

المشكلات السلوكية وعلاقتها بالانوع الاجتماعي والمرحلة العمرية ومستوى الإعاقة لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية في مركز الشفلى بدولة قطر

د. مريم عيسى الشيراوي*

تاريخ قبول البحث 2018/3/3

تاريخ استلام البحث 2017/12/24

ملخص:

هدفت الدراسة إلى تعرف على مستوى المشكلات السلوكية ومدى اختلافها باختلاف درجة الإعاقة الذهنية والمرحلة العمرية وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، وتكونت عينة الدراسة من 165 من المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة ومتوسطة من الجنسين (ذكور وإناث) عبر المراحل العمرية الثلاثة (الطفولة، والمراهقة، والرشد) وتراوحت أعمارهم من 3 - 21 سنة والملتحقين في مركز الشفلى للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر، وتم استخدام قائمة المشكلات السلوكية المعدلة (Peterson & Quay, 1977) (PBPC)، تعريب (Ahmed, 2008). وأظهرت نتائج الدراسة أن مشكلات التركيز ومشكلات القلق والانسحاب جاءت في مستوى متوسط بينما مشكلات السلوك الذهني والاضطراب السلوكي وفرط الحركة لا تمثل مشكلة حسب قيمة المتوسط، كما أشارت النتائج إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة لديهم مشكلات سلوكية أكبر من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وأن الذكور لديهم مشكلات سلوكية بنسبة أكبر من الإناث، وأشارت النتائج كذلك إلى أن متوسط المراهقين كان أعلى من متوسط أفراد مرحلة الطفولة والرشد في بعض المشكلات السلوكية.

الكلمات المفتاحية: المشكلات السلوكية، الإعاقة الذهنية، مركز الشفلى، دولة قطر.

The Relationship of Gender, Age and Level of Intellectual Disability with Behavioral Problems among Individuals Attending Alshafalah Center in the State of Qatar

Dr. Mariam E. Al-Shirawi*

Abstract:

This study aims at identifying the level of the behavioral problems and its variation according to the degree of intellectual disability, age, and gender of individuals. The study consisted of 165 individuals of males and females characterized with mild and moderate intellectual disability aged between 3 and 21 years from three age groups: childhood, adolescence, and adulthood who attended Alshafalah Center for the intellectually disabled in Qatar. The degree of the behavioral problem was measured by the “Peterson and Quay, 1977 RBPC, Behavioral Problem Checklist” with “Ahmed’s 2008 edit”. The results of the study showed that concentration, anxiety, and withdrawal problems were of a medium level. On the other hand, behavioral disorder and hyperactivity are not considered problems according to the mean result. The results also revealed that individuals with moderate intellectual disability have a higher level of behavioral problems compared to those with a mild intellectual disability where males have a higher incidence of behavioral problems than females. With regards to the results of the study, the mean scale of the adults was higher compared to childhood and adulthood in some behavioral problems.

Keywords: Behavioral Problems, Intellectual Disability, Alshafalah Center, Qatar.

المقدمة والإطار النظري:

تحظى مشكلة الإعاقة الذهنية باهتمام كبير لأنها ترتبط بالكفاءة العقلية وبمحدودية في قدرات الفرد، كما ترتبط بعلاقات الشخص المعاق بالآخرين، فالإنسان يعيش في إطار اجتماعي يؤثر فيه ويتفاعل معه، والاهتمام بالأشخاص المعاقين واجب تحرص عليه الدول وتضعه بين أولوياتها إيماناً بمبدأ تكافؤ الفرص والمساواة، كذلك فإن رعاية وتأهيل المعاقين ذهنياً تعد ضرورة إنسانية واجتماعية من أجل مساعدتهم على اكتساب السلوك السليم والتمكن من التكيف في المجتمع.

يعاني المعاقون ذهنياً من مشكلات سلوكية تؤثر على تكيفهم الاجتماعي وتفاعلهم مع الآخرين، وتضعف من استفادتهم من البرامج التربوية التي تقدم لهم، وتشير بعض الدراسات إلى العلاقة بين المشكلات السلوكية ودرجة الإعاقة، حيث أنه كلما زادت شدة الإعاقة زاد معدل حدوث المشكلات السلوكية، وتؤثر على مستوى التفاعل الاجتماعي لديهم، كما يؤثر سلباً على البناء الأسري وعلى نفسية وصحة الوالدين، ونموهم تربوياً واجتماعياً (Jones, Hastings, Totsika, Keane&Rhule, 2014) وتعدّ المشكلات السلوكية من المشكلات التي تنتشر بين الأطفال والبالغين المعاقين ذهنياً، وتختلف باختلاف درجة الإعاقة والمرحلة العمرية، حيث تشير إحدى الدراسات إلى أن المشكلات السلوكية تزداد في مرحلة المراهقة فتصل نسبتها إلى 7% مقارنة بالعاديين، إذ تصل نسبة المشكلات السلوكية لديهم إلى 4% (Drew, Longan & Hardman, 1990). ويمر المعاقون ذهنياً بخبرات ومواقف خلال مراحل نموهم المختلفة تؤثر بدورها على جوانب مختلفة في حياتهم وتظهر آثارها على سلوكياتهم وتصرفاتهم، وتختلف المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة عن مرحلة المراهقة، وتظهر المشكلات السلوكية في الطفولة على شكل العدوان والانسحاب والتبول اللاإرادي والنشاط الزائد والبكاء والصراخ، أما في مرحلة المراهقة تشمل القصور في السلوك الاجتماعي والعاطفي، والقصور في المهارات الاجتماعية والعلاقة مع الأقران ومشكلات ضبط النفس بالإضافة إلى العدوان وإيذاء الذات والخوف والقلق؛ مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف الاجتماعي (Gardner,2008). من هنا فقد جاءت هذه الدراسة بهدف تقصي العلاقة بين النوع الاجتماعي والمرحلة العمرية ومستوى الإعاقة من جهة، والمشكلات السلوكية المصاحبة من جهة أخرى.

الإطار النظري:

تنتشر ظاهرة الإعاقة الذهنية في كل المجتمعات وتختلف نسبة انتشارها من مجتمع لآخر، والاهتمام بالإعاقة الذهنية من قبل مختلف التخصصات العلمية والمهنية أدى إلى الاختلاف في فهم هذه الظاهرة وتحديد أسبابها، حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لآثارهم المرجعي، بينما حاول المختصون الاجتماعيون تفسيرها وربطها بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية في الأسرة والبيئة المحيطة بها، حيث أن علماء النفس والتربية أنطلقوا من خلفياتهم الأكاديمية والمهنية، (Al-Qerutti, Alsurawi, & Alsumadi, 2001)

وتُعرف الإعاقة الذهنية بأنها "عجز يتسم بالقصور الواضح في الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي الذي يظهر في المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية ويظهر هذا العجز قبل سن الثامنة عشر" (Schalock et al. 2010 p10). ويعدُّ تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية والتطورية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين، حيث صنفت الإعاقة الذهنية إلى أربعة فئات حسب معامل الذكاء، ويتصف الأفراد المعاقون ذهنياً بمجموعة من الخصائص المتعددة من النواحي الجسمية والعقلية واللغوية والاجتماعية والنفسية والسلوكية وتختلف تلك الخصائص باختلاف درجة الإعاقة.

فمن الناحية الجسمية: يمر الأطفال المعاقون ذهنياً بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال العاديين في نموهم الجسدي إلا أنهم يختلفون من حيث مستوى النمو الجسدي والحركي، حيث يتميز المعاقون ذهنياً بتأخر النمو الجسدي وصغر الحجم في حالات الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة، كما تظهر أحياناً تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفك والأطراف والأصابع؛ كما هو في حالة متلازمة داون، أما بالنسبة لنموهم الحركي فإنهم يتأخرون في مهاراتهم الحركية الكبيرة والدقيقة، كما يكون لديهم قصور واضح في التوافق العضلي العصبي والتآزر الحركي والتحكم والتوجيه الحركي (Muhammed, 2004).

أما الخصائص العقلية: فيختلف المعاقون ذهنياً عن أقرانهم العاديين في النمو العقلي والقدرات العقلية والحصيلة اللغوية، وينمو المعاق ذهنياً بدرجة بسيطة عقلياً ثمانية شهور كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة، وأقصى عمر عقلي يصل إليه عندما يبلغ سن الثامنة عشر هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر، ولذلك يرتبط القصور الأكاديمي للمعاقين ذهنياً بالقصور في القدرات العقلية الذي يصاحبه قصور في نمو الوظائف والعمليات

العقلية اللازمة للأداء المدرسي مثل قصور القدرة على التركيز والتصميم والقدرة اللفظية، والقدرة على الفهم والإدراك (AL-Thaher,2008).

