

المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد

ومتعددي الإعاقة كما يدركها المعلمون

Emotional and behavioral problems for Children with intellectual disability, autism spectrum disorder, and multiple disabilities as recognized by teachers

د. محمد السيد عبدالرحيم

أستاذ الصحة النفسية المساعد - كلية التربية - جامعة بني سويف

الملخص:

يهدف البحث إلى التعرف على الفروق في المشكلات الانفعالية والسلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد (منخفضي الأداء العقلي الوظيفي)، ومتعددي الإعاقة (الإعاقة الفكرية المصحوبة بالإعاقة الجسدية)، وكذلك التعرف على ترتيب تلك المشكلات وحدتها داخل كل مجموعة من مجموعات البحث. وبلغت عينة البحث ١٢٥ طفلاً، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات: ذوي اضطراب طيف التوحد ٢٨ طفلاً، وذوي الإعاقة الفكرية المدمجين ٥٣ طفلاً، وذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين ٣٠ طفلاً، ومتعددي الإعاقة ١٤ طفلاً). وتم استخدام مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون، إعداد الباحث. وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات البحث في المشكلات الانفعالية والسلوكية لصالح متعددي الإعاقة بالمقارنة مع ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين، واضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية المدمجين على الترتيب. وكانت أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين، هي مشكلات القلق والمخاوف، والمزاج الاكتئابي، وأقلها شدة مشكلات اللغة التعبيرية. وأن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين، هي مشكلات القلق والمخاوف، ومشكلات التفاعل الاجتماعي واللغة الاستقبالية والمشكلات الجنسية ومشكلات الأكل والمزاج الاكتئابي واللغة التعبيرية على الترتيب. وأن أكثر

المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، هي مشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات واللغة الاستقبالية وأنشطة الحياة اليومية ومشكلات رعاية الذات على الترتيب وأقلها شدة مشكلة الهلوس والضلالات. وأن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لذوي تعدد الإعاقة، هي المشكلات الجنسية واللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والصرع وأنشطة الحياة اليومية ومشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات والمزاج الاكتئابي ورعاية الذات والقلق والمخاوف على الترتيب.

الكلمات المفتاحية: المشكلات الانفعالية والسلوكية- الإعاقة الفكرية- اضطراب طيف التوحد- متعددو الإعاقة- الدمج.

مقدمة:

يعيش الأشخاص الذين لديهم إعاقة فكرية، أو اضطراب طيف التوحد مصحوبا بالإعاقة الفكرية، أو إعاقة فكرية مصحوبة بإعاقة جسدية -في الوقت الراهن- حياة أطول من ذي قبل، كنتيجة للرعاية الصحية والتربوية التي يتلقونها، حيث أصبحوا يعيشون علاقات أكثر تنوعا داخل أسرهم، أو داخل المجتمع ككل. ويتم العناية بهم -في كثير من الحالات- في بيئات لم تكن من اختيارهم؛ حيث لا يأخذ رأيهم غالبا، سواء في البقاء في المنزل طول الوقت أو بعض الوقت، أو البقاء في مؤسسات الرعاية بعض أو معظم أو طول الوقت، أو التنقل السريع بين البيئات المختلفة لأسباب تعليمية أو صحية أو أسرية، هذا التنوع والتغير في البيئات التي يتفاعلون معها، يخلق تحديات توافقية جديدة، تضاف إلى التحديات التي تفرضها الإعاقة.

وتمثل المشكلات الانفعالية والسلوكية-بشكل عام- تحديًا أمام علماء النفس، سواء من حيث ابتكار اختبارات ومقاييس لتشخيص تلك المشكلات، أم من حيث ابتكار فنيات وأساليب علاجية للحد من الآثار السلبية التي يمكن أن تتركها على شخصية الفرد. وتمثل المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة بشكل عام، وذوي الإعاقة الفكرية بشكل خاص، تحديا كبيرا أمام المهتمين بهذه الفئة، وتزداد المشكلة، ويزداد التحدي صعوبة،

عندما يتزامن مع الإعاقة الفكرية إعاقة أخرى كاضطراب طيف التوحد أو الإعاقة الجسدية.

ونظرًا لأن الاهتمام بهذه الفئات من ذوي الإعاقة قد ركز على دراسة بعض المشكلات السلوكية التي تظهر بصورة نمطية لديهم كالسلوك العدواني أو الانسحاب أو سلوك إيذاء الذات، أو القصور في مهارات حماية الذات ورعاية الذات، وغيرها من مظاهر القصور في مهارات السلوك التكيفي سواء من حيث رصد وجود هذه السلوكيات أو التدخل للتخفيف من حدتها، فقد جاء البحث الحالي ليحاول رصد بعض المشكلات الانفعالية والسلوكية، ومقارنة شدة تلك المشكلات ومدى انتشارها وترتيبها بين فئات ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية وذوي تعدد الإعاقات.

مشكلة البحث:

يتعرض الأشخاص ذوي الإعاقة، أكثر من غيرهم، للعديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية، والتي قد ترجع إلى مشكلات التوافق التي يعانون منها، أو تعرضهم لخبرات فشل، أو نتيجة للاتجاهات السلبية نحوهم.

فالإعاقة الفكرية ليست اضطرابًا نفسيًا في ذاتها، ولكنها عامل خطورة قوي في الاضطرابات النفسية، ويمثل مزج الإعاقة الفكرية مع الاضطراب النفسي ضغطًا ذو طبيعة خاصة بالنسبة للفائمين على الرعاية، فكثير من الأسر تجد صعوبة في التعايش مع المشاكل النفسية أكثر من التعايش مع مشاكل تعود في أصلها إلى الإعاقة الفكرية، فالمشاكل النفسية هي السبب الأكثر شيوعًا لانهايار الأسرة (Goodman & Scott, 2014).

وعلى الرغم من أن ما تقدم يبدو صحيحًا من الناحية المنطقية، فإن الدراسات العلمية التي سعت إلى تحديد المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية فقط، أو المصحوبة باضطراب طيف التوحد، أو الإعاقة الجسدية، تبدو قليلة مقارنة بالدراسات التي انطلقت من افتراض وجود مشكلة سلوكية ما، ومن ثم دراسة تلك المشكلة سواء

بعلاقتها بغيرها، أو محاولة التدخل للتخفيف من حدتها، ومن أكثر تلك المشكلات تناولا مشكلة العدوان بأنواعه المختلفة مثل دراسات الجيلي علي، ٢٠١٢؛ أميرة طه، ٢٠٠٢؛ محمد أحمد، ٢٠٠٨؛ نعمة سيد، ٢٠١٢، وبعض مشكلات الجانب النمائي من السلوك التكيفي كمشكلات رعاية الذات أو حماية الذات مثل دراسات صفاء محمد، وجميل محمود، ٢٠١٢؛ محمد السيد، ٢٠٠٥. ومع ذلك فإنه من غير المعروف كيف تختلف هذه الفئات في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية، وأي المشكلات أكثر انتشارا وحدة داخل كل فئة. ومن ثم تتلخص مشكلة البحث في محاولة رصد المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى فئات مختلفة من ذوي الإعاقة (الإعاقة الفكرية، واضطراب طيف التوحد، وتعدد الإعاقات)، وتحديد أيها أكثر شيوعا بشكل عام، وعلاقة تلك المشكلات بكل من شدة الإعاقة وأسلوب الرعاية، ومن ثم يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

- ١- ما الفروق في المشكلات الانفعالية والسلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة؟
- ٢- ما ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة؟
- ٣- ما درجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة؟

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

- ١- تحديد الفروق في المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة.
- ٢- تحديد ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة.

٣- تحديد درجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة.

أهمية البحث:

أ- الأهمية النظرية:

ترجع الأهمية النظرية إلى التعرف على الفروق في المشكلات الانفعالية والسلوكية، وكذلك المشكلات الأكثر انتشارًا والأكثر شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد (منخفضي الأداء العقلي الوظيفي)، ومتعددي الإعاقة (الإعاقة الفكرية المصحوبة بالإعاقة الجسدية).

ب- الأهمية التطبيقية:

ترجع الأهمية التطبيقية إلى توفير صورة عربية لمقياس لتشخيص المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون.

مصطلحات البحث:

الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability:

يقصد بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، الذكور الملتحقون بمعهد التربية الفكرية (برنامج عزل)، وبالفصول الملحقة بالمدارس العادية (برنامج دمج) بمدينة تبوك، ممن يعانون من إعاقة فكرية بسيطة.

الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد Children with Autism Spectrum

:Disorder

يقصد بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذكور الملتحقون بمعهد التربية الفكرية (برنامج عزل)، بمدينة تبوك، ممن يعانون من اضطراب طيف التوحد المصحوب بإعاقة فكرية بسيطة.

الأطفال متعدّدو الإعاقة Children with Multiple Disabilities:

يقصد بالأطفال متعدّدو الإعاقة، الذكور الملتحقون بمعهد التربية الفكرية (برنامج عزل)، بمدينة تبوك، ممن يعانون من الإعاقة الفكرية البسيطة المصحوبة بالإعاقة الحركية.

المشكلات الانفعالية والسلوكية Emotional and Behavioral Problems :

هي عادات سلوكية غير توافقية، ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية، وتسبب الضرر للفرد أو لمن حوله أو للاثنين معاً. ويقصد بها في البحث الحالي، مجموعة من المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة واضطراب طيف التوحد والإعاقة المتعددة كما يدركها المعلمون، وهي: مشكلات عدوان موجه نحو الخارج، إيذاء الذات، مشكلات اللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية، وقلق ومخاوف، وهلاوس وضلالات، والمزاج الاكتئابي، ومشكلات الأكل، والصرع، ومشكلات أنشطة الحياة اليومية، ورعاية الذات، ومشكلات التفاعل الاجتماعي، ومشكلات جنسية، وذلك كما تقاس بمقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون المستخدم في البحث الحالي.

الإطار النظري:

يتضمن مصطلح الاضطراب الانفعالي Emotional Disturbance كل من الاضطرابات السلوكية أو العقلية. حيث يتم تصنيف من لديهم مثل هذه الاضطرابات على أن لديهم اضطراب انفعالي. ويمكن تعريف الاضطراب الانفعالي على أنه حالة يتضح فيها واحدة أو أكثر من الخصائص الآتية على مدى فترة زمنية طويلة، وبدرجة ملحوظة، تؤثر سلباً في الأداء التعليمي للطفل وهي:

- ١- عدم القدرة على التعلم والتي لا ترجع إلى عوامل عقلية أو حسية، أو صحية.
- ٢- عدم القدرة على إقامة علاقات بينشخصية، أو الحفاظ على علاقات طبيعية قائمة مع الزملاء والمعلمين .

