقة تعد غاية وذات أولوية كبرى فى مقابل العمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة وذلك إذا ما كانت هناك صعوبة فى منع حدوثها ، لذا كان من الضرورى أن تولى الدراسات اهتماما خاصا بفئات الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة "ممن يعانون من عوامل الحرمان البيئى او الثقافى أو من المتأخرين نمائيا " بهدف العمل فيما بعد على تطوير قدراتهم وتوجيههم مما يوفر العديد من الجهود المبذولة مع الطفل ويحقق نتائج إيجابية ويسهم بفعالية فى تقديم برامج التدخل المبكر المناسبة للطفل فيما بعد .

فقد ذكر محمد على كامل (٢٠٠٥: ٥٨) أن التدخل المبكر مهم لمنع التأخر اللغوى ولتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل ، وهى عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته ، والتدخل المبكر بمثابة معالجة فورية وقائية تهدف إلى تنمية قدرات الطفل في مجالات عديدة حركية ، إجتماعية ، لغوية .

وهذا ما أكده جمال الخطيب ، منى الحديدى (٢٠٠٧ : ١٧) أن مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة أصبح أكثر شمولية وأوسع نطاقاً ، حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ، لكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر، حتى الأطفال الذين ينشئون تحت ظروف بيولوجية أو بيئية يخشى عليهم من تعرضهم لخطر الإعاقات أو مشكلات في النمو ، فالقصور البسيط في النمو قد يتراكم ويتحول إلى إعاقة .

ومن هنا وجدت الباحثتان ضرورة أن يتم اكتشاف وتقييم الأطفال المعرضين للخطر ، في وقت مبكر والتعرف على قدراتهم المعرفية واللغوية والإجتماعية الفعلية ، حتى يكون هناك رؤية واضحة تدعم المختصين في إعداد برامج التدخل المبكر المناسبة والتى تراعى الفروق الفردية بين الأطفال وتتسق مع مستويات نموهم ،مما يسهم فى الحد من الآثار السلبية وتعرض الطفل للعديد من المشكلات .

وفقد لاحظت الباحثتان من خلال الخبرة العملية ، ضرورة الاهتمام بالأطفال المعرضين لخطر التوحد، وتقديم رعاية وقائية لهؤلاء في وقت مبكر، للتقليل من خطر انخفاض قدراتهم ومهاراتهم المختلفة وسعيا لتدعيم نقاط القوة لديهم ، وأن يكون هناك إهتمام ورعاية هدفها تنمية هذه المهارات وتوظيف طاقات الطفل في أنشطة هادفة مثمرة في كافة النواحى المعرفية واللغوية والإجتماعية والحركية والإستقلالية فيما بعد، مما يساعد على التصدى لخطر إصابة هؤلاء الأطفال باضطراب طيف التوحد أو أن تتطور لديهم جوانب القصور لتصل إلى مستويات الإصابة الفعلية ، وتتلخص في أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور في شتى مجالات الحياة ، وهذا ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة Lang,R.(2009) والتي أشارت أن اضطراب طيف التوحد يؤثر في مجالات التفكير والتفاعل الإجتماعى والإنفعالى لدى الأطفال ، وبالتالي يكون هناك قصور في التواصل اللفظى والغير لفظى ، دراسة Kostyukl,N.,et .al(2010) والتي

أوضحت إلى أن ضعف اكتساب اللغة والتواصل مظهر أساسى ورئيسى في اضطراب طيف التوحد ، دراسة Haglund,N.,et .al(2011) فقد ذكرت أن اضطراب طيف التوحد كاضطراب نمائى يتميز بضعف في المجالات الاجتماعية والتواصل اللفظى وغير لفظى.

- وقد أوضحت العديد من الدراسات السابقة والأطر النظرية أهمية برامج التدخل المبكر ، في تنمية المهارات المختلفة لدى الأطفال المعرضين والأطفال ذوى الإعاقات والاضطرابات ، وذلك في تنمية مهارات وتطوير قدرات هؤلاء الأطفال ، ولتقديم هذه البرامج وجب الوقوف على خصائص الأطفال بناء على تشخيص وتقييم دقيق لجوانب نموهم وكذلك فهم وتفسير الفروق بين الاطفال المعرضين للخطر والاطفال اللذين شخصوا على انهم من ذوى الإعاقات وتحليل أوجه الاختلاف بينهم ، مما يعطى فرصا أفضل لفهم طبيعة نمو الأطفال من المعرضين للخطر بما يسهم فى منع تطور مشكلاتهم ووقوعهم فى براسن الإعاقة .
- كما أكدت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات واضحة في مهارات التفكير واللغة والتواصل الإجتماعى والإنفعالى ، ولكن لاحظت الباحثتان أن معظم الدراسات اهتمت بإلقاء الضوء على ضرورة التدخل المبكر لدى الأطفال المعاقين بالفعل ، ولم تولى إهتماما بالأطفال المعرضين للخطر وبصفة خاصة الأطفال المعرضين لخطر التوحد .

وتسعى الدراسة الحالية لتقييم العمر التطورى الفعلى للطفل وتحديد جوانب القصور لديه وفهم طبيعة الاختلافات بين الاطفال المعرضين والمصابين بالتوحد ، وقد ندرت الدراسات- في حدود إطلاع الباحثتان -التى تناولت قائمة البورتدج بهدف المقارنة بين فئات مختلفة من الأطفال ، لذا تسعى الباحثتان في الدراسة الحالية للكشف عن الفروق بين الأطفال في مجالات النمو الأساسية للقائمة وهى (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية).

مشكلة الدراسة :

يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة التالية :

- ما الفروق بين الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في قائمة البورتدج العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) ؟
- ما العوامل الكامنه وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) لدى حالتين طرفيتين ؟

أهداف الدراسة :

- فهم وتفسير الفروق بين الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في قائمة البورتدج العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) .
- الكشف عن العوامل الكامنه وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) .

أهمية الدراسة :

- أهمية الفئة التي تتناولها الدراسة وهم الأطفال المعرضون لخطر الإصابة بالتوحد ، الذين تزايدت أعدادهم بشكل ملحوظ ، والذين هم في حاجة ماسة إلى التدخل المبكر من النوع الأول لمنع حدوث الإعاقة .
- في حدود إطلاع الباحثتان أن هناك ندرة في هذا النوع من الدراسات ، وأنها ضمن دراسات الوقاية من النوع الأول التي تتصدى لمنع حدوث الإعاقة .
- تعتبر دراسة تحليلية تكشف التعمق في العوامل الكامنة وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للطفل ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) .

مصطلحات الدراسة :

قائمة البورتدج

يقصد بها في الدراسة الحالية " تلك القائمة التي تقوم على مقياس علمى يقيس خمسة مهارات نمائية لدى الطفل وذلك للتعرف على نقاط القوة ونقاط الضعف ، يطبق على الأطفال المعرضين لخطر التوحد والأطفال ذوى اضطراب التوحد من عمر عامين إلى خمسة أعوام ، وتحديد المستوى الحالي للطفل في المجالات النمائية الأساسية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) من خلال ملاحظة الأم " .

وتهدف قائمة البورتدج العمر التطورى للطفل إلى تحديد العمر النمائى للطفل في خمسة مجالات أساسية هي :

المجال اللغوى : ويتحدد من خلال قياس المهارات الخاصة باللغة التعبيرية أو الإستقبالية التي تتمثل في قدرة الطفل على التواصل مع الأخرين باللغة الشفوية وغير الشفوية .

المجال المعرفى : يتحدد من خلال قياس قدرات الطفل في التعرف على المفاهيم الأساسية كالألوان والأحجام والتمييز بين الأشكال (مثلث – مربع – دائرة) ، وأداء مهارات ما قبل الأكاديمى أن يرسم خط رأسى أو أفقى .

المجال الحركى : يتحدد من خلال قياس النمو والتطور الجسمانى والإستقلالية في الحركة وقوة العضلات (الكبيرة والصغيرة) على القيام بمجموعة من المهارات الحركية التطورية كالجلوس والوقوف والمشى ، استخدام الأطراف العليا والسفلى من الجسم، القفز على قدم واحدة ، استخدام المقص .

التنشئة الاجتماعية : تتحدد من خلال قدرة الطفل على إقامة علاقات إجتماعية مع المحيطين من أقارب ، أقران ، واتباع القواعد الاجتماعية وتكوين صداقات مع الأقران .

