



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك سعود
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم نفس

**بعض الخصائص النفسية لدى تلميذات المرحلة الابتدائية اللاتي
يعانين من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد
"دراسة مقارنة"**

بحث لاستكمال متطلبات درجة ماجستير الآداب في علم النفس

إعداد الطالبة

نوره عبد العزيز المليك

الرقم الجامعي : ٤٢١٥٩٤٨

إشراف

أ. د. سعيد عبد الله إبراهيم دبيس

٢٠٠٥م / ١٤٢٦هـ

شكر وتقدير

الحمد لله له الحمد من قبل وبعد، والصلاة والسلام على أشرف خلق الله
نبينا محمد صلى الله عليه وسلم ، أما بعد :

لقد أسهم أناس كثيرون بطرائق مختلفة مباشرة وغير مباشرة في مساعدتي
لإنجاز أطروحتي هذه وعلى رأسهم سعادة الأستاذ الدكتور/سعيد بن عبد الله ديبس
فقد نال بإستحقاق قدر العالم المتبسط مع تلاميذه، يمنح بسخاء ويصغي ويحفز
الباحث ليضفي طابعه الشخصي على بحثه العلمي، مارس القيادة الإشرافية فأبدع،
فله خالص الشكر والعرفان. والشكر موصولاً إلى سعادة الدكتور/ جمال شفيق
عامر، وسعادة الدكتورة/ وفاء نصار، على تكريمهما وتشريفهما لمناقشة هذه
الرسالة وأنه لشرف أن أتلقى إرشادتهما البحثية والعلمية الثمينة. كما أشكر أستاذي
سعادة الدكتور/ عبد الله الرويتع فقد أثار بطريقته الإبداعية أبرز القضايا المستحقة
للبحث والدراسة فكان إختياري لموضوع رسالتي نتاج تلك الحوارات.

كما أتقدم بالشكر إلى أستاذ الأمس واليوم وعلى الدوام سعادة المشرف العام
للتربية الخاصة سعادة الدكتور/ ناصر الموسى، لدعمه الأبوي لمواصلة مشواري
العلمي. كما أتقدم بشكري إلى المدير العام للإشراف التربوي للتربية الخاصة
"بنات" سعادة الدكتورة/ فوزية أخضر لحنها المستمر لي ولزميلاتي لمواصلة
مسيرة التطوير العلمي.

كما أشكر الأخوات في الوكالة المساعدة لتعليم البنات وأخص بالشكر
والتقدير مديرات المدارس والمعلمات والطالبات على جميل تعاونهن أثناء فترة
التطبيق العملي.

وأتوجه بشكري المفعم بالحب إلى أبنائي ذوي الاحتياجات الخاصة فقد
علموني معنى الصبر الجميل والأحتواء وتقبل الاختلاف وأكسبوا حياتي معنى ذو
دلالة إنسانية.

وشكري الجزيل موجه إلى مركز البحوث في جامعة الملك سعود، لقيامه
بالمعالجة المتقنة للبيانات.

أما والدي الذي لا زلت أحس بدفئ قبضته الحانية الممسكة بيدي الصغيرة
تقودني نحو درب العلم كل صباح حتى فارق دنياي، فشكره تضرعي إلى الله أن
يجعل قبره روضة من رياض الجنة.

كما أتقدم بشكري وامتناني لوالدتي التي علمتني منذ الصغر معنى الكفاح
والسير نحو طريق النمو الإنساني والعلمي.

أشكر أخي الأكبر صالح فقد كان الأب والأخ والمعلم، أغترب لطلب العلم
وعاد ليكون رمز مشجع لأسرته لمواصلة التعليم والعطاء.

أشكر زوجي رمز الدعم والتضحية كما أشكر أبنائي عبد المحسن وساره
وخالد لتحملهم فترات إنشغالي عنهم، وقد أظهروا صبر وتشجيع ونضج يفوق
سنوات عمرهم الحقيقي، وأشكرهم على حسهم المرح وقدرتهم على إضحاكي في
الفترات الصعبة.

وختاماً أتقدم بالشكر والإمتنان إلى كل من علمني وساهم في نموي وكل
من جاد بالمساعدة في كل مرحلة من مراحل إعداد هذه الأطروحة.

الباحثة

الفہارس

الفهارس

أولاً : فهرس الموضوعات :

رقم الصفحة	الموضوع
١١-١	الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة
٧-١	أولاً : مقدمة الدراسة.
٩-٧	ثانياً : مشكلة الدراسة.
٩	ثالثاً : هدف الدراسة.
٩	رابعاً : أهمية الدراسة.
١٠-٩	خامساً : مصطلحات الدراسة.
١١	سادساً : حدود الدراسة.
١٠-١٣	الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة.
٣٨-١٣	أولاً : اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :
١٥-١٣	١ - نبذة تاريخية.
١٧-١٥	٢ - تعريف اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢١-١٧	٣ - الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢١	٤ - الأنواع الفرعية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢٢-٢١	٥ - معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢٢	٦ - أسباب الاختلاف في تحديد معدل الانتشار.
٢٢	٧ - ظهور اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢٣	٨ - الملامح الجسدية والإثارة العضوية والاستجابة.

رقم الصفحة	الموضوع
٢٥-٢٣	٩ - مسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :
٢٧-٢٦	١٠ - التشخيص الفارق.
٢٨-٢٧	١١ - مأل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٢٨	١٢ - الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٣٢-٢٨	١٣ - أساليب تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
٣٨-٣٢	١٤ - العلاج.
١٠٠-٣٩	ثانياً : بعض الخصائص النفسية للمصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :
٥٨-٣٩	أ - العدوانية :
٤١-٣٩	١ - تعريف العدوانية.
٤٥-٤١	٢ - النظريات المفسرة للعدوانية.
٤٦-٤٥	٣ - تطور مشاعر العدوان لدى الأطفال.
٤٨-٤٦	٤ - أشكال العدوان.
٥١-٤٩	٥ - العوامل المسببة للعدوانية.
٥١	٦ - وصف الطفل العدواني.
٥٢-٥١	٧ - وظيفة العدوانية في الطفولة.
٥٢	٨ - الفرق بين الجنسين في العدوانية.
٥٣-٥٢	٩ - أساليب تشخيص العدوانية.
٥٣	١٠ - التشخيص الفارق.
٥٧-٥٤	١١ - العلاج.
٥٨-٥٧	١٢ - علاقة العدوانية باضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد.
٧٨-٥٨	ب - القلق.

