

| | |
|-------------------|---|
| العنوان: | فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد |
| المصدر: | المجلة المصرية للدراسات النفسية |
| الناشر: | الجمعية المصرية للدراسات النفسية |
| المؤلف الرئيسي: | القاضي، خالد سعد سيد محمد علي |
| المجلد/العدد: | مج24، ع82 |
| محكمة: | نعم |
| التاريخ الميلادي: | 2014 |
| الشهر: | يناير |
| الصفحات: | 111 - 33 |
| رقم MD: | 1012253 |
| نوع المحتوى: | بحوث ومقالات |
| اللغة: | Arabic |
| قواعد المعلومات: | EduSearch |
| مواضيع: | التفاعلات الاجتماعية، الأطفال ذوي اضطراب التوحد، الاستراتيجيات التعليمية، تدريب الأقران |
| رابط: | http://search.mandumah.com/Record/1012253 |

فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى

التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

د. خالد سعد سيد محمد علي القاضي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بفتا، جامعة جنوب الوادي

ملخص الدراسة

يعد قصور التفاعل الاجتماعي *Social Interaction Deficit* من أكثر الأعراض دلالة على اضطراب التوحد؛ ففي هذا الاضطراب يتجنب الطفل إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما أنه ينسحب من مواقف التفاعل الاجتماعي، وللتغلب على العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فإن عملية التدخل تكون ضرورية جداً للعمل على تنمية تلك الجوانب، وخفض ما يرتبط بها من مشكلات وما تسببه من إعاقة للنمو الاجتماعي والتواصل مع الآخرين؛ والدراسة الحالية محاولة للتدخل من خلال استخدام برنامج قائم على تدريب الأقران لتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، شارك في الدراسة 15 طفلاً يمثلون فئتين من الأطفال: الفئة الأولى: تمثل مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتتكون من سبعة أطفال ذكور من الملتحقين بفصول التوحد بمدارس التربية الفكرية، بمتوسط عمري 7.36 وانحراف معياري 3.92 وجميعهم من ذوي اضطراب التوحد المتوسط أو البسيط، تم تقسيم هذه الفئة إلى مجموعة تجريبية: عددها أربعة أطفال، ومجموعة ضابطة عددها ثلاثة أطفال، والفئة الثانية: وتمثل مجموعة الأطفال الأقران، وبلغ عددهم ثمانية أطفال من الأطفال العاديين، تتراوح أعمارهم من 7-10 سنوات بمتوسط عمري 8.32 عاماً، وانحراف معياري 4.02، واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد من إعداد: الباحث؛ مقياس جيليام لتشخيص التوحدية من إعداد: محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي، 2004؛ مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة: من إعداد محمد بيومي خليل (2000)؛ والبرنامج المستخدم من إعداد: الباحث، والذي يتكون في صورته النهائية من 48 جلسة، مدة كل جلسة تتراوح من 30-40 دقيقة، تم تنفيذ هذه الجلسات التدريبية على ثلاث مراحل: مرحلة التمهيد العامة للبرنامج، ومرحلة التدريب الخاص لتدريب الأقران على أدوارهم في عملية التدخل، ومرحلة التدريب العملي يتم فيها التدريب العملي

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
على مهارات التفاعل الاجتماعي، كما تم الالتقاء بالوالدين والمعلم قبل تطبيق البرنامج لاطلاعهم على طبيعة البرنامج وهدفه وأهم المعلومات الأساسية التي يجب عليهم معرفتها عن هذا الاضطراب، ولضمان متابعة تطبيق الأقران للتدريبات التي تلقوها، أشارت النتائج إلى أن البرنامج القائم على تدريب الأقران فعال في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال عينة الدراسة، وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة أن يكون أسلوب تدريب الأقران مكوناً أساسياً في برامج التدخل، فالتركيز على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي من خلال الأقران يعمل على تسهيل حدوث نتائج إيجابية في سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

الكلمات المفتاحية: الأطفال ذوي اضطراب التوحد، التدخل القائم على تدريب الأقران، التفاعلات الاجتماعية.

فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى

التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

د. خالد سعد سيد محمد على القاضي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بقنا، جامعة جنوب الوادي

مقدمة:

تمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم مدى عنايتها بتربية الأطفال بمختلف فئاتهم وبخاصة مدى ما تقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فإهمال الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي إلى تعرضهم للمزيد من المشكلات التي تضاعف إعاقاتهم، ومن هنا فإن الاهتمام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يستدعي ضرورة التدخل الإرشادي والعلاجي لمواجهة المشكلات التي قد تؤدي إلى تضاعف إعاقاتهم.

ويُعد اضطراب التوحد *Autism* في مقدمة تلك الفئات التي تحتاج إلى رعاية وتدريب وتأهيل لتنمية كفاءتهم وتقويم سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين والانصهار في المجتمع، فهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى أسلوب خاص للتعامل معهم ومناهج محددة لتربيتهم ومساعدتهم.

يوصف اضطراب التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتؤثر سلباً على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية والتواصل؛ حيث يواجه الأطفال البدين يعانون من اضطراب التوحد صعوبات في مجال للتفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وصعوبات في الأنشطة الترفيهية والتخيل، كما يظهرون سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية مثل الرفرفة بالأيدي وهز الرأس والارتباط ببعض الأشياء (Travis, Sigman, & Ruskin, 2001).

ويُعد قصور التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على اضطراب التوحد؛ فالطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد يتجنب إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وينسحب من مواقف التفاعل الاجتماعي، ولا يبادر بالتفاعل مع الآخرين، وحتى في الحالات النادرة التي يبادر فيها بالتفاعل الاجتماعي فإن ذلك لا يكون لأهداف اجتماعية كما أنه لا يستجيب لالتفاعلات الوالدين أو يبادلهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
(Wichnick, Vener, Pyrtek, & Poulson, 2010).

وتصنف الصعوبات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد في بُعدين هما: البُعد الأول: القصور في المبادرة الاجتماعية؛ حيث يفشل الطفل في أن يبادر بالتفاعل الاجتماعي، ويعاني عجزاً في استخدام الاتصال البصري والإشارات الانفعالية، أما البُعد الثاني: فيشمل القصور في الاستجابة الاجتماعية والتي تظهر في قصور الاستجابة المناسبة لمبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي؛ حيث يعاني الطفل قصوراً في التعرف على الانفعالات الأساسية للآخرين، ونقصاً في القدرة على التجاوب الانفعالي معهم. (Callahan, Gillis, Romanczkg, & Mattson, 2011)

وقد استخدم الباحثون العديد من المداخل لعلاج القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، فبعض هذه الدراسات استخدمت البرامج السلوكية (Kasari, Freeman, & Paparella, 2006; Luiselli, 2007; Behavioral Programs Polirstok, Dana, Buono, Mogli, & Yrubia, 2003) والبعض الآخر استخدم التدريب على المهارات الاجتماعية (DeRosier, Swick, Davis, Social Skills Training McMillen, & Matthew, 2010; Dotson, Leaf, Sheldon, & Sherman, 2010) وبعض الدراسات استخدمت التدريب على المهارات المحورية (Pivotal Response Training Kuhn, Bodkin, Devlin, & Doggett, 2008) وبعضها استخدم العلاج باللعب (Play Therapy Johnston, Nelson, Evans, & Palazolo, 2003)، وأخيراً استخدم البعض التدخل من خلال الأقران (Peer Mediated Intervention).

ويُعد التدخل من خلال الأقران Peer Mediated Intervention أحد أهم وأنجح الطرق لتعليم الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد التفاعل الاجتماعي مع أطفال آخرين من ذوي التطور الطبيعي، ففي هذا النوع من التدخل يتدرب أطفال طبيعيين على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال ذوي اضطراب التوحد مثل مشاركة الآخرين، وأخذ الأدوار ومساعدة غيرهم واللعب، وفي الوقت ذاته يتعلم الأطفال ذوي اضطراب التوحد الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين، وكيفية بدء تفاعلات اجتماعية معهم (وفاء محمد الشامي، 2004، ص 185).

وقد أثبتت دراسات أجنبية عديدة فعالية أسلوب التدخل من خلال الأقران فسي تحسين جوانب القصور الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010; Chung, Reavis, Mosconi, Drewry, Matthew, & Tasse, 2007; Harper, Syman, Frea, 2008; Kamps, Reyer, Dugan, Kravits, & Gonzalez-Lopez, 2002; Laushey, & Heflin, 2000; Trembath, Balandin, Togher, & Stancliffe, 2009).

وتُعد الدراسة الحالية محاولة لاستخدام أسلوب التدخل من خلال تدريب الأقران للتعرف على فعاليته في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

مشكلة الدراسة:

يُظهر الأطفال من ذوي اضطراب التوحد عجزاً في مهارات التفاعل الاجتماعي مقارنة بالأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم تأخر عقلي ويشمل هذا العجز: الاستجابة لمبادرات الآخرين بالتفاعل الاجتماعي، والمبادرة بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يقشرون في توجيه الانتباه إلى كلام الآخرين، ويظهر عليهم عجزاً في القدرة على متابعة النظر إلى الآخرين، وغالباً ما يقشرون في النظر إلى حيث يُشير الآخرون أثناء تعاملهم في المواقف الاجتماعية. (Boyd, Conroy, Asmus, & McKenney, 2011)

إن البُعد الأول لمشكلة الدراسة يتمثل في أن العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي يؤثر على العديد من أبعاد النمو المبكر لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فهذا العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي يرتبط بالعديد من التأثيرات السلبية على مظاهر النمو المختلفة لدى هؤلاء الأطفال والتي تشمل النمو اللغوي والاجتماعي وتعلم مهارات اللعب الجماعي، فالعجز في مهارات التفاعل الاجتماعي يقضي على فرصتهم في تعلم الخبرات التي تُعد ضرورية لاكتساب اللغة، ويتضح ذلك إذا ما علمنا أن تعلم اللغة يتم أثناء تفاعلات الطفل مع الآخرين (Frankel & Whilham, 2011)

كما يؤدي العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي إلى أن يعيش هذا الطفل في عزلة عاطفية تظهر في عدم تجاوبه مع والديه عندما يحاولان حمله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، إذ لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه ويبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما (وفاء على الشامي، 2004: 76).

ويترتب على العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي أن يفشل هؤلاء الأطفال في إظهار العديد من مهارات التقليد الاجتماعي؛ فهم أقل رغبة في تقليد أو إتباع أنشطة الأطفال الآخرين، كما ينقصهم استخدام الإشارة إلى ما يرغبون، فهم يميلون إلى استخدام أسلوب القيادة بمسك يد الشخص للحصول على احتياجاتهم (Meek, Robinson, Jahromi, 2012).

إضافة إلى ذلك فإن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يطورون العديد من أنواع العلاقات الاجتماعية التي تتناسب مع عمرهم الزمني؛ إذ يظهر القصور الاجتماعي لديهم في

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
صعوبة استخدام العديد من أنماط السلوك الاجتماعي وتنظيم الأشكال المختلفة من التفاعلات الاجتماعية والتواصلية، إضافة إلى أنهم يعانون من صعوبات في تكوين الأصدقاء وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة والمحافظة عليها وفي المبادرة وتبادل الدور والاندماج الفعال مع أقرانهم، يضاف إلى ذلك ما يسببه قصور التفاعل الاجتماعي من خلل في الفهم الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ذلك الفهم الذي يمثل أساساً لتطوير المهارات الاجتماعية (Luigi, Fern, & Elain, 2007).

ومن هنا فإن جوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي تنعكس آثارها بصورة مباشرة على الطفل مما يُسبب حيرة وارتباك وغموض وإحباط. وقلق شديد له، وقد ترجع العديد من السلوكيات التي تصدر عن الطفل في هذه الحالة مثل الانسحاب ونوبات أو ثورات الهياج الانفعالي والثورات الحركية، وإيذاء الذات أو الحركات النمطية الجامدة المستمرة إلى هذا الإحباط الناتج عن عدم القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين (Humphrey & Symes, 2011; Ingram, Mayes, Troxell, & Calhoun, 2007; Meek, Roinson, & Jahromi, 2011).

كما يظهر البعد الثاني لمشكلة الدراسة في أن جوانب العجز في التفاعل الاجتماعي ذات تأثير محبط على أفراد الأسرة وبخاصة الوالدين الذين يُبادرون بالتفاعل الاجتماعي مع الطفل ذي اضطراب التوحد؛ فتلك المظاهر تجعل هذا الطفل يبدو للوالدين وبخاصة الأم - التي تحرص على التفاعل مع طفلها - جامداً منسحباً مما يُولد في نفس الأم مشاعر الحسرة وعدم الأمل واليأس من تحسن حالة الطفل (Meek, Robinson, Jahromi, 2012)، فإذا ما أضيف هذا التأثير المحبط إلى الضغوط المختلفة التي يُعاني منها الوالدين نتيجة لوجود مثل هذا الطفل بين أفراد الأسرة، تصبح المحصلة مزيداً من الضغوط (السيد سعد الخميسي، 2011؛ سميرة علي جعفر أبو غزالة، 2004).

وبذلك يُعد تأثير اضطراب التوحد على الجانب الاجتماعي لدى الطفل هو الجانب الجوهري الذي يحتاج إلى الاهتمام بدرجة كبيرة؛ وذلك لأن مثل هذا الطفل يعاني قصوراً شديداً في هذا الجانب، إضافة إلى أن هذا الطفل في ظل تلك الجوانب من العجز في التفاعل الاجتماعي يُشكل إزعاجاً لكل المحيطين به، ولتغلب على جوانب العجز في التفاعل الاجتماعي التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فإن عملية التدخل تكون ضرورية جداً للعمل على تنمية تلك الجوانب، وخفض ما يرتبط بها من مشكلات وما تسببه من إعاقة للنمو الاجتماعي وللتواصل مع الآخرين.

والدراسة الحالية محاولة للتدخل من خلال تدريب الأقران لتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومن هنا يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال التالي: ما فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسة من عدة اعتبارات أهمها:

1. أن هذه الدراسة تتناول أسلوباً تدخلياً *Intervention* لمواجهة مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام التدخل القائم على تدريب الأقران؛ فانعكاس الآثار السلبية لمظاهر هذا العجز على حياة هؤلاء الأطفال يستدعي تقديم المساعدة الإرشادية لهم.
2. تقدم الدراسة الحالية مقياس يمكن استخدامه في قياس مظاهر النفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الدراسات التي تستهدف ذلك.
3. يمكن أن توفر الدراسة قدر من المعلومات والبيانات التي يمكن أن تشكل إطاراً عاماً يرشد القائمين والمتخصصين على رعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد بما يكفل لهم النمو السليم.
4. حاجة الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد إلى برامج رعاية توفر له الحد الأدنى من الإعداد اللازم للحياة والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته اليومية، والبرنامج المستخدم في الدراسة يمكن أن يسهم في ذلك لأنه ينمي مهارات التفاعل الاجتماعي لدى هذا الطفل والتي تُعد ضرورية للتعامل مع الآخرين، مما يؤهلهم للانخراط في المجتمع.
5. أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لا يتعلمون مهارات التفاعل الاجتماعي بشكل تلقائي كما يفعل غيرهم، فالأطفال الصغار العاديين يتعلمون المهارات الأساسية للتواصل والتفاعل الاجتماعي لأن أدمغتهم مجهزة لتفعل ذلك، أما هؤلاء الأطفال فليس لديهم في أدمغتهم الوسائل الملائمة التي تتيح لهم أن يتعلموا هذه المهارات تلقائياً، بل ينبغي أن يتعلموها بشكل واضح ومباشر من خلال برامج تربوية تستهدف مثل هذه المهارات، ومن هنا فهم في حاجة إلى برامج التدخل لتنمية تلك المهارات.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
6. يؤدي تعليم المشاركة في تفاعلات اجتماعية إلى تغيرات إيجابية في دماغ الطفل: إن التعليم المباشر لمهارات التفاعل الاجتماعي يؤدي إلى تغيرات عصبية في دماغ الطفل، لكون التفاعل الاجتماعي شرطاً أساسياً لتعلم العديد من المهارات العقلية والاجتماعية واللغوية؛ لهذا ففي حال غيابه فلن يطور الطفل تلك المهارات (Green, 1996, p.41).

مصطلحات الدراسة:

1 - اضطراب التوحد: *Autism*

اضطراب التوحد إعاقة نمائية تصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، وذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل؛ حيث تؤدي إلى قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، فتجعل الأطفال غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، كما تؤدي إلى قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، فيصبح الطفل نتيجة لذلك منعزلاً عن محيطه الاجتماعي، بالإضافة إلى محدودية شديدة في النشاطات والاهتمامات يصاحب ذلك كله عدد من السلوكيات المضطربة مثل: السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات (محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة على، 2004، ص ص 8-9).

2 - التفاعل الاجتماعي: *Social Interaction*

يصف أي سلوكيات لفظية أو غير لفظية يُبادر بها الطفل كمحاولة لإشراك آخرين في تفاعل اجتماعي، أو يستخدمها الطفل كاستجابة لمحاولات الآخرين للتفاعل معه، وبذلك يمكن تصنيف مهارات التفاعل الاجتماعي في بعدين:

البُعد الأول: مهارات المبادأة بالتفاعل الاجتماعي: *Social Interaction Initiation Skills (SIIS)*

تصف أي سلوكيات لفظية أو غير لفظية يُبادر بها الطفل كمحاولة لإشراك آخرين في تفاعل اجتماعي؛ فالمبادرة اللفظية: تتضمن أي ألفاظ يُبادر بها الطفل كمحاولة لإشراك الآخرين في تفاعل اجتماعي مثل: طرح سؤال، المبادرة بالقاء تحية، طلب شيء ما، والمبادرة غير اللفظية: تتضمن أي سلوك بدني يُبادر به الطفل كمحاولة لإشراك الآخرين في تفاعل اجتماعي مثل: المبادرة بالإشارة، والمبادرة بالابتسام للشخص، والمبادرة بالنظر للشخص.

البُعد الثاني: مهارات الاستجابة للتفاعل الاجتماعي: *Social Interaction Response Skills (RISS)*

تشمل أي سلوكيات لفظية أو غير لفظية يستخدمها الطفل كاستجابة لمحاولات الآخرين للتفاعل معه؛ فالاستجابة اللفظية: تتضمن أي ألفاظ يستخدمها الطفل كاستجابة لمبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي معه مثل: الرد على التحية، الإجابة على سؤال، والاستجابة غير اللفظية: تشمل أي سلوك يبني يقوم به الطفل كرد فعل على مبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي مثل الإشارة باليد أو الابتسام، أو الإيماء بالرأس.

ويُقاس اجزائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

3 - التدخل من خلال تدريب الأقران: *Peer Mediated Intervention*

أحد الطرق المهمة في تعليم الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد التفاعل الاجتماعي مع أطفال من ذوي التطور الطبيعي؛ حيث يتدرب الأطفال الطبيعيون على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال ذوي اضطراب التوحد مثل مشاركة الآخرين ولعب الدور ومساعدة غيرهم وفي الوقت ذاته يتعلم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين وكيفية بدء تفاعلات اجتماعية معهم (وفاء على الشامي، 2004، ص 165).

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: اضطراب التوحد

يعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد ذوي الإعاقات (*Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*) اضطراب التوحد بأنه إعاقة تطويرية (نمائية) تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط باضطراب التوحد: انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية (National Research Council, 2001)، فاضطراب التوحد اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مما يسبب مشكلات في السلوك الاجتماعي والتواصل واللعب التخيلي تتمثل في عدم القدرة على الارتباط بعلاقات مع الآخرين، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ وعدم القدرة على التصور البناء والملاعبة التخيلية، أما العجز في مهارات التواصل فيظهر في عدم القدرة على

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
التعبير عن الذات تلقائياً وبطريقة وظيفية ملائمة، وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون،
بالإضافة إلى محدودية شديدة في النشاطات والاهتمامات، واللعب التخيلي، يصاحب ذلك كله عدد
من السلوكيات النمطية (Hansen, 2006, p.4).

وتقدر نسبة انتشار التوحد الشديد بنحو 5 من كل 10000 مولود (Matson & Minshawi, 2006: 26)، ولوحظ مؤخراً زيادة نسبة انتشار التوحد بشكل كبير، ففي عام 2010 أعلن في الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك طفل يصاب باضطراب التوحد لكل 52 طفل، كما أعلن في عام 2012 أن اضطراب التوحد أصبح وباء؛ حيث بلغ معدل انتشاره طفل لكل 88 طفل، وفي مصر تشير بعض التقديرات إلى أن نسبة انتشاره بلغت 1% من جملة السكان (هشام عبد الرحمن الخولي، 2012)، كما تشير بعض التقديرات الحديثة إلى أن نسبة انتشار اضطراب التوحد تقدر بنحو 2.7-7.9 من كل 1000 طفل، وربما تصل في بعض المجتمعات إلى 11.8 لكل 1000 طفل (Sun, Allison, Matthews, Sharp, Auyeung, Baron-Cohen, & Brayne, 2013).

وتتلخص المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد كما ذكرها الدليل التشخيصي الكلينيكي

في:

أ - ستة أو أكثر من المجموعات الأولى والثانية، والثالثة التالية (على أن يشتمل على بندين على الأقل من محكات المجموعة الأولى ويند على الأقل من محكات كل من المجموعة الثانية والثالثة):

المجموعة الأولى: قصور نوعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي كما يتضح باثنين على الأقل مما يلي:

- قصور واضح في سلوكيات التواصل غير اللفظي باختلاف أنواعها مثل التواصل البصري والتعبيرات الوجهية والأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تكوين أو تنمية علاقات مع الرفاق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.
- الافتقار إلى السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مباحثهم واهتماماتهم وإنجازاتهم (مثل افتقار القدرة على إظهار وإبراز والإشارة إلى الأشياء ذات الأهمية).
- فقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

- تأخر أو افتقار كلي في نمو اللغة المنطوقة غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديله مثل الإشارة أو التقليد.
- في الأفراد ذوي القدرة على الحديث (التخاطب)؛ يوجد قصور واضح في القدرة على المبادأة بالحديث أو مواصلة الحديث مع الآخرين.
- التكرار والنمطية في استخدام اللغة أو اعتماد لغة خاصة به.
- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو ألعاب التقليد الاجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.

