جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الإجتماعية

اضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية

(الإكتئاب، المخاوف، اضطراب سلوك التحدي والمعارضة)

لدى عينه من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينه الرياض

إعداد

نسرين عبدالله النصار

إشراف

د. زينب عبدالمحسن درويش

رسالة مقدمه استكمالا لمتطلبات الحصول على درجه الماجستير

في العلوم الإجتماعية

الرياض

١٤٣٤هـ -٢٠١٣م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University for Security Sciences

كليـة الدراسات العليا — نموذج (٣٢)

قسم: العلوم الاجتماعية والنفسية

إجازة رسالة علمية في صيغتها النهائية

الاسم : نسرين عبدالله فهد النصار — الرقم الأكاديمي: ٤٣١٠٤٧٤

الدرجة العلمية : ماجستير في العلوم الاجتماعية والنفسية — التخصص: الرعاية والصحة النفسية

عنوان الرسالة: اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض.

تاريخ المناقشة : ١٤٣٤/٠٧/١٩ هـ الموافق ٢٠١٣/٠٥/٢٩

بناءً على توصية لجنة مناقشة الرسالة، وحيث أجريت التعديلات المطلوبة، فإن اللجنة توصي بإجازة الرسالة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للحصول على درجة الماجستير .

والله الموفق ،،،،

أعضاء لجنة المناقشة :

١- د/ زينب عبدالمحسن درويش — مشرفاً ومقرراً

٢- د/ محمد سعيد هندية — عضواً

٣- د/ حنان عطالله — عضواً

رئيس القسم

الإسم : أ.د/ عبدالحفيظ مقدم

التوقيع :

التاريخ : ١٤٢٤/٨/١ هـ

الإهداء

قبل أن يجف قلمي أهدي بحثي إلى من أرضعتني الحب والحنان "والدتي الحبيبة" أتقدم بكل الشكر إلى "جنتي وحبيبتي " فقد فتحتي لي أبواب الدنيا و أحييتي كل مشاعر الحب في قلبي أُهدي إليك هذه الكلمات وعباراتي تسبقني من الفرح لما توصلت إلية .

إلى الروح التي سكنت روحي "زوجي " فقد كان سندي فكان له الفضل بعد الله في مشواري العلمي وهو الأساس الذي بعث في نفسي الطمأنينة فلهُ في حديثي فخراً واعتزازاً .

إلى القلوب الطاهرة "أخواني وأخواتي محمد - منيرة – بشاير –العنود - عبدالرحمن" فقد أعانوني على نفسي لبناء مستقبلي فهاهي الأماني التي كانت في خاطري ونسجتها بين أضلعي قد تحققت ولله الحمد و المنّه فلا أنسى لهم دور فدورهم فعال وبناء .

إلى النفوس البريئة "أبنائي : سديم – عبدالله - خالد" فهم أجمل وأبهى من في الوجود فابتسامتهم نصف الكون وضحكاتهم النصف الأخر .

إلى روح أختي و صديقتي و توأم روحي والتي أخذها القدر مني قبل أن تشاركني فرحه نجاحي "منيرة".

إلى كل من مهد لي الطريق وكان عوناً لي في رسالتي وإلى كل باحث علم ومن أحب لي الخير .

الباحثة

شكـر و تقدير

بسم الله والصلاة والسلام على أشرف الأنبياءو المرسلين نبنيا محمد وعلى او هلصحبه أجمعين....

فمن حق النعمة الذكر، وأقل جزاء للمعروف الشكر ...

فبعد شـــــكر المـــلوى عز وجل ، المتـفضل بجليل النعم ، وعـظـيم الجزاء ...

يجدر بي أن أتـقـدم بـبالغ الامتـنـان ، وجزيـــل العرفان إىلـ راعي هذا الصرح الشامخ الرئيس المجلس الأعلى بالجامعة صـاحب السوم الملكي الأمير محمد بن نايف وزير الداخلية حفظه الله .

كما أقدش مكرو يتقديرلـ يسعادة الدكتور/جمعان بن رشيد بن رقوش رئيس جامعن هايف العربية للعولم الأمنيو هإىلـسسادة الدكتور/ عبدالحفيظ بن سعيد المقدم وذلك لجوهدهما المبذلوة في هذا الصرح العلمي المميز سائلا الومىلـ عز وجل أن يسدد خطاهما لما فيه خير ونفع لهذا الصرح .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إىلـ سعادة الدكتوره / زينب عبدالمرسن درويش ، لقبلوها اشلإراف عهـ ىلذه الدراسة، و التي مـلـ تبخل علي بوقت ولا جهد و كانت لي خير مرشد ودليل فكان لذلك الأثر الملومس في أن تظهر الرسالة بصورتها النهائية ، فلها مني خالص الشكر والتقدير ...

كما أتـقـدم بجـزيل الشكر إىلـ الدكتورين الكريـمين عضـولـ يجـــنة النماقشـة الأسـتاذ المشجارك بجامعـه الملك سسوـ سدسادة د/حنـان عطا الله، و سسادة الدكتور:محمد سعيدنهـ ديه عىلـ جوهدمهـ في قراءة الرسالة وتصويبها ؛رغم مشاغمهلـ العلميه ، فجزاهما الله عني خير الجزاء ...

وشكراً لكل من منحنـي من وقتـه الفعـال الثمين ففرحتـي أكبر من أن تصـفها الكلمـات وتعبر لهـا الحـروف وتفرح لهـا القلـوب فقد صارت بيني وبينكم أخوه وصداقة من خلال صفحات رسالتي فتقبلوا شكري ودعـائي وأخص بالذكر كـلاً من : " أ.راشـد الدرمهيـ "الذي كان داعما وومجها لي بكل مراحل إعداد رسالتي . ولا أنسى من اشلإراف التربوو يإدارة الصحة النفسية " أ.ومضي العايـد "ومن اولكالة المساعدة للشئون المدرسية مديرة إدارة التربية الخاصة " أ/ومضي المعجل "

كما أشكر منسقة الكلية الأستاذة/ رزان الشهراني عىلـ سعيها الدؤوب لتذليل كل العقبات الإداريـة والشكر ومصـول لجميـع مـ ـديراـ ومعلماتو مرشدات طلابيات املدارس التي طبقت بها عىلـ حسن تعاو نهلمتوفير الجو الملائم للتطبيق.

أشكركم جميعا فقد كنتم عوناً لي وخير سند بعد الله عز وجل في مسيره إعداد رسالتي رغم ظروف حمو ليولادتو يتعبو يعنـائي لالا لانساكم من الشكر والعرفان والامتنان فقد غرستم معاني الطيبة في نفسي فلكم كل تقدير و لححرام.

الباحثة

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
املـ غتةلص باللغة العربية	أ
املستخلص باللغة الانجليزية	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
الفصل الأول: مشكله الدراسة وأبعاده	
مقدمه الدراسة	٢
مشكهلـ الدراسة	٣
تساؤلات الدراسة	٦
أهداف الدراسة	٦
أهميه الدراسة	٧
حدود الدراسة	٨
مفاهيمو مصطلحات الدراسة	٩
الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسة	
أولا: الإطار انلظري	١٤
اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه	١٤
نبذة تاريخيخ	١٤
تعريع اضطراب فرط الحركةو تشتت الانتباه	١٦
معدل الانتشار	١٧
املظاهر التشخيصية الأعراض الأساسية	١٨
ا لالاطرابات املصاحبة	٢٢

العوالم املسببة للاضطراب	٢٣
أساليب التغلب على المشكلة	٢٨
التشخيص الفارق	٢٩
قياسو تشخيص الاضطراب	٣٠
مالو علاج الاضطراب	٣٢
الاكتئاب	٣٥
تعريع الاكتئاب	٣٥
أسبابه	٣٦
تشخيص الاكتئاب	٣٧
تصنيف الاكتئاب عند الأطفال	٣٩
انلظريات املفسرة للاكتئاب	٤٠
انتشاره وحدوثه عند الأطفال	٤٣
أعراض الاكتئاب	٤٣
اولقاية نم الاكتئاب	٤٥
مالو علاج الاكتئاب	٤٥
الخوف	٤٦
تعريفه	٤٦
أوناعه	٧٧
أعراضه	٤٩
املحك التشخيصمل يخاوف الطفل	٥١
نسبه انلاتشار	٥٢
العوالم املسببة للخوف	٥٣

الآثار املترتبة على الخوف	٥٤
انلظريات املفسرة لنشأة املخاوف	٥٤
التشخيص الفارق للخوف	٥٧
اولقاية من الخوف	٨٨
أساليب التغلب على الخوف	٨٨
علاج الخوف	٥٩
سولك التحدي واملعارضة	٦٠
تعريفه	٦٠
تشخيصه	٦١
معدل انتشاره	٦٢
الصورة الإكلينيكية هلا	٦٣
التشخيص الفارق	٦٣
أسباب الاضطراب	٦٤
مال الاضطراب	٦٥
علاج الاضطراب	٦٥
الدراسات السابقة	٦٧
التسليق سىلا الدراسات	٧٢
الفصل الثالث: الإجراءات المهنجية للدراسة	
هنمج الدراسة	٧٥
مجتمع الدراسة	٧٥
عهنيه الدراسة	٧٦
أ دواد الدراسة	٧٦

إجراءات التطبيقو اختباراتالصدصو الثبات	٩٣
الأساليب الإحصائية	٩٤
الفصل الرابع: عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشه نتائجها	٩٥
الفصل الخامس: خلاصهذ تائج الدراسة وتوصياتها ومقترحاتها	١٠٩
قائهم املصادرو المراجع	١١٣
امللاحق	١٢٣

قائمه الجداول

الموضوع	رقم الصفحة
صدق الاتساق الداخلي لمحور التشتت	٩٢
صدق الاتساق الداخلي لمحور الاكتئاب	٩٣
صدق الاتساق الداخلي لمحور المخاوف	٩٤
يوضح قيم معامل الفاكرونباخ لأداة الدراسة	٩٥
ا لتحليل السيكومتري لفقرات البعد التشتت	٩٥-٦٦
ا لتحليل السيكومتري لفقرات البعد فرط الحركة	٦٦
ا لتحليل السيكومتري لفقرات البعد التحدي المعارضة	٩٧
ا لتحليل السيكومتري لفقرات المحور الثاني	٩٧-٩٨
ا لتحليل اليسكومتري لفقرات المحور الثالث مقياس المخاوف	٩٩
توزيع أفراد عينة الدراسةو فقا لمتغير العمر	١٠٢
توزيع إفراد العينه لمتغيت تشتت انلاتباه	١٠٢
توزيع أفراد العينه بالنسبه لمتغير فرط الحركة	١٠٤
توزيع أفراد العينه بالنسبه لمتغير المزدوج	١٠٤
توزيع أفراد العينه بالنسبه لمتغير سلوك التحدي والمعارضة	١٠٥
معامل ارتباط بير سون بيي كلا من)ADHDو(الاكتئاب	١٠٦
معامل ارتباط بير سون بيي كلا من)ADHDو(المخاوف	١٠٧
معامل ارتباط بير سون بيي كلا من)ADHD(وسلوك التحدي	١٠٨
تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار لمتغيرات المستقله المؤثره لمتغير التشتت	١١١
تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار لمتغيرات المستقله الغير المؤثره لمتغير التشتت	١١٢
تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار لمتغيرات المستقله المؤثره لمتغير الفرط	١١٣
تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار لمتغيرات المستقله الغير المؤثره لمتغير الفرط	١١٣

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأبعادها

- مقدمة الدراسة
- مشكلة الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهميه الدراسة
- حدود الدراسة
- مفاهيم ومصطلحات الدراسة.

الفصل الاول

مشكلة الدراسة وأبعادها

مقدمة الدراسة:

الطفولة هي حجر الأساس لبناء شخصية الإنسان، وهذه المرحلة هي التي ستحدد مدى توافقه فى مرحله المراهقة والرشد. لذلك أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الاطفال وعلاجها في سن مبكرة قبل أن تستفحل وتؤدي لانحرافات نفسيه في مراحل العمر التالية.

فمشكلات الطفولة والوقاية منها من القضايا التي أخذت تحتل مكانه بارزه لدى المربين في الأوساط التربوية ولعل أكثر ما يستقطب الاهتمام في الوقت الراهن على مستوى البحوث هو تربيه الأطفال وتحسين سلوكياتهم إلى أقصى قدر ممكن.

ويعتبر التحكم وإدارة سلوك الطفل شيء ليس بالسهل خاصة إذا كان الطفل يعاني من مشكلات تثير تلك السلوكيات كاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (الخشرمي، ٢٠٠٥،ص٣)

فعند الأطفال قد يرتبط زيادة النشاط بالذكاء فكلما ارتفعت درجه ذكاء الطفل زادت حركته،لكن لو زاد النشاط عن المألوف وكان مصحوب بتشتت بالانتباه وضعف في التركيز فذلك علامة مرضيه تسمى (باضطراب فرط الحركة)فيجب التنبه لها والتفرقة بينها وبين حدود السواء.

فقد كان ولا يزال اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الاضطرابات التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين(سيسالم،٢٠٠١،ص٥٦)

وفي ضوء ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR-2000) إن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عبارة عن نمط مستمر من عدم الانتباه و/ أو نشاط زائد واندفاعية يظهر في مرحله الطفولة المبكرة (قبل سبع سنوات)ويستمر لمده لا تقل عن ستة أشهر ويكون ظاهرا وأكثر حده مما يتم ملاحظته عاده وسط الإفراد في مستوى نمو مماثل.

وقد أجمعت الدراسات على إن تأثير اضطراب نقص الانتباه والنشاط واضح وجلي على مناحـــي النـــمو المختلفة النفسية، والتربوية ، والعقلية والاجتماعية .(ميركولنيو وزملاءه ،٢٠٠٣،ص٣٠).

وذلك نظرا لأثاره السيئة على الطفل وأسرته بل وتتعدى ذلك إلى علاقته بالمدرسة مع زملاءه ومدرسيه وكافه علاقاته الاجتماعية، فكثيرا ما يوصف بأنه طفل سيئ وعنيد لعدم إطاعته الأوامر والفوضى،كما انه يجد صعوبة في بناء علاقة اجتماعيه وصداقه نظرا لسمات اضطرابه مما يجعل الآخرين يبتعدون عنه فيشعر بالعزلة التي تؤثر على صورته لذاته فيفقد الثقة بنفسه ويتعرض للعديد من الضغوط النفسية التي تؤدي إلى إصابته بالقلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية.

ولان هذا الاضطراب جدير بالبحث والدراسة خصوصا وان المجتمع الغربي سبقنا بكم هائل من الدراسات التي تشخص وتقييم وتحدد الأسباب وكيفيه التعامل والنتائج المستقبلية وعلاقته بغيره من الاضطرابات النفسية بتنا أمام حاجه ماسه لمثل تلك البحوث والدراسات وذلك لان لدينا قصور واضح في جميع تلك الدراسات خصوصا بمجتمعنا المحلي في المملكة كأحد الدول التي ينتشر فيها الاضطراب بين نسبه كبيره من الأطفال. (الحامد،٢٠٠٣،ص١١).

مشكلة الدراسة:

يمثل الأطفال المصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه تحديا من حيث التشخيص والعلاج ، فعجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية سمات سلوكيه تميز العديد من الأطفال بدرجات متفاوتة.(ميركولينو وزملاءه،٢٠٠٣،ص٣٠٠).

وتعتبر مشكله فرط الحركه وتشتت الانتباه من المشاكل التي أخذت تطرح للنقاش ، ولعل أكثر ما يحير الباحثين هو كيف يتخلصون من الأعراض المصاحبة والتي تسبب الإزعاج للطفل ومن حوله وتترك آثارا سلبيه.

إذ يعاني الأطفال المضطربين من صعوبات في تعديل سلوكهم وتنظيمه ويواجهون صعوبات في تطوير وتنفيذ خطط لأداء سلوكياتهم لذلك فهم أكثر عرضه للمشكلات السلوكيه والوجدانية والاجتماعية، بالإضافة إلى اضطرابات المسلك التي تشكل خطر كبير للانحراف في مرحله المراهقة والى خطر سلوك إجرامي أو معادي للمجتمع في مرحله الرشد.

والسلوكيات السابقة عاده ما تسهل ملاحظه أعراضها .أما الاضطرابات الداخلية أو الانفعالية مثل القلق والكآبة،فغالبا ما يتم إغفالها على الرغم من أنها عنصر مهم في تقييم الاضطراب وذلك لسببين الأول: أن العديد من الأطفال ذوي الاضطراب مصابين أيضا باضطراب في الطبيعة المزاجية أو كآبة حيث يقدر أن ٢٠-٣٠%مصابون بالتوتر النفسي،ومن ١٠-٤٠%مصابين بالكآبة واضطرابات المزاج مما يدعو إلى علاج كل من الاضطراب والكآبه والحالة المزاجية من أجل تحسين المخرجات ، كما أن والكآبة والقلق قد تكون المسبب الرئيسي لقلة الانتباه ولشرود ذهن هؤلاء الأطفال وليس اضطراب فرط الحركه نفسه، وهذا مهم خاصة في مرحله المراهقة حيث أن الصعوبات عند إتمام المهمات وإتباع التعليمات يرجع إلى الكآبة وليس إلى اضطراب فرط الحركه نفسه .(السرطاوي،٢٠٠٣،ص٣١)

ومما سبق يتبن أن دراسة واكتشاف الاضطرابات النفسية والمزاجية التي تصيب الأطفال في المراحل الأولى مهمة لأنها ترتبط ارتباطا وثيقا بالاضطرابات السلوكية التي تحدث لهم في مراحل الطفولة المتأخرة والمراهقة وما بعد البلوغ.

حيث أن الدراسات أثبتت أن تلقي الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة العلاج المناسب في وقت مبكر يؤدي إلى تقليل نسبه الانحراف لديهم في مرحله المراهقة مقارنه بغيرهم ممن لم يتلقوا علاجا مبكرا.كما ثبت عكس ما كان يعتقد سابقا من أن هذا الاضطراب يبدأ بالتلاشي بمجرد بلوغ الطفل سن المراهقة حيث أشارت الدراسات الحديثة إلى أن الاضطراب قد يستمر إلى سن المراهقة وحتى سن الرشد مما ينعكس على شخصيه الفرد في المستقبل من حيث الأداء الوظيفي والعلاقات بالآخرين والسلوكيات المرضية التي تصدر من هؤلاء مثل تعاطي المخدرات غيرها .(الحامد،٢٠٠٣،ص١٢)

وتشير الدراسات أن نسبه انتشارفرط الحركه وتشتت الانتباه يمثل ٣-٥% من مجموع طلاب المدارس في الولايات المتحدة حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع وانه ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل (١-٤).(DSM-IV-TR-2000).

أما تقرير مركز مراقبة الأمراض ٢٠٠٢ بالولايات المتحدة فقد أشار إلى وجود(١,٦٢٠,٠٠٠) طفل يعانون من فرط الحركه وتشتت الانتباه ، وجاء في تقرير المعهد الوطني للصحة العقلية (٢٠٠١): أن الاضطراب هو أكثر اضطراب شائع عند الأطفال والمراهقين وانه يوثر على(٤,١)من الشباب من عمر (٩-١٧)سنه.(شاهين ،العجارمه،٢٠١١،ص٣٩-٤٠).

أما عن الدراسات في المجتمع العربي فيلاحظ قلتها مقارنه بالمجتمع الغربي ونذكر منها دراسة الدكتور "محمد قطب" بمصر بجامعه الأزهر عام(١٩٨٥)والتي أظهرت أن ٦,٢%يعانون من هذا الاضطراب في الفئة العمرية(٧-١٤)وانه يزيد في المدارس الأهلية وأكثر شيوعا بين الذكور.

والدراسة التي أجريت بجامعه عين شمس(١٩٨٧) للأعمار(٩-١١)وأظهرت أن (٨,٩)% يعانون من فرط الحركة وأنها مشكله ليست مدرسيه فحسب بل اجتماعيه كذلك .(الحامد، ٢٠٠٢، ص٣٥-٣٧).

و دراسة الشراباتي(٢٠٠٤م) والتي أظهرت أن ٦,٨% من الذكور و٥,١%من الإناث يظهر لديهم الاضطراب في مدارس عمان(شاهين،٢٠١١،ص٣٩).

أما على الصعيد المحلي بالمملكة العربية السعودية فقد أجريت دراسة بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض عام (١٩٨٨-١٩٩٣)وأوضحت أن نسبه انتشاره تساوي ١٢,٦%، وأخرى تمت بجامعه الملك فيصل بالدمام وأجراها الدكتور جمال الحامد(٢٠٠٣)وأفادت ان١٦,٧% لديهم اضطراب مركب(فرط وتشتت)و١٦,٥% تشتت بمفرده و١٢,٦%فرط واندفاعية. (الحامد، ٢٠٠٣، ص٤٠-٤٣).

وفي دراسة حديثه للدكتور محمد مرعي القحطاني عام ٢٠١٠ والتي أظهرت أن ٢,٧ من الأطفال بعمر (٧-٩)بمنطقه عسير يعانون من الفرط.(القحطاني ،٢٠١٠،ص١٣).

كل ما سبق من الدراسات كانت على مرحلة الطفولة،أما دراسات التاريخ التطوري لهذا الاضطراب فتقدم دليلا على أرجحية انتشاره لدى المراهقين والراشدين إذ يقدرأن ما نسبته ٥٠-٧٠%تستمر لديهم الأعراض عندما يصبحون مراهقين وأن ما نسبته (٨-٣٣)%تستمر للرشد.(السرطاوي،٢٠٠٣،ص٢٩).

وقد توالت البحوث التي رصدت الظاهرة وتمت مراجعه مسمى هذا الإضطراب عده مرات من التلف الدماغي الأدنى إلى الاختلال الوظيفي الدماغي فالخلل الدماغي البسيط ثم إضطراب النشاط الزائد وأخيرا حسب ما ورد في الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية في طبعته الرابعة المعدلة سمي اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد .(المليك ،٢٠٠٥،ص١،DSM-IV-TR-2000).

أما عن اهتمام المملكة بهذه الفئة فقد أوضحت توصيات المؤتمر الأول في الشرق الأوسط لفرط الحركة والذي نظمته جمعيه (افتا) أنه وقبل عده سنوات كان هناك انعدام شبه كلي لمعرفه هذا الاضطراب لدى الأهالي والتربويون وأطباء العائلة كذلك

إنعدام الأبحاث الضرورية والتي لا يمكن من دونها التأكد من حجم المشكلة واتخاذ التدابير اللازمة لمساعدة هذه الفئة،فأنشأت لجان تطوعيه ومن ثم بدا الأهالي المحتاجين للدعم بالارتفاع وأصبح عدد المتطوعين أكبر مما مكن من إنشاء مجموعه خيريه والتي أصبحت مؤسسه تربويه غير ربحيه رسميه تحت مظله مستشفى الملك فيصل التخصصي في ٣ يوليو ٢٠٠٤ وإستمرت إلى عام ٢٠٠٨ حيث إنضمت الجمعية تحت مظله وزاره الشؤون الاجتماعية .ثم عقدت ألمجموعه (افتا)أول مؤتمر في الشرق الأوسط لاضطراب الحركة وتشتت الانتباه وذلك في ديسمبر٢٠٠٤ والذي انبثق عنه عده توصيات ونتج عنه إعداد المشروع الوطني.(التوصيات ،٢٠٠٤،ص٢١٩-٢٢١)

ومن خلال إستعراض الواقع الذي تعيشه هذه الفئة وإستمرار معاناة الأهالي وأطفالهم المضطربين وقله البحوث التي ممكن أن تسهم في تقديم أي خدمه لهم جاءت هذه الدراسة لتسهم وتضيف وعي وزيادة معرفه بما يختص بالاضطراب خصوصا إذا أدركنا أن عدم اكتشافه ومحاوله معالجته في فترات الطفولة المبكرة قد يدعو إلى استمرار أعراضه في فتره المراهقة والبلوغ ويظهر بشكل سلوكيات مضادة للمجتمع وسلوكيات منحرفة .

وبما انه من غير المعروف في ظل غياب الدراسات المحلية ما هي الخصائص التي ممكن أن تصاحب الاضطراب جاءت هذه الدراسة لتبحث وتجيب عن التساؤل التالي:

هل توجد علاقة ذات دلاله إحصائية بين أطفال المرحلة الابتدائية المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وبعض متغيرات الشخصية(اكتئاب، اضطراب سلوك التحدي والمعارضة ،مخاوف)؟

تساؤلات الدراسة:

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاكتئاب لدى أفراد العينة؟

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب السلوك المعارض لدى أفراد العينة؟

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمخاوف لدى العينة؟

-ماهي العوامل المنبئة(الاكتئاب،المخاوف،سلوك التحدي والمعارضة) باضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه؟

أهداف الدراسه:

تهدف الدراسة الحالية :

١. الكشف عن طبيعة العلاقة بين إضطراب (نقص الانتباه وفرط الحركة) وعلاقتها بمتغير الاكتئاب.

٢. الكشف عن طبيعة العلاقة بين إضطراب (فرط الحركه وتشتت الانتباه) وعلاقته بمتغير المخاوف.

٣. الكشف عن طبيعة العلاقة بين إضطراب (فرط الحركه وتشتت الانتباه) وعلاقته بمتغير سلوك التحدي والمعارضه.

٤. التعرف على ماهي العوامل المنبئه(الاكتئاب،المخاوف،سلوك التحدي والمعارضه) باضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه لدى عينه من أطفال المدارس الحكوميه بمدينه الرياض

أهمية الدراسة:

من الناحية النظرية:

-نظرا لقله الدراسات العربيه-في حدود علم الباحثة -والتي تدرس إضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه خصوصا في علاقته بمتغيرات الدراسة الحالية (الاكتئاب ،مخاوف،إضطراب سلوك التحدي والمعارضة) فقد تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة تسهم في إثراء الأطر النظرية لهذا الاضطراب.

-الإسهام في تقديم نتائج لدراسة إضطراب الفرط في البيئة السعودية .

-توعيه القائمين على مسؤولية الطفل لإكتشاف الإضطراب مبكرا حتى يوفر العناء على المربين والتمتع ببيئة أكثر تفهما وتقبل للطفل تمكنه من عدم سلب حقوقه وبالتالي شعوره بالفشل .

-تحسين فرص النجاح المستقبلية للطفل حتى يستطيع أن يتعلم أساليب ناجحة تساعده على توافقه مع بيئته منذ صغره حتى لا يستمر إلى ما بعد البلوغ بتصرفات عدوانيه نتيجة عدم قدرته ومعرفته بكيفية السيطرة على نفسه .

من الناحية التطبيقية:

-ترشيد وتوعيه القائمين التربويين والأخصائيين النفسيين بخصائص التلميذات ذوات فرط الحركة وتشتت الانتباه وخاصة بعلاقته بإضطرابات الإكتئاب والمخاوف المرضيه.

-تصميم برامج إرشاديه للآباء والأمهات والمربين عموما بعد معرفه خصائصهم لتوجيههم إلى أفضل الطرق للتعامل معهم .

-تصميم برامج تناسب ما تم معرفته من خصائص نفسيه لأطفال الاضطراب تساعدهم على التكيف مع مجتمعهم وحياتهم.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

تقتصر الدراسة على عينه من تلميذات المرحلة الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم مابين(٧-١٢)في المدارس العامة والذين تم تشخيصهم بإصابتهم بإضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

-إستمرار سلوك نقص الإنتباه والنشاط الزائد لديهم لفترة لا تقل عن ٦شهور.

-خلو أفراد العينة من الإعاقة الحسيه والعقلية والبدنية.

الحدود المكانية:

تقتصر هذه الدراسة على مدينه الرياض بالمملكة العربية السعودية.

الحدود الزمانيه:

الدراسة تمتد على مدى فصل دراسي كامل للعام الدراسي ١٤٣٣-١٤٣٤

الحدود الموضوعية:

تتحدد أدوات الدراسة باستخدام :

١-مقياس عسير فندربلت(Vanderbilt)المقنن على البيئة السعودية ومن ترجمه الدكتور محمد مرعي القحطاني(نسخه المعلم) وذلك (لتشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه).

٢- مقياس القائمة العربية لإكتئاب الأطفال للدكتور:أحمد عبد الخالق وذلك (لتشخيص الاكتئاب لدى العينة).

٣-كما سيتم إستخدام الجزء الخاص لإضطراب سلوك التحدي والمعارضة كجزء من مقياس الفندربلت. (من العباره رقم ١٩-٢٤في المقياس).

٤-اختبارمخاوف الطفل للدكتورمحمدعبدالظاهرالطيب .

مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

ا-الإصطلاح اللغوي:الإضطراب:الإختلال.يقال إضطرب أمره:اختلَ ونقص.

-نقص:النقص:الخسران،وانقصه لغة؛وانتقصه وتنقصه:اخذ منه قليلا قليلا.

-الإنتباه:اليقظة.وتنبه على الأمر:شعر به.

-النشاط:ضد الكسل،نشيط نشاطا ونشيط إليه،فهو نشيط:أي طيب النفس للعمل.

-الزائد:الزيادة:النمو، خلاف النقصان.(ابن منظور،٩٥,١٠٠,١٩٨,٥٤٢,٥٤٣)

الاصطلاح النفسي:

يعرفها القحطاني:بأنه اضطراب عصبي سلوكي ناتج عن خلل في بنيه وظائف الدماغ فيؤثر على السلوك والأفكار والعواطف،ويظهر في مرحله الطفولة المبكره ويمتد لسنوات طويله،وهوإضطراب أكثرمنه مرض مستقل وقائم بذاته،ويمكن التعامل

معـه وتخفيـف حـده أعراضـه بهـدف مسـاعده الطفـل علـى الـتعلم والتكيـف وضـبط النفس،ويترافق معه عدد من الاضطرابات النفسيه.

أ- ورد تعريف الإنتباه في موسوعة علم النفس الشاملة (١٩٩٩) على أنـه:تركيز الشعور على موضوع ما،أي عمليه انتقائية يتم من خلالها التركيز على نشاط ما،على حساب نشاطات منافسه،فالإنتباه يؤمن وظيفة انتقاء بين المثيرات التي تعرض على الجسم.

ب- النشاط الزائد فيشار إليه باصطلاح فرط الحركة والذي يعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن جمعيه الطب النفسي الأمريكي(DSM-IV-TR-2000)بأنـه :اضطراب يظهر في مرحلـه الطفولـة المبكرة (قبل سبع سنوات)ويظهر في بيئات مختلفة (المدرسه والبيت والملعب)ويحدث تعطل في الوظـائف الأكاديميـة والاجتماعيـة والمهنيـة ويستمر لمده لا تقل عن ٦اشهر ولايظهر نتيجـة لاضطراب نمـائي آخـر مـن الاضـطرابات النمائيـه الشـاملة كإضطراب التوحد ولايمكن تفسيره باضطراب قلق أو اضطراب شخصيه أو الفصام أواي اضطراب وجداني .

ج-الاصطلاح الاجرائي :

تعرف الباحثة اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه بأنه"الدرجه التي تحصل عليها الطالبه على مقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد المستخدم في الدراسة".

٢-الاصطلاح اللغوي:

-اكتئاب:ماده (كـأب)اكتئب الرجل يكتئب اكتئابـافهو:مكتئب حَزُن واغتم.(مجمع نور الدين الوسيط،٣٢١ص)

الاصطلاح النفسي:الاكتئاب:يعرفه احمدعبدالخالق(١٩٩٩):بانه حالـه انفعاليه وقتيه اودائمه،يشعرفيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق،وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم،فضلا عن مشاعر القنوط والجزع والياس والعجز،وتصاحب هذه الحالـه اعراض محدده متصله بالجوانب المزاجيه والمعرفيه والسلوكيه والجسميه،ومنها نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة،وفقدان الوزن ،واضطرابات النوم والشهيه ،فضلا عن سرعه التعب،وضعف التركيز،والشعور بنقص الكفاءه،وانخفاض الجداره،والافكار الانتحاريه.(عبدالخالق،١٩٩٩،ص١٠٤).

ويعرف في الموسوعه النفسية باعتباره مصطلح يصف مزاج وعرض وزمله من اعراض خاصة باضطرابات وجدانيه .فالاكتئاب كمزاج يشير إلى حاله عابره من

الشعور بالحزن والكابه والياس وفقدان السعاده والتعاسه وانقباض الصدر.اما الاكتئاب كعرض فيشير الى شكوى غالبا ماتصاحب بمشكلات بيولوجيه ونفسيه واجتماعيه والاكتئاب كزمله اعراض يشير الى طائفه اعراض من الاختلالات البيولوجيه التي تختلف لفي التكرار الشده والفتره الزمنيه. (Marsella,A,1998) .

او هي حاله مزاجيه تتسم بعدم القيمه والشعور بالكابه والحزن والتشاؤم ونقص النشاط.(Rock elein,j,199)

وتعرف الباحثه الاكتئاب اجرائيا بأنه" الدرجه التي تحصل عليها الطالبه على مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسه فالدرجه المرتفعه تشير الى اكتئاب مرتفع والمنخفضه تشير الى انخفاضه.

٣-المخاوف المرضيه:

لغويا: -مخاوف:خوف :فزع ،خاف يخافه وخيفه ومخافه .(ابن منظور،ص٢٢٠)

المخاوف المرضيه اصطلاحا:يعرفها الطيب:بأنها خوف مبالغ فيه،يصل لحد الرعب،من موضوع أوموقف معين،لايمثل في حد ذاته مصدرللخطر،وهذا الخوف حضاري في طبيعته،بمعنى أن الشخص يدرك معقوليته وعدم منطقيته،ورغم ذلك، فان هذا الخوف يسيطرعليه ويحكم سلوكه،وتختلف المخاوف المرضيه عن الخوف العادي،فالخوف العادي،هو حاله يحسها كل انسان في حياته العاديه،حين يخاف مما يخيف فعلا.

وتعرف بإعتبارها خوف قوي ومستمر وهياجي يثيره مثير معين اوموقف معين .ويتميز بالامعقوليه والتضخم والتكرار، ويتوقع الفرد باستمرارأن يتعرض لموضوع الخوف حيث يقع الفرد فريسه لفكره الخوف بشكل متسلط وملح.(النجار،٢٠١١)

وتعرف الباحثه الخوف اجرائيا بأنه" الدرجه التي تحصل عليها الطالبة على مقياس الخوف المستخدم في الدراسه"

٤-اضطراب السلوك المعارض والتحدي:

(Oppositional defiant Disorder)

-السلوك:ماده(س ل ك). والسلوك هو مسيره الانسان واتجاهه.سلك الرجل المكان أي دخل فيه واتبعه.(مجمع نور الدين الوسيط،٢٠٠٩،ص١٥٧).

المعـــارض:عـــارض فلانـــا،معارضـــه،وعراضـــا:أي ناقضـــه وقاومـــه.(المعجـــم الوسيط،ص٣٩٣).

