أثر برنامج تعديل سلوك في خفض الإندفاعية لدى عينة من أطفال التوحد

د : أنور عمران الصادي – قسم علم النفس / بالأكاديمية الليبية مصراتة
أ: أحمد محمد الشوكي – قسم علوم التربية / كلية الاداب

المقدمة :

يختلف الأطفال في سلوكياتهم من طفل إلى آخر وهو شئ طبيعي وواضح، ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف حائرين في التفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات، فقد تكون هذه السلوكيات طبيعية من منظور الوالدين، ولكن يراها الآخرون شيئا غير مألوف وغير طبيعي وغير مقبول من المجتمع، و قد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكياته، فنرى الطفل المخرب، الطفل كثير الحركة، الطفل الفوضوي، الطفل المعاند والعنيد، الطفل قليل الانتباه، وغيرها من الحالات بعضها طبيعي ومؤقت، والبعض منها مرضي ودائم.

و التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تصيب الفرد خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، نتيجة خلل في وظائف الدماغ، مما ينجم عنه قصور واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور سلوكيات وحركات نمطية، إضافةً إلى تأثيره السلبي على الجوانب الإدراكية بدرجات متفاوتة.

و يظهر على هؤلاء الأطفال كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، ويجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصا ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو يحتاج إلى تفكير، كأنهم لا يسمعون عندما نتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المشكلة تكمن في ضعف الموصل العصبي الكيميائي خصوصا في الفص المخي الأمامي، وهذه التغيرات الفيزيوكيمائية في المخ ليس من السهولة التعرف عليها واكتشافها، مما يساعد على تأكيد هذه المشكلة لدى أطفال التوحد.(سوسن شاكر :2008:ص192)

وتقدر نسبة الإصابة بالتوحد بنحو 500/1 في بعض الدول، إلا أنه لا تتوفر إحصائيات دقيقة عن عدد أو نسب المصابين بها في كل دولة، ويشار إلى أن إعاقة التوحد، تصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل(4/1)، وهي إعاقة قد تصيب الإفراد من جميع الطبقات الاجتماعية، ومن جميع الأجناس والأعراق... وتؤثر إعاقة التوحد على التفاعل الاجتماعي وعلى مهارات التواصل لدى الطفل،

بالإضافة إلى أن بعض الأطفال يصبح لديهم إعاقة حسية تظهر على هيئة أفعال متكررة متتالية وثابتة، وبعضهم الآخر لدية حساسية مفرطة في التذوق والشم واللمس . (إبراهيم محمود :2004:ص34)

يعيش ذوو إعاقة التوحد في عزلة تامة داخل حدود عالمهم الداخلي الشخصي، ويبدون غير مبالين على الإطلاق بالآخرين، كما أنهم يميلون إلى الابتعاد التام عنهم، وتجنب إقامة علاقات معهم، إضافة إلى أنهم غير قادرين على تكوين ارتباطات أو علاقات عاطفية أو انفعالية مع الأقران بصورة خاصة والآخرين بصورة عامة .

ويشير ماريكا (1990) إلى سمات هؤلاء الأطفال من الانغلاق على النفس، وضعف القدرة على التواصل والانتباه، فضلا عن وجود الإندفاعية. (عادل عبد الله :2003:ص270)

ويعاني الأطفال المعاقون (التوحديون) اضطراب الإندفاعية، حيث إن الطفل يخرج عن حدود المعدل الطبيعي في حركته مما يسبب له فشلا في حياته بسبب قلة التركيز، مع اندفاعيته .

ويعد السلوك الإندفاعى حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة عند أطفال التوحد، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل، ومركز التأهيل، والمجتمع بصفه عامه إذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها، كما تؤدي إلى ظهور مشكلات لدى الأطفال المعاقين عقلياً منها صعوبة اكتساب الخبرات والمهارات الأساسية، وانخفاض مستوى أدائهم للوظائف المطلوبة سواء في البيت أو المدرسة، والقيام ببعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا ً.(إبراهيم محمود :2004:ص65)

ويرى يوشيمورا (1979) Yoshimoura إن الإندفاعية تؤدى إلى تشتيت انتباه التوحديين واندفاعيتهم التى تمثل أحد مظاهر نشاطهم الزائد، إلى جانب كثرة حركتهم مما يجعلهم لا يستطيعون اكتساب المهارات التى تحتاج إلى التركيز والانتباه ولا يستطيعون الاستقرار أو الهدوء، وأكد ذلك (حلواني:1996:ص65) أن هناك علامات لاضطراب الانتباه تبدو على هؤلاء الأطفال وهو ما يسبب حدوث معدلٍ عالٍ من الاندفاعية يجعلهم يجدون صعوبة عالية فى التركيز وأنهم لا يسمعون ما يقال لهم، ويؤكد (مارشال (1989) Marshall) أن ما يعاني منه هؤلاء الأطفال من تشتت الانتباه الاندفاعية وعدم القدرة على التنظيم، يجعلهم في حاجة دائمة إلى إشراف خارجي .

وقد حاول علماء النفس والمختصون تقديم العلاج الملائم لسلوك الإندفاعى لدى أطفال التوحد، وذلك من خلال استخدام طرق عديدة منها البرامج العلاجية، ولعل ما يثبت صحة هذا المبدأ هو أن

البرامج العلاجية والتدريبية النموذجية للأشخاص التوحديين، كبرنامج علاج وتعليم إلى اطفال التوحديين

ويرى الباحثان أن فاعلية البرنامج في التركيز على التدريب والعلاجي السلوكي لتعديل السلوك المرضي أو المختل لدى الفرد وإحلال محله سلوكيات جديدة أي استبدال الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها باستجابات سلوكية أخرى جديدة، تعمل على منع الاستجابات القديمة، وغير المرغوب فيها من الظهور، وهو ما يعرف بالكف النقيض أو الكف المتبادل، ومعناه العمل على تكوين استجابة جديدة مرغوبة، إذ إن إكساب الطفل التوحدي سلوكيات ومهارات جديدة عملية ليست سهلة، فهي محاطة بالعديد من الصعوبات، وواحدة من أكثر المشكلات في تعليم السلوكيات الجديدة للأطفال المتوحدين تكمن في بطء هؤلاء الأطفال في تعلم مهارات جديدة، مما يؤدي إلى محدودية نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، هذا بالإضافة إلى إحداث قصور أو ضعف في الدافعية، وهذه الدراسة هي محاولة لخفض السلوك الإندفاعى عند أطفال التوحد من خلال أثر برنامج تعديل السلوك .

أولاً: مشكلة الدراسة :

بعض الأطفال يعانون فقط من السلوك الإندفاعى و ليس لديهم بالضرورة أعراض فرط الحرك أو نقص الإنتباة. يوصف هؤلاء الأطفال أحيانا بأنهم مصابون بإضطراب السلوك الإندفاعى وليس إضطراب فرط الحركة أو نقص الإنتباة. ومن السهولة عدم الإدراك بأن هؤلاء الأطفال يعانون من المرض لأنهم فى العادة هادئون فى سلوكهم، ويمثل البرنامج السلوكي إستراتجية يمكن من خلالها إكساب الأطفال التوحديين سلوكيات مستهدفة من حيث تعديل سلوكياتهم غير المرغوبة اجتماعيا مما قد يؤثر إيجابا على اضطرابهم من فرط النشاط الحركي .

وقد شعر الباحثان بالمشكلة من خلال ملاحظته ازدياد الندوات و المؤتمرات العلمية الخاصة بالتوحد وزيادة هؤلاء الأطفال في مراكز التأهيل العامة والخاصة والفصل بينهم وبين الإعاقات العقلية الأخرى، وهو الأمر الذي قد يسهم فى مساعدة هؤلاء الأطفال على الاندماج في المجتمع.

ومن خلال استطلاع الباحث لآراء مجموعة من الأخصائيين في مركز التأهيل في ليبيا حول أهم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال من خلال ترددهم عليه، تبين أن معظمهم يعانون من صعوبات في التواصل، وفقد لمهارات التكيف، والانسحاب التام، واضطراب الإندفاعية، وضعف التركيز والانتباه لمن حوله .

إضافة لما ذكر ومن خلال اطّلاع الباحثان على العديد من الدراسات الأجنبية والعربية وجد أن هناك عدم اتفاق فيما بينها حول سلوكيات وسمات اطفال التوحد، وأسباب هذا الاضطراب، كما انبثقت هذه الدراسة من خلال إشارة الدراسات على هذه الفئة على ضرورة إعداد البرامج المناسبة للحد من مشكلة الإندفاعية، وما قد يصاحبها من آثار سلبية على الأطفال التوحديين وأسرهم، وهذا ما دفع الباحثان إلى إجراء هذه الدراسة الذي يرغب من خلالها التعرف على أثر برنامج تعديل السلوك في خفض السلوك الإندفاعى لدى عينة من أطفال التوحد .

و تتحدد إشكالية الدراسة إجرائياً في التساؤل التالي:-

- هل يؤدي استخدام فنيات تعديل السلوك في خفض الإندفاعية لدى عينة من أطفال التوحد ؟.

ثانيا: أهداف الدراسة :

تهدف **الدراسة** الحالية إلى:

1 . تقديم برنامج تعديل سلوك في خفض الإندفاعية لتحقيق تغير إيجابي فى سلوك الأطفال من فئة التوحد .

2 . التعرف على أثر برنامج تعديل سلوك في خفض الإندفاعية لدى عينة من أطفال التوحد .

