

فاعلية برنامج تدخل سلوكي مكثف ومبكر في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي واثرت ذلك في تحسين القدرة على التواصل لدى الأطفال التوحديين

إبراهيم

د. خالد سعد سيد محمد
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية بقنا - جامعة جنوب الوادي.

الملخص:

اضطراب التوحد لدى الأطفال من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ويُعد العرض المميز للتوحد هو وجود قصور كفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية، وهذا القصور يؤثر بصورة مباشرة على السلوك التكيفي للأطفال التوحديين، حيث يتسم هذا السلوك بوجود قصور في العديد من المهارات الأمر الذي يدفعنا إلى تقديم برامج تربوية ملائمة تساعد على نمو بعض جوانب السلوك التكيفي لديهم حتى نستطيع أن نستغل القدرات والإمكانات الناتجة من ذلك التحسن في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع، وقد قدمت بعض المحاولات في ذلك واحد أهم تلك التدخلات أو البرامج التدخل السلوكي المكثف والمبكر (Early Intensive Behavior Intervention (EIBI، فالتدخل السلوكي المكثف والمبكر احدي الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية وذلك لتدريب الأطفال التوحديين، ويركز التدخل المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية يتم فيها تقديم تدريب مكثف. تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج تدريبي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المكثف والمبكر في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى

الأطفال التوحديين، وقياس اثر ذلك على تحسين القدرة على التواصل، تكونت عينة الدراسة من تسع أطفال توحديين ذكور، تتراوح أعمار هذه العينة من ٤-٦ سنوات بمتوسط قدره ٥,١٦ سنة وانحراف معياري ٣,٢١، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية: وتتضمن ست أطفال، المجموعة الضابطة: وتتضمن أربع أطفال، استخدم الباحث: ١ - مقياس الطفل التوحدي: إعداد/ عادل عبد الله محمد (٢٠٠١)، مقياس التواصل من مقياس جيليام Gilliam التقديرى لتشخيص اضطراب التوحد إعداد/ جيمس جيليام ترجمة وتعريب/ عادل عبد الله محمد (٢٠٠٦)، مقياس السلوك التكيفي للأطفال (إعداد عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٩٢)، والبرنامج المستخدم (إعداد الباحثان) والذي يتكون من ٢٨٨ ساعة تدريبية، بواقع ثلاث ساعات يومية يتم تقسيمها بين المعلمة والباحثين والأم، اشتملت هذه الساعات التدريبية على ٨٤ ساعة تدريبية على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية، ٣٣ ساعة تدريبية على الأداء الاجتماعي، ٣٩ ساعة للتدريبات اللغوية، ٢٧ ساعة تدريبية على الأنشطة المهنية والاقتصادية، ٢٤ ساعة تدريبية على بعض الأنشطة التي تنمي المهارات العقلية، بالإضافة إلى ٧٥ ساعة يتم فيها إعادة التدريب على محتوى البرنامج، كما خصص الباحثين ٦ ساعات لتحقيق الألفة بينهم وبين الأطفال عينة الدراسة، استمر تطبيق البرنامج أربعة أشهر، بواقع ثلاث ساعات أسبوعياً.

تبين من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية حدوث تحسن في أبعاد السلوك التكيفي والتواصل للأطفال التوحديين وذلك من خلال ما تعكسه الفروق في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده وذلك لصالح القياس البعدي، كما استمرت فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية جوانب السلوك التكيفي وتحسين التواصل لدى الأطفال عينة الدراسة خلال فترة المتابعة.

مقدمة:

تمثل مدى العناية التي توليها المجتمعات لرعاية أبنائها منذ بداية نشأتهم في أرحام أمهاتهم وحتى بلوغهم المقدر على تحمل أعباء الحياة إحدى مؤشرات تقدم وارتقاء الأمم، ويمثل الاهتمام بالتربية أحد مظاهر تلك الرعاية، لاسيما رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، سواء كان ذلك من خلال البرامج التي تقدمها الدولة أو الجهود الأهلية التي يقوم بها المختصين والمتعاملين مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة المختلفة، وهذا الاهتمام هو ما يساهم في ألا تكون هذه الفئة من المجتمع مصدراً لإعاقة مسيرة التنمية والتقدم لهذه الدول، بل قد يكون لبعضهم دوراً منتجاً في مجتمعهم، وذلك بما تسمح به قدراتهم الفردية وما يتوفر لهم من برامج إعداد وتأهيل وتوظيف لهذه القدرات مع ما يتوافق مع احتياجات المجتمع لهم.

وإعاقة التوحد إحدى الإعاقات التي يحوطها الكثير من الغموض سواء في أسباب الإصابة بهذا الاضطراب أو أساليب تشخيصه أو طرق علاجه، فاضطراب التوحد لدى الأطفال من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة، ومع ذلك تعاني العيادات النفسية من قصور واضح في تشخيص وعلاج هذا الاضطراب (نادية إبراهيم أبو السعود، ٢٠٠٠: ٣٤).

ويُعد العرض المميز للتوحد هو وجود قصور كيمي في التفاعل الاجتماعي والتواصل بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية، وهذا القصور يؤثر بصورة مباشرة على السلوك التكيفي للأطفال التوحديين (Harris et al., 1991; Herbert, 1998:45).

فالسلوك التكيفي للأطفال التوحديين يتسم بوجود قصور في مهارات رعاية الذات والتنظيم ومهارات طرح الأسئلة وإتباع التعليمات إلى جانب القصور في المهارات الاجتماعية المتمثل في العمل التعاوني مع الزملاء،

كما أنهم يعانون من عدم القدرة على التعلم واكتساب المعلومات من مواقف الخبرات المختلفة بالإضافة إلى اعتمادهم على الآخرين في حدود الإطار الاجتماعي والمعايير السائدة في المجتمع، كما يعانون من نقص في مهارات الكلام والقدرة على التعامل مع الأقران في نفس السن كما يتسمون بقصور في النمو الانفعالي يشمل تفادي التغييرات الاجتماعية والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢ ب: ٣٧٩-٣٨٠).

وهذه المظاهر تظل في الغالب طيلة حياة الطفل، كما أن البلوغ يمكن أن يحدث تغيراً سواء باتجاهه نحو التدهور أو التحسن مما يؤثر سلباً على السلوك التكيفي للطفل التوحدي الأمر الذي يدفعنا إلى تقديم برامج تربية ملائمة تساعد على نمو بعض جوانب السلوك التكيفي لديهم حتى نستطيع أن نستغل القدرات والإمكانات الناتجة من ذلك التحسن في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع، وقد قدمت بعض المحاولات في ذلك تضمنت تلك المحاولات استخدام عدة فنيات سلوكية كالانطفاء Extinction، العزل Time Out، التعزيز التفاضلي Differential Reinforcement، التصحيح الزائد Overcorrection (Campbell, 2003).

وقد استخدمت هذه الفنيات منفردة أو من خلال برامج تدريبية تقدم لهؤلاء الأطفال، واحد أهم تلك التدخلات أو البرامج التدخل السلوكي المكثف والمبكر Early Intensive Behavior Intervention (EIBI)، فالتدخل السلوكي المكثف والمبكر احدي الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية وذلك لتدريب الأطفال التوحدين، حيث ثبتت فاعليته وفائدته في علاج التوحد، حيث يركز التدخل المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية يتم فيها تقديم تدريب مكثف.

مشكلة الدراسة:

على الرغم من أن التربية الخاصة، وفرت للأفراد ذوى الحاجات الخاصة الخدمات التربوية والعلاجية المختلفة التي تتناسب مع نوعية الإعاقة كل حسب حالته ، إلا أنها لم تعط فئة الأفراد التوحديين حقهم في الرعاية والاهتمام والخدمات التي تتناسب مع إعاقاتهم، وقد يعود ذلك إلى قلة الدراسات والأبحاث في هذا المجال، أو إلى قلة نسبة الأفراد التوحديين مقارنة مع نسب تواجد فئات الإعاقات الأخرى، وقد يعود السبب أيضاً إلى قلة الرغبة أو الميل من قبل العاملين في مجال التربية الخاصة للتعامل مع حالات الأفراد التوحديين، وقد تكون الانفعالات غير العادية والمظاهر السلوكية المختلفة التي يظهرها الأفراد التوحديون سبباً في نفور وابتعاد العديد من العاملين في ميدان التربية الخاصة عن التعامل معهم بالإضافة إلى الغموض الذي قد يحيط بهم وبكيفية التعامل معهم، (فضيلة الراوي: ١٩٩٩، ١١).

وتتعدد وتتنوع أعراض التوحد والسلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين بحيث تشمل النواحي النمائية المختلفة؛ الاجتماعية، والمعرفية، واللغوية، الحركية، وبهذا تمتد نواحي القصور إلى جوانب السلوك التكيفي بصفة عامة.

فالطفل التوحدي يعجز عن أن القيام بالوظائف اليومية العادية الخاصة به بدون مساعدة الآخرين، وتعتبر هذه الصفة من أهم سمات الطفل التوحدي، فهو لا يستطيع خدمة ورعاية ذاته، كأن يأكل نفسه أو يلبس نفسه ويحتاج لمن يساعده في ذلك، أيضاً لا يستطيع أن يلعب بالألعاب المقدمة إليه مثل الأطفال العاديين ولكن ما يفعله أن يضع هذه الألعاب في فمه ولا يهتم بشكلها، وأيضاً لا يلتفت إلى الأخطار ولا يفهم مدى خطورتها عليه.

ومن هنا فإن الأطفال التوحديين في حاجة إلي تنمية مهارات تكيفيه عديدة تساعدهم على رعاية أنفسهم وتتيح لهم الفرصة للتفاعل مع الآخرين (Koji, Hideni , & Jum-Ich , 2002).

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

(١) القصور في مهارات العناية بالذات والمهارات الاجتماعية، عدم الاهتمام بالجوانب الاجتماعية لمن حوله، كأن يتعرف على أسماء الأطفال في فصله، والأسرة التي ينتمون إليها، ولكن لا يقيم أي نوع من العلاقات الاجتماعية أو الصداقة معهم (Kasari, 2002; Skeinkoff & Siegel, 1998).

(٢) القصور في مهارات الحياة اليومية: Daily Living Skills تتضمن مهارات الحياة اليومية : المهارات الشخصية، المهارات المنزلية، والمهارات التواصلية المتعلقة بذلك، كالملبس، ممارسة العادات الصحية الشخصية، أداء الوظائف المنزلية، قضاء وقت الفراغ، ويعاني الأطفال التوحديين عجزاً واضحاً في تلك المهارات، ويمكن تنمية تلك المهارات إذا ما بدأ التدريب عليها في مرحلة مبكرة من العمر (Walker et al., 2004).

(٣) القصور في المهارات الحركية: Motor Skills تتضمن جوانب العجز في المهارات الحركية: الحركات غير الواعية أو غير الهادفة، الوقوف الشاذ، المشي غير الناضج، صعوبات في الكتابة والرسم، نقص التناسق بين العين واليد والحركات النمطية (Klin, 2000).

(٤) القصور في الجوانب الاجتماعية: Socialization يعاني الأطفال التوحديين عجزاً في العديد من المهارات الاجتماعية، تتضمن جوانب العجز هذه: العجز في قراءة التعبيرات الوجهية، العجز في فهم القواعد، نقص الامباتية أو التعاطفية مع الآخرين (Szatmar et al., 2000)

(٥) القصور في التواصل: Communication إن احد جوانب العجز الهامة في الأطفال التوحديين القصور في نمو اللغة، وحتى الأطفال الذين يظهرون تقدماً في القدرة اللفظية، فان محادثاتهم محدودة جداً، فمستوى التكيف في مهارات التواصل يتراوح بين المستوى المنخفض ٤٢,٨٦%، والمعتدل ٤٧,١٤% (Szatmar et al., 2000, 2003).

كما تشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد التوحديين يواجهون صعوبات جمة في جوانب متعددة لدى تعاملهم داخل المنزل والمدرسة وكذلك في المجتمع المحيط بهم، وتتخلص تلك الصعوبات في العجز في مهارات الحياة اليومية واللغة والتعبير والتواصل والنشاط الحركي والمهارات الاجتماعية وفي التطبيع الاجتماعي والأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية والنشاط المهني-الاقتصادي.

(حسني إحسان حلواني، ١٩٩٦؛ فايز آل مطر، ٢٠٠١؛ Klin, 2000؛ Gabriels et al., 2007 Paul et al., 2005; Walker et al., 2004). كما أشارت نتائج تلك الدراسات أن جوانب العجز هذه تسبب العديد من المشكلات لهؤلاء الأطفال مما يجعلهم تحت خطر الفشل (Barnhill et al., 2000)؛ كما أنها تعيق اكتسابهم وتعلمهم للمهارات الحياتية (Dawson, Matson, & Cherny, 1998)

ولا تقتصر التأثيرات السلبية لجوانب العجز في السلوك التكيفي التي يعاني منها الأطفال التوحديين على الطفل فقط بل تمتد إلى الوالدين، فوالدي

الأطفال التوحديين يعانون من القلق والاكتئاب والعزلة، والاعتراب وانخفاض مفهوم الذات، والإرهاك النفسي بسبب سلوك أطفالهم (Mudford, Martin, Eieseth, & Bibby, 2001).

ومن هنا دعت الحاجة إلى التدخل الإرشادي لمواجهة هذا الاضطراب الصامت وتأثيراته السلبية المختلفة على جوانب نمو الطفل، وتعد الدراسة محاولة في هذا الاتجاه، حيث تسعى الدراسة إلى تقديم برنامجاً للتدخل السلوكي المبكر والمكثف بهدف تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين، مفترضة أن تنمية تلك الجوانب قد يسهم في تحسين مستوى التواصل لدى هؤلاء الأطفال.

أهداف الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة التحقق من مدى فاعلية التدخل السلوكي المكثف والمبكر في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين، والتعرف على اثر ذلك على مستوى التواصل لدى هؤلاء الأطفال.

أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة إلى النقاط التالية :

(١) إن هذه الدراسة تأتي في إطار اهتمام الدولة بالتربية الخاصة وتزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بضرورة الاهتمام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وحققهم في الرعاية والتعليم كما هو متاح للأطفال العاديين، لكي يتسنى لهم إشباع حاجات نموهم وتأكيد ذاتهم داخل المجتمع، فضلاً عن تزايد عدد الطلاب المستمر في مدارس التربية الخاصة ، فقد ارتفع عددهم من (٢٧٣١٨) عام ١٩٩٩ إلى (٣٣٤٧١) عام ٢٠٠٣م بزيادة قدرها (٢٢,٥٢%) وهذه زيادة كبيرة تستوجب

الاهتمام، كما ارتفع عدد مدارس التربية الخاصة بنسبة ١٩,١٩% فيما بين عام ٩٩-٢٠٠٣م (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٣).

