

” فاعلية برنامج دعم السلوك الإيجابي في تحسين بعض المظاهر السلوكية لدى الأطفال الأوتيزم المدمجين بالمدارس الابتدائية ”

د / حسيب محمد حسيب

• مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تحسين بعض المظاهر السلوكية لدى الأطفال الأوتيزم المدمجين بمدارس التعليم العام باستخدام برنامج لدعم السلوك الإيجابي، وتكونت عينة الدراسة من ٤ أفراد تتراوح أعمارهم ما بين ٦-٧ أعوام، وتم استخدام استمارة جمع البيانات الأولية (إعداد: الباحث)، ومقياس ستانفورد بينيه للنكاء (تعريب: حنورة، 2001)، ومقياس السلوك التوافقي (تعريب: فرج، رمزي، 2001)، ومقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم (إعداد: الباحث)، وبرنامج دعم السلوك الإيجابي (إعداد: الباحث) المكون من ٤٠ جلسة والذي استغرق تطبيقه نحو ٢٠ أسبوعاً، وأوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي لصالح القياس البعدي في أبعاد: التفاعل الاجتماعي، والتواصل، وخفض السلوك النمطي، وخفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

The effectiveness of positive behavior support program to improve some aspects of behavioral for autism children in primary school

Dr. Hasib Mohammed Hasib

Abstract:

The study aimed to improve some aspects of behavior in autism children primary school using the program to support positive behavior (SPB), the study sample consisted of 4 individuals between the ages of 6-7 years, used of primary data form (by: Researcher), scale of the Stanford-Binet Intelligence (by: Hanora, 2001), adjustment behavior Scale (by: Faraj, & Ramsy, 2001), and scale manifestations behavioral Autism (by : researcher), and program support positive behavior (by: Researcher), consisting of 40 meetings which took applied about 20 weeks, and the results showed the presence of statistically significant differences between the average scores of tribal measurement and the average scores for the telemetric telemetric in dimensions: social interaction, communication, and reduce stereotyped behavior, and reduce emotional and behavioral disorders.

• مقدمة:

في إطار سلسلة المحاولات المستمرة لتطبيق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، صدر القرار الوزاري ٢٦٤ لسنة ٢٠١١ بشأن دمج ذوي الاعاقات البسيطة

١) على الرغم من شيوع استخدام مصطلح (التوحد) للدلالة على الأوتيزم Autism فإن الباحث يتبنى وجهة نظر (هشام الخولي، ٢٠٠٧) ويفضل استخدام مصطلح الأوتيزم . حيث إن كلمة (التوحد) هي الترجمة العربية لمصطلح Identification ويشير في الصحة النفسية إلى خاصية في نمو الأطفال تعنى الخروج المؤقت عن الذات ، بينما الأوتيزم يعنى التفوق والتمركز داخل الذات.

بمدارس التعليم العام ، وتم تحديد الفئات القابلة للدمج والمدارس التي يمكن أن تستوعبهم في ضوء بعض المعايير الأولية. وبالفعل تم دمج مجموعات من المتعلمين ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام ، إلا أن الأطفال الأوتيزم المدمجين يعانون من مشكلات كبيرة تتعلق بعدم تنظيم البيئة الصفية بما يحقق متطلباتهم المختلفة ، وعدم تأهيل المعلمين للتعامل معهم أو التدريس لهم، فضلا عن المناهج التي لم تراعى وجودهم في الفصل الدراسي ، وأساليب التقويم التي لم تضعهم في الاعتبار ، وعدم تهيئة المجتمع المدرسي لتقبلهم.

وقد ازداد الاهتمام العالمي في الفترة الأخيرة بدعم السلوك الإيجابي كأحد المدخل المؤثرة في تطوير خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، الأمر الذي أدى إلى صدور قانون 97 بالولايات المتحدة الذي يقضى بضرورة تحليل السلوك التطبيقي Behavior Analysis Applied لجميع المتعلمين ذوي الاحتياجات الخاصة كأحد المحكات الأساسية لتعرفهم وتشخيص إعاقاتهم تمهيدا للتدخل السلوكي والتربوي حيالهم ، كما تأسست جمعية دعم السلوك الإيجابي وصدرت دوريات عديدة في مجال تحليل السلوك التطبيقي ودعم السلوك الإيجابي.

حيث يهدف دعم السلوك الإيجابي إلى التغيير الشامل للحياة، والحماية من خطر الوقوع في المشكلات السلوكية والأمراض النفسية، وينمى مبادئ التشاركية بين أعضاء الفريق المعنى به، ويستخدم التدخلات المتعددة والنظم المختلفة في التصدي للاضطرابات الانفعالية والسلوكية. (Carr & Parson, 2004) وقد ساعد تطبيقه في انخفاض نحو ٤٠٪ من المشكلات الانفعالية والسلوكية التي تحدث للمتعلمين أثناء اليوم الدراسي (Walker, et al., 2006) كما نجحت إجراءاته في جمع المعلومات السلوكية التي تستخدم في عمليات اتخاذ القرارات الفعالة ، وتوقع السلوك الإيجابي. فضلا عن تشجيع الجهود البحثية التي تركز على تطوير المناخ الاجتماعي، والتوصل إلى الإجراءات الأكثر كفاءة للتغلب على الأشكال المختلفة للسلوكيات المضطربة. وتبدو أكثر التغيرات أهمية في المجال التربوي نتيجة دعم السلوك الإيجابي في التأكيد على نشر الثقافة الوقائية من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والاستثمار في الممارسات المدرسية. وقد قدم (Walker et al., 2006) ثلاثة نماذج للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تركز جميعها على حاجة الأنظمة التعليمية إلى دعم السلوك الإيجابي لتصميم بيئة مشجعة على تقليل السلوكيات المشككة في المدارس.

ويذكر (Cushing,2006) أن المنطلق الأساسي للاستثمار في دعم السلوك الإيجابي يكمن في افتراضين أولهما: المظهر الأساسي لتطوير السلوك المناسب لدى المتعلمين من خلال مجموعة التوقعات المرتبطة بالسلوك ، وثانيهما: المناخ السلوكي الذي يتأثر بأشكال التفاعل بين فريق دعم السلوك الإيجابي ومتلقي الدعم. ولاشك أن عمليات دعم السلوك الإيجابي بالمدارس المدمج بها الأطفال الأوتيزم إنما تعتمد بالأساس على نشر ثقافة اجتماعية إيجابية بين المتعلمين وفرق دعم السلوك الإيجابي، وهذا يتضمن التزود بمجموعة مشتركة من التوقعات والرؤى لمجالات العمل والخبرات المتعلقة بالتوقعات السلوكية.

ويرى (Scott et al., 2006) أن منهج دعم السلوك الإيجابي في المدرسة هو طريقة فعالة تستخدم الخطط الوقائية للحد من السلوكيات المشككة من خلال فريق عمل يهدف إلى التعرف على العوامل البيئية التي تدعم سلوك المتعلم وإعداد خطط وأشكال التدخل التي يمكن أن تقلل هذه السلوكيات ، حيث إن تقييم السلوك الوظيفي يلعب دوراً أساسياً في قدرة فريق العمل على كشف وظيفة السلوك ومقدماته وتوابعه ، ومن ثم يجب أن يتكون هذا الفريق ممن لديهم معرفة بمجال دعم السلوك ويكون قائد الفريق من ذوى الخبرة في تحليل السلوك التطبيقي.

وقد أجريت العديد من الدراسات حول برامج دعم السلوك الإيجابي وفعاليتها على مستوى المدرسة مثل دراسة (Natasha & Steven, 2008) حول الخطط السلوكية في المدارس التي تطبق برنامج دعم السلوك الإيجابي والمدارس التي لا تطبقه. ودراسة (Rachel, et al., 2006) التي تناولت تصميم أنظمة دعم فنية للطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال بناء ثقافة شاملة في المدرسة باستخدام منهج دعم السلوك الإيجابي ، كما استخدم منهج دعم السلوك الإيجابي في تنظيم الفصول للوقاية من المشكلات السلوكية و Robry & Tersoul, 2008) والتعامل مع الأطفال المعرضين لخطر الفشل الدراسي (Robert & Lynn, 2004) وقد تناولت بعض الدراسات برامج دعم السلوك الإيجابي مع الأطفال الأوتيزم ، مثل دراسة (Joseph et al., 2006) لممارسة إحدى العائلات لمنهج دعم السلوك الإيجابي لحالة طفلة أوتيزم ، ودراسة (Johnson et al., 2006) لبناء خطة استراتيجية للتواصل مع حالات الأوتيزم من خلال تحليل السلوك التطبيقي، ودراسة (Mark et al., 2005) لتطور تحليل السلوك التطبيقي في علاج حالات الأوتيزم، ودراسة (Robinson et al., 2008) للتنبؤ بالنتائج من خلال الاستجابة المبكرة للتدخل السلوكي المكثف لدى الأطفال الأوتيزم. الأمر الذي دفع الباحث لمحاولة تجريب برنامج لدعم السلوك الإيجابي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في الحد من بعض المظاهر السلوكية للمتعلمين الأوتيزم المدمجين بمدارس التعليم العام.

• مشكلة الدراسة.

يعانى كثير من الأطفال الأوتيزم المدمجين بمدارس التعليم العام بعض المظاهر السلوكية مثل: القصور التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل والنمطية ومحدودية الأنشطة ، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، والقصور في التكامل الحسي. ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤل الآتي: ما مدى فاعلية برنامج لدعم السلوك الإيجابي في تحسين بعض المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم المدمجين بمدارس المرحلة الابتدائية؟

• أهداف الدراسة.

تسعى الدراسة إلى تقديم برنامج يقوم على دعم السلوك الإيجابي- أحد مداخل تحليل السلوك التطبيقي- لتحسين بعض المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم المدمجين بمدارس التعليم العام ، والتحقق من فاعليته وبقاء أثره. حيث إن المساعدة في تحسين بعض المظاهر السلوكية للأوتيزم إنما هي التصدي

الحقيقي للتغلب على هذه الإعاقة ، التي باتت تؤرق عدداً ليس بالقليل في المنطقة العربية.

• أهمية الدراسة.