وفيما يتعلق بالخصائص اللغوية: تعد الصعوبات اللغوية من أهم المشكلات الناتجة عن الإعاقة الذهنية، وترتبط شدة هذه الصعوبات بدرجة الإعاقة الذهنية، فالمعاقون ذهنياً بدرجة بسيطة رغم أنهم يتأخرون في النطق إلا أنهم يصلون إلى مستوى يتقارب مع العاديين من حيث الأداء اللغوي، بينما يعاني ذو الإعاقة الذهنية المتوسطة من صعوبات واضطرابات لغوية مختلفة، والتأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة وضعف المفردات اللغوية وبساطتها، وعدم الطلاقة واضطرابات في اللفظ كالحذف والابدال، مما ينجم عنه عدم قدرة المعاق ذهنياً على التعبير عن مشاعره ورغباته وأفكاره، كما يلاحظ أن المفردات التي يستخدمها مفردات بسيطة لا تتناسب مع عمره الزمني (AI- Qerutti, Alsurtawi, & Alsumadi,2001)

وفي مجال الخصائص الانفعالية والاجتماعية: يتصف المعاق ذهنياً بقدرته المحدودة والبسيطة في المجال الانفعالي والاجتماعي، فهو أقل قدرة على التكيف الاجتماعي ولديه ضعف في التفاعل الاجتماعي نتيجة لخبرات الفشل التي يمر بها وانخفاض تقديره لذاته بسبب تكرار الفشل في أداء المهام المطلوبة منه، كما يتصف بضعف الدافعية والتهور والاندفاعية، وهناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية والانفعالية وبين الخصائص الجسمية والعقلية واللغوية، حيث يؤدي انخفاض القدرة العقلية للطفل المعاق ذهنياً إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي، ومن أهم المظاهر الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً هو قصور في الكفاءة والمهارات الاجتماعية، والعجز في مجالات التكيف الاجتماعي وصعوبة في إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين وفي تكوين علاقات أو صداقات والحفاظ عليها، بالإضافة إلى عدم فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية (Muhammed,2004).

المشكلات السلوكية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية:

تعرف المشكلات السلوكية بأنها مجموعة من السلوكيات والتصرفات التي تتطور مع مرور الزمن، ويتصف أصحابها بالعدوانية وانتهاك حقوق الآخرين، ويرتبط السلوك المشكل بالعديد من الاضطرابات النفسية، كما يرتبط بعدة عوامل نفسية واجتماعية (Abd Elmuiti,2001).

ويعتبر السلوك عند الأشخاص مشكلة سلوكية عندما تؤدي تلك السلوكيات إلى إيذاء الفرد لنفسه أو للآخرين، أو تهديد سلامته أو سلامة الآخرين معاً، وتكون لها تأثير سلبي على تعليمه

وتحول دون مشاركته في الأنشطة المختلفة أو تؤثر في العلاقات الاجتماعية بينه وبين الآخرين، ومن ثم تحول دون تقبله اجتماعياً، وقد تفرض بعض المشكلات السلوكية قيوداً على أسرته والعاملين على رعايته في المنزل وفي المدرسة (Ahmed,2008).

وكذلك يعرف رود (Rodd,1996) المشكلات السلوكية بأنها سلوك غير سوي في درجة شدته وتكراره ويسلكه الطفل نتيجة للتوترات النفسية أو الاحباطات التي يعاني منها ولا يقدر على مواجهتها فتشكّل إعاقة على مسار نموه وانحرافاً على معايير السلوك السوي، وتثير انتباه وقلق المحيطين به.

ومن معايير ومحكات الحكم بوجود مشكلة سلوكية لدى الأفراد هو تكرار السلوك في فترة زمنية معينة ومدة حدوث السلوك ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك بالإضافة إلى شدة السلوك (Reiter & Noam, 2007).

كما تؤثر المشكلات السلوكية سلباً على نواحي النمو المختلفة لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، حيث تؤدي الحركة المفرطة والسلوكيات العدوانية إلى تعرضهم للحوادث المنزلية كما يفشلون في إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين، لعدم قدرتهم على استخدام استراتيجيات حل المشكلة، ونقص مهاراتهم الاجتماعية ومهارات تكوين الأصدقاء واللعب معهم. (Webster-Stratton&Lindsay, 1999)

وفيما يتعلق بالمشكلات السلوكية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية تشير بعض الدراسات إلى أن العلاقة بين المشكلات السلوكية وشدة درجة الإعاقة الذهنية قوية جداً، حيث أنه كلما ازدادت شدة الإعاقة الذهنية ازداد معدل حدوث بعض المشكلات السلوكية، وتصنف المشكلات السلوكية إلى ثلاثة أبعاد وهي السلوك الفوضوي، ومشكلات الشخصية، وعدم النضج، والبعض يصنفها في الاضطرابات الانفعالية، والسلوك العدواني، والسلوك المضاد للمجتمع، وسلوك التمرد والعصيان، الانسحاب، والسلوك الشاذ جنسياً، والحركة الزائدة، والقلق، والخوف، والعادات الصوتية غير المقبولة (Parmenter, Einfeld, Tonge, Dempster, 1998).

وبعض الآخر يصنفها في ستة أبعاد: الاضطراب السلوكي ويتضمن الغضب والعصيان وعدم الطاعة والمعارضة، والعدوان الاجتماعي ويتضمن مجموعة السلوكيات المضطربة مثل: السرقة، والتغيب عن المدرسة، والكذب، والاعتداء على الآخرين، والعدوان نحو الذات ونحو الآخرين، ومشكلات التركيز ويتضمن عجزاً في الانتباه، وضعف التركيز، والتسرع والاندفاعية

والاعتمادية والسلوك الطفولي، والقلق والانسحاب، ويتمثل في عدم الثقة بالنفس وتدني مستوى تقدير الذات وفرط الحساسية والرفض والخوف العام والقلق والكراهية، والسلوك الذهاني ويتمثل في الأعراض الذهانية، واضطراب الكلام والأوهام والعجز في اختيار الواقع. وفرط الحركة، ويتمثل في الأعراض الحركية للنشاط الزائد والتوتر (Ahmed,2008).

وقائمة المشكلات السلوكية التي تم استخدامها في الدراسة الحالية تتضمن الأبعاد التالية:

الاضطراب السلوكية، ومشكلات التركيز، والقلق والانسحاب والسلوك الذهاني وفرط الحركة.

مشكلة الدراسة:

تعد المشكلات السلوكية من المشكلات التي ترتبط نسبياً بالإعاقة الذهنية، حيث أنه كلما ازدادت شدة الإعاقة ازداد معدل حدوث المشكلات السلوكية، وتتمثل في السلوك الفوضوي، مشكلات الشخصية وعدم النضج، ومشكلات أخرى مثل القلق والانسحاب، وقد تترك تلك المشكلات آثار سلبية ونفسية على الأسرة وعلى المعاق نفسه؛ لذا فقد حظيت دراسة المشكلات السلوكية لدى المعاقين ذهنياً باهتمام خاص في مجال التربية الخاصة، وذلك لما قد تسببه تلك المشكلات من حرمان الشخص المعاق من فرص التعليم المتاحة له (AL Sharbeni,1994). وقد أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى أن الأشخاص المعاقين ذهنياً لديهم مجموعة من المشكلات السلوكية، وتباينت تلك الدراسات في تحديد نوعية تلك المشكلات منها ما أشارت إلى العدوان، القلق والانسحاب وعدم النضج الاجتماعي، والنشاط الزائد، والسلوك النمطي والعادات الصوتية غير المقبولة (AL-Gumash,2005). ومنها ما أشارت إلى الاضطرابات الانفعالية، السلوك العدواني، التمرد، العصيان (Taanila, Ebeling Heikura& Jarvelin, 2003).

فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الذكور لديهم مشكلات سلوكية أكثر من الإناث وأن العدوان من أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، بينما القلق والتردد وعدم النضج الاجتماعي من أهم المشكلات السلوكية شيوعاً لدى المراهقين من المعاقين ذهنياً، كما تتأثر المشكلات السلوكية بطبيعة الإعاقة ودرجتها وبعض العوامل الشخصية وهناك علاقة ارتباطية بين الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية، وأنه يمكن التنبؤ بطبيعة المشكلات السلوكية لدى المعاقين ذهنياً من خلال معرفة سماتهم الشخصية وإدراكهم الاجتماعي (Leffer,2002)، وتعيق هذه المشكلات السلوكية نمو الأطفال اجتماعياً وتربوياً، بحيث تجعله في عزلة اجتماعية، وتتحدد المشكلات السلوكية في السلوك الفوضوي، ومشكلات شخصية عدم النضج، أو في اضطراب

السلوك ويشمل العدوانية والتخريب ومشكلات الشخصية وتشمل القلق، والانسحاب، والاضطرابات المرتبطة بالانتباه (Emerson, Kiernan & Revers, 2001).

وتؤثر تلك المشكلات السلوكية على علاقة الطفل المعاق والمراهق المعاق بأقرانه، كما تؤثر على تعليمه وتكيفه الشخصي والاجتماعي داخل البيئة المحيطة به، كما تعمل على التقليل من استفادتهم من البرامج التربوية التي تقدم لهم، فالأطفال يمرون بخبرات ومواقف تؤثر على الجوانب المختلفة من النضج لديهم، الجسمية والعقلية والمعرفية والاجتماعية والانفعالية، وتمتد آثارها على سلوكياتهم وتصرفاتهم (Totsika, Felce, Kert & Hasting, 2010)، وقد أشارت العديد من نتائج الدراسات السابقة إلى أن الأشخاص المعاقين ذهنياً لديهم مجموعة من المشكلات السلوكية داخل الأسرة وفي المدرسة، وتشير بعض الدراسات إلى أن 30 - 50 % من الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية لديهم بعض المشكلات السلوكية، وتختلف باختلاف درجة الإعاقة، والعمر ومستوى النمو النفسي والمعرفي والاجتماعي والجسدي وظروف البيئة الأسرية (KostikJ, IvanovikJ & Vesna, 2009).