المجموعة الثالثة : التقيد بأنماط ثابتة ومكرره من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما

يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

- الاستغراق أو الاندماج الكلي بوحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات المقيدة والنمطية بشكل غير عادي من حيث طبيعتها أو شدتها.
- الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والاتصاق بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينية لا جدوى منها.
- ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف مثل ررفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري أو ثني الجزع للأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالقدمين.
- الانشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل: سلسلة مفاتيح، أو أجزاء من ورود صناعية أو ساعة).

ب - تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية على أقل تقدير، يبدأ قبل بلوغ الطفل ثلاث سنوات:

- التفاعل الاجتماعي.
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ج - لا يتمثل هذا الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو الاضطراب التفككي في الطفولة. (American Psychiatric Association (2000, pp.70-71)

و اعتماداً على هذه المحكات تتضمن أعراض اضطراب التوحد:

1- القصور في التواصل: *Impairment in Social Communication*

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

يوصف الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد بأن لديهم مشكلات شديدة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، فليدهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعد الخصائص الكلامية لديهم شاذة وتوصف بأنها نمطية؛ حيث تدل الأبحاث على أن 50% من هؤلاء الأطفال لا يتعلمون الكلام، وقد تنخفض هذه النسبة إلى 35% أو 20% في بعض الأحيان (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص ص 36-37).

ومن أهم مظاهر اضطراب التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد: رفض محاولات الآخرين للتواصل، غياب تقليد الإيماءات مع عجز في استخدام الإيماءات المناسبة، الانتقال إلى التواصل غير اللفظي، إظهار لغة متأخرة مع عدم القدرة على فهم اللغة، التحدث بكلام غير مفهوم، استخدام ضعيف للغة التعبيرية، الفشل في بدء المحادثة، استعمال الضمائر بشكل غير مناسب (Yoder & Stone, 2006).

2- القصور الاجتماعي: *Impairment in Social Interaction*

من أهم الأعراض المميزة للأطفال ذوي اضطراب التوحد أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم، فالقصور الاجتماعي أهم مشكلة تظهر على حالات اضطراب التوحد، وهناك نطاق واسع تظهر فيه مظاهر هذا القصور في مختلف مراحل العمر وإن كانت أكثر وضوحاً في المراحل الأولى من عمر الطفل، فهؤلاء الأطفال يبدون عدم اهتمام بمن حولهم ويفضلون الوحدة، وهم نادراً ما يبحثون عن أي تواصل اجتماعي أو عن مشاركة تجاربهم مع غيرهم (Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird, & Drew, 1998).

3- السلوك النمطي والنشاطات المقيدة وفقدان القدرة على التخيل:

Stereotypic Behavior, Restricted Activities and Abnormal Capacity for Symbolic Play

من الخصائص التي تظهر بشكل واضح ومتكرر على الأطفال ذوي اضطراب التوحد الاهتمام الشديد بأشياء ضيقة المدى ومحدودة تشمل:

أ - السلوك النمطي: فهؤلاء الأطفال عادة ما يتقيدون بحركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استئثاره من حولهم، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم، وتتم تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق (عبد الرحمن سيد سليمان، 2004، ص

ب - السلوك الروتيني والاهتمام بأشياء محددة: ويشمل ذلك القيام بطقوس معينة تتجسد في موعد الطعام والحمام واللباس وترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة، كما يرفضون تغيير رتبة اللعب، وهذا الرفض قد يؤدي إلى الثورة والغضب، فهم يلعبون بألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره.

ج - فقدان القدرة على التخيل: حسرت يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة شديدة في التخيل واللعب الابتكاري، فهم لا يستخدمون اللعبة بالطريقة الصحيحة، ولا يشاركون في اللعب التمثيلي كما يلعب الأطفال الطبيعيون (Charman et al., 1998).

ثانياً: القصور في التفاعل الاجتماعي: *Impairment in Social Interaction*

يُعد القصور الاجتماعي من أهم الأعراض التي تظهر على الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Charman et al., 1998)، فهؤلاء الأطفال يتميزون بعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، فالطفل منهم لا يستطيع الاستجابة لأمه عندما يراها تكي أو حزينة كالأطفال العاديين، ويرجع ذلك إلى عدم قدرتهم على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية أو العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي (عبد الرحمن سيد سليمان، 2004، ص 36).

1 - تطور التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد :

يتطور التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في محورين أساسيين:

أ - المبادرة بتفاعلات اجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد : هو أية محاولة لإشراك أشخاص آخرين في تفاعل، وقد يشمل ذلك النظر إلى الشخص أو إعطائه شيئاً أو قول شيء له، أو طرح سؤال عليه أو الابتسام أو الغمز بالعين أو الصراخ على شخص آخر أو طلب دمية، وخلال السنوات القليلة الأولى ينذر أن يبادر هذا الطفل ببده أي تفاعل مع غيره، فيبقى منعزلاً عن غيره، في عالمه الخاص به، وتتطور مهارة المبادرة بتفاعلات اجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وفقاً للمراحل التالية:

(1) المرحلة الأولى: زيادة مبادرات البدء بالتفاعلات لطلب الأشياء: مع تطور الأطفال يزداد عدد مبادراتهم للبدء بتفاعل مع الكبار من أجل الحصول على شيء أو مساعدة، هذه المهارة تتطور لديهم قبل مدة طويلة من مبادراتهم بالبدء بالتفاعل لأغراض اجتماعية.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

(2) المرحلة الثانية: زيادة مبادرات البدء بالتفاعل الاجتماعي لأغراض اجتماعية: فبتطور نمو الطفل وبصورة تدريجية تصبح الزيادة البطيئة في المبادرة بالتفاعل الاجتماعي لأغراض اجتماعية واضحة، ويحدث ذلك مع أشخاص بالغين يألفونهم وفي أوضاع مألوفة.

(3) المرحلة الثالثة: تحسين طريقتهم في بدء تفاعلات اجتماعية: باستخدام التدخل المناسب والتطور الإدراكي واللغوي، يمكن تحسين الطريقة التي يقارب فيها الأطفال ذوي اضطراب التوحد من الناس، إلا أن مبادراتهم الاجتماعية ربما تبقى أقرب إلى الروتين منها إلى الطبيعية والتلقائية.

(4) المرحلة الرابعة: مبادراتهم بالبدء بالتفاعل الاجتماعي مع أندادهم: وهي مهارة منعقدة لا يحققها جميع هؤلاء الأطفال، ولا سيما إذا كان لديهم مستويات شديدة من التأخر الذهني (Carpenter, Pennington, & Rogers, 2002; DiLavore & Lord, & Rutter, 1995).

ب - الاستجابة للغير لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد : وتشير الاستجابة للغير إلى ما يفعله الناس عندما يقترب منهم شخص ويحاول التفاعل معهم وهناك طرق عديدة للاستجابة منها: النظر إلى الشخص والابتسام والترحيب والرد بقول شيء ما، والإيماء بالرأس، ويندر أن يستجيب هؤلاء الأطفال في بداية حياتهم لمحاولات الآخرين إشراكهم في تفاعلات اجتماعية، وتتحسن تلك الاستجابة لديهم مع تطورهم الإدراكي وبخاصة إذا خضعوا لبرامج تدخل قياسية وتحدثت الاستجابة عبر مرحلتين هما:

(1) المرحلة الأولى: الاستجابة للكبار المؤلفين وفي أوضاع مألوفة ومنظمة: حيث يبدأ هؤلاء الأطفال بالاستجابة لمحاولات الأشخاص الآخرين إشراكهم في تفاعل اجتماعي، ولكن مع الكبار الذين يألفهم هؤلاء الأطفال كأمهاتهم وأبائهم وأجدادهم ومعلميهم، كما أن هذه الاستجابة لا تحدث إلا في أوضاع منظمة ومألوفة كالبيت والمدرسة.

(2) المرحلة الثانية: الاستجابة للأنداد: كما هو الحال في طريقة مبادرة هؤلاء الأطفال لأندادهم ومحاولة إشراكهم في تفاعل اجتماعي، فإن آخر مهارة تتطور لدى الطفل ذي اضطراب التوحد هي استجابته لأنداده، إن مهارة الاستجابة للأنداد تبقى ضعيفة لدى الأشخاص ذوي اضطراب التوحد ولا سيما الأطفال الذين تتخفص لديهم مستويات التطور الإدراكي (Brewton, Nowell, Lasala, & Goin-Kochel, 2012).

2 - جوانب القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد :

من خلال استقراء الدراسات التي تناولت جوانب العجز في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمكن تلخيص جوانب العجز في التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال في عدد من المحاور تشمل:

أ- المحور الأول: العجز في المعرفة الاجتماعية: ويقصد به القصور في فهم قواعد التفاعل الاجتماعي وإدراك الآخرين، فالطفل ربما يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله كأن يعرف الطفل أسماء أقرانه ولون أعينهم، ولكنه لا يقيم أي نوع من العلاقات الاجتماعية معهم، وكذلك القصور في وضع السياق الاجتماعي في الاعتبار، وهذا ما أكدته نتائج عدد من الدراسات منها دراسة هولدين، وماهوود، وروتر، *Howlin, Mawhood, & Rutter, (2000)* والتي قيمت الوظائف الاجتماعية لدى مجموعتين من الأطفال: مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مجموعة الأطفال ذوي اضطراب اللغة الاستقبالية النمائية؛ حيث تم تقييم هؤلاء الأطفال مرتين: الأولى: في سن 7-8 سنوات، والثانية: في سن 23-24 عاماً، أشارت النتائج إلي: أن 74% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد تم تقييمهم علي أن لديهم صعوبات اجتماعية، 65% منهم لديهم مشكلات اجتماعية، 25% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقرب إلى الطبيعيين في الوظائف الاجتماعية، وتضمنت أهم الصعوبات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد: الانسحاب الاجتماعي والعزلة، والقصور في التفاعل الاجتماعي والذي يظهر في الفشل في القدرة على الاشتراك في التفاعلات المتبادلة وفي فهم المشاعر والدوافع الاجتماعية، كما أجرى انجيسول، وشيريمان، وتران *Ingersoll, Schreibman, & Tran, (2003)* دراسة لفحص تأثير التغذية الرجعية الحسية (الإضاءة، البريق، الصوت) على تقليد الأداء لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من 29 طفلاً وطفلة مقسمين لمجموعتين: 15 طفلاً وطفلة يمثلون مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد (9 أولاد، 6 بنات)، 14 طفلاً وطفلة يمثلون مجموعة الأطفال العاديين (5 أولاد، 9 بنات)، الأطفال المشاركون طبق عليهم مهمة تقليد تتعلق بست ألعاب جديدة تم بنائها (ثلاث ألعاب لها تأثير حسي بصري أو سمعي، ثلاث ألعاب ليس لها تأثير حسي)، أشارت نتائج الدراسة إلى: أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يستخدموا سلوكيات اجتماعية أقل من الأطفال العاديين، فهؤلاء الأطفال أقل دافعية للتفاعل الاجتماعي، ويظهرون شذوذاً في فهم الإشارات غير اللفظية وفي فهم تعبيرات الوجه للأشخاص الذين يتفاعلون معهم.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ب- المحور الثاني: العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي: ويقصد به القصور الواضح في استخدام المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل مع الآخرين، مثل افتقاد القدرة على التواصل البصري، عدم الاستجابة لمن يناديه بإسمه، والقصور في السلوكيات المقبولة اجتماعياً، وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات منها دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994): التي هدفت إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال ذوي اضطراب التوحد على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال قياساً بأقرانهم الأسوياء؛ حيث ضمت عينة الدراسة 25 طفلاً توجدياً بمتوسط عمري 6.2 عاماً، 25 طفلاً سويماً بمتوسط عمري 6.6 عاماً، استخدمت الدراسة اختبار أيزنك لشخصية الأطفال، وأظهرت النتائج أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية في حين كان الأطفال ذوي اضطراب التوحد أكثر إنطوائية وعصابية، كما أنهم شديدي الإنطوائية والعزلة ولديهم نقص شديد في القدرة على التفاعل الاجتماعي، ودراسة هدى أمين عبد العزيز (1999): والتي هدفت إلى الوصول للمتغيرات التي لها دلالة في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة أهم الخصائص السلوكية والنمائية والإدراكية التي تميز هؤلاء الأطفال، تكونت عينة الدراسة من 37 طفلاً وطفلة يعانون من اضطراب التوحد، و37 طفلاً من الأطفال الأسوياء، استخدمت الدراسة: استمارة جمع معلومات، المعيار التشخيصي للاوتيزم، قائمة تشخيص الاوتيزم (من إعداد الباحثة)، مقياس السلوك التكيفي (من إعداد فاروق محمد صادق، 1985)، قائمة فحص المجال الإدراكي، ومن أهم نتائج الدراسة أن أكثر العلامات التي ظهرت على الأطفال ذوي اضطراب التوحد ولاحظتها الأسرة: نقص مهارات التفاعل الاجتماعي والانسحاب وتفضيل العزلة لفترة طويلة وظهر ذلك في 97% من الحالات، وللتعرف على الفروق في التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين عقلياً أجرى عادل عبد الله محمد (2002): دراسة على عينة من 24 طفلاً منهم 12 طفلاً يمثلون مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، 12 طفلاً يمثلون مجموعة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، تتراوح أعمارهم ما بين 8-13 عاماً، تم استخدام مقياس الطفل التوحدي، مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل، مقياس السلوك الانسحابي للأطفال، وجميع هذه الأدوات من إعداد الباحث، توصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لديهم قصور واضح في التفاعل الاجتماعي، وأكثر انسحاباً من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، كذلك لاحظ تجرام وآخرون *Ingram et al., (2007)* سلوك عينة من 81 طفلاً موزعين على ثلاث مجموعات: أطفال من ذوي اضطراب التوحد لديهم نكاه طبيعي (ن=20)، أطفال من ذوي اضطراب التوحد

ولديهم إعاقة فكرية (ن=24)، وأطفال عاديين (ن=37) وذلك لمدة 15 دقيقة أثناء فترات الفسح في المدرسة، وتمت هذه الملاحظة باستخدام قائمة ملاحظة اللعب في الفناء المدرسي، أشارت النتائج إلى: أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمكن تمييزهم عن نظرائهم من ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال العاديين بالمشكلات ذات العلاقة بالسلوك الاجتماعي التي تشمل: الانسحاب، نقص المهارات الاجتماعية، عدم الاستجابة لمبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي، وأجرى براين وآخرون *Boyd et al., (2011)* دراسة بهدف التعرف على جوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي سواء ما يتعلق بالمبادرات أو الاستجابات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء تفاعلاتهم مع أقرانهم العاديين، شملت العينة تسعة أطفال يعانون من اضطراب التوحد، تم استخدام الملاحظة المباشرة لسلوك هؤلاء الأطفال فيما يتعلق بتفاعلاتهم في المواقف الطبيعية داخل الفصل الدراسي، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد أظهروا معدلاً منخفضاً من السلوكيات الاجتماعية الإيجابية (سواء ما يتعلق بالمبادرات أو الاستجابات) أثناء تفاعلاتهم مع أقرانهم، إضافة إلى أنهم في الحالات النادرة التي يبادرون فيها بتفاعلات اجتماعية أو يستجيبون إلى دعوة الآخرين بتفاعلات اجتماعية، فإنهم يستخدمون طرقاً غير عادية في ذلك، وقارنت دراسة همفري، وسيمس *Humphrey & Symes, (2011)* أنماط التفاعل الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد والتلاميذ ذوي صعوبات القراءة والتلاميذ العاديين، أجريت الدراسة على 111 مراهقاً، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى: تضم 38 مراهقاً من ذوي اضطرابات طيف التوحد، والمجموعة الثانية: تضم 35 مراهقاً يعانون من صعوبات القراءة، والمجموعة الثالثة: تضم 38 مراهقاً لا يعانون من أي إعاقات، تم تجميع عينة الدراسة من 12 فصلاً من فصول الدمج، وتم ملاحظة أفراد المجموعات الثلاث لفترتين خلال اليوم الدراسي، وباستخدام تحليل التباين تم التوصل إلى أن المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد يقضون معظم أوقاتهم في الانخراط في أنشطة فردية وسلوكيات انزالية، ويقضون وقتاً قليلاً في الانخراط في أنشطة تعاونية مع أقرانهم، كما أن معظم تفاعلاتهم مع أقرانهم تتميز بالسلبية مقارنة بمجموعتي التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والتلاميذ العاديين، كما قارنت دراسة مييك، ورونسون، وجاهرومي *Meek, Roinson, & Jahromi, (2012)* أنماط التفاعل الاجتماعي بين الطفل-الوالدين أثناء مواقف تقديم الرعاية وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعاديين، تكونت عينة الدراسة من 40 طفلاً (20 طفلاً توحدياً، و20 طفلاً عادياً) تتراوح أعمارهم ما بين 2.75-6.75 عاماً، استخدم الباحثون

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

الملاحظة المنظمة لتقييم مبادرات الأطفال بالانتباه لسلوكيات التفاعل الاجتماعي مع الوالدين، واستجابات الوالدين فيما يتعلق بذلك، أشارت النتائج إلى وجود قصور واضح في المبادرة بالتفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إضافة إلى وجود علاقة دالة بين مبادرات الطفل بالتفاعل مع الوالدين والكفاءة الاجتماعية مع الأقران.

ج- المحور الثالث: العجز في التواصل الاجتماعي : ويظهر في عدم الرغبة في التواصل مع

الأخرين والاهتمام بموضوعات لا تمثل أهمية للأخرين، وعدم ملاحظة ملل المستمع منهم، وهذا ما أكدته نتائج عدد من الدراسات منها دراسة كوجيل، وفيرا، وفريدين *Koegel, Frea, & Fredeen, (2001)* والتي قيمت اللعب والسلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المواقف المدرسية لتحديد ما السلوكيات التي ينبغي استهدافها في التدخلات العلاجية، تم إجراء الدراسة على خمسة أطفال من ذوي اضطراب التوحد وأربعة من أقرانهم العاديين، أشارت النتائج إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعاديين يلعبون بالألعاب التي يتوافر فيها عنصر الإثارة ولكن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد فترات لعبهم قصيرة، كما أن هؤلاء الأطفال نادراً ما يتفاعلون مع أقرانهم، ويفضلون العزلة على الاختلاط بأقرانهم، ولا يستجيبون لمبادرات أقرانهم بالتفاعل الاجتماعي، حيث ينقصهم التواصل البصري، ويفشلون في استخدام الإيماءات في الحديث المتبادل، ولاحظ جوتيررز وآخرون *Gutierrez et al., (2007)* التفاعلات الاجتماعية التي تحدث بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين في الفناء المدرسي، أجريت الدراسة على عينة من ثلاثة أطفال ذوي اضطراب التوحد (ولدان، وبنات)؛ حيث تم ملاحظة سلوكيات: التلطف، استخدام الإشارات، استخدام التواصل الجسدي، أظهر تحليل نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قليلاً ما يخرطون في سلوكيات وتفاعلات اجتماعية مع أقرانهم، كما أن نسب استخدام هؤلاء الأطفال للسلوكيات التي تم ملاحظتها يمكن ترتيبها كالتالي: استخدام الإشارات، التلطف غير المحدد، استخدام التواصل الجسدي، والتلطف غير المحدد هو استخدام أفاظ لا تعبر عن المعنى المقصود، وأخيراً فإن استخدام التواصل الجسدي يُعد سلوكاً نادراً ما يستخدمه الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تفاعلاتهم مع أقرانهم.

من خلال ما سبق يُلاحظ أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من جوانب عجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (عمر بن الخطاب، 1994؛ هدى أمين عبد العزيز، 1999)، وتشمل هذه المظاهر المبادرة بالتفاعلات الاجتماعية *(Howlin, Mawhood, & Rutter, 2000)* والتي تظهر في العجز في استخدام الإشارات *(Ingersoll, Schreibman, & Tran, 2003)*

والإيماءات ونقص القدرة على الاتصال البصري، أما المظهر الثاني فيظهر في الاستجابة لعروض الآخرين للتفاعل الاجتماعي (Koegel, Free, & Fredeem, 2001; Ingram et al., 2007) ، فهناك جوانب عجز تتعلق بنقص القدرة على التجاوب الانفعالي، وفهم معنى الابتسامه أو ترجمة الإشارات غير اللفظية.

3- أسباب القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

هناك العديد من التفسيرات التي قُدمت لجوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد منها:

أ - نظرية العقل: تعني نظرية العقل القدرة على تبني وجهة نظر الشخص الآخر وخصائص الحالات العقلية المعقدة بالنسبة لهذا الشخص كالتفكير والاعتقاد وبمفهوم آخر معرفة أن الآخرين يعرفون، يريدون، يشعرون، يعتقدون (Baron-Cohen, Baldwin, & Crowson, 1997).

وترى هذه النظرية أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم عيوب في نظرية العقل، فالإعاقات في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز هؤلاء الأطفال تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، فهؤلاء الأطفال يظهرون عجزاً واضحاً في مهام نظرية العقل، ومن هنا فإن غياب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً عليهم في الفهم والتعامل مع العالم الاجتماعي وفي التواصل بشكل مباشر ومناسب مع الآخرين، فالعجز الاجتماعي الملاحظ لدى هؤلاء الأطفال يُعد نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين (Charman et al., 1998).

