

فاعلية برنامج قائم على نموذج مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين  
مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية  
مرتفعي الأداء الوظيفي

إعداد

د. منتصر صلاح عمر سليمان  
أستاذ علم النفس التربوي المساعد  
كلية التربية - جامعة أسيوط

**Doi: 10.12816/0049771**

مجلة الدراسات التربوية والانسانية .كلية التربية . جامعة دمنهور  
المجلد التاسع - العدد الثاني - لسنة ٢٠١٧



## فاعلية برنامج قائم على نموذج مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي

د.منتصر صلاح عمر سليمان

Doi: 10.12816/0049771

### ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم علي مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي HFA، تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال ذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي، يمثلون اللاعبين المبتدئين بمتوسط عمري ٥٦.٦ شهراً، وانحراف معياري ١.٤ ، وستة أطفال من أقرانهم العاديين، يمثلون اللاعبين الخبراء بمتوسط عمري ٦٠.٦ شهراً، وانحراف معياري ١.٣، استخدمت الدراسة عدداً من الأدوات منها: استبيان اللعب، استبيان التواصل الاجتماعي، البرنامج التدريبي القائم على مجموعات اللعب المتكاملة، توصلت الدراسة لعدد من النتائج منها: وجود فاعلية للبرنامج التدريبي القائم على نموذج مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين الثلاثة المشاركين، وزيادة نسبة الوقت الذي يمضيه الأطفال الذاتويون المشاركون في أبعاد اللعب الاجتماعي الأكثر تعقيداً من حيث المشاركة والاندماج وهي التوجه والتوازي والاهتمام المشترك، عقب مشاركتهم في مجموعات اللعب المتكاملة.

**الكلمات المفتاحية:** مجموعات اللعب المتكاملة، الأطفال الذاتويين، التواصل الاجتماعي، اللعب الاجتماعي

## Abstract

The present study aims to identify the effect of a program based on integrated play groups in improving the social communication skills of children with HFA. The sample consisted of three children with high-function autistic spectrum disorder, representing novice players with an average age of 56.6 months, and standard deviation 1.4. Six children from their normal peers, representing the expert players at an average age of 60.6 months, and a standard deviation of 1.3, used a number of research tools, such as: play questionnaire, social communication questionnaire, The study found a number of results: the impact of the training program based on the model of integrated play groups in improving the social communication skills of the three autistic children and increasing the percentage of time spent in the social plays The most complex in terms of participation and integration are orientation and common interest, as a result of their participation in integrated play groups.

**Keywords** :integrated play groups, autistic children, social communication, social play

## مقدمة الدراسة :

يعد اضطراب طيف الذاتوية (Autistic Spectrum Disorders (ASD أحد الاضطرابات العصبية النمائية التي ازداد الاهتمام بها مؤخراً بشكل واضح نظراً لتأثيره على الفرد في جوانب محددة من النمو والسلوك، وقد صنف كفاءة مستقلة من فئات الإعاقة وفقاً لما أشار إليه الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات في طبعته الخامسة (Diagnostic and Statistical Manual-DSM5) على أنه اضطراب في النمو العصبي يتميز بإعاقة شديدة في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ومحدودية في أنماط السلوكيات وتكرارها، (APA(2013). ويشير فاروق الروسان (٢٠١٠، ٢٥٨) إلى أن نسبة انتشار الذاتوية تختلف في المجتمع تبعاً لعدد من المتغيرات أهمها: تصنيف حالات الذاتوية، والحالة العقلية، والجنس، ومع ذلك يقدر حالات الذاتوية بنسبة تصل إلى حوالي ٧.٥% لكل عشرة آلاف طفل، وتظهر هذه النسبة لدى الذكور أكثر من الإناث في كل المجتمعات ، كما تشير منظمة الصحة العالمية ( World Health Organization-WHO) إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب هو طفل لكل (١٦٠) طفلاً في العالم، في إشارة إلى أن هذا يعبر عن تقديرات متوسطة ، وهناك دراسات أشارت إلى نسب أعلى من ذلك (WHO, 2014) .

ويعد الضعف النوعي في التفاعل الاجتماعي وضعف التواصل من الأعراض الستة التي أكد عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية-DSM-IV-TR (APA(2000) ، كأعراض مميزة للأطفال الذاتويين ، وفي نفس السياق أشار (Baron-Cohen (2000 أن ضعف القدرة علي التواصل وإقامة علاقات اجتماعية أحد السمات الأساسية لدى الطفل الذاتي، وأشار (Mastrangelo (2009 أن الطفل الذاتي يفشل في التفاعل مع القائمين علي رعايته، ويفضل أن يقضي معظم الوقت بمفرده، ويبدى قدراً ضئيلاً من الاهتمام بتكوين صداقات، وتقل استجابته للإشارات والإيماءات الاجتماعية، كما أن سلوكه يعد نمطياً ومتكرراً.

وفي النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي DSM5 (2013) APA، تم دمج مشكلات التواصل والمشكلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال في مجال واحد هو قصور التواصل والتفاعل الاجتماعي وتشمل هذه المشكلات ندرة استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين، عدم أو ضعف الاستجابة لمن يتحدث، ضعف القدرة على تقليد الآخرين في إشارات وإيماءات التواصل، العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، بما في ذلك العجز في المعاملة الاجتماعية بالمثل، ضعف سلوكيات التواصل غير اللفظي التي تستخدم في التفاعل الاجتماعي، ومهارات تطوير وفهم والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية.

إن اضطراب طيف الذاتوية من الاضطرابات العصبية النمائية التي تؤثر على الفرد مدى حياته ، وهي بالتأكيد تنترك أثراً سلبياً على تفاعلاته الاجتماعية مع المحيطين به ، وتؤثر على سلوكياته ومهاراته، وتأتي سلوكيات اللعب على قمة هذه السلوكيات التي تتبادل التأثير والتأثر في التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال، ومن ثم فقد حددت معايير تشخيص اضطراب طيف الذاتوية صعوبات اللعب كأحد الخصائص الفارقة والمميزة لهذا الاضطراب واعتبرتها محكات جوهرية للتشخيص كما أشارت (2012) Wolfberg، ومن هنا فقد أوضح الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) أن المشكلات المتعلقة باللعب تمثل محكات تشخيصية لهذا الاضطراب ومنها: تضمن المعيار (أ) وجود صعوبة في إقامة الصداقات ومنها صعوبات في اللعب التعاوني ، ويظهر ذلك فوق عمر (٢٤) شهراً، تضمن المعيار (ب) وجود أنماط متكررة ومقيدة من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة على الأقل (٢) من (٤) أعراض وتشمل: استخدام متكرر ونمطي للأشياء وهي : اللعب غير الوظيفي للأشياء كالتلويح بالعصا، أو اصطافاف الألعاب أو الأشياء (2013) APA .

ونظراً لأن اللعب أهم الأنشطة التلقائية التي تساعد علي نمو الأطفال بشكل عام، ، كما أن دوافعهم للتعلم القائم على اللعب أمر جوهري لأنه يشعروهم بالارتياح

للاندماج مع الآخرين كما أشار Piaget ، إضافة لما ذكره Vygotsky أن اللعب أحد مكونات العالم الاجتماعي للطفل فهو الوسيلة التي يستخدمها لتجريب الأدوار الاجتماعية، واكتساب المعايير الاجتماعية، كما أوضحت (Boutot et al., 2005) أن هناك شبه اتفاق بين كثير من الباحثين على أن اللعب نشاط ممتع وفعال بالنسبة لجميع الأطفال، وهو مكون أساسي في تشكيل ثقافة الطفل، وذلك لارتباط القوي بتطور مهاراته اللغوية والمعرفية، وكفاءته الاجتماعية، ومهاراته الجسمية والحركية، وضبطه انفعالاته، إلا أن خصائص اللعب لدى الأطفال الذاتويين تختلف في أسلوبها ونوعها عن أقرانهم العاديين، فترى (Jordan, 2003) أن الأطفال الذاتويين تنقصهم خبرات اللعب الطبيعي كأقرانهم العاديين باعتبارها أحد مظاهر التفاعلات الاجتماعية ، فهم يواجهون مشكلات في الاندماج في اللعب، ويظهرون نماذج متأخرة للتفاعل وتكوين علاقات اجتماعية مع الأقران، إضافة إلى التكرار والنمطية في تناول الأشياء، وتوضح آمال باظة (٢٠٠٣ ، ٢٥) أن الطفل الذاتي لا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي، وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة.

واعتبرت (Strain & Danko, 1995) المشاركة النشطة في اللعب الاجتماعي مع الأقران حجر الزاوية التي تؤدي إلى اكتساب عديد من المهارات ، ولذا أدرك الباحثون أهمية تصميم التدخلات لتشجيع الأطفال العاديين على التفاعل مع زملائهم ذوي اضطراب طيف الذاتوية كاستراتيجية واضحة لاستخدام نظراء نموذجيين لتحسين مهارات اللعب الاجتماعي للأطفال الذاتويين، واتفقت معها (McGee et al., 1997) أن اللعب الاجتماعي للأطفال الذاتويين غير فعال بشكل عام مقارنة بالعاديين، فالذاتويون يظهرون سلوكاً اجتماعياً أقل أهمية فيما يتعلق بأقرانهم ، ولا يعملون كمتلقين أو بادئين للعديد من المواقف الاجتماعية ، كما تظهر عليهم معدلات أعلى من استخدام الألعاب غير اللائقة ، والمصالح المحدودة .

ومن ناحية أخرى ذكرت (Boucher 1999) أن صعوبات الاستجابة للمحفزات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال هي التي تؤدي إلى تطور غير قياسي ومتأخر لمهارات اللعب الاجتماعي ، فعادة يتطور اللعب في الأطفال من خلال عدة مراحل تطويرية بما في ذلك اللعب الحس حركي، اللعب الحسي ، اللعب المادي ، اللعب الاجتماعي ، والتظاهر باللعب .

ووصفت (Van Berckelaer - Onnes 2003) مراحل اللعب لدى الأطفال الذاتويين بأنهم يظهرون اختلافاً في المرحلة الأولى من تطور اللعب ، والمعالجة الحسية البسيطة ، من حيث أنهم لا يعرضون إلا القليل من التباين في التلاعب بالأشياء ، ويلعبون مع عدد قليل من الأشياء بطريقة غير تقليدية ، وهذا الاختلاف تكون له نتائج سلبية على المراحل اللاحقة من تطور اللعب مثل اللعب الاجتماعي. بينما أشارت (Banerjee & Ray 2013) أن لعبهم أقل تنوعاً مع عدم وجود العفوية والخيال ، ويلاحظ النقص في الاهتمامات نحو الأفراد أو المواد، مع وضوح ضعف التفاعلات الاجتماعية خلال أنشطة اللعب، إذ يتصف لعبهم بالانفرادية و صعوبة تقليد مهارات اللعب ومشاركة أقرانهم في اهتمامات مشتركة ، إضافة إلى اهتمامات غير عادية بالأشياء واستخداماتها على نحو غير طبيعي، وقد ينشغلون بشكل مستمر بأجزاء من الأشياء أو الألعاب، وقد يستغرقون وقتاً في أنشطة لا معني لها مما يعوقهم عن الاندماج في أنشطة لعب هادفة. وتوضح (Yang et al., 2003). Laushey & Heflin (2000) أن اللعب الاجتماعي يتكون من سلوكيات اللعب التي تنطوي على التفاعل الاجتماعي مع شخص واحد آخر على الأقل وعادة ما تتضمن ثلاث مراحل: (١) التوجيه: أن يكون الذاتوي مدركاً لطفل آخر ويتضح من خلال النظر إليه ، أو في مواد لعبه ، أو ما يفعله ، ولكن ليس الدخول في اللعب (٢) اللعب الموازي / القرب: اللعب بشكل مستقل بجانب طفل آخر أو بالقرب منه بدلاً من التفاعل معه ، ولكن في نفس الوقت استخدام نفس مساحة اللعب أو المواد ، أو الانخراط في نشاط مماثل



؛(٣) التركيز المشترك: المشاركة في الأنشطة التي تتطوي مباشرة على واحد أو أكثر من الأقران ، بما في ذلك الاستغناء غير الرسمي، والمشاركة النشطة للمواد، وإعطاء وتوصيل المواد من وإلى شخص آخر، وإظهار شيء لشخص آخر، والتعليق على ما يقوم به شخص آخر، رفض الطلب بشكل مناسب، وطلب شخص ما للعب، ويوضح (2003) Jordan أن اللعب الاجتماعي هو اندماج لاثنتين من مجالات التطور هما المجال الاجتماعي العاطفي والمجال المعرفي، وكلاهما غالباً ما يكون واضحاً في الأطفال الذاتويين .

وبعد مدخل تعلم الأقران أحد التدخلات العلاجية التي اعتمدت عليها كثير من الدراسات في دعم مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين، حيث راجعت (2002) McConnell (٥٥) دراسة في التدخلات العلاجية لتسهيل التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين الأصغر من (٩) سنوات، استخدمت منها نحو (٣٠) دراسة تدخلاً بواسطة الأقران، وأظهرت نتائجها أن التدخلات بواسطة الأقران تزيد من المبادرات والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران ، مما يحسن من مهارات التواصل الاجتماعي، وذكرت (2004) Bernard- Opitz & Kong إلى أن المدخل القائم على لعب الأقران من أهم المداخل العلاجية للأطفال الذاتويين، فدمج هؤلاء الأطفال الذاتويين مع أقرانهم العاديين يحقق كثيراً من الأهداف الاجتماعية.

كما أشارت (2000) Laushey & Heflin أن دمج الأطفال الذاتويين مع أقرانهم العاديين يعد من متطلبات نجاح التدخلات العلاجية لهم، ومن هنا يأتي نموذج مجموعة اللعب المتكاملة (IPG) Integrated Play Group الذي صممه Wolfberg تطبيقاً تجريبياً لتوظيف القرين وتوجيهات الكبار وتصميم بيئة اللعب في دعم التفاعلات الاجتماعية للطفل الذاتوي، حيث أشارت (2004) Wolfberg أن هذا النموذج أحد النماذج القائمة على التدخلات العلاجية القائمة على الدليل evidence-based intervention وهو يساهم في بناء علاقات إيجابية بين الطفل

وأقرانه العاديين في مواقف اجتماعية طبيعية. وأوضحت DiSalvo & Oswald (2002) أن هذا النموذج يعزز من احتمالية اهتمام الذاتويين بأقرانهم، ومن ثم يعزز التفاعل الاجتماعي، كما أشارت (Wolfberg et al., 2012) أن نموذج مجموعات اللعب المتكاملة يقوم على دمج الأطفال الذاتويين مع أقرانهم العاديين في مجموعة اللعب، وهو يعد علاجاً وظيفياً من خلال تكامل اللعب الاجتماعي مع الوظائف الحسية بالنسبة للأطفال الذاتويين، مما يدعم دمجهم وليس استبعادهم وعزلهم في اللعب، كما يهدف إلى تقديم الدعم والمساندة للأطفال ذوي القدرات المختلفة لينتجوا معاً عالم لعب حقيقي واقعي ربما يسهم في تحسين اللعب الاجتماعي، ويمكنهم من الاستمتاع وعقد الصداقات من خلال تفاعلات الأقران واكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي نتيجة محاكاة سلوكيات العاديين.

كما أوضحت (Wolfberg 2016) أن النموذج يؤسس على استخدام استراتيجية المشاركة الموجهة التي تؤكد علي أهمية ومحورية دور الكبار في توجيه الأطفال للاندماج في أنشطة لعب اجتماعي منظمة تنبثق من مفاهيم التعلم الاجتماعي، كما أن نجاح دفع الأطفال للمشاركة يوجه الأطفال لتجنب الاستراتيجيات القديمة التي يستخدمها الكبار كهياكل مفروضة لتسهيل اللعب، وهناك عدد من التكنيكيات تستخدم تحت مظلة المشاركة الموجهة منها: رصد بداية اللعب، تفاعلات السقالة، توجيه التواصل الاجتماعي، توجيه اللعب. وتوصلت Brown, Whiten (2000) & إلى أن مجموعات اللعب المتكاملة تسهم في نمو الأطفال الذاتويين في مختلف جوانب الشخصية من خلال المشاركة الإيجابية في الأنشطة المتنوعة مع مرشد اللعب وبدعم من الأقران، وتتكون من: تصميم جلسات اللعب، التحكم في مراقبة اللعب، دعم التفاعلات الاجتماعية، إرشاد التواصل الاجتماعي، إرشادات اللعب.

وقد تناولت عدد من الدراسات نموذج مجموعات اللعب المتكاملة للوقوف علي أهدافه وأسس ومكوناته وتقديم الأدلة التجريبية له مثل (Wolfberg 2004)

Antipolo (2003) Wolfberg et al., (1999) حيث توصلت إلي عدد من الأدلة الداعمة للتدخلات القائمة على الأقران في مساعدتها للأطفال الذاتويين، كما طرحت تطويراً في النموذج كمدخل علاجي قائم علي الأقران، إلا أن هذا النموذج يحتاج لمزيد من الدراسات التطبيقية كأدلة تجريبية للتعرف على أثره في تحسين جوانب القصور للأطفال الذاتويين خاصة مهارات التواصل الاجتماعي .

