



فاعلية برنامج بورتاج لخفض اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة

إعداد

نهي عبد الحميد محمود حسين

مدرس الصحة النفسية - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة بورسعيد

الإستشهاد المرجعي:

حسين، نهي عبد الحميد محمود.(٢٠٢٠). فاعلية برنامج بورتاج لخفض اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة. مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة،

جامعة بني سويف، ٢(٤)، ج٢- ديسمبر، ١٢٨١-١٣٧٧



ملخص البحث:

يهدف البحث الى التحقق من فاعلية برنامج بورتاج لخفض اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة وتم استخدام المنهج شبه التجريبي ذا المجموعتين المتكافئتين، وتكونت عينة البحث من (١٤ طفلاً) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢ - ٣) سنوات وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية وتكونت من (٧) أطفال من الذكور، المجموعة الضابطة وتكونت من (٧) أطفال من الذكور. وقد راعت الباحثة عدة شروط عند اختيارها لأفراد عينة البحث لزيادة إحكام البحث وضبطه وتحقيق التكافؤ بين المجموعتين، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية في البحث: قائمة تقدير المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات. (إعداد: الباحثة)، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"، وأشارت النتائج في مجملها إلى فاعلية برنامج "بورتاج" ونجاحه في الحد من مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات.

الكلمات المفتاحية: برنامج بورتاج، اضطراب طيف التوحد، أطفال مرحلة الطفولة المبكرة



Abstract:

The research aims to verify the effectiveness of the Portage program to reduce autism spectrum disorders in children in early childhood, and the semi-experimental approach with two equal groups was used. The research sample consisted of (14 children) between the ages of (2-3) and they were divided into two groups The experimental group consisted of (7) male children, the control group and consisted of (7) male children. The researcher has observed several conditions when choosing for the individuals of the research sample to increase the control and control of the research and achieve parity between the two groups. The researcher used the following tools in the research: List of estimating indicators indicating autism spectrum disorders in children (2-3 years). (Prepared by: the researcher), the comprehensive development program for early childhood "Portage", and the results in its field indicated the effectiveness of the "Portage" program and its success in reducing the indicators of autism spectrum disorders in children (2-3 years).

Keywords: Portage Program, Autism Spectrum Disorder, Early Childhood Children

المقدمة

يعد برنامج بورتاج من أفضل برامج التدخل المبكر التي تساعد الأطفال الصغار على اكتساب المهارات الوظيفية المفيدة في حياتهم، وهو يعتمد على أن اكتساب السلوك يتم من خلال الأنشطة التي تقوم على اللعب وعلى التعزيز الإيجابي وعلى التدرج في التعليم وعلى توافر الممارسة في السلوك ويعتمد البرنامج على تحليل ورصد شامل لجميع مهارات النمو في الجوانب المعرفية والاجتماعية والحركية واللغوية والاعتماد على الأنشطة لتحقيق التنمية في هذه المجالات ورصد أداء الأطفال والتقدم به.

مشكلة البحث

اضطرابات طيف التوحد (ASDs) autism spectrum disorders هي الحالات التي يواجه فيها الأشخاص صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية العادية، أو استخدام اللغة بشكل طبيعي، أو يعجزون عن استخدامها بشكل مطلق، ويتصرفون بطرق قهرية وطقوسية. ولقد جرى اعتبار التوحد بأنه طيف أو نطاق من الاضطرابات، لأن مظاهره تتباين كثيراً من حيث النوع والشدة. وكان التوحد فيما سبق يُصنف في خمسة أنواع: التوحد التقليدي، ومتلازمة أسبرجر Asperger syndrome ، ومتلازمة ريت Rett syndrome ، والاضطراب التحللي الطفولي childhood disintegrative disorder ، واضطراب الارتقاء المنتشر pervasive developmental disorder. ولكن الأطباء لا يستخدمون حالياً هذه المصطلحات، ويُطلقون على جميع أنواع التوحد اسم اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorders (ASDs) باستثناء متلازمة ريت، والتي تُعد اضطراباً وراثياً مميّزًا)، يختلف اضطراب طيف التوحد عن الإعاقة الذهنية، على الرغم من أن الكثير من



مرضى التوحد يُعانون من كلا الحالتين. ويؤكد نظام تصنيف اضطرابات طيف التوحد على أنه ضمن الطيف الواسع للمرض تتباين سماته من حيث الشدة أو الوضوح بين مريض وآخر. وغالبًا ما تكون أساليب تعديل السلوك المكثف مفيدة للأطفال المصابين بالتوحد. تجري مساعدة الأطفال الذين يكون معدل الذكاء لديهم أعلى عن طريق العلاج الذي يهدف إلى تطوير المهارات الاجتماعية. يعد التعليم الخاص الفردي أمراً بالغ الأهمية، ويتضمن في الغالب العلاج بالكلام، والعلاج المهني، والبدني، والسلوكي، وذلك ضمن برنامج خاص مصمم للأطفال المصابين بالتوحد.

وفي دراسة فتحية محمد محفوظ وسلوي عمر (٢٠١٧) بعنوان المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها وقد طبقت الدراسة علي عينة من الاسر في مدينة المكلا - اليمن واستهدفت الدراسة التعرف علي المشكلات التي تواجه أسر الأطفال التوحديين والترف علي دور المؤسسات والجهات الداعمة لهذه الأسر سواء كان من الناحية التأهيلية أو المادية في مواجهتهن مستخدمة منهج المسح بالعينة الدراسة اشتملت علي (٨٠)أسره من أسر الاطفال التوحديين واستخدمت أداة الاستبانة للتعرف علي المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر الأطفال التوحديين ودور المؤسسات التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم وقد توصلت الدراسة الي مجموعة من النتائج اهمها عدم وجود توعية لدي المجتمع عن مرض التوحد، وتواجه اسر التوحديين صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي وعدم وجود مصادر تمويل لاسر الاطفال التوحد ولهذا استندت الباحثة علي برنامج بورتاج حيث يعد برنامج بورتاج برنامج تدخل مبكر يلائم آباء ومقدمي الرعاية للأطفال الذاتويين أو من يحملون مؤشرات طيف التوحد، حيث يفيد البرنامج في تقييم سلوكيات الطفل وتخطيط الأهداف المنهجية المنطقية التي تدعم نمو مهارات الطفل، كما تكمن أهمية استخدام برنامج البورتاج مع الأطفال الصغار جدًا في سن الحضانة وما قبلها في محور تركيزها على بيئة الأسرة بصفة عامة وليس على الطفل فقط. فبرنامج بورتاج للتدخل المبكر يركز على الطفل

في بيئة الأسرة مما يجعل له تأثيرات أكثر إيجابية من تلك البرامج التي تركز على الطفل فقط (Ning Sheng, 2011:56; Allen, 2013: 266-281).

ومن هنا جاءت مشكلة البحث التي تتبلور في السؤال التالي: ما فاعلية برنامج بورتاج لخفض بعض اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ؟

أهداف البحث

- خفض اضطرابات طيف التوحد لدى الاطفال في مرحلة الطفولة المبكرة .
- التأكد من مدى فاعلية استخدام برنامج بورتاج للحد من مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.

أهمية البحث

الأهمية النظرية: تتمثل الأهمية النظرية حاليًا في التأسيس النظري لمتغيرات البحث والمتمثلة في اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال وكذلك برنامج بورتاج للتدخل المبكر في الثقافة العربية والأجنبية، تقديمها تأصيلًا نظريًا للمفاهيم، كذلك النظريات النفسية والاجتماعية المفسرة له ومتابعة الإسهامات النظرية المختلفة والدراسات الحديثة في هذا المجال.

الأهمية التطبيقية: تتمثل الأهمية التطبيقية في تحديد المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، ومعرفة مدى فاعلية برنامج بورتاج لتخفيض هذه المؤشرات، وانسحاب النتائج على العينات المشابهة لعينات البحث الحالي، حيث يعتبر البحث محورًا هامًا لمساعدة المتخصصين في مجال التربية، وعلم النفس، مصممي برامج التدخل المبكر، المتخصصين في مجال الطفولة في كيفية التخطيط للنمو وتوظيف هذا التخطيط في تقديم الخدمات اللازمة للأطفال التوحد وأسره. وكذلك توفير وتنمية الأساليب التعليمية الموجودة بالبيئة لتحقيق أفضل الفرص للطفل والأسرة.

مصطلحات البحث

اضطرابات طيف التوحد Autism Spectrum disorders:

تعرف الباحثة اضطرابات طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي تظهر أعراضه قبل سن الثالثة، يؤثر في مجالات عدة، تشمل قصوراً في التفاعل الاجتماعي، قصوراً في التواصل، وظهور الحركات النمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات".

برنامج "بورتاج" Portage program:

يعرف برنامج بورتاج بأنه "مجموعة الأنشطة والممارسات والخبرات المهمة التي يقوم بها الأطفال الصغار خلال نطاق زمني معين لتحقيق أهداف نمائية معينة" (Brue & Oakland, 2012:255)

حدود البحث

يتحدد البحث الحالي بمتغيراته، وهي مؤشرات اضطرابات طيف التوحد- برنامج بورتاج، كما يتحدد في ضوء العينة المتمثلة في (٤ أطفالاً) تتراوح أعمارهم ما بين (٢- ٣ سنوات) بمركز النهي باسيوط وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين: (تجريبية وضابطة)، كما تتحدد أيضاً في ضوء أهداف البحث، فروض البحث، الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

الإطار النظري والدراسات السابقة

مقدمة:

أولاً: اضطرابات طيف التوحد

يشهد عالمنا المعاصر سلسلة من الاضطرابات النمائية في شتى مجالات الحياة الإنسانية، لعل أكثرها بروزاً في ميدان البحث العلمي في مجال علم النفس والصحة النفسية هو اضطرابات طيف التوحد أو ما يعرف باسم (الخطر الصامت) وذلك لما يعانيه الأطفال

من هذه الفئة من إعاقة غائبة عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعدد للأطفال وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه (هشام عبد الرحمن، ٢٠٠٨: ٩).

وتعود كلمة (ذاتوية) إلى الأصل اليوناني (Autos) وتعني النفس وفي مجال الطب النفسي تعني الانسحابية والاستغراق في النفس (مصطفى نوري وخليل عبد الرحمن، ٢٠٠٧: ٢٩٣). وتشير أحدث تقديرات مركز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض إلى أن ١ من كل ٦٨ طفلاً، أو ١٤.٧ لكل ١٠٠٠ طفل لديهم شكل من أشكال طيف التوحد اعتباراً من عام ٢٠١٠. قد قدر معدل انتشار التوحد بمعدل ١-٢ لكل ١٠٠٠ طفل، ومتلازمة أسبرجر بنحو ٠.٦ لكل ١٠٠٠ طفل، واضطراب تفكك الطفولة نحو ٠.٠٢ لكل ١٠٠٠، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة بمعدل ٣.٧ لكل ١٠٠٠ طفل. هذه المعدلات متناسقة عبر الثقافات والمجموعات العرقية، حيث يعتبر التوحد اضطراباً عالمياً في حين أن معدلات اضطرابات طيف التوحد ثابتة عبر الثقافات، إلا أنها تختلف اختلافاً كبيراً حسب الجنس حيث يتأثر الأولاد أكثر من الفتيات بمعدل ٤.٢ :

(<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.htm>)

١- مفهوم اضطرابات طيف التوحد

ترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) أن اضطرابات طيف التوحد "إعاقة نمو شاملة، حيث يتسم الفرد بالانسحاب من الحياة الاجتماعية، التأخر الفكري، المشاكل اللغوية والعدائية تجاه الآخرين، قبل بلوغ الثلاثين شهراً من العمر والذي يمكن أن تظهر أعراضه المرتبطة به وتشخص لاحقاً، كما أن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل لا تكون واضحة أو أكيدة في بداية الأمر وعادة ما يتضمن طيف الاضطرابات المرتبطة بالعزلة تأثيرات نوعية على التفاعل والتواصل الاجتماعي" (أسامة محمد وعبد الناصر نياز ومأمون محمد، ٢٠٠٧: ٥٧٣).

كما تعرفه الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال الذاتيين (National Autistic Society) بأنه: "اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً، والمظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل وصول الطفل إلى سن (٣٠) شهراً من العمر، وتتضمن اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو، اضطراباً حسيًا في الاستجابة للمثيرات، اضطراباً في: الكلام، اللغة، السعة المعرفية، التعلق والانتماء للأشياء، الموضوعات، الناس والأحداث".

كما يعرف بأنه حالات قصور ثلاث تتمثل في: صعوبات في النطق، اللغة وعدم التواصل الشفوي. صعوبات في المهارات الاجتماعية. صعوبات في التخيل واللغة الداخلية. (محمد علي، ٢٠١٤: ٧؛ نايف الزارع، ٢٠١٤: ٥٣).

كما حددت منظمة الصحة العالمية في التصنيف الخاص بالأمراض اضطرابات طيف التوحد بأنه: "اضطراب نمائي يتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره ويتميز بمجموعة من الإعاقات هي كالتالي: عجز في الانتباه المترابط Joint Attention التواصل Communication مهارات التفاعل الاجتماعي Social Interaction Skills اضطراب الكلام (البغائية) Echolali اضطراب اللغة Language Disorder (سري محمد، ٢٠١١: ٢٠١٠)

ثانياً: النظريات المفسرة لاضطرابات طيف التوحد

تعد اضطرابات طيف التوحد من الألغاز المحيرة نظرًا للتباين بالخصائص واختلاف أسبابها، يشير مركز التحكم والحد من اضطرابات النمو إلى أن أسباب اضطرابات طيف التوحد يمكن أن تكون وراثية أو ناتجة عن عوامل بيولوجية أو أسرية أو اجتماعية بيئية وغيرها من العمليات التي يمكن أن تؤثر على مسار النمو، ويمكن أن تظهر عوامل خطورة الذاتية في الأطفال الصغار بصورة مستقلة أو تفاعلية من خلال تفاعل العوامل الوراثية مع البيئية. (Centers for Disease Control and Prevention, 2014: 12- 28)

ولذلك فقد استقطب اضطراب طيف التوحد اهتمام الكثير من العلماء وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منهم إلى فهم هذا الاضطراب، يمكن إجمالها فيما يلي:

١- نظرية المنشأ النفسي

وكان هذا الاعتقاد السائد قديماً في فترة الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين، حيث كانوا يعتقدون بأن عدم دراية الأبوين وإهمالهم، نقص الدفء العاطفي، عدم العناية بتربية الأبناء والصراع النفسي الداخلي الناشئ عن اضطراب التفاعلات الأسرية، الأمر الذي ينتج عنه عزلة الأبناء وانسحابهم كوسيلة للنجاة من العالم الذي يعيشون فيه كل ذلك يعد من الأسباب الرئيسة للإصابة بالذاتوية.

وقد انتقد ريملاندر (Rimland) التفسيرات النفسية للذاتوية ورد عليها بشدة وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن بعض الأطفال الذاتويين قد ولدوا لأباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالاً غير ذاتويين، كما أن أشقاء الأطفال الذاتويين هم غالباً أطفال طبيعيين مما يدل على عدم صحة تلك النظرية (سري محمد، ٢٠١٠: ٢١١؛ صائب كامل وآخرون، ٢٠١٣: ٤١٥ - ٤١٦).

٢- النظرية العصبية والبيولوجية (النوروبولوجي)

تتحكم العوامل البيولوجية بوظائف الدماغ وتعليم الإنسان وسلوكه وهي تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي وبالتالي على سلوكيات ذاتوية. فهناك دراسات وجدت زيادة في العمليات الحيوية البيولوجية لدى الأطفال الذاتويين وأثبتت الدراسات أن عمل الفصين الأماميين لدى الطفل التوحدي غير طبيعي وهذا يفسر سبب عدم مقدرتهم على التعليم، ضعف التركيز، عدم القدرة على التحكم بالسلوك، صعوبة في تحليل مفهوم الوقت وضعف الذاكرة القصيرة والطويلة المدى.

كما أظهرت دراسات أخرى أن الطفل التوحدي يوجد لديه اختلاف في المخ في الجهاز الطرفي وهو الذي يسيطر على السلوكيات الاجتماعية والعاطفية وبعض جوانب التعلم والذاكرة (السيد عبد القادر، ٢٠١٤: ٣٠٣-٣٠٤).

٣- النظرية الجينية

هناك شبه إجماع على أن اضطرابات طيف التوحد ترجع إلى وجود خلل وراثي وأن هذا الاضطراب ناتج عن عدد من الجينات لا جين واحد فقط وقد يتم توارثها من أحد أو كلا الوالدين أو قد تظهر نتيجة لتغير مفاجئ طراً أثناء عملية تزاوج كرموزومات تؤدي إلى ظهور الذاتية بدرجات متفاوتة.

وقد لخص هيوز (Hughes) مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال الكروموسومات المتسببة في اضطرابات طيف التوحد بقوله: إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالذاتوية وبشكل خاص الكروموسومان (١٥، ١٧) ومن الواضح حتى الآن أن سبب اضطرابات طيف التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي (عادل عبد الله، ٢٠١٠ب: ١٢٢؛ Caglayan, 2010: 130-138؛ أسامة فاروق والسيد كامل، ٢٠١١: ٢٤؛ صائب كامل وآخرون، ٢٠١٣: ٤١٧)

٤- نظرية العقل أو المعرفة

تشير نظرية العقل أو المعرفة إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك تشير إلى القدرة على إدراك أشياء معينة كالنوايا، المشاعر، المعتقدات والرغبات. وعادة ما يواجه الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد صعوبة جمة عند قراءة الإشارات الاجتماعية، كما أنهم يواجهون صعوبة مماثلة في استنتاج الحالة الانفعالية أو الاستدلال عليها لمن يتعامل معهم من الأفراد من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه، كما أن بعضهم لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن

أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على أن يقوموا بأخذ دور الآخرين (عادل عبد الله، ٢٠١٠: ١٠١-١٠٢؛ Bolton & Patrick, 2012: 249-260؛ محمد عودة، ٢٠١٥: ٣٩).

تعقيب: رغم ما تم ذكره من نظريات وفرضيات مفسرة لأسباب الذاتية، إلا أنها لم تقدم أي دليل علمي مقنع، فهي بأفضل الحالات نظريات لم تثبت صحتها بعد، ويتبين للباحث من كثرة الأدلة والشواهد المفترضة للذاتوية بأن اضطرابات طيف التوحد قد لا يعود لسبب واحد إنما قد يرجع لعدة أسباب مجتمعة منها بيولوجي ومنها بيئي ومنها جيني، وهذا ما يطلق عليه بفرضية التقاء الأسباب أي أكثر من سبب أدى لظهور مؤشرات طيف التوحد عند طفلٍ دون سواه.

ثالثاً: خصائص اضطرابات طيف التوحد

يتميز الأفراد الذاتويين بالعديد من الخصائص منها الخصائص الجسمية والحركية، الخصائص العقلية المعرفية والخصائص السلوكية والنفسية ويتعين التأكيد على أن هذه الخصائص ليس من الضروري أن تجتمع في كل حالة من حالات اضطرابات طيف التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة وقد يظهر البعض الآخر في حالة أخرى، كما تتباين هذه الخصائص من حيث بداية ظهورها، شدتها واستمراريتها، وفيما يلي عرض لهذه الخصائص (زينب شقير ومحمد سيد، ٢٠٠٩: ٦٩).

١- الخصائص الجسمية والحركية

(١-١) الخصائص الجسمية

يتشابه أطفال طيف التوحد مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام، بل يذهب البعض إلى اعتبار أنهم يتميزون بالوسامة، لكن يختلف الطفل التوحدي عن الطفل العادي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.

ويذكر لويس مليكة أن الأطفال الذاتويين في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبة في الجهاز التنفسي، نوبات حمى، إمساك وحركات غير منضبطة في الجهاز الهضمي وتكون أستجاباتهم للمرض مختلفة عن الأطفال العاديين وقد لا يشكون من الألم بصورة لفظية أو إيمائية وقد لا يظهر عليهم الشعور بالتعاسة الذي يحس به الطفل العادي ومن الغريب أن سلوكهم وارتباطهم بالآخرين قد يتحسن بدرجة ملحوظة في حالة مرضهم (أسامة فاروق والسيد كامل، ٢٠١١: ٣٠؛ ٤٥؛ صائب كامل وآخرون، ٢٠١٣: ٤٣٠ - ٤٣١).