- ٣- أنواع غير لائقة من السلوك أو المشاعر في ظل الظروف العادية .
- ٤- مزاج عام سائد من التعاسة أو الاكتئاب.
- ٥- الميل إلى ظهور أعراض جسدية أو مخاوف مصاحبة لمشكلات شخصية أو مدرسية (National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2010).
- وتجدر الإشارة أنه لم يتم تحديد أسباب الاضطراب الانفعالي على نحو كاف، فعلى الرغم من أن عوامل مختلفة مثل الوراثة، واضطراب الدماغ، والنظام الغذائي، والإجهاد، والظروف الأسرية قد اقترحت كأسباب محتملة، لم تظهر الأبحاث أي من هذه العوامل يمكن أن يكون السبب المباشر في المشكلات الانفعالية أو السلوكية. وتوجد بعض الخصائص والسلوكيات التي تظهر على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية وتشمل فرط نشاط (انتباه قصير المدى، والاندفاع)، العدوان، الانسحاب (فشل في بدء التفاعل مع الآخرين؛ أو تراجع في تبادل التفاعل الاجتماعي، أو الخوف المفرط أو القلق)، عدم النضج (بكاء غير لائق، نوبات غضب، ومهارات مواجهة ضعيفة)، صعوبات التعلم (أداء أكاديميا أقل من مستوى أقرانه في الصف) (National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2010).
- وقد يظهر لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الأشد خطورة، تفكير مضطرب، وقلق مفرط، وتصرفات حركية غريبة، وتقلبات مزاجية غير طبيعية. ويتم تشخيص بعض الأطفال على أنهم يعانون من ذهان حاد أو من فصام الشخصية. وأما الأطفال الذين لا يعانون من اضطرابات انفعالية، فقد تظهر لديهم بعضا من هذه السلوكيات في أوقات مختلفة خلال نموهم. ومع ذلك، فعندما يكون الأطفال مصابون بالاضطراب الانفعالي، ستستمر هذه السلوكيات على مدى فترات طويلة من الزمن. ويشير سلوكهم إلى أنهم لا يستطيعون التأقلم مع بيئتهم أو أقرانهم (Kitkanj& Georgiev, 2013).

وفيما يتعلق بالإعاقة الفكرية فإن المعايير التشخيصية للإعاقة الفكرية تركز على قياس كل من القدرة العقلية العامة (نسبة الذكاء) والوظيفة التكيفية (مهارات السلوك التكيفي)، كما يتم تحديد شدة الإعاقة من خلال الوظيفة التكيفية ونسبة الذكاء. وقد تم استخدام مصطلح الإعاقة الفكرية في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، وهو المصطلح الشائع الاستخدام- في الوقت الحالي- بين المتخصصين، وأيضًا بين الجماعات المطالبة بحقوق ذوي الإعاقة الفكرية.

ولتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، طور المتخصصون أساليب تقييم وتشخيص وعلاج للاضطرابات الانفعالية لهؤلاء الأفراد. منها -على سبيل المثال- التقييم التشخيصي لذوي الإعاقة الشديدة Matson, Gardner, Coe, & Sovner, (1991)، وقائمة المرض النفسي للكبار المعاقين فكريا (Matson, Kazdin, & Senatore, 1984)، وقائمة ملاحظة السلوك الشاذ (Aman & Singh, 1986; Bihm & Poindexter, 1991) والتي تم بناؤها عن طريق قياس مجموعة متنوعة من الاضطرابات الانفعالية لدى الأشخاص الذين يعانون من إعاقة فكرية. وهناك مقاييس أخرى اعتمدت على التقرير الذاتي (Ramirez & Kratochwill, 1997).

ومن الجدير ذكره في هذا السياق أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من الصعب تشخيصها من قبل الأفراد ذوي الاضطراب أنفسهم، ويزداد الأمر صعوبة عند الحديث عن ذوي الإعاقة الفكرية، ومن هنا فإنه غالباً ما يتم تشخيص الاضطرابات السلوكية من خلال الاعتماد على إدراك القائمين على رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية في تشخيص الاضطرابات التي يعاني منها هؤلاء الأشخاص كوالدين والمعلمين، ويتم الاعتماد على الفئة الأخيرة بشكل أكبر، ويرجع ذلك لعدة أسباب منها: أولاً، أن مثل هذه الاضطرابات تؤثر في عملية التعلم. ثانياً، أن المعلم شخص مهم كمصدر للمعلومات في التقييم الإكلينيكي وإدارة المشكلات السلوكية. ثالثاً، أن تقييم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والذين في كثير من الأحيان لا يمتلكون المهارات اللفظية أو المعرفية لوصف مشاعرهم

وسلوكياتهم الخاصة، يوجب الاعتماد أكثر على التقارير الواردة من الملاحظين. (Brandenburg, Friedman, & Silver, 1990; Sawyer, Baghurst, & Clark, 1992;) (Organization for Economic Co-operation and Development, 1995).

وعن محاولات رصد المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية أشار كل من (Singh, Sood, Sonenklar, & Ellis (1991) إلى أن ٥٠٪ على الأقل من الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية المقيمين في مؤسسات الرعاية لديهم "اضطراب نفسي محدد واحد على الأقل"، أما الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعيشون في المجتمع، يعاني من ٢٠-٣٥٪ منهم من "مرض نفسي"، وأن معدل انتشار الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية في عينة سريرية هو ٨٪. كما أكدت دراسة (Tyrer, Oliver, & Tarabi, (2014) على أن ٥٣% من ذوي الإعاقة الفكرية لديهم اضطرابات في الشخصية بنسب متفاوتة. وفي هذا السياق أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (American Psychiatric Association) (APA, 1994, 229) أن معدل الاكتئاب لدى عموم السكان يتراوح بين ٤.٥٪ إلى ٩.٣٪ للإناث و ٢.٣٪ إلى ٣.٢٪ للذكور"، وهو ما يوضح أن نسبة تعرض ذوي الإعاقة الفكرية للاكتئاب أكبر بكثير مقارنة بالعاديين.

وتجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب (والاضطرابات النفسية بشكل عام) لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية ربما يرجع إلى تفاعل عوامل متعددة، بما في ذلك ضعف الدعم الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية الفقيرة، وعدم وجود بيئة محفزة، وتلف في الدماغ، والمشاكل الجسمية، وضعف قدرة هؤلاء الأشخاص على التفكير للتكيف مع أنفسهم وعالمهم. هذه العوامل المعقدة والمتفاعلة، تجعل من الصعب استخلاص العوامل الفريدة المساهمة في هذه الاضطرابات (Singh et al., 1991). وقد أشار كمال إبراهيم (١٩٩٩، ٢٩٠-٢٩١) في هذا السياق إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للوهن النفسي وللاضطرابات الشخصية والانفعالية، وأن حوالي ٥٠٪ منهم يعانون من

اضطرابات عقلية أو نفسية أو عرضة للإصابة بها، وأن نسبة الاضطرابات الانفعالية لديهم أربعة أضعاف النسبة عند العاديين. بالإضافة إلى الخبرات السيئة التي يتعرضون لها أثناء تفاعلهم مع الآخرين في البيت والمدرسة، وفي مراكز التدريب والمؤسسات التي يعملون فيها. فالمعروف أن المعاقين عقلياً أكثر عرضة من أقرانهم العاديين للحرمان والفشل والإحباط، لأن معظمهم-خاصة حالات الإعاقة الفكرية البسيطة-قادمون من أسر فقيرة متخلفة ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً، لا يجدون فيها الرعاية المناسبة، فتتمو عندهم الاستعدادات السلوكية للتوافق السيء. ويزداد الأمر سوءاً عندما يصاحب الإعاقة الفكرية إعاقة أخرى سواء جسدية أو اضطراب التوحد، فقد أشارت دراسة Smith & Matson(2010) إلى انتشار المشكلات السلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد والصرع المقيمين في مراكز الرعاية مثل العدوان، وتدمير الممتلكات، والرتابة، وسلوك إيذاء الذات. وقد استخدمت الدراسة بطارية المشكلات السلوكية للبالغين، طبقت على أربع مجموعات، الأولى لديهم إعاقة فكرية فقط، والثانية إعاقة فكرية مصحوبة بالصرع، والثالثة إعاقة فكرية مصحوبة باضطراب طيف التوحد، والرابعة لديهم إعاقة فكرية مصحوبة بصرع واضطراب طيف التوحد. وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربع عند مستوى ٠.٠٥، ولا توجد فروق دالة بين المجموعات على المقياس الفرعي إيذاء الذات، والمقياس الفرعي السلوك التدميري. وكان لدى المجموعة الرابعة مشكلات سلوكية بدلالة أكبر مقارنة بالمجموعات الأخرى.

واستعرض كل من باولارسيزك وبيكويز (Pawlarczyk & Beckwith(1987) تقارير الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية من أجل تقييم مدى انطباق معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM-III لتشخيص الاكتئاب على هذه الفئة من السكان. ووجد الباحثون أن هذه المعايير قد تكون مفيدة ومناسبة لتحديد الاكتئاب لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية قد يكون لديهم أعراض أكثر تشابهاً مع تلك التي لدى

الأطفال الذين ليس لديهم إعاقة فكرية، لأن نموها يحدث بنفس الطريقة. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية الأكثر شدة، فتشخيصهم يكون أفضل عندما يستند على ملاحظات للسلوك، وأنماط النوم، وعادات الأكل، وأنماط الاضطراب الأسري، (Charlot, Doucette, & Mezzacappa, 1993).

وعلى الرغم من الطبيعة المدمرة للاكتئاب، لا يتم تشخيصه غالبا لدى هؤلاء الأفراد. فقد أشار كل من (Rojahn, Warren, & Ohringer, 1994) إلى أن أهم سبب لاستبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية من خدمات الصحة النفسية هو صعوبة التوصل إلى تشخيص موثوق به ودقيق للاكتئاب. وبالتالي فإن التقييم الدقيق لجميع جوانب الاكتئاب، بما في ذلك الجانب المعرفي، والعاطفي، ومظاهره السلوكية، أمر بالغ الأهمية لمساعدة هؤلاء الأفراد. وبعد أن يتم تشخيص الاكتئاب، فإنه يمكن التعامل معه. وقد أشار كل من (Pawlarczyk & Beckwith, 1987) إلى أن المحادثات التي تتم بين مريض الاكتئاب ذو الإعاقة الفكرية والمعالج تكون مفيدة في علاج الاكتئاب، كونها تدريب على المهارات الاجتماعية. ومع بعض التعديلات، فإن العلاجات التي أثبتت فعاليتها مع الأشخاص العاديين تكون مفيدة في مساعدة الأشخاص الذين يعانون من قصورا فكريا ويعانون من الاكتئاب أيضا (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للاكتئاب، العلاج بالضوء لعلاج الاضطرابات العاطفية الموسمية، وإجراءات تعديل السلوك، والتحليل السلوكي الوظيفي).

وأكدت دراسة (Ramirez & Kratochwill 1997) أن القلق مشكلة نفسية شائعة لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، وأنه لم يتم بحثه مثلما تم بحث الاكتئاب في هذه الفئة من السكان وأن معدلات انتشار القلق تراوحت بين ٢٠-٢٥%. وتوصلت -أيضا- إلى أن الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الفكرية كانوا يعانون من مخاوف محددة وقلق عام أكثر، مقارنة بأقرانهم من غير ذوي الإعاقة الفكرية. ومع ذلك، كانت أوجه الشبه بين هاتين المجموعتين أكثر من أوجه الاختلاف من حيث البنية، ويبدو أن القلق مرتبط بشكل وثيق

بالاكتئاب. فلدى الأشخاص العاديين، ترتبط مقاييس القلق والاكتئاب إلى حد كبير، حيث تتراوح معاملات الارتباط بين ٠.٥٠-٠.٨٠ (Kendall & Watson, 1989). وقد تم توثيق هذه النتيجة في مجموعة متنوعة من السكان، بما في ذلك الكبار العاديين، والأطفال، والمرضى النفسيين. وقد أشار بعض الباحثين إلى أن القلق والاكتئاب لا يمكن التمييز بسهولة بينهما، وبالتالي، فإنه من الصعب تحديد الأعراض التي تميز أحدهما عن الآخر (Steer, Beck, Riskind, & Brown, 1986) وحتى الآن، لم يتم دراسة هذه العلاقة بشكل منهجي لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية.