#### مشكلة الدراسة :

يعد ضعف مهارات التواصل الاجتماعي ملمحاً أساسياً لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف الذاتوية مما يعوقهم عن اكتساب كثير من الخبرات الحياتية ويقف عائقاً دون تحقيق النمو الاجتماعي بشكل جيد، فيعرف عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطي (١٩٩٢، ١٨) الذاتوية على أنها اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (٣٠-٣٦ شهراً) ويؤثر في سلوكهم ، كما تشير (2003) Jordan أن كثيراً من الذاتويين لا يستطيعون إبلاغ أقرانهم بما يرغبون، وتتقصم القدرة على تفسير والاستجابة للتفاعلات الاجتماعية للأقران، إضافة إلى ضعف القدرة على قراءة الإلماعات الاجتماعية وهو أمر ضروري للدخول في جماعات اللعب، كما أنهم يعانون في معظم الأحيان من متابعة الأنشطة المتكررة والمقيدة في مواقف عزلة اجتماعية بدلاً من أنشطة لعب تتسم بالتعقد والتعاون، وهذه النماذج من اللعب تعوقهم دون الاستفادة من خبرات اللعب الثرية مما يزيد من مشكلات الاندماج الاجتماعي مع الأقران، ومن ثم تكون له عواقب سيئة على نموهم الاجتماعي، وتوصلت (Banda et al.,2010) أن الفشل في الاندماج في اللعب الاجتماعي التقليدي المبكر مع الأقران يتعارض مع تطور الانتباه المشترك والتفاعل الاجتماعي المتبادل لدى الأطفال الذاتويين، كما أوضحت Neufeld & Wolfberg(2009) أن الأطفال الذاتويين تتقصم مهارات التفاعل الاجتماعي الضرورية لتأسيس والاحتفاظ بالتواصل الضروري أثناء اللعب. وذكرت Pierucci

(2016) أن الرفض والاستبعاد من الأقران حلقة في دائرة العزلة الاجتماعية للذاتويين ، ويكون له تأثيره السلبي على النمو النفسي للطفل في مرحلة المراهقة. كما أشارت (2000) Hwang & Hughes إلى أن إشراك الأطفال الذاتويين في خبرات لعب مع أقرانهم العاديين في جلسات لعب متكاملة كان له أثر إيجابي في زيادة الوقت الذي يمضيه الأطفال الذاتويين في اللعب مع أقرانهم ، كما ازدادت رغبتهم في المبادأة والاستجابة للأقران، وكذلك تحسنت سلوكيات التقبل، والرغبة في تكوين الصداقات لديهم، وأوضحت (2001) Morrison et al. أن اندماج الأطفال الذاتويين في التفاعلات الاجتماعية مع أقرانهم العاديين أمر ضروري، لذا فقد جاءت برامج التدخل القائمة على الأقران في مقدمة التدخلات للأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية ومن أفضل الممارسات لدعم احتياجاتهم للتفاعل الاجتماعي ، كما أنها كانت نقطة محورية للبحوث واسعة النطاق .

فالهدف الرئيسي لنماذج التدخل من خلال الأقران هو تطوير ودعم وزيادة مستويات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين نتيجة مروهم بخبرات تفاعل مشتركة مع أقرانهم ، وقد قدمت (2005) McCann Sawyer et al. عدداً من المبادئ التي لا بد أن تنعكس في برامج التدخلات القائمة على الأقران منها: أن هذه التدخلات يتم إجراؤها في سياق البيئات الطبيعية للأطفال حيث يمكنهم فهم طبيعة التفاعلات التبادلية ، كذلك تنظيم البيئة بما يمكن من التنبؤ بأحداثها ، التحقق من التفاعلات الاجتماعية المشتركة بحيث يكون الطفل الذاتوي شريكاً في التفاعل بدلاً من سيطرة الأقران عليه خلال التفاعلات، إضافة إلى تعليم الأقران كيفية الاستجابة لتفاعلات الأطفال الذاتويين، كما يجب أن يؤخذ دور الكبار في التفاعلات بعين الاعتبار فهم يلعبون دوراً مهماً في نقل التفاعلات، وإيجاد فرص التواصل

وتوصلت (2002) Zercher et al. التي استخدمت نموذج مجموعات اللعب المتكاملة ، حيث تم تدريب الأقران على سلوكيات توجيه الانتباه مثل (الإشارة

للموضوعات، الانتباه للحصول على الاحتياجات) وذلك لمساعدة الأطفال الذاتويين في توجيه انتباههم إلى الأشياء في البيئة المحيطة، وأظهرت النتائج تحسناً في سلوكيات الاهتمام المشترك للأطفال الذاتويين وفي مهارات اللعب، والتواصل اللفظي الموجه للأقران أثناء اللعب، وتوصلت (Wolfberg et al., 2015) أن تدريب الأطفال الذاتويين علي IPG كان له أثر واضح في تحسين مهارات اللعب الاجتماعي لديهم، نظراً لربط العنصر الاجتماعي للعب بمستوى المشاركة مع الأقران.

مما سبق يمكن القول أن ضعف مهارات التواصل الاجتماعي أحد التحديات التي تواجه الطفل الذاتويين وتحول دون تحقيق مستويات مناسبة من النمو الاجتماعي ، كما أن نموذج مجموعات اللعب المتكاملة (IPG) Integrated play group أحد النماذج التي تؤسس على تدخلات الأقران وتوجيهات الكبار في ظل بيئة لعب مصممة ومخططة جيداً. ومن ثم تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية برنامج مبني نموذج مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي، وتتبنى الدراسة الحالية ما أشارت إليه الدراسات السابقة على أن اللعب الاجتماعي أحد المكونات الأساسية للتواصل الاجتماعي ، ومن ثم تسعى الدراسة الحالية للتعرف على تحسن الأطفال الذاتويين من خلال تحسن مهارات اللعب الاجتماعي وكذلك مهارات التواصل الاجتماعي ،ومن ثم يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي: " ما فاعلية برنامج مبني على نموذج مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي؟ .

**أهداف الدراسة :** تهدف الدراسة الحالية إلى :

- التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي القائم على مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين المشاركين .

- التعرف على الفروق والاختلافات لدى الأطفال الذاتويين المشاركين في أبعاد اللعب الاجتماعي ما بين الخط القاعدي والتحقق الثاني عقب تطبيق البرنامج التدريبي.

- التعرف على الفروق والاختلافات لدى الأطفال الذاتويين المشاركين في أبعاد التواصل الاجتماعي ما بين الخط القاعدي والتحقق الثاني عقب تطبيق البرنامج التدريبي

أهمية الدراسة : يمكن توضيح أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية :

- تتناول الدراسة الحالية مهارات التواصل الاجتماعي والتي يعاني من ضعفها الأطفال ذوو اضطراب طيف الذاتوية مما يضعهم في خطر العزلة والانزواء بعيداً عن الآخرين.

- تقدم هذه الدراسة للقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال برنامجاً تدريبياً يقوم على نموذج مجموعات اللعب المتكاملة كأحد الأساليب الحديثة التي يمكن استخدامها في دعم النمو الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، وهو يعد جوهر عملية التأهيل المطلوبة لهذه الفئة، ورغم أن هذا النموذج تناولته عدد من الدراسات الأجنبية إلا أنه لم يأخذ حظه من التجريب في البيئة العربية

- ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية قد يسهم في دعم قضية دمج الأطفال الذاتويين مع أقرانهم العاديين في المؤسسات التعليمية والاجتماعية.

### مصطلحات الدراسة ودراسات ذات الصلة :

- اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorder(ASD)

تتبنى الدراسة الحالية ترجمة مصطلح Autism إلى الذاتوية وذلك لأنه الأكثر مناسبة لخصائص هؤلاء الأطفال، كما أنه وفقاً لما يشير DSM-5 ( APA 2013) فإن اضطراب طيف الذاتوية يتم تشخيصه من خلال المعايير التالية:

أ- العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المتعددة، كالعجز في التعامل الاجتماعي والعاطفي، والعجز في السلوكيات غير

اللفظية للتواصل والتي تستخدم في التفاعل الاجتماعي، وضعف أو عجز في تطوير وفهم الاحتفاظ بالعلاقات.

ب- النماذج السلوكية والاهتمامات والأنشطة المتكررة والمقيدة كما تظهر في اثنين علي الأقل مما يلي: حركات جسدية نمطية ومتكررة، وكذلك استخدام نمطي ومتكرر للغة والموضوعات، الإصرار علي التماثل والالتزام غير المرن بالإجراءات والسلوكيات الطقوسية اللفظية وغير اللفظية، التقيد الشديد حيث يتم تركيز الاهتمامات علي أشياء بشكل غير طبيعي .

ج- لا بد أن تظهر الأعراض في فترة النمو المبكر ولكنها قد لا تكون واضحة تماما قبل الدخول في مواقف اجتماعية تظهر ضعف هذه القدرات وربما تظهر في ضعف استراتيجيات التعلم اللاحقة. ويتبنى الباحث في دراسته الحالية هذا المفهوم في تشخيصه لعينة الأطفال المشاركين ذوى اضطراب طيف الذاتوية .

#### الأطفال الذاتويين مرتفعو الأداء الوظيفي (High Function Autism(HFA)

وبشير (2002) Baron-Cohen إلى أن الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي (HFA) ذكاؤهم فوق المتوسط ولديهم صعوبات اجتماعية، مع عدم وجود تأخر لغوي بسيط . ويقتصر الباحث في دراسته على هؤلاء الأطفال ، ويتم تحديدهم وفقاً للمقياس المستخدم .

#### نموذج مجموعة اللعب المتكاملة (Integrated Play Group Model(IPG)

تشير (1993) Wolfberg & Schuler أنه نموذج تم تصميمه لمساعدة الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية على المشاركة مع أقرانهم العاديين ذوى الكفاءة الاجتماعية في مواقف لعب متكاملة تضم طفلاً ذاتوياً كلاعب مبتدئ Novice Player إلى جانب قرينه الطفل العادي كلاعب خبير Expert Player. ويتكون النموذج من ثلاثة أقسام: الملاحظة واللعب المتكامل Observing and Integrated play، توجيه المشاركين Guided Participation، تصميم بيئة اللعب

Designing play Environments . وتوضح (2016) Wolfberg أن هدف مجموعات اللعب المتكاملة هي توفير بيئة لعب منظمة ومناسبة للأطفال الذاتويين ذوي ضعف التواصل الاجتماعي من خلال تعزيز الممارسة والتطبيق لإجراءات اللعب لديهم، كما يحقق نموذج اللعب المتكاملة الأهداف التالية:

- زيادة وتثوية خبرات الأطفال الذاتويين من اللعب الاجتماعي.  
- تقديم الدعم للأطفال الذاتويين لتقاسم أنشطة اللعب مع أقرانهم العاديين مع تدخل من الكبار.

- تدعيم إمكانات طفل الذاتوية من خلال لعبه مع أقرانه في إطار ثقافة اللعب.  
- تحسين القدرة على المشاركة في أنشطة اللعب الممتعة مع الأقران.

وتبين (2005) Wolfberg أن هذا النموذج يسهم اللعب بدور واضح في رفع القدرات الكامنة للأطفال وتحسين نموهم، هذا النموذج يقوم على دمج المدخل الإجرائي مع إطار الثقافة الاجتماعية طبقاً للنظرية البنائية الاجتماعية Vygotsky، من حيث أن القرين هو خير معلم لقرينه، وتوضح Wolfberg et al., (2012)، أن النموذج يتكون من ثلاثة أقسام الأول: الملاحظة واللعب المتكامل، ويتم من خلال: ملاحظة اللعب، رصد بداية اللعب، القسم الثاني: ويتضمن توجيه المشاركين، وتوجيه التواصل الاجتماعي، توجيه اللعب، ويتضمن القسم الثالث: تصميم بيئة اللعب من حيث: الأماكن الطبيعية المتكاملة كبيئات لعب الطبيعية داخل المدرسة والمنزل والأماكن والمؤسسات العلاجية، تنظيم مساحات اللعب: يقوم تصميم بيئة اللعب على الوضع في الاعتبار مجموعة متعددة من العوامل تشمل المساحة المادية للمكان أو القاعة والكثافة والترتيبات التنظيمية للأدوات، وموضوعات اللعب المختلفة مما يحفز التفاعل المثمر ويسهم في زيادة الدافعية وتنوع أشكال اللعب لدى الأطفال. اختيار أدوات اللعب: تتنوع أدوات وخامات اللعب في درجة التركيب والبناء والتعقيد. وأساليب التعلم ومستويات النمو، كما أن جلسات اللعب يتم ترتيبها من خلال جداول ثابتة



وقواعد، إضافة إلى المتابعة البصرية التي تحسن المألوفية. اختيار رفاق اللعب: فقد خصص النموذج للأطفال من عمر ٣-١١ سنة كجزء من برنامج تعليمي أو علاجي. كل مجموعة تتكون من (٣-٥ أطفال) والمجموعات ربما تختلف في جنس الأطفال والأعمار وحالات النمو وأساليب تفاعل اللعب، كما أن نجاح مثل هذه البرامج ربما يتوقف إلى حد كبير على اختيار رفيق اللعب والتفاعل معه ، كما أن الأطفال المشاركين يجب أن تكون لديهم قدرات ودوافع مماثلة ومشابهة. الروتينات والقواعد الثابتة: وهي أحد مكونات النموذج ويعني تدريب الأطفال على الالتزام بميسرات العمل أثناء تفاعلاتهم كقواعد البداية وقواعد النهاية، ولوحات إدارة التفاعلات الإنسانية

#### أبعاد اللعب الاجتماعي : Social play Dimensions

توضح (Wolfberg (2000) Yang et al.,(2003) أن الأبعاد الاجتماعية للعب هي :  
- بعد الانعزال: Isolate Dimension وهنا لا يهتم الطفل الذاتي بوجود الآخرين، وربما ينشغل في مشاهدة شيء ما من الاهتمامات، أو يلعب في جزء من جسده، ويلعب بمفرده بمعزل عن الآخرين، وقد يلعب ألعاب بسيطة بشكل حسي، وقد ينشغل باللعب في ملابسه .

- بعد المشاهد: Onlooker Dimension وفي هذا البعد يكون الطفل الذاتي على وعي بالأطفال الآخرين، وبالألعاب، والأنشطة، ويشاهد الأطفال الآخرين لكنه لا يدخل في موقف اللعب، و يقضي معظم وقته في المشاهدة وقد يتحدث مع الأطفال الذين يلاحظهم أو يقدم اقتراحات، ولكنه يظل غير مندمج مع المجموعة في اللعب، وإنما يقف على بعد منها.

- بعد القرب/ التوازي: Parallel/Proximity Dimension وفي هذه الحالة يلعب الطفل الذاتي بشكل مستقل ولكن ذلك بجوار الآخرين وليس معهم، وقد يلعب بنفس اللعب التي يلعب بها الأطفال المحيطون به، ولكنه يلعب باللعبة بما يراه هو مناسباً دون أية محاولة للتعديل أو التأثير في أنشطة الأطفال الآخرين.

- بعد الاهتمام المشترك: **Common Focus Dimension** وهنا يكون الطفل الذاتي أكثر اندماجاً في أنشطة مباشرة تشمل قرين واحد أو أكثر ، وهو يقدم ويطلب المساعدة، وربما يسعى لتحقيق بعض الأهداف المخططة مسبقاً ، أو تمثيل موقف درامي، وهنا يتضح تقسيم العمل وتوزيع الأدوار داخل المجموعة، وتستكمل الجهود بما يتم بذله من أنشطة من الأفراد، كما يتم تبادل الأدوات وذلك يتضح في الألعاب الدرامية. وتم الاعتماد على هذه الأبعاد في تصميم استبيان اللعب الاجتماعي لدى الأطفال الذاتيين .

