

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتيين بمدينة قنا

د. مصطفى أبو المجد سليمان مفضل*

د. خالد سعد سيد محمد**

المكتبة الالكترونية



www.gulfkids.com

مقدمة:

تعد السنوات الأولى من حياة الطفل من أهم مراحل نموه اذ هي السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته الإنسانية ووضع اللبنات الأولى لبنيتها، ولا تعود نتائج الاهتمام بالأطفال في هذه المرحلة إلى الأطفال فحسب بل تعود إلى المجتمع ككل على المدى البعيد.

وتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم في مدى عنايتها بتربيبة الأطفال بمختلف فئاتها ويتركز ذلك في مدى ما تقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، لأن إهمال هذه الفئة يؤدى إلى تعرضهم للمزيد من المشكلات التي تصاعد因 عاقفهم ومن هنا يلزم التدخل الإرشادي والعلاجي لمواجهة المشكلات التي تترتب على الاعاقة (عادل عبد الله محمد، 2002: 369). ■

ويحتاج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أسلوب خاص للتعامل معهم ومناهج محددة لتربيتهم ومساعدتهم، وتعد الذاتوية Autism في مقدمة تلك الفئات التي تحتاج إلى رعاية وتدريب وتأهيل يؤدى إلى زيادة تركيزهم وكفاءتهم وتقديم سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين والانصهار في المجتمع.

ويبدو الطفل الذاتي بمظهر جذاب وصحّة جيدة ولكنّه يكون منعزلاً سلبياً ويقوم بنشاط متكرر مهتماً بشيء ما يستخدمه في اللعب، ويثير إذا أخذ أحدهما هذا الشيء منه ويدخل في نوبة انفعال شديد (طفي الشربيني، 2004 .)

وترى (نادية إبراهيم أبو السعود، 2000: 34) أن اضطراب الذاتية لدى الأطفال من أكثر الاعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ومع ذلك تعانى العيادات النفسية من قصور واضح في تشخيص وعلاج هذا الاضطراب.

ويذكر (عادل عبد الله محمد، 2002: 368) أن اضطراب الذاتية يعد نمطاً من الاضطرابات النمائية، ويحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة معدّل حدوثه لدى الإناث.

وهذه المظاهر تظل في الغالب طيلة حياة الطفل، فقد يحدث تحسن بعض الشيء لدى بعض الحالات فيما بين الخامسة والسادسة من العمر، كما أن البلوغ يمكن أن يحدث تغييراً سواء باتجاهه نحو التدهور أو التحسن مما يؤثر سلباً على السلوك التكيفي للطفل الذاتي الأمر الذي يدفعنا إلى تقديم برامج تربوية ملائمة تساعد على نمو بعض جوانب السلوك التكيفي لديهم حتى نستطيع أن نستغل القدرات والإمكانات الناتجة من ذلك التحسن في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع.

مشكلة الدراسة:

تنعد وتتنوع أعراض الذاتية والسلوكيات التي يظهرها الأطفال الذاتيين بحيث تشمل النواحي النمائية المختلفة؛ الاجتماعية، والمعرفية، واللغوية، والحركية، وبهذا تمتد نواحي القصور إلى جوانب السلوك التكيفي بصفة عامة.

إن مشكلة الدراسة ظهرت من خلال استقراء الباحثين للدراسات والأدبيات التي تناولت خصائص الأطفال الذاتيين، وبخاصة ما يتناول جوانب القصور، حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن أهم جوانب القصور في المهارات التكيفية لدى الأطفال الذاتيين:

- عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين، فينسحب من المواقف الاجتماعية ويتقوقع في عالمه الخاص لا يهتم بالأشخاص المتواجدون حوله؛ فعندما تصطحبه إلى غرفه تجده يتجاهل تماماً الأشخاص الموجودين فيها ويتجه بانتباذه إلى الجوانب المادية "الأشياء" الموجودة في الغرفة.
- يتعامل مع أجزاء الجسم كما لو كانت أجزاء منفصلة؛ فعندما تمد له يدك بصورة مباشرة تجده يلعب بها ويقلبها كما لو كانت اليد تمثل جزءاً غير متصل بالشخص الموجود بجانبه.
- يفقد القدرة على التواصل البصري؛ كما أنه لا يستجيب عندما يدعى باسمه ولا ينظر إلى أمه

وهي تتحدث إليه.

•يفقد السلوكيات المقبولة وفق المعايير الاجتماعية، فعلى سبيل المثال قد يشرب الماء أو يأكل أجزاء من النباتات.

•لديه قصور في مهارات العناية بالذات والمهارات الاجتماعية.

•لا يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله، كأن يتعرف على أسماء الأطفال في فصله، والأسرة التي ينتمون إليها ، ولكن لا يقيم أي نوع من العلاقات الاجتماعية أو الصداقة معهم.

•لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يأبه بها كما أنه غير قادر على التعبير عن مشاعره.

(Kasari,2002; Skeinkoff & Siegel, 1998)

كما تشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد الذاتيين يواجهون صعوبات جمة في جوانب متعددة لدى تواصلهم مع الآخرين داخل المنزل والمدرسة وكذلك في المجتمع المحيط بهم. وتتلخص تلك الصعوبات في النواحي الأساسية التي تتأثر فعليًا ويطلق عليها الثالث أو الاضطرابات الثلاثية وهي:

1. التفاعل الاجتماعي: حيث يجد هؤلاء الأشخاص صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية، وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم غالباً ما تكون ضعيفة وخالية من "الروح" التي تميز العلاقات الإنسانية.

2. التواصل الاجتماعي: حيث يكون لديهم صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات. وإذا تكونت لديهم مهارات لغوية فإنهم غالباً يستخدمونها بطريقة ناقصة وحرافية، فمثلاً يجد الكثير منهم صعوبة في فهم أي معنى للكلام غير المعنى الحرفي، ويجدون كذلك صعوبة في فهم تعابير الوجه، أو نبرات الصوت.

3. اللعب التخييلي: حيث يجدون صعوبة في تطوير مهارات اللعب التخييلي الضرورية للتعلم وفهم الحياة؛ ولذا تكون معظم نشاطاتهم أو ألعابهم نمطية ومكررة، وغالباً يهتمون بتفاصيل جانبية للأشياء (غير المهمة) أكثر من فهمهم للصورة المتكاملة لشيء أو نشاط أو لعبة. وتصاحب هذه الاضطرابات الأساسية عدداً من السلوكيات النمطية والتي تختلف في الحدة والشكل من شخص لآخر، بل إنها قد لا تظهر جميعها لدى نفس الشخص.

سميرة عبد اللطيف السعدي ، 2001 ، 41؛ (Schalock ; Pierce & Stacy , 1994) ومن هنا دعت الحاجة إلى التدخل الإرشادي لمواجهة هذا الاضطراب الصامت وتأثيراته السلبية المختلفة على جوانب نمو الطفل، وبعد البحث محاولة في هذا الاتجاه.

