استراتيجيات تعزيز المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية: مراجعة منهجية[1]

أديمي صموئيل يعقوب [2] Udeme Samuel Jacob

إيسيوما سيتامالايف إدوزي[3] Isioma Sitamalife Edozie

جيس بيلاي[4] Jace Pillay

ترجمة

أ.د. عبد الناصر أنيس عبد الوهاب

أستاذ علم النفس التربوي وعميد كلية التربية السابق، جامعة دمياط

anassera@du.edu.eg

مستخلص:

من المرجح أن يواجه الأفراد ذوو الإعاقة الذهنية الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية المرضية صعوبات في التواصل الاجتماعي. ويرتبط العجز في المهارات الاجتماعية أيضًا بالسلوكيات الصعبة أو سلوكيات التحدي وإيذاء النفس. وتقدم هذه الورقة أدلة عالمية من مراجعة منهجية للأدبيات حول قضايا مثل "التدخلات"؛ "تنمية المهارات الاجتماعية"، و"الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية". لقد أدى البحث الشامل في قواعد البيانات الببليوغرافية المختلفة إلى تحديد 1124 ورقة أكاديمية. حققت عشر ورقات معايير الإدراج لأغراض التحليل المتعمق بشأن استخدام التدخلات لتطوير المهارات الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وكشفت الدراسة أن المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية قد تم تعزيزها باستخدام استراتيجيات مختلفة، مثل التدخل في الفصول الدراسية، التدريب على الذكاء العاطفي، واستخدام التدخل عبر شبكة الأقران، وألعاب الكمبيوتر لتنظيم العواطف، والعلاج بالدمى. علاوة على ذلك، تشير النتائج إلى أن جوانب مختلفة مثل التواصل، وسد الفجوة في العجز في المهارات

1 Jacob, Udeme Samuel; Edozie, Isioma Sitamalife & Pillay, Jace (2022, Sep 13). Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. *Sec. Disability, Rehabilitation, and Inclusion*, 3 - 2022 | https://doi.org/10.3389/fresc.2022.968314

2 كرسي أبحاث جنوب أفريقي في التعليم والرعاية في مرحلة الطفولة، كلية التربية، جامعة جوهانسبرغ، جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا

3 قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة إبادان، إبادان، نيجيريا

4 قسم تعليم الكبار والتعليم غير الرسمي، مدرسة رعاية الطفولة المبكرة، التعليم الابتدائي وتعليم الكبار والتعليم غير الرسمي، كلية التعليم الفيدرالية (الفنية) أسابا، أسابا، نيجيريا.

الاجتماعية، والاعتراف العاطفي والتنظيم، والسلوك التكيفي قد تم تعزيزها باستخدام استراتيجية التدخل المحددة. وكشفت هذه المراجعة أن تدخلات المهارات الاجتماعية تبدو فعالة إلى حد ما ولكنها قد لا تكون قابلة للتعميم على البيئات المدرسية أو السلوك الاجتماعي المبلغ عنه ذاتيًا للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. ومن الضروري أيضًا زيادة حجم العينة في الدراسات المستقبلية لاستخلاص استنتاجات قابلة للتعميم.

Abstract:

Individuals with intellectual disability who suffer from comorbid mental health problems are likely to experience difficulties in socialising. Deficits in social skills are also associated with challenging behaviours and self-injury. This paper presents global evidence from a systematic review of literature on such issues as ‘interventions’; ‘social skills development’, and ‘individuals with intellectual disability’. A thorough search of various bibliographic databases identified 1 124 academic papers. Ten papers met the inclusion criteria for in-depth analysis concerning the use of interventions to develop social skills among individuals with intellectual disability. The study revealed that the social skills of individuals with intellectual disability had been fostered using different strategies, such as classroom-based intervention, emotional intelligence training, use of a peer network intervention, computer games of emotion regulation, and puppet play therapy. Furthermore, the findings suggest that various aspects like communication, bridging the gap in social skills deficits, emotional recognition and regulation, and adaptive behaviour were fostered using the identified intervention strategy. This review revealed that social skills interventions appeared modestly effective but may not be generalisable to school settings or self-reported social behaviour for individuals with intellectual disability. It is also necessary to increase the sample size in future studies to draw generalisable conclusions.

Keywords: social skills, intellectual disability (ID), intervention, strategies, treatment

استراتيجيات تعزيز المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية: مراجعة منهجية

مقدمة:

تم تطبيق تعريفات مختلفة لمصطلح الإعاقة الذهنية من قبل تخصصات مختلفة بناءً على تصورهم للحالة. وتؤكد التعريفات المبكرة على المعايير البيولوجية والطبية، في حين تصبح المعايير التعليمية أكثر بروزًا عندما يصبح المعلمون وعلماء النفس مهتمين بالموضوع (Heward, 2003). قدمت الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: AAIDD) تعريفًا معترفًا به على نطاق واسع. وتم تقديم تفسيرات إضافية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة، DSM-5) للجمعية النفسية الأمريكية (American Psychological Association: APA) والتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية. وبحسب الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية (AAIDD, 2022)، تتصف الإعاقة الذهنية بقيود كبيرة في الأداء العقلي، والمهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي تشكل السلوك التكيفي خلال سن النمو (Eripek, 2009; Hourcade, 2002).

إن التأخر في نمو الدماغ خلال فترة النمو يقيد بشدة التكييفات الأكاديمية والاجتماعية والعاطفية والسلوكية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (Oyundoyin, 2013; Jacob, Oyefeso, Adejola & Pillay, 2022). وفي هذا الصدد، تشير الحالة إلى وجود ضعف في النمو العقلي والمعرفي، مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على تطوير مهارات التكيف اللازمة للتعامل مع الحياة اليومية. ويمتلك الأشخاص ذوو السلوك التكيفي مهارات مفاهيمية واجتماعية وعملية تمكنهم من العمل في حياتهم اليومية (AAIDD, 2022). وتتمثل الآثار المترتبة على ذلك في أن الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية الذين يعانون من عجز في المهارات الاجتماعية من المرجح أن يواجهوا صعوبة في تفسير الإشارات والتلميحات الاجتماعية في تفاعلاتهم، مما يزيد من احتمالية التلاعب بهم من قبل الآخرين (Jacob, Oyefeso, Adejola & Pillay, 2006). علاوة على ذلك، قد يواجهون صعوبات في تنظيم عواطفهم عند التفاعل مع أقرانهم (Baurain & Nader-Grosbois, 2012; Baurain, Nader-Grosbois & Dinnoe, 2013).

على عكس الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية AAIDD، في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5، (10) يوصف العجز في المهارات الاجتماعية بين الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي على أنه أداء تكيفي بدلاً من

السلوك التكيفي في التعريف. ويوضح أن الأداء التكيفي يتكون من ثلاثة مجالات (المفاهيمية والاجتماعية والعملية) التي تحدد قدرة الفرد على التعامل مع المهام اليومية (APA, 2013). إلا أن سلامي (Salami, 2019) يصفه بأنه اضطراب في النمو يضعف القدرة المعرفية للفرد، ويؤدي إلى خلل في القدرة على التعلم وفهم المفاهيم. يمكن العثور على الأفراد والأطفال ذوي الإعاقات الذهنية في جميع أنحاء العالم. ووفقا للجمعية النفسية الأمريكية (APA, 2013)، يختلف عدد ذوي الإعاقة الذهنية في كل بلد أو منطقة بناءً على التقييم والتشخيص. واستنادا إلى أديبيسي وآخرون (Adebisi et al., 2016)، فإن انتشار الإعاقات الذهنية يشمل الأعراق والألوان والحالة الاجتماعية والاقتصادية والظروف في مختلف البلدان.