(٢) تأتي الدراسة الحالية ضمن البرامج التدخلية للأطفال التوحديين والتي تعمل على تأهيلهم للحياة والتغلب على ما لديهم من قصور، مما قد يغطي حاجة الطفل التوحدي إلى برامج رعاية توفر له الحد الأدنى من الإعداد اللازم للحياة والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته اليومية .

(٣) يمكن أن توفر الدراسة قدر من المعلومات والبيانات التي يمكن أن تشكل إطاراً عاماً يرشد القائمين والمتخصصين على رعاية الأطفال التوحديين بما يكفل لهم النمو السليم .

(٤) يتعرض الوالدان والمعلمون للعديد من المشكلات نتيجة لوجود طفل توحدي يعاني من قصور في مهارات السلوك التكيفي، حيث يمثل هذا الطفل عبئاً على جميع الأفراد المحيطين به من والدين ومعلمين وأقران، فجوانب العجز في مهارات السلوك التكيفي التي يعرضها هؤلاء الأطفال تمثل عائقاً ومصدراً للإحباط أمام الوالدين والمعلمين عند محاولتهم التعامل مع هؤلاء الأطفال، ومن ثم فالتدخل لتنمية هذه الجوانب هو محاولة أيضاً لتوفير جهد الوالدان والمعلمون .

(٥) موضوع الدراسة، واهتمامها باستخدام التدخل السلوكي المبكر والمكثف لعلاج جوانب القصور في السلوك التكيفي، وهو من الموضوعات الحديثة التي بدأ الاهتمام بها يتزايد، لما ينتج عنها من إعاقة لعملية التواصل لدى الطفل التوحدي.

مصطلحات الدراسة:

١- التوحد Autism :

يشير عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) إلى أن التوحد يعد اضطراباً معقدًا يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبًا على العديد من جوانب شخصية الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته، يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة.

٢- التدخل السلوكي المكثف والمبكر:

Early Intensive Behavior Intervention

التدخل السلوكي ذلك النوع من التدخل الذي يتضمن تطبيق نتائج البحوث السلوكية لمساعدة الأفراد على التغيير الإيجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها، وحدثاً بدأ اهتمامه بتعلم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي لاكتساب الفرد القدرات المساعدة على التوافق، ومواجهة المشكلات، وهو مكثف: بمعنى كثافة فترة التدخل العلاجي وتعدد الفنيات المطلوبة لبرنامج العلاج، وهو مبكر: بمعنى يبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن المدرسة الابتدائية، وهناك عدة ملامح تميز هذا النوع من التدخل السلوكي في علاج الأطفال التوحديين:

أولاً: كثافة العلاج، إذ يجب أن يتم بمعدل يتراوح بين ٢٢-٤٠ ساعة على الأقل أسبوعياً، وبمعدل مدرسة لكل طفل.

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

ثالثاً: التحليل التطبيقي للسلوك مؤسس على مبادئ مدروسة جيداً عن تعلم الإنسان وتم تصميمه بغرض استثمار إمكانيات وقدرات الأطفال حتى يستفيدوا من الوسائل التي ثبتت صلاحيتها.

٣- السلوك التكيفي: Adaptive Behavior

يعرفه فاروق محمد صادق (١٩٨٥) بأنه درجة الفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلاله الشخصي ومسئوليته الاجتماعية المتوقعة منه حسب عمره الزمني وثقافته (فاروق محمد صادق، ١٩٨٥: ٥). ويعرفه عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) بأنه الأسلوب الذي ينجز به الطفل الأعمال المختلفة المتوقعة من أقرانه في نفس العمر الزمني (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٢: ٨).

ويعرف الباحث السلوك التكيفي إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل في الأبعاد التي يتضمنها المقياس المستخدم في الدراسة والذي يتضمن الأداء الاجتماعي والنشاط المهني الاقتصادي وأداء الأعمال المنزلية والأدوار الأسرية والأداء الوظيفي المستقل كذلك مستوى النمو اللغوي .

٤- التواصل: Communication

يعرفه عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) بأنه عملية تبادل لرسالة معينة بين شخصين أو أكثر يمثلان طرفين فيها بحيث يمكن لكل منهما أن يقوم بتلك العملية من خلال العديد من الطرق والأساليب المختلفة، ويمكن أن يكون هذا التواصل تعبيرياً expressive من جهة، أو استقبالياً receptive من جهة أخرى، كما يمكن أيضاً للتواصل أن يكون لفظياً أو غير لفظي.



ويُعرف إجرائيًا في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل الطفل عليها في المقياس المستخدم لذات الغرض.

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

يتناول الباحث في هذا الجزء عرض الإطار النظري من خلال ثلاث

أبعاد تشمل:

أولاً: التوحد:

١ - التعريف بالتوحد:

في عام ١٩٣٤ وصف الطبيب النفسي ليوكانر Leokanner أحد

عشر حالة بأنهم يعانون من التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة وقد اعتبرهم

مختلفين تشخيصياً عن الفصام وغيره من أشكال الاضطرابات

الارتقائية (Maurice, Green, & Luce, 196: 81).

وقد استخدم كانر مصطلح الاوتيزم Autism وهو مشتق من الكلمة

اليونانية Auto وهي تعنى الذات Self للتعبير عن العزلة الشديدة لهؤلاء

الأطفال فمن ابرز أعراض الأطفال المصابين بالاوتيزم القصور الشديد في

استجاباتهم للبالغين (Sue & Sue, 1994 :444).

ولم يظهر التوحد في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي

الإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب

النفسي عام ١٩٥٢، ١٩٦٨ وظهر للمرة الأولى في الطبعة الثالثة للدليل

التشخيصي الإحصائي الثالث Diagnostic & Statistical Manual of

Mental Disorders (DSM-III) عام ١٩٨٠ (Maurice, Green, &

Luce, 196: 81).

وقد أقيمت الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي DSM - IV عام ١٩٩٤ على مصطلح الاضطراب الأوتيسطي تحت فئة "اضطرابات ارتقائية" وتتميز هذه الاضطرابات بتأخر أو انحراف في التفاعل الاجتماعي وقصور في مهارات التواصل وارتقاء الرمز مع وجود السلوك النمطي وقلة الأنشطة والاهتمامات (Sood & Singh, 1996:25).

إن التوحد يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع وجود جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن الجهاز العصبي له قد توقف تماماً عن العمل، وكأن حواسه الخمس قد عجزت عن العمل، وبالتالي يعيش الطفل منعزلاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية تعمل على إخراجها من عالمه الخاص (عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢: ٥٢).

إن التوحد من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات، ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية، والتواصل واللغة، واللعب التخيلي إلى جانب السلوكيات النمطية، ووجود قصور أو خلل في الاهتمامات والأنشطة (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢ ج: ٢١٥).

ويعرف ريشارد وماثيو (Richard & Matthew, 2002) التوحد بأنه اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعي وقصور

التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر. والتوحد خلال وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويمتاز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٠).

٢ - معدل انتشار التوحد :

تشير معظم الدراسات إلى أن التوحد ينتشر بين ٤:١٥ حالة في كل عشرة آلاف من المجموع العام للسكان، في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من ٢٠ حالة لكل عشرة آلاف من مجموع السكان (Yoshitaka , 2001)

وترتفع نسبة انتشار التوحد في الأسرة الواحدة فحوالي ٢:٩ % من أقارب الأطفال المصابين بالتوحد مصابين بالتوحد، وهذا يؤيد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب (Harris et al., 1991).

٣ - أسباب التوحد:

فيما يتعلق بأسباب اضطراب التوحد فإنه حتى وقتنا الراهن لم يستطع الباحثون تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها، ولكن على الرغم من ذلك فإن هناك شبه قناعة للعاملين في هذا المجال، بأن حدوث التوحد يرجع إلى :

أ - الأسباب الوراثية أو الجينية: Genetic & Hereditary Causes:

تبين من استعراض بعض الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دوراً هاماً كعامل مسبب للتوحد، أن ٢-٤% من أطفال أبناء يعانون من التوحد، قد أصيبوا بالتوحد، وهي نسبة تزيد أكثر من خمسين

ضعفًا عن انتشارها في المجتمع العام، وفي بحث مقارنة بين عينة من التوائم المتطابقة من بويضة واحدة وأخرى من التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين)، وجد أن اضطراب التوحد ينتشر بنسبة ٣٦% في العينة الأولى، ولم يوجد إطلاقاً في العينة الثانية (Howlin, 1998:35) وفي دراسة مشابهة تماماً لهذه الدراسة، وجد أن التوحد منتشر بنسبة ٩٦% بين أنواع التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) ونسبة ٢٧% بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين) (روبرت كوجل، لن كوجل، ٢٠٠٣: ٢٨).

وقد وُجد أن العامل الوراثي الجنسي الذكري الهش Fragile- X Syndrome أعلى في حالات التوحد بنسبة قد تصل إلى ١٦% في حالات الذكور المصابين بالتوحد، فقد وجد أن نسبة حدوث التوحد بسبب هذا العامل الوراثي تتراوح ما بين ٥ - ١٦% في حالات التوحد، وأنه يلعب دوراً أولياً في الإصابة بهذا الاضطراب (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ٢٠٠٤: ١١٢).

ب - الأسباب العضوية والعصبية: Physical & Neurological Causes
هناك من يربط بين حالة التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ، حيث أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد ضموراً في حجم المخيخ يصل إلى ١٣% من حجم المخيخ الطبيعي خصوصاً في الفصيات الدودية رقم ٦-٧ لدى الأطفال المصابين بالتوحد (روبرت كوجل، لن كوجل، ٢٠٠٣: ٢٨).

وقد تم إثبات ذلك بواسطة التشريح أيضاً، كما وجد أن فحص الرسم الكهربائي (G-E-E) في حالات التوحد يُظهر بعض التغييرات في الموجات الكهربائية في حوالي ٢٠-٦٥% من الحالات، وكذلك زيادة في

نوبات الصرع، خصوصاً عندما يتقدم الطفل في العمر ويقترب من عمر المراهقة في حوالي ٣٠% من هؤلاء الأطفال وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو يعانون من التخلف العقلي Mental Retardation والتصلب الدرني Tuberosus-Sclerosis والحصبة الألمانية الولادية German-Measles- Congenital (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ٢٠٠٤: ١١٤).

ج - الأسباب البيئية: **Environmental Causes** فأمهات الأطفال المصابين بالتوحد لوحظ أنهن قد تعرضن لتعقيدات في الحمل أكثر من أمهات الأطفال العاديين، مثل حالات النزيف التي كانت تعيبيهم خصوصاً بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، كما أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة، والعمليات القيصرية كطريقة للولادة (روبرت كوجل، لن كوجل، ٢٠٠٣: ٢٧).

٤ - الأعراض والتشخيص:

تتكون المحكات التشخيصية لاضطراب التوحدية من

أ - ستة أو أكثر من المجموعات الأولى والثانية، والثالثة التالية (على أن يشتمل على بندين على الأقل من محكات المجموعة الأولى وبند على الأقل من محكات كل من المجموعة الثانية والثالثة):

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

- قصور واضح في سلوكيات التواصل غير اللفظي على اختلاف أنواعها مثل التوصل البصري والتعبيرات الوجهية والأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

- الفشل في تنمية أو تكوين علاقات مع الرفاق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.
 - الافتقار إلى السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مباحثهم واهتماماتهم وانجازاتهم (مثل افتقاد القدرة على إظهار وإبراز والإشارة إلى الأشياء ذات الأهمية).
 - فقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
- المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:
- تأخر أو افتقاد كلي في نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديله مثل الإشارة أو التقليد).
 - في الأفراد ذي القدرة على الحديث (التخاطب) يوجد قصور واضح في القدرة على المبادأة بالحديث أو مواصلة الحديث مع الآخرين.
 - التكرار والنمطية في استخدام اللغة أو اعتماد لغة خاصة به.
 - غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو ألعاب التقليد الاجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.
- المجموعة الثالثة: التقيد بأنماط ثابتة ومكرره من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:
- الاستغراق أو الاندماج الكلي بوحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات المقيدة والنمطية بشكل غير عادي من حيث طبيعتها أو شدتها.
 - الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والاتصاق بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينيه لا جدوى منها.

- ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف مثل رفرفه الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري أو ثني الجزع للأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالقدمين .
- الانشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل: سلسلة مفاتيح، أو أجزاء من ورود صناعية أو ساعة).
- ب - تأخر أو سلوك غير طبيعي في احد الجوانب التالية على اقل تقدير، يبدأ قبل بلوغ الطفل ٣ سنوات:

١. التفاعل الاجتماعي.

٢. استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.

٣. اللعب الرمزي أو التخيلي.

ج - لا يتمثل هذا الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو اضطراب الانتكاس الطفولي. (American Psychiatric Association (2000)

٥ - تأهيل و علاج التوحد عند الأطفال: **Autism Therapy for Children**

في ضوء الدراسات السابقة يمكن تصنيف أنواع العلاج المقدمة للأطفال التوحديين في: العلاج النفسي، والعلاج بالعقاقير، واستخدام النظام الغذائي، وتعديل السلوك، وسوف يتناول الباحث كل نوع بشكل موجز ومبسط مع التركيز على الأساليب العلاجية الحديثة :

أ - **العلاج النفسي: Psychotherapy**: وهو الأسلوب السائد حتى فترة السبعينات، والهدف الأساسي لهذه الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي تمثله الأم أو الباحث في محاولة لتزويد الطفل بما لم يحصل عليه من خبرات مشبعة من الحب والأمن، والتفاعلات الإيجابية، ومن أوائل من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد (بتلهيم)

Bettelheim مشيراً إلى أن التوحد ينشأ من خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه (نادية إبراهيم أبو السعود، ٢٠٠٢: ٧٧).

ب - العلاج بالعقاقير **Treatment With Drugs**: بالرغم من أن الأطفال التوحديين لديهم سمات فردية خاصة في تصرفاتهم، وكذلك في تجاوبهم للدواء، وأكثرهم لا يساعدهم العلاج الدوائي إلا أن نسبة قليلة ١٠- ١٥% قد يستفيدون من العلاج بالأدوية (سميرة عبد اللطيف السعدى، ٢٠٠١: ٨٨).

ج - نظام التغذية: يري عدد من الباحثين أن نوع الغذاء أو كمية الغذاء قد تكون مسئولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين، فقد لاحظت العديد من الأسر أن هناك تغيرات إلي حد ما في سلوك الأطفال التوحديين بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالها، ويتضمن العلاج بالتغذية استبعاد هذه المواد من غذاء الطفل بما في ذلك الأطعمة المحتوية على ألوان أو مذاقات صناعية (Campbell, 2003).

د - العلاج بالموسيقى: **Music Therapy**: تشير الدراسات عن تأثير العلاج التفاعلي بالموسيقى على الأطفال الذين يعانون من التوحد حيث أنه يربى الانتباه التلقائي، والاتصال بينهم أي انه ينمى الجانب الاجتماعي لدى الطفل التوحدي بجانب إخراجه من عزلته وتنمية الانتباه والجوانب المعرفية (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٤٢).

