



جامعة الخليج العربي

برنامج الإعاقة الذهنية والتوحد



كلية الدراسات العليا

## الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون طبقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر

رسالة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة  
(تخصص الإعاقة الذهنية)

إعداد

حمد محمد طاهر واوان الشمري

بكالوريوس التربية في علم الاجتماع، جامعة الكويت، دولة الكويت، 2001م

إشراف

د. محمد عبد الرزاق هويدي

أستاذ علم النفس

والتربية الخاصة المشارك

جامعة الخليج العربي

د. نبيل علي سليمان

أستاذ علم النفس

والتربية الخاصة المشارك

جامعة الخليج العربي

مملكة البحرين

يونيو 2007م

جمادي الثاني 1428هـ

## الفصل الأول

### مدخل عام للدراسة

- W مقدمة الدراسة
- W مشكلة الدراسة
- W أسئلة الدراسة
- W أهداف الدراسة
- W أهمية الدراسة
- W مصطلحات الدراسة
- W حدود الدراسة

## مقدمة الدراسة:

الإعاقة الذهنية مشكلة لها أبعاد اجتماعية تنعكس آثارها على المجتمع فقد لاقى هذه المشكلة والمشكلات المرتبطة بها الكثير من الدراسات والبحوث من جانب كثير من الباحثين من مختلف العلوم مثل: الطب - علم النفس - علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية.

والمعاقون ذهنياً مثل أقرانهم العاديين يحتاجون في جميع مراحل حياتهم أن يحبوا ويحبوا من الوالدين والأهل والأصدقاء والجيران ومن يقوم برعايتهم، وأن يشعروا بالكفاءة في الأنشطة التي يقومون بها، ويجدوا الاستحسان والتقدير فتتمو ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين، وينمو مفهوم الذات الطيب عندهم، وتزكوا أنفسهم ويشعرون بالصحة النفسية (كمال مرسي، 1996، ص311).

إن القصور في النمو الاجتماعي يشكل أحد أهم الخصائص لدى بعض أطفال متلازمة داون الذين يعانون من مشكلات السلوك العدواني، فمنهم من يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية، ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية، والعدوانية، والتخريبية، وعدم الطاعة، وما إلى ذلك. ويؤكد ماتسون ولينديك (1991) على أن المهارات الاجتماعية ترتبط مباشرة بعدد وأنواع الأنماط السلوكية الاجتماعية والتي يؤديها أو ينجزها الآخرون نحو الطفل (في: هشام عبد الله، 1998، ص109). لذلك لابد من أن نمكن طفل متلازمة داون من تحقيق التوافق مع نفسه، وكذلك مع المحيطين به من أصدقاء وأهل وجيران وغيرهم، ويعد تعلم المهارات الاجتماعية هو الجزء المكمل للرعاية النفسية حيث يساهم في زيادة ارتباط الطفل بالمحيطين به وتأكيد دوره داخل المجتمع (محمد عبد الحميد، 1999، ص24). فمرحلة الطفولة المبكرة يسهل فيها تعديل سلوك طفل متلازمة داون، وإعادة اتزانه في اتجاه المسار الصحيح للنمو النفسي السليم.

وانطلاقاً من هذه الحقائق بدأ الاهتمام بطفل مرحلة ما قبل المدرسة من المعاقين بشكل عام ومنهم أطفال متلازمة داون، باعتبار أن هذه المرحلة تحتل مكان الصدارة في كثير من المجتمعات عن طريق العناية والاهتمام المركز بمراحل الطفولة المبكرة، لمواجهة المشكلات التي تظهر لدى الأطفال في هذه المرحلة.

حيث ظهرت برامج التدخل المبكر الموجه نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو طبية أو بيئية، فقد أشار جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998) إلى أهمية هذه البرامج، والتي أصبحت الحاجة إليها أكثر وضوحاً من أي وقت مضى، فمن ناحية يعاني حوالي 10% من الأطفال من تأخر نمائي أو إعاقة ما، ومن ناحية أخرى تؤكد المنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة أن حوالي 50% من اضطرابات النمو والإعاقة قابلة للوقاية بإجراءات بسيطة وغير مكلفة نسبياً. وهذا ما يؤكد أهمية اللجوء إلى الأساليب والأدوات المناسبة للكشف المبكر عن تلك الاضطرابات والإعاقات من جهة وتصميم البرامج التعليمية والعلاجية الفاعلة لها من جهة أخرى.

من هنا تأتي أهمية خدمات وبرامج التدخل المبكر حيث يمكن من خلال هذه الخدمات والبرامج التقليل من مشكلات السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون الذين يعانون من هذا السلوك ومن قصور في المهارات الاجتماعية وبالتالي علاجها، ثم تنمية المهارات وتطويرها، كما أن لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر أهمية خاصة وهي تختلف حسب حالة كل طفل من متلازمة داون، فالطفل الذي يعاني من سلوك عدواني مستمر وواضح وقلة في المهارات الاجتماعية، يكون بحاجة إلى خدمات التدخل المبكر وبرامجه على فترات أطول من ذلك الطفل الذي يوجد لديه سلوك عدواني بسيط ونادر، حيث تتضح فائدة تلك الخدمات والبرامج كلما كانت فترة الالتحاق لها أكبر، فهذا يساعد في التقليل من آثار السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون الذين يعانون من ذلك السلوك، وهذا بدوره يساعد في اكتساب المهارات الاجتماعية لديهم وبالتالي تحسين السلوك الاجتماعي والتفاعل بنجاح مع الآخرين.

## مشكلة الدراسة:

يدرك الخبراء في ميدان التربية الخاصة أهمية التدخل المبكر لأنه يؤدي إلى الوقاية من المشكلات في النمو، ويقلل من تأثيرات الإعاقة على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ومنهم أطفال متلازمة داون.

كما تبين أن للخبرات الأولية في حياة الطفل تأثيرات كبيرة على مظاهر النمو في جميع الجوانب، فمرحلة الطفولة المبكرة يحدث فيها ما يعرف باسم فترات النمو الحرجة، حيث يكون الطفل في ذروة استعداداته وقابليته للنمو والتغيير، كذلك فإن طفل متلازمة داون يكون أكثر قابلية واستجابة لخبرات التعلم، وتكون المثيرات البيئية أكثر قوة في إنتاج أنماط تعلم معينة وبالتالي يحدث التعلم واكتساب المهارات بشكل أكثر سرعة وسهولة، وأن غياب الخبرات أو الاستثارة المناسبة في هذه الفترة سيؤدي إلى فشل طفل متلازمة داون في اكتساب المهارات سواء كانت لغوية أو سلوكية أو اجتماعية أو معرفية أو أكاديمية، فالتدخل المبكر يسعى إلى استثمار هذه الفترات لتطوير القدرات العقلية واللغوية والسلوكية والاجتماعية والتخفيف من المشكلات التي قد يعاني منها طفل متلازمة داون منها مشكلات السلوك العدواني (جمال الخطيب، 1995، ص58).

السلوك العدواني أياً كان نوعه فهو يؤثر بشكل أو بآخر على قيام العلاقات الاجتماعية، وعلى اكتساب أطفال متلازمة داون الذين يعانون من هذا السلوك للمهارات الاجتماعية، فالسلوك العدواني الزائد دليل على وجود سوء التكيف، وعلى عجز الطفل عن اكتساب أساليب التوافق مع البيئة، وهو مؤشر على أن الطفل يفتقر إلى المهارات الاجتماعية.

إن بعض أطفال متلازمة داون لديهم عادات مزعجة وسلوكيات سيئة مثل العناد والعدوانية وبالتالي فإن نقص المهارات الاجتماعية يمثل إشكالية عند هؤلاء الأطفال الذين يمارسون سلوك عدواني من متلازمة داون، كما أنهم يميلون إلى عدم تكوين علاقات اجتماعية مع الأطفال الآخرين في مثل عمرهم الزمني،

ويتصفون بأنهم أقل قدرة على التصرف في المواقف وهذا يرجع إلى عدم تكوين المهارات الاجتماعية بصورة سليمة، حيث يظهر هؤلاء الأطفال كثير من السلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة، كما أنهم أقل كفاءة في التعامل في المواقف الاجتماعية من الأطفال الآخرين.

وبما أن مرحلة الطفولة المبكرة لها أهميتها الخاصة، إذ يجمع المربون وعلماء النفس على اعتبارها فترة عمرية هامة تمر في حياة الإنسان، ومن هنا فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة يعتبر أمراً على درجة كبيرة من الأهمية، فهو إن لم يكن قادراً على معالجة ما يطرأ من مشكلات في تلك المرحلة، فهو قادر على تخفيفها، أو على الأقل يمنع تفاقمها في المستقبل وجعل طفل متلازمة داون قادراً على اكتساب العديد من المهارات، حيث أن للتدخل المبكر الدور الأكبر في التخفيف من السلوك العدواني الذي يعتبر من أكثر أنماط السلوك المضطربة التي تظهر لدى الأطفال الذين يمارسون سلوك عدواني من متلازمة داون، فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون بناء علاقات عادية مع الأطفال الآخرين بسبب سلوكهم العدواني والمزعج الذي يجعل الآخرين ينفرون منهم.

وتختلف فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر، فهناك من الأطفال من تبدأ معه برامج التدخل المبكر منذ الميلاد وحتى السادسة من عمره، ومنهم من يلتحق بتلك البرامج لمدة أربع سنوات وبعضهم لمدة سنتين أو سنة أو أقل، فالالتحاق بخدمات وبرامج التدخل المبكر لفترة أطول يعطي فرصة كبيرة للوقاية من تطور المشكلات، كذلك توفير البرامج والخدمات الغنية بالمشيرات في السنوات الأولى من حياة طفل متلازمة داون يساعد بشكل مؤكد في إكسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية منها المهارات الاجتماعية والتخفيف من المشكلات السلوكية ومنها مشكلات السلوك العدواني، فكلما كان التدخل مبكراً ومكثفاً أكثر كانت الفائدة بالنسبة للأطفال متلازمة داون أكبر فالتدخل المبكر يؤثر ويساهم دون أدنى شك في تنمية المهارات الاجتماعية لطفل متلازمة داون وبالتالي التقليل من آثار السلوك العدواني.

وعليه فإن الباحث قد وجد أن الحاجة ماسة في ميدان التربية الخاصة لتبني مثل هذه الدراسة حتى يستفيد منها العاملون في مجال التربية الخاصة ومن لهم علاقة بأطفال متلازمة داون.

لذا فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحدد في محاولة الكشف والتعرف على الفروق في مشكلات السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر، كما تحاول الدراسة التعرف على مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني وبين المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر.

### أسئلة الدراسة:

من خلال العرض السابق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

- 1- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟
- 3- ما مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين درجات أبعاد السلوك العدواني ودرجات أبعاد المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر

(أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟

### أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1. التعرف على الفروق في السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).
2. التعرف على الفروق في المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).
3. التعرف على مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني وبين المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).

### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. الحاجة إلى مثل هذه الدراسات التي تهدف إلى التعرف على فاعلية برامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض السلوك العدواني وذلك في البيئة العربية بصفة عامة والبيئة الخليجية بصفة خاصة.
2. التوصل لمعرفة طبيعة مشكلات السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر والاهتمام بها من أجل تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لهم.

3. نتائج الدراسة تفيد في تقييم الفوائد المرجوة من برامج التدخل المبكر في محاولة لتطويرها للوصول بها إلى أقصى درجة من الفائدة التي تعود على الطفل وأسرته.

4. توجيه أنظار الوالدين إلى فائدة إلحاق أطفالهم ببرامج التدخل المبكر.

5. توجيه أنظار المسؤولين إلى الاهتمام بخدمات التدخل المبكر.

## مصطلحات الدراسة:

### 1 - الإعاقة الذهنية (Intellectual Disability):

تعريف الرابطة الأمريكية للتأخر العقلي عام 2002م أن التأخر العقلي هو "عجز يتسم بأوجه قصور واضحة في كل من الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي، كما يظهر في المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويظهر هذا العجز قبل سن الثامنة عشر" (Luckasson et al, 2002).

### ٧ التعريف الإجرائي للإعاقة الذهنية:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات والمدمجون في مرحلة رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم بدولة الكويت والذين يقعون في مستوى الإعاقة الذهنية البسيطة وتتراوح نسبة ذكائهم من 52 - 68 في اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء ويندرجون ضمن فئة متلازمة داون.

### 2 - التدخل المبكر (Early Intervention):

هو "تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم، الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر النمائي أو الإعاقة" (جمال الخطيب ومنى الحديدي، 2005، ص24).

### ٧ التعريف الإجرائي للتدخل المبكر:

هو الخدمات التي تقدم لأطفال متلازمة داون، سواء كانت هذه الخدمات تقدم من مركز التدخل المبكر أو رياض الأطفال أو في أي من المراكز الحكومية وأي خدمات يمكن أن تقدم للأطفال في هذه الفترة قبل وأثناء التحاقهم بمرحلة رياض

الأطفال سواء كانت تربيته أو نفسية أو طبية أو اجتماعية أو سلوكية بهدف التخفيف وربما الوقاية من تضاعف الإعاقة أو المشكلة وإكسابهم لبعض المهارات.

### 3- السلوك العدواني (Aggressive Behavior):

هو "سلوك يصدر عن فرد صوب فرد آخر أو اتجاه ذاته، لفظياً كان أم مادياً، إيجابياً كان أم سلبياً، مباشراً كان أم غير مباشر، أملتته مواقف الغضب أو الإحباط، أو الدفاع عن الذات أو الممتلكات، وترتب عليه إلحاق أذى بدني أو مادي أو نفسي بصورة متعمدة بالطرف الآخر" (عبد المجيد منصور وزكريا الشربيني، 2003، ص154).

#### ٧ التعريف الإجرائي للسلوك العدواني:

ويعرف السلوك العدواني إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه الدرجات التي يحصل عليها طفل متلازمة داون على أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني المستخدم في الدراسة وتتراوح بين (صفر) و (180) درجة.

### 4- المهارات الاجتماعية (Social Skills):

يشير محمد عبد الرحمن (1991) بأنه يقصد بالمهارات الاجتماعية "القدرة على التفاعل مع الآخرين (كالأقران، الوالدين، الأشقاء، المعلمون) في البيئة الاجتماعية بطرق تكون مقبولة اجتماعياً أو ذات قيمة وفي الوقت ذاته تعد ذات فائدة للفرد ذاته، ولمن يتعامل معه وذات فائدة للآخرين عموماً" (في: هشام عبد الله، 1998، ص110-111).

#### ٧ التعريف الإجرائي للمهارات الاجتماعية:

وتعرف المهارات الاجتماعية إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها الدرجات التي يحصل عليها طفل متلازمة داون على أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية المستخدم في الدراسة وتتراوح بين (75) و (225) درجة.

## 5- متلازمة داون (Down`s Syndrome):

"هي نوع من أنواع الإعاقة الذهنية والتي تعود إلى اضطراب في الكروموسوم رقم 21 حيث يظهر زوج الكروموسومات ثلاثياً لدى الجنين، وبذلك يصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة متلازمة داون 47 كروموسوماً بدلاً من 46 كما هو الحال في الأجنة العادية" (فاروق الروسان، 1999، ص81).

### ٧ التعريف الإجرائي لطفل متلازمة داون:

هو الطفل الذي تم تشخيصه في التقارير الطبية أنه من متلازمة داون حيث تبين أن لديه شذوذ في الكروموسوم (21)، ويتراوح عمره ما بين (4-6) سنوات وملتحق في أحد المؤسسات التعليمية الحكومية من رياض الأطفال التي تضم أطفالاً عاديين ومتلازمة داون المدمجين في فصول خاصة في هذه الرياض.

### حدود الدراسة:

#### أ - الحدود البشرية:

تشتمل عينة الدراسة على أطفال من فئة متلازمة داون (ذكور وإناث) ويبلغ عددهم (50) طفلاً، ملتحقين في المؤسسات التعليمية الحكومية برياض الأطفال في دولة الكويت، وتتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات.

#### ب - الحدود الزمنية:

تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2006/2007م.

#### ج - الحدود الجغرافية:

تم تطبيق هذه الدراسة على أطفال من فئة متلازمة داون المدمجين في فصول خاصة، في ستة مؤسسات تعليمية حكومية من رياض الأطفال بجميع محافظات دولة الكويت (حولي، الفروانية، الجهراء، الأحمدية، مبارك الكبير، العاصمة).

## الفصل الثاني

## الإطار النظري والدراسات السابقة

### القسم الأول: الإطار النظري

تمهيد

أولاً: الإعاقة الذهنية والأسباب المحتملة

W متلازمة داون - تعريفها - أسبابها - أنواعها

W خصائص أطفال متلازمة داون

ثانياً: السلوك العدواني - مفهومه - أشكاله ومظاهره - نظرياته

W السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون

ثالثاً: المهارات الاجتماعية - تعريفها - مكوناتها

W المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون

W العلاقة بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة

داون

رابعاً: التدخل المبكر - تعريفه - فوائده والفئات المستهدفة - أهميته

W أثر التدخل المبكر على المهارات الاجتماعية والسلوك العدواني لدى

أطفال متلازمة داون

W نبذة عن مركز التدخل المبكر في الكويت وخدماته

### القسم الثاني: الدراسات السابقة

- المحور الأول: دراسات تتعلق بالتدخل المبكر

- المحور الثاني: دراسات تتعلق بالسلوك العدواني وفاعلية التدخل المبكر

في خفضه

- المحور الثالث: دراسات تتعلق بالمهارات الاجتماعية وفاعلية التدخل

المبكر في تنميتها

- التعليق على الدراسات السابقة

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### القسم الأول: الإطار النظري:

##### تمهيد:

يتناول الفصل الحالي عرضاً للإطار النظري والدراسات السابقة، حيث يتضمن القسم الأول وهو الإطار النظري أربعة عناصر أساسية وهي أولاً: الإعاقة الذهنية وتشتمل على تعريف الإعاقة الذهنية والأسباب المحتملة وتعريف متلازمة داون وأسبابها وأنواعها وخصائصها، أما ثانياً: السلوك العدواني ويتكون من مفهومه وأشكاله ونظرياته كذلك السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون، وبالنسبة لثالثاً: المهارات الاجتماعية فهي تحتوي على تعريفها ومكوناتها والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، أما رابعاً: التدخل المبكر ويشتمل على تعريفه وفوائده، كذلك أثره على المهارات الاجتماعية والسلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون، وبالنسبة للقسم الثاني وهو الدراسات السابقة فقد تم تناولها على ثلاثة محاور وهي: المحور الأول دراسات تتعلق بالتدخل المبكر، والمحور الثاني دراسات تتعلق بالسلوك العدواني وفاعلية التدخل المبكر في خفضه، والمحور الثالث دراسات تتعلق بالمهارات الاجتماعية وفاعلية التدخل المبكر في تنميتها.

#### أولاً: الإعاقة الذهنية والأسباب المحتملة:

##### 1) تعريف الإعاقة الذهنية (Intellectual Disability):

مر تعريف الإعاقة الذهنية بمراحل كثيرة وتطور على يد العديد من العلماء والباحثين حتى وقتنا الحالي، وقد استمر هذا التعدد والتطور إلى أن أصبح لدينا الآن شبه اتفاق عام بين المشتغلين بالمجال على تعريف الإعاقة الذهنية والذي لخصته الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية عام 1992م بأنه:

تشير الإعاقة الذهنية إلى نواقص جوهرية في الأداء الوظيفي الراهن، وهو يتسم بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يوجد متلازماً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية:

الاتصال (التخاطب)، الرعاية الشخصية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، الاستفادة من المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ والعمل، وتظهر الإعاقة الذهنية قبل سن الثامنة عشر (محمد الشناوي، 1997، ص5).

### تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية عام 2002م:

أنه عجز يتسم بأوجه قصور واضحة في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي، كما يظهر في المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعلمية، ويظهر هذا العجز قبل سن الثامنة عشر (Luckasson et al., 2002).

### (2) الأسباب المحتملة للإعاقة الذهنية:

تشير الدراسات والمصادر العلمية المتخصصة إلى تعدد أسباب الإعاقة الذهنية، حيث تصنف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية هذه الأسباب كالتالي:

1. الالتهابات والتسمم: ومن الأمثلة عليها إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو إصابة الطفل بالالتهاب السحائي أو التسمم الكحولي أثناء الحمل.
2. أمراض الدماغ: ومن أهمها الالتهاب السحائي والتهابات أورام الدماغ.
3. الصدمات والإصابات الجسمية: كإصابات الرأس نتيجة الحوادث أو السقوط من أماكن مرتفعة، وكثرة التعرض لأمراض الطفولة.
4. عوامل غير محددة قبل الولادة واضطرابات الحمل المختلفة: ويدخل ضمنها العوامل الوراثية والحالة الصحية للأم أثناء فترة الحمل.
5. اضطرابات التمثيل الغذائي وسوء التغذية: ومنها اضطرابات (PKU)، كما أن سوء تغذية الأم الحامل والرضيع من العوامل التي قد تؤدي إلى قصور في نمو الجهاز العصبي وعلى الأخص الدماغ.

6. الإصابات الحسية: ومنها الصعوبات البصرية والسمعية التي قد تؤدي إلى حرمان شديد في الخبرة مما يؤثر على نمو القدرة العقلية.
7. الاضطرابات النفسية في الطفولة.
8. عوامل بيئية ثقافية مختلفة: وهي مجموعة العوامل المرتبطة بالوضع الثقافي والاقتصادي للأسرة ودرجة الرعاية المتوفرة للطفل.
9. اضطرابات كروموسومية Chromosomal Abnormality: وهي أشكال متعددة أكثرها شيوعاً متلازمة داون Down`s Syndrome (يوسف القريوتي وآخرون، 1998، ص58-59).

### (3) مفهوم متلازمة داون (Down`s Syndrome):

يعتبر أطفال متلازمة داون أحد أنماط الإعاقة الذهنية وتعرف متلازمة داون أنها اضطراب خلقي بسبب كروموسوم زائد في زوج الكروموسومات 21 وبذلك يكون لدى الفرد 47 كروموسوماً بدلاً من 46 كروموسوماً (The New Encyclopaedia Britannica, 1994, p. 204). ويعرفها عبد الكريم حمامي (1999، ص15) بأنها عيب في انقسام الكروموسوم 21 ويسمى ثلاثي الكروموسوم 21 بحيث يكون عدد الكروموسومات 47 بدلاً من 46، وأهم ما يميز أصحابها إعاقة ذهنية تتراوح من البسيطة إلى المتوسطة فالشديدة.

### (4) أسباب الإصابة بمتلازمة داون:

إن بداية تكوين الإنسان تتم عن طريق اتحاد البويضة التي تحمل 23 كروموسوماً مع الحيوان المنوي الذي يحمل نفس العدد من الكروموسومات. فيتم إتحاد بينهما، وتتكون الخلية الأولى للجنين من 46 كروموسوماً إلا أنه يحدث خلل ما في عملية الإتحاد تلك وتنتج خلية تحمل 47 كروموسوماً تؤدي للإصابة بمتلازمة داون (فتحي عبد الرحيم، 1984، ص7).

ويؤكد ذلك كل من Beeghly & Cicchetti (1990, p.5) بأن الإصابة بمتلازمة داون تحدث نتيجة لخلل في كروموسوم 21 الذي يعد أصغر زوج من الصبغيات في الإنسان إذ تحمل (1.5) من مجموع المادة الجينية. ولسبب غير معروف بشكل مؤكد حتى الآن لا تتم عملية الانقسام بشكل صحيح فيأتي من جانب الأم 24 كروموسوماً بدلاً من 23 كروموسوماً ويأتي من جانب الأب 23 كروموسوماً، وفي هذه الحالة يتكون الزيجوت أو الخلية الملقحة من 47 كروموسوماً وبما أن الكروموسوم رقم 21 قد التحق بالكروموسوم الزائد لذا يصاب التوازن بخلل مما يسبب ولادة طفل لديه متلازمة داون (عبد الكريم حمامي، 1999، ص17).

ويذهب Mattheis (2002) إلى أن مثل هذا الكروموسوم الإضافي غالباً ما ينتج عن واحد من ثلاث احتمالات تتمثل فيما يلي:

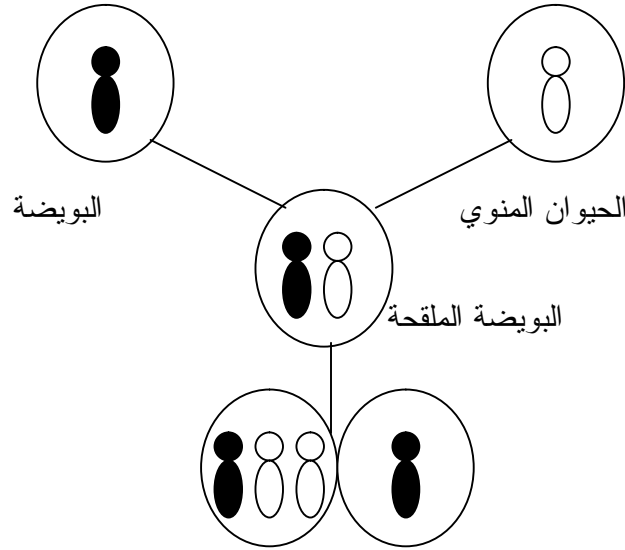
1. شذوذ في انقسام خلايا البويضة ovum قبل الحمل before conception.
2. شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوي sperm قبل أن يتم الحمل.

3. شذوذ في انقسام تلك الخلايا التي تتضمنها البويضة الملقحة fertilized egg بعد أن يتم الحمل (عادل محمد، 2004، ص239).

كما يشير كل من بروف وأولي Baroff & Olley (1999, p.88) أنه من أهم أسباب الإصابة بمتلازمة داون هو عمر الأم خصوصاً إذا تم الحمل بعد الأربعينات، حيث تكون البويضة في هذا العمر حساسة وسريعة التأثير.

## (5) هناك عدة أنواع من متلازمة داون:

1. تتلث الصبغية (21) Trisomy: تتميز هذه الحالة بوجود كروموسوم إضافي بحيث يصبح لدى الطفل بدلاً من 46 كروموسوم 47 كروموسوماً وتمثل تلك الحالة 95% من المقاييس بمتلازمة داون (رمضان القذافي، 1996، ص25).
- كما بين سميث وولسون Smith & Wilson الانقسام الذي يؤدي إلى تتلث الصبغية (21):



شكل (1)

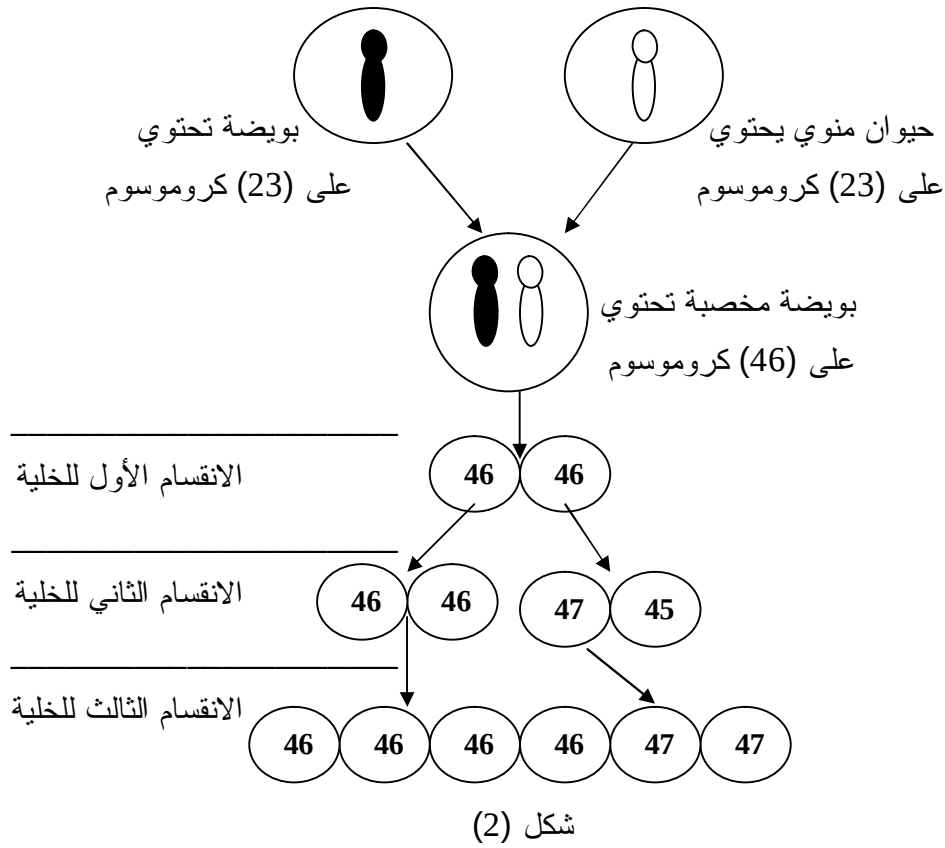
الانقسام الذي يؤدي إلى تثليث الصبغية (21)

(في: رجاء التويتان، 1994، ص10).

- ويشير عادل محمد (2004، ص242) أن هناك احتمالين لمصدر هذا الكروموسوم الإضافي أو الزائد يتمثلان فيما يلي:
- أن يأتي هذا الكروموسوم من البويضة الأنثوية، ويحدث ذلك تقريباً لدى 95% من تلك الحالات التي تتعرض لهذا الأمر.
  - أن يأتي هذا الكروموسوم من الحيوان المنوي وهو ما يحدث لدى 5% فقط من مثل هذه الحالات تقريباً.

2. النوع الفسيفائي Mosaicism: يظهر فيه الكروموسوم الزائد (47 كروموسوماً) في بعض الخلايا بينما يكون عدد الكروموسومات في الخلايا الأخرى طبيعياً (46 كروموسوماً) (رمضان القذافي، 1996، ص27).

ويتضح الانقسام الذي يؤدي إلى حالات الموزايك بالنسبة لحالات الداون من خلال الرسم التالي:



الإنقسام الذي يؤدي إلى الموزايك بالنسبة لحالات الداون

(مؤسسة الداون سندروم, 2001, ص34).

ويمثل هذا النوع حوالي 2% من عدد المصابين وعادة ما تظهر سمات الاضطراب في هذه الحالة بصورة أقل من المعتاد كما يكون مستوى الذكاء أعلى من ذكاء الأفراد الذين يعانون من تتلث الصبغية (رمضان القذافي, 1996, ص27).

ويؤكد ذلك كل من بروف وأولي Baroff & Olley (1999, p.87) بأن هذا النوع من متلازمة داون غالباً ما تظهر عليهم نسبة ذكاء أعلى من باقي الأنواع الأخرى، وتقل لديهم المشكلات الجسمية والصحية المختلفة التي يتعرض لها بعض أقرانهم في تتلث الصبغية.

3. الالتصاق الصبغي Translocation: هي حالة تأخذ عدة أشكال فالأطفال المصابون بهذه الحالة تحتوي على كروموسوم 21 زائد لكل جزء منه انكسر أو التصق بكروموسوم آخر (عبد الكريم حمامي، 1999، ص19). ويحدث هذا النمط لدى 4% تقريباً من حالات متلازمة داون حيث يؤدي وجود الكروموسوم رقم 21 مع كروموسوم آخر إلى حدوث متلازمة داون بسماتها وأعراضها المميزة (عادل محمد، 2004، ص243).

## (6) خصائص أطفال متلازمة داون:

### × الخصائص الجسمية:

إن النمو الجسدي لدى أطفال متلازمة داون يختلف عن الأطفال العاديين بسبب بعض المشكلات المصاحبة لهم (كمال مرسي، 1996، ص274). فقد لوحظ أن الشكل العام للجسم والرأس متميز بشكل خاص لدى أطفال متلازمة داون فالرأس صغير ومحيط الرأس أقل من الحجم الطبيعي وهذا الصغر يتركز في الطول من الأمام إلى الخلف، والرقبة قصيرة وممتلئة مع وجود زوائد جلدية في الخلف، وقد لوحظ أن الأطراف لدى هؤلاء الأطفال قصيرة نوعاً ما (عبد الله الصبي، 2002، ص20). وتلخص منال بوحيمد (1985، ص48) السمات والخصائص الجسمية المشتركة لأطفال متلازمة داون والتي تميزهم عن خصائص الأطفال العاديين أو المعاقين ذهنياً ومن هذه الخصائص:

1. العضلات: عادة يولد أطفال عرض داون بضعف في العضلات.
2. الرأس: تبدو مؤخرة الرأس أقل استدارة وبروزاً من الطفل العادي.
3. الأنف: أنف صغير أفطس – واستطالة في الوجه.
4. العينان: صغيرتان مثل اللوزتين مع وجود تشقق في الجفون.
5. الأذنان: صغيرتان وبهما تشوهات خصوصاً في صيوان الإذن الخارجي.
6. اللسان: يكون ممتلئ غليظ وسميك وبه تشققات.
7. الأسنان: تتأخر في الظهور مع وجود تشوهات.

8. الصوت: يتأخر طفل داون بالكلام وتكون نبرات الصوت غير واضحة.
9. الرقبة: تبدو قصيرة نوعاً ما مع وجود بعض الانثناءات بجلد الرقبة.
10. القلب: يعاني حوالي 40% من هؤلاء الأطفال من عيوب خلقية بالقلب.
11. اليدين: قصيرتان وأصابعهما قصيرة، وتوجد فجوة بين الأصبع الأول والثاني مع ظهور تشققات بكف القدم واليد.
12. الجلد: جاف به بقع ملونة - وقد تكون به تشققات.
13. الشعر: خفيف ناعم مستقيم.
14. الطول: معظم أطفال عرض داون قصار القامة ممثلئو الجسم.

### × الخصائص الحركية والعضلية:

يذكر زوسمر Zausmer (1995) أن الرضيع من أطفال متلازمة داون غالباً ما يتأخر في المبادأة بالمهارات الحركية مثل التدرج، وأنشطة كهذه تؤدي وظائف كثيرة منها استكشاف البيئة، حيث يجب على الوالدين مساعدة أطفالهم من متلازمة داون على تعلم أنماط ومهارات حركية في خبرات التعلم المبكرة (في: وليد العبري، 2003، ص23).

ولطفل متلازمة داون معوقات لنموه الحركي ومنها ارتخاء العضلات والأربطة، لكن ومع النمو العصبي للعضلات المتدرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف يمكن القيام بالحركات التوافقية، حيث يكون هناك انقباض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء العضلات المعاكسة لها (عبد الله الصبي، 2002، ص97).

ويذهب زوسمر Zausmer (1995) إلى أن الضعف العضلي يجعل من الصعب على طفل متلازمة داون أن يستخدم الأطراف والجذع وبخاصة في مهام القفز على قدميه أو قدم واحدة والتسلق أو ركوب الدراجة، بالإضافة إلى معدل الحركة المتزايد في المفاصل وخاصة مفصلي الكاحل والركبة ولهذا فإن طفل متلازمة داون لا يمكنه الثبات في القفز على قدميه أو حتى قدم واحدة (في: وليد العبري، 2003، ص35). ويؤثر ارتخاء العضلات على كثير من وظائف الجسم

ويحدث هذا الارتخاء نتيجة لبعض الاختلافات في طريقة عمل أعصابهم العضلية، وينجم عن ارتخاء العضلات آثار سلبية منها إمكانية زيادة الوزن (سعود الملق، 2001، ص83).

#### × الخصائص اللغوية:

يشير كل من بروف وأولي Baroff & Olley (1999, p.154) إلى أن النمو اللغوي لدى أطفال متلازمة داون يتباطأ خصوصاً بعد نهاية السنة الأولى حيث يتضح التأخر في الكلام، فالأطفال العاديون الذين هم في عمر السنتين يستخدمون عبارات تتكون من كلمتين لا تظهر عند بعض أطفال متلازمة داون إلا في عمر ثلاث أو أربع سنوات وعند البعض لا تظهر حتى سن الثامنة أو التاسعة. ويؤكد ذلك عبد الله الصبي (2002، ص72) إلى أن هناك مشكلات لدى أطفال متلازمة داون تحد من النمو اللغوي لديهم ومنها ضعف السمع، وتكرار التهاب الأذن الوسطى، وارتخاء العضلات والأربطة، وصغر حجم الفم وكبر حجم اللسان.

ويشير ميلر Miller (1993, p.40) إلى أن 50% من أطفال متلازمة داون يصابون بفقدان السمع بسبب إصابات الأذن، وفقدان السمع تأثير مباشر على تعلم اللغة حيث يفسد الفهم والكلام، ويجب إجراء فحص روتيني بواسطة أخصائي أمراض الأذن على أن يشمل الفحص الأذن الداخلية والأذن الوسطى ويمكن الاستعانة بوسائل التكبير كأحدى معينات السمع.

والأحبال الصوتية لدى أطفال متلازمة داون متورمة مع تهيج واحمرار وهي أكثر تيبساً، والاهتزاز متقطع وهذا يؤدي إلى صوت أجش عادة ما يرتبط بأطفال متلازمة داون، كما أن التأخر في فهم التراكيب اللغوية يبدأ في الظهور لدى أطفال متلازمة داون عندما يواجهون عملية اكتساب جمل معقدة تتجاوز الجمل البسيطة، وتزداد مظاهر العجز في اكتساب المهارات اللغوية سوءاً كلما تقدم بهم العمر (Miller, 1993, p.41).

كما توضح الدراسة التي أجرتها رجاء التويتان (1994) حول مظاهر النمو اللغوي لدى أطفال متلازمة داون ما يلي:

- لا يوجد اختلاف بين طفل متلازمة داون وبين الطفل العادي في مرحلتي الصرخة الأولى والمناغاة.
- يتحول لمرحلة الكلام في السنة الثانية ويستطيع أن يستخدم كلمات دالة على أسماء بعض الحيوانات ولكن بصورة غير واضحة.
- عندما يبلغ سنتين يكون جملتين باستثناء الذين يوضعون في مراكز رعاية داخلية فإنهم يتأخرون عن أقرانهم في تكوين الجمل.
- يتقدم طفل متلازمة داون في التعبير اللغوي من بداية السنة الرابعة إلى عمر السابعة.
- في السنة الرابعة يبدأ تسمية الأشياء ويستخدم جملاً أطول تحتوي على ضمائر.