الإطار النظري

تناول الباحثان في هذا الجزء عرض الإطار النظري من خلال ثلاثة أبعاد تشمل:

أولاً: الذاتية:

حيث تم التعريف لكل من:

- **التعریف بالذاتیة:**

في عام 1934 وصف الطبيب النفسي "ليوكانر" Leokanner أحد عشر حالة بأنهم يعانون من الذاتية في مرحلة الطفولة المبكرة Early infantile Autism وقد اعتبرهم مختلفين تشخيصياً

عن الفضام وغيرها من أشكال الاضطرابات الارتفائية. (Volkmar&Cohen,1999:2)

وقد استخدم كانر مصطلح الاوتیزم Autism وهو مشتق من الكلمة اليونانية Auto وهي تعنى

الذات Self للتعبير عن العزلة الشديدة لهؤلاء الأطفال فمن ابرز أعراض الأطفال المصابين

بالاوتيزم القصور الشديد في استجاباتهم للبالغين. (Sue; Sue & Sue, 1994: 444)

ولم يظهر الاوتیزم في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية

الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1952، 1968 وظهر للمرة الأولى في الطبعة

الثالثة لدليل التشخيص الاحصائي الثالث Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)

عام 1980. (Volkmar&Cohen,1999:2).

وقد أبقيت الصورة الرابعة لدليل التشخيص الاحصائي DSM - IV عام 1994 على مصطلح

الاضطراب الاوتیستی تحت فئة "اضطرابات ارتفائية" وتميز هذه الاضطرابات بتأخر أو انحراف

في التفاعل الاجتماعي وقصور في مهارات التواصل وارتفاع الرمز مع وجود السلوك النمطي وقلة

الأنشطة والاهتمامات. (Sood&Singh,1996:25)

- **الملامح المميزة للذاتية:**

يُعد العرض المميز للذاتية هو وجود قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل بالإضافة إلى

وجود سلوكيات نمطية ومن أهم الملامح الثابتة للذاتية ما يلي : بداية ظهور الأعراض قبل العام

الثالث من العمر - ارتفاع نسبة ظهوره في الأولاد عن البنات - وجود صعوبات أدائية في اللغة -

غياب الأعراض الذهانية.

ومن أهم الملامح المتغيرة للذاتية ما يلي: بداية التعرف على الاضطراب تكون قبل العام الثالث من

العمر - يوجد في التاريخ العائلي سلوكيات مشابهة للتوحد وجود صعوبات في الحمل وفي فترة ما

قبل الولادة (Harris,1996:50) .

ويؤكد هربرت (Herbert,1998:45) على وجود قصور في جوانب ثلاثة رئيسية تميز هذا

الاضطراب وهي الخيال، والعلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي، وهناك العديد من المحكـات

التي يجب أن تتطبق على الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه طفل ذاتي، وهذا يعني أن هذا

الاضطراب يتضمن اوجه قصور أولية متعددة وأنماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة تتميز

بمحدوديتها وتكراراتها ونمطيتها وقد تأخذ شكل الروتين في الأداء اليومي.

- **معدل انتشار الذاتية:**

تشير معظم الدراسات إلى أن الذاتية ينتشر بين 4:15 حالة في كل عشرة آلاف من المجموع العام

للسكان (Wallace; Biehl; Mac queen & Blackman, J. (1997) ، في حين أظهرت

بعض الدراسات معدلات أعلى من 20 حالة لكل عشرة آلاف من مجموع السكان (Yoshitaka ,

. 2001)

وترتفع نسبة انتشار الذاتية في الأسرة الواحدة فحوالي 9:2 % من أقارب الأطفال المصابين بالذاتية مصابين بالذاتية، وهذا يؤيد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب (Harris , 1996 ,

: 52 .

في اليابان توصلت دراسة كيوجي وياماماتو (Kouji & Yamamata, 2001) إلى أن نسبة انتشار الذاتية في ولاية ايواتي في اليابان تتراوح بين 0,17 - 0,19 %. بينما في الولايات المتحدة الأمريكية تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد أن نسبة انتشار اضطراب الذاتية بلغت 0.06 % وهذا المعدل جعل من الذاتية ثالث أكبر اضطرابات النمائية شيوعا.

(عادل عبد الله محمد، 2002: 370)

ويرى " كندال " Kendall (2000: 21) أن نسبة انتشار الذاتية في إنجلترا تبلغ 0.01% أما في الصين فتبلغ 0.004% وهى تعتبر اقل نسبة انتشار في دول العالم، وفي عام 1994 أشار المؤتمر السادس للطب النفسي إلى أن حوالي 2% تقريباً من السكان الذين يصنفوا على انهم معاينين عقلياً أو لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية يكونوا مصابين بالذاتية أو الحالة الشبيه بالذاتية Autistic like (Abd alla, 1994:122)

- الأعراض والتشخيص:

تعتبر عملية تشخيص اضطراب الذاتية من أكثر عمليات التشخيص صعوبة وتعقيد ويرجع ذلك إلى التباين في الأعراض من حالة إلى حالة كما هناك أن تشابه في الأعراض بين هذا الاضطراب واضطرابات أخرى مثل التخلف العقلي وفصام الطفولة وصعوبات التخاطب والاضطراب الانفعالي، كما أن التوسع في شدة الأعراض يزيد من احتمال الخطأ في التشخيص، إضافة إلى أن هذا الاضطراب نادر وأغلب المختصين لا يرون الحالات الكافية التي تساعد على زيادة الخبرة والكفاءة بالقدر الذي يمكنهم من التشخيص الفارق بينه وبين الاضطرابات المشابهة.

تبأ أعراض هذا الاضطراب مبكراً قبل سن ثلاثون شهراً، ومن الأعراض البارزة لهذا الاضطراب وينظر إليها باهتمام بالغ من جانب المختصين والآباء هي أن الطفل يعاني من ضعف في التواصل وضعف في العلاقات الاجتماعية وظهور بعض التصرفات غير الطبيعية فالطفل لا يملك وسيلة للتواصل مع من حوله بالإضافة إلى معاناته من مشاكل في اللغة والخاطب فقد تمر فترات طويلة دون أن ينطق بكلمة .

(Koji ; Hideni & Jum-Ichi , 2002)

ويرى " رابين وديون " Rapin & Dunn, 1997) أن من أعراض اضطراب الذاتية لدى الأطفال أن اللغة تكون لديهم غير مفهومة ولا يستخدمون حصيلة الكلمات التي ترد أمامهم من الآخرين، ولا يستطيعون التعبير عن احتياجاتهم، والعلاقات الاجتماعية تكاد تكون منعدمة فهم منعزلون ولا يحاولون تقليد من حولهم ومن ثم فهم لا يحققون أي إضافة في التعلم أو التطبيع الاجتماعي لديهم. كما يعاني الأطفال الذاتيين من عيوب معرفية ومن نقص في الاقتراب من الرموز ونقص في وسائل الأداء الوظيفي السيكولوجي مرتبطة مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تحجب الحملقة والنشاط الزائد، وغياب التغيرات الانفعالية.

