

فعالية التدخل السلوكي القائم على

الأدلة في خفض مستوى القلق

وتحسين التواصل الاجتماعي والانتباه

المشترك لدى أطفال التوحد مرتفعي

الأداء الوظيفي



د. عبد العزيز عبد الله العثمان

أستاذ التربية الخاصة المشارك- قسم التربية الخاصة -
كلية التربية بالمجمعة- جامعة المجمعة- المملكة
العربية السعودية

د. منى توكل السيد إبراهيم

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة المشارك- قسم
العلوم التربوية-كلية التربية بالمجمعة- المملكة العربية
السعودية

المجلة العلمية المحكمة لدراسات وبحوث التربية النوعية

المجلد التاسع- العدد الأول- مسلسل العدد (١٩)- يناير ٢٠٢٣م

رقم الإيداع بدار الكتب ٢٤٢٧٤ لسنة ٢٠١٦

ISSN-Print: 2356-8690 ISSN-Online: 2974-4423

موقع المجلة عبر بنك المعرفة المصري <https://jsezu.journals.ekb.eg>

JSROSE@foe.zu.edu.eg

البريد الإلكتروني للمجلة E-mail

فعالية التدخل السلوكي القائم على الأدلة في خفض مستوى القلق وتحسين التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك لدى أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي

د. منى توكل السيد إبراهيم

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة
المشارك- قسم العلوم التربوية -كلية التربية
بالمجمعة- المملكة العربية السعودية
m.ebrahim@mu.edu.sa

د. عبد العزيز عبد الله العثمان

أستاذ التربية الخاصة المشارك- قسم التربية
الخاصة -كلية التربية بالمجمعة- جامعة
المجمعة- المملكة العربية السعودية
aa.alothman@mu.edu.sa

ملخص البحث:

استهدف البحث الحالي التحقق من فعالية التدخل السلوكي القائم على الأدلة من خلال برنامج قائم على أسلوب علاج الاستجابة المحورية في خفض مستوى القلق وتحسين التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي، تكونت عينة البحث من (٩) أطفال (ذكور) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي الملتحقين بمركز الرعاية النهارية وتنمية المهارات والقدرات بمحافظة الطائف، منهم (٥) أطفال مجموعة تجريبية، و(٤) أطفال مجموعة ضابطة، تراوحت نسبة ذكائهم ما بين (٧٠-٨٧) على مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (حنوره، ٢٠٠١) بمتوسط (٧٩) وانحراف معياري قدره (٦.١٧)، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦-٨) سنوات، بمتوسط (٧.٢٢) وانحراف معياري (٠.٦٩٠)، استخدم الباحثان المنهج شبه التجريبي والتصميم التجريبي لعينتين مستقلتين (الضابطة-التجريبية) مع القيام بقياس قبلي وبعدي وتتبعي لأدوات البحث المتمثلة في (مقياس قلق الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من إعداد "رودجرز وآخرون" (Rodgers et al. 2016) ترجمة الباحثان؛ قائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك؛ ومقياس التواصل الاجتماعي من إعداد: الباحثان)، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق، وقائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك، ومقياس التواصل الاجتماعي لصالح العينة التجريبية، وعدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق، وقائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك، ومقياس التواصل الاجتماعي، مما يدل على فعالية البرنامج المستخدم واستمراريتها. وفي ضوء هذه النتائج، أوصى البحث بضرورة تدريب الأطفال على أسلوب علاج الاستجابة المحورية لفعاليتها في خفض مستوى القلق وتنمية مهارات الانتباه المشترك والتواصل الاجتماعي وتضمينها ضمن البرامج التعليمية بمراكز التأهيل

والمدارس، حتى تصبح جزء من أسلوب تعلمهم وحياتهم، كما أوصى بضرورة التكامل بين أسر أطفال التوحد ودور الرعاية النهارية لتطوير وتنفيذ الخطط المناسبة بما يسهم في تطوير مهاراتهم وقدراتهم وتوافقهم وخفض سلوكيات التوحد لديهم.

الكلمات المفتاحية: التدخل السلوكي القائم على الأدلة- الانتباه المشترك- التواصل الاجتماعي- القلق- أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي

Abstract:

This research aimed at verifying the effectiveness of an evidence-based behavioral intervention through a program based on pivotal response treatment method in reducing anxiety level, improving social communication and joint attention in autistic children with high functional performance. Participants were (9) male children enrolled in the Daycare Center and Developing Skills and Abilities in Taif Governorate, including (5) children, participated as experimental group and (4) children in the controlled group, with IQ ranged from (70-87) on the Stanford-Binet Arabs scale of intelligence (Hanora, 2001. M. = 79, SD. = 6.17) they are aged (6-8 yrs, M = 7.22, SD = 0.690). The research design was the quasi-experimental method with two-independent samples (control-experimental) and (pre – post - follow-up) measurements was administered to the research tools i.e. (Anxiety scale for children with autism spectrum disorder by (Rodgers et al. 2016). Translated by the researcher, checkout list of joint attention skills, social communication scale, developed by researcher). Results indicated statistically significant differences between mean score ranks of the control and experimental participants in the post-measurement of the anxiety scale, the joint attention skills checkout list, and the social communication scale. In addition, there were no statistically significant differences found between mean score ranks of the experimental in the (post- follow-up) measurements of anxiety, the joint attention skills checkout list, and the social communication scale; which indicates the continuity of evidence-based behavioral intervention. According to these results, the research recommended that children should be trained in a pivotal response treatment due to its effectiveness in reducing the level of anxiety; improving the joint attention skills, and social communication and incorporating them into educational programs in rehabilitation centers and schools, so that they become part of their learning and life style. It also recommended the need for integration between families of children with autism and day care homes to develop and implement appropriate plans to develop their skills, abilities and compatibility, and contribute to reducing the behaviors and characteristics of their autism.

Keywords: Evidence-Based Behavioral Intervention - Joint Attention - Social communication - Anxiety - autistic children with high functional performance.

مقدمة:

التوحد هو اضطراب عصبي نمائي يتجلى خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل ويؤثر سلباً في قدرته على القيام بأنشطة الحياة اليومية (Al-Dib 2016)، يتميز هذا الاضطراب بالخلل الحاد المنتشر في مجالات عديدة تتباين في كمها وكيفيةها من طفل إلى آخر، وينطوي على صعوبات تتمثل في اضطراب التفاعل الاجتماعي Social Interaction Disorders، والسلوكيات النمطية المتكررة (American Psychiatric Association, 2013)، فضلاً عن العجز والقصور في الانتباه المشترك (Naber et al., 2008)، وصعوبة في التواصل Communication Difficult، وقصور في اللغة Language Deficits، ومحدودية الكلمات واستخدام الأشياء.

ومن أهم جوانب القصور التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن غيرهم هو قصور مهارات الانتباه المشترك؛ لأنه من المظاهر المبكرة في تشخيص التوحد، يوجد هذا القصور بنسب تتراوح ما بين (٨٠-٩٠ %) منهم (Murray et al., 2008).

على غرار الأطفال العاديين، قد يعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من القلق في المواقف المهددة. فقد يشعر الأطفال بالقلق عند تعلم شيئاً جديداً أو التعرف على أطفال جدد أو عند فصل الطفل عن والديه، فقد يضع الوالدان العاملان الطفل في دار حضانة أو منزل أحد الأقارب. كل هذه المواقف قد تجعل الأطفال العاديين والتوحديين يعانون من القلق (Fakhrou & Ghareeb, 2020). تنفيذ دراسة "فازا" (Vasa, 2014) بأن المخاوف المتعلقة بالقلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً ما تنتشر بينهم بدرجة أعلى من العاديين، حيث يعاني ما يقرب من ٤٠% منهم من القلق، مقارنة بحوالي ٢٥% من الأطفال العاديين؛ أما الدراسات التي تستخدم معايير التشخيص المستتيرة ب (DSM أو ICD) فقدرت أن هناك حوالي (٤٢-٧٩%) منهم لديه اضطراب قلق واحد على الأقل في مرحلة ما من حياته مع كون المخاوف المحددة هي الأكثر شيوعاً (٥٠%)، يليها الوسواس القهري (٢٠%) (VanSteensel et al. 2011; Kent & Simonoff, 2017).

وعلى ما يبدو أن القلق لدى الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد يرتبط بمجموعة من الخصائص المميزة للتوحد بما في ذلك تشوهات المعالجة الحسية، والسلوكيات المقيدة والمتكررة، الاتصال بالعين، وقصور اللغة، والاهتمامات، وضعف الأداء الاجتماعي (Wigham et al., 2015) والتي غالباً ما تؤثر بشكل سلبي على إدراك الأطفال العاديين لهم (Sasson et al.).

(2017)، والتواصل معهم ويسهم ذلك في زيادة معاناتهم من العزلة الاجتماعية والتحرش اللفظي أو الجسدي والمضايقة أو التتمر، والضغطات الاجتماعية ومشكلات الصحة النفسية (Maiano et al. 2016).

ومن المعروف أن العيش مع القلق المرتفع لفترات طويلة يؤثر بدوره على التعلم والأداء اليومي ويقلل من جودة الحياة للعديد من الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وعائلاتهم (Ozsivadjian et al. 2012). ولقد أشار مورديك وآخرين (Murdock et al., 2007) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون قسوراً شديداً في المهارات الاجتماعية مثل الأفعال الكلامية المقيدة، ونقص إدراك وجود الآخرين، والعجز في المبادآت اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع وعدم التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة. وهذا بدوره يقلل فرص ممارسة وتعلم المهارات الاجتماعية الإيجابية.

لقد تم استخدام العديد من المداخل والأساليب العلاجية المختلفة من أبرزها (السلوكية، الطبية، النفسية، التربوية) مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في محاولات للحد من المظاهر السلوكية وخصائص التوحد مثل قصور التواصل الاجتماعي وارتفاع مستوى القلق بالإضافة إلى تدني مستويات الانتباه المشترك مع شركاء التفاعل والذي يعد من العوامل الرئيسة المهمة في قصور التفاعل الاجتماعي لديهم (Rogers & Dawson, 2009)؛ حيث إنهم نادراً ما يركزون على النشاطات المشتركة في أثناء تفاعلهم مع شركائهم الاجتماعيين كالأقران، والآباء، والمعلمين، ويتحولون إلى سلوكيات متكررة ونمطية تقع في مجال اهتمامهم هم وتكون أقل ارتباطاً بالتفاعل، إضافة إلى عدم وجود تفضيل التواصل البصري مع الشريك التفاعلي والتفضيل لتوجيه الانتباه البصري للمثيرات غير الاجتماعية، كل ذلك يعد مؤشراً على وجود إعاقة اجتماعية لدى هذه الفئة من الأطفال (Klin, 2009).

وجد "داوسون؛ وزملائه (Dawson et al. 2010) أن الاختلافات الجوهرية في المهارات المبكرة للانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من المحتمل أن تبرز السلسلة السلوكية العصبية للتأثيرات المرتبطة بالاضطراب، لذلك، يتم توجيه تركيز التدخلات المبكرة نحو تطوير مهارات الانتباه المشترك التي تعتبر أساسية لتطوير مجالات حيوية أخرى، كالمهارات الاجتماعية واللغوية (Kasari et al. 2010).

ومن التدخلات السلوكية التي تعتمد على تحليل السلوك التطبيقي (Lovaas, 1987) ما يعرف بعلاج الاستجابة المحورية (PRT) Pivotal Response Treatment (PRT)؛ وهو علاج قائم على الأدلة للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد يستهدف مهارات التواصل الاجتماعي، وأبرزها الدافع الاجتماعي (Berman et al. 2018; Koegel & Koegel, 2012) لزيادة

التفاعلات الاجتماعية ومهارات الانتباه المشترك لديهم (Humphries, 2003)، كما أنه يعتمد على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، وبالتالي قد يساعد على خفض الاستجابات السلبية وينمي الانتباه المشترك (JA) Joint Attention ، ويحفز المشاركة الاجتماعية ويساعد في التغلب على أعراض القلق.

وفي ضوء ما يمكن أن يسهم به القصور في مهارات الانتباه المشترك، وتدني المهارات الاجتماعية وارتفاع مستوى القلق لذوي اضطراب طيف التوحد، ونظراً لأهمية الحيوية لتلك المهارات وغيرها من المهارات والقدرات لهؤلاء الأطفال؛ يحاول البحث الحالي تقديم تدخل سلوكي قائم على الأدلة في خفض مستوى القلق وتحسين التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك لدعم نموهم وتوافقهم.

مشكلة البحث:

من الملاحظ أن هناك ارتفاعاً في أعداد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، على الرغم من اختلاف تقديرات انتشار هذا الاضطراب على مستوى العالم، فوفقاً لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها تقدر نسبة الانتشار بين الأطفال بطفل واحد لكل ٦٨ طفل (Centers for Disease Control and Prevention, 2017) كما قدرت المراكز ذاتها أن هناك زيادة في نسبة انتشار التوحد قدرها ١٠٪ في الولايات المتحدة منذ عام ٢٠١٤ (Maenner et al. 2020). أشارت وزارة الصحة السعودية (٢٠١٩) إلى أن هناك واحداً من كل (١٦٠) طفلاً مصاباً بالتوحد. ووفقاً لمركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة (٢٠٢١) فإن تقديرات انتشار اضطراب طيف التوحد في المملكة العربية السعودية تتراوح من (١٧,٣٨٨) في المنطقة الشرقية و(١٠,٥٤٦) في منطقة الرياض إلى (١٥٥) في الجوف، (١٢٤) في نجران (Ebrahim & Alothman, 2021). وبذلك نلاحظ أن هناك ازدياداً واضحاً في عدد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المملكة الأمر الذي يستوجب التدخل.

ويعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من عدم الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها أقرانهم الآخرون، وإذا قاموا بالانتباه لأشياء معينة، فغالباً ما يحدث ذلك من خلال قيام الآخرين بلفت انتباههم. ولذا؛ نجدهم يعانون من المبادأة بالانتباه المشترك والاستجابة إليه، وهذا الإخفاق في الانتباه إلى الأشياء المحيطة بهم أو إلى وجوه الآخرين يجعلهم غير قادرين على التواصل معهم (Ibanez, 2010)، ويقلل من قدرتهم على الحصول على المعلومات الاجتماعية التي تتيحها وجوه الآخرين والتي تلعب دوراً حيوياً في فهم أوجه القصور في السلوك الاجتماعي المصاحب للتوحد.

وللتغلب على جوانب القصور في الانتباه المشترك وصعوبة التواصل مع الآخرين لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وما يرتبط بها من مشكلات تعوق نموهم الاجتماعي وتزيد من قلقهم، فإن التدخل ببرامج علاجية مناسبة قد يكون لها الأثر الإيجابي على جميع جوانب نموهم، والتغلب على صعوبات تواصلهم مع الآخرين وكيفية التعبير عن انفعالاتهم وأحاسيسهم بأكثر من طريقة، ويتم هذا التدخل من خلال تهيئة بيئة داعمة لتعلم مهارات التواصل البصري، والإشارة إلى الأشياء والإيماءات الجسدية والتعليق اللفظي وهذا ما هدفت إليه وأوصت به العديد من الدراسات مثل دراسة "أمين" (٢٠٠٨)؛ ودراسة "بليند وآخرون" (Belind et al., 2007)؛ ودراسة كاساري (kasari, 2006)؛ ودراسة "ريتمان" (Reitman, 2005).

