



# استخدام البروفيل النمائي للبورتيج في التشخيص الفارق لبعض الاضطرابات النمائية

إعداد

إيمان أحمد خميس

أستاذ مساعد علم نفس الطفل  
كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة المنوفية

الإستشهاد المرجعي:

خميس، إيمان أحمد.(٢٠٢٠). استخدام البروفيل النمائي للبورتيج في التشخيص الفارق لبعض الاضطرابات النمائية. مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف،

٢(٤)، ج٢- ديسمبر، ١١٨٨ - ١٢٨٠



## ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية استخدام البرو فيل النمائي للبورتيج في التشخيص الفارق لبعض الاضطرابات النمائية لعينة مكونة من (٢٠) طفل وطفلة من الأطفال المصابين بطيف التوحد(منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى) حيث تم تقسيمهم على مجموعتين بناءً على شدة الاضطراب من خلال تطبيق مقياس جيليام لتقدير الذاتية ترجمة وتعريب: عادل عبد الله محمد(٢٠١٦) ، ومقياس جيليام للأسبرجر ترجمة: محمد عودة (٢٠١٥) . وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية البرو فيل النمائي في التشخيص الفارق بين منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى من الأطفال الذاتويين، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة عند مستوى (٠.٠١) بين الأطفال الذاتويين منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى فى أبعاد المجال الاجتماعى والمعرفى واللغوى والدرجة الكلية لصالح الأطفال ذوى الاضطراب الوظيفى المرتفع، بينما لم تظهر دلالة للفروق بين الأطفال الذاتويين منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى فى أبعاد المجال الحركى والرعاية الذاتية . كما أشارت النتائج إلى قدرة البرو فيل النمائي فى التقييم والتشخيص الفارق للأطفال الذاتويين منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى بالإضافة إلى إمكانية تحديد مكامن القوة التعليمية الخاصة والمهارات القابلة للتعلم عند الأطفال. كما ظهر من خلال الصفحة النفسية لكل من الأطفال منخفضى ومرتفعى الأداء الوظيفى أن هناك قصوراً فى مهارات التواصل والقراءة والكتابة ومهارات التفاعل الاجتماعى والمهارات الحركية لدى الأطفال منخفضى الأداء الوظيفى مقارنة بالأطفال مرتفعى الأداء الوظيفى، كما أشارت الصفحة النفسية إلى تفوق الأطفال منخفضى الأداء الوظيفى فى معدل السلوكيات التكرارية والنمطية وأعتبر ذلك أنه أحد السمات الأساسية والمميزة لهم.

**الكلمات المفتاحية:** البرو فيل النمائي للبورتيج، الاضطرابات النمائية



## Abstract:

The study aimed to verify the effectiveness of the use of the developmental profile of Portage in the differential diagnosis of some developmental disorders for a sample of (20) children from the children with autism spectrum (low and high functional performance) as they were divided into two groups based on the severity of the disorder by applying the Gilliam scale to estimate Subjectivity translation and localization: Adel Abdullah Muhammad (2016), and Gilliam Asperger's Scale. Translation: Muhammad Auda (2015).

The study reached the effectiveness of the developmental profile in the diagnosis of the difference between low and high functional performance among autistic children, where the results indicated that there are significant differences at the level (0.01) between low and high autistic children in the dimensions of the social, cognitive, linguistic and overall degree in favor of children with disorder The high functional performance, while there was no significance of the differences between the children with low and high levels of functional performance in the dimensions of the motor field and the self-care. The results also indicated the ability of the developmental profile in the evaluation and differential diagnosis of self-directed children with low and high functional performance, in addition to the ability to determine the special educational strengths and learnable skills in children. It also appeared through the psychological page for both children with low and high functional performance that there are deficiencies in communication, reading and writing skills, social interaction skills and motor skills of children with low functional performance compared to children with high functional performance. The psychological page also indicated the superiority of children with low functional performance in the rate of stereotypical behaviors and I consider this to be one of the basic characteristics of them.

**Keywords:** Developmental Profile of Portage, Developmental Disorders

## المقدمة

تعتبر الاضطرابات النمائية من أكثر الاضطرابات تأثيرًا على القدرات الأدائية والوظيفية لكل المجالات النمائية المختلفة، وعليه فقد ظهرت بعض المقاييس والأدوات والقوائم التي تساهم في تشخيص وتقييم هذه الاضطرابات في محاولة لإرساء اللبنة الأولى لعملية تقديم الخدمات التدريبية والتعليمية والتأهيلية للأطفال من ذوي الاضطرابات النمائية. وتعتبر الذاتوية (Autism) من أكثر أنواع الاضطرابات النمائية شيوعًا وانتشارًا باعتبارهم من منخفضي الأداء الوظيفي، والتي حازت على اهتمام العديد من الباحثين؛ حيث قاموا بعمل الأبحاث والدراسات التي تهدف إلى التعرف على التشخيص الدقيق لهؤلاء الأطفال بعيدًا عن الاضطرابات الأخرى، كما استهدفوا وضع البرامج التي من شأنها تتميتهم في شتى المجالات.

أما حالات الذاتوية من مرتفعي الأداء الوظيفي فهي ثاني الاضطرابات النمائية شيوعًا وانتشارًا ولكنها لم تحظى باهتمام الباحثين بالشكل الكافي وذلك لأنها تتسم بوجود صفات وسلوكيات قريبة من أعراض الأسبرجر، ونظرًا إلى وجود تشابه بين أعراضها مع الكثير من أعراض الذاتوية فغالبًا ما يحدث خلط بينهما.

وبالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص الذاتوية وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال؛ فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالات الذاتوية والإسبرجر ما زال موجود بالفعل نظرًا للتشابه الموجود بين الحالتين.

ولقد قام عديد من الباحثين بإجراء الدراسات والبحوث في محاولة للتشخيص الفارق بين حالات الأطفال الذاتوية وحالات الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي بطرق شتى كاعتمادهم على الملاحظة المقننة من قبل أخصائي مدرب أو من خلال المقابلة المقننة مع ولي الأمر، إلا أن هذه الطرق تعتبر غير موضوعية في التشخيص، وذلك لأنها تعتمد أساسًا على التقدير

الذاتي للآباء والمعلمات وعلى تفسير أيهما لما يلاحظه من سلوكيات وعلى مدى دقة ذاكرته في استدعاء ما مر به الطفل من أحداث أو تفسير لسلوكياته، مما يفقدها موضوعيتها، دون وجود أداة تشخيصية وتقييمية تعتمد على أداء الطفل؛ مما يؤدي إلي صعوبة في تحديد مستوى أداء الطفل بدقة هذا بالإضافة إلى المحدودية الشديدة في المقاييس العربية المخصصة لذلك.

ويحتل برنامج البورتيج مكانة هامة في تقييم وتشخيص الاضطرابات النمائية خلال مراحل النمو المبكرة من الميلاد وحتى ٦ سنوات، ويستخدم على نطاق واسع في جميع مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في معظم دول العالم لتقييم وتقدير الاضطرابات النمائية لدى الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، نظرا لما يتميز به من سهولة وبساطة في الاستخدام ولقدرته على تقييم مجالات النمو المختلفة والتي من بينها:

- مجال الرعاية الذاتية
- المجال الإدراكي
- المجال الاجتماعي
- المجال الحركي
- المجال الاتصالي

ومن هنا جاءت هذه الدراسة في محاولة استخدام برنامج البورتيج للتشخيص الفارق لبعض الاضطرابات النمائية للأطفال من حالات الذاتية منخفضة الأداء الوظيفي ومرتفعي الأداء الوظيفي.

## مشكلة الدراسة

في إطار السعي نحو تقديم خدمات أفضل للأطفال المعاقين من خلال الاهتمام بتنمية إمكانياتهم والارتقاء بالممارسات التربوية والتعليمية الأمر الذي يتطلب ضرورة إعادة النظر في أساليب التشخيص والتقييم لهؤلاء الأطفال كمدخل أساسي وضروري لأجل تحقيق الإصلاح التربوي والتعليمي، فضلا عن القضية الملحة والمعاصرة في مجال التشخيص والتقييم والتي تهدف إلى استخدام أدوات تمكن القائمين على رعاية الأطفال الذاتويين مرتفعي ومنخفضي الأداء الوظيفي من التعرف على نواحي القوة والضعف لديهم وذلك في القدرات الآدائية والوظيفية، الأمر الذي يدعو إلى التحقق من فعالية أساليب التقييم المستخدمة لتقييم مهاراتهم وقدراتهم.

ولقد تعددت الدراسات التي هدفت إلى تشخيص وتقييم اضطراب الذاتوية كما أكدت العديد منها على أهمية استخدام البروفيل النفس تربوي في تشخيص وتقييم الأطفال الذاتويين ومنها: دراسة (Shek, Tsang, Lam, Tang & Cheung, 2005) والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص السيكومترية للبروفيل النفس تربوي (PEP3)، وتكونت عينة الدراسة من (63) طفل من أطفال ما قبل المدرسة الذاتويين، وأظهرت النتائج صدق وثبات المقياس وأكدت أهمية المقياس في معرفة العمر النمائي للطفل والاهتمام بالتواصل والحركة والسلوك التكيفي والمشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال مما يجعله أداة مناسبة للتشخيص والتقييم.

ودراسة (النجار، ٢٠٠٦) والتي هدفت إلى استخدام الملاحظة في التشخيص الفارق بين حالات الذاتوية والإسبرجر، وتكونت عينة الدراسة من ٩ أطفال من حالات الذاتوية و(٩) من حالات الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي المرحلة العمرية من (٥-٧) سنوات، وأشارت النتائج إلى أن أعراض الإسبرجر لا تظهر قبل سن الرابعة وهو ما يعنى وجود فترة نمو

طبيعي تنعكس على كافة مجالات النمو الحسي والحركي واللغوي والاجتماعي والانفعالي والعقلي والتي تصبح ذات دور إيجابي في إحداث فروق جوهرية بين حالات الذاتية وحالات الإسبرجر، كما أن حالات الذاتية مرتفعي الأداء الوظيفي تظهر تقوفاً في الجوانب الاجتماعية، ويدعم هذا التفوق الحصيلة اللغوية التي اكتسبها الطفل خلال فترة النمو الطبيعي.

كما هدفت دراسة (الزريقات والإمام، ٢٠١١) إلى التعرف على مستوى الأداء النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحد بالأردن. ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم تصميم اختبار التقييم النفسي والتربوي للأطفال وتم الاستناد في وضع الاختبار إلى المقياس الأصلي (PEP3) والذي أعده (Lansing&Schopler,2005) وتكون المقياس من (٨٧) فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسة هي: المعرفي، الاجتماعي الانفعالي، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، الحركات الكبيرة، الحركات الدقيقة، والأنشطة والاهتمامات، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلاً ذاتوياً، وقد تم التحقق من صدق الأداة وثباتها، وأشارت النتائج إلى أن أداء أفراد الدراسة في المجمل كان ضعيفاً على أبعاد الأداة المستخدمة، وقد جاءت الأبعاد وفقاً لمتوسطاتها كالآتي: الحركات الكبيرة، والأنشطة والاهتمامات، والحركات الدقيقة، واللغة الاستقبالية، والمعرفي، واللغة التعبيرية، والاجتماعي الانفعالي. كما أشارت النتائج إلى أن متغير المؤهل الأكاديمي للمعلم كان دالاً على جميع أبعاد الاختبار النفسي والتربوي، أما متغير خبرة المعلم فقد كان دالاً فقط على بعدي اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. وأظهرت النتائج أيضاً أن متغير جنس الطفل كان دالاً في أبعاد اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والحركات الدقيقة وذلك لصالح الإناث.

وفي ضوء هذا وما توصلت له العديد من الدراسات والتي أوصت بضرورة تبنى استراتيجية للتشخيص والتقييم تتضمن إصدار الأحكام لمعرفة نقاط القوة والضعف لدى الأطفال من خلال أداء الأطفال أنفسهم وليس بالملاحظة فقط، وما لاحظته الباحثة من





محاولة الكثير من الباحثين للتشخيص الفارق بين حالات الذاتوية مرتفعي ومنخفضي الأداء الوظيفي باستخدام أدوات واختبارات مختلفة تعتمد على الملاحظة سواء من المعلمة أو الأم أكثر من اعتمادها على الأداء الفعلي للأطفال أنفسهم ولا تعمل على تحديد نقاط القوة والضعف لديهم لوضع البرامج الأفضل لهم، كذلك قصور في الدراسات والأبحاث التي تسعى إلى تجديد أدوات التشخيص والتقييم، لذلك تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية استخدام البروفيل النمائي للبورتيج كأداة تشخيصية وتقييمية تعتمد على أداءات الأطفال الذاتويين أكثر من اعتمادها على الملاحظة وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- (١) هل تختلف التقييمات النمائية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الذاتوية منخفضة الأداء الوظيفي ومرتفعي الأداء الوظيفي) عند استخدام البروفيل النمائي للبورتيج؟
- (٢) هل يختلف شكل البروفيل النفسي للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الذاتوية منخفضة الأداء الوظيفي ومرتفعي الأداء الوظيفي) عند استخدام مقياس البروفيل النمائي للبورتيج؟

## أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- (١) التحقق من فاعلية استخدام البروفيل النمائي للبورتيج في تشخيص وتقييم حالات الأطفال من ذوي الاضطرابات النمائية.
- (٢) مقارنة التشخيص والتقييمات الفارقة باستخدام برنامج البورتيج مع حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية.
- (٣) تقديم البروفيل النمائي للبورتيج ليحدد جوانب التشابه والاختلاف بينهما ويعكس فاعلية استخدام كل منهما.

## أهمية الدراسة

- (١) التحقق من فاعلية استخدام الأدوات التشخيصية والتقييمية المستخدمة في الاضطرابات النمائية والتي تساعد في وضع برامج تعليمية فردية وجماعية للأطفال.
- (٢) بالرغم من وجود العديد من الدراسات التي اهتمت بدراسة التشخيص الفارق بين الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي ومرتفعي الأداء الوظيفي باعتبارهم ضمن الاضطرابات النمائية إلا إن الجهود المبذولة للتشخيص تقتصر على ملاحظة الأعراض دون النظر إلى القدرات الوظيفية والأدائية لكل طفل على حده ، وهذا يساعد في تقديم البرامج التعليمية لكل طفل بناء على ما يمتلك من قدرات وظيفية.
- (٣) استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتاج في تشخيص وتقييم أداء الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي ومرتفعي الأداء الوظيفي باعتبارهم ضمن الاضطرابات النمائية لذا تعتبر هذه الدراسة محاولة للتحقق من فاعلية أدوات التشخيص والتقييم المستخدمة في الاضطرابات النمائية.

## مصطلحات الدراسة

### أ) الاضطرابات النمائية Pervasive Developmental Disorders

هي حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلباً على بناء الشخصية وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحدAutistic Spectrum. وهي: الذاتوية Autism، الإسبرجر Asperger Syndrome، الريت Rett Syndrome، اضطرابات الطفولة التحليلية Disorders Disintegrative Childhood، اضطرابات النمو غير المحددة (فراج، ٢٠٠٢: ٢٥).



## ب) برنامج البورتيج Portage Program

يعرف البرنامج بأنه مجموعة من الأنشطة، الألعاب والممارسات العلمية التي يقوم بها الطفل تحت إشراف وتوجيه من جانب المشرفة التي تعمل علي تزويده بالخبرات، المعلومات، المفاهيم، الاتجاهات وتدريبه علي أساليب التفكير السليم وحل المشكلات التي تُرغبه في البحث والاكتشاف (بهادر، ٢٠٠٥: ٤٥).

ويعتبر برنامج بورتيج أحد أهم أدوات التدخل المبكر؛ حيث إنه يتم تطبيقه على المرحلة العمرية من الميلاد وحتى ست سنوات ويقدم تقييماً نمائياً تتابعياً developmental profile يتكون من: قائمة ملاحظة السلوك checklist: وهو كراسة اختبارات السلوك ويطبق على كل طفل ولكل طفل checklist قائمة خاصة به ويكتب عليه (اسم الطفل- اسم المؤسسة- تاريخ ميلاده) ويشتمل على خمس مجالات تقييمية five core areas:

- المجال الاجتماعي socialization.
- المجال الإدراكي cognitive.
- المجال الاتصالي language.
- المساعدة الذاتية self help.
- المجال الحركي motor.

صمم برنامج البورتيج في الولايات المتحدة عام ١٩٦٩ وترجم إلى العديد من اللغات وتم تطبيقه وتقنيه في العديد من دول العالم ومن بينها بعض الدول العربية. حيث يخدم البرنامج الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة مثل الإعاقات العقلية، الإعاقات الجسمية، متعددي الإعاقات، واضطرابات النطق والكلام.

## حدود الدراسة

**الحدود المكانية:** تتمثل الحدود المكانية للدراسة الحالية في مركز المثالي لصحة النفسية التابع لجمعية المثالي لتنمية المجتمع بحى وسط الإسكندرية .

**الحدود البشرية:** تتمثل الحدود البشرية في الدراسة الحالية من الأطفال ذوى اضطرابات الذاتوية المترددين على مركز المثالي لصحة النفسية التابع لجمعية المثالي لتنمية المجتمع بحى وسط الإسكندرية.

**الحدود الزمنية:** تحددت الحدود الزمنية للدراسة الحالية في المدى الزمني للعام الدراسي (٢٠١٩-٢٠٢٠).

**الحدود الموضوعية:** تحددت الحدود الموضوعية للدراسة الحالية في التشخيص الفارق لبعض الاضطرابات النمائية باستخدام البروفيل النمائي للبورتيج.

## الإطار النظري

### أولاً: اضطراب الذاتوية: Autistic Disorder

الذاتوية نوع من الإعاقات التطورية، وهي من أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، حيث تعوق عملية الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ . (كامل، ٢٠١٢، ٢٣٥) ومصطلح الذاتوية (Autism) يتكون من كلمتين يونانيتين الأولى (Aut) وتعني ذاتي أو ما يتعلق بالذات وهي مشتقة من الكلمة اليونانية (Autos) وتعني الذات أو النفس، وأما الجزء الثاني من المصطلح (ism) فيشير إلى التوجه أو الحالة، وهكذا فإن مصطلح (Autism) يعني التوجه الذاتي أو الحالة الذاتية، حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد.(الجارحي، ٢٠٠٤: ٢٣)

(أ) مفهوم الذاتوية:

تتنوع تعريفات الذاتوية وفقاً لتتنوع مجالات الدراسة والبحث والتخصصات المختلفة. فقد تأخذ بعض التعريفات منحي طبي والبعض الآخر يأخذ منحي سلوكي أو اجتماعي؛ حيث تعتبر الذاتوية أحد أنواع الإعاقات النمائية؛ حيث ينحرف الطفل عن السلوك الذي يعتبر عادياً في مجتمع ما من حيث معدل حدوثه أو شدته أو شكله أو مدته ، وهذا النوع من السلوك يحدث بشكل متكرر ويتطلب تدخلاً علاجياً مكثفاً وطويلاً المدى، وهو اضطراب سلوكي شديد نادر يضطرب فيه السلوك والتواصل والتفكير، وتظهر الخصائص المرضية الذاتوية قبل بلوغ الطفل السنة الثالثة من عمره (سليمان، ٢٠١٢: ٣٥٣).

فهي اضطراب نمائي ومعقد، عادة ما يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل نتيجة للاضطرابات العصبية التي تؤثر على الأداء الطبيعي للمخ، مما يؤثر على النمو في مجالات التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل، وأنشطة اللعب، بالإضافة لمحدودية الأنشطة والاهتمامات، ويؤثر ذلك سلباً على أداء الطفل (الفوزان، ٢٠٠٠: ٤٣) (فرج، ٢٠٠٤: ٣٣).

ويعرفها (Cindy,2005) بأنها مجموعة من الاضطرابات العصبية النمائية التي تظهر قبل سن ثلاث سنوات من العمر وتتسم بالإعاقات في المهارات الاجتماعية والاتصالية ووجود السلوكيات والاهتمامات النمطية والتكرارية.

ويعرفها (موسي، ٢٠٠٧: ١٨) بأنه "حالة من حالات الاضطراب الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود آخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ويتجنب أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليه التردد والتكرار لما يقوله الآخرون والاجترار لديه سلوك نمطي وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية".

ويعتبر (James, Jane, Sadagopa, et al., 2007: 1046) أن الذاتية اضطراب نمائي يتسم بالعزلة الاجتماعية وعيوب التواصل والسلوكيات النمطية أو التكرارية. كما تعرف بأنها أحد الاضطرابات النمائية التي تتصف بضعف في العلاقات الاجتماعية، والتواصل، والأداء اللغوي، والالتزام بمجموعة من السلوكيات والأهداف، كما يختلف الأطفال المصابون بالذاتوية من حيث شدة الأعراض، وطرق التعبير في مواقف الحياة اليومية. (Dawson, 2008: 137).

