

أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمركز ألتى بمحلية الكاملين بالسودان

The Effectiveness of the Impact of Early Intervention to Reduce the Disorder Behavior of Pupils with Simple Intellectual Disabilities at the Alti Center in Al-Kamlin locality, Sudan

بخيطة محمد زين علي محمد
Bakhita Mohammad Zain Ali Mohammad

Accepted

قبول البحث

2022/9/13

Revised

مراجعة البحث

2021 /1/27

Received

استلام البحث

2020 /5/30

DOI: <https://doi.org/10.31559/EPS2022.11.6.2>



This file is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمركز ألتى بمحلية الكاملين بالسودان

The Effectiveness of the Impact of Early Intervention to Reduce the Disorder Behavior of Pupils with Simple Intellectual Disabilities at the Alti Center in Al- Kamlin locality, Sudan

بخيتة محمد زين علي محمد

Bakhita Mohammad Zain Ali Mohammad

أستاذ مشارك بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا- السودان

Associate Professor, Sudan University of Science and Technology, Sudan
bakhitacab2011@hotmail.com

الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي لخفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي. وشمل مجتمع الدراسة الأصلي (80) تلميذاً، اختيرت منه عينة الدراسة بالطريقة القصدية حيث تكونت من مجموعتين تجريبية وضابطة، ضمت كل مجموعة (30) من ذوي الإعاقة البسيطة بمركز ألتى بمحلية الكاملين بالسودان. تراوحت أعمارهم بين (6-8) سنة، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس كشف الاضطرابات السلوكية عند ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة إعداد الباحثة، وأعدت الباحثة برنامج قائم على التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي لخفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة واستمر تطبيقه أربعة شهور خلال العام الدراسي 2020م، وقد قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة قبل البرنامج، وبعد تطبيقه؛ تم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، توصلت الباحثة للناتج الآتي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أقرانهم في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح المجموعة التجريبية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير النوع (ذكر/ أنثى). توصي الدراسة بتعميم البرنامج على مراكز تأهيل ذوي الإعاقة الفكرية للتخفيف من حدة الاضطرابات وخفض اضطراب السلوك.

الكلمات المفتاحية: اضطراب السلوك؛ الإعاقة الفكرية البسيطة؛ التدخل المبكر.

Abstract:

The objectives of this research are to investigate the effectiveness of the impact of early intervention to reduce the disorder behavior of pupils with simple intellectual disabilities. To achieve these objectives, the researcher used the quasi-experimental method. The population of the study consisted of (80) pupils, from which a purposive sample of (60) Pupils was selected, then divided into two groups; experimental and control groups; each group consisted of (30) pupils with intellectual disabilities. Their ages range between (6-8) years. The tools of data collection consisted of the following: The Behavioral Disorders scale designed by the researcher and the program based on behavioral therapy also designed by the researcher. The program was applied during the school year (2020). The data were analyzed using the statistical package for social sciences (SPSS). The most important results of the study are that: there is statistically significant difference in favor of post-application in reducing behavioral disorders among study sample (0.05), and there is no statistically significant difference in the improvement of behavioral disorders according to gender. Based on this, the researcher postulated a number of recommendations, the most important of which are: to generalize the application of the program at rehabilitation centers for individuals with intellectual disabilities and to encourage its use to develop behavioral disorders.

Keywords: disorder behavior; intellectual disabilities simple; early intervention.

1. المقدمة:

برامج التدخل المبكر بدأت من أوائل الستينيات حيث نجد جون كندي الرئيس الأمريكي أهتم كثيرًا بالتأخر العقلي ومسبباته، وأقام العديد من المشروعات الوقائية المبكرة من أسباب الإعاقة، والتدخل المبكر يتضمن توفير خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للطفل، ووجد أن هذه البرامج التي تركز على تقنيات العلاج السلوكي تساهم كثيرًا في خفض اضطراب سلوك الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة. وتُبنى برامج التدخل المبكر على مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال في النمو؛ فكل طفل يحتاج لبرنامج خاص به يتناسب مع قدراته وإمكاناته ونوع ودرجة الإعاقة الخاصة به لذلك يتم تحديد قدرات وإمكانات الطفل عن طريق إجراء تقييم للطفل ثم يتم من خلال نتائج ذلك التقييم وضع البرنامج الذي يتناسب وعمره الزمني ومستوى نموه الحالي.

يشمل التدخل المبكر خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة مثل العلاج الطبيعي والعلاج السلوكي، وغير ذلك (الخطيب والحديدي، 2010: 96). وإن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل تساعد بشكل مؤكد في اكتساب مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواءً أكانت معرفية أم سلوكية أم اجتماعية أم أكاديمية، وذلك حسب حاجة الطفل. كما أن استخدام البرامج العلاجية في المراحل المبكرة يؤدي إلى نتائج أفضل في حالات الاضطرابات السلوكية (البطاينة والجراح وغوانمة، 2007).

ومن هذه البرامج العلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية (ابراهيم وآخرون، 1993: 31).

وقد برزت أهمية التدخل المبكر في مجال التربية الخاصة حيث بينت العديد من الدراسات والأبحاث في هذا المجال فاعلية برامج التدخل المبكر في خفض الاضطرابات ومن أحدث الدراسات التي تطرقت إلى المشكلات السلوكية عند ذوي الإعاقة، دراسة توتسيكا وتوجد وهاستينج ولويس (Totsika, Toogood, Hastings & Lewis, 2008) التي أشارت إلى أنه غالبًا ما يظهر السلوك المشكل لدى الأطفال المعاقين فكريًا في وقت مبكر من العمر ويستمر عبر الحياة. ومن خلال تتبع هذه الدراسة للمشكلات السلوكية للأطفال فوق سن الحادية عشرة، فقد بينت نتائجها أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعًا هي العدوان الجسدي الحاد، الأذى الذاتي، والنمطية المتكررة. وأيضًا يعاني من الاعتمادية وذلك بأنه يعتمد على الآخرين بشكل مبالغ فيه في معظم متطلبات حياته، والسلوك الاعتمادي حالة تعكس عدم استقلالية الفرد في تنفيذ المهام الخاصة به، وعدم قدرته على تحمل المسئولية وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين واتخاذ قرارات مناسبة، وكما تعكس أيضًا نقص الثقة بالنفس، ونقص مهارات المبادأة والإقدام، والقدرة على الإنجاز. ومع ذلك يمكن القيام ببعض التدريبات الخاصة المنبثقة من تقنيات العلاج السلوكي المتسمة بالصبر والمجهود غير العادي لتعلم العادات الأساسية ومهارات العناية بالذات والاعتماد عليها التي تمكن الطفل من تعلم المشي وضبط الإخراج وإرتداء الملابس والنظافة والتغذية والاعتماد على النفس في الحاجات الأساسية وإحداث قليل من السلوك المستقل وتفاذي بعض الأخطار، إلا أنهم يحتاجون إلى إشراف مستمر وعناية (كمال مرسى، 2016: 31).

وبناءً على ما سبق يلاحظ أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بحاجة إلى برامج التدخل المبكر نظرًا لوجود مشكلات سلوكية تعوق التعلم وتنمية المهارات الاجتماعية لدى أفراد العينة، مما دفع الباحثة إلى إجراء هذه الدراسة لتقدم برنامجًا تدريبيًا في التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي لخفض اضطراب السلوك لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

1.1. مشكلة الدراسة:

- ما أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب السلوك؟ وجاءت الدراسة للإجابة على التساؤلات الفرعية الآتية:
- ما أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب السلوك لدى الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة بمركز التي بمحلية الكاملين بالسودان؟
- هل يختلف أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب السلوك لدى الاطفال عينة الدراسة باختلاف متغير النوع؟

2.1. فرضيات الدراسة:

- يمكن تحديد فرضيات الدراسة الحالية في الآتي:
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أقرانهم في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير النوع (ذكر/أنثى).

3.1. أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة من جانبين:

الجانب الأول:

- تهتم الدراسة بمعالجة بعض اضطراب السلوك التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والتي قد تؤدي إلى التأثير السلبي في حياتهم الاجتماعية.
- حداثة موضوع الدراسة على علم الباحثة.
- تأخذ هذه الدراسة قيمتها من أهمية الموضوع التي تناوله وهو تقديم خدمات التدخل المبكر من خلال تقنية العلاج السلوكي في هذه المرحلة وتعليم الأطفال كيفية التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها.
- تثرى المكتبة العربية بإطار نظري وبرنامج قيم يفيد الباحثين في المجال، ويسهم في إيجاد الحلول لذوي الإعاقة لتعديل سلوكياتهم.

الجانب الثاني:

- توفير برنامج تدريبي للعاملين في التربية الخاصة لمواجهة السلوك المشكل، لاستخدامه في الحالات المشابهة.
- مهم في لفت انتباه أولياء الأمور من ذوي الإعاقة البسيطة إلى نوعية الاضطرابات السلوكية عند أطفالهم.
- توفير مقياس للعاملين في التربية الخاصة لقياس اضطرابات السلوك.
- يمكن الاستفادة من البرنامج لمعالجة المشكلات السلوكية لدى ذوي الإعاقة البسيطة في وزارة التربية والتعليم العام ومراكز التربية الخاصة بالولاية.

4.1. أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة الحالية إلى:
- التعرف على أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي لخفض اضطراب السلوك لدى الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة بمركز أتي بمحلية الكاملين بالسودان.
- الوقوف على أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب السلوك لدى الأطفال عينة الدراسة تبعاً لمتغير النوع.

5.1. حدود الدراسة:

وتشمل الآتي:

- الحدود الموضوعية: تحدد بموضوع: أثر التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في خفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة.
- الحدود البشرية: (80) تلاميذاً من ذوي الإعاقة البسيطة، أخذ منهم (60) تلميذاً لتمثيل العينة تجريبية والعينة الضابطة.
- الحدود المكانية: مركز أتي للتربية الخاصة بمحلية الكاملين بالسودان.
- الحدود الزمانية: العام الدراسي (2020م).