تحـــدي:تحـــدى الشـــي:حـــداه،وتحـــدى فلانـــا:طلـــب مباراتـــه فـــي أمـــر.(المعجـــم الوسيط،٢٠٠٤،ص١٥٤).

اصطلاحا: هو الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل اكثر معارضه وتحدي ورفض وعدائيه تجاه اشكال السلطه وتستمر لمده سته اشهر، وتتجاوز الاطار الطبيعي لسلوك طفل مماثل له في العمر ومن نفس السياق الاجتماعي ،وتسبب اختلال في العلاقات الاجتماعيه والمدرسه والعمل ولاتعود مظاهر الاضطراب لطور ذهان او اضطرابات مزاج.(عسكر،٢٠٠٥).

اجرائيا: وتعرف الباحثه اضطراب السلوك المعارض والتحدي اجرائيا بانه" الدرجه التي تحصل عليها الطالبه على مقياس اضطراب السلوك التحدي والمعارضه المستخدم في الدراسه.

الفصل الثاني

الخلفيه النظريه للدراسه

أولا:الإطار النظري

ثانيا:الدراسات السابقه

الفصل الثاني

الخلفيه النظريه للدراسه

أولا: الإطار النظري

١-إضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه:

نبذة تاريخية :

النشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية من القرن السابق عدة تسميات منها متلازمة النشاط الزائد والتلف الدماغي البسيط الصعوبات التعلمية . ويميز البعض النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي ففي حين يشير النوع الأول الى زيادة المستوى الحركة يشير النوع الثاني إلى عدم الإنتباة والتهور وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الأخر. (القمش والمعايطة ، ٢٠١١ ، ١٩٠)

ترجع جذور أول وصف للاضطراب في مقال نشرتة المجلة الطبية الامريكية في عام ١٩٠٢ م وفي عام ١٩٣٧قدم برادلي ملاحظاته على تأثير تناول مادة الامفيتامين (مادة منشطه) في السيطره على الحركة الزائده،مع تزايد القدره على التركيز عند الاطفال المصابين بخلل دماغي . وفي عام ١٩٤٧ قدم (هيل) ملاحظاتة لأثر تناول هذه المادة على البالغين . وفي عام ١٩٧٨ قدمت منظمة الصحة العالمية في دليلها التشخيصي التاسع الذي يرمز للإختصار ICD-9-WHO تشخيصاً للاضطراب وفي عام ١٩٨٠ قدم الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي الثالث الذي يرمز له اختصاراً DSM-III تشخيصاً للاضطراب .وفي عام ١٩٩٢ ، وضع (ICD-10) لأول مره تشخيص الاضطراب لدى البالغين ، وتم وضع المعايير التشخيصية النوعية للبالغين ، ثم اعيد استكمال النقاط المختلف عليها في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد لدى البالغين ، في المؤتمر السنوي للجمعية الألمانية للطب النفسي والعلاج النفسي والعصبي psychotherapy und ,deutsche gesellschaft fuer psychiatry neurologie

وقدم اول وصف لهذا الاضطراب سنة (١٩٤٥) على يد الطبيب الألماني هنريك هوفمان (cantwell,1975)

وفي بداية القرن العشرين ربط بين النشاط الحركي الزائد وتلف الدماغ ومع ذلك لم تدرس هذه المسألة بشكل مكثف الا في العقد الخامس مع ذلك القرن حيث اهتم الباحثون في هذا الوقت بصورة كبيرة بالأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية ومن مشكلات تعلم. (سليم ، ٢٠٠١ ، ١٨٣).

وفـي القـرن الثـامن عشـر قـام الطبيـب الانجليـزي سـتيل بوصـف الاضـطرابات التـي نعرفهـا الآن بقصـور الانتبـاه والحركـة المفرطـة ، علـى انهـا قصـور غيـر عـادي فـي التحكم بالذات وقد عزا ذلك الى اضطرابات في المخ او الوراثـة او الـى عوامل بيئيـة او طبية اخرى ، كما انه اوصى بعلاج تلك الحـالات والإبقـاء عليهـا داخـل المصـحات لاستكمال العلاج . وفي عام ١٩١٨ عندما انتشر مايعرف بالتهابات الدماغ ترددت في كتابـات البـاحثين انـذاك مشـكلات الانـدفاع والحركـة المفرطـة عنـد العديـد مـن الأطفـال الذين اصيبوا بالتهابات الدماغ في ذلك العام ، وفـي عـام ١٩٣٧ اسـتخدم برادلـي عقـار البنزدرين الذي يستخدم في علاج الصداع وزيـادة معدل ضـغط الـدم فـي عـلاج تشـتت الانتباه والحركة المفرطة وقد لاحظ تغيراً كبيراً فـي سلوك الأداء المدرسـي لكثيـر مـن الاطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب (النتيفي ، ٢٠١١، ١٩)

ويعتبـر تـاريخ النشـاط الحركـي الزائـد لـدى الاطفـال حـديثاً بالنسبة لبدايـة الاهتمـام بـه وتسجيلة علمياً حيث ان اول اضطراب حدث وتم تسجيلة كـان فـي الأدب الطبـي عـام ١٩٠٢ في لانست وعلى كل حال فان سلوك النشـاط الزائـد تمـت ملاحظتـة فـي اطفـال معدودين قبل هذا التاريخ (وولكر، سيدني ، ٢٠٠٣)

ويرجع الفضـل الـى سـتيل ١٩٠٢ (stefanatos & baron , 2007,5-38) فـي القاء الضوء على الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب عند عينـة مـن الأطفـال تعـاني من هذا الاضطراب ممن يترددون علـى العيـادات الأكلينيكيـة . ووصـف الأطفـال ذوي هذا الاضطراب بأنهم يعانون من اضطراب في القدرة علـى مواصـلة الانتبـاه – الملل – سهولة الاثارة – الهيجان العنيف – التشتت – عدم الطاعه والحركة الغير الهادئة .

وقد زاد الاهتمـام داخـل الاوسـاط والمراكـز الطبيـة بهـذا الاضـطراب ابتـداء مـن نهايـة السـتينات مـن القـرن الماضـي ، حيـث بـدأ التركيـز علـى دراسـة التصـرفات السـلوكية الشـاذة وغيـر العاديـة للأطفـال فـي دور الحضـانة والمـدارس الإبتدائيـة ، حيـث قـررت الاوسـاط العلميـة تحديـد وتنـاول تلـك التصـرفات السـلوكية تحـت اسـم مـرض النشـاط المفرط (الظفيري ، ٢٠٠٩).

وقد ظهرت العديد من المسميات لهذا الاضطراب مثل الاختلال المخـي البسيط وتلـف المـخ العضـوي اعتقـاداً بـأن هنـاك اسـباب عضـوية فـي المـخ مثـل تلـف المـخ ادت الـى ظهـور هـذا الاضـطراب ، وتلاشـت هـذه المسـميات فـي السـبعينات لعـدم وجـود دلائـل كافيـة ، وبعـد اجتمـاع الجمعيـة الأمريكيـة للطـب النفسـي وظهـور دليلهـا التشخيصـي والأحصـائي للأضـطرابات العقليـة – الطبعـة الثانيـة (DSM II)تـم تسـمية هـذا الاضـطراب بفـرط النشـاط الحركـي وفـي عـام ١٩٨٠ قسـم الـدليل التشخيصـي والأحصـائي للأمـراض العقليـة النسـخة الثالثـة هـذا الاضـطراب الـى نقـص الانتبـاه

المصـــاحب لفـــرط الحركـــة ، ونقـــص الانتبـــاه غيـــر المصـــاحب لفـــرط الحركـــة (ameicanpsychiatric association .1980) وفـي عـام ١٩٨٧ وبعـد مراجعات الرابطة اطلق علـى الاضـطراب مسماه الحـالي " اضـطراب نقص الانتبـاه وفرط الحركة " (ameicanpsychiatric association .1987)

وفـي عـام ١٩٩٤ وبنـاء علـى توصـيات الرابطـة صـدرت الطبعـة الرابعـة للـدليل التشخيصـي والاحصـائي للإضـطرابات العقليـة (DSM IV)وفيـة تـم تصـنيف هـذا الاضطراب الى ثلاثة انماط فرعيه : النمط الفرعـي الاول نمـط نقص الانتبـاه ، النمط الفرعي الثاني نمط النشـاط المفرط والاندفاعيـه، النمط الفرعـي الثالـث النمط الفرعـي المركب (ameican psychiatric association .1994)

تعريف اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه:

تعرف الحركة الزائده علـى انهـا نشـاط جسمي وحركـي لـدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمية بل يقضـي اغلب وقته في الحركة المستمر وغالباً ماتكون هذه الظـاهره مصـاحبة لحـالات اصـابات الـدماغ او قد تكون لأسباب نفسية (millman ,1981)

اما تشتت الانتباه هو عدم القدرة على المتابعة والتركيز علـى المهمـات ويعتبـر النشـاط الزائـد هـو السـبب الرئيسـي فـي تشـتت الانتبـاه فالنشـاط الزائـد هـو زيـادة عـن الحـد المطلـوب بشـكل مسـتمر كمـا ان كميـة الحركـة التـي يصـدرها الطفـل لاتكـون مناسـبة لعمرة الزمني .(hallahan& Kauffman ,2003)

عرفه عادل عز الـدين الاشـول (٤٥٣,١٩٨٧)بانـه السلوك الـذي يتسم بالحركـة غيـر العادية والنشـاط المفرط وانـه قد يعوق الطفل المصـاب وبالتـالي يسـبب مشـكلات فـي ادارة السلوك.

وعرفه الشخص (١٠٣، ١٩٨٥) للطفل ذي النشاط الزائد بانه الطفل الذي يعـاني مـن ارتفـاع مسـتوى هـذا النشـاط بصـورة غيـر مقبولـة اجتماعيـاً وعـدم القـدره علـى تركيـز الانتبـاه لمـدة طويلـة وعـدم ضـبط الـنفس (الاندفاعيـه)وعـدم القـدره علـى اقامـة علاقـه اجتماعية طيبة مع اقرانه ووالدية ومدرسية.

معدل الأنتشار :

يشـيع هـذا الاضـطراب بنسـب تقـارب ال ١٠% بـين اطفـال العـالم وتشـير الاحصـائية العالمية الى انة في تزايد مطرد. (حسين و عبدالغفاره ، ٢٠٠٦ ، ٤٦)

وتشير الدراسات الالمانيه الى أن حوالي ٤-٥ % من اجمالي الاطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد . وتبين التقديرات الحالية أن حوالي ٤٠٠٠٠٠ طفل بين عمر(٦-١٢)سنة يعانون من نقص الانتباه ، كما يعاني حوالي ٩٠٠٠٠ مراهق بين(١٣ -١٨) سنة من هذا الاضطراب ايضاً . اما بالنسبة للبالغين فيعاني حوالي ٤٥٠٠٠٠بالغ بين عمر(٦-٢٠) سنة من اضطراب نقص الانتباه .

كما بينت بعض الدراسات ان هذا الاضطراب يستمر طوال الحياة ، واوضحت احدى الدراسات ان الاطفال الذين يعانون من قصور الانتباه المقترن بالنشاط الزائد لايشفون منه او لايستطيعون التغلب عليه حيث نجد ان هناك ٧٠-٨٠% تستمر معاناتهم من هذا الاضطراب حتى سنوات بلوغهم بدرجات متنوعة .(august, garfinkel, 1998)

وفي الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح نسبة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بين(٣-٥ او ٧)% ويمكن القول ان هذه النسبة لن تقل عن ذلك في الوطن العربي ان لم تزد في ظل القصور في الاستراتيجيات التدريسية المعدة للتعامل مع هذه الفئة.(سيسالم ، ٢٠٠١ ، ١٨١).

أما عن الدراسات في المجتمع العربي فيلحظ قلتها مقارنه بالمجتمع الغربي ونذكر منها دراسة الدكتور "محمد قطب" بمصر بجامعه الأزهر عام(١٩٨٥)والتي أظهرت أن ٦,٢%يعانون من هذا الاضطراب في الفئة العمرية(٧-١٤)وانه يزيد في المدارس الأهلية وأكثر شيوعا في الذكور.

والدراسة التي أجريت بجامعه عين شمس(١٩٨٧) للأعمار(٩-١١)وأظهرت أن (٨,٩)% يعانون من فرط الحركة وأنها مشكله ليست مدرسيه فحسب بل اجتماعيه كذلك .(الحامد، ٢٠٠٢، ص٣٥-٣٧).

و دراسة الشراباتي(٢٠٠٤م) والتي أظهرت أن ٦,٨% من الذكور و٥,١%من الإناث يظهر لديهم الاضطراب في مدارس عمان.(شاهين،٢٠١١،ص٣٩).

أما على الصعيد المحلي بالمملكة العربية السعودية فقد أجريت دراسة بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض عام (١٩٨٨-١٩٩٣)وأوضحت أن نسبه انتشاره تساوي ١٢,٦%، وأخرى تمت بجامعه الملك فيصل بالدمام وأجراها الدكتور جمال الحامد(٢٠٠٣)وأفادت ان١٦,٧%لديهم اضطراب مركب(فرط وتشتت)و١٦,٥% تشتت بمفرده و١٢,٦%فرط واندفاعية. (الحامد، ٢٠٠٣، ص٤٠-٤٣).

وفي دراسة حديثه للدكتور محمد مرعي القحطاني عام ٢٠١٠ والتي أظهرت أن ٢,٧ مـــن الأطفـــال بعمـــر (٧-٩)بمنطقـــه عســـير يعـــانون مـــن الفـــرط.(القحطـــاني ،٢٠١٠،ص١٣).

المظاهر التشخيصيه (الأعراض الأساسيه):

اجتمعت معظم الدراسات التي اجريت عبر السنين الماضية على ان اهم خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وتشتت الأنتباه هي الآتية :

١. عدم الجلوس بهدوء .
٢. التملل بإستمرار .
٣. تغير المزاج بسرعة .
٤. سرعة الأنفعال .
٥. التأخر اللغوي .
٦. الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.
٧. عدم القدره على التركيز .
٨. ازعاج الأخرين بشكل متكرر.
٩. التوقف عن تأدية المهمة قبل إنهائها. (القمش والمعايطه ، ٢٠١١ ، ١٩١)

كما تشترك اعراض اضطراب نقص الانتباه مع الكثير من اعراض الاضطرابات النفسية الاخرى ، ممايجعل التشخيص في بعض الاحيان صعباً . ويضاف الى ذلك عدم وجود معايير موحده لقياس الاداء الطبيعي بالنسبة للانتباه او التركيز . وفي هذا الاطار حدد الدليل الامريكي الرابع للإضطرابات النفسيه (DSM IV) اهم المعايير لاضطراب نقص الانتباه كما يلي :

اولاً :قلة الانتباه :

يمكن الاستدلال علية من الاعراض التالية :

١. إغفال متكرر للتفاصيل ، أو الوقوع في الأخطاء ، بسبب الإهمال في المدرسة ، أو في الأعمال والأنشطة الاخرى .

٢. غالبا مايجد صعوبة في إبقاء إنتباهه مركزاً لوقت طويل على العمل ،أو النشاط الذي يقوم به .

٣. غالبا مايظهر شارداً ، أوغير مصغ اثناء الحديث اليه .

٤. غالبا مايقصر في إتباع التعليمات،وعن إنهاء دروسة وواجباته في مكان عمله

٥. غالبا مايجد صعوبة في تنظيم أعماله ونشاطه .

٦. يتجنب ويكره القيام باعمال ، أو أشغال تتطلب جهداً ذهنياً يدوم طويلاً

٧. غالبا مايضيع اغراضاً ضرورية لاعماله ونشاطاته (ألعاب ،واجبات ، وظائف ، كتب ،دفاتر وادوات).

٨. غالبا مايشرد بسهولة بتأثيرات خارجيه .

٩. غالبا ماينسى اثناء اعماله اليومية .

ثانياً :فرط النشاط الزائد :

ويمكن الاستدلال عليه من الاعراض التالية :

١. غالبا مايتململ ويحرك يديه ورجليه او ينزلق في مقعده .

٢. غالبا مايترك مقعده في الصف او في اماكل اخرى يفترض منة الجلوس فيها .

٣. غالبا مايركض ويتسلق في الاماكن التي تتطلب منه الهدوء (بينما يقتصر ذلك لدى المراهقين او البالغين على الاحساس بالتململ).

٤. غالبا مايتعب ويجد صعوبة في اللعب او القيام بأنشطتة بهدوء .

٥. غالبا مايكون في حركه دائمه .

٦. غالبا يكثر من الكلام بإندفاعية .

ثالثاً:(الاندفاعية) :

يمكن الاستدلال عليها من الاعراض التالية :

١. غالبا مايجيب عن الاسئلة قبل الانتهاء منها .

٢. لايستطيع الانتظار الى أن يأتي دوره الا بصعوبة .

٣. غالبا مايقاطع الاخرين في احاديثهم او ألعابهم .

وهنا لابد من الاشارة الى أن الاستعداد للاصابة ببعض اعراض تشتت الانتباه او فرط النشاط مع الاندفاعية التي تسبب الضرر ،يظهر بدءا من عمر ٧ سنوات .

ومن اجل التشخيص ،لابد من أن تكون الاعراض التي سبق الحديث عنها موجوده خلال الستة اشهر الماضية (تكرارها على مدى ستة اشهر)وان تلحق الاذى في مجالين ، او اكثر من المجالات الحياتية ،كالمدرسة ، والعمل ، او المنزل اشارات او علامات اكلينيكية ، واضحه ،لخطورة الضرر في المحيط الاجتماعي المدرسي والعمل ، بالاضافه الى أن التشخيص يستلزم أن تظهر هذه الاعراض مستقلة من دون أي ارتباط لها بأعراض اضطرابات اخرى ،كالفصام على سبيل المثال .وهو مايتيح لنا فهماً افضل للاضطراب .

المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد :

يبدي الطفل او الطفلة اعراض نمائية غير مناسبة لعمره او لعمرها العقلي والزمني مرتبطه بعدم القدره على الانتباه والاندفاعيه والنشاط الزائد ويجب ان يقرر الراشدون مثل الوالدين والمدرسين ملاحظة هذه الأعراض في بيئة الطفل غير المنزلية والتعليمية وعندما تتعارض تقارير المدرسين والآباء حول هذه الأعراض فيعطى الاعتبار الأول لتقارير المدرسين لانهم أكثر ألفة بالسلوك المناسب في الأعمار المختلفة .(القمش والمعايطة ، ٢٠١١ ، ١٩٣).

الان هناك عده انماط لهذا الاضطراب ويجب التمييز بينها :الاول فئه ضعف الانتباه والنشاط المفرط المصحوب بالاندفاعية فقط ونمط ضعف الانتباه المصحوب بالحركة المفرطه. (paule, et ,al ,200).

نعرض فيما يلي لأعراض كل فئة منها :

أ- <u>فئة ضعف الانتباه (المعروفة سابقاُ بتدهور الانتباه)والتي تشمل :</u>

- ضعف القدرة على التركيزو الانتباه للتفاصيل .

- مشكلات واضحة تتعلق بالقدرة على الانصات .

- صعوبة في اتباع الارشادات .

- مشكلات في تنظيم المهام والانشطة.

- تجنب المهام التي تتطلب كفاءة عقلية.

- فقد الممتلكات الشخصية كاللعب والكتب والواجبات المدرسية.

- تشتت الانتباه .

- نسيان النشاطات اليومية .(احمد، بدر ، ١٩٩٩ ، ٥٧-٥٨).

ب-الحركة المفرطة والاندفاعية وتشمل المظاهر التالية :

- التململ .

- صعوبة البقاء في مكان واحد لفترة .

- صعوبة اللعب والهدوء .

- يبدو دائماً انه على استعداد للقيام بشيء ما .

- يثرثر دائماً.

- يسارع بالأجابة عن السؤال قبل الانتهاء من إلقائه .(olin,kea-tinge, 1998,143).

- صعوبة الانتظار في الصف اوانتظار ان يحل دوره .

- مشكلات في التطفل كما أنه يقاطع الآخرين باستمرار.

ج-الفئه المزدوجة (ضعف انتباه مع فرط):

والتي تشمل سلوكيات من الفئتين السابقتين والتي يمكن ان تلاحظ في ظل وجود أو عدم وجود الحركة المفرطة. (chadd fact sheet no.5, spring 2000)

كما قد يتصاحب هذا الاضطراب مع اضطرابات اخرى منها السلوك العنادي oppositional de-fiant والعناد stubbornnes والثورات المزاجية outburst of temper.

الاضطرابات المصاحبه:

يصاحب الاضطراب اعراض ثانوية اخرى هي العدوان والعصيان والسلبية والاستبداد والسيطره والإختلالات التصورية والإختلالات الادراكيه واضطرابات التعلم وصعوبات الكلام والتصلب المزاجي والعجز عن تحمل الاحباط وانفجارات الغضب وانخفاض مفهوم الذات والإكتئاب. (موسوعة تشخيص الاضطرابات النفسية ٢٠٠٠، ٢٧٥).

ومن هذه الأعراض المصاحبه:

١-الصعوبات التعليميه (Learning disabilities):

يعاني حوالي ٥٠%من اطفال اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه (ADHD)من ضعف محدد في التعليم والامور الاكثر تاثرا هي:القراءه والهجاء والكتابه واللغه المنطوقه والرياضيات.

٢-اضطراب التحدي والمعارضه(Oppositional defiant Disorder):

تشير الاحصائيات في الولايات المتحده الى أن مابين(٤٠-٦٠%)من اطفال هذا الاضطراب يعانون من فوضى متحديه وان الاعراض تكون واضحه في عمر ماقبل المدرسه فهم يحبون الرفض ويجادلون ويصرون على مواقفهم،والاان هذه الاعراض تختفي مع الزمن وعند البلوغ قد يصبحو اشخاص طبيعين.الا أن ردود افعال الاباء هي التي تجعل هذه الاعراض اكثر سوءا.

٣-اضطرابات التصرف(Conduct Disorder):

تشير الدراسات أن نسبه حدوثه في الولايات المتحده هي (٢٠%)حيث يشمل الاضطراب على الكذب والسرقه والتهديد والقسوه وتدمير الممتلكات واشعال النيران،حيث تظهر هذه الأعراض بعمر مبكرأكثروتكون اكثر شده وتظهر عاده مابين عمر (٧-١٠)والواقع اذا كان الطفل لديه اضطرابات تصرف (CD)فانه يتكون لديه اضطرابات تمرد(ODD)وتكون شديده جدا.اما اذا كان لديه اضطرابات تمرد فانها لن تتطور الى اضطرابات تصرف .ومن الامور التي تزيد خطوره اضطرابات التصرف المشاكل بين الوالدين،والانتقادات العدائيه منهم، والتاخر في بدء العلاج.ولاضطرابت التصرف اساس وراثي.

٤-الاكتئاب(Depression):

أن اطفال النشاط الزائد لديهم الرغبه أن يتعلمو ويتصرفو مثل الاخرين ولكن في واقع الامر هم لايعرفون كيف يحققون ذلك فيصابون بالاحباط والاكتئاب.وعندما يصبح الاكتئاب مزمنا يصبح الطفل مزاجي ومشغول البال وحزين ويميل الى الانسحاب فيصبحون اكثر استفزازا وازعاجا في سلوكهم وبالتالي لايشارك في النشاطات ويكون لديه صعوبه في الاتصال وتعمق بشعور الحزن مما ينعكس على ادائه المدرسي الذي يتدهور بدوره.

٥-الحركات اللاراديه:

تتمثل هذه الحركات باختلاجات بسيطه تحدث غالبا حول العينين وفي الوجه والرقبه او الكتفين ،لكن الصوره الاكبر لهذه الحركات تكون على شكل نحنحات متكرره او حركات(Tics) تسمى بمتلازمه تورت وتبدا عاده في العمر بين(٧-١٠).

٦-مشاكل التوازن او الطفل الاخرق(The clumsy Child):

يكون الطفل لديه صعوبه في التوازن ويؤدي الى ضعف الخط والكتابه وتاخر في نضوج الوظائف العصبيه.

٧-اضطراب الوسواس القهري(Obsessive compulsive Disorder):

الرابطه هنا ضعيفه وتتمثل بظهور سلوكيات قسريه لعمل اشياء معينه ويشعرالاطفال بالانزعاج منها وقد تزداد مع استعمال المنبهات العلاجيه. (شاهين، العجارمه، ٢٠١١،ص٥٥-٥٨).

العوامل المسببه للاضطراب:

حاولت نظريات عديده تفسير الحركة الزائدة وتشتت الانتباه وتحديد أسبابها وتشير تلك النظريات الى جملة الأسباب المفترضة للحركة الزائدة ، ولما كانت نتائج الدراسات فقد اخفقت في دعم أي من الأسباب فإن الباحثين يميلون الى الأعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة لعامل واحد بل هو ناتج عن عدة عوامل تتفاعل فيما بينها .

وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل :

اولاً:العوامل الجينية :

تبين الدراسات وجود علاقه بين العوامل الجينيه ومستوى النشاط ولكن البحوث اخفقت بالتوصل الى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية وقد استخدم الباحثون طريقتين رئيسيتين للتعرف على الأسس الجينية للنشاط الزائد وهما :

أ- دراسة الأقارب من الدرجة الأولى .

ب- دراسة التوائم .

بالنسبة لدراسة الأقارب من الدرجة الأولى فقد لمحت الى ان النشاط الزائد اضطراب اسري ينتقل الى الأبناء من الآباء ، وعلى وجه التحديد تشير النتائج عموماً الى ان والدي الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد غالباً مايكونا قد عانيا من الاضطراب ذاته في طفولتهما وقد خلص جونسون من تحليل دراسات الأقارب الى القول " بشكل عام تؤكد الدراسات التي اجريت على الأقارب ان النشاط الزائد اضطراب اسري ينتقل من جيل الى جيل اما طريقة انتقال النشاط الزائد وراثياً فهي لاتزال غير معروفه " .(Johnson, 1981).

اما دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد فقد تبين من دراسه على ٢٣٨ زوجا من التوائم تطابق التشخيص بفرط الحركه وتشتت الانتباه في ٥١% من التوائم المتماثله و٣٣% من التوائم غير المتماثله.(سيد،١٩٩٨،ص٢٣٢).

ثانياً : العوامل العضوية :

هناك اعتقاد سائد مفاده ان النشاط الزائد يرتبط " بتلف دماغي بسيط " في كثير من الأحيان ولكن الدراسات من جهة اخرى لاتقدم ادلة علمية قاطعة على ذلك .فليس كل من لدية تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد وليس كل من لدية نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح وهناك من يعتقد ان النشاط االزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة .وتجدر الاشارة هنا الى انه في دراسة اجراها (Satterfield , 1974) اوضحت ان الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين .

ويؤيد ذلك دراسه عكاشه واخرون حيث وجد شذوذ في رسم المخ في حوالي ٦٥%من الاطفال مفرطي الحركه خاصه المصحوبين بعلامات عضويه ،أي أن الاضطرابات يحتمل أن يكون من اسبابه تلف نسيج المخ حيث أن البعض يعاني من نوبات صرعيه .(عكاشه،١٩٩٨،ص٦٣٢).

ثالثاً : العوامل النفسيه :

من الأسباب المفسرة لحدوث النشاط الزائد هي فئة العوامل النفسية والتي تشمل :

أ- الضغوط النفسية الهائلة والاحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل .

ب- انماط التنشئة الأسرية (فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لايستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد).

ج- التعزيز ، بمعنى ان الاستجابة للنشاط الزائد للطفل والانتباه اليه يعمل على زيادته .

د- التعلم بالملاحظه (النمذجة) بمعنى ان العلماء يعتقدون ان الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال ملاحظه الوالدين وافراد الأسرة الآخرين .(paul &epanchin , 1992)

كما كشفت نتائج دراسة جودمان وستيفنسون (١٩٨٩) عن وجود ارتباط بين السلوكيات المرتبطة باضطراب قصور الانتباه المقترن بالنشاط الحركي الزائد وسبع متغيرات اسرية سلبية تمثلت في : اساليب التنشئة الوالدية – الخلافات الزوجية – البرود تجاه الطفل – النقد الزائد للطفل . وأيضاً من العوامل الاجتماعية التي لها تأثير في معاناة الأطفال من قصور الانتباه المقترن بالنشاط الحركي الزائد الحرمان العاطفي والمشاكل النفسية .

رابعاً :العوامل البيئية :

تتضمن العوامل البيئية التسمم بالرصاص والمواد الاصطناعية وردود الفعل التحسسية حيث انها تسبب اثارة كبيرة للجهاز المركزي الأمر الذي قد يؤدي الى النشاط الزائد .

ويفصل ابو حطب وصادق (١٩٩٠) بيئة ماقبل الولادة لتشمل العوامل التالية :

عمر الأم أثناء الحمل ، الحالة الانفعالية للأم ، نوع التغذية التي تحصل عليها الأم اثناء حملها ، الأمراض التي تصيب الأم الحامل ، العقاقير التي تتناولها ،تدخين الأم وتعرض الأم لمخاطر بيئية اخرى كالتعرض للإشعاع النووي او التلوث البيئي المحيط بالأم كتلوث الماء الذي تشربه او الطعام الذي تأكله والهواء الذي تستنشقة .

اما بالنسبة لبيئة مابعد الولادة فتشمل هذه البيئة تغذية الطفل حيث ان نقص التغذية خلال العام الأول تكمن خطورته في تأثيرة على نمو الدماغ والذي لايمكن تعويضه

بعد ذلك ، كذلك الأمراض والحوادث التي يتعرض لها الفرد في نموه ، لها دور في التأثير على النمو الأنساني بشكل مباشر او غير مباشر. (النتيفي،٢٠١١ ، ٢٦)

وتشير دراسة معوض (١٩٩٢) والتي اهتمت بدراسة النشاط المفرط لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الاساسي وعلاقتة ببعض المتغيرات البيئية الى ان السكريات التي تمدنا بالطاقة والتي يتناولها الطفل زائد النشاط تساعده على الافراط الحركي في حين ان الإقلال منها قد تؤدي الى الإقلال من الحركة والتحكم في النشاط .

كما ثبت أن مضاعفات الحمل والولادة وانخفاض الوزن عند الولادة لة علاقة بزيادة قصور الانتباه والنشاط المفرط والسلوك التخريبي وضعف الانضباط المدرسي بالإضافة الى ذلك لم تجد دراسات كثيرة اجريت في مجال علم الأوبئة علاقة قوية لتعاطي الأمهات الحوامل التدخين والكحول. (BARKLEY, 199).

خامسا:الاسباب الحيوية :

١. اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية :

التي تعمل على نقل الاشارات العصبيه المختلفه بالمخ مما يؤدي الى اضطراب ميكانيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي .(السيد علي احمد ،واخرون ،١٩٩٩، ٣٨).

وهناك عده فرضيات تفسر هذا الاختلال وهي:

ا) فرضيه الدوبامين: تقول هذه الفرضيه بان التغيرات في جين مستقبل الدوبامين هي المسؤوله عن وجود اضطراب تشتت الانتباه وهو مسؤول عن ايقاف العمليات العصبيه (مثبط)، كما يعتبر مسؤولاً عن تنظيم التوجيه والحركه ايضا.

إن التقديرات الجينيه الجزيئيه تفحص العلاقه بين الجينات التي تدخل في تنظيم لذلك افترض بان العمليه هي نتيجه لنقص انتاج نواقل الدوبامين، او نتيجه تغير فجائي في جينات استقبال الدوبامين D4 وجينات الدوبامينD2 ، وهذا الجين الاخير يظهر، او يبين الترابط بين كثافه المستقبلات وزيادة الترويه الدماغيه ، بينما يكون وجود أي خلل على مستقبلات الدوبامين D4 مسؤولاُ عن انخفاض انتاج الدوبامين ، الذي هو عباره عن ناقل عصبي يكون سبباً في ظهور المرض لارتباطه مع الصفات الشخصيه مثل السلوك.

ب) فرضيه النورادرنالين: تقول هذه الفرضيه بان نقص النورادرنالين هو عامل مسبب لتشوء الإضطرابات حيث أن الصعوبات المسؤوله عن نقل النورادرنالين تشترك في ضبط الإنتباه الإنتقائي والتقيظ والتحكم بالعمليات الإجرائية .

ج) فرضيه السيرتونين: اعتمدت هذه الفرضيه من خلال التجارب على الحيوانات ، حيث اظهرت الفئران التي تحتوي على خلل في الجين المسؤول عن استقبال السيرتونين نشاطاً زائداً ، وبشكل واضح بالاضافه الى سلوك عدواني ، و بينت الدراسات وجود مستوى اعلى للسيرتونين في بلازما الاطفال المصابين بنقص الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد ،بالمقارنه مع الاطفال الاصحاء.

وارجع باركلي (1999,barkley)السبب الى:

١- شذوذ في استثارة القشرة المخية corticalarousal Abnormalities in: وتنقسم الى: أ) انخفاض الاستثاره الدماغيه:

حيث ينخفض مستوى النشاط المخي ويحدث تحكم عصبي مركزي غير كاف، وهذا يؤدي افعال سريعه وغير متوقعه .

ب) زياده للإثاره الدماغيه:اكدت نظريات الاضطراب ذات المنشأ العضوي الدماغي بوضوح أن الاطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المترافق بفرط النشاط لديهم زياده تهيج وانفعال ونقص في القدرات والكفاءات.

٢- اضطراب تنظيم الانتباه باختلال مركزي Dycregulation attantion as a core of dysfunction:

اعتقد راثير وكلين وزملائهم (١٩٨٠) ان الاعراض الثلاثة في هذا الاضطراب (الإندفاعيه- ضعف الانتباه – النشاط المفرط) تمثل ابعاد مستقلة الى حد ما مع علاقات سببية داخلية معقده .وقد يكون العيب المركزي هو مشكلة في التنظيم السلوكيات والتي تؤدي بالاطفال إلى نمط سلوكي يختص بالتخلص من الاندفاعيه ويخلق اضطراب التنظيم هذا عدم القدرة على الحفاظ على الانتباه لمدة زمنية دون الإحساس بالتعب والملل .(green-hill,1985,255).

سادسا نظريه توجيه الذات :

ترى بان المشكله الاساسيه اضطراب في توجيه الذات بحيث لايكون بمقدور الطفل في هذه الحالـه الانسجام متطلبـات الحالـه (الفيزيولوجيـه، السلوكيه، المعرفيـه) وتكون قدراتهم بالنسبه لاستثمار انتباههم لوقت طويل ، لاسيما عند الاجتهاد في اداء المهام يكونـون غيـر قـادرين الـى حـد كبيـر علـى ايقـاف ردود افعـالهم .(موسـى وريشكه،٢٠٠٦،ص٤٧-٤٩).

أساليب التغلب على المشكله :

من الافضل عدم وضـع الطفل تحت العـلاج الاحينمـا يلتحق بالمدرسـه الابتدائيـه علـى الاقل ،حيث انـه من خـلال تقديرات المعلمين وملاحظـاتهم يتم الكشـف عن الاطفـال الذين يعانون من فرط الحركه وتشتت الانتباه.