رقم الصفحة	الموضوع
٦٠-٥٨	١ - تعريف القلق.
٦٥-٦٠	٢ - النظريات المفسرة للقلق.
٦٥	٣ - الفرق السيكولوجي بين القلق والخوف.
٦٦-٦٥	٤ - تأثير القلق على التحصيل الدراسي.
٦٧-٦٦	٥ - علاقة القلق بالخبرات المؤلمة في الطفولة
٦٨-٦٧	٦- أعراض القلق.
٦٩-٦٨	٧- أعراض القلق لدى الأطفال.
٧٠-٦٩	٨- المحكات التشخيصية للقلق.
٧٠	٩- التشخيص الفارق.
٧١-٧٠	١٠ - نسبة الانتشار والظهور.
٧١	١١- المسار والمضاعفات.
٧٨-٧١	١٢- العلاج.
٧٨	١٢- علاقة القلق باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
١٠٠-٧٨	ج - تقدير الذات.
٨١-٧٨	١ - تعريف تقدير الذات.
٨٢-٨١	٢ - الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.
٨٤-٨٢	٣ - النظريات المفسرة لتقدير الذات.
٨٦-٨٥	٤ - كيف يتكون تقدير الذات لدى الأطفال؟
٨٧-٨٦	٥ - مؤشرات تدني مستوى تقدير الذات لدى الأطفال.
٨٨-٨٧	٦ - أسباب تدني مستوى تقدير الذات.
٩٩-٨٩	٧ - العناصر الخمسة لبناء تقدير الذات.
١٠٠-٩٩	٨ - حلقة تقدير الذات لدى الطالب.
١٠٠	٩ - علاقة تقدير الذات بنقص الانتباه والنشاط الزائد.

رقم الصفحة	الموضوع
١١٥-١٠٢	الفصل الثالث : الدراسات السابقة
١٠٥-١٠٢	أولاً : الدراسات السابقة : أ - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالعدوانية.
١٠٨-١٠٥	ب - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالقلق.
١١٠-١٠٨	ج - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بتقدير الذات.
١١٢-١١٠	د - دراسات تناولت تقدير المعلم كأحد الأساليب التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
١١٥-١١٢	ثانياً : التعليق على الدراسات السابقة.
١٣٨-١١٧	الفصل الرابع : منهج الدراسة وإجراءاتها
١١٧	أولاً : فروض الدراسة.
١١٨-١١٧	ثانياً : منهج الدراسة.
١١٨	ثالثاً : مجتمع الدراسة.
١١٩-١١٨	رابعاً : عينة الدراسة.
١٣٧-١١٩	خامساً : أدوات الدراسة.
١٣٨-١٣٧	سادساً : إجراءات التطبيق.
١٣٨	سابعاً : الأساليب الإحصائية.
١٤٨-١٤٠	الفصل الخامس : نتائج الدراسة وتفسيرها.
١٤٢-١٤٠	أولاً : نتائج الفرض الأول وتفسيرها.
١٤٤--١٤٢	ثانياً : نتائج الفرض الثاني وتفسيرها.
١٤٦-١٤٤	ثالثاً : نتائج الفرض الثالث وتفسيرها.
١٤٨-١٤٧	رابعاً : نتائج الفرض الرابع وتفسيرها.

رقم الصفحة	الموضوع
١٥٩-١٥٠	الفصل السادس : ملخص الدراسة والتوصيات والبحوث المستقبلية المقترحة.
١٥٨-١٥٠	أولاً : ملخص الدراسة.
١٥٨	ثانياً : التوصيات.
١٥٩-١٥٨	ثالثاً : البحوث المستقبلية المقترحة.
١٧٠-١٦١	المراجع :
١٦٦-١٦١	أولاً : المراجع العربية.
١٧٠-١٦٧	ثانياً : المراجع الأجنبية.
١٧١	الملاحق

ثانياً : فهرس الجداول :

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
١١٩	توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لنوع العينة ومتغيري الصف والعمر.	١
١٢١	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من قائمة تقدير سلوك نقص الإنتباه والنشاط الزائد والدرجة الكلية للقائمة.	٢
١٢٢	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الاحصائية للفروق بين التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود قائمة تقدير سلوك نقص الإنتباه والنشاط الزائد.	٣
١٢٦-١٢٥	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس تقدير السلوك العدوانى والدرجة الكلية للمقياس.	٤
١٢٩-١٢٧	المتوسطات والانحرافات المعيارية "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس تقدير السلوك العدوانى.	٥
١٣١	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس.	٦
١٣٢	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس القلق.	٧

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
١٣٥	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية للمقياس.	٨
١٣٦	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس تقدير الذات.	٩
١٤١	نتائج اختبار "ت" T test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الإنتباه والنشاط الزائد ومتوسطات التلميذات العاديات على مقياس العدوانية وفقاً للصف الدراسي.	١٠
١٤٢	نتائج اختبار "ت" T test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الإنتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس القلق وفقاً للصف الدراسي.	١١
١٤٥	نتائج اختبار "ت" T test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الإنتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس تقدير الذات وفقاً للصف الدراسي.	١٢
١٤٧	نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه لدلالة الفروق بين متوسطات درجات تقديرات المعلمات لنقص الإنتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي.	١٣

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- أولاً : مقدمة الدراسة.
- ثانياً : مشكلة الدراسة.
- ثالثاً : هدف الدراسة.
- رابعاً : أهمية الدراسة.
- خامساً : مصطلحات الدراسة.
- سادساً : حدود الدراسة.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

أولاً : مقدمة الدراسة :