الرعاية الذاتية : تتحدد من خلال قدرة الطفل على تحمل المسئولية ، وأداء مهارات العناية بالذات اليومية ونمو مهاراته الإستقلالية في الطعام والشراب وارتداء الملابس وقضاء احتياجاته الخاصة .

الأطفال المعرضين لخطر التوحد

يقصد بهم فى الدراسة الحالية " هم الأطفال الحاصلين على درجات تتراوح ما بين (٢٥- ٢٨) على مقياس كارز وهى معدلات مرتفعة ، وتتراوح أعمارهم مابين متوسط عمر زمنى (٣٩,٥) شهروانحراف معيارى +__(١٠,٣١) ، ولديهم بعض أعراض إضطراب طيف التوحد ، ولكن لم يصلوا إلى حد الإصابة بإضطراب طيف التوحد" .

الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد

يقصد بهم فى الدراسة الحالية " هم الأطفال الحاصلين على درجات تتراوح ما بين (٣٠- ٣٥) على مقياس كارز ، وتتراوح أعمارهم مابين متوسط عمر زمنى (٣٩,٥) شهروانحراف معيارى +__(١٠,٣١) ، وتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد" .

الإطار النظرى للدراسة

أولاً : قائمة البورتدج

١ـ مفهوم البورتدج : تعددت التعريفات التي تناولت البورتدج وفقاً لوجهات نظروأراء وفلسفة الباحثين القائمين بتحديد مفهومه ، حيث تستخدم قائمة البورتدج في تقييم هؤلاء الأطفال وتحديد نقاط االقوة والضعف لديهم ، وتقدم رؤية واضحة عن المستوى الفعلى للطفل في خمس مجالات أساسية وهم (المجال اللغوى – المعرفى – الحركى -التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) .

فقد عرفته ناديه على العجمى (٢٠١١ :٦٣) بأنه مشروع تعليمى للتدخل المبكر يطبق على الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة من الميلاد وحتى سن ٩ سنوات ، ويقوم المشروع بتدريب الأم على كيفية تعليم طفلها والتعامل معه ولذلك فهو برنامج تثقيفى للأمهات يؤهلن ليصبحن المدرسات الحقيقيات لأطفالهن ، ويطبق البرنامج على الأم والطفل داخل المنزل لأنه أكثر ملائمة للطفل وبيئته ، ويقوم هذا البرنامج على زيارة الأم والطفل مرة في الأسبوع لمدة ساعة وربع .

ومما سبق تعرف الباحثتان قائمة البورتدج بأنها " تلك القائمة التى تهدف إلى قياس خمس مجالات نمائية لدى الأطفال وهم ((المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) من سن الميلاد إلى سن

٩ سنوات والتعرف على قدرات ومهارات الأطفال سواء كانوا من العاديين المعرضين للخطر أو ذوى الإعاقات .

ومما سبق يتضح أن هناك اتفاق على طبيعة الفئات التي تحتاج إلى ضرورة التدخل المبكر ومنهم الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد فقد أشارت دراسة Matson,J.(2008) إلى أهمية التدخل المبكر بالنسبة لهذه الفئة من الأطفال فهو يعمل على النهوض بهم وتقليل حدة المخاطر والصعوبات التي يواجهونها في حياتهم وأنشطتهم اليومية ، كما يسعى أيضاً إلى مساعدة أسر هؤلاء الأطفال من خلال زيادة وعيهم ومشاركتهم في العملية التدريبية والتعليمية ، وأيضاً الأطفال الذين يواجهون بالفعل خطر حقيقى أو المعرضين للخطر للكشف عن أوجه القصور لدى هؤلاء الأطفال ، ومن هنا ترى الباحثتان أن يتم التعرف في وقت مبكر على مشكلات الأطفال الذين يعانون من أي خلل أو اضطراب في مجالات النمو الخمسة الأساسية وهم (المجال اللغوى – المعرفى – الحركى -التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) ، وتتفق وجهة نظر الباحثتان مع نتائج دراسة Choueiri,R.,et al(2022) ، دراسة Henrichs,Y.,et .al(2022:1) والتي أكدت على أن للتدخل المبكر أكبر الأثر بالنسبة للأطفال المعرضين لخطر التوحد بشتى درجاته (البسيطة – المتوسطة – المرتفعة) ، في التقليل من عوامل الخطر النمائية ، من خلال المهارات والخبرات التي يحصل عليها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ،ومن هنا تتضح أهمية التدخل المبكر لدى الأطفال لدى هؤلاء الأطفال حيث يتم تدريبهم على نفس المجالات التي يتمتع بها الطفل العادى ، كما تعمل برامج التدخل المبكر على زيادة الوعى لدى الوالدين ، والعمل على مشاركة الأسرة ، مما يساعد في منع تطور السلوكيات غير التكيفية.

عناصر قائمة البورتدج

فقد أوضحت لجنة تقنين أنشطة بورتدج في مصر (٢٠٠٧ : ١١- ١٥) مجالات النمو التي تتناولها قائمة بورتدج (العمر التطورى للطفل) على النحو التالى :

- **المجال اللغوى** : يضم هذا المجال (٩٧) عبارة يتناول ما يحققه الطفل من نمو للجوانب المرتبطة باللغة .

- **المجال المعرفى** : يضم هذا المجال (١٠٨) عبارة ، وتشمل الناحية المعرفية في

البرنامج أنشطة تتراوح بين بداية الوعى بالذات والجو الملائم لتنمية الوعى بعدد من المفاهيم المعرفية : المعرفة ، التفكير، القدرة على التذكر، تحديد العلاقات بين الأفكار والأشياء ، حل المشكلات .

ـ **المجال الحركى** : يضم هذا المجال (١٤٠) عبارة ، تركزعلى الحركات التأزرية للعضلات الكبيرة والصغيرة بالجسم ، والتي تتضمن عدداً من المهارات الحركية ذات الأهمية الخاصة كالتوازن .

ـ **مجال التنشئة الإجتماعية** : ويضم هذا المجال (٨٣) عبارة تشمل السلوكيات التي تتضمن الحياة مع الآخرين والتفاعل معهم ، وتساعد تنمية مهارات التنشئة الاجتماعية الطفل على أن يتعامل في سهولة مع البيئة المحيطة ،وتنمو ثقته بنفسه كما تساعده في جوانب النمو الأخرى .

ـ **مجال الرعاية الذاتية** : ويضم هذا المجال (١٠٥) عبارة ، تركز على السلوكيات التي تساعد الطفل على أن يصبح قادراً بشكل أفضل على رعاية نفسه في مجالات تناول الطعام وارتداء الملابس والإستحمام وغيرذلك من أنشطة العناية بالذات .

وقد اعتمدت الباحثتان في الدراسة الحالية على قائمة البورتدج (العمر التطورى للطفل) في تقييم مجالات النمو السابق ذكرها في إجراء مقارنة بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد .

أهداف البورتدج

تعد قائمة البورتدج من أهم وأفضل الأدوات التي تلعب دوراً حيوياً في وضع تشخيص وتقييم مبدئى للأطفال ذوى الإعاقات والإضطرابات المختلفة ، والأطفال المعرضين لخطرالتوحد ، حيث تظهر لدى هؤلاء الأطفال بعض المؤشرات التي تنم عن قصورفى مجالات النمو الأساسية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية)، فقد ذكرت انشراح المشرفى (٢٠٠٩: ٢٨) أن من أهم أهداف البورتدج :

- – تقديم خدمة التدخل المبكرداخل البيئة المألوفة للطفل (المنزل) منذ الميلاد وحتى سن السادسة.
- – الإكتشاف المبكر للأطفال ممن يعانون من مشاكل تتعلق بالنموواإدراجهم ضمن التدخل المبكر في أصغر سن ممكن .

- الإشراك المباشر للأمهات والآباء في العملية التعليمية التدريبية للطفل لاحتياج أولياء أمور الأطفال إلى التدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي ستساعده على التكيف في حياته اليومية.
- تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة موضوعات تغطى مرحلة الطفولة المبكرة والتربية الخاصة ، إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس مبنياً على التقييم المنتظم .

وأضافت سهير محمد سلامه (٢٠٠٩ : ١٣١) بعض أهداف البورتدج في النقاط التالية :

- تطبق الخطوات العملية للبورتدج بدون أي توقف أو إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة .
- تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل وذلك للمساعدة على تصميم برنامج خاص لكل طفل مبنياً على المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأم .
- استخدام منهاج متسلسل من حيث التطور يستخدم كأداة للتعليم .