(١- ٢) الخصائص الحركية

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى النمو الحركي الطبيعي مثل الطفل العادي لكن هناك بعض الجوانب في النمو الحركي تبدو غير عادية. فالطفل العادي عند عمر السنتين يجري ولا يقع ويجلس القرفصاء ويسير على أطراف أصابعه، وفي عمر الثلاث سنوات يسير منتصبًا في ثقة ويستطيع الوقوف لحظة على قدم واحدة، ويقذف الكرة دون أن يفقد توازنه، وعند السنوات الأربع يتسع نشاطه ويهرول مسرعًا على السلم صعودًا وهبوطًا ويثب باندفاع على الدراجة (إبراهيم جابر، ٢٠١٠: ١٩ - ٢٠).

أما أطفال طيف التوحد فلهم طريقة خاصة في الوقوف فهم يقفون ورؤسهم منحية وأذرعهم ملتفة لبعضها وأحيانًا يضربون بأرجلهم على الأرض بأقدامهم إلى الأمام وإلى الخلف بشكل متكرر وأحيانًا يرفرفون بأيديهم أو يضعون أيديهم على أعينهم أو أذنيهم وأحيانًا يدورون حول أنفسهم أو حول الغرفة.

كما أن لديهم حركات إرادية غير متزنة وكذلك عدم الاتزان في المشي، المشي على أطراف الأصابع، والقدرات الحركية لدى الأطفال الذاتويين تتباين بدرجة كبيرة فبعضهم يعانون من قصور أو عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة أو الكبرى، والبعض الآخر من الممكن أن يظهروا مهارات نمائية جيدة (أسامة فاروق والسيد كامل، ٢٠١١: ٤٣ - ٤٦؛ صائب كامل وآخرون، ٢٠١٣: ٤٣١)

٢- الخصائص العقلية المعرفية

اعتقد كانر عند بداية اكتشافه لاضطرابات طيف التوحد أن الأطفال الذاتويين متوسطو الذكاء متأثرًا بمظهرهم السوي ومهاراتهم في أداء بعض المهام التي تتطلب ذاكرة روتينية وقدرة مكانية، ولكن الدراسات أثبتت خطأ هذا الرأي، حيث يُلاحظ أن حوالي (٤٠%) من الأطفال المصابين بالذاتوية نسبة إعاقتهم (٥٠ - ٥٥) إعاقة عقلية متوسطة وشديدة، (٣٠%) نسبة ذكائهم (٧٠) إعاقة عقلية بسيطة وخمسة أطفال ذاتويين لديهم ذكاء طبيعي.

وهناك دراسات تقول إن أداء الأطفال الذاتويين في بعض الاختبارات العملية من مقياس وكسلر للذكاء يكون عاديًا بل ويكون مرتفعًا في بعض الأحيان.

كما أكد كومير (Comer) أن الأفراد الذاتويين لديهم اضطرابات إدراكية أو معرفية هي

المسئولة عن صعوبات عمليات التواصل، العلاقات الشخصية والتفاعل البيئي.

وتعد الصعوبات المعرفية لدى الذاتويين المشكلة الأولى في الاضطراب الذاتي سواء

تمثل ذلك في عدم القدرة على إحداث التكامل والترابط بين المدخلات الحسية المختلفة أو

الانتقائية الشديدة للمثيرات أو اضطراب اللغة أو عدم القدرة على التصور العقلي (سري محمد،

٢٠١٠: ٦٦-٧٠؛ وليد السيد وربيع شكري، ٢٠١٠: ٨٨ - ٨٩).

وفيما يلي عرض لبعض الخصائص العقلية المعرفية لدى الأطفال الذاتويين:

(٢ - ١) الذكاء تؤكد الدراسات أن غالبية الأطفال الذاتويين تقع نسب ذكائهم في نطاق

الإعاقة العقلية حيث تتراوح نسبة الأطفال الذاتويين المعاقين عقليًا من ٧٠% إلى ٨٠% ولكن

غياب الإعاقة العقلية لا يمنع بالطبع تشخيص الحالة بأنها اضطراب ذاتوي حيث إن هناك ما

يتراوح من ٢٠% إلى ٣٠% من الأطفال الذاتويين غير معاقين عقليًا، وأن نسبة ذكاء الأفراد

الذاتويين لا تتغير وتظل ثابتة عبر الزمن على الرغم من التدخل العلاجي أو التربوي (إيهاب

محمد، ٢٠٠٩: ٤٩ - ٥٠ ; 9 : 2010 Virginia Department of Education)



(٢ - ٢) المهارات الخاصة على الرغم من القصور المعرفي الذي يعاني منه معظم الأفراد الذاتويين إلا أن هناك حوالي ١٠% من هؤلاء الأفراد يمتلكون بعض القدرات أو المهارات الخاصة ويطلق على تلك الحالات الذاتوي النابغة.

فمنهم من يمتلك ذاكرة روتينية تمكنه من ترديد أغنية ربما لم يسمعها سوى مرة واحدة، منهم من يتمتع بقدرات حسابية هائلة، منهم من لديه قدرات موسيقية فيمكنه العزف على الآلات دون تعلم مسبق، منهم من يمتلك قدرات فنية رائعة فيستطيع أن يرسم منظرًا واقعيًا بصورة تفصيلية دقيقة ومنهم من يمكنه القراءة بسهولة ويسر في مراحل مبكرة من العمر.

كما يظهر بعض الذاتويين مهارة خاصة في مجال القدرة البصرية المكانية والقدرات الحركية مثل القدرة على حل الألغاز أو تصميم المكعبات أو المعالجة اليدوية للأشياء وكذلك منهم من يمتلك ذاكرة خارقة (إيهاب محمد، ٢٠٠٩: ٤٩ - ٥٠ Virginia Department of Education, 2010: 9 ;).

(٢ - ٣) الانتباه

إن إدراك خصائص الأشياء من حركة، صوت، تباين، وأحيانًا ألفة تجذب انتباه الطفل العادي، إضافة إلى وجود حاجة أولية لديه للبحث عن المثيرات، مما يجعله يحتفظ بمستوى عال من النشاط العصبي وتزداد التفاصيل التي يدركها الطفل في هذه المرحلة العمرية عن الشيء مما يجعل الصورة الذهنية لذاك الشيء أكثر وضوحًا (محمد عودة ورمضان إسماعيل، ٢٠٠٨: ٢٢٥).

لكن يعد ضعف الانتباه ذات أهمية خاصة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد، فإذا كان بعض الأطفال العاديين لديهم ضعف في الانتباه أو نقص في مهارات الانتباه فإن الآخر يختلف بالنسبة لكل من الأطفال الذاتويين، حيث يكمن في العجز أو القصور في الانتباه المترابط، حيث إنهم يعانون من نقص في القدرة على الاستجابة بشكل صحيح لدعوات الانتباه من جانب الآخرين بالمقارنة بالأطفال العاديين وأكثر صعوبة في متابعة النظر للآخرين،

متابعة نظراتهم، اتجاهاتهم وإيماءاتهم الأمر الذي يؤثر على تواصلهم مع الآخرين (هشام عبد الرحمن، ٢٠٠٨: ٤٩ - ٥٧).

وهناك مجموعة من صعوبات الانتباه التي يعاني منها الطفل التوحدي والتي تتمثل فيما يلي:

(أ) الانتباه الموجه (ب) الانتباه الانتقائي (ج) الانتباه التحويلي (د) الانتباه الممتد (هـ) الانتباه التكاملي

وكما أوضحت دراسة (Saime, 2011) بعنوان (A longitudinal analysis of joint attention and language development in young children with autism disorders) تحليل طولي للانتباه المشترك والنمو اللغوي لدى الأطفال الصغار ذوي اضطرابات طيف التوحد) أن القصور في الانتباه المشترك يؤدي إلى صعوبات في النمو اللغوي الاجتماعي، واشتملت الدراسة على ثلاث مجموعات من الأطفال، المجموعة الأولى تكونت من (١٨) طفلاً ذوي أعراض ذاتوية أقل شدة ومتوسط أعمارهم (٢٠) شهراً، المجموعة الثانية تكونت من (٨) أطفال ذاتويين ذوي قدرات وظيفية مرتفعة ومتوسط أعمارهم (٣٠) شهراً والمجموعة الثالثة تكونت من (٩) أطفال ذاتويين ذوي قدرات وظيفية منخفضة ومتوسط أعمارهم (٣٥) شهراً، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المبادأة بالانتباه المشترك والاستجابة له ارتباطاً بالنمو اللغوي الذي يحدث فيما بعد عند أطفال المجموعة الأولى ممن لديهم أعراض الذاتية الأقل شدة.

(٢ - ٤) الإدراك الإدراك الحسي هو العملية التي يستخدمها الأطفال في الكشف عن المعلومات التي يتلقونها من التنبيه المادي المستمر الموجه إليهم من البيئة من حولهم، وفي التعرف على هذه المعلومات وتفسيرها وبالتالي يعد الإدراك وسيلة الطفل الأولى للاتصال بنفسه وبالبيئة من حوله (حسام أحمد، ٢٠١١: ١٩٨).

تتمثل مشكلة الاضطراب الذاتوي في الإدراك حيث إن الطفل التوحدي يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها- بغض النظر عن كونها شاذة- ولا يستجيب لمنبهات أخرى بمعنى أن الخل لديه يكون في عملية الإدراك، كما أن هذه الاضطرابات الإدراكية تتسع لتشمل صعوبات في الإدراك السمعي، البصري، اللمسي، الشم والإحساس بالألم، الحرارة والبرودة (نادية إبراهيم، ٢٠٠٨: ٦٨-٦٩؛ إيهاب محمد، ٢٠٠٩: ٥٣).

وفي دراسة (شيماء حسانين، ٢٠١٢) بعنوان (تنمية المفاهيم الإدراكية باستخدام أنشطة اللعب لدى الأطفال الذاتويين) هدفت إلى إعداد برنامج لتنمية المفاهيم الإدراكية لدى الأطفال الذاتويين في مرحلة الروضة باستخدام أنشطة اللعب، تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال ذاتويين (٥) ذكور، (٥) إناث وتراوحت أعمارهم (٤- ٦) سنوات، واستخدم في الدراسة مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة CARS، مقياس المفاهيم الإدراكية وأسفرت النتائج عن فاعلية استخدام أنشطة اللعب في تنمية المفاهيم الإدراكية لدى الأطفال الذاتويين.

(٢- ٥) التفكير يعاني معظم الأطفال الذاتويين من مشكلات خاصة بعملية التفكير، فيمكن ملاحظة نقص القدرة لدى الأطفال الذاتويين عند أداء المهام التي تتطلب مهارات التفكير الرمزي والتجريدي، معالجة المفاهيم والاستنتاج، فهم يعتمدون على التفكير العياني ويكون أدائهم على المهام التي تتطلب هذا النوع من التفكير أفضل من أداء الأطفال المعاقين عقليًا والعاדיين ولكنهم يواجهون صعوبات بالغة عند أداء المهام التي تتطلب التفكير المجرد، وصعوبة تتمثل في عدم القدرة على التعميم، و عملية تكوين المفهوم وخاصة مهارات الفرز والتصنيف.

(٢- ٦) الذاكرة: والذاكرة هنا لدى الأطفال في هذه المرحلة تكون مباشرة وقصيرة المدى ويمكن للطفل العادي أن يتذكر الكلمات الواضحة والمفهومة، وكلما زاد النمو العقلي زادت قدرة الطفل على التذكر ويستطيع الطفل العادي أن يستخدم مهارتي الاسترجاع والتعرف أكثر من التذكر (عماد مخيمر، ٢٠١١: ٢٤٢).

ولكن يعد اضطراب الذاكرة اضطراب أولي وأساسي لدى الأفراد الذاتويين، فهناك قصور لدى معظم الأطفال الذاتويين فيما يختص بتذكر الأحداث القصيرة.

لكن في المقابل نجد بعض الأطفال الذاتويين يتمتعون بذاكرة قوية حيث يمكنهم ترديد أصوات الآخرين المحيطين بهم، كما أن لهم ذاكرة بصرية جيدة حيث يمكنهم تذكر التفاصيل الخاصة بالمشيرات المصورة، كما أن لديه قدرة على تذكر التفاصيل المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها (إيهاب محمد، ٢٠٠٩: ٥٥).

٣- الخصائص السلوكية والنفسية تتعدد الخصائص السلوكية المميزة للأفراد الذاتويين وتشمل هذه الخصائص:

(٣-١) اللغة

من خلال العديد من دراسات التطور اللغوي وجد أن الطفل في عمر العامين يكون قادرًا على تكوين جملة من كلمتين وتتنوع مفرداته اللغوية فتشمل الأسماء، الأفعال، الصفات، صيغة الاستفهام وتزايد قدرته على التعبير اللفظي في المواقف المتنوعة وفي عمر الثلاث سنوات يكون أغلب الأطفال قد اجتازوا بعض المعالم التي يمكن التنبؤ بها فيما يتعلق بتعلم اللغة، أحد هذه المعالم هي ثرثرة الطفل وفي عمر الرابعة يستطيعون تمييز أربع أدوات واستعمال كلمة وصفية مع صورة تعريف الكلمات بما يستعمل فيه مع خلو الكلام من أصوات الطفولة اللاهية (محمود عودة، ٢٠٠٩: ٣٤٥؛ كريماني بدير، ٢٠١٠: ٦٥).

كما أنه يستخدم الكلمات للتعبير عن رغباته وحاجاته، ولمشاركة اهتماماته، والبدء بتفاعل ما مع الآخرين، كما أنه يستمتع بتعلم كلمات جديدة بما في ذلك الكلمات الكبيرة والتي يكون من الصعب لفظها، كما يتعلم بعضًا من اللغة عبر التحدث إلى أقرانه ولكنه غالبًا ما يفضل التحدث إلى الأشخاص الكبار أو الأطفال الأكبر سنًا (ساجدة مصطفى، ٢٠١٤: ٢٢٢).

(٣- ٢) السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة

تعد هذه الخاصية من الخصائص الأساسية التي يُعتمد عليها في تشخيص الذاتية حيث يقوم الطفل التوحدي بمجموعة من السلوكيات النمطية الشاذة والاهتمامات المحدودة التي يكررها دون تعب أو ملل وتكون هذه السلوكيات والاهتمامات غريبة وشاذة تختلف عن سلوكيات واهتمامات الأطفال العاديين، وهي غالبًا ما ترتبط بالموضوعات الجامدة غير الحية وتتضمن هذه السلوكيات للمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لا نهائي، وتشير إلى قصور القدرة على التخيل والفهم الاجتماعي لدى الطفل التوحدي (إيهاب محمد، ٢٠٠٩: ٦٦؛ Flusberg, 2010: 1073).

ومن هذه السلوكيات النمطية والتكرارية ررفة اليدين، هززة الجسم، دوران الرأس، إشعال الضوء ثم إطفائه، وصفق الأبواب، ويستسلم الطفل التوحدي لهذا السلوك التكراري بل أنه يظهر انبهارًا وافتتانًا بها لأنها تعمل على تقليل حدة قلقه وتوتره كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يمكن استيعابها (Lam & Aman, 2007: 855- 866؛ مورين أرونز وتيسا جيتس، ٢٠٠٨: ٨٣؛ كامبيون كوين، ٢٠٠٩: ٦٣).

وقد يأخذ السلوك النمطي شكلًا عدوانيًا موجهاً للآخرين مثل الضرب وتحطيم الممتلكات، وقد يكون على شكل إيذاء الذات مثل ضرب الرأس أو العض أو الحك القوي للجلد، كما يقوم بعض الأطفال بإصدار أصوات متعددة النغمات وبشكل نمطي ومتكرر من فترة إلى أخرى أو في مواقف معينة (Jill, 2008: 101).

٤- الخصائص الاجتماعية

يعتمد النمو الانفعالي والقدرة على التمييز بين المنبهات المختلفة مثل (الوجوه المبتسمة والوجوه الغاضبة أو الأصوات التي تعبر عن السرور والأصوات التي تعبر عن الغضب) على نمو قدرة الطفل الإدراكية، والطفل العادي يمكنه تكوين مفاهيم سهلة وبسيطة عن الواقع الاجتماعي المادي (الأقارب- علاقات الأهل- الأصدقاء) والقدرة على التفاعل الاجتماعي مع

الآخرين. على العكس فإن الطفل التوحدي يعاني من عجز في مستوى الوعي بمشاعر الآخرين وانفصال شديد عن الواقع بالإضافة إلى فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين، منغلق على نفسه في عالم خاص به لا يكاد يدرك وجوه الآخرين، كثيرًا ما يشكو أبواه من عدم استجابته لمحاولاتهما لتدليله أو تقبيله ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين (ممدوح الكتاني وحسن الموسوي، ٢٠١١: ٢٥).

٥- الخصائص الانفعالية

يعد النمو الانفعالي مسألة ضرورية لإنماء شخصية الطفل في هذه المرحلة ولكنه ينمو بصورة تدريجية وتزداد الاستجابات الانفعالية اللفظية وتحل محلها تدريجيًا الاستجابات الانفعالية الجسمية، ويلاحظ أن أول الانفعالات تظهر بصورة مركزة حول ذات الطفل كالخجل، الشعور بالذات ومشاعر الثقة بالنفس، كما يتوجه الطفل بالحب نحو الوالدين وتتميز انفعالات الطفل بالشدّة، التنوع، التقلب والشفافية (محمود منسي، سيد الطواب، ٢٠٠٧: ٢٠٤)

ويشير إتكين وآخرون (Etkin, et al., 2006) إلى أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات انفعالية تشمل تغير مفاجئ في الحالة المزاجية مع نوبات من الضحك أو البكاء دون سبب واضح كما تشمل نقص واضح في الاستجابات الانفعالية وعدم الخوف من مواطن الخطر الحقيقية مع الخوف الزائد من الأشياء العادية غير المؤلمة، غير مؤذية ولا تسبب الخوف للأطفال في مثل سنهم، كما ينتابهم الشعور بالقلق العام، وغالبًا لا تعبر الحالة الانفعالية للطفل الذاتي عما يحدث من حوله في البيئة فمن الممكن أن تجده يضحك عندما يصيبه ألم وتجده يبكي عند مشاهدة فيلم كرتون محبوب (سوسن شاكر، ٢٠١٠: ٤٩ - ٥٠).

أما عن التعاطف الوجداني فإن غياب التعاطف الوجداني والمشاركة الانفعالية عند الأطفال المصابين بالذاتوية يعبر عن فشلهم في تكوين التواصل العاطفي الاجتماعي في حياتهم، وقد طور أحد الباحثين نموذجًا للتعاطف سماه "الموقف الغريب" مؤكدًا على أن هؤلاء

الأطفال يظهرون بعض التعاطف في البدء أو عند الانطلاق ولكنه ينعدم بعد ذلك (زينب شقير ومحمد سيد، ٢٠٠٩: ٧٠: Mrozek& Dorota& Agnieszka& Renata, 2010: 397- 400 ;

تعقيب وهنا يمكننا توضيح أن الخصائص والمشكلات السلوكية التي يتصف بها أطفال طيف التوحد، لا يعني بالضرورة وجودها كلها لدى الطفل، إلا أن هذه الخصائص تعتبر أساسية لتشخيص هذا الاضطراب ولا بد من توافر مجموعة لا بأس بها للقول أن الطفل لديه اضطرابات طيف التوحد. وجدير بالذكر بأن هذه الخصائص تتفاعل وتتداخل مع بعضها البعض محدثة صعوبات بعملية تعلم وتطور الطفل التوحدي عبر مراحل نموه المختلفة.

مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر (١- ٣ سنوات)

- عدم الاستجابة للاسم حيث يبدو وكأنه أصم، ولكنه أحياناً يلتفت إلى صوت لعبة أو صوت ورقة الحلوى.
- فقدان الالتقاء البصري حيث لا يلتقي بصره بالآخرين كبقية الأطفال ويعجز عن متابعة نظره مع الآخرين.
- فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها (لا يلوح مع السلامة).
- قصور أو توقف في نمو القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي.
- صعوبات في الوظائف الحسية، مثل المشكلات السمعية والبصرية.
- ليس لديه فضول في النظر إلى الناس أو الحيوانات.
- البكاء لساعات طويلة بدون سبب واضح.
- الضحك دون وجود مثير يسبب لهم ذلك.
- الانشغال لفترات طويلة بالقيام بأنماط متكررة من السلوك غير الهادف.

▪ لديه شذوذ في النشاط الحركي، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانه والبعض الآخر لديه نشاط حركي زائد بدرجة شديدة.

(Chawarska, Klin, Pual& volkmar, 2007:304; Volkmar, Chawarska& Klin, 2007: 315- 336; Chawarska, Klin& volkmar, 2008: 12; Zwaigenbaum, 2010: 97-102; Wetherby, Woods, Allen, Cleary, Dickinson& Lord, 2014:5؛ محمد علي، ٢٠١٤: ٢٣؛ فوزية الجلامدة، ٢٠١٥: ١٩٠؛ مصطفى نوري، ٢٠١٥: ٢٣٢).