تعتبر المرحلة الابتدائية هي الأساس الذي تغرس فيه بذور التربية والتعليم ، لتنمو ويشند ساقها في المراحل اللاحقة ، وأي عائق لمسيرة التعليم يُعد خطوة نحو طريق طويل وشاق ، إلا أن هناك مشكلات تظهر في هذه المرحلة ، تحول دون تحقيق أكبر قدر من بناء وصل المهارات والخبرات ذات الصلة بهذه المرحلة ، ومن أخطر تلك المشكلات التي تواجه أطراف العملية التربوية من آباء ومعلمين ومديرين ومرشدين ، اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder . حيث أجمعت الدراسات على أن تأثير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضح وجلي على مناحي النمو المختلفة ، النفسية ، والتربوية ، والعقلية ، والاجتماعية (أحمد وبدر، ١٩٩٩؛ ريزو وزابل، ١٩٩٩؛ DSM-IV-TR-2000 ؛ سيسالم ، ٢٠٠١؛ ميركولينو وزملاءه ، ٢٠٠٣).

وقد كان وما زال اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الاضطرابات التي حظيت باهتمام كثير من الباحثين. ويعود الاهتمام باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلى العهد اليوناني القديم ، فقد أشار قولدستين Goldstein ١٩٩٠ إلى أن الطبيب اليوناني قطن Galen كان يصف الدواء للأطفال ذوي النشاط الحركي المفرط من أجل تهدئتهم (سيسالم ، ٢٠٠١، الرويتع، ٢٠٠٢).

وقد تطرق وليم جمس Williom Jams - والذي يُعد مؤسس علم النفس الحديث - لأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في كتابه "مبادئ علم النفس" قبل مائة عام أو تزيد (Holowenko , 1999).

وقد توالت البحوث التي رصدت ظاهرة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، وتمت مراجعة مسمى هذا الاضطراب عدة مرات من التلف الدماغى الأدنى إلى الاختلال الوظيفي الدماغى فالخلل الدماغى البسيط ، ثم اضطراب النشاط الزائد ، وأخيراً حسب ما ورد في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية- DSM-IV-TR-2000 اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-IV-TR-2000 ؛ ميركولينو وتوماس، ٢٠٠٣).

لقد تعددت التعريفات التي تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات العلمية التي حاولت التعرف على هوية الظاهرة ، وارتكاز كل تعريف على قاعدته النظرية الفلسفية التي ينتمي إليها في تفسير الاضطراب ، ويُعرف كولاتا (Kolata, 1978) اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بأنه نشاط عضوي مفرط ، وأسلوب حركي قهري يبدو في شكل سلسلة من الحركات الجسمية المتتالية ، وتحول سريع للانتباه ، وضعف القدرة على التركيز على موضوع معين ، والاندافاعية التي تحول دون إقامة علاقات إجتماعية ناجحة (Peter,2001 : 11).

كما وصف الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بأنه ذلك الطفل الذي يبدي مستوى غير مقبول من النشاط الحركي وعدم قدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة ، وعدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين (الشخص ، ١٩٨٤ ، Swallow, 1998). ويضيف هولونكو (Holowenko,1999) بأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تشخيص طبي لحالة سلوكية تشير إلى مجموعة مختلطة من السلوكيات الفوضوية ومن الممكن أن يكون لهذه السلوكيات العديد من الأسباب والآثار ، وتظهر في صورة صعوبة في النمو والأداء والعلاقات العائلية ، والتفاعل الاجتماعي.

أما الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR-2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders فتعرف نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الدائد أنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سن سبع سنوات) ، ويظهر في بيئات مختلفة (مدرسة ، وسكن ، وملعب) ويستمر لمدة لا تقل عن ٦ أشهر، ويحدث تعطل في الوظائف العقلية والاجتماعية والوظيفية ولا يظهر نتيجة لاضطراب نمائي آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders كأضطراب التوحد أو اسيرجر على سبيل المثال ولا يمكن تفسيره باضطراب القلق أو اضطراب الشخصية أو الفصام ، أو اضطراب وجداني.

ويقابل المحكات التشخيصية التالية :

١- غالباً يضرب الأرض أو الطاولة بقدميه ، يلوح بيده في كل اتجاه.

٢- غالباً يترك مقعد الدراسة.

٣- يتحرك في صورة إلتوى أو تسلق في مواقف لا تتطلب ذلك.

٤- لديه صعوبة في المشاركة في أي لعبة أو نشاط بهدوء.

٥ - يبدو وكأنه مدفوع بمحرك كأنه مساق رغماً عنه.

٦ - يتكلم بإفراط (كثرة التثرثرة).

وتشير بعض الدراسات إلى تباين في نسب انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وإجماع الرأي يفيد أن (٣%) إلى (٥%) من مجموع الأطفال يتأثرون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Wender , 2000 ; Holowenko, 1999 ; Roberts 1993; Barkley,1984)

أما الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-2000) - IV - TR فيشير إلى أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث، حيث تتراوح نسبة الذكور إلى الإناث بين ٢ : ١ .

وفي دراسة قام بها ستوراث على عينة من أطفال المرحلة الابتدائية في المدارس العادية أتضح أن نسبة من يعانون من اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد تتراوح ما بين (٤%) إلى (٨%) (الشخص، ١٩٨٥).

وقد أجمعت الدراسات أن هناك خصائص أساسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تتمثل في : الحركة الزائدة ، والاندفاعية ، وتشتت الانتباه ، وتباين هذه الأعراض من حيث صورتها وحدثها من فرد إلى آخر (الشربيني ، ٢٠٠٠ ، جابر ؛ ٢٠٠١ ؛ الرويتع، ٢٠٠٢ ؛ Roberts, 1999; Holowenko,1999; Connors and Jett, 1999; DSM-IV-TR-2000).

ويعد اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من أكثر المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال في المرحلة الابتدائية فقد أجرى بوب وآخرون (Pope, et al,1998) دراسة على عينة من الذكور والإناث فتوصل لنتيجة مفادها أن نقص الانتباه والنشاط الزائد من أبرز المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال في المرحلة الابتدائية ، والذكور أكثر معاناة مقارنة بالإناث (إبراهيم ، ب.ت؛ ميركولينو وتوماس ، ٢٠٠٣).

