مجلة العلوم التربوية والنفسية
جامعة القصيم، المجلد (١٠)، العدد (١)، ص ص ٤١-٩١، (محرم ١٤٣٨هـ/ أكتوبر ٢٠١٦)

فاعلية أسلوب التشكيل في اكتساب مهارة تناول الطعام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة لدى عينة أردنية

د. محمد صالح السلاق، و د. زياد كامل اللالا
أستاذ التربية الخاصة المساعد جامعة تبوك، كلية التربية، قسم التربية الخاصة
أستاذ التربية الخاصة المساعد، جامعة القصيم، كلية التربية، قسم التربية الخاصة

ملخص البحث. هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية أسلوب التشكيل في اكتساب مهارة تناول الطعام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة لدى عينة أردنية، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفل لديهم إعاقة عقلية شديدة في مدينة عمان في الأردن، (٦) أطفال كمجموعة تجريبية للبرنامج التدريبي و (٦) أطفال كمجموعة ضابطة، وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، وتم التوزيع على المجموعتين بالطريقة العشوائية، وأعد الباحثان أداة لقياس مهارات تناول الطعام، وقاما بتصميم برنامج تدريبي لتعليم مهارات تناول الطعام.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام لصالح المجموعة التجريبية، ووجود تحسن لدى جميع أفراد المجموعة التجريبية في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام، وهذه النتائج تبين الأثر الإيجابي للبرنامج التدريبي، وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث والدراسات في مجال فاعلية التشكيل على مهارات تناول الطعام بكافة أنواعها ومهارات العناية الذاتية، وبخاصة في البيئات العربية، على جميع أنواع الإعاقة وبخاصة التوحد والإعاقة العقلية، وإجراء المزيد من الأبحاث الخاصة بتعديل سلوك الأطفال المعوقين عقلياً بدرجة شديدة، وعمل ورشات عمل للأمهات والعاملين عن كيفية تدريب المعاقين عقلياً على مهارات تناول الطعام باستخدام أسلوب التشكيل.

الكلمات المفتاحية: المعاقين عقلياً، تعديل السلوك، أسلوب التشكيل، مهارة تناول الطعام

المقدمة

تطورت خدمات الأطفال المعوقين عقلياً في العقود الماضية تطوراً هائلاً في المجالات: (التعليم، التشخيص، الوقاية من الإعاقة، أسباب الإعاقة، تعديل سلوك المعوقين) .

وتهدف عملية تعديل السلوك إلى إحداث تغيير سلوك الإنسان من خلال تنظيم وضبط البيئة ذات العلاقة بالسلوك، وقد تطورت عملية تعديل السلوك في الآونة الأخيرة، وبخاصة في العقود الخمسة الماضية، وقدمت لنا الكثير من البرامج والتدخلات التربوية التي يمكن الاستفادة منها في تغيير سلوك المعاقين.

وقد ساعدت عملية تعديل سلوك الأفراد المعاقين، في اكتساب الكثير من المهارات الاستقلالية، أو مهارات الحياة اليومية، والتي تعد مهارة أساسية للنهوض بالمعاق، ومساعدته في بلوغ أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية الشخصية والاعتماد على الذات، وبناء أشكال أخرى من المهارات الضرورية التي تعتمد على المهارات الاستقلالية، ومن بين أبرز المهارات الاستقلالية التي يحتاجها المعاق عقلياً هي: مهارة تناول الطعام لضرورتها للحياة وعدم استطاعة الإنسان أن يعيش بدونها، ولا بد للمعاق أن يكتسب هذه المهارة حتى ننتقل به إلى مهارات أخرى ضرورية، كما أن التأخر في اكتساب هذه المهارة، قد يصيب الوالدين بالحرج والخجل والغضب أحياناً أمام الآخرين، فيعمدون لاشعورياً لتفادي هذه المواقف المحرجة بعزل الطفل عن الناس والمجتمع، أو بعدم إطعام الطفل أمام الناس.

لذلك على العاملين مع الأطفال المعاقين عقلياً استخدام أساليب علمية تربوية متقدمة في رعاية هؤلاء الأطفال لاكتساب مهارة تناول الطعام، وبخاصة أننا نجد قلة البحوث العربية في التعامل مع الأطفال المعاقين عقلياً بدرجة شديدة في اكتساب مهارة تناول الطعام، بالإضافة إلى قلة البحوث العربية في فاعلية أسلوب التشكيل في تغيير سلوك الإنسان.

ولهذا فإن تدريب المعاقين عقلياً وتدريسهم لا يتم عشوائياً، وإنما هو عملية تحتاج إلى الحيطة والحذر، ومراعاة مجموعة من الاعتبارات

في علمية التدريب، وهي على النحو الآتي: مرور الفرد بخبرة نجاح، وتقديم تغذية راجعة، وتعزيز الاستجابة الصحيحة، وتحديد أقصى مستوى أداء يجب أن يصل إليه الفرد، والانتقال من خطوة إلى خطوة، والتكرار بشكل كافٍ لضمان التعلم، والتأكد من احتفاظ الطفل بالمفاهيم التي سبق تعلمها، وربط المثير بالاستجابة، وتشجيع الطفل للقيام بمجهود أكبر، وتحديد المفاهيم التي سيتم تقديمها. (الروسان، ٢٠١٠)

وبناءً على ما ذكر سابقاً، ولأهمية هذه المهارة، ولِما للباحثان من صلة بالأفراد ذوي الإعاقة العقلية في مجال عملهما، وحبهما لإفادتهما، حاولنا في هذه الدراسة أن نسلط الضوء على أثر التشكيل في تعليم المعاقين عقلياً بدرجة شديدة على تحسن (مهارة تناول الطعام) بجميع جوانبها سرعةً وحجماً وجودةً.

مشكلة الدراسة وأهميتها

- تعود أهمية هذه الدراسة إلى أنها تتناول أحد أهم مهارات الحياة اليومية وهي مهارة تناول الطعام، والتي تدخل في المهارات الاستقلالية، ومهارات العناية بالذات، ويُقصد بمهارات الحياة اليومية تلك التدريبات التي تنمي القدرة لدى المعاق على القيام بمهارات الحياة اليومية، المختلفة باستقلالية دون مساعدة من الآخرين لتمكينهم على التكيف والاندماج بالمجتمع.

- وتكمن الأهمية أيضاً، في ظل قلة الدراسات العربية التي تناولت التشكيل كأسلوب، لتعليم وتدريب الأطفال المعاقين المهارات الاستقلالية، وبخاصة (مهارة تناول الطعام) لدى الأطفال المعاقين عقلياً بدرجة شديدة حسب علم الباحثان.

- وتبرز أهمية الدراسة بما يحويه البرنامج التدريبي المطبق، فالبرنامج التدريبي المطبق، يختلف عما هو مستخدم في معظم مراكز التربية الخاصة التي تعنى بهذه الفئة، وذلك بأن أغلب المراكز يقومون بالتدريب على مهارات يمتلكها ذوي الإعاقة العقلية، ولا يقومون بتشكيل مهارة لدى الأطفال المعاقين عقلياً، إضافة إلى أن كثير من مراكز التربية

الخاصة، تقوم بتعليم مهارات تناول الطعام عن طريق أسلوب تحليل المهمة وليس تشكيل السلوك.

- جاءت هذه الدراسة لتقدم لمراكز التربية الخاصة التي تقدم خدماتها لذوي الإعاقة العقلية، برنامجاً تدريبياً عملياً للتدريب على مهارات تناول الطعام، عن طريق التشكيل بأسلوب علمي ومنظم، ومخطط.

-تساعد هذه الدراسة الأهل والمربين في تبني استراتيجيات تدريبية جديدة، قائمة على أسلوب التشكيل، تعمل على حل مشاكل تناول الطعام لذوي الإعاقة العقلية الشديدة.

أسئلة البحث

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي؟

٢- ما مدى التحسن في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية؟

فروض البحث

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى **((**α=٠،٠٥**)** في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسن مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية.

– مبررات الدراسة:

١- نتيجة للاهتمام المتزايد بتعلم وتأهيل فئة الإعاقة العقلية الشديدة، وسعي برامج التربية الخاصة إلى دمج هذه الفئة في المدارس العادية، كان لا بد من البحث عن أساليب تعديل السلوك المناسبة لتأهيل ودمج هذه الفئة.

٢- مساعدة المعلمين، والقائمين على رعاية المعوقين عقلياً في تعليمهم مهارات تناول الطعام.
٣- معرفة أفضل الطرق، وأقلها جهداً في تعليم المعاقين عقلياً مهارات تناول الطعام.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى قياس فاعلية أسلوب التشكيل في اكتساب مهارة تناول الطعام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة لدى عينة أردنية من خلال:
١- تحسين قدرة الطفل ذو الإعاقة العقلية لإتقان مهارة تناول الساندويتش بشكل صحيح.
٢- تحسين قدرة الطفل ذو الإعاقة العقلية لإتقان مهارة شرب العصير بشكل صحيح.
٣- تحسين قدرة الطفل ذو الإعاقة العقلية لإتقان مهارة استخدام الملعقة بشكل صحيح.

مصطلحات الدراسة

- **أسلوب التشكيل:** هو الإجراء الذي يشمل على التعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي بهدف إحداث سلوك لا يوجد حالياً. (الخطيب، ٢٠٠١) .وقد اعتمد الباحثان هذا التعريف لغايات البحث.
- **مهارة تناول الطعام:** هي أحد مهارات الاستقلالية، والعناية بالذات، ويقصد بها تحديداً بأنها قدرة الفرد على: (تناول الساندويتش، شرب كأس العصير، استخدام الملعقة) .
-الإعاقة العقلية الشديدة: تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة من (٤٠ فما دون)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة، مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما وتتميز هذه الفئة من الأفراد باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي، ومهارات تناول

الطعام، وهي بحاجة لبرامج رعاية، تهدف إلى تدريب الأطفال المعاقين عقليا ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، على بعض المهارات الحياتية مثل مهارات تناول الطعام، وكيفية استخدام الحمام وتنظيف الأسنان، وارتداء وخلع الملابس، وغيرها من مهارات العناية الذاتية، ومهارات الحياة اليومية. (الروسان، ٢٠١٠، احمد، ٢٠٠٧) .

ولأغراض الدراسة الإجرائية:فقد تم تعريفهم بأنهم الطلاب الذين تم تشخيصهم في مراكز التربية الخاصة في مدينة عمان بالإعاقة العقلية الشديدة.

- **البرنامج التدريبي:** هو الأداة التي تم تطويرها من قبل الباحثان لغايات قياس مدى فاعليتها في اكتساب مهارة تناول الطعام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، وهو برنامج قائم على أسلوب التشكيل، ويحدد إجرائياً بالبرنامج المُعد لهذه الدراسة.

محددات الدراسة

- تتحدد نتائج الدراسة بالمعاقين عقلياً بدرجة شديدة.
- أداة الدراسة بدلالات صدقها وثباتها.
- الجنس: اقتصرت الدراسة على الذكور، دون الإناث
- الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة في مركز آية للتربية الخاصة في مدينة عمان.
- الحدود الزمنية: تم تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام ٢٠١٣.

الإطار النظري

تعتبر الإعاقة العقلية إحدى التحديات التي تواجه المختصين في مجال التربية الخاصة، وذلك لأنها تشكل مشكلة مختلفة الأبعاد من النواحي النفسية والتعليمية والطبية والاجتماعية، حيث أن الإعاقة العقلية تؤثر في مجالات النمو العقلي، والجسمي، واللغوي و الاجتماعي،

ويظهر هذا شكل سلبي على الجانب العقلي في كل من ضعف الانتباه، وضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التعلم. وأما على الجانب الجسمي فإن أصحاب هذه الإعاقة يظهرون ضعفا واضحاً وتأخراً في سرعة النمو ومعدله بالإضافة إلى تشوهات مختلفة في الرأس والوجه والأطراف، وكذلك يكونوا عرضة للأمراض المختلفة، أما بالنسبة للجانب اللغوي فانه تظهر عليهم بوادر التأخر اللغوي من خلال اضطرابات النطق وخاصة للذين يعانون من تخلف عقلي شديد حيث يعانون من فشل في التواصل الاجتماعي وانسحاباً اجتماعياً، وتظهر معظم حالات الإعاقة العقلية الشديدة عجزاً واضحاً في مجمل عمليات التواصل، وعل وجه الخصوص في عمليتي اللغة والكلام مما يؤدي إلى خلل واضح في الوظيفة التواصلية بصورها المختلفة لديهم، وينعكس هذا الوضع على توافقهم النفسي، والتعليمي، والاجتماعي والمهني، بالإضافة إلى العديد من الاستجابات الانفعالية الاجتماعية غير التكيفية. (اللالا وآخرون، ٢٠١٤، الوابلي، ٢٠٠٥).