تشير تعريفات الإعاقة هذه إلى الإعاقات المتعلقة بالمهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي تجعل من الممكن القيام بالمهام الأساسية. ويشمل أيضًا الإعاقات المتعلقة بالقدرات العقلية. إن أهم الخصائص المميزة الإعاقة الذهنية لدى الفرد هو الافتقار إلى المهارات الاجتماعية (Matson, Dempsey & LoVullo, 2009). بالإضافة إلى ذلك، قد يُظهر الأفراد ذوو الإعاقة الذهنية نقصًا في المعاملات الاجتماعية بالمثل، وضعف التواصل البصري وتعبيرات الوجه، ونقص السلوكيات والإيماءات غير اللفظية، وصعوبة الحفاظ على العلاقات مع أقرانهم (Hodges & Fealko, 2020; Hartley & Birgenheir, 2009; Marrus & Hall, 2017). وغالبًا ما يمثل إظهار المهارات الاجتماعية تحديًا عبر السياقات للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. ويؤكد كل من كاتز ولازكانو بونس (Katz & Lazcano-Ponce, 2008) على أن الإعاقة لها عواقب اجتماعية عميقة على الفرد المتضرر.

هناك أدلة على أن صعوبات الصحة العقلية المرضية ترتبط بالتحديات الاجتماعية وضعف المهارات الاجتماعية بين الأفراد المصابين بالتوحد (Ratcliffe, Wong, Dossetor & Hayes , 2015). ويرتبط العجز الاجتماعي أيضًا بالسلوكيات الصعبة أو سلوكيات التحدي وإيذاء النفس لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD) (Waters & Healy, 2012). بالمقارنة مع البالغين ذوي الإعاقة الذهنية فقط، فإن السلوكيات الصعبة بين البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية أعلى بأربع مرات (McCarthy et al., 2010). وارتبطت أعراض الاكتئاب سلبًا بجودة الصداقة المبلغ عنها ذاتيًا لدى المراهقين المصابين بالتوحد دون إعاقة ذهنية (Whitehouse, Durkin, Jaquet & Ziatas, 2009)، وارتبطت الكفاءة الاجتماعية المدركة ذاتيًا وأعراض الاكتئاب بشكل كبير (Lee, 2010). ومن المحتمل أن يؤدي تعزيز المهارات الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية إلى تقليل السلوكيات الصعبة ومعالجة المشكلات السلوكية الشديدة وتحسين الصحة العقلية.

يعد ضعف أداء المهارات الاجتماعية هو السمة المميزة بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، والإعاقة الذهنية والجمع بين الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد بسبب القيود الكبيرة في الأداء العقلي (Srivastava & Schwartz, 2014). ويؤثر هذا العجز بشكل كبير على الأداء الأكاديمي والتكيفي والنفسي (Elliott, Malecki & Demaray MK, 2001). ويرتبط أيضًا بإعاقة ذهنية شديدة ومشاكل في التواصل على المستويين اللفظي وغير اللفظي (Dagnan, 2007). وبالتالي، قد يعاني الأفراد من العزلة في المواقف الاجتماعية (Kampert & Goreczny, 2007)، وانخفاض مستويات القبول من قبل الأقران والمعلمين (Baker, 2006; Buyse, 2008)، وعيوب اجتماعية كبيرة (Kozma, Mansell & Beadle-Brown, 2009). وترتبط تنمية المهارات الاجتماعية الضعيفة بهذا الاختلاف في القدرة على تكوين الصداقات (Tipton, Christensen & Blacher, 2013). وعادة ما يواجه الأفراد ذوو الإعاقة الذهنية صعوبات في تكوين الصداقات والحفاظ عليها. ومن الشائع أن تتسم صداقاتهم بنقص الدفء والقرب والمعاملة بالمثل مقارنة بأقرانهم الذين يتطورون بشكل طبيعي (Tipton, Christensen & Blacher, 2013).

لكي ينجح الأشخاص ذوو الإعاقة في مكان العمل، يجب أن يكونوا قادرين على التفاعل اجتماعيًا مع الآخرين (Phillips, Kaseroff, Fleming & Huck, 2014). ويواجه الأشخاص المصابون بإعاقة ذهنية خفيفة أو متوسطة عمومًا صعوبة في فهم التعليمات والتواصل الاجتماعي واتخاذ الخيارات وإظهار المرونة. ومع ذلك، فإن معدل الذكاء المرتفع (أعلى بكثير من المعدل الطبيعي) لا يشير بالضرورة إلى جودة حياة عالية ورضا عالي (Campbell, 1976; Herrnstein & Murray, 1994). في علم النفس، كان هناك اهتمام متزايد بالعوامل الأخرى التي تحدد كيفية عمل الناس في الحياة. الطبيعة الاجتماعية متأصلة في هذه العوامل. ولذلك، أصبح الذكاء الاجتماعي، ومهارات التعامل مع الآخرين، والذكاء العاطفي، والكفاءة العاطفية ذات شعبية متزايدة منذ أوائل التسعينيات. ومن المهم أيضًا ملاحظة أن المهارات الاجتماعية مدرجة في هذه المجموعة (Matczak, 2007). إن مفهوم المهارات الاجتماعية معقد ويرتبط ارتباطًا وثيقًا بمستوى الأداء البشري في المجتمع. لا يمكن تحقيق الوظيفة الاجتماعية إلا عندما يمتلك الأفراد هذه المهارات الأساسية (Argyle, 1994; Argyle, 1998). وهذا ينطبق على الأفراد ذوي المعايير العقلية والأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وتعيش كلتا المجموعتين في مساحات اجتماعية مختلفة للأسرة والمجتمع المحلي أو المجتمع.

ومع ذلك، يبدو أن هناك انفصالًا بين آراء الممارسين بشأن المهارات الاجتماعية وما يقدمونه للطلاب ذوي الإعاقة في المدارس الثانوية (Agran, Hughes, Thoma & Scott, 2016, pp. 111-120). ويمكن تعريف المهارات الاجتماعية للفرد بأنها

"المحددات التي تؤثر على قدرته على العمل بفعالية في المواقف الاجتماعية" (Matczak, 2007, p. 5). وهناك علاقة مباشرة بين المهارات الاجتماعية والتدريب الاجتماعي، والتي تتأثر أيضًا بعوامل أخرى. ويمكن التعامل مع مفهوم المهارات بصيغة المفرد أو الجمع، تتكون من عدة مكونات، على سبيل المثال، الحزم، أو مهارات التعاطف، أو بناء الروابط العاطفية. وبدلاً من ذلك، يمكن الإشارة إلى المهارات الاجتماعية المحددة لمجموعة من الأفراد على أنها مجموعة من المهارات الاجتماعية بصيغة الجمع. وترتبط المهارات الاجتماعية بالذكاء الاجتماعي والعاطفي. ويمكن اعتبار كلا النوعين من الذكاء الأساس لتنمية قدرة الإنسان على العيش في المجتمع. ويعد فهم الأشخاص وإدارتهم جزءًا من هذه العملي (Strelau, 1997).

تشير المهارات الاجتماعية أيضًا إلى القدرة على فهم وتجربة مشاعر الفرد وكذلك مشاعر الآخرين، وهو ما يشكل الذكاء العاطفي. وتم تقديم هذا المصطلح في عام 1990 من قبل سالوفي وماير (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2001, pp. 232-242).. ومن المهم أيضًا ملاحظة أن العواطف هي الأساس لكل من أنواع الذكاء الاجتماعي والعاطفي. ومن الضروري استخدام هذا الأسلوب لتشخيص الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية القادرين على التعاطف والذين لا تنقصهم المشاعر. وبالتالي يمكننا دراسة الذكاء الاجتماعي والعاطفي للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. قد تكون الإعاقات الاجتماعية Social impairments أيضًا أكثر وضوحًا لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية خلال فترة المراهقة عندما تفوق المتطلبات الاجتماعية المهارات الاجتماعية لديهم (Picci & Scherf, 2015, pp. 349–371)، مع تسليط الضوء على الحاجة إلى تدخلات لتعزيز الكفاءة الاجتماعية.