ومن المتلازمات السلوكية الأخرى الشائعة بصفة خاصة في الإعاقة الفكرية سلوك إيذاء الذات، مثل: وكز العين، خبط الرأس، عض اليد. ولهذه السلوكيات محتوى وظيفي يمكن أن يختلف من فرد إلى آخر. فقد يؤدي إيذاء الذات - لدى أفراد مختلفين - إلى التقليل من الملل، أو جذب الانتباه، أو الحد من الاهتمام غير المرغوب فيه. كما أن الصعوبات في اكتساب مهارات مساعدة الذات (بما في ذلك التغذية، واستخدام المراحيض، والملابس) من الصعوبات الشائعة لدى ذوي الإعاقة الفكرية، وكذلك مشكلات النوم. وهناك عدة أسباب - تتضمن الإحباط الذي يمكن فهمه، وضعف ضبط النفس، والفهم غير الجيد لأسباب حدوث تغييرات - وراء تعرض الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية لنوبات الغضب المتكررة إلى حد ما، وهي التي تُسمى أحيانًا "سلوك التحدي"؛ وعندما يصبح الفرد أكبر وأقوى، فإن هذه النوبات يكون من الصعب التحكم فيها (Goodman & Scott, 2014).

وقد قام (Tenneij & Koot (2008) بدراسة لخصائص ومدى انتشار السلوك العدوانية لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى توثيق ٦٣٩ حادث عدوان، معظمها (٧١%) كانت موجهة نحو الخارج، وبشكل خاص نحو القائمين على الرعاية، في حين كانت معظم الحوادث المتبقية عبارة عن عدوان موجه نحو الذات، ٤٤% من أفراد العينة كان عدوانهم موجه نحو الأشخاص، و١٢% عدوان موجه نحو

Emerson, Robertson & Wood(2005) بدراسة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية على عينة من متعددي الإعاقة، والتي توصلت إلى ارتباط تعدد الإعاقة (الإعاقة الفكرية البسيطة مع خلل جسمي أو حسي بسيط) بالسلوك المعادي للمجتمع، وارتباط تعدد الإعاقة (الإعاقة الفكرية الشديدة المصحوبة بإعاقة أخرى) بالقلق، واضطرابات التواصل.

وعلى الجانب الآخر فإن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder هو الاسم الجديد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5) والذي يعكس إجماع علمي على أن الأربعة اضطرابات المنفصلة سابقا في الدليل التشخيص الإحصائي الرابع هي في الواقع حالة واحدة، مع مستويات مختلفة من شدة الأعراض. ويمكن الإشارة إلى أن أبرز الفروق بين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس هي شمول اضطراب التوحد -في الدليل الخامس- كل من اضطراب طيف التوحد autistic disorder، واضطراب أسبرجر Asperger's disorder، واضطراب الطفولة التفككي childhood disintegrative disorder، واضطراب النمو الشامل غير المحدد pervasive developmental disorder not otherwise specified.

ويتميز اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس بما يلي:

١- العجز في التواصل الاجتماعي ومشكلات التفاعل الاجتماعي.

٢- السلوكيات، والاهتمامات، والأنشطة المتكررة.

ولأن كلا من المكونين السابقين متطولين لتشخيص اضطراب طيف التوحد، يتم تشخيص اضطراب التواصل الاجتماعي بشكل منفصل، في حالة ضعف وجود السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المتكررة، (APA, 2013 A).

وعلى الرغم من أن الأبحاث تشير إلى وجود مشكلات سلوكية وانفعالية مرتفعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، فإن الدراسات لا تفصل عادة بين اسهام اضطراب طيف التوحد في هذه المشكلات، عن اضطراب طيف التوحد الذي يكون

Totsika, Hastings, Emerson, وهو ما تناولته دراسة Lancaster, & Berridge, (2011) حيث تم فحص مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية والصحة النفسية للأمهات، لدى حالات لديها اضطراب طيف التوحد مصحوب بإعاقة فكرية، وأخرى لديها اضطراب طيف التوحد فقط، وأطفال لديهم إعاقة فكرية فقط، وباقي العينة مجموعة ضابطة لا تعاني من اضطراب طيف التوحد أو الإعاقة الفكرية. وأشارت النتائج أن هناك انتشار أعلى للمشكلات السلوكية والانفعالية بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (مع وبدون الإعاقة الفكرية) مقارنة بباقي المجموعات. وبعد ضبط عوامل السن والنوع، وشدة الإعاقة، والصحة النفسية للأمهات، أظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية وجود زيادة ذات دلالة لأعراض فرط النشاط، والمشكلات السلوكية والانفعالية.

وفي الدراسة التي قام بها كل من Rodgers, Riby, Janes, Connolly, & McConachie, H. (2012) للتعرف على الفروق في السلوكيات التكرارية والقلق بين ذوي اضطراب طيف التوحد ومتلازمة ويليام. توصلت النتائج إلى أن ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مستويات أعلى من القلق، وارتباط المستويات الأعلى من السلوكيات التكرارية بمزيد من القلق. كما قام كل من CHARLOT, DEUTSCH, ALBERT, & HUNT, (2008) بدراسة على عينة من ذوي اضطراب طيف التوحد فقط، وأخرى مصحوب بالإعاقة الفكرية، وتوصلت إلى وجود عدد قليل من الاختلافات النوعية بين المجموعتين. فكل منهما يعاني من معدلات عالية من اضطرابات القلق المرضية والاكئاب.

ويعد الدمج أيضا جزءا من السياسات العامة في رعاية ذوي الإعاقة، لذلك فمن المهم أن يبرز تساؤل كيف أثرت سياسات الدمج على الأطفال الذين يعانون من إعاقة فكرية، ولديهم أيضا مشكلات سلوكية وانفعالية. فقد صنف مديرو المدارس التلاميذ ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية على أنهم أقل الفئات احتمالا للنجاح في برامج الدمج،

Center, Ward, Parmenter, & Nash, 1985; Parmenter & Nash, 1987).
(. وقارنت دراسة (Parmenter, Einfeld, Tonge, & Dempster (1998) بين
مستوى المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير
الدمجين في البيئات التعليمية، وقد وجد أن هناك زيادة كبيرة في مستوى المشكلات
السلوكية لدى غير المدمجين.

فروض البحث:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة في المشكلات الانفعالية والسلوكية لصالح متعددي الإعاقة.
- ٢- يختلف ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة (اضطراب طيف التوحد - ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين- ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين- متعددي الإعاقة).
- ٣- تختلف درجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة (اضطراب طيف التوحد - ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين- ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين- متعددي الإعاقة).

إجراءات البحث:

أولاً: منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي المقارن لمعرفة الفروق بين فئات البحث ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة في المشكلات الانفعالية والسلوكية، وترتيب وشدة تلك المشكلات داخل كل فئة.

ثانياً: عينة البحث:

تكونت عينة البحث الاستطلاعية لحساب الخصائص السيكومترية لمقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون من (٣٢) تلميذاً من

ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة بمتوسط ذكاء (٥٥.٠٦) وعمر زمني (١١.٧). وتكونت عينة البحث الأساسية من ١٢٥ تلميذا تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، الأولى: ذوي اضطراب طيف التوحد (ن ٢٨) ومتوسط العمر الزمني (١٢.٣) ومتوسط الذكاء (٥٧.٥)، وانحراف معياري (١.٨٦)، والمجموعة الثانية: ذوي إعاقة فكرية مدمجين (ن ٥٣) ومتوسط العمر الزمني (١٢.٠٣) ومتوسط الذكاء (٥٧.٦) وانحراف معياري (٢.٠٧)، والمجموعة الثالثة: ذوي إعاقة فكرية غير مدمجين (ن ٣٠) ومتوسط العمر الزمني (١٢.٦) ومتوسط الذكاء (٥٧.٣) وانحراف معياري (١.٨٢)، والمجموعة الرابعة: من متعددي الإعاقة (ن ١٤) ومتوسط العمر الزمني (١٢.١) ومتوسط الذكاء (٥٣.٩) وانحراف معياري (٢.٠٣).

ثالثا: أدوات البحث:

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، تعريب وإعداد (مليكة، ١٩٩٨): يُعد اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء من أكثر مقاييس الذكاء انتشارا، نظرا لقدرة العالية على التمييز بين المستويات المرتفعة والمنخفضة من القدرات العقلية والمعرفية للأطفال. وللمراشدين على السواء.، وقام مليكة بتقنيه بعد ترجمته حتى يصبح المقياس صالحا للتطبيق على البيئة العربية، (مليكة، ١٩٩٨، ١٥٥). وقد استخدم المقياس في تحديد نسبة الذكاء لدى أفراد العينة.

٢- مقياس السلوك التكيفي (فاروق صادق، ١٩٨٥):

يهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى فعاليات الطفل المختلفة في مواجهة مطالب بيئته الطبيعية والاجتماعية. ويتكون المقياس من جزئين رئيسيين، الجزء الأول: يشتمل على عشرة مجالات ويمثل السلوك النمائي، والجزء الثاني: يشتمل على أربعة عشرة مجالا ويمثل الاضطرابات السلوكية. حيث تم استخدام الجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي للتأكد من صدق مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون، والمستخدم في البحث الحالي.

٣- مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون

(إعداد الباحث):

لتحقيق هدف البحث، ولندرة المقاييس التي تقيس المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة (في حدود إطلاع الباحث)، تم إعداد مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة، والذي مر إعداده بمجموعة من الخطوات، حيث تم الرجوع لعدد من المقاييس ذات الصلة منها: نظام الفحص السلوكي والانفعالي، صورة المعلم (Einfeld, & Kamphaus, & Reynolds, 2007)، ودليل قائمة السلوك النمائي (Benner, Beaudoin, & Tonge, 2002)، ومقياس التقييم السلوكي والانفعالي (Mooney, Uhing, & Pierce, 2008)، وكذلك الرجوع للدليل التشخيص الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (APA, 2013)، كما تم الرجوع لعدد من الدراسات التي تناولت المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة (Marielle, Russell, & Stewart, Bruce & Hans, 2002 ; Kitkanj, & Georgieva, 2013; وفي ضوء ما سبق تم تحديد مجموعة من المشكلات الانفعالية والسلوكية بلغت ثلاثة عشر مشكلة وهي: عدوان موجهة نحو الخارج، إيذاء الذات، مشكلات اللغة الاستقبالية، مشكلات اللغة التعبيرية، قلق ومخاوف، هلاوس وضلالات، المزاج الاكتئابي، مشكلات الأكل، الصرع، مشكلات أنشطة الحياة اليومية، مشكلات رعاية الذات، مشكلات مشكلات التفاعل الاجتماعي، مشكلات جنسية. وقد تم وصف كل مشكلة، وتحديد خمسة استجابات على مقياس متدرج يبدأ ب صفر = لا توجد مشكلة خلال فترة التقييم، ١ = مشكلة بسيطة، ٢ = مشكلة متوسطة، ٣ = مشكلة شديدة، ٤ = مشكلة شديدة جداً. وبداية من الاختيار ١ يوجد أمام كل اختيار مجموعة من السلوكيات التي تعبر عن مستوى شدة المشكلة، (ملحق رقم ١).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل مشكلة والدرجة الكلية للمقياس، حيث كانت (٨) مشكلات دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ و (٥) مشكلات دالة عند مستوى ٠.٠٥.

ثانياً: الصدق:

أ- صدق المحتوى:

حيث تم الرجوع إلى عدد من المقاييس والدراسات التي تناولت المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة، وكذلك الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، وتم في ضوء ذلك تحديد المشكلات التي تضمنها المقياس، وكذلك المظاهر السلوكية التي تمثل كل مشكلة، وتدرج تلك المظاهر من حيث الشدة.

ب- صدق المحكمين:

تم عرض الصورة الأولية من المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة والعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة (ن=٧)، وتم إجراء التعديلات التي تضمنت تغيير في مسميات بعض المشكلات، ودمج مشكلات أخرى.