تعريف الإعاقة العقلية

مر تعريف الإعاقة العقلية بتطورات كثيرة في أربعينيات وخمسينيات القرن السابق، حيث كان ينظر إليها على أنها مشكلة طبية بالدرجة الأولى، ثم بدأ الاهتمام بها على أنها مشكلة اجتماعية، و تطور الاهتمام بها على أنها مشكلة تربوية. تعتبر الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الأبعاد، ومن ثم وتنوعت التعريفات حول مفهومها وانتشرت التعريفات الطبية والاجتماعية والتربوية ومنها. **(بدر، ٢٠١٠).**

وعرّف الوابلي (٢٠٠٥) الإعاقة العقلية الشديدة:بأنها تلك الحالات التي تعاني من تدن واضح في الأداء الوظيفي للعمليات العقلية، والتي غالباً ما تكون درجات ذكائهم أربعة انحرافات معيارية فأكثر، دون المتوسط العام أي أن مدى درجات ذكائهم يتراوح ما بين ٢٠ درجة ذكاء إلى ٣٥ درجة، وهذا التدني يصاحبه قصور واضح في مهارات السلوك التكيفي.

مفهوم مهارات العناية بالذات

يهدف تدريس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال غير العاديين إلى تنمية القدرة لديهم على التكيف الناجح في مواقف الحياة اليومية، وتعد مهارات العناية بالذات من المهارات الرئيسية في مناهج المعوقين على اختلاف درجاتهم وأنواعهم، وخاصة لفئة المعاقين عقلياً، كما تشكل هذه المهارات، أساساً لبناء أشكال أخرى من المهارات اللاحقة كالمهارات الأكاديمية، أو الاجتماعية أو المهنية. ويؤدي أداء المعاق عقلياً للمهارات الاستقلالية والعناية بالذات إلى تنمية عدد من الخصائص الشخصية لديه مثل: الاعتماد على الذات، وتنمية الثقة بالذات، والتكيف الناجح مع من حوله، ولهذا فتطوير مهارات العناية بالذات، وخاصة مهارات تناول الطعام، لها نتائج طويلة الأمد سواءً كان للأطفال العاديين وغير العاديين، فالأفراد الذين يتمتعون بالكفاءة الاجتماعية ومهارات العناية بالذات، هم الأكثر اندماجاً في المجتمع ولهم علاقات أكبر، ويُعَد اكتساب هذه المهارات واحد من أهم المجالات الرئيسية لتوسيع المهارات الاجتماعية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة، وتعتبر المهارات الاستقلالية أو مهارات الحياة اليومية أو مهارات مساعدة الذات أو المهارات المعيشية، فرصاً للاستمتاع بمشاركة اجتماعية كاملة من خلال العمل والحياة اليومية ووقت الفراغ.

(Hallahn, Kaufman, 2012) (Lewis & Iselin , 2002)

أهمية تعلم مهارات تناول الطعام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية

١- اكتساب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بعض المهارات اللازمة لتفاعل مع الآخرين.

٢- تنمية الإحساس بالذات والشعور بالفاعلية.

٣- تنمية قدرة الطفل على الاستقلالية.

٤- اكتساب الحاجات الخاصة والقدرة على توطيد علاقات إيجابية مع الأصدقاء.

٥- الشعور بالدافعية سواء في المدرسة أو مع الأسرة. (Kagan , 1994).

ويمثل الجدول رقم (١) التالي كما ورد في (يحيى، ٢٠٠٦) التسلسل النمائي لمهارة تناول الطعام لدى الطفل العادي تبعاً للعمر الزمني:

العمر	المهارة
١-٤ أشهر	المص، البلع، موازنة الرأس.
٤-٨ أشهر	تناول السوائل، الوصول إلى الأشياء القريبة، الجلوس دون مساعدة، حمل الزجاجة بكلتا اليدين.
٨-١٢ شهراً	تناول السوائل بمساعدة البعض وبمساعدة الإبهام والأصبع.
١٢-١٨ شهراً	الفطام، حمل طبق فارغ.
١٨-٢٢ شهراً	فك غطاء علبة، تناول الطعام باستقلالية، الشرب من الكأس دون مساعدة، استعمال الملعقة بشكل جيد باستقلالية.
٢-٣ سنة	الحصول على الماء دون مساعدة، صب الماء دون مساعدة وبشكل صحيح.
٣-٦ سنوات	استعمال مناديل الورق أو القماش أثناء تناول الطعام، تناول الطعام باستقلالية.
٦-٩ سنوات	استعمال السكين في القطع والتقشير والاعتناء بالنفس أثناء تناول الطعام.

الاعتبارات الضرورية لتعليم التغذية الصحيحة في مهارات تناول الطعام للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية:

في المراحل التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسدي، والتعليمات اللفظية، والنمذجة حسبما تقتضيه الظروف، وبعد ذلك يجب التوقف عن مساعدة الطفل تدريجياً لكي يصبح قادراً على القيام بذلك بمفرده. (الخطيب، ١٩٩٤).

– **الاعتبارات الطبية:** يجب التشاور مع أخصائي التغذية قبل البدء بعملية التغذية، وذلك لمراعاة بعض الأمور التي تشتمل على أشياء عدة مثل: (مشاكل زيادة الوزن أو فقدان الوزن، ومشاكل الجهاز الهضمي،

ومشاكل الأسنان، ومشاكل في البلع، والسكري، والحساسية) .كما يجب التأكد من أن جميع المتواصلين مع الأطفال على بينة من القضايا الطبية، والأدوية الموصوفة للطفل وكل ما يختص بحالته.

-التأكد من أن الطفل لا يأكل بسرعة أو يجري تغذيته بسرعة كبيرة جداً.

-اختيار الأطعمة التي يتمكنون من مضغها وابتلاعها بسهولة.

- ربطهم بطريقة آمنة على كرسي الطعام خلال وجبات الطعام للحفاظ على سلامتهم، في حالة اضطرار المسئول عنهم المغادرة لفترة قصيرة خلال الوجبة.

– **التغذية**: يجب تزويد الأطفال ذو الإعاقة العقلية بالأغذية الصحية المناسبة، ولا سيما مع الأطفال الذين يعانون من المشاكل الطبية، وأحد أهم الأهداف الرئيسية لتناول الطعام هو الحصول على التغذية السليمة، لأن هؤلاء الأطفال يحتاجون لوجبات غذائية خاصة، ومن المهم التأكد من تلبية الاحتياجات الغذائية، واستخدام استراتيجيات المساعدة مع تناول وجبات الطعام والتغذية.

- جدولة وقت الطعام: وهذا يشير إلى متى وكيف تُعطى الوجبات وانسجامها مع الجدول اليومي، وتشمل الأشياء التي تحدث قبل وبعد وجبات الطعام، فالالتزام بالجدول الاعتيادي اليومي لتناول الطعام هام جداً للطفل، لأنه يؤثر على مزاجه واستعداده لتناول الطعام.

– **المنبهات الحسية**: وهذا يشمل جميع الأشياء المحيطة بالطفل، أثناء تناول وجبته فهو يسمع ويرى ويشم الروائح ويتذوق الطعام خلال وجبته. فبعض الأطفال لديهم حساسية الضوضاء (الأصوات المزعجة)، مما يؤدي للامتناع عن الطعام، وبعضهم لا يحبون أن يشعروا بالأطعمة اللزجة في أفواههم. وهذا يتطلب العمل لإعداد مواد غذائية أفضل تساعد الطفل على تقليل الشعور بالتوتر وتناول الطعام بهدوء. (Lowman& Murphy, 1999)

– **تعريف التشكيل**: يعرف التشكيل على أنه الإجراء الذي يشتمل على التعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئاً فشيئاً من

السلوك النهائي، بهدف إحداث سلوك لا يوجد حالياً، فتعزيز الشخص عند تأديته سلوكاً معيناً لا يعمل على زيادة احتمالية حدوث ذلك السلوك فقط، ولكنه يقوَي السلوكات المماثلة أيضاً. (الزريقات،، ٢٠٠٧، الخطيب، ٢٠٠١)

الوصف العيادي أو الإكلينيكي للتشكيل

هناك خمس خطوات للوصف العيادي للتشكيل وهي:

الخطوة الأولى: القيام بتقييم الخط القاعدي لتحديد ارتباط المشكلة بالعيب في محتوى السلوك أو مشكلته ، ومدته ومقدار شدته وكمون بعض مظاهر مخزون الطفل السلوكي. وهذا ما نعنيه بتحديد المشكلة. ولذلك يجب تعريف السلوك المنشود بوضوح لكي يتم تجنب الإجراءات غير الضرورية.

الخطوة الثانية: وتشمل تحديد المعززات التي يجب أن تستعمل في تشكيل الاستجابة ، و يمكن أن نحدد المعزز المناسب من خلال استخدم تقيما رسميا لتفضيل المعززات ، وبسؤال الطفل للاختيار من بين معزين أو أكثر.

الخطوة الثالثة: التحديد والدقة في تعريف الاستجابات التي تؤدي إلى السلوك النهائي أمر في غاية الأهمية، ويلعب دوراً كبيراً في فاعلية استخدام التشكيل كأجراء لاكتساب سلوكيات جديدة. وبالإضافة إلى ذالك، فإنه من المهم جداً، تحديد المعيار الذي يحدد أن السلوك أو الاستجابة قد اكتسبت.

الخطوة الرابعة: تحديد السلوك الرئيس الذي يصدر عن الشخص في الوقت الحاضر وكم يتكرر، ويكون هذا السلوك له علاقة بالسلوك المستهدف.

الخطوة الخامسة: استخدام التشكيل تحديد السلوكيات التقريبية الوسيطة بين الاستجابة الحاضرة والأداء النهائي، اي بعبارة أخرى، ما هي السلوكيات التي سوف تكتسب لتحقيق الهدف النهائي أو السلوك النهائي،

ويتم تعزيز السلوك المتقارب وتجاهل السلوك الغير متقارب. (Gaynor and Clore , 2005) .

الدراسات السابقة

- أجرى كل من روزينبرغ وشوارتز و ديفيس (Rosenberg. Schwartz. & Davis. 2010) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر فيديو النمذجة في تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد في تعلمهم المهارات الحياتية البسيطة، وكانت عينة الدراسة ثلاث أطفال يعانون من التوحد، وقد استخدم الباحث عرض لشريط يظهر شخص يغسل يديه بخطوات متسلسلة، وبعد تكرار الفيديو استطاع الأطفال غسل أيديهم. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من التوحد قادرون على التعلم بهذه الإستراتيجية أكثر من الوسائل الأخرى.

- قام أولوراندا (Olorunda, 2010) بدراسة هدفت إلى دراسة فعالية استراتيجيات النمذجة والتشكيل على سلوك الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية البسيطة لدفعهم للقراءة، وقد أجريت الدراسة في مدينة أبادان النيجيرية، وشارك في الدراسة ٤٥ طالباً، وكان العلاج على مستويين، وكان العلاج يطبق على الجنسين بالتساوي، استغرقت الدراسة مدة ٨ أسابيع. وأظهرت النتائج أن إستراتيجية النمذجة أثبت فعاليتها بالمقارنة مع التشكيل في تعزيز سلوك القراءة عند التلاميذ، وكانت نتيجة الاختبار للإناث هي الأعلى، من الذكور، وكنتيجة لهذه الدراسة تم التأكيد على إتباع المعلمين استراتيجيات النمذجة والتشكيل في تغيير أداء هؤلاء الأطفال في القراءة.

- كما قام رهفيلد ودهمان وينغ وشيري وديفيس (Rehfeldt, Dahman, Young, Cherry, & Davis, 2003) بدراسة لمعرفة أثر فيديو النمذجة في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة في تعلمهم المهارات الحياتية البسيطة في أمريكا، وكانت عينة الدراسة ثلاث أطفال يعانون من الإعاقة العقلية، والإجراء الذي اتخذ هو عرض نموذج لشخص بالغ يقوم بإعداد شطيرة مربى بزبده الفستق السوداني وكان الشخص يتلقى الثناء

عند أداء كل خطوة بعد قرابة الشهر أتقن الأطفال الثلاثة عمل الشطيرة، وتخلص الدراسة أن إستراتيجية النمذجة باستخدام الفيديو لها أثر ملحوظ ومرتفع في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مهارات عدة أساسية.