ويمكن أن يكون للقلق عواقب واسعة المدى على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يؤثر على أنشطة الحياة اليومية، ونوعية الحياة، والحضور المدرسي، والتحصيل، وهذا بدوره يؤدي إلى صعوبات للمحيطين بهم (Leyfer et al., 2006)؛ ولذلك كان من المهم فهم الطرق التي يظهر بها القلق لديهم ويؤثر على حياتهم وتقييم فعالية التدخل بدقة. قد ينبع القلق الاجتماعي للأطفال العاديين في مرحلة النمو من الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين لهم، بينما في اضطراب طيف التوحد قد ينبع القلق في المواقف الاجتماعية من المخاوف المتعلقة بانتهاك القواعد المنطقية أو عدم القدرة على التنبؤ بالبيئة الاجتماعية (Zainal et al., 2014)، وبالمثل، في الأطفال العاديين، يعد رفض المدرسة سمة من سمات قلق الانفصال. أما بالنسبة للأطفال التوحد قد ينبع الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة من القلق. يوجد القلق بمستويات أعلى لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مقارنة بأقرانهم العاديين أو المحالين سريريا للقلق (VanSteensel & Heeman, 2017). وهذا ما أكدته حديثاً ماكليمان وآخرون (MacLennan et al. 2020) من أن هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالقلق. وأن المشاكل التي يواجهونها في التفاعل الحسي هي عامل خطر أكبر لتجربة القلق، فقد يكون هناك علاقة بين فرط التفاعل الحسي من جهة والقلق وبعض الرهاب من جهة أخرى. وقد ناقش كل من كيرنس وكيندال (Kerns & Kendall, 2012)؛ وكذلك ساوث وروجرز (South & Rodgers, 2017) كيف تعمل الاختلافات والخبرات المتعلقة بالتوحد على المستويات العصبية البيولوجية والمعرفية العصبية والحسية والنفسية والاجتماعية بشكل مباشر أو غير مباشر على زيادة خطر التعرض للقلق بل وتساهم أيضاً في زيادة مستويات الضيق والرهاب مع وجود أدلة تشير إلى مظاهر متنوعة للقلق لدى الصغار ذوي اضطراب طيف التوحد.

لذا؛ كانت هناك حاجة ماسة لتدخلات سلوكية فعالة قائمة على الأدلة كوسيلة تعمل على تطوير قدرات هؤلاء الأطفال وتنمي مهاراتهم بصورة طبيعية تساعدهم على تغيير تفكيرهم في

المواقف التي تجعلهم قلقين (Siegel, 2003)، وخفض مستويات القلق لديهم ومعدل الأنماط غير المناسبة للسلوك الاجتماعي وتعزز مهارات الانتباه المشترك ومهارات التواصل الاجتماعي لتخفيف أعراض التوحد والسلوكيات المرتبطة به، ولهذا؛ يعد البحث الحالي محاولة جادة لتحقيق ذلك من خلال تقصي فعالية التدخل السلوكي القائم على علاج الاستجابة المحورية، وفي ضوء ما سبق عرضه يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في السؤال الرئيس التالي:

ما فعالية التدخل السلوكي القائم على الأدلة في خفض مستوى القلق وتحسين التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك لدى أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

١. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي؟
٢. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياس البعدي؟
٣. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التواصل الاجتماعي المستخدم في القياس البعدي؟
٤. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي-المتبعي؟
٥. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياسين البعدي-المتبعي؟
٦. هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي في القياسين البعدي-المتبعي؟

أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى خفض مستوى القلق وتحسين الانتباه المشترك وتحسين التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي من خلال التدخل السلوكي القائم على علاج الاستجابة المحورية والكشف عن مدى استمراريته بعد مرور شهر من القياس البعدي.

أهمية البحث:

- **أولاً: الأهمية النظرية:** تتمثل الأهمية النظرية لهذا البحث في عدة عوامل كما يلي:
 - استخدام التدخل السلوكي المبني على الأدلة كاستراتيجيات علاجية فعالة متمثلة في هذا البحث بأسلوب علاج الاستجابة المحورية وتطبيقها مع أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي

في برنامج منظم هادف لخفض مستوى القلق وتحسين مهارات الانتباه المشترك والتواصل الاجتماعي لديهم.

- الأهمية القصوى التي توليها الدول حالياً لرعاية فئة التوحد نظراً لزيادة انتشار هذا الاضطراب بشكل ملحوظ، وذلك لما لهم من خصائص وسمات سلوكية واجتماعية ونفسية ونمائية تعوق نموهم وتفاعلهم؛ لذا يجب دمجهم وتأهيلهم وتقديم الرعاية النفسية والاجتماعية والمادية لهم.

• **ثانياً: الأهمية التطبيقية:** الأهمية التطبيقية لهذا البحث؛ فتتمثل في التوصيات والمقترحات المترتبة على النتائج، والتي قد تخدم المسؤولين عن مراكز الرعاية النهارية والتأهيل الشامل، والباحثين، والمهتمين بمجال التوحد باستخدام واستغلال كافة البرامج والاتجاهات الفعالة لتعليم المهارات الأكاديمية والوظيفية لذوي اضطراب التوحد والوصول بنموهم إلى أقصى حد ممكن.

- تقديم أدوات جديدة يمكن أن تفيد في مجال التوحد وهي (برنامج التدخل السلوكي المقترح - قائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك - مقياس التواصل الاجتماعي) فضلاً عن تعريف وتفنين مقياس القلق لأطفال التوحد إعداد رودجرز وآخرون (Rodgers et al. 2016) على عينة البحث.

مصطلحات البحث:

١. برنامج التدخل السلوكي القائم على الاستجابة المحورية Pivotal Response Program: يعرف إجرائياً في البحث الحالي بأنه برنامج مخطط ومنظم تم تصميمه في ضوء أسس التدخل السلوكي القائم على المبادئ العلمية وفنيات تحليل السلوك التطبيقي المتمثلة في هذا البحث بأسلوب علاج الاستجابة المحورية، وذلك لتقييم مجموعة من الخبرات والمواقف، والأنشطة والمهام المختلفة يتم تقديمها لمجموعة من أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي (عينة البحث)، بهدف خفض مستوى القلق وتحسين مهارات الانتباه المشترك، والتواصل الاجتماعي لديهم.

٢. **القلق Anxiety:** هو بناء متعدد المكونات يتضمن حالات انفعالية أو "وجدانية" مثل (الخوف، عدم الارتياح، والتوتر)؛ وإدراكية (المعتقدات، والأفكار، والصور)؛ والسلوكيات التي تعكس حالة من التوتر مثل (الهروب أو تجنب الموقف، والأنين، والبكاء، والوتيرة)، والاستثارة الفسيولوجية المرتبطة بها كتسارع ضربات القلب (Rodgers et al. 2016)، هذه المكونات تتضافر معاً لخلق شعوراً غير ساراً يرتبط بالخوف أو التردد وعدم الارتياح.

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال عينة البحث على مقياس القلق للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة الحالية.

٣. **التواصل الاجتماعي Social communication**: هو مجموعة من السلوكيات التي تظهر قدرة الطفل على المبادرة الاجتماعية تتمثل في (الاتصال بالعين، الإشارة، الابتسامة، الإيماءات، توجيه الطلب، وتبادل النظرات)؛ والاستجابة لسلوكيات اجتماعية إيجابية للأحداث والخبرات المحيطة به، ومشاركة الآخرين في المواقف الحياتية اليومية (أمين، ٢٠٠٨).

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال عينة البحث على مقياس التواصل الاجتماعي المستخدم في الدراسة الحالية.

٤. **الانتباه المشترك Joint Attention**: هو سلوك تواصلية يعرف بأنه قدرة الطفل على استخدام التواصل البصري والإيماءات في تنظيم الانتباه مع شخص آخر لمشاركته في الاهتمام بالأشياء والأحداث (Volkmar et al., 2011).

أما الباحثان الحاليان فيعرفونه بأنه "قدرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على التعامل مع المثير البصري المقدم لهم، عن طريق توزيع النظر بين المثير وبين الآخرين أثناء القيام بالنشاط المشترك، في وقت محدد".

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال عينة البحث على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك المستخدمة في الدراسة الحالية.

٥. **أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي Autistic Children with High Functional Performance**: يعرفهم "سليمان، وآخرون" (٢٠١٥) بأنهم هؤلاء الأطفال الذين فقدوا تواصلهم مع الآخرين، أو لم يحققوا هذا التواصل قط، وهم منسحبون تماماً، ومنشغلون انشغالاً كاملاً بخيالاتهم وأفكارهم وبأنماط السلوكية النمطية. ويعرف الباحثان أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي إجرائياً بأنهم "عينة من الأطفال الذكور الملتحقين بمركز الرعاية النهارية وتنمية المهارات والقدرات بمحافظة الطائف ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦ - ٨) سنوات، ونسبة ذكاء تتراوح ما بين (٧٠-٨٧) ولديهم تشخيص طبي معتمد بوجود اضطراب التوحد.

محددات البحث:

- **المحددات الموضوعية:** تقتصر الحدود الموضوعية لهذا البحث على الانتباه المشترك والتواصل الاجتماعي والقلق.

- المحددات البشرية: تقتصر الحدود البشرية لهذا البحث على عينة من أطفال التوحد ذوي الأداء الوظيفي المرتفع ممن تنطبق عليهم شروط اختيار عينة البحث.
- المحددات المكانية: تقتصر الحدود المكانية لهذا البحث على بمركز الرعاية النهارية وتنمية المهارات والقدرات بمحافظة الطائف، بالمملكة العربية السعودية
- الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ١٤٤٢/١٤٤٣هـ.

الإطار النظري للبحث

يمكن عرض الإطار النظري لهذا البحث في عدة محاور كما يلي:

أولاً: علاج الاستجابة المحورية (الأساسية): Pivotal Response Treatment

هو علاج سلوكي يعتمد على المبادئ العلمية لتحليل السلوك التطبيقي (ABA)، وهو أحد أساليب التدخل الطبيعي الذي يتركز حول الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسره لزيادة مهارات التواصل الاجتماعي والسلوك الاجتماعي الملائم وتعليم السلوك الوظيفي للتواصل واللغة واللعب (Humphries, 2003)، وخفض القلق، في إطار بيئة التعلم الطبيعية من خلال التعزيزات الطبيعية.

تم تطوير علاج الاستجابات المحورية لإيجاد أساليب أكثر كفاءة وفعالية للتدخل عن طريق تعزيز أربعة متغيرات أساسية هي: الدافعية، الاستجابة لمنبهات أو مثيرات متعددة، الإدارة الذاتية، والمبادرة الذاتية. وهي المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد. ويساعد على الحد من الاستجابات السلبية، ويستخدم لتنمية المهارات الأساسية التي هي ضرورية لمهارات عديدة أخرى، وتحسن الطفل في إحدى هذه المهارات الأساسية، يعني أنه سيتحسن في سلوكيات متنوعة أخرى لم يدرج عليها من قبل، حتى يتعلم الطفل كيفية استنتاج الجواب أو الرد الصحيح. (Koegel & Koegel, 2006). يقوم علاج الاستجابة المحورية على مبدأ أن الطفل هو المتحكم بالعلاج وليس الأخصائي أو الوالدين. ويتم استخدام استراتيجيات الدافعية (التحفيز) بكثرة خلال فترة التدخل والتي تشمل: طرح المهمات المختلفة، إعادة النظر في المهمات للتأكد من أن الطفل اكتسب المهارة بشكل جيد، المكافأة عند المحاولة، واستخدام المعززات الطبيعية. ويكون للطفل دور أساسي في تحديد الأنشطة والأعمال التي ستستخدم في البرنامج، وعادةً ما يتم تطبيق هذا الأسلوب العلاجي بواسطة الأشخاص المؤهلين كمعلموا التربية الخاصة، الأخصائيين النفسيين (Koegel et al., 2011)

ولقد حدد "كويجل، وكويجل" (Koegel & Koegel, 2006). أربع مجالات رئيسية يتم التركيز عليها في التدريب على أسلوب الاستجابة المحورية كالتالي:

- المجال الأول (تحسين معدل الدافعية لدى الطفل): يرتبط تحسين الدافعية لدى الطفل بزيادة

القدرة على الاستجابات للمحفزات البيئية، وخفض معدل التأخر في الاستجابات وكذلك معدل التقلبات الانفعالية، وحيث أن انخفاض الدافعية يعد من السمات الرئيسة لأطفال التوحد، فقد اتضح أن هذا يؤثر على التواصل والانتباه والتفاعلات الاجتماعية.

– **المجال الثاني (الاستجابات للمنبهات والمثيرات المتعددة):** يركز على تعليم الأطفال كيفية الإستجابة إلى العديد من المنبهات بهدف تمكينهم من تعميم هذه المهارة في مواقف متعددة، مثل المنزل، والمدرسة، والمجتمع، بالإضافة إلى تيسير التعلم، وغالباً ما نجد استجابات الأطفال التوحديون تكون قاصرة على مجموعة محدودة من العناصر والمنبهات غير المترابطة في بيئاتهم الخاصة، وهو ما يطلق عليه مصطلح "الاختيار المفرط للمثيرات" ولهذا السبب، فإن التعليمات الصادرة إلى الطفل يجب أن تتضمن أكثر من مثير واحد بحيث يتوجب على الطفل الانتباه إليها، وبالتالي فإن الدروس التي تتضمن العديد من المحفزات تقدم للأطفال توجيهات تحتوي على أكثر من عنصر. يستطيع المعلمون أو الوالدين التركيز على عدد من المثيرات في كل مرة والتأكد من أن المثيرات التي يقع عليها الاختيار تتميز عن غيرها من المثيرات في بيئة الطفل، فمثلاً، يمكن أن يطلب الباحث الأول من الأطفال القيام بتصنيف العربات الدمية من حيث اللون في عدة سلال، وفي هذه الحالة، يستجيب الأطفال لمثير اللون ويقومون بالتمييز الصحيح.

– **المجال الثالث (زيادة القدرة على التحكم في الذات):** ويركز على تعليم الأطفال كيفية إدراك ما هو السلوك غير المرغوب، وجمع البيانات المتعلقة بسلوكهم، والقيام بالتعزيز الذاتي قبل طلب المكافأة من الغير. ويكمن الهدف من تنمية مهارات التحكم في الذات في: تمكين طفل التوحد من المتابعة الذاتية لنفسه، وتنمية المسؤولية الذاتية عن التحكم في سلوكه، واستخدام المكافأة الذاتية.

– **أما المجال الرابع (المبادرات الذاتية):** فيركز على تعليم الأطفال القيام بالمبادرات الناتجة طبيعياً من المثيرات البيئية. ويتضمن التدريب على المبادرة الذاتية في المقام الأول تعليم الأطفال طرح الأسئلة التلقائية بهدف الحصول على المعلومات. وتشمل أسئلة المبادرة الذاتية الأسئلة ذات النهايات المفتوحة، وأسئلة طلب المساعدة، وطلب المعلومات.

المكونات الرئيسة لأسلوب التدريب على مهارات الاستجابات المحورية:

- الاختيار (تحكم مشترك بين الباحثين والأخصائي والأطفال لزيادة معدل الدافعية).
- تعليمات وفرص واضحة ومتواصلة (يجب التأكد من اهتمام الطفل).
- تعزيز المحاولات الصحيحة والقريبة من الصحة.

- التعزيز السلوكي الطبيعي باستخدام عنصر له علاقة بالسلوك المرغوب (يأخذ الطفل الكرة عند صدور تعليمات له بذلك بدون مديح. يختار الطفل الموضوع المستخدم في إصدار التعليمات بغرض زيادة الدافعية)
- تقديم أمثلة أو مكونات متعددة (مثل استخدام شيئين مختلفين ولكن يربط بينهما فعل واحد، وعلى سبيل المثال تقول، "ادفع الكرة" ثم "ادفع السيارة. وكذلك يعني استخدام كلمات إضافية مثل "سرورال جديد" بدلاً من "سرورال" و"ملابس جديدة" بدلاً من "ملابس"). يتم ذلك بغرض زيادة القابلية للاستجابة للمؤثرات المركبة.