#### التواصل الاجتماعي : **Social communication**

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الخامسة **DSM5 (2013) APA** إلى أن أحد أوجه الضعف الرئيسة لدى أطفال طيف الذاتوية هو ما يسمى بمهارات التواصل الاجتماعي وهو المفهوم الذي طرح في السنوات الماضية ليشمل الضعف أو القصور في مجالات التفاعل الاجتماعي والادراك الاجتماعي، والتواصل الواقعي ( لفظي وغير لفظي) والمعالجة اللغوية والتعبيرية ، وبعد التواصل الاجتماعي المفهوم الحديث في تشخيص الضعف الاجتماعي لهؤلاء الأطفال بعد دمج كلا من التواصل والتفاعل الاجتماعي معا في تشخيص واحد. ويقاس في الدراسة الحالية من خلال استبيان التواصل الاجتماعي بأبعاده الثلاثة ( التفاعل الاجتماعي المتبادل، التشوهات النوعية في الاتصالات، السلوكيات النمطية المقيدة )، ويقاس تحسن الأطفال الذاتيين في الدراسة الحالية من خلال محورين الأول وهو تحسنهم على أبعاد استبيان اللعب الاجتماعي ، والثاني هو تحسنهم على أبعاد استبيان التواصل الاجتماعي

#### إجراءات الدراسة:

- منهج الدراسة : استخدمت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، وتم اختيار تصميم دراسة الحالة التجريبية المفردة، واختار منها الباحث تصميم الخطوط القاعدية المتعددة عبر المشاركين **Multiple Baseline Design Across Subjects**

لكونه الأكثر مناسبة لرصد تقدم الأطفال الذاتويين قبل وأثناء وعقب التدخلات العلاجية ، هذا التصميم ذا المنحي الفردي يقوم على الدراسة المكثفة للحالة الواحدة، حيث يسمح بدراسة مجموعة من الأفراد ، ولكن تحليل البيانات يكون على مستوى الفرد الواحد ( جمال الخطيب، ٢٠٠٧، ١١٢) كما تم تكوين ثلاث مجموعات للعب المتكامل وفقاً لنموذج IPG، تتكون المجموعة الواحدة من ثلاثة أطفال: طفل ذاتوي (لاعب مبتديء) ، وطفلين عاديين (لاعبين خبراء)، وتعتمد الدراسة على التحليلات الكيفية والكمية لكل حالة من حالات الأطفال الذاتويين .

مجتمع الدراسة: تكون من (١٢) طفل ذاتوي مسجلين بمركز تأهيل الأطفال المعاقين التابع لمديرية الشؤون والتأمينات الاجتماعية بمدينة أسيوط، (٨ ذكور، ٤ إناث) تتراوح أعمارهم من ٤-١١ سنة بمتوسط عمري ٦٤.٦ شهراً وانحراف معياري ٢.٣ شهراً .

عينة الدراسة الاستطلاعية : تكونت من (١٠) أطفال ذاتويين مسجلين بمركز تأهيل الأطفال المعاقين بمتوسط عمري (٦٠.٣) شهراً، انحراف معياري (١.٩)، كما شارك معهم أولياء أمورهم وأخصائي التربية الخاصة ، وذلك للتحقق من كفاءة أدوات الدراسة الحالية.

عينة الدراسة الأساسية : تكونت من (٣) أطفال من ذوى اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي المسجلين بمركز تأهيل الأطفال المعاقين التابع لمديرية الشؤون والتأمينات الاجتماعية بمدينة أسيوط ، يمثلون اللاعبين المبتدئين (الذين يظهرون تأخراً واضحاً في مهارات التواصل الاجتماعي) بمتوسط عمري (٥٦.١) شهراً، انحراف معياري (١.٤١)، لا تقل معدلات ذكاؤهم عن ٧٠ علي مقياس وكسلر وذلك من خلال تطبيقه من قبل الإخصائيات المدربات بالمركز، كما تكونت العينة من ٦ أطفال من الأطفال العاديين في النمو ويمثلون الأقران أو اللاعبين الخبراء ( لديهم مهارات اجتماعية عالية ويتمتعون بقدرة على التعامل

والتقبل للأطفال الذاتويين) بمتوسط عمري (٦٤.٤٩) شهراً وانحراف معياري (١.٥٢) .

أدوات الدراسة :

- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد Gilliam Autism Rating Scale-2 (GARS-2) وهو من ترجمة وتعريب عادل عبد الله (٢٠٠٦) ويستخدم في تشخيص اضطراب الذاتوية بين مختلف الأفراد، يتكون من (٥٦) عبارة تصف خصائص وسلوكيات الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد الذي اعتمده الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات (DSM IV)، يتكون المقياس من أربعة أبعاد: السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، الاضطرابات النمائية ويأتي كل بعد في (١٤) عبارة، يتم تطبيق المقياس بواسطة أولياء الأمور أو المعلمين أو الاخصائيين القائمين على رعاية الطفل ، قام معد المقياس بحساب صدق المحك بينه وبين مقياس الطفل التوحدي وتراوحت قيم معاملات الارتباط للأبعاد (٠.٧٣ - ٠.٦١) و تم حساب الثبات بإعادة تطبيقه على عينة من أولياء الأمور بفاصل زمني أسبوعين وتراوحت قيم معاملات الارتباط (٠.٨٥ - ٠.٩٤) وفي الدراسة الحالية تم حساب الثبات بإعادة تطبيقه على عينة من أولياء أمور (١٠) أطفال ذاتويين بفاصل زمني أسبوعين وتراوحت قيم معاملات الارتباط للأبعاد (٠.٨١ - ٠.٨٧) وهو ثبات مقبول .

استبيان ميتجشان لطيف الذاتوية The Michigan Autism Spectrum Questionnaire  
ترجمة وإعداد (الباحث)

تم تصميم الاستبيان من قبل (2013) Ghaziuddin & Welch على أساس الخصائص السريرية للأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي ، وقام الباحث الحالي بإعداد الاستبيان للبيئة المصرية ، وهو يهدف إلى التعرف على الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي من خلال مجالين أساسيين هما: جودة التفاعلات الاجتماعية، شكل ومحتوى التواصل ، يتكون الاستبيان من

١٠ أسئلة، تكون إجابتها من قبل الوالدين والأخصائيين ، يتم الإجابة على كل سؤال من خلال أربع استجابات متدرجة من (٠ - ٤) ، وقد تم تحديد درجة القطع للاستبيان ٢٢ فأعلى للتنبؤ بالأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي ، واستخدم معد المقياس معادلة Chi-square للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين فئات ذوى اضطراب طيف الذاتوية ، وجاءت قيمتها ٢٨.٥٨ دالة عند درجة حرية ٢ ومستوى دلالة ٠.٠٠٠١ ، وفي الدراسة الحالية تم عرض الاستبيان على خمسة من المتخصصين في مجال علم النفس والتربية الخاصة لإبداء الرأي في مناسبة عبارات المقياس للتعرف على خصائص الأطفال الذاتويين ، ومدى وضوح العبارات، و تم تعديل بعض العبارات التي رأي المحكمون ضرورة ذلك ، وتم الأخذ بنسبة اتفاق ٨٠% فما أكثر .

استبيان التواصل الاجتماعي (SCQ) Social Communication Scale إعداد الباحث أعد هذا الاستبيان (Rutter et al., 2003) ويهدف إلى تحديد مدى تفاعل الأطفال الذاتويين وقدرتهم على التواصل مع الآخرين في مواقف متنوعة بشكل ملائم ، يتكون الاستبيان من ٤٠ عبارة ، يجيب عليها الآباء والمعلمون والأخصائيون المتعاملون مع الطفل، يتكون الاستبيان من ثلاثة أبعاد: التفاعل الاجتماعي المتبادل، التشوهات النوعية في الاتصالات، أنماط السلوكيات المنكررة والمقيدة، تحسب درجات الاستبيان من السؤال ٢-٤٠ في حالة الإجابة بنعم على السؤال الأول ، وتحسب الدرجات من السؤال ٨-٤٠ في حالة الإجابة بلا على السؤال الأول. وتم حساب صدق المحك بينه وبين قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد لعادل عبد الله محمد ، وتراوحت قيم معاملات الارتباط للأبعاد الأربعة (٠.٦٥-٠.٧٨) ، كما تم حساب الثبات بإعادة تطبيقه على عينة من أولياء أمور (١٠) أطفال ذاتويين بفاصل زمني أسبوعين وتراوحت قيم معاملات الارتباط (٠.٧٩-٠.٨٥) وهي قيمة مقبولة للثبات .

- استبيان اللعب الاجتماعي : Social Play Questionnaire إعداد (الباحث) ويهدف إلى التعرف على خصائص اللعب الاجتماعي لدى الطفل الذاتوي، ويطبق من خلال الآباء والمهتمين برعاية الطفل، يتكون من أربعة أجزاء رئيسية: خبرات اللعب، تنوع أشكال اللعب، علاقات القرين، نماذج تطور اللعب، تم عرضه على خمسة من المتخصصين في مجال علم النفس والتربية الخاصة للتعرف على مدى صلاحيته للتعرف على خصائص اللعب لدى الطفل الذاتوي، و تم تعديل بعض العبارات وفقا للمحكمين، وتم الأخذ بنسبة اتفاق ٨٠% فما أكثر .

- قائمة معززات الطفل الذاتوي : إعداد (الباحث) وتهدف معرفة أهم المعززات المحببة لدى الأطفال الذاتويين، سواء كانت غذائية ومادية (مأكولات، ..الخ)، أو رمزية ( نجوم،....الخ) اجتماعية ( لفظية، غير لفظي) وتطبق قبل تطبيق البرنامج التدريبي على الأطفال على الأمهات وأخصائية التربية الخاصة، وتم عرضها على (٥) من المحكمين في مجال علم النفس والتربية الخاصة للتحقق من مناسبتها للأطفال الذاتويين وتم الأخذ بنسبة اتفاق أعلى من ٨٠%

- استبيان ترشحات الآباء والمعلمات للاعبين الخبراء (إعداد الباحث) يهدف إلي الخصائص العقلية والانفعالية والاجتماعية والتواصلية للأقران المشاركين العاديين، ومدى استعدادهم للمشاركة بفاعلية في البرنامج كلاعبين خبراء، كما أشارت (2000) Wolfberg ، (2000) Young ، يتم تطبيقه بمعرفة الآباء والمعلمات على الأطفال العاديين من أقارب الأطفال الذاتويين للمشاركة في جلسات برنامج مجموعات اللعب المتكاملة ، يتكون من ٢٤ عبارة ، يتم احتساب متوسط درجة كل طفل بعد تطبيق الاستبيان على المعلمة والأخصائية وأحد أولياء الأمور، يتم استبعاد الطفل الذي يحصل على درجات منخفضة ويتم استبداله بآخر، ويتم تكوين مجموعة اللعب المتكاملة لكل طفل ذاتوي باستشارة وموافقة الأم والمعلمة والأخصائية النفسية ، وقد تم عرضه على خمسة من المحكمين في مجال علم

النفس للتحقق من مناسبته للأطفال الخبراء المشاركين وتم الأخذ بنسبة اتفاق أعلى من ٨٠%

- برنامج مجموعات اللعب المتكاملة : **Integrated Play Group Program (IPG)** تم تصميم هذا البرنامج وفقاً لما أشارت إليه دراسات نموذج مجموعات اللعب المتكاملة (Wolfberg (1994,2000,2004 وذلك لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال الذين يفتقدون إلى خبرات اللعب مع أقرانهم كمكون مهم من خبرات الطفولة، وهو متعدد الأبعاد حيث تؤسس دعائمه علي عدد من النظريات النفسية منها Vygotsky للتعلم الاجتماعي حيث يتم تضمينها في النموذج كإجراءات تطبيقية وأساليب قياس قابلة للملاحظة ، وقد أظهرت دراسات (Wolfberg (2000، Bottema & Wolfberg (2007) و Neufeld & Wolfberg (2009) أن اللعب الموجه والمخطط وفقاً لأسس علمية أكثر مناسبة لاحتياجات الأطفال الذاتيين .

- الاستفادة من توجيهات الكبار في اللعب يعد بمثابة محرك جوهري لدعم خبرات اللعب .

- إعداد وتصميم بيئة لعب جيدة وفقاً للقواعد العلمية يسهم في تحقيق الأهداف .

- أن تعديل خصائص الطفل الذاتي وسلوكياته يتطلب تدريباً متواصلاً ومتدرجاً ومستمراً .

- إن تدريب الذاتيين على المشاركة الايجابية في أنشطة اللعب المتنوعة مع أقرانهم العاديين يتيح لهم فرص المرور بخبرات واقعية حسية بأنفسهم مما يسهم في دعم نموهم الاجتماعي

- هدف برنامج IPG: يهدف البرنامج المقترح إلى تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية المشاركين مرتفعي الأداء الوظيفي.

متطلبات بناء برنامج IPG:

- أن الأطفال الذاتويون يحتاجون إلى مدخل تمهيدي للتدريب يكون من خلال عدد من الجلسات التمهيديّة لتحسين الانتباه الانتقائي لديهم وذلك حتى لا يكون ضعف الانتباه عائقاً أمام استفادتهم مما يقدم لهم في محتوى برنامج

كما أشارت (Kasari et al., 2006)

- الإيجابية والاستمتاع بالمشاركة في أداء أنشطة اللعب المختلفة، وإتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن أنفسهم دون خوف من الفشل أو من نقد

الآخرين. (Wolfberg 2004)

- يتم تدريب هؤلاء الأطفال بشكل متسلسل ومتدرج ومستمر بما يسمح لهم من اكتساب الخبرات بحيث يكون البرنامج علي هيئة مراحل متدرجة تهدف كل مرحلة إلى تحقيق عدد من الأهداف المحددة، ويتم تقييم كل مرحلة قبل بدء

المرحلة التالية لها. (Wolfberg 2004)

- لا بد أن تتناسب جلسات اللعب مع اهتمامات وقدرات النمو وخبرات اللاعبين الخبراء والمبتدئين، وذلك لأنها جزءاً من الاستيعاب التعليمي. (Rogers et al., 2012)

- خطوات إعداد البرنامج: لتصميم البرنامج تم اتباع عدد من الخطوات وهي كالتالي:

- تحديد المفاهيم الأساسية للبرنامج التدريبي، وإجراءات وخطوات التنفيذ، وأساليب تعديل السلوك التي يتم استخدامها مع هؤلاء الأطفال وذلك بالاطلاع

علي عدد من الدراسات منها (Wolfberg, 2012) (Rogers et al., 2012)

(Wolfberg, 2000)، والتدريب علي تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى

الذاتويين (Ingersoll & Gergans 2007) .



- تحديد الأساليب التدريبية المستخدمة في البرنامج ومنها التعليمات اللفظية  
Verbal Instructions ، الحث الجسدي Physical Induction ، النمذجة  
Modeling لعب الأدوار Role Playing ، التغذية الراجعة Feedback ، التعزيز  
Reinforcement ، وهي تتفق مع ما أشارت إليه (Jull & Miranda 2011) .  
- وصف البرنامج: يتكون البرنامج تبعاً للتصميم شبه التجريبي متعدد الخطوط  
القاعدية عبر المشاركين Multiple Baseline Design across Subject من ست  
مراحل كالتالي :

الأولي : إعداد وتصميم بيئة اللعب، وتضمنت تهيئة بيئة اللعب وتصميم  
الأنشطة والتخطيط لسيناريو اللعب ، وإعداد اللاعبين الخبراء، وتدريب  
الأخصائيين المشاركين، وفقاً للنموذج .

الثانية : مرحلة الخط القاعدي (B) Baseline: وتهدف إلى الوقوف على المستوى  
الحقيقي لكل طفل ذاتوي ( لاعب مبتديء) في متغيرات الدراسة التابعة قبل  
التدريب ، وقد يستمر ذلك لفترات زمنية متباينة من طفل ذاتوي لآخر ،  
ويعتمد على الملاحظة المباشرة لتكرار السلوك وتسجيله بالكاميرا الرقمية ،  
والتسجيل الدقيق للبيانات وفق الاستمارات المعدة لذلك ، للوصول إلى حالة  
الاستقرار في الأداء، وتتراوح جلساتها من ٥ - ١٠ جلسات تختلف من طفل  
لآخر .

الثانية: مرحلة التهيئة للتدخل العلاجي: وتتكون من ٦ جلسات تدريبية لدعم  
وتحسين الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين كمتطلب أساسي تمهيدي لبرنامج  
مجموعات اللعب المتكاملة، بمعدل جلستين أسبوعياً، وهذه الجلسات لا تضمن  
قياساً في أية متغيرات .

الثالثة: مرحلة التدخل العلاجي الأول (I1) Intervention1: وتهدف إلى إدماج  
الأطفال الذاتويين ( المبتدئين) في أنشطة اللعب المتنوعة مع أقرانهم العاديين

( الخبراء ) ، مع توجيهات ودعم الكبار لإجراءات وأنشطة اللعب، وتتكون من ٢٤ جلسة تدريبية (٨) لكل طفل

الرابعة: مرحلة التحقق الأول (P1) probe : وتهدف إلى قياس مهارات اللعب والتواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين ، مع تحييد وعزل توجيهات الكبار لإجراءات اللعب ، وتتكون من ١٢ جلسات تدريبية ، ٤ لكل طفل وفيها يتفاعل الأطفال الذاتويين (المبتدئون) مع العاديين (الخبراء) في أنشطة اللعب المتنوعة ، وفيها يتم رصد التقدم.