- وفي دراسة قام أوجو (Ojo, 2001) بتنفيذها هدفت إلى تدريب الأطفال المعاقين عقلياً في نيجيريا على استخدام المرحاض، باستخدام تشكيل السلوك، وكانت عينة الدراسة ثمانية عشر حالة لهذا البحث التجريبي، وكشفت نتائج الدراسة فعالية الإستراتيجية المتبعة لعملية التدريب.

- أجرى جوتنتاج وهامير (Gutentag, Hammer, 2000) بدراسة في جامعة ولاية كارولينا هدفت إلى إعادة تشكيل التغذية لدى طفل بالأسلوب الطبيعي، كان يتغذى بواسطة أنبوب التغذية، وكانت عينة الدراسة فتاة أمريكية عمرها (٣) سنوات، كانت ترفض تناول الطعام بعد مكوثها لفترات طويلة ومتكررة في المستشفى، وتعودها على التغذية بواسطة أنبوب التغذية، بدأ برنامج العمل على إعادة أسلوب التغذية في البيت والمدرسة، كانت الطفلة قد اعتادت عدم الرغبة في تناول الطعام، وانقسم العلاج إلى نوعين الأول: قبولها لأي طعام كان يتبعه الاهتمام والمديح والحصول على ألعاب مفضلة لديها، الشق الثاني من العلاج: سلوك الرفض للأطعمة (إغلاق الفم، ورفض الأكل، والتقيؤ والبكاء) كان يواجه بالإعراض والتجاهل، وأظهرت النتائج لهذه الأسلوب زيادة ملحوظة في كمية الغذاء المستهلك من قبل الطفلة في المنزل بشكل طبيعي، والتي تم بعد ذلك تعميمها على البيئة المدرسية.

- وفي دراسة مسحية أجرى كل من مكلين، وبرادي مكلين (Mclean, Brady Mclean, 1996) بحث حول معرفة طبيعة القدرات التواصلية التعبيرية، وكذلك النظام التواصلي المستخدم لدى ٢١١ شخص من الذكور والإناث ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، وكشفت النتائج أن (٥٩%) من عينة الدراسة يتواصلون عبر النظام الرمزي (مثل الكلام، لغة الإشارة، لوحة التواصل)، في حين أن (٤١%) من عينة الدراسة يتواصلون من خلال النظام غير الرمزي (كالإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركة البدن واللمس) إما بصورة مقصودة أو غير مقصودة، وبينت

النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين الكبار والأطفال في طبيعة النظام التواصلي المستخدم، حيث كان (٨٠%) من الكبار يتواصلون عبر النظام الرمزي، و (٢٧%) من الأطفال يستخدمون رموز الكلمات والإشارات معاً في عملية التواصل.

- قام وينمان وهايدون وسابسان. (Weinman, Haydon, Sapsan, 1990) بدراسة أجريت في ولاية أريغون الأمريكية، هدفت إلى علاج سلوك لرفض الطعام من قبل امرأة معاقة عقلياً بدرجة متوسطة، عمرها (٣١) عام، وتم علاجها بنجاح عن طريق أسلوب التشكيل جنباً إلى جنب مع إجراءات الاسترخاء. وقد كشفت النتائج عن فعالية هذا الأسلوب.

- وأجرى ألفي وآتش ليمن (Alvey, & Aeschleman, 1990) بدراسة هدفت إلى تقييم برنامج تدريبي لأهالي الأطفال المعاقين عقلياً مهارات الطعام (داخل المطاعم) المناسبة لفئتهم العمرية، حيث تم تطوير وتقييم برنامج لتدريب الأهل لكي يقوموا بتعليم أطفالهم المعاقين عقليا، مهارات وآداب الطعام المناسبة لفئتهم ليصبحوا أكثر استقلالية، في ممارستهم لمهارات العيش في المجتمع العادي، وتشمل هذه المهارات (قدرات التسوق، استعمال وسائل المواصلات العامة، المشاة، ومهارات الطعام في المطاعم)، وتظهر الدراسة أن قدرات الأهل للتعليم تأثرت بالبرنامج التدريبي، واستطاعوا تحسين مهارات أطفالهم في مطاعم الوجبات السريعة، وأنه تم المحافظة على هذه المهارات لمدة أربعة شهور، وزيادة على ذلك فإن التقييم المباشر لسلوك الأهل يشير إلى أن البرنامج التدريبي، كان له تأثير على تفاعل الأهل التدريبي مع أطفالهم، مع أن معدل الاستقلالية العام لكل طفل قد تحسن، لكن لم يتمكن أي من الأطفال أن يقوم بأداء كل أجزاء المهارات العشر باستقلالية كاملة.

- وقام نيلسون وكون وهانسون (Nelson, Cone, Hanson, 1975) بدراسة هدفت إلى تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة شديدة على الاستخدام الصحيح لأدوات المائدة (استخدام السكين، والشوكة، والملعقة) وبالمقارنة بين أسلوب النمذجة وأسلوب التوجيه الجسدي، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة من الذكور المعاقين عقلياً، وتم تعديل الأسلوب وتمديده على عدد أكبر من وجبات الطعام، وتم استبدال الأساليب السابقة بأسلوب ثالث

يعتمد على التوجيه الجسدي مع الثناء. وأشارت النتائج بأن الأسلوب الذي اعتمد على التوجيه الجسدي أظهر تحسناً ملحوظاً على الأداء مقارنة بأسلوب النمذجة الذي لم ينجح. لذلك كل المجموعات بدأت في تلقي هذا الأسلوب (التوجيه الجسدي مع الثناء) والذي أدى إلى تحقيق نتائج مماثلة، وأشارت النتائج إلى أن الاستخدام الصحيح لأدوات المائدة سيستمر باستمرار المتابعة الصحيحة في ظل شروط التعديل على السلوك باستمرار.

-قام بترفيلد وبارسون. (Butterfield, & Parson, 1973) بدراسة في جامعة ويسكونسن الأمريكية على طفل منغولي متوسط الإعاقة يبلغ من العمر ٨ سنوات لتطبيق مبدأ التشكيل و النمذجة، من قبل الآباء والأمهات لتطوير سلوك المضغ
لدى أطفالهم المعاقين، وقام الطفل بتطوير استمرارية سلوك المضغ للطعام
خلال ٦ جلسات، حيث كان معدل الاستمرارية في المضغ يزداد حتى بعد ثلاثة أسابيع من العلاج، ولوحظ أن معدل المضغ عند الطفل كان مرتفع جداً بالنسبة للقياس، وبالوصول إلى الأسبوع الثاني والأربعون ازداد استمرارية سلوك المضغ لدى الطفل بالإضافة لمضغ الأطعمة الصلبة.

- أجرى الوابلي (٢٠٠٥) دراسة بعنوان طبيعة التواصل غير اللفظي وأساليبه المستخدمة مع التلاميذ ذوي التخلف العقلي الشديد والحاد، كدراسة وصفية تحليلية، وأوضحت نتائج الدراسات التطبيقية والتجريبية التي تمت مراجعتها أن أفراد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والحادة، لديهم إمكانيات تعينهم على تعلم واكتساب مهارات التواصل غير اللفظي، بل وأن اكتسابهم لتلك الأساليب زاد من قدرتهم اللغوية سواء في عدد المفردات والجمل أو في نوعيتها، وذلك للتواصل مع الآخرين وفي اتجاهات مختلفة.

- قامت عبيد (٢٠٠٣) بدراسة للتعرف إلى فاعلية برنامج لإرشاد الأسر، على تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك، في تدريب أبنائهم المعوقين إعاقة عقلية متوسطة، على بعض المهارات الاستقلالية، وأظهرت النتائج أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأطفالهن قد استفدن

من التدريب على المهارات الاستقلالية باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك.

تعقيب على الدراسات السابقة

- إمكانية تعليم المعاقين عقلياً لمهارة تناول الطعام بأساليب مختلفة (النمذجة، التشكيل، التلقين، التعزيز) وكلها أثبتت فاعليتها إلا أن الدراسات اختلفت في أيهما أفضل، ومن الأدلة على ذلك الدراسة التي قام بها كل من رهفيلد وآخرون (Rehfeldt et al. 2003) والدراسة التي قام بها أولورانداا (Olorunda. 2010) .

- تفيد الدراسات السابقة بأن البرنامج السلوكي لتدريب المعاقين مهارة تناول الطعام لابد أن يستمر حتى فترة مناسبة، ثم يتم إيقاف التدريب عليه وبشكل مدروس، حتى يتم الحفاظ على السلوك المستهدف، ومن الأدلة على ذلك الدراسة التي قام بها كل من نيلسون وآخرون (Nelson et al. 1975) .

- إن مشاركة الآباء والمعلمين في البرنامج السلوكي مهم وفعال لنجاح البرنامج العلاجي، ومن الأدلة على ذلك الدراسة التي قام بها ألفي وآخرون
(Alvey et al. 1990).

- أما هذه الدراسة فإنها جاءت لتأكد فاعلية أسلوب التشكيل مع المعاقين عقلياً إعاقة شديدة في دراسة عربية حيث لا يوجد دراسة عربية في ذلك بحسب علم الباحثان، وتتميز هذه الدراسة بأنها جاءت لتدرب على ثلاثة مهارات من مهارات تناول الطعام وبشكل تفصيلي (تناول الساندويتش، شرب العصير، استخدام الملعقة)، ومن خلال برنامج تدريبي قائم على تشكيل السلوك ومطوّر من قبل الباحثان، بخاصة أن أغلب القائمين على رعاية الطفل المعاق عقلياً لا يستخدمون أسلوب التشكيل في التدريب على مهارة تناول الطعام، وإذا تم استخدام أسلوب التشكيل فيتم استخدامه بطريقة غير منظمة وغير مخطط لها، ولهذا قام الباحثان باستخدام أصول ومفاتيح النجاح لأسلوب التشكيل من مثل: تحديد السلوكيات المتقاربة وبشكل دقيق، التعزيز التفاضلي، التدرج في

التعزيز، فجاءت هذه الدراسة لتقديم برنامج سهل ومنظم لتعليم المعاقين إعاقة عقلية شديدة مهارات تناول الطعام عن طريق تشكيل السلوك.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بدرجة شديدة في مدينة عمان في الأردن.

عينة الدراسة

تم تحديد عينة الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بدرجة شديدة في مركز (آية للتربية الخاصة) وهو مركز خاص تابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن، وتم اعتماد مركز (آية للتربية الخاصة) لأن المركز أبدى استعداداً للتعاون في تطبيق هذه الدراسة، ولتوفر عينة الدراسة في المركز، ولوجود إدارة متفهمة لمتطلبات البحث التجريبي، ولأنهم يقدمون خدمات للأفراد المعاقين إعاقة عقلية بكل مستوياته (الشديدة، والمتوسطة، والبسيطة) بصورة علمية بحسب علم الباحثان، وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، والتوزيع على المجموعتين بالطريقة العشوائية، حيث كان أفراد المجموعة التجريبية (٦) طلاب، وتتراوح أعمارهم من (٦-١٢) سنة، وكان أفراد المجموعة الضابطة (٦) طلاب، وتتراوح أعمارهم من (٦-١٢) سنة، علماً بأن المجموعة التجريبية والضابطة في نفس الصف. ويوضح الجدول (٢) عينة الدراسة وتوزيعها.

الجدول رقم (٢). عينة الدراسة وتوزيعها.

المجموعة	عدد الطلبة	الجنس
التجريبية	٦	ذكور
الضابطة	٦	ذكور
المجموع	١٢	ذكور

أدوات الدراسة:

أولا: المقياس

أ) بناء المقياس:

لقد تم بناء مقياس خاص بالبحث من إعداد الباحثان، وذلك بعد الرجوع إلى الأدب التربوي السابق، والبرامج التدريبية، والمقاييس العالمية الموثقة (كمقياس السلوك التكيفي للأطفال) واستعان الباحثان كما جاء بالأدب التربوي والدراسات المتعلقة بموضوع تناول الطعام لدى المعاقين عقلياً.

ويتكون المقياس من المهارات التالية:

١- مهارة تناول الساندويتش.
٢- مهارة شرب العصير.
٣- استخدام الملعقة.

ويضم المقياس (٢٧) فقرة موزعة على (٣) أبعاد وهي:

١- مهارة تناول الساندويتش عدد فقراتها (١٠)
٢- مهارة شرب العصير وعدد فقراتها (٨)
٣- مهارة استخدام الملعقة وعدد فقراتها (٩)

– الفئة المستهدفة من المقياس: يستهدف الاختبار الطلاب الذكور والإناث المعاقين إعاقة عقلية شديدة، ويطلب من المقيم وضع إشارة أمام الفقرة التي تنطبق عليه أم لا وفق درجات المقياس.