ب - القصور في العمليات الدافعية: تحلل العمليات الدافعية مرتبة متقدمة كسبب من أسباب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي، وقد دلت الباحثون على هذه النظرية بأن سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب التوحد التي تتعلق بطلب الأشياء قد لا تعاني عجزاً نوعياً بسبب أنها ترتبط بمؤشرات وعوامل دافعية (Mundy, 1995)، بينما سلوكيات التفاعل الاجتماعي تعاني عجزاً بسبب أن كبر الدافع الاجتماعي ضروري لظهور تلك السلوكيات لدى الطفل، لهذا يفتقر البعض أن يتم ربط مهارات التفاعل الاجتماعي بمعززات قوية حتى يُبادر الطفل بفعلها (Tager-Flusberg, 2010).

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ج - العجز في بعض المهارات المعرفية: فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لديهم نقصاً في المهارات المعرفية مثل الذاكرة العاملة، وتنسيق الانتباه *Regulation of Attention*، والوظيفة الرمزية *Symbolic Functioning*، وهذه الجوانب في النقص هي المسؤولة عن العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي، فهؤلاء الأطفال لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، كما يظهرون عيوباً في العمليات الإدراكية *Deficits in Perceptual Processing*؛ لذلك فهم يستجيبون استجابات شاذة للإثارة الحسية. كما أن لديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها، إضافة إلى أن التوجه الإدراكي لديهم يكون باتجاه أجزاء العنصر أكثر من الشكل الكلي-*Gutierrez, Hale, Gossens-Archuleta, & Sobrino, Sanchez, 2007*).

4- علاج جوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي:

من أهم المداخل العلاجية التي استخدمت في علاج العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد :

أ - التدريب على المهارات الاجتماعية: *Social Skills Training* وفي هذا المجال يتم فحص مهارات التفاعل الاجتماعي كنتاج إيجابي لبرامج التدخل التي يتم بناؤها على أساس التدريب على المهارات الاجتماعية *(Pierce & Schreibman, 1995)*، ومن هذه الدراسات دراسة هاله فؤاد كمال الدين (2001) والتي هدفت إلى إكساب الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعض مهارات السلوك الاجتماعي مثل: مهارات التواصل البصري، والتقليد، والمبادرة، وإتباع التعليمات البسيطة، تكونت عينة الدراسة من 16 طفلاً وطفلة (8 ذكور، 8 إناث)، من المملكة العربية السعودية، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 41-84 شهر، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة، شملت أدوات الدراسة: قائمة تقييم السلوك التوحدي *(ABC)*، استمارة السلوك اللفظي، استمارة تقييم التفاعل الاجتماعي، سجلت نتائج الدراسة انخفاضاً دالاً في مستوى الأداء المميز للطفل ذي اضطراب التوحد في المجموعة التجريبية على قائمة تقييم السلوك التوحدي، بالإضافة إلى تحسن مستوى التفاعل واللعب البناء المستقل وإقامة العلاقات، بينما لم يلاحظ هذا التحسن في المجموعة الضابطة، كذلك أجرى دي رويير وآخرون *(DeRosier et al., 2010)* دراسة على عينة مكونة من 55 تلميذاً من التلاميذ ذوي اضطراب التوحد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 8-12 عاماً، وذلك لاختبار فعالية

تدريبهم على عدد من المهارات الاجتماعية في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم، تضمن البرنامج التدريبي المستخدم عدداً من المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل والتواصل مع الأصدقاء شملت: تقديم التلميذ لنفسه، إجراء المحادثات، توجيه الأسئلة، الاستماع للآخرين، طلب المساعدة، استخدام عبارة شكراً وآسف، أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسناً دالاً لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين تلقوا تدريباً على المهارات الاجتماعية وذلك في مستوى التفاعلات الاجتماعية.

ب - التدريب على المهارات المحورية: *Pivotal Response Training* تقوم فكرة التدريب على المهارات المحورية على أن معاناة الطفل من اضطراب التوحد يجعله يحتاج إلى تعلم آلاف المهارات التي يفقدها نتيجة لمعاناته، وقد لا يتاح له الوقت أو الفرصة لكي يتعلمها، ومن ثم فإن هناك مهارات أساسية (محورية) إذا تعلمها الطفل فإنها ستنتج تغيرات في سلوكيات أخرى لدى الطفل، وتسهل عليه التعلم بطريقة أفضل، وتشمل المهارات المحورية: التفاعل الاجتماعي، التقليد، اللعب، التواصل (Koegel, Koegel, Harrower, & Carter, 1999)، ففي دراسته استخدم كوهن وآخر (Kuhn et al., 2008) إجراءات التدريب على المهارات المحورية في تنمية مهارات المبادرة والاستجابة لدى إثنين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذكور ممن تتراوح أعمارهم ما بين 7-8 سنوات للتدريبات التي تلقاها الطفلان كانت تتم في فترات اللعب وذلك لتسهيل تفاعلاتهما مع أقرانهم أثناء اللعب، أشارت نتائج الدراسة إلى: حدوث تحسن دال في مستوى التفاعلات الاجتماعية سواء ما يتعلق بالمبادرة بالتفاعلات أو الاستجابة لدى الطفلين، إضافة إلى أن مستوى التحسن في الاستجابة للتفاعلات كان أفضل من التحسن في مستوى المبادرة بالتفاعلات.

ج - التدخلات السلوكية والمعرفية السلوكية: *Behavior and Cognitive Behavior Interventions* واعتمدت هذه الدراسات على فنيات النظرية السلوكية والسلوكية المعرفية في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فقد هدفت دراسة نادية إبراهيم أبو السعود (2002) إلى التعرف على فعالية تدخل سلوكي معرفي في خفض العزلة وتقوية التفاعل الاجتماعي لدى الطفل ذي اضطراب التوحد، وكذلك تقوية انفعالات وعواطف والديه، تكونت عينة الدراسة من ثمانية أطفال ذوي اضطراب التوحد (6 ذكور، بنتان) تتراوح أعمارهم ما بين 3-6 سنوات، أظهرت نتائج الدراسة حدوث تطوراً في التواصل غير اللفظي لدى أطفال المجموعة التجريبية، واكتساب العديد من المهارات الاجتماعية، وخفض العزلة، كما أجرى كسازاري، وفريمان، وباريلا Kasari،

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

(Freeman, & Paparella, 2006) دراسة لتقييم تفاعلات الطفل والأم، ومهارات الانتباه المشترك، ومهارات اللعب قبل استخدام التدخل السلوكي وبعده، وذلك على عينة من 58 طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم ما بين 3-4 سنوات مقسمين إلى: 21 طفلاً يمثلون مجموعة اللعب الرمزي، 20 طفلاً يمثلون مجموعة الانتباه المشترك، 17 طفلاً يمثلون المجموعة الضابطة، طبق على أطفال المجموعة الأولى والثانية برنامج سلوكي مبكر، تم تطبيق جلساته لمدة 30 دقيقة يومياً لفترة ستة أسابيع، تضمنت الفنيات المستخدمة: وصف ما يقوم الطفل بعمله، تكرار ما يقوله الطفل، إعطاء تغذية راجعة مناسبة، المحافظة على التواجد بالقرب من الطفل، التواصل البصري مع الطفل، إجراء تعديلات بيئية من أجل مساعدة الطفل على المبادرة بالسلوك المستهدف، مهارات للتفاعل الاجتماعي المستهدفة تضمنت: المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، والاستجابة لعروض التفاعل الاجتماعي، أشارت النتائج إلى: أنه بالنسبة لمجموعة التفاعل الاجتماعي فقد أظهر الأطفال المشاركين تحسناً دالاً في المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، والاستجابة لعروض التفاعل الاجتماعي من الآخرين أثناء تفاعلاتهم مع الأم، كما تم تعميم سلوكيات المبادرة بالتفاعل الاجتماعي من موقف العلاج إلى مقدم الرعاية في المنزل، وعلى عينة من 21 طفلاً من ذوي متلازمة اسبرجر، تتراوح أعمارهم ما بين 6-13 عاماً، كما أجرى لوباتا، وتوميز، وفولكر، ونسادا (Lopata, Thomeer, Volker, Nida, 2006) دراسة بهدف تحسين السلوك الاجتماعي لهؤلاء الأطفال من خلال استخدام برنامج تدريبي معرفي-سلوكي، البرنامج استمر لمدة ستة أسابيع بمعدل ست ساعات لكل يوم، وبذلك بلغ إجمالي الساعات التدريبية 180 ساعة، ويتضمن الجدول اليومي للتدريب: مراجعة الجدول التدريبي اليومي، 70 دقيقة للتدريبات العلاجية، فترة راحة، 70 دقيقة حلقة علاجية، غداء، 70 دقيقة حلقة علاجية، فترة راحة، 70 دقيقة حلقة علاجية، مراجعة وختام، وكل حلقة من الحلقات العلاجية تتضمن: 20 دقيقة تدريبات باستخدام المنحى المعرفي-السلوكي، 50 دقيقة أنشطة علاجية، اشتملت التدريبات على: التدريب على مهارة بدء المحادثة، مهارة التعليق، مهارة المشاركة، والأنشطة العلاجية تركز على تقديم تعليمات مكثفة عن السلوك الماهر اجتماعياً لتمكين الأطفال من التفاعل الاجتماعي والتعاون، وكيفية ملاحظة تعبيرات الوجه، إظهار الاهتمام، وكل هذه الأنشطة والحلقات العلاجية تتم في وجود 4-6 أطفال من ذوي اضطراب التوحد، وثلاثة أطفال ميسرين، أشارت النتائج إلى: حدوث تحسناً دالاً في مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد كما تقيسها مقاييس التقدير من قبل الوالدين والمعلمين، وتم

في دراسة لوزيللي (2007) Luiselli، إجراء تحليل وظيفي لسلوك طفلة تعاني من اضطراب التوحد تبلغ من العمر 13 عاماً، تم تشخيصها على أن لديها مشكلات سلوكية تتعلق بالهروب من مواقف التفاعل الاجتماعي، تم تحليل مواقف التفاعل الاجتماعي باستخدام إجراءات التحليل السلوكي، ثم تم بعد ذلك استخدام برنامج تدريبي سلوكي اعتمد على تقنية الإنجاب لتحسين التفاعل الاجتماعي وخفض الانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي، أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن في مستوى التفاعل الاجتماعي وانخفاض في معدل الانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي، وقيمت دراسة كلاشين-دين Clavenna- (2010) Deane، فعالية برنامج للتواصل الاجتماعي قائم على التدخل السلوكي المعرفي في تنمية التفاعلات الاجتماعية لدى المراهقين الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد من ذوي الوظائف المرتفعة، تكونت عينة الدراسة من أربعة مراهقين، تم تجميع بيانات عنهم من خلال الملاحظة، اشتملت الفنيات المستخدمة في البرنامج: لعب الدور، خرائط السلوك الإيجابي، المراجعة، والتغذية المرتدة، تم تطبيق جلسات البرنامج مرتين أسبوعياً، وكان يتم تجميع بيانات عن سلوكياتهم أثناء التدخل مرة كل أسبوع، أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن دال في مهارات التفاعل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية الضرورية في مواقف التعامل مع الآخرين، إضافة إلى حدوث تحسن دال لدى ثلاثة من المراهقين في استخدام التعليقات الداعمة خلال أوقات العمل.

د - التعليم من خلال المحاولات المنفصلة: *Discrete Trial Training* يتم في هذه الاستراتيجية عرض كل هدف تعليمي على الطفل بشكل منكرر ومتتال عدة مرات يتراوح عددها بين 5-9 مرات وتعرف كل مرة يعرض فيها الهدف التعليمي بمحاولة، وتتضمن كل محاولة ثلاثة عناصر أساسية هي المثير وتوابع السلوك وقد يتخلل ذلك التلقين (وفاء على الشامي، 2004، ص 236)، فقد استخدم ويشنيك وآخرون (2010) *Wichnick et al.* فنية السيناريوهات المسجلة *recorded scripts* لبناء دافعية الأطفال ذوي اضطراب التوحد للاستجابة لمبادرات الآخرين بالتفاعلات الاجتماعية، أجريت الدراسة على عينة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم من 5-7 سنوات ولديهم عجز واضح في مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأقران، في بداية الدراسة (قبل التدخل) لم يكن أي من هؤلاء الأطفال يستجيبون لمبادرات الآخرين بالتفاعل، وخلال الجلسات التدريبية تم تدريبهم على كيفية الاستجابة لمبادرات الآخرين بالتفاعل من خلال نصوص تم تسجيلها تتعلق بكيفية الاستجابة لعروض الآخرين بالتفاعل، مثل تقديم الاستجابات اللفظية، استخدام الإشارات

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

والإيماءات، التواصل الجسدي، هذه النصوص المسجلة يتم إذبالها كلما اقترب الطفل من اكتساب السلوك. أو المهارة المستهدفة، أشارت النتائج إلى: حدوث تحسناً دالاً في استجابات الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمبادرات الآخرين بالتفاعل؛ حيث سجلت النتائج زيادات ملحوظة في مجموع الاستجابات اللفظية لمبادرات الآخرين بالتفاعل.

هـ - أنواع أخرى من التدخلات: استخدمت بعض الدراسات مداخل أخرى كالعلاج باللعب، فقد استخدم جوهنسون وآخرون (Johnston et al., 2003) في دراستهم العلاج باللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من ثلاثة أطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تم تدريبهم على مهارات التواصل البصري ومهارات المبادرة بالتفاعل مع الآخرين من خلال بعض أنشطة اللعب، وتضمن البرنامج تقديم 26 نشاطاً يعتمد على مهارات التواصل ومهارات المبادرة بالتفاعل مع الآخرين، حيث تم عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد لتقرير ما يصلح للتدريب مع أطفالهم، توصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاج باللعب يُعد طريقة فعالة لتدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على مهارات التواصل ومهارات المبادرة بالتفاعل مع الآخرين، كما استخدمت برامج التدخل المبكر فقد بحثت دراسة أنجيسر سول، ودفور تكمناك، ووالاين، وسيكورا (Ingersoll, Dvortcsak, Whalen, & Sikora, 2005) فعالية برنامج تدخل لغوي قائم على استخدام اللغة الاجتماعية في تحسين معدل اكتساب اللغة التعبيرية مع المعالج وإمكانية تعميم ذلك في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الوالدين، اشتملت العينة على ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب التوحد، وقد اعتمد البرنامج على ثلاثة مقومات أساسية: الأول: التعليم في هذا البرنامج يعتمد على ما يهتم به الطفل، فالمعالج يساعد الطفل على المبادرة بتفاعلات اجتماعية تعتمد على ما ينتبه إليه الطفل ويهتم به، ثانياً: يتم ترتيب البيئة لتساعد على المبادرات من جانب الطفل، والاستراتيجيات الشائعة في ذلك: إعاقه لعب الطفل؛ حيث يتم إعاقه الأنشطة التي يقوم بها الطفل، والتخريب؛ حيث يتم حذف شيء ضروري ويحتاجه الطفل لممارسة النشاط، وتحدي الروتين اليومي؛ حيث يتم تغيير الطريقة التي يحب الطفل أن يفعل بها الأشياء، وإبعاد الشيء عن مرمى بصر الطفل؛ حيث يتم إخفاء العناصر المحببة ومن ثم فإن الطفل لا يستطيع أن يصل إليها من نفسه، ثالثاً: كل محاولات التواصل من قبل الطفل يتم تسجيلها، كالاتجاجات اللفظية، والنظرة بالعين، البكاء، التعبيرات الوجهية، أشارت النتائج إلى أن البرنامج أحدث نتائج إيجابية في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال عينة الدراسة وانخفاض دال في السلوك الانسحابي، كما تناولت دراسة سهى أحمد أمين

نصر (2008): تصميم برنامج للتدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب التوحد وقياس أثره في تنمية الانتباه المشترك، والتفاعلات الاجتماعية لديهم، وقد اشتملت الدراسة على عينة قوامها خمسة أطفال يعانون من اضطراب التوحد من ذوي التخلف العقلي البسيط، وثلاثة من أقرانهم العاديين وتتراوح أعمار الأطفال المشاركين ما بين 6-7 سنوات وقد استخدمت الباحثة مقياس الانتباه المشترك من إعدادها، ومقياس الطفل التوحدي ومقياس التفاعلات الاجتماعية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: فعالية برنامج التدخل المبكر في تنمية الانتباه المشترك وتحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كما تم استخدام مبدل تنمية التفاعلات الأسرية، فقد قيمت دراسة هاتمازادي، وبوريتماد، وهاساتابادي (2010) *Hatamzadeh, Pouretamad, & Hassanabadi* فعالية استخدام برنامج العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل في تحسين التفاعلات الاجتماعية بين الوالدين والطفل، وأثر ذلك في خفض المشكلات السلوكية لدى طفل يعاني من اضطراب التوحد، لتحقيق ذلك استخدم الباحثون عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد من ذوي الوظائف المرتفعة بلغت أربعة أطفال، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 3-7 سنوات، تم تقييم تفاعلاتهم مع الوالدين من خلال الملاحظة، كما تم تقييم مشكلاتهم السلوكية باستخدام قائمة إيلبرج لسلوك الطفل *Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)*، جلسات البرنامج تم تطبيقها على الأمهات بمعدل مرة واحدة كل أسبوع، تستغرق كل جلسة ساعة واحدة، ويتركز محتواها حول كيفية تكوين علاقات جيدة بالطفل وكيفية زيادة السلوكيات الاجتماعية الايجابية وخفض السلوكيات الاجتماعية السلبية، وتحليل النتائج تبين أن العلاج التفاعلي ساعد في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الوالدين وطفلهم، إضافة إلى حدوث انخفاض دال في مستوى المشكلات السلوكية لدى جميع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

و - التعليم من خلال الأنداد : *Peer Mediated Intervention* يعد أحد أهم وأنجح الطرق لتعليم الطفل التفاعل الاجتماعي مع أطفال من ذوي التطور الطبيعي، وفي هذا النوع من التدخل يتدرب أطفال طبيعيين على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال ذوي اضطراب التوحد مثل مشاركة الآخرين، أخذ الأدوات، مساعدة غيرهم، اللعب، المزح، وفي الوقت ذاته يتعلم الأطفال من ذوي اضطراب التوحد الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين وكيفية بدء تفاعلات اجتماعية معهم (Sperry, Neitzel, Engelhardt-Wells, 2010).

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ثالثاً : تدريب الأقران كمدخل علاجي: *Peers Mediated Intervention*

التدخل من خلال تدريب الأقران طريقة لتدريب الأطفال على عدد من المهارات، تقوم على أساس الزمالة وذلك لتقديم العون والدعم من خلال الملاحظة وتقديم التغذية المرتدة، وذلك بهدف تحسين مهارات معينة أو اكتساب مهارات جديدة (Prendeville, Prelock, & Unwin, 2006)، فالتدخل من خلال تدريب الأقران عملية تعليمية يقوم فيها طفل مدرب بتعليم أطفال آخرين عدد من المهارات المختلفة وذلك تحت إشراف شخص بالغ (Chung et al., 2007)

إن التدخل من خلال تدريب الأقران استراتيجية يقوم فيها الأفراد بتعليم بعضهم البعض بطريقة تفاعلية، فهي عملية تتم بين فردين على الأقل أحدهما يأخذ دور المدرب والآخر يأخذ دور المتدرب (Owen-DeSchryver, Carr, Calle, & Barkley-Smith, 2008)، كما يُعرف سبيري ونيترزيل وأنجيلهاردت-ويلز (Sperry, Neitzel, & Engelhardt-Wells, 2010) التدخل من خلال تدريب الأقران بأنه أحد الطرق التي تُستخدم في تدريب الأطفال على عدد من المهارات التي تمثل قصوراً أو عجزاً واضحاً لديهم؛ حيث يتم في هذه الطريقة الاستعانة بقرين ويتم تدريبه على المهارات المستهدفة، ويُطلب منه -تحت إشراف أشخاص بالغين- تدريب الأطفال ذوي العجز في هذه المهارات، ويُطلق على القرين المدرب اللاعب المحترف *Expert Player* ويُطلق على الطفل الذي يتلقى التدريب اللاعب المبتدئ *Novice Player*، وتعد نسبة لاعبين محترفين إلى لاعب مبتدئ نسبة جيدة (Sperry, Neitzel, & Engelhardt-Wells, 2010)

ولكي تكون عملية التدخل من خلال الأقران طريقة ناجحة في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد ينبغي تطبيقها بدرجة عالية من التنظيم، ومن ثم يجب الاهتمام بتحديد الأهداف وباختيار الأقران، والألعاب التي ستستخدم، وتنظيم الجلسات، وتدريب الأقران، وتشمل استراتيجيته التدخل من خلال الأقران عدة مراحل:

أولاً - مرحلة الإعداد:

في هذه المرحلة يقوم المدرب بإعداد كل ما يتطلبه تطبيق هذه الاستراتيجية حتى لا يؤدي عدم وجود أي من عناصرها إلى فقدان الاستراتيجية لكفاءتها، فلا تحقق أهدافها المرجوة منها، ويتطلب ذلك ما يلي:

1. تحديد خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد : هناك عدد من الخصائص الأساسية يجب أن تتوفر في الأطفال ذوي اضطراب التوحد حتى يشاركوا في طرق تدخل تشمل أقرانهم

- الطبيين منها: تقبلهم وجود الآخرين على مقربة منهم، وعدم سهولة الاستئارة، كما يجب تحديد أهم الخصائص الأساسية للأطفال ذوي اضطراب التوحد التي تستهدف من التدخل العلاجي، فهذه الخصائص هي التي سيتم تدريب الأقران للتعامل معها أثناء جلسات التدريب.
2. تحديد الأهداف الأساسية للتدخل: حيث يتم في هذه الخطوة تحديد الأهداف الأساسية، حيث تشتق هذه الأهداف في ضوء الخصائص السابق تحديدها.
3. اختيار الأقران: حيث يتم اختيار القرين أو الأقران الذين سيشاركون في التفاعلات مع الطفل أو الأطفال المستهدفون، ويجب أن يوضع في الاعتبار عدد من الخصائص في القرين الذي سيتم اختياره منها:
- أ- أن يكون لديه مستوى تقبل مناسب من الأقران الآخرين.
 - ب- أن يكون لديه تاريخ إيجابي من التعامل الاجتماعي مع الطفل المستهدف.
 - ج- أن يُبدي اهتماماً بمثل هذا الموضوع، ولديه حافظاً داخلياً لذلك، كأن يكون من إخوة وأخوات الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو من زملائه في الفصل الدراسي.
 - د- لديه القدرة على تعديل تفاعله الاجتماعي ليتناسب مع الطفل ذي اضطراب التوحد، وأكثر قابلية للانصياع لتعليمات البالغين فيما يتعلق بذلك.
4. تحديد مجموعات العمل: وفي هذه الخطوة يتم تحديد مجموعات العمل، ويتراوح عدد الأطفال الأقران ما بين طفل إلى خمسة أطفال لكل طفل يعاني من اضطراب التوحد.
5. اختيار الأدوات والمواد: ويستحسن اختيار الألعاب المفضلة لدى الطفل ذي اضطراب التوحد، والألعاب التي يتمكن من استخدامها بالشكل الصحيح، وبخاصة في بداية مراحل التدريب.
- إن إحدى طرق زيادة التفاعل والمشاركة الاجتماعية بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد هي أن تتميز أدوات اللعب بعدة خصائص منها: تتضمن موضوعاً محدداً لكل جلسة لعب، تتطلب المساعدة عند تشغيلها، لا تتوافر عادة بالفصل الدراسي.
- وهناك عدد من الأدوات التي تستحث التفاعل بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد، منها: حيوانات المزرعة، لعبة البقالة، مسرح العرائس، حديقة الحيوان، بناء الطرق بالسيارات والشاحنات، حفلة عيد الميلاد، بيت الدمى، وهذه الأدوات تشجع على المشاركة وتبادل الأدوات والسلوكيات الاجتماعية الأخرى التي يحتاج هؤلاء الأطفال إلى تلميحتها (Lee, Odom, & Loflin, 2007).