لذلك، يعد العجز في المهارات الاجتماعية هدفًا أساسيًا للتدخل (Elliott, Malecki & Demaray, 2001, pp. 19–32; Coie, Terry, Lenox, Lochman & Hyman, 1995, pp. 697–713; Spence, 1995). لقد حظي تطوير استراتيجيات تعليمية فعالة لتدريس المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية والإعاقة الذهنية جنبًا إلى جنب مع اضطراب طيف التوحد باهتمام كبير على مدار العقود الأربعة الماضية (Phillips, Kaseroff, Fleming & Huck, 2014, pp. 386–398; Westling & Fox, 2004). وهذا يدل على أن التدخلات القائمة على الأدلة لتطوير المهارات الاجتماعية غالبا ما تفيد الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وعلى الرغم من ذلك، يتم التركيز بشكل أقل على تعليمهم المهارات التي يعتبرونها ضرورية (Kasari, Shire, Factor & McCracke, 2014, p. 512)، مثل طلب تعليم أكثر تحديدًا، والاستجابة بشكل مناسب للنقد البناء، وطلب المساعدة عند الضرورة.

من المهم أن نلاحظ أن المراجعات السابقة حول استراتيجيات تعزيز المهارات الاجتماعية ركزت على الدراسات التي استخدمت التدخل القائم على الفيديو للأفراد

ذوي الإعاقات النمائية، بما في ذلك اضطراب طيف التوحد. وقام أيريس ولانغون (Ayres & Langone, 2005, pp. 183–196) بمراجعة استخدام نماذج الفيديو لتعليم المهارات الاجتماعية والوظيفية، وخلصوا في دراستهم إلى أن استخدام نماذج الفيديو لتعليم هذه المهارات كان فعالا للغاية. ومن خلال تصنيف دراسات نمذجة الفيديو إلى نماذج للبالغين والأقران والذات ووجهة النظر (McCoy & Hermansen, 2007, pp. 183–213)، قدم لمحة عامة عن أبحاث نمذجة الفيديو. وبغض النظر عن نوع النموذج المستخدم، كانت نمذجة الفيديو فعالة. في دراسة ديلانو (Delano, 2007, pp. 33-42)، تمت مراجعة فعالية نمذجة الفيديو، بالإضافة إلى النوع الأكثر استخدامًا لنمذجة الفيديو ومجالات المهارات التي يتم تدريسها في فصول اضطراب طيف التوحد. وغالبًا ما يتم تعليم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد سلوكيات التواصل الاجتماعي من خلال نماذج الفيديو (على سبيل المثال، التنشئة الاجتماعية، والتعبيرات اللفظية حول اللعب).

ومع ذلك، فقد وسعت هذه المراجعة النطاق لأن التركيز كان على الفهم المتعمق لمختلف التدخلات المستخدمة لتنمية المهارات الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. قمنا بصياغة ثلاثة أسئلة بحثية، هي:

1. ما هي خصائص المشاركين من ذوي الإعاقة الذهنية؟
2. ما هو نوع وكثافة التدخل؟
3. ما هي الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسات البحثية؟

طُرق البحث:

بحث الأدبيات:

تم إجراء عمليات بحث إلكترونية عبر الإنترنت على قواعد بيانات EBSCO Host و Scopus و EMBASE و PsycINFO و CINAHL. وشملت معايير الأهلية موضوع المهارات الاجتماعية وموضوع الإعاقة الذهنية. وتضمنت المصطلحات الرئيسية "المهارات الاجتماعية"، و"التدخلات"، و"الإعاقة الذهنية"، ويجب أن تكون لغة المنشور هي الإنجليزية؛ حيث تم العثور على 1,124 وثيقة في المجمل (شكل 1 بملحق 1). وتم أيضًا إجراء بحث يدوي لقوائم مراجع المقالات؛ حيث تم فحص قوائم مراجع الدراسات المتضمنة في البحث الإلكتروني لتحديد الدراسات الإضافية.

معيار الاختيار:

حددت عناصر إعداد التقارير المفضلة للمراجعات المنهجية والتحليلات الوصفية (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: PRISMA) معايير الفحص (Ghafari, Baigi, Cheraghi, Doosti-Irani, 2016; Jacob, Pillay, Oladipupo, Eni-Olorunda & Asiru, 2022,

(pp. 49–59). بحثنا في الأدبيات المتعلقة بالتدخلات المصممة لتحسين المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. ولم نحصر البحث في أي مكان. تم دعم معيار الاستبعاد من خلال التأكيد على أن استنتاج المراجعة المنهجية للأدبيات لم يتأثر باستبعاد أو إدراج الرسائل العلمية (Vickers & Smith, 2000, pp. 711–713). ثم تم استخدام Atlas.ti 22 لفحص وتحليل المقالات. بناءً على الأسئلة البحثية الثلاثة المطروحة، قام كل مؤلف بشكل مستقل بفحص العناوين والملخصات لجميع المقالات:

في استخراج البيانات كانت مراحل الاختيار وسماته كما يلي:

1. يجب أن يكون قد تم نشره باللغة الإنجليزية في مجلة مفتوحة الوصول ومراجعة النظراء في الفترة ما بين يناير 2001 وفبراير 2022، وهو تاريخ انتهاء المراجعة الأخيرة (Joseph & Seery, 2004, pp. 88–94).
2. يجب أن يتم تعريف المشاركين في الدراسة كأفراد ذوي إعاقة ذهنية أو حالات ذات صلة (Ghafari, Baigi, Cheraghi & Doosti-Irani, 2016).
3. أن يكون قد تم استخدام تصميم تجريبي (بمعنى؛ تصميم فرد واحد أو تصميم تجريبي أو شبه تجريبي). تم استبعاد الدراسات النوعية والوصفية (Wise, Sevcik, Romski & Morris, 2010, pp. 1170–1175).
4. قمنا فقط بتضمين المقالات التي تناولت الإعاقة الذهنية على وجه التحديد. لقد استبعدنا عمومًا المقالات التي لم تذكر الإعاقة الذهنية صراحةً.
5. شمل تحليلنا فقط المقالات المتعلقة بالتدخلات لتعزيز تنمية المهارات الاجتماعية.

نواتج البحث:

باستخدام مصطلحات البحث "الإعاقة الذهنية"، و"المهارات الاجتماعية"، و"التدخل"، تم العثور على 1124 منشورًا في: (PubMed، و Scopus، و Google Scholar، وEbsco). قمنا بفحص السجلات باستخدام معايير التضمين والاستبعاد التي وضعناها قبل البحث. لقد قمنا بإزالة 836 من أصل 1124 مقالة بسبب نوعها ومرحلة النشر ونوع المصدر ولغة النشر. تم فحص المقالات الـ 288 المتبقية للتأكد من ازدواجيتها وملاءمتها للمراجعة، مما أدى إلى إزالة 163 مقالة أخرى. بناءً على الوصول إلى المقالات الكاملة، تمت إزالة 95 مقالة، وبقي 125 عنوانًا. تمت قراءة النص الكامل للمقالات الثلاثين المتبقية للحصول على وجهات نظر المؤلفين مما أدى إلى إزالة 20 مقالة لم تستوف معايير الإدراج (Kretzmann, Shih & Kasari, 2015, pp. 20–28). وكانت الدراسات العشر المتبقية مؤهلة لمراجعة النص الكامل. في جوهر الأمر، تم تضمين المقالات البحثية الأصلية فقط، مما يشير إلى استبعاد المؤتمرات وأوراق المراجعة.

تقييم الجودة:

تم ضمان جودة المراجعة من خلال البحث في المقالات المكررة. وبعد تقييم كل مقالة على أساس معايير الإدراج والاستبعاد، تم اختيار 10 مقالات. لضمان الثبات، قام المؤلفون بشكل مستقل بترميز عينة عشوائية من 20٪ من الدراسات المشمولة. وقام المؤلفون بحساب الثبات بين المُقيّمين باستخدام النسبة المئوية للاتفاق، ووجدوا أن جميع الرموز تم الاتفاق عليها بنسبة 87.3%.

الأخلاق المهنية:

لم تتطلب الدراسة اعتبارات أخلاقية خاصة لأن جميع المقالات المستخدمة للمراجعة كانت متاحة مجانًا في المجال العام.