الخامسة: مرحلة التدخل العلاجي الثاني (I2) Intervention2 : وتهدف إلى إتاحة الفرص للأطفال الذاتويين لمعاودة مشاركة أقرانهم في أنشطة اللعب والتفاعل معهم، مع توجيهات الكبار لأنشطة اللعب، وتتكون من ٢٤ جلسة تدريبية ، (٨) لكل طفل ولا يتم فيها رصد التقدم

السادسة: مرحلة التحقق الثاني (P2) probe2 : وتهدف إلى قياس ورصد التقدم في مهارات اللعب والتواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين قياساً ثانياً متكرراً ، مع تحييد وعزل توجيهات الكبار لإجراءات اللعب ، وتتكون من ١٢ جلسات تدريبية ، ٤ لكل طفل وفيها يتفاعل الأطفال الذاتويين (المبتدئون) مع العاديين (الخبراء) في أنشطة اللعب ليتم رصد التقدم

يتم رصد وتسجيل تقدم الأطفال من خلال تسجيلات الكاميرا الرقمية ثم يتم تحليلها من خلال ثلاثة ملاحظين ليسجل كل واحد على حدة سلوكيات الطفل من خلال عبارات الاستبيان ، ويتم الاعتماد على متوسط استجابات الملاحظين ، من خلال تحديد ١٠ دقائق في منتصف جلسة رصد التقدم وتقييم أداء الأطفال خلالها وفقا (2004) Wolfberg .

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول ومناقشتها : والذي ينص علي " توجد فاعلية لتدريب الأطفال الذاتويين مرتفعي الأداء الوظيفي الثلاثة المشاركين (اللاعبين المبتدئين) على

مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لديهم". وللتحقق من صحة هذا الفرض فيما يخص أبعاد التواصل الاجتماعي تم حساب متوسطات النسب المئوية للاستجابات الصحيحة لكل لاعب من اللاعبين المبتدئين الثالث على أبعاد التواصل الاجتماعي (التفاعل الاجتماعي المتبادل، التواصل، السلوكيات النمطية المقيدة) وذلك على استبيان التواصل الاجتماعي في مراحل تطبيق برنامج مجموعات اللعب المتكاملة بداية من الخط القاعدي (B) وحتى نهاية التحقق الثاني (P2) وفقاً لما هو محدد في جلسات التقييم، وسوف يتم توضيح مدى تطور متوسطات نسب الاستجابات الصحيحة لكل لاعب من اللاعبين المبتدئين على حدة ، حيث تم تحليل استبيان التواصل الاجتماعي والتي قام باستكمالها كل من الباحث والمعلمة والأخصائية وذلك لتحديد نسب الاستجابات الصحيحة للاعب، حيث تم ذلك من خلال عدة خطوات: (١) قام كل ملاحظ من الثلاثة بتحديد نسبة الاستجابات الصحيحة للاعب في كل بعد من الأبعاد، (٢) حساب متوسط نسب الملاحظين الثلاثة من خلال قسمة مجموع النسب المئوية للملاحظين على عددهم لكل جلسة، وللتعرف على مدى تطور اللاعب المبتدئ الأول في كل بعد من أبعاد التواصل الاجتماعي الثلاثة المحددة (٣) حساب متوسط نسب الاستجابات الصحيحة للاعب في كل مرحلة من مراحل تطبيق برنامج مجموعات اللعب المتكاملة بداية من الخط القاعدي وحتى نهاية التحقق الثاني، وذلك بقسمة مجموع النسب المئوية للمرحلة على عدد جلسات التقييم في هذه المرحلة، والجدول التالي (١) يوضح متوسط النسب المئوية لاستجابات التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الأول - ك على استبيان التواصل الاجتماعي

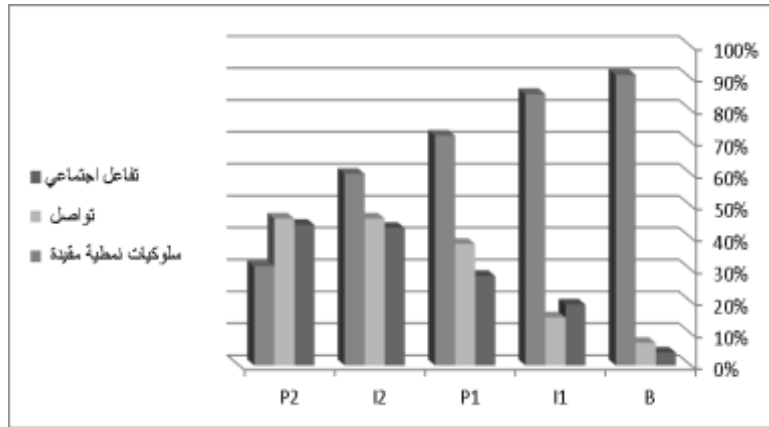
جدول (١) : متوسطات النسب المئوية لاستجابات التواصل الاجتماعي الصحيحة

للاعب الثاني أ - ك

مراحل التدخل العلاجي					أبعاد التواصل الاجتماعي
P2	I2	P1	I1	B	

الفاعل الاجتماعي المتبادل	%٤	%١٩	%٢٨	%٤٣	%٤٤
التواصل	%٧	%١٥	%٣٨	%٤٦	%٤٦
السلوكيات النمطية المقيدة	%٩١	%٨٥	%٧٢	%٦٠	%٣١

يتضح من الجدول السابق (١) زيادة متوسطات نسب الاستجابات لبعدي التفاعل الاجتماعي والتواصل وتناقصها في بعد السلوكيات النمطية المنكررة في كل مرحلة من مراحل تطبيق برنامج مجموعات اللعب المتكاملة ، والشكل التالي رقم (١) يوضح ذلك



شكل (١) : مهارات التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الأول أ- ك في مراحل التدريب يتضح من الشكل (١) أن متوسطات نسب الاستجابات الصحيحة للطفل (اللاعب المبتدئ الأول) على أبعاد قائمة ملاحظة التواصل الاجتماعي قد زادت من مرحلة الخط القاعدي لبعدي التفاعل الاجتماعي (٤%) ثم وصلت في التحقق الثاني (٤٤%) ، وفي بعد التواصل كانت في مرحلة الخط القاعدي (٧%) وفي التحقق الثاني (٤٦%) ، وفي بعد السلوكيات النمطية المقيدة تناقصت من (٩١%) في مرحلة الخط القاعدي إلي (٣١%) في التحقق الثاني. كما تم تحليل استبيان التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الثاني أ- م ، والجدول التالي (٢) يوضح متوسط النسب المئوية للاستجابات على استبيان التواصل الاجتماعي.

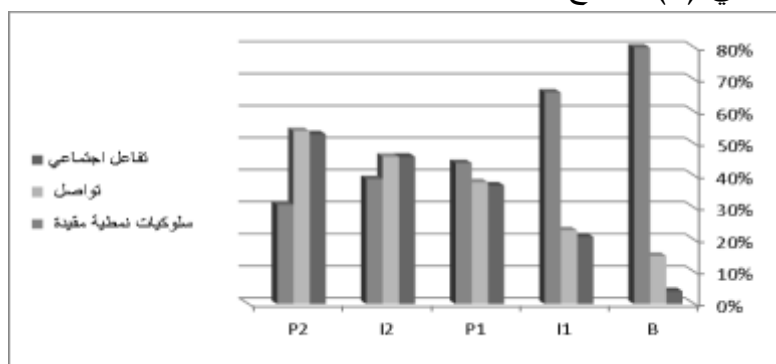
جدول (٢)

## متوسطات النسب المئوية لاستجابات التواصل الاجتماعي الصحيحة للاعب

الثاني أ- م

مراحل التدخل العلاجي					أبعاد التواصل الاجتماعي
P2	I2	P1	I1	B	
%٥٣	%٤٦	%٣٧	%٢١	%٤	تفاعل اجتماعي متبادل
%٥٤	%٤٦	%٣٨	%٢٣	%١٥	تواصل
%٣١	%٣٩	%٤٤	%٦٦	%٨٠	سلوكيات نمطية مقيدة

يتضح من الجدول السابق (٢) زيادة متوسطات نسب الاستجابات الصحيحة لبعدي التفاعل الاجتماعي والتواصل وتناقصها في بعد السلوكيات النمطية المتكررة في كل مرحلة من مراحل تطبيق برنامج مجموعات اللعب المتكاملة ، والشكل التالي (٢) يوضح ذلك



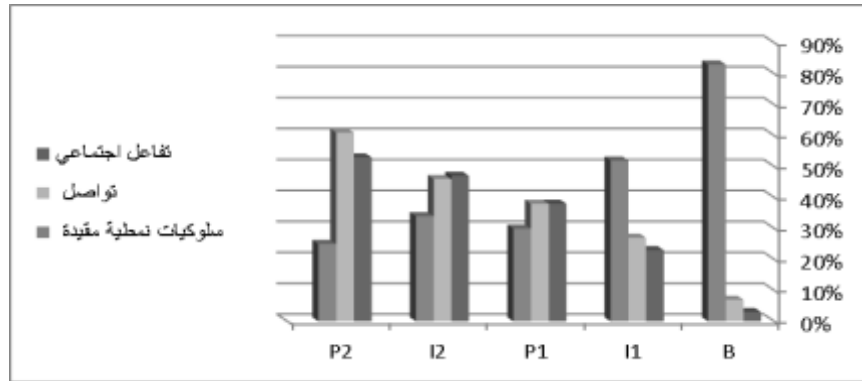
شكل (٢): مهارات التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الثاني أ- م في مراحل التدريب يتضح من الشكل السابق (٢) أن متوسط نسبة الاستجابات الصحيحة في مرحلة الخط القاعدي لبعدي التفاعل الاجتماعي (٤%) ثم بلغت في التحقق الثاني (٥٣%) ، وفي بعد التواصل كانت في مرحلة الخط القاعدي (١٥%) و في التحقق الثاني (٥٤%) ، وهنا يتبين تزايد متوسط نسب الاستجابات الصحيحة للاعب في بعدي التفاعل الاجتماعي والتواصل بداية من مرحلة الخط القاعدي وحتى مرحلة التحقق الثاني، وفي بعد السلوكيات النمطية المقيدة كان متوسط نسب الاستجابات في مرحلة الخط القاعدي (٨٠%) ثم في التحقق الثاني (٣١%)

، وهنا يتبين تناقص متوسط نسب الاستجابات للاعب ، كما تحليل أبعاد استبيان التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الثالث (ح- س) والجدول التالي (٣) ذلك جدول (٣): متوسطات النسب المئوية لاستجابات التواصل الاجتماعي الصحيحة

للاعب الثالث ح- س

مراحل التدخل العلاجي					أبعاد التواصل الاجتماعي
P2	I2	P1	I1	B	
%٥٣	%٤٧	%٣٨	%٢٣	%٣	تفاعل اجتماعي
%٦١	%٤٦	%٣٨	%٢٧	%٧	تواصل
%٢٥	%٣٤	%٣٠	%٥٢	%٨٣	سلوكيات نمطية مقيدة

يتضح من الجدول السابق (٣) زيادة متوسطات نسب الاستجابات الصحيحة لبعدي التفاعل الاجتماعي والتواصل وتناقصها في بعد السلوكيات النمطية المتكررة في كل مرحلة من مراحل تطبيق برنامج مجموعات اللعب المتكاملة ، والشكل البياني التالي رقم (٣)



شكل (٣) : مهارات التواصل الاجتماعي للاعب المبتدئ الثالث ح- س في مراحل التدريب يتضح من الشكل (٣) أن متوسطات نسب الاستجابات الصحيحة للاعب المبتدئ الثالث في مرحلة الخط القاعدي لبعدي التفاعل الاجتماعي (٣%) ثم بلغت في التحقق الثاني (٥٣%)، وفي بعد التواصل كانت في مرحلة الخط القاعدي (٧%) ثم وصل في التحقق الثاني (٦١%) ، وهنا يتبين تزايد متوسط نسب الاستجابات الصحيحة للاعب في هذين البعدين ، أما في بعد السلوكيات

النمطية المقيدة كان في الخط القاعدي (٨٣%) ثم وصل في التحقق الثاني (٥٠%) ، وهنا يتبين تناقص متوسط نسب السلوكيات النمطية المقيدة في التحقق الثاني.

وللتحقق من صحة الفرض والخاص بفاعلية التدريب على مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين اللعب الاجتماعي للأطفال الذاتويين المشاركين ، تم تحليل استبيان اللعب قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي علي مجموعات اللعب المتكاملة ، وتوصل الباحث إلى:

- أن المشارك الأول (أ - ك): كان في بداية التدخل التدريبي ( مرحلة الخط القاعدي) ، لا يميل للعب مع أقرانه أو المعلمة، و أحياناً يشارك والديه ألعاباً بسيطة، وليست لديه اهتمامات واضحة باللعب، كما أنه يمارس أنشطة حسية مثل التآرجح واللعب في الماء، وأنشطة بناء المكعبات، وأحياناً ما يدمر أدوات اللعب، و يفضل اللعب بالأشياء ذات البريق واللمعان، كذلك كان الطفل منعزلاً في لعبه فلا يهتم لمحاكاة الآخرين ، سلبى فلا يبدي اهتمام بالبداية الذاتية للعب مع الأقران، كما كان يستخدم الحث الجسدي في التواصل، مع إصدار بعض الأصوات، الإشارات، ويميل إلى أن ينشغل مع نفسه في أي شيء بعيداً عن الآخرين.

بينما أظهرت النتائج عقب التدخل التدريبي: ازدياد عدد مرات اللعب في المركز والمنزل، وتحسن رغبة الطفل في اللعب بشكل عفوي إلى حد ما، كما ازدادت عدد مرات رغبته في مشاركة أقرانه في اللعب، مع زيادة فترة الانتباه للقرين ، والاقتراب منه تدريجياً، والسعي للمشاركة في اللعب ، ومن ثم تناقص فترة تجول الطفل بنظره في الحجرة، تغير الأسلوب الاجتماعي للعب مع الأقران، حيث ازدادت رغبته في اللعب بجوارهم ، ومحاولة محاكاة أنشطة اللعب، وتوجهه نحوهم في اللعب وجلوسه بجوارهم، كما أظهر رغبته في المشاركة في تحقيق

هدف لعب مشترك ، واتضح ذلك من تناول الطفل لبعض الألعاب وتقديمها لأقرانه.

ومن خلال تحليل نتائج استبيان اللعب أثناء مراحل تطبيق البرنامج التدريبي ، قام كل ملاحظ بتحديد نسبة الوقت الذي يقضيه كل مشارك في كل بعد من أبعاد اللعب الاجتماعي ، ثم تم حساب متوسط الوقت في كل بعد من هذه الأبعاد من خلال قسمة مجموعها على عدد الملاحظين وضرب الناتج في مائة والجدول التالي (٤) يوضح متوسط الوقت للاعب المبتدئ الأول في أبعاد اللعب الاجتماعي في الوقت المحدد للتحليل في كل جلسة .

جدول (٤): متوسطات النسب المئوية لوقت اللاعب الأول أ- ك علي أبعاد اللعب

#### الاجتماعي

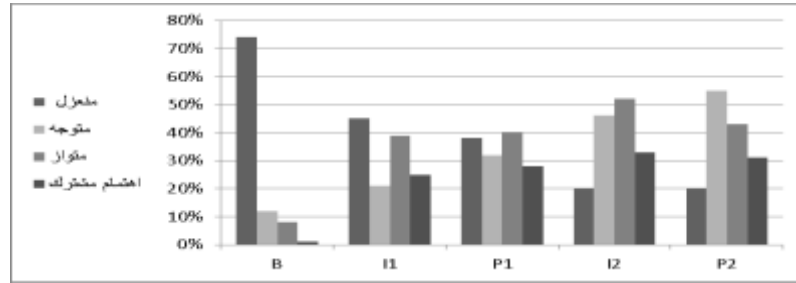
أبعاد اللعب					الاجتماعي
مراحل التدخل التدريبي					
P2	I2	P1	I1	B	
%٢٠	%٢٠	%٣٨	%٤٥	%٧٤	منعزل
%٥٥	%٤٦	%٣٢	%٢١	%١٢	متوجه
%٤٣	%٥٢	%٤٠	%٣٩	%٨	متواز/تقريباً
%٣١	%٣٣	%٢٨	%٢٥	%١	اهتمام مشترك

الخط القاعدي B، التدخل العلاجي الأول I1، التحقق الأول P1، التدخل

العلاجي الثاني I2، التحقق الثاني P2

يتضح من الجدول السابق (٤) الاختلافات التي حدثت على متوسط النسب المئوية لوقت اللاعب المبتدئ الأول أ- ك في مجموعات اللعب المتكاملة لأبعاد اللعب الاجتماعي في كل مراحل التدريب بداية من الخط القاعدي إلى مرحلة التحقق الثاني، والشكل التالي (٤) يوضح مدى التغير في مهارات اللعب الاجتماعي نتيجة المشاركة في مجموعات اللعب المتكاملة .