كما يعرف (سلامة، ٢٠٠٩: ٤٥) الذاتية بأنها حالة من حالات الإعاقة المتطورة، وهي تعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها، كما أنها تؤدي إلى مشكلات في اتصال الطفل بمن حوله، واضطرابات في اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي. ويمكن اعتبارها اضطراب عصبي نمائي يدوم مدى الحياة يؤثر على التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك. (Valkanova, Rhodes, Allan, et al. 2013: 13).

ويشير (Stephen & Dominick, 2009: 157) إلى أن اضطرابات الذاتية عبارة عن إعاقات كبيرة في التفاعل الاجتماعي والتواصل والإدراك والوظيفة السلوكية. وتعد اضطرابات الذاتية وفقا لتعريف (Colby, James, Marianne, Deborah, et al., 2010: 787) بأنها اضطرابات عصبية نمائية تتسم بالإعاقة في التفاعلات الاجتماعية وعيوب في التواصل اللفظي وغير اللفظي وسلوكيات تكرارية أو اهتمامات غير عادية أو محدودة للغاية.

ويشير (Helen, 2011: 68) إلى أن الذاتية اضطراب عصبي نمائي يتسم بالإعاقة في التفاعل الاتصالي والاجتماعي والسلوكيات التكرارية.

ويعرفها (الشخص، ٢٠١٣: ٥٢) علي أنها اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠ - ٤٢ شهرا من العمر) ويؤثر في



سلوكهم، حيث نجد أن معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح، كما يتصرفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبدد المشاعر، وينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها.

ويعرفها (عادل عبدالله، ٢٠١٤) بأنها اضطراب نمائي وعصبي معقد يتعرض الطفل له قبل الثالثة من عمره، ويلزمه مدى حياته، ويمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حو ذاته.

وتستخلص الباحثة مما سبق أن اضطراب الذاتوية نوع من الاضطرابات الارتقائية التي تؤثر على جميع جوانب النمو ، وأهم ما يميزها بأنها حالة نمائية عصبية مصحوبة بصعوبات اجتماعية وتواصلية واهتمامات محدودة في مرحلة الطفولة، وتعيق عملية التواصل الاجتماعي وتتفق هذه التعريفات في أن الذاتوية تتسم بالإعاقة في ثلاثة مجالات رئيسية: التفاعل الاجتماعي، التواصل والحركات النمطية والسلوك التكراري وتظهر قبل العام الثالث من عمر الطفل. كما ترى الباحثة أن بعض التعريفات ركزت على الأسباب المحتملة للاضطراب والأعراض المصاحبة، والبعض الآخر ركز على أعراض ومظاهر الاضطراب فقط، كما ترى الباحثة أنه نظراً لأن أسباب الذاتوية ليست مؤكدة حتي الآن حيث يفضل عدم ذكرها في التعريف الإجرائي والاقتصار على الأعراض والمظاهر فقط، حيث تعرف الذاتوية بأنها اضطراب نمائي معقد يتسم بالإعاقة في ثلاثة مجالات رئيسية: التفاعل الاجتماعي، والتواصل والسلوك، يظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث من عمر الطفل.

#### (ب) تشخيص الذاتوية: ينبغي تشخيص الذاتوية من قبل فريق متعدد التخصصات

(Valkanova,etal., 2013: 13) حيث يتم تشخيص اضطراب الذاتوية على أساس

الإعاقة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، واللغة، وعدم مرونة السلوك

(Cheryl, Trepagnier, Sebrechts, Finkelmeyer, et al., 2006) ويذكر كل من (البطانية، الجراح، ٢٠٠٧: ٦٠٩) بعض العوامل التي تؤدي إلى صعوبة تشخيص الذاتوية في العمر المبكر من الطفولة وهي:

- عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني.
  - إصابة الطفل بالإعاقة العقلية مما يترتب عليه التركيز على الإعاقة العقلية وإغفال تشخيص الذاتوية وعدم اكتشافها.
  - مشكلات اللغة وتأخر النمو اللغوي التي يعاني منها طفل الذاتوية قد لا تسمح بأجراء التقييم اللغوي.
  - قد تكون مظاهر النمو طبيعية، ثم يحدث فجأة سلوك الذاتوية وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز عمر الطفل العامين.
  - قد يكون للوالدين دور في تأخر التشخيص للإصابة بالذاتوية، نتيجة عدم الدراية والخبرة.
  - قد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد اضطراب الذاتوية، ومن ثم يكون تقييم الإصابة على أنها من مشكلات النمو.
- تعتبر جميع علامات اضطرابات طيف الذاتوية وأعراضها القابلة للتشخيص سلوكية، لذلك تعتمد مجموعة كبيرة من الوسائل التشخيصية على ملاحظة سلوك الفرد سواء بشكل مباشر أو غير مباشر وهذا يشمل المقابلة التشخيصية للذاتوية (ADI; Lord, (ADOS; Rutter&LeCouteur, 1994) وجدول الملاحظات التشخيصية للذاتوية (ADOS; Lord, et al., 2000) والمقابلة التنموية التشخيصية متعددة الأبعاد (3Di) (3Di; ) (ADOS; Lord, et al., 2000) والمقابلة التشخيصية لاضطرابات التواصل الاجتماعي (DISCO) (Skuse, et al., 2004) (DISCO; Leekam, Libby, Wing, Gould & Taylor, 2002)، وتستخدم هذه الاختبارات بصور مختلفة بناءً على عمر الفرد ومستوى اللغة لديه، كما تتنوع الوسائل



التشخيصية في طريقة جمعها للبيانات حيث تتضمن أغلب الوسائل مثل المقابلة التشخيصية للذاتوية معرفة تاريخ المرض والذي تكمن أهميته بشكل خاص في تحديد النمو اللغوي المبكر لديه، إلا أن غيرها من وسائل تعتمد بشكل كبير على مقابلة الشخص ذاته وملاحظة سلوكه بشكل مباشر مثل جدول الملاحظات التشخيصية للذاتوية ومن المعروف أن التشخيص على أساس الملاحظة المباشرة أكثر فعالية لأغراض البحث لأنه لا يعتمد على معلومات من طرف ثالث إلا أن أغلب التشخيصات الفعالة على الأرجح تتضمن دمجاً بين الأساليب مثل إجراء المقابلة التشخيصية للذاتوية إلى جانب جدول الملاحظات التشخيصية للذاتوية حيث يتم الحكم في الغالب على صحة البحث إكلينيكيًا من خلال أسلوب التشخيص ومصدره ويتطلب الحصول على مثل هذه التشخيصات الفعالة على الأقل التدريب من قبل أحد المختصين وربما التعاون مع شركاء إكلينكيين (فؤاد، ٢٠١٠: ٣٥).

### (ج) معايير تشخيص الذاتوية:

شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في درجة تشخيص اضطراب طيف الذاتوية مقارنة بما كانت عليه النتائج العلمية في الحقبة الزمنية الماضية، ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالذاتوية، كفهم طبيعة الأسباب وأليات التشخيص والأعراض وكيفية التعامل معه من خلال البرامج التربوية والتأهيلية والعلاجية، ولعل الأحدث في الميدان ما تم اعتماده في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي (DSM- V, 2013) مما أدى إلى تغيير فئة اضطراب الذاتوية ومعايير تشخيصها، وبناءً على ذلك فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف الذاتوية (Autism Spectrum Disorder (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف سابقاً باضطراب الذاتوية (AD)، ومتلازمة إسبرجر (Asperger Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD

(NOS،ضمن مسمى واحد على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض السلوكية (American Academy of Child&Adolescent Psychiatry ,2013) بينما أوردت الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي اضطراب التوحد ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية العصبية Neurodevelopmental Disorders، والتي تتضمن الفئات التالية: إلى جانب فئة اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorder، الاضطرابات العقلية Intellectual Disabilities، واضطرابات التواصل Communication Disorders، وضعف الانتباه والنشاط الزائد ADHD وصعوبات التعلم المحددة Specific LD، والاضطرابات الحركية Motor Disorders (صقر، ٢٠١٥: ٩٠).

وترى الباحثة أن عملية تشخيص الذاتوية أمراً ضرورياً، بالإضافة إلي صعوبتها البالغة في الوقت نفسه، حيث يبني عليها عددا من الخطوات التي تحدد سير العمل لتقديم خدمات الرعاية والتأهيل، وتهدف إلي التأكد من وجود اضطراب طيف الذاتوية لدي المفحوص وذلك خلال انطباق المعايير التشخيصية من مصادر مختلفة، لذا يجب توفر فريق تشخيص متعدد التخصصات لتعدد وتشابك أعراض الاضطراب وهم طبيب أطفال أو طبيب أعصاب وأخصائي التربية الخاصة وأخصائي التخاطب والأخصائي النفسي بجانب ولي الأمر. ومما يزيد الأمر تعقيداً وضع الطفل الذاتي في فئة تشخيصية خاطئة وما يترتب علي ذلك من حرمانه من خدمات الدعم والتدخل التي يحتاجها ويتم وضعه في برنامج تعليمي غير مناسب، لذا وجب أن تكون قضية التشخيص الدقيق والمبكر أولي وأهم القضايا التي يجب التعاون والعمل علي إنجاحها لما يترتب عليها بعد ذلك من جهد يجب أن يكون في الطريق الصحيح وبشكل مبكر قدر الإمكان وهذا ما جعل الباحثون والعلماء يتمكنون من إجراء تغييرات علي تشخيص الذاتوية.



(د) التغيرات التي طرأت على تشخيص الذاتوية: فيما يلي عرض للتغيرات التي طرأت على تشخيص اضطراب طيف الذاتوية وفقاً للطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي

#### (١) استخدام تسمية تشخيصية موحدة:

تضمنت المعايير الجديدة استخدام تسمية تشخيصية موحدة (Single Diagnosis) وتوظيفاً لمسمى موحد هو (اضطراب طيف الذاتوية) حيث يتضمن هذا المسمى كلاً من (اضطراب الذاتوية - متلازمة إسبرجر - الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة - اضطراب التفكك الطفولي)، والتي كانت اضطرابات وفئات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من (DSM) حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينهما (American Psychiatric Association, Highlights of Changes from DSM-IV – TR to DSM-5 , 2013: 1-2)

#### (٢) إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد:

تضمنت المعايير التشخيصية الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات والاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها، وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة ودرجة الذكاء لدى أفرادها، لذا فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها، كما أن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها (Susan,2013:20)

#### (٣) التشخيص استناداً إلى معيارين اثنين بدلاً من ثلاثة معايير:

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص بدلاً من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل في الطبعة الرابعة، حيث تضمنت

المعايير الجديدة التشخيص وفقاً لمعيارى فقط هما القصور في المعيار الأول (التواصل الاجتماعي Social Communication)، و(التفاعل الاجتماعي Social Interaction) – المعيار الثاني (الصعوبات في الأنماط السلوكية، والاهتمامات، والأنشطة المحدودة، والتكرارية، والنمطية) (Carpenter, 2013: 6)

#### ٤) تحديد عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناءً عليها:

تضمنت المعايير الجديدة سبعة أعراض سلوكية على النحو التالي: ثلاثة أعراض في المعيار الأول، وأربعة في المعيار الثاني، بينما المعايير القديمة كانت (١٢) عرضاً سلوكياً موزعة على أربعة أعراض سلوكية أساسية لكل معيار تشخيصي (Hendricks, 2013)

#### ٥) تحديد مستوى شدة الأعراض:

فرضت المعايير التشخيصية الجديدة على المتخصصين والمشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة (Level of Severity)، والتي يتم بناءً عليها تحدد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي (Level of Support)، الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية، وذلك وفقاً لثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي، ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنه المعايير الجديدة لفئتي متلازمة إسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة والتي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة (Carpenter, 2013: 6)

#### ٦) تحديد وتوسيع المدى العمري:

تضمنت المعايير الجديدة توسيعاً للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتدة حتى عمر ثمانية سنوات، بدلاً عن المدى العمري المستخدم في الطبعة الرابعة وهو عمر ثلاثة سنوات (فيريس: ٢٠١٣، ٥).



٧) إدراج الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية ضمن الأعراض التشخيصية:

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية، التي إن وجدت لدى الطفل تعتبر من الأعراض الأساسية في تشخيصه باضطراب طيف التوحد، على العكس من ذلك فلم تستخدم الطبعة الرابعة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما كانت تعتبره من الأعراض المساندة (Susan, 2013: 20).

٨) إدراج فئة اضطراب التواصل الاجتماعي كفئة تشخيصية جديدة:

ضافت الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي التي تضمنت المعايير الجديدة فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم (اضطراب التواصل الاجتماعي) والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن المعيار الأول لفئة اضطراب طيف الذاتوية ولا تتواجد لديه الأعراض السلوكية في المعيار الثاني، ووفقاً لذلك فإن انطباق الأعراض في كلا المعيارين يسبب التشخيص باضطراب طيف الذاتوية في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل، ويوضح الجدول التالي أهم الفروق بين الطبعة الرابعة والطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي

جدول (١)

أهم الفروق بين الطبعة الرابعة والطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

معيار	الطبعة الرابعة 2000 DSM IV	الطبعة الخامسة 2013 DSM V
مسمي الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف الذاتوية (ASD)
بنية الفئة	متصلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي (التوحد - إسبرجر - ريت - الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة - اضطراب التفكك الطفولي)	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ التوحد - إسبرجر - الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاث محكات: التفاعل الاجتماعي - التواصل - السلوكيات النمطية.	محكين: (التفاعل والتواصل الاجتماعي - السلوكيات النمطية) .
مستوي الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض	تحديد مستوي الشدة وفقاً لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقة أخرى	غير محددة.	محددة في: الإعاقة العقلية - اضطرابات اللغة - الحالات الطبية - الجينية - اضطرابات السلوك - الكاتاتونيا.
المدى العمري لظهور الأعراض	(٣) سنوات	الطفولة المبكرة (٨) سنوات

ويشير (الزغبى، ٢٠١٥: ٢٦) إلى أنه يفضل مراجعة الأطباء والنفسيين لتحديد نقائص الإصدار الرابع، ثم دمج الكثير من الأعراض التي كانت متشابهة ومتقاربة جداً في أصناف أكثر اتساعاً بالنسبة لاضطراب طيف الذاتوية بسبب الأعراض المشتركة بين العديد من الأمراض.



(هـ) مستويات التشخيص وفقاً للطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس:

وفقاً للطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM- V, 2013) يعتمد التشخيص علي عملية متعددة المستويات لتكون عملية دقيقة ومتنوعة من خلال المستويات الثلاثة التالية:

### المستوي الأول: المحكات التشخيصية:

يتضمن المستوي الأول من عملية التشخيص توضيح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمن والاستثناء، بالإضافة إلي التأكد من مدي انطباق معايير ومحكات التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة علي بعدين أساسيين هما: بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي، وبعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة. وفيما يلي استعراض المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف الذاتوية كما وردت في الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس (DSM-V, 2013)

#### (١) البعد الأول: قصور وعجز دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي:

ويظهر هذا القصور والعجز في عدد من البيئات التي يتفاعل فيها الطفل، سواء كان هذا القصور معبر عنه حالياً أو أشير إليه في التاريخ التطوري للطفل، ويمكن الاستدلال علي الأعراض التشخيصية في هذا المعيار من خلال:

- قصور وعجز في التفاعل الاجتماعي.
- قصور وعجز في السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي
- قصور وعجز في القدرة علي تطوير العلاقات الاجتماعية وفهم معانيها والمحافظة علي استمراريتها.

#### (٢) البعد الثاني: السلوكيات والاهتمامات والأنشطة (النمطية والمحدودة والتكرارية والضيقة)

سواء كان هذا القصور معبر عنه حالياً أو أشير إليه في التاريخ التطوري للطفل، ويكون معبر عنه في أثنين علي الأقل منها، ويمكن الاستدلال علي الأعراض التشخيصية في هذا المعيار من خلال:

- النمطية والتكرارية في الحركات الجسدية (الحركية) وخاصة في استخدام الأشياء واللغة.
- الإصرار علي الرتابة والتشابه والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية في السلوكيات
- الاهتمامات المحدودة الثابتة بصورة عالية والتي تبدو غير عادية من حيث مستواها ونوعية تركيزها.
- ارتفاع أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير عادية لجوانب ومظاهر البيئة الحسية.

**المستوي الثاني: محكات التحديد:** يتطلب تطبيق الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي من المتخصصين والفاحصين والمشخصين، ضرورة تحديد ما إذا كان اضطراب طيف الذاتوية مصحوباً باضطرابات أخرى أم لا، دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف الذاتوية. وفيما يلي استعراض محكات التحديد الخاصة باضطراب طيف الذاتوية والتي ينبغي علي المستخدم (المشخص) تحديدها كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي (الزغبى، ٢٠١٥، ٢٦).

- حدد وجود أو عدم وجود اضطرابات واعتلالات عقلية مرافقة لاضطراب طيف الذاتوية.





- حدد وجود أو عدم وجود اضطرابات واعتلالات لغوية مرافقة لاضطراب طيف الذاتوية.
- حدد وجود أو عدم وجود ترابط مع حالة طبية أو جينية مرافقة لاضطراب طيف الذاتوية.
- حدد وجود أو عدم وجود ترابط مع عوامل بيئية معروفة مرافقة لاضطراب طيف الذاتوية.
- حدد وجود أو عدم وجود مصاحبة لأية اضطرابات عصبية - نمائية - عقلية - سلوكية مرافقة لاضطراب طيف الذاتوية.

#### المستوي الثالث: محكات تحديد مستوي الشدة:

تهتم الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التأهيلية والتربوية المتعلقة بتحديد مستوي شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف الذاتوية وفقاً لمستوي شدة الأعراض السلوكية لديه، وتقسّم المعايير التشخيصية مستوي الشدة إلى ثلاث مستويات يقل فيها مستوي الدعم المراد تقديمه تدريجياً بانخفاض مستوي شدة الأعراض السلوكية. حيث يدعو الدليل الخامس الأطباء والمتخصصين إلى التقييم الدقيق لخطورة أعراض مرضاهم من أجل تحسين التشخيص، فيجب أن يتضمن التقرير التشخيصي تقيماً دقيقاً لكل عرض علي سلم يبتدئ من المستوي الضعيف إلى المستوي الأقوى، فالكل يوضع علي قائمة متصلة من سلوك نوعي إلى سلوكيات تطابق درجات مختلفة من الاختلال وتحدد الدرجة علي هذا السلم ما إذا كان يجب علاج المرض أم لا، ويُمكن هذا الإجراء من مساعدة الأطباء والمعالجين علي تقييم الأعراض السلوكية لدي المصابين، ومقارنة حاله مع حالات أُخري، ويساعد علي كشف حالات تتطلب المساعدة، فخلال الممارسة اليومية يستعمل الأطباء سلالم عديدة وتقييمات مختلفة ، والدليل الخامس يعمل علي قياس وتقنين هذه السلالم

(التقييمات) بحيث يستخدمها الأطباء والمعالجين جميعاً لتقييم اضطراب الذاتوية، وبالتالي يزيدون من احتمال الوصول إلي نتائج مشابهة حول المرضي للمقارنة، وبذلك تمكن هذه التقييمات من توحيد أفضل للعلاجات، ويمكن الأطباء والمعالجين أيضاً التتبع الجيد لتطور المرض فالانتقال من (خطير) إلي (معتدل) علي سلم الذاتوية قد يكون محفزاً في حد ذاته علي مواصلة التغييرات الإيجابية التي تتحقق (فيريس، ٢٠١٣، ٤). ويوضح الجدول التالي محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف الذاتوية كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM – V, 2013).

### جدول (٢)

محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف

الذاتوية كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي

مستوي الشدة	محك التواصل والتفاعل الاجتماعي	محك السلوكيات النمطية والتكرارية
المستوي رقم (١) يتطلب توفير الدعم	قصور وعجز واضح في التفاعل الاجتماعي والذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة علي التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم المناسب في المواقف الاجتماعية، صعوبة في القدرة علي إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة علي استجابات عادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين، يبدو الطفل وكان لديه تناقضاً في رغبته أو اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.	عدم المرونة في السلوك والتي ينتج عنها تأثير واضح ذو دلالة في أداء الطفل الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، بالإضافة إلي صعوبة في الانتقال والتحول بين الأنشطة المختلفة، إلي جانب مشكلات في القدرة علي التنظيم والتخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة القدرة علي الاستقلالية.
المستوي رقم (٢) يتطلب توفير دعم جوهري	قصور وعجز واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية إلي جانب قصور وعجز ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتي بوجود	عدم مرونة السلوك وصعوبة في القدرة علي التكيف أو سلوكيات تكرارية محدودة تبدو بصورة كافية لأن تكون



واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها تؤثر في أداء الطفل الوظيفي في المواقف والسياقات الاجتماعية المختلفة إلي جانب صعوبة في القدرة علي تغيير اهتماماته وأفعاله وتصرفاته.	الدعم والمساعدة في المواقف الاجتماعية، بالإضافة إلي قدرة محدودة في إنشاء التفاعل الاجتماعي وتناقص واستجابات غير عادية من قبل الآخرين.	
عدم المرونة وصعوبة شديدة في سلوكيات القدرة علي التكيف مع التغيير. بالإضافة إلي سلوكيات تكرارية محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء الطفل الوظيفي علي كافة الأصعدة إلي جانب صعوبة بالغة في القدرة علي تغيير اهتماماته وأفعاله وتصرفاته.	قصور وعجز واضح في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية والتي تسبب اعتلالات شديدة في الأداء الوظيفي، إلي جانب قدرة محدودة علي إنشاء التفاعل الاجتماعي وحدود ضعيفة في القدرة علي الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية.	المستوي رقم (٣) يتطلب توفير دعم جوهري كبير جداً

ويتضح من الجدول السابق أن (DSM- V) يعطي المتخصصين استيفاء معلومات أكثر تفصيلاً حول مستوى شدة أعراض الاضطراب، مع إعطاء عدد أكبر من المعطيات وتوصيفها، ومن المفترض أن يعطي المتخصصين تشخيصات أكثر وثوقية، كما يمكن ذلك المتخصصين والمعالجين من التتبع الجيد من تطور المصابين باضطراب طيف الذاتوية كما سبق القول (صقر، ٢٠١٥: ٨٨). ويوضح الجدول التالي الأعراض المبكرة للذاتوية منذ الميلاد وحتى الخمس سنوات الأولى.