#### **x الخصائص الشخصية والاجتماعية:**

تتراوح القدرة العقلية لأطفال متلازمة داون ما بين المتوسطة والبسيطة، وتتراوح نسبة الذكاء من (40-70)، ولديهم القدرة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة ومهارات العناية بالذات والتواصل والمهارات الاجتماعية المختلفة (خوله يحيى، ماجدة عبيد، 2005، ص25).

يشير طلعت الوزنه (1998، ص96) إلى أن النمو الاجتماعي لدى أطفال متلازمة داون يكون أسرع ومتقدماً عن النمو العقلي بعدة سنوات، حيث يجب الاهتمام بتقييم النضج الاجتماعي للأطفال وكذلك ما يحتاجه هؤلاء الأطفال في مرحلة من مراحل نضجهم الاجتماعي.

وتكون الشخصية الفريدة والمميزة لطفل متلازمة داون في مرحلة التكوين والبناء حيث تبدو عليه خصائص مقبولة تعد شائعة أيضاً لدى غيره من الأطفال المصابين بنفس الأعراض ومثل هذه الخصائص تتضمن الميل للمرح والانشراح والاستمتاع بالأشياء وحب التقليد (فتحي عبد الرحيم، 1984، ص16).

ومن الصفات الاجتماعية الأخرى المميزة لطفل متلازمة داون الإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلونه، والتقرب إلى الراشدين في البيت والمدرسة والميل إلى المحاكاة والتقليد وحب الموسيقى (كمال مرسى، 1996، ص127).

كما يتسم بعض أطفال متلازمة داون بالمودة والعاطفة والبعض الآخر لا يتسم بهذه الخصائص، حيث نجد أن بعضهم لديه عادات مزعجة وسلوكيات سيئة مثل العناد والعدوانية وسرعة تشتت التركيز وهذه الحقائق تنطبق على أطفال متلازمة داون مثلما تنطبق على الأطفال العاديين.

تذكر سهيله العميري (2001، ص91) أن مثل هؤلاء الأطفال من متلازمة داون بحاجة إلى استراتيجيات تدخل علاجي منظمة ومكثفة حتى يمكنهم من ممارسة السلوك الاجتماعي المناسب، ويعد العمل الجماعي وتفاعل أطفال متلازمة داون مع بعضهم البعض أثناء الجلسات لبرنامج المهارات الاجتماعية عاملاً مساعداً لإنجاح أي برنامج، حيث أنه من خلال ذلك العمل الجماعي يستطيع هؤلاء الأطفال اكتساب المهارات الاجتماعية التي يتم التدريب عليها. وتؤكد دراسة سهيله العميري (2001) على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية التي لها دور في أن يحتفظ أطفال متلازمة داون بهذه المهارات، كذلك تؤكد أن التدريب على السلوك الصحيح من خلال تنوع المواقف الطبيعية واختلاف الأماكن في الروضة، وكذلك قيام طفل متلازمة داون نفسه باللعب وتمثيل الأدوار المختلفة كل ذلك ساهم في احتفاظ هؤلاء الأطفال بالمهارات الاجتماعية.

وقد أوضح سيرافিকা Serafica (1993, p.371) إلى أن اكتساب أطفال متلازمة داون للسلوكيات الملائمة أو غير الملائمة أو إطفاء هذه السلوكيات يتأثر بسلوكيات الأقران. حيث نجد أنه من المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال متلازمة داون هي مشكلات السلوك العدواني.

**ثانياً: السلوك العدواني (Aggressive Behavior) :**

**(1) مفهوم السلوك العدواني:**

العدوان مفهوم عرف منذ عرف الإنسان سواء في علاقته بالطبيعة أو في علاقة الإنسان بالإنسان، وهو معروف في سلوك الطفل الصغير وفي سلوك الراشد، في سلوك الإنسان السوي والإنسان المريض، وإن اختلفت الدوافع والوسائل والأهداف والنتائج (سعد المغربي، 1987، ص25).

يستخدم مفهوم السلوك العدواني بمعان متعددة إلا أن السلوكيات أو الأفعال العدوانية معظمها بينها شيء ما مشترك وطبقاً لما وصل إليه معظم الباحثين فهذا النوع من السلوك يهدف دائماً إلى الإضرار بالذات أو بالآخرين أو بالملكات. يشير كوفمان Kauffman (1989, p.190) أن السلوك العدواني سلوك يقصد به الإساءة والأذى للأشخاص وتدمير الملكات، وقد يكون الأذى نفسي وقد يكون جسدي.

ويعرفه بارون (1989) بأنه "شكل من الأشكال السلوكية الموجهة بقصد إيذاء أو إلحاق الضرر بالكائن الحي الآخر الذي لديه الرغبة التامة في تحاشي مثل هذه المعاملة" (في: عبد الله الوابلي، 1993، ص9).

ويرى هاريمان Harriman (1991) أن السلوك العدواني هو سلوك تعويضي عند الإحباط المستمر، وهو السلوك الذي يقصد به إيذاء شخص آخر أو جرحه بما يتناسب مع كثافة الإحباط، إذ كلما زاد إحباط الفرد كلما زاد عدوانه (في: محمد شحيمي، 1994، ص167).

ويشير محمد محمد (2004، ص171) بأنه توقيع العقاب على الغير أو عقاب الذات أو رمز لها، والعدوان قد يكون مباشراً أو غير مباشر بالجسم أو باللفظ بالكبت أو بالتشهير بالنقد أو بالتهديد، والعدوان في الأغلب قد يكون مصحوب بشحنة انفعالية غاضبة، وينشأ نتيجة إحباط.

ويعرفه هينيسي وكامبيال Hinisie & Campiall (1994, p.22) بأنه النشاط أو العمل الذي يتسم بالعنف، كما يعرفاه بأنه الأفكار التي تتسم بالغضب والكراهية أو التدمير.

من الاستعراض للتعريفات السابقة للسلوك العدواني نلاحظ بأن الباحثين لا يصوغون تعريفاتهم بنفس الكلمات بالضبط ولكن الغالبية العظمى منهم لديهم نفس الفكرة، حيث أجمعت معظمها على الآتي:

- ◆ أن سلوك الشخص العدواني يدخل ضمن السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً.
- ◆ العدوان شعور داخلي بالغضب والكراهية، ويعبر عنه ظاهرياً في صورة فعل أو سلوك ويأخذ صور الاعتداء الجسدي واللفظي والرمزي.
- ◆ أن العدوان عند الأطفال يظهر نتيجة لاضطراب عضوي أو مواقف بيئية أو لتأثر الطفل بالمواقف الخارجية المحبطة أو بسبب الحرمان.
- ◆ أن العدوان هو السلوك الذي يعبر عن تأكيد الذات.
- ◆ أن نتائج من العدوان إيذاء الذات أو الآخرين أو الممتلكات.

## (2) أشكال ومظاهر السلوك العدواني:

تتعدد أنماط السلوك العدواني ومظاهره وأشكاله ففي حين تصنفه إيفلين إم فيلد (2005) في شكلين هما:

- العدوان الاجتماعي: وهو يشمل نوعاً من التلاعب أو المناورة الاجتماعية، ويكون غير مباشراً وسريعاً للغاية، ويشمل سلوكاً مستمراً قد يتكرر على مدى أسابيع أو شهور.
- العدوان البدني أو الجسدي: وهو يتم على الأشخاص الأكثر ضعفاً، ويتضمن الاعتداء المباشر والاعتداء غير المباشر.

نجد أن عصام العقاد (2001) يصنفه إلى أربعة أشكال:

- W** العدوان العدائي Hostile Aggression: يتمثل في ارتفاع الأذى بالهدف، وينتج عن ذلك شعور المعتدي بكراهية الهدف ومقتته.
- W** العدوان الواسيلي Instrumental Aggression: وينطوي على نوايا الأذى إلا أن هدفه الأساسي يتمثل في حماية الذات.

**W** العدوان الايجابي: هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي ولكنه أيضا لكل الانجازات العقلية وللحصول على الاستقلال، وهو أساس الفخر والاعتزاز.

**W** العدوان السلبي: هو إيذاء الذات بالنسبة للإنسان ولبئته.

ويقسم خالد الشخيلي (2005، ص21) السلوك العدواني إلى:

- أ- العدوان المباشر: وهو الذي يوجه إلى الشخص الذي يسبب الإحباط.
  - ب- العدوان الإزاحي المستبدل: يوجه العدوان إلى شخص آخر هو غير الشخص الذي سبب الأذى أو الفشل، وخاصة إذا كان الشخص الأساسي ذكياً.
- وعلى الرغم من تعدد أشكال السلوك العدواني، وعدم الاتفاق بين الباحثين على أشكال محددة، إلا أن الاتجاه السائد في الدراسات التي تناولت دراسة السلوك العدواني عند الأفراد المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون كما يشير إلى ذلك عبد الله الوابلي (1993) قد اتجهت إلى تصنيف السلوك العدواني إلى نوعين:
- السلوك العدواني اللفظي: والذي يعرفه رونر Rohner إجرائياً بأنه السلوك المتمثل في التعابير والألفاظ أو الأقوال التي تشمل التعيب والتوبيخ، والسخرية، أو التهكم، والانتقاد، والسب، والاستهزاء، والإذلال أو الإهانة.
  - السلوك العدواني غير اللفظي: والذي يعرفه رونر Rohner إجرائياً بأنه السلوك المتمثل في الضرب، والعص، والدفع، والخدش، والمقاتلة أو المشاجرة، والركل، والقبض أو القرص (في: سعيد دبيس، 1999، ص4).

### (3) نظريات تفسير العدوان:

يعتبر العدوان من القضايا النظرية الهامة في مجال البحث السيكولوجي وسيظل أحد الموضوعات الجديرة بالبحث والتمحيص والدراسة، حيث يرى كثير من الباحثين أن السلوك العدواني شأنه شأن أي سلوك إنساني متعدد الأبعاد، متشابه المتغيرات، متباين الأسباب، لا يمكن رده إلى تفسير واحد، ومع تعدد أشكال ودوافع العدوان تعددت النظريات التي فسرت السلوك العدواني. ومن أهم النظريات المفسرة للعدوان:

## ٧ النظرية الدينامية:

يعبر فرويد Freud في نظريته عن الغرائز أن جميع الظواهر النفسية الشعورية واللاشعورية إنما تصدر عن قوى دينامية أساسية تنبعث من التركيب الفسيولوجي والكيميائي للكائن الحي، وهذه القوى تسمى الغرائز، حيث افترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين:

- غرائز الحياة: وتخدم هذه الغرائز غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس.

- غرائز الموت: أو كما يسميها فرويد أحياناً غرائز التدمير تقوم بعملها بصورة أقل وضوحاً بالمقارنة بغرائز الحياة (إيمان الصيرفي، 1990، ص21).

كما استخدم فرويد Freud غريزة الموت في تفسيره للنزعة العدوانية للإنسان، فالعدوانية هي تدمير للذات، والشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير، لأن رغبته في الموت قد أعاققتها قوى غرائز الحياة، وهو يرى أن العدوان سلوك غريزي هدفه تصريف الطاقة العدوانية التي تنشأ داخل الفرد (Hall & lindzey, 1987, p.164).

ويذكر على إسماعيل (1995) بأن فرويد في نظرية التحليل النفسي يقسم الشخصية إلى ثلاث طبقات وهي:

◆ الشعور: ويوجد على سطح العقل ويتكون من مجال ضيق من الأنشطة العقلية التي نستطيع إدراكها في وقت معين.

◆ ما قبل الشعور: ويقع في مكان متوسط بين الشعور واللاشعور ويشير إلى ذلك الجمع من الأفكار، والمشاعر، والذكريات، والمدرجات التي لا تكون متوفرة بشكل فوري للشعور، ولكن يتم استدعاؤها إليه بسهولة.

◆ اللاشعور: ويحتوي على الدوافع الغريزية البدائية الجنسية والعدوانية التي تكبت تحت تأثير المعايير الاجتماعية والأخلاقية التي ينشأ فيها الفرد.

ويشير فرويد Freud إلى أن العمليات العقلية التي تدور في الشعور وما قبل

الشعور تتم بطريقة منظمة ومنطقية وفق عمليات الإدراك والتفسير وهي تخضع لمبدأ الواقع، أما العمليات العقلية الموجودة في اللاشعور فإنها تخضع لمبدأ اللذة، حيث يسعى الفرد لإشباع اللذة (في: فاتن ميرزا، 1998، ص29).

ويرى فرويد Freud أن هناك قوة دافعة مستقلة يطلق عليها العدوان توجد في اللاشعور وتوجه السلوك، ويحدث ذلك إذا ما تواجد فردان أو أكثر في موقف عدائي (In: Kauffman, 1989, p.192).

أما أدلر Adler فيرى أن العدوان هو الدافع الأساسي في حياة الفرد والجماعة، ويعد العدوان أساس الرغبة في التمايز والتفوق، وهذا ما دعاه إلى أن يقرر أن العدوان هو أساس إرادة القوة وأن إرادة القوة أساس الدوافع الإنسانية. وقد اهتم أدلر Adler بخبرات الطفولة والمؤثرات التي تعد الطفل لاتخاذ أسلوب خاطئ في الحياة، وأوضح ثلاثة عوامل هامة:

1. أطفال يعانون من مشاعر النقص Children with inferiorities وهم الأطفال المعاقون بدنياً وذهنياً إذا لم تتوفر لهم آباء متفهمون يشجعونهم على تحويل ضعفهم إلى قوة.

2. أطفال مهملون Neglected Children وهؤلاء قد يصبحون في الكبر أعداء للمجتمع وتسيطر على حياتهم الحاجة إلى الانتقام بسبب المعاملة السيئة في الطفولة.

3. أطفال مدللون Spoiled children وهؤلاء لا ينمو لديهم شعور اجتماعي وهم متركزون حول ذاتهم وقد يكونوا خطراً على المجتمع للأنانية (Hall & lindzey, 1987, p.164).

## ٧ النظرية السلوكية:

احتلت البيئة عند أصحاب هذه المدرسة المكانة الأولى في تحديد السلوك، ويرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقاً لقوانين التعلم، لذلك ركزت بحوث ودراسات السلوكيين في دراستهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي أن السلوك برمته متعلم من البيئة ومن ثم فإن الخبرات

المختلفة (المثيرات) التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني (الاستجابة العنيفة) قد تم تدعيمها بما يعزز لدى الشخص ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض لموقف محبط (عصام العقاد، 2001، ص112).

لقد أشار سكينر Skinner إلى أن الإنسان يتعلم سلوكه بالثواب والعقاب، فالسلوك المثاب لدى الفرد يميل إلى تكراره أما السلوك المعاقب لديه فإنه يكف عنه ولا يكرره، وهذا التفسير ينطبق على السلوك العدواني كما أن مكافأة الطفل على عدوانه تزيد من السلوك العدواني لديه حتى ولو كانت مكافأة غير منتظمة، أما باندورا وولترس Bandura & Walters لم يقتنعا بأن المكافأة وحدها كافية لتعلم العدوان فلابد من وجود نموذج للسلوك العدواني يقلده الطفل ثم تأتي المكافأة لهذا السلوك لتدعيمه وتنميته (كمال مرسي، 1996).

ويرى كل من كرافت وبيري Craft & Berry (1985) أن السلوك العدواني قد يكون متمكناً من الطفل بحيث يستمر في تطوير هذا السلوك، وعليه فإن التدعيم أو المكافأة التي يحصل عليها الطفل قد لا تكون ضرورية بعد ذلك، فالسلوك العدواني يكون هنا قد تطور بالفعل، وعليه يشير بعض علماء التعلم أن التدعيم ليس دائماً هو السبب في تقوية السلوك العدواني وتطويره (في: فاتن ميرزا، 1998، ص35).

يذكر جيرسيلد Jersild (1987) أن العدوان يتوقف على المواقف التي يعيشها الفرد وما يتعرض فيها من مثيرات، ولذلك يعرف العدوان على أنه استجابة التوافق مع المثيرات والمواقف التي يتعرض لها الفرد مثل مواقف الإحباط أو ملاحظة شخص آخر يسلك بطريقة عدوانية (في: عليه شعبان، 1996، ص23).

ويعتبر جين وبيجي Geen & Pigy (1980) أن تعميم المثير والاستجابة مهماً للغاية في دراسة العدوانية، نظراً لعلاقتها بالعادات العدوانية الناتجة عن التعزيز، ويرجع السبب في ذلك إلى صعوبة تكرار الموقف أو الاستجابة المعززة للفرد مرة أخرى (في: عليه شعبان، 1996، ص24).

يعتبر السلوكيون أن العدوان سلوك متعلم يمكن تعديله، وكأن أسلوبهم في التحكم فيه ومنعه عن الظهور هو القيام بهدم نموذج التعلم العدواني وإعادة بناء نموذج من التعلم الجديد، فقد أشار السلوكيون إلى أن الإنسان يتعلم السلوك العدواني وفقاً لمبادئ التعلم الاجتماعي أو التعلم بالملاحظة، ووفقاً لمبادئ الإشراف الإجرائي، حيث ترجع المدرسة السلوكية العدوان على ما تلقاه الاستجابات العدوانية من تدعيم وتعزيز، فتشجيع الأسرة أو الرفاق للفرد على ممارسة العدوان والتعبير عنه، تؤدي إلى زيادة تكراره وقد يكون هذا التشجيع صريحاً وواضحاً أو غير واضح (ليفون مليكيان وحسين الدريني، 1983، ص392).

### ٧ نظرية الإحباط - العدوان (Frustration - Aggression):

ظهرت نظرية الإحباط - العدوان في الثلاثينيات من هذا القرن حيث قام بعض العلماء من أشهرهم، نيل ميللر Nell Miller، روبرت سبيرز Spears، ماور Mawer، ليونارد دوب Leonard Doob، جون دولارد Jon Dollard، (1934) بأبحاث حول طبيعة العدوان وعلاقته بالإحباط وقد عرضت أول صورة لهذه النظرية على فرض مؤداه وجود ارتباط بين الإحباط والعدوان، حيث يوجد ارتباط بين الإحباط كمثير والعدوان كاستجابة، وقد توصل هؤلاء العلماء أن الإحباط هو (شعور يمتلك الشخص عندما توجد عقبات اتجاه الهدف الذي يسير إليه مما يؤدي إلى توقف الاتجاه لهذا الهدف) في الغالب ينتج عنه العدوان وهو (السلوك الموجه لإيذاء الآخرين) ودائماً يزيد العنف بزيادة كم الإحباط عند الأشخاص (Wallace and Goldstein, 1993, p.548).

كما يتمثل جوهر النظرية في الآتي:

- كل الإحباطات تزيد من احتمالات رد الفعل العدواني.

- كل عدوان يفترض مسبقاً وجود إحباط سابق.

يرى العلماء أن السلوك العدواني للطفل لا يظهر إلا عندما يحبط في تحقيق هذه الحاجات أو تعاق مطالبه نحو تحقيقها، ففي هذه الحالة قد يتخذ العدوان مظاهر القلق والبغض أو الكراهية لمصدر هذا الإحباط، ومثل هذا النوع من

الإعاقة أو الإحباط يعتبر أعنف وأقسى ما يواجه الطفل خلال سنوات مهددة وطفولته المبكرة (رشاد موسى، 1991، ص104).

لقد توصل رواد هذه النظرية إلى بعض الاستنتاجات من دراستهم عن العلاقة بين الإحباط والعدوان والتي يمكن اعتبارها بمثابة الأسس النفسية المحددة لهذه العلاقات وهي:

أولاً: تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط الذي يواجهه الفرد.

ثانياً: تزداد وتقل شدة الرغبة في العمل العدائي ضد ما يدركه الفرد على أنه مصدر الإحباط.

ثالثاً: يعتبر كفاً السلوك العدواني في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط آخر، ويؤدي ذلك إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدواني ضد مصدر الإحباط الأساسي.

رابعاً: على الرغم من أن الموقف الإحباطي ينطوي على عقاب للذات إلا أن العدوان الموجه ضد الذات لا يظهر إلا إذا تغلب على ما يكف توجيهه وظهوره ضد الذات، ولا يحدث هذا إلا من خلال عوامل كف قوة (عبد السلام عبد الغفار، 1990، ص ص 112-113).

يعترض أولويز Olweus (1992) على نظرية الإحباط - العدوان، فهو يرى أنه ليس من الضروري أن ينتج السلوك العدواني عن الإحباط فكثير من الناس يتعرضوا لمواقف إحباطية مثل وجود مشاكل وقضايا بالعمل أو توقع شيء معين وتكون النتيجة العكس وغيرها، فبالرغم من ذلك لا يصدر عن سلوك عدواني، والبعض الآخر قد يظهر سلوك عدواني في غياب الإحباط (In: Wallace and Goldstein, 1993, p.548).

يتضح مما سبق أن أصحاب هذه النظرية يرون أن الإحباط يؤدي في كثير من الأحيان إلى السلوك العدواني وفي أحيان أخرى يعتبر الإحباط هو العامل الأساسي الذي يؤدي إلى العدوان، وذلك لوجود بعض المثيرات في المواقف المختلفة، كما يرون أن العدوان في بعض الأحيان هو أسلوب من الأساليب العادية

من أجل مساعدة الفرد على تقديره لذاته، فالطفل عندما يلجأ إلى أساليب رد الاعتداء عن نفسه، فهو يشعر بأنه يخفف من الإحباط الذي تعرض له.

## ٧ نظرية التعلم الاجتماعي (Social learning):

ظهر حديثاً نظرية لا تقل أهمية عن النظريات الأخرى، التي تدرس السلوك العدواني وهى نظرية التعلم الاجتماعي، حيث يشير أصحاب هذه النظرية إلى أن العدوان سلوك اجتماعي متعلم، وأن العدوان عبارة عن سلوك يمكن تعلمه من خلال الملاحظة أو التقليد.

وقد أشار باندورا Bandura صاحب هذه النظرية أن هناك ثلاث مؤشرات رئيسية منظمة للسلوك هي: المثيرات Stimuli – التغذية الراجعة Feed back – أو الثواب والعقاب Reinforcement and punishment effects – العمليات المعرفية Cognitive process (In: Kauffman, 1989, p.197).

اهتم ألبرت باندورا Bandura بدراسة الإنسان في تفاعله مع الآخرين، وأعطى اهتماماً بالغاً بالنظرة الاجتماعية، فالشخصية في تصور باندورا لا تفهم إلا من خلال السياق الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، والسلوك عنده يتشكل بالملاحظة Observation (ملاحظة سلوك الآخرين)، ومن الملامح البارزة في نظرية التعلم الاجتماعي، الدور الواضح الذي يوليه تنظيم السلوك عن طريق العمليات المعرفية Cognitive Processes مثل الانتباه، التذكر، التخيل، التفكير حيث لها القدرة على التأثير في اكتساب السلوك، وأن الإنسان له القدرة على توقع النتائج قبل حدوثها ويؤثر هذا التوقع Expectation المقصود أو المتخيل في توجيه السلوك (عزيز داود وآخرون، 1991، ص 62).

يذكر باندورا وروس Bandura & Ross (1980) أن الأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عن آبائهم أو رفاقهم أو من خلال القصص والحكايات أو أجهزة التلفزيون. حيث يرى باندورا Bandura (1973) أن معظم السلوك العدواني متعلم من خلال تعرض الطفل لنماذج للسلوك العدواني، وأن هناك ثلاث مصادر رئيسية لتعلم السلوك العدواني هي: التلفزيون،

والوالدين، الأصدقاء الذين يقضي معهم وقت كاف (In: Wallace and Goldstein, 1993, p.548).

وتتلخص وجهة نظر باندورا Bandura في تفسير العدوان بالآتي:

- معظم السلوك العدواني متعلم من خلال الملاحظة والتقليد، حيث يتعلم الأطفال السلوك العدواني بملاحظة نماذج وأمثلة من السلوك العدواني يقدمها أفراد الأسرة والأصدقاء والأفراد والراشدون في بيئة الطفل، وهناك عدة مصادر يتعلم من خلالها الطفل بالملاحظة السلوك العدواني منها التأثير الأسري، الأقران، النماذج الرمزية كالتلفزيون.
- اكتساب السلوك العدواني من الخبرات السابقة.
- التعلم المباشر للمسالك العدوانية كالإثارة المباشرة للأفعال العدوانية الصريحة في أي وقت.
- تأكيد هذا السلوك من خلال التعزيز والمكافآت.
- إثارة الطفل إما بالهجوم الجسدي بالتهديدات أو الإهانات أو إعاقة سلوك موجه نحو هدف أو تقليل التعزيز أو إنهائه قد يؤدي إلى العدوان.
- العقاب قد يؤدي إلى زيادة العدوان (خليل قطب، 1996، ص121).

## ٧ النظرية البيولوجية:

ذهب أصحاب هذا التوجه إلى أن العدوان والعنف جزء أساسي في طبيعة الإنسان وأنه التعبير الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة، وأن أي محاولات لكبت عنف الإنسان وعدوانيته ستنتهي بالفشل، بل أنها تشكل خطر النكوص الاجتماعي فلا يمكن للمجتمع الإنساني أن يستمر دون التعبير عن العدوان، لأن كل العلاقات الإنسانية ونظم المجتمع وروح الجماعة يحركها من الداخل هذا الشعور بالعدوان (أحمد عكاشة، 1990، ص192).

وترجح هذه النظرية أن سبب العدوان بيولوجي، واعتمدت في ذلك على بعض الدراسات فيما يتعلق بالتركيب التشريحي وعدد الكروموسومات (الصبغات) (Xyy-47)، ومن هذه النظريات ما اتجه إلى دراسة الهرمونات ولاحظت ارتباطاً بين زيادة هرمون الذكورة Testosterone وبين العدوان، كما لوحظ أن خصاء

الحيوانات يقلل من عدوانيتها، ومن النظريات ما اتجه إلى دراسة الناقلات العصبية حيث أن الناقلات الكاتيكولامينية Catecholaminer والكولينية Cholinergic يشتركان معاً في إحداث العنف، بينما السيروتين والجايا أمينوبيوتريك G.A.E.A تثبط العدوان، ولوحظ حديثاً أن نقص السيروتوتين يرتبط بحدوث سرعة الاستشارة Irritbility وزيادة العدوان لدى الحيوانات (محمود حمودة، 1993، ص324).

ويبين خليل قطب (1996) أن هناك ثمة دليلاً مستمداً من عدة مصادر على وجود خلل في وظيفة المخ يتعلق بإصابة جزء معين منه، يلعب دوراً في السلوك العنيف الذي يرتكبه مرضى تمت دراسة حالتهم دراسة شاملة، وقد وجد أن الأفراد الذين يبين الرسم الكهربائي لمخهم أوجه شذوذ في المنطقة الصدغية تكون فيهم بنية أكبر من أوجه الشذوذ السلوكية، مثل الافتقار إلى التحكم في النزوات العدوانية، كما يحدث بين أفراد يكون رسم موجات المخ عندهم طبيعياً، ووصلت هذه الفلسفة إلى كامل نضجها فذهبت إلى أنه مهما كانت الأسباب الأصلية لاختلال وظيفة المخ فإن هناك عطباً عميقاً وغير قابل للرد إلى الحالة الطبيعية.

لذا يرى أصحاب هذه النظرية أن نوع السلوك العنيف المتعلق باختلال وظيفة المخ قد يرجع في أصوله إلى البيئة، ولكن عندما يفسد تركيب المخ بصورة دائمة فإن السلوك العنيف (العدوان) لا يمكن تغييره عن طريق معالجة المؤثرات النفسية أو الاجتماعية، أو باستخدام العلاج النفسي أو التعليم أو بتحسين شخصيته، ولكن العلاج المقترح هو في العثور على "مقر الانفعالات" ثم تدميره، ويتم ذلك جراحياً للجزء المسمى باللوزة (اللوزة في المخ Amygdala) (عصام العقاد، 2001، ص108).

من خلال استعراض النظريات السابقة في تفسير السلوك العدواني يرى الباحث أنه لا يمكن الاعتماد على نظرية معينة دون الأخرى في تفسير العدوان، فالسلوك العدواني قد يكون له دافع غريزي فطري مع تأثير الجانب الاجتماعي المكتسب مع بعض العوامل البيولوجية، مع اختلاف تأثير كل منهما من حيث الكم والكيف. وترى النظرية السلوكية أن ظهور السلوك العدواني لدى الطفل وتخفيض

حدثه أو تعديله إلى سلوك سوي يرجع إلى أن الطفل يتعلم مختلف مظاهر سلوكه من خلال الثواب والعقاب، ويميل الطفل إلى تكرار السلوك في حال (الثواب)، ويكف عن تكرار السلوك في حال (العقاب)، ويزداد السلوك العدواني لدى الطفل في حال تعزيزه ومكافئته على عدوانه ويقل هذا السلوك في حال عقابه على ذلك السلوك ووقف المعزز، كما أن للبيئة دوراً كبيراً في ظهور السلوك العدواني فالبيئة التي تفقد الأمن والحرية وتنتشر بها مشاعر الحرمان والإحباط والتي تؤدي إلى عدم تحقيق الذات ويتواجد بها أقرانه الذين يشجعون على ممارسة السلوك العدواني فهذه البيئة تساعد على ظهور هذا السلوك العدواني، كذلك تلعب الأسرة دوراً في تحديد شخصية الطفل، فظروف التنشئة الاجتماعية المبكرة وأساليب المعاملة الوالديه للطفل، كالرفض أو النبذ أو التسلط كلها لها علاقة بالسلوك العدواني وتساعد على ظهور هذا السلوك.

#### 4) السلوك العدواني لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة:

تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن الأطفال في عمر السنة والنصف تقريباً يلجئون إلى التعبير عن عدوانيتهم بركل الأشياء أو قذفها أو رفع الأيدي بصورة تعبر عن الضرب، وفي عمر السنتين يعتدي الطفل على الآخرين إما بركل الغير أو ربما بصفعه (خالد الشихلي، 2005، ص20).

وحينما يصبح الطفل بين الثالثة والرابعة يستخدم اللغة المتمثلة في التهكم أو السب أو الاستهزاء أو الغيظ، وغالباً ما يتصف الطفل العدواني بكثرة الحركة واللامبالاة بما سوف يحدث له أو للغير، والرغبة في إثارة الغير والمشاركة أو التعاون، وسرعة التأثر أو الانفعال وكثرة الضجيج والامتعاض والغيظ والتمركز حول الذات، وهذا السلوك العدواني غالباً ما يكون مؤقتاً، ويكون عادة موجهاً نحو هدف معين، كما أنه يعبر عن حالة توتر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه العدواني الذي يفرغ من خلال الشحنات الانفعالية التي عانى منها (عبد المجيد منصور، زكريا الشربيني، 2003، ص201).

يقوم الطفل بالعدوان على الأشياء أو على نفسه وذلك نتيجة شعوره بالفشل أو الحرمان من العطف، ويظهر العدوان على الذات في مظاهر متعددة منها الرغبة في إيذاء الذات وقضم الأظافر وكذلك كثرة المشاجرات والانتقام والعناد والعصيان (محمد حسين، 1986، ص109).

ويزداد التعبير عن العدوان لدى الأطفال مع ارتفاع شعورهم بالتعب وازدياد التوتر والضييق والكراهية الكظيمة لديهم، والطفل الذي تلقى الإثابة والتدعيم على أفعال العدوان يستمر على عدوانه مادامت أفعال العدوان تبدو وسيلة ناجحة ومفيدة توصل الطفل إلى إشباع رغباته (ممدوح الكنانى، حسن الموسوي، 1996، ص35).

ويوضح ذلك عبد الرحمن العيسوي (1989) أن التسامح يغذي العدوان حيث ثبت أن الطفل بمقدار ما يشعر أنه سيسامح من قبل الأهل والمعلمين بمقدار ما ينزع إلى العدوانية، والأكثر من ذلك هو أن الطفل يعتبر أن التسامح معه هو نوع من الموافقة الضمنية على العدوان.

وفي مرحلة الروضة وجد أن الأطفال عندما يتعرضون لعدوان من أحد أقرانهم، فإنهم إما يكون أو يتخذون موقفاً دفاعياً أو يردون على العدوان بعدوان مماثل (عبد المجيد منصور، زكريا الشربيني، 2003، ص201). كما وجد أن الطفل المعتدي يعدل سلوكه عندما يجابهه الطفل الآخر بعدوان مقابل ويتوجه بالعدوان نحو غيره من الأطفال، أما إذا استجاب بالبكاء أو الاستسلام فإنه المعتدي يكرر العدوان على الطفل نفسه.

يرى محمد محمد (2004، ص17) بأن هناك عوامل تؤثر على سلوك الطفل في مرحلة رياض الأطفال وهي وسائل الإعلام بمختلف أنواعها وأهمها التلفزيون وخاصة عند مشاهدة أفلام العنف، فالأطفال يستجيبون لها بدرجات مختلفة، كذلك فهي تؤدي إلى تنمية الميول والنزاعات العدوانية في سن مبكرة.

ويذهب حامد زهران (1990) إلى أنه يجب على المربين في رياض الأطفال، أن يوفرُوا الشعور بالأمن والثقة والانتماء والسعادة وإشباع حاجات الطفل وتعليمه كيف يضبط انفعالاته في هذه المرحلة المبكرة، وأن نجعله يفرغ ما

لديه من انفعالات حتى لا ينحرف سلوكه، وألاً نلجأ إلى العقاب الجسدي في حال ارتكابه الخطأ بل نلجأ إلى تعليمه السلوك الأفضل وتعزيزه، والتخفيف من الأوامر والنهي وعدم إعطائه ما لا يطاق من واجبات وعدم إهماله بين زملائه.

### (5) السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون:

يعتبر السلوك العدواني إحدى المشكلات السلوكية التي تواجه القائمين على تعليم وتربية وتأهيل الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون الذين يعانون من هذا السلوك، ولقد أهتم كثير من العلماء في ميادين الطب وعلم النفس وعلم الاجتماع والتربية الخاصة بدراسة السلوك العدواني باعتبارها مشكلة ذات أبعاد طبية ونفسية واجتماعية وتربوية (سعيد دببى، 1999، ص1).

يعاني بعض أطفال متلازمة داون من مشكلات السلوك العدواني التي لا تجعلهم يستطيعون بناء علاقات عادية مع الأطفال الآخرين، وغالباً ما يعيشون في حالة صراع مع الآخرين ومع أنفسهم، فسلوكهم عدواني أو مزعج إلى درجة تجعل الآخرين ينفرون منهم كما يشكل هذا السلوك بمثابة إعاقة حقيقة تحول دون تعليمهم ونموهم.

ويتضح السلوك العدواني من خلال بعض السلوكيات والتصرفات لدى بعض أطفال متلازمة داون الذين يعانون من هذا السلوك وبدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم العاديين، ويزداد بزيادة درجة أو مستوى الإعاقة الذهنية ويرجع إلى عدم شعورهم بالأمن أو الاستقرار وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومحبطة في تفاعلهم مع الآخرين من حولهم (عادل محمد، 2004، ص88).

ويرى سعيد دببى (1999) بأن السلوك العدواني يمثل مشكلة لدى بعض الأطفال المعاقين ذهنياً ومنهم أطفال متلازمة داون، من حيث الآثار التي يتركها عليهم من إيذاء أنفسهم وعدم قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع زملائهم، ويتمثل الأثر السلبي لذلك السلوك في محيط الفصل الدراسي في عدم استفادة الطفل المعاق ذهنياً مما يقدم له من برامج تعليمية وتأهيلية، ناهيك على ما يتركه ذلك السلوك من آثار سلبية في المحيط الاجتماعي للطفل، كما يمثل السلوك

العدواني مشكلة كبيرة للمعلمين والمشرفين القائمين على تعليم ورعاية وتأهيل الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون، نتيجة ما يتبعه من سلبيات كثيرة أثناء تقديم الخدمات المختلفة لهم داخل المعاهد والمراكز ورياض الأطفال.

وأوضحت الدراسة التي قام بها كو Coe (1994) أن السلوك العدواني من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً عند أطفال متلازمة داون وذلك حسب تقدير المعلمين. كما أكد كل من كاسكيلي ودادس Cuskelly & Dadds (1992) أن من أكثر المشكلات السلوكية لدى أطفال متلازمة داون هي تلك المشكلات المرتبطة بتركيز الانتباه والعدوانية.

وتختلف شدة مشكلات السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون باختلاف الدرجة والسبب، فمنهم من يكون عدوانه بسيطاً يمكن أن تتعامل معه المعلمة أو أحد الوالدين خصوصاً في حال صدوره بالمنزل، ومنهم من يكون عدوانه متوسطاً يستلزم التعاون بين ولي الأمر والمعلمة وأخصائي العلاج النفسي، ويحتاج إلى برامج معينة تساعد في التخفيف وربما توقف السلوك العدواني، وتتوقف هذه الاختلافات على الأسباب المؤدية لها.

ويبين رمضان القذافي (1996) أن بعض الأطفال المعاقين ذهنياً عندما يأتون إلى هذا العالم لا يبدو عليهم أي اختلاف عن الأطفال الأسوياء في حاجاتهم الأساسية والانفعالية وفي دوافعهم وأهدافهم وتطلعاتهم، كما أنهم لا يختلفون عن غيرهم في الشعور بالحاجة إلى تقبل غيرهم واهتمامهم بهم وإشعارهم بالحب والألفة والصحة والصدقة، غير أنه في أحيان كثيرة يقابل المجتمع هؤلاء الأطفال بالرفض والازدراء والخجل من صحبتهم والبعد عن الارتباط بهم مع الرغبة في الخلاص منهم أو الشفقة عليهم والرثاء لحالهم وإبداء العطف والحماية الزائدة عليهم، وتتأثر شخصية هؤلاء الأطفال في الحالتين بنوعية المعاملة، فقد تتجه في الحالة الأولى إلى تنمية النزعة العدوانية لديهم وسيطرتها على سلوكهم، أو الشعور بالشك والخجل وفقدانه الثقة بالنفس، كما قد تنصف شخصيتهم في الحالة الثانية بالشعور بالضعف وفقدان الثقة بالنفس والهرب من تحمل المسؤولية مع شدة الميل إلى الاعتماد على غيرهم وفقدان الشعور بالاستقلال.