وتستخلص الباحثتان مما سبق أن الهدف الأساسى للبورتدج هو تقييم الطفل والتعرف على قدراته المعرفية واللغوية والحركية والإجتماعية والإستقلالية الفعلية ، ومن ثم وضع خطة تدريبية تأهيلية ، تتم وفق تسلسل معين يتناسب مع الوضع الراهن للطفل ، تسعى إلى تحسين وتطوير المهارات المختلفة لدى الطفل .

الأطفال المعرضين لخطر التوحد

ظهرت فى الأونة الأخيرة بعض المشكلات لدى الأطفال الصغار، والتى تمثلت فى شكوى الكثير من الأمهات ، من عدم إنتباه الطفل وبصفة خاصة عند النداء عليه ، وتأخر اللغة ، وانحفاض المعرفة والوعى ، وقصور التفاعل الإجتماعى ، فأصبح هؤلاء الأطفال معرضين بشكل كبير لخطر الإصابة بالتوحد ، خاصة بعد انتشار وتعدد وسائل الإنترنت ، وترك الأمهات أطفالهم أمام أجهزة الهاتف المحمول ، اعتقاداً منهم أن ذلك يسهم فى تطور مظاهر النمو المختلفة لدى الطفل ، وفى بعض الأحيان لإنشغالهم ، ومن هنا رأت الباحثتان ضرورة الإهتمام بهذه الفئة من الأطفال ، ولكن فى حدود علم وإطلاع الباحثتان وجدوا ندرة فى الدراسات السابقة والأطر النظرية التى اهتمت بهذه الفئة من الأطفال .

فقد أشار مصطفى نورى القمش وأخرون (٢٠١٤ : ٣٠-٣١) إلى الأطفال المعرضين للخطر أنهم هؤلاء الأطفال غير المصابين حالياً بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطوير العجز لاحقاً ، وأكثر ما يستخدم هذا الاصطلاح من قبل الأطباء للإشارة إلى حالات الحمل التى من المحتمل أن ينشأ عنها أطفال عاجزون ويواجهون مشكلات نمائية .

أوضح إبراهيم سالم الصباطى وأخرون (٢٠١٠: ٨) الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكرعلى النحو التالى :

- الأطفال الذين لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد : الذين تم تشخيصهم ، وتبين وجود اضطرابات طبية محددة ، وتم التعرف على أسبابها وأعراضها .
- الأطفال الذين في حالة خطر بيولوجى : وهم أطفال لديهم تاريخ مرضى قبل الميلاد أو أثناء الولادة أو بعد الميلاد ينتج عنها وجود خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبى ، والأطفال في هذه الفئة لا يوجد لديهم حالياً عجز أو إعاقة ، ولكن هذه الظروف البيولوجية تزيد من احتمال ظهور تأخر نمائى أو مشكلات في المستقبل إذا لم يحدث تدخل .
- الأطفال الذين في حالة خطر بيئى : فطبيعة الخبرات المبكرة والظروف البيئية التي ينشئون من خلالها تمثل تهديداً محتملاً للنمو السوى للطفل ، كما ترجع ظهور مشكلات سلوكية في المستقبل ، وتتعلق عوامل الخطربطبيعة رعاية الأم والإستثارة المتوفرة وسوء التغذية وبيئة الأسرة الفقيرة اقتصادياً وثقافياً .
- الأطفال المتأخرون نمائياً : والذين يتضح لديهم تأخر نمائى فعلى في أول سنتين من العمربملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة .

كما ذكرت ناديه على العجمى (٢٠١١ :١٣ - ١٤) أنه يمكن تصنيف الحالات التي تستطيع الأستفادة من خدمات التدخل المبكر فيما يلى :

- الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من ناحية وراثية أو بيئية .
- الأطفال المتأخرون نمائياً .
- الأطفال المتأخرون حركياً .
- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل .
- الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية .
- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية (السمعية – البصرية – السمعية والبصرية معاً)

فى حين ترى الباحثتان أن الأطفال المعرضين لخطر التوحد هم الأطفال الذين لديهم قصور فى مجالات النمو الأساسية لدى الطفل العادى قبل سن الثالثة ، والتى تتمثل فى (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) ، مما يجعلهم أكثر احتمالا وعرضة للإصابة بخطر اضطراب طيف التوحد ، إذا لم يتم الاهتمام بهم وفهم طبيعة القصور لديهم واهم احتياجاتهم بما يسهم بفعالية فى الحد من الآثار السلبية لأوجه القصور لديهم ويحول دون تفاقم مشكلاتهم النمائية .

خصائص الأطفال المعرضين لخطر التوحد

فقد أوضح Yoo,H.(2016:6) بعض خصائص الأطفال المعرضين لخطر التوحد في النقاط التالية :

- ضعف بسيط في التواصل البصرى ، التفاعل الإجتماعى ، عدم الإنتباه للإسم عند مناداة الأخرين ، أو إبداء الاهتمام لهم ، مع انخفاض التعبير عن المشاعر الإيجابية .
- الإهتمامات والسلوكيات المتكررة ، إطالة النظر لبعض الألعاب والأشياء المحيطة .
- عدم القدرة على التقليد الحركى ، وانخفاض الأداء في ممارسة اللعب الموجه والإستخدام الوظيفى للألعاب .

وقد أشارت نتائج دراسة Niedzwiecka,A.,et .al(2022) أن خصائص الأطفال المعرضين للخطر في مجملها تكون قريبة من الطفل الطبيعى ، لكن تبدو لديهم بعض مظاهر التأخر في مجالات النمو المختلفة ، وتؤكد أيضاً على أهمية التدخل المبكر.

الخصائص الاجتماعية

وحدد Hutman,T.,et .al(2010:1012) الخصائص الاجتماعية لدى الأطفال المعرضين لخطر التوحد فيما يلى :

- قصور في الانتباه والإهتمام بمشاعر الأخرين .
- لا يعتنون بإبتسامة الأشخاص المحيطين ، ومن ثم عدم مبادلتهم الإبتسامة المناسبة للموقف .

الخصائص اللغوية والتواصلية

أشار Lazenby,C.,et .al(2016:902) إلى بعض الخصائص اللغوية لدى الأطفال المعرضين للخطر على النحو التالى :

- انخفاض اللغة الإستقبالية ، نتيجة ضعف التواصل البصرى ، وبالتالي تتأثر اللغة التعبيرية لدى هؤلاء الأطفال .
- انخفاض الحصيلة اللغوية ، واستخدام إيماءات ، وأحياناً كلمات مفردة محدودة .

وأضاف Henrichs,Y.,et .al(2022:5) أن اللغة التعبيرية لدى هؤلاء الأطفال تمثلت في إظهار إيماءات بالوجه وإشارات باليد أحياناً تكون معبرة عن القبول أو الرفض.

كما أكدت دراسة Yousef,A.,et .al(2021) على أهمية التدخل المبكر بالنسبة للأطفال المعرضين للخطر للحد من خطر الإصابة بإضطراب طيف التوحد ، وأيضاً بالنسبة للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد حتى لا تتطور حالتهم للأسواء ، ويصبح لديهم قصور وعجز في كافة مناحى الحياة .

الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد

تعددت التعريفات التي وضعت لإضطراب طيف التوحد ، وعلى الرغم من تعدد هذه التعريفات إلا أن معظمها تتفق على وجود قصور واضح في التفاعل الإجتماعى والإهتمامات المحدودة والسلوكيات الروتينية النمطية .

فقد عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسى APA,American Psychiatric Assoction(2013:14) بأنه اضطراب النمو العصبى يصيب الطفل في سن مبكر ويتميز بالعجز الشديد في التفاعل الإجتماعى والتواصل البصرى والسلوكيات النمطية المتكررة .

أما محمد عدنان عليوات (٢٠٠٧ : ٢٦) فقد عرف الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بأنهم " هؤلاء الأطفال الذين يتسمون بعجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظى وغير اللفظى واللعب التخيلى والإبداعى وهو نتيجة اضطراب عصبى يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية ".

كما ذكرت ناديه عواد ، أحمد البلوى (٢٠١١: ١٥٦) الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بأنهم " الأطفال الذين يعانون اضطراباً في النمو والذين يظهرون عجزاً واضحاً في مهارات التفاعل الإجتماعى ، وفى مهارات التواصل اللفظى والغير لفظى مصحوبة بسلوكيات نمطية غير مقبولة إجتماعياً ، بالإضافة إلى صعوبة تمييز وفهم تعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها .

كما حدد جمال خلف المقابلة (٢٠١٦: ١٥) أن الطفل ذوى اضطراب طيف التوحد " هو ذلك الطفل الذى يعانى من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الإنشغال بمن حوله ، واستغراق في التفكير، مع ضعف في الإنتباه ، وضعف في التواصل ، كما يتميز بنشاط حركى زائد ، ونمو لغوى بطئ ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية ، ويقاوم التغيير في بيئته ، مما يجعله أكثر حاجة للإعتماد على غيره والتعلق بهم "

ومما سبق تعرف الباحثتان الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بأنهم " هؤلاء الأطفال الذين لديهم أحد اضطرابات النمو قبل سن الثالثة ويتسمون بالقصور فى المهارات اللغوية والمعرفية والإجتماعية والعاطفية ، والتمسك ببعض السلوكيات النمطية والروتينية ، ومقاومة التغيير والإنغلاق على الذات ، وقد تم الاعتماد فى الدراسة الحالية على مقياس كارز فى تحديد هؤلاء الاطفال .

خصائص الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد

يتسم الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد ، بمجموعة من الخصائص والتي تتمثل فيما يلى :

الخصائص الاجتماعية

فقد ذكر كل من كمال عبد الحميد زيتون (٢٠٠٣ : ٢٥) ، محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥ : ١٥) أن الطفل ذوى اضطراب طيف التوحد يعانى من الوحدة الشديدة ، وعدم الإستجابة للأخرين ، وقصور شديد في التواصل مع الآخرين ، وعدم الإندماج مع المحيطين به ، وميله الدائم للتواجد بمفرده ، ومقاومته للعناق والإحتضان .

الخصائص المعرفية

أشار عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١ : ٤٢) أن العديد من الدراسات والأبحاث بينت أن معظم الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية ، وتقل

درجاتهم عن (٦٨- ٧٠ ٪) على مقياس الذكاء ، وأن بعضهم لديهم قدرات عقلية عادية ، بينما يظهرون آخرون قدرات خاصة .

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) أن حوالى (٤٠٪) من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد تقع نسبة ذكاؤهم بين (٥٠-٥٥) أي تخلف عقلى شديد وأن (٣٠٪) منهم نسبة ذكاؤهم بين (٥٠ – ٧٠) أي تخلف عقلى متوسط ، وأن (٣٠٪) منهم نسبة ذكاؤهم (٧٠) .

وقد ذكرت نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٨: ٦٧) أنه قد تبين من خلال الدراسات المختلفة أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يعانون من عجز في وظيفة الإدراك إحدى القدرات المعرفية إذا اتضح أن استجابات الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد للمنبهات الحسية شاذة .

وفى هذا الصدد أوضحت دراسة Mddox,L.(2010) والتي ترى أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور واضح في المهارات المعرفية ومعالجة المعلومات ، هذا إلى جانب أنهم يظهرون اضطراب واضح في الإنتباه وفقدان الاهتمام بالأشياء .

الخصائص اللغوية والتواصلية

أوضحت سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠٢ : ٧٥) الخصائص اللغوية والتواصلية لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بأنهم لا يستطيعون استخدام اللغة المنطوقة ، يفشلون في استخدام الإشارات وتعبيرات الوجه ، مع إهتمام إبداء قليل في التواصل بالآخرين .

وقد توصلت نتائج دراسات كل من Carson,R.,et. al (2000) و دراسة Tom,L.,et. al(2009) ودراسة Andrew,P.,et .al(2009) أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور واضح في المهارات اللغوية والتواصلية ولا يستطيعون تبادل الحديث ويرددون الكلام دون وعى ، ويعانون من عدم القدرة على التواصل اللفظى ، مما يؤثر سلباً على التفاعل الإجتماعى مع الأخرين .

الخصائص السلوكية

فقد أوجز Matson,J.(2009:145) أن الخصائص السلوكية للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد تتمثل فيما يلى :

أ. السلوكيات النمطية المتكررة : يظهر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد سلوكيات نمطية متكررة ليس لها هدف وظيفى واضح بالنسبة للأخرين .

ب. السلوكيات الروتينية والطقوسية : ويقصد بها التمسك الشديد بالروتين ، ومقاومة أي تغيير، ويبدو ذلك في ترتيب الأشياء بشكل معين ، والإلتزام بنفس البرنامج الذى يتبعه دون أي تغيير.

وقد أكد Soctt,J.(2000:14) أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد ينشغلون بعدد قليل من الأنشطة والإهتمامات ويتسم سلوكهم بالنمطية ورفض أي تغيير بالبيئة المحيطة .

مما سبق يمكن صياغة فروض الدراسة فيما يلى :

فروض الدراسة :

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد في أبعاد العمر التطوري ومجموعها الكلي".
- توجد بعض العوامل الكامنه وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) .

إجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفى المقارن لمناسبته مع طبيعة الدراسة وأهدافها.

ثانياً: عينة الدراسة :

قامت الباحثتان بتطبيق أدوات الدراسة على عينة بلغ عددها (٤٠) طفلاً من الأطفال المترددين على وحدة التخاطب بمستشفى جامعة طنطا التعليمى العالمى، منهم ٢٣ طفل معرضين لخطر الإصابة بالتوحد (١٥ ذكور- ٨ إناث) الذين تراوحت درجاتهم على اختبار كارز لتشخيص اضطراب طيف التوحد بين (٢٥ : ٢٨) ، ١٧ طفل من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد (٩ ذكور- ٨ إناث) الذين تراوحت درجاتهم بين (٣٠- ٣٥) ، بمتوسط عمر زمنى (٣٩,٥) شهروانحراف معيارى +__(١٠,٣١) .

ثالثاً : أدوات الدراسة

- قائمة البورتدج " قائمة العمر التطورى للطفل " : وتضمنت طريقة التصحيح مايلى :

- الرصيد القاعدى baseline credit : يتم الحصول على الرصيد القاعدى من البلوك أو الصندوق الذى اجتيزت كل بنوده والذى يعتبر أعلى فى القيمة من أى صندوق آخر.
- الرصيد الإضافى additional credit : يتكون من مجموع الشهور المتفرقة للبنود التى نجح فيها الطفل والتى تقع بين بلوكات الفشل والنجاح .
- العمر العقلى لأى قدرة يقيسها الإختبار: هو مجموع الرصيد القاعدى والرصيد الإضافى .
- التقرير النفسى : يشتمل على نتائج كل مجال من مجالات النمو السابق الإشارة إليها فى الإطار النظرى ، إضافة إلى موجز عن المهارات التى ينبغى أن يتدرب عليها الطفل .) ملحق رقم ١)

- اختبار CARS لتشخيص اضطراب طيف التوحد تعريب هدى أمين (٢٠٠٤) ، وقد تراوحت درجات الأطفال المعرضين لخطر التوحد بين (٢٥-٢٨) ، الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد الذين تراوحت درجاتهم بين (٣٠- ٣٥) . ملحق رقم(٢)
- استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثتان). ملحق رقم (٣)
- مقياس السلوك العاطفى تم إعداده برسالة دكتوراه (إعداد الباحثة) ، وتم حساب الصدق والثبات ، واتضح أن المقياس يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات مما يعزز مصداقية النتائج النهائية ، ويتكون المقياس بصورته النهائية من (٨٢) عبارة موزعة على الأبعاد الأربعة كالأتى (فهم الإنفعالات / وتحليلها ، استخدام الإنفعالات ، التحفيز الذاتى ، إدارة الإنفعالات) . ملحق رقم (٤)
- مقياس السعادة المدركة تم إعداده برسالة دكتوراه (إعداد الباحثة) ،وتم حساب الصدق والثبات ، واتضح أن المقياس يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات مما يعزز مصداقية النتائج النهائية ،ويتكون المقياس بصورته النهائية من (١٠٨) عبارة موزعة على الأبعاد الخمسة كالأتى (الحالة الوجدانية ، الصحة الجسمية، الرضا عن الحياة ،العلاقات الإجتماعية ، النشاط) . ملحق رقم (٥)

رابعاً : نتائج الدراسة

١ـ نتائج الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها :

نص الفرض الأول على أنه " **لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد في أبعاد العمر التطوري ومجموعها الكلي**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتان اختبار مان-ويتني لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد في أبعاد العمر التطوري ومجموعها الكلي.