ثانياً: القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

يعرف القلق بأنه أحد أكثر الحالات المتزامنة شيوعاً لدى الصغار ذوي اضطراب طيف التوحد، ونظراً لقصور التواصل والإدراك الذي يميز هذه الفئة فإنه يصعب تحديد أعراض القلق لديهم لصعوبة الإبلاغ شفها عن ذلك؛ وبالتالي يفضل مراقبة هذه السلوكيات مباشرة فالملاحظة المباشرة غالباً ما توفر معلومات دقيقة حول السلوكيات التي يظهرونها عندما يكونون قلقين (Moskowitz & Braconnier 2022). يشعر أطفال التوحد بالمخاوف نفسها التي يشعر بها الأطفال الآخرون، لكنهم يشعرون بالتوتر أكثر من الآخرين ويظهر القلق بطرق غير عادية بشأن أشياء أقل إثارة للقلق مثل الخوف من رؤية الأنابيب المكشوفة، أو حدوث تغيرات في الروتين اليومي، أو أحاسيس جديدة قد يشعرون بها في أجسادهم؛ كذلك من المواقف الاجتماعية غير المألوفة أو غير المتوقعة؛ والمواقف التي يصعب فيها معرفة ما يفكر فيه الآخرون أو يشعرون به؛ أفكارهم ومشاعرهم، خاصةً الأعراض الجسدية غير المألوفة أو غير السارة المرتبطة بالأفكار والمشاعر المقلقة؛ حدوث تغييرات في البيئة المحيطة بهم؛ الحساسية لضوء معين، أو الأضواء الساطعة أو النكهات المحددة أو قوام الطعام؛ الخوف من شيء معين كالنوم في الفراش أو البالونات.

أعراض القلق عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

- **الأعراض الجسدية:** تسارع معدل ضربات القلب؛ الشعور بضيق في التنفس؛ الشعور بالاضطراب والضيق؛ الشعور بالاهتزاز؛ التعرق والشعور بالمرض.
- **الأعراض السلوكية:** البحث عن الكثير من الطمأنينة؛ تجنب المواقف والأشياء -مثل رفض الذهاب إلى المدرسة؛ الانهيارات والانفجارات ونوبات الغضب؛ الإفراط في التفكير في الأشياء و"التعثر"؛ تفضيل قوي للروتين والتماثل؛ سلوك متكرر مثل التأرجح أو التذبذب أو الخفقان؛ الروتين أو اللعب الهوس؛ الهروب؛ إيذاء النفس.

• **المثيرات:** كل شخص يعاني من القلق بشكل مختلف ولكن هناك بعض المحفزات الشائعة للأشخاص المصابين بالتوحد؛ عدم اليقين والتغيير؛ المحفزات الحسية، مثل الضوضاء أو الرائحة؛ الأوضاع الاجتماعية؛ التوقعات والضغط والمطالب؛ توقع مواقف محددة (مثل المدرسة أو العمل)؛ مخاوف محددة مثل الحشود أو الكلاب أو الإبر.

تشمل الأعراض الرئيسية لاضطراب القلق ما يلي: عدم تحمل عدم اليقين. يتجلى هذا النوع من القلق من خلال ردود الفعل العاطفية والمعرفية والسلوكية السلبية على المواقف غير المعروفة. استنادا إلى الأدبيات المذكورة أعلاه، غالبا ما يشعر الأطفال المصابون بالتوحد بالوحدة، كما أنهم يواجهون مشاكل في التواصل الاجتماعي مع الآخرين. مثل هذه المشاكل تجعلهم يشعرون بالارتباك بشأن البيئة المحيطة وتزيد من مستوى القلق مع إعتبار أن شدة أعراض التوحد تختلف من طفل لآخر (Rodgers et al. 2019) وأن احتمالية اصابتهم بواحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية المتزامنة، والضعف الاجتماعي، والضيق المتصور أكثر من أقرانهم العاديين (McCauley et al., 2020; Rosen et al., 2018) وجدت دراسة طولية حديثة أجراها مكولاي وآخرين (McCauley et al. (2020)، أن 63% من الصغار ذوي طيف التوحد أظهروا أعراضًا مرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والقلق والاكتئاب.

يدرك الباحثون ومقدمو الخدمات بشكل متزايد القلق باعتباره أحد أكثر المشكلات شيوعًا للأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد (White et al., 2009)؛ تشمل اضطرابات القلق، التي تتميز بالضيق والضعف المرتبط بالخوف المفرط و/أو القلق، فئات مثل اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder، والرهاب المحدد Specific phobia، واضطراب قلق الاجتماعي Social anxiety disorder، واضطراب قلق الانفصال Separation anxiety disorder، والخرس الانتقائي Selective mutism، واضطراب الهلع Panic disorder، ورهاب الخلاء Agoraphobia (APA, 2013)

في دراسة حديثة أجراها كيرنس وآخرون (Kerns et al. (2021) وجد أن حوالي 69% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مستوى عالي من القلق عند تقييمهم. قد لا يزال هذا الانتشار المبلغ عنه يمثل تقديرا أقل من القلق لذوي اضطراب طيف التوحد، نظرا للميل إلى عزو أعراض القلق إلى اضطراب التوحد نفسه، فضلا عن الصعوبات الكامنة في تقييم القلق داخل هذه الفئة من السكان (White et al., 2009)، هناك العديد من السمات المميزة لاضطراب طيف التوحد، بما في ذلك السلوكيات المقيدة والمتكررة، وعجز المهارات الاجتماعية، التي تهيئهم لمستويات أعلى من القلق أو التجارب المثيرة للقلق؛ على وجه الخصوص، ارتبط "عدم تحمل عدم اليقين بمستويات أعلى من القلق (Rodgers et al., 2012). أيضاً، قد

تكون العلاقة بين خصائص التوحد والقلق ثنائية الاتجاه، مما يشير إلى أن القلق قد يسبب أو يساهم في هذه السلوكيات النمطية المتكررة وفي عجز المهارات الاجتماعية (White et al., 2014). هؤلاء الأطفال معرضون لخطر العزلة الاجتماعية في البيئة المدرسية والفشل المدرسي، وأكثر عرضة لخطر مشكلات الصحة النفسية، وخاصة اضطرابات القلق الاجتماعي، مقارنة بالأطفال العاديين. ومن هنا؛ يمكن القول إن خفض مستوى القلق قد يخفض من السلوك المرتبط بخصائص التوحد

ثالثاً: التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يعتبر ضعف التواصل الاجتماعي عرضاً واضحاً يشير إلى وجود اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال، نظراً لقصورهم في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعدم رغبتهم في صحبة الآخرين، أو تلقي الحب والمودة منهم، أو الاقتراب منهم، وقصور في الاستجابة لانفعالات الوالدين وتبادل نفس المشاعر معهم، وقصور الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات محيطية بهم، ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس، ويضيف خطاب (٢٠٠٥، ١٥)؛ أن طفل التوحد يعاني من شعور بالوحدة، وعدم الاستجابة للآخرين، أو الاندماج معهم وبالتالي عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم. تشير الجلبي (٢٠٠٥) إلى ثلاثة مجالات يمكن أن تحدد قصور السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد كالتالي:

- أ. **التجنب الاجتماعي:** يتمثل في هروب هؤلاء الأطفال من الآخرين الذين يرغبون في التفاعل معهم ورفضهم كل أشكال التواصل الاجتماعي معهم.
 - ب. **اللامبالاة الاجتماعية:** أطفال التوحد يُوصفون بأنهم غير مباليين، ويفتقرون إلى الشعور بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.
 - ج. **الإرباك الاجتماعي:** صعوبة الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.
- يعاني أطفال التوحد عجزاً في مهارات التفاعل الاجتماعي التبادلي، ومهارات التواصل ووجود السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المقيدة (Bildt et al. 2005) ويرى وايس (Weiss, 2007) أن المهارات الاجتماعية من أكثر الأهداف الملحة التي يحتاجون إلى تعلمها لأنها تمثل الأساس لنجاح هؤلاء الأطفال. ويرى ستيدلي، وآخرون (Steadly et al. 2008) أن المهارات الاجتماعية لدى طفل التوحد هي مجموعة من القدرات التي تسمح لهذا الطفل بإبتداء وتحقيق العلاقات الاجتماعية الإيجابية، وتقبل الأقران، وتحقيق التكيف في المدرسة، والتفاعل مع البيئة الاجتماعية الأكبر. وحسب ما ذكره تساو وأودوم (Tsao & Odom 2006)

تكون مهارات التواصل الإجتماعي لديهم حصيلة مجموع المبادرات الإجتماعية الإيجابية، والاستجابات الإجتماعية الإيجابية.

يحتاج أطفال التوحد إلى الدعم والمساندة الاجتماعية من المحيطين بهم، وفي هذا السياق يوضح سيكلوس وكيرنس (Siklos & Kerns, 2006) أن الدعم الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد هي المعلومات التي تقود الأطفال إلى الاعتقاد بأنهم ينالوا العناية والاهتمام والتقدير من الآخرين، وبأنهم محبوبون وذوو قيمة وأهمية في شبكة الواجب والالتزام والتواصل المشترك. بينما يري سميث وآخرون (Smith et al. (2010؛ وكونروي وآخرين Conroy et al. (2007) أن تنمية مهارات التواصل والفهم الإجتماعي لدى أطفال التوحد يعد تحدياً يواجه الآباء والمعلمين، والعاملين في ميدان الدعم والمساندة.

رابعاً: الانتباه المشترك Joint Attention:

عرف كلاً من "سوليفان" (Sullivan et al., 2007)، و"موراى؛ وآخرون" (Murray et al., 2008)، الانتباه المشترك على أنه مهارة أساسية تنمو وتتطور مبكراً لدى الأطفال، يتم فيها بناء نسق اجتماعي مع الآخرين، ومشاركة الخبرات معهم، حيث أوضحوا أن الانتباه المشترك يحدث عندما ينظر شخصان لنفس الشيء، مع التزامن بين المشاركين في الانتباه بين هذا الشيء وبين الشخص الآخر، ويتم ذلك من خلال العديد من المهارات التي تتضمن (الاستجابة للآخر، المبادرة بطلب شيء، الاتصال بالعين، تحول النظرة، الإشارة على شيء). ويؤثر الانتباه المشترك في العديد من مظاهر النمو (المعرفي-الاجتماعي-اللغوي-الانفعالي).

ينقسم الانتباه المشترك إلى قسمين هما:

(أ). الاستجابة للانتباه المشترك Responding to joint attention: وتشير إلى إستجابة الطفل ذو اضطراب التوحد لمحاولات الآخرين في المبادرة بالاهتمام المشترك كأن يستخدم الإشارة، أو أن يلتفت في اتجاه الشخص الآخر، أو أن يحول نظره إليه.

(ب). المبادرة بالاهتمام المشترك Initiating joint attention: وتشير إلى استخدام الطفل للانتباه المشترك إما منفرداً أو مشتركاً من خلال اتصال العين أو التحديق أو الإشارة. والقدرة على المشاركة في هذه التفاعلات الاجتماعية المتبادلة والمتمركزة حول نقطة مشتركة مهمة جداً لنمو اللغة (Meindl & Cannella-Malone, 2011). ولذا؛ يجب تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد استخدام الإشارة لطلب الأشياء، فعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال لا يستعملون الإشارة على الإطلاق، فإن نسبة كبيرة منهم، تتطور لديه مع الوقت مهارات الإشارة لطلب الأشياء. ويعتمد الأطفال ذوو اضطراب التوحد على إحضار الأشياء في مجالهم البصري لتوجيه انتباههم إليها بدلاً من التلميحات الاجتماعية من قبل الراشدين

(Leekam et al., 2000). إن مبادأة الانتباه المشترك باستخدام تحويل النظر، والإشارة تتوقع أن تظهر في الفترة من ٩-١٢ شهر (Hood et al., 1998) وفي هذه المرحلة المبكرة يتم تدعيم الانتباه المشترك من خلال التفاعل بين الأم وبين الطفل، فالطفل يربط بين الكلمات والأشياء، وتفسير الإيماءات التواصلية للآخرين (Abels & Ted, 2015) وهناك قصور محدد بين كل من طفل التوحد والبالغ، وبين الطفل والبالغ والهدف في الانتباه المشترك يظهر تقريبا في عمر (٤) سنوات.

من المعروف أن أطفال التوحد يختلفون عن الأطفال العاديين في عملية التواصل المبكر مع والديهم حيث ينشأ التواصل المبكر مع الوالدين للأطفال العاديين عن مشاركة الانتباه إلى الأشياء التي تدور حولهم بينما ذوي اضطراب التوحد من غير المحتمل أن يبادرون بدعوة والديهم إلى مشاركتهم بعض الاهتمامات، كما أنهم لا ينظرون إلى والديهم مثلما ينظرون إلى ألعابهم، ولن يقدموا لهم الأشياء فهم يهتمون بالأشياء والموضوعات والأحداث التي تقع تحت إحساساتهم المباشرة، لذا؛ قد يكون انتباههم أقل أو لا يوجد انتباه لما يفعله الآخرون (Lewis et al., 2000)

مؤشرات العجز في الانتباه المشترك عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

من أهم هذه المؤشرات، الفشل في تتبع نظرات الأشخاص الآخرين، والنظر إلى حيث يشير الآخرون، إضافة إلى انخفاض سلوك الإشارة للأشياء، وعدم الاستجابة لمناداة أسمائهم، والعجز في تتبع اتجاهات الرأس للآخرين، ونقص في البحث التلقائي عن مشاركة الاهتمامات- الإنجازات مع الآخرين، كذلك عدم جذب انتباه الآخرين للمواضيع أو أحداث محيطية، واستخدام الإشارة لطلب شيء معين بدلاً من المشاركة في شيء ما (Warreyn & Roeyers, 2014). أشارت دراسة هرويتز وواتسون (Hurwitz & Watson, 2015) إلى وجود علاقة وثيقة بين العجز في الانتباه المشترك عند الأطفال التوحديين والعجز في التفاعلات الاجتماعية لديهم، ويفسر ذلك بأن العجز المبكر في الانتباه المشترك يحرم هؤلاء الأطفال من إدراك المعلومات الاجتماعية مبكراً، والحصول على المكافآت أو المحفزات نتيجة التفاعلات الاجتماعية المبكرة.

وظيفة الانتباه المشترك:

تتمثل الوظيفة الأساسية للانتباه المشترك في التواصل غير اللفظي مع الآخرين، حيث يشترك فيه الطفل مع شخص آخر في الاهتمام بشيء ما (Boucher, 2007). أما وظيفته من الناحية الاجتماعية فهي إثارة دافعية الطفل لمشاركة الآخرين في الانتباه للموضوعات في البيئة حولهم؛ وبذلك يصبح الانتباه المشترك نقطة البداية للفهم الاجتماعي لدى الطفل وإدراكه للعلاقات التي تربط بين المتغيرات الاجتماعية في بيئته.

أهمية تعليم الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يتعلمون مهارات الانتباه المشترك بشكل تلقائي كأطفال العاديين، ولذا؛ فهم يحتاجون إلى تعلمها بشكل واضح ومباشر من خلال تدخلات علاجية تستهدف مثل هذه المهارات لما لها من تأثير مباشر على تطور اللغة والنمو الاجتماعي وخفض القلق (Baron-Cohen et al., 1997) وحيث أن الصغار يقضون معظم أوقاتهم في تفاعلات مع أمهاتهم تتم وجهاً لوجه بحيث يكون تركيز الطفل على أمه وتركيز الأم على طفلها، وتكون تحديقة العينين وتعبيرات الوجه وتبادل المشاعر هي العناصر الأساسية. وعندما يصل الطفل إلى سن خمسة أو ستة أشهر تبدأ هذه التفاعلات تأخذ اتجاهاً جديداً بإضافة شيء ثالث كلعبة أو دمية يركز عليها الطفل والأم معاً ويعرف هذا التفاعل بالانتباه المشترك (الشامي، ٢٠٠٤).