ج- صدق المحك التلازمي:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام صدق المحك التلازمي حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية على مقياس السلوك التكميلي الجزء الثاني الذي يمثل الاضطرابات السلوكية كمحك (فاروق صادق، ١٩٨٥) ودرجاتهم في مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون ٠.٨٧ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١.

ثالثا: الثبات:

أ- طريقة ألفا لكرونباخ:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ حيث بلغت (٠.٨٧٩)، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب- طريقة إعادة الاختبار:

تم استخدام طريقة إعادة الاختبار وبلغت قيمة معامل الثبات بمعامل ارتباط بيرسون ٠.٩٥ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١.

رابعا: خطوات البحث:

- ١- الاطلاع على الأطار النظري والدراسات التي تناولت المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى فئات البحث.
- ٢ - حساب الخصائص السيكومترية لمقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون.
- ٣ - اختيار أفراد عينة البحث (الإعاقة الفكرية- اضطراب طيف التوحد- متعدّدو الإعاقة).
- ٤ - تدريب المعلمين القائمين على رعاية عينة الدراسة على كيفية تطبيق مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون، حيث شارك في التدريب جميع معلمي معهد التربية الفكرية (معهد رعاية نهائية لذوي الإعاقة الفكرية، واضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية، والإعاقة الفكرية المصحوبة بإعاقة جسدية)، ومعلمي فصول التربية الفكرية الملحقة بالمدارس العادية. وقد تضمن التدريب جلسة واحدة، تم تكرارها وفقا لظروف المعلمين، وقد استغرقت الجلسة حوالي الساعة، تم فيها توزيع نسخة ورقية من المقياس، وشرح التعليمات بواسطة جهاز عرض البيانات (داتا شو)، حيث تم عرض كل مشكلة وما تتضمنه من استجابات، والتي على المعلم الاختيار من بينها، وكذلك التأكيد على ضرورة أن يكون تقييم التلاميذ خلال الشهر السابق على إجراء التقييم مباشرة.

٥- تطبيق مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون على عينة البحث.

٦- تحليل البيانات وتلخيصها من خلال الأساليب الإحصائية الملائمة، ثم التوصل إلى النتائج ومناقشتها وتفسيرها ووضع التوصيات والبحوث المقترحة.

خامسا: المعالجة الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة والتي تمثلت في تحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه للمقارنات المتعددة، وكا ٢، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

نتائج البحث:

الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد ومتعددي الإعاقة في المشكلات الانفعالية والسلوكية لصالح متعددي الإعاقة.

وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، وذلك بعد التأكد من تجانس مجموعات البحث باستخدام اختبار ليفين والذي بلغت قيمته ٢.٠٧٣، وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجات حرية ٣، ١٢١. ويوضح جدول (١) نتائج تحليل التباين للفروق بين مجموعات البحث في المشكلات الانفعالية والسلوكية.

جدول (١)

نتائج تحليل التباين للفروق بين مجموعات البحث في المشكلات الانفعالية والسلوكية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٥٦٢٥.٠٠٥	٣	١٨٧٥.٠٠٢	٣٠٣.٠٨٧	٠.٠١
داخل المجموعات	٧٤٨.٥٤٧	١٢١	٦.١٨٦		
المجموع الكلي	٦٣٧٣.٥٥٢	١٢٤			

يتضح من الجدول (١) وجود فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية، ومتعددي الإعاقة، على مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون المستخدم في الدراسة. وللتعرف على اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه والجدول (٢) يبين نتائج ذلك.

جدول (٢)

نتائج اختبار شيفيه لدلالة الفروق في المشكلات الانفعالية والسلوكية بين المجموعات

المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	متوسط الفروق (أ-ب)	مستوى الدلالة
تعدد الإعاقة	إعاقة فكرية دمج	١٩.٣٢٦	٠.٠١
	إعاقة فكرية عزل	٧.١٧١	٠.٠١
	اضطراب طيف التوحد	١٠.٣٩٣	٠.٠١
إعاقة فكرية عزل	اضطراب طيف التوحد	٣.٢٢١	٠.٠١
	إعاقة فكرية دمج	١٢.١٥٥	٠.٠١
اضطراب طيف التوحد	إعاقة فكرية دمج	٨.٩٣٢	٠.٠١

يتضح من الجدول (٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات البحث عند مستوى دلالة ٠.٠١

جدول (٣)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمشكلات الانفعالية والسلوكية

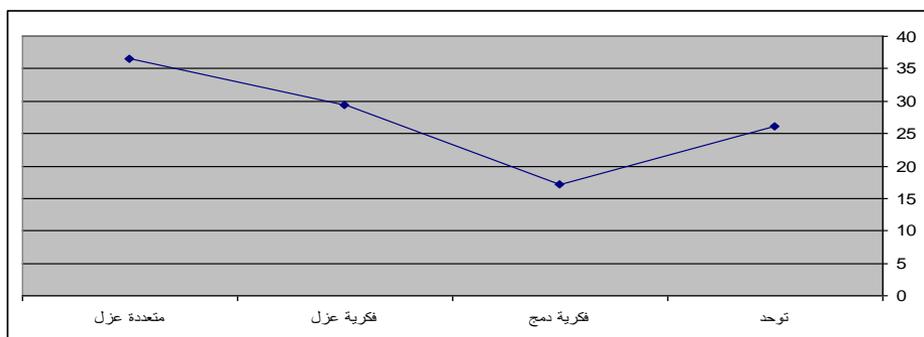
لمجموعات البحث

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
اضطراب طيف التوحد	٢٨	٢٦.١٨	٢.٣١٠
إعاقة فكرية دمج	٥٣	١٧.٢٥	٢.٦٣٠
إعاقة فكرية عزل	٣٠	٢٩.٤٠	٢.٦٨٦
تعدد الإعاقة	١٤	٣٦.٥٧	١.٦٥١

يتضح من الجداول ١، ٢، ٣ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة متعددي الإعاقة وباقي مجموعات البحث، في مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة كما يدركها المعلمون لصالح مجموعة متعددي الإعاقة. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية

بين مجموعة ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين وبين كل من ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية المدمجين لصالح مجموعة ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة ذوي اضطراب طيف التوحد وبين ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين لصالح مجموعة اضطراب طيف التوحد، وبهذه النتيجة يمكن قبول الفرض الأول.

شكل (١) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمشكلات السلوكية لمجموعات البحث



الفرض الثاني:

يختلف ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة (ذوي اضطراب طيف التوحد - ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين - ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين - متعددي الإعاقة).

جدول (٤)

نتائج اختبار كا ٢ لاختلاف ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة

العينة	ن	متوسط الرتب	كا ٢	درجات الحرية	الدلالة
اضطراب طيف التوحد	٢٨	٦٣.٧	٨١.٧٠	٣٦	٠.٠١
إعاقة فكرية دمج	٥٣	٥٨.٦			
إعاقة فكرية عزل	٣٠	٧٠.٨			
تعدد الإعاقة	١٤	٦١.١			

يتضح من الجدول (٤) اختلاف ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة، حيث بلغت قيمة كا ٢٠.٧٠، وهي دالة عند مستوى ٠.٠٠١. الفرض الثالث:

تختلف درجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة (نوي اضطراب طيف التوحد - ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين - ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين - متعددي الإعاقة).

جدول (٥)

نتائج اختبار كا ٢١ لاختلاف شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة

العينة	ن	متوسط الرتب	كا ٢١	درجات الحرية	الدالة
اضطراب طيف التوحد	٢٨	٦٣.٧	١٧.٤٣	٩	٠.٠٠٥
إعاقة فكرية دمج	٥٣	٥٨.٦			
إعاقة فكرية عزل	٣٠	٧٠.٨			
تعدد الإعاقة	١٤	٦١.١			

يتضح من الجدول (٥) اختلاف درجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة، حيث بلغت قيمة كا ٢١.٤٣، وهي دالة عند مستوى ٠.٠٠٥.

جدول (٦)

توزيع المشكلات الانفعالية والسلوكية داخل المجموعات حسب شدتها

العينة	لا توجد	بسيطة	شديدة	شديدة جدا
اضطراب طيف التوحد	٥	١	٢	٥
إعاقة فكرية دمج	٨	١	٢	٢
إعاقة فكرية عزل	٦	٠	٠	٧
تعدد الإعاقة	٣	٠	٠	١٠

يتضح من الجدول (٦) وجود اختلاف فى توزيع المشكلات الانفعالية والسلوكية داخل المجموعات حسب شدتها ما بين بسيطة، وشديدة، وشديدة جدا، وعدم وجود أى من هذه المشكلات داخل فئات البحث.

وفيما يلي تفصيل الفرضين الثاني والثالث من حيث ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية وكذلك درجة شدتها لكل فئة من فئات البحث بشكل منفرد على النحو التالي:

جدول (٧)

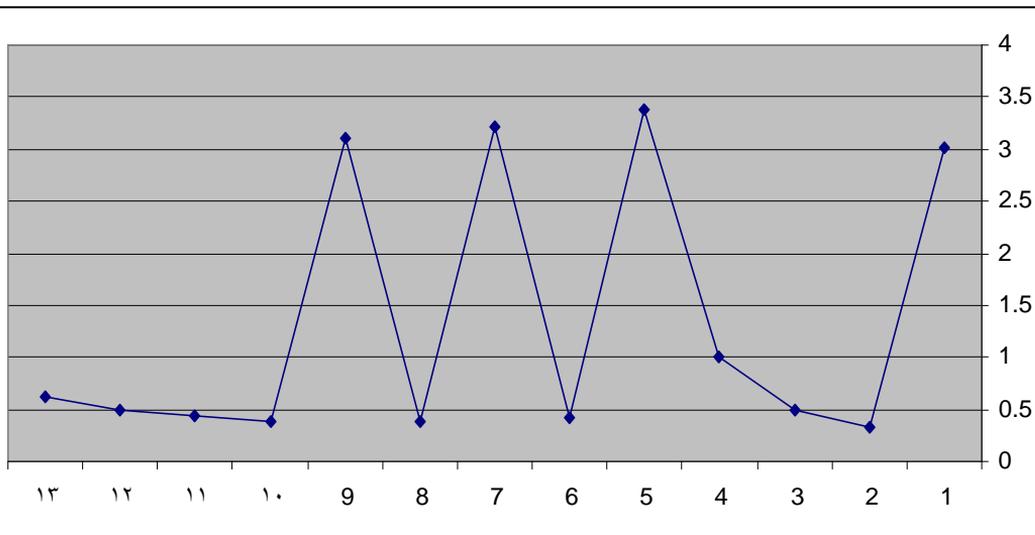
المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة الفكرية

المدمجين

المشكلة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب المشكلة	درجة الشدة
قلق ومخاوف (٥)	٣.٣٧٧	٠.٨٥٩	١	شديدة جدا
المزاج الاكتئابي (٧)	٣.٢٠٧	١.١١٥	٢	شديدة جدا
الصرع (٩)	٣.٠١٨	١.١٢٠	٣	شديدة
عدوان موجه نحو الخارج (١)	٣.١١٣	١.٢١٦	٤	شديدة
مشكلات اللغة التعبيرية (٤)	١	٠.٩١٩	٥	بسيطة
مشكلات جنسية (١٣)	٠.٦٢٢	٠.٨٣٧	٦	لا توجد
مشكلات اللغة الاستقبالية (٣)	٠.٤٩٠	٠.٧٢٣	٧	لا توجد
مشكلات التفاعل الاجتماعي (١٢)	٠.٤٩٠	٠.٦٣٩	٨	لا توجد
مشكلات رعاية الذات (١١)	٠.٤٣٣	٠.٦٩٣	٩	لا توجد
هلاوس وضلالات (٦)	٠.٤١٥	٠.٥٦٩	١٠	لا توجد
مشكلات الأكل (٨)	٠.٣٧٧	٠.٣٧٧	١١	لا توجد
مشكلات أنشطة الحياة اليومية (١٠)	٠.٣٣٧	٠.٦٥٧	١٢	لا توجد
إيذاء الذات (٢)	٠.٣٢٠	٠.٥٤٦	١٣	لا توجد
الدرجة الكلية	١٧.٢٤٥			

يتضح من الجدول (٧) أن أكثر المشكلات شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين هي مشكلات القلق والمخاوف بمتوسط (٣.٣٧) والمزاج الاكتئابي بمتوسط (٣.٢٠) وأقلها

شدة مشكلة اللغة التعبيرية بمتوسط (١.٠)، وعدم وجود مشكلات أنشطة الحياة اليومية ومشكلات رعاية الذات ومشكلات الأكل ومشكلات التفاعل الاجتماعي واللغة الاستقبالية وإيذاء الذات والمشكلات الجنسية والهلاوس والضلالات.



