المخاوف الشائعة لعينة من أطفال متلازمة داون والذاتوية وعلاقتها بمشكلاتهم السلوكية

دكتور/ محمود أحمد محمد خيال * دكتور / أحمد عبد الرحيم العمري**

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على المخاوف الشائعة لعينة من أطفال متلازمة داون والذاتوية وعلاقة تلك المخاوف بمشكلاتهم السلوكية.كما هدفت الدراسة إلي إعداد وبناء أداه تصلح لقياس المخاوف لعينات الدراسة وتكونت عينة الدراسة الحالية من(ن=١١٠) طفل و طفلة منهم (٦٠) من أطفال متلازمة داون و(٥٠) من أطفال الذاتوية تراوحت معدلات أعمارهم من (٩-١٢سنة) وبعد تطبيق أدوات الدراسة والمكونة من استبيان المخاوف (إعداد الباحثين) ومقياس السلوك التوافقي الجزء الثاني (صفوت فرج وناهد رمزي) أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى انتشار المخاوف الاجتماعية والطبية الحيوانية لأطفال متلازمة داون في حين تراوحت مخاوف أطفال الذاتوية والمخاوف المكانية والطبية والبيئية كما أشارت الدراسة لوجود مشكلات سلوكية لأطفال متلازمة داون تختلف عن المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال الذاتوية كما ارتبط ظهور تلك المشكلات لدى عينات الدراسة بالعديد من المخاوف الشائعة لديهم .

مقدمة:

لاتخلو حياتنا اليومية من لفظة الخوف وهو ما يرد على لسان العامة والصفوة ويتداخل مفهوم الخوف ويتشابك مع مفاهيم أخرى كالجبن والرهبة والفزع والذعر ويعرف على أنه استجابة متنوعة الأبعاد معرفية انفعالية سالبة أو موجبة لإدراك الفرد لتهديد أو خطر موضوعي أو وهمي. وقد يكون الخوف سويا أو مرضيا مكتسبا أو فطريا دافعا أو عائقا فرديا أو جماعيا .

فالخوف انفعال طبيعي في الإنسان يقوم بوظيفة هامة فيدفع الإنسان إلى الهروب من الخطر كما يعينه على الحفاظ على حياته وفي كثير من الأحوال يتجاوز هذه الوظيفة ويصبح سببا يلحق الضرر بحياة بعض أفراد المجتمع ومع كون الخوف فطري في الإنسان إلا أن المخاوف التي تثيرالأطفال في الصغر قليلة جدا.

(نجاتي- ١٩٩٨-٣١٦)

* مدرس علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية.
** مدرس بقسم العلوم النفسية – كلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة .

وعادة ما يعتري الفرد كثيرًا من خبرات الخوف لكنها تختلف بطبيعة الحال عن المخاوف المرضية وبالتالي يمكن وصفها بأنها خبرات شديدة الألم تعمل على ظهور سلوكيات تجنبيه نحو موضوع الخوف وبالنسبة للأطفال فمن الصعب التمييز بين القلق والمخاوف بشكل عام فالقلق يستدل عليه من الأحداث المستقبلية التي لم تحدث بعد بينما الخوف يشير إلى استجابة موقفية دون سبب واضح وقد تشتمل على بعض المواقف كالخوف من الحيوانات والكلاب والثعابين والحشرات والفئران وأيضا مشاهدة الدماء والأماكن المغلقة والمرتفعة ويمكن أن تكون ناشئة عن تعرض الفرد لأي من تلك المواقف فتبدو عليه مظاهر الخوف بعد ذلك لتعرضه للموقف المخيف.

(Evans,et.al-2005, 3)

وعليه فالخوف حالة يشعر بها الفرد عند مواجهة مواقف لا يمكن التغلب عليها أو عندما يبدي الفرد خوفا مرتبطا بموضوعات أو مواقف معينة أو تنطوي على تهديد حقيقى أو خطر واقعي وكثيرا ما تحدث تلك المخاوف في مرحلة الطفولة كاستجابة للمواقف التي يشعر فيها الطفل بعدم الحماية والتي لايستطيع التكيف معها مباشرة والتي يتعرض فيها لمثيرات مزعجة.

كما أن سمة الخوف يستشعرها ذوي الاحتياجات الخاصة على نحو ما تفعل مع الأطفال الطبيعين إن لم تكن أكثر تأثيرا عليهم فحياة هؤلاء الأطفال تحتوي على الكثير من المواقف التي تثير ردود أفعال متباينة ومخاوف متنوعة. (شيرت - ٢٠٠٨-١٠)

ويرى صادق ١٩٨٧ بأن الخوف يظهر لدى المعاق عقليا نتيجة تعرضه لخبرات صدميه في حياته وتظل بذور الخوف كامنة لسنوات عديدة في حياته في أعماق اللاشعور وكثيرا ما ينتج عن خبرات مخاوفهم مشكلات سلوكية غير تكيفية كالعدوانية واضطرابات الانتباه وبعض المشكلات الاجتماعية. (صادق - ١٩٨٧- ٤)

وهكذا يمكن القول بأن المخاوف لذوي الاحتياجات الخاصة من الممكن أن ترتبط بظهوربعض المشكلات السلوكية التي تعوق حياتهم الاجتماعية وسير برامجهم التأهيلية.

مشكلة الدراسة:

تعد المخاوف من أهم الانفعالات الأولية التي تعمل في صورتها الطبيعية في المحافظة على حياة الفرد ويرى الكثير من المشتغلين بالعلاج النفسي بأن المخاوف توجد في جميع حالات اضطرابات الشخصية سواء كانوا صغارا أم كبارا تظهر بشكل صريح أومقنع وغالبا ما تكون مصحوبة بالكثير من المشكلات السلوكية للفرد حياتية كانت أم اجتماعية .فكثيرًا ما يعاني ذوي الاحتياجات الخاصة من تلك المخاوف والتي تظهر نتيجة المواقف الصدمية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد من المجتمع وتظل تلك المخاوف تؤثر بشكل واضح في سلوكياته تظهر على أثرها اضطرابات سلوكية جمة انعكاسًا لمخاوفهم. (أبو زيد - ٢٠٠٨- ٤٦)

والملاحظ انتشار المخاوف والمشكلات السلوكية بين كل من اطفال متلازمة داون الذاتوية علي حد سواء اذ تسخدم المشكلات السلوكية كأحد المعايير الفارقة بين الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وهو استرعى إهتمام كثير من الدراسات التي تناولت تلك الظاهرة بالبحث والتقصي كدراسة اليونورا (Eleonora,1996) و وجيتا(Geeta,1996) وكيم وزملاؤه,(kim.etal 2000) وشاباني وفيشر (Shabani&Fisher,2006) ووريكاردي (Ricciardi,2006) بينما غابت تلك الدراسات العربية عن تناول المخاوف بالفحص والدراسة

كما تناولت بعض الدراسات المشكلات السلوكية لدي اطفال متلازمة داون والذاتوية وهي ما أشارت إليه دراسة (Fee,1994) وباربار(Barbara,1996) والجلبي ٢٠٠٠ومايرز وبيوشل (Myers&Pueschel,1998) بينما لم نجد من الدراسات ما قارنت بين المخاوف الشائعة لدى كل من متلازمة داون والذاتوية وربطتها بمشكلاتهم السلوكية .

ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق بين بين أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية في طبيعة المخاوف الشائعة؟
٢- هل توجد فروق بين أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية في طبيعة المشكلات السلوكية ؟
٣- إلى أي مدى ترتبط مخاوف أطفال متلازمة داون والذاتوية بالمشكلات السلوكية التي يمرون بها ؟

أهمية الدراسة :

تخدم الدراسة اهدافا نظرية وعملية علي النحو التالي :

فمن الناحية النظرية

١- تلقي الدراسة الضوء بشكل عام على مخاوف ذوى الاحتياجات الخاصة ومشكلاتهم السلوكية .
٢- تقدم تأصيلا نظريا للمخاوف والمشكلات السلوكية لكل من أطفال متلازمة داون والذاتوية والتي تفتقر إليها المكتبة العربية.
٣- تقدم الدراسة صورة إكلينيكية لطبيعية المخاوف والمشكلات السلوكية لكل من عينتي الدراسة.

من الناحية العملية

١- تقدم الدراسة استبصارا لكل من معلمي ووالدي أطفال متلازمة داون والذاتوية للتعامل مع مخاوف أطفالهم ومشكلاتهم السلوكية .
٢- ما قد تسفر عنه الدراسة من نتائج تعين القائمين على رعاية أطفال الدراسة على فهم أفضل يساهم في إعداد برامج تأهيلية وتدريبية لهم وتكيفهم بشكل أفضل مع المجتمع .

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية للتعرف علي:

١- طبيعة المخاوف والمشكلات السلوكية لدى كل من أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية .
٢- الكشف عن طبيعة العلاقة ما بين المخاوف والمشكلات السلوكية لأفراد عينة الدراسة .
٣- إعداد أداه تصلح لقياس المخاوف لكل من أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية .

مصطلحات الدراسة

١- المخاوف Phobias

استجابة متعدد الأبعاد معرفية وإنفعالية ووجدانية سالبة أو موجبة نتيجة التنبة لإدراك خطر أو أذى حقيقي أو متخيل أو محسوس موضوعي أو وهمي يتسم بالترقب والتوجس والتحاشي والفرار وقد يكون فطريا أو مكتسبا مستمرا أو متقطعا بسيطا أو مركبا فرديا أو جماعيا كما يقيسه الاستبيان المستخدم فى الدراسة الحالية .

(أبو زيد - ٢٠٠٨-١٩)

٢- المشكلات السلوكية

يشمل هذا المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لدرجة ظاهرة وهذه الصفات هي :

١- عدم القدرة على التعلم والتي لا تعود لعدم الكفايات الجسمية أو العقلية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة.
٢- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها .
٣- ظهور السلوكيات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية.

٤- مزاج عام أو شعور بعدم السعادة أو الإكتئاب.
٥- وجود بعض المشكلات كمشكلات الكلام والمخاوف. كما يقيسها مقياس السلوك التكيفي المستخدم في الدراسة . (يحيى-٢٠٠٠-٢٠)

٣- متلازمة داون Down Syndrome

هي حالة جينية ناتجة عن إضطراب كروموسومي ترجع إلى زيادة في الكروموسوم رقم (٢١) أو انتقال كروموسوم أو التصاق جزء من كروموسوم آخر به مما تعني أن صاحبها لديه (٤٧) كروموسوم بدلا من (٤٦) ويؤدي هذا الخلل إلى خصائص جسمية مميزة مصحوبًا بإعاقة عقلية ويحدث هذا الاضطراب أثناء فترة الحمل ولايمكن علاجه (Ramruttun&Jenkins,1998, 53)

٤- الذاتوية Autism

أحد اضطرابات النمو الشاملة التي تتميز بقصور واضح في نمو الإدراك الحسي والتواصل اللفظي وغير اللفظي مصحوبًا بقصور واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي مع جمود عاطفي وإنفعالي وغالبا ما تظهر هذه الأعراض قبل سن الثالثة من العمر. (Gillham,et al.200-270)

الإطار النظري

تعد المخاوف من الخبرات العادية التي يمر بها جميع الأفراد والتي تكفل له الحماية والبقاء ولاشك في أن الخوف له دور هائل في المحافظة علي حياة الفرد إذ ينأى به بعيدًا عن مواطن الخطر والعوامل التي قد توقع به الأذى . فالخوف بصفة عامة حالة انفعاليه يحسها كل إنسان في حياته، بل تستشعرها جميع الكائنات.

ولكن حينما تشتد وطأة تلك المخاوف المريرة وتتدخل في حياة الفرد فتنشأ عنها مخاوف مرضية نحو مواقف بعينها أو يظل يعاني من مشاعر الخوف العام والارتياب الدائب على المدى الطويل ويعتريه أحيانا العديد من الأعراض النفس جسمية كالحساسية المفرطة في إدراك الأحداث الحالية وصعوبات التذكر والتركيز وقصور الانتباه إلى جانب الصداع وآلام المعدة والغثيان أو في المواقف الشديدة قد تؤدي لاستجابات هروبية من مواقف التوتر. (Ginsburbg,et.al-1996, 457)

بيد أن السنوات الأولى في حياة أي فرد هي أهم فترات حياته بل هي الدعامة الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية اللاحقة ومن خلالها يتقرر ما إذا كان سينشئ عنه درجة معقولة من الأمن والطمأنينة أم سيعاني من القلق والخوف النفسي، فأي خبرة نفسية وجدانية مخيفة يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل كامنة فيها، وقد يستدعيها لاشعوريا في أي مرحلة لاحقة، فيشعر بالخوف منها وقد يسقط مشاعرها على مواقف وخبرات متشابهة فيخاف حيث لا مصدر حقيقي للخوف.

المخاوف في ضوء النظريات

على الرغم من صعوبة تفسير المخاوف مرضية كانت أم طبيعية، ورغم انعطافات تيارات التفسير ومسارات مدارسه يمكن دمج هذه التيارات و النظريات داخل إطار ثلاث اتجاهات رئيسية على النحو التالي:

١- النظريات الوراثية و الحيوية العصبية :

ترجع النظريات الوراثية المخاوف إلى عوامل وراثية، وجينية، في حين تفسره النظرية البيولوجية العصبية في ضوء وجود استعداد أو تهيؤ بيولوجي عصبي، بالإضافة إلى وجود خلل في وظيفة اللوزة المخية بوصفها مركز مخي مسئول عن ضبط استجابات الخوف . (أبو زيد – ٢٠٠٨ – ٣٥)

٢- النظريات النفسية :

تفسر نظرية التحليل النفسي التقليدية المخاوف في ضوء المشاعر والصراعات المكبوتة التي تم إزاحتها من موضوعها الأصلي إلى موضوع المخاوف . في حين يرى أصحاب النظرية الدينامية أن أصل المخاوف هو عمليات الترميز في التعبير عن الصراع الشخصي . (فرويد-١٩٨٩-١٨)

٣- النظريات السلوكية

تتعدد تفسيرات النظرية السلوكية بتعدد تياراتها وروادها فيفسرها بافلوف في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، ويفسرها مورو في ضوء نظرية التعلم التي جمع فيها بين التشريط البافلوفى و التعلم الإجرائي الو سيلي لكلارك هل، ويذهب ماركس إلى أن المخاوف يمكن تفسيرها في ضوء النمذجة، في حين يرى باندورا أن المخاوف ما هي إلا تعلم اجتماعي خاطئ يحتاج إلى تصويب ويؤكد على عامل الفعالية الذاتية وضعفها في حال المخاوف ولا سبيل لعلاجها إلا بشحذ فعالية ذات الطفل .

(أبو زيد- ٢٠٠٨ - ٣٦)

وتفسر نظرية الكف السلوكي المخاوف في ضوء مرحلة الطفولة المبكرة والتي من شأنها تجعل الأطفال أكثر استهدافا للمخاوف خصوصًا إذا ما اقترنت بعوامل أخرى تزيدها وتثيرها.

وتعد نظرية راكمان عن اكتساب المخاوف من النظريات ذات المغزى تتلخص في تحديد ثلاث مسارات لذلك وهي: التشريط المباشر والنمذجة والمعلومات، وفي عام ١٩٩٨ قام بولتون بتعديل على هذه النظرية حيث أضاف لها مسار رابع وهو التفسير النشوئي التطوري لإكتساب المخاوف من خلال خبرات تعلم وأحداث صدمية مبكرة. ويفسر روجرز المخاوف في ضوء الترميز الحادث في البناء الذاتي للطفل، فالتهديد الناتج عن موقف مخيف يخترق البناء الذاتي للطفل و يقبع به في صورة رمز ينال من التوصل إلى تحقيق الذات.ويمزج أصحاب النظرية المعرفية / الوجدانية في تفسير المخاوف بين الإتجاهين وذلك من خلال الأبعاد الآتية: (إدراك التهديد – سوء استقبال الإدراكات – عوامل وجدانية سالبة) هذا وينادي أصحاب النظرية التكاملية في تفسير المخاوف إلى أهمية التفسير متعدد الأبعاد . (أبو زيد- ٢٠٠٨ - ٣٦)

خطورة المخاوف

خلال العقود السابقة تناولت معظم الدراسات بالفحص وجود فوبيات أو مخاوف للأطفال وتوصلت إلى أن المخاوف تقل عبر مراحل عمرية معينة من النمو وتزداد خلال فترات أخرى من العمر ومع ذلك فالبحوث التي تناولت المخاوف لذوي الإعاقات العقلية والنمائية نادرة ورغم ما تقدمه تلك البحوث من دور كبير في فهم الاضطرابات السلوكية ومعرفة الظروف والعوامل المساهمة في أحداث الضيق والتوتر للمعاقين. (4 Evans,et.al- 2005,)

وبالتالي فعدم إدراك أعراض المخاوف لذوي الإعاقات العقلية والنمائية يؤدي لعواقب وخيمة تظهر من خلال نوبات الألم الجسمي أو أعراض تجنبيه في المواقف التي تجلب الخوف أوقد تبدو كمشكلات اجتماعية أو أسرية تؤدي إلى توتر في العلاقات الأسرية والصداقات وأفراد البيئة المحيطة. (Matthews-2005,41)

انتشار القلق والمخاوف

يتمثل الفرق الجوهري بين القلق والمخاوف في الباعث لكل منهما فالقلق خوف من مجهول، أي أن موضوعه غير محدد بشكل محسوس ولكنه مرتبط ببعض الدوافع الذاتية دون وعى من الفرد بذلك، فالمخاوف رغم أن مثيراتها محدده وواضحة إلا أنها لا تعتبر بطبيعتها مصدرًا للخوف . (سلامة- ١٩٨٧-١٢)

وفي مرحلة الطفولة يتقارب كل من المصطلحين بحيث يصعب التفرقة بينهما ، فصغر عمر الطفل وعدم نضجه يجعله من الصعب أن يفرق بين المخاطر الداخلية والخارجية، ما هو حقيقي وما هو متوقع. مما يجعل البعض يعدهما وجهان لعملة واحدة، فكلاهما يسلم ويؤدى إلى المزيد في الآخر . (صادق -١٩٨٨- ٧)

تعد مشكلات المخاوف والقلق من أكثر المشكلات الانفعالية والسلوكية إنتشارا وخصوصًا خلال مراحل الطفولة وحتى المراهقة بمعدل يتراوح ما بين (١-١٠) كما تنتشر مشكلات المخاوف بين الذكور والإناث ولكن معدل انتشارها بين الإناث أعلى من الذكور هذا إلى جانب ظهورها مع العديد من المشكلات والاضطرابات السلوكية الأخرى. وعلى ذلك فأكثر الأفراد تعرضا لمشكلات القلق والمخاوف هم الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والعقلية كما للحالة المزاجية دورًا كبيرًا في ظهور تلك الأعراض وهي تعني أن الأشخاص الذين يميلون لاستجابات الخوف والخجل والكبت في المواقف العادية المألوفة هم أكثر الأشخاص عرضة لمخاطر القلق والمخاوف وهو ما يوصي به الخبراء بضرورة ملاحظة علامات الخوف والقلق على أطفالهم والتي قد تحول دون الأداء المدرسي وتقدمهم في السلم التعليمي .

(Robinson,et.al-2005,55)

واستدراكا لما سبق يبقى للمعوق عقليا الدور الأكبر في الإصابة بمخاطر المخاوف والقلق نظرا لما يبديه من استجابات الكبت والخجل في المواقف المألوفة وبالتالي ينبغي أن نعيد النظر في بحوث المخاوف عند المعوقين عقليا كأحد الأفراد الذين يتسمون بالإسراف في استخدام الكبت والخجل مما يجعلهم فريسة سهلة للمخاوف ومخاطر القلق.

أنواع القلق

هناك عدة أنواع مختلفة من القلق تؤثر على الأطفال والمراهقين :

١- اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder

هو أكثر الاضطرابات شدة من القلق العادي يمر به الأفراد من يوم لآخر ويمكن وصفه بأنه نوع من الخوف المبالغ فيه وهو مزمن ويثتثار مع وجود مثيرات حقيقية ومعاناة الفرد من هذا الاضطراب تعني توقع الكوارث والخوف والرعب الزائد حول الصحة وظروف العمل أو الظروف المالية وأصحاب هذه الفئة متوترين دائما ولديهم رغبة ملحة في إعادة وتكرار الأشياء وكثرة الشكوى وعدم الارتياح الفسيولوجي .

٢- المخاوف المرضية Phobias

تعني الفوبيات أو المخاوف المرضية المغالاة والمزايدة في الخوف في بعض المواقف أو الأشياء وتخص هذه المواقف أشياءًا بعينها كالخوف من الحيوانات أو العواصف أو الماء أو المرتفعات أو الأماكن المفتوحة والمغلقة فالأطفال الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية يخشون من توجيه اللوم إليهم بل يتجنبوا المواقف والأشياء المخيفة التي قد تكبل حياتهم .وأشارت نتائج الدراسات أن ٨٠%من الذين يعانون من أعراض الفوبيات قد يجدوا الملاذ والراحة عند بداية العلاج السلوكي واستخدام العقاقير الطبية ويتضمن العلاج تعلم الفرد إدراك المواقف التهديدية بشكل مختلف.

(Barlow&Craske,2003,96)

٣- اضطرابات الألم Panic disorders

يعاني أفراد هذه الفئة من وجود نوبات من الألم المتكرر دون ظهور أسباب فسيولوجية وتنتابهم أزمات الألم بقوة وشدة دون سابق إنذار ويكون مصحوبا بشدة ضربات القلب والدوار والغثيان ومشاعر الموت وهذه المشاعر المروعة قد تجعل الفرد يخشي حدوث تكرار نوبات الألم.

(Robinson,et.2005,57)

٤- اضطراب الضغوط الصدمية Traumatic stress disorder

وينشأ هذا اضطراب في مرحلة الطفولة أو المراهقة وعادة بعد مرور الفرد بخبرات أو أحداث صدمية قاسية وغالبا ما يستمر الفرد في الشعور بالأفكار المخيفة والذكريات المؤلمة وتتضمن هذه الخبرات إساءات جسمية أو جنسية عنيفة وفي بعض الأحيان قد تكون كوارث طبيعية كالتفجيرات أو الأعاصير والبراكين والزلازل.

(Barlow&Crask-2003,97)

التطور الطبيعي للمخاوف

تحدث المخاوف المرضية في جميع مراحل حياة الأطفال. كما تختلف نوعية المنبهات المسببة للخوف من مرحلة عمرية إلى أخرى. (شريت – ١٥-٢٠٠٨)

قد أورد كل من (كراتشول وزملائه Kratochwill,et.al-1992) أن عددا كبيراً من المخاوف المرضية والقلق تظهر في مراحل متنوعة من حياة الطفل كما أنها تتغير من مرحلة لأخرى ففي المراحل الأولى من حياتهم يخشون الأصوات العالية والمفاجئة والأشياء المجهولة وغير المألوفة كما يخافون خبرات الانفصال عن القائم على رعايته بالإضافة إلى المخاوف من الدمى الممزقة والحيوانات.

(Scarr,et.al-1999,54)

ومن الجائز أن تكون بعض المخاوف جزءا من السلم التطوري البيولوجي ومع ذلك ليست حتمية لازمة في كل مرحلة نمو بل يمكن أن تكون مكتسبة عبر خبرات مخيفة تثير القلق. فالخوف من غير المألوف يفترض أن تسبقه قدرة تمييزية بين المثيرات المألوفة وغير المألوفة وبالتالي فلكل مرحلة مخاوفها والتي يفترض أن يمر بها فمن غير الممكن أن يشعر الأطفال بمخاوف القصص إلا عند بلوغهم مرحلة معينة من النمو.

(Marks,1997, 32)

وخلال سنوات ما قبل المدرسة خصوصا من عمر(٢-٦ سنوات) يخاف الأطفال من الحيوانات والظلام والوحوش والأشباح بينما يبزغ في سنوات المدرسة عديد من المخاوف كإدراك المخاطر (كاللصوص والنيران والأذى ووفاة الوالدين) وتعكس مواقف الخوف في تلك المرحلة مواقف تهديديه أكثر واقعية من المرحلة السابقة. في حين مخاوف الأطفال من أعمار (١٣-١٨) تعكس تهديدات اجتماعية وشخصية ورغم ما يبدو بأن المخاوف يمكن التنبؤ بها خلال مراحل النمو تتواجد الفروق الفردية بين الأطفال فهناك من الأطفال من هم أكثر قلقا وخوفا من الآخرين ومن الأرجح أن تعود إلى العوامل البيولوجية والإستعدادات الإنفعالية.

(Maurer,1995,206)

وعلى ما سبق فمن الأهمية بمكان أن نأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية للمخاوف وهو ما يجعل العديد من التساؤلات تطفو على السطح والتي تدور حول طبيعة القلق والمخاوف لدى المعوقين عقليا فليس من الواضح ما إذا كانت هذه الخبرات تمثل جزءا في الصورة الإكلينيكية لقدرات المعوقين عقليا أم لا؟.

(kagan,1992,219)

المخاوف لدى ذوي الإعاقات العقلية والنمائية

قليلاً من الدراسات ما تناولت واستعرضت المخاوف لذوي الإعاقات النمائية بل النادر منها ما أشار إلى مقارنة تلك المخاوف مع أقرانهم من العاديين أو أنواع الإعاقات العقلية المختلفة والسؤال المثار بتلك البحوث هل يمكن أن نأخذ في الأعتبار مخاوف بعينها في مراحل النمو لذوي الإعاقات العقلية؟ وهناك مزاعم أخرى تؤكد أنه ينبغي فحص الظواهر الاجتماعية والانفعالية بعيدا عن المخاوف المرضية والقلق .

(Gullone,et.al-1996,204)

ونظرا لقلة الأبحاث المتاحة حول المخاوف الأطفال لذوي الإعاقات العقلية والنمائية هو ما جعل بعض الأبحاث تتجه لفحص الإضطرابات العضوية المصاحبة للقلق والمخاوف حيث أشارت بعض الدراسات أن المعاقين عقليًا أكثر خوفا من العاديين وخصوصًا فيما يتعلق بمخاوف الحيوانات وحيث أكدت أن مخاوف الحيوانات تنتشر بشكل أكثر بين المعوقين عن غيرهم من الأطفال العاديين.

(Ramirez,1997,90)

كما تصل مخاوف الحيوانات إلى ذروتها في عمر سبع وثماني سنوات ثم تأخذ في الإنطفاء في حين يظهر لدى الأكبر سنا الخوف من الأذى والأنشطة الإجرامية (كالاختطاف والسطو) بينما في الأعمار السابقة من خمس إلى ست سنوات عمر عقلي تتلاشى معظم المخاوف فيقل الخوف من الظلام من ٦٧% ليصل إلى ٢٠ % ومخاوف الحيوانات من ٨٧% لتصل٤٤% فيما عدا الخوف من الأشباح يتزايد من خمس إلى ست سنوات عقلية من ٤٠% ليصل في عمر ثمانية سنوات إلى ٦١% وذلك في عينات المعوقين عقليا. (Derevensky,1999,19)

المخاوف لدى أطفال متلازمة داون

عند مقارنة مخاوف الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مع أقرانهم المماثلين لهم بنفس الأعمار كان المعوقون أكثر في المخاوف الخيالية وأقل في مخاوف الاختطاف وذلك بالمقارنة بمجموعة ضابطة. (Vandenberg,1993,473)

كما أن قليلاً من الدراسات ما تناولت أسباب المخاوف حيث تناولت الفرق بين الأسباب التي تعود إليها المخاوف الفطرية (كانفصال والخوف من الغرباء) لأطفال متلازمة داون وترى دراسات أخرى أن أطفال متلازمة داون أقل خوفا من الغرباء وخبرات انفصال عن القائم برعايتهم وذلك بالمقارنة بمجموعات أخرى ضابطة.

(Serafica&Cicchetti,1986,148)

وأشارت دراسة أخرى أن أطفال متلازمة داون تتزيد لديهم إستجابات الخوف ومستويات الحزن والأسى عند تعرضهم للمثيرات التهديديه الشديدة كما زعمت الدراسة نفسها أن أطفال متلازمة داون أقل خوفا في ظواهر بيئية معينة وأكدت على وجود بعض الملاحظات الأخرى حيث أشارت إلى استجابات مخاوف للظواهر البيئية عن غيرهم. (Bridge&Cicchetti,1992,228)

المخاوف لدى متلازمة ويليامز

في دراسة على أطفال متلازمة ويليامز أشارت فحصت المخاوف لدى تلك العينة إلى (تحدث متلازمة وليامز Williams syndrome نتيجة اضطراب جيني يظهر فيه اختفاء الكروموسوم رقم ٧ ويكون مصحوبًا بإعاقة عقلية متوسطة وخفيفة وتتشابه في القدرات المعرفية واللغوية والانفعالية مع أطفال متلازمة داون)، أشارت التقارير الإكلينيكية رغم إرتفاع الأهلية الاجتماعية لديهم إلا أنهم أكثر خوفا من عينات أخرى تعاني من الإعاقة العقلية أيضا تمت المقارنة بين (متلازمة داون - الشلل الدماغي - الذاتوية ومتلازمة برادرويلي Prader-willi syndrome). وأشارت الدراسة أنهم أكثر خوفا من المجموعات السابقة جميعا .

ورغم أن معظم الأطفال من المفترض بهم المرور بخبرات المخاوف بشكل طبيعي فان كثيرًا من هذه المخاوف تشير إلى وجود مشكلات كالقلق والاكتئاب بشكل خاص مع استمرارية القلق والمخاوف وتخطيهم مرحلة الطفولة. وهكذا رغم أن المخاوف معايير طبيعية وتكيفيه للمرحلة ذاتها إلا أنها تعد خبرات غير طبيعية بعد أن تصبح غير ملائمة لطبيعة المرحلة التي يمر بها الطفل ويتزامن معها بعض الأعراض السيكولوجية كالخوف العام والكف السلوكي. (Kagan,et.al-1992,213)

المخاوف لدى أطفال الذاتوية

تشير البحوث في مجال الذاتوية أن الخوف والقلق يعدان من أكثر الانفعالات تواترا لدى الذاتويين ولاسيما في السنوات الأولى من حياتهم، فالخوف انفعال يكتشفه أي شخص يتفاعل معهم . (كوهين وبولتون- ٢٠٠٠-٢٤)

وذلك لأسباب ترتبط بخصائص الطفل الذاتوي، فالخوف والقلق آمران طبيعيان لدي تلك الفئة نظرا لافتقارهم القدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها وعدم قدرتهم على طرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به من مواقف وأحداث. (روتزو جيتس-٢٠٠٥ -٦٣)

وكذلك لارتباط مخاوفهم بالأحداث التي يفسرها المخ باعتبارها خطيرة فمعظمهم يخبرون بمخاوف من أشياء غير مخيفة أو ضارة في وقت أو أخر ومن الصعب معرفة أصل تلك المخاوف ولكن من الممكن تقصى ذلك والعودة إلى أصل المشكلة، ويختلف الأطفال الذاتويين عن الأطفال العاديين في عدم إمتلاكهم أي وسيلة لطلب المساعدة، كما أن الأحداث التي تضايقهم تميل نحو تأكيد مخاوفهم التي تتعلق بالبيئة المحيطة، ولعدم حبهم لأي تغيير، فالسلوك الذي أحدثته في البداية مخاوف معينة يتواصل ويستمر كسلوكيات روتينية لمدد طويلة بعد زوال المثير الذي سببه . في حين يبدو البعض الآخر منهم خائفين ومتوترين بصورة مستمرة أو غير مبالين بتاتا ومتقبلين للأمور أيا كانت نتائجها. (وينج – ١٩٩٤-٥٤)

هذا وتندر الدلائل الخاصة بوجود المخاوف لدى أطفال الذاتوية على مستوى الدراسات البحثية على حد علم الباحثين ففي دراسة حالة لطفل ذاتوي أشارت النتائج بوجود مخاوف متنوعة كالخوف من حمامات السباحة والمراحيض وركوب السيارات المدرسية والفحص الطبي للأسنان والذهاب إلى المدرسة، كما توصلت دراسة سوسن الجلبي إلى معاناة الأطفال الذاتويين من مخاوف شديدة بوجه عام. ولم نجد من الدراسات ما أشارت إلى شدة حساسية الخوف لدى الذاتويين مقارنة بعينات أخرى من المعوقين عقليا. (Luscre,1996,547)

ومع فحص التراث السيكولوجي أشارت دراسة قارنت بين مخاوف أطفال الذاتوية مع عاديين مساويين لهم في العمر الزمني أظهرت نتائج الدراسة أن مخاوف الذاتويين انحصرت في الخوف من عواصف البرق والأماكن المظلمة والأماكن الواسعة والضيقة والمزدحمة وكذا مخاوف الذهاب إلى الفراش مقارنة بعينة العاديين في حين ظهرت مخاوف العينة الضابطة من العاديين في الخوف من الفشل وتوجيه النقد والتوبيخ (مخاوف اجتماعية) ولم يظهر لدى الذاتويين بعض المخاوف كالخوف من الأذى أو الجرح أو العقاب كما أكدت الدراسة أن مخاوف الذاتويين تختلف عن مخاوف العاديين من الناحية الكيفية وليس من حيث الشدة أو الدرجة.

(Matson&love,1990349)

أسباب المخاوف

تتعدد أسباب المخاوف لدى المعاقين في مرحلة الطفولة فالخوف والشعور بالنقص متلازمان، فلا يوجد خوف دون شعور بالنقص، ومن أكثر الأطفال شعورا بالنقص الطفل الذي يشعر بقصور لديه كالقصور الجسمي والعقلي، كما أن تعرضه للنبذ والسخرية يمثل ضررًا عظيمًا لنموه الانفعالي. (ماكبريد- ١٩٧١-٨٨)

فكل ما يقلل من ثقة الطفل بنفسه ويزج به في مواقف يشعر فيها بعدم الأمان و التهديد وخاصة خبرة الفشل ويحط من تقديره لذاته، يعد من العوامل التي تزيد احتمال أن يصبح عرضه للمخاوف والمعاناة وهو ما ينعكس سلبا على قدرته على التوافق .

(الطحان -١٩٩٠-٧٦)

وبصفة عامة فالأطفال الأقل ذكاء أكثر حساسية للمخاوف وأقل قدرة على مواجهة الأخطار الواقعية والمتخيلة. فالمخاوف خبرات فردية فما نفسره كشيء خطير يتوقف على كيفية معالجة أدمغتنا للمعلومات والأحداث، فالطريقة التي يعالج بها الأشخاص المعاقين المعلومات مجزأة، فلا يستطيعون فهم معناها كما يفعل الأشخاص العاديين. (عبد المؤمن- ب ت –٣٥)

وتتنوع الأسباب والعوامل الكامنة وراء المخاوف والقلق ولكنها تجتمع في المواقف التي يستشعر فيها الطفل بالخوف من الأشياء البيئية المحيطة ثم تتسلل تلك استجابات المخيفة للأفراد وتتخطى مواقف الخوف الطبيعية إلى أن تتدخل في حياة الأفراد وحياة المحيطيين وربما تكون هذه المواقف غير حقيقية وبالتالي تصبح مشكلة الخوف أشد وأكثر قسوة بحيث تؤثر على وظائف الفرد الاجتماعية والشخصية .

(شقير-٢٠٠٠-٦٩)

كما فان الأحداث البيئية التي يخبرها الفرد تمثل خبرات قلق بالنسبة له. فالمشكلات الأسرية كالطلاق أو المشاجرات الأسرية ومنافسة الأقران والإسراف الشديد في ممارسة الأنظمة إلى جانب عدم اتساق في التعامل من قبل الوالدين في جميع المواقف والتوقعات المبالغ فيها والمعايير المرتفعة المبالغ فيها من قبل الطفل نفسه أو الراشدين تصبح مكبلة لأداء الفرد وبالتالي يشعر الفرد بقسوة خيبة الأمل إلى جانب ضغوط الأقران ومتطلبات النجاح إلى جانب المظهر الجسمي للفرد ومستوى قدراته المتاحة التي تساهم في تطور ونمو مشاعر الخوف والقلق .

(Huberty,2005, 16)

العلاجات المتنوعة لاضطرابات القلق والمخاوف

تتنوع العلاجات المستخدمة مع المخاوف منها العلاج السلوكي والمعرفي والعلاج الأسري إلى جانب العلاج الدوائي ويمكن أن نوردها في التالي:

١- التحليل النفسي للطفل

وذلك بالكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزي للأعراض وتصريف الكبت و تنمية بصيرة المريض. (زهران -٢٠٠٥- ١٤٧)

وفي مجال الطفولة يستخدم اللعب التلقائي كبديل مباشر للتداعي الطليق ويستخدم كذلك السلوك التلقائي للطفل بما في ذلك أحاديثه وأحلامه كرمز للرغبات والمخاوف والصراعات غير الشعورية، كما يستخدم اللعب الإسقاطى كأحد فنيات العلاج. (شريت -٢٠٠٨-١٥٤)

٢- العلاجات السلوكية والمعرفية

وتتضمن هذا النوع من العلاجات استخدام فنيات خفض وإطفاء سلوك الخوف وكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الاشتراط وربط مصادر الخوف بأمور سارة ومحببة . (زهران -٢٠٠٥ -١٤٨)

وتشتمل على فنية إزالة الحساسية التدريجية Systematic Desensization والاشتراط المضاد Counter Condition والكف المتبادل Reciprocal Inhibition وكذلك الاسترخاء Relaxation وتعتمد كل هذه الفنيات على قاعدة هامة أن استجابة الخوف تظهر في وجود مثيرات تساعد على ظهورها ويمكن تدريب الفرد على مواجهة استجابة الخوف بشكل تخيلي أو حقيقي حسب التدرج الهرمي لمخاوف الفرد بحيث يتم تقسيم استجابات الخوف إلى أجزاء بسيطة متسلسلة من الأقل خوفا حتى المواقف الأكثر خوفا ويبدأ المعالج بأقل مواقف الخوف إثارة للفرد ويتدرج حتى يصل إلى الإزالة التدريجية للمواقف المثيرة للمخاوف. (Macdowell,et.al-1995,280)

وتشمل أيضا على استخدام النمذجة وأسس التعلم بالعبرة والملاحظة وتعتمد على تعظيم قدرة الفرد على الملاحظة للتغلب على مخاوفه وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي لباندورا وزملاؤه وعلى ذلك يتم إطفاء مثيرات الخوف من خلال ملاحظة نماذج سلوكية شارحة توضح كيفية التصرف أثناء المواقف المخيفة فتستخدم النمذجة الحية الرمزية أو النمذجة بالمشاركة وجميعها تستخدم بالتبادل مع فنيات العلاج السلوكي الأخرى كالتلقين prompting والتشكيل shapingوالتسلسلchaining التدعيم.

(Ollendick&king, 1998,157)

٣- العلاج الدوائي Medication therapy

استخدام الأدوية والعقاقير يتطلب وعيًا وحذرًا لمتابعة حالة المريض النفسية والعضوية بالإضافة لمتابعة حالته الصحية لمدة طويلة إلى جانب التحاليل الطبية المتنوعة لوظائف الكليتين والكبد ووظائف القلب لما من آثار سلبية تتراوح بين الكسل والأرق والغثيان وتأخر سرعة القذف وزيادة الوزن وانخفاض الاستجابة الجنسية ومحاذير قبل تناول تلك الأدوية فيحظر استخدام هذه الأدوية لمرضى الربو والحمى الروماتيزمية والسكر وأمراض الأوعية الدموية وعليه فيرجى استشارة الطبيب المعالج قبل تناول تلك العقاقير. (Barlow&Crask,2003,97)

الاضطرابات السلوكية لأطفال متلازمة داون

يعانى أطفال متلازمة داون الكثير من المشكلات السلوكية التي تقف سدا يحول سير العملية التعليمية لهؤلاء الأطفال ومن أهمها ما يلي :(العصيان وإثارة الفوضى- العدوان – النشاط الحركي الزائد – قصور الإنتباه وإضطرابات القلق والسلوكيات التكرارية بالإضافة الى قضم الأظافر – مص الأصابع - الخجل - الخوف - التبول اللاإرادي) وتؤكد الدراسات أن أطفال متلازمة داون يعانون من اضطرابات سلوكية أكثر من العاديين فاضطراب الانتباه والنشاط الحركي الزائد تمثل نسبة ٦.١% في حين يمثل العصيان والسلوك التمردي والعدوان ٦.٥% بينما يحتل الاكتئاب نسبة ٦.١% هذا واكدت نفس الدراسة بأن إزدواج إعاقة متلازمة داون مع إعاقة أخرى كالذاتوية يزيد من حدة المشكلات النفسية والسلوكية لديهم.

(Cuskelly & Dadds,2006,750)

كما يظهر لديهم إضطرابات فى اللغة والنطق فتبدو في مفردات اللغة تزداد مع زيادة العمر إذ يتأخر الطفل فى نطق الكلمات الأولى حتى الثانية والنصف. وكثيرا ما تفتقر كلماته إلى المعاني المفهومة أو تحمل الكلمة الواحدة معان متعددة وتكون الجمل قصيرة. وتعلم الأزمنة كالماضي والمضارع يتم بصعوبة بالغة هذا بالإضافة إلى مشكلة تكرار جمل أو كلمات أو مقاطع أثناء التواصل اللفظي علاوة على وقفات طويلة غير ملائمة فى منتصف الجمل. (Myers &Pueschel,1998,612)

الاضطرابات السلوكية لاطفال الذاتوية

يعاني أطفال الذاتوية من عدة إضطرابات يمكن تلخيصها على النحو التالي:

ا- اضطرابات لغوية Language Disorders

وتظهر هذه المشكلات بشكل واضح في الأعراض الرئيسية بالذاتوية إذ تتراوح بين المصادة Echolalia والبكم فأشارت نتائج الدراسات إلى معاناتهم من المصادة الفورية لبعض الكلمات أو الجمل أوحتى الإطار اللحني لبعض الكلمات .

(فراج – ٢٠٠٢ – ٦٧)

ب- اضطرابات حسية Sensory Disorders

غالبا ما يظهر أطفال الذاتوية إضطرابات حسية فتتراوح بين الحساسية الفائقة للأصوات العالية (فيغطي أذنه، أو يتوتر، أو يطلق صرخات عالية) إلى البرود الإنفعالي وعدم الإستجابة المناسبة للمثيرات الحسية أوالتبلد واللامبالاة للمثيرات الحسية ككل أو الاستجابة للمثيرات الوسيطة والغريبة كالإهتمام بقرع أجراس أو أصوات الأمطار أو دقات الساعة.(أبو زيد - ٢٠٠٨- ١٢٨)

ج- اضطرابات اجتماعية Social Disorders

كما يعاني أطفال الذاتوية من اضطرابات اجتماعية تظهر في رفض محاولة أحتضان وقصور عملية التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين والتعلق بأشياء أكثر من أشخاص كما يتوترون بمجرد حدوث أي تغيير في البيئة المحيطة وتفضيل العزلة والعزوف عن مشاركة الأقران في اللعب والإتيان بتصرفات شاذة وغريبة تنم عن عدم تفهمه للمواقف الاجتماعية بالإضافة إلى ضعف اللغة المعرفية ومشكلات التواصل غير اللفظي.

د- إضطرابات انفعالية Emotional Disorders

تتميز استجاباتهم الإنفعالية بعدم النضج أو الفجاجة فتبدو إنفعالاتهم غير مناسبة مع المواقف فيرفض الطفل محاولات التدليل والمداعبة كما لا تظهر عليه ملامح البهجة والسرور عند قدوم الآباء أو الحزن عند مفارقته كما يظهر تغيرات مزاجية حادة ومفاجئة كالإنتقال من الضحك أو البكاء دون سبب واضح كما ينتشر بينهم نقص في المخاوف الحقيقية في حين يظهرون إستجابات خوف شديدة من أشياء غير ضارة.

(فراج- ٢٠٠٢-٦٨)

هـ - إضطرابات الضبط الحركي Motor Control Disorders

كما يعاني أطفال الذاتوية من تكرار بعض الحركات البدنية بأحد أجزاء الجسم كاليدين أو القدمين أو الجذع أو الرأس أو الدوران حول الذات مدة طويلة دون تعب أو ملل بالإضافة إلى الفرط الحركي والتململ وعدم الإستقرار في الوقوف أوالجلوس.

(Bonnie, et.al,2009,2)

و- اضطرابات سلوكية Behavior Disorders

وهي من أكثرالمشكلات الرئيسة التي باتت واضحة على أطفال الذاتوية كثورات الغضب والصراخ العدوانية كالإيذاء الذاتي (كالعض أو الخربشة أو نخر الجروح أو ضرب الرأس) أو إيذاء الآخرين كالآباء والمعلمين وتحطيم الأثاث وتمزيق الكتب والمجلات والتمرد والعصيان وعرقلة الأنشطة الجارية كما ينتشر بينهم مستويات مرتفعة من القلق نتيجة قصور التواصل اللفظي والاجتماعي.

(Bonnie, et.al,2009,2)

دور الأسرة في عملية العلاج

يتمثل في علاج مخاوف الوالدين و تهيئة جو منزلي تسوده المحبة والتعاطف والهدوء والثبات الإتزان وتوجيه الوالدين والأقارب للتعاون فيما يتعلق بضبط الإنفعالات والتقليل من الخوف والمشاجرات والبعد عن الحكايات المخيفة للطفل وذلك حتى يشيع جو الأمن والاطمئنان في الأسرة . ضرورة مشاركتهم تلك المشاعر كنوع من المساندة كما ينبغي أن يتلقي الوالدان المتابعة من قبل الطبيب للمساندة العاطفية .

(زهران- ٢٠٠٥-١٥١)

وفى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة يرى الباحثان ضرورة إرشاد الأسر بحاجات وقدرات الإبن المعاق وفنيات العمل معه وأساليب تحقيق الذات وتنمية القدرات إلى أقصى حد ممكن وتحقيق أفضل توافق مع المجتمع .

الدراسات والبحوث السابقة

قام الباحثان بتقسيم البحوث السابقة على النحوالتالى :

١- دراسات تناولت المخاوف لمتلازمة داون والذاتوية.

٢- دراسات تناولت المشكلات السلوكية لمتلازمة والذاتوية.

أولا: دراسات تناولت المخاوف لمتلازمة داون والذاتوية

في دراسة اليونورا (Eleonora-1996) والتي هدفت إلى التعرف على مخاوف المراهقين من ذوي الإعاقة العقلية ممن يعانون من متلازمة داون وقد حاولت الدراسة مسح المخاوف لأفراد عينة الدراسة المكونة من ١٨٧ مراهقا وتم تحديد القدرات العقلية لأفراد العينة فقد تراوحت ما بين الإعاقة البسيطة والمتوسطة وإستخدمت الدراسة قائمة لتحديد المخاوف الشائعة للمراهقين وأظهرت نتائج الدراسة وجود كثير من المشكلات والمخاوف لدى المراهقين تراوحت بين المخاوف الاجتماعية وتوجيه النقد إليهم إلى وجود كثير من المخاوف كالتمرد والعصيان كما أكدت الدراسة على عدم إنخفاض حدة المخاوف مع متغير العمر بالمقارنة مع المجموعات الأخرى.

بينما في دراسة جيتا وآخرين (Geeta,et.al, 1996) والتي هدفت الدراسة إلى إجراء مقارنة بين المخاوف والقلق الاجتماعي لعينة من متلازمة داون والعاديين) واستخدمت تقارير الوالدين عن القلق والمخاوف الشائعة لدى أبنائهم من ذوي الإعاقة العقلية (التقارير الذاتية الصادرة من الوالدين) واستهدفت الدراسة عدد ١٢٠طفلا منهم ٧٥ متلازمة داون ٤٥ طفلا عاديا تراوحت معدلات أعمارهم ما بين ٦-٩ سنوات وأظهرت نتائج الدراسة دلالات عالية للأطفال العاديين وخصوصًا في اتساق درجة المخاوف مع مواقف القلق وقت ظهوره أكثر من مخاوف الأطفال المعوقين عقليا كما ظهرت علاقة ارتباطيه بين ما أورده الوالدان من تقارير عن المخاوف لأبنائهم وكذا التقارير الذاتية الصادرة عنهم.

وهدفت دراسة مايكل وزملائه (Michal,et.al,1998) إلى تحديد الإضطرابات الانفعالية لعينات المراهقين من ذوي التأهيل المهني من المعوقين عقليًابدرجة بسيطة وإستهدفت الدراسة عينة من المراهقين يعانون من متلازمة داون بلغت ٦٦ مراهقا تراوحت أعمارهم من (٢٢- ٣٥ سنة) واستخدمت مقياس لتقييم الإضطرابات الإنفعالية وأوضحت الدراسة معاناة أفراد العينة من بعض الإضطرابات الانفعالية والمخاوف السلوكية غير المناسبة وكانت أبعاد هذه الإضطرابات هي الإضطرابات العضوية والمخاوف والسلوك غير المناسب والحزن والإكتئاب وسوء التوافق الاجتماعي كما ساعدت أداة الدراسة المستخدمة في تحديد خصائص أفراد العينة الذين يعانون من تلك المشكلات الإنفعالية وقد أوصت الدراسة بوضع مجموعة من الأهداف التعليمية المناسبة لهم في برامجهم .

وفي دراسة (كيم وزملائه Kim,et. al 2000) والتي هدفت إلى التعرف على مدى إنتشار القلق والإضطرابات المزاجية لأطفال الذاتوية ومتلازمة اسبرجر واستهدفت الدراسة عينة قوامها عدد ٤٩ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٩- ١٤ سنة)، ممن يعانون من الذاتوية ومتلازمة اسبرجر وفقاً لمعايير تشخيص موضوعية واستخدمت الدراسة بطارية من المقاييس للتعرف على الإضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية والإضطرابات المزاجية وأشارت نتائج الدراسة إلى إرتفاع معدل مستويات القلق والأعراض الاكتئابية لأطفال متلازمة اسبرجر وكان لتلك المشكلات أثرًا كبيرًا في عملية التكيف الاجتماعي كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في مستويات القلق والإضطرابات المزاجية بين كل من أطفال الذاتوية ومتلازمة اسبرجر كما أكدت عدم وجود علاقة إرتباطية بين المشكلات النفسية والسلوكية وأعراض الذاتوية إلا أنها تنبئ عن وجود قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي .

بينما كانت دراسة ايفان وزملاؤه (Evans,et.al, 2005) والتي هدفت إلى إجراء مقارنة بين المخاوف والمشكلات السلوكية لعدد من الأطفال الذاتويين ومتلازمة داون وآخرين مساويين لهم في نفس العمر الزمني وإستهدفت الدراسة عدد ١٢٧ طفلا منهم ٤١ طفلا ذاتويا وعدد ٤٤ طفلا من متلازمة داون وعدد ٤٢طفلا عاديا كمجموعة ضابطة وإستخدمت الدراسة قائمة لمسح الإضطرابات السلوكية ومقياس لمسح المخاوف أعد خصصيا لعينة الدراسة وأظهرت النتائج أن أطفال الذاتوية يعانون أكثر من مخاوف مكانية وطبية وتقل معاناتهم لمخاوف الإيذاء أو الجروح وذلك عند مقارنتها بمجموعة ضابطة مشابهة لها في الخصائص كما أشارت الدراسة أن المخاوف لدى أطفال الذاتويه تميزت من خلال البروفيل الخاص بها والذي أشار إلى إرتباط المخاوف لديهم بالتغيرات المكانية أكثر من المخاوف الطبية.

ويطالعنا راب وزملائه (Rapp.et.al,2005) في دراسة حالة هدفت للتعرف على فاعلية فنيات العلاج السلوكي في خفض بعض المخاوف لأنثى مراهقة ذاتوية تبلغ أربعة عشر عاما وتعاني من مخاوف حمامات السباحة وأستفحل الأمر معها مما أدى إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية كرفرفة الأصابع وسلوكيات هروبية بالإضافة الي تناول كميات كبيرة من الأطعمة تجنبا لعدم الذهاب إلى حوض السباحة وإستعان الأطباء بفنيات العلاج السلوكي (التقارب التدريجي والتدعيم الايجابي والتلقين الجسدي) وقاموا بوضع خط قاعدي في بداية العلاج السلوكي قبل إستخدام تلك الفنيات ثم تابعو الفتاة بعد إستخدام تلك الفنيات وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية كل من التلقين الجسدي والتدعيم والتقارب التدريجي في خفض المخاوف المرضية لأحواض السباحة وقد تابع الأطباء الحالة بعد ثلاثة أشهر وتأكدوا من استمرارية تأثير العلاج وفاعليتة.

وفي دراسة شاباني وفيشر(Shabani & fisher, 2006) والتي هدفت إلى إستخدام فنيات العلاج السلوكي (الإخفاء والتدعيم الفارقي) كأحد المداخل العلاجية السلوكية في تخفيف حدة المخاوف من أدوات الحقن الطبية لدى مراهقين يعانون من الذاتوية وإعتمدت على فنيات الإخفاء والتدعيم الفارقي والتعرض التدريجي

للمثيرات الباعثة على الخوف والقلق وبلغت العينة المستهدفة من الذاتويين ٣٦ مراهقا ممن يعانون من البول السكري كما روعي ضرورة تعاطي العقار بالحقن ومتابعة حالة مستوى السكر بالدم عن طريق أخذ عينات من الدم عن طريق الحقن بعد فترة متابعة مقدارها ستة أشهر وبعد استخدام البرنامج القائم على الفنيات السابقة أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد العينة بعد التعرض لفنيات العلاج السلوكي انخفضت لديهم المخاوف من الأدوات الطبية وكذلك المخاوف المكانية والتي قد إرتبطت بشكل شرطي لإرتباطها بمخاوف الأدوات الطبية.

بينما قامت دراسة (ريكياردي وزملاؤه Ricciardi, et.al -2006) هدفت إلى إستخدام فنية التشكيل كأحد مداخل العلاج السلوكي لكيفية التعامل في خفض استجابات المخاوف المرضية (مخاوف من الدمي الإلكترونية والوجوه المرسومة) لطفل يعاني من الذاتوية وإستهدفت الدراسة عمل جلسات علاجية لحالة الطفل البالغ من العمر ثمانى سنوات تلقى علاجًا سلوكيًا بالعيادات الخارجية للأطفال ذوي الإعاقات النمائية وتم وضع خط قاعدي قبل بداية البرامج لتشكيل السلوكيات المطلوبة لخفض المخاوف المرضية وبعد إنتهاء البرنامج تم متابعة حالة الطفل والتي أكد الوالدان وجود تغيرات سلوكية حدثت بعد نهاية البرنامج وإستمرت تلك التغيرات الإيجابية في السلوكية في القياس التتبعي للحالة بعد مرور ثلاثة أشهر تالية .

وفي دراسة (جيلوت وستاندن Gillott &Standen , 2007) والتي هدفت للتعرف على مستويات القلق ومصادر الضغوط للمراهقين من الذاتويين وتمثلت عينة الدراسة من عدد ٥٤ مراهقا منهم (٣٤ ذاتويا و٢٠ مراهقا من ذوي الإعاقة العقلية) وإستخدمت الدراسة مقياس سبنس (SCAP-P ,Spence,1999) لقياس مستوى القلق وإستبيان جرودان لقياس مصادر الضغوط (SSS,Grodan et.al,2001) ومقياس وكسلر للذكاء (WASI,Wechsler,1999) وبعد عملية المجانسة بين المجموعتين في العمر والجنس والقدرات العقلية أظهرت نتائج الدراسة إرتفاع مستوى القلق بشكل دال لدى المراهقين الذاتويين بمعدل ثلاث أضعاف مقارنة بالمراهقين ممن يعانون من الإعاقة العقلية وخصوصا في قلق الإنفصال والقلق الاجتماعي والقلق العام والمخاوف المكانية وبالنسبة لمصادر الضغوط أظهرت نتائج الدراسة فروقا دالة بين المجموعتين لصالح المراهقين الذاتويين وفقا لمصادر الضغوط وإرتبطت مصادرالضغوط بارتفاع مستويات القلق خصوصا في القدرة علي المواجهه والمثيرات الحسية والأحداث غير السارة وهي ما تعد مؤشرات هامة للإكلينيكيين في مجال التشخيص والعلاج.

بينما هدفت دراسة ديكين وزملائه (Dykens, et.al.2008) للتعرف على العلاقة بين الأداء الموسيقي والقلق وإستهدفت عدد ٨٩ طفلا منهم ٣١ زملة ويليامز و٢٦ برادر ويلي و٣٢طفلا ممن يعانون متلازمة داون تراوحت أعمارهم من ٦- ٢١ عاما وجميعهم يعانون من الإعاقة العقلية وإستخدمت الدراسة قائمة للإضطرابات السلوكية CBCL وقد أظهرت نتائج الدراسة إرتفاع مستوى القلق لدى عينة متلازمة داون كما أشارت إلى إنخفاض المخاوف لديهم مقارنة بعينة متلازمة ويليامز وبرادر ويلي وقد تابعت الدراسة شدة هذه الأعراض وتكرار إستمراريتها على المهارات الموسيقية كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم إستمرارية هذه الأعراض في علاقتها بشدة المخاوف على عينة أطفال ويليامز.

وفي دراسة (كوزيكو وزملائه Kusikko,et.al 2008) والتي هدفت إلى فحص مصادر القلق والمخاوف الاجتماعية على عينة قوامها ٣٥٩ منهم عدد ٥٤ يعانون من الذاتوية ومتلازمة اسبرجر وعدد ٣٠٩ عينة ضابطة تراوحت معدلات أعمارهم بين (٦-١٥عام) وإستخدمت الدراسة مقياس المخاوف الاجتماعية للأطفال SPAI-C وقائمة المشكلات السلوكية CBCL وأظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين من الذاتويين ومتلازمة اسبرجر سجلوا درجات عالية من القلق

والتحاشي الاجتماعي مقارنة بالعينة الضابطة على مقياس المخاوف والقلق الاجتماعي كما أكدت نتائج الدراسة في الوقت التي زادت فية سلوكيات التحاشي الاجتماعي لدى الذاتويين ومتلازمة اسبرجر قلت فيه تلك السلوكيات نفسها في المجموعة الضابطة المماثلة.

ثانيًا : دراسات تناولت المشكلات السلوكية لمتلازمة دوان والذاتوية :

ففي دراسة (الخطيب-١٩٨٨) والتي هدفت للتعرف على المظاهر السلوكية الشائعة للمعوقين عقليًا بمدارس التربية الخاصة بالأردن وإستهدفت الدراسة عينة من ذوي الإعاقة العقلية ومتلازمة داون قوامها ٦٢٥طفلا من معاهد التربية الخاصة بعمان تراوحت أعمارهم ما بين (٤- ١٥عام) وإستخدمت مقياس السلوك التكيفي الصورة الأردنية وأشارت نتائج الدراسة إلى إنتشار مشكلات سلوكيه تراوحت ما بين التمرد والأنسحاب والسلوك النمطي والإضطرابات النفسية وإيذاء الذات كما أكدت الدراسة وجود فروق بين الجنسين الذكور والإناث في تلك المشكلات (التمرد والسلوكيات النمطية وإيذاء الذات) لصالح الذكور.

في حين هدفت دراسة (عبد المنعم-١٩٩١) إلى إجراء مقارنة في المشكلات السلوكية للمعوقين عقليا والتعرف على أبرز هذه المشكلات والإضطرابات إنتشارا وقد إستقت الباحثة معلوماتها من قبل الآباء والمعلمين والقائمين على رعاية المعوقين مستخدمة قائمة لتقديرات سلوكية للوالدين والمعلمين وإستهدفت الدراسة عينة قوامها ٢٥٣طفلا من أطفال مدراس التربية الفكرية بالقاهرة تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-١٢عام وجميعهم من حاملي متلازمة داون وأظهرت نتائج الدراسة إنتشار العديد من المشكلات السلوكية بينهم كالعدوان والسلوك العنيف والمشكلات الاجتماعية إلى جانب مشكلات التواصل اللفظي والمشكلات الأخلاقية كما أشارت النتائج إلى ارتفاع المشكلات العدوان والعنف بين الذكور عن الإناث في حين لم تظهر فروق بين الذكور والإناث في بعض المشكلات السلوكية (كالتأخراللغوي والمشكلات الاجتماعية).

بينما هدفت دراسة (Fee,1994) للتعرف على الإضطرابات السلوكية ومشكلة النشاط الزائد وقصور الإنتباة على وجه الخصوص للمعوقين عقليا وإستخدمت الدراسة قوائم تقدير أراء للمعلمين القائمين على رعايتهم بالفصول الدراسية وقوائم تقديرللآباء واستهدفت الدراسة عينة من متلازمة داون قوامها ١٢٥طفلا تراوحت أعمارهم من (٦-٩) سنوات من ذوي الاعاقة العقلية وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين العاديين والمعوقين عقليا في المشكلات السلوكية وإرتبطت تلك المشكلات بشدة الإعاقة فكلما زادت شدة الإعاقة إرتفعت المشكلات السلوكية بشكل دال عن أقرانهم العاديين كما أكدت أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لديهم كانت السلوك التدميري والعنف إلى جانب النشاط الزائد وإيذاء الذات.

وتشير دراسة باربارا (Barbara, 1996) والتي هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية والإنفعالية للمعوقين عقليا بمدارس التربية الخاصة من الريف والحضر وإستهدفت الدراسة عينة ضخمة ممن يعانون من متلازمة داون بلغت ١٨٦٥طفلاً تراوحت أعمارهم من ٦- ١٨ سنة وإستخدمت قائمة للمشكلات السلوكية والإضطرابات الإنفعالية CBCL وأظهرت نتائج الدراسة معاناة ٥٤.٢٪ من عينة الدراسة من الإضطرابات الإنفعالية والنفسية وأشارت إلى إقتران المشكلات الإنفعالية والسلوكية بصورة دالة أكبر من دلالة المشكلات الأكاديمية التي يعانون منها بل وأكدت وجود علاقة إرتباطيه إيجابية بين المشكلات الإنفعالية والمشكلات السلوكية .

في حين هدفت دراسة (ونيس -١٩٩٦) للتعرف على السلوكيات غير التكيفية للمعوقين عقليا وذلك في ضوء متغير الذكاء والجنس ونوع الإعاقة تألفت عينة الدراسة من ٢٢٥طفلاً تراوحت أعمارهم من٨-١٢سنة ممن يعانون الإعاقة العقلية ومتلازمة داون من مدارس التربية الفكرية بالقاهرة واستخدمت مقياس فاينلاند

للنضج الاجتماعي ومقياس السلوك التكيفي (تعريب فاروق صادق) وبعد تثبيت مستويات الذكاء وشدة الإعاقة أكدت نتائج الدراسة وجود فروق بين عينة الدراسة في المشكلات السلوكية وفقاً لمتغير الذكاء حيث ظهرت مجموعة من الإضطرابات السلوكية لذوي الإعاقة الشديدة عن تلك المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الخفيفة. فزادت إضطرابات الإنتباه والكلام وإيذاء الذات والإنسحاب الاجتماعي والسلوكيات النمطية بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة العقلية الشديدة في حين ظهرت مشكلات السلوك التمردي والعصيان والسلوك الجنسي المكشوف لذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

وفي دراسة (مايرز وبيوشل Myers & Pueschel, 1998) والتي هدفت للتعرف على طبيعة الإضطرابات السلوكية وإنتشارها على عينة أطفال متلازمة داون بلغت قوامها ٤٩٧ تم تقسيمهم وفقا لأعمارهم الزمنية على النحو التالي : ٢٦١ فرد أقل من عشرين عامًا و١٦٤فرد عشرين عامًا والباقي كانوا أكبر من عشرين عامًا بالإضافة إلى تقسيمهم وفقاً لبعض المتغيرات كالإقامة بالمدارس أو المستشفيات أو التردد على العيادات الخارجية وإستخدمت مقياس للإضطرابات النفسية والسلوكية وأظهرت نتائج الدراسة إنتشار الإضطرابات النفسية والسلوكية في نفس عينة الدراسة بلغ ٢٢.١% بينما عانت عينة متلازمة داون تحت العشرين عامًا من الإضطرابات السلوكية (الفوضوية والسلوكيات النمطية والقلق) في حين أظهرت عينة متلازمة داون الأكبر من عشرين أعراضا إكتئابية شديدة وإضطرابات في الذاكرة وزادت تلك الأعراض الإكتئابية خصوصا لدى الأفراد المقيمين في المدارس الداخلية أو المستشفيات.

وفي دراسة (كو وزملائه Coe,et. al,1999) والتي هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون في الحياة اليومية إستهدفت الدراسة عينة قوامها ٨٨ طفلا منهم ٤٤ من أطفال متلازمة داون وعدد ٤٤ ممن يعانون من الإعاقة العقلية وتراوحت أعمارهم الزمنية من(٦- ١٥عامًا) وبعد إجراءات المجانسة بين المجموعتين في العمر والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي وإستخدمت الدراسة قائمة للمشكلات السلوكية لبترسون (Peterson et,al 1983 RPBC,) ومقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي وتم تطبيق المقياس وفقا لآراء الأمهات والمعلمين أظهرت نتائج الدراسة أن أطفال متلازمة داون كان معدل مشكلاتهم السلوكية أعلى من المجموعة الضابطة وخصوصًا في مشكلات قصور الإنتباه وعدم الإنصياع للأوامر وإضطرابات التفكير والإنسحاب الاجتماعي كما إرتبطت مشكلات الحياة اليومية لأطفال متلازمة داون بشكل دال مع معدلات تقديرات الأمهات والمعلمين.

وفي دراسة (الجلبي – ٢٠٠٠) والتى هدفت للتعرف على الخصائص السلوكية والإنفعالية والعقلية للأطفال الذاتويين بالعراق وذلك على عينة قدرها (٢٠طفلاً) من حالات الذاتوية وإستخدمت الدراسة اختبار CARS لتشخيص العينة واستمارة دراسة الحالة والمقابلات الفردية لأولياء أمور الأطفال وقائمة للمشكلات السلوكية وأظهرت نتائج الدراسة معاناة أطفال العينة بشكل عام من الضعف اللغوي ومهارات التواصل مع الآخرين وتأخر عام في مستوى الذكاء وضعف الإدراك والانتباه، كما أكدت وجود ضعف عام في النضج الاجتماعي والإنفعالي والمخاوف الشديدة والسلوك العدائي تجاه الآخرين وعدم إدراكهم للمخاطروالإنسحاب الاجتماعي وإضطرابات التفكير.

وفي دراسة (كوسكلي ودادز Cuskelly & Dadds 2006) عن المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لإخوتهم هدفت الدراسة لإعطاء تقارير عن المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون بالمقارنة بأخوتهم وتم الحصول على المعلومات من العينة من خلال الأمهات والأباء والمعلمين وبلغت عينة الدراسة على عدد ٢١شابًا من إخوة أطفال متلازمة داون تراوحت أعمارهم من (٢٥-٣٦ سنة) ووضعت المشكلات السلوكية في خمس أبعاد وفقا لقائمة المشكلات السلوكية المراجعة لبترسون(Behavior Problems Checklist Revised, 1983) وأظهرت نتائج الدراسة علاقة دالة بين المشكلات

السلوكية لأطفال متلازمة داون والمشكلات السلوكية لدى أخوتهم. كما أظهرت وجود فروق دالة بين المشكلات السلوكية لإخوة متلازمة داون من الإناث عن المشكلات السلوكية لإخوة متلازمة داون من الذكور وخصوصا في الأعراض الإكتئابية والرضا الزواجي.

تعليق عام على الدراسات

من الملاحظ بشكل عام على الدراسات السابقة ما يلي :

أولاً: بالنسبة للعينات

استهدفت الدراسات عينات متنوعة فتميزت عينات بعض الدراسات بصغرالحجم فتراوحت ما بين (١٠- ٤٠) حالة كما اتضح ذلك في دراسات (الجلبي-٢٠٠٠) وكوسكلي ودادز (Cuskelly & Dadds, 2006) وشاباني وفيشر (Shabani & Fisher, 2006) في حين وصل حجم بعض العينات أقل من خمس حالات كما اتضح في دراسة ريكاردي (Ricciardi,2006) في حين تميزت بعض العينات بالضخامة كما ظهر في دراسة باربار وآخرين (Barbara, et. al,1996) والتي وصلت فيها العينة ١٨٥٦ طفلاً.

كما يلاحظ أن قليلا من الدراسات ما فحصت مرحلة المراهقة وهوما وضح في دراسات (عبد المنعم -١٩٩١) ودراسة في (Fee,1994) وداسة اليونورا وزملائه (Eleonora, et. al, 1996) ومايكل وزملائه (Michal, et. al, 1998) و مايرز وبيوشل (Myers & Pueschel, 1998) في حين فحصت باقي الدراسات مرحلة الطفولة بجميع مراحلها .فيما عدا دراسة باربار وآخرين (Barbara, et.al,1996) والتي فحصت مرحلة الطفولة والمراهقة معًا.

ثانيًا : بالنسبة للأدوات

استخدمت الدراسات أدوات متنوعة لفحص المخاوف لمتلازمه داون والذاتوية فمعظم الدراسات استعانت بقوائم تقدير من قبل الوالدين والمعلمين أو القائمين على رعاية الأطفال وذلك في دراسات (Geeta,1996) ومايكل وزملائه (Michal, et. al, 1998) وريكاردي وزملائه (Ricciardi, et. al, 2008) بينما إستعانت دراسات أخري بقوائم لمسح الإضطرابات النفسية كدراسة كيم وزملائه (Kim, et. al .2000) ودراسة شاباني وفيشر (Shabani & Fisher, 2006) في حين إستعانت دراسات أخرى بقوائم لمسح المخاوف المرضية للأطفال العاديين كدراسة ايفان وزملائه (Evan, et. al, 2005) وكذلك دراسة كوزيكو وزملائه (2008 Kusikko ,et. al,).

بينما في دراسات المشكلات السلوكية إستعانت معظم الدراسة بقوائم تقدير المعلمين للمشكلات السلوكية لبيترسون كدراسة في (Fee,1994) وباربار وآخرين (Barbara, et.al,1996) وكو وزملائه (Coe,et.al,1999) ودراسة (الجبلي -٢٠٠٠) بينما إستخدمت دراسات أخرى مقياس السلوك التكيفي كدراسة (الخطيب-١٩٨٨) و(ونيس- ١٩٩٦) .

ثالثاً: بالنسبة للنتائج

توصلت كثير من الدراسات إلى إنتشار المخاوف الاجتماعية والطبية والحيوانية بين أطفال متلازمة داون كدراسة (اليونورا Eleonora, 1996) وايفانز وزملائه (Evans, et. al, 2005) وكوزيكو وزملائه (Kusikko et.al,2008) كما ينتشر بين أطفال الذاتوية المخاوف المكانية والوجوه والدمي المتحركه كما ظهر

في دراسة شاباني وفيشر (Shabani & Fisher, 2006) وريكاردي وزملائه(Ricciardi, et. al, 2008) وجيلوت وستاندن (Gillott & Standen, 2007) وديكن وزملائه (Dyken, et. al, 2008) وكوزيكو وزملائه (Kusikko,et.al,2008).

بينما أشارت دراسات المشكلات السلوكية إلى إنتشار بعض المشكلات السلوكية ممن يعانون من متلازمة داون كالتمرد والعصيان والإضطرابات النفسية كما في دراسة (الخطيب- ١٩٨٨) و(عبد المنعم -١٩٩١) ودراسة في (Fee,1994) وباربار وآخرين (Barbara, et.al,1996) في حين أشارت دراسات أخرى إلى إنتشار النشاط الزائد والعدوانية والقلق والإضطرابات النفسية والقلق والاكتئاب كما في دراسة ونيس-١٩٩٦ ومايرز وبيوشل (Myers & Pueschel, 1998) وكو وزملائه (Coe, et. al, 1999) بينما أشارت دراسات أخرى إلى إنتشار بعض المشكلات لدى أطفال الذاتوية كمشكلات إضطرابات النضج الاجتماعي والانفعالي وعدم ادراك المخاطر وإيذاء الذات والإنسحاب الاجتماعي والتمرد والعصيان وإضطرابات الكلام وضعف المحصول اللغوي كما اتضح في دراسات (الجلبي - ٢٠٠٠) ودراسة ايفانز وزملائه (Evans, et.al, 2005) .

ويمكن ملاحظة الآتي على الدراسات :

١- غياب الدراسات العربية التي تناولت المخاوف المرضية للذاتويين عامة ومتلازمة داون .
٢- الدراسات السابقة وصفت طبيعة المخاوف لمتلازمة داون وأطفال الذاتوية حيث أشارت إلى فحص تلك الجزئية ولم تتناول المشكلات السلوكية المتعلقة بكل منهم رغم ارتباطها بطبيعة المخاوف التي يعانون منها .
٣- لم يستخدم في دراسات فحص مخاوف المعوقين عقليا إلا أدوات مخصصة لفحص مخاوف العاديين وبالتالي تحتاج هذه الأدوات لإعادة النظر فيها وعليه فقد كان لزاما على الباحثين إعداد أداة تصلح لقياس المخاوف لمتلازمة داون والذاتوية.

<u>الفروض</u>

وقد انبثق من الإطار النظري والدراسات السابقة عدة فروض كالتالي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال متلازمة داون ومتوسط درجات أطفال الذاتوية وذلك على أبعاد استبيان المخاوف المستخدم في الدراسة الحالية .
٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال متلازمة داون ومتوسط درجات أطفال الذاتوية وذلك في المشكلات السلوكية على أبعاد مقياس السلوك التوافقي (الجزء الثاني) .
٣- ترتبط درجات مخاوف أطفال متلازمة داون بدرجاتهم في المشكلات السلوكية.
٤- ترتبط درجات مخاوف أطفال الذاتوية بدرجاتهم في المشكلات السلوكية.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من عدد (١١٠ طفلاً) من متلازمة داون وأطفال الذاتوية منهم (٦٠ طفل متلازمة داون(٣٤ ذكورو٢٦ اناث) وعدد ٥٠ من أطفال الذاتوية (٢٨ذكورو٢٢ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين(٩-١٢ سنة) بمتوسط عمري (١٠.١٧) وانحراف معياري (١.٠٢) وجميعهم مسجلون في مراكز تدريبية بالقاهرة.

ووضعت للعينة الشروط الآتية:

١- ينبغي عدم مضي فترة ستة أشهر على تدريب أي من الحالات في أي فصل دراسي بالمؤسسات.

٢- يتراوح معدل ذكاء أفراد العينات ما بين (٣٦-٤٩) أي فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، تم تجانس أفراد العينة من حيث معدل الذكاء باستخدام مقياس ستانفورد – بنيه للذكاء (الصورة الرابعة) .

٣- يجب أن يكون في داخل ملفات أفراد عينات الدراسة المستخدمة تقرير طبي يؤكد[١] تشخيص متلازمة داون أو الذاتوية

٤- استبعاد استمارات المعلمين الجدد الذين لم يمض على تعينهم سنة على الأقل في العمل مع الحالات ، وفيما يلي وصفا لعينة الدراسة.

جدول رقم (١)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة

العينات	ذكور	إناث	المجموع
متلازمة داون	٣٤	٢٦	٦٠
الذاتوية	٢٨	٢٢	٥٠
المجموع	٦٢	٤٨	١١٠

أدوات الدراسة

وقد إستعان الباحثان بالأدوات التالية :-

١- إستبيان المخاوف لذوي الاحتياجات الخاصة (إعداد الباحثان).

٢- مقياس السلوك التوافقي (صفوت فرج وناهد رمزي -١٩٩٩).

٣- مقياس ستانفورد - بنيه للذكاء (لويس مليكه - ١٩٩٨).

٤- إستمارة جمع بيانات (إعداد الباحثان).

وفيما يلي وصف لكل أداة على حدة

---

[١] وفقًا لآراء المعلمين وخبراء التربية الخاصة فقد استبعد الباحثان الحالات المعلمين الجدد على اعتبار أن المعلم الجديد لم يتكون لديه فكرة جيدة عن مخاوف الطفل وطبيعة العمل معه.

أولاً: استبيان المخاوف لذوي الاحتياجات الخاصة:

وهو عبارة عن أداة تعطي تقريرًا كميا عن أهم مواقف الخوف والقلق للمعوقين عقليا وقد اتبع الباحثان الخطوات التالية لبنائها:

أولاً: تحديد أبعاد الإستبيان

لكي يستطيع الباحثان تحديد أبعاد الإستبيان قاما بالاضطلاع على أهم المقاييس المتوافرة حول المخاوف والقوائم المستخدمة في تلك النقطة ثم قاما بعقد عدة مقابلات شخصية مع مدرسي الفئات الخاصة للأطفال ذوي معاقين عقليا وذلك لتحديد أكثر المواقف اضطرابا وقلقا بالنسبة لأطفال متلازمة داون والذاتوية كل على حده ولم يكتف الباحثان بذلك بل قاما بعقد مقابلات مع أباء وأمهات الأطفال متلازمة داون والذاتوية وأخذ كل من أراء المعلمين وأولياء الأمور بعين الأعتبار وإستقى الباحثان من خلال ذلك سبعة أبعاد للإستبيان كالتالي :

١- الخوف من الأماكن. ٢- الخوف من الأذى والضرر.

٣- الخوف من الأدوات الطبية. ٤- الخوف من الحيوانات.

٥- الخوف من المواقف الاجتماعية. ٦- الخوف من البيئه.

٧- الخوف من الغرباء .

وإستنادا علي ما توفر للباحثين من مقاييس [٢] وآراء أولياء الأمور والأخصائيين العاملين مع المعاقين عقليا قام الباحثان بصياغة بنود الإستبيان بشكل مبدئي وهي عبارة عن مواقف تعبر عن الأبعاد السابقة تم عرضها لإجراءات الثبات والصدق على النحوالتالي :-

أولاً: الصدق

قام الباحثان بعرض بنود الاستبيان على عشرة أستاذه مختصين في الفئات الخاصة وعلم النفس والتربية بهدف معرفة مدى ملائمة بنود الإستبيان للأبعاد المدرجة وكذلك مدى صلاحية البنود في قياس كل بعد وعلى ذلك استبعدت بعض البنود التي أقرها الأساتذة وإعتبرت غير صالحة للبعد (اعتبر الباحثان عدم إتفاق٨٠% من المحكمين على العبارة بأنها غير صالحة). [٣]

الإتساق الداخلي :

ثم قام الباحثان باستخدام الإتساق الداخلي للتحقق من صدق الإستبيان حيث تم تطبيقه علي عينة قوامها (٣٠) طفلاً من أطفال متلازمة داون والذاتويه ثم حساب معاملات إرتباط كل مفرده بالبعد الذي تنتمي إليه وحساب معاملات إرتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للإستبيان.

---

[١] توافر للباحثين عدة مقاييس أجنبية مما جاء شرحها في الدراسات السابقة بالإضافة إلى مقاييس عن المخاوف عربية

[٢] تم عرض البنود على أ٠د/ محمد عبد السلام غنيم وأ ٠د/ أمير القرشي و أ٠د/ مجدي الشحات و أ٠د/ أحمد حسن عاشور ، أ٠د/ إبراهيم سالم السباطي ، ود٠ عادل الهجين، ود٠/ عاطف بحراوي ، ود٠/ سيد عجاج ، ود٠/ محمد إبراهيم عبد الحميد .

جدول رقم (٢)
يوضح معاملات الارتباط بين كل مفرده والبعد الذي تنتمي إليه

يتضح من الجدول السابق أن نتائج معاملات الارتباط جميعها بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه داله إحصائيا مع ملاحظة أن الباحثان قاما بحذف تلك البنود التي لم تصل إلى مستوى الدلالة .

جدول رقم (٣)

يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية

م	أبعاد الاستبيان	معاملات الارتباط
١-	المخاوف المكانية	٠.٧١
٢-	المخاوف الضارة	٠.٧٦
٣-	المخاوف الطبية	٠.٩٢
٤-	المخاوف الحيوانية	٠.٩٣
٥-	المخاوف الاجتماعية	٠.٦٦
٦-	المخاوف البيئية	٠.٦٧
٧-	المخاوف من الغرباء	٠.٦١

ويتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الإرتباط بين كل بعد من أبعاد الإستبيان والدرجة الكلية في الإستبيان تراوحت بين (٠.٦١-٠.٩٣) وجميعها معاملات دالة إحصائيا عند مستوى ٠.٠١

ثبات الإستبيان

وقد تم حساب معاملات الثبات باستخدام معامل ثبات الفا كرونباخ كما يتضح في الجدول التالي :

جدول رقم (٤)

يوضح معاملات ثبات الإستبيان للمخاوف الشائعة لذوي الاحتياجات الخاصة باستخدام معامل ألفا كرونباخ

م	أبعاد الاستبيان	معاملات الثبات
١-	المخاوف المكانية	٠.٦١
٢-	المخاوف الضارة	٠.٧٨
٣-	المخاوف الطبية	٠.٨١

٤-	المخاوف الحيوانية	٠.٧٧
٥-	المخاوف الاجتماعية	٠.٦٨
٦-	المخاوف البيئية	٠.٧٩
٧-	المخاوف من الغرباء	٠.٦٣

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات والتي قد تضمنت المخاوف المكانية والضارة والحيوانية والطبية والاجتماعية والبيئية والغرباء قد بلغت (٠.٦٤ ،٠.٧٨ ،٠.٨١ ،٠.٧٧ ،٠.٦٨ ، ٠.٧٩ ،٠.٦٣) على التوالي وهو ما يشير إلى تمتع الاستبيان بدرجة عالية من الثبات.

الصورة النهائية للإستبيان :

وبعد حساب الصدق بأنواعه وكذلك الثبات للإستبيان المستخدم إستبعد الباحثان عددا من البنود بلغت (١٥) بندًا وفقا لإجراءات التقنين وأصبح الإستبيان في صورته النهائية مكونا من عدد (٧٠) بندا موزعة على الأبعاد التالية:

١- المخاوف المكانية وهي تتضمن عدد ١٧ بندا
٢- المخاوف الضارة وهي تتضمن عدد ١٥ بندا
٣- المخاوف الطبية وهي تتضمن عدد٨٧ بنود
٤- المخاوف الحيوانية وهي تتضمن عدد ٧ بنود
٥- المخاوف الاجتماعية وهي تتضمن عدد ٧ بنود
٦- المخاوف البيئية وهي تتضمن عدد ٩ بنود
٧- المخاوف من الغرباء وهي تتضمن عدد ٦ بنود

تصحيح الإستبيان

وتم تصحيح الإستبيان وفقا للميزان التالي (نادرا، أحيانا، دائما) على أن تعطي التقديرات التالية (١، ٢،٣).

٢- مقياس السلوك التوافقي وهو مقياس من إعداد الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وقد اعتمد هذا المقياس بالأصل على الأسس النظرية لارتقاء السلوك ونقله للبيئة المصرية صفوت فرج وناهد رمزي ويتكون من جزئيين:

الجزء الأول: يتكون من عشرة مجلات كالتالي (العمل الاستقلالي، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، ارتقاء اللغة، الأعداد والوقت، الأنشطة المنزلية، النشاط المهني، التوجه الذاتي، تحمل المسئولية والتنشئة الاجتماعية).

الجزء الثاني: وهو يتعلق بإضطرابات سلوكيه ويشمل أربعة عشر مجالا وهي : العنف التدميري، السلوك المضاد للمجتمع، السلوك المتمرد، السلوك الغير مؤتمن، السلوك الانسحابي،السلوك النمطي،السلوك غير الاجتماعي، العادات الصوتية غير المقبولة، العادات الغريبة، سلوك إيذاء الذات، النشاط الزائد، السلوك الجنسي، الإضطرابات النفسية، سوء استخدام العقاقير. (فرج – رمزي - ١٩٩٩- ٨)

وقد استعان الباحثان بالجزء الثاني من المقياس والذي يشمل على المشكلات فقط دون حاجة لتطبيق الجزء الأول.

ثبات وصدق المقياس

أولا : الثبات تم حساب الثبات للجزء الثاني باستخدام الإتساق الداخلي وتراوحت معاملات الثبات مابين (٠.٤٤-٠.٦٩)على أبعاد الجزء الثاني من السلوكيات الأربعة عشر السابقة ذكرها على عينات تتراوح أعمارهم من (١٣-٢٤) سنة مقيمين بمؤسسات رعاية للمعاقين عقليا وقد وصلت درجة ثبات الجزء الثاني بمتوسط قدره (٠.٥٧).

ثانيًا الصدق: وقد استخدم الصدق العاملي في حساب صدق المقياس واستخلص من ذلك التحليل العاملي لثلاثة أبعاد كالتالي:

الاستدلال الشخصي وسوء التوافق الشخصي، المجالات السلوكية التي تعكس مهارة الفرد وقدراته اللازمة لتحقيق استقلاله الشخصي وأظهرت مجالات السلوك وجود تحكم ذاتي أو دافعية لتدبير أموره الفرد الشخصية ويوحي سوء التكيف الاجتماعي ببعد عام يعزو مصدر الإحباط.

الصدق العاملي: أجريت دراسات قليله للغاية في مجال الصدق العاملي للمقياس وعلي أي من الأحوال فيوجد مؤشر قائم علي أساس دراسة أجريت علي عدد ٤١ معوق عقليا من المقيمين داخل المؤسسات تراوحت أعمارهم ما بين(١٠-١٣) عاما وقد ميزت جميع درجات المجال الأول بشكل دال إحصائيا وكذلك بالنسبة للقسم الثاني. (فرج – رمزي - ١٩٩٩- ٢٢)

٣ – مقياس ستانفورد - بنيه للذكاء الصورة الرابعة .

Stanford – Binet Intelligence Scale : Fourth Edition

صدرت الصورة الرابعة من المقياس عام ١٩٨٦م والتي أعدها روبرت ، ل . ثورنديك و إليزابيث ب . هاجن وجيروم ساتر، و قد أعدها وطورها بحيث تلائم البيئة العربية لويس كامل مليكه.

وصف المقياس :

المقياس في صورته الرابعة يمدنا بدرجة كلية مركبة تمثل العامل العام بالإضافة إلى أربعة درجات للمجالات الفرعية بمتوسط حساب (١٠٠) درجة وانحراف معياري (١٦) درجة، كما يمكننا الحصول على (١٥) درجة تمثل الاختبارات الفرعية المكونة للمقياس بمتوسط حسابي (٥٠) درجة وانحراف معياري (٨) درجات. (مليكة – ١٩٩٨ – ١٠)

صدق الصورة المصرية للمقياس :

تتعدد وتتنوع الشواهد على صدق المقياس،إذ يتوفر له الصدق الظاهري بوصفه مقياسا للذكاء أو القدرات العقلية المعرفية .

وقد قامت عبد الصادق (١٩٩٩م) بالتحقق من صدق المقياس عن طريق صدق النموذج الهيراركي ثلاثي المستويات والذي بني عليه المقياس في تقييم ذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك صدق الاتساق الداخلي للمقياس وصلاحيته للاستخدام في تقييم الفئات الخاصة. (عبد الصادق– ١٩٩٩- ٩٩)

ثبات الصورة المصرية للمقياس :

تم حساب ثبات المقياس في المجتمع المصري عن طريق معادلة كود ريتشارد سون وقد أشارة النتائج إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات حيث تراوحت معاملات الثبات بين(٠,٨٢ - ٠,٩٥). أما معامل ثبات الإعادة فقد كان أقل نسبيا حيث تراوح بين (٠,٥٣- ٠,٨٨) على المقاييس الفرعية بينما كان ٠,٨٧ للدرجة المركبة .

(عبد الصادق – ١٩٩٩ – ٩٩)

٤- استمارة جمع بيانات

وهي عبارة عن استمارة لجمع المعلومات والبيانات الأساسية حول المعاقين من الاسم والسن والجنس ودرجة تعليم الأب والأم والتدريبات السابقة إذا كان قد سبق له الالتحاق بمدرسة أو مركز آخر وجميع تلك البيانات المشار إليها تخدم البحث الحالي.

التطبيق والإجراءات

قام الباحثان بتطبيق أدوات البحث كل من (إستبيان المخاوف للمعاقين عقليا ومقياس السلوك التوافقي- الجزء الثاني - وإستمارة جمع البيانات) معا على جميع أفراد العينة ومن خلال المعلمين القائمين على رعايتهم والوالدين ثم قام الباحثان بجمع البيانات وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة (المتوسطات والإنحرافات المعيارية وتحليل التباين واختبار (ت) للعينات المرتبطة والمستقلة بالإضافة إلى معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق فروض البحث .

نتائج الدراسة

وقد توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

نتيجة الفرض الأول

والذي نص على **"توجد فروق ذات دلالةاحصائية بين متوسط درجات أطفال متلازمة داون ومتوسط درجات أطفال الذاتوية وذلك على أبعاد إستبيان المخاوف المستخدم في الدراسة الحالية ".**

وللتحقق من صدق الفرض السابق استخدم الباحثان تحليل التباين بين المجموعتين وذلك للتعرف على الفروق بين المجموعتين .

جدول رقم (٥)

يوضح الفروق بين أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية علي أبعاد استبيان المخاوف

أبعاد المخاوف		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	الدلالة
المكانية	بين المجموعات	٢١٥٢.١٨	١	٢١٥٢.١٨	٨٠٢.٩٣	٠.٠١
	داخل المجموعات	٢٨٩.٤٨	١٠٨	٢.٦٨		
	المجموع	٢٤٤١.٦٧	١٠٩			
الضارة	بين المجموعات	٨٦٥.٤٨	١	٨٦٥.٤٨	٢٩٧.٣٦	٠.٠١
	داخل المجموعات	٣١٤.٣٣	١٠٨	٢.٩١		
	المجموع	١١٧٩.٨١	١٠٩			
الطبية	بين المجموعات	٠.٥٨٧	١	٢٠١٣.٩٦	٧٩٣.٠٩	٠.٠١
	داخل المجموعات	٤٠٧.٠١	١٠٨	٢.٥٣		
	المجموع	٤٠٧.٦٠٠	١٠٩			
الحيوانية	بين المجموعات	٢٠١٣.٩٦	١	٢٠١٣.٩٦	٧٩٣.٠٩	٠.٠١
	داخل المجموعات	٢٧٤.٢٥	١٠٨	٢.٥٣		
	المجموع	٩٣٧.٦٧	١٠٩			
اجتماعية	بين المجموعات	٥٨٤.٦٤	١	٥٨٤.٦٤	١٧٨.٨٥	٠.٠١
	داخل المجموعات	٣٥٣.٠٣	١٠٨	٣.٢٦		
	المجموع	٩٣٧.٦٧	١٠٩			
البيئية	بين المجموعات	٣٠.٦٤	١	٣٠.٦٤	١٣.٣٣	٠.٠١
	داخل المجموعات	٢٤٨.١٢	١٠٨	٢.٢٩		
	المجموع	٢٧٨.٧٦	١٠٩			
الغرباء	بين المجموعات	٤.٤٣	١	٤.٤٣	٥.٩١	غير دال
	داخل المجموعات	٨١.٠٦	١٠٨	٠.٧٥		

	المجموع	٨٥.٥٠	١٠٩			

جدول (٦)

يوضح اتجاه الفروق بين متلازمة داون والذاتوية في المخاوف

المخاوف	العينات	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
المكانية	داون	٦٠	٢.٨١	١.٢١	١٣.٢٠	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	١١.٧٠	٢.٠٣		
الضارة	داون	٦٠	٦.٨٣	٢.٢	٤٣.٩٧	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	١.٢٠	٠.٦٣		
الطبية	داون	٦٠	٩.١٣	٢.٠٨	٢.٩١	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٩.٢٨	١.٧٥		
الحيوانية	داون	٦٠	٩.٠٣	٢.٠٩	٣٨.٢٧	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٠.٤٤	٠.٤٤		
الاجتماعية	داون	٦٠	٩.٢٥	١.٤٢	٦.٧٤	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٤.٦٢	١.٦٢		
البيئية	داون	٦٠	٦.١٠	١.٤٢	٢.٠٥	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٧.١٧	١.٦٢		
الغرباء	داون	٦٠	٢.٣١	٠.٧٩	١.٦٦	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٢.٧٢	٠.٩٤		

يتضح من الجدول السابق مايلي

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف المكانية والفروق لصالح أطفال الذاتوية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف الضارة والفروق لصالح متلازمة داون.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف الطبية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف الحيوانية والفروق لصالح متلازمة داون.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف الاجتماعية.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف البيئية.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في مخاوف الغرباء.

نتيجة الفرض الثاني

والذي نص على **"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال متلازمة داون ومتوسط درجات أطفال الذاتوية وذلك في المشكلات السلوكية على أبعاد المقياس المستخدم في الدراسة الحالية "**.

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد استخدم الباحثان تحليل التباين بين المجموعات للتعرف على طبيعة الفروق بين المجموعات في المشكلات السلوكية.

جدول رقم (٧)

يوضح الفروق في المشكلات السلوكية لعينة متلازمة داون وعينة الذاتوية على الجزء الثاني من قياس السلوك التوافقي

أبعاد المشكلات السلوكية		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	الدلالة
العنف	بين المجموعات	٣٩.٠٠	١	٩٣.٠٠٥	٣٣.١٢	٠.٠١
	داخل المجموعات	٣٠٣.٢١	١٠٨	٢.٨٠		
	المجموع	٣٩٦.٢١	١٠٩			
المضاد للمجتمع	بين المجموعات	٢٤٢.٧٣	١	٢٤٢.٧٣	٦٣.٤٦	٠.٠١
	داخل المجموعات	٤١٣.٠٨	١٠٨	٣.٨٢		
	المجموع	٦٥٥.٨١	١٠٩			
التمردي	بين المجموعات	٧١٠.٢٩	١	٧١٠.٢٩	٢١٢.٩٣	٠.٠١
	داخل المجموعات	٣٦٠.٢٦	١٠٨	٣.٣٣		
	المجموع	١٠٧٠.٥٥	١٠٩			
غير المؤتمن	بين المجموعات	١٠.٣٧	١	١٠.٣٧	٢٠.١٨	٠.٠١
	داخل المجموعات	٥٥.٤٨	١٠٨	٠.٥١		
	المجموع	٦٥.٨٥	١٠٩			
الانسحابي	بين المجموعات	٤٧٩٥.٢٩	١	٤٧٩٥.٢٩	٥٤١٦.١٤	٠.٠١
	داخل المجموعات	٩٥.٦٢	١٠٨	٠.٨٨		
	المجموع	٤٨٩٠.٩١	١٠٩			
النمطي	بين المجموعات	٢٧١.١٨	١	٢٧١.١٨	٢٦.٣١	٠.٠١
	داخل المجموعات	١١١٣.٢١	١٠٨	١٠.٣٠		
	المجموع	١٣٨٤.٤٠	١٠٩			
غير المناسب	بين المجموعات	٤٠٩.١٦	١	٤٠٩.١٦	١١٨.٧٤	٠.٠١
	داخل المجموعات	٣٧٢.١٥	١٠٨	٣.٤٤		
	المجموع	٧٨١.٣١	١٠٩			
صوتية غريبة	بين المجموعات	٤٠٩.١٦	١	٤٠٩.١٦	٣٠.٤٢	٠.٠١
	داخل المجموعات	١٥١.٢٥	١٠٨	١.٤٠		
	المجموع	١٩٣.٨٦	١٠٩			
ايذاء الذات	بين المجموعات	٦٦٥.٥٥	١	٦٦٥.٥٥	١١٨.٩	٠.٠١
	داخل المجموعات	٦٤.٨٢	١٠٨	٠.٦٠		
	المجموع	٧٣٠.٣٧	١٠٩			
نشاط زائد	بين المجموعات	٣٤.٨٢	١	٣٤.٨٢	١٢.٨٩	٠.٠١

	داخل المجموعات	٢٩١.٧٣	١٠٨	٢.٧٠		
	المجموع	٣٢٦.٥٥	١٠٩			
جنسي	بين المجموعات	١٤.٤٠	١	١٤.٤٠	٣٥.٧٩	٠.٠١
	داخل المجموعات	٤٣.٤٥	١٠٨	٠.٤٠		
	المجموع	٥٧.٨٥	١٠٩			
اضطراب نفسي	بين المجموعات	١٥٠.١٨	١	١٥٠.١٨	٣٧.٤٦	٠.٠١
	داخل المجموعات	٤٢٩.٧١	١٠٨	٣.٩٧		
	المجموع	٥٧٩.٩	١٠٩			
استخدام عقاقير	بين المجموعات	١٠.٤٨	١	١٠.٤٨	٦٣.٦٨	٠.٠١
	داخل المجموعات	١٧.٧٨	١٠٨	٠.١٦		
	المجموع	٢٨.٢٦	١٠٩			

جدول رقم (٨)

يوضح دلالة الفروق في المشكلات السلوكية بين متلازمة داون والذاتوية

المشكلة	العينات	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
العنف	داون	٦٠	٤.٨٣	١.٤١	٣.٧٤	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٦.٦٨	١.٩٤		
غير الاجتماعي	داون	٦٠	٦.٠٨	٢.٥١	٣٤.٩٣	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٣.١٠	٠.٨٨		
المتمرد	داون	٦٠	٩.٣٨	٢.٢٩	٢١.٢٦	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٤.٢٨	١.٠١		
غير المؤتمن	داون	٦٠	١.٣٨	٠.٧٩	٣.٨٥	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٠.٧٠	٠.٦١		
الانسحابي	داون	٦٠	٢.٣١	٠.١١	١٥٧.٧	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	١٣.٢٦	١.٣٩		
النمطي	داون	٦٠	٤.٩٦	٤.٠٥	١١٣.٥٨	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٨.١٢	١.٧٢		
غير المناسب	داون	٦٠	١.٤١	١.٧١	١.٠٧	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٥.٣٤	١.٩٥		
الصوتية	داون	٦٠	٢.٧١	١.٨١	١.٨٩	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٤٠٠	١.١٧		
الغريبة	داون	٦٠	٤.٥٣	١.٥٧	٣.٩٤	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٨.٣١	١.٩٧		
ايذاءالذات	داون	٦٠	٠.٠٠	٠.٠٠	١٣٦.٨٦	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٤.٩٣	١.١٥		
نشاط زائد	داون	٦٠	٥.٤٥	١.٩١	٦.٣٤	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٤.٣٢	١.٢٣		
جنسي	داون	٦٠	١.٣٦	٠.٥٨	٢.٨	غير دالة
	ذاتوية	٥٠	٠.٦٤	٠.٦٩		

اضطرابات نفسية[1]	داون	٦٠	٨.١٦	٢.٤٢	١٨.٤٥	٠.٠١
	ذاتوية	٥٠	٥.٨٢	١.١٧		

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد العنف والسلوك التدميري.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك غير الاجتماعي والفروق لصالح متلازمة داون.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك التمردي والفروق لصالح متلازمة داون.
- لاتوجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك غير المؤتمن.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك الانسحابي والفروق لصالح الذاتوية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك النمطي والفروق لصالح الذاتوية.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون و الذاتوية في بعد السلوك غير المناسب.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوكيات الصوتية غير المقبولة.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوكيات الغريبة.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في إيذاء الذات والفروق لصالح الذاتوية.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد النشاط الزائد.
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد السلوك الجنسي.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في بعد الاضطرابات النفسية والفروق لصالح متلازمة داون.

نتيجة الفرض الثالث

والذي نص على **"ترتبط درجات مخاوف أطفال متلازمة داون بدرجاتهم في المشكلات السلوكية"**.

وللتحقق من صدق الفرض السابق استخدم الباحثان معامل الإرتباط لبيرسون للتعرف على العلاقة الإرتباطية ودلالة إرتباط المخاوف لأطفال متلازمة داون بمشكلاتهم السلوكية .

---

(1) استبعد الباحثان سوء استخدام العقاقير من الجزء الثاني من المشكلات السلوكية مقياس السلوك التوافقي على اعتبار أن العينات تتعاطي الادوية نظرا لحالاتها المرضية وليس إدمانا للعقاقير كما اورد ذلك صفوت فرج وناهد رمزي بدليل مقياس السلوك التوافقي المستخدم.

جدول رقم (٩)

يوضح معامل الإرتباط بين مخاوف أطفال متلازمة داون ومشكلاتهم السلوكية ودلالة الارتباط

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الضارة لأطفال متلازمة داون إرتباطا دالاً بمشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والنشاط الزائد والسلوك الجنسي والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة.
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الطبية لأطفال متلازمة داون إرتباطا دالاً بمشكلات التمرد والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة .
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الحيوانية لأطفال متلازمة داون إرتباطا دالاً بمشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة والإضطرابات النفسية.
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف البيئية لأطفال متلازمة داون ارتباطا دالاً بمشكلات السلوكيات غير الاجتماعية والنشاط الزائد والعادات الغريبة.
- ترتبط متوسطات درجات مخاوف الغرباء لأطفال متلازمة داون إرتباطا دالاً بمشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والسلوكيات النمطية وإيذاء الذات والاضطرابات النفسية.

<u>نتيجة الفرض الرابع</u>

والذي نص على **"ترتبط درجات مخاوف أطفال الذاتوية بدرجاتهم في المشكلات السلوكية"**.

وللتحقق من صدق الفرض السابق فقد استخدم الباحثان معامل الارتباط لبيرسون للتعرف على العلاقة الارتباطية ودلالة إرتباط المخاوف لأطفال الذاتوية بمشكلاتهم السلوكية.

جدول رقم (١٠)

يوضح معامل الإرتباط بين مخاوف أطفال الذاتوية ومشكلاتهم السلوكية ودلالة ارتباطها

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- ترتبط متوسطات درجات المخاوف المكانية لأطفال الذاتوية ارتباطا دالاً بمشكلات الإضطرابات النفسية.
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الضارة لأطفال الذاتوية ارتباطا دالاً بمشكلات العادات الصوتية غير المقبولة.
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الحيوانية لأطفال الذاتوية ارتباطا دالاً بمشكلات السلوك التدميري والسلوك الاجتماعي غير المناسب.
- ترتبط متوسطات درجات المخاوف الاجتماعية لأطفال الذاتوية ارتباطا دالاً بمشكلات السلوك المتمرد والسلوك النمطي والسلوك غير الاجتماعي.
- ترتبط متوسطات درجات مخاوف الغرباء لأطفال الذاتوية ارتباطا دالاً بمشكلات التمرد والسلوك الإنسحابي والنمطي والسلوك غير الاجتماعي .

مناقشة النتائج

أشارت نتيجة الفرض الأول إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات عينة أطفال متلازمة داون وعينة أطفال الذاتوية في المخاوف الحيوانية وفي المخاوف الضارة والفروق لصالح متلازمة داون في حين أشارت نتيجة الفرض وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية في المخاوف المكانية والفروق لصالح أطفال الذاتوية بينما أشار الفرض إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في كل من المخاوف الطبية والاجتماعية والبيئية والغرباء.

وتتفق نتيجة الفرض الحالي مع ماسبق وأن أشارت إليه دراسات كل من اليونورا (Eleonora,1996) وجيتا (Geeta,1996) ومايكل وزملائه (Michal, et. al, 1998) وايفانز وزملائه (Evans, et. al, 2005) والتي اشارت جميعها إلى انتشار المخاوف الطبية والإيذاء والإضطرابات الإنفعالية كالحزن وسوء التوافق الاجتماعي بين أطفال متلازمة داون وتتسق نتيجة الفرض مع ما سبق وأن أشار إليه كل من سيرفيكا وسيشيتا Serafica & Cicchetti حيث أن أطفال متلازمة داون اقل خوفا من الغرباء وخبرات الإنفصال عن القائم برعايتهم بالإضافة إلى معاناتهم لبعض المخاوف الفطرية كمخاوف الإنفصال والغرباء وذلك بالمقارنة بمجموعات أخرى ضابطة. (Serafica&Cicchetti,1986,137)

في حين يؤكد بريدج وسيشتي Bridge & Cicchetti بأن أطفال متلازمة داون تزداد لديهم إستجابات الخوف مع زيادة مستويات الحزن والأسى عند تعرضهم لمثيرات تهديديه شديدة كما أنهم أقل استجابة للمخاوف البيئية عن غيرهم .

(Bridge&Cicchetti,1992,228)

وعلى ذلك فأكثر الأفراد تعرضا لمشكلات القلق والمخاوف الذين يعانون من الإضطرابات السلوكية والعقلية كما للحالة المزاجية للأفراد دور كبير في ظهور تلك الأعراض وهي تعني أن أكثر الذين يميلون لإستجابات الخوف والخجل والكبت في المواقف العادية المألوفة هم أكثر الأشخاص عرضة لمخاطر القلق والمخاوف وهو ما يوصي به الخبراء على ضرورة ملاحظة علامات الخوف والقلق على أطفالهم والتي قد تحول دون الأداء المدرسي وتقدمهم في السلم التعليمي (Robinson,et.al-2005,67)

على جانب آخر أشارت نتيجة الفرض ذاتة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية في المخاوف المكانية والفروق لصالح أطفال الذاتوية وتتفق نتيجة الفرض مع ما سبق وأن أشارت إليه دراسات كيم وزملائه (kim, et. al. 2000) وجيلوت وستاندن (Gillot &

standen, 2007) ودراسة كوزيكو وزملاؤه (Kusikko, et. al, 2008) والتي أشارت إلى ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي والمخاوف الاجتماعية والمكانية لأطفال الذاتوية عند مقارنتهم مما يشير إلى انتشار مخاوف الأماكن المختلفة.

وتتسق نتيجة الفرض مع خصائص أطفال الذاتوية إذ يميل الطفل الذاتوي إلى الإرتباط الشديد بالأشياء أكثر من الأشخاص كما يرفض تماما أي تغير في حياته اليومية سواء في منزلة أو ملبسة أو مأكلة . (فراج-٢٠٠٢-٣٥)

ويبدو أن اطفال الذاتوية أكثر خوفا من التغيرات الروتينية المكانية والتي تجري في الحياة اليومية للفرد أكثر من غيرها من المخاوف الأخرى في حين ظهرت مخاوف متلازمة داون أكثر واقعية فتضمنت مخاوف حيوانية وطبيعية فتكاد تعكس مخاوف كل فئة من فئات عينة الدراسة خصائصها وما تعانية من مشكلات تلك خصائص الإعاقة.

وأشارت نتيجة الفرض الثاني إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات متلازمة داون والذاتوية في السلوك غير الاجتماعي والتمردي والاضطرابات النفسية والفروق لصالح متلازمة داون.

بينما كانت الفروق لصالح أطفال الذاتوية في السلوك الإنسحابي والسلوك النمطي وإيذاء الذات في حين لم نجد فروق بين متوسطات درجات أطفال متلازمة داون وأطفال الذاتوية في السلوك التدميري وغير المؤتمن والسلوك غير المناسب والسلوكيات الغريبة والجنسي والنشاط الزائد.

وتتفق نتيجة الفرض مع ما سبق وان اشارت الية دراسات (الخطيب- ١٩٨٨) و(عبد المنعم -١٩٩١) ودراسة في (Fee, 1994) وباربار وآخرين (Barbara, et. al, 1996) والتي أشارت إلى انتشار بعض المشكلات السلوكية بين أطفال متلازمة داون كالتمرد والعصيان والإضطرابات النفسية كما اشارت دراسات دراسة ونيس-١٩٩٦ ومايرز وبيوشل (Myers&Pueschel,1998) وكو وزملائه (Coe,et.al,1999) إلى انتشار النشاط الزائد والعدوانية والقلق والإضطرابات النفسية والقلق والاكتئاب لأطفال متلازمة داون .

ويبدو أن أطفال متلازمة داون يعانون كثيرًا من المشكلات السلوكية التي تقف سدًا يحول دون تعليمهم بالإضافة إلى مشكلات أخرى كالعصيان وإثارة الفوضى- العدوان - النشاط الحركي الزائد – قصور الإنتباه وإضطرابات القلق والسلوكيات التكرارية وعلاوة على قضم الأظافر- مص الأصابع - الخجل - الخوف - التبول اللاإرادي) والتي جميعها تعوق عملية إعداد البرامج لهم بل تجهض أي جهود يمكن أن تساعدهم في التأهيل الاجتماعي (Cuskelly & Dadds,2006,750) .

كما تؤكد الدراسات أن أطفال متلازمة داون يعانون من إضطرابات سلوكية أكثر من العاديين فاضطراب الإنتباه والنشاط الحركي الزائد يمثل نسبة ٦.١% في حين يمثل العصيان والسلوك التمردي والعدوان ٦.٥% بينما يحتل الإكتئاب نسبة ٦.١% كما تزداد حدة المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون مع مصاحبة الإعاقة بأمراض عضوية أو إعاقات أخرى مما يزيد من وطأة مشكلاتهم السلوكية ويعمق من شدتها. (Myers &Pueschel,1998,612)

وعلى جانب آخر أشارت نتيجة الفرض نفسه إلى انتشارمشكلات السلوك الإنسحابي والسلوك النمطي وإيذاء الذات لأطفال الذاتوية وهو ما سبق أن أشارت إليه دراسات (الجلبي -٢٠٠٠) ودراسة ايفانز وزملائه (Evans,et,al,2005) والتى أكدت إنتشار مشكلات اضطراب النضج الاجتماعي والانفعالي وعدم إدراك المخاطر وإيذاء الذات والإنسحاب الاجتماعي والتمرد والعصيان وإضطرابات الكلام وضعف المحصول اللغوي لأطفال الذاتوية عند مقارنتهم بعينات أخرى.

ويبدو أن الذاتوية إعاقة ذات طابع خاص حتى فيما يتعلق بمشكلاتها السلوكية المصاحبة لها حيث تتفرد ببعض المشكلات السلوكية عن غيرها من الإعاقات والتي تشير في مضمونها إلى مدى حاجة طفل الذاتوية لتقديم العون والمساعدة.

وبالنسبة لنتيجة الفرض الثالث والتي أشارت إلى وجود إرتباط دال بين متوسطات درجات المخاوف الضارة أطفال متلازمة داون ومشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والنشاط الزائد والسلوك الجنسي والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة كما أشارت إلى وجود إرتباط دال بين درجات المخاوف الطبية أطفال متلازمة داون ومشكلات التمرد والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة .

وكذلك وجدت الدراسة إرتباطا دالاً بين درجات المخاوف الحيوانية لأطفال متلازمة داون ومشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والعادات الصوتية غير المقبولة والعادات الغريبة والإضطرابات النفسية كما وجدت ارتباطًا دالاً بين المخاوف البيئية ومشكلات السلوكيات غير الاجتماعية والنشاط الزائد والعادات الغريبة بالإضافة إلى وجود ارتباط دال بين درجات مخاوف الغرباء ومشكلات التمرد والسلوكيات غير الاجتماعية والسلوكيات النمطية ويذاء الذات والإضطرابات النفسية.

وتتفق نتيجة الفرض ما ماسبق وأن أشارت إليه دراسة ايفانز وزملائه (Evans.et.al,2005) والتي أكدت أن معاناة أطفال متلازمة داون من المخاوف سواء الاجتماعية أو الطبية أو الحيوانية يصاحبها معاناة الطفل ذاتة لعديد من المشكلات السلوكية جراء المخاوف التي يتعرض لها.

ويبدو أن أسباب المخاوف للمعاقين تتشعب وتتعدد في مرحلة الطفولة الباكرة لتنتج هذا الكم الهائل ومن أكثر الأطفال شعورا بها هو الذي يشعر بنقص معين لديه كالقصور الجسمي والعقلي، ويتعرض لمواقف شتى من النبذ والسخرية .

(ماكبريد- ١٩٧١- ٨٨)

ويمكن أن يعكس إرتباط المخاوف المرضية بعديد من المشكلات السلوكية مدى ما يتعرض إليه طفل متلازمة داون من إحباط وتهديد من قبل المجتمع فأطفال متلازمة دوان نتيجة شيوع ملامحهم الجسمية وتعرضهم لمواقف محرجة من قبل الآخرين تقلل ثقة الطفل بنفسه ويزج به في مواقف يشعر فيها بعدم الأمان والتهديد خصوصًا خبرات الفشل التي تحط من تقديره لذاته. وتزيد احتمال أن يصبح الطفل أكثر عرضه للمخاوف علاوة على إنعكاسها السلبي في قدرة الطفل على التوافق الاجتماعي. (الطحان -١٩٩٠-٧٦)

وبشكل عام فالأطفال الأقل ذكاء أكثر حساسية للمخاوف أقل قدرة على مواجهة الأخطار الواقعية فما نفسره كشيء خطير يتوقف على كيفية معالجة أدمغتنا للمعلومات الواردة، فطريقة معالجة المعوقين للمعلومات ضحلة، ولا يستطيعون فهم معناها كما يفعل الأشخاص العاديون.(عبد المؤمن- ب ت –٣٥)

وبالنسبة لنتيجة الفرض الرابع والتي أشارت إلى وجود إرتباط دال بين متوسطات درجات المخاوف الاجتماعية لأطفال الذاتوية ومشكلات السلوك المتمرد والسلوك النمطي والسلوك غير الاجتماعي كما إرتبطت المخاوف المكانية بمشكلات الاضطرابات النفسية وكذلك المخاوف الضارة بمشكلات العادات الصوتية

غير المقبولة كما إرتبطت المخاوف الحيوانية بمشكلات السلوك التدميري والسلوك الاجتماعي غير المناسب بالاضافة إلى إرتباط مخاوف الغرباء بمشكلات التمرد والسلوك الإنسحابي والنمطي والسلوك غير الاجتماعي .

وتتفق نتيجة الفرض السابق مع ما سبق وأن أشارت اليه دراسة ايفانز وزملائه (Evans.et.al,2005) وراب وزملائه (Rapp.et.al,2005) وشاباني وفيشر (Shaۨbani&Fisher,2006) وريكياردي وزملائه (Ricciardi,.et.al,2006) التي أكدت جميعا معاناة أطفال الذاتوية من المخاوف المكانية أكثر من المخاوف الطبية وتقل معاناتهم لمخاوف الإيذاء أو الجروح كما أكدت فاعلية إستخدام العلاج السلوكي (التقارب التدريجي والتشكيل) في خفض حدة المخاوف الطبية وحمامات السباحة والدمي .

ويمكن القول ان الأسباب والعوامل الكامنة وراء مخاوف الذاتويين متشعبة وكثيرة ولكنها تجتمع في المواقف التي يستشعر فيها الطفل بالخوف من الأشياء البيئية المحيطة ثم تتسلل تلك الإستجابات المخيفة للأفراد وتتخطي مواقف الخوف الطبيعية وتتدخل في حياتهم وحياة المحيطين وربما تكون هذه المواقف غير حقيقية وبالتالي تصبح مشكلة الخوف أشد وأكثر قسوة بحيث يؤثر على وظائف الفرد الاجتماعية والشخصية. (شقير-٢٠٠٠-٦٩)

ويبدو أن الخوف والقلق من أكثر الانفعالات لدى أطفال الذاتوية ولاسيما في السنوات الأولى من حياتهم، فالخوف انفعال يكتشفه أي شخص يتفاعل معهم .

(كوهين وبولتون- ٢٠٠٠-٢٤)

كما يمكن القول بأن هذه المخاوف ترتبط بخصائص الطفل الذاتوي، فالخوف والقلق آمران طبيعيان لتلك الفئة نظرا لإفتقارهم القدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها وعدم قدرتهم على طرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به من مواقف وأحداث. (روتزوجيتس-٢٠٠٥ -٦٣)

وكذلك لإرتباط مخاوفهم بالأحداث التي يفسرها المخ باعتبارها خطيرة وبصورة تقريبية فتنموا لدى معظمهم مخاوف من أشياء غير مخيفة في وقت أو أخر ومن الصعب معرفة أصل تلك المخاوف ولكن من الممكن تقصي ذلك والعودة إلي أصل المشكلة، ويختلف الذاتويين عن الأطفال العاديين في أنهم لا يملكون أي وسيلة لطلب المساعدة، كما ان الأحداث التي تضايقهم تميل نحو تأكيد مخاوفهم التي تتعلق بالبيئة المحيطة، ولعدم حبهم لأي تغيير، فالسلوك الذي أحدثته في البداية مخاوف معينة يتواصل ويستمر كعادة روتينية لمدة طويلة بعد زوال المثير الذي سببه. في حين يبدو بعض الذاتويون خائفين ومتوترين بصورة مستمرة غير مبالين بتاتاً أو متقبلين للأمور أياً كانت نتائجها. (وينج – ١٩٩٤-٥٤)

توصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحثان بما يلي :

١- تزويد الأخصائيين والوالدين بطرق التعرف على مخاوف كل من طفل متلازمة داون والذاتوية .

٢- إعداد دورات تدريبية لكل من الأخصايين ووالدي أطفال متلازمة داون والذاتوية في التعرف على مخاوفهم بهدف زيادة ووعيهم بإمكانية التدخل السريع في مثل هذه الحالات .

٣- إعداد كوادر مدربة متخصصة قادرة على التعامل مع مثل هذه الفئات وإستيعاب مشكلاتها السلوكية والبحث عن وضع حلول لتلك المشكلات.

٤- ضرورة تبصير الوالدين بأكثر المخاوف إنتشارًا لكل من متلازمة داون والذاتوية وكيفية التعامل معها .

٥- زيادة وعي الوالدين بأهمية المناحي العلاجية في التعامل مع كل من المخاوف والمشكلات السلوكية على حد سواء والبعد عن التدخلات العشوائية ذات العواقب الوخيمة على الطفل والاسرة.

٦- ينبغي تبصير والأخوة القران بأهم المشكلات السلوكية الناجمة عن مخاوف متلازمة داون والذاتوية مع زيادة الوعي بأهمية العلاج السلوكي لهم .

بحوث مقترحة

وإنطلاقاً من الدراسة الحالية يقترح الباحثان البحوث التالية :-

١- دراسة العلاقة بين شدة المخاوف والتلعثم لدى عينة من أطفال متلازمة داون.

٢- فاعلية برنامج ارشادي للأخوة أطفال الذاتوية في خفض حدة المخاوف المكانية.

٣- فاعلية فنيات النمذجة ولعب الأداورفي خفض حدة المخاوف الطبية لأطفال متلازمة داون ممن يعانون من مرض السكر.

٤- العلاقة بين فشل التواصل اللغوي وأنواع المشكلات السلوكية لذوي الإعاقة العقلية الشديدة والذاتوية (دراسة مقارنة) .

المراجع العربية:

١- (إبراهيم) عبد الستار و(إبراهيم) رضوي (١٩٩٥) العلاج السلوكي للطفل - سلسلة عالم المعرفة- الكويت - المجلس الوطني للنشر .
٢- (أبو زيد) مدحت عبد الحميد(٢٠٠٨) علم نفس الطفل "الخوف والرهاب لدى الأطفال" – الاسكندرية –دار المعرفة الجامعية
٣- (الجلبي) سوسن شاكر (٢٠٠٠) "دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولي في العراق"، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد ٣٦ .
٤- (الخطيب) جمال (١٩٩٨) تعديل السلوك القوانين والإجراءات- الأردن - عمان المطابع العمالية .
٥- (الشامي) وفاء علي (٢٠٠٤) سمات التوحد " تطورها و كيفية التعامل معها " – المملكة العربية السعودية - مركز جدة للتوحد.
٦- (سلامة) ممدوحة (١٩٨٧) مخاوف الأطفال وإدراكهم " القبول – الرفض " الوالدي – القاهرة - الهيئة المصرية العامة للكتاب- مجلة علم النفس – العدد ٢
٧- (شريت) أشرف محمد عبد الغني (٢٠٠٨) – الطفل المعاق عقليا " سلوكه – مخاوفه" - القاهرة - مؤسسة حورس الدولية.
٨- (صادق)عادل ،(١٩٨٨) في بيتنا مريض نفسي– القاهرة – دار الحرية - كتاب الحرية - العدد ١٩ .
٩- (صادق) عادل (١٩٨٧) كتابات – القاهرة – دار المعارف.
١٠- (عبد الفتاح) يوسف (١٩٩٢) بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم "دراسة مقارنة" القاهرة - الهيئة المصرية العامة للكتاب - مجلة علم النفس- العدد ٢١ .
١١- (عبد المؤمن) محمد حسين (ب- ت) "مشكلات الأطفال النفسية"- القاهرة – دار الفكر العربي .
١٢- (عبد المنعم) عفاف (١٩٩١) المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمدارس التأهيل الفكري - القاهرة - جامعة عين شمس- مركز دراسات الطفولة- المؤتمر السنوي السابع.
١٣- (فرج) صفوت – (رمزي) ناهد (١٩٩٩) مقياس السلوك التوافقي - القاهرة -الانجلو المصرية .
١٤- (فرويد) سيجموند (١٩٨٩) الكف العرض والنقيض ترجمة محمد عثمان نجاتي – القاهرة - دار الشروق- ط ٤.
١٥- (كوهين) سايمون – (بولتون) باتريك (٢٠٠٠) – حقائق التوحد - عبد الله إبراهيم الحمدان – المملكة العربية السعودية- الرياض- أكاديمية التربية الخاصة
١٦- (ماكبريد) و. ج (١٩٧١) "التغلب على الخوف " ترجمة يوسف ميخائيل أسعد - القاهرة- دار النهضة المصرية.
١٧- (مليكه) لويس كامل (١٩٩٨) – دليل مقياس ستانفورد - بنيه الصورة الرابعة – قياس وتقييم القدرات المعرفية في حالات الصحة و المرض – القاهرة – دار النهضة العربية .
١٨- (ونيس) نجدي (١٩٩٦) دراسة السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى المتخلفين عقليا -رسالة دكتوراه - القاهرة- جامعة عين شمس - كلية التربية.
١٩- (وينج) لورنا (١٩٩٤) – الأطفال التوحديون "مرشد الأباء ترجمة" هناء المسلم"– الكويت - الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين.

٢٠- (الطحان) لبنى إسماعيل أحمد (١٩٩٥) "تقدير الذات وعلاقته ببعض المخاوف لدى الطفل الأصم" القاهرة- معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس- رسالة ماجستير غير منشورة .
٢١- (زهران) حامد عبد السلام (٢٠٠٥) "الصحة النفسية والعلاج النفسي" – القاهرة - عالم الكتب– ط ٤ .
٢٢- (شقير) زينب محمود (٢٠٠٠) – مقياس المخاوف لمرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة – دار النهضة المصرية – القاهرة.
٢٣- (روتز) مورين – (جيتنس) تيسا (٢٠٠٥) – العلاج الأمثل لمرض التوحد "الاوتيزم" المشكلة والحل – القاهرة - دار الفاروق.
٢٤- (عبد الصادق) فاتن صلاح (١٩٩٩)"دراسة مقارنة للصفحة النفسية لمقياس ستانفورد – بنيه الصورة الرابعة بين ذوي صعوبات التعلم و المتأخرين دراسيا والمعاقين عقليا" القاهرة – جامعة عين شمس - كلية الآداب– رسالة ماجستير غير منشورة.
٢٥- (يحيى) خولة أحمد (٢٠٠٠) الاضطرابات السلوكية والانفعالية – عمان- دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٢٦- فراج (عثمان لبيب)، (٢٠٠٢) الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تعريفها وتصنيفها وأعراضها وتشخيصها وطرق علاجها- القاهرة -المجلس العربي للطفولة.

المراجع الأجنبية

1) Barbara.H (1996) Children with and without disabilities, Paper presented at the annual conference of American education, New York, 17, 1, 8-12

2) Barlow.D and Craske.M (2003) Mastery of your anxiety and panic, Journal of Applied Behavior Analysis, 32, 1, 95-98

3) Bonnie M. MacNeil, Vicki A. Lopes, Patricia M. Minnes (2009) Anxiety in children and adolescents with Autism Spectrum Disorders , Research in Autism Spectrum Disorders, 3,1,21 available @ http://ees.elsevier.com

4) Bridges.F and Cicchett.D (1992) Mother's rating of temperamental characteristic of Down syndrome infant, Journal Developmental Psychology, 18, 1,228-244

5) Coe.D,Matson.J,Russel.D,Slifer.K,Capone.G,Baglio.C &Staalling.S(1999) Behavior problem of children with down

syndrome and life event ,Journal of autism and Developmental disorders ,292,149-155

6) Cuskelly .M& Dadds.M(2006) Behavioral Problems in children with down's syndrome and their siblings. Journal of child psychiatry.33,4,749-661 available @www.ncbi.nih.gov/ Pub-Med

7) Derevensky.J (1999) Children's fears, a developmental comparison of normal and exception children, Psychological Review, 135-1, 11-21,

8) Dyken.E, Beth.R, Tram.L & Jaclyn.S (2005) Music and anxiety in Williams's syndrome: A harmonious or discordant relationship, American Journal of Mental Retardation, 110, 5,346-358

9) Eleonora.G (1996) Fears of youth with mental retardation: Psychometric evaluation of the fear survey for children- II, (FSSC- II), Journal of Research in developmental disabilities, 17, 4,269-284

10) Evans.D,Canavera,K,Klenpeter,L,Maccubbin,E&Taga,K(2005) The fears ,phobias and anxieties of children with autism spectrum disorders and down syndrome: comparison with developmentally and chronologically age matched children ,Child psychiatry and human development ,3, 1,3-26

11) Fee.V (1994) Attention deficit hyperactivity disorders among mentally retarded children, Journal of Mississippi University, 15, 1, 67-99

12) Geeta .S, Micheal.G & Aman.S (1996) Parent and self rating of anxiety in children with mental retardation: agreement levels and test

retest reliability, Journal of Research in developmental disabilities, 17, 1, 27-39

13) Gillham .J, Carter.S, Volkmar.F and Sparrow.S (2000) Toward a Developmental Operational Definition of Autism, journal of Autism and Developmental Disorders-30, 4, 269 -278 www.springerlink.com

14) Gillott.A & Standen .p (2007) Level of anxiety and sources of stress in adults with autism. Journal of Intellectual Disabilities. 11,4,359-370 . available @ Sagepub.com

15) Ginnsburg.G,Silverman.W&Kurtines.W(1995) Family involvement in treating children with phobia and anxiety disorders, Clinical Psychology Review ,15,2,457-473

16) Gullon.E,King.N&Cummins.R(1996)Fears of children and adolescent with mental retardation, A psychometric evaluation of the fears survey schedule for children- Π(FSSC- Π) ,Journal of developmental disabilities,17,2, 239-369

17) Huberty.T (2005) Children and anxiety, in Robinson. E and Rotter.D (EDS) helping children cope with fears and stress, Eric counseling and student services, North Carolina, Greensboro, NC 27412-5001

18) Kagan.J, Reznick.j, Clark.C&Snidman.N (1994) Behavior inhibition to unfamiliar, Journal of child development, 55, 2,212-225

19) Kim. J, Szmatmari. P, Bryson. S, Streiner. D & Wilson. F(2000) The prevalence of anxiety and mode problems among children with autism and asperger .Journal of autism. 4,2,117-132. available @ SAGE Journal online

20) Kratochwill.T, Sanders.M, Wiemer.S (1992) Children and fears and phobias psychological Prospective, National Association of School Psychologists, Washington D.C, 214-222

21) Kusikko.S,Wurman.R,Jussila.k,Carter.A,Mattila.M,Ebeling.H,Pauls.D& Moilanen.(2008)Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and asperger syndrome. Journal of autism developmental disorders,38,1697-1709 available @ Spring Science Media

22) Luscre.D and Center.D (1996) Procedures for reducing dental fear in children with Autism, Journal of Autism, Disorders 26, 2,547-556

23) Marks. I (1997) Fears, phobias and rituals, Oxford University Press

24) Matson.J and Love.S (1990) A comparison of parental –reported fears for autistic and non handicapped age matched and youth, Journal of Developmentally Disabilities,16,2,349-357

25) Matthews.B (2005) fears and phobias, National association of school psychologist, Washington DC, Government

26) Maurer.A (1995) what children fears, Journal of general psychology, 106, 1,205-227

27) Mcdowell.R, Scher, C& Barsts.S (1995) Total intravenous anesthesia for children undergoing brief diagnostic or therapeutic procedures, Journal of clinical Anesthesia,7,1,280-295

28) Myers.B & Pueschel.S(1998) Psychiatric disorders in persons with down syndrome. J Nerv Ment Dis.197,10,609 -613. available @ www.ncbi.nih.gov / PubMed

29) Ollendick.T and King .N (1998) Empirically supported treatment for children with phobic and anxiety disorders" current status" Journal of Clinical child psychology, 27, 1,156-169

30) Ramirez.S and Kratochwill.T(1997)Self reported fears in children with and without mental retardation ,Journal of mental retardation,35,1,83-92

31) Ramruttun.B&Jenkins.C(1998)Paralinguistic Communication and Down Syndrome, Down Syndrome Research and Practice, 5,2,53-62 available @Down Syndrome Education Trust

32) Rapp.J,Vollmer.T&Hovanetz.A(2005) Evaluation and treatment of swimming pool avoidance exhibited by an adolescent girl with autism. Journal of Behavior Therapy,36,105-101

33) Ricciardi.J, Luiselli.J & Comare.M (2006) Shaping approach response as intervention for specific phobia in a child with autism, Journal of Applied Behavior Analysis, 39, 4.445-448

34) Robinson.E, Rotter.J,Fey.M&Vogel.K (2005) Helping children cope with fears and stress ,University of North Carolina,Greenshoro ,NC 27412

35) Scarr.S and Salapatek.P (1999) Patterns of fear development during infancy, Merrill-Palmer Quarterly, 16, 1, 53-90

36) Serafica.F and Cicchett.D (1986) Down's syndrome children in a strange situation Attachment and exploration behaviors, Merrill – Palmer Quarterly, 22, 1,137-150

37) Shabani.D and Fisher.W (2006) Stimulus fading and differential reinforcement for the treatment of needle phobia in youth with autism, Journal of Applied Behavior Analysis, 39, 4,449-452

38) Vandenberg.B (1993) Fears of normal and mental retarded children, Psychological Report, 72, 2,473-474

جدول رقم (٢)
يوضح معاملات الارتباط بين كل مفرده والبعد الذي تنتمي إليه

م	١- الاماكن	الارتباط	م	٢- الضارة	الارتباط	م	٣- الطبية	الارتباط	م	٤-الحيوانية	الارتباط	٥-الاجتماعية	الارتباط	٦- البيئية	الارتباط	٧- الغرباء	الارتباط
١	المساجد	٠.٨٢	١	موت الوالدين	٠.٨٩	١	وخز الطبيب	٠.٧٦	١	القوارض	٠.٦٥	الإجابه عن الأسئلة	٠.٦٥	حمامات السباحة	٠.٨٧	السيدات	٠.٦٠
٢	مسارح	٠.٨١	٢	موته شخصيا	٠.٨٥	٢	النزيف	٠.٨٣	٢	ارتكاب الأخطاء	٠.٦٦	ارتكاب الأخطاء	٠.٦٦	البحار/المياه	٠.٩١	المربيات	٠.٦٤
٣	تسوق	٠.٧٣	٣	جرح نفسه	٠.٧٥	٣	الحقن	٠.٨٥	٣	القطط	٠.٧٤	مواقف الاختبار	٠.٦١	الأنهار	٠.٨٧	الرجال	٠.٧١
٤	المشي في الزحام	٠.٧١	٤	المسدسات	٠.٧٨	٤	تنظيف الأسنان	٠.٦٣	٤	الكلاب	٠.٨٧	سوء التقديرات	٠.٥٩	الظلام	٠.٨٨	الأطفال	٠.٦٩
٥	الغرف الضيقة	٠.٦٨	٥	الأشباح/ الوحوش	٠.٧٧	٥	خلع الأسنان	٠.٦١	٥	الثعابين	٠.٩١	لقاء الأقران	٠.٦٣	الضوضاء	٠.٧٩	كبار السن	٠.٨٧
٦	المواصلات المزدحمة	٠.٦٨	٦	الجلوس وحده	٠.٧٥	٦	رؤية الدماء	٠.٦٢	٦	الطيور	٠.٧٣	المجموعات الصغيرة	٠.٥٨	قسوة الطقس	٠.٧٤	رجال الشرطة	٠.٨٣
٧	الطرق الجانبية	٠.٦٥	٧	المقابر	٠.٦٨	٧	حشو الأسنان	٠.٦٨	٧	الحشرات	٠.٧١	الأطفال الغرباء	٠.٦٢	الأقنعة	٠.٨٣		
٨	سلالم متحركة	٠.٨٦	٨	النار/ الحريق	٠.٦٨	٨	الكشف عند الطبيب	٠.٨٨						الدمي	٠.٨٥		
٩	القيادة فوق الكوبري	٠.٦٧	٩	يضل الطريق	٠.٨١									الأماكن الجديدة	٠.٧٦		
١٠	السيارات	٠.٩١	١٠-	الاختطاف	٠.٧٦												
١١	السفن	٠.٦٩	١١-	الأحلام والكوابيس	٠.٧١												
١٢	المشي فوق الكباري	٠.٧٦	١٢-	السكاكين/ الأدوات الحادة	٠.٦٥												
١٣	المصاعد	٠.٧٧	١٣-	الأمراض	٠.٧٨												
١٤	المرتفعات	٠.٨٨	١٤-	جرح الوالدين	٠.٦١												
١٥	الحدائق/ المناطق الفسيحة	٠.٨٦	١٥-	البرق / الرعد	٠.٦٩												
١٦	الأماكن المغلقة	٠.٨٤															
١٧	الذهاب للمدرسة	٠.٧٨															

جدول رقم (٩)
يوضح معامل الإرتباط بين مخاوف أطفال متلازمة داون ومشكلاتهم السلوكية ودلالة الارتباط

م	المشكلات / المخاوف	السلوك التدميري	المضاد للمجتمع	السلوك المتمرد	السلوك غير المؤتمن	السلوك الإنسحابي	السلوك النمطي	الاجتماعي غير المناسب	عادات صوتية	عادات غريبة	إيذاء الذات	نشاط زائد	سلوك جنسي	إضطرابات نفسية	استخدام العقاقير
١	مكانية	٠.١٢	٠.٠١٢	٠.١٧	٠.٠٦	٠.١٧	٠.٠١٣	٠.١٤	٠.٠٦٢	٠.١٤	٠.٠٢٨	٠.٠٢٧	٠.٠٧١	٠.١١	٠.٠٦١
٢	ضارة	٠.٢٥	٠.٠١٩	**٠.٤٠	٠.٠٢٥	٠.٠٤	٠.١٦	**٠.٥٢	°**٠.٣٩	*٠.٢٩	٠.٠٠٧	*-٠.٣٠	*٠.٢٨	**-٠.٦٥	٠.٠٥٦
٣	طبية	٠.٠٧١	٠.٠٤٦	*٠.٣٠	٠.٢٠	٠.١٠	٠.١٩	**-٠.٣٨	*٠.٢٧	٠.٢٠	٠.٠١١	٠.١٥	٠.١١	*٠.٢٩	٠.١٢
٤	حيوانية	٠.٢٣	٠.٠٠٤	**٠.٣٨	٠.١٧	٠.٠٧٥	٠.٠٠٦	**-٠.٥٠	*٠.٢٦	*٠.٣١	٠.٠٣٢	*-٠.٣١	٠.٠٧١	**-٠.٤٠	٠.٠١٠
٥	اجتماعية	٠.١٨	٠.١٥	٠.٠٠٤	٠.٠٤٨	٠.٠٠٨	٠.٠٩	٠.١٤	٠.٢٤	٠.٠١٠	٠.٠٣٢	٠.١٢	٠.٠٤٩	٠.١٠	٠.١٤
٦	بيئية	٠.٠٢٥	٠.١٤	٠.٢٢	٠.٢٢	٠.٠٢٩	٠.٠٣	-**٠.٤٤	٠.١٦	**٠.٣٣	٠.١٨	**-٠.٥٢	٠.٠٨٩	**٠.٤٦	٠.١٧
٧	غرباء	٠.٠٣	٠.٠٨٩	*٠.٢٦	٠.٢١	٠.٢٠	-*٠.٢٩	-**٠.٣٤	٠.١٢	٠.١٦	**-٠.٣٥	٠.١٣	٠.١٨	*-٠.٣١	٠.٠٥

(١) ** الارتباط دال عند ٠.٠٠١ * الارتباط دال عند ٠.٠٥

جدول رقم (١٠)

يوضح معامل الإرتباط بين مخاوف أطفال الذاتوية ومشكلاتهم السلوكية ودلالة ارتباطها

م	المشكلات / المخاوف	السلوك التدميري	المضاد للمجتمع	السلوك المتمرد	السلوك غير المؤتمن	السلوك الإنسحابي	السلوك النمطي	الاجتماعي غير المناسب	عادات صوتية	عادات غريبة	إيذاء الذات	نشاط زائد	سلوك جنسي	إضطرابات نفسية	استخدام العقاقير
١	مكانية	٠.٠٢٧	٠.١٣	٠.١٤	٠.٠٨	٠.٠٥٨	٠.١٥	٠.١٠	٠.١٤	٠.٠٣٨	٠.٢٣٥	٠.١٩٧	٠.٠٥٢	-**٠.٣٦	٠.١١
٢	ضارة	٠.٢٢	٠.٠٠	٠.٠٨	٠.٠٥	٠.٠٧٨	٠.١٢	٠.١٩	*٠.٣٢	٠.٠٣٢	٠.٠٤٤	٠.٠٥٧	٠.٠٦٥	٠.١٥٨	٠.٠٩٥
٣	طبية	٠.٠٢	٠.١١	٠.٠٥٧	٠.١١	٠.١١	٠.٢٤	٠.١٨	٠.١٢٩	٠.٠٣٧	٠.١٠٣	٠.٠٥٢	٠.٠٦٨	٠.٢٤	٠.١٨

٤	حيوانية	٠.٢٩*-	٠.٢١	٠.٠٤٣	٠.٠٣	٠.٠٧٤	٠.٠٠٨	٠.٣٩*-٦	٠.١٩	٠.٢١
٥	اجتماعية	٠.٢٣	٠.١١	٠.٢٨*-	٠.١٢-	٠.٠٢٠	٠.٣١*	٠.٣٧**	٠.٨٦	٠.١٤
٦	بيئية	٠.٠٤٨	٠.٠٢٦	٠.١٤	٠.٢١	٠.١١	٠.٢١	٠.٢٥	٠.١٥	٠.١٣
٧	غرباء	٠.٠٩٧	٠.٠١٠	٠.٣٠*-	٠.٢٧	٠.٥٢**	٠.٧١**	٠.٣٩**	٠.٠٧٣	٠.١٩

(١) ** الارتباط دال عند ٠.٠٠١ * الارتباط دال عند ٠.٠٥