ثالثا: أهمية الدراسة :

نظراً لما يتمتع به موضوع البرنامج السلوكي من اهتمام كبير فقد وجد الباحث ضرورة تبيان هذه الأهمية من جانبيها النظري والتطبيقي **و**كما يلي:

أ. أهمية الدراسة النظرية :

تظهر أهمية الدراسة النظرية في الأمور التالية:

1. إثراء التراث النظري المتعلق بالبرامج تعديل السلوك و الإندفاعية عند أطفال التوحد .
2. سيقوم الباحثان بإعداد استمارة الإندفاعية لدى أطفال التوحد وفق سماتهم.
3. محاولة الدراسة تقويم أثر برنامج تعديل سلوك في خفض الإندفاعية لدى فئة التوحد .

ب. أهمية الدراسة التطبيقية Significance of the Applied Study :

تظهر الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال ما يأتي:

1. أن هذه الدراسة ترتكز على الجانب التطبيقي فنيات تعديل السلوك في خفض السلوكية (الإندفاعية) لذوي الفئات الخاصة.

2. قد تسهم هذه الدراسة في تقديم خطوات إيجابية تفيد العاملين في مراكز التأهيل، وأسر الأطفال المصابين في كيفية التعامل مع أطفالهم المتوحدين.
3. إن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة إذا ثبتت فاعليته يمكن استخدامه من قبل الجهات المختصة وذات العلاقة بأطفال التوحد، في خفض الإندفاعية في معظم المراكز الخاصة والعامة في ليبيا .

رابعا: محددات الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية، بما يلي:

1- المنهج المستخدم: وهو المنهج شبه التجريبي : حيث يمثل البرنامج التدريبى المتغير المستقل، بينما يمثل اضطراب السلوك الإندفاعى المتغير التابع.

2- الموضوع الرئيسِي للدراسة : يتمثل في خفض الإندفاعية من خلال تصميم برنامج قائم على فنيات تعديل السلوك المكثف لخفض الإندفاعية .

3- العينة المستخدمة: تضمنت (12) طفلاً توحدياً ممن تتراوح أعمارهم من (12/8) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، مع مراعاة التجانس في أفراد العينة من حيث درجة التوحد، والسن.

4- الحدود البشرية: تقتصر الدراسة الحالية على عينة من أطفال التوحد في مركز التأهل مصراته/ ليبيا .

5- الحدود الزمانية: تطبيق البرنامج العلاجي خلال العام الدراسي (2018/2017)

6- الأدوات المستخدمة، وتشمل :

- مقياس تشخيص الطفل التوحدي (إعداد : عادل عبد الله:2001).
- لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان) .
- مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الليبية (إعداد الباحثان).
- استمارة الإندفاعية لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثان) .
- برنامج تعديل سلوك (إعداد الباحثان) .

خامساً: متغيرات الدراسة :

المتغير المستقل : برنامج تعديل سلوك.

المتغير التابع : الإندفاعية .

سادسا: مصطلحات الدراسة Terms of the study:

. أَثَر Effect :

عرفها أحمد محمد (2005) بأنها : " مدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية باعتبارها متغيرا مستقلا في أحد المتغيرات التابعة " . (محمد احمد :2005:ص93)

. التعريف الإجرائي للأثر:

عرفها الباحثان إجرائيا بأنها : مدى تأثير البرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة كمتغير مستقل في خفض الإندفاعية لدى أطفال التوحد، ونعبر عنه بالفروق الملاحظة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدى .

. برنامج تعديل سلوك:

فلسفة البرنامج: سوف تنطلق فلسفة البرنامج التدريبي من المعايير والتصنيفات الموجودة في كل من معايير التوحد في (DSM-IV-TR) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) والجمعية الأمريكية للتوحد (APA)، والتي تتفق أن التوحد اضطراب نمائي سلوكي، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وخاصة مجال الإندفاعية. (Martin & Pear:1998 :P34)

وكذلك من وجهة النظر السلوكيين التي ترى أن كل السلوكيات التي يظهرها الفرد مكتسبة وهادفة، ويمكن تعديل وتغيير هذه السلوكيات، سيقوم الباحث ببناء البرنامج بعد الإطلاع على عدد من البرامج التي وضعها الكثير من الاختصاصيين ومراكز البحث والدراسات مثل: برنامج لوفاس Lovas، وبرنامج تيتش Taacch .

. التعريف الإجرائي للبرنامج:

يعرف الباحث البرنامج بأنه: خطة منظمة تدريبية، تربوية، تقوم على استخدام فنيات تعديل السلوك مثل التعزيز ولعب الدور والنمذجة والتعلم بالملاحظة وغيرها، والهدف هو خفض الإندفاعية لأطفال التوحد عينة الدراسة الحالية.

. التعريف الإجرائي للإندفاعية:

ويرى الباحثان أن الإندفاعية هو اضطراب سلوكي يصيب الطفل التوحدى، ويصاحبه بعض من الأعراض تتمثل في صعوبة الانتباه لشيء محدد والتشتت بين المثيرات والمنبهات المحيطة به، مما يترتب عليه ضعف في الأداء وانخفاض التوافق الذاتي والاجتماعي ويقاس بالدرجة المرتفعة، أو المنخفضة التي يتحصل عليها الطفل التوحدي من خلال المقياس المستخدم بهذه الدراسة .

. اضطراب التوحد :

تعرفه ماريكا Marica(1990) : بأنة مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق فى التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط . (عادل عبدالله :2003:ص 36) .

. التعريف الإجرائي لاضطراب التوحد:

التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو تؤثر سلباً في جميع جوانب النمو وأبرز تأثيرها في القدرة على التواصل و انشغله بالسلوكيات النمطية، والذي ينتج عنه غياب تام للغة استقبالية كانت أم تعبيرية، مما يترتب عليه خلل في مهارات الفرد الاجتماعية، والسلوكية، مما يؤدي إلى انعزال الفرد انعزالاً تاماً عن المجتمع المحيط به منشغلاً عنه في اهتمامات وأنشطة محدودة وروتينية تدور أغلبها حول ذاته، هذا بالإضافة إلى وجود مشكلات حسية سلوكية سواء حساسية زائدة أو لا مبالاة بالمثيرات أو فرط نشاطه، وتظهر عادة هذه المشكلات بوضوح على سلوك الطفل و حواسه، وعادة ما يتم تشخيص هذا الاضطراب في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل كما هو في المقياس المستخدم بهذه الدراسة.

. أطفال التوحد :

ويعرفهم الباحثان إجرائياً بأنهم : الأطفال التوحديين عينة الدراسة الذي يعانون من فرط النشاط الحركي والذي سيطبق عليهم المقياس المستخدم في الدراسة.

مدخل عن فنيات تعديل السلوك وفق البرنامج:

(3) التدخلات السلوكية : Behavioral Intervention .

لقد أظهرت الإجراءات السلوكية فاعلية عالية في تدريب الأطفال المتوحدين، كما أثبتت برامج تعديل السلوك فاعلية في خفض السلوكيات الغير المرغوبة وتنمية السلوكيات المرغوبة، ويعد تحليل السلوك

التطبيقي ذو فائدة كبيرة وطريقة فعالة بنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك (السوابق) ونتيجة هذا السلوك (اللواحق) .

وتحدد نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى من عدمه، فعندما يتم تعزيز الطفل على قيامه بمهارة أو سلوك مرغوب فإنه سينزع نحو تكرار هذا السلوك الذي تم تعزيزه، وينطفئ السلوك عندما لا يتم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك، حيث أنه لا يجد ما يعززه، وذلك وفقاً للقواعد السلوكية "السلوك تدعمه نتيجة فورية" هذا بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات التعليمية الأخرى مثل التشكيل Shaping والحث Prompt والاستبعاد التدريجي للحث أو المساعدة Prompt Fading والتسلسل Chaining والتعزيز Reinforcement ، وأشار إبراهيم عبد الله (2004) إلى مراعاة مجموعة من الخطوات عند تصميم برامج تعديل السلوك وهي :

1. تعريف السلوك المستهدف بمصطلحات قابلة للقياس والملاحظة .
2. تحديد المثيرات السابقة للسلوك .
3. تحديد نتائج السلوك .
4. تحديد أثر المثيرات السابقة والنتائج على السلوك المستهدف .
5. تطوير تدخلات علاجية لتعديل المثيرات السابقة أو النتائج .
6. تقييم أثر التدخلات العلاجية على السلوك المستهدف. (إبراهيم عبد الله:2004:ص425ص426)

بعض الفنيات والأساليب المستخدمة في برامج تعديل السلوك :

إن عملية تعديل السلوك تعتمد على التطبيقات العملية لنظريات التعلم، وخصوصاً نظريات التعلم السلوكية، باعتبار أن الاضطرابات السلوكية عبارة عن استجابات، أو عادات شاذة يتم اكتسابها بفعل خبرات خاطئة يمكن التوقف عنها أو استبدالها بسلوك أفضل عن طريق تدريب وتعلم خبرات صحيحة من خلال تطبيق مبادئ وقوانين التعلم، وفيما يلي توضيح لمجموعة من فنيات تعديل السلوك :

أولاً: فنية التعزيز Rein forcement:

التعزيز هو عبارة عن حدث أو مكافئة تزيد احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه المعزز، ويشير كنت هيلنر kent hillnel,1978 أن التعزيز عملية لها أركان أساسية يجب تحديدها