جدول (١)

نتائج اختبار "مان-ويتني "لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد في أبعاد العمر التطوري ومجموعها الكلي (ن= ٤٠)

المتغيرات	الأطفال	العدد	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة " Z"	قيمة "U"	مستوي الدلالة
المجال اللغوي.	المصابين	٢٠	٢٩,٦٠	١١,٦٩	١٦,٩٥	٣٣٩,٠٠	١,٩٢٣	١٢٩	غير دالة
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٣٨,٤٠	١٤,٥٩	٢٤,٠٥	٤٨١,٠٠			
المجال المعرفي.	المصابين	٢٠	٤٢,٢٥	١٢,١٧	١٤,٠٥	٢٨١,٠٠	٣,٤٩٢	٧١	٠,٠١
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٥٧,٠٠	١٠,٦٨	٢٦,٩٥	٥٣٩,٠٠			
المجال الحركي.	المصابين	٢٠	٧٥,٦٠	١٩,١٤	١٤,٩٠	٢٩٨,٠٠	٣,٠٥٥	٨٨	٠,٠١
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٩٢,٢٥	٨,٨١	٢٦,١٠	٥٢٢,٠٠			
التنشئة الاجتماعية.	المصابين	٢٠	٥٩,٢٠	١٣,٠٠	١٣,٤٣	٢٦٨,٥٠	٣,٨٢٩	٥٨,٥	٠,٠١
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٧٧,٨٠	١٢,٤٣	٢٧,٥٨	٥٥١,٥٠			
الرعاية الذاتية.	المصابين	٢٠	٥٦,٨٠	١٦,٣٨	١٣,٠٨	٢٦١,٥٠	٤,٠١٩	٥١,٥	٠,٠١
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٧٩,١٥	١٢,٨٤	٢٧,٩٣	٥٥٨,٥٠			
المجموع الكلي لأبعاد العمر التطوري	المصابين	٢٠	٥٣,٢٥	٨,٦٩	١١,٨٨	٢٣٧,٥٠	٤,٦٦٩	٢٧,٥	٠,٠١
	المعرضين لخطر الإصابة	٢٠	٦٨,٨٥	٦,٨٧	٢٩,١٣	٥٨٢,٥٠			

يتضح من جدول (١) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد فى بعد المجال اللغوي، في حين توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين والمعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد في أبعاد العمر التطوري (المجال المعرفي- المجال الحركي- التنشئة الاجتماعية- الرعاية الذاتية) كذلك في المجموع الكلي لأبعاد العمر التطوري لصالح الأطفال المعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات والبحوث السابقة مثل دراسة Song,S.,et .al(2014) والتي أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة مرتفعة والأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة في المهارات الاجتماعية ، وفى ذات الوقت فقد اختلفت معها في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة مرتفعة والأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة في المهارات اللغوية (اللغة التعبيرية- اللغة الإستقبالية) لصالح الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة ، دراسة Flusberg,H.(2016) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة مرتفعة والأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة في المهارات الاجتماعية والحركية لصالح الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة ، كما أنهم أظهروا تأخر في المهارات اللغوية وإيماءات التواصل تبدو متقاربة إلى حد كبير، وكذلك دراسة Pijil,M.,et .al(2019) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة مرتفعة والأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة في المهارات اللغوية والعاطفية والانتباه والسلوكيات النمطية لصالح الأطفال المعرضين لخطر التوحد بدرجة منخفضة ، دراسة Yousef,A.,et .al(2021) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين للتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في المهارات المعرفية والإجتماعية لصالح الأطفال المعرضين الخطر، في حين أنها تختلف معها في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات اللغوية ، وقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجال اللغوى ، وكذلك دراسة

Stenberg,N.,et .al(2020) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين للتوحد والأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في المهارات المعرفية واللغوية لصالح الأطفال المعرضين الخطر، كما أسفرت نتائج دراسة Sacrey,L.,et .al(2015) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين للخطروالأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في المجال الحركى لصالح الأطفال المعرضين للخطر ، وقد أوضحت نتائج دراسة Elsedfy,G.,et al(2014). وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعرضين لخطر التوحد في عمر عامين ، والأطفال المعرضين لخطر التوحد من عمر (٤-٥) سنوات ، فيما يخص السلوكيات النمطية التكرارية ، والمهارات الاجتماعية والتواصلية ، لصالح الأطفال في عمر عامين ، كما أسفرت عن أن للعوامل البيئية والأسرية تلعب دورا كبيرا في إصابة هؤلاء الأطفال بالتوحد ، وهذا ما تسعى إليه الباحثتان في الدراسة الحالية وهو ضرورة التقييم المبكر لتحديد أوجه القصور لدى هؤلاء الأطفال ، وضرورة التدخل المبكر لتنمية وتطوير مجالات النمو الأساسية (المجال المعرفي- المجال الحركي- التنشئة الاجتماعية- الرعاية الذاتية) لأنه كلما كان ذلك في وقت مبكر كلما كان أفضل ، كما أشارت نتائج دراسة Giallorti,L.,et .al(2019)أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يفتقرون إلى العديد من المهارات ومن أهمها المهارات الإستقلالية ويعتمدون على الرعاية الوالدية في كافة مناحى الحياة ، كما تؤكد على أهمية التدخل المبكر للتغلب على الكثير من الصعاب والسعى نحو تطوير أداء ومهارات هؤلاء الأطفال ، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة Parmeggiani,A.,et .al(2019) أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبات في اللغة والتفاعل الإجتماعى واضطراب في المهارات الحركية ، يظهرون سلوكيات نمطية واهتمامات وأنشطة محدودة ، كما أكدت على أهمية التدخل المبكر، دراسة Ip,A.,et .al(2022) والتي تؤكد على أن الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يتسمون بضعف في المهارات اللغوية والمعرفية والعاطفية ويعانون من قصور في التواصل الإجتماعى والمهارات الحياتية .

وترجع الباحثتان هذه النتيجة إلى أن الأطفال المعرضين لخطر التوحد بالنسبة للمجال المعرفى كانوا يستطيعون رسم خطوط متعددة الاتجاهات واكمال أشكال ومطابقة بعض الألوان ، وبالنسبة للمجال الحركى تمكنوا من بناء بعض الأشكال

من المكعبات وقذف الكرة وتشكيل كرات من الصلصال ، أما بالنسبة للتنشئة الإجتماعية فكانوا يستطيعون اللعب مع أطفال أخرى واستكشاف البيئة المحيطة ، وقد اتضحت بعض مهارات المساعدة الذاتية لديهم فى كونهم يستطيعون استخدام ملعقة وكوب وغسل اليدين والوجه ، فى حين أخفق الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد فى هذه البنود ، أما بالنسبة للمجال اللغوى فكانت استجابة الفئتين إلى حد كبير متساوية ، فقد انحصرت المهارات اللغوية فى صورة إيماءات وإشارات وفى بعض الأحيان كلمات مفردة ومحدودة .

نتائج الفرض الثانى ومناقشتها وتفسيرها :

نص الفرض الثانى على أنه " توجد بعض العوامل الكامنه وراء ارتفاع / انخفاض العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) ".

استجابات الحالة الأولى (م.أ) من خلال استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثتان)

دراسة حالة

أولاً :بيانات أوليه :

اسم الطفل : (م. أ) النوع : (ذكر- أنثى)

تاريخ الميلاد : ٢٠١٩/٥/٩ السن : ٣ سنوات و٤ شهور

العنوان : الرياض – محافظة كفر الشيخ

ثانياً : بيانات خاصة بالأسرة (الأب – الأم – الأخوة) :

اسم الأم : (ل. م)

المستوى التعليمى : بكالوريوس تربية

عمل الأم : لا تعمل

اسم الأب : (أ. ع)

المستوى التعليمى : ليسانس آداب وتربية

عمل الأب : معلم

الطفل يعيش مع

- √ **الأب والأم**
- o **أحد الوالدين**
- o **الجد أو الجدة**
- o **آخرين**

ما عدد إخوة الطفل : ٢

ما نوع إخوة الطفل : (٢) ذكور ( ) إناث

ترتيب الطفل وسط أخوته : الثالث

الوضع الاقتصادى للأسرة (جيد – متوسط - ضعيف)

ثالثاً: بيانات خاصة بفترة حمل وولادة الطفل

- هل تناولت الأم أدوية أثناء فترة الحمل ؟ (نعم – لا)

- هل سبق أن تعرضت الأم لحالات إسقاط حمل ؟ (نعم – لا)

- كيف كانت ولادة الطفل (طبيعية – قيصرية – شفط – أخرى تذكر)

- الطفل عند الولادة (أقل من الطبيعى – طبيعى – أكثر من الطبيعى)

- هل توجد صلة قرابة بين الأب والأم ؟ (نعم – لا)

- هل أصيب الطفل بنقص أكسجين عند الولادة ؟ (نعم – لا)

- هل وضع الطفل في الحاضنة ؟ (نعم – لا)

تاريخ المشكلة : منذ عام ونصف

الشكوى الأساسية : الطفل لا يستطيع قول الكلمات الأولية بابا – ماما والإنتباه ضعيف .