وتتباين مسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بتباين الخلفية النظرية والفلسفية التي يتبناها المفسرون في تفسير الاضطراب ، فالنظرية الوراثية تفترض أن ظروف نقل الجينات الوراثية يمكن أن يؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Barkley 1998; Holland, 1999; Linet, 2003).

في حين فسر بعض العلماء سبب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على أنه ناتج عن خلل في ناقلات الأعصاب (Holland, 1999). بينما توصلت نتائج دراسة كلا من فلييس ووليام (Philips and Williams, 1971)، وأحمد (١٩٨١) إلى وجود ارتباط دال بين ما يمارسه الأطفال من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد وما يلاقيه هؤلاء

الأطفال من مواقف إيجابية متكررة ، وأن هذا الإحباط المتكرر يسبب لهم ضغوط نفسية وانفعالية ، فيلجأون إلى الحركات العشوائية للتغلب على ما يعانون من ضغوط (إبراهيم ، ب . ت).

وتشير دراسة كلاً من باركلي (Barkley, 1998) وهولونكوه (Holowneko,1991) إلى دور العوامل البيئية في إحداث اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والمتمثلة في التفاعلات العائلية المتنافرة ، والافتقار إلى الرعاية الأسرية السوية ، والإقامة في المؤسسات الداخلية ، والعقاب البدني ، وطبيعة الأطعمة التي يتناولها الأطفال، وتلوث الماء، والهواء، والطعام ، والتدخين أثناء الحمل ، وحجم الأسرة ، والحوادث وإصابات المخ ، والتعلم الاجتماعي غير السوي.

وترى الباحثة أنه لا يوجد عامل محدد (وراثي أو نفسي أو بيئي) يمكن أن نعزو من خلالها اسباب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ولكن تظافر مختلف العوامل الوراثية والنفسية والبيئية يمكن أن تفسر لنا مجتمعه اسباب ذلك الاضطراب.

وقد تنوعت الأساليب المستخدمة في تشخيص وتقييم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ما بين الفحص الطبي ، والملاحظة، ومقاييس التقدير الذاتي ، ومقاييس تقدير السلوك التي تم تقديرها من قبل الوالدين والمعلمين، والمقابلة التشخيصية ، مقاييس النشاط البدني ، واختبارات الأداء البسيط، إلا أن هناك بعض المأخذ على كل أسلوب ، ويعد المدخل المتعدد الطرق الذي يأخذ أكثر من أسلوب في التشخيص هو الأفضل لكونه يساعد على موازنة نقاط القوى ونقاط الضعف من خلال دمج المعلومات للحصول على تشخيص وتقييم دينامي شامل للنواحي الجسمية والذهنية والأكاديمية والسلوكية والنفسية للطفل والتي تساعد على رسم الخطط العلاجية والإرشادية (Dupaul, et al., 1992; Reid, et al, 1994; Barkely, 1998; Holland, 1999).

كما تعددت اتجاهات علاج اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية من ناحية، ومن ناحية أخرى تبعاً لتعدد اهتمامات المتخصصين والباحثين الذين اهتموا بهذه المشكلة. ومن أهم التيارات العلاجية ، العلاج الطبي، والعلاج بالغذاء ، والعلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي. وقد أثبتت نتائج الدراسات أن استخدام العلاج السلوكي أو العلاج السلوكي المعرفي ذا أهمية كبيرة في تحسين المهام الوظيفية والاجتماعية والأكاديمية لمن يعاني من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، إلا أنها أشارت في الوقت نفسه بأن العلاج النفسي بدون علاج دوائي غير فعال ويتفق الباحثون على أن التدخل العلاجي المبكر يعتبر عامل حاسم لمنع الآثار السلبية على حياة الأطفال (باترسون، ١٩٩٥، دببيس والسماذوني ، ١٩٩٨؛ الزيود ١٩٩٨; Conners and Jett,1999 ; Barkley, 1998; Valeriel , ETAL., 2002; Peter, 2001).

وقد تناول الباحثون الخصائص النفسية لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بالدراسة باعتبارها عوامل هامة ومؤثرة في نموهم الشخصي، والنفسي، والاجتماعي، والأكاديمي.

حيث يرتبط باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مشكلات سلوكية مثل العدوانية Aggrssiveness وتصف ماريون (1997 : 127) العدوانية بأنها "السلوك الذي يؤدي إلى إيذاء الآخرين (سواء أشخاص أو حيوانات أو ممتلكات) ، ويتضمن هذا التعريف في جوهره محاولة مقصودة لإيذاء الأشخاص أو الأشياء سواء من ناحية مادية أو معنوية".

وتشير الدراسات أن السلوك العدواني ناتج عن خبرات الفشل والتجاهل والخبرات السلبية التي مرت في حياة الطفل المصاب باضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد (سيسالم ، 2001).

ويرى ويندر (Wender , 2000) بأن مزاج الطفل وتجربته الحياتية تؤثر على سلوكه والذي بدوره يؤثر على الآخرين من حوله، فمثلاً الطفل العدواني يتسبب في مضايقة الآخرين ؛ والذين بدورهم يغضبون ويعاقبون ويرفضون ذلك الطفل ؛ فالطفل يشعر بالرفض والإحباط ويتصرف بطريقة عدوانية وتتحرك كلاً من التجربة والمزاج في حلقات مفرغة.

ويشير باركلي (Barkley, 1998) بأنه تمت ملاحظة تزايد السلوك العدواني بين الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وبين أخوتهم مقارنة بالأطفال العاديين.

وقد توصل كلٌّ من بلهام ويندر Pelham and Bender 1982 من خلال دراستهما على الأمهات والأنداد والمعلمين إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكونون أكثر عدوانية ، وإزعاجاً كما أنهم مرفوضون اجتماعياً في علاقاتهم الاجتماعية بخلاف الأطفال العاديين (Barkley,1998) .