(Acrons&Gittens , 1992:27; Kamio&Ishisaka, 2004)

المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد DSMIV

تتكون المحكatas التشخيصية لاضطراب الذاتية من ستة أو أكثر من المجموعات 1،2،3 التالية على أن يشتمل على بنددين على الأقل من محكatas المجموعة الأولى وبند على الأقل من محكatas كل من المجموعة الثانية والثالثة :

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

• قصور واضح في سلوكيات التواصل غير اللفظي على اختلاف أنواعها مثل التلامس البصري

- والتعبيرات الوجهية والأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تنمية أو تكوين علاقات مع الرفاق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.
- الافتقار إلى السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مواجههم واهتماماتهم وانجازاتهم (مثل افتقاد القدرة على إظهار وإبراز والإشارة إلى الأشياء ذات لأهمية).
- المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح بواحدة على الأقل مما يلي:
 - تأخر أو افتقاد كلى في نمو اللغة المنطقية (غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديلة مثل الإشارة أو التقليد).
 - في الأفراد ذي القدرة على الحديث (التخاطب) يوجد قصور واضح في القدرة على المبادأة بالحديث أو مواصلة الحديث مع الآخرين.
 - التكرار والنمطية في استخدام اللغة أو اعتماد لغة خاصة به.
 - غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيحامى أو اللعب التقليد الاجتماعي المناسب للمستوى العمرى أو مرحلة النمو.
- المجموعة الثالثة : التقييد بأنماط ثابتة ومكرره من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما يتضح بواحدة على الأقل مما يلي:
 - الاستغراق أو الاندماج الكلى بوحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات المفيدة والنمطية بشكل غير عادى من حيث طبيعتها أو شدتھا
 - الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والالتصاق بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينيه لا جدوى منها.
 - ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف مثل رفرفه الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري أو ثنى الجزء للأمام والخلف أو تحريك الازرع أو اليدى أو القفز بالقدمين.
 - الانشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل : سلسلة مفاتيح ، أو أجزاء من ورود صناعي أو ساعة الخ).

ثانياً: جوانب القصور في السلوك التكيفي للأطفال الذاتيين:

يتسم السلوك التكيفي للأطفال الذاتيين بوجود قصور في مهارات التنظيم ومهارات طرح الأسئلة وإتباع التعليمات إلى جانب القصور في المهارات الاجتماعية المتمثل في العمل التعاوني مع الزملاء، كما أنهم يعانون من عدم القدرة على التعلم واكتساب المعلومات من مواقف الخبراء المختلفة بالإضافة إلى اعتمادهم على الآخرين في حدود الإطار الاجتماعي والمعايير السائدة في المجتمع، كما يعانون من نقص في مهارات الكلام والقدرة على التعامل مع الأقران في نفس السن كما يتسمون بقصور في النمو الانفعالي يشمل تفادى التغيرات الاجتماعية والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية ، وفي هذا الصدد يرى (عادل عبد الله محمد، 2000) أن الأطفال الذاتيين لا يستطيعون أن يشاركون أقرانهم من خلال مواقف الحياة اليومية التي يمكن أن تقييد في إقامة علاقات اجتماعية معهم في محيط مجالهم النفسي(2002 , Koji; Hideni ; & Jum-Ich .).

و يرى (عبد الرحمن سيد سليمان ، 2000: 81) انه لكي نساعد الأطفال الذاتيين في الاستفادة من بيئتهم والتعرف عليها وتنظيمها وأحداث تغير فيها لا يتأتى إلا بتقديم البرامج التربوية المناسبة لهؤلاء الأطفال ولابد من أن تشتمل هذه البرامج على أنشطة مناسبة ومتعددة لهم لأنها تلعب دورا أساسيا في تنمية الاستقلال والوعي بالذات ليصبحوا قادرين على إقامة علاقات مع الآخرين.

ويمكن تحديد أوجه القصور العديدة التي يتسم بها هؤلاء الأطفال الذاتيين في خمسة مجالات هي مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، واللعب، والسلوكيات والادرakanات الحسية، هذه الأوجه تلقى بظلال عديدة على السلوك التكيفي لهؤلاء الأطفال وتترك انعكاسات عده عليه وعلى الأبعاد التي

يتضمنها مما يجعل هناك تدنى واضح في مستوى النمو اللغوي وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي أو إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

(Schalock ; Pierce & Stacy , 1994)

ويفك "هولين" (Howlin, 1998: 25) أن التدريب العملي للأطفال الذاتيين له آثار إيجابية كثيرة على النواحي النفسية والاجتماعية لديهم حيث يستطيع عدد كبير منهم التكيف نفسيًا واجتماعياً ومهنياً إذا ما أحسن تدريبيهم وتعليمهم وتوجيههم وتأهيلهم.

وانتشرت في الأونة الأخيرة العشرات من البرامج التربوية العالمية المصممة للأطفال الذاتيين والتي اشتركت جميعها في التأثير الإيجابي الكبير على الأطفال المشاركون فيها. واختلفت هذه البرامج في عدد من الأمور مثل العمر الذي يجب أن يبدأ فيه البرنامج وعدد ساعات التدريب الأسبوعية ومدة البرنامج ، وعانت هذه البرامج من مشكلات منهجية مما أضعف من إمكانية تعميم نتائجها حيث يشير إلى ذلك " جيافiero (Giafiero. 2001) إلى أن الضعف في المظاهر التجريبية للبرامج لا يعني بالضرورة عدم فاعليتها إنما يعني أن فاعلية البرامج لم يتم توضيحها بطريقة ماضبوطة وموضوعية.

ثالثاً: الارشاد السلوكي وتنمية سلوك الأطفال الذاتيين :

يمثل الهدف من علاج الذاتية إنقاص الأعراض السلوكية السلبية وتحسين النمو في الوظائف المختلفة، أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة، ومهارات رعاية الذات، والمهارات الاجتماعية، ومن أحسن الطرق العلاجية التي تتفوق على غيرها من الأساليب، التدريب في فصول دراسية محددة البنية مع الطرق السلوكية، وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن المكاسب في مجالات اللغة والمهارات المعرفية في نمو السلوك التكيفي يمكن تحقيقها باستخدام هذه الطرق، ولكن معظم هذه الدراسات بنيت على أساس أعداد محدودة من الأطفال ولذلك يجب تنويع البرامج مع عينات مختلفة من الأطفال حتى يمكننا التعميم. (لويس كامل مليكة، 1998: 286)

ويعد التدخل السلوكي المكثف والمبكر Early Intensive Behavior Intervention أحدى الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية وذلك لتدريب الأطفال الذاتيين حيث ثبتت فاعليته وفائدة في علاج الذاتية، حيث يركز العلاج المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية قصيرة نسبياً يتم فيها تدريب مكثف ومن أهم الأمثلة على البرامج المستخدمة في ذلك برنامج لوفاز.