وهناك اتفاق كبير بين علماء علم النفس والباحثين على ارتباط السلوك العدواني لدى الأطفال بأنماط التنشئة الاجتماعية للطفل حيث أن السلوك العدواني الذي يعاني منه الطفل العادي والطفل المعاق ذهنياً ومنهم أطفال متلازمة داون يرجع إلى أساليب التنشئة الخاطئة، كذلك استخدام الوالدين للعقاب البدني (فتحي عبد الرحيم، 1984، ص158).

ويؤكد عبد الرحمن سليمان (2001، ص240) بأن السلوك العدواني يتضح لدى بعض الأطفال من متلازمة داون، ويصنف هذا السلوك ضمن السلوكيات الموجهة نحو الخارج Externalizing وضمن مشكلات التصرف (السلوك) Conduct Disorders، ويظهر السلوك العدواني على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة، كالاغتداء الجسدي أو اللفظي أو الرمزي.

ويضيف محمد الهمشري ووفاء الجواد (1997، ص34) بأن أطفال متلازمة داون الذين يشعرون بالنقص وبالذونية ويحسون بالعجز في مواجهة الآخرين قد يحاولون وقاية أنفسهم من القلق والإحباط عن طريق أي شكل من أشكال العدوان، حيث يجد مثل هؤلاء الأطفال في العدوان وظيفة دفاعية في حماية الذات.

### ثالثاً: المهارات الاجتماعية (Social Skills):

#### 1) مفهومه المهارات الاجتماعية:

يعرف ميز ولاد Mize & Ladd (1990, p.99) المهارة الاجتماعية على أنها قدرة الطفل على تنظيم وترتيب أفكاره بهدف تحقيق أهداف اجتماعية وثقافية مقبولة.

ويقصد بالمهارات الاجتماعية الأنماط السلوكية التي يجب توافرها لدى الفرد ليستطيع التفاعل بالوسائل اللفظية وغير اللفظية مع الآخرين وفقاً لمعايير المجتمع، وبكلمات أخرى تشير المهارات الاجتماعية إلى الاستجابات التي تتصف بالفاعلية في موقف ما فتعود بالفوائد على الفرد مثل التفاعل الاجتماعي الإيجابي أو القبول الاجتماعي (جمال الخطيب، 1993، ص199).

وعرف كومبس وسلابي Comps & Slaby المهارة الاجتماعية بأنها القدرة على التفاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية وبطرق معينة ومقبولة اجتماعياً أو موضع التقدير، وفي الوقت ذاته مفيدة شخصياً ( In: Cartledge & Milburn, 1980, p.7).

وقد ذكر وستوود Westwood (في: منى دبيس، 1997، ص10) بأن المهارات الاجتماعية هي المكونات السلوكية المهمة التي يقوم الفرد بالبدء بها والحفاظ على استمرارها، من أجل تفاعل إيجابي مع الآخرين. وتشير ليلي محمد (1998، ص34) بأنها أي المهارات الاجتماعية تعني قابلية الفرد أو قدرته من جهة على بث سلوكيات تكون محببة للآخرين، أو على الأقل مقبولة لديهم في المواقف الحياتية التي يعيشونها، واستبعاد سلوكيات تنفر الآخرين وتؤدي إلى رفض صاحبها، ومن جهة أخرى استقبال سلوكيات الآخرين بطريقة لبقة والاستجابة لها بالكيفية التي تظهر فاعلية تلك الاستجابة. يتضح مما سبق أن هناك عدة تعريفات للمهارات الاجتماعية، وقد استخلص الباحث منها التعريف التالي أنها "قدرة الفرد على اكتساب والقيام بالسلوكيات المحببة التي يتقبلها الآخرون والابتعاد عن السلوكيات التي تنفرهم منه، وأن هذه المهارة تتضمن التفاعل الإيجابي والقبول الاجتماعي".

## (2) مكونات المهارات الاجتماعية:

يعرض ميرل (Merrill, 1998) مكونات المهارات الاجتماعية للأطفال من خلال تقييم كل من الأم والمعلمة وفقاً للعناصر التالية:

- × التفاعل الاجتماعي: ويقصد به مهارة الطفل في التعبير عن الذات والاتصال الشخصي بالآخرين، والتفاعل معهم، وإقامة علاقة صداقة يسودها الود.
- × الاستقلال الاجتماعي: ويقصد به مهارة الطفل في أداء المهام معتمداً على نفسه، والقيام بالأعمال، والمحافظة على أدواته والدفاع عن حقوقه.
- × التعاون الاجتماعي: ويقصد به مهارة الطفل في مساعدة زملائه في مواقف الحياة الاجتماعية بالاشتراك معهم في الأنشطة الجماعية.

× الانضباط الذاتي: ويقصد به إظهار الطفل الطاعة والامتثال للتعليمات وإتباع القواعد الاجتماعية.

× مهارات تدبير الأمور والتصرف: ويقصد بها مهارة الانضباط وطاعة القوانين والمتطلبات والتحكم في الانفعالات.

× المهارات الاجتماعية المدرسية (المهارات الأكاديمية): وهي المهارات التي تتعلق بأداء الطفل في الفصل (في: عادل الأحمد، 2005، ص24).

ويذكر محمد عبد الرحمن (1998) مكونات المهارات الاجتماعية وفقاً لمقياس ماتسون وآخرون Matson et al., للمهارات الاجتماعية للصغار وذلك على النحو التالي:

**a** المبادأة بالتفاعل: وتعني قدرة الطفل على بدء التعامل من جانبه مع الأطفال الآخرين لفظياً أو سلوكياً: كالتعرف عليهم أو مد العون لهم أو زيارتهم.

**a** التعبير عن المشاعر الإيجابية: وتعني قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ومشاركتهم الحديث واللعب.

**a** التعبير عن المشاعر السلبية: وتعني قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره لفظياً أو سلوكياً كاستجابة مباشرة أو غير مباشرة لأنشطة وممارسات الأطفال الآخرين التي لا تروق له.

**a** الضبط الاجتماعي الانفعالي: وتعني قدرة الطفل على التروي وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل مع الأطفال الآخرين، وذلك في سبيل الحفاظ على روابطه الاجتماعية.

### 3) المهارات الاجتماعية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة:

تعتبر المهارات الاجتماعية عاملاً هاماً في تحقيق التكيف الاجتماعي داخل الجماعات التي ينتمون إليها وكذلك المجتمع، وتفيد المهارات الاجتماعية الأطفال في التغلب على مشكلاتهم وتوجيه تفاعلهم مع البيئة المحيطة، وتساعد على استمتاع الأطفال بالأنشطة التي يمارسونها وتحقيق إشباع الحاجات النفسية، كما تحقق قدر كبير من الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس والاستمتاع بأوقات

الفراغ، وتسهم بشكل كبير في إكساب هؤلاء الأطفال الثقة بالنفس ومشاركة الآخرين في الأعمال التي تتفق وقدراتهم وإمكانياتهم، وتساعدهم أيضاً على التفاعل مع الرفاق والابتكار والإبداع في حدود طاقتهم الذهنية والجسمية (سعدية بهادر، 1992، ص ص 29-30).

هناك أسلوبان لتعليم المهارات الاجتماعية، يتمثل الأول في: التعلم المباشر وفيه يتم تعلم المهارات الاجتماعية بنفس أسلوب تعلم المهارات الأكاديمية. أما النوع الثاني فهو التعلم غير المباشر عن طريق ثلاث استراتيجيات هي التعزيز الاجتماعي، والتوقعات المتعلقة بالنواتج المستقبلية أو التوقعات المدركة للنواتج، ثم النموذج الاجتماعي (في: بطرس حافظ، 1993، ص 78).

ويخضع تعلم المهارة لنوع من التحليل يطلق عليه (تحليل المهارة أو تحليل الخطوات المتتابعة)، وفي هذا النوع من التحليل نجد أن المحتوى يتكون أساساً من سلسلة من الخطوات أو المهارات الفرعية التي ينبغي أدائها في تتابع معين، حتى تحقق الهدف المرجو منها (في: المرجع السابق، ص 79).

ويذكر عبد الستار إبراهيم (1993، ص 111) أن المعالجين السلوكيين المعاصرين يولون اهتماماً خاصاً لتدريب الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على تبادل الأحاديث والتفاعل مع الأطفال الآخرين، والدخول في عمليات البيع والشراء، فضلاً عن تدريبيه على ممارسه بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين علاقات اجتماعية طويلة المدى، بما فيها تدريب الطفل على الاحتكاك البصري وتبادل التحية والمناقشات والأحاديث.

لقد أكد موس Moss (1990, p.88) على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية اليومية والأنشطة المرتبطة بها، وما يؤديه ذلك من تكامل في شخصية الطفل ونموه وتقديره لذاته وأثر ذلك على الصحة النفسية للطفل، وما يصاحب ذلك من اكتساب لبعض سمات الشخصية الإيجابية كالثقة بالنفس، والاستقلالية.

ومن الأسباب الرئيسية للاضطراب النفسي لدى الأطفال، القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي (عبد الرحمن سليمان، 2001، ص 252).

وقد يأتي القصور الاجتماعي مصاحباً لكثير من الاضطرابات الأخرى، فقد تبين أن أنواعاً كثيرة من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال - بما فيها من الاضطرابات العصبية والذهانية والسيكوفيسيولوجية - يصاحبها قصور واضح في المهارات الاجتماعية بما فيها العجز عن الاحتكاك البصري أو تبادل الحوار، والجمود الحركي، وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي (عبد الستار إبراهيم، 1993، ص104).

وتذكر سعدية بهادر (1992، ص26) أن هناك شروط عامة لاكتساب المهارة هي:

- النضج الجسمي والعصبي.
- الاستعداد لتعلم المهارة.
- الرغبة الشديدة في تعلم المهارة.
- التشجيع الدائم على الاكتساب.
- القدوة أو النموذج السليم.
- التقليد أو النقل الصحيح عن النموذج.
- التوجيه في اكتساب المهارة.
- التدريب اللازم.
- التركيز والانتباه خلال التدريب.
- الإشراف على الطفل خلال أداء المهارة.

#### 4) المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون:

تحتل المهارات الاجتماعية في العمل مع الأطفال من فئة متلازمة داون اهتمام عدد كبير من المشتغلين في هذا المجال، كما تحتل أهميتها من منطلق أهداف التربية الخاصة والتي تسعى إلى مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق أكبر قدر من التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي، حتى يصبحوا مواطنين صالحين ومنتجين يمكن استثمار طاقاتهم في التنمية، كما أن نجاح طفل متلازمة داون في اكتساب المهارات الاجتماعية المتعددة لا يساعده فقط في التوافق الاجتماعي، وإنما يعتبر شرطاً من شروط الصحة النفسية، والتبادل الاجتماعي الإيجابي، والفشل في اكتساب تلك المهارة قد يسبب الاضطراب النفسي له.

يتصف بعض أطفال متلازمة داون بأنهم اجتماعيون يميلون إلى المرح والانشراح والاستمتاع بالأشياء وحب التقليد، ومن الأطفال من يكونون خجولين أمام الزائرين، وآخرون منهم يبدون تعاطفاً شديداً اتجاه الغرباء، كذلك يميل أطفال

متلازمة داون إلى سماع الأناشيد والموسيقى والأغاني والتفاعل معها بالسمع أو الأداء الحركي المتوافق مع طبيعة المادة، ويحبون الأماكن المفتوحة وذلك حباً للحرية والانطلاقة الحركية ( الأمانة العامة للتربية الخاصة، 1997).

ويؤكد ما سبق دراسة لاريو وجولي Larrieu & Julie (1986) حيث توصلوا إلى نتائج مؤداها أن أطفال متلازمة داون الذين تتصف شخصياتهم بالمشاركة الوجدانية والسلوك التفاعلي والتوافقي يستخدمون مهارات اجتماعية كالتعاون والمشاركة والرعاية والمساعدة.

وقد أوضحت دراسة ليفيلاند وكيللي Leveland & Kelley (1991) أن قدرة الأطفال من متلازمة داون في اكتساب المهارات الاجتماعية أفضل من الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك من خلال قياس المهارات الاجتماعية لأطفال متلازمة داون والأطفال المصابين بالتوحد في مرحلة ما قبل المدرسة.

وبما أن بعض أطفال متلازمة داون يتصفون عن غيرهم بصفات اجتماعية خاصة بهم، فهذا يساعد المربين في توفير البرامج والأساليب التي توظف هذه الصفات في اكتساب السلوكيات المقبولة، وبالرغم من ذلك فإن هؤلاء الأطفال بحاجة كبيرة للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية اللازمة، حيث أن البعض منهم لديه سلوكيات غير مقبولة ويحتاجون للتدريب لاكتساب المهارات الاجتماعية المحببة في المجتمع.

أحياناً يُظهر بعض أطفال متلازمة داون سلوكيات تثير الاستغراب والنفور من أفراد المجتمع وتكون مخالفة للمعايير السائدة. وقد يرجع ذلك إلى القدرة العقلية المتدنية لديهم التي تجعل من التصرفات في المواقف الاجتماعية أقل مواءمة وقبولاً من الآخرين والذي ينعكس بدوره على تفاعلهم وتفاعل الآخرين معهم (فاروق صادق، 1982، ص304). بالإضافة إلى صعوبة في التوافق الاجتماعي واضطراب التفاعل الاجتماعي ونقص حاد في الميول والاهتمامات والانسحاب، وعدم تحمل المسؤولية، واضطراب مفهوم الذات والميل إلى مشاركة صغار السن في الأنشطة الاجتماعية (أميرة بخش، 1991).

ومن المتطلبات الرئيسية لقبول الشخص في مجتمع ما هو السلوك الاجتماعي المناسب، ومن الواضح أن بعض الأطفال يتجنبون رفاقهم الآخرين من متلازمة داون، مما يولد صعوبات في تطور مهاراتهم الاجتماعية، وتكون عندهم فرص أقل حتى يصبحوا اجتماعيين، وكي تبدر منهم تصرفات معقولة ومقبولة (غسان جعفر، 2005، ص169). فهؤلاء الأطفال المعاقين ذهنياً تظهر لديهم مشكلات في عمل صداقات مع الأقران، كما لديهم ضعف في الثقة بالنفس، والسبب في ذلك:

- أن كثير من الأطفال المعاقين ذهنياً لا يعرفون الاندفاع بقوة نحو التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، وهذه الاختلافات تكون واضحة في مرحلة ما قبل المدرسة.

- من الممكن أن يقوم الأطفال المعاقون ذهنياً بتصرفات قد يقلدها أقرانهم، حتى في حال عدم المحاولة للتفاعل معهم (Kauffman, 1989, p.199).

يذكر كل من لاجريكا وسانتاجروسي (Lagrec & Santagrossi, 1998) أن تدريب الأطفال المعاقين ذهنياً على تحسين المهارات الاجتماعية يمكن من خلال إكسابهم أساليب التعامل الاجتماعي، حتى يصبح سلوكاً اجتماعياً يساعد الطفل في علاقاته الشخصية والاجتماعية مع الأقران.

فالطفل ذوي متلازمة داون يكتسب المهارات الاجتماعية ببطء أكثر من أقرانه العاديين، حيث الطفل في الخامسة من العمر يتصرف كطفل في عمر السنتين أو الثلاث سنوات، يتشبث بأهله بدل الانضمام واللعب مع الأطفال الآخرين، وفي حال رغب باللعب، فإنه يمارس اللعب بمعزل عن غيره من زملائه (غسان جعفر، 2005، ص169). وعلى الرغم من ذلك الانخفاض والبطء بالمقارنة مع الأطفال العاديين فإنهم يتباينون تبايناً كبيراً فيما بينهم، فوجود أو عدم وجود سمات ظاهرة ترتبط بمتلازمة داون لا تعطي مؤشراً على قدرة الطفل الفردية، ويمكن أن تستمد شخصية طفل متلازمة داون سماتها من الأسرة والخلفية الاجتماعية.

وقد ذكر رمضان القذافي (1996) عدة مظاهر للنمو الاجتماعي للمعاقين ذهنياً:

- 1- صعوبة تكيف المعاق ذهنياً مع المواقف الاجتماعية المختلفة.
  - 2- وضوح مظاهر اللامبالاة وعدم الاهتمام بما يدور في البيئة المحيطة، مع عدم الشعور بالمسؤولية.
  - 3- عدم الثبات الانفعالي، مما يؤدي إلى عدم وضوح الانفعالات وتضاربها أحياناً.
  - 4- سهولة الانقياد بسبب القابلية للإيحاء، مما يؤدي إلى ظهور أنماط من السلوك لا تتماشى مع التوقعات الاجتماعية المعيارية.
  - 5- احتمال التصرف بطريقة غير سوية أو غير اعتيادية، وعدم تناسب السلوك وردود الأفعال مع العمر الزمني للمعاق وقدراته الذاتية.
  - 6- غلبة السلوك غير التوافقي مع نقص القدرة على التكيف، والقيام بردود أفعال غير متوقعة ولا يمكن التنبؤ بها.
  - 7- ظهور كثير من المشكلات الانفعالية مما يجعل سلوك المعاق مدعاة لتنمية الاتجاهات العدائية نحوه أحياناً.
  - 8- صعوبة الانتماء للآخرين أو الارتباط بهم، وفشل المعاق في إقامة علاقات الصلبة أو تكوين صداقات، مما يقوده إلى الانطواء.
  - 9- فشل المعاق في بناء العلاقات الاجتماعية وفي المحافظة على استمرارها.
- من العرض السابق للمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، نجد أنهم بحاجة إلى تدريب لاكتساب هذه المهارات التي تساعد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير وعلى التعامل مع مجتمعهم، وتنمية علاقاتهم الاجتماعية مع الأقران، ولمساعدتهم على التوافق الاجتماعي، وتعلمهم الأدوار الاجتماعية، ولسهولة الاتصال مع الآخرين، وفهمهم والتجاوب مع متطلبات الحياة الاجتماعية، لذلك فلا بد من التدريب وتقديم البرامج في فترة عمرية مبكرة لمساعدة هؤلاء الأطفال بالسيطرة على المشكلات المختلفة التي تواجههم ومنها مشكلات السلوك العدواني والتقليل والحد منها وذلك عن طريق خدمات وبرامج التدخل المبكر.

## 5) العلاقة بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون:

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة المرحلة التكوينية الحاسمة في حياة الطفل من متلازمة داون، وذلك لأنها الفترة التي يتم فيها اكتساب الطفل للأساليب والأنماط السلوكية السوية والتي تتبلور وتظهر ملامحها في مستقبل حياة الطفل، مما يجعل هؤلاء الأطفال في حاجة إلى اكتساب مهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي السوي في هذه المرحلة.

وتتضح المشكلات الاجتماعية التي تصاحب الإعاقة الذهنية في صعوبة التوافق الاجتماعي، واضطراب التعامل الاجتماعي، ونقص الميول والاهتمامات والانسحاب والعدوان وعدم تحمل المسؤولية واضطراب مفهوم الذات والميل إلى مشاركة الأصغر سناً في النشاط الاجتماعي (سهير أحمد، 2002، ص94).

يؤكد ماتسون وولينديك (في: هشام عبدالله، 1998، ص109) أن المهارة الاجتماعية ترتبط مباشرة بعدد وأنواع الأنماط السلوكية التي يؤديها أو ينجزها الآخرون نحو الفرد الذي يظهر سلوكاً اجتماعياً مقبولاً لديهم وبالمقابل فعدم القبول الاجتماعي والذي يكون بمثابة المحفز لإظهار السلوك المرغوب من خلال التفاعل الإيجابي قد يجعل طفل متلازمة داون يظهر أنماطاً سلوكية شاذة والتي قد تكون تعبيراً لا إرادياً يظهره الطفل تجاه هذا التفاعل السلبي. ولقد تناولت دراسات عديدة فعالية البرامج التدريبية على المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال متلازمة داون.

ويشير ميش ديلو وآخرون Mesch Dlew et al., (1986) إلى أن التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من أساليب السلوك العدواني يمكن أن يؤدي إلى حدوث تحسن في السلوك العدواني والتفاعلي وإلى التوافق الشخصي والاجتماعي مع الأقران المحيطين.

وقد أوضحت دراسة أتركوفيتز وسبانير Atzkovitz & Spanier (2001) ارتباط السلوك العدواني بالسلوك الاجتماعي، وذلك من خلال تقييم مدى فاعلية برنامج تدريبي لخفض بعض المشكلات السلوكية للأطفال الإعاقة الذهنية البسيطة

الذين لديهم سلوك عدواني في دور الحضانة، من خلال تشجيعهم على أداء السلوك الاجتماعي التوافقي المطلوب، حيث تبين من نتائج الدراسة أن هناك تحسناً ملموساً في خفض السلوك العدواني (في: خوله يحيى وماجده عبيد، 2005، ص329).

تبين نتائج دراسة لاجريكا وسانتاجروسي Lagreca & Santagrossi (1998) ارتباط المهارات الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً باستراتيجيات التدريب المقترحة لتعليم تلك المهارات للأطفال المعاقين ذهنياً، حتى يصبح سلوكاً اجتماعياً يساعد الطفل في علاقاته الشخصية والاجتماعية مع الأقران، كذلك نتائج دراسة ديمرس Demmers (2000) والتي هدفت إلى تدريب أطفال ما قبل المدرسة من فئة متلازمة داون على بعض المهارات الاجتماعية وتعديل الأنماط والممارسات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية ومنها السلوك العدواني حيث تبين فاعلية استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل بعض الأساليب والأنماط السلوكية لدى أطفال متلازمة داون الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية.

وهذا أيضاً ما أكدته موس (Moss, 1990, p.90) حيث توصل إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية والشخصية والأنشطة اليومية والتعليمية المرتبطة بها عند الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون يعد أمراً ضرورياً لتحقيق مستوى مناسب من التوافق النفسي والصحة النفسية لهم خاصة للذين يعانون من بعض أساليب السلوك العدواني، وذلك بهدف اندماجهم وانخراطهم في مزاولة علاقات وتفاعلات اجتماعية متميزة مع المحيطين.

ويبين ذلك كل من كونجر وكين Conger & Keane (1981) بأن التدريب على المهارات الاجتماعية بالنسبة للأطفال العدوانيين والمنعزلين يؤدي دوراً هاماً في نمو العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران والمحيطين، وأن نقص التدريب على المهارات المطلوبة لتكوين علاقات وتفاعلات متميزة وفعالة بين الأطفال والمحيطين قد يؤدي إلى زيادة أساليب وأنماط العزلة والسلوك العدواني.

وقد أثبتت دراسة أموال عبد الكريم (1994) ذلك من خلال فاعلية برنامج تدريبي في تعديل السلوك باكتساب الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بعض المهارات

الاجتماعية، حيث اكتسبت عينة الدراسة المهارات الاجتماعية كما انخفضت لديها الكثير من السلوكيات غير المرغوب فيها لدى أفراد العينة. وتذكر سهى أمين (1998) أنه من خلال برنامج لتعديل السلوك الاجتماعي يمكن خفض حدة السلوك العدواني ورفع مستوى التوافق الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً.

إن تزويد وإكساب أطفال متلازمة داون المهارات الاجتماعية يؤدي ويساعد في التخفيف من السلوك العدواني، كما يساعد هؤلاء الأطفال على التفاعل الاجتماعي بنجاح في المواقف الاجتماعية المختلفة، ويسهل من اندماجهم مع الأقران العاديين، ويعد مسكاً ضرورياً لتحقيق مستوى مناسب من الصحة النفسية السوية لطفل متلازمة داون، على اعتبار أن التوافق النفسي يجعله أكثر قدرة وقابلية للاندماج والانخراط في مزاولة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع المحيطين.

#### رابعاً: التدخل المبكر:

##### 1) مفهوم التدخل المبكر:

يقصد بالتدخل المبكر تقديم خدمات طبية واجتماعية ونفسية وتربوية ..الخ للأطفال الذين هم دون سن السادسة من أعمارهم، والذين لديهم إعاقة أو تأخر نمائي أو لديهم قابلية للإعاقة أو التأخر النمائي (محمد البواليز، 2000، ص83). ويعرفه هاردمان Hardman (1996, p.89) بأنه مجموعة شاملة من الخدمات التعليمية والاجتماعية والتربوية والنفسية والصحية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين هم عرضة لخطر التأخر العقلي. وترى كل من خوله يحيي وماجدة عبيد (2005، ص190) بأن التدخل المبكر نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية، تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن ست سنوات، لمن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لحظر الإعاقة لأسباب متعددة.

ويشير محمد هويدي (1997) إلى أن التدخل المبكر إجراءات منظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الاحتياجات الخاصة وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم.

ويرى هاردمان Hardman (1996, p.90) بأن التدخل المبكر يشمل الأطفال منذ الولادة وحتى سن السادسة لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية احتياجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات وقدرات الأطفال وأولياء أمورهم، لمساعدة الأطفال على النمو والتعلم، لذلك لابد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان، ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم خصائص متعددة ومعقدة هم وعائلاتهم يصعب تفهمها وجد التدخل المبكر. من الاستعراض للتعريفات السابقة للتدخل المبكر نجد أن معظمها أجمعت على الآتي:

- أن التدخل المبكر يقدم للأطفال الذين هم عرضة للأخطار النمائية أو الذين لديهم تأخر أو إعاقة.
- يقدم التدخل المبكر للأطفال منذ الميلاد وحتى سن السادسة.
- يقدم التدخل المبكر خدمات تربوية ونفسية وسلوكية وطبية واجتماعية.
- يركز التدخل المبكر على تنمية مهارات وقدرات الطفل وأسرته ويقلل من المشكلات المختلفة التي تواجه هذا الطفل.

## (2) فوائد التدخل المبكر والفئات المستهدفة:

هناك فوائد عامة للتدخل المبكر في حياة المعاق يمكن إجمالها على النحو التالي:

- ✓ تعديل اتجاهات الأسر ومساعدتها على تقبل الطفل وتدريبه.
- ✓ تأهيل الأطفال للالتحاق بالمراكز النهارية عند بلوغهم السن المطلوب.
- ✓ الاهتمام بالإعلام والتوعية لتدارك أسباب الإعاقة وسبل اكتشافها مبكراً.
- ✓ مساعدة الطفل المعاق بما تساعده إمكاناته وقدراته.

- ✓ الحد من العديد من المشكلات التي يمكن أن يعاني منها المعاق مستقبلاً.
  - ✓ توفير كافة الخدمات من خلال التدخل المبكر للمعاق في مرحلة مبكرة.
  - ✓ تعديل سلوك المعاق بما يساعد على زيادة مستوى استقلاليته والتخفيض من التأثيرات الضارة للإعاقة.
  - ✓ تحسن قدراته على العناية بذاته واكتسابه أنماط جديدة تتناسب إعاقته.
  - ✓ تطوير معدلات النمو السوي لديه سواء في الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية.
  - ✓ تخفيف تكاليف رعاية المعاق (زينب شقير، 2002، ص ص 145-146).
- ويذكر عبد المطلب القريطي (2001) بأن خدمات وبرامج التدخل المبكر تعطى في المجالات التالية:
- أ- رعاية نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة كالأطفال المنتمين إلى والدين لهما تاريخ من الشذوذ الكروموسومي.
  - ب- تقييم حالات ذوي الاحتياجات الخاصة.
  - ت- رعاية أسر الأطفال المعرضين للأخطار النمائية وذوي الاحتياجات الخاصة.
- ويرى محمد هويدي (1997) أن فئات الأطفال التي تحتاج إلى تدخل مبكر هي:
- الأطفال المعرضون لخطر بيولوجي: أي الذين لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الوضع أو بعد الميلاد مما قد يشكل خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي.
  - الأطفال المعرضون لخطر قائم: وهم الذين لديهم اضطرابات طبية محددة مثل متلازمة داون.
  - الأطفال المعرضون لخطر بيئي: فالظروف البيئية التي ينشئون خلالها قد تمثل تهديداً محتملاً للنمو السوي للطفل.
- كما يتناول ويلسون Wilson (1998) الفئات المستهدفة في خدمات التدخل المبكر وهم:

- § الأطفال المتأخرون نمائياً (Developmentally delayed children) في مجال أو مجالين من مجالات النمو في أول سنتين.
- § الأطفال الذين هم في حالة خطر (At-risk children).
- § الأطفال الذين هم يعانون من حالات إعاقة عقلية أو جسمية ( With established disabilities ) (جمال الخطيب ومنى الحديدي، 2004، ص24).

### 3) أهمية التدخل المبكر للأطفال متلازمة داون:

تعد المراحل العمرية الأولى للنمو في غاية الأهمية بالنسبة لجميع الأطفال بما فيهم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون، لأنهم يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعله من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة، ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الفرد العديد من المهارات سواء كانت الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها أساس الوضع النمائي المستقبلي (جمال الخطيب، 1995، ص66).

لقد أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بقوة في مختلف الميادين العلاجية والتربوية فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً.

والتدخل المبكر يقوم على أساس أن الطفل الذي لديه حاجات خاصة تجعله مختلفاً عن الأطفال الآخرين من هم في مثل عمره، يجب أن تكتشف حاجاته في أسرع وقت ممكن، ويجب العمل على تلبية تلك الحاجات في أبكر وقت ممكن أيضاً، وقد وجد من أجل رعاية مثل هذه الفئات من الأطفال الذين هم في سنوات الست الأولى من أعمارهم، لأن الطفل الذي لديه حاجات خاصة غير عادية لا بد من تزويده بخدمات خاصة (فوزية أخضر، 2000، ص42)

ويذهب بوشيل وآخرون (2004، ص442) إلى القول أنه في معظم الدول تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون منذ

الولادة حتى سن ست سنوات، والأطفال الذين يطلبون المساعدة يمكن أن يقدم لهم تعليم خاص، أو يقدم لهم خدمات متخصصة تنفذ بواسطة المدارس المحلية في رياض الأطفال أو برامج رعاية الطفل، فهناك تعديلات أجريت بالنسبة للأطفال غير القادرين على التعليم تساعدهم وتساعد عائلاتهم وهذه التعديلات ساعدت على انتشار نطاق التعليم للأطفال المعاقين ذهنياً وهي توفر التعليم الخاص والخدمات للأطفال منذ بداية السنة الثالثة.

ومن الأمور الهامة في حياة الطفل المعاق ذهنياً وطفل متلازمة داون هو ضرورة التدخل المباشر والمبكر في حياته، خاصة وأن الإعاقة تظهر في باكورة حياته، وذلك يتطلب من الآباء بصيرة واعية به وقبل أن يعي الطفل العالم من حوله، وتتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل الأولى للطفل، حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناءه.

وقد استعرض غورالنك وبريكر (Guralinck & Bricker 1987) الدراسات المتعلقة بأطفال متلازمة داون Down Syndrome وخلصا إلى أن هؤلاء الأطفال حققوا مكاسب من برامج التدخل المبكر على نحو يفوق ما يمكن أن يحققونه بدون تلك البرامج. وفي دراسة أخرى لمكنالتي وسوبر سميث (McNalty, Soper & Smith 1984) شملت أطفالاً تتراوح أعمارهم بين ثلاث وخمس سنوات، وجرى تصنيفهم ضمن فئة الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة ولكنهم لم يتلقوا الخدمات التي تقدم من خلال برامج التدخل المبكر، حيث اتضح أن جميع هؤلاء الأطفال قد ألحقوا بالصف الأول بفصول التربية الخاصة. وبالمقابل أشارت دراسة أجريت لمتابعة حالة أطفال صنفوا بأنهم من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تلقوا الخدمات المقدمة بموجب برامج التدخل المبكر إلى أن (31%) من هؤلاء الأطفال تمكنوا من الالتحاق بالصف الأول في الفصول العادية بمدارس التعليم العام وأن مجموعة أخرى منهم بلغت نسبتها (38%) التحقت بالفصول العادية مع تلقي خدمات خاصة مثل معالجة عيوب النطق والكلام أو العلاج الطبيعي (في: زيد البتال، 2004، ص83).

كما تناولت الدراسة التي قام بها كمال مرسي (1995) أهمية التدخل المبكر

في رعاية الحالات المعرضة للإعاقة الذهنية لتقليل إنجاب المعاقين ذهنياً، وحماية الأطفال من الحرمان الثقافي، ولتشخيص حالات الإعاقة الذهنية قبل وبعد الولادة مباشرة، ولتوضيح دور الإرشاد النفسي في برامج التدخل المبكر.

لقد أوضحت كثير من الدراسات التجريبية فاعلية وأثر التدخل المبكر على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ومنهم فئة متلازمة داون، فهذا التدخل يطور القدرات المعرفية والقدرات النمائية الأخرى ويحول دون التدهور النمائي، وتناولت دراسات وبحوث كثير من العلماء في ميدان التربية الخاصة فاعلية برامج التدخل المبكر، حيث قاموا بالعمل على تحليل النتائج لدراسات عديدة، مستخدمين إطاراً نظرياً جديداً لتقييم فاعلية التدخل المبكر الذي يهتم بتحديد أثر التدخل المبكر على نمو الطفل ومستوى تطوره، وقد خلص دنست ورفاقه (Denset et, al.) إلى النتائج الرئيسية التالية:

- 1- أن معظم الأطفال الذين يلتحقون ببرامج التدخل المبكر يحققون تطوراً نمائياً، ويظهرون تغيرات سلوكية طويلة المدى نسبياً.
- 2- أن برامج التدخل المبكر التي تعتمد على المناهج السلوكية والمعرفية هي الأكثر فائدة.
- 3- أن التقدم الذي يحرزه الأطفال المستفيدين من خدمات التدخل المبكر يتأثر بشكل واضح بخصائص كل من الطفل وأسرته.
- 4- أن معدل تحسن أداء الأطفال المستفيدين من خدمات التدخل المبكر يختلف جوهرياً باختلاف شدة إعاقاتهم، فكلما كانت الإعاقة أشد كانت الفوائد التي يجنيها الأطفال أقل، والعكس صحيح.
- 5- ثمة أدلة متزايدة على أن التدخل المبكر يكون أكثر فاعلية عندما يكون لمدة أطول ومبكراً أكثر (في: يوسف القريوتي وآخرون، 1998).

هناك العديد من المبررات التي تدعو إلى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون، وهذه المبررات ليست نابعة من مصادر عاطفية تجاه هؤلاء الأطفال، ولكنها تعتمد على نظريات النمو الإنساني التي تحدد العوامل التي تيسر أو تعوق نمو الأطفال وتأثير الحرمان المبكر من

الاستشارة أو الفوائد المباشرة لبرامج التدخل المبكر على الطفل والأسرة، فقد أكدت العديد من الدراسات والأبحاث على القيمة الفعالة للتدخل المبكر في تنمية الطفل في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية والمعرفية والحسية المختلفة ( Bryant & Graham, 1993, p.188).

ولمدة التدخل المبكر أهمية خاصة، حيث تختلف من طفل لآخر فمنهم من يلتحق ببرامج التدخل المبكر منذ الميلاد وحتى السادسة من عمره، ومنهم من يلتحق بتلك البرامج لمدة ثلاث سنوات أو سنة أو أقل، فمن خلال التدخل المبكر يمكن التعرف على التأخر النمائي واكتشاف تأثيرات الإعاقة، لحماية الطفل منها والتقليل من آثارها السلبية، كما يمكن من خلال خدمات وبرامج التدخل المبكر تطوير مهارات وقدرات الطفل الاجتماعية، فطفل متلازمة داون الذي يبلغ من العمر ست سنوات وقد حصل على برامج وخدمات التدخل المبكر منذ الميلاد يختلف عن الطفل الذي يبلغ نفس العمر وحصل على برامج وخدمات التدخل المبكر لمدة ثلاث سنوات أو سنة أو أقل، ومن هنا تظهر أهمية فترة التدخل المبكر حيث تزداد فائدة التدخل المبكر في حال إذا كان مبكراً ومكثفاً بشكل كبير بالنسبة للأطفال متلازمة داون، كما أن له دور كبير في التقليل من آثار السلوك العدواني الذي يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا السلوك من فئة متلازمة داون، وإكسابهم المهارات الاجتماعية وإثراءها ومساعدتهم على التفاعل بنجاح في المواقف الاجتماعية فسلوكهم العدواني يمثل عقبة أمام تكوينهم لل صداقات والعلاقات الاجتماعية.

#### 4) أثر التدخل المبكر على المهارات الاجتماعية والسلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون:

كثيراً ما تفرض الإعاقات قيوداً خاصة على الأطفال قد يكون لها أثر كبير على تطور مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية، وهي كذلك تقود إلى ردود فعل واستجابات لدى الآخرين قد يصعب التمييز بين تأثيراتها وتأثيرات الإعاقة على النمو، فالإعاقة الذهنية قد تمنع الطفل من التمتع بالقدرات الاجتماعية والانفعالية

التي يستطيع الأطفال العاديون من نفس العمر الزمني إظهارها. وذلك قد يؤدي إلى عزل الطفل المعاق ذهنياً وطفل متلازمة داون عن أترابه فهو قد يتعرض للإزعاج والسخرية والإصابات التي يكون من نتائجها أحياناً شعور الطفل بالعجز وتدنى مستوى مفهوم الذات من جهة والميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو العدوانية من جهة أخرى (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2005، ص230).

إن القصور في النمو الاجتماعي يشكل أحد الخصائص لأطفال متلازمة داون الذين يعانون من مشكلات السلوك العدواني، فهم يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية.

لقد قام ديفيدسون Davidson (1994) بدراسة على عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً بهدف الكشف عن وجود أشكال من السلوك العدواني لديهم في سن مبكرة، وتوصلت الدراسة إلى وجود أشكال من السلوك العدواني عند الأطفال المعاقين ذهنياً في وقت مبكر، والذي يعتبر أكثر وأهم المتغيرات المنبئة بالسلوك العدواني في المستقبل (في: سهيله العميري، 2001، ص23).