بدقة عند تخطيط التعزيز وتنظيمه وتشمل : المعزز Reinforcer أو الحدث المعزز Event Reinforcing أو المثير المعززReinforcing Stimulus أو الخبرة أو النمرين المعزز Reinforced Practice التي سوف تستخدم في البرنامج، وكذلك تحديد الإجراءات التي سوف تستخدم في تقديم التعزيز Reinforcement Operation. (علا عبد الباقي:1995:ص47)

ثانياً: التعلم بالنموذج Modeling: يعرف التعلم بالنموذج بأنه عملية ملاحظة استجابة معينة، أو سياق من الاستجابات وما يترتب عليها من دمج الفرد لهده الاستجابات وممارستها، ويطلق علية أسماء أخرى كـ(التعلم بالتقليد التعلم بالملاحظة . التعلم الاجتماعي . التعلم التبادلي)، و يذكر جمال الخطيب (2004) أن السلوك الإنساني غالباً ما يتأثر بملاحظة سلوك الآخرين، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية، مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، ويسمى التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين بالنمذجة.(جمال الخطيب:2004:ص225)

ويذكر باندورا (Bandura,1969) أن الفرد باستطاعته اكتساب الأنماط السلوكية المعقدة من خلال ملاحظة أداء النماذج المناسبة، فالاستجابات الانفعالية يمكن إشراطها بالملاحظة وذلك من خلال مشاهدة ردود الأفعال الانفعالية لأشخاص آخرين يمرون بخبرة مؤلمة أو غير سارة، ويمكن التغلب على الخوف أو السلوك التجنبي من خلال مشاهدة نماذج تتعامل مع الشيء الذي يبعث الخوف دون التعرض لعواقب سلبية. ويمكن خفض السلوك من خلال مشاهدة آخرين يعاقبون على تأديته، ويضيف أيضاً أنه يمكن المحافظة على استمرارية أداء الفرد للاستجابات المتعلمة وتنظيمها وضبطها اجتماعياً من خلال الأفعال التي تصدر عن النماذج المؤثرة. (Bandura, A. :1969:p118)

ثالثاً: التغذية الراجعة Feed Back: وتعد عملية تقييم سلوك المتعلم مباشرة وتعزيزة وهى متعددة الأشكال،كما تبين مدى تأثر المستقبل برسالة المرسل، كما تبين وضوح الرسالة وصلاحية قنوات الاتصال، كما أن أسلوب التغذية الراجعة هو أنه أسلوب سهل نسبيا في تقديمه، سواء كان في صور لفظية أو في صورة مكتوبة، غير أن البحوث قد أوضحت أن هذا الأسلوب يقل في تأثيره عن استخدام المعززات الأخرى بالنسبة لحالات التخلف العقلي مثل استخدام الامتداح وإظهار الاستحسان والقبول وكذلك استخدام بونات التعزيز، وتعتبر التغذية الراجعة هي إشعار المتعلم أن استجابته صحيحة، أو

خاطئة، ويقصد مساعدته على التعلم ويعرفها بعضهم بأنها المعلومات التي يزود بها المتعلم من أي مصدر بأسلوب منظم حول أدائه السابق، بهدف مساعدته على تصحيح إجابته الخاطئة وتثبيت إجابته الصحيحة، حتى يتمكن من تحسين مستوى أدائه في المهمات التعليمية اللاحقة.

وقد استخدم الباحثان أسلوب التغذية الراجعة بتقديم معلومات شفهية حول معدلات العمل، غير أن هذه الطريقة لم تحقق نتيجة طيبة، فقام الباحثان باستخدام أسلوب التوضيح بالرسم على لوحات لتوضيح ذلك مما أدى إلى تحسن معدلات الأداء بشكل ملحوظ . (رشاد على:2002:ص328ص329)

رابعاً: لعب الأدوار Role playing:

نشأ منهج لعب الدور Role playing كنتيجة للأعمال التي قام به كيرت ليفن kerte leven وموريتو Moreno، حيث يتم في البداية تقديم أعضاء الجماعة إلى بعضهم البعض، ثم يعرضون مشاكلهم ثم يرتبون المشاكل بالترتيب الذي يرغبون أن يناقشونها على أساسه، ثم يتم تحديد أول مشكلة وتحديد أمثلة على هذه المشكلة، وتقرر الجماعة عرض أحد هذه الأمثلة ويحددون الأدوار، ويختارون الأشخاص اللازمين للقيام بهذه الأدوار ويناقش المعالج مع الأشخاص أدوارهم، كما لو كانت طبيعية، وبعد أن يقدم الممثلون الأدوار يناقشها أعضاء الجماعة، كما يعرف لعب الدور بالأساليب التي يتم من خلالها التدريب على مهارة تدريسية، عن طريق تنظيم موقف تدريبي يحاكى موقف تدريس فعلى يحدث في الصف الدراسي الحقيقي. ويلعب المتدرب في هذا الموقف المحاكي دور المعلم الذي يطبق سلوكيات هذه المهارة، ويلعب فيه عدد من زملائه في مجموعة التدريب أدوار الطلاب، وهؤلاء يشاركون مباشرة فعليا في هذا الموقف، في حين يلعب بقية أفراد مجموعة التدريب دور الطلاب، الذي يقتصر دورهم على متابعة ما يحدث في ذلك الموقف.(حسن حمدى:2004:ص153ص154) .

خامساً: الواجبات المنزلية Home work:

تشمل الواجبات المنزلية Home Work في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التى يجب أداؤها من قبل الطفل، سواء في المدرسة أو المنزل أو الروضة ، وتحدد في نهاية كل جلسة، ثم يتم تقييمها مع بدء الجلسة التالية.(زينب محمود:1999:ص34) كما تؤدى هذه الواجبات دورا كبيرا وأساسيا في العملية التعليمية، وعموما إن الواجب المنزلي هو جزء من العملية التعليمية وشق أساسي كذلك من عملية المذاكرة، والذين يختلفون عليه لا يعرفون أهميته ودوره في عملية الاستذكار والتحصيل، ولقد

بيّنت تأييد كبير من قبل عامة الناس في استفتاء "جالوب" (أكبر دار استفتاء في العالم) أن العامة يفضلون مزيدا من الواجب المنزلي. (حسن الحمدى:2004:ص105ص106) .

الدراسات السابقة :

تعددت الدراسات والبحوث التي تناولت إعاقة التوحد من جوانب متعددة؛ حيث ركز البعض على البرامج التدريبية، بهدف تعديل السلوكيات غير المرغوبة مثل: السلوك النمطي، كالاندفاعية وفرط الحركه واضطرابات سلوكية تكيفية ولا تكيفية، وركز البعض الآخر على تحسين السلوك والمهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي التوحد، وفي هذا الفصل يستعرض الباحث ما توصل إليه من دراسات تمّ إجرائها حول الأشخاص ذوي التوحد وبصفة خاصة الدراسات التي اهتمت بالسلوك الاندفاعية ، وبعد ذلك يقوم الباحث باستخلاص بعض الاستنتاجات التي تقوده بالتالي لإعداد البرنامج موضوع الدراسة وبصياغة فروض الدراسة . وتم تصنيفها في المحاور التالية:

1. دراسة سهير محمود أمين (2002).

عنوان الدراسة: فعالية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد .

هدف الدراسة: إلى إعداد برنامجاً يهدف إلى مساعدة الطفل المتوحد على تنمية المهارات الاجتماعية والمعرفية واللغوية ومهارات رعاية الذات، ومساعدة الطفل على ممارسة أساليب وأنماط السلوك التوافقي، كما هدفت أيضاً إلى التعرف على أفضل الأساليب التربوية والإرشادية في التعامل مع الطفل المتوحد، بالإضافة إلى إعداد برنامج إرشادي للوالدين يساعدهم على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة. وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين، ممن تراوحت درجاتهم ما بين 25 – 75 درجة على مقياس تقييم الطفل المتوحد، كما تراوحت أعمارهم ما بين 8 – 22 عاماً، ونسب الذكاء ما بين 50 – 70 على مقياس ستانفورد بينيه. وقد تم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة روعي فيهما التماثل من حيث العمر الزمني ودرجة الذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي. واستخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (ترجمة وإعداد/محمد عبد السلام ولويس مليكة1988)، مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/عبد العزيز الشخص1988)، مقياس تقييم الطفل المتوحد (إعداد/ الباحثة)، برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض التوحد (إعداد/ الباحثة)، برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد (إعداد/ الباحثة). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث

ساعد البرنامج في تخفيض الاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات الاجتماعية، والقصور في الرعاية الذاتية، واضطرابات اللغة وذلك على أبعاد مقياس تقييم الطفل المتوحد، ولكن لم تظهر النتائج وجود فروق جوهرية في بعد الأنماط السلوكية، وذلك لدى أفراد المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث لم يحدث لها أي تغيير، وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بشهرين، وذلك باستخدام الاختبار التتبعي.

2. دراسة (ليز فوكس وباميلا بوكاشير (2003) **(Lise Fox & Pamela Buschbacher**

عنوان الدراسة:

Under standing and Intervening with the Challenging Behaviour of Young Children with Autism Spectrum Disorder

فهم وتدخل للسلوكيات غير المرغوب فيها للأطفال المصابين بالتوحد.