أن التدخل السلوكي المكثف والمبكر هو علاج محدد جداً ثبتت فاعليته وفائدة في علاج حالات الذاتية وعادة لا توفر أغلب برامج التدخل المبكر تدخلاً سلوكيًا مكثفاً، فكلمة المبكر تعنى دائماً المرحلة التي تبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن الخامسة وعادة قبل الأربع سنوات، أما كلمة "المكثف" فتصف الكم الهائل من الساعات المطلوبة لبرنامج العلاج ، أما مصطلح "سلوكي" يشير إلى استخدام تحليل سلوكي تطبيقي اي يتم في جلسات البرنامج استخدام تعليمات المحاولة المنفصلة والتي من خلالها يمكن تعلم أنواع كثيرة من السلوك للأطفال الذاتية وخاصة إذا كانوا في مراحل مبكرة من التعليم (محمد السيد عبد الرحمن، مني محمد خليفة، 2004: 77).

ويشير ريشارد ومايثيو (Richard & Matthew, 2002) إلى أن المهارات التي يتم تعلمتها باستخدام أساليب التدخل السلوكي المكثف والمبكر تتضمن كل الأنشطة الفردية للطفل الذاتي ويتوافق ذلك بين مهارات مساعدة الذات Self-help ، كذلك المهارات الاجتماعية المختلفة كذلك مهارات الاستعداد الأكاديمي وكذلك مهارات التحكم في السلوكيات المزعجة والفووضية.

مصطلحات الدراسة:

1-اضطراب الذاتوية Autism

يعرف "ريشارد ومايثو" (Richard & Matthew, 2002) الذاتوية بأنه اضطراب ارتفائي عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعي وقصور التواصل ومدى محدود من الانشطة والاهتمامات وانماط شاذة من السلوك والأنشطة وعادة ما يظهر قبل الشهر الثالثين من العمر.

2-التدخل السلوكي المكثف والمبكر Early Intensive Behavior Intervention
التدخل السلوكي ذلك النوع من التدخل الذي يتضمن تطبيق نتائج البحث السلوكيّة لمساعدة الأفراد على التغيير الإيجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومتغيراتها، وحديثاً بدأ اهتمامه بتعلم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي لاكتساب الفرد القدرات المساعدة على التوافق، ومواجهة المشكلات، وهو مكثف: يعني كثافة فترة التدخل العلاجي وتعدد الفنون المطلوبة لبرنامج العلاج، وهو مبكر: يعني يبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن المدرسة الابتدائية، وهناك عدة ملامح تميز هذا النوع من التدخل السلوكي في علاج الأطفال الذاتيين:
أولاً: كثافة العلاج، إذ يجب أن يتم بمعدل يتراوح بين 30 – 40 ساعة على الأقل أسبوعياً، وبمعدل مدرسة لكل طفل.

ثانياً : التحليل التطبيقي للسلوك، هو مدخل تركيبي راق لعملية التدريس، فهذه ليست طريقة مبنية على السباحة ضد التيار أو أن نخذل فيها حذو الطفل أو ننقاد لرغباته، ولكنها طريقة تم تصديقها بعناية فائقة وتتبع نماذج متوقعة من التعليمات.

ثالثاً : يجب أن يكون هناك حد أدنى للوقت خلال الفترة التي لا يمارس فيها الأطفال عملية التعلم بجدية، فأوقات الفسح القصيرة يجب أن يتبعها دروس قصيرة تحقق تقدماً سريعاً.

رابعاً : التحليل التطبيقي للسلوك مؤسس على مبادئ مدرسته جيداً عن تعلم الإنسان وتم تصديقه بغرض استثمار إمكانيات وقدرات الأطفال حتى يستفيدوا من الوسائل التي ثبتت صلحتها.

3-السلوك التكيفي Adaptive Behavior

يعرفه (فاروق محمد صادق، 1985) بأنه درجة الفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلاله الشخصي ومسؤوليته الاجتماعية المتوقعة منه حسب عمره الزمني وثقافته .

ويعرفه (عبد العزيز الشخص ، 1992 : 8) بأنه الأسلوب الذي ينجز به الطفل الاعمال المختلفة المتوقعة من اقرانه في نفس العمر الزمني.

ويعرف الباحثان السلوك التكيفي اجرائياً في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل في الابعاد التي يتضمنها المقياس المستخدم في الدراسة والذي يتضمن الاداء الاجتماعي والنشاط المهني الاقتصادي واداء الاعمال المنزلية والادوار الاسرية والاداء الوظيفي المستقل كذلك مستوى النمو اللغوي.

4-البرنامج التربيري المستخدم:

البرنامج الحالي هو عملية منظمة مخططة تهدف الى تدريب الأطفال الذاتيين عينة الدراسة على استخدام فنون العلاج السلوكي المكثف والمبكر التي من اهمها فنية التحليل الوظيفي للسلوك بغرض اكسابهم السلوك الاستقلالي وقيامهم بعدد من الانشطة والمهام التواصلية والاجتماعية والمهنية والبيئية والمنزلية والعمل على تنمية مهاراتهم التي تتعلق بتلك الانشطة والمهام وهو ما يسمى في تنمية سلوكهم التكيفي ويساعدهم وبالتالي في الاتخراط في المجتمع.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى النقاط التالية:

- حاجة الطفل الذاتي إلى برامج رعاية توفر له الحد الأدنى من الأعداد اللازم للحياة والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته اليومية.

• اعداد برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج السلوكي المبكر والمكثف يمكن تدريب الأطفال الذاتيين عليه مما يعلم على تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية لديهم مما يسهم في ممارستهم لذاته العمليات دون الاعتماد على الآخرين في حياتهم اليومية.

• تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال الذاتيين مما يؤهلهم للانخراط في المجتمع ومع الآخرين.

• مساعدة والدى الأطفال الذاتيين ومحلياتهم على التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب وتعديل سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعياً مما قد يسهم في رعايتهم.

• يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في مجال التأهيل النفسي لهؤلاء الأطفال كذلك المساعدة في عملية التواصل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية لهذه الفئة.

اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج تدريبي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المكثف والمبكر في:

• تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لديهم.

• خفض بعض أعراض الذاتية من خلال إكساب الأطفال الذاتيين المهارات والأنشطة المستهدفة وإكسابهم بعض السلوكيات المرغوبة اجتماعياً وتعديل السلوكيات غير الملائمة.

فروض الدراسة:

• توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقاييس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدى.

• توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقاييس "جليام لتشخيص الذاتية" بابعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدى.

• لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتابعى (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقاييس السلوك التكيفي بابعاده.

• لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتابعى (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقاييس "جليام لتشخيص الذاتية" بابعاده.

خطة الدراسة:

أولاً : الادوات:

-1مقياس " جيليان لتشخيص التوحيدية":

(إعداد محمد السيد عبد الرحمن ،منى السيد خليفة: 2004 :

اعد هذا المقياس للبيئة العربية) محمد السيد و منى خليفة، 2004) حيث تم اعادة حساب صدقه ومعاييره في البيئة المصرية، وهو عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الاشخاص الذين يعانون من الذاتية، ويكون المقياس من اثنا واربعون بندًا تتدرج تحت ثلاثة ابعاد فرعية، بالإضافة إلى أربعة عشر بندًا إضافية يقوم الآباء من خلالها أبناءهم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتشتمل ابعاد المقياس أربعة ابعاد :

البعد الأول : السلوكيات النمطية Stereotyped Behaviors

البعد الثاني : التواصل Communication

البعد الثالث : التفاعل الاجتماعي Social Interaction

البعد الرابع : الاضطرابات النمائية Developmental Distributive.