ومن جانب آخر فقد أشارت نتائج بعض الدراسات كدراسة زيجلر (Zigler 1999) عن وجود مجموعة سمات للشخصية عند المعاقين ذهنياً كالميل إلى ردود الأفعال السلبية، والميل إلى ردود الأفعال الإيجابية وتوقع النجاح، وتختلف في قوتها من شخص لآخر وعلى حسب الحاجات والدوافع والميول والاتجاهات واحتياجات الأفراد، وتتشكل سلوكياتهم وفقاً لسماتهم الشخصية، كما تتأثر المشكلات السلوكية بطبيعة الإعاقة ودرجتها، وطبيعة الخدمات التي تقدم لهم، حيث وجد أن الذين يتلقون برامج تعليمية منذ الطفولة في مؤسسات تتمتع بخدمات التربية الخاصة يظهرون مستوى عالٍ من السلوك الإيجابي، وهذا ما يؤكد أهمية الخدمات والبرامج التربوية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وتأثيرها على شخصياتهم وسلوكياتهم، حيث تكمن وراء كل مشكلة سلوكية عوامل نفسية واجتماعية واستعدادات كامنة داخل الطفل لهذا الاضطراب السلوكي، إضافة إلى أن هناك عوامل أخرى مثل بعض الوجبات الغذائية وأوقات تقديمها، وطريقة تناولها قد تؤثر على ظهور بعض الاضطرابات السلوكية (Baker & Olsson, 2005). وإذا كانت المشكلات السلوكية ترتبط بعوامل متعددة كما يتضح من العرض السابق، فإن تلك العلاقة تختلف في طبيعتها ونوعها باختلاف درجة الإعاقة الذهنية وجنس الأشخاص المعاقين باختلاف الفئات العمرية.

لذا تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلات التالية.

أسئلة الدراسة:

1. ما مستوى المشكلات السلوكية (مشكلات التركيز، والقلق والانسحاب، والسلوك الذهاني، والاضطراب السلوكي، وفرط الحركة) لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة في أبعاد المشكلات السلوكية.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي في أبعاد المشكلات السلوكية.
4. هل تختلف درجة أبعاد المشكلات السلوكية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية باختلاف المراحل العمرية (مرحلة الطفولة، والمراهقة، والرشد).

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على:

1. مستوى المشكلات السلوكية لدى عينة الدراسة من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة.
2. مدى اختلاف المشكلات السلوكية باختلاف درجة الإعاقة والمراحل العمرية وجنس الأفراد ذوي الإعاقة من عينة الدراسة.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة الحالية من خلال مايلي:

1. تزويد التربويين بمعلومات نظرية حول المشكلات السلوكية لذوي الإعاقة الذهنية.
2. تساعد نتائج هذه الدراسة في معرفة مستوى المشكلات السلوكية لدى الأفراد من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة في مركز الشفح بدولة قطر وتعدّ الدراسة الأولى في الدولة.
3. إن معرفة المشكلات السلوكية لدى عينة الدراسة تساعد القائمين على التخطيط لبرامج تأخذ بعين الاعتبار التغلب على تلك المشكلات وفقاً لمستوياتها.
4. تساعد في التعرف على المشكلات السلوكية عبر المراحل العمرية الأخصائيين في وضع البرامج الإرشادية حسب احتياجات كل مرحلة.

حدود الدراسة:

جميع الأفراد الملتحقين بمركز الشفح لذوي الاحتياجات الخاصة للعام الدراسي 2013-2014 بدولة قطر.

مصطلحات الدراسة:

الإعاقة الذهنية: يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder – DSM5) الإعاقة الذهنية بأنها: اضطراب يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية.

التعريف الإجرائي للمعاقين ذهنياً: هم الطلاب المعاقون ذهنياً والذين تراوحت أعمارهم من 3 سنوات إلى 21 سنة، والملتحقون في مركز الشفلح لذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر ويقعون في مستوى الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة ونسبة ذكائهم من (55 إلى 70) بالنسبة للإعاقة الذهنية البسيطة من 25 – 50 بالنسبة للإعاقة الذهنية المتوسطة على مقياس وكسلر للذكاء المستخدم في المركز للعام الدراسي 2012/2013.

المشكلات السلوكية: هي سلوكيات وأفعال غير مرغوبة تصدر عن الفرد بصورة متكررة، وتختلف عما تألفه الجماعة كما يراها الآباء والمعلمون، ويجدون صعوبة في مواجهتها، وقد تؤدي إلى اضطراب في الأداء الاجتماعي والانفعالي، ويمثل بوضوح سلوكاً لاتوافقياً من قبل الفرد (Yahia,2003).

التعريف الإجرائي للمشكلات السلوكية: هي تلك المشكلات التي تقدر عن الأفراد من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة من المعلمين في مركز الشفلح للأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر، من خلال الدرجات التي يحصل عليها أفراد العينة على قائمة مقياس المشكلات السلوكية المستخدمة في الدراسة وتتضمن مشكلات التركيز والقلق، والانسحاب، والسلوك الذهاني، وفرط الحركة، والاضطراب السلوكي.

الدراسات السابقة:

هناك بعض الدراسات السابقة التي تناولت المشكلات السلوكية لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً.

هدفت دراسة شريدر وآخرون (Schroeder et al.,2014) إلى الكشف المبكر عن اضطرابات السلوك الشديدة والوقاية منها مثل العدوان وإيذاء الذات والسلوك النمطي لدى الأطفال الصغار ذوي الإعاقة الذهنية والتطورية، وتكونت عينة الدراسة من 180 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 4- 48 شهراً في مراكز الرعاية الصحية للأطفال، كما هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة المشكلات السلوكية لدى

عينة الدراسة مع بعض المتغيرات مثل العمر والجنس ودقة تشخيص الإعاقة، ومستوى تعليم الوالدين، ودخل الأسرة وأشارت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين درجة المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وبين درجة تعليم الوالدين ودخل الأسرة وعمر الطفل وجنسه.

وفي دراسة قدمها نيس (Neece, 2013) تناولت الوالدين للأطفال الذين يعانون من التأخر النمائي (Developmental Delay)، وهم في العادة ما يكون مستوى الاجهاد لديهم مرتفع مقارنة مع الآباء والأمهات للأطفال العاديين، إن الأطفال الذين يعانون من التأخر النمائي عرضة بشكل كبير لظهور مشاكل سلوكية، وقد ثبت أن الإجهاد الأبوي يؤثر على تطور المشاكل السلوكية لدى الأطفال، وقد بحثت الدراسة فعالية برنامج الحد من الإجهاد لأولياء أمور الأطفال المتأخرين نمائياً خلال التحقق مما إذا كان هذا التدخل فعالاً في الحد من الإجهاد الوالدي، وما إذا كان الانخفاض في الإجهاد الوالدي يؤدي إلى انخفاض في مشاكل السلوك بين الأطفال الذين يعانون من التأخر النمائي، وتكونت عينة الدراسة من أربعة وأربعين من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين نمائياً، وتم اختيارهم عشوائياً، وتم تطبيق استبيانات تقييم الإجهاد الأبوي ومشاكل سلوك الطفل.

وقد جاءت النتائج تشير إلى أن الوالدين الذين شاركوا في البرنامج العلاجي قل لديهم الإجهاد والاكنتاب، وكان لديهم رضا عن الحياة الزوجية، كما أشارت النتائج إلى أن أطفال الأسر الذين شاركوا في البرنامج العلاجي انخفضت لديهم المشكلات السلوكية، وبالتحديد مشكلات الانتباه وأعراض فرط النشاط والحركة.

أما دراسة أوسبرغ، جاسمين، جروثف، دجكاسترا وريجنيفيلد (Oeseburg, Jansen, Groothff, Dijkstra & Reijneveld, 2010) فهدفت إلى تعرف على العلاقة بين الأمراض المزمنة لدى المراهقين من ذوي الإعاقة الذهنية والمشكلات السلوكية والانتقالية لدى عينة من المراهقين من ذوي الإعاقة الذهنية، تراوحت أعمارهم بين 12 - 18 سنة في شمال هولندا من الجنسين (ذكور وإناث) وتم استخدام أداة لقياس المشكلات السلوكية والانفعالية صممت لمرحلة المراهقة، وأوضحت الدراسة أن معدلات انتشار المشكلات السلوكية والعاطفية عالية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية من عينة الدراسة الذين يعانون من أمراض مزمنة مقارنة مع المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية والذين لا يعانون من أمراض مزمنة، كما أظهرت الدراسة أن المشكلات السلوكية تظهر لدى ذوي الإعاقة الذهنية الذين يعانون من أمراض جسدية ولا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في المشكلات السلوكية.