متى بدأت ؟ كيف تعاملت الأسرة معها ؟ الذهاب إلى طبيب أطفال .

كيف تم التشخيص (طبيب – أخصائى نفسى – غيرذلك)

عمر الطفل عند التشخيص : عام و١٠ شهور

أسماء الأختبارات النفسية المطبقة ونتائجها : اختبار كارز لتشخيص اضطراب طيف التوحد ودرجته ٢٨ .

رابعاً : بيانات صحية متعلقة بالطفل

- هل يعانى الطفل من إعاقات أخرى ؟ تذكر (لا)
- هل أجريت له عمليات جراحية ؟ تذكر(لا)
- هل يعانى من مرض مزمن ؟ تذكر(لا)
- هل يتناول أدوية بصورة دائمة ؟ تذكر(لا)
- هل يعانى من اضطرابات في النوم ؟ تذكر(لا)
- هل يعانى من اضطرابات في التغذية ؟ تذكر(لا)

خامساً : بيانات خاصة بالتفاعل الإجتماعى لدى الطفل

- هل الطفل يتفاعل مع الأقران ؟ (لا)
- هل يحاول الطفل احتضان الأشخاص المقربين ؟ (نعم)
- هل يفضل الطفل الجلوس وحيداً واللعب بمفرده ؟ (نعم)
- هل يحيي الطفل الأشخاص المحيطين دون تذكير؟ (لا)
- هل يحب الطفل التواجد وسط التجمعات العائلية ؟ (نعم)

درجات الحالة (م .أ) على قائمة البورتدج :

جدول (٢)

درجات الحالة (م . أ) على قائمة البورتدج ومجالاتها ،

المجالات	العمر التطورى بالشهر
المجال اللغوى	٢٧
المجال المعرفى	٣١
المجال الحركى	٤٠
التنشئة الإجتماعية	٣٩
الرعاية الذاتية	٣٦
العمرالكلى	٣٥

ويوضح جدول رقم (٢) درجات الطفل (م.أ) وهو الطفل الذى حصل على أعلى درجة فى قائمة البورتدج ومجالاتها المشار إليها ، من الأطفال المعرضين للخطر.

درجات الحالة (م .أ) على المقاييس المستخدمة في الدراسة السيكومترية :

جدول (٣)

درجات الحالة (م . أ) على مقياس السلوك العاطفى وأبعاده :

البعد	الدرجة
فهم الانفعالات وتحليلها	٦١/٥٠
استخدام الانفعالات	٦٠/٤٨
التحفيزالذاتى	٦٠/٥٤
إدارة الإنفعالات	٦٠/٤٦
الدرجة الكلية للسلوك العاطفى	٢٤٦/١٩٨

جدول (٤)

درجات الحالة (م.أ) على مقياس السعادة المدركة وأبعاده :

البعد	الدرجة
الحالة الوجدانية	٧٨/٦١
الصحة الجسمية	٦٣/٥٤
الرضا عن الحياة	٦٠/٤٨
العلاقات الاجتماعية	٦٣/٥٠
النشاط	٦٠/٥١
الدرجة الكلية للسعادة المدركة	٣٢٤/٢٦٤

-يتضح من العرض السابق لبيانات الحالة (م .أ) أن الأسباب والعوامل الكامنة وراء ارتفاع العمر التطورى للطفل الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) تتمثل فيما يلى :

الطفل (م . أ) يتضح من البيانات الأسرية الخاصة بالطفل أنه يعيش مع الوالدين الحاصلين على درجة جامعية ، وترتيبه الثالث وسط أخوته ، والذين كانت ملاحظتهم أن الطفل مقارنة بأخوته في مثل هذا العمر، وأقرانه لا يستطيع النطق بالكلمات المفردة المبدئية ، وعدم الإنتباه تجاهم عند المناغاة والمناداة ، على الرغم من أنه لا يعانى من أية مشاكل صحية ، ولا يتفاعل مع الأقران ، ويفضل اللعب بمفرده ، لكنه يحب احتضان الأشخاص المقربين ، ويطمئن وسط وجوده بالتجمعات الأسرية ، وتشير الباحثتان إلى بعض البنود التي أخفق فيها الطفل

في كل مجال من مجالات قائمة البورتدج (العمر التطورى للطفل) ، فقد افتقر الطفل في المجال اللغوى إلى قول خمس كلمات بسيطة ، والتعبير عن طلب المزيد أو الإنتهاء من الأشياء ، كما أنه لم يستطيع قول إسمه ولا يسمى خمس أشخاص من عائلته ، ولا يستطيع التعبير عن ما يريد أن يأكله ، أما بالنسبة للمجال المعرفى فنجد أن الطفل لا يستطيع أن يرسم خطاً عمودياً أو أفقياً مقلداً ، ولا يشير إلى كبير وصغير عند الطلب ، وبالنسبة للتنشئة الاجتماعية لا يلعب مع اثنين أو ثلاثة من أقرانه ، ولا يشارك بأشياء أو طعام مع طفل آخر عندما يطلب منه ، ولا يحيى أطفال بعمره ومكانته والكبار المألوفين عندما يذكر .

وقد أشارت نتائج الطفل على مقياس السلوك العاطفى أن هناك قصور فى القدرة على فهم انفعالات ومشاعر الأخرين ، كما اتضح من خلال مقياس السعادة المدركة انخفاض العلاقات والتفاعلات الإجتماعية .

- استجابات الحالة الثانية (ز. م) من خلال استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثتان)

دراسة حالة

أولاً :بيانات أوليه :

اسم الطفل : (ز.م) النوع : (ذكر- أنثى)

تاريخ الميلاد : ٢٠١٧/١٢/٦ السن : ٤ سنوات و ٩ شهور

العنوان : تلا – محافظة المنوفية

ثانياً : بيانات خاصة بالأسرة (الأب – الأم – الأخوة) :

اسم الأم : (م .م)

المستوى التعليمى : دبلوم صناعى

عمل الأم : لا يوجد

اسم الأب : (م . ح)

المستوى التعليمى : دبلوم تجارى

عمل الأب : عامل بناء

الطفل يعيش مع

- o الأب والأم
- √ أحد الوالدين (الأم)
- o الجد أو الجدة
- o آخرين

ما عدد إخوة الطفل : ٤

ما نوع إخوة الطفل : (٣) ذكور (١) إناث

ترتيب الطفل وسط أخوته : ٤

الوضع الاقتصادى للأسرة (جيد – متوسط - ضعيف)

ثالثاً: بيانات خاصة بفترة حمل وولادة الطفل

- هل تناولت الأم أدوية أثناء فترة الحمل ؟ (نعم – لا)
- هل سبق أن تعرضت الأم لحالات إسقاط حمل ؟ (نعم – لا)
- كيف كانت ولادة الطفل (طبيعية – قيصرية – شفط – أخرى تذكر)
- الطفل عند الولادة (أقل من الطبيعى – طبيعى – أكثر من الطبيعى)
- هل توجد صلة قرابة بين الأب والأم ؟ (نعم – لا)
- هل أصيب الطفل بنقص أكسجين عند الولادة ؟ (نعم – لا)
- هل وضع الطفل في الحاضنة ؟ (نعم – لا)

تاريخ المشكلة : منذ عامين

الشكوى الأساسية: ملاحظة أن الطفلة لديها تأخر في كافة النواحى وأنها متأخرة عن أقرانها

متى بدأت ؟ كيف تعاملت الأسرة معها ؟ الذهاب إلى أحد المراكز

كيف تم التشخيص (طبيب – أخصائى نفسى – غيرذلك)