جدول (٣)

الأعراض المبكرة للذاتوية منذ الميلاد وحتى الخمس سنوات الأولى

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
من الميلاد وحتى ستة أشهر	من ستة أشهر وحتى العام الأول	من عمر سنتين إلى عمر ثلاث سنوات	من عمر أربعة سنوات وحتى عمر ٥ سنوات
١- قد يكون الطفل جذاباً أكثر مما ينبغي. ٢- قد يكون متوتراً وسهل الحزن. ٣- لا يحاول النقاط الأشياء ولا يبحث عنها ٤- قد لا يناغي. ٥- نقص أو قلة في الابتسامة الاجتماعية. ٦- نقص أو قلة في التواصل بالعين. ٧- قد يظهر النمو الحركي عادياً.	١- لا يعانق التماساً للدفع وقد يمشي بصعوبة أو متصلباً حينما يتعلق بشيء طلباً للمساعدة على السير. ٢- لا مبالاة نسبية تجاه الوالدين ٣- لا يلعب ألعاب اجتماعية بسيطة (كالنظر خلسة أو إصدار صوت " بوو " أو إلقاء تحية باي باي) ٤- لا يبدأ في استخدام الكلمات ٥- لا يبدي اهتماماً بالألعاب الأطفال. ٦- قد يسلب القدرة على حركة يديه (قد يظهر عدم اهتمام بيديه. ٧- نمو حركي متأخر ومتفاوت بل ومتقطع. ٨- قد لا يمشغ أو لا يقبل أطعمة جامدة.	١- اهتمام محدود بما حول الأشخاص لغترات طويلة. ٢- يستخدم الناس الآخرين كأدوات. ٣- تواصل بالعين محدود ونقص في الانتباه البصري. ٤- لا يعانق (يحضن) وقد يمشي متصلباً حتى مع المساعدة. ٥- علاقته بوالديه يشوبها اللامبالاة ٦- نوبات غضب وعدوان مستمر ولكن ربما تتحسن تدريجياً. ٧- إيذاء الذات. ٨- استثارة الذات.	١- إذا نمت لديه القدرة على الكلام قد تكون في صورة تكرار الكلمات التي يقولها الآخرون بشكل روتيني في الحال أو بعد ذلك أو بشكل مصاداه Echolalia. ٢- نوع الصوت غريب (نعمة عالية - أو صوت على وتيرة واحدة رتيبة) ٣- يصبح حزينا مضطرباً قلقاً بتغيرات الروتين. ٤- لا يزال هناك عدم اتصال بالأعين وإن حدث فهو محدود ولكنه يظهر بعد التحسن. ٥- زيادة متدرجة في العاطفة والشعور ولكنها ما زالت محدودة. ٦- نوبات غضب وعدوان مستمر ولكن ربما تتحسن تدريجياً. ٧- إيذاء الذات. ٨- استثارة الذات.

(مطحنة، ٢٠٠٨: ٥٤)

## أدوات تشخيص الذاتية:

مما لاشك فيه أن تشخيص وتقييم اضطراب الذاتية وتحديد من يعانون منه يعتمد على القياس عن طريق المقاييس التي تم إعدادها لمثل هذا الغرض في بيئات مختلفة وفي الواقع فان هناك عدد من المقاييس التي تم استخدامها في بيئات أجنبية يأتي في مقدمتها ومن أهمها المقاييس التالية: (الشامي، ٢٠٠٤، ٣١٤)، (أبو يوسف، ٢٠٠٦، ٢٠)، (آرونز وجيتتس، ٢٠٠٨، ٣٣)، (رياض، ٢٠٠٨، ٣٥)، (عبد الله، ٢٠٠٨، ٥٣ - ٦٠)، (القمش، ٢٠١١، ١١٠)، (سليمان، ٢٠١٢، ٣٦ - ٤٣)، (عبد الله، ٢٠١٤، ٢٢٩ - ٢٣٥)

(١) تشخيص الطفل الذاتي بناء على تقرير الرابطة البريطانية ١٩٦١ وتشمل اضطراب في العلاقات الانفعالية وعدم الوعي بالهوية الشخصية وانخراط مرضى بموضوعات محددة وخبرات إدراكية شاذة والمحافظة على الروتين وفقدان الكلام أو عدم اكتسابه اضطراب في الأنماط الحركية .

(٢) قائمة ملاحظة السلوك الذاتي التي أعدها كروج (krug,1990) وتعمل على تقييم الاضطراب عن طريق ثلاث جوانب تتمثل في القصور في القدرة على التعبير اللفظي والانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي.

(٣) التقييم السلوكي المختصر (BSE) The behavioral summarized evaluation ويحدد ثمانية أبعاد وهي الانسحاب الاجتماعي والقدرة على المحاكاة والتواصل وضعف الانتباه والتعبير اللفظي وغير اللفظي وعلامات الخوف والتوتر والاستجابات الذهنية.

(٤) مقياس التقدير السلوكي للأطفال ذوي اضطراب الذاتية (BRIAC):

(٥) Behavioral Rating Instrument for autistic and typical children والتي وضعت من قبل Rutten ويعمل على تقييم الاضطراب لدى الطفل من خلال ما يتوفر لديه من سلوكيات وخصائص تدل عليه ويتضمن ثمانية مقاييس هي " العلاقة مع

الآخرين والتواصل والنطق والتخاطب والصوت وفهم الحديث الاجتماعي والتجاوب الاجتماعي والقدرة الحركية والنمو النفسي العضوي

٦) قائمة ملاحظة السلوك للأطفال الذاتيين Behavior Observation system (BOS) اعدھا فریمان (Freeman et al,1978) ويتكون من ٩ فقرات ملاحظة مدة كل منها ٣ دقائق وتسجل ٦٧ سلوكًا مميز لها الاضطراب.

٧) مقياس تقدير اضطراب الذاتوية في مرحلة الطفولة (CARS) أعهده ١٩٩٠ Schopler,et.al، وتوجد منه أكثر من نسخة واحدة باللغة العربية، ويتضمن تقدير القصور في العلاقات الاجتماعية والتقليد واضطراب الانفعالات والقدرة الحركية السلوكيات النمطية ومقاومة التغيير واستجابات غير عادية وعدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها واستجابات القلق والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب والمستوى العام للنشاط والانطباعات العامة.

٨) مقياس جيليام التقدير لتشخيص اضطراب الذاتوية: (Gilliam,1995) تم تصميم هذا المقياس ليعمل على تحقيق أهداف عدة أهمها التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب الذاتوية بين مختلف الأفراد، ويضم هذا المقياس أربعة مقاييس فرعية وهي التواصل والسلوكيات النمطية والتفاعل الاجتماعي والاضطرابات النمائية، وهو من الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية.

٩) جدول المراقبة العام لتشخيص الذاتوية (ADOS): هو بروتوكولاً موحداً لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من فوق سن ٣٠ شهراً ممن يستطيعون الكلام ويحتمل أصابتهم بالذاتوية.

١٠) بطارية التقييم المعرفي والاجتماعي للأطفال الذاتيين (SCEB): والتي قام بإعدادها (Thiébaud,Adrien, Blanc&Barthelemy, 2010) وتضم هذه البطارية (١٦)

مقياس منها (التفاعل الاجتماعي واللغة التعبيرية والاهتمام المشترك وتنظيم السلوك والتقليد، والتعبير العاطفي والصورة الذاتية واللعب الرمزي والعلاقات المكانية).

(١١) البروفيل النفسي التربوي (PEP): أعده (Schopler, 1978) ثم قام بتعديله عام ١٩٩٠ ثم صدرت النسخة الثالثة في عام ٢٠٠٥ وقام بتقنينها على البيئة السعودية (حميدان، ٢٠٠٨) ويهدف المقياس إلى تقييم وتشخيص الأطفال الذاتويين من خلال أدائهم على المقياس وسوف نعرض هذا المقياس بالتفصيل في الصفحات القادمة حيث أنه هو موضوع الدراسة الحالية.

مما سبق يتضح لنا تعدد وتنوع أدوات التشخيص والتقييم للأطفال الذاتويين والتي سعت إلى تقديم تشخيص دقيق يهدف إلى تقديم الخدمات التربوية المناسبة ولذا فإن هذه الدراسة تحاول أن تقدم أحد أهم الأدوات المستخدمة في التشخيص والتقييم وهو مقياس الملف النفسي التربوي والذي يقدم لنا معلومات تفصيلية دقيقة تعتمد على أداء الطفل نفسه بالإضافة إلى ملاحظة ولي الأمر، مما يجعله من الأدوات الملائمة والمناسبة ولذا سعت هذه الدراسة إلى استخدامه وقياس مدى قدرته في التشخيص الفارق بين الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي.

### (ح) خصائص الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية:

#### (١) الخصائص الجسمية:

يرى (سليمان، ٢٠٠٠: ٣١-٣٢) إن الأطفال الذاتويين يتمتعون بمظهر جسماني طبيعي، كما إن بعضهم يميلون إلى اكتشاف أجسامهم بصريا، أو عن طريق اتخاذ أوضاع خاصة في الوقوف، أو الجلوس، أو كأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم. وهذا يشير إلى أنه لا توجد خصائص جسمية تميز الأطفال الذاتويين عن أقرانهم العاديين فهم يشبهون العاديين إلى حد ما في الطول، والوزن، والصحة العامة. لذلك لا يعتمد على الخصائص

الجسمية في تشخيص اضطراب الذاتوية، وجدير بالذكر أن بعض الأطفال الذاتويين في الصغر يظهرون بعيون جذابة، ووجه جميل، ولكن المظهر يتغير مع كبر السن في مرحلة المراهقة والشباب.

## ٢) الخصائص الحركية:

ترى (أديب، ١٩٩٣: ١٢) أنه قد يظهر لديهم ضعف في التأثر الحركي، وبعض هؤلاء الأطفال يتميزون برشاقة في المشي، ولديهم القدرة على التسلق والتوازن، والبعض الآخر يفتقر إلى الرشاقة وتظهر لديهم صعوبة في حفظ التوازن. وترى (عبد العزيز، ١٩٩٩: ١٨١) أنه قد يتأثر الإرتقاء الحركي (الجلوس، الحبو، المشي) لهؤلاء الأطفال حيث يظهر ذلك في (٣٧%) من الحالات.

وتشير (شقير، وموسى، ٢٠٠٧: ٨٦) إلى إن هناك بعض جوانب النمو الحركي الغير عادية التي يتسم بها الأطفال الذاتويين، فلهم مثلاً - طريقة - خاصة في الوقوف، فهم معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم.

## ٣) الخصائص الاجتماعية:

يرى (Klin,1993:612) أن الصفة الإكلينيكية الأساسية لاضطراب الذاتوية هي أنه اضطراب عميق في العلاقات الاجتماعية يظهر في الشهور الأولى من حياة الطفل. ويشير "كانر" إلى عديد من المظاهر الاجتماعية للذاتوية حيث أنه مازال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً، حيث أكد على أن الصفة الرئيسية في هذا الاضطراب هي القصور الاجتماعي حيث قارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال العاديين والأطفال الذاتويين، فالأطفال العاديين يظهرون سلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم، ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للذاتويين،





فهم غالباً ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة (شقيير، وموسى، ٢٠٠٧: ٨٤ - ٨٥).

وترى (أمين، ٢٠٠١: ٤٧) أن هؤلاء الأطفال يجيدون عزل أنفسهم حتى لو كانوا في حجرة مليئة بأعضاء العائلة، ويقضي الأطفال الذاتويين وقتاً طويلاً بالقرب من آبائهم أو مربيهم. وتشير (أمين، ٢٠٠٤: ٨٥) إلى أن الأطفال الذاتويين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلي، وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداما في قلق الانفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء. كما ترى (شقيير، وموسى، ٢٠٠٧: ٨٦) محدودية قدرة الطفل على مشاركة الأم أو بديلها في الخبرات والاهتمامات بالأشياء والموضوعات والذي يعتبر من أهم مجالات النمو الرمزي. ويعاني طفل الذاتوية من عجز في سلوك (التقليد) كما تبين أن الذاتويين يعانون من مشكلات في تقليد حركات الجسم البسيطة، وهم نادراً ما يقلدون أفعال والديهم.

ويرى (عوض، ٢٠٠٥: ٢٥-٢٦) أن الأطفال الذاتويين يواجهون في اللعب مع الأطفال الآخرين نفس الصعوبة التي يواجهونها في اللعب وحدهم بهذه اللعب، فهم لا يعرفون الغرض من أية لعبة، وهم لا يميلون إلى تقليد الآخرين، ولا أخذ زمام المبادرة في إقامة المباريات. وتشير (أمين، ٢٠٠١: ٦٣) إلى أن الأطفال الذاتويين يظهرون عجزاً في مهارة التقليد نتيجة ما يعانونه من اضطرابات في الانتباه والملاحظة. وبالتالي هذا يؤثر بدوره في قدرتهم على التقليد.

#### ٤) الخصائص المعرفية:

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية يعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب "الذاتوية" وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص الاستجابة الانفعالية للمحيطين، ويعانى الأطفال الذاتويين من اضطرابات واضحة في التفكير والانتباه والإدراك والذاكرة واللغة.

ويشير (سليمان، ٢٠٠٠: ٨٧-٨٨) إلى معاناة الأطفال الذاتويين من مشكلات حسية، فاستجاباتهم غير معتادة للمثيرات الحسية، ويمكن تفسير الاستجابات الشاذة للمثيرات الخارجية إلى وجود عجز أساسي في ترجمة الخبرات والتجارب الحسية، وخصوصاً فيما يتعلق بالعجز المتصل بحاسة السمع والبصر، وربما يكون هذا العجز ناشئاً عن عيب في معالجة المخ للمعلومات الحسية.

يذكر (قنديل، ٢٠٠٥: ٧٦-٧٧) أن ذاكرة الطفل الذاتوي تتميز عن الطفل العادي في أنه يستحضر الأشياء إلى الذاكرة دون أي تغيير في ترتيبها، فالأشياء التي يسمعها والأشياء التي يراها يتذكرها تماماً مثلما حدثت، أو أنه لا يختار الأشياء التي يقوم بتذكرها، والطفل الذاتوي ذاكرته ليست مترابطة بل أنها جامدة إلى حد بعيد، كما لو أنه لا يختار إلا في ظروف خاصة، ولذا وجد إن قدرته على اللعب التخيلي محدودة نتيجة لما سبق.

يذكر (مليكه، ١٩٩٨: ٢٧٦) أن الأطفال الذاتويين تتراوح مستوياتهم المعرفية فيما بين (٢٥%) منهم توحد وتخلف عقلي شديد، (٥٠%) توحد وتخلف عقلي بسيط، (٢٥%) يعانون من توحد ونسبة ذكاء ٧٠% فأكثر، ولكن معظم هؤلاء الأطفال يظهرون تشتتاً ملحوظاً في وظائفهم المعرفية، وتكون درجة ارتقاء اللغة اللفظية أقل بكثير.

تشير الدراسات والأبحاث السابقة أيضاً إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح الموضحة للاضطراب الذاتوي، كما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي والاستجابة الانفعالية للمحيطين به؛ ولذا أظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال الذاتويين لديهم درجات من التخلف العقلي، وأظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال الذاتويين لديهم درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط (أمين، ٢٠٠٤: ٤٠-٤١).

## (ط) أعراض اضطراب الذاتوية

عادة ما يتم تشخيص اضطراب الذاتوية بناءً علي سلوك الشخص، ولذلك فإنه من الضروري التعرف علي أعراض هذا الاضطراب علي الرغم من تداخلها وتشابهها مع باقي الاضطرابات النمائية الأخرى، ومع ذلك فهناك مجموعة من الأعراض الرئيسة تميز هذا الاضطراب وهي: قصور واضح في التفاعل الاجتماعي، والنمطية ومحدودية الأنشطة والاهتمامات، والقصور الحسي، والقصور في اللعب التخيلي، والقصور العقلي والمعرفي، وضعف التواصل اللغوي (اللفظي وغير اللفظي).

### (١) قصور واضح في التفاعل الاجتماعي.

يلاحظ آباء الأطفال الذاتويين أن أطفالهم الرضع أو أثناء مرحلة المهد لا يستجيبون بطريقة عادية لحلمهم أو احتضانهم. وأن الطفل الصغير الذي يعاني من اضطراب الذاتوية قد لا يظهر استجابة فارقة يميز بها بين استجابته لآبائه أو الأقارب أو المعلمين قياساً باستجابته للغرباء. كما أنهم قد لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة (هالاهان، كوفمان، ٢٠٠٨: ٦٥٢-٦٥٣)، (Connie, Amanda, Gulsrud, Wong, et.al., 2010: 1045).

وقد يكون هناك اضطراب ملحوظ في استخدام أنماط من السلوك غير اللفظي المتعدد كالتواصل البصري، والتعبير الوجهي، والإيماءات والحركات الجسمية (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ٢٠١٠: ٢٤٢)، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Katarzyna & Fred, 2007: 266) حيث أشارت إلي أن مدى الشذوذ في القدرة على معالجة الوجوه المرتبطة بالذاتوية يؤدي إلى حدوث ما يُعرف باسم "عمى الوجوه" مما يؤثر على مجالات متعددة تشمل إدراك هوية الوجه والقدرة على التعرف على تعبيرات الوجه، لذلك يشيع عدم الانتباه الاجتماعي بين الأطفال الذاتويين (Bhat, Galloway & Landa, 2010:989). كما يُظهرون عيوباً كبيرة في مهارات المحاكاة مما يمثل عائقاً أمام اكتساب المهارات الأكثر تعقيداً والنمو

الاجتماعي، وتبرز عيوب المحاكاة عندما يكون هدف المحاكاة اجتماعيا (Brooke, 2007:269).

ومما يميز هؤلاء الأطفال أن لديهم فشل في تكوين علاقات مع الأقران ولا يوجد عندهم اهتمام في تكوين الصداقات، كما يكون لديهم نقص في السعي التلقائي إلى مشاركة الآخرين في الأنشطة المختلفة. وقد يوجد نقص في التبادل الاجتماعي أو الانفعالي كعدم المشاركة بفاعلية في اللعب الجماعي أو الألعاب أو المباريات الجماعية، وتفضيل الأنشطة الانفرادية، وغالبا ما يكون وعى الطفل بالآخرين مضطربا بشكل ملحوظ (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ٢٠١٠: ٢٤٢)

## ٢) النمطية ومحدودية الأنشطة والاهتمامات:

معظم سلوكيات الأطفال الذاتويين تبدو بسيطة من قبيل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصابعهم، أو تكرار فك وربط رباط الحذاء. وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل الذاتوي يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث أن التغيير في أي شيء يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه (خطاب، ٢٠٠٩: ٢٥).

## ٣) القصور الحسي:

إن الخلل الحسي أهم ما يميز أعراض اضطرابات الذاتوية والتي يجب مراعاتها عند تشخيص الأطفال الأصغر سناً. وأن الأطفال الصغار ذوي اضطراب الذاتوية لديهم مزيد من الحساسيات اللمسية والتذوقية والشمية والصعوبات في المعالجة السمعية (Lisa,Diana,Roger, etal.,2009:1089)



وتذكر (Susan,2013:896) أن ما يزيد على ٩٠% من الأطفال الذاتويين يعانون من اضطرابات حسية ولديهم أعراض حسية في عديد من المجالات الحسية الخاصة بالشم والتذوق والنظر.