ودراسة (Bu Ali,2010) فقد هدفت إلى تعرّف على طبيعة العلاقة بين المشكلات السلوكية والمهارات الاجتماعية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، ومدى اختلاف هذه المشكلات السلوكية والمهارات الاجتماعية باختلاف مراحل المراهقة، وقد تكونت عينة الدراسة من 130 مراهقاً من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من الجنسين (ذكور وإناث) وتم استخدام مقياس المشكلات السلوكية من إعداد اشنباش وريسكورلا (Achenbath & Rescorla,2007) وتعريب (Bu Ali,2010) وكما تم استخدام مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد قراشاهام وإيلويوت (Gresham & Elliot,2008) وتعريب (Bu Ali,2010) وأشارت النتائج إلى أن العلاقة عكسية بين بعض أبعاد المشكلات السلوكية وبعض المهارات الاجتماعية من حيث التكرار، كما توصلت الدراسة إلى إمكانية التنبؤ بمهارة التعاون بأبعاد المشكلات السلوكية كالقلق والانسحاب ومشكلات التفكير والانتباه وكسر قواعد السلوك، كما يمكن التنبؤ أيضاً من خلال مهارة المسؤولية بأبعاد العدوان وكسر قواعد السلوك ومشكلات الانتباه، كذلك يمكن التنبؤ من خلال مهارة ضبط النفس في أبعاد العدوان والمشكلات الأخرى، وذلك من خلال تقدير المعلمين.

كما هدفت دراسة الكندري (AL-Kandari,2009) إلى كشف العلاقة بين المشكلات السلوكية والشعور بالوحدة النفسية والعلاقات الأسرية لدى التلاميذ المعاقين ذهنياً بدولة الكويت، وتكونت عينة الدراسة من (121) تلميذاً معاقاً بدرجة بسيطة من الجنسين (ذكور وإناث) تتراوح أعمارهم بين (9 - 18) سنة الملتحقين بمدرسة التربية الفكرية والتأهيل الاجتماعي، وقد استخدمت الدراسة مقياس الشعور بالوحدة (عبدالوهاب، 1996) وقائمة المشكلات السلوكية المعدلة (Peterson & Quay, 1977) بيترسون وغوي تعريب (Ahmed,2008) ومقياس العلاقات الأسرية لـ موس (Moos, 1974) وتعريب، عبدالرحيم والفقي (1980) وتوصلت الدراسة إلى أن أعلى نسبة لبعدهم بالخوف وعدم الثقة في أبعاد الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة الدراسة، وأن الذكور لديهم شعور بالوحدة النفسية أكثر من الإناث، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية، وبعض المشكلات السلوكية مثل القلق والانسحاب، كما هو أقوى المتنبئات من بين أبعاد المشكلات السلوكية للشعور بالوحدة النفسية.

أما دراسة دي روتز، ديكر، دوما، فيرهلست وكوت (De Ruiter, , Dekker, Douma, Verhulst, , & Koot. 2008) هدفت إلى معرفة أوجه الشبه والاختلاف في المشكلات السلوكية بين الشباب الذين يلتحقون بالمدارس للأطفال ذوي الإعاقة البسيطة مقابل الشباب من ذوي الإعاقة

الذهنية المتوسطة خلال خمس سنوات، وتكونت عينة الدراسة من المعاقين ذهنياً من 6 إلى 18 عاماً، وتم تقييم وجود المشكلات على مدى فترة 5 سنوات باستخدام قائمة السلوك من خلال تقديرات مقدمي الرعاية وعددهم 718 والمعلمين وعددهم 313، كما أشارت النتائج إلى أن أكثر المشكلات السلوكية كانت في إيذاء الذات والنشاط الزائد عند الأطفال ولا تختلف المشكلات السلوكية باختلاف درجة الإعاقة.

هدفت دراسة (Ahmed,2008) إلى تعرّف طبيعة العلاقة بين المشكلات السلوكية وسمات الشخصية لدى التلاميذ المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة، ومدى اختلاف تلك المشكلات السلوكية باختلاف سمات الشخصية وفق متغير الجنس، وتكونت عينة الدراسة من (70) تلميذاً معاقاً ذهنياً بدرجة بسيطة من الذكور والإناث وتراوح أعمارهم من 8 - 12 سنة بمدرسة التربية الفكرية بدولة الكويت، واستخدمت الدراسة مقياس قائمة المشكلات السلوكية المعدلة من إعداد (Peterson & Quay, 1977) وتعريب (Ahmed,2008) وأظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية بين أبعاد سمات الشخصية والمشكلات السلوكية كلما زادت السمات الشخصية السلبية زادت المشكلات السلوكية، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في جميع أبعاد المشكلات السلوكية.

ودراسة (AL-Gumash,2005) هدفت إلى تعرّف المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، وعلاقة تلك المشكلات بعمر الطفل ودرجة إعاقته وجنسه وقد تكونت عينة الدراسة من (220) فرداً من الأطفال المعاقين وتتراوح أعمارهم بين (أقل من 5 - أكثر من 10) سنوات، واستخدم الباحث أداة قائمة المشكلات السلوكية، وقام بتطويرها، وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أفراد العينة هي الحركة الزائدة يليها الانسحاب الاجتماعي ثم السلوك النمطي ثم العدوان، و أخيراً إيذاء الذات حيث كانت أقل المشكلات حدوثاً لديهم، كما أوضحت الدراسة أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في الحركة الزائدة والسلوك العدواني لدى الفئة العمرية من (5 - 10) سنوات، ولا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في المشكلات السلوكية لدى أفراد العينة.

ودراسة بيلد، سيم، كرايجر، سبارو ومنديرا (Bildt, Sytem, Kraijer, Sparrow & Minderaa, 2005) هدفت إلى تعرّف العلاقة بين شدة المشكلات السلوكية ومستوى المهارات التكيفية، وتكونت عينة الدراسة من (186) فرداً من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة الشديدة وتتراوح

أعمارهم بين (4 - 18) سنة، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وتضم (121) من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في مدارس التربية الخاصة، والمجموعة الثانية تضم (65) من ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة يتم تدريبهم على مهارات الحياة اليومية، وتم استخدام مقياس فينلاندا للسلوك التكيفي وقائمة المشكلات السلوكية، وتوصلت الدراسة إلى أن أداء الاطفال المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة من عينة الدراسة أفضل من أداء عينة الإعاقة الذهنية الشديدة في مقياس السلوك التكيفي، كما تختلف درجاتهم في قائمة المشكلات السلوكية باختلاف درجاتهم في أبعاد السلوك التكيفي.

وقام كلٌّ من تانيلّا، ايبيلق، هيكوت وجارفلين (Taaniila., Ebeling, Heikura, & Järvelin, 2003) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار المشاكل السلوكية والعاطفية لدى الأطفال الذين يبلغون من العمر 8 سنوات من ذوي الإعاقة الذهنية، والأطفال العاديين من نفس العمر حيث استخدمت أدوات الدراسة المتمثلة باستبيانين يقوم أولياء الأمور باستكمالهما، بالإضافة لتقييم سلوك الاطفال من قبل المعلمين باستخدام مقياس روتر (RB2)، وتم تطبيق الأدوات على عينة من الطلبة الفنلنديين من مواليد (1986/1985)، بلغ عددهم (9357 طفلاً)، من بينهم 106 طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية، منهم 44.4% من الأطفال يحملون بطاقة إعاقة و 14.1% من الأطفال الذين لا يحملون بطاقة إعاقة، وأظهروا اضطرابات نفسية، وقد جاءت النتائج لتشير إلى أن في مجموعة الأطفال المعاقين، كانت المشكلات السلوكية (20.8%)، يتمثل في فرط النشاط (36.1%)، بينما في مجموعة الأطفال العاديين، المشكلات السلوكية (9.1%) ومن فرط النشاط (9.3%) كانت أكثر شيوعاً من المشكلات العاطفية (4.9%). في كلتا المجموعتين، والذكور لديهم مشكلات أكثر من الإناث، كما أشارت النتائج أن هذه المشكلات تؤثر سلباً على استفادتهم من البرامج التعليمية المقدمة لديهم.

وكان الهدف الرئيسي من دراسة ديكر، كوت، اندي وفيرهلست (Dekker, Koot, Ende., & Verhulst. 2002) هو تقييم ومقارنة انتشار مجموعة من المشاكل العاطفية والسلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية والذين لا يعانون من الإعاقة الذهنية، وتكونت عينة الدراسة من 1.041 طفلاً تم اختيارهم عشوائياً من مدارس خاصة لتعليم المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة ومتوسطة وأطفال دون إعاقات جسدية أو حسية إضافية شديدة، ومقارنتهم ب 1.855 طفل تم اختيارهم عشوائياً من التعليم العام (من سن 6 إلى 18 سنة). وتم تقييم المشكلات السلوكية من

خلال أولياء الأمور بنموذج CBCL، والمعلمون نموذج تقرير المعلم TRF، وأشارت النتائج أن الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة وبدرجة متوسطة لديهم مشكلات سلوكية أكثر من الأطفال العاديين في التعليم العام في نفس المرحلة العمرية، وتمثلت أكثر المشكلات في مشاكل الانتباه والسلوك العدواني.