تستمد الدراسة أهميتها من اهتمامها بالإجراءات الفنية الإلزامية للدمج الشامل ، وكذلك تصديها لمجال الأوتيزم الذي أصبح مجالاً متميزاً من مجالات التربية الخاصة ، وكذلك وجود عدد كبير من الأطفال الأوتيزم بحاجة إلى إجراء العديد من الدراسات ذات العلاقة ، ولاشك أن الأهمية النظرية للدراسة تكمن في كونها تُلقي الضوء على برامج دعم السلوك الإيجابي ومنطلقاتها الأساسية ، ومكوناتها ، وتطبيقاتها في المجال التربوي علاوة على تقديم إطار نظري متكامل حول الأوتيزم ومظاهره ، أما الأهمية التطبيقية للدراسة فتكمن في استجلاء فاعلية البرنامج المقترح لتحسين بعض المظاهر السلوكية للأوتيزم المدمجين بالمدارس الابتدائية ، ومدى بقاء أثره.

• مصطلحات الدراسة.

• تحليل السلوك التطبيقي (ABA) Analysis Behavior Applied:

أحد أساليب تطوير المهارات والقيم لدى الفرد من خلال التعليم المباشر والتعزيز المكثف، ويؤكد على أهمية مساعدة الفرد لتعديل سلوكه.

• دعم السلوك الإيجابي Support Positive Behavior:

محاولة تحليل السلوك التطبيقي للفرد، للتعرف على مواطن القوة والضعف، بهدف تنمية المهارات التي قد تزيد من احتمالات النجاح في الحياة وتحقيق الارتياح النفسي (Carr & Parson, 2004) ، وبالتالي فإن برامج دعم السلوك الإيجابي تساعد في تطوير أساليب الحياة عن طريق جمع المعلومات وتحليلها وفهم الأهداف الأساسية للسلوك بالتعاون مع أصحاب المصلحة مثل: الفرد نفسه ، وأولياء الأمور ، والمعلمين ، وأصحاب العمل ، والوالدين والأصدقاء.

• الأوتيزم Autism:

أحد الاضطرابات النمائية غير معروف الأسباب يظهر في سنوات الطفولة الباكرة ، وتتبدى مظاهره السلوكية في العزلة والضعف الشديد للتفاعل الاجتماعي ، والقصور في التواصل ، والسلوكيات النمطية ، ومحدودية الاهتمامات والأنشطة. (APA, 2000).

• الخلفية النظرية:

• الأوتيزم (مفهوم الأوتيزم والمصطلحات المرتبطة به):

اتفقت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association (APP), 2000 ومنظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO), 1998 على أن الأوتيزم هو إعاقة شديدة تظهر لدى الأطفال قبل ثلاثة سنوات من العمر ، وتشمل نواحي نمائية متعددة ، تتضمن مجموعة من ثلاثة مظاهر أساسية على الأقل مما يلي: العزلة ، وضعف التفاعل الاجتماعي والقصور في التواصل ، والسلوكيات النمطية ، ومحدودية الأنشطة والاهتمامات والاضطرابات السلوكية ، والقصور في النمو الحسي. ويذكر البشلة (٢٠٠٠) أن الأوتيزم هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي في الدماغ، غير معروف

الأسباب، ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين ، والضعف الواضح في التفاعل الاجتماعي ، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب ، وظهور أنماط من السلوك اللاتوافقى ، وضعف في مستوى اللعب التخيلي.

ويعد اضطراب الأوتيزم من اضطرابات النمو الشاملة التي حددها (Volkmar, et. Al.,1998) في خمس اضطرابات هي: الأوتيزم Autism ومتلازمة رت Rett's Syndrome ، ومتلازمة اسبرجر Asperger's Syndrome ، واضطراب الطفولة التفككي Disintegrative Childhood Disorder ، واضطراب النمو غير المحدد Pervasive Developmental Disorders – Not other Specified ومن ثم يحدث اضطراب الأوتيزم في سنوات الطفولة المبكرة ولكنه يظهر عادة بعد سن الثالثة ، وتبدي مظاهره في مشكلات التفاعل الاجتماعي ، وضعف التواصل مع الآخرين ، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ويوضح (Dunlap,1999) الفروق الأساسية بين هذه الاضطرابات بقوله : إن متلازمة ريت تدل على حدوث بطء في نمو الرأس وفقدان للقدرات مثل عدم استخدام اليدين بطريقة صحيحة ، وضعف التفاعل الاجتماعي ، وعدم المشي الصحيح ، والقصور في الجانب اللغوي ، وتترافق مع الإعاقة العقلية الشديدة أما متلازمة سبرجر فلا تدل على تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية ، بل تظهر في المشكلات الاجتماعية مع الأقران في سن المدرسة بشكل واضح ، كما أن اضطراب الطفولة التفككي لا يظهر إلا بعد عامين من عمر الطفل ؛ حيث يبدأ بعدها بفقدان المهارات الأساسية ، وتصبح لديه حركات غير عادية ، ويصاحبه مشكلات في اللغة، كما يتبدى في مشكلات المهارات الاجتماعية وضعف السلوك التكيفي ، وعدم القدرة على تطوير العلاقات مع الأقران ، ويتزامن مع الإعاقة العقلية الشديدة ، ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية ، أما اضطراب النمو غير المحدد فيشمل العديد من مظاهر الأوتيزم ولكن في الدرجة البسيطة ويظهر في الجوانب الاجتماعية واللغوية.

ويذكر (Rutter & Schopler,1999) أن معدلات الذكاء للأطفال الأوتيزم تمتد ما بين التخلف والتفوق العقلي ، فقد يعاني ٧٥٪ من حالات الأوتيزم من مستوى وظيفي منخفض ، ويقدر نحو ٣٪ منهم من ذوي الموهبة. ويرى الباحث أن التعامل مع الأطفال الأوتيزم على أنهم من ذوي الإعاقة العقلية هو أمر خطأ ولعل السبب في ذلك هو التشابه الكبير بين أعراض ومظاهر كل من الأوتيزم والإعاقة العقلية فيما يتعلق بالقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية ، وعدم التفاعل الجيد مع مفردات البيئة المادية والبشرية المحيطة به على نحو معتدل.

• أسباب ومعدلات انتشار الأوتيزم.

يذكر (Alarcon,2002) أنه لا توجد أسباب واضحة للأوتيزم ، ولكن يمكن الإشارة إلى مجموعة متداخلة من العوامل قد تساهم في حدوثه أهمها: نمط التنشئة الأسرية ، والصحة النفسية للأم ، ومستوى الوعي الأسري بتربية الأطفال ، والعامل الجيني الذي يشير إلى التشوه في الكروموسومات ، وحالات التوائم المتطابقة فضلا عن: عمليات الولادة العسرة ، والخلل في النظام

البيولوجي ، وتطعيمات الأم الحامل. أما عن معدلات انتشاره فتشير نتائج دراسات (Bryan,2006) إلى أن الأوتيزم ينتشر بنسبة ١,٦ في الألف من جملة المواليد في العالم ، وتؤكد الجمعية الأمريكية للأوتيزم (American Society of Autism,2009) أن نسبة انتشاره في الولايات المتحدة ٠,٠٦% وفي اليابان ٠,١٥% وفي المملكة المتحدة ٠,٠١% أما في الصين يبلغ ٠,٠٤% ، ويأسف الباحث لعدم وجود إحصاءات رسمية عن انتشاره في مصر، ويؤكد (Bowley & Gardner,1992) على أنه يظهر لدى الذكور والإناث بنسبة (٤ : ١) على الترتيب ، وهو نادر الحدوث بين أفراد العائلة الواحدة، ويحدث في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية.

• المظاهر السلوكية للأوتيزم:

هناك العديد من الجوانب التي تعبر عن المظاهر السلوكية للأوتيزم أهمها:

« القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي: تؤكد وزارة التربية والتعليم في أونتاريو (Ontario Ministry of Education,1990) أن الأطفال الأوتيزم يتميزون بالعزلة والضعف الشديد في القدرة على الاستجابة للآخرين فيبدو أنهم يعيشون مع أنفسهم دون أن ينتبهوا لوجود الآخرين معهم . وأنهم يتعاملون مع الآخرين كاشياء وليسوا بشرا ، ويضيف ريزو وزابل (1999) أنهم لا يستجيبون لمن يقوم برعايتهم ، فلا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام أو الابتهاج لحضور أمهاتهم ، ولا يحبون أن يلمسهم أحد فيتصرفون وكأنه ليس هناك أحدا ، كما أنهم لا يردون على من يناديهم ولا يستمعون لمن يحدثهم ، ومن ثم فإنهم لا يستطيعون القيام ببعض المهارات الاجتماعية البسيطة.

« القصور في مهارات التواصل: يذكر (Campbell & Green,1995) أن ٥٠% من الأطفال الأوتيزم لا تنمو لديهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة جيدة فهم يتكلمون بطريقة غير مألوفة وعادة ما يبدؤون الكلام متأخرين عن أقرانهم العاديين، وتذكر السعد (١٩٩٢) أنهم يعكسون ضمائر المخاطب والمتكلم وتنتشر بينهم المصاداة Echolalia ، ولديهم لزمات صوتية يكررونها من وقت إلى آخر ، كما أنهم يعانون من استخدام مهارات التواصل غير اللفظي.

« النمطية ومحدودية الأنشطة: إن الرغبة القهرية في الحفاظ على ثبات البيئة من الخصائص الجوهرية التي تميز حالات الأوتيزم ، فيذكر ريزو وزابل (١٩٩٩) أنهم يتميزون بالقدرة على الوعي الدقيق لأوضاع الأشياء من حولهم ويصرون على عدم إجراء أي تغييرات لأوضاعها ، وربما يثور كثير منهم إذا ما طرأ أي تغيير عليها. وتتجلى مظاهر السلوك النمطي لديهم في أرجحه الجسم للأمام والخلف أو يمينا ويسارا بالارتكاز على إحدى القدمين بالتناوب أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع أو المشي على أطراف القدمين ، أو التصفيق المتكرر ، وغيرها.

« الاضطرابات الانفعالية والسلوكية: تشير (Janet,1999) إلى أن حالات الأوتيزم لديها ارتفاع شديد أو انخفاض شديد في مستوى القلق ، وينتشر سلوك إيذاء الذات بنسبة ٢٠% بينهم ، وكثيرا ما يعانون من نوبات الغضب وتقلب الحالة المزاجية دون أسباب واضحة.

« القصور في التكامل الحسي: يعاني الأطفال الأوتيزم قصوراً في التنظيم الحسي يظهر في صورة حساسية زائدة أو منخفضة في الاستجابة للمثيرات الحسية وقد يكون هذا سبباً لسلوكيات النمطية الشاذة لديهم. (فراج ٢٠٠١).