وفيما يلي معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-V) لاضطرابات طيف التوحد:

يجب أن تنطبق كافة المعايير (أ، ب، ج، د، هـ) التالية على الطفل:

(١- أ) صعوبات في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، لا تتدرج ضمن التأخر الطبيعي لنمو الطفل، وتظهر وفق انطباق جميع العوامل الثلاثة التالية:

(١- أ- ١) صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية من خلال تصرفات اجتماعية غير طبيعية وعدم القدرة على تبادل أطراف الحديث (استقبال وتعبير)، مما يضعف قدرة التعبير عن الاهتمامات والمشاعر والأفكار، وما يؤثر عمومًا على بدء عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

(١- أ- ٢) صعوبة استخدام التواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي من خلال ضعف في دمج مفاهيم التواصل اللفظي وغير اللفظي، وصولاً لخلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في استخدام وفهم التواصل غير اللفظي، إلى غياب كامل للإيماءات الجسدية وتعابير الوجه.

(١- أ- ٣) صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها قياسًا بالأقران من خلال صعوبة تغيير السلوك ليتلاءم مع المواقف الاجتماعية المختلفة، وصولاً لصعوبة مشاركة اللعب التخيلي وبناء الصداقات، إلى غياب واضح للاهتمام بالآخرين.
(١- ب) محدودية وتكرار ونمطية في السلوك والاهتمامات تظهر في اثنين من التالي حالياً أو في الماضي.

(١- ب- ١) حركات نمطية أو متكررة، تكرار في الكلام، آلية في التصرفات أو في استخدام الأشياء كصف الألعاب أو قلب الأغراض، استخدام طبقة صوت واحدة أثناء الحديث وتكرار عبارات مفهومة وغير مفهومة.

(١- ب- ٢) روتين زائد، أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية أو مقاومة شديدة للتغيير، حركات آلية، الإصرار على نوع معين من الطعام أو على نفس الطريقة، تكرار نفس الأسئلة ومقاومة شديدة للتغيرات البسيطة في البيئة.

(١- ب- ٣) عزلة شديدة عن المحيط، الانشغال بصورة غير طبيعية باهتمامات معينة من ناحية الشدة والتركيز (تعلق شديد بأشياء غريبة واهتمامات قد تكون محدودة أو شديدة).

(١- ب- ٤) خلل في استقبال المثيرات الحسية في البيئة أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (استجابة غير طبيعية لمقدار الألم أو درجة الحرارة، حساسية زائدة لمواد معينة أو أصوات معينة، إفراط في شم الأشياء أو لمسها والانبهار بالأضواء أو الأشياء التي تدور).

(١- ج) يجب أن تظهر الأعراض خلال فترة الطفولة المبكرة، ولكن ربما لا تظهر بشكل واضح حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية حدودها الدنيا.

(١- د) اجتماع الأعراض يسبب صعوبات هامة في الجوانب الاجتماعية والمهنية ويؤثر على مهارات الحياة اليومية.

(١- هـ) هذه الاضطرابات لا تظهر بصورة واضحة كاضطرابات ذهنية أو ضمن التأخر النمائي الشامل، وغالبًا ما تترافق الإعاقة الذهنية مع اضطرابات طيف التوحد كتشخيص مرضي مزمن لاضطرابات طيف التوحد والإعاقة الذهنية والتواصل الاجتماعي يجب أن يكون دون الحد الطبيعي للنمو (DSM V, 2013: 50- 51).

المبحث الثاني: برنامج "بورتاج"

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

وبرنامج بورتاج هو برنامج للتدخل المبكر يعمل بالتعاون مع آباء الأطفال ذوي الإعاقات النمائية لتحديد الأهداف وخطوات النجاح. ويسهم برنامج بورتاج في إكساب آباء الأطفال الذاتيين مواقف أفضل حول أنفسهم وأطفالهم، وتحسين مهاراتهم في التعامل مع الطفل. أيضًا يفيد برنامج بورتاج في توفير البيئة الداعمة والمحفزة للنمو للأطفال ذوي الذاتية أو من يحملون مؤشراتهما. من بين الأسباب الأخرى التي تزيد من أهمية برنامج بورتاج للتدخل المبكر إن زيادة المكاسب النمائية والتعليمية التي يحصل عليها هؤلاء الأطفال تقلل من الاعتماد على مؤسسات الرعاية، وتزيد من قدرة الأسرة على التأقلم مع وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، وغيرها من المكاسب الاجتماعية والاقتصادية (Jeisen, 2010: 55).

أهمية وأهداف برنامج "بورتاج"

يعد برنامج بورتاج من برامج التدخل المبكر الموجهة للأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة من ذوي الإعاقات النمائية خاصة الذاتية، ويتكون البرنامج من نموذج ثلاثي لتقديم الخدمة، ومجموعة من مواد القراءة ومنهج تدريبي (Bernheimer & Weisner, 2007: 197).



ويلتزم برنامج بورتاج آباء ومقدمي الرعاية للأطفال الذاتويين أو من يحملون مؤشرات طيف التوحد، حيث يفيد البرنامج في تقييم سلوكيات الطفل وتخطيط الأهداف المنهجية المنطقية التي تدعم نمو مهارات الطفل (Ning Sheng, 2011: 67).

وتكمن أهمية استخدام برنامج بورتاج مع الأطفال الصغار جدًا في سن الحضانه وما قبلها في محور تركيزها على بيئة الأسرة بصفة عامة وليس على الطفل فقط. على سبيل المثال: إن برنامج بورتاج للتدخل المبكر الذي يركز على الطفل في بيئة الأسرة له تأثيرات أكثر إيجابية من تلك البرامج التي تركز على الطفل فقط (Allen, 2013: 266-281).

فبرنامج بورتاج يساعد الأطفال الصغار ذوي المؤشرات المبكرة جدًا على الذاتية على اكتساب المهارات الوظيفية المفيدة في حياتهم، وهو يعتمد على أن اكتساب السلوك يتم من خلال الأنشطة التي تقوم على اللعب وعلى التعزيز الإيجابي وعلى التدرج في التعليم وعلى توافر الممارسة في السلوك (Bruder, 2011: 105-115).

كما يعتمد البرنامج على تحليل ورصد شامل لجميع مهارات النمو في الجوانب المعرفية والاجتماعية والحركية واللغوية والاعتماد على الأنشطة لتحقيق التنمية في هذه المجالات ورصد أداء الاطفال والتقدم به (Blackman, 2009: 11-19).

ويهدف برنامج بورتاج إلى مساعدة المتخصصين في مجال التربية، وعلم النفس، ومصممي برامج التدخل المبكر، والمتخصصين في مجال الطفولة في كيفية التخطيط للنمو، وتوظيف هذا التخطيط في تقديم الخدمات اللازمة للأطفال المعاقين وأسره. أيضًا، يهدف برنامج بورتاج إلى توفير وتنمية الأساليب التعليمية الموجودة بالبيئة لتحقيق أفضل الفرص للطفل والأسرة (De Moor & Van Waesberghe & Hosman & Jaeken & Miedema, 2008: 23-31).

كما أن برنامج بورتاج يعد برنامجا غير ربحي ولا يفرق في إمكانات تطبيقه بين المتعلم وغير المتعلم، ولا غني أو فقير، وبالتالي تعميم تطبيقه على تحسين مهارات الذاتويين

خصوصاً فيما يتعلق بالمهارات الحركية والمساعدة الذاتية والمعرفية واللغوية والنمو الاجتماعي (Brelt, 2014: 30-31).

وهنا نشير إلى دراسة (Estrada-Hernandez & Harper, 2015) بعنوان (Research on Portage Early Intervention Effectiveness with Young Children with Asperger and Autism: A Critical Review) (بحث حول استخدام برنامج بورتاج مع الأطفال الصغار ذوي الذاتوية والأسبرجر: استعراض ناقد للبحوث السابقة) حيث هدفت الدراسة إلى استعراض الأدبيات والبحوث المساندة لفاعلية استخدام برنامج التدخل المبكر بورتاج مع الأطفال الصغار من ذوي الذاتوية والأسبرجر في سن ٣ سنوات، وتكونت عينة البحث من (١٨) ورقة بحثية ومقال ورسالة علمية تم تجميعها من ٤ قواعد بيانات إلكترونية مهتمة بمجال الإعاقات منشورة خلال الفترة من ٢٠٠٩ - ٢٠١٤. كانت معايير اختيار العينة هي أن تكون العينة فيها أطفال صغار متوسط أعمارهم ٣ سنوات من ذوي الذاتوية أو الأسبرجر، وأن يكون قد تم الاعتماد فيها على استخدام برنامج التدخل المبكر بورتاج وقد تم تجميع البيانات باستخدام استمارة تحليل المحتوى، منهج دلفي الإحصائي وأظهرت التحليلات اتفاق أكثر من ٩١% من البحوث على كفاءة استخدام برنامج التدخل المبكر بورتاج كأداة تشخيصية وعلاجية للذاتوية والأسبرجر، أيضاً أظهرت التحليلات كفاءة بورتاج في تخطيط برامج التدخل الملائمة للأطفال ذوي الأسبرجر والذاتوية.

وصف برنامج "بورتاج"

دليل بورتاج للتعليم المبكر هو أحد مكونات نموذج تقديم الخدمة، والتي يشير إليها نموذج بورتاج وقد صمم نموذج بورتاج 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 (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ ب: ٦).



يتكون برنامج بورتاج من ثلاثة أجزاء:

(١) قائمة المراجعة، (٢) بطاقات الأنشطة، (٣) دليل التوجيهات حول كيفية استخدام القائمة وملف البطاقات في التقييم، تخطيط وتنفيذ المناهج.

١- قائمة المراجعة في برنامج "بورتاج"

تتكون قائمة المراجعة من خمسة مجالات إنمائية بالإضافة إلى قسم عن نمو الرضيع، ولا يعني تقسيم هذه المجالات أن كلا منها مستقل عن الآخر. بل إن التداخل ضروري بين جميع هذه المجالات، والسلوكيات التي قد تتكرر في أكثر من مجال للنمو تقيد باعتبارها تبين الاستعداد، أو المتطلبات المهارية الضرورية لقيام الطفل بالسلوك في المجال الآخر للنمو (Inciong, 2010, 89). وقد تم تمييز جوانب النمو في القائمة بألوان مختلفة تتفق كل منها مع اللون المميز لبطاقة الأنشطة.

وفيما يلي وصف لجوانب النمو الخمسة

(١-١) 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 يبتدىء بها الراشدون زادت بيئة التعلم ثراء.

(١-٢) 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 اضطرابات طيف التوحد على أن يتعامل بسهولة مع البيئة المحيطة، كما تساعد في جوانب النمو الأخرى، حيث

يتعلموا الأطفال 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 (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ ب: ١٠ - ١٣)

وهذا ما أثبتته دراسة (صفاء صالح، ٢٠٠٦) بعنوان (مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية الجوانب الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة) حيث هدفت الدراسة إلى قياس دور برنامج بورتاج في النمو الاجتماعي لدى 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 "بورتاج"- اختبار ذكاء الأطفال- بطارية اختبار بعض جوانب النمو لأطفال الروضة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في النمو الاجتماعي قبل وبعد تطبيق برنامج بورتاج.

(١ - ٣) **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 المحيطون به حاجاته 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 باضطرابات طيف التوحد، ستكون فاعليتها ضعيفة في استثارة النمو اللغوي، وتقدم الاقتراحات الواردة في قسم اللغة إرشادات لإنشاء بيئة تساند وتشجيع النمو اللغوي. (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ب: ١٣- ١٤)

(١- ٤) **مساعدة الذات** تركز فئة مساعدة الذات على السلوكيات التي تساعد الطفل التوحيدي أن يصبح قادراً 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 سعيداً مستقلاً في الأسرة والمجتمع، وتتبع السلوكيات المذكورة في هذا الجانب بشأن الجوانب الأخرى نمطاً إنمائياً متسلسلاً وقد تم ترتيب هذه السلسلة على أساس الخطوات الملائمة في تنمية سلوك معين على ضوء المستوى الحالي للطفل في الفهم والقدرة (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ب: ١٤)

وهذا ما أثبتته دراسة (زيزت أنور، ٢٠٠٧) بعنوان (مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة من ٥ إلى ٦ سنوات) حيث هدفت الدراسة إلى تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة من خلال تطبيق برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج" وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم (٥- ٦) سنوات واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: أستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي- اختبار رسم الرجل لجود أنف- مقياس المهارات الاجتماعية المصور- مقياس مهارات مساعدة الذات- برنامج بورتاج) وتوصلت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة التجريبية على أداء مقياس مهارات مساعدة الذات ومقياس المهارات الاجتماعية قبل وبعد تطبيق برنامج بورتاج.

(١-٥) النمو المعرفي

تشمل المعرفة أو التفكير أو القدرة على التذكر وعلى الرؤية أو الاستماع لأوجه التشابه والاختلاف وعلى تحديد العلاقات بين الأفكار والأشياء وعلى حل المشكلات، حيث تتم العمليات المعرفية داخل الطفل التوحدي، وعلى ذلك فإن ما يمكن قياسه منها يبني على ما يقوله أو يفعله وتقوم الذاكرة بتخزين المعلومات للتعرف عليها أو إعادتها، ويتذكر الطفل ويسمي 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 (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٧ب: ١٤ - ١٥).

وهنا نتطرق لدراسة (Spittle & Orton & Anderson & Boyd & Doyle, 2014). (Portage Early Developmental Intervention Programmes To Support Motor And Cognitive Outcomes In Infants With Autism Indicators) (فاعلية برنامج بورتاج في تدعيم العيوب الحركية والمعرفية لدى الأطفال الصغار ذوي المؤشرات على الذاتية) حيث هدفت الدراسة إلى استعراض فاعلية برنامج بورتاج للتدخل النمائي المبكر على دعم النمو الحركي والمعرفي للأطفال الصغار ما بين (٢-٣ سنوات) من ذوي مؤشرات طيف التوحد، وتكونت عينة البحث من مجموعة من البحوث والأدبيات تم تجميعها من ٦ دوريات علمية من تلك المنشورة خلال الفترة من ١٩٩٥-٢٠١٤. تم استخلاص ٣٧ بحثاً ومقالاً ورسالة علمية. كانت معايير الاختيار تتضمن استخدام برنامج بورتاج كأداة للتدخل المبكر وأن يكون سن الأطفال ما بين ٢-٣ سنوات، وأن يكون لديهم مؤشرات على الذاتية وفقاً لتقديرات الآباء، وتم تجميع البيانات باستخدام أداة RevMan لتحليل المحتوى، التوزيعات التكرارية لحالات تحسن النتائج الحركية والمعرفية للطفل وقد أسفرت التحليلات عن أن برامج التدخل (بورتاج) في الأدبيات ساهمت

في تحسين النتائج المعرفية للأطفال الصغار (انحراف معياري ٠.٣١، ومتوسط قياسي ٩٥%) أما بالنسبة للنتائج الحركية، أظهرت التحليلات فاعلية برنامج بورتاج تحسين النتائج الحركية للأطفال الصغار (انحراف معياري ٠.١٠، ومتوسط قياسي ٩٥%).

وبالنسبة لتحسين مجالات النمو السابقة فهذا ما أكدته دراسة (زيزت أنور، ٢٠١٢) بعنوان (برنامج مقترح لمعلمة رياض الأطفال لتنمية بعض المهارات لدى طفل الروضة من ٤: ٦ سنوات باستخدام برنامج بورتاج) حيث هدفت الدراسة إلى تنمية بعض مهارات مساعدة الذات، المهارات الاجتماعية، اللغوية والمعرفية لطفل الروضة من خلال تطبيق برنامج بورتاج، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفلاً وطفلة مقسمين إلى مجموعتين تتراوح أعمارهم (٤- ٦) سنوات وقد استخدم في الدراسة الأدوات التالية: مقياس مصور وبرنامج أنشطة للمهارات الاجتماعية، اللغوية والمعرفية- مقياس مصور وبرنامج أنشطة لمهارات مساعدة الذات- استمارة متابعة الطفل بالمنزل- برنامج بورتاج. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس مهارات مساعدة الذات، المهارات الاجتماعية، اللغوية والمعرفية قبل وبعد تطبيق برنامج بورتاج لصالح المجموعة التجريبية.

(١- ٦) **النمو الحركي** يهتم المجال الحركي بالحركات التآزرية 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 -أحياناً- 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. وأخيراً 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: ١٥).

وفي النهاية يجب أن نذكر دراسة (McPartland & Volkmar, 2015) بعنوان (Autism and Related Disorders Indicators Diagnosis and Intervention in Children at 3 Years Old Using Portage: An Analysis) (تشخيص مؤشرات

طيف التوحد بين الأطفال الصغار في سن ٣ سنوات والتدخل باستخدام برنامج بورتاج: دراسة تحليلية) هدفت الدراسة إلى فحص كفاءة استخدام برنامج بورتاج في دعم المسار النمائي للأطفال الذين يتم تشخيصهم بمؤشرات طيف التوحد والاضطرابات المتعلقة بها كالأسبرجر بين الأطفال الصغار، شارك في البحث عينة عمدية قوامها (٥٠) طفلاً وطفلة من ذوي المؤشرات المبكرة على الذاتوية والأسبرجر (٣٤ ذكراً، ١٦ أنثى) متوسط أعمارهم ما بين ٢.٥-٣ سنوات وفقاً لتقديرات ومخاوف الآباء في شمال كندا. تم تطبيق الأدوات على أفراد العينة مع ملاحظة نتائج الفحوصات التي أجريت على الأطفال وتم استخدام برنامج التدخل المبكر بورتاج، قائمة البروفيل النمائي للبرتاج، اختبار قائم على المعايير التشخيصية للذاتوية بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس وقد أظهرت التحليلات وجود علاقة موجبة دالة إحصائية (عند مستوى ٠.٠١) بين استخدام برنامج بورتاج وتحسن المسار النمائي للأطفال الذين يحملون مؤشرات وعلامات الذاتوية.

وهذه الدراسة تؤكد فاعلية برنامج بورتاج في تحسين مجالات النمو المختلفة لدى الطفل التوحدي (Layton, & Hao, 2014) بعنوان (Early Intervention for Indicators in Autism Spectrum Disorders Using Portage) (التدخل المبكر لمواجهة المؤشرات الأولية على اضطرابات الذاتوية باستخدام برنامج بورتاج) حيث هدفت الدراسة إلى فحص فاعلية الخصائص العلاجية لبرنامج بورتاج في مواجهة مؤشرات طيف التوحد وتعديل مسار النمو بين الأطفال الصغار في أستراليا، وتكونت عينة البحث من ٢٠ طفلاً تظهر عليهم

مؤشرات طيف التوحد في مركز لرعاية الطفل شرق أستراليا (متوسط العمر ما بين ٢-٣ سنوات). تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين متساويتين: مجموعة تجريبية تم معالجتها باستخدام برنامج بورتاج وأخرى ضابطة ظلت دون معالجة وتم تطبيق الأدوات والمقاييس التالية على أفراد العينة برنامج بورتاج (معدل ليناسب الأطفال في سن ٢-٣ سنوات من ذوي المؤشرات على الذاتية)، قائمة المؤشرات السلوكية للذاتوية (ABIC) وبطاقة ملاحظة استخدام بورتاج. تم التوصل من خلال التحليلات إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين نتائج النمو السوي بين أفراد المجموعتين نتيجة للتدخل باستخدام بورتاج، استمرت دلالة الفروق خلال التطبيقات البعدية لبطاقة الملاحظة، كما أظهرت الملاحظات توافق السمات التشخيصية لبرنامج بورتاج مع مواجهة مؤشرات اضطرابات طيف التوحد بين الأطفال الصغار، كما أوصت الدراسة بكفاءة استخدام برنامج بورتاج في دعم النمو النفسي والسلوكي والبدني للأطفال الصغار الذين يحملون مؤشرات طيف التوحد.

٢- **بطاقات الأنشطة** يعد 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 على مستوى العمر وتعريف مختصر للسلوك أو المهارة وأفكار متنوعة لمساعدة الطفل على تنمية المهارة.

وهذه الأفكار مجرد مقترحات ويمكن للأم أو للمعلمة أن يكون لديهما أفكار لاكتساب المهارة على نحو أفضل وتقدم العديد من البطاقات اقتراحات لأهداف تفصيلية تقوم على تحليل المهام أو تحليل المهمة بما يكفل تجزئتها إلى خطوات صغيرة كي يصبح من السهل على الطفل اكتساب المهارة، ويعتمد عدد الخطوات التي يحتاجها الطفل على مدى صعوبة العمل وعلى القدرات والمهارات المتوفرة لديه ويمكن أن يتحقق ذلك بالطرق التالية مما يشجع الطفل على النجاح: تغيير مستوى 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).