استخراج البيانات:

تم ترميز عشر مقالات بشكل مزدوج من قبل نفس المقيّمين المستقلين حول المتغيرات الديموغرافية المختلفة وبيانات النتائج المتعلقة بالكفاءة الاجتماعية (انظر الجداول من 1 إلى 4 (بملحق 2) للحصول على قائمة كاملة بالمقالات المدرجة في المراجعة). وشملت المقاييس المشفرة: أنواع التدخل، والمشاركين، وعدد المشاركين، ومدة الدراسات، وعدد المشاركين (ذكور وإناث)، ووصف التدخل، وكثافة التدخل، ونوع / تصميم الدراسة، والأداة الإحصائية المستخدمة والنتائج حسب الناتج (قبل وبعد). استشار الباحثون اثنين من زملائهم من جامعات في جنوب أفريقيا للتحقق من صحة المعلومات التي تم جمعها: أحدهما من قسم التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة؛ والآخر من قسم علم النفس التربوي. وتم تقييم وانتقاد جميع الدراسات التي تم تحديدها من قبل الزميلين.

نتائج الدراسة:

تركز هذه الدراسة على مراجعة منهجية للأدبيات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية للطلاب ذوي الإعاقة الذهنية. واستعرضت هذه الدراسة عشرة مقالات.

أنواع التدخل المعتمدة في الدراسات:

اعتمدت الدراسات العشر المتضمنة في المراجعة 12 تدخلًا مختلفًا لتعزيز المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وكانت التدخلات عبارة عن تدخلات قائمة على الفصول الدراسية classroom-based interventions (Adeniyi & Omigbodun, 2016, p. 29)، والتدريب على الذكاء العاطفي emotional intelligence training (Adibsereshki, Shaydaei & Movallali, 2016, pp. 245–252)، والاستخدام المشترك لنماذج الفيديو والقصص الاجتماعية combined use of video modelling and social stories (Olçay, 2016,

(pp. 83–107). وكانت التدخلات الأخرى المستخدمة هي تدريس الأقران peer tutoring وسرد القصص storytelling (Jacob, Pillay, Ayandokun & Oyundoyin, 2021, pp. 1887–1897)، واستخدام تدخل شبكة الأقران peer network intervention (Kalyveza, Gkogkos, Maridaki-Kassotaki, Gena & Antonopoulou, 2020, pp. 243–267)، وألعاب الكمبيوتر لتنظيم العاطفة computer games of emotion regulation (Kashani-Vahid, Mohajeri, Moradi & Irani, 2018, pp. 46–50). استهدفت دراسات خوداباخشي كوالي وآخرون (Khodabakhshi-Kooalee, Falsafinejad, Rezaei, 2018, 271–277) وبارك وآخرون (Park, Bouck & Duenas, 2020, pp. 40–52) البحث في فعالية العلاج باللعب بالدمى puppet play therapy ونمذجة الفيديو video modelling، على التوالي. وتناولت المراجعة أيضًا أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية القائمة على المدرسة school-based social skills training (Plavnick, Kaid & MacFarland, 2015, pp. 2674–2690) والتدريب على المهارات الاجتماعية social skills training (Olsson, Flygare, Coco et al., 2017, pp. 585–592). واستخدمت دراستان في المراجعة تدخلين لتعزيز المهارات الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وجمعت الدراسة بين نماذج الفيديو والقصص الاجتماعية (Olçay, 2016) وتعليم الأقران وسرد القصص (Jacob et al., 2021, pp. 1887–1897) لتعزيز المهارات الاجتماعية.

المشاركون المشمولون في الدراسة:

كشف الجدول 1 (بملحق 2) عن وجود أربعمائة وستة وخمسين (456) مشاركًا في الدراسات العشر المشمولة في هذه المراجعة. الدراسة التي أجراها أولسون وآخرون (Olsson et al., 2017) كان لديهم أكبر عدد من المشاركين حيث بلغ 296، أو 64.9% من المشاركين في الدراسة، أما دراسة كاليفيزا وآخرون (Kalyveza et al., 2020) وبارك وآخرون (Park et al., 2020) كان لديهما أقل عدد من المشاركين وهو 3. وكان العدد بدراسة أديني وأوميجيبودن (Adeniyi & Omigbodun, 2016) ودراسة خوداباخشي-كوالي وآخرون (Khodabakhshi-Kooalee et al., 2018) 30 مشاركًا في كل دراسة، أي 13.2% من إجمالي المشاركين، أما دراسة يعقوب وآخرون (Jacob et al., 2021) كان عدد المشاركين فيها 34، أي ما يعادل 7.5% من المشاركين.

مدة التدخل:

لم تحدد اثنتين من الدراسات المشمولة مدة التدخلات. الدراسة التي أجراها كاليفيزا وآخرون (Kalyveza et al., 2020) حصلوا على جلسة أو جلستين أسبوعيًا على

مدى 6 أشهر، وهي أطول فترة دراسة. وفي الدراسة التي أجراها أولسون وآخرون (Olsson et al., 2017) تنوعت مدة التدخل حيث تم تدريب الأطفال لمدة 60 دقيقة والمراهقين لمدة 90 دقيقة أسبوعيًا على مدى 12 جلسة. ولم تحدد دراستان عدد الأسابيع أو الأشهر التي استمرت فيها التدخلات (Olçay, 2016; Kashani-Vahid et al., 2018). قدم أديني وأوميجيبودن (Adeniyi & Omigbodun, 2016) تدخلاً لمدة 8 أسابيع، بينما قام جاكوب وآخرون (Jacob et al., 2021). قدموا 30 جلسة على مدى 10 أسابيع. وعلاوة على ذلك، قدم بلافنيك وآخرون (Plavnick et al., 2015) تدخلات أربع إلى خمس مرات أسبوعيا مع كل جلسة تستغرق 40 دقيقة.

خصائص المشاركين وتوزيع المعالجة:

في الجدول 2 (بملحق 2) يتم عرض خصائص المشاركين في الدراسات المشمولة. وكشفت المراجعة أنه على الرغم من أن المشاركين من الذكور والإناث تم تضمينهم في الدراسات، إلا أن ثلاثة منهم استخدموا جنسًا واحدًا فقط. شكلت الدراسات التي أجريت على كلا الجنسين 60% من الدراسات المشمولة، في حين أن الـ 40% المتبقية لم تضم كلا الجنسين كمشاركين في الدراسة. استعان أديبسيرشكي وآخرون (Adibsereshki et al., 2016) بالمشاركات الإناث فقط. واستخدم كاليفيزا وآخرون (Kalyveza et al., 2020) وخوداباخشي-كوالي (Khodabakhshi-Kooalee, 2018) الذكور فقط كمشاركين في الدراسة. ومع ذلك، ذكر خوداباخشي كوالي Khodabakhshi-Kooalee (2018) أن استخدام الأولاد فقط كان أحد قيود الدراسة. اثنتان من الدراسات، أولكاي جول Olçay Gül (2016) وكاشاني فحيد وآخرون Kashani-Vahid et al. (2018)، لم تحدد جنس المشاركين. وكان العدد التراكمي للمشاركين في الدراسة المشمولة في هذه المراجعة مائتين وسبعة وسبعين (277)، 61% من المشاركين كانوا ذكور، 34% (155) إناث، و5% (24) غير محددين. يعرض الجدول 2 (بملحق 2) أيضًا متوسط عمر المشاركين ومتوسط معدل الذكاء. وتراوح متوسط عمر المشاركين من 7 إلى 25 سنة. ولم يحدد كاشاني فحيد وآخرون Kashani-Vahid et al. (2018) الفئة العمرية للمشاركين في الدراسة.