• **تشخيص الأوتيزم:**

تعد عملية التشخيص من أصعب المراحل التي يتعرض لها الطفل الأوتيزم لأنها بحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات. وقد ظهرت العديد من قوائم التشخيص التي تصف الجوانب المختلفة للأوتيزم بالتركيز على المظاهر السلوكية مثل: مقياس تقدير الأطفال الأوتيزم The Childhood Autism Rating Scale (S.R.A.C) وقائمة سلوكيات الأوتيزم The Autism Behavior Checklist (ABC)، وقائمة أطفال الأوتيزم Checklist for Autism (CLA) كما توجد بعض الاختبارات النفسية التي تقيس القدرات العقلية واللغوية لديهم مثل: اختبار مرل- بالمرالعقلي The Merrill - Palmer Scale of Mental Tests، ومقياس ليثرالدولي للأداء The Leither International Performance Scale، واختبار ينوي للقدرات النفس لغوية The Illinois Test of Psycholinguistic Abilities، وتوجد بعض مقاييس الجوانب الاجتماعية والتواصل لديهم مثل: مقياس النضج الاجتماعي Adaptive Behavior Scales، ومقياس تقدير اللغة من خلال سلوك اللعب of Language through Play Behavior، وهناك العديد من الأدوات والمقاييس والقوائم التي ركزت على جوانب محددة بهدف وصف طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل الأوتيزم، إضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار التشخيص الفارق بين الأوتيزم والاضطرابات الأخرى المشابهة له في الأعراض.

• **طرق التدخل والعلاج لحالات الأوتيزم:**

هناك العديد من الأساليب التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل الأوتيزم لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية، والمعرفية، واللغوية، والحركية والحسية، ويمكن الإشارة إلى العلاج الطبي الذي يقوم على استخدام بعض الأدوية والفيتامينات مثل هرمون السكريتين Secretin وفيتامين ب٦ مع المغنيسيوم (Lighdale,2001) التي تساعد الطفل الأوتيزم على التحسن في النواحي الصحية. أما جوانب التواصل والانتباه والتفاعل الاجتماعي فإنها تحتاج إلى التدخل التربوي والسلوكي وتستند في أغلبها إلى إجراءات تعديل السلوك، ومن أهم هذه الطرق: برنامج المهارات التربوية والسلوكية للأطفال الأوتيزم، وبرنامج تعديل السلوك، والتحليل السلوكي التطبيقي (Catherine,1996) كما أن هناك العديد من الطرق والأساليب العلاجية والبرامج الإرشادية التي تساعد على تطوير قدرات الطفل الأوتيزم في الجوانب العقلية والاجتماعية واللغوية المختلفة.

• **دعم السلوك الإيجابي**

• **مفهوم دعم السلوك الإيجابي.**

تهتم برامج دعم السلوك الإيجابي بتنمية بعض المهارات التي قد تزيد من احتمالات النجاح في الحياة، وتحقيق الارتياح النفسي للفرد؛ من خلال تحقيق

المعيارية الأكاديمية في كافة الجوانب الترفهية والاجتماعية ومتطلبات المجتمع والمناخ الأسرى الصحي (Carr & Parson,2004) ومن ثم يجب استخدام كافة الوسائل التعليمية لتنمية وتعزيز فرص السلوك الإيجابي. لأن الهدف الرئيسي لبرامج دعم السلوك الإيجابي هو مساعدة الأفراد على تطوير أساليب الحياة عن طريق جمع المعلومات وتحليلها وفهم الأهداف الأساسية للسلوك بالتعاون مع أصحاب المصلحة.

• فلسفة برامج دعم السلوك الإيجابي.

يؤكد (Lucyshyn et al.,2002) أنه عند بناء خطط دعم السلوك الإيجابي يجب أن تشمل التغييرات المعرفية في سلوك الأفراد. والتقييم الوظيفي للسلوك على أساس البيانات والمعلومات المتوفرة. وأن تتناسب هذه الخطط مع السياقات الأسرية العامة والبيئة التي يتم تنفيذ الخطط فيها، ومن ثم تنطلق خطط دعم السلوك الإيجابي من فلسفة تقوم على مجموعة من الأسس أهمها: أن كل السلوكيات المشككة تؤدي هدف خاص بالفرد صاحب هذه السلوكيات، وأن السلوك ذو صلة بالبيئة التي يحدث فيها، ومن ثم يجب تغيير البيئة واستبدال السلوك المشكل بسلوك سوى يتساوى معه وظيفياً، والاحتفاظ بالسلوك الجديد وتعزيزه، وتوحيد طريقة مناقشة السلوك المشكل بين جميع أفراد فريق التطبيق. والتواصل المستمر بين فريق دعم السلوك الإيجابي بهدف التدريب والتقييم والتطوير.

• أهداف برامج دعم السلوك الإيجابي.

يشير (Ingram et al.,2005) إلى أن خطط دعم السلوك الإيجابي تستهدف بصفة عامة تحقيق حزمة من الأهداف أهمها: الحد من المشكلات السلوكية. وتنمية بعض المهارات الجديدة من خلال النظر في العوامل التي تخدم وظيفة السلوك المشكل. وإحداث التغيير في البيئة التي تعزز السلوك البديل. ويؤكد (Marshall & Mirenda,2002) أن نجاح هذه الخطط مرهون بمدى استخدام المهنيين للنهج التعاوني الذي يساعد في تطوير التدخلات المناسبة مما يؤدي إلى نتائج مجدية في تحسين نوعية الحياة.

ويرى الباحث أن مشاركة الوالدين قد تزيد كثيراً في تحقيق أهداف خطط دعم السلوك لأنهم أكثر الأفراد تحملاً لأعباء أبنائهم، وأفضل من يكرس وقته وجهده لهم، فضلاً عن فهمهم لاحتياجات الأبناء، ومعايشتهم الكاملة لهم كما أن لديهم كافة المعلومات والبيانات التي تساعد على القيام بأدوارهم ناهيك عن الرغبة الجامحة لديهم في مساعدة أبنائهم، مما يجعلهم يمتلكون دافعا قويا نحو تنفيذ بنود خطط دعم السلوك بكل مصداقية.

• فاعلية برامج دعم السلوك الإيجابي في تحسين المظاهر السلوكية للأوتيزم.

الأوتيزم هو تطور معقد لعدم القدرة على الاستجابة والتي تظهر خلال السنوات الأولى من الحياة نتيجة مرض عصبي يصيب وظائف المخ، وهو يؤثر على النمو الطبيعي للمخ في منطقة التفاعل الاجتماعي وخبرات التواصل ومن ثم فإن الأطفال الأوتيزم يعانون صعوبات في التواصل وأنشطة الراحة واللعب ولا بد للأفراد المحيطين بهم أن يكونوا على وعى بسلوكياتهم (WWW.Autism Society.org)

ويذكر (Lerman et al.,2004) أن الأفراد الأوتيزم يستطيعون أن يتعلموا ويظهروا تقدما مع التعليم والعلاج الصحيح أيا كان التشخيص ، كما أن التدخلات التعليمية المبنية على تحليل السلوك التطبيقي ذات تأثير فعال في تنمية مهاراتهم ، وأن العلاج المبني على أسس تحليل السلوك التطبيقي من أهم التدخلات الثابت فاعليتها والمؤثرة في الأطفال الأوتيزم ، وأنه ليس كافيا تقرير إمكانية علاج حالة الأوتيزم، ولكن الضروري أن تكون مميزات العلاج المؤثر متصلة ومعدة ضمن إطار عام حتى يكون العلاج معقولا .

ويجب الإشارة إلى أن الأفراد في برامج دعم السلوك الإيجابي يكونون مشاركين نشيطين في تعلمهم، ويذكر (Durand,2005) أن نتائج دراسات دعم السلوك الإيجابي لدى الأطفال الأوتيزم خلصت إلى نتيجتين هامتين هما: أهمية تأثير العلاج بالتدخل المبكر، وضرورة أن تشمل عملية العلاج على الوالد والنظير.

ويقرر (Lovaaz,1993) أن دعم السلوك الإيجابي يكون أكثر فاعلية مع الأطفال الأوتيزم حينما تكون البداية مبكرة (٢ : ٣ سنوات) ، وأن تكون الجلسات العلاجية مكثفة (٢٠ : ٣٠) ساعة أسبوعيا ، وأن تتضمن الجلسات ممارسة رياضة المشي وبعض الألعاب الخفيفة ، وضرورة مشاركة أولياء الأمور ، والإعداد المشترك بين فريق العمل لكل مرحلة من مراحلها .

ومن ثم فإن نجاح برامج دعم السلوك الإيجابي لدى الأطفال الأوتيزم يعتمد على التعاون بين الوالدين والمهنيين في تقديم بعض الاستراتيجيات للحد من السلوك اللاتوافقي عن طريق تحليل السلوك التطبيقي حيث يكون هذا التعاون من خلال مناقشة الأفكار ، وتبادل الخبرات ، والمشاركة في حل المشكلات. فحيث حين يحدد المهنيون استراتيجيات التدخل السلوكي، فإن الوالدين يتخذون القرار بشأن تنفيذها وفقا للإجراءات الأسرية اليومية، Brookman & Frazee (2004) ، وبالتالي فاتباع النهج التعاوني لدعم السلوك الإيجابي يشجع الوالدين والمهنيين للعمل كفريق واحد لاستخدام مبادئ تقييم السلوك الوظيفي ، ودعم خطط السلوك الإيجابي لجميع أفراد الأسرة ، بالإضافة إلى أنه يصبح أساسيا في سلوكيات الوالدين لتوفير خدمات الدعم المنزلي التي تساعد في تحديد الأحداث البيئية التي تزيد من احتمال حدوث المشكلات السلوكية للطفل وفهم مواطن القوة والتفضيلات لديه. كما يوجه النهج التعاوني الوالدين نحو تنفيذ التدخلات المطلوبة. وقد يتم التعاون بين الوالدين والمهنيين عن طريق إجراء المقابلات المباشرة للتعرف على أنماط المشكلات السلوكية لدى أطفالهم (Dunlap et al.,2001).

ويعد التدريب على العمل ضمن فريق دعم السلوك الإيجابي من أهم أسباب نجاح البرنامج فيذكر (Wierson & Forehand, 1994) أن التحاق المهنيين ببرامج تدريبية وأقعية تعتمد على المعيشة الكاملة إنما يوفر مزايا عديدة لكل من الوالدين والأطفال ، ويساعد في جمع البيانات الصحيحة والدقيقة حول السلوك المشكل. ويرى الباحث أن تطبيق برامج دعم السلوك الإيجابي بشكل جيد يحتاج إلى تكثيف التدريب لكل عضو من فريق العمل، حتى يتمكنوا جميعا

من القيام بأدوارهم ، وأن يكون العمل الفريقي في إطار خطة تنفيذية واضحة المعالم ومحددة لأدوار كل منهم. كما أن التعاون في جمع البيانات والمعلومات لإجراء التقييم الوظيفي لسلوكيات المشكلة أمر هام في تحقيق المستهدف.