ب) صدق وثبات المقياس

- صدق المقياس: تم التأكد من صدق المقياس من خلال صدق المحتوى:

– **صدق المحتوى للأداء**: تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المحكمين المختصين في مجال موضوع الدراسة وعددهم (١٠) من المختصين في مجال التربية الخاصة وأخذ بنسبة ٩٠% مما اتفق عليه المحكمون، على مدى انتماء الفقرات بالمجالات، وكذلك الحكم على درجة مناسبة الفقرات من حيث صياغتها بنائياً ولغوياً، وقد تم تعديل بنود المقياس بناءً على اقتراحات المحكمين وإخراجه بصورة نهائية.

– **ثبات المقياس**: تم قياس الثبات عن طريقة الاتساق الداخلي، حيث تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغت (١٠) أفراد من مجتمع الدراسة، حيث طبق المقياس عليهم أول مرة ثم تم حساب الاتساق الداخلي عن طريق كرونباخ ألفا والجدول (٣) يبين ثبات مقياس الدراسة:

جدول رقم (٣). ثبات المقياس

	المجال	الثبات
١-	أكل الساندويتش	٠,٨١
٢-	شرب العصير	٠,٨٥
٣-	استخدام الملعقة	٠,٨٠
٤-	الدرجة الكلية	٠,٨٢

يتضح من الجدول (٣) أن معاملات ثبات المقياس تراوحت مابين (0.80- 0.85) وأن معامل الثبات الكلي بلغ (0.82) وجميع هذه المعاملات مناسبة وتفي بأغراض هذه الدراسة.

ثانيا: البرنامج التدريبي

– **الهدف الرئيسي للبرنامج التدريبي**: هو مساعدة ذوي الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، على الاعتماد على الذات، والوصول إلى أقصى ما تسمح به إمكانياتهم وقدراتهم، ومن أهم المهارات الأساسية التي يجب أن يتعلمها الطفل المعاق، حتى يصل إلى الاعتماد على الذات (مهارة

تناول الطعام) بصورة صحيحة، وتُعد هذه المهارة أساساً لبناء أشكال أخرى من المهارات الضرورية لهذه الفئة، كما أن تأدية هذه المهارة تسمح للطفل بأن يصبح مستقلاً في حياته، وتزود الطفل بالمهارات اللازمة لدخول المدرسة ودمجه في المجتمع.

– أهداف البرنامج:

- تحسين قدرة الطفل المعاق لإتقان مهارة تناول الساندويتش بشكل صحيح.
- تحسين قدرة الطفل المعاق لإتقان مهارة شرب العصير بشكل صحيح.
- تحسين قدرة الطفل المعاق لإتقان مهارة استخدام الملعقة بشكل صحيح.

– محتوى البرنامج: يتكون البرنامج من (٢٦) فقرة تتناول مهارات أساسية وهي:

- مهارة تناول الساندويتش (خبز حمام)، ويتكون من (٩ فقرات)
- مهارة شرب العصير، ويتكون من (٨ فقرات)
- مهارة استخدام الملعقة لتناول أطعمة تلصق بالملعقة مثل البطاطا المهروسة، شوربة مطحونة، آيس كريم، ويتكون من (٩ فقرات)،

ويوضح الجدول رقم (٤) توزيع فقرات البرنامج التدريبي على المهارات التي يحتويها البرنامج التدريبي

جدول رقم (٤). توزيع فقرات البرنامج التدريبي على المهارات التي يحتويها البرنامج التدريبي.

رقم	اسم المهارة	عدد الفقرات في البرنامج التدريبي
١-	مهارة تناول الساندويتش (خبز حمام)	٩ فقرات
٢-	مهارة شرب العصير	٨ فقرات
٣-	مهارة استخدام الملعقة	٩ فقرات
المجموع		٢٦ فقرة تدريبية

– دور المعلم في تنفيذ البرنامج:

المعلم لـه دور رئيسـي فـي تنفيذ البرنـامج فهو من سيقوم بتطبيق البرنـامج، ويجـب أن يكـون كامـل الاسـتعداد فـي تحضـيره لحصـص البرنامج، وعليه أن يكون متفاعلاً وايجابياً في تدريبه، وأن يجهز المكان والأدوات المطلوبة قبل البدء بتنفيذ البرنامج، وأن يقوم بمعرفة مستوى الأداء الحالي للطفل، وماذا يتقن الطفل وماذا لا يتقن، وأهم المشكلات التي يعاني منها الطفل.

وفـي هـذه الدراسـة قامـت المعلمـة الرئيسـية، والمعلمـة المسـاعدة بتطبيـق البرنـامج علـى المجموعـة التجريبيـة، بينمـا أفـراد المجموعـة الضابطة لم يقوموا بتطبيق البرنامج عليهم، حيث كانت المعلمة الرئيسية والمساعدة، يقومون بإعطائهم الجدول اليومي، دون تغيير، حيث يوجد لكل طالب برنـامج يـومي فـردي، ولـم تكـن مـن محتوياتـه التـدريب علـى تناول الطعام عن طريق التشكيل.

وكانـت مواصـفات المعلمـة الرئيسـية كالتالي:بكـالوريوس تربيـة خاصة من جامعة البلقاء التطبيقية، خبرتها في العمل مع المعاقين عقلياً خمسة سنوات، عمرها ٣٢ سنة.

وكانت مواصفات المعلمة المساعدة كالتالي:دبلوم تربية خاصة من كلية الأميرة ثروت، خبرتها في العمل سنتين مع المعاقين عقلياً، عمرها ٢٥ سنة.

– خطوات تطبيق جلسات التدريب:

١- تحديد المشكلة وتقييم الخط القاعدي للطفل.

٢- تحديد المعززات التي يجب أن تستعمل في تشكيل الاستجابة من خلال معرفة المعلم بالطفل وسؤال الأهالي.

٣- تحديد مستوى السلوك النهائي.

٤- تحديد التقريب المتتابع التي على الفرد أن ينتقل خلالها، وذلك لتحقيق الاستجابة والسلوك النهائي.

٥- التحضير المسبق للسلوك المتقارب المستهدف، من حيث معرفته وكيفية تدريسه ووصف الإجراءات المراد استخدامها ليتعلم هذا السلوك.

٦- القيام بتعليم الطفل السلوك المتقارب المستهدف، ضمن الإجراءات المراد استخدامها لتعليم هذا السلوك.

٧- التعزيز التفاضلي للسلوك المتقارب المستهدف، بمعنى أن أداء المستوى المحدد من الاستجابة يعزز، بينما الاستجابات الأخرى لا تعزز بل تطفأ.

٨- تقديم التعزيز في كل مرة ينجح فيها الطالب بأداء السلوك المتقارب المستهدف.

٩- الانتقال إلى سلوك مستهدف آخر حتى الوصول إلى السلوك النهائي بالسرعة المناسبة.

- إجراءات الدراسة:

١- إرسال الاستبيان والبرنامج التدريبي للتحكيم، حيث تم عرض البرنامج على (١٠) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التربية الخاصة.

٢- أخذ ملاحظات المحكمين والعمل ليكون المقياس والبرنامج جاهز للتطبيق والتنفيذ.

٣- أخذ عينة استطلاعية من الأطفال المعوقين عقلياً، حيث طبق عليهم المقياس أول مرة، وبعد مرور أسبوعين تم إعادة تطبيقه على نفس العينة.

٤- مرحلة القياس القبلي: في هذه المرحلة تم تطبيق المقياس على الأطفال المعاقين من قبل الباحثان على العينة التجريبية والضابطة، وتحديد الفقرة التي تنطبق على كل طفل، وتم ذلك من تاريخ ٤/٦إلى٢٠١٣/٤/١٣.

٥- مرحلة تطبيق البرنامج: قام الباحثان بالاجتماع بالمعلمة الرئيسية، والمعلمة المساعدة الذين قاموا بتطبيق البرنامج، وشرح إجراءات التطبيق بشكل مباشر مع إشراف الباحثين المباشر على المعلمين أثناء التنفيذ، ثم تم تطبيق البرنامج في مركز (آية للتربية

الخاصة) في عمان، وقد امتدت فترة تطبيق البرنامج من تاريخ ٢٠/٤إلى ٢٠١٣/٦/١، حيث تم تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية، بواقع خمس جلسات أسبوعياً ولمدة (ستة أسابيع ونصف) وقد كانت مدة التدريب اليومي (ساعة ونصف) موزعة على مدار اليوم. وكان يستخدم نموذج لتسجيل التدريب الأطفال على السلوك المستهدف.

٦- مرحلة القياس البعدي: في هذه المرحلة تم تطبيق المقياس مرة أخرى على كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة، وتم ذلك من تاريخ ٦/٧إلى ٢٠١٣/٦/١٤

متغيرات الدراسة:

- **المتغير المستقل**: وهو: البرنامج القائم على استخدام التشكيل.
- **المتغير التابع**: وهو: مهارة تناول الطعام المراد إكسابها للأطفال المعوقين إعاقة عقلية شديدة.

– تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

استخدمت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، حيث تم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين في كل منهما ٦ طلاب، مجموعة تجريبية يتلقى أفرادها تدريب على البرنامج التدريبي، بينما المجموعة الضابطة لا تتلقى تدريب على البرنامج التدريبي. واستخدم الباحثان الإحصاء الوصفي، وتحليل التباين المشترك للإجابة على السؤال الأول من الدراسة، كما استخدمت الدراسة تصميم الخطوط القاعدية المتعددة للإجابة على السؤال الثاني.

– عرض النتائج ومناقشتها:

السؤال الأول: هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وإجراء تحليل التباين المشترك كما هو موضح في الجدول (٥) .

جدول رقم (٥). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس مهارات تناول الطعام.

المهارات	المجموعة	القياس القبلي			القياس البعدي		
		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
مهارة تناول الساندويتش	التجريبية	٦	٣٢,٠٠	٤,٤٧	٦	٣٧,١٧	١,٦٠
	الضابطة	٦	٢٩,٣٣	٤,٧٢	٦	٣٠,٥٠	٤,٠٩
مهارة شرب كاس العصير	التجريبية	٦	٢١,١٧	٤,٨٨	٦	٢٧,٠٠	٢,٩٠
	الضابطة	٦	١٩,٥٠	٤,٨٩	٦	٢٠,١٧	٤,٧٥
مهارة إمساك المعلقة	التجريبية	٦	١٦,٥٠	٢,٣٥	٦	٢٧,٦٧	٢,١٦
	الضابطة	٦	١٧,٥٠	٣,٣٩	٦	١٩,٥٠	٢,٩٥
الدرجة الكلية	التجريبية	٦	٦٩,٦٧	٩,٦٧	٦	٩١,٨٣	٤,١٧
	الضابطة	٦	٦٦,٣٣	١٢,٠٤	٦	٧٠,١٧	١١,٠٩

من الجدول (٥) يتضح بأن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي بلغ (٦٩,٦٧) بانحراف معياري (٩,٦٧)، ليصبح على القياس البعدي (٩١,٨٣) وبانحراف معياري (٤,١٧) . كما أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي بلغ (٦٦,٣٣) وبانحراف معياري (١٢,٠٤) ليصبح على القياس البعدي (٧٠,١٧) وبانحراف معياري ١١,٠٩، وهكذا يتضح أن هناك فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية بين المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار القبلي و البعدي للمقياس، وللتحقق من هذه الفروق في المتوسطات بأنها ذات دلالة إحصائية ولمصلحة من تكون، فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك حيث الجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول رقم (٦). نتائج تحليل التباين المشترك للتعرف على الفروق في مهارات تناول الطعام تبعاً للبرنامج التجريبي.

المهارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
مهارة تناول الساندويتش	القياس القبلي	٤٧,٣٢	١	٤٧,٣٢	٨,٦٩	٠,٠٢*
	المجموعة	٧٩,٦٠	١	٧٩,٦٠	١٤,٦٢	٠,٠٠*
	الخطأ	٤٩,٠١	٩	٥,٤٥		
	المجموع	١٧٥,٩٣	١١			
مهارة شرب العصير	القياس القبلي	١٢٠,٥٥	١	١٢٠,٥٥	٣١,٦٤	٠,٠٠*
	المجموعة	٩٢,٤٧	١	٩٢,٤٧	٢٤,٢٧	٠,٠٠*
	الخطأ	٣٤,٢٩	٩	٣,٨١		
	المجموع	٢٤٧,٣٠	١١			
مهارة إمساك المعلقة	القياس القبلي	١٩,٣٠	١	١٩,٣٠	٣,٦٥	٠,٠٩
	المجموعة	٢١٦,٤٧	١	٢١٦,٤٧	٤٠,٩٨	٠,٠٠*
	الخطأ	٤٧,٥٤	٩	٥,٢٨		
	المجموع	٢٨٣,٣٠	١١			
الدرجة الكلية	القياس القبلي	٤٣١,٤٤	١	٤٣١,٤٤	١٤,٣٧	٠,٠٠*
	المجموعة	١١٢٨,٢٣	١	١١٢٨,٢٣	٣٧,٥٨	٠,٠٠*
	الخطأ	٢٧٠,٢٢	٩	٣٠,٠٢		
	المجموع	١٨٢٩,٩٠	١١			

يتضح من الجدول (٦) بان قيمة الإحصائي (ف) كانت (١٤,٦٢، ٢٤,٢٧، ٤٠,٩٨، ٣٧,٥٨) بالترتيب لمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، الإمساك بالمعلقة، والدرجة الكلية، وهذه القيم دالة عند مستوى (α =٠،٠٥) فأقل، وبمراجعة المتوسطات الحسابية تبين أن أفراد المجموعة التجريبية حصلوا عن متوسطات حسابية أعلى على القياس البعدي، مقارنة بالمجموعة الضابطة على الدرجات الفرعية والكلية، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =٠،٠٥) بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على

مهارات تناول الطعام ككل تعزى للبرنامج. لذا هناك تأثير للبرنامج التجريبي في زيادة من مستوى مهارات تناول الطعام الفرعية والكلية، وتعزى هذه النتيجة للسؤال الأول للأسباب التالية:

١- احتواء البرنامج التدريبي على مهارة محببة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، وهي تناول الطعام، حيث أن ارتباط محتويات البرنامج التدريبي وتدريباته لموضوع الطعام، والذي هو معزز لجميع الأطفال، ولا يقدر أي طفل أن يستغني عن هذه المهارة، وهذا ما أثبته العلم بأن الطعام عبارة عن معزز طبيعي، كما أن الدراسات استخدمت مهارة تناول الطعام كمعززات وهذا ما أكدته الدراسة التي قام بترفيلد وآخرون.Butterfield et al. 1973)) على طفل منغولي متوسط الإعاقة، يبلغ من العمر ٨ سنوات لتطبيق مبدأ التشكيل و النمذجة من قبل الآباء والأمهات، لتطوير سلوك المضغ في أطفالهم المعاقين، حيث تم تطبيق تعزيز النمذجة، من خلال الأطعمة المحببة للطفل.

٢- إتباع طريقة تدريب متسلسلة وضمن خطوات محددة، فإتباع طريقة تدريب متسلسلة وفيها الانتقال من خطوة إلى خطوة، ساعدت في حدوث هذه النتيجة الإيجابية، والتي تمثلت في توزيع فقرات البرنامج، وهذا ما أكدته الدراسات مثل الدراسة التي قام بها بترفيلد وآخرون (Butterfield et al. 1973) على طفل متوسط الإعاقة لتطوير سلوك المضغ لديهم، من خلال استخدام سلسلة من الخطوات لتعليم الطفل على مضغ طعامه، ودراسة قام بها وينمان وآخرون. (Weinman et al. 1990) لعلاج سلوك رفض الطعام من قبل امرأة معاقة عقلياً بدرجة متوسطة من خلال أسلوب التشكيل، الذي يعتمد على استخدام خطوات محددة، ودراسة قام بها ألفي وآخرون. ((Alvey et al. 1990 لتقييم برنامج تدريبي لأهالي الأطفال المعاقين عقلياً (للتدريب على مهارات الطعام ومن خلال خطوات محددة)، ودراسة أوجو .Ojo 2001)) بتنفيذ تدريب الأطفال المعاقين عقلياً على استخدام المرحاض ومن خلال التشكيل، ودراسة رهفيلد وآخرون (Rehfeldt et al. 2003) لمعرفة أثر فيديو النمذجة، في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

المتوسطة والشديدة في تعلمهم المهارات الحياتية البسيطة، وكان الشخص يتلقى الثناء عند أداء كل خطوة لعمل الشطيرة.

٣- الاختيار المناسب لتوزيع الجلسات ومواعيدها، وفترة تنفيذ البرنامج كما تمت مراعاة تطبيق البرنامج التدريبي في المدة، التي يحين تناول وجبة فطور أو وجبات خفيفة، وهذا ما أكدته الدراسات مثل دراسة نيلسون وآخرون (Nelson et al. 1975) لتدريب الأطفال المعاقين عقلياً لدرجة شديدة على الاستخدام الصحيح لأدوات المائدة، حيث تم استخدام أساليب تعديل السلوك أثناء تناول الوجبات.

٤- المناخ الصفي الإيجابي ووسائل التعزيز، فالتشكيل يقوم على تعزيز الاستجابات المتقاربة للسلوك المستهدف، وهذا ما أثبتته أغلب الدراسات الواردة

٥- تفاعل الأهالي مع البرنامج من خلال موافقتهم على البرنامج وأحيانا المساعدة في التدريب. وهذا ما قامت به عدة دراسات مثل دراسة عبيد (٢٠٠٣) للتعرف إلى فاعلية برنامج لإرشاد الأسر، على تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك في تدريب أبنائهم المعوقين إعاقة عقلية متوسطة على بعض المهارات الاستقلالية، وأظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأطفالهن قد استفدن من التدريب على المهارات الاستقلالية باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك. ودراسة ألفي وآخرون ((Alvey et al. 1990 التي هدفت لتقييم برنامج تدريبي لأهالي الأطفال المعاقين عقلياً مهارات الطعام (داخل المطاعم) المناسبة لفئتهم العمرية، وأظهرت النتائج أن قدرات الأهل للتعليم تأثرت بالبرنامج التدريبي كما أن مهارات الطعام لدى أطفالهم تحسنت.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع عدد واسع من الأبحاث، والدراسات النظرية والتطبيقية، فيما توصل إليه السؤال الأول في هذه الدراسة في أثر أسلوب التشكيل، على تعليم المهارات الاستقلالية وخاصة مهارات تناول الطعام للمعاقين عقلياً مثل دراسة وينمان وآخرون (Weinman et al. 1990) ، ودراسة التي قام بها بترفيلد وآخرون (Butterfield et al. 1973) .

وهكذا تبين نتائج هذه الدراسة ونتائج الدراسات التي ذكرناها أثر التشكيل وتعديل السلوك على تعليم مهارة تناول الطعام والمهارات الاستقلالية لدى المعاقين عقلياً، إلا أن هذه الدراسة انفردت بمعرفة أثر أسلوب التشكيل لتعليم مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير ومسك الملعقة في بيئة عربية، وأيضاً انفردت بمعرفة أثر متغير العمر على مهارات تناول الطعام المذكورة في الدراسة.

السؤال الثاني: ما مدى التحسن في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب النسبة المئوية للتغير الذي حدث لدى كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية على المهارات الثلاثة والدرجة الكلية، ويبين الجدول (٧) نتائج ذلك.

جدول رقم (٧). يبين النسبة المئوية للتغير الذي حدث لدى كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية على المهارات الثلاثة والدرجة الكلية.

رقم الحالة	مهارة تناول الساندويتش	مهارة شرب العصير	مهارة إمساك المعلقة	الدرجة الكلية
١	٢٣,٣٣	٢٨,٥٧	٥٠,٠٠	٣٣,٩٧
٢	٥,٤١	٣,٥٧	٦١,١١	٢٣,٣٦
٣	٢٤,١٤	٤١,١٨	٥٥,٥٦	٤٠,٢٩
٤	١٨,١٨	٤٣,٧٥	١١٦,٦٧	٥٩,٥٣
٥	٥,٤١-	١٥,٣٨	٤٧,٠٦	١٩,٠١
٦	٤٢,٣١	٥٢,٦٣	٩٣,٧٥	٦٢,٩٠

من الجدول (٧) يتضح بأن النسبة المئوية للتغير الذي طرأ للحالة رقم (١) كانت (٢٣,٣٣، ٢٨,٥٧، ٥٠,٠٠، ٣٣,٩٧) بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى أن هناك تحسن في اكتساب مهارة تناول الطعام.

كما تبين من وجود تغير لدى الحالة (٢) بنسب (٥,٤١، ٣,٥٧، ٦١,١١، ٢٣,٣٦) بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى أن هناك تحسين في اكتساب مهارة تناول الطعام على الرغم من التحسن في مهارة تناول الساندويتش وشرب العصير قليل أما أعلى تحسن كان في مهارة الإمساك بالمعلقة.

وتشير الحالة رقم (٣) فقد كانت نسب التحسن لها (٢٤,١٤، ٤١,١٨، ٥٥,٥٦، ٤٠,٢٩) بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى أن هناك تحسن في اكتساب مهارة تناول الطعام.

وفيما يتعلق بالحالة (٤) فقد كانت نسب التحسن لها ١٨,١٨، ٤٣,٧٥، ١١٦,٦٧، ٥٩,٥٣ بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش،

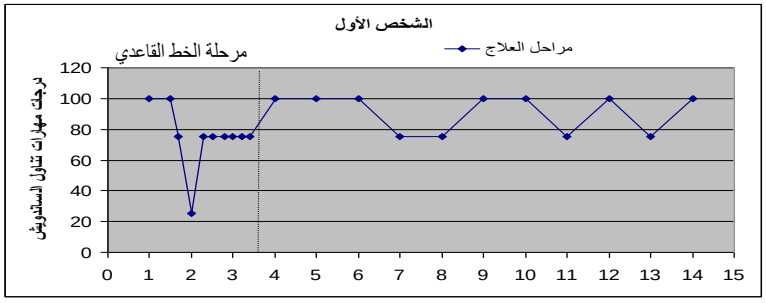
شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى أن هناك تحسن في اكتساب مهارة تناول الطعام.

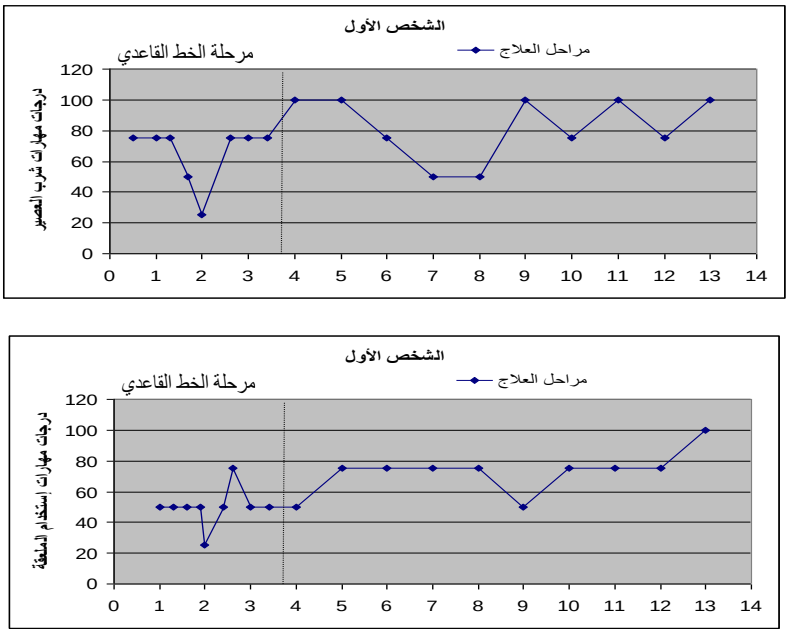
وتشير الحالة رقم (٥) فقد كانت نسب التغير في مهارة تناول الطعام -٥,٤١، ١٥,٣٨، ٤٧,٠٦، ١٩,٠١ بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى وجود تراجع في مهارة تناول الساندويتش، أما مهاراتي شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية فقد طرأ تحسن واضح عليها.

وفيما يتعلق بالحالة رقم (٦) فقد كانت نسب التحسن لها ٤٢,٣١، ٥٢,٦٣، ٩٣,٧٥، ٦٢,٩٠ بالترتيب للمهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، والإمساك بالمعلقة والدرجة الكلية، وهذا يشير إلى أن هناك تحسن في اكتساب مهارة تناول الطعام.