٣- دليل برنامج "بورتاج"

يتكون نموذج بورتاج من أربع مراحل، هي :

المرحلة الأولى: تخطيط الأهداف المنهجية الأسبوعية: يحتوي بورتاج على قائمة اختيار تساعد القائمين على البرنامج على تخطيط الأهداف المنشودة أسبوعياً.

المرحلة الثانية: التدريس خلال الزيارات الأسبوعية: يتم استخدام خرائط أنشطة بورتاج في العمل مع الطفل خلال الزيارات الأسبوعية وتسجيل تقدمهم فيها.

المرحلة الثالثة: تسجيل وتقييم الأهداف المنهجية: يتم تسجيل التغيرات الكمية والنوعية في سلوكيات الطفل على مدى الجلسات الأسبوعية أو من مرحلة لأخرى.

المرحلة الرابعة: تقييم أهداف المنهج.

يعتمد برنامج بورتاج على توظيف مبادئ التعلم الاجتماعي في تصميم الاستراتيجيات التعليمية. أيضاً، تتضمن مبادئ عمل برنامج بورتاج كل من النمذجة والتوضيح والتعزيز والتغذية الراجعة (4: Sangeeta & Pratibha, 2015; 82-269: Shearer, 2010).

كما يعتمد برنامج بورتاج على استخدام المعلومات من أدوات المتابعة والتقييم في تطوير أهداف أسبوعية أو نصف أسبوعية لكل طفل ذاتوي وأسرته.

وهنا نتطرق إلى دراسة (Kennedy, 2012) بعنوان (Efficacy Of Training

Parents To Use Portage Early Intervention Procedures To Reduce

Early Behavioral Signs of Autism Among Very Young Children) (فاعلية

تدريب الآباء على استخدام برنامج التدخل المبكر بورتاج كأساس في خفض المؤشرات

السلوكية على الذاتية بين الأطفال) حيث هدفت الدراسة إلى تدريب الآباء على تطبيق



إجراءات برنامج بورتاج مع الأطفال الذين يحملون المؤشرات السلوكية على الذاتية باستخدام برنامج تدريبي على مدى ١٠ أسابيع، شارك في البحث ٦ أمهات لأطفال يحملون مؤشرات سلوكية على الذاتية (متوسط أعمارهم ما بين ١.٨ إلى ٣ سنوات)، تم تدريبهم لمدة ٦ ساعات أعقبها ٣٢ ساعة من الخبرة العملية مع الإشراف الفردي المباشر في المنزل، وتم تجميع البيانات باستخدام البرنامج التدريبي على بورتاج، استمارة ملاحظة، تحليلات الفيديو وأظهرت التحليلات النتائج: استطاعت الأمهات تعلم المهارات اللازمة للتطبيق الفعالة لإجراءات برنامج بورتاج مع أطفالهم ذوي مؤشرات طيف التوحد، أظهرت استمارة الملاحظة وتحليلات الفيديو لتطبيق برنامج بورتاج مع الأطفال ذوي المؤشرات السلوكية للذاتوية زيادة استجابة الأطفال لمهام وأنشطة برنامج بورتاج، كما استنتجت الدراسة أن الآباء يمكنهم العمل على التعديل الفعال للسلوك وتعلم الأطفال الصغار الذين يحملون مؤشرات سلوكية على الذاتية من خلال التدريب والإشراف الملائم عن طريق متخصص مُدرب.

خامساً: نظريات دعم استخدام بورتاج مع الأطفال الصغار ذوي مؤشرات طيف التوحد

١- إطار العمل الأيكولوجي:

يشجع النموذج الأيكولوجي تضمين عناصر البيئة في برامج التدخل المبكر للأطفال الصغار، ومن بين أشهر الأمثلة على النموذج الأيكولوجي نموذج برونفينبرينر الحيوي الأيكولوجي. يبين برونفينبرينر في نموذجه أن أسر الأطفال الصغار الأقل من ٣ سنوات يجب أن يشتركوا في التدخل المبكر لتحقيق أهداف إيجابية لصالح الأطفال الصغار.

(Rasbash, 2010: 65)

عند تطبيق برنامج بورتاج مع الأطفال الصغار الأقل من ٣ سنوات، يتم مقارنة علاقات الطفل مع البيئة التي يعيش فيها، ومن ثم تضمين الأهداف الفردية داخل البرنامج لدعم كل من الأسرة والطفل (Pol & Ruiter, 2008: 98).

٢- النظرية الإجرائية:

تركز النظرية الإجرائية على أهمية تركيز برنامج التدخل ليس فقط على الطفل، لأن النمو لا يتحدد في مجمله عن طريق فرد واحد. في ضوء النظرية الإجرائية، تظهر نتائج نمو الطفل كنتيجة للتبادل المستمر للمعلومات بين الفرد وبيئته حتى عندما يكون سن الطفل صغيراً جداً (أقل من ٣ سنوات)، يستمر تبادل المعلومات بينه وبين البيئة (Pennings, 2010: 115).

في ضوء النظرية الإجرائية، يحتوي برنامج بورتاج على ثلاث استراتيجيات رئيسة لتعديل مسار النمو للأطفال الصغار

- العلاج: تركز هذه الاستراتيجية على تغيير سلوك أو المسار النمائي للطفل بمساعدة أحد الآباء أو المتخصصين. تهدف هذه العملية إلى جعل الطفل أكثر ملاءمة للمهارات والنتائج النمائية الملائمة.
- إعادة التحديد: تركز الاستراتيجية على تغيير أفكار وتوقعات الآباء حول الطفل، على النحو الذي يتم من خلاله تحسين التفاعل بين الطفل وولي الأمر.
- إعادة التعليم: يتم استخدام الاستراتيجية لتنمية المهارات لدى الطفل وتعليم الآباء حولها. تركز تلك المعالجات على التفاعلات المباشرة بين الآباء والطفل.

(O'Sullivan & Carr, 2009: 17-40)

٣- نموذج الأنظمة النمائية

يتم توجيه النموذج إلى الأنظمة مثل النموذجين السابقين. يوضح النموذج ضرورة تركيز التدخل ليس فقط على الطفل بل يجب أن يكون المنظور أكثر شمولاً ليشمل البيئة من أجل تحقيق مستويات نمو مثالية. يتضمن النموذج تضمين عملية التدخل المبكر في فهم الآليات النمائية التي تؤثر على نمو الطفل الصغير. يمثل النموذج إطار عمل ملائم لبرنامج بورتاج (Guralnick, 2011: 6-28; Kuczynski & Lollis, 2011: 445-462).

وهنا نتطرق لدراسة (Nanclares, 2014) بعنوان (Program Evaluation: An Analysis Of The Portage Intensive Home-Based Intervention Program For Young Children With Early Signs of Autism) (تقويم البرنامج: دراسة تحليلية لبرنامج بورتاج العلاجي المنزلي المكثف للأطفال الصغار الذين يحملون مؤشرات مبكرة للذاتوية) هدفت الدراسة إلى تحديد فاعلية استخدام برنامج بورتاج للتدخل المبكر مع الأطفال الصغار جدًا الذين يحملون مؤشرات طيف التوحد، وشارك في البحث عينة قوامها (١٤) طفلاً وطفلة متوسط أعمارهم ما بين ٢- ٢.٥ سنوات ممن يحملون مؤشرات طيف التوحد تبعًا للتشخيص الطبي المبكر، وأمهاتهم (١٤) أمًا متوسط العمر ما بين ٣٢- ٤٠ عامًا) وتم تجميع البيانات باستخدام مقياس النمو الشامل للطفل (CDC-C) وبطاقة ملاحظة سلوكيات الذاتوية (إعداد المؤلف) وقد أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس النمو الشامل للطفل ما بين قبل وبعد المعالجة باستخدام برنامج بورتاج كما توضح هذه النتائج أن برنامج بورتاج يمثل نموذج تدخل فعال، وأنه يمكن تكراره بنجاح من جانب المعالجين الآخرين العاملين بالمجال.

سادسًا: مراحل استخدام بورتاج في اكتشاف ودعم الأطفال الصغار ذوي أعراض الذاتوية: قام كل من "هوكيستر وأونيما مستيرت" بتعديل مراحل تطبيق برنامج بورتاج لتلائم الأطفال الصغار الأقل من سن ٣ سنوات ممن يُظهرون مؤشرات على الذاتوية. تم تصنيف المراحل كما يلي:

- ١- **مرحلة الإحالة:** يتم خلال هذه المرحلة تحديد مدى جدوى استخدام برنامج بورتاج للتدخل المبكر مع الأطفال الصغار ذوي مؤشرات طيف التوحد وأسرههم.
- ٢- **التقييم:** يتم الاعتماد على هذه المرحلة في جمع المعلومات حول الطفل الذي يحمل مؤشرات طيف التوحد وبيئة منزله من أجل تخصيص البرنامج ليلتئم احتياجاته. يتم

تجميع هذه المعلومات باستخدام الاختبارات القياسية والاستبيانات والملاحظات والزيارات التقييمية لبيئة المنزل.

٣- **تخطيط برنامج التدخل:** يحتوي برنامج بورتاج على العديد من الأدوات التي يمكن استخدامها في تخطيط وتوجيه عملية التدخل. يعتمد تخطيط برنامج بورتاج ليلائم احتياجات الأطفال على مجموعة من المجالات النمائية من بينها مجالات التحفيز الحسي والمجالات الاجتماعية واللغوية والمعرفية والحركية.

٤- **التدخل:** تعد هذه المرحلة بمثابة جوهر برنامج بورتاج.

٥- **الإبلاغ والتقييم:** يتم خلال هذه المرحلة استرجاع البيانات المجمعة خلال عملية التدخل لتقويم وتعديل التدخل بما يناسب احتياجات الطفل. يمكن استخدام بطاقات الأنشطة خلال هذه المرحلة لتقويم الأهداف العامة ومدى تحققها مع الطفل.

٦- **إعادة التقييم:** يتم في هذه المرحلة إعادة إكمال المقاييس والاستبيانات المستخدمة من قبل في مرحلة التقييم.

٧- **التقويم والتقرير النهائي:** يتم في هذه المرحلة كتابة التقرير النهائي حول كفاءة البرنامج في دعم الطفل ذي مؤشرات طيف التوحد (Hoekstra & Oenema-Mostert, 2011).

سابعاً: دور الوالدين في تطبيق برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

إن والديّ الطفل التوحدي هما الطبيبان الحقيقيان المعالجان لطفلهم، فهما يلعبان دورًا هامًا تجاه طفلهم الذاتوي من خلال تشجيعهما على 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 أيضًا مساعدة الوالدين من خلال تعليمهم استخدام الأساليب التعليمية الفعالة مع طفلهم الذاتوي، كيفية ضبط مشكلاته السلوكية وتطوير مهاراته في المنزل، ولذلك فإن مشاركة الوالدين في برامج



الطفل التوحيدي ووضع الأهداف التربوية والتدريبية له في الخطة التربوية والفردية تعد ضرورة هامة في مساعدة الطفل وضبط تطوره وتقدمه (سري محمد، ٢٠١٠: ٢٣١).

وتؤكد ذلك دراسة (سيدة أبو السعود، ٢٠٠٥) بعنوان (مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين لتنمية بعض مهارات طفل الأوتيزم) حيث هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي مقترح للوالدين لإرشادهم على كيفية التعامل مع أبنائهم في المنزل، تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال ذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ٨) سنوات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (مقياس تقدير مستوى نمو بعض مهارات طفل الأوتيزم- دليل ملاحظة سلوك الطفل ومعدل تكراره- البرنامج الإرشادي للطفل الأوتيزم- البرنامج الإرشادي لوالديّ طفل الأوتيزم) وأوضحت نتائج الدراسة بأن هناك فروقاً دالة إحصائية بين تطبيق البرنامج قبل وبعد على تحسن مهارات طفل الأوتيزم عينة الدراسة.

وهذا ما تدعمه دراسة (Claudia, 2009) بعنوان (Effects of a parent implemented intervention on initiating joint attention in children with autism) (استراتيجية التدخلات الوالدية على المبادأة بالانتباه المشترك عند الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد) حيث هدفت الدراسة إلى الوقوف على الآثار المترتبة على تدخل الوالدين على المبادأة بالانتباه المشترك عند أبنائهم، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣) أطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٢ - ٥) سنوات، كما اشتملت عينة الدراسة أيضاً على والديّ هؤلاء الأطفال، استخدمت الدراسة تدريب الوالدين على كيفية المبادأة بالانتباه المشترك، وتم ذلك في بيئتهم المنزلية وباستخدام مواد مألوفة لدى الأطفال في بيئاتهم من قبيل (كتب- أكواب)، وأظهرت نتائج الدراسة أن اثنين من الأطفال الثلاثة تعلموا مهارات الانتباه المشترك في مواقف جديدة ومتنوعة، كما أشارت أيضاً ضرورة الاعتراف بدور الوالدين الفعال.

وهذا ما أشارت إليه دراسة (أكرم إبراهيم، ٢٠١٣) بعنوان (تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات لخفض أعراض الذاتوية لدى أبنائهن) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج لتنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات لخفض أعراض الذاتوية لدى أبنائهن، كذلك الكشف عن مستويات الرعاية الوالدية لدى أمهات الأطفال الذاتويين وكذلك محاولة رفع كفاءة العلاقة بين الأم والطفل بما يحقق جواً نفسياً ملائماً لنمو الطفل، تكونت عينة الدراسة من (٨) أمهات لأطفال ذاتويين، استخدمت الدراسة الأدوات التالية (مقياس الطفل التوحيدي- مقياس جيليام لتشخيص التوحد- مقياس الرعاية الوالدية للطفل الذاتوي- مقياس السلوك التوافقي- برنامج لتنمية مهارات الرعاية الوالدية) أظهرت نتائج الدراسة فعالية كفاءة برنامج تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية للأمهات في خفض بعض أعراض الذاتوية لدى أبنائهن.

فروض البحث

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال بعد تطبيق برنامج "بورتاج" لصالح أطفال المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال بعد تطبيق برنامج "بورتاج" في اتجاه القياس البعدي.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال .

منهج البحث وإجراءاته

تعرض الباحثة هنا لإجراءات البحث من حيث: المنهج، العينة، الأدوات المستخدمة، الخطوات الإجرائية التي اتبعت في البحث الحالي والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

أولاً: منهج البحث استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي ذا المجموعتين المتكافئتين وذلك لمناسبته لأهداف البحث الحالي، حيث يعتبر المنهج شبه التجريبي من أكفأ وأفضل المناهج في اختبار صدق الفروض، والكشف عن العلاقات بين المتغيرات.

ويتميز المنهج شبه التجريبي بأنه المنهج الوحيد القادر على اختبار الفروض المتعلقة بالسبب والنتيجة؛ حيث لا يقتصر على مجرد وصف موقف أو تحديد حالة أو تاريخ حوادث ماضية، أو وصف ما هو موجود وقائم بالفعل، بل يتدخل هذا المنهج ليقوم متعمداً بمعالجة بعض العوامل المعينة تحت شروط مضبوطة بدقة، بهدف التحقق من كيفية حدوث الحالة، وأسباب حدوثها. فهو تغير متعمد ومضبوط بشروط محددة لحدث ما، لملاحظة التغيرات الناتجة عن هذا التغير وتفسيرها، وتقوم الباحثة في هذا المنهج بتناول متغير مستقل وملاحظة أثره على متغير تابع مع ضبط المتغيرات والعوامل الأخرى التي يمكن أن يكون لها علاقة بالظاهرة.

ثانياً: عينة البحث تم اختيار عينة البحث الحالي بطريقة عمدية تبعاً لطبيعة متغيرات البحث وهي من الأطفال المترددين على المركز حيث بلغ إجمالي عدد الأطفال (١٤ طفلاً) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢-٣) سنوات وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية وتكونت من (٧) أطفال من الذكور، المجموعة الضابطة وتكونت من (٧) أطفال من الذكور. وقد راعت الباحثة عدة شروط عند اختيارها لأفراد عينة البحث لزيادة إحكام البحث وضبطه، هي:

▪ أن يكون جميع الأطفال -عينة البحث- في المرحلة العمرية من (٢-٣) سنوات.

- أن يكون متوسطات رتب درجات الأطفال على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات تتراوح من (١١٦-١٤٥) درجة.
- ألا يعاني الأطفال-عينة البحث- من أية إعاقات عقلية.
- ألا يكون هناك أمراض أو اضطرابات أخرى.
- أن يكون القائم على رعاية الطفل لديه الرغبة في المشاركة في تطبيق الأنشطة مع الطفل.
- قامت الباحثة بإيجاد التكافؤ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني باستخدام اختبار مان ويتني كما يتضح من جدول (١) :

التكافؤ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني

(ن = ١٤)

المتغيرات	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	لدلالة	اتجاه الدلالة
العمر	المجموعة التجريبية	٧	٧.٠٧	٤٩.٥	٠.٣٩٢	دالة	-
الزمني	المجموعة الضابطة	٧	٧.٩٣	٥٥.٥			
	إجمالي	١٤					

ويتضح من جدول (١) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين.

- كما قامت الباحثة بإيجاد التكافؤ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد باستخدام اختبار مان ويتني كما يتضح من جدول (٢)

جدول (٢)

التكافؤ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

من حيث اضطرابات طيف التوحد (ن = ١٤)

المتغيرات	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
اضطرابات طيف التوحد	المجموعة التجريبية	٧	٧.٦٤	٥٣.٥	٠.١	غير دالة	-
	المجموعة الضابطة	٧	٧.٣٦	٥١.٥	٢٨	دالة	-
	إجمالي	١٤					

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث اضطرابات طيف التوحد مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين.

- ثم قامت الباحثة بإيجاد التجانس بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني باستخدام اختبار كا ٢ كما يتضح من جدول (٣)

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية

من حيث العمر الزمني باستخدام اختبار كا ٢ (ن = ٧)

المتغيرات	كا ٢	مستوى الدلالة
العمر الزمني	٠.٧١٤	غير دالة

يتضح من جدول (٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني مما يشير إلى تجانس هؤلاء الاطفال.

- كما قامت الباحثة بإيجاد التجانس بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من حيث اضطرابات طيف التوحد باستخدام اختبار كا ٢ كما يتضح من جدول (٤)

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية

من حيث اضطرابات طيف التوحد باستخدام اختبار كا^٢ (ن = ٧)

المتغيرات	كا ^٢	مستوى الدلالة
اضطرابات طيف التوحد	٠.٠١١	غير دالة

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب

درجات أطفال المجموعة التجريبية من حيث اضطرابات طيف التوحد مما يشير إلى تجانس هؤلاء الاطفال.

ثالثاً: أدوات البحث

استخدمت الباحثة الأدوات التالية في البحث:

١- قائمة تقدير المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات. (إعداد: الباحثة)

٢- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

وفيما يلي عرض تفصيلي لتلك الأدوات:

١- قائمة تقدير المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات:

قامت الباحثة بإعداد قائمة تقدير المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لعدم

توافر أدوات لقياسه تتناسب مع أطفال المرحلة العمرية (٢ - ٣) سنوات وخصائصهم النمائية.

١/١ هدف القائمة:الهدف من القائمة هو تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات.

وينبثق من هذا الهدف عدة أهداف فرعية:

- الكشف عن المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات.
- جمع المعلومات عن الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات الذين لديهم مؤشرات اضطرابات طيف التوحد.
- تحديد مستوى المهارات النمائية (المؤشرات الحركية- المؤشرات العقلية المعرفية- المؤشرات اللغوية- المؤشرات السلوكية- المؤشرات الاجتماعية- المؤشرات الانفعالية) لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات الذين لديهم مؤشرات اضطرابات طيف التوحد.
- تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف للمهارات النمائية لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات الذين لديهم مؤشرات اضطرابات طيف التوحد.

٢/١ مصادر إعداد القائمة:

اشتقت عبارات هذه القائمة من التراث السيكلوجي، بخاصة النظريات، الإسهامات النظرية والدراسات السابقة التي تناولت اضطرابات طيف التوحد. كما تم الاطلاع على عدد من المقاييس التي صممت لقياس بعض الأبعاد التي ترتبط باضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات، منها ذلك بهدف الاستفادة منها في أعداد القائمة الحالي.

- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Catherine Lord, Michael Rutter, 2012)
- Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 2013)
- The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers) (Allison, C., Baron-Cohen, S. Wheelwright, S., Charman, T., Richler, J., Pasco, G. and Brayne, C, 2008)
- Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders 4th edition. (American Psychiatric Association, 2000)

▪ الملف النفسرتبوي الإصدار الثالث (PEP 3)

(Schopler, Lansing, Reichler, Marcus. 2005)

▪ مقياس تقدير التوحد في الطفولة (CARS 2)

Eric Schopler, Mary E. Van Bourgondien, Glenna Janette Wellman, (Steven R. Love, 2010).