ويذكر وهلان وهنكر Whalen and Henker إلى أن هناك العديد من الدراسات أشارت إلى أن هاتين المشكلتين - اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية - متلازمتان أو متصاحبتان معاً وتأخذان مجالاً واسعاً من الدراسة لدرجة أن هناك خلافاً إذا كانت متميزتين أو مترابطتين لاضطراب واحد ، وأضاف قائلاً أن هناك العديد من

الباحثين يحاولون البحث عن مدى الارتباط بين النشاط الزائد والعدوانية لدى الأطفال باستخدام مقاييس لها القدرة على تمييز الأطفال الزائدي النشاط العدوانيين والأطفال الزائدي النشاط غير العدوانيين (خاشقجي ، ١٩٩٩ : ٥٨).

في حين يرى باركلي (Barkley , 1998) أن هناك مدخلاً مقبولاً من الناحية العلمية والإكلينيكية يعتبر العدوانية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كنوع فرعي من أنواع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

في حين أشار بيدمان Biedman ١٩٩١ أن (٢٥%) من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مصابين بالقلق (Barkley,1998) ؛ أحمد وبدر ، (١٩٩٩).

ويرى ويندر (Wender, 2000 : 96) أن "القلق يعد من أبرز المشاكل المزاجية لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد".

وقد أظهرت نتائج دراسة بتر (Peter , 2001) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كلاً من القلق واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ويعرف أسعد (ب.ت : ٩) القلق بأنه "الخوف من الأشياء الغامضة التي لا تجد تفسير معقولاً في ذهن الخائف".

ويرى شيفر وملمان (١٩٩٩ : ١٥٣) أن "القلق شعور عام تسوده قلة الراحة والإنشغال الزائد بأحداث المستقبل وكذلك توقع الشر".

ويمتد القلق في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل ، إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما حاد قد يحدث ، وقد يصل إلى شعور الفرد بالآلام تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية ، وهكذا قد يتخلل القلق جميع جوانب حياة الطفل (عبد المعطي ١٩٩٨ ؛ Barkley, 1998) .

ويصف كلاً من شيفر وملمان (١٩٩٩) الأطفال القلقون بأنهم أطفال من السهل أن يفرعوا أو يخافوا من أشياء تقلقهم ، يشعرون دائماً بالتعب وتوقع الشر والتلعثم ، وتقلقهم موضوعات لا تقلق الآخرين ، وهم يميلون للخجل ، والتردد ، والحذر ، كما أن مفهومهم عن أنفسهم ضعيف نسبياً، وتعبيرهم عن غضبهم لا يظهره علانية وغالباً يميلون إلى الاعتماد على الراشدين.

ويضيف الكناني والموسوي (ب.ت) عدة مظاهر للقلق النفسي لدى الأطفال منها: كثرة وسهولة البكاء ، وكثرة الحركة وعدم الاستقرار في مكان واحد، وفقدان الشهية، واضطراب النوم.

ويرى باركلي (Barkley, 1998) بأن المصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكون تقديرهم لأنفسهم منخفض، بشكل يسهم في التأثير على مستوى إدائهم لأنشطتهم اليومية .

وتصف دور Doro ١٩٧٠ تقدير الذات على أنه "مجموعة المشاعر التي يكونها الفرد عن ذاته ، بما في ذلك احترام الذات وجدارتها ، بمعنى أن لدى الفرد الكفاية لتدبير شؤون نفسه وبيئته وأن لديه شيئاً يقدمه للآخرين" (ريزونر ، ١٩٩٩ : ٢٠).

ويعتبر "تقدير الذات" مفهومان في كلمة واحدة ، حيث تعتبر الذات مفهوماً وصفاً من خلال أي مميزات محددة ؛ ويعتبر "التقدير" مفهوماً تقديرياً : بواسطة أي معايير يقدر بها الفرد جدارته (بيكارد ، ٢٠٠١).

ويعرف كلا من فاروق ودسوقي (١٩٩١ : ٦) تقدير الذات "الحكم الشخصي الذي يصدره الفرد عن قيمته والتي يعبر عنه من خلال اتجاهاته نحو نفسه".

غير أن التعريف الأكثر قبولاً وانتشاراً لتقدير الذات تعريف برادون Bradon ١٩٩٣ والذي تبناه المجلس القومي لتقدير الذات والذي يشير إليه على أنه "خبرة الفرد في أن يكون قادراً على إدارة ومعالجة تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة" (ريزونر ، ١٩٩٩ : ٢١).

ويفسر بيكارد (٢٠٠١) تدنى مستوى تقدير الذات لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لعجزهم على التغلب على صعوباتهم ، ومشاعرهم السلبية، وتمتد مشاكلهم لتشمل القلق ، والإكتئاب ، والصعوبة في تعلم السلوك الاجتماعي.

ثانياً : مشكلة الدراسة :

يعد اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من أكبر المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، حيث تشير الدراسات في البيئة العربية أن نسبة الذين يعانون من هذه المشكلة تتراوح ما بين (٤%) و (٨%) من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية (الشخص ، ١٩٨٥ ؛ أحمد، ١٩٩٩).

ويشير باركلي (Barkley, 1998) إلى أن معظم الخصائص السلوكية المرتبطة بنقص الانتباه والحركة المفرطة تظهر في المدرسة بشكل أكبر من ظهورها في البيت أو في الشارع، وهذا بطبيعة الحال يرجع إلى أن الطفل يتطلب منه في حجرة الدراسة أن يكون قادراً على تركيز الانتباه والاستماع لفترات زمنية متصلة وكذلك إتباع التعليمات سواء التحريرية أو الشفهية المقدمة لجميع الأطفال ، فضلاً عن القدرة على

ضبط النفس بصورة تمكنه من أداء الواجبات المدرسية والتفاعل والتعاون مع كل من المعلمين والزملاء بصورة فاعلة (ريزو وزابل ، ١٩٩٩).

لذا يُعد نقص الانتباه والنشاط الزائد من أهم التحديات التي تواجه المعلمين ، وأولياء الأمور ، والمرشدين ، (القيوتي وزملاءه ، ١٩٩٥ ؛ سيسالم ، ٢٠٠١).

والأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يمارسون حركات عديمة الغرض ، ويحدثون أذى وإزعاج لمن حولهم ، فينفر منهم الآخرون ، وينبذونهم ويصبحون عدوانيين وعرضة لتدني مستوى تقدير الذات ، والقلق ، ويصبحوا سيئوا التوافق من الناحية النفسية والاجتماعية مما يميزهم عن غيرهم (Barkley, 1998 ؛ ريزو وزابل ، ١٩٩٩ ؛ يحيى ، ٢٠٠٠) .

وبما أنه غير معروف ما إذا كان اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد سبباً في ظهور تلك الخصائص أو أن تلك الخصائص سبباً في اضطراب نقص انتباه والنشاط الزائد . كما أنه من غير المعروف تأكيداً أن تلك الخصائص هي خصائص مميزة للأطفال ذوي النشاط الزائد على الأقل في غياب الدراسات والأبحاث العلمية في مجتمعنا السعودي. لذا تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في دراسة تلك الخصائص لدى التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال دراسة الفروق في تلك الخصائص بينهن وبين زميلاتهن التلميذات العاديات .

هذا ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيس التالي :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والتلميذات العاديات في متوسطات درجات كل من العدوانية والقلق وتقدير الذات؟

وينبثق من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية :

- ١ - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي ؟
- ٢ - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في كل صف دراسي ؟

- ٣ - هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات في كل صف دراسي؟
- ٤ - هل تختلف تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي؟

ثالثاً : هدف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الفروق في الخصائص النفسية المتمثلة في العدوانية، والقلق ، وتقدير الذات بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات، والتعرف على تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي.

رابعاً : أهمية الدراسة :

- تحظى الدراسة بأهمية نظرية وتطبيقية يمكن إيجازها على النحو التالي :
- ١ - ندرة الدراسات التي عُتبت بموضوع الدراسة في البيئة العربية على وجه العموم والبيئة السعودية على وجه الخصوص حسب علم الباحثة ، مما يفتح الباب أمام إجراء مزيد من الدراسات.
 - ٢ - يمكن أن تضيف هذه الدراسة للأطر النظرية والتداعي المعرفي، وتسهم في مجال الدراسات النفسية من خلال إلقاء مزيد من الضوء على متغيرات البحث موضوع الدراسة.
 - ٣ - قد تسهم الدراسة في مساعدة العاملين في كلاً من وزارتي الصحة والتربية والتعليم للوقوف على خصائص المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بشكل يسهم في إعداد البرامج العلاجية والوقائية والتربوية الملائمة لاحتياجاتهم.

خامساً : مصطلحات الدراسة :

أ - اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي (DSM – IV – TR, 2000) النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه بأنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سبع سنوات) ، ويظهر في بيئات مختلفة (مدرسة ، البيت ، الملعب). ويحدث تعطل في الوظائف (الأكاديمية ، الاجتماعية ، المهنية) ، ويستمر لمدة لا تقل عن ٦ أشهر ولا يظهر

نتيجة لاضطراب نمائي آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders كاضطراب التوحد على سبيل المثال ، ولا يمكن تفسيره باضطراب القلق ، أو اضطراب الشخصية أو الفصام أو اضطراب وجداني".
أما التعريف الإجرائي لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد "الدرجة التي تحصل عليها التلميذة على مقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد المستخدم في الدراسة".

ب - العدوانية : Aggressiveness :

"تشمل سلوكيات العدوان الصريح الذي يتمثل في المظاهر السلوكية التي تعبر عن الإعتداء البدني والمتمثل في العض، والخنق، والشد والعرقلة، وكذلك يتمثل في السلوك العدواني العام الذي يتمثل في المظاهر السلوكية للعدوان اللفظي مثل الشتم واستفزاز الآخرين بالألفاظ واستخدام الألفاظ الجارحة والخارجة عن حدود الأدب، ومضايقة الزملاء والتحرش بهم ومشاكستهم وأخذ حاجاتهم وإخفائها أو الاستحواذ عليها، ويضم أيضاً السلوك الفوضوي وهو مجموعة المظاهر السلوكية غير المقبولة اجتماعياً والتي تحدث ضوضاء وفوضى مثل الشوشرة على المعلم أثناء الدرس وعدم إتباع الأوامر والخروج على النظام وأخيراً عدم قدرة الطفل على ضبط سلوكه في مختلف المواقف وعدم القدرة على التحكم في انفعالاته" (ديبيس، ١٩٩٧ : ٣٦٦).

وتعرف الباحثة العدوانية إجرائياً بأنها "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس العدوانية المستخدم في الدراسة".

ج - القلق Anxiety

"حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالباً ما يرتكز هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً وتكون هذه الحالة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك" (عبد الخالق، ٢٠٠٠ : ٣٥).

وتعرف الباحثة القلق إجرائياً بأنه "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية".

د - تقدير الذات Self - Esteem

يعرف كوبر سميث (Coopersmit, 1967) "حكم شخصي يعني القيمة التي يعبر عنها بالإتجاه الذي يشعر به الفرد نحو نفسه، وهو خبرة موضوعية يقدمها الفرد من خلال التعليق اللفظي والسلوكيات الأخرى" (شعيب، ١٩٨٨ : ١٠).

وتعرف الباحثة تقدير الذات إجرائياً بأنه "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس تقدير الذات المستخدم في الدراسة الحالية".