دراسة الحالة:

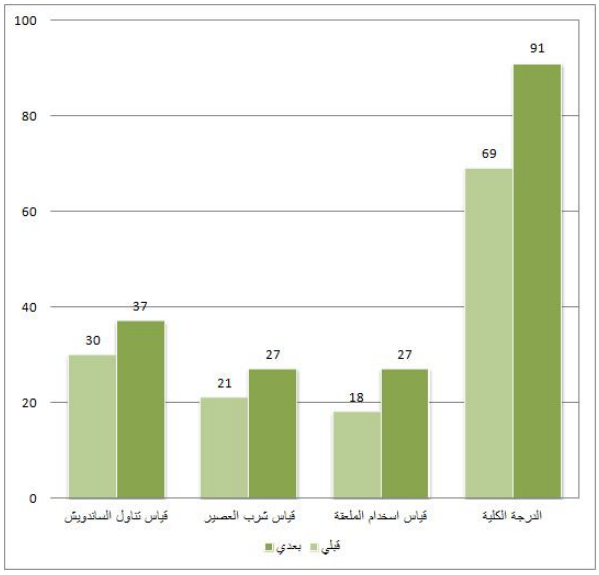
١-الطالب: مؤمن، عمره ٩ سنوات، أحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة يعاني من إعاقة عقلية شديدة، لديه مهارات العناية الذاتية بدرجة جيده، صحته العامة جيده، وسلوكه يميل إلى الهدوء مقارنة مع الطلاب المعاقين عقلياً شديدة، ويبين الشكل رقم (١) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب مؤمن على مهارات تناول الساندويتش، وشرب العصير، واستخدام الملعقة.





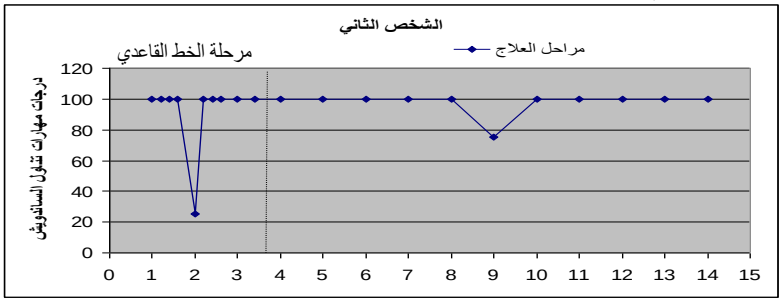
الشكل رقم (١). الرسم البياني لأداء الطالب مؤمن على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

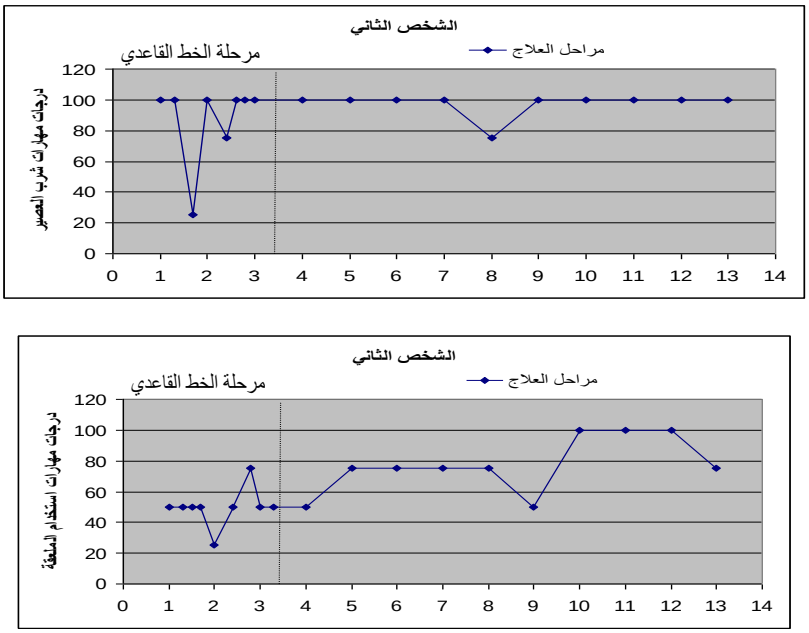
حيث كان السلوك المدخلي لمؤمن على مهارة تناول الساندويتش بأنه يستطيع وضع يده على الطعام، وعلى مهارة شرب العصير تم البدء معه من استجابة أن ينظر أو يشرب أو يطلب كأس العصير، وعلى مهارة استخدام الملعقة فقد تم البدء معه من استجابة الإمساك بالملعقة، وقد تم استخدام معززات مادية مع الطالب في بداية تشكيل كل مهارة والتي كانت عبارة عن بالونات وألعاب رخيصة الثمن، وما إن ينتقل الطالب إلى نصف الاستجابات المطلوبة للسلوك المستهدف يتم البدء بتعزيزه عن طريق المعززات الاجتماعية والنشاطية كالألعاب الرياضية والرسم على الدفتر.



الشخص الأول

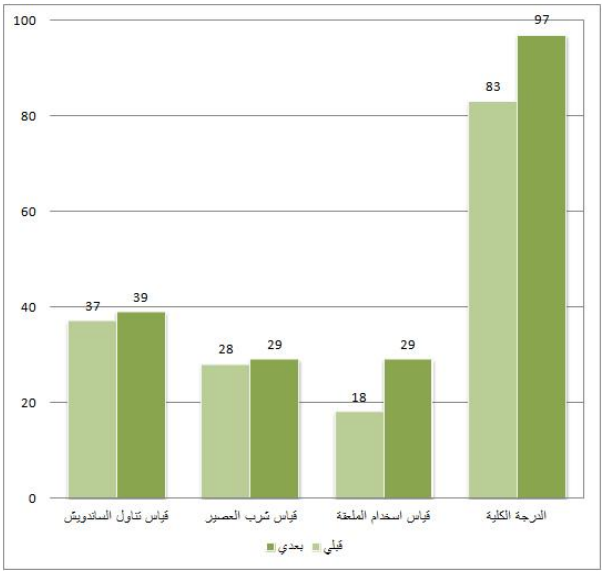
٢-الطالب: سليمان، عمره ١٢ سنة، أحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة، يعاني من إعاقة عقلية شديدة ويعاني أيضا من إعاقة سمعيه بسيطة، ويعاني من مشكلة عض اليد مما يؤثر على أسنانه وفمه، لديه مهارات العناية الذاتية بدرجة جيده، صحته العامة جيده، مع أن لديه سمنة زائدة. ويبين الشكل رقم (٢) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب سليمان على مهارات تناول الساندويتش، وشرب العصير، ومهارة استخدام الملعقة.





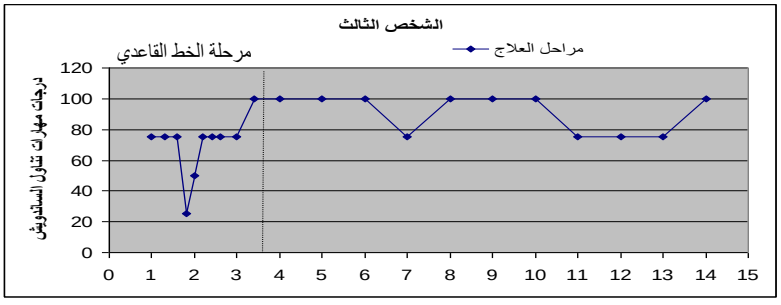
الشكل رقم (٢). الرسم البياني لأداء الطالب سليمان على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

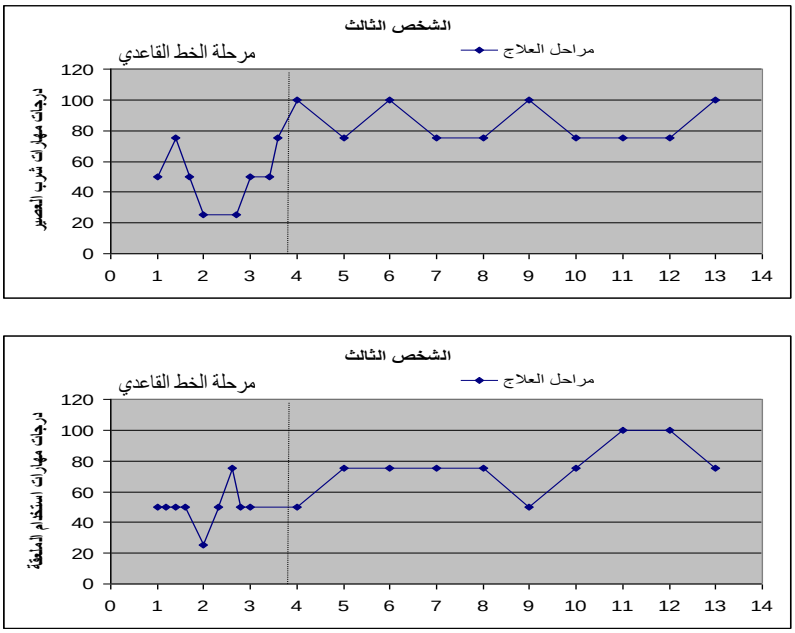
حيث كان السلوك المدخلي لسليمان على مهارة تناول الساندويتش بأنه يستطيع رفع الطعام لفمه، وعلى مهارة شرب العصير تم البدء معه من استجابة استخدام كلتا يديه في مسك كأس العصير، وعلى مهارة استخدام الملعقة فقد تم البدء معه من استجابة الإمساك بالملعقة. وقد تم استخدام معززات مادية مع الطالب في بداية تشكيل كل مهارة والتي كانت عبارة عن بالونات وألعاب رخيصة الثمن، وما إن ينتقل الطالب إلى نصف الاستجابات المطلوبة للسلوك المستهدف يتم البدء بتعزيزه عن طريق المعززات الاجتماعية والنشاطية كالألعاب الرياضية والرسم على الدفتر ودق الجرس.



الشخص الثاني

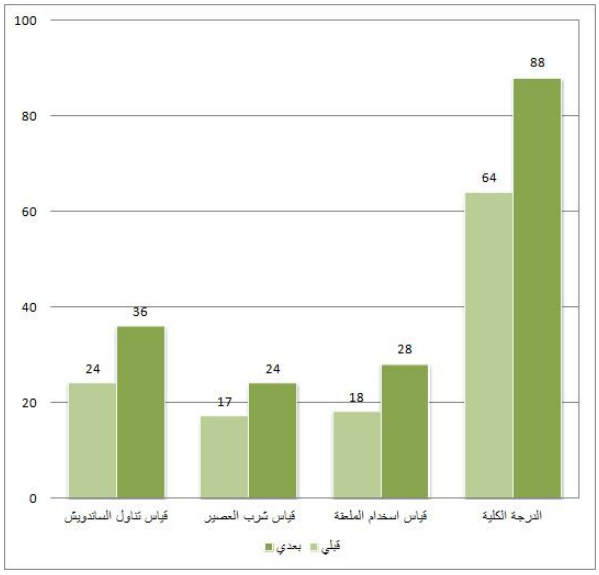
٣-الطالب: وليد، عمره ١١سنة، أحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة، يعاني من إعاقة عقلية شديدة ويعاني أيضاً من إعاقة بصريه، ولديه سلوك نمطي، كما أنه يميل سلوكه إلى الهدوء مقارنة مع المعاقين عقلياً، الإعاقة البصرية تؤثر على مهارات تناول الطعام لديه. ويبين الشكل رقم (٣) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب وليد على مهارات تناول الساندويتش، وشرب العصير، ومهارة استخدام الملعقة.





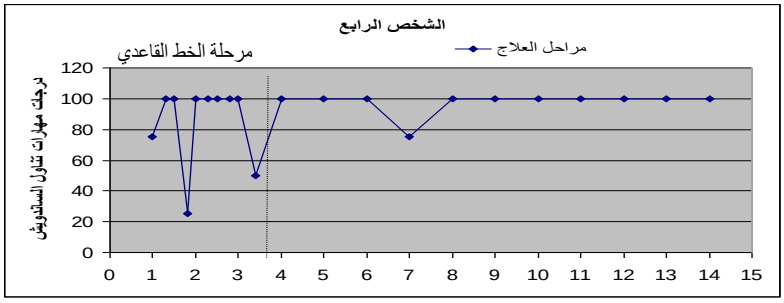
الشكل رقم (٣). الرسم البياني لأداء الطالب وليد على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

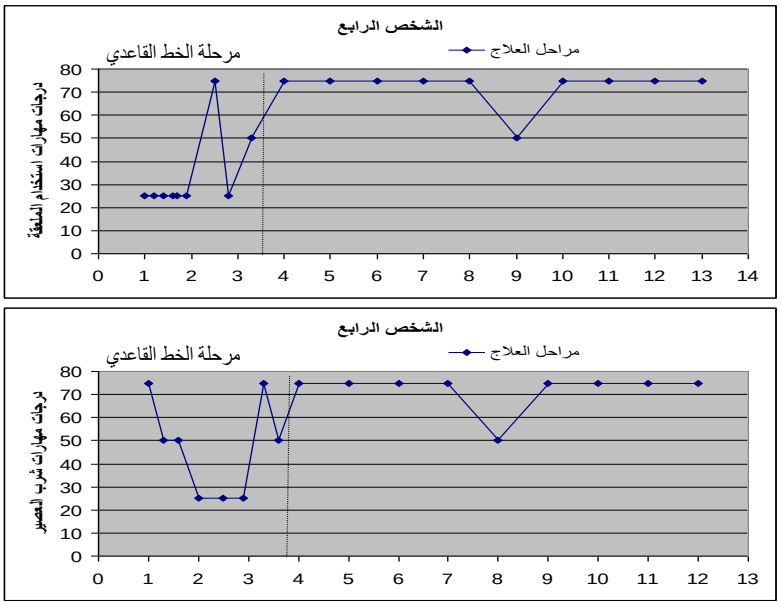
حيث كان السلوك المدخلي لوليد على مهارة تناول الساندويتش من الإشارة أو طلب الساندويتش حيث كان أدائه متوسط على هذه المهارة، وأما بخصوص مهارة شرب العصير فقد كان السلوك المدخلي الإشارة أو طلب شرب كأس العصير، وأما بخصوص استخدام الملعقة فقد تم البدء معه من استجابة الإمساك بالملعقة، وأما بخصوص المعززات ففي البداية تم استخدام معززات مادية كالنجوم وهدية دفتر رسم بالإضافة للمعزز الاجتماعي حتى نهاية كل الاستجابات، فقد لوحظ التقدم في حال وجود المعزز المادي وتوقفه عن هذا التقدم عند سحب المعزز المادي.