أثبتت العديد من التجارب أنه بالإمكان مساعدة الطفل المعاق ذهنياً على اكتساب العديد من جوانب السلوك السوي عن طريق ملاحظة النماذج أو التعلم بالقوة، حيث يساعد ذلك في اكتساب العديد من المهارات وفي إحداث تغيرات سلوكية ايجابية عند هذه الفئة من الأطفال (Morrison, 1990, P.357).

ويشير كل من ميز ولاد Mize & Ladd (1990, p.105) إلى طريقة الكشف عن الأهداف والاستراتيجيات الخاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية وذلك من وجهة نظر منحى التعلم الاجتماعي المعرفي، حيث يكون الطفل المعاق ذهنياً قابلاً للتغير وتعديل السلوك، ومدى تأثير ذلك على نمو السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية لديه.

وقد أوضحت العديد من الدراسات أن الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون الذين يتلقون تدريباً على المهارات الاجتماعية، قد أظهروا تحسناً ملحوظاً في علاقاتهم بالأقران، حيث يذكر كل من جولدستين وويكستروم Goldstein &

Wickstrom (1986) أنه يمكن استخدام الأقران العاديين مع الأطفال المعاقين ذهنياً في مرحلة ما قبل المدرسة كعوامل مساعدة في عمليات التدخل المبكر، فتقبل الأقران والتفاعل المثمر معهم يمكن أن يرجع إلى زيادة استخدام الطفل للمهارات الاجتماعية، ومن ثم إظهار تحسناً ملحوظاً في التفاعلات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية، وتوظيفها كخبرات لتنمية السلوك الاجتماعي.

ولا شك أن التدريب على المهارات الاجتماعية يفترض وجود إجراءات تدريبية قادرة على إظهار سلوكيات اجتماعية مرغوبة، تهدف إلى وضع استراتيجيات وقائية أو علاجية، حيث يشير البعض إلى ضرورة الاهتمام بتنمية الأداء المهاري لدى طفل متلازمة داون، وضرورة الاهتمام بتنمية المهارات لديه، وأن إتقان طفل متلازمة داون للمهارات الاجتماعية يؤدي إلى توافقه الشخصي والاجتماعي.

وعلى ذلك يمكن تحليل المهارات الاجتماعية في مدى ارتباطها بالمرحلة العمرية التي يواكبها طفل متلازمة داون، إذ يستطيع الوالدان والقائمون على رعاية هذا الطفل بتحديد المهارات الاجتماعية التي يحتاج إليها الطفل في فترات مبكرة من عمره.

كما يشير كل من ميز ولاد (Mize & Ladd, 1990, p.114) إلى تأثير خدمات وبرامج التدخل المبكر في اكتساب المهارات الاجتماعية والمعرفية، وتأثير ذلك على نمو التفاعلات والعلاقات الاجتماعية واكتساب القيم والمعايير السلوكية، من خلال عملية التدريب والتعلم حتى يصل الطفل المعاق ذهنياً وطفل متلازمة داون إلى المستوى المطلوب في الأداء.

وقد أثبتت دراسة ريد (Reid, 1988) نجاح برامج التدخل المبكر وفعاليتها في إكساب الأطفال المعاقين ذهنياً للمهارات الاجتماعية.

ويذكر إريكسون (Erickson, 1991) أن خدمات وبرامج التدخل المبكر المقدمة لأطفال متلازمة داون تؤدي إلى تحسين مهارات السلوك التكيفي ومنها المهارات الاجتماعية.

ومن هنا يأتي دور هذه البرامج والخدمات، والتي تعطي فرصة كبيرة للوقاية من تطور مشكلات السلوك العدواني والتقليل منها، وبالتالي تساعد في إثراء المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، وهذا بدوره يسهل انسجام هؤلاء الأطفال مع أقرانهم وفي المجتمع.

فالتدخل المبكر يقوم بإجراء معالجة فورية وقائية تؤدي إلى تنمية قدرات الأطفال من فئة متلازمة داون في مجالات متعددة (الحركية، الاجتماعية، اللغوية، الرعاية النفسية، السلوكية) والتي تقدم إما في مراكز متخصصة أو بالحضانات أو رياض الأطفال حيث يلتحق بها هؤلاء الأطفال كما يلتحق بها الأطفال العاديون. ويجب أن تولي برامج التدخل المبكر اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون لأربعة أسباب رئيسية وهي:-

- أن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة.
- أن العجز في المهارات الاجتماعية يتوقع له أن يزداد شدة دون تدخل علاج فعال.
- أن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية يؤثر سلباً على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية.
- أن اضطراب النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي (جمال الخطيب ومنى الحديدي، 2005، ص230).

##### 5) مركز التدخل المبكر بدولة الكويت وخدماته:

أنشأ مركز التدخل المبكر للأطفال المعاقين التابع لقطاع الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بدولة الكويت بتاريخ 1996/1/8م، ويختص المركز بتدريب وإرشاد وتهيئة الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة والمعرضين لخطر الإعاقة، سواء لأسباب بيولوجية أو بيئية وذلك منذ الولادة إلى تسع سنوات عن طريق اختصاصيات يقمن بزيارات منزلية لإرشاد وتهيئة وتدريب الطفل ووالديه،

بالإضافة إلى تقديم البرامج التربوية التدريبية المتخصصة إلى أكبر عدد ممكن للأطفال المعاقين وأسرههم بالمركز وذلك في محاولة للحد من أسلوب الرعاية الإيوائية لدى المؤسسات الاجتماعية ذات التكلفة العالية.

وتعتبر حالة متلازمة داون هي الأعلى بين حالات الإعاقة الأخرى داخل المركز، والتي يتم استقبالها إما بتحويل من ولي الأمر أو من خلال مركز الطب التطوري أو مركز الأمراض الوراثية في وزارة الصحة وذلك وفقاً لبعض الشروط الإدارية الروتينية كالبطاقة المدنية وشهادة الميلاد والتقارير الطبية.

### ومن أهم أهداف المركز:

- 1- الكشف المبكر عن حالات الإعاقة أو الحالات المعرضة لخطر الإعاقة من خلال التعاون مع مركز الطب التطوري ومركز الأمراض الوراثية.
- 2- العمل على نشر الوعي الصحي باستخدام وسائل مختلفة من ضمنها إحضار متخصصين لعمل ندوات بشكل دوري حول الإعاقات المختلفة.
- 3- نشر الوعي لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين حول كيفية التعامل مع أطفالهم، وذلك من خلال الكتيبات والنشرات التثقيفية.
- 4- تدريب والدة الطفل المعاق وتوجيهها حول كيفية تطبيق الخطة العلاجية لطفلها وكيفية التعامل والتعايش مع الإعاقة.
- 5- تهيئة الجو النفسي لأولياء الأمور عن طريقة عقد اللقاءات الإرشادية الجماعية بتنظيم من المركز بين أولياء الأمور بهدف تبادل الخبرات.

### وتقدم خدمات التدخل المبكر لثلاثة فئات عمرية:

- الفئة الأولى: (منذ الولادة إلى نهاية سن الثانية) وتقدم لهم الخدمة في المنزل، وتقوم الاختصاصية بزيارة الطفل بواقع مرتين أسبوعياً حيث يتم تقييم الطفل في بيئته وتكوين علاقة عمل مشتركة مع والدته ويتم تدريبها على كيفية التعامل معه في المنزل والمشاركة في تدريبه على المهارات المختلفة.

- **الفئة الثانية:** (من بداية سن الثالثة إلى نهاية سن الرابعة) ويتم تدريب الطفل في هذه المرحلة بالمركز والمنزل معاً لكي تحدد الحاجات الخاصة به وتنفيذ البرنامج العلاجي والتربوي المناسب له على أيدي الاختصاصيات، وبالنسبة للأطفال متلازمة داون يتم تهيئتهم للانتقال إلى مرحلة رياض الأطفال في الفصول المدمجة داخل رياض الأطفال الحكومية.

- **الفئة الثالثة:** (من بداية سن الخامسة إلى نهاية سن التاسعة) وفيها يقوم المركز بمتابعة الخطة العلاجية التربوية للأطفال المحولين لمراكز الرعاية المناسبة لهم، على أن تقوم المراكز المذكورة بتزويد مركز التدخل المبكر للأطفال المعاقين بالتقارير الخاصة بهم، وفي حالة أطفال متلازمة داون يتم أخذ تقارير من رياض الأطفال المحولين إليها فيما يخص مدى تطورهم ونجاح الخطط العلاجية التربوية لهم.

وأما من حيث البرنامج التربوي التدريبي العلاجي المقدم لحالات الإعاقة المختلفة وحالات متلازمة داون على وجه التحديد فهو برنامج "بورتيج" والذي يمتد (منذ الميلاد وحتى نهاية سن الرابعة)، فيشير نظام بورتيج إلى خدمة الزيارة المنزلية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في سن ما قبل المدرسة ويعتمد هذا النظام على اشتراك الوالدين بجانب اختصاصي بورتيج في وضع وتطبيق البرنامج على تنمية وتطوير قدراتهم وإمكاناتهم، وذلك بالتركيز على المهارات والقدرات التي يكون الطفل أكثر استعداداً ومقدرة لتعلمها وإتقانها أولاً، ثم مساعدته في اكتساب وتعلم مهارات جديدة في إحدى مجالات النمو الخمسة وهي: المساعدة الذاتية، المجال الاجتماعي، والمهارات الحركية الحسية، ومهارات التواصل، والمجال الإدراكي.

لقد تم القيام بزيارات ميدانية إلى مركز التدخل المبكر بدولة الكويت، وتم الالتقاء بالاختصاصيات المسئولات عن تطبيق برنامج بورتيج والإطلاع والتعرف على أكثر من أسلوب لتطبيق البرنامج مع أولياء الأمور وكان كالتالي:

بعد أن يتم الاتفاق بين والد الطفل متلازمة داون واختصاصية بورتيج على قبول البرنامج كأسلوب لتدريب وعلاج الطفل، تقوم الاختصاصية بزيارة الأسرة

في المنزل بواقع مرة في الأسبوع حيث يتم التعرف على قدرات الطفل وتقييمها في المجالات السابق ذكرها، واختيار المهارة التي يراد تدريب الطفل عليها، ثم تحويل تلك المهارات إلى خطوات بنائية عملية صغيرة، ويتم التدريب على كل خطوة من خلال الأنشطة والألعاب على ألا يبدأ بخطوة جديدة قبل إنجاز السابقة لها.

كذلك فإن الاختصاصية تقوم بتدريب الأم على كل نشاط وتوضيحه لها، ويترك الجدول الذي يوضح النشاط لديها في المنزل، وتطلب الاختصاصية من الأم إتباع جدول محدد لتدريب الطفل لوقت قصير ثلاث مرات يومياً، على أن تقوم بتسجيل وملاحظة تطور الطفل بصورة يومية، وأن تعطي المدرسة المتابعة نسخة عن ذلك السجل عند الزيارة التالية، وتقوم الأم بتدريب الطفل والاحتفاظ بسجل للمهارات التي يتم تدريب الطفل عليها يومياً، علماً بأن هذه الأنشطة تتراوح ما بين مساعدة الطفل على رفع رأسه وتغذية نفسه بنفسه أو ممارسة لعبة صغيرة أو الاستماع لصوت معين أو كلمة معينة، وفي حال كان الطفل أكبر سناً من ثلاث سنوات فقد يتعلم كيفية ارتداء ملابسه وأن يأخذ دوره في الألعاب أو ترتيب الكلمات عند التحدث، كما يتم دمج الأنشطة ضمن المواقف الطبيعية للعب والروتين اليومي، وذلك لضمان إقبال الطفل عليها واندماجها بها.

كما أن أولياء الأمور لا يقومون بالتدخل في وضع الخطة التربوية التعليمية لطفل متلازمة داون، بل الاختصاصيات في برنامج التدخل المبكر هن من لهن الصلاحية في وضع الخطة التدريبية المناسبة لطفل متلازمة داون وذلك بناء على الفترة الأولى من الملاحظة والمراقبة للطفل وهو داخل أسرته ومتابعة سجلاته اليومية.

### القسم الثاني: الدراسات السابقة:

فيما يلي عدد من الدراسات السابقة، والتي أجريت في مجال التدخل المبكر والسلوك العدواني والمهارات الاجتماعية، وسوف يتم عرض الدراسات السابقة من خلال المحاور الثلاث التالية:

W المحور الأول: دراسات تتعلق بتقييم خدمات التدخل المبكر.

W المحور الثاني: دراسات تتعلق بالسلوك العدواني وفاعلية التدخل المبكر في خفضه.

W المحور الثالث: دراسات تتعلق بالمهارات الاجتماعية وفاعلية التدخل المبكر في تنميتها.

وفي هذا الإطار يتم استعراض الدراسات السابقة العربية و الأجنبية مع بعضهم البعض وفقاً للتسلسل الزمني، ويلاحظ "حسب علم الباحث" أن الدراسات العربية التي تطرقت لهذه المواضيع قليلة.

## المحور الأول: دراسات تتعلق بالتدخل المبكر:

### × دراسة جولدستين، ويكستروم (Goldstein & Wickstrom, 1986):

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير زملاء اللعب على تفاعلات التواصل بين الأطفال المعاقين ذهنياً والعاديين في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال تطبيق برامج وخدمات التدخل المبكر.

تكونت عينة الدراسة من (3) أطفال معاقين ذهنياً تتراوح أعمارهم ما بين (3-4) سنوات، لديهم مشكلات لغوية، وعدم القدرة على توجيه اللعب مع الأطفال الآخرين، والقصور في الاستجابة في مواقف التفاعل الاجتماعي، وعدم الإذعان للتعليمات. وقد درب الباحثان طفلين من العاديين في سن (4) سنوات بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع على استراتيجيات محددة للتفاعل أثناء عمليات التواصل مثل التركيز في النظر للمستمع، ووصف ما يقوم به أو الآخرون أثناء اللعب، وتوجيه أنشطة اللعب مع الآخرين. وطلب من الطفلين استخدام هذه الإستراتيجية خلال فترات اللعب أو التواصل مع زملائهم المعاقين ذهنياً.

وقد وجد الباحثان تقدماً ملحوظاً في معدلات التواصل بين الأطفال، وكان التحسن الأكثر ثباتاً هو في عدد مرات الاستجابة للزملاء، مما يؤكد فاعلية استخدام الزملاء العاديين كعوامل مساعدة في عمليات التدخل المبكر في برامج التواصل.

### × دراسة ريد (Reid, 1988):

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج التربية الخاصة الذي يتبنى خدمات التدخل المبكر في التعليم الأساسي، كذلك هدفت الدراسة إلى تحليل الوضع الإجرائي للبرنامج بالاعتماد على (11) عنصراً تم تحديدها على أنها العناصر التي تدلل على فاعلية التدخل المبكر، ومن هذه العناصر مهارات السلوك التكيفي، والمهارات الاجتماعية، والمهارات الأكاديمية.

وتكونت عينة الدراسة من (102) طفل تم الحصول على بياناتهم من سجلات المدرسة والاستبيانات التي أجاب عليها المعلمون، كذلك تم تحليل مقابلات

الشخصية التي أجريت مع كادر البرنامج لتحديد الوضع الحالي لبرنامج التدخل المبكر، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

1. أن (40%) من الأطفال تم نقلهم من الروضة وحتى الصف الخامس إلى برامج الدمج.
2. أن (33%) من الأطفال تم وضعهم في مدارس عادية ولكنهم يتلقون بعض خدمات الدعم المتخصصة.
3. أن (37%) من الأطفال بقوا في برنامج التدخل المبكر في الروضة.
4. أن برنامج التدخل المبكر كان ناجحاً في تحقيق العناصر الأساسية الفعالة التي افترضت لنجاح التدخل المبكر والتي تضمنت المهارات الاجتماعية.

#### × دراسة إريكسون (Erickson, 1991):

هدفت الدراسة إلى تقييم خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال متلازمة داون والأطفال المعاقين حركياً والذين لديهم تأخر نمائي، وبالتحديد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم نماذج خدمات التدخل المبكر المقدمة وفعاليتها من حيث العمر العقلي والسلوك التكيفي وتفاعل الأطفال مع أمهاتهم، وتخفيض الضغوط النفسية لديهم.

وأجريت الدراسة في ولاية (Massachusetts) من قبل دائرة الصحة العامة، وتكونت العينة من (157) مفحوصاً منهم (42) مفحوصاً من فئة متلازمة داون، و(64) مفحوصاً من المعاقين حركياً، و(51) مفحوصاً لديهم تأخر نمائي، وتم الحصول على المعلومات من كوادرات الأمهات.

وقد أشارت النتائج التي تم الحصول عليها إلى التحسن في السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين حركياً والمصابين بمتلازمة داون والذين لديهم تأخر نمائي وزيادة تفاعل الأطفال مع الأمهات وانخفاض الضغوط النفسية لدى الأمهات.

### × دراسة هامل (Hamil, 1991):

هدفت الدراسة إلى فحص وتقييم خدمات وبرامج التدخل المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة المقدمة للمعاقين ذهنياً، بالتحديد هدفت الدراسة إلى فحص خصائص المعاقين في ولاية جورجيا الملتحقين في مشاريع التدخل المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة في عام 1991، وتم قياس مدى تقدم الخدمات باستخدام مقياس باتل النمائي (The Battelle Developmental Inventory) وذلك على خمسة متغيرات مستقلة وهي نموذج تقديم الخدمة (تقديم الخدمات بالمنزل، وتقديم الخدمات من قبل البرامج التدخل المبكر التي تضعها الولاية) والجنس والعمر والوضع الاجتماعي والاقتصادي للمعاقين ذهنياً، وكذلك متغير الإعاقة نفسه، وتكونت العينة من (258) معاقاً ذهنياً تتراوح مدة التحاقهم في برامج التدخل المبكر من (3-5) سنوات، وأسفرت نتائج الدراسة إلى:

1. وجود فروق دالة بين الطلبة الذين في منازلهم والطلبة الذين في برامج التدخل المبكر في أبعاد المهارات الاجتماعية، وأبعاد السلوك التكيفي.

2. وجود فروق دالة بين الإعاقات المختلفة، وتضمنت هذه الدراسة التوصية بتصميم برامج نمائية مناسبة تتضمن التأكيد على السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية.

### × دراسة فوزية محمد الخريش (2000):

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر تدريب الأمهات على برنامج بورتيج للتدخل المبكر في تنمية المهارات الإدراكية لدى أطفال ذوي إعاقة ذهنية بسيطة ومتوسطة في مرحلة ما قبل المدرسة، تتراوح أعمارهم من سن (3-6) سنوات، مما قد يساعد في التقليل من الآثار السلبية للإعاقة على كفاية الفرد الوظيفية في حياته اليومية ومن ثم على توافقه النفسي والاجتماعي.

واشتملت العينة على (30) طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة والبسيطة وأمهم، المسجلين على قوائم الانتظار في مركز التأهيل الاجتماعي في

مدينة الرياض، وقد تم استخدام اختبار الصورة الجانبية لتطور نمو الطفل واختبار قائمة الشطب السلوكية واستمارات المتابعة، وكانت النتائج كالتالي:

- 1- تحسن في أداء المجموعة التجريبية نتيجة البرنامج التدريبي والذي أظهر فاعليته في تنمية بعض المهارات الإدراكية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً.
- 2- تحسن في أداء المجموعة التجريبية في الاحتفاظ ببعض الأهداف التعليمية المستهدفة على الاختبار البعدي.

### **x دراسة مايوريك، بروك، لاوري (Maurice, Bruce, Laurie, 2003):**

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير التدخل المبكر في تدريب الأمهات على نمو وتطور اللغة والمهارات الاجتماعية عند الأطفال من أمهات ذوات الإعاقة الذهنية البسيطة وأمهات ليس لديهن إعاقة.

تكونت عينة الدراسة من (28) أم، أثبت التشخيص أن لديهن إعاقة ذهنية بسيطة، وعندهن أطفال عمرهم (4-6) سنوات حاصل الذكاء لديهم ضعيف، وكانت مجموعة المقارنة تتكون من (38) أم لديهن أطفال في نفس العمر ولم يكن لديهن إعاقة ذهنية، وقد استخدمت الدراسة مقاييس تقيس تفاعلات الأم الايجابية، وتعبيرات الطفل اللفظية والمجالات الاجتماعية، كما استخدمت أسلوب التباين المشترك.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

- أن تدريب الأمهات ذوات الإعاقة الذهنية البسيطة يسهل وييسر نمو وتطور اللغة والمهارات الاجتماعية عند الأطفال.
- أن تدريب الأمهات اللاتي ليس لديهن إعاقة ذهنية، قد ساعد في اكتساب المهارات الاجتماعية وتقليل التأخر اللغوي وتأخيرات أخرى عند كثير من الأطفال.

**المحور الثاني: دراسات تتعلق بالسلوك العدواني وفاعلية التدخل المبكر في خفضه:**

### **x دراسة عفاف محمد عبد المنعم (1991):**

هدفت إلى التعرف على أهم المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، وما هو ترتيبها وفقاً لتكرار تردها وملاحظتها، وهل يختلف الأطفال المعاقون ذهنياً عن العاديين في بعض نواحي الشخصية التي يقيسها اختبار الشخصية للأطفال المستخدم في الدراسة.

وتكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً وطفلة منهم (60) معاقين ذهنياً، و(60) من العاديين، تتراوح أعمارهم ما بين (5-8) سنوات من الجنسين، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

- أن مشكلات السلوك العدواني هي أكثر المشكلات انتشاراً لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، ثم احتلت المشكلات الأخلاقية الترتيب الثاني فمشكلات النشاط الزائد ثم المشكلات الاجتماعية فالصحية.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جميع متغيرات التوافق الشخصي، وكذلك في جميع متغيرات التوافق الاجتماعي بين المعاقين ذهنياً والعاديين، كما كانت هناك فروق ذات دلالة بين المجموعتين في التوافق العام لصالح الأطفال المعاقين ذهنياً.

### **x دراسة كاسكيلي ودادز (Cuskelly & Dadds, 1992):**

هدفت إلى دراسة المشكلات السلوكية عند أطفال متلازمة داون وأقاربهم منها مشكلات السلوك العدواني وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تكونت من (21) طفلاً من أطفال متلازمة داون منهم (12) من الذكور و (9) من الإناث.

المجموعة الثانية: تكونت من (21) طفلاً عادياً من أقارب متلازمة داون منهم (9) من الذكور و (12) من الإناث، حيث تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين (4-7) سنوات، وقد استخدمت الدراسة قائمة رصد المشكلات السلوكية المعدلة "كواي-بيترسون" Quay – Peterson، وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

- 1- أن المشكلات السلوكية لدى أطفال متلازمة داون أكثر من أقاربهم.
- 2- أن أكثر المشكلات السلوكية تعقيدا لدى أطفال متلازمة داون كانت فيما يخص الانتباه والعدوانية.
- 3- أقر آباء أطفال متلازمة داون إلى أن الإناث لديهن مشكلات أكثر من الذكور.
- 4- أقرت أمهات أطفال متلازمة داون إلى أن المشكلات متشابهة لدى الذكور والإناث.

#### × دراسة كو (Coe, 1994):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون وعلاقتها مع أحداث الحياة، وتكونت العينة من (44) طفلاً من متلازمة داون، من الذين تتراوح أعمارهم من (6-15) سنة هذا بالنسبة لمجموعة المقارنة الأولى، أما بالنسبة لمجموعة المقارنة الثانية فتكونت من (44) طفلاً من متلازمة داون وتتشابه مع المجموعة الأولى من حيث المتغيرات، حيث حاولت الدراسة المقارنة بين المجموعتين في متغيرات الجنس والوضع الاجتماعي والاقتصادي للوالدين.

حيث أشارت تقديرات الوالدين إلى أن أطفال متلازمة داون يعانون الكثير من المشكلات السلوكية وبشكل خاص ضعف الانتباه، والتمرد، وعدم الإذعان، والانسحاب الاجتماعي، وقد أشارت الأمهات إلى أن (31%) من هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات سلوكية دالة مقارنة مع تقديرات المعلمين والتي بلغت (58%)، ولم توجد علاقة دالة بين متلازمة داون وأحداث الحياة السلبية، ولكن أكثر المشكلات التي تعانيها هذه الفئة هي مشكلات في مستوى السلوك التكيفي حسب تقديرات الأمهات، ولكن المعلمون أشاروا إلى أن السلوك العدواني أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً.

#### × دراسة سعيد دبيس (1998):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية إجراء التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم.

شملت عينة الدراسة على (8) أطفال من ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم ممن لديهم مستوى مرتفع من السلوك العدواني، تراوحت أعمارهم بين (10-14) سنة، وقد تم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين، الأولى الضابطة وتتكون من أربعة أطفال وتلك المجموعة لم يستخدم معها إجراء التعزيز التفاضلي، والثانية التجريبية وتتكون من أربعة أطفال التي طبق عليها إجراء التعزيز التفاضلي، وقد تم استخدام مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من إعداد سعيد دببس، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى:

1. فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض مظاهر السلوك العدواني المتمثل في (السلوك العدواني الصريح، والسلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على ضبط الذات).

2. عدم فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض (السلوك العدواني الفوضوي) عند الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم.

#### **x دراسة اتركوفيتز وسبانير (Atzkovitz & Spanier, 2001):**

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فاعلية برنامج تدريبي لخفض بعض المشكلات السلوكية للأطفال متلازمة داون الذين يتصفون بالعدوانية والسلوك العدواني في دور الحضانة.

وقد استخدم الباحثان في هذه الدراسة مجموعة تألفت من (18) طفلاً من متلازمة داون، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (5-6) سنوات، جرى تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، بحيث خصص الباحثان لكل مجموعة مدرب يقوم بتدريب الأطفال لمدة تتراوح ما بين (2-3) مرات أسبوعياً وتستغرق الجلسة الواحدة ما بين (20-30) دقيقة لمدة ثلاثة شهور متتالية.

وأُسفرت نتائج الدراسة بعد تطبيق البرنامج المستخدم عن تحسن ملحوظ في العلاقات الاجتماعية والتفاعلات بين الأطفال بعضهم ببعض، من خلال تشجيعهم على أداء السلوك الاجتماعي التوافقي المطلوب باستخدام أسلوب اللعب مع جماعات الأقران والتغذية المرتدة أو المرتجعة في تحسين الأداء السلوكي المطلوب، كما أوضحت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً ملموساً في خفض حدة السلوك العدواني والاندفاعي الذي اتضح أثره في ردود الأفعال الإيجابية وخاصة الأقران والمحيطين.

(في: خوله يحيى وماجده عبيد، 2005، ص329).

**المحور الثالث: دراسات تتعلق بالمهارات الاجتماعية وفاعلية التدخل المبكر في تنميتها:**

#### **x دراسة كونجر وكين (Conger & Keane, 1981):**

هدفت الدراسة للتعرف على فاعلية اكتساب المهارات الاجتماعية في خفض حدة السلوك العدواني والانسحابي والإحساس بالعزلة. شملت عينة الدراسة على (8) أطفال، (3) ذكور و(4) إناث كعينة تجريبية وأخرى مساوية لها بالعدد كعينة ضابطة، وكان العمر الزمني للعينة من (10-12) سنة. واستخدمت الدراسة أسلوب القياس القبلي والبعدي مستخدمة في ذلك اختبار يهدف إلى قياس التفاعل الاجتماعي، كما تم استخدام الأفلام كأسلوب نموذجي لوحدة التدريب على الأداء المهاري للأطفال وعلى أساليب السلوك الاجتماعي، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

1. أن سلوك الأطفال في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج أظهروا تحسناً ملحوظاً في كل من تعاملهم مع الأقارب والأقران مقارنة بالمجموعة التي لم تتعرض للبرنامج.

2. التدريب على المهارات الاجتماعية بالنسبة للأطفال المنسحبين والعدوانيين والمنعزلين يؤدي دوراً هاماً في نمو العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران والمحيطين، وأن نقص التدريب على المهارات المطلوبة لتكوين

علاقات وتفاعلات متميزة وفعالة بين الأطفال والمحيطين قد يؤدي إلى زيادة أساليب وأنماط السلوك العدواني مع زيادة أساليب الانطوائية والعزلة لديهم.

**× دراسة ماندي، سيجمان، كاساري، يرميا (Mundy, Sigman, Kasari, Yirmiya, 1988):**

وهدفت الدراسة إلى التعرف على قدرة أطفال متلازمة داون على اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي.

وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: الأولى: تكونت من (15) طفلاً من أطفال متلازمة داون منهم (8) ذكور و (7) إناث، والثانية: تم التجانس بين المجموعة الأولى بعينة مماثلة من حيث العدد من الأطفال المعاقين ذهنياً من غير متلازمة داون وذلك من حيث العمر الزمني والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وبلغ العمر العقلي خمسة عشر طفلاً من أطفال العينة الكلية (21) شهراً، وذلك باستخدام اختبارات كاتل واختبار بينيه لقياس العمر العقلي، أما مهارات التواصل غير اللفظي فتم قياسها من خلال أسلوب الملاحظة بواسطة متخصصين حيث تم تقييم مهارات التواصل اللفظي على النحو التالي: التفاعل الاجتماعي - التعبير بالإشارة - طلب الأشياء، وقد أسفرت عن النتائج التالية:

1. أن أطفال متلازمة داون ظهرت لديهم بعض الأنماط الإيجابية والأنماط السلبية في اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي.
2. وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في مهارات التفاعل الاجتماعي غير اللفظي لصالح أطفال متلازمة داون.
3. ظهرت فروق دالة لصالح الأطفال المعاقين ذهنياً في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية.
4. تؤكد الدراسة إلى أن القصور في اكتساب اللغة التعبيرية يصاحب القصور في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية وذلك في مراحل النمو المبكرة بالنسبة لأطفال متلازمة داون.

### × دراسة نفلاند وكيلي (Leveland & Kelley, 1991):

هدفت هذه الدراسة لقياس المهارات الاجتماعية لدى فئتين من الأطفال هما أطفال متلازمة داون والأطفال المصابين بالتوحد (Autism) في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد كانت عينة الدراسة تتكون من (16) طفلاً من الذكور و(8) أطفال من الإناث من متلازمة داون، وكانت المجموعة الثانية تتكون من (14) طفلاً من الذكور و(2) طفلاً من الإناث من المصابين بالتوحد، وتتراوح أعمار أطفال متلازمة داون من (1-4) سنوات، بينما الأطفال المصابين بالتوحد فتتراوح أعمارهم من (2-4) سنوات، وكانت نتائج الدراسة ما يلي:

- أن أطفال متلازمة داون كانت قدرتهم على اكتساب المهارات الاجتماعية أفضل من الأطفال المصابين بالتوحد.
- لم يجد الباحثان أي فروق أو اختلاف بين مجموعة أطفال متلازمة داون والأطفال المصابين بالتوحد في القدرة على التواصل.
- لقد أظهر أطفال متلازمة داون قدرتهم على التكيف بصوره أفضل من الأطفال المصابين بالتوحد في الجلوس، والذهاب للحمام، والسلوك الاجتماعي، والمشي.
- أظهر أطفال متلازمة داون تقدمهم في المهارات الاجتماعية، والمهارات الحياتية اليومية على الأطفال المصابين بالتوحد.

### × دراسة بطرس حافظ بطرس (1993):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج لتنمية بعض جوانب النشاط المعرفي والمهارات الاجتماعية على السلوك التوافقي لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

تكونت عينة الدراسة من (160) طفلاً، تتراوح أعمارهم من (4-6) سنوات ذكور وإناث، وقد قسمت إلى مجموعتين متساويتين إحداها ضابطة والأخرى تجريبية من روضتين بمدينة القاهرة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: اختبار

جودانف هاريس للذكاء، واستمارة جمع بيانات اجتماعية واقتصادية وثقافية - برنامج للنشاط المعرفي - برنامج للمهارات الاجتماعية - مقياس السلوك التوافقي - استمارة ملاحظة الأطفال.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- 1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من ذوى المستوى (المرتفع - المنخفض) قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد التطبيق، وذلك من حيث أبعاد السلوك النمائي في قياس السلوك التوافقي لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة.
- 2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات ودرجات أفراد مجموعة الذكور ومتوسطات درجات أفراد مجموعة الإناث في العينة التجريبية، بعد التطبيق بالنسبة لإبعاد السلوك النمائي في مقياس السلوك التوافقي لصالح الإناث في كل من النمو اللغوي، الأنشطة المنزلية، التطبيع الاقتصادي.
- 3- هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح مجموعة الذكور في كل من النمو المعرفي، السلوك الاستقلالي، النشاط المهني الاقتصادي.

#### x دراسة أموال عبد الكريم (1994):

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي خاص في تعديل السلوك في اكتساب الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بعض المهارات الاجتماعية التي تتمثل في (مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكراً، مهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، مهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك).

وقد تكونت عينة الدراسة من (12) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة الذهنية، وتراوح أعمارهم بين (6-9) سنوات، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متماثلتين (تجريبية وضابطة) وكانت مدة تطبيق البرنامج أربعة شهور استخدمت الباحثة خلالها عدة أساليب هي (التلقين، التصحيح الزائد، والتعزيز المتواصل، التمثيل، لعب الأدوار، القصة المصورة).

وأظهرت نتائج الدراسة أن عينة الدراسة التجريبية اكتسبت المهارات الاجتماعية موضع الدراسة، كما أثر البرنامج في خفض الكثير من السلوكيات غير المرغوب فيها لدى أفراد العينة التجريبية.

#### × دراسة داكن، هوداب، إيفانز (Dykens, Hodapp, Evans, 1994):

هدفت الدراسة إلى معرفة تغير الصورة النمائية للسلوك التكيفي ومعرفة نقاط الضعف والقوة في السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

وقد تكونت عينة الدراسة من (80) طفلاً من أطفال متلازمة داون منهم (51) ذكور و(29) إناث، تراوحت أعمارهم من (1-11) سنة. وقد استخدمت الدراسة مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

1. أظهرت النتائج ضعفاً في التواصل فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية.
2. أن المهارات التعبيرية أضعف من المهارات الاستقبالية عند استخدام مقياس يركز على السلوك التكيفي ويمكن أن يتغير مستوى السلوك التكيفي مع نمو هؤلاء الأطفال.
3. أظهرت الدراسة علاقة واضحة بين العمر والسلوك التكيفي بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنة وسبع سنوات.
4. هناك علاقة بين العمر والسلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون بالنسبة للطفولة المبكرة.

#### × دراسة لاجريكا وسنتاجروسي (Lagreca & Santagrossi, 1998):

هدفت الدراسة إلى تدريب الأطفال على تحسين المهارات الاجتماعية من خلال إكسابهم أساليب التعامل الاجتماعي.

وتكونت عينة الدراسة من (60) طفلاً ذكور وإناث من عمر (4-6) سنوات، قسمت إلى مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي مكون من عدة وحدات توضح المهارات المطلوب تدريب الأطفال عليها - مقياس للمستوى الاجتماعي الاقتصادي لضمان تجانس العينة -

أفلام فيديو لتوضيح أساليب التعامل الاجتماعي وإدراك الأهداف الاجتماعية المرغوبة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن أطفال المجموعة التجريبية اظهروا تحسناً ملحوظاً في ردود أفعالهم المتعلقة بأسلوب حل المشكلات الاجتماعية، وفي سلوكهم الخاص بأداء المهارات الاجتماعية التي تم تدريبهم عليها باستخدام أسلوب اللعب.
- أن تحسين المهارات الاجتماعية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بإستراتيجية التدريب المقترحة لتعليم تلك المهارات، حتى تصبح سلوكاً اجتماعياً يساعد الطفل في علاقاته الشخصية والاجتماعية مع أقرانه.

#### × دراسة ديمرس (Demmers, 2000):

- هدفت الدراسة إلى تدريب أطفال ما قبل المدرسة من ذوي متلازمة داون على بعض المهارات الاجتماعية وتعديل بعض الأنماط والممارسات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية، وتكونت عينة الدراسة من (18) طفلاً من عمر (5-6) سنوات من الجنسين، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس للتفاعل الاجتماعي - استمارة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي - بالإضافة إلى البرنامج المقترح، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:
- فاعليه استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل بعض الأساليب والأنماط السلوكية لدى أطفال من متلازمة داون الذين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية.
  - فاعلية البرنامج في تحسين الأداء الأكاديمي.
  - فاعلية البرنامج في تكوين بعض سمات الشخصية لدى الأطفال كالاكتفاء على النفس.

#### × دراسة هوجس وكازاري (Hughes & Kasari 2000):

- هدفت الدراسة إلى كشف السلوكيات المرتبطة بالاعتماد على النفس ودور الدعم والمساندة التي يولونها القائمون على رعايتهم فيما يتعلق بتعبيراتهم عن

الاعتماد على النفس لدى مجموعة من أطفال متلازمة داون ومقارنتهم بمجموعة من المعاقين ذهنياً ومطابقين لهم نمائياً.

اعتمدت الدراسة على عينة مكونة من (20) طفلاً من متلازمة داون و(20) طفلاً من المعاقين ذهنياً. وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

1- توجد فروق لصالح أطفال متلازمة داون في سلوكيات تدل على الاعتماد بالنفس حيث أظهروا صوراً وجدانية أكثر إيجابية مثل النظر إلى القائمين على رعايتهم أكثر من التركيز على إكمال المهمة.

2- أطفال متلازمة داون لا يبدون اتفاقاً مع قيم المجتمع سواء برفع البصر أي النظر إلى أعلى أو طلب يد العون من القائمين على رعايتهم مقارنة بنظرائهم من الأطفال المعاقين ذهنياً.

3- أوضحت الدراسة إلى أن القائمين على رعاية أطفال متلازمة داون لم يساعدوهم أكثر من الأطفال المعاقين ذهنياً، حيث أنهم يمدحونهم ويظهرون كثيراً من الثناء حتى لو أدى الطفل مهام يسيرة.