• الدراسات السابقة:

أجرى (Wolery et al.,2005) دراسة لتقويم تحليل السلوك التطبيقي في علاج حالات الأوتيزم خلال الفترة من ١٩٦٨ حتى ٢٠٠٣ بتحليل الدراسات المنشورة في دورية تحليل السلوك التطبيقي وقد أسفرت النتائج عن:

« زيادة عدد الدراسات والمقالات التي ركزت على الأوتيزم حيث بلغت نسبتها ٢٤,٧% من جملة المقالات والدراسات المنشورة.

« معظم البرامج الموجهة للأطفال الأوتيزم اعتمدت على أفراد العائلة، والمعلمين، والمهنيين في تشكيل فريق العمل المنوط به العمل مع الحالات.

« ركزت معظم المقالات والدراسات على الأطفال الأوتيزم الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥ : ١٠ سنوات ، كما تناولت مجموعة من البيئات المختلفة ما بين مراكز الأبحاث ، والمدارس ، والمنازل ، والعيادات، وكانت أكثر الدراسات فاعلية التي استخدمت بيئات متنوعة ولم تقتصر على بيئة واحدة.

« التشابه بين الدراسات في بناء منهج دعم السلوك الإيجابي اعتماداً على بعض البنود أهمها: فهم واستعمال اللغة ، وبناء المهارات الاجتماعية وتنمية مستوى التفاعل ، والتقليد والمحاكاة ، واستثمار أنشطة اللعب ، وبناء الاستقلالية والاعتماد على الذات ، والمشاركة الاجتماعية.

واستهدفت دراسة (Melissa & Sandra,2007) التحقق من فاعلية استخدام المعلمات لبعض فقرات برنامج دعم السلوك الإيجابي ، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣) معلمات ، المعلمة الأولى لديها (٧) أطفال ، والمعلمة الثانية لديها (٩) أطفال ، والمعلمة الثالثة لديها (٩) أطفال ، علماً بأن جميع الأطفال من ذوى السلوكيات المشكلة ، وقد استخدمت الدراسة استمارة ملاحظة سلوك المعلم واستمارة ملاحظة سلوك الأطفال. وتوصلت النتائج إلى فاعلية استخدام المعلمات لبعض فقرات برنامج دعم السلوك الإيجابي في الحد من السلوكيات المشكلة لدى الأطفال.

ولبيان الدور الذي يلعبه الوالدان في برامج دعم السلوك الإيجابي فقد أجرى (Brookman & Frazee,2004) دراسة قدم من خلالها برنامجاً لتعليم الأطفال الأوتيزم أولهما يقدم المعلمون التعليمات ويقوم الوالدان بتنفيذ بعض أساليب معينة في إدارة السلوك. وثانيهما يعتمد على المهنيين دون مشاركة الوالدين وأسفرت النتائج عن انخفاض مستوى التوتر لدى الوالدين ، وزيادة معدل الثقة ومستويات السعادة ، وزيادة مشاركة الأطفال وتجاوبهم في النموذج الأول مقارنة بالنموذج الثاني. ومن ثم فإن استخدام النهج التعاوني بين الوالدين والمهنيين يكون أكثر فاعلية في حل المشكلات واكتساب الثقة وتعديل السلوك.

ومن الأمثلة على تعديل برنامج دعم السلوك الإيجابي للأعمال اليومية الروتينية للأسرة ما أورده دراسة (Buschbacher, Fox & Clarke, 2004) عن إحدى حالات الأوتيزم الذي لا يتناول الطعام مع أحد إلا واستولى على جميع

الأطعمة له ، وأخذها في مكان آخر ليأكلها وحده ، كما أنه يحرم جميع أفراد الأسرة من مشاهدة أي شريط فيديو أو برنامج تلفزيوني ليس من اختياره وكثيرا ما يستيقظ من النوم ليلا ويوقظ أفراد الأسرة ، مما يجعل من الصعب على أحدهم الاستمتاع بالنوم ليلا ، ويكون ذلك بالصراخ الشديد ، وتحطيم الأشياء ، وتم تشخيص هذا السلوك على أنه أحد مظاهر السلوك العدواني ، وتم تشكيل فريق عمل وتحديد إجراءات تدخل الأسرة ودعم السلوك الإيجابي لدى الحالة على المدى الطويل ، وتنفيذ مجموعة من الاستراتيجيات الوقائية واستبدال المهارات ، والتعزيز الموجب للسلوكيات المطلوبة للحد من المشكلات السلوكية لديه ، وأسفرت النتائج عن فاعلية برنامج دعم السلوك الإيجابي والتدخلات الأسرية في الحد من السلوكيات العدوانية لدى الحالة .

وتناولت دراسة (Boettcher et al.,2003) خطة دعم السلوك الإيجابي للحد من بعض السلوكيات المشكّلة، حيث تكونت العينة من ثلاثة أطفال يخضعون لإجراء عملية جراحية كبرى خلال أسبوع ، ويتوقع عجزهم عن الحركة لبضعة أسابيع ، منهم طفلة أوتيزم تظهر كثيرا من نوبات الغضب والعدوان تجاه أشقائها ، وعدم الالتزام بالتعليمات ، والكر والفر المستمرين ، وقد حددت بيانات التقييم الوظيفي ضعف القدرة على التنبؤ ، ومشاكل السلوك ؛ حيث تم بناء خطة دعم السلوك الإيجابي بشكل يضمن توفير الرعاية وتشجيع السلوك المناسب ، وتوزيع الأدوار والمهام ، ثم تلقت الطفلة تعزيزا إيجابيا من قبل فريق العمل ، وفقا لخطة فرعية لذلك ، وقد أوضحت النتائج إيجابية التدخلات مع الطفلة الأوتيزم في المنزل والمدرسة ، وأن مشاركة الأسرة في تنفيذ الدعم الإيجابي يؤدي إلى نتائج مفيدة للأفراد الذين يتلقون هذا الدعم .

وقد أجري (Hudson et al.,2003) دراسة حول الدعم الفني للآباء والأمهات في تنفيذ خطط دعم السلوك الإيجابي ، حيث تكونت عينة هذه الدراسة من ثلاثة مجموعات. المجموعة الأولى تكونت من (١٠) أسر اعتمدت على نفسها في إعداد وتطوير وتنفيذ خطة دعم السلوك الإيجابي ، والمجموعة الثانية تكونت من (٢٩) أسرة تلقت تدريبا مناسباً واشتركت مع المعلمين في تطوير وتنفيذ خطط دعم السلوك الإيجابي ، والمجموعة الثالثة اعتمدت على دليل الوالدين في تنفيذ خطط دعم السلوك الإيجابي والتشاور الهاتفي مع بعض المهنيين ، وأظهرت نتائج الدراسة تراجع نسبة المشكلات السلوكية بشكل واضح في المجموعة الثانية مقارنة بالمجموعتين الأخرتين ؛ مما يدل على حاجة وأهمية تقديم الدعم الفني للأسر ، وضرورة التصدي للمشكلات السلوكية من خلال تشكيل فرق عمل ذات أدوار ومهام واضحة ومعلنة .

وفي دراسة أجراها (Moes & Frea,2002) على ثلاث أسر بكل منها طفل أوتيزم ذي ثلاث سنوات عن طريق تدريب هذه الأسر على استخدام برنامج دعم السلوك الإيجابي للحد من المشكلات السلوكية المتماثلة لدى هؤلاء الأطفال وأشارت النتائج إلى أن تقديم وتقييم التدخلات للأطفال خلال سياق أسرهم كان ذا فاعلية كبيرة في الحد من مشكلاتهم السلوكية. ولفحص أثر الخبرة والتدريب في خفض المشكلات السلوكية أجرى (Keen & Knox,2004) دراسة لثلاث فتيات من أسرة واحدة، منهن اثنتان أوتيزم والثالثة ذات نقص الانتباه

والنشاط الحركي الزائد ، وقد التقى المهنيون مع الأسرة لمناقشة القضايا التي سيتم تناولها وتم جمع بيانات التقييم الوظيفي التي تحدد وظيفة السلوك المشكل لدى كل طفلة وبناء خطة لتعزيز الإيجابي التي يقوم بتنفيذها الوالدان ، وقد أظهرت البيانات فاعلية التغييرات الإيجابية في تعديل سلوك الأطفال ورضا الوالدين عن الدعم الذي قدم لهما .

وأسفرت نتائج دراسة (Symon,2005) عن فاعلية برنامج تدريبي في تنمية قدرة الوالدين على تعليم أطفالهن الأوتيزم بعض المهارات ، من خلال تدريس التقنيات محورية الاستجابة والإجراءات التحفيزية لتحسين مستوى التواصل والمهارات الاجتماعية وتنمية القدرة اللغوية لدى الأطفال .

أما (Hudson et al.,2003) فقد أجرى دراسة على (١١٥) من الأسر التي يعاني أطفالها من إحدى الإعاقات: الأوتيزم ، متلازمة داون ، الصرع ، ضعف البصر ضعف السمع ، الشلل الدماغي ، وقد استهدفت هذه الدراسة الحد من المشكلات السلوكية ، وقد اعتمد هذا البرنامج على منهج دعم السلوك الإيجابي ، حيث تم تعرف التحليل الوظيفي للسلوك ومساعدة الأسر في التعامل مع أطفالهم المعاقين ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تراجع ملحوظ في المشكلات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال ، وتخفيف مستوى الضغوط لدى أسرهم ، بالإضافة إلى الدور الإيجابي الذي يلعبه الوالدين في مساعدة أطفالهم وتقديم بعض الخدمات ذات الأثر على سلوكياتهم ومستوى توافقهم .

ويستخلص الباحث من الدراسات السابقة مجموعة من النقاط أهمها: فاعلية برامج دعم السلوك الإيجابي في علاج بعض مظاهر الأوتيزم لدى الأطفال (Moes & Frea,2002, Buschbacher, Fox & Clarke,2004, Keen,2003) الذي يلعبه الوالدان في برامج دعم السلوك الإيجابي (Boettcher et al.,2003) (Hudson et al.,2003, Brookman & Frazee,2004, Symon,2005) ، وضرورة إعداد البرامج التأهيلية لهم حتى يستطيعوا ممارسة أدوارهم بشكل جيد .

• ثالثاً: الطريقة والإجراءات

• فروض الدراسة .