هدف الدراسة: استخدام دعم السلوكيات الإيجابية Positive Behavior Support PBS ومدى تأثيره في اكتساب الطفل التوحدي لمهارات جديدة. وتكونت عينة الدراسة من 5 أطفال ذوي توحد وطفل ذو اضطراب أسبرجر و (3) أطفال غير شفهيين Non – Verbal، أعمارهم بين (7/3) سنوات. وأظهرت نتائج الدراسة أن سماح الآباء والمتخصصين للطفل أن يلعب دوري المستمع والمتحدث ساعد الطفل على تغيير أسلوب التواصل لديه، كما ساعد على تعلم المحادثة الصحيحة، واستخدام الأسئلة في المحادثة أيضاً ساعد الأطفال في المراحل المتقدمة أن يستخدموا الأسئلة في جمل خالية من الأخطاء.

3. دراسة (ألكساندرا سالزار(2004) **Alexandra Salazar**).

عنوان الدراسة:

Increasing social initations in preschoolers with autism using acombination of social stories, pictorial cues and role play

رفع المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ما قبل المدرسة ذوي التوحد باستخدام توليفة من القصص الاجتماعية والنماذج المصورة ولعب الدور

هدف الدراسة: استخدام النماذج المصورة، والقصص الاجتماعية، ولعب الأدوار في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي، والمحافظة على الانتباه وتعديل السلوكيات اللاتكيفية عند الأطفال التوحديين في سن ما قبل المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من 3 أطفال توحديين و3 أفراد نموذجيين كمشاركين اجتماعيين، ولقد كونوا أزواجاً مع كل طفل توحدي. واستخدمت الدراسة لعب الأدوار، وقصص مصورة، ونماذج مصورة و استمرار جلسات للعلاج لمدة 10 أسابيع بمعدل 3 جلسات كل أسبوع. وأشارت نتائج الدراسة إلى الزيادة في الانتباه والمحافظة عليه، والزيادة في سلوكيات الاحتياجات الاجتماعية، وذلك بالنسبة للثلاثة المشاركين جميعهم، كما أشارت أيضا إلى انخفاض في السلوكيات اللاتكيفية، ولقد علق المشاركين و نظائرهم خبراتهم بخصوص مشاركتهم في الدراسة، ودعمت الدراسة الحالية الفكرة القائلة بأن الأطفال التوحديين يمكن أن يتعلموا مهارات التواصل الاجتماعي المتاحة عن نظائرهم النموذجيين، ولم يتم تعليم هذه المهارات فقط ولكن تم تطبيقها في بيئات أخرى.

4. دراسة سيد الجارحى (2004).

عنوان الدراسة:فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة.

هدف الدراسة: إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال التوحديين (من غسل اليدين، والمبادأة بإلقاء التحية،...)، والوقوف على مدى تأثير هذا البرنامج في مساعدتهم على اكتساب بعض مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى مهارات رعاية الذات وتحديد مدى تأثير هذا التدخل في التغلب على السلوكيات المضطربة لدي هؤلاء الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين 7 أولاد، 3بنات، و تراوحت أعمارهم الزمنية بين 5-8 سنوات، وقد تم تقسيم أطفال العينة إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة، وقد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والعمر الزمني، ووجود إعاقة مصاحبة؛ وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبد العزيز الشخص1995)، مقياس السلوك التكيفي (إعداد/ فاروق صادق 1985)، مقياس تشخيص التوحد (إعداد/ الباحث)، البرنامج التدريبي (إعداد/ الباحث). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات السلوك التكيفي على الجزء الأول: النواحي النمائية، والثاني: الانحرافات

السلوكية من مقياس السلوك التكيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير، وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

5. دراسة أندريا ويتوير ولويس Andrea Witwer et Luc (2005).

عنوان الدراسة: Treatment Incidence and Patterns in Children and Adolescent with Autism Spectrum Disorders

العلاج بالنموذج والواقع لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد

هدف الدراسة: هو محاولة تعرفة مدى تأثير العلاج على الأطفال والمراهقين ذوي الاضطراب التوحدي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة الأطفال المراهقين ويبلغ عددهم 353 طفل، ويتراوح أعمارهم من(9.5/3.9) سنة. واستخدمت الدراسة أدوية، وفيتامينات، ونظام غذاء معين، ومليء استمارات خاصة بمقاييس التكافؤ الاجتماعي والمشاكل السلوكية والسلوك اللاتكيفي من قبل الوالدين. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن 46.7 من العينة قد أخذت على الأقل علاج سيكوترييك واحد في العام الماضي بالإضافة إلى ذلك 17.3 من العينة قد أخذت أنواع معينة من الفيتامين و 15.5 قد واظبت على نظام غذائي معين، 11.9 قد أخذت علاج سيكوتروبيكى وعلاج بديل، و4.8 من العينة قد أخذت علاج مضاد للتشنجات، ولقد أشارت الانحرافات المعيارية أن السلوكيات التكيفية ولكن المنخفضة والمهارة أو الكفاءة الاجتماعية والمستوى المرتفع للمشاكل السلوكية كانت مرتبطة باستخدام الكثير من العلاج وكانت هذه أول دراسة تركز على العلاقة بين المهارات الاجتماعية والمشاكل السلوكية واستخدام العلاج، ولقد قامت نتائج هذه الدراسة بإلقاء الضوء على الحاجة إلى أبحاث قامت أكثر على العلاج السيكوتروبيكى للأطفال المراهقين التوحديين.

6. دراسة رأفت عوض السعيد خطاب (2005).

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: هو تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين باستخدام بعض الفنيات الإرشادية من خلال النظرية السلوكية، والتعرف على مدى التحسن في الانتباه بعد البرنامج. وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين من ذوي التوحد البسيط، حيث يتراوح مستوى التوحد لديهم ما بين 30-36 درجة على مقياس تقييم توحد الطفولة (إعداد: سكوبلر وآخرون، 1980) ؛ تمّ تقسيمهم إلى

مجموعتين تجريبية 5 أطفال، و ضابطة 5 أطفال وتتراوح أعمارهم ما بين (14/9) سنة، ونسب ذكائهم تتراوح ما بين (70/50)، ومتماثلين في المستوى الاجتماعي والاقتصادي. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب قصور الانتباه للأطفال التوحديين (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي (إعداد الباحث)، استمارة استطلاع (إعداد الباحث)، استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث). ومقاييس الذكاء عن طريق لوحة جودار، ومقياس رسم الرجل جودإنف هاريس Goodenough Harris (ترجمة وتقنين محمد فرغلى وآخرون2004). ومقاييس تقييم السلوك التوحدي" مقياس الطفل التوحدى (عادل عبد الله 2001)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص، 1995)، ومقياس تقييم توحد الطفولة Childhood autism rating scale إعداد/ سكوبلر ورشلرودالى Schopler E; Reichler R.and Daly K (ترجمه وتقنين سهام عبد الغفار1999). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها وذلك وفقاً للمقياس المستخدم أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدي ، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه باستخدام القياس التتبعي.

7. دراسة (إلدفيك سيجموند وآخرون (2006).**Eldevik Sigmund et al**)

عنوان الدراسة: Effects of low intensity Behavioral Treatment for children with autism and mental retardation

أثر العلاج السلوكي شبه المكثف على الأطفال ذوي التوحد والإعاقة العقلية

هدف الدراسة: هو معرفة تأثير العلاج السلوكي المكثف قليلا (شبه المكثف) على الأطفال ذوى التوحد والتخلف العقلي. وتكونت عينة الدراسة مجموعتين من الأطفال يتلقون إما علاج سلوكي وتبلغ هذه المجوعة 13 طفلاً والمجموعة الثانية تتلقى علاج انتقائي، وتكونت من 15 طفلاً، وفترة العلاج كانت 12 ساعة كل أسبوع. واستخدمت الدراسة مقياس للذكاء، ومقياس للغة، ومقياس للسلوك التكيفي، ومقياس للسلوك اللاتكيفي. وأكدت نتائج الدراسة أنه لم يوجد اختلاف هام بين المجموعتين قبل العلاج، ولكن بعد عامان من العلاج قامت المجموعة السلوكية بإنجازات أكبر من المجموعة

الانتقائية، وذلك في كل المناطق والمجالات، ومع ذلك فقد كانت الإنجازات أكثر اعتدالية من نتائج أي دراسات سابقة استخدمت علاج سلوكي مكثف جدا على أطفالها.

8. دراسة (كرستينا واهلن وآخرون (2006).Christina Wahlen et al.)

عنوان الدراسة: The Collateral Effects of joint attention training on social initiations positive affect imitation and spontaneous speech for young children with autism

"التأثيرات الغير مباشرة (المصاحبة) لتدريب الانتباه المتواصل على التداخل الاجتماعي الإيجابي تأثير التقليد والحديث التلقائي لدى الأطفال ذوي التوحد".

هدف الدراسة: هو معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك وأثره على التلقين الاجتماعي والتقليد الكلامي لدى عينة من الأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين. واستخدمت الدراسة البرنامج التدريبي، ومقياس للانتباه، واستمارة ملاحظة. وأظهرت نتائج الدراسة أقترح الباحثان أن تعليم الأطفال الصغار التوحديين أن ينشغلوا في الانتباه المشترك يؤدى إلى زيادات في سلوكيات التواصل الاجتماعي الغير مستهدفة، وبعد مشاركة هؤلاء الأطفال في البرنامج وتم تغيير السلوكيات الغير مستهدفة تم ملاحظة التغيرات الإيجابية في كل من: التلقين الاجتماعي، والتقليد، واللعب، والحديث التلقائي. وتدعم النتائج الافتراضات التي تقول بأن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدى إلى تحسن وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

9. دراسة رشا حميده (2007).

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الإدراك وأثره على خفض السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي.