6.1. مصطلحات الدراسة:

- أثر: تعني الأثر الذي يمكن أن يحدثه البرنامج ويتم تحديد هذا الأثر إحصائياً من خلال حجم التأثير (Size Effect) (كامل، 2006: 11).
- التدخل المبكر: هو خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم التأخر أو الإعاقة (الخطيب والحديدي، 2010: 24). وإجرائياً: هو مجموعة من الإجراءات والتدريبات والأنشطة التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة البسيطة بهدف علاج السلوك المضطرب لديهم.
- البرنامج التدريبي: هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة والتدريبات التي تقدم إلى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والتي تتضمن مجموعة من الأنشطة السلوكية للأطفال من سن (6-8) سنوات، لخفض اضطرابات السلوك.
- تقنية العلاج السلوكي: يستخدم المعالجون السلوكيون مجموعة من الأساليب التي تعتمد على مبادئ التعلم السلوكي التي تجعل حياة المعاق يعيش في المحيط الذي حوله بطريقة أفضل تستخدم فيها تقنية (التدعيم الإيجابي والسلبي والتمايز، تشكيل الاستجابة، العقاب، والقدوة النموذجي) (إبراهيم وآخرون، 1993م). تقنية العلاج السلوكي إجرائياً: تعرفه الباحثة بأنه تقنية تستخدم فنيات علاجية نفسية تؤدي لخفض الانفعال والتوتر وتعديل السلوك غير المرغوب فيه لآخر مرغوب فيه، ويحدد بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية المعد لغرض هذه الدراسة بعد تطبيق تقنية البرنامج عليه.
- الاضطرابات السلوكية: ويعرفها الروسان (2001) بأنها مجموعة من الخصائص السلوكية والانفعالية المشتركة لدى الأفراد المعاقين عقلياً، تجعلهم أكثر عرضة للمشكلات النفسية والسلوكية بالمقارنة مع غيرهم.
- الإعاقة الفكرية البسيطة: تعرفها الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية بأنها إعاقة تتسم بإنخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي لذوي الإعاقة الفكرية تمثلها المهارات والنفاهيم الاجتماعية والتكيفية العملية (الخطيب، 2010: 114).
- الاضطرابات السلوكية إجرائياً: تعرفه الباحثة بأنه الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب، أو غير مرضي. أو مواجهة التلميذ المعاق لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب. وهو الدرجة التي يتحصل عليها الطفل من خلال تطبيق مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الذي يتضمن بعد الاضطرابات السلوكية.

- **محلية الكاملين:** تقع مدينة الكاملين على الضفة الغربية للنيل الأزرق بالسودان، وهي من أهم مدن ولاية الجزيرة، وتعتبر من أهم محلياتها، يهتم أهلها بالتعليم، حيث توجد بها الكثير من المؤسسات التعليمية من رياض الأطفال للتعليم العالي، ويحترف السكان كثير من المهن التعليمية والحرفية والزراعة. وتعتبر هي المركز لكل المدن والقرى التي حولها تعتمد عليها في كثير من القضايا، كالقضاء والصحة والتعليم والتسوق وغير ذلك من مظاهر الحياة (تشريعات حكومة الجزيرة: 2013).
- **مركز ألتى للتربية الخاصة:** مركز تابع لإدارة التربية الخاصة بمحلية الكاملين ولاية الجزيرة بالسودان. عدد التلاميذ المسجلين به (40) تلميذاً وتلميذة، لديهم عدد من الاعاقات، كالفكرية، والسمعية، التوحد، الشلل الدماغي، والإعاقات المركبة.

2. الاطار النظري والدراسات السابقة:

1.1.2. الإطار النظري:

يتناول هذا الجزء التدخل المبكر ومبرراته، ثم أساليب العلاج السلوكي وخصائصه والخطوات التي يستند عليها، وأيضاً يتناول مفهوم الاضطرابات السلوكية، والنظرية السلوكية التي تبين مفهوم هذا الاضطراب وأسبابه، وأيضاً يحوي خصائص المعاقين فكرياً بدرجة بسيطة، ويختتم بالدراسات السابقة وذلك على النحو التالي:

1.1.2.1. التدخل المبكر:

أشار كل من الخطيب والحديدي (2009م: 30-35) إلى أن مفهوم التدخل المبكر عبارة عن مجموعة من التدخلات الموجهة للأطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين الميلا إلى الست سنوات وللأسرة والمحيط، بهدف الإستجابة في أسرع وقت ممكن للإحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطرابات في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة بها، هذه التدخلات التي يجب أن تتعامل بها مع الطفل ككل، ويجب أن يتم التخطيط من قبل فريق من الأخصائي في التوجيه المتعدد بحيث يقوي قدرته على التطور والعيش الرغد ويسمح بإندماجه الكلي في الوسط العائلي والمدرسة والاجتماعي، يمكنه من الإعتماد على نفسه.

مبررات التدخل المبكر:

هناك العديد من المبررات ذكر (الخطيب، 2010: 27-28) منها:

- إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع.
- إن والدي الطفل المعاق بحاجة إلى المساعدة في المراحل الأولى من عمره.
- أن التأخر النمائي قبل سن الخامسة هو مؤشر خطر.
- إن الآباء معلمون لأبنائهم المعاقين وأن المدرسة ليس بديلاً عن الأسرة.
- وترى الباحثة أن مبررات التدخل المبكر في الأعاقة البسيطة على نحو خاص يجمل في الآتي:
- التربية في هذه المرحلة تهتم بالحاضر كما تهتم بالمستقبل.
- الطفل بأكمله مهم، صحته الجسمية والعقلية ومشاعره وتفكيره، كلها جوانب تحتاج إلى تأكيد.
- التأكيد على النظام والضبط الذي يمارسه الطفل على سلوكه من تلقاء نفسه.

2.1.2. العلاج السلوكي:

أشار (ابراهيم وآخرون، 1993: 31) أن مفهوم العلاج السلوكي الذي يتم استخدامه في مثل هذه الدراسات علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل:

- الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند « بافلوف » و « هل » بشكل خاص.
- الاسهامات التي قامت بها مدرسة التعلم السلوكي الإجرائي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي « سكينر » Skinner) والتي إمتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تتطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.
- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقُدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية.

خصائص العلاج السلوكي:

- يتميز العلاج السلوكي بمجموعة من الخصائص التي تميزه عن غيره من طرق العلاج النفسي الأخرى، ومن أبرز هذه الخصائص لخصها (عبد الستار، 1994م: 39) في الآتي:
- التركيز على الأعراض السلوكية أكثر من التركيز على الأسباب التي أدت إلى ظهور هذه الأعراض.

- قواعد ومبادئ التعلم هي الأساس في تعديل السلوك غير المتوافق.
- إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدة مهمة جدًا لنجاح العلاج.
- تعد طريقة العلاج بما يتناسب مع مشكلة العميل من حيث التشخيص وتصميم طرق العلاج.
- يقوم العلاج على مبدأ هنا والآن، من خلال التركيز على المشكلة الحالية.

خطوات العلاج السلوكي:

تشتمل عملية العلاج السلوكي على مجموعة من الخطوات المقننة التي يمكن تلخيصها فيما يلي (الشناوي وعبد الرحمن، 1998):

- تقدير السلوك behavior assessment أو تحليل السلوك behavior analysis.
- تحديد الأهداف العلاجية للفرد.
- اختيار طريقة العلاج.
- تطبيق طريقة العلاج المختارة.
- تقويم نتائج العلاج.

أساليب العلاج السلوكي:

يستخدم المعالجون السلوكيون مجموعة من الأساليب التي تعتمد على مبادئ التعلم السلوكي ويوظفونها في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وتتلخص هذه الأساليب في عدد من الإجهادات والطرق التي ابتكرها أبرز السلوكيين المعاصرين من أمثال واطسون وسكندر وباندورا وويلبي وبك واليس وغيرهم. هذه الأساليب تعرف أحيانًا بتقنيات أو تكتيكات العلاج السلوكي التي ذكر (رشوان، 2008) أبرزها في الآتي:

1. التدعيم الإيجابي Positive Reinforcement

ويقصد به المكافأة أو الثواب أو العقاب أو الجزاء الذي يعقب الاستجابة ويؤدي بالفرد أو العميل إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب، ويكون التدعيم في صور مادية أو معنوية.

2. التدعيم السلبي Negative Reinforcement

وفيه يتم تعريض العميل لمثير غير سار مقدمًا ثم يشرع في إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، أو إزالة مثير مكروه ومنفر عقب ظهور الاستجابة المرغوبة.

3. التدعيم المتمايز (الفارقي) Differential Reinforcement

ويستخدم في حالة إثبات نوعين من السلوك (سوي/مشكل) في نفس الوقت ويكون هنا التدعيم في اتجاهين هما:

- زيادة استجابة سوية.
- إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها.

4. تشكيل الاستجابة Response Shaping

ويقصد به تقديم مثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة ويتضمن ذلك تقسيم السلوك المراد تعلمه إلى خطوات ومراحل صغيرة وتدعيم السلوك كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله.

5. العقاب Punishment

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب صدور استجابة سلبية ويقصد به أيضًا توقيع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه.

6. تقديم نموذج للاقتداء Model Oresentation

وفي هذا التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب، ويطلق عليه التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد. ويتم من خلال ذلك ملاحظة النماذج والتدريب على تأكيد الذات ولعب الأدوار ويتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة متسلسلة.

7. وضع القواعد والحدود Rulemaking

ويقصد به وضع قاعدة معينة يكون المطلوب أن يتم السلوك وفقًا لها ويتم تحديد التدعيم المتوقع عند تنفيذ السلوك المطلوب ويتم استخدام أسلوب العقاب عند مخالفته للقواعد الموضوعه.

8. التعليمات الشفهية Verbal Instruction

ويقصد بها التوجيهات والنصائح التي تستخدم كأدلة أو مثيرات مميزة ويمكن استخدامها في إحداث التغير المطلوب في السلوك ويتم الاسترشاد بها تدريجيًا من المواقف البسيطة إلى المواقف الأكثر صعوبة للسلوك الذي يتعامل به الفرد ويجب انتقاء الكلام المؤثر في تعديل السلوك المراد الوصول إليه.