ويمكن التغلب على اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه من خلال الاتي:

-فحص الطفل جسميا لمعرفه التغيرات الجسميه الكامنه وكذلك تخطيط المخ الكهربائي لفحص شذوذه ونشاطه.

-الكشف عن القدره العقليه العامه،والتذكر والادراك.

-قد يعاني بعض الاطفال من الاضطراب بصوره طفيفه ،وكثيرا ماتتحسن حـالتهم بعد عمر١٢ سنه.

-استخدام عقـاقير طبيـه محدده تحت اشراف الطبيب،وهذا لايعنـي انـه العـلاج الوحيد المفيد.

-يمكن مسـاعده الطفل للتعامـل مـع الصـعوبات التـي تواجهـه بمعاونـه المعـالج فـي لقـاء فردي مع الطفل،وذلك من خلال استخدام اساليب التعزيز او تدريب الطفل علـى تحكم في نفسه.

-تغيير نظره الاسره للطفل، وتعديل الممارسـات التـى تؤدي الـى احباطه،كالصـراعات القائمه،واهميه النظام والهدوء في حياه الطفل.(الدريهم .٢٠١٢،ص٣٤-٣٥).

- التشخيص الفارق :

هناك عدد من التشخيصات الطبيه التي لها اعراض مشتركه مع فرط الحركه وتشتت الانتباه وهي:

١-التوحد او متلازمه اسبيرجر ويشترك بالانزعاج من الاصوات المرتفعه وصعوبه التكيف مع الواجبات الاجتماعيه ومشاكل في العلاقات مع الاخرين.

٢-ضعف السمع:الاشخاص الذين يعانون من ضعف السمع لديهم صعوبة في الانتباه وصعوبه في تمييز الكلام المسموع فلايتذكر بعض تفاصيل المحادثة وبالتالي سيبدو غير منتبه .

٣-نقص هرمون الغده الدرقيه:يولد نقصه شعور بالاحباط والحزن وكذلك صعوبة في التركيز والانتباه وحتى في الذاكره، وفي فرط الانتباه هناك صعوبة في الانتباه وكثره النسيان وتكرر نفس الاخطاء نتيجه ضعف الذاكره القريبه.

٤-تسمم الرصاص :يولد التسمم ولوحتى بكميات بسيطه مشاكل منها التخلف العقلي وانحدار الأداء المدرسي وضعف الذاكره القريبه وعدم المقدره على التركيزوهذه الاعراض تشترك مع اعراض النشاط الزائد.

٥-التخلف العقلي :يمكن أن تظهرهذه الاعراض على شكل عدم المقدره على التكيف الاجتماعي ،ضعف الاداء الدراسي الحاجه الى وقت اطول للاستيعاب،وكثره وسهوله النسيان وعدم القدره على ربط الافعال بالنتائج

٦-ضعف التغذيه والحساسيه لبعض الاطعمه:حيث يؤدي نقص السكر في الدم الى عدوانيه ونشاط زائد وعدم المقدره على التركيز.

٧-النوبات الصرعيه:من اهمها الصرع الصغيرالذي يؤدي الى انقطاع الانتباه خلال ثواني معدوده وبعدها يصبح من الصعوبه متابعه الحدث .

٨-اضطرابات النوم:تتداخل عدم المقدره على النوم مع معظم نشاطات اليوم التالي ويعاني هؤلاء من عدم القدره على التركيز وضعف الذاكره القريبه خلال النهار.

٩-انيميا نقص الحديد:اعراض هذا المرض تسبب الشعور بالضعف والاعياء وعدم القدره على التركيز وحتى تؤثر على القدرات الذهنيه الادراكيه.

١٠-الاضطرابات الحسيه:هؤلاء قد يخاطرون دون معرفه النتائج وهم معرضون كثيرللحوادث بسبب نقص الانتباه. (شاهين، العجارمه، ٢٠١١، ص٦٨-٦٩).

- **قياس وتشخيص الاضطراب:**

اولا:لابد من توافر معايير واضحه للاعراض الاساسيه لاضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه(ADHD)وهي:

-معايير النشاط الزائد وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقليه (DSM IV):

-معايير الاندفاعيه

معايير نقص الانتباه.(يجب حصول سته اعراض رئيسيه من كل نوع).

يجب ان تستمر الاعراض لمده سته اشهرعلى الاقل،وان تبدا قبل بلوغ السنه السابعه.

وان تلاحظ هذه الاعراض في البيت والمدرسه.

أن لاتكون هذه الاعراض ثانويه او ناتجه عن امراض اخرى.

وفي الواقع لايوجد فحص مخبري او سريري يثبت التشخيص وعليه فان التشخيص يعتمد على الفحص الذي يقوم به الطبيب النفسي كاحد المهام الرئيسيه التي توكل اليه حيث يتم اجراء مقابله شامله يحصل منها الطبيب على معلومات تفصيليه عن مختلف جوانب حياه الطفل الصحيه ،والتعليميه والاجتماعيه،والنفسيه،والعقليه،والشخصيه وغير ذلك وينتهي بوضع تشخيص اساسي ومن ثم اعطاء علاج طبي دوائي في حاله الحاجه .(سيد،١٩٩٨،ص٣٦٩-٣٧١).

وعليه فهناك سته خطوات اساسيه يجب أن يتبعها الشخص الفاحص:

الخطوه الاولى:مقابله العائله وهنا يجب على الشخص الفاحص أن يركز على النقاط الاتيه:-الشكوى الرئيسيه التي جلبت العائله لاخذ الاستشاره وتحديد وتوثيق هذه الشكوى في الملف.

-سؤال الاهل واستعراض السيره التطوريه للطفل وتشمل التطور الحركي ،التطور البصري،التطور اللغوي،والكلام والتطور السلوكي.

-استعراض السيره المرضيه للعائله،والاستفسار عن وجود افراد لديهم اعراض متشابهه ووجود افراد او اقارب لديهم صعوبات تعليميه.

الخطوه الثانيه:مقابله الطفل نفسه وخلال هذه المقابله يجري التحدث واخذ الملاحظات حول الظروف المنزليه والعائليه،والمدرسيه،والاجتماعيه.

الخطوه الثالثه: تقييم السلوك المنزلي والمدرسي،وهذا يتم بواسطه استبيان ومقاييس معينه يقوم بتعبئتها الوالدين والمعلمين كل على حده واهمها:

١-مقياس كونرز للمعلمين والجزء الآخر للابوين.

٢-مقياس اديس للمعلم والجزء الآخر للوالدين

٣-مقياس قائمه تحديد سلوكيات الاطفال ويقيس عده امراض سلوكيه منها تشتت الانتباه وفرط الحركه.(الحامد،٢٠٠٣،ص٦٩).

٤-مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد(جيليام،١٩٩٥).

٥-مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد.(السيد،١٩٩٩).

٦-مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.(جريسات،٢٠٠٧).والمكون من صورتين (البيئه المنزليه،المدرسيه).

٧-مقياس ادلبرك واكيباخ.(الدريهم،٢٠١٢،ص٣٨).

٨- مقياس النشاط الزائد الذي طوره سبرنج وبلدن وجرينوغ ويلن (١٩٧٧)

الخطوه الرابعه:الحصول على معلومات من المدرسه مثل:

-الدرجات المدرسيه،اعاده السنوات الدراسيه،مكان جلوسه.

الخطوه الخامسه:فحوص الذكاء:

لابد من اخضاعه لفحص الذكاء العام لديه وذلك لاستثناء الذين يعانون من الاعاقه العقليه البسيطه .

الخطوه السادسه:الفحص السريري العام ويشمل الفحص العصبي الشامل ويتم التركيز في الفحص السريري على وجود:امراض مزمنه.

كمايتم الكشف عن وجود تشوهات خلقيه او عدم التوازن بالمشي او ارتفاع ضغط الدم

او وجود حركات لاراديه.

كما يتم فحص الغده الدرقيه وفحص التوازن والاعراض العصبيه الناعمه(مثل ربط وفك الازرار،ربط اوحل الحذاء).(شاهين ،العجارمه،٢٠١١،ص٦٥-٦٧).

كما تلعب المقابله دوراً بارزاَ في التشخيص،حيث يتم من خلالها التعرف على (مراحل النمو العقلي والشخصي)، وكذلك التعرف على بدايه ظهور الاعراض المبكره،ونمو هذه الاعراض وصولاً للاعراض الحاليه، بالاضافه للمتاعب التي تواجه الشخص الذي يعاني من اضطراب تشتت الانتباه ،سواء في مجال الدراسه، او العمل (كسلوك التعلم ، سلوك الانجاز، السلوك الاجتماعي).

مال الاضطراب:

كان يعتقد في السبعينات أن الاضطراب ياخذ في التلاشي بمجرد دخول الطفل سن المراهقه ولكن الابحاث الحديثه اثبتت عكس ذلك .

أن النتائج المستقبليه للاضطراب تعتمد على مدى تداخل هذا الاضطراب مع امراض واضطرابات سلوكيه اخرى،فكلما ازدادت نسبه التداخل كانت النتائج المستقبليه لهذا الاضطراب اشد سوءا.

فهناك عدد من الدلائل والموشرات التي تنبئ بنتائج مستقبليه سيئه منها:

-العدوانيه.

-التذبذب العاطفي.

-سرعه الغضب،وانخفاض درجه تحمله للاخرين.

-وجود امراض نفسيه لدى الابوين او احدهما.خصوصا السلوك اللاأخلاقي والتفكك الاسري.

-انخفاض نسبه الذكاء.

-صعوبات تعليميه في مرحله الطفولة.

-اذا كان الاضطراب مصاحباً لاضطرابات سلوكيه اخرى.

كما أن هناك عدد من المؤشرات الايجابيه التي تنبئ بنتائج جيده:

-ارتفاع نسبه الذكاء

-ارتفاع مستوى الدخل والحاله الاجتماعيه للاسره.(الحامد.٢٠٠٣،ص٧٦-٧٨).

البرامج العلاجيه لخفض اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه:

تتطلب معالجه الاطفال تعاونا بين كل من له صله بالطفل من طبيب معالج والوالدان والمعلم واخصائي علم النفس السريري وباستخدام وسائل العلاج المختلفه.

١-العلاج الدوائي:

لقد النشاط الزائد تاريخيا بالعقاقيرالطبية ولم يعط العلاج التربوي النفسي اهتماماً كافياً ومع ان المعالجة بالعقاقير فعالة في حالات النشاط الزائد حيث تبلغ نسبة النجاح (٧٥-٦٥)% . (baker,1976) (Michael،٢٠٠٠).

ويشمل العلاج بالعقاقير:

أ-المنبهات:وذلك لتعديل الخلل في الموصلات العصبيه وباعطائها تشكل دعما قويا لتلك الموصلات وتنشط مراكز التحكم والانتباه في قشره المخ.(الحامد،٢٠٠٣:ص٨٨).

ويتجه العلاج بالمنبهات مثل(الريتالين او الامفيتامين او البيمولين)على اساس أن اثارتها ستجعلها قادره على الكف المتزن لمراكز تحت القشريه،مما يجعل السلوك يتسم بالهدوء.(عكاشه،١٩٩٨،ص٦٣٢).

وتوثق الدراسات فعاليه تلك الادويه في علاج مايقارب من ٧٠%.فقد ساهمت الادويه في تحسن ملحوظ في السلوك الصفي،ومستوى الانتباه،وتحسن الطفل بوالديه واقرانه.(السرطاوي،خشان،٢٠٠٣).

ب-الادويه المضاده للاكتئاب:واهمها المركبات ثلاثيه الحلقات، وتستخدم لاطفال الفرط المصحوب بالقلق والاكتئاب او الحالات التي لاتستجيب للادويه المنبهه والحالات المصحوبه بلزمات عصبيه.(االحامد،٢٠٠٣،ص ٩٠-٩١).

ج-العلاج بالليثيوم اومضادات الصرع مثل(التجريتول).

د-استخدام المطمنات الكبرى مثل (الهلوبريدول).(عكاشه،١٩٩٨،ص٦٣٢).

٢-العلاج الغذائي:

ينصح بعض الاطباء بعلاج الاضطراب باتباع نظام غذائي يتضمن الامتناع عن الاطعمه التي تسبب هذا الاضطراب مثل الحلوى التى تحتوي على الالوان الصناعيه والاغذيه المحفوظه كيماويا.(المليك،٢٠٠٥،ص ٣٤).

٣-العلاج السلوكي:

من أهم إيجابيات استخدام برامج تعديل السلوك ، أنه يمكن تطبيقها في مواقف عديدة منها : البيت ، المدرسة ، المكتب ، الملعب ، كما ويطبق مع فئات مختلفة من الأفراد سواء أكان مع الكبار أو الصغار ، مع الذكور أو الإناث ، أو مع العاديين أو المعاقين (Michael ، ٢٠٠٠) .

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من أساليب تعديل السلوك التي أثبتت فاعليتها في التقليل من النشاط الزائد وتشتت الانتباه في الصفوف الخاصة والتي تضم الفئات المختلفة ومنهم الأطفال ذوي النشاط الزائد ، كما أكد أوليري وزملاءه (O'Leray) إن العلاج السلوكي فعال جداً في التقليل من النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه (Baker,1976) .

ومن أساليب العلاج السلوكي :

١. التنظيم الذاتي (Self- Regulation) يشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية (Self Observation) والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي ، ويمثل المبرر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى دونما تدخل علاجي خارجي ، وقد طور كل من ميشونبوم وجودمان (Meichenbaum Goodman,1971)هذا الأسلوب في بداية السبعينات من القرن الماضي بغية تدريب الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد على ضبط أنفسهم من خلال التحدث إلى الذات ، واشتمل إضافة التحدث الذاتي على النمذجة والممارسة السلوكية ،والتلقين ، والتغذية الرجعة، والتعزيز الإجتماعي ، وقد طبق البرنامج التدريبي هذا على خمسة أطفال في الصف الثاني الابتدائي ، وتبين أنه قد أحدث تغيرات مهمة في أدائهم .

٢. التعريز الرمزي (Token Reinforcement) : لقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال في مراحلهم العمرية المختلفة ، وقد بينت النتائج أن مستوى فاعلية هذا الأسلوب كان بمستوى فاعلية العقاقير ، علاوة على ذلك فقد أدى التعزيز الرمزي إلى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي للأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة (Baker, 1979) .

٣. الاسترخاء (Relaxation) : يستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده : " أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدى الطفل ويقلل من تشتته " .

٤. التعاقد السلوكي (behavioral contracting): يعتبر التعاقد السلوكي من الادوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديميه والاجتماعية والسلوكية لدى الأطفال وقد ثبتت فاعلية اسلوب التعاقد السلوكي في الحد من المشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال ويشمل الاسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وايضاح المكافأة التي يحصل عليها بعد تأديتة لذلك السلوك (Michael , 2000)

٥. التغذية الراجعة : تتضمن التغذية الراجعة (تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه) وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي .(القمش ، المعايطه ، ٢٠١١).

العلاج المعرفي السلوكي:

ويجمع هذا النوع بين اساليب العلاج السلوكي والعلاج المعرفي مثل:

-اسلوب التعليمات الذاتيه،واسلوب التدريب على حل المشكله في الموقف الاجتماعيه.

-اسلوب لعب الادواروأسلوب الضغط والرصد الذاتي للسلوك.

-اسلوب المطابقه ويتم بتدريب الطفل على فكره مطابقه مايقوله لفظا على مايفعله سلوكا.

٥-الارشاد النفسي والتربوي:

ويشمل على ارشاد وتوجيه لـ: ا)الابوين في كيفيه التعامل مع الطفل بالمنزل.

ب)المعلمين في كيفيه التعامل مع الطفل بالمدرسه.وكذلك المرشدين الطلابيين.

٦-توفير مراكز تقدم خدمات التربيه الخاصه لمن يحتاج منهم لذلك وذلك للحالات الشديده التي يصعب تكيفها حيث يتم تدريبهم على المهارات الاجتماعيه. (الحامد، ٢٠٠٣، ص٨٥-٨٨).

ثانيا-الاكتئاب DEPRESSION:

تعريف الاكتئاب:

هو حالة من الأضطراب النفسي عند الطفل – تصيب الأطفال كما تصيب الكبار لكن تختلف علامات المرض حسب عمر الطفل حيث يبدأ الحزن والشعور الدائم به في كل

تفاصيل الحياة التي يمر بها الطفل ولايجعله يستمتع بالأشياء الجميلة ،استمرارذلك الشعور لفترة طويلة من الزمن وليس مجرد التعرض لفترات متباعده من الحزن.(الشافعي ،٢٠٠٩ ص ٣١٦)

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمه والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسيه وسهولة جرح المشاعر والانسحاب الاجتماعي مع فقدان الامل والتشاؤم من المستقبل وربما فقدان الشهيه والشكوى من الآم جسميه وتوهم مرض وصعوبة التركيز و أحياناً عدم الرغبه في الحياه. (الشربيني ٢٠١٠، ص ٢٢٧)

يعرفه عبدالمنعم الحنفي (١٩٧٨) في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي باعتباره توجه انفعالي أو موقف وجداني وقد يكون مزيجاً من الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية، وهو كذلك حالة مزاجية تتسم بالأحساس بالخوف الشديد والانقباض والنظره التشاؤميه، يصاحب الاكتئاب احياناً هبوط في القوى الحيويه كالشعور بالخمول والكسل و فقدان الشهيه و أنخفاض النشاط الوظيفي ويتمثل في صعوبة التفكير وتدهور الذاكرة وضعف التركيز. (ص ٢٠٦).

يُعرف الأكتئاب بأعتباره اضطراب يتمثل في الأعراض التالية : نقص الدافعيه – الحزن – انخفاض تقدير الذات – الشكاوي الجسدية – صعوبة التركيز – الأعتقادات الشاذه والمندفعه والأفكار العنصريه .(DSMIV,TR-2000) .

يعرفه عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧) على انه حالة من الكآبة واليأس والقنوط ونقص الحيوية والنشاط وقد يحدث بصورة خفية دون حدوث تأثيرات طويلة الأجل الا أن الأكتئاب الشديد يعد مشكلة صحية ونفسية خطيرة .(ص٢٥٧).

أسبابه:

- مشاعر الذنب لدى الأطفال المكتئبين وتنبع من اقترافهم طرق للسلوك غير المرغوب او الشعور العام بعدم اللياقه والقيمه والفشل.
- اسقاط الغضب على الذات كطريقة صريحه لمعاقبة انفسهم.
- رد فعل على خسارة شي عظيم بالنسبة للطفل .
- البيئة الأسرية حيث تشير الأحصائيات الى أن اكثر من نصف اباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون اصلاً وهناك دلائل تقول بأن الميل الى الأكتئاب هو خاصية

متعلمه بالأكتساب من خلال التقليد كما أن الضيق وصراعات الأسرة تقود الى مشاعر اكتئابية لدى الأطفال خاصة الحساسين منهم.

- عدم كفاية الحب والأهتمام بالطفل يؤدي الى تصرفات سلبية لدية .
- العامل الفسيولوجي الطبي دلت الدراسات على وجود اسباب جسمية طبية تؤدي الى حدوث ردود فعل إكتئابية فجأة او بالتدريج. (القمش والمعايطه ،٢٠١١ ، ٢٧٣) .
- الشعور بالعجز والضعف نتيجة الحماية الزائده – تكرار الفشل –تقلب مزاج الأبوين يجعل الطفل غير قادر على التنبؤ بسلوك والديه .(الشافعي ،٢٠٠٩).
- الحصول على الأنتباه والحب والشفقه او الرغبة بالأنتقام .(عبدالهادي والعزه ، ١٩٩٩) .
- رد فعل على التوتر والقلق فهؤلاء الأطفال يحاولون التكيف مع القلق والتوتر من خلال الميل الى العزله والأكتئاب والأفكار الأنتحاريه (CLARIZIO,1989,538).

تشخيص الاكتئاب :

يخطئ البعض في تشخيص الاكتئاب لدى الطفل بسبب اختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الطفل وتغير الاكتئاب بما يتفق مع طبيعة نمو كل مرحلة .(الشربيني، ٢٠١٠ ص ٢١٠)

فالأطفال صغار السن ما قبل المدرسة تظهر لديهم الاعراض الأكتئابيه في صورة نفس جسمية اما في المرحلة الابتدائية تظهر الأعراض في صورة سلوكيه وجسمية أكثر وفي إشكال متعددة منها تبول لا ارادي – خوف مدرسي – سرقه – كذب – عدوان – عدم تركيز – اضطرابات قولون. (CLAUDE ANNA, 1996 :717) .

اما التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقليه(DSM IV):

١. هبوط في المزاج ، أو فقدان الأهتمام ، أو عدم السعادة في مختلف الأنشطة ومايميز الهمود في المزاج الأعراض التالية : الاكتئاب ، الحزن ، العجز ،

اليأس ، حساسية ، التهيج هذا الاضطراب في المزاج يستمر ويبقى ثباتاً نسيبياً ولكن ليس بالضرورة العرض السائد المهيمن او لايتضمن الأنتقال الآني من حالة همود مزاجي الى حالة اخرى ، كالأنتقال من القلق الى الأكتئاب الى الغضب ، كما هو الحال في الذهان الحاد (كالذهان الدوري). وبالنسبة للأطفال دون سن السادسة يمكن استنتاج هذه الحاله المزاجية عند الطفل من وجود الحزن الثابت في تعبيرات الوجة .

١. وجود اربعه على الأقل من الأعراض التالية ، وذلك كل يوم تقريبا ، ولمدة تمتد حتى اسبوعين :

٢. ضعف الشهيه اوفقدان الوزن (حتى بدون حمية)او زيادة واضحه في الشهيه بحيث يزداد الوزن بوضوح (في حالة الأطفال دون سن السادسه نلاحظ فقدان الوزن).

٣. ارق او فرط في النوم .

٤. تهيج اوبطئ نفسي حركي وليس مجرد الشعور بعدم الراحه ،(عند الأطفال دون السادسه نلاحظ النشاط الزائد).

٥. فقدان الإهتمام وعدم الشعور بالسعاده عند القيام بالأنشطه المعتاده ، ونقص الدافع الجنسي (دون السادسه نلاحظ اللآمبالاه والتبلد).

٦. فقدان الطاقه والشعور بالتعب والأعياء .

٧. شعور بالتفاهه وتدني تقدير الذات ومشاعر الذنب.

٨. شكاوي متعدده وضعف القدرة على التركيز او التفكير مثل بطء التفكير مع فقدان في الأفكار .

٩. تفكير متكرر في الموت ، افكار انتحارية ، رغبة بالموت ، محاولات انتحار.

ج- في حال غياب الأعراض كما في المعيارين (البندين) السابقين أ و ب ، نجد مايلي :

١-انشغال مسبق ومستمر يرافقه توهمات اوهلوسات.

٢-سلوك شاذ وغريب .

د- لا يدخل الأضطراب في أي من الأضطرابات الذهانيه كالفصام .

هـ - لايعزى الى أي اضطراب عضوي المنشأ كالذهانات العضوية .

وترتكز معظم طرق التقييم النفسي للأطفال المكتئبين على أربعة أبعاد هي اساليب التقرير الذاتي – تقدير الراشدين – تقدير الزملاء – المقابلات العيادية وهناك مقاييس مشهوره لقياس الأكتئاب لدى الأطفال (IC D.S).

وتتميز مقاييس تقدير الأباء او الزملاء بأنها تصف الأعراض الخارجية بشكل جيد الا انها تفشل في الكشف عن طبيعة الأكتئاب الداخلية ومعنى الأعراض بالنسبة للمرض ومشاعر الذنب لديه بالإضافة الى الفروق الواسعة في اختلافات التقدير للأعراض لدى الأباء او الزملاء، اما المقابلات العلاجية فتعتبر من أكثر الأساليب نجاحا لتقييم الأكتئاب لدى الصغار والمراهقين .(القمش والمعايطه،٢٠١١، ٢٧٩).

تصنيف الاكتئاب عند الأطفال:

- صنفت منظمة الصحة العالمية (١٩٩١) الأضطرابات السلوكية والعاطفية لدى الأطفال معاً في محور واحد .(DSM-IV)(امآل عبدالسميع ابآظة ،٢٠٠٢ ص ٢٦٥).

اما الشربيني (٢٠١٠) فصنفها من خلال عدة انماط تختلف وفقاً للمظاهر واعراض الأكتئاب الى :

النمط الأول الأكتئاب الحاد ACUTE DEPRESSION :

ويظهر في صورة اعراض عدة منها : الكسل وفتور الهمة – انحراف المزاج – التشاؤم – فقدان الشهية – شكاوي والآم جسدية –توهم المرض – صعوبة التركيز – سرعة التأثر والبكاء – عدم الرغبة في الحياة وتظهر تلك الأعراض بصورة مفاجأة نتيجة حادث طارئ كفقدان شخص عزيز.

النمط الثاني : الأكتئاب المزمن CHRONIC DEPRESSION

وتظهر فيه الأعراض الإكتئاب ويستمر لمدة طويلة ويكون الطفل معروفا عنه قبل ظهور الأعراض التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثه او ازمة نفسية ومن المحتمل وجود حالات اكتئابية بين افراد اسر هؤلاء الأطفال .

النمط الثالث : الأكتئاب المتخفي او المقنع MASKED DEPRESSION

ويتسم هذا النوع من الأكتئاب بالمظاهر السلوكية مثل كثرة الحركة –العدوان – العبث بالأشياء . فالطفل يظل في هذا النمط محتفظ بنشاطه .

النمط الرابع : عسر المزاج DYSTHYMIC DISORDER

عدم استقرار مزاجي مصبوغ بمزاج مكتئب معظم اليوم ولعدة ايام ويستمر على الأقل سنة ويمكن أن تكون هذه الأعراض لدى بعض الأطفال بقايا لنوبات إكتئابيه كبرى وتكون هذه الأعراض ناتجه عن أزمات أو كروب حياتيه إجتماعيه حدثت لمدة ثلاثة اشهر .

النمط الخامس : الأكتئاب الأول ثنائي القطب BIPOLAR DRSORDER

الأضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الأكتئاب وهذا نادر الحدوث لدى الأطفال .

النمط السادس : إكتئاب خفيف DYSTHYMIA

يأخذ الطابع المزمن ويحتاج أن يكون متواجد لمدة سنة على الأقل مع وجود ثلاثة اعراض وهنا الأعراض ليست حادة وانما متفاوته يوم جيد واخر حزين.

النمط السابع : الأنتحار SUICIDE

تبدو مظاهره في تمني الموت بتعبيرات وكلمات دالة على ذلك لكنه لايقدم على انتحار فعلي .

تصنيف تونك وفيليب (١٩٩٧) : الفئه الأولى :يتشابة فيها نمط الأكتئاب لدى الأطفال مع الكبار من حيث الأعراض .

الفئة الثانيه : اكتئاب مقنع وقد اطلق عليه الباحثان اسم صعوبات التعلم ويتسم هذا النوع ببعض المظاهر منها :مشكلات التركيز – تدني الأداء الأكاديمي – نشاط زائد (TONIAK&PHILIP,1997,49-51).

العوامل المسببة (النظريات المفسرة للاكتئاب):

النظرية الوراثية :

يرى أنصار هذه النظرية أن بعض الإفراد يرثون استعداداً لعمليات بيولوجيه مضطربة ، ويؤكد هؤلاء على أن تكوين الفرد الجسدي والفسيولوجي والنفسي الذي انتقل وراثياً عبر الجينات يحدد مدى الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي .(آمال باظة ،١٩٩٧، ٢٠٧) .

نظرية التحليل النفسي PSYCHOANALYTIC THEORY

يرجع فرويد رائد مدرسة التحليل النفسي حدوث الأكتئاب نتيجة الحاجات الفميه للطفل التي قد يقل او يبالغ في اشباعها ومن ثم تنمو لدية اعتمادية زائدة في تقدير الذات وكذلك قلق الإنفصال. (النجار، ٢٠١١ ، ٩٩).

النظرية السلوكية BEHAVIORAL THEORY

يفسر السلوكيون العصاب بإعتباره سلوكاً متعلماً شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السويه ، مستخدمين في ذالك مفاهيم الأشراط والتعزيز فجميع ألوان السلوك مكتسبه وفقاَ لقواعد التعلم ويكتسب الفرد السلوك من خلال البيئة المحيطة. فالوارثة هي المادة الخام التي تتشكل بفعل البيئة (الأسرة والمدرسة وغيرهم) فالاكتئاب يحدث نتيجة مشكلات التفاعل مع البيئة ويعد مفهوم خفض التعزيز من المفاهيم الأساسية لأصحاب النظرية السلوكية حيث إن الاكتئاب ينتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه (التعزيز) أو زيادة الأحداث غير السارة وذلك يؤدي للاكتئاب (أحمد عبدالخالق ، محمد نجيب ، ١٩٩٦، ١٥١).

-النظرية المعرفية COGNATIVE THEORY

تلعب المعرفة لدى المعرفيون دوراً أساسياً في حدوث الاكتئاب وغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى ، ويعد نموذج بيك (١٩٦٧)(١٩٧٦) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً فالاكتئاب هو اضطراب للتفكير وليس الوجدان فطريقة معالجة الفرد للمعلومات وتفسيره للأحداث التي تدور حوله تعد أهم العوامل المسببة للاضطرابات النفسية.

فالمكتئبون لديهم أساس معرفي سالب يؤدي بهم إلى استبعاد المعرفيات الموجبة في مقابل ذلك تنمو المعرفيات السالبة مما يؤدي إلى المزيد من الأخطاء والاضطرابات (النجار ، ٢٠١١ ، ١٠١).

ويصرح (بيك)أنه في مرحلة الطفولة ينشأ الأساس المعرفي السالب نتيجة التعرض للنقد المتزايد من جانب الوالدين أو شدة أحداث الحياة السالبة وحينما تقع أحداث مماثلة في المستقبل يتم تنشيط تلك المخططات المعرفية السالبة ويبقى المكتئبون على الخبرات السالبة .(INGRAM , R.E,1994.P.119).

نموذج ضغوط الحياة (الشدات النفسية)

لقد بينت عدة دراسات أن الأكتئاب قد ينتج عن معاناة الشخص ومروره بخبرات وتجارب حياتية ضاغطة وسلبية مثل : الطلاق ، الإنفصال ، موت عزيز

وكثيراً ماننظر الى هذه الأحداث على انها العامل المفجر والحاسم الذي تظهر بعده الأعراض المباشرة .

النموذج والتفسير السيكوديناميى :

يوضح هذا الأتجاه الدور الذي يلعبه الأفتقاد او فقدان شي في نمو الأكتئاب والأفتقاد المقصود قد يكون واقعيا (مثل فقدان احد الوالدين بالوفاة او الطلاق) وقد يكون رمزيا مثل فقدان الحب ولأن الشخص يحمل مشاعر متناقضة اتجاة موضوع الحب (الأفتقاد) فانه قد يوجه مشاعره العدائيه نحو ذاته فيعاني من الإكتئاب ولوم الذات (محمد عبدالله ،٢٠٠١ ، ٢٠٨-٢٠٩) .

نظرية العجز المتعلم :

نظرية العجز المتعلم لسيلجمان والتي تفترض أن طريقة العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح والفشل في حياته وللأحداث السارة وغير السارة في حياتة هي المسؤولة عن مشاعره الإكتئابية حيث يعتقد أن الأكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لايستطيع التعامل مع مشكلات الحياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي قد يؤدي الى افكار انتحارية كطريقة للهرب من موقف لا أمل فية. (القمش والمعايطه ،٢٠١١، ٢٧٤) .

نظرية تعلم الأجتماعي :

تقدم نظرية بندورا تفسير هام للإكتئاب من خلال مفهوم الكفاية والفاعلية الشخصية الذي يبرز دور التقييم الذاتي في الأكتئاب حيث ترى أن ادراك الفرد لمدى كفايتة الشخصية وقدرتة على مواجهة المشكلات التكيفية وانتاج سلوكيات فعالة في مواجهتها تلعب دوراً كبيراً في تحديد طبيعة مشاعره ومزاجه (KANFER&ZEISS,1983) .

نظرية الميل الأجتماعي والنشاط :

يفسر الأدلريون الأشخاص المكتئبين وكأنهم يحاولون التغلب على مشاعر النقص وجني مشاعر التفوق ويحاولون بشكل جدي أن يكونوا أكثر فاعلية دون أن ينجحوا

في ذلك حيث يخفقون وبالتالي يفقدون ميلهم الأجتماعي ويصبحون في حالة إحتواء للذات. (CORSINIG,1995).

انتشار الإكتئاب وحدوثه عند الاطفال:

إن نسبة الاكتئاب عند الاطفال تكون ٢% بين عمر ٣-٥ سنوات قبل الدخول إلى المدرسه، ٣-٥% بعد سن ١٢ سنه و قد وجد المعلمون أن نسبة الإصابه بالأكتئاب في بعض الدراسات تصل الى ١٠% بين الطلاب كما أن الأولاد اكثرإصابه من البنات قبل سن البلوغ ،ولكن بعد البلوغ نسبة البنات أكثر .(الشافعي .٢٠٠٩ ص ٣١٥).

كما وتظهر نتائج الدراسات أن ٣% تقريباً من الاطفال و ٨% من المراهقين في الولايات المتحده الامريكيه يعانون من هذا الاضطراب ويقدر عدد الأطفال المصابين بهذا الاضطراب إلى مابين ٣-٦ مليون طفل . (زغلول، ٢٠٠٥، ص ١٧٠).

اما عالم النفس بيرس فقد وجد انه من بين ١٥- ٢٠ % من الأطفال الذين احيلو للمعالجة النفسية ، يعانون من الأكتئاب كما تبين في دراسة اخرى أن ٧٥% من الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين ٧- ١٢ سنة من الذين تم إحالتهم الى العيادات النفسية ،يعانون من الأكتئاب .(عبدالله ،٢٠٠١، ٢٦٠).

وتشير التقديرات الى أن طفل من بين كل ٥ اطفال يعاني من شكل من اشكال الاكتئاب،ويرى بعض المختصين بان هناك ارتباط بين الاكتئاب ومشكلات التبول وثورات الغضب والاعياء والفشل في المدرسه والنشاط الزائد والاضطرابات السيكوسوماتيه.(عبد الهادي والعزه ،٢٠٠١ ، ٢٧٢).

اعراض الاكتئاب :

إن اكثر حالات الأكتئاب تظهر أعراضها بوضوح من سن ماقبل المدرسة حتى سن المراهقة والبنات أكثر تعرضاً للاكتئاب نظراًللحساسية الشديدة لديهم (القرا ،٢٠١١ م،ص ١٢٤).

ومن اهم اعراضه:

- شعور بعدم اللامبالاة .

- شعور بفقدان الأمل وعدم التطلع للمستقبل .