شكل (٤): أبعاد اللعب الاجتماعي للاعب المبتديء الأول م- أ في مراحل

### التدريب علي البرنامج

يتضح من الشكل السابق (٤) أن متوسط نسب الوقت الذي كان يمضيه الطفل في حالة الانعزال والبعد عن المجموعة والانشغال بالذات كانت في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٧٤%)، (٤٥%، ٣٨%، ٢٠%، ٢٠%) وتتناقص متوسط نسبة وقت الانعزال يعطي مؤشراً لتوجه الطفل المشارك نحو أقرانه ، وتأثير مجموعة اللعب وتوجيهات التدريب في التفاعل مع الأقران . وفي التوجه نحو الأقران كان متوسط نسبة الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (١٢%، ٢١%، ٣٢%، ٤٦%، ٥٥%) وتزايد نسبة التوجه نحو المشاركين في التحقق الثاني عن الخط القاعدي هو نتيجة تزايد رغبة الطفل في المشاركة في أنشطة اللعب مع المجموعة، والانشغال بأنشطة أكثر تعقيداً . وفي اللعب المتوازي مع الأقران، كان متوسط نسبة الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٨%)، (٣٩%، ٤٠%، ٥٢%، ٤٣%) وزيادة متوسط نسب الوقت للعب بشكل متواز بالقرب من مجموعة اللعب المتكاملة ومحاولة تقليد أنشطة اللعب، ربما يوضح مدى تطور حالة الاندماج والمشاركة لدى الطفل في أنشطة اللعب ، و الاستفادة من خبرات الأقران المشاركين له في أنشطة اللعب ، وكذلك من توجيهات الباحث والمعلمة أثناء التدريب في الجلسات العلاجية. وفي اللعب لتحقيق اهتمام مشترك مع الأقران ، كان متوسط نسب الوقت في مراحل التدريب الخمس (١%، ٢٥%،

٢٨%، ٣٣%، ٣١%) وزيادة نسبة الوقت في المشاركة لتحقيق اهتمام مشترك يقوم على تبادل الأدوار، ربما يوضح مدى تطور حالة الاندماج والمشاركة لدى الطفل في أنشطة اللعب، وتحمله للقيام ببعض المسؤوليات في اللعب

- اللاعب المبتدئ الثاني (أ- م): تشير نتائج القياس في بداية التدخل التدريبي من خلال تطبيق استبيان اللعب، علي اللاعب المبتدئ الثاني : لا يميل إلى اللعب لفترات طويلة مع أقرانه ، فقد كان يلعب مرة يومياً في مركز الرعاية ، وكان اللعب في المنزل ضعيفاً مع أحد الأخوة، كما كانت أنشطة اللعب محدودة وغير متنوعة، مع بعض السلوكيات النمطية المقيدة ، اتصف الأسلوب الاجتماعي للطفل في اللعب مع الأقران بالانعزالية والسلبية، وعدم الرغبة في التواصل إلا لطلب شيء ما، واللغة اللفظية البسيطة مع تكرار الكلمات، اتسمت تفضيلات اللعب لديه بالاهتمامات القهرية، وتفضيل الألعاب التي تقوم على التركيب والحركة .

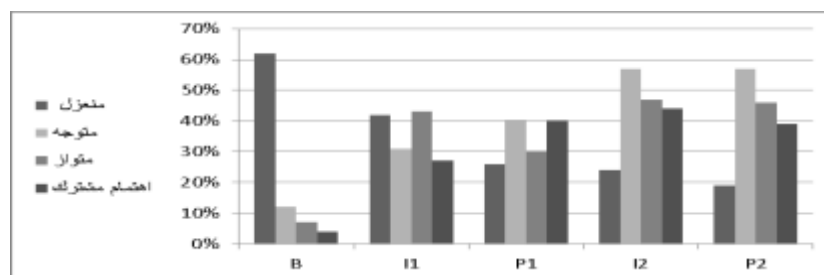
وفي نهاية تطبيق البرنامج التدريبي أظهرت نتائج تحليل استبيان اللعب : زيادة عدد مرات اللعب وتنوعها ، وتنوعت أنشطة اللعب من الأنشطة الحسية إلى أنشطة التركيب والدمي، كما تحسنت الرغبة في المبادرة الذاتية للمشاركة في اللعب ، وأصبح يتوجه لصندوق الألعاب لاختيار اللعبة ، وبدأت تتضح أهدافه في التشارك مع الأقران ، اتضح تحوله من الانعزال تدريجياً إلى الاهتمام بأفعال القرين ومراقبته ، ولكن بشكل مستقل.

كما تم تحليل نتائج الاستبيان أثناء مراحل تطبيق البرنامج التدريبي نتيجة المشاركة في مجموعة اللعب المتكاملة ، والجدول التالي (٥) يوضح متوسط الوقت للمشارك في أبعاد اللعب الاجتماعي في الوقت المحدد للتحليل في كل جلسة .

## جدول (٥): متوسطات النسب المئوية لوقت اللاعب الثاني أ- م في أبعاد اللعب الاجتماعي

مراحل التدخل التدريبي					أبعاد اللعب الاجتماعي
P2	I2	P1	I1	B	
%١٩	%٢٤	%٢٦	%٤٢	%٦٢	منعزل
%٥٧	%٥٧	%٤٠	%٣١	%١٢	متوجه
%٤٦	%٤٧	%٣٠	%٤٣	%٧	متواز/تقريباً
%٣٩	%٤٤	%٤٠	%٢٧	%٤	اهتمام مشترك

يتضح من الجدول السابق (٥) النسب المئوية لوقت اللاعب الثاني أ- م في أبعاد اللعب الاجتماعي في كل مرحلة من مراحل التدريب ، والشكل التالي (٥) يوضح مدى التغير في مهارات اللعب الاجتماعي نتيجة مشاركة الطفلة في مجموعات اللعب المتكاملة .



شكل (٥): أبعاد اللعب الاجتماعي للاعب المبتدئ الثاني أ- م في مراحل التدريب

يتضح من الشكل السابق (٥) أن متوسط نسب الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٦٢%) ، (٤٢% ، ٢٦% ، ٢٤% ، ١٩%) ، وتتقاص متوسط نسب وقت الانعزال يعطي مؤشراً لتوجه الطفل نحو أقرانه، وتأثير مجموعة اللعب وتوجيهات التدريب في التفاعل مع الأقران داخل المجموعة ، وفي التوجه نحو الأقران كان متوسط نسب الوقت في مراحل التدريب الخمس (١٢% ، ٣١% ، ٤٠% ، ٥٧% ، ٥٧%) وزيادة نسب الوقت في التحقق الثاني ربما يكون نتيجة زيادة رغبة الطفل في التفاعل في أنشطة اللعب. وفي اللعب المتوازي بجوار الأقران كان متوسط نسبة

الوقت في مراحل التدريب الخمس (٧%، ٤٣%، ٣٠%، ٤٧%، ٤٦%) وزيادة نسب الوقت للعب بشكل متواز بالقرب من المجموعة ومحاولة تقليد أنشطة اللعب في التحقق الثاني ، ربما يوضح مدى تطور حالة الاندماج والمشاركة لدى الطفل في أنشطة اللعب ، والرغبة في الاستفادة من خبرات الأقران ، وفي بعد اللعب لتحقيق اهتمام مشترك مع الأقران، كان متوسط نسبة الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٤%، ٢٧%، ٤٠%، ٤٤%، ٣٩%) وزيادة نسب الوقت في بعد الاهتمام مشترك يدل زيادة الرغبة في تبادل الأدوار، والاندماج والمشاركة في أنشطة اللعب، وتحمل المسؤوليات .

اللاعب المبتدئ الثالث (ح-س): تشير نتائج تحليل استبيان اللعب في بداية تطبيق البرنامج التدريبي تبين للباحث ما يلي : كانت الطفلة تمارس للعب لفترات قصيرة داخل المنزل ومركز الرعاية، وكانت تفضل الأنشطة الفيزيقية كالجري والتأرجح ، وتتحسس الألعاب بفمها، كما أن أنشطة اللعب محدودة وغير متنوعة، وكانت تلعب منعزلة وتجلس بعيداً وتتسحب من المشاركة، ولا تبادر بالتواصل، ولا تستخدم في التواصل إلا اللغة والإشارات البسيطة.

وفي نهاية تطبيق البرنامج التدريبي: ازدادت عدد مرات اللعب للطفلة بشكل طبيعي وحر، وتنوعت أنشطة اللعب في أوقات مختلفة، وتحسنت إلى حد ما الرغبة في اللعب بشكل حر وعفوي ، كما تفضيلات اللعب لديها من الاهتمام بالألعاب الحسية إلى تلك التي تحمل فكرة وموضوع مثل لعبة الطبيب ، كما تغير أسلوبها الاجتماعي إلى إظهار الاهتمام بالبداية الذاتية للعب، واللعب بجوار الأقران ومحاولة تنفيذ ما يقومون به من أنشطة اللعب ، وأظهرت الطفلة في بعض الأوقات رغبة في المشاركة في تحقيق هدف مشترك في اللعب ، واتضح ذلك من الذهاب لركن الألعاب وإحضار اللعب ووضعها في المكان المحدد

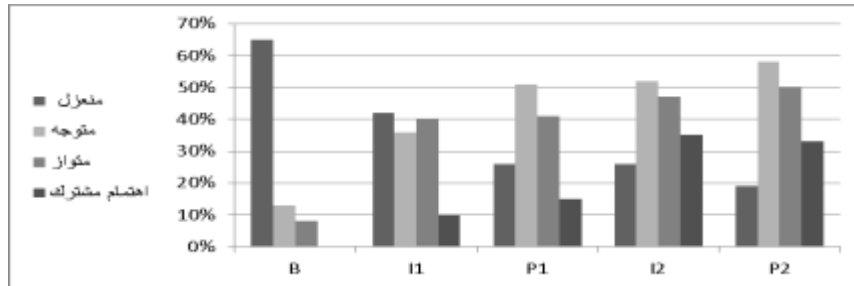
لعملية اللعب، ومتابعة الأقران لفترات طويلة، وتحولها من الانشغال بنفسها إلى الاهتمام بدرجة ما بالأقران الآخرين.

كما تم تحليل نتائج استبيان اللعب أثناء مراحل تطبيق البرنامج التدريبي ، والجدول (٧) يوضح متوسطات الوقت للاعب المبتديء الثالث في أبعاد اللعب الاجتماعي

جدول (٧): متوسطات النسب المئوية لوقت اللاعب الثالث ح-س علي أبعاد اللعب الاجتماعي

مراحل التدخل التدريبي					أبعاد اللعب الاجتماعي
P2	I2	P1	I1	B	
%١٩	%٢٦	%٢٦	%٤٢	%٦٥	منعزل
%٥٨	%٥٢	%٥١	%٣٦	%١٣	متوجه
%٥٠	%٤٧	%٤١	%٤٠	%٨	متواز/تقريباً
%٣٣	%٣٥	%١٥	%١٠	%٠	اهتمام مشترك

يتضح من الجدول السابق (٧) الاختلافات التي حدثت على مهارات اللاعب الثالث في أبعاد اللعب الاجتماعي نتيجة مشاركته في مجموعات اللعب المتكاملة في كل مرحلة من مراحل التدريب ، والشكل التالي (٧) يوضح ذلك



شكل (٧): أبعاد اللعب الاجتماعي للاعب المبتديء الثالث ح-س في مراحل التدريب يتضح من الشكل السابق (٧) أن متوسط نسب الوقت الذي تمضيه الطفلة في حالة الانعزال والبعد عن المجموعة والانشغال بالذات كان في مراحل التدريب الخمس كالتالي بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (%٦٥، %٤٢،

٢٦%، ٢٦%، ١٩%) ، وتتقاص متوسط نسب وقت الانعزال يعطي مؤشراً لزيادة توجه الطفلة نحو المشاركة مع أقرانها.

وفي التوجه نحو الأقران كان متوسط نسب الوقت في مراحل التدريب الخمس بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (١٣%، ٣٦%، ٥١%، ٥٢%، ٥٨%) وزيادة نسب الوقت في التحقق الثاني يظهر زيادة رغبة الطفلة في التفاعل والمشاركة في أنشطة اللعب.

وفي بعد اللعب المتوازي مع الأقران كان متوسط نسب الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٨%، ٤٠%، ٤١%، ٤٧%، ٥٠%) وزيادة نسبة الوقت للعب بشكل متواز بالقرب من مجموعة اللعب المتكاملة ومحاولة تقليد أنشطة اللعب بشكل ما وذلك في التحقق الثاني يوضح مدى تطور حالة المشاركة لدى الطفلة في أنشطة اللعب، وتقليد اللعب بالألعاب ولكن دون مشاركة الأقران وإنما جوارهم.

وفي بعد اللعب لتحقيق اهتمام مشترك مع الأقران كان متوسط نسب الوقت للمشاركة في مراحل التدريب الخمس بداية من الخط القاعدي وحتى التحقق الثاني (٠%، ١٠%، ١٥%، ٣٥%، ٣٣%) وزيادة نسبة الوقت في أنشطة لعب تسعى لتحقيق اهتمام مشترك ربما يوضح تطور المشاركة والتفاعل لدى الطفل الذاتي مع أقرانه في أنشطة اللعب .

مناقشة نتائج الفرض الأول:

هدفت الدراسة الحالية بشكل أساسي إلى اختبار فاعلية تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية مرتفعي الأداء الوظيفي على مجموعات اللعب المتكاملة في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لديهم، وهي تمثل إحدى جوانب القصور التي يتصف بها هؤلاء الأطفال الذاتويين، كما يعد التدريب على اللعب في مجموعة متكاملة من الأقران تحت توجيه الكبار أحد الأساليب المستخدمة في تحسين مهارات هؤلاء الأطفال، وقد أظهرت النتائج السابقة التي تم عرضها

وصفاً لمدى لتقدم كل طفل ذاتوي (لاعب مبتديء)،ومما سبق من النتائج يمكن القول أن الأطفال ذوى اضطراب طيف الذاتوية المشاركين في جلسات البرنامج التدريبي قد اكتسبوا بعض خبرات اللعب التي غيرت إلى حد ما من خصائصهم الاجتماعية ، ورغم أن هذا التحسن لم يكن بنفس القيمة لجميع الأطفال إلا أنهم قد تغيروا مما كانوا عليه في الخطوط القاعدية مع بداية تطبيق البرنامج .

ويمكن تفسير نتائج الفرض الأول فيما يلي :

- رغم أن اللعب بشكل عام لا يمثل خبرة مفقودة لدى الأطفال الذاتويين إلا أنهم يفتقدون اللعب بشكل طبيعي وممتع ومتطور كأقرانهم العاديين وهذا ما أتاحه البرنامج التدريبي الحالي والقائم على مجموعات اللعب المتكاملة من خلال جلساته حيث وفر فرصاً لخبرات شراكة وتفاعل في اللعب مع الأقران ، وهذا بدوره أسهم في اكتساب الأطفال الذاتويين لخبرات لعب جديدة ومتطورة وهذا ما تشير إليه (Wolfberg (2004) Nunes& Hanline (2007) .

- يقوم نموذج مجموعة اللعب المتكاملة على مبدأ دمج الأطفال الذاتويين مع أقرانهم في أنشطة لعب تبادلية تكاملية، وهذا جعلهم يكتسبون بل ويستدمجون أنماطاً سلوكية غير نمطية في اللعب والتفاعل الاجتماعي، وهذا يتفق مع (Wolfberg & Schuler (1993) .

- اختيار الأطفال الذاتويين في سن مبكرة أتاح لهم فرص واسعة للاستفادة مما يقدم من تدخلات في تحسين النمو الاجتماعي، لأنهم أكثر ملائمة لتدخلات اللعب والتأثر بخبرات الأقران، (Beaudoin et Wolfberg& Schuler (1999) al.,(2014)

- اعتماد البرنامج على تصميم بيئة جيدة للعب بما يتناسب مع خصائص واحتياجات الأطفال الذاتويين، ومع متطلبات مجموعات اللعب المتكاملة ، كان له أثر في تقبلهم لأنشطة اللعب، وتنوعها كما أشارت (Schuler& Wolfberg (2000) Nelson et al.,(2007)

- يقوم برنامج مجموعات اللعب المتكاملة على تكوين فريق عمل متكامل ومتعاون ومحدد الأدوار والمسؤوليات يتكون من المعلمة والأخصائية النفسية وأولياء الأمور وهم جميعاً تربطهم علاقات مباشرة مع الطفل، ولديهم دراية بخصائصه ومشكلاته واحتياجاته بما يسهم في تعديل سلوكيات الأطفال الذاتويين، وهذا ساعد على تنفيذ جلسات البرنامج، وتقبل الطفل لجلسات التدريب وتفاعله السريع مع الخبرات الجديدة ، كما يضمن انتقال وتعميم ما يتم تعلمه في مواقف أخرى ، وهذا يتفق مع (Walton & Ingersoll, 2013) .