وقد تكون لدي الذاتويين استجابات غريبة للمنبهات الحسية مثل الإحساس الزائد بالألم، أو الحساسية الزائدة للأصوات أو الملامس، أو ردود فعل مبالغ فيها للضوء أو للروائح، وقد توجد اضطرابات في الأكل منها اضطراب بيكا وهو عبارة عن تناول مواد غير قابلة للأكل وغير مفيدة لنمو الطفل، أو اضطرابات في النوم كالاستيقاظ المتقطع بالليل مع السقوط من على الفراش، وقد توجد اضطرابات في النواحي المزاجية أو الانفعالية مثل الضحك بصوت عال أو البكاء دون سبب واضح، وعدم وجود ردود فعل انفعالية، وربما لا يأتون باستجابة تدل على الخوف كرد فعل لأخطار حقيقية، في حين أنهم قد يظهرون خوفاً زائداً في استجاباتهم لبعض الأشياء التي لا تمثل خطر أو أذى. ويلاحظ على هؤلاء الأطفال أنماط سلوكية عديدة ينجم عنها إيذاء الذات منها خبط الرأس، أو عض الرسغ أو اليد أو الأصابع ; (Maarten,Herman,Chantal,etal.,2007:2014);(Alison,Robyne,Amy,Baker,etal.,2010:112)

ويغلب على الأطفال الذاتويين انتقائية الانتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها. كما أن حواس الطفل الذاتوي ليست متميزة، مثل: حواس الطفل العادي، فقد يغطي عينيه حين يسمع صوتاً لا يحب أن يسمعه، كما أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة وغريبة. فالطفل الذاتوي في بعض الأحيان يتصرف كما لو أنه ليس لديه خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به، بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها، فقد لا يستجيب لصوت مرتفع، كما قد يبدي تجاهلاً كاملاً لشخص يعرفه جيداً من قبل. وأيضاً قد لا يبدي مبالاة للألم أو البرد، بينما في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بصوت خشخشة في الأوراق. وقد يحملق بشكل مقصود إلى مصدر للضوء، أو على مصباح مضاء

أو يقوم ببرم جزء من ورق مكرراً ذلك عدة مرات، أو يخدش سطح منضدة(خطاب، ٢٠٠٩: ٣١-٣٢)

#### ٤) القصور في اللعب التخيلي:

يعاني الطفل الذاتي من نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في ألعاب خيالية أو مبتكرة (كامل، ٢٠٠٥: ٩)؛ فالطفل الذاتي غير قادر علي اللعب بنفس الكيفية التي يلعب بها الطفل العادي، فالأطفال يلعبون عندما يمثلون أشخاصا ومهنا وأدواراً وأماكن Pretend Play ، ولكن الطفل الذاتي لا يعرف هذا اللعب، فهم يجمعون الألعاب في فئات ليس لها منطق تصنيفي أو له علاقة بشكل اللعبة أو لونها أو ما تمثله، وإنما هي أشياء يراكمها أو يصنفها وفق ما يري، وينزعج إذا ما تدخل أحد ليعدل هذا التصنيف (كفافي، كفافي، ٢٠٠٦: ٣٢٦).

كما أن لعب الطفل الذاتي بالسيارة يختلف عن لعب الطفل الطبيعي، فيقوم الطفل الذاتي بقلب السيارة ولف العجل (لعب غير وظيفي) أو يضع أذنه لسمع الصوت الذي تصدره السيارة، وقد يلفت انتباهه إلي جزء بسيط من السيارة فهو ينتبه إلي الجزء وليس الكل (مصطفي، الشربيني، ٢٠١١: ٩١). ويلخص (محمد، ٢٠١٠: ٨٧) خصائص وسمات اللعب لدي الطفل الذاتي فيما يلي:

- يفترق إلي الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي.
- تقل المظاهر الرمزية في أعباه إلي حد كبير.
- لا يبدي أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي.
- لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين أو أعباهم.
- يلعب بشكل نمطي وتكراري.
- يتناول اللعب بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل.



- لا يتناول اللعبة كي ترمز إلي شيء آخر بل ليرميها مثلا ويسمع صوت ارتطامها، أو ليضعها مع اللعب الأخرى في صف.

#### ٥) القصور العقلي والمعرفي:

تعتبر كتابات "تمبل جراندن"، و"دنا ويليامس"، وغيرها وسيلة لفهم كيف يفكر الأشخاص المصابون بالذاتوية، حيث يظهر من خلال الكتابات اعتماد الأشخاص المصابين بالذاتوية على طريقة من التفكير تتميز بالتالي (في معظم الأحيان):

- التفكير بالصور، وليس الكلمات.
- عرض الأفكار على شكل شريط فيديو في مخيلتهم، الأمر الذي يحتاج إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.
- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية.
- صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
- يتميزوا باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.
- لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها.
- لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس (البطائية، الجراح، ٢٠٠٧: ٥٨٠)

ويشير (مصطفى، الشريبي، ٢٠١١، ٥٧) أن مفهوم نظرية العقل لدي هؤلاء الأفراد ظهر بواسطة "ولمان" Wellman (١٩٩٢) والتي تشير إلى أن الطفل الذاتوي غير قادر علي التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. وبالتالي فالأطفال الذاتويين يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين. ويشير (محمد، ٢٠١٠: ١٥٩) إلي أن نظرية العقل أو المعرفة تختص في الأساس بتفسير ما يلي:

- قصور أو تأخر مستوى النمو العقلي المعرفي.
  - القصور في العمليات العقلية المعرفية.
  - القصور في الجانب الاجتماعي اعتماداً علي ما يحدث من قصور معرفي.
  - القصور في أخذ دور أو منظور شخص آخر، وبالتالي القصور في إدراك النوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات سواء للشخص ذاته أو للغير.
  - القصور في قراءة الإشارات الاجتماعية المختلفة.
- ٦) ضعف التواصل اللغوي (اللفظي وغير اللفظي):

في كثير من حالات الذاتية، يبدأ ظهور مؤشرات هذا القصور أو الاضطراب في النمو اللغوي مبكراً في حياة الطفل، وربما في الأشهر الثلاثة الأولى حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي، وغياب المناغاة المعتادة عند الطفل السليم في هذه الفترة، وفي قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها وفي مناسبتها للموقف ومعانيها بالنسبة إلى ما يطلبه أو يريده من أمه، فهي غالباً عشوائية عديمة المعنى لا تستهدف أي نوع من التواصل، بعكس الطفل السليم الذي يكتسب مبكراً مهارات وتفهم التواصل استقبالياً أو تعبيرياً، حتى قبل أن يتكلم أو يكتسب حصيلة لغوية ولو بسيطة (فراج، ٢٠٠٢: ٥٦).

في حين يتضمن ضعف التواصل كلا من المهارات الشفهية واللاشفهية وقد لا توجد اللغة كلية، وعادة ما تتصف اللغة أثناء نموها بخصائص أهمها وجود تراكيب لغوية غير كاملة أو غير ناضجة، والمصاداة (ترديد الكلمة أو الجملة) فورية أو متأخرة، خلط الضمائر الشخصية، حديث شاذ وغير منتظم ولغة مضطربة بشكل متصل، وقد تقل مهارات التواصل غير اللفظي لديهم أو تغيب تماماً (مثل: الإيماءات، والتعبيرات الوجهية، والإشارات) أو تتدنى إلى أقصى حد لها، أو تظهر في صورة اجتماعية غير لائقة، وقد تكون طبقة الصوت أو نغمة الصوت أو معدل الكلام أو إيقاع الكلام أو الضغط على مخارج الألفاظ غير سوية





فنغمة الصوت قد تكون رتيبة أو غير مناسبة للسياق، وتكون التراكيب النحوية غالباً غير ناضجة وتحتوى على استخدامات نمطية ومتكررة للغة كتكرار الكلمات أو العبارات دون الاعتبار للمعنى، وتكرار القوافي أو الإعلانات التجارية في التلفزيون، وغالباً ما يكون الفهم اللغوي متأخراً جداً وقد يظهر الطفل عجزاً ملحوظاً لفهم الأسئلة أو التوجيهات أو الدعابات البسيطة، والمعنى الساخر أو الضمني للجمل والعبارات (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ٢٠١٠: ٢٤٣).

ويعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بصفة خاصة بالنسبة لمعظم الأطفال الذاتويين، وإلي جانب ذلك فإننا نجد أنهم إذا ما اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فإنهم قد يجدون صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذي يستمعون إليهم (هالاهان، كوفمان، ٢٠٠٨: ٦٥٣). وفيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال الذاتويين يتسمون بعدد من

السمات التي قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلي:

- ضعف المحصول اللغوي لديهم بدرجة كبيرة.
- تدني مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم.
- عدم القدرة علي استخدام تلك المفردات في إجراء محادثات مع غيرهم.
- عدم قدرتهم علي استخدام مفرداتهم اللغوية الاستخدام الأمثل.
- أن الطفل لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده علي استرجاع المعلومات.
- أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة.
- التردد المرضي للكلام المسموع Echolalia سواء كان ذلك ترديداً لمجرد كلمات فقط أو عبارات.
- أن اللغة قد لا تنمو علي الإطلاق لدي بعض هؤلاء الأطفال (محمد، ٢٠١٠: ٥٦-٥٧)

ثانياً: البروفيل النمائي لبرنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج"

## نبذة عن برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج"

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتتقيف أمهات الأطفال المعاقين من سن الولادة إلي ست سنوات، يختص بالتدخل المبكر لتدريب الأطفال المعوقين داخل بيئتهم المحلية وخاصة بالمنزل وتدور فكرة البرنامج حول تزويد الأم خلال الزيارة المنزلية والتي تكون مرة بالأسبوع ومدتها ساعة بالأسس المتعلقة برعاية الطفولة والتعليم الخاص والمؤثرات الحسية التي تؤدي إلي تطوير المهارات العديدة للطفل المعاق. يتبع هذا البرنامج مشروع بورتيج المنزلي للتدخل المبكر الذي صمم في الولايات المتحدة عام ١٩٦٩، ويخدم البرنامج الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة ومشاكل النطق والكلام وسوف يستخدم في هذا البحث كبرنامج للتدخل المبكر للأطفال الذاتويين (أحمد وعبد الظاهر، ٢٠١٣: ١٤١)

### تعريف برنامج "بورتيج"

يعرف البرنامج بأنه مجموعة من الأنشطة، الألعاب والممارسات العلمية التي يقوم بها الطفل تحت إشراف وتوجيه من جانب المشرفة التي تعمل علي تزويده بالخبرات، المعلومات، المفاهيم، الاتجاهات وتدريبه علي أساليب التفكير السليم وحل المشكلات التي ترغبه في البحث والاكتشاف (بهادر، ٢٠٠٥: ٤٥).

### أهداف برنامج "بورتيج"

- تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل البيئة المألوفة للطفل وهي المنزل.
- الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل تتعلق بالنمو.
- الإشارك المباشر للأمهات والآباء في العملية التعليمية التدريبية للطفل وتعد هذه وسيلة فعالة لتدريب الأطفال صغار السن.

- تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة موضوعات تغطي مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم الخاص بالإضافة إلي التقييم المنتظم الذي يقيس النتائج ويزود المشرفين بالإطار المرجعي للتعديلات المستقبلية.
  - تطبيق الخطوات العملية للبرنامج بدون أي موقف أو إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة.
  - تحديد نقاط القوة والضعف لدي الطفل وذلك للمساعدة علي تصميم برنامج خاص لكل طفل مبنياً علي المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأم.
  - استخدام مناهج متسلسل من حيث التطور يستخدم كأداة للتعليم (المشرفي، ٢٠٠٨: ٢٨).
- وصف برنامج "بورتيج":** دليل بورتيج للتعليم المبكر هو أحد مكونات نموذج تقديم الخدمة، والتي يشير إليها نموذج بورتيج وقد صمم نموذج بورتيج للأطفال ذوي الإعاقات بمختلف أنواعها والذين تقع أعمارهم بين الميلاد وسن السادسة وكذلك لأسر هؤلاء الأطفال، وهذا النموذج فعال أيضا مع الأطفال متأخري النمو، أو منخفضي المستوى الاقتصادي والاجتماعي، أو المعرضين للأخطار.
- ويمكن تقديم الخدمة لهؤلاء الأطفال في أشكال متعددة تشمل برامج الطفولة المبكرة العامة والخاصة مثل برنامج لنبدأ سوياً "ايفن ستارت" EVEN START، برنامج البدء مبكراً "هيد ستارت" HEAD START وبرنامج ما قبل المدرسة، أو برنامج ما قبل رياض الأطفال، أو مراكز الرعاية النهارية DAY CARE وغيرها. ويسعي نموذج بورتيج لتحقيق التكامل بين مدخل النظم الأسرية وبين التدخل الخاص بعلاج طفل يوجد في بيئة معيقة لتطوره ويتشكل هذا النموذج من أربعة مبادئ رئيسية:
- أن الأسرة هي التي توجه عملية التدخل.
  - أن جوهر عملية التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل.

- أن النظام اليومي، وعادات الأسرة، واللعب تشكل أنماط حياة الأسرة، وهي الوسيط الذي يتم التدخل من خلاله.
- أن تسجيل الملاحظات والحوارات الدائرة بين الوالدين وفريق العمل، هو أساس القرارات التي تتخذ في عملية التدخل.

### العناصر الأساسية في برنامج "بورتيج"

هناك ستة عناصر أساسية لنموذج بورتيج، سيتم عرض كل منها فيما يلي:

#### (١) عملية التشخيص

يشتمل نموذج بورتيج علي جهود مكثفة لتعريف مؤسسات المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات نجاحها علي أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه والأنظمة السائدة، شروط مصادر التمويل وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها.

#### (٢) التقييم البيئي الأيكولوجي

التقييم هو جوهر عملية النشاط من بدايتها إلى نهايتها، فهو يهدف إلى اكتشاف نقاط القوة وأنواع الحاجات التي تنقص الطفل وأسرته، وبذلك فهو يهدف إلى إعادة برنامج للتدخل، خاص بكل أسرة على حدة، وقد تشمل استراتيجيات التدخل حوارات غير رسمية مع الأسرة، كملاحظة واستخدام أدوات التقييم المطبوعة أو القوائم الإنمائية، ويمكن استخدام نتائج تقييم الطفل والتي قامت على أساس التقييم الإنمائي - مثل دليل بورتيج للتعليم المبكر- في تخطيط الأنشطة اليومية التي تهدف إلى دعم نمو الطفل، وتتم جميع أنواع التقييم بالمشاركة التامة من الوالدين؛ وذلك بهدف الاستفادة من معلوماتهم عن طفلهم وأسرته ولضمان أن تتم هذه الأنشطة بتوجيه من الأسرة، ويشمل التقييم الأيكولوجي كذلك التوصل إلى معرفة بالمصادر المتاحة في المجتمع المحلي لمساعدة الأسرة.

### ٣) التخطيط البيئي الأيكولوجي

يتم تنظيم المعلومات التي حصلنا عليها في عملية التقييم في شكل خطة لتقديم الخدمة، وقد تأخذ هذه الخطة شكل خطة لخدمة أسرة واحدة أي خطة للعمل في أسرة معينة، وقد تأخذ شكل أداة للتخطيط في برنامج معين، وتتضمن كل الخطط أهدافا بعيدة، وأهدافا قريبة، وتتابع للاستراتيجيات الهادفة لتحقيق هذه الأهداف، وبصرف النظر عن الشكل أو التنظيم المستخدم، فالنقطة الأكثر أهمية هي أن تطوير الخطة يتم بتوجيه من الأسرة، ويقوم على أساس النقاط ذات الأهمية بالنسبة لهم.

### ٤) التدخل الأيكولوجي

يتضمن نموذج بورتيج مكونات عديدة لا يمكن تنفيذها في ظروف متنوعة، ومع ذلك فهو يستخدم غالبا كجزء من برنامج الزيارات المنزلية، وقد تختلف الزيارات المنزلية في مدتها وعددها من برنامج إلى آخر، لكن نموذج بورتيج يتضمن في العادة زيارة أسبوعية مدتها ساعة ونصف، وخلال هذه الزيارة تعمل الزائرة المنزلية مع الوالدة أو القائم على تقديم الخدمة معا على تخطيط وتنفيذ استراتيجية التعامل مع الحاجات الخاصة للطفل والأسرة كما تراها الأسرة، وكما سبق تحديدها في الخطة الفردية.

### ٥) دعم الأنشطة القائمة

يعتبر الاتصال بين الزائرة والأسرة محدودا في أغلب البرامج، وذلك لأن الزائرة المنزلية تعمل مع كل أسرة لمعاونتها في تطوير استراتيجيتها الحالية وتحقيق أهدافها، وتقوم الأسرة بتنفيذ هذه الاستراتيجية التي في الفترة بين الزيارة والزيارة التالية، وقد يشمل ذلك اقتراحات بإدماج عمليات الإرشاد الهادفة إلى تنمية قدرات الطفل في الروتين اليومي للأسرة، وفي أنشطة اللعب، وفي جماعات اللعب التي تضم الوالدين والأطفال ذوي اضطراب الذاتية، أو في أنشطة الأسرة الأخرى، وربط ذلك بشبكة المساعدات المقدمة للوالدين.

## ٦) الإشراف وتقييم النتائج

تظهر أنشطة الطفل والأسرة ذات العلاقة ببرامج المساعدة خلال برنامج التعليم الفردي، أو برنامج خدمة الأسرة الواحدة، أو من خلال برامج أخرى، ويتم توثيق الأنشطة من خلال الاتصال الأسبوعي وسجلات الملاحظة، ويتم تقييم الطفل من خلال الاستفادة بالكتيب الحالي دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج" كمرجع، ويتم استكمال التقييم سنويا لمراجعة برامج التعليم الفردي، وخدمات الأسرة المتقدمة ويتم قياس درجة رضا الوالدين والمجتمع المحلي عن خدمات البرنامج من خلال استبيانات في نهاية العام (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ب: ٦- ١٠).

### سادساً: طريقة استخدام قائمة المراجعة في برنامج "بورتيج"

تتكون قائمة المراجعة من خمسة مجالات إنمائية بالإضافة إلى قسم عن نمو الرضيع، ولا يعني تقسيم هذه المجالات إن كلا منها مستقل عن الآخر. بل إن التداخل ضروري بين جميع هذه المجالات، والسلوكيات التي قد تتكرر في أكثر من مجال للنمو تغيد باعتبارها تبيين الاستعداد، أو المتطلبات المهارية الضرورية لقيام الطفل بالسلوك في المجال الآخر للنمو. وقد تم تمييز جوانب النمو في القائمة بألوان مختلفة تتفق كل منها مع اللون المميز لبطاقة الأنشطة. وفيما يلي وصف لجوانب النمو الخمسة

### (أ) نمو الرضيع

يقدم القسم الخاص بنمو الرضيع أنشطة مقترحة بهدف مساندة وتشجيع نمو الطفل خلال الشهور الأولى من حياته، فالرضيع يحتاج إلى مثيرات بيئية ذات معنى، قبل أن تتوقع استجابة لهذه البيئة، لذلك نجد أن الكثير من الفقرات المذكورة في القائمة هي أنشطة يقوم بها الوالدان، أو الزائرة المنزلية مع الطفل، ولا تحتاج بالضرورة إلى استجابة من الطفل، في نفس



الوقت فكلما زادت قوة التفاعل بين الوالدين والطفل، وكلما زادت الأنشطة التي يبدي بها الراشدون زادت بيئة التعلم ثراء.

### (ب) التنشئة الاجتماعية

مهارات التنشئة الاجتماعية هي السلوكيات التي تشمل الحياة مع الآخرين والتفاعل معهم، وخلال سنوات ما قبل المدرسة تنعكس السلوكيات الاجتماعية في الطريقة التي يلعب بها الأطفال، ويعملون بها مع والديهم وإخوانهم وزملائهم في اللعب، وتساعد تنمية مهارات التنشئة الاجتماعية الطفل الذي يعاني من اضطراب الذاتوية على أن يتعامل في سهولة مع البيئة المحيطة، كما تساعده في جوانب النمو الأخرى، حيث يتعلم الأطفال الذاتويين من خلال التقليد والمشاركة والاتصال جميع المهارات الاجتماعية الأساسية، وكلما نمت مهارة التنشئة لدى الطفل فإنه يكتشف أنه يؤثر في بيئته، ويتم ذلك من خلال التفاعل الاجتماعي الملائم لظهور وتقوية السلوك في كافة الجوانب الأخرى للنمو.

وهذا ما أشارت إليه دراسة (صالح، ٢٠٠٦) بعنوان (مدي فاعلية برنامج بورتيج في تنمية الجوانب الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة) حيث هدفت الدراسة إلي قياس دور برنامج البورتيج في النمو الاجتماعي لدي أطفال ما قبل المدرسة وقد تكونت عينة الدراسة من (٧٢) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات، وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية (برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج"- اختبار ذكاء الأطفال- بطارية اختبار بعض جوانب النمو لأطفال الروضة) وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في النمو الاجتماعي قبل وبعد تطبيق برنامج البورتيج.