شكل (٤) المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة

الفكرية المدمجين

جدول (٨)

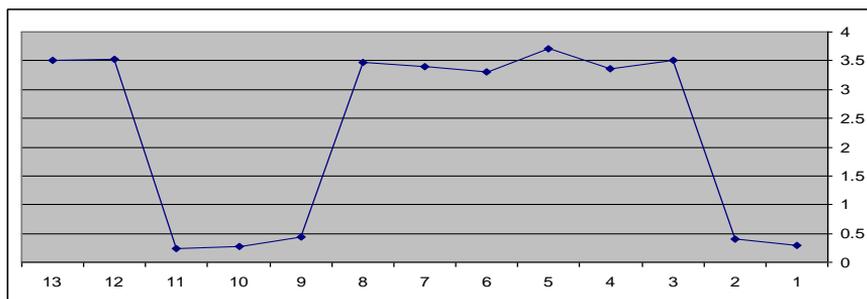
المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة الفكرية غير

المدمجين

درجة الشدة	ترتيب المشكلة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المشكلة
شديدة جدا	١	٠.٥٩٥	٣.٧	قلق ومخاوف (٥)
شديدة جدا	٢	٠.٧٧٦	٣.٥٣	مشكلات التفاعل لاجتماعي (١٢)
شديدة جدا	٣	٠.٧٧٦	٣.٥	مشكلات اللغة الاستقبالية (٣)
شديدة جدا	٤	٠.٩٣٧	٣.٥	مشكلات جنسية (١٣)
شديدة جدا	٥	٠.٧٧٦	٣.٤٦	مشكلات الأكل (٨)
شديدة جدا	٦	٠.٦٢١	٣.٤	المزاج الاكتسابي (٧)
شديدة جدا	٧	٠.٩٧٢	٣.٣٦	مشكلات اللغة التعبيرية (٤)
لا توجد	٨	٠.٩٥٢	٣.٣	هلاوس وضلالات (٦)

درجة الشدة	ترتيب المشكلة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المشكلة
لا توجد	٩	٠.٥٦٨	٠.٤٣٣	الصرع (٩)
لا توجد	١٠	٠.٥٦٣	٠.٤	إيذاء الذات (٢)
لا توجد	١١	٠.٧٠٢	٠.٣	عدوان موجه نحو الخارج (١)
لا توجد	١٢	٠.٥٢٠	٠.٢٦٦	مشكلات أنشطة الحياة اليومية (١٠)
لا توجد	١٣	٠.٥٠٤	٠.٢٣٣	مشكلات رعاية الذات (١١)
			٢٩.٤	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (٨) أن أكثر المشكلات شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين هي مشكلة قلق ومخاوف ومشكلات التفاعل الاجتماعي ومشكلات اللغة الاستقبالية ومشكلات جنسية ومشكلات الأكل والمزاج الاكتئابي واللغة التعبيرية على الترتيب، وعدم وجود مشكلات الهلوس والضلالات والصرع وإيذاء الذات وعدوان موجه نحو الخارج ومشكلات أنشطة الحياة اليومية ومشكلات رعاية الذات.



شكل (٥) المتوسط الحسابي للمشكلات السلوكية لذوي الإعاقة الفكرية غير

المدمجين

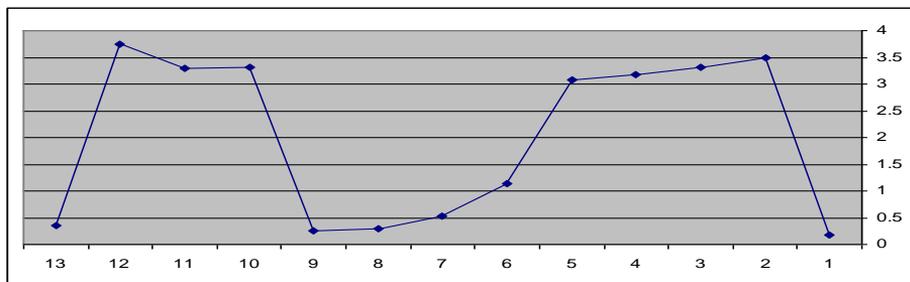
جدول (٩)

المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي اضطراب طيف التوحد

درجة الشدة	ترتيب المشكلة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المشكلة
شديدة جدا	١	٠.٤٤١	٣.٧٥	مشكلات التفاعل الاجتماعي (١٢)
شديدة جدا	٢	٠.٥٧٧	٣.٥	إيذاء الذات (٢)
شديدة جدا	٣	٠.٧٦	٣.٣٢	اللغة الاستقبالية (٣)
شديدة جدا	٤	٠.٩٣٧	٣.٥	أنشطة الحياة اليومية (١٠)

درجة الشدة	ترتيب المشكلة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المشكلة
شديدة جدا	٥	٠.٦	٣.٢٨	مشكلات رعاية الذات (١١)
شديدة	٦	٠.٦١٢	٣.١٧	مشكلات اللغة التعبيرية (٤)
شديدة	٧	٠.٦٦٣	٣.٠٧	قلق ومخاوف (٥)
بسيطة	٨	١.١١	١.١٤	هلاوس وضلالات (٦)
لا توجد	٩	٠.٦٣٧	٠.٥٣٥	المزاج الاكتئابي (٧)
لا توجد	١٠	٠.٦٢١	٠.٣٥٧	المشكلات الجنسية (١٣)
لا توجد	١١	٠.٥٣٥	٠.٢٨٥	مشكلات الأكل (٨)
لا توجد	١٢	٠.٥٨٥	٠.٢٥	الصرع (٩)
لا توجد	١٣	٠.٣٩	٠.١٧٨	عدوان موجه نحو الخارج (١)
			٢٦.١٧	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (٩) أن أكثر المشكلات شدة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد هي مشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات ومشكلات اللغة الاستقبالية ومشكلات أنشطة الحياة اليومية ومشكلات رعاية الذات على الترتيب، وأقلها شدة مشكلة الهلاوس والضلالات بمتوسط (١.١٤)، وعدم وجود مشكلات المزاج الاكتئابي والمشكلات الجنسية ومشكلات الأكل والصرع وعدوان موجه نحو الخارج.



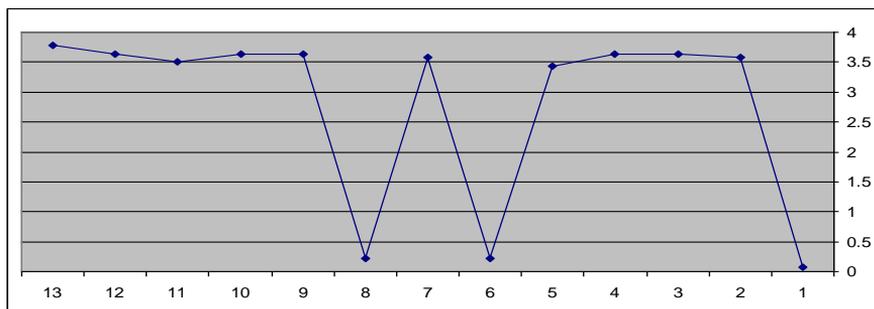
شكل (٦) المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي اضطراب التوحد

جدول (١٠)

المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لدى متعددي الإعاقة

المشكلة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب المشكلة	درجة الشدة
مشكلات جنسية (١٣)	٣.٧٨	٠.٤٢٥	١	شديدة جدا
مشكلات اللغة الاستقبالية (٣)	٣.٦٤	٠.٤٩٧	٢	شديدة جدا
اللغة التعبيرية (٤)	٣.٦٤	٠.٦٣٣	٣	شديدة جدا
الصرع (٩)	٣.٦٤	٠.٦٣٣	٤	شديدة جدا
مشكلات أنشطة الحياة اليومية (١٠)	٣.٦٤	٠.٦٣٣	٥	شديدة جدا
مشكلات التفاعل الاجتماعي (١٢)	٣.٦٤	٠.٧٤٤	٦	شديدة جدا
إيذاء الذات (٢)	٣.٥٧١	٠.٦٤٦	٧	شديدة جدا
المزاج الاكتئابي (٧)	٣.٥٧١	٠.٧٥٥	٨	شديدة جدا
مشكلات رعاية الذات (١١)	٣.٥	٠.٦٥٠	٩	شديدة جدا
قلق ومخاوف (٥)	٣.٤٢٨	٠.٩٣٧	١٠	شديدة جدا
هلاوس وضلالات (٦)	٠.٢١٤	٠.٤٢٥	١١	لا توجد
مشكلات الأكل (٨)	٠.٢١٤	٠.٤٢٥	١٢	لا توجد
عدوان موجه نحو الخارج (١)	٠.٠٧١	٠.٢٦٧	١٣	لا توجد
الدرجة الكلية	٣٦.٥٧			

يتضح من الجدول (١٠) أن أكثر المشكلات شدة لدى متعددي الإعاقة هي المشكلات الجنسية ومشكلات اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والصرع ومشكلات أنشطة الحياة اليومية ومشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات والمزاج الاكتئابي ومشكلات رعاية الذات وقلق ومخاوف على الترتيب، وعدم وجود مشكلات الهلاوس والضلالات ومشكلات الأكل وعدوان موجه نحو الخارج.



شكل (٧) المتوسط الحسابي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لنوي متعددي الإعاقة

مناقشة وتفسير النتائج:

أظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ في المشكلات السلوكية والانفعالية لصالح متعددي الإعاقة بالمقارنة مع ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين وذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية المدمجين على الترتيب. ووجود فروق دالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية لصالح ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين بالمقارنة مع ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين، وهو ما يتفق جزئياً مع دراسة أميرة طه (٢٠٠٢) التي أشارت إلى وجود فروق لدى الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين فكرياً في المهارات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات الشخصية مع الآخرين، والدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية لصالح الأطفال المعاقين فكرياً. كما اتفقت النتائج جزئياً مع نتائج دراسة بندر بن ناصر (٢٠١٠) حيث أظهرت النتائج قصوراً واضحاً في مهارات التواصل ومهارات الحياة اليومية ومهارات التنشئة الاجتماعية لدى التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومتعددي الإعاقة، باستثناء بعد القراءة والكتابة في مهارات التواصل، فلم تظهر فروق في هذا البعد بين ذوي اضطراب طيف التوحد والفئتين الأخرين. كما تتفق نتيجة الفرض الأول جزئياً مع نتائج دراسة (Singh, et al, 1991)، والتي أكدت على أن ٥٠٪ على الأقل من الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية المقيمين في مؤسسات الرعاية (برامج عزل) لديهم "اضطراب نفسي محدد واحد على الأقل"، مقارنة بذوي الإعاقة الفكرية المدمجين حيث انخفضت النسبة لتصل إلى من ٢٠-٣٥٪. كما اتفقت نتائج الفرض الأول مع نتائج دراسة (Smith & Matson, 2010) والتي أشارت إلى أن لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (إعاقة فكرية مصحوبة باضطراب طيف التوحد والصرع) المقيمين في مراكز الرعاية مشكلات العدوان، وتدمير الممتلكات، والرتابة، وسلوك إيذاء الذات بدلالة أكبر مقارنة بمن لديهم إعاقة فكرية فقط، أو إعاقة فكرية مصحوبة بالصرع، أو إعاقة فكرية مصحوبة باضطراب طيف التوحد. وهو ما يتفق مع دراسة (Totsika, et al., 2011)

والتي أكدت على أن اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية يمثلان عوامل خطر مستقلة لظهور مشاكل سلوكية وانفعالية. كما توصلت دراسة Emerson, Robertson & Wood (2005) إلى ارتباط تعدد الإعاقة (الإعاقة الفكرية البسيطة مع خلل جسمي أو حسي بسيط) بالسلوك المعادي للمجتمع، وارتباط تعدد الإعاقة (الإعاقة الفكرية الشديدة المصحوبة بإعاقة أخرى) بالقلق، واضطراب التواصل.