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أ- الصدق : تم حساب صدق المقياس في الدراسة الحالية عن طريقتين: الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس الحالى على عينة من الاطفال 29 طفلا ودرجات نفس الاطفال على مقياس الطفل الذاتي (إعداد عادل عبدالله محمد،2000) وكانت قيمة معامل الارتباط 0.82 وهى دالة احصائيا عند 0.01 ، وصدق الاتساق الداخلي : حيث تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المعيارية للأبعاد الفرعية وبعضها البعض فى علاقتها بالدرجة الكلية (معامل التوحد (لاستجابات كل من آباء ومعلمى الأطفال الذاتيين وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01) مما يحقق صدق الاتساق الداخلى للمقياس.

ب - الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين: الثبات بطريقة التجزئة النصفية : حيث تم حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون وذلك كما ذكرها (صلاح احمد مراد، 2000) حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى 0.01 مما يحقق ثبات المقياس، والثبات بطريقة إعادة التطبيق: على عينة 29 بفارق زمني مقداره 21 يوما وتم حساب معاملات الارتباط بين ابعاد المقياس والدرجة الكلية فى التطبيقين حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى 0.01 مما يؤكد درجة الثبات العالية للمقياس.

-2-مقياس السلوك التكيفي للأطفال (إعداد عبد العزيز السيد الشخص ، 1992)
يتكون المقياس من خمس أبعاد منفصلة من البنود، تشمل النمو اللغوي ، الأداء الوظيفي المستقل، أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، النشاط المهني والاقتصادي، التطبيع الاجتماعي .
التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس:

أ - الصدق : الصدق التميزي : تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب دالة الفروق بين متوسط درجات عينه من الاطفال العاديين وعينه من الاطفال المتخلفين عقليا بلغ عددهم 45 طفلا على المقياس حيث وجدت قيمى تتساوى 17.94 وهى دالة عند مستوى 0.01، كما تم حساب الصدق المرتبط بالمحك: بحساب معاملات الارتباط بين درجات عينة من الاطفال بلغت 45 طفلا ودرجاتهم على مقياس السلوك التكيفي(فاروق محمد صادق، 1985) وكانت قيمة معامل الارتباط (0.83) وهى دالة عند مستوى (0.01) .

ب- الثبات : الثبات بطريقة التجزئة النصفية : حيث تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق

بفاصل زمنى قدره 21 يوم على عينة بلغ عدده 25 طفلا ، وترواحت معاملات الثبات لكل بعد والدرجة الكلية على الترتيب 0.59 - 0.86 وهى دالة عند مستوى 0.01.

-3 البرنامج الارشادى (اعداد الباحثان:)

أ - أهداف البرنامج الارشادى : يهدف البرنامج الارشادى إلى تدريب الأطفال الذاتيين على بعض السلوكيات التكيفية اللازمة لمساعدتهم على تحسين بعض جوانب سلوكهم التكيفى مع والديهم وأقرانهم وذلك باستخدام بعض فنيات العلاج السلوكي المكثف والمبكر.

ب - الفئة المستهدفة من البرنامج الارشادى : البرنامج الارشادى المعد فى الدراسة الحالية الى الأطفال الذاتيين من أطفال رياض الأطفال ببعض مدن محافظة قنا وهم اطفال من اسر ذات مستوى اقتصادى وثقافى متوسط.

ج - مصادر ومحلى البرنامج الارشادى : من اجل وضع المحلى المناسب لمادة البرنامج الارشادى المستخدم فى الدراسة الحالية تم الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التى تناولت تصميم برامج ارشادية للأطفال الذاتيين، كذلك الدراسات التى قدمت خططا او تنظيمات لكيفية تدريب الأطفال الذاتيين وتمثلت اهم الدراسات التي كانت مجالا لاختيار محلى البرنامج (عادل عبدالله محمد، 2001؛ عبدالمنان ملا معنور، 1997؛ عمر بن الخطاب 2001؛ سهام على عبد الغفار، 1999؛ هالة فؤاد 2001 ، اسماعيل بدر 1997؛ سهير محمود آمين، 2004).

د - المحلى الاساسى للبرنامج الارشادى للأطفال الذاتيين : يتالف البرنامج الارشادى المقدم من للأطفال الذاتيين من:

(1)المواقف التربوية : تم تصميم هذه المواقف لتدريب الأطفال على تحسين جوانب السلوك التكيفى للأطفال الذاتيين.

(2)الأنشطة والوسائل : تضمن البرنامج الارشادى بعضا من الانشطة والوسائل التى تهدف الى تيسير اكتساب الأطفال المستهدفين لما تتضمنه المواقف التربوية داخل الجلسات ويشمل ذلك:
• مشاهدة النماذج العلمية والمسجلة على شريط فيديو مصمم عليه مواقف تربوية تبرز الخطوات السلوكية اللازمة للتدريب المستهدف.

• أنشطة اجتماعية وجماعية والعاب حيث قام الباحثان بمارستها مع الأطفال عينة الدراسة حتى تيسر على الأطفال المستهدفين اكتساب المحلى التربوي للجلسات الإرشادية وتعزيز ذلك.
• كما تم استخدام بعض المواد المساعدة أثناء تدريب الأطفال كالاقلام والكراسات وبعض اللوحات الورقية.

(3)الفنين المستخدمة في البرنامج الارشادى : استخدم الباحثان في البرنامج الارشادى للأطفال بعض فنيات العلاج السلوكي تمثلت في (التعزيز، تكلفة الاستجابة، النمذجة، لعب الدور، التشكيل) وهذه الفنون تم اختيارها في ضوء البحوث والدراسات السابقة وبحيث تتماشى مع اهداف البرنامج الارشادى.

(4)تقييم البرنامج الارشادى : تم في تقويم البرنامج استخدام استراتيجية ذات اربع محاور تتمثل فيما يلى: التقويم المبدئي، التقويم البنائي، التقويم النهائي، التقويم التتابعي.

ثانياً : عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة النهائية للدراسة الحالية من اربعة اطفال توحديين (ذكور، أنثى)، تتراوح اعمار هذه العينة من 4-6 سنوات بمتوسط قدره 5.32 سنة وانحراف معياري 2.01.