9. الانطفاء Extinction

وهو تعلم الكف عن القيام بعمل ما أو إصدار استجابة أو إلغاء التدعيم الذي يلي السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره.

3.1.2. اضطرابات السلوك:

وتعد الاضطرابات السلوكية من أهم وأخطر المشكلات لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث إنها تحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية والتأهيلية ويمتد أثرها أيضًا على مستوى تفاعل الأطفال مع المحيطين بهم، وتمتد آثار هذا الاضطراب لتؤثر على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي لديهم.

مفهوم الاضطرابات السلوكية:

يعزو أخصائيو الصحة النفسية أسباب الاضطرابات السلوكية في المقام الأول في علاقة الطفل بوالديه، حيث إن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيللهم (Belttelheim, 1967) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية ترجع أصلاً إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه (يحيى، 2003: 33). حيث أن علاقة الأبناء بالأباء تدرك من خلال التفاعل الاجتماعي بين مجموعتين من الاتجاهات هما:

المجموعة الأولى (الود/ العدا) وهي لها علاقة بالروابط العاطفية بين الأبناء .

المجموعة الثانية (التقيد/ السماح) وهي لها علاقة بأساليب ضبط سلوك الطفل (الكتاني، 2000: 75).

وقد يتذبذب الأباء حيال أطفالهم وقد يبالغ الأباء في تقدير السمات أو القدرات التي يفتقدها الطفل مثل هؤلاء الأباء يعملون على زيادة مشاكل الطفل الانفعالية والسلوكية (عبيد، 2007: 205). وللحكم على سلوك ما بأنه مضرب أو شاذ، فقد احتكم الكتاب والباحثين إلى عدة معايير ذكر (القمش والإمام، 2006: 267) منها:

- تكرار السلوك: ويقصد به عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة.
- مدة حدوث السلوك: ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.
- شدة السلوك: ويقصد بها التطرف في شدة السلوك فإما أن يكون غير مرغوب فيه وضعيفاً جداً أو مرغوب فيه وضعيفاً جداً.

النظرية السلوكية:

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي والانفعالي والمشكلات السلوكية هو سلوك ما يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشتمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجية وغيرها وتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحو أو العزل أو الإطفاء أو النمذجة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك (العزة، 2002: 43).

أسباب الاضطرابات السلوكية:

تحدث الاضطرابات السلوكية نتيجة العديد من العوامل وقد حددها (أبوعمشة، 2009: 27) في الآتي:

- العوامل البيولوجية: أن هناك سبب بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب والأمراض الذهانية.
- العوامل البيئية ومنها: الأسرة. المدرسة. العوامل الثقافية.

خصائص المعاقين فكرياً بدرجة بسيطة:

التلاميذ المعاقون فكرياً بدرجة بسيطة عينة الدراسة يتميزون بعدد من الخصائص والسمات العامة، وتشمل هذه الفئة المجموعة الكبرى من المعاقين عقلياً حوالي (85%) (شاش، 2002: 44) والخصائص التي تميزهم هي:

1. النضج والنمو: أصحاب هذه الفئة أي حالات الإعاقة الفكرية لا تظهر عليهم أعراض واضحة لتدل على الإعاقة الفكرية، فمن ناحية النمو الجسدي تكون الفروق بين ذوي الإعاقة البسيطة وبين الأسوياء أقل بكثير من الفروق بينهم في نواحي النمو العقلي، أما بدايات النمو الحركي فإنها تكون متأخرة عند هؤلاء الأطفال حيث يتأخر الطفل المعاق عقلياً في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام، كما تتأخر القدرة على القفز والجري والتوازن الحركي، (إبراهيم، 2000: 33).
2. الخصائص العقلية: يستطيعون أن يكملوا بنجاح المتطلبات الدراسية للمرحلة الابتدائية إلى الصف الرابع، وبمقدورهم إتقان المهن البسيطة والحصول على عمل ينفعون من دخله على احتياجاتهم المعيشية وهذا يمكنهم من العيش المستقل أسوة بغيرهم (القريطي، 2001: 219).

تتراوح نسبة ذكاء الأفراد ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بين 50-55، إلى 55-70 ويتوقف النمو العقلي في سن الرشد عند مستوى طفل عادي في سن 7 سنوات إلى أقل من 12 سنة تقريباً (كامل، 2006، 215).

وتشمل الخصائص العقلية والمعرفية التعلم، والانتباه، والتذكر. حيث يكون الطفل غير قادر على أداء هذه الخصائص من تلقاء نفسه مقارنة مع الطفل العادي، وأن الفرق في الدرجة، أي درجة التعلم (عبيد، وكوافحة، 2010: 146، 2003: 70).

3. الخصائص الاجتماعية والانفعالية: فقد أشار كل من القريطي، الزبود، وأباطة (2001: 10، 2000: 64، 2000: 22-21). أن هؤلاء الأطفال يشكلون النسبة الغالبة بين فئات الإعاقة العقلية، وأطفال هذه الفئة يحتاجون إلى مساعدة، خاصة في النواحي الاجتماعية كما أنه يتصف ببعض الصفات الاجتماعية والانفعالية التي تعكسها قدراته العقلية وهي الانسحاب والتردد والسلوك التكراري والحركة الزائدة وعدم قدرته على ضبط انفعالاته، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير ويميل إلى مشاركة الأصغر منه سناً ويميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات، ويستجيب إذا علمناه كالطفل الصغير ويغضب إذا أهمل ولكن لا يستمر في غضبه فترة طويلة وسرعان ما يمرح ومن السهل التأثير عليه لأنه سهل الاستمواء، ولكنهم في المقابل يتمتعون بالكثير من الأحاسيس والمشاعر التي يجب ألا تغفل عنها أثناء التعامل معهم.

4. الخصائص الأكاديمية والتربوية: يتصفون بالأداء المنخفض والمتأخر في الاختبارات والأنشطة والمهارات المدرسية والتحصيلية، إن الأطفال المعاقين فكرياً في سن السادسة يكونون غير مستعدين للقراءة والكتابة والحساب، إلا إذا توفرت لديهم قدرات خاصة؛ وهؤلاء الأطفال لا يتمكنون من اكتساب المهارات إلا عند بلوغهم سن الثامنة أو أكثر، ونظراً لمعدل النمو العقلي المنخفض فإن الطفل المعوق غير قادر على أن يبني المقرر لسنة دراسية في الوقت المحدد دائماً، وإنما يحتاج إلى سنتين أو أكثر، ويذكر بأنهم يحتاجون إلى مساعدات فعالة للتغلب على المشكلات الدراسية التي يعانون منها وأنهم بحاجة إلى مناهج دراسية تتفق مع قدراتهم المحدودة بالإضافة إلى طرق التدريس (يحيى وعبيد، 2005: 138، وعبيد، 2010، 150).

2.2. الدراسات السابقة:

تفيد الدراسات والبحوث التربوية أن الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة يعانون من مجموعة من المشكلات السلوكية.

- دراسة جريج (2013م) هدفت هذه الدراسة إلى تعرف المظاهر السلوكية للتكيفية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في مراكز التنمية الفكرية بمدينة دمشق وريف دمشق، شملت الدراسة (133) طالباً وطالبة، بلغ عدد الذكور (74) وعدد الإناث (59) واستخدم لذلك مقياس رافن للمصفوفات المتتابعة. تراوحت من الفئة العمرية من (11-14). تم تطبيق مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي. أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أن أكثر الأنماط السلوكية انتشاراً لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كانت سلوك التمرد والعصيان، السلوك غير المناسب اجتماعياً، الميل للحركة الزائدة، السلوك المدمر والعنيف، الانسحاب الاجتماعي، السلوك المضاد للمجتمع. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية "بين الجنسين ولصالح الذكور في السلوك المضاد للمجتمع، بينما كان سلوك الانسحاب الاجتماعي لصالح الإناث. كذلك وجدت فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص متغير العمر للفئة العمرية (11-14) في مظاهر: التمرد والعصيان، السلوك المضاد للمجتمع، السلوك غير المناسب اجتماعياً، سلوك يؤدي النفس، السلوك الشاذ جنسياً، الاضطرابات النفسية والسلوكية. أيضاً أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير درجة الإعاقة على جميع المظاهر السلوكية المكونة للمقياس لصالح الإعاقة الشديدة.
- وهدفت السراطوي وآخرون (2012م) إلى معرفة مدى فاعلية برنامج سلوكي للتخفيف من حدة المشكلات السلوكية لدى مجموعة من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم بجامعة الإمارات العربية المتحدة العين. ولتحقيق هذا الهدف، قام الباحثون بتطوير برنامج سلوكي يتضمن مجموعة من الأنشطة داخل المركز وخارجه والمتضمنة مهارات سلوكية واجتماعية، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة، ضمت كل مجموعة منهما ستة أطفال من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم، وقد تراوحت درجات ذكاء أفراد المجموعتين على اختبار وكسلر (الصورة الإماراتية) بين (55-69) كما تراوحت أعمارهم بين (17-10) سنوات، وقد قام الباحثون بتطبيق مقياس بيركس، قبل بدء البرنامج السلوكي، ومن ثم تطبيقه مرة أخرى بعد مرور (8) أسابيع من تطبيق البرنامج السلوكي خلال الفصل الثاني من العام الدراسي (2010/2011). وجاءت النتائج، بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة المشكلات السلوكية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي على المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، لصالح القياس البعدي، فيما لم يكن هنالك فروق لدى المجموعة الضابطة.
- دراسة هوجو وآخرين (Hogue et al, 2007) وقد تبين بعد تطبيق مقياس مستوى السلوك بأن المتبحرين بنظام الحماية الأعلى قد حصلوا على درجات مرتفعة في مجال العدوان الجسدي بالمقارنة مع المتبحرين بنظام الحماية الأقل، ولم تظهر بينهم فروق في المشكلات السلوكية الموجهة نحو الخارج كالعدوان اللفظي وعدم الطاعة والحركة الزائدة. في حين أن الأشخاص المتبحرين بنظام الحماية الأعلى قد حصلوا على درجات دالة في مجال المشكلات السلوكية الموجهة نحو الذات كالقلق والاكتئاب وتقدير الذات.
- دراسة كارين وآخرين (Karen et al, 2007) وقد هدفت إلى التعرف على السلوك التطوري للأمراض النفسية بين الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً. وقد كانت نتائج الدراسة أن الأطفال المعاقين أظهروا مستوى أعلى من المشكلات السلوكية في مختلف الأعمار بالمقارنة مع غير المعاقين. وتبين من

النتائج أيضاً أن المعاقين عقلياً تراوحت أعمارهم من (6-18) مقارنة بالأطفال الغير معاقين عقلياً أن أعمارهم تقل كثيراً عنهم بين (6-7) سنوات أي أن هنالك فارق في العمر العقلي للطفل، كما تبين فروق دالة بين العنتين في السلوك العدواني ومشكلات الانتباه.