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

6. تحديد مسؤوليات وأدوار كل فرد في المجموعة: *Identification of Responsible Staff*: حيث يتم تحليل المهام الخاصة بكل مهارة مستهدفة، ثم يتم تحديد دور كل قرين (إن كان هناك أكثر من قرين) في إكساب الطفل ذو اضطراب التوحد هذه المهارة المستهدفة، وهذا التحديد يجعل الأقران أكثر قدرة على تأكيد اكتساب السلوكيات المستهدفة. وأكثر قدرة على تقديم التغذية المرتدة.

7. ترتيب مكان التدريب: *Classroom Arrangement* إن الأنشطة التعليمية التي يتم تطبيقها من خلال التدخل من قبل الأقران يجب أن تكون جزءاً من الجدول اليومي، كما يجب أن تأخذ نفس الوقت في نفس المكان، بعيداً عن المشتتات، وتستغرق أنشطة كل جلسة ما بين 15-20 دقيقة، ويتضمن ذلك الانتقال من وإلى النشاط، كما يجب توفير مكان ثابت وزمان ثابت لهذه الأنشطة ليساعد ذلك الأطفال المستهدفين على الانتقال إلى النشاط بسلاسة ويزيد من احتمالية حدوث التفاعلات الاجتماعية بينهم. (Harper, Syman, & Fera, 2008)

ثانياً - مرحلة تدريب الأقران:

وفي هذه المرحلة يتم تدريب الأقران على كيفية التبادل الاجتماعي مع الأطفال المستهدفين مثل مشاركة الآخرين، أخذ الأوامر، مساعدة غيرهم، واللعب، وهناك مرحلتين أساسيتين لهذا التدريب: المرحلة الأولى: وفي هذه المرحلة يتم تهيئة الأقران لاستخدام الإستراتيجية بأن يوضح لهم الهدف من إتباعها، وكيفية استخدامها، مع ضرورة تحفيزهم على استخدامها، وذلك لأنها تتطلب توافر قدر عالي من الدافعية، وكذلك تقبل الأقران للأطفال المستهدفين (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010)

ومن هنا يتم في هذه المرحلة إمداد الأقران بأهم التشابهات والاختلافات التي تتعلق بخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Baker, 2000)، وهذه المعلومات تتباين في محتواها اعتماداً على عمر الأقران، فبالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة يكون التركيز على السلوكيات التي يتم ملاحظتها (مثل: يحتاج أسامة إلى أن يتعلم كيف يلعب مع أقرانه، ولذلك سوف نقوم بمساعدته في ذلك)، أما بالنسبة لأطفال المدرسة الابتدائية، فالعديد من المعلومات التي تتعلق بخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمكن مناقشتها مع التركيز على إعطاء أمثلة وسلوكيات ملحوظة (Cater, Cushing, Clark, & Kenned, 2005)، كما يتم خلال هذه المرحلة تدريب الأقران على كيفية ملاحظة الفروق الفردية، فعلى سبيل المثال: يتم الحديث مع الأقران عن التشابهات والاختلافات في

(المظهر، ما نحب وما لا نحب، احتياجات كل طفل، قدرات كل طفل)، إضافة إلى شرح كيف يمكن أن يتعلم كل منا من الآخرين.

المرحلة الثانية: التركيز في تدريب الأقران على الإستراتيجية المحددة للتدخل وممارستها مع المدرسين البالغين؛ حيث يتم تدريب الأقران على أدوارهم في عملية التدخل وأثناء جلسات التدريب اليومية، ويتطلب هذا من 4-5 جلسات ليتعلم من خلالها الأقران إستراتيجيه التدريب (Lee, Odom, & Loflin, 2007).

ويتعلم الأقران خلال هذه المرحلة سلوكيات محددة يمكن أن تستخدم لتسهيل اللعب والتفاعل الاجتماعي أثناء ممارسة الأنشطة التعليمية مع أقرانهم ذوي اضطراب التوحد، وتتضمن السلوكيات:

1. كيفية تنظيم اللعب: كتقديم اقتراحات تتعلق بأنشطة اللعب، كيفية ممارسة أدوارهم أثناء اللعب، وكيفية تقديم الاستجابة المناسبة للعب أقرانهم ذوي اضطراب التوحد.
2. كيفية المشاركة: كتقديم أدواتهم للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، إعطاء المعايير للأطفال ذوي اضطراب التوحد، قبول أدوات اللعب، وإعطائهم للطفل.
3. كيفية تقديم المساعدة: كتقديم المساعدة لإكمال المهام أو الاستجابة إلى طلب الطفل الذي يتعلق بتقديم المساعدة.
4. كيفية استخدام أساليب المدح والتعزيز: مثل مسك الأيدي، التلويح بالأيدي، تقديم التثناء اللفظي.

(Harper, Syman, & Fera, 2008)

ويعد أن يصف المدرب هذه المهارات، يتم تطبيقها من خلال استخدام إجراءات لعب الدور؛ حيث يمارس المدرب هذه المهارة مع أحد الأقران بينما يقوم الأقران الآخرين بالملاحظة، وتحديد كيف يستخدم المدرب هذه المهارة، ثم يقوم المدرب بحث الطفل القرين على استخدام تلك المهارة من خلال لعب الدور مع أحد الأقران الآخرين في المجموعة، مع تقديم التوجيهات وأساليب الحث للأقران عند الضرورة (Sperry, Neitzel, & Engelhardt-Wells, 2010)، ويستخدم المدرب خلال ذلك أساليب التعزيز المناسبة مثل التريبت على الكتف، رفع الإبهام كتعبير عن النجاح في أداء السلوك.

وفي نهاية جلسة التدريب يقدم المدرب المزيد من التعزيزات والتغذية المرتدة للأقران عن سلوكهم أثناء الجلسة مثل: تعجبني طريقتك في الاستجابة، مما يولد لدى الأطفال الأقران الدافعية لمواصلة المشاركة (Timler, Voler-Elias & McGill, 2007).

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ثالثاً - مرحلة التطبيق أو التنفيذ:

وفي هذه المرحلة يتم التطبيق الفعلي لإستراتيجية التدخل من خلال الأقران التي تم التدريب عليها في المراحل السابقة، ويتم هذا التطبيق من خلال ثلاث مراحل أساسية:

1 - التفاعل بين الطفل للقرين والطفل المستهدف في مواقف اللعب: *Peer and Focal Child*

Interaction in a Structured Play Setting: ففي جلسات التدريب الأولى يحضر

الأقران بمفردهم هذه الجلسات، وبعد إتقان الأطفال الأقران للمهارات المستهدفة، يُطلب منهم ممارسة تلك المهارات من خلال جلسات اللعب مع الطفل المستهدف، وقد تستغرق تلك الجلسات من 5-8 دقائق؛ حيث يُقدم المدرب خلالها نشاط اللعب، ويستخدم أساليب الحث مع القرين، وقد يلجأ إلى ممارسة السلوك أمامه مع الطفل المستهدف، وبمجرد أن يصبح الطفل القرين لديه المهارة في ذلك، فإن المدرب يقوم بتطبيق تلك الأنشطة بين الطفل المستهدف والطفل القرين، مع الخفض التدريجي لاستخدام أساليب الحث (*Oppenheim-Leaf, Leaf, Dozier, Sheldon, & Sherman, 2012*).

2 - التنفيذ في مواقف داخل الفصل: *Implementing in Classroom Settings*: وفي هذه

المرحلة يبدأ التنفيذ أو التطبيق الفعلي لإستراتيجية التدخل من خلال الأقران.

ويؤكد جولد ستاين وآخرون (*Goldstein, Schneider, & Thiemam, 2007*) على

ضرورة استخدام أساليب الحث والتعزيز *Prompts and Reinforcement* لنجاح الأقران في تطبيق إستراتيجية التدخل التي تم التدريب عليها، ويتطلب تطبيق أساليب الحث أو التعزيز أمرين أساسيين:

أ- ضرورة ملاحظة الأطفال لتحديد عدم التفاعل: *Observe Children to Identify Non-*

Interaction: فعندما لا يكون هناك تفاعل بين الطفل المستهدف و الأقران لمدة 30 ثانية، فإنه يجب الإسراع بتقديم أساليب الحث.

ب- إعطاء حث للطفل المستهدف أو القرين للبدء بالتفاعل أو الاستجابة للمبادرة: *Provide a*

Prompt to the Peer or the Focal Child to Begin an Interaction or Response to an Initiation:

ويتطلب الحث غالباً تلميحات للأقران لاستخدام استراتيجيات بتقديم تعليمات واضحة مثل:

اقتراح لعبة للعب بها، واستخدام التعليمات اللفظية أو الصور مثل: صورة طفلين يتحدثان. (*Sperry, Neitzel, Engelhardt-Wells, 2010*)

وإذا لم يستجيب الطفل خلال 10 ثواني، يتم إعادة الحث، ويتم إعطاء توجيه بدني، وبمجرد أن يصبح الأقران أكثر كفاءة في جعل الأطفال يبادرون باللعب، فإن المدرب يقلل من استخدام أساليب الحث والتعزيز، وإذا ما انخفض مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد، فإنه يتم إعادة استخدام أساليب الحث والتعزيز مرة أخرى حتى يتم التأكد من أن التفاعلات الاجتماعية تتم بمستوى عالٍ من التكرار (Kohler, Greteman, Raschke, & Highnam, 2007).

3 - تعميم المبادرات عبر اليوم *Extending Initiation Across the Day* إن الفرحة الأخيرة من مراحل تطبيق هذا التدخل، هو نقل هذه المبادرات بالتفاعلات خلال مواقف التفاعل اليومي، ومن ثم يبدأ الأطفال المستهدفون في تعميم مهاراتهم المكتسبة، ويرى أوين-ديشكفير وآخرون (Owen-DeSchryver et al., 2008) أن ذلك يمكن أن يتحقق من خلال استخدام استراتيجيتين:

- جعل المواقف اليومية جزءاً لا يتجزأ من التدخل: *Embedded Intervention* وخلال هذه الاستراتيجية فإنه يتم تقديم التعليمات كلما بادر الطفل بالتفاعل في المواقف اليومية الطبيعية، فمثلاً: المدرب قد يعتمد أن يجلس قرين مُدرب بجوار الطفل المستهدف خلال أي نشاط يومي؛ وذلك حتى يحث الطفل المستهدف على المبادرة بالتفاعلات، فالقرين المدرب قد يطلب من الطفل أن يعطيه اللون أو يساعده في لصق الاستيكارات.
- اتساع دائرة الأقران لتشمل زملاء الفصل: *Class Wide Peer Buddy System* حيث يتم زيادة عدد الأقران الذين يتفاعلون مع الطفل المستهدف، فيتم تقسيم أطفال الفصل الدراسي ليكونوا شركاء في ألعاب مختلفة يتم تنظيمها من قبل المعلم أو المدرب؛ بحيث تتضمن تلك الشراكة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وخلال تلك الأنشطة والألعاب يتم تعليم الأقران المهارات التالية:

- البقاء مع الأصدقاء: حيث يتم يطلب من الأقران ضرورة أن يظلوا مع زملائهم في نفس المكان يلعبون ويتبادلون الأدوار، وليس من الضروري أن يستمروا في اللعب بنفس الألعاب.
- اللعب مع الأصدقاء: حيث يتم تعليم الأقران أن يمشوا في نفس المكان مع زملائهم ويلعبوا بنفس الأدوات ويشاركوهم الأنشطة وتقديم الألعاب، وسؤالهم إذا ما كانوا يرغبون في اللعب.
- الحديث مع الأصدقاء: فيتم تعليم الأقران كيف يتحدثون مع زملائهم، ما يلعبون به،

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
وكيف يتشاركون الألعاب (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010).

ولزيادة دافعية الأقران للمشاركة، يتم إخبارهم إذا ما ظلوا مع زملائهم ولعبوا معهم وتحدثوا معهم، فإنهم سيتمكنون من وضع أسمائهم في الصندوق، وكل يوم سيتم سحب زوج من الأسماء من الصندوق، الأسماء التي سيتم اختيارها ستلقى جائزة خاصة مثل قطع حلوى، ملصقات، جوائز أخرى.

دراسات تناولت استخدام التدخل من خلال تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد :

ومن هذه الدراسات دراسة هارنج وبيين (1992) *Harring & Been* والتي فحصت فعالية تدريب الأقران على مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى طفل ذكر يعاني من اضطراب التوحد يبلغ 13 عاماً، وبلغت عينة الأقران أربعة أطفال (إثنان من الذكور، وإثنان من الإناث) تتراوح أعمارهم ما بين 12-13 عاماً، تم تدريب الأطفال الأقران على كيفية المبادأة بالتفاعلات الاجتماعية، وكيفية تقديم حث لاستجابات الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد، وكيفية تقديم نماذج إيجابية لأقرانهم ذوي اضطراب التوحد، وكيفية تعزيز سلوكياتهم المناسبة، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية تدريبات الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث زاد معدل التفاعل الاجتماعي مع الأقران، وهو ما عكسته تقديرات المعلمين للسلوك الاجتماعي للطفل.

وطلب بينشك وهاريس (1994) *Belchic, & Harris* من عدد من الأقران المدربين أن يبادروا بالتفاعل مع حليف غير مدرب في وجود عدد من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب التوحد، وخمسة من الأطفال العاديين (أقران) في نفس مستوى الأطفال ذوي اضطراب التوحد العمري، قبل جلسات التدخل: قام أحد الأفراد البالغين باللعب مع الأقران والحلفاء وتعزيز محاولات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمبادرات، وتم استخدام الحث من قبل الفرد البالغ إذا لم يُبد الطفل المستهدف أي مبادأة بالتفاعل مع الحليف، بعد التدخل كل طفل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد بأدر بمحاولات ناجحة للتفاعل، وحافظ على التفاعل الاجتماعي بمستوى يزيد عن 75%، كما تم تعميم تلك التحسينات المكتسبة على مواقف أخرى.

وهدف دراسة دوجان، وكامس، وليونارد، وواتكنس، وريوبرجر، وستاكاس *Dugan, Kams, Leonard, Watkins, Rheuberger, & Stackhass, (1995)* إلى: التعرف على

فعالية تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من طفلين (طفل عمره تسع سنوات، وطفلة عمرها عشر سنوات)، أما الأطفال الأقران فبلغ عددهم 16 طفلاً وطفلة (6 ذكور، 10 إناث) من تلاميذ الصف الرابع، تم تدريب الأقران المشاركين على كيفية تبادل الأفكار مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية تصحيح أخطائهم، وكيفية تقديم المكافأة المناسبة للسلوك، وكيفية إعطاء ردود فعل هادئة كاستجابة لأقرانهم ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تم تدريبهم على ذلك من خلال عدد من الفنيات اشتملت على الشرح اللفظي، والتغذية المرتدة، والتعزيز، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي بين القياسين القبلي والبعدي مما يشير إلى تحسن مستوى التفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وإستخدام كوهلر، وستراين، هوسون، ودافيس، ودونسا، وراب *Kohler, Strain, Houson, Davis, Donna, & Rapp, (1995)* تدريب الأقران بهدف تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب التوحد بلغ متوسط أعمارهم أربع سنوات، وذلك بمساعدة ستة من الأقران العاديين تتراوح أعمارهم ما بين 3 - 4 سنوات، قبل التدخل من خلال تدريب الأقران فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لم يكن أيًا منهم يشارك في تفاعلات مع أقرانهم، وواحد منهم فقط لديه مهارات لعب مناسبة، تلقى الأقران المشاركين في الدراسة تدريبات على المهارات الاجتماعية والتي تتضمن: كيفية تقديم مقترحات لتنظيم اللعب، كيفية تقديم المساعدة، وكيفية طلب الأشياء، بعد التدخل أظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تحسناً في مستوى الوقت الذي يقضونه في التفاعل مع أقرانهم من 28% في بداية التدخل إلى 65% بعد التدخل إضافة إلى تحسن مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية مع أقرانهم.

وفحص رويرز *Roeyers, (1996)* فعالية استخدام إستراتيجية تدريب الأقران العاديين في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد بلغ عددها 85 طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين 5-12 عاماً، وتم توزيعهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، أما الأقران فكان لكل طفل قرين من الأطفال العاديين، تم إعطاء الأقران معلومات تتعلق باضطراب التوحد، وتتعلق بخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إضافة إلى أن مشاركة البالغين كانت محدودة، أشارت نتائج الدراسة إلى زيادة كمية الوقت الذي يقضيه الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد في التفاعل، كما زادت استجابات ومبادرات هؤلاء الأطفال بالتفاعل في المواقف الاجتماعية مع أقرانهم العاديين.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

وبهدف زيادة مستوى التفاعلات الاجتماعية ومهارات التواصل، أجرى جاريسون-هاريل وكامبس وكرافيتس *Garrison-Harrell, Kamps, & Kravits, (1997)* دراسة على عينة مكونة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب التوحد (طفلان، وطفلة) تتراوح أعمارهم ما بين 6-7 سنوات، لديهم مستوى متدني من التواصل، أما عينة الأقران فبلغت 15 طفلاً من تلاميذ الصف الأول (بمعدل 5 أطفال لكل طفل يعاني من اضطراب التوحد)، تم تدريب الأقران على كيفية استخدام نظام تواصل داعم للطفل إضافة إلى تدريبهم على المهارات الاجتماعية والتي تتضمن: كيفية المبادأة بالمحادثة، وكيفية الاستجابة لمحاولات الأطفال ذوي اضطراب التوحد للتواصل، وكيفية استخدام الثناء اللفظي، وكيفية المحافظة على استمراز المحادثة، وكيفية تقديم تعليمات، قضى الأطفال المستهدفون 20 دقيقة مع شبكة أقرانهم في ثلاثة مواقف مختلفة، والتي تم تفريدها لتتناسب مع اهتمامات كل طفل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أشارت نتائج الدراسة إلى: حدوث تحسن دال في مستوى التفاعلات الاجتماعية، ومهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما سجلوا معدلاً مرتفعاً من القبول، وانخفاض دال في مستوى السلوك النمطي والسلوك الفوضوي.

كما أجرى جونزليز-لوبيز وكامبس *Gonzalez-Lopez, & Kamps, (1997)* دراستهما على عينة مكونة من أربعة أطفال ذوي اضطراب التوحد (طفلان، وطفلاتان) تتراوح أعمارهم ما بين 5-7 سنوات، ولديهم مستوى متوسط من التحدث، ومستوى محدود من التواصل، وذلك بهدف تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية، وخفض سلوكيات التحدي من خلال تدريب الأقران، بلغ عدد الأقران 12 طفلاً من أطفال المستوى الأول برياض الأطفال، في البداية تم إعطاء الأقران معلومات تتعلق بطبيعة اضطراب التوحد، وتم تعليمهم مهارات التحكم في السلوك، والتي تتضمن: كيفية إعطاء تعليمات بسيطة، كيفية استخدام التعزيز، كيفية استخدام الحث، كيفية تجاهل السلوكيات الفوضوية، وبعد ذلك تم تعليم الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد كيفية إعطاء تحية، كيفية المشاركة في نشاط، كيفية طلب المساعدة، وكيفية طلب الأشياء، كما تم حث المعلمين على تعزيز التفاعلات الاجتماعية للأطفال من خلال إعطاء نجوم للأطفال، تم تدريب الأقران على السلوكيات المستهدفة من خلال السيناريوهات والتعليمات المباشرة، ومن خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي، تم التوصل إلى وجود تحسن دال في مستوى التفاعلات الاجتماعية؛ فقد زاد متوسط التفاعلات الاجتماعية من 2.3 إلى 3.4، كما حدث انخفاض دال في سلوكيات التحدي.