بحوث ودراسات سابقة

فيما يلي يستعرض الباحثان ما أتيج لهما من دراسات عربية وأجنبية في مجال البحث:

تناولت دراسة "ثورب، وآخرون" (1995) Thorp et al. الكشف عن أثر استخدام علاج الاستجابات المحورية في تحسين اللعب الاجتماعي الدرامي لدى ثلاثة من الأطفال التوحديين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٥ - ٩) سنوات، تم قياس كل من مهارات اللعب، والسلوك الاجتماعي، والمهارات اللغوية قبل وبعد تقديم التدخل، وبعد مرور ثلاثة أشهر، خلصت النتائج إلى وجود تغيرات إيجابية في اللعب، واللغة، والمهارات الاجتماعية، وقد تم تعميم هذه الألعاب مع مختلف الدمى والمواقع، بالرغم من وجود قدر ضئيل من التعميم مع غير المشاركين من شركاء اللعب.

كما تناولت دراسة "بيرس؛ وسكريمان" (1997) (Pierce & Schreibman) الكشف عن فعالية التدريب على علاج الاستجابات المحورية في تنمية السلوك الاجتماعي لزملاء الفصل ذوو اضطراب طيف التوحد، لدى اثنين من الأطفال تراوحت أعمارهما من (٧ - ٨) سنوات باعتبارهم من الأقران العاديين، صممت الدراسة للتأكيد على نتائج دراسة سبق إجراؤها عن التدخل الناجح لتعلم المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين باستخدام تدريب الأقران. بغرض تقييم أثر المدربين المتعددين من الأقران على تعميم النتائج العلاجية. أثناء التدريب، تم تعليم الأقران أسلوب الاستجابات المحورية باستخدام التلقين، والمحاكاة، وتبادل الأدوار، والتغذية الرجعية، خلصت نتائج الدراسة إلى فعالية علاج الاستجابات المحورية في تنمية السلوك الاجتماعي.

وهدفت دراسة "كويجل وآخرون" (1999) Koegel et al. إلى الكشف عن فعالية الاستجابات المحورية في تعليم الأطفال (١٠) أطفال ذوو اضطراب طيف التوحد المبادرات الذاتية تراوحت أعمارهم ما بين (٢-٣) تم تحليل البيانات الأرشيفية لستة من الأطفال. وقد أوضحت النتائج تعلم هؤلاء الأطفال مجموعة متنوعة من المبادرات الذاتية وحققوا نتائج ايجابية مرتفعة.

كما تقصت دراسة "جونز، وآخرون" (2006) Jones et al. فعالية التدخل القائم على الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد، يستعرض هذا البحث نتائج ثلاث دراسات متسلسلة في الدراسة الأولى، أظهر معلموا مرحلة ما قبل المدرسة فعالية أساليب التدريس التجريبي الفردي باستخدام استراتيجيات علاج الاستجابات المحورية لتعليم الانتباه المشترك لدى (٥) من أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (٢-٣) سنوات. وفي الدراسة الثانية، قام والدا اثنين من الأطفال الخمسة بتعليم أولادهم الانتباه المشترك في المنزل وفي المجتمع. أما الدراسة الثالثة، فقد أثبتت أن الخطوات الإضافية التي تعتمد على علاج الاستجابات المحورية قد نتج عنها تحسناً كبيراً في استخدام اللغة المعبرة عن الأطفال علاوة على تحسن القدرة على التواصل الاجتماعي.

وحاولت دراسة "بيكر، وآخرون" (2007) Baker et al.، تقييم كفاءة علاج الاستجابات المحورية في صورة برنامج تربوي موجه للوالدين لدى (١٥٨) أسرة من أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد تراوحت أعمارهم من (٢-٩) سنوات، أظهرت النتائج تحسن كافة الأطفال المشاركين بدرجة ملحوظة في السلوك الوظيفي الهادف إلى التكيف. وكانت أقل معدلات الإعاقة التعليمية في اكتساب المهارات للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات وذلك في مرحلة ما بعد التدخل.

كما استهدفت دراسة أمين (٢٠٠٨) الاكتشاف المبكر لضعف مهارات الانتباه المشترك بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، اختبار مدى فعالية برنامج للتدخل المبكر في تنمية الانتباه المشترك لديهم، واختبار أثر ذلك على تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهم بعد تطبيق البرنامج، لدى (٦) أطفال من الذكور، وأشارت النتائج إلى فعالية برنامج التدخل المبكر في تحسين الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد، إسهام البرنامج في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد كنتيجة لتحسن الانتباه المشترك.

في السياق ذاته، تقصت دراسة "لكفيتش" (2008) Luckevich، فعالية برنامج لتعليم طفل روضة واحد ذوو اضطراب طيف التوحد اللغة والانتباه المشترك باستخدام الحاسوب، والتعرف على كيف يؤثر البرنامج الذي يعرض صوراً للأشياء على اكتساب وتعميم الطفل

للکلمات الجديدة، وكيف تؤثر النصوص المصاحبة للصور المعروضة في البرنامج على الطفل، أحرار الطفل تقدماً في تعلم أسماء الأشياء، وأظهر مهارات إضافية أبعد من التي قدمها البرنامج، كما أظهر تحسناً في مهارات الانتباه المشترك، والتركيز على المهمة التعليمية، والتقليد اللفظي والحركي.

واستهدفت دراسة "كاسري وآخرون" (2008) Kasari et al. التنبؤ من خلال قدرة الانتباه المشترك واللعب الرمزي بالحصيلة اللغوية لدى الأطفال التوحد بعد مرور سنة، واختبار مدى فعالية كل منهما في تنمية الحصيلة اللغوية، وأجريت الدراسة على (٥٨) طفلاً من أطفال الروضة، أعمارهم من (٣-٤) سنوات. تم توزيعهم عشوائياً على (٣) مجموعات؛ الأولى تجريبية أولى يطبق عليها برنامج للتدريب على الانتباه المشترك، والثانية تجريبية ثانية يطبق عليها برنامج للعب الرمزي، والثالثة ضابطة، استغرق البرنامجين التدربيين فترة تراوحت ما بين (٥-٦) أسابيع بواقع (٣٠) دقيقة يومياً، أظهرت المجموعتين التجريبيتين تحسناً في اللغة التعبيرية مقارنة بالضابطة، وتحسن في الحصيلة اللغوية بين مجموعة الانتباه المشترك ومجموعة اللعب الرمزي. تناولت دراسة "كوليكان؛ وآخرون" (2010) Coolican et al. تدريب مختصر للوالدين على علاج الاستجابة المحورية لتدريب أطفال ما قبل المدرسة ذوي اضطراب طيف التوحد لدى (٨) أسر، قدمت الدراسة برنامجاً تدريبياً مختصراً (بإجمالي ٦ ساعات) تم قياس كل من القدرة الوظيفية للطفل ومدى قدرة الوالدين على التطبيق الكامل لخطوات الاستجابات المحورية على أساس تصميم قياس متعدد للأسر لبيان تطور الأداء من نقطة البداية حتى اكتمال البرنامج. لوحظ تحسن متوسط فقط في أداء الطفل، وكان معدل أداء الوالدين مرتفع في الالتزام بكافة خطوات البرنامج العلاجي، حققت (٥-٨) من الأسر ما يزيد عن ٦٠٪ من الدقة بعد فترة متابعة بلغت ٤ أشهر.

واستهدفت دراسة "سميث؛ وآخرون" (2010) Smith et al. الكشف عن فعالية نموذج التدخل السلوكي المبكر القائم على المشاركة المجتمعية في علاج أطفال التوحد لدى مجموعتين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد عددهم (٤٥) تلقوا التدخل السلوكي المكثف على الاستجابات المحورية قدمه مجموعة من المتخصصين بالإضافة إلى الوالدين، لمدة (١٢ شهراً)، توصلت النتائج إلى وجود تحسناً ملحوظاً في التواصل الاجتماعي ومعدل الذكاء وانخفاض معدل السلوك المشكل. وانخفاض أعراض التوحد لذوي الذكاء الأعلى بدرجة أكبر من ذوي الذكاء المحدود.

وهدف دراسة "نيفدت" (2010) Nefdt et al. إلى استخدام برنامج التعلم القائم على التوجيه الذاتي لتقديم التدريب التمهيدي على علاج الاستجابات المحورية لوالدي أطفال التوحد،

وأوضحت هذه الدراسة آثار برامج التوجيه الذاتي في تعليم علاج الاستجابات المحورية للوالدين على كل من قدرة الوالدين على التطبيق الصحيح لخطوات البرنامج بالإضافة إلى أثره على النطق الوظيفي، باستخدام تصميم تجريبي إكلينيكي عشوائي، أظهر عدد (١٣) من الوالدين المشاركين في المجموعة التجريبية زيادة القدرة على التطبيق الصحيح لخطوات الاستجابة المحورية، كما أظهر أطفالهم زيادة ملحوظة في عدد الكلمات المنطوقة بطريقة صحيحة مقارنة بالمجموعة الضابطة.

أما دراسة كل من "فيلدمان؛ وماتسو" (Feldman & Matos (2012) فقد هدفت إلى تحديد إمكانية تدريب شبه المهنيين على إجراءات زيادة التواصل الاجتماعي للأطفال التوحد باستخدام علاج الاستجابة المحورية، مع ثلاث من الأخصائيين (شبه المهنيين) في بعض المدارس العامة، كل أخصائي كان يقدم الدعم إلى طفل التوحد في البيئة المدرسية في معظم المواقف خلال اليوم الدراسي، تراوح عمر الأطفال ما بين (٥ - ٨) سنوات، وباستخدام أسس عريضة متعددة لعينة الدراسة تلق كل اختصاصي التدريب القائم على علاج الاستجابة المحورية لتحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال مع أقرانهم في المدرسة، أظهرت النتائج إجابة الاختصاصيين لاستخدام أسلوب علاج الاستجابة المحورية مع الأطفال وزيادة مطردة في مستويات التواصل الاجتماعي.

كما هدفت دراسة "ستينر؛ وآخرون" (Steiner et al. (2013) إلى تحديد كفاءة الوالدين في استخدام علاج الاستجابة المحورية مع ثلاثة أطفال رضع معرضين للإصابة باضطراب التوحد لمحاولة زيادة التواصل الوظيفي، يبلغون جميعهم (١٢) شهراً من العمر. وكان لكل طفل منهم شقيق أكبر منه سناً ذو توحد، ولديه علامات مبكرة للتأخر في الوظائف اللغوية والاجتماعية، تم قياس التواصل الوظيفي لكل منهم قبل وبعد تدريب الوالدين على التدخل باستخدام علاج الاستجابة المحورية وتنفيذها بشكل دقيق. وجدت النتائج أن جميع الأطفال كان لديهم مستويات منخفضة من التواصل الاجتماعي واللغوي قبل التدخل، لكنها تحسنت بعد التدخل بالاستجابة المحورية.

وتناولت دراسة "الشخص؛ محمد؛ شند" (٢٠١٥) الكشف عن أثر برنامج تدريبي مقترح لتنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي متلازمة اسبرجر واضطراب التوحد مرتفعي الأداء، تكونت عينة البحث من (٦) أطفال من ذوي اضطراب التوحد، (٦) أطفال من ذوي متلازمة اسبرجر، تكونت أدوات البحث من (مقياس التفاعل - برنامج تدريبي)، كشفت نتائج البحث عن وجود فروق ذات دلالة الاحصائية على مقياس التفاعل الاجتماعي لصالح الأطفال ذوي متلازمة اسبرجر.

هدفت دراسة "سالم" (٢٠١٥) إلى خفض القلق من خلال برنامج إرشادي بهدف خفض السلوك النمطي التكراري لدى (٥) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٥٩-٦٩)، وتتراوح أعمارهم ما بين (٨-١١) عام ونسبة اضطراب التوحد لديهم متوسطة، تم اختيارهم من معهد التربية الفكرية بمدينة الطائف، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية على مقياس تقدير القلق والدرجة الكلية للمقياس في القياس البعدي للمجموعة التجريبية. أجرى "ديفويس، وآخرون" (2017) Duifhuis et al. دراسة شبه تجريبية للكشف عن تأثير علاج الاستجابة المحورية (PRT) مقابل العلاج المعتاد (TAU) Treatment as usual في أعراض التوحد على عينة قدرها (٢٣) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، منهم ١١ طفلاً خضعوا لعلاج الاستجابة المحورية و(١٣) خضعوا للعلاج المعتاد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣-٨ سنوات. تم حساب الفرق بين المجموع الكلي للعينتين على جدول مراقبة تشخيص التوحد في مرحلة ما قبل العلاج وبعده. أظهرت النتائج تحسن الأطفال في حالة PRT بحجم تأثير أعلى مقارنة بمجموعة العلاج المعتاد. وتفوق علاج الاستجابة المحورية في تحسين درجة أعراض التوحد لدى الأطفال.

وتناول "كامل" (٢٠١٧) في بحثه الكشف عن أثر التدريب الانتباه المشترك في تحسين المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفة، تكونت عينة البحث من (٨) أطفال تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين (تجريبية-ضابطة)، وباستخدام (مقياس المهارات الاجتماعية؛ ومقياس التواصل اللفظي؛ وبرنامج التدريب للانتباه المشترك)، وجدت فروق جوهرية في المهارات الاجتماعية والتواصل لصالح المجموعة التجريبية. وقيمت دراسة "لي وآخرون" (2017) Lei et al. التغيير في القلق بعد تجربة مفتوحة لمدة ١٦ أسبوعاً لعلاج الاستجابة المحورية لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم بين ٤-٨ سنوات. لتقليل الخلط بين القلق والأعراض الأخرى المتزامنة مثل السلوك التخريبي والنشاط الزائد، تم قياس القلق باستخدام قائمة أعراض قلق الأطفال والمراهقين Sukhodolsky et al. (2008). لوحظ انخفاضاً كبيراً في القلق على مدى ١٦ أسبوعاً من التدخل بعلاج الاستجابة المحورية علاوة على ذلك، كان الحد من القلق مستقلاً عن التغيرات في شدة أعراض التوحد.

استكشف شايوهان وآخرون (2018) Chauhan et al. العلاقة بين مستوى القلق ودرجة الذكاء بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لدى عينة مكونة من ٥٠ مشاركاً. تم استخدام مقياس CASI للقلق. تم إجراء تحليل العوامل وجدت هناك علاقة إيجابية بين درجة

الذكاء ومستوى القلق بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. بمعنى آخر، كلما ارتفعت درجة الذكاء، زاد قلق الطفل.

طور رودجرز وآخرون (Rodgers et al. (2019) أول برنامج تدخل يستهدف استكشاف تأثير عدم تحمل عدم اليقين على مستوى القلق بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المملكة المتحدة. تكونت العينة من عدة آباء لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في أعمار تتراوح ما بين ٦-١٦ عاماً. وجد أن حوالي ٥٠٪ من الأطفال يعانون من القلق. وأن القلق يؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية لعائلاتهم. كما أن عدم تحمل عدم اليقين يؤثر على مستوى القلق لدى الأطفال.

هدفت دراسة "فخرو وغريب" (Fakhrou & Ghareeb (2020) إلى استكشاف مستوى القلق لدى عينة مكونة من (٢٥٠) طفلاً من الإناث والذكور ذوي اضطراب طيف التوحد بقطر التي قد تعزى إلى (الجنس أو المرحلة المدرسية أو نوع المدرسة أو نوع الأسرة)، وجدت مستويات القلق أعلى في أطفال المدارس الخاصة. والذين يعيشون في عائلات توفي فيها أحد الوالدين أو كليهما.