وصف التدخل وكثافة التدخل وإجمالي ساعات التدخل لدراسات التدخل التحليلي السلوكي:

يعرض الجدول 3 (بملحق 2) التدخلات المختلفة التي شارك فيها مؤلفون مختلفون. وكان الباحثون والمعلمون هم الوكلاء الأساسيون في إدارة العلاج للمشاركين. وكما هو مبين في الجدول 3 (بملحق 2)، تم استخدام التدخلات المختلفة. بشكل عام، قدم وكلاء العلاج (مثل المعالجين) تدخلات في جلسة علاج واحدة أو جلسات متعددة في الأسبوع (25-90 دقيقة لكل جلسة). وتميل مدة العلاج في التدريب على المهارات

الاجتماعية ودراسات الدعم إلى أن تكون طويلة، وتتراوح من 3 إلى 24 أسبوعًا. وكما هو مبين في وصف التدخل، تم استخدام أساليب ومناهج مختلفة عبر الدراسات. ونظرًا لارتفاع كثافات العلاج الأسبوعية وفترات العلاج الأطول، كان إجمالي ساعات الاتصال لتعزيز التدريب على المهارات الاجتماعية ودراسات الدعم أعلى. ويختلف أيضًا إجمالي ساعات الاتصال لكل نوع تدخل.

تصميم الدراسة:

استخدمت إحدى الدراسات المتضمنة تصميم بحث غير تجريبي، واعتمدت ثلاث دراسات تصميمًا شبه تجريبي مع مجموعات اختبار قبلي واختبار بعدي ومجموعات ضابطة، واعتمدت اثنتان منها تصميمًا متعدد القياسات multiple probe design. بالإضافة إلى ذلك، اعتمدت كل دراسة تصميمًا أساسيًا لحالة واحدة ومتعددة وتجربة عشوائية منضبطة. وكان واضحًا من البيانات أن 30% من الدراسات المشمولة استخدمت تصميمًا شبه تجريبي مع مجموعات الاختبار القبلي والاختبار البعدي والمجموعة الضابطة، واستخدمت 20% منها تصميمًا متعدد القياسات.

قياس النواتج:

كان هناك تقييمات نوعية وكمية لمختلف جوانب المهارات الاجتماعية (على سبيل المثال، الفهم، والتطبيق العملي، ومستويات الرضا). وقامت بعض الدراسات بتقييم تأثير التدخل على الأداء التكيفي والشدة المرضية، أي العجز الأساسي في اضطراب طيف التوحد (Olsson et al., 2017, pp. 585–592). وقامت العديد من الدراسات بتقييم المهارات الاجتماعية (Jacob & Pillay, 2021; Kashani-Vahid et al., 2018)، والتواصل (Adibsereshki et al., 2016)، وسد الفجوة في العجز في المهارات الاجتماعية (Adeniyi & Omigbodun, 2016)، والاعتراف العاطفي وتنظيمه (Kashani-Vahid et al., 2018)، والسلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية (Khodabakhshi-Kooalee et al., 2018). كان لثلاث دراسات منظور آخر، مثل الوكالات التي تقدم فرص عمل مدعومة، وسعت دراستان إلى جمع وجهة نظر آباء الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. واستكشفت أربع دراسات وجهات نظر المشاركين ذوي الإعاقة الذهنية، وبحثت اثنتان عن وجهات نظر المعلمين، واستكشفت واحدة وجهات نظر أولياء الأمور والمعلمين للمشاركين ذوي الإعاقة الذهنية. واستخدمت إحدى الدراسات الملاحظين لتحديد التغيرات في السلوك المتوقع للمشاركين ذوي الإعاقة الذهنية.

النتيجة الرئيسية للدراسات:

لقد حددنا عشر دراسات كانت ذات صلة بهذه المراجعة، منها سبع دراسات شملت 157 فردًا من ذوي الإعاقة الذهنية (;Adeniyi & Omigbodun, 2016)

Adibsereshki, Shaydaei & Movallali, 2016; Olçay Gül, 2016; Jacob, Pillay, Ayandokun & Oyundoyin, 2021; Kashani-Vahid, Mohajeri, Moradi & Irani, 2018; Khodabakhshi-Kooalee, Falsafinejad & Rezaei, 2018; Park, Bouck & Duenas, 2020). بالإضافة إلى ذلك، شملت إحدى الدراسات 296 شخصًا يعانون من حالات مرضية مصاحبة (اضطراب طيف التوحد مع إعاقة ذهنية) (Plavnick, Kaid & MacFarland, 2015)، وكانت إحدى الدراسات تضم ثلاثة أفراد يعانون من اضطراب طيف التوحد كمشاركين في الدراسة. ويقدم الجدول 3 (بملحق 2) وصفًا للتدخل والتقنيات وكثافة كل دراسة وعامل التدخل. ويصف الجدول 4 (بملحق 2) طريقة تحليل البيانات والنتائج لكل دراسة تدخل للمهارات الاجتماعية. وكانت أربع من الدراسات العشر عبارة عن أبحاث شبه تجريبية، واعتمدت ثلاث منها القياسات المتعددة، واعتمدت واحدة تصميمًا بحثيًا غير تجريبي. علاوة على ذلك، اعتمدت إحدى الدراسات تصميمًا أساسيًا لحالة واحدة ومتعددة، في حين استخدمت دراسة أخرى تجربة إكلينيكية عشوائية عملية.

تم الإبلاغ عن مستوى مختلف من الدلالة بناءً على تحليل ما بعد التدخل الذي أجراه أديني وأميجبودن Adeniyi and Omigbodun (2016)، حيث كان هناك انخفاض بنسبة 20٪ في المشاركين الذين يعانون من ضعف شديد في المهارات الاجتماعية. بالإضافة إلى ملاحظة زيادة بنسبة 13.3% في عدد المشاركين ذوي المهارات الاجتماعية الدنيا أو المعدومة، وجد أولسون وآخرون (Olsson et al., 2016) أن تقييمات الوالدين فقط لمجموعة المراهقين الفرعية أظهرت تأثيرًا علاجيًا كبيرًا. ويؤثر العلاج أيضًا بشكل معتدل على الأداء التكيفي والشدة المرضية. علاوة على ذلك، كان هناك اختلاف كبير في متوسط الدرجات لستة مقاييس فرعية للسلوك التكيفي، بما في ذلك العنف والتخريب، والسلوك المعادي للمجتمع، والمتمرد، وغير الجدير بالثقة، والقوالب النمطية، وغريب الأطوار غير المقبول، والنضج الاجتماعي لفينلاند Vineland’s social maturity (Khodabakhshi-Kooalee, Falsafinejad & Rezaei, 2018).

وفقا لكاليفيزا وآخرون (Kalyveza et al., 2020)، تحسنت المهارات الاجتماعية للمشاركين الثلاثة في بيئة غير منظمة، بما في ذلك الملعب، أثناء الاستراحة، وفي التضاريس غير المألوفة أثناء الرحلات المدرسية. كما وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يستفيدون من التدخلات الفردية التي تساعدهم على اكتساب المهارات الاجتماعية وتعميمها. علاوة على ذلك، لم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين خمسة مقاييس فرعية للسلوك التكيفي، بما في ذلك الانسحاب، والسلوك الاجتماعي غير المناسب، والعادات الصوتية غير المقبولة، والميول المفرطة للنشاط، والاضطراب النفسي (Khodabakhshi-Kooalee, Falsafinejad & Rezaei, 2018). من

ناحية أخرى، وجد كاشاني وحيد وآخرون (Kashani-Vahid et al., 2018) أن ألعاب الكمبيوتر المعرفية تحسن نتائج المهارات الاجتماعية للأطفال ومكوناتها. وكان هذا صحيحا بالنسبة لجميع جوانب المهارات الاجتماعية. وكانت الاختلافات في النتيجة بين المجموعات قبل وبعد الاختبار ذات دلالة كبيرة.