▪ بطارية تقدير الخصائص النمائية لطفل الروضة (سهير كامل، بطرس حافظ، ٢٠٠٩)

٣/١ وصف القائمة

تتكون القائمة من ستة أبعاد رئيسة تتفرع إلى ٥٨ بنداً فرعي تقيس المؤشرات الدالة على

اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات وذلك على النحو التالي:

البعد الأول: المؤشرات الحركية تشمل (المهارات الحركية الكبيرة- المهارات الحركية الدقيقة) وتتكون من ٨ بنود.

البعد الثاني: المؤشرات العقلية المعرفية تشمل (الانتباه- الإدراك- التذكر- التفكير) وتتكون من ٨ بنود.

البعد الثالث: المؤشرات اللغوية تشمل (اللغة الاستقبالية- اللغة التعبيرية) وتتكون من ٩ بنود.
البعد الرابع: المؤشرات السلوكية تشمل (السلوكيات النمطية- الأنشطة والاهتمامات) وتتكون من ١١ بنداً.

البعد الخامس: المؤشرات الاجتماعية تشمل (التفاعل الاجتماعي- التقليد والمحاكاة- اللعب) وتتكون من ١٢ بنداً.

البعد السادس: الخصائص الانفعالية تشمل (المشاعر وطريقة التعبير عنها- المشاركة الوجدانية) وتتكون من ١٠ بنود.

١/ ٤ تعليمات القائمة وإجراءات التطبيق

تقوم المعلمة أو الأم بملاحظة سلوك الطفل بدقة ووضع علامة (صح) أمام الاختيار

المناسب لسلوك الطفل وذلك من الاختيارات الثلاثة الآتية: دائماً- أحياناً- نادراً.

١ / ٥ تصحيح القائمة

جميع البنود تعطى نتائج (٣) أو (٢) أو (١) على النحو التالي:

تقدر درجة الطفل على متصل ثلاثي (٣-٢-١) حيث يحصل الطفل على ثلاث درجات في حالة قيامه الدائم بالسلوك، وعلى درجتين في حالة قيامه بالسلوك في بعض الأحيان، وعلى درجة واحدة في حالة ندرة قيامه بالسلوك.

(٣) درجات دائماً يلاحظ السلوك على الطفل.

(٢) أحياناً يلاحظ السلوك على الطفل.

(١) نادراً ما يلاحظ السلوك على الطفل.

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للقائمة بين (٥٨ - ١٧٤) درجة، حيث تتألف درجته الكلية من حاصل مجموع الدرجات التي يحصل عليها في كل اختيار من الاختيارات الثلاثة الموجودة أمام كل عبارة من عبارات القائمة، بنفس الطريقة يمكن الحصول على درجة كل بعد من الأبعاد الستة المتضمنة في القائمة.

١ / ٦ **تحكيم القائمة** قامت الباحثة بعرض القائمة في صورتها المبدئية على (١٠) محكمين من الأساتذة المتخصصين في مجال الطفولة، علم النفس، الصحة النفسية، التربية الخاصة، التربية والمناهج (أنظر ملحق ١) وذلك للحكم على ما يلي:

- مدى تحقق الأهداف المرجوة من القائمة،، مدى وضوح العبارات وملاءمتها لموضوع البحث،، مدى ملاءمة العبارات للمرحلة العمرية موضوع البحث.

نتائج تحكيم القائمة

اتفقت آراء السادة المحكمين على استخدام قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد للأطفال ما بين (٢- ٣) سنوات، أنها مناسبة لخصائص الأطفال في هذه المرحلة العمرية، كما اتفقوا على أن القائمة تحقق الأهداف التي صممت من أجلها، ولم يكن هناك اختلاف وضوح العبارات أو ملاءمتها لموضوع البحث. إلا أنه كان هناك بعض المقترحات

اتفق عليها السادة المحكمون والتي تم أخذها في الاعتبار وتم في ضوءها إجراء التعديلات اللازمة، إلى أن وصلت قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد إلى صورتها النهائية، وهذه المقترحات كانت كالتالي:

- بُعد المؤشرات اللغوية بدلاً من أن يكون الهدف هو التعرف على مهارات الاستماع تعدل لتصبح التعرف على مهارات التمييز السمعي ليكون هذا أكثر ملاءمة للمرحلة العمرية.
- إعادة ترتيب البنود الفرعية لكل من بُعد المؤشرات اللغوية والمؤشرات الاجتماعية.
- تعديل الصياغة اللغوية ببعض البنود حتى تتناسب وتلائم كل بُعد من أبعاد القائمة.
- الجزء الخاص بتصحيح القائمة بدلاً من "عدم قيامه بالسلوك" تعدل لتصبح "ندرة قيامه بالسلوك" ويوضح جدول (٥) التعديلات بناء على آراء السادة المحكمين.

جدول (٥) التعديلات التي قامت بها الباحثة بناء على آراء السادة المحكمين

لقائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد للأطفال ما بين (٢-٣) سنوات

الأبعاد	البنود	قبل التعديل	بعد التعديل	توصيف التعديل
المؤشرات الحركية	١	يمشي الطفل بطريقة غير طبيعية	يمشى الطفل بطريقة مختلفة عن أقرانه ممن هم في مثل سنه	تعديل
	٣	يجد الطفل صعوبة في الرقص على أنغام الموسيقى	يجد الطفل صعوبة في الحركة على إيقاع موسيقى	تعديل
المؤشرات العقلية المعرفية	٩	يصعب على الطفل الالتفات إلى صوت الجرس	يصعب على الطفل الانتباه إلى صوت الجرس أو الصفارة	تعديل
	١٠	يصعب على الطفل متابعة حركة لعبة بلاستيكية	يصعب على الطفل الانتباه لمتابعة حركة لعبة بلاستيكية بصرياً	تعديل
	١١	يجد الطفل صعوبة في النظر إلى وجه الآخرين عندما يتحدثون معه	يجد الطفل صعوبة في الانتباه إلى وجه الآخرين عندما يتحدثون معه	تعديل



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

تعديل	يبدو الطفل كالأصم (كأنه لا يسمع من يتحدث إليه)	لا يستمع الطفل لمن يتحدث إليه	١٧	المؤشرات اللغوية
تعديل	يصعب على الطفل ترديد بعض الأصوات مثال: تا تا- با با.	يصعب على الطفل ترديد بعض الأصوات (مثال: لا لا- دو دو)	١٨	
تعديل	يحرك الطفل جسمه للأمام وللخلف بطريقة متكررة	يحرك الطفل جسمه ذهابًا وإيابًا بطريقة متكررة	٢٩	المؤشرات السلوكية
تعديل وإضافة	يرتب الطفل ألعابه بدقة في صف منتظم	يحطم الطفل الألعاب عند اللعب بها	٤٧	المؤشرات الاجتماعية
تعديل	لا يخاف الطفل من المخاطر الطبيعية (الخوف من السقوط- الظلام)	رد فعل الطفل على المخاطر الطبيعية (الخوف من السقوط- الظلام) غير طبيعي	٥٨	المؤشرات الانفعالية

٧/١ الخصائص السيكومترية لقائمة تقدير المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد

لدى الأطفال ما بين (٢ - ٣) سنوات:

قامت الباحثة بتقنين القائمة على عينة قوامها ٣٠ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٢ - ٣)

سنوات من الملتحقين بالحضانات الأهلية ومراكز ذوي الاحتياجات الخاصة موزعين كما

يوضح جدول (٦)

جدول (٦)

توزيع عينة تقنين قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد للأطفال ما بين (٢ - ٣) سنوات

عدد الأطفال	المكان
٥ طفلا	حضانة النور الخاصة
٥ أطفال	حضانة النهي
٥ أطفال	مركز الاعاقات الذهنية
٣ أطفال	مركز المستقبل لذوي الاحتياجات الخاصة
٧ أطفال	حضانة سمارت أكاديمي
٥ أطفال	مركز رؤية لذوي الاحتياجات الخاصة

١ / ٨ صدق القائمة

١ / ٨ / ١ صدق المحكمين استخدمت الباحثة طريقة صدق المحكمين في تقدير صدق القائمة،
قد قامت الباحثة بإيجاد معاملات صدق المحكمين باستخدام معادلة (لاوش) Lawash
الإحصائية ويتضح ذلك من جدول (٧) :

جدول (٧)

معاملات صدق المحكمين باستخدام معادلة (لاوش)

الرقم	الأبعاد	معاملات صدق المحكمين
١	المؤشرات الحركية	٠.٩
٢	المؤشرات العقلية المعرفية	٠.٩
٣	المؤشرات اللغوية	٠.٩
٤	المؤشرات السلوكية	١
٥	المؤشرات الاجتماعية	١
٦	المؤشرات الانفعالية	٠.٩

يتضح من الجدول السابق أن نسبة الاتفاق بين المحكمين لكل بعد من أبعاد القائمة

تتراوح ما بين (١ - ٠.٩) وجميعها قيم دالة إحصائياً مما يشير إلى صدق القائمة.

١ / ٨ / ٢ الصدق العاملي: قامت الباحثة بإجراء التحليل العاملي التحقيقي لبنود الاختبار بتحليل المكونات الأساسية بطريقة هوتلنج على عينة قوامها ٣٠ طفلاً، وأسفرت نتائج التحليل العاملي عن تشعبات البنود بستة عوامل، الجذر الكامن لها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر وهي دالة إحصائياً ثم قامت الباحثة بتدوير المحاور بطريقة فاريمكس Varimax وتوضح جداول (٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣) التشعبات الخاصة بهذه العوامل بعد التدوير.



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

جدول (٨)

التشبعات الخاصة بالبُعد الأول (المؤشرات الحركية)

رقم العبارة	البنود	التشبعات
١	يمشي الطفل بطريقة مختلفة عن أقرانه ممن هم في مثل سنه	٠.٧٧
٢	ينتقل الطفل من مكان إلى آخر بصعوبة	٠.٧٥
٣	يجد الطفل صعوبة في الحركة على إيقاع موسيقي	٠.٧٢
٤	يواجه الطفل صعوبة عند حمل كرة	٠.٦٥
٥	يجد الطفل صعوبة في قذف كرة على بعد متر واحد على الأقل	٠.٦١
٦	يجد الطفل صعوبة في بناء برج من ٤-٥ مكعبات	٠.٦٠
٧	يجد الطفل صعوبة في التقاط حلوى صغيرة	٠.٥٥
٨	يصعب على الطفل الشخبطة بالقلم	٠.٤١
الجزر الكامن		٣.٢٩

يتضح من جدول (٨) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر

من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

جدول (٩)

التشبعات الخاصة بالبُعد الثاني "المؤشرات العقلية المعرفية"

رقم العبارة	البنود	التشبعات
٩	يصعب على الطفل الانتباه إلى صوت الجرس أو الصفارة.	٠.٧٢
١٠	يصعب على الطفل الانتباه لمتابعة حركة لعبة بلاستيكية بصرياً.	٠.٧١
١١	يجد الطفل صعوبة في الانتباه إلى وجه الآخرين عندما يتحدثون معه.	٠.٦٩
١٢	يصعب على الطفل تمييز الأشياء مثال: كرة- قلم.	٠.٦٤
١٣	يصعب على الطفل تنفيذ ما يطلب منه مثال: أحضر لي اللعبة.	٠.٦٣
١٤	تنقص الطفل قدرة التعرف على أجزاء جسمه مثال: اليد- الرأس.	٠.٥٥

٠.٥١	يصعب على الطفل إيجاد قطعة حلوى مخبأة تحت كوب.	١٥
٠.٤٢	لا يستطيع الطفل أن يضع الأشكال الهندسية في أماكنها المناسبة.	١٦
٣.٠٤	الجزر الكامن	

يتضح من جدول (٩) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

جدول (١٠)

التشبعات الخاصة بالبعد الثالث "المؤشرات اللغوية"

رقم العبارة	البنود	التشبعات
١٧	يبدو الطفل كالأصم (كأنه لا يسمع من يتحدث إليه)	٠.٦٥
١٨	يصعب على الطفل ترديد بعض الأصوات مثال: لا لا- دو دو.	٠.٥٥
١٩	يجد الطفل صعوبة في ترديد بعض الكلمات مثال: جدو- قطة.	٠.٥٤
٢٠	يصعب على الطفل استخدام الإشارات للحصول على المساعدة	٠.٥٠
٢١	يصعب على الطفل استخدام الكلمات للتعبير عن رغبته في شيء	٠.٤٩
٢٢	يتحدث الطفل بكلمات مفردة	٠.٤٥
٢٣	يكرر الطفل بعض الكلمات مراراً وتكراراً	٠.٤٤
٢٤	يتكلم الطفل بطبقة صوت مرتفعة	٠.٤٢
٢٥	يتكلم الطفل بنبرة ووتيرة واحدة	٠.٤٠
الجزر الكامن		٢.٠٧

يتضح من جدول (١٠) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.



جدول (١١)

التشبعات الخاصة بالبعد الرابع "المؤشرات السلوكية"

رقم العبارة	البند	التشبعات
٢٦	يطيل الطفل النظر نحو الأنوار و الأشياء الملونة	٠.٥٦
٢٧	يقاوم الطفل التغيير في الأثاث، الملابس والطعام.	٠.٥
٢٨	يرفرف الطفل بيديه	٠.٤٩
٢٩	يحرك الطفل جسمه للأمام وللخلف بطريقة متكررة	٠.٤٥
٣٠	يمشي الطفل على أطراف أصابعه دائماً	٠.٤٥
٣١	يحك الطفل جلده مرارًا وتكرارًا	٠.٤٢
٣٢	يلف الطفل حول نفسه وحول الغرفة بشكل متكرر	٠.٤
٣٣	يتعرف الطفل على الأشياء من خلال لمسها بصورة متكررة	٠.٤
٣٤	يقرب الطفل الأشياء من فمه ويتذوقها ويمرر اللسان فوقها	٠.٣٥
٣٥	يتعرف الطفل على الأشياء من خلال شمها	٠.٣٥
٣٦	يغضب الطفل بشدة لدرجة إيذاء ذاته والآخرين	٠.٣٣
الجزر الكامن		٢.٠٥

يتضح من جدول (١١) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها

أكبر من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

جدول (١٢)

التشبعات الخاصة بالبعد الخامس "المؤشرات الاجتماعية"

رقم العبارة	البند	التشبعات
٣٧	يجد الطفل صعوبة في الاستجابة عند سماع اسمه بالنظر والاتفات	٠.٤٢
٣٨	يلعب الطفل بمفرده	٠.٤
٣٩	تنقص الطفل القدرة على الابتسام كاستجابة لابتسام الآخرين له	٠.٤
٤٠	يفشل الطفل في إبداء الإيماءات الاجتماعية مثال: الإشارة باي باي.	٠.٣٨
٤١	يصعب على الطفل لعب لعبة ارتداء ملابس الكبار وتقليدهم	٠.٣٥
٤٢	ينزعج الطفل عندما يقوم أحد بحمله ومعايقته	٠.٣١
٤٣	يواجه الطفل صعوبة في الاستجابة للأصوات العالية ويستجيب للأصوات المنخفضة	٠.٣١
٤٤	لا يستطيع الطفل التصفيق بيديه مقلداً الآخرين	٠.٣١
٤٥	يصعب على الطفل تقليد بعض الحركات البسيطة	٠.٣١
٤٦	يلعب الطفل بألعابه عن طريق صفها بطريقة منتظمة	٠.٣١
٤٧	يرتب الطفل ألعابه بدقة في صف منتظم	٠.٣
٤٨	ينشغل الطفل بجزء من اللعبة مثال: عجلة السيارة.	٠.٣
الجزر الكامن		١.٤٢

يتضح من جدول (١٢) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

جدول (١٣)

التشبعات الخاصة بالبعد السادس "المؤشرات الانفعالية"

رقم العبارة	البند	التشبعات
٤٩	يعاني الطفل من قصور في إظهار انفعالاته (فرح- حزن- قلق)	٠.٣٩
٥٠	يعاني الطفل من تغيير مفاجئ في الحالة المزاجية بطريقة حادة.	٠.٣٩



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

٠.٣٨	يضحك ويبكي الطفل دون سبب واضح	٥١
٠.٣٨	يجد الطفل صعوبة في التعبير عن حالته الانفعالية (حزين- سعيد)	٥٢
٠.٣٨	يصعب على الطفل أن يبدي تعاطفًا مع الآخرين عندما يتألمون.	٥٣
٠.٣٨	يصعب على الطفل إظهار سعادة عندما يصفق له الآخرون.	٥٤
٠.٣٥	لا يكثر الطفل عندما يتم مدحه ولا يشعر بالانزعاج عندما يتم توبيخه	٥٥
٠.٣٤	يواجه الطفل صعوبة في إبداء الاستجابة الانفعالية اللفظية	٥٦
٠.٣٣	يخاف الطفل من أشياء عادية لا يخاف منها من هم في نفس سنه	٥٧
٠.٣	لا يخاف الطفل من المخاطر الطبيعية (الخوف من السقوط- الظلام)	٥٨
١.٣٢	الجزر الكامن	

يتضح من جدول (١٣) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

٩/١ معاملات الثبات: معامل الثبات (ألفا) بطريقة كرونباخ قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لقائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد بإيجاد معامل ألفا بطريقة كرونباخ وذلك على عينة قوامها ٢٦ طفلاً كما يتضح في جدول (١٤)

جدول (١٤) معاملات الثبات (ألفا) لقائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد بطريقة كرونباخ

الأبعاد	معامل الثبات (ألفا)
المؤشرات الحركية	٠.٨٩
المؤشرات العقلية المعرفية	٠.٨٨
المؤشرات اللغوية	٠.٨٧
المؤشرات السلوكية	٠.٩٠
المؤشرات الاجتماعية	٠.٨٨
المؤشرات الانفعالية	٠.٨٩
الدرجة الكلية	٠.٨٩

يتضح من جدول (١٤) ان قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات القائمة.

٢- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

البرنامج المنزلي للتدخل المبكر لتدريب أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "بورتاج" هو مشروع تعليمي للتدخل المبكر يطبق على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منذ الميلاد وحتى سن ٩ سنوات، ويقوم المشروع بتدريب الأم على كيفية تعليم طفلها والتعامل معه، لذا فهو برنامج تثقيفي للأمهات يؤهلهن ليصبحن المدرسات الحقيقيات لأطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة، ويطبق البرنامج على الأم والطفل داخل المنزل لأنه أكثر ملاءمة للطفل وبيئته، ويقوم هذا البرنامج على زيارة الأم والطفل مرة في الأسبوع لمدة ساعة وربع الساعة.

يخدم المشروع الأطفال الذين يعانون من التأخر في النمو العقلي والحركي، والشلل الدماغي البسيط والمتوسط، ويستثني الإعاقات الشديدة، والصم، والمكفوفين.

١ / ٢ أهداف البرنامج:

- تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل بيئة الطفل المألوفة (المنزل).
- الاكتشاف المبكر للإعاقة وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل النمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في أصغر سن ممكنة.
- إشراك الأهل المباشر في العملية التدريبية والتعليمية لطفلهم، وهي إحدى الوسائل الفعالة للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي تساعد على التكيف في حياته اليومية.
- تزويد الأم بالتدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية لرعاية طفلها.
- تقديم مناهج تتلاءم والثقافة المحلية متضمنة مواضيع في التعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس.
- تطبيق الخطوات العملية للبرنامج دون إرباك ترتيبات الحياة اليومية للأسرة.

- تحديد نقاط الضعف والقوة لدى الطفل المعوق بهدف تصميم برنامج خاص به مبنيا على المعرفة الحالية لقدراته بالتعاون مع الأم.
- استخدام منهج متسلسل من حيث التطور ويستخدم كأداة للتعليم.

٢ / ٢ عناصر البرنامج:

لقد أثبت مشروع "بورتاج النموذجي" الذي يتبعه البرنامج المتزلي للتدخل المبكر فعالية في دول العالم النامية بالنسبة لأهالي الأطفال المعوقين وتزويدهم بالخبرات والمهارات الأساسية التي لها التأثير الهام في النواحي التعليمية والتطويرية، وحين ترجم إلى العربية فإن القليل من التعديلات وجدت ضرورية لتقابل الاختلافات الحضارية.

٢ / ٣ الفئات المستفيدة: الأطفال من الولادة إلى سن التاسعة، أهالي الأطفال وأقربائهم والأهالي في الحي نفسه، العاملون في مؤسسات وجمعيات المعوقين.