- شعور بالذنب وعدم قديمة النفس

- شعور بالوحدة وعدم حب الأخرين له

- شعور بالتشاؤم وعدم الأستمتاع بالحياة

- شعور بعدم التركيز عند مشاهدة التلفزيون اوقراءة كتاب او مجلة وعدم تذكر الشئ الذي شاهده او قرأة .

- شعور بالتعب وفقد الطاقه معظم الوقت

- شعور بالنعاس والنوم لفترات طويلة لكن متقطعه غير كافية

- شعور بفقدان الشهية وبالتالي فقد الوزن – او بفرط الشهية وزيادة الوزن

- شعور بالتفكير في الموت او الأنتحار

- شعور بالحاجة للوحدة والبقاء بعيداً عن الأشخاص

- شعور بالرغبة في البكاء في أي وقت وبدون سبب

- شعور بعدم الراحه (عدم القدره على الجلوس اوالأسترخاء)

- شعور باضطراب في الجسم مثل شعور بمغص او صداع او الآم في الصدر

- هبوط في المزاج ،أو فقدان الأهتمام أوعدم السعادة في مختلف الأنشطه . وبالنسبة الى الأطفال دون سن السادسه ويمكن استنتاج هذه الحالة المزاجيه عند الطفل من وجود حزن ثابت في تعبيرات الوجه. (الشافعي ،٢٠٠٩ص ٣١٧)

كما يمكن تصنيف أعراضه الى :

١-أعراض مزاجية :وتتمثل في المزاج الحزين معظم اليوم بصفة يومية لمدة ١٥ اسبوع على الأقل .

٢- أعراض دفاعية : وتشمل الجوانب السلوكية المرتبطة بأداء عمل ما وكذلك فقدان الهمة.

٣- أعراض معرفية : التشويه المعرفي وعدم القدرة على اتخاذ القرار وضعف التركيز.

٤- أعراض بدنية : وتتمثل في شكاوي جسدية. (INGRAM,R.E,1996:114) .

الوقايه من الاكتئاب :

- بناء تقدير الذات : تنمية شعور الطفل بالكفاءة والإستقلالية والرضا عن الذات .

تجنيبه الشعور بالذنب: إن طلب الكمال والقوانين المتشدده وإلقاء اللوم على الطفل يجعله اكثر عرضة للأكتئاب من غيره .

- التفاءل : كن متفائلاً وتحدث بطريقة أيجابية مع الطفل فأن الآباء المتفائلين يكون أبناؤهم متفائلين غالباً .

- الجد والمثابرة : تعويد الطفل على محاولة التغلب على المشكلات او العوائق حتى لا يشعر بالعجز امامها .

- الأتصال والتواصل : تشجيع الطفل على التعبير عن ذاته وانفعالاته من خلال التواصل معه واحترام ارائه ومشاعره فيشعر بالتقبل وتقل دوافع لجوءه الى الإكتئاب.

- الرعاية : إشعار الطفل بالمحبة والعناية الكافية من خلال لمسة ومعانقته واظهار المحبة .

-الملاحظة : لاحظ الطفل باستمرار وخذ بجدية أي اشارة تظهرعليه مثل :فقدان الوزن او الأنسحاب وفقدان الأهتمام وقدم المساعد الفورية قبل أن تتدهور حالتة.(الشافعي ،٢٠٠٩ص ٣١٨)

مآل الاكتئاب:

هناك دراسات قليلة حول مآل الأكتئاب عند الأطفال ولكن دراسة العالم بوسنانسكي (١٩٧٦) التي تابع فيها عشرة اطفال مكتئبين لمدة تزيد عن ست سنوات تعتبر ذات اهمية خاصة وفي وقت اعادة التقويم حيث أن الأطفال ظلوا يعانون من الأكتئاب .

اما دراسة كوفاتش فقد اظهرت أن الأطفال الذين شخصت حالتهم الأكتئابيه وفق المعيار التشخيصي اذا لم يشفوا بعد سنة من العلاج فليس من المحتمل شفاؤه في السنة التالية ايضا كما سيستمرون في أظهار اشكال من سوء التكييف ترافق الأكتئاب ووجد انه بعد ٩ اشهر من تشخيص الأكتئاب تبين أن ٩٠ % منهم قد اختفت عندهم

اضطرابات التكيف بعد فترة علاج استغرقت من ٦-٩ اشهر. (محمد عبدالله ، ٢٠٠١ ، ٢٦٣) .

العلاج النفسي للاكتئاب :

- الأنصات :يجب الأستماع للمشاعر السلبية للأطفال المصابين بالأكتئاب ،ومناقشتها وتقبلها وتفهمها مهما كانت الأسباب ، ومساندتهم عاطفياً بالحب والحنان.

- الحديث الإيجابي : يؤدي الى العمل بإيجابية والعبارات السلبيه تجعل الأمر أسوأ.

- التشجيع : يقدم التشجيع والثناء للطفل عندما يبدأ بالمشاركه والأستمتاع ولو بصورة بسيطه.

- العلاج بالعمل والترفية : يحدد للطفل اعمالاً ويخطط لها بعناية ليقضي وقتة فيها ويشعر بثقة بالنفس .

- تجنيب الطفل الوحده قدر المستطاع .

مضادات الأكتئاب. (الشافعي ، ٢٠٠٩ ص ٢٢١- ٢٢٢).

علاج جمعي يشترك فيه الأخوه والأخوات ويؤدي استخدام العلاج النفسي والسلوكي والمعرفي والتدعيمي والأسري الى شفاء تصل نسبته الى ٧٥% من الحالات (الشربيني ، ٢٠١٠ ص ٢٣٨).

العلاج بالجراحه: لا يتم الا في حالات نادره حينما يكون الاكتئاب مزمن ولا يستجيب المريض للعقاقير أو الكهرباء. (زهران ١٩٩٧، ص ٥١٧).

الخوف: تعريفه:

هو حالة إنفعالية داخلية يشعربها الإنسان عند وجود خطر،او حدوث حادثة او توقع حدوث الخطر ،لأن يسلك سلوكاً يبتعد به عن مصادر الحوادث والأخطار.(الشافعي ،٢٠٠٩، ٢٥٣).

او هو خوف قوي ومستمر وهياجي يثيره مثير معين او موقف معين مثل رهاب الاماكن المفتوحة ورهاب الاماكن المغلقة والحيوانات وغيرها. (عاقل، ١,٩٨٨ ٨٧).

وهو خوف شديد التطرف يتميز باللامعقولية والتضخم والتكرار ، ويتوقع الفرد باستمرار ان يتعرض لموضوع الخوف حيث يقع الفرد فريسة لفكرة الخوف بشكل متسلط وملح .(النجار ،٢٠١١، ١٩).

عرفه الشربيني (٢٠١٠) بانه حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل بسبب مؤثر خارجي عند إحساسه بالخطر، فعندما يبدي الفرد خوفاً مرتبطأ بموضوعات او مواقف لاتنطوي على تهديد حقيقي او خطر واقعي فإنة بذلك يعاني من خوف مرضي، ويعد انفعال الخوف واحدا من اهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الأنسان، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة ايضاً لدى الكائنات الاخرى.(١٥٩).

ويعرفها وولمان Wolman (١٩٧٣) بأنها خوف مرضى يقوم على إزاحة لخوف أصلى- ومن ثم يحول هذاالشعور بين نفسه وبين التعبير عن حفزاته العدوانية.(عبدالمعطي،٢٠٠١: ٢٨٨).

ويعرف بعض علماء النفس الخوف بأنه رد فعل انفعالي لمثير موضوعي موجود و يدركه الفرد على أنه مهدد لكيانه الجسمي أو النفسي وأذا كان هذا الانفعال ضروري للمحافظة على الحياة في وقت الخطر فهو خوف طبيعي إيجابي. ولكن إذا تعدى الخوف مداه الطبيعي أصبح مرضاً يعرقل السلوك الإيجابي للفرد.

ويعرفه آخرون بأنه " أحد الانفعالات البدائية العنيفة تتملك المرء فتشله عن الحركة ويخمد نشاطه، و يؤدي إلى حدوث تغيرات واسعة المدى في الجسم، ويتصف سلوك الفرد حينئذ بالهرب والفرار أو التحفز ثم الانكباب أمام المثير الخارجي.

او هو"حالة نفسية انفعالية تتضمن خوف مفرطاً من أشياء أو أشخاص أو مواقف ليس له ما يبرره في الواقع، وهو بذلك يعد اضطراباً انفعالياً، قد يشمل الفرد كله حيث يؤثر سلبًا على معظم سلوكياته في حياته كلها أحياناً". (ابراهيم، ٢٠١٠، ص٢٥٠).

أنواع الخوف:

١-تصنيف المخاوف وفقاً لما هو فطري او مكتسب :

١. مخاوف فطرية

٢. مخاوف مكتسبة

٢- تصنيف المخاوف وفقاً للمرحلة العمرية التي ينتمي اليها الطفل :

فهناك علاقة بين كل مرحلة عمرية يمر بها الطفل والمخاوف لدية ، فهثلاً هناك ثلاث فئات من المخاوف :

١. مخاوف فطرية تظهر عند الميلاد .

٢. مخاوف نمائية ترتبط بمراحل النمو للفر (كالخوف من الغرباء).

٣. مخاوف تولدها خبرة صدمية وتعد مكتسبة .(النجار ،٢٠١١ : ٢٠).

ويصنفها الشربيني الى :

-الخوف من الحيوانات والحشرات.

- الخوف من بعض الأماكن الفسيحة او الغريبة او المظلمة .

- الخوف من دلائل الموت ومايرتبط به : مثل الخوف من الدم والجروح والعمليات الجراحية واخذ الحقن وروائح الأدوية .

- الخوف من ركوب المصعد والطائرات والسفن والسيارت .

- الخوف من الموت : وهو خوف من مثيرات غير ملموسه او غير حسيه .

- الخوف من بعض الأدوات : مثل السكاكين وشكل الحقنة وإبرة الخياطه .

- الخوف من العداوة والنقد : الخوف من مشاعر الغضب التي تنتاب الكبار واصواتهم العالية .

- الخوف من فقدان الثقه : يهاب بعض الأطفال مقابلة الكبار او الزوار .

- الخوف من اشياء ارتبطت بموقف مخيف .

- الخوف الفطري منذ الميلاد : عبارة عن استجابة فطرية لفقد السند والاصوات المفاجئه وابتعاد الأم. (الشربيني ، ٢٠١٠ ، ١٦٦-١٦٧).

يجدر الاشارة إلى أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل في عددها إلى أكثر من خمسين نوعاً (ولمان ، ١٩٨٥ ، ١٣٩). ومن الأمثله الشائعة التي اتفق عليها كثيراً من علماء النفس: الخوف من الأماكن العالية، والأماكن المفتوحة، والأماكن المغلقة، والخوف من العواصف والرعد والبرق، والخوف من رؤية الدم.(عبدالمعطي،٢٠٠١: ٢٨٩).

اعراضه:

أعراض الخوف وخصائصه الاكلينيكية:

هذه التغيرات المميزة للخصائص السيكولوجية للانسان في حالة الخوف.

أولاً/ التغيرات الجسمية والفسيولوجية:

هناك تغيرات جسمية تظهر على الانسان في حالة الخوف نوجزها فيما يلي:

١- **التغير في ملامح الوجه:**يلاحظ أن عيني الخائف تتسعان وذلك بانفراج الجفون وابتعادها عن الحدقة، وفي نفس الوقت تكون نظراته مشتتة ومتنقلة وغير متمركزة على شي واحد.

٢- **التغير في لون البشرة:**في اللحظة الأولى لحدوث الخوف يتدفق الدم إلى سطح الجلد وبخاصة الوجه، ويكون ذلك التدفق مصحوباً بافراز كمية كبيرة من العرق، الذي لايلبث أن يبرد ويسبب انخفاض درجة حرارة الحسم وخاصة الأطراف. وهذا بتسبب في تحول لون الوجه والجسم الى اللون الأصفر، وأذا اشتد الخوف واستمرت حالته لفترة طويلة فإن لون البشرة والأطراف يتحول الى اللون الأزرق المشوب بالصفرة.

٣- **حركات الجسم والأطراف:**يؤدي الخوف الشديد إلى تفكك المفاصل لانتقال الدم الى سطح الجلد مما يفقد الأطراف والمفاصل حيويتها.

٤- **التغير في الصوت:**يعجز الانسان في حالة الخوف عن السيطرة على أجهزة النطق، إذ يجف لاعبه ويصاب بالحبسه، وأذا استطاع أن يتكلم يكون صوته مرتعشاً ولا يستقر في طبقة واحدة فتخرج بعض الكلمات أو المقاطع حادة جداً بينما تخرج كلمات أو مقاطع أخرى منخفضة أو ضغيفة ، وفي الحالات الحادة من الخوف يبطل الكلام ليحل محله الصراخ والنحيب والبكاء.

٥-التغيرات الفيسولوجية:تحدث تغيرات داخلية مصاحبة للخوف منها :

- التغيرات في سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم.

- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير.

- يتدفق هرومون الادرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكلوتين بشدة في الدم ، مما يساعد على ظهور علامات الخوف الجسمية المختلفة.

- حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي.

- تحدث تقلصات عضلية داخلية تتضح في صورة ردود الفعل الانعكاسية.

ثانياً/ التغيرات المعرفية:

تظهر القسمات العقلية المعرفية للخائف على النحو التالي:

١- **بالنسبة للإدراك:** لا يستطيع الخائف ادراك جميع مايصل إلى حواسه من أحساسات إذ أن مراكز الترجمة الأدراكية بالمخ تضعف أو بيطل عملها إلى حد بعيد في أثناء الشعور بالخوف.
٢- **بالنسبة للتذكر:** تضعف الذاكره عند الشخص الخائف وسرعان ماينسى الأشياء الأساسيه في حياته.
٣- **بالنسبه للتفكير:** لايستطيع ترتيب افكاره او حتى يراعي المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه ، ويكون تفكيره مشوشاً ضحل التفكير ، لايستطيع تقديم فكر مترابط يعول عليه.

ثالثاً/ التغيرات الوجدانيه :

تتميز الحاله الوجدانيه للانسان عند الخوف بما ياتي:

- **التقلب الوجداني :** الخائف لايتسم بالثبات الانفعالي بل يتسم بالتقلب بين العواطف المتعارضه.
- **التذبذب بين الخوف والغضب:**
- **التشنجات الانفعاليه :** فالشخص اذا ما اشتد خوفه فانه ينخرط في سلسله من الانفعالات الشديده وقد يصيبه الإغماء وفقدان الوعي وقد تظهر اعراض هستيريه.

٤- **كثرة الاحلام المزعجه:**

اذ تكثر لدى الخائف الأحلام المزعجه المرتبطه بموضوعات خوف لانهايه لها ربما تكشف رموزها عن مخاوف في الحاضر او الماضي الذي ربما يضرب بجذوره الى الطفولة.

رابعاَ/بالنسبه للسلوك:

يتميز الخائف بضعف الاراده وعدم القدره على اداء العمل ومواصلته والشك في الاخرين وعدم فهم الاهداف.

١- **ضعف الاراده :** يعمل الخوف على اضعاف اراده الانسان وتصنف الاراده الخائفه الى عده اشكال :

- **الاراده العاجزه :** يصير صاحبها عاجزاً عن النهوض بالاعمال المنوطه به.
- **الاراده المشلوله:** ويكون صاحبها عاجزاً عن مجرد البدء في أي عمل فلا يستطيع أن يفعل أي شي بسبب الخوف الشديد الذي سببه ذلك الشلل.
- **الاراده المتهوره:** وفي بعض الحالات قد يصاب الشخص الخائف بالتهور الشديد في الاداء مما يترتب عليه الكثير من المخاطر التي تحيق بالشخص الخائف نفسه او بحياة الاخرين.
- **الاراده المتذبذبه:** وفي بعض الاحيان فان الخوف يخلق في الشخص الخائف اراده متذبذبه بين اكثر من موقف ولا يستطيع المتعاملون معه التنبؤ بما سوف تكون عليه ارادتة وتصرفاته وانجازاته.

٢-ضعف الاداء والانجاز:

فالخوف لايحفز على الابداع وما ينجزه الانسان في حاله الخوف يكون عديم القيمه.

٣عدم القدره على مواصلة العمل:

فالخوف لايسمح بالمواصلة والمواظبه على اداء العمل فيكون قصير النفس في انجازه بطيئاً في عمله حذراً متشتت الانتباه.

٤-ضعف العلاقات الاجتماعيه:

فالشخص الخائف يكون في حاله توجس وترقب وحرص لدى التعامل مع غيره ، اذ يشعر بان الاخرين يتربصون به الدوائر وفي نفس الوقت فانه يكون اكثر صرامة مع من هم اضعف منه.(عبدالمعطي ،٢٠٠١، ٢٩٠-٢٩٤).

المحك التشخيصي لمخاوف الطفل:

أورد الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية ، عده محكات لتشخيص الخوف في الطفولة على النحو التالي :

١. يظهر الطفل خوفاً مستمراً ومتكرراً يكون مناسباً لمرحله نموه، ولكنه غير عادي في الدرجة ومرتبط بضعف اجتماعي واضح.

٢. تكون محكات القلق العام في الطفولة غير مستوفاه.

٣. أن الاضطراب لا يحدث كجزء من اضطراب اشمل للانفعالات النفسية أو اضطراب السلوك، او الشخصية، أو اضطراب النمو السائد، أو اضطرابات

عصـابية ، أو أمـراض متعلقـة باسـتخدام مـواد منشـطه سـيكولوجيا، أو تعـاطى عقاقير.

٤. يستمر الاضطراب عند الطفل لمده أربعة أسابيع على الأقل.

اما التشخيص الذي وضعه ميللر يتفق مع المعيار التشخيصي للمخاوف كما وضعته الجمعية الأمريكية لأطباء النفس. ووفق هذا التشخيص، يعتبر الخوف المرضي حالة خوف خاص تتصف بما يلي:

١. إنها تفوق شدة الموقف أو الشي المخيف.

٢. لا يمكن تفسيره أو تبريره منطقياً.

٣. خارج نطاق تحكم الشخص وسيطرته.

٤. يقود إلى التجنب والانسحاب من الموقف المخيف.

٥. يستمر لفترات زمنية طويلة.

٦. غيرتكيفي ولا يخص عمر أو مرحلة معينة.

نسبه انتشاره:

تعتبر المخاوف المرضيه من اكثر الاضطرابات انتشارا بين نسبه كبيره من الافراد،ولكن يندران يلجأوا للعلاج.وتمثل(٢٠%)من مرضى العصاب وهي غالبا ماتحدث لدى الاطفال والمراهقين والشباب وهي اكثر شيوعا لدى الاناث كما وتعد نقطه البدايه في كثيرمن الحالات العصابيه والذهانيه أي انها تعد عاملا مشتركا بين هذه الحالات .(الخليفي،٢٠٠٥،ص ١٦).

كما ظهران الطفل الذكي اكثر خوفاً من الطفل الاقل ذكاء وقد يرجع ذلك الى ان الطفل الذكي هو اقدر على تصور الخطر المحتمل ، ويتمتع بخيال اشد خصوبة كما انه يكون اقدر على التفهم والتامل بما في ذلك التفكير في الاخطار اكثر مما يفعل الطفل الاقل ذكاء او المحدود القدرة من الناحية العقلية .(نخلة ، ٢٠١١).

بينت بعض الدراسات أن الخوف المرضي يحدث ١% تقريباً من المجموع الأصلي للأطفال. وقال مورينز: إن معدل انتشاره بين الأطفال الذين يحالون إلى العيادات النفسية تقل عن ٨% من الحالات. (عبدالله، ٢٠٠١، ص ٢٢٥).

العوامل المسببه للخوف:

الضعف الجسمي والنفسي : عندما يكون الأطفال متعبين او مرضى فانهم سيميلون غالبا للجوء الى الخوف خاصة اذا كانوا في حالة جسمية مرهقة واذا كانت فترة هذا المرض طويلة .(الشافعي ،٢٠٠٩، ٢٥٦).

اما الشربيني فقد ذكر عده اسباب للخوف وهي:

١. قمع انفعال الخوف : عندما يعاقب الأطفال عند ظهور هذا الانفعال عليهم .
٢. السخرية من الطفل الخائف وعدم تدريبه .
٣. تخويف الطفل : كي يمارس العمل الذي يطلبونه منه.
٤. النموذج :ما شاهده من انفعال الأم او الأب او المعلمة أثناء تلك المواقف ، وذلك لأن الطفل لا شعورياً من حوله فيخاف مما يخاف منه الكبار وخاصة الذين يثق فيهم .
٥. تحكم الطفل في الآخرين : أحياناً يصطنع بعض الاطفال الخوف لجذب اهتمام الوالدين أو المعلمة.
٦. سوء التوافق والضعف الجسمي : ويؤدي انخفاض تقدير الذات لديهم إلى مزيد من الخوف مصاحباً الحزن ومن ثم العجز عن مقابلة أبسط الأخطار .
٧. اضطراب الجو العائلي : يفقد الطفل الشعور بالاستقرار والأمن مع المنازعات بين الوالدين أو تسلطهم في معاملته ، بحيث يرصدون كل حركاته وحريته .
٨. مستوى ذكاء الطفل وجنسه وترتيبه الميلادي: إن الطفل الذكي والذي يسبق نموه أقرانه من نفس السن في كثير جداً من الحالات يتشابه في خوفه مع الأطفال الأكبر سناً ، ويكون الخوف أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور وكما أن هناك نتائج تشير إلى أن أوائل المواليد وخاصة الطفل الأول أكثر عرضة للشعور بالخوف من متأخري المواليد أو الأطفال الأواخر من حيث المولد .
٩. أسباب غامضة : بعض مخاوف الأطفال تحدث لأسباب غامضة ، وغير واضحة أو مقنعة وقد تحدث لفترات معينة ، وقد تتلاشى إذا تم تجاوزها وعدم التركيز عليها من قبل الآخرين . (الشربيني ،٢٠١٠ ، ١٦٨-١٦٩) .

الآثار المترتبة على الخوف وخاصة الخوف المرضي :

- يرتبط الخوف بضعف الثقه بالنفس والشعور بالنقص .
- الشعور بالخجل وانعقاد اللسان احياناً .
- الميل الى الإنسحاب والعزلة الإجتماعية والبعد كلما امكن عن الإجتماعات .
- عدم القدره على التفكير المستقل في بعض الأحيان .
- زيادة شدة الحرص بدرجة مبالغ فيها .
- توقع الشر وسوء العواقب .

نتيجة لصعوبة الطفل في التحكم في مخاوفه او ضبط انفعالاته فإن هذا يؤدي الى عجزه عن ممارسة حياته بشكل طبيعي .(زكريا الشربيني ، ٢٠١٠ ، ١٦٤-١٦٥).

النظريات المفسره لنشاه المخاوف المرضيه:

نظرية التحليل النفسي psychoanalytic theory :

يرى انصار نظرية التحليل النفسي ان الخوف يحدث نتيجة اسقاط او ازاحة لبعض الرغبات او الدوافع اللاشعورية على موضوعات او مواقف خارجية ، لان هذه الرغبات تثير قلقاً داخلياً لايمكن تجنبة ، ولان مصدره في الداخل فاذا نجح الفرد في ابدالها بموضوعات خارجية فإن مصدر القلق سيكون خارجياً ، ومن ثم يمكن تجنبها وتمر المخاوف بمرحلة كمون في الفترة من ٦-١٢ سنة حيث يصبح الأنا الاعلى super ego اكثر نضجاً واكتمالاً بما يصاحبه من نمو القدرات الدفاعية للأنا فيلجأ الطفل لإستخدام حيل دفاعية أكثر تعقيداً كالكبت التي من خلالها يتم تحويل موضوع الخوف او إزحاته من مصدره الفعلي الى مصدر او موضوع آخر بديل كالخوف من لأب قد يستبدل بالخوف من حيوان .(فاطمة الزهراء النجار، ٢٠١١ : ٢٦).

النظرية المعرفية cognitive theory :

يقرر أصحاب هذه النظرية إن المعتقدات و الأفكار السلبية التلقائية وغير المنطقية، هي التي تساهم في حدوث الفوبيا حول أحد المثيرات، مصدر الخوف المرضى يدور حول المعتقدات الخاطئة للفرد.(ابراهيم،٢٠١٠: ٢٥١).

فالافراد يستجيبون من خلال التفكير في المواقف وتفسيرهم للحوادث فهناك ثلاثة ابعاد معرفية رئيسية يجب الانتباة لها تفسير المشكلات السلوكية وهي :

١. الكفاءة او القصور المعرفي .

٢. مفهومنا عن ذواتنا وقدراتنا وامكاناتنا .

٣. القيم أوالإتجاهات التي يتبناها الفرد تجاه المواقف .(عبدالستار ابراهيم ، ١٩٩٣ :٥٨)

وكما يرى آرون بيك (beck T.A (1976 غن الأمزجة ترتبط وتتأثر بالمضمون المعرفي لدى الفرد وقد سمي بيك هذه الأنماط الثلاثي بالثالوث المعرفي cognitive triad :

-المكون الأول : نظرة المريض السلبية الى نفسه .

-المكون الثاني : التفسير السلبي للخبرة ، حيث يرى ان ما حوله يتطلب امور غير معقولة ويضع عراقيل امامه يصعب التعامل معها وتحقيق احلامه في الحياة .

-المكون الثالث :النظرة التشاؤمية تجاة المستقبل (philipfeldman ,1987: 51).

ويضيف دونالد (١٩٩٤) مايسمى بالأفكار الذاتية او الاتوماتيكية غير العقلانية والتي يعتبرها المريض حتمية ومعقولة بالنسبة له فهي تؤثر على تفكيره الصحيح وغالباً ماتستبق الانفعالات السالبة (الغضب – الحزن – الخوف – القلق) (Donald,1994:54)(debra,A.H,M,1996:237).

<u>النظرية الغرائزية</u> :

تؤكد هذه النظرية على ان الخوف شعور واستعداد غريزي كامن في البناءالنفس والبدني للطفل ، وان الإحساس او الشعور بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية في الدماغ واجزاء من الجهاز العصبي المركزي و قبل هذا النضج لايكون اختفاء للخوف بل علامات من التخوف والتردد والحذر وهذا يشير الى تواجد لبذور الخوف وكمونها منتظره ذلك النضج العصبي .

<u>نظرية تعلم الخوف</u> :

تعتمد على مبدأ التعلم وتؤكد على ان الخوف شعور داخلي وانفعالي وسلوك يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤشرات البيئه والجو المحيط وهو محصلة لعمليات التنشئه

التي يتلقاها الصغير في إطار تقاليد ومعايير المجتمع الذي ولد فيه ويعيش فيه ولذلك فهذه النظرية تشير الى إمكانية غرس الخوف وتعديله في اتجاه مفيد أو تقليلة ، وقد اشتقت هذه النظرية في ضوء نظريات بافلوف وواطسون وسكنرفمن خلال تفسيرتلك النظريه يمكن ان يخاف الطفل من شيء غير مخيف، وقد لايخاف من شيء يستحق الخوف .(زكريا الشربيني ،٢٠١٠ ، ١٦٢-١٦٣).

نظرية الذات Self Theory:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الخوف المرضى لدى الفرد يمكن تفسيره من خلال مفاهيم السلبية الخاطئة عن الذات وعن الآخرين. ويظهر ذلك في وجود علاقة ارتباطيه إيجابيه بين اضطراب مفهوم الذات والمخاوف بأنواعها.

حيث تتحدد الذات وتظهر من خلال المواقف والخبرات التي يمر بها الفرد، و أسلوب الحياة النى يعيشها، وأنماط التنشئة الاجتماعية التي يتعرض لها و أساليب التربية خلال العشر سنوات الأولى من العمر. ثم تنضج الذات وتزداد خبرة سلبًا أو إيجاباً بمرور الوقت والأحداث والتفاعل مع الآخرين.

وتشمل الذات عدة مفاهيم هي:

- مفهوم الذات.
- تقدير الذات.
- تأكيد الذات.
- تحقيق الذات.

أ- مفهوم الذات: ويشمل عدداً من الابعاد وهي:

- **البعد الجسمي:** ويتضمن المواصفات والملامح الجسمية.
- **البعد السلوكي:** يعني المواصفات السلوكية للفرد.
- **البعد الانفعالي:** ويقصد به العاطفة والشعور والتأثر والوجدان.

البعد المعرفي: ويشمل البناء المعرفي للفرد و الافكار والنظريات والاتجاهات والقيم.

وتتأثر الذات من خلال كل بعد من هذه الابعاد، فتنمو وتتطور من خلاله، فقد تساعده البيئة على تنمية ذاته وقد يتواجد الفرد في بيئة تعرقل نمو ذاته وتعوق تطورها، فيؤدي ذلك الي مفهوم سلبي لذات،والشخص في هذه الحالة يكون عرضة للأصابة بالمخاوف المرضية أكثر من غيره ممن يتمتعون بمفهوم إيجابي لذات.

وبعض أصحاب نظرية الذات يقسمونها إلى عدة أقسام رئيسية كما يلي:

١- **الذات المدركة Perceived self:**وهي الذات التي يدركها الفرد عن نفسه.
٢- **الذات الاجتماعية Social self:**وهي ما يعتقد الفرد أن الآخرين يرونه عليها.
٣- **الذات المثالية Ideal self:**وتتمثل في الصورة التي يود الفرد أن يكون عليها.
٤- **الذات الواقعية:**وتشمل الأشياء التي تكون حقيقية وصادقة عن الفرد في أي وقت من الأوقات.

وتؤكد الدراسات النفسية أن الشخص يكون سوياً ومتوافقاً أذا كانت ذاته المثالية قريبة من ذاته الواقعية. والعكس صحيح؛ أي انه إذا كان الفرق كبير بين الذات الواقعية والذات المثالية وبعدت الأهداف عن الواقع، دل على سوء التكيف وعدم التوافق، ويصبح الفرد عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفعالية وأهمها الخوف المرضى ويكون الخوف هنا تابع من داخل الفرد، وهو خوف على الذات.**(ابراهيم، ٢٠١٠،ص٥٤-٥٧).**

التشخيص الفارق للخوف :

الفرق بين الخوف المرضي والقلق :

اولاً:الخوف المرضي : حيث تحددث على مستوى الشعور أي ان الفرد يدرك موضوع التهديد وهو خارجي.

ثانياً: القلق :يحدث على مستوى اللاشعور ويكون مصدره الفرد نفسة من الداخل . لذا يشعر الطفل بعدم الارتياح والتشاؤم بصفة عامة وتوقع التعرض للأذى ، ويعد افضل مايوصف به القلق بأنه عام هائم ودائم ولايرتبط بهدف محدد .(محمد الطيب ،١٩٩١ : ٢٩٥)

كما يجب في بداية مواجهه الخوف التفريق بين الخوف العادي والخوف المرضي (الشاذ) كما يجب التفريق بين الخوف (كمرض) والخوف(كعرض) :

- فالخوف قد يكون مصاحب لأمراض اخرى كعرض : فهو عرض هام من أعراض القلق النفسي والإكتئاب والوسواس والقهري والهذاء.

- كذلك يجب التفريق بين الخوف والقلق حيث إنه في الخوف يسيطر المريض نسبياً على القلق ويربطه بوضع أو موضوع خارجي وتكون الدفاعات الرئيسية هي الكبت والإزاحة والتجنب .(زهران ، ١٩٩٥ ، ٣٩٥).

الوقايه من الخوف:

- تجنب السخرية والتوبيخ او القمع او الضغط او النهي بكلمة او نظرة .

-التقرب إلى الطفل ومده بكل أنواع الحنان والدفء والأمان .(الشافعي ، ٢٠٠٩ . ٢٦٥).

- احاطه الطفل بجو من الدفء العاطفي والمحبة ليشعر بالأمن والطمأنينة واذا صادف الطفل مايخيفة او يزعجه لانساعده على نسيانه .

- لابد أن نربي في الطفل روح الاستقلال والاعتماد على النفس وعدم السخرية من مخاوفة .(نخلة ، ٢٠١١).

ومن أساليب التغلب على المشكلة :

- التفاهم مع الطفل حول الشيء المخيف : اذا صادف الطفل مايخافه فيجب عدم مساعدته على نسيانة ، لان النسيان يدفن المخاوف وهي متوهجة داخل نفسية الطفل، ولكن التفاهم مع الطفل حول الشيء المخيف يضع الخوف في مستواه الصحيح غير مبالغ فيه على أن يكون الحوار مبنياً على الإقناع وليس الخداع .

- تدريب الطفل على مواجهة مصادر الخوف ،حيث يجب تدريب الطفل تدريجياًعلى مواجهة الأماكن والمواقف والكائنات التي تخيفه وإنتهاز فرص لمشاهدتها ، كما يجب تعريض الطفل لمواقف الخوف تدريجياً مع التشجيع وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة .

- مراقبة المحتوى المقدم للطفل : توفير الكتب والمجلات والقصص للأطفال واختيارها بحيث تشتمل على الأشياء الخفيفة الهادئة المرحه .

- مرافقة نمو الطفل بالخبرة والممارسة : بخبرات حية لاتنطوي نهره .

- إتزان سلوك الوالدين في المواقف الصعبة : يجب أن يكون سلوك الوالدين متزناً خالياً من الذعر والفزع في المواقف وكذا عند مرض الطفل لأن جزع الاباء ينتقل إلى الطفل ويتعلم الأستجابة لمواقف الحياة بنفس الأسلوب .

- مراقبة النموذج الجيد والمكافأة على تقليده مع تشجيع الطفل في كل مره نجده على استعداد للممارسة مواقف مماثلة او الدخول فيها .

- ابعاد الطفل مؤقتاً عن مثيرات الخوف .

- الكشف عن مصادر مخاوف الطفل بهدف تصحيح أفكار الطفل فبحثه عن مصدر المعلومة المخيفة احياناً يمكن الأستفاده منه في تعديل مايخاف منه الطفل .

- علاج الأطفال أو علاج مخاوف الوالدين : في بعض الأحيان تصبح الأمور في حاجة لعرض الطفل على اخصائي وربما احتاج الأمر الى علاج الجو المنزلي الذي يكون في الغالب سبب مخاوف الطفل .

- تعديل المدرس لإسلوب معاملة الأطفال ويجب استخدام اساليب افضل من العقاب والتخويف لتعديل سلوكيات الأطفال .(الشربيني ، ٢٠١٠ ، ١٧٠ – ١٧٢).

علاج الخوف:

علاج سلوكي وذلك بـ :

أ- تقليل الحساسية والاشتراط المضاد :ان المواجهه المتكررة لموضوع الخوف تؤدي الى تقليل الحساسية ، بينما يؤدي تجينب المواقف المخيفة الى اطالة حالة الخوف او زيادة شدته .