#### التعليق على الدراسات السابقة:

استعرض الباحث الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة وهو الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون واختلافها طبقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر، حيث تناولت هذه الدراسات ثلاثة محاور (التدخل المبكر، السلوك العدواني، المهارات الاجتماعية)، وكانت عينة الدراسات السابقة من أطفال متلازمة داون من أعمار تبدأ من سن الثانية حتى سن السادسة والبعض منها حتى السادسة عشر، وعينات أخرى مقارنة تكون من فئات الإعاقة الأخرى والأطفال العاديين من نفس الأعمار الزمنية، كما استهدفت هذه الدراسات الأمهات والعاملين مع هؤلاء الأطفال، حيث يمكن الوقوف على النقاط المهمة التالية:

1. من نتائج الدراسات تبين أنه من الأهمية توفير برامج وخدمات التدخل المبكر وفعاليتها في تدريب الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون لاكتساب

- المهارات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك من خلال دراسة (Reid, 1988)، ودراسة (Erickson, 1991)، ودراسة (Hamil, 1991).
2. أجمعت بعض الدراسات ومنها دراسة بطرس حافظ (1993)، ودراسة (Lagreca & Santagrossi, 1998)، على أنه يمكن تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال عن طريق البرامج التدريبية المقترحة التي تستخدم أساليب متنوعة وشيقة في تدريبهم.
3. رأت بعض الدراسات مثل دراسة (Demmers, 2000)، ودراسة (Conger & Keane, 1981)، ودراسة أموال عبد الكريم (1994)، أن تدريب الأطفال المعاقين ذهنياً على المهارات الاجتماعية يؤدي إلى تعديل سلوكهم بصورة أكبر ويقلل من السلوكيات غير المرغوبة ومنها السلوك العدواني.
4. أكدت دراسة (Atzkovitz & Spanier, 2001)، فاعلية البرامج التدريبية في خفض حدة السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون في دور الحضانة.
5. أثبتت بعض الدراسات مثل دراسة (Goldstein & Wickstrom, 1968) أن دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة يؤدي إلى سرعة نمو المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً.

**أما في مجال الاستفادة من الدراسات السابقة، فيمكن حصر الاستفادة في المجالات التالية:**

- W استفاد الباحث من الدراسات السابقة في التمكن من تحديد المشكلة وصياغة أسئلة الدراسة لمعرفة الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون وفقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر.
- W كما تمت الاستفادة من الأدب السابق في اختيار عينة الدراسة والفئات العمرية من خلال الإطلاع على متوسطات الأعمار.
- W كذلك تمت الاستفادة من بعض الدراسات السابقة في معرفة مدى مناسبة المهارات الاجتماعية لأعمار الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، ومعرفة أبرز المشكلات السلوكية لديهم وهي مشكلة السلوك العدواني.

W الاستفادة من بعض النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة في عرضها في الإطار النظري.

W كذلك الاستفادة من نتائج هذه الدراسات في تفسير نتائج الدراسة الحالية.

### الفصل الثالث

#### منهج الدراسة وإجراءاتها

W تمهيد

W منهج الدراسة

W متغيرات الدراسة

W مجتمع وعينة الدراسة

W أدوات الدراسة

W إجراءات التطبيق  
W المعالجة الإحصائية

### الفصل الثالث

#### منهج الدراسة وإجراءاتها

##### تمهيد:

يتناول الفصل الحالي عرضاً لمنهج الدراسة وإجراءاتها من حيث المنهج المستخدم ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة، كما يتناول الفصل أيضاً استعراض للأدوات المستخدمة في الدراسة من حيث المحتوى وطريقة التصحيح، بالإضافة إلى إجراءات التطبيق الميداني، وأخيراً يتناول الفصل الأساليب الإحصائية المستخدمة للتوصل لنتائج الدراسة.

## منهج الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي، وذلك لأن البحوث الوصفية يمكن استخدامها لدراسة المواقف الاجتماعية ومظاهر السلوك الإنساني، ويعد المنهج الوصفي كأحد المناهج الأساسية في البحوث فهو يهتم بدراسة مشكلة معينة داخل المجتمع، كما يهتم أيضاً بتحديد الممارسات الشائعة أو السائدة عن كل من الأفراد والجماعات، كذلك بجمع البيانات وتبويبها وتفسير هذه البيانات (جابر جابر وأحمد كاظم، 1987، ص136).

وحيث أن موضوع الدراسة هو موضوع اجتماعي يهدف إلى التعرف على الفروق في كل من السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر، كذلك التعرف على قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني وبين المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر، لذلك يعتبر المنهج الوصفي من المناهج الملائمة لموضوع البحث.

## متغيرات الدراسة:

### المتغير المستقل:

W فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر مع الأطفال من سن (4-6) سنوات: وتتمثل إجرائياً بكل ما يقدم لأطفال متلازمة داون من خدمات سواء كانت طبية أو اجتماعية أو تربوية أو نفسية أو أكاديمية قبل وأثناء دخولهم لمرحلة رياض الأطفال، وسواء كانت مقدمة من مراكز التدخل المبكر أو دور الرعاية أو غيرها.

### المتغيرات التابعة:

W السلوك العدواني وأبعاده: ويتمثل إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها طفل متلازمة داون على أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني المستخدم في الدراسة وتتراوح بين (صفر) و (180) درجة.

W المهارات الاجتماعية وأبعادها: وتتمثل إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها طفل متلازمة داون على أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية المستخدم في الدراسة وتتراوح بين (75) و (225) درجة.

### مجتمع وعينة الدراسة:

المجتمع المستهدف في هذه الدراسة هم جميع أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات المدمجين في رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم العالي بدولة الكويت بمحافظاتها الست (حولي، الفروانية، الجهراء، الأحمدية، مبارك الكبير، العاصمة) والمسجلين في العام الدراسي 2006/2007م، ويبلغ عددهم (50) طفلاً وطفلة، حيث قرر الباحث أخذ جميع هؤلاء الأطفال.

### محكات اختيار العينة:

1. أن يكون في ملفات أطفال متلازمة داون إثبات طبي بالحالة.
  2. أن يكون في مستوى الإعاقة الذهنية البسيطة وفق اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء (الطبعة الثالثة)، واختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي.
  3. أن يكون الطفل مسجل بسجلات مدارس رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم العالي بدولة الكويت.
- وبين جدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون في جميع محافظات دولة الكويت في رياض الأطفال حسب متغير الجنس.

#### جدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة في جميع  
المحافظات في رياض الأطفال حسب متغير الجنس

| المحافظة (اسم الروضة) | عدد الذكور |                | عدد الإناث |                | المجموع<br>بالعدد | المجموع<br>بالنسبة |
|-----------------------|------------|----------------|------------|----------------|-------------------|--------------------|
|                       | العدد      | النسبة المئوية | العدد      | النسبة المئوية |                   |                    |
| العاصمة (المنصور)     | 2          | 4%             | 6          | 12%            | 8                 | 16%                |

|                           |    |     |    |     |    |      |
|---------------------------|----|-----|----|-----|----|------|
| الجهراء (الشموس)          | 3  | %6  | 4  | %8  | 7  | %14  |
| حولي (عبد العزيز الشاهين) | 4  | %8  | 4  | %8  | 8  | %16  |
| الأحمدي (الوطن)           | 6  | %12 | 1  | %2  | 7  | %14  |
| مبارك الكبير (الأمواج)    | 2  | %4  | 7  | %14 | 9  | %18  |
| الفروانية (السلام)        | 6  | %12 | 5  | %10 | 11 | %22  |
| المجموع                   | 23 | %46 | 27 | %54 | 50 | %100 |

نجد من خلال جدول (1) أن المجموع الكلي للذكور 23 طفلاً، أما الإناث فمجموعهن الكلي 27 طفلة، وبذلك يصبح إجمالي العينة 50 طفلاً وطفلة، ولكن يلاحظ أن هناك اختلافاً في عدد ونسبة الذكور والإناث في كل روضة. وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات وفقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر:

- المجموعة الأولى: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (أقل من سنة)، وعددهم (14) طفلاً.
  - المجموعة الثانية: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، وعددهم (22) طفلاً.
  - المجموعة الثالثة: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، وعددهم (14) طفلاً.
- ويوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون في محافظات دولة الكويت في رياض الأطفال حسب فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر.

## جدول (2)

توزيع أفراد عينة الدراسة في المحافظات في رياض الأطفال

حسب فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر

| المحافظة | فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر | المجموع | المجموع |
|----------|------------------------------------|---------|---------|
|----------|------------------------------------|---------|---------|

| بالنسبة | بالعدد | (ثلاث سنوات حتى ست سنوات) |       | (سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) |       | (أقل من سنة)   |       | (اسم الروضة)              |
|---------|--------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------------|-------|---------------------------|
|         |        | النسبة المئوية            | العدد | النسبة المئوية              | العدد | النسبة المئوية | العدد |                           |
| %16     | 8      | %8                        | 4     | %6                          | 3     | %2             | 1     | العاصمة (المنصور)         |
| %14     | 7      | %2                        | 1     | %6                          | 3     | %6             | 3     | الجھراء (الشموس)          |
| %16     | 8      | %4                        | 2     | %4                          | 2     | %8             | 4     | حولي (عبد العزيز الشاهين) |
| %14     | 7      | %2                        | 1     | %8                          | 4     | %4             | 2     | الأحمدي (الوطن)           |
| %18     | 9      | %6                        | 3     | %8                          | 4     | %4             | 2     | مبارك الكبير (الأمواج)    |
| %22     | 11     | %6                        | 3     | %12                         | 6     | %4             | 2     | الفروانية (السلام)        |
| %100    | 50     | %28                       | 14    | %44                         | 22    | %28            | 14    | المجموع                   |

ويلاحظ من جدول (2) تساوي عدد ونسبة أفراد العينة في المجموعتين (أقل من سنة) و(من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، بينما تزداد في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات).

والجدول (3) يبين المستوى التعليمي لآباء وأمهات أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون.

### جدول (3)

المستوى التعليمي لآباء وأمهات أفراد عينة الدراسة

| الأمهات        |       | الآباء         |       | المستوى التعليمي   |
|----------------|-------|----------------|-------|--------------------|
| النسبة المئوية | العدد | النسبة المئوية | العدد |                    |
| %6             | 3     | %2             | 1     | أمي                |
| %12            | 6     | %8             | 4     | يقرأ ويكتب         |
| %14            | 7     | %10            | 5     | المرحلة الابتدائية |

|                  |    |      |    |      |
|------------------|----|------|----|------|
| المرحلة المتوسطة | 8  | %16  | 9  | %18  |
| المرحلة الثانوية | 13 | %26  | 7  | %14  |
| دبلوم            | 8  | %16  | 6  | %12  |
| جامعي            | 9  | %18  | 11 | %22  |
| فوق الجامعي      | 2  | %4   | 1  | %2   |
| المجموع          | 50 | %100 | 50 | %100 |

يتبين من جدول (3) أن هناك تقارباً في المستوى التعليمي لآباء وأمهات أفراد العينة من أطفال متلازمة داون، في حين أن هناك اختلافاً بينهم في المرحلة الثانوية والدبلوم.

ويوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون وفقاً للعمر الحالي وذلك حسب فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر.

#### جدول (4)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للعمر الحالي حسب  
فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر

| العدد | العمر بالشهور | فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر |
|-------|---------------|------------------------------------|
| 14    | 54 – 42       | أقل من سنة                         |
| 22    | 78 – 54       | سنة حتى أقل من ثلاث سنوات          |
| 14    | 78 – 54       | ثلاث سنوات حتى ست سنوات            |
| 50    | -             | المجموع                            |

ويلاحظ من جدول (4) أن هناك تشابهاً في الأعمار الحالية للعينة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر (سنة حتى أقل من ثلاث سنوات – ثلاث سنوات حتى ست سنوات).

كما يبين جدول (5) مدى عمر الأمهات عند إنجاب أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون وذلك حسب كل روضة.

#### جدول (5)

مدى عمر الأم عند إنجاب أفراد عينة الدراسة  
حسب كل روضة

| اسم الروضة       | مدى عمر الأم عند الإنجاب |
|------------------|--------------------------|
| المنصور          | 31 ← 40                  |
| الشموس           | 29 ← 42                  |
| عبد العزيز شاهين | 29 ← 39                  |
| الوطن            | 30 ← 40                  |
| الأمواج          | 27 ← 44                  |
| السلام           | 27 ← 45                  |

ويتضح من جدول (5) أن عمر الأم يتراوح ما بين (27 - 45) سنة عند إنجاب أفراد عينة الدراسة من أطفال متلازمة داون.

#### الأدوات المستخدمة في الدراسة:

استلزم إجراء الدراسة الحالية استخدام أداتين، الأولى تقيس السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، والثانية تقيس المهارات الاجتماعية لدى هذه الفئة من الأطفال، وسوف يتناول الباحث هذه الأدوات بشيء من التفصيل.

#### الأداة الأولى: مقياس تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة:

تم الأخذ بمقياس تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من إعداد (سعيد دبيس، 1999)، يتألف هذا المقياس بصورته النهائية من (60) عبارة تمثل كل منها مظهراً من مظاهر السلوك العدواني، ويطلب من

المعلمين ذوي المعرفة اللصيقة بالأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بوضع علامة (√) عند الخانة المناسبة للسلوك الذي يقوم به الأطفال أو يمارسونه بالواقع بما يتماشى مع ما يعرفونه عنهم بمعهدى التربية الفكرية بالرياض، وذلك من خلال التقديرات التالية:

- § دائماً: وتعني أن السلوك العدواني يحدث دائماً عند الطفل المعاق ذهنياً.
- § أحياناً: وتعني أن السلوك العدواني يحدث أحياناً عند الطفل المعاق ذهنياً.
- § نادراً: وتعني أن السلوك العدواني يحدث نادراً عند الطفل المعاق ذهنياً.
- § أبداً: وتعني أن السلوك العدواني غير موجود نهائياً عند الطفل المعاق.

وقد تم تصنيف المقياس ضمن أبعاد أربعة أساسية، حيث يمكن الاعتماد على المقياس من خلال تلك الأبعاد وهي موزعة كالآتي:

#### × البعد الأول، السلوك العدواني الصريح:

هو السلوك العنيف المتمثل في العض والشد والخنق والبصق والإتلاف والتخريب وغيرها، ويتضمن (30 عبارة). ويتكون من أرقام البنود التالية:

9 - 10 - 11 - 17 - 18 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 28 -

29 - 30 - 31 - 33 - 34 - 36 - 37 - 38 - 40 - 41 - 44 - 48 -

49 - 50 - 51 - 53 - 54 - 57.

#### × البعد الثاني، السلوك العدواني العام:

وهو السلوك الظاهر المتمثل في استخدام الألفاظ البذيئة كالشتم واستفزاز الآخرين بالألفاظ واستخدام الكلام الخارج عن حدود الأدب (السلوك العدواني اللفظي)، والسلوك الظاهر الأقل عنفاً مثل مضايقة زملاء والتحرش بهم ومشاكستهم وأخذ حاجياتهم وإخفائها أو الاستحواذ عليها (السلوك العدواني غير اللفظي)، ويتضمن (16 عبارة). وأرقام بنوده هي: 1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 -

8 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 27 - 32 - 39 - 46.

#### × البعد الثالث، السلوك الفوضوي:

هو السلوك المتسم بالفوضى كالشوشرة على المعلمة أثناء الدرس ورمي الأوراق على الأرض دون وضعها في سلة المهملات وإحداث الضوضاء والخروج على النظام وعدم إتباع الأوامر، ويتضمن (11 عبارة). يتكون من أرقام البنود التالية: 19 - 35 - 42 - 43 - 45 - 47 - 52 - 55 - 56 - 58 - 59.

#### × البعد الرابع، عدم القدرة على ضبط النفس:

هو الانتقام وعدم القدرة على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات، ويتضمن (3 عبارات). وأرقام البنود هي: 3 - 20 - 60.

#### ثبات وصدق المقياس:

سبق أن قام (سعيد دببس، 1999) بحساب ثبات وصدق المقياس حيث قام بتطبيقه على (501) طفلاً يمثلون جميع الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بالرياض وذلك بغرض إيجاد ثبات الأداة وصدقها.

#### • حساب ثبات مقياس تقدير السلوك العدواني:

تم التحقق من ثبات مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام الطرق التالية:  
أولاً: استخدام طريقة إعادة التطبيق: وتم على (45) طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (0.81).  
ثانياً: استخدام معادلة (ألفا كرونباخ): وتم الحصول على معامل ثبات يتراوح بين (0.90 و 0.98).

ثالثاً: استخدام معادلة (سبيرمان - براون) التجزئة النصفية: وتم الحصول على معامل ثبات يتراوح بين (0.80 و 0.97)، (سعيد دببس، 1999).

#### • حساب صدق مقياس تقدير السلوك العدواني:

تم حساب صدق مقياس تقدير السلوك العدواني بالطرق التالية:  
أولاً: صدق المحتوى: حيث تم عرض عبارات المقياس على (10) محكمين للحكم على مدى صدق المضمون للعبارات، وعما إذا كانت تعبر عن جميع جوانب السلوك العدواني، حيث تجاوزت نسبة اتفاق المحكمين على المقياس (90%).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس تقدير السلوك العدواني والدرجة الكلية للمقياس، وتراوحت ما بين (0.64 – 0.84) عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير إلى اتساق المقياس وتماسكه.  
ثالثاً: صدق المحك: تم تطبيق مقياس كورنر لتقدير سلوك الطفل بالإضافة إلى مقياس تقدير السلوك العدواني على عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً، وقد تم استخدام البعد الخاص بالسلوك العدواني من مقياس كورنر لتقدير سلوك الطفل كمحك خارجي لمقياس تقدير السلوك العدواني، وتم إيجاد معامل الارتباط بينهما وقد تم الحصول على معامل صدق مقداره 0.73 وهو معامل صدق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

رابعاً: الصدق العاملي: أجري التحليل العاملي على تقديرات المعلمين للسلوك العدواني لدى أفراد عينة البحث من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة (ن=501) باستخدام طريقة المكونات الرئيسية (هوتلنج) والتدوير المتعامد بطريقة (الفاريماكس)، وقد تم استخلاص نسبة تباين عاملية قدرها (69.5%) وهي نسبة عالية من التباين العاملي المستخلص وتعد مؤشراً جيداً من مؤشرات صدق الأداة في قياس الظاهرة موضع الدراسة (سعيد ديبس، 1999).

ثبات وصدق مقياس تقدير السلوك العدواني حسب الدراسة الحالية (النسخة المعدلة):

أولاً: ثبات المقياس:

تم بالدراسة الحالية حساب ثبات مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ)، وتم ذلك على (19) طفلاً وطفلة، حيث تم الحصول على معامل ثبات يتراوح بين (0.82 و 0.99).  
والجدول (6) يوضح معاملات ثبات أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ).

جدول (6)

معاملات ثبات الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير السلوك العدواني  
باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ) (ن=19)

| الأبعاد                  | معامل الثبات |
|--------------------------|--------------|
| السلوك العدواني الصريح   | 0.99         |
| السلوك العدواني العام    | 0.98         |
| السلوك الفوضوي           | 0.96         |
| عدم القدرة على ضبط النفس | 0.82         |
| الدرجة الكلية            | 0.97         |

يتضح من خلال معاملات الثبات التي تم الحصول عليها من قبل الدراسة ومعاملات ثبات المقياس تمتع مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بمعاملات ثبات مرتفعة.

#### ثانياً: صدق المقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية، حيث تم الحصول على معامل ارتباط يتراوح بين (0.88 و 0.99).

والجدول (7) يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية.

جدول (7)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني  
بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية

| الأبعاد                  | السلوك العدوانى<br>الصريح | السلوك<br>الفوضوي | السلوك العدوانى<br>العام | عدم القدرة على<br>ضبط النفس |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| السلوك العدوانى الصريح   |                           |                   |                          |                             |
| السلوك الفوضوي           | ***0.94                   |                   |                          |                             |
| السلوك العدوانى العام    | ***0.95                   | ***0.94           |                          |                             |
| عدم القدرة على ضبط النفس | ***0.88                   | ***0.90           | ***0.89                  |                             |
| الدرجة الكلية            | ***0.99                   | ***0.97           | ***0.98                  | ***0.91                     |

\*\*\* دالة عند مستوى أقل من 0.001

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير السلوك العدوانى بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية كانت مرتفعة وإيجابية وذات دلالة عند مستوى 0.001 وهذا يشير إلى أن مقياس تقدير السلوك العدوانى يتمتع بصدق عالٍ من الاتساق الداخلى بين أبعاده والدرجة الكلية.

#### تطبيق مقياس تقدير السلوك العدوانى وتصحيحه:

تعتمد الإجابة على عبارات مقياس تقدير السلوك العدوانى على أسلوب التقدير، وقد تم إتباع طريقة (ليكرت) وذلك بوضع أربعة تقديرات على النحو التالى:

§ دائماً: وتعني أن السلوك العدوانى يحدث دائماً عند الطفل المعاق ذهنياً وتأخذ ثلاثة درجات.

§ أحياناً: وتعني أن السلوك العدوانى يحدث أحياناً عند الطفل المعاق ذهنياً وتأخذ درجتان.

§ نادراً: وتعني أن السلوك العدوانى يحدث نادراً عند الطفل المعاق ذهنياً وتأخذ درجة واحدة.

§ أبداً: وتعني أن السلوك العدوانى غير موجود نهائياً عند الطفل المعاق ذهنياً وتأخذ صفر.

وعلى ذلك فإن الدرجات التى يمكن أن يحصل عليها المفحوص من خلال تقدير المعلم أو المعلمة على هذا المقياس تتراوح بين (صفر) كحد أدنى، و(180)

درجة كحد أعلى، وتعني الدرجة المرتفعة أن السلوك العدواني الذي يمارسه الطفل المعاق ذهنياً مرتفع، والعكس من ذلك تعني الدرجة المنخفضة أن السلوك العدواني لدى هذا الطفل منخفض بناء على مقياس تقدير السلوك العدواني.

### **الأداة الثانية: مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة:**

تم تعديل مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من إعداد (عادل الأحمدى، 2005)، يتألف هذا المقياس بصورته النهائية من (77) عبارة، ويطلب من المعلمين بوضع علامة (✓) عند الخانة المناسبة للسلوك الذي يقوم به الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة أو يمارسونه بالواقع بما يتماشى مع ما يعرفونه عنهم ببرامج الدمج بالمدارس الابتدائية بالتعليم العام ومعهم في التربية الفكرية بالرياض، وذلك من خلال التقديرات التالية:

× في حالة وجود المهارة لدى الطفل بشكل مستمر وواضح يضع العلامة عند (دائماً).

× في حالة وجود المهارة لديه بشكل متوسط أي غير مستمر يضع العلامة عند (أحياناً).

× في حالة عدم وجود المهارة لديه أو عدم انطباقها عليه يضع العلامة عند (أبداً).

وقد تم تصنيف المقياس ضمن أبعاد ستة أساسية، حيث يمكن الاعتماد على المقياس من خلال تلك الأبعاد وهي موزعة كالآتي:

#### **× البعد الأول، مهارات التواصل:**

هي مهارة تبادل المعلومات بين الطفل المعاق ذهنياً والآخرين، عن طريق المشاعر التي يمكن إرسالها، ويمكن تلقيها بأشكال متعددة والتي منها الكلمة المنطوقة أو المكتوبة، أو الابتسامة وإبداء المودة، أو تكون في حركات اليدين أو تعبيرات الوجه، ويتضمن (15 عبارة). ويتكون من أرقام البنود التالية:

1 - 7 - 13 - 19 - 25 - 31 - 37 - 43 - 49 - 55 - 60 - 65 - 70 - 72 - 74.

#### × البعد الثاني، مهارات العلاقات الاجتماعية:

ويقصد بها مهارة الطفل في مساعدة ومعاونة زملائه وأقرانه في مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة وبالإشتراك معهم في الأنشطة الجماعية لإنجاز الأعمال، ويتضمن (12 عبارة). وأرقام بنوده هي: 2 - 8 - 14 - 20 - 26 - 32 - 38 - 44 - 50 - 56 - 61 - 66.

#### × البعد الثالث، مهارات التوجيه الذاتي:

ويقصد بها مهارة الانضباط الذاتي ومسايرة الأنظمة المدرسية وقدرته على التحكم في انفعالاته مع زملائه ومعلميه، ويتضمن (12 عبارة). يتكون من أرقام البنود التالية: 3 - 9 - 15 - 21 - 27 - 33 - 39 - 45 - 51 - 57 - 62 - 67.

#### × البعد الرابع، مهارات المسؤولية الاجتماعية:

ويقصد بها مهارة احترام القوانين وتنفيذ المتطلبات داخل جماعة الطفل الآخرين والمعلمين، ويتضمن (12 عبارات). وأرقام البنود هي: 4 - 10 - 16 - 22 - 28 - 34 - 40 - 46 - 52 - 58 - 63 - 68.

#### × البعد الخامس، مهارات تكوين الصداقات:

ويقصد بها المهارات الهامة في إقامة علاقات ايجابية مع الآخرين كالمشاركة في الأنشطة والتقبل الاجتماعي مع الأقران، والحساسية لمشاعرهم وتفهم مشكلاتهم، ويتضمن (9 عبارات). وأرقام البنود هي: 5 - 11 - 17 - 23 - 29 - 35 - 41 - 47 - 53.

#### × البعد السادس، المهارات الأكاديمية:

وهي المهارات التي تتعلق بأداء الطفل الأكاديمي والاشتراك في الأنشطة التعليمية داخل الفصل تحت توجيه ومتابعة معلميه، ويتضمن (10 عبارات). وأرقام البنود هي: 6 - 12 - 18 - 24 - 30 - 36 - 42 - 48 - 54 - 59.

### ثبات وصدق المقياس:

قام عادل الأحمدى (2005) بحساب ثبات وصدق المقياس حيث قام بتطبيقه على (32) طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة الملتحقين ببرامج الدمج في مدارس التعليم العام الابتدائية، وذلك بغرض إيجاد ثبات الأداة وصدقها.

#### • حساب ثبات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية:

تم التحقق من ثبات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام المعادلات التالية:  
أولاً: استخدام معادلة (ألفا كرونباخ): وكان الثبات الكلي للمقياس يتراوح بين (0.66 و 0.82).  
ثانياً: استخدام معادلة (سبيرمان - براون) التجزئة النصفية: حيث كان الثبات الكلي للمقياس يتراوح بين (0.83 و 0.93).

#### § حساب صدق مقياس تقدير المهارات الاجتماعية:

تم حساب صدق مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بالطرق التالية:  
أولاً: صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات في الأبعاد التي تضمنتها، والمتمثلة في: مهارات التواصل، مهارات العلاقات الاجتماعية، مهارات التوجيه الذاتي، مهارات المسؤولية الاجتماعية، مهارات تكوين الصداقات، المهارات الأكاديمية، وتم التوصل إلى أن معظم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01 و 0.05)، كما تنحصر معاملات الارتباط بين (0.39 و 0.85).

ثانياً: صدق المحكمين: وتم حساب صدق المقياس بعرضه على عدد من المختصين والخبراء في المجال الذي يقيسه الاختبار، وقد اتفق المحكمون على

صلاحية هذا المقياس حيث تراوحت نسبة الاتفاق بين (94% و 98%)، (عادل الأحمدى، 2005).

حساب ثبات وصدق مقياس تقدير المهارات الاجتماعية حسب الدراسة الحالية (النسخة المعدلة):  
أولاً: ثبات المقياس:

تم بالدراسة الحالية حساب ثبات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ)، وتم ذلك على (19) طفلاً وطفلة، حيث تم الحصول على معامل ثبات يتراوح ما بين (0.85 و 0.92). والجدول (8) يوضح معاملات ثبات أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ).

#### جدول (8)

معاملات ثبات الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير المهارات الاجتماعية  
باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ) (ن=19)

| الأبعاد                    | معامل الثبات | الأبعاد                     | معامل الثبات |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| مهارات التواصل             | 0.92         | مهارات المسؤولية الاجتماعية | 0.88         |
| مهارات العلاقات الاجتماعية | 0.87         | مهارات تكوين الصداقات       | 0.85         |
| مهارات التوجيه الذاتي      | 0.88         | المهارات الأكاديمية         | 0.91         |
| الدرجة الكلية              |              |                             | 0.99         |

يتضح من خلال معاملات الثبات التي تم الحصول عليها من قبل الدراسة تمتع مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بمعاملات ثبات مرتفعة.

#### ثانياً: صدق المقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية، حيث تم الحصول على معامل ارتباط يتراوح بين (0.85 و 0.96).

والجدول (9) يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية.

#### جدول (9)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية

| المهارات             | التواصل | العلاقات الاجتماعية | التوجيه الذاتي | المسؤولية الاجتماعية | تكوين الصداقات | المهارات الأكاديمية |
|----------------------|---------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|---------------------|
| التواصل              |         |                     |                |                      |                |                     |
| العلاقات الاجتماعية  | ***0.88 |                     |                |                      |                |                     |
| التوجيه الذاتي       | ***0.87 | ***0.88             |                |                      |                |                     |
| المسؤولية الاجتماعية | ***0.86 | ***0.86             | ***0.92        |                      |                |                     |
| تكوين الصداقات       | ***0.85 | ***0.85             | ***0.92        | ***0.89              |                |                     |
| المهارات الأكاديمية  | ***0.93 | ***0.87             | ***0.88        | ***0.87              | ***0.86        |                     |
| الدرجة الكلية        | ***0.96 | ***0.94             | ***0.96        | ***0.94              | ***0.94        | ***0.96             |

\*\*\* دالة عند مستوى أقل من 0.001

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير المهارات الاجتماعية بعضها ببعض وبين الدرجة الكلية كانت مرتفعة وإيجابية وذات دلالة عند أقل من 0.001 وهذا يشير إلى أن مقياس تقدير المهارات الاجتماعية يتمتع بصدق عالٍ من الاتساق الداخلي بين أبعاده والدرجة الكلية.

#### تطبيق مقياس تقدير المهارات الاجتماعية وتصحيحه:

يتم تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً من أفراد العينة بواسطة معلمهم والأخصائيين النفسيين، حيث أن طبيعة البرنامج التربوي المقدم من وزارة التربية والتعليم العالي والممثل من الأمانة العامة للتربية الخاصة يتطلب ملازمة كل معلم ومعلمة للصف طوال اليوم، مما يتيح للمعلم والمعلمة إعطاء التقديرات الملائمة عن كل طفل، وتتألف القائمة من ست أبعاد، وكل بعد يتكون من مجموعة من العبارات تصف كل واحدة منها مهارة من المهارات، ويقوم كل

معلم ومعلمة بتحديد العبارات التي تنطبق على الطفل بوضع إشارة (✓) أمام كل عبارة تنطبق على المهارة كما يلي:

× في حالة وجود المهارة لدى الطفل بشكل مستمر وواضح يضع العلامة عند (دائماً) وتأخذ ثلاثة درجات.

× في حالة وجود المهارة لديه بشكل متوسط أي غير مستمر يضع العلامة عند (أحياناً) وتأخذ درجتان.

× في حالة عدم وجود المهارة لديه أو عدم انطباقها عليه يضع العلامة عند (أبداً) وتأخذ درجة واحدة.

كما يتراوح مدى الدرجات التي قد يحصل عليها المفحوص من (75 – 225) درجة ومتوسطها (150) درجة، وتعني الدرجة المرتفعة أن المهارات الاجتماعية التي يمارسها الطفل المعاق ذهنياً مرتفعة، والعكس من ذلك تعني الدرجة المنخفضة أن المهارات الاجتماعية لدى هذا الطفل ضعيفة بناء على هذا المقياس.

#### الدراسة الاستطلاعية للمقاييس:

قام الباحث بدراسة استطلاعية للمقاييس (مقياس تقدير السلوك العدواني ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة) على (19) طفلاً وطفلة في مدارس رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم العالي بدولة الكويت، وكان جميعهم من فئة متلازمة داون، وذلك من خلال اختيار روضتين عشوائياً (روضة المنصور – روضة السلام) بهدف مناقشة معلمات فصول متلازمة داون والأخصائيات النفسيات والأخصائيات الاجتماعيات بالمقاييس المراد تطبيقها على أفراد هذه الدراسة الاستطلاعية، وكان عددهم (12) معلمة وأخصائية ولتعديل بعض البنود ومدى ملائمتها للأطفال متلازمة داون.

وكان من نتائج الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

§ ملائمة بنود مقياس تقدير السلوك العدواني مع أطفال متلازمة داون من حيث العمر ومستوى الإعاقة وبعض مشكلات السلوك العدواني التي تظهر لديهم حيث تم إضافة معلومات أولية تخص الطفل وكلاً من الأم والأب.

§ تعديل أو تبسيط بعض العبارات في مقياس تقدير المهارات الاجتماعية التي أجمع عليها المعلمات والأخصائيات على أنها غير واضحة أو غير مفهومه ولا تتناسب مع أطفال متلازمة داون في مرحلة رياض الأطفال وخصوصاً في سن (4-6) سنوات، وإضافة معلومات أولية تخص الطفل وكلاً من الأم والأب، ومن ثم قام الباحث بالتعاون مع المشرفين على الرسالة في كلية الدراسات العليا بجامعة الخليج العربي بإعداد المقاييس بصورة نهائية بعد الاستفادة من نتائج التطبيق الأولي في الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث والتعرف على العبارات غير المفهومة ومن ثم تبسيطها حتى تتناسب مع أطفال متلازمة داون في هذا العمر. والعبارات هي كالتالي:

#### جدول (10)

عبارات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية قبل وبعد التعديل

| رقم العبارة | قبل التعديل                                       | بعد التعديل                                       |
|-------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 14          | يقوم بمدح الآخرين على إنجازاتهم                   | يقوم بمدح إنجازات زملائه                          |
| 19          | يتابع الأنشطة العامة داخل المدرسة                 | يهتم بمتابعة الأنشطة العامة داخل الروضة           |
| 24          | يوجه أسئلة مناسبة للموقف الذي يتطلب ذلك           | يوجه أسئلة تتناسب مع طبيعة الموقف                 |
| 28          | يشارك في الأنشطة المدرسية                         | يشارك في الأنشطة المقدمة على مستوى الروضة         |
| 34          | يحبذ الأنشطة المدرسية المسائية مصاحبة أحد أقربائه | يفضل أنشطة الروضة التي يشاركه أحد أقربائه بأدائها |
| 38          | يستعير ممتلكات الآخرين ويعيدها إليهم دون إتلافها  | يعيد للآخرين ما استعاره دون إتلافه                |
| 47          | يساعد زملائه عند حاجتهم إليه                      | يساعد زملائه عندما يطلب منه ذلك                   |
| 48          | يشارك في النقاش الذي يجريه المعلم بحجرة الدراسة   | يشارك في الدرس الذي تلقاه المعلمة في الفصل        |
| 51          | يقوم بالتعليق بشكل مناسب أثناء حديثه مع زملائه    | يشارك بشكل مناسب أثناء حديثه مع زملائه            |
| 69          | يستطيع كتابة جمل بسيطة تتكون من ثلاث كلمات        | يستطيع قراءة كلمة بسيطة تعرض عليه                 |
| 71          | يقرأ أكثر من كلمة بصوت واضح وفقاً لسنه الدراسية   | يتعرف على الصور التي تعرض عليه بشكل واضح          |

|    |                                                         |                                   |
|----|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 73 | يستطيع قراءة الحروف الأبجدية                            | يستطيع قراءة بعض الحروف الأبجدية  |
| 75 | يستطيع قراءة الأعداد وكتابتها ضمن متطلبات سنته الدراسية | يستطيع قراءة بعض الأعداد وكتابتها |

يوضح الجدول (10) عبارات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة قبل وبعد التعديل، حيث بلغ عدد العبارات المعدلة (13) عبارة.

### الإجراءات المتبعة في التطبيق:

1. تقدم الباحث بخطاب رسمي من كلية الدراسات العليا بجامعة الخليج العربي إلى وزارة التربية والتعليم العالي بدولة الكويت، مرفقاً بنسخة من المقاييس المراد استخدامها في الدراسة الحالية، وذلك للحصول على الموافقة الرسمية لإجراء التطبيق للدراسة، وقد تفضلت الوزارة مشكورة بالسماح بإجراء الدراسة وإشعار المسؤولين في الأمانة العامة للتربية الخاصة (إدارة تنسيق برنامج متلازمة داون) لتسهيل مهمة الباحث، حيث قاموا بدورهم بمخاطبة جميع مدارس رياض الأطفال التي تحتوي على أطفال متلازمة داون للتعاون مع الباحث.

2. مقابلة معلمات فصول متلازمة داون وعددهم (24) معلمة، والأخصائيات وعددهم (12) أخصائية نفسية واجتماعية وتسليمهم للمقاييس في كل روضة، وذلك بعد شرح طبيعة كل مقياس وكيفية الإجابة على العبارات وتطبيق أداة البحث وفائدة ذلك بالنسبة لأطفال متلازمة داون، وتوضيح الهدف من الدراسة وهو البحث العلمي، حيث تقوم المعلمات بتحديد عبارات المقياس التي تنطبق على الطفل بينما تقوم الأخصائيات النفسيات والاجتماعيات بملاً استمارة البيانات الأولية الخاصة بالطفل والأم والأب.

3. التأكد من المعلومات الخاصة بالطفل كالاسم وتاريخ الميلاد وفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر وفرزها وفقاً لفترة الالتحاق لهذه البرامج كذلك

المعلومات الخاصة بالوالدين مثل مهنة كل منهما والمستوى التعليمي وذلك بمساعدة الأخصائيات.

4. أدخلت النتائج في الحاسب الآلي لإجراء التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة.

### صعوبات التطبيق:

1. الإجراءات الروتينية في الوزارة التي تؤدي إلى طول الانتظار بسبب كثرة التواقيع لأخذ موافقة للتطبيق.
  2. صعوبة التنقل بين رياض الأطفال وذلك بسبب البعد حيث تقع كل روضة في محافظة، ويتطلب تطبيق المقاييس زيارتهم عدة مرات.
  3. عدم تعاون بعض الأخصائيات والمعلمات في رياض الأطفال والتأخر في تطبيق المقاييس، وعدم التزامهم بالمواعيد المحددة.
  4. عدم تعاون الموجهة الأولى في الأمانة العامة للتعليم الخاص ورفضها تسليم المقاييس بعد التطبيق.
  5. رفض بعض الأخصائيات ملأ الاستمارات المتعلقة بالبيانات الأولية للطفل والأم والأب إلا بإذن من الوالدين.
- ولكن رغم الصعاب والعقبات والقيود الاجتماعية تم بعون الله تعالى تطبيق أداة الدراسة على النحو المطلوب، وتم التوصل إلى ما يهدف إليه البحث من معلومات وبيانات.

### أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة لأسئلة الدراسة:

استخدم الباحث عدة أساليب إحصائية لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام برنامج SPSS على الحاسوب، وتتلخص تلك الأساليب فيما يلي:

1. للإجابة على السؤال الأول والثاني:

× تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في كل بعد من أبعاد السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية.

× تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)

وذلك لبحث الفروق بين مجموعات الدراسة في أبعاد السلوك العدواني، وأبعاد المهارات الاجتماعية.

× تم استخدام اختبار المقارنة البعدية "بونفيروني" (Bonferroni)

لتحديد صالح الفروق بين المجموعات في أبعاد السلوك العدواني، وأبعاد المهارات الاجتماعية.

2. للإجابة على السؤال الثالث:

× تم استخدام معاملات الارتباط بيرسون (Pearson) بين أبعاد

السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لمجموعات الدراسة لمعرفة قوة واتجاه العلاقة بينهم.

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة ومناقشتها

W النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها

W النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها

W النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشتها

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة ومناقشتها

نعرض في هذا الفصل مجموعة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي لبيانات هذه الدراسة.

وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة ومناقشتها:

#### النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها:

- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح

والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس)، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA لبحث الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في متوسطات أبعاد السلوك العدواني.

ويبين الجدول (11) المتوسطات والانحرافات المعيارية، بينما يبين الجدول (12) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في متوسطات أبعاد السلوك العدواني.

جدول (11)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في أبعاد السلوك العدواني

| المجموعات<br>الأبعاد     |  | أقل من سنة<br>(ن=14) |                   | من سنة حتى أقل من ثلاث<br>سنوات (ن=22) |                   | من ثلاث سنوات حتى ست<br>سنوات (ن=14) |                   |
|--------------------------|--|----------------------|-------------------|----------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
|                          |  | المتوسطات            | الانحراف المعياري | المتوسطات                              | الانحراف المعياري | المتوسطات                            | الانحراف المعياري |
| السلوك العدواني الصريح   |  | 64.50                | 12.18             | 36.81                                  | 26.89             | 4.71                                 | 6.41              |
| أعلى وأقل درجة           |  | من 31 إلى 78         |                   | من 16 إلى 78                           |                   | من 2 إلى 19                          |                   |
| السلوك العدواني العام    |  | 34.78                | 6.51              | 21.13                                  | 14.03             | 5.35                                 | 7.87              |
| أعلى وأقل درجة           |  | من 15 إلى 40         |                   | من 5 إلى 44                            |                   | من 1 إلى 22                          |                   |
| السلوك الفوضوي           |  | 23.57                | 3.61              | 15.09                                  | 9.67              | 5.57                                 | 5.55              |
| أعلى وأقل درجة           |  | من 13 إلى 27         |                   | من 1 إلى 31                            |                   | من 2 إلى 16                          |                   |
| عدم القدرة على ضبط النفس |  | 6.35                 | 1.59              | 3.81                                   | 2.50              | 1.07                                 | 1.73              |
| أعلى وأقل درجة           |  | من 3 إلى 9           |                   | من 1 إلى 8                             |                   | من 1 إلى 5                           |                   |

|               |        |       |       |       |       |       |
|---------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| الدرجة الكلية | 129.21 | 22.64 | 76.86 | 51.98 | 16.71 | 17.66 |
|---------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|

يتضح من الجدول (11) أنه يوجد تباين بين متوسطات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني، حيث أظهر الجدول أن متوسطات المجموعة (أقل من سنة) في جميع أبعاد السلوك العدواني وفي الدرجة الكلية أكبر من متوسط المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، وعند مقارنة هاتين المجموعتين يتضح أن متوسط المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني أكبر من متوسط مجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) وفي الدرجة الكلية.

ولا بد أن نشير إلى أن درجات مقياس تقدير السلوك العدواني تتراوح ما بين (صفر - 180) درجة، وبالتالي فإن الدرجات التي تم الحصول عليها من خلال جدول (11) لا تعبر عن وجود السلوك العدواني بدرجة مرتفعة أو منخفضة لدى مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون، وإنما للمقارنة في السلوك العدواني بين المجموعات الثلاث الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر.

#### جدول (12)

نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في أبعاد السلوك العدواني

| أبعاد السلوك العدواني  | المصدر         | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | الدلالة |
|------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------|
| السلوك العدواني الصريح | بين المجموعات  | 25080.550      | 2            | 12540.275      | 33.375   | 0.000   |
|                        | داخل المجموعات | 17659.630      | 47           | 375.737        |          |         |

|       |        |           |    |            |                |                          |
|-------|--------|-----------|----|------------|----------------|--------------------------|
|       |        |           | 49 | 42740.180  | المجموع        |                          |
| 0.000 | 25.990 | 3038.129  | 2  | 6076.258   | بين المجموعات  | السلوك العدواني العام    |
|       |        | 116.897   | 47 | 5494.162   | داخل المجموعات |                          |
|       |        |           | 49 | 11570.420  | المجموع        |                          |
| 0.000 | 21.058 | 1135.662  | 2  | 2271.325   | بين المجموعات  | السلوك الفوضوي           |
|       |        | 53.929    | 47 | 2534.675   | داخل المجموعات |                          |
|       |        |           | 49 | 4806.000   | المجموع        |                          |
| 0.000 | 22.609 | 97.852    | 2  | 195.704    | بين المجموعات  | عدم القدرة على ضبط النفس |
|       |        | 4.328     | 47 | 203.416    | داخل المجموعات |                          |
|       |        |           | 49 | 399.120    | المجموع        |                          |
| 0.000 | 30.925 | 44390.537 | 2  | 88781.075  | بين المجموعات  | الدرجة الكلية            |
|       |        | 1435.443  | 47 | 67465.805  | داخل المجموعات |                          |
|       |        |           | 49 | 156246.880 | المجموع        |                          |

يتبين من الجدول (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس)، وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني.

ولتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس). استخدم الباحث اختبار "بونفيروني" (Bonferroni) وجاءت النتائج حسب ما يوضحها الجدول (13) أدناه:

جدول (13)

نتائج اختبار "بونفيروني" للفروق بين كل فئتين من فئات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني

| أبعاد السلوك العدواني  | مجموعات الدراسة | من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات | من ثلاث سنوات حتى ست سنوات |
|------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|
| السلوك العدواني الصريح | أقل من سنة      | 0.000                        | 0.000                      |
|                        | من 1-3 سنوات    |                              | 0.000                      |
|                        | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| السلوك العدواني العام  | أقل من سنة      | 0.002                        | 0.000                      |
|                        | من 1-3 سنوات    |                              | 0.000                      |
|                        | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| السلوك الفوضوي         | أقل من سنة      | 0.004                        | 0.000                      |
|                        | من 1-3 سنوات    |                              | 0.001                      |
|                        | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| عدم القدرة على ضبط     | أقل من سنة      | 0.003                        | 0.000                      |

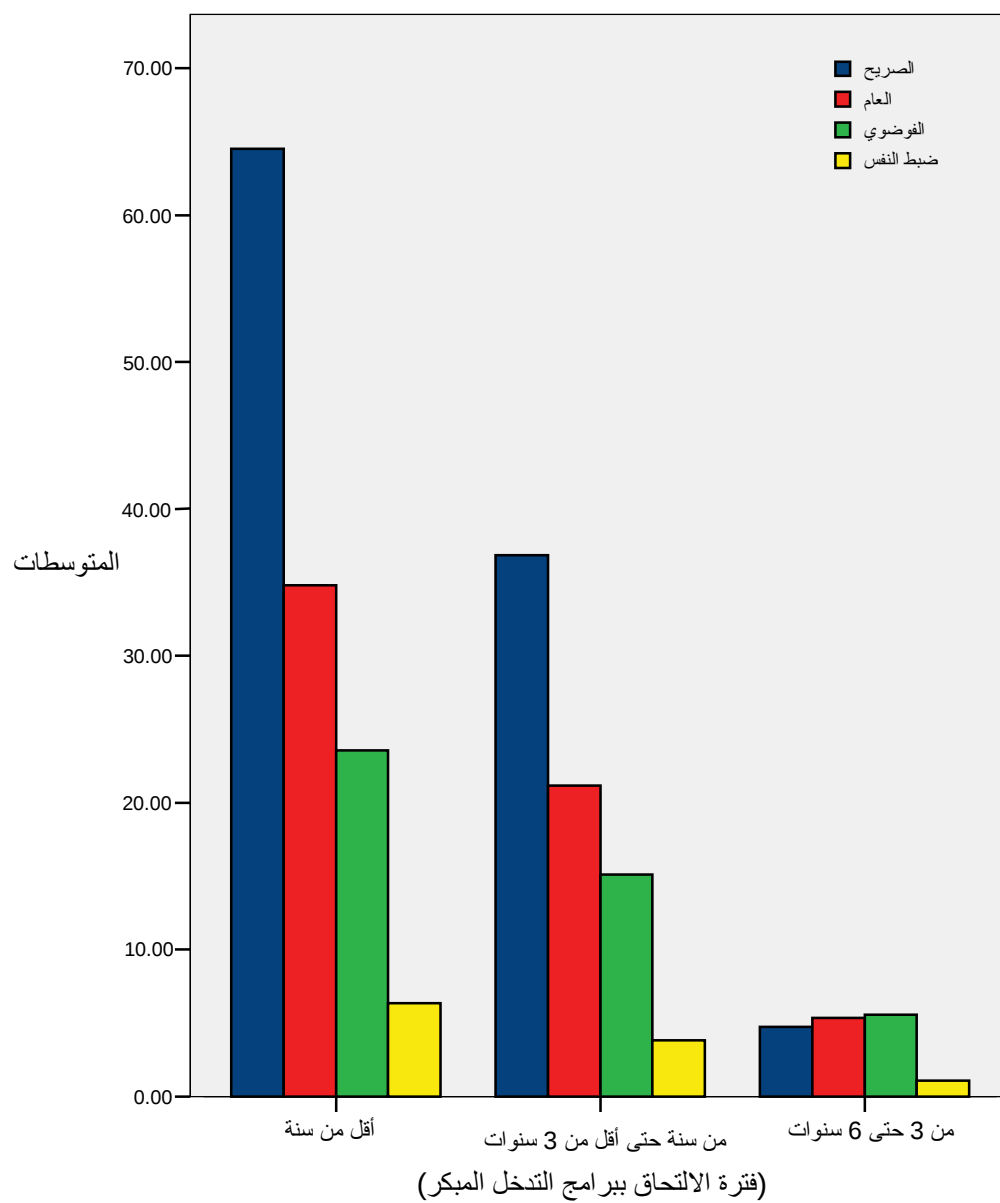
|       |       |              |               |
|-------|-------|--------------|---------------|
| 0.000 |       | من 1-3 سنوات | النفس         |
|       |       | من 3-6 سنوات |               |
| 0.000 | 0.001 | أقل من سنة   | الدرجة الكلية |
| 0.000 |       | من 1-3 سنوات |               |
|       |       | من 3-6 سنوات |               |

تشير النتائج في جدول (13) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) لصالح المجموعة (أقل من سنة) في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني.

وعند مقارنة المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد السلوك العدواني وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني وذلك لصالح المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات).

هذه المقارنات تشير إلى أن أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) كانوا أقل حدة في السلوك العدواني بجميع أبعاده، يليها مجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، وأن مجموعة (أقل من سنة) كانت أكثر حدة في السلوك العدواني.

ويمكن من خلال الشكل (3) أن تتضح الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني.



شكل (3)

الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر

(أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد السلوك العدواني

يتبين من الشكل (3) أن متوسطات المجموعات تسير بشكل عكسي في قيمة المتوسطات، فكلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر تقل قيمة المتوسط في جميع أبعاد السلوك العدواني، الأمر الذي يعكس أثر فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر في خفض السلوك العدواني.

مناقشة نتائج السؤال الأول:

أظهرت نتائج السؤال الأول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة من متلازمة داون من سن (4-6) سنوات الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني.

وعند مقارنة متوسطات المجموعات من خلال اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية، تبين أن هناك أثر للفترة التي يلتحق بها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في خفض السلوك العدواني بأشكاله لدى هذه الفئة، فكلما زادت الفترة التي يقضيها الطفل ضمن هذه البرامج كلما كان سلوكه العدواني أقل حدة. ولم يستبعد الحصول على هذه النتيجة بسبب تأكيد التربويين والباحثين في المجال على أهمية برامج التدخل المبكر في خفض السلوك العدواني، كما بين جمال الخطيب (1995) أهمية برامج التدخل المبكر في السنوات الست الأولى من العمر في الحد من المشكلات السلوكية المختلفة، فالمرحلة العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بما فيهم أطفال متلازمة داون، لأنهم يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعله من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة، ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الفرد العديد من المهارات سواء كانت الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية والسلوكية التي تشكل بمجملها أساس الوضع النمائي المستقبلي.

وقد بينت نتائج الدراسة الحالية أن السلوك العدواني يظهر لدى بعض أطفال متلازمة داون، ويتفق ذلك مع ما يشير إليه عادل محمد (2004) بأن السلوك العدواني يظهر لدى بعض أطفال متلازمة داون ويزداد بزيادة درجة أو مستوى الإعاقة الذهنية.

كما جاءت هذه الدراسة مؤكدة لما توصلت إليه دراسة كل من كاسكيلى و دادز Cuskelly & Dadds (1992)، ودراسة كو Coe (1994) بأن السلوك العدواني من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً لدى أطفال متلازمة داون. ويعتقد الباحث بأن أطفال متلازمة داون الذين يشعرون بالنقص والدونية وعدم القدرة على مواجهة الأقران العاديين، قد يؤدي ذلك إلى إحساسهم بالرفض وبالتالي عدم تقبلهم لذاتهم واللجوء إلى العدوان لحماية الذات.

لذا فقد أكدت نتائج الدراسة الحالية إلى انخفاض متوسط السلوك العدواني مع زيادة فترة التعرض لبرامج التدخل المبكر لدى أطفال متلازمة داون، حيث بين عبد المطلب القريطي (2001) أن خدمات التدخل المبكر تؤدي إلى تحسين العديد من الحالات والحد من مشكلاتها السلوكية ومنها مشكلات السلوك العدواني.

كما أن من العوامل التي ساعدت على خفض السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون في الفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، هو حصولهم على خدمات التدخل المبكر قبل التحاقهم بالروضة كذلك اندماج هؤلاء الأطفال مع الأطفال العاديين في رياض الأطفال، وما تبذله المعلمات من جهود للتقليل من هذا السلوك العدواني الذي يظهر لدى هؤلاء الأطفال، وذلك من خلال تعزيز السلوك المرغوب فيه ومحاولة الحد من السلوك غير المرغوب فيه وعدم تفاقمه وتطوره في المستقبل، حيث أن طفل متلازمة داون داخل برامج الدمج يعيش في نظام يحتوي على كثير من المتغيرات من حيث نوعية الطلاب الذين يتفاعل معهم وأيضاً المعلمات.

وهذا ما أكده كل من إيمان الكاشف وعبد الصبور منصور (1998) بأهمية برنامج الدمج التربوي حيث ذكروا بأن الطفل المعاق ذهنياً عندما يشترك في

فصول الدمج ويلاقى الترحيب والتقبل من الآخرين فإن ذلك يعطيه الشعور بالثقة في النفس، ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر، ويشعر بانتمائه إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. كما أن الطفل في برنامج الدمج يحصل على فرص للتفاعل مع أقرانه العاديين من خلال المواقف التي هي مليئة بالأنماذج السلوكية الإيجابية والتي قد تساعد على خفض حدة السلوك العدواني.

فالالتحاق ببرامج وخدمات التدخل المبكر كذلك التحاق أطفال متلازمة داون ببرامج الدمج التربوي، يعطي ذلك فرصة كبيرة للوقاية من تطور مشكلات السلوك العدواني، هنا الأثر مشترك بينهما، فكلما كان التدخل مبكراً ومكثفاً كانت الفائدة بالنسبة لأطفال متلازمة داون أكبر، حيث أثبتت نتائج الدراسة الحالية إلى أنه لزيادة فترة الالتحاق لخدمات وبرامج التدخل المبكر وانخراط الأطفال لبرامج الدمج في الروضة دور في التخفيف من مشكلات السلوك العدواني.

ويعتقد أن نجاح برامج التدخل المبكر وبرامج الدمج التربوي في مرحلة الطفولة يرجع إلى اتصاف هذه المرحلة بالمرونة، ويكون الطفل فيها أكثر استجابة لتعديل وتشكيل وتغيير السلوك أكثر من أي مرحلة نمائية أخرى، لذا يكون أكثر استجابة للخدمات والبرامج التي تقدم له.

ويجب أن لا نغفل بأن هناك صفات يتميز بها أطفال متلازمة داون عن بقية فئات الإعاقة الذهنية، فقد بين القريوتي وآخرون (1998) بأن أطفال متلازمة داون يتصفون ببعض الخصائص السلوكية والشخصية، حيث أنهم يميلون إلى تقليد غيرهم بشكل ملحوظ وهم ودودون ويحبون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء ويبدون المرح والسرور.

وأكد ذلك فتحي عبد الرحيم (1984) بأن أطفال متلازمة داون في مرحلة ما بين (4-8) سنوات تصبح معالم شخصيتهم أكثر وضوحاً وتختلف من طفل لآخر فهم يتميزون بالنشاط والحيوية ويميلون إلى حب الاستطلاع ويملكون القدرة على التقليد، وهذه مظاهر تساعد هؤلاء الأطفال على الحياة في مجتمعاتهم مع العاديين، وهذا ما ساعد في نجاح برنامج دمجه مع الأطفال العاديين في الروضة. والتقليل من السلوك العدواني لديهم.

كما أكدت دراسة لوثر هامر Luther Hammer (1999) التي أجريت على الأطفال المعاقين ذهنياً ومنهم أطفال متلازمة داون في سنوات حياتهم المبكرة في ألمانيا، أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم، كونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال في وقت مبكر (في: خوله يحيى، ماجدة عبيد، 2005، ص58).

وفيما يتعلق بالفروق الدالة بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) والتي كانت لصالح المجموعة (أقل من سنة)، حيث أن السلوك العدواني لديهم أكبر من المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، وبالنسبة لبعد السلوك العدواني الصريح فإن الباحث يرجع السبب في الحصول على هذه النتيجة إلى فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر، فأطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (أقل من سنة) نلاحظ أن السلوك العدواني الصريح يزداد لديهم لقصر فترة التدخل ولمحدودية الدمج في الروضة فهذا يؤدي إلى قيامهم بسلوكيات عدوانية مثل التخريب وتحطيم الأشياء وتمزيق الدفاتر والخشونة باللعب والضرب وعض زملائهم وخنقهم وتقطيع ملابسهم والبصق عليهم وشد شعرهم والكتابة على الجدران واللعب بالأشياء الخطرة وغيرها من السلوكيات العدوانية الصريحة.

وعكس ذلك فإن السلوك العدواني الصريح يقل لدى الأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) و (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) فإنه يُعتقد أن السبب في ذلك يعود لزيادة مدة الالتحاق للخدمات التي تقدم في مراكز التدخل المبكر خصوصاً في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، كذلك اندماج أطفال متلازمة داون مع الأطفال

العاديين في رياض الأطفال وتعرضهم للمواقف المختلفة المليئة بالنماذج السلوكية الإيجابية التي تساعد على خفض مشكلات السلوك العدواني الصريح لدى هؤلاء الأطفال، كذلك مشاركتهم بالأنشطة المتنوعة وابتعادهم عن جو العزلة واللعب معهم وقلة الإحباطات التي يتعرضون لها، كل ذلك ساعد في التقليل من حدة السلوك العدواني الصريح لدى هؤلاء الأطفال.

وهذا ما أشار له عادل خضر (1995) أن وجود الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين في مبنى واحد يؤدي ذلك إلى زيادة التفاعل والاتصال والتعرض للمواقف الاجتماعية المختلفة ونمو العلاقات المتبادلة بين الأطفال المعاقين ذهنياً والأطفال العاديين وتقل الإحباطات التي يتعرض لها الأطفال المعاقين ذهنياً وبالتالي يساعد ذلك بالتقليل من السلوك العدواني.

وهذا يتفق مع ما ذكره كل من زيربلي وميلو Zirpli & Melloy (1993) حول الأطفال الذين يعانون من مشكلات السلوك العدواني، حيث ذكروا أن الأطفال الذين يبدون السلوك العدواني عندما يجدون بيئة مناسبة تساعد على التفاعل الاجتماعي وتقدم لهم الأنشطة المتنوعة التي تجذب اهتماماتهم وتحاكي قدراتهم فإن ذلك يساعد كثيراً في ضبط سلوكهم.

أما فيما يتعلق ببعد السلوك العدواني العام فيرى الباحث أن هذا البعد ينطوي في جزء كبير منه على التفاعل مع الأقران وخصوصاً الأقران العاديين لأنه يشتمل على سلوكيات تعرقل عملية التفاعل مع هؤلاء الأطفال العاديين مثل مضايقة الزملاء والتحرش بهم وشتيمهم وضربهم من غير سبب وعدم احترامهم وأخذ حاجياتهم بالقوة والاستحواذ عليها ومقاطعتهم أثناء حديثهم والتسلط والعناد، وهذه السلوكيات تسبب نفور الأطفال العاديين عن أطفال متلازمة داون وابتعادهم عنهم وبالتالي تقل عملية التفاعل معهم.

بينما نجد أن المجموعة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) تزداد لديهم مدة التفاعل والمشاركة مع الأطفال العاديين وتزداد أكثر لدى المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) خصوصاً في برامج الدمج في الطابور الصباحي وأثناء الفسحة والأنشطة

اللاصفية المختلفة التي تقوم بها المعلمات بإشراك الأطفال العاديين مع أطفال متلازمة داون، كذلك تشجيع المعلمات الأطفال العاديين بإقامة علاقات مع أطفال متلازمة داون وبالذات أثناء الفسحة ومشاركتهم اللعب حيث يساعد ذلك في الاستفادة من الأطفال العاديين في تقليد سلوكهم وقيامهم بالأعمال المشتركة وجعلهم يظهرون سلوكيات ايجابية ومقبولة.

وهذا ما أوضحه رمضان القذافي (1996) من أن اشتراك أطفال متلازمة داون مع الأطفال العاديين في الفسحة والأنشطة اللاصفية وما يجدونه من تشجيع ومساعدة من أقرانهم العاديين والاشتراك معهم وتدعيم سلوكهم الايجابي، فهذا يدعم مفهومهم عن ذاتهم ويجعلهم يبدون سلوكيات أكثر ايجابية. أما بالنسبة للسلوك الفوضوي فإنه من الممكن أن يرجع السبب في قلة هذا السلوك لدى الأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) إلى الخدمات المتنوعة المقدمة للطفل في مركز التدخل المبكر طوال فترة وجوده، كذلك إلى جهود المعلمات في تعديل سلوك أطفال متلازمة داون في رياض الأطفال، فعند قيام الطفل بالشوشرة على المعلمة أثناء الدرس أو قيامه برمي الأوراق على الأرض أو إحداث الضوضاء أو طرق الباب بقوة أو عدم إتباع الأوامر أو دخول الفصل والخروج منه بدون استئذان وإصراره على تكرار الخطأ، فإن المعلمة تقوم بوقف المعزز عنه وعدم تشجيعه ومدحه أمام زملائه، أما في حال قيامه بالسلوك الصحيح والمناسب فإنه في هذه الحالة سوف يعزز وبالتالي يقل لديه السلوك الفوضوي.

وهذه تتفق مع دراسة سعيد دبيس (1998) التي أكدت فاعلية التعزيز في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.

فلا يجب أن نغفل عن الدور الفعال للتدعيم أو التعزيز الذي نادى به وأيده كثير من الباحثين والتربويين في أهمية استخدامه لتثبيت السلوك المراد تدريب الطفل المعاق ذهنياً عليه. فقد كان ينظر علماء النفس السلوكيون من أمثال سكرنر إلى استخدام مبدأ التدعيم (Reinforcement) على أنه محدد رئيسي

لاستجابات الأفراد، لذلك يجب النظر إلى حياة أي طفل على أنها مليئة بمواقف التدعيم (إيجابية وسلبية) (فتحي عبد الرحيم، حليم بشاي، 1992).

كما أن للرحلات المتنوعة التي تقوم بها المعلمات في برامج الدمج مع أطفال متلازمة داون دور في تنمية مهارة إتباع الأوامر وعدم الخروج عن الأنظمة المختلفة وعدم إحداث الضوضاء لدى هؤلاء الأطفال، وهذا ينطبق على المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) بينما يزداد السلوك الفوضوي لدى المجموعة (من سنة حتى ثلاث سنوات)، أما المجموعة (أقل من سنة) فإن هذه المشكلات تزداد لديهم بشكل أكبر، ويعتقد الباحث أن السبب في ذلك هو التحاقهم ببرامج التدخل المبكر والتحاقهم في رياض الأطفال لفترة قصيرة.

وفيما يتعلق ببعد عدم القدرة على ضبط النفس والذي يشمل عدم تحكم الطفل في سلوكه عند الاستثارة والانتقام لنفسه عندما يضايقه زملائه ورمي أي شيء أمامه عندما يغضب فربما يعود السبب في زيادة هذه المشكلات لدى أطفال متلازمة داون في المجموعة (أقل من سنة) إلى فقدانهم الأمن والتقبل والحب والألفة والثقة بالنفس وشعورهم بالحرمان والتوتر والقلق والعناد، كذلك للمواقف المختلفة والخبرات السيئة التي يواجهها طفل متلازمة داون دور في زيادة هذه المشكلات، فالمواقف التي لم تدعم قد تشعر هذا الطفل بالإحباط والفشل وبالتالي تزداد لديه مشكلات عدم القدرة على ضبط النفس ويصعب عليه التحكم في سلوكه وانفعالاته عند استثارتها.

أما بالنسبة لأطفال متلازمة داون في المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) و (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) فإنه يُعتقد أن اندماجهم مع الأطفال العاديين ساعد في التقليل من مواقف الحرمان والفشل وحسن من مفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال خصوصاً الأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، أيضاً قيام المعلمات بتقبيل الأطفال وإكسابهم الحب والتقبل والثقة بالنفس وتعليم الطفل كيفية التحكم في انفعالاته من خلال البرامج المقدمة في الروضة، كذلك ما كان يتلقاه الطفل في مركز

التدخل المبكر من برامج وخدمات له الأثر في ضبط النفس والتحكم في الانفعالات لدى طفل متلازمة داون.

وهذا ما أوضحته أمل الهجرسي (2002) أن حرمان طفل متلازمة داون من الحب والتقبل يصيب نفسه بالقسوة ويدفعه إلى الانحراف عن السلوك العادي، فكلما شعر هذا الطفل بأن الآخرين يقبلونه ويحبونه شعر بالرضا عن نفسه وبالأمن والسعادة مما ينعكس على استقراره النفسي والاجتماعي، وعلى النقيض فإن الحرمان من الحب والتقبل يصيبه بالتوتر والقلق وغيره من ألوان الاضطراب النفسي مما يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس وشعوره بالتعاسة والحزن والانسحاب والانطواء وعدم قدرته على ضبط انفعالاته.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها:

- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية)، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA لبحث الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في متوسطات أبعاد المهارات الاجتماعية.

ويبين الجدول (14) المتوسطات والانحرافات المعيارية، بينما يبين الجدول (15) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في متوسطات أبعاد المهارات الاجتماعية.

جدول (14)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعات الدراسة من أطفال

متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في أبعاد المهارات الاجتماعية

| الأبعاد                |  | أقل من سنة<br>(ن=14) |           | من سنة حتى أقل من ثلاث<br>سنوات (ن=22) |           | من ثلاث سنوات حتى ست<br>سنوات (ن=14) |           |
|------------------------|--|----------------------|-----------|----------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
|                        |  | الانحراف<br>المعياري | المتوسطات | الانحراف<br>المعياري                   | المتوسطات | الانحراف<br>المعياري                 | المتوسطات |
| التواصل                |  | 2.89                 | 21.92     | 8.12                                   | 30.95     | 3.69                                 | 34.42     |
| أعلى وأقل درجة         |  | من 17 إلى 27         |           | من 17 إلى 43                           |           | من 27 إلى 41                         |           |
| العلاقات<br>الاجتماعية |  | 2.43                 | 18.35     | 5.10                                   | 25.63     | 2.74                                 | 28.00     |
| أعلى وأقل درجة         |  | من 15 إلى 22         |           | من 15 إلى 33                           |           | من 23 إلى 31                         |           |
| التوجيه<br>الذاتي      |  | 2.79                 | 19.35     | 5.82                                   | 24.63     | 3.22                                 | 28.35     |
| أعلى وأقل درجة         |  | من 15 إلى 23         |           | من 15 إلى 32                           |           | من 23 إلى 34                         |           |
| المسئولية الاجتماعية   |  | 3.39                 | 19.35     | 5.33                                   | 25.09     | 2.63                                 | 29.21     |
| أعلى وأقل درجة         |  | من 16 إلى 26         |           | من 14 إلى 33                           |           | من 24 إلى 34                         |           |
| تكوين                  |  | 2.70                 | 14.65     | 4.58                                   | 18.40     | 2.37                                 | 21.57     |

|              |        |              |        |              |        |                     |
|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|---------------------|
|              |        |              |        |              |        | الصدقات             |
| من 25 إلى 18 |        | من 26 إلى 11 |        | من 19 إلى 11 |        | أعلى وأقل درجة      |
| 3.45         | 34.50  | 7.58         | 31.13  | 2.78         | 22.92  | المهارات الأكاديمية |
| من 41 إلى 29 |        | من 43 إلى 17 |        | من 30 إلى 19 |        | أعلى وأقل درجة      |
| 13.97        | 176.07 | 35.30        | 155.86 | 11.64        | 116.57 | الدرجة الكلية       |

يتضح من الجدول (14) أنه يوجد تباين بين متوسطات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) وفي الدرجة الكلية لأبعاد المهارات الاجتماعية، حيث أظهر الجدول أن متوسطات المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية وفي الدرجة الكلية أكبر من متوسط المجموعتين (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، وعند مقارنة هاتين المجموعتين يتضح أن متوسط المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية أكبر من متوسط المجموعة (أقل من سنة) وفي الدرجة الكلية.

ولا بد أن نشير إلى أن درجات مقياس تقدير المهارات الاجتماعية تتراوح ما بين (75-225) درجة، وبالتالي فإن الدرجات التي تم الحصول عليها من خلال جدول (14) لا تعبر عن وجود المهارات الاجتماعية بدرجة مرتفعة أو منخفضة لدى مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون، وإنما للمقارنة في المهارات الاجتماعية بين المجموعات الثلاث الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر.

جدول (15)

نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في أبعاد المهارات الاجتماعية

| أبعاد المهارات الاجتماعية | المصدر         | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | الدلالة |
|---------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------|
| التواصل                   | بين المجموعات  | 1188.688       | 2            | 594.344        | 16.714   | 0.000   |
|                           | داخل المجموعات | 1671.312       | 47           | 35.560         |          |         |
|                           | المجموع        | 2860.000       | 49           |                |          |         |
| العلاقات الاجتماعية       | بين المجموعات  | 725.315        | 2            | 362.657        | 23.598   | 0.000   |
|                           | داخل المجموعات | 722.305        | 47           | 15.368         |          |         |
|                           | المجموع        | 1447.620       | 49           |                |          |         |
| التوجيه الذاتي            | بين المجموعات  | 574.481        | 2            | 287.240        | 14.218   | 0.000   |
|                           | داخل المجموعات | 949.519        | 47           | 20.203         |          |         |
|                           | المجموع        | 1524.000       | 49           |                |          |         |

|       |        |           |    |           |                |                      |
|-------|--------|-----------|----|-----------|----------------|----------------------|
| 0.000 | 19.498 | 344.065   | 2  | 688.130   | بين المجموعات  | المسؤولية الاجتماعية |
|       |        | 17.647    | 47 | 829.390   | داخل المجموعات |                      |
|       |        |           | 49 | 1517.520  | المجموع        |                      |
| 0.000 | 12.990 | 168.579   | 2  | 337.159   | بين المجموعات  | تكوين الصداقات       |
|       |        | 12.978    | 47 | 609.961   | داخل المجموعات |                      |
|       |        |           | 49 | 947.120   | المجموع        |                      |
| 0.000 | 16.216 | 504.780   | 2  | 1009.561  | بين المجموعات  | المهارات الأكاديمية  |
|       |        | 31.128    | 47 | 1463.019  | داخل المجموعات |                      |
|       |        |           | 49 | 2472.580  | المجموع        |                      |
| 0.000 | 19.977 | 12951.766 | 2  | 25903.532 | بين المجموعات  | الدرجة الكلية        |
|       |        | 648.318   | 47 | 30470.948 | داخل المجموعات |                      |
|       |        |           | 49 | 56374.480 | المجموع        |                      |

يتبين من الجدول (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية)، وفي الدرجة الكلية لأبعاد المهارات الاجتماعية.

ولتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية)، استخدم الباحث اختبار "بونفيروني" (Bonferroni) وجاءت النتائج حسب ما يوضحها الجدول (16) أدناه:

جدول (16)

نتائج اختبار "بونفيروني" للفروق بين كل فئتين من فئات مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية

| أبعاد المهارات الاجتماعية | مجموعات الدراسة | من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات | من ثلاث سنوات حتى ست سنوات |
|---------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|
| التواصل                   | أقل من سنة      | 0.000                        | 0.000                      |
|                           | من 1-3 سنوات    |                              | 0.24                       |
|                           | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| العلاقات الاجتماعية       | أقل من سنة      | 0.005                        | 0.000                      |
|                           | من 1-3 سنوات    |                              | 0.22                       |
|                           | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| التوجيه الذاتي            | أقل من سنة      | 0.005                        | 0.000                      |
|                           | من 1-3 سنوات    |                              | 0.06                       |
|                           | من 3-6 سنوات    |                              |                            |
| المسؤولية                 | أقل من سنة      | 0.001                        | 0.000                      |

|       |       |              |                |
|-------|-------|--------------|----------------|
| 0.02  |       | من 1-3 سنوات | الاجتماعية     |
|       |       | من 3-6 سنوات |                |
| 0.000 | 0.000 | أقل من سنة   | تكوين الصداقات |
| 0.22  |       | من 1-3 سنوات |                |
|       |       | من 3-6 سنوات |                |
| 0.000 | 0.000 | أقل من سنة   | الأكاديمية     |
| 0.22  |       | من 1-3 سنوات |                |
|       |       | من 3-6 سنوات |                |
| 0.000 | 0.000 | أقل من سنة   | الدرجة الكلية  |
| 0.07  |       | من 1-3 سنوات |                |
|       |       | من 3-6 سنوات |                |

تشير النتائج في جدول (16) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) لصالح المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) وفي الدرجة الكلية لأبعاد المهارات الاجتماعية.

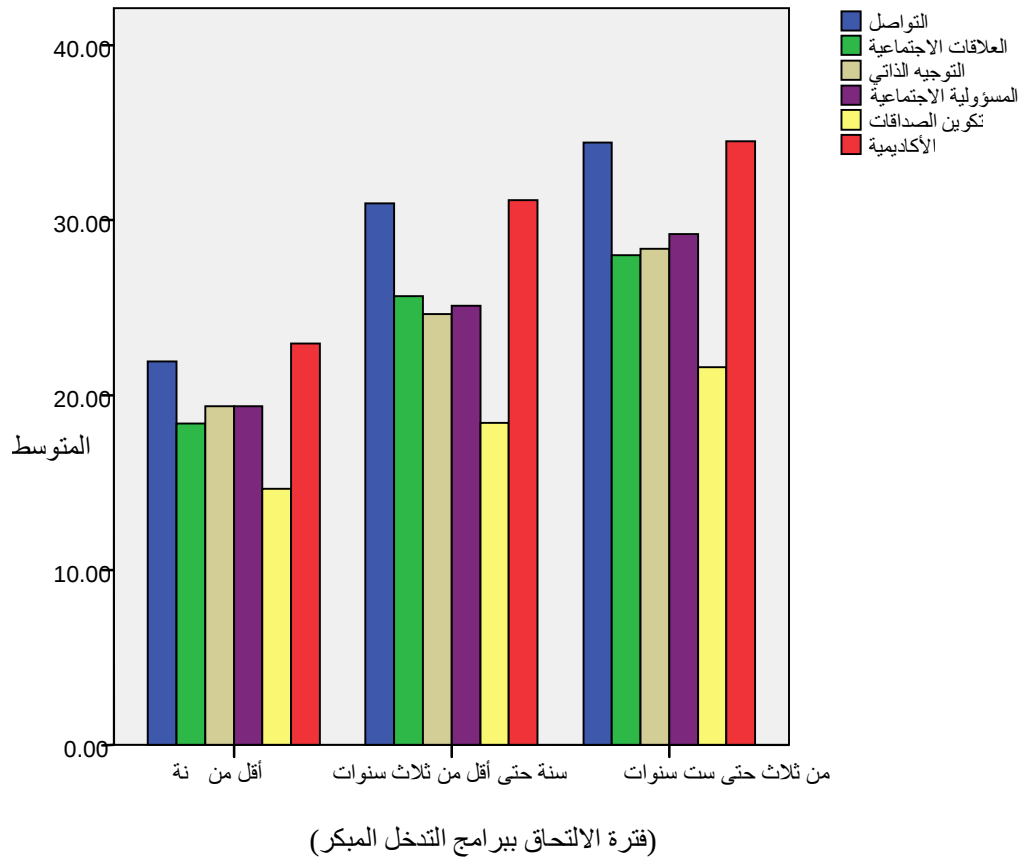
وعند مقارنة المجموعتين (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية وفي الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية وذلك لصالح المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات).