النتائج ونفسيرها

أولاً : نتائج الفرض الأول : ينص هذا الفرض على انه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقاييس السلوك التكيفي بابعاده لصالح القياس البعدى " ، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار " ويلكxon " Wilcoxon للعينات الصغيرة المرتبطة ويوضح جدول (1) نتائج ذلك .
 جدول (1) الفروق بين متوسطي رتب درجات اطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقاييس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين القبلي والبعدي
 أبعاد المقاييس الرتب العدد متوسط الرتب مجموع الرتب قيمة Z مستوى الدلالة
 مستوى النمو اللغوي السالبة 3 2.63 - 0.01 9 3 -

الموجة 1	1	1	1
المجموع	-	-	4
الأداء الوظيفي المستقل السالبة 4	0.012.61 -	10 2.5	4
الموجة 0	0	0	0
المجموع	-	-	4

أداء الأدوار الأسرية السالبة 3	0.013	2.60	9
الموجة 1	1	1	1
المجموع	-	-	4

النشاط المهني الاقتصادي السالبة 3	0.01	2.63	9 3
الموجة 1	1	1	1
المجموع	-	-	4

الأداء والتطبيع الاجتماعي السالبة 4	0.01	2.60	10 2.5
الموجة 0	0	0	0
المجموع	-	-	4

الدرجة الكلية السالبة 4	0.01	2.62	10 2.5
الموجة 0	0	0	0
المجموع	-	-	4

يتضح من جدول (1) وجود فروق دالة احصائية على مقاييس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدى مما يعني تحسن مستوى السلوك التكيفي أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي عليهم وبذلك تتحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول .
 ثانياً : نتائج الفرض الثاني : ينص الفرض على انه " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقاييس جيليان لتشخيص الذاتوية بابعاده في القياسين القبلي والبعدي " للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار ويلكسون Wilcoxon للعينات المرتبطة ويوضح جدول (2) هذه النتائج .
 جدول (2) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقاييس جيليان لتشخيص الذاتوية بابعاده في القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس الرتب العدد متوسط الرتب مجموع الرتب قيمة Z مستوى الدلالة

السلوكيات النمطية السالبة 4 2.5- 10 2.62
0.01

الموجبة 0 0 0
التساوي 0 0 0
المجموع - - 4

التواصل السالبة 3 3 -2.639
0.01

الموجبة 1 1 1
التساوي 0 0 0
المجموع - - 4

التفاعل الاجتماعي السالبة 3 3 2.60-
0.01

الموجبة 1 1 1
التساوي 0 0 0
المجموع - - 4

الاضطرابات النمائية السالبة 4 2.5- 10 2.6010
0.01

الموجبة 0 0 0
التساوي 0 0 0
المجموع - - 4

معامل التوحد السالبة 3 3 2.63-
0.01

الموجبة 1 1 1
التساوي 0 0 0
المجموع - - 4

يتضح من جدول (2) وجود فروق ذات دلالة احصائية على مقياس جيليان لتشخيص الذاتويه بابعاده في القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يعني انخفاض الاعراض التي يقيسها المقياس لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريسي عليهم وبذلك تحقق هذه النتائج صحة الفرض الثاني.

ثالثا نتائج الفرض الثالث : ينص هذا الفرض على انه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين البعدى والتباعى" ، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار " ويلكوكسون " Wilcoxon للعينات الصغيرة المرتبطة ويوضح جدول (3) نتائج ذلك.

جدول (3) الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال المجموعه التجريبية وقيمة Z على مقياس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين البعدى والتباعى أبعاد المقياس الرتب العدد متوسط الرتب مجموع الرتب قيمة Z مستوى الدلالة

مستوى النمو اللغوي الرتب السالبة	1.00 0 0 0
غير دالة	
الرتب الموجبة	1 1 1
التساوي	3 3 3
المجموع	- - 4

الأداء الوظيفي المستقل الرتب السالبة	1.00 0 0 0
غير دالة	
الرتب الموجبة	1 1 1
التساوي	3 3 3
المجموع	- - 4

أداء الأدوار الاسريه الرتب السالبة	1.00 1 1 1
غير دالة	
الرتب الموجبة	0 0 0
التساوي	3 3 3
المجموع	- - 4
النشاط المهني	
الاقتصادي الرتب السالبة	1 1 1 1.00
غير دالة	
الرتب الموجبة	0 0 0
التساوي	3 3 3
المجموع	- - 4
الأداء	

والتطبيع الاجتماعي الرتب السالبة	1.00 1 1 1
غير دالة	
الرتب الموجبة	0 0 0
التساوي	1 3 3
المجموع	- - 4

الدرجة الكلية الرتب السالبة	0.45	2 2 1
غير دالة		
الرتب الموجبة	1 1 1	
التساوي	2 1 1	
المجموع	4 - -	

يتضح من جدول (3) عدم وجود فرق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب أطفال المجموعة التجريبية على مقيس السلوك التكيفي بابعاده في القياسين البعدى والتابعى مما يعني تحقق صحة الفرض الثالث.

رابعا : نتائج الفرض الرابع : ينص هذا الفرض على انه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقيس جيليان لتشخيص الذاتية بابعاده في القياس البعدى والتابعى " ، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار " ويلكسون Wilcoxon للعينات الصغيرة المرتبطة ويوضح جدول (4) نتائج ذلك.

جدول (4)

الفروق بين متوسطي رتب درجات اطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقيس جيليان لتشخيص الذاتية بأبعاده في القياسين البعدى والتابعى
أبعاد المقاييس الرتب العدد متوسط الرتب مجموع الرتب قيمة Z مستوى الدلالة

السلوكيات النمطية الرتب السالبة	1.00	0 0 0
غير دالة		
الرتب الموجبة	1 1 1	
التساوي	3 3 3	
المجموع	4 4 -	

التواصل الرتب السالبة	1.00	0 0 0
غير دالة		
الرتب الموجبة	1 1 1	
التساوي	3 3 3	
المجموع	4 - -	

التفاعل الاجتماعي الرتب السالبة	1.00	1 1 1
غير دالة		
الرتب الموجبة	0 0 0	
التساوي	1 3 3	
المجموع	4 - -	

الاضطرابات النمائية الرتب السالبة	1.00	1 1 1
غير دالة		
الرتب الموجبة	0 0 0	
التساوي	1 3 3	
المجموع	4 - -	

معامل التوحد الرتب السالبة	0.02
غير دالة	
الرتب الموجبة	0.25
التساوي	0.00
المجموع	-4

مناقشة النتائج ونفسيرها:

تبين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية عن حدوث تحسن في السلوك التكيفي للأطفال الذاتويين وذلك من خلال ما تعكسه الفروق في القياسين القبلي والبعدى على مقاييس السلوك التكيفي بأبعاده وذلك لصالح القياس البعدي وهو ما كشفت عنه نتائج الفرض الأول كذلك بعد المتابعة وهو ما كشفت عنه نتائج الفرض الثالث ، كما وجد أن هناك فروق في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدي على مقاييس جيليان للتوحدية وذلك كما في الفرض الثاني والرابع بعد متابعة وهذه النتائج تتفق مع ما توصل إليه دراسة كلا من (Giafiero,2000; Skeinkoff & Siegel, 1998; Harris,et.al, 1991 ;Dyches,1998 Erguner-T Maddey,2004 عليه، 1999)

فقد أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في الأداء الاجتماعي والتواصل عند الأطفال الذاتويين، وهذا يعود إلى تطور مهارات الانتباه عند الطفل والتي ركز البرنامج على تتميمتها حيث تم التركيز على تزويد الطفل بارشادات عن النشاطات المطلوبة وتربيط قدر من اللغة المنطقية عند ممارسة أي نشاط.