### (ج) النمو اللغوي

نمو اللغة هو أحد أهم ما يحققه الطفل منذ ميلاده وحتى سن السادسة، حيث يتطور الطفل في هذه الفترة من الجهل التام باللغة إلى معرفة تقليد الكبار، ورغم تباين معدلات الاكتساب يتبع أغلب الأطفال نمطا ثابتا في نمو اللغة، وتحدد قائمة المراجعة هذا النمط الإنمائي الثابت، هذا ولا تحدد قائمة المراجعة المفردات التي يكتسبها الطفل بقدر ما تركز على مضمون حديث الطفل والصيغة التي يعبر بها عن هذا المضمون، ولا يوجد تقسيم للمهارات اللغوية بين مهارات التعبير ومهارات التلقي رغم أن كليهما موجود في القائمة ويحتاج الطفل أن يسمع للغة المستخدمة قبل أن يبدأ استخدام اللغة بنفسه ولكي تساعده على زيادة النمو اللغوي فمن المهم أن تحيط الطفل بيئة تقدم نماذج ملائمة وتمنحه الفرصة والدافعية لاستخدام اللغة. والطفل الذي يتوقع دائما المحيطون به حاجات ويقومون بتلبيتها قبل أن يقول أي شيء ليس في حاجة إلى تنمية مهارات الاتصال، وبالمثل فالبيئة التي لا تدعم مجهوداته حين يستخدم المحادثة، أو التي لا تقدم الفرصة للطفل الحديث المصاب باضطراب الذاتية، ستكون فاعليتها ضعيفة في استشارة النمو اللغوي، وتقدم الاقتراحات الواردة في قسم اللغة إرشادات لإنشاء بيئة تساند وتشجع النمو اللغوي.

### (د) مساعدة الذات

تركز فئة مساعدة الذات على السلوكيات التي تساعد الطفل الذاتي على أن يصبح قادرا بشكل أفضل على رعاية نفسه في مجالات: تناول الطعام، وارتداء الملابس والاستحمام واستخدام دورات المياه، وقد تظهر هذه السلوكيات ضمن مجال التنشئة الاجتماعية لأن أنشطة مساعدة الذات ترتبط بالحياة مع الآخرين وبالتقاليد الاجتماعية للأسرة حيث يساعد نمو سلوكيات مساعدة الذات الطفل في جهوده ليصبح عضوا سعيدا مستقلا في الأسرة والمجتمع وتتبع السلوكيات المذكورة في هذا الجانب بشأن الجوانب الأخرى نمطا إنمائيا





متسلسلا وقد تم ترتيب هذه السلسلة على أساس الخطوات الملائمة في تنمية سلوك معين على ضوء المستوى الحالي للطفل في الفهم والقدرة.

#### (هـ) النمو المعرفي

تشمل المعرفة أو التفكير على التذكر وعلى الرؤية أو الاستماع لأوجه التشابه والاختلاف وعلى تحديد العلاقات بين الأفكار والأشياء وعلى حل المشكلات، حيث تتم العمليات المعرفية داخل الطفل الذاتي وعلى ذلك فان ما يمكن قياسه منها يبني على ما يقوله أو يعمل. وتقوم الذاكرة بتخزين المعلومات للتعرف عليها أو إعادتها، ويتذكر الطفل ويسمى الموضوعات والصور والأشكال والرموز (مثل إشارات المرور) قبل أن يتمكن من تحديد الحروف والكلمات وتشمل الناحية المعرفية في هذا الدليل أنشطة تتراوح فيما بين بداية الوعي بالذات والجو الملائم لتنمية الوعي بعدد من المفاهيم وتكرار القصص وإجراء المقارنات.

#### (و) النمو الحركي

يهتم المجال الحركي بالحركات التأزرية للعضلات الكبيرة والصغيرة بالجسم والتي يشار إليها بالمهارات الحركية الكبرى ومن أمثلة الحركات الكبرى الجلوس والزحف والمشي والجري وإلقاء الكرة، أما المهارات الحركية الدقيقة فهي حركة العضلات الدقيقة والتي تعتبر أحيانا تحسينات على المهارات الحركية الكبرى وإصقالها مثال على ذلك تغير السلوك الذي يقوم به الطفل من الضرب العشوائي العنيف على الأشياء الصغيرة إلى توجيه اليد ككل للإمساك بها، وأخيرا استخدام الأصابع في الإمساك بهذه الأشياء، وهذه المهارة في استخدام الأصابع للإمساك بالأشياء هي مهارة حركية دقيقة هامة، وهي من المتطلبات الأساسية للعديد من المهام مثل استخدام القلم وتجميع أجزاء الصورة والمهارات السلوكية الحركية. (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ ب: ١٠ - ١٦)

### سابعاً: طريقة استخدام بطاقات الأنشطة

بعد تحديد السلوك أو المهارة المطلوب التركيز عليها، نستخدم بطاقة الأنشطة التي تتعلق بهذه المهارة والبطاقات المرقمة بنفس الأرقام واللون الواردة في قائمة المراجعة، وتحتوي البطاقة علي مستوي العمر وتعريف مختصر للسلوك أو المهارة، وأفكار متنوعة لمساعدة الطفل علي تنمية المهارة.

وهذه الأفكار مجرد مقترحات ويمكن للأم أو للمعلمة أن يكون لديهما أفكار لاكتساب المهارة علي نحو أفضل، وتقدم العديد من البطاقات اقتراحات لأهداف تفصيلية تقوم علي تحليل المهام أو تحليل المهمة بما يكفل تجزئتها إلي خطوات صغيرة كي يصبح من السهل علي الطفل اكتساب المهارة ، ويعتمد عدد الخطوات التي يحتاجها الطفل علي مدي صعوبة العمل وعلي القدرات والمهارات المتوفرة لديه ، ويمكن أن يتحقق ذلك بثلاثة طرق مما يشجع الطفل علي النجاح:

- تغيير مستوي صعوبة المهمة.
- تعديل المواد المستخدمة في المهمة.
- تغيير نوع أو مقدار المساعدة التي يقدمها الكبار.
- قد تكون المساعدة محسوسة أو تكون مرئية أو لفظية. (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧: ٨)

### ثامناً: دور الوالدين في تطبيق برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب الذاتوية

إن والدي الطفل الذاتوي هما الطبيب الحقيقي المعالج لطفلهم، فهم يلعبون دوراً هاماً تجاه طفلهم الذاتوي من خلال تشجيعهم علي الاستفادة من الفرص الطبيعية لنقل المعرفة والمعلومات وتوفير بيئة آمنة وداعمة ونماذج مناسبة. فالآباء هم أفضل من يقدم معلومات عن تاريخ تطور نمو الطفل، حاجاته وأسلوب تعلمه، كما يمكن أيضاً مساعدة الوالدين من



خلال تعليمهم استخدام الأساليب التعليمية الفعالة مع طفلها الذاتي، كيفية ضبط مشكلاته السلوكية وتطوير مهاراته في المنزل، ولذلك فإن مشاركة الوالدان في برامج الطفل الذاتي ووضع الأهداف التربوية والتدريبية له في الخطة التربوية والفردية؛ تعد ضرورة هامة في مساعدة الطفل وضبط تطوره وتقدمه. (أحمد سليم، ٢٠٠٦: ١١١)؛ (هلا السعيد، ٢٠٠٩: ١٤٥)؛ (محمد، ٢٠١٠: ٢٣١).

ومن بين الدراسات التي تناولت استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في تقييم وتشخيص حالات اضطراب طيف الذاتوية نجد دراسة (Reale, 2012) والتي هدفت إلى التحقق من كفاءة تطبيق البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في التشخيص الوظيفي لاضطرابات الذاتوية بين الأطفال الصغار. حيث طُبق البروفيل النمائي للبورتيج على عينة مكونة من ١٢ من الأطفال الذين يحملون أعراض الذاتوية في سن ما قبل المدرسة ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٣ سنوات وعشر شهور إلى ٦ سنوات وعشر شهور بأحد المراكز التأهيلية في جنوب أفريقيا. حيث أظهرت الدراسة نتائج إيجابية من خلال تطبيق البروفيل النمائي للبورتيج في التشخيص الوظيفي للذاتوية، وإمكانية الاستفادة منها والوصول بها إلى أقصى درجة متوقعة للنمو بالنسبة للأطفال الذاتويين في فترات الطفولة المبكرة.

وفي دراسة (Mandy, Charman, Gilmur & Skuse, 2012) والتي هدفت إلى فحص كفاءة استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في تشخيص اضطرابات النمو الشامل غير المحدد للأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة، وتكونت عينة البحث من (٦) مراكز لرعاية الأطفال ذوي الإعاقات النمائية التي تقوم بتأهيل (٢٤٤) طفل وطفلة من سن ما قبل المدرسة و كانت تلك المراكز تعتمد على تطبيق البروفيل النمائي لبرنامج بورتيج في تشخيص ودعم جوانب النمو للأطفال. وقد شارك في البحث مجموعة من آباء وأمهات الأطفال، حيث أشارت النتائج إلى فاعلية استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج كأداة تشخيصية لاضطرابات النمائية غير المحددة بين الأطفال الصغار من خلال التحليل

والأوزان النسبية عبر المقاييس الفرعية لمقياس الكفاءة التشخيصية للبروفيل النمائي لبرنامج البورتيج.

وفي دراسة (إبراهيم، ٢٠١٣) بعنوان (تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات لخفض أعراض الذاتوية لدي أبنائهن) حيث هدفت الدراسة إلي معرفة ما مدي فاعلية برنامج لتنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات لخفض أعراض الذاتوية لدي أبنائهن، كذلك الكشف عن مستويات الرعاية الوالدية لدي أمهات الأطفال الذاتويين وكذلك محاولة رفع كفاءة العلاقة بين الأم والطفل بما يحقق جواً نفسياً ملائماً لنمو الطفل، وتكونت عينة الدراسة من (٨) أمهات لأطفال ذاتويين، استخدمت الدراسة الأدوات التالية (مقياس الطفل التوحدي- مقياس جيليام لتشخيص التوحد- مقياس الرعاية الوالدية للطفل الذاتوي- مقياس السلوك التوافقي- برنامج لتنمية مهارات الرعاية الوالدية) وقد أظهرت نتائج الدراسة كفاءة البرنامج المستخدم في تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات في خفض بعض أعراض الذاتوية لدي أبنائهن.

وفي دراسة (Layton&Hao, 2014) التي هدفت إلى فحص فاعلية الخصائص التشخيصية لبرنامج البورتيج في التقييم المبكر للذاتوية بين الأطفال الصغار في أستراليا، وتكونت عينة البحث من (٢٠) طفل تظهر عليهم مؤشرات الذاتوية في مركز لرعاية الطفل شرق أستراليا. حيث تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين متساويتين: مجموعة تجريبية (تم تشخيصها عبر المشاركة في برنامج البورتيج) وأخرى ضابطة (تم تشخيصها بأساليب تقليدية)، وقد أظهرت النتائج توافق السمات التشخيصية للبروفيل النمائي لبرنامج البورتيج مع تقييم اضطراب الذاتوية بين الأطفال الصغار.

ودراسة (Attama,Uwakwe,Onyeama,&Igwa,2015) حيث هدفت إلى بحث كفاءة استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج مع كل من الأطفال الذاتويين وذوي الإعاقات النمائية الأخرى في جنوب شرق نيجيريا، وتكونت عينة البحث من (٥٦) طفل

ذاتوي و(١٩) من ذوي الإعاقات النمائية الأخرى، وأظهرت النتائج أن جوانب التشابه في نسبة (٦٨%) من حالات استخدام اختبارات البروفيل النفسي للبورتيج مع كل من الأطفال الذاتويين وذوي الإعاقات النمائية الأخرى.

من خلال عرض الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة، يمكن للباحثة توضيح الآتي:

١. أن البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج يمكن أن يستخدم في التقييم والتشخيص لحالات اضطراب طيف التوحد، حيث يشمل البروفيل جميع جوانب النمو الخاصة بالطفل كالتنشئة الاجتماعية، النمو اللغوي، مساعدة الذات، النمو المعرفي والنمو الحركي، كما أنه يغطي جميع المستويات العمرية من سن الرضاعة وحتى ست سنوات ، وهذا ما يجعل البرنامج مستمر مع الطفل لفترة طويلة.

٢. أن البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج قائم علي التكامل والتعاون بين الوالدين ومقدم البرنامج بداية من عملية التقييم ووضع الخطة، الأهداف وحتى تطبيق الأنشطة والمهام التي يحتاجها الطفل فبرنامج "بورتيج" من برامج التدخل المبكر التي تعتمد بشكل أساسي علي الرعاية المنزلية.

٣. أن البرنامج يراعي الفروق الفردية بين الأطفال إذ أن الأفكار والأنشطة المتضمنة في برنامج "بورتيج" هي مجرد اقتراحات ونقطة بدء للمناقشة بين الوالدين والأخصائي لأفكار وأنشطة أخرى تناسب أولويات الأسرة، مصادرها، اهتماماتها وأسلوب حياتها.

## فروض الدراسة

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي) على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج وذلك

بالنسبة لتقييم المجالات النمائية المختلفة في اتجاه الأطفال الذاتيين مرتفعي الأداء الوظيفي.

(٢) لا يختلف شكل البروفيل النفسي لتقييم حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتيين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتيين مرتفعي الأداء الوظيفي) عند استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج كمحك تشخيصي وتقييمي للمجالات النمائية المختلفة.

## منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلي التشخيص الفارق باستخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في تقييم وتشخيص الأطفال الذاتيين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتيين مرتفعي الأداء الوظيفي، وتحديد جوانب التشابه والاختلاف بينهما، واستخدمت الباحثة لتحقيق هذا الهدف المنهج الوصفي.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل وطفلة من الأطفال ذوي اضطرابات الذاتية مقسمين إلى:

(١) عشرة من الأطفال الذاتيين منخفضي الأداء الوظيفي (٨ ذكور، ٢ أنثى) تتراوح أعمارهم ما بين (٥ - ٧ سنوات) من الأطفال المترددين على مركز المثالي للصحة النفسية .

(٢) عشرة من الأطفال الذاتيين مرتفعي الأداء الوظيفي من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين (٥ - ٧ سنوات) وقد حصلت الباحثة على (٣) أطفال من مركز المثالي للصحة النفسية

و(٧) من مركز التأهيل المهني التابع لجمعية الرعاية المتكاملة بحى وسط الإسكندرية.

وقامت الباحثة باختيار مركز المثالي للصحة النفسية ومركز التأهيل المهني حيث يتوفر به عينات كافية من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي خاصة في نفس المرحلة العمرية، كما وجدت الباحثة تعاون ملموس من جميع العاملين وتوفير معظم الإمكانيات التي ساعدت الباحثة علي سير إجراءات التطبيق وإتاحة مكان لتطبيق الأدوات.

### وصف العينة:

- (١) من حيث السن: راعت الباحثة أن تمثل عينة الدراسة الفئة العمرية التي تقع ما بين (٥-٧) سنوات بمتوسط (٦.١) وانحراف معياري (٠.٧٢).
- (٢) من حيث الجنس: ضمت العينة في الدراسة (١٠ طفل ذاتوي منخفضي الأداء الوظيفي) مقسمين إلى (٨) أطفال من الذكور و(٢) من الإناث من الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية. و(١٠) أطفال ذكور من الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي).
- (٣) تقدير درجة الذاتوية للأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي: حيث تضمنت عينة الدراسة الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية منخفضي الأداء الوظيفي بدرجة ذاتوية (٨٠-٩٠) بعد تطبيق مقياس جيليام للذاتوية، كما تضمنت العينة الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي بدرجة (٧٠-٨٠) بعد تطبيق مقياس جيليام إسبرجر ، واتفقت النتيجة التي حصلت عليها الباحثة بعد التطبيق مع نتيجة الأخصائي النفسي بالمركز.

### تجانس العينة:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال الذاتويين عينة الدراسة من حيث (العمر الزمني - درجة الذاتوية) كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (٤)

دلالة الفروق بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ودرجة الذاتية (ن = ١٠)

المتغيرات	كا <sup>٢</sup>	الدلالة
العمر الزمني	٠.٨١	غير دالة
درجة الذاتية	١.٠٩	غير دالة

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال الذاتويين من حيث العمر الزمني ودرجة الذاتية مما يشير إلى تجانس أطفال هؤلاء المجموعة. كما قامت الباحثة بإيجاد التجانس بين عينة الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي من حيث العمر الزمني ودرجة الذاتية كما يتضح من الجدول رقم (٥)

جدول (٥)

دلالة الفروق بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ودرجة الإسبرجر حيث (ن = ١٠)

المتغيرات	كا <sup>٢</sup>	الدلالة
العمر الزمني	١.٣٦	غير دالة
درجة الإسبرجر	٣.٦٣	غير دالة

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال الذاتويين من حيث العمر الزمني ودرجة الذاتية مما يشير إلى تجانس أطفال هؤلاء المجموعة.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

تتمثل أدوات الدراسة في:

- مقياس جيليام لتقدير الذاتية (ترجمة وتعريب: عادل عبد الله، ٢٠١٦).
- مقياس جيليام للأسبرجر (ترجمة: محمد عودة، ٢٠١٥)
- التقييم النمائي لبرنامج البورتاج. إعداد وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٧)





(أ) مقياس جيليام لتقدير درجة الذاتوية (تعريب: عادل عبدالله، ٢٠١٦)

صمم المقياس وقام بإعداده (James E. Gilliam, 1995) كأداة عالية الثبات من أجل تشخيص الأشخاص الذاتويين، والذي يمثل الهدف الأساسي للمقياس، كما يوجد أهدافاً أخرى أشار إليها (Gilliam, 1995) تتمثل في:

- تقييم حالة الأفراد الذين تصدر عنهم مشكلات سلوكية خطيرة.
  - تحديد وتقييم مدى التطور أو التقدم الذى يمكن أن يطرأ على حالة الطفل الذاتوي أثر خضوعه لبرامج التدخل.
  - المساهمة الفاعلة في إعداد وتقديم خطة التعليم الفردية التي يتم تقديمها للطفل علي أثر تشخيصه على أنه ذاتوي.
  - تقدير درجة ونسبة الذاتوية في البرامج والبحوث المختلفة.
- ويتميز المقياس بعدد من الخصائص تتلخص في:
- وجود (٤٢) عبارة مقسمة إلى ثلاثة مقاييس فرعية تصف سلوكيات محددة من جانب الطفل تعد في ذات الوقت سلوكيات ملاحظة توجد لديه ويتم قياسها على أثر ذلك.
  - وجود (١٤) عبارة إضافية تخص الوالدين في سبيل جمع البيانات حول نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره.
  - تركز العبارات في الأساس على التعريفات الحديثة للذاتوية ومعايير (DSM4).
  - تم استخراج معايير للمقياس على أثر تطبيقه على عينة (١٠٩٢) ممن يعانون من الذاتوية في (٤٦) ولاية بالولايات المتحدة الأمريكية وكولومبيا وكندا.
  - يمكن أن يقوم المعلمون أو الوالدان بالاستجابة لبنود المقياس وإكمالها.
  - يتمتع المقياس بمعدلات صدق وثبات عالية يمكن الاعتماد بها.
  - يمكن تطبيق المقياس على الأفراد في المدى العمرى (٣-٢٢) عام وتستغرق الإجابة عليه ما بين (٥-١٠) دقائق تقريباً.

- توافر درجات معيارية ونسب أو رتب مئوية خاصة بهذا المقياس.
- عن طريق المقياس يمكن تحديد احتمال تعرض الطفل لاضطراب التوحد والتعرف على مدى حدة هذا الاضطراب لديه.
- يعتبر كل مقياس فرعى من المقاييس الأربعة هو اختبار مستقلا في ذاته، يمكن أن يتم تطبيقه بمفرده أو دون سواه في البحوث المختلفة وذلك وفقاً لأهداف كل بحث.

### وصف المقياس:

يضم المقياس أربعة مقاييس فرعية يتألف كل منها من (١٤) عبارة ليصل بذلك إجمالي عدد عبارته (٥٦) عبارة، وتصف العبارات التي يتضمنها كل مقياس فرعى الأعراض المرتبطة باضطراب الذاتوية:

- المقياس الفرعي الأول "السلوكيات النمطية": يضم العبارات الأربع عشر الأولى أي العبارات من (١-١٤) وجميعها تصف ما يصدر عن الطفل من سلوكيات نمطية، واضطرابات الحركة، وغيرها من الاضطرابات الأخرى الغريبة والفردية التي يمكن أن يتعرض الطفل لها.

- المقياس الفرعي الثاني "التواصل": يضم العبارات الأربع عشر الثانية أي العبارات من (١٥-٢٨) والتي تصف جميعها السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تمثل أعراضا لاضطراب الذاتوية.

- المقياس الفرعي الثالث "التفاعل الاجتماعي": ويضم العبارات من (٢٩-٤٢) والتي تعمل جميعاً على تقييم قدرة الطفل على أن يتفاعل بشكل ملائم مع الأفراد والأشياء والأحداث.

- المقياس الفرعي الرابع " الاضطرابات النمائية": وتضم العبارات من (٤٣-٥٦) ويتناول أسئلة هامة وأساسية عن نمو الطفل خلال طفولته المبكرة.