هـ- العلاج بالتمارين البدنية: **Physical Exercise**: يري العديد من الباحثين أن الإثارة الجسمانية الفعلية النشطة لمدة ساعات ، يومياً يمكن أن تساعد على علاج بعض الاضطرابات، فالتدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على علاج المشكلات السلوكية، حيث وجد أن ٤٨% من ١٢٨٦ من الآباء قد قرروا وجود تحسنات ناتجة عن التمارين الرياضية

حيث لاجظ الآباء تحسن في السلوك النمطي، وفط الحركية واضطراب النوم، والعدوان، والقلق، وإيذاء الذات، وتحسن في مدى الانتباه، والمهارات الاجتماعية، وانخفاض في سلوكيات إثارة الذات، وأيضاً الأشكال الأخرى من اضطرابات التعلم (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ٢٠٠٤: ٤٤٦).

ز - المداخل السلوكية: **Behavioral Approaches**: العلاج السلوكي أو تعديل السلوك Behavior Modification أحد الأساليب الحديثة في العلاج وهو يقوم علي أساس من نظريات التعلم ويشتمل علي مجموعة كبيرة من فنيات العلاج التي تهدف إلي إحداث تغيير بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة السلوك غير المتوافق (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٦: ٤٣).

ويمتاز العلاج السلوكي بفاعليته في علاج مدي واسع من الاضطرابات النمائية، كما يمتاز بتعدد أساليبه وتنوعها بما يسمح بعلاج العديد من المشكلات لدي الأفراد في مراحل عمرية مختلفة، ويمتاز أيضا بسهولته النسبية وقلة آثاره الجانبية إذا ما قورن بالعقاقير (جمعه سيد يوسف، ٢٠٠٠: ٢٤٤).

والواقع أن البحوث التي أجريت حتى الآن علي أساليب العلاج النفسي أشارت إلي أن استخدام طرق الإرشاد السلوكي وتعديل السلوك تعطي نتائج جيدة في علاج أعراض تلك الإعاقة (عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢: ١٨٧).

ثانياً: جوانب القصور في السلوك التكيفي للأطفال التوحديين:

تعد قدرة الفرد على أن يسلك سلوكا استقلاليا دون اعتماده على الآخرين إا قليلا، كذلك إظهار الفرد سلوكا تفاعليا تعاونيا مع الآخرين، كذلك قدرته على القيام بمهارات معرفية معينة مثل القدرة على إتقان اللغة

والتواصل وتحقيق مستوى معين من التحصيل كل ذلك يمثل جوانب السلوك التكيفي Adaptive Behavior.

بينما يرى فاروق محمد صادق (١٩٨٥) انه يمثل درجة الفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلاله الشخصي ومسئوليته الاجتماعية المتوقعة حسب عمره الزمني وثقافته التي ينتمي إليها حيث يمكن من خلال تنمية السلوك التكيفي أن يحقق الفرد قدرا من الاستقلالية بحيث يعتمد على ذاته ويصبح قادرا إلى حد معقول على إدارة شئون حياته اليومية دون أن يضر بالآخرين أو بممتلكاتهم وذلك بحسب عمره الزمني والجماعة الاجتماعية التي ينتمي إليها (فاروق محمد صادق، ١٩٨٥ : ٤).

ويمكن تحديد جوانب القصور العديدة التي يتسم بها هؤلاء الأطفال التوحديين في خمسة مجالات هي مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، واللعب، والسلوكيات والإدراكات الحسية، هذه الأوجه تلقى بظلال عديدة على السلوك التكيفي لهؤلاء الأطفال وتترك انعكاسات عدة عليه وعلى الأبعاد التي يتضمنها مما يجعل هناك تدنى واضح في مستوى النمو اللغوي وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي أو إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين (Schalock , Pierce & Stacy , 1994).

فالسلوك التكيفي للأطفال التوحديين يتسم بوجود قصور في مهارات رعاية الذات، ومهارات التنظيم ومهارات طرح الأسئلة وإتباع التعليمات إلى جانب القصور في المهارات الاجتماعية المتمثل في العمل التعاوني مع الزملاء، كما أنهم يعانون من عدم القدرة على التعلم واكتساب المعلومات من مواقف الخبرات المختلفة بالإضافة إلى اعتمادهم على الآخرين في حدود الإطار الاجتماعي والمعايير السائدة في المجتمع، كما يعانون من نقص في مهارات الكلام والقدرة على التعامل مع الأقران في نفس السن كما يتسمون

بقصور في النمو الانفعالي يشمل تفادى التغيرات الاجتماعية والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢: ٣٧٩-٣٨٠).

ويحدد (Klin, 2000; Szatmar et al., 2000,2003; Walker et al., 2004) جوانب العجز في السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين في الآتي:

١. التواصل: Communication إن احد جوانب العجز الهامة في الأطفال التوحديين القصور في نمو اللغة، وحتى الأطفال الذين يظهرون تقدماً في القدرة اللفظية، فان محادثاتهم محدودة جداً، فمستوى التكيف في مهارات التواصل يتراوح بين المستوى المنخفض ٤٢,٨٦%، والمعتدل ٤٧,١٤%.

٢. مهارات الحياة اليومية: Daily Living Skills تتضمن مهارات الحياة اليومية : المهارات الشخصية، المهارات المنزلية، والمهارات التواصلية المتعلقة بذلك، كالملبس، ممارسة العادات الصحية الشخصية، أداء الوظائف المنزلية، قضاء وقت الفراغ، ويعاني الأطفال التوحديين عجزاً واضحاً في تلك المهارات، ويمكن تنمية تلك المهارات إذا ما بدأ التدريب عليها في مرحلة مبكرة من العمر.

٣. الاجتماعية: Socialization يعاني الأطفال التوحديين عجزاً في العديد من المهارات الاجتماعية، تتضمن جوانب العجز هذه : العجز في قراءة التعبيرات الوجهية، العجز في فهم القواعد، نقص الامباثية أو التعاطفية مع الآخرين.

٤. المهارات الحركية: Motor Skills تتضمن جوانب العجز في المهارات الحركية: الحركات غير الواعية أو غير الهادفة، الوقوف

الشاذ، المشي غير الناضج، صعوبات في الكتابة والرسم، نقص التناسق بين العين واليد والحركات النمطية.

ومن هنا فإن مساعدة الأطفال التوحديين في الاستفادة من بيئتهم والتعرف عليها وتنظيمها وإحداث تغيير فيها لا يتأتى إلا بتقديم البرامج التربوية المناسبة لهؤلاء الأطفال ولابد من أن تشمل هذه البرامج على أنشطة مناسبة ومتنوعة لهم لأنها تلعب دورا أساسيا في تنمية الاستقلال والوعي بالذات ليصبحوا قادرين على إقامة علاقات مع الآخرين (عبد الرحمن سيد سليمان، ٢٠٠٠: ٨١).

ويذهب محمد على كامل (١٩٩٨) انه لكي نشجع الأطفال التوحديين على تعلم مهارات الحياة اليومية لابد من تجزئة هذه المهارة (محمد على كامل، ١٩٩٨: ٢٣)، وهذا ما أكدته دراسة (عادل عبد الله محمد، منى خليفة على، ٢٠٠٢: ٤١٢) حينما استخدم الباحثان جداول النشاط المصورة في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحديين.

ويؤكد هولين (Howlin, 1998: 25) أن التدريب العملي للأطفال التوحديين له آثار إيجابية كثيرة على النواحي النفسية والاجتماعية لديهم حيث يستطيع عدد كبير منهم التكيف نفسيا واجتماعيا ومهنيا إذا ما أحسن تدريبهم وتعليمهم وتوجيههم وتأهيلهم.

ثالثاً: التدخل السلوكي المكثف والمبكر وتنمية سلوك الأطفال التوحديين :

أحد أهم التدخلات الشائعة والفعالة مع الأطفال التوحديين: التدخل

السلوكي المكثف المبكر Early Intensive Behavioral Intervention

(EIBI)، حيث يعد التدخل السلوكي المكثف والمبكر Early Intensive

Behavior Intervention احدي الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها

بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية وذلك لتدريب الأطفال التوحديين

حيث ثبتت فاعليته وفائدته في علاج التوحد، حيث يركز العلاج المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية قصيرة نسبياً يتم فيها تدريب مكثف. ومن البرامج التي حققت نجاحاً في علاج التوحد برنامج لوفاز (Lovaas) وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف المبكر للأطفال التوحديين، لمدة ٤٠ ساعة في الأسبوع، ويمتد من سنتين إلى ثلاث سنوات، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح، ويؤكد على المعالج أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلب منه، بمعنى أن نعرف قدراته جيداً ثم نحدد ما يطلب منه ونقلل فرص الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يُطلب منه (نادية ابراهيم أبو السعود، ٢٠٠٠: ٧٩).

أن التدخل السلوكي المكثف والمبكر هو علاج محدد جداً ثبتت فاعليته وفائدته في علاج حالات التوحد وعادة لا توفر اغلب برامج التدخل المبكر تدخلاً سلوكياً مكثفاً، فكلمة المبكر تعنى دائماً المرحلة التي تبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن الخامسة، أما كلمة "المكثف" فتصف الكم الهائل من الساعات المطلوبة لبرنامج العلاج، أما مصطلح "سلوكي" يشير إلى استخدام تحليل سلوكي تطبيقي أي يتم في جلسات البرنامج استخدام تعليمات المحاولة المنفصلة والتي من خلالها يمكن تعلم أنواع كثيرة من السلوك للأطفال التوحديين وخاصة إذا كانوا في مراحل مبكرة من التعليم (محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة على، ٢٠٠٤: ٧٧ أ).

ويشير ريشارد وماتيو (Richard & Matthew, 2002) إلى أن المهارات التي يتم تعلمها باستخدام أساليب التدخل السلوكي المكثف والمبكر تتضمن كل الأنشطة الفردية للطفل التوحدي ويشمل ذلك مهارات مساعدة

الذات Self-help ، والمهارات الاجتماعية المختلفة ومهارات الاستعداد الأكاديمي وكذلك مهارات التحكم في السلوكيات المزعجة والفوضوية. لقد أشارت نتائج الدراسات التي استخدمت نموذج (EIBI) إلى انه يفيد العديد من الأطفال التوحديين، حيث يزيد من السلوكيات الايجابية بمعدل ٢٠ نقطة على المقاييس المقننة للوظائف في مواقف التعلم (Smith, Buch, & Gamby, 2000).

كذلك يقترح ايكبريث (Eikeseth, 1999) أن التدخلات المستندة إلى التعلم تعد أفضل الاختيارات للأطفال التوحديين، والتي تستهدف: التدريب على استخدام الحمام، التواصل البصري، التقليد، مهارات اللغة، التفاعل مع الأقران، وخفض العدوان والسلوك النمطي والفوضوي. ولقد شهدت الآونة الأخيرة مزيداً من الدراسات في مجال التدخلات السلوكية المبكرة والمكثفة والدافع نحو هذه الزيادة النجاحات التي حققتها هذه التدخلات. (Skeinkoff & Siegel, 1998).

إن التدخلات المبكرة تحدث تغييرات جيدة في سلوك الأطفال على المدى البعيد ولا تقتصر تلك التغييرات على الغييرات السلوكية، بل والوظائف النيرولوجية، فقد أثبتت الدراسات أن التدخل السلوكي المبكر يحدث تشكياً في وظائف المخ ويعدل من معدل الضرر في الجهاز العصبي المركزي. (Shore, 1997; Hannigan & Berman, 2000).

بل إن الاختبارات المقننة المستخدمة في بعض الدراسات تشير إلى أن الوظائف المعرفية والمهارات اللغوية والأداء الأكاديمي يصل إلى المعدل الطبيعي بين الأطفال الذين يتلقون تدريباً سلوكياً مبكراً ومكثفاً (Smith et al., 2000).

كما أن والدي الأطفال الذين يتلقى أطفالهم تدريباً سلوكياً مكثفاً ومبكراً، أظهروا مستويات عالية من الرضا وضغوطاً أقل من الأطفال الذين لم يتلقوا مثل هذا العلاج. (Birnbaur & Leach, 1993; Smith et al., 2000)

وتتوقف فعالية برامج (EIBI) على عدد من المتغيرات يمكن تصنيفها في فئتين: الخصائص المرتبطة بالطفل والخصائص المرتبطة بالبرنامج المستخدم (Campbell, 2003; Mudford et al., 2001).

١. فهناك عدد من خصائص الطفل التي من الممكن أن تحدد فعالية التدخلات السلوكية المبكرة والمكثفة منها:

- **حدة الأعراض:** فكلما زادت حدة الأعراض التي يعاني منها الأطفال التوحديين، كلما كانت نتائج التدخل ضئيلة، ومن هنا فإن استخدام أطفال توحديين لديهم أعراض متوسطة أفضل في نتائجه من استخدام أطفال توحديين لديهم أعراض شديدة.
- **نسبة الذكاء:** فارتفاع نسبة الذكاء منبئ للحصول على استجابة أفضل في برامج التدخل السلوكي المكثف، فقد قارن زاجور (Zachor et al., 2007) بين ٢٥ طفلاً تلقوا علاجاً لمدة عام باستخدام التدخل السلوكي المكثف، مقسمين إلى مجموعتين: منخفضة نسبة الذكاء، ومرتفعي نسبة الذكاء، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال مرتفعي نسبة الذكاء اظهروا تحسناً في سلوكياتهم أفضل من الأطفال منخفضة نسبة الذكاء.
- **عمر الطفل:** فالأطفال الذين يبدأون العلاج في سن متقدمة (قبل عمر الست سنوات) معدل السلوكيات المكتسبة لديهم أكبر من الأطفال الذين يبدأون العلاج بعد سن الست سنوات.

٢. أما الخصائص المرتبطة بالبرنامج : فمنها كثافة البرنامج: فكثافة البرنامج المستخدم تعد عاملاً هاماً في فعاليته، فقد أشارت دراسة شينكوف وسيجيال (1998), Sheinkoff & Siegel, إلى أن الأطفال الذين يتلقون علاجاً لا يقل عن ٢٢ ساعة أسبوعياً يحققون تقدماً أفضل من الأطفال الذين يتلقون علاجاً أقل من ١٢ ساعة في الأسبوع، كذلك الفنيات المستخدمة في البرنامج: فاستخدام أساليب التعزيز المختلفة والتنوع فيها، واستخدام النمذجة، والتشكيل يحقق نتائج فعالة في تحسين سلوك الأطفال التوحديين.