هدف الدراسة: تنمية الإدراك البصري لدى الأطفال التوحديين من خلال إعداد برنامج تدريبي، وقياس فاعلية هذا البرنامج في خفض السلوك النمطي لديهم. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة كلية قوامها 12 طفل توحدى، ملتحقين بمركزين من مراكز ذوى الاحتياجات الخاصة بمدينة المحلة الكبرى بمحافظة الغربية، وقد تم تقسيم أطفال العينة إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة، وقد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والعمر الزمني، ووجود إعاقة مصاحبة؛ وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج. واستخدمت الدراسة مقياس رسم الرجل لجود

إنف هاريس Goodenough Harrisلقياس الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبد العزيز الشخص2006)، مقياس الطفل التوحدي(إعداد عادل عبدا لله، 2001)، مقياس تقدير مهارات الإدراك البصرى لدى الطفل التوحدى (إعداد الباحثة)، مقياس تقدير السلوك النمطى (إعداد الباحثة)، البرنامج التدريبى (إعداد الباحثة). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات الإدراك البصري، مما أدي لخفض السلوك النمطي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات والبحوث السابقة، نلاحظ اختلافها وفق طبيعة كل دراسة والهدف منها، ونجد أن دراسات تلك المحاور أشارت إلى أن يرجع القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي التوحد ناتج عن القصور في التواصل وقلة الانتباه وسلوك العدواني . كما يرجع القصور في التواصل لدى الأطفال ذوي التوحد ناتج عن القصور في الانتباه والإدراك فرط النشاط الحركي. ويركز الأطفال ذوي التوحد دائماً بصرهم على الأشياء المادية بينما لا ينتبهون إلى الأشخاص من حولهم. من الملاحظ أن الأطفال ذوي التوحد يعانون من عجز في تحول المعلومات داخل المخ مما يظهر لديهم القصور في كل من: الإدراك البصري، الإدراك السمعي، الإدراك الحركي، الإدراك اللمسي. ويعانى الأطفال ذوي التوحد من تأخر في اللغة وذلك يبرر سلوكهم الانسحابي الذي يعتبر أحد سماتهم المميزة. ومن الملاحظ أن معظم الدراسات تتحدث عن السلوكيات الغير مرغوبة خاصة قصور الانتباه،والتواصل، وفرط النشاط الحركي، والانسحاب عند الأطفال ذوي التوحد. ومن الملاحظ قلة الدراسات العربية التي اهتمت بقضايا التوحد مقارنة بالدراسات الأجنبية على الرغم من زيادة الوعي بهذه الفئة وزيادة معدلات انتشارها. بعد استعراض الدراسات السابقة ونتائجها يتضح أثر البرامج التدريبية والسلوكية في تنمية الانتباه، والإدراك وخفض فرط النشاط والإندفاعية، والسلوكيات التكيفية، والتواصل، وأثرها في خفض السلوكيات اللاتكيفية. من هذا المنطلق يركز الباحث على ضرورة تقديم برنامج تدريبي سلوكي لهذه الفئة بهدف خفض فرط النشاط الحركي .

في ضوء نتائج الإطار النظري و الدراسات السابقة التي تم عرضها يمكن للباحثان ان يقوم بصياغة فروض الدراسة الحالية في الفصل الرابع.

الإجراءات المنهجية للدراسة :

مقدمة:

عرض الباحثان في الفصل الثاني من هذه الدراسة المفاهيم الأساسية التي تدور حول موضوعه، ثم أعقب ذلك إلقاء الضوء على بعض الدراسات السابقة وسيقوم بصياغة فروض الدراسة في هذا الفصل والتي تعد إجابات محتملة لتساؤلاته، وقد استلزم ذلك التحقق من صحة هذه الفروض باتخاذ عدة إجراءات تم إتباعها، وفي هذا الفصل يسرد الباحثان لهذه الإجراءات والتي تشتمل على : الفروض، المنهج، العينة، الأدوات، خطوات تنفيذ الجانب التجريبي للدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت لاستخلاص النتائج، وفيما يلي توضيح ذلك:

أولاً : فروض الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الإندفاعية لصالح المجموعة التجريبية..
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الإندفاعية لصالح المجموعه التجريبية.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدى لمقياس الإندفاعية.

ثانياً: منهجية الدراسة :

- **منهج الدراسة:**

ونظراً لتعدد المناهج فى إجراء الدراسات والبحوث فى مجال العلوم الإنسانية، فإن طبيعة موضوع الدراسة والهدف منها هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم فى إجراء الدراسة، حيث اقتضت طبيعة هذه الدراسة، توظيف المنهج شبه التجريبي، باستخدام تصميم المجموعة التجريبية والضابطة ذات القياس القبلي والبعدى.

ثالثاً : عينة الدراسة:

اتبع الباحث خطوات اختيار العينة كما يلي:

1. شروط اختيار العينة :

تم اختبار العينة من الأطفال المتوحدين الذين تتراوح اعمارهم من (8 . 12) سنة وذلك للأسباب التالية :

. أن الإندفاعية في هذه المرحلة العمرية يصبح واضحاً بحيث يمكن تشخيصه ومن الضرورى علاجه .

. أن هذه المرحلة العمرية يمكن أن يتم التأكد فيها أن الطفل يعانى من التوحد، كما أنها المرحلة الأكثر انتشاراً داخل مركز التأهيل، إضافة الى أن الذكور التوحديين أكثر من الإناث بنسبة (1:4)، كما تنتشر مشكلة فرط النشاط بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة (1:4) تقريباً، وكذلك لأن سمات التوحدية ومستوى الإندفاعية يختلف عند الذكور عنه عند الإناث، فإنه سيتم اختيار جميع أفراد العينة من الذكور.

حيث قام الباحثان بتطبيق مقياس تشخيص التوحد (إعداد عادل عبد الله، 2001 على عينة مبدئية عددها 44 طفل من الملتحقين بمركز مصراتة لتأهيل المعاقين، وذلك لحساب ثبات المقياس المستخدم في الدراسة، وكذلك انتقاء العينة النهائية موضوع الدراسة، حيث تم اختيار العينة النهائية من بين أطفال العينة الأولية والتي تميزت بفرط النشاط الحركي، وبلغت العينة النهائية 12 طفلاً توحديًا (وفقاً للمقياس المستخدم) ومن ثم قام الباحثان بتقسيمهم إلى مجموعتين :

- **مجموعة الضابطة:** مكونة من ستة أطفال من الأطفال التوحديين، لم تتعرض للبرنامج المعتمد المستخدم مع المجموعة التجريبية .
- **مجموعة التجريبية:** مكونة من ستة أطفال من الأطفال التوحديين، وهى المجموعة التي طبق عليها البرنامج في خفض الإندفاعية المستخدم في هذه الدراسة .

تجانس أفراد العينة :

- **الإندفاعية** : قام الباحث بمقارنة متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال التوحديين (إعداد/الباحثان) قبل تطبيق البرنامج باستخدام اختبار مان وتينيMann- Whiteny Test كما بالجدول التالي.

جدول(1)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج، على أبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعى لدى الأطفال التوحديين

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الإندفاعية	تجريبية	6	4.7	23.5	8.5	- 0.849	غير دالة
	ضابطة	6	6.3	31.5			

قيمة U عند مستوى (0.01)= 1.5 وعند مستوى (0.05)= 4.5

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال التوحديين والدرجة الكلية للمقياس قبل تطبيق البرنامج على هذه الاستمارة، مما يدل على تجانس أفراد المجموعتين على هذه الاستمارة .

- **من حيث مستوى درجة التوحدية:**

تم مجانسة أفراد العينة من حيث مستوى التوحدية باستخدام مقياس تقدير السلوك للطفل التوحدى، تأليف (مارفي وآخرون Marvy) الذي أعده للبيئة العربية (عبد الفتاح غزال :1997)، وقام الباحث بتقنين المقياس على البيئة الليبية، حيث استخرج صدق المقياس بطريقتين: صدق المحكمين (الصدق الظاهري)، وصدق التجانس الداخلى وبلغ صدق المقياس عند قيمة (ت) ء(46.7) وهى دالة عند مستوى (0.01)، ولحساب الثبات استخدم طريقة إعادة تطبيق المقياس حيث حصل على عامل ثبات (0,86) وهو دال إحصائيا عندى مستوى (0.01). وفيما يلى توزيع لدرجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس .

جدول (2)

توزيع درجات التوحدية للمجموعتين التجريبية والضابطة

ن	درجات التوحدية	
	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
1	96	100
2	95	94
3	98	97
4	98	99
5	98	99
6	100	99
المتوسط	97,25	97,5
الانحراف	1,92	2,2

مما سبق يتضح أن درجات التوحدية في المجموعتين متقاربة إلى حد كبير، مما يدل على تجانس المجموعتين في هذا المتغير، مما يساعد على تثبيت هذا العامل وعدم تداخله في الإجراءات التجريبية للدراسة .

رابعاً: أدوات الدراسة:

قسم الباحث الأدوات المقدمه في الدراسة الحالية الى قسمين هما: أدوات تجانس العينتين، وأدوات قياس المتغيرات التجريبية.

أولاً: أدوات للتجانس وتشمل:

1. **مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الليبية: (إعداد / الباحثان)**

أعد هذا المقياس بهدف الوصول إلى أداة مناسبة يمكن استخدامها في قياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الليبية في الظروف الراهنة.