- تعليم الأطفال الذاتويين يتطلب تسلسل الخبرات المكتسبة وتدرجها واستمرارها، وهو مفتاح تعديل سلوكياتهم ، وهذا ما قامت عليه فكرة البرنامج الحالي، حيث كان الحرص على تقديم جلساته متواصلة بما يضمن استمرارية التواجد مع الطفل والتأثير فيه، والألفة بالمشاركين ، كما يضمن عدم تلاشي خبرات التدريب من ذاكرة الطفل ، ويتفق ذلك مع (Vernon 2014)

- يؤسس نموذج مجموعات اللعب على ضرورة تدريب الذاتويين على إتباع القواعد المنظمة والموجهة للسلوك ومن ثم كان الحرص على إكسابهم مجموعة من قواعد السلوك الصحيح من خلال تنفيذ جزء متكرر في جلسات التدريب عن قواعد البداية والنهاية ، مما أثر بشكل في تطور بعض المهارات الحياتية لديهم مثل إلقاء التحية وردها، وتنظيف قاعة اللعب وجمع الألعاب ، كما أسهم في اتباعهم للتعليمات البسيطة، وهو يتفق مع (Kasari et al., 2013)

- يقوم برنامج IPG على تعددية أدوات رصد وتسجيل سلوكيات الأطفال الذاتويين أثناء تطبيق البرنامج التدريبي، مما يتيح الفرص للتعرف على التقدم الحقيقي في أداء الأطفال أثناء التدريب ، ويتفق هذا مع (Flynn & Healy 2012) و (Wolfberg 1995).

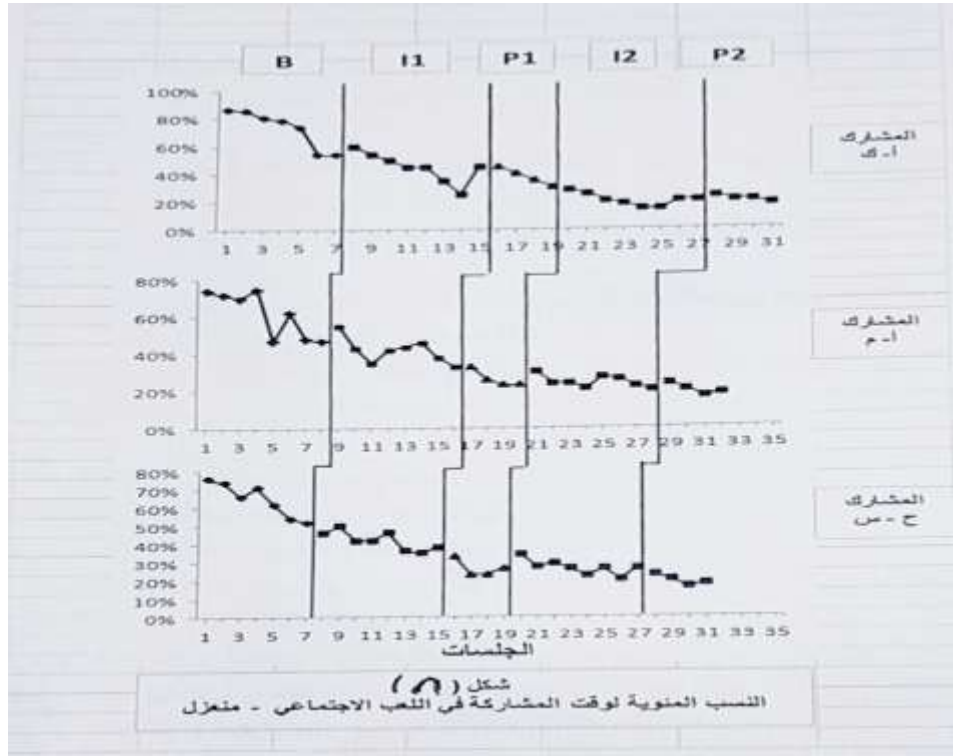
- اشتملت البرنامج التدريبي في المستوى التمهيدي على عدد من جلسات تحسين الانتباه المشترك كمتطلب تمهيدي مهم لنجاح مشاركة الأطفال الذاتويين في



جلسات مجموعات اللعب المتكاملة ، مما كان له دور واضح في تحسين المبادأة والرغبة الذاتية في اللعب كما أشارت (Bridget, & Hannah .Koegel et al.,(2012) (2008).

نتائج الفرض الثاني وينص على: توجد فروق دالة في متوسط نسب الوقت الذي يقضيه الأطفال المشاركون ذوو اضطراب طيف الذاتوية مرتفعو الأداء الوظيفي في أبعاد اللعب الاجتماعي ما بين الخط القاعدي والتحقق الثاني في اتجاه التحقق الثاني

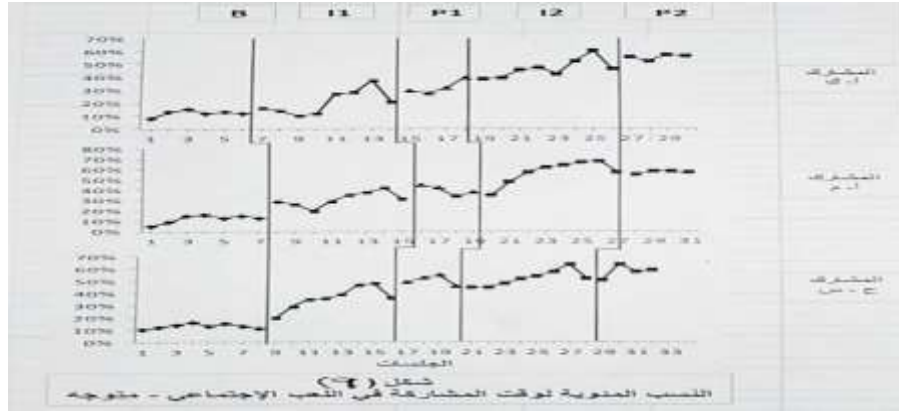
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تحليل بيانات المشاركين في كل بعد من أبعاد استبيان اللعب الاجتماعي للتعرف على متوسط نسب الوقت في ما بين الخط القاعدي والتحقق الثاني، والشكل البياني التالي (٨) يوضح التطور في النسب المئوية للوقت المنقضي من اللاعبين المبتدئين في البعد الأول (الانعزال) كمرحلة من مراحل تطور اللعب الاجتماعي :



يتضح من الشكل (٨) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل مشارك في الانعزال بعيداً عن الأقران، ويمكن توضيح ذلك كما يلي: بلغت نسبة الوقت المنقضي في الانعزال في نهاية جلسات الخط القاعدي للطفل الذاتوي الأول ٥٤% ، وفي نهاية التحقق الثاني ١٧% ، وبلغت للطفل الذاتوي الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ٥١% ، وفي نهاية التحقق الثاني ١٥% ، وبالنسبة للطفل الذاتوي الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ٥٢% ، وفي نهاية التحقق الثاني ١٨% ، وهذه النتائج تبين انخفاض الوقت الذي كان فيه المشاركون غير متفاعلين مع أنشطة اللعب ، مما يعني زيادة اهتمامهم بالاندماج في المشاركة في أنشطة اللعب مع الأقران.

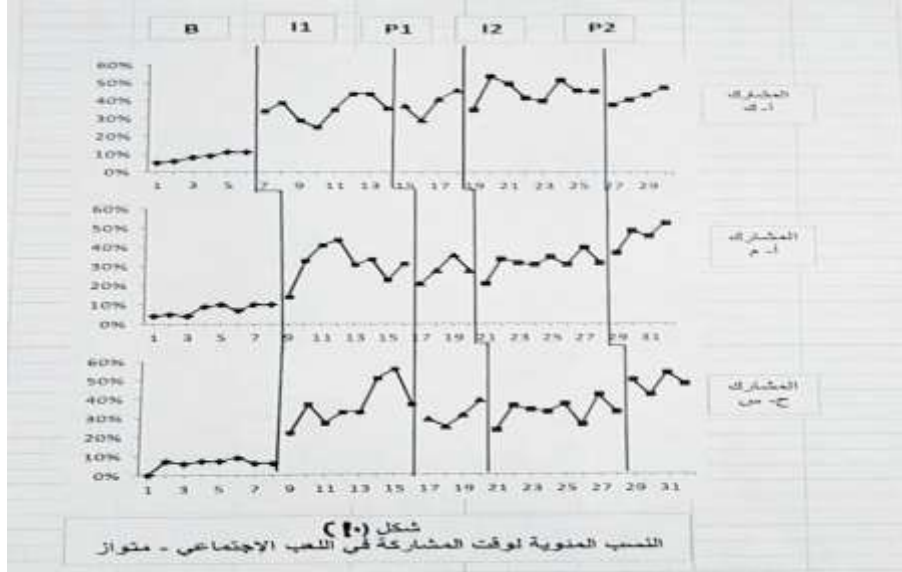
يتضح مما سبق أن الأطفال الذاتويين المشاركين في بداية التدخل العلاجي، كانوا يميلون إلى الانعزال ، ولم تكن لديهم رغبة في بدء المشاركة، أو حتي التجاوب

مع الاخرين، وتغير ذلك مع مرورهم بخبرات التدريب، حيث ازدادت أوقات اندماجهم ومشاركتهم في اللعب .  
وللتعرف على نسب الوقت في التوجه نحو أقرانهم في أنشطة اللعب تم تحليل البيانات والشكل البياني (٩) يوضح المقارنة بين الأطفال الثلاثة في مراحل التدريب المختلفة



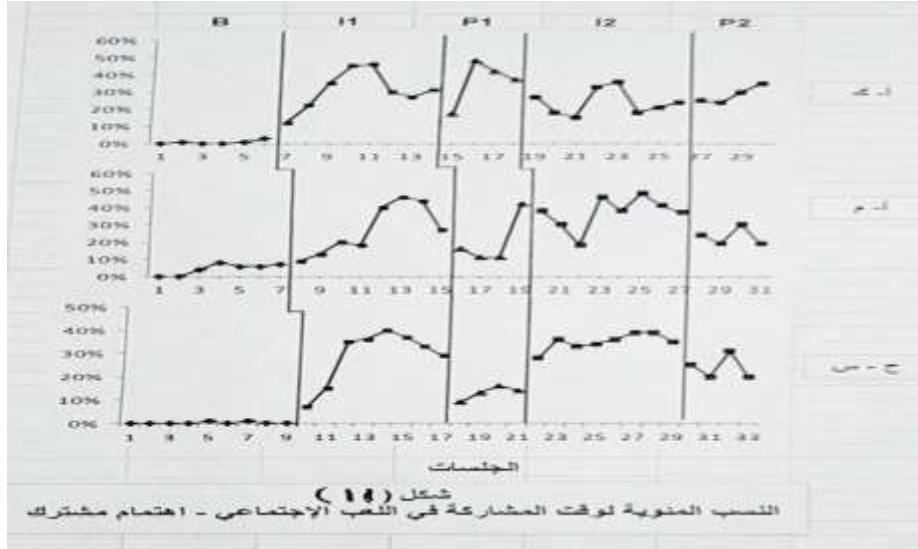
يتضح من الشكل (٩) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل مشارك في التوجه نحو الأقران في أنشطة مجموعة اللعب ، حيث بلغت نسب الوقت المنقضي في التوجه نحو الأقران بالنسبة للمشارك الأول في نهاية جلسات الخط القاعدي ١٢% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٦%، بينما بلغت في التوجه نحو الأقران بالنسبة للمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ١٣% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٧%، وبلغت بالنسبة للمشارك الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ١١% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٩%، وهذه النتائج تبين زيادة نسبة الوقت الذي كان فيه المشاركون متوجهين نحو أقرانهم ومتابعتهم في أنشطة اللعب بين الخط القاعدي والتحقق الثاني، مما يعني زيادة اهتمام الطفل بالاندماج في المشاركة في أنشطة اللعب مع الأقران، وزيادة الرغبة في المشاهدة والمراقبة لأنشطة اللعب، وربما يكون ذلك نتيجة مشاركة الأطفال في مجموعة اللعب المتكاملة مع أقرانهم العاديين .

كما تم تحليل بيانات الأطفال الذاتويين المشاركين للتعرف على نسب الوقت المنقضي في اللعب الاجتماعي بجوار أقرانهم وبالتوازي معهم والشكل التالي (١٠) يوضح ذلك.



يتضح من الشكل (١٠) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل مشارك في اللعب الاجتماعي متوازياً بجوار الأقران ويمكن توضيح ذلك فيما يلي: بالنسبة للمشارك الأول بلغت نسب الوقت المنقضي في اللعب المتوازي في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦% ، و في نهاية التحقق الثاني ٤٥%، وبالنسبة للمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦%، وفي نهاية التحقق الثاني ٥٨%، و بالنسبة للمشارك الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦% ، وفي نهاية التحقق الثاني ٥٨%، وهذه النتائج تبين ازدياد نسب الوقت الذي كان يقترب فيه الأطفال الذاتويون المشاركون من أقرانهم في أنشطة اللعب بشكل متواز بجوارهم، حيث أظهر أطفال رغبة واضحة في مجاراة أقرانهم في اللعب ولكن بجوارهم وليس معهم .

وللتعرف على تطور نسب الوقت في بعد الاهتمام المشترك كأحد أبعاد اللعب الاجتماعي فقد تم تحليل متوسطات الوقت في هذا البعد والشكل البياني (١١) التالي يوضح ذلك

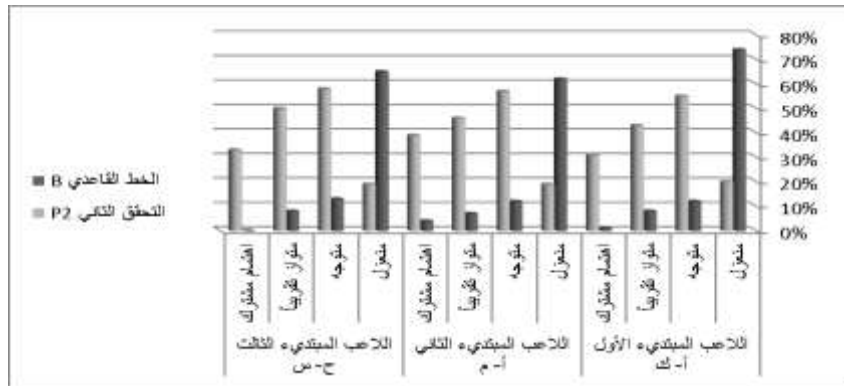


يتضح من الشكل (١١) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل مشارك في الاهتمام المشترك مع الأقران أثناء المشاركة في مجموعة اللعب المتكاملة ، ويمكن توضيح ذلك فيما يلي : بالنسبة للمشارك الأول بلغت نسبة الوقت المنقضي في الاهتمام المشترك في اللعب مع الأقران في نهاية جلسات الخط القاعدي ٣% ، وفي نهاية التحق الثاني ٣٥% ، بينما بلغت بالنسبة للمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ٧% ، وفي نهاية التحق الثاني ٤١% ، وبالنسبة للمشارك الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ٠% ، وفي نهاية التحق الثاني ٣٧% ، يتضح مما سبق أن اللاعبين المشاركين في البرنامج التدريبي كانت نسب اهتمامهم بتأدية أنشطة مشتركة، منخفضة في بداية التدريب، ومع مرورهم بخبرات اللعب تزايدت اهتمامات أنشطة لعب مشتركة مع أقرانهم، ويمكن تلخيص تطور مهارات اللاعبين الثلاثة في أبعاد اللعب الاجتماعي في مرحلتي الخط القاعدي والتحق الثاني في جدول (١٨) التالي :

جدول (١٨): متوسطات النسب المئوية لوقت اللاعبين المشاركين المبتدئين في أبعاد اللعب الاجتماعي

أبعاد اللعب الاجتماعي	أ - ك		أ - م		ح - س	
	P2	B	P2	B	P2	B
منعزل	٧٤%	٢٠%	١٩%	٦٢%	١٩%	٦٥%
متوجه	١٢%	٥٥%	٥٧%	١٢%	٥٨%	١٣%
متواز	٨%	٤٣%	٤٦%	٧%	٥٠%	٨%
اهتمام مشترك	١	٣١%	٣٩%	٤%	٣٣%	٠%

يتضح من الجدول السابق (١٨) تحسن متوسطات نسب الوقت لأبعاد اللعب الاجتماعي المحددة (منعزل، متوجه، متواز، اهتمام مشترك) على أبعاد اللعب الاجتماعي للاعبين المبتدئين الثلاثة في مراحل تطبيق البرنامج ، والشكل التالي (١٢) يوضح ذلك



شكل (١٢): تطور أبعاد اللعب الاجتماعي للاعبين المبتدئين من الخط القاعدي إلى التحقق الثاني

يتضح من الشكل (١٢) تحسن أداء الأطفال الذاتويين في أبعاد اللعب الاجتماعي حيث تحول اللاعبون من حالة الانعزال والبعد عن التفاعل الاجتماعي إلى أبعاد اللعب الاجتماعي الأخرى التي يظهر فيها تفاعل الأطفال واندماجهم مع أقرانهم ، وهذا اتضح من تناقص نسب الانعزال والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (٧٤%، ٢٠%، ١٢%) لتصبح في مرحلة التحقق الثاني (٦٥%، ٦٢%، ١٩%)،

١٩%) بينما تزايدت نسب الوقت في توجيههم نحو الأقران والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (١٢%، ١٢%، ١٣%) لتصبح في التحقق الثاني (٥٥%، ٥٧%، ٥٨%) كذلك تزايدت نسبة الوقت في اللعب المتوازي بالقرب من الأقران، والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (٨%، ٧%، ٨%) لتصبح في التحقق الثاني (٤٣%، ٤٦%، ٥٠%) كما تزايدت نسب الوقت في الاهتمام بأنشطة مشتركة مع الأقران، والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (١%، ٤%، ٠%) لتصبح في مرحلة التحقق الثاني (٣١%، ٣٩%، ٣٣%).