الدراسات السابقة

في ضوء الهدف من البحث يمكن تقسيم الدراسات السابقة إلى قسمين:
القسم الأول: يشمل الدراسات السابقة التي تناولت جوانب العجز في السلوك التكيفي للأطفال التوحديين:

من هذه الدراسات دراسة هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩): والتي أشارت نتائجها إلى وجود فروق بين مجموعة الأطفال الأسوياء والأطفال المصابين بالتوحد في النواحي النمائية المختلفة لمقياس السلوك التكيفي لصالح مجموعة الأطفال الأسوياء على جميع الأبعاد، كذلك وجود فروق بين مجموعتي الأطفال الأسوياء والأطفال المصابين بالتوحد في النواحي السلوكية لمقياس السلوك التكيفي لصالح الأطفال المصابين بالتوحد على جميع الأبعاد ما عدا بعدي السلوك الشاذ جنسياً وسلوك لا يوثق به، حيث لم تظهر فروق بين مجموعتي البحث على هذين البعدين.

وقيمت دراسة بارنهيل وآخرون (Barrnhill et al., 2000)

مهارات السلوك التكيفي اعتماداً على الوالدين والمعلمين، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الوالدين قيموا الأطفال التوحديين على أنهم أكثر مشكلات

ويعانون من جوانب عجز متعددة في السلوك التكيفي، وأنهم تحت الخطر، بينما قيم المعلمين هؤلاء الأطفال على أن لديهم مستوى متوسط من مهارات السلوك التكيفي، وقد فسّر الباحث هذه النتيجة على أن الوالدين أكثر احتكاكاً بالطفل من المعلمين، حيث يتعاملون معهم في بيئات مختلفة داخل المنزل وخارجه.

وتم إجراء دراسة كلاين (2000) Klin, التي تهدف إلى تقييم جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين، استخدمت الدراسة مقياس السلوك التكيفي لفاينلاند، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يعانون نقصاً في جوانب السلوك التكيفي التي تشمل: الاجتماعية، التواصل، المهارات الاجتماعية.

أما دراسة فايز آل مطر (٢٠٠١) فقد قارنت أبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً بغرض التعرف على المتغيرات التي تطرأ على تلك الأبعاد بازدياد العمر الزمني، وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نمو مستوى أداء الأطفال التوحديين في بعد التواصل، مهارات الحياة اليومية، اللغة والتعبير، مجال الأنشطة المنزلية وذلك بازدياد الأعمار الزمنية لدى الأطفال التوحديين.

وحاولت دراسة السين وآخرون (2001) Allen et al., إلى التعرف على مدى الاختلاف أو التشابه بين الاضطراب التوحدي مع الاضطرابات النمائية الأخرى في كل من: السلوكيات التكيفية واللاتكيفية واللفظية لدى الأطفال الصغار، أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لم يوجد اختلاف بين المجموعات في المهارات التكيفية واللفظية، ولم يختلف الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية المعقدة عن الأطفال التوحديين في السلوكيات اللاتكيفية، وقد أظهر الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية المعقدة

والأطفال التوحديين الكثير من هذه السلوكيات اللاتكيفية وذلك بالنسبة للمجموعة غير توحدية.

وأجرى عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) دراسة للتعرف على بعض مهارات وجوانب السلوك التكيفي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق بين الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً في كل من مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيق الاجتماعي والدرجة الكلية للسلوك التكيفي وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً، بينما لم توجد فروق دالة بينهما في كل من الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، والنشاط المهني-الاقتصادي.

وفي دراسة فولكمر (2003) Volkamer تم تقييم السلوكيات التكيفية ومدى تأثيرها بالذكاء العام عند الأطفال ذوي التوحد، أشارت النتائج إلى قدرة الأفراد على حل المشكلات خلال المواقف المنظمة بينما أشارت الوظائف مهارية إلى قدرة الأفراد على مقابلة مطالب الحياة اليومية، وقد اهتم علماء النفس الذين قاموا بتقويم الحالة بالمهارات التكيفية، وذلك لأن إنجازات هؤلاء الأفراد في مقاييس السلوك التكيفي كانت أقل بكثير من مقاييس الذكاء العام، ويمكن أن يستخدم علماء النفس النتائج لتحديد سلسلة من المناطق التي تمكن المدرسة والوالدين من تنمية الثقة بالنفس عند هؤلاء الأفراد، كما أشارت أيضاً إلى أن المهارات التكيفية يمكن أن تعلم لهؤلاء الأفراد بطريقة مؤثرة.

وفي دراسة ستاسي وآخرون (2004) Stacey et al., تم فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وقلق الأم، أشارت نتائج الدراسة إلى أن ثلثي المشاركين كان لديهم قلق يرتفع بشكل

واضح، كما أظهرت النتائج أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية كانت تفسر وتعلل حسب الاختلاف في قلق الأم أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم. وفحصت دراسة والكر (Walker et al., 2004) التي أجريت على عينة من ٢٧٠ طفلاً (٢٣٧ من التوحديين، ٣٣ يعانون من متلازمة اسبرجر) أبعاد السلوك التكيفي (الاجتماعية، التواصل، مهارات الحياة اليومية) كما يقيسها مقياس السلوك التكيفي لفاينلاند، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من مستوى منخفض في أبعاد الاجتماعية، التواصل، مهارات الحياة اليومية.

وفحصت دراسة باول (Paul et al., 2005) السلوك التكيفي لهؤلاء الأطفال باستخدام تقاير الوالدين فيما يتعلق بالتواصل، الاجتماعية والمهارات الحركية، ومهارات الحياة اليومية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يتصفون بمستويات منخفضة من التواصل والاجتماعية ومهارات الحياة اليومية، ومستويات معتدلة من المهارات الحركية.

كما هدفت دراسة جبريال وأقرانه (Gabriels, Ivers, Agnew, & McNeill, 2007) إلى مقارنة الوظائف التكيفية لدى مجموعتين من الأطفال التوحديين مختلفي القدرات المعرفية، أشارت نتائج الدراسة إلى انه بالنسبة لذوي الذكاء المرتفع فإن مهارات الاتصال أفضل من المهارات الاجتماعية، إلا أن المهارات الحياتية اليومية كانت أقل من الأداء الاجتماعي، أما بالنسبة لذوي الذكاء المنخفض، فإن المهارات الاجتماعية والتواصلية تعاني عجزاً كلياً لدى هؤلاء الأطفال، كما أن مهارات الحياة اليومية أفضل من المهارات التواصلية.

القسم الثاني: يشمل الدراسات السابقة التي تناولت تنمية جوانب السلوك التكيفي للأطفال التوحديين سواء باستخدام برامج تدريبية بصفة عامة، أو برامج سلوكية:

درس فينزكي وآخرون & Fenske, Zalenski, Krantz, & McClannahan, (1985) مدى فعالية برنامج سلوكي مكثف للتدخل المبكر في تحسين بعض جوانب سلوك هؤلاء الأطفال، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج السلوكي المكثف في تنمية بعض جوانب سلوك هؤلاء الأطفال وان التدخل في سن مبكرة كان أفضل من التدخل فيما بعد سن الخامسة.

كما أجرى أندرسون وآخرون (Anderson et al., 1987) دراسة هدفت لقياس فاعلية برنامج تعليمي يعتمد على منحى تحليل السلوك التطبيقي للوفاس عند ١٤ طفلا تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التوحد، أشارت النتائج إلى حدوث زيادة عند ١٢ طفلا من ١٤ طفلا.

ومن الدراسات الرائدة في هذا المجال دراسة لوفاس Lovaas (1987) والتي استقصى فيها فاعلية برنامج التحليل السلوكي التطبيقي عند ٣٨ طفلا تم تشخيصهم على أنهم توحديين من جانب اختصاصيين نفسيين تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية تتكون من ١٩ طفلا والثانية ضابطة تتكون من ١٩ طفلا، طبق على المجموعة التجريبية برنامجا باستخدام التحليل السلوكي التطبيقي بمعدل ٤٠ ساعة تدريبية أسبوعيا، توصلت النتائج إلى حدوث زيادة في درجات ذكاء الأطفال التوحديين في المجموعة التجريبية بمعدل ٢٠ درجة بينما لم يحدث أي تقدم في درجات أفراد المجموعة الضابطة، وفي عمر ٦-٧ سنوات سجل أطفال المجموعة

التجريبية درجات على الاختبارات المعرفية واللغوية في المعدل الطبيعي، كما أنهم أكملوا الصف الأول بدون الحاجة لفصول خاصة.

واستهدفت دراسة إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) التعرف على مدى فاعلية برنامج للعلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال التوحديين، ضمت العينة أربعة أطفال من التوحديين، تم استخدام مقياس المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد، أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن في أبعاد المقياس والتي تضمنت: الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات الاجتماعية، اضطرابات اللغة، والسلوكية النمطية.

أما دراسة عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) فقد هدفت إلى استخدام برنامج سلوكي يعمل على تخفيف حدة أعراض التوحد المتمثلة في القلق، السلوك العدواني، النشاط الحركي المفرط، ضعف الانتباه، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتنمية بعض المهارات الحياتية، و أظهرت نتائج الدراسة انخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط وارتفاع مستوى القدرة على الانتباه والعلاقات الاجتماعية لدى أطفال العينة.

كما هدفت دراسة سهام على عبد الغفار عليوة (١٩٩٩) إلى تخفيف أعراض التوحد لدى عينة من الأطفال باستخدام برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسري ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة من ١٦ طفلاً (١١ ولداً، ٥ بنات) ممن يعانون من أعراض الأوتيزم، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في خفض حدة أعراض الأوتيزم لدى الأطفال المستهدفين.

وأجرى إيكيزيث (Eikeseth 1999) دراسة هدفت إلى تحسين السلوك التكيفي ومستوى اللغة لدى عينة من الأطفال التوحديين بلغ

قوامها ٥ أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٤ - ٧ سنوات، استخدمت الدراسة برنامج للتدخل السلوكي المبكر والمكثف في تدريب الأطفال عينة الدراسة على المهارات التكيفية (مهارات التقليد، استخدام الجمل البسيطة والأسئلة والضمان، وجذب الانتباه) أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التدريب السلوكي المكثف والمبكر في تحسين المهارات التكيفية لدى الأطفال التوحديين.

أما دراسة سترلين وهوسن (Strain & Hoyson, 2000) فقيمت فاعلية استخدام التدخل الطولي المكثف في تنمية المهارات الاجتماعية، وفي التخفيف من حدة أعراض التوحد، أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجات الأطفال على مقياس تقدير التوحد من متوسط قدره ٣٥ إلى متوسط قدره ٢٢، مما يدل على حدوث انخفاضاً في أعراض التوحد لدى هؤلاء الأطفال، كما لوحظ تحسن سلوكي في التفاعل الاجتماعي حيث كان متوسط التفاعل الإيجابي ٣ %، وعند الانتهاء من البرنامج كان ٢٣ %، كما أشارت النتائج الخاصة بالتاريخ التعليمي إلى أن خمسة أطفال من الستة استطاعوا بعد حصولهم على البرنامج الالتحاق بالفصول العادية مع تقديم خدمات بسيطة لهم أحياناً.

كما توصلت دراسة سميث وآخرون (Smith, Buch, & Gamby, 2000) إلى فاعلية بعض الفنيات مثل التعزيز التفاضلي للسلوك الإيجابي واستخدام الإشارات في إكساب ثلاث أطفال توحديين لمهمات شراء مستلزماتهم من محلات البقالة بشكل سريع مع تعميم ذلك على العديد من المواقف المشابهة .

وأعدت دراسة سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠١) برنامج علاجي لتنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين وكذلك وضعت

برنامج إرشادي لآباء وأمهات الأطفال التوحديين، تكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال توحديين، استمر البرنامج حوالي ٤ شهور متواصلة تم خلاله العمل مع الأطفال التوحديين طوال اليوم، طوال الأسبوع، وتوصلت النتائج إلى أن هناك فروق دالة إحصائية في تطبيق البرنامج قبل وبعد التطبيق وذلك في مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة وقد احتلت مهارات التقليد المرتبة الأولى .

كما هدفت دراسة منى خليفة على حسن (٢٠٠١) إلى تقديم برنامج تدريبي تأهيلي علاجي متكامل للمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال التوحديين والتحقق من مدى فعاليته في دراسة حالة لطفل ذاتوي، وبالتالي تحسين تكيفه في المجتمع، أظهرت نتائج الدراسة تحسن المظاهر السلوكية على الطفل كما تقيمتها قائمة كورنرز (خفض درجة العدوانية والاندفاعية والنشاط الحركي الذائد وتحسن مستوى الانتباه).

وفى دراسة أجراها مودفورد وآخرون , **Mudford, Martin , Eikeseth & Bibby , (2001)** هدفت إلى التعرف على إمكانية تنمية السلوك التكيفي لدى مجموعة من أطفال الروضة التوحديين بلغ عددهم عشرون طفلا وذلك من خلال تطبيق برنامج تربوي مكثف يتضمن توجيهات وإشارات تهدف إلى تذكرة الطفل بما يجب عليه أن يفعله، أوضحت النتائج حدوث تغيرات إيجابية دالة في الأداء التكيفي لهؤلاء الأطفال دلت عليها الفروق الدالة التي وجدت في جميع جوانب السلوك التكيفي التي يتضمنها مقياس "فاينلاند Vineland" بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي .

وباستخدام جداول النشاط المصورة أجرى عادل عبد الله محمد، منى خليفة حسن (٢٠٠٢) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فعالية تدريب

الأطفال التوحديين على استخدام هذه الجداول في تنمية سلوكهم التكيفي، وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج قد أحدث تحسناً في السلوك التكيفي بالنسبة لعينة الأطفال التوحديين التجريبية واستمر هذا التحسن بعد شهرين من انتهاء البرنامج.

وأجرت سهير محمود أمين عبد الله (٢٠٠٢) دراسة لإعداد برنامج لمساعدة الطفل التوحدي على تنمية مهارات رعاية الذات، والمهارات المعرفية والمهارات اللغوية، والاجتماعية وممارسة أساليب وأنماط السلوك التوافقي، مع إعداد برنامج إرشادي للوالدين يساعدهم على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب، أشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة فعال في إحداث تحسناً في جوانب الرعاية الذاتية واللغة وخفض الاضطرابات الانفعالية.

أما دراسة بارانيك (Baranek, 2002) فهدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي يعتمد على النمذجة والتوجيهات اللفظية والإشارات التي تهدف إلى تذكير الطفل بالسلوكيات الواجب القيام بها يومياً وتدعيم الطفل وتعزيزه في حالة تنفيذ هذه السلوكيات المطلوبة وقد طبق البرنامج على ثلاثة أطفال توحديين، وأوضحت النتائج فاعلية هذا البرنامج في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال عينة الدراسة.

وهدف دراسة بببي (Bibby et al., 2002) التعرف على ما إذا كانت التدخلات السلوكية المكثفة المقدمة لوالدي الأطفال التوحديين تحقق نتائج ايجابية، وقياس تقدم الأطفال الذين يتلقون هذه التدخلات مع تحديد المتغيرات التي تنبئ بهذا التقدم، أشارت النتائج إلى أن السلوك التكيفي تحسن ٩,٨ نقطة ليصل إلى متوسط ٦٣,٤ من ٥٤,٥ في بداية العلاج، وعلى المستوى الفردي حقق ٣٣% من الأطفال تغيرات واضحة في السلوك

التكفي، وصل ١٠% من الأطفال إلى المعدل الطبيعي، ١٧% وصلوا إلى وظائف تربوية عادية.