- وأنت دراسة بريزانت، بي (Prizant, B, 2004): لتوضح نتائج فعالية وكفاءة العلاج السلوكي مع الأطفال التوحدين، وأطفال الإعاقة الفكرية أكثر من الطرق الأخرى، تم تنمية مهارات التواصل الاجتماعي والانفعالي بطريقة أفضل بواسطة العلاج السلوكي. يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة تنوع المشكلات السلوكية التي يعاني منها ذوو الإعاقة العقلية وكذلك تنوع شدتها وتأثيرها في التكيف النفسي والاجتماعي وانعكاسه لاحقاً على أدائهم. كما ركزت هذه الدراسات على تنوع الأساليب والبرامج التي استخدمت للتعامل مع هذه المشكلات منها على سبيل المثال البرامج الإرشادية والطبية والبيئية وكذلك السلوكية.

تعقيب على الدراسات السابقة وبيان أوجه الإستفادة منها:

استفادت الباحثة من هذه الدراسات باتباع المنهج شبه التجريبي هو الأنسب لمثل هذا الدراسة. وأيضاً تحديد مجتمع الدراسة والعينة وكيفية اختيارها. ومعرفة المراجع التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية. كما لاحظت الباحثة أن معظم الدراسات هدفت لعلاج المشكلات السلوكية وتعديل السلوك لدى الأطفال المعاقين السلوك كدراسة جريج (2013م)، والسرطاوي وآخرون (2012م)، ودراسة هوجو وآخرين (Hogue et al, 2007)، كما استخدمت معظم الدراسات السابقة التي أجريت في مجال العلاج السلوكي مقياس الإضطرابات السلوك مع البرنامج، كدراسة هوجو وآخرين (Hogue et al, 2007)، والسرطاوي وآخرون (2012م) مستخدمين في ذلك التصميم شبه التجريبي ذا المجموعتين (التجريبية والضابطة) ذات القياسين القبلي والبعدي. وهذا ما يتوافق مع الدراسة الحالية، ومن حيث العينة وخصائصها فقد تقاربت أعمار الأطفال من بين (6-14) بنسب ذكاء تدرج وفق تصنيف الأطفال المعاقين فكرياً من الدرجة البسيطة تتراوح بين (50-70) درجة. وأن هناك شبه اتفاق وإجماع بين نتائج تلك الدراسات على وجود أثر إيجابي على فعالية العلاج السلوكي في تنمية وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه.

ما يميز الدراسة الحالية على الدراسات السابقة:

امتازت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأهمية الكشف المبكر عن الإعاقة العقلية حتى يتم التعامل معها بالبرامج الفاعلة في وقت مبكر، ومنع تدهور النمو العقلي لهؤلاء الأطفال وتنمية مجالات النمو في حل المشكلات.

3. الدراسة الميدانية:

1.3. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة التصميم شبه التجريبي ذا المجموعتين (التجريبية والضابطة) ذات القياسين القبلي والبعدي. وتحددت متغيرات الدراسة على النحو التالي: المتغير المستقل البرنامج التدخل المبكر للسلوك المرغوب، والمتغير التابع اضطراب السلوك.

2.3. مجتمع الدراسة:

اشتمل مجتمع الدراسة على جميع التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية المسجلين بمدرسة دار الحنان بقرية ألتى (محلية الكاملين) بالسودان البالغ عددهم (80) طفلاً وطفلة، كما تراوحت أعمارهم الزمنية بين (6-13) سنة.

3.3. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (60) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة الفكرية بمركز ألتى، وقد بلغت أعمارهم (6-8) سنة حسب السجلات الرسمية للمركز. تم تقسيم عينة الدراسة بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وبعد أن تبين أنهم يعانون من مجموعة من الاضطرابات السلوكية بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية عليهم.

4.3. أدوات الدراسة:

- مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال:

الهدف من المقياس: الهدف منه تحديد أنماط السلوك المضطرب لدى الأطفال المعاقين فكرياً، والمساعدة في تخطيط البرامج التربوية المناسبة لتطوير مجالات اضطرابية محددة، والكشف عن مدى التغير الذي يتم على أنماط السلوك في فترات زمنية مختلفة. إعداد الصورة الأولية للمقياس: قامت الباحثة بإعداده بشكل مبدئي بعد أن إطلعت على العديد من المقاييس ذات الصلة ابراهيم وآخرون (1993: 26-27)، ثم من خلال ملاحظات سلوك الأطفال المعاقين، وأيضاً الإطار النظري للدراسة وفق ما يتناسب مع دراستها، ويتكون المقياس من (60) فقرة، ومن ثم تم توزيعه إلى أربعة محاور هي كالآتي: الانفعالي، التواصل، السلوك، التفاعل الاجتماعي، ويقوم بالإجابة عن المقياس الأخصائي النفسي أو الوالدين أو أي شخص ذي علاقة مباشرة بالطفل، بحيث تُعطي كل عبارة من العبارات درجة على مقياس معياري من (1-3) ويوضح المقياس عقب عملية التصحيح فيما

إذا كانت المشكلات السلوكية دالة، أو غير دالة أو ذات دلالة عالية، ثم عرضه على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص بلغ عددهم (9)، الذين أمروا بتعديل بعض فقراته وحذف (19) فقرة، ومن ثم تم تقنين (41) فقرة على عينة الدراسة الاستطلاعية.

• الدراسة الاستطلاعية:

للقوف على صدق وثبات المقياس بمجتمع البحث الحالي. ولمعرفة لمعرفة الخصائص القياسية للفقرات بمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند تطبيقها على التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيق صورتها المعدلة بتوجيهات المحكمين على عينة أولية استطلاعية حجمها (32) طفلاً من ذوي الإعاقات البسيطة، تم اختيارها عشوائياً من مجتمع الدراسة الحالية، وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها بالحاسب الآلي، ومن ثم تم الآتي:

صدق الاتساق الداخلي للفقرات:

لتحقيق صدق البناء لجأت الباحثة إلى طريقة الاتساق الداخلي للمقياس، وتعتمد فكرة هذه الطريقة على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار وكذلك ارتباط كل وحدة مع الاختبار ككل (عبد الرحمن، 1998، 171). لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجات الكلية للأبعاد الفرعية بمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند تطبيق صورتها المعدلة بتوجيهات المحكمين على التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمجتمع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد الفرعي المعني، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإجراء:

جدول (1): يوضح معاملات ارتباط مع الدرجات الكلية للأبعاد الفرعية بمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند تطبيقها على التلاميذ المعاقين فكرياً بمجتمع

الدراسة الحالية (ن = 32)

الاضطرابات الانفعالية				اضطراب السلوك				اضطراب التواصل				اضطراب التفاعل الاجتماعي			
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	.452	8	.605	1	.756	1	.311	7	.499	1	.591	1	.499	7	.499
2	.356	9	.542	2	.664	2	.148	8	.759	2	.683	2	.759	8	.759
3	.268	10	.600	3	.756	3	.677	9	.626	3	.950	3	.626	9	.626
4	.489	11	.790	4	.712	4	.397	10	.705	4	.950	4	.705	10	.705
5	.666	12	.749	5	.675	5	.274	11	.603	5	.927	5	.603	11	.603
6	.191	13	.780	6	.059	6	.042	12	.672	6	.919	6	.672	12	.672
7	.735	14	.713							7	.546	7			

من الجدول السابق، تلاحظ الباحثة أن قيم معاملات الارتباطات لجميع الفقرات موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ما عدا معاملات ارتباطات الفقرتين (3)(6) ببعد الاضطرابات الانفعالية، والفقرة (6) ببعد اضطراب التواصل، والفقرات (2)(5)(6) ببعد اضطراب السلوك فهي موجبة الإشارة ولكنها غير دالة عند مستوى (0.05)، لذا قررت الباحثة سحب هذه الفقرات جميعها من هذا المقياس، وهذا القرار يصل هذا المقياس لصورته النهائية عدد فقراته (35)، وهي صورة تمتع جميع فقراتها بصدق اتساق داخلي جيد مع الدرجات الكلية للأبعاد الفرعية بهذا المقياس، وذلك عند تطبيقه على التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بمجتمع الدراسة الحالية.

معاملات الثبات:

والصدق الذاتي للمقياس: وهو يمثل العلاقة بين الصدق والثبات، إذ يقوم على الدرجات التجريبية بعد التخلص من أخطاء القياس (عبد الرحمن، 1998، 227) وهو يساوي الجذر التربيعي لمعامل الثبات. لمعرفة الثبات للدرجات الكلية للأبعاد الفرعية بمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند تطبيقها على التلاميذ المعاقين فكرياً بمجتمع الدراسة الحالية في صورتها المعدلة بتوجيهات المحكمين، قامت الباحثة بتطبيق معادلتَي ألفا كرونباخ وسبيرمان براون على بيانات العينة الاستطلاعية التي حجمها (32) تلميذاً، ووجد أن جميع معاملات الثبات للدرجات الكلية لجميع الأبعاد الفرعية أكبر من (0.75)، وللدرجة الكلية للقائمة ككل أكبر من (0.90)، الأمر الذي يؤكد تمتع جميع الدرجات الكلية بهذا المقياس بثبات مرتفع، وذلك عند تطبيق صورته النهائية على التلاميذ المعاقين ذوي الإعاقة البسيطة بمجتمع الدراسة الحالية.