أما دراسة "ماكلينان وآخرون" (MacLennan et al. (2020) فقد هدفت إلى استكشاف العلاقة بين التفاعل الحسي والقلق لدى (٤١) طفلاً توحدياً. تراوحت أعمارهم بين ٣-١٤ عاماً. وباستخدام استبيان لجمع البيانات المطلوبة توصلت النتائج لوجود علاقة إيجابية بين فرط التفاعل الحسي من جهة والقلق وقلق الانفصال والمخاوف من الإصابة الجسدية من جهة أخرى. وأن هناك علاقة بين نقص التفاعل الحسي والقلق الاجتماعي بين هؤلاء الأطفال.

مما سبق عرضه؛ من إطار نظري ودراسات سابقة يتضح أن هناك العديد من الدراسات الأجنبية التي استخدمت أسلوب علاج الاستجابة المحورية مع ذوي اضطراب طيف التوحد وتعديل سلوكياتهم. وفي حدود -علم الباحثان- لا توجد دراسة عربية استخدمت التدخل السلوكي القائم على الأدلة ممثلاً في علاج الاستجابة المحورية في خفض القلق وتنمية الانتباه المشترك والتواصل الاجتماعي لأطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي-مما يؤكد الحاجة الملحة لهذا البحث.

فروض البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية.
٢. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التواصل الاجتماعي المستخدم في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٣. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي؟
٦. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياسين البعدي والتتبعي.

الخطوات الإجرائية للبحث:

إعداد هذا البحث اتبع الباحثان الخطوات التالية:

- الاطلاع على أدبيات البحث والدراسات والبحوث السابقة في مجال البحث الحالي.
- تحديد وإعداد الأدوات المستخدمة، وتقنياتها؛ وتحديد أفراد عينة البحث.
- إعداد البرنامج القائم على الاستجابة المحورية، والحصول على الموافقات الأخلاقية اللازمة.
- القياس القبلي لمستوى القلق؛ ومستوى التواصل الاجتماعي؛ ومهارات الانتباه المشترك للعينة.
- تطبيق البرنامج المقترح على أفراد العينة.
- القياس البعدي لمستوى القلق؛ ومستوى التواصل الاجتماعي؛ ومهارات الانتباه المشترك للعينة.
- القياس التتبعي لمستوى القلق؛ ومستوى التواصل الاجتماعي؛ ومهارات الانتباه المشترك لدى أفراد عينة البحث بعد الإنتهاء من التدخل السلوكي بفترة زمنية قدرها شهر
- التأكد من صحة الفروض، استخلاص النتائج وتفسيرها، كتابة التوصيات في ضوء النتائج.

المنهجية والإجراءات

- ١- **منهج البحث:** يتبع البحث الحالي المنهج شبه التجريبي باعتبار أن الهدف منه هو تقصي فعالية التدخل السلوكي من خلال برنامج قائم على الاستجابة المحورية (كمتغير مستقل) في خفض مستوى القلق، وتحسين مستوى التواصل الاجتماعي وتنمية الانتباه المشترك لديهم (كمتغيرات تابعة) مع التصميم التجريبي ذي المجموعتين (الضابطة-التجريبية) والقياسات المتكررة (قبلي-بعدي-تتبعي) لمتغيرات البحث.
- ٢- **مجتمع وعينة البحث:** تتمثل عينة البحث الحالي في (١٩) من أطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي (المشخصين من جهات طبية معتمدة) من الملتحقين بمركز الرعاية النهارية وتنمية

المهارات والقدرات بمحافظة الطائف، منهم (١٠) أطفال (ذكور) كعينة استطلاعية، بنسب ذكاء (٧١-٨٥) بمتوسط قدره (٧٩.٢) سنة، وانحراف معياري (٥.٧٨) وأعمار زمنية من (٦-٨) سنوات، بمتوسط (٧.٣٠) سنة، وانحراف معياري (٠.٦٩٥)، وتكونت عينة البحث الأساسية من (٩) أطفال (ذكور)، بنسبة ذكاء (٧٠-٨٧) على مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (حنوره، ٢٠٠١) بمتوسط (٧٩) وانحراف معياري (٦.١٧)، وأعمار زمنية من (٦-٨) سنوات، بمتوسط (٧.٢٢) وانحراف معياري (٠.٦٩٠)، وروعي في اختيار العينة التكافؤ في الذكاء ، ومستوى القلق ، ومستوى التفاعل الاجتماعي، ومستوى الانتباه المشترك.

إجراءات تكافؤ العينة:

تم تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في بعض المتغيرات باستخدام اختبار (*) مان ويتي Mann Whiteny للأزواج غير المتماثلة، كما هو موضح بالجدول (١):

جدول (١) نتائج حساب قيمة "U" لمتوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات البحث في القياس القبلي.

المتغيرات	المجموعة التجريبية ن = ٥		المجموعة الضابطة ن = ٤		معامل مان ويتي U	القيمة	مستوى الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
العمر الزمني	٣.٧	١٨.٥	٦.٦٢	٢٦.٥	٣.٥	١.٦٠٦	غير دالة
الذكاء	٥.٧	٢٨.٥	٤.١٢	١٦.٥	٦.٥	٠.٨٦٨	غير دالة
قلق الانفصال	٤.٩	٢٤.٥	٥.١٢	٢٠.٥	٩.٥	٠.١٦٩	غير دالة
عدم اليقين	٥.١	٢٥.٥	٤.٨٨	١٩.٥	٩.٥	٠.١٢٦	غير دالة
قلق الأداء	٤.٨	٢٤	٥.٢٥	٢١	٩	٠.٢٨٣	غير دالة
استثارة القلق	٥.٣	٢٦.٥	٤.٦٢	١٨.٥	٨.٥	٠.٣٩٣	غير دالة
الدرجة الكلية	٥.٢	٢٦	٤.٧٥	١٩	٩	٠.٢٥٨	غير دالة
الانتماء إلى الجماعة	٥.٥	٢٦.٥	٤.٦٢	١٨.٥	٨.٥	٠.٤٤٧	غير دالة
التواصل	٤.٤	٢٢	٥.٧٥	٢٣	٧	٠.٨٩٤	غير دالة
التعاون	٥.٣	٢٦.٥	٤.٦٢	١٨.٥	٨.٥	٠.٤٤٧	غير دالة
الدرجة الكلية	٤.٧	٢٣.٥	٥.٣٨	٢١.٥	٨.٥	٠.٣٩٣	غير دالة
المبادأة والاستجابة	٤.٦	٢٣	٥.٥	٢٢	٨	٠.٥٣٧	غير دالة

(١) تم استخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical package for social Science الإصدار (١٦) لتحليل البيانات إحصائياً.

للاشارات							
التواصل البصري ومتابعة نظرات الآخرين	غير دالة	١.٥٥٦	٤.٥	٢٥.٥	٦.٣٨	١٩.٥	٣.٩
جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب	غير دالة	٠.٥٣٧	٨	٢٢	٥.٥	٢٣	٤.٦
اتباع التعليمات	غير دالة	٠.٥٨٦	٨	٢٢	٥.٥	٢٣	٤.٦
مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية	غير دالة	١.٢٠٧	٥.٥	٢٤.٥	٦.١٢	٢٠.٥	٤.١
التقليد	غير دالة	٠.٧٨٦	٧	٢٣	٥.٧٥	٢٢	٤.٤
الدرجة الكلية	غير دالة	٠.٩٩٢	٦	٢٤	٦	٢١	٤.٢

يتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على جميع متغيرات البحث في القياس القبلي، مما يعنى وجود تكافؤ مناسب.

٣- أدوات البحث:

١- مقياس القلق للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: إعداد (Rodgers et al. 2016)

مقياس قلق الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD) هو مقياس قام بتطويره "رودجرز وزملائه" عام ٢٠١٦ بغرض قياس أعراض القلق عند أطفال التوحد يمكن تطبيقه كتقرير ذاتي أو من خلال تقرير الوالدين عن أعراض القلق لدى أطفالهم يناسب الأعمار من ٨-١٦ سنة. ويتكون من ٢٤ مفردة تندرج تحت أربعة مقاييس فرعية: (١) قلق الانفصال Separation Anxiety (SA) (٢) عدم اليقين (U) Uncertainty (٣) قلق الأداء (PA) Performance anxiety (٤) استثارة القلق (AA) Anxious Arousal. تصنف الاستجابات من ٤ نقاط صفر ("أبدا")؛ ١ ("أحياناً")؛ ٢ ("غالباً") ٣ ("دائماً"). أقل درجة (صفر) وأعلى درجة (٧٢)؛ وتشير الدرجات الأعلى إلى ارتفاع مستوى القلق، يتسم هذا المقياس باتساق داخلي يتراوح من جيد إلى ممتاز للدرجة الكلية فكانت قيمة ثبات ألفا (٠.٠٩٤) في نسخة الوالد والطفل للدرجة الكلية، تراوحت قيم معاملات ثبات المقاييس الفرعية من ٠.٠٨٥ - ٠.٩١ للإصدارات الأصلية والفرعية كان الاتفاق بين الوالد والطفل (٠.٦٨) وكانت قيم معاملات ثبات إعادة الاختبار بعد شهر واحد ممتازة للدرجة الكلية (٠.٨٤) والمقاييس الفرعية (٠.٨٢).

جدول (٢) يوضح وصفاً لمقياس قلق أطفال التوحد

عناصر المقياس	أرقام المفردات	عدد المفردات
قلق الانفصال	١١-١٨-١٩-٢٠-٢٤	٥
عدم اليقين	٥-٦-٩-١٠-١٤-١٦-٢١-٢٣	٨
قلق الأداء	٢-٤-٧-١٥-١٧	٥
استثارة القلق	١، ٣، ٨، ١٢، ١٣، ٢٢	٦

الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

في الدراسة الحالية قاما الباحثان بترجمة وتعريب هذا المقياس وتقنيته على عينة من أطفال التوحد للتأكد من صلاحيته للاستخدام على عينة البحث وتم استخدام نسخة الوالد كالتالي: الصدق: استخدم الباحثان صدق المحكمين، بعرض المقياس على (١١) محكم من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة والأخصائيين العاملين بمراكز الرعاية النهارية، وطلب منهم إبداء الرأي حول مدى وضوح وكفاية العبارات في المقياس، تراوحت نسب الاتفاق على عناصر التحكيم ما بين (٩٠.٩ - ١٠٠ %) وهي نسب مقبولة.

الثبات: تحقق الباحثان من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة قوامها (١٠) أطفال التوحد بفواصل زمني قدره (٢٥) يوم، ثم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها الأطفال على المقياس في مرتي التطبيق، بلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٩١) عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يدل على ثبات مناسب للمقياس.

٢- مقياس التواصل الاجتماعي لأطفال التوحد: إعداد (الباحثان)

وصف المقياس: يهدف المقياس إلى معرفة مستوى التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويتكون من ١٥ عبارة تتدرج تحت ٣ أبعاد (الانتماء إلى الجماعة، التواصل، التعاون)، كل بعد خمس عبارات، والأرقام (١، ٣، ٧، ١٠، ١٤، ١٦) تمثل عبارات الانتماء إلى الجماعة، (٣، ٦، ٩، ١٢، ١٥) تمثل التعاون، (٢، ٥، ٨، ١١، ١٤) تمثل التواصل. يطلب من الوالد أو الأخصائي في تعليمات المقياس أن يختار إجابة واحدة من بدليين، (نعم=٢)، (لا=١) وبذلك تكون أقل درجة (١٥) وأعلى درجة (٣٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى قصور التواصل الاجتماعي

الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس، وذلك على النحو التالي:

الصدق: قام الباحثان الحاليان باستخدام صدق المحكمين، بعرض المقياس على (١١) محكم من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة والأخصائيين العاملين بمراكز الرعاية النهارية،

وطلب منهم إبداء الرأي حول مدى وضوح وكفاية العبارات في المقياس، تراوحت نسب الاتفاق على عناصر التحكيم ما بين (٩٠.٩ - ١٠٠ %) وهي نسب مقبولة.

النتائج: تحقق الباحثان من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة قوامها (١٠) أطفال التوحد بفواصل زمني قدره (٢٥) يوم، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال على المقياس في مرتي التطبيق، وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٨٧) عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يدل على ثبات مناسب للمقياس.

٣- قائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك لذوي اضطراب التوحد (إعداد: الباحثان)

الهدف من القائمة: الكشف عن مستوى توافر مهارات الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أثناء التفاعل مع الآخرين في المواقف المختلفة، حتى يسهل استخدامها وتطبيقها من خلال الملاحظة.

إعداد القائمة: ولإعداد الصورة الأولية من القائمة اتبع الباحثان الخطوات التالية:

- مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت مهارات الانتباه المشترك وبخاصة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك للإفادة في تحديد وصياغة مفردات القائمة.
- استعراض المقاييس والاختبارات وقوائم تقييم الانتباه المشترك، والتي تضمنت بنوداً أو عبارات تسهم في إعداد القائمة، ومنها: مقياس مهارات الانتباه المشترك للأطفال التوحديين. إعداد: كاسري (Kasari, 2006)، مقياس مهارات الانتباه المشترك ومستويات اللعب للأطفال التوحديين "لورا ستاك" وريني بري (Laura Stakl & Rene Pry, 2002)
- إجراء دراسة استطلاعية؛ على عينة عددها (١٠) أفراد من والدي الأطفال والأخصائيين العاملين بمركز الرعاية والتأهيل الملحق بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تضمنت الدراسة سؤالاً مفتوحاً عن أهم الملاحظات على الأطفال أثناء عملية التواصل الاجتماعي ومدى ظهور أعراض القلق عليهم، وبعد تفريغ استجابات عينة الدراسة الاستطلاعية كان من أهم الملاحظات أن هؤلاء الأطفال يتميزون بما يلي: قصور في المبادأة واستخدام الاشارات، وقصور في التواصل البصري، والاستجابة لإشارات الآخرين، ومتابعة نظرات الآخرين، وقصور في جذب انتباه الآخرين، وقصور في اتباع التعليمات، وقصور في مشاركة الآخرين ومشاعرهم، ظهور علامات القلق والخوف.

وفي ضوء أدبيات البحث والدراسات السابقة والمقاييس في ذات المجال ونتائج الدراسة الاستطلاعية، انتهى الباحثان إلى صياغة عبارات قائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في (٣٠) عبارة تتدرج تحت ستة أبعاد رئيسة هي: المبادأة والاستجابة للاشارات؛ التواصل البصري ومتابعة نظرات الآخرين؛ جذب انتباه الآخرين أثناء

اللعبة؛ اتباع التعليمات؛ مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية؛ التقليد، بواقع خمس عبارات لكل بعد؛ لكل عبارة (٣) اختيارات، هي (دائمًا=٣ أحيانًا=٢ نادرًا=١) وبذلك تكون أقل درجة (٣٠) وأعلى درجة (٩٠)؛ تشير الدرجات المرتفعة على القائمة، إلى ارتفاع مستوى مهارات الانتباه المشترك، والعكس صحيح.

عرضت القائمة على (١٠) من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة؛ للحكم على صلاحية القائمة، أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة (٩٠-١٠٠) % مما يدل على صدق القائمة.

الخصائص السيكومترية للقائمة:

أ-صدق القائمة: تم حساب صدق القائمة عن طريق حساب الاتساق الداخلي للعبارات بعد تطبيق القائمة على (١٠) أطفال لإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية، ويوضح نتائج ذلك جدول (٣):

جدول (٣) قيم معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لقائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك

رقم البعد	العبارات	قيم معاملات الارتباط
الأول	المبادأة والاستجابة للإشارات	**٠.٦٩٠
الثاني	التواصل البصري ومتابعة نظرات الآخرين	**٠.٧٧٣
الثالث	جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب	**٠.٧٨٥
الرابع	اتباع التعليمات	**٠.٧٧٧
الخامس	مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية	**٠.٨١٥
السادس:	التقليد	**٠.٩٠٧

** جميع القيم دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

يتضح مما سبق أنه يمكن التعامل مع القائمة بدرجة مقبولة من الثقة.

