

**فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيات التعليم العرضي في تحسين المهارات
الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودى اللغة**

اعداد

د. محمد الصافي عبد الكريم عبد اللا

استاذ الصحة النفسية المساعد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية الاسكندرية

مقدمة الدراسة

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية، وهو إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها رغم التباين بين الجهات البحثية في التقدير الدقيق لنسب انتشاره، لكنه لم يلقى حظه من الاهتمام على المستوى البحثي في الدول النامية، في حين أننا نجد اهتماماً متزايداً في الدول المتقدمة، وقد زاد الاهتمام نسبياً بهذه الفئة في البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة، ويعتبر (Leo-kanner (١٩٤٣)، أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذا الاضطراب مثل الذاتوية، والإجترارية، والتوحدية، والأويتسية، والانغلاق الذاتي (الانشغال بالذات)، والذهان الذاتوي، وفصام الطفولة ذاتي التركيب، والانغلاق الطفولي (خطاب، ٢٠١٥)

وتعد اضطرابات التواصل ونقص المهارات الاجتماعية لدى المراهق ذي اضطراب التوحد من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلباً على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي (نصر، ٢٠١٢) تشمل اضطرابات اللغة والتواصل لدى أفراد ذوي اضطراب التوحد كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، حيث أشارت دراسات كثيرة إلى أن (٥٠%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يملكون القدرة على الكلام، ولا يطورون مهاراتهم اللغوية والاجتماعية، إلا أنهم لا يعوضونها باستخدام أساليب التواصل غير اللفظي كالإيماءات أو المحاكاة (أتود، ٢٠٠٩)

ويتفق كل من سميث Smith (٢٠٠١)، وويس وآخرون Weiss,et al (2012: ٢٣)، وجولدشتين وثمان Theiman & Goldstien (٢٠٠٠)، وبيليني وآخرين Billini et al (٢٠٠٧) في أن أحد العوائق التي تحول دون تعلم هؤلاء المراهقين المهارات الاجتماعية هو عجز نمائي يعوق تعلمهم هذه المهارات، حيث ينقصهم الاهتمام الاجتماعي، ويفشلون في فهم الإشارات الاجتماعية، بالإضافة إلى أنهم عادة ما يظهرون مبادأة اجتماعية محدودة، واستجابة اجتماعية قليلة، كما يتضح القصور في المهارات الاجتماعية لديهم في الأفعال الكلامية المقيدة، وصعوبة التعليق، والعجز في المبادأة اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع، وصعوبة الارتباط بالآخرين والانشغال بهم، وصعوبة طرح الأسئلة والاستماع والاستجابة للآخرين، وصعوبة التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة.

وتؤكد دراسات Ehlers,1999, Billini et al, 2007, Carpenter et al., 2002، وويس وآخرون Weiss,et al (2012: ٢٣) أن المراهقين ذوي اضطراب التوحد يعانون من الكثير من المشكلات الاجتماعية، الناتجة عن قصور في العديد من المهارات، لاسيما مهارات متابعة الانتباه، واكتساب اللغة، والإشارات التصريحية، والمشاركة والبيان، وفهم الإشارات الاجتماعية، والمبادأة الاجتماعية، خاصة المبادأة اللفظية، وغير اللفظية. والاهتمام الاجتماعي. كما أن هؤلاء الأطفال يصعب عليهم إدراك وجود الآخرين

والتعليق، والارتباط بالآخرين، والانشغال بوجودهم، وطرح الأسئلة، والاستماع، والتفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة.

ويرى كثير من الباحثين أن اضطراب التوحد يقع علي متصل ما بين الخفيف إلي الحاد، ومن ثم تم استخدام كثير من المصطلحات للإشارة إلي هذا الاضطراب في أحواله المختلفة، فظهر لدينا مصطلحات الأطفال ذوي اضطراب التوحد Autistic Children ، والموهوبين ذوي اضطراب التوحد Gifted/ Autistic ، والنوابغ المعنويين Idiot Savants، والنوابغ ذوي اضطرابات التوحد Autistic Savants ، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذوي الوظيفة العالية High-Functioning Autism ، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذوي الوظيفة المنخفضة Low-Functioning Autism (Parsons, & Mitchell, 2002.p54)

وبالرغم من اختلاف المصطلحات التي تشير إلى الأفراد ذوي اضطرابات التوحد، إلا أن الخاصية الأساسية التي تجمع بين هؤلاء الأطفال هي القصور في المهارات الاجتماعية، سواء بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذوي الوظيفة العالية، أو ذوي الوظيفة المنخفضة، وإن اختلفت نوعية هذا القصور، وشدته. وهو ما أوضحتته دراسة ماكينتوش وديساناياك (Macintosh & Dissanayake, 2006,p123) من أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ذوي الوظيفة المنخفضة لديهم جوانب قصور في المهارات الاجتماعية الخاصة بالتعاون، والتوكيدية، وضبط الذات في أوضاع الحياة الواقعية، أثناء تفاعلهم مع أقرانهم ذوي النمو الطبيعي، إلا أنه يمكن استغلال جوانب القدرة لديهم في دعم تفاعلهم الاجتماعي مع هؤلاء الأقران. وتعد المهارات الاجتماعية من المهارات الأساسية اللازمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد، حيث تساعدهم هذه المهارات على التواصل، والتفاعل الاجتماعي، ففهم هؤلاء الأطفال للحالات النفسية للذات والآخرين تعد ممهدا للسلوكيات الاجتماعية الفاعلة، والإيجابية.

(Reavis, 2003; Seltzer ,2003; Lind & Bowler, 2010; Buhler et al., 2011).

مشكلة الدراسة

يشكل التزايد في نسب انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال مؤشراً يستدعي التدخل من المعنيين وأهل الاختصاص حيث نشر المركز الوطني للإحصاءات الصحية التابع لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية تقريراً يشير إلى تزايد هذه النسب حيث كانت في عام (٢٠١٧) لدى الأطفال التي تتراوح أعمارهم من (٦ : ١٧ عاماً) (١٦,١%) ووصلت إلى (٣%) في عام (٢٠١٨) (www.Saudiautism.com/).

وأشارت الجمعية الدولية للتوحد أن نسبة حدوث اضطراب التوحد تقدر بحوالي (٤ : ٥) حالات لكل (١٠٠٠٠) ولادة بالنسبة للحالات الكلاسيكية، وتقدر بحوالي (١٧) حالة لكل (١٠٠٠٠) ولادة بالنسبة للحالات المرتبطة بالتوحد والتي تتطلب خدمات شاملة.

ومما يزيد الأمر تعقيداً أن حوالي (٥٧%) من الأفراد ذوي اضطراب التوحد يعانون من انخفاض في مستوى الذكاء العام، فضلاً عن أن ذوي الذكاء العادي والمرتفع منهم يعانون من صعوبات في بعض القدرات الخاصة (Lainhart, Janet, 1999.p56).

وأشارت دراسة لرابطة أطباء الباطنة والجراحة الأمريكية نشرت في عام (٢٠١٣) أن الفترة ما بين عامي (١٩٨٩ إلى ٢٠٠٣) قد شهدت زيادة مفرطة في انتشار اضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ ارتفعت نسبة الإصابة به من طفل لكل (٢٥٠) إلى طفل لكل (١٦٦) طفل مما جعل عدد الأطفال المصابين باضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية يتجاوز نصف مليون طفل.

وأفادت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها أنه تم إصابة (١,٥ %) من أطفال الأمم المتحدة أي واحد من كل (٦٨) طفلاً مصاباً بالتوحد وذلك اعتباراً من عام (٢٠١٤) بزيادة بلغت نسبتها (٣٠ %) عن عام (٢٠١٢) حيث كان يصاب فرد من كل (٨٨) (<http://www.fikr.com/article>)

وعلى مستوى المملكة العربية السعودية أشارت دراسة أجرتها مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية أن معدل التوحد بين الأطفال بلغ (طفلاً من بين كل ١٨٠ طفلاً) معرض للإصابة بالتوحد. (<http://www.aawast.com>).

وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات، ولعل من أبرز هذه المشكلات عدم القدرة على العناية بالذات وعدم القدرة على التفاعل اللفظي والاجتماعي الكامل مع الآخرين، والعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها أقرانهم العاديين (جعفر، ١٩٩٢؛ سليمان، ٢٠٠٠؛ Dalrymple, 1992)

ويعد القصور في المهارات الاجتماعية من المظاهر السلوكية الأساسية التي تظهر لدى فئة التوحديين حيث تعاني هذه الفئة من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة من صعوبة في التعبير عن ذواتهم، وصعوبة إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ومشاركتهم مواقف الحياة اليومية، فهم يفضلون الوحدة ويعزفون عن التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ولديهم ضعف في اللغة وصعوبة في التواصل اللفظي، وهذا ما أكده العديد من الباحثين والدراسين المهتمين بدراسة خصائص وسمات التوحديين ومنهم (Kouch&Mirend,2003)؛

(Bartels,2004)

وجدير بالذكر إن البلوغ عبارة عن مرحلة حرجة وخطيرة من عمر الطفل ذوي اضطراب التوحد تلزمنا أن نهيئ أنفسنا لها بكل إيجابياتها وسلبياتها فهم بهذه السمات يشكلون ضغطاً على المحيطين بهم معلمين أو أولياء أمور، لذا أصبح الأمر يحتاج إلى تضافر الجهود لحل مشكلات التوحدين وتقليل معاناة المحيطين بهم، هذا لا يحدث إلا من خلال البرامج العلاجية الهادفة - ومن بينها برنامج الدراسة الحالية - التي تسعى لمساعدة المعلمين وأولياء الأمور في تنمية المهارات الاجتماعية للمراهقين ذوي اضطراب التوحد، وهذه البرامج التدريبية لا شك في أنها ذات جدوى وفاعلية في إحداث تغيرات إيجابية على المستوى اللغوي والاجتماعي والشخصي للمستهدفين منها، وهذا ما أكدته دراسات كل من: (Roest, Erica, 2008)؛ ودراسة (Kroeger, et al, 2007)؛ ودراسة (Seltzer, 2003)؛ ودراسة بديوي، ٢٠١١؛ ودراسة عطية، ٢٠١٠؛ ودراسة حنا، ٢٠٠٩؛ ودراسة مدبولي، ٢٠٠٦)، وغيرها من الدراسات والبحوث ذات العلاقة. وفي ضوء تلك المشكلات أوصت العديد من الدراسات والأبحاث على ضرورة تقديم برامج تدريبية لذوي اضطراب التوحد بغرض تحسين مهاراتهم الذاتية والشخصية واللفظية والاجتماعية؛ ومنها: (البهنساوي والحديبي، ٢٠١٦)، (الرواشدة، ٢٠١٣)، (Boker, 2011)، (القواسمة، ٢٠١١)، (المؤمنى، ٢٠١١)، (Solomon, et.al, 2007)؛ (Matson, et al, ٢٠٠٧)؛ (Williams et al, ٢٠٠٨)؛ (Murdock et al., 2007)

ومن خلال خبرة الباحث مع المراهقين من ذوي اضطراب التوحد وجد أن هناك حاجة ماسة للإفادة من استراتيجية التعليم العرضي في إعداد برنامج تدريبي لتحسين المهارات الاجتماعية لديهم، حيث أن مشكلة التعميم عند الأفراد ذوي اضطراب التوحد تكاد تكون واضحة لذلك فإن كل الجهود المبذولة معهم يمكن أن تكون دون فائدة إن لم يتمكن من التعميم، ونظراً لندرة الدراسات التجريبية في البيئة العربية عامة والسعودية خاصة (في حدود علم الباحث) التي استخدمت التعليم العرضي مع الأطفال بصفة عامة والمراهقين بصفة خاصة ذوي اضطراب التوحد. مما يعطي هذه الدراسة التفرد والأهمية.

وتتضح مشكلة الدراسة من خلال محاولة الإجابة عن السؤال الآتي:

ما فاعلية البرنامج التدريبي القائم على استراتيجية التعليم العرضي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودى اللغة؟

ويتفرع عن السؤال الرئيس السؤالان الآتيان:

١. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين

القبلي والبعدي على مقياس المهارات الاجتماعية تعزى إلى تأثير البرنامج التدريبي؟

٢. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المهارات الاجتماعية تعزى إلى استمرارية البرنامج التدريبي؟
أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى:

١. اختبار فاعلية برنامج قائم على استراتيجيات التعليم العرضي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين التوحديين محدودي اللغة.
٢. تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة، وذلك لمعرفة أثر البرنامج على كل منهما.

أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة في تناول بعض المهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة وتأصيلها نظرياً.

كما تبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في إعداد مقياس المهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى إعداد وتطبيق برنامج تدريبي قائم على استراتيجيات التعليم العرضي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة. كما يمكن أن يستفيد منه الأخصائيين في المراكز المعنية بالمراهقين ذوي اضطراب التوحد وأسره، والذي من شأنه أن يساعد في تنمية قدرتهم على التواصل والتفاعل مع أقرانهم العاديين في مختلف الأنشطة.

حدود الدراسة ومحدداتها

اقتصرت الدراسة الحالية على ثلاثة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة الملتحقين في جمعية أسر التوحد بالرياض، والذين تراوحت أعمارهم ما بين (١٥-١٨) سنوات، كما تحددت بقوائم التقدير للمهارات الاجتماعية للمراهقين التوحديين، وبالبرنامج التدريبي المقترح لهذه الدراسة.

مصطلحات الدراسة

التوحد: Autism

عرف (السرطاوي وعود. ٢٠١١) التوحد بأنه "اضطراب نمائي تظهر أعراضه خلال السنوات الثلاث الأولى، ممثلة في إعاقة في التفاعل الاجتماعي، وإعاقة في التواصل، والسلوك المحدد والنمطي والطقوسي، واستجابة غير اعتيادية بالنسبة للخبرات الحسية، ولم يحدد سببه المباشر بشكل قطعي حتى تاريخ اليوم.

ذوو اضطراب التوحد محدودي اللغة People with autism with limited language يعرف الباحث إجرائياً التوحديين محدودي اللغة بأنهم مجموعة المراهقين الذين شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب التوحد على أحد المقاييس المستخدمة في تشخيص التوحد في جمعية أسر التوحد بمدينة الرياض، وهذه المقاييس هي: مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، مقياس هيلب، قوائم تقدير السلوك للطفل التوحدي، والذين يظهرون عجزاً واضحاً في المهارات الاجتماعية، كما تقيسها قائمة تقدير المهارات الاجتماعية للمراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة المعدة في الدراسة الحالية.

٢. المهارات الاجتماعية Social Skills

يذكر التراث العلمي بتعريفات متعددة قدمها الباحثون لمفهوم المهارات الاجتماعية، فقد عرفها بوك بأنها قدرات نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في مواقف محددة بالشكل الذي يحقق أهداف معينة سواء فيما يتعلق بالشخص أو الآخرين (Buke.,1997,p129)، في حين يعرفها "جان ريجيو" بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها، ووعيه بالقواعد الضمنية وراء أشكال التفاعل الاجتماعي، ومهارته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وقدرته على أداء الدور وتهيئة الذات اجتماعياً (Riggio, 2005,p54)، أما "أرجايل" Argyle فيعرف المهارة الاجتماعية بأنها القدرة على أحداث التأثيرات المرغوبة في المواقف الاجتماعية المختلفة (Argyle.,2009,p21). ويعرفه الباحث إجرائياً بأنها: استعمال المراهق ذوي اضطراب التوحد للمهارات التي درب عليها بشكل يساعد في تفاعله مع المحيطين به بطريقة مقبولة اجتماعياً.

٣. البرنامج التدريبي Training program

البرنامج التدريبي هو عملية منظمة مخطط لها، وتهدف إلى إكساب المراهقين الذين يعانون من التوحد المهارات اللازمة للتواصل مع الأفراد المحيطين بهم من خلال فنيات متنوعة.

التعليم العرضي Casual education

استراتيجية تدريسية تُبنى على اهتمامات الطفل والأشياء المحببة لديه في البيئة الطبيعية والمعززات تكون طبيعية (الشامي، ٢٠٠٤).

ويعرف البرنامج التدريبي إجرائياً بمجموعة من الجلسات التدريبية القائمة على استراتيجية التعليم العرضي والتي تم تقسيمها إلى (٣٠) جلسة، مقسمة على عشر أسابيع، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، بالإضافة إلى الجلسة الختامية، وتراوح زمن كل جلسة ما بين ٣٠-٤٠ دقيقة.

الإطار النظري للدراسة

يتناول الإطار النظري لمتغيرات البحث: التعلم العرضي، المهارات الاجتماعية، المراهقون ذوي اضطراب التوحد ويتضح ذلك فيما يلي:

التعليم العرضي:

هي استراتيجية تعليمية قدمت من خلال هارت وريسليعام (١٩٧٤) وهي فعالة في تعليم مفردات اللغة، والمهارات الاجتماعية وتحدث في ظروف الحياة العادية وتقوم على الأسس والخطوات الآتية:

١. يقوم المعلم بتهيئة وترتيب البيئة المحيطة بالمراهق ذي اضطراب التوحد وذلك بهدف زيادة قدرة الطفل على البدء في القيام بالعمل.

٢. يقوم المعلم بتحفيز المراهق ذي اضطراب التوحد ومساعدته للشروع بالعمل أو نشاط ما.

٣. يقوم المعلم بطلب استجابة من الفرد ذي اضطراب التوحد تجاه العمل أو النشاط.

٤. يقوم المعلم برصد وملاحظة الاستجابة الصادرة من الفرد ذي اضطراب التوحد.

٥. يقوم المعلم بتعزيز الاستجابة الصادرة من المراهق ذي اضطراب التوحد وتصحيح مسارها.

ويمكن تعليم الفرد ذي اضطراب التوحد من خلال التعليم العرضي ما يلي:

١. الأحجام والأطوال.

٢. الأوزان وحدود الشكل.

٣. الكلام التلقائي.

٤. الكلام التلقائي للسلوك اللفظي.

٥. التواصل غير اللفظي.

٦. طرح الأسئلة والاستفهام.

٧. التعرف على الأسماء، الضمائر، الأفعال.

٨. ترتيب الطعام.