عمر الطفل عند التشخيص : عامين وتسعة أشهر

أسماء الأختبارات النفسية المطبقة ونتائجها : اختبار ذكاء وحصلت الطفلة على الدرجة ٦٠ ، اختبار كارز وحصلت الطفلة على الدرجة ٢٩

رابعاً : بيانات صحية متعلقة بالطفل

- هل يعانى الطفل من إعاقات أخرى ؟ تذكر (لا)
- هل أجريت له عمليات جراحية ؟ تذكر (لا)
- هل يعانى من مرض مزمن ؟ تذكر (لا)
- هل يتناول أدوية بصورة دائمة ؟ تذكر (نعم) نتيجة لتعرض الطفلة لكثير من نزلات البرد والمصاحب لها سخونة شديدة
- هل يعانى من اضطرابات في النوم ؟ تذكر (لا)
- هل يعانى من اضطرابات في التغذية ؟ تذكر (نعم) تقتصر الطفلة على أكلات بسيطة معظمها خالى من البروتين

خامساً : بيانات خاصة بالتفاعل الإجتماعى لدى الطفل

- هل الطفل يتفاعل مع الأقران ؟ (لا)
- هل يحاول الطفل احتضان الأشخاص المقربين ؟ (لا)
- هل يفضل الطفل الجلوس وحيداً واللعب بمفرده ؟ (نعم)
- هل يحيي الطفل الأشخاص المحيطين دون تذكير؟ (لا)
- هل يحب الطفل التواجد وسط التجمعات العائلية ؟ (لا)

جدول (٥)

درجات الحالة (ز .م) على قائمة البورتدج ،

درجات الحالة (ز . م) على قائمة البورتدج ومجالاتها ،

المجالات	العمر التطورى بالشهر
المجال اللغوى	٢٠
المجال المعرفى	٢٢
المجال الحركى	٥٤
التنشئة الإجتماعية	٤٠
الرعاية الذاتية	٣٧
العمرالكلى	٣٤

ويوضح جدول رقم (٥) درجات الطفل (ز.م) وهى الطفلة التى حصلت على أقل درجة فى قائمة البورتدج ومجالاتها المشار إليها ، من الأطفال المعرضين للخطر.

درجات الحالة (ز .م) على المقاييس المستخدمة في الدراسة السيكومترية :

جدول (٦)

درجات الحالة (ز . م) على مقياس السلوك العاطفي وأبعاده :

البعد	الدرجة
فهم الانفعالات وتحليلها	٦٦/٢٣
استخدام الانفعالات	٦٠/٢٢
التحفيزالذاتى	٦٠/٢٥
إدارة الإنفعالات	٦٠/٢١
الدرجة الكلية للسلوك العاطفى	٢٤٦/٩١

جدول (٧)

درجات الحالة (ز.م) على مقياس السعادة المدركة وأبعاده :

البعد	الدرجة
الحالة الوجدانية	٧٨/٢٧
الصحة الجسمية	٦٣/٢٤
الرضا عن الحياة	٦٠/٢٠
العلاقات الاجتماعية	٦٣/٢٣
النشاط	٦٠/٢٦
الدرجة الكلية للسعادة المدركة	٣٢٤/١٢٠

- يتضح من العرض السابق لبيانات الحالة (ز .م) أن الأسباب والعوامل الكامنة وراء انخفاض العمر التطورى للطفلة الدرجة الكلية ومجالاته الفرعية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) تتمثل فيما يلى :

الطفلة (ز.م) يتضح من البيانات الأسرية الخاصة بالطفلة أن ظروف إقامة الطفلة وأخواتها مع الأم نتيجة لإنفصال الوالدين مع انخفاض الوضع الإقتصادى للأسرة ، وترتيب الطفلة وسط أخواتها ، وظروف ولادة الطفلة بحجم أقل من الحجم الطبيعى عند الميلاد ، وبالتالي كان هناك ضرورة لوضعها بالحاضنة ، وأيضاً انخفاض مناعة الطفلة وتعرضها لكثير من نزلات البرد ، واقتصارها على أكلات بسيطة لا تحتوى على البروتين ، كل ذلك أدى إلى تأخر الطفل في كافة مجالات النمو المبدئية الأساسية في حياة الطفل ، كما أن الطفلة لديها قصور في النواحى

الاجتماعية ، يتضح في التفاعل مع الأقران والأشخاص المحيطين ، وتشير الباحثتان إلى بعض البنود التي أخفقت فيها الطفلة في كل مجال من مجالات قائمة البورتدج (العمر التطوري للطفل) فقد افتقرت الطفلة في المجال اللغوى إلى الإشارة إلى ثلاثة أجزاء من جسمها ، ولا تستعمل إصدار أصوات حيوانات كأسماء للحيوانات مثل الكلب هاوهاو، أما بالنسبة للمجال المعرفى فهى لا تستطيع وضع ثلاث مكعبات فوق بعض عند الطلب ، ولا تشير إلى ذاتها عندما تسأل عن إسمها ، وبالنسبة للتنشئة الاجتماعية لا تستجيب لوجودها في محيط العائلة بالإبتسامة ، إصدار أصوات أو الكف عن البكاء ، ولا تبتسم كإستجابة لتعبيرات وجوه الآخرين لا تمد يدها للوصول إلى الأشياء المقدمة لها ، ولا تمد يدها للوصول إلى الأشخاص المألوفين ، أما فيما يخص الرعاية الذاتية فالطفلة لا تفرد ذراعيها وقدميها عند إلباسها ملابسها ، ولا تستطيع أن تأكل طعام من على المائدة بمفردها .

وقد أشارت نتائج الطفلة على مقياس السلوك العاطفى أن هناك قصور فى القدرة على فهم الانفعالات وانخفاض الدافعية نحو الأشياء ، كما اتضح من خلال مقياس السعادة المدركة قصور شديد بالعلاقات الإجتماعية ، وعدم الإهتمام بالأنشطة اليومية وضعف الصحة الجسمية .

ومما سبق تستنتج الباحثتان أن كلا الحالتين الطرفيتين درجاتهم منخفضة ولكن الحالة الأولى أفضل من الحالة الثانية ، بسبب أنه يتضح من درجات الحالة الأولى أنها أفضل فى المجالات الخمسة (اللغوى – المعرفى – الحركى – التنشئة الإجتماعية – الرعاية الذاتية) ، ارتفاع المستوى التعليمى للأب والأم ، عدد الأخوة أقل ، والإستقرار الأسرى بالنسبة للحالة الأولى ، على عكس الحالة الثانية تعيش مع الأم فقط بسبب الخلافات الأسرية المستمرة ، مع انخفاض الحالة الإقتصادية .

دراسات مستقبلية

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ، ترى الباحثتان أن الدراسة الحالية تمهد لدراسات لاحقة من أمثلتها مايلى :

- دراسة فعالية استخدام برنامج البورتدج في تنمية مجالات النمو الأساسية (المجال اللغوى – المجال المعرفى – المجال الحركى – التنشئة الاجتماعية – الرعاية الذاتية) لدى الأطفال المعرضين لخطر التوحد .

- دراسة تتبعية للأطفال المعرضين للخطر الذين تم تدريبهم من خلال برنامج البورتدج .
- تقييم فاعلية برنامج البورتدج كأحد برامج التدخل المبكر من وجهة نظر المختصين بالتدريب عليه .

المراجع

إبراهيم سالم الصباطى، مجدى محمد أحمد الشحات، أحمد عبد الرحيم العمرى (٢٠١٠) . **التدخل المبكر**. القاهرة . مكتبة الرشد .

انشراح المشرفى (٢٠٠٩) . **الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة** . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية .

جمال الخطيب، منى الحديدى (٢٠٠٧) . **التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة** . ط ٣ . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

جمال خلف المقابلة (٢٠١٦) . **اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية** . عمان . دار يافا العلمية .

حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) . **الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة : الأسباب – التشخيص – العلاج**، القاهرة : دار القاهرة للنشر والتوزيع .

سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠٢) . **الإتصال اللغوى للطفل التوحدى التشخيص – البرامج** . عمان : دار الفكر .

سهير محمد سلامه (٢٠٠٩) . **استراتيجيات التدخل المبكر والدمج** . القاهرة : زهراء الشرق .