2. **مقياس الطفل التوحدى (إعداد : عادل عبد الله، 2001):**

يتألف هذا المقياس من 28 عبارة يجاب عنها بـ (نعم) أو (لا) من جانب المعلم أو الأخصائى، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض التوحدية، تم صياغتها في ضوء المحكات التي تم عرضها في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، إلى جانب مراجعة التراث السيكولوجى حول ما كتب عن هذا الاضطراب، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات (14 عبارة) على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعانى من التوحدية، وفى الغالب لا تعطى درجة لهذا المقياس ولكنه يستخدم من خلال الحد الأدنى من انطباقات عبارات هذا المقياس عليه (14).

كما تم التأكد من ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني مقداره شهر واحد، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.917)، وباستخدام معادلة KR-21 بلغت(0.846)، وهى جميعا قيم دالة عند مستوى (0.01).

3. لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان):

قام الباحث بمجانسة أفراد العينة في مستوى الذكاء باستخدم لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان)، لقياس ذكاء أفراد العينة الكلية وذلك للتحقق من تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ويتكون هذا الاختبار من لوحة خشبية مساحتها (13 x 18) بوصة، وعشر قطع خشبية تتطابق أشكالها مع أشكال الفتحات المحفورة في هذه اللوحة، وتستخدم هذه اللوحة مع الفئة العمرية من سن ثلاث سنوات وحتى ست عشرة سنة،وقد تم استخدام لوحة (سيجان) في معظم الدراسات العربية التي أجريت على أطفال التوحد، وفيه يُعطى الاهتمام عند تقدير الدرجة على دقة ملاحظة الطفل للتفاصيل العملية الإدراكية أكثر مما يُوجه إلى المهارة، ويختلف عن غيره من اختبارات الذكاء من ناحية مفهومه الأساسي ومن ناحية إيجازه وبساطة إجراءه، وهناك ما يشير إلى أن اختبار لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان) تمتد فيما بين السنة الرابعة والخامسة حتى سن الثامنة عشر تقريبا وهى المرحلة التي يطلق عليها بياجيه العمليات المحسوسة، وقد استخدم هذا الاختبار في الدراسة الحالية بهدف تقدير القدرة العقلية لدى مجموعتي الدراسة.

وصف المقياس : يتكون المقياس من لوحة خشبية بها فراغات للأشكال التالية (معين . نجمة خماسية . بيضاوى . مربع . دائرة . مستطيل . شكل سداسى عبارة عن مستطيل بدلاً من ضلعيه الصغيرين . مثلثين متساويا الساقين بدون قاعدتهما . نصف دائرة . مثلث) وتقدم اللوحة، ونترك له ثلاث أو أربع فرص،

ثم نحسب متوسط الوقت الذى استغرقه في المحاولات ليمثل درجته على المقياس، والتى في ضوئها يتم تحديد نسبة ذكائه، وذلك بالرجوع إلى دليل المقياس .

ثانياً: أداة قياس المتغير التجريبي :

- **استمارة تقدير أعراض الإندفاعية لدى الأطفال التوحديين:(إعداد الباحثان)**

وصف الاستمارة: تتكون الاستمارة في شكلها النهائى من 45 عبارة تقيس أعراض الإندفاعية لدى الأطفال التوحديين.

1) **حساب الصدق والثبات للاستمارة :**

اولاً: الصدق : تم حساب صدق الاستمارة بعدة طرق وفيمايلي عرض ذلك بالتفصيل.

- **صدق المحكمين:** ويهدف هذا النوع من الصدق إلى الحكم على تمثيل الاستمارة للموضوع الذي تقيسه على نحو يتسم بالوضوح، وقد أخذ الباحث العبارات التي وصلت نسبة الاتفاق عليها أكثر من (80%) بعد عرضها على 12 من السادة المحكمين من أساتذة وأساتذة مساعدين في علم النفس و الصحة النفسية والتربية الخاصة.
- **صدق الاتساق الداخلى:** قام الباحثان بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول(3)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية (لسلوك الإندفاعي) (ن=60)

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط
الإندفاعية	16	0.417
	17	0.503
	18	0.428
	19	0.467
	20	0.398
	21	0.366
	22	0.359

	23	0.401
	24	0.457
	25	0.514
	26	0.528
	27	0.437
	28	0.385
	29	0.419
	30	0.477

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01). كما قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للاستمارة ، مما يدل على تماسك المقياس، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (4)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد استمارة تقدير أعراض الإندفاعية لدى الأطفال التوحديين (ن = 60)

الأبعاد	معامل الارتباط
الاندفاعية	0.695

ثانياً : ثبات الاستمارة : قام الباحثان بحساب ثبات الاستمارة بالطرق الآتية : (إعادة تطبيق الاستمارة، والتجزئة النصيفة، معامل ألفا كرونباخ) .

جدول (5)

معاملات ثبات أبعاد استمارة تقدير أعراض الإ ندفاعية لدى الأطفال التوحديين (ن = 60)

الأبعاد	معامل ألفاكرونباخ ن=60	التجزئة النصفية سبيرمان – براون ن=60	إعادة تطبيق المقياس ن = 12
الاندفاعية	0.865	0.765	0.801

- **معامل ألفاكرونباخ** : للتحقق من ثبات استمارة تقدير أعراض الإندفاعية، كانت معامل الارتباط تساوي (0.765)، وقد بلغت قيمة ألفاكرونباخ (0.865) وهي درجة ثبات عالية، ويتضح من ذلك أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يجعلنا نثق في ثبات الاستمارة وإمكانية الاعتماد عليه في الدراسة الحالية كما هو موضح في الجدول السابق.
- **إعادة تطبيق الاستمارة** : قام الباحثان للتحقق من ثبات استمارة تقدير أعراض الإندفاعية لدى الأطفال التوحديين مرتين بفاصل زمني قدرة (15 يوماً) على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 12)، وتم احتساب معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لصورة الاستمارة، وكان معامل الارتباط يساوي (0.89)، كما يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس وإمكانية الاعتماد عليه في الدراسة الحالية .

ثالثا: برنامج تعديل السلوك في خفض الإندفاعية لدى عينة من أطفال التوحد: (إعداد الباحثان)

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من أثر برنامج تعديل السلوك لخفض الإندفاعية لدى عينة من أطفال التوحد، ويعرض الباحثان في هذا الفصل نتائج الدراسة التي توصل إليها.

1. اختبار صحة الفرض الاول :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الإندفاعية لصالح المجموعة التجريبية.

أولاً: نتائج التحقق من الفرض: ينص الفرض الاول على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجات التي يحصل عليها الأطفال ذووا التوحد في المجموعة التجريبية في كل من أبعاد اضطرابات السلوك الإندفاعي موضع الاهتمام، والدرجات التي يحصل عليها نظرائهم بالمجموعة الضابطة عقب انتهاء

المجموعة الأولى (التجريبية) من جلسات البرنامج التدريبي المستخدم وذلك لصالح الأطفال ذوي التوحد في المجموعة التجريبية، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (6)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة، بعد تطبيق البرنامج، على أبعاد الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيثا)	حجم التأثير
الاندفاعية	ضابطة	6	16.66	1.21	-14.03	0.01 دالة	0.73	عال
	تجريبية	6	33.66	2.53				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج، على الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، مما يعنى تحسن أطفال المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات البرنامج مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لنفس جلسات البرنامج .

ثانياً–عرض نتائج الفرض الاول:

يتضح من جدول رقم (6) ما يلي: صحة الفرض أظهرت نتائج التطبيق البعدي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الإندفاعية لصالح المجموعه التجريبية، و بيَّن بعد الاندفاعية، بلوغ متوسط التطبيق القبلي للمجموعة الضابطة (16.66) بينما كان متوسط التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية (33.66)، وبلغت قيمة (ت) (14.03-) وهى دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وبلغت قيمة (إيثا) (0.73) وهي ذات تأثير عال.

وبهذا تشير هذه النتائج إلى أثر البرنامج المستخدم في الدراسة وعن صلاحية فنياته وأساليبه المستخدمة، حيث ساهمت في ارتفاع متوسطات درجات أبعاد السلوك الإندفاعي للأطفال ذوي التوحد، التي يتمثل في: الاندفاعية، وقد ساهم ذلك في زيادة تركيزهم، وتحسن سلوكهم المضطرب وتحسن السلوك

الاندفاعي مقارنةً مع أقرانهم. ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض، بما أكد عليه محمد هويدى (2005 : ص54) أنه يمكن استخدام المعززات في العديد من المجالات كتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها أو إيقافها، أو في زيادة السلوكيات المرغوب فيها، أو في إكساب الطفل بعض السلوكيات الجديدة والمحافظة على استمراريتها .

وهذا ما قام به الباحثان في الدراسة الحالية من محاولة التقليل من سلوكيات غير مرغوبة من مظاهر السلوكية لفرط الحركة عند أطفال التوحد، وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من : دراسة منى خليفة (2001)، و دراسة عادل الله (2000)، و دراسة محمد خطاب (2004) . وكل ذلك ويؤكد صحة الفرضيه . وفيما يلي يوضح الشكل البياني الفروق بين درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس .

2. اختبار صحة الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدى لمقياس الإندفاعية لصالح التطبيق البعدي.

أولاً : نتائج التحقق من الفرض: ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجات التي يحصل عليها أطفال المجموعة التجريبية ذووا التوحد، في التطبيق القبلي والبعدى لمقياس الإندفاعية لصالح التطبيق البعدي. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (7)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالتطبيق القبلي ومتوسط التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية، على أبعاد الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد.