الصورة النهائية للمقياس:

وأصبحت فقرات المقياس (35) بند تحوي خمس مجالات، فهي: الاضطرابات الانفعالية عدد تنوده (14)، اضطراب التواصل (6)، اضطراب السلوك (12) واضطراب التفاعل الاجتماعي (6) بنود. وبهذا أصبح مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية هو المقياس المقترح في استجابة عينة الدراسة.

المواد التجريبية للدراسة:

وتشمل البرنامج التجريبي وفنياته:

تم اعداد برنامج ذو علاج سلوكي يهدف إلى خفض حدة الاضطرابات السلوكية التي تؤثر بشكل مباشر على السلوكيات التي يواجهها ذوو الإعاقة البسيطة. ويحتوي هذا البرنامج على مجموعة من الأنشطة التي تتم داخل المركز، وخارجها، مأخوذ من تقنيات العلاج السلوكي وهو على النحو الآتي:

جدول (2): يبين الطريقة التي اتبعتها الباحثة للبرنامج العلاج السلوكي بالتفصيل لذوي الإعاقة البسيطة

الجلسة	زمن	محور	محتوى الجلسة	الأهداف الخاصة	تحديد السلوك	فنيات واساليب	الأنشطة
لمدة شهر	التطبيق	العلاج		لمحور العلاج	المضطرب	العلاج	المصاحبة
تكرر يومياً لمدة 4 أسابيع	ساعة يتخلها نشاط لكسر الملل	المحور الانفعالي	- الاسترخاء - تعلم نظام الجلسة في المعقد الدرامي لمدة ثلاث ساعة يهدوء مع أساليب التعلم بأنضباط	- إزالة التغيرات السلوكية - المصاحبة للسلوكيات السالبة. - قياس مستمر للسلوك	المسبب للإفعال إن كان حركة زائدة. - عناد. - عدم الثقة بالنفس	- تدريب الأطفال على الاسترخاء - القيام بتمارين التنفس. - التدعيم الإيجابي للسلوك السوي. - إطفاء السلوك الشاذ.	- عرض مقاطع فيديو للجلسة الصحيحة - الإستذنان - التحية. - ترديد أناشيد رياضية مصاحبة للأنشيد -فترة هدوء واسترخاء لتمييز السلوك الفارق.
تكرر يومياً لمدة 4 أسابيع	ساعة يتخلها نشاط لكسر الملل	محور التواصل	الاسترخاء والتواصل التقليدي. المشاركة باللغة. تدريبه على الانسجام	- تحليل السلوك. - ترسيخ السلوك الجديد المرغوب فيه - تقوية السلوك الجديد وزيادة ظهوره. - تشكيل استجابات متشابهة للوصول لسلوك مطلوب.	- الاندفاعية - مص الأصابع - الانطواء - الكياء وعدم الطاعة. - الخجل. - إذاء الذات	- التنفيس الانفعالي - لعب الدور (الإقتداء) - ترتيب الصور. - تهذيب الألفاظ. - التعليقات الشفهية. - التدعيم السلبي إذا لزم الأمر أو العكس	لعبة الحروف تسمية الأشياء الموجودة بفرقة الصف ولمسها أو الإشارة إليها. إلقاء التحية. البسمة الناعمة.
تكرر يومياً لمدة 4 أسابيع	ساعة يتخلها نشاط لكسر الملل	محور السلوك	- الاسترخاء - رد التحية يستأذن عند الخروج من الفصل. - يفلق الباب ويفتحة بأدب. - لا يميل لإيذاء ذاته. - يميل للعب الاجتماعي. - يتناول طعامه بنفسه. - يشرب دون مساعدة. - يذهب للحمام دون تذكير. - يتعلم قواعد البيع والشراء	تعزز الأداء الصحيح. - تطبيق السلوك المتعلم. - توفير النماذج للأداء الصحيح. - تطوير مهارة الأداء الذاتي من زيادة الاعتماد على النفس. - الحد من المثيرات المشتتة	- اليأس. - الخجل. - الشعور بالدونية. - الشعور بالوحدة - الألفاظ النابية. - الاجتماعية. - التقليد. - تشكيل الإستجابة. - اسلوب العقاب إن لزم الأمر. - الإطفاء.	- النمذجة. - لعب الدور - تشكيل الاستجابة. - التعزيز. - المشاركة الاجتماعية. - التقبل. - تشكيل الإستجابة. - اسلوب العقاب إن لزم الأمر. - لعبة (شد الحبل).	- طعام وأدواته. - ماء وعصير. - ملابس متنوعة - سلة لوضع الملابس المتسخة. - نقود. - دكان متحرك. - لعبة (السوق). - لعبة (الملابس المناسبة) للعرائس، لعبة (شد الحبل).
تكرر يومياً لمدة 4 أسابيع	ساعة يتخلها نشاط لكسر الملل	محور التفاعل الاجتماعي	- يسلم على الناس. - يرد التحية. - يستأذن عند الخروج من الفصل. - يطلب مساعدة صديق. - يبدئ أسفه إذا أخطأ. - لا يؤذي أصدقاءه. - لا يميل لإيذاء ذاته. - يميل للعب الاجتماعي.	العداونية إيذاء الذات. إيذاء الآخرين. الانطواء. العزلة	العدوانية إيذاء الذات. إيذاء الآخرين. الإنطواء. العزلة	- النمذجة. - لعب الدور - تشكيل الاستجابة. - التعزيز. - المشاركة الاجتماعية. - تقديم تغذية راجعة ايجابية. - زيادة فرص النجاح.	- تعزيز رمزي ولفظي يحتاج - نقود - نجوم - ملصقات - جوائز. - ممتلكات شخصية للطفل. - لعبة (الوجه المؤذي الاجتماعي). - تقديم تغذية راجعة الإطفاء بالعبارة السلوكية المناسبة. - استخدام (المراة). - رسم وجه ضاحك (علاج سلوكي) باستخدام المراة.

وقد تم عرض البرنامج بفقراته ومهامه العلاجية على عدد (9) من المحكمين من حملة الأستاذية في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس، الذين أضافوا عليه بعض التعديلات ذات العلاقة بإشباع ميول الأطفال واتجاهاتهم وفقاً للمرحلة العمرية والتركيز على الأنشطة البدنية والإيماءات الحركية خارج إطار النظام الصفي.

5.3. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة التصميم شبه التجريبي ذا المجموعتين (التجريبية والضابطة) ذات القياسين القبلي والبعدي. وتحددت متغيرات الدراسة على النحو التالي: المتغير المستقل البرنامج التدخل المبكر للسلوك المرغوب، والمتغير التابع اضطراب السلوك. كما اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: مقياس الاضطرابات السلوكية.

6.3. إجراءات تطبيق الدراسة:

تم تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية على المجموعتين التجريبية والضابطة للتعرف على أهم الاضطرابات التي يواجهها الأطفال الإعاقة البسيطة بدرجة بسيطة ومستواها قبل بدء البرنامج التدريبي وذلك بغرض تحديد التجانس بين المجموعتين، حيث تبين بأن كلتا المجموعتين تواجهان مشكلات سلوكية ذات دلالة.

تم تدريب كل العاملين المشاركين في البرنامج على كيفية تنفيذ البرنامج وأنشطته المختلفة، حيث تم تطبيق برنامج التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي على الأطفال في المجموعة التجريبية لمدة (4) أشهر بواقع خمسة أيام في الأسبوع. كما تم تعزيز الأطفال الذين يظهرون إلزامًا بالمهام الموكلة إليهم في البرنامج عن طريق عبارات المدح والثناء، إضافة إلى استخدام المعززات المادية والاجتماعية. وقد تضمنت إجراءات التطبيق أيضًا عقد اجتماعات أسبوعية بين المشاركين في البرنامج بالمركز وذلك بغرض الاطلاع على مدى تكرار السلوكيات الغير المرغوبة خلال الأسبوع، والمرونة في استخدام الأنشطة والمعززات، وتفادي المشكلات التي قد يتم الوقوع فيها، وإعطاء تغذية راجعة مناسبة للمشاركين في البرنامج. وبعد انتهاء فترة تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، قامت الباحثة بتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية. مرة أخرى على المجموعتين التجريبية والضابطة. وأخيرًا تم قياس الفروق الإحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى كل من المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك لفحص مدى تأثير البرنامج في خفض حدة الاضطرابات السلوكية. تم تطبيق مقياس الاضطرابات الانفعالية على تلاميذ المجموعة التجريبية بعد مرور أربعة أشهر من انتهاء البرنامج؛ وذلك لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج العلاجي المستخدم، حيث تمت المقارنة بين نتائج القياس التبعي ونتائج القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

4. نتائج الدراسة ومناقشتها:

1.4. عرض نتائج الفرض الأول: والذي نصه: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أقرانهم في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية.

قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) للفرق بين مجموعتين مستقلتين لبيانات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، واختبار (ت) للأزواج المرتبطة لبيانات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية فقط، والجدولان التاليان يوضحان نتائج هذا الإجراء:

جدول (3-أ): يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين مجموعتين مستقلتين للحكم على فاعلية تطبيق البرنامج خفض اضطراب سلوك التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة مجتمع

الدراسة الحالية							
الاضطرابات بعد تطبيق البرنامج	مجموعة	الوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة (ت) المحسوبة	د ح	قيمة احتمالية	الاستنتاج
الاضطرابات الانفعالية	تجريبية	14.30	4.48	20.702	58	.001	الفرق دال؛ متوسط التجريبية أصغر
	ضابطة	33.23	2.24				
اضطراب التواصل	تجريبية	5.80	2.02	19.688	58	.001	الفرق دال؛ متوسط التجريبية أصغر
	ضابطة	14.40	1.28				
اضطراب السلوك	تجريبية	10.50	3.35	17.442	58	.001	الفرق دال؛ متوسط التجريبية أصغر
	ضابطة	22.60	1.79				
اضطراب السلوك الاجتماعي	تجريبية	23.63	5.88	16.371	58	.001	الفرق دال؛ متوسط التجريبية أصغر
	ضابطة	50.37	6.74				
الدرجة الكلية للاضطرابات	تجريبية	54.23	12.93	23.575	58	.001	الفرق دال؛ متوسط التجريبية أصغر
	ضابطة	120.6	8.39				

تلاحظ الباحثة من الجدول (3-أ) أعلاه حيث يتضح لها وجود فروق دالة إحصائية عند (0.001). بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والفروق في صالح المجموعة ذات المتوسط الأصغر التي خضعت للبرنامج العلاجي وهي المجموعة التجريبية مما يعني حدوث انخفاض واضح في مستوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لأعضاء المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم، وهو ما يحقق صحة الفرض الأول.