وقام كامبس، وبوتيك، ولوبيز، كرافيتس، وكيميرير *Kamps, Potucek, Lopez, Kravits, & Kemmerer, (1997)* باختبار فعالية برنامج تدريبي للأقران في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى ثلاثة ذكور من الأطفال ذوي اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم ما بين 6-8 سنوات، مجموعة الأقران بلغ عددها 6 أطفال (3 ذكور، 3 إناث) من تلاميذ الصف الثاني، تم استخدام عدد من الفنيات لتدريب الأقران، اشتملت على: النمذجة، الممارسة مع البالغين والتلاميذ، تضمنت التدريبات كيفية تعزيز الأقران لسلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية تقديم تغذية مرتدة من شبكة الأقران، وتم تنفيذ البرنامج في عدد من المواقف، أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن واضح في أنماط السلوك المستهدفة، حيث ظهرت تغيرات إيجابية في أنماط التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد مع أقرانهم، كما تم تعميم هذه الاستجابات على عدد من المواقف.

وقاما لاوشي وهيفلين *Laushey, & Heflin, (2000)* بدراسة بهدف تنمية بعض المهارات الاجتماعية لطفلين ذكور من الأطفال ذوي اضطراب التوحد متوسط عمرهما خمس سنوات من خلال تدريب خمسة أطفال من أقرانهم داخل الفصل الدراسي، الطفلان يستطيعان القراءة في مستوى رياض الأطفال، ولكن لديهم عجزاً اجتماعياً، تم تدريب الأقران من خلال الشرح اللفظي والمثيرات البصرية على كيفية البقاء واللعب والتحدث مع أقرانهم ذوي اضطراب التوحد، توصلت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن في النشاط الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد وفي مهاراتهم الاجتماعية؛ حيث تحسن مستوى التفاعل الاجتماعي للطفلين بنسبة 36% للطفل الأول، 38% للطفل الثاني أثناء فترة العلاج مقارنة بما قبل التدخل.

وقامت دراسة موريسون وكامبس وجارسيا وباكير *Morrison, Kamps, Garcia, & Ker, (2001)* استخدام إستراتيجية تدخل الأقران وإستراتيجيات المراقبة في تحسين مهارات المبادرة والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تم اختيار عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد قوامها أربعة أطفال (3 ذكور، وأنثى) تتراوح أعمارهم ما بين 10-12 عاماً، وعينة من الأقران قوامها أربعة أطفال في نفس الفئة العمرية، تلقى الأقران تدريبات على كيفية اللعب مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية تنمية مهارة الطلب والمشاركة وكيفية تقديم تغذية مرتدة، تم التدريب من خلال الاستعانة بالشرح اللفظي والوسائل البصرية والتغذية المرتدة، وتم إجراء مواقف تفاعل يتم مراقبتها من خلال شاشة تليفزيون ويتم تقديم الدعم المناسب للأطفال الأقران عند الضرورة، أشارت النتائج إلى حدوث تحسن دال في مهارات المبادرة بالتفاعلات

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
الاجتماعية والتعليق والطلب والمشاركة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وقام كامبس وآخرون (*Kamps et al., 2002*) بدراسة استخدموا خلالها تدريب الأقران لتسهيل التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد مع أقرانهم، تضمنت عينة الأطفال ذوي اضطراب التوحد خمسة أطفال (ثلاثة أطفال من الذكور، وطفلتان)، أما الأقران فبلغ عددهم 15 طفلاً من الأطفال العاديين الملتحقين بصفوف المدرسة الابتدائية، تم تدريب الأقران على كيفية تصحيح أخطاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد فيما يتعلق بتفاعلاتهم الاجتماعية، وكيفية تبادل الأفكار، وكيفية تقديم الانتباه الاجتماعي، وكيفية التفاعل المتبادل، وتم هذا التدريب من خلال الاستعانة بعدد من الفتيات اشتملت على الشرح اللفظي، الاستجابات التمييزية، النمذجة، ولعب الدور، التعزيز، توصلت النتائج إلى فعالية تدريب الأقران في تنمية قدرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على التفاعل الاجتماعي، فقد تحسنت علاقة الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالآخرين، وأصبحوا قادرين على تقليد أقرانهم في سلوكياتهم الاجتماعية في مواقف التفاعل.

وأجرى كاتير وآخرون (*Cater et al., 2005*) دراسة للتعرف على فعالية التدخل من خلال الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، شارك في الدراسة طفلين يعانون من اضطراب التوحد، أحدهما ذكر يبلغ من العمر 12 عاماً، والآخر أنثى تبلغ من العمر 13 عاماً، أما الأقران فبلغ عددهم ستة أقران تتراوح أعمارهم ما بين 12-13 عاماً، استخدم فريق البحث مقياس تقدير التفاعلات الاجتماعية، وعدد من الاختبارات لقياس الأداء الأكاديمي، وتم تشخيص اضطراب التوحد من قبل عدد من الأطباء النفسيين والاستعانة بمقياس جيليام لتقدير التوحدية، أما عن الطرق التي استخدمت في تدريب الأقران، فتضمنت الشرح اللفظي لمحتوى التدريب، التغذية المرتدة، النمذجة، حيث تم تدريب الأقران على كيفية تقديم تعليمات أكاديمية واضحة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية استخدام التغذية المرتدة معهم، وكيفية تعزيز تواصلهم، أشارت نتائج الدراسة إلى: فعالية التدخل من قبل الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وبالاستعانة بثلاثة من الأقران العاديين، حاول شونج وآخرون (*Chung et al., 2007*) التعرف على أثر التدخل القائم على تدريب الأقران في خفض التحدث غير المناسب وزيادة التحدث المناسب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء مواقف التفاعل مع الآخرين بلغ عددهم أربعة أطفال من الذكور، تتراوح أعمارهم ما بين 6-7 سنوات، تم تدريب الأقران

بالاستعانة بعدد من الفتيات اشتملت على الشرح اللفظي، النمذجة، ولعب الدور، كما أن تدريبات الأقران اشتملت على كيفية تنمية مهارة التحدث كمهارة اجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تلقى الأقران تدريبات من خلال النمذجة ولعب الدور وبالاستعانة بعدد من المواقف التي تتضمن النماذج السلبيه والنماذج الايجابية لأداء تلك المهارة، أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن دال في مهارة المحادثة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد المشاركين في الدراسة؛ حيث انخفض مستوى التحدث غير المناسب بصورة دالة، وازداد معدل التحدث المناسب بصورة دالة.

وفحصت دراسة كوهلر وآخرون (Kohler et al., 2007) تأثير استخدام حقيبة للتدريب على مهارات لغة الجسم في تحسين التفاعلات الاجتماعية بين أطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من اضطراب التوحد وأقرانهم، شارك في الدراسة طفل يعاني من اضطراب التوحد يبلغ من العمر أربع سنوات وتسعة شهور، وستة أطفال من الأقران العاديين، تتراوح أعمارهم ما بين 6-10 سنوات، تم تدريبهم على مهارات اللعب والجلوس والوقوف، استخدم في التدريب عدد من الفتيات تضمنت: التغذية المرتدة من قبل المعلم، المكافآت، استخدام اللوحات المصورة، وذلك لتعزيز استجابات الأقران تجاه الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث تضمن التدريب استخدام التغذية المرتدة والمكافأة من قبل المعلم خلال المراحل الأخيرة من المحافظة على السلوك، أما اللوحات المصورة فتم استخدامها كنوع من المعينات البصرية، استغرق التدريب ثمانى جلسات، أشارت نتائج الدراسة إلى: أن استخدام الحقيبة التدريبية أدى إلى حدوث تحسن دال في استجابات الأقران تجاه الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتم المحافظة على هذه التحسنات الدالة، وبالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، فقد زادت استجاباتهم لأقرانهم، وأشار تحليل النتائج أيضاً إلى أن تفاعلات الأطفال ذوي اضطراب التوحد أصبحت أكثر طولاً من حيث الفترة الزمنية.

وبهدف تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية وخفض السلوك النمطي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، أجرى لي، وأودوم، ولوفلين (Lee, Odom, & Loflin, 2007) دراستهم على عينة بلغ عددها ثلاثة أطفال ذكور تتراوح أعمارهم ما بين 7-9 سنوات، أما عينة الأقران فبلغ عددهم 12 طفلاً من تلاميذ الصف الثالث، تلقى الأقران تدريبات لمدة شهر على كيفية المشاركة في تفاعلات اجتماعية، كيفية اقتراح أفكار للعب، كيفية إظهار التعاطف في مواقف التفاعل الاجتماعي، وكيفية تعزيز السلوكيات الايجابية، وتقديم تغذية مرتدة للسلوكيات السلبيه مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، استخدم الباحثون خلال التدريب: الشرح اللفظي، والمناقشة، والنمذجة بالأمثلة، ولعب الدور، والتغذية المرتدة، وبعد انتهاء التدريب شارك الأقران مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد في عدد من مواقف التفاعل الاجتماعي داخل البيئة المدرسية وخارجها،

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
أشارت نتائج الدراسة إلى: وجود تحسن دال في مستوى التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد اشتراكهم في التدخل، إضافة إلى حدوث انخفاض دال وملحوظ في السلوك النمطي لديهم.

وجاءت دراسة هاربر، وسيمان، وفيرا (Harper, Syman, Frea, (2008) للتعرف على فعالية تدريب الأقران في تحسين التفاعلات الاجتماعية وتحسين مهارة المجادلة لدى اثنين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذكور أعمارهما ثماني وتسع سنوات على التوالي، أما عينة الأقران فبلغ عددها ستة أطفال (2 ذكور، 4 إناث) من تلاميذ الصف الثالث، تم تدريب الأقران من خلال استخدام: الشرح اللفظي، والتعزيز، بالإضافة إلى استخدام عدد من المثيرات البصرية، والتدريب تناول كيفية مساعدة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على التواصل الشفوي، وتوجيه الانتباه أثناء التحدث مع الآخرين، وقد تم التركيز في تدريب الأقران على كيفية إشراك الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المهام المختلفة والتفاعلات الاجتماعية، أظهر الأطفال ذوي اضطراب التوحد تحسناً ملحوظاً في تفاعلاتهم مع أقرانهم وفي سلوكهم الاجتماعي بعد التدخل.

كما أجرى كل من أوين-ديشريفير، وآخرون (Owen-DeSchryver et al., (2008) دراسة بهدف تحسين المبادأة والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين داخل فصول الدمج، عينة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد بلغ عددها ثلاثة ذكور (إثنان من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وطفل من الأطفال ذوي متلازمة اسبرجر) تتراوح أعمارهم ما بين 7-10 سنوات، أما عينة الأقران فتكونت من سبعة أطفال (3 ذكور، 4 إناث) من أطفال الصفين الثاني والرابع العاديين، تم تنفيذ خطة التدخل على ثلاث مراحل: مرحلة التدريب؛ حيث تلقى الأقران العاديين تدريباً على كيفية المبادرة والمحافظة على التفاعلات الاجتماعية مع أقرانهم ذوي اضطراب التوحد، تم التدريب من خلال تقديم الشرح اللفظي والمناقشات وتعزيز المشاركات، المرحلة الثانية: مرحلة التنفيذ داخل الفصل؛ حيث تم تنفيذ التدريبات التي تلقاها الأقران مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بيئة الفصل الدراسي، وأصبح دور المعلم التوجيه وتعزيز الاستجابات، والمرحلة الثالثة والأخيرة: مرحلة التنفيذ خارج الفصل؛ حيث تم خلالها تعميم التدريبات التي تلقاها الأقران خارج الفصل الدراسي، أشارت نتائج الدراسة إلى: حدوث تحسناً ملحوظاً في مهارات المبادرة والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وقيمت دراسة ترميمات وآخرون (Trembath et al., 2009)، فعالية التدريب على طريقتين من طرق التواصل هما التواصل البديل، والتواصل المساعد في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي اضطراب التوحد؛ ومن ثم تم تدريب ستة أقران من الأطفال الطبيعيين على تطبيق ما تدربوا عليه مع ثلاثة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء جلسات اللعب، كما تم تعميم الاستجابات أثناء أوقات تناول الوجبات، تكون التدريب من 24 جلسة تدريبية، وهذه الجلسات لم يتم تطبيقها كلها على جميع الأطفال، ف تطبيق الجلسات يعتمد على حالة الطفل ذي اضطراب التوحد، لهذا تم تطبيقها كلها على طفل واحد من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أشارت نتائج الدراسة إلى: أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد المشاركين ازدادت لديهم سلوكيات التواصل بعد التدخل، وتم ملاحظة تحسناً واضحاً في تعميم السلوكيات المكتسبة أثناء تفاعلاتهم مع أقرانهم في أوقات تناول الوجبات الغذائية.

وفحصت دراسة باندا، وهارت، وليو-جيتز (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010) فعالية تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على بعض المهارات الاجتماعية في وجود أقرانهم العاديين في تحسين المبادرة والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية داخل الصفوف الدراسية التعليمية، تكونت العينة من طفلين من ذوي اضطراب التوحد، ومن 2-3 أطفال عاديين لكل طفل يمثلون مجموعة الأقران، تتراوح الأعمار الزمنية للأطفال المشاركين ما بين 5-6 سنوات، المبادرة الاجتماعية: تم تحديدها على أنها أي تفاعلات لفظية يبادر بها الطفل ذي اضطراب التوحد، مثل أن يسأل سؤال، يُعطي تعليق، والاستجابات الاجتماعية: تم تحديدها على أنها أي رد فعل لفظي من قبل الطفل ذي اضطراب التوحد مثل الرد على سؤال، استمر تسجيل المبادرة والاستجابة الاجتماعية لمدة عشر دقائق يومياً، التدخل تكون من مرحلتين، المرحلة الأولى: وتم خلالها تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأقران من قبل الباحث الأول على كيفية توجيه الأسئلة، وكيفية الإجابة عليها، وتم خلال هذه المرحلة استخدام النمذجة ولعب الدور إضافة إلى التعزيز التفاضلي للسلوك البديل، المرحلة الثانية: تم خلالها استخدام الحث لكل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأقران، لتأكيد اكتسابهم للسلوكيات المستهدفة، ورصدت نتائج الدراسة حدوث تغيرات إيجابية ودالة على مقاييس التقدير من قبل المعلمين والوالدين لمستوى المبادرة والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وفي دراسة أوبنهايم- ليف وآخرون (Oppenheim-Leaf et al., 2012) تم تعليم ثلاثة أطفال من الأطفال العاديين تتراوح أعمارهم ما بين 4-6 سنوات المهارات التي تساعدهم

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
على تحسين تفاعلات اللعب الاجتماعي مع إخوانهم ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تم تعليمهم عدد من مهارات التفاعل مثل: كيفية المشاركة في أنشطة اللعب، كيفية تبادل الألعاب، كيفية الانخراط في اللعب بطريقة مناسبة، كيفية اختيار الألعاب المناسبة، قام المعلم بتعليم الأطفال من خلال استخدام الحث، والتعزيز، كيفية تنمية التفاعلات الإيجابية، وخفض التفاعلات السلبية أثناء وقت اللعب الحر مع أقرانهم، الجلسات التدريبية كانت تقدم في حجرة اللعب داخل المنزل الخاص بكل طفل، وكانت تقدم من 2-3 مرات أسبوعياً، وتتراوح مدة الجلسة من 30-45 دقيقة، أشارت نتائج الدراسة إلى: أن جميع الأطفال تعلموا المهارات المستهدفة بعد تدريبهم عليها، كما استطاعوا تعليم هذه المهارات لإخوانهم ذوي اضطراب التوحد، حيث أظهرت النتائج حدوث تحسناً دالاً في مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وإخوانهم العاديين أثناء اللعب، إضافة إلى أن هذه التحسنات المكتسبة تم تعميمها على مواقف أخرى.

من خلال العرض السابق يلاحظ أن هذه الدراسات استهدفت تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام أسلوب تدريب الأقران (Belchic, & Harris, 1994; Cater et al., 2005; Dugan et al., 1995; Harper, Syman, Frea, 2008; Kohler et al., 1995; Oppenheim-Leaf et al., 2012; Roeyers, 1996; Kamps et al., 2002; في حين استخدمت دراسات أخرى أسلوب تدريب الأقران في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية الضرورية للدخول في تفاعلات اجتماعية مع الآخرين (Banda, Hart, Liu-Gitz, 2012; Chung et al., 2007; Laushey, & Heflin, 2000; Morrism et al., 2001) وقد أثبتت جميع هذه الدراسات فعالية استخدام أسلوب تدريب الأقران في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي، إضافة إلى أن هذا الأسلوب يتميز بتأثيراته على جوانب أخرى كتحسين المهارات الأكاديمية (Cater et al., 2005; Dugan et al., 1995; Garrison, Harrell, Kamps, & Kravitt, 1997) وخفض المشكلات السلوكية (González-Lopez, & Kamps, 1997; Lee, Odum, Loflin, 2007) وأخيراً فإن أسلوب تدريب الأقران يتميز بأنه أفضل من غيره من الأساليب في تعميم الاستجابات المكتسبة (Kamps et al., 1997; Kohler et al., 2007; Oppenheim-Leaf et al., 2012; Owen-DeSchryver et al., 2008).

فروض الدراسة :

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض التالية:

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب

التوحد بأبعاده في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

الفرض الثالث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي.

الفرض الرابع: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي.

منهجية الدراسة (المنهج، العينة، الأدوات، الإجراءات)

أولاً - منهج الدراسة :

تهدف الدراسة إلى قياس فعالية برنامج تدخل قائم على أسلوب التدخل من خلال الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، لهذا فإن المنهج التجريبي يعد أكثر مناهج البحث ملائمة لتحقيق هذا الهدف، وتحدد متغيرات المنهج التجريبي في هذه الدراسة كالآتي :

1- المتغيرات المستقلة : ويمثل برنامج التدخل القائم على تدريب الأقران المستخدم في الدراسة المتغير المستقل في هذه الدراسة.

2- المتغيرات التابعة : ويمثلها مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما يقيسها مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحث).

3- المتغيرات الدخيلة : وهي المتغيرات التي تم ضبطها قبل التدخل باستخدام البرنامج الإرشادي (مستوى التوحد، المستوى الاقتصادي-الاجتماعي والثقافي، الذكاء، العمر الزمني).

وقد تم تقييم فعالية البرنامج من خلال تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل التدخل مباشرة وبعد التدخل مباشرة وبعد انتهاء التدخل بشهرين.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ثانياً - عينة الدراسة :

بلغت عينة الأطفال ذوي اضطراب التوحد سبعة أطفال ذكور من الملتحقين بفصول التوحد بمدارس التربية الفكرية، بمتوسط عمري 7.10 وانحراف معياري 3.92، وجميع هؤلاء الأطفال من ذوي اضطراب التوحد المتوسط أو البسيط، وتم تقسيم هذه المجموعة إلى مجموعة تجريبية: عدد أطفالها أربعة، ومجموعة ضابطة عدد أطفالها ثلاثة، أما الأطفال الأقران فبلغ عددهم ثمانية أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 7-10 سنوات بمتوسط عمري 8.38 عاماً، وانحراف معياري 4.02، وقد تم اختيار هؤلاء الأقران في ضوء عدد من المحكات أهمها: أن يكون لديه مستوى تقبل مناسب من الطفل ذي اضطراب التوحد المستهدف، وأن يكون لديه تاريخ إيجابي من التعامل مع الطفل المستهدف، وأن يُبدي اهتماماً بهذا الموضوع، ولديه حافظاً داخلياً للمشاركة، كأن يكون من إخوة وأخوات الأطفال ذوي اضطراب التوحد أو من أقربائه، إضافة إلى أن يكون لديه القدرة على تعديل تفاعله الاجتماعي ليتناسب مع الطفل ذي اضطراب التوحد، وأكثر قابلية للانصياع لتعليمات البالغين فيما يتعلق بذلك، وبناء على هذه المحكات كان الأقران من أقارب الأطفال ذوي اضطراب التوحد سواء إخوة لهم (أربعة أقران)، أو أبناء عم يعيشون في نفس المنزل (إثنان من الأقران)، أو أبناء عم يعيشون في منازل مجاورة (إثنان من الأقران).

وتم التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة بحساب الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار "مان ويتي" للعينات غير المرتبطة، ويوضح جدول (1) نتائج ذلك.