### تطبيق المقياس وتصحيحه:

يتم تطبيق المقياس من خلال الآباء والمعلمين أو القائمين على رعاية الطفل وذلك في ضوء ملاحظتهم لما يصدر عنه من سلوكيات، علماً بأنه لا توجد إجابته صحيحة وأخرى خاطئة لكن المهم أن تعبر كل عبارة بصدق ودقة عما يصدر عنه من سلوكيات، ومن ثم يجب أن تتم الإجابة عن جميع العبارات المتضمنة، وإذا كان هناك شك حول إحدى العبارات يتم تأجيلها للنهاية حتى تتم الملاحظة ، ويلاحظ الطفل لفترة زمنية مدتها ٦ ساعات لكي يستطيع تحديد الدرجة أو القيمة المناسبة للسلوك.

وفيما يتعلق بالمقاييس الفرعية الثلاثة الأولى فإنه توجد أربعة اختيارات أمام كل عبارة (نعم، أحياناً، نادراً، لا) تحصل على الدرجات (٣- ٢- ١- صفر) على التوالي، أما عن كيفية تحديد الاستجابات فإنها تتم وفقاً لما يلي:

- يدل الاختيار (لا) علي عدم ملاحظته للطفل يأتي بمثل هذا السلوك.
- يدل الاختيار (نادراً) على أن الطفل يأتي بالسلوك نفسه ما بين مرة واحدة إلى اثنين في غضون ست ساعات.
- يدل الاختيار (أحياناً) على أن الطفل يأتي بذات السلوك ما بين (٣-٤) مرات كل ست ساعات.
- يدل الاختيار (نعم) على أن الطفل يأتي بذات السلوك لعدد من المرات يتراوح على الأقل بين (٥- ٦) مرات كل ست ساعات.

وعلي هذا يقوم الفاحص بوضع علامة صح أمام العبارة في الخانة التي يرى أنها تعبر بدقة عن سلوك الطفل، ووفقاً لذلك فإن درجة كل مقياس فرعي تتراوح ما بين (صفر - ٤٢) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على زيادة احتمال وجود اضطراب الذاتوية لدى الطفل، والعكس

صحيح، وبذلك فإن درجات هذه المقاييس الفرعية الثلاثة تتراوح ما بين (صفر - ١٢٦) درجة.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الرابع والخاص بالاضطرابات النمائية فيوجد اختاران فقط أمام كل عبارة هما (نعم، لا) تحصل على الدرجتين (١- صفر) على التوالي بحيث تحصل العبارة على درجة واحدة إذا ما تم تحديد الاختيار على أنه ذلك الاختيار الذي تمثله العلامة (+) ويحصل على صفر إذا ما كانت تمثل العلامة (-)، ويقوم أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن يكونوا على داريه تامة به بالاستجابة عليه وذلك بوضع علامة صح أمام العبارة التي تعبر بدقة وصدق عن حالة الطفل، ومن ثم فإن درجات المقياس الفرعي تتراوح ما بين (صفر - ١٤) درجة وهو الأمر الذي يجعل الدرجة الكلية لهذا المقياس بما يضمنه من مقاييس فرعية أربعة (صفر - ١٤٠) درجة.

ويتم جمع درجات البنود الخاصة بكل مقياس فرعي وضعها في القسم الثاني من كراسة تسجيل الإجابة، ثم يتم تحويل الدرجة الخام إلى رتبة مئوية أو درجة معيارية باستخدام الجدول (٤) في صفحة (٣٦)، ثم تجمع الدرجات المعيارية وتحول إلى محصلة الإصابة باضطراب الذاتوية والرتب المئينية المناظرة لها، وذلك من خلال جدول (٥) في صفحة (٣٨) من الاختبار.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس قام (James E. Gilliam, 1995) بتطبيق المقياس على عينة ضمت (١٠٩٢) مفحوصًا ممن يعانون من اضطرابا الذاتوية في (٤٦) ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية وفي كل من كولومبيا وكندا، تتراوح أعمارهم ما بين (٣- ٢٢) عام.

وتم حساب الصدق باستخدام صدق المحك لإيجاد معامل الارتباط بين المقياس وقائمة مراجعة السلوك الذاتي، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٣٦-٠.٩٤)، كما تم حساب العلاقة بين الأبعاد أو المقاييس الفرعية لهذا المقياس، وكانت قيمة (ر) دالة عند (٠.٠١) وتراوحت القيم ما بين (٠.٣٤-٠.٨٨).

ولحساب الثبات تم استخدام إعادة التطبيق حيث بلغ معامل الثبات للسلوكيات النمطية (٠.٨٢)، وللتواصل (٠.٨١) وللتفاعل الاجتماعي (٠.٨٦) ولمعامل التوحد (٠.٨٨)، كما تم حساب الثبات باستخدام ألفا كرونباخ فكان معامل ألفا (٠.٩٠) للسلوكيات النمطية و(٠.٨٩) للتواصل، (٠.٩٣) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٨٨) للاضطرابات النمائية، (٠.٩٦) لنسبة التوحد، كما تم اللجوء إلى ما يعرف بثبات المقدرين أي الذين يبلغون التقارير حول الأطفال وهو (٣٥ معلما) و(٧٩ والداً) وكانت قيم (ر) دالة عند (٠.٠١)، حيث تراوحت النسبة للمعلمين بين (٠.٤٩ - ٠.٨٨)، وبالنسبة للوالدين (٠.٥٥-٠.٨٥)، بينما تراوحت النسبة للوالدين والمعلمين ما بين (٠.٨٥-٠.٩٨)، وتعتبر هذه المعاملات جميعاً ذات قيم عالية تدل على أن العبارات التي تتضمنها المقاييس الفرعية ثابتة بدرجة كبيرة في قياس الذاتية.

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في البيئة المصرية قام (عادل عبدالله، ٢٠١٦) بتطبيق المقياس على عينة بلغ عددها (٢٠٣) طفل مقسمة إلى (٥١) من الأطفال الذواتيين، (٥٧) طفلاً من المعاقين عقلياً، و(٤٦) من المتأخرين دراسياً، و(٤٩) من ذوى صعوبات التعلم، يتلقون الرعاية بعدد من المراكز والجمعيات والمدارس في محافظات القاهرة والإسكندرية والدقهلية والشرقية وبور سعيد تتراوح أعمارهم بين (٥-١٦).

ولحساب الصدق تم استخدام صدق المحك حيث بلغت معاملات الارتباط (٠.٦٩) للسلوكيات النمطية، (٠.٦٥) للتواصل، (٠.٧٢) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٦١) للاضطرابات النمائية، (٠.٧٣) لمعامل التوحد بالنسبة لاستجابة الآباء، أما للمعلمين فقد تراوحت معاملات

الارتباط (٠.٧١) للسلوكيات النمطية، (٠.٦٢) للتواصل، (٠.٦٩) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٧٠) لمعامل التوحد، وجميع هذه القيم دالة عند (٠.٠١)، كما تم حساب الصدق التمييزي بين كل مجموعة من المجموعات الأخرى وكانت النتائج دالة عند (٠.٠١) لصالح الأطفال الذاتويين وهو ما يعنى أن المقياس يميز بينهم وبين غيرهم من المجموعات.

**ولحساب الثبات** تم استخدام إعادة التطبيق حيث بلغت نسبة الثبات (٠.٨٩) للسلوكيات النمطية، (٠.٩١) للتواصل، (٠.٨٧) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٨٥) للاضطرابات النمائية و(٠.٩٤) لمعامل الذاتية، كما تم حساب الثبات باستخدام ألفا كرونباخ حيث بلغت نسبة الثبات للسلوكيات النمطية (٠.٨٦) وللتواصل (٠.٩٠)، وللتفاعل الاجتماعي (٠.٨٤)، وللاضطرابات النمائية (٠.٨١)، ومعامل التوحد (٠.٩٢)، كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وبلغت نسبة الثبات (٠.٨١) للسلوك النمطي، (٠.٨٥) للتواصل، (٠.٨٠) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٧٨) للاضطرابات النمائية، (٠.٨٣) لمعامل الذاتية.

**ولحساب الصدق والثبات في الدراسة الحالية** قامت الباحثة بالتطبيق على عينة بلغ عددها (٣٠) طفل وطفلة من الأطفال الذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات بمركز التأهيل المهني وجمعية الرعاية المتكاملة ومركز جلوبال للتوحد بمحافظة الإسكندرية ، وتم استخدام صدق المحك الخارجي وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين مقياس جيليام ، ومقياس الطفل الذاتي (عادل عبد الله، ٢٠٠١)، تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٤٩-٠.٧٨)، فكانت (٠.٥٩) للسلوك النمطي، (٠.٦٧) للتواصل، (٠.٥٦) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٤٩) للاضطرابات النمائية، (٠.٧٨) لمعامل الذاتية و(٠.٧٣) للدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

**ولحساب الثبات** قامت الباحثة باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٨٤-٠.٨٩)، فبلغت نسبة الثبات للسلوكيات النمطية (٠.٨٥) وللتواصل (٠.٨٥)، وللتفاعل الاجتماعي (٠.٨٤)، وللاضطرابات النمائية (٠.٨٩)، ومعامل التوحد



(٠.٨٠)، والدرجة الكلية للمقياس (٠.٨٥)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

### (ب) مقياس جيليام لاضطراب أسبرجر (ترجمة: محمد عودة ٢٠١٥)

صمم المقياس وقام بإعداده (James E. Gilliam, 2001) كأداة عالية الثبات من أجل تشخيص الأشخاص الأسبرجر (ذوي الأداء الوظيفي المرتفع) ، ويمكن تلخيص أهم استخدامات المقياس في النقاط التالية:

- التعرف على الأشخاص المصابين باضطراب أسبرجر.
  - لتقييم الأشخاص المحولين بسبب وجود مشاكل سلوكية.
  - لتوثيق التقدم في مجالات المشاكل السلوكية كنتيجة لبرامج التدخل الخاصة.
  - لتحديد أهداف للتغيير والتدخل في خطة تعليم الطالب الفردية.
  - لتقييم وقياس اضطراب أسبرجر في المشاريع البحثية.
- ويتمتع المقياس بعدد من الخصائص هي:
- يتكون من اثنان وثلاثون بنداً واضحاً مقسمة على أربع مقاييس فرعية تصف سلوكيات معينة قابلة للملاحظة والقياس.
  - بنود المقياس قائمة على أكثر التعريفات حداثة لاضطراب الأسبرجر.
  - استمارة مقابلة شخصية مع الآباء للتأكد من إنه لم يكن هناك تأخر من الناحية الطبية في النمو اللغوي والنمو المعرفي ومهارات الاعتماد على النفس المتماشية مع السن المناسب والسلوك التكيفي وفي اكتشاف البيئة المحيطة.
  - تم تطبيق الأداة على (٣٧١) حالة من (٤٦) دولة وولاية مثل كندا وبريطانيا والمكسيك وأستراليا ودول أخرى.
  - يمكن إكمال المقياس بسهولة بواسطة الآباء والمختصين في المدرسة، والأشخاص الذين على علم بسلوك الحالة أو لديهم فرصة كبيرة لملاحظة الحالة.

- كل من ثبات وصدق الأداة مدعان بشكل واضح للأهداف المرجوة منها.
- يعتبر مقياس جيليام ملائم للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (٣-٢٢) عاما.
- يمكن إكمال المقياس في مدة تتراوح ما بين (٥-١٠) دقائق تقريبا.
- توافر الدرجات المعيارية والمئينية.
- توافر جدول لتحديد احتمالية إصابة الشخص باضطراب أسبرجر.

### وصف المقياس:

يضم المقياس أربعة مقاييس فرعية واستمارة مقابلة شخصية مع الآباء يجب ملأها بواسطة الآباء، ويتألف كل مقياس من مجموعة من البنود التي تصف السلوكيات الخاصة بالأسبرجر هم:

- (١) مقياس التفاعل الاجتماعي: يشمل البنود من (١-١٠) وتصف السلوكيات التفاعلية مع المجتمع والتعبير عن التواصل والسلوكيات المعرفية والانفعالية.
- (٢) مقياس أنماط السلوك المحدد: يشمل البنود من (١٠-١٨) وتصف أنماط السلوك المحدودة والنمطية المميزة لاضطراب أسبرجر.
- (٣) مقياس المهارات المعرفية: يشمل البنود من (١٩-٢٥) والتي تقيم الكلام واللغة والمهارات المعرفية.
- (٤) المهارات (البرجماتية) العملية: وتشمل البنود (٢٦-٣٢) والتي تهتم بقدرة الفرد على استخدام اللغة ضمن السياق الاجتماعي.
- (٥) استمارة المقابلة مع الوالدين وتشمل (٣٧) سؤال يتم تقييمهم في القسم السادس من كراسة الإجابة خاصة بالنمو الطفولي المبكر ونتائج هذا الجزء يمكن أن تستخدم لاستبعاد أي اضطرابات نمائية أخرى.



### تطبيق المقياس وتصحيحه:

يتم تطبيق المقياس من خلال الآباء والمعلمين أو القائمين على رعاية الطفل، ويتميز مقياس جيليام بسهولة تطبيقه والبساطة في تسجيل الدرجات، كما يتميز بعدم تقيده بوقت محدد، إذ يمكن أن يحدد المقيمون خطوات تقدمهم نحو إتمام الإجابة على البنود، فهم يستطيعون إنهاء كل المقاييس الفرعية في جلسة واحدة تتراوح مدتها من (٥-١٠) دقائق، لأن المعلومات المطلوبة في استمارة لمقابلة الشخصية للآباء في القسم السادس عادة ما يوفرها آباء الأشخاص الأسبرجر، ويجب على القائم بعملية التقييم أن يكون متأكد من كيفية حدوث السلوك، وإذا لم يكن على دراية بأحد البنود فيجب على الفاحص أن يؤخر الإجابة عليه ويلاحظ الطفل لفترة زمنية مدتها ست ساعات لكي يستطيع تحديد الدرجة أو القيمة المناسبة للسلوك. ويتم تقييم كل بند طبقاً لتكرار الحدث، من خلال التقييم التالي:

- لم يلاحظ: لم ترى الشخص يتصرف بهذه الطريقة
- يلاحظ نادراً: يتصرف الشخص بهذه الطريقة مرة أو مرتين في فترة ملاحظة تصل إلى ست ساعات.
- يلاحظ أحياناً: يتصرف الشخص بهذه الطريقة (٣-٤) مرات في فترة ملاحظة تصل إلى ست ساعات.
- يلاحظ بشكل متكرر: يتصرف الشخص بهذه الطريقة على الأقل ٥ مرات في فترة ملاحظة تصل إلى ٦ ساعات.

ويأخذ كل أداء درجة بحسب الترتيب (صفر - ١-٢-٣) وتسجل في كراسة تسجيل الإجابة ثم تجمع درجات كل اختبار فرعي وتسجل في كتيب ملخص الدرجات، أما فيما يتعلق باستمارة المقابلة الشخصية فيتم الإجابة عنها بواسطة الآباء أو مقدمي الرعاية الذين كانوا على اتصال مباشر ودائم بالطفل خلال (٣٦) شهراً الأولى من حياته، ويتم تسجيل

إجاباتهم على الأسئلة لمطروحة بنعم أو لا، ويساعد هذا القسم الفاحص في تقرير احتمالية إصابة الطفل باضطراب أسبرجر.

ويتم جمع درجات البنود الخاصة بكل مقياس فرعى ووضعها في القسم الثاني من كراسة تسجيل الإجابة، ثم يتم تحويل الدرجة الخام إلى رتبة مئوية أو درجة معيارية باستخدام الجدول (أ.١) في الملحق (أ)، ثم تحول نتائج الدرجات المعيارية إلى محصلة الإصابة باضطراب أسبرجر والترتب المئينية المناظرة لها، وذلك من خلال جدول (ب.١) في ملحق (ب) بالمقياس.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام جيمس جيليام بحساب معايير الصدق والثبات للمقياس وذلك من خلال التطبيق على عينة تبلغ (٣٧١) فرد (٣١٤) ذكور، و(٥٧) أنثى تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٢٢) سنة بمتوسط (١٠) وانحراف معياري (٤)، وتم تشخيصهم مسبقا بأن لديهم اضطراب أسبرجر، بالإضافة إلي (٤٧) من الأطفال الذاتويين و(٣٤) من ذوي الإعاقات المختلفة و(١٨) من الأطفال العاديين، وتم اختيارهم بعدة طرق مختلفة بواسطة المعلمين والأخصائيين النفسيين والأخصائيين التربويين داخل المدارس أو في المراكز العلاجية، وطلب منهم تقييم المقياس، ويغطي أفراد عينة التقنين مجموعة جغرافية واسعة تتكون من (٤٦) دولة وولاية مثل كولومبيا وكندا وبريطانيا والمكسيك وأستراليا وغيرها.

وقد تمتع المقياس بدلالات صدق وثبات عالية حيث تم حساب الصدق باستخدام صدق المحتوى حيث كانت معاملات الوسيط لكل المقاييس الجانبية كما يلي، (٠.٦٠) لمقياس التفاعل الاجتماعي، (٠.٥٦) لمقياس أنماط السلوك المحددة، (٠.٦٨) لمقياس الأنماط المعرفية، (٠.٦١) للمهارات البرجماتية، وكل هذه المعاملات دالة عند (٠.٠١)، كما تم

حساب صدق المحك وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين جيليام أسبرجر وجيليام للذاتوية حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٥٢-٠.٧٠)، كما تم حساب صدق البناء وكانت النتائج دالة عند (٠.٠١).

**ولحساب الثبات** تم استخدام معامل ألفا وطريقة إعادة الاختبار وثبات المقيمين، وتراوحت قيم معامل ألفا ما بين (٠.٧٧-٠.٨٧)، كما تراوحت معاملات الارتباط بطريقة إعادة الاختبار ما بين (٠.٧١-٠.٩٣)، كما تراوحت قيم ثبات المقيمين ما بين (٠.٨١-٠.٨٩).

**ولحساب الصدق والثبات علي عينة الدراسة** قامت الباحثة بالتطبيق علي عينة (٣٠) طفل وطفلة (١٤) طفل أسبرجر و(١٦) من الذاتويين ذوي القدرات المرتفعة تتراوح أعمارهم (٥-٨) وتم استخدام صدق المحك الخارجي بإيجاد معامل الارتباط بين مقياس جيليام ومقياس زملة أسبرجر للأطفال (آمال باظة، ٢٠٠٩) وتراوحت معاملات الصدق بين (٠.٧٢-٠.٨٢)، فكانت (٠.٧٧) للتفاعل الاجتماعي، و(٠.٨٤) للسلوك المحدد، (٠.٨٤) للمهارات المعرفية، (٠.٧٢) للمهارات البراجماتية، (٠.٨٢) لمعامل الأسبرجر وكانت جميعها دالة عند (٠.٠١) مما يدل على صدق المقياس.

**ولحساب الثبات** قامت الباحثة باستخدام معامل ألفا كرونباخ وتراوحت قيم الثبات ما بين (٠.٧٤-٠.٨٠) فكانت (٠.٧٥) للتفاعل الاجتماعي، (٠.٨٠) للسلوك المحدد، (٠.٧٩) للمهارات المعرفية، (٠.٧٤) للمهارات البراجماتية (العملية)، وتدل هذه القيم على ثبات المقياس.

### التقييم النمائي لبرنامج البورتيج:

يعرف البرنامج بأنه مجموعة من الأنشطة، الألعاب والممارسات العلمية التي يقوم بها الطفل تحت إشراف وتوجيه من جانب المشرفة التي تعمل علي تزويده بالخبرات، المعلومات،

المفاهيم، الاتجاهات وتدريبه علي أساليب التفكير وحل المشكلات التي ترغبه في البحث والاكتشاف (بهادر، ٢٠٠٥، ٤٥).

ويعتبر برنامج بورتيج أحد أهم أدوات التدخل المبكر حيث يتم تطبيقه على المرحلة العمرية من الميلاد وحتى ٦ سنوات، ويقدم تقييماً نمائياً تتابعياً developmental profile يتكون من: قائمة ملاحظة السلوك checklist: وهو كراسة اختبارات السلوك ويطبق على كل طفل ولكل طفل checklist قائمة خاصة به ويكتب عليه (اسم الطفل، اسم المؤسسة، تاريخ ميلاده) ويشتمل على خمس مجالات تقييمية five core areas هي:

١. المجال الاجتماعي (التفاعل والتواصل) socialization.
٢. المجال الإدراكي (المعرفي) cognitive.
٣. المجال الإتصالي (اللغة) language.
٤. المساعدة (الرعاية) الذاتية self help.
٥. المجال الحركي motor.

وقد صمم برنامج البورتيج في الولايات المتحدة عام (١٩٦٩) وترجم إلى العديد من اللغات وتم تطبيقه وتقنيته في العديد من دول العالم ومن بينها بعض الدول العربية. حيث يخدم البرنامج الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة مثل الإعاقات العقلية، الإعاقات الجسمية متعددي الإعاقات واضطرابات النطق والكلام.