كما قارنت دراسة ايكيزيث وآخرون **Eikeseth, Smith, Jars, (2002)** بين تأثيرات العلاج التحليلي السلوكي المكثف والعلاج الانتقائي المقدم في برامج التربية الخاصة بمركز متخصص، على الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤-٧ سنوات، أظهرت نتائج الدراسة تحسن أداء المجموعة الأولى على الاختبارات المقننة التي تقيس الوظائف المعرفية واللغوية والتكيفية عن المجموعة الثانية، حيث حصل هؤلاء الأطفال على ١٧ درجة على اختبار السلوك التكفي، وخلال فترة المتابعة سجل ٧ أطفال معدلاً طبيعياً في القيام بالوظائف التكيفية في مقابل طفلين في المجموعة الثانية.

وقامت دراسة هاستنج وسيميز **Hastings & Symes (2002)** العلاقة بين شدة الأعراض لدى الأطفال التوحديين، الدعم الاجتماعي المقدم من فريق البرنامج وإدراك الوالدين لكفاءتهم لمعالجين، أشارت نتائج الدراسة إلى أن متغيرات مثل عدد الساعات العلاجية كل أسبوع، الوقت المستغرق منذ بداية العلاج، لا ترتبط بالكفاءة الامومية الذاتية، في حين أن مدى شدة الأعراض، الضغوط الامومية من المتغيرات المنبئة بالكفاءة الامومية.

هدفت دراسة ريسيدي ولويسيللي **Ricciardi & Luiselli(2003)** إلى تدريب ١١ طفلاً من الأطفال التوحديين على كيفية استخدام الميولة من خلال استخدام فنيات العلاج السلوكي : التدعيم المستمر، التوجيه اللفظي، التجاهل، تم تطبيق البرنامج خلال اليوم الدراسي، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية فنيات العلاج السلوكي المستخدمة في تدريب الطفل على استخدام الميولة.

أما دراسة رائد على موسى على (٢٠٠٤) فتم خلالها قياس فاعلية برنامج لتنمية وتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين، وأظهرت النتائج تطور المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية بنسب جيدة لدى جميع الأطفال عينة الدراسة، وانخفضت السلوكيات غير التكيفية.

كما قيمت دراسة سيد الجارحي (٢٠٠٤) فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة، أشارت نتائج الدراسة إلى 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.

وهدف دراسة ارجيونر - تيكنال واكوك - Erguner- Tekinalp&Akkok, (2004) إلى فحص فعالية برنامج للتدريب على مهارات التعامل على تحسين تلك المهارات وخفض التشاؤم ومستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين، أشارت النتائج إلى إمكانية تنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين من خلال تدريب أمهاتهم.

وقدمت دراسة هتزوننا وتانوس Hetzrona & Tannous (2004) برنامج يعتمد على التدخل السلوكي من خلال استخدام الكمبيوتر لتحسين الوظائف التواصلية للأطفال التوحديين، توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية مهارات التواصل وتحسين سلوك الأطفال التوحديين.

أما دراسة ستويلب وآخرون (Stoelb et al., 2004) فهدفت إلى فحص أهم المتغيرات المنبئة بنجاح التدخل السلوكي المكثف المبكر لدى الأطفال التوحديين بعد التدخل بفترة من ٦-١٢ شهراً، أشارت النتائج إلى أن هناك عدد من المتغيرات من الممكن أن تكون منبئات بالتقدم في برامج الإرشاد السلوكي المكثف لدى الأطفال التوحديين منها (الوظائف التكيفية، الخصائص الجسمية، عمر الطفل في بداية العلاج، كثافة العلاج).

وتناولت دراسة هاني سيد أحمد سيد أحمد (٢٠٠٥) الكشف عن أثر برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات الرعاية الذاتية لمجموعة من الأطفال الذاتويين، والكشف عن طبيعة العلاقة بين التوافق الزوجي لدى والدي الطفل الذاتوي ومدى تقدم الطفل في البرامج التدريبية، أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تحسين مهارات أفراد المجموعة التجريبية.

وقارنت دراسة هوارد وآخرون (Howard et al., 2005) بين تأثيرات ثلاث من التدخلات العلاجية على أطفال ما قبل المدرسة التوحديين، أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في جميع المهارات التي تم قياسها (متضمنة مهارات السلوك التكيفي) بين المجموعات الثلاث لصالح مجموعة العلاج لسلوكي المكثف، كما أن معدل التعلم خلال فترة المتابعة كان أعلى لدى هذه المجموعة.

وتناول سيجموند وآخرون (Sigmund et al., 2006) دراسة تأثير العلاج السلوكي شبه المكثف على الأطفال ذوي التوحد والتخلف العقلي، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال تتلقى المجموعة الأولى علاج سلوكي والمجموعة الثانية تتلقى علاج انتقائي، نتائج الدراسة أكدت 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.

كما قيمت دراسة بين-اينزكاك (2007) Ben-Itzhak & Zachor

العلاقة بين متغيرات ما قبل التدخل العلاجي (الإدراك، الاجتماعية، التواصل) ونتائج التدخل عند الأطفال التوحديين، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال مرتفعي المهارات العقلية والأطفال منخفضي التفاعل الاجتماعي اظهروا معدلا أفضل في اكتساب مهارات: اللغة التعبيرية، مهارات اللعب، اللغة الاستقبالية.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

- فيما يتعلق بجوانب النقص في السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين: ..
- أشارت نتائج الدراسات التي تم عرضها إلى أن الأطفال التوحديين يعانون عجزاً في العديد من جوانب السلوك التكيفي والتي تشمل: التواصل والنشاط الحركي (حسني إحسان حلواني، ١٩٩٦)؛ ونقصاً في جوانب الاجتماعية والتواصل والمهارات الاجتماعية (فايز آل مطر، ٢٠٠١؛ Klin, 2000)؛ ومهارات الحياة اليومية واللغة والتعبير (فايز آل مطر، ٢٠٠١؛ Walker et al., 2004)؛ وفي التطبيع الاجتماعي والأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية والنشاط المهني-الاقتصادي (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢؛ Paul et al., 2005; Gabriels, 2007)
 - كما أشارت نتائج تلك الدراسات أن جوانب العجز هذه تسبب العديد من المشكلات لهؤلاء الأطفال مما يجعلهم تحت خطر الفشل (Barnhill et al., 2000)؛ كما أنها تعيق اكتسابهم وتعلمهم للمهارات الحياتية (Dawson, Matson, & Cherny, 1998)

فيما يتعلق بفعالية العلاج السلوكي المكثف والمبكر:

- إن برامج (EIBI) تغطي العديد من المهارات، وتبدو أنها انصب البرامج للتدريب على السلوك التكيفي وتنمية مهارات الأطفال التوحديين (رائد على موسى على، ٢٠٠٤؛ Ricciardi & Luiselli, 2003).
- إن برامج (EIBI) تبدو أنها مفيدة للعديد من الأطفال التوحديين، فهي تحسن مستوى الذكاء (Skeinkopf & Siegel, 1998)، وتحسن المهارات التكيفية (Eikeseth, 1999; Hastings & Symes, 2002)، كما أن هذه البرامج تؤدي ببعض الأطفال التوحديين إلى الوصول إلى المعدل الطبيعي في أداء العديد من الوظائف (Eikeseth et al., 2002; Howard et al., 2005).
- كما أن آثار برامج (EIBI) لا تقتصر فعاليتها على الأطفال التوحديين، بل تمتد آثارها إلى والدي الأطفال التوحديين، حيث أظهر والدي الأطفال التوحديين الذين تلقى أطفالهم علاجاً سلوكياً مبكراً ومكثفاً مستويات عالية من الرضا وضغوطاً أقل طوال فترة العلاج (Anderson et al., 1987; Smith et al., 2000).
- إن برامج (EIBI) فعالة سواء أقدمت تلك البرامج في المنزل (Bibby et al., 2002; Eikeseth, 1999; Hastings & Symes, 2002) أو التي تقدم في المراكز الخاصة والمدارس (Howard et al., 2005; Stoelb et al., 2004).
- تتوقف فعالية برامج (EIBI) على عدد من المتغيرات منها: عمر الطفل عند تقديم البرنامج، نسبة ذكاء الطفل، الفنيات المستخدمة، كثافة البرنامج، فالبرنامج الأكثر كثافة وطويل الأمد والذي يقدم مباشرة للطفل في سن مبكرة يحدث تغيرات أفضل من البرنامج الذي يفتقد لتلك

العناصر (Fenske et al., 1985; Hasting & Symes, 20002; Stoelb et al., 2004).

استفاد الباحث من الدراسات السابقة في:

- تحديد فترة التدريب على البرنامج: حدد الباحث فترة التدريب على البرنامج ٢٤ ساعة أسبوعياً، حيث أشارت الدراسات السابقة إلى أن فترة التدريب ينبغي ألا تقل عن ٢٠ ساعة.
- تحديد محكات الحكم على فعالية البرنامج: حدد الباحث جوانب السلوك التكيفي كما يقيسها مقياس السلوك التكيفي المستخدم في الدراسة، واعررض التوحد كما يقيسها مقياس جيليام للتوحدية، حيث أشارت نتائج الدراسات إلى انه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار اعرض التوحد عند تصميم أي برنامج تدريبي للأطفال التوحديين فهي من المحكات الهامة للحكم على كفاءة البرنامج.
- الأخذ في الاعتبار العوامل التي ثبت أنها تؤثر على فعالية برامج (EIBI) لهذا فقد تم اختيار أطفال رياض الأطفال، كثافة البرنامج لا تقل عن ٢٤ ساعة أسبوعياً، لا تقل نسبة ذكاء الأطفال عينة الدراسة عن ٨٥ على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (من واقع سجلات الأطفال).
- تحديد الفنيات المستخدمة في الدراسة والتي اشتملت على: التعزيز، النمذجة، تحليل المهمة، التشكيل.

فروض الدراسة:

(١) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدى.

(٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي .

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

(٤) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي.

(٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

(٦) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

(٧) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي.

(٨) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس التواصل في القياسين البعدي والتتبعي.

خطة الدراسة:

أولاً: الأدوات:

١ - مقياس الطفل التوحدي: إعداد/ عادل عبد الله محمد (٢٠٠١):

يتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عليها باستخدام (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائي أو احد الوالدين، وتمثل تلك العبارات في مجملها مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد تمت صياغتها في ضوء تلك المحكات المتضمنة في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، إلى جانب ما كتب عن هذا الاضطراب في التراث السيكولوجي والسيكاتري، ويعني وجود نصف العدد من العبارات على الأقل وانطباقها على الطفل انه يعاني من هذا الاضطراب، واستخدم المقياس في هذه الدراسة بغرض تشخيصي وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني من الذاتية، حيث إن الأطفال الموجودين بفصول التوحد تم تشخيصهم من قبل.

الكفاءة السيكومترية للمقياس: تم حساب صدق الاتساق الداخلي: حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية على المقياس وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على عينة من ١٥ طفلاً من الأطفال الذاتويين بفواصل زمني ١٦ يوم فبلغت قيمة معامل الثبات ٠,٨١٢ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١.

٢ - مقياس التواصل من مقياس جيليام Gilliam التقديري لتشخيص

اضطراب التوحد إعداد/ جيمس جيليام ترجمة وتعريب / عادل عبد الله

محمد (٢٠٠٦)

يضم المقياس أربعة مقاييس فرعية يتألف كل منها من ١٤ عبارة ليصل بذلك إجمالي عدد عباراته ٥٦ عبارة، والمقياس الذي تم استخدامه في هذه الدراسة هو المقياس الفرعي الثاني والذي يعرف بالتواصل والذي يضم العبارات التي تصف جميعها السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تمثل أعراضاً لاضطراب التوحد.

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أ- الصدق : تم حساب صدق الاتساق الداخلي: حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية على بعد التواصل لاستجابات كل من آباء ومعلمي الأطفال التوحديين وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستو ٠,٠١ مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس .

ب - الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين: الثبات بطريقة التجزئة النصفية : حيث تم حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون وذلك كما ذكرها (صلاح احمد مراد، ٢٠٠٠ : ٢٢١) حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستو ٠,٠١ مما يحقق ثبات المقياس، والثبات بطريقة إعادة التطبيق: على عينة مكونة من ٢١ بفاصل زمني مقداره ٢٥ يوماً فكانت قيمة معامل الثبات دالة عند مستو ٠,٠١ مما يؤكد درجة الثبات العالية للمقياس.

٢- مقياس السلوك التكيفي للأطفال (إعداد عبد العزيز السيد الشخص،
(١٩٩٢)

يتكون المقياس من خمس أبعاد منفصلة من البنود تشمل النمو اللغوي، الأداء الوظيفي المستقل، أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، النشاط المهني والاقتصادي، التطبيع الاجتماعي .

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس :

أ - الصدق : الصدق التمييزي : تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسط درجات عينه من الأطفال العاديين وعينه من الأطفال المتخلفين عقليا بلغ عددهم ٤٥ طفلا على المقياس حيث وجدت قيمة ت تساوى ١٧,٩٤ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١، كما تم حساب الصدق المرتبط بالمحك: بحساب معاملات الارتباط بين درجات عينه من الأطفال بلغت ٤٥ طفلا ودرجاتهم على مقياس السلوك التكيفي (فاروق محمد صادق، ١٩٨٥) وكانت قيمة معامل الارتباط ٠,٨٣ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

ب- الثبات : تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمنية قدره ٢١ يوم على عينة بلغ عدده ٢٥ طفلا، وتراوحت معاملات الثبات لكل بعد والدرجة الكلية على الترتيب ٠,٥٩ - ٠,٨٦ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

٣ - البرنامج المستخدم (إعداد الباحث) ملحق (١):

أ - أهداف البرنامج: يهدف البرنامج إلى تدريب الأطفال التوحديين على بعض المهارات التكيفية اللازمة لمساعدتهم على تحسين بعض جوانب سلوكهم التكيفي مع والديهم وأقرانهم ومعلماتهم وذلك باستخدام بعض فنيات العلاج السلوكي المكثف والمبكر مثل التحليل التطبيقي للسلوك حيث أشارت دراسة ريشارد وماثيو (Richard & Matthew, 2002) إلى أن المهارات التي يتم تعلمها باستخدام التحليل التطبيقي للسلوك - أحد أساليب التدخل السلوكي المكثف والمبكر - تتضمن كل الأنشطة الفردية للطفل التوحدي ويتراوح ذلك بين مهارات مساعدة الذات **Self-help** ، كذلك المهارات

الاجتماعية المختلفة كذلك مهارات الاستعداد الاكاديمي وكذلك مهارات التحكم في السلوكيات المزعجة والفوضوية.