كذلك نجد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في بعد

(التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) وفي الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية، بينما نجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) لصالح المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في بعد (التوجيه الذاتي والمسئولية الاجتماعية).

نلاحظ أن أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) كانوا أفضل من مجموعة (أقل من سنة) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية، وهذا ما يشير إلى أن هناك أثر للفترة التي التحق بها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية لديهم.

ويمكن من خلال الشكل (4) أن تتضح الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية.



#### الشكل (4)

الفروق بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر  
(أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات  
حتى ست سنوات) في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية

يتبين من الشكل (4) أن متوسطات المجموعات تسير بشكل طردي في قيمة المتوسطات، فكلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر تزيد قيمة المتوسط في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية، الأمر الذي يعكس أثر فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر في تنمية تلك المهارات.

مناقشة نتائج السؤال الثاني:

أظهرت نتائج السؤال الثاني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة من متلازمة داون من سن (4-6) سنوات الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد

المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) وفي الدرجة الكلية لأبعاد المهارات الاجتماعية.

وعند مقارنة متوسطات المجموعات من خلال اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية، تبين أن هناك أثر للفترة التي التحق بها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية بأبعادها لدى هذه الفئة، فكلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر تزيد قيمة المتوسط في جميع المهارات الاجتماعية، الأمر الذي يعكس أثر فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر في تنمية تلك المهارات.

لذا أكدت نتائج الدراسة الحالية إلى أهمية برامج التدخل المبكر في تنمية وإثراء المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، حيث يذكر عبد المطلب القريطي (2001) بأن الطفل منذ الأسابيع الأولى للميلاد ليس مجرد مستقبل سلبي للمنبهات، ولكن يتمتع بالقابلية للاستثارة والاستجابة الكيفية لها، والتفاعل مع المعلومات المتاحة له، كذلك فإن السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل مهمة جداً للنمو العقلي والاجتماعي.

ومن هنا كانت أهمية تنمية المهارات الاجتماعية في الطفولة المبكرة، خاصة وأن العديد من الدراسات مثل دراسة ماندي (Mundy et al., 1988)، ودراسة لفلاند وكيلى (Leveland & Kelley 1991)، ودراسة دراسة داكن، هوداب، إيفانز (Dykens, Hodapp, Evans, 1994)، ودراسة ديمرس (Demmers 2000)، جميعها أكدت على أهمية مرحلة الطفولة المبكرة في تعلم المهارات الاجتماعية واكتسابها، كما أكدت على قدرة أطفال متلازمة داون في اكتساب تلك المهارات وتحسينها لديهم.

وقد جاءت هذه الدراسة مؤكدة لما توصلت إليه دراسة كل من ريد (Reid 1988)، ودراسة إريكسون (Erickson 1991)، ودراسة هامل (Hamil 1991)، التي أكدت على أهمية خدمات وبرامج التدخل المبكر في اكتساب وتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً وأطفال متلازمة داون.

ويعتقد الباحث بأن اكتساب أطفال متلازمة داون للمهارات الاجتماعية يرجع إلى توافر الصفات التي يتميز بها هؤلاء الأطفال عن غيرهم، فهذه الصفات والخصائص تساعدهم في نمو وإثراء المهارات الاجتماعية لديهم، فقد بين فتحي عبد الرحيم (1984) بأن طفل متلازمة داون عند سن الرابعة يتغير نموه في بعض المظاهر الشخصية والاجتماعية، ويصبح قادراً على مشاركة الأطفال الآخرين في اللعب، وأن الشخصية الفريدة والمميزة لطفل متلازمة داون تكون في مرحلة التكوين والبناء حيث تبدو عليه خصائص مقبولة تعد شائعة أيضاً لدى غيره من الأطفال المصابين بنفس الأعراض، ومثل هذه الخصائص تتضمن الميل للمرح والانشراح والاستمتاع بالأشياء وحب التقليد.

كما بينت نتائج الدراسة أهمية الفترة التي التحق بها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية بأبعادها لدى هذه الفئة، حيث توضح النتائج أن أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) تزداد لديهم المهارات الاجتماعية بينما تقل تدريجياً لدى الأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) ثم تقل عند الأطفال الذين التحقوا لتلك البرامج لفترة (أقل من سنة)، فكلما كانت فترة الالتحاق لخدمات وبرامج التدخل المبكر أكبر ساعد ذلك في تنمية وإثراء المهارات الاجتماعية والحد من التأثيرات السلبية على نموهم.

يشير كل من لاد وميز Ladd & Mize (1990) إلى تأثير خدمات وبرامج التدخل المبكر في اكتساب المهارات الاجتماعية والمعرفية، وتأثير ذلك على نمو التفاعلات والعلاقات الاجتماعية واكتساب القيم والمعايير السلوكية، من خلال عملية التدريب والتعلم حتى يصل الطفل المعاق ذهنياً وطفل متلازمة داون إلى المستوى المطلوب في الأداء، وهذا ما يدعم نتائج الدراسة الحالية.

ويرى الباحث أن السبب في ظهور المهارات الاجتماعية بشكل أفضل وتطورها لدى أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) أكثر من الأطفال الذين التحقوا لتلك البرامج

لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) وفترة (أقل من سنة)، يرجع إلى خدمات التدخل المبكر قبل الالتحاق بالروضة وإلى دمج أطفال متلازمة داون مع الأطفال العاديين في رياض الأطفال، وزيادة الاحتكاك بأقرانهم وإكسابهم للعديد من المهارات التي تثري حصيلتهم الاجتماعية وتشجع المعلمات في الروضة بتكوين وبناء العلاقات بين أطفال متلازمة داون والأطفال العاديين، كذلك اهتمام المعلمات بإقامة الأنشطة والبرامج المشتركة بين أطفال متلازمة داون والأطفال العاديين وبحضور أولياء أمورهم والتي بدورها تثري وتدعم المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون.

كذلك نجد أن للطابور الصباحي وفسحة الغداء والأنشطة الجماعية المختلفة تأثير على أطفال متلازمة داون المدموجين في رياض الأطفال، فهذا يجعل الطفل يستفيد من النماذج والمواقف المتعددة مع أقرانه العاديين حيث يستطيع وفق قدرته أن يتعلم منها، فهو في هذه المواقف يسمع ويرى الإيماءات والتعبيرات والأصوات التي تكون على قدر عالي من الوضوح من أقرانه العاديين، والأطفال العاديين عندما يشاهدون الخطأ من طفل متلازمة داون فإنهم يقومون بتوجيهه إلى الصواب وعندما يخطئ أحد عليه يجد الاعتذار، كما يتعلم من الطفل العادي كيفية المحافظة على ممتلكاته، والمحادثات والحوارات معهم، ومشاركة الطفل من فئة متلازمة داون فيها يعزز هذه السلوكيات الإيجابية داخل المواقف المختلفة، وأيضاً هذا ينعكس عليه ويجعله يدخل مع أقرانه العاديين.

تؤكد كل من كلسو وبرائيس (Kelso & Price (1993 إلى أهمية سنوات ما قبل المدرسة لأطفال متلازمة داون حيث يتعلمون أكثر عند مشاركتهم ولعبهم مع جماعة من الأقران العاديين (وليد العبري، 2003، ص101).

وعلى ذلك فإن أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر من فترة (ثلاث سنوات حتى ست سنوات) نجد لديهم فرص حدوث نمو في المهارات الاجتماعية أكثر من الأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر من فترة (أقل من سنة) و (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، وذلك بسبب نوعية الخدمات

المقدمة لهم والممتدة على مدى 3 - 6 سنوات، وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة الحالية.

وفيما يتعلق بالفروق الدالة بين مجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) والتي كانت لصالح المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، وبالنسبة لبعد مهارات التواصل والذي يشمل استخدام طفل متلازمة داون للاسم الأول أو الكنية لأصدقائه واستطاعته التمييز بين طبقات الصوت المختلفة وذكر عنوان منزله ورقم الهاتف وأسماء أخوته وفهم الإشارات الصادرة من المعلمة ومعرفة بعض المواقع داخل الروضة فربما يعود السبب في تلك النتيجة إلى مراعاة الإصغاء من قبل المعلمات في برامج الدمج عندما يتحدث طفل متلازمة داون، كذلك استقبال الأسئلة من هؤلاء الأطفال بسعة صدر والإجابة عليها، والتفاعل المستمر بين أطفال متلازمة داون والأطفال العاديين ومساعدة بعضهم البعض وإبداء المودة والابتسامة بينهم، فهذا يساعدهم على تنمية الفهم والاهتمام والحساسية وتقبل الفروق الفردية وتمييز الإيماءات والتعبيرات، كما يعتقد الباحث أن لطبيعة أطفال متلازمة داون دور في تنمية مهارات التواصل لديهم مثل مصافحة الأقران والتقرب إليهم والمودة والمرح، كذلك دور الخدمات التي تقدمها مراكز التدخل المبكر قبل التحاقه برياض الأطفال والتي ساعدت على نمو هذه المهارات.

تذكر ديان برادلي وآخرون (2000) بأن دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين يقدم عدداً من النماذج الاجتماعية التي تساعد على حدوث نمو اجتماعي أكثر موائمة يستطيع الأطفال المعاقين ذهنياً والأطفال العاديين تعلم التفاعل والتواصل، كذلك مساعدة بعضهم البعض وتنمية مفهوم الفهم والاحترام والحساسية وتقبل الفروق الفردية بينهم.

وقد جاءت هذه النتائج متوافقة مع نتائج الدراسة التي قام بها مادي وآخرون (Mundy et al., 1988) ذلك حيث أثبتت أن أطفال متلازمة داون لديهم القدرة على اكتساب مهارات التواصل.

من جهة أخرى فقد تعارضت نتيجة هذه الدراسة مع ما أظهرته دراسة كل من داكن وآخرون (Dykens et al., 1994) حيث أثبتت نتائج تلك الدراسة أن أطفال متلازمة داون لديهم ضعفاً في مهارات التواصل فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية.

أما بالنسبة لبعد مهارات العلاقات الاجتماعية والذي يحتوي على ترحيب الطفل بمشاركة زملائه باللعب والتميز بين ممتلكاته وممتلكاتهم وطلب الإذن لاستخدام ممتلكاتهم والتعريف بنفسه للآخرين وطلب المساعدة من المعلمة كذلك عرض خدماته عليها والصعود إلى الحافلة معتمداً على نفسه، فإن الباحث يرى أن اختلاط أطفال متلازمة داون بالأطفال العاديين في الروضة له أثره الإيجابي في تحسن مفهوم الذات لدى أطفال متلازمة داون، ويؤثر هذا بدوره على العلاقات الاجتماعية التي يكونها طفل متلازمة داون، كذلك عندما يتلقى هذا الطفل العون والمساعدة من أقرانه العاديين وعند مشاركتهم الأنشطة الجماعية واللعب أو مساعدته على تناول وجبته الغذائية هذا بالإضافة إلى ما كان يقدم له في مراكز التدخل المبكر من برامج وخدمات كل ذلك ساعد على تنمية مهارات العلاقات الاجتماعية لدى طفل متلازمة داون.

وهذه تتفق مع دراسة كل من لاجريكا وسانتاجروسي (Lagreca 1998) & Santagrossi أن تدريب الأطفال المعاقين ذهنياً على تحسين المهارات الاجتماعية يمكن عن طريق استخدام أسلوب اللعب، حتى يصبح سلوكاً اجتماعياً يساعد الطفل في علاقاته الشخصية والاجتماعية مع الأقران.

وقد أكدت دراسة ألن وآخرون (Allen et al., 1964) التي أجريت على طفلة في الرابعة من عمرها والتي كانت نادراً ما تتفاعل مع الأطفال الآخرين في الحضانة وذلك بتفعيل الانتباه والثناء إليها عند تفاعلها مع المعلمات لتحسين مفهوم الذات لديها حيث أصبحت الطفلة تقضي 60% من وقتها في التفاعل مع

الأطفال و2% في التفاعل مع المعلمات وهذا ما يبين تأثير مفهوم الذات على العلاقات الاجتماعية (في: سهيله العميري، 2001، ص95).

أما فيما يتعلق ببعد مهارات التوجيه الذاتي فيعتقد أن هذا الجزء ينطوي في جزء كبير منها على التعامل مع الأكبر سناً فهو يشمل تقبل أوامر المسؤولين والابتعاد عن الشجار والغضب والمبادرة بمحادثة العاملين في الروضة والإصغاء إلى من يخاطب زملائه وتقبل النقد بدون تذمر والالتزام بقوانين الفصل والروضة، فالأطفال الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (ثلاث سنوات حتى ست سنوات) كانت لهم فرصة أفضل بالاحتكاك مع من هم أكبر منهم سناً سواء في مراكز التدخل المبكر أو في رياض الأطفال مع المعلمات والهيئة الإدارية والتعليمية، فعند قيام المعلمة بتعزيز الطفل ومدحه في حال مساهمته لأنظمة الروضة وعقابه في حال مخالفته لهذه الأنظمة، كذلك عند تدريب وتعليم الطفل كيفية التحكم في انفعالاته والتزامه بقوانين الفصل في الروضة، أيضاً ممارسته لبعض المواقف منها أداء المهام البسيطة التي توكل إليه سواء داخل الفصل أو في الروضة فهذا بدوره ينمي مهارات التوجيه الذاتي لديه.

وبالنسبة لبعد مهارات المسؤولية الاجتماعية حيث التزام طفل متلازمة داون بالدور والمشاركة بالأنشطة المقدمة على مستوى الروضة والاعتذار عن الأخطاء غير المقصودة والاعتماد على نفسه بأخذ وجبته ومشاركة الأقران بالحديث فإن السبب في وجود فروق لصالح المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) من الممكن أن يرجع إلى ما تقوم به المعلمات في الروضة من جهود بتعليم طفل متلازمة داون من مهارات منها مهارة الاعتذار من زملائه في حالة ارتكابه أي خطأ سواء متعمد أو غير متعمد، كذلك ما تقوم به المعلمات من أنشطة تنمي لدى الطفل مهارة الاحترام، وتدريبه على القيام ببعض الأعمال بنفسه مثل أخذ وجبته بنفسه من المطعم، أيضاً دمج الطفل مع أقرانه العاديين خصوصاً في فترة الفسحة ومشاركتهم الحديث وتعلمه واكتسابه المهارات المتعددة من خلال تقليده لهم، كما أن للخدمات التي كان يتلقاها طفل متلازمة داون في مركز التدخل المبكر دور كبير في نمو مهارات المسؤولية الاجتماعية.

وكما أشار هشام عبد الله (1998) أن الأطفال في حاجة إلى نموذج من أقرانهم ليقتدوا به ويتعلموا منه، والطفل المعاق ذهنياً هو أحوج ما يكون لهذا النموذج والقذوة لعله يجد هذا النموذج في الطفل العادي فيقوم بتقليد سلوكه ويتعلم منه المهارات المختلفة، حيث يمكن للأطفال المعاقين ذهنياً أن يلاحظوا كيف يقوم زملائهم العاديين بأداء المهام الموكلة إليهم وطريقتهم في حل المشكلات.

وهذه تتفق مع ما أكدته دراسة هوجس وكازاري Hughes & Kasari (2000) بأن أطفال متلازمة داون لديهم سلوكيات تدل على الاعتماد بالنفس، وهذا ما أقره القائمين على رعاية هؤلاء الأطفال.

كذلك جاءت هذه النتائج متوافقة مع نتائج دراسة ديمرس ( Demmers 2000) على أهمية التدريب في تكوين بعض سمات الشخصية لدى أطفال متلازمة داون كالاتحاد على النفس.

أما بالنسبة لبعث مهارات تكوين الصداقات ويشتمل على مصافحة الآخرين والابتسامة عند مقابلة الأصدقاء ومصافحة الزملاء الجدد ومساعدتهم ومشاركتهم بالألعاب الجماعية والدفاع عنهم في حال وقوعهم في مشكله فإن الباحث يرى أن بقاء أطفال متلازمة داون في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) في رياض الأطفال لفترة أطول من المجموعتين (أقل من سنة) و (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) ساعد على اندماج هؤلاء الأطفال مع الأطفال العاديين وبالتالي تزداد فرص تكوين الصداقات مع الأقران العاديين بالإضافة إلى تشجيع المعلمات في الروضة بتكوين صداقات بين الأطفال العاديين وأطفال متلازمة داون أثناء الفسحة وأثناء الأنشطة الجماعية المشتركة وشعور طفل متلازمة داون أنه مرغوب فيه بين أقرانه العاديين وذلك بسبب التوعية التي تقدمها المعلمات للأطفال العاديين حتى يتفاعلوا مع أقرانهم من متلازمة داون وحتى لا يشعروا بالنزب والاضطهاد وبالتالي تزداد الصداقات بينهم.

كما أوضحت زينب شقير (2002) أن الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يلتحقون بمراكز خاصة بهم والتي تحرمهم من فرص التفاعل مع الأطفال العاديين وعدم

تكوين علاقات وصداقات معهم وبالتالي تقل لديهم فرص اكتساب المهارات الاجتماعية.

وفيما يتعلق ببعد المهارات الأكاديمية والذي يحتوي على محاولة طفل متلازمة داون الإجابة على أسئلة المعلمة وإظهار ما يدل لفهمه للسؤال الموجه له والتطوع للإجابة على أسئلتها ومتابعة الأعمال المعروضة بالفيديو والتلفزيون بهدوء وأداء ما يقدم له من واجبات بالوقت المحدد وقراءة كلمة بسيطة تعرض عليه وقراءة بعض الحروف والأعداد فإنه يُعتقد أن السبب في وجود فروق لصالح المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) يرجع للمهارات التدريسية التي تقدم لأطفال متلازمة داون وتنوع المواد والوسائل التعليمية الجذابة والشيقة داخل الفصل في الروضة، وخبرة المعلمات في التعامل مع هذه الوسائل وإثرائها، كذلك خبرتهم في تدريس أطفال متلازمة داون، وإلى المنهج المستخدم ووجود أكثر من معلمة (ثلاث معلمات) في كل فصل كل هذا ساعدهم على ابتكار عدة وسائل تعليمية تفيد في إثراء المهارات الأكاديمية لدى هؤلاء الأطفال.

وهذا ما أظهرته دراسة ديمرس (2000) Demmers, والتي أكدت أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية ودورها في تحسين المهارات الأكاديمية لدى أطفال متلازمة داون.

كما بين كارترتيت (1989) Cartwright et al., بأن الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة قادرون على الاعتماد على الذات وتعلم المهارات الأكاديمية الأساسية.

### النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشتها:

- ما مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين درجات أبعاد السلوك العدواني ودرجات أبعاد المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث قام الباحث باستخراج معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لمجموعات الدراسة كل على حده (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات). والجدول (17) يبين تلك النتائج.

جدول (17)

يبين قيم معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد المهارات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني لمجموعات الدراسة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)

| الأبعاد                                    | أقل من سنة<br>ن=14 | من سنة حتى أقل من 3<br>ن=22 | من 3 حتى 6 سنوات<br>ن=14 |
|--------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------|
| (بعد التواصل):                             |                    |                             |                          |
| التواصل والعدوان الصريح                    | 0.01               | 0.47-*                      | 0.02-                    |
| التواصل والعدوان العام                     | 0.05               | 0.50-*                      | 0.22                     |
| التواصل والفوضوية                          | 0.03-              | 0.49-*                      | 0.25-                    |
| التواصل وضبط النفس                         | 0.03-              | 0.36-                       | 0.15-                    |
| التواصل والدرجة الكلية للعدوان             | 0.01               | 0.48-*                      | 0.00-                    |
| (بعد العلاقات الاجتماعية):                 |                    |                             |                          |
| العلاقات الاجتماعية والعدوان الصريح        | 0.14-              | 0.44-*                      | 0.01-                    |
| العلاقات الاجتماعية والعدوان العام         | 0.20-              | 0.47-*                      | 0.01-                    |
| العلاقات الاجتماعية والفوضوية              | 0.11-              | 0.45-*                      | 0.20-                    |
| العلاقات الاجتماعية وضبط النفس             | 0.39-              | 0.41-                       | 0.18-                    |
| العلاقات الاجتماعية والدرجة الكلية للعدوان | 0.18-              | 0.45-*                      | 0.08-                    |

|        |        |       |                                                                  |
|--------|--------|-------|------------------------------------------------------------------|
|        |        |       | (بعد التوجيه الذاتي):                                            |
| 0.33-  | 0.48-* | 0.14  | التوجيه الذاتي والعدوان الصريح                                   |
| 0.40-  | 0.51-* | 0.12  | التوجيه الذاتي والعدوان العام                                    |
| 0.54-  | 0.46-* | 0.20  | التوجيه الذاتي والفوضوية                                         |
| 0.54-  | 0.41-  | 0.05  | التوجيه الذاتي وضبط النفس                                        |
| 0.53-  | 0.49-* | 0.14  | التوجيه الذاتي والدرجة الكلية للعدوان                            |
|        |        |       | (بعد المسؤولية الاجتماعية):                                      |
| 0.20-  | 0.48-* | 0.12- | المسؤولية الاجتماعية والعدوان الصريح                             |
| 0.01   | 0.51-* | 0.09- | المسؤولية الاجتماعية والعدوان العام                              |
| 0.23-  | 0.49-* | 0.04- | المسؤولية الاجتماعية والفوضوية                                   |
| 0.16-  | 0.38-  | 0.14- | المسؤولية الاجتماعية وضبط النفس                                  |
| 0.15-  | 0.49-* | 0.10- | المسؤولية الاجتماعية والدرجة الكلية للعدوان                      |
|        |        |       | (بعد تكوين الصداقات):                                            |
| 0.33-  | 0.53-* | 0.02  | تكوين الصداقات والعدوان الصريح                                   |
| 0.36-  | 0.52-* | 0.09  | تكوين الصداقات والعدوان العام                                    |
| 0.59-* | 0.54-* | 0.04  | تكوين الصداقات والفوضوية                                         |
| 0.55-* | 0.41-  | 0.12  | تكوين الصداقات وضبط النفس                                        |
| 0.52-  | 0.53-* | 0.06  | تكوين الصداقات والدرجة الكلية للعدوان                            |
|        |        |       | (بعد المهارات الأكاديمية):                                       |
| 0.39-  | 0.42-  | 0.20- | المهارات الأكاديمية والعدوان الصريح                              |
| 0.37-  | 0.42-* | 0.26- | المهارات الأكاديمية والعدوان العام                               |
| 0.64-* | 0.41-  | 0.18- | المهارات الأكاديمية والفوضوية                                    |
| 0.51-  | 0.33-  | 0.32- | المهارات الأكاديمية وضبط النفس                                   |
| 0.56-* | 0.42-* | 0.23- | المهارات الأكاديمية والدرجة الكلية للعدوان                       |
| 0.39-  | 0.49-* | 0.07- | الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للسلوك العدواني |

\* دال عند مستوى 0.05

بعد التواصل وأبعاد السلوك العدوانى:

يتبين من الجدول (17) أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد التواصل ودرجات أبعاد السلوك العدوانى (السلوك العدوانى الصريح والسلوك العدوانى العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) لدى أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً، تراوحت ما بين -0.03 و 0.05 وإيجابية بين أبعاد (التواصل والعدوان الصريح) و (التواصل والعدوان العام)، وسلبية بين بعدي (التواصل والفوضوية) و (التواصل وضبط النفس)، وبالنسبة للتواصل والدرجة الكلية للسلوك العدوانى في المجموعة (أقل من سنة) فإنها غير دالة إحصائياً وإيجابية 0.01، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة الارتباطية بين بعد التواصل وأبعاد السلوك العدوانى دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية تراوحت ما بين -0.36 و -0.50، ما عدا العلاقة بين بعد (التواصل وضبط النفس) لم تكن دالة إحصائياً، أما بالنسبة للدرجة الكلية لهذه المجموعة فإنها دالة وسلبية -0.048.

وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، نجد أن العلاقة بين بعد التواصل وجميع أبعاد السلوك العدوانى غير دالة إحصائياً حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.22 و -0.25، كذلك غير دالة بالدرجة الكلية -0.00.

بعد العلاقات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدوانى:

كما نلاحظ من الجدول (17) أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد العلاقات الاجتماعية ودرجات أبعاد السلوك العدوانى في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وسلبية تراوحت ما بين -0.11 و -0.39، كذلك غير دالة بالدرجة الكلية -0.18، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة بين بعد العلاقات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدوانى دالة إحصائياً عند مستوى دلالة

0.05 وسلبية تراوحت ما بين - 0.41 , - 0.47 ما عدا العلاقة بين بعد (العلاقات الاجتماعية وضبط النفس) لم تكن دالة إحصائياً، كما أنها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية في الدرجة الكلية بين العلاقات الاجتماعية والسلوك العدواني لهذه المجموعة - 0.45.

وبمقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، نجد أن العلاقة غير دالة إحصائياً بين بعد العلاقات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني وسلبية حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين - 0.01 و - 0.18، وإيجابية في بعد (العلاقات الاجتماعية والسلوك العدواني العام)، كذلك غير دالة إحصائياً وسلبية في الدرجة الكلية لهذه المجموعة - 0.08.

بعد التوجيه الذاتي وأبعاد السلوك العدواني:

ويتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد التوجيه الذاتي ودرجات أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وإيجابية، تراوحت ما بين 0.05 و 0.20، كذلك غير دالة في الدرجة الكلية - 0.14، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) نجد أن العلاقة بين بعد التوجيه الذاتي وجميع أبعاد السلوك العدواني دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 وسلبية تراوحت ما بين - 0.41 و - 0.51، ما عدا العلاقة بين (التوجيه الذاتي وضبط النفس) لم تكن دالة إحصائياً، وبالنسبة للدرجة الكلية لهذه المجموعة فإنها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية - 0.49.

ونلاحظ عند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) نجد أن العلاقة بين بعد التوجيه الذاتي وجميع أبعاد السلوك العدواني غير دالة إحصائياً حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين - 0.33 و - 0.54، كذلك غير دالة وسلبية في الدرجة الكلية - 0.52.

بعد المسؤولية الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني:

كذلك نجد من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد المسؤولية الاجتماعية ودرجات أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وسلبية، تراوحت ما بين -0.04 و -0.14، كذلك غير دالة بالدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.10، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة بين بعد المسؤولية الاجتماعية وجميع أبعاد السلوك العدواني دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية تراوحت ما بين -0.38 و -0.51، وأيضاً دالة إحصائياً وسلبية بالدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.49.

ويتضح عند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، أن العلاقة بين بعد المسؤولية الاجتماعية وجميع أبعاد السلوك العدواني غير دالة إحصائياً وسلبية حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين -0.01 و -0.23 وإيجابية في بعد (المسؤولية الاجتماعية والعدوان العام)، كذلك غير دالة وسلبية في الدرجة الكلية -0.33.

بعد تكوين الصداقات وأبعاد السلوك العدواني:

من الجدول (17) نلاحظ أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد تكوين الصداقات ودرجات أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وإيجابية، تراوحت ما بين 0.02 و 0.12، كذلك في الدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.06، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة بين بعد تكوين الصداقات وجميع أبعاد السلوك العدواني دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية تراوحت ما بين -0.41 و -0.54، ما عدا العلاقة بين (تكوين

الصدقات وضبط النفس) لم تكن دالة إحصائياً، بينما نجد العلاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية في الدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.53. كما نلاحظ عند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، أن العلاقة بين بعد (تكوين الصدقات والسلوك الفوضوي) و (تكوين الصدقات وضبط النفس) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين -0.36 إلى -0.59، وغير دالة بين بعدي (تكوين الصدقات والعدوان الصريح) و (تكوين الصدقات والعدوان العام) كذلك غير دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.52.

بعد المهارات الأكاديمية وأبعاد السلوك العدواني:

ويتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات بعد المهارات الأكاديمية ودرجات أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وسلبية، تراوحت ما بين -0.18 و -0.32 كذلك بالدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.23، وبمقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة بين بعد المهارات الأكاديمية وجميع أبعاد السلوك العدواني غير دالة إحصائياً وسلبية تراوحت ما بين -0.33 و -0.42، ما عدا العلاقة بين (المهارات الأكاديمية والعدوان العام) كانت ذات دلالة عند مستوى دلالة 0.05، كما توجد علاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية في الدرجة الكلية لهذه المجموعة -0.49.

كما نجد عند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) أن العلاقة بين بعد المهارات الأكاديمية وجميع أبعاد السلوك العدواني غير دالة إحصائياً وسلبية حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين -0.37 و -0.64، ما عدا العلاقة بين (المهارات الأكاديمية والسلوك

الفوضوي) دالة عند مستوى دلالة 0.05، كذلك دالة إحصائياً وسلبية في الدرجة الكلية لهذه المجموعة - 0.56.

الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية والسلوك العدواني:  
كما يتبين من الجدول (17) أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للسلوك العدواني لدى الأطفال في المجموعة (أقل من سنة) غير دالة إحصائياً وسلبية - 0.07، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، نجد أن العلاقة بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للسلوك العدواني دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وسلبية - 0.49، وعند مقارنة هذه العلاقات لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، نجد أن العلاقة بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للسلوك العدواني كانت سلبية وغير دالة إحصائياً - 0.39.

مناقشة نتائج السؤال الثالث:

أظهرت نتائج السؤال الثالث أن قوة واتجاه العلاقة بين درجات أبعاد السلوك العدواني ودرجات أبعاد المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في المجموعات الثلاث (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، تصبح قوية وسلبية كلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر، وهذه العلاقات لصالح المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) والمجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).  
وبسبب قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية، فإن السلوك العدواني يؤثر على قيام العلاقات الاجتماعية ويؤثر على اكتساب

المهارات الاجتماعية وتنميتها لدى أطفال متلازمة داون الذين يعانون من هذا السلوك.

وقد جاءت هذه النتائج مؤكدة لما أشار إليه ماتسون وولينديك Matson & Ollendick (في: هشام عبد الله، 1998، ص115) أن المهارة الاجتماعية ترتبط مباشرة بعدد وأنواع الأنماط السلوكية التي يؤديها أو ينجزها الآخرون نحو طفل متلازمة داون والذي يظهر سلوكاً اجتماعياً مقبولاً لديهم وبالمقابل فعدم القبول الاجتماعي والذي يكون بمثابة المحفز لإظهار السلوك المرغوب من خلال التفاعل الايجابي قد يجعل طفل متلازمة داون يظهر أنماطاً سلوكية شاذة والتي قد تكون تعبير لا إرادي يظهره هذا الطفل تجاه هذا التفاعل السلبي.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من كونجر وكين Conger & Keane (1981)، ودراسة أموال عبد الكريم (1994)، ودراسة سهى أمين (1998)، ودراسة ديمرس Demmers (2000) التي أكدت أن التدريب على المهارات الاجتماعية يساعد في خفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال.

وهذا ما أوضحته أميرة بخش (1991) التي أكدت أن المهارات الاجتماعية لها القدرة في خفض السلوك العدواني الصريح، والسلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي، والسلوك العدواني الفوضوي، وعدم القدرة على ضبط النفس لدى الأطفال المعاقين ذهنياً ومنهم أطفال متلازمة داون الذين لديهم عجز في المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع الآخرين.

ويرى الباحث أن هذه العلاقة القوية والسلبية والتي تتضح من زيادة تلك المهارات المذكورة يؤثر في خفض مشكلات السلوك العدواني، والعكس صحيح فإن افتقاد تلك المهارات يقوم على زيادة هذه المشكلات، فالقدرة على المشاركة في الأنشطة المختلفة وإقامة علاقات مع من حوله، وأيضاً قدرته على توجيه نفسه وتحمل المسؤولية، يؤثر هذا في خفض حدة السلوك العدواني.

ويعتقد أن مفاد هذه النتيجة هو محصلة طبيعية، فطفل متلازمة داون الذي يستمر في إيذاء الآخرين أو التلفظ بألفاظ نابية لا يستطيع أن يبني علاقات مع

الأطفال الآخرين وخصوصاً مع الأطفال العاديين، كما أن الطفل الذي لا يتحكم في انفعالاته يقابله مع من يحيطونه بالنفور ويبنى عن هذا الطفل مفهوماً خاطئاً قد يستمر فترة طويلة والذي بدوره قد ينعكس على سلوك طفل متلازمة داون في المواقف الأخرى، كذلك فالطفل الذي لا يحترم الأنظمة يؤدي هذا بدوره إلى نفس النتيجة عند هذا الطفل من فئة متلازمة داون وقد يتعرض لمواقف أكثر إحباطية في تفاعله مع الآخرين بشكل عام ومن هم أكبر منه سناً ومع الأقران.

نلاحظ مما سبق أن أطفال متلازمة داون الذين تظهر لديهم مشكلات السلوك العدواني بحاجة إلى التدريب لتنمية وتطوير وإثراء المهارات الاجتماعية لديهم. من هذا المنطلق يأتي دور برامج وخدمات التدخل المبكر كذلك برامج الدمج التربوي والتي تعطي فرصة كبيرة للوقاية من تطور مشكلات السلوك العدواني والتقليل منها، وبالتالي تساعد في إثراء وتنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، وهذا بدوره يسهل انسجام هؤلاء الأطفال مع أقرانهم في المجتمع.

لقد أثبتت نتائج الدراسة الحالية أهمية فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر ومدة دمج أطفال متلازمة داون مع الأطفال العاديين للتقليل من مشكلات السلوك العدواني واكتساب وتنمية وتطوير المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، حيث بينت النتائج أن العلاقة بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية تكون قوية وسلبية كلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر كذلك مدة اندماج هؤلاء الأطفال مع الأطفال العاديين وهذه العلاقات لصالح المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) والمجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، بينما لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية عند المجموعة (أقل من سنة).

فالالتحاق لخدمات وبرامج التدخل المبكر واندماج أطفال متلازمة داون مع الأطفال العاديين لفترة أطول ذلك يساعد بالتخفيف من مشكلات السلوك العدواني وبالتالي يزداد احتمال اكتساب وتزويد هؤلاء الأطفال للمهارات الاجتماعية وتنميتها وتطويرها وإثرائها، ومساعدتهم على التفاعل بنجاح في المواقف

الاجتماعية المختلفة، والعكس صحيح فالتدخل المبكر وبرامج الدمج سيؤثران ويساهمان في تنمية المهارات الاجتماعية لطفل متلازمة داون وبالتالي التقليل من آثار السلوك العدواني وذلك ما أثبتته نتائج الدراسة في قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية.

ويفسر الباحث وجود علاقة ارتباطية دالة وسلبية بين مهارات التواصل وأبعاد السلوك العدواني في المجموعة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) يرجع لوجود طفل متلازمة داون بين أقرانه العاديين في رياض الأطفال، فهذا ينمي لديه مهارات التواصل مثل التقرب لأقرانه ومصافحتهم والاهتمام بهم والشعور بالحب والألفة والتقبل، كذلك التفاعل معهم وإبداء المودة والابتسامة بينهم، كل ذلك يقلل من ظهور السلوك العدواني لدى هؤلاء الأطفال من فئة متلازمة داون، كذلك فإن ما سبق ينطبق على المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) ولكن بسبب عدم تكافؤ عدد العينة أيضاً عدم تساوي درجات السلوك العدواني مع المهارات الاجتماعية لدى هذه المجموعة بشكل واضح أكثر من المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) لذلك أظهرت النتائج أن العلاقة الارتباطية غير دالة لدى هذه المجموعة وبالتالي يقل الارتباط بين السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية.

والعكس فإن الباحث يرجع عدم وجود دلالة بين مهارات التواصل وأبعاد السلوك العدواني في المجموعة (أقل من سنة) إلى طبيعة الوضع الذي يعيشه طفل متلازمة داون في مركز التدخل المبكر، حيث يعيش في مجتمع متجانس من المعلمات وأيضاً الأقران، والذي يقلل من المواقف الجديدة التي تساعد على عملية التواصل، كذلك فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر أو دخولهم لرياض الأطفال تكون قصيرة مما يعرقل عملية التواصل وبالتالي يظهر لديهم مشكلات السلوك العدواني.

وقد أكد ذلك كل من جولدستين وويكستروم Goldstein & Wickstrom (1986) أنه يمكن استخدام الأقران العاديين مع الأطفال المعاقين ذهنياً في مرحلة ما قبل المدرسة كعوامل مساعدة في عمليات التدخل المبكر، فتقبل الأقران

والتفاعل المثمر معهم يمكن أن يرجع إلى زيادة معدلات التواصل، ومن ثم إظهار تحسناً ملحوظاً في التفاعلات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية، وتوظيفها كخبرات لتنمية السلوك الاجتماعي.

وهذه تتفق مع ما توصلت إليه دراسة ماندي وآخرون Mundy et al., (1988) التي أثبتت أن أطفال متلازمة داون لديهم القدرة على اكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل، كذلك دراسة ليفيلاند وكيلي Leveland & Kelley (1991) التي أكدت قدرة أطفال متلازمة داون في اكتساب مهارات التواصل.

وربما يعود السبب في وجود علاقة ارتباطية دالة وسلبية بين مهارات العلاقات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) إلى ارتفاع مفهوم الذات لدى أطفال متلازمة داون ونجاحهم في بناء العلاقات الاجتماعية مع أقرانهم العاديين لاندماجهم معهم في رياض الأطفال، ومشاركتهم الأنشطة الجماعية المشتركة واللعب معهم في أوقات الفسحة ومشاركتهم الطابور الصباحي كذلك مشاركة الوالدين أطفالهم من فئة متلازمة داون بالأنشطة المختلفة المقدمة من الروضة، فهذا أدى إلى تعزيز مفهوم الذات لديهم بشكل مرتفع وبالتالي يقل لديهم السلوك العدواني بأبعاده وهذا نجده لدى الأطفال في المجموعة (من ثلاث حتى ست سنوات).