ب-ثبات القائمة: تم التحقق من ثبات القائمة باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ على عينة استطلاعية قوامها (١٠) أفراد من والدي الأطفال والأخصائيين العاملين بمركز الرعاية النهارية وتنمية القدرات الملحق بها الأطفال عينة البحث وكانت قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية (٠.٨٤)، مما يدل على درجة مناسبة من الثبات.

٤-برنامج التدخل السلوكي القائم على علاج الاستجابة المحورية لأطفال التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي (إعداد: الباحثان)

١. الهدف العام من البرنامج: خفض القلق وتنمية التواصل الاجتماعي وتنمية مهارات الانتباه المشترك من خلال التدريب على علاج الاستجابة المحورية ويتم ذلك خلال فترة زمنية محددة.

٢. أهمية البرنامج: تتمثل أهمية البرنامج الحالي في أنه عبارة عن محصلة بحثية للمهام التبادلية، والتعزيز المباشر، واختيار الدور. ويساعد هذا الأسلوب في تدعيم التفاعل الاجتماعي ومهارات الانتباه المشترك وخفض مستوى القلق لدى أطفال التوحد.

٣. إعداد البرنامج: بعد مراجعة أدبيات البحث الحالي والإطار النظري له والدراسات السابقة التي اهتمت بإعداد وتصميم البرامج العلاجية لأطفال التوحد وخاصة التي تناولت أسلوب علاج الاستجابة المحورية، قاما الباحثان بإعداد الصورة الأولية للبرنامج المقترح في الفئة العمرية ما بين (٦-٨) سنوات، تم عرض البرنامج على (١١) محكماً من أساتذة التربية الخاصة وعلم النفس والأخصائيين في مجال التوحد، حيث أشاروا إلى صلاحية البرنامج للتطبيق من حيث مكونات البرنامج وملاءمة نوع الأنشطة وطريقة تنفيذها ومدتها، والأدوات المستخدمة.

٤. مكونات البرنامج: يتكون البرنامج من مجموعة من السلوكيات الأساسية التي يتم تنفيذها من خلال عدة خطوات تحقق السلوك المستهدف كالتالي:

- الدافعية: ويتم من خلال الخطوات التالية (تكوين الانتباه لدى الطفل-استخدام التحكم المشترك-استخدام اختيار الطفل-تنويع المهام والاستجابات-المزج بين اكتساب المهارات وصيانة المهارات -تعزيز محاولات الاستجابة-استخدام عوامل التعزيز الطبيعية والمباشرة).
- الاستجابة لإشارات متعددة (اختلاف المحفزات وزيادة الإشارات -جدولة التعزيز).
- الإدارة الذاتية لزيادة السلوك الايجابي (إعداد نظام الإدارة الذاتية-تعليم الإدارة الذاتية-إيجاد الاستقلالية).
- استراتيجيات الإدارة الذاتية للحد من سلوكيات التشتت وتعليم سلوكيات التعزيز الايجابي (تعريف السلوك-إعداد نظام الإدارة الذاتية -تعليم السلوك البديل-تكوين الاستقلالية).
- التشجيع على المبادرة الذاتية (تعليم المبادرات الاجتماعية -تعليم طرح أسئلة: "ما هذا؟"- طرح السؤال: "ماذا حدث؟" أو "ماذا يحدث؟"-تعليم اللغة، الاتصال، والمهارات الاجتماعية باستخدام الأساليب شبه الواقعية)

٥. الأسس التي يقوم عليها البرنامج: تم تصميم هذا البرنامج في إطار مجموعة من المبادئ التي تركز عليها البرامج التدريبية والعلاجية لذوي اضطراب طيف التوحد والأسس الخاصة بمبادئ تحليل السلوك التطبيقي والاستجابة المحورية، روعي أن يتم تقييم البرنامج وفق خصائص الأطفال وقدراتهم المختلفة، والفروق الفردية بينهم، وحاجاتهم واهتماماتهم، وتقديم أنشطة مألوفة لهم تتبع من روتينهم اليومي، وأن يقدم التعزيز أو التدعيم اللازم في حينه، مع العمل على مساعدتهم على أداء المهام والأنشطة المستهدفة ثم سحب المساعدة تدريجياً لتشجيعهم على الاستقلالية. بالإضافة إلى مجموعة من الأسس العامة (أن السلوك الإنساني

متعلم من خلال عملية التنشئة الاجتماعية والتعلم؛ وأنه مرن قابل للتعديل والتغيير، وأنه فردي جماعي في نفس الوقت. والأسس النفسية (مراعاة الخصائص النفسية مثل الانطواء والانسحاب). الأسس التربوية (مناسبة البرنامج لقدرات الأطفال؛ توضيح فقرات البرنامج وتوفير الوقت الكافي والمناسب للأطفال لتنفيذ أنشطة البرنامج، تنمية إحساس الأطفال بأهمية البرنامج وإعطائهم التعزيز المناسب عند قيامهم بالسلوكيات المطلوبة، استخدام وسائل تعليمية متنوعة لإبعادهم عن الملل، استخدام المعززات وتنوع المكافآت. الأسس الاجتماعية (توفير البيئة الاجتماعية والمكانية والفيزيائية المريحة للطفل والمناسبة من حيث الإضاءة والصوت ودرجة الحرارة والجلوس؛ فحص الأدوات والخامات المستخدمة في الأنشطة والجلسات ووضعها في مكان مناسب وفي متناول يد الطفل. الأسس العصبية والفسولوجية: مراعاة مناسبة أنشطة البرنامج لقدرات الأطفال الجسمية والعقلية وتحديد مهاراتهم وقدراتهم لإعطائهم خبرات تناسبهم.

٦. الاعتبارات التي تم مراعاتها أثناء تخطيط وتنفيذ البرنامج ومنها:

- التنوع في المعززات المستخدمة وأن تكون من اختيار الطفل ومن الأشياء المفضلة لديه.
- التسلسل والتنظيم والترتيب لأي مهارة قبل البدء: تحديد أدوار المشاركين في التطبيق.
- تحديد مستويات بسيطة من السلوك كشرط لتقديم التدعيم (أداء السلوك المرغوب).
- معرفة كل الأبعاد الخاصة بكل طفل قدر الإمكان لإعطائه خبرات تناسبه.
- استخدام عملية التدعيم السلبي لضمان مشاركته الفعالة في البرنامج.
- استخدام عملية التدعيم الإيجابي سواء باستخدام تدعيمات مادية أو تدعيمات اجتماعية.
- استخدام الأدوات الطبيعية والواقعية أثناء التدريب.
- أن يكون التدريب في الأماكن المختلفة المسموح بها لأداء هذه المهارات وتعميمها.

٧. فنيات البرنامج: تم استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي التالية:

- (أ). التعزيز الإيجابي: ويتضمن تقديم مثير مرغوب عقب السلوك المطلوب مباشرة مما يؤدي إلى زيادة معدل حدوثه، اعتمد الباحثان في تنفيذ البرنامج على التعزيز الإيجابي المتمثل في:
- معززات مادية: (مأكولات - حلوى - مشروبات من الأشياء المفضلة للطفل).
 - معززات اجتماعية: وتظهر بالاهتمام والانتباه من خلال الإبتسامة، والإيماءات بالرأس.
 - إظهار مشاعر الحب والود، وذلك في حالة عناق الطفل أو تقبيله أو الربت عليه.
 - الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة عليه أو الحركات كالتصفيق.
- (ب). استخدام التوجيه إما يدويًا أو لفظيًا: يقصد بالتوجيه اليدوي تلك المساعدة البدنية التي يقدمها الباحث الأول القائم بالتطبيق أو الأخصائي على أداء المهارة المطلوبة، يستخدم الباحث بعض المهارات الحركية عندما يمسك يد الطفل مثلا، ويوجه حركاته بطريقة تمكنه من أداء

العمل المطلوب منه، ويعد هذا أسلوباً جيداً لتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مهارة جديدة، وفي الوقت الذي يقوم فيه الباحث بتوجيه حركة الطفل يدويًا يجب عليها تدعيم ذلك لفظياً، وذلك عن طريق إعطاء الطفل بعض التعليمات اللفظية الخاصة بالطريقة التي تؤدي بها المهارة المطلوبة على نحو سليم.

(ج). أسلوب التعلم الفردي: وذلك يكون من خلال محاولة تهيئة الطفل للمهارة أو السلوك المراد تعليمه؛ ومحاولة تقديم المهارة أو السلوك المراد تعليمه كما هو للتأكد من مدى نجاح عملية التقييم المبدئي للطفل؛ واستخدام طرق المساعدة اللفظية مع التأكد من استخدام عملية التدعيم؛ ثم محاولة تثبيت عملية التعلم للمهارة أو السلوك الذي تم تعلمه.

(د). أسلوب تحليل المهام: ويقصد بتحليل المهام محاولة تجزئة المهارة إلى أجزائها ومكوناتها الرئيسية، ثم ترتيب هذه الأجزاء في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية، وذلك بهدف تسهيل عملية التدريب والحصول على خبرات ناجحة للطفل، كما تسهل هذه العملية الملاحظة والقياس للجزء الذي لا يتقنه الطفل حتى يستطيع أن يتعلمه، مع التأكيد على دور التعزيز في ظهور أفضل أداء للطفل.

(هـ). استخدام أساليب التقليد أو النمذجة: تستخدم أساليب التقليد عندما يقوم الباحث بأداء مهارة معينة سواء كانت لفظية أم حركية، ويتوقع من الطفل تقليده في أداؤها من خلال سلسلة من المهام والخطوات.

(و). التعليم من خلال المحاولات المنفصلة-التلقين (الجسدي - اللفظي - الإيماءات)؛ بالإضافة إلى استخدام فنيات التسلسل، والتغذية الراجعة الفورية، وأداء الدور، وتشكيل السلوك.

٨. استراتيجيات البرنامج: اعتمد البرنامج استراتيجيات تهدف إلى (الاستحواذ على الاهتمام، تقديم خيارات لإستمراية الدافعية، التنوع في اللعب، السلوك الاجتماعي النموذجي، تعزيز المحاولات، التشجيع على الحوار، إطالة الحوار، تبادل الأدوار، الألعاب السردية).

٩. أنشطة البرنامج:

(أ). أنشطة التهيئة: وهي الأنشطة التي تبدأ بها جلسات التدخل، والتي يتم تطبيقها في الدقائق العشر الأولى من الجلسة، فمن خلالها تهيأ الطفل للمهارة المراد تعلمها في الجلسة، عن طريق استخدام المثبرات البيئية الطبيعية المتاحة، أو ممارسة بعض الأنشطة التعليمية.

(ب) الأنشطة الرئيسية: وهي الأنشطة التي استند عليها الباحثان في التدريب على أسلوب علاج الاستجابة المحورية، حيث تم اقتراح عدة أنشطة عملية لتحقيق أهداف البرنامج.

ويتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة هي: -

- ١- أنشطة حس/حركية تحقق للأطفال تنمية مهارات حركية، وتنمية مهارات اجتماعية والتواصل الاجتماعي واستثمار طاقة الطفل استثماراً إيجابياً لخفض قلقه.
- ٢- أنشطة لتنمية الانتباه ومهارات الانتباه المشترك والإدراك والتركيز والتفكير والتعليم.
- ٣- أنشطة وبرامج مختلفة الهدف منها تدريب الأطفال على أسلوب الاستجابة المحورية (زيادة الدافعية - الاستجابة لمنبهات متعددة - المبادأة الذاتية - لعب تشويقي يحقق الاستمتاع - تعزيزات معنوية ومادية لنجاحات الطفل).

١٠. الوسائل والأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج:

حقيبة معتمة، صندوق خشبي مربع يحتوي على الألعاب المفضلة للأطفال، كتيبات ذات رسوم بارزة، دمي مختلفة الأحجام والألوان (لعبة). أقلام رصاص وتلوين، أوراق بيضاء وملونة، أشكال هندسية ملونة، ألعاب البازل، ألوان مائية، زجاجة بلاستيك فارغة وأخرى مملوءة ماء، زجاجات عطر بأشكال مختلفة فارغة وممتلئة، صور، مجسمات للتعبير عن الخبرة المراد توصلها، مكعبات، كورات، بطاريات إضاءة، الحيوانات المصنعة من البلاستيك والتي تصدر أصوات خاصة بها وذات ألوان زاهية، أدوات منزلية وفاكهة بلاستيكية، صور حيوانات أليفة وطيور منزلية، صور لبعض الأشخاص المألوفين للطفل، حبوب فول، خرز ملون، أكواب مختلفة الألوان والأحجام، أطباق بلاستيك، سلال بلاستيك، مرآة، صور شخصية لطفل ما، مشابك بلاستيك بألوان مختلفة، سلال، طاولات وكراسي بأحجام مختلفة، بعض من ملابس الأطفال.

١١. وصف محتوى البرنامج

- استغرق تطبيق البرنامج فترة زمنية مدتها (١٣) اسبوعاً، تضمنت خمس فترات هي:
- **فترة الملاحظة:** ومدتها اسبوع، بواقع (جلستان) لكل طفل بإجمالي (١٠) جلسات، تم فيها التعرف على الأخصائيين والأطفال وأولياء أمور عينة البحث، وجمع بيانات عن الأطفال وسلوكهم والأشياء المحببة لديهم (الاجتماعي، اللغوي، المعرفي، الحركي، مساعدة الذات، التعرف على مهارات الطفل وقدراته، تسجيل الجوانب الإيجابية والسلبية، المشاكل السلوكية، والانفعالية والصحية. تم تدوين الأشياء المفضلة لدى الطفل سواء كانت ألعاب أو أشخاص أو طعام.. الخ من خلال استخدام استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (غير العاديين) (باطه، ٢٠٠٣).
 - **فترة التقييم القبلي:** ومدتها اسبوع، بواقع (جلستان) أسبوعياً لكل طفل بإجمالي (١٠) جلسات، تم فيها فرز العينة ومجانسة العينة وتطبيق أدوات البحث.

- فترة تطبيق البرنامج: ومدتها (٨) أسابيع تم توزيعها تبعاً للمهارات المراد تعلمها، منهم (٨٠) جلسة فردية بواقع جلستان اسبوعياً لكل طفل أي ١٦ جلسة لكل طفل، و(٨) جلسات جماعية بواقع جلسة جماعية كل أسبوع تراوحت مدة الجلسة من ١٥ - ٢٠ دقيقة للطفل الواحد.
- فترة التقييم البعدي: ومدتها أسبوعان، بواقع (جلستان) لكل طفل بإجمالي (١٠) جلسات فردية تم من خلالها تقييم كل طفل ومراقبة سلوكه، وإعادة تطبيق أدوات البحث.
- فترة المتابعة: ومدتها أسبوع واحد بعد مرور (٤) أسابيع من انتهاء البرنامج بمعدل جلسة واحدة لكل طفل بواقع (٥) جلسات فردية تم من خلالها متابعة السلوك الاجتماعي للأطفال عينة البحث واستخدامهم لمهارات الانتباه المشترك في مختلف الأنشطة المقدمة لهم ضمن فترة الرعاية اليومية، وذلك باستخدام أدوات. ويوضح جدول (٤) وصفاً مختصراً لجلسات التدخل المقترح.