من خلال استعراض الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي في مقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم وذلك في اتجاه القياس البعدي .

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس التبعي في مقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم وذلك في اتجاه القياس التبعي .

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التبعي في مقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم وذلك في اتجاه القياس التبعي .

• عينة الدراسة.

تتكون عينة الدراسة الحالية من (٤) أطفال ذكور تتراوح أعمارهم ما بين (٦ : ٧) أعوام بمتوسط عمري ٦.٨ عاما وانحراف معياري ١.٢ يلتحقون بإحدى مدارس الدمج بمحافظة القاهرة ، وجميعهم ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي متوسط ، ويعانون من المظاهر السلوكية للأوتيزم.

• أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات هي:

• استمارة جمع البيانات الأولية: (إعداد: الباحث) (ملحق ١)

استهدف بناء هذه الاستمارة الحصول على معظم المعلومات المتعلقة بالطفل الأوتيزم من الناحية الطبية والأسرية وأسلوب معاملة الوالدين ، والمستويين المعرفي والمهاري ، والمظاهر السلوكية والتربوية ، ويقوم بتطبيق هذه الاستمارة كل من والدي الحالة منفردين ، حيث تتم دراسة استجاباتهما واستخراج تقرير مشترك يساعد في تكوين صورة عن الطفل الأوتيزم ، لفهم مواطن القوة والضعف ، ومحاولة تفسير السلوك المشكل ، وقد تم إعداد الصورة الأولية للاستمارة ، وإجراء صدق المحكمين بعرضها على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة ، واستبعاد البنود التي لم تحظى باتفاق ٨٠% على الأقل من آراء المحكمين ، وإجراء التعديلات التي اتفق عليها ٥٠% على الأقل من المحكمين.

• مقياس ستانفورد بينيه للذكاء: (ط:٤) (تعريب: حنورة ، ٢٠٠١):

يتكون هذا المقياس من أربعة اختبارات فرعية هي: اختبار المفردات اللغوية واختبار ذاكرة الخرز ، واختبار الرياضيات ، واختبار تحليل النمط. وللتحقق من صدقه استخدم حنورة (٢٠٠١) صدق المحك مع مقاييس: رسم الرجل لوجود إنف ، والمتاهات لبورتوس ، وويكسلر لذكاء الأطفال ، كما قام الباحث بحساب صدق المحك مع مقياس ويكسلر للذكاء قبل المدرسي (١٩٨٩) بتطبيقهما على عينة التقنين المكونة من (١٢) طفلا أوتيزم تتراوح أعمارهم ما بين (٥ : ٧) أعوام ، واستخراج معامل الارتباط ؛ حيث بلغت قيمته ٠.٨٨ وهي قيمة دالة عند ٠.٠١ ؛ مما يؤكد صدق المقياس.

ولحساب ثبات المقياس استخدم حنورة (٢٠٠١) معادلة كيوودر ريتشاردسون ٢٠ ودرجات الخطأ المعياري ، ولم تقل معاملات الثبات عن ٠.٧٢ ، كما استخدم طريقة إعادة الإجراء ، وكانت معاملات الثبات ٠.٧٠ ، وقام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الإجراء بتطبيقه مرتين على عينة التقنين بفواصل زمني ١٢ يوما ، وكانت معاملات الارتباط بين التطبيقين هي ٠.٧٧ ، ٠.٨٨ ، ٠.٩٢ ، ٠.٧٨ ، على الترتيب في الاختبارات الفرعية الأربعة. وهذه القيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ ؛ مما يؤكد ثبات المقياس.

• مقياس السلوك التوافقي: (تعريب: فرج ، رمزي ، ٢٠٠١)

أعد هذا المقياس كازونيهيرا وآخرون ، وأجرت لجنة جمعية التخلف العقلي الأمريكية بعض التعديلات عليه لقياس السلوك التوافقي عام ١٩٧٤ ، وتم ترجمته للبيئة العربية، ويهدف إلى قياس السلوك التوافقي لذوى الإعاقة

العقلية، ويتكون من جزأين أولهما لنواحي الارتقائية، وتوقعات النمو، ويتضمن عشرة محاور هي: السلوك الاستقلالي، والنمو الجسمي، والنشاط الاقتصادي وارتقاء اللغة، والأعداد والوقت، والأنشطة المنزلية، والنشاط المهني، والتوجه الذاتي، وتحمل المسؤولية، والتنشئة الاجتماعية، أما الجزء الثاني فيختص بأبعاد السلوك التوافقي، ويتضمن أربعة عشرة محورا هي: العنف والسلوك التدميري، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك المتمرد، والسلوك غير المؤمن والانسحاب، والسلوك النمطي والتصرفات الشاذة، والسلوك الاجتماعي غير المناسب، والعادات الصوتية غير المقبولة، والعادات الغريبة وغير المقبولة، وسلوك إيذاء الذات، والميل إلى النشاط الزائد، والسلوك الجنسي الشاذ، والاضطرابات النفسية، واستخدام العلاج.

وقد تحقق المترجمان من صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي، وقد استخدم الباحث طريقة صدق المحك مع مقياس السلوك التوافقي (إعداد: صادق، ١٩٨٧)؛ حيث تم تطبيق المقياسين على عينة التقنين وحساب معامل الارتباط بينهما فكان ٠.٨٢ وهو معامل ارتباط دال عند مستوى ٠.٠١، مما يدل على صدق المقياس.

ولحساب ثبات المقياس قام المترجمان بتطبيقه على ١٣٣ من الأطفال المعاقين عن طريق ملاحظات اثنين من المشرفين الداخليين أحدهما في الفترة الصباحية والآخر في الفترة المسائية، وحساب معاملات الارتباط بطريقة بيرسون بين تقديري المشرفين وكانت جميعها دالة عند مستوى ٠.٠١، كما استخدم الباحث الحالي طريقة إعادة الإجراء بتطبيق المقياس مرتين على عينة التقنين بفاصل زمني ١٤ يوما، وحساب معامل الارتباط بين التطبيقين فبلغ ٠.٧٩ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠.٠١ تؤكد ثبات المقياس.

• مقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم: (إعداد: الباحث) (ملحق ٢)

على الرغم من توافر بعض المقاييس وقوائم التقدير الخاصة بتشخيص الأطفال الأوتيزم، فإن معظمها يستخدم لتشخيص الحالة والحكم عليها بأنها أوتيزم أم لا، دون تحديد مستوى الإعاقة، وبالتالي فقد تم إعداد هذا المقياس بهدف تشخيص الحالة وتعريف مستوى الإعاقة (بسيطة - متوسطة - شديدة) وفي سبيل ذلك تم اتخاذ الخطوات التالية:

• إعداد الصورة الأولية:

وتتضمن:

◀ الدراسة النظرية وتشمل: مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت الأوتيزم ومظاهره، واستعراض بعض الاختبارات والمقاييس مثل: مقياس السلوك التكيفي (إعداد: صادق، ١٩٧٨)، والإصدار الرابع من الدليل الإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) فيما يتعلق بتشخيص الأوتيزم ومقياس الطفل التوحدي (الذاتوي، الاجتراري) (إعداد: عبدالرحيم، ١٩٩٩) ومقياس سكوبلر لتقدير التوحد الطفولي (إعداد: سكوبلر، تعريب: الشمري السرطاوي، ٢٠٠٢)، ومقياس تحديد معدل الأوتيزم في الطفولة (Sateru et

(al.,2003)، وقائمة المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم (الأوتيسم) (إعداد: الخولي، ٢٠٠٧)

◀ الدراسة الاستطلاعية: تم إعداد استبيان مفتوح لتعرف المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم، وتطبيقه على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة والمهنيين بمراكز الأوتيزم وأولياء الأمور، والمعلمين، وتم تجميع وتحليل الاستجابات، ومقارنتها بنتائج الدراسة النظرية.

◀ صياغة الصورة الأولية للمقياس: وتتكون من ٢٨ مفردة موزعة على الأبعاد الأربعة الأساسية وهي: القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، والقصور في مهارات التواصل، والنمطية ومحدودية الأنشطة، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية. وقد روعي في بناء الصورة الأولية حسن الصياغة، ووضوح المعاني، والخصائص المميزة لعمر العينة والفئة النوعية التي تنتمي إليها.

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتحقق من صدق وثبات المقياس قام الباحث بما يلي:

◀ حساب صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية للمقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة، للتحكيم عليها من حيث مناسبة المفردات للأبعاد، وسلامة الصياغة اللغوية، وإجراء التعديلات إذا لزم الأمر وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة لا تقل عن ٨٠% على جميع مفردات المقياس باستثناء مفردتين تم حذفهما، وقد تم إجراء التعديلات التي اتفق عليها ٥٠% من المحكمين.

◀ حساب صدق المحك: تم اختيار مقياس تقدير التوحد الطفولي (إعداد: سكولبر، تعريب: الشمري، والسرطاوي، ٢٠٠٢) ليكون مقياس المحك وتطبيقه على عينة التقنين، فأسفر ذلك عن ثلاث مجموعات قوام كل منها (٧، ٥، ٣) أطفال يمثلون مستويات الأوتيزم البسيط، والمتوسط، والشديد على الترتيب، وتم تطبيق المقياس على هذه المجموعات وحساب معاملات الارتباط بين التطبيقين فبلغت ٠,٨١، ٠,٧٦، ٠,٧٨ على الترتيب، وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١ تشير إلى صدق المقياس.

◀ حساب صدق المقارنة الطرفية لمفردات المقياس: تم حساب معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية التي حصل عليها الطفل في المقياس ككل، اعتماداً على نسبتها العليا والسفلى بالرجوع إلى جداول فلانجان للارتباط الثنائي واتضح أن جميع المفردات صادقة وموجبة الاتجاه باستثناء مفردتين مما استوجب حذفهما.

◀ حساب الثبات باستخدام معادلة كيوذريتشاردسون ٢٠، ودرجات الخطأ المعياري، حيث كان معامل الثبات ٠,٧٨ وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ تشير إلى ثبات المقياس.

◀ حساب الثبات بطريقة إعادة الإجراء: وذلك بتطبيق المقياس مرتين على عينة التقنين بفواصل زمني ١٥ يوماً، وكان معاملات الارتباط بين التطبيقين ٠,٨٦ وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ تشير إلى ثبات المقياس.

◀ حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية: عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين استجابات عينة التقنين على المفردات الفردية والزوجية، واستخراج

معامل الثبات باستخدام معادلة سبرمان - براون فبلغ ٠.٨٨ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى ٠.٠١ تشير إلى ثبات المقياس.