٩. تشغيل التلفاز (Darby,2009,76)

وحتى تتجح هذه الاستراتيجية وتحقق أهدافها ينبغي على المعلم القيام بما يلي:

١. أن يراعي المعلم وجود فترة زمنية لا تقل عن (٣٠) ثانية بين تقديم النشاط للمراهق وبين طلب الاستجابة منه.

٢. في حالة انتهاء الفترة الزمنية المحددة دون أي رد فعل من المراهق يقوم المعلم بالتلقين اللفظي

وسؤاله ماذا تريد أو ما هذا؟

٣. في حالة غياب الاستجابة من الطفل وبعد انقضاء الفترة الزمنية وبعد التلقين اللفظي يقوم المعلم بالتعليق على النشاط المقدم.

٤. في هذه الخطوة يطلب المعلم من الفرد التقليد عن طريق نطق الكلمة كما قالها المعلم. والفرق الأساسي بين التعليم العرضي وبين الإجراءات السلوكية التقليدية هو أن تحديد الأهداف التربوية يبنى على اهتمامات الطفل عوضاً عند تحديد المعلم لها وتتم عملية التعليم في البيئة الطبيعية التي تحدث فيها. وهناك عدة مزايا لبناء عملية التعليم على اهتمامات المراهق من أهمها ما يلي:

- ترتفع درجة الحافز لتعلم المهارة.
 - ترتفع درجة الانتباه.
 - يسهل على الفرد تعميم المهارة لأن تعلمها في بيئة طبيعية يكون تحت تأثير مشيرات طبيعية.
 - تستخدم المعززات الطبيعية وهي أفضل من المعززات الصناعية (الشامي، ٢٠٠٤).
- إن الميزة الأساسية للتعليم العرضي أنه يبنى على اهتمامات المراهق والتفاعلات يجب أن تبدأ به، وهذا يبدو صعباً نظراً لأن المراهق ذوي اضطراب التوحد يفتقر إلى المبادأة الاجتماعية، فضلاً عن افتقاره إلى الدافعية للتعلم والتفاعل الاجتماعي، فلماذا تم التعليم العرضي، وذلك لتشجيع الطفل التوحد، ويستفيد المعلم من الفرص المتاحة، وذلك للتغلب على ضعف الدافع، ويأتي دور المعلم وذلك بتهيئة البيئة الطبيعية للتعليم ومراقبته في هذه البيئة بدلاً من البيئة المصطنعة، وذلك بمعرفة الأشياء التي يجب القيام بها ومن هم الأفراد الذين يجب العمل معهم ويتفاعل معهم والتركيز على نقاط القوة عند المراهق، وذلك بمراقبة سلوكياته والاندماج مع عالمه الخاص حتى يشعر بالرضا من أجل أن تكون البداية في رسم البرامج التي تؤهله ليتفاعل مع الآخرين والأخذ بالأشياء الأكثر فائدة من بيئة المراهق وإعداد الوقت الكافي للتدريب على التعليم العرضي وذلك بالمكان المناسب الذي يتشابه مع البيئة الطبيعية ويأتي التعليم العرضي وفق خطوات منها التعليمات أو الأوامر للتعليم ومن ثم اللحظة التعليمية وعلبك الانتظار بين المرحلتين فترة قصيرة من الوقت حتى تحدث الاستجابة من قبل المراهق (McGee&Daly,2007,p63)

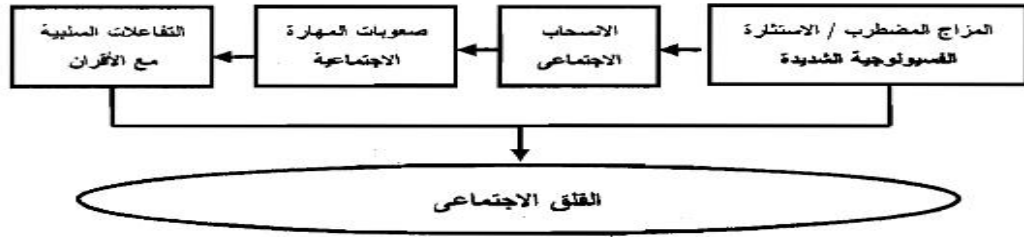
ثانياً: المهارات الاجتماعية لدي الأفراد ذوي اضطراب التوحد:

تعد المهارات الاجتماعية الأساس الذي يتكئ عليه الفرد من أجل الاندماج في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه. هذا المحيط الاجتماعي الذي يفرض علي الفرد السير وفق توقعات اجتماعية يتطلبها المجتمع الأكبر، والجماعة التي تضم المراهق.

ويري بيليني (Billini, 2007,p123) أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد يعانون من المزاج المضطرب الذي يتضح في المستوي المرتفع من الاستثارة الفسيولوجية. وهذه الاستثارة الفسيولوجية تؤدي إلى تحاشي

التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين. وهذا الانسحاب الاجتماعي يقلص فرص الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية الفعالة بسبب تقليل التفاعلات مع الأقران. والإعاقة في أداء المهارة الاجتماعية يزيد - بصورة دالة - فرص التفاعلات السلبية مع الأقران، والفشل الاجتماعي. ووجود الاستثارة الفسيولوجية الشديدة تجعل الفرد أكثر تأثراً بالخبرات الاجتماعية السلبية مما يقود إلى القلق الاجتماعي المتزايد. ووجود القلق الاجتماعي يقوم إلى الانسحاب الاجتماعي. ويوضح بيلىني هذه الدائرة في الشكل التالي:

شكل (1)



ويوضح وينر (winner, 2002,p46) أن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي مظهر سلوكي للمعرفة الاجتماعية، فعلي سبيل المثال فإن السلوك البسيط لتحية شخص ما اجتماعياً عند رؤيته، يتطلب استعداداً تلقائياً يظهر خلال سياق الأحداث، ويتضمن إنشاء تواصل لحظي بالعين (اتصال بالعين في نفس اللحظة)، والتحرك البدني نحوه (التلويح مرحباً)، أو لفظياً (قول مرحباً)، وإظهار تعابير وجهيه تدل على السعادة (ابتسامة صغيرة، أو انفراج الوجه)، وبعد ذلك إدراك ومعرفة إنهاء التحية عند ذهاب الآخر، ولكن الأطفال ذوي التوحد يعانون من صعوبات معرفية اجتماعية تجعلهم غير قادرين على إظهار المهارات الاجتماعية الملائمة.

ويتفق ستدلي وآخرون (Steadly et al., 2008,p23) ، وتساو وأدوم (Tsao & Odom, 2006,p79) في أن المهارات الاجتماعية لدى الطفل ذي اضطراب التوحد هي مجموعة من القدرات التي تسمح للطفل ذي اضطراب التوحد بابتداء وتحقيق العلاقات الاجتماعية الإيجابية، وتقبل الأقران، وتحقيق التكيف في المدرسة، والتفاعل مع البيئة الاجتماعية الأكبر.

ويحتاج المراهقين ذوو اضطراب التوحد إلى الدعم والمساندة الاجتماعية من المحيطين بهم، وفي هذا السياق يوضح سيكلوس وكيرنس (Siklos & Kerns,2006,p21) أن الدعم الاجتماعي لدى المراهقين ذوو اضطراب التوحد هو المعلومات التي تقوده إلى الاعتماد بأنه ينال العناية والاهتمام والتقدير من الآخرين، وبأنه محبوب وذو قيمة، وبأنه ذو أهمية في شبكة الواجب، والالتزام، والتواصل المشترك.

وقد أوضحت دراسة كارينتر وآخرو (Carpenter et, al., 2002,p43) ، ودراسة بيلىني وآخرون (Billini,et al,2007) أن هناك قصورا لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد في المهارات الاجتماعية

المعرفية، مثل مهارات طلب انتباه الآخرين، والمشاركة الاجتماعية، ومتابعة المشاركة، والتوجيه، والتبادل، والاشتراك الاجتماعي.

كما أوضحت دراسة روبل (Ruble, 2001,p.67) ، ودراسة مورديوك وآخرون (Murdock et al. 2007) أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المرحلة الابتدائية ينشغلون في التواصل الاجتماعي بدرجة نصف انشغال أقرانهم بهذا التواصل.

وقد حدد جرينواي (Greenway, 2000,p23) ، وكوتلر وآخرون (Kuttler et al., 1998,p12) الإعاقات في المهارات الاجتماعية لدي المراهقين ذوو اضطراب التوحد تحت ثلاثة عناصر رئيسية، هي: الإعاقة في المعرفة الاجتماعية، والإعاقة في التواصل الاجتماعي، والإعاقة في الفهم والتخيل الاجتماعي ويرى جانز وآخرون (Ganz et al., 2008,p56) أن مهارات المحاكاة تعد أمراً جوهرياً لنجاح الفرد في الحياة الاجتماعية، لكن الأطفال ذوي التوحد يعانون صعوبات في تقليد الآخرين، وترتبط مهارات المحاكاة بالوظيفة المعرفية، والارتباط بالأقران، والقدرة على التعلم من البيئة وتعتبر مهارات المحاكاة العنصر الأساسي للمهارات الاجتماعية والمهارات التواصلية والنمو المعرفي لدي الأفراد ذوي اضطراب التوحد. وتقليد الأقران هي مهارة قبلية مطلوبة. وتوضح مهارات المحاكاة فهم الطفل للرابطة بين الذات والبيئة، وهذا ضروري لتعلم المهارات الجديدة.

ووفقاً لما ورد عن رابطة التعليم الوطني بواشنطن (National Education Association, 2006) فإن الصعوبات التي يعانيها الأفراد ذوو التوحد في المهارات الاجتماعية تتضمن: الانشغال في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتحقيق الاتصال بالعين أثناء المحادثات، والانتباه للجوانب غير اللفظية للتواصل مثل الإشارات والتغيرات الوجهية، والتكيف والتوافق مع القواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي، والانشغال في موضوعات مختارة مع رفيق المحادثة، والشعور بالإمباتية، وإظهار السلوكيات الاجتماعية أو سلوكيات اللعب المناسبة للعمر، والمبادأة أو الاشتراك مع الآخرين بصورة ملائمة في المواقف الاجتماعية. وبالتالي فإن الاضطراب في المعرفة الاجتماعية هو اضطراب يضع حائلاً بين الفرد ذوي التوحد والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه.

ويرى بيلفري وبيلمان (Pelphrey & Perlman, 2008,78) أن المعرفة الاجتماعية تشير إلى القدرات الأساسية لإدراك وتنسيق وتذكر، وتحليل، ومعرفة الأسباب، والتصرف تجاه الآخرين من نفس النوع. وتتضمن المعرفة الاجتماعية الإدراك الاجتماعي (المستويات الأولية من تقييم مقاصد وميول الآخرين عن طريق تحليل اتجاه نظرة العين، وحركة البدن، والأنواع الأخرى من الحركة البيولوجية)، والأسلوب الإغزائي (أسلوب الفرد الذي يميل لشرح سلوك الآخرين).

ويضيف بيلفري وبييرلمان (Pelphery & Perlman, 2008,p35) مجموعة من العوامل التي تسهم في نمو المعرفة الاجتماعية لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، هي: فهم أهداف ومقاصد الآخرين، وإدراك نظرة العين (ربط الأفعال بالمقاصد)، وإدراك الانفعالات، ومعرفة اعتقادات الآخرين. كما حدد بومينجر (Bauminger, 2002,p11) مجموعة من المهارات الاجتماعية التي يمكن عن طريقها قياس مدى التحسن في الجانب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي المبادأة الاجتماعية، والاستجابة الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الإيجابي.

ويحدد كانون (Cannon, 2006,34) مجموعة من الأبعاد الخاصة بالمهارات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد على النحو التالي:

- الجوانب اللفظية: وهي السلوكيات التي تخدم التعبير عن القصد التواصلية باستخدام الكلمات.
 - الإشارات والإيماءات: وهي استخدام حركات اليد، مثل التلويح أو الإشارة من أجل التواصل.
 - الاستجابة التقليدية: وهي التكرارات اللفظية للكلمات، أو التكرارات غير اللفظية لأفعال الأقران.
 - وظيفة التواصل (الطلب): وتتمثل في استخدام الكلمات أو الأفعال لإنجاز وإتمام حاجة.
 - الرفض: وهو التعبيرات اللفظية وغير اللفظية للاعتراض ضد نشاط ما أو تعليق ما، مثل قول لا.
 - التعليق: وهو الاستخدامات اللفظية للكلمات للتعبير عن اعتقاد أو رأي شخصي.
 - الأسئلة: وهي الاستخدام اللفظي للكلمات مثل، ما، من، متى، أين، كيف.
 - الانتباه المترابط: ويتمثل في تتبع تحويل نظرة العين لموضوع ما أو شخص أو حدث.
 - تواصل العين: ويتمثل في توجيه التواصل البصري مع أعين القرين ذوي النمو العادي.
- ووفقا لما ورد عن وزارة التعليم البريطانية (Ministry of Education, 2000) فإن المهارات الاجتماعية التي يجب أن يتعلمها الأطفال ذوو اضطراب التوحد بصورة مباشرة، هي.
- الانتظار: Waiting: ولتحقيق ذلك يمكن استخدام الإشارات البصرية كالصور، والكلمات المكتوبة
 - أخذ الأدوار: Taking Turns: ويمكن تعليم ذلك باستخدام القصص الاجتماعية.
 - الانتقالات: Transitions: ويمكن تعليم ذلك باستخدام القصص الاجتماعية، والرموز البصرية.
 - تغيير الموضوع في المحادثة: تساعد المدعمات البصرية في وضع محددات الوقت، والمكان للانشغال في موضوع مفضل، مما يساعد الأطفال في الانتهاء من أو تغيير الموضوع.
 - الانتهاء: Finishing: وتساعد الرموز والإشارات البيئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد في ملاحظة واتباع سلوك الأطفال الآخرين، وتوقيت فترة الاستغراق في نشاط محدد.

- المبادأة: Initiating: إن تركيب القصص الاجتماعية مع الصور أو الصور الفوتوغرافية تعمل على تعليم الطفل ذي اضطراب التوحد كيف يقترب من الآخرين، ويسأل عن شيء ما.
- المرونة: Flexible: إن النظم البصرية تستخدم لشرح التغييرات بأسلوب واضح وثابت، وإذا تم استخدام الصورة فإنه يمكن استبدال الصور أو الرموز المحددة بآخر مكوناتها.
- الهدوء: Quiet: إن المدعمات البصرية تفيد في تعليم السلوكيات الخاصة من أجل الهدوء، وتعليم القواعد من أجل المواقف النوعية المحددة.

وظهر في ميدان تعليم المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي اضطراب التوحد ما يسمى بمصطلح الطلاقة Fluency، والذي أشار إليه فابريزيو (Fabrizio, 2003,p85) ويشير هذا المصطلح إلى مستوي نمو المهارة، ويوضح مدى جودة تعليم الفرد مهارة محددة، وعندما يتعلم الأفراد المهارات لمستويات تتميز بالطلاقة فإنهم يستطيعون استخدام هذه المهارات بصورة غير مجهدة، وبصورة تلقائية، ودون تفكير مجهز. ويمتد تعليم المهارة إلى استخدام هذه المهارة في تعلم مهارات أخرى أكثر تقدماً، لأن الأفراد ذوي اضطراب التوحد يحتاجون أن يتعلمون العديد من المهارات الأساسية (مثل المهارات المرتبطة بالعناية بأنفسهم، والتواصل، والتفاعل مع الآخرين) فإنه من المهم أن تتميز هذه المهارات بالطلاقة.

وتتمثل مكونات البرامج التي تنمي طلاقة المهارة في: بناء وتحقيق الإتقان أولاً، والممارسة اليومية تحت ظروف الوقت، والتصور وصنع القرار، والتعليم حتى يصل الطفل إلى أهداف الطلاقة، وهذه الأهداف هي: مهارات التقليد، ومهارات اللغة الاستقبالية، ومهارات اللغة التعبيرية.

ولأهمية المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي اضطراب التوحد، استخدم كثير من الدراسات العديد من الأساليب لتنمية هذه المهارات لدى هؤلاء الأفراد. ومن هذه الدراسات دراسة بوسيرود (Posserud, et al, 2006,p54) التي أوضحت نتائجها فعالية استخدام النمذجة بالفيديو في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد، مثل مناداة اسم القرين، والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ودراسة شونج وآخرين (Chung et al., 2007,87) التي أوضحت نتائجها فعالية برنامج تدريبي قائم على توسط الأقران في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل الاستجابة الطارئة، والانتباه الآمن، ومبادأة التعليقات، ومبادأة الطلبات، وتغيير الموضوع غير الملائم، ودراسة كرويجر وآخرون (Kroeger et al., 2007,p342) التي أوضحت نتائجها فعالية برنامجين قائمين على التعلم المباشر، وأنشطة اللعب في تحسين السلوكيات الاجتماعية لدى عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

المراهقون ذوي اضطراب التوحد

فترة المراهقة من أكثر المراحل العمرية التي تتأثر بما سبقها من مراحل نمائية، و هي مرحلة تغير بيولوجي و سيكولوجي تتبلور إثناءها شخصية الفرد ومفهومه عن ذاته ويخطو نحو النضج الانفعالي و الفكري إلى جانب كونها مرحلة تحول اجتماعي في حياة الفرد(عصفور، ٢٠١٢، ٤٨)

وقبل أن يبلغ التوحدي الثالثة عشرة من عمره فإن والديه سيصبحان خبيرين في التوحد، ويصبحان أكبر سناً و أقل حيوية في التعامل معه، أما أثناء سنوات مراهقة أبنائهم فإن كثيراً من الآباء يبدأون في تحويل تركيزهم إلى مستقبله على المدى البعيد وغالباً ما يصرف الآباء طاقاتهم في إقامة و تأمين تلك الأشياء، ومع التغيرات البدنية والعاطفية التي تصاحب الحلم، فتظهر اهتمامات أخرى كالتي تتعلق بالبلوغ الجنسي، فمعظم التوحديين ليسوا مشغولين بإقامة علاقات حميمة بأفراد من الجنس الآخر، ومع ذلك فإن كثيرين منهم إن لم يكن معظمهم يستجيبون للتغيرات البدنية والبيولوجية و الهرمونية داخل أجسامهم، و المهمة الأساسية لأم المراهق التوحدي هي الدعم ومساندة استقلاله بكل طريقة ممكنة (الزارع، ٢٠١٧، ٢١)

أشار كانر (kanner) إلى أن التوحد هو عبارة عن بعض أنماط السلوك المتمثلة في عدم القدرة على تنمية علاقات مع الآخرين، وتأخر واضح في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، واللعب النمطي، وضعف التحليل والحفاظ على النمطية (الزريقات، ٢٠١٠: ١١٢)

وبعد سنوات من البحث اتضح أن هناك عدة أنواع من التوحد، أدت إلى تسمية التوحد "اضطرابات طيف التوحد Autistic Spectrum Disorders" إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به. حيث ينظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على أنه من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تظهر في سن ما دون الثالثة، وقد تم تحديد خمسة أنواع من اضطراب التوحد هي:

- متلازمة اسبيرجر: Asperger Syndrome وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالباً ما يظهر مصحوباً بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة.
- اضطراب ريت: Rett Disorder وهو اضطراب يحدث في مراحل التطور الطبيعي من خمسة شهور إلى أربع سنوات مصحوباً بإعاقة عقلية.
- اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعاً بفقدان ملحوظ للمهارات.
- الاضطراب النمائي العام غير المحدد Pervasive Developmental Disorder Not Specified وهو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.