وعن تأثير الدمج فقد قارنت دراسة Parmenter, Einfeld, Tonge & Dempster (1998) بين مستوى المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين في البيئات التعليمية، وقد وجد أن هناك زيادة كبيرة في مستوى المشكلات السلوكية لدى غير المدمجين.

ويمكن تفسير حدة المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى متعددي الإعاقة في برامج العزل، في ضوء ما يعانونه من معوقات جسمية إضافة إلى الإعاقة الفكرية، وهو ما أيدته نتائج الدراسات التي أجريت على ذوي الإعاقة الفكرية في برامج العزل، والتي أكدت على أن ذوي الإعاقة الفكرية في برامج العزل أكثر عرضة للوهن النفسي، وللاضطرابات الشخصية والانفعالية، بالإضافة إلى الخبرات السيئة التي يتعرضون لها أثناء تفاعلهم مع الآخرين في البيت والمدرسة، وفي مراكز التدريب والمؤسسات التي يعملون فيها. فالمعروف أن ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة من أقرانهم العاديين للحرمان والفشل والإحباط، لأن معظمهم - خاصة حالات الإعاقة الفكرية البسيطة - قادمون من أسر فقيرة ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً، لا يجدون فيها الرعاية المناسبة، فتتمو عندهم الاستعدادات للتوافق السيء (كمال إبراهيم، ١٩٩٩، ٢٩٠-٢٩١).

ويظهر الفرضين الثاني والثالث اختلاف ترتيب ودرجة شدة المشكلات الانفعالية والسلوكية باختلاف نوع الإعاقة (إعاقة فكرية دمج، إعاقة فكرية عزل، اضطراب طيف التوحد، تعدد الإعاقة). فقد كانت أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين، هي مشكلات القلق والخوف، والمزاج الاكتئابي. وأن أكثر

المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين، هي مشكلات القلق والمخاوف، ومشكلات التفاعل الاجتماعي واللغة الاستقبالية والمشكلات الجنسية ومشكلات الأكل والمزاج الاكتئابي واللغة التعبيرية على الترتيب. وأن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، هي مشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات واللغة الاستقبالية وأنشطة الحياة اليومية ومشكلات رعاية الذات على الترتيب. وأن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي تعدد الإعاقات، هي المشكلات الجنسية واللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والصرع وأنشطة الحياة اليومية ومشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات والمزاج الاكتئابي ورعاية الذات والقلق والمخاوف على الترتيب.

واتضح من هذه النتائج أن مشكلة القلق والمخاوف في مقدمة المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين وغير المدمجين، وجاءت في المرتبة الثانية مشكلة المزاج الاكتئابي لدى ذوي الإعاقة الفكرية المدمجين، ومشكلات التفاعل الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين. ويمكن تفسير ذلك جزئياً في ضوء أن انتقال ذوي الإعاقة الفكرية من برامج العزل إلى برامج الدمج، أو التحاقهم ببرامج الدمج مباشرة يتم وفق شروط من أهمها ألا يكون هناك مشكلات انفعالية أو سلوكية واضحة مصاحبة للإعاقة الفكرية، وأن يكون لديهم قدر مناسب من مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. لذلك فمن الطبيعي أن تأتي مشكلات التفاعل الاجتماعي في مرتبة متقدمة لدى ذوي الإعاقة الفكرية غير المدمجين. أما عن مجيء مشكلة القلق والمخاوف في المرتبة الأولى لدى ذوي الإعاقة الفكرية بشكل عام، تليها مشكلة المزاج الاكتئابي، فقد أكدت بعض الدراسات على أن معدل انتشار الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية في عينة سريرية هو ٨٪، في حين أن هذه النسبة بين الذكور من غير ذوي الإعاقة الفكرية لم تتعد ٣.٢٪، (APA, 1994,229; Singh, et al., 1991)، وأن معدل انتشار القلق لدى ذوي الإعاقة الفكرية تراوح ما بين ٢٠-٢٥٪، وأنهم يعانون من مخاوف

محددة وقلق عام أكثر، مقارنة بأقرانهم من غير ذوي الإعاقة الفكرية. ومع ذلك، كانت أوجه الشبه بين هاتين المجموعتين أكثر من أوجه الاختلاف من حيث البنية، ويبدو أن القلق مرتبط بشكل وثيق بالاكْتئاب. فلدى الأشخاص العاديين، ترتبط مقاييس القلق والاكْتئاب إلى حد كبير، حيث تتراوح معاملات الارتباط بين ٠.٥٠-٠.٨٠ (Kendall & Watson, 1989; Ramirez & Kratochwill, 1997).

كما اتضح من النتائج أن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد هي مشكلات التفاعل الاجتماعي وإيذاء الذات، ويؤكد هذه النتيجة التراث النظري ومحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد والمتمثلة في قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي) فضلا عن سلوك إيذاء الذات. وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع ما توصلت إليه دراسة (Smith & Matson, 2010) ودراسة (Visser, E., et al. (2015). من انتشار المشكلات السلوكية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية والصرع المقيمين في مراكز الرعاية مثل العدوان، وتدمير الممتلكات، والرتابة، و سلوك إيذاء الذات. كما أشارت دراسة السيد سعد (٢٠١٢) إلى أن أعلى اضطراب لدى ذوي اضطراب طيف التوحد كان لُبعد التفاعل الاجتماعي ثم التواصل غير اللفظي يليه التواصل اللفظي ثم السلوك الروتيني والنمطي وأخيرا الاضطرابات الحسية. كما أشارت دراسة لطيفة عبدالله (٢٠٠٢) إلى أن أهم المشكلات لدى ذوي اضطراب طيف التوحد بالترتيب هي الحركات والتقطيبات الغريبة، التغذية، الصراخ ونوبات الغضب، مقاومة التغيير، الخوف، السلوك التخريبي وعدوان موجه نحو الخارج، إيذاء الذات، النوم. وأشارت دراسة حنان محمد (٢٠٠٩) إلى أن سلوك إيذاء الذات من المشكلات التي يعاني منها ذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بالإعاقة الفكرية.

واتضح من النتائج -أيضا- أن أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية شدة لدى ذوي تعدد الإعاقة هي المشكلات الجنسية واللغة الاستقبالية والتعبيرية والصرع، وتتفق هذه

النتيجة جزئيا مع دراسة (Emerson, et al. (2005) والتي أكدت على ارتباط تعدد الإعاقة (الإعاقة الفكرية البسيطة مع خلل جسمي أو حسي بسيط) باضطرابات التواصل. ويمكن تفسير وجود المشكلات الجنسية في مقدم المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة إلى أن هذه المشكلات شائعة في برامج العزل، وظهورها في مرتبة متقدمة قد يرجع إلى ضعف قدرة هؤلاء على إخفاء هذا السلوك مقارنة بأقرنهم ذوي الإعاقة الفكرية فقط.

وتجدر الإشارة إلى أن المشكلات الانفعالية والسلوكية بشكل عام لدى الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية ربما ترجع إلى تفاعل عوامل متعددة، منها تعرضهم للعديد من خبرات الفشل والإحباط، وضعف الدعم الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية الفقيرة، والتي لا تمكنهم من التعبير عن مخاوفهم وقلقهم واحتياجاتهم بصورة مناسبة، وعدم توافر بيئة محفزة، ومعاونة معظمهم من مشاكل جسمية، وضعف القدرة على التفكير للتكيف مع أنفسهم وعالمهم.

توصيات البحث:

مزيد من الاهتمام بإعداد أدوات تشخيص مناسبة للمشكلات الانفعالية لدى فئات البحث. الاهتمام بالبرامج التدريبية والإرشادية للتخفيف من حدة المشكلات الانفعالية لدي ذوي الإعاقة.

المراجع

- أميرة طه بخش (٢٠٠٢). دراسة تشخيصية مقارنة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليا. مجلة رسالة الخليج العربي، السعودية، ٢٣(٨٤)، ١١١-١٣٣.
- بندر بن ناصر العتيبي (٢٠١٠). استخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي مع التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومتعددي العوق وذوي اضطراب طيف التوحد في معاهد التربية الفكرية بالرياض. رسالة التربية وعلم النفس، الرياض، ٣٤، ٤٥-٦٩.
- حنان محمد جمال الدين (٢٠٠٩). أثر برنامج تدخل علاجي بالأنشطة الفنية لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ذو الإعاقة العقلية البسيطة. مجلة كلية التربية الفنية، جامعة حلوان، ١٥(٣)، ٢٠١-٢٣٥.
- الجيلي علي البشير (٢٠١٢). السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليا كما يدركه معلمهم بولاية الخرطوم. مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان، ١٢، ١٥-٥٥.
- السيد سعد الخميسي (٢٠١٢). شدة السلوك التوحدي وفق متغيري العمر والجنس لدى الأشخاص التوحديين. دراسات تربوية ونفسية، ٧٤، ٣٥١-٣٩٠.
- صفاء محمد العلي، وجميل محمود الصمادي (٢٠١٢). فاعلية الصورة الأردنية من نظام تقييم السلوك التكيفي (ABAS-II) صورة أولياء الأمور فى الكشف عن مظاهر القصور فى مهارات السلوك التكيفي لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والبصرية والسمعية واضطراب التوحد. مجلة دراسات علوم التربية، ٣٩(٢)، ٥٠٤-٥٢٢.
- فاروق محمد صادق (١٩٨٥): دليل مقياس السلوك التكيفي، ط٢. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩). مرجع في علم الإعاقة الفكرية. القاهرة: دار النشر للجامعات.

لطيفة عبدالله الهميب (٢٠٠٢). المشكلات الخاصة بأطفال التوحد ودور خدمة الفرد في مواجهتها من المنظور السلوكي. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، الرياض، ٢، ١٦٩-٢١٧.

لويس كامل مليكة (١٩٩٨). دليل مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، الصورة الرابعة. القاهرة: فيكتور كيرلس.

محمد أحمد خطاب (٢٠٠٨). مدى فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من حدة سلوك العنف لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا. مجلة علم النفس، ٣، ١٦٢-١٦٦.

محمد السيد عبدالرحيم (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات حماية الذات لدى ذوي التخلف العقلي البسيط. مجلة كلية التربية-جامعة بنها، ١٥، (٦٣)، ٢٣١-٢٦٤.

نعمة سيد خليل (٢٠١٢). السلوك الأخلاقي وعلاقته بالعنف المدرك من قبل الطفل ذو الإعاقة العقلية البسيطة. مجلة كلية التربية-جامعة الأزهر، ١، (٤٧)، ٤٠٩-٤٥١.