الأبعاد	المجموعة التجريبية	ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيثا)	حجم التأثير
الاندفاعية	التطبيق القبلي	6	17.16	1.72	-21.60	0.01 دالة	0.81	عال
	التطبيق البعدي	6	33.66	2.58				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال بالمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي، على جميع فقرات مقياس الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، لصالح التطبيق البعدي، مما يعنى تحسن درجات أطفال المجموعة التجريبية بعد استخدم البرنامج .

ثانياً– عرض نتائج الفرض الثاني:

يتضح من جدول رقم (7) ما يلى: صحة الفرض أظهرت نتائج التطبيق (القبلي . البعدي) على وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي، في فقرات مقياس اضطرابات السلوك الإندفاعي للأطفال ذوي التوحد، لصالح التطبيق البعدي . وبين فقرات الاندفاعية، للمجموعة التجريبية،بلوغ متوسط التطبيق القبلي (17.16) بينما كان متوسط التطبيق البعدي (33.66)، وبلغت قيمة (ت) (21.60-) وهى دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وبلغت قيمة (إيتا) (0.81) وهي ذات تأثير عال .

وبهذا تشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الناتجة عن صلاحية فنياته وأساليبه المستخدمة، حيث ساهمت في ارتفاع متوسطات درجات فقرات اضطرابات السلوك الإندفاعي للأطفال ذوي التوحد، وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، وقد ساهم البرنامج المستخدم في تحسن سلوكهم المضطرب، وتحسن السلوك الاندفاعي مقارنةً بالتطبيق القبلي، ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظرى حيث تذكر سهي أمين (2002 : ص94) أن المعزز يستخدم في إيقاف السلوك غير الملائم أو غير المرغوب فيه. ونعتبر كلا من المعززات الايجابية والسلبية واحدة فكلاهما يعملان على زيادة السلوك الملائم أو الحد من السلوك غير الملائم وتعديله، وأن وجه الاختلاف بينهما هو أن المعززات الايجابية تضيف شيئا مرغوبا فيه أما المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئا غير مرغوب فيه. كما يفسر الباحثان ذلك بأن التدريبي السلوكى الذي يستهدف تعديل السلوكيات الغير مرغوب به لدى هؤلاء الأطفال، ويستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي، ويعني مكافأة الطفل بعد قيامة بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه، وقد يكون التدعيم مادياً عن طريق الهدية أو الحلوى، وقد يكون معنوياً بتقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه أو بعبارات الشكر أو الأنشطة واللعب .

وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من: دراسة عبد المنان معمور (1997)، و دراسة عادل عبد الله (2000)، ودراسة منى خليفة (2001)، و دراسة محمد خطاب (2004)، بينما أكدت

دراسة سهير محمود (2005) على فاعلية التدعيم بالطعام والأنشطة الاجتماعية مع الأطفال التوحديين بما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية .

1. اختبار صحة الفرض الثالث:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدى لمقياس الإندفاعية.

أولاً : نتائج التحقق من الفرض: ينص الفرض الثالث، على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجات التي يحصل عليها أطفال المجموعة الضابطة ذووا التوحد، في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس الإندفاعية. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول (8)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالتطبيق القبلي ومتوسط التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة، على فقرات الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد.

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيتا)	حجم التأثير
الاندفاعية	التطبيق القبلي	6	17.50	1.87	1.05	0.34 غير دالة	0.17	ضعيف
	التطبيق البعدي	6	16.66	1.21				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال بالمجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي، على جميع فقرات مقياس الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، مما يعنى عدم تأثر المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي.

ثانياً– عرض نتائج الفرض الثالث:

يتضح من جدول رقم (8) ما يلى: صحة الفرض أظهرت نتائج التطبيق (القبلي . البعدي) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي، في فقرات مقياس الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس. وبينت بعد الاندفاعية، للمجموعة الضابطة، بلوغ متوسط التطبيق القبلي (17.50) بينما كان متوسط التطبيق البعدي (16.66)،

وبلغت قيمة (ت) (1.05) وهى غير دالة إحصائياً عند أي مستوى، وبلغت قيمة (إيتا) (0.17) وهي ذات تأثير ضعيف. وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين متوسطى القياس القبلي والبعدي .

ومن خلال العرض السابق يتضح عدم جود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، وبعد تطبيق البرنامج، على أبعاد الإندفاعية للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم خضوع العينة من المجموعة الضابطة إلى أي مؤثر خارج أو تعرضها للبرنامج العلاجى، وهو ما أدى إلى التوصل إلى درجات متشابهة في التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، ويرجع الباحث هذا كدليل على تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية، كما هو موضح في التطبيقين القبلي للمجموعتين عند المقارنه بينهم، وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة عادل عبد الله (2000 ب) و دراسة سهير محمود (2002)، و دراسة سيد الجاحى (2004)، ودراسة رأفت عوض (2005)، وهذا يعنى صحة الفرضية .

ملخص النتائج ومناقشتها:

تناولت هذه الدراسة أثر برنامج فنيات وأساليب العلاج السلوكي إضافة للتعاون بين الاخصائيين وأولياء الأمور في خفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي التوحد، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض اضطرابات السلوك الإندفاعي لدى الأطفال ذوي التوحد عينة الدراسة، حيث أن الفنيات التدريبية المستخدمة في البرنامج كان لها أثر كبير في نجاح البرنامج وقد استخدم الباحثان فنيات التدعيم والنمذجة والتدعيم والحث و التشكيل والتغذية الراجعة، وهذا يتفق مع وسيد الجارحي(2004)، سهير أمين (2002)، وعبد المنان معمور (1997) وعادل عبدالله (1999-أ). كما استخدم اللعب والنموذج بالصور، وهذا يتفق مع دراسة عادل الله (2000). سهير محمود (2005). كما أن استخدام لعبة العروسة من قبل الباحثان كنوع من حث الأطفال على التقليد ومحاكاة النموذج يتفق مع دراسة دراسة هالة فؤاد (2001)، و دراسة عادل عبد الله (2003)، و دراسة بيليوس وآخرين (2003).Pelios, et, al . واستخدام الباحث أجهزة الوسائط المتعددة كنوع من النمذجة في تعليم هؤلاء الأطفال يتفق مع دراسة فاندرجيست Vander Geest(2002)، ودراسة ميشيل .Michelle (2004). واستخدام فنية اللعب الحر كنوع من التدعيم تتفق مع دراسة أناديلاز وآخرون Ana Delias et al(2006)، ودراسة كالاند وآخرون .Kaland et al(2007).

ويري الباحثان أن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة قد أدى إلى خفض الإندفاعية لدى أطفال ذوي التوحد لدى أطفال المجموعة التجريبية، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج قد اشتمل على فنيات وأساليب وأنشطة تتضمن: مثيرات و ألعاب مشوقة، أفلام كارتونية ومواقف حياتيه مصورة، مجسمات، وحيث أن التراث السيكولوجي يشير إلى أن هذه الأشياء تجذب انتباه الأطفال ذوي التوحد وتأتى بفاعلية عالية مع هؤلاء الأطفال عن الأشياء العادية، حيث أن النمذجة الحية لها فاعلية كبيرة عن النمذجة العادية، أيضاً استخدم الباحث صور لبعض الأشكال الكارتونية المحببة للأطفال. ولذا كان توافر هذه الخصائص في البرنامج أدى إلى فاعلية البرنامج ورفع قدرة الأطفال ذوي التوحد على الانتباه و الإندفاعية المفرطة، واستخدامها مع المحيط الذي يعيشون فيه.

مما سبق يرى الباحثان أن البرنامج الحالي قد أدى فعاليته مع المجموعة التجريبية في خفض السلوك الإندفاعي لدى أطفال ذوي التوحد .

أولاً: توصيات الدراسة :

1. إنشاء قاعدة بيانات بالأبحاث والمؤتمرات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) .
2. تسليط الضوء الإعلامي على الاحتياجات الخاصة عامة والفئات الصعبة مثل التوحد وذلك لرفع درجة الوعي عند المجتمع بهذه الفئات وكيفية التعامل معها .
3. ضرورة إعداد برامج إرشادية للآباء والأمهات لتعريفهم بطبيعة التوحد والعمل على تقديم برامج تعليمية توجيهية لإمكانية محاولة فهم بعض سلوكيات هؤلاء الأطفال وطرق التعامل معهم وفق خطط علاجية .

ثالثاً: الدراسات المقترحة:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية يقترح الباحثان بعض الموضوعات التي تحتاج لمزيد من الدراسات والبحوث وتتمثل فى:

1. تصميم برنامج علاجي سلوكي لخفض درجة العجز والقصور في مهارات التواصل اللغوي والاجتماعي لدى الأطفال ذوي التوحد
2. دراسة المخاوف المرضية لدى الأطفال ذوي التوحد وكيفية التعامل معها وعلاجها.
3. تصميم برنامج تدريبي لتنمية التعليم الحركي لأخوة الأطفال ذوي التوحد.

هذا والله أسأل أن يوفقنا لما فيه الخير والصلاح ، وأن يجعل علمنا وعملنا خالصا لوجهه الكريم، والله من وراء القصد .