جدول (3.ب): يوضح نتيجة اختبار (ت) للزوج المرتبطة للحكم على فاعلية تطبيق البرنامج في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة بالمجموعة التجريبية

الاستنتاج	قيمة احتمالية	د ح	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	القياس	خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
الفرق دال إحصائياً	.001	29	16.150	3.67	29.23	قبلي	الاضطرابات الانفعالية
متوسط البعدي أصغر				4.48	14.30	بعدي	
الفرق دال إحصائياً	.001	29	13.140	1.86	12.07	قبلي	اضطراب التواصل
متوسط البعدي أصغر				2.02	5.80	بعدي	
الفرق دال إحصائياً	.001	29	11.057	2.66	18.43	قبلي	اضطراب السلوك
متوسط البعدي أصغر				3.35	10.50	بعدي	
الفرق دال إحصائياً	.001	29	12.324	5.12	40.60	قبلي	اضطراب السلوك الاجتماعي
متوسط البعدي أصغر				5.88	23.63	بعدي	
الفرق دال إحصائياً	.001	29	16.860	11.38	100.33	قبلي	الدرجة الكلية للاضطرابات
متوسط البعدي أصغر				12.93	54.23	بعدي	

تلاحظ الباحثة من الجدول رقم (16-ب) أعلاه، نتيجة اختبار (ت) للعينة التجريبية في القياس القبلي = (100.33)، بانحراف معياري (11.38)، والبعدي = (54.23)، بانحراف معياري (12.93)، لفروق الدرجات في التطبيقين، ويتضح من الجدول أن قيمة (ت) للفرق بين متوسط الدرجات في التطبيقين القبلي والبعدي للمقياس دالة عند (0.001). وهوما يؤكد فاعلية البرنامج، بالنسبة للعينة التجريبية التي خضعت لبرنامج المرتكز على العلاج السلوكي.

مناقشة الفرض الأول وتفسير نتيجته:

أثبتت نتائج الجدولين رقم (3/أ و ب) صحة توقعات الباحثة لهذا الفرض، إذ توجد فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أفراد العينة على أبعاد (الاضطرابات النفسية، اضطراب التواصل، اضطراب التفاعل الاجتماعي، واضطراب السلوك) على الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية والسلوكية بدرجة أصغر. من الملاحظ أن هذه الاضطرابات في التطبيق القبلي كانت بدرجة أكبر، وفي العلاج النفسي دائماً في المقياس تكون المشكل أكبر، كما أثبتته دراسة كارين، ميريل، فرانك وهانس (Karen, Marielle, Frank & Hans, 2007)، التي هدفت إلى التعرف على السلوك التطوري للأمراض النفسية بين الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً الذين أظهروا مستوى أعلى من المشكلات النفسية والسلوكية في مختلف الأعمار بالمقارنة مع غير المعاقين، والباحثة ترى باتباع تقنيات العلاج النفسي تصير المشكل أصغر وهذا ماسعى إليه البرنامج المرتكز على التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي المستخدم في هذه الدراسة، حيث جاءت نتائج أن الفرق دال إحصائياً متوسط البعدي أصغر في جميع أبعاده. وهذا التحسن في السلوك وزوال المسبب للاضطراب الانفعالي والسلوكي أدى لرضا الباحثة عن البرنامج وأيضاً رضا القائمين على تطبيقه من المعلمين بالمركز، وإشادة أولياء الأمور بتحسّن تصرفات أبنائهم وتفاعلهم مع المحيطين بهم والحاضنين لهم. وهذا أثبتته دراسة كل من هوجو، موني، وموريس، ستيف، جونستون، ليندسي وتايلو (Hogue, Mooney Morrissey, Steptoe, Johnston, Lindsay & Taylor.. 2007). أن الأشخاص الملحقين بنظام الحماية الأعلى قد حصلوا على درجات دالة في مجال المشكلات النفسية والسلوكية الموجهة نحو الذات كالقلق والاكتئاب وتقدير الذات. وهذا يدل على أهمية استخدام العلاج السلوكي الذي أثبت فعاليته في عدد من الدراسات والبحوث، كما أوضحت دراسة بريزات، بي (Prizant, 2004)، التي ذكرت إحدى نتائجه فعالية وكفاءة العلاج السلوكي مع أطفال الإعاقة العقلية أكثر من الطرق الأخرى، حيث تم تنمية مهارات التواصل الاجتماعي والانفعالي بطريقة أفضل بواسطة العلاج السلوكي. وبالرجوع لأدبيات البحث لأهمية العلاج السلوكي الوارد في النظريات حيث نجده يعتمد على نظريات التعلم، ويفترض أن الاضطراب هو ناتج خاطئ عن طريق الاشتراط، وهذا النوع يهدف إلى إزالة الاضطراب من خلال فك الاشتراط، ثم إعادة الاشتراط، كما يقوم التعديل السلوكي على فنية التعلم المخطط والتي تركز على رد فعل استخدام العقاب. وهذه الفنية الأخيرة ترى الباحثة أن لها أثرها الواضح في العلاج السلوكي، حيث حدث أثناء تطبيق البرنامج أن أحد التلاميذ كان من ذوي السلوك المضطرب قد قال كلاماً نابئاً، فعاقبته المدرسة بعزله بعيداً عن المجموعة التجريبية، ثم قامت بتدريب باقي المجموعة على برنامج مشوق أتبعته بجوائز تحفيزية، الأمر الذي جعل التلميذ المعزول عن المجموعة يبكي ويعتذر أن ألا يعود لهذا السلوك مرة أخرى، وقد كان، وهذا فهم الجميع ماهي نتيجة السلوك الغير سوي. وهذا ما أكدته جمال (1994). أن "العلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج النفسي يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية". وأيضاً يطابق تقنية العلاج السلوكي التي أجراها المعالجون في دراساتهم (إبراهيم وآخرون، 1993: 187)، الذين أشاروا إلى أن الميل الذي يديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي والطريقة التي يمكن استخدامها لعلاج هذا السلوك هو اعتماد التدعيم الفارق للإنخفاض في سلوك الشتم. وهي التوقف التدريجي عن السباب اليومي حتى يختفي تماماً. وذلك باستخدام أساليب التدعيم الملموس (لعب، حلوى، نزهة) أو استخدام العقاب التنفيري ووجد أنه الرادع لهذا الأسلوب بدرجة أقوى من التدعيم.

وبالنظر للجدول (أ) أعلاه مرة أخرى تجد رتب درجات المجموعة المكونة من المعاقين عقلياً الذين لم يتلقوا البرنامج التدريبي حيث اتضح أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى تلاميذ المجموعة الضابطة لم تتأثر. وتوزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن آليات تعديل السلوك التي تتم للمجموعة الضابطة تعتمد على التوجيه والإرشاد اللفظي بدلاً من قيام التلميذ بأنشطة علاجية عملية تغير من روتين التعليم المتبع، فسرعان ما يعود السلوك بمجرد إنتهاء جلسات التوجيه والإرشاد اللفظي، الأمر الذي جعل تقنيات العلاج السلوكي ذات جدوى للبيئة التجريبية.

حيث ترى الباحثة الأبعاد الفرعية لمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية المتمثلة في (الاضطرابات الانفعالية، اضطراب التواصل، اضطراب تفاعل اجتماعي، واضطراب السلوك) كانت متفشية بصورة واضحة وسط أفراد العينة؛ وكانت هي المؤرق للآباء والمعلمين في المدرسة قبل بدء البرنامج. وتأخذها هنا الباحثة على شكل صور لتوضيح أثر فعالية البرنامج وأهميته التطبيقية وكفاءته في خفض حدتها وهي كالآتي:

• **صورة الاضطرابات الانفعالية:** هي الصورة الأكبر من حيث تصور الوالدين والقائمين على رعاية وتعليم هذه الفئة، متمثلة في عدم انصياع الطفل للأوامر مستخدماً سلاح الصراخ والبكاء، أو الحزن، الخجل، الخوف من أشياء كثيرة كالانسان والحيوان، ويلجأ إلى اللطم وإذاء نفسه، يشكو بعض الآباء من أن نومهم متقطع، وكانت الجلسات التي قدمت لهؤلاء التلاميذ بحمد الله قد تصدت للعديد من الاضطرابات وتخفيفها، مستخدمة تقنية التعزيز بكل مسمياته، والنمذجة وذلك بأن إستدعت المعالجة تلاميذ غيرمعاقين يدرسون بمدرسة الأساس المجاورة لتجريب الوسائل المستخدمة لخفض حدة السلوك الإنفعالي أمام تلاميذ الإعاقة الفكرية، وهم ينظرون، ثم اقتراب بعضهم رويداً رويداً لمشاركة التلاميذ غير المعاقين في اللعب، واستخدام الوسائل المعدة لهذا الغرض ثم تكرار الأمر عدة مرات يومياً، فقد كانت النتيجة مذهشة، إذ صار التقليد حاضراً. مع توصية الوالدين بتنفيذ سياسة التقبل لهؤلاء التلاميذ. أما الخوف من الحيوانات الأليفة التي تعيش معهم في المنزل، فقد كان بتقريب الحيوانات البلاستيكية الشبيهة بحيوانات المنازل واللعب بها مع تسميتها، ثم تقرب الحيوان الأصل، وتحسسه، ثم الذهاب بهم للحوشات حيث هناك قطع من الحيوانات فبدأت الإلفة قليلاً قليلاً. وبعد أن هدأت الحالة الانفعالية وصارت هناك إلفة بين التلاميذ والفريق التدريبي والمعالج استخدمت تقنية الاسترخاء، وهذه الجزئية من اضطراب السلوك الإنفعالي بعد إجراء البرنامج عليهم اتفقت مع دراسة، هنداي، دراسة صفاء (1993) التي ذكرت ظهور التحسن والتقدم في جوانب السلوك التوافقي المختلفة خلال فترة المتابعة.