٢ / ٤ مواصفات البرنامج:

▪ إن إحدى مزايا البرنامج المتزلي للتدخل هو الوصول إلى الأطفال المعوقين صغيري السن في مختلف أماكن سكنهم مهما بعدت، وإضافة إلى أن المدرسة المتزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى ١٥ عائلة أسبوعياً. لذلك كلما زاد عدد المدرسات في البرنامج زادت عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة، وذلك إما بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملاءمة البرامج المقدمة في المؤسسة لإعاقة الطفل، وأهم من كل ذلك عدم قدرة المؤسسات التي تقدم الخدمات إلى الأطفال المعوقين على استيعابهم جميعاً إلى جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال وخاصة الفقراء منهم دفع التكاليف الباهظة التي تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

▪ إن هذا البرنامج يستثمر أيضاً في تكوين العامل البشري المتدرب والمؤهل، فالعاملات في البرنامج لا يستلزم أن تكن حاصلات على شهادات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها.

٥ / ٢ أنواع المساعدات **Kinds of help**: هناك عدة أنواع من المساعدات وهي: المساعدات الجسمية. **physical help** المساعدات بالنظر. **visual help** المساعدات اللفظية. **verbal help**

٦ / ٢ خطوات الزيارة المترتبة.

- الاستعداد المسبق للزيارة كتحضير أوراق النشاط والأدوات المستعملة لتنفيذ الأهداف.
- الوصول في الوقت المحدد ثم التأكد من وجود الأم أو من يقوم بالتدريس ومن أن الطفل على استعداد من الناحية الصحية.
- الجلوس مع الأم والطفل حيث تقوم المدرسة بعمل مخالطة اجتماعية مع الأم أولاً حيث تسألها عن صحة الطفل، طريقة استيعابه للأهداف السابقة وهل أتم التدريب عليها أم لا والأسباب، ثم تقوم بملاعبة الطفل والكلام معه بطريقة ودية لجذب اهتمامه وتهيئته نفسياً لوجودها.
- تأخذ المدرسة أوراق النشاط السابقة التي كانت مع الأم وتقوم بأخذ الدرجة النهائية لكل هدف حتى تتأكد من إتقانه وإنجازه له.
- إعطاء الطفل فترة راحة وذلك بعمل مخالطة مع الطفل عن طريق لعبة أو حركات تنشيطية لكي يستعيد نشاطه وذلك حسب الطفل وحسب نوع إعاقته.
- تشرح المدرسة الهدف الجديد للأم وذلك بعد إعداد أدواته بحيث تجعلها تفهم الغرض منه ومدى أهميته من جميع النواحي.
- تقوم المدرسة بأخذ الخط القاعدي لكي تتأكد من مدى مقدرة الطفل على تعلم هذا الهدف وإتقانه، ثم تقوم بعمل نموذج أمام الأم عن كيفية تدريس الهدف ووسيلة التشجيع وكيفية التسجيل وذلك عملياً على أن تقوم الأم بعمل نموذج أمامها.
- تقوم بالمناقشة واستطلاع رأي الأم بالهدف والتأكد من فهمها لورقة النشاط وذلك إما أن تقرأه الأم أو تقرأه المدرسة لها مع شرحه.

▪ تقوم المدرسة بتسجيل الأهداف التي أعطيت للطفل في ورقة التقرير الأسبوعي وذلك بعد سؤال الأم عن الأهداف التي تختارها لتقوم المدرسة بتدريسها ومدى إمكانية تنفيذ تلك الرغبات بناء على ما سبق وسجل في قائمة اختبار السلوك.

٧ / ٢ أنواع التقييم في برامج التدخل المبكر تقيم رسمي Formal assessment، تقيم غير رسمي Informal assessment، تقيم منهجي Curriculum assessment. تقيم مستمر Ongoing assessment.

١ / ٧ / ٢ التقييم الرسمي formal assessment هو اختبار الصورة الجانبية لتطوير الطفل developmental profile يشتمل التقييم الرسمي على sheet يسجل فيها كل ما يحصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح والنقير النفسى، وهذا الاختبار مكتوب ومدون ومقنن ولا يمكن تغيير بنوده، ويطبق هذا الاختبار مرتين في السنة، في بداية السنة للتعرف على مناطق القوة والضعف التي يعاني منها الطفل وتحديد ما يعرفه وما لا يعرفه، وفي نهاية السنة التدريسية وذلك لمعرفة مدى تقدم الطفل واستفادته مما تم تدريسه له خلال هذه السنة، ويقاس هذا الاختبار العمر العقلي في القدرات التالية:

- العمر الجسمي physical age ويتحدد من خلال قياس النمو والتطور الجسماني وقوة العضلات والقدرة على القيام بمجموعة من المهارات الحركية مثل القفز على قدم واحدة أو بكلتا قدميه أو يستعمل المقص أو يقذف الكرة لشخص كبير أمامه.

- العمر في المساعدة الذاتية self help age ويتحدد من خلال قياس مقدرة الطفل على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس في الأكل والملبس وقضاء احتياجاته الخاصة.

- العمر في المخالطة الاجتماعية social age ويتحدد من خلال قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين من أقارب وصداقة مع الكبار وكذلك حسن التصرف في المواقف الاجتماعية التي يواجهها الطفل.

- **العمر المعرفي الأكاديمي والإدراكي academic age or cognitive age**. ويتحدد من خلال قياس القدرات الخاصة للأطفال قبل سن المدرسة من حيث التعليم المعرفي وغيره من الأمور الحسابية مثل قدرة الطفل على أن يرسم خط رأسي أو يتعرف على مفهوم العددين ٣ و ٦ أو يشير إلى الألوان أو يرسم علامة + أو مثلث أو مربع.

- **العمر في مجال الاتصال communication age**. ويتحدد من خلال قياس المهارات الخاصة بلغة تعبيرية أو استقبالية سواء بالإشارة أو بالهمهمات وغير لفظية وقد تكون كلامية أو مكتوبة.

وهذه القائمة يسجل فيها كل ما حصل عليه الطفل من مهارات فشل أو نجاح بطريقة مختصرة.

- وهذا الاختبار مقنن ولا يمكن التغيير فيه مع مراعاة البنود التالية:
- تقوم المدرسة بتطبيق اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل في الزيارة الأولى.
- تقوم بمناقشة نتائج الاختبار مع المشرفة.
- تقوم الأخصائية النفسية بمراجعة نهائية للاختبار مع كل من المشرفة والمدرسة.
- تقوم المدرسة بكتابة تقرير مختصر عن نتيجة الاختبار وتسجيل العمر العقلي للطفل في كل قدرة من القدرات بالإضافة إلى ذكر بعض المهارات التي يعرفها الطفل باختصار كما وردت في اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل.
- في حالة وجود شك في دقة تنفيذ الاختبار تقوم الأخصائية النفسية بعمل اختبار آخر لنفس الطفل في أقرب فرصة للتوصل إلى نتيجة دقيقة تتناسب مع قدرات الطفل.

أ- **طريقة تطبيق الاختبار:** يحدد الصندوق الذي يحتوي على العمر الزمني للطفل ثم نرجع للخلف بلوكين للطفل المعوق أما الطفل الطبيعي فترجع بلوك واحد فقط.



تبدأ المدرسة المترلية في التأكد من قدرة الطفل على تأدية بعض المهارات الموجودة في الاختبار من خلال الأسئلة التي تقوم بتوجيهها إلى الأم مع تنفيذ بعض الأسئلة وتجربتها مع الطفل كلما أمكن ذلك للحصول على أدق النتائج.

وتستمر المدرسة في وضع العلامة (الدائرة) على السؤال الصحيح مستمرين في النزول إلى أسفل حتى تقابل أول فشل ثم نصد مرة ثانية حتى تحصل على بلوكين نجاح، بعد ذلك تنزل إلى أول فشل قابلها وتستمر في النزول إلى أن تحصل على بلوكين فشل فتتوقف.

ب- التقرير النفسي: يشتمل على نتائج اختبار الصورة الجانبية لتطور الطفل + موجز عن المهارات التي يعرفها الطفل.

ج- الأدوات اللازمة لاختبار الصورة الجانبية:

ألوان شمع، أوراق، مقصات، مكعبات ملونة، صور لأحداث، بطاقات عليها صور، قصة أطفال، كرة كبيرة، كرة متوسطة الحجم، كرة تنس، أقلام رصاص، بطاقة مرسوم عليها دائرة قطرها ٥ سم، بطاقة مرسوم عليها مثلث، بطاقة مرسوم عليها مربع، قفل بمفتاح، حلوى أو لبان، حبل للقفز، بطاقات للحروف، بطاقات للأعداد، مجلات مصورة ليتم القص منها، قطعة قماش، أزرار، قطعة قماش بكبسونات، قطعة قماش بسوستة، قطعة قماش برياط حذاء، دائرة مطبوعة بحجم عملة فضة، عملات معدنية بقيم مختلفة، عجلات معدنية بأحجام مختلفة، أدوات من المنزل، جوارب وحذاء، كوب للشرب، ملعقة وشوكة وطبق، سكين سفرة وطعام طري يمكن فرده لعمل سندويتش، درج، صورة للطفل، معطف أو قميص.

٢ / ٧ / ٢ التقييم غير الرسمي **Informal assessment** هو عبارة عن ملاحظة دقيقة وطويلة تقوم بها المدرسة لسلوك الطفل ويبدأ من بداية السنة التدريسية حتى نهايتها، وتستفيد المدرسة من هذه الملاحظة في وضع الخطة التعليمية للطفل وكيفية التعامل معه.

٢ / ٧ / ٣ التقييم المنهجي Curriculum assessment من أدوات هذا التقييم

أ- كراسة الاختبار Checklist

وهو كراسة اختبارات السلوك ويطبق في الزيارة الثانية للمدرسة وهو المنهج الذي يتم تدريسه، ولكل طفل checklist خاص به ويكتب عليه: اسم الطفل - اسم المدرسة - تاريخ ميلاده - السنة الدراسية، ويشتمل على خمس مناطق تعليمية five core areas: socialization. المخالطة الاجتماعية.

- المجال الإدراكي. -cognitive المجال الاتصالي language.، المساعدة الذاتية. self help المجال الحركي. motor، تنشيط الطفل الرضيع infant stimulation.

ب- بطاقة الكروت card file وهي بطاقات موضحة ومفسرة تلجأ إليها المدرسة حين يصعب عليها تفسير هدف من منطقة من المناطق التعليمية الموجودة في كراسة اختبارات السلوك checklist، تحتوي على نفس الأهداف الموجودة. وعليها تدريس الهدف وليس من الضروري التقيد بجميع البنود الموجودة في البطاقة بل اختيار ما يلائم قدرات الطفل وبيئته.، كما عليها اتباع ما يلي:

- تحديد المنطقة التعليمية التي اختير منها الهدف.، تحديد رقم الهدف.
- إظهار البطاقة المحتوية على الهدف وكذلك البطاقة التي تسبقها أو التالية لها ووضعها في شكل رأسي حتى يسهل إرجاع البطاقة المحتوية الهدف إلى مكانها.

ج- التقييم اليدوي Manual وهو كتيب يوجد به معلومات معينة عن البرنامج وطرق تنفيذه.

٢/٧/٤ التقييم المستمر Ongoing assessment وسيستمر من بداية السنة التدريسية

حتى نهايتها ومن أدواته:

أ- ورقة النشاط activity chart تبقى مع الأم حيث تقوم بتدريس طفلها خلال الأسبوع وفقا لنظام متبع ومتعارف عليه بين الأم والمدرسة المنزلية.

ب- التقرير الأسبوعي **weekly report** ويحتوي على ملاحظات الأسرة والتي تشمل مدى تجاوب الطفل أثناء تدريسه للأهداف خلال الأسبوع الماضي وكذلك مقترحات الأم والصعوبات التي واجهتها خلال التعليم.

- ملاحظات المدرسة ويدور حول الطفل والأم والجو العام المهيأ للتدريس أثناء الزيارة المنزلية.
- معلومات عن حالة الطفل الصحية والسلوكية.
- جدول بالأنشطة التي تركت عند الأم وتشمل الهدف والخط القاعدي ووسيلة التشجيع وهل هو جديد أم مستمر، وهو من أساسيات عمل المشرفة لمتابعة خطة سير العمل مع الطفل حيث يتم فيها تسجيل الهدف والخط القاعدي له ثم تاريخ البدء به ومقترحات الأسرة تحت بند الملاحظات وتاريخ إنجاز الهدف و فقا لما ورد في التقرير الأسبوعي لكل زيارة منزلية.

٢ / ٨ محتوى البرنامج تكون البرنامج من (١٦) جلسة بمعدل جلسة أسبوعياً ومدة الجلسة (٣٠-٤٠) دقيقة.

الأسبوع الأول (تمهيدي): حيث تم اللقاء مع القائم على رعاية الطفل (الأمهات) للتعارف وإطلاعهم على ماهية البرنامج وأهدافه ومحتواه وكيفية تطبيق أنشطة البرنامج في المنزل.

الأسبوع الثاني والثالث: تضمن تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد، اختبار الصورة الجانبية (التقييم الرسمي) الخاص ببرنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج" وذلك لتحديد الخط القاعدي في كل مجال نمائي لكل طفل.

من الأسبوع الرابع إلى الأسبوع التاسع عشر: تضمن تطبيق جلسات البرنامج وعددهم (١٦) جلسة وكان يطبق بكل جلسة (٧-٨) أنشطة متنوعة كما روعي أن تحتوي كل جلسة

على خمسة مجالات نمو وهي (التنشئة الاجتماعية- النمو اللغوي- مساعدة الذات- النمو المعرفي- النمو الحركي) مقسمة كالتالي:

- مجال التنشئة الاجتماعية تم تطبيق ٤٦ نشاطاً بواقع ٣ أنشطة في الجلسة الأسبوعية.
- مجال النمو اللغوي تم تطبيق ٢٠ نشاطاً بواقع نشاط واحد إلى نشاطين في الجلسة الأسبوعية.
- مجال مساعدة الذات تم تطبيق ٢٤ نشاطاً بواقع نشاط واحد إلى نشاطين في الجلسة الأسبوعية.
- مجال النمو المعرفي تم تطبيق ١٥ نشاطاً بواقع نشاط واحد في الجلسة الأسبوعية.
- مجال النمو الحركي تم تطبيق ٢٠ نشاطاً بواقع نشاط واحد إلى نشاطين في الجلسة الأسبوعية.

الأسبوع العشرون: تضمن تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد وكذلك

اختبار الصورة الجانبية الخاص ببرنامج "بورتاج".

٩ / ٢ الحدود الزمنية للبرنامج

أستغرق تطبيق البرنامج (١٦) أسبوعاً على مدار أربعة أشهر، يسبقهما أسبوعاً تمهيدياً ويليه القياس القبلي باستخدام المقاييس وقد استغرق أسبوعين، ويلحق بهما القياس البعدي ويستغرق أسبوعاً، بذلك تصبح مدة التطبيق خمسة أشهر -أي أستغرق- (٢٠) أسبوعاً.

١٠ / ٢ أساليب التقويم المستخدمة في البرنامج

- أ- التقويم القبلي: وهو القياس القبلي وتم من خلال تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد واختبار الصورة الجانبية قبل البدء في تطبيق البرنامج.
- ب- التقويم البعدي: وهو القياس البعدي وتم من خلال إعادة تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد واختبار الصورة الجانبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.



ج- التقويم التتبعي: وهو القياس التتبعي حيث يتم إعادة تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد واختبار الصورة الجانبية بعد مرور فترة زمنية (٣٠ يوماً) من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

رابعاً: خطوات البحث الإجرائية

- ١- تجميع المادة العلمية من نظريات، إسهامات نظرية ودراسات سابقة مرتبطة بموضوع البحث.
- ٢- إعداد بعض من أدوات القياس الخاصة بالبحث متمثلة في قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال ما بين (٢-٣) سنوات.
- ٣- إجراء الدراسة الاستطلاعية للتأكد من توافر الشروط السيكومترية لبعض أدوات القياس بالبحث.
- ٤- تحديد عينة البحث، الشروط الواجب توافرها فيهم وأماكن تواجدهم.
- ٥- إجراء الدراسة الميدانية من خلال تطبيق قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال
- ٦- إيجاد التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة.
- ٧- إيجاد التجانس بين أطفال المجموعة التجريبية.
- ٨- إجراء القياس القبلي لعينة البحث وقد استغرق أسبوعين.
- ٩- تطبيق البرنامج لمدة استغرقت أربعة أشهر.
- ١٠- إجراء القياس البعدي واستغرق أسبوعاً.
- ١١- إجراء القياس التتبعي بعد مرور فترة زمنية (٣٠ يوماً) من تطبيق البرنامج.
- ١٢- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الوصول إليها.
- ١٣- تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء التراث النظري ودراسات سابقة.

خامسًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة

- طريقة المكونات الأساسية Principal Components لهوتلنج Hoteling.
- اختبار الفا كرونباخ Cronbach's Alpha Test.
- اختبار مان - ويتنى Mann-Whitney.
- معادلة (لاوش) Lowshe.

نتائج البحث ومناقشتها

أولاً: الفرض الأول : ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات بعد تطبيق برنامج "بورتاج" لصالح أطفال المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان - ويتنى Mann-Whitney كما هو موضح في جدول (١٥)

جدول (١٥)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية و متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد(ن=١٤)

المتغيرات	القياس التجريبية - الضابطة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
المؤشرات الحركية	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	٧ ٧	٦.٧١ ٨.٢٩	٤٧ ٥٨	٠.٧٣١	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات العقلية المعرفية	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	٧ ٧	٥.٧٩ ٩.٢١	٤٠.٥ ٦٤.٥	١.٥٥٦	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية



المؤشرات اللغوية	المجموعة التجريبية	٧	٥.١٤	٣٦	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات السلوكية	المجموعة الضابطة	٧	٩.٨٦	٦٩	٢.١٥٤	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات الاجتماعية	المجموعة التجريبية	٧	٤.٨٦	٣٤	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات الانفعالية	المجموعة الضابطة	٧	١٠.١٤	٧١	٢.٤٢	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات الاجتماعية	المجموعة التجريبية	٧	٤.١٤	٢٩	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
المؤشرات الانفعالية	المجموعة الضابطة	٧	١٠.٨٦	٧٦	٣.٠٠٥	لصالح المجموعة التجريبية
الدرجة الكلية	المجموعة التجريبية	٧	٦.٠٧	٤٢.٥	١.٢٩٢	لصالح المجموعة التجريبية
	المجموعة الضابطة	٧	٨.٩٣	٦٢.٥	مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	المجموعة التجريبية	٧	٤.٠٧	٢٨.٥	دالة عند مستوى ٠.٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	المجموعة الضابطة	٧	١٠.٩٣	٧٦.٥	٣.٠٧٧	لصالح المجموعة التجريبية

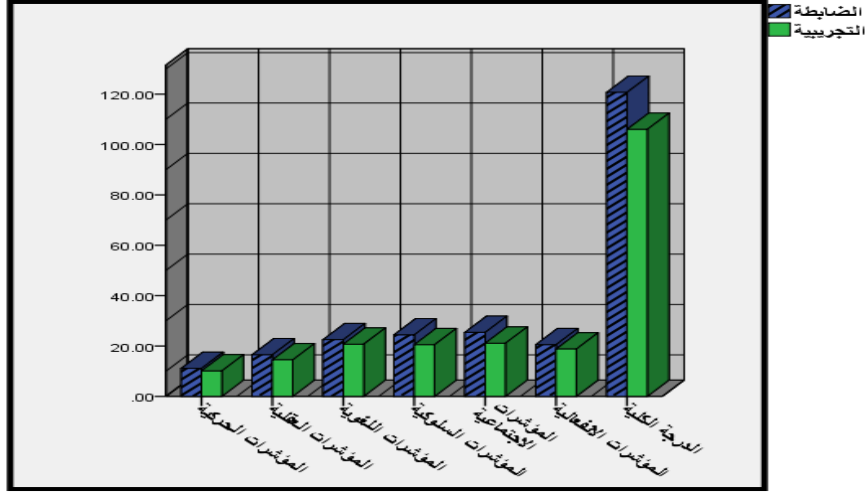
$$Z = 1.96 \text{ عند مستوى } 0.05$$

$$Z = 2.58 \text{ عند مستوى } 0.01$$

وتشير نتائج الجدول على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠١) لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

ويوضح شكل (١) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية و متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد



شكل (١)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية و متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد

تفسير نتائج الفرض الأول:

نمو الطفل عملية ديناميكية، معقدة وتستند على التطور البيولوجي، النفسي والاجتماعي، إذ تشكل السنوات الأولى من عمر الطفل مرحلة وجود حاسمة، فيها تتكون الكفايات، المهارات، السلوك، الحركة، المعرفة، اللغة والوجدان ثم الكفاية الاجتماعية التي تؤدي كلها إلى تفاعل متوازن مع العالم المحيط.