يذهب "ريشارد ومايثيو (Richard & Matthew , 2002) إلى أن الإجراءات التي يتم إتباعها مع العلاج السلوكي المكثف والمبكر من شأنها أن تعمل على تعليم الأطفال الذاتويين المهارات المستهدفة وان تتمى السلوك التكيفي لديهم وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية في المواقف المختلفة والمتباينة، وان قيام الأطفال الذاتويين بالعديد من الأنشطة الاستقلالية يكسبهم السلوك الاستقلالي حيث بإمكانهم أداء الأنشطة المتضمنة بعد تدريبهم عليها وذلك من تقاء أنفسهم ودون أي مساعدة من الراشدين ويمكن تعليم ذلك على العديد من المهام والأنشطة.

ويؤكد " سميث وآخرون (Smith , et al., 2000) و سينكوف وسيجل (Skeinkoff & Siegal) أنه يمكن من خلال العلاج السلوكي المكثف والمبكر إكساب الأطفال الذاتويين المهارات الحياتية وتدريبهم على الأعمال المنزلية المختلفة كذلك المهارات الاقتصادية مثل مهارات الشراء والبيع والتدريب عليها ومثل هذه الإجراءات من شأنها تتميم السلوك التكيفي لدى الأطفال الذاتويين. والنتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المعد في الدراسة الحالية، حيث اعتمد البرنامج على استخدام العديد من فنيات العلاج السلوكي (التعزيز، النمذجة، لعب الدور، تكلفة الاستجابة، التشكيل) حيث أشارت دراسة كلا من (عادل عبدالله ،2000 ، سهام عبد الغفار ، 1999 ، عبدالمنان ملا معمور 1997 ، Morrisn,2002 Richard&Matthaw,2002.) Dyches,1999) إلى فاعلية هذه الفنون في تتميم جوانب السلوك الاجتماعي والسلوك التكيفي للأطفال الذاتويين.

كذلك فإن اعتماد البرنامج العلاجي على الكثافة في إكساب السلوكيات المستهدفة، حيث استمر تطبيق البرنامج ما يقرب من 4 شهور كما تم خلال هذه الفترة أيضا التدريب على السلوك المستهدف بشكل مكثف (أكثر من مره) أدى إلى تثبيت السلوك المستهدف وهذا ما أشارت إليه نتائج الفرض الثالث

والرابع حيث احتفظ الأطفال الذاتيين بالسلوكيات المستهدفة بعد انتهاء فترة التدريب ولم تحدث انكاسة علاجية.

ويفسر الباحثان هذه النتائج أيضاً بما تم مراعاته من خصائص الأطفال الذاتيين وفق ما ورد بالدليل التشخيصي الرابع وما توصلت إليه نتائج الدراسة السابقة والإطار النظري والطبيعة القاععالية والتواصلية للبرنامج المستخدم بين الباحثين والأطفال عينة الدراسة مما أسهم في الوصول إلى هذه النتائج إلى حد كبير، حيث إن السلوكيات المستهدفة التي تم التدريب عليها تمثل جوانب عجز في السلوك التكيفي (كما تم الإشارة إليه في مشكلة الدراسة) حيث إن هؤلاء الأطفال يعانون من تدني واضح في مستوى النمو اللغوي وأداء الأدوار الأسرية والأداء الوظيفي المستقل والتطبيع الاجتماعي، لذلك ركز البرنامج في معظم جلساته المكثفة معتمداً على استخدام فنيات التعزيز والنماذج والتشكيل ولعب الدور في تقديم صور حية للأطفال عينة الدراسة وذلك من خلال تقديم لقطات فيديو تحتوى على توضيحات لكيفية أداء السلوك المستهدف.

كما أن جلسات البرنامج التي اعتمدت على فنيات النماذج وتدريب الأطفال أنفسهم على تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي من خلال عرض لقطات الفيديو يتم التواصل فيها بين عرض الفيديو والطفل وبمساعدة الباحثين تم التأكيد من أن الطفل الذاتي قد قام بأداء ونكرار السلوك الموجود بمشهد الفيديو والذي يوضح كيفية التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وبنفس الكيفية أيضاً تم التأكيد من أن الطفل الذاتي يقوم بعملية التفاعل الاجتماعي من خلال تعليمه نماذج سلوكيه لأطفال في نفس مستوى العمر تم عرضها عليه من خلال مشاهد الفيديو.

وهذا يعني أن بعض فنيات الإرشاد السلوكي المكثف (التعزيز، النماذج، التشكيل، لعب الدور، تكلفة الاستجابة) كان لها دوراً في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال عينة الدراسة ومن هنا فقد أتاح ذلك الفرصة أمام الأطفال لخوض بعض أعراض الذاتية كما يقيسها المقياس المستخدم في الدراسة.

المراجع

- أسماء عبد الله العطية(1995).تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال المختلفين عقلياً بدولة قطر.رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- إسماعيل محمد بدر(1997).مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد. المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي، القاهرة، المجلد الثاني، 2-4 ديسمبر، ص ص 727-758.
- جورجييت نجيب.(1994) الاوتیزم، دوره تدريبية خاصة بالاوتيزم. كاريتاس مصر، مركز سينتى للتدريب ودراسات الاعاقة، إبريل – مايو.
- سهام على عبد الغفار عليوه (1999) (فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- سمعي احمد أمين نصر (2001).مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحيديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- سميرة عبد اللطيف السعدي (2001). معاناتي والتوحد. ط٣، منشورات ذات السلسل، الكويت.
- صلاح احمد مراد(2000).الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- عادل عبد الله محمد(1999).فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني للأطفال التوحيديين. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد 38.
- عادل عبد الله محمد(2000).فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحيديين. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد السادس.
- عادل عبد الله محمد، منى محمد خليفة(2002).فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحيديين. (في) الأطفال التوحيديين - دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ص ص.365 – 439.
- عادل عبد الله محمد (2001-أ). بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحيديين وأقرانهم المعاقين عقلياً دراسة تشخيصية مقارنة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ع 32، ص ص122-130.
- عادل عبد الله محمد (2001،ب). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحيديين للحد من السلوك الإنساحي لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع 14، ص 202-224.
- عادل عبد الله محمد (2001 - ج). بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحيديين وأقرانهم المعاقين عقلياً. بحوث مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق، ع158،135-166.
- عادل عبد الله محمد (2002-أ). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحيديين .مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، ع88،8-101.
- عادل عبد الله محمد (2002- ب). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. دار الرشاد، القاهرة.
- عادل عبد الله محمد، ومنى خليفة حسن (2001). فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحيديين. بحوث مجلة كلية الآداب، جامعة المنوفية، ع178،8-8.

عبد الرحمن سيد سليمان(2000). الذاتية إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق

عبد الرقيب احمد البجيرى(تحت النشر). مقاييس فاينلاند للنضج كراسة التعليمات، تحت النشر.

عبد العزيز السيد الشخص(1992). مقاييس السلوك التكيفي للأطفال - المعايير المصرية والسعوية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

عبد المنان ملا معنور(1997). فاعالية برنامج تدريبي سلوكي في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحيديين. المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي ، المجلد الأول، القاهرة (4-2) ديسمبر ص ص437 – 458

عمر بن الخطاب خليل(2001). الأساليب الفعالة في علاج التوحد. مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، القاهرة، 9، ، ص ص44-17.