Aman, M. G., & Singh, N. N. (1986). *Aberrant Behavior Checklist: Manual*. East Aurora, NY: Slosson Educational Publications.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013A). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: Author.

Benner, G., Beaudoin, K., Mooney, P., Uhing, B., & Pierce, C.(2008). Convergent validity with the BERS-2 teacher rating scale and the achenbach teacher's report form: A replication

- and extension. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 427-436.
- Bihm, E. M., & Poindexter, A. R. (1991). Cross-validation of the factor structure of the Aberrant Behavior Checklist for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 209–211.
- Brandenburg, N.A., Friedman, R.M., & Silver, S.E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 76-83.
- Center, Y., Ward, J., Parmenter, T., & Nash, R. (1985). Principals' attitudes toward the integration of disabled children into regular schools. *The Exceptional Child*, 32, 149-161.
- Charlot, L., Doucette, A., & Mezzacappa, E. (1993). Affective symptoms of institutionalized adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 408–416.
- Charlot, L., Deutsch, C. K., Albert, A. & Hunt, A. (2008). Mood and Anxiety Symptoms in Psychiatric Inpatients with Autism Spectrum Disorder and Depression. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1:238–253.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (2002). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist: Primary Career Version (DBC-P) & Teacher Version (DBC-T)*, 2nd ed. Clayton, Melbourne: Monash University Centre for Developmental Psychiatry and Psychology.
- Emerson, E., Robertson, J. & Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 16-24.
- Gonzalez, M. and López, I. (2016). Impact Of Emotional Disorders In The Functionality Of Children And Adolescents With Autism Spectrum Disorders Review. *Journal of Childhood & Developmental Disorders*. *Journal of Childhood & Developmental Disorders*, Vol. 2 No. 1, 1-12.

- Goodman, R. & Scott, S. (2014). *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed. NJ: John Wiley & Sons.
- Griffith, G., Hastings, R. & Petalas, M. (2014). Brief Report: Fathers' and Mothers' Ratings of Behavioral and Emotional Problems in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 44, Issue 5, 1230–1235.
- Kamphaus, R.W., & Reynolds, C.R. (2007). *BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System Manual*. Circle Pines, MN: Pearson.
- Kendall, P., & Watson, D. (Eds.) (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Kitkanj, Z. & Georgiev, E. (2013). Behavioral Disorders In Adolescents With Mild Intellectual Disability. *Journal Of Special Education And Rehabilitation*, 14(3-4): 7-21.
- Marielle, C., D., Russell, J., N., Stewart E. E., Bruce J. T., & Hans M. K. (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.
- Matson, J., Gardner, W., Coe, D., & Sovner, R. (1991). A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly mentally retarded persons: Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) Scale. *British Journal of Psychiatry*, 159, 404–409.
- Matson, J., Kazdin, A., & Senatore, V. (1984). Psychometric properties of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 81–90.
- National Dissemination Center for Children with Disabilities (2010). *Emotional Disturbance, Fact Sheet 5*. <https://www.nidcd.nih.gov/directory/national-dissemination-center-children-disabilities-nichcy>.

- Organization for Economic Co-operation and Development (1995). *Integrating students with special needs into mainstream schools*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Parmenter, T., & Nash, R. (1987). Attitudes of teachers and parents in the Australian Capital Territory (A.C.T.) towards the integration of moderately intellectually handicapped children. *Australasian Journal of Special Education*, 11,26-31.
- Parmenter, T., Einfeld, S., L., Tonge, B., J., & Dempster, J.,A.,(1998). Behavioural and Emotional Problems in the Classroom of Children and Adolescents with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(1)71-77,
- Pawlarczyk, D., & Beckwith, B. (1987). Depressive symptoms displayed by persons with mental retardation: A review. *Mental Retardation*, 25, 325–330.
- Ramirez, S. Z., & Kratochwill, T. R. (1997). Self-reported fears in children with and without mental retardation. *Mental Retardation*, 35, 83–92.
- Rodgers, J., Riby D. M., Janes, E., Connolly, B. & McConachie, H. (2012). Anxiety and Repetitive Behaviours in Autism Spectrum Disorders and Williams Syndrome: A Cross-Syndrome Comparison. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 42:175–180.
- Rojahn, J., Warren, V. J., & Ohringer, S. (1994). A comparison of assessment methods for depression in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 305–313.
- Sawyer, M., Baghurst, P., & Clark, J. (1992). Differences between reports from children, parents and teachers: Implications for epidemiological studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 652-660.
- Singh, N., Sood, A., Sonenklar, N., & Ellis, C.(1991). Assessment and diagnosis of mental illness in persons with mental

- retardation: Methods and measures. *Behavior Modification*, 15, 419–443.
- Smith, K. R. & Matson, J. L. (2010). Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31(5), 1062–1069.
- Steer, R., Beck, A., Riskind, J., & Brown, G. (1986). Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 475–478.
- Tenneij, N. H. & Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (2), 114–124.
- Totsika, V., Hastings, R., Emerson, E., Lancaster, G., & Berridge, D. (2011). A population-based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 91–99.
- Tyrer, P., Oliver, P. & Tarabi, S. (2014). Prevalence of aggressive challenging behaviours in intellectual disability and its relationship to personality status: Jamaican study. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 58, part 11, 1083–1089.
- Visser, E. , Berger, H., Van Schroyensteyn Lantman-De Valk, H., Prins, J. & Teunisse, J. (2015). Cognitive shifting and externalising problem behavior in intellectual disability and autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59, part 8, 755–766.

Emotional and behavioral problems for Children with intellectual disability, autism spectrum disorder, and multiple disabilities as recognized by teachers

Abstract:

The aim of this research is detecting differences in behavioral and emotional problems among children with intellectual disability Mainstreamed, intellectual disability Non Mainstreamed, autism spectrum disorder and multiple disability. The basic research sample consisted of 125 children who were divided into four groups (autism spectrum disorders 28, integrated intellectual disability 53, non-integrated intellectual disability 30, and people with multiple disability 14). The Stanford Binet Scale for Intelligence (Picture 4), The Adaptive Behavior Scale, and the Scale of Emotional and Behavioral Problems were used. The results revealed statistically significant differences between groups mean scores in behavioral and emotional problems for the benefit of children with multiple disability compared to those with intellectual disabilities who are not integrated, autism disorders, and those with intellectual disabilities, which are combined, respectively. And the existence of statistically significant differences in the mean scores of group scores in behavioral and emotional problems in favor of non-integrated intellectual disabilities compared to those with intellectual disability, and that the most severe behavioral and emotional problems among the intellectual disability children are problems of anxiety, depression, and the least severe problem is language expression, and the absence of problems of daily life activities, self-care, eating- drinking, social interaction, language receptive, self- injury, sexual problems and hallucinations. and that the most severe behavioral and emotional problems for children with intellectual disability who are not integrated are problems of Anxiety, social interaction, receptive language, sexual problems, eating-drinking, depression and expressive language respectively, absence of hallucinations, epilepsy, self- injury, aggression, daily activities and self-care. and The most severe behavioral and

emotional problems for children with autism spectrum disorder are problems of social interaction, self- injury, receptive language, daily life activities, self-care, anxiety disorder, and lack of problems of depression, sexual problems, eating -drinking, epilepsy and aggression. and The most severe behavioral and emotional problems for children with multiple disability are sexual problems, receptive language, expressive language, epilepsy, daily life activities, social interaction, self- injury, depression, self-care and anxiety respectively, and lack of hallucinations, eating- drinking, and aggression.

Keywords: Behavioral and Emotional Problems- Intellectual Disability - Autism Disorder - Multiple Disability - Mainstreaming.

مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة

عزيزي المعلم

يهدف المقياس إلى التعرف على بعض المشكلات السلوكية والانفعالية التي قد تظهر لدى ذوي الإعاقة الفكرية واضراب طيف التوحد والإعاقة المتعددة، من فضلك إبدأ باستكمال بياناتك الأولية، يليها استكمال بيانات الطفل الذي تقوم برعايته وتعليمه، وأخيراً اقرأ تعليمات التطبيق بعناية، ثم ابدأ في قراءة كل بند (مشكلة) واختر الاستجابة المناسبة للطفل محل التقييم.

من فضلك ضع علامة (√) بين القوسين أمام الاختيار المناسب.

أولاً: بيانات المعلم:

الاسم:

فترة العمل مع الطفل بالشهور:

ثانياً: بيانات الطفل:

الاسم:

.....

العمر لأقرب () الرعاية: ١-عزل ()

سنة:

٢-دمج ()

نوع الإعاقة:

١-فكرية () درجة الذكاء: ()

٢-توحد ()

٣-متعددة ()

ثالثاً: تعليمات التطبيق:

أ- قيم الطفل خلال الشهر الماضي فقط.

ب- من فضلك، قيم كل بند من البنود التالية وبالترتيب من ١-١٣.

ج- جميع البنود يتبعها خمس اختيارات كالتالي:

صفر = لا توجد مشكلة خلال فترة التقييم،

١ = مشكلة بسيطة،
٢ = مشكلة متوسطة،
٣ = مشكلة شديدة،
٤ = مشكلة شديدة جداً.

أشكر لكم حسن تعاونكم

الباحث

من فضلك ضع علامة (√) أمام الاختيار المناسب، ولا تترك أي بند بدون استجابة.

<u>١- عدوان موجه نحو الخارج:</u>		
وتشمل السلوك العدواني الموجه نحو الأشخاص (مثل: المشاجرات، العض، البسق، السب، إخراج اللسان، ونحو ممتلكات الآخرين (مثل: تكسير الأثاث، أو الأبواب، زجاج النوافذ، ...)، ولا تشمل السلوك العدواني الموجه نحو الذات (المتضمن في بند رقم ٢).		
=٠	لا توجد لديه مشكلات سلوكية موجهة نحو الآخرين خلال فترة التقييم	
=١	هياج، مشاجرات، أو سب الآخرين في بعض الأحيان، أو إخراج لسانه لهم.	
=٢	قيامه بسب الآخرين بشكل متكرر، أو بتهديدات لفظية بالاعتداء، أو إشارات عدوانية في بعض الأحيان، أو دفع أو مضايقة الآخرين، أو البسق عليهم.	
=٣	وقوع عدوان بدني أدى إلى إصابة آخرين (عض، دفع شديد، خربشة)، وتطلب أسعافات أولية بسيطة، أو وضع المعتدى عليه تحت الملاحظة خوفاً من حدوث مضاعفات، أو إيقاع ضرر بسيط بالممتلكات (مثل كسر كوب أو نافذة).	
=٤	حدوث عدوان بدني (باستخدام آلات حادة، أو عصي...)، أدى إلى إصابة خطيرة لآخرين احتاجت إلى تدخل جراحي، أو إيقاع ضرر شديد بالممتلكات (مثل إشعال حريق)، وتطلبت هذه الحوادث إشراف أو تدخل وقائي تمثل في تقييد حريته أو تقديم علاج دوائي له أو استبعادة من المدرسة).	
<u>٢- إيذاء الذات:</u>		
ويشمل كل أشكال سلوك إيذاء الذات (مثل لطم الوجه، خدش الجلد، رطم الرأس بالحائط،....)، ولا يشمل السلوك الموجه نحو الأشخاص أو الممتلكات الخاصة بالآخرين (المتضمن في بند رقم ١).		
=٠	لا يوجد سلوك إيذاء للذات خلال فترة التقييم.	