وتعزي الباحثة وجود الفروق بين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة إلى عدة أسباب: أولهما تعرض أطفال المجموعة التجريبية إلى برنامج تدخل مبكر في سن صغيرة ولأسيما من سن سنتين إلى ثلاث سنوات، فكلما كان هناك تدخل مبكر خاصة للأطفال الذاتويين كلما كان هناك تسهيل أو تدعيم لنمو هؤلاء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في

الوقت المناسب قبل أن تؤدي الإعاقة أو الاضطراب إلى تغيير أو ربما هدم نموهم وإمكاناتهم في المستقبل، بالإضافة إلى الوقاية أو الحد من ظهور الإعاقات الثانوية، فقد رأت الباحثة أن هذه المرحلة العمرية هي مرحلة خصبة، مناسبة ومن الممكن أن تؤثر في عملية اكتساب الأطفال لما يقدم لهم من أنشطة فتجعل التعلم الإنساني أسهل وأسرع، وبالتالي لها دور وتأثير في المراحل العمرية الأكبر، وكان هذا أيضًا رأي الأمهات اللاتي شاركن في عملية التطبيق فكانوا في أمس الحاجة لتقديم الدعم لأبنائهن في هذه المرحلة العمرية المبكرة التي تعتبر من مراحل النمو الحرجة التي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها، حيث عبرت معظم الأمهات عن مشاعر قلة الحيلة التي يحسونها عند معرفتهم بما يعانيه الطفل، كما أنهم في الوقت نفسه لم يتمكنوا من الحصول على أية مساعدة أو إرشادات تساعد أطفالهن في هذه السن، فذلك كان الهدف من هذا التدخل هو محاولة تقديم المساعدة لهؤلاء الأطفال في سن صغيرة من أجل تحسين قدراتهم وإمكاناتهم والتي بدورها يمكن أن تؤدي إلى خفض بعض الخصائص والسلوكيات الخاصة باضطرابات طيف التوحد.

وتؤكد الدراسات على أن السنوات الأولى تعتبر من أهم مراحل النمو التي توجد بها فترات حرجة أو حساسة للتعلم يكون فيها الطفل أكثر قابلية واستجابة لخبرات التعلم، فعملية بدء برامج التدخل في سن مبكر مع الطفل التوحيدي له فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديه، كما يتيح أيضًا فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، ويتيح فرص للطفل الذاتي لعملية الاكتساب، كما أن السنوات الأولى من حياة الأطفال الذين لم تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضًا (بهاء الدين جلال، ٢٠١٣: ٣١ - ٣٤).

كما وجدت الباحثة أن من ثاني أسباب وجود هذه الفروق بين المجموعتين هو تعرض أطفال المجموعة التجريبية لبرنامج التنمية الشاملة بالتحديد، فكما نعرف أن الأطفال الذاتويين يمتازون بخصائص تجعل من إمكانية تقديم برامج تدخل مبكر عملية صعبة حيث إن هؤلاء

الأطفال لا يتكيفون مع التغيير في الروتين، كذلك صعوبة الحصول على انتباههم وإثارتهم وهذا ما تفاداه برنامج البحث الحالي.

كما رأت الباحثة احتمالية نجاح تطبيق برنامج "بورتاج" مع الأطفال الذاتويين واحتمالية فعاليته في تحسين مجالات نموهم المختلفة. فبرنامج "بورتاج" من برامج التدخل المبكر التي تقوم على أسس علمية والتي من شأنها تنمية جميع جوانب النمو من خلال الأنشطة التي يتم تقديمها داخل بيئة الطفل المألوفة والتي تزوده بالمهارات اللازمة للتكيف في حياته اليومية دون إرباك لحياته الروتينية، وهذا ما وجد عند تطبيق أنشطة برنامج "بورتاج" مع الأطفال الذاتويين والتي من خلالها تسبب في حدوث تطور في مهارات أطفال المجموعة التجريبية مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة، ومنها أولاً مجال التنشئة الاجتماعية ومهارات 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 الذي يعاني من اضطرابات طيف التوحد على أن يتعامل بسهولة 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.

ثانياً النمو اللغوي 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 نمطاً ثابتاً 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



لمهارات اللغوية بين مهارات التعبير ومهارات التلقي رغم أن كليهما موجود في القائمة، ويحتاج الطفل أن يسمع اللغة 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 حاجاته 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 باضطرابات طيف التوحد، ستكون فاعليتها ضعيفة في استثارة النمو اللغوي، وتقدم الاقتراحات الواردة في قسم اللغة إرشادات لإنشاء بيئة تساند وتشجع النمو اللغوي.

ثالثاً مساعدة الذات تركز فئة مساعدة الذات على السلوكيات التي تساعد الطفل التوحيدي 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.

رابعاً النمو المعرفي يشمل المعرفة أو التفكير أو القدرة على التذكر وعلى الرؤية أو الاستماع لأوجه التشابه والاختلاف، وعلى تحديد العلاقات بين الأفكار والأشياء، وعلى حل المشكلات، حيث تتم العمليات المعرفية داخل الطفل التوحيدي وعلى ذلك فإن ما يمكن قياسه منها يبنى على ما يقوله أو يفعله وتقوم الذاكرة بتخزين المعلومات للتعرف عليها أو إعادةتها، ويتذكر الطفل ويسمي 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.

خامساً النمو الحركي يهتم المجال الحركي بالحركات التآزرية 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 - ١٥)

ثالثاً: الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢ - ٣) سنوات بعد تطبيق برنامج "بورتاج" في اتجاه القياس البعدي

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن

Wilcoxon كما يتضح في جدول (١٧)



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

جدول (١٧) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج و بعد

التطبيق على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد (ن = ٧)

المتغيرات	القياس (القبلي - البعدي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة	اتجاه الدلالة
المؤشرات	الرتب السالبة	١	١.٥	١.٥			
الحركية	الرتب الموجبة	٥	٣.٩	١٩.٥	١.٨٩٧	غير دالة	-
	الرتب المتساوية	١					
المؤشرات	الرتب السالبة	-	-	-			في اتجاه
العقلية	الرتب الموجبة	٧	٤	٢٨	٢.٤١	دالة عند	القياس
المعرفية	الرتب المتساوية	-				مستوى	البعدي
					٠.٠٥		
المؤشرات	الرتب السالبة	١	٣.٥	٣.٥			
اللغوية	الرتب الموجبة	٦	٤.٠٨	٢٤.٥	١.٨٠٧	غير دالة	-
	الرتب المتساوية	-					
المؤشرات	الرتب السالبة	١	٢	٢			في اتجاه
السلوكية	الرتب الموجبة	٦	٤.٣٣	٢٦	٢.٠٥٨	دالة عند	القياس
	الرتب المتساوية	-				مستوى	البعدي
					٠.٠٥		
المؤشرات	الرتب السالبة	-	-	-			في اتجاه
الاجتماعية	الرتب الموجبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٨٨	دالة عند	القياس
	الرتب المتساوية	-				مستوى	البعدي
					٠.٠٥		
المؤشرات	الرتب السالبة	-	-	-			في اتجاه
الانفعالية	الرتب الموجبة	٧	٤	٢٨	٢.٤٠١	دالة عند	القياس
	الرتب المتساوية	-				مستوى	البعدي
					٠.٠٥		
الدرجة	الرتب السالبة	-	-	-			في اتجاه
الكلية	الرتب الموجبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٧٥	دالة عند	القياس
	الرتب المتساوية	-				مستوى	البعدي
					٠.٠٥		

$Z = 1.96$ عند مستوى ٠.٠٥

$Z = 2.08$ عند مستوى ٠.٠١

وتشير نتائج الجدول إلى ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات في "المؤشرات الحركية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج".
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات في "المؤشرات العقلية المعرفية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاه القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات في "المؤشرات اللغوية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج".
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات في "المؤشرات السلوكية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاه القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات في "المؤشرات العقلية الاجتماعية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاه القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى

الأطفال (٢- ٣) سنوات في "المؤشرات العقلية الانفعالية" بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاه القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لقائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢- ٣) سنوات بعد تطبيق برنامج "بورتاج" عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاه القياس البعدي.

كما قامت الباحثة بإيجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي و البعدي للبرنامج على

قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد كما يتضح في جدول (١٨)

جدول (١٨)

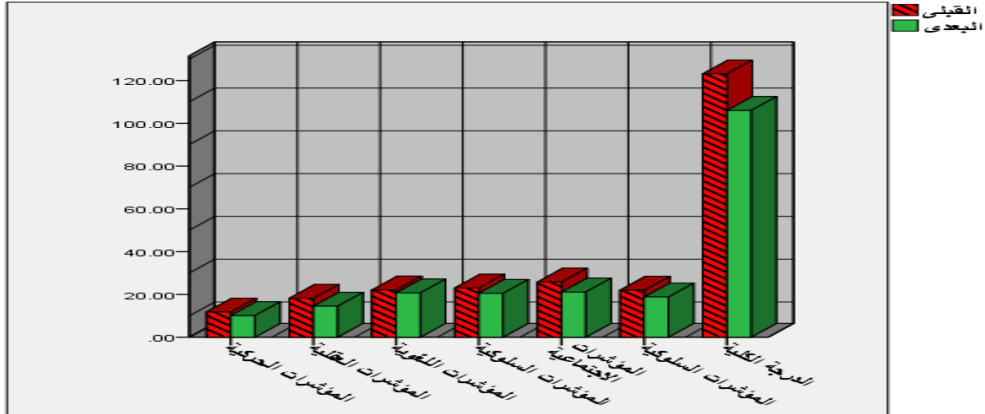
نسبة التحسن بين القياسين القبلي و البعدي للبرنامج

على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد

المتغيرات	متوسط القياس البعدي	متوسط القياس القبلي	نسبة التحسن
المؤشرات الحركية	١٠.١٠	١١.٨	%١٤.٤
المؤشرات العقلية المعرفية	١٤.٥٠	١٨.٢	%٢٠.٣
المؤشرات اللغوية	٢٠.٧٠	٢٢.١	%٦.٣
المؤشرات السلوكية	٢٠.٥٠	٢٣	%١٠.٨
المؤشرات الاجتماعية	٢١.١٠	٢٥.٨	%١٥.٢
المؤشرات الانفعالية	١٨.٨٠	٢٢	%١٤.٥
الدرجة الكلية	١٠٦.٠٠	١٢٣.١	%١٣.٩

ويوضح الشكل التالي الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل

تطبيق البرنامج و بعد التطبيق على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد.



شكل (٢)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد

الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات"

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن

Wilcoxon كما يتضح في جدول (٢٠)



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

جدول (٢٠) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي

على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد (ن = ٧)

المتغيرات	القياس البعدي و التتبعي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
المؤشرات الحركية	الرتب السالبة	١	٢	٢	٠.٤٤٧	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	١	١	١			
	الرتب المتساوية	٥					
المؤشرات العقلية المعرفية	الرتب السالبة	٤	٣.٢٥	١٣	١.٥١٨	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	١	٢	٢			
	الرتب المتساوية	٢					
المؤشرات اللغوية	الرتب السالبة	٤	٢.٥	١٠	١.٨٩	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	-		-			
	الرتب المتساوية	٣					
المؤشرات السلوكية	الرتب السالبة	٣	٣.٥	١٠.٥	-	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	٣	٣.٥	١٠.٥			
	الرتب المتساوية	١					
المؤشرات الاجتماعية	الرتب السالبة	٥	٣.٦	١٨	١.٦٦٧	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	١	٣	٣			
	الرتب المتساوية	١					
المؤشرات الانفعالية	الرتب السالبة	-	-	-	١.٨٤١	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	٤	٢.٥	١٠			
	الرتب المتساوية	٣					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٥.٣٨	٢١.٥	١.٢٧٥	غير دالة	-
	الرتب الموجبة	٣	٢.١٧	٦.٥			
	الرتب المتساوية	-					

$Z = 1.96$ عند مستوى 0.05

$Z = 2.58$ عند مستوى 0.01

وتشير نتائج جدول (٢٠) إلى ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات".

تفسير نتائج الفرض الثالث

تعزي الباحثة عدم وجود الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي إلى أنه قد حدث تحسن في المجالات النمائية المختلفة (الحركية- اللغوية- العقلية المعرفية- الاجتماعية- السلوكية- الانفعالية) لدى هؤلاء الأطفال الذاتيين ولكن كان هذا التغيير طفيفاً فلم يعط دلالات إحصائية تشير إلى أنه تم تعلم مهارات جديدة أدت إلى الحد من بعض مؤشرات اضطرابات طيف التوحد الأخرى، وهذا لا يقلل من فاعلية البرنامج المستخدم، فيمكن أن نرجع هذا إلى بعض الأسباب منها: فبالنسبة للمؤشرات الحركية نرى أنه لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال سواء كان في القياس القبلي أو البعدي أو القياس التتبعي من تطبيق البرنامج، وهذا يرجع إلى أن الأطفال يتمتعون بمهارات حركية طبيعية يتمتع بها من هم في نفس عمرهم.

أما بالنسبة للمؤشرات اللغوية أيضاً لم يكن هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال سواء كان في القياس القبلي أو البعدي أو القياس التتبعي من تطبيق البرنامج، وهذا يرجع إلى أن طبيعة المهارات اللغوية صعب الحصول فيها على نتائج مرضية في فترة زمنية قصيرة وهي فترة تطبيق البرنامج بل تحتاج إلى أنشطة أكثر وتمارين أكثر دقة وارتباطاً بمجال النمو اللغوي ووقت أطول للحصول على التقدم والتحسين المطلوب.

أما بالنسبة لكل من المؤشرات (العقلية المعرفية، الاجتماعية، السلوكية والانفعالية) فنرجع عدم وجود الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في القياسين



البعدي والتتبعي لقصر الفترة الزمنية التي تتم بين القياسين، وكذلك وجود بعض المؤشرات التي من الصعب الحد منها خلال فترة تطبيق البرنامج فقط، إنما تحتاج إلى وقت أطول للحصول على التحسن المطلوب في كل مجال من المجالات السابقة الذكر، كذلك عدم المتابعة الدورية مع الأمهات أدى إلى قلة اهتمامهم بالمدائمة بنفس القوة التي كانوا يقومون بها أثناء تطبيق أنشطة البرنامج مما أدى إلى عدم التحسن الملحوظ لمهارات أطفال المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

بناءً عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة تقدير مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات".

خلاصة النتائج

١- فاعلية برنامج "بورتاج" ونجاحه في الحد من مؤشرات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال (٢-٣) سنوات.

٢- يلائم برنامج البورتاج آباء ومقدمي الرعاية للأطفال الذاتويين أو من يحملون مؤشرات طيف التوحد، حيث يفيد البرنامج في تقييم سلوكيات الطفل وتخطيط الأهداف المنهجية المنطقية التي تدعم نمو مهارات الطفل.

٣- تكمن أهمية استخدام برنامج البورتاج مع الأطفال الصغار جداً في سن الحضانه وما قبلها في محور تركيزها على بيئة الأسرة بصفة عامة وليس على الطفل فقط وهذا له تأثيرات أكثر إيجابية من تلك البرامج التي تركز على الطفل فقط.

٤- برنامج بورتاج يساعد الأطفال الصغار ذوي المؤشرات المبكرة جداً على الذاتية على اكتساب المهارات الوظيفية المفيدة في حياتهم، وهو يعتمد على أن اكتساب السلوك يتم من خلال الأنشطة التي تقوم على اللعب وعلى التعزيز الإيجابي وعلى التدرج في التعليم وعلى توافر الممارسة في السلوك.

٥- يعتمد البرنامج على تحليل ورصد شامل لجميع مهارات النمو في الجوانب المعرفية، الاجتماعية، الحركية واللغوية والاعتماد على الأنشطة لتحقيق التنمية في هذه المجالات ورصد أداء الأطفال والتقدم به.

٦- يهدف برنامج بورتاج إلى مساعدة المتخصصين في مجال التربية، علم النفس، مصممي برامج التدخل المبكر، والمتخصصين في مجال الطفولة في كيفية التخطيط للنمو، وتوظيف هذا التخطيط في تقديم الخدمات اللازمة للأطفال المعاقين وأسرهم.أيضًا، يهدف برنامج البورتاج إلى توفير وتنمية الأساليب التعليمية الموجودة بالبيئة لتحقيق أفضل الفرص للطفل والأسرة.

٧- يعد برنامج البورتاج غير ربحي ولا يفرق في إمكانات تطبيقه بين المتعلم وغير المتعلم، ولا بين غني أو فقير، وبالتالي تعميم تطبيقه على تحسين مهارات الذاتيين خصوصًا فيما يتعلق بالمهارات الحركية والمساعدة الذاتية والمعرفية واللغوية والنمو الاجتماعي.

توصيات البحث

في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة بما يلي:

- يجب أن يبدأ التدخل مبكرًا بقدر المستطاع (في سن عامين أو ما قبلها) بعد اكتشاف المؤشر أو المشكلة.
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حدة.
- تعد بيئة المنزل أكثر البيئات والمواقف ملاءمة لتطبيق برنامج التدخل المبكر. يجب أن يشارك الآباء بنشاط في عملية التدخل المبكر.
- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال الذاتيين.



المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أسامة فاروق، السيد كامل. (٢٠١١). سمات التوحد. عمان: دار المسيرة.
- أسامة مدبولي. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج TEACH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- أشواق محمد. (٢٠٠٧). تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي "الذاتوي". رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- أكرم إبراهيم. (٢٠١٣). تنمية بعض مهارات الرعاية الوالدية لخفض أعراض الذاتوية لدى أبنائهن. رسالة دكتوراه. كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس.
- إبراهيم الزريقات. (٢٠١٢). التدخل المبكر "النماذج والإجراءات". ط(٣). عمان: دار المسيرة.
- إبراهيم جابر. (٢٠١٠). الفلسفة النمائية. القاهرة: مؤسسة طيبة.
- إبراهيم عبد الله. (٢٠١٢). التدخل المبكر "النماذج والإجراءات". دار المسيرة. عمان
- إيهاب محمد. (٢٠١٢). الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية "دراسة سيكولوجية". القاهرة: زهراء الشرق.
- بهاء الدين جلال. (٢٠١٣). منهج هيلب وبوب للمعاقين ذهنياً المرحلة العمرية "٠ - ١٨ سنة". القاهرة: مكتبة دار العلوم.
- جمال عبد الناصر. (٢٠١١). الطفل التوحدي بين الواقع والمأمول "برامج علاجية وسلوكية". القاهرة: مكتبة مصر العربية.
- حسام أحمد. (٢٠١١). علم نفس النمو. القاهرة: مؤسسة إيتراك.
- خالد النجار. (٢٠٠٦). التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة "المهارات، الأنشطة وأوجه الدعم". الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

- خالد النجار. (٢٠١٤). إعاقات النمو الشامل. القاهرة: دار طيبة.
- ذكية محمد. (٢٠١٢). فاعلية برنامج "علاج وتعليم الأطفال الذاتويين وغيرهم من الأطفال ذوي اضطرابات التواصل" لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذاتويين في مرحلة ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.
- رشا حامد. (٢٠١١). فاعلية استخدام برنامج بورتاج في تنمية بعض المهارات المعرفية واللغوية
- رشاد عبد العزيز. (٢٠٠٨). علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- زيزت أنور. (٢٠٠٧). مدي فاعلية برنامج بورتاج في تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة من ٥ إلى ٦ سنوات. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- زيزت أنور. (٢٠١٢). برنامج مقترح لمعلمة رياض الأطفال لتنمية بعض المهارات لدى طفل الروضة ٤: ٦ سنوات باستخدام برنامج بورتاج. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- زينب شقير، محمد سيد. (٢٠٠٩). اضطراب التوحد. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- ساجدة مصطفى. (٢٠١٤). كل شيء عن رعاية الطفل والتعليم المبكر "مصدر شامل للمتخصصين في رعاية الأطفال". عمان: دار الفكر.
- سحر سيد. (٢٠٠٩). الموسيقى وذوي الاحتياجات الخاصة "التوحد". الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- سري محمد. (٢٠١٠). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
- سعدية بهادر. (٢٠٠٥). نموذج بورتاج للتدخل المبكر. الكويت: دار البحوث العلمية.
- سليمان عبد الواحد. (٢٠١٠). سيكولوجية الفئات الخاصة "رؤية في إطار علم النفس الإيجابي". القاهرة: مؤسسة طيبة.