• اضطراب التوحد: Autistic Disorder وهو إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة (الشامي، ٢٠٠٤: ٦٨)

ويعرف ووليري وبارتون وهين (Hine,&Wolery, Barton 2005) التوحد بأنه صعوبة نمائية تتحدد عن طريق الإعاقات الواضحة في التواصل اللغوي والاجتماعي، ويتم تشخيصه في الطفولة المبكرة، غالبا في سن ٢٤ شهراً.

أعراض التوحد في البالغين

محدودية اللغة: حيث نجد من الصعب على البالغين الذين يعانون من التوحد التعبير عما يريدون قوله والكلام هو في كثير من الأحيان يبدو وكأنه يصدر من انسان آلي

الإحراج الاجتماعي: فالأشخاص الذين يعانون من التوحد عادة ما يتجنبون الاتصال بالعين ويكون التواصل وجها لوجه تحديا كبيرا بالنسبة لهم فهم يفتقدون مهارات التواصل الى حد كبير ولا يشتركون في التعليق على القضايا الاجتماعية والسياسية.

مشكلات التواصل: فالأشخاص الذين يعانون من التوحد، نجد من الصعب عليهم التواصل. سواء البدء أو مواصلة الحوار. وغالبا لا يفهمون تعبيرات الوجه ولغة الجسد وغيرها من الاشارات غير اللفظية فضلا عن فهم مقاصد ونوايا الآخرين والنكات والسخرية غالبا ما تكون أكبر من قدرتهم على الفهم ويجد الناس في التفاعل مع الكبار الذين يعانون من التوحد الكثير من الاحباط ولا يفضلون التواصل معهم .

مشكلة إدارة الوقت : وهي مشكلة لدى الاشخاص المصابين بالتوحد فهم لا يستطيعون ادارة وقتهم وذلك لانهم يستغرقون فيما يقومون به من مهام أو أنشطة ومن الصعب جدا اخراجهم من الانهماك والاستغراق في هذه الأنشطة فقد يمضون ساعات طويلة في ترتيب رف الكتب الخاص بهم .

فقدان السيطرة على المشاعر: هؤلاء الاشخاص لا يملكون السيطرة على مشاعرهم في بعض الأحيان ولذلك يجد الناس صعوبة في التعامل معهم (Stilman,2008,p129) .

الحساسية : معظم الاشخاص الذين يعانون من التوحد لديهم فرط أو نقص الحساسية للأصوات، والاضواء. وبعض الاشخاص يظهرون حساسية مرتفعة ومنخفضة من نفس المثير في أوقات مختلفة .

النشاط الحركي : حيث لوحظ أن معظم البالغين المصابين بالتوحد يعانون من بعض الصعوبات الحركية الصغرى أو الكبرى ويظهر ذلك بشكل واضح في الكتابة والجري وبالتالي فهؤلاء الاشخاص هم أفضل حالاً في الأنشطة التي لا تتطلب على أي نوع من التنسيق مع أشخاص آخرين مثل الجري والسباحة وغيرها من الأنشطة مثل هذه الأنشطة هي أفضل خيار لهؤلاء الأشخاص.

مشكلات شخصية: على الرغم من كل شخص يعاني من التوحد يختلف جذريا عن الآخر إلا أن هناك بعض

السمات الشخصية المشتركة في أكثر الأحيان، فإن هؤلاء الأشخاص أنفسهم ينغمسون في أنشطة تكرارية . وهناك عدد منهم لديهم شغف بالموسيقى، وصعوبة في الحفاظ على الأصدقاء، وينشغل معظمهم في عالمهم الخاص ويفضلون الأنشطة التي تتطلب الحد الأدنى من التفاعل مع الآخرين.

الالتزام الروتيني: هؤلاء الأشخاص في أكثر الأحيان يتمسكون بروتين يومي وقد يضطربون اذا حدث اي تغيير في الروتين.

الأعراض الأخرى : موهوبون وبعض الأشخاص المصابين بالتوحد من ذوي المهارات النادرة، فالبعض لديهم ذاكرة قوية لحفظ القوائم، وحساب تواريخ التقويم، وآخرون لديهم قدرة بارعة في الرسم.

<http://www.buzzle.com/articles/autism-symptoms->

ويوضح سولومون (Solomon, 2005) أن الأفراد التوحديين يتجنبون المبادأة أو تحقيق الاتصال بالعين مع الآخرين، ولديهم صعوبات في إتباع ومراقبة نظرة العين، وإعطاء وطلب ومشاركة المعلومات واتخاذ الأدوار أثناء المحادثة كما يظهرون جوانب قصور في التقليد، وفهم تعبيرات الوجه، واستخدام الإشارات الاجتماعية (Solomon, 2007.p245) ويتفق كل من كاميو وولف وفين (Fein,&Kamio, WOLF 2006) ويونسيل وآخرون (Yuncil et al.,2007) وشان (Chan et al.) في أن التوحد اضطراب يسبب قصوراً في التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، ومعظم الأعراض المبكرة للتوحد ترتبط بالمجال الاجتماعي، ومن هذه الأعراض النقص في سرعة الاستجابة الاجتماعية، وعدم الحساسية للمثيرات الاجتماعية ويظهر ذلك في العام الأول من حياة الطفل.

وفي هذا السياق أكد كثير من الباحثين على كون اضطراب التوحد يمثل قصوراً في نمو مهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات الانتباه والتواصل لدى الطفل، ومن هؤلاء الباحثين (عادل عبد الله، ٢٠٠٢) (هشام الخولي، ٢٠٠٤)

وأكد ذلك أوين وديشرايفر وآخرون (Deschryver,et,al.,&Owen,2008) أن التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة، حيث يتم تحديده عن طريق القصور في التفاعل الاجتماعي، والصعوبات في التواصل والنماذج المقيدة والتكرارية من السلوك (Deschryver,et,al.,&Owen,2008 p.254)

ومن الناحية التواصلية يعاني المراهقون ذوي اضطراب التوحد من جملة من الصعوبات اللغوية تبدو آثارها واضحة في عدم القدرة على التواصل بأشكال ومستويات تتفاوت من حالة لأخرى، وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة. فالتواصل عند أطفال التوحد يختلف عن التواصل لدى الأطفال العاديين، وخصوصاً في السنة الثانية من العمر (Firth, 2003, p321) فالأفراد التوحديون منهم من لا يستطيع الحديث، ومنهم من

يتأخر في تنمية تلك المهارة، ويشير العديد من الباحثين إلى أن اضطراب التوحد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية للطفل منذ المراحل الأولى (Jordan, 2003.p.452)

يعاني الأفراد ذوي اضطراب التوحد من قصور من النمو الاجتماعي، فمؤه الاجتماعي لا يتطور بخطى توازي نموه العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً، فبينما قد يبلغ النمو العقلي المدي الطبيعي لدى البعض من التوحديين أو حتى المدي فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الطفل ذو اضطراب التوحد على أنه غير ناضج اجتماعياً، ويرجع هذا القصور إلى ثلاثة جوانب:

١. ضعف القدرة على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والأفكار والمشاعر.

٢. ضعف القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

٣. العجز أو القصور الاجتماعي. (عبد الله، ٢٠٠٣: ٣٣).

كما أن القصور في السلوك الاجتماعي للأفراد التوحديين يمكن تحديده في ثلاثة مجالات هي:

أ. التجنب الاجتماعي: يتجنب التوحديون كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معه.

ب. اللامبالاة الاجتماعية: وصف الفرد ذوي اضطراب التوحد بأنه غير مبال، فيرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه ولا يبحث عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ما لم يلجئوا هم إلى ذلك، ولا يشعر بالسعادة حتى عند وجوده معهم.

ت. الإرباك الاجتماعي (الفضاظة الاجتماعية): يعاني التوحديون من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاته مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي. (سوسن الجلبى، ٢٠١٥: ٥٥)

ويعاني المراهق ذوي اضطراب التوحد من قصور في التعاون الاجتماعي إذا ما قورن بغيره من المراهقين الأسوياء والأطفال المتأخرين عقلياً من غير المصابين بالتوحد، ويكون لديه تعلق شديد بالأشياء غير الحية، هذا بالإضافة إلى ضعف التواصل بالعين، وضعف القدرة على التقليد وضعف القدرة على مشاركة الآخرين في اللعب. ويعيش 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 وفي كثير من الأحيان يبدو وكأنه لا يعرفهما. ولعل أهم ما يميز الفرد ذوي اضطراب التوحد اندماجه الطويل في سلوك نمطي متكرر فقد يستمر لفترات طويلة بأداء حركات معينة متكررة ونمطية مثل هزرجلية أو رأسه أو جسمه، أو الدوران حول نفسه،

وقد يمتلكه الغضب عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، وقد يدفعه ذلك إلى البكاء وإلى السلوك العدواني.

كما يعاني من قصور في أداء العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أن يقوم بها العاديون ممن هم في مستوى عمره الزمني ومستواه الاجتماعي والاقتصادي.

وعادة ما يظهرون نمطاً مضطرباً من تطور الاتصال يتضمن خللاً في استخدام الأشكال غير اللفظية للتواصل وفهمها (Stone et al., 2007). حيث لا يفهمون أساليب التواصل غير المباشرة كلغة الجسد، ونغمة الصوت وتعبيرات الوجه، وقد يرجع ذلك لأنهم يجدون صعوبة في تفسير الرسائل غير اللفظية (Olney, 2002, p67). كما أنهم يظهرون بأنهم أقل استخداماً للتواصل البصري، وبإظهار الأشياء أو الدلالة عليها، وفي توزيع انتباههم بين الأشخاص والمثيرات التي يتعاملون معها (Stone et al., 2007).

كما أنهم يخفقون في إظهار الكثير من مهارات التقليد الاجتماعي ولا يلوحون بأيديهم للآخرين عند مغادرتهم، كما أنهم أقل رغبة في تقليد أو إتباع أنشطة الأطفال الآخرين، كما تنقصهم الإيماءات، والإشارة إلى ما يرغبون. فهم يميلون في الحصول على احتياجاتهم إلى استخدام أسلوب القيادة بمسك رسغ يد الشخص البالغ وتوجيهه إلى ما يريدون، ولا يستخدمون مد إصبع السبابة، واستخدام إيماءة مرافقة للحركة (Rutter, 2001, p56).

أما من الناحية الاجتماعية فإن المراهقون ذوي اضطراب التوحد لا يطورون أنواع العلاقات الاجتماعية وفقاً لعمرهم الزمني، إذ يظهر القصور الاجتماعي لديهم في صعوبة استخدام العديد من أنماط السلوك غير اللفظية كالتواصل البصري والتقليد، واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه المستخدمة في تنظيم الأشكال المختلفة من التفاعلات الاجتماعية والتواصلية، وإضافة إلى ذلك فهم يعانون من صعوبات في تكوين الأصدقاء، أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة والمحافظة عليها، وفي المبادرة، وتبادل الدور، والاندماج الفعال مع أقرانهم (كوهين وبولتون، ٢٠٠٠).

إن أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب تظهر عادة عند أطفال التوحد بشكل ملحوظ قبل سن الخامسة وتستمر بشكل ملحوظ حتى المراهقة إذ يصبحون أقل انخراطاً في الأنشطة المتكررة، ويظهرون عدم مبالاة بالآخرين، وإذا أظهروا رغبة في الانضمام للحياة الاجتماعية فإنهم يستخدمون طرقاً غير فعالة وغير ملائمة للتواصل مع الآخرين (Wing, 2001). وفي المراهقة تتمثل أهم المشكلات لدى الأطفال التوحديين في عدم مشاركتهم للعب الجماعي التعاوني مع الأطفال الآخرين، وفي الإخفاق في إقامة علاقات اجتماعية وكذلك الإخفاق في فهم المشاعر العاطفية للآخرين واستجاباتهم لها وإدراكها (Rutter, 2001, p312).

فقد حاول كين (Keen, 2003) أن يفسر مشكلة أنماط السلوك التي يظهرها التوحّديون، في أن تكون شكلاً من الاحتجاج أو الإخفاق في التعبير عن الاحتياجات والرغبات، حيث يظهر التوحّديون سلوك إيذاء الذات أو العدوان لتوصيل رسالة معينة، وقد برهنت هذه الأنماط من السلوك فعاليتها في تلبية احتياجاتهم. فالعديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال التوحّد ومن ضمنها التخريب، والانسحاب الاجتماعي، والنشاط الحركي المفرط، والعدوانية ما هي إلا مشكلات ثانوية في السلوك نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطفال من اضطرابات في التواصل (Charlop, Trasowech, 2000)

دراسات السابقة

قسمت الدراسات السابقة إلى:

1. دراسات تناولت التعليم العرضي مع الأفراد ذوي اضطراب التوحّد.
2. دراسات تناولت تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحّد.

1. دراسات تناولت التعليم العرضي مع الأطفال ذوي اضطراب التوحّد

هدفت دراسة (الغصاونة وآخرون، ٢٠١٤) إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجية التعليم العرضي في تنمية المهارات اللغوية عند الأطفال ذوي اضطراب التوحّد في محافظة الطائف، وقد تكونت العينة من (١٢) طفلاً يعانون من اضطراب التوحّد، تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٢)، كمجموعة تجريبية، وقد طور الباحثون مقياساً للمهارات اللغوية للأطفال ذوي اضطراب التوحّد، وتحققوا من صدقه وثباته، وكذلك برنامجاً تدريبياً قائماً على استراتيجية التعليم العرضي لتنمية بعض المهارات اللغوية عند الأطفال ذوي اضطراب التوحّد، وتكون البرنامج من (١٦) جلسة موزعة على جلستين أسبوعياً، زمن الجلسة (٣٠) دقيقة. توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعات التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المهارات اللغوية، وذلك لصالح القياس البعدي. كذلك وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج التدريبي.

أجرى ماكجي ودالي (Daly. 2007 & McGee) دراسة بعنوان استخدام التعليم العرضي لتعليم العبارات الاجتماعية المناسبة للعمر لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحّد، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣ أطفال ذوي اضطراب توحّد، تراوحت أعمارهم من ٣-٤ سنوات، حيث استخدمت استراتيجية التدريس العرضي لتعليم العبارات الاجتماعية المناسبة للعمر، وأسفرت النتائج عن فعالية استراتيجية التعليم العرضي في تعلم العبارات الاجتماعية المناسبة للعمر مع أقرانهم، بالإضافة إلى تعميم الاستجابة على استخدام العبارات الاجتماعية المناسبة في مواقف أخرى.

وهدفت دراسة كروجر ونسلوم (Nelson 2006 & Kroeger) الى التحقق من فاعلية برنامج لغوي لزيادة الإنتاج اللغوي عند طفل توحدي وعنده متلازمة داون باستخدام التعلم العرضي، وهدفت هذه الدراسة لزيادة إنتاج السلوك اللغوي عند طفل توحدي عمره (٩) سنوات، واستخدم الباحث نمط دراسة الحالة، وتكون البرنامج اللغوي من (١٥٥) ساعة أسبوعياً، واستخدم الباحث أسلوب التدريس العرضي، والبيئة الطبيعية، والتعليم المباشر في المنزل، حيث أسفرت النتائج عن زيادة الإنتاج اللغوي عند الطفل بشكل ملحوظ بعد تقديم البرنامج واحتفظ الطفل بالزيادة اللغوية لمدة تسعة أشهر من الدراسة التتبعية.

وأجرى كرسيتكار ولبوكارينتر (Charlop-Christy.Carpenter.2006) دراسة بعنوان دورات من التدريس العرضي المعدل: إجراء للآباء لزيادة كلامهم العفوي مع أبنائهم ذوي اضطراب التوحد، وهدفت الدراسة للمقارنة بين طريقتي التدريس التقليدية والعرضية من خلال ثلاثة آباء لديهم أبناء توحديون في منازلهم، حيث أسفرت النتائج إلى فعالية دورات التدريس العرضي المطور في زيادة سلوك الكلام العفوي مع أبنائهم التوحديين مقارنة مع طريقة التدريس التقليدية، بينما لا توجد فروق لطريقتي التدريس العرضي المعدل والتقليدي على البعد التتبعي من الدراسة.

وأجرى ماكجي ودالي (Daly.McGee.1999) دراسة بعنوان التدخل المبكر بطريقة التدريس العرضي مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد الصغار، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٨) طفلاً ذوي اضطراب توحّد، حيث تم قياس السلوك الاجتماعي واللغوي عندهم قبل بدء الدراسة، وأسفرت النتائج أن هناك تغييراً في الأداء اللغوي والاجتماعي من ٢٢% الى ٣٦% لدى أفراد عينة الدراسة ما عدا طفلاً واحداً لم يظهر تحسناً في الأداء اللغوي والاجتماعي.

وهدفت دراسة ميراند-لنيه (Miranda- Linné.1992) إلى المقارنة بين طريقتي التدريس التقليدي والعرضي على الاكتساب والتعميم والعفوية من خلال التعبير عن الألوان عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من طفلين ذوي اضطراب توحّد للتعبير عن الصفات اللونية لألعابهم وبعض الأطعمة المفضلة لديهم، حيث أظهرت النتائج أن الطريقة التقليدية كانت أكثر فاعلية وإجراء سريع لاكتساب مهارة التعبير عن الألوان والأطعمة المفضلة لديهم، وفي الدراسة التتبعية أظهرت النتائج مساواة الطريقة التقليدية والعرضية في القدرة على الاحتفاظ والعفوية في استخدام الألوان للتعبير عن الصفات اللونية للأطعمة والألعاب وأن هنالك زيادة في القدرة على التعميم في استخدام الألوان لصالح طريقة التدريس العرضي مقارنة مع طريقة التدريس التقليدية.