### وصف برنامج "بورتيج"

دليل بورتيج للتعليم المبكر هو أحد مكونات نموذج تقديم الخدمة، والتي يشير إليها نموذج بورتيج وقد صمم نموذج بورتيج للأطفال ذوي الإعاقات بمختلف أنواعها والذين تقع أعمارهم بين الميلاد وسن السادسة وكذلك لأسر هؤلاء الأطفال، وهذا النموذج فعال أيضاً مع الأطفال متأخري النمو، أو منخفضي المستوى الاقتصادي والاجتماعي، أو المعرضين للأخطار



ويمكن تقديم الخدمة لهؤلاء الأطفال في أشكال متعددة تشمل برامج الطفولة المبكرة العامة والخاصة مثل برنامج لنبدأ سوياً "ايفن ستارت" EVEN START، برنامج البدء مبكراً "هيد ستارت" HEAD START وبرنامج ما قبل المدرسة، أو برنامج ما قبل رياض الأطفال، أو مراكز الرعاية النهارية DAY CARE وغيرها.

ويسعي نموذج بورتيج لتحقيق التكامل بين مدخل النظم الأسرية وبين التدخل الخاص بعلاج طفل يوجد في بيئة معيقة لتطوره ويتشكل هذا النموذج من أربعة مبادئ رئيسية:

- أن الأسرة هي التي توجه عملية التدخل.
- أن جوهر عملية التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل.
- أن النظام اليومي، وعادات الأسرة، واللعب تشكل أنماط حياة الأسرة، وهي الوسيط الذي يتم التدخل من خلاله.
- أن تسجيل الملاحظات والحوارات الدائرة بين الوالدين وفريق العمل، هو أساس القرارات التي تتخذ في عملية التدخل.

### العناصر الأساسية في برنامج "بورتيج"

هناك ستة عناصر أساسية لنموذج بورتيج، سيتم عرض كل منها فيما يلي:

#### ١) عملية التشخيص

يشتمل نموذج بورتيج علي جهود مكثفة لتعريف مؤسسات المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات نجاحها علي أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه والأنظمة السائدة، شروط مصادر التمويل وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها.

#### ٢) التقييم البيئي الأيكولوجي

التقييم هو جوهر عملية النشاط من بدايتها إلى نهايتها، فهو يهدف إلى اكتشاف نقاط القوة وأنواع الحاجات التي تنقص الطفل وأسرته، وبذلك فهو يهدف إلى إعادة برنامج للتدخل،

خاص بكل أسرة على حدة، وقد تشمل استراتيجيات التدخل حوارات غير رسمية مع الأسرة، كملاحظة واستخدام أدوات التقييم المطبوعة أو القوائم الإنمائية، ويمكن استخدام نتائج تقييم الطفل والتي قامت على أساس التقييم الإنمائي - مثل دليل بورتيج للتعليم المبكر - في تخطيط الأنشطة اليومية التي تهدف إلى دعم نمو الطفل، وتتم جميع أنواع التقييم بالمشاركة التامة من الوالدين؛ وذلك بهدف الاستفادة من معلوماتهم عن طفلهم وأسرته ولضمان أن تتم هذه الأنشطة بتوجيه من الأسرة، ويشمل التقييم الأيكولوجي كذلك التوصل إلى معرفة بالمصادر المتاحة في المجتمع المحلي لمساعدة الأسرة.

### ٣) الإشراف وتقييم النتائج

تظهر أنشطة الطفل والأسرة ذات العلاقة ببرنامج المساعدة خلال برنامج التعليم الفردي، أو برنامج خدمة الأسرة الواحدة، أو من خلال برنامج أخرى، ويتم توثيق الأنشطة من خلال الاتصال الأسبوعي وسجلات الملاحظة، ويتم تقييم الطفل من خلال الإستفادة بالكتيب الحالي دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج" كمرجع، ويتم استكمال التقييم سنويا لمراجعة برنامج التعليم الفردي، وخدمات الأسرة المتقدمة ويتم قياس درجة رضا الوالدين والمجتمع المحلي عن خدمات البرنامج من خلال استبيانات في نهاية العام (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ب، ٦-١٠).

### ٤) الأسس التي يقوم عليها التقييم النمائي لبرنامج "بورتيج"

يعتمد هذا الأساس على مجموعة من المفاهيم الأساسية والتوجيهات بعضها يرتبط بالإطار المعرفي الذي يعمل فيه البرنامج والبعض الآخر يتعلق بما يكفل حسن التخطيط وحرية التنفيذ والتقييم.



١. **المفهوم الأول:** إن عملية الرعاية والتنمية والعلاج للأطفال الذاتويين تطبق في رحاب الأسرة، بحيث تقوم الأم أو الأب بمتابعة تعليم أطفالهما، ورصد أداءهم، والعمل على تنميتها للوصول بها إلى المستويات المناسبة للنمو.
٢. **المفهوم الثاني:** هو الاتجاه السلوكي في تشخيص المشكلة السلوكية للطفل الذاتوي، وفي إعداد تدريبات عملية في التقويم وهذا الاتجاه يحدد أهداف عملية التعليم تحديدا ويمكن من اختبار أساليب التدريب التي تكفي لمعالجة القصور في جوانب النمو المختلفة.
٣. **المفهوم الثالث:** ويرتبط المفهوم الثالث بالمفهوم السابق وهو أن البرنامج يحتوي من بين أدواته على قائمة للمراجعة تضم المجالات الستة الآتية: مجال استثارة الرضيع، المجال المعرفي، المجال الحركي، مجال مساعدة الذات، المجال الاجتماعي، المجال اللغوي. ويلاحظ من هذه القائمة أن ثمة مفهوما أساسيا يستند إليه البرنامج في تصور طبيعة الطفل الذي يعاني من اضطراب الذاتوية وجوانب شخصيته ونموه يقوم على تكامل جميع مجالات النمو، كما انه يعتمد- في نفس الوقت -على تحليل ورصد شامل لجميع مظاهر ومهارات النمو في ظل كل مجال من هذه المجالات تحديدا أدائيا سلوكيا، إذن فهو مفهوم سلوكي أدائي معرفي شامل للطبيعة الإنسانية للطفل.
٤. **المفهوم الرابع:** ويستند على أن هذا البرنامج يأخذ في اعتباره ما حدث من تقدم في مجال تصميم التعليم وتطويره فهو يقنفي تدريب القائمين على رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عامة وأطفال الذاتوية خاصة ووضع استراتيجيات تكفل ترتيب منهج تعليمي قائم على هذا التحليل، بما يحقق الأهداف ووضع استراتيجيات تكفل ترتيب خطوات التعلم بشكل متسلسل ييسرها ويؤدي إلى تحقيق الأهداف، أي أن هذا البرنامج يستند إلى مفهوم التنسيق أو النظام وضرورة وجود اتساق أو تناغم بين تحليل المهمة، وبين الهدف السلوكي، وبين خبرات التعلم والتعليم، وبين بلوغ مستوى النجاح الذي ينص عليه الهدف المنصوص عليه في البرنامج.

٥. **المفهوم الخامس:** من المفاهيم الأساسية لهذا البرنامج المرونة، فعلى الرغم من وجود قائمة مراجعة تضم وترصد جميع الأداءات التي يقوم بها الطفل السوي أو العادي في المجالات الستة، وعلى الرغم من أنه يوجد لكل أداء من هذه الأداءات بطاقة نشاط تحدد خطوات العمل والتعليم والرعاية التي تكفل اكتساب وتنمية هذا العنصر السلوكي أو الأداء- على الرغم من ذلك كله فإن المجال متسع للأب والأم أو المعلمة المشرفة قبل أن يبتكر أنشطة بديلة، وطرائق تعليمية مختلفة ومواد متباينة مما تيسره الظروف ومما يكفل تحقيق الهدف التنموي (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧، ٣-٥)

### الخصائص السيكومترية لمقياس البروفيل النمائي للبورتيج

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق والثبات لمقياس البروفيل النمائي للبورتيج على عينة قوامها (٣٠) طفلاً على النحو التالي:

**صدق المحك الخارجي:** قامت الباحثة بإيجاد معاملات الارتباط بين مقياس البروفيل النمائي للبورتيج ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي المطور من مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ، تعريب وتقنين (بندر العتيبي، ٢٠٠٤) كمحك خارجي، كما يتضح في جدول (٦)

جدول (٦)

معاملات الصدق لمقياس البروفيل النمائي للبورتيج

الأبعاد	معاملات الصدق
الحركي	٠.٧٨
الاجتماعي	٠.٨٤
الرعاية الذاتية	٠.٨٩
المجال المعرفي	٠.٧١
المجال اللغوي	٠.٧٤
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٨٣



## معاملات الثبات

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لمقياس البروفيل النمائي للبروتيج باستخدام معامل ألفا بطريقة كرونباخ كما يتضح في جدول (٧)

### جدول (٧)

معاملات الثبات لمقياس البروفيل النمائي للبروتيج باستخدام معادلة كرونباخ

الأبعاد	معاملات الثبات
الحركي	٠.٨٦
الاجتماعي	٠.٨٤
الرعاية الذاتية	٠.٨٨
المجال المعرفي	٠.٨٩
المجال اللغوي	٠.٨٤
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٨٨

يتضح من جدول (٧) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات الاختبار

## الخطوات الإجرائية للدراسة.

١. الاطلاع على التراث النظري لكتابة الجزء النظري للدراسة.
٢. تحديد عينة الدراسة لعمل بروفيل نفسي (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي) وحساب التجانس بين أفراد العينة من حيث درجة الذاتية والعمر الزمني، وتحديد أدوات الدراسة.
٣. إجراء الدراسة الميدانية من خلال تطبيق اختباري جيليام للذاتوية والأسبرجر والتقييم النمائي لبرنامج البروتيج وذلك في فترة زمنية وصلت إلى ٥ أشهر خلال العام ٢٠١٩/٢٠٢٠.

٤. تصحيح الاختبارات وتفرغ البيانات واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار صحة الفروض.

٥. الوصول إلى النتائج وتفسيرها بعد المعالجة الإحصائية، ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

قامت الباحثة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical Package for Social Sciences. وتم استخدام الآتي

١. اختبار ألفا كرونباخ Alpha cronbach

٢. معاملات الارتباط

٣. مان ويتني Mann- Whitney U

## أولاً: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

(أ) عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي) على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج وذلك بالنسبة لتقييم المجالات النمائية المختلفة في اتجاه الأطفال مرتفعي الأداء الوظيفي.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان - ويتني - Mann - Whitney لإيجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي)



على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج وذلك بالنسبة لتقييم المجالات النمائية المختلفة كما يتضح من جدول (٨).

جدول (٨) الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتيين منخفضي الأداء الوظيفي والأطفال الذاتيين مرتفعي الأداء الوظيفي) على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج

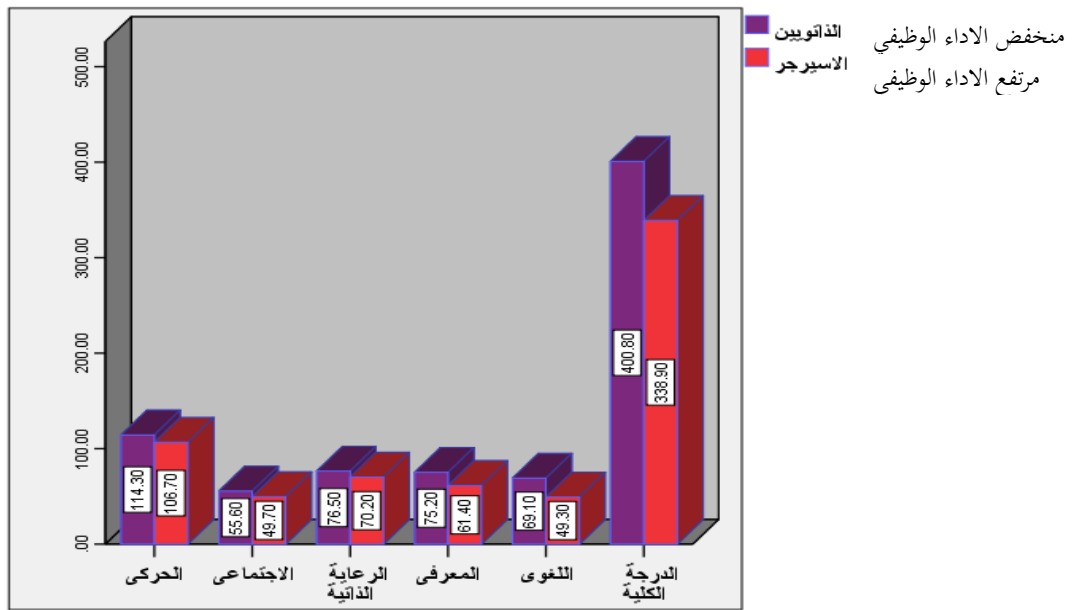
المتغيرات	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
الحركي	منخفضي الأداء	١٠	١١.٧٥	١١٧.٥	٠.٩٥١	غير دالة	-
	مرتفعي الأداء	١٠	٩.٢٥	٩٢.٥			
	إجمالي	٢٠					
الاجتماعي	منخفضي الأداء	١٠	١٥.٥	١٥٥	٣.٨٣٥	دالة عند مستوى	لصالح مرتفعي الأداء
	مرتفعي الأداء	١٠	٥.٥	٥٥			
	إجمالي	٢٠					
الرعاية الذاتية	منخفضي الأداء	١٠	١٢.٨٥	١٢٣٨.٥	١.٧٨٠	غير دالة	-
	مرتفعي الأداء	١٠	٨.١٥	٨١.٥			
	إجمالي	٢٠					
المجال المعرفي	منخفضي الأداء	١٠	١٥.١	١٥١	٣.٤٨٨	دالة عند مستوى	لصالح مرتفعي الأداء
	مرتفعي الأداء	١٠	٥.٩	٥٩			
	إجمالي	٢٠					
المجال اللغوي	منخفضي الأداء	١٠	١٥.١	١٥١	٣.٤٨٩	دالة عند مستوى	لصالح مرتفعي الأداء
	مرتفعي الأداء	١٠	٥.٩	٥٩			
	إجمالي	٢٠					
الدرجة الكلية للمقياس	منخفضي الأداء	١٠	١٥.٥	١٥٥	٣.٧٨٢	دالة عند مستوى	لصالح مرتفعي الأداء
	مرتفعي الأداء	١٠	٥.٥	٥٥			
	إجمالي	٢٠					

$Z = 1.96$  عند مستوى ٠.٠٥

$Z = 2.08$  عند مستوى ٠.٠١

يتضح من جدول (٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال الذاتويين منخفضي ومرتعي الأداء الوظيفي فى المجالات الاجتماعية والمعرفية والدرجة الكلية لصالح الأطفال ذوى الأداء الوظيفي المرتفع ، بينما لم تظهر دلالة للفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال منخفضي ومرتعي الأداء الوظيفي من الذاتويين على أبعاد المجال الحركي والرعاية الذاتية.

ويوضح شكل (١) الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتعي الأداء الوظيفي) على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج



شكل (١)

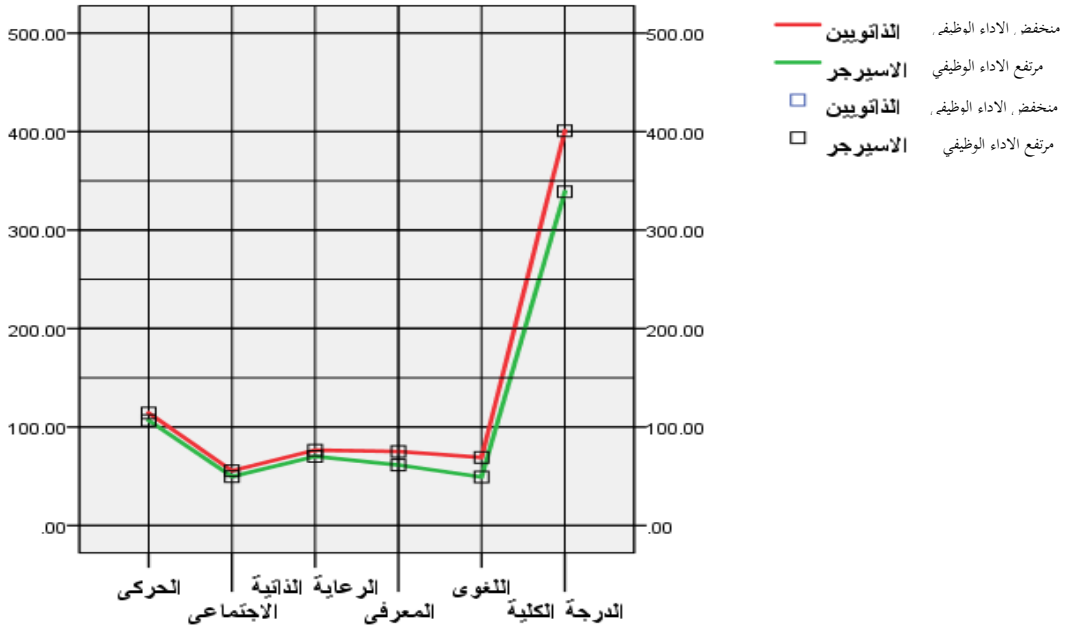
الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتعي الأداء الوظيفي) على مقياس البروفيل النمائي للبورتيج

## عرض نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: لا يختلف شكل البروفيل النفسي لتقييم حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي) عند استخدام البروفيل النمائي برنامج البورتيج كمحك تشخيصي وتقييمي للمجالات النمائية المختلفة.

قامت الباحثة بإيجاد البروفيل النفسي لتقييم حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي )

عند استخدام البروفيل النمائي للبرتايج كما يتضح في شكل (٢)



شكل (٢)

البروفيل النفسي لتقييم حالات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء

الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي) عند استخدام البروفيل النمائي للبرتايج

تشير نتائج البروفيل النمائي لبرنامج بورتيج إلى فاعلية استخدام البروفيل النمائي

لبرنامج البورتيج في التقييم والتشخيص الفارق لحالات الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء

الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي، مما يدعم فرض الدراسة والتوقع بفاعلية استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في عمليات التقييم النمائي والتشخيص الفارق. ومن ثم يتضح فاعلية استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في تشخيص وتقييم الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي. بالإضافة إلى تحديد مكان القوة التعليمية الخاصة والمهارات القابلة للتعلم عند الطفل.

ويتفق هذا مع ما أشار إليه كل من (Villa, Micheli, Pastore&Molteni, 2010) والتي هدفت إلى التحقق من صلاحية البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج، وأظهرت النتائج ثبات وصدق المقياس في تقييم وتشخيص ذوي الاضطرابات النمائية (حالات الذاتوية وحالات الأسبرجر)، ودراسة (Waligórska,Pisula,Waligórski&Letachowicz, 2012) والتي هدفت إلى التأكد من فعالية برامج التدخل المبكر للأطفال الذاتويين باستخدام مقياس البروفيل النفسي التربوي (PEP)، وأظهرت النتائج تقدم للأطفال على اختبار (PEP) الاختبارات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، كما اشارت دراسة (Fulton & D'entremont, 2013) إلى أهمية مقياس (PEP3) حيث هدفت إلى فائدة البروفيل النفسي التربوي في تقييم المهارات المعرفية واللغوية للأطفال الذاتويين.