- سماح قاسم. (٢٠٠٦). فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحيدي. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.
- سهير كامل. (٢٠٠٩). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
- سهير كامل. (٢٠١٥). اضطرابات الطفولة المبكرة "تأخر النمو والإعاقات". الرياض: شركة خبراء التربية للتعليم والتدريب.
- سوسن شاكر. (٢٠١٠). التوحد "أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه". ط (٢). عمان: دار دبيونو.
- السيد عبد القادر. (٢٠١٤). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الجوهرة.
- شيماء محمد. (٢٠١٢). تنمية المفاهيم الإدراكية باستخدام أنشطة اللعب لدى الأطفال الذاتويين. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- صائب كامل، زياد كامل، شريف عبد الله، فوزية عبد الله، مأمون محمد، وائل محمد، أخرون. (٢٠١٣). أساسيات التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- صفاء صالح. (٢٠٠٦). مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية الجوانب الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- عادل عبد الله. (٢٠١٠). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الرشاد.
- عادل عبد الله. (٢٠١٠). مقدمة في التربية الخاصة. القاهرة: دار الرشاد.
- عبده سعيد. (٢٠١٤). فاعلية برنامج تدريبي للمربيات في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- علي أحمد، عبد الله عبد الظاهر. (٢٠١٣). التدخل المبكر واستراتيجيات الدمج. الرياض: دار الزهراء.

عماد مخيمر. (٢٠١١). علم النفس الارتقائي "بحوث معمقة في مراحل تنمية الجوانب الإيجابية في الشخصية ما قبل الولادة- الطفولة المبكرة، الوسطى والمتأخرة". القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عمرو محمد. (٢٠١٣). تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال الذاتيين وأسرهم. رسالة دكتوراه، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.

فاتن عبد اللطيف. (٢٠٠٩). صحة الطفل ورعايته. الرياض: دار الزهراء.

فاطمة الزهراء أحمد. (٢٠١٢). فاعلية استخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تخفيف حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال الذاتيين. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.

فتحية محمد ، سلوي عمر (٢٠١٧) المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها ، مجلة الاندلس للعلوم الانسانية والاجتماعية، مج ٤، ع ١٥٤، ص ص ٣٧٤-٤٠١٩

فوزية الجلامدة. (٢٠١٥). قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في "Dsm4, Dsm5". عمان: دار المسيرة.

قحطان أحمد. (٢٠٠٩). التوحد. عمان: دار وائل.

كامبيون كوين. (٢٠٠٩). ١٠٠ سؤال وجواب حول التوحد (ترجمة: إيفيرا منصور). بيروت: دار الكتاب العربي.

كريمان بدير. (٢٠٠٨). تقويم نمو الطفل. عمان: دار الفكر.

كريمان بدير. (٢٠١٠). الأسس النفسية لنمو الطفل. ط (٢). عمان: دار المسيرة. لدى الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

لمياء عبد الحميد. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.



- لورا شربيمان. (٢٠١٠). التوحد بين العلم والخيال. (ترجمة: فاطمة عياد). الكويت: عالم المعرفة.
- محمد خطاب. (٢٠٠٩). سيكولوجية الطفل التوحد. عمان: دار الثقافة.
- محمد علي. (٢٠١٤). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. طنطا: مكتبة ابن سينا.
- محمد عودة. (٢٠١٥). تشخيص وتنمية مهارات الطفل التوحد. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- محمود عودة. (٢٠٠٩). علم النفس التطوري. القاهرة: الشركة العربية المتحدة.
- محمود عودة، رمضان إسماعيل. (٢٠٠٨). نمو الطفل ورعايته. القاهرة: الشركة العربية المتحدة.
- مصطفى نوري. (٢٠١٥). اضطرابات التوحد "الأسباب، التشخيص، العلاج ودراسات علمية". ط (٢). عمان: دار المسيرة.
- ممدوح الكتاني وحسن الموسوي. (٢٠١١). سيكولوجية الطفولة المبكرة "الخصائص والمشكلات". ط (٢). عمان: مكتبة الفلاح.
- مورين آرونز، تيسا جتسين. (٢٠٠٨). الأوتيزم: المشكلة والحل "العلاج الأمثل لمرض التوحد". ط (٢). القاهرة: دار الفاروق.
- نايف الزارع. (٢٠١٤). اضطراب التوحد "المفاهيم الأساسية وطرق التدخل". عمان: دار الفكر.
- نايفة بن عابدين. (٢٠٠٥). قائمة تقدير السلوك التوحد "مقياس خاص بفئة التوحد مطور علي بيئة عربية". عمان: دار الفكر.
- هشام إبراهيم، صفاء غازي، أيمن أحمد، خالد محمد، حسين عبد المجيد. (٢٠٠٩). المرجع في التربية الخاصة. الرياض: مكتبة الشقيري.
- هناء شحاته. (٢٠١٤). فاعلية برنامج لتحسين الانتباه المشترك في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال الذاتويين. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.



- هويدة حنفي. (٢٠١٥). قياس وتشخيص اضطراب الأوتيزم في ضوء DMS-V. الرياض: دار الزهراء.
- وزارة التربية والتعليم. (٢٠٠٧). برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج) "التقرير الشامل". القاهرة: قطاع الكتب.
- وزارة التربية والتعليم. (٢٠٠٧). دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج) "إرشادات الاستخدام". القاهرة: قطاع الكتب.
- وليد السيد، ربيع شكري. (٢٠١٠). الإعاقة الغامضة "التوحد". الإسكندرية. دار الوفاء.
- وليد السيد، سوبناس ربيع. (٢٠١٤). المنظور الحديث للبرامج العلاجية لدى الاضطرابات السلوكية والأوتيزم. الإسكندرية: دار الوفاء.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

- Agate, R. (2008). **Early signs of autism phenotype: A longitudinal study of infant siblings of children with autism**. PhD. University of California, Los Angeles. Alberta, S. (2006). **The official autism 101 manual: Autism today**. Canada: Publisher's Cataloging.
- Allen, S.F. (2013). **Parents' Perceptions of Intervention Practices in Home Visiting Programs**. *Infants & Young Children*, 20(3), 266-281.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders "DSM-5TM"**. 5th Ed. Washington: Library of Congress.
- "Autism Spectrum Disorder (ASD) - NCBDDD - CDC". *cdc.gov*. 4 May 2018.
- Barlow, D.H., Nock, M.K., & Hersen, M. (2013). **Single Case Experimental Designs. Strategies for Studying Behavior Change** (3rd ed.). Boston: Pearson, p.1.



- Benjamin, J& Harvey, W& Prupasm A. (2006). Early intervention aquatics: A program for children with autism and their families for 10 years "this intervention developed children's movement skills and strengthened family bonds joperp". **The journal of Physical Education Recreation and Dance**, Vol. 77, No. 2, PP. 46- 50.
- Bernheimer, L.P., & Weisner, T.S. (2007). "Let Me Just Tell You What I Do All Day" The Family Story at the Center of Intervention Research and Practice. **Infants & Young Children**, 20(3), 192-201.
- Blackman, J.A. (2009). **Early Intervention: A Global Perspective. Infants & Young Children**, 15(2), 11-19.
- Blumberg S., Bramlett, M., Kogan, M., Schieve, L., Jones, J., & Lu, M. (2013). **Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011-2012. National health statistics reports**, 65: 1-12. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Available online: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr065.pdf>.
- Brelt, A. (2014) The home instruction programe for pre-school youngsters. An alternative for early intervention. **Journal Early childhood Education**, 20(2), 30-31.
- Brooke, I& Katherinre, L.(2010). The impact of object and gesture imitation training on language use in children with autism spectrum disorder. **Journal of speech language and hearing research**. Vol. 53, No. 10, PP. 1040- 1051.
- Bruder, M.B. (2011). **Family-Centered Early Intervention: Clarifying Our Values for the New Millennium**. Topics Early Childhood Special Education, 20(2), 105-115.
- Brue, A.W., & Oakland, T. (2012). **The Portage Guide to Early Intervention. An Evaluation of Published Evidence. School Psychology International**, 22, 243-252.
- Caglayan, A. (2010). Genetic causes of syndromic and non-syndromic autism: Dev. Med. **Child Neurol**, Vol. 52, PP. 130–138.



- Centers for Disease Control and Prevention (2014). **Prevalence Of Autism Spectrum Disorders – Autism And Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2014. Surveillance Summaries (February 9)**. Morbidity and Mortality Weekly Report, 56, 12-28.
- syndrome expression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 48, No. 2, pp. 128–138.
- Chawarska, K& Klin, A& Volkmar, F. (2008). **Autism spectrum disorders in infants and toddlers diagnosis "Assessment and treatment"**. New Yourk: A division of Guilford publications.
- Claudia, Q. (2009). **Effects of a parent implement edintervention on initiating joint attention in children with autism**. PhD. University of south Carolina. United States.
- Daley, TC. (2008). **The need for cross-cultural research on the pervasive developmental disorders**. **Trans-cultural Psychiatry**; 39 531–550.
- Dana, C& Meureen, A. (2012). Supporting young children with autism spectrum disorders and their families. **Journal of Autism and Developmental Disorders**: Retrieved from: www.springerlink.com/content/infantva.org
- Estrada-Hernandez, N.,& Harper, D. C. (2015). **Research on Portage Early Intervention Effectiveness with Young Children with Asperger and Autism: A Critical Review**. **Rehabilitation Psychology**; 52 (3); 263-271.
- Eyler LT, Pierce K, Courchesne E. (2012). **A failure of left temporal cortex to specialize for language is an early emerging and fundamental property of autism**. **Brain** 135, 949–960. (doi:10.1093/brain/awr364).
- Field, M. (2013). Autism During Infancy: A Retrospective Video Analysis of Sensory-Motor and Social Behaviors at 2-3 Years of Age. **Journal of Autism and Developmental Disorders**; 29 (3).



- Flusberg, H. (2010). The origins of social impairments in autism spectrum disorder: Studies of infants at risk. **Neural Networks**, Vol. 23 , PP. 1072–1076.
- Gotham, K& Bishop, L& Lord, C. (2011). **Diagnosis of autism spectrum disorders**. New York: Oxford University Press.
- Guinchat, V.; Chamak, B.; Bonniau, B.; Bodeau, N.; Perisse, D.; Cohen, D., & Danion, A, (2012). **Very early signs of autism reported by parents for Children between 2-3 Years Old: an Analysis. Research in Autism Spectrum Disorders; 6: 589- 601.**
- Guralnick, M.J. (2011). **Why Early Intervention Works. A Systems Perspective. Infants & Young Children, 24(1), 6-28.**
- Hebbeler, K& Spiker, D& Bailey, D& Scarborough, A& Mallik, S& Simeonsson, R et al. (2007). **Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services and outcomes**. North Carolina: SRI International.
- Heintzelman, A& Subramanian, C. (2014). **Identification and diagnosis of autism spectrum disorder: 12 to 36 Months**. Wisconsin: Infant and early childhood mental health conference.
- Hoekstra, A.T., Oenema-Mostert, C.E. (2011). **Portage Program. Theoretical and practical manual**. Amsterdam: Pearson.
- Honda, H., Shimizu, Y. & Rutter, M. (2014) 'No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study'. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 46, 572
- Inciong, T. G. (2010). **Development of Home-based program for the Mentally Retarded. The Philippine Experience, Adaptation in the Proceedings of the International Portage Conference in Tokyo, Japan.**
- Iosif, A.; Baguio, F.; Cook, I. C., & Hill, M. M. (2013). **A Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism. American Academy of Children and Adolescents Psychiatry; 49 (3).**



- Jasmin, E& Cqature, M& Mckinley, P& Reid, G& Fombonne, E& Gisel, E. (2009). Sensori motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorder. **Journal of autism and developmental disorder**. Vol.39, No. 2, PP. 231- 240.
- Jeisen, G. (2010). **The development of the Portage Model and its Application Adaptation**. Proceedings of the International Portage Conference in Tokyo, Japan
- Jill, M. (2008). **The autistic spectrum: characteristics, causes and practical issues**. Los Angeless: Saga publications.
- Johnson MH, Griffin R, Csibra G, Halit H, Farroni T, de Haan M, Tucker LA (2015). **The emergence of the social brain network: evidence from typical and atypical development**.
- Kelli, C& Naomi, O& Janet,L& Helea, T& Susan, F. (2007). Alyphical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. **Research in Developmental Disabilities**. Vol. 28, No. 2, PP. 145- 162.
- Kennedy, K. M. (2012). **Efficacy Of Training Parents To Use Portage Early Intervention Procedures To Reduce Early Behavioral Signs of Autism Among Very Young Children**. Eastern Michigan University.
- Kohli, T. & Dutta, R. (2010). An intervention program for pre-school ASD children with Motor Handicaps. Punjab University Research Bulletin, Volume XV, No. 2.
- Kuczynski, L., & Lollis, S. (2011). **Four foundations for a dynamic model of parenting**. In J.R.M. Gerris (Ed.), Dynamics of Parenting (pp. 445-462). Leuven/Apeldoorn: Garant
- Lam, K& Aman, M. (2007). **The repetitive behavior scale revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorder**. **Autism Dev Disord**. Vol. 37, No. 5. PP, 855- 866.
- Landa, R& Holman, K& O'Neill, A & Stuart, E. (2010). Intervention targeting development of socially synchronous engagement in



- toddlers with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 52, No. 1, PP. 13-21.
- Lauritsen, M. B.; Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2010). **Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: a nationwide register-based study. J Child Psychol Psychiatry**; 46:963–71.
- Layton, T.,& Hao, G. (2014). Early Intervention for Indicators in Autism Spectrum Disorders Using Portage. **Journal of Psychological Abnormal Child**; 3 (4).
- Mandy, W.; Charman, T.; Gilmour, J., & Skuse, D. (2012). **Toward Specifying and Intervening Very Early Indicators of Autism in Nursery. Autism Research**; doi: 10.1002/aur.178. [Epub ahead of print] PMID: 21298812.
- McPartland, J., & Volkmar, F. R. (2015). **Autism and Related Disorders Indicators Diagnosis and Intervention in Children at 3 Years Old Using Portage: An Analysis. Handbook of Clinical Neurology**; 3 (12).
- Megan, S & Max, H& Johnny,L. (2011). **Autism spectrum disorders and motor skills: The effect on socialization as measured by the Baby and Infant Screen for Children with aUtIsm Traits. Developmental Neurorehabilitation**. 14(5).
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/17518423.2011.587838?journalCode=ipdr20>
- Mitchell, S& Brian, J& Zwaigenbaum, L& Roberts, W& Szatmari, P& Smith, I et al. Early Language and Communication Development of Infants Later Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. **Developmental and Behavioral Pediatrics**, Vol. 27, No. 2, PP. 69- 78.
- Mrozek-Budzyn, Dorota, Agnieszka Kieltyka, and Renata Majewska. (2010). "Lack of association between measlesmumps- rubella



- vaccination and autism in children: A case-control study." **The Pediatric infectious disease journal** 29.5 (2010): 397-400.
- Mundy, P., Sullivan, L., & Mastergeorge, A. (2009). **A parallel and distributed processing model of joint attention, social cognition and autism.** *Autism Research*, 2, 2-21.
- Nanclares, V. (2014). **Program Evaluation: An Analysis Of The Portage Intensive Home-Based Intervention Program For Young Children With Early Signs of Autism.** The Chicago School of Professional Psychology, Pro Quest, UMI Dissertations Publishing, 3135720.
- News-Chaffer, CJ& Croen, LA& Daniels, J& Grether, JK& Levy, SF& Mandell, DS et al. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. **Anne Rev Public Health**, Vol. 28. PP, 235-258.
- Ning Sheng,Z. (2011) **Early Educational Intervention in the People's republic of China. Adaptation in the Proceedings of the International Portage Conference in Tokyo, Japan.**
- O'Sullivan, A., & Carr, A. (2009). **Prevention of developmental delay in low birth weight infants.** In A. Carr (Ed.), *Prevention: What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Prevention Programs for Children, Adolescents, and their Families* (pp. 17-40). Hove: Brunner-Routledge.
- Oosterling, I& Wensing, M & Swinkels, S& Dergaag, R & Visser,J& Woudenberg, T et al. (2010). Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two stage screening approach. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 51, No. 3, PP. 250–258.
- Orrico, A., Galli, L., Buoni, S., Orsi, A., Vonella, G., & Sorrentino, V. (2013). Novel Pten Mutations In Neurodevelopmental Disorders And Macrocephaly. **Clinical Genetics: An International Journal of Genetics and Molecular Medicine**, 75, 195-198.



- Pennings, T. (2010). Database effective youth interventions: description of 'Portage'. Retrieved on April 15, 2010, from www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Peters, K. (2009). **Peer play intervention and it's effects on the social communication and play skills of students with autism age "3-5" years**. Retrieved from Pro quest Dissertations and theses.
- Pinto-Martin JA, (2010). Screening strategies for autism spectrum disorders in pediatric primary care. **Journal of Developmental Behavior Pediatrics**; 29:345–50.
- Plummer, A. (2009). **Early social communication behaviors and their relationship children with autism with later social orienting and joint attention behavior in young**. MA, The faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill.
- Pol, A., & Ruiters, S. (2008). **Developing Portage: Revising the Cognitive Checklist**. Unpublished Master's thesis, Department of Special Needs Education and Childcare, University of Groningen, Groningen, the Netherlands.
- Rasbash, J. (2010). **A user's guide to MLwiN**. Bristol:Centre for Multilevel Modelling..
- Ratajczak, H. (2011). Theoretical aspects of autism: Causes- A review. **Journal of Immunotoxicology**, Vol. 8, No. 1, PP. 68–79.
- Reale, L. A. (2012). **Diagnosis Of Functioning Signs In Autism Spectrum Disorders: A Longitudinal Study of Portage Effectiveness as Treatment**. PhD Thesis, University of Catania.
- Roberts, J& Williams, K. (2014). **Autism the essential guide to understanding autism**. Australia: Exisle publishing.
- Rogers-Adkinson, D.L. (2011). **Developing Cross-cultural competence: Serving families of children with significant developmental needs. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**; 18 4-8



- Saime, T. (2011). **A longitudinal analysis of joint attention and language development in young children with autism spectrum disorder**. PhD. University of Connecticut, New England.
- Sally, O& Ana, M& Fam, B& Ian, C& Monique, M&Ted, H et al. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Vol. 49, No. 3, PP. 256- 266.
- Sangeeta, D. & Pratibha, M. (2015). Application of Portage Training Programme to Improve the Sensory Motor Skills of 3 Years old children with ASD. **International Journal of Management and Social Sciences Research**; 2 (4).
- Schall, C. (2010). Family perspectives on raising a child with autism. **Journal of Child and Family Studies**, (9)4, 409-423.
- Schietecatte, I& Roeyers, H& Warren, P. (2011). Exploring the nature of joint attention impairments in young children with autism spectrum disorder associated social and cognitive skills. **Journal of autism and developmental disorders**, Vol. 42, No. 1, PP. 1- 12.
- Shearer, D.E. (2010). **The Portage Project: A home approach to early education of young children with special needs**. In Approaches to early childhood education. J. Roopnarine and J. Johnson, eds. Columbus, OH: Merrill: pp. 269-82.
- Shirin, S. (2013). **Attending to Early Signs of Autism in the First Three Years: A Case Study Integrating Portage Empirically Validated Intervention**. Alliant International University, San Diego, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 3209196
- Sipes, M& Matson,J&Horovitz, M. (2011). **Autism spectrum disorders and motor skill: The effect on socialization as measured by the baby and infant screen for children with autism traits**. **Us national library of medicine**, Vol. 14, No. 5, PP. 290- 296.



- Spittle, A.; Orton, J.; Anderson, P.; Boyd, R., & Doyle, L. W. (2014). **Portage Early Developmental Intervention Programmes To Support Motor And Cognitive Outcomes In Infants With Autism Indicators.** Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD005495. DOI: 10.1002/14651858.CD005495. pub3.
- Virginia Department of Education. (2010). **Guidelines for Educating Students with Autism Spectrum Disorders.** Virginia Department of Education, Office of Special Education and student services: Retrieved from http://www.doe.virginia.gov/special_ed/disabilities/autism/technical_asst_documents/autism_guidelines.pdf
- Wetherby, A. M. ; Woods, J.; Allen, L.; Cleary, J.; Dickinson, H., & Lord, C. (2014). Early Indicators of Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. **Journal of Autism and Developmental Disorders**; 34 (5).
- Willis, c. (2009). Young children with autism spectrum disorder: Strategies that work. **The National Association for the Education of Young Children:** Retrieved from www.journal.naeyc.org/bti/200901
- Wimpory, D. C., Hobson, R. P., Williams, J. M. G., & Nash, S. (2008). Are infants with autism socially engaged? A study of recent retrospective parental reports. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30, 525–536.
- World Health Organization. (2013). **Autism spectrum disorders & other developmental disorder: From raising awareness to building capacity.** Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-P74ublication Data.
- Zwaigenbaum, L. (2010). **Advances in the early detection of autism.** *Current Opinion in Neurology*, 23, 97–102.



The Effectiveness of the Portage Program to Reduce Autism Spectrum Disorders in Early Childhood Children

Prepare:

Noha Abdel Hamid Mahmoud Hussein

Lecturer of Mental Health

Faculty of Education for Early Childhood - Port Said University