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

يؤسس برنامج مجموعات اللعب المتكاملة على فكرة دمج الطفل الذاتي مع مجموعة من الأطفال الأقران العاديين ، ومن ثم يكون الاندماج الاجتماعي داخل المجموعة داعماً للطفل لتحقيق مكاسب التفاعل الاجتماعي مع الأقران ، ومن هنا فقد حرص الباحث على أن يكون اللعب الاجتماعي وتطوره لدى الأطفال الذاتويين هو الهدف الأول للتدريب على مجموعات اللعب المتكاملة ، فالتحسن في هذه المهارات يعني التحسن في اللعب المتكاملة نفسه، كما أنه لا يمكن أن يحدث تحسناً في أبعاد اللعب الأخرى دون أن يكون ذلك من خلال تحسن اندماج وتفاعل الطفل الذاتي مع أقرانه في مجموعات اللعب المتكاملة ، كما أشارت

دراسات (Lifter et al.,(2011) Wolfberg (2004)

أظهرت النتائج تحسن الأطفال الذاتويين المشاركين في أبعاد اللعب الاجتماعي (التوجه، التواز، الاهتمام المشترك) إلا أنه هناك اختلافات بين الأطفال الذاتويين في نسب تحسنهم وهذا يبرر بأن لكل طفل ذاتوي الخط القاعدي الخاص به لاستعداداته وقدراته الخاصة التي تميزه عن غيره وهذا بدوره ما جعل الخط القاعدي يختلف من طفل لآخر، وهذا ما تشير إليه (Nelson et al.,(2007) Kasari et al.,(2010)

يؤسس نموذج مجموعات اللعب المتكاملة فرص تبادل الخبرات في مواقف حياتية طبيعية مع أقران هم أكثر قدرة على احتواء الطفل وتفهم احتياجاته،

وأشارت (Wolfberg 2012) أنه توجد عدة مزايا لاستخدام استراتيجية التدخل بواسطة الأقران منها: للقرين خصائص عمرية قريبة من الذاتوي ، توافر الأقران خاصة عند تطبيق التدخل في مراكز الرعاية ، تأثر الأطفال من خلال التعلّم بالملاحظة، وذلك بملاحظة ما يفعله أقرانهم، عادةً ما يكون الأطفال الذاتويين أقلّ تخوفاً من الأقران ، وهو ما يجعل التعلم من الأقران أكثر فعالية. ويتفق هذا مع Boucher & Reichow & Volkmar (2010) Wolfberg (2000)

اعتمد البرنامج علي مجموعة من الألعاب الدرامية الجماعية ذات الصبغة الاجتماعية، وتتماشي مع خبرات الأطفال الذاتويين الحياتية ، مما أسهم في تحسن مهاراتهم الاجتماعية، وهذا يتفق مع (Wolfberg & Buron 2014)

ربما يكون لتوجيهات الكبار في اللعب كما اعتمد عليها البرنامج الحالي ، تأثير واضح في دعم التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين أثناء تنفيذ جلسات البرنامج، والتكامل في أنشطة اللعب المتنوعة (Bottema & Wolfberg 2007)

أظهرت النتائج أن التحسن كان ملحوظاً في بعدى التوجه نحو الأقران واللعب بشكل متوازٍ أكثر من البعد الثالث وهو تحقيق اهتمامات مشتركة مع الأقران، وهذه الأبعاد تمثل الخطوات الأولى لاندماج الطفل الذاتوي مع أقرانه فلا يعقل أن يتحول الطفل الذاتوي من حالة العزلة والسلبية إلى أقصى درجات التفاعل الاجتماعي في اللعب محققاً في ذلك مستويات مرتفعة، فلا يزال الأطفال الذاتويين لديهم خصائصهم العقلية في نظرية العقل وتفسير وإدراك مقاصد الآخرين ومشاعرهم وهو ما يقف عائقاً أمام تحقيق مستويات مرتفعة من الاهتمام المشترك في الأنشطة بين الأطفال ، وهذا ما تشير إليه Neufeld & Wolfberg (2009)

- اعتمد البرنامج الحالي على مبدأ أن تعزيز سلوكيات الأطفال الذاتويين يؤثر بشكل إيجابي في اكتسابهم للأنماط السلوكية الجديدة المتعلمة، كما يضمن بقاء الطفل متفاعلاً في جلسة اللعب، ملتزماً بقواعد العمل مندفعاً نحو الاندماج والمشاركة، وقد حرص الباحث على استخدام المعززات الحقيقية بشكل متنوع،

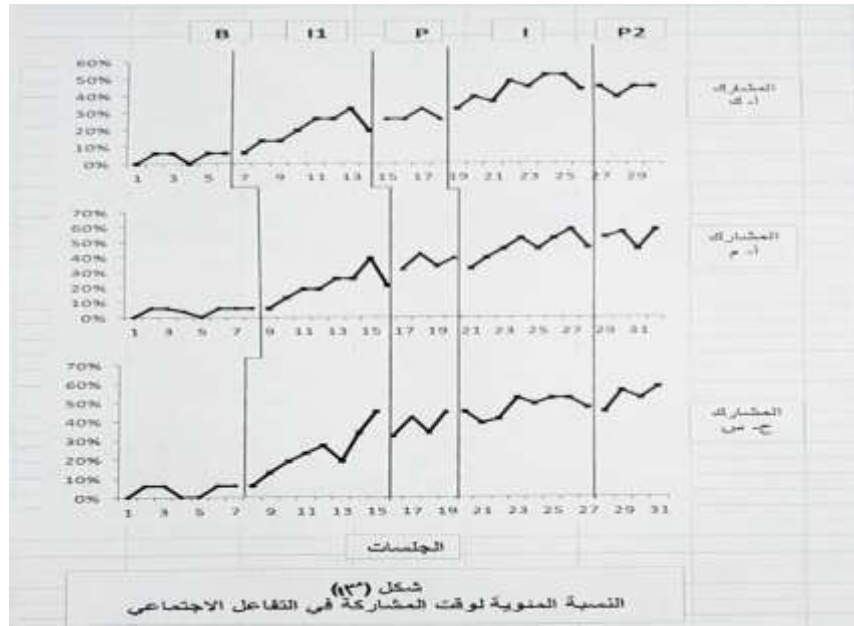


وبما يتناسب مع كل طفل ذاتوي ، وهذا ما أشارت إليه (Matson& Wilkins 2007) و (Zercher et al.,2002)

- أتاح البرنامج الحالي فرص التقبل والأمن النفسي من الكبار والأقران نحو الطفل الذاتي والتقبل ، مما أثر بشكل كبير في اكتساب كثير من الخصائص الاجتماعية كمألوفية القرين والصدافة والألفة والتقبل ، وهذا ما تتفق عليه Chan et al. (2009)

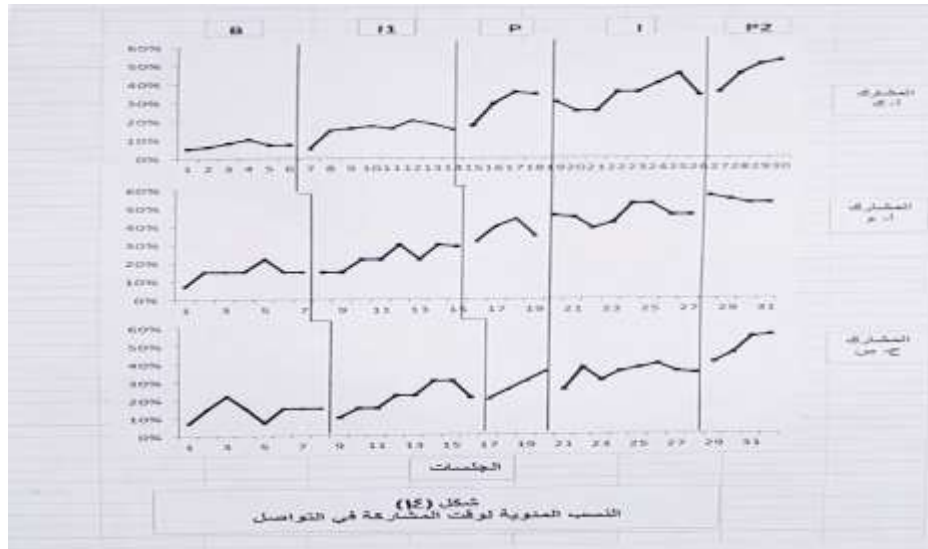
نتائج الفرض الثالث وينص على: توجد فروق دالة في متوسط نسب الوقت الذي يقضيه الأطفال الذاتويون المشاركون على أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي بين الخط القاعدي والتحقق الثاني في اتجاه التحقق الثاني .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تحليل بيانات المشاركين في كل بعد من أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي في مجموعات اللعب المتكاملة ، للتعرف على الفروق في النسب المئوية للوقت المنقضي في المشاركة ما بين الخط القاعدي والتحقق الثاني ، والشكل التالي (١٣) يوضح الفروق في البعد الأول التفاعل الاجتماعي.



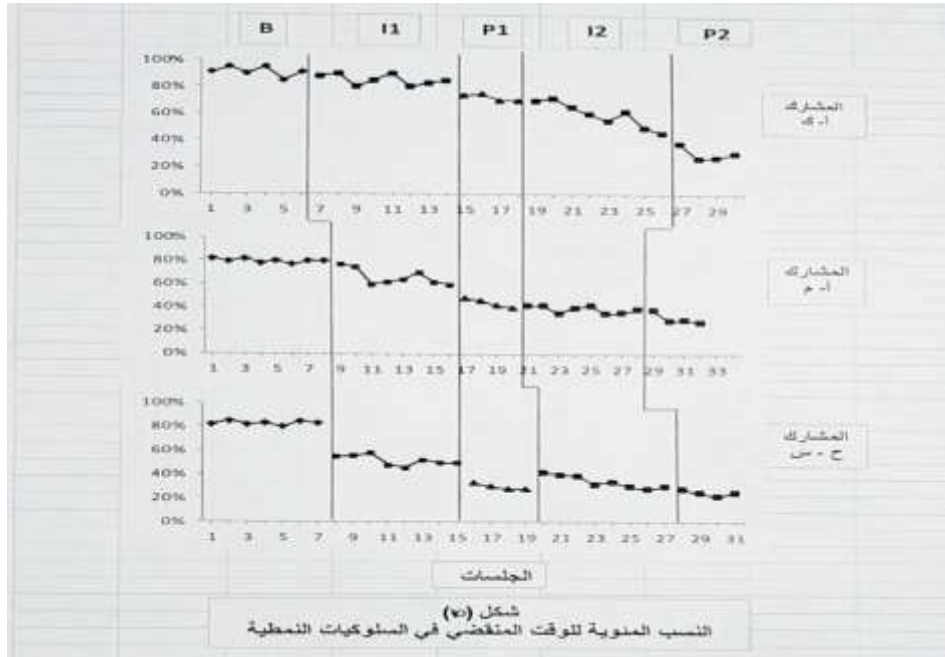
يتضح من الشكل (١٣) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل طفل ذاتوي مشارك في التفاعل الاجتماعي والمشاركة في أنشطة مجموعة اللعب المتكاملة، فالمشارك الأول بلغت نسبة الوقت المنقضي في التفاعل الاجتماعي في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦% ، وفي نهاية التحقق الثاني ٤٥%، بينما بالنسبة لمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦%، وفي نهاية التحقق الثاني ٥٨%، وبلغت نسبة الوقت المنقضي في التفاعل الاجتماعي بالنسبة للاعب المشارك الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ٦%، وفي نهاية التحقق الثاني ٥٨%، وهذه النتائج تبين زيادة اهتمام الأطفال بالتفاعل والمشاركة في أنشطة اللعب مع الأقران .

وللتعرف على نسب الوقت المنقضي في التواصل مع الأقران أثناء اللعب فقد تم حساب المتوسطات من قبل الملاحظين والشكل البياني (١٤) يوضح التطور في نسبة الوقت المنقضي من اللاعبين المبتدئين في بعد التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأقران :



يتضح من الشكل (١٤) اختلاف نسبة الوقت الذي يقضيه كل طفل مشارك في التواصل مع أقرانه أثناء أنشطة مجموعة اللعب المتكاملة، ويمكن توضيح ذلك

فيما يلي: بالنسبة للمشارك الأول بلغت نسبة الوقت المنقضي في التواصل في نهاية جلسات الخط القاعدي ٧% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٢%، بينما بلغت بالنسبة للمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ١٥% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٢%، وبلغت بالنسبة للطفل المشارك الثالث في نهاية جلسات الخط القاعدي ١٥% ، وفي نهاية التحق الثاني ٥٥%، وهذه النتائج تبين زيادة نسبة الوقت الذي كان فيه المشاركون أكثر تواصلًا مع أقرانهم في أنشطة اللعب في مرحلة الخط القاعدي، وفي مرحلة التحق الثاني، مما يعني زيادة اهتمام الأطفال في استخدام أشكال متنوعة من التواصل بينهم وبين أقرانهم لتلبية احتياجاتهم والتعبير عن رغباتهم أثناء اللعب. وللتعرف على نسب الوقت المنقضي في السلوكيات النمطية المقيدة أثناء اللعب في مجموعات اللعب المتكاملة فقد تم حساب المتوسطات من قبل الملاحظين والشكل (١٥) يوضح ذلك.



يتضح من الشكل (١٥) اختلاف نسب الوقت الذي يقضيه كل طفل ذاتوي في السلوكيات النمطية المقيدة ويمكن توضيح ذلك فيما يلي: بالنسبة للمشارك الأول

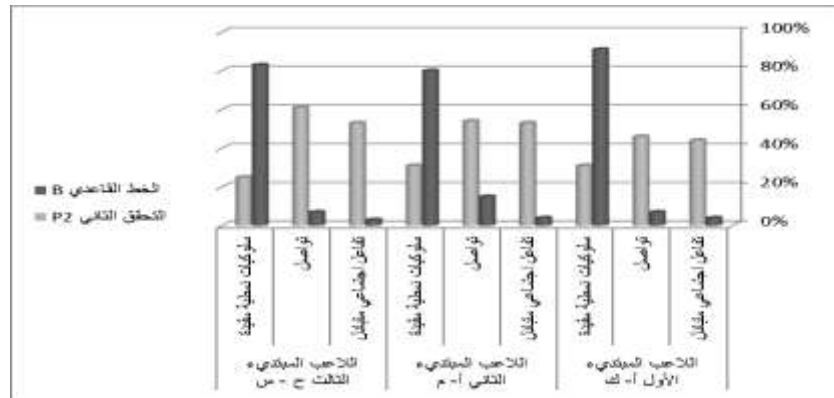
بلغت نسب الوقت المنقضي في السلوكيات النمطية المقيدة في نهاية جلسات الخط القاعدي ٨٧% ، بينما في نهاية التحقق الثاني ٢٥% ، وبالنسبة للمشارك الثاني في نهاية جلسات الخط القاعدي ٧٥% ، بينما في نهاية التحقق الثاني ٢٥% ، وبالنسبة للمشارك الثالث بلغت في نهاية جلسات الخط القاعدي ٧٥% ، بينما في نهاية التحقق الثاني ٢٥% ، وهذه النتائج تبين انخفاض نسبة الوقت الذي كانت تظهر فيها السلوكيات النمطية المقيدة أثناء المشاركة في أنشطة اللعب المتكاملة بالنسبة للأطفال الثلاثة المشاركين وهي تختلف من طفل لآخر ، ويمكن تلخيص تطور مهارات اللاعبين الثلاثة في أبعاد اللعب الاجتماعي في الخط القاعدي والتحقق الثاني في جدول (١٨)

جدول (١٨) : متوسطات النسب المئوية لوقت اللاعبين المبتدئين في أبعاد التواصل

#### الاجتماعي

أبعاد التواصل الاجتماعي		أ- ك		أ- م		ح- س	
		P2	B	P2	B	P2	B
تفاعل اجتماعي متبادل		٤%	٤٤%	٤%	٥٣%	٣%	٥٣%
التشوهات النوعية في التواصل		٧%	٤٦%	١٥%	٥٤%	٧%	٦١%
السلوكيات النمطية المقيدة		٩١%	٣١%	٨٠%	٣١%	٨٣%	٢٥%

يتضح من الجدول (١٨) تحسن متوسطات نسب الوقت لأبعاد مقياس التواصل الاجتماعي للاعبين المبتدئين الثلاثة في مراحل تطبيق البرنامج ، والشكل التالي (١٦) يوضح ذلك



شكل (١٦) : تطور الأطفال الذاتويين على أبعاد مقياس التواصل الاجتماعي

يتضح من الشكل (١٦) تحسن أداء الأطفال الذاتويين في أبعاد التواصل الاجتماعي حيث تحول اللاعبون من حالة السلبية والبعد عن التفاعل الاجتماعي إلى إظهار الاهتمام بالتفاعل الاجتماعي والاندماج مع الأقران، وهذا اتضح من تزايد نسب التفاعلات الاجتماعية لدى اللاعبين الثلاثة والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (٤%، ٣%، ٤%) لتصبح في مرحلة التحقق الثاني (٤٤%، ٥٣%، ٥٣%) بينما تزايدت نسب الوقت في التواصل مع الأقران في أنشطة اللعب، والتي كانت في مرحلة الخط القاعدي (٧%، ١٥%، ٧%) لتصبح في مرحلة التحقق الثاني (٤٦%، ٥٤%، ٦١%) كذلك تناقصت نسب الوقت الذي يمضيه اللاعبون في السلوكيات النمطية أثناء المشاركة في أنشطة اللعب حيث كانت في مرحلة الخط القاعدي (٩١%، ٨٠%، ٨٣%) لتصبح في مرحلة التحقق الثاني (٣١%، ٣١%، ٢٥%) .