الشخص الثالث

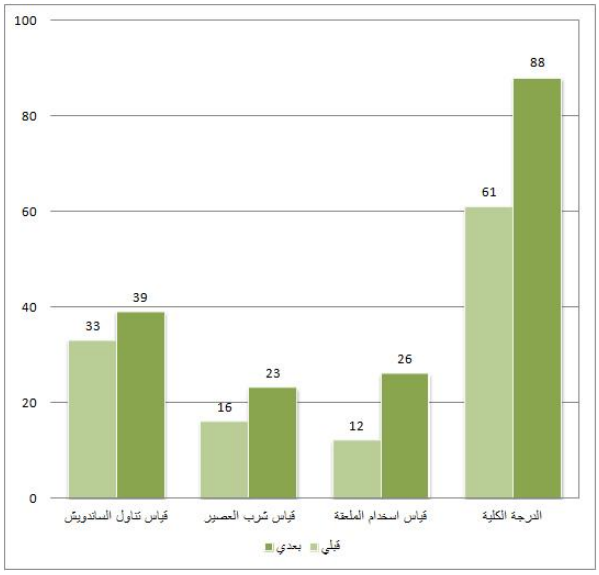
٤-الطالب: محمد فروخ ، عمره ٦ سنوات، أحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة، يعاني من إعاقة عقلية شديدة، لديه نشاط زائد، عنده صعوبة في مهارات تناول الطعام وخاصة استخدام الملعقة. ويبين الشكل رقم (٤) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب محمد على مهارات تناول الساندويتش، وشرب العصير، ومهارة استخدام الملعقة.





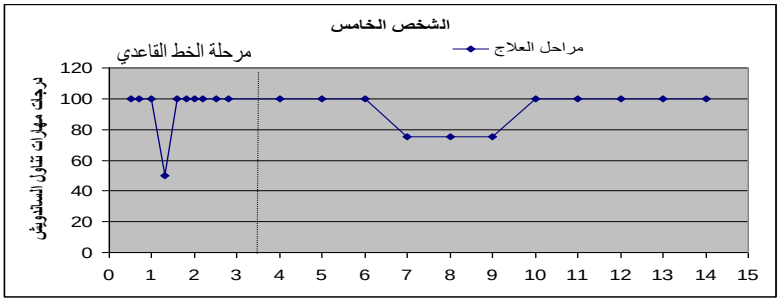
الشكل رقم (٤). الرسم البياني لأداء الطالب محمد على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

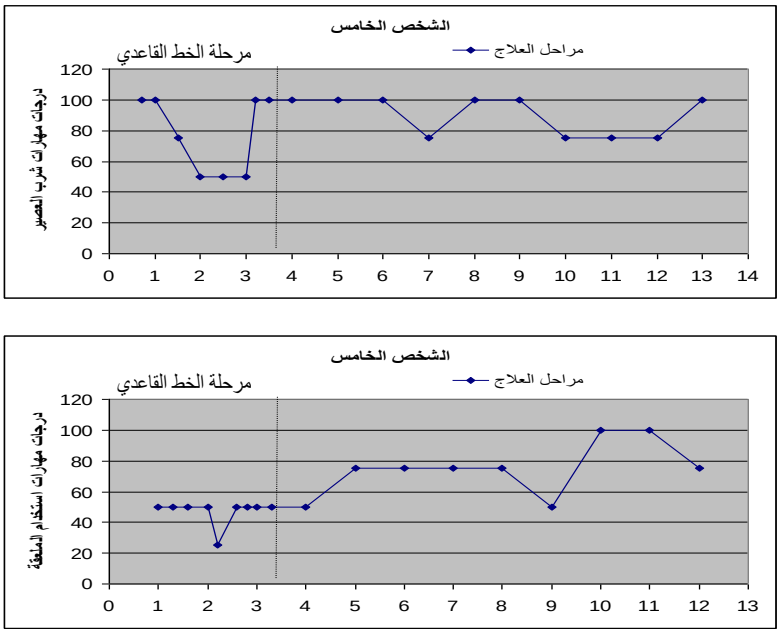
حيث كان السلوك المدخلي لمحمد في مهارة تناول الساندويتش أن يشير أو يطلب الطعام، وعلى مهارة شرب العصير تم البدء معه من أن يشير أو يطلب العصير، وعلى مهارة استخدام الملعقة فلم يكن قادر على مسك الملعقة وبشكل ملحوظ، وأما بخصوص المعززات ففي البداية تم استخدام معززات مادية كالنجوم أو هدايا صغيرة مثل كرة، أقلام ألوان، بالإضافة للمعزز الاجتماعي حتى نهاية كل الاستجابات، وبقي استخدام المعززات المادية مع الطالب لصغر عمره، وعدم تقدمه في حال توقف التعزيز المادي.



الشخص الرابع

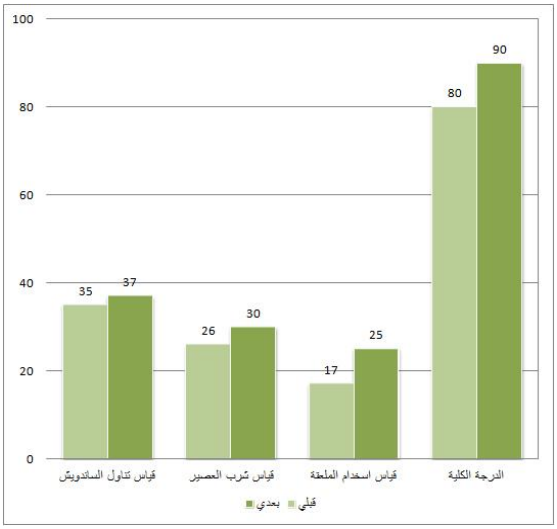
٥- الطالب: إبراهيم، عمره ٩ سنوات، وأحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة، يعاني من إعاقة عقلية شديدة، لديه خجل شديد، ونقص في الثقة بدرجه عالية، مما يؤثر على تناول الطعام وتعلمه خاصة أمام الآخرين، ويبين الشكل رقم (٥) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب إبراهيم على مهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، ومهارة استخدام الملعقة.





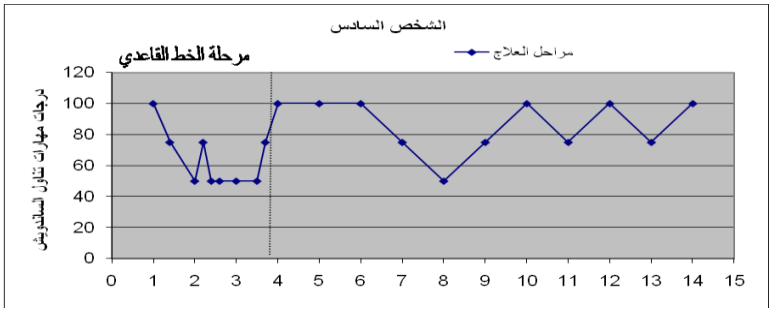
الشكل رقم (٥). الرسم البياني لأداء الطالب إبراهيم على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

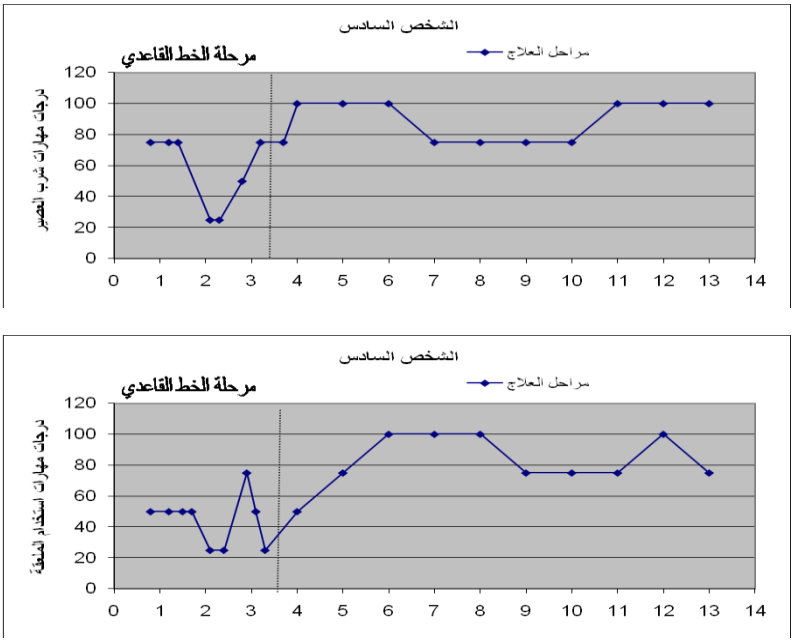
حيث كان السلوك المدخلي لإبراهيم على مهارة تناول الساندويتش من استجابة نزع غلاف الطعام، وعلى مهارة شرب العصير تم البدء معه من استجابة استخدام كلتا يديه، وعلى مهارة استخدام الملعقة فلم يكن قادر على الإمساك بالملعقة، وأما بخصوص المعززات ففي البداية تم استخدام معززات مادية، كالنجوم والقصص الملونة التي بحاجة إلى تلوين بالإضافة إلى المعزز الاجتماعي، حتى نهاية كل الاستجابات، وقد تم استخدام المعززات النشاطية، كالرياضة في المراحل المتقدمة للاستجابات، في مهارتي شرب العصير واستخدام الملعقة.



الشخص الخامس

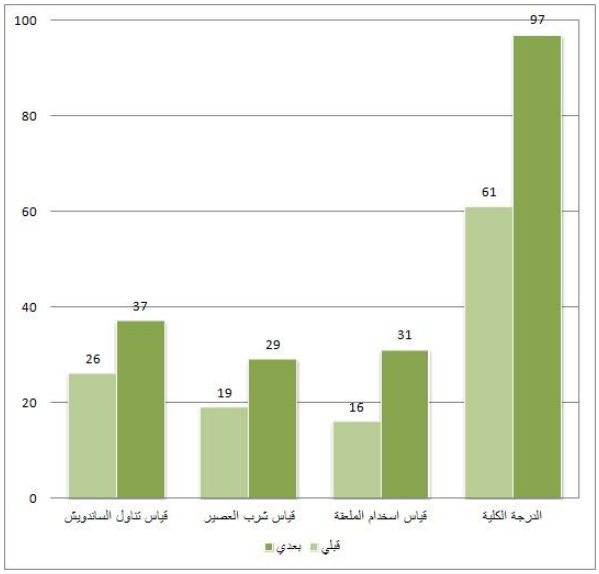
٦-الطالب: أحمد، عمره ٦ سنوات ، أحد طلاب مركز آية للتربية الخاصة، يعاني من إعاقة عقلية شديدة، صحته العامة جيده، هناك تعاون مع الأهالي بشكل عالي مما يجعل الطالب يتعلم بشكل أفضل، ويبين الشكل رقم (٦) تصميم الخطوط القاعدية المتعددة لأداء الطالب أحمد، على مهارات تناول الساندويتش، شرب العصير، ومهارة استخدام الملعقة.





الشكل رقم (٦). الرسم البياني لأداء الطالب أحمد على مهارات تناول الساندويتش وشرب العصير واستخدام الملعقة.