فاروق محمد صادق(1985). دليل مقاييس السلوك التكيفي. ط 2 ، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية. لطفي الشربينى(2004) .(التوحد :دليل لفهم المشكلة والعلاج والتعامل مع الحالات. مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد الخامس، الجزء الأول، ص ص177 – 206.

لويس كامل مليكه(1998) . (الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية. دار النهضة المصرية، القاهرة.

محمد السيد عبد الرحمن، منى محمد خليفه(2004). العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدى. القاهرة، دار الفكر العربي.

محمد السيد عبد الرحمن، منى محمد خليفه(2004). مقاييس جيليان لتشخيص التوحدية. القاهرة، دار الفكر العربي.

محمد على كامل(1998). من هم ذوى الاوتیزم وكيف نعدهم للنضج. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

منى خليفة على حسن (2001). فاعالية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدى " دراسة حالة " .مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ع37، ص ص158-134.

نادية إبراهيم أبو السعود(2000). الطفل التوحدى في الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

هالة فؤاد محمد (2001).تقييم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

Abdullah, J . (1994). Autism in Egypt. Trends and perspectives. VI the International Pan-Arab Congress of Psychiatry. November 16-18 Th.

Acrons, M & Gittens , T . (1992) . The Handbook of Autism a guide for parents and professionals . London and New York , Rutledge .

Anderson, S., Avers, D., Dipietro, E., Edwards, G & Christion, W.(1987) . Intensive home – based early Intervention with Autistic children. Education and Treatment of children , 10 , 352 – 366 .

Baranek , G . (2002) . Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders , 32, 3, 397 – 422 .

Bryan, L. C. (2002). Teaching on Task and on Schedule Behaviors to High Functioning Children with Autism Via Picture Activity Schedules. Journal

- of Autism and Developmental Disorders ,Vol. 30, No. 6, PP. 55-67.
- Callaway , C . (1999). The development of Communicative functions and means in students with autism . Focus on Autism and other Developmental Disabilities , 14, 3 .
- Dyches , T .(1998). Effects of Switch training on the communication of children with autism and sever disabilities . Focus on Autism and other Developmental Disabilities , 13, 3 .
- Giafiero, H. M. (2001). The Effect of an Augmentative Communication Intervention on The Communication: Behavior and Academic Program of an Adolescent with Autism. Focus Autism and other Developmental Disunities, Vol. 16, No. 3, P. 212
- Harris , J. (1996) . Pervasive Developmental Disorder . In Parmelee, D .X .and David R.B (Eds) Child and Adolescent Psychiatry , Mosby – Year Book , Inc .
- Harris , S.,Handlemon . J ,. Gordon , R ,. Kristoff , B., & Fuentes , F .(1991). Changes in cognitive and *****s Functioning of preschool children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders , 21, 281 – 290 .
- Kalat , J . (1995) . Biological psychology . Thomson Information publishing group , 4 Edition .
- Kamio , Y . & Ishisaka , Y . (2004) . Psychiatric co morbidity in children and adolescents with autism and mental retardation . Japanese . Journal of children and adolescent psychiatry , 43 , 5 , 116 – 123 .
- Kasari, C. (2002): Assessing Change in Early Intervention Programs for Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32, No. 5, PP. 361-441.
- Herbert, M.(1998).Clinical child psychology : Social Learning developmental and behavior . 2 Edition, Uk : Chi Chester .
- Howlin , P . (1998). Children with Autism Asperger syndrome a guide for partitions and careers . New York , Wenham , John Wiley & Sons.
- Kendall, C.(2000) . Childhood Disorders. UK,East Sussex Psychology Press Ltd,Publishers.
- Kouji, T . Hideni , K & Jum-Ichi , Y . (2002). Intensive supervision for Families conducting Home-Based Behavioral Treatment for children with Autism in Malaysia . Japanese . Jo . of Special Education , 39 , 6, 155- 164 .
- Kouji, T. & Yamamoto, J. (2001). A case study of Examining the Effects of self – Monitoring on Improving Academic performance by a student with Autism . Japanese . Jo . of Special Education , 38, 6 , 105- 116 .
- Lovaas , I . (1987). Behavioral Treatment and normal Education and intellectual Functioning ingoing autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology , 55 , 3-9.

- Maddey, N. G. (2000). Acquisition and Generalization of Activity Schedules and their Effects on Task Engagement in A young Child with Autism in an Inclusive Pre-school Classroom. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, Vol. 35, No3, PP. 35-326.
- Morrison, R. (2002). Increasing Play Skills of Children with Autism Using Activity Schedules and Correspondence Training. *Journal of Early Intervention*, Vol. 25, No. ?, PP. 58-72.
- Mudford , O. ;, Martin , N.; Eikeseth , S . & Bibby , P. (2001) . Parent-managed behavioral treatment for preschool children with autism : some characteristics of UK programs. *Research in developmental disabilities* , 22 , 173 – 182.
- Rapin , I & Dunn , M . (1997) .***** disorder in children with autism. *Pediatric Neurology* , 4 , 86 – 92 .
- Richard . P & Matthew , D .(2002) . Early intensive behavioral Intervention for children with Autism : parental the paretic self – Efficacy. *Research in Development Disabilities* , 23, 332 – 341 .
- Schalock , R .; Pierce , M .,& Stacy , L (1994) . Cognitive Functioning in autism : An Overview In E.Schopler and G . Mesibov (Eds) , Learning and Cognitive in autism plenum press , New York .
- Schalock , R .; Pierce , M .,& Stacy , L (1994) . The changing conception of mental retardation . *Journal of mental retardation* , 32 , 3 .
- Sood ,A . & Singh , N .(1996). Diagnostic Instruments . In Parmelee , D.X.and David R.B (Eds) *Child and Adolescent Psychiatry* , Mosby – Year Book , Inc .
- Skeinkoff , S & Siegel , B . (1998). Home based behavioral Treatment of young children with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders* , 28, 1, 15 – 23 .
- Smith , T . Buch , G .,& Gamby , T . (2000) . Parent directed Intensive early Intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in developmental disabilities* , 21 , 297 – 309 .
- Sue ,D.& Sue , S .(1994). Understanding abnormal behavior . Houghton Muffin company , Boston , Toronto , New Jersy , 4Edition .
- Volkmar,F.&Cohen,D.(1999). Autistic disorder. In Michels,R. (Eds) *Psychiatry*, Lippincott Company Philadelphia , London , New. York ,Hagerstown , Revised Edition.
- Wallace, H. Biehl, R. Mac queen, J & Blackman, J. (1997). *Moby's Resource guide to children with disabilities and chronic illness* . Mosby year Book , Inc .
- World Health Organization (1992) . *The ICD-10 Classification of Mental*

and Behavioral Disorders : clinical Definitions and diagnostic guidelines
.Geneva, author.

Yoshitaka, K. (2001).Modification of physiological and Behavioral
Responsively to Auditory Stimuli with the progress of Dohsa – Methods
Training in Children With Autism. Japanese . Journal of Special Education ,
38 , 6, 65 – 82.
