دور الأسرة في القضاء على خوف الأطفال من المدرسة
العنود عبدالرحمن الشهري

أولاً: مقدمة

يتطلب إعداد الطفل لمواجهة الحياة اكتسابه أكبر قدر من الخبرات والمهارات التي تؤهله لها قدراته واستعداداته حتى يكون عضوًا نافعًا في المجتمع ويخرج من حيز الإعاقة التامة إلى مجال الإنتاج والاعتماد على النفس جزئيًا أو كليًا (الحميضي، ٢٠٠٤، ص٥).

كما أشارت نتائج دراسات كل من كارمن وآخرون (Carmen et al ,2005)، (أيوب،٢٠١١)، إلى أهمية دور استراتيجيات التدخل المبكر وأهمية التعاون بين الأسرة والمدرسة من أجل تحسين المهارات الاجتماعية والبيئية، التي ساعدت في تنفيذ أنشطة لتحسين السلوك الاجتماعي الإيجابي.

ويكشف المتتبع لعملية الرعاية للأطفال الأطفال بأنها لا تتجه للمجالات المختلفة، حيث ينصب الاهتمام على الجانب العقلي دون الجوانب الأخرى، والتي من أهمها الجانب الاجتماعي والنفسي والسلوكي، رغم مناداة الاختصاصين بأهمية تضمين تلك الجوانب في رعاية هؤلاء الأطفال، فعلى سبيل المثال ينادي هاردمان (Hardman) إلى أن الاعتماد على الجانب العقلي بمفرده كثيرا ما يقود إلى إغفال الجوانب الأخرى وإغفال دور الأسرة، وتشير أيضا كثير من المصادر الأمريكية إلى ما يسمى بالمعاق عقلياً لمدة ست ساعات في اليوم، ويقصد بذلك الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من إعاقة عقلية بدرجة بسيطة بحكم أدائهم المتدني على اختبارات الذكاء وفشلهم المدرسي، لكنهم يتمتعون بقدرة مقبولة في الاستجابة لمتطلبات الحياة خارج الإطار المدرسي (القريوتي والسرطاوي، ٢٠٠١، ٨١).

ويقاس التوافق الاجتماعي من خلال المهارات السلوكية والتي يمكن من خلالها إعطاء دلالة حقيقية إذا ما كان سلوك الفرد مرتبطا بعمره الزمني ومتوافقا ومتكيفا مع سلوكيات الآخرين، وتعكس هذه المهارات ما يطلق عليه السلوك الاجتماعي الذي يعد المحك الثاني في تشخيص حالات الاعاقة العقلي حسب تعريف الجمعية الأمريكية للاعاقة العقلية (٢٠٠٢)، والذي ينص على أن رعاية الأطفال هو قصور جوهري وواضح في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك الاجتماعي، ويظهر جليا في المهارات التكيفية، والمفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويبدأ هذا العجز في الظهور قبل سن الثامنة عشرة (العتيبي، ٢٠٠٤، ١٩).

ومن هنا تتضح أهمية التدخل المبكر من خلال تقديم برامج إرشادية وتدريبية وتربوية للأطفال الأطفال وللعمل على تجنيبهم السلوكيات الخاطئة الخارجة عن نسق سلوكيات المجتمع.

ثانياً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

قد نبعت مشكلة الدراسة استكمالاً لما توصلت إليه بحوث الدراسات السابقة في مجال رعاية الأطفال والتي تؤكد على أن الأطفال يحتاجون إلى نوع خاص من الرعاية، وتلك الرعاية يمكن أن تمثل عبئًا ثقيلاً على الوالدين والأسرة والمجتمع ولا بد للمراكز المختصة من القيام بتلك الأدوار وعدم تجاهلها ويشترك في تنفيذ تلك البرامج كل من معلم التربية الخاصة ومعلم النطق والمرشد التربوي والأخصائي الاجتماعي، فعملية رعاية هؤلاء الأطفال تعد عملية تكاملية يشترك فيها فريق ولا يمكن الاستغناء عن دور كل منهم في القيام بالواجبات الموكلة له.

ثالثاً- أهميــة الدراسـة:

- أنها تهتم بالأطفال ، وهى فئة يتزايد الاهتمام بها من كل الجوانب.

- أنها تتناول مفهوم السلوك الاجتماعي وهو مفهوم هام في رعاية الأطفال من خلال إلقاء الضوء على أبعاد السلوك الاجتماعي، التي يظهر فيها الأداء الكفء، وعرض نماذج مختلفة تتناول المهارات المكونة للسلوك التكيفي وتوضيح كيفية تنميتها لدى الأطفال .
- تسهم الدراسة الحالية في تقديم بعض بعد المقترحات والإرشادات التي تساعد في تحسين أداء فئة الأطفال في محيط تفعلهم.

رابعاً- أهداف الدراسة:

١. إمكانية متابعة التطور ومدى التقدم وتقييم برنامج التدريب على أساس موضوعي.
٢. التحقق مدى فاعلية برامج التدخل المبكر الارشادية في تنمية مهارات السلوك الاجتماعي لدى الأطفال
٣. التحقق من استمرارية التحسن على نفس مجموعة الدراسة الأطفال بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي.

خامساً- مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

التدخل المبكر :

هو: مصطلح يعني تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم، الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر النمائي أو الإعاقة ويندرجون تحت فئة رعاية الأطفال البسيطة (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٤، ص٢٤).

السلوك الاجتماعي:

تعرف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية السلوك الاجتماعي بأنه السلوك الفعال في الوفاء بالمطالب الشخصية والاجتماعية التي تفرضها البيئة على الفرد وقد تطور مفهوم السلوك الاجتماعي واصبح التشخيص الشامل الدقيق لمستوى الأداء الوظيفي للفرد يتطلب استخدام مقياس للسلوك التكيفي إلى جانب نسبة الذكاء حيث أن ذلك يتضمن الاهتمام بمعرفة قدرات الفرد للتفاعل الاجتماعي وقدراته ومهاراته اليومية (الشخص، 1994).

الاطار النظري

التأثير العميق للوالدين في التعليم المبكر للطفل:

إن التدخل المبكر لرعاية الطفل يساعد على تخفيف الآثار النفسية المترتبة على ميلاد الطفل ويساعد على تهيئة الوالدين نحو تقبل الطفل والاندماج معه واكتساب الوالدين مهارات تتناسب مع إعاقة الطفل (إبراهيم، ٢٠١٠، ص ص ١٢٨- ١٢٩) ؛ فمرشدو المدارس الذين يتجاهلون التأثير المحتمل للمشاكل الأسرة على مدرسة الطفل لا يوفروا بشكل فعال التدخل الناجح بواسطة الإرشاد للطفل وحده (Snyder, 2010, p.1).

لقد أشار سينجر وآخرون (١٩٩٨) المشار له في (جمعة، ٢٠١٢، ص ٣٢٧-٣٢٨) أن البرنامج التدريبي لوالدي الأطفال الأطفال يسعى لتحمل وإدارة الضغوط، ويتضمن البرنامج التدريبي مجموعة من المهارات التعليمية لتشجيع الوالدين على التحدث عن الضغوط في حياتهم وتعليم طرق خاصة للإفصاح عن المشاعر من خلال طريقتين، هما:

- تعديل السلوك.
- التدريب على الاسترخاء.

ويستند الجانب السلوكي في تعليم الأطفال مهارات جديدة ومناسبة ومفيدة في حياتهم تهتم بالجانب السلوكي، وخاصة في مجالات أربعة وهي:

- المهارات الاستقلالية: **Independent Skills** وتتضمن مساعدة الأطفال على إتقان مهارات مفيدة لهم في الحياة تساعدهم في العناية بأنفسهم والمحافظة على استقلاليتهم ومن

مثل تلك المهارات: تناول الطعام بالشكل الصحيح، وباليد الصحيحة، والتمييز بين أنواع الأطعمة المفيدة وغير المفيدة، والنوم بالساعة المناسبة، والاستيقاظ بالساعة المناسبة، وارتداء الملابس المناسبة لدرجة الحرارة، وغسيل اليد قبل وبعد تناول الطعام.

- المهارات الاجتماعية: **Social Skills** وتتضمن هذه المهارات مساعدة الطفل في إتقان مهارات إقامة علاقات التعامل مع الآخرين والإبقاء على تلك العلاقات وتطويرها، ومن خلالها يتعلم الطفل كيف يلعب مع الآخرين وكيفية المحافظة على هدوئه أثناء اللعب، وكيفية امتلاك التأني والصبر وعدم التسرع، وكيفية تقبل الهزيمة واللعب معهم، وكيفية تأدية التحية، والتواصل البصري والنظر للآخرين ومصافحتهم، واستخدام عبارات للرد على شخص إما بالموافقة أو بالرفض، والتعامل مع الآخرين بابتسامة، واستخدام مهارات التواصل الجسدي في التعامل مع الآخرين بالحد المناسب له، والتعاون مع الآخرين في مهمات مختلفة.
- الصحة والأمان: وتتضمن هذه المهارات مساعدة الطفل في الوقاية من المخاطر والمحافظة على الصحة العامة وخاصة التعرف على مرضه والإشارة له، وكيفية قطع الشارع واستخدام الأدوات الحادة كالمقص والتمييز بين الطعام الساخن والبارد والتعرف على مخاطر الكهرباء، ومشاهدة التلفاز بطريقة آمنة.
- المهارات الأكاديمية: **Academic Skills** تتضمن هذه المهارات دعم الجانب المعرفي لدى الطفل وتعليمه التحدث عن نفسه من حيث نقاط قوته وضعفه، وتعليمه إتقان هوايات جديدة والتعرف على هواياته، وصفاته، وتعلم حل مشكلات بسيطة تواجهه سواء داخل الغرفة الصفية أو خارجها.

نظريات الإرشاد:

يجب أن يعمل المرشد النفسي في ضوء نظرية، ومن أهم نظريات الإرشاد والتي قد تفيد المرشد مع فئة رعاية الأطفال :

أ- نظرية الإرشاد السلوكي:

يعد السلوك هو مركز اهتمام أنصار النظرية السلوكية كيف يتعلم، كيف يتغير، وفي نفس الوقت يعتبر السلوك تعديله وتغيره هو مركز أو محل اهتمام الإرشاد السلوكي. ويعتبر المرشد السلوكي أن أكثر السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم، وأن سلوك الفرد قابل للتعديل أو للتغير عن طريق خلق ظروف وأجواء تعليمية معينة (المحلاوي، ٢٠٠٨، ص ص ١٥ -١٦)

كما يمكن القول أن الإرشاد السلوكي يقوم على نظريات التعلم وخاصة الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي والتعلم الاجتماعي. ويمكن أن نخلص إلى أن هدف الإرشاد السلوكي من وجهة نظر السلوكيين هو تعديل السلوك غير المرغوب وإهماله. ويقوم تعديل السلوك على عدة أساليب وهي:

(١) الارتباط الإجرائي: وهو التأكيد على الاستجابات التي يقوم بها الفرد ومحاولة ربطها بالبيئة.
(٢) التعزيز: ويقصد به التعزيز المادي أو اللفظي أي إثابة المسترشد بتشجيع أداء السلوك المرغوب فيه ليعيد تكراره في المواقف المشابهة.
(٣) التعلم بالملاحظة والتقليد: وذلك عن طريق تقليد نماذج تؤدى أداء يطلب من المسترشد.
(٤) التشكيل: وهو تعزيز بعض أنواع السلوك وعدم تعزيز أنواع أخرى (المحلاوي، ٢٠٠٨، ص ص ١٧ – ١٨)

ب- نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي :

تدمج النظرية بين الإرشاد المعرفي والإرشاد السلوكي وتتعامل هذه النظرية مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيًا وسلوكيًا، كما يعتمد على

إقامة علاقة إرشادية تعاونية بين المرشد والمسترشد تتحد في ضوئها المسئولية الشخصية للمسترشد عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيًا تعد هي المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المسترشد وما يترتب عليها من ضيق، وبنفس المنطق يتحمل المسترشد مسئولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية (باظة، ٢٠٠٩، ص ١٣٨).

نظرية التعلم بالملاحظة Observational Learning Theory:

رائدها (باندروا Bandura) تعتبر نظرية التعلم بالملاحظة من أكثر النظريات قيمة في ميدان رعاية الأطفال ويعود السبب في ذلك إلى أهمية هذه الطريقة في تعلم الكثير من أشكال السلوك الجديدة وخاصة لدى الأطفال الأطفال (نبيل، ٢٠١٢، ص ٥٢)

يعد هذا النوع من التعلم تعلم بالتقليد أو بالملاحظة أو بالنمذجة ومن هنا يتضح أن المرشد يقوم بدور المعلم بالنسبة للمسترشد ويرى أن السلوك متعلم أو مكتسب تبعًا لقوانين التعلم، وأنه كلما أمكن تعلم سلوك فيمكن أن يتعلم غيره وأفضل منه، أو أن يمحوه. وفي هذه الحالة يكون المرشد نشط إلى حد كبير، فهو يخطط الأهداف مع المسترشد ويقوم مدى نجاحها ويعيد التخطيط لطرق جديدة للإرشاد (نشواتي، ١٩٩٨، ٣٥٥)

ويمكن تقديم النماذج بعدة طرق منها:

- النماذج الحية: ممثلة بالنموذج الاجتماعي كالرفاق أو المعلمين، واستخدام الفرد ذاته كنموذج من خلال مواقف سلوكيه كان فيها أداؤه جيد كنموذج في السلوكيات المقبلة وهي تزيد من دافعية المتعلم وتسهل عملية التعلم.
- النمذجة بالمشاركة: وتشمل على عرض للسلوك بواسطة نموذج، وكذلك أداء هذا السلوك من جانب المسترشد مع توجيهات تقويمية موجهة للمسترشد (عبيد، ٢٠١٢، ص ٦٤٨-٦٥٠).

دور الأسرة في رعاية :

من خلال التفاعلات مع الوالدين وأعضاء الأسرة يتعلم الأطفال أولا اللغة والاتصال والتفكير. كما أكدت العديد من الدراسات عن وجود ارتباط بين بيئة المنزل ومعدلات ذكاء الأطفال. حيث يمكن قياس التفاعلات والأحداث في بيئة الطفل المنزلية من خلال ملاحظة المنزل لقياس بيئة المنزل. فلقد وجد "برادلي" و "كالدويل" ارتباطات بين معدلات المنزل في الحياة المبكرة (٦، ١٢، و ٢٤ شهر) ومعدلات ذكاء الأطفال في سن ٣ و ٤.٥ سنوات بما يتراوح بين ٠.٥٠ – ٠.٧ (Bryant &, Maxwell, 1999, p.58).

ويمكن تحديد فاعلية التدخل المبكر بالبرامج الإنمائية المناسبة والمنظمة والمكثفة حيث تركز هذه البرامج على نقاط القوة ونقاط الضعف ومن ثم تخطيط الأنشطة والتدريبات لمعالجة المشكلة عند الطفل، والهدف من ذلك هو تقليل نقاط الضعف ومعالجتها وتثبيت نقاط القوة والتأكيد عليها. كما يلعب التدخل المبكر دورًا مهمًا في مساعدة الأطفال المعوقين في النمو والتعلم والذين يعيشون مرحلة من النمو والتطور والتعليم والخبرات والمهارات والتي تترك آثارًا سلبية على تكوين شخصياتهم والتي يتعذر التعامل معها بسهولة ممكنة وواضحة.

تعريف التدخل المبكر:

تعددت تعريفات التدخل المبكر، ولم يعد يختص على إعاقة واحدة فقط بل يشمل كل فئات الأطفال المعوقين الذين يواجهون مشكلات أو صعوبات في مراحل نموهم، ومن أهم هذه التعريفات ما يلي:

يرى (الخطيب، ١٩٩٨) أن التدخل المبكر يتضمن توفير خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخير نمائي أو

الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها، فهم من ناحية أطفال صغار في السن. وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساسًا على أسرهم في تلبية احتياجاتهم، ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقًا لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة (الخطيب، ١٩٩٨، ص٣٠)

ويقصد عبد الحميد (١٩٩٩، ص ٣٧) بالتدخل المبكر أن يقوم الأخصائي بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكاناته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمحيطين بالطفل بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته. وعرفت شقير (٢٠٠٥، ص ١٤١) التدخل المبكر بأنه "مجموعة الجهود التي تبذل في تحدي الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضًا At Risk Children الإعاقة، قبل وأثناء وبعد الولادة، وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة، مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولي".

ويرى الحازمي (٢٠٠٧، ص ٩٠) أن التدخل المبكر هو "نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن ٦ سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة".

ويعرف جيرالد وويجلر (٢٠٠٧) التدخل المبكر بأنه "مجموعة من الخدمات تقدم للأطفال في سن السادسة أو أقل الذين يعرضون للخطر أو الذين لديهم تأخر تنموي أو مشاكل عاطفية – اجتماعية". ففي فترة السنوات الستة الأولى يكون هناك فرصة كبيرة لمنع المشاكل التنموية، حيث أن النمو السريع للعقل يرتبط بهذه الفترة الحرجة، والتي خلالها يتم إعداد الأطفال للاستفادة من المحاكاة التنموية (Mahoney, Wiggers, 2007, p.7)

وعرف كل من جابر وجلال (٢٠٠٩، ص ٢٧) التدخل المبكر على أنه "تقديم المختصين للحلول المناسبة لمشكلات الطفل الصحية، الجسمية، النفسية، الاجتماعية، فور الاكتشاف المبكر لهذه المشكلات وانعكاسها بالسلب بشكل أكبر على صحة الطفل ومظهر نموه السليم وتوافقه مع بيئته".

وتعرف أيرين (Wilder, 2009) برنامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة بأنه "برنامج التعليم الذي يخدم الأطفال من المناطق الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة والعمل مع الوكالات المختلفة لإعداد الأطفال للمدرسة، مع مراعاة احتياجاتهم الإنمائية المعرفية والاجتماعية والمادية". والأطفال في هذه البرامج تتراوح أعمارهم من الولادة وحتى خمس سنوات (Wilder, 2009. p. 12).

وترى المشرفي (٢٠٠٩، ص ١١) أن التدخل المبكر هو "نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن ٦ سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نفسانية وتربوية والمعرضون لخطر الإعاقة المبكر لأسباب متعددة".

كما أشار الاتحاد الاسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر أن مفهوم التدخل المبكر عبارة عن "مجموعة من التدخلات الموجهة للأطفال منذ الولادة في ٠ – ٦ سنوات، وللأسرة، وللمحيط الذي يعيش فيه الطفل بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطرابات في النمو، أو الذين هم معرضون لخطر الإصابة به، وهذه التدخلات يجب أن تتعامل مع الطفل ككل كما يجب أن تقوم بتخطيطها فريق من الأخصائيين متعدد الاختصاصات" (الثبيتي، ٢٠١١، ص ٤٠).

وتعرف كريستين (Christan, 2012) خدمات التدخل المبكر على أنها "مجموعة متنوعة من خدمات التدخل المقدمة للأطفال منذ الميلاد وحتى عمر الثالثة" (Coogle, 2012, p.7)

من خلال التعريفات المتعددة التي تم استعراضها والتي تناولت مفهوم التدخل المبكر نجد أن العناصر المشتركة في هذه التعريفات تتضح في التالي:

- أن برامج التدخل المبكر هي عبارة عن أنظمة تقدم الخدمات المتنوعة أو المتعددة للأفراد وأسرهم، وتركز على فئات الإعاقات النمائية والأكثر عرضة للإصابة.
- أن برامج التدخل المبكر نظم دعم للأسرة ككل.
- أن برامج التدخل المبكر يفضل أن تقدم في وقت مبكر.

ويعرف الباحث التدخل المبكر بأنه "نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم بواسطة متخصصين للأطفال منذ الولادة وحتى سن السادسة ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة".

أهمية التدخل المبكر:

لقد وجدت برامج التدخل المبكر لتخدم كل من وأسرته، ولذلك فإن البرامج التي تركز على الطفل فقط هي برامج جزئية، وبالتالي فإن من أهم خصائص برامج التدخل المبكر الناجحة هي تلك البرامج التي تدعم الآباء للقيام بدور المعلم الأساسي للطفل وتعمل على تدعيم العلاقة بين الآباء وأطفالهم، فالآباء لهم حق أساسي في المشاركة بتربية الأطفال، وهذه المشاركة تضفي على العناية بالطفل صفة الاستمرارية وينجم عنها فوائد للأطفال الآخرين في الأسرة (عبده، ٢٠١٢، ص ٨).

وخلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، ينتج التدخل المبكر فوائد طويلة الأمد، حيث أن التدخل المبكر، يكون له نتائج مستدامة. كما يؤثر التدخل المبكر على المجالات التنموية بما في ذلك المعرفية، والاتصالية و التكيفية والنفسية والبدنية، والاعتماد على الذات. ويؤثر التدخل المبكر على نوعية الحياة من خلال منع تأخر النمو. وبالإضافة إلى التأثير على الطفل، يؤثر التدخل المبكر على الأسرة. فالتدخل المبكر في الحياة يدعم الأسرة ويعزز التفاعل بين أفراد الأسرة (Coogle, 2012, p.1).

وبناء على ذلك يمكن أن نشير إلى أهمية التدخل المبكر على مستويين:

أ- أهمية التدخل للأطفال

ترى عطية (٢٠١١) أن أهمية التدخل للأطفال يكمن فيما يلي:

- اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.
- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.
- توفير كافة الخدمات من خلال التدخل المبكر للطفل المعاق في مرحلة مبكرة مما يساعد على نمو قدراته وسمات شخصيته بشكل سوى.
- تطوير معدلات النمو السوي لهم سواء في الناحية المعرضة أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية.
- يخفف التدخل المبكر من التأثيرات السلبية والضاربة التي تنتج عن الإعاقة.
- الحد من العديد من المشكلات التي يمكن أن يعاني منها المعاق مستقبلاً.
- التدخل المبكر يمنع حدوث مشاكل سلوكية وانفعالية للأطفال المعوقين
- تأهيل الأطفال للالتحاق بالمراكز النهارية عند بلوغهم السن المطلوب تميزهم من غيرهم ممن لم يحصلوا على التدريب.
- تعديل سلوك المعاق بما يساعد على زيادة مستوى استقباله.

- حمايته من الانحرافات السلوكية الأخرى.
- تخفيف تكاليف رعاية (عطية، ٢٠١١، ص ١٨)

أهمية التدخل للأسرة:

تشير التجارب اليومية بين الوالدين والطفل بوجود علاقة تأثير وتأثر من الناحية النفسية على الوالدين، من حيث سلوك الوالدين وردود فعل الطفل . وبشكل أكثر فاعلية، ينبع إجهاد الوالدين من عدم قدرتهم على التكيف مع متطلبات الرعاية اليومية للطفل المعاق، ومن المسلم به عموما أن الطفل لديه عدد من الاحتياجات التي تتطلب وقتا وطاقة، والمشاركة في أنشطة الرعاية اليومية التي تتطلب المزيد من القوة البدنية، بل أنها في كثير من الأحيان تعدل من أنشطة الأسرة. وتبدو العلاقة بين صعوبات الطفل ورؤية الأسرة ذات تأثير على البيئة الاجتماعية للأسرة (نوعية حياة الزوجين، وإجهاد الوالدين والدعم الاجتماعي). وهذا بدوره يعتمد على خطورة العجز (Karasavvidis, Lianou, 2011, pp, 22-23).

ومع ذلك يمكن أن نشير إلى أهمية التدخل الأسري في

- تعديل اتجاهات الأسر ومساعدتها على تقبل الطفل وتدريبه.
- تأهيل الأمهات لتدريب أمهات أخريات لم يحصلن على الخدمة.
- إعداد المتطلبات الإرشادية والعلاجية التي تساهم في إعطاء المعلومات التي تطلبها أسرة المعاق.
- تدعيم العلاقة بين أسرة المعاق وباقي الجهات المسئولة عن الرعاية والتعاون بينهم (شقير، ٢٠٠٥، ص ١٤٦)

أهداف التدخل المبكر:

يتمثل هدف التدخل المبكر في إجراء معالجة فورية وقائية تهدف إلى تنمية قدرات الطفل المكتشف في مجالات متعددة (الحركية، الاجتماعية، اللغوية، الرعاية الذاتية.... الخ) من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة (المشرفي، ٢٠٠٩، ص ١٢).

وتجدر الإشارة إلى أن برامج التربية الخاصة في التدخل المبكر تهدف إليه مناهج الخبرات التربوية في رياض الأطفال، فيما تركز على تنمية والمعرض للإعاقة و تهدف برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة إلى التالي كما تشير (عبد المحسن، ٢٠٠٧):

(١) التدريب على المهارات الأساسية في رعاية الذات كتناول الطعام والملبس والنظام، وفي التفاعل مع الأطفال والأخوة والمصلحات والوالدين.
(٢) تزويد الطفل بالخبرات المعرفية التي تنمي قدراته على الانتباه والتذكر واكتساب المفاهيم وتحصيل المعلومات عن البيئة.
(٣) تنمية شخصية الطفل من خلال إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية مما يساعد على تنمية مفهوم الذات والاعتماد على النفس والدافعية وحب الاستطلاع عنده.
(٤) تنمية الحصيلة اللغوية والقدرة على التواصل بالكلام من خلال تنظيم عملية التفاعل مع الطفل بطريقة تجعله يعتمد على اللغة بأقصى قدر ممكن من التعبير عن حاجاته وأفكاره ومشاعره.
(٥) تنمية المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة من خلال توفير الأنشطة الحركية والفردية والجمعية.
(٦) تعليم الطفل المهارات الأساسية ومهارات التعامل مع أدوات التمثيل والتلوين.
(٧) تدريب الطفل على السلوك الاجتماعي المقبول في المواقف اليومية في تعامله مع الآخرين.
(٨) تدريب الوالدين على رعاية الطفل والعناية به في مواقف مختلفة (عبد المحسن، ٢٠٠٧، ص ٦٧)

مبررات التدخل المبكر:

إن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة، وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى، وأنه كلما كان التدخل مبكراً كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم أكبر، وقد أسدلت هذه النتائج الستارة إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائداً في السابق ومفاده أن التدخل البكر له ما يبرره(Fewell, 1992) .

وتتمثل أهم مبررات التدخل المبكر حسبما أشار لذلك (الثبيتي، ٢٠١١) في التالي:

(١) إن السنوات الأولي في حياة الذي لا يقدم له برنامج تدخل مبكر، إنما هي سنوات حرمان و فرص ضائعة فيجب عدم حرمان الطفل من أي من حقوقه وأهمها تأهيله و تعليمية وعلاجه مبكرًا.

(٢) إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.

(٣) إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولي لكن لا ترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة فلابد من الاستعانة بالأخصائيين كل في مجاله لتكوين عملية التدخل متكاملة ومترابطة جداً.

(٤) أن التأخير النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعنى احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.

(٥) إن النمو ليس البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسمًا.

(٦) إن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاص اللاحقة.

(٧) أن التدخل المبكر يسهم في تجنب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة (الثبيتي، ٢٠١١، ص ٤٢)

كما إن إلحاق الطفل ببرنامج التدخل المبكر مفيد للأهل والطفل على حد سواء حيث يتلقى الطفل التدريب المناسب والمكثف الذي يلائم قدراته ويعلمه أن التفاعل مع الآخرين أمر جدير بالاهتمام، وفي نفس الوقت، فبرامج التدخل المبكر تعتبر جزءاً تعليمياً لوالدي (فتيحة والناطور، ٢٠٠١، ص١٠).

كما أن برامج التدخل المبكر قد تكون عاملاً إيجابياً للوصول إلى فوائد طويلة الأمد فيما يختص بالتطور والتقدم التعليمي، كذلك الاشتراك بصورة فاعلة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع (Alfred & Verne, 2000).

تصنيف برامج التدخل:

يمكن تصنيف برامج التدخل المبكر على النحو التالي:

أ- برامج تدخل متمركزة حول الطفل:

وهي تشمل خدمات الفرز المبدئي والتقسيم وتحديد الاحتياجات والإحالة، وبناء خطة التدخل الفردية والرعاية النمائية المناسبة والتقويم، وقد تنصب أهداف التدخل على نواحي علاجية كما هو الحال بالنسبة للأطفال المبتسرين أو على نواحي سلوكية ترتبط بالسلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية أو على نواحي تعليمية. (Coogle, 2012, p.4)

ب- برامج تدخل متمركزة حول الأسرة:

تركز هذه البرامج على الأسرة لتقليل الإعاقة والتكيف معها وحاجاتها للدعم والعون أو كوسيط لتقديم الرعاية العلاجية والتعليمية للطفل ورفع مستوى التوافق والتفاعل الأسري بتهيئة الوالدين على أن يصبحوا أكثر استقلالية ومقدرة على رغبة أبنائهم وأقل اعتمادية على المتخصصين. وتستمد هذه البرامج قيمتها من أن ميلاد طفل معاق في حياة الأسرة غالبًا ما يترتب عليه شعور بالصدمة، بتعارض صورته الواقعية مع الصورة المثالية، فتشعر الأسرة بالارتباك

والحزن، مما ينعكس على ردود الفعل وأساليب المعاملة الو الدية ويؤثر ذلك على أشكال ارتباط الطفل وتعلقه بالوالدين، كما أنه بتحديد السلوكيات الأساسية للأسر يتضح أن الاعتبارات الرئيسية للأسرة تشمل خصائص الأسرة، ووظائف الأسرة، والتفاعلات الأسرية، ودورة حياة الأسرة. فخصائص الأسرة تشمل جوانب الأسرة مثل الأشقاء، والمزاج العام، والعجز. ووظائف الأسرة هي موارد الأسرة، وثقافة الأسرة، ومستوى مرونة الأسرة. والتفاعلات الأسرية هي العوامل التي تشجع أو تثبط عمل الأسرة. وأخيرا، فإن دورة حياة الأسرة تتكون من التحولات ومراحل الحياة (Coogle, 2012, p.4).

ج - برامج تدخل المجتمع

وهي تختص بتهيئة المؤسسات الخدمية في مجالات صحة الأم والطفل ومراكز الرعاية المبكرة أو مصادر الرعاية في المجتمع و إعداد الأخصائيين وإعداد البرامج ودعم الجمعيات والجهود التطوعية والبرامج التدريبية للوالدين (عبد المحسن، ٢٠٠٧، ص ص ٦٧-٦٨).

سادساً- معوقات التدخل المبكر:

يمكن أن تؤدي العوامل المادية والمعنوية التي تعوق تقديم خدمات وبرامج التدخل المبكر إلى عدم تقدم الطفل.

ومن ثم يمكن توضيح هذه المعوقات على النحو التالي:

أ - تدني مستويات الوعي وتأخر اكتشاف الحالات وتدني مستوى الخدمات الطبية والتربوية و النفسية والاجتماعية.

ب- عدم صدق الكثير من الاختبارات والمقاييس التي يتم تطبيقها، مما يؤدي إلى الحصول على نتائج لا تعكس مستوى الطفل الحقيقي ولا تظهر القدرات الكافية لديه.

ج- عدم تأهيل الكوادر التي تعمل مع الأطفال المعوقين مما يجعلهم يرسمون خططًا علاجية وتربوية وتأهيلية غير صحيحة مما يعيق تقدم الحالات وتحسنها.

د- نقص المعلومات وخبرات الأهل اللذين يصاب أطفالهم بالإعاقة مما يقلل من فرص التدخل والكشف مما يوفر تقديم البرامج المناسبة لهم (محمد ، ٢٠١٢، ص ٢٤).

ويلعب الوالدين دورا مهم في خدمات التدخل المبكر نظرا لما لهما من تأثير كبير على الجوانب التنموية والعاطفية والاجتماعية للأطفال. حيث يكون للوالدين عدد كبير من الفرص في التأثير على تنمية وتعليم أطفالهم عن متخصصي التدخل أو المعلمين بالمدرسة (Mahoney, Wiggers, 2007, p.7)

وتجدر الإشارة إلى أنه يجب التغلب على تلك المعوقات من أجل تقديم برامج ذات مستوى عالي تعمل على الارتقاء بمستوى الأطفال المعوقين وتحسين مهاراتهم المختلفة. ويتم ذلك من خلال بعض العوامل التي تؤدي إلى نجاح وفاعلية برامج التدخل المبكر، وهي كما يلي حسبما ترى شقير (٢٠٠٥):

أ- التشخيص المبكر.

ب- التعاون بين المؤسسات الخدمية.

ج- مشاركة فعالة من الوالدين.

د- التعاون بين المؤسسات الخدمية.

هـ- تعريف الوالدين بالخدمات المتوافرة في المجتمع لهؤلاء الأطفال وأسرهم.

و- معرفة الإجراءات العلاجية السابقة التي قد استعملت مع حالة الطفل وأسباب نجاحها وفشلها.

ز- تحديد الحاجات الخاصة بحالة الطفل.

ح- تصميم إجراءات التدخل العلاجي والسياسات العلاجية المناسبة مع حالة الطفل (شقير، ٢٠٠٥، ص ص ١٤٧-١٤٨). هذه العوامل متداخلة ومتشابكة مع بعضها البعض وتعمل في إنجاح التدخل المبكر وتحقق فاعليته.

دور الأسرة في برنامج التدخل المبكر:

تلعب الأسر دور مهم في وفعال في تقديم الخدمات التنموية لأطفالهم، لأن الآباء لهم تأثير كبير على التنمية المبكرة لأطفالهم ولأن تعلم الأطفال يتم من خلال أنشطة الروتين اليومي في بيئتهم الطبيعية. كما أن الآباء يكون لديهم فرصة أكبر للتأثير على تعلم أطفالهم فهم يقضون الكثير من الوقت مع أطفالهم أكثر من معلميهم أو معالجيهم، فضلا عن أن مشاركة الآباء تسهم بحد كبير في نجاح برنامج التدخل المبكر (Solis, 2008, p.15)، وتعد الأسرة الكيان الثابت في حياة الطفل ولذلك فإن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق بعيدًا عن الأسرة، ولذلك لابد من تطوير العلاقات المشتركة بين أولياء الأمور وفريق العمل داخل مراكز التدخل المبكر. وبالتالي من الضروري العمل ليس على إشراك الوالدين في برنامج التدريب فقط وإنما تهيئة الظروف الكفيلة باستمرارية هذا الاشتراك ولعل أكثر العوامل تأثيرًا على استمرارية المشاركة هو التغير الإيجابي الذي يحصل في سلوك الطفل نتيجة للبرنامج العلاجي المبكر الذي جمع بين الأخصائيين والوالدين معًا. ومن هنا نجد أن برامج التدخل المبكر تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل أو لأسرته عندما تقدم على بنحو يدعم مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها (محمد، ٢٠١٢، ص ٢٦).

ودراسة سليمان (٢٠٠٦) حول فعالية برنامج تدريبي للأمهات في تنمية بعض مهارات ما قبل الاكاديمية لدى أطفال الأطفال في مرحلة التدخل المبكر.

مفهوم السلوك الاجتماعي:

مفهوم السلوك :

ويرى" سليمان (٢٠٠٦)" أن السلوك يمثل جزءا أساسياً في توافق المعوق عقلياً، وبدأ ظهور مفهوم السلوك الاجتماعي في علم النفس لأول مرة عندما استخدم أرنولد جيزل Arnold Gessel هذا المصطلح ليصف به المستوى المهاري الذي يسلكه الطفل في مرحلة عمرية معينة، وبناء علي ذلك فإن السلوك الاجتماعي للطفل لابد وأن يمر بمراحل عمرية معينة.

ويقصد بالسلوك " كل ما يصدر عن الفرد من استجابات، أو بعبارة أخرى كل ما يصدر عن الفرد من تغيرات في مستوى نشاطه في لحظة ما " فأهم مبدأ من مبادئ السلوك الإنساني هو أن معظم السلوكيات التي يظهرها الإنسان هي سلوكيات يتم تعلمها من خلال التفاعل مع البيئة (سليمان، ٢٠٠٦، ص ٢٠) .

والسلوك هو أي نشاط يقوم به الفرد ويمكن ملاحظته حتى تستطيع تقييمه والحكم عليه. فإذا كان السلوك مقبولا نقوم بتنميته وإذا كان السلوك غير مقبول فنقوم بتعديله.

السلوك الاجتماعي

تعرف (Pass, 1988) السلوك الاجتماعي بأنه "فاعلية الأفراد في التكيف مع المتطلبات الطبيعية والاجتماعية لبيئتهم" (Pass, 1988, p.7).

وتعرف كادلوبك (Kadlubek, 2001) السلوك الاجتماعي بأنه: "الدرجة التي يكون فيها الفرد قادرا على العمل والحفاظ عليه بشكل مستقل أو الدرجة التي يلبي فيها بصورة مرضية المطالب المفروضة ثقافيا للمسؤولية الشخصية والاجتماعية" (Kadlubek, 2001, p.12).

كما يعرفه سميث (Smith, 2007) على أنه " أداء مهارات الحياة اليومية المتوقعة من البالغين" (ابراهيم، ٢٠٠٨، ص ٣٥). كما عرف هيبر والذي جعل من السلوك الاجتماعي معيارًا

أساسيًا من معايير قياس رعاية الأطفال . واستمر تعريف هيبر معمولا به من قبل، حيث يرى هيبر أن القصور في السلوك الاجتماعي في حالات الإعاقة يتمثل في ناحية أو أكثر من النواحي التالية:
- النضج: وهو معدل نمو مهارات من المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه.
- القدرة على التعلم: وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته.
- التكيف الاجتماعي: يتمثل في قدرة الفرد على أن ينشئ علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره ومدى قدرته على الاستقلال وأن يكسب عيشة دون مساعدة (العجمي، ٢٠٠٧، ص ص ٦٨ – ٦٩).

وترى باسكوسك (Paskiewicz, ٢٠٠٩) السلوك الاجتماعي أنه "مهارات مفاهيمية واجتماعية وعملية تعلمها الناس ليكونوا قادرين على العمل في حياتهم اليومية." كما تؤثر القيود الكبيرة في السلوك الاجتماعي على حياة الشخص اليومية وتؤثر على القدرة على الاستجابة لحالة أو بيئة معينة. ويمكن أيضا اعتبار السلوك الاجتماعي "الفعالية التي يلبي بها الأفراد معايير استقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة لأفراد من سنهم" (Paskiewicz 2009, p.1)

ويعرف بريدجت (Bridget, 2010) السلوك الاجتماعي بأنه "قدرة الفرد على العمل بنجاح في المجتمع في إطار حالة أو بيئة معينة". ويجب أن يكون لدى الفرد عجز في اثنين على الأقل من المجالات المهارات التالية: "الاتصالات، الرعاية الذاتية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية / الشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجيه الذاتي، المهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الترفيه، والصحة، والسلامة (Bridget, 2010, pp2-3)

ويعرف بيرسون (Pearson, 2011) السلوك الاجتماعي بأنه: "المدى الذي يكون فيه الفرد قادرا تحقيق الاكتفاء الذاتي في المواقف وبيئة الحياة الفعلية" (Pearson, 2011, p.7).

ويتحدد السلوك الاجتماعي بدرجة الفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلالية الشخص ومسئوليته الاجتماعية المتوقعة منه من خلال المرحلة العمرية التي يمر بها بالإضافة إلى ثقافته. ولهذا يوجد مظهران أساسيان هما القدرة على التعلم والتدريب الوظيفي، والقدرة على مواجهة المطالب الاجتماعية (عبد الفتاح، ٢٠١٢، ص ٢٤)

ويتضح من استعراض التعريفات السابقة لمفهوم السلوك الاجتماعي وجود عناصر مشتركة فيه. وهي:

أ- مدى قدرة الفرد على تحمل مسئولية الشخصية، وخاصة مهارات الحياة اليومية مثل مهارات تناول الطعام والصحة الشخصية وارتداء الملابس... والمهارات الاستقلالية الأخرى كالتنقل والتعامل بالنقود واستخدام اللغة في التعبير عن نفسه.

ب- مدى قدرة الفرد على تحمل مسئولياته الاجتماعية المتوقعة منه وخاصة في المراحل العمرية المتقدمة وما تتطلبه من مسئوليات اجتماعية تتمثل في التفاعل مع الآخرين، والقيام بعمل ما يمكنه من الاستقلال المعيشي.

ج - يرتبط السلوك الاجتماعي بالعمر حيث يزداد السلوك الاجتماعي تعقيدًا وخاصة في المراحل العمرية المتقدمة.

د – يتم تحديد السلوك الاجتماعي في ضوء المعايير الثقافية والاجتماعية.

هـ - ينظر للسلوك التكيفي والحكم عليه من خلال الأداء الفعلي للفرد وليس من خلال قدرة الفرد على الأداء رغم الاعتراف بضرورة القدرة لتنفيذ الأدوار.

ويرى الباحث أن السلوك الاجتماعي هو "قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته الطبيعية والاجتماعية بما يمكنه من العمل والمشاركة الفعالة كعضو مسئول في مدرسته ومجتمعة".

أهمية السلوك الاجتماعي:

اكتسب مفهوم السلوك الاجتماعي أهمية في مجال التربية الخاصة منذ منتصف الخمسينيات من القرن العشرين وحتى الوقت الحاضر.

وتبدو تلك الأهمية كما ترى المحلاوي (٢٠٠٨) إلى ما يلي:

أ- التشخيص الشامل للإعاقة العقلية يجب أن يشمل نسبة الذكاء ومقاييس السلوك الاجتماعي، مما ينتج عنه تقييم يتحمل معنى أكثر دقة وشمولاً بالنسبة لمستوى الفرد في الأداء الوظيفي.

ب- إن مقاييس الذكاء لا يجب أن تكون المعيار الوحيد للتعرف على حالات رعاية الأطفال ، إذ أن في ذلك إهمالاً لمعرفة قدرات الفرد في التفاعل الاجتماعي وقدراته ومهاراته في حياته اليومية.

وكان دول Doll أول العلماء الأمريكيين الذين أكدوا على أهمية هذا المعيار في تشخيص رعاية الأطفال . وقد قام بنشر النسخة الأولى لمقياسه للنضج الاجتماعي عام ١٩٣٥. ونشرت النسخة الأخيرة منه عام ١٩٥٣ وأعيد طبعها عام ١٩٦٥.

ج - ولذلك فإن التعريف الذي أقرته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية عام ١٩٩٢ يؤكد على استخدام أكثر من معيار لتشخيص رعاية الأطفال (المحلاوي، ٢٠٠٨، ص ٣٤)

ويمكن رؤية السلوك الاجتماعي على أنه عبارة عن مهارات شخصية مستقلة (التي يمكن أن تتراوح بين المهارات الرعاية الذاتية الأساسية مثل الغسيل، وارتداء الملابس، واستمالة النفس إلى سلوكيات أكثر تعقيدا مثل إدارة المال والوقت)؛ وكفاءة اجتماعية (التفاعل بشكل فعال مع الآخرين). وأبعاد موقفيه (مثل الرغبة في التعاون، والدافع للنجاح، والمثابرة) (Paskiewicz, 2009, p.3).

أبعاد وعادات السلوك الاجتماعي:

تتمثل أبعاد السلوك الاجتماعي في عدة مستويات يمكن عرضها على النحو التالي كما يرى ابراهيم والدخيل وابراهيم (١٩٩٣):

أ - مستوى النمو اللغوي: يهتم بمعرفة الأساسي الاجتماعي لنمو المهارات اللغوية بدلاً من التركيز على المستوى الأكاديمي المطلوب وصول الطفل إليه.

ب - الأداء الوظيفي المستقل: يتناول هذا المجال التعرف على مستوى العمر الزمني الذي يستطيع الطفل عنده أن يتحمل المسئولية في مواجهة متطلبات الحياة اليومية في المواقف التي يتعرض لها.

ج- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية: يختص هذا المجال بمدى الفاعلية التي يبديها الطفل في مواجهة الأعمال المنزلية والأدوار الأسرية الأساسية.

د - النشاط المهني الاقتصادي: يهتم بالتعرف على مستوى فهم الطفل لتلك المفاهيم التي تتضمنها ميادين العمل والبيع والشراء. والتي تعد من المجالات الضرورية والمهمة في حياة الفرد. كما يهتم في الوقت ذاته بالتعرف على مدى قدرته على استخدام مثل هذه المفاهيم.

هـ - الأداء الاجتماعي: يبحث هذا الجانب نمو المهارات التي تتعلق بمدى التعاون للطفل مع الآخرين في نطاق واسع مع البيئة إلى جانب مهاراته في تمييز المطالب الاجتماعية بحسب درجة أهميته (ابراهيم والدخيل وابراهيم، ١٩٩٣، ص ص ٢٥ – ٢٦).

ويمكن تناول أبعاد السلوك التكيفى، وأبعاد القصور فيه لدي الأطفال والقابلين للتعليم من خلال الجدول التالي:

الجدول (١)

أبعاد السلوك الاجتماعي وأبعاد القصور

م	أبعاد السلوك الاجتماعي	أبعاد القصور فيه لدي الأطفال والقابلين للتعليم
١	الاتصال	صعوبة التعبير عن الذات وتوصيل المعلومات عند الحاجة
٢	العناية بالنفس	نقض مهارات اتباع شروط الصحة العامة مثل ارتداء الملابس (النظافة – منظمة)
٣	العيش في المنزل	صعوبة ادارة الجوانب المالية (تسديد الفواتير – طهي واجبات مغذية وتريب المنزل)
٤	مهارات اجتماعية	ضعف المهارات الاجتماعية (انفرادهم اجتماعياً)
٥	الانتفاع بمرافق المجتمع	عدم القدرة علي الانتفاع بالخدمات العامة مثل (المغسلة والاماكن الترفيهية)
٦	توجيه الذات	عدم القدرة علي تحديد الأهداف واستخدام المهارات اللازمة لتحيق الأهداف
٧	الصحة والسلامة	عدم معرفة الاسعافات الاولية الاساسية وعدم القدرة مساعدة الذات في الموقف الخطر
٨	المواد الدراسية العلمية	صعوبة تطبيق المهارات الرياضية مثل التعاملات المالية وادارة الوقت، قراءة الخطابات الصحف والعقود
٩	وقت الفراغ	المشاركة في الرياضيات المختلفة، تعلم هوايات الذهاب الي السينما وتناول الطعام في الخارج

(كولاروسو وأورورك، ٢٠٠٥: ١٢٣)

عوامل مؤثرة في التكيف :

يمكن التركيز على العوامل التالية التي تساعد الفرد على التكيف السليم كما أوردها (سليمان، ٢٠٠٦):

أ- الحاجات الفردية الأولية: يشترط لحدوث التكيف إشباع حاجات الفرد الأولية، وهي التي لم يكتسبها الفرد من بيئته عن طريق الخبرة والتعلم، وإنما هي استعدادات يولد الفرد مزودًا بها.

لذلك تسمى بالحاجات الفطرية، وهذا النوع يعتمد في إثارته على الحالات الجسمانية الفسيولوجية (الطعام، الشراب...).

ب- الحاجات الثانوية: الحاجات الاجتماعية النفسية كالحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى التقدير والحاجة إلى الأمن والاستقرار النفسي واكتساب خبرات جديدة، وهي حاجات يكتسبها الفرد من خلال حياته داخل المجتمع الذي يعيش فيه (سليمان، ٢٠٠٦، ص ٢٥).

ومن العوامل التي تساعد على التكيف الجيد فكرة الإنسان عن نفسه، فعندما يعرف الإنسان الحدود والإمكانيات التي يستطيع بها أن يشبع رغباته بحيث تأتي رغباته واقعية ممكنة التحقيق. وهو بمعرفته لهذه الإمكانيات والقدرات لا يرغب في شيء لا تسمح به قدراته بتحقيقها، بينما إذا كان جاهلاً بهذه الإمكانيات والقدرات فإن رغباته قد تأتي بحيث تعجز إمكانياته عن تحقيقها ويترتب على ذلك الشعور بالإحباط الذي يمثل عاملاً من عوامل اختلال التكيف (ابراهيم، ٢٠٠٦، ص ٢٩).

أشكال السلوك التكيفى:

للسلوك التكيفي مجموعة من الجوانب السلوكية وهي:

١-الأداء المستقل Independent Functioning

هو قدرة الفرد علي أن يؤدي المهام المطلوبة بنجاح والتي يعتبر أدائها مطلب من مطالب المجتمع الذي يعيش فيه حتي يستطيع أن يتكيف مع الآخرين.

٢- المسئولية الشخصية Personal Responsibility

هي رغبة الفرد في استكمال الأعمال المطلوب منه والقدرة علي اتخاذ القرارات المناسبة.

٣- المسئولية الاجتماعية Social Responsibility

هي قدرة الفرد علي تقبل المسئولية كعضو في جماعة في المجتمع وأن يقوم بالسلوكيات التي تتناسب مع ما يتوقعه منه الآخرين، والمسئولية الشخصية تتمثل في القدرة علي أداء بعض المهام ولكن بدافعيه شخصية من داخل الفرد نفسه مثل تنظيف الأسنان أو الاغتسال أو الاشتراك في بعض الأنشطة. والمسئولية الاجتماعية تعني القدرة علي الالتزام بمطالب المجتمع وهي نتيجة لنضج الشخص مثل الالتزام بأنظمة المرور (المؤيد، ١٩٩٦: ٢٥)

كما إن دوافع المعاق عقلياً دوافع أولية فهو ليس لديه دوافع تدفعه لكي يثابر من أجل أنجاز عملاً ما فهو لديه حاجة للأمن وحاجة للحب والتقبل ولكنها غير متبلورة. والطفل إعاقة بسيطة يستطيع أن يتوافق مع الآخرين وذلك إذا ما أحسن تدريبه وتعليمه لمهنة معينة ووجد عملا مناسباً لما تم تدريبه عليه ووجد التشجيع من المحيطين (Smith, D., 2007: 47)

العوامل المؤثرة في السلوك الاجتماعي:

يتأثر السلوك الاجتماعي بعدد من العوامل حسبما أشار بيرسون (Pearson, 2011)

أ- العمر: العمر له دور رئيسي في تشكيل تكيف الطفل ، وكلما تقدم عمر الطفل كلما زادت قدرته على التكيف، فلقد أظهر الأطفال الأطفال تفوقًا في المهارات التكيفية عندما تقدموا في العمر، فكلما زاد عمر الطفل زادت المهارات التكيفية.

ب- الجنس: يعتبر الجنس من العوامل المؤثرة في السلوك الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً، حيث وجد بأن الذكور أكثر اعتمادًا على أنفسهم في المرحلة المبكرة وأكثر ثقة بالنفس وأكثر دافعية بعكس الإناث اللواتي أكثر اعتمادًا على الآخرين.

ج- الذكاء: يعتبر الذكاء من العوامل المهمة المؤثرة في السلوك الاجتماعي وخاصة لدى الأطفال الأطفال ، فالذكاء يلعب دورًا كبيرًا في قدوة الإنسان على التكيف مع الإعاقة وهو يؤثر بنسبة ٥٠% على سلوك الطفل . فكلما قلت درجة ذكاء الطفل واقتربت من ٥٠% كلما بدأت الفروق تظهر في مستوى النمو الجسمي والحركي عن الطفل العادي (Pearson, 2011, pp.7-8)

د- حجم الأسرة: يعد حجم الأسرة ذا تأثير على السلوك الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً، فالأسرة كبيرة العدد تقلل من الرعاية التي ينالها أبناؤها، وبالتالي ينخفض مستوى السلوك الاجتماعي للطفل بعكس الأسرة قليلة العدد نجدها توفي الاحتياجات للطفل المعاق عقلياً وتزداد الرعاية، فالاحتياجات المادية قد تشبع مع قلة العدد. وأثبتت الأبحاث أن العائلات كبيرة العدد يكون أطفالها أقل في قدراتهم التحصيلية من العائلات الصغيرة، حيث أنها توفر المنبهات اللازمة لتنمية قدراتهم العقلية.

هـ - المستوى الثقافي للأسرة: يلعب المستوى الثقافي للأسرة دورًا بارزًا في تأثيره على السلوك الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً، فالأسرة التي تتميز بمستوى ثقافي مرتفع، تسهم بدورها في رفع قدرات الطفل ، بعكس الأسرة ذات المستوى الثقافي المنخفض نلاحظ تعرض طفلها للإحباط بالفشل والعجز عن مواجهة المواقف. كما أن الأسرة ذات المستوى الثقافي المرتفع توفر للطفل الرعاية والعناية والتعامل معه بطريقة سوية وتفهم احتياجاته ومتطلباته وتكسبه

الثقة بالنفس والتقبل ألوالدي، بعكس الأسرة ذات المستوى الثقافي المنخفض يشعر الطفل بالدونية والإحباط وعدم الثقة (علي، ٢٠١٢، ص ص ٨١- ٨٢).

الدراسات السابقة :

١) **قامت السرس وعبد المقصود** (٢٠٠١) بدراسة حول برنامج لتنمية الكفاءة الاجتماعية لأطفال ما قبل الدراسة هدفت الدراسة لتحسين الكفاءة الاجتماعية لأطفال ما قبل الدراسة من خلال برنامج تدريبي مع تتبع مدى استمرارية فاعلية البرنامج في تحسين الكفاءة الاجتماعية عينه الدراسة في صورتها النهائية من (٩١٢) طفلا وطفله في مرحله ما قبل المدرسة حيث تم تقسيمهم كالتالي (٤٨٠) طفل وطفله ممن تتراوح أعمارهم (٢.٦-٥.٦) سنه وذلك بغرض تقنيين المقياس الخاص بالكفاءة الاجتماعية ومثلت عينه الدراسة عدد (٤٣٢) طفل وطفله ممن تتراوح أعمارهم (٣-٥.٦) سنه، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي لأطفال ما قبل المدرسة لتنمية الكفاءة الاجتماعية إعداد الباحثتان، واختبار كاليفورنيا للكفاءة الاجتماعية لأطفال ما قبل المدرسة (١٩٦٩) والذي تم تعريبه للغة العربية وتم إعداد ثباته وصدقة، وكانت نتائج الدراسة تشير إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في اكتساب الكفاءة الاجتماعية في الفئة العمرية (٤-٤.١١) وما قبلها وأن الكفاءة الاجتماعية تزاد بزيادة العمر الزمني.

٢)**كما أجرى العجمي (٢٠٠٧)** دراسة تناولت الفروق في مهارات السلوك الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية الذين خضعوا لبرنامج التدخل المبكر والذين لم يخضعوا لها في منطقة الرياض التعليمية، وتكونت عينة الدراسة من (٨٦) طالبا وطالبة من طلاب ذوي رعاية الأطفال البسيطة والمتوسطة في منطقة الرياض التعليمية، وقد تم استخدام مقياس السلوك الاجتماعي الذي أعدته الجمعية الامريكية للإعاقة العقلية AAMR الصورة المدرسية الجزء الأول وهي من تقنين وتعريب (الحسين، ٢٠٠٤)، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائياً في أداء الطلاب ذوي رعاية الأطفال البسيطة والمتوسطة على مقياس السلوك الاجتماعي يعزى للتدريب على برامج التدخل المبكر، بينما وجد أن هناك فروق دالة إحصائياً تبعا لشدة الإعاقة بغض النظر عن حالة التدخل المبكر، لصالح التلاميذ ذوي رعاية الأطفال البسيطة، في كل من أبعاد الوظائف الاستقلالية، والنشاط الاقتصادي، والنمو اللغوي، والأعداد والوقت، والمسؤولية، والمهارات الاجتماعية، بينما لم يكن هناك فروق في أبعاد النمو الجسمي، والنشاط المهني، والتوجيه الذاتي.

٣) **اجرى سوليفان (Sullivan, 2008) دراسة** بعنوان "وصف السلوك الاجتماعي لأطفال متلازمة داون الذين حصلوا على التدخل المبكر المقاس بواسطة مقاييس السلوك الاجتماعي لفينلاند، هدفت الدراسة إلى التعرف على الاتجاهات عبر المجالات التنموية لمجموعة محددة من الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون والذين حصلوا على التدخل في وقت مبكر لبرنامج التدخل المتكامل، ولتحقيق هدف الدراسة طبقة على عينة تكونت من ٨١ طفلاً من متلازمة داون تتراوح أعمارهم بين ١٨ شهرًا و٦ سنوات، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج أن مجال المهارات الحركية أقل بكثير من الاتصالات، ومهارات الحياة اليومية، والمجالات الاجتماعية.

٤) **قام النمرسى (٢٠١٠)** بدراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لخفض بعض الانحرافات السلوكية لأطفال الروضة الأطفال في مدينة الجبيل بالسعودية، وتكونت عينة الدراسة من ١٦ طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، ونسبة ذكاء ٥٠-٧٠، وقد استخدمت الدراسة مقياس السلوك الاجتماعي إعداد فاروق صادق ١٩٨٥، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الرتب لبعض

أبعاد الانحرافات السلوكية بين أفراد المجموعة التجريبية، كما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الرتب لبعض الانحرافات السلوكية.

٥) **أجرى الغامدي (٢٠١٠)** دراسة حول فاعلية برنامج التدخل المبكر باستخدام الحاسوب في تنمية بعض المفاهيم ما قبل الاكاديمية في الرياضيات لدى الأطفال ذوي رعاية الأطفال وتعديل سلوكهم التكيفي، وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من (٢٠) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية (١٠) طفلاً (٥ ذكور، ٥ إناث)، وضابطة (١٠) طفلاً (٨ ذكور، ٢ إناث)، ومتوسط أعمارهم الزمنية تتراوح ما بين (٨، ١ – ١١، ٨) سنة، ومعاملات ذكائهم تتراوح ما بين (٥٢-٧٣)، وقد استخدم الباحث أدوات وهي: اختبار رسم الرجل Draw a Person Test (إعداد جود إنف هاريس Good enough-Harris، تقنين محمد فرغلي وآخرون، ٢٠٠٤)، واستمارة جمع البيانات الأولية الخاصة بالطفل، (إعداد الباحث)، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي (إعداد الشخص ٢٠٠٦)، ومقياس السلوك الاجتماعي (إعداد الشخص ١٩٩٨)، ومقياس المفاهيم ما قبل الأكاديمية في الرياضيات، (إعداد الباحث)، وبرنامج حاسوبي لتنمية بعض المفاهيم ما قبل الأكاديمية في الرياضيات، (إعداد الباحث). أشارت النتائج بوجه عام إلى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية في تنمية بعض المفاهيم ما قبل الأكاديمية في الرياضيات (مفاهيم ما قبل العدد ومنها: كبير وصغير، كثير وقليل، طويل وقصير، يمين وشمال، فوق وتحت، قريب وبعيد، بداية ونهاية، أمام وخلف، داخل وخارج، ومهام التصنيف ومنها: التصنيف حسب الشكل، والتصنيف حسب اللون، والتصنيف حسب الحجم، والتصنيف حسب الاتجاه، والتصنيف حسب الفئة، ومهام التسلسل ومنها: التسلسل حسب الطول، والتسلسل حسب الحجم) إلى جانب فاعلية البرنامج في تحسين السلوك الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي رعاية الأطفال البسيطة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

يتناول هذا الفصل وصف لإجراءات الدراسة الميدانية من حيث الاستبيان الذي تم بنائه واستخدامه في الدراسة ، ونوعيه الدراسة ومنهجيتها وكيفية اختيار العينة العشوائية ، وكذلك طرق المعالجة الاحصائية لإجابات الاستبيان على العينة .

أولا:- نوع الدراسة:

الدراسة المتبعة في هذا البحث الدراسة الاستطلاعية، ويلجأ الباحث لهذا النوع من الدراسة عندما يكون ما يعرفه عن الموضوع قليلا فجدا لا يؤهله إلى تصميم دراسة وصفية حيث يكون من الأفضل إجراء دراسة استطلاعية للموضوع لزيادة معرفته بصورة أعمق. وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى بلورة موضوع البحث وصياغته بطريقه أكثر دقة .

ثانيا:- منهج الدراسة:

المنهج الذي استخدم في الدراسة هو المسح الاجتماعي عن طريق العينة ويمكن تعريف المسح الاجتماعي "تلك الطريقة التي يتبعها الباحث للدراسة مشكله أو ظاهرة معينة بصورة تمكن من الوصول إلى أهدافه بأسلوب علمي يضمن له قدرا كبير من حيث دقة النتائج وسلامتها" (عبيدات، ٢٠٠٦ ، ٢٠٧).

وفي ضوء الموضوع ومشكلة الدراسة تم اختيار منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة وهو المنهج المستخدم لهذه الدراسة ، ويرى (هويتي) بأن المسح الاجتماعي محاولة منظمة لتقرير وتحليل وتفسير الوضع الراهن لنظام اجتماعية أو جماعة أو بيئة معينة وهو ينصب على الوقت الحاضر وليس على اللحظة الحاضرة،كما انه يهدف إلى الوصول إلى بيانات يمكن تصنيفها

وتفسيرها وتصميمها وذلك للاستفادة منها في المستقبل وخاصة في الأغراض العلمية (الحسن ، ١٩٩٨ ، ٢٢١).

ثالثا: مجتمع الدراسة:

الأطفال في مدارس التعليم العام.

رابعا:عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائي للدراسة حيث لم يتعمد في اختيارها على أي وسيلة معينة ، وكانت العينة ممثلة لجميع الأبناء بمدينة الرياض في حدود (٥٠) طفل تتراوح أعمارهم بين ٨ – ١١ عام .

خامساً : أداة جمع البيانات :

استخدم الباحث الإستبيان كأداة للحصول على البيانات اللازمة للدراسة ويتميز الاستبيان أنه وسيلة سهلة للحصول على بيانات أو معلومات من العينة .

نتائج الدراسة ومناقشتها

جدول رقم (١)

اختبار (ت) للفروق بين افراد العينة على السلوك الاجتماعي حسب المستوى الاقتصادي

البعد	المستوى الاقتصادي	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
الاستقلالية	أقل من ٥٠٠	١٢	١٩.١٤	١.٤٢	٠.٦٨٨	٠.٤٩٨
	أكثر من ٥٠٠	١٣	١٩.٩٢	٢.٠٦		
الاجتماعية	أقل من ٥٠٠	١٢	٤٤.٣٣	٦.٧٨	١.١٤٠	٠.٢٦٦
	أكثر من ٥٠٠	١٣	٤٧.٠٧	٥.٢٠		
الصحة والامان	أقل من ٥٠٠	١٢	١٠.٤١	١.٦٢	٠.٢٦٤	٠.٧٩٤
	أكثر من ٥٠٠	١٣	١٠.٢٣	١.٨٧		
المهارات الاكاديمية	أقل من ٥٠٠	١٢	١٣.٣٣	١.٣٧	٠.٩٨٥	٠.٣٤٥
	أكثر من ٥٠٠	١٣	١٣.٩٢	١.٦٥		
الكلي	أقل من ٥٠٠	١٢	٨٧.٥٠	٨.٤١	٠.٨٤٩	٠.٤٠٤
	أكثر من ٥٠٠	١٣	٩٠.١٥	٧.١٩		

تشير النتائج في الجدول الى التكافؤ افراد عينة الدراسة في السلوك التكيفي حسب المستوى الاقتصادي. كما قد ترد هذه النتيجة إلى محتويات البرنامج السلوكي والتي عنيت بتعليم مهارات بسيطة للأطفال وتعليم لسلوكيات، وقد ساهم البرنامج في تنمية السلوك الاجتماعي بناء على ذلك، نظرا لزيادة عدد جلسات الإرشاد الجمعي والأمر الذي أضاف إلى الأطفال مزيدا من الأنشطة والتمرينات، بالإضافة إلى ذخيرة مهاراتية وافية مكنتهم من اكتساب سلوكيات جديدة.

وربما يفسر فعالية البرنامج في تنمية السلوك الاجتماعي هو الحاجة الملحة لهذه الفئة العمرية للتدخل المبكر، خصوصا إذا ما أدركنا أن معظم هؤلاء الأطفال في هذا العمر لا تقدم لهم الرعاية المناسبة.

وربما ترد هذه النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج من مهارات ساعدت الأطفال على البدء باكتساب سلوكيات جديدة، وخاصة من خلال فنيات النمذجة والتعزيز والألعاب ولعب الدور والتشكيل.

وتظهر البيانات وجود فروق دالة إحصائياً في مهارات السلوك الاجتماعي لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على مستوى كل مجال من مجالات السلوك الاجتماعي، وكذلك المستوى الكلي. وتفسر نتيجة هذا الفرضية في ضوء أن الأطفال المعاقين استفادوا أنفسهم من البرنامج الإرشادي قبل خضوعهم له وبعد خضوعهم له، وهذا ما يؤكد أهمية البرنامج ودوره ويثبت أن الأنشطة المستخدمة في البرنامج وخاصة المتعلقة بالألعاب والوسائل التعليمية وخاصة المتعلقة بالصور تفيد الأطفال الأطفال وتساعدهم في تطور السلوك الاجتماعي بشكل واضح.

وتتفق نتيجة هذا السؤال مع ما توصل له كل من : أسماء السرس وأماني عبد المقصود (٢٠٠١) حول فعالية برنامج لتنمية الكفاءة الاجتماعية لأطفال ما قبل المدرسة، وما توصل له السحيمي، ٢٠١٠) حول معرفة مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، وما توصل له سليمان (٢٠٠٦) حول تنمية بعض مهارات السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي رعاية الأطفال " داون، وما توصلت له الارابيا (Elarabi, 2005) حول فعالية برنامج إرشادي لتنمية التعبير والسلوك الاجتماعي (دراسة حالة).

كما تفسر هذه النتائج أنه في ضوء الأثر الايجابي للبرنامج الإرشادي المستند على تعليم السلوكيات الجديدة والمهارات، أثر ذلك على الأطفال وليس تأثيرا لحظيا وانما اثر طويل الأمد، حيث أن المهارات والمعارف البسيطة التي اكتسبوها في هذا البرنامج قد احتفظوا بها على مدى شهر، ولم تكن عبارة عن مهارات لحظية او وقتية او موقفية، وانما استفادوا منها، وهذا مما يساعدهم في أن يبنوا على هذه المهارات سلوكيات جديدة قد تنعكس في حياتهم اللاحقة.

إن البرنامج الإرشادي بما يقدمه من نشاطات ووسائل وتدريباًت يفيد كل الأطفال ويمكن ان يقدم لأولياء أمورهم حتى يتم تعليمهم مهارات اكثر تطورا.

إن التدخل المبكر يعد من أكثر الجوانب أهمية لدى الأطفال المعاقين وإن انتظار الأطفال المعاقين لعمر متقدم حيث يتم البدء بتعليم السلوكيات التكيفية يرهقهم ويزيد من مشكلاتهم، ومن هنا فلا بد من العمل على البدء كما يقترح البرنامج مع الأطفال من سن مبكرة.

كما يراعي البرنامج تفعيل دور المرشد النفسي والذي يعد مقتصر على جوانب بسيطة جدا مع هذه الفئة وفي أعمار متقدمة، ولا يعد لهم دور يذكر في هذا العمر، ويقدم البرنامج خدمة بحيث يساعد المرشد النفسي في أن يعمل مع هؤلاء الأطفال ويشترك في فريق العمل مع معلمي التربية الخاصة والأسرة.

وتتفق نتائج الفرض الحالية مع ما توصل له عبد الله السحيمي (٢٠١٠) حول معرفة مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال

المصابين بأعراض متلازمة داون حيث أكد على عدم وجود فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية بعدياً وتتبعياً على أداء مقياسي مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية، كما تتفق مع نتائج دراسة سالم (٢٠٠٩) حول فاعلية برنامج التدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة حيث بين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات السلوك الاجتماعي، كما تتفق مع نتائج دراسة البعلي (٢٠١٣) حول فاعلية برنامج مقترح باستخدام انشطة اللعب لتنمية بعض جوانب السلوك الاجتماعي لدى التلميذات المعاقات فكرياً بدرجة خفيفة حيث أظهر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس السلوك الاجتماعي بأبعاده والدرجة الكلية للمقياس في القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد مرور شهر تقريباً من إجراء القياس البعدي).

التوصيات:

وفي ضوء النتائج التي انتهت إليها هذه الدراسة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- تطبيق برامج إرشادية تستخدم في الجانب السلوكي مع فئات عمرية مختلفة بغرض التأكد من فعاليتها من جميع الأعمار.
- استخدام أساليب وأنشطة ووسائل البرنامج من قبل المرشدين في المدارس لغايات وقائية وعلاجية مع الأطفال.
- استخدام البرنامج الإرشادي مع الأطفال الذين يعانون من انخفاض السلوك الاجتماعي .
- تضافر جميع الجهود من الأخصائيين والمرشدين والمعلمين وأولياء الأمور في تحسين السلوك الاجتماعي للمعاقين عقلياً من خلال عقد مؤتمرات وندوات وبرامج متنوعة.

المراجع :

- إبراهيم، داليا عبده ذكي (٢٠٠٨). **فاعلية برنامج لتعديل سلوكيات غير تكيفيه لدى الأطفال المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة**، جامعة عين شمس، كلية التربية.
- إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٠). **المرجع في صعوبات التعليم النمائية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ابراهيم، عبد الستار والدخيل، عبد العزيز وابراهيم، رضوان (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل، **مجلة عالم المعرفة**، ١٨٠، ٩-٢٧٩.
- ابو اسعد، أحمد (٢٠١٠) **الإرشاد الجمعي**. المملكة الأردنية الهاشمية، اربد: عالم الكتب للنشر والتوزيع
- أبو أسعد، أحمد. (٢٠١٢) **الإرشاد المدرسي**. ط٢، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو حطب، فؤاد وعثمان، سيد (١٩٧٦). **التقويم النفسي**، ط٢ القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو حميدان، يوسف.(٢٠٠٣). **تعديل السلوك النظرية والتطبيق**، عمان، دار يزيد للنشر والتوزيع.
- أبو شهبه، هناء يحيي (٢٠٠٣). **الصحة النفسية للطفل** ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر الشريف ، دار الفكر العربي للتوزيع والنشر، عمان ، ص ١٤١.
- إسماعيل، عمر (٢٠٠٢). **فاعلية برنامج إرشادي لوالدي الأطفال المساء معاملتهم على السلوك الاجتماعي لأطفالهم**، معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس.
- الأشول، عادل أحمد عز الدين (١٩٩٦). **الإرشاد النفسي لغير العاديين**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- باظة ، آمال عبد السميع (٢٠٠٩)، **رعاية الأطفال** ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بخش، أميرة طه (٢٠٠٠) الضغوط الأسرية لدى امهات الأطفال الأطفال وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية، ٢٩(٢)، ٢١٥-٢٣٧.
- بدوين أحمد زكي (١٩٨٠). **معجم مصطلحات التربية والتعليم عربي – إنجليزي – فرنسي**، القاهرة: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- بدير، كاريمان (٢٠٠٩). **برامج التدخل المبكر في الطفولة**، القاهرة: عالم الكتاب.
- بهادر، سعدية محمد (١٩٩٤) **المرجع في تربية أطفال ما قبل المدرسة**، ط٢، القاهرة: المدني.
- بهادر، سعدية محمد علي. (١٩٩٢) **المرجع في برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة**. مصر، القاهرة: دار النيل.
- جلال، سعد (١٩٩٢). **التوجيه النفسي والتربوي والمهني**، القاهرة: دار الفكر.
- حسين، محمود (٢٠٠٠)، **الإرشاد النفسي "مداخل نظرية** ، الواقع، الممارسة" (ط٢). مكتبة الخريجي
- حواشين، زيدان مفيد.(٢٠٠٢). **إرشاد الطفل وتوجيهه**، عمان: دار الفكر.

- الخطيب، جهاد. (١٩٨٨) **الشخصية بين التدعيم وعدمه. برامج في تعديل السلوك،** منشورات وزارة التربية، عمان: الأردن.
- الروسان، فاروق (٢٠٠٠). **الذكاء والسلوك الاجتماعي (الذكاء الاجتماعي)،** الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٢). **التوجيه والإرشاد النفسي**. مصر، القاهرة: عالم الكتب.
- السرس، اسماء وعبد المقصود، اماني (٢٠٠١) **فاعليه برنامج لتمنيه الكفاءة الاجتماعية لأطفال ما قبل الدراسة،** مؤتمر الطفل والبيئة، جامعة عين الشمس، معهد الدراسات العليا للطفولة ومركز الطفولة.
- سليمان، عبد الله محمود (٢٠٠٠). **نحو تعريف اجرائي لعلم النفس الإرشادي وتطبيقاته** شؤون اجتماعية العدد ٦٦، السنة ١٧.
- سيد، مرسي (١٩٨٧). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي،** القاهرة، مكتبة وهبة.
- الشخص، عبد العزيز (١٩٩٤). مقياس السلوك الاجتماعي للأطفال المعايير المصرية والسعودية، القاهرة: الانجلو المصرية.
- الشناوي ، محمد محروس (١٩٩٦). **العملية الإرشادية،** القاهرة: دار غريب.
- صبحي، سيد (٢٠٠٣) الإنسان وصحته النفسية، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- صوالحة، محمد (٢٠٠٤). **علم نفس اللعب،** عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان. (٢٠٠٤). **تعديل السلوك،** ط٢، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبد الباقي، سلوى (٢٠٠٤). **اللعب بين النظرية والتطبيق،** مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.
- عبد الحميد، محمد إبراهيم (١٩٩٩). **تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال الأطفال ،** القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الرؤوف، طارق (٢٠٠٨). **التخلف العقلي: مفهومه وأسبابه وخصائصه،** القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- عبد الهادي، جودت والعزة، سعيد حسني. (٢٠٠٧). **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. الاردن،** عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبده، دينا مصطفى (٢٠١٢). **دراسة الحالة في التدخل المبكر،** الرياض: دار الزهراء.
- العتيبي، بندر (٢٠٠٤). الخصائص السيكومترية لصورة عربية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفية ، المجلة العربية للتربية الخاصة، ٧، ٨-٤٣.
- عزب، حسام الدين محمود (٢٠٠٤). **العلاج السلوكي الحديث،** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عطية، شيماء محمد (٢٠١١). **فاعلية التدخل المبكر في تنقية النمو اللغوي للأطفال ضعاف السمع،** معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- عكاشة، أحمد (١٩٩٨). **الطب النفسي المعاصر،** القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- القحطاني، هنادي حسين (٢٠١١)، فعالية برنامج إثرائي لتنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي رعاية الأطفال . **مجلة التربية، عين شمس، ٣٥ (٤).**
- محمود، صلاح محمد (٢٠٠٧). **فاعلية برنامج قائم على الأنشطة في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنها
- محمود، عمر محمد ماهر (١٩٩٢). **المقابلة في العلاج والإرشاد النفسي،** الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.
- النحال، ميرفت حامد نيازي (٢٠٠٥). **رعاية الأطفال (المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية).** القاهرة. مجموعة النيل العربية.
- نشواتي، عبد المجيد (١٩٩٨) **علم النفس التربوي،** عمان: مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر.
- هارون، صالح عبد الوهاب (١٩٩٦). أثر الدمج في تنمية العلاقات الشخصية المتبادلة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. **مجلة التربية**. جامعة عين شمس، ٢٠(١).
- ياسين، عطوف محمد (١٩٨٨). **الطب النفسي الحديث،** بيروت: منشورات بحوث الثقافة.
- Bryant, Donna M; Maxwell, Kelly L (1999), **The environment and mental retardation, International Review of Psychiatry**; Feb 1999; 11,
- Barbara Taborsky, Rui F. Oliveira(2012). Social competence. an evolutionary approach Trends in **Ecology &Evolution** , v27 n12 p679-688.
- Coogle, Christan Grygas (2012), **A Study Of Family Centered Help Giving Practices In Early Intervention**, PH.D, Florida University.
- Horvat, Michael;& Franklin, Christine (2001), The effects of the environment on physical activity patterns of children with mental retardation, **Research Quarterly for Exercise and Sport**; Jun 2001; 72, 2.
- Kadlubek, Marie (2001), **Adaptive Behavior Malingering In Legal Claims Of Mental Retardation**, Master of Arts in School Psychology, Tufts University.
- Maguire, Nancy (2003), Group Counseling for People with Mild to Moderate Mental Retardation and developmental Disabilities: An Interactive – Behavioral Model and a Single Session, **International Journal of Group Psychotherapy**; Jan 2003; 53, 1.
- Mahoney, Gerald; Wiggers, Bridgette (2007), The Role of Parents in Early Intervention: **Implications for Social Work, Children & Schools;** Jan 2007; 29, 1.
- Prout, Thompson; Strohmer, Douglas C (1998), Issues in mental health counseling with persons with mental retardation, **Journal of Mental Health Counseling**; Apr 1998; 20, 2.

- Sethi, Sujata, & Bhargava, Subhash C. (2007), Study of level of stress and burden in the caregivers of children with mental retardation, **Eastern Journal of Medicine**, 12, 21.
- Wilder, Erin m. (2009), **Characteristics Of Effective Collaboration Among Innovative Early Childhood Intervention Programs**, PH.D, Seattle University.

استبيان السلوك الاجتماعي

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحيانا	نادرا	اطلاقاً
١	يميز بين أنواع الطعام من حيث كونه مناسباً للصحة أم لا					
٢	عندما يتناول الطعام فإنه يأكل حاجته					
٣	يأكل باليد المناسبة					
٤	يأكل مما يليه					
٥	ينام بالساعة المناسبة بالليل					
٦	يستيقظ بالساعة المناسبة للاستيقاظ					
٧	يختار ملابس مناسبة للحرارة					
٨	يغسل يديه قبل تناول وجبة الطعام					
٩	يغسل يديه بعد تناول وجبة الطعام					
١٠	يلعب مع الأطفال الآخرين ألعابا متعددة					
١١	يترك مجالا للآخرين لكي يأخذوا دورهم في الألعاب					
١٢	يكون هادئا وغير مندفعا في اللعب					
١٣	يمتاز بالصبر أثناء ممارسته للألعاب مع الآخرين					
١٤	يرضى بالخسارة عند اللعب مع الاخرين					
١٥	يلقي التحلية على الزملاء					
١٦	عندما يحيه أحدهم فإنه يعرف كيفية الرد المناسب					
١٧	يتواصل بصريا بشكل مناسب مع الشخص الذي يتحدث معه					
١٨	يستمر بالنظر للفرد المتحدث ما دام متحدثا					
١٩	يصافح الآخرين بشكل مناسب					
٢٠	يستخدم عبارة كيف الحال عندما يقابل أحد يعرفه					
٢١	يرد على شخص يسأله عن أحواله بعبارات مناسبة					
٢٢	يقوم بهز رأسه دلالة على الموافقة بالشكل الصحيح					
٢٣	يقوم بهز رأسه دلالة على رفضه لأمر ما بالشكل الصحيح					
٢٤	يبتسم بوجه من يقدم له معروفا					
٢٥	يرفض أوامر لا تناسبه بعبارة لا أوافق					