حيث كان السلوك المدخلي للطالب أحمد على مهارة تناول الساندويتش وضع يده على الساندويتش، وعلى مهارة شرب العصير تم البدء معه من استجابة النظر أو الطلب أو الإشارة إلى الشراب، وعلى مهارة استخدام الملعقة فتم البدء معه من البداية (الإمساك بالملعقة)، وأما بخصوص المعززات فتم استخدام معززات مادية كالنجوم والبالونات بالإضافة إلى المعزز الاجتماعي حتى نهاية كل الاستجابات.



الشخص السادس

أشارت النتائج في السؤال الثاني، إلى ظهور تحسن في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهي بالتفصيل:

-الحالة رقم (١) تم تحسن للحالة في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام على جميع المهارات (تناول الساندويتش، وشرب العصير، واستخدام الملعقة) ، وكان أفضل تحسن له في استخدام الملعقة، إلا انه ما زال بحاجة إلى تدريبه على استخدام الملعقة، وهو قادر مع مزيد من التدريب على إتقان مهارة تناول الطعام بشكل أفضل، فالهدوء والصحة الجيدة وسماع التعليمات تساعده على تحسين أدائه.

-الحالة رقم (٢) تم تحسن للحالة في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام على جميع المهارات (تناول الساندويتش، وشرب العصير، واستخدام الملعقة) ، ومع أن إتقانه لمهارة تناول الساندويتش كانت جيدة قبل العلاج إلا أنه تم تشكيل استجابة نزع غلاف الطعام حتى تصبح مهارة تناول الساندويتش أكثر إتقاناً، وأما أداء الطالب على مهارة شرب

العصير فهناك تحسن واضح خاصة في استخدام كلتا اليدين في مسك كاس العصير، وأما أداء الطالب على مهارة استخدام الملعقة، فهناك تحسن واضح أيضاً مع أنه ما زال بحاجة إلى تدريب أكثر، وما ساعده على الاستفادة أكثر من البرنامج هو صحته العامة (الجيدة)، والتواصل الجيد مع المعلمة إلا أن السلوك النمطي (عض اليد) يؤخره قليلاً عن الاستفادة أكثر من البرنامج.

-الحالة رقم (٣) فقد لوحظ تقدم ملحوظ في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام على جميع المهارات (تناول الساندويتش، وشرب العصير، واستخدام الملعقة) ، إلا أن الإعاقة البصرية البسيطة كانت تؤثر على أدائه في المهارات الحركية التي بحاجة ماسة لاستخدام حاسة البصر مثل نزع غلاف الطعام.

-الحالة رقم (٤) فقد لوحظ تقدم بسيط في مهارة تناول الساندويتش، لأنه كان متقدماً في المهارة منذ البداية، حيث تلقى التعليم على هذه المهارة سابقاً، وأما أداء الطالب على مهارة شرب العصير واستخدام الملعقة، فهناك تحسن واضح على أداء الطالب، ومع أن الطالب لديه نشاط زائد إلا أن المعززات واستخدام أسلوب التشكيل كان حافزاً للطالب للتقدم.

-الحالة رقم (٥) فقد لوحظ تأخر لدى الطالب على أداء مهارة تناول الساندويتش، خلال فترة العلاج، وهذا عائد بسبب نقص الثقة والخجل الموجود لدى الطالب، حيث أن مهارة تناول الساندويتش كان يتم التدريب عليها بشكل جماعي، وأما مهارة شرب العصير واستخدام الملعقة فعلى الأغلب كانت تتم بصورة فردية داخل الصف، وأما أداؤه على مهارة شرب العصير فهناك تحسن ضعيف لدى الطالب، وأما أداؤه على مهارة استخدام الملعقة فهناك تحسن واضح، حيث أن أداء الطالب قبل العلاج على مهارة استخدام الملعقة ضعيفة جداً، فكان التحسن ملحوظ بعد العلاج وبشكل أفضل.

-الحالة رقم (٦) فقد تم تحسن على أداء الطالب أحمد وبشكل ملحوظ، في مستوى اكتساب مهارة تناول الطعام على جميع المهارات (تناول الساندويتش، وشرب العصير، واستخدام الملعقة) ، وكان أفضل

تحسن له في استخدام الملعقة، إلا أنه ما يزال بحاجة إلى تشجيعه على استخدام الملعقة، وهو قادر مع مزيد من التدريب على إتقان مهارة تناول الطعام بشكل أفضل، فالهدوء والصحة الجيدة وتواصل الأهالي بشكل ممتاز، يساعد الطالب على تحسين أدائه، فقد حصل على أعلى نسبة تغيير في الأداء مقارنة مع أفراد المجموعة التجريبية، والمتتبع لأداء أفراد المجموعة التجريبية يلاحظ مدى التحسن الواضح في أدائهم على مهارة تناول الطعام، وهذا يدل على فاعلية البرنامج المقدم لهم.

التوصيات

بناء على نتائج الدراسة يوصي الباحثان بما يأتي:

١- إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات في مجال فاعلية التشكيل على مهارات تناول الطعام بكافة أنواعها وأيضا مهارات العناية الذاتية، وبخاصة في البيئات العربية، على جميع أنواع الإعاقة وبخاصة التوحد والعقلية

٢- إجراء المزيد من الأبحاث الخاصة بتعديل سلوك الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بدرجة شديدة.

٣- إجراء المزيد من الدراسات التي تعتمد على منهج دراسة الحالة، لمعرفة فاعلية التشكيل في اكتساب مهارات العناية بالذات.

٤- عمل ورشات عمل للأمهات والعاملين عن كيفية تدريب المعاقين ذوي الإعاقة العقلية على مهارات تناول الطعام باستخدام أسلوب التشكيل.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

[١] أحمد، السيد علي (٢٠٠٧). *التوعية من الإعاقة، الأساليب والوسائل*، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

[٢] -الخطيب، جمال (٢٠٠١) *تعديل السلوك الإنساني*، (الطبعة الرابعة) ، الكويت: مكتبة الفلاح.

[٣] -الخطيب، جمال، والحديدي، منى (١٩٩٤) *مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة*، الشارقة، الإمارات، مطبعة المعارف.

[٤] الروسان، فاروق (٢٠١٠) *مقدمة في الإعاقة العقلية*، ط ٩، عمان الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع،

[٥] الروسان، فاروق (٢٠٠٠) *الذكاء والسلوك التكيفي (الذكاء الاجتماعي)*، الرياض، السعودية، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

[٦] -الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٧) *تعديل سلوك الأطفال والمراهقين المفاهيم والتطبيقات*، عمان، الأردن، دار الفكر.

[٧] اللالا، زياد، الجلامدة، فوزية (٢٠١٤) *أساسيات التربية الخاصة*، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

[٨] الوابلي، عبدالله (٢٠٠٥) *طبيعة التواصل غير اللفظي وأساليبه المستخدمة مع التلاميذ ذوي التخلف العقلي الشديد والحاد (دراسة وصفية وتحليلية)*، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد السابع، الرياض، السعودية.

[٩] بدر، إسماعيل. (٢٠١٠) *مقدمة في التربية الخاصة*، الرياض، السعودية، دار الزهراء.

[١٠]عبيد، ماجدة (٢٠٠٣) *فاعلية برنامج إرشاد اسري قائمه على تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك في تدريب المعوقين إعاقة عقلية متوسطة على بعض المهارات الاستقلالية*، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

[١١]يحيى، خوله (٢٠٠٦) *البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة*، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية

[12] Alvey, L. and Aeschleman, S. R. (1990) , *Evaluation of a parent training program me for teaching mentally retarded children age-appropriate*

restaurant skills: preliminary investigation, Journal of Mental Deficiency Research , 34 (5) , 421-428

[13] Butterfield, W. H.& Parson, R. (1973*) , Modeling and shaping by parents to develop chewing behavior in their retarded child*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4 (3) , 285–287.

[14] Gaynor, S. and Clore, J. (2005) , *Shaping. In: Michel Hersen, Alan M. Gross, and Rorand S. Drabman (eds.) Encyclopedia of behavior modification and cognitive Therapy*, Vol. 2, Child clinical applications , Thousands Oaks: A Sage Reference Publication.

[15] Hallahan.D, Kauffman.J, (2012) *exceptional learner: an introduction to special education*. (11thEdition) .Upper saddle River, Pearson Education, N.Y.USA

[16] Gutentag, S. Hammer, D. (2000) , *Shaping oral feeding in a gastronomy tube-dependent child in natural settings*, Behavior Modification, ;24 (3) :395-410.

[17] Vargas, j, s, (2009) . Behavior Analysis for Effective Teaching, *New York, NY,*

Routledge.

[18] kagan, S. (1994*) . cooperative learning*, Virginia University , Virginia, USA.

[19] Lowman, D.L. & Murphy, S.M. (1999) , *The Educator's Guide to Feeding Children with Disabilities.* Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Company.

[20] Lewis, Sandra; Iselin, Sandra A. (2002) , *A Comparison of the Independent Living Skills of Primary Students with Visual Impairments and Their Sighted Peers: A Pilot Study*, Journal of Visual Impairment & Blindness; 96 (5) .

[21] Mclean, L. Brady, N, & Mclean, J, (1996) *Reported Communication Abilities with Severe Mental Retardation*. American Journal on Mental Retardation. V100 (6) pp.580-591

[22] Maidan, Garhi, (2008) , *In-Service Teacher Education on Inclusive Education Distance Education Program me*-Sarva Shiksha Abhiyan (An Ignou-mhrd, Govt. of India Project.

[23] Mercer, D. & Snell, E (1977) , *Learning Theory Research in Mental Retardation:Implication for Teaching, Charles E. Merrill Publishing Company*, Columbus, Ohio.

[24] Nelson, G. L. Cone, J. D. Hanson, C. R. (1975) , *Training correct utensil use in retarded children: modeling vs. physical guidance*. American journal of mental deficiency, 80 (1) , 114-22.

[25] Ojo, G. B. (2001*) , Sensori-Motor and Activity Method of Instruction for Toilet Training the Trainable Mentally Retarded Children*, Nigerian Journal of Clinical and Counseling Psychology, 7 (1) , 113-125.

[26] Olorunda, T. (2010) , Efficacy *of Modeling and Shaping Strategies on Attitude of Children with Mild Mental Retardation towards Reading in Ibadan, Nigeria*, European Journal of Social Sciences, (16) 4, 635-644

[27] Rea, J & Williams, D. (2002) , Shaping *exhale durations for breath CO detection for men with mild mental retardation*, Journal of Applied Behavior Analysis, 35 (4) : 415–418.

[28] Rehfeldt, R. A. Dahman, D. Young, A. Cherry, H. and Davis, P. (2003) , *Teaching a Simple Meal Preparation Skill to Adults with Moderate and Severe Mental Retardation using Video Modeling*. Behavioral Interventions, (18) 3, 209–218.

[29] Rosenberg. Schwartz. & Davis. (2010*)* , *Evaluating the Utility of Commercial Videotapes for Teaching Hand Washing to Children With Autism*, Education and Treatment of Children, 33 (3) , 443-455.

[30] Weinman, B. Haydon, S. Sapsan, J. (1990) , Behavioral *treatment of a food refusal conversion disorder in a mentally retarded adult.* Journal of Intellectual Disability Research, 34 (6) , 501–508.

Effective Modulation Mode to Acquire the Skill of Eating for Children with Severe Mental Retardation in a Sample of Jordanian

Mohammed Saleh Salaq[1], and Zyiad Kamel Al-Lala[2]

1 Professor of Special Education Assistant, Tabuk University,
College of Education, Qassim University, College of Education
2 Professor of Special Education Assistant, Department of Special Education,
Department of Special Education

Abstract. The study aimed to measure the effectiveness of modulation mode to acquire the skill of eating for children with severe mental retardation in a sample of Jordanian, the study sample consisted of (12) children have severe mental retardation in the city of Amman in Jordan, (6) children as experiment at group to training program, (6) children as a control group, has been chosen sample way intentionality and distribution to the two groups randomly, the researchers prepared a tool to measure the skills of eating, They designed a training program to teach skills to eat.

The results indicated the presence of statistically significant differences between the experimental group and the control group in the acquisition of the skill of eating for the experimental group , and the presence of improvement among all members of the experimental group in the acquisition of skill eat, and these results show the positive impact of the training program , the study recommended to carry out further research and studies in the area of effective composition skills to eat all kinds of skills and self-care , especially in environments Arabic , on all types of disabilities , especially autism and mental health, and further research on modifying the behavior of mentally disabled children will be strongly , and make workshops for mothers and workers about how to train the disabled mental skills to eat using the method of formation.

Key words: mentally disabled, behavior modification, modulation method, eat skill