سلوك إيذاء ذات عرضي مثل لطم الوجه.	=١	
سلوك إيذاء ذات متكرر لم يؤدي إلى جروح (مثل: إحمرار الجلد، خدوش بسيطة بالجسم)	=٢	
حدوث سلوك إيذاء للذات أدى إلى جروح يمكن علاجها أو إعادة الجزء المصاب إلى ما كان عليه، ولم يؤد إلى فقدان وظيفة العضو المصاب (جرح قطعي، كدمة، تقطيع الشعر).	=٣	
حدوث سلوك إيذاء للذات أدى إلى جروح يصعب علاجها، مع فقدان دائم لوظيفة العضو المصاب (مثل خلل في الرؤية، أو جرح يترك علامة دائمة في الوجه أو الجسم بشكل عام).	=٤	
<u>٣- مشكلات اللغة الاستقبالية:</u>		
وتشمل جميع أشكال الاستجابة للتواصل اللفظي وغير اللفظي، والتي تدل على فهمه لما يدور حوله.		
قادر على فهم الكلام المرتبط باحتياجاته وخبراته الشخصية خلال فترة التقييم.	=٠	
قادر على فهم مجموعة من الكلمات والجمل القصيرة والتواصل غير اللفظي المتعلق بمعظم احتياجاته.	=١	
قادر على فهم بعض الإشارات والإيماءات والكلمات المفردة والأوامر البسيطة المتعلقة باحتياجاته الأساسية (الأكل، الشرب، تعالي، إذهب، إجلس...).	=٢	
يدرك محاولات التواصل معه بقليل من الفهم (أنماط من الاستجابات غير المعتادة في التواصل الطبيعي، مثل رمش العين، أو أية حركة غير مباشرة تدل على استجابته للتواصل.	=٣	
لا يظهر لديه أنه يفهم ما حوله ولا يستجيب للتواصل.	=٤	
<u>٤- مشكلات اللغة التعبيرية:</u>		
وتشمل جميع المحاولات التي يقوم بها لجعل احتياجاته وتواصله معروفاً للآخرين		

(كلمات، إيماءات، إشارات).		
قادر على التعبير عن احتياجاته خلال فترة التقييم.	=٠	
قادر على التعبير عن احتياجاته لأشخاص معروفين لديه فقط.	=١	
قادر على التعبير عن احتياجاته الأساسية فقط (الأكل والشرب وقضاء الحاجة...).	=٢	
قادر على التعبير عن وجود احتياج، ولكن لا يستطيع تحديده (مثل البكاء أو الصراخ عندما يكون جوعان أو عطشان أو غير مستريح لأي سبب).	=٣	
غير قادر على التعبير عن احتياجاته.	=٤	
<p>٥- <u>قلق ومخاوف:</u></p> <p>وتتضمن سلوكيات تعبر عن خوف أو قلق وتوتر غير مبرر من أشياء لا تسبب الخوف والقلق والتوتر لأقرانه مثل: الخوف من الوقوف في فناء المدرسة، أو الخوف الشديد من حشرة أو حيوان أليف، الخوف أو القلق الزائد المتعلق بالانفصال عن شخص قريب، خوف أو قلق اجتماعي قد يتمثل في رفض الذهاب للمدرسة، أو رفض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية كالحفلات والأنشطة الرياضية....</p>		
لا توجد أية شواهد لوجود أي من هذه المشكلات خلال فترة التقييم.	=٠	
تظهر أحياناً سلوكيات غريبة توجي بوجود مخاوف أو قلق.	=١	
وجود مخاوف وقلق وتوتر، تسبب بعض الضيق والاضطراب، ولكنها قليلة الظهور.	=٢	
نوبة انزعاج شديد، مع فقدان التحكم في السلوك، على سبيل المثال، يتجنب تماماً مواقف القلق المزعجة، ينادي على المعلم أو المشرف،.... الخ للمساعدة.	=٣	
مشكلات خوف وقلق وتوتر شديدة تسيطر على معظم أنشطته.	=٤	

٦- هلاوس وضلالات:

وتتضمن السلوكيات الشاذة والغريبة المصاحبة للهلاوس والضلالات وتشمل جميع المظاهر التي توحى بالهلاوس والضلالات (استجابته لخبرات غير طبيعية، مثل سماعه لأصوات أو رؤية أشياء غير موجودة في الواقع).

لا يوجد دليل على وجود هلاوس أو ضلالات خلال فترة التقييم	=٠	
تظهر أحيانا أفكاراً أو سلوكيات غريبة أو شاذة توحى بوجود هلاوس أو ضلالات.	=١	
وجود هلاوس أو ضلالات (صوتية، بصرية) مع بعض الضيق والاضطراب، ولكنها قليلة الظهور.	=٢	
إنهماك ملحوظ في الضلالات أو الهلاوس، مع ضيق واضطراب واضح، يسبب إزعاج كبير و/أو سلوك شاذ ملحوظ.	=٣	
حالة عقلية وسلوكية خطيرة وغير مواتية متأثرة بالضلالات أو الهلاوس، تأثير عليه تأثيراً شديداً.	=٤	

٧- المزاج الاكتئابي:

وتشمل المشكلات المرتبطة بالحالة المزاجية التعيسة، والحالة المزاجية المبهجة، وتقلب المزاج (التناوب السريع بين التعاسة والابتهاج والانسحاب من جهة، وسرعة الاستئثار من جهة أخرى)، نوبات غضب شديدة ومتكررة بحيث تتكرر هذه النوبات ثلاث مرات أو أكثر أسبوعياً.

لا توجد مشكلات مرتبطة بالمزاج الاكتئابي خلال فترة التقييم.	=٠	
مزاج مستقر، مع عبوس، أو تغير بسيط في المزاج.	=١	
تغير في المزاج يؤدي إلى تأثير في الشخص وفي المحيطين به (مثل: نوبات بكاء، الانسحاب، فقدان الاهتمام بنفسه أو بالآخرين).	=٢	

تغير في المزاج يؤدي إلى تأثير كبير في الشخص وفي المحيطين به (مثل: اللامبالاة الشديدة، وعدم الاستجابة، والهياج والتأمل الشديد).	=٣	
تقلب مزاج أدى إلى تأثير شديد في الشخص وفي المحيطين به (مثل: فقدان الوزن الشديد الناتج عن فقدان الشهية، أو النشاط الزائد، هياج شديد جداً لا يسمح له بالمشاركة في نشاط هادف).	=٤	
<u>٨-مشكلات الأكل:</u>		
وتشمل تغير الشهية للطعام والزيادة أو النقصان الملحوظ في الوزن.		
لا توجد مشكلة في الشهية خلال فترة التقييم.	=٠	
تغير طفيف في الشهية.	=١	
تغير شديد في الشهية، مع عدم تغير واضح في الوزن.	=٢	
اضطراب شديد في الشهية مع بعض التغير في الوزن خلال فترة التقييم.	=٣	
اضطراب شديد جداً في الشهية مع تغير واضح في الوزن خلال فترة التقييم.	=٤	
<u>٩- الصرع:</u>		
ويشمل جميع أنواع نوبات فقدان الوعي الجزئية والعامة والمختلطة والتي تؤثر في الحياة اليومية للشخص. قيم تأثير النوبات والتي تشمل المشكلات السلوكية الناجمة عن أو المرتبطة بتلك النوبات.		
لا توجد نوبات فقدان وعي خلال فترة التقييم.	=٠	
نوبات فقدان وعي عرضية مع حد أدنى من التأثير المباشر على الأنشطة اليومية (مثل: استئناف النشاط بعد النوبة مباشرة).	=١	
نوبات فقدان وعي متكررة بشدة واضحة ينتج عنها تأثير مباشر وواضح في الأنشطة اليومية (مثل: استئناف النشاط بعد بضع ساعات من حدوث النوبة).	=٢	
نوبات فقدان وعي متكررة بشدة كبيرة ينتج عنها تأثير مباشر شديد وواضح في	=٣	

الأنشطة اليومية، والذي يتطلب إسعافات أولية لإصابات بسيطة (مثل): استئناف النشاط في اليوم التالي لحدوث النوبة).		
نوبات فقدان وعي يصعب التحكم فيها وتتطلب تدخل علاجي سريري عاجل	=٤	
<u>١٠-مشكلات أنشطة الحياة اليومية:</u> وتشمل مشكلات في مهارات مثل تنظيم وتنظيف مكانه، التسوق، التنقل واستخدام وسائل المواصلات والمرافق، شغل وقت الفراغ، وما إلى ذلك).		
لا توجد مشكلات خلال فترة التقييم، قدرة جيدة في جميع المجالات	=٠	
مشكلات ثانوية فقط مثل، الإهمال وعدم النظام	=١	
وجود ضعف في أداء واحدة أو أكثر من المهارات المعقدة المذكورة أعلاه.	=٢	
عدم قدرة كبيرة على أداء العديد من المهارات المعقدة المذكورة أعلاه.	=٣	
عجز شديد أو عدم قدرة في جميع أو تقريباً كل مهارات نشطة الحياة اليومية.	=٤	
<u>١١- مشكلات رعاية الذات:</u> قيم المستوى العام للأداء في أنشطة رعاية الذات مثل تناول الطعام، الاغتسال، ارتداء الملابس، استخدام المراض. قيم المستوى الحالي بدون تحفيز.		
يظهر بمظهر حسن ويحافظ على نظافته الشخصية.	=٠	
بعض القصور في المظهر الشخصي والنظافة الشخصية والاهتمام بالصحة العامة.	=١	
قصور واضح في المظهر الشخصي والنظافة الشخصية والاهتمام بالصحة العامة يسبب مشكلة في قوله اجتماعياً، ولكن لا يشكل مخاطر صحية (مثل رائحة الجسم، عدم تهذيب الشعر، أظافر طويلة).	=٢	
قصور كبير في المظهر الشخصي والنظافة الشخصية والاهتمام بالصحة العامة يشكل خطراً على الصحة (مثل الطفح الجلدي، التهابات اللثة، لا يرتدي كامل ملابسه).	=٣	

إهمال كبير في رعاية ذاته مع صعوبات شديدة تتعلق بالمظهر العام والنظافة الشخصية والنظام الغذائي، وتشكل خطراً صحياً كبيراً مثل قرح الفراش.	=٤	
<u>١٢-مشكلات التفاعل الاجتماعي:</u>		
وتشمل المشكلات المتعلقة بالعلاقات الأسرية، والعلاقة بالأصدقاء، ومقدمي الرعاية في السكن أو في أوقات الترفيه. قيم ما يحدث بغض النظر عن السبب.		
اتصال إيجابي ودائم مع الأسرة والأصدقاء ومقدمي الرعاية.	=٠	
علاقات إيجابية بشكل عام مع بعض القصور في التواصل.	=١	
بعض العلاقات الإيجابية، مع ظهور اضطرابات في التواصل، أو تدهور في العلاقات.	=٢	
قصور في العلاقات، مع خطر ضعف أو انهيار التواصل.	=٣	
تصدع كبير في العلاقات، مع عدم تواصل مع الآخرين في الوقت الحالي.	=٤	
<u>١٣-مشكلات جنسية:</u>		
وتشمل المشكلات المرتبطة بالسلوك الجنسي غير الملائم مثل ممارسة العادة السرية علانية، والتعري أمام الآخرين، وممارسة الشذوذ الجنسي،..		
لا توجد مشكلات خلال فترة التقييم	=٠	
يلمس أعضاؤه التناسلية بشكل غير ملائم أحياناً، يظهر ميل لأشخاص من نفس الجنس ويلامسهم.	=١	
يحاول ممارسة العادة السرية في الخفاء، يخرج بعد قضاء حاجته دون ارتداء ملابس.	=٢	
يمارس العادة السرية في العلن، يعري جسمة بكثرة.	=٣	
يمارس الشذوذ الجنسي، يعري آخرين ويلامسهم، يشتبه في ممارسته الجنس مع الجنس الآخر.	=٤	

شكراً على حسن تعاونكم