. المراجع والمصادر :

أولاً: المراجع العربية:

1. إبراهيم عبدالله فرج الزريقات (2004) . التوحد الخصائص و العلاج ، ط1 . دار وائل . عمان الأردن .
2. إبراهيم محمود بدر (2004). الطفل التوحدي، تشخيص وعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
3. أحمد عباس عبد الله (2000) . إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد. ندوة الإعاقات النمائية قضاياها ومشكلاتها العملية: البحرين.
4. أحمد محمد الزغبي (2001) . الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، السلسلة7، عمان، دار زهران .
5. أحمد عكاشة (1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
6. أزهار أمين علي أحمد (2001). "مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الإجترايين". رسالة ماجستير. معهد البحوث والدراسات التربوية: جامعة القاهرة.
7. أسامة أحمد المدبولي (2006). "فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين". رسالة ماجستير. معهد البحوث والدراسات التربوية: جامعة القاهرة.
8. إسماعيل محمد بدر (1997). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي "الإرشاد النفسي والمجال التربوي" كليه التربية: جامعة عين شمس القاهرة (ديسمبر 1997)، ص ص 727 – 756 .
9. إلهامي عبد العزيز (1999). الذاتوية لدى الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس. معهد الدراسات العليا للطفولة: جامعة عين شمس.
10. إلهامي عبد العزيز إمام ومحمود عبد الرحمن حموده وإيمان محمد صبري إسماعيل (2001). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب .

11. أسماء المبروك الترهوني (2006) . "النشاط الزائد للتلاميذ وعلاقته بالتحصيل وتطبيق برنامج علاجي لخفضه بمدينة ترهونه"، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة المرقب، كلية الآداب، ليبيا .
12. ألكسندر ميشكيرياكوف (ترجمة) فوقية حسن عبد الحميد، فاروق صادق (2002). التربية الخاصة لذوي الإعاقة المزدوجة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
13. إرينيه جوهانسون (ترجمة) أنسي محمد قاسم (1998).النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الاتصال الأدائي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
14. أم كلثوم عطية السيد ماضي (2006). "مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين". رسالة ماجستير. كلية الآداب: جامعة عين شمس.
15. أميرة طه بخش (2001). دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً. مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين. المجلد الثاني، العدد الثالث.
16. ------(2002). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر العدد الأول، ص ص 127- 158.
17. أنسي محمد قاسم (1998). مقدمة في سيكولوجية اللغة. ط2. القاهرة: الأنجلو المصرية
18. أيمن البلشة (2000). الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً. ندوة الإعاقات النمائية قضايا ومشكلاتها العملية: البحرين.
19. أيمن فرج أحمد البرديني (2006)."العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين". رسالة ماجستير. كلية الآداب: جامعة عين شمس.
20. أمال عبد السميع باظة (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة: الأنجلو المصرية.
21. برنامج التنمية الشاملة "بورتاج" الطبعة العربية (1993).
22. بشير الرشيدي، طلعت منصور، إبراهيم الخليفي (2000). المفاهيم الأساسية والإطار النظري للاضطرابات الارتقائية الشاملة. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، ط 1. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

23. جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي (1995). معجم علم النفس والطب النفسي. ج 1، القاهرة: دار النهضة العربية.
24. جمال الخطيب (1987). تعديل السلوك القوانين والإجراءات. الأردن: جمعية عمال المطابع التعاونية.
25. ----- (2003). تعديل السلوك الإنساني. الأردن: دار حنين، مكتبة الفلاح.
26. جمال الخطيب، منى الحديدي (1998). التدخل المبكر في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. الأردن: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
27. حامد عبد السلام زهران (1987). قاموس علم النفس (إنجليزي-عربي). ط 2، القاهرة: عالم الكتب .
28. حسن حمدى(2004). "مهارات المذاكرة وعمل الواجب المنزلي (أساليب التخلص من انخفاض مستوى التحصيل واكتساب أفضل الطرق للمذاكرة ". القاهرة: دار اللطائف للنشر والتوزيع.
29. حسن مصطفي عبد المعطي (2004) . موسوعة علم النفس العيادي، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، الأسباب، التشخيص، العلاج. دار القاهرة .
30. رائد موسى علي الشيخ ذيب (2005). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة عمان، الأردن.
31. رأفت عوض السعيد خطاب (2005). "فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين". رسالة دكتوراه. كلية التربية: جامعة عين شمس.
32. رابية إبراهيم حكيم (2003). دليلك للتعامل مع التوحد- عيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال. جدة: المدينة المنورة للطباعة والنشر.
33. رشا مرزوق العزب حميده (2007). "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الإدراك وأثره على خفض السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي". رسالة ماجستير. كلية التربية: جامعة عين شمس.
34. رشاد على عبد العزيز موسى(2002). علم النفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
35. رمضان محمد القذافي (1993). سيكولوجية الإعاقة. الجماهيرية العربية الليبية: الدار العربية للكتاب.

36. ريزو وزابل "ترجمة" عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي(1999). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
37. روبرت كوجل(ترجمة)عبد العزيز السرطاوى، وائل أبو جودة، أيمن خشان (2003). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد. دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.
38. زينب محمود شقير(2001). اضطرابات اللغة والتواصل الطفل الفصامي – الأصم – الكفيف – التخلف العقلي – صعوبات التعلم. القاهرة: دار النهضة.
39. --- -- (2002) . خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل) ، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين ، المجلد الثالث . القاهرة ، النهضة المصرية.
40. سايمون كوهين وباتريك بولتون (2000). حقائق عن التوحد. الرياض: إصدارات أكاديمية التربية الخاصة.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

41. Allen, D-A; Steinberg, M.; Dunn, M.; Fein D.; Feintei C.; Waterhouse, L.; Rapin, I. (2001). Autistic disorder versus other pervasive developmental disorders in young children: same or different?. European Children Adolescent Psychiatry. Vol.10, N.1, Pp67-78.
42. Alloy, Lauren, B. Jacobson, Neil S. and Acocella, Joan. (1999). Abnormal psychology: current perspective. New York: McGraw-Hill, inc.
43. Ana Delias, De Sousa; Cleonic Avales, Bosa & Neves, Cristina (2006). Possible Relations Among Congenital and Maternal Interaction Style . Blindness, Autistic Features Estudos De Psicologia. Vol.22, N.4, Pp.355-364.

44. Bandura, A. (1969) Principles of behavior modification. New York: Holt Rinehart, and Winston .

45. Barker, Sue & Webb, Tersa (1999). PECS : The Picture Exchange Communication System in the UK : sharing Excitement , DNA today – to –day Living : research and Real life an inter-disciplinary approach conference.

46. Barkley, R.A.;Edwards G.; Laneri, M, ; Fletcher, K., G. Metevia, L. (2001) . Executive functioning temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder . journal of Abnormal child Psychology , vol.29, pp. 541-556.

47. Bauminger, Nirit; Shulman, Cory & Agam, Galit (2004). The link between perceptions of self and of social relationship in high functioning children with autism. Journal of Developmental & physical Disabilities. Vol. 16, N.2, Pp.193-214.

48. Baron-cohen,s.,motrimore, c., moriarty, j., and Robertson, m. (1999). The prevalence of gilles de la tourette syndrome children and adoles-cents with autism. Joural of child psychology and psychiatry.p(40).

49. Beck R. Ann & Pirovano C. M.(1996). Facilitated Communicators' Performance on a task of Receptive Language. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 26, No. 5 , p.497-512

Begeer, Sander; Rieffe, Carolien; Meerum, Mark Terwogt; .50 Stockmann, Lex (2006). Attention to Facial Emotion Expressions in Children with Autism. The International of Research& Practice. Vol.10, N.1, Pp37-51.

Bondy, A., & Frost, Lori (1998). The Picture exchange .51 communication system. 1st Book. New York: Pyramid, Educational Products.

---------- (1998). The Picture .52 exchange communication system. 2nd Book. New York: Pyramid, Educational Products.

---------- (2002). The picture .53 exchange Communication system: Training manual. New York: Pyramid, Educational Products.

Brill Marlene Targ, M.ED. (2001). Keys to Parenting the .54 Child with Autism. New York: Seoned Edition.

Briggs – Gowan, M, E, Leventhal, L. M. Y. Leaf, P.j.(2000). .55 Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use journal of the American Academy of the Amerivan Acadmy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol, 39, pp.841-849.

Bruinsma, Yvonne, E, M (2004). Increases in the joint .56 behavior of eye gaze alternation to share enjoyment as a collateral effect of pivotal response treatment for three children with autism. Dissertation Abstracts International. Vol. 65, N. 9B, P. 4811.

Carper, Ruth A.; Moses, Pamela; Tigue, Zachary D. & Courchesne, Eric (2002). Cerebral Lobes in Autism: Early Hyperplasia and Abnormal Age Effects. Article Neuroimage. Vol.16, N.4, Pp1038-1051. .57

Carter, Cynthia Mari (2000). Using choice with interactive play to increase language skills in children with Autism. Dissertation Abstracts international, Vol.61-12A, P.473. .58

Carlson, Neil R. (1999). Physiology of behavior. Boston: Allyn and Bacon. .59

Cocchiola, Michael Anthony JR (2001). An archival study reviewing the efficacy of respirdidonce to treat aggression, repetitive behaviors, self injury and the need for physical restraint in mentally retarded individuals living in group homes and diagnosed with pervasive developmental disorder not otherwise specified or autistic disorder. Dissertation Abstracts International. Vol.3, N.6, Pp.1625. .60

.61 Cohen, Iral; Susan, Lackner Schmidt; Raymond, Romanczyk& Vicki, Su dhalter (2003). The PDD Behavior Inventory: Arating Scale for assessing to intervention in children with pervasive developmental مراجع إنترنت

www.autismsociety.com