• **الصورة النهائية للمقياس:**

يتكون مقياس المظاهر السلوكية الأوتيزم (إعداد: الباحث) في صورته النهائية من ٢٤ مفردة بواقع ٦ مفردات لكل بعد، ويتم تطبيقه من خلال استعراض وجهات نظر (الأب، الأم، المعلم) حيث توجد لكل مفردة ٣ استجابات: (عادة، بعض الوقت، نادراً) ويقوم الفاحص بإعطاء ٣ درجات للاستجابة عادة ودرجتين للاستجابة بعض الوقت، ودرجة واحدة للاستجابة نادراً. ويجب تطبيق المقياس بشكل فردي على كل من الأب والأم والمعلم وتجميع درجاتهم واستخراج المتوسط الحسابي، وبالتالي تتراوح درجة الطفل ما بين ٢٤ : ٧٢ ويكون الطفل في المستوى البسيط إذا كان المتوسط الحسابي (٢٤ : ٤٠) درجة، ويكون في المستوى المتوسط إذا كان المتوسط الحسابي (٤١ : ٥٦) ويكون في المستوى الشديد إذا كان المتوسط الحسابي (٥٧ : ٧٢) درجة.

• **برنامج دعم السلوك الإيجابي:** (إعداد: الباحث)

يهدف برنامج دعم السلوك الإيجابي إلى تحسين بعض المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم المدمجين بالمدارس الابتدائية باستخدام مجموعة من الفنيات، وعن طريق المشاركة الفعالة بين أعضاء فريق العمل، واستثمار وكالات التنشئة الاجتماعية (الأسرة، المدرسة، النادي الاجتماعي، ... الخ)، وفيما يلي عرض للأسس العامة والمبادئ التي يقوم عليها البرنامج، والأهداف الإجرائية، والفنيات المستخدمة، ولقائه، وتطبيقه وتقويمه.

• **أسس ومبادئ البرنامج:**

يعتمد البرنامج الحالي علي توظيف المبادئ الأساسية لتحليل السلوك التطبيقي من خلال دعم السلوك الإيجابي، حتى تستطيع أفراد مجموعة الدراسة التخفيف من بعض المظاهر السلوكية للأوتيزم، وتعلم بعض أشكال السلوك المقبولة اجتماعياً، والابتعاد عن أشكال السلوك غير المرغوب فيها، وذلك من خلال:

« توفير الفرصة أمام أفراد المجموعة لكي تنجح في القيام ببعض المهام البسيطة، وتوفير خبرة النجاح لديها، وتعزيزها، حتى يتعلموا أشكال السلوك الصحيح.

« تجنب تقديم الفرص التربوية التي قد يفشل أفراد المجموعة فيها، حتى لا يؤثر ذلك مستقبلاً على خط سير البرنامج.

« صياغة الأهداف السلوكية التي يمكن إنجازها، والمناسبة لقدرات أفراد المجموعة.

« الفحص الدقيق للسلوكيات التي تقوم بها المجموعة حتى يمكن تحليل السلوك، ودعم السلوك الإيجابي.

« المرونة في تحقيق أهداف البرنامج، فيجوز التعديل في بعض الأهداف وبناء أهداف جديدة.

- ◀ المتابعة والتقييم الدوري لمستوى تحقيق الأهداف لدى أفراد المجموعة.
- ◀ التعاون المستمر بين فريق العمل (الباحث، المعلم، الأسرة) أثناء مرحلة تطبيق البرنامج.
- ◀ ضرورة وجود أحد الوالدين لكل طفل أثناء معظم لقاءات البرنامج، وذلك بهدف تدريب أفراد الأسرة على التعامل مع طفلهم وضمان نجاح طرق المتابعة المنزلية.

• الأهداف الإجرائية البرنامج:

- ◀ انطلاقاً من الهدف العام للبرنامج فقد تم اشتقاق الأهداف الإجرائية التالية
- ◀ تنمية مستوى التفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة.
- ◀ تنمية مستوى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ◀ الحد من السلوكيات النمطية ومحدودية الأنشطة.
- ◀ خفض بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

• فنيات البرنامج:

يعتمد البرنامج المقترح على مجموعة من الفنيات أهمها:

- ◀ تقسيم العمل: يتم تقسيم الوقت المخصص للجلسة الواحدة إلى فترات، حيث يتم الانتقال من جانب إلى آخر بعد الانتهاء من فترة التدريب المخصص للمهارة، حيث يتم توجيه الأفراد إلى مكان التدريب بعد عرض جزء معين من المهارة مقروناً بتوجيه لفظي. بهدف التهيئة للمهارة اللاحقة التي سوف يتم التدريب عليها، وهكذا يتم الانتقال من مهارة إلى أخرى لحين انتهاء الوقت المخصص للتدريب.
- ◀ التدريب الجمعي: اعتمد البرنامج على التدريب الجمعي باعتباره الأسلوب الأفضل مع الحالات الأوتيزم في التعليم واكتساب المهارات، حيث ساعد هذا الأسلوب وبشكل كبير في إعطاء كل طفل فرصة كبيرة لإنجاز المهام المطلوبة منه، كما ساهم في زيادة فرصة التواصل مع الآخرين بشكل مباشر.
- ◀ العلاج باللعب: استخدمت هذه الفنية في برنامج دعم السلوك الإيجابي بهدف زيادة التفاعل بين أعضاء المجموعة التجريبية، وقد تم البدء بأفراد الأسرة، حتى استطاع الأفراد ممارسة بعض الألعاب الهادفة من خلال التعليم والتدريب مثل لعبة تطابق الصور.
- ◀ التعزيز: يتم تعزيز أفراد المجموعة بعد القيام بالسلوك الإيجابي أو أداء المهارة مباشرة، ويتم تقليل عدد مرات التعزيز باستخدام جداول التعزيز المستندة إلى النسبة المتغيرة حيث يتم تعزيز السلوك بعد قيام الأفراد بأداء المهارة لمرات متعددة ولكن ليست ثابتة، مع مراعاة اختيار المعززات المحببة للطفل.
- ◀ التسلسل: تم استخدام هذا الأسلوب لتدريب الأطفال على الاقتراب وبشكل متتابع من السلوك النهائي، كأن يطلب منها تمييز اللون الأزرق من بين عدة ألوان.
- ◀ التلقين والإخفاء: وقد تم استخدام هذا الأسلوب بهدف إعطاء الأطفال فرصة لتحقيق بعض الأهداف البسيطة، ويتم بعد ذلك تدريجياً إلغاء المساعدة للحالة حتى تتمكن من تأدية المهارة بنفسها.

« النمذجة: تم استخدام هذا الأسلوب بعد أن أظهر الأطفال تحسناً ملحوظاً في بعض السلوكيات والمهارات، وكانوا قادرين على التواصل بشكل بسيط بحيث تم استخدام بعضهم للقيام ببعض المهارات ويقلده الآخرون.

« تعميم الاستجابات: حينما يستجيب أحد الأطفال لبعض متطلبات البرنامج، يتم نقل هذه الاستجابات إلى الأسرة، والاعتماد عليها في إعطاء بعض التدريبات المماثلة، وملاحظة الاستجابات التي يظهرها الطفل. وقد تم التركيز من جانب الأسرة على المهارات الاستقلالية، والجوانب الاجتماعية بهدف إعطاء الطفل فرصة أكبر للتعامل مع الآخرين من خلال تنظيم بعض الزيارات والأنشطة والرحلات التي يكون فيها الطفل مع آخرين. وقد ساعد ذلك كثيراً في التقليل من الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال وزيادة فرص التفاعل مع الآخرين، والبقاء معهم لفترات طويلة.

• إعداد وتطبيق جلسات برنامج دعم السلوك الإيجابي

تم إعداد جلسات البرنامج في ضوء نتائج الدراسات السابقة، والنشرات والأدلة والكتيبات الواردة من بعض الجمعيات الأهلية والمراكز المتخصصة في علاج الأوتيزم، حيث يتكون البرنامج من ٦ وحدات تتناول ٢٠ موضوعاً في ٤٠ جلسة تم تطبيقها في ٢٠ أسبوعاً بواقع جلستين كل أسبوع على النحو التالي:

« الوحدة الأولى: التمهيديّة وتتناول ٤ موضوعات هي: التعارف، وتطبيق مقياس ستانفورد - بينيه، ومقياس السلوك التوافقي، ومقياس المظاهر السلوكية للأوتيزم، وقد استغرقت ٦ جلسات.

« الوحدة الثانية: التفاعل الاجتماعي، وتتناول ٤ موضوعات هي: التلامس مع الآخرين، والابتسام ومعاونة الوالدين، والاستجابة الكلامية، والانتباه لوجود الآخرين، وقد استغرقت ٨ جلسات.

« الوحدة الثالثة: التواصل، وتتناول ٤ موضوعات هي: القدرة على الكلام، والاستماع إلى الآخرين وفهم حديثهم، والتعبير اللفظي بسهولة، والتواصل غير اللفظي. وقد استغرقت ٨ جلسات.

« الوحدة الرابعة: الحد من السلوك النمطي، وتتناول ٣ موضوعات هي: ضبط أرجحة الجسم، والألعاب المتكررة، وتحريك الأصابع. وقد استغرقت ٦ جلسات.

« الوحدة الخامسة: الحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وتتناول ٣ موضوعات هي: معالجة السلوك العدواني (إيذاء الذات - إيذاء الغير - إتلاف الأشياء)، وتهديئة نوبات الغضب، ومعالجة السلوك الانسحابي. وقد استغرقت ٨ جلسات.

« الوحدة السادسة: الختامية، وتتناول موضوعين هما: ملخص البرنامج، وتطبيق مقياس المظاهر السلوكية. وقد استغرقت ٤ جلسات.

• تقييم البرنامج

تم تقييم المهارات السلوكية لأعضاء المجموعة في بداية البرنامج (التقويم القبلي)، كما تم إعادته بعد انتهاء البرنامج مباشرة (التقويم البعدي)، وبعد انقضاء شهرين من نهاية البرنامج (التقويم التتبعي).

• أساليب المعالجة الإحصائية.

استخدمت الدراسة الحالية اختبار "ت" لعينة واحدة عن طريق برنامج SPSS.