• **صورة اضطراب التواصل:** اتبعت الباحثة خطة علاج تشتت الإنتباه حيث كان الحرص تنسيق جو التعلم والتدريس ثم عمل جداول متابعة، وتجاهل الأشياء السلبية، مع متابعة الوالدين، الحرص على جعل عملية التعلم شيقة بإتباع التعزيز، الرسم، التشكيل، تشكيل الحروف بالصلصال ثم زيادة التركيز والإنتباه والدافع للدراسة. (أنظر الخطة العلاجية كاملة بالمبحث الرابع)، ونجد أن هذه الجزئية اتفقت مع دراسة: قام كوريل وهيتشسون (Corell & Huthchison, 1987) الذي ذكر أن برامج الإرشاد الأسري والعلاج الطبي البيئي فاعلة في حالات اضطراب الإنتباه المصحوب بنشاط حركي الزائد.

• **صورة اضطراب تفاعل اجتماعي:** هذا السلوك يمثل الصورة السلبية والأصعب الأمر الذي جعل النتيجة تأتي بعد جهدي جهيد (انخفاض السلوك بشكل أصغر)، لأنه سلوك له ماقبله عند بعض أفراد العينة، تم هذا من خلال تتبعنا للطفل، والمقابلات التي أجريت مع الوالدين والجيران والمعلمين في المدرسة، ووجد أن أصل هذا السلوك له أسبابه، أساليب المعاملة الوالدية وعدم تقبل الإعاقة من قبل الإخوة واللعب بهم والإستهزاء بهم في البيت وثبت من خلال التراكومات الاكلينيكية للباحثة بأن هناك علاقة قوية بين إساءة معاملة الأطفال المعاقين ذهنياً وبعض المشكلات النفسية لديهم. وأيضاً نقص التدريب قبل البرنامج من قبل المعلمات للتعامل مع تلك السلوكيات، فحاولت الباحثة استخدام خطوات تشكيل السلوك كالآتي:

1. تحديد وتعريف السلوك النهائي بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي (السلوك المرغوب فيه)، والهدف من ذلك تعزيز التقارب التدريجي من السلوك المستهدف مع تجنب تعزيز السلوكيات التي نريدها.
2. تجزئة السلوك المؤدي إلى السلوك النهائي إلى سلوكيات فرعية يعرف كل منها بالسلوك المدخل، بحيث يكون قريباً من السلوك المستهدف.
3. تعزيز كل خطوة تقترب من السلوك النهائي، وذلك باختيار المعززات الفعالة للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الفرد.
4. عدم الانتقال إلى الخطوة اللاحقة قبل التأكد من نجاح الفرد في الخطوة السابقة.
5. عند الاستقبال من مرحلة إلى مرحلة فإننا نتوقف عن تعزيز المرحلة السابقة ونحرص على تنويعها في المرحلة اللاحقة لزيادة دافعية الطفل (حواشين، 2002). وقد كانت النتيجة جيدة.

• **صورة اضطراب السلوك:** في الدليل الأمريكي (DSM-3-R) عددًا من الأعراض ترتبط بالإكتئاب منها: الأرق، التعب السريع، انخفاض مستوى الطاقة، انخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط التدريسي والمدرسي والمنزل، ضعف (التذكر) انخفاض مستوى الإنتباه والتركيز، الإنسحاب الاجتماعي والتوقع لدى الأطفال المعاقين فكرياً، وبهذا الفهم إتبع الباحثة العلاج السلوكي لهذه الجزئية وببذل الجهد المكثف من الفريق المعالج والمتابعة المتواصل والمراقبة للأهل بصورة دورية ويومية، كانت النتيجة أن جاءت لصالح التطبيق البعدي حيث كان السلوك بدرجة أصغر. وأن الخطة العلاجية للتبول الإرادي ومص الأصابع قد قضت عليها تماماً، وقد كانت الإشادة من الوالدين حاضرة، وقد إتفقت هذه الجزئية من السلوك المضطرب مع دراسة توتسيكا، فقد بينت نتائجها أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً هي العدوان الجسدي الحاد، الأذى الذاتي، والنمطية المتكررة. وقد تفوقت

الدراسة الحالية على دراسة ماكزري - ديفيز ومانسيل التي تبين إحدى نتائجها أن المشكلات السلوكية المتوقعة التي تم التعرف عليها خلال العشرين سنة الماضية لا زالت تظهر لدى المعاقين عقلياً بأن البرنامج العلاجي بحمد الله قد قضى عليها بصورة أكبر.

2.4. النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني والفرض الخاص به: ونصه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير النوع (ذكر/أنثى).

جدول (4): يوضح نتيجة اختبار (ت) للفرق بين مجموعتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في تخفيف اضطراب السلوك لدى التلاميذ المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة

بالمجموعة التجريبية تبعاً لمتغير نوع التلميذ المعاق (بنين / بنات) (ن=3) تلميذاً وتلميذة							
خفض اضطراب السلوك بأبعاده المختلفة	النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	د ح	قيمة احتمالية	الاستنتاج
الاضطرابات النفسية	بنين	14.22	5.71	-0.940	28	.355	الفرق غير دال إحصائياً
	بنات	16.00	3.88				
اضطراب التواصل	بنين	5.56	2.73	-1.908	28	.067	الفرق غير دال إحصائياً
	بنات	7.33	2.10				
اضطراب السلوك	بنين	7.83	4.57	-0.168	28	.868	الفرق غير دال إحصائياً
	بنات	8.08	2.91				
اضطراب السلوك الاجتماعي	بنين	17.83	5.50	.765	28	.450	الفرق غير دال إحصائياً
	بنات	15.67	10.00				
الدرجة الكلية لتخفيف الاضطرابات	بنين	45.44	15.55	-0.289	28	.775	الفرق غير دال إحصائياً
	بنات	47.08	14.69				

ويلاحظ من الجدول (4) عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع، إذ بلغت قيمة الوسط الحسابي في الدرجة الكلية للمقياس البنين (45.44) بانحراف معياري (15.55)، وللبنات الوسط الحسابي (47.08) بانحراف معياري (14.69)، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة للمجموعتين (-0.289) بقيمة احتمالية (28) وهاتين القيمتين غير دالتين إحصائياً عند (0.05)، ما يشير إلى عدم وجود اختلاف في استجابة كل من الذكور والإناث للبرنامج، أي أن فاعلية البرنامج في تخفيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، أي لم تختلف باختلاف نوع أفراد المجموعة.

مناقشة الفرض الثاني وتفسير نتيجته:

قدّمت النتيجة مؤشراً على فاعلية برنامج التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي في تخفيف الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم بشكل مباشر. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بريزانت، بي (Prizant, B, 2004) التي أوضحت النتائج فاعلية وكفاءة العلاج السلوكي مع الأطفال التوحدين، وأطفال الإعاقة الفكرية أكثر من الطرق الأخرى، تم تنمية مهارات التواصل الاجتماعي والانفعالي بطريقة أفضل بواسطة العلاج السلوكي، كما نجدها قد اختلفت مع دراسة جريج (2013م) جزئياً واتفقت معها ضمنياً في باقي المظاهر النفسية والسلوكية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية كما أشارت نتائج استخدام اختبار "ت" T-Test "بين الجنسين ولصالح الذكور في السلوك المضاد للمجتمع، بينما كان سلوك الانسحاب الاجتماعي لصالح الإناث، أما باقي المظاهر السلوكية لم تُظهر أي فروق تعود لمتغير الجنس.

وقد لاحظت الباحثة في بداية البرنامج أن الإناث أكثر إضطراباً من الذكور، وقد كثفت تقنيات البرنامج عليهن بعد أن حاولت تتبع أثر الاضطراب ومسبباته، فوجدت أن بعض الإناث أن السبب الأساسي لعدم الإستجابة للبرنامج في بدايته ناتج من توتر الأمهات لإعاقة بناتهن الأمر الذي انعكس على سلوك الصغيرات من حزن وخجل، وغيره من الاضطراب النفسي، فعملت على إزالة المسبب، فلاحظ الجميع تحسن الوضع لدى هؤلاء الإناث، حتى جاءت النتيجة معلنة عدم وجود فروق بين الجنسين.

الاستنتاجات:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية". ولاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع".

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة، تقدم الباحثة التوصيات التالية:

- تعميم برنامج التدخل المبكر بتقنية العلاج السلوكي على مدارس تأهيل ذوي الإعاقة من أجل الاستفادة منه في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين فكرياً.
- اتباع تقنيات العلاج السلوكي في التدخل المبكر للسلوكيات غير المرغوبة وفنائه القائمة على المعززات المادية واللفظية والاجتماعية من أجل التخفيف من حدة سلوكيات الغضب والعناد. وغيرها من السلوكيات المخلة.

المقترحات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة، تقترح الباحثة بعض الدراسات التي يمكن أن تقدم مزيداً من العلاج والتأهيل للأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم ومنها:

- فعالية تدريب على الأمهات على تقنيات تعديل السلوك في تنمية بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة.
- فعالية تدريب المعلمات على استخدام فنيات العلاج السلوكي في خفض حدة بعض الاضطرابات الانفعالية الحادة لدى الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة.