جدول (1)

الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على متغيرات الدراسة في القياس القبلي

| المتغيرات الدراسة | المجموعة | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | U | قيمة Z | الدالة |
|---|-----------|-------|-------------|-------------|-------|---------|----------|
| مقياس التفاعل الاجتماعي | المبادأة | 3 | 4.33 | 13.00 | 15.00 | - 0.367 | غير دالة |
| | بالتفاعل | 4 | 3.75 | 15.00 | | | |
| التفاعل | الاستجابة | 3 | 3.67 | 11.00 | 11.00 | - 0.408 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 4.25 | 17.00 | | | |
| الكلية | الدرجة | 3 | 4.33 | 13.00 | 15.00 | - 0.367 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 3.75 | 15.00 | | | |
| مقياس جيليام للتوحدية | الضابطة | 3 | 5.17 | 15.50 | 12.50 | - 1.249 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 3.13 | 12.50 | | | |
| العمر الزمني | الضابطة | 3 | 3.50 | 10.50 | 10.50 | - 0.545 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 4.38 | 17.50 | | | |
| الذكاء (وفقاً لما هومون في ملف الطفل المدرسي) | الضابطة | 3 | 3.33 | 10.00 | 10.00 | - 0.707 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 4.50 | 18.00 | | | |
| المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي | الضابطة | 3 | 3.00 | 9.00 | 9.00 | - 1.101 | غير دالة |
| | التجريبية | 4 | 4.75 | 19.00 | | | |

ثالثاً - الأدوات:

1- مقياس "جيليام لتشخيص التوحدية": (من إعداد محمد السيد عبد الرحمن، ومنى خليفة على، 2004) عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد، ويتكون المقياس من أربعة مقاييس فرعية، ويتكون كل مقياس منها من 14 بنداً، ويصف كل بُعد منها نمط معين من السلوكيات المميزة لاضطراب التوحد، وتشتمل أبعاد المقياس: السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، الاضطرابات النمائية، أعد هذا المقياس للبيئة العربية محمد السيد عبد الرحمن، ومنى خليفة على (2004)؛ حيث تم التأكد من صدقه وثباته.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية :

أ- الصدق : تم حساب صدق المقياس بطريقة الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس الحالي على عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد بلغت 30 طفلاً ودرجاتهم على مقياس الطفل التوحدي من إعداد عادل عبد الله محمد (2003)، وكانت قيمة معامل الارتباط 0.771، وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

ب - الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين:

(1) الثبات بطريقة التجزئة النصفية: باستخدام معادلة سبيرمان براون على عينة نفس العينة السابقة، وكانت قيمة معامل الثبات للدرجة الكلية للمقياس 0.887 وهي دالة عند مستوى 0.01.

(2) طريقة إعادة التطبيق: على نفس العينة السابقة، وبفاصل زمني مقداره 21 يوماً؛ حيث تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات في التطبيقين، فكانت قيم معاملات الارتباط (0.881، 0.789، 0.851، 0.789) للأبعاد، 0.884 للدرجة الكلية، وهي قيم دالة عند مستوى 0.01 مما يؤكد ثبات المقياس.

2- مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد :

ren Social Interaction Scale for Autistic Child

(من إعداد: الباحث) ملحق (1)

تم إعداد هذا المقياس حتى يتسنى استخدامه في قياس مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أ - خطوات إعداد المقياس:

لبناء مقياس التفاعل الاجتماعي للطفل ذي اضطراب التوحد أجرى الباحث الخطوات التالية:

(1) تم الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت التفاعل الاجتماعي، والمقاييس التي تقيسه، وكانت أهمها:

أ) استبيان التواصل الاجتماعي *The Social Communication Questionnaire*

(SCQ) وهو من إعداد بيرومينت وآخرين *Berument, Rutter, Lord, Pickles,*

& Baily, (1999) ويتكون من 40 عبارة تقيس أعراض اضطراب التوحد الأساسية

مصاغة على شكل أسئلة يستجيب عليها الوالدين.

- (ب) التقييم السلوكي للتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الصغار *The Behavioral Assessment of Social Interaction in Young Children (BASYS)* إعداد جيليز وآخرين (2010)، *Gillis, Callahan, & Romanczyk* وتتكون من 20 عبارة تقيم جوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بُعدين أساسيين: المبادرة الاجتماعية، والاستجابة الاجتماعية.
- (ج) مقياس التفاعلات الاجتماعية لأخوة الأطفال المعاقين عقلياً، وهو من إعداد ندى يحي محمد حسين (2011)، ويتكون من 96 عبارة موزعة على بُعدين أساسيين: التفاعل الاجتماعي اللفظي، والتفاعل الاجتماعي غير اللفظي.
- (د) مسح جومان- فولستين للتفاعل الاجتماعي *Ghuman-Folstein Screen for Social Interaction (SSI)* وهي من إعداد *Ghuman, Leone, Lecavalier, & Londa* (2011) وتتكون من 54 مفردة يتم الاستجابة عليها من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية تتضمن مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات الانتباه المشترك.
- (هـ) قائمة التفاعل الاجتماعي المعدلة *Social Interaction Inventory-Revised* وهي من إعداد كالاهان وآخرين *Callahan, Gillis, & Romanczyk, Mattson* (2011) وتتكون من 32 عبارة تقيس جوانب التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

تم تحديد أبعاد المقياس المقترح في بُعدين أساسيين، كما أشارت إليهما الدراسات السابقة، وكذلك المقاييس الأجنبية بأنها تمثل أبعاد التفاعل الاجتماعي، والتي تشمل: مهارات المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، مهارات الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.

(2) أعد الباحث بناء على ذلك الصورة الأولية لمقياس التفاعل الاجتماعي: والتي تكونت من 45 عبارة.

ب - الكفاءة السيكومترية للمقياس :

(1) صدق المقياس :

(أ) صدق المُحكَمين: تم عرض الصورة الأولية على مجموعة من السادة المحكمين بلغ عددهم 16 أستاذاً ومدرساً من متخصصي علم النفس بالجامعات المصرية وذلك لإبداء الرأي فيما إذا كانت هذه العبارات والمهام مناسبة من حيث الصياغة أم لا، كذلك هل تقيس ما وضعت من

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
أجله أم لا؟ وكذلك مدى انتماء كل عبارة إلى البُعد الخاص بها، وتم أخذ العبارات التي اتفق عليها 90% من جملة المحكمين، ولهذا تم حذف خمس عبارات وتعديل صياغة أربع عبارات، فأصبح المقياس يتكون من 40 عبارة.

(ب) الصدق المرتبط بالملك: وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات 30 طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد على المقياس الحالي ودرجاتهم على بُعد التفاعل الاجتماعي من مقياس جيليام لتشخيص التوحيدة: (من إعداد محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة على، 2004)، فكانت قيمة معامل الارتباط 0.774 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01.

(2) ثبات المقياس :

أما بالنسبة للثبات فتم حسابه بطريقتين:

(أ) طريقة إعادة التطبيق: بفواصل زمني 21 يوماً على نفس العينة السابقة، فكان معامل الثبات مساوياً 0.834 (للبعد الأول)، 0.842 (للبعد الثاني)، 0.887 (للدرجة الكلية)، وهي قيم دالة عند مستوى 0.01.

(ب) طريقة التجزئة النصفية : على نفس العينة السابقة تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي الاختبار، وبعد تصحيح قيمة معامل الارتباط الناتج بمعادلة سبيرمان - براون، وجد أن معامل الثبات 0.862، وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01.

(3) البناء الداخلي للمقياس: على نفس العينة السابقة تم حساب معاملات الاتساق الداخلي للمقياس كالتالي :

(أ) تم حساب معامل الارتباط بين درجات فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة من الدرجة الكلية للمقياس حتى لا تؤثر في قيمة معامل الاتساق الناتج، ويوضح جدول (2) معاملات اتساق درجات فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول (2)

معاملات اتساق درجات فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

| الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة |
|--------|---------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|
| 1 | 0.77 | 0.01 | 11 | 0.84 | 0.01 | 21 | 0.71 | 0.01 | 31 | 0.74 | 0.01 |
| 2 | 0.72 | 0.01 | 12 | 0.72 | 0.01 | 22 | 0.74 | 0.01 | 32 | 0.89 | 0.01 |
| 3 | 0.79 | 0.01 | 13 | 0.82 | 0.01 | 23 | 0.71 | 0.01 | 33 | 0.80 | 0.01 |
| 4 | 0.74 | 0.01 | 14 | 0.83 | 0.01 | 24 | 0.77 | 0.01 | 34 | 0.72 | 0.01 |
| 5 | 0.71 | 0.01 | 15 | 0.76 | 0.01 | 25 | 0.72 | 0.01 | 35 | 0.77 | 0.01 |
| 6 | 0.71 | 0.01 | 16 | 0.75 | 0.01 | 26 | 0.89 | 0.01 | 36 | 0.78 | 0.01 |
| 7 | 0.77 | 0.01 | 17 | 0.82 | 0.01 | 27 | 0.82 | 0.01 | 37 | 0.79 | 0.01 |
| 8 | 0.74 | 0.01 | 18 | 0.80 | 0.01 | 28 | 0.71 | 0.01 | 38 | 0.75 | 0.01 |
| 9 | 0.78 | 0.01 | 19 | 0.73 | 0.01 | 29 | 0.73 | 0.01 | 39 | 0.82 | 0.01 |
| 10 | 0.79 | 0.01 | 20 | 0.76 | 0.01 | 30 | 0.88 | 0.01 | 40 | 0.76 | 0.01 |

ويلاحظ من جدول (2) أن معاملات اتساق فقرات المقياس بالدرجة الكلية جميعها دالة عند مستوى (0.01).

(ب) كذلك تم حساب معاملات اتساق درجات فقرات بُعدي المقياس بالدرجة الكلية لكل بُعد حذف درجة الفقرة من الدرجة الكلية لكل بُعد، ويوضح جدول (3) معاملات اتساق درجات فقرات الأبعاد بالدرجة الكلية.

فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية

جدول (3)

معاملات اتساق درجات فقرات الأبعاد بالدرجة الكلية لكل بُعد

| البُعد الأول | | | | | | البُعد الثاني | | | | | |
|--------------|---------|---------|--------|---------|---------|---------------|---------|---------|--------|---------|---------|
| الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة | الفقرة | الاتساق | الدلالة |
| 3 | 0.73 | 0.01 | 28 | 0.74 | 0.01 | 1 | 0.77 | 0.01 | 22 | 0.81 | 0.01 |
| 5 | 0.74 | 0.01 | 29 | 0.75 | 0.01 | 2 | 0.84 | 0.01 | 23 | 0.83 | 0.01 |
| 9 | 0.79 | 0.01 | 31 | 0.71 | 0.01 | 4 | 0.85 | 0.01 | 24 | 0.74 | 0.01 |
| 11 | 0.84 | 0.01 | 32 | 0.70 | 0.01 | 6 | 0.88 | 0.01 | 25 | 0.72 | 0.01 |
| 13 | 0.81 | 0.01 | 33 | 0.78 | 0.01 | 7 | 0.81 | 0.01 | 26 | 0.78 | 0.01 |
| 14 | 0.76 | 0.01 | 36 | 0.79 | 0.01 | 8 | 0.71 | 0.01 | 30 | 0.83 | 0.01 |
| 15 | 0.78 | 0.01 | 40 | 0.80 | 0.01 | 10 | 0.73 | 0.01 | 34 | 0.81 | 0.01 |
| 17 | 0.83 | 0.01 | | | | 12 | 0.77 | 0.01 | 35 | 0.92 | 0.01 |
| 19 | 0.88 | 0.01 | | | | 16 | 0.74 | 0.01 | 37 | 0.84 | 0.01 |
| 21 | 0.91 | 0.01 | | | | 18 | 0.76 | 0.01 | 38 | 0.71 | 0.01 |
| 27 | 0.88 | 0.01 | | | | 20 | 0.77 | 0.01 | 39 | 0.75 | 0.01 |

ويلاحظ من جدول (3) أن جميع معاملات اتساق درجات فقرات بُعدي المقياس بالدرجة

الكلية دالة عند مستوى 0.01

(ج) تم حساب معاملات اتساق الدرجة الكلية لكل بُعد من بُعدي المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

(مجموع درجات بُعدي المقياس) وذلك بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية، ويوضح

جدول (4) نتائج ذلك.

جدول (4)

معاملات اتساق درجات بُعدي المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

| الأبعاد | الاتساق | الدلالة |
|------------------------------------|---------|---------|
| مهارات المبادرة بالتفاعل الاجتماعي | 0.72 | 0.01 |
| مهارات الاستجابة للتفاعل الاجتماعي | 0.77 | 0.01 |

يتضح من جدول (4) أن معاملات اتساق بُعدي المقياس بالدرجة الكلية للمقياس دالته عند

مستوى 0.01

ج - الصورة النهائية للمقياس :

يتكون المقياس في صورته النهائية من 40 عبارة تتوزع على بُعدين:

البُعد الأول: مهارات المبادرة بالتفاعل الاجتماعي: *Social Interaction Initiation Skills (SIIS)*
 وتصف أي سلوكيات لفظية أو غير لفظية يبذل بها الطفل كمحاولة لإشراك الآخرين في تفاعل اجتماعي، فالمبادرة اللفظية: تتضمن أي ألفاظ يُبذل بها الطفل كمحاولة لإشراك الآخرين في تفاعل اجتماعي مثل: طرح سؤال، المبادرة بإلقاء تحية، طلب شيء ما، والمبادرة غير اللفظية: تتضمن أي سلوك يبذل به الطفل كمحاولة لإشراك الآخرين في تفاعل اجتماعي مثل: المبادرة بالإشارة، والمبادرة بالابتسام للشخص، والمبادرة بالنظر للشخص، وتقيسه العبارات أرقام: 3، 5، 9، 11، 13، 14، 15، 17، 19، 21، 27، 28، 29، 31، 32، 33، 36، 40.

البُعد الثاني: مهارات الاستجابة للتفاعل الاجتماعي: *Social Interaction Response Skills (RISS)*
 وتشمل أي سلوكيات لفظية أو غير لفظية يستخدمها الطفل كاستجابة لمحاولات الآخرين للتفاعل معه، فالاستجابة اللفظية: تتضمن أي ألفاظ يستخدمها الطفل كاستجابة لمبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي معه مثل: الرد على التحية، الإجابة على سؤال، والاستجابة غير اللفظية: تشمل أي سلوك يبذل به الطفل كرد فعل على مبادرة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي معه مثل الإشارة باليد أو الابتسام، أو الإيماء بالرأس، وتقيسه العبارات أرقام: 1، 2، 4، 6، 7، 8، 10، 12، 16، 18، 20، 22،

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

23، 24، 25، 26، 30، 34، 35، 37، 38، 39.

د - طريقة تصحيح المقياس :

تتدرج الاستجابة على عبارات المقياس وفق مقياس رباعي يتكون من (دائماً- أحياناً - نادراً - أبداً)، وتتخذ الأوزان المقدرّة لبدائل الإجابة المختلفة الدرجات (3-2-1-صفر) على الترتيب، وبهذا تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين صفر-120 درجة، حيث تدل الدرجة المنخفضة على مهارات تفاعل اجتماعي ضعيفة والعكس تدل الدرجة المرتفعة على مهارات تفاعل اجتماعي عالية.

3- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة: من إعداد محمد بيومي خليل (2000)

يقيس هذا المقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية، المستوى الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي للأسرة، والمستوى الثقافي للأسرة، ويعطي هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة بمعزل درجة واحدة لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع على عدد من المستويات هي مرتفع جداً، ومرتفع، وفوق المتوسط، ومتوسط، ودون المتوسط، ومنخفض، ومنخفض جداً.

تم حساب صدق المقياس عن طريق الصدق المرتبط بالمحك، على عينة من 30 طفلاً وطفلة؛ حيث تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس الحالي والدرجة الكلية على مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد عبد العزيز السيد الشخص (2006)، فكانت قيمة معامل الارتباط 0.789، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

كما قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتين: طريقة إعادة التطبيق: حيث تم تطبيق المقياس على عينة نفس العينة السابقة وإعادة التطبيق بعد 23 يوماً من التطبيق الأول، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين، فكانت قيم معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة (0.931، 0.962، 0.976)، وهي جميعاً قيم دالة عند 0.01، وباستخدام معادلة سبيرمان - براون، فكانت قيمة معامل الثبات للاستمارة ككل = 0.794 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01.

5- البرنامج المستخدم: (من إعداد الباحث): (ملحق 2)

أ - أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ب - الفئة المستهدفة من البرنامج:

البرنامج الإرشادي المُعد يُدرّب مجموعة من أقران الأطفال ذوي اضطراب التوحد ممن تتراوح أعمارهم ما بين 7-10 سنوات بمدينة قنا، حتى يمكنهم تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لأقرانهم ذوي اضطراب التوحد.

ج - مصادر محتوى البرنامج:

من أجل وضع المحتوى المناسب للبرنامج الحالي تم الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت تصميم برامج لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، كذلك الدراسات التي قدمت خططاً أو تنظيمات لكيفية تدريب هؤلاء الأطفال على مهارات التفاعل الاجتماعي من خلال إستراتيجية تدريب الأقران، وتمثلت أهم الدراسات والبرامج التي كانت مجالاً لاختيار محتوى البرنامج دراسة كاتير وآخرون (2005) *Cater et al.* والتي صممت برنامج للتدخل من خلال الأقران لتحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبرنامج لينا عمر بن صديق (2007): والذي يهدف إلى تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، تضمن البرنامج ست مهارات من بينهم مهارة التفاعل الاجتماعي، ودراسة هاربر وسيمون وفيرا (2008) *Harper, Syman, Frea*، واستخدمت أسلوب تدريب الأقران لتحسين التفاعلات الاجتماعية وتحسين مهارة المحادثة لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبرنامج باندا وهارت وليو-جيتز *Banda, Hart, & Liu-Gitz* (2010) لتدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على بعض المهارات الاجتماعية وذلك بهدف تحسين المبادرة والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية داخل الصفوف الدراسية التعليمية، ودراسة اوبينهم- ليف وآخرون (2012) *Oppenheim-Leaf et al.* لتعليم الأطفال العاديين المهارات التي تساعدهم على تحسين تفاعلات اللعب الاجتماعي مع إخوانهم ذوي اضطراب التوحد.

د - الأنشطة والوسائل :

يتضمن البرنامج المستخدم عدداً من الأنشطة تتمثل في أنشطة التهيئة: وهي الأنشطة

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
التي تبدأ بها الجلسات التدريبية، ومن خلالها يهيأ الطفل للمهارة المراد تعلمها في الجلسة، عن طريق استخدام المثبرات البيئية الطبيعية والمتوافرة داخل الحجرة، أو عن طريق استخدام بعض الأنشطة الأخرى المناسبة، كما تم وضع عدد من الأنشطة والتي تهدف إلى تيسير استخدام الأقران للمهارات التي تم التدريب عليها مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتشمل هذه الأنشطة: مشاهدة النماذج التعليمية: والتي يتم أدائها من قبل الباحث والطفل القرين وهي مواقف تدريبية تبرز الخطوات السلوكية اللازمة للتدريب المستهدف، إضافة إلى عدد من الألعاب؛ يتم ممارستها من قبل الأقران مع هؤلاء الأطفال حتى تيسر عليهم اكتساب المحتوى التدريبي، إضافة إلى استخدام بعض المواد المساعدة أثناء التدريب كالأقلام، والألعاب، والكراسات وبعض اللوحات.

هـ - الأساس النظري والإستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم الاعتماد على إستراتيجية تدريب الأقران في تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على مهارات التفاعل الاجتماعي، وقد تم توضيح هذه الإستراتيجية أثناء عرض الإطار النظري، وقد تضمن التدريب على هذه الإستراتيجية الخطوات التالية:

(1) مرحلة الإعداد: بدأت هذه المرحلة بتحديد جوانب العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، في ضوء ما أسفر عنه تحليل الدراسات السابقة والإطار النظري، وتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي للطفل ذي اضطراب التوحد، ومن ثم تم اشتقاق أهداف البرنامج، ثم تلى ذلك اختيار الأقران الذين سيشاركون في تفاعلات اجتماعية مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ حيث تم اختيارهم في ضوء عدد من المعايير تم ذكرها سابقاً، وقد بلغ عدد الأطفال الأقران ثمانية أطفال، بمعدل طفلين لكل طفل يعاني من اضطراب التوحد، ثم تم بعد ذلك تحديد الأدوات والمواد التي سيتم استخدامها أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكذلك الأدوات التي سيتم استخدامها في تدريب الأقران على المهارات المستهدفة، وأخيراً تم تحديد مسؤوليات وأدوار كل قرين في إكساب الأطفال ذوي اضطراب التوحد للمهارات المستهدفة.

(2) مرحلة التهيئة والتدريب العام: في هذه المرحلة تم تهيئة الأقران لاستخدام التدخل من خلال توضيح الهدف منه وإمدادهم بأهم خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد بصفة عامة، كما تم إمداد كل قرين بخصائص كل طفل توحدي سيتفاعل معه.

(3) مرحلة التدريب الخاص: وتم خلالها تدريب الأقران على أدوارهم في عملية التدخل؛ حيث اشتمل هذا التدريب على كيفية استخدام أساليب التعزيز والحث والنمذجة، وكيفية المشاركة في

أنشطة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية تقديم المساعدة لهم، وكيفية تدريبهم على عدد من مهارات التقليد، لأن تلك المهارات تُعد ضرورية لتيسير اكتساب هؤلاء الأطفال لمهارات التفاعل الاجتماعي المستهدفة، فتعليم مهارات التقليد للأطفال ذوي اضطراب التوحد يُعد هدفاً أساسياً لجميع برامج التدخل، وذلك لأن هذا الطفل يتعلم العديد من المهارات من خلال تقليد الأشخاص في بيئته (Ingersoll, & Meyer, 2011).

(4) مرحلة التدريب العملي: وتم خلالها تدريب الأقران على كيفية تحسين استجابات الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمبادرات الآخرين بالتفاعل الاجتماعي، وتدريبهم على كيفية تحسين مبادرات هؤلاء الأطفال بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتدريبهم على كيفية تعميم استجاباتهم ومبادراتهم بالتفاعل الاجتماعي.

وقد استخدم في هذا التدريب عدد من الفنيات التي تستند إلى النظرية السلوكية يمكن إجمالها في الآتي:

(أ) التعزيز: فتم تدريبهم على كيفية تقديم التعزيز المناسب إذا ما أحسن الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوك في مواقف التفاعل المشتركة، وتم التدريب على استخدام أكثر من نوع من المعززات منها: معززات مادية: كالحلوى المحببة والمأكولات والشيكولاته والمشروبات، معززات معنوية: كاستخدام الإيماءات لإظهار الانتباه والاهتمام، التبتسم وإظهار مشاعر الحب والود للطفل، استخدام بعض الفاظ الاستحسان.