سادساً : حدود الدراسة :

تحدد الدراسة بالمحددات التالية :

- تقتصر الدراسة الحالية على عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بمدينة الرياض من ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (١٤٢٥هـ - ١٤٢٦هـ).
- كما تتحدد الدراسة بالأدوات المستخدمة قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد المعربة، الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-IR-2000) إعداد (دبيس، غير منشور) ، ومقاييس كل من تقدير السلوك العدواني للأطفال (دبيس، ١٩٩٨) ، ومقياس القلق لدى الأطفال (عبد الخالق والنيال، ١٩٩١)، ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات لدى الأطفال (عبد الحافظ، ١٩٨٤).
- كما تتحدد الدراسة بخلو عينة الدراسة من التلميذات العاديات من الإعاقة الحسية، والعقلية، والبدنية، واضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد.
كما تتحدد الدراسة بخلو عينة الدراسة من التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد من الإعاقة الحسية، والعقلية، والبدنية، واستمرار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لفترة لا تقل عن ستة أشهر.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

أولاً: اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

- ١ - نبذة تاريخية.
- ٢ - تعريف اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٣ - الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٤ - الأنواع الفرعية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٥ - معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٦ - أسباب الاختلاف في تحديد معدل انتشار نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٧ - ظهور اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٨ - الملامح الجسدية والاثارة العضوية والاستجابة.
- ٩ - مسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ١٠ - التشخيص الفارق.
- ١١ - مأل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ١٢ - الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ١٣ - أساليب التشخيص.
- ١٤ - العلاج.

ثانياً: بعض الخصائص النفسية للمصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

- ١ - العدوانية.
- ٢ - القلق.
- ٣ - تقدير الذات.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

أولاً: اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

تعرض الباحثة في هذا الفصل الإطار النظري الذي يُعد خلفية علمية لمتغيرات دراستها المتمثلة في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، والعدوانية، والقلق، وتقدير الذات وفيما يلي عرض نظري لتلك المتغيرات :

١- نبذة تاريخية :

كان وما زال اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الاضطرابات التي تحظى باهتمام كثير من الباحثين، ويعود الاهتمام باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلى العهد اليوناني القديم فقد أشار قولدستين Goldstein ١٩٩٠ إلى أن الطبيب اليوناني قطن Galen كان يصف الدواء للأطفال ذوي النشاط الحركي المفرط من أجل تهدئتهم (سيسالم ، ٢٠٠١؛ الرويتع، ٢٠٠٢).

وقد دون أخصائي طب الأطفال البريطاني جورج Gorg ملاحظاته الأولى حول اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حيث أطلق وصف على ٢٠ طفلاً بأنهم "سريعي الغضب ، يفتقرون لضبط الذات، مندفعين، ذوي حركة زائدة، وعدوانيين" وأرجع ذلك إلى إصابة الدماغ الحادة وقبلت نظريته بقدر من الاعتماد في السنوات التالية لانتشار وباء التهاب الدماغ الفيروسي عام ١٩١٧ - ١٩١٨ عندما لاحظ الأطباء بأن الوباء ترك بعض الأطفال يعانون من إعاقة في الانتباه ، وعجز في السيطرة على إنذفاعاتهم (Holowenko , 1999 ؛ ميركولينو وزملاؤه ، ٢٠٠٣).

وفي عام ١٩٣٥ حاول شيلدرز Childers التمييز بين خصائص الطفل ذو نقص الانتباه والنشاط الزائد وخصائص الطفل ذو إصابات الدماغ فوجد عدداً محدداً من الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من إصابات في الدماغ (سيسالم، ٢٠٠١).

وفي عام ١٩٣٧ أفاد اختصاصي طب الأطفال برادلي Bradley أن أعطاء العقاقير المنبهاة للأطفال الذين يعانون من مجموعة أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاع أدى إلى تحسن ملحوظ في سلوك هؤلاء الأطفال (سيسالم، ٢٠٠١).

وفي الفترة ما بين عام ١٩٤٠ - ١٩٥٠ أوضحت دراسات كل من سترأوس ولينتين Strawss and Lehtinon تأييد الرأي القائل أن نقص الانتباه والنشاط الزائد يحدث نتيجة تلف دماغي (كامل، ١٩٩٦ : ٩٧).

وقد تمت مراجعة مسمى هذا الاضطراب عدة مرات وفي عام ١٩٦٠ تغير مصطلح التلف الدماغي البسيط إلى الخلل الدماغي البسيط حيث يعرف الخلل الدماغي البسيط على أنه اضطراب غير متجانس في خصائصه يشمل الأطفال المصابين بعجز الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية وصعوبات التعلم (ميركولينو وزملاؤه ، ٢٠٠٣). كما ركزت المصطلحات خلال السنوات الأخيرة من العقد ١٩٦٠ على الجانب الحركي للاضطراب وكان المصطلح الشائع الاستخدام فرط الحركة "Hyperkinatic" والنشاط الزائد "Hyperactivity" (Burnley , 1993).

وفي عام ١٩٧٠ أدرك معظم المختصين أن المشكلة كانت مرتبطة بالتركيز والانتباه (Barkley,1998).

وفي عام ١٩٨٠ ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية DSM-III أن اضطراب النشاط الزائد هو اضطراب نقص الانتباه مصحوب بالنشاط الزائد ويرمز له (ADHD) ويتصف المصابون بهذا الاضطراب بفرط الحركة، والاندفاعية ، وعجز الانتباه (جابر ، ٢٠٠١؛ سيسالم ، ٢٠٠١).

وفي عام ١٩٩٤ ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R-1994) أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أحد الاضطرابات المتفشية في الطفولة والتي تم الإبلاغ عنها في المدارس وعيادات الصحة العقلية (خاشقجي، ١٩٩٩ : ٢٨).

وفي عام ٢٠٠٠ ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عبارة عن نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو النشاط الزائد، والاندفاعية يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سبع سنوات) ويستمر لمدة لا تقل عن ٦ أشهر ويكون ظاهراً وأكثر حدة مما يتم ملاحظته عادة وسط الأفراد في مستوى نمو مماثل (DSM-IV-IR-2000 : 85).

٣- تعريف اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

لقد تعددت التعريفات التي تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات العلمية التي حاولت التعرف على هوية الظاهرة ، وارتكاز كل تعريف على قاعدته النظرية الفلسفية التي ينتمي إليها في تفسير الإضطراب، والطرح القادم يعرض هذه التعريفات من منظور لغوي ونفسي :

أ - الإصطلاح اللغوي :

الاضطرابُ : الاختلالُ . يقال اضطرابُ أمره : اختلَّ ونقص .

نقص : النَّقْصُ : الحُسْران ، وَأَنْقَصَهُ لَعَةً ؛ وَأَنْقَصَهُ وَتَنَقَّصَهُ : أخذ منه قليلاً قليلاً .