٢. دراسات تناولت تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد

قام البيهنساوي والحديبي (٢٠١٦) بدراسة استهدفت بناء برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي ومعرفة أثره على تنمية التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين، أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٥ أطفال ذكور، وتتراوح أعمارهم بين (٤ : ٦) سنوات بمتوسط عمري قدره (٥) سنوات وانحراف معياري قدره عام واحد، وتراوحت درجة التوحد لديهم ما بين (١٤ - ١٧) بمتوسط قدره (١٥,٤) وانحراف معياري قدره (١,٥) على مقياس التوحد لعادل عبد الله (٢٠٠٣)، تراوحت درجة ذكائهم ما بين (٥٥ : ٨٥) بمتوسط قدره (٦٩,٦) وانحراف معياري قدره (١٣,٤) على مقياس لوحة جودارد للذكاء، واستخدمت الدراسة برنامج التدخل المبكر القائم على التكامل الحسي، ومقياس تقدير التواصل الغير لفظي لدى أطفال التوحد دون سن المدرسة مكون من ستة أبعاد فرعية وهي (التقليد، فهم التعبيرات الانفعالية ونبرات الصوت، الانتباه وتنفيذ الأوامر، التواصل البصري مع الأشياء والأشخاص، التواصل بالإشارة، الفهم والتعبير عن الرغبات)، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في اتجاه القياس البعدي على مقياس التواصل غير اللفظي وأبعاده الفرعية، كما تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتبقي (بعد مرور شهرين) على مقياس التواصل غير اللفظي وأبعاده الفرعية.

كذلك قامت حامد (٢٠١٥) بدراسة للكشف عن فاعلية برنامج سلوكي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية للأطفال التوحديين القابلين للتعلم، حيث بلغت عينة الدراسة (٢٣) مفحوصاً، استخدمت الباحثة قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي، وتوصلت الدراسة الى فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي.

في حين قام الكيلاني (٢٠١٢) بدراسة هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي لتحسين المهارات اللغوية والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من (١٤) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٧-١٠) سنوات، واستخدم الباحث مقياس رسم الرجل لقياس الذكاء، مقياس تشخيص التوحد، مقياس المهارات اللغوية للأطفال التوحديين، مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين، البرنامج التدريبي، وتوصلت النتائج الى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية في تحسين المهارات اللغوية والتفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

ومن ناحية أخرى تناولت جاني (٢٠١١) Janney دراسة حالة لطفلة مصابة بالتوحد إلى جانب نوبات الغضب وبعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً كالرفض والبكاء. واستخدمت الباحثة برنامجاً تدريبياً تم

تصميمه وفقاً لحاجات هذه الطفلة، وأوضحت النتائج زيادة سلوكياتها الاجتماعية المقبولة وتحسنها ومن ثم اختفت نوبات البكاء لديها،

في حين هدفت دراسة بوكر (Boker 2011) إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأشقايمهم العاديين من خلال اللعب وكان ذلك من خلال برنامج تدخل لكل زوجين من الأطفال؛ لكي يتعلما كيف يلعبان مع بعضهم البعض، واشتملت الدراسة على عينة تتكون من ثلاثة أطفال من سن (5 - 9) سنوات توحديين، وثلاثة أطفال من (7 - 8) سنوات أشقاء طبيعيين للأطفال ذوي اضطراب التوحد وقد توصلت نتائج الدراسة إلى تحسن في مستوى اللعب مع الأشقاء، وبالتالي التحسن في مستوى التفاعل الاجتماعي بينهم، بنسبة (80%) عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد أوصت الدراسة بأهمية التدخل مع هؤلاء الأطفال في سن مبكرة وأيضاً أهمية إدراك اللعب كأسلوب أساسي في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وأكدت على أهمية وجود أقران أو أشقاء عاديين في برامج التدخل مع الأطفال لأن ذلك يزيد من مستوى مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم ويبقى على أثر التدريب.

وقامت القواسمة (2011) بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الأساسية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً وطفلة من المصابين باضطراب التوحد في مدينة إربد والذين تتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية من المراكز والمؤسسات التي تعمل على تقديم الخدمات التربوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وعددها (10) أطفال، وتجريبية وعددها (10) أطفال.

واستخدمت الباحثة لأغراض هذه الدراسة مقياس المهارات الأساسية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، والذي تكون من ثلاثة فروع، وهي "مقياس مهارات الانتباه، مقياس مهارات التواصل، مقياس مهارات الحياة اليومية". كما تم تطبيق البرنامج الذي تكون من (30) جلسة خلال (10) أسابيع وبمعدل (3) جلسات أسبوعية لكل طالب، حيث تراوحت مدة الجلسة من (30-35) دقيقة لكل طالب بشكل فردي وذلك في مركز التأهيل المجتمعي للمعاقين في إربد، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في المجموعتين: التجريبية والضابطة في مهارة الانتباه، وجاءت الفروق لصالح التجريبية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات التواصل، وجاءت الفروق لصالح التجريبية، وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في التطبيقين البعدي والمتابعة في مهارات الانتباه، وأشارت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

الرتب لدرجات أطفال التوحد في التطبيقين البعدي والمتابعة في مهارات الحياة اليومية في جميع المتغيرات باستثناء الرسم، وجاءت الفروق لصالح التطبيق البعدي.

وقام المومني (٢٠١١) بدراسة هدفت إلى التحقق من بناء برنامج في التعزيز الرمزي وقياس أثره في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى عينة من أطفال التوحد، وقد تألفت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد في مدينة عمان تم اختيارهم قصدياً من المركز الاستشاري للتوحد، وتراوح أعمارهم ما بين (٥-٩٩) سنوات، وليست لديهم إعاقات حسية أخرى، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية (٧) أطفال، وضابطة (٨) أطفال، وطبق عليهم مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد، ومقياس التواصل لأطفال التوحد، وطبق برنامج التعزيز الرمزي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، أما المجموعة الضابطة فتلقّت البرنامج التقليدي والمتبع في المركز، وقد استغرق تطبيق البرنامج شهرين بواقع (٤٨) جلسة تدريبية موزعة على (٦) جلسات أسبوعياً فردية وجماعية، ومدة الجلسة الواحدة (٣٠) دقيقة.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية في أداء أطفال التوحد في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي تعزى لبرنامج التعزيز الرمزي. كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند أداء أطفال التوحد على مقياس التفاعل الاجتماعي في متغيري جنس الطفل وعمره تعزى إلى برنامج التعزيز الرمزي، ويتضح من الفرض الثالث أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في أداء أطفال التوحد على مقياس التفاعل الاجتماعي نظراً لتفاعل متغيرات البرنامج وجنس الطفل وعمره تعزى على برنامج التعزيز الرمزي. وأوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في أداء أطفال التوحد على مقياس التواصل نظراً لتفاعل متغيرات البرنامج وجنس الطفل وعمره تعزى إلى برنامج التعزيز الرمزي.

قام ريتشارد سولومون وآخرون (Solomon, R., et al., R (2007) بدراسة استهدفت زيادة السلوكيات الاجتماعية المعقدة للأطفال التوحديين من خلال اللعب مستخدم الأقران العاديين، وقد اشتملت عينة الدراسة على طفلين توحديين وأقرانهم من العاديين، لتعليم الأطفال التوحديين السلوكيات الاجتماعية السليمة من خلال جلسات لعب مشترك Shared Play وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال عند الطفلين التوحديين في تقديم المساعدة للغير، والمشاركة بعد التدخل، وأوصت هذه الدراسة بأهمية مشاركة الأقران العاديين في البرامج العلاجية والتدريبية،

وفي دراسة ثانية قام بها وليم وايت وآخرون (Williams White S et al (٢٠٠٧) استهدفت اختبار فاعلية برنامج تدريبي في تحسين مهارة التفاعل الاجتماعي بين الأقران، وتسهيل عملية التواصل، ومساعدة بعضهم

البعض، وتوصلت الدراسة إلى إمكانية تحسين مهارة التفاعل الاجتماعي، وحدث نقص واضح في سلوك إيذاء الذات والآخرين.

وقد درس ماتسون (Matson., et al (٢٠٠٧) وآخرون اختبار فاعلية التدريب على التخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً كالاندفاعية، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها ١٤ طفلاً تتراوح أعمارهم من (٨ : ١١) سنة مستخدماً فنيات النموذج والشرح اللفظي للسلوك المطلوب، وأسفرت النتائج عن فاعلية التدريب على مهارة تعديل السلوك وإكسابهم المهارات المطلوبة، وتلاشت عندهم الاندفاعية، كذلك قامت سوزان وليامز وآخرون (Susan Williams., et al (٢٠٠٨) بدراسة استهدفت اختبار فاعلية برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي كالمصافحة والوداع، ومناولة الأشياء لدى عينة مكونة من (١٦) طفلاً توحدياً من الذكور تراوحت أعمارهم من (٩ - ٤) سنوات، وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية من حيث تطور مهارات السلوك الاجتماعي، وفي دراسة أخرى قام بها سكوت ماكونيل (Scott R McConnell (٢٠٠٩) والتي هدف من خلالها إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل اللفظي، وأثره على السلوك الاجتماعي للأطفال التوحيديين في المرحلة العمرية من (٩ - ٦) سنوات، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٨) طفلاً وتوصلت الدراسة إلى وجود تحسن ملحوظ في تنمية السلوك الاجتماعي نظراً لتحسن التواصل اللفظي لدى الأطفال عينة الدراسة وأهمية اشتراك الأسرة في هذه البرامج.

في حين قام جنيفر جاكوبس (Jacobs, M.S.,Jennifer (٢٠٠٩) بدراسة هدف من خلالها إلى التأكد من فاعلية برنامج تدريبي لتحسين التفاعل الاجتماعي والتخلص من السلوك العدواني من خلال أنشطة اللعب وقد طبقت الدراسة على عينة ضمت ثلاثين طفلاً توحدياً، وأوضحت النتائج تحسن في مستوى العلاقات بين الأقران وانخفاض مستوى العدوانية لدى الأطفال وذلك قياساً بما كانت عليه تلك الدرجات من قبل، وفي دراسة أخرى قام بها جد بيكر (Jed Baker (٢٠١٠) استهدفت تقديم برنامج لتحسين السلوك التواصلية لدى الأطفال التوحيديين وطبقت الدراسة على عينة قوامها (٦) أطفال تراوحت أعمارهم من (١٣ - ٤) وأظهرت النتائج وجود أثر إيجابي للبرنامج في تحسين التواصل لدى الأطفال التوحيديين.

كذلك سعت الدراسة التي أجراها (Scott Bellini (٢٠١٠) إلى التعرف على فاعلية التدريب على التفاعلات الاجتماعية الإيجابية (المشاركة، التسامح) مع أقرانهم لعينة ضمت (15) طفلاً توحدياً، واعتمد البرنامج التدريبي على تحليل المهارات إلى جانب التعزيز، وأوضحت النتائج حدوث تحسن في السلوكيات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال مع أقرانهم إلى جانب حدوث نقص دال في السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً ومنها العدوان.

وفي دراسة قام بها بيليني وهوبف Hopf & Bellini (٢٠٠٧) بعنوان: نمو بروفيل المهارات الاجتماعية للأوتيزم. استهدفت هذه الدراسة الإمداد بتحليل أولي للخصائص السيكمومترية لبروفيل المهارات الاجتماعية الخاصة بالأوتيزم، وذلك من أجل تقرير البناء الأولي، أو المقاييس الفرعية لهذه الأداة الخاصة بتقييم وتوضيح المهارات الاجتماعية لدى أطفال الأوتيزم. وتكونت عينة الدراسة من ٣٤٠ طفلاً ذوياً أوتيزم، تتراوح أعمارهم بين (6:17) عاماً. اوضحت نتائج الدراسة أن بروفيل المهارات الاجتماعية الخاص بالأوتيزم يتميز بخصائص سيكمومترية ممتازة، ويتميز بثياب داخلي وتكامل وصدق واضحين، كما أوضحت النتائج أن هذا البروفيل يحتوي على ثلاثة مقاييس فرعية وهي التبادل الاجتماعي، والاشتراك/ التجنب الاجتماعي، والسلوكيات الاجتماعية المقررة.

وفي دراسة قام بها موردوك وآخرون Murdock et al (٢٠٠٧) بعنوان: قياس مهارات التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد أثناء التفاعلات مع الأقران ذوي النمو النموذجي. استهدفت هذه الدراسة بناء أداة لتقييم مهارات التواصل الاجتماعي، وهي أداة للملاحظة المباشرة وذلك لتحديد الصعوبات الاجتماعية وصعوبات التواصل النوعية للأطفال ذوي الأوتيزم داخل الأوضاع التعليمية، ولقد تم توضيح صدق وثبات محتوى هذه الأداة لتحديد وتقرير درجة القدرة التمييزية لهذه الأداة للتمييز والتفريق بين الأطفال ذوي الأوتيزم وغير ذوي الأوتيزم. وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً ذوي أوتيزم التحقوا بمدرسة عامة، وتم تضمينهم في فصول التعليم العام لمدة ٤ ساعات على الأقل كل يوم، وجميعهم وصلوا إلى محك الأوتيزم الذي وضعه قسم التعليم بمدينة ألاباما، حيث تم وضعهم في فصول الأوتيزم. وتوصلت نتائج هذه الدراسة أنه داخل فصول الدمج فإن الأطفال ذوي الأوتيزم في المرحلة الابتدائية ينشغلون في التواصل الاجتماعي بدرجة نصف انشغال أقرانهم بهذا التواصل، حيث أظهر الأطفال ذوو الأوتيزم ٤٠% إلى ٥٧% لكل سلوك

وفي دراسة قام بها ماكيننتوش وديساناياك Dissanayake & Macintosh (٢٠٠٦) بعنوان: المهارات الاجتماعية والسلوكيات المشككة لدى الأطفال ذوي الوظيفة العالية ذوي الأوتيزم وذوي اضطراب أسبرجر في عمر المدرسة. استهدفت هذه الدراسة المقارنة بين الأطفال ذوي الأوتيزم ذوي الوظيفة العالية، والأطفال ذوي اضطراب أسبرجر في المهارات الاجتماعية، والسلوكيات المشككة، وذلك باستخدام تقارير الوالدين والمعلمين على نظام المهارات الاجتماعية. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً ذوي أوتيزم ذوي وظيفة عالية، و(19) طفلاً ذوي اضطراب أسبرجر، و(17) طفلاً ذوي نمو نموذجي، جميعهم ذكور، تتراوح أعمارهم بين (4:10) سنوات. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق قليلة بين الأطفال ذوي الأوتيزم ذوي الوظيفة العالية، والأطفال ذوي اضطراب أسبرجر في عرض العديد من المهارات الاجتماعية الأساسية، والمشكلات السلوكية الداخلية والخارجية طبقاً لتقارير المعلمين والوالدين، وتمثلت المهارات الاجتماعية في التعاون،

والمسئولية، وضبط الذات، والتوكيدية، وتمثلت المشكلات السلوكية في النشاط الزائد، والأعراض الداخلية، والخارجية.

وفي دراسة قام بها بيلدت وآخرون Bildt et al (٢٠٠٥) بعنوان: المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الصعوبات العقلية ذوي الأوتيزم وغير ذوي الأوتيزم استهدفت هذه الدراسة المهارات الاجتماعية لدى ٣٦٣ طفلاً ذوي صعوبات عقلية خفيفة، و(١٤٧) طفلاً ذوي صعوبات عقلية متوسطة، ذوي أوتيزم وغير ذوي أوتيزم، تتراوح أعمارهم بين (٤ - ١٨) عاماً. وتكونت عينة الدراسة من ١٤٣٦ طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين (٤ - ١٨) عاماً، وهم أطفال ومراهقون تمت الاستعانة بهم من أجل عمل تسهيلات للأطفال والمراهقين ذوي الصعوبات العقلية ذوي اضطراب التوحد وغير ذوي اضطراب التوحد، والذين بلغ عددهم (٥١٠) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٤ - ١٨) عاماً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن قياس المهارات الاجتماعية الأساسية ليس كافياً للتمييز بين مستويات الصعوبات العقلية، كما أوضحت النتائج أن المهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية الفرعية والخاصة بالأنشطة المراقبة أو المواقف المراقبة والخوف من التغييرات في المواقف تلعب دوراً عظيماً، ومع الوضع في الاعتبار أعراض الأوتيزم، فإن المهارات الاجتماعية الأساسية لا تسهم كمغير مانع للمهارات التواصلية، وكميل للانسحاب عن الآخرين، كما أوضحت النتائج أن استبيان السلوك الاجتماعي للأطفال لا تقتصر أهميته على قياس المهارات الاجتماعية الفرعية لتحديد الاضطرابات النمائية الشائعة، ولكن يسهم أيضاً في التمييز والتفريق بين الصعوبات العقلية الخفيفة والمتوسطة.

وقام داوسون وآخرون Dawson et al (٢٠٠٤) بدراسة بعنوان: الإعاقات المبكرة في الانتباه الاجتماعي في الأوتيزم: التوجيه الاجتماعي، الانتباه المترابط، والانتباه للخطر. استهدفت هذه الدراسة توضيح الإعاقات في الانتباه الاجتماعي في الأوتيزم (التوجيه الاجتماعي، الانتباه المترابط، والانتباه إلى الخطر)، وعلاقة الإعاقات في هذه الجوانب بالقدرة اللغوية، وذلك لدى عينة من الأطفال ذوي الأوتيزم، وإذا كانت هذه الإعاقات مفيدة في تحديد الأطفال ذوي الأوتيزم الصغار جداً، فأبي هذه الإعاقات، مفردة أو مركبة، أفضل في تمييز هؤلاء الأطفال عن الأطفال الآخرين ذوي النقص النمائية وذوي النمو النموذجي، وإذا كانت الإعاقات في الانتباه الاجتماعي تنعكس على التواصل الاجتماعي، فكيف ترتبط هذه الإعاقات بالقدرة اللفظية اللغوية. وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً ذوي أوتيزم تتراوح أعمارهم بين (٣ - ٤) سنوات، و٢٢ طفلاً ذوي الاضطراب النمائي الشائع غير المحدد، (٣٤) طفلاً ذوي نقائص نمائية غير الأوتيزم، و٣٩ طفلاً ذوي نمو نموذجي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة معاقون بصورة واضحة في مجالات التوجيه الاجتماعي، والانتباه المترابط، والانتباه للخطر مما ينعكس بالسلب على النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال.