(ب) النمذجة: حيث يتم تدريب الطفل القرين على المهارة من خلال مشاهدته الباحث أو لنموذج ثم محاكاة هذا النموذج من قبل الطفل مع إعطاء التعزيز اللازم، كما تم تدريب الأقران على كيفية استخدام فنية النمذجة لتعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوكيات المستهدفة في مواقف التفاعل.

(ج) التلقين (الحث): نوع من المساعدة التي تقدم للطفل بعد طرح المثير وقبل الاستجابة لزيادة احتمال قيامه بالاستجابة أو السلوك المستهدف بشكل صحيح، وتم الاعتماد على أربعة أنواع من التلقين تشمل: التلقين الجسدي: ويتم من خلال لمس جسد الطفل لمساعدته على تأدية السلوك المستهدف، وقد يكون التلقين الجسدي شاملاً، بأن يتم مسك جسد الطفل وأداء السلوك المستهدف بأكمله، وقد يكون التلقين الجسدي جزئياً، بأن يتم لمس جسم الطفل والقيام بجزء من السلوك المستهدف، والتلقين اللفظي: ويكون من خلال استخدام كلمة أو كلمات أو جزء منها بشكل يساعد الطفل على إعطاء الإجابة

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==
الصحيحة، والتلقين الإيماني أو الإشاري: ويتم من خلال الإشارة أو لفت انتباه الطفل إلى شيء معين أو مكان معين يساعده على الاستجابة بشكل صحيح، والتلقين المكاني: ويتم من خلال وضع المواد التعليمية في مكان أو بشكل يساعد الفرد على الاستجابة الصحيحة (جمال محمود سعيد الخطيب، 1993، ص 265).

(د) أسلوب تحليل المهمة: ويتم ذلك بتجزئة المهارة المراد تعلمها إلى عدة أجزاء تمكن الطفل من النجاح حتى نصل إلى المهارة الأساسية على أن يعطى التعزيز المناسب لكل خطوة ينجح الطفل في تأديتها، وأستخدم هذا الأسلوب مع الطفل ذي اضطراب التوحد ومع الطفل القرين بهدف تسهيل عملية التدريب والحصول على خبرات ناجحة، كما أن هذا الأسلوب يساعد على ملاحظة وقياس الجزء الذي لا يتقنه الطفل في المهارة.

و - تقويم البرنامج:

تم في تقويم البرنامج استخدام استراتيجية ذات أربع محاور تتمثل فيما يلي: المحور الأول : التقويم المبني من خلال عرض البرنامج على مجموعه من المحكمين لإبداء آراءهم وتعديل البرنامج في ضوء ما اجمع عليه المحكمين، والمحور الثاني : التقويم البنائي ويتمثل في التقويم المصاحب للبرنامج من خلال التقويم الذي يتم بعد كل جلسة للتأكد من اكتساب الأطفال لمحتوى الجلسة، والمحور الثالث : التقويم النهائي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعالية البرنامج في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي كما يقيسها المقياس المستخدم، والمحور الرابع : التقويم التبعي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم بعد شهر من الانتهاء من تطبيقه للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج المستخدم.

ك - جلسات البرنامج:

بلغ عدد جلسات البرنامج 48 جلسة، منها 6 جلسات لمرحلة التهيئة العامة للبرنامج، 12 جلسة لمرحلة التدريب الخاص، 26 جلسة لمرحلة التدريب العملي، إضافة إلى أربع جلسات لإعادة التدريب، استمر التدريب على الجلسات لمدة ثلاثة شهور ونصف، بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، وتتراوح مدة الجلسة ما بين 30-40 دقيقة، ويوضح جدول (5) مكونات البرنامج وعدد جلساته ومتوسط ساعاته التدريبية.

جدول (5) مكونات البرنامج وعدد جلساته ومتوسط ساعاته التدريبية

| متوسط الساعات التدريبية للأطفال ذوي اضطراب التوحد | متوسط الساعات التدريبية للأقران | عدد الجلسات | أبعاد التدريب |
|--|--|----------------|--|
| | | | مرحلة التهيئة العامة للبرنامج : |
| 1.16 | 0.58 | 1 | 1 - التعرف والتمهيد. |
| - | 1.75 | 3 | 2- التعرف باضطراب التوحد وأهم خصائصه. |
| 2.32 | 1.16 | 2 | 4- تهيئة الأقران لاستخدام إستراتيجية التدخل. |
| | | | مرحلة التدريب الخاص: |
| 14.00 | 7.00 | 12 | 5 - تدريب الأقران على أنوارهم في عملية التدخل: |
| | | | مرحلة التدريب العملي: |
| 12.83 | 6.41 | 11 | 6 - التدريب على مهارات التقليد: |
| 7.00 | 3.50 | 6 | 7- تدريب الأقران على كيفية تحسين استجابات الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمحاولات الآخرين للتفاعل الاجتماعي. |
| 7.00 | 3.50 | 6 | 8 - تدريب الأقران على كيفية تحسين مبادرات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. |
| 3.50 | 1.75 | 3 | 9 - تدريب الأقران على كيفية تعميم استجابات ومبادرات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. |
| - | 2.33 | 4 | جلسات المراجعة وإعادة التدريب |
| 48.00 | 28.00 | 48 | المجموع |

رابعاً : إجراءات الدراسة:

- قام الباحث لإجراء هذه الدراسة بالخطوات التالية:
1. مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات المرتبطة بموضوع الدراسة.
 2. إعداد مقياس التفاعل الاجتماعي للطفل وحساب ثباته وصدقه وثبات وصدق أدوات الدراسة.
 3. إعداد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة.
 4. اختيار العينة بتطبيق مقياس جيليام لتشخيص التوحدية، ومقياس التفاعل الاجتماعي (القياس القبلي).
 5. تقسيم العينة إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وإجراء المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة.
 6. تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة.
 7. تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج (القياس البعدي).
 8. إعادة تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي بعد مرور شهرين من القياس البعدي (القياس التتبعي).
 9. المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي.
- تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية شملت معادلة اختبار ويلكوكسون في حساب دلالة الفروق بين العينات المرتبطة، معادلة اختبار مان ويتني في حساب دلالة الفروق بين العينات غير المرتبطة.

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول: وينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية"، تم اختبار صحة هذا الفرض باستخدام اختبار "مان ويتني" ويوضح جدول (6) هذه النتائج.

جدول (6)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياس البعدي

| أبعاد المقياس | المجموعة | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | U | Z | الدلالة |
|-----------------------------|-----------|-------|-------------|-------------|-----|---------|---------|
| المبادرة بالتفاعل الاجتماعي | الضابطة | 3 | 2.00 | 6.00 | صفر | - 2.141 | 0.05 |
| | التجريبية | 4 | 5.50 | 22.00 | | | |
| الاستجابة للتفاعل الاجتماعي | الضابطة | 3 | 2.00 | 6.00 | صفر | - 2.141 | 0.05 |
| | التجريبية | 4 | 5.50 | 22.00 | | | |
| الدرجة الكلية | الضابطة | 3 | 2.00 | 6.00 | صفر | - 2.141 | 0.05 |
| | التجريبية | 4 | 5.50 | 22.00 | | | |

ويلاحظ من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وبذلك تثبت صحة الفرض.

نتائج الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي"، تم اختبار صحة هذا الفرض باستخدام اختبار ويلكوكسن ويوضح جدول (7) هذه النتائج.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

جدول (7)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية
على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي

| الدلالة | قيمة Z | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | الرتب | أبعاد المقياس |
|---------|---------|----------------|----------------|-------|---------------|-----------------------------------|
| 0.05 | - 1.826 | صفر | صفر | صفر | الرتب السالبة | المبادرة بالتفاعل الاجتماعي |
| | | 10.00 | 2.50 | 4 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | صفر | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |
| 0.05 | - 1.826 | صفر | صفر | صفر | الرتب السالبة | الاستجابة للتفاعل الاجتماعي |
| | | 10.00 | 2.50 | 4 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | صفر | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |
| 0.05 | - 1.826 | صفر | صفر | صفر | الرتب السالبة | الدرجة الكلية |
| | | 10.00 | 2.50 | 4 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | صفر | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبذلك تثبت صحة الفرض الثاني.

نتائج الفرض الثالث:

وينص هذا الفرض على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي"، تم اختبار صحة هذا الفرض باختبار "ويلكوكسن" ويوضح جدول (8) هذه النتائج.

جدول (8) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي

| الدالة | قيمة Z | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | الرتب | أبعاد المقياس |
|----------|---------|-------------|-------------|-------|---------------|-----------------------------|
| غير دالة | - 1.414 | 3.00 | 1.50 | 2 | الرتب السالبة | المبادرة بالتفاعل الاجتماعي |
| | | صفر | صفر | صفر | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | 1 | التساوي | |
| | | - | - | 3 | المجموع | |
| غير دالة | صفر | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب السالبة | الاستجابة للتفاعل الاجتماعي |
| | | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | 1 | التساوي | |
| | | - | - | 3 | المجموع | |
| غير دالة | - 0.816 | 4.50 | 2.55 | 2 | الرتب السالبة | الفرجة الكلية |
| | | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | صفر | التساوي | |
| | | - | - | 3 | المجموع | |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي، وبذلك تثبت صحة الفرض الثالث.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

نتائج الفرض الرابع:

وينص هذا الفرض على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي"، تم اختبار صحة هذا الفرض باستخدام اختبار "ويلكوكسن" ويوضح جدول (9) هذه النتائج.

جدول (9)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس

التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين البعدي والتتبعي

| الدالة | قيمة Z | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | الرتب | أبعاد المقياس |
|----------|--------|-------------|-------------|-------|---------------|-----------------------------|
| غير دالة | صفر | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب السالبة | المبادرة بالتفاعل الاجتماعي |
| | | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | 2 | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |
| غير دالة | صفر | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب السالبة | الاستجابة للتفاعل الاجتماعي |
| | | 1.50 | 1.50 | 1 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | 2 | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |
| غير دالة | صفر | 5.00 | 2.50 | 2 | الرتب السالبة | الدرجة الكلية |
| | | 5.00 | 2.50 | 2 | الرتب الموجبة | |
| | | - | - | صفر | التساوي | |
| | | - | - | 4 | المجموع | |

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تثبت صحة الفرض الرابع.

تفسير النتائج:

أشارت نتائج الفرض الأول للدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى 0.05) بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

كما أشارت نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى 0.05) بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

وأخيراً أشارت نتائج الفرض الثالث إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد في القياسين القبلي والبعدي.

وفي ضوء هذه النتائج يتضح أن درجات أطفال المجموعة التجريبية قد تحسنت تحسناً دالاً بينما لم يحدث تحسناً دالاً في درجات المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده، ولما كان الباحث قد أجرى ضبطاً تجريبياً بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، فإن هذا التحسن الدال لدرجات أطفال المجموعة التجريبية دون الضابطة يُعزى إلى البرنامج التدريبي المستخدم.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التي تناولت استخدام التدخل من خلال تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010; Chung et al., 2007; Dugan et al., 1995; Kamps et al., 1997; Kamps et al., 2002; Oppenheim-Leaf et al., 2012; Roeyers, 1996; Trembath et al., 2009).

وبهذا يمكننا القول بأن هذه النتيجة تدعم ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي أشارت إلى فعالية برامج التدخل القائم على تدريب الأقران في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن ملحوظ ودال في أبعاد التفاعل الاجتماعي سواء ما يتعلق بمهارات الاستجابة لمبادرات التفاعل الاجتماعي من قبل الآخرين أو ما يتعلق بمهارات المبادرة بالتفاعل الاجتماعي من قبل الأطفال ذوي اضطراب التوحد

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

إن سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يشير إلى وجود عجزاً واضحاً في مهارات التفاعل الاجتماعي، ومن ثم ينبغي أن يتعلموها بشكل واضح ومباشر من خلال برامج تربوية تستهدف مثل هذه المهارات، ومن هنا فهم في حاجة إلى برامج تدخل للتدريب على تلك المهارات (Oppenheim-Leaf et al., 2012)، لأن المهارات التي تُسهل وتزيد علاقات الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد مع أقرانه هي مهارات هامة يجب تعليمها لهؤلاء الأطفال (أشرف أحمد عبد القادر، صلاح الدين عراقي محمد، إبراهيم عبد الفتاح الغنيمي، 2010).

ويرجع الباحث هذا التحسن الدال الذي حدث لأبعاد التفاعل الاجتماعي في ضوء الدراسات السابقة وما تم عرضه في الإطار النظري إلى ما يلي:

أولاً: يعود الجزء الأكبر لهذا التحسن إلى استخدام الباحث لأسلوب تدريب الأقران؛ حيث تم تدريب الأقران على هذا الأسلوب في جلسات بلغت 48 جلسة تدريبية، مما كان له أثراً واضحاً في تسهيل تفاعلهم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهو الأمر الذي أسهم بدور فعال في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال.

إن إيجاد طرق تفاعل بين الأقران المدربين والأطفال ذوي اضطراب التوحد أسهم في تسهيل اكتساب الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمهارات التفاعل الاجتماعي المستهدفة من التدريب؛ فالأقران المدربون يناظرون هؤلاء الأطفال في العمر الزمني، ومن هنا كان وجود الأقران معزراً عاماً، فهؤلاء الأطفال يجدون التفاعل مع أقرانهم ممتع ومعزز مما يعمل على تحريك الدافعية لديهم للتفاعل وبخاصة إذا ما اقترن وجود الأقران بوجود العديد من المعززات المفضلة بالنسبة لهذا الطفل، وقد برهن وونج، وكازري، وفريمان، وباريلا (Wong, Kasari, Freeman, & Paparella, 2007) أن الاستجابة لعروض الآخرين بالتفاعل الاجتماعي يمكن أن يتم تعليمها للأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام الأقران؛ حيث يُعد وجود الأقران معزراً للمشاركة في تفاعلات اجتماعية، فأسلوب التدخل من خلال تدريب الأقران يتمتع بعدد من المميزات عن الأساليب الأخرى في استخدامه مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد منها:

1. توفر وجود الأقران في المحيط الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد سواء في المنزل أو المدرسة أو مؤسسات الرعاية الخاصة، وهذه الوفرة تعني إمكانية أكبر للتركيز على السلوكيات المستهدفة من تلك البرامج.
2. إن هذا الأسلوب بما يحققه من تفاعل مباشر بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد ربما يتيح فرصة أكبر نحو دمجهم في المؤسسات التعليمية، فهذا الأسلوب يركز

على فكرة أن الطفل يتعلم بشكل أفضل من خلال مساعدة طفل آخر، وهذا يحدث بشكل عفوي أو تلقائي في المدرسة وبين أطفال الجيران ومع الأخوة (إيمان فؤاد كاشف، 2012).

3. إن هذا الأسلوب ربما يتيح الفرصة أمام الأطفال ذوي اضطراب التوحد لممارسة المهارات التي يتدربون عليها مع أقرانهم مع العديد من الأقران والزملاء الآخرين، وهذا يزيد من فرص تعميم تلك المهارات على مواقف وأفراد آخرين (Cappadocia & Weiss, 2011; Chung et al., 2007).

ولهذا حرص الباحث على أن يتلقى الأقران ثلاثة أنواع من التدريب: التدريب العام، والتدريب الخاص، والتدريب العملي، ففي التدريب العام: تم إعطاء الأقران معلومات عامة عن اضطراب التوحد وخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكيفية التعامل معهم، وفي التدريب الخاص: تم إعطاء كل قرين معلومات خاصة عن الطفل الذي سيعمل معه، أما في التدريب العملي فتم تدريب كل طفل قرين على الطرق الفعلية للتعامل مع الطفل المستهدف، وهذه التدريبات كان لها الأثر الواضح في تسهيل اكتساب هؤلاء الأطفال للمهارات المستهدفة من قبل أقرانهم المنربين.

ثانياً: طبيعة الفنيات السلوكية المستخدمة؛ حيث اعتمد الباحث على عدد من الفنيات السلوكية التي تضمنت:

1. التعزيز: فاستخدام المعززات المختلفة أسهم بدور كبير في تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد مهارات التفاعل الاجتماعي، فإن لم نستطع إيجاد المعززات المناسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، فلن تكون الإجراءات التعليمية التي سنطبقها مجدية إلى حد كبير، لهذا فإن استثمار الوقت والجهد في اكتشاف ما يمكن استخدامه كمعززات مع كل فرد يعاني من اضطراب التوحد إجراء ضروري ويحقق فوائد كثيرة، فقبل البدء بأي برنامج تدريبي، ينبغي أن نحدد عدة أنواع من المعززات يمكن استخدامها مع الطفل (Palmen, Didden, & Lang, 2012)، لأننا عندما نعطي الطفل معززات متنوعة، فإننا نبعي قيمتها كمعزز لفترة أطول ونمنعه من أن يشبع منها بسرعة وبالتالي فإن استخدام معززات متنوعة يعطي نتيجة أفضل لأنه يزيد من نسبة حدوث السلوك بشكل أسرع (وفاء علي الشامي، 2004، ص 217)، وهذا ما تم مراعاته في برنامج الدراسة؛ حيث حرص الباحث على تدريب الأقران على كيفية تقديم عدد من المعززات المتنوعة شملت: المعززات الغذائية، والمعززات الرمزية، والمعززات المادية، والمعززات النشاطية، والمعززات الاجتماعية.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

2. التلقين(الحث): فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يحتاجون إلى مساعدة في تعليم السلوكيات الجديدة، وأكثر أنواع المساعدة التي يمكن أن نقدمها لهم التلقين، حيث تشير الأدلة إلى أن هؤلاء الأطفال قد أظهروا استفادة من مثل هذا النوع من المساعدة، فالتلقين يُعد إجراءً مفيداً في عملية تعليم الأفراد ولاسيما ذوي الاحتياجات الخاصة لأنه يساعدهم كثيراً على تعلم السلوكيات المستهدفة، فهو يعطيهم فرصة أكبر للحصول على المعززات(من خلال مساعدتهم على الإجابة الصحيحة)، وبالتالي سيكون لديهم حافزاً أكبر للتعلم(Smith, Goddard, & Fluck, 2004)، لهذا تم تدريب الأقران على عدد من أنواع التلقين شملت: التلقين الجسدي، والتلقين اللفظي، والتلقين الإيمائي أو الإشاري، والتلقين المكاني.

3. تحليل المهام: حيث حرص الباحث على تحليل المهام التدريبية لكل قرين حتى يتيسر له اكتسابها للطفل المستهدف، فتحليل المهمة إلى خطوات صغيرة يقلل من عدد الأخطاء في الاستجابة، ويزيد من سرعة التعلم، ويقلل من الإحباط، ويصنع جواً أكثر إيجابية للطفل.

4. النمذجة: كذلك فإن استخدام النمذجة تعد من العوامل الأساسية التي أسهمت في الحصول على تلك النتائج؛ فالنمذجة طريقة ناجحة جداً مع الأطفال الذين يستمتعون بمراقبة النموذج، بل هي أكثر نجاحاً من الطرق الأخرى من حيث سرعة التعلم وتعميم المهارات (Green, 1996, p.40).

ثالثاً: كما أن هذه النتائج تعود إلى عدة أمور تم مراعاتها في البرنامج التدريبي أهمها:

1. تقليل كمية المعلومات التي يتعين على الأطفال المستهدفون من البرنامج معالجتها: لأن التفاعل الاجتماعي يتطلب معالجة العديد من المعلومات وتفسيرها وتنسيق وتنفيذ إجراءات أو أفعال متعددة في نفس اللحظة الزمنية، لهذا فالطفل في حاجة إلى تقليل المعلومات التي يتعين عليه معالجتها، وتم ذلك من خلال استخدام تحليل المهام.
2. الاستفادة من اختيارات وتفضيلات الأطفال: فما يفضله ويختاره الطفل من أدوات ومواد له دور فعال في تنمية دافعية الطفل للتفاعل الاجتماعي وتسهيل اكتسابه للمهارات المستهدفة أثناء مواقف التعليم، فاستخدام اختيارات أو تفضيلات الطفل ضرورية لتعليم التفاعل الاجتماعي؛ حيث إنها تمثل أساساً قوياً لتوليد الدافعية للتفاعل الاجتماعي، فأحد طرق زيادة التفاعل والمشاركة الاجتماعية بين الأقران والأطفال ذوي اضطراب التوحد هي التركيز على اختيارات وتفضيلات الطفل فيما يتعلق بأدوات اللعب بحيث تتميز تلك الأدوات بأنها تتضمن موضوعاً محدداً لكل جلسة لعب، وتتطلب

المساعدة عند تشغيله (Lee, Odom, & Loflin, 2007).

3. التدريبات التي تلقاها الأطفال في بداية البرنامج على مهارات التقليد: فهذه للتدريبات لها دور أساسي في النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية؛ فتدريب الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد على تقليد بعض الأفعال والحركات المألوفة تساعد في تعليم هؤلاء الأطفال وسائل بديلة للتواصل كالإشارات والإيماءات وحركات الجسم، فمن خلال تقليد القرين للطفل، فإن ذلك يتيح له أن يختار الشيء الذي يجب أن يفعله، والمعروف أنه عندما يستمتع الطفل بشيء ما، فإنه من الأرجح أن يوليه اهتمامه وانتباهه، وهكذا فإن عملية التعليم تصبح أسهل وأكثر متعة للطرفين (Dawson, & Gelpert, 1990).

أما فيما يتعلق بالفرض الرابع، فتشير نتائج هذا الفرض إلى : أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي.