جدول (٤) يوضح وصفاً مختصراً لجلسات التدخل السلوكي القائم على الاستجابة المحورية (ن=٥)

م	مراحل البرنامج	المدة بالأسابيع	عدد الجلسات في كل مرحلة	نوع الجلسة	القائم بالتطبيق	زمن الجلسة
١	فترة الملاحظة	أسبوع	جلستان لكل طفل = (بواقع ١٠ جلسات لعينة البحث)	فردى	الباحث +ولي الأمر	٣٠-٢٠ دقيقة
٢	فترة التقييم القبلى	اسبوع	جلستان لكل طفل = ١٠	فردى	الباحث +ولي الأمر + الأخصائى	٣٠-٢٠ دقيقة
٣	فترة تطبيق البرنامج	٨ أسابيع	١٦ جلسة (جلستان اسبوعياً لكل طفل) = ٨٠ جلسة لعينة البحث	فردى	الباحث +الأخصائى	٢٠-١٥ دقيقة لكل جلسة
			٨ جلسات (جلسة واحدة اسبوعياً لكل العينة المشاركة)	جماعى	الباحث +ولي الأمر + الأخصائى	
٤	فترة التقييم البعدي	اسبوعان	جلستان لكل طفل بواقع ١٠ جلسات للعينة الكلية	فردى	الباحث +الأخصائى	٣٠-٢٠ دقيقة
٥	فترة التقييم التتابعى	اسبوع ٤ أسابيع	جلسة واحدة لكل طفل بواقع ٥ جلسات للعينة الكلية	فردى	الباحث +الأخصائى	٣٠-٢٠ دقيقة

	الباحث +ولي الأمر + الأخصائي		١١٥ جلسة فردية + ٨ جلسات جماعية = ١٢٣	١٣ اسبوع	المجموع	
--	------------------------------------	--	---	-------------	---------	--

نتائج البحث ومناقشتها:

- **نتائج الفرض الأول ومناقشتها:** ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية". ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney - U Test للأزواج غير المتماثلة للكشف عن اتجاه الفروق وحجم تلك الفروق، وجاءت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (٥) التالي:
جدول (٥) نتائج حساب قيمة " U " لمتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية في القياس البعدي ن=٥٥

متغيرات البحث	المجموعة التجريبية ن		المجموعة الضابطة ن		معامل مان ويتني U	Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
قلق الانفصال	٣	١٥	٧	٢١	صفر	٢,٦٠٦	٠.٠٠١	٨٧
عدم اليقين	٣	١٥	٧	٢١	صفر	٢,٥٠٢	٠.٠٠١	٨٣
قلق الأداء	٣	١٥	٧	٢١	صفر	٢,٥٢٤	٠.٠٠١	٨٤
استثارة القلق	٣	١٥	٧	٢١	صفر	٢,٤٨١	٠.٠٠١	٨٣
الدرجة الكلية	٣	١٥	٧	٢١	صفر	٢,٤٧٠	٠.٠٠١	٨٢

يتضح من جدول (٥) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) بين متوسطي رتب درجات (قيمة معامل مان ويتني)، في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أداء أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية في اتجاه المجموعة التجريبية، كما تراوحت قيمة حجم الأثر باستخدام القانون (قسمة قيمة Z على جذر n) ما بين (٠.٨٢)، (٠.٨٧) مما يعني أن من (٨٢%) إلى (٨٧%) من تباين درجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي يعود لأثر التدريب على البرنامج وهذه القيم تشير لحجم تأثير كبير، مما يشير إلي فاعلية فعالية التدخل السلوكي القائم على الأدلة في خفض مستوى القلق لدى أطفال المجموعة التجريبية مما انعكس إيجاباً على خفض مستوى القلق للمجموعة التجريبية مقارنةً بالقياس البعدي للمجموعة الضابطة تتفق نتائج الفرض الأول مع دراسة "نيفدت" (Nefdt et al. (2010 التي توصلت إلى فعالية استخدام برنامج التعلم القائم على التوجيه الذاتي لتقديم التدريب التمهيدي على علاج

الاستجابات المحورية لوالدي الأطفال التوحديين، حيث أظهر أطفالهم زيادة ملحوظة في عدد الكلمات المنطوقة بطريقة صحيحة، ودراسة "لي وآخرون" (2017) Lei et al. التي توصلت نتائجها إلى فعالية علاج الاستجابات المحورية في خفض القلق لدى أطفال التوحد.

ويرجع الباحثان هذه النتيجة إلى ما قد يحتويه البرنامج من أنشطة لترتيب توفير فرص النجاح لهم وعدم تعرضهم للفشل وتشجيعهم على بذل مزيد من الجهد مما خفض مستوى القلق لديهم.

• **نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:** ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التواصل الاجتماعي المستخدم في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية". ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney – U Test للأزواج غير المتماثلة للكشف عن اتجاه الفروق وحجم تلك الفروق، وجاءت النتائج كما هو موضح بالجدول (٦) التالي:

جدول (٦) نتائج حساب قيمة " U " لمتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية في القياس البعدي ن=٥

متغيرات البحث	المجموعة التجريبية ن = ٥		المجموعة الضابطة ن = ٤		معامل مان ويتني U	Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الانتماء إلى الجماعة	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٥٢٤	٠.٠١	٨٤
التواصل	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٦٠٦	٠.٠١	٨٧
التعاون	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٥٢٤	٠.٠١	٨٤
الدرجة الكلية	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٥٣٥	٠.٠١	٨٤.٥

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات (قيمة معامل مان ويتني)، في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أداء أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، كما تراوحت قيمة حجم الأثر باستخدام القانون (قسمة قيمة Z على جذر n) ما بين (٠.٨٤)، (٠.٨٧) مما يعني أن من (٨٤%) إلى (٨٧%) من تباين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي يعود لأثر التدريب على البرنامج وهذه القيم تشير لحجم تأثير كبير، مما يشير إلى فعالية التدخل في تحسين مستوى التواصل الاجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية.

تتفق نتائج الفرض الثاني مع دراسة "جونز، وآخرون" (2006) Jones et al. في فعالية استخدام الاستجابات المحورية في تحسين القدرة على التواصل الاجتماعي واستخدام اللغة المعبرة عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة (Nefdt, et al., 2010) التي توصلت إلى فعالية تدريب الوالدين على الاستجابات المحورية وقدرتهم على التطبيق الصحيح لخطوات البرنامج بالإضافة إلى أثره على النطق الوظيفي لدى أطفال التوحد، ودراسة (Feldman & Matos, 2012) التي توصلت إلى فعالية علاج الاستجابة المحورية في تحسين التفاعلات الاجتماعية لذوي اضطراب التوحد مع أقرانهم في المدرسة.

ويفسر الباحثان هذه النتيجة بأنها قد ترجع إلى إثراء الحصيلة اللغوية لدى عينة البحث في جو نفسي آمن مما شجعهم على التواصل الاجتماعي من خلال ما تضمنه من أنشطة ومعرزات.

- **نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:** ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية". ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتنى Mann-Whitney – U Test للأزواج غير المتماثلة للكشف عن اتجاه الفروق وحجم تلك الفروق، وتوضح النتائج في جدول (٧) كالتالي:

جدول (٧) نتائج حساب قيمة "U" لمتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك والدرجة الكلية في القياس البعدي ن=٥٥

حجم التأثير	مستوى الدلالة	Z	معامل مان ويتنى U	المجموعة الضابطة ن = ٤		المجموعة التجريبية ن = ٥		أبعاد قائمة مهارات الانتباه
				مجموع الترتب	متوسط الترتب	مجموع الترتب	متوسط الترتب	
٩١	٠.٠٠١	٢,٤٧٠	صفر	١٠	٢.٥	٣٥	٧	المبادأة والاستجابة للإشارات
٨٧	٠.٠٠١	٢,٦٠٦	صفر	١٠	٢.٥	٣٥	٧	التواصل البصري ومتابعة نظرات الآخرين
٨٦	٠.٠٠١	٢,٥٧٠	صفر	١٠	٢.٥	٣٥	٧	جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب
٧٦	٠.٠٠١	٢,٢٩١	صفر	١٠	٢.٥	٣٥	٧	اتباع التعليمات
٨٤	٠.٠٠١	٢,٥١٣	صفر	١٠	٢.٥	٣٥	٧	مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية

التقليد	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٥١٣	٠.٠١	٨٤
الدرجة الكلية	٧	٣٥	٢.٥	١٠	صفر	٢,٤٨١	٠.٠١	٨٣

يتضح من جدول (٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات (قيمة معامل مان ويتي)، في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أداء أبعاد قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، كما تراوحت قيمة حجم الأثر باستخدام القانون (قسمة قيمة Z على جذر n) ما بين (٠.٧٦)، (٠.٩١) مما يعني أن من (٧٦٪) إلى (٩١ ٪) من تباين درجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي يعود لأثر التدريب على البرنامج وهذه القيم تشير لحجم تأثير كبير، مما يشير إلى فعالية التدخل السلوكي القائم على الأدلة في تحسين مستوى مهارات الانتباه المشترك لديها. تتفق نتائج الفرض الثالث مع مع نتائج دراسة أمين (٢٠٠٨) التي توصلت إلى فعالية برنامج للتدخل المبكر في تنمية الانتباه المشترك والمهارات الاجتماعية لأطفال التوحد كنتيجة لتحسن الانتباه المشترك، ودراسة (Luckevich, 2008) التي توصلت إلى إحراز الطفل تقدماً في تعلم أسماء الأشياء، وفي مهارات الانتباه المشترك، وفي التركيز على المهمة التعليمية، وفي التقليد اللفظي والحركي، ومع دراسة (Kasari et al., 2008) التي توصلت إلى تحسناً ملحوظاً في اللغة التعبيرية للمجموعتين التجريبيتين، وفي الحصيلة اللغوية لمجموعة الانتباه المشترك ومجموعة اللعب الرمزي.

ويفسر الباحثان ذلك بأن ترتيب المهام التعليمية التي قدمت لعينة البحث وتشجيعهم على الانتباه في جميع جلسات البرنامج قد حسن من مهارات الانتباه المشترك لديهم.

- **نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:** ينص الفرض الرابع على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي" للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار Wilcoxon للأزواج المتماثلة، ويوضح نتائج ذلك جدول (٨):

جدول (٨): نتائج اختبار "Z" للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين (البعدي - التتبعي) في أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية (ن = ٥)

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
قلق الانفصال	الرتب السالبة	٢	٢	٤	٠.٥٧٧	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢	٢		
	الرتب	٢				
	المجموع	٥				

غير دالة	١.٣٤٢	صفر	صفر	٠	الرتب السالبة	عدم اليقين
		٣	١.٥	٢	الرتب الموجبة	
				٣	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠.٥٧٧	٢	٢	١	الرتب السالبة	قلق الأداء
		٤	٢	٢	الرتب الموجبة	
				٢	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	١.٦٣٣	صفر	صفر	٠	الرتب السالبة	استثارة القلق
		٦	٢	٣	الرتب الموجبة	
				٢	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	١	٢.٥	٢.٥	١	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		٧.٥	٢.٥	٣	الرتب الموجبة	
				٢	الرتب	
				٥	المجموع	

يتضح من جدول (٨) أن قيمة اختبار ويلكوكسون غير دالة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أداء أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج في خفض مستوى القلق لدى أطفال المجموعة التجريبية. تتفق نتائج الفرض الرابع مع دراسة "سالم" (٢٠١٥) التي أظهرت انخفاض القلق وما يتبعه من خفض السلوك النمطي التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ونتائج بحث "كامل" (٢٠١٧) إلى فعالية التدريب على الانتباه المشترك في تحسين التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفة مما يعني عدم معاناتهم من القلق. ويعزي الباحثان هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج وصغر حجم العينة من خلال التدريب وإشباع حاجاتهم النفسية وتوفير البيئة التي تتلاءم مع إمكانياتهم وقدراتهم وحاجاتهم فهذا ساعد على استمرارية خفض القلق لديهم.

- نتائج الفرض الخامس ومناقشتها: ينص الفرض الخامس على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي." تم استخدام اختبار Wilcoxon للأزواج المتماثلة، ويوضح نتائج ذلك جدول (٩):

جدول (٩) نتائج اختبار "Z" للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين (القبلي - البعدي) في أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية لدى أطفال المجموعة التجريبية (ن = ٥)

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الانتماء إلى الجماعة	الرتب السالبة	٢	١.٥	٣	١.٤١٤	غير دالة
	الرتب	٠	صفر	صفر		
	الرتب	٣				
	المجموع	٥				
التواصل	الرتب السالبة	٢	٢.٢٥	٤.٥	٠.٨١٦	غير دالة
	الرتب	١	١.٥	١.٥		
	الرتب	٢				
	المجموع	٥				
التعاون	الرتب السالبة	٢	١.٥	٣	١.٤١٤	غير دالة
	الرتب	٠	صفر	صفر		
	الرتب	٣				
	المجموع	٥				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٢	٦	١.٦٣٣	غير دالة
	الرتب	٠	صفر	صفر		
	الرتب	٢				
	المجموع	٥				

يتضح من جدول (٩) أن قيمة اختبار ويلكوكسون غير دالة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أداء أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج في تحسين التواصل الاجتماعي للأطفال المجموعة التجريبية.

تتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة "فيلدمان؛ وماتسو" (Feldman & Matos, 2012) التي توصلت إلى إجابة الاختصاصيين المهنيين موضع الدراسة لاستخدام علاج الاستجابة

المحورية مع عينة الدراسة حيث أظهروا جميعهم زيادة مطردة في مستويات التفاعل الاجتماعي. ونتائج دراسة (Thorp et al. 1995) التي توصلت إلى فاعلية علاج الاستجابات المحورية في تحسين اللعب الاجتماعي الدرامي، ووجود تغيرات ايجابية في اللعب، واللغة، والمهارات الاجتماعية لديهم وتعميم هذه الألعاب مع مختلف الدمى. ونتائج بحث "الشخص، وآخرون" (٢٠١٥) التي أظهرت فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي متلازمة اسبرجر واضطراب التوحد مرتفعي الأداء.

ويعزي الباحثان هذه النتيجة إلى أن التدخل السلوكي القائم على علاج الاستجابة المحورية ذات فاعلية في زيادة الدافعية والتواصل والانتباه لعدة مثيرات الأمر الذي أدى إلى تنمية التفاعل الاجتماعي كما اتسم البرنامج بقدرته على إتاحة الفرصة لكل طفل من أطفال العينة للتعلم بطريقة فردية تعتمد على سرعته في التعلم.

• **نتائج الفرض السادس ومناقشتها:** ينص الفرض السادس على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك في القياسين البعدي والتتبعي" تم استخدام اختبار Wilcoxon للأزواج المتماثلة؛ ويوضح نتائج ذلك جدول (١٠) كالتالي:

جدول (١٠) نتائج اختبار "Z" للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين (البعدي -التتبعي) في أبعاد قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك والدرجة الكلية لدى أطفال المجموعة التجريبية (ن=٥)

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
المبادأة والاستجابة للاشارات	الرتب	١	٢	٢	٠.٥٧٧	غير دالة
	الرتب	٢	٢	٤		
	الرتب	٠				
	المجموع	٥				
التواصل البصري ومتابعة نظرات الآخرين	الرتب	٣	٢	٦	١.٦٣٣	غير دالة
	الرتب	٠	صفر	صفر		
	الرتب	٢				
	المجموع	٥				
جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب	الرتب	١	٢	٢	٠.٤٤٧	غير دالة
	الرتب	١	١	١		
	الرتب	٣				
	المجموع	٥				
اتباع التعليمات	الرتب	٠	صفر	صفر	١.٤١٤	غير

دالة		٣	١.٥	٢	الرتب	
				٣	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠.٥٧٧	٢	٢	١	الرتب	مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية
		٤	٢	٢	الرتب	
				٠	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	١.٤١٤	صفر	صفر	٠	الرتب	التقليد
		٣	١.٥	٢	الرتب	
				٣	الرتب	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠.٤٤٧	١	١	١	الرتب	الدرجة الكلية
		٢	٢	١	الرتب	
				٣	الرتب	
				٥	المجموع	

يتضح من جدول (١٠) أن قيمة اختبار ويلكوكسون غير دالة في جميع الأبعاد والدرجة الكلية مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أداء أبعاد قائمة تقدير مهارات الانتباه المشترك والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج في تحسين مهارات الانتباه المشترك للمجموعة التجريبية.