المراجع:

- أباطة، آمال عبد السميع. (2000). *علم النفس النمو*. (ط1). دار الأنجلو المصرية. جامعة الفيوم.
- ابراهيم، عبد الستار. (1994). *العلاج السلوكي المعرفي الحديث وأساليبه: ومبادئ تطبيقه*. (ط1). دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ابراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز؛ وإبراهيم، رضوى. (1993). *العلاج السلوكي للطفل أساليبه: ونماذج من حالاته*. (ط1). دار المعرفة، سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والعلوم.
- إبراهيم، علا عبد الباقي. (2000). *الإعاقة العقلية*. (د. ط). عالم الكتب.
- البطاينة، أسامة؛ الجراح، عبد الناصر؛ والغوانمة، مأمون. (2007). *علم النفس الطفولة غير العادي*. دار المسيرة.
- جريج، فادي. (2013). *المظاهر السلوكية اللا تكيفية لدى الأطفال المعوقين عقلياً وعلاقتها ببعض المتغيرات*. دراسة دكتوراة منشورة، مجلة جامعة دمشق: م 29 (1).
- حواشين، مفيد وزيدان. (2002). *إرشاد الأطفال وتوجيههم*. ط1. دار الفكر.
- الخطيب، جمال؛ والحديدي، منى. (2009). *التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة*. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال؛ والحديدي، منى. (2010). *التدخل المبكر- التربية الخاصة في الطفولة المبكرة*. دار الفكر.
- الخطيب، جمال. (2010). *مقدمة في الإعاقة العقلية*. دار وائل للنشر.
- رشوان، عبد المنصف. (2008). *العلاج السلوكي*. {مقالة} على الانترنت سحبت في 15 نيسان (إبريل) 2008، من: <http://www.ec18.net/>
- الروسان، فاروق. (2001). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة*. (ط5). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزويد، نادر فهي. (2000). *تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً*. (ط1). دار الفكر.
- السيد، جمال. (2009). *العلاج السلوكي أساليبه وفنائه*. سحبت بتاريخ 2009/1/15 من <http://eirc.forumslife.com/t6-topic>
- شاش، سهر. (2002). *التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج*. (ط1). مكتبة زهراء الشرق.
- الشناوي، محمد؛ والسيد، عبد الرحمن. (1998). *العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته*. (ط1). دار قباء.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2007). *الإعاقة العقلية*. (ط2). دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- العزة، سعيد حسيني. (2002). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية*. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- أبوعمشة، يوسف حسن. (2009). *أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية والمتغيرات ذات العلاقة: وأبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. {ورقة عمل}، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- القريطي، عبد المطلب أمين. (2001). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*. (ط1). دار الفكر العربي.
- القمش، مصطفى؛ والإمام، محمد. (2006). *الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. (ط1). الطريق للنشر والتوزيع.
- كامل، محمد علي. (2006). *صعوبات التعلم*. (ط1). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الكتان، فاطمة. (2000). *الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات*. دار الشروق.
- كوافحة، تيسير؛ ومفلح، عبد العزيز عمر. (2003). *مقدمة في التربية الخاصة*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- يحيى، خولة؛ وعبيد، ماجدة. (2005). *الإعاقة العقلية*. (ط1). دار وائل للنشر.

Abaza, A. A. (2000). *Eilm Alnafs Alnumu 'Developmental Psychology'*. (f1). Al'anjilu Almisriatu House. Fayoum University. [in Arabic]

Abu Amsha, Y. H. (2009). *'Asbab Alaidtirabat Alsulukiat Walainfiealiat Walmutaghayirat Dhat Alealaqat : Wa'abraz Alnazariaat Alati Tabhath Fi 'Asbab Alaidtirabat Alsulukiat Walainfieayati* 'Causes of behavioral and emotional disorders and related variables: The most prominent theories that investigate the causes of behavioral and emotional disorders'. {Working Paper}, College of Higher Educational Studies, Amman Arab University for Postgraduate Studies. [in Arabic]

- Al-Azza, S. H. (2002). *Altarbait Alkhasat Lil'atfal Dhawi Aliadtirabat Alsulukayti* 'Special education for children with behavioral disorders'. Alealmayt Alduwliyt House for Publishing and Distribution, Dar Althaqafat for Publishing and Distribution. [in Arabic]
- Al-Batayneh, O.; Jarrah, A.; And Al-Ghawanmeh, M. (2007). *Eilm Alnafis Altufulat Ghayr Aleadii* 'Unusual Childhood Psychology'. House of almasirati. [in Arabic]
- Alkataan, F. (2000). *Aliatijahat Alwalidiat Fi Altanshiat Aliajtimaeiat Waealaqatiha Bimakhawif Aldhaati* 'Parental attitudes in socialization and their relationship to self-concerns'. Alshuruqi House. [in Arabic]
- Al-Qamish, M. And Al-imam, M. (2006). *Al'atfal Dhawi Alihtiajat Alkhasati* 'Children with special needs'. (f1). Altariq to publish and distribute. [in Arabic]
- Al-Quraiti, A. A. (2001). *Saykulujiat Dhawi Alihtiajat Alkhasat Watarbiatuhum* 'Psychology of people with special needs and their upbringing'. (f1). Alfikr Alearabii House. [in Arabic]
- Alsayid, J. (2009). *Aleilaj Alsuluki 'Asalibuh Wafaniyaatuhu* 'Behavioral therapy methods and techniques'. Pulled on 15/1/2009 from <http://eirc.forumslife.com/t6-topic> [in Arabic]
- Al-Shinawi, M. and Alsayid. A. (1998). *Aleilaj Alsuluki Alhadith 'Asasah Watatbiqatihi* 'Modern behavioral therapy, its foundations and applications'. (1st edition). Qaba'i House. [in Arabic]
- Al-Zyoud, N. F. (2000). *Taelim Al'atfal Almutakhalifin Eaqlia* 'Education of mentally retarded children'. (f1). House of Alfikri. [in Arabic]
- American Psychiatric Association (1999). *Diagnostic criteria from. DSM- IV. Tm*. Washington DC author.
- Corell, O., & Huthchison, J. (1987). A comparison of recommended treatment approaches: Attention Deficit Disorder Versus Aggressive Under Socialization Conduct Disorders. *Dissertation Abstracts International - B*, 47(11), 4645
- Greg, F. (2013). *Almazahir Alsuluki Alaatkayfiat Ladaa Al'atfal Almueawaqin Eqlaan Waealaqatuha Bibaed Almutaghayirati* 'Adaptive behavioral manifestations of mentally handicapped children and their relationship to some variables'. A published doctoral study, *Damascus University Journal*: Article 29 (1). [in Arabic]
- Hawashin, M. and Zidan. (2002). *Tirshad Al'atfal Watawjihuhum* 'Guiding and directing children'. I 1. House of Alfikri. [in Arabic]
- Hogue. T. E., Mooney. P., Morrissey. C., Steptoe. L., S. Johnston, Lindsay. W. R. & Taylor. J. (2007). Emotional and behavioral problems in offenders with intellectual disability: comparative data from three forensic services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 778-785. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00938.x>
- Ibrahim, A. (1994). *Aleilaj Alsuluki Almaerifu Alhadith Wa'asalibuh : Wamayadin Tatbiqih* 'Modern cognitive behavioral therapy and its methods: and fields of application'. (1st floor). Dar Alfajr for publication and distribution. [in Arabic]
- Ibrahim, A.; Al-Dakhil, A. and Ibrahim, R. (1993). *Aleilaj Alsuluki Liltifl 'Asalibuh: Wanamadhij Min Halatih* 'Behavioral treatment of the child: his methods: and examples of his cases'. (1st edition). Dar Almaerifati, a series of cultural books published by the National Council for Culture and Science. [in Arabic]
- Ibrahim, O.A. (2000). *Al'ieaqat Aleaqliatu* 'Mental disability'. (D.i). The world of books. [in Arabic]
- Kamel, M. A. (2006). *Sueubat Altaealumi* 'Learning Difficulties'. (f1). Alfikr Liltibaeat for printing, publishing and distribution. [in Arabic]
- Karen P. R., Marielle C. D., Frank C. V. & Hans M. K (2007). Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 498-507. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01712.x>
- Kawafiha, T. and Mofleh, A. (2003). *Muqadimat Fi Altarbiat Alkhasati* 'Introduction to special education'. Dar almasirat for publication and distribution. [in Arabic]
- Khatib, J. (2010). *Muqadimat Fi Al'ieaqat Aleaqliati* 'Introduction to mental disability'. wayil Publishing House. [in Arabic]
- Khatib, J. and Al-Hadidi, M. (2009). *Altadakhul Almubakur Muqadamit Fay Altarbyt Alkhasit Fi Altufulat Almubakirati* 'Early intervention introduction to special education in early childhood'. Dar Alfikri for printing, publishing and distribution. [in Arabic]
- Khatib, J. and Al-Hadidi, M. (2010). *Altadakhul Almubakri-Altarbiat Alkhasat Fi Altufulat Almubakirati* 'Early Intervention - Special Education in Early Childhood'. House of Alfikri. [in Arabic]
- Obeid, M. B. (2007). *Alaeaqat Aleaqliatu* 'Mental Handicap'. (2nd floor). Dar Alsafa' for publication and distribution. [in Arabic]
- Prizant, B. (2004). *Building Communication Around Routines*, Division Teach, for Internet, <http://www.vnc.edu/Depts./teach>.
- Rashwan, A. (2008). *Aleilaj Alsuluki* 'Behavioral therapy'. {article} online. Retrieved on April 15, 2008, from: <http://www.ec18.net/> [in Arabic]

- Roussan, F. (2001). *Saykulujih Al'atfal Ghayr Aleadiyn : Muqadimat Fi Altarbiat Alkhasati* 'The psychology of abnormal children: an introduction to special education'. (5th f). Dar Alfikri for printing, publishing and distribution. [in Arabic]
- Shash, S. (2002). *Altarbiat Alkhasat Lilmueaqin Eqlyaan Bayn Aleuzl Waldamji* 'Special education for the mentally handicapped between isolation and integration'. (1st floor). Zahra' Alsharqa Library. [in Arabic]
- Yahya, Kh. and Obaid. M. (2005). *Al'ieaqata Lieaqliati* 'Mental Handicap'. (i1). Dar Wayil Publishing. [in Arabic]