كما وجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المهارات الاجتماعية ومكوناتها في الاختبار البعدي، حيث أفاد يعقوب وآخرون (Jacob et al., 2021) أن نتائج الاختبار القبلي والاختبار البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة كانت مختلفة بشكل دال، وأن الجنس أثر بشكل كبير على المهارات الاجتماعية للمشاركين. ووفقًا لأولكاي جول (Olçay Gül, 2016)، أدى التدخل إلى احتفاظ المشاركين بالمهارات المناسبة مع مرور الوقت وتعميمها عبر البيئات والمواقف والأفراد. علاوة على ذلك، كانت بيانات الصدق الاجتماعية التي تم جمعها من خلال المقابلات شبه المنظمة إيجابية بشكل عام. ومع ذلك، خلص يعقوب وآخرون (Jacob et al., 2021) إلى أن تأثير التفاعل بين العلاج والجنس كان مهمًا أيضًا. وباستخدام تصميم متعدد القياسات عبر عدة مجالات من المهارات الاجتماعية (أي السلوكيات المقترنة)، قام بلافنيك وآخرون (Plavnick et al., 2015) بتقييم آثار تدخل الواقع الافتراضي على السلوك الاجتماعي للمشاركين. وأفاد ثلاثة من كل أربعة مشاركين عن نتائج ناجحة في تعلم السلوكيات الاجتماعية الجديدة، في حين أظهر المشارك الرابع نتائج مختلطة. ولوحظ أن اثنين من المشاركين يستفيدان من الصيانة طويلة المدى، ولكن التعميم كان مستحيلاً. ووفقا للدراسة، فإن استخدام تدخل الواقع الافتراضي في مناهج المدارس الثانوية قد يساعد المراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية.

مناقشة النتائج:

على حد علمنا، هذه هي المراجعة المنهجية الأولى التي تقيم فعالية استراتيجيات تعزيز المهارات الاجتماعية بين الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. من بين 1224 دراسة تم تحديدها، حققت عشر دراسات ذات صلة محتملة معايير الاشتمال المحددة مسبقًا. وكانت هناك أهداف شاملة لتعزيز المهارات الاجتماعية. وقد اختلفت مجموعات التدخل في المهارات الاجتماعية في البنية والمحتوى والمدة بين الدراسات. علاوة على ذلك، لم يكن هناك مقياس نتائج واحد مستخدم في الدراسات. ووفقا للدراسات، تم استخدام مصطلحات متسقة نسبيا للإشارة إلى الإعاقة الذهنية. واعتمدت جميع الدراسات البحثية تقريبًا أسلوب الإحصاء الوصفي والاستنتاجي لتحليل البيانات.

لم يكن لدى هذه المراجعة المنهجية أسئلة حول المساواة في البيانات المنظمة حيث لم يتم الجمع بين نتائج الدراسات الكمية والنوعية. وحدث هذا لأنه كان من الصعب التوفيق بين نتائج دراسات الحالة النوعية ونتائج الدراسات الكمية (Adeniyi &

(Omigbodun, 2016; Jacob et al., 2021). بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن الدراسة التي قدمت التصميم الأكثر موثوقية للإدلاء ببيانات حول نتائج تدخلهم قدمت نتائج منخفضة نسبيًا ولكنها دقيقة. وتحسن الأداء التكيفي لدى المتعلمين بشكل ملحوظ (Olsson et al., 2017, pp. 585–592).

بحثت الدراسات في فعالية تدخلات المهارات الاجتماعية في تحسين مهارات الاتصال، وسد الفجوة في العجز في المهارات الاجتماعية، والسلوك التكيفي، والاعتراف العاطفي، والتنظيم. علاوة على ذلك، توفر هذه النتيجة نظرة ثاقبة حول الوعي الذاتي للمشاركين بكفاءتهم الاجتماعية. وهو أكثر اتساقًا مع التقارير الواردة من أولياء الأمور والمدرسين التي تفيد بأن الأفراد أبلغوا عن تعلم مهارات اجتماعية صحيحة ولكنهم لم يمارسوها في البيئات الاجتماعية. وأشارت النتائج إلى أن المشاركين في التدخل لم يشعروا أنهم يحسنون قدرتهم على أداء المهارات الاجتماعية في مواقف الحياة الحقيقية.

علاوة على ذلك، يبدو أن الدراسة التي قدمت النتائج الأكثر دقة قدمت نتائج منخفضة نسبيًا ولكنها دقيقة على الرغم من تصميمها الموثوق. وعلى الرغم من أن المشاركين كافحوا لتعميم استجاباتهم بين خط الأساس والتدخل (Park, Bouck & Duenas, 2020)، فقد لوحظت تحسينات كبيرة في اكتسابهم للمهارات المستهدفة. علاوة على ذلك، قد يكون هناك إجماع بشأن تقييم التأثير على الأداء التكيفي للمشاركين بالإضافة إلى شدتهم المرضية. ومن بين المجموعة الفرعية للمراهقين، وجد أولسون وآخرون (Olsson et al., 2017) أن تقييمات الوالدين فقط تأثرت بشكل كبير بالعلاج، حيث أن النتائج الأخرى لم تكن واضحة. وقد أدى العلاج إلى تحسين الأداء التكيفي للمشاركين والشدة المرضية بشكل معتدل (Payne et al., 1995). وتحسنت المهارات الاجتماعية للمشاركين عبر بيئات مختلفة (Olçay Gül, 2016).

برزت مسألة تحسين المهارات الاجتماعية للمشاركين في المواقف المختلفة. وكان هناك انخفاض بنسبة 20٪ في المشاركين الذين يعانون من ضعف شديد في المهارات الاجتماعية (Adeniyi & Omigbodun, 2016). ووفقا لبلافنيك وآخرون (Plavnick et al., 2015)، قد يستفيد بعض المراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد-الإعاقة الذهنية (ASD-ID) من التعليم الجمعي القائم الفيديو video-based group instruction: VGI داخل المدرسة الثانوية، ولكن هذا قد لا يكون كافيًا للتعميم. بالإضافة إلى تأثير الجنس على المهارات الاجتماعية للمشاركين، كان تأثير التفاعل بين العلاج والجنس كبيرًا أيضًا (Jacob et al., 2021). إن استنتاج هذه المراجعة يتوافق مع استنتاج أديبسيريشكي وآخرون (Adibsereshki et al., 2016)، الذين حددوا فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد برنامج التدخل باستخدام تصميم شبه تجريبي مع تصميم بحث المجموعة القبلية والاختبار

البعدي والمجموعة الضابطة. وتم العثور على درجة تواصل أعلى للمجموعة التجريبية بعد الاختبار البعدي والمتابعة.

وكان أحد القيود الهامة هو عدم وجود تعريف موحد للمهارات الاجتماعية؛ حيث أن بعض المهارات الاجتماعية تكون عامة (مثل التحية، وبدء المحادثات)، في حين أن بعضها الآخر فردي ويمثل في بعض الأحيان سلوكيات معقدة (مثل مهارات حل المشكلات، وضبط النفس). وهناك عدم وجود إجماع بشأن السلوكيات التي تقع ضمن مجال المهارات الاجتماعية، مما يشكل تحديا للبحث العلمي. ونتيجة لذلك، فإن المقارنات بين الدراسات تعتبر صعبة. والمسألة الثانية هي أن بعض السلوكيات (مثل ضبط النفس) يصعب تفعيلها وتقييمها، مما يجعل من الصعب تقييم فعالية أي علاج. علاوة على ذلك، فإن أحجام العينات غير كافية لإجراء تحليل إحصائي ذي معنى. كما هو مبين في الجدول 1 (بملحق 2)، كانت عينات أربع دراسات أقل من 10 مشاركين (Olçay Gül, 2016; Kalyveza et al., 2020; Park et al., 2020; Plavnick et al., 2015).

ومن المهم أن يكون هناك عينات أكبر لزيادة الصدق الداخلي والخارجي. هناك ندرة في الأبحاث التي تدرس آثار النضج والوقت طوال فترة العلاج باستخدام التصاميم الجماعية. واستخدمت أربع دراسات تصميم المجموعة المقارنة (Adibsereshki et al., 2016; Jacob et al., 2021; Kalyveza et al., 2020; Khodabakhshi-Kooalee et al., 2018). وكانت هناك دراستان مع مجموعات ضابطة للعلاج الوهمي (دراسات عشوائية منضبطة حقيقية) (Jacob et al., 2021; Khodabakhshi-Kooalee, 2018). ووفقا لنتائج هاتين الدراستين، أدت التدخلات إلى تحسين المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية بشكل فعال.