وبهذا تشير نتائج هذا الفرض إلى احتفاظ أطفال المجموعة التجريبية بأثر التدريب وذلك بعد التوقف عن تطبيق البرنامج المستخدم، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء عدة عوامل من أهمها:

1. اشتراك الأقران في تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد : مما أضفى على التأثيرات الإيجابية للبرنامج طابع الاستمرارية؛ فالأقران يلعبون دوراً مهماً في التحكم بفاعلية في سلوك أقرانهم؛ حيث إنهم في وضع يجعلهم أكثر قدرة على إعطاء تواصلات وتدريبات في البيئة الطبيعية، ومساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم وتعزيز ملاحظة السلوكيات التي يتعلمها أطفالهم في مواقعها الطبيعية. (Sperry, Neitzel, & Engelhardt-Wells, 2010)

2. التكامل في الفنيات التي استخدمها الأقران: فالفنيات التي تم استخدامها لتدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على مهارات التفاعل الاجتماعي ساعدت على تثبيت السلوك وإتقانه لفترات طويلة من الزمن.

3. طول فترة التدريب: حيث استغرق التدريب فترة طويلة وهذا من شأنه إتقان المهارات بكفاءة عالية لدى هذه الحالات.

ويشير الباحث إلى أن هناك أوجه قصور تتعلق بهذه الدراسة يمكن إجمالها في أمرين، الأمر الأول: يتعلق بصغر حجم العينة، والأمر الثاني: يتعلق بإقتصار العينة على الذكور فقط، ويجب الإشارة إلى أن كلاهما يرتبط بنسبة وجود أفراد العينة وإمكانية توفرها بين أفراد المجتمع الأصلي،

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

ومن ثم فمن الصعب بالنسبة للباحث زيادة حجم أفراد العينة أو تضمينها إناث، لهذا فإن الحاجة تدعو إلى إجراء بحوث أخرى يتوافر فيها عدد أكبر من أفراد العينة، سواء الذكور أو الإناث.

توصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن تقديم التوصيات التالية:

1. محاولة الاستفادة من أقران الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد المحيطين به في تنمية سلوكه، فالأقران المدربون يناظرون الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد في العمر الزمني، ومن هنا كان وجود الأقران معزراً عاماً، فهؤلاء الأطفال يجدون التفاعل مع أقرانهم ممتع ومعزز مما يعمل على تحريك الدافعية لديهم للتفاعل وبخاصة إذا ما اقترن وجود الأقران بوجود العديد من المعززات المفضلة بالنسبة لهذا الطفل.
2. ضرورة الاهتمام بالبرامج التي تعتمد على تنمية العلاقات الاجتماعية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم؛ حيث تُعد هذه البرامج نواة أساسية لبناء علاقات إيجابية فعالة مع المحيط الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومن ثم فهي تؤدي إلى تنمية سلوكيات التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال.
3. ضرورة تنمية معلومات الوالدين والمعلمين بأهمية أسلوب التدخل القائم على تدريب الأقران حتى يمكنهم الاستفادة من هذا الأسلوب في تحسين سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
4. يجب أن يكون التركيز على مهارات التفاعل الاجتماعي مكوناً أساسياً في برامج التدخل المبكر، فالدور المهم الذي تلعبه مهارات التفاعل الاجتماعي في تنمية مهارات التواصل يُعد دوراً بارزاً، ومن هنا فإن التركيز على مهارات التفاعل الاجتماعي يعمل على تسهيل حدوث نتائج ناجحة في سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد.
5. ضرورة إمداد المؤسسات التربوية والمراكز العلاجية التي تتعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد ببرامج تدريبية وإرشادية تقوم على أسس علمية وتربوية لتدريب وتعليم هؤلاء الأطفال على مهارات التفاعل الاجتماعي من خلال الاستعانة بالأقران العاديين، وتدريب العاملين في هذه الجهات على كيفية تطبيقها وتوظيفها بطريقة يسهل اكتسابها والاستفادة منها.

المراجع

1. أشرف أحمد عبد القادر، وصلاح الدين عراقي محمد، وإبراهيم عبد الفتاح الغنيمي (2010). المهارات الاجتماعية لدى أطفال الاوتيزم ذوي الأداء المرتفع والمنخفض، دراسة مقارنة. بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي حول اكتشاف ورعاية الموهوبين بين الواقع والمأمول. مصر: كلية التربية، جامعة بنها، 14-16/ يوليو 291 - 352.
2. السيد سعد الخميسي (2011). الضغوط الأسرية كما يدركها أباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحدين. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 76(1)، 2 - 42.
3. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004). التوحد، الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
4. إيما فؤاد كاشف (2012). استخدام إستراتيجية التعلم بمساعدة الأقران في تسهيل عملية التعلم للأطفال الصم وضعاف السمع. المؤتمر العلمي الثاني للصم وضعاف السمع (أساس قوي لمستقبل آمن). الدوحة: قطر، المجلس الأعلى للتعليم، مجمع التربية السمعية، 1-3 / مايو، 1 - 26.
5. جمال محمود سعيد الخطيب (1993). تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين. عمان: دار إشراق للنشر والتوزيع.
6. سميرة على جعفر أبو غزالة (2004). فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين. مجلة العلوم التربوية، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، 3، 33-68.
7. سبهي أحمد أمين نصر (2008). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحدين وأثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم. مجلة العلوم التربوية، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، 16(3)، 92-148.
8. عادل عبد الله محمد (2002). بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقلياً. في عادل عبد الله محمد (محرر). الأطفال التوحدين: دراسات تشخيصية وبرامجية (ص ص 315-325). القاهرة: دار الرشاد.

== فعالية برنامج تدخل قائم على تدريب الأقران في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ==

9. عادل عبد الله محمد (2003). مقياس الطفل التوحدي (ط2). القاهرة: دار الرشاد.
10. عبد الرحمن سيد سليمان (2004). الذاتية: إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
11. عبد العزيز السيد الشخص (2006). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
12. عمر بن الخطاب خليل (1994). خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاوليسية) على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال. مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، 3(1)، 63-72.
13. لويس كامل مليكه (محرر). (1980). علم النفس الإكلينيكي (الجزء الأول). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
14. لينا عمر صديق (2007). فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. مجلة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، 9(33)، 8-39.
15. محمد السيد عبد الرحمن، ومنى خليفه على (2004). مقياس جيليام لتشخيص التوحدية. القاهرة: دار الفكر العربي.
16. محمد بيومي خليل (2000). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي - الثقافي المطور للأسرة المصرية. في محمد بيومي خليل (محرر). سيكولوجية العلاقات الأسرية (ص ص 315-325). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
17. نادية إبراهيم أبو السعود (2002). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والمواظف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر.
18. ندى يحي محمد حسين (2011). تقنين مقياس التفاعلات الاجتماعية لأخوة الأطفال المعاقين عقلياً. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
19. هالة فؤاد كمال الدين محمد (2001). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية،

جامعة عين شمس.

20. هدى أمين عبد العزيز (1999). الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأتيزم (الذاتوية). رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
21. هشام عبد الرحمن الخولي (2012). إلى أين نتجه مع الأوتيزم (التوحد): آمال وتوقعات، استراتيجيات لتحطيم جدار الصمت. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، 23(91)، 1-29.
22. وفاء على الشامي (2004). سمات التوحد، تطورها وكيفية التعامل معها. جدة: مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
23. وفاء على الشامي (2004ب). علاج التوحد، الطرق التربوية والنفسية والطبية. جدة: مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
24. *American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed), DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.*
25. *Baker, M.(2000). Incorporating the thematic ritualistic behaviors of children with autism into games: Increasing social play interactions with siblings. Journal of Positive Behavior Interventions, 2, 66-84.*
26. *Banda, D., Hart,S., & Liu-Gitz, L.(2010). Impact of training peers and children with autism on social skills during center time activities in inclusive classrooms. Research in Autism Spectrum Disorders, 4, 619-625.*
27. *Baron-Cohen, S., Baldwin, D., & Crowson, M. (1997). Do children with autism use the speaker's direction of gaze strategy to crack the code of language?. Child Development, 68, 48-57.*
28. *Belchic, J., & Harris, S.(1994). The use of multiple peer exemplars to enhance the generalization of play skills to the siblings of children with autism. Child & Family Behavior Therapy, 16, 1-25.*
29. *Berument, S., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., & Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: Diagnostic validity. British Journal of Psychiatry, 175, 444-451,*
30. *Boyd, B., Conroy, M., Asmus, J., & McKenney, E. (2011). Direct*

observation of peer-related social interaction: Outcomes for young children with autism spectrum disorders. *Exceptionality*, 19 (2), 94-108.

31. Brewton, C., Nowell, K., Lasala, M., & Goin-Kochel, R. (2012). Relationship between the social functioning of children with autism spectrum disorders and their siblings' competencies/problem behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 646-653.
32. Callahan, H., Gillis, M., Romanczyk, G., & Mattson, E. (2011). The behavioral assessment of social interactions in young children: An examination of convergent and incremental validity. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 768-774.
33. Carpenter, M., Pennington, B., & Rogers, S. (2002). Interrelations among social-cognitive skills in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 91-106.
34. Cater, E., Cushing, L., Clark, N., & Kennedy, C. (2005). Effects of peer support interventions on student's access to general curriculum and social interventions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 15-25.
35. Cappadocia, M., & Weiss, J. (2011). Review of social skills training groups for youth with asperger syndrome and high functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 70-78.
36. Clavenna-Deane, B. (2010). Using a social communication intervention to improve the social interactions and employment experiences of adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *Unpublished Ph.D. Dissertation*, University of Kansas.
37. Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., & Drew, A. (1998). An experimental investigation of social cognitive abilities in infants with autism: Clinical implications. *Infant Mental Health Journal*, 19, 260-275.
38. Chung, K., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T., & Tasse, M. (2007). Peer-mediated social skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 423-436.
39. Dawson, G., & Gelpert, I. (1990). Mothers' use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in young autistic children. *Developmental and Psychopathology*, 2, 151-162.

40. DeRosier, M., Swick, D., Davis, N., McMillen, J., & Matthews, R. (2010). The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 41,1033–1043.
41. DiLavore, P., Lord, C., & Rutter, M. (1995). Pre-Linguistic autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 355–379.
42. Dotson, W., Leaf, J., Sheldon, J., & Sherman, J. (2010). Group teaching of conversational skills to adolescents on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 199–209.
43. Dugan, E., Kams, D., Leonard, B., Watkins, N., Rheuberger, A., & Stackhass, J.(1995). Effects of cooperative learning groups during social studies for students with autism and fourth-grade peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 175-188.
44. Flynn, L., & Healy, O.(2012). Review of treatments for deficits in social skills and self-help skills in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 431–441.
45. Frankel, F., & Whitham, C., (2011). Parent-assisted group treatment for friendship problems of children with autism spectrum disorders. *Brain research*, 1380, 240–245.
46. Garrison-Harrell, L., Kamps, D., & Kravits, T.(1997). The effects of peer networks on social-communicative for students with autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 12, 241-254.
47. Ghuman, J., Leone, S., Lecavalier, L., & Landa, R. (2011).The screen for social interaction (SSI): A screening measure for autism spectrum disorders in preschoolers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2519-2529.
48. Gillis, J., Callahan, E., & Romanczyk, R. (2011). Assessment of social behavior in children with autism: The development of the behavioral assessment of social interactions in young children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 351–360.
49. Goldstein, H., Schneider, N., & Thiemann, K. (2007). Peer mediated social communication intervention: When clinical expertise informs treatment development and evaluation. *Topics in*

50. Gonzalez-Lopez, A., & Kamps, D.(1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 12, 241-254.
51. Green, G. (1996). Early behavioral intervention for autism: What does research tell us. In Maurice, Green & Luce (Eds.) *Behavioral Interventions for Young Children with Autism*, (pp. 29-44) Austin, TX: Pro-ed.
52. Gutierrez, A., Hale, N., Gossens-Archuleta, K., & Sobrino-Sanchez, V.(2007). Evaluating the social behavior of preschool children with autism in an inclusive playground setting. *International Journal of Special Education*, 22(3), 26-30.
53. Hansen, R. (2006). *Identifying, Assessing, and Treating Autism at School*. New York: Springer Science and Business Media, Inc.
54. Harper, C., Syman, J., & Frea, W.(2008). Recess is time in: Using peers to improve social skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 815-826.
55. Haring, T., & Breen, C. (1992). A peer-mediated social network interaction to enhance the social integration of persons with moderate and severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 319-333.
56. Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent - child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 5, 994-997.
57. Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M.(2000). Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison early adult life II: Social behavioural, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), 561-578.
58. Humphrey, N., & Symes, W.(2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 15 (4), 397-419.
59. Ingersoll, B., & Meyer, K.(2011). Examination of correlates of different imitative functions in young children with autism

- spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1078-1085.
60. Ingersoll, B., Dvortcsak, A., Whalen, C., & Sikora, D. (2005). The Effects of a developmental, social-pragmatic language intervention on rate of expressive language production in young children with autistic spectrum disorders. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 20(4), 213-222.
 61. Ingersoll, B., Schreibman, L., & Tran, Q. (2003). Effects of sensory feedback on immediate object imitation in children with autism. *Journal of Children with Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 673-683.
 62. Ingram, D., Moyes, S., Troxell, L., & Calhoun, S. (2007). Assessing children with autism, mental retardation, and typical development using the playground observation checklist. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 11(4), 311-319.
 63. Johnston, S., Nelson, C., Evans, J., & Palazolo, K. (2003). The use of visual supports in teaching young children with autism spectrum disorders to initiate interactions. *Augmentative and Alternative Communication*, 19(2), 86-103.
 64. Kamps, D., Potucek, J., Lopez, A., Kravits, T., & Kemmerer, K. (1997). The use of networks across multiple settings to improve social interaction for students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, 225-357.
 65. Kamps, D., Reyer, J., Dugan, E., Kravits, T., & Gonzalez-Lopez, A. (2002). Peer training to facilitate social interaction for elementary students with autism and their peers. *Exceptional Children*, 68, 173-187.
 66. Kasari, C., Freeman, S. & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 611-620.
 67. Koegel, L. (2000). Interventions to facilitate communication in autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 30, 383-391.
 68. Koegel, R., Frea, W., & Fredeen, R. (2001). Identifying early intervention targets for children with autism in inclusive school settings. *Behavior Modification*, 25(5), 645-761.

69. Koegel, L., Koegel, R., Harrower, J., & Carter, C. (1999). Pivotal response intervention: I. Overview of approach. *Journal of the Association of Persons with Severe Handicaps*, 24, 174-185.
70. Kohler, F., Greterman, C., Raschke, D., & Highnam, C. (2007). Using buddy skills package to increase the social interactions between a preschooler with autism and her peers. *Topics in Early Childhood Special Education*, 27(3), 155-163.
71. Kohler, F., Strain, P., Hoyson, M., Davis, L., Donna, W., & Rapp, N. (1995). Using group-oriented contingency to increase social interactions between children with autism and their peers: A preliminary analysis of corollary supportive behaviors. *Behavior Modification*, 19, 10-32.
72. Kuhn, L., Bodkin, E., Devlin, D., & Doggett, R. (2008). Using pivotal response training with peers in special education to facilitate play in two children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(1), 37-45.
73. Laushey, K., & Heflin, L. (2000). Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peers as tutors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 183-193.
74. Lee, S., Odom, L., & Loflin, R. (2007). Social engagement with persons and stereotypic behavior of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9, 67-79.
75. Lopata, C., Thomeer, M., Volker, M., & Nida, R. (2006). Effectiveness of a cognitive-behavioral treatment on the social behaviors of children with Asperger Disorder. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 21, 237-244.
76. Luigi, G., Fern, S., & Elain, W. (2007). Using case study methods to investigate effects of interactive intervention children with autism spectrum disorders. *Journal of Communication Disorders*, 40(6), 470-492.
77. Luiselli, J. (2007). Escape-maintained problem behaviour in a child with autism : Antecedent functional analysis and intervention evaluation of noncontingent escape and instructional fading. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 9(4), 195-202.
78. Matson, J., & Minshawi, N. (2006). *Early Intervention for Autism Spectrum Disorders: A Critical Analysis*. Oxford, England:

Elsevier Science Inc.

79. Meek, S., Robinson, L., & Jahromi, L. (2012). Parent-child predictors of social competence with peers in children with and without autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 815-823.
80. Morrison, L., Kamps, D., Garcia, J., & Ker, D.(2001). Peer mediation and monitoring strategies to improve initiations and social skills for students with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3, 237-250.
81. Mundy, P. (1995). Joint attention and social-emotional approach in children with autism. *Development and Psychopathology*, 7,63-82.
82. National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Committee on Educational Interventions for Children with Autism.
83. Oppenheim-Leaf, M., Leaf, J., Dozier, C., Sheldon, J., & Sherman, J.(2012). Teaching typically developing children to promote social play with their siblings with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 777-791.
84. Owen-DeSchryver, J., Carr, E., Calle, S., & Barkley-Smith, A.(2008). Promoting social interactions between students with autism spectrum disorders and their peers in inclusive school setting. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 23, 15-28.
85. Palmén, A., Didden, R., & Lang, R. (2012). A systematic review of behavioral intervention research on adaptive skill building in high-functioning young adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 602-617.
86. Pierce, K., & Schreibman, L.(1995). Increasing complex social behaviors in children with autism: Effects of peer-implemented pivotal response training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 285-295.
87. Polirstok, S., Dana, L., Buono, S., Mongelli, V., & Trubia, G.(2003). Improving functional communication skills in adolescent and young adults with severe autism using gentle teaching and positive approaches. *Topics in Language Disorders*, 23(2), 146-153.
88. Prendeville, J., Prelock, P., & Unwin, G. (2006). Peer play

interventions to support the social competence of children with autism spectrum disorders. Seminar in Speech and Language, 27(1), 32-46.

89. Roeyers, H.(1996). *The influence of non-handicapped peers on the social interactions of children with a pervasive developmental disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 26, 303-320.*
90. Smith, C., Goddard, S., & Fluck, M.(2004). *A scheme to promote social attention and functional language in young children with communication difficulties and autistic spectrum disorder. Educational Psychology in Practice, 20(4), 319-3330.*
91. Sperry, L., Neitzel, J., & Engelhardt-Wells, K. (2010). *Peer-mediated instruction and intervention strategies for students with autism spectrum disorders. Preventing School Failure, 54(4), 256-264.*
92. Sun, X., Allison, C., Matthews, F., Sharp, S., Auyeung, B., Baron-Cohen, S. & Brayne, C. (2013). *Prevalence of autism in mainland China, Hong Kong and Taiwan: A systematic review and meta-analysis. Molecular Autism, 4(7), 1-13.*
93. Tager-Flusberg, H. (2010). *The origins of social impairments in autism spectrum disorder: Studies of infants at risk. Neural Networks, 23, 1072-1076.*
94. Timler, R., Vogler-Elias, D., & McGill, F. (2007). *Strategies for promoting generalization of social communication skills in preschoolers and school-age children. Topics in Language Disorders, 27(2), 167-181.*
95. Travis, L., Sigman, M., & Ruskin, E. (2001). *Links between social understanding and social behavior in verbally able children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 119-130.*
96. Trembath, D., Balandin, S., Togher, L., & Stancliffe, R.(2009). *Peer-mediated teaching and augmentative and alternative communication for pre-school aged children with autism. Journal of Intellectual & Developmental Disabilities, 34, 173-186.*
97. Wichnick, A., Vener, S., Pyrttek, M., & Poulson, C. (2010). *The effect of a script-fading procedure on responses to peer initiations among young children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 4, 290-299.*

98. Wong, C., Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T.(2007). *The acquisition and symbolic play skills in young children with autism. Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(2), 101-109.
99. Yoder, P., & Stone, W.(2006). *A Randomized of two Prelinguistic communication interventions on the acquisitions of spoken communication in preschoolers with ASD. Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45(4), 698-711.

Effectiveness of Peer Mediated Intervention Program in Improving Social Interactions in Children with Autism

D. Khaled Saad Sayed Mohammed
Assistant Professor of Mental Hygiene
Faculty of Education, Qena, South Valley University

Abstract

Deficit Social Interaction is the most symptoms indicate a child with autism, the autistic child avoids social relationships with others, and also he withdraws from positions of social interaction, and to overcome the deficit in social interaction skills experienced by autistic children, the process of intervention be very necessary to work on the development of those aspects, and reduce associated problems and the disability caused social growth and communicate with others, and the current study, an attempt to interfere using Peer Mediated Intervention to improve social interaction skills of autistic children. Participated in the study were 15 children representing two categories of children: the first category: a group of autistic children consists of seven children of males autistic children from autism classes in Intellectual Education schools, average age 7.36 and a standard deviation 3.92, this group divided into two groups: an experimental group: consists of four children, and a control group consists of three children, and Category II: The group of peers children, consists of eight children ranging in age from 7-10 years average age 8.32 years, and a standard deviation of 4.02, were selected from relatives of autistic children, both brothers (four ad peers), or cousins living in the same house (two peers), or cousins living in neighboring houses (two peers). Tools of the study included: Social Interaction Scale for autistic child: prepared by researcher, Gelleam Scale for Autism (Mohamed El-Said Abd El-Rahman & Mona El-Said Khalifa, 2004) (Mr. Mohamed Abdel-Rahman, Mona Khalifa, 2004), and the training program (prepared by the researcher), which consists of 48 sessions, the duration of each session ranges from 30-40 minutes, the implementation of these training sessions consists of three phases: general training stage, and special training, and the practical training stage which, and also there was a meeting with parents and teachers before implementing the program to inform them of the nature and purpose of the program and the nature of autism and the most basic

information that they should know about autism. The results indicated that the program which based on peers effectively in developing social interaction skills of autistic children, in the light of these findings, the study recommended that peer mediated intervention the style should be essential component of intervention programs, focus on developing social interaction skills through peers have a successful outcome in the behavior of autistic children.

Key words: *Peer Mediated Intervention, Social Interactions, Children with Autism.*