• رابعاً: نتائج الدراسة وتوصياتها :

• نتائج الدراسة

الفرض الأول ينص على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في مقياس المظاهر السلوكية بعد انتهاء البرنامج وذلك في اتجاه القياس البعدي. ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ت لعينة واحدة، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١) نتائج اختبار "ت" ومستوى الدلالة بين القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس المظاهر السلوكية

الأبعاد	م القبلي	م البعدي	ع القبلي	ع البعدي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التفاعل الاجتماعي	15.50	9.00	1.32	1.65	٦.٢٢	٠.٠١
التواصل	15.25	8.50	0.42	2.26	٦.٣٩	0.01
السلوك النمطي	14.75	9.50	0.42	1.65	٦.٤٥	0.01
الاضطرابات الانفعالية والسلوكية	16.00	8.00	1.11	2.23	٦.١٨	0.01
الدرجة الكلية	61.50	35.50	2.95	1.80	٥.٩٩	0.01

ويتضح من الجدول السابق أنه:

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في مستوى التفاعل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح القياس البعدي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في مستوى التواصل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح القياس البعدي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في مستوى السلوك النمطي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح القياس البعدي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في مستوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح القياس البعدي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس المظاهر السلوكية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح القياس البعدي.

الفرض الثاني ينص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التبعي في مقياس المظاهر السلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة وذلك في اتجاه القياس التبعي. ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ت لعينة واحدة، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٢) نتائج اختبار "ت" ومستوى الدلالة بين القياس القبلي والقياس التتبعي في مقياس المظاهر السلوكية

الأبعاد	م القبلي	م التتبعي	ع القبلي	ع التتبعي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التفاعل الاجتماعي	15.50	9.00	1.32	1.00	٦.١٩	٠.٠١
التواصل	15.25	8.00	0.42	1.41	٦.٧٧	0.01
السلوك النمطي	14.75	9.50	0.42	0.66	٦.٣٦	0.01
الاضطرابات الانفعالية والسلوكية	16.00	9.00	1.11	1.00	٦.٢٨	0.01
الدرجة الكلية	61.50	35.50	2.95	1.65	٦.١١	0.01

ويتضح من الجدول السابق أنه:

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى التفاعل الاجتماعي بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى التواصل بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى السلوك النمطي بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في الدرجة الكلية لمقياس المظاهر السلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

الفرض الثالث ينص على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي، ومتوسط درجات القياس التتبعي في مقياس المظاهر السلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة. ولا اختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبارات لعينة واحدة، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٣) نتائج اختبار "ت" ومستوى الدلالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي في مقياس المظاهر السلوكية

الأبعاد	م البعدي	م التتبعي	ع البعدي	ع التتبعي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التفاعل الاجتماعي	9.00	9.00	1.65	1.00	٦.٢٩	٠.٠١
التواصل	8.50	8.00	2.26	1.41	٦.٧٠	0.01
السلوك النمطي	9.50	9.50	1.65	0.66	٦.٤٦	0.01
الاضطرابات الانفعالية والسلوكية	8.00	9.00	2.23	1.00	٦.٣٨	0.01
الدرجة الكلية	35.50	35.50	1.80	1.65	٦.١٩	0.01

ويتضح من الجدول السابق أنه:

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى التفاعل الاجتماعي بعد انتهاء فترة المتابعة.

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى التواصل بعد انتهاء فترة المتابعة.

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى السلوك النمطي بعد انتهاء فترة المتابعة.

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في مستوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة.

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في الدرجة الكلية لمقياس المظاهر السلوكية بعد انتهاء فترة المتابعة.

• مناقشة النتائج:

أوضحت النتائج فاعلية برنامج دعم السلوك الايجابي في تحسين المظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم المدمجين بمدارس التعليم العام، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج قد اعتنى بالمظاهر السلوكية للأطفال الأوتيزم مثل: القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي التي أكدت وزارة التربية والتعليم في أونتاريو (Ontario Ministry of Education, 1990) أن الأطفال الأوتيزم يتميزون بالعزلة والضعف الشديد في القدرة على الاستجابة للآخرين، ويبدو أنهم يعيشون مع أنفسهم دون أن ينتبهوا لوجود الآخرين معهم. وأنهم يتعاملون مع الآخرين كأشياء وليسوا بشرا، ومن ثم تناول البرنامج ٤ تعمل على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وهي التدريب على التلامس مع الآخرين ومصافحتهم والابتسام ومعانقة الوالدين، والاستجابة الكلامية، والانتباه لوجود الآخرين كما اهتم البرنامج بتنمية مهارات التواصل التي أكد (Campbell & Green, 1995) أن ٥٠% من هؤلاء الأطفال لا تنمو لديهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة جيدة وذلك من خلال التدريب على الكلام، والاستماع إلى الآخرين وفهم حديثهم، والتعبير اللفظي بسهولة، والتواصل غير اللفظي.

وقد أكد ريزو وزابل (1999) أن الأطفال الأوتيزم يتميزون بالقدرة على الوعي الدقيق لأوضاع الأشياء من حولهم ويصرون على عدم إجراء أي تغييرات لأوضاعها، وربما يثورون لأي تغيير يطرأ عليها. وقد تصدى البرنامج للسلوك النمطي من خلال تقديم موضوعات مثل ضبط أرجحة الجسم، ورفرفة الذراعين والتصفيق والألعاب المتكررة، وتحريك الأصابع. كما حرص البرنامج على معالجة السلوك العدواني (إيذاء الذات - إيذاء الغير - إتلاف الأشياء)، وتهدة نوبات الغضب، ومعالجة السلوك الانسحابي.

وجدير بالذكر أن وحدات البرنامج وجلسات قد اعتمدت على إجراءات تعديل السلوك من خلال التحليل السلوكي التطبيقي الذي قرر (Catherine, 1996) أنه من أنجح الطرق والأساليب العلاجية والبرامج الإرشادية التي تساعد في تطوير قدرات الطفل الأوتيزم في الجوانب العقلية والاجتماعية واللغوية المختلفة، فقد انطلق البرنامج من آراء (Carr & Parson, 2004) وذلك بتنمية

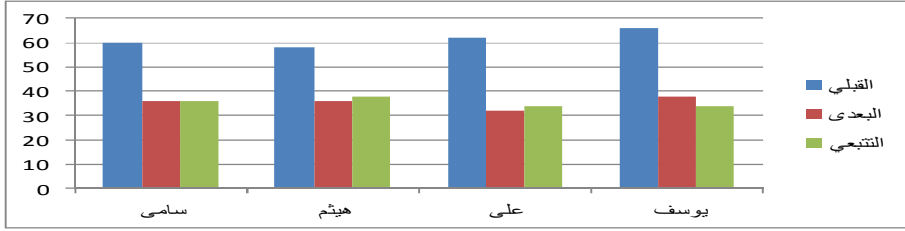
بعض المهارات التي قد تزيد من احتمالات النجاح في الحياة في كافة الجوانب الترفيهية والاجتماعية ومتطلبات المجتمع والمناخ الأسرى الصحي.

وتطابقت فلسفة البرنامج مع فلسفة دعم السلوك الإيجابي التي تؤكد أن كل السلوكيات المشكلة تؤدي هدف خاص بالفرد صاحب هذه السلوكيات وأن السلوك ذو صلة بالبيئة التي يحدث فيها، ومن ثم يجب تغيير البيئة واستبدال السلوك المشكل بسلوك سوى يتساوى معه وظيفياً، والاحتفاظ بالسلوك الجديد وتعزيزه، وتوحيد طريقة مناقشة السلوك المشكل بين جميع أفراد فريق التطبيق. والتواصل المستمر بين فريق دعم السلوك الإيجابي بهدف التدريب والتقييم والتطوير.

وقد استنار الباحث بأراء (Brookman & Frazee, 2004) حول التعاون بين الوالدين والمهنيين في تقديم بعض الاستراتيجيات للحد من السلوك اللاتوافقي عن طريق تحليل السلوك التطبيقي، وبالفعل كان لأولياء الأمور دور كبير في مناقشة الأفكار، وتبادل الخبرات، والمشاركة في حل المشكلات. وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (Brookman & Frazee, 2004) التي أثبتت أن مشاركة الوالدين تؤدي إلى انخفاض مستوى التوتر لديهما، وزيادة معدل الثقة، ومستويات السعادة، وزيادة مشاركة الأطفال وتجاوبهم، وكذلك نتائج دراسة (Hudson et al., 2003) حول الدعم الفني للآباء والأمهات في تنفيذ خطط دعم السلوك الإيجابي التي أظهرت نتائجها تراجع نسبة المشكلات السلوكية بشكل واضح في البرامج التي يشترك فيها الوالدان أو أحدهما. وفي ضوء نتائج دراسة (Symon, 2005) التي أكدت فاعلية البرامج التدريبية في تنمية قدرة الوالدين على تعليم أطفالهن الأوتيزم بعض المهارات، اهتم البرنامج الحالي بعقد مجموعة جلسات تدريبية لأولياء أمور أطفال عينة الدراسة للمساعدة في تقديم وتقييم جلسات البرنامج وتعديل مساره في سبيل تحقيق أهدافه وتحسين بعض المظاهر السلوكية، كما استفاد البرنامج من نتائج دراسة (Melissa & Sandra, 2007) عن استخدام المعلمات لبعض فقرات برنامج دعم السلوك الإيجابي وذلك باستخدام فنية التعزيز في معظم فقرات البرنامج وجلساته.

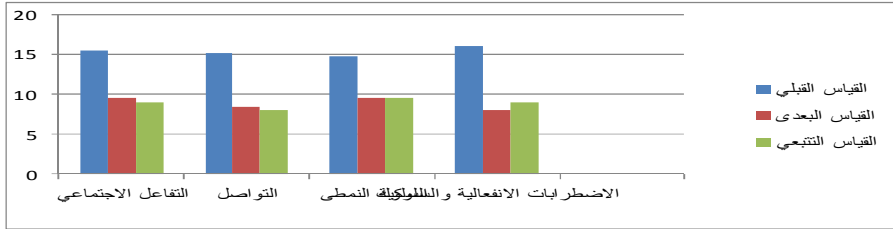
وقد أعد الباحث ملفاً خاصاً لكل فرد من مجموعة الدراسة يحتوى على استمارة جمع البيانات والتقرير المنبثق عنها، ونتائج اختبار ستانفورد- بينيه للذكاء، ونتائج مقياس السلوك التوافقي، ونتائج مقياس المظاهر السلوكية واستمارة تقييم أداء الطفل في البرنامج التي تشير إلى مستوى تقدمه أو تأخره في كل جلسة، والاجراءات التي يمكن اتخاذها بشكل جمعي حيال المجموعة أو بشكل فردي حيال أحد الأفراد نتيجة مراجعة الجلسات، كما تم عقد العديد من اللقاءات الفردية والجمعية لأولياء الأمور للاستفادة من آرائهم حول كيفية تنمية وتحسين المظاهر السلوكية لأطفالهم، ومشاركتهم الفعالة في مراجعة وتقييم الجلسات ومتابعة التعليمات الأسرية والمنزلية، كما أجريت بعض اللقاءات مع المعلمين والاختصاصيين الاجتماعيين بشأن أفراد المجموعة، وقد أسفر ذلك عن ملاحظات عديدة تم تحليلها وتضمينها في البرنامج، والرسم البياني التالي يوضح مدى تقدم كل فرد في المظاهر السلوكية تبعا للبرنامج.