ب- ملاحظة النماذج : الطفل الذي يلاحظ ذلك يبدأ بشكل تدريجي بالتعامل دون خوف مع مواقف تزداد درجة الإخافة فيها شيئاُ فشيئاً ، ويفضل ان تكون النماذج من الأشخاص العاديين حتى لا يرى الأطفال النموذج وكأنه شخص يتمتع بصفات خاصة تجعله قادراً على أن يكون شجاعاً.

ج- الهدف النقيض .

د- التمرين : تدريب الأطفال على الشعور بالأرتياح أثناء إعادة بعض الحوادث التي تثير الخوف بشكل بسيط .

ه- التخيل الإيجابي : تخيل مشاهد سارة ، ويجد صغار الأطفال في ذلك أسلوباً ناجحاً ، فيتخيلون الأبطال الذين يحبونهم يساعدونهم في التعامل مع موقف مخيف .

و- مكافأة الشجاعة : عليك أن تكون حساساً لاستعداد الأطفال للتغير والنمو ليصبحوا أكثر شجاعة ، ومن المفيد جداً امتداح الطفل لكل خطوة ، وتقديم المكافآت المادية له .

ز- التحدث مع الذات : تعلم التحدث مع الذات بطريقة مختلفة مضاداً قوياً للخوف يؤدي إلى إحلال الشعور المستقل بالكفاءة محل الشعور بالخوف والعجز .

ح- الاسترخاء : يعد الاسترخاء العضلي مفيداً جداً للأطفال والمراهقين المتوترين جسمياً ، فإرخاء العضلات يعارض ظهور الشعور بالخوف .

ط- التأمل : الطريقة الأبسط والأكثر استخداماً مع الأطفال هي التنفس بتناغم والعد ببطء . (الشافعي ، ٢٠٠٩ ، ٢٥٧ – ٢٦٢).

فعلاج الخوف ليس صعباً ولكن يجب ألا يعتمد أبداً على العنف والإرغام إنما يبدأ بإثارة رغبة الطفل في التخلص من مخاوفه ويتم العلاج كالآتي :

١. العلاج النفسي : يستخدم في حالة الخوف المرضى وهو الخوف غير المنطقي ويعالج بالكشف عن مخاوف الطفل ودوافعه المكبوتة ثم تبصيره بحقائق الأمور لأن توضيح الحقائق للطفل كفيل بإشاعة شعور الأمن في نفسه ثم إشباع حاجاته النفسية .

٢. العلاج الجماعي : وذلك بتشجيع الطفل على الإندماج مع غيره من الأطفال وتنمية قدرته على التفاعل الإجتماعي السليم . والعناية بعلاج مخاوف الوالدين ويتم ذلك بالتوجيه النفسي للوالدين حتى يقللوا من مخاوفهم أمام الأطفال حتى لا تنتقل فوبيا الخوف منهم إلى أطفالهم.(اشرف سعد نخلة ، ٢٠١١ ،).

٤-السلوك المعارض والتحدي والعناد OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER:

تعريفه :

عرفه عسكر(٢٠٠٥) بأنه الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل أكثر معارضة وتحدي ورفض وعدائيه تجاه أشكال السلطه تستمر لمدة سته أشهر، وتتجاوز هذه المظاهر الاطارالطبيعي لسلوك طفل مماثل له في العمر ومن نفس السياق الاجتماعي ،والثقافي،والاقتصادي.(ص٦٦).

وعرفه مصطفى (٢٠١٠) بأنه انماط من التحدي والعناد المفرط لدى الصغار وقد يكون جزء من مقدمة الشخصية المضاده للمجتمع .(ص ٧٠).

وعرفه عادل محمد (٢٠١٠) بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني اتجاة الأشخاص الممثلين للسلطة ويتضح في العديد من انماط السلوكيه مثل: النوبات المزاجيه – الولع بالجدل – رفض للإذعان للمطالب المختلفه – تعمد مضايقة الأخرين ، وتكون بداية هذا الاضطراب عادة قبل وصول الطفل الى الثامنه من عمره. (ص ٥٨) .

وعرفه عبدالمعطي (٢٠٠١) بانه ظاهرة شائعه بين الاطفال وفيه لاينفذ الطفل مايؤمر به من الكبار ويصر على تصرف ما ربما وهو يعلم أن هذا التصرف خاطئ او غير مرغوب فيه غير أن الطفل يتخذ هذا السلوك بالتعبير عن رفضة لرأي الاخرين او الرغبة في تحقيق اهداف ومقاصد معينة تحقيق سريع ويتميز بالإصرار وعدم التراجع حتى في حالة الإكراه والقصر ويكون الطفل واع بموقفه ويظل محتفظا بإصراره .(ص ٣١٥).

ويصف الإصدار الرابع DSM IV الاضطراب: بأنه شكل متكرر من السلوك السلبي المعارض والمتمرد تجاة اشكال السلطه (الوالدين ، المدرسين) ويستمر هذا السلوك على الأقل لمدة ستة اشهر ،كما يتصرف بتكرار حدوث أربعة على الأقل من سلوكيات : فقدان الأعصاب – الجدال مع الكبار – معارضة اورفض الأذعان لطلبات او اوامر الكبار – القيام بما يضايق الاخرين عن عمد – لوم الاخرين على الفشل الشخصي – سوء الخلق – غضب ورفض والحقد ويسبب فساد للوضع الإجتماعي والأكاديمي والمهني .

وعرفه محمود حموده (١٩٩١) بانهم اطفال مجادلون للكبار وكثيراً مايفقدون هدوءهم ويغضبون ويتضايقون من الاخرين بسهولة ويتحدون قواعد الكبار واوامرهم ويتعمدون استفزاز الاخرين .

تشخيصه:

معايير التشخيص طبقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSMIV) :

أ. نمط من السلوك الرافض والعدائى والمتحدي أو المعارض بجرئه تجاه السلطه والأوامر بصوره تستمر سته أشهر على الاقل من خلال مواصلة أربعه أو اكثر من المظاهر التالية:

١. غالباً ما يفقد أعصابه ويفلت مزاجه.

٢. غالباً ما يعارض الكبار.

٣. غالباً ما يرفض أوامر و قواعد الكبار.

٤. غالباً ما يتعمد مضايقة الاخرين وأستفزازهم.

٥. يلوم الاخرين غالباً على ما يقوم به من أخطاء.

٦. يمكن أستثارته وغيظه بسهولة من جانب الاخرين.

٧. غالباً ما يغضب ويمتعض.

٨. دائم السخط والتبرير.

ب. ينبغي أن تسبب هذه المظاهر أختلالات في العلاقات الاجتماعيه والحقل المدرسي والعمل.

ج. الا تعود مظاهر الإضطراب لطور من الذهان أو اضطرابات المزاج.

والسمه المميزه لهذا الإضطراب هو غياب السلوك الخارج على القانون وعلى حقوق الآخرين الذي يحدث في حالات السرقه والقسوه والاضطهاد والاعتداء والتهديد التي تميز أضطراب السلوك أو النجاح. (عسكر، ٢٠٠٥، ص ٧٧و٧٨).

معدل انتشاره:

يشيع هذه الإضطراب لدى أطفال ما قبل المدرسه، وفي بداية المراهقه تتشابه الأعراض لدى الذكور والإناث، بينما قد تزداد حدة المعارضه والتحدي لدى الذكور، وغالباً ما تظهر أعراض هذا الاضطراب تجاه الأبوين والأوامر الأسريه في المنزل، ولكنها قد تنتقل إلى مواقف أخرى خارج المنزل. وتشير معدلات شيوعه من ٢% إلى ١٦%. (عسكر، ٢٠٠٥، ص ٦٦).

وقد وجدت الدراسات هذا السلوك في مابين ١٦ – ٢٢ % من أطفال في سن المدرسة وبالرغم من أن هذا الإضطراب قد يبدأ مبكراً في سن ٣ سنوات الا انه يبدأ عادة ابتداء من ثمان سنوات ولا يتاخر عن سن المراهقة وهي السن التي يكون فيها المراهق في أشد الحاجة الى إعترافات الاخرين به وبوجوده (عبدالمعطي ،٢٠٠١ ، ٣١٦) .

الصوره الاكلينيكة له :

عـاد مـا يتشـاجر الاطفـال ذوي إضـطراب التمـرد والتحـدي مـع البـالغين كمـا يفقـدون أعصابهم ويغضبون ويمتعضون، ويصبح من السهل على الاخـرين مضـايقتهم، ويكثـر تحديهم لطلبات أو أوامر الكبار، يتعمدون مضايقة الاخرين كما يميلون إلى ألقاء اللـوم علـى الاخـرين علـى أخطـائهم أو سـوء سـلوكهم، ومـن الثابـت تقريبـاً وجـود مظـاهر الاضطراب في المنـزل ولكنهـا لا تكـون موجـوده فـي المدرسـه ولا تكـون موجـوده مـع راشدين أخـرين أو مـع الرفـاق.. وفـي بعـض الحـالات يبـدأ ظهـور سـمات الاضـطراب خارج المنزل وفي حالات أخرى يبدأ السلوك المضطرب في المنزل ولكن يظهر بعد ذلك خارجه. وبالطبع فإن اعراض الاضطراب تظهر جليه فـي التفـاعلات والتعـاملات مـع الكبـار أو الاقـران، ويظهـر أن الاضـطراب يتسـبب فـي زيـادة الالآم والكـرب للمحيطين بالطفل أكثر من الطفل شخصياً. (عبدالمعطي، ٢٠٠١، ص٣١٧-٣١٨).

التشخيص الفارق :

- يجب تميزسلوك العناد والتحدي النمائي عن أضطراب العناد والتمرد بسبب كـون السلوك العنادي عادياً وتكيفياً في مراحل نمائيه معينه فيجب تميز مراحل السلبيه هذه عن أضطراب العناد والتحدي إذ انها تكون أقصـر فـي دوامهـا مـن أضـطراب العناد والتمرد ولا تعتبر أكثر تكراراً أو أكثـر حـدة مـن تلـك التـي يمكـن ملاحظتهـا لدى أطفال أخرين من نفس العمر العقلي.
- يجب تشخيص سلوك التحدي المتمرد الذي يحدث مؤقتاً عند التفاعل مع ضـغط مـا على انه أضطراب توافقي .
- يمكن أن يظهر أضطراب العناد والتحدي في أضطراب عجز الانتبـاه المصـحوب بنشـاط زائـد والاضـطرابات المعرفيـه والتخلـف العقلـي. (عبـدالمعطي، ٢٠٠١، ص٣٢٠-٣٢١).

أسباب الاضطراب:

- **تقيد حرية الطفل:**

تقيد حرية الطفل والتحكم في تصرفاته ومنعه من اللعب ومزاولة مـا يحـب مـن النشـاط وأرغامه على اتباع نُظم معينة وتدخل الوالـدين الزائـد فـي حياتـه كـل ذلـك يـدفع الطفـل إلى التحدي كرد فعل للقمع الوالدي الذي يرغم الطفل دون إرادته.

- **عصبية الاباء وكثرة نقد الابناء:**

أذ تؤدي عصبيتهما و ثورتهما لأتفه الاسباب وكثرة نقد الابناء دون مبرر و لجوئهما إلى التصميم والاصرار على أن يفعل الطفل شيئاً أو ينفذ أمراً دون أقناعه بسبب تصرفهما يدفعه إلى التحدي.

- **التذبذب في معاملة الطفل:**

عندما يضطرب سلوك كلا الوالدين في معاملة الطفل فتارة يفرطان في تدليل الطفل وتارةً أخرى يقومان بالتفريط في إهماله والقسوه في معاملته.

- **علاقة الام بالطفل:**

يؤدي تفضيل الام لأحد أبنائها دون الآخر الى رغبة الطفل المهمل في إجتذاب إنتباه الراشدين من حوله.

- **الإحباط:**

تعرض الطفل للإحباط و شعوره بوطأة خبرات الطفولة و مواجهة صدمات أو لإعاقات مزمنه يؤدي الى التوتر والقلق ومن ثم يتجه إلى سلوك التحدي.

- **الجو العائلي غير المستقر:**

فمعايشة الطفل الشجار والنزاع بين الوالدين وكثرة التوترات الانفعاليه ومعاناة الاسره من مشكلات السيطره والخضوع بين الزوجين وعدم القدره على التغلب على الخلافات الزوجيه يؤدي الى توتر وانفعال والذي قد يأخذ صورة نوبات غضب وتحدي.

- **غياب احد الوالدين أو كلاهما.**
- **محاولة أثبات الذات.**
- **تعزيز سلوك التحدي:**فتلبية مطالب الطفل ورغباته نتيجة ممارسة التحدي يدعم هذا السلوك لديه. (عبدالمعطي، ٢٠٠١، ص ٣٢٢-٣٢٤).

مآل الاضطراب:

يعتمد مسار الاضطراب على شدة الاضطراب ومدى أستقراره بمرور الوقت وأحتمالية أصابته بأضطرابات مرضيه مثل: السلوك المنحرف- أضطرابات التعلم أو أضطرابات سوء استخدام العقاقير. فإذا كانت المحكات تنطبق على الاطفال الذين لم تكن سلوكياتهم تنمو بشكل غير سوي أو إذا ما كان الاضطراب يتقلص تلقائياً بطريقة

عفوية يمكن التكهن بمآل الاضطراب لديهم بطريقه أفضل اما المرضى ذوي التشخيص الثابت قد يظلون مستقرين أو قد يستمرون في إنتهاك حقوق الأخرين وبالتالي ينمو لديهم إنحراف سلوك ومثل هؤلاء المرضى يجب التكهن بمآل الإضطراب بطريقة حذره ومن المعروف إنه يوجد إرتباط بين السلوك المنحرف وإضطرابات استخدام المواد المخدره لاحقاً بالإضافه إلى معدلات مرتفعه من الإضطرابات المزاجيه لدى الاطفال ذوي إضطراب التحدي. (عبدالمعطي، ٢٠٠١، ص ٣٢٤).

العلاج:

يشكل العلاج النفسي الفردي للطفل أول أشكال العلاج المناسب لإضطراب المعارضة والتحدي مع إرشاد الأبوين وتدريبهم المباشرعلى مهارات إدارة السلوك الطفل وتوجيهه. وتشير اساليب العلاج السلوكي الى اهمية تعليم الابوين كيف يعدلون السلوك بعدم تشجيع الطفل على معارضتهم وتحديهم من خلال تدعيم السلوك الطبيعي وإطفاء سلوك المعارضة والتحدي . وقد تأتي البرامج العلاجيه بنتائج طيبة في تعديل سلوك الأبناء على اسلوبهم الخاطىء والصراع مع الأبن بالعقوبة والنهر والرفض ، وما الى ذلك مما يجعل الطفل اكثر تحدي ، ولذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار العلاج التكاملي لكلا الطرفين الأسرة والطفل . (عسكر ، ٢٠٠٥ ، ٦٧).

ويرى عبدالمعطي (٢٠٠١) أن علاج الاضطراب يتطلب علاج فردياً وأسرياً في أغلب الاحيان فالعلاج الفردي ينقسم إلى:

أ. دراسة الحاله الصحيه فقد يكون معارضة الطفل راجع إلى زيادة في أفرازات الغدة الدرقيه أو إلى زيادة الطاقة الجسميه لأي سبب من الاسباب وقد يرجع إلى الشعور بالأجهاد أو الامساك المزمن أو الارق أو سوء التغذيه وغيرها من الاسباب التي تؤدي الي عصبية الطفل وتجعله متوتراً.

ب. دراسة الحاله النفسيه عن طريق دراسة علاقة الطفل بالأسره و أسلوب التربيه وأساليب المعامله في المدرسه والمنزل.

ج. العلاج النفسي ويعتمد على تدريب الطفل على المهارات الاجتماعيه وتعليم الطفل إستراتيجيات جديده لتنمية حس الإتقان والنجاح لديه مع تهيئة الجو النفسي الأسري غير التحكمي كما يسعى العلاج الفردي إلى استرجاع أحترام الطفل وثقته بنفسه وتنمية مهاراته و قدرته على إحراز إستجابات إيجابيه أكثر لتحكم الخارجي.

العلاج الأسري ويستند إلى تدريب الوالدين فيما يختص بمهارات التعامل مع الطفل وتعليم الاباء كيفية تغييرأو تعديل سلوكياتهم التي تسبب الاحباط للطفل.

الدراسات السابقة:

دراسات تناولت فرط الحركه وتشتت الانتباه وعلاقته بمتغيرات الدراسه:

-قام القحطاني بدراسه (٢٠١١م)،بعنوان الاضطرابات المصاحبه لاضطراب عجز الانتباه وفرط النشاط للاطفال في سن المدرسه لمدراس المملكه.تكون مجتمع الدراسه من الاطفال من سن (٧-٩)سنوات ممن يدرسون بالمستوى الاول وحتى الثالث بالمدارس الابتدائيه بمنطقه عسير في جنوب المملكه العربيه السعوديه،وتكونت العينه من(٦٤٢)طفل وبعدد ٣٩ مدرسه(٢١مدرسه للبنين،١٨مدرسه للبنات).وتم الحصول على البيانات من اباء ومعلمي الاطفال وتم الاستعانه بمقياس الفندربلت لقياس وتشخيص فرط النشاط وعجز الانتباه .

وتوصل الباحث الى عدد من النتائج:-وجد أن اضطراب سلوك الفوضى والتحدي (ODD)والاضطرابات السلوكيه(CD)تكون متزامنه بنسبه(٧٣%)بين الاطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه (ADHD).

-اضطرابات سلوك القلق والاكتئاب تظهر بنسبه (٣٦%).

-الأطفال المصابون بفرط النشاط وتشتت الإنتباه يظهرون مستوي عالي من التدهورفي التحصيل الأكاديمي بنسبه(٦٣%)وبنسبه(٩٠%)من الأداء الإجتماعي عن الأطفال غير المصابين بهذا الإضطراب.

-وجدت اختلافات هامه في اظهار اعراض الإصابه بإضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط بين الأولاد والبنات حيث أظهرت الأعراض على الأولاد بشكل أكبرمن البنات،كما كشف أن المعلمين أسرع في التبليغ عن الإصابه من الأباء.

كشفت الدراسه أن الاصابه منتشره وسط الأطفال بسن المدرسه ومع ذلك لم يحال أحد من هؤلاء لتلقي مساعده لدى طبيب الأطفال أو الإختصاصي النفسي.

-غالبا يتم طرد اولئك الطلاب من الفصول او عقابهم من قبل المعلمين والاباء بسبب عدم التعرف عليها وعلى الاضطرابات المصاحبه له والكشف عنه بوقت مبكر.

-واوضحت الدراسه التي أجرتها معصومه إبراهيم(٢٠٠٣م)بعنوان إضطراب عجز الإنتباه وفرط النشاط وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافيه وسمات الشخصيه.

والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعه العلاقه بين هذ الإضطراب والعوامل السابقه لدى عينه من أطفال دوله الكويت من تلاميذ وتلميذات الصف الرابع الابتدائي ،وقد إشتملت العينه على (٣٧٦طفل ،٢٢٤ذكور،١٥٣ اناث)،وإستخدمت الباحثه أربعه مقاييس رئيسيه هي: (مقياس الإكتئاب للاطفال،مقياس العصابيه لأيزنك،مقياس فرط النشاط وضعف الإنتباه،مقياس القلق للاطفال.

وقد إنتهت الدراسه إلى عدد من النتائج أهمها حصول الذكور على درجات أعلى من الإناث على مقياس إضطراب ضعف الإنتباه و،كما أنهم أكثرميلا إلى الكآبه من الإناث على مقياس إكتئاب الأطفال،وكان الأكبر بالعمرأكثرضعفا في الإنتباه،بينما الأصغراقل تركيزا وأكثرشعورا بالوحده على أبعاد مقياس الإكتئاب كما كانو أكثرقلقا.

الطفل الصغير بالأسره كان أقل شعورا بالمتعه وأكثرتعبا من الطفل الأول على أبعاد مقياس الإكتئاب،محافظه العاصمه كانت أقل المحافظات تاثرا بإضطراب ضعف الإنتباه وبالإكتئاب والعصابيه والقلق مقارنه بالمحافظات التعليميه الاخرى.

كانت جميع الإرتباطات إيجابيه وداله احصائيا بين جميع المقاييس الرئيسيه المستخدمه في الدراسه(ضعف الإنتباه وفرط النشاط،الإكتئاب،القلق، العصابيه)

وكشفت النتائج أنهم يعانون من مشكلات سلوكيه وأكاديميه، حيث عانى حوالي ٧٠% من هؤلاء الاطفال من صعوبات في التعلم وكانت اكثر وضوحاً عند أستخدام اسلوب الكتابه التعبيريه حيث كانت من أكثر الصعوبات التي واجهوها عند القراءه وحل المسائل الرياضيه والإملاء.

-ودرس وايس (١٩٨٣)، مائة طفل يعانون من أضطراب قصور أنتباه و فرط النشاط وبعد مرور خمس سنوات من إحالتهم للمعالجه تبين أن الاطفال الاصغر سناً من اعمار ١١ إلى ١٧ سنه قد تحسنو تحسناً ملوحظاً إلا أنهم ظلو يعانون من بعض المشكلات مثل الاندفاعيه، النشاط الزائد والصعوبات السلوكيه مقارنه بأقرانهم الأسوياء، حيث أن حوالي ٧٠% من الأطفال الذين يعانون من ADHD والذين تم تشخيصهم بهذا الاضطراب من عمر ٦ و ١٢ سنه قد أستمرت صعوباتهم ومشكلاتهم السلوكيه خلال فترة المراهقه وحتى بلوغهم ١٨ سنة من العمر فكانت من أكثر مشكلاتهم تكراراً هي ضعف في الانجاز المدرسي إضافة للسلوك اللااجتماعي و استخدام المخدرات، والهروب من المدرسه والتسرب والرسوب ومنازعات مع المعلمين وسوء التوافق مع الرفاق.

-واستنتج ديكمان وأكرمان (Dykman & Ackerman, 1993) أثناء مراجعتهما للدراسات القائمة حول دارسة مدى تأثير ثلاثة أبعاد من المشكلات

السلوكيه على سلوك الاطفال وهي (أطفال مصابون بأضطراب قصور الأنتباه وفرط النشاط ، وأطفال مصابون بإضطراب قصور الإنتباه فقط، أطفال مصابون بأضطراب قصور الإنتباه وفرط النشاط والعدوانيه)، أن الاطفال الذين يعانون من إضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط مع العدوانيه كانوا أكثر عرضة من غيرهم للسلوك المصاحب للحركات العصبيه والاندفاعيه وعدم الاستقرار في حين أظهر الاطفال المصابون بأضطراب مصابون قصور الانتباه فقط بأنهم أكثر عرضه للقلق والاكتئاب المزاجي من غيره.

-كما بينت دراسة لاهي كارسلون (Lahey & Carlson, 1991)أن الاطفال المصابين بأضطراب قصور الانتباه بدون فرط النشاط كانت مشكلاتهم أقل في بناء علاقات جديدة، وأقل إندفاعيه واكثر قبولاً من قبل جماعة الاقران، ولكنهم في نفس الوقت كانوا أكثر أنسحاباً أجتماعياً واكثر إصابة او تعرضاً لأعراض القلق والاكتئاب المزاجي من غيرهم.

-كما كشفت دراسه بيدرمان وزملاؤه(١٩٩٦)الى العلاقه بين فرط الحركه وتشتت الانتباه بالقلق،الاكتئاب،وتقدير الذات وتكونت العينه من (٧٦)طفل تراوحت اعمارهم من (٧-١٢)واظهرت النتائج أن الاطفال المصابين بفرط الحركه ونقص الانتباه يعانون من اعراض القلق والاكتئاب وانخفاض في مستوى تقدير الذات اكثر ممايعاني الاطفال العاديين.

-دراسة واين waync (٢٠٠٣) التي هدفت الى دراسة العلاقة بين بعض انماط اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد (نمط الاعراض المجتمعة ونمط قصور الانتباة) وبعض الاضطرابات المتزامنة (اضطراب العناد المعارض واضطراب القلق)، وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٣) طفلاً وطفلة تراوحت اعمارهم الزمنية (٦_١٢) سنة، واستخدمت الدراسة معايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-lv،٢٠٠٠) لتشخيص الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها افراد العينة (اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد، واضطراب العناد المعارض، واضطراب القلق)،واوضحت نتائج الدراسة انة لاتوجد فروق دالة بين نمطى اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد (نمط الاعراض المجتمعة ، ونمط قصور الانتباة) من حيث معدل انتشار الاضطرابات المتزامنة، وان الاضطرابات المتزامنة تنتشر بين نمطى اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد على حد سواء.

كما هدفت دراسة باجويل واخرون Bagweel. Et ai(٢٠٠٦) الى دراسة العلاقة بين اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد الذي يحدث في مرحلة

الطفولة وبعض الاضطرابات المتزامنة(اضطرابى القلق والمزاج) اللذان يحدثان في مرحلة المراهقة، وتكونت هيئة الدراسة من (١٤٢) مراهقاً لديهم تاريخ مرضى من الاصابة باضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة، بالاضافة الى (١٠٠) مراهق لايعانون من اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد ، تراوحت اعمارهم الزمنية بين ١٣_١٨ سنة، واستخدمت الدراسة عدة اداوت منها : المقابلة ، ودراسة الحالة، والمعايير الخاصة بتشخيص اضطرابى القلق والمزاج بين المراهقين الذين لديهم تاريخ مرضى بالاصابة باضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد والمراهقين اللذين ليس لديهم تاريخ مرضى هذا الاضطراب، كما اوضحت نتائج الدراسة ايضّا ان المراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد الذين لهم تاريخ مرضى لهذا الاضطراب والذين كانوا يظهرون اعراضّا خارجية شديدة ومشكلات اجتماعية في الطفولة من المتحمل ان يكونوا معرضين لخطر الاضطرابات الداخلية.

كما هدفت دراسة جولدسبى Goldsby (٢٠٠٦) الى تقدير نسبة الاضطرابات المتزامنة التي يعاني منها الافراد المصابين باضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد، حيث تتداخل اعراض اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد مع اعراض بعض الاضطرابات المتزامنة الاخرى في مرحلتى الطفولة والرشد، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠١) راشداً منهم (٢٨٢) من الذكور، و(٣١٩) من الاناث يعانون من اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد، تم تشخصيهم بالاعتماد على المعايير الورادة في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR.٢٠٠٠) واوضحت النتائج الدراسة ان (٣٦%) من هولاء الافراد يعانون من اضطراب الاكتئاب العميق،وان (٢٠%) منهم يعاني من الإضطراب ثنائي القطب، وان (٧%) يعاني من اضطراب القلق، و(٣%) يعاني من القلق والهلع ، وتوضح نتائج هذة الدراسة مدى انتشار الاضطرابات المتزامنة بين مجتمع الافراد الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد.

كما هدفت دراسة بيديرمان واخرون Biedeman ،et ai (٢٠٠٨) وهي دراسة طولية الى تقييم العلاقة بين اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد والاكتئاب العميق، وتكونت عينة الدراسة من (١٤٠) انثى تعانين من اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد ، بالاضافة الى (١٢٢) انثى لاتعانين من هذا الاضطراب ،وقد تم تشخيص الاضطراب باستخدام مجموعة من الاختبارات السيكاترية بالاضافة الى عدة اختبارات لتشخيص الاكتئاب ، وتمت متابعة افراد المجموعتين لمدة خمس سنوات ثم ثم تقيم مجموعة من الجوانب تتضمن الجوانب

النفسية، والمعرفية، والشخصية ، والاسرية ، والتوظيف الاكاديمي ، واوضحت نتائج الدراسة ان الاناث ذوات اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد اكثر عرضة للاصابة بالاكتئاب العميق من الاناث اللاتي لاتعانين من هذا الاضطراب، كما ان الاكتئاب لدى الاناث اللاتي تعانين من اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد تكون بدايتة مبكرة ،ويكون اكثر شدة كما يكون لدى هؤلاء الاناث افكاراً انتحارية اعلى من الاناث الاخريات ، واوضحت نتائج الدراسة بضرورة الاهتمام بتشخيص الاضطرابات المتزامنة عند تشخيص اضطراب قصور الانتباة المصحوب بالنشاط الزائد.

دراسات تناولت تقدير المعلم كاحد الاساليب التشخيصيه لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركه:

دراسه ارليت ابوخالد(١٩٩٧):هدفت الى التعرف على احتماليه وجود تباين في تقديرات المعلمات والامهات لفرط الحركه لبناتهن وفقا لاعمارهن والصف الدراسي لهن ،كما هدفت ايضاالى التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين التلميذات ذوات النشاط الزائدوالتلميذات العاديات في المرحله الابتدائيه،تكونت عينه الدراسه من(٤٠٢)والاخرى (١٩٨)،وتم استخدام مقياس النشاط الزائد من اعداد الباحثه ومقياس مفهوم الذات اعداد السمادوني.واسفرت النتائج وجود فروق داله احصائيافي تقديرات المعلمات لفرط الحركه لدى التلميذات،كما يوجد فروق داله احصائيا بينمتوسطات درجات التلميذات العاديات وذوات الفرط في التحصيل الدراسي لصالح العاديات في كل صف دراسي،ايضا توجد فروق داله احصائيا في مفهوم الذات بين التلميذات ذوات الفرطالحركه والعاديات لصالح العاديات في الدرجه الكليه وبعض الابعاد الفرعيه وفقا للعمر .

-كما كشفت دراسه السمادوني(١٩٩٨)الى معرفه الفروق بين تقديرات المعلمين والاباء لاطفالهم الصغار والكبارمن الجنسين.تكونت عينه الدراسه من (٥٩٨)طفل في سن الروضه ومرحله التعليم الاساسي من مدارس تابعه لمحافظه الغربيه والمنوفيه وكفرالشيخ،يتراوح اعمارهم مابين ٤-١٤ سنه،مستخدم الادوات التاليه:مقياس قائمه تقدير سلوك الطفل الاكلينيكيه ،مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل،وقائمه مشكلات الطفل اعدادالباحث واظهرت النتائج على وجود فروق جوهريه بين تقديرات المعلمين واولياء الامور وان الفروق بين تقديرات المعلمين واولياء الامورلسلوك فرط الحركه لدى الاناث غير دال احصائيا،كما وجدفروق بين الذكور العاديين وذوي فرط الحركه في نسب شيوع المشكلات السلوكيه وكانت الفروق داله احصائيا لصالح الاطفال ذوي

فرط الحركه ،ايضا وجد اختلاف في ترتيب انتشارالمظاهر السلوكيه لفرط الحركه عند الاطفال الذكور والاناث من خلال تقديرات المعلمين .

-واوضحت دراسه الشخص(١٩٨٤):والتي هدفت الى بناء مقياس للتعرف على النشاط الزائد عندالاطفال من خلال تقديرات المعلمين والاباء حيث اجريت الدراسه على عينه عشوائيه قوامها ٦٠٠ طفل وطفله(٤٠٠ ذكر و٢٠٠ اناث)وفي اعمار مختلفه تبدا من سن الحضانه حتى الصف السادس بالمرحله الابتدائيه وشملت العينه متخلفين عقليا،واشارت الى أن تقديرات المعلمين واولياء الامور ذات اهميه في الكشف عن الاطفال ذوي النشاط الزائد من خلال التعرف على المشاكل السلوكيه لهم سواء في المدرسه او المنزل .

-بالاضافه الى دراسه القحطاني الانفه الذكر والتي اوضحت أن المعلمين اسرع بالتبليغ عن الاصابه من اولياء الامور .

تعقيب على الدراسات السابقه:

- قله عدد الدراسات التى تناولت الكشف عن طبيعه اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه وعلاقتها ببعض المتغيرات،وقد يعود ذلك الى قله الاهتمام بهذه الفئه عربيا وقله المختصين في هذا المجال،بالاضافه الى الافتقار الى مراكزالتشخيص والتقويم لاجراء البحوث والدراسات للتعرف على هذه الفئه.

- اتفقت الدراسه الحاليه مع بعض الدراسات فيما يتعلق باستخدامها للمنهج الوصفي.

- اختلفت الدراسه الحاليه مع الدراسات السابقه في انواع المقاييس المستخدمه للدراسه.

- يلاحظ تباين في حجم العينه حيث تراوحت من(٧٦)كما في دراسه بيدرمان وزملاؤه الى (٦٤٢)كما في دراسه القحطاني.امانوع العينه فقد تنوع في كل الدراسات مابين ذكور واناث الا أن الدراسه الحاليه تختلف في إقتصار عينتها على الاناث.

وبالنسبه لاعمار افراد العينه في الدراسات العربيه فقدكانت متقاربه الى حد ما حيث يقع اغلبها في المدى العمري للطفوله المتوسطه والمتاخره أي من عمر (٧-١٠).اما الدراسات الاجنبيه فقد وصلت اعمار العينه مرحله المراهقه.

-يتضح من استعراض الدراسات السابقه أن الدراسات التى تناولت علاقه الاضطراب بـ(الاكتئاب –والخوف -التحدي والمعارضه)كانت اجنبيه اما العربيه –حسب علم الباحثه-فقد كانت قليله مثل دراسه الدكتور القحطاني والدكتوره معصومه،مما يعطي الدراسه الحاليه اهميه نظريه وتطبيقيه.

- اتفقت نتائج الدراسات السابقه بان الاطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من الاكتئاب وسلوك التحدي والمعارضه،واشارت الى وجود علاقه ايجابيه بينها وبين الاضطراب.

-اظهرت دراسه(ابو خالد)،(السمادوني)،(الشخص) انه يمكن الاعتماد على المعلمين في الكشف عن اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه واكدت دراسه القحطاني والشخص أن تشخيصهم مهم واصدق واسرع في الكشف عنهم .

الفصل الثالث

منهج الدراسه واجراءاتها

- منهج الدراسه.
- مجتمع الدراسه.
- عينه الدراسه.
- أدوات الدراسه.
- إجراءات التطبيق لجمع البيانات.
- الأساليب الاحصائيه

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجيه للدراسه

منهج الدراسه:

إستخدمت الباحثه في الدراسه المنهج الوصفي الإرتباطي للوقوف على ملامح اضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسيه المتمثله (بالإكتئاب،المخاوف،سلوك التحدي والمعارضه).

حيث أن الطرق الإرتباطيه تستخدم لتعيين الى أي حد يرتبط متغيران، أي الى حد تتفق المتغيرات في احد العوامل مع المتغيرات في عامل اخر،ويرتبط مقدار الارتباط بصفه عامه على الدرجه التي تصاحب فيهاالزياده او النقصان في احد المتغيرين بزياده اونقصان في المتغير الاخر.(عثمان،١٩٩٧).