وفي دراسة قام بها بيليني Billine (٢٠٠٤) بعنوان: صعوبات المهارة الاجتماعية والقلق لدى المراهقين ذوي الوظيفة العالية ذوي اضطرابات طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (٤١) مراهقاً وطفلاً ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، ومنهم أطفال ذوو أوتيزم (١٩ طفلاً)، تتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٨) عاماً. وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال المراهقين ذوي الأوتيزم يخبرون قلقاً في المستويات العالية، وأن أنماط القلق التي يخبرونها متنوعة، حيث أظهرت مستويات مرتفعة في القلق الاجتماعي، كما أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة بين صعوبات المهارة الاجتماعية والقلق الاجتماعي بالرغم من أن قوة واتجاه الرابطة تعتمد على المهارة الاجتماعية الخاصة بالمعتمدة.

وقام ريفيس Reavis (٢٠٠٣) بدراسة بعنوان: التوجيه الاجتماعي كمكون موجود في صعوبات الانتباه المترابط، ومهارات التقليد لدى الأطفال ذوي الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة. استهدفت هذه الدراسة فحص العلاقة بين الانتباه المترابط ومهارات التقليد لدى الأطفال ذوي الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة، من خلال النظر إلى مهارة مركبة داخل سلوكيات التقليد وهي تقليد الحركات البدنية، وعلاقتها بقدرات الانتباه المترابط. وتكونت عينة الدراسة من (١٨) طفلاً ذوي أوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي الأوتيزم يؤدون بصورة أكثر فقراً على مهارة الانتباه المترابط، أو التواصل الاجتماعي غير اللفظي، أكثر من طلب السلوك، أو التواصل غير الاجتماعي غير اللفظي، بالرغم من أن هذين النوعين من التواصل يُعبر عنهما باستخدام نفس الإشارات (الاتصال بالعين، الإشارة، الإغناء، والتناول)، كما أنهم يؤدون بصورة أكثر فقراً على تقليد الحركات الجسمية (تقليد الشخص) أكثر من تقليد الأفعال الخاصة بالأشياء.

وقام كارينتر وآخرون Carpenter et al (٢٠٠٢) بدراسة بعنوان: العلاقات المتبادلة بين المهارات الاجتماعية المعرفية لدى الأطفال الصغار ذوي الأوتيزم. استهدفت هذه الدراسة استخدام سلسلة من الاختبارات من دراسة للأطفال ذوي النمو النموذجي لتوضيح العلاقات المتداخلة بين المهارات المعرفية الاجتماعية لدى الأطفال الصغار ذوي الأوتيزم والأطفال ذوي النقائص النمائية الأخرى. وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً ذوي أوتيزم، و(١١) طفلاً ذوي نقائص نمائية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه بالنسبة لمعظم الأطفال ذوي الأوتيزم فإن الاختبارات التي تتضمن انتباه الآخرين، أصعب من الاختبارات التي تتضمن سلوك الآخرين، كما أوضحت النتائج أنه داخل مجالات الانتباه والسلوك تم التديل على الأسلوب النموذجي للمشاركة، وبعد ذلك المتابعة، وبعد ذلك التوجيه، كما اتضح أن هناك العديد من العلاقات الإيجابية المتداخلة بين المهارات الاجتماعية المعرفية، ولكن وجدت بعض الفروق الفردية.

وقام روفمان وآخرون Ruffman et al (٢٠٠١) بدراسة بعنوان: الفهم الاجتماعي في الأوتيزم: نظرة العين كمقياس للإدراكات الجوهرية. استهدفت هذه الدراسة فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوي الأوتيزم عن مجموعة الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة، وما إذا كان فهم الأطفال ذوي الأوتيزم يتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٨) طفلاً ذوي أوتيزم، و(٣٣) طفلاً ذوي صعوبة التعلم المتوسطة، ولقد تلقى جميع الأطفال ذوي الأوتيزم تشخيصاً رسمياً من جانب الكلينيكيين الخبراء باستخدام المحك التشخيصي لرابطة الطب النفسي الأمريكي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نظرة العين أفضل من الأداء اللفظي في تمييز الأطفال ذوي الأوتيزم عن الأطفال ذوي صعوبة التعلم لمتوسطة، فالأطفال ذوو الأوتيزم لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية، ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصحيح في المهمة غير الاجتماعية المحتملة، كما أوضحت النتائج أنه داخل المجموعة التي تتضمن الأطفال ذوي الأوتيزم فإن الأطفال الذين ينظرون أقل إلى الموقع الصحيح يعانون من خصائص الأوتيزم الحادة، كما أوضحت النتائج أنه بينما يرتبط الأداء اللفظي بالقدرة اللغوية العامة في مجموعة الأوتيزم فإن نظرة العين لا ترتبط بهذه القدرة.

وقام روبل Ruble (٢٠٠١) بدراسة بعنوان: تحليل التفاعلات الاجتماعية كسلوكيات موجهة بالهدف لدى الأطفال ذوي الأوتيزم. استهدفت هذه الدراسة استكشاف السلوكيات الموجهة بالهدف للمقصد الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي الأوتيزم، وبصورة خاصة تقارن ملامح وخصائص السلوكيات الموجهة بصورة غير اجتماعية، بالسلوكيات الموجهة اجتماعياً لهؤلاء الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال ذوي أوتيزم تتراوح أعمارهم بين (٦ - ١٠) سنوات وأسرهم، تمت خدمتهم بصورة أولية في البرامج التربوية للأطفال ذوي الإعاقات العقلية الخفيفة والمتوسطة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي الأوتيزم أظهروا بصورة عامة سلوكيات اجتماعية تفاعلية أقل، تفاعلات مبادأة ذاتية أقل، وسلوكيات تفاعلية أقل تعقيداً، كما اتضح أن تكرار نوعية السلوكيات الاجتماعية تميز وتفرق بين الأطفال ذوي الأوتيزم والأطفال الآخرين ذوي الإعاقات الأخرى، واتضح أن النمو الاجتماعي في الأوتيزم يعد ضرورياً لجودة حياة الأطفال ذوي الأوتيزم.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات التي تمت في هذا المجال، يمكن استخلاص الملاحظات العامة التالية:

- اتفقت نتائج الدراسات على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية مثل دراسة البهنساوي والحديبي، ٢٠١٦، دراسة حامد، ٢٠١٥، دراسة الكيلاني، ٢٠١٢، دراسة جاني، ٢٠١١، دراسة المؤمني، ٢٠١١، دراسة موردوك، ٢٠٠٧.

- تكاد تجمع تلك الدراسات على أن البرامج التدريبية ذات التوجه السلوكي من شأنها أن تكسب الأطفال التوحيدين المهارات المستهدفة وأن تعدل من سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعياً مثل دراسة جد بيكر ٢٠١٠، جاكوس، ٢٠٠٩، دراسة وايت وآخرون، ٢٠٠٧، دراسة ماتسون وآخرون، ٢٠٠٧، دراسة داوسون، ٢٠٠٤.
- اتفقت نتائج الدراسات السابقة على أهمية اشتراك الأسرة في التخطيط والتدريب على المهارات الاجتماعية لأن ذلك يسهم بشكل كبير في تحسن واستمرار الأثر الإيجابي للتدريب لدى هؤلاء الأطفال مثل دراسة بوكر، ٢٠١١، دراسة ماكونيل، ٢٠٠٩، دراسة سولومون وآخرون، ٢٠٠٧.
- أن هذه الدراسات قد تم إجراؤها في بيئات أجنبية تولى هؤلاء الأطفال اهتماماً كبيراً وتقدم لهم العديد من الخدمات المتنوعة.
- قلة الدراسات العربية في هذا المجال وحاجة المجتمع إلى إجراء المزيد من هذه الدراسات ومن ثم تقف هذه الملاحظات كمبررات لإجراء الدراسة الحالية.

فرضاء الدراسة

يوجد فرق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية القياسين القبلي والبعدي للمراهقين ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة عينة الدراسة على مقياس المهارات الاجتماعية، وذلك لصالح القياس البعدي.

لا يوجد فرق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس المهارات الاجتماعية.

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي متمثلاً في تصميم المجموعة الواحدة، واعتمد على التقييم القبلي والبعدي والتتبعي لأفراد المجموعة عينة الدراسة، وهذا المنهج ملائم لطبيعة الدراسة الحالية، من حيث محاولتها التحقق من فعالية استخدام استراتيجية التعليم العرضي في تحسين المهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من ثلاثة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (15-18) سنة، بمتوسط عمري قدره (16.6)، وانحراف معياري (١,٦٧). وحدد الباحث الأطفال ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة بأنهم من ينطبق عليهم (25) عبارة على الأقل من مقياس الأطفال ذوي

اضطراب التوحد، محدودي اللغة/ اعداد الباحث، ونسبة ذكائهم تكون أعلى من (٦٠) على اختبار جودارد للذكاء، حيث تراوحت نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال على اختبار بين (٦٣-٦٧) بمتوسط قدره (٦٥)، ويوضح الجدول التالي نسب ذكاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

جدول (١)

نسب ذكاء عينة المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة

نسبة الذكاء	عينة المراهقين ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة
٦٣	الحالة(س)
٦٢	الحالة(ص)
٦٤	الحالة(ع)

ثالثاً-أدوات الدراسة:

قام الباحث بإعداد خمسة أدوات هي:

١-استمارة دراسة حالة للمراهقين التوحديين (إعداد الباحث).

وتساعد الباحث في التعرف جيداً على كافة الظروف المحيطة بالطفل والأسرة مما ينعكس ذلك على وضع أفضل للبرنامج من خلال:

أ-معرفة احتياجات الطفل النفسية والاجتماعية وتطوره النمائي.

ب-معرفة ظروفه العائلية وتقرير مدى احتياجه للبرنامج.

ج-معرفة أسباب الاضطراب السلوكي لدى الطفل.

د-الكشف عن كيفية تطور أساليب السلوك والاتجاهات عبر فترة زمنية معينة.

٢-مقياس تقييم التوحد في الطفولة C.A.R.S

يقصد به مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism rating Scale (CARS) والذي طوره شبلر وآخرون (Schopler et al., 2000) ويتألف من (١٥) فقرة تضمنت كل فقرة منها أربعة تقديرات متدرجة من (١-٤). مع إعطاء وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقديرات المناسبة منها للطفل، ويشير الرقم (١) إلى أن السلوك عادي، في حين تشير التقديرات (٢، ٣، ٤) إلى أن السلوك يتراوح بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي. ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (١,٥)، (٢,٥)، (٣,٥) وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية كما وضحت العديد من الدراسات مثل (الشمري، السرطاوي: ٢٠٠٢).

ويركز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلاً من الاعتماد الكلي على الحكم الإكلينيكي. ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي:

١-تضمن المقياس بنود مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة.

٢- إمكانية استخدامه مع الأفراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة (أطفالاً وكباراً).
٣- تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدامه مع أكثر من (١٥٠٠) حالة لمدة تجاوزت العشر سنوات.

٤- اعتماده على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلاً من الأحكام الإكلينيكية البحتة وغير الموضوعية.

٥- تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة.
٦- وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الإكتفاء بموقف واحد لوضع تلك التقديرات (أشواق صيام: ٢٠٠٧: ٦٧٣).

٣. مقياس المراهقين ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة (إعداد/ الباحث)

اتبع الباحث الخطوات التالية لإعداد الصورة الأولية للمقياس:

• مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة، والتعريفات الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة.

• الاطلاع على المقاييس الخاصة بتشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك للاستفادة منها في إعداد الصورة الأولية للمقياس، ومن هذه المقاييس مقياس الطفل التوحدي، إعداد/ عادل عبد الله. (2003)

• اعداد تصور اولي للمقياس مكون من (32) عبارة. وللوصول الى الصورة النهائية وللوصول الى الصورة النهائية للمقياس قام الباحث بتقنين المقياس على النحو التالي:
صدق المقياس

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بعدة طرق:

١. صدق المحكمين:

لحساب صدق المحكمين قام الباحث بعرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين الأساتذة في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة وعلم النفس، وذلك للحكم على المقياس من حيث وضوح المواقف وسلامة صياغتها، وتحديد مدي انتماء كل موقف إلى البعد الخاص بها، وتعديل أية مواقف تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية مواقف مقترحة. ولقد تم الإبقاء على الموقف التي حازت على ٩٠% - على الأقل - من إجماع المحكمين، ومن ثم قام الباحث بحذف ثلاثة عبارات، ليصبح العدد النهائي لعبارات المقياس (29) عبارة. وكذلك مفتاح التصحيح على النحو التالي: كل عبارة تمثل خاصية لها بديلان اختياريان للاستجابة،

حيث تأخذ الاستجابة "نعم" الدالة على وجود الخاصية "درجة واحدة" والاستجابة "لا" الدالة على عدم وجود الخاصية "صفر".

وبالتالي تكون الدرجة العظمى (29)، والدرجة الصغرى (صفر) ويعني انطباق (٢٥ عبارة على الأقل) على الطفل ان يقع في فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة، وهذا المقياس يقوم على تشخيص هذه العينة من المراهقين فقط.

٢. الصدق الظاهري:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ قوامها (٣٠) من أولياء أمور المراهقين ذوي اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ١٥-١٨ عاماً)، حيث اتضحت ملاءمة التعليمات الخاصة بالمقياس، ووضوح البنود التي يتضمنها المقياس، وسهولة فهمها. ومن ثم لم يتم حذف أي بند من بنود المقياس.

٣. صدق المحك:

قام الباحث بتطبيق المقياس على أولياء أمور عينة التقنين، وعددها (٣٠) من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقام باستخدام مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله (٢٠٠٢) كمحك خارجي، حيث قام الباحث بتطبيق هذا المقياس على نفس عينة التقنين، وبلغ معامل الصدق ٠,٦٩٢ وهو معامل صدق دال إحصائياً عند مستوي ٠,٠١.

ثبات المقياس

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بعدة طرق:

١. إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها (٣٠) من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ١٥-١٨ عاماً)، ثم أعيد تطبيق المقياس بفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، وكان معامل ثبات المقياس ٠,٧٦ وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوي ٠,٠١.

٢. طريقة التجزئة النصفية

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باتباع الخطوات التالية:

- تطبيق المقياس على عينة التقنين وتصحيحه.
- تجزئة المقياس إلى قسمين، القسم الأول الموافق التي تحمل التسلسل الرقمي الفردي، والقسم الثاني الموافق التي تحمل التسلسل الرقمي الزوجي، وذلك لكل مفحوص على حدة.

• حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، فوجد أن معامل الارتباط هو ٠,٧٨٢ وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

تم حساب معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة سبيرمان براون، وبتطبيق هذه المعادلة بلغ معامل ثبات الاختبار ٠,٦٧٣ وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة.

٤. اختبار جودارد للذكاء

ويطلق على هذا الاختبار اسم لوحة جودارد المعدلة من لوحة سيجان. وينتمي هذا الاختبار إلى اختبارات لوحات الأشكال. وهي عبارة عن لوحات خشبية أفرغت وسطها ثقوب ذات أشكال هندسية مختلفة، وبها قطع الخشب التي تسد هذه الثقوب بالضبط. وتوضع اللوحة أمام المفحوص، ويقوم الفاحص بإخراج قطع الخشب من هذه الثقوب، ووضعها فوق بعضها بترتيب معين، ثم يطلب من المفحوص وضع كل قطعة في مكانها بأسرع ما يمكنه (لويس ملكية، ١٩٨٠)

وهو من اختبارات الذكاء الأدائية، لأن أداء الأطفال ذوي اضطراب التوحد على اختبارات الذكاء الأدائية أفضل من أدائهم على اختبارات الذكاء اللفظية، فكثيراً ما يكون من الصعب عليهم الاستجابة على مقاييس الذكاء اللفظية. ويتكون هذا الاختبار من لوحة خشبية بها عشرة فراغات لكل منها قطعة خشبية تناسبه، ويقوم الذي يجري الاختبار بإخراج هذه القطع الخشبية من مكانها، ويطلب من المفحوص أن يضعها في مكانها بأسرع ما يمكن، ويسمح للمفحوص أن يقوم بثلاث محاولات، ثم يحسب متوسط الوقت الذي يستغرقه المفحوص في هذه المحاولات ليمثل درجته على المقياس، والتي يتم في ضوءها تحديد نسبة ذكائه، بالرجوع إلى دليل المقياس (عادل عبدالله، ٢٠٠٢).

٥. مقياس المهارات الاجتماعية للمراهقين ذوي اضطراب التوحد (إعداد/ الباحث)

اتبع الباحث الخطوات التالية لإعداد الصورة الأولية للمقياس:

أ-مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة، والتعريفات الخاصة بالمهارات الاجتماعية، وأبعادها، واستعراض بعض المقاييس السابقة التي تضمنت بنوداً أو عبارات لها صلة بشكل أو بآخر بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك للاستفادة منها في إعداد الصورة الأولية للمقياس، ومن هذه المقاييس مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، إعداد/ بيليني وهوبف (Bellini & Hopf, 2007)، واستبيان التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، إعداد/ شاندر وأخريين (Chandler et al., 2009).