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) . **إعاقة التوحد**، ط ٢ ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

كمال عبد الحميد زيتون (٢٠٠٣) . **التدريس لذوى الإحتياجات الخاصة** . القاهرة : عالم الكتب .

لجنة تقنين أنشطة بورتدج في مصر (٢٠٠٧) . **دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتدج " إرشادات الإستخدام** . وزارة التربية والتعليم بمصر.

محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) . **سيكولوجية الطفل التوحدى (تعريفها ، تصنيفها ، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجى** . عمان : دار الثقافة .

محمد عدنان عليوات (٢٠٠٧) . **الأطفال التوحديون** . عمان : المكتبة الوطنية .

محمد على كامل (٢٠٠٥) . **التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد** . القاهرة : مكتبة ابن سينا .

مصطفى محمد محمد إبراهيم ، شماء مطر الدوسرى (٢٠١٣) . التدخل المبكر لذوى الإعاقة السمعية نموذج مجمع التربية السمعية بدولة قطر " **دراسة مقدمة إلى الملتقى الثالث عشر" (التدخل المبكر استثمار المستقبل)** . الجمعية الخليجية للإعاقة . البحرين . ٢- ٤ إبريل .

مصطفى نورى القمش ، فؤاد عيد الجوالده (٢٠١٤) . **التدخل المبكر الأطفال المعرضون للخطر**. عمان . دار الثقافة .

ناديه إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٨) . **الطفل التوحدى في الأسرة** . الإسكندرية . مؤسسة حورس الدولية .

ناديه على العجمى (٢٠١١) . **التدخل المبكر وبرنامج البورتيج** . عمان . دار يافا العلمية للنشر والتوزيع .

- ناديه عواد ، أحمد البلوى (٢٠١١) . الإتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج التوحد . **مجلة الطفلة والتربية** . ع (٦) . ١٥٠- ١٧٥ .

- ياسمين عبد الصبورحسنين ، أحلام حسن محمود ، دعاء عوض عوض (٢٠٢١) . فعالية التدريب على المهارات المعرفية والوعى البيئى فى تنمية السلوك العاطفى والسعادة المدركة لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد . **رسالة دكتوراه** . كلية التربية . جامعة الإسكندرية .

Andrew,P.,Emily,S.,Gina,R.,Melena,F.,Zoe,S.,Tony,C.,Susie,C.,Tom,L.&Gillian,B.(2009) . less of language in early development of autism and specific language impairment, **Journal of child psychology and psychiatry**, 50 (7),843-852.

APA,American Psychiatric Association (2013) . diagnostic and statistical manual of mental disorder, **fifth edition (DSMIV) Washington**,DC.

Carson,R.,Butcher&Mineka (2000). **Abnormal psychology and modern life**,Boston,Allyn&Bacon.

Choueiri,R.,Garrison,W.,Tokatli,V.(2022) . early identification of autism spectrum disorder(ASA) : strategies for use in local communities,**Indian Journal of pediatrics**,23,1-10.

Elsedfy,G.& Abdelraheem,T.(2014) . high autism risk in children. **middle east current psychiatry**, 21,106-112 .

Flusberg,H.(2016) . risk factors associated with language in autism spectrum disorder: clues to underlying mechanisms,**Journal of speech,language,hearing research**,59,143-154.

Giallorti,L.,Mazzone,L.,Benvenuto,A.Fasano,A.,Alcon,A.,Kraneveld,A.,Moavero,R.,Raz,R.,Riccio,M.,Siracusano,M.,Zachor,D.,Marini,M.&Curatolo,P.(2019) . risk and protective environmental factors associated with autism spectrum disorder : evidence based principles and recommendations,**Journal of clinical medicin**e,8 (217),1-23.

Haglund,N.&Kallen,K.(2011) . risk factors for autism and asperger syndrome,**the national autistic society**. 15 (2),163-183.

Henrichs,Y.&Cynthia,C.(2022).predicting autism from infant characteristics : A systematic review,**program at digitalcommons**,university of Nebraska Lincoln,435,1-29.

Hutman,T.,Rozga,A.,Delaurentis,D.,Barnwell,M.,Sugar,A.&Sigman,M.(2010).response to distress in infants at risk for autism: a prospective longitudinal study**.Journal of child psychology and psychiatry**,51,1010-1020.

Ip,A.,Poon,B.,Haniey,G.,Guhn,M.&Oberlander,T.(2022). developmental profiles of children at risk for autism spectrum disorder at school entry,**international society of autism research and wiley periodicals LLC,**15,1301-1310.

Kostyukl,N.,Isokpehi,R.,Rajnrayanan,T.,Bell,T.& Cohly,H.(2010) . **areas of language impairment in autism**,Department Of Biology,Jackson state university.

Lang,R.(2009) . enhancing the effectiveness of aplay intervention by abolishing the reinforcing value of stereotypy for children with autism,**PhD Thesis** ,the university of Texas at autism .

Lazenby,C.,Sideridis,D.,Huntington,N.,Prante,M.,Dale,S.,Curtin,S.,Henkel,L.,Iverson,M.,Carver,L.,Dobkins,K.Akshoomoff,N.,Tagavi,D.,Nelson,A.&Flusberg,H.(2016) . language differences at 12 months in fants who develop autism spectrum disorder. **Journal of autism and developmental disorders**,46,899-909.

Matson,J.,Wilkins,J.&Gonzalez,M.(2008). Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: how early is too early?,**research in autism spectrum disorders** ,2,75-84.

Matson,J.(2009) . **applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders** . library of congress.

Maddox,L.(2010) . effects of systematic social skill training on the social communication behaviors of young children with autism during play activities, **PhD Thesis** , the university of Nebraska .

Niedzwiecka,A.,Pisula,E.(2022) . symptoms of autism spectrum disorders measured by qualitative checklist for autism in toddlers in a large sample of polish toddlers,international **Journal of environmental research and public health**, 19 (3072),1-13.

Parmeggiani,A.,Corinaldesi,A.&Posar,A.(2019).early features of autism spectrum disorder:a cross-sectional study,**Italian Journal of pediatrics**,45 (144),1-8.

Pijl,M.,Bussu,G.,Charman,T.,Johnson,M.,Jones,E.,Pasco,G.,Oosterl ing,L.,Rommelse,N.&Buitelaar,J.(2019). Temperament as an early risk marker for autism spectrum disorders? A longitudinal study of high risk and low risk infants,**Journal of autism and developmental disorders**,49,1825-1836.

Sacrey,L.,Zwaigenbaum,L.,Bryson,S.,Brian,J.,Smith,I.,Roberts,W .,Szatmari,P.,Roncadin,C.,Garon,N.,Novak,C.,Vaillancourt ,T.,Mccormick,T.,Mackinnon,B.,Jilderda,S.&Armstrong,V. (2015). Can parents concerns predict autism spectrum disorder? Aprospective study of high risk siblings from 6 to 36 months of age, **Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry**,54(6),470-478.

Scott,J.Clark,C.&Michal,B.(2000) . sudent with autism characteristic and instructional **programming for special educators.** singular publishing group .

Song,S.,Kim,H.,Chun,K.&Kim,Y(2014).vocabulary characteristics of children with high and low functioning autism and intellectual disabilities,**communication sciences & disorders**,19(4),423-429.

Stenberg,N.,Schqlberg,S.,Shic,F.,Volkmar,F.,Siriqyen,A.,Bresnah n,M.,Svendsen,B.,Tetzchner,S.,Thronaes,N.,Macari,S.,Cicc hetti,D.,Chawarska,K.,Suren,P.&Qien,R.(2020).functional outcomes of children identified early in the developmental period as at risk for asd utilizing the the Norwegian mother,father and child cohort study (MoBa),**Journal Of Autism and Developmental Disorders**,1-11.-

(2009) Tom,L.,Tony,C.,Andrew,P.,Emily,S.,Susie,C.,David,M.&Gil lian,B autistic symptomatology and language, ability in autism spectrum disorder and specific language impairment,**Journal of child psychology and psychiatry**, 49 (11),1184-1192.

Yoo,H.(2016) . early detection and intervention of autism spectrum disorder,**Hanyang Medical Review,Institute Of Medical Science**,36,4-10.

Yousef,A.,Roshdy,E.,Fattah,N.,Said,R.,Atia,M.,Hafez,E.&Mohame d,A.(2021) . prevalence and risk factors of autism spectrum disorders in preschool children in sharkia,Egypt : acommunity based study ,**middle east current psychiatry**,28-36.