وترى الباحثة أن نتيجة الدراسة الحالية جاءت متفقة تماما مع عديد من نتائج الدراسات السابقة والتي تؤكد على فاعلية استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج للقيام بعمليات التقييم النمائية الكاملة والمدققة وكذلك عمليات التشخيص الفارق لحالات الاضطرابات النمائية متمثلة في حالات اضطراب الذاتوية منخفضي ومرتفعي الأداء الوظيفي وذلك بنفس الكفاءة والفاعلية لاستخدام البروفيل النفسي التربوي PEP3، وجاء ذلك متفقاً مع نتائج دراسة (Reale, 2012) والتي هدفت إلى التحقق من كفاءة تطبيق البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في التشخيص الوظيفي لاضطرابات الذاتوية، وكذلك مع دراسة (Mandy, Charman, Gilmour&Skuse, 2012) التي هدفت إلى فحص كفاءة استخدام البروفيل

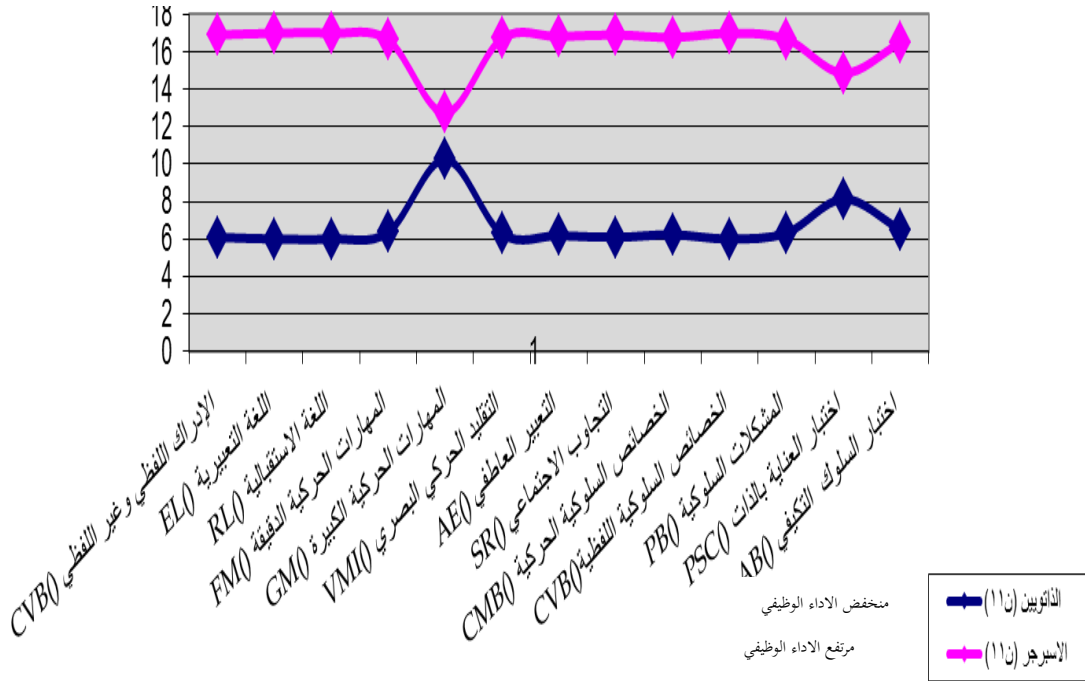


النمائي لبرنامج البورتيج في تشخيص اضطرابات النمو الشامل، ومع نتائج دراسة Layton (2014, & Hao) التي هدفت إلى فحص فاعلية الخصائص التشخيصية لبرنامج البورتيج في التقييم المبكر للذاتوية بين الأطفال، وأخيرا دراسة Attama,Uwakwe, Onyeama (2015, & Igwe) التي هدفت إلى بحث كفاءة استخدام البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج مع كل من الأطفال الذاتويين وذوي الإعاقات النمائية.

وترى الباحثة أن أهم وأكثر ما يساهم به البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج أنه مدعوم ببرامج تدريبية ، ولا يكفي فقط بتقييم وتشخيص حالات الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي ، ولذا يمكننا القول بأنه يمكن الحصول على صورة متكاملة عن الطفل من خلال عمليات التقييم والتشخيص ؛ بل ونستطيع معها تقديم الخدمات التربوية والتعليمية بشكل أفضل من خلال البرامج التي تدعم البروفيل المستخدم (البرنامج النمائي للبورتيج).

كما قامت الباحثة برسم الصفحة النفسية لكل من الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي- الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي باستخدام التقييم النمائي لبرنامج البورتيج، وجاءت الصفحة النفسية تعكس مساحة التشابه بين العينيتين علي جميع أبعاد التقييم النمائي لبرنامج البورتيج، وفيما يلي رسم شكل الصفحة النفسية لكل من العينتين وأوجه التشابه والاختلاف فيما بينهما:

## كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف



شكل (٣)

الصفحة النفسية لكل من الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي - الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي وأوجه التشابه والاختلاف فيما بينهم

من خلال الصفحة النفسية يتضح لنا وجود أوجه التشابه لدى الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي - الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي علي التقييم النمائي لبرنامج البورتريج تتضح فيما يلي:

- في بعد التواصل فقد ظهر من خلال النتائج وجود قصور في مهارات التواصل (اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية والإدراك اللفظي وغير اللفظي) لدى الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي مقارنة بالأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي، تراوح التأخر في اللغة ما بين المتوسط والشديد، وكذلك توقف تأخر في القدرة على التخاطب والاتصال، كما أن بعض الأطفال الذاتويين الذين استطاعوا التحدث كانت اللغة لديهم غريبة حيث كانوا



يقومون بترديد بعض الكلمات أو الجمل بشكل مستمر حتى وإن كانت من حديث سابق ليس له علاقة بالموضوع الحالي، وهو الأمر الذى لم يظهر عند الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي، فبالرغم من تفوقهم في مهارات التواصل علي الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي إلا أن مشكلة التواصل اللفظي لديهم تكمن في أنهم يفتقرون إلى قواعد المحادثة مع الآخرين، فهم يريدون الاستئثار بالحديث لفترات طويلة و يتحدثون عن بعض الاهتمامات المحدودة أو عن موضوعاتهم المفضلة والتي قد لا تهم أحد غيرهم (كالحديث عن إحدى الشخصيات ، وغيرها) وغير مهتمين بالآخرين ومشاعرهم وإذا كانوا مهتمين أم لا.

■ أما فيما يتعلق بالقراءة والكتابة فبالرغم من تفوق الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي على الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي في هذا البعد إلا أن الفرق بينهم ليس كبير مما يدل على أن مرتفعي الأداء الوظيفي في بداية الطريق نحو التعلم بشكل أفضل ، وأن الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي في حاجة إلى برامج لتعليم المهارات الأساسية للتعلم (الكتابة القراءة الحساب).

■ أما من الناحية الاجتماعية فقد أبدي الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي تفوقاً في مهارات التفاعل الاجتماعي، فبالرغم من أنهم يواجهون عجزاً شديداً في تكوين العلاقات الاجتماعية، إلا أن هذا القصور يظل مختلفاً عما يواجهه الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي ، فبالرغم من وجود مشكلات اجتماعية تتراوح ما بين الانعزال والرغبة في الانفصال عن المجتمع إلي الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية غير الفعالة، إلا أنهم يرغبون في التفاعل الاجتماعي وإقامة الصداقات حتى ولو لم تكن بشكل مكتمل، ويرجع ذلك إلي نمو المهارات اللغوية من حيث حصيلة المفردات وقواعد اللغة والنطق، كما أنهم قادرون على تكوين جمل طويلة ومعقدة في قواعدها لاستخدامها في التواصل والتفاعل الاجتماعي ، أما الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي فهم يعانون من قصور شديد في مهارات التفاعل

الاجتماعي، وفي القدرة على إقامة اتصال اجتماعي متبادل، وعدم الرغبة في تكوين علاقات أو صداقات، كما اتضح من نتائج المقياس ونتائج ولى الأمر.

▪ وفيما يتعلق بالمهارات الحركية: بالرغم من أن الاطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي يعانون من بعض المشكلات الحركية كالقدرة على استخدام أدوات اللعب خارج المنزل مثل الأرجوحة أو ركوب الدراجات وما إلى ذلك وقد تكون هيئة وقوفهم أو جلوسهم غريبة ، كما أنهم قد يظهرون صعوبات في تناسق المهارات البصرية الحركية إلا أنهم أظهروا تفوقاً على الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي في هذا المجال(المهارات الدقيقة والإدراك الحركي البصري) فالقدرات الحركية لدي الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي تتباين بدرجة كبيرة فمن خلال تقرير ولى الأمر ومن خلال أداء الأطفال علي المقياس، بعض الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي اظهروا مهارات نمائية جيدة، والبعض الآخر لديه قصور في قدراتهم الحركية الدقيقة منها بطء في تعلم مهارات ارتداء الملابس، ومهارات تناول الطعام، واستخدام أزرار الملابس، واستخدام أقلام الرصاص، والتلوين، والبازل، بينما لم توجد فروق بين الفئتين في المهارات الكبيرة.

▪ السلوكيات النمطية: أظهر الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي استجابة سلبية على بعض(الخصائص السلوكية الحركية والخصائص السلوكية اللفظية) حيث كانوا يصرون على أداء أنشطة بعينها دون غيرها (مثل نشاط اللعب بالمكعبات والخرز) كما أن بعضهم كان يردد الكلمات والجمل بطريقة عشوائية، وبعضهم كان يشم الأشياء أو يتذوقها، مما يشير إلى تفوق الأطفال الذاتويين منخفضي الأداء الوظيفي عن مرتفعي الأداء الوظيفي في شدة السلوكيات النمطية وهو ما يتفق مع خصائصهم.

## توصيات الدراسة

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

١. ضرورة الاهتمام بتجديد طرق التشخيص والتقييم التي تستخدم مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً والأطفال ذوي اضطرابات الذاتوية خاصة.
  ٢. الاستفادة من البروفيل النمائي لبرنامج البورتيج في عمليات التقييم والتشخيص ووضع الخطة التربوية الملائمة للتدخل.
  ٣. تصميم أدوات لرصد التغير في نمو الطفل ومدى التقدم نحو تحقيق الأهداف والنتائج التي تصبو المعلمة لتحقيقها.
  ٤. توفير الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية داخل مؤسسات التربية الخاصة وتدريب الأخصائيين علي استخدامها.
- البحوث المقترحة:
- ١- استخدام البورتيج في التشخيص الفارق ورسم البروفيل النفسى لحالات الاصابة الدماغية .
  - ٢- قدرة برنامجى تيتش والبورتيج في التشخيص الفارق بين حالات الذاتوية مرتفعى ومنخفضى الأداء الوظيفى.
  - ٣- استخدام برنامج التدخل المبكر البورتيج فى التشخيص الفارق بين حالات الضعف العقلى والتوحد.
  - ٤- قدرة البورتيج في التشخيص الفارق لحالات التوحد وصعوبات التعلم .

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، أكرم (٢٠١٣). تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية لخفض أعراض الذاتية لدى أبنائهن. رسالة دكتوراه. كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس.
- أبو يوسف، حسام (٢٠٠٦). الطفل التوحدي (خصائصه السلوكية والتربوية) اختبارات تقيس قدراته دمجها في المجتمع. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- أحمد، علي، عبد الظاهر، عبد الله (٢٠١٣). التدخل المبكر واستراتيجيات الدمج. الرياض: دار الزهراء.
- أديب، نادية (١٩٩٣) الأطفال المتوحدون. ورشة عمل عن الأوتيزم. مركز سيتي، ديسمبر.
- أرونز، مورين وجيتنس، تيسا (٢٠٠٨). الأوتيزم المشكلة والحل العلاج الأمثل لمرض التوحد. ترجمة دار الفاروق. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- أمين، سهى (٢٠٠١) مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال الذاتويين. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- أمين، هدي (٢٠٠٤). الصورة الإكلينيكية لحالات الأوتيزم ذات المستوى الوظيفي المرتفع والمنخفض. رسالة دكتوراه. كلية الدراسات الإنسانية. جامعة الأزهر.
- البطاينة، أسامة، والجراح، عبد الناصر (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بهادر، سعدية (٢٠٠٥). نموذج بورتاج للتدخل المبكر. الكويت: دار البحوث العلمية.



الجارحي، سيد (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير. كلية التربية النوعية، جامعة عين شمس.

خطاب، محمد (٢٠٠٤). فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الذاتويين. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

الرابطة الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٠): الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تعديل النص الصورة العربية، الجزء الأول، (ترجمة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية)، أبو ظبي: الشارقة للخدمات الإنسانية.

رياض، سعد (٢٠٠٨). الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه. القاهرة: دار النشر للجامعات.

الزريقات، إبراهيم؛ الإمام، محمد (٢٠٠٧). التقييم النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحد بالأردن المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

الزغبى، محمود (٢٠١٥). برامج أنشطة حسية لتنمية مهارات التواصل لدى عينة من الأطفال الذاتويين. رسالة ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.

سبارو، سارا، وبالا، ديفيد، وشيكشتي، دومينيك (2004) مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي صورة معدلة ومنقحة لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي، تأليف إدجار دول ، تعريب وتقنين: بندر بن ناصر العتيبي، كلية التربية: جامعة الملك سعود .

السعيد، هلا (٢٠٠٩). الطفل الذاتي بين المعلوم والمجهول. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

سليم، أحمد (٢٠٠٦). التوحد واضطراب السلوك. عمان: دار المشرق الثقافي.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠٠). محاولة فهم الذاتوية " إعاقة الذاتوية عند الأطفال"، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠١٢). معجم مصطلحات اضطراب التوحد. القاهرة: الأنجلو المصرية.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠١٥). متلازمة إسبرجر الطيف الثاني من اضطرابات التوحد دليل المعلمين. القاهرة: عالم الكتب.

الشامي، وفاء (٢٠٠٤). خفايا التوحد (أشكاله - أسبابه - تشخيصه). الرياض: الجمعية الفيصلية.

الشخص، عبد العزي (٢٠١٣). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: الأنجلو المصرية.

شقير، زينب، وموسى، محمد (٢٠٠٧). اضطراب الذاتوية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صالح، صفاء (٢٠٠٦). مدي فاعلية برنامج بورتاج في تنمية الجوانب الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

صقر، مروة. (٢٠١٥). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية مهارات الأمهات للتعامل مع الطفل التوحيدي. رسالة دكتوراه. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

عبد الله، عادل. (٢٠١٤). مدخل إلى اضطراب التوحد النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

عبد الله، محمد. (٢٠٠٨). مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد. القاهرة: دار الرشد.



- عوده، محمد (٢٠١٥). مقياس جيليام لاضطراب إسبرجر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عوض، رأفت. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس.
- فراج، عثمان. (٢٠٠٢). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي ". القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- فرج، إبراهيم(٢٠٠٤). التوحد الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع
- فؤاد، فيوليت (٢٠١٠). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الفوزان، محمد (٢٠٠٠): التوحد / المفهوم - التعليم - التدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر.
- فيريس جبر(٢٠١٣). إعادة تعريف الأمراض النفسية، (ترجمة) مصطفى شقيب، [www.arabpsyynet.com](http://www.arabpsyynet.com)
- القمش، مصطفى(٢٠١١). اضطرابات التوحد الأسباب والتشخيص والعلاج. عمان: دار الميسرة للنشر.
- قنديل، شاكر(٢٠٠٥). إعاقة الذاتية طبيعتها وخصائصها. جامعة المنصورة: المؤتمر السنوي لكلية التربية. ص ص ١٥٥ - ١٧٩.
- كامل، سهير(٢٠١٢). اضطرابات الطفولة المبكرة (تأخر النمو والإعاقات). الرياض: خبراء التربية / مركز الطفولة
- كامل، محمد(٢٠٠٥). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. القاهرة: مكتبة ابن سينا.



كفافي، علاء الدين؛ كفافي جهاد (٢٠٠٦): موسوعة علم النفس التأهيلي المجلد الثاني للإعاقات. القاهرة: دار الفكر العربي.

محمد، سري. (٢٠١٠). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة. الرياض: دار الزهراء.

محمد، عادل (٢٠١٦). مقياس جيليام التشخيصي لتقدير اضطراب التوحد، كراسة التعليمات. القاهرة، دار الرشاد.

محمد، عادل. (٢٠١٠). مقدمة في التربية الخاصة. القاهرة: دار الرشاد.

المشرفي، انشراح. (٢٠٠٨). الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة. الإسكندرية: مؤسسة حورس.

مصطفي، أسامة؛ الشربيني، السيد. (٢٠١١): التوحد الأسباب -التشخيص -العلاج. عمان: دار المسيرة.

مطحنة، خالد. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية وتحسين السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

موسى، محمد (٢٠٠٧): اضطراب التوحد، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

النجار، خالد (٢٠٠٦). استخدام الملاحظة في التشخيص الفارقي بين حالات التوحد وحالات الإسبرجر دراسة تشخيصية. مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية. العدد السابع عشر، ص ٢٣٥-٢٨١.

هالاها، دانيال؛ كوفمان، جيمس (٢٠٠٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم. (ترجمة: عادل عبد الله محمد)، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.





وزارة التربية والتعليم(٢٠٠٧). برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج) "التقرير الشامل". القاهرة: قطاع الكتب.

وزارة التربية والتعليم(٢٠٠٧ب). دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج) "إرشادات الاستخدام". القاهرة: قطاع الكتب.

### ثانياً: المراجع الأجنبية

Alison, E.L.Robyn, L.Y.Amy, E.Z.Baker, L.etal. (2010): Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior, J. of Autism Dev. Disorder. 40,112–122.

American psychiatric Association (2013).Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-5).American Psychiatric PUB.

Attama, C. M. Uwakwe, R. Onyeama, G.M. & Igwe, M.N. (2015). Comparison of Using Psychological Profile of Portage among Childhood Autistic Subjects and those with Other Developmental Disorders in South East Nigeria: A Comparative Study. Annuals of Medical and Health Sciences Research. 5 (3).33-54.

Bhat, A. N. Galloway, J. C.&, Landa R. J.(2010): Social and non-social visual attention patterns and associative learning in infants at risk for autism, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(9), 989–997.

Brooke, I.(2007): Teaching Imitation to Children with Autism: A Focus on Social Reciprocity, SLP- ABA, 2(3), 269-277.

Carpenter, J. M.Charles L. A.Jenner, W& Nicholas,J. S. (2008). Recent advances in autism spectrum disorders, International Journal of psychiatry in medicine, 38 (2), 133 – 140.

Carpenter, L.A.(2013).Screening and diagnosis of autism spectrum disorders(ASD). J S C Med Assoc.102 (8)3-23.Review. PubMed PMID: 17319241.



- Cheryl, Y.Trepagnier, M.M.Sebrechts, A.Finkelmeyer, L.etal. (2006): Simulating Social Interaction to Address Deficits of Autistic Spectrum Disorder in Children, *Cyber psychology & Behavior*, 9(2), 213–217.
- Cindy, L. (2005): Autism and the Environment? *Environmental Health Perspectives*, 113(6), 405–416.
- Connie,K.Amanda,C.Gulsrud,C.Wong,L.etal.,(2010): Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism, *J.of Autism Dev. Disorder*,40, 1045–1056.
- Fulton, M.L. &D'Entremont, B. (2013). Utility of the Psychoeducational Profile-3 for Assessing Cognitive and Language Skills of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43. (10): P 2460-71. DOI 10.1007/s10803-013-1794-y.
- Heinricks, R. (2013).Perfect targets: Asperger syndrome and bullying practical solution for surviving the social world. Shawnee mission, Kansas: Autism Asperger publishing.
- Helen,V. R.(2011): Theoretical aspects of autism: biomarkers a review, *Journal of Immuno. Toxicology*, 8(1), 68–94.
- James B.A.Jane,R.V. M. Sadagopa, R., etal.,(2007): Mercury, Lead, and Zinc in Baby Teeth of Children with Autism Versus Controls, *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 70, 1046–1051.
- Katarzyna, C. &Fred, V. (2007): Face recognition in ASD Impairments in monkey and human face recognition in2-year-old toddlers with Autism Spectrum Disorder and Developmental Delay, *Developmental Science*, 10(2), 266–279.
- Klin, I. (1993): concept formation: children with autism, down syndrome, and normal development d. a. i, 55(2), 44-61.



- Layton, T. &Hao, G. (2014).Early Assessment in Autism Spectrum Disorders Using Portage. *Journal of Psychological Abnormal Child*, 3 (4), 33-46.
- Lisa,D.W.Diana,L.R.Roger B.etal., (2009) Sensory Abnormalities as Distinguishing Symptoms of Autism Spectrum Disorders in Young Children, *J.of Autism Dev. Disorder*, 39,1087–1091.
- Maarten, J.Van, d.S.Herman, V.E. &Chantal, K. (2007) Can You See what is Not There? Low-level Auditory–visual Integration in Autism Spectrum Disorder, *J.of Autism Dev.Disorder*, 37, 2014–2019.
- Mandy, W.Charman, T.Gilmour, J. &Skuse, D. (2012). Toward Specifying Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *Autism Research*; doi: 10. 1002/aur. 178. [E pub ahead of print] PMID: 21298812.
- Shek, D.T. L.Tsang, S. K. M.Lam, L. L.Tang, F. L.Y.& Cheung, P. M. P. (2005). Psychometric properties of the Chinese version of the psycho-educational profile-revised (CPEP-R). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 37–44.
- Stephen, G.V. &Dominick, M.M. (2009): BrainAnatomy, Electrophysiology and Visual Function/Perception in Children within the Autism Spectrum Disorder, *Optima. Vis. Dev.*, 40(3), 157-163.
- Susan, R. (2013): Describing the Sensory Abnormalities of Children and Adults with Autism, *J.of Autism Dev.Disorder*,37, 894–910.
- Valkanova,V.Rhodes,F.Allan,C.L.etal.,(2013):Diagnosis and management of autism in Adults, *The Practitioner*,257( 1761),13-16
- Villa, S.Micheli, E.Villa, L.Pastore, V. Crippa, A. &Molteni, M. (2010). Further Empirical Data on the Psych educational Profile-



Revised (PEP-R): Reliability and Validation with the Vineland Adaptive Behavior Scales Journal of Autism and Developmental Disorders, 40, 334–341. DOI 10. 1007/s10803-009-0877-2.

Waligórska, A. Pisula, E. Waligórski, M. & Letachowicz, M. (2012). Autism Pro system in supporting treatment of children with autism in Poland. Pediatrics International. 54(5), 693-700.



## Use of the Potage Developmental Profile in the Differential Diagnosis for some Developmental Disorders

**Prepare:**

**Eman Ahmed Khamis**

Assistant Professor of Child Psychology

Faculty of Education for Early Childhood - Menoufia University