ب- قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية في شكل سؤال مفتوح للاستفادة منها في تحديد بعض أوجه القصور في المهارات الاجتماعية لدي المراهقين ذوي اضطراب التوحد، وذلك على عينة من القائمين بالتعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل أولياء الأمور المترددين على المراكز والجمعيات الأهلية التي تعني برعاية هؤلاء الأطفال، وكذلك الاستعانة بآراء المختصين برعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بعض المستشفيات الخاصة بالأطفال، ومراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية الاستفادة التالي:

"من خلال عملكم مع الطفل، وحرصكم علي تحسين وتنمية قدراته، يرجى من سيادتكم إيضاح أهم أوجه القصور التي يعاني منها المراهقين في مجال العلاقات الاجتماعية، وتصوركم لأهم الجوانب التي يجب تحسينها لدي الطفل في هذا المجال"

وكان أهم ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية ما يلي: أن هؤلاء المراهقين يعانون من مجموعة من الصعوبات في المجال الاجتماعي، منها صعوبة الاشتراك مع الأطفال الآخرين في الأنشطة، وعدم الابتسام للآخرين، وصعوبة الاشتراك مع غيرهم من نفس السن، وصعوبة تفهم الدعابة من الآخرين، وصعوبة ابتداء الأنشطة مع الآخرين، وصعوبة الاستجابة لدعوة الآخرين، وصعوبة إصدار بعض الكلمات بصوت مناسب، وصعوبة الانشغال في تفاعلات ثنائية أو جماعية مع الآخرين، وصعوبة اتباع بعض التعليمات.

في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة، والمقاييس والأدوات سألته الذكر، ونتائج الدراسة الاستطلاعية، تجمع لدي الباحث مجموعة من المفردات التي بلغت إحدى وستين مفردة، صاغها الباحث في صورة مواقف تحت ثلاثة أبعاد فرعية تمثل الصورة المبدئية لمقياس المهارات الاجتماعية لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك على النحو التالي:

- التبادل الاجتماعي، ويتضمن "٢١" موقفاً.
- المشاركة الاجتماعية، ويتضمن "٢٣" موقفاً.
- الاهتمام الاجتماعي، ويتضمن "١٧" موقفاً.

وللوصول إلى الصورة النهائية للمقياس قام الباحث بتقنين المقياس على النحو التالي:
صدق المقياس:

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بعدة طرق:

٢. صدق المحكمين:

لحساب صدق المحكمين قام الباحث بعرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين الأساتذة في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة وعلم النفس، وذلك للحكم على المقياس من حيث وضوح

المواقف وسلامة صياغتها، وتحديد مدي انتماء كل موقف إلى البعد الخاص بها، وتعديل أية مواقف تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية مواقف مقترحة. ولقد تم الإبقاء على الموقف التي حازت على ٩٠% - على الأقل - من إجماع المحكمين، ومن ثم قام الباحث بحذف موقف واحد ليصبح العدد النهائي لمواقف المقياس ٦٠ موقفاً، ولذلك على النحو التالي:

- التبادل الاجتماعي، ويتضمن "٢١" موقفاً.
- المشاركة الاجتماعية، وتضمنت "٢٢" موقفاً.
- الاهتمام الاجتماعي، ويتضمن "١٧" موقفاً.

قام الباحث بعد ذلك بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، من جانب الوالدين، أو القائمين بالرعاية، وكذلك مفتاح التصحيح على النحو التالي: كل عبارة تمثل موقفاً له ثلاثة بدائل اختيارية للاستجابة، حيث تأخذ الاستجابة الدالة على المهارة الاجتماعية الكاملة "ثلاث درجات"، والاستجابة الدالة على اقتراب من المهارة الاجتماعية "درجتين" والاستجابة الدالة على نقص المهارة الاجتماعية "درجة واحدة".

وبالتالي: تكون الدرجة العظمي في البعد الأول (٦٣)، والثاني (٦٦)، والثالث (٥١)، وتكون الدرجة العظمي للمقياس ككل (١٨٠). أي أن الدرجة الكلية للطفل على المقياس تتراوح ما بين (٦٠) و (١٨٠). ثم قام الباحث بصياغة تعليمات تطبيق المقياس، حيث يطلب فيها من القائم بالرعاية، أو أحد الوالدين اختيار استجابة واحدة من الاستجابات الثلاث لكل موقف من المواقف، وعليه أن يضع علامة (✓) أمام الاستجابة التي يشعر بأنها تنطبق على الطفل، وألا يضع أكثر من علامة على استجابات الموقف الواحد.

٦. الصدق الظاهري:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ قوامها (٣٠) من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ١٥-١٨ عاماً)، حيث اتضحت ملائمة التعليمات الخاصة بالمقياس، ووضوح البنود التي يتضمنها المقياس، وسهولة فهمها. ومن ثم لم يتم حذف أي بند من بنود المقياس.

٧. صدق المحك:

قام الباحث بتطبيق المقياس على أولياء أمور عينة التقنين، وعددها (٣٠) من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقام باستخدام مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل لعادل عبد الله (٢٠٠٢) كمحك خارجي، حيث قام الباحث بتطبيق هذا المقياس على نفس عينة التقنين، وبلغ معامل الصدق ٠,٨٩٢، وهو معامل صدق دال إحصائياً عند مستوي ٠,٠١.

ب- ثبات المقياس

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بعدة طرق:

١. إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها (٣٠) من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ١٥-١٨ عاماً)، ثم أعيد تطبيق المقياس بفواصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، وكان معامل ثبات المقياس ٠,٨٤ وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

٢. طريقة التجزئة النصفية

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باتباع الخطوات التالية:

- تطبيق المقياس على عينة التقنين وتصحيحه.
- تجزئة المقياس إلى قسمين، القسم الأول المواقف التي تحمل التسلسل الرقمي الفردي، والقسم الثاني المواقف التي تحمل التسلسل الرقمي الزوجي، وذلك لكل مفحوص على حدة.
- حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، فوجد أن معامل الارتباط هو ٠,٧٦ وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

تم حساب معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة سبيرمان براون، وبتطبيق هذه المعادلة بلغ معامل ثبات الاختبار ٠,٨٧٣ وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة.

٣. ثبات الاتساق الداخلي للمقياس:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق:

- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الإجراء:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

الاهتمام الاجتماعي		المشاركة الاجتماعية		التبادل الاجتماعي	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
**٠,٧٣	١	**٠,٧٦	١	**٠,٨٧	١
**٠,٥٧	٢	**٠,٦٥	٢	**0.56	٢
**٠,٧٦	٣	**٠,٥٩	٣	**0.45	٣
**٠,٦٥	٤	**٠,٨٦	٤	**0.54	٤
**٠,٥٩	٥	**٠,٥٦	٥	**0.67	٥
**٠,٧٦	٦	**٠,٦٧	٦	**0.56	٦
**٠,٦٦	٧	**٠,٦٣	٧	**0.71	٧
**٠,٥٨	٨	**٠,٨٤	٨	**٠,٦٧	٨
**٠,٦٧	٩	**٠,٦٠	٩	**٠,٨٢	٩
**٠,٧٨	١٠	**٠,٦٥	١٠	**٠,٥٥	١٠
**٠,٧٥	١١	**٠,٥٨	١١	**٠,٦٤	١١
**٠,٨٤	١٢	**٠,٨٣	١٢	**٠,٤٩	١٢
**٠,٤٨	١٣	**٠,٥٦	١٣	**٠,٦٧	١٣

**٠,٥٦	١٤	**٠,٦٨	١٤	**٠,٧٢	١٤
**٠,٦٩	١٥	**٠,٦٥	١٥	**٠,٥٩	١٥
**٠,٤٩	١٦	**٠,٤٨	١٦	**٠,٧٦	١٦
**٠,٧٥	١٧	**٠,٥٩	١٧	**٠,٤٧	١٧
		**٠,٨٦	١٨	**٠,٥٧	١٨
		**٠,٥٩	١٩	**٠,٨٥	١٩
		**٠,٨٧	٢٠	**٠,٥٠	٢٠
		**٠,٦٩	٢١	**٠,٧٩	٢١
		**٠,٦٤	٢٢		

** مستوى الدلالة ٠,٠١ .

يتضح في جدول (٢) أن معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠,١ مما يدل على ثبات مفردات المقياس.

• حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح

الجدول التالي نتائج هذا الإجراء:

جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	البعد	م
**٠,٦٧	التبادل الاجتماعي	١
**٠,٧٢	المشاركة الاجتماعية	٢
**٠,٦٥	الاهتمام الاجتماعي	٣

** مستوى الدلالة ٠,٠١ .

يتضح في جدول (٣) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على ثبات أبعاد المقياس

٥- البرنامج المقترح لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد محدود في اللغة في الفئة العمرية ما بين (١٥-١٨) سنة:

بعد مراجعة الأطر النظرية التي استخدمت بكيفية إعداد وتصميم البرامج لأطفال التوحد ولذوي الحاجات الخاصة (شاش، ٢٠٠١، نجدي، ٢٠٠١). ومراجعة الدراسات السابقة التي استهدفت تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد ومنها دراسات (Biklen, Lynn, 2009; 2000)، هذا بالإضافة إلى مراجعة الدراسات التي استهدفت استراتيجيات العلاج السلوكي في تدريب وتعليم أطفال التوحد، كدراسة (الغامدي، ٢٠٠٣)، وكذلك الاطلاع على بعض البرامج المقدمة لتنمية مهارات التواصل اللغوي لأطفال التوحد كبرنامج (Fiore, 2000)، وبرنامج كل من (نصر، ٢٠٠٢، الغامدي، ٢٠٠٣). وقد قام الباحث بإعداد الصورة الأولية للبرنامج المقترح بهدف تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد محدود في اللغة في الفئة العمرية ما بين (١٥-١٨) سنوات، وهذه المهارات هي: مهارة التبادل الاجتماعي، مهارة المشاركة الاجتماعية، ومهارة الاهتمام الاجتماعي وقد تم عرض البرنامج على أساتذة مختصين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس والتربية الخاصة، بجامعة الامام محمد بن سعود، وجامعة الملك سعود،

وجامعة القصيم، حيث أشاروا إلى صلاحية البرنامج للتطبيق من حيث ملاءمة نوع الأنشطة وطريقة تنفيذها، والأدوات المستخدمة فيها، ومدة تطبيق كل نشاط، لذا طبق الباحث البرنامج كما هو.

وفيما يلي نبذة مختصرة عن البرنامج المقترح:

الهدف العام من البرنامج

يهدف البرنامج إلى تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة في الفئة العمرية ما بين (١٥-١٨) سنوات، وأثر ذلك على تنمية بعض المظاهر السلوكية الاجتماعية المناسبة وتعديل بعض السلوكيات الاجتماعية غير المناسبة لديهم.

الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج

١- استراتيجيات التواصل والتي اقترحها العالمان بيانكو وهيل (Hill, 2002 & Bianco) لتدريب الأطفال التوحديين غير الناطقين في برامج التدخل المبكر وهذه الاستراتيجيات هي: تعليم الاستنتاج، ممارسة أعمال روتينية مشتركة، تأجيل الاستجابة لرغبات الطفل، اختيار طريقة ملائمة للتواصل.

٢- استراتيجيات تعديل السلوك وهي: استراتيجية التشكيل، والتلقين، والتقليد، وكذلك استراتيجية تحليل المهارة (الخطيب، ٢٠٠١).

٣- استخدام بعض الوسائل البصرية المساعدة وهي: صور برنامج بورد ميكر لأطفال التوحد (Boardmaker Picture Index) الذي طوره ليبوما (lipuma, 2000)، الصور الفوتوغرافية، الفيديو، بالإضافة إلى استخدام الحاسب الآلي.

والجدير بالذكر أنه سيتم استخدام استراتيجية واحدة على الأقل من جميع الاستراتيجيات الثلاث المذكورة سابقاً، وذلك بما يتناسب مع هدف الجلسة والنشاط الرئيسي المطبق فيها.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

استخدم الباحث بعض الفنيات التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج حيث قام البرنامج على الفنيات التالية: التعزيز، واستخدام التلقين إما يدوياً أو لفظياً، وأسلوب التعلم الفردي، وأسلوب تحليل المهام، واستخدام أساليب التقليد أو النمذجة، وكل ذلك قائم على استراتيجية التعليم العرضي.

محتوى البرنامج

١- أنشطة التهيئة: وهي الأنشطة التي تبدأ بها الجلسات التدريبية، والتي يتم تطبيقها في العشر دقائق الأولى من الجلسة، فمن خلالها يهيأ الطفل للمهارة المراد تعلمها في الجلسة، عن طريق استخدام المثيرات البيئية الطبيعية والمتوفرة داخل حجرة الصف، أو عن طريق ممارسة بعض الأنشطة المناسبة للطفل.

٢- الأنشطة الرئيسية: وهي الأنشطة التي استند عليها الباحث في التدريب على المهارات الاجتماعية، حيث تم اقتراح (٤) أنشطة عملية لتحقيق كل هدف من أهداف البرنامج والتي تتمثل في الأنشطة المعرفية، والفنية، والحركية، والغنائية. يستغرق تطبيق الأنشطة الرئيسية في الجلسة عشرين دقيقة.

جلسات البرنامج

يطبق البرنامج في (٣٠) جلسة، تم تقسيمها على نوعين من الجلسات: جلسات فردية تقدم لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية أربعة أيام في الأسبوع، ولسات جماعية تقدم لثلاثة أفراد معاً مرة واحدة في الأسبوع، وتتراوح مدة الجلسة بين (٢٥-٣٥) دقيقة. وتتضمن الجلسة ما يلي:

١- هدف الجلسة: ويقصد به المهارة المراد تعلمها من المهارات الاجتماعية، وقد حددت الجلسات العشر الأولى لتحقيق هدف واحد يتمثل في تنمية مهارات الانتباه والتواصل البصري، والتقليد. في حين حددت العشر الجلسات الثانية في تنمية مهارات الانتباه والاستماع والفهم، واستخدام الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، أما الجلسات العشرة الأخيرة فقد استهدفت تنمية مهارات التقليد، والتواصل البصري، وفهم واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه.

٢- مدة الجلسة: ويقصد بها المدة التي يستغرقها الطفل في تحقيق الهدف أثناء تطبيق أنشطة التهيئة والأنشطة الرئيسية سواء كانت الجلسة فردية أو جماعية.

٣- الأنشطة المستخدمة: وصف لأنشطة التهيئة المطبقة في الجلسة، وتحديد ووصف نوع النشاط الرئيسي المستخدم في تحقيق الهدف مع العلم أن كل هدف يمكن تحقيقه ضمن الأنشطة الرئيسية الأربعة (الفنية، أو المعرفية، أو الحركية، أو الغنائية)، ليتم اختيارها وفقاً لرغبات وميول الطفل.

مثال ١ : حمزه يلعب في الحديقة ، يرى أخوه وهو يحمل أبريق ويسقي النباتات .. أشعر أنه يريد ان يفعل مثله...

الأم : (حمزه ، تريد ان تسقي النباتات؟). أمسك الأبريق بيدي وأقول له (هيا حمزه نضع ماء في الأبريق حتى نسقي النباتات).

الأم : أعطيه الأبريق وأسأله (حمزه ماذا ستفعل ؟).

حمزه : لا يستجيب.

الأم : (حمزه ،ماذا ستفعل ؟ ثم أمسس ..أسقي النباتات) .

أتركه فترة يستمتع بحمل الماء في الأبريق وسقي النباتات ...

يمكن أن نستفيد هنا بأن نعطي الطفل درس عن أجزاء النبات ... (الزهرة ، الاوراق ، الساق ، الجذور) ..

ويمكن أن أعيد عليه المعلومات في البيت عن طريق الرسم .. فأرسم له النبات وأقوم بتأشير وكتابة أجزاءه.

- مثال ٢ : حمزه معي في السيارة ونتوقف عند إشارة المرور الحمراء.
- الأم : (أنظر حمزه ،هذ إشارة المرورالأحمر يعني توقف
- الأم : عندما نتحرك أقول له (أنظر حمزه ، الأخضر يعني أطلق).
- عندما نكون في البيت وتكون هناك صورة للإشارة الضوئية في قصة مثلا او مجلة ، أقوم باسترجاع المعلومة معه مرة أخرى.
- أحاول ان أمتحن استيعابه للمعلومة عندما نصادف نفس الموقف في وقت آخر .
- ٤-المواد المستخدمة: ويقصد بها حصر المواد التي سيتم استخدامها أثناء تطبيق النشاط.
- ٥-الاستراتيجيات المستخدمة: ويقصد بها تحديد نوع استراتيجيات التواصل وتعديل السلوك التي سيتم استخدامها في تحقيق كل هدف.
- ٦-آلية تطبيق الجلسة: وهو يتضمن الخطوات التي سيتم إتباعها في تدريب الطفل على المهارة من خلال النشاط المستخدم في الجلسة.
- ٧-تقييم الهدف: ويقصد بذلك تحديد المعايير التي سيتم من خلالها تقييم مدى تحقق هدف الجلسة.
- كيفية ومدة تطبيق البرنامج
- استغرق تطبيق البرنامج مدة زمنية قدرت بـ (٥) شهور ، تضمنت خمس فترات هي:
- ١-فترة الملاحظة: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم فيها التعرف على الطفل وجمع بيانات عن سلوكه، وعن المهارات الاجتماعية لديه.
- ٢-فترة التقييم القبلي: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم من خلالها تطبيق قائمة المهارات الاجتماعية.
- ٣-فترة تطبيق البرنامج: ومدتها (٦) أسابيع تم توزيعها تبعاً للمهارات المراد تعلمها، حيث بلغت عدد الجلسات (٣٠) جلسة منهم (٢٤) جلسة فردية و(٦) جلسات جماعية وذلك بواقع أربع جلسات فردية وجلسة جماعية أسبوعياً لكل طفل مدتها ٣٠ دقيقة.
- ٤-فترة التقييم البعدي: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم من خلالها تقييم كل طفل ومراقبة سلوكه، وإعادة تطبيق قائمة المهارات الاجتماعية.
- ٥-فترة المتابعة: ومدتها شهر تم من خلالها متابعة سلوك الطفل الاجتماعي واستخدامه للمهارات الاجتماعية في مختلف الأنشطة المقدمة له ضمن جدولته الدراسي اليومي وذلك بعد التوقف شهراً كاملاً عن تطبيق البرنامج.

ثالثاً: إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع المعلومات

- ١-إعداد مقياس المهارات الاجتماعية، وتحكيمها والتحقق من صدقها وثباتها.

٢- إعداد برنامج تحسين المهارات الاجتماعية المقترح وتحكيمة.