خاتمة:

قمنا بمراجعة تدخلات المهارات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية أو اضطرابات طيف التوحد مع انخفاض الأداء والتي يقدمها متخصصون مختلفون. ولذلك ليس من الممكن مقارنة النتائج التي توصلنا إليها مباشرة مع المراجعات الحالية. ومع ذلك، كانت هناك مراجعات للتدخلات النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد وغيره من اضطرابات النمو العصبي التي يقدمها مقدمو الخدمات المتخصصون. وأظهرت مراجعة موجودة حول فعالية التدخلات للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أدلة على أن التدخل كافٍ. وبالتالي فإن مراجعتنا تكمل نتائج المراجعات الأخرى ولها أهمية قوية لتحسين المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

هناك عدة طرق للبحث في المستقبل. ومن الواضح أن الدراسات الأكثر شمولاً والأكثر صرامة من الناحية المنهجية ضرورية من أجل: (أ) تحديد ما إذا كانت تدخلات المهارات الاجتماعية الجماعية مرتبطة بنتائج محسنة؛ و (ب) تحديد الأساليب الأكثر

فعالية لزيادة اكتساب المهارات داخل وخارج إطار المجموعة، وكذلك الحد من الآثار الثانوية لضعف المهارات الاجتماعية. ومن الضروري أيضًا إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد ما إذا كان محتوى تدخلات المهارات الاجتماعية يجب أن يختلف وفقًا لخصائص المشاركين، مثل الجنس والعمر (على سبيل المثال، بسبب الاختلافات بين الجنسين في تنمية المهارات الاجتماعية). بالإضافة إلى ذلك، هناك عدد قليل من المقاييس المعتمدة لتقييم المهارات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، من الناحيتين الكمية والنوعية.

إن مراجعتنا لها العديد من القيود. ونظرًا لضيق الموارد، قمنا بإدراج المنشورات باللغة الإنجليزية فقط. ثانيًا، اعتمدنا نهجًا اختزاليًا: استبعدنا التدخل في المهارات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة خلال المقالات التي لم تكن متاحة للوصول المفتوح. وفي حين أن هذا كان يهدف إلى تعظيم تجانس الدراسة، إلا أن المعنى الضمني هو أن مراجعتنا لا تمكن تحليلات آليات الوساطة والاعتدال المحتملة التي قد تكون جزءًا لا يتجزأ من التدخل بين الأفراد ذوي الإعاقات الأخرى التي ليست بالضرورة إعاقة ذهنية. ثالثًا، استبعدنا المنشورات تحت الطبع أو الكتب، لذلك يظل تحيز النشر ممكنًا (على سبيل المثال، حذف الدراسات غير المنشورة). ومن المهم أيضًا الإشارة إلى أن عدد الدراسات المشمولة كان محدودًا.

بيان توفر البيانات:

تم تضمين المساهمات الأصلية المقدمة في الدراسة في المقالة.

مساهمات الباحثين:

قام أوديمي صمويل جاكوب Udeme Samuel Jacob بوضع تصور للبحث، بينما قام أوديمي صمويل جاكوب وايسيوميا سيتماليف إدوزي Isioma Sitamalife Edozie بجمع البيانات. وعملت جاسي بيلاي Jace Pillay وايسيوميا سيتماليف إدوزي وأوديمي صمويل جاكوب بتحرير المخطوطة. وساهم جميع المؤلفين في المقال ووافقوا على النسخة المقدمة.

التمويل:

تم دعم هذا العمل من قبل مبادرة كراسي البحوث في جنوب أفريقيا التابعة لوزارة العلوم والابتكار والمؤسسة الوطنية للبحوث في جنوب أفريقيا، وكرسي أبحاث جنوب أفريقيا في التعليم والرعاية في مرحلة الطفولة، كلية التربية، جامعة جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا (رقم المنحة): 87300، 2017.

تضارب المصالح:

يعلن المؤلفون أن البحث تم إجراؤه في غياب أي علاقات تجارية أو مالية يمكن تفسيرها على أنها تضارب محتمل في المصالح.

ملاحظة الناشر:

جميع المطالبات الواردة في هذه المقالة تخص المؤلفين فقط ولا تمثل بالضرورة ادعاءات المنظمات التابعة لهم، أو ادعاءات الناشر والمحررين والمراجعين. أي منتج قد يتم تقييمه في هذه المقالة، أو مطالبة قد تقدمها الشركة المصنعة له، غير مضمون أو معتمد من قبل الناشر.

المراجع:

Argyle M. (1998). Zdolności społeczne (social skills). In: Moscovici S, editors. *Psychologia społeczna w relacji ja-inni.* WSiP.

Agran M., Hughes C., Thoma C.A. & Scott L.A. (2016). Employment social skills: what skills are really valued? *Career Dev Transit Except Individ. 39*(2), 111–120.

Adebisi R.O., Rasaki S.A. & Liman A.N. (2016). The prevalence, identification process and intervention strategies of children with intellectual disabilities: a report of an institution's fieldwork. *Int J Innov Educ Res. 4*(1), 54–61.

Adeniyi Y.C. & Omigbodun O.O. (2016). Effect of a classroom-based intervention on the social skills of pupils with intellectual disability in southwest Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 10*(1), 29.

Adibsereshki N., Shaydaei M. & Movallali G. (2016). The effectiveness of emotional intelligence training on the adaptive behaviours of students with intellectual disability. *Int J Dev Disabil. 62*(4), 245–252.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellectual disability: defining criteria for intellectual disability*. AAIDD (2022). Available at: https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition

American Psychiatric Association. Intellectual disability. (2013). Available at: www.dsm5.org/Documents/Intellectual Disability Fact Sheet.pdf

Argyle M. (1994). Nowe ustalenia treningu umiejętności społecznych (*new social skills training findings*). In: Domachowski W, Argyle M, editors. Reguły życia społecznego. Oksfordzka psychologia społeczna. Warszaw: PWN.

Ayres K.M. & Langone J. (2005). Intervention and instruction with video for students with autism: a review of the literature. Educ *Train Autism Dev Disabil*. *40*, 83–96.

Baker J. (2006). Contributions of teacher-child relationships to positive school adjustment during elementary school. *J Sch Psychol*. *44*(3), 211–29.

Baurain C., Nader-Grosbois N. & Dinnoe C. (2013). Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children, and teachers' perceptions of their social adjustment. *Res Dev Disabil. 34*(9), 2774–87.

Baurain, C. & Nader-Grosbois, N. (2012). Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children in interactive contexts. *Alter*. *6*(2), 75–93.

Buyse E., Verschueren K., Doumen S., Van Damme J. & Maes F. (2008) Classroom problem behavior and teacher-child relationships in kindergarten: the moderating role of classroom climate. *J Sch Psychol*. *46*(4), 367–91.

Campbell A. (1976). Subjective measures of well-being. Am Psychol. *31*(2), 117–124.

Coie J. Terry R. Lenox K., Lochman J. & Hyman C. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Dev Psychopathol. 7*(4), 697–713.

Dagnan D. (2007). Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health. Curr Opin Psychiatry. *20*(5), 456–60.

Delano M.E. (2007). Video modeling interventions for individuals with autism. *Remedial Spec Educ. 28*(1), 33–42.

Elliott S.N., Malecki C.K. & Demaray M.K. (2001). New directions in social skills assessment and intervention for elementary and middle school students. *Exceptionality*, *9*(1–2), 19–32.

Eripek S. (2009). Zihinsel yetersizliği olan çocuklar [*Children with intellectual disabilities]*. Maya Akademi.

Ghafari M., Baigi V., Cheraghi Z. & Doosti-Irani A. (2016). Correction: the prevalence of asymptomatic bacteriuria in Iranian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *11*(10), e0165114.

Hartley S.L. & Birgenheir D. (2009). Nonverbal social skills of adults with mild intellectual disability diagnosed with depression. *J Ment Health Res Intellect Disabil.*, *2*(1), 11–28.