الإنتباهُ : اليَقَظَةُ . وَتَنَبَّهُ عَلَى الأَمْرِ : شَعَرَ بِهِ .

النَّشَاطُ : ضد الكسل ، نَشِيطٌ نَشَاطًا وَنَشِيطًا إِلَيْهِ ، فَهُوَ نَشِيطٌ : أي طيب النفس للعمل .

الرَّائِدُ : الزِّيَادَةُ : التَّمَوُّ ، خِلاف النقصان (ابن منظور، ب. : ٩٥-١٩٨-٥٤٢-٥٤٣).

ب - الإصطلاح النفسي :

ورد تعريف الانتباه في موسوعة علم النفس على أنه : تركيز الشعور على موضوع ما ، أي عملية انتقائية يتم من خلالها التركيز على نشاط ما ، على حساب نشاطات منافسة ، فالانتباه أذن يؤمن وظيفة انتقاء من بين المثيرات التي تعرض على الجسم (بارو ودورون ، ب.ت ؛ سالمى وزملاؤه ، ١٩٩٨ ؛ سيلامي ، ٢٠٠١).

أما النشاط الزائد فيشار إلى هذا الاضطراب باصطلاح فرط الحركة أو فرط النشاط الحركي ، أو الحركة الزائدة ، يصيب الأطفال والمراهقين ويتميز بعرضين هما العجز

في تركيز الانتباه ، وزيادة النشاط أو الحركة بصورة شاذة وبدون أهداف (موسوعة علم النفس الشامل : ٥١).

ويصف جين وزملاؤه (Jan, et al., 1987) الطفل ذو اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بأنه ذلك الطفل الذي يبدي مستوى غير مقبول من النشاط الحركي، وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

ويلاحظ نفس التعريف لدى كولاتا، Kolata, ١٩٧٨ إلا أنه يضيف أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، يصاحبه تحول سريع في الانتباه، وضعف القدرة على التركيز على موضوع معين، والاندفاعية التي تحول دون إقامة علاقات اجتماعية ناجحة (Peter, 2001 : 11).

ويتفق الشربيني (٢٠٠٠) مع سابقه كولاتا (Kolata, 1978) وجيني وزملاؤه (Jan, et al., 1987) في تعريفه لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على المظاهر الأساسية - فرط الحركة ، ضعف القدرة على التركيز، الاندفاعية - ويضيف وجهة نظرة القائلة بأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عبارة عن مجموعة اضطرابات.

ويضيف هولونكو (Holowenko, 1998 : 17) بأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد "تشخيص طبي لحالة سلوكية تشير إلى مجموعة مختلطة من السلوكيات الفوضوية، وتظهر في صورة صعوبة في النمو والأداء والتفاعل الاجتماعي، ومن الممكن أن يكون لهذه السلوكيات العديد من الأسباب والآثار".

أما باركلي (Barkley, 1998 : 11) فيرى أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد " اضطراب يتصف بدرجات متفاوتة من عدم الانتباه ، والنشاط الزائد ، والاندفاعية غير الملائمة من ناحية النمو ، تنشأ في مرحلة الطفولة المبكرة ، وهي أعراض ذات طبيعة مزمنة نسبياً ولا يتم تفسير ظهورها على أساس الإعاقة الجسمية، أو العصبية، أو الاضطراب العقلي، أو الاضطراب العاطفي الحاد، وهذه الصعوبات - عدم الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاع- مترافقة مع حالات عجز السلوك في المحافظة على نمط متسق من الأداء عبر الزمن".

أما الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR-2000) الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فتعرف نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سن سبع سنوات) ، ويظهر في بيئات مختلفة (المدرسة ، والمنزل ، والملعب) ، ويستمر لمدة لا تقل عن ٦ أشهر ويُحدث تعطل في الوظائف الأكاديمية والاجتماعية، والمهنية، والنفسية، ولا يظهر نتيجة لاضطراب نمائي آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders كاضطراب التوحد أو اسبرجر على سبيل المثال ، ولا يمكن تفسيره باضطراب الفلق أو اضطراب الشخصية أو الفصام، أو اضطراب وجداني " (DSM- IV- TR-2000 : 85).

٣- الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

يلاحظ أن هذا المصطلح يتكون من جزئين : الجزء الأول نقص الانتباه ، والجزء الثاني النشاط الزائد. ويضاف إلى الجزء الثاني الاندفاعية ، كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة DSM-IV (الحامد ، ٢٠٠٢).

١ - نقص الانتباه Attention Deficit :

يظهر نقص الانتباه قبل سن سبع سنوات، لمدة لا تقل عن ٦ شهور وقد يمتد إلى مرحلة الرشد وقد يستمر مدى الحياة، أعرض نقص الانتباه تظهر في مواقف اجتماعية وأكاديمية عديدة وتأخذ نماذج منها صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه لمدة ولو قصيرة، صعوبة توجيه الانتباه نحو أي مثير (الانتباه الانتقائي) ، سهولة التشتت لأبسط المثيرات فوضوية الأداء وعدم التنظيم ، ارتكاب الأخطاء، الإهمال سواء في المدرسة أو المنزل أو العمل ، عدم إكمال المهام المطلوبة إما بالانتقال من مهمة إلى أخرى دون إنجازها بصورة كاملة أو بتجنب المهمة كلياً لتحاشي خبرة الانتباه المؤلمة، يبدو الطفل كأنه لا يسمع ما يجري حوله ، ويفشل في استخدام التعليمات بشكل كامل قبل الاستجابة للمهمة.

وتكون هذه الأعراض أكثر حدة في المواقف المألوفة (المتكررة) المفنكرة للجاذبية الخالية من التعزيز الفوري ذات التفاعل الجماعي ، وأقل حدة في المواقف الجديدة الجذابة الممتعة ذات التعزيز الفوري والتفاعل الفردي . لذا لاحظ العلماء الأكلينيكيين بأن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتصرفون طبيعياً في المواقف الجديدة ، لذا ربما لا