أما دراسة روجان، ماتسون، لوت، ايبنسين وسمولز (Rojahn, Matson, Lott, 2001) Esbensen & Smalls، فقد هدفت إلى اعداد أداة لتقييم المشكلات السلوكية وتشمل (إيذاء الذات، والسلوك النمطي، والسلوك العدواني) لدى المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية والنمائية باختلاف مستوى الإعاقة وعمر وجنس الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية والنمائية، وتكونت عينة الدراسة من (4302) من المعاقين ذهنياً تراوحت أعمارهم بين 14 - 19 سنة في كاليفورنيا، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن 73% من عينة الدراسة لديهم مشكلة سلوكية واحدة على الأقل في القائمة وبنسبة 43% لديهم مشكلة إيذاء الذات و54% لديهم مشكلة السلوك النمطي و38% لديهم سلوك عدواني، وأشارت نتائج صدق وثبات الأداة إلى تمتع الأداة بدرجات صدق وثبات عالية، وذلك من خلال التحليل العاملي والارتباطات بين الفقرات، كما أشارت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متغير مستوى الإعاقة الذهنية والمشكلات السلوكية وبالتحديد السلوك النمطي وإيذاء الذات، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين العدوان ومستوى الإعاقة الذهنية، والجنس والعمر.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تشير معظم الدراسات السابقة التي تناولت المشكلات السلوكية عند الأفراد المعاقين ذهنياً إلى أن أكثر المشكلات شيوعاً عندهم هي مشكلات الحركة الزائدة والعدوان ومشكلات الانتباه، وكسر قواعد السلوك، واضطرابات التصرف، والقلق، والانسحاب والفوضى كدراسة (Bu Ali,2010) و (AL-Gumash,2005)، كما اتضح منها أن المشكلات السلوكية لا تختلف كثيراً بين الذكور والإناث كدراسة (Ahmed,2008) (AL-Gumash,2005) ودراسة روجان وآخرون (Rojahn,2001) ودراسة أوسبرغ وآخرون (Oeseburg,2010)، وفي دراسة تشرودر (Schroeder,2014) وتانيليا وآخرون (Taanila,2003) تختلف المشكلات السلوكية عند الذكور والإناث. أما عن العينة في الدراسات كانت في معظمها من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة والشديدة، وهدفت معظم الدراسات إلى الكشف عن المشكلات السلوكية لدى الأفراد المعاقين ذهنياً باختلاف الجنس ودرجة الإعاقة، والسلوك التكيفي والتشنئة الأسرية، وبالنسبة للمراحل

العمرية كانت أغلبها في مرحلة الطفولة والمراهقة، واستخدمت الدراسات أدوات أو قائمة المشكلات السلوكية وتضمنت سلوك إيذاء الذات والسلوك النمطي، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، والقلق والانسحاب. واستخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي المقارن والبحث في العلاقة بين المشكلات السلوكية ومتغيرات أخرى مثل الجنس، والشعور بالوحدة، والمهارات الاجتماعية، وبشكل عام استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة وأسئلتها وتحديد أداة الدراسة واختيار العينة والمنهج بالإضافة إلى الاستفادة منها في تفسير النتائج.

منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي المقارن، للكشف عن مستوى المشكلات السلوكية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة من عينة الدراسة في مركز الشفلح بدولة قطر ومعرفة الفروق في المشكلات السلوكية وفق متغيرات الدراسة (العمر، الجنس، درجة الإعاقة).

عينة الدراسة:

طبقت هذه الدراسة على 165 من الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة من الجنسين (ذكور وإناث) عبر المراحل العمرية الثلاثة (الطفولة، والمراهقة، والرشد) تراوحت أعمارهم من 3 - 21 سنة، كما يظهر في الجدول 1

جدول 1 يوضح خصائص عينة الدراسة

| المجموع الكلي | إناث | ذكور | شدة الإعاقة |
|---------------|------|------|-------------|
| 77 | 39 | 38 | بسيطة |
| 88 | 45 | 43 | متوسطة |
| 165 | 84 | 81 | المجموع |

أداة الدراسة:

قائمة المشكلات السلوكية المعدلة (Revised Behavior Problem Checklist) RBPC (إعداد بيترسون وغوي 1977، Peterson & Quay، تعريب Ahmed,2008). تهدف هذه القائمة إلى تحديد المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المعاقين ذهنياً، وذلك من وجهة نظر المعلمين.

وصف القائمة:

جاءت قائمة المشكلات السلوكية المعدلة Behavior Problem Checklist والتي أعدها كوي وبيترسون (Quay & Peterson,1977) نتيجة مجموعة من التحليلات العاملية والدراسات للمشكلات السلوكية للأطفال والبالغين، والتي بدأت عام 1959 (Quay & Peterson, 1977).

أصبحت القائمة المذكورة (BPC) فيما بعد واسعة الاستخدام، وخصوصاً كأداة مسحية للاضطرابات السلوكية لدى التلاميذ.

وقد تم عمل مراجعة للقائمة المذكورة (BPC) في عام 1980 لتقوية خصائصها السيكومترية، كما تم مراجعتها في الأعوام (1985) و (1986). وتكونت القائمة من خمسة مقاييس فرعية: **الاضطراب السلوكي (CD) Conduct Disorder** يركز على المشكلات السلوكية للعنوان الجسدي وصعوبة التحكم في الغضب والعصيان المفتوح (عدم الطاعة) والصريح والمواجهة والمعارضة.

مشكلات التركيز (AP) Immaturi Attention Problems تركز على الأعراض المرتبطة باضطراب عجز الانتباه، والتي تتضمن ضيق سعة الانتباه، وضعف مشكلات التركيز، والتسرع وأيضاً العلاقات الاجتماعية، والشخصية المرتبطة بسمات شاملة السلبية والاعتمادية والسلوك الطفولي.

القلق / الانسحاب (AW) Anxiety-Withdrawel تحتوي على الفقرات التي تمثل المكونات السلوكية الاضطرابات الداخلية شاملة عدم الثقة في النفس، وتدني مستوى تقدير الذات، وفرط الحساسية للنقد والرفض والخوف العام والقلق والكراهية، تجنباً للفشل من تجريب سلوكيات جديدة.

السلوك الذهاني (PB) Psychotic Behavior تمثل الأعراض الذهانية شاملة اضطرابات الكلام والأوهام والعجز في اختيار الواقع.

فرط الحركة (ME) Motor Tension-Excess يركز على الأعراض الحركية للنشاط الزائد شاملة الاضطرابات والتوتر.

وتم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي وصدق المفهوم، وتم استخراج معاملات الثبات من خلال ثبات المقدرين، والثبات بطريقة الإعادة باستخدام عدد من العينات مختلفة الخصائص، وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,05.

كما تم التحقق من صدق القائمة في دراسة (Ahmed,2008) من خلال صدق الاتساق الداخلي، وتراوحت معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عددها 30 تلميذاً وتلميذة من تلاميذ مدارس التربية الفكرية في دولة الكويت، وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.001 وتم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا

كرونباخ) بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عددها 30 تلميذا وتلميذة من تلاميذ مدرستي التربية الفكرية بنين وبنات في دولة الكويت، وكان الثبات للمقاييس الفرعية، وتراوحت معاملات ثبات ألفا بين (0.78 - 0.95).

صدق المقياس في الدراسة الحالية:

تم التحقق من صدق القائمة في الدراسة الحالية من خلال صدق بناء الاختبار والجدول رقم 4 يوضح ذلك

جدول 2 يبين الارتباطات البينية بين أبعاد القائمة وبين الدرجة الكلية

| الأبعاد | مشكلات التركيز | القلق والانسحاب | السلوك الذهاني | الاضطراب السلوكي | فرط الحركة | الدرجة الكلية |
|------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|---------------|
| مشكلات التركيز | 1 | .511** | .442** | .331** | .422** | .797** |
| القلق والانسحاب | | 1 | .276** | .338** | .260** | .563** |
| السلوك الذهاني | | | 1 | .582** | .547** | .703** |
| الاضطراب السلوكي | | | | 1 | .786** | .787** |
| فرط الحركة | | | | | 1 | .779** |
| الدرجة الكلية | | | | | | 1 |

ويظهر الجدول (2) أن قيم معاملات ارتباط الأبعاد معا قد تراوحت بين (0.26-0.78) ، وقيمة الارتباط مع الدرجة الكلية تراوحت بين (0.56-0.79) وجميع هذه القيم تعد مرتفعة نوعا ما وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$)، مما يوفر مؤشراً لصدق القائمة .

ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ والجدول رقم 3 يوضح ذلك

جدول 3 معامل ثبات ألفا للمقاييس الفرعية لقائمة المشكلات السلوكية المعدلة

| الأبعاد | قيمة معامل كرونباخ ألفا |
|------------------|-------------------------|
| مشكلات التركيز | 0.94 |
| القلق والانسحاب | 0.85 |
| السلوك الذهاني | 0.85 |
| الاضطراب السلوكي | 0.95 |
| فرط الحركة | 0.88 |
| الدرجة الكلية | 0.96 |

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة بحساب معامل الاتساق الداخلي للمقياس ككل، ولكل عامل من عوامله بشكل منفصل باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، وقد تراوحت قيم معاملات الثبات بين 0.85-0.94 وجميعها قيم مقبولة ومناسبة لثبات المقياس بينما بلغت قيمة معامل الثبات الكلي 0.96

طريقة تطبيق المقياس وتصحيحة:

بعد حساب الصدق والثبات أصبحت القائمة المعدلة مكونة من (60) عبارة موزعين على المقاييس الفرعية الخمسة، ويتم تطبيقها على التلاميذ المعاقين ذهنياً عن طريق معلمهم، من خلال قراءة المعلم للتعليمات الخاصة بالمقياس ومن ثم قراءة بنود المقياس يبدأ باختيار واحدة من سلم التقديرات التالية (ليست مشكلة سلوكية لدى التلميذ المعاق ذهنياً، حيث يعطي الباحث درجة صفر في حال عدم وجود المشكلة، ودرجة واحدة للمشكلة المتوسطة، ودرجتين للمشكلة الحادة).