٣- اختيار المراكز والمدارس التي سيتم تطبيق البرنامج فيها، والتي يتواجد بها أكبر عدد ممكن من أطفال التوحد، وقد تم اختيار جمعية أسر التوحد، وقام الباحث باختيار المركز لتعاون المركز مع الباحث

٤- اختيار عينة الدراسة، وتوزيعها في مجموعتين متكافئتين من حيث (الجنس، العمر، نوع الخدمات المقدمة)، أحدهما ضابطة والأخرى تجريبية، وذلك بعد مجانستهما من خلال التطبيق القبلي لمقياس المهارات الاجتماعية، كما تم اختيار الأطفال ضمن الجلسات الجماعية والتي ستتكون من ثلاثة أطفال فقط.

٥- وضع جدول لملاحظة المجموعتين الضابطة والتجريبية خلال ثلاثة أسابيع وذلك قبل البدء بتطبيق البرنامج، على أن تتم ملاحظة كل طفل في أوضاع مختلفة: كالركن الفردي، واللعب المنظم، أو اللعب الحر، وتسجيل الملاحظات في استمارات الملاحظة الخاصة بذلك.

٦- تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية (القياس القبلي) على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.

٧- تطبيق البرنامج المقترح لتحسين المهارات الاجتماعية على أفراد المجموعة التجريبية.

٨- إعادة تطبيق قائمة تقدير المهارات الاجتماعية (القياس البعدي) على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للتحقق من فاعلية البرنامج المقترح في هذه الدراسة.

٩- التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة شهر ومن ثم متابعة أفراد عينة الدراسة، وإعادة تطبيق قائمة تقدير المهارات الاجتماعية، (قياس المتابعة).

١٠- تصحيح القوائم، وإدخال بياناتها في الحاسب وتحليلها إحصائياً للتحقق من صحة الفروض.

١١- استخلاص النتائج ومناقشتها وصياغة توصيات في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

نتائج الدراسة، ومناقشتها:

• نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه "يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي، والبعدي للمراهقين ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة عينة الدراسة في مقياس المهارات الاجتماعية، وذلك لصالح القياس البعدي".

ولاختيار صحة هذا الفرض تم استخدام أحد الأساليب الإحصائية اللابارامترية وهو اختبار ويلوكسون "W"، ويعرض الجدول التالي نتائج هذا الفرض:

جدول (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدى للأطفال ذوي اضطراب التوحد

البعد	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
التبادل الاجتماعي	القبلي	السالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦٣٣-	٠,٠١
	البعدى	الموجبة	٢	٦		
المشاركة الاجتماعية	القبلي	السالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦٠٤-	٠,٠١
	البعدى	الموجبة	٢	٦		
الاهتمام الاجتماعي	القبلي	السالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦٠٤-	٠,٠١
	البعدى	الموجبة	٢	٦		

يتضح في جدول (٤) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة في القياسين القبلي، والبعدى عند مستوي (٠,٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، وذلك لصالح القياس البعدى، مما يحقق صحة الفرض الأول.

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على أنه "لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدى، والتتبعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة عينة الدراسة في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية.

ولاختيار صحة هذا الفرض تم استخدام أحد الأساليب الإحصائية للبارامترية وهو اختبار ويلوكسون "W"، ويعرض الجدول التالي نتائج هذا الفرض:

جدول (٥) الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدى والتتبعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد

البعد	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
التبادل الاجتماعي	القبلي	السالبة	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١٦-	غير دال
	البعدى	الموجبة	٢,٢٥	٤,٥٠		
المشاركة الاجتماعية	القبلي	السالبة	٢	٢	٠,٤٤٧-	غير دال
	البعدى	الموجبة	١	١		
الاهتمام الاجتماعي	القبلي	السالبة	٢,٢٥	٤,٥٠	٠,٨١٦-	غير دال
	البعدى	الموجبة	١,٥٠	١,٥٠		

يتضح في جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة في القياسين البعدي، والتتبعي في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس، مما يحقق صحة الفرض الثاني.

مناقشة نتائج الدراسة:

جاءت نتائج الدراسة الحالية مؤكدة الأهمية استخدام استراتيجيات التعليم العرضي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بصورة عامة، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة بصورة خاصة، خاصة وأن الهدف الرئيس الذي تحققه هذه الاستراتيجية هو تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك انطلاقاً من قدرات الطفل، ومن هذا المنطلق يمكن إرجاع سبب هذا التغير الذي طرأ على المجموعة التجريبية في القياس البعدي إلى طبيعة البرنامج ومحتواه الذي ساعد على تحسن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، محدودي اللغة حيث جاءت إجراءات البرنامج مناسبة لقدرة وإمكانية الأطفال، مما أدى ذلك إلى تحسن المهارات الاجتماعية لديهم، وهذا ما أكدت عليه دراسة Daly & McGee (٢٠٠٧) بأنه يمكن تحسين سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب التوحد الخاصة بالمهارات الاجتماعية عندما ينجح الطفل في أداء مهمة وينتقل لمهمة أخرى من خلال تقديم إجراءات جديدة للتدريب، ولذلك حرص الباحث على تقديم البرنامج بصورة تجعل الطفل يؤدي إجراءات المهارة بطريقة سهلة وبسيطة. وحدث التغير بين أفراد المجموعة التجريبية أيضاً بفعل تركيز الباحث أثناء الجلسات على تعزيز السلوكيات الإيجابية والجوانب الفعالة في شخصية كل طفل التي تحول سلوكه نحو التعديل.

إذ إن التنوع في الفنيات وحسن اختيارها وتنفيذها يؤدي في النهاية إلى تحقيق الهدف الذي وضعت من أجله، وهذا ما تم التركيز عليه عند وضع فقرات البرنامج، حيث إن محتويات البرنامج جاءت متنسقة مع البرامج السابقة، ومع آراء الكثير من العلماء الذين اتفقوا على أهمية هذه الفنيات في البرامج الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد التي قد تساعدهم على تعديل سلوكياتهم بصفة عامة وعلى تنمية المهارات الاجتماعية بصفة خاصة.

وقد يرجع التحسن الذي طرأ على المهارات الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال التوحديين إلى استفادتهم من البرنامج القائم على الأنشطة المختلفة، والتي تضمنت مجموعة من الأنشطة والفنيات والمعززات وأساليب التوجيه المختلفة، مع الاهتمام بدور التغذية الراجعة الفورية، كما ساهم اشتراك المعلمين والأمهات في نجاح البرنامج ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه الكثير من الدراسات مثل دراسة كريستينا، لورا (٢٠٠٣) Laura&Christina ودراسة ماري. روشا (٢٠٠٧) Marie I.,Rocha

حيث أتاح البرنامج المقدم فرصاً كبيرة من التفاعل الاجتماعي بين الأطفال والمشاركات في البرنامج (الباحث، المعلمات، الأمهات) وأثر هذا التفاعل في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين محدودى اللغة.

وقد ركز البرنامج على الأنشطة التي كانت تحظى بالقبول من جانبهم ولا سيما أن التدريب على هذه الأنشطة كان مصحوباً بالتشجيع المستمر، والتعزيز المناسب.

وتتفق نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة هونج وآخرون (Hwong, et al (٢٠٠٠) وكارينتر ماليندا (Carpenter Malinda (٢٠٠٢)، ودراسة كريستينا ولورا (Laura & Christina (٢٠٠٣)، وكوئى اندرسون (Connie Anderson (٢٠٠٦)، وميشال سوليفان وآخرون (Michelle Sullivan, et al (٢٠٠٧)، التي أكدت على فاعلية استخدام البرامج التدريبية التي تنمى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين محدودى اللغة كما توصلت النتائج إلى أهمية الأنشطة التي تعتمد على التعلم العرضي واللعب الموجه في تنمية المهارات الاجتماعية، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات: بوكير (Boker (٢٠٠٠)، يو (Yo (٢٠٠١) Yeaw وإيفنس ويوبوسكى (Dubouski & Evans)، ودراسة ريتمان ميشيل (Reitman Michelle وغيرها من الدراسات التي اهتمت بدور اللعب والأنشطة معتمدة في ذلك على التعلم غير المباشر في تنمية المهارات الاجتماعية. كما كان لبساطة الأنشطة المقدمة في البرنامج وملائمتها لعمر الأطفال، أثراً كبيراً في إقبالهم على جلسات البرنامج.

كما ساهم تعاون المعلمين والأمهات مع الباحث في نجاح البرنامج المقدم، وذلك لأهمية دور الأم، والمعلم وحرصهم على تطبيق بعض أنشطة جلسات البرنامج في المنزل وذلك لضمان استمرارية تحسن المهارات الاجتماعية عند هؤلاء الأطفال ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة كريستينا، لورا (Laura & Christina (٢٠٠٣) ودراسة مارى ل. روشا (Marie L., Rocha (٢٠٠٧)

وبالرجوع إلى جدول (٤) يؤكد أن نتائج الدراسة الحالية جاءت موضحة لفاعلية استراتيجية التعليم العرضي في تنمية مهارات المشاركة، والتبادل، والاهتمام الاجتماعي، وذلك لأنها انطلقت من واقع خطوات هذه الاستراتيجية التي تؤكد علي: ١- اتباع قيادة الطفل (Following a child's lead)، حيث ينطلق المطبق للبرنامج من الفكرة البسيطة التي لدي الطفل ذي اضطراب التوحد، وجعل ذلك هو أساس الخبرة للمشاركة مع الطفل، وهو ما يشجع الطفل - في الحقيقة - علي ان يسمح لمطبق البرنامج أن يدخل إلي عالم الطفل الانفعالي. فمن خلال اهتمامات الطفل، والرغبات الطبيعية له يستطيع مطبق البرنامج أن يضح صورة عامة حول ما يتمتع الطفل؛ ٢- الانضمام إلي الأطفال في عالمهم (Joining the child in their world)، ومن

ثم نريد - بعد ذلك- أن نسحبهم إلي عالمنا المشترك كي نعلمهم التركيز، والحضور الذهني في الموقف، وكيف يتواصلون بدفء حقيقي، وكيف يكون لديهم هدف، ويبادئون، وأن يتواصلوا معنا من خلال الإشارات غير اللفظية، ومن خلال الألفاظ؛ ٣- الانتقال من اتباع قيادة الطفل إلي الإتقان، فعلي سبيل المثال لمساعدة الطفل علي إتقان المستوي الأول من الانتباه المترابط، فإننا نلعب لعبة، نقوم فيها بوضع رفيق اللعب أمام الطفل، لعرقلة الطفل عن الخروج من التفاعل. وتتطلب إشارة عرقلة الطفل أن يقوم الطفل بنوع من المشاركة مع رفيق لعبه، ويتم تشجيع رفيق اللعب كي يستمر في عرقلة الطفل، من خلال وضع عوائق أكثر، مثل أن يطلب من الطفل تذكرة ، أو عربون كي يتم المرور (Hess, 2013).

ويمكن إرجاع فعالية استراتيجية التعليم العرضي في تنمية المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة الحالية إلي أنها تطبق في بيئة أكثر ارتباط ببيئة الطفل الطبيعية، حيث إن هذه الاستراتيجية من استراتيجيات التدخل الطبيعي، والتي تعمل علي تنمية المهارات الاجتماعية للطفل في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، مما يساعد الطفل علي تعميم المهارات التي تعلمها، كي يكون أكثر فعالية في حياته اليومية. ويكون ذلك ناتجا عن التركيز علي الطفل، وإدخال الفرص التعليمية، والنموذج الاستجابي للتفاعل، واستخدام البيئة الطبيعية كسياق تعليمي. ومصطلح البيئة الطبيعية من ناحية ارتباطه بخدمات التدخل المبكر يعني الاهتمام بالفرص الطبيعية من أجل التعليم، والإدخال الابتكار للممارسات القائمة علي الدليل في البيئة الاعتيادية للطفل.

وقد تم استخدام استراتيجيات التدخل الطبيعي من أجل أوضاع التعليم المبكر القائم علي الدمج، وتشتمل علي الفنيات التي تناسب بشدة التفاعلات المشتركة النموذجية بين الراشدين والطفل، والذي يجعل هذه الفنيات تركز علي الطفل هو حقيقة أن الطفل يتخذ دورا فعالا في تحديد اتجاه النشاط، بينما يتبع الكبار قيادة الطفل، بدلا من توجيه التفاعل. واستخدام استراتيجيات التدخل الطبيعي تصبح امتدادا للتفاعلات الطبيعية التي تحدث بين الطفل ، والراشد أثناء الروتينات، والأنشطة اليومية (Casenhiser et al., 2011).

ومن هنا تتضح أهمية تدخلات التواصل الطبيعي في زيادة جودة، وكمية التفاعلات بين الكبار والطفل عبر البيئات، وهذه التفاعلات تؤثر بصورة إيجابية في تنمية مهارات الطفل، من خلال تعليم الكبار الاستراتيجيات الاستجابية والتحدائية التي يستطيعون إدخالها أثناء تفاعلهم الاجتماعي مع الطفل خلال ساعات اليوم (Hess- Robbins, 2011 & Harjusola- Webb).

كما أكد كل من هارجوسولا - ويب، وهيس- روبنس (Hess- Robbins, & Harjusola- Webb) (2011) علي أهمية استخدام الاستراتيجيات التي تقوم علي اتباع قيادة الطفل ذي اضطراب التوحد، ومن هذه

الاستراتيجية الاستراتيجية الفلورتايم، حيث قاما بأعداد قائمة تشتمل علي التدريب علي تعريفات استراتيجيات إثارة التواصل، وشرح منطقي لأسباب أهمية هذه الاستراتيجيات، وأمثلة لكيفية تطبيق هذه الاستراتيجيات مع الأطفال في أوضاع الدمج.

كما أن فاعلية استراتيجية التعليم العرضي في تنمية مهارات التبادل الاجتماعي، والمشاركة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعي لدي عينة الدراسة الحالية من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة تتبع من إشراك الوالدين في تطبيق بعض جلسات البرنامج بالشراكة مع الباحث، وهو ما يؤكد أهمية الشراكة الأسرية في مجال تحسين حالة هؤلاء الأطفال. وهو ما يؤكد كيم، وفيل (Vail & Kim, 2001) من أن إشراك الأسرة، عند تقديم الخدمات التعليمية للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، أمرًا علي قدر كبير من الأهمية، حيث نص قانون تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals With Disabilities Education Act في إصداره الأول، والمعدل (١٩٩٧، ٢٠٠٤) علي ضرورة تقوية دور الشراكة الوالدية في العملية التعليمية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والتأكيد علي إشراك الأسرة أثناء التدخل المبكر، أكثر من التأكيد علي ذلك أثناء التعليم الابتدائي، والثانوي لهؤلاء الأطفال. ويعزز هذا القانون خطة الخدمة الفردية، والأسرية Individualized and Family Service plan (IFSP) للأطفال الذين تكون أعمارهم أقل من ٣ سنوات، حيث إن هذه الخطة تعكس أولويات الأسرة، واهتمامات الطفل.

وبالرجوع إلي جدول (٥) يؤكد عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة في القياسين البعدي، والتتبعي في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس. وهذه النتيجة تؤكد ضرورة الاستمرار في تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد لتحسين حالتهم، وإكسابهم المهارات اللازمة لتلبية احتياجاتهم الحياتية علي المستوي الاجتماعي خاصة، وعدم التوقف عند مستوي معين. وهذا يؤكد ضرورة العمل مع هؤلاء الأطفال في إطار فريق العمل، الذي يشتمل العديد من المختصين، الذين يجعلون عملية تحسين حالة هؤلاء الأطفال علي جميع المستويات، جسميا، وعقليا، واجتماعيا، وانفعاليا، عملية حياتية، كما يؤكد ضرورة العمل معهم في إطار الخطة الفردية التربوية. ومن ثم فإن اختلاف هؤلاء الأطفال عن الأطفال العاديين هو اختلاف كمي، وليس اختلاف كيفيا، فلا يجب أن يعمل أحد أعضاء فريق العمل بمعزل عن الآخر حتى تتحقق الاستفادة القصوى لهؤلاء الأطفال. ومن ثم فإن الانتظار لفترة المتابعة لقياس التحسين في أداء هؤلاء الأطفال علي مستوي معين لا يوتي ثماره، أنه يجب أن يسلم الطفل في هذه الفترة لمن يكمل معه عملية تحسين قدراته.

ومن الأسباب التي يمكن أن يرجع إليها بقاء أثر البرنامج هو تخصيص الباحث لبعض الجلسات التي استهدفت إعادة تدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد على المهارات الاجتماعية على سبيل المراجعة، مما أكد على بقاء أثر التعليم لفترة أطول.

وقد يرجع ذلك أيضاً إلى اقتناع المعلمين بدور البرنامج في تدعيم السلوكيات المرغوبة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث شجع الأطفال ذوي اضطراب التوحد على تكرار المهام التي يُدربون عليها خلال جلسات البرنامج، مما ساهم في تكرار السلوك المرغوب، وأدى إلى بقاء أثر البرنامج على المدى الأطول.

ويمكن للباحث تحديد أهم النقاط الأساسية التي أسهمت في فعالية البرنامج التدريبي القائم على استخدام التعليم العرضي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد محدودي اللغة عينة الدراسة فيما يلي:

- البدء مما لدي الطفل من قدرة في الإتيان بمهارة معينة.
- يضع الباحث مستوى قدرة الطفل في الاعتبار عند تنفيذ جلسات البرنامج.
- إشراك الوالدين، والإخوة، والأقران في تنفيذ بعض جلسات البرنامج.
- أن يكون التواصل مرتبط بوظيفة وهدف لدى الطفل.
- اتباع الباحث لقيادة الطفل، دون جعل الطفل يصل إلى ما يريده الباحث منه.
- الانطلاق من البيئة الطبيعية للطفل، باعتبارها الحكم على مدى تقديم الطفل.
- تقديم التعزيز بأشياء يحبها الطفل كلما رغب في قول شيء وهنا نشجعه على التواصل.
- تتم عملية التعلم بين الطفل والمعلم بشكل تلقائي دون تخطيط لها في مواقف عرضية.
- جعل تعليم المهارة للطفل منطلقاً من سياق اللعب الذي يوجد فيه الطفل.
- احترام الحالة الانفعالية للطفل، وعدم اقتحام موقف اللعب لديه.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ، قام الباحث بصياغة التوصيات التالية:

- ضرورة تصميم البرامج التدريبية، القائمة علي استراتيجيات محددة، تم إثبات فعاليتها في إطار تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بصورة عامة، والمراهقين ذوي اضطراب التوحد، محدودي اللغة بصورة خاصة. ومن هذه الاستراتيجيات استراتيجيات التعليم العرضي.