ففي مجال الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية: (سلوك تناول الطعام، سلوك ارتداء الملابس، سلوك استخدام الحمام)؛ في مجال الأداء الاجتماعي: (تدريب الطفل على تقليد الحركات)؛ في مجال النمو اللغوي؛ في مجال النشاط المهني

ب - الفئة المستهدفة من البرنامج: البرنامج الإرشادي المعد في الدراسة الحالية مقدم إلى الأطفال التوحديين من أطفال رياض الأطفال.

ج - مصادر محتوى البرنامج: من أجل وضع المحتوى المناسب لمادة البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية تم الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت تصميم برامج للأطفال التوحديين وتمثلت أهم البرامج التي كانت مجالاً لاختيار محتوى البرنامج فيما يلي: {دراسة سهام على عبد الغفار (١٩٩٩)؛ دراسة سهير محمود أمين (٢٠٠٤) دراسة عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢ج)؛ دراسة عادل عبد الله محمد، منى خليفة على (٢٠٠٢)؛ دراسة عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧)}.

د- الفنيات المستخدمة في البرنامج: استخدم الباحث في البرنامج بعض فنيات العلاج السلوكي، والتي تم اختيارها في ضوء توصيات دراسات كلاً من (سهام على عبد الغفار، ١٩٩٩؛ رائد موسى على، ٢٠٠٤؛ Bibby et al., 2002; Eikeseth et al., 2002; Howard et al., 2005; Kasari, 2002) تمثلت في: التدعيم، العقاب، النمذجة، بالإضافة إلى التكرار، لمساعدة الطفل على أداء السلوك المستهدف وتقديم التعزيز المادي والمعنوي له عند قيامه بالاستجابة الصحيحة، وتكرار المحاولة إذا لم يستطع أن يأتي بالاستجابة الصحيحة إلى جانب التوجيه اليدوي للطفل من خلال الإمساك بيده

وأداء المهمة ثم الإقلال التدريجي من ذلك إلى أن ينتهي تماماً واستخدام الإشارات التي تهدف إلى تذكرة الطفل بما يجب عليه فعله كالسير باتجاه الطفل أو باتجاه الأدوات المطلوبة أو بتذكير الطفل بالمهمة المطلوبة من خلال التمثيل الصامت.

هـ - **تقويم البرنامج:** تم في تقويم البرنامج من التقويم المبدئي من خلال عرض البرنامج على مجموعه من المحكمين لإبداء آراءهم وتعديل البرنامج في ضوء ما اجمع عليه المحكمين، والتقويم البنائي ويتمثل في التقويم المصاحب للبرنامج من خلال التقويم الذي يتم بعد كل جلسة وكذلك من خلال سؤال الوالدين والمعلمات، والتقويم النهائي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية بعد الانتهاء من تطبيقه، والتقويم التتبعي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد شهر من الانتهاء من تطبيقه للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج المستخدم .

ويكون البرنامج في صورته النهائية من ٢٨٨ ساعة تدريبية، بواقع ثلاث ساعات يومية يتم تقسيمها بين المعلمة والباحث والأم، كما يحتوي البرنامج على عدد من المشاهد المصورة على شريط الفيديو بلغت ٤٠ مشهداً مصوراً، اشتملت هذه الساعات التدريبية على ٨٤ ساعة تدريبية على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية، ٣٣ ساعة تدريبية على الأداء الاجتماعي، ٣٩ ساعة للتدريبات اللغوية، ٢٧ ساعة تدريبية على الأنشطة المهنية والاقتصادية، ٢٤ ساعة تدريبية على بعض الأنشطة التي تنمي المهارات العقلية، بالإضافة إلى ٧٥ ساعة يتم فيها إعادة التدريب على محتوى البرنامج، كما تم تخصيص ٦ ساعات لتحقيق الألفة بينهم وبين الأطفال عينة الدراسة، ويوضح جدول (١) مكونات البرنامج.

جدول (١) مكونات البرنامج المستخدم في الدراسة

أبعاد التدريب	عدد الجلسات	عدد الساعات التدريبية	عدد المشاهد المصورة	القائم بالتدريب
التعارف.	٨ -	٦	-	الباحث
الأداء الوظيفي المستقل	١١٢	٨٤	١٤	الأم والمعلمة
الأداء الاجتماعي.	٤٤	٣٣	١٢	الباحث والمعلمة والأم
التدريبات اللغوية.	٥٢	٣٩	٨	المعلمة والأم
النشاط المهني.	٣٦	٢٧	٦	الباحث والمعلمة والأم
تدريبات على العمليات العقلية.	٣٢	٢٤	-	الباحث
إعادة تدريب.	١٠٠	٧٥	-	الباحث والمعلمة والأم
المجموع.	٣٨٤	٢٨٨	٤٠	

استمر تطبيق البرنامج أربعة أشهر، بواقع ثلاث ساعات أسبوعياً، حيث

يتم التدريب وفقاً لجدول (٢)

جدول (٢) خطة التدريب على ساعات البرنامج

اليوم	مكونات التدريب
السبت	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريب على الأداء الاجتماعي.
الأحد	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريبات اللغوية.
الاثنين	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريب على النشاط المهني.
الثلاثاء	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريب على الأداء الاجتماعي.
الأربعاء	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريبات اللغوية.
الخميس	تدريب على الأداء الوظيفي المستقل وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية. تدريب على العمليات العقلية.

اجتمع الباحث بالمعلمات والأمهات القائمين على تطبيق البرنامج قبل بداية تطبيقه، حيث تم توضيح الهدف من البرنامج وطريقة التدريب، كما أعطى الباحث نسخة من البرنامج إلى المعلمات والأمهات المشاركات في البرنامج لقراءته وإيداء أي استفسار يتعلق بمحتوى البرنامج، كما تم توضيح أن البرنامج يتكون من عدد من الجلسات مدة كل جلسة لا تزيد عن ٤٥ دقيقة، وعلى ألا يزيد التدريب المقدم للطفل من قبل الأمهات والمعلمات عن ثلاث ساعات (بمعدل ٩٠ دقيقة للام، ٩٠ دقيقة للام) وتم إعادة اللقاء بين الأمهات والمعلمات بعد أسبوع من اللقاء الأول، حيث تم الإجابة عن استفساراتهن عن البرنامج، كما تم الاتفاق على بداية التدريب وخطته.

ثانياً : عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة النهائية من ٩ أطفال توحديين من الذكور، تتراوح أعمارهم من ٤-٦ سنوات بمتوسط قدره ٥,٣٢ سنة وانحراف معياري ٢,٠١، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية: وتتضمن ست أطفال، المجموعة الضابطة: وتتضمن أربع أطفال، وكان لا بد من التأكد أن مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية متكافئتان من حيث درجاتهم على المقاييس المستخدمة في الدراسة، لهذا تم التجانس بين المجموعتين بحساب الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار "مان ويتي" للعينات غير المرتبطة، وسيعرض الباحث فيما يلي مجانسة عينة الدراسة في درجاتهم على متغيرات الدراسة، وتوضح جداول (٣)، (٤) نتائج ذلك.

جدول (٣) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس القبلي

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
مستوى النمو اللغوي	الضابطة	٤	٥,٨٨	٢٣,٥٠	٦,٥٠	٠,٨٩	غير دالة
	التجريبية	٥	٤,٣٠	٢١,٥٠			
الأداء الوظيفي المستقل	الضابطة	٤	٤,٨٨	١٩,٥٠	٩,٥٠	٠,١٣	غير دالة
	التجريبية	٥	٥,١٠	٢٥,٥٠			
أداء الأدوار الأسرية	الضابطة	٤	٤,٧٥	١٩,٠٠	٩,٠٠	٠,٢٥	غير دالة
	التجريبية	٥	٥,٢٠	٢٦,٠٠			
النشاط المهني الاقتصادي	الضابطة	٤	٦,١٣	٢٤,٥٠	٥,٥٠	١,١٧	غير دالة
	التجريبية	٥	٤,١٠	٢٠,٥٠			
الأداء والتطبيق الاجتماعي	الضابطة	٤	٥,٦٣	٢٢,٥٠	٧,٥٠	٠,٦٤	غير دالة
	التجريبية	٥	٤,٥٠	٢٢,٥٠			
الدرجة الكلية	الضابطة	٤	٥,٥٠	٢٢,٠٠	٨,٠٠	٠,٥١	غير دالة
	التجريبية	٥	٤,٦٠	٢٣,٠٠			

ويلاحظ من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس القبلي.

جدول (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس التواصل في القياس القبلي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
الضابطة	٤	٥,٧٥	٢٣,٠٠	٧,٠٠	٠,٢٦	غير دالة
التجريبية	٥	٤,٤٠	٢٢,٠٠			

ويلاحظ من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التواصل في القياس القبلي.

جدول (٥) الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والضابطة علي متغيرات العمر الزمني والذكاء في القياس القبلي

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	قيمة Z	الدلالة
العمر الزمني	الضابطة	٤	٤,٧٥	١٩,٠٠	٩,٥٠	٠,١٢	غير دالة
	التجريبية	٥	٥,٢٠	٢٦,٠٠			
الذكاء	الضابطة	٤	٤,٨٨	٢٧,٠٠	٩,٠٠	٠,٢٥	غير دالة
	التجريبية	٥	٥,١٠	٣٩,٠٠			

ويلاحظ من جدول (٧)، (٨) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي متغيرات العمر الزمني والذكاء في القياس القبلي، ومن ثم يتضح تجانس أفراد المجموعتين علي متغيرات الدراسة.

وذلك يشير إلى أن أفراد العينة التي ستجرى عليها الدراسة تنتمي إلى فئة واحدة من حيث العمر الزمني ونسبة الذكاء ومستوى السلوك التكيفي، والتواصل، ومن ثم يتضح تجانس أفراد المجموعتين علي متغيرات الدراسة. وسوف استخدام البرنامج المعد في هذه الدراسة مع المجموعة التجريبية فيما عدا المجموعة الضابطة وفقاً للتصميم التجريبي للدراسة لمعرفة فعالية هذا البرنامج، فإذا تحسنت درجات المجموعة التجريبية كان هذا دليلاً علي فعالية البرنامج دون غيره .

ثالثاً : إجراءات الدراسة:

قام الباحث لإجراء هذه الدراسة بالخطوات التالية:

- (١) مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات المرتبطة بموضوع الدراسة.
- (٢) حساب ثبات وصدق مقياس أدوات الدراسة.
- (٣) إعداد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة.
- (٤) اختيار عينة الدراسة بتطبيق مقياس تشخيص التوحد ومقياس التواصل ومقياس السلوك التكيفي (القياس القبلي).
- (٥) تحديد عينة الدراسة.
- (٦) تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية.
- (٧) إجراء القياس البعدي بتطبيق مقياس تشخيص التوحد ومقياس التواصل ومقياس السلوك التكيفي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.
- (٨) إجراء القياس التتبعي بتطبيق مقياس تشخيص التوحد ومقياس التواصل ومقياس السلوك التكيفي بعد مرور ثمانية أسابيع من القياس البعدي.
- (٩) المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي.

النتائج وتفسيرها

نتائج الفرض الأول :

ينص هذا الفرض على انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي"، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة المرتبطة ويوضح جدول (٦) نتائج ذلك.

جدول (٦) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة وقيمة Z على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
أبعاد المقياس	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٧٧	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		
الأداء الوظيفي المستقل	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	١,٦١-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		
أداء الأدوار الأسرية	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		
النشاط المهني الاقتصادي	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٧-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		
الأداء والتطبيق الاجتماعي	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	١,٦١-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠		
	التساوي	١	٠	٠		
	المجموع	٤	-	-		

يتضح من الجدول السابق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي.

نتائج الفرض الثاني :

ينص هذا الفرض على انه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي "، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ويلكوكسون" للعينات الصغيرة المرتبطة ويوضح جدول (٧) نتائج ذلك.

جدول (٧) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	أبعاد المقياس
٠,٠٥	١,٨٤-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	مستوى النمو اللغوي
		١٠	٢,٥٠	٤	الرتب الموجبة	
				١	التساوي	
				٥	المجموع	
٠,٠٥	٢,٠٣-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	الأداء الوظيفي المستقل
		١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	الرتب الموجبة	
				صفر	التساوي	
				٥	المجموع	
٠,٠٣	٢,٠٦-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	أداء الأدوار الأسرية
		١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	الرتب الموجبة	
				صفر	التساوي	
				٥	المجموع	
٠,٠٥	١,٨٣-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	النشاط المهني الاقتصادي
		١٠	٢,٥٠	٤	الرتب الموجبة	
				١	التساوي	
				٥	المجموع	
٠,٠٥	٢,٠٢-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	الأداء والتطبيع الاجتماعي
		١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	الرتب الموجبة	
				صفر	التساوي	
				٥	المجموع	
٠,٠٥	١,٨٤-	صفر	صفر	صفر	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		١٠,٠٠	٢,٥٠	٤	الرتب الموجبة	
				١	التساوي	
				٥	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي في بأبعاد الأربعة والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يعنى تحسن مستوى السلوك التكيفي لأطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي عليهم وبذلك تحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثالث : وينص هذا الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية" للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتي للعينات غير المرتبطة ويوضح جدول (٨) هذه النتائج.

جدول (٨) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس البعدي

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
مستوى النمو اللغوي	الضابطة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠	صفر	٢,٤٦	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٧,٠٠	٣٥,٠٠			
الأداء الوظيفي المستقل	الضابطة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠	صفر	٢,٤٧	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٧,٠٠	٣٥,٠٠			
أداء الأدوار الأسرية،	الضابطة	٤	٢,٦٣	١٠,٥٠	٠,٥٠	٢,٣٣	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٢,٩٠	٣٤,٥٠			
النشاط المهني الاقتصادي	الضابطة	٤	٢,٧٥	١١,٠٠	١,٠٠	٢,٢٤	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٦,٨٠	٣٤,٠٠			
الأداء والتطبيع الاجتماعي	الضابطة	٤	٣,٠٠	١٢,٠٠	٢,٠٠	١,٩٦	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٦,٠٠	٣٣,٠٠			
الدرجة الكلية	الضابطة	٤	٣,١٣	١٢,٠٠	٢,٥٠	١,٨٥	٠,٠٥
	التجريبية	٥	٦,٥٠	٣٢,٥٠			

يتضح من الجدول السابق انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. **نتائج الفرض الرابع:** وينص هذا الفرض على انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي" لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة المرتبطة، ويوضح جدول (٩) هذه النتائج.

جدول (٩) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة وقيمة Z على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١٦	غير دالة
الرتب الموجبة	٢	٢,٢٥٠	٤,٥٠٠		
التساوي	١	٠	٠		
المجموع	٤	-	-		

يتضح من الجدول السابق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي.

نتائج الفرض الخامس: وينص هذا الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة المرتبطة، ويوضح جدول (١٠) هذه النتائج.