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

- مما سبق يمكن القول أن برنامج مجموعات اللعب المتكاملة يقوم على تصميم بيئة لعب تفاعلية يكون فيها الطفل الذاتوي شريك إيجابي لقرينه العادي مما يتيح فرص التفاعل المثمر في تبادل أدوات اللعب، وتحقيق أهداف اللعب، وهذه تعد سياقات اجتماعية مباشرة توفر للطفل الذاتوي إمكانية تبادل التفاعلات واكتسابها، ويتفق هذا مع (Nelson et al., 2007)

- تنوع الأنشطة التدريبية وتعددتها التي يركز عليها برنامج مجموعات اللعب المتكاملة كان لها دوراً واضحاً في تشجيع الطفل الذاتوي على مشاركة أقرانه في أنشطة اللعب، وهذا ما أشارت إليه دراسة (Sperry et Chan et al., 2009) و (al., 2010)

- استخدم البرنامج التدريبي عدداً متنوعاً من الأساليب التدريبية والتي من بينها الحث الجسدي والنمذجة مما كان له أثر واضح في دعم مهارات التواصل اللفظي

وغير اللفظي لدى الأطفال الذاتويين وخفض السلوكيات النمطية ، ويتفق هذا مع Goldstein et al.,(2007)

- حرص الباحث والفريق المعاون على استخدام أساليب تواصل متنوعة لفظية وغير لفظية مع الأطفال الذاتويين بما يساعد على دعم مشاركتهم بفاعلية في أنشطة جلسات اللعب المتكاملة مع الأقران ، وهذا ما أشارت إليه Banda et al.,(2010)

- يعتمد برنامج مجموعات اللعب على تعزيز قدرات التفاعل الاجتماعي للأطفال الذاتويين، بحيث يمكن وصفه بأنه وساطة الأقران التي ييسرها الكبار بسبب استخدامه الأقران العاديين وتوجيه البالغين ، ويحاول النموذج ترتيب البيئة فعلياً من أجل تعزيز التفاعل الاجتماعي والتواصل بين الأطفال الذاتويين والأقران أو الأشقاء (Yang et al.,2003)

- إن تخطيط وتصميم برنامج مجموعات اللعب المتكاملة يوفر للأطفال الذاتويين وسيلة يستطيع الأطفال من خلالها تطوير المهارات، وتجربة الأدوار، والتفاعل مع الآخرين، ويؤيد هذا ما أوضحه Vygotsky من أن اللعب هو قلب عملية التطور والنمو وأن اللعب الاجتماعي يعكس عديد من جوانب النمو ، Wolfberg Sawyer et al., (2005) (2004).

**في ضوء النتائج التي تم عرضها ومناقشتها فإن الدراسة تخلص إلى :**

- إن تخطيط وتصميم برنامج مجموعات اللعب المتكاملة يوفر للأطفال الذاتويين فرص التفاعل الاجتماعي الإيجابي الفعال مع أقرانهم العاديين مما يعزز من قدرات التواصل الاجتماعي لديهم ، ويتيح لهم فرص الاندماج الحقيقي مع أقرانهم .
- تدريب الأطفال الذاتويين على مهارات اللعب الاجتماعي يعد مدخلاً مهماً لكسر حالة العزلة للأطفال الذاتويين وإعادتهم لمتعة مشاركة أقرانهم في مواقف اللعب العفوية الحياتية .

■ ارتباط تدريب الأطفال الذاتويين ببيئتهم الواقعية بمشاركة فعالة من المعلمين والأقران يسهم بشكل جيد في توفير بيئة نفسية آمنة لاكتساب المهارات الاجتماعية .

■ التعلم القائم على الأقران من المداخل المهمة لاكتساب المهارات الاجتماعية خاصة عندما يقترن ذلك بتصميم محكم لبيئة اللعب ومراعاة توجيهات الكبار ودعم التفاعلات الاجتماعية

■ الاعتماد على التصميمات التجريبية ذات الحالة التجريبية الواحدة ربما يكون هو الأنسب في حالة التدخلات العلاجية للأطفال الذاتويين لما يحققه من رصد بداية التدخل من خلال الخط القاعدي ومروراً بمراحل التدخل العاجي خاصة وأن هذه التصميمات تعتمد على دقة القياس وتنوع أدواته وتكراره بما يحقق الرصد الدقيق للسلوك .

التوصيات والتطبيقات التربوية : في ضوء نتائج الدراسة الحالية يوصى الباحث بالتالي :

■ أهمية توفير بيئات لعب جيدة للأطفال الذاتويين تكون قائمة على أسس نموذج مجموعات اللعب التكاملي ومكوناته المتنوعة .

■ توعية المعلمين وأولياء الأمور بأهمية إتاحة الفرص لأطفالهم الذاتويين لمشاركة أقرانهم اللعب تحت إشراف وتوجيه الكبار في مواقف حياتية حقيقية.

■ التعامل مع حالات الأطفال الذاتويين كحالات فردية في التدريب مما يمكن من الرصد والتسجيل الحقيقي لسلوكياتهم وتقديمهم .

■ البحوث المستقبلية المقترحة : في ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن إجراء دراسات كالتالي:

■ اختبار صحة النموذج في تحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال الذاتويين .

- اختبار صحة النموذج في تحسين مهارات اللغة لدى الأطفال الذاتويين.
- اختبار صحة النموذج في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى المراهقين الذاتويين .



## قائمة المصادر والمراجع

### أولاً: المراجع العربية

١. آمال عبد السميع باظة (٢٠٠١). تشخيص غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق .
٢. جمال محمد الخطيب (٢٠٠٧). تعديل سلوك الأطفال المعوقين. الأردن : دار حنين للنشر والتوزيع.
٣. عادل عبدالله محمد (٢٠٠٦). قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد ، القاهرة : دار الرشاد.
٤. عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطي (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٥. فاروق الروسان (٢٠١٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة الثامنة، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

### ثانياً : المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.). Washington DC :Author.
3. Antipolo, L. (2003).The effects of integrated play groups with sensory integration on the play and social skills of children with sensory integrative dysfunction. Unpublished master's thesis, San Jose State University, San Jose, California.
4. Banda, D. R., Hart, S. L., & Liu-Gitz, L. (2010). Impact of training peers and children with autism on social skills during center time activities in inclusive classrooms. Research in Autism Spectrum Disorders, 4, 619-625.
5. Banerjee, M., and Ray, S., (2013). Development of Play Therapy Module for Children with Autism. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology,39,2, 245-253.
6. Baron-Cohen. S.(2000).Is Asperser's syndrome/High Functioning Autism necessarily a disability?. Development and Psychopathology, 12, 489-500.

7. Beaudoin, A. J., Sébire, G., & Couture, M. (2014). Parent training interventions for toddlers with autism spectrum disorder. *Autism Research and Treatment*, 1–15.
8. Bernard-Opitz, V. & Kong, T. (2004). Comparison of behavioral and natural play interventions for young children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 8, 319–333.
9. Bottema, K., & Wolfberg, P. (2007). Peer play and the exceptional child. *Exceptional Family*, 3, 15-17.
10. Boucher, J. (1999). Editorial: Interventions with children with autism—Methods based on play. *Child Language Teaching and Therapy*, 15, 1–5.
11. Boucher, J. & Wolfberg, P. (2003) Editorial Autism: The International Journal of Research and Practice. 7 ,4, 339 – 346.
12. Boutot, E. Amanda; Crozier, S., & Guenther, T., (2005). Let's Play: Teaching Play Skills To Young Children With Autism .*Education and Training in Developmental Disabilities*, 40 ,3 ,285-92 .
13. Bridget, A. T., & Hannah, H., (2008). Teaching children with Autism to respond to and initiate bids for joint Attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 377-391.
14. Brown, J., & Whiten, A. (2000). Imitation, theory of mind and related activities in autism: An observational study of spontaneous behavior in everyday contexts. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 4, 185–204.
15. Chan, J. M., Lang, R., Rispoli, M., O'Reilly, M., Sigafos, J., & Cole, H. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 4, 876-889.
16. Ghaziuddin ,M. & Welch, K. (2013). The Michigan Autism Spectrum Questionnaire :A Rating Scale for High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Autism Research and Treatment*, October, 1-6
17. DiSalvo, A., & Oswald ,P. (2002). Peer-mediated interventions to increase the social interaction of children with autism: Consideration of peer expectancies. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 17, 198–207.
18. Flynn, L., & Healy, O. (2012). A review of treatments for deficits in social skills and self-help skills in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 431–441.
19. Goldstein, H., Schneider, N., & Thiemann, K. (2007). Peer-mediated social communication intervention: When clinical expertise informs treatment development and evaluation. *Topics in Language Disorders*, 27, 2, 182-199.
20. Hwang B, Hughes C. (2000). Effects of social interactive training on early social communicative skill of children with autism. *J Autism Development Disorder*, 30, 331–343

21. Ingersoll, B. & Gergans, S. (2007). The effect of a parent-implemented naturalistic imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 163-175.
22. Jordan, R. (2003). Social play and autistic spectrum disorders: A perspective on theory, implications and educational approaches. *Autism*, 7, 347-360.
23. Jull, S., & Mirenda, P. (2011). Parents as play date facilitators for preschoolers with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 13,1, 17-30.
24. Kasari, C. Freeman, S. & Paparella. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A Randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611- 620.
25. Kasari, C., Chang, Y., & Patteson, S. (2013). Pretending to play or playing to pretend :The case of autism .*American Journal of Play*, 6,1,124-135.
26. Kasari, C., Gulsrud A., Wong, C. Kwaon, S. & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40,1045-1056
27. Koegel, L. K., Vernon, T. W., Koegel, R. L., Koegel, B. L., & Paullin, A. W. (2012). Improving social engagement and initiations between children with autism spectrum disorder and their peers in inclusive settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 14, 220-227.
28. Laushey, K.M., & Heflin, L.J. (2000). Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peers as tutors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30,3, 183-193.
29. Lifter, K., Mason, E. J., & Barton, E. E. (2011). Children's play: Where we have been and where we could go. *Journal of Early Intervention*, 33, 281-297.
30. Mastrangelo S. (2009). Play and the Child With Autism Spectrum Disorder: From Possibilities to Practice. *International Journal of Play Therapy*, 18, 1, 13-30.
31. Matson, J. L., & Wilkins, J. (2007). A critical review of assessment targets and methods for social skills excesses and deficits for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 28-37.
32. McCann Sawyer, L., Luiselli, J. K., Ricciardi, J. N., & Gower, J. L. (2005). Teaching a child with autism to share among peers in an integrated preschool classroom: acquisition, maintenance, and social validation. *Education and Treatment of Children*, 28,1, 1-10.
33. McConnell, S. R. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism :Review of available research and

- recommendations for educational intervention and future re-search. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 351–372.
34. McGee, G., Feldman, R., & Morrier, M. (1997). Benchmarks of social treatment for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 353–364.
  35. Morrison L, Kamps D, Garcia J, Parker D.,(2001).Peer mediation and monitoring strategies to improve initiations and social skills for students with autism. *Journal of Positive Behavioral Intervention*.3,237–250
  36. Nelson, C., McDonnell, A. P., Johnston, S. S., Crompton, A., & Nelson, A. R. (2007). Keys to play: A strategy to increase the social interactions of young children with autism and their typically developing peers. *Education & Training in Developmental Disabilities*, 42,2, 165-181.
  37. Neufeld, D. & Wolfberg, P. J. (2009). From novice to expert: Guiding children on the autism spectrum in Integrated Play Groups. In Schaefer, C. (Ed.) *Play therapy for preschool children*. Washington, D.C: American Psychological Association.
  38. Nunes, D., & Hanline, M. F. (2007). Enhancing the alternative and augmentative communication use of a child with autism through a parent-implemented naturalistic intervention. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54,2, 177–197.
  39. Pierucci, J. M. (2016). Mothers' scaffolding techniques used during play in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28,2, 217–235.
  40. Reichow B, & Volkmar F. (2010) Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40,2,149-166.
  41. Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., Dawson, G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)–based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51,10, 1052–1065.
  42. Rutter, M. Bailey, A.& Lord, D.(2003). *The Social Communication Questionnaire*. Western Psychological Services. United States of America.
  43. Sawyer M., Luiselli K., Ricciardi N., &Gower L.,(2005).Teaching children with autism to share among peers in an integrated preschool classroom: acquisition, maintenance, and social validation. *Educational Treat Child*.28:1–10
  44. Schuler, A. & Wolfberg, P. (2000). Promoting peer socialization and play: The art of scaffolding. In B. Prizant & A. Wetherby (Eds.) *Language*

- issues in autism and PDD: A transactional developmental perspective. (p. 225-227) Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
45. Sperry, L., Neitzel, J., & Engelhardt-Wells, K. (2010). Peer-mediated instruction and intervention strategies for students with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 54,4, 256-264.
  46. Strain, P.S., & Danko, C.D. (1995). Caregivers' encouragement of positive interaction between preschoolers with autism
  47. Van Berckelaer - Onnes, I.A. (2003). Promoting early play. *Autism*, 7, 415-423.
  48. Vernon, T.W.(2014). Fostering a social child with autism: A moment-by-moment sequential analysis of an early social engagement intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.44,12, 3072-3082.
  49. Wolfberg, P. J, & Schuler, A.L. (1993) Integrated Play Groups: A model for promoting the social and cognitive dimensions of play in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 3, 467-489.
  50. Wolfberg, P. (2000) Making make-believe: Enhancing communication and social skills through Integrated Play Groups. *Autism - Asperger's Digest*, 3, 12-17.
  51. Wolfberg P., DeWitt M., Young S., &Nguyen T.,(2015). Integrated play groups: promoting symbolic play and social engagement with typical peers in children with ASD across settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Mar,45,3,830-45.
  52. Wolfberg, P.& Schuler, A. (1999). Fostering peer interaction, imaginative play and spontaneous language in children with autism, *Child Language Teaching and Therapy Journal*. 15,1, 41-52.
  53. Wolfberg, P.J. & Buron, K. (2014) Perspectives on evidence based practice and autism spectrum disorder: Tenets of competent, humanistic and meaningful support. In K.D. Buron & P.J. Wolfberg, (Eds.).*Learners on the autism spectrum: Preparing highly qualified educators* (second edition). Shawnee Mission, KS: AAPC.
  54. Wolfberg, P.J. (1995) Supporting children with autism in play groups with typical peers: A description of a model and related research. *International Play Journal*, 3,38-51.
  55. Wolfberg, P.J. (2004). Guiding children on the autism spectrum in peer play: Translating theory and research into effective and meaningful practice. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*. 8, 7-25.
  56. Wolfberg, P.J. (2005). Play! It's more than just a button on the remote: Including children on the autism spectrum in the culture of childhood. *Autism Spectrum Quarterly*. 2, 8-12.
  57. Wolfberg, P.J., (2016) Integrated Play Groups: Supporting children with autism in essential play experiences with typical peers. In L. Reddy, C.

- Schaefer, & L. File-Hall (Eds), Empirically-based play interventions for children (Second Edition) American Psychological Association.
58. Wolfberg, P.J., Bottema - Beutel, K. & DeWitt, M., (2012) Including children with autism in social and imaginary play with typical peers: Integrated Play Groups Model, American Journal of Play. 5, 1, 45-68
59. Wolfberg, P.J., Zercher, C., Lieber, J., Capell, K., Matias, S. G., Hanson, M., & Odom, S. (1999). "Can I play with you?" Peer culture in inclusive preschool programs. Journal for the Association of Persons with Severe Handicaps. 24, 2, 69-84.
60. Yang, T., Wolfberg, P.J., Wu, S, &Hwu, P. (2003) Supporting children on the autism spectrum in peer play at home and school: Piloting the Integrated Play Groups model in Taiwan. Autism: The International Journal of Research and Practice. 7 (4) 437-453.
61. Zercher ,C., Hunt P., Schuler A.,& Webster J.,(2002), Increasing Joint Attention, Play and Language through Peer Supported Play. Autism. 5,4,374-98.