- التتويج بإجراء دراسات جديدة قائمة على استراتيجيات التعليم العرضي لتنمية مهارات أخرى عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ضرورة توجيه الاهتمام إلى الاستفادة من قدرات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة، والكشف المبكر عن هؤلاء الأطفال، كي تتم مساعدتهم على التغلب على المشكلات التي يعانون منها، خاصة في المجال الاجتماعي.
- ضرورة إعداد الأدوات التشخيصية الملائمة للكشف عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة.
- ضرورة تدريب الاخصائين النفسيين، والقائمين بتدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المراكز، والمعاهد التي تتعامل مع هؤلاء الأطفال على استخدام الوسائل الفعالة لاكتشاف الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة، وتصميم البرنامج التدريبي التي تساعد في تنمية قدرات، ومهارات هؤلاء الأطفال.
- ضرورة إنشاء مراكز حكومية متخصصة للتعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، محدودى اللغة، وذلك للاستفادة من القدرات والمواهب التي يتمتع بها كثير من هؤلاء الأطفال.

قائمة المراجع

- أثود، توني (٢٠٠٩). لماذا يتصرف طارق هكذا. الكويت: مركز الكويت للتوحد، ترجمة: ياسر الفهد.
- البهنساوي، أحمد، الحديبي، مصطفى (٢٠١٦). فاعلية برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي في تنمية التواصل غير اللفظي لدي عينة من أطفال التوحد، مجلد كلية التربية، أسبوط، مصر، مج ٣٢، ٤٤.
- الجلبي، سوسن (٢٠١٥). التوحد الطفولي: (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، ط ١، دمشق، دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخولي، هشام (٢٠٠٤): فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مج ٢، ٣٣٤، ص ص ٢٠٨ - ٢٣٨.
- الخولي، هشام (٢٠٠٧): الأوتيزم - الأوتيسك: الخطر الصامت يهدد أطفال العالم. ط ١، بنها الجديدة، دار المصطفى للطباعة.

الخولي، هشام (٢٠٠٨): الأوتيزم: الإيجابية الصامتة - استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

الرواشدة، ممدوح (٢٠١٢). بناء برنامج تدريبي قائم على منهاج كلاس وقياس أثره في تحسين مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة عمان العربية، الأردن.

الزارع، نايف (٢٠١٧). المدخل الى اضطراب التوحد- المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، ط٤، دار الفكر العربي.

الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (٢٠١٠). التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج. عمان. دار وائل للنشر والتوزيع.

السرطاوي، زيدان وعواد، أحمد (٢٠١١). مقدمة في التربية الخاصة: سيكولوجية ذوي الإعاقة والموهبة. الطبعة الأولى، الرياض، دار الناشر الدولي.

الشامي. وفاء (٢٠٠٤). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. (ط١). جدة. الجمعية الفيصيلية الخيرية السنوية.

الغامدي، عزة (٢٠٠٣). العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الرياض، السعودية.

الغصاونة، يزيد، البكور، فهمي، الشрман، وائل (٢٠١٤). فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجية التعلم العرضي في تنمية المهارات اللغوية عند الأطفال التوحديين في محافظة الطائف. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، مجلد ٢، عدد ٥.

القواسمة، كوثر (٢٠١١). أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة عمان العربية للدراسات، الأردن.

الكيلاني، السيد أحمد (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين المهارات اللغوية والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس. مصر.

المومني، رندة (٢٠١١). بناء برنامج في التعزيز الرمزي وقياس أثره في تحسين مهارات التفاعل الرمزي والتواصل لدى عينة من أطفال التوحد، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.

بديوي، أحمد (٢٠١١). مدى تأثير برنامج تدريبي متعدد المهارات في علاج اضطرابات السلوك لدى حالات الذاتوية في الفئة العمرية من (٦ : ٩) سنوات. مجلة كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد السابع عشر، العدد الرابع (أكتوبر)، ١٩١-٢٢٦.

جعفر، سميرة (١٩٩٢). تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب. دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

حامد، مشاعر هاشم (٢٠١٥). فاعلية برنامج سلوكي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية للأطفال التوحديين القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.

حسام عباس خليل سلام (٢٠١٢) فاعلية برنامج لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين محدودي اللغة، مجلة العوم التربوية - مصر، ٢٠ (١): ٣-٥٤.

حنا، نانسي (٢٠٠٩). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقليا والأطفال التوحديين (دراسة مقارنة). دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

خطاب، محمد (٢٠١٥). سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي. عمان: دار الثقافة.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠٠م). الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

شاش، سهير (٢٠٠١). اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. القاهرة: دار القاهرة.

عبد الله، عادل (٢٠٠٢): الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة، دار الرشاد

عبد الله، عادل (٢٠٠٣): مقياس الطفل التوحدي. ط٢، القاهرة، دار الرشاد.

عصفور، غدي (٢٠١٢). الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.

عطية، أشرف (٢٠١١). فاعلية برنامج قائم على الفلوتايم في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين. مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد التاسع، العدد الرابع (أكتوبر)،

٨٣٥-٩٠٥.

كوهين. سيمون؛ بولتون. باتريكن (٢٠٠٠). حقائق عن التوحد. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
ترجمة: عبد الله إبراهيم الحمدان.

مدبولي، أسامة. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال
التوحيديين. ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

نجدي، سميرة، (٢٠٠١). برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة. القاهرة: مكتبة زهراء
الشرق.

نصر. سهى (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي. التشخيص. البرامج العلاجية. عمان: دار
الفكر.

Argyle. S(2009): Socail Skills and the Child With Autism: Therapy or Education,
Early Child Development and Care, V.173(4),P.411-423.

Bartels, M (2004) . Implementation of the Developmental, Individual Differences,
Relationship-based (DIR) Model in a Preschool of Children with Autism Spectrum
Disorders. PHD, Pace University.

Bianc, T., and Hill, R. (2002). Developing an intervention program for the non-
verbal child with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38(5),
11-28.

Biklen, D. (2000). Communication unbound: autism and praxis. Harvard E 9.

Billini, S; Peters, J; Benner, L & Hopf, A (2007): A meta – analysis of school –
based social skills interventions for children with autism spectrum disorders.
Remedial and Special Education, V 28 (3), PP 153 – 162.

Boker, M.J.(2011): Improve the level of social interactions between autistic
children and their sibingsby playing ordinary J.of Positive Behavior
Interventions, V.20,P.P.66-84.

Bühler, Bachmann, C., Goyert, H., HeinzlG utenbrunner, M. & Kamp-
Becker, I. (2011). Differential diagnosis of autism spectrum disorder and

attention deficit hyperactivity disorder by means of inhibitory control and theory of mind. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(12), 1718– 1726.

Buke, T.B. (1997) *The Earliest Relationship : Parents, Infants and the Drama of Early Intervention*. *International Review of Research in Mental Retardation*, New York, V.23,P.P.139–168.
Educational Review, 60 (3), 29

Cannon, N. (2006). The effects. of floortim G ncommunica tion intelaction behavk,s ‘between typically developing preschoolers and preschoolers with autism. MD, Miami University, Faculty of Miami Univers ity.1–314.

Carpenter, M., Pennington, B. & Rogers, S. (2002). Interrelations, among social– cognitive skills in young children with autism *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (2), 91. 106.

Chan et al, (2009). Executive function deficits and neural discordance in children with autis spectrum disorders. *Clinical Neurophysiology*, 6, 1107– 1115.

Chandler, S; Charman, T & Baird, G (2009): Validation of the Social Communication Questionnaire in Population Cohort of Children With Autism Spectrum Disorders, *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, V 46 (10), PP 1324 – 1332.

Charlop–Christy. M. H.. & Carpenter. M. H. (2000). Modified incidental teaching sessions: A procedure for parents to increase spontaneous speech in their children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2. 98–112.

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.

Dalrymple, N & Ruble, L. Parent views (1992) . Toilet Training and Behaviors of people with Autism: parent views *Journal of Autism and Developmental Disorders* ,22. (2).265–275.

Darby, L. (2009). Effects of shared personality types of parents and children with high functioning autism spectrum disorders on parental stress. PHD, Texas Woman's University.

Ehlers, S; Gillberg, C. & Wing, L (1999): A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, V 29 (2), PP 129 – 141.

Fabrizio, M (2003): A parent's introduction to fluency. *Organization for Autism Research: The Best of the Oracle: A compilation of Articles from 2002 – 2007* .

Fiore, A. (2000). *Core Skills Curriculum Intervention of Children with Autism*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Corp.

Frith, u. (2003). *Autism Scientific American*. London: Merrill Publishing. Com.

Hess, E.(2013). DIR®fFloortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *mt Child Health Hum Dev*, 6 (3), 55– 47.

Ganz, J; Bourgeois, B; Flores, M & Campos, A (2008): Implementing visually cued imitation training with children with autism spectrum disorders and developmental delays. *Journal of Positive Behavior Interventions*, V10 (1), PP 56 – 66.

Hwang and Carolyn Hughes (2003): Increasing Early Social Communicative Skills of Preverbal Preschool Children With Autism Through Social Interactive Training, J. of the Association for Persons With Sever Handicaps V.25, P.P.18–28.

Janney, W, (2011): A case study of a child infected with autism in addition to bouts of anger and some behaviors socially acceptable and the No.cry, Autism The Inter–national Journal of Research and Practice, V.6(8), P.P.383–396.

Jed Baker, Ph.D(2010) Program to improve the communicative behavior of autistic children: Journal of Autism and Developmental Disorders, 32, P.P. 91–106.

Jennifer Jacobs. (2009): Incorporating the Thematic Ritualistic Behaviors of Children with Autism into Games Increasing Social play Interventions with Siblings J. of Positive Behavior Inter–ventions, V.2, P.P.66–84.

Jennifer Jacobs, M.S., (2011) The effectiveness of a training program to improve social interaction and get rid of aggressive behavior through play activities (ASD) V.173(4), P.411–423.

Jill, A., Jenny, Z & Sylvia, R (2008) Sensory Processing and Classroom Emotional, Behavioral, and Educational Outcomes in Children With Autism Spectrum Disorder, American Journal of Occupational Therapy, September/October, 62: 564–573.

Jordan, R., and pawell, S. (2005). Understanding and Teaching Children With Autism. England: British Library Publication.

Kamio. Y.. Wolf. J & Fein.D.(2006). Automatic processing of emotional faces in high– functioning pervasive developmental disorders: An affective priming study. Journal of Autism and Developmental Disorders. V 36(2). 155–167.

Keen, D. (2003). Communicative Repair strategies and problem Behaviors of children with autism. *International Journal of Disability, Developmental and Education*, 50(1), 53–64.

Koeing. K. (2001):Assessment of children with pervasive developmental disorders. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*.

Kouch, H &Mirenda, p. (2003) . Social Story Intervention for Young Children with Autism spectrum Disorder . *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 18. (4). 219–227.

Kroeger, K. A &Schults, Janent, R. (2007). A Comparison of two Group Delivered Social Skills Programs of Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37. 808–817.

Kroeger. K. A.. & Nelson. W. M. (2006). A language programme to increase the verbal production of a child dually diagnosed with Down Syndrome and autism. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50. 101–108.

Lainhrt, Janet, E. (1999). Psychiatric Problems in Individuals with Autism, their Parents and Siblings. *International Review of Psychiatry*, 11.(4). 257 –278.

Lind, S., & Bowler, D. (2010). Impaired Performance on See–Know Tasks . Amongst Children with Autism: Evidence of Specific Difficulties with Theory of Mind or Domain–General Task Factors? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(4), 479–484.

Lipuma, U. (2000). *Board Maker Picture Index*. USA: Mayer Johanson, Inc.

National Education Association (2006): *The puzzle of autism*. Washington, NEA Professional.

Lord, C. & Hopkins, S. (1986). The social behavioral of autistic children with younger and same age non-handicapped peers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 16(3). 249–262.

Macintosh, K & Dissanayake, C (2006): Social Skills and problem Behaviours in School Aged Children with High- Functioning Autism and Asperger's Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, V36, PP 1065 – 1076.

Matson, J. & Minshawi, N. (2006). Early intervention for autism spectrum disorders: A critical analysis, Amsterdam: Elsevier.

Matson ; J. et. al (2007) ; Teaching self – help skills to Autistic. and Mentally Retarded, *Research in Developmental Disabilities*, 11.(4).361 –378.

McGee. G. G.. & Daly. T. (2007). Incidental teaching of age-appropriate social phrases to children with autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 32. 112–123.

McGee. G. G.. Morrier. M. J.. & Daly. T. (1999). An incidental teaching approach to early intervention for toddlers with autism. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 24. 133–146.

McGrew, S; Malow, B; Henderson, L; Wang, L; Song, Y & Stone, W (2007): Developmental and Behavioral Questionnaire for Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Neurology*, V37 (2), PP 108 – 116.

Miranda-Linné. F.. & Melin. L. (1992). Acquisition, generalization, and spontaneous use of color adjectives: A comparison of incidental teaching and traditional discrete-trial procedures for children with autism. *Research in Developmental Disabilities*. 13. 191–210.

Murdock, L; Cost, H & Tieso, C (2007): Measurement of social communication skills of children with autism spectrum disorders during interactions with typical

peers. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, V22 (3), PP 160 – 172.

Oleny, M. (2002). Working with autism and other social- communication Disorders. Journal of Rehabilitation,.66(4), 51–57.

Owen. J.. Carr. E.. Cale. S &.Smith. A.(2008). Promoting social interactions between students with autism and their peers in inclusive school settings. . Focus on Autism and Others Developmental Disabilities. 23(1).25–28.

Parsons, S, & Mitchell, P (2002): The potential of virtual reality in social skills training for people with autistic spectrum disorders. Journal of Intellectual Disability Research, V46 (5), PP 430 – 443

Pearson, D; Loveland, K; Lachar, D; Lane, D; Reddoch, S; Mansour, R & Cleveland, L (2006): A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD – NOS. Child Neuropsychology, V (12), PP 321 – 333.

Pelphrey, K. & Penman, S. (2008). Charting brain mechanisms for the development of social cognition. Cambridge, England, University Press.

Posserud, M., Landervold, A. & Gillberg. C. (2006). Autistic features in a total population of 0–7 year-old children assessed by the ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire). *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 47 (2), 167–175. 56.

Reavis, S (2003): Social orienting as a construct underlying joint attention and imitation skills deficits in preschool children with autism. MD, University of North Carolina.

Riggio,H(2005) Personality and social skill preferences Between children With And Without Siblings, Journal Of Psychology, Vol.138(5), P.P.514–522.

Roest, Erica, R. (2008). A comparative Study of Fluency Training and Discrete Trail Training on the Acquisition, Stimulus Generalization, and Retention of Noun Labels in Children with Autism. PhD., University of Connecticut.

Rowland. C.. &Schweigert. P. (2000). Tangible symbols, tangible outcomes. Augmentative Communication. 16. 61–78. 205.

Ruble, L.A (2001): Analysis of social interactions as goal directed behaviors in chilfen with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, V 31 (5), PP 471 – 482.

Rutter, M. (2001). Diagnosis and definition. 3ed. in: M. Rutter & E. Schopler: Autism a Reappraisal Of Concept And Treatment: New York and London: Plenum Press .

Salmon, M (2005): Script training with story books and puppets: a social skills intervention package acroos settings for young children with autism and their typically developing peers. PHD, Ohio State University.

Scott Bellini (2010) Training in positive social interactions Participation, Tolerancesbellini@indiana. Edu.

Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 565–581.

Siegel. B. (2003): Helping Children With Autism Learn: Treatment Approaches For Parents And Professionals. London: Oxford University Press.

Siklos, S & Kerns, K (2006): Assessing Need for Social Support in Parents of Children with Autism and Down Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, V36, PP 921 – 933.

Smith, D. (2001). Introduction to Special Education: Teaching in an Age of Challenge. Boston: Allyn and Bacon.

Solomon. R.. Necheles. J..Frech C &.Bruckman. D.(2007). Pilot study of apparent training program for young children with autism: the P.L.A.Y. project Home Consultation program. Autism. 11(3). 205–224 .

Stilman. M,John. (2008) Aspergers Syndrome: Beverly press, New York.Steadly, K; Schwartz, A; Levin, M & Luke, S (2008): Social skills and academic achievement. Evedence for Education, V3 (2), PP 1 – 8.

Stone, L., Ousley, O. Yoder, J. Hogan, L. and Hepburn, L. (2007). Nonverbal communication in two and three – year– children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 27(6), 677–6966.

Tager–flusberg. H.(1999). A psychological approach to understanding the social and language impairment in autism. International Review of Psychiatry. 11(4). 325–335.

Thiemann, K and Goldstein, H. (2001) Social Stories, Written Text Cuse, and Video Feed back: Effects on Social Communication of Children With Autism. Journal of Applied Behavior Analysis, 34(4), pp 425–446.

Tsao, L. & Odom, S. (2006). Sibling–Mediated Social Interaction Intervention for Yoqng Children With Autism. TECSE, 26 (2), 106 123.

Weiss, M (2007): Social skills: an elusive target. Organization for Autism Research: The Best of the Oracle: Acomplication of Articles from 2002 – 2007.

weiss JA, Cappadocia MC, MacMullin J A, Viecili MA, Lunsy Y. (2012) Psychological acceptance and empowerment as mediators of the impact of

problem behaviour in children with autism spectrum disorders on parent mental health. *Autism: The International Journal of Research and Practice* 16: 261–274.

Williams, D; Goldstein, G; Kojkowski, N & Minshew, N (2008): Do individuals with high functioning autism have the IQ profile associated with nonverbal learning disability? *Research in Autism Spectrum Disorder* V (2), PP 353 – 361.

Wing, L.(2001). Social, behavioral, and cognitive characteristics: an epidemiological approach, in: M. Rutter & E. Schopler: *Autism a Reappraisal of Concept and Treatment: (PP.27–46)*. New York and London: Plenum Press.

Winner, M. (2002). Assessment of social skills for students with asperger syndrome and high functioning autism. *Assessment for Effective Intervention*, 27, 73– 80

www.zahran.org

[http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Expressive language disorder](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Expressive_language_disorder)

<http://www.aawast.com>

<http://www.buzzle.com/articles/autism-symptoms->