وتحسب الدرجات الخاصة لكل بعد عن طريق درجات البنود المتضمنة فيه طبقاً للمقياس المتدرج المستخدم، ومن ثم ارتفاع الدرجة في أي بعد من أبعاد القائمة يشير إلى زيادة وجود المشكلات، ويُشير انخفاض الدرجة في أي بُعد إلى عدم وجود نسبي من المشكلات السلوكية في ذلك البعد، كما يتراوح مدى الدرجات التي يحصل عليها المفحوص من صفر إلى 120 درجة.

نتائج الدراسة:

السؤال الأول والذي ينص على: مامستوى المشكلات السلوكية (مشكلات التركيز، والقلق والانسحاب، والسلوك الذهاني، والاضطراب السلوكي، وفرط الحركة) لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات معلمي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية على مقياس المشكلات السلوكية الموضح بالجدول 4

جدول 4 توزيع مستويات مقياس المشكلات السلوكية حسب قيمة المتوسط الحسابي

| المتوسط | الاتجاه |
|----------------|--------------|
| 1.33 -1 | ليست مشكلة |
| 1.67 -1.34 | مشكلة متوسطة |
| 1.68 - فما فوق | مشكلة حادة |

جدول 5 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية على ابعاد

مقياس المشكلات السلوكية

| الأبعاد | المتوسط | الانحراف | مستوى المشكلة |
|----------------|---------|----------|---------------|
| مشكلات التركيز | 1.61 | 0.51 | مشكلة متوسطة |

| الأبعاد | المتوسط | الانحراف | مستوى المشكلة |
|------------------|---------|----------|---------------|
| القلق والانسحاب | 1.43 | 0.37 | مشكلة متوسطة |
| السلوك الذهاني | 1.27 | 0.40 | ليست مشكلة |
| الاضطراب السلوكي | 1.29 | 0.38 | ليست مشكلة |
| فرط الحركة | 1.30 | 0.46 | ليست مشكلة |

يتضح من جدول رقم 5 أن مشكلات التركيز ومشكلات القلق والانسحاب جاءت في مستوى متوسط بينما مشكلات السلوك الذهاني، والاضطراب السلوكي، وفرط الحركة لا تمثل مشكلة حسب قيمة المتوسط.

السؤال الثاني والذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في أبعاد المشكلات السلوكية.

للإجابة عن السؤال الثاني تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطات أفراد العينة

الجدول 6 نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة وذوي الإعاقة

المتوسطة في أبعاد المشكلات السلوكية

| المقاييس الفرعية | المجموعة | المتوسط | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|------------------|----------|---------|-------------------|--------------|--------|---------------|
| مشكلات التركيز | بسيط | 22.91 | 6.44 | 163 | 4.16 | 0.001 |
| | متوسط | 28.06 | 8.71 | | | |
| القلق والانسحاب | بسيط | 15.66 | 3.93 | 163 | 0.15 | 0.88 |
| | متوسط | 15.75 | 4.08 | | | |
| السلوك الذهاني | بسيط | 7.17 | 1.80 | 163 | 2.33 | 0.02 |
| | متوسط | 8.04 | 2.72 | | | |
| الاضطراب السلوكي | بسيط | 28.01 | 7.79 | 163 | 0.88 | 0.42 |
| | متوسط | 29.10 | 9.13 | | | |
| فرط الحركة | بسيط | 6.33 | 1.96 | 163 | 1.08 | 0.28 |
| | متوسط | 6.73 | 2.54 | | | |

يتضح من الجدول (6) وجود فروق ظاهرية في متوسط الدرجات بين الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة، وأن متوسطات ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة أكبر في جميع الأبعاد، وللتحقق فيما إذا ما كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم اختبار هذا الفرق باستخدام اختبار (ت) لفحص الفروق بين متوسطي المجموعتين: (الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة) ويتبين من الجدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى دلالة أقل من 0.01، في بعد مشكلات التركيز وبالنظر إلى متوسطي المجموعتين يتضح أن هذا الفرق يعود لصالح مجموعة الأفراد ذوي الإعاقة المتوسطة، الأمر الذي يشير إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة المتوسطة يعانون من مشكلات التركيز بشكل أكبر من مجموعة ذوي الإعاقة البسيطة،

كما يتبين من الجدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى دلالة أقل من 0.05، في بعد السلوك الذهاني، وبالنظر إلى متوسطي المجموعتين يتضح أن هذا الفرق يعود لصالح مجموعة الأفراد ذوي الإعاقة المتوسطة، الأمر الذي يشير إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة المتوسطة يعانون من مشكلات السلوك الذهاني بشكل أكبر من مجموعة ذوي الإعاقة البسيطة، كما ويتبين من الجدول (3) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في باقي أبعاد المشكلات السلوكية.

السؤال الثالث والذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) في أبعاد المشكلات السلوكية.
للإجابة عن السؤال الثالث تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطات أفراد العينة

جدول 7 نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور،

إناث) في أبعاد المشكلات السلوكية

| المقاييس الفرعية | المجموعة | المتوسط | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|------------------|----------|---------|-------------------|--------------|--------|---------------|
| مشكلات التركيز | ذكور | 26.62 | 8.29 | 163 | 1.24 | 0.22 |
| | إناث | 25.04 | 8.09 | | | |
| القلق والانسحاب | ذكور | 16.43 | 4.34 | 163 | 2.17 | 0.03 |
| | إناث | 15.08 | 3.63 | | | |
| السلوك الذهاني | ذكور | 7.87 | 2.40 | 163 | 1.14 | 0.26 |
| | إناث | 7.45 | 2.38 | | | |
| الاضطراب السلوكي | ذكور | 29.72 | 9.56 | 163 | 1.80 | 0.07 |
| | إناث | 27.38 | 7.01 | | | |
| فرط الحركة | ذكور | 6.75 | 2.34 | 163 | 1.13 | 0.26 |
| | إناث | 6.34 | 2.28 | | | |

يتضح من الجدول (7) وجود فروق ظاهرية في متوسط الدرجات بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة الذهنية، وأن متوسطات الذكور أكبر في جميع الأبعاد، وللتحقق فيما إذا ما كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية قامت الباحثة باختبار هذا الفرق باستخدام اختبار (ت) لفحص الفروق بين متوسطي المجموعتين: (الذكور والإناث من ذوي الإعاقة الذهنية). ويتبين من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى دلالة أقل من 0.05، في بعد القلق والانسحاب وبالنظر إلى متوسطي المجموعتين يتضح أن هذا الفرق يعود لصالح مجموعة الذكور، الأمر الذي يشير إلى أن الأفراد الذكور من ذوي الإعاقة العقلية يعانون من مشكلات القلق والانسحاب بشكل

أكبر من مجموعة الإناث، كما يتبين من الجدول (4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في باقي أبعاد المشكلات السلوكية.

السؤال الرابع والذي ينص على: هل تختلف درجة أبعاد المشكلات السلوكية لدى الأفراد ذوي

الإعاقة الذهنية باختلاف المراحل العمرية

للإجابة على السؤال الرابع تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار تحليل

التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات الحسابية في أبعاد المشكلات السلوكية

جدول 8 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في أبعاد المشكلات السلوكية لدى عينة ذوي الإعاقة

الذهنية باختلاف المراحل العمرية

| البعد | الفئات العمرية | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|------------------|----------------|-------|-----------------|-------------------|
| مشكلات التركيز | مرحلة الطفولة | 90 | 25.77 | 8.82 |
| | مرحلة المراهقة | 34 | 26.94 | 8.15 |
| | مرحلة الرشد | 41 | 25.00 | 6.80 |
| القلق والانسحاب | مرحلة الطفولة | 90 | 15.47 | 4.14 |
| | مرحلة المراهقة | 34 | 16.20 | 3.99 |
| | مرحلة الرشد | 41 | 15.95 | 3.91 |
| السلوك الذهاني | مرحلة الطفولة | 90 | 7.36 | 2.11 |
| | مرحلة المراهقة | 34 | 8.61 | 3.00 |
| | مرحلة الرشد | 41 | 7.51 | 2.27 |
| الاضطراب السلوكي | مرحلة الطفولة | 90 | 27.81 | 7.55 |
| | مرحلة المراهقة | 34 | 30.47 | 10.29 |
| | مرحلة الرشد | 41 | 28.51 | 8.48 |
| فرط الحركة | مرحلة الطفولة | 90 | 6.43 | 2.20 |
| | مرحلة المراهقة | 34 | 7.26 | 2.72 |
| | مرحلة الرشد | 41 | 6.19 | 2.12 |

جدول 9 اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات الحسابية في أبعاد المشكلات السلوكية

تبعاً لاختلاف الفئة العمرية

| البعد | المصدر | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | الدلالة |
|-----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------|
| مشكلات التركيز | بين المجموعات | 70.465 | 2 | 35.233 | 0.52 | 0.59 |
| | داخل المجموعات | 10981.438 | 162 | 67.787 | | |
| | المجموع | 11051.903 | 164 | | | |
| القلق والانسحاب | بين المجموعات | 15.392 | 2 | 7.696 | 0.49 | 0.63 |
| | داخل المجموعات | 2665.917 | 162 | 16.456 | | |
| | المجموع | 2681.309 | 164 | | | |
| السلوك الذهاني | بين المجموعات | 39.821 | 2 | 19.910 | 3.5 | 0.03 |
| | داخل المجموعات | 901.173 | 162 | 5.563 | | |
| | المجموع | 940.994 | 164 | | | |

| البعد | المصدر | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة (ف) | الدلالة |
|------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------|---------|
| الاضطراب السلوكي | بين المجموعات | 174.563 | 2 | 87.282 | 1.23 | 0.29 |
| | داخل المجموعات | 11460.503 | 162 | 70.744 | | |
| | المجموع | 11635.067 | 164 | | | |
| فرط الحركة | بين المجموعات | 23.752 | 2 | 11.876 | 2.23 | 0.11 |
| | داخل المجموعات | 859.157 | 162 | 5.303 | | |
| | المجموع | 882.909 | 164 | | | |

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05 في بعد السلوك الذهاني بين المراحل النمائية الثلاثة وبالنظر إلى الجدول (8) نجد ان هذا الفرق يعود لصالح الأفراد المعاقين عقليا في مرحلة المراهقة، الأمر الذي يشير إلى أن مشكلة السلوك الذهاني لدى أفراد مرحلة المراهقة أكبر من كلا المرحلتين الطفولة والرشد، كما يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في باقي المشكلات السلوكية.