جدول (١٠) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة

التجريبية وقيمة Z على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	١,٨٩	٠,٠٥
الرتب الموجبة	٢	٢,٢٥٠	١٠,٠٠٠		
التساوي	صفر	٠	٠		
المجموع	٥	-	-		

يتضح من الجدول السابق انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

نتائج الفرض السادس:

وينص هذا الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، " للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتسي للعينات غير المرتبطة، ويوضح جدول (١١) هذه النتائج.

جدول (١١) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياس البعدي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
الضابطة	٤	٢,٦٣	١٠,٥٠	٠,٥٠٠	٢,٣٤	٠,٠٥
التجريبية	٥	٦,٩٠	٣٤,٥٠			

يتضح من الجدول السابق انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

نتائج الفرض السابع: ينص هذا الفرض على انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة المرتبطة، ويوضح جدول (١٢) هذه النتائج. جدول (١٢) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	أبعاد المقياس
غير دالة	١,٠٠	٢,٥٠	٢,٥٠	١	الرتب السالبة	مستوى النمو اللغوي
		٧,٥٠	٢,٥٠	٣	الرتب الموجبة	
				١	التساوي	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠,٨٢	٤,٥٠	٢,٢٥	٢	الرتب السالبة	الأداء الوظيفي المستقل
		١,٥٠	١,٥٠	١	الرتب الموجبة	
				٢	التساوي	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠,٤٥	١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب السالبة	أداء الأدوار الأسرية
		٢,٠٠	٢,٠٠	١	الرتب الموجبة	
				٣	التساوي	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠,٨٢	١,٥٠	١,٥٠	١	الرتب السالبة	النشاط المهني الاقتصادي
		٤,٥٠	٢,٢٥	٢	الرتب الموجبة	
				٢	التساوي	
				٥	المجموع	
غير دالة	٠,٤٤	١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب السالبة	الأداء والتطبيع الاجتماعي
		٢,٠٠	٢,٠٠	١	الرتب الموجبة	
				٣	التساوي	
				٥	المجموع	
غير دالة	١,٠٠	٢,٥٠	٢,٥٠	١	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		٧,٥٠	٢,٥٠	٣	الرتب الموجبة	
				١	التساوي	
				٥	المجموع	

يتضح من الجدول السابق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي. نتائج الفرض الثامن: ينص هذا الفرض على انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوسون للعينات الصغيرة المرتبطة، ويوضح جدول (١٣) هذه النتائج. جدول (١٣) الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس التواصل في القياسين البعدي والتتبعي

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	٠,٤٥	غير دالة
الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
التساوي	٣				
المجموع	٥				

يتضح من الجدول السابق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس التواصل في القياسين البعدي والتتبعي.

مناقشة النتائج وتفسيرها :

يتضح من نتائج الفرض الأول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي.

كما يتضح من نتائج الفرض الثاني توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. كذلك فإن نتائج الفرض الثالث تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

مما يعنى تحسن مستوى السلوك التكيفي أطفال المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي، وهذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة كلامن (سهام عبد الغفار عليوة، ١٩٩٩؛ Dyches, 1998; Erguner- Tekinalp, 2004;; Harris et al., 1991; Skeinkoff & Siegel, 1998).

فلقد أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في الأداء الاجتماعي وأداء الأدوار الأسرية والمنزلية والسلوك الاستقلالي، النشاط المهني عند الأطفال التوحيديين، والتي ركز البرنامج على تنميتها حيث تم التركيز على تزويد الطفل بتدريبات تتعلق بهذه الأبعاد.

ويفسر الباحث هذه النتائج بالخصائص التي يتمتع بها التدخل السلوكي المكثف والمبكر، فقد كانت هذه الخصائص احد العوامل الهامة في التوصل للنتائج السابقة، فقد اعتمد البرنامج على الكثافة في إكساب السلوكيات المستهدفة، حيث كان يتم تدريب الطفل أكثر من مرة خلال فترة التدريب، كما استمر تطبيق البرنامج ما يقرب من ستة أشهر يقدم خلاله البرنامج من قبل الوالدين والمعلمات والباحث إلى الطفل، كل هذه الخصائص التي تتمتع بها البرنامج أدت إلى تثبيت السلوك المستهدف وتنمية السلوكيات

التكيفية المستهدفة ومن ثم تحسين القدرة على التواصل لدى الأطفال عينة الدراسة، وهذا ما أكدته كلاً من (Fenske et al., 1985; Hasting & Symes, 20002; Stoelb et al., 2004) حيث أشاروا إلى أن التدخل الأكثر كثافة، طويل الأمد، الذي يقدم مباشرة إلى الطفل يحدث تغيرات أكثر من التدخل الذي يفتقد إلى تلك العناصر.

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

كما يؤكد سميث وآخرون (2000) Smith, Buch, & Gamby, و سيكنكوف وسيجل (1998) Skeinkoff & Siegel انه يمكن من خلال العلاج السلوكي المكثف والمبكر إكساب الأطفال التوحديين المهارات الحياتية وتدريبهم على الأعمال المنزلية المختلفة كذلك المهارات الاقتصادية مثل مهارات الشراء والبيع والتدريب عليها ومثل هذه الإجراءات من شأنها تنمية السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين.

كما أن التعدد في الفنيات المستخدمة في تدريب الأطفال على الأنشطة المتضمنة في البرنامج (التعزيز، النمذجة، لعب الدور، التشكيل)، حيث أشارت دراسة كلا من (سهام عبد الغفار، ١٩٩٩؛ عادل عبد الله محمد، منى خليفة على ٢٠٠٢ : ٣٦٥-٤٣٩؛ عبد المنان ملا معمور ١٩٩٧؛

(Richard & Matthaw, 2002; Morrison, 2002; Dyches, 1998) إلى فاعلية هذه الفنيات في تنمية جوانب السلوك التكيفي للأطفال التوحديين، كان له دور أساسي في الوصول إلى نتائج الدراسة، فقد تم مراعاة استخدام العديد من الفنيات أثناء التدريب، كذلك تم مراعاة توظيف هذه الفنيات خلال مراحل التدريب أثناء الجلسات، حيث تم تقديم نموذج من قبل المعلمات أو الوالدين أو الباحث أو من خلال شريط الفيديو (نمذجة) ثم يطلب من أحد الأطفال العاديين القيام بتقليد النموذج، ثم يطلب من أحد الأطفال التوحديين القيام بتقليد النموذج (لعب الدور)، حيث تم التأكد من أن الطفل التوحدي قد قام بأداء وتكرار السلوك الموجود بمشهد الفيديو والذي يوضح كيفية التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وبنفس الكيفية أيضا تم التأكد من أن الطفل التوحدي يقوم بعملية التفاعل الاجتماعي من خلال تعليمه نماذج سلوكيه لأطفال في نفس مستواه العمري تم عرضها عليه من خلال مشاهد الفيديو.

وخلال هذه المراحل يتم استخدام فنيتي التعزيز والتشكيل في الوصول إلى الأداء المطلوب، كما أن التعدد في استخدام أنماط التعزيز (المادي، المعنوي، الغذائي) ومراعاة أن يلي التعزيز للسلوك مباشرة، كان عاملاً لا يقل أهمية عن العوامل السابقة.

وهذا يعني أن بعض فنيات الإرشاد السلوكي المكثف (التعزيز، النمذجة، التشكيل، لعب الدور) كان لها دورا في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال عينة الدراسة ومن هنا فقد أتاح ذلك الفرصة أمام الأطفال عينة الدراسة لخفض بعض أعراض التوحديه كما يقيسها المقياس المستخدم في الدراسة.

ويفسر الباحث هذه النتائج أيضاً بما تم مراعاته من خصائص الأطفال التوحديين وفق ما ورد بالدليل التشخيصي الرابع وما توصلت إليه

نتائج الدراسة السابقة والإطار النظري، حيث إن السلوكيات المستهدفة التي تم التدريب عليها تمثل جوانب عجز في السلوك التكيفي (كما تم الإشارة إليه في مشكلة الدراسة) فهؤلاء الأطفال يعانون من تدنى واضح في مستوى النمو اللغوي وأداء الأدوار الأسرية والأداء الوظيفي المستقل والتطبيع الاجتماعي، لذلك ركز البرنامج في معظم جلساته المكثفة على تنمية هذه الجوانب معتمداً على استخدام فنيات التعزيز والنمذجة والتشكيل ولعب الدور بتقديم صور حيه للأطفال عينة الدراسة وذلك من خلال لقطات الفيديو التي تحتوى على توضيحات لكيفية أداء السلوك المستهدف.

فالبرنامج المستخدم تضمن العديد من الأنشطة اللغوية التي تم ممارستها من خلال تعرف الطفل على الصور والأدوات المتضمنة بالبرنامج وتكرار مسمياتها من قبل الوالدين أو المعلمات أو الباحث، كما تم إشراك الأطفال في عدد من الحوارات والمحادثات البسيطة مع أقرانهم مما أدى إلى زيادة حصيلتهم اللغوية، وتحسين مستوى النمو اللغوي لديهم.

وتشير نتائج الفرض الخامس إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كذلك تشير نتائج الفرض السادس إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التواصل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Ben-Itzhak & Zachor

(2007) والتي أشارت إلى أن تدريب الأطفال التوحديين على مهارات العناية بالذات والمهارات التكيفية يمكن أن يشكل محوراً هاماً لتسهيل عملية التواصل بينهم وبين المحيطين بهم.

ويمكن تفسير ذلك بأن التدريب على السلوكيات التكيفية من شأنه أن يزيد من تحسين مهارات الطفل اللازمة لعملية التواصل، فعندما يتم تدريب الطفل من خلال النمذجة على تناول الطعام مثلاً فإن الفرصة تصبح متاحة أمامه كي يتواصل بشكل أو بآخر مع الآخرين، وهذا ما أكدته عادل عبد الله محمد، إيهاب حامد عبد العظيم (٢٠٠٦) من أن تنمية مهارات الأداء الوظيفي بين الشخصي أو الاجتماعي يحد من عزلة الفرد ويساعده على الانغماس في أنشطة خارجية بدلاً من انشغاله بذاته، كما يساعد على إقامة العلاقات الاجتماعية، مما يساعد على التفاعل الاجتماعي والاندماج مع الآخرين.

فالبرنامج التدريبي استخدم النمذجة الحية من أجل تدريب الأطفال على السلوكيات المستهدفة وهو الأمر الذي دفع الطفل نحو الآخرين ليقيم معهم العلاقات ويشترك معهم في مواقف وتفاعلات مختلفة وهو الأمر الذي زاد من قدرته على التواصل معهم سواء لفظياً أو بصورة غير لفظية.

إن الأنشطة والتدريبات (وبخاصة التدريب على مهارات التقليد) التي تم استخدامها في البرنامج ساعدت على وجود جواً من التفاعل والاحتكاك والتبادل الانفعالي بين الأطفال التوحديين وقرانهم العاديين (الذين تم استخدامهم كنماذج) وساعد ذلك على تبادل الأدوار، وهذا أدى بدوره إلى زيادة التواصل البصري مع الأقران من خلال اللعب وظهور علامات الفرح عند تحقيق الهدف، وتقبل الاحتضان والتربيت من قبل الباحث والمعلمين، مما أدى إلى تحسين القدرة على التواصل.

وهذا ما أكدته أمال عبد السميع باظه (٢٠٠٣) من أن التركيز على الأنشطة المفضلة لدى الأطفال التوحديين وتدريبهم على التقليد والمحاكاة يعد أحد الطرق في علاج اضطرابات التواصل لديهم.

كما أشارت نتائج الفرض السابع إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وعلى العكس فقد أشارت نتائج الفرض الثامن إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس التواصل في القياسين البعدي والتتبعي وهذا يعني استمرار فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية جوانب السلوك التكيفي وتحسين التواصل لدى الأطفال عينة الدراسة.

وهذا يعني أن أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم البرنامج السلوكي استفادوا منه وظلوا يستخدمون ما يحتويه مما أدى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدي والتتبعي، ومعنى ذلك استمرار التحسن بعد انتهاء جلسات التدريب، في المجموعة التجريبية.

ويفسر الباحث ذلك بان اعتماد البرنامج على الكثافة في إكساب السلوكيات المستهدفة، مكن الأطفال من تحقيق ذلك، بل والاستمرار في ممارسة ما تم التدريب عليه خلال فترة المتابعة والتي مكنتهم من إتقان ما تم التدريب عليه، حيث استمر تطبيق البرنامج ما يقرب من ست أشهر تم خلال هذه الفترة التدريب على السلوك المستهدف بشكل مكثف (أكثر من مره) أدى إلى تثبيت السلوك المستهدف حيث احتفظ الأطفال التوحدين بالسلوكيات المستهدفة بعد انتهاء فترة التدريب ولم تحدث انتكاسه علاجيه.

كذلك إعادة تدريب الأطفال على السلوكيات المستهدفة حيث يشير عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) إلى أن إعادة التدريب من شأنه أن يمنع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج إذ يعمل على استمرار اثر وفاعلية البرنامج خلال فترة المتابعة.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- (١) إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (٢٠٠٤). التوحد، الخصائص والعلاج. عمان، دار وائل للطباعة والنشر.
- (٢) أسماء عبد الله العطية (١٩٩٥). تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- (٣) إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد. المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي، القاهرة، ٢، ٤-٢ ديسمبر، ٧٢٧ - ٧٥٨.
- (٤) أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣). اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- (٥) جمعه سيد يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- (٦) حسني إحسان حلوني (١٩٩٦). المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الاوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- (٧) رائد على موسى على (٢٠٠٤). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، الأردن.

- (٨) روبرت كوجل، لن كوجل (٢٠٠٣). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، استراتيجيات التفاعل الايجابية، وتحسين فرص التعلم. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة، أيمن خشان، دبي، دار القلم للنشر والتوزيع.
- (٩) سميرة عبد اللطيف السعدي (٢٠٠١). معاناتي والتوحد. ط٣، الكويت، منشورات ذات السلاسل.
- (١٠) سهام على عبد الغفار عليوه (١٩٩٩). فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة طنطا .
- (١١) سهي احمد أمين نصر (٢٠٠١). مدى فعالية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحيديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس .
- (١٢) سهير محمود أمين نصر (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد. دراسات تربوية واجتماعية، ٨، ٤، ٩٥-١٥٧.
- (١٣) سيد جارحي السيد يوسف (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحيديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- (١٤) صلاح احمد مراد (٢٠٠٠). الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .
- (١٥) عادل عبد الله محمد (٢٠٠١). مقياس الطفل التوحيدي. القاهرة، دار الرشد.