مجتمع الدراسه:

يشمل مجتمع الدراسه على جميع تلميذات المرحله الإبتدائيه في المدارس الحكوميه واللاتي تم تشخيصهم بإضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه في مدينه الرياض واللاتي تم تشخيصهن من قبل الوحده الصحيه المدرسيه للعام الهجري ١٤٣٤هـ أومن عيادات نفسيه أومراكز تشخيص والبالغ عددهم (٢٠)طالبه فقط،، ونظرا لعدم وجودإحصائيات لعددالطالبات اللاتي يعانين الإضطراب والمندمجات ببرامج التعليم العام للأعوام السابقه تم توسيع مجتمع الدراسه بإضافه قوائم طالبات تم التزود بها من إداره التربيه الخاصه بالوكاله المساعده للشوون المدرسيه ضمن مشروع لحصر جميع الإضطرابات السلوكيه بالمدارس ومن ضمنها (اضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه)وهؤلاء تم تشخيصهن من قبل المعلمات والمرشدات الطلابيات و أعيد تشخيصهن من قبل الباحثه ليتم تصنيفهن وفقا لأنماط الإضطراب الثلاث(فئه ضعف الإنتباه،وفئه الفرط مع أندفاعيه،وأخيرا ضعف أنتباه مع فرط الحركه)وذلك لدراسه علاقه كل نمط منها بالمتغيرات النفسيه للدراسه.

عينه الدراسه:

تكونت عينه الدراسه الحاليه من(١٢٠)طالبه ممن تتراوح أعمارهم (٧-١٢) حيث تم أختيارعينه من تلميذات المرحله الأبتدائيه واللاتي شخصن من قبل الوحده الصحيه المدرسيه أوالعيادات النفسيه ومراكزالتشخيص والمثبت لديهم أضطراب فرط الحركه وتشتت الأنتباه واللاتي أستمر الاضطراب لديهن لأكثرمن سته أشهر،مع خلوهم من الأعاقه العقليه أو الحسيه أو البدنيه والبالغ عددهم (٩)طالبات.

-بالأضافه إلى عينه من الطالبات المشخصات من قبل المعلمات والمرشدات الطلابيات وتم أعاده التاكد من تشخيصهن من قبل الباحثه حيث تم تطبيق (١٦٥)استبانه استبعد منها (٥٤) لخلو الطالبه من الاضطراب .

تم تطبيق المقياس على النحو التالي :

- قصديا بالمدارس المثبت لدى طالباتها (من قبل الوحده الصحيه)اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه .

-اختيارعشوائي لبعض المدارس والتي تم التزود باسمائها من (اداره التربيه الخاصه) لاحتمال توفر الاضطراب لدى طالباتها بناء على تشخيص المعلمات والمرشدات والتي شملت جميع انحاء منطقه الرياض حيث كان توزيع الطالبات جميعا كالاتي:

القطاع	وسط	شمال	جنوب	حرس	شرق	غرب
عدد الطالبات	١٥	٩	١٨	٣٤	٣٧	٧

أدوات الدراسه:

إعتمدت هذه الدراسه على عده مقاييس وهي:

١-**مقياس عسير فندربلت**:أستخدمت الباحثه مقياس عسير فندربلت (نسخه المعلم)المقنن على البيئه السعوديه ومن ترجمه وتقنين الدكتور محمد مرعي القحطاني(٢٠١٠) وذلك لتشخيص فرط الحركه وتشتت الانتباه،حيث طبق القحطاني المقياس في (٧٠٨)مدرسه ابتدائيه وكانت العينه من طلاب الصفوف الدنيا(اول –ثاني –ثالث)ممن تراوحت اعمارهم من بين(٧-٩) سنوات،ويتكون المقياس من ٧٠ بند مقسمه في صورتين (الاباء – المعلمين)

.كما تضمن المقياس بعض المعلومات الديموجرافيه،ويستند المقياس في تشخيصه على معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسيه (DSM-IV-TV,2000).

تم حذف بعض بنود المقياس والتى تقيس القلق والمزاج واضطراب المسلك والاداء لعدم حاجه الباحثه لها وتم الاقتصار على بنود تشخيص فرط الحركه وتشتت الانتباه واضطراب سلوك التحدي والمعارضه.

عبارات المقياس ذات تدرج رباعي للاجابه (ابدا،احيانا،غالبا،دائما)ويتدرج تقييمها من (٠- ٣)على التوالي، وتكون الاجابه موجبه اذا كان الخيار(غالبا،دائما)وتاخذ درجه (٢,٣)وسالبه اذا كان الخيار(احيانا،نادرا)وتاخذ درجه(٠,١).

فالعبارات من (١-٩)تقيس تشتت الانتباه و يتطلب أن تكون الاجابه موجبه لـ(٦)عبارات من اصل (٩)ليشخص الطفل باصابته بتشتت الانتباه ،والعباره من (١٠-١٨)تقيس بعد فرط الحركه والاندفاعيه ولابد أن يحصل الطفل على (٦) عبارات من اصل (٩) لتشخيص فرط الحركه والاندفاعيه، اما المزدوج منها فلابد ان يحصل الطفل على (٦) عبارات موجبه في بعد تشتت الانتباه و(٦) موجبه اخرى في بعدفرط الحركه والاندفاعيه) معا حتى يشخص باضطراب فرط حركه وتشتت انتباه .

اما بالنسبه لسلوك التحدي والمعارضه فتقيسه العبارات من (١٩-٢٤)ولابد أن يحصل المفحوص على(٤) عبارات ايجابيه من اصل(٦)حتى يشخص بالاضطراب.

صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس في نسخته المقننه من خلال ارسال بنود المقياس الى لجنه المحكمين في جامعه الملك خالد والتي تكونت من (ثلاثه اعضاء هيئه تدريس بقسم علم النفس،وطبيب عام،اخصائي اطفال) واتفقوا جميعا على مدى صلاحيه تطبيقه بالبيئه السعوديه،ووضع اختبار تجريبي وعينه استطلاعيه مكونه من(٤٠)معلم وولي امر والذي عكس صعوبه في فهم تعليمات وبنود المقياس للمعلمين والاباء وتم تعديلها بعد ذلك.

ثبات المقياس:

١- لقد تم حساب ثبات المقياس من خلال الاتساق الداخلي بمعادله "الفاكرونباخ"والتى تراوحت قيمته من صفر -١.

ثانيا- مقياس القائمه العربيه لاكتئاب الاطفال(ACDI) للدكتور:احمد عبدالخالق

قام عبدالخالق (١٩٩٣)بوضع المقياس العربي لاكتئاب الأطفال، وذلك حتى يتناسب مع البيئة العربية وخاصاً المصريه.

الهدف من المقياس:

وجد عبدالخالق أنّ هناك حاجة لتصميم اختبارات باللغة العربية بدلاً من ترجمه الاختبارات الأمريكية. وذلك نظراً لانتشار الإكتئاب لدى العديد من الأطفال، وخاصةً في السنوات الأخيره، وإعداد مثل هذا المقياس سيعطي الفرصة للكشف عن الإكتئاب وبالتالي المساعدة في العلاج بعد معرفة الأسباب.

وصف المقياس:

قام عبدالخالق ببناء المقياس وذلك عن طريق مسح المقاييس باللغتين العربية والإنجليزية، وتكوين وعاء للبنود مستمد من التراث السيكلوجي و السيكاتري الاكلينكي ثم صياغة البنود صياغة عربية سليمة وسهلة القراءة. وعُرضت تلك البنود على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس وانتهى المقياس إلى ٢٧ بند في صيغته النهائية.

بينما احتمالات الإجابة كانت كالتالي:

١- نادراً ٢- أحياناً ٣- كثير

تصحيح المقياس:

يمكن تصحيح القائمه بشكل سهل ،حيث أن كل عباره تاخذ درجه تتراوح بين(١-٣)،فالاجابه بنادرا تاخذ درجهوواحيان درجتين،وكثيرا (٣) درجات،وذلك في العبارات التي تعتبر مؤشرا ايجابيا للاكتئاب،في حين أن العبارات التالية(١-٣-٨-١٢-١٧-٢١-٢٥-٢٧)تعتبر مؤشرات سلبيه للاكتئاب وبالتالي تاخذ عكس ذلك تماما فالاجابه بنادرا تاخذ (٣)واحيانا تاخذ (٢) وكثيرا (١)،وبالتالي تتراوح الدرجه التي يحصل عليها المفحوص من (٢٧-٨١)،حيث تشيرالدرجه المرتفعه الى ارتفاعه،والمنخفضه الى الاكتئاب.

ثبات مقياس القائمه العربيه وصدقه:

تم تطبيق المقياس على عدد من الأولاد و البنات المصريين وحسب معامل الثبات وكانت نتيجته (٠,٩٣)، كما طبق على أطفال كويتيين (١٩٨١) من البنات والأولاد تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٦) سنة ووصل قيمة معامل ثبات الفا إلى (٠,٨٧)،

وإرتباطه مع الصيغة العربية من قائمة الإكتئاب من وضع ماريا كوفاكس = (٠,٥٤) كما أنّ إرتباط البند بالدرجة الكلية قد تراوحت بين (٠,٢٦ – ٠,١٥) بالنسبة للأدولاد.

(٠,٢٥ – ٠,٥٨) بالنسبة للبنات مما يشير إلى تجانس المقياس واتساقه الداخلي (عبدالخالق،١٩٩٣)

واعيد تقنين المقياس على البيئه السعوديه من قبل النفيعي واسماعيل(٢٠٠٠) واستخدمه العديد من الباحثين على البيئه السعوديه ومنهم الباحثه (حجازي،١٤٢٤)والتي كان بحثها للفئه العمريه من (٦-١٢)وهي نفس الفئه العمريه المطبقه للدراسه الحاليه وكانت نتائج الصدق في دراستها كالتالي:

صدق المقياس ١- صدق المحكمين:قامت الباحث بمجموعة من الإجراءات من أجل إمكانية تطبيق الاداة على عيّنة دراستها، و ذلك بما أنّ قد أُستخدم في بيئات عربية قريبة من بيئة عينة الدراسة و من الفئة العمريه لها فقد تم عرض بنود المقياس على عدد من أساتذه قسم علم النفس بكلية التربية – جامعة الملك سعود – و عددهم (١٠) محكّمين. بعد عمل نسختين واحدة للأناث وأخرى للذكور، وبناءً على توجيهاتهم تّم إجراء بعض التعديلات الطفيفة في صياغة البنود. وبقيت كما هي (٢٧ بندً) مع العلم بأنّه تم أرتضاء نسبة أتفاق(٨٠%) فأكثر.

والجدول التالي يوضح نسبة أتفاق المحكمين عبارات مقياس الاكتئاب:

رقم العبارة	نسبة الاتفاق	رقم العبارة	نسبة الاتفاق
١	%٩٠	١٥	%١٠٠
٢	%١٠٠	١٦	%١٠٠
٣	%١٠٠	١٧	%١٠٠
٤	%١٠٠	١٨	%١٠٠
٥	%١٠٠	١٩	%١٠٠
٦	%١٠٠	٢٠	%١٠٠
٧	%١٠٠	٢١	%١٠٠
٨	%١٠٠	٢٢	%١٠٠
٩	%١٠٠	٢٣	%١٠٠
١٠	%١٠٠	٢٤	%١٠٠
١١	%١٠٠	٢٥	%١٠٠
١٢	%٩٠	٢٦	%١٠٠
١٣	%١٠٠	٢٧	%١٠٠
١٤	%١٠٠		

الأتساق الداخلي:

تم حساب صدق بنود المقياس على العينة عن طريق حساب صدق الاتساق الداخلي، وذلك بإيجاد الارتباط بين درجة كل بند والدرجه الكليه للمقياس على عينة مكونه من (٣٨٧) مفحوص و مفحوصة (١٩٠ أنثى) (١٩٧ ذكر) في الفئة العمريه من (٦-١٢) سنة. وأتضح أنّ معظم معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائيه عند مستوى دلالة(٠,٠١) ماعدا البند رقم(٨) ورقم (٢٥) فهي دالة عند مستوى(٠,٠٥)، والبنود رقم (١٧,٢١,١,٣,٢٧) فهي غير دالّة وقد تّم حذفها. والجدول التالي سوف يوضح ذلك بعد حذف البنود الغير دالة:

جدول يوضح بنود المقياس بعد حذف البنود الغير دالة إحصائياً

م	البند	الإرتباط	مستوى الدلالة
١	أشعر بالكسل	٠,٢٢	٠,٠١
٢	أجد صعوبة في التركيز على دراستي	٠,٣٦	٠,٠١
٣	أشعر أن لا قيمة لي	٠,٣٦	٠,٠١
٤	أحلم أحلاماً مزعجة	٠,٤٢	٠,٠١
٥	أنا حزين	٠,٤٧	٠,٠١
٦	أنا واثق من نفسي	٠,١١	٠,٠١
٧	أشعر بالتعب	٠,٣٦	٠,٠١
٨	تركيزي ضعيف	٠,٣٤	٠,٠١
٩	نومي مضطرب	٠,٤١	٠,٠١
١٠	لي أصدقاء كثيرون	٠,١٥	٠,٠١
١١	أشعر بالضيق	٠,٤٨	٠,٠١
١٢	أشعر بالسرحان	٠,٣٧	٠,٠١
١٣	أشعر بالوحدة(أنني وحيد)	٠,٤١	٠,٠١
١٤	أشعر أنني تعيس	٠,٤٩	٠,٠١
١٥	أشعر أنني فاشل	٠,٤٦	٠,٠١

م	البند	الإرتباط	مستوى الدلالة
١٦	أشعر بالملل والزهق	٠,٤٦	٠,٠١
١٧	أشعر بالغضب	٠,٣٦	٠,٠١
١٨	هناك أشياء كثيرة تضايقني	٠,٤٧	٠,٠١
١٩	أنا متشائم (أتوقع الشر)	٠,٤٤	٠,٠١
٢٠	ستحدث لي أشياء سيئة	٠,٤٨	٠,٠١
٢١	كثير من الناس يحبونني	٠,١٠	٠,٠١
٢٢	أكره نفسي	٠,٤١	٠,٠١

ثبات المقياس

ثبات الفا:

تّم حساب ثبات مقياس القائمه العربيه والذي استخدمته (حجازي) باستخدام معامل الفا على نفس العيّنة التي تمّ عليها حساب الصدق، وقد وصل معامل الثبات إلى (٠,٧٦) وبهذا يمكن اعتبار المقياس ثابت.

ثالثا:اختبار المخاوف(المرضية) للاطفال:

قام الطيب (١٩٨٠) بوضع المقياس العربي للمخاوف (الفوبيات) للأطفال وذلك ليتناسب مع البيئة العربية.

الهدف من المقياس:

يهدف هذا الاختبار لايجاد تقدير سريع بالدرجات للمخاوف المرضية(الفوبيات) التي توجد لدى الاطفال في السن من (٩-١٢) سنة.

وصف المقياس:

تمت صياغة مجموعه كبيرة من العبارات بناء على تعريف المخاوف المرضية في قواميس علم النفس وتم عرضها على (١٠ محكمين) من اساتذة علم النفس والطب وتم حذف العبارات التي لم يوافق عليها (٩٠%) من المحكمين وبذلك تبقت العبارات العشرون ولقد تمت صياغة العبارات باللهجة العامية (المصرية) حتى يتسنى للاطفال

في هذة المرحلة تفهمها ومن ثم الاجابة عليها.بما يعبرّ عن هذا الجانب الانفعالي في شخصياتهم. اما الاحتمالات الاجابة فكانت كالتالي :(نعم_ لا) ويحسب لكل عبارة يجيب عنها المفحوص(بنعم) درجة واحدة، وتجمع هذة الدرجات ويكون المجموع الكلي للدرجات معبّراً عن درجة المخاوف المرضية لدى الطفل (المفحوص) محسوبة من (٢٠) وهي الدرجة العظمى. ويمكن اجراء هذا الاختبار فردي او جماعي وتحتوي ورقة الاسئلة تعليمات توضحّ طريقة الاجابة.

(١-٩) خوف منخفض (١٠-٢٠) خوف مرتفع

ثبات لمقياس وصدقة:

تمّ تطبيق المقياس من قبل (الطيب) ثم اعادة تطبيقة بعد (١٥)يوم على عينّة مكونة من (٢٠٠) طفلا(١٠٠) من الذكور و(١٠٠)من الاناث من تلاميذالصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية، وتمّ حساب معامل الثبات فكان (٠،٩١). كذلك استخدمت معادلة " ليدر ريتشادروسون" لايجاد معامل الاتساق الداخلي للاختبار، وقد وجدتُ انّ هذا المعامل قيمتة (٠,٧٨٤) مما يشير لتجانس المقياس واتساقة الداخلي امّا بالنسبة لصدق المقياس فقد استخدم الباحث اكثر من طريقة للتحقق من صدق المقياس ومنها الصدق الذاتي والذي كان معامل الصدق للاخبار قيمة(٠,٩٥) ، كذلك تمّ استخدام الصدق التجريبي باستخدام محكمين خارجيين هما اختبار الخوف للاطفال (عبدالوهاب_ ١٩٨٠) ومقياس الخلو من العصبية في مقياس الشخصية للاطفال (هنا،١٩٦٥). وكان معامل الارتباط للمحك الاول (٠,٥١) وهو دال عند (٠,٠١) اما معامل الارتباط الرباعي في المحك الثاني فقد وصل لـ (٠,٧٢٥) هذا المعامل دال عند (٠,٠١).

ثبات المقياس وصدقة في دراسه حجازي (١٤٢٤)والمقتن على البيئه السعوديه:

صدق المقياس ١- صدق المحكمين.قامت الباحثة (حجازي) من اجل امكانية تطبيق الاداة على عينة دراستها -والتي تنطبق بمداها العمري مع الدراسه الحاليه – بعرض بنود المقياس على عدد المحكمين من اساتذة علم النفس- جامعة الملك سعود وعددهم (١٠ محكمين) بعد عمل نسختين واحدة للاناث وواحدة للذكور، وبناء على توجيهاتهم تمّ اجراء بعض التعديلات الطفيفة في صياغة البنود واللهجة علماَ انّ البنود بقيت كما هي (٢٠ بند) وقد ارتضينا نسبة اتفاق (٨٠%) فاكثر. والجدول التالي يوضح نسب اتفاق المحكمين على كل عبارة من عبارات مقياس المخاوف.

جدول يوضح نسبة اتفاق المحكمين على كل عبارة من عبارات مقياس المخاوف

رقم العبارة	نسبة التفاق	رقم العبارة	نسبة التفاق
١	%١٠٠	١١	%٨٠
٢	%١٠٠	١٢	%١٠٠
٣	%١٠٠	١٣	%١٠٠
٤	%١٠٠	١٤	%١٠٠
٥	%١٠٠	١٥	%١٠٠
٦	%١٠٠	١٦	%١٠٠
٧	%١٠٠	١٧	%١٠٠
٨	%١٠٠	١٨	%١٠٠
٩	%١٠٠	١٩	%١٠٠
١٠	%١٠٠	٢٠	%١٠٠

ويلاحظ من الجدول السابق ان هناك عبارة واحد تقل نسبة الاتفاق فيها عن ٩٠% وهي العبارة رقم ١١.

الاتساق الداخلي:

تمّ حساب صدق المقياس على العينّة بايجاد الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من (٣٨٧) مفحوص ومفحوصة (١٩٧ ذكر-١٩٠ انثى) في الفئة العمرية (٦-١٢) سنة واتضح انّ جميع معاملات الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) والجدول التالي يوضح البنود ومستوى دلالتها

يوضح بنود المقياس ومستوى دلالتها

الرقم	البند	الارتباط	مستوى الدلاله
١	هل تخاف خوفاً شديداً إذا كنت في مكان ضيق؟	٠,٥٢	٠,٠١
٢	هل تحس أنك خائف(يجيلك مرض ماله علاج)؟	٠,٢٥	٠,٠١
٣	هل تتضايق وتخاف عندما تركب سيارة؟	٠,٣٦	٠,٠١
٤	هل تخاف خوفاً شديداً إذا كنت في مكان مزدحم؟	٠,٥٢	٠,٠١
٥	هل تخاف من الأدوار العالية، أو الأماكن المرتفعة؟	٠,٥٤	٠,٠١
٦	وأنت في مكان عالي، هل تشعر أنك راح تسقط من هذا المكان؟	٠,٥٤	٠,٠١

الرقم	البند	الارتباط	مستوى الدلاله
٧	هل تحس بالرعب في الأماكن المظلمة؟	٠,٥٤	٠,٠١
٨	وأنت في الظلام، هل يتهيأ لك أن في ناس تكلمك؟	٤٣،	٠,٠١
٩	هل تخاف تروح السرير لوحدك في الليل عشان تنام؟	٤٩،	٠,٠١
١٠	هل تحس برعشة لما تكون في الظلام؟	٠,٥٦	٠,٠١
١١	هل تخاف من حاجات أو ناس أنت عارف أنهم غير مؤذيين؟	٠,٣١	٠,٠١
١٢	هل يتهيأ لك في الظلام إن فيه ناس موجودين على الجدار؟	٠,٤٨	٠,٠١
١٣	هل تحس بالخوف عندما تدخل مكان فيه ناس مجتمعين ويتكلمون؟	٠,٤١	٠,٠١
١٤	هل تحس برعشة ودوخة لما تشوف كلب أو قطة؟	٠,٤١	٠,٠١
١٥	هل تخاف في غرفة في الظلام؟ عل تخاف تقعد في الغرفة لما تكون ظلام؟	٠,٦٠	٠,٠١
١٦	هل تجري بسرعة وقلبك يدق بسرعة عندما تشوف كلب أو قطة؟	٠,٤٥	٠,٠١
١٧	هل تخاف من الفئران، وقلبك يدق بسرعه لما تشوفهم؟	٠,٥١	٠,٠١
١٨	هل تخاف من الصراصير وقلبك يدق بسرعه لما تشوفهم؟	٠,٤٦	٠,٠١
١٩	هل تحس بخوف شديد لما تشوف ثعباناً، حتى لو كان في صورة أو في التلفزيون؟	٠,٣٩	٠,٠١
٢٠	هل تخاف تروح دورة المياه لوحدك لما تكون الدنيا ظلام؟	٠,٥٥	٠,٠١

ثبات المقياس :

"ثبات الفا"

تمّ حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات الفا على نفس العينّة التي تمّ عليها حساب الصدق وقد وصل معامل الثبات (٠,٨٢)

صدق أداة الدراسة الحاليه(validity):-

صدق الإستبانة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه (العساف ،١٩٩٨م،ص٤٢٩)، كما يقصد بالصدق"شمول الإستبانة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، ٢٠٠١م، ص ١٧٩). وقد قامت الباحثة بالتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

الصدق الظاهري (الخارجي) للأداة (face validity) :

تم التاكد من الصدق الظاهري لكل مقياس في الاستبانه :

-مقياس عسير فندربلت وتم التاكد من صدقه الظاهري من قبل محكمين بجامعه الملك خالد واخصائي اطفال وطبيب عام .اما مقياس المخاوف والاكتئاب فقدتم التاكد من صدقه الظاهري بعرضه من قبل الباحثه حجازي حيث عرض على ١٠ محكمين من جامعه الملك سعود للتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضع لقياسه .

صدق الإتساق الداخلي للأداة (الصدق البنائي):

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة قامت الباحثة بتطبيقها ميدانياً على بيانات العينة وقامت الباحثة بحساب معامل الإرتباط بيرسون" Pearson Correlation" لمعرفة الصدق الداخلي للإستبانة حيث تم حساب معامل الإرتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الإستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة.

١- صدق الإتساق الداخلي للمحور الأول:

جدول رقم (١) نتائج صدق الإتساق الداخلي لأبعاد المحور الأول.

البعد	رقم العبارة	معامل الإرتباط بالبعد
التشتت	١	**٠.٦٥٤
	٢	**٠.٦٥٩
	٣	**٠.٤٨٠
	٤	**٠.٦٦١
	٥	**٠.٧٤١
	٦	**٠.٦٣٧
	٧	**٠.٦٣٠
	٨	**٠.٥٢٤

البعد	رقم العبارة	معامل الإرتباط بالبعد
	٩	**٠.٦٦٣
فرط الحركة	١٠	**٠.٦٦٩
	١١	**٠.٨٠٩
	١٢	**٠.٨٥١
	١٣	**٠.٧٠٤
	١٤	**٠.٨٠٦
	١٥	**٠.٧٨٨
	١٦	**٠.٧٩٦
	١٧	**٠.٨١٨
	١٨	**٠.٧٩٠
التحدي والمعارضة	١٩	**٠.٧٠٩
	٢٠	**٠.٧٩١
	٢١	**٠.٨٣٩
	٢٢	**٠.٨٠٤
	٢٣	**٠.٨٤١
	٢٤	**٠.٨٥٨

يتضح من الجدول رقم (١) أن قيم معاملات الإرتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذى ينتمى إليه دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وجميعها قيم موجبة، مما يعني وجود درجة عالية من الإتساق الداخلي وإرتباط المحور بعباراته بما يعكس درجة عالية من الصدق لفقرات المحور.

٢- صدق الإتساق الداخلي للمحور الثاني: مقياس الإكتئاب.

جدول (٢) يوضح معاملات الإرتباط بين كل عبارة من عبارت المحور الثاني بالدرجة الكلية.

رقم العبارة	قيمة الإرتباط	رقم العبارة	قيمة الإرتباط
١	**٠.٣٣٩	١٥	**٠.٤٣٩
٢	**٠.٢٢٧	١٦	**٠.٤٨٩
٣	**٠.٢١٤	١٧	**٠.٤٠٠
٤	**٠.٢٧٥	١٨	**٠.٤٠٥
٥	**٠.٤٠٨	١٩	**٠.٤٠٠
٦	**٠.٣٦١	٢٠	**٠.٣٨٤
٧	**٠.٤٨٤	٢١	**٠.٣٥٥
٨	**٠.٤٠٤	٢٢	**٠.٤٦٦
٩	**٠.٤٩١	٢٣	**٠.٥٤٢
١٠	**٠.٥٢١	٢٤	**٠.٤٢٦
١١	**٠.٤٠٩	٢٥	**٠.٤٨٠
١٢	**٠.٢٩٤	٢٦	**٠.٣٣١
١٣	**٠.٤٣٦	٢٧	**٠.٣٧٢
١٤	**٠.٣٨٧	-	-

يتضح من الجدول رقم (٢) أن قيم معاملات الإرتباط بين درجةكل عبارة والدرجة الكلية للمقياس مرتفعة حيث تراوحت بين (٠.٢١٤) للعبارة رقم (٣) إلى (٠.٥٢١) للعبارة رقم (١٠) ودالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وجميعها قيم موجبة ، مما يدل على صدق المقياس.

٣- صدق الإتساق الداخلي للمحور الثاني: مقياس الإكتئاب.

جدول رقم (٣) يبين معاملات الإرتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الثالث بالدرجة الكلية.

رقم العبارة	معامل الإرتباط	رقم العبارة	معامل الإرتباط
١	**٠.٦٢١	١١	**٠.٥١٧
٢	**٠.٤٨٢	١٢	**٠.٥٧٤
٣	**٠.٥٥٩	١٣	**٠.٤٥٤
٤	**٠.٥٥٩	١٤	**٠.٤٨٠
٥	**٠.٥٩٩	١٥	**٠.٦٣٨
٦	**٠.٦١٢	١٦	**٠.٤٨١
٧	**٠.٦١٧	١٧	**٠.٤٠٦
٨	**٠.٤٧٨	١٨	**٠.٣١٦
٩	**٠.٦١٧	١٩	*٠.٢١٩
١٠	**٠.٥٥١	٢٠	**٠.٥٠٣

يتضح من الجدول رقم(٣) أن قيم معاملات الإرتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمحور الثالث تراوحت ما بين (٠.٢١٩) للعبارة رقم (١٩) و(٠.٦٣٨) للعبارة رقم (١٤)، وجميعها قيم موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١، عدا العبارة رقم (١٩) فمستوى دلالتها عند ٠.٠٥ مما يعني وجود درجة عالية من الإتساق الداخلي وإرتباط المحور بعباراته بما يعكس درجة عالية من الصدق لفقرات المقياس.

ثبات أداة الدراسة (Reliability):-

أما ثبات أداة البحث (الإستبانة) فيعني التأكد من أن الإجابة ستكون واحدة تقريباً إذا تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم.(العساف، ١٩٩٥م،ص٤٣٠)، ولقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الإستبانة) استخدمت الباحثة معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث طبقت المعادلة لقياس الصدق البنائي، والجدول رقم (٤) يوضح معاملات الفا كرونباخ لابعاد ومحاور الدراسة.

جدول رقم (٤) يوضح "قيم معامل ألفا كرونباخ" لأداة الدراسة.

المحـــــور	محاور الإستبانة	ثبات المحور
المحور الأول	بعد التشتت	٠.٨٠٧٥
	بعد فرط الحركة	٠.٩٢٠٤
	بعد التحدي والمعارضة	٠.٨٩١٥
المحور الثاني	مقياس الإكتئاب	٠.٨١٧٩
المحور الثالث	مقياس المخاوف	٠.٨٤٠٣

كما قامت الباحثة بإستخدام (التحليل السيكومتري) حيث تم التعرف على ثبات المتغيرات بشكل منفرد ثم ثبات المحاور الرئيسية للاستبانة، وكذلك حساب معامل الإرتباط المصحح، وتم حساب ذلك لكل محور من محاور الدراسه

١- التحليل السيكومتري لفقرات المحورالأول:

جدول رقم (٥) التحليل السيكومتري لفقرات البعد الأول (التشتت).

رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح	رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح
١	٠.٧٨٤٩	٠.٥٢٨١	٦	٠.٧٨٧٣	٠.٥٠٩٧
٢	٠.٧٨٣١	٠.٥٤٥٧	٧	٠.٧٨٩٠	٠.٤٩٧٢
٣	٠.٨١١٠	٠.٣٢٢٢	٨	٠.٧٩٨٩	٠.٤١٢٧
٤	٠.٧٨٣٠	٠.٥٤٤٣	٩	٠.٧٨٥٨	٠.٥٢٤٧
٥	٠.٧٧٠١	٠.٦٤٣٣		-	-

يتضح من الجدول رقم (٥) ان جميع المفردات المكونة للبعد الأول (التشتت) تسهم في زيادة الثبات لهذا البعد، فيما عدا العبارة رقم (٣) والتي كان حذفها سيرفع من درجة الثبات إلى(٠.٨١١٠) بدلا من (٠.٨٠٧٥) ولكن الباحثة رأت عدم حذفها وخاصة وأنها تتمتع بدرجة عالية من صدق المحتوى من قبل المحكمين مما يدعم وجودها كما أن درجة الثبات في وجودها مرتفعة الأمر الذي يقلل من الحاجة لحذفها.

جدول رقم (٦)

التحليل السيكومتري لفقرات البعد الثاني (فرط الحركة).

رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح	رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح
١	٠.٩١٩٦	٠.٥٨٣٧	٦	٠.٩١١٢	٠.٧١٩٣
٢	٠.٩٠٩٢	٠.٧٤٧٢	٧	٠.٩١٠٣	٠.٧٣٢٠
٣	٠.٩٠٥٥	٠.٨٠١٤	٨	٠.٩٠٨٤	٠.٧٦٥٢
٤	٠.٩١٧١	٠.٦٢٤٦	٩	٠.٩١٠٧	٠.٧٢٥٠
٥	٠.٩٠٩٣	٠.٧٤٧٧			

يتضح من الجدول رقم (٦) ان جميع المفردات المكونة للبعد الثاني (فرط الحركة) تسهم في زيادة الثبات لهذا البعد، ونستنتج من ذلك إرتفاع درجة ثبات جميع العبارات المكونة للبعد.

جدول رقم (٧)

التحليل السيكومتري لفقرات البعد الثالث(التحدي والمعارضة).

رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح	رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح
١	٠.٨٩٤٨	٠.٥٧٢٧	٤	٠.٨٧٢١	٠.٧١٥٣
٢	٠.٨٧٦٩	٠.٦٨٤٧	٥	٠.٨٦٤٨	٠.٧٥٨١
٣	٠.٨٦٤٨	٠.٧٦١٥	٦	٠.٨٦٠٤	٠.٧٨٧٥

يتضح من الجدول رقم (٧) ان جميع المفردات المكونة للبعد الثالث (التحدي والمعارضة) تسهم في زيادة الثبات لهذا البعد، ما عدا العبارة رقم (١) والتي كان حذفها سيرفع من درجة الثبات إلى (٠.٨٩٤٨) بدلا من (٠.٨٩١٥). ولكن الباحثة رأت عدم حذفها وخاصة وأنها تتمتع بدرجة عالية من صدق المحتوى من قبل المحكمين مما يدعم وجودها كما أن درجة الثبات في وجودها مرتفعة الأمر الذي يقلل من الحاجة لحذفها.

- التحليل السيكومتري لفقرات المحور الثاني (مقياس الاكتئاب)

التحليل السيكومتري لفقرات المحور الثاني.جدول(٨)

رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح	رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح
١	٠.٨١٣٨	٠.٣٠٣٦	١٥	٠.٨١٠١	٠.٣٩٢٢
٢	٠.٨٢٠١	٠.١٣٠٧	١٦	٠.٨٠٩٥	٠.٤١٢١
٣	٠.٨١٩٣	٠.١٤١٤	١٧	٠.٨١٠١	٠.٣٨٩٥
٤	٠.٨١٨٥	٠.١٨٢٨	١٨	٠.٨١١٧	٠.٣٥٣٨
٥	٠.٨١٤٣	٠.٢٩٢٧	١٩	٠.٨١٣١	٠.٣١٨١
٦	٠.٨١٣٦	٠.٣٠٧٩	٢٠	٠.٨١٢٤	٠.٣٣٦٣
٧	٠.٨٠٩٢	٠.٤١٥٤	٢١	٠.٨١٤٤	٠.٢٨٩٣
٨	٠.٨١٢١	٠.٣٥١٣	٢٢	٠.٨٠٩٢	٠.٤١٠٥
٩	٠.٨٠٧٠	٠.٤٦٥٥	٢٣	٠.٨٠٣٩	٠.٥٣٢٠
١٠	٠.٨٠٧١	٠.٤٦٣٨	٢٤	٠.٨١٠٤	٠.٣٨٨٢
١١	٠.٨١١٦	٠.٣٥٧٨	٢٥	٠.٨٠٨٣	٠.٤٣١٧
١٢	٠.٨١٥٣	٠.٢٦٣٢	٢٦	٠.٨١٥٧	٠.٢٥٨٩
١٣	٠.٨٠٩١	٠.٤٢١٥	٢٧	٠.٨١٥٥	٠.٢٥٩٣
١٤	٠.٨١٣٠	٠.٣٢٣٢			

يتضح من الجدول رقم (٨) ان جميع المفردات المكونة للمحور الثاني (مقياس الاكتئاب) تسهم في زيادة الثبات هذا المقياس، ما عدا العبارات رقم (٢، ٣ ،٤) والتي كان حذفها سيرفع من درجة الثبات إلى (٠.٨٢٠١، ٠.٨١٩٣، ٠.٨١٨٥) بدلا من (٠.٨١٧٩). ولكن الباحثة رأت عدم حذفهم وخاصة وأن هذه العبارات تتمتع بدرجة عالية من صدق المحتوى من قبل المحكمين مما يدعم وجودها كما أن درجة الثبات في وجودها مرتفعة الأمر الذي يقلل من الحاجة لحذفها.