تتفق نتائج الفرض السادس مع دراسة بيرز وسكيبمان, Pierce & Schreibman,

(1997) التي أسفرت عن فعالية علاج الاستجابات المحورية في تنمية السلوك الاجتماعي نتيجة للتفاعل مع الأقران ذوي اضطراب التوحد، ودراسة Koegel et al. (1999) التي توصلت إلى فعالية الاستجابات المحورية في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد المبادرات الذاتية، ودراسة Baker et al. (2007) التي أكدت فاعلية استخدام علاج الاستجابات المحورية في صورة برنامج تربوي موجه للوالدين في تحسين السلوك الوظيفي لأطفالهم التوحديين، ودراسة Smith et al., (2010) التي توصلت إلى فعالية نموذج التدخل المبكر في تحسين التواصل الاجتماعي وخفض معدل السلوك المشكل. ودراسة ديفويس، وآخرون" (2017) Duifhuis et al. شبة التجريبية للكشف عن تأثير علاج الاستجابة المحورية (PRT) مقابل العلاج المعتاد (TAU) Treatment as usual في أعراض التوحد، وأظهرت تفوق علاج الاستجابة المحورية (PRT) في تحسين أعراض التوحد مقارنة بالعلاج (TAU).

شويرج الباحثان ذلك إلى أن البرنامج أثبت استمراريته، كما كان للتعزيز (المادى - المعنوى) كالحلوى واللعب والثناء والتصفيق للطفل صاحب الاستجابة الصحيحة والأداء الجيد من خلال الباحث (القائم بالتجربة)، وشعور الطفل بالسعادة عندما يبتسم الباحث له عند أدائه لمهارة ما أسهم كثيرا في تعزيز مهارات الانتباه المشترك التي تم اكتسابها خلال جلسات البرنامج.

التوصيات:

- ضرورة التدخل السلوكي لاقائم على الأدلة والمتمثل في علاج الاستجابة المحورية لما له من أثر فعال في تنمية مهارات الانتباه المشترك والمهارات الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد وتضمينه ضمن البرامج العلاجية الوظيفية بالمراكز التأهيلية وبرامج الدمج بالمدارس الحكومية.
 - ضرورة التكامل بين الأسر ومراكز الرعاية النهارية في تطوير وتنفيذ الخطة المناسبة والتدخل المناسب لتطوير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.
 - تزويد المراكز والمؤسسات التعليمية والتأهيلية بالكوادر والخبرات لسد الحاجة في هذا الميدان.
- البحوث المقترحة:**

- فعالية التدريب على أسلوب علاج الاستجابة المحورية في تنمية ما وراء اللغة للأطفال التوحد.
- تدريب الوالدين على أسلوب الاستجابة المحورية في خفض القلق للأبناء ذوي اضطراب التوحد.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أمين، سهى أحمد (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحيدين وأثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم، مجلة العلوم التربوية معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، (٣)، ١٤٨ - ١٩١.
- باظه، آمال عبد السميع مليجي (٢٠٠٣). استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، (غير العاديين)، "كراسة التعليمات". مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجليبي، سوسن شاكر (٢٠٠٥). التوحد الطفولي: "أسبابه، علاجه". مؤسسة علاء الدين للنشر.
- حنوره، مصري عبد الحميد (٢٠٠١). مقياس بينيه العرب للذكاء. (ط.٤). مكتبة الأنجلو المصرية.
- خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٥). سيكولوجية الطفل التوحدى. عمان: دار الثقافة.

- سالم، أسامة فاروق (٢٠١٥). فعالية برنامج تدريبي في خفض القلق وأثره في خفض السلوك النمطي التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مجلة كلية علوم الإعاقة والتأهيل، (١٠)، ٦٣-١١٦.
- سليمان، عبد الرحمن سيد؛ عبد الحافظ، هناء شحاته؛ نافع، جمال محمد (٢٠١٥). مقياس تقدير مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ٣٩(١)، ٧٩١-٨٣١.
- الشامي، وفاء علي. (٢٠٠٤). علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية. مركز جدة للتوحد.
- الشخص، عبد العزيز؛ محمد، فاطمة سعي؛ شند، سميرة محمد (٢٠١٥). برنامج تدريبي مقترح لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي متلازمة اسبرجر والاطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الأداء، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، ٣٩(٢)، ٦١٣ - ٧١٢.
- كامل، أميمة مصطفى (٢٠١٧). أثر التدريب على الانتباه المشترك في تحسين المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفة. مجلة معهد الدراسات العليا للطفولة، ٢٠(٧٤)، ٩٩ - ١٠٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abels, M., & Hutman, T. (2015). Infants' behavioral styles in joint attention situations and parents' Socio-economic Status. *Infant Behavior and Development*, 40, 139-150.
- Al-Dib, A. (2016). *Psychological stresses and the needs of mothers of children with autism spectrum disorder, and the relationship between them in the United Arab Emirates*. Unpublished Master Thesis, United Arab Emirates University.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Baker-Ericzén, M. J., Stahmer, A. C., & Burns, A. (2007). Child demographics associated with outcomes in a community-based pivotal response-training program. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(1), 52-60.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247- 1263.

- Baron-Cohen, S., Baldwin, D., & Crowson, M., (1997). Do children with autism use the speaker's direction of gaze strategy to crack the code of language? *Child Development*, 68, 48-57.
- Belind M. & Joyne B. (2007): TOMAS training: an early intervention for children with an autistic spectrum disorders, *Educational Psychology in Practice*, 23(11), 1-17.
- Berman S., Ventola, P., Gordon, I. (2018). Improvements in micro level indices of social communication following Pivotal Response Treatment (PRT). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 51, 56–65.
- Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S. & Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 317 – 328.
- Boucher, S. M. (2007). Joint attention, imitation, and repetitive behaviors as Predictors of autism and expressive language ability in early childhood”. PhD. The Faculty of the University of North Caroline at Chapel Hill.
- Centers for Disease Control and Prevention. Autism Spectrum Disorder (ASD): Data & Statistics. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Accessed 24 March 2020
- Chauhan, A., Kishor, A., Singh, R., Krishnapriya, V., Shilpa, G., & Kishore, J. (2018). To measure the anxiety of the child with autism using a parent rated child and adolescent symptom inventory (casi) anxiety scale and to evaluate its relationship with IQ: A Research. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 5(9), 123–125.
- Conroy, M., Boyd, B., Asmus, J. & Madera, D. (2007). A functional approach for ameliorating social skills deficit in young children with autism spectrum disorders. *Infants & Young Children*, 20(3), 242 – 254.
- Coolican, J., Smith, I. M., & Bryson, S. E. (2010). Brief parent training in pivotal response treatment for preschoolers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1321-1330.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., et al. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17–e23.
- Murray, D., Geaghead, N., Manning, P., Shear, P., Bean, J. & Prendeveble, J. (2008). The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(1), 5-1.

- Duifhuis, E., den Boer, J., Doornbos, A. Buitelaar, J., Oosterling, I. & Klip, H. (2017). The effect of pivotal response treatment in children with autism spectrum disorders: a non-randomized study with a blinded outcome measure. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 47, 231–242.
- Ebrahim, M. T., & Alothman, A. A. (2021). Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103943.
- Fakhrou, A. & Ghareeb, S. (2020). The Anxiety Level of the Children with Autism and Its Relationship with Several Variables in Qatar. *Journal of Education and Learning*; 9(4), 118-138.
- Feldman, E. K., & Matos, R. (2013). Training paraprofessionals to facilitate social interactions between children with autism and their typically developing peers. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15(3), 169-179.
- Hood, B., Willen, J., & Driver, J. (1998) Adult's eyes trigger shifts of visual attention in human infants. *Psychological Science*, 9(2), 131-134.
- Humphries, T. (2003). Effectiveness of pivotal response training as a behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Bridges: Practice-Based Research Syntheses*. 2(4), 1–9.
- Hurwitz, S., & Watson, L. R. (2015). Joint attention revisited: Finding strengths among children with autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 20(5), 538-50.
- Ibanez, L. V. (2010). *Developmental trajectories of attention and their impact on language and severity in the infant siblings of children with an Autism Spectrum Disorder*. Ph.D., University of Miami.
- Jones, E. A., Carr, E. G., & Feeley, K. M. (2006). Multiple effects of joint attention intervention for children with autism. *Behavior Modification*, 30, 782-834.
- Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S., & Jahromi, L. (2008). Language outcome in autism: randomized comparison of joint attention and play interventions, *Journal of Consultation Clinical Psychology*. 76(1), 125-37.
- Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006): Joint Attention and Symbolic Play in young Children With Autism: A Randomized Controlled Intervention Study, *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611-620.
- Kasari, C., Gulsrud A.C., Wong C, Kwon S, & Locke, J. (2010) Randomized controlled caregiver mediated joint engagement

- intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism Development Disorders*, 40(9), 1045–1056.
- Kent, R., & Simonoff, E. (2017). Prevalence of anxiety in autism spectrum disorders. *Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder* (pp. 5–32). Amsterdam: Elsevier.
- Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(4), 323–347.
- Klin, A., Lin, D.J., Gorrindo, P., Ramsay, G., & Jones, W. (2009). Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature* 459(7244), 257–261.
- Koegel, L., Matos-Freeden, R., Lang, R., & Koegel, R. (2011). Interventions for children with autism spectrum disorders in inclusive school settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 421-588.
- Koegel, R. L. & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, social and academic development*. Baltimore: Brookes Publis.
- Koegel, R. L., Koegel, L. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal teaching interactions for children with autism. *School Psychology Review*, 28, 576-594.
- Koegel, R.L. & Koegel L.K. (2012). Chapter 1: Treatment of Pivotal Areas. In: Koegel RL, Koegel RL, editors. *The PRT Pocket Guide: Pivotal Response Treatment for autism spectrum disorders*. Baltimore, Maryland USA: Paul H. Brookes Publishing. pp. 13–38.
- Leekam, S., Lopez, B., & Moore, C. (2000). Attention and joint attention in preschool children with autism. *Developmental Psychology*, 36, 261 – 273.
- Lei, J., Sukhodolsky D., Abdullahi, S., Braconnier, M., & Ventola, P. (2017). Brief report: Reduced anxiety following Pivotal Response Treatment in young children with Autism Spectrum Disorder, *Research in Autism Spectrum Disorder*, 43(44), 1-7.
- Lewis, V., Boucher, J., Lupton, L., & Watson, S. (2000). Relationships between symbolic play, functional play, verbal and non-verbal ability in children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 117–127.
- Leyfer, O., Folstein, S.E., Bacalman, S., Davis, N.O., Dinh, E., et al., (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36(7), 849–861.

- Lovaas O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1):3–9.
- Luckevich, D. (2008). *Computer Assisted Instruction for Teaching Vocabulary to a Child with Autism*. Ph. D. Nova Southeastern University.
- MacLennan, K., Roach, L., & Tavassoli, T. (2020). The relationship between sensory reactivity differences and anxiety subtypes in autistic children. *Autism Research*, 13(5), 785–795.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M. & others (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1–12.
- Maiano, C., Normand, C. L., Salvas, M., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism research*, 9(6), 601–615.
- McCauley, J., Elias, R., & Lord, C. (2020). Trajectories of co-occurring psycho-pathology symptoms in autism from late childhood to adulthood. *Development and Psychopathology*, 32(4), 1287–1302.
- Meindl, J., & Cannella-Malone, H. (2011). Initiating and responding to joint attention bids in children with autism: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, (32), 1441–1454.
- Moskowitz, L., & Braconnier, M. (2022). Assessing anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Psychology in the Schools*, 60(2), 329- 344.
- 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*, 22(3),160 – 172.
- Naber, F., Bakermans, K., Ijzendoorn M., Dietz, C., Dualen, E. et al (2008). Joint Attention Development in Toddlers with Autism, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 143-152.
- Nefdt, N., Koegel, R.L., Singer, G., & Gerber, M. (2010). The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Intervention*. 12(1), 23-32.
- Pierce, K., & Schreibman, L. (1997a). Multiple peer use of pivotal response training of social behaviors of classmates with autism:

- Results from trained and untrained peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 157-160.
- Reitman M. R. (2005). Effectiveness of music therapy interventions on joint attention in children diagnosed with autism, Psy D., Carlo Albizu University.
- Rodgers, J., Wigham, S., McConachie, H., Freston, M., Honey, E., & Parr, J. R. (2016). Development of the anxiety scale for children with autism spectrum disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205–1215.
- Rogers S. J., & Dawson, G. (2009). *Play and engagement in early autism: the early START Denver model*. Guilford, New York.
- Rosen, T., Mazefsky, C., Vasa, R., & Lerner, M. (2018). Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *International Review of Psychiatry*, 30(1), 40–61.
- Sasson, N., Faso, D., Nugent, J., Lovell, S., Kennedy, D., & Grossman, B. (2017). Neurotypical peers are less willing to interact with those with autism based on thin slice judgments. *Scientific Reports*, 7, 40700.
- 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*, 36, 921 – 933.
- Smith, I.M., Koegel, R.L., Koegel, L.K., Openden, D.A., Fossum, K.L., et al. (2010). Effectiveness of a novel community-based early intervention model for children with autistic spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(6), 504-523.
- South, M., & Rodgers, J. (2017). Sensory emotional and cognitive contributions to anxiety in autism disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 20.
- Steadly, K., Schwartz, A., Levin, M. & Luke, S. (2008). Social skills and academic achievement. *Evedence for Education*, 3(2), 1 – 8.
- Steiner, A. M., Gengoux, G. W., Klin, A., & Chawarska, K. (2013). Pivotal response treatment for infants at-risk for autism spectrum disorders: a pilot study. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(1), 91-102.
- Sullivan, J., Alison, M., Elizabeth, G., Mayer. Margaret B. & Rebeca L. (2007). Response to Joint Attention in Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorder: A Prospective Study, *Journal of Autism Development Disorders*, 37, 37-48.

- Thorp, D. M., Stahmer, A. C., & Schreibman, L. (1995). Effects of sociodramatic play training on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 265-282.
- Tsao, L & Odom, S (2006). Sibling-mediated social interaction intervention for young children with autism. *TECSE*, 26(2), 106 – 123.
- VanSteensel, F. J., & Heeman, E. J. (2017). Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: A meta-analysis, *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1753–1767.
- VanSteensel, F. J., Bogels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317.
- Vasa, R.A., Carroll, L.M., Nozzolillo, A.A. et al. (2014). A Systematic review of treatments for anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disord*, 44, 3215–3229.
- Volkmar. Fred R. Cicchetti, Domenic V Rcichow, Brain & Doehring, Peter (2011). *Evidence -based practice and treatments for children with autism*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Warreyn, P., & Roeyers, H. (2014). See what I see, do as I do: Promoting joint attention and imitation in preschoolers with autism spectrum disorder, *Autism*, 18(6), 658-671.
- Weiss, M. (2007). *Social skills*. An elusive target. Organization for Autism Research. The Best of the Oracle. A compilation of Articles from 2002 – 2007.
- Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H., & Freeston, M. (2015). The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 943–952.
- Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 281– 292.
- Zainal, H., Magiati, I., Tan, J., Sung, M., Fung, D., & Howlin, P. (2014). A Preliminary investigation of the spence children's anxiety parent scale as a screening tool for anxiety in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1982–1994.