- (١٦) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً، (في) عادل عبد الله محمد. الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ٢٥-٦٧.
- (١٧) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢ب). فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني للأطفال التوحديين. (في) عادل عبد الله محمد. الأطفال التوحديين دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ٢١١-٢٥٨.
- (١٨) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢ج). فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين. (في) عادل عبد الله محمد. الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ٢٥٩ - ٣١٥.
- (١٩) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٦). مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد. ط٢، القاهرة، دار الرشاد.
- (٢٠) عادل عبد الله محمد، إيهاب حامد عبد العظيم (٢٠٠٦). فعالية العلاج بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين وأثره في تحسين قدرتهم على التواصل. المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة بنها، ٨٤٩-٨٨٥.
- (٢١) عادل عبد الله محمد، ومنى خليفة حسن (٢٠٠٢). فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحديين. (في) عادل عبد الله محمد. الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، ٣٦٥-٤٣٩.

- (٢٢) عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠). الذاتية: إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق .
- (٢٣) عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٢). مقياس السلوك التكيفي للأطفال، المعايير المصرية والسعودية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- (٢٤) عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحيديين. المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي، ١، القاهرة (٢-٤) ديسمبر، ٤٣٧ - ٤٥٨
- (٢٥) عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة - تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي. القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية .
- (٢٦) فاروق محمد صادق (١٩٨٥). دليل مقياس السلوك التكيفي. ط ٢، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- (٢٧) فايز آل مطر (٢٠٠١). دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحيديين والأطفال المعاقين عقلياً في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- (٢٨) لطفي الشربيني (٢٠٠٤). التوحد: دليل لفهم المشكلة والعلاج والتعامل مع الحالات. مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، ١٠٥، ١٧٧ - ٢٠٦.
- (٢٩) لويس كامل مليكه (١٩٩٨). الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية. القاهرة، دار النهضة المصرية.
- (٣٠) محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفه على (٢٠٠٤). العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحيدي. القاهرة، دار الفكر العربي.
- (٣١) محمد على كامل (١٩٩٨). من هم ذوى الاوتيزم وكيف نعدهم للنضج. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

- (٣٢) محمد محروس الشناوي (١٩٩٦). العملية الإرشادية. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- (٣٣) منى خليفة على حسن (٢٠٠١). فعالية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدي "دراسة حالة". مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٣٧، ١٣٤-١٥٨.
- (٣٤) نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠). الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
- (٣٥) هاني أحمد سيد أحمد (٢٠٠٥). علاقة التوافق الزوجي وسمات الشخصية لدى والدي الطفل الذاتوي بمدي تقدم الطفل في البرامج التدريبية. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- (٣٦) هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩). الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الذاتوية). رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- (٣٧) هالة فؤاد محمد (٢٠٠١). تقييم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- (٣٨) وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٣). كتاب الإحصاء السنوي الإلكتروني للعام الدراسي ٢٠٠٢-٢٠٠٣. الإدارة العامة للمعلومات والحاسب الالى.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- (39) Acrons, M., & Gittens, T. (1992). *The Handbook of Autism: A Guide for Parents and Professionals*. New York, Rutledge.

- (40) Allen, D., 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**, 10, 1, 67 -78.
- (41) American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**(4th ed Text-Revised). Washington DC: Author.
- (42) Anderson, S., Avers, D., Dipietro, E., Edwards, G., & Christion, W. (1987). Intensive home – based Early Intervention with Autistic children. **Education and Treatment of children**, 10, 352 – 366.
- (43) Baranek , G . (2002). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for children with Autism. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 32, 3,397 – 422.
- (44) Barnhill, G., Hagiwara, T., Myles, B., Simpson, R., Brick, M., & Grisworld, D. (2000).Parent, Teacher, and Self-report of Problem and Adaptive Behavior in Children and Adolescent with Asperger Syndrome. **Diagnostique**, 25, 147-167.
- Ben-Itzchak, E., & Zachor, D.(2007). The Effects of Intellectual Functioning and Autism Severity on Outcome of Early Behavioral Intervention for children with Autism. **Research in Developmental Disabilities**, 28, 287–303.
- (45) Birnbrauer, J., & Leach, D. (1993).The Murdoch Early Intervention Program after 2 years. **Behaviour Change**, 10, 2, 63–74.
- (46) Bibby, P., Elikeseth, S., Martin, N, Mudford, O., & Reeves, D.(2002).Progress and Outcomes for Children with Autism Receiving Parent-managed Intensive Interventions. **Research in Developmental Disabilities**, 23, 81-104.

- (47) Campbell, J. (2003). Efficacy of Behavioral Interventions for Reducing Problem Behavior in Persons with Autism: A Quantitative Synthesis of Single-Subject Research. **Research in Developmental Disabilities**, 24, 120-138.
- (48) Dawson, J., Matson, J. & Cherry, K. (1998). A Analysis of Maladaptive Behaviors in Persons with Autism, PDD.Nos, and Mental Retardation. **Research in Developmental Disabilities**, 19, 2, 439-448.
- (49) Dyches, T. (1998). Effects of Switch Training on the Communication of Children with Autism and sever Disabilities. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, 13, 3, 110-119.
- (50) Eikeseth, S. (1999). Intensive School Based Behavioral Treatment for Four to Seven Year Children with Autism: A one Year Follow Up. **Paper Presented in Conference Autism**, {online}, Available at: <http://www.autism99.org/>.
- (51) Eikeseth, S., Smith, J., Jars, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive Behavioral Treatment at School for 4- to 7-old Children with Autism: A 1-Year Comparison Controlled Study. **Behavior Modification**, 26, 1, 49-68.
- (52) Erguner-Tekinalp, B., & Akkok, F. (2004). The Effects of a Coping Skills Training Program on The Coping Skills, Hopelessness, and Stress Levels of Mothers of Children with Autism. **International Journal for the Advancement of Counseling**, 26, 3, 257-269.
- (53) Fenske, E., Zalenski, S., Krantz, P., & McClannahan, L. (1985). Age at Intervention and Treatment Outcome for Autistic Children in a Comprehensive Intervention Program. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, 5, 49-58.

- (54) Gabriels, R., Ivers, B., Agnew, J., & McNeill, J. (2007). Stability of Adaptive Behaviors in Middle-School Children with Autism Spectrum Disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 1, 291-303.
- (55) Hannigan, J., & Berman, R. (2000). Amelioration of fetal alcohol-related neurodevelopmental disorders in rats: Exploring pharmacological and environmental treatments. **Neurotoxicology and Teratology**, 22, 103-111.
- (56) Harris, S., Handlemon J., Gordon, R., Kristoff, B., & Fuentes, F. (1991). Changes in Cognitive and Languages functioning of Preschool children with Autism. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 21, 281 - 290.
- (57) Hastings, R., & Symes, M. (2002). Early Intensive Behavioral Intervention for Children with Autism: Parental Therapeutic Self-efficacy. **Research in Developmental Disabilities**, 23, 332-341.
- (58) Herbert, M. (1998). **Clinical Child Psychology: Social Learning Developmental and behavior**. 2 Edition, Uk : Chi Chester .
- (59) Hetzroni, O., & Tannous, J. (2004). Effects of a Computer-Based Intervention Program on Communicative Functions of Children with Autism. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 34, 2, 95-113.
- (60) Howard, J., Sparkman, C., Cohen, H., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A Comparison of Intensive Behavior Analytic and Eclectic Treatments for young children with Autism. **Research in Developmental Disabilities**, 26 359-383.
- (61) Howlin, P. (1998). **Children with Autism Asperger Syndrome a Guide for Practitioners and Careers**. New York, Wiley.

- (62) Kamio , Y ., & Ishisaka , Y . (2004) . Psychiatric co morbidity in children and adolescents with autism and mental retardation. **Japanese Journal of Children and Adolescent Psychiatry**, 43, 5, 116 – 123.
- (63) Kasari, C. (2002). Assessing Change in Early Intervention Programs for Children with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 32, 5, 361-441.
- (64) Kendall, C. (2000). **Childhood Disorders**. UK, East Sussex Psychology Press Ltd, Publishers.
- (65) Klin, A. (2000). Attributing Social Meaning to Ambiguous Visual Stimuli in Higher-Functioning Autism and Asperger Syndrome. The Social Attribution Task. **Journal of Child Psychology and Applied Disciplines**, 41, 831-486.
- (66) Kouji, T., & Yamamata, J. (2001). A case study of Examining the Effects of self – Monitoring on Improving Academic performance by a student with Autism. **Japanese Journal of Special Education**, 38, 6, 105- 116 .
- (67) Kouji, T ., Hideni , K., & Jum-Ichi , Y. (2002). Intensive supervision for Families conducting Home-Based Behavioral Treatment for children with Autism in Malaysia. **Japanese Journal of Special Education**, 39, 6, 155- 164.
- (68) Lovaas , I . (1987). Behavioral Treatment and Normal Education and Intellectual Functioning Ingoing Autistic Children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55, 3-9.
- (69) Maurice, C., Green, G., & Luce, S. (1996). **Behavioral Intervention for Young Children with Autism: A Manual for Parents and Professionals**. Austin, TX: Pro-Ed.

- (70) Morrison, R. (2002). Increasing Play Skills of Children with Autism Using Activity Schedules and Correspondence Training. **Journal of Early Intervention**, 25, 2, 58-72.
- (71) Mudford , O. , Martin , N., Eikeseth , S ., & Bibby , P. (2001) . Parent-managed Behavioral Treatment for Preschool Children with Autism : some Characteristics of UK Programs. **Research in Developmental Disabilities**, 22, 173 – 182.
- (72) Paul, B. (2003). **Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory**. Philadelphia: Open University Press.
- (73) Paul, R., Shriberg, L., McSweeny, J., Cicchetti, D., Klin, A., & Volkmar, F. (2005). Brief Report: Relations between Prosodic Performance and Communication and Socialization Ratings in High Functioning Speakers with Autism Spectrum Disorder . **Journal of Autism and Developmental Disorder**, 35, 861-869.
- (74) Ricciardi, J., & Luiselli, J. (2003). Behavioral Intervention to Eliminate Socially Mediated Urinary Incontinence in child with Autism. **Child and Family Behavior Therapy**, 25, 2, 53-63.
- (75) Richard P., & Matthew , D .(2002) . Early Intensive Behavioral Intervention for children with Autism: Parental the Paretic self – Efficacy. **Research in Development Disabilities**, 23, 332 – 341.
- (76) Schalock, R., Pierce, M., & Stacy, L. (1994). Cognitive Functioning in Autism: An Overview In Schopler, E. and Mesibov, G. (Eds). **Learning and Cognitive in Autism**, plenum press , New York .
- (77) Shore, R. (1997). **Rethinking the brain: New Insights Into Early Development**. New York: Families and Work Institute.

- (78) Sigmund, E., Svein, E., Erik, J. & Tristram, S.(2006). Effects of Low Intensity Behavioural Treatment for with Autism and Mental Retardation. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 36, 2, 211-224.
- (79) Skeinkoff , S., & Siegel , B . (1998). Home Based Behavioral Treatment of Young Children with Autism. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 28, 1, 15 – 23.
- (80) Smith , T .(1999).Outcome of Early Intervention for children with Autism. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 6, 33-49.
- (81) Smith , T ., Buch , G .,& Gamby , T . (2000). Parent Directed Intensive Early Intervention for children with pervasive developmental disorder. **Research in developmental Disabilities**, 21, 297 – 309.
- (82) Sood, A ., & Singh , N . (1996). Diagnostic Instruments. In Parmelee , D.X.and David R.B (Eds). **Child and Adolescent Psychiatry** , Mosby – Year Book , Inc .
- (83) Stacey, T., Gerald, E. & Jacqueline, H.(2004). The Relationship between Behaviours Exhibited with Children with Autism and Maternal Stress. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, 29, 1, 16-26.
- (84) Stoelb, M., Yarnal, R., Miles, J., Takahashi, N., Farmer, J., & McCathren, R. (2004). Predicting Responsiveness to Treatment of Children with Autism: A Retrospective Study of the Importance of Physical Dysmorphology. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, 19, 2, 66–77.
- (85) Strain, P. & Hoson, M.(2000). The Need for Longitudinal Intensive Social Intervention: LEAP Follow-up Outcomes for Children with Autism. **Topics in Early Childhood Special Education**, 20, 2, 7-16.

- (86) Sue, D. & Sue, S. (1994). **Understanding Abnormal Behavior**. 4Edition, New Jersey, Houghton Muffin Company .
- (87) Szatmari, P., Bryson, S., Boyle, M., Streiner, D. & Duku, E.(2003).Predictors of Outcome Among High Functioning Children with Autism and Asperger Syndrome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines**, 44, 520-528.
- (88) Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., Wilson, F., Archer, L. & Rysse, C.(2000). Two-Year Outcome of Preschool Children with Autism and Asperger Syndrome. **The American Journal of Psychiatry**, 157, 1980-1987.
- (89) Volkmar, F.(2003).Adaptive Skills. **Journal of Autism & Developmental Disorders**, 33, 1, 109-110.
- (90) Walker, D., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S., & Mahoney, W. (2004).Specifying PDD-NOS: A Comparison of PDD-NOS, Asperger Syndrome, and Autism. **Child and Adolescent Psychiatry**. 43, 172-180.
- (91) William, L. (1997). **Exceptional Children**. London, Howell Company.
- (92) Yoshitaka, K. (2001).Modification of Physiological and Behavioral Responsively to Auditory Stimuli with the progress of Dohsa – Methods Training in Children With Autism. **Japanese Journal of Special Education** , 38 , 6, 65 – 82.
- (93) Zachor, D., Ben-Itzhak, E., Rabinovich, A., & Lahat, E. (2007). Change in Autism Core Symptoms with Intervention. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 1, 304–317.

Effectiveness of an Early Intensive Behavioral Intervention Program in Developing Adaptive Behavior and communication of Autism Kindergarten Children

Dr.Khaled Saad Sayed

Lecture of Mental Hygiene

Children with autism face many challenges in meeting day-to-day tasks in the areas of communication, learning, social interaction, and self-care.

There are consistent findings in the literature that individuals with autism generally have demonstrated that individuals with autism compared with matched control individuals have inconsistent and lower adaptive behavior scores as measured by the Adaptive Behavior Scales.

Most of the outcome studies using behavioral techniques noted that nearly half of the participants made substantial gains on standardized tests, functioned successfully in mainstream classrooms and were indistinguishable from typically developing children at the same ages. Research has shown that young children with autism and elated disorders can benefit considerably from home-based early intensive behavioral intervention (EIBI) founded on the principles of applied behavior analysis (ABA).

The goal of this study is to examine the Effectiveness of a Behavioral Counseling Program in Developing Adaptive Behavior and Communication of Autism Kindergarten Children .

The Sample consists of 9 children of Kindergarten. The sample divided into two groups: control group(5 children), experimental group(4 children).

Three scales were applied : Autistic Child Scale(Adel Abdallah Mohamed, 2001); Communication Scale from Gelleam Scale for Autism (Adel Abdallah Mohamed, 2006); Adaptive Behavior Scale for Children (Abd El-Azez El-Sahs, 1992) in addition to the behavioral counseling program.

The result of this study indicated that the Early Intensive Behavioral Intervention Program is Effective in Developing Adaptive Behavior of Autism and communication among the sample of the study. The result of the study discussed in the light of theoretical background and the pre-studies.