- التحليل السيكومتري لفقرات المحور الثالث(مقياس المخاوف)

جدول رقم (٩) يوضح

التحليل السيكومتري لفقرات المحور الثالث.

رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح	رقم الفقرة	معامل الفا إذا حذف العنصر	معامل الإرتباط المصحح
١	٠.٨٢٨١	٠.٥٢٣٥	١١	٠.٨٣٣٤	٠.٤١٤٠
٢	٠.٨٣٥٧	٠.٣٦٦٧	١٢	٠.٨٣٠٧	٠.٤٧١٧
٣	٠.٨٢٩٦	٠.٤٩٥٨	١٣	٠.٨٣٣٩	٠.٤٠٤٠
٤	٠.٨٣١٣	٠.٤٥٩٠	١٤	٠.٨٣٣١	٠.٤٢٢٠
٥	٠.٨٢٨٧	٠.٥١١١	١٥	٠.٨٢٦٥	٠.٥٥٨٥
٦	٠.٨٢٧٩	٠.٥٣٣٨	١٦	٠.٨٣١٦	٠.٤٥١٧
٧	٠.٨٢٧٧	٠.٥٣٦٤	١٧	٠.٨٣٨١	٠.٣١٧٨
٨	٠.٨٣٥٢	٠.٣٧٦٥	١٨	٠.٨٤٢٨	٠.٢١١١
٩	٠.٨٢٧٧	٠.٥٣٦٤	١٩	٠.٨٤٤٠	٠.١٣٥٩
١٠	٠.٨٣١٣	٠.٤٥٨١	٢٠	٠.٨٣٣٧	٠.٤٠٩٢

يتضح من الجدول رقم (٩) ان جميع المفردات المكونة للمحور الثالث (مقياس المخاوف) تسهم في زيادة الثبات هذا المقياس، ما عدا العبارات رقم (١٨، ١٩) والتي كان حذفهما سيرفع من درجة الثبات إلى (٠.٨٤٢٨، ٠.٨٤٤٠) بدلا من (٠.٨٤٠٣). ولكن الباحثة رأت عدم حذفهما وخاصة وأنهما تتمتع بدرجة عالية من صدق المحتوى من قبل المحكمين مما يدعم وجودهما كما أن درجة الثبات في وجودها مرتفعة الأمر الذي يقلل من الحاجة لحذفها.

اجراءات التطبيق :

-الحصول على الموافقات الرسميه من الجهات المعنيه ممثله في إداره التربيه والتعليم ومكتب الإشراف التربوي، حيث يتم التوجيه إلى المدارس الحكوميه المناسبه للعينه والتي يوجد بها طالبات تم تشخيصهن بإضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه من قبل الوحده الصحيه المدرسيه اومن قبل عيادات نفسيه او مراكزتشخيص. وقد واجهت الباحثه صعوبه بالغه في العثورعلى العينه وذلك لعدم وجود إحصائيات بعدد الطالبات اللاتي شخصن بالاضطراب للاعوام السابقه والمندمجات ببرامج التعليم العام مماضطرالباحثه للاستعانه بقوائم لطالبات تم التزود بها من إداره التربيه الخاصه بالوكاله المساعده للشوون المدرسيه ضمن مشروع لحصر جميع الإضطرابات السلوكيه بالمدارس ومن ضمنها (اضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه)وهؤلاء تم تشخيصهن من قبل المعلمات والمرشدات الطلابيات و أعيد تشخيصهن من قبل الباحثه .

-قامت الباحثه بتطبيق الاستبيان المعد للدراسه والذي يحتوي على معلومات اوليه عن الطالبه المفحوصه وبعض المعلومات الديموجرافيه لها، ومرفق به مقياس فرط الحركه وتشتت الانتباه وسلوك التحدي والمعارضه والتي ستعبا من قبل المعلمين،امامقياس الاكتئاب والمخاوف فسيتم تطبيقه من قبل الباحثه بعد الجلوس مع الطالبه بشكل فردي وذلك لطالبات الصفوف الدنيا.اوعلى شكل مجموعات صغيره وذلك لطالبات الصفوف العليا باعتبار انه قائمه تقدير ذاتي لابد أن يقيم فيها الطفل نفسه.

-سيتم اختيارالمدارس قصديا للطالبات المشخصات مسبقا وعشوائيا لباقي المدارس ليغطي جميع القطاعات التعليميه بمنطقه الرياض(شمال،جنوب ،شرق،غرب،وسط)الرياض،وبعد ذلك اختيار عشوائيا للطالبات من كل مستوى دراسي .

-بعد تحديد افراد العينه تم تطبيق ادوات الدراسه حيث قامت المعلمات الاكثر التصاقا بالطالب بتقديرسلوك التلميذات على مقياسي فرط الحركه وتشتت الانتباه وسلوك التحدي والمعارضه امامقياس الاكتئاب والمخاوف قامت الباحثه بتطبيقها بنفسها على الطالبات.

-تتم قراءه التعليمات بصوت واضح للطالبه وتوضح طريقه الاجابه مع توضيح انه ليس هناك اجابه صحيحه واخرى خاطئه بل العباره التي تنطبق مع ماتشعربه هي الصحيحه .

-لم يحدد وقت محدد للاجابه انما ترك الوقت مفتوح للطالبه .

-بعد الانتهاء من اجابات الطالبات تم مراجعه اجاباتهن للتاكد من سلامه التطبيق.

-قامت الباحثه بادخال البيانات في الحاسب الالي التابع لمركز المعلومات بجامعه نايف العربيه للعلوم الامنيه وذلك لتحليل البيانات احصائيا.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:-

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Science والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS).

****ولمعالجة بيانات الدراسة استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:**

١) التكرارات والنسب المئوية (frequencies and percentages):- للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد مجتمع الدراسة.

٢) معامل إرتباط بيرسون (person): للتحقق من صدق الإتساق الداخلى لأداة الدراسة وإيجاد العلاقة بين محاور وأبعاد الدراسة .

٣) معامل الفا كرونباخ (Cronbach's alpha): لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، وصلاحيتها للتطبيق الميداني.

٤) المتوسط الحسابي " mean ": وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو إنخفاض إستجابات أفراد مجتمع الدراسة عن المحاور الرئيسية (متوسط متوسطات العبارات)، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط حسابي.

٥)تحليل الانحدار المتعدد .

الفصل الرابع

عرض وتحليل بيانات الدراسة و مناقشة نتائجها

الفصل الرابع
عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

يتناول هذا الفصل تحليل نتائج الدراسة الميدانية،وذلك من خلال عرض وتحليل البيانات الأولية (الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة) وكذلك عرض استجابات أفراد عينة الدراسة على تساؤلات الدراسة،ومعالجتها إحصائياً باستخدام مفاهيم الإحصاء الوصفي وأساليبه الإحصائية وصولاً إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها في ضوء الإطار النظري للدراسة الميدانية المتعلقة بإضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه وعلاقته ببعض العوامل النفسية.

أولاً : النتائج الخاصة بالمتغيرات الشخصية لأفراد عينة الدراسة: قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة من العمر، وجاءت النتائج كالتالي:-

١- **العمر:-**

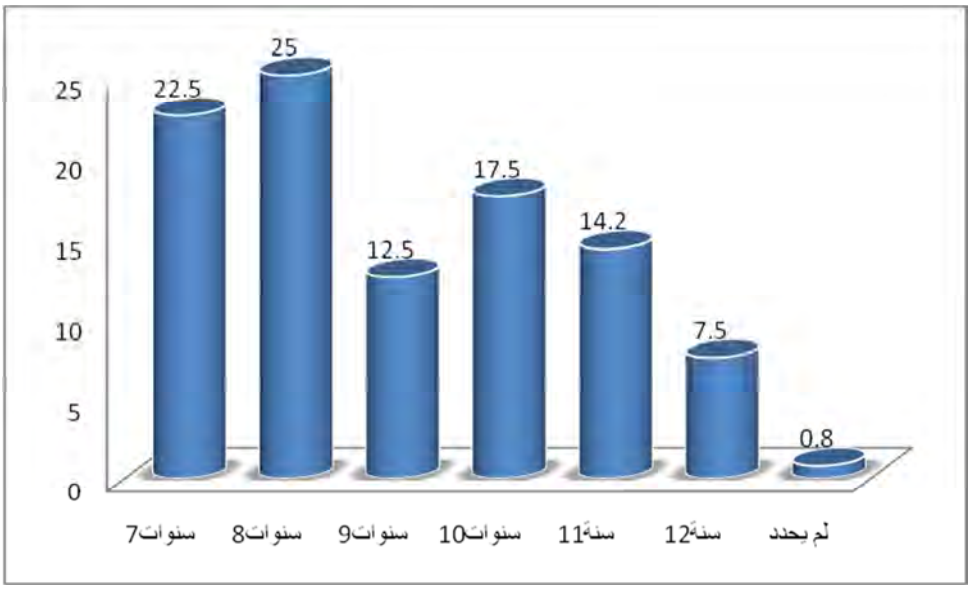
جدول رقم (١٠)
توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر

العمر	التكرار	النسبة%
٧سنوات	٢٧	٢٢.٥
٨سنوات	٣٠	٢٥
٩سنوات	١٥	١٢.٥
١٠سنوات	٢١	١٧.٥
١١سنة	١٧	١٤.٢
١٢سنة	٩	٧٠٥
لم يحدد	١	٠.٨
المجموع	١٢٠	%١٠٠

يتبين من الجدول رقم (١٠) الخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر حيث أظهرت النتائج أن (٣٠) من أفراد عينة الدراسة ويمثلون ما نسبته (٢٥%) عمرهم (٨سنوات) وياتون في المرتبة الأولى، في حين جاء (٢٧) من أفراد عينة

الدراسة عمرهم (٧سنوات)ويمثلون ما نسبته (٢٢.٥%) ويأتون في المرتبة الثانية، وجاء (٢١) من أفراد عينة الدراسة عمرهم (١٠سنوات) ويمثلون ما نسبته (١٧.٥) ويأتون في المرتبة الثالثة ، وجاء (١٧) من أفراد عينة الدراسة عمرهم (١٤.٢%) ويأتون في المرتبة الرابعة، في حين جاء (١٥) من أفراد عينة الدراسة عمرهم (٩سنوات) ويأتون في المرتبة الخامسة، بينما وجد أن هناك (٩) من أفراد عينة الدراسة عمرهم (١٢سنة) ويمثلون ما نسبته (٧.٥%) ويأتون في المرتبة قبل الأخيرة، وأخيراً وجد أن هناك (١) من أفراد عينة الدراسة (لم يحدد) عمره ويمثل ما نسبته (٠.٨%) والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم (١١) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيروفقاً لمتغير العمر.



ثاني جدول رقم (١٢)

فئات تشتت الإنتباه

الفئة	التكرار	النسبة
(أقل من ١٢درجه)لايعاني تشتت إنتباه	٢٢	١٨.٣%
(من ١٢ فأعلى)يعاني تشتت انتباه	٩٨	٨١.٧%
المجموع	١٢٠	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول رقم (١٢) أن (٩٨) من أفراد عينة الدراسة يعانون من تشتت في الإنتباه حيث بلغت نسبتهم (٨١.٧%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة، في حين وجد أن (٢٢) من أفراد عينة الدراسة لا يعانون من تشتت الإنتباه وبلغت نسبتهم (١٨.٣%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (١٣)

فئه اضطراب فرط الحركة

الفئة	التكرار	النسبة
(أقل من ١٢درجه موجبه)لايعاني فرط حركه وإندفاعيه	٥٠	٤١.٧%
(من ١٢ فأعلى)يعاني فرط حركه وإندفاعيه	٧٠	٥٨.٥%
المجموع	١٢٠	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول رقم (١٣) أن (٧٠) من أفراد عينة الدراسة يعانون من اضطرابات فرط الحركة حيث بلغت نسبتهم (٥٨.٥%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة، بينما وجد أن (٥٠) من أفراد عينة الدراسة ليس لديهم اضطرابات فرط الحركة وبلغت نسبتهم (٤١.٧%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (١٤)

فئات مزدوج – تشتت انتباه و اضطراب فرط الحركة

الفئة	التكرار	النسبة
(أقل من ١٢في أحد أو كلا المتغيرين)لايعاني اضطراب مزدوج	٧٢	٦٠%
(من ١٢ فأعلى في كلا المتغيرين)يعاني اضطراب مزدوج	٤٨	٤٠%
المجموع	١٢٠	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول رقم (١٤) أن (٧٢) من أفراد عينة الدراسة لا يعانون من تشتت انتباه و اضطراب فرط الحركة معاً (مزدوج) حيث بلغت نسبتهم (٦٠%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة، بينما وجد أن (٤٨) من أفراد عينة الدراسة يعانون من تشتت في الإنتباه و اضطرابات فرط الحركة معاً (مزدوج) وبلغت نسبتهم (٤٠%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (١٥)

فئات اضطراب سلوك التحدي والمعارضة

الفئة	التكرار	النسبة
(أقل من ٨ درجه موجبه)لايعاني سلوك تحدي ومعارضه	٧٦	٦٣.٣%
(من ٨ درجه فأعلى)يعاني من الاضطراب	٤٤	٣٦.٧%
المجموع	١٢٠	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول رقم (١٥) أن (٧٦) من أفراد عينة الدراسة يعانون من اضطراب سلوك التحدي والمعارضة حيث بلغت نسبتهم (٦٣.٣%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة، بينما وجد أن (٤٤) من أفراد عينة الدراسة ليس لديهم اضطراب سلوك التحدي والمعارضة وبلغت نسبتهم (٣٦.٧%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

أ : النتائج المتعلقة بالإجابة على تساؤلات الدراسة :

حيث سعت الدراسة الحالية لتحقيق أهدافها من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاكتئاب لدى أفراد العينة؟

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب السلوك المعارض لدى أفراد العينة؟

-هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمخاوف لدى العينة؟

-ماهي العوامل المنبئه(الاكتئاب،المخاوف،سلوك التحدي والمعارضه) باضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه؟

١- عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على التساؤل الأول هل توجد علاقة إرتباطية موجبه بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه و الإكتئاب لدى افراد العينة ؟

وللإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بوضع الفرض التالي(توجد علاقة إرتباطية دالة احصائياً بين كلا من (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين الإكتئاب لدى عينة الدراسة وللتحقق من صحة هذا الفرض؛ قامت الباحثة بحساب معامل إرتباط بيرسون بين كلا من (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين مقياس الإكتئاب.

جدول رقم (١٦) معامل إرتباط بيرسون بين كلا من (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين مقياس الإكتئاب

أبعاد المحور الأول	معامل الإرتباط	P.Value	الدلالة
تشتت الأنتباه	٠.٠٢٥٣ **	٠.٠٠٥	دالة
اضطراب فرط الحركة والاندفاعيه	-٠.٠٣٩	٠.٦٧٢	غير دالة
مزدوج(تشتت الإنتباه واضطراب فرط الحركة)	٠.١٢٧	٠.١٦٧	غير دالة

****دالة عند مستوى ٠.٠١**

من خلال النظر إلى الجدول السابق يتضح ما يلي :

- وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١بين بعد تشتت الإنتباه وبين **الإكتئاب لدى عينة الدراسة.**

- كانت العلاقة الإرتباطية غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين بعد اضطرابات فرط الحركة والاندفاعيه وبين الإكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة.

- عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين البعد المزدوج (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين الإكتئاب لدى عينة الدراسة.

تجد الباحثه في ضوء ماسبق من تحليل بحساب معامل بيرسون ان هناك علاقه ارتباطيه موجبه داله احصائيا بين الاكتئاب وتشتت الانتباه كاحد انماط فرط الحركه وتشتت الانتباه وغير دال بارتباطه منفردا بالفرط او لدى مزدوجي الاضطراب .

وترى الباحثه ان الاكتئاب قد يحدث لهن نتيجه عدم قدرتهم على التصرف مثل الاخرين كما ان قدرتهم على تحمل الاحباط منخفضه،ولديهم مفهوم ذات ضعيف وغير قادرين على التعبير عن انفسهم وهذا مايؤيده.(فليك،٢٠١٠).

فتلك الخصائص تجعلهم يميلون الى الانسحاب ويصبح بالتالي الطفل مزاجي مشغول البال وحزين ولايشارك في النشاطات ولديه صعوبه في الاتصال مع الاخرين.فالمضطرب يسعى لان يتم قبوله من الاخرين الا انه لايعرف كيف يحقق ذلك ممايدفعه الى الشعور بالاخفاق.

ولعل اهم الاسباب التي تدفع تلك الفئه للاكتئاب هي انهم يواجهون صعوبه في تحليل المشكلات ولايعرفون كيف يتوصلون لحلول حول التواصل مع الاخرين من اجل حل مشكلاتهم مما يجعلهم اقل مرونه من غيرهم عند مواجهه مشكله اوموقف ما فهم يستجيبون بشكل سلبي مع اول فكره تتبادر الى اذهانهم(الزارع،٢٠٠٩).

ويؤكد(Hallan&Kauffman)تلك النتيجه بان الافراد الذين يعانون فرط حركه وتشتت الانتباه يعانون من اضطرابات سلوكيه وانفعاليه بنسبه (٢٥-٥٠%)مثل الاكتئاب والانسحاب .

وهذا ماثبتته العديد من الدراسات السابقه حيث اكدت ان الافراد المصابين بفرط الحركه وتشتت الانتباه لديهم اضطراب في الطبيعه المزاجيه وكابه تتفاوت من ١٠-٤٠% كما ان الكابه قد تكون هي المسبب الرئيسي لقله الاهتمام وعدم الدافعيه والشرود الذهني لدى هؤلاء الاطفال وليس بعجز الانتباه.

وتفسر الباحثه ظهور الاكتئاب لدى نمط التشتت اكثر نظرا لانهم يفتقدون الدافعيه نظرالعجزهم عن التركيز وبالتالي فشلهم التكرر ممايعرضهم للسخريه والهزل من الغير وبالتالي ينخفض لديهم تقديرهم لذواتهم ويميلون للعزله.

وجاءت نتائج بحث الدكتورالقحطاني تدعم هذه النتيجه حيث وجد ان سلوك القلق والاكتئاب يظهر في ٣٦%من اصحاب الاضطراب واوضحت دراسه معصومه انهم ايضا يعانون من الاكتئاب وان الاناث اكثر اكتئابا من الذكور

كما اكدذلك دراسه كل من ديكمان واكرمان(١٩٩٣) ولاهي وكارسلون(١٩٩١) حيث اثبتو جميعا أن المصابون بقصور الانتباه منفردا اكثرعرضه للاكتئاب والقلق من غيرهم

٢- **<u>عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثاني</u> : هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) والمخاوف لدى عينة الدراسة؟**

جدول رقم (١٧) معامل إرتباط بيرسون بين كلا من (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين مقياس المخاوف.

أبعاد المحور الأول	معامل الإرتباط	P.Value	الدلالة
تشتت الأنتباه	٠.٠٣٦	٠.٧٠٠	غير دالة
اضطراب فرط الحركة والاندفاعيه	-٠.٠٣٣	٠.٧٢٢	غير دالة
مزدوج(تشتت الإنتباه واضطراب فرط الحركة)	-٠,٠٠٧	٠.٩٣٨	غير دالة

****دالة عندمستوى ٠.٠١**

- من خلال النظر إلى الجدول السابق يتضح ما يلي :

- عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين بعد تشتت الإنتباه وبين المخاوف لدى عينة الدراسة.

- عدم وجود علاقة إرتباطية دالة احصائياً بين بعد اضطراب فرط الحركة والاندفاعيه وبين المخاوف لدى عينة الدراسة .

- كانت العلاقة الإرتباطية غير دالة إحصائياً بين البعد المزدوج (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين المخاوف لدى عينة الدراسة.

ومماسبق يظهر من نتائج التحليل الاحصائي عدم وجود أي ارتباط دال احصائيا بين اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه والمخاوف وذلك حسب راي الباحثه لانهم مندفعين مغامرين لديهم مستويات عاليه من النشاط تدفعهم الى الاقدام دون حساب

العواقب، كما انهم يجهلون كيف يستفيدون من خبراتهم السابقه وقد يقدمون على المخاطر بلا خوف .

ولم تتوصل الباحثه الى أي دراسه سابقه تثبت اوتنفي صحه الارتباط بفرط الحركه وتشتت الانتباه

عرض النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الثالث: هل توجد علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطراب (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وسلوك التحدى والمعارضة لدى عينة الدراسة؟

جدول رقم(١٨) معامل إرتباط بيرسون بين كلا من (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين بعد اضطرابات سلوك التحدي والمعارضة.

أبعاد المحور الأول	معامل الإرتباط	P.Value	الدلالة
تشتت الإنتباه	-٠.٠٢٨	٠.٧٦٤	غير دالة
اضطراب فرط الحركة والاندفاعيه	**٠.٦٣٢	٠.٠٠٠	دالة
مزدوج (تشتت انتباه و اضطراب فرط الحركة)	**٠.٥٦٠	٠.٠٠٠	دالة

****دالة عندمستوى ٠.٠١**

يتضح من خلال النظر إلى الجدول السابق :

- عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين بعد تشتت الإنتباه وبين بعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة.

- وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين بعد اضطراب فرط الحركةوالاندفاعيه وبين بعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين البعد المزدوج (فرط الحركة وتشتت الإنتباه) وبين بعد اضطرابات سلوك التحدي والمعارضة.

مماسبق يظهر التحليل الاحصائي ان هناك علاقه ايجابيه ودالـه احصائياعند مستوى الدلاله ٠,٠١بين فرط الحركه وسلوك التحدي والمعارضه.

حيث تشير الاحصائيات من الولايات المتحده ان مابين ٤٠-٦٠%منهم يعانون من هذا الاضطراب وهي اكثر المرافقات شيوعا وتكون اعراضه واضحه في سن ماقبل المدرسه فهم يميلون لكلمه لاويبحثون عن الطرق الصعبه للاشياء،يحبون التحدي يحبون الرفض ويجادلون ويصرون ولهذا العرض اساس بيولوجي يتعلق بطبيعه ادمغتهم (شاهين والعجارمه،٢٠١١).

وقديظهرسلوك التحدي نتيجه لارتفاع مستوى النشاط والضوضاء المصاحبه للمواقف الاجتماعيه مما يجعلهم اكثرميلا للعداء والتحدي،كما انهم يعانون من صعوبه في تنظيم وتعديل سلوكهم ويواجهون صعوبه في تطوير وتنفيذ خطط لاداء سلوكياتهم كما يوجد لديهم اضطرابات التصرف التي تشكل خطر كبيرللانحراف في المراهقه (السرطاوي ،خشان،٢٠٠٩).

كما اشارالحامد(٢٠٠٢)أن اضطراب المعارضه والتحدي واضطرابات القلق من اكثر الاضطرابات المصاحبه لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

وقد اكدت الدراسات تلك النتيجه فجاءت دراسه القحطاني (٢٠١٠)والتى اظهرت ان اضطراب سلوك التحدي والمعارضه والاضطرابات السلوكيه تكون متزامنه مع الفرط بنسبه٧٣%من اطفال الفرط.وجاءت دراسه واين(٢٠٠٣)لتثبت انهم يعانون من عناد معارض واضطراب القلق ولاتوجد فروق بين نمط الاعراض مجتمعه ونمط القصور بالانتباه وانهم على حد سواء ،وذلك يختلف مع ماتوصلت اليه الباحثه حيث اظهرت النتائج انه يرتبط بالنمط المزدوج فقط اماقصور الانتباه منفصلا فليس مرتبط احصائيا.

اما بالنسبه للتساؤل: ماهي العوامل المنبئه (الاكتئاب/المخاوف/ سلوك التحدي والمعارضة) باضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه؟

أولاً: بالنسبة لبعد تشتت الإنتباه:

جدول رقم (١٩)

تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار للمتغيرات المستقلة المؤثرة

المتغيرات المستقلة المؤثرة	معاملات الإنحدار غير	الخطأالمعياري	معاملات الإنحدار	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
المقدار الثابت	٨.٦٤٥	٢.٧٢٠	-	٣.١٧٩	٠.٠٠٢
الاكتئاب	٠.١٧٦	٠.٠٥٩	٠.٢٥٣	٢.٨٤٥	٠.٠٠٥

يتضح من الجدول (١٩) أن القيمة الاحتمالية (Sig) لبعد الاكتئاب تساوي ٠.٠٠٥ وهي أقل من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد الاكتئاب يؤثر في تشتت الإنتباه.

المعادلة: تشتت الإنتباه = ٨.٦٤٥ + الاكتئاب × ٠.١٧٦

جدول رقم (٢٠)

تحليل الإنحدار المتعدد للمتغيرات المستقلة غير المؤثرة

المتغيرات المستقلة غير المؤثرة	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
اضطراب سلوك التحدي والمعارضة	- ٠.٢١٤	٠.٨٣١
المخاوف	- ٠.٤٤٧	٠.٦٣٤

يتضح من الجدول (٢٠) أن القيمة الاحتمالية (Sig) لبعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة تساوي ٠.٨٣١ وهي أكبر من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة غير مؤثر في تشتت الإنتباه، والقيمة الاحتمالية (Sig) لبعد المخاوف تساوي ٠.٦٣٤ وهي أكبر من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد المخاوف لا يؤثر في تشتت الإنتباه.

تم استخدام معامل الإنحدار المتعدد بطريقة Stepwise لقياس أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، ويمكن استنتاج ما يلي:

تبين من نموذج الإنحدار النهائي باستخدام طريقة Stepwise أن المتغير التابع "تشتت الإنتباه" يتأثر بصورة غير جوهرية ولكنها ذات دلالة إحصائية بمتغير واحد من المتغيرات المستقلة وهو (الاكتئاب)، وأن المتغيرين الآخرين غير مؤثرين وهما (اضطراب سلوك التحدي والمعارضة، المخاوف).

معامل التحديد = ٠.٠٦٤ ومعامل التحديد المعدل = ٠.٠٥٦، وهذا يعني أن ٥.٦% من التغير في تشتت الانتباه (المتغير التابع) يتم تفسيره من خلال العلاقة الخطية، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

ثانياً بالنسبة لبعد اضطراب فرط الحركة:

جدول رقم (٢١)

تحليل الإنحدار المتعدد لمعاملات الإنحدار للمتغيرات المستقلة المؤثرة

المتغيرات المستقلة المؤثرة	معاملات الإنحدار غير	الخطأالمعياري	معاملات الإنحدار	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
المقدار الثابت	٨.٢٨٦	٠.٨٨٩	-	٩.٣٢١	٠.٠٠٠
اضطراب سلوك التحدي والمعارضة	٠.٩٨٧	٠.١١١	٠.٦٣٢	٨.٨٥٦	٠.٠٠٠

يتضح من الجدول(٢١) أن القيمة الاحتمالية (Sig) لبعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة تساوي ٠.٠٠٠ وهي أقل من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد اضطراب سلوك التحدي والمعارضة يؤثر في اضطراب فرط الحركة.

المعادلة: اضطراب فرط الحركة = ٨.٢٨٦ + اضطراب سلوك التحدي والمعارضة × ٠.٩٨٧

جدول رقم(٢٢)

تحليل الإنحدار المتعدد للمتغيرات المستقلة غير المؤثرة

المتغيرات المستقلة غير	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
الاكتئاب	- ٠.٢٤٨	٠.٨٠٤
المخاوف	- ٠.٦٥٣	٠.٥١٥

يتضح من الجدول (٢٢) أن القيمة الاحتمالية (Sig) لبعد الاكتئاب تساوي ٠.٨٠٤ وهي أكبر من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد الاكتئاب غير مؤثر في اضطراب فرط الحركة، والقيمة الاحتمالية (Sig) لبعد المخاوف تساوي ٠.٥١٥ وهي أكبر من مستوى الدلالة ٠.٠٥ وبالتالي فإن بعد المخاوف لا يؤثر في اضطراب فرط الحركة.

تـم اسـتخدام معامـل الإنحـدار المتعـدد بطريقـة Stepwise لقيـاس أثـر المتغيـرات المستقلة على المتغير التابع، ويمكن استنتاج ما يلي:

تبين من نموذج الإنحدار النهائي باستخدام طريقة Stepwise أن المتغير التابع " اضطراب فرط الحركة " يتأثر بصورة جوهرية و ذات دلالة إحصائية بمتغير واحد من المتغيرات المستقلة وهو (اضطراب سلوك التحدي والمعارضة)، وأن المتغيرين الآخرين غير مؤثرين وهما (الاكتئاب، المخاوف).

معامل التحديد = ٠.٣٩٩ ومعامل التحديد المعدل = ٠.٣٩٤، وهذا يعني أن ٣٩.٤% من التغير في اضطراب فرط الحركة (المتغير التابع) يتم تفسيره من خلال العلاقة الخطية، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

تستنتج الباحثه من تحليل الانحدار المتعدد أن (تشتت الانتباه)يتاثر بصوره جوهريه وذات دلالـه احصـائيا بمتغير الاكتئاب وانـه اكثر العوامل قدره على التنبؤ فيه، وان (فرط الحركـه)يتاثر بصوره جوهريـه وذات دلالـه احصـائيه بمتغير (سلوك التحدي والمعارضه)وانه اكثر العوامل قدره على التنبؤ به.

وترى الباحثه انه نتيجه للاعراض التي يعاني منهاالمصابين بقصور الانتباه والتي تحول دون فهمهم وتؤدي الى فشلهم انجاز الواجبات وعدم القدره على تنظيم المهام والانشطه تجعلهم يعانون من صعوبات تعليميه،حيث يقدرمعاناه نحو ٢٥% من المضطربين بصعوبات تعليميه(السرطاوي،٢٠٠٣،ص٣٢) مما يجعلهم يفتقرون الى الدافعيه بسبب فشلهم المتكرروبالتالي ينظر اليهم كاغبياء.

وحسب راي الباحثه فان الاطفال في هذه الفئه العمريه(الابتدائيه)يميلون الى مصاحبه الافضل اكاديميا لذلك فهم يميلون الى الابتعاد عن طفل التشتت مما يجعله يعيش في عزله ويشعره بالاحباط والدونيه فيفقد الثقه بنفسه وتجعله يعاني اكتئابا.

كما أن خصائص اضطرابه والتي تميزه بعدم القدره على الاصغاء للتعليمات وعدم القدره على تنفيذها وسرعه نسيانه تجعله يجهل الكثير من قواعد اللعب فلا يستطيع

الاندماج فيها ممايسبب له انعدام في العلاقات الاجتماعيه ومعاناه في اكتساب الصداقه والمحافظه عليها وذلك لصعوبه فهمه ولصعوبه تعامل الغير مع اعراضه.

اذ انهم يعجزون عن فهم الايحاءات الاجتماعيه المعبر عنها شفويا او من خلال الاشارات اللغويه المعبر عنها على نحو غير كلامي من خلال التعبيرات الوجهيه والحركات الجسميه حيث يبدو هؤلاء الاطفال خرقاء اجتماعيا(السرطاوي،٢٠٠٣).

فخصائص المتشتت تجعله اكثرعرضه للاكتئاب من المصابين بالفرط منفردا الذي تكون استجابتهم للمواقف المحبطه والفشل عن طريق ازعاج الاخرين او الميل الى الهزل او اعطاء اجابات ظريفه خلال الحصه الدراسيه فهم يعتبرون (مهرجي الفصل)على عكس قاصرو الانتباه الذين ينظر اليهم كاغبياء .

اذن فليس من الغريب أن يكون لدى المضطربين اكتئاب حيث تبدا المنافسه والمقارنه،فهم لايستطيعون أن يكونو مثل الاخرين ويتصرفو مثلهم مماقد يجعل الاكتئاب لديهم مزمنا فيصبح الطفل مزاجي مشغول البال حزين ويميل الى الانسحاب وبالتالي لايشارك في النشاطات ويتعمق الشعوربالحزن بداخله وينعكس ذلك على اداءه المدرسي الذي يتدهور بدوره .(شاهين،٢٠١١).

فمما سبق يتضح أن الاكتئاب اكثر العوامل ملازمه وتنبؤباضطراب قصور الانتباه ويدعم ذلك ماتوصلت اليه (ابراهيم،٢٠٠٣)الى أن الذكور حصلو على درجات اعلى من الاناث على مقياس ضعف الانتباه كما ظهروا اكثر ميلا للكابه منهم ،ويتفق ذلك مع ماتوصل اليه (ديكمان،واكرمان،١٩٩٣)والتي تظهر بان المصابون باضطراب قصور الانتباه فقط اكثر عرضه للقلق والاكتئاب المزاجي من غيرهم.

وبينت دراسه (لاهي وكارسلون،١٩٩١)أن الاطفال الذين يعانون من قصور الانتباه بدون فرط كانوا كثر انسحابا اجتماعيا واكثر اصابه باعراض القلق والاكتئاب

اما عن استنتاج أن (سلوك التحدي والمعارضه)اكثر العوامل تنبؤ بفرط الحركه فقد اشارت الاحصاءات أن هذا السلوك اكثر المرافقات شيوعا وتكون اعراضه اكثر وضوحا في عمر ماقبل المدرسه(شاهين،٢٠١٠).وهذا يتفق ماتوصل اليه (القحطاني،٢٠١٠)حيث وجد أن هذا الاضطراب يكون متزامنا بنسبه ٧٣%مع الفرط.

كما يشير باركلي (barkley)الى أن مابين عمر(٧-١٠)سنوات فان على الاقل ٣٠-٥٠% من الاطفال الذين لديهم فرط قد تتطور لديهم اعراض السلوك المعارض و٢٥% يبادرون بالقتال مع الاخرين.

كما تبين الدراسات أن حوالي ٦٧% من الاطفال المصابين بالفرط يواجهون مشكلات كبيره متعلقه بالسلوكيات السلبيه والعدائيه والعصيان نحو الوالدين او نحوافراد مهمين اخرين،اذ انه ينزعون الى عدم الالتزام بالقوانين والى الشعور بالغضب والى تحميل الاخرين مسؤوليه اخطائهم.(السرطاوي،٢٠٠٣).

الفصل الخامس

الخلاصة و النتائج و التوصيات

الفصل الخامس

الخلاصة والنتائج والتوصيات

الخلاصة والنتائج:

توصلت الباحثه من خلال الدراسه الحاليه الى النتائج التاليه:

-وجود علاقه ارتباطيه موجبه داله احصائيا بين اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه وسلوك التحدي والمعارضه.

-وجود علاقه ارتباطيه موجبه داله احصائيا بين اضطراب تشتت الانتباه والاكتئاب.

-عدم وجودعلاقه ارتباطيه داله احصائيا بين فرط الحركه وتشتت الانتباه والمخاوف.