أما بالنسبة للمجموعة (أقل من سنة) فيرجع الباحث سبب عدم وجود دلالة بين مهارات العلاقات الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون إلى التحاقهم ببرامج التدخل المبكر ودمجهم بالروضة لفترة قصيرة ومرورهم بخبرات فشل عديدة ومتكررة وبالتالي يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية مع الأقران العاديين فيلجئون للسلوك العدواني كردة فعل.

وهذا ما أظهرته دراسة اتزكوفيتز وسبانير Atzkovitz & Spanier (2001) أنه يمكن تحسين العلاقات الاجتماعية والتفاعلات بين الأطفال بعضهم ببعض من خلال تشجيعهم على أداء السلوك الاجتماعي المطلوب باستخدام

أسلوب اللعب مع الأقران مما يساعد على خفض حدة السلوك العدواني والاندفاعي لديهم (في: خوله يحيى وماجده عبيد، 2005، ص329).

وقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة كل من كونجر وكين (Conger & Keane (1981) التي أكدت على أن التدريب على المهارات الاجتماعية بالنسبة للأطفال المنسحبين والعدوانيين والمنعزلين يؤدي دوراً هاماً في نمو العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران والمحيطين، وأن نقص التدريب على المهارات المطلوبة لتكوين علاقات وتفاعلات متميزة وفعالة بين الأطفال والمحيطين قد يؤدي إلى زيادة أساليب وأنماط السلوك العدواني مع زيادة أساليب الانطوائية والعزلة لديهم.

وبالنسبة لمهارات التوجيه الذاتي وأبعاد السلوك العدواني فقد ظهرت العلاقة الارتباطية بينهم دالة وسلبية في المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) ويُعتقد أن السبب في ذلك يرجع إلى تعامل طفل متلازمة داون مع من هم أكبر منه سناً في رياض الأطفال حيث يقوم هؤلاء بتوجيه سلوك طفل متلازمة داون وتصحيحه وتعزيزه وعقابه في حال الخطأ، كذلك تدريبه على الالتزام بالقوانين وأداء بعض المهام وهذا بدوره يقلل من ظهور السلوك العدواني لديهم وذلك ينطبق على المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).

فالأطفال في المجموعتين السابقتين كانت لهم فرصة التعامل مع المعلمات والمدرسات والهيئة الإدارية سواء في مركز التدخل المبكر أو في رياض الأطفال أكبر من المجموعة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر لفترة (أقل من سنة)، فقد أظهرت النتائج أن العلاقة بين مهارات التوجيه الذاتي وأبعاد السلوك العدواني لدى هذه المجموعة غير دالة، حيث نلاحظ أن فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر قصيرة وبالتالي تقل لديهم فرص التعامل مع من يقوم بتدريبهم وتعليمهم وتوجيه سلوكهم ومن ثم يساعد ذلك على ظهور مشكلات السلوك العدواني.

وفيما يتعلق بمهارات المسؤولية الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني فإن الباحث يرى أن السبب في وجود علاقة ارتباطية دالة وسلبية بينهم في

المجموعة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) يرجع إلى مدة وجود الطفل في مركز التدخل المبكر وفي رياض الأطفال وما تقدمه المعلمات لأطفال متلازمة داون من أنشطة تدريب لهذا الطفل على أداء المهارات المتعلقة بالمسئولية الاجتماعية كاحترام وقيام الطفل ببعض الأعمال بنفسه، فعند قيام المعلمة بتكليف طفل متلازمة داون بأداء بعض المهام البسيطة التي يستطيع القيام بها كذلك في حال ارتكاب الطفل خطأ على زملائه فالمعلمة تقوم بتعليمه الاعتذار والتسامح، فهي هنا تنمي لدى هذا الطفل مهارات المسئولية الاجتماعية وبالتالي يساعد ذلك في التقليل من حدة السلوك العدواني، كذلك دمج أطفال متلازمة داون مع الأطفال العاديين ومشاركتهم في الحديث واللعب يساعدهم ذلك في تقليد سلوك الأقران العاديين ويجعلهم يظهرون سلوكيات أكثر ايجابية وبالتالي يدعم هذه المهارات ويقلل من السلوك العدواني، وهذا ينطبق كذلك على الأطفال في المجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).

أما بالنسبة للمجموعة (أقل من سنة) فإن النتائج أظهرت أن العلاقة غير دالة بين مهارات المسئولية الاجتماعية وأبعاد السلوك العدواني ويُعتقد أن السبب في ذلك هو قلة احتكاك أطفال متلازمة داون بالأطفال العاديين ومشاركتهم اللعب والحديث، وافتقارهم العديد من السلوكيات التي يمكن اكتسابها من خلال تفاعلهم مع الأقران العاديين، كذلك قلة المواقف والخبرات وقلة التدريب الذي يحصل عليه أطفال متلازمة داون بسبب التحاقهم ببرامج التدخل المبكر واندماجهم مع أقرانهم العاديين لفترة قصيرة كل ذلك أدى وساعد على ظهور السلوك العدواني لديهم.

كما يُرجع وجود علاقة ارتباطية دالة وسلبية بين مهارات تكوين الصداقات وأبعاد السلوك العدواني في المجموعتين (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) و (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) إلى تأثير الدمج في رياض الأطفال، فطفل متلازمة داون عندما يشاهد بعض النماذج الايجابية في مجموعة الدمج من أقرانه العاديين، يحاول أن يقلد ما يشاهده من سلوكيات من خلال التفاعل

الحاصل بينه وبين أقرانه الأطفال العاديين أو حتى أطفال متلازمة داون، كذلك البرامج التي كانت تقدم في مركز التدخل المبكر والتي تنمي مفهوم الصداقة وبالتالي تساعد بالتخفيف من السلوك العدواني لديهم، كذلك لفترة الالتحاق لخدمات وبرامج التدخل المبكر دور في تنمية مفهوم الصداقة لدى هؤلاء الأطفال.

ويتفق هذا مع ما أشار له رمضان القذافي (1996) أن أطفال متلازمة داون لا يختلفون عن غيرهم من الأطفال في الشعور بالحاجة إلى تقبل غيرهم واهتمامهم بهم وإشعارهم بالحب والألفة والصحة والصداقة، غير أنه في أحيان كثيرة يقابل المجتمع هؤلاء الأطفال بالرفض والازدراء والخجل من صحبتهم والبعد عن الارتباط بهم مع الرغبة في الخلاص منهم، أو الشفقة عليهم والثناء لحالهم وإبداء العطف والحماية الزائدة عليهم، وتتأثر شخصية هؤلاء الأطفال في الحالتين بنوعية المعاملة، فقد تتجه في الحالة الأولى إلى تنمية النزعة العدوانية لديهم وسيطرتها على سلوكهم أو إلى الشعور بالشك والخجل وفقدان الثقة بالنفس، كما قد تتصف شخصيتهم في الحالة الثانية بالشعور بالضعف وفقدان الثقة بالنفس والتهرب من تحمل المسؤولية مع شدة الميل إلى الاعتماد على غيرهم وفقدان الشعور بالاستقلال.

إن تكوين الصداقة عنصراً هاماً من عناصر النمو الاجتماعي والخلقي، فمنها يتعلم طفل متلازمة داون مبادئ الأخذ والعطاء، ويتعرف على حقوقه التي يجب أن يحصل عليها من أصدقائه وواجباته نحوهم، وبالتالي يساعده ذلك على اكتساب كثير من الخبرات الضرورية وخاصة التي تتعلق بتحمل المسؤولية، كما أن كثرة احتكاكه بأقرانه العاديين وابتعاده عن العزلة، واللعب مع أقرانه العاديين ومشاركتهم الحديث يقلل من الاحباطات التي يتعرضون لها وبالتالي تقل حدة السلوك العدواني بأبعاده.

وهذا ما أوضحته أمل الهجرسي (2002) حيث يتحقق إشباع حاجة الطفل من متلازمة داون إلى تكوين الصداقات بإتاحة فرصة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ومشاركتهم في اللعب والأنشطة المختلفة، ويحرص كل طفل في سلوكه

على إرضاء أقرانه بما يجلب له السرور، ويكسب حبهم وتقديرهم وترحيبهم به كعضو في جماعتهم. ومن هنا تظهر أهمية هؤلاء الأصدقاء في المساعدة في التخفيف من آثار السلوك العدواني، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية.

ويفسر الباحث وجود علاقة ارتباطية دالة وسلبية بين المهارات الأكاديمية وأبعاد السلوك العدواني في المجموعة التي التحقت ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) و (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات) إلى المنهج المستخدم وخبرة المعلمات بتدريس أطفال متلازمة داون في الروضة وإشغالهم بما يفيدهم بالكتابة أو الرسم أو التلوين في حال صدور سلوك عدواني منهم واستخدامهم الوسائل المتنوعة التي تشد هؤلاء الأطفال وتلهيهم عن أداء أي شكل من أشكال السلوك العدواني وإعطاء الواجبات المنزلية البسيطة لهم وإشراكهم بالأنشطة المختلفة في الروضة كذلك استخدامهم التعزيز في حال إنهاء واجباتهم سواء الصفية أو اللاصفية، ووجود أكثر من معلمة في الفصل (ثلاث معلمات) بالرغم أن العدد في كل فصل لا يتجاوز 6 أطفال فهذا يساعد على تعليم الأطفال المهارات الأكاديمية وبالتالي التخفيف من السلوك العدواني، والعكس فإنه يُرجع السبب في عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين المهارات الأكاديمية وأبعاد السلوك العدواني في المجموعة (أقل من سنة) إلى التحاق طفل متلازمة داون لفترة قصيرة برياض الأطفال وعدم اكتسابه للمهارات الأكاديمية السابقة الذكر والتي لها تأثيرها على السلوك العدواني.

ويتفق مع هذه النتيجة دراسة ديمرس Demmers (2000) التي أكدت أن التدريب على المهارات الاجتماعية يساعد في تعديل بعض الأساليب والأنماط السلوكية لدى أطفال متلازمة داون الذين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية، كذلك في تحسين الأداء الأكاديمي لديهم.

كما بينت فوزية العبد الغفور (1995) أن الألعاب التربوية الموجهة والقصص الهادفة وصور الشخصيات المحببة للأطفال يمكن أن تستخدم بشكل فعال في تعليمهم وفي التقليل من السلوكيات غير المرغوبة التي تظهر لديهم.

وفي هذا الصدد يذكر فيزير Visser (2000) أن تقديم المنهج بطريقة شيقة كذلك التنويع في الأنشطة التي تقدم للأطفال له دور كبير في انشغال الأطفال وانهماكهم في أنشطة الصف، وبذلك لا يكون لديهم وقت فائض ولا طاقة زائدة توجه نحو سلوكيات أخرى غير مقبولة كالسلوك العدواني، كما يؤكد أن الأطفال عندما يعطون مهاماً تثير فيهم روح التحدي وتتناسب مع ميولهم غالباً ما تجعلهم ينهمكون في تلك المهام لأنها تثير فيهم الإحساس بقيمة الذات.

## الفصل الخامس

### خاتمة الدراسة والتطبيقات التربوية

W ملخص الدراسة

W التطبيقات التربوية

W البحوث المقترحة

## الفصل الخامس

### خاتمة الدراسة والتطبيقات التربوية

يهدف هذا الفصل إلى تقديم ملخصاً للدراسة الحالية، وأبرز النتائج التي تم التوصل إليها بشكل يساعد على معرفة الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر، ومعرفة كيفية توظيف النتائج في تصميم برامج تربوية تعين الأخصائي النفسي والاجتماعي والآباء والمعلمين والقائمين على رعاية أطفال متلازمة داون لتقديم ما هو أفضل من خدمات وبرامج. كما يتضمن تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التي تهدف إلى تطوير العمل في مجال التربية الخاصة والنهوض برعاية أطفال متلازمة داون مما قد يسهم في حل مشاكلهم المستقبلية وتحسين أوضاعهم.

## ملخص الدراسة:

إن موضوعات التدخل المبكر وأطفال متلازمة داون في البيئة العربية لم يتم تناولها من قبل الباحثين والدارسين إلا في القليل "وذلك في حدود علم الباحث". لذا هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الفروق في كل من السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، كذلك التعرف على مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة بين السلوك العدواني وبين المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر.

وتمثلت أهمية الدراسة فيما يلي:

6. الحاجة إلى مثل هذه الدراسات التي تهدف إلى التعرف على فاعلية برامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض السلوك العدواني وذلك في البيئة العربية بصفة عامة والبيئة الخليجية بصفة خاصة.
7. التوصل لمعرفة طبيعة مشكلات السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر والاهتمام بها من أجل تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لهم.
8. نتائج الدراسة تفيد في تقييم الفوائد المرجوة من برامج التدخل المبكر في محاولة لتطويرها للوصول بها إلى أقصى درجة من الفائدة التي تعود على الطفل وأسرته.
9. توجيه أنظار الوالدين إلى فائدة إلحاق أطفالهم ببرامج التدخل المبكر.
10. توجيه أنظار المسؤولين إلى الاهتمام بخدمات التدخل المبكر.

وقد حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

- 4- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟
- 5- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟
- 6- ما مدى الاختلاف في قوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين درجات أبعاد السلوك العدواني ودرجات أبعاد المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات باختلاف فترة التحاقهم ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)؟

وتم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة الحالية، حيث بلغت عينة الدراسة (50) طفلاً وطفلة من متلازمة داون من سن (4-6) سنوات، المدمجين في رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم العالي بدولة الكويت بمحافظاتها الستة (حولي، الفروانية، الجهراء، الأحمدية، مبارك الكبير، العاصمة) والمسجلين في العام الدراسي 2006/2007م. وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات وفقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر:

- المجموعة الأولى: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (أقل من سنة)، وعددهم (14) طفلاً.

- المجموعة الثانية: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات)، وعددهم (22) طفلاً.
- المجموعة الثالثة: التحقوا ببرامج التدخل المبكر لفترة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، وعددهم (14) طفلاً.

كما استخدمت الدراسة الحالية الأدوات التالية:

1. مقياس تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من إعداد (سعيد دبب، 1999)، يتألف هذا المقياس بصورته النهائية من (60) عبارة.
2. مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من إعداد (عادل الأحمد، 2005)، يتألف هذا المقياس بصورته النهائية من (77) عبارة.

وقد أسفرت الدراسة الحالية عن النتائج التالية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في متوسطات درجات أبعاد السلوك العدواني (السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني العام والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط النفس) وفي الدرجة الكلية لأبعاد السلوك العدواني، وعند مقارنة متوسطات المجموعات تبين أن هناك أثر للفترة التي يلتحق لها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في خفض السلوك العدواني بأشكاله لدى هذه الفئة، فكلما زادت الفترة التي يقضيها الطفل ضمن هذه البرامج كلما كان سلوكه العدواني أقل حدة.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.001 بين مجموعات الدراسة من أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، في متوسطات درجات أبعاد المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل ومهارات العلاقات الاجتماعية ومهارات التوجيه الذاتي ومهارات المسؤولية الاجتماعية ومهارات تكوين الصداقات والمهارات الأكاديمية) وفي الدرجة الكلية لأبعاد المهارات الاجتماعية، وعند مقارنة متوسطات المجموعات تبين أن هناك أثر للفترة التي يلتحق لها أطفال متلازمة داون ببرامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الاجتماعية بأبعاده لدى هذه الفئة، فكلما زادت فترة التدخل المبكر تزيد قيمة المتوسط في جميع أبعاد المهارات الاجتماعية، الأمر الذي يعكس أثر فترة التدخل المبكر في تنمية تلك المهارات.

3. قوة واتجاه العلاقة بين درجات أبعاد السلوك العدواني ودرجات أبعاد المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من سن (4-6) سنوات في المجموعات الثلاث (أقل من سنة - من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات - من ثلاث سنوات حتى ست سنوات)، تصبح قوية وسلبية كلما زادت فترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر، وهذه العلاقات لصالح المجموعة (من سنة حتى أقل من ثلاث سنوات) والمجموعة (من ثلاث سنوات حتى ست سنوات).

### التطبيقات التربوية

في ضوء نتائج الدراسة يقترح الباحث بعض التطبيقات التربوية التي يمكن الاستفادة منها، ويمكن تلخيص هذه التطبيقات فيما يلي:

1. ضرورة التعرف والاكتشاف المبكر للأطفال الذين يعانون من إعاقة محددة أو الذين هم في حالة خطر، من حيث إمكانية معاناتهم من التأخر النمائي

أو الإعاقة، واتخاذ كافة الإجراءات الوقائية، ثم تقديم خدمات التدخل المبكر في الوقت المناسب.

2. الاستفادة من نتائج الدراسة في وضع وتصميم البرامج الهادفة إلى تنمية وتطوير المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون، والتي تساعدهم بالتفاعل بنجاح في المواقف الاجتماعية.

3. التأكيد على الاهتمام بتصميم برامج علاجية وتربوية فعالة لأطفال متلازمة داون، للتقليل من السلوك العدواني غير المرغوب الذي يظهر لدى البعض منهم.

4. العمل على زيادة الوعي لدى آباء وأمهات أطفال متلازمة داون بأهمية تقديم خدمات وبرامج التدخل المبكر بشكل مكثف وفي وقت مبكر جداً، وإرشادهم وتدريبهم على استخدام الأساليب والخدمات والبرامج التي تساعد في تنمية المهارات الاجتماعية وتقلل من السلوك العدواني لدى أطفالهم من متلازمة داون، وذلك من خلال عمل الندوات والمحاضرات في الروضة أو القيام بالدورات في الجهات المختصة وبإشراف ذوي التخصص.

5. تدريب الأخصائيين والمعلمين في مدارس رياض الأطفال والقائمين على رعاية أطفال متلازمة داون وإكسابهم المزيد من الخبرة والخطط، لإثراء المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، وعلاج وتقليل السلوك العدواني لديهم.

## البحوث المقترحة

بناء على ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، فإن الباحث يوصي بإجراء الدراسات التالية:

1- الفروق في المشكلات السلوكية لدى أطفال متلازمة داون طبقاً لفترة التدخل المبكر.

2- برامج التدخل المبكر وتأثيرها على مفهوم الذات بالنسبة لأطفال متلازمة داون.

- 3- دراسة مقارنة للمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر والذين لم يلتحقوا لها.
- 4- دراسة مشكلات السلوك العدواني لدى أطفال متلازمة داون الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر والذين لم يلتحقوا لها واتجاهات الوالدين نحوهم.
- 5- دراسة تأثير كل من المستوى التعليمي والاقتصادي للأسرة على نمو المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون.
- 6- أثر برامج التدخل المبكر في تنمية قدرات أطفال متلازمة داون الحركية والاجتماعية واللغوية.
- 7- دراسة مقارنة بين أطفال متلازمة داون والأطفال المصابين بالتوحد في مشكلات السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة.

## قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

## قائمة المراجع:

### أولاً: المراجع العربية:

- أحمد عكاشة (1990). علم النفس الفسيولوجي. الطبعة السابعة. القاهرة: دار المعارف.
- الأمانة العامة للتربية الخاصة (1997). مشروع تعليم لأطفال متلازمة داون في دولة الكويت في رياض الأطفال. الكويت: مكتبة وزارة التربية.
- أمل معوض الهجرسي (2002). تربية الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أموال عبد الكريم (1994). تقييم برنامج تدريبي خاص في تعديل السلوك في رفع مستوى أداء الأطفال المتخلفين عقلياً في بعض المهارات الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.

- أميرة طه بخش (1991). **التخلف العقلي عند الأطفال (عرض داون)**. جدة: دار عكاظ للطباعة والنشر.
- إيفلين أم. فيلد (2005). **حصن طفلك من السلوك العدواني والاستهزاء**. (ترجمة: مكتبة جرير للطباعة والنشر والتوزيع). الرياض: مكتبة جرير للطباعة والنشر والتوزيع.
- إيمان السعيد إبراهيم الصيرفي (1990). **مظاهر العدوان لدى الأطفال الذكور وعلاقتها بعمر الأم**. رسالة ماجستير غير منشورة. القاهرة: جامعة عين شمس.
- إيمان فؤاد كاشف، عبد الصبور محمد منصور (1998). **دراسة تقييمية لتجربة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية في محافظة الشرقية، المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس. القاهرة: 1-3 ديسمبر**.
- بطرس حافظ بطرس (1993). **أثر برنامج لتنمية بعض جوانب النشاط المعرفي والمهارات الاجتماعية على السلوك التوافقي لدى أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية**. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. القاهرة: جامعة عين شمس.
- بوشيل، وايدانال، سكولا، بيرنر (2004). **الأطفال ذو الاحتياجات الخاصة (ترجمة: كريم بدير)**. القاهرة: عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع.
- جابر عبد الحميد جابر، أحمد خيرى كاظم (1987). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**. الطبعة الثالثة. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جمال محمد الخطيب (1993). **تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين**. عمان: إشراق للنشر والتوزيع.
- جمال محمد الخطيب (1995). **مقدمة في التدخل المبكر**. الإمارات: المركز العربي للكتاب.

- جمال محمد الخطيب، منى الحديدي (1998). التدخل المبكر - مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جمال الخطيب، منى الحديدي (2004). المدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة الثانية. العين: مكتبة الفلاح.
- جمال محمد الخطيب، منى الحديدي (2005). التدخل المبكر: التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر.
- حامد عبد السلام زهران (1990). علم النفس لنمو الطفولة والمراهقة. الطبعة الخامسة. القاهرة: دار العالم للنشر والتوزيع.
- خالد خليل الشخيلي (2005). المشكلات السلوكية لدى الأطفال - المظاهر الوقائية - العلاج. العين: دار الكتاب الجامعي للنشر.
- خليل قطب (1996). سيكولوجية العدوانية. القاهرة: مكتبة الشباب للنشر والتوزيع.
- خوله أحمد يحيي، ماجدة السيد عبيد (2005). الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر.
- رجاء التويتان (1994). دراسة مقارنة مظاهر النمو عند الأطفال المصابين بزملة داون والأطفال العاديين. دراسة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- رشاد علي عبد العزيز موسى (1991). سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر والتوزيع.
- رمضان محمد القذافي (1996). رعاية المتخلفون ذهنياً. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- زيد بن محمد البتال (2004). التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ورشة تطوير الكفايات المهنية للعاملين في مجال الإعاقة. الشارقة: وزارة التربية والتعليم.

- زينب محمود شقير (2002). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة - الدمج الشامل - التدخل المبكر - التأهيل المتكامل. القاهرة: جامعة طنطا.
- ديان برادلي، مارغريت سيزر، ديان سوتلك (2000). الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة: مفهومه وخلفيته النظرية (ترجمة: زيدان السرطاوي، عبد العزيز الشخص، عبد العزيز العبد الجبار). العين: دار الكتاب الجامعي.
- سعد المغربي (1987). سيكولوجية العدوان والعنف. مجلة علم النفس، 4 (1)، ص ص 24-55. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.
- سعاد محمد على بهادر (1992). المرجع في برامج تربية طفل ما قبل المدرسة. الطبعة الثانية. القاهرة: دار النيل للطباعة والنشر.
- سعود عيسى الملق (2001). متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايداً في العالم: دليل للأسر والمهنيين. الطبعة الثانية. الرياض: مطابع بورصة.
- سعيد عبد الله دبب (1998). فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. ورقة عمل مقدمة لندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، جامعة قطر.
- سعيد عبد الله دبب (1999). مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، 2 (15)، ص ص 77-106.
- سهى أحمد أمين (1998). المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- سهير كامل احمد (2002). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سهيله عيسى العميري (2001). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون من ذوي التخلف العقلي البسيط

- في مرحلة ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- طلعت حمزة الوزنه (1998). متلازمات التخلف العقلي. الرياض: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- عادل عبد الله محمد (2004). الإعاقات العقلية. القاهرة: دار الرشاد للطباعة والنشر.
- عادل كمال خضر (1995). دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية. مجلة علم النفس، ع(34)، ص ص 98-109، القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.
- عادل محمد شاهر الأحمدى (2005). الفروق في المهارات الاجتماعية والمشكلات السلوكية بين تلاميذ المرحلة الابتدائية من ذوي التخلف العقلي البسيط المدموجين وغير المدموجين بمدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- عبد الرحمن عيسوي (1989). النمو الروحي والخلقي مع دراسة تجريبية مقارنة. الطبعة الثانية. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.
- عبد الرحمن سيد سليمان (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة. القاهرة: زهراء الشرق للطباعة والنشر.
- عبد الستار إبراهيم (1993). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- عبد السلام عبد الغفار (1990). مقدمه في الصحة النفسية. الطبعة الثالثة. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عبد الكريم حمامي (1999). تعليم النطق للأطفال المنغوليين. حلب: دار فصلت.
- عبد الله محمد الصبي (2002). متلازمة داون. الطبعة الثانية. الرياض: دار الزهراء.

- عبد المجيد سيد أحمد منصور، زكريا أحمد الشربيني (2003). **سلوك الإنسان بين الجريمة - العدوان - الإرهاب**. القاهرة: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- عبد المطلب القريطي (2001). **التعرف والتدخل المبكر كوسيلة للحد من الإعاقة**. النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة. القاهرة: (65)، ص ص 33-38.
- عبد الله الوابلي (1993). **السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً طبيعته وأساليب معالجته**. مركز البحوث التربوية. كلية التربية. جامعة الملك سعود.
- عثمان لبیب فراج (2002). **الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة**. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- عزيز حنا داوود، محمد عبد الظاهر، كاظم هاشم العبيدي (1991). **بين السواء والمرض**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عصام عبد اللطيف العقاد (2001). **سيكولوجية العدوانية وترويضها-منحى علاجي معرفي جديد**. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عفاف محمد عبد المنعم (1991). **المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بمدارس التأهيل الفكري**. المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري دراسة مقارنة. (3)، ص ص 174-1756. القاهرة: جامعة عين شمس.
- عليه جودة محمد شعبان (1996). **مدى فاعلية برنامج للمهارات الاجتماعية في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى أطفال مرحلة المدرسة الابتدائية**. رسالة ماجستير غير منشورة. القاهرة: جامعة عين شمس.
- غسان جعفر (2005). **التخلف العقلي عند الأطفال**. لبنان: دار الحرف العربي للنشر والتوزيع.

- فاتن ميرزا (1998). دراسة مقارنة لخطوات معالجة المعلومات الاجتماعية بين الأطفال الذكور العدوانيين وغير العدوانيين من ذوي التخلف العقلي البسيط. دراسة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- فاروق الروسان (1999). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر.
- فاروق محمد صادق (1982). سيكولوجية التخلف العقلي. الطبعة الثانية. الرياض: جامعة الملك سعود.
- فتحي السيد عبد الرحيم (1984). نمو الطفل المنغولي. الكويت: إدارة التربية الخاصة في دولة الكويت.
- فتحي السيد عبد الرحيم وحليم بشاي (1992). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. الطبعة الثالثة. الكويت: دار القلم.
- فوزية العبد الغفور (1995). التربية ما قبل المدرسية وتطورها في الكويت. الكويت: حقوق الطبع للمؤلفة.
- فوزية محمد الخريش (2000). أثر تدريب الأمهات على برنامج بورتاج للتدخل المبكر في تنمية بعض المهارات الإدراكية لدى أطفالهن من ذوي التخلف العقلي في مرحلة ما قبل المدرسة في المجتمع السعودي. رسالة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- فوزية محمد حسن أخضر (2000). مراكز التشخيص والتدخل المبكر ودورها الإرشادي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- كمال إبراهيم مرسى (1995). التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه. مجلة الإرشاد النفسي، 4 (3)، ص ص 21-50. جامعة الكويت.
- كمال إبراهيم مرسى (1996). علم التخلف العقلي. الكويت: دار القلم.

- ليفون مليكان، وحسين الدريني (1983). **بعض مظاهر السلوك العدواني لدى طلبة المرحلتين الإعدادية والثانوية - دراسة استطلاعية،** بحوث ودراسات في الاتجاهات والميول النفسية. المجلد السابع، الجزء الثاني.
- ليلي محمد محمد (1998). **كيف ننمي المهارات الاجتماعية عند الأطفال. مجلة الوعي الإسلامي، 8 (39) ص ص 72-88.**
- مؤسسة الداون سندروم (2001). **كيف نساعد أولادنا حاملي متلازمة داون؟ التدخل المبكر.** (ترجمة: المجموعة الاستشارية لنظم المعلومات والإدارة). القاهرة: المجموعة الاستشارية لنظم المعلومات والإدارة.
- محمد إبراهيم عبد الحميد (1999). **تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً.** القاهرة: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد البواليز (2000). **الإعاقة الحركية والشلل الدماغي.** عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- محمد أيوب شحيمي (1994). **مشاكل الأطفال كيف نفهمها-المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها.** بيروت: دار الفكر اللبناني للنشر والتوزيع.
- محمد جاسم محمد (2004). **النمو والطفولة في رياض الأطفال.** عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد عبد الرحمن عدس (1998). **صعوبات التعلم.** عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- محمد عبد الرزاق هويدي (1997). **استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.** البحرين: جامعة الخليج العربي. ص ص 22-23 مارس، ص ص 171 - 208.
- محمد عبد المؤمن حسين (1986). **مشكلات الطفل النفسية.** الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

- محمد علي قطب الهمشري، وفاء محمد عبد الجواد (1997). عدوان الأطفال. الرياض: مكتبة العبيكان للنشر.
- محمد محروس الشناوي (1997). **التخلف العقلي الأسباب - التشخيص - البرامج**. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمود عبد الرحمن حمودة (1993). دراسة تحليلية عن العدوان. مجلة علم النفس، 8 (27) ص ص 44-87. القاهرة.
- ممدوح الكناني، حسن الموسوي (1996). **سيكولوجية الطفولة المبكرة: الخصائص والمشكلات**. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- منال منصور بوحيمد (1985). **المعوقون**. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- منى يوسف دببيس (1997). **دور اللعب الإيهامي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل المتفوق**. رسالة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- هشام إبراهيم عبد الله (1998). **تنمية المهارات الاجتماعية مدخل إرشادي لإدماج ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة العامة**. ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي التطلعات والتحديات. البحرين: الفترة 2-4 مارس 1998.
- وليد حسن باتل العبري (2003). **دراسة لبعض مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون مقارنة بنظرائهم من المتخلفين عقلياً**. دراسة ماجستير غير منشورة. البحرين: جامعة الخليج العربي.
- يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (1998). **المدخل إلى التربية الخاصة**. الطبعة الثانية. دبي: دار القلم.

### المراجع الأجنبية:

- Almeida ,G.L., Marconi, N.F., Tortoza, C., Ferreira, S.M.S., Gottlieb, G.L., & Corcos, D.M (2000). Sensor motor Deficits in Down Syndrome :Implication for Facilitating Motor Performance. In D.J. Week., R. Chua., & D. Elliott (Eds.), **Perceptual–Motor**

**Behavior in Down syndrome** (pp.151-174).  
Champaign: Human Kinetics.

- Baroff, G. S., & Olley, J. G. (1999). **Mental Retardation: Nature, Cause, and Management**. Philadelphia, PA: Brunner/ Mazel.
- Bryant, D. M & Graham, M. A. (1993). **Implementing Early Intervention :From Research to Effective practice**. New York: The Guilford press.
- Cartledge, Gwendolyn, & Milburn, J. F. (1980). **Teaching Social Skills to Children Innovative Approaches**. New York: Pergamon Press.
- Cartwright, G.P. Cartwright C.A., Ward, M.E. (1989). **Educating special learner**. Belmont, California: Wadsworth.
- Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1990). **Children With Down Syndrome. A Developmental Perspective**. New York: Cambridge University Press.
- Coe, D. A. (1994). **An Investigation of Behavior Problems of Children With Down Syndrome and their Relationship to Life Events**, unpublished Doctoral dissertation, the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical Col, USA.
- Conger, J. C. & Keane, S. P. (1981). Social Skills Intervention in the Treatment of Isolated or with Drown. **Children Psychological Bulletin**, 90 (3), (pp.478-495).
- Cuskelly, M., & Dadds, M. (1992). Behavior problems in Children With Down's Syndrome and their siblings. **Association for Child Psychology and Psychiatry**, 33 (4), (pp.749-761).

- Demmers, L. A.(2000). Effective Mainstreaming for the Learning Children With Down Syndrome, with Behavior Problems. **Psychological Abstracts**, 66 (1), (pp.146-180).
- Dykens, E. M., Hodapp. R. M., & Evans. D. W. (1994). Profiles and Development of Adaptive Behavior in Children With Down Syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, 98 (5), (pp.580-599).
- Erickson, M.E. (1991). **Evaluating Early Intervention Services: Accost-effectiveness Analysis (Developmental Disabilities)**. Unpublished Doctoral dissertation. Brandies University, USA.
- Goldstein, H. & Wickstrom, S. (1986). Peer Intervention Effects on Communicative Interaction Among Handicapped and Non-Handicapped Preschoolers. **Journal of Applid**, 19 (12), (pp.209-214).
- Hall, G. & lindzey, G (1987). **Theories of Psychanlity**. New York: John Wiley & Sons.
- Hamil, M., (1991). **AState-Wide Evaluation of Preschool Intervention Program for handicapped (Early Intervention)**, Unpublished Doctoral Dissertation, University of Georgia, USA.
- Hardman, I. et al., (1996). **Human Exceptionality Society, School, and Family**. Asimon and schuste company, USA.
- Hinisie, Leland E. & Campiall, Robert Jenn (1994). **Psychiatric Dictionary; 4<sup>th</sup> Edition**, **Oxford University Press**, London & New York.

- Hughes, M., & Kasari, C. (2000). Caregiver – child Interaction and the Expression of Pride in Children With Down Syndrome. **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 35 (1), (pp.67-101).
- Kauffman, J. (1989). **Characteristics of Behavior Disorders of Children and Youth**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Lagreca, A. M. & Santagrossi, D. A (1998). **Social Skills Training with Elementary School Students: A behavioral group approach** Journal of Consulting and clinical psychology.
- Larrieu, F. M. & Julie R. P. (1986). Some Personality and Motivational Correlates of Children's Prosocial Behavior . **The J. of Genetic school**, 47 (7), (pp.529-542).
- Leveland, K. A. & Kelley, M. L. (1991). Development of Adaptive behavior of preschool with Autism of Down Syndrome. **American Journal of Mental Retardation**, 96 (1), (pp.13 – 19).
- Luckasson, R., Coulter, D., pollowaw, E., Reiss, S., Shalock, R., Shell, M., Spitalnik, D., & Stark, J. (2002). **Mental Retardation: Definition, CLassificatioin; and System of Supports (10<sup>th</sup> edition)**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Maurice A. Feldman, Bruce sparks & Laurie case, (2003). **Effectiveness of Home-Based Early Intervention on the Language Development of Children of Mothers with Mental Retardation**. USA.

- Mesch D lew et al (1986). **Isolated Teenagers Cooperative Learning and the Training of Social Skills. J. of Psychology.** New York: Pergamon Press.
  
- Miller, J. F. (1993). Development of Speech and Language in Children with Down Syndrome. In I. T\_Lott., & E.E. Mccoy (Eds), **Down Syndrome Advances in Medical Care.** New York :Wiley – Liss.
  
- Mize, J. & Ladd, G.W; (1990). A Cognitive Social Learning Approach to Social Skill Training with Low Status Preschool Education. **developmental psychology**, 2 (3), (pp. 99-138).
  
- Morrison, R. L. (1990). International Dysfunction, in A.S. Bellack, M hersen & A.E Kazdin (eds). **International Handbook of Behavior Modification and Therapy.** New York: plenum press.
  
- Moss, B. A; (1990).Living Skills Centers, Apart of Australia's Community Service. **British Journal of occupational Therapy**, 53 (3), (pp. 85-122).
  
- Mundy, P., Sigman, M., Kasari, C., & Yirmiya, N. (1988). Nonverbal Communication Skills in Down Syndrome Children. **Child Development**, 59 (5), (pp.235-271).
  
- Reid, B. J. (1988). **An Examination of an Early Childhood Special Education program: the follow up Status of program Participants and an Analysis of program Components**, unpublishment Doctoral Dissertation, university of Illinois At Urbana–Champaign. USA.
  
- Serafica, F. C. (1993). Peer Relations of Children With Down Syndrome. In D. Cicchetti., & M. Beeghly (Eds.), **Children With Down Syndrome: A Developmental Perspective.** New York: Cambridge University press.

- **The New Encyclopaedia Britannica** (1994). Encyclopedia Britannica Inc. USA: Chicago.
- Visser, J. (2000). **Managing Behavior in Classroom**. London: David Fulton Publishers.
- Wallace, P. M. & Goldstein, J. H. (1993). **An Introduction to Psychology Benchmark**. USA.
- Zirpoli, T., & Melloy, K. (1993). **Behavior Management: Application for Teacher and parents**. New York: Mac-millan Publishing company.

الملاحق

**٧ ملحق رقم (1):** مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المعاقين ذهنياً.

**٧ ملحق رقم (2):** مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً.

**٧ ملحق رقم (3):** خطاب من مكتب الوكيل المساعد للتعليم العام موجه إلى مديري عموم المناطق التعليمية لتسهيل مهمة الباحث.

**٧ ملحق رقم (4):** خطاب من الأمانة العامة للتربية الخاصة موجه إلى مديرات مدارس رياض الأطفال لبرنامج متلازمة داون لتسهيل مهمة الباحث.

**ملحق رقم (1)**

## مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المعاقين ذهنياً

إعداد

د. سعيد عبد الله ديبس

تعديل

حمد محمد الواوان

إشراف

د. نبيل علي سليمان

د. محمد عبد الرزاق هويدي

ملحق رقم (2)

## مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً

إعداد

عادل محمد الأحمد

تعديل

حمد محمد الواوان

إشراف

د. نبيل علي سليمان

د. محمد عبد الرزاق هويدي

### ملحق رقم (3)

خطاب من مكتب الوكيل المساعد للتعليم العام موجه إلى مديري عموم  
المناطق التعليمية لتسهيل مهمة الباحث

#### ملحق رقم (4)

خطاب من الأمانة العامة للتربية الخاصة موجه إلى مديرات مدارس  
رياض الأطفال لبرنامج متلازمة داون لتسهيل مهمة الباحث