رسم بياني (١) الفروق بين القياسات القبلية والبعدية والتتبعية في المظاهر السلوكية لدى أفراد العينة



ويتضح من الرسم البياني أن جميع أفراد عينة الدراسة (فرداً فرداً) قد أبدوا تحسناً ملحوظاً في الدرجة الكلية لمقياس المظاهر السلوكية وذلك في القياسات المتكررة (القبلي، البعدي، التتبعي)، وجدير بالذكر أن أفراد العينة كمجموعة قد تحسنت المظاهر السلوكية (التفاعل الاجتماعي- التواصل- السلوك النمطي، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية) والرسم البياني يوضح ذلك .

رسم بياني (٢) الفروق في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية لأبعاد مقياس المظاهر السلوكية



ويتضح من الرسم البياني أن الأبعاد الأساسية لمقياس المظاهر السلوكية (التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك النمطي، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية) قد تحسنت لدى أفراد المجموعة من القياس القبلي إلى القياس البعدي، بينما استمر التحسن في تلك الأبعاد بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

• التوصيات والمقترحات:

- « نشر ثقافة الدمج وتهيئة المجتمع التعليمي لتنفيذ هذه السياسة.
- « ضرورة وضوح الرؤية لدى وزارة التعليم فهي تسعى لدمج المعاقين في التعليم العام تبذل جهوداً حثيثة لعزل المتفوقين وتخصيص مدارس خاصة بهم.
- « ضرورة إجراء المواءمات الخاصة بالمقررات الدراسية التي تسمح بالتعليم الدمجي على نحو جيد.
- « تدريب المعلمين على كيفية التعامل مع الأطفال المدمجين من الفئات الخاصة المختلفة.
- « توفير البيئة الصفية المناسبة لإجراءات دمج الأطفال الأوتيزم بمدارس التعليم العام.
- « عقد دورات إرشادية للوالدين باعتبارهم شركاء في تنمية أطفالهم على كافة المستويات. إجراء بعض التعديلات في الوسائل التعليمية المستخدمة

لدى الأطفال، وإعداد الدروس بشكل يسمح للحالة بفهمها واكتسابها بناء على قدراتها، ويكون ذلك مرتبطاً بشكل مباشر بالخطة التربوية الفردية والعمل بها من خلال المدرسة.

• مراجع الدراسة:

البلسة، أيمن (2000). الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقلياً، ندوة الإعاقات النمائية قضاياها العملية ومشكلاتها العملية، البحرين

حنورة، مصرى (2001). مقياس بينيه العربي للذكاء: المرشد العملي للتطبيق وحساب الدرجات وكتابة التقرير، (ط4)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الخولى، هشام عبد الرحمن (2007). فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال الأوتيزم (الأوتيسم)، المؤتمر الأول لكلية التربية بينها.

ريزو و زابل (1999). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ترجمة: عبد العزيز الشخص، وزيدان السرطاوي، الإمارات: دار الكتاب الجامعي

السعد، سميرة (1992). معاناتي والتوحد، الكويت: د. ن.

الشمري، طارش، والسرطاوي، زيدان (2002). صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي. مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد الأول، ص 1-39

صادق، فاروق (1987). دليل مقياس السلوك التكيفي (ط2)، الرياض: عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود.

عبد الرحيم، عبد الرحيم بخيت (1999). الطفل التوحدي "الذاتي - الاجتراري" Autistic Child (القياس والتشخيص الفارق)، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي "جودة الحياة"، توجه قومي للقرن الحادي والعشرين، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص ص 227-245

فراج، عثمان (2001). توحيديون لكن موهوبون، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، السنة الثالثة عشرة، العدد 67، ص ص 2-26.

فرج، صفوت، ورمزى، ناهد (2001). مقياس السلوك التوافقي، القاهرة: دار النهضة العربية.

Alarcon, M. (2002). Evidence for language quantitative trait Locus on chromosome 7q in multiplex autism families, Am, Hum, Genet . 70(1),60-71 .

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.), Primary Care Version, Washington, Dc.

American Society of Autism (2009). An understanding of autism, Children with autism, Washington, D.C .

Boettcher, M., Koegel, R., McNeerney, K., & Koegel, L. (2003). A family centered prevention approach to PBS in a time of crisis . Journal of Positive Behavior Interventions, 5, 55-59 .

- Bowley, A . & Gardner, L. (1992). The handicapped child, Churchill Living Stone.
- Brookman, M. & Frazee, L. (2004). Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism . Journal of Positive Behavior Interventions, 6,195-213 .
- Bryan, S. (٢٠٠٦). The world of the autistic child understanding and treating Autistic Spectrum Disorder .Oxford University press, Inc.
- Busch , B. P., Fox, L. & Clarke, S. (2004). Recapturing desired family routines : Parent-professional behavioral collaboration . Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 29, 25-39.
- Campbell, A. & Green, M. (1995) . Cooperative learning group in reading : An integration strategy for students with autism and general classroom peers, Journal of Behavioral Disorders. 21(1), 89-109.
- Carr, D. & Parson, M. (2004). Positive behavior support : Evaluation of an applied science, Journal Of Positive behaviorInternational,4(4),16
- Catherine, M., (1996) :Behavioral intervention for young children with Autism, A manual for Parents and Professionals, PRO -ED, Inc.Austin, Texas.
- Dunlap, G. (1999). Autism and Autism Spectrum Disorder -ASD - ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, Reston .
- Dunlap, G., Newton, J., Fox, L., Benito, N. & Vaughn, B. (2001). Family involvement in functional assessment and positive behavior support .Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16, 215-221.
- Durand, V. (2005). Focus on Autism and Developmental Disabilites,16
- Hudson, A., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Cameron .A., Mildon, R. & Radler, G . (2003). Evaluation of an intervention system for parents of children with intellectual disability and challenging behavior .Journal Of Intellectual Disability Research, 47, 238-249.
- Ingram, K., Lewis-Palmer, T., & Sugai G. (2005). Function-based intervention planning : Comparing the effectiveness of FBA function-based and non-function-based intervention plans .Journal Of Positive Behavior Interventions, 7, 224-236.

- Janet, E. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, Their parents and sibling, International Review of Psychiatry, 11(4), 357-378.
- Johnson, K. (2006). The effects of Autism on families and educators: A case study, Dissertation Abstract International, UMI, 3205719
- Joseph, J., Foxx, R. & Jacobson, J. (2006). Positive behavior support and Applied Behavior Analysis, The Behavior Analysis, 29,51-64
- Keen D. & Knox, M. (2004). Approach to challenging behavior :A family affair .Journal Of Intellectual And Developmental Disability, 29, 52-64
- Lerman, D., Vorndran, C., Addisison, L. & Kuhn, S. (2004). Aropid assessment of skills in young children with Autism , Journal of Applied Behavior Analysis, 37(1), 11-26.
- Lightdale, J. (2001). Effective of intravenous secretion on language and behavior of children with autism and gastrointestinal symptoms : A single, blinded, open, label pilot study .Pediatrics .
- Lovaas, O. (1993). The development of treatment- research project for development disabled and Autistic children, Journal of Applied Behavior Analysis, 26 (4), 617-630.
- Lucyshyn ,M., Dunlap, G. & Alban, R. (2002). Families and positive behavior supports :Addressing problem behavior in family contexts .Baltimore :Brookes.
- Mark, W., Erin, E. & Jeffry, F. (2005). Evaluation of applied behavior analysis in the treatment of individuals with Autism, Lawrence, Erlbum Associates, Inc, Exceptionality, 13(1), 11-23.
- Marshall, J. & Mirenda, P. (2002) .Parent-professional collaboration for positive behavior support in the home .Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17, 216-228.
- Melissa, A. & Sandra, C. (2007). Teacher implementation of pre-correction and praise statement in Head Start Classroom as a component of program wide system of Positive Behavior Support, Journal Behavior Education, 16,280-299
- Moes, D. & Frea,D. (2002). Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families . Journal of Autism and Developmental Disorders, 32, 519 – 533.
- Natasha, S. & Steven, G. (2008).Comparing individual behavior plan from schools with and without school wide Positive Behavior Support :A preliminary study, Journal Behavior Education,17(1), 93-110

- Ontario Ministry of Education, Special Education and provincial School Branch, (1990). Special Education Monographs, 4 : Student with Autism, Toronto, Ontario .
- Rachel, F., Lucill, E., Monica, B., & Glen, D. (2006). Building inclusive school cultures using school- wide positive behavior support: Effective individual support systems for student with significant disabilities, Research & practice for persons with sever disabilities, 31(1), 4-17.
- Robert, L. & Lynn, K. (2004). Teaching children with Autism, strategies for initiating positive interaction and improving learning opportunities .Paul H, Brookes Publishing Co, Inc .
- Robinson, E. (2008). Children's working understanding of knowledge sources: Confidence in knowledge gained from testimony, Cognitive Developmental Disorders, 13(2) .
- Sateru, T.; Rokazu, O. & Rosi, K. (2003). Childhood Autism Rating Scale – Tokyo version for screening developmental disorders, Psychiatry and Clinical Neuroscience's, 57, 113-118 .
- Scott, T., Nelson, C. & Liaupsin, C. (2006). Addressing the needs of at risk and adjudicated youth positive behavior support effective prevention practices, Journal of Education & Treatment Of Children, 25, 532-551
- Symon, B. (2005). Expanding interventions for children with autism : Parents as trainers .Journal of Positive Behavior Interventions, 7, 159-173.
- Volkmar, F ., Bremen, J., Cohen, D. & Cicch, D. (1998). DSM-III and DS III – R diagnosis of Autism . American Journal of Psychiatry, 11 (145), 1404-1408 .
- Walker, H., Horner, R., Sugai, G. & Bullis, M. (2006). Integration approaches to preventing antisocial behavior patterns among school-age children and youth, Journal Of Emotional And Behavior Disorders,4,194-209
- Wierson, M. & Forehand, R. (1994). Parent behavioral training for child noncompliance: Rationale, concepts and effectiveness . Current Directions in Psychological Science, 3,146-151.
- WWW.Autism-Society.org.