- أن (تشتت الانتباه)يتاثر بصوره جوهريه وذات دلاله احصائيا بمتغير الاكتئاب وانه اكثر العوامل قدره على التنبؤ فيه، وان (فرط الحركه)يتاثر بصوره جوهريه وذات دلاله احصائيه بمتغير (سلوك التحدي والمعارضه)وانه اكثر العوامل قدره على التنبؤ به.

التوصيات:

١. إجراء مسح شامل على جميع مدارس المملكة لمعرفة مدى انتشار هذا الاضطراب وعدد الطالبات اللاتي يعانين من الاضطراب إذ أنه من خلال التطبيق الميداني من قِبل الباحثة أتضح وجود أعداد كبيره من الطالبات اللاتي يعانين الاضطراب ومازلنا مدمجات ببرامج التعليم العام ولم يتم اكتشافهم وهن برائ الباحثة يحتجن إلى تعليم من النوع الخاص فمن خلال تحديد عدد المضطربات بفرط الحركة يمكن إنشاء فصول خاصة بالمدارس العامة أو إنشاء مدارس خاصة لهن إذ أنهم على حد علم الباحثة لا توجد مدارس متخصصة لتلك الفئه من الإناث إلا مدرسة واحدة كانت تابعة لمركز تنمية الأنسان و تم إغلاقها.

٢. دعم مشروع إدارة التربية الخاصة بالوكالة المساعدة للشؤون المدرسية بشأن حصر عدد الاضطرابات السلوكية بالمدارس العامة من قبل المعلمات والمرشدات الطلابيات (ومن ضمنها اضطراب فرط الحركه و تشتت الانتباه) إذ يلزم فقط التأكد من تشخيصهن للوقوف على مدى انتشاره.

٣. نشر ثقافة الوعي بتلك الفئه لدى المعلمات والمعلمين لمعرفة حقيقة هذا الاضطراب و معاييره حتى يتسنى للمعلمة حسن التشخيص ومن ثم التعامل و التعليم الفردي ورسم برامج علاجيه.

٤. توعية الأسر بكيفية التعامل مع أبناءهم اللائي يعانين من هذا الاضطراب و مساعدتهم على التكييف معه.

٥. انشاء مراكز تشخيص متخصصه وتدريب الكوادرعليها من الاخصائيين والتربويين إذ أن كثير من الأسر تعاني من تخبط التشخيص لأبناءهم في بداياته لعدم توفر عدد كافي من المختصيين مما يعرض الطفل للتصنيف تحت فئات أخرى لا ينتمي إليها مثل توحد – تخلف. وقد يستمر بالتعليم بمدارس دمج أو فكري وهو لا يحتاجها فعلاً إلا أنه ضُم إليها لعدم توفر التشخيص الصحيح من قِبل المختصين.

٦. عقد إتفاقيه بين وزارة الصحه والتربية من أجل تحويل الطلاب المشتبه بإصابتهم إلى عيادات المستشفيات الحكومية لإجراء تشخيص لهم و إعداد كوادر في قطاع التربيه والتعليم تختص بتشخيص هذه الفئه.

٧. نشر ثقافة الوعي بالمجتمع العام إذ أنه مازال من الاضطرابات التي يجهلها عامة الناس.

البحوث المقترحه

١. إجراء مسح شامل للوقوف على مدى انتشار هذا الاضطراب.

٢. دراسة بعض المتغيرات النفسية الآخرى وعلاقتها بـ فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل (الخجل – الانسحاب – الوساوس).

٣. دراسة نفس متغيرات الدراسة الحالية على عينة من الذكور.

٤. إجراء دراسة على عينات من المضطربين في مرحلة المتوسط والثانوي للوقوف على الفروق بينهم وبين الاصغر سناً من حيث الخصائص والاضطرابات المصاحبة.

٥. دراسة مدى التفاعل الاجتماعي بين الاطفال العاديين مع اطفال (ADHD).

٦. دراسة فاعلية العلاج السلوكي في علاج المشكلة و مساعدة الطفل على ضبط الذات.

٧. إعداد برامج لتنمية المهارات الاجتماعية لدى طلاب الـ(ADHD).

٨. إعداد برامج علاجية لعلاج الأعراض النفسية المصاحبة للاضطراب.

٩. دراسه علاقه اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه مع اضطرابات السلوك لدى المراهقين.

قائمه المصادر والمراجع

قائمه المصادروالمراجع

المراجع العربيه:

- الاشول، عادل عز الدين.(١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة، القاهرة:الانجلو المصرية.

- ابراهيم، علا عبدالباقي.(٢٠١٠). الخوف والقلق التعرف على اوجه التشابه و الاختلاف بينهما وعلاجهما واجراءات الوقايه منها. القاهره.

- ابراهيم، معصومه احمد.(٢٠٠٣). أضطراب عجر الانتباه وفرط النشاط وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافيه وسمات الشخصية. المجله المصريه للدراسات النفسيه. الجمعيه المصريه للدراسات النفسيه، م.ج٢، ع١.

- ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم .(ب.ت).لسان العرب ،بيروت:دارصاور.
-ابو حطب،فؤاد،صادق، امال.(١٩٩٩) .نمو الانسان في مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين .القاهرة:مكتبة الانجلو العربية.

-ابوخالد،ارليت عبدالله .(١٩٩٧).مفهوم الذات والتحصيل الدراسي لدى ذوات النشاط الزائد والعاديات،رساله ماجستير ،كليه التربيه.جامعه الملك سعود.

- أحمد، السيد علي سيد؛وبدر،فائقه محمد. (١٩٩٩). أضطراب الانتباه لدى الاطفال – اسبابه- تشخيصه- علاجه، ط١،قاهره: مكتبة النهضه المصريه.

- الحامد، جمال الحامد.(٢٠٠٢).اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركه لدى الاطفال، اسبابه وعلاجه،سلسله اصدارات اكاديميه التربيه الخاصه:الطبعه الاولى

- الحفني،عبدالمنعم .(١٩٧٨).موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ج٢، مكتبه مدبولي،القاهرة.

- الخشرمي.سحر احمد.(٢٠٠٥).فاعليه طريقه العد في تخفيض الاعراض المصاحبه لاضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه.

- الخليفي، سمر صالح بن فهد.(٢٠٠٥). المخاوف الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى بعض ذوات الظروف الخاصه والعاديات في مرحلتي الطفولة والمراهقه. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.

- الدريهم، راشد عبدالله .(٢٠١٢). علاقة أضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ببعض متغيرات الشخصية(السلوك العدواني-مفهوم الذات-القلق) لدى الاطفال كما يدركها أولياء الامور دراسه ميدانيه من اطفال المرحلة الابتدائيه بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة الامام محمد بن سعود.

-الزارع،نايف بن عابد .(٢٠١٠).اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد،دليل علمي للاباء والمختصين،دار الفكر.

-القحطاني ،سالم بن سعيد وآخرون.(١٤٢٨هـ). منهج البحث في العلوم السلوكية ،(الطبعة الثالثة)، الرياض، المطابع الوطنية الحديثة

- السرطاوي،عبدالعزيز؛خشان،ايمن. (ترجمه)،(٢٠٠٣).اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركه دليل عملي للعياديين.الامارات العربيه المتحده.دار القلم للنشر.٤٣

-السمادوني،السيد ابراهيم .(١٩٩٨).فرط النشاط عند الاطفال (دراسه استطلاعيه)، مجله دراسات تربويه،المجلد لخامس، الجزء٢٢،ص(٢٠١-٢٣٤).

- الشافعي، ناصر .(٢٠٠٩). موسوعة مشكلات الطفل وسُبل علاجها في البيت والمدرسه، القاهره..دار الصحة.

- الشخص، عبدالعزيز. (١٩٨٥). دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الاطفال وبعض المتغيرات المرتبطه به. العدد التاسع مجلد كلية التربيه، عين شمس(٣٣٣-٣٥٨).

- الشربيني، زكريا.(٢٠١٠). المشكلات النفسية عند الاطفال، القاهرة: دار الفكر العربي.

الطيب،محمد عبدالظاهر.(١٩٨٠).اختبارالمخاوف(الفوبيات)للاطفال،كليه التربيه،جامعه طنطا،دار المعارف.

- الطيب، محمد وآخرون.(١٩٩١). الشخصية بين السواء والمرضى السواد، القاهرة: الأنجلو المصرية.

- الظفيري، فالح.(٢٠٠٩). تفضيل الالوان لذوى الاضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط عيينة من تلاميذ المرحلة الابتدائيه بمنطقة المدينه المنوره، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.

- العساف، صالح. (١٤١٦هـ). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الرياض: مكتبة العبيكان.

- القرا، محمد حسن.(٢٠١١).الخوف والابتزاز والعنف عند الاطفال، دار المعتزلة لنشر والتوزيع.

- القمش، مصطفى نوري؛ المعايطه، خليل عبدالرحمن.(٢٠١١). الاضطرابات السلوكية والأنفعالية، ط٣، الاردن:دار المسيرة.

- المراجعه العاشره لتصنيف الدولى للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الاوصاف السريريه (الاكلينيكية) والدلائل الارشاديه التشخيصية (ICD10). منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق الاوسط، ترجمة الطب النفسي، القاهرة: أشراف الدكتور أحمد عكاشه.

- المليك،نوره عبدالعزيز.(٢٠٠٥).بعض الخصائص النفسيه لدى تلميذات المرحله الابتدائيه واللاتي يعانين من اضطراب فرط الحركه وتشتت الانتباه،رساله ماجستير.جامعه الملك سعود،الرياض:كليه التربيه،قسم علم النفس.

- النتيفي، ناصر على.(٢٠١٢). نمو بعض المفاهيم الرياضية في ضوء نظيرية بياجيه لدى الاطفال ذوي قصور الانتباه والنشاط المفرط، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.

- النجار،فاطمه الزهراء.(٢٠١١).مشكلات الاطفال السلوكيه والانفعاليه،القاهره:دار الوفاء للطباعه والنشر.

- باظة، آمال عبدالسميع.(١٩٩٧). التشخيص والاضطرابات السلوكية والوجدانية، ط١، القاهرة: الانجلو المصرية.

- باظة، آمال عبدالسميع.(٢٠٠٢).النمو النفسي للأطفال و المراهقين، ط١،القاهره: الانجلو المصرية.

-حجازي،عايشه علي.(١٤٢٤). فروق القلق والاكتئاب والمخاوف المرضيه لدى الاطفال العاديين والمصابين ببعض الامراض النفسجسميه،رساله ماجستر، جامعه الملك سعود.

- حسين، نشوى عبدالتواب؛ عبدالغفار،غادة محمد .(٢٠٠٦). دراسات عربية في علم النفس، مجلد الخامس، دار الغريب لطباعة والنشر.

- ذوقان ، عبيدات؛ وآخرون .(٢٠١١م).البحث العلمي، مفهومه، أدواته، أساليبه،عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط١٣

- زغلـول، عمـاد عبـدالرحيم. (٢٠٠٥) .الاضـطرابات الانفعاليـة والسـلوكيه لـدى الاطفال، دار الشروق.

- زيـاده، خالـد السيد محمـد. (٢٠٠٨). دراسـة لاضـطراب النشـاط الحركـي الزائـد المرتبط بقصور الانتباهـه عند عينـات من الاطفـال تعـاني صـعوبات تعلم الرياضيات (الديسكلكوليا)، المجلة المصرية للدراسات النفسية ،المجلد الثامن ، العدد٩٥

- سـليم، عبـدالعزيز إبـراهيم. (٢٠٠١).الاضـطرابات النفسـية لـدى الاطفـال، دار المسيرة.

- سيسـالم،كمـال سـالم.(٢٠٠١).اضـطراب قصـور الانتبـاه والحركـه المفرطـه،اسـبابها خصـائصها واساليب علاجها،العين:دار الكتاب الجامعي.

- شاهين،عوني معين ؛والعجارمه،عمر نـافع.(٢٠١١).متلازمـه النشـاط الزائـد.الطبعـه الاولى،عمان:دار الشروق.

- شـعيب، علي؛وفرحـات، السـيد (٢٠٠٣).(ترجمـه). النشـاط الحركـي الزايـد – الاسباب- العلاج، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- عاقل، فاخر.(١٩٨٨). معجم العلوم النفسيه، دار الرائد العربي. بيروت: لبنان.

- عبـدالخالق، أحمـد محمد؛والصـبوه، محمـد نجيـب.(١٩٩٦). الانشـطة والأحـداث الساره لدى عيينة من طـلاب الجامعـه فـي مصـر، المجلـد الرابـع والعشـرين، العـدد ٣، مجلة العلوم الاجتماعية، ١٤٧-١٨٥.

عبدالخالق،احمـد محمـد.(١٩٩٩).القائمـه العربيـه لاكتئـاب الاطفـال،عرض للدراسـات على ثمانيه مجتمعات،مجله العلوم الاجتماعيه،الكويت،مجلد٣ العدد٣،(١٠٣-١٢٣).

-عبدالسـتار ابـراهيم،عبـدالعزيز الـدخيل،رضـوى ابـراهيم.(١٩٩٣). العـلاج السـلوكي للطفل، اساليبه ونماذج من حالاته،عالم المعرفه (١٨٠)الكويت

- عبدالله، محمد قاسم.(٢٠٠١). الامراض الاطفال النفسية، دار المكتبي.

- عبدالمعطي، حسن مصطفى .(٢٠٠١).الاضطرابات النفسية فـي الطفولـة والمراهقـه اسباب تشخيص العلاج، موسوعة علم النفس العيادي، دار القاهره.

- عبـدالهادي، جـودت والعـزة.(٢٠٠١). تعـديل السـلوك الانسـاني، ط١، عمّـان: دار الثقافه لنشر.

- عسكر،عبدالله.(٢٠٠٥).الاضطرابات النفسيه للاطفال،(الطبعه الاولى). القاهره: مكتبه الانجلو المصريه.

-عكاشه،احمد.(١٩٩٨).الطب النفسي المعاصر.مكتبه الانجلو المصريه.

- كحله،الفت،(ترجمه).(٢٠١١).اضطراب فرط الحركه السلوك-مجموعه وسائل التغيير،استراتيجيات وانشطه معده لمساعده الاطفال المصابين باضطرابت ضعف الانتباه،(الطبعه الاولى).القاهره:ابتراك للطباعه والنشر.

- معوض، محمد عبدالتواب.(١٩٩٢). دراسة النشاط الزائد لدى عينه من تلاميذ مرحلة التعليم الاساسي وعلاقتة ببعض المتغيرات البيئيه. رسالة ماجستير –جامعة المنيا

- موسى، وفاء؛وريشكه، كونراد. (٢٠٠٦). أضطراب نقص الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد عند البالغين، الثقافه النفسيه المتخصصه، المجلد السابع عشر، لبنان: طرابلس.

- موسوعة تشخيص الاضطرابات النفسية.(٢٠٠٠). أعداد مكتب الانماء الاجتماعي،ط١،الكويت:مكتب الانماء الاجتماعي.

- موسوعة علم النفس الشامله،١٩٩٩،بيروت.

- نخله، أسعد.(٢٠١١). المشكلات السلوكيه والنفسيه للاطفال وكيفية علاجها، دار الفكر الجامعي.

- نور الدين،عصام.(٢٠٠٩).مجمع نور الدين الوسيط،بيروت.

-نوفل،محمد نبيل،واخرون.(١٩٩٧).مناهج البحث في التربيه وعلم النفس،مكتبه الانجلو المصريه .القاهره.

- يماني ،سعاد.(٢٠٠٥).توصيات المؤتمر الاول في الشرق الاوسط عن اضطراب الحركه وتشتت الانتباه بمستشفى الملك فيصل التخصصي- الرياض ٦-٧ سبتمبر ٢٠٠٤،المجله العربيه للتربيه الخاصه ص ٢١٩-٢٢١.

يوسف،جمعه سيد.(١٩٩٨).الاضطرابات السلوكيه وعلاجها،دار غريب للنشر:القاهره.

المراجع الاجنبيه:

- Al-hamed.j (2002). Deficit-hyperactivity disorder among mail primary school children:prevalence and some associated pyscho-social.

- Al gahtani.Mohammed m.j.(2009) The comorbidity of ADHD in the general population of Saudi Arabian school-ago children. J attend disorder.

- Al qahtani.Mohammed m.j (2010). Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in saudi arabia:euro pediatric.

- American psysheitric Assosietion (1987). Diegnostis and statistical manual of mentel disorders. DSM IIIR. American psychiatric assosietion, weshington. D.c.

- American psysheitric assosietion (1994). Diegnostis and statistical manual of mentel disorders. DSM IV. American psychiatric assosietion, weshington. D.c.

- August, g.j. & garfinkel, b.d(1998). Behavior and cognitive subtypesol ADHD. Jurndl the amricam academy child adoledeent& psychiatry, 28 : 739-748.

- Baker, a., (1976) Hyperactivity:Methods of treatment. Division for chil – dern with disabilities, cec:reston. Virginia.

- barkley, r. (1998). **Attention deficit hyperactivity disorder: a hand book for diagnosis and treatment**, n.y.: Guilford press.

-biederman,j, Michael, c., Braaten, j.(1999):revisiting the association between attention deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders.biological psychiatry. Vol.53, no.11,pp.(93-99).

-biederman ,gosseph (1991):Attention deficit hyperactivity disorder(ADHD),annals of clinical psychiatry, v.(10),pp.608-604.des.

- CLAUDE ANNE (1996): DEPRESSION, LONDON, ROUTLEDGE.

- Clazio. H.f, (1989). **Assessment and treatment of depression in children & adolescents** chinical psy chology publishing co. inc.

- Corsine, r and wedding, d .(1995). Current psychotherapies , f.e.

- Debra, A.H(1996)Cognitive bais in anxiety disorders editor, university of Nebraska Lincoln and London, PP.235-47.

- Donald, A. &biggs (1994)L Dictionary of counseling, green press, London, PP.52-55.

-DSM-IV-TR-2004.

- Dykman, Roscoe and Ackerman, paggy (1993). Behavioral sup-types of attention deficit. **Exceptional children**, v.60, n,2, p. 132-141. Oct-nov

- Goodman R, Stevenson JA (1989) twin study of hyperactive II the etiological role of yens, family relationships and prenatal adversity journal of child psychological &psychiatry 5:651.

-Greenhill, l. (1985). Hyperkinetic syndrome. In david Shaffer (ed.) the clinic guide to child psychiatry, new York: the free press

- Hallahan, d., Kauffman, j.(2003) Exceptional learners:introduction to special education. Euglwood cliffs:new jersey :prentice-hall.

- Ingram, R. E, (1994): Depression Inv, Ramachndram(ed) encyclopedia of human behavior vol. 2, academic press, vol.2, new York. PP(119).

- Konfer, r. & zeiss, a.m (1983) depression in terpersonal standerd setting and judgment of self – rfficacy. Jound of abnormal psychology, vol 92. N.3.

- Lahey, Benjamin and carlsonm carynl (1991). Validity of the di-agnostic category of ADD without hyperactivityL a review of th lit-erature. **Journal of learning disabilities**, v.24, n.2, p.110-120.

- Mersella,a,davies(1998).Depression in rcorsini,a.auerbah(ed),consise encychopediai of psychology,seconed edition.new york.p (242)

- Michael, b,.(2000) Diagnosis and treatment of children and adoles- cent with attention – deficit / hyperactivity disorder journal of con sulting&development, vol. 78, 195- 203.

- Rochelein,j(1998).Dictionary of theories lows and concepts in psychology.green woodpress,london.p(137).

- Olin, j, & keating. C. (1998) Rapid psychological assessment use, john wiley & sons.

- Paule, m., rouland, a. fergnson, s, chelonis, j, tannock, k0., swan-son, j.&castellanos, f(2000), attention deficit hyperactivity dis-order characteristics interventions and models, **Neurotoxicology** and **psychology** (32) (5) pp. 631-651.

-Paul, j Epanchin, c (1992) Emotional disturbance in children, theories- and methods for teaches, Merrill publishing company, columbous.

-- Stenfanatos, A.G &Baron, S.T.(2007). Attention deficit\hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-IV Neuropsychological review, 17,5-38.

- weiss, G.(1983). Long term at out came: Sindings, concept and peactical implications in rotter m (ed). Developmental nen-ropsychiatrym N.Y.MP.422-436.

- www.(chadd fact sheet no. 5 , spring 2000)

ملاحق الرساله

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزتي المعلمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أقوم حالياً بإعداد دراسة بعنوان (أضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه وعلاقته ببعض العوامل النفسية لدى الأطفال: (دراسة ميدانية على عينة من أطفال المرحلة الإبتدائية بمدينة الرياض)، وذلك بهدف الوقوف على طبيعة هذا الاضطراب وعلاقته ببعض العوامل.

لذا أرجو منكم التكرم بالإجابة على جميع الأسئلة المرفقة بهذا الأستبيان بكل صدق وشفافية ، وذلك بوضع علامة ( ) أمام الخيار الذي ترينه مناسباً على أن يكون اختيارك لإجابة واحدة فقط علماً بأنه لا توجد في هذا الإستبيان إجابة صحيحه أو اجابة خاطئة ، اذ أن المطلوب هو مدى إنطباق العبارة وتعبيرها عن ماترينه انت مناسباً و منطبق على الطفل.

ويهم الباحثه أن تؤكد لكم بأن إجاباتكم على هذا الإستبيان ستكون محل عناية وسرية تامه ، ولن تستخدم الافي أغراض البحث العلمي ، وتأمل أن تسهم هذه الإجابات في تحقيق نتائج علمية ، تساعد في فهم افضل لظاهره اضطراب فرط الحركه وتشتت الإنتباه م قبل الباحثين والممارسين في مجال علاج هذه الظاهرة والبحوث المرتبط بها .

شاكرين ومقدرين لكم حسن تجاوبكم ....

مع أطيب تحياتي ،،،

الباحثه:
نسرين عبدالله النصار

أسم الطفل: ..... عمره:.....

أسم المدرسة:..... السنه الدراسية:.....

أمامك عدد من العبارات التي تصف سلوك الطفل داخل الفصل، الرجاء الإجابة بدقة لكل عبارة وتقدير مدى أنطباقها على الطفل بوضع علامة ( ) مراعياً تكرارها في سلوك الطفل خلال الستة أشهر الماضيه، لا توجد إجابة صحيحة والآخرى خاطئة أختر إجابة واحدة فقط لكل عبارة مع عدم ترك أي عبارة بدون إجابة:

العبارات	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
يفشل في التركيز على التفاصيل ،مثلا:يرتكب اخطاء تافهة في الواجبات المدرسية.				
يجد صعوبة في مواصلة الإنتباه عند اداء الأنشطه والتمارين				
يبدو غير مصغي عندما يتوجه له الحديث مباشرة				
لا يتبع بدقة مايقدم له من تعليمات ، او يفشل في اتمام الأنشطه (ليس بسبب الرفض او فشله في الفهم)				
يجد صعوبة في تنظيم واجباته او مايسند إلية من انشطه				
يتردد في الإشتراك في نشاط يحتاج الى بذل جهد ذهني متواصل				
يفقد ، ينسى الأشياء الضروريه واللازمة لإنجاز الواجبات والأنشطه (مثلاً : دفاتر الواجب ، المراسم ، الأقلام ، الكتب)				
يسهل تشتيت انتباه بأي مثير خارجي				
يتصف بكثرة النسيان للواجبات اليوميه .				
يتململ او يهز يديه او رجلية او يتحرك على كرسيه				
يترك مقعده (مكانه) المخصص له ، ولا يجلس فيه بأستقرار .				
يجري ويقفز ويتسلق بإندفاع في الأماكن التي تتطلب منه الهدوء.				
يجد صعوبة في الإشتراك في نشاطات اوقات الفراغ بهدوء .				
يتحرك ولا يستقر وكأنه غير قادر على التوقف .				
يتحدث بكثرة مفرطه (ثرثار) .				
يندفع للإجابة عن السؤال قبل أن يكتمل .				
يصعب عليه الإنتظار في طابور ما .				
يقاطع الأخرين ويتخطاهم (مثلا في الألعاب / في المناقشات)				
يتصف بفقدان الصبر .				
يتصف بالعناد ، كما يرفض الإمتثال بتعليمات الكبار او قواعدهم				
يتصف بالغضب و الإستياء .				
يتصف بالإنتقام والحقد على الأخرين .				
يهاجم الأطفال الأخرين ويهددهم .				
يبدأ ويستهل الضرب والعدوان على الأخرين .				

فيما يلي مجموعة من العبارات نرجوا التكرم بالإطلاع عليها و مساعدة الطفله على تحديد الخيار المناسب و المنطبق على شعورها تجاه عبارة معينة مع العلم أنه لا توجد عبارة صحيحة أو آخرى خاطئة والصحيح هو ما يطابق شعور الطفله لا يمكن إختيار إلا إجابه واحدة فقط مع مراعاة عدم ترك أي عبارة بدون إجابة:

العبـــــارة	كثيراً	أحياناً	نادراً
أشعر بالسعادة			
أشعر بالكسل			
أنام جيداً			
أجد الصعوبة في التركيز على دراستي			
أشعر أنني لا قيمة لي			
أحلم أحلاماً مزعجه			
أنا حزينة			
أنا واثقة من نفسي			
أشعر بالتعب			
تركيزي ضعيف			
أقلق أثناء نومي			
لي صديقات كثيرات			
أشعر بالضيق			
أنا (سرحانة)			
أشعر بالوحدة (أنني وحيده)			
أشعر أنني تعيسة			
الحياه حلوه			
أشعر أنني فاشلة			
أشعر بالملل (أنا زهقانة)			
أشعر بالغضب			
أنا راضيه عن حياتي			
هناك أشياء كثيرة تضايقني			
أنا متشائمة (أتوقه الشر)			
ستحدث لي أشياء سيئة			
كثيراً من الناس يحبوني			
أكره نفسي			
أنا متفائلة (أتوقع الخير)			

العبارة	نعم	لا
تخافي خوف شديد إذا كنت في مكان ضيق؟		
تحس أنك خايفه يجي لك مرض ماله علاج؟		
تتضايقي وتخافي لما تركبي قطار أو باص حتى لو ما كانوا زحمه؟		
تخافي خوف شديد إذا كنت في مكان زحمه؟		
تخافي من الأدوار العاليه أو الأماكن المرتفعه؟		
وأنتِ في مكان عالي بتشعري أنك راح تسقطي من هذا المكان؟		
تحسي بالرعب في الأماكن المظلمة؟		
وأنتِ في الظلام يتهيأ لك أن في ناس تكلمك؟		
هل تحس برعشه لما تكون بالظلام؟		
تخافي تروح السرير لوحدك في الليل عشان تنامي؟		
تحسي برعشة لما تكوني في الظلام تخافي من حاجات أو ناس أنتِ عارفه أنهم غير مؤذيين؟		
يتهيأ لك في الظلام أن في ناس موجودين على الجدار؟		
تحسي بالخوف لما تدخلي مكان في ناس مجتمعين و يتكلموا؟		
تحسي برعشة و دوخه لما تشوفي كلب أو قطه؟		
تخافي تقعدي في الغرفه لما تكون ظلام؟		
تجري بسرعه وقلبك يدق بسرعه لما تشوفي كلب أو قطه؟		
تخافي من الفئران وقلبك يدق بسرعه لما تشوفيهم؟		
تخافي من الصراصير وقلبك يدق بسرعه لما تشوفيهم؟		
تحسي بخوف شديد لما تشوفي ثعبان حتى لو كان في صورة أو في التلفزيون؟		
تخافي تروحي دورة المياة لوحدك لما تكون الدنيا ظلام؟		

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University for Security Sciences

كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الاجتماعية والنفسية

إفادة

تهدي كلية الدراسات العليا بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية أطيب تحياتها لسعادتكم وتفيدكم بأن الطالبة / **نسرين عبدالله فهد النصار** تعد بحثاً علمياً بعنوان: **(اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض)** لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير تخصص **الرعاية والصحة النفسية** بكلية الدراسات العليا، **نأمل تسهيل مهمة الطالبة لإجراء بحثها.**

وتقبلوا خالص تحياتي ،،

عميد
كلية الدراسات العليا

أ. د. عامر بن خضير الكبيسي

المملكة العربية السعودية
وزارة التربية والتعليم
٢٨٠
الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة الرياض
إدارة التخطيط والتطوير

وزارة التربية والتعليم
Ministry of Education

الرقم: ١١/٣٤٩١٧٤٢٧
التاريخ: ١٩/٥/١٤٣٥هـ
المرفقات: استبانة

تسهيل مهمة باحثة

اسم الباحثة	نسرين عبد الله النصار.
الكلية / الجامعة	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
الغرض من الدراسة	متطلب للحصول على درجة / الماجستير .
عنوان الدراسة	اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض.
نوع التسهيل	تزويد الباحثة ببيانات عن افراد العينة .

المكرمة مديرة /إدارة الصحة المدرسية ، إدارة التوجية والإرشاد حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،،

بناءً على تعميم معالي وزير التربية والتعليم رقم ٥٥/٦١٠ وتاريخ ١٤١٦/٩/١٧هـ بشأن تفويض الإدارات العامة للتربية والتعليم بإصدار خطابات السماح للباحثين بإجراء البحوث والدراسات ، وبناءً على تفويض مدير عام إدارة التربية والتعليم إدارة التخطيط والتطوير في الخطاب ذي الرقم ١١/٣٣٦٧٤٨٢٣والتاريخ ١٤٣٣/٤/١٤هـ بشأن تسهيل مهام الباحثين والباحثات ، وحيث تقدمت إلينا الباحثة (الموضحة بياناتها أعلاه) بطلب إجراء الدراسة ، نأمل بتسهيل مهمة الباحثة، مع ملاحظة أن الباحثة تتحمل كامل المسؤولية المتعلقة بمختلف جوانب البحث ، ولا يعني سماح الإدارة العامة للتربية والتعليم موافقتها بالضرورة على مشكلة البحث او على الطرق والأساليب المستخدمة في دراستها ومعالجتها.

شاكرين طيب تعاونكم .

مديرة إدارة التخطيط والتطوير
نائب مدير الإدارة العامة للتخطيط والتطوير
وضحاء بنت سعد الشريف

ص/ قسم الدراسات والبحوث

نموذج (٣/٢)

البريد الإلكتروني planingm@rge.gov.sa / al-takhteet@hotmail.com هاتف ٤٠٢٠٤٣٨ - فاكس ٤٠٢٧٠٥٨ - سنترال ٤٠٥٥٩٥٠ تحويلة ١٤٠٤

المملكة العربية السعودية
وزارة التربية والتعليم
٢٨٠
الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة الرياض
إدارة التخطيط والتطوير

وزارة التربية والتعليم
Ministry of Education

الرقم: ١١/٣٤٩١٧٤٣٧
التاريخ: ٢٢/٥/١٤٣٤هـ
المرفقات: مقياسه

تسهيل مهمة باحثة

اسم الباحثة	نسرين عبد الله النصار.
الكلية / الجامعة	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
الغرض من الدراسة	متطلب للحصول على درجة / الماجستير .
عنوان الدراسة	اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض.
نوع التسهيل	تزويد الباحثة ببيانات شاملة حسب مايسمح به نظام التداول والنشر : - المدارس التي يوجد بها أطفال من فئة الفرط الحركي وتشتت الانتباه وعدد الأطفال في كل مدرسة .

المكرمة مديرة إدارة التربية الخاصة . حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،،

بناءً على تعميم معالي وزير التربية والتعليم رقم ٥٥/٦١٠ وتاريخ ١٤١٦/٩/١٧هـ بشأن تفويض الإدارات العامة للتربية والتعليم بإصدار خطابات السماح للباحثين بإجراء البحوث والدراسات ، وبناءً على تفويض مدير عام إدارة التربية والتعليم إدارة التخطيط والتطوير في الخطاب ذي الرقم ١١/٣٣٦٧٤٨٢٣والتاريخ ١٤٣٣/٤/١٤هـ بشأن تسهيل مهام الباحثين والباحثات ، وحيث تقدمت إلينا الباحثة (الموضحة بياناتها أعلاه) بطلب إجراء الدراسة ، نأمل بتسهيل مهمة الباحثة، مع ملاحظة أن الباحثة تتحمل كامل المسؤولية المتعلقة بمختلف جوانب البحث ، ولا يعني سماح الإدارة العامة للتربية والتعليم موافقتها بالضرورة على مشكلة البحث أو على الطرق والأساليب المستخدمة في دراستها ومعالجتها.

شاكرين طيب تعاونكم .

مديرة إدارة التخطيط والتطوير
ضحى: نوره الصويغ
وضحاء بنت سعد الشريف

ص/ قسم الدراسات والبحوث

نموذج (٣/٣)

البريد الإلكتروني planingm@rge.gov.sa / al-takhteet@hotmail.com هاتف ٤٠٢٠٤٣٨ - فاكس ٤٠١٧٠٥٨ - سنترال ٤٠١٥٥٩٥٠ تحويلة ١٤٠٤

المملكة العربية السعودية
وزارة التربية والتعليم
٢٨٠
الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة الرياض
إدارة التخطيط والتطوير

وزارة التربية والتعليم
Ministry of Education

الرقم : ١١/٣٤٩١٧٤٢٧
التاريخ : ٢٢/٥/١٤٣٤هـ
المرفقات : صفحة

تسهيل مهمة باحثة

اسم الباحثة	نسرين عبد الله النصار.
الكلية / الجامعة	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
الغرض من الدراسة	متطلب للحصول على درجة / الماجستير .
عنوان الدراسة	اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض.
نوع التسهيل	تطبيق الأداة(مقياس)على عينة البحث المحددة.

المكرمة مديرة المدرسة / الابتدائية . حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،،

بناءً على تعميم معالي وزير التربية والتعليم رقم ٥٥/٦١٠ وتاريخ ١٤١٦/٩/١٧هـ بشأن تفويض الإدارات العامة للتربية والتعليم بإصدار خطابات السماح للباحثين بإجراء البحوث والدراسات ، وبناءً على تفويض مدير عام إدارة التربية والتعليم إدارة التخطيط والتطوير في الخطاب ذي الرقم ١١/٣٣٦٧٤٨٢٣والتاريخ ١٤٣٣/٤/١٤هـ بشأن تسهيل مهام الباحثين والباحثات ، وحيث تقدمت إلينا الباحثة (الموضحة بياناتها أعلاه) بطلب إجراء الدراسة ، نأمل بتسهيل مهمة الباحثة، مع ملاحظة أن الباحثة تتحمل كامل المسؤولية المتعلقة بمختلف جوانب البحث ، ولا يعني سماح الإدارة العامة للتربية والتعليم موافقتها بالضرورة على مشكلة البحث أو على الطرق والأساليب المستخدمة في دراستها ومعالجتها.

شاكرين طيب تعاونكم .

مديرة إدارة التخطيط والتطوير
وضحاء بنت سعد الشريف

مديرة المدرسة
منال سليم

وزارة التربية والتعليم
الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة الرياض
الابتدائية ١٠٩