مناقشة وتفسير النتائج:

كشفت نتائج السؤال الأول إلى أن مستوى مشكلات التركيز والقلق والانسحاب لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة من عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط، بمعنى أنها تشكل مشكلة متوسطة، بينما مشكلات السلوك الذهاني والاضطراب السلوكي وفرط الحركة لا تمثل مشكلات سلوكية حسب توزيع مستويات مقياس المشكلات السلوكية المتبعة في الدراسات، ويمكن تفسير ذلك بالرجوع إلى قائمة المشكلات السلوكية الخاصة بمشكلات التركيز نجد أنها نتيجة منطقية، وتكاد تكون مشكلات عامة لدى جميع الأفراد من ذوي الإعاقة الذهنية والتمثلة في (لديه سعة انتباه قصيرة، تركيزه ضعيف، لا ينتبه لما يقوله الآخرون، سلبي، يعتمد على نفسه، متسرع، غير دقيق في عمل الأشياء، يحتاج إلى مساعدة مستمرة من الآخرين، .. الخ). وكذلك بالنسبة لمشكلات القلق والانسحاب والتمثلة في (الخجل، عدم الثقة بالنفس، الحذف، الاحساس بالفشل، عدم الاحساس بحب الآخرين، .. الخ) كما هو موضح في الجدول (4).

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال مفهوم وتعريف الإعاقة الذهنية، حيث ينص على وجود قصور في القدرات العقلية لدى الأفراد المعاقين ذهنياً والذي يسهم في زيادة مشكلات التفكير، والتركيز كما يسهم القصور في القدرات العقلية إلى وجود خصائص مثل القلق والانسحاب والخوف والحزن وعدم الثقة بالنفس نتيجة لخبرات الفشل التي يمرون بها خلال فترات حياتهم، كما يترتب

على هذا القصور أيضاً مشكلات في الانتباه فقد لا يستطيع الانتباه أو الجلوس لفترة معينة، فوضوي ولا ينهي المهام المطلوبة منه.

كما أن القصور في السلوك التكيفي لدى الأفراد المعاقين ذهنياً يسهم في ظهور مشكلات اجتماعية كالصعوبة في تكوين العلاقات مع الآخرين، ويتعرض للسخرية من الآخرين، مما يترتب عليه الانسحاب من المواقف الاجتماعية والقلق من المشاركة مع الآخرين الأنشطة الاجتماعية؛ لذا يبدو حزيناً مكتئباً ويشعر بالخجل، كما وأن القصور في التفكير لدى الأفراد والمعاقين يؤثر في النحو النفسي، ويتضح تأثيره في مرحلة المراهقة وكثيراً ما يتخذ أشكالاً مختلفة ومتباينة من العنف وإيذاء الذات والقلق (Schroeder & et al., 2014) وتتفق نتيجة هذا السؤال مع ماجاء في دراسة (AL-Kateeb & AL-Hadedi, 1997).

تقع غالبية المشكلات السلوكية حسب متغير الشدة ضمن الحالات البسيطة أو المتوسطة، وقد أشارت (Derui, Dekker, Douma, Verhnlisk, Koot.2008) والتي استغرقت مدة خمس سنوات لمتابعة ورصد المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية وشدة وحدة تلك المشكلات، وانتهت الدراسة بأن مستوى المشكلات كانت بسيطة خلال فترة الدراسة وأنها لا تتجاوز مشكلات التركيز والانتباه وعدم المثابرة والقلق.

وبالرجوع إلى قائمة المشكلات السلوكية المستخدمة في الدراسة في بعد السلوك الذهاني والاضطراب السلوكي وفرط الحركة، نجد أنها موجودة تلك المشكلات لدى عينة الدراسة ولكنها لا تعد مشكلة، بمعنى لا تظهر لدى جميع الحالات، وليست مستقرة وتختلف باختلاف الفئات العمرية ودرجة الإعاقة ومستوى الخدمات المقدمة لهم؛ لذا تشير نتيجة هذه الدراسة بأن أفراد العينة لديهم بعض تلك المشكلات إلا أن مستواها بسيط.

وبالنسبة لنتيجة السؤال الثاني الذي بحث في الفروق بين متوسطات الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسط، كانت متوسطات ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة أعلى من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في جميع المقاييس الفرعية، وهذا يعني أن الأفراد من ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة لديهم مشكلات في التركيز والقلق والانسحاب، والسلوك الذهاني، والاضطراب السلوكي، وفرط الحركة أكثر من الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما انخفضت درجة القدرات العقلية زادت المشكلات السلوكية، لأن تدني القدرة العقلية يسهم في زيادة مشكلات التفكير وتكون قدراته العقلية في مستوى طفل صغير، ويكون بحاجة إلى الدعم والمساندة من قبل

المحيطين من المعلمين والأسرة لأن قدراته لا تساعده في بناء علاقات اجتماعية، والتكيف مع المواقف الاجتماعية، بالإضافة إلى المشكلات التي لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة في الانتباه، واتباع التعليمات وفرط الحركة والنشاط، وعند المقارنة بين المشكلات السلوكية عند الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة، نجد أنها تزداد مع الإعاقة الذهنية المتوسطة نظراً لخصائصهم ولما يتعرضون له من خبرات الفشل، كما أشارت Drew, Longan & Hardman (1990) أن الإعاقة الذهنية يصاحبها مشاكل عديدة اجتماعية، وصحية، وتعليمية، ونفسية، وتأهيلية، ومهنية، وهذه المشاكل تتداخل مع بعضها، ويصعب حلها وتتأثر بدرجة الإعاقة العقلية. وتشير نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أن العلاقة بين المشكلات السلوكية وشدة درجة الإعاقة الذهنية قوية جداً، حيث أنه كلما ازدادت درجة الإعاقة الذهنية ازداد معدل حدوث بعض المشكلات السلوكية، كما وتؤثر تلك المشكلات السلوكية سلباً على نواحي النمو المختلفة لديهم (Webstar. Stratton & Lindsay, 1999).

واتضح من نتيجة السؤال الثالث ومن فحص الفروق في أبعاد المشكلات السلوكية بين الذكور والإناث من عينة الدراسة أن الذكور لديهم مشكلات سلوكية بدرجة أكبر من الإناث في بعد القلق والانسحاب والاضطراب السلوكي، أما بالنسبة لباقي الأبعاد اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وهذه النتيجة تؤكد أن نسبة المشكلات السلوكية تتقارب لدى الذكور والإناث؛ لما يتعرضون له من خبرات مؤلمة، ونتيجة لعدم قدرتهم على تكوين علاقات مع أقرانهم، لذلك يتصف سلوكهم بالخوف والانسحاب والميل إلى الوحدة والقلق، وهذا ما أشارت إليه كذلك دراسة (AL-Kateeb & AL-Hadedi, 1997).

بالإضافة إلى أن معايير المجتمع تختلف في تحديد السلوك من حيث شدته واضطرابه باختلاف المفاهيم عن ماهو سوي وماهو شاذ (AL-Zahrani, 2006)، كما أن توزيع المشكلات السلوكية حسب متغير الشدة تقع غالبيتها ضمن الحالات البسيطة والمتوسطة من الإعاقة الذهنية في حين أن حالات قليلة جداً تكون من النوع الشديد، وأن الذكور لديهم مشكلات أكثر من الإناث (Bu Ali, 2010).

أما بالنسبة لنتيجة السؤال الرابع والذي تبين أن مشكلة السلوك الذهاني ظهرت بشكل أكبر لدى المراهقين من عينة الدراسة مقارنة بالأبعاد الأخرى.

وعند المقارنة بين المشكلات السلوكية من الطفولة إلى الرشد لدى المعاقين ذهنياً من الجنسين نجد أنها تزداد في مرحلة المراهقة، وتتنخفض في مرحلة الرشد فيما عدا السلوك الذهاني، وجاءت النتيجة لتؤكد ماجاء في (kostik, ivanovil & vesna, 2009) أن المشكلات السلوكية ليس لديها صفة الاستمرارية وتختلف باختلاف المرحلة العمرية، حيث يمر المعاق ذهنياً بتغيرات هرمونية وجسمية وجنسية وانفعالية، لما لها من تأثير على المراهق ويزيد من انسحابه لعدم إدراكه بسبب هذه التغيرات، كما تظهر مشكلة كسر قواعد السلوك، وذلك لا يعود لكونه شخصاً معاقاً، وإنما لطبيعة المرحلة العمرية، والمراهق المعاق ذهنياً لا يستطيع التعبير عن مشاعره ورغباته، ولا يعود ذلك بسبب الإعاقة الذهنية فقط بل إلى عدم تفهم الأسرة أحياناً إلى حاجات المراهق النفسية والاجتماعية إذا تفقد اهتمامهم على الحاجات الاساسية للرعاية اليومية والطبية، كما أن نقص التوجيه والإرشاد يؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية في هذه المرحلة.

وأشارت دراسة (Muhammed,2004) أن نسبة المشكلات السلوكية تزداد لدى الأطفال المعاقين بغض النظر عن جنسهم، كما أنها تزداد لدى الراشدين فيما عدا النشاط الزائد لا تستمر لمرحلة الرشد، وأن المشكلات السلوكية تختلف من مرحلة الطفولة عن مرحلة المراهقة والرشد، ولكنها لا تختفي بمعنى لايتخلص منها الأطفال.

وخلاصة القول تؤكد نتائج الدراسة الحالية إلى أن المشكلات السلوكية تختلف عند الأطفال المعاقين عن المراهقين، كما تختلف باختلاف درجة الإعاقة، ومستوى النمو النفسي، والجسدي والمعرفي والمهارات الاجتماعية والتواصلية والحالة الاجتماعية والظروف الأسرية للأشخاص ذوي الإعاقة، وتختلف المشكلات السلوكية باختلاف ثقافة المجتمع ومعايير المؤسسة التي تقدم الرعاية للشخص المعاق، لذا جاءت نتائج الدراسة الحالية تتفق في بعض جوانبها مع الدراسات السابقة وتختلف أحياناً في جوانب أخرى كما تم توضيحه في تفسير نتائج أسئلة الدراسة.

التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة تقترح الباحثة بعض التطبيقات التربوية:

1. ضرورة الإهتمام بمرحلة المراهقة لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.
2. إقامة ندوات ومحاضرات توعوية وإرشادية للمعلمين ولأسر ذوي الإعاقة الذهنية حول كيفية التغلب على المشكلات السلوكية.

3. الإهتمام بالأفراد ذوي الإعاقة وفهم حاجاتهم النفسية والإجتماعية ومحاولة مشاركتهم في الأنشطة الجماعية في المركز.

4. إعداد مقاييس خاصة لقياس المشكلات السلوكية تتناسب مع البيئة الخليجية.

References:

- Abd Elmuiti, H. (2001). *The psychological disorders within childhood and adolescence: Causes, diagnosis and treatment*. Cairo, Cairo Dar for publication.
- Achenbach, T.& Rescorla, A.(2007). *Manual for the ASEBA School-Age*. Burlington VT: University of Vermont, research center for children, youth & families.
- Ahmed, H.A.(2008). *The relationship between behavioral problems and personality traits of mildly intellectual disability students in the State of Kuwait*. (Unpublished Thesis), Arabian Gulf University, Bahrain.
- Ali, A.M.(2000). *Fears & mental retardation children*. Alyslandara, Dar of University Knowledge.
- AL-Gumash, M.N.(2005). *The problems of mental retardation students in the family as percieved by their parents and its relation to some variables: Survey Study*. The Arabian Journal for Education, 25 (1). Arabian Organization for Culture and Science, p 143-163.
- AL-Kandari, H.H.(2009). *Feeling of loneliness and its relationship to behavioral problems and family relationship among students with intellectual disability in the State of Kuwait*. (Unpublished Thesis), Arabian Gulf University, Bahrain.
- AL-Kateeb,J., & AL-Hadedi, M.(1997). *Introduction to special education*. Alean, Dar Alfalh.
- Al-Qerutti, Y., Alsurtawi, A., & Alsumadi. J. (2001). *The introduction to special education (2nd ed)*. Dubai, Al Dar Al-Galem.
- AL-Said, A.(1997). *Factorial construction of personality and its relation to some behavioral problems among mental retardation children*. (Unpublished Thesis), Arabian Gulf University, Bahrain.
- AL Sharbeni, Z. (1994). *The Psychological problems among children*. Cairo, Dar Alfeker.
- AL-Shenawi, M.M.(1917). *Mental retardation: Causes, diagnosis and programs*. Cairo, Dar AL-Gareeb for Publication and Distribution.
- AL-Thaher, G.A. (2008). *Introduction to special education (2nd ed)*. Amman, Dar Wael for Publication.

- AL-Zahrani, A. (2006). *The behavioral problems among autistic children from Arabic Sudia teachers perspective*, (Unpublished Thesis). King Saud University, Sudia.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- Baker, B. L., Blacher, J., & Olsson, M. B.(2005). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(8), 575-590.
- Bildt, A. D., Sytema, S., Kraijer, D. Sparrow, S., & Minderaa, R. (2005). Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and Adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 9,672-681.
- Bu Ali, A.A.(2010). *The relationship between behavioral problems and social skills of adolescents with mild intellectual disability in the Kingdom of State Arabia*. (Unpublished Thesis), Arabian Gulf University, Bahrain.
- De Ruiter, K. P., Dekker, M. C., Douma, J.C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2008). Development of parent-and Teacher-Reported Emotional and Behavioral Problems in Young People with Intellectual Disabilities: Does Level of Intellectual Disability Matter?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(1), 70-80.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V. D., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- Dekker, M. C., Nunn, R. J., Einfeld, S. E., Tonge, B. J., & Koot, H. M. (2002). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disability: revisiting the factor structure of the developmental behavior checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(6), 601-610.
- Drew, C.,Longan,D. & Hardman, M. (1990). *Mental retardation* (4th ed.). Newyork: Macmillan Co.
- Emerson, E., Liernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H. & Swarbrick, R. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77-93.
- Gardner, I.(2008). *Behavior Modification in Mental Retardation: The Education and rehabilitation of the Mentally Retarded Adolscents and*

- Adult*. Scon Paperback. Aldinetransaction Adivision of Transaction Publishers. New Brunswic (U.S.A). and London (U.K.).
- Gresham, F. & Elliott,S. (2008). *Social Skills Improvement system*. NCSPearson, Inc. All rights reserved.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185.
- Kostikj-Ivanovikj, V. (2009). Behavioral problems in children with mild and moderate intellectual disability. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 10(1-2), 49-62.
- Leffert, T.H. (2002).*Social cognition: A key to understanding behavior in individuals with mild Mental Retardtion*” Laraine Masters (ED) international review of research in Mental Retardation 2002, vol.25.(pp. 135-181).
- Muhammed, A.A.(2004). *The cognitive behavioral treatment: The rules and implications*. Cairo, Dar Al-Rashed.
- Neece, C. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.
- Oeseburg, B., Jansen, D., Groothoff, J., Dijkstra, G.& Reijneveld, S.(2010). Emotional and behavioural problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases. *Journal off Intercltural Disability Research*, 54(1), 81-89.
- Parmenter, R., Einfeld, L., Tonge, J.,&Dempster,A.(1998). Behavioral and emotional problems in the classroom of children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Development Disability*.
- Quay, H., & Peterson, D. (1977). *Behavior problem checklist*.
- Reiter, S.& Noam, L.(2007). Bualling Among Special Education Student with Intellectual Disabilities: Differences in Social Adjustment and Social Skills. *Intellectual and Developmental Disabilities*.45(3), 174-181.
- Rodd, J. (1996). *Understanding Young Children’s Behavior: A Guide for Early Childhood Professionals*. Columbia University, 1234 Amsterdam Avenue, New York.

- Rojahn, J., Matson, J., Lott, D, Esbensen, A. & Smalls, Y.(2001). The Behavior problems inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior and aggression destruction in individuals with developmental disabilities, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(6), 578-588.
- Schalock, R., Yeager, M., Wehmeyer, M., Verdugo-Alonso, M., Thompson, J., & Tasse, M. et al. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Eleventh Edition*.
- Schroeder, S. R., Marquis, J. G., Reese, R. M., Richman, D. M., Mayo-Ortega, L., Oyama-Ganiko, R., ...& Lawrence, L. (2014). Risk factors for self-injury, aggression, and stereotyped behavior among young children at risk for intellectual and developmental disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(4), 351-370.
- Taanila, A., Ebeling, H., Heikura, U., & Jarvelin, M. R. (2003). Behavioral problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *Journal of pediatric neurology*, 1(1), 15-24.
- Totsika, V., Felce, D., Kerr, M., & Hasting, R. P.(2010). Behavior problems, psychiatric symptoms, and quality of life for older adults with intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1171-1178.
- Webster-Stratton, C. & Lindsay, D. (1999). Social competence and conduct problems in young children: Issues in Assessment. *Journal of clinical child Psychology*, 28, 25-44.
- Yahia, K.A.(2003). *The behavioral and emotional disorders*. (2nd ed). Amman, Dar Al-Feker. for Publication and Distribution.
- Zigler, E(1999). *The Individual with Mental Retardation as a Whole Person*. In E. Zigler, & D. Bennet (eds.), *Personality development in Individuals with Mental Retardation*, 47.54.