Herrnstein R.J. & Murray C. (1994). The bell curve: Intelligence and class structure in American life. Free Press.

Heward W.L. (2003). *Exceptional children: An introduction to special education*. (8th ed.) Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Hodges H., Fealko C. & Soares N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr*., *9*(Suppl 1), S55–65.

Horner-Johnson W. & Drum C.E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research. *Ment Retard Dev Disabil*. 12, 57–69.

Hourcade J. (2002). Mental retardation. *ERIC Digest*. Available at: https://eric.ed.gov/?id=ED473010

Jacob U.S., Oyefeso E.O., Adejola A.O. & Pillay J. (2022). Social studies performance of pupils with intellectual disability: the effect of demonstration method and storytelling. *Elem Educ Online*., *21*(1), 36–47. www.ilkogretim-online.org/fulltIText/218-1644033097.pdf

Jacob U.S., Pillay J., Ayandokun J.C. & Oyundoyin JO. (2021). Social skills of pupils with mild intellectual disability: do peer tutoring, storytelling and gender play a role? *Univ J Educ Res*., *9*(12), 1887–1897.

Jacob U.S., Pillay J., Oladipupo O.O., Eni-Olorunda T. & Asiru A.B. (2022). Music therapy for individuals with intellectual disability: a systematic review. *Int J Early Childhood Special Educ.*, *14*(2), 49–59.

Joseph L.M. & Seery M.E. (2004). Where is the phonics? A review of the literature on the use of phonetic analysis with students with mental retardation. *Remedial Spec Educ.*, *25*(2), 88–94.

Kalyveza S., Gkogkos G., Maridaki-Kassotaki K. & Gena A., (2020). Antonopoulou K. Promoting the social skills of adolescents with autism spectrum disorder (ASD) with the use of a peer network intervention. *Learning Disabil: Contemporary J.*, *18*(2), 243–67.

Kampert A.L. & Goreczny A.J. (2007). Community involvement and socialization among individuals with mental retardation. Res Dev Disabil., *28*(3), 278–86.

Kasari C., Shire S., Factor R. & McCracken C. (2014). Psychosocial treatments for individuals with autism spectrum disorder across the lifespan: new developments and underlying mechanisms. *Curr Psychiatry Rep*., *16*(11), 512.

Kashani-Vahid L., Mohajeri M., Moradi H. & Irani A. (2018). Effectiveness of computer games of emotion regulation on social skills of children with intellectual disability. In: 2018 *2nd National and 1st International Digital Games Research Conference: Trends, Technologies, and Applications* (DGRC) p. 46–50.

Katz G, & Lazcano-Ponce E. *(*2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis,

treatment and prognosis. *Salud Publica Mex., 50*(2), 132–141.

Khodabakhshi-Kooalee A., Falsafinejad MR. & Rezaei S. (2018). Effectiveness puppet play therapy on adaptive behaviour and social skills in boy children with intellectual disability. *Caspian J Pediatr., 4*(1), 271–7.

Kozma A., Mansell J. & Beadle-Brown J. (2009). Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review. *Am J Intellect Dev Disabil*. *114*(3), 193–222.

Kretzmann M. & Shih W, Kasari C. (2015). Improving peer engagement of children with autism on the school playground: a randomized controlled trial. *Behav Therapy*. *46*(1), 20–28.

Lee K. (2010). Predictors of depression in children with high-functioning autism spectrum disorders: the relationship between self-perceived social competence, intellectual ability, and depressive symptomology (UMI No. 3372072). [Doctoral dissertation, state university of New York at buffalo]. ProQuest Dissertations Publishing.

Marrus N. & Hall L. (2017). Intellectual disability and language disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*., *26*(3), 539–554.

Matczak A. (2007). *Kwestionariusz kompetencji społecznych* (*Questionnaire of social competences*). Warszaw: Pracownia testów Psychologicznych.

Matson J.L., Dempsey T. & LoVullo S.V. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Res Autism Spectr Disord.*, *3*(1), 207–13.

Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion.*, *1*(3):232–42.

McCarthy J, Hemmings C, Kravariti E, Dworzynski K, Holt G, Bouras N, et al. (2010). Challenging behaviour and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil. 31*(2), 362–6.

McCoy K. & Hermansen E. (2007). Video modeling for individuals with autism: a review of model types and effects. *Educ Treat Child., 30*(4), 183–213.

Olçay Gül S. (2016). The combined use of video modelling and social stories in teaching social skills for individuals with intellectual disability. *Educ Sci: Theory Pract.*, *16*(1), 83–107.

Olsson N.C., Flygare O., Coco C., Görling A., Råde A., Chen Q., et al. (2017). Social skills training for children and adolescents with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*., *56*(7), 585–592.

Oyundoyin JO. (2013). Excluding the excluded: The ordeals of persons with special needs. Nigeria: A Faculty of Education Lecture delivered at the University of Ibadan.

Park J., Bouck E.C. & Duenas A. (2020). Using video modeling to teach social skills for employment to youth with intellectual disability. *Career Dev Transit Except Individ.*, *43*(1):40–52.

Phillips B.N., Kaseroff A.A., Fleming A.R. & Huck G.E. (2014). Work-related social skills: definitions and interventions in public vocational rehabilitation. *Rehabil Psychol.*, *59*(4), 386–398.

Picci G. & Scherf K.S. (2015). A two-hit model of autism: adolescence as the second hit. Clin Psychol Sci. *3*(3), 349–71.

Plavnick J.B., Kaid T. & MacFarland M.C. (2015). Effects of a school-based social skills training program for adolescents with autism spectrum disorder and intellectual disability. J Autism Dev Disord., *45*(9):2674–90.

Ratcliffe B., Wong M., Dossetor D. & Hayes S. (2015). The association between social skills and mental health in school-aged children with autism spectrum disorder, with and without intellectual disability. *J Autism Dev Disord., 45*(8), 2487–96.

Salami G.A. (2019). Stress among the caregivers of persons with intellectual disability in Nigeria. In: Fakolade OA, Osisanya O, Komolafe AF, editors. *Dynamics of special education*. Department of Special Education University of Ibadan. p. 199–206.

Spence S.H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor: Nfer-Nelson.

Srivastava A.K. & Schwartz C.E. (2014). Intellectual disability and autism spectrum disorders: causal genes and molecular mechanisms. *Neurosci Biobeh Rev*., *46* (Pt 2), 161–74.

Strelau J. (1997). Inteligencja człowieka (Human intelligence). Warszawa: Wydawnictwo Żak.

Tipton L.A., Christensen L. & Blacher J. (2013). Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.*, *26*(6), 522–532.

Vickers A. & Smith C. (2000). Incorporating data from dissertations in systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*, *16*(2), 711–713.

Waters P. & Healy O. (2012). Investigating the relationship between self-injurious behaviour, social deficits, and co-occurring behaviours in children and adolescents with autism spectrum disorder. Autism Res Treat., 2012, 156481.

Westling D.L. & Fox L. (2004). *Teaching students with severe disabilities*. 3rd ed. Merrill Prentice-Hall.

Whitehouse A.J., Durkin K., Jaquet E. & Ziatas K. (2009). Friendship, loneliness and depression in adolescents with asperger's syndrome. *J Adolesc. 32*(2), 309–22.

Wise J.C., Sevcik R.A., Romski M. & Morris R.D. (2010). The relationship between phonological processing skills and word and nonword identification performance in children with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.*, *31*(6), 1170–1175.

Keywords: social skills, intellectual disability (ID), intervention, strategies, treatment

Citation: Jacob US, Edozie IS and Pillay J (2022) Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. *Front. Rehabilit. Sci.* 3:968314. doi: 10.3389/fresc.2022.968314

Received: 13 June 2022; Accepted: 24 August 2022;

Published: 13 September 2022.

Edited by:

Mats Granlund, Jönköping University, Sweden

Reviewed by:

Jenny Wilder, Stockholm University, Sweden

Patrik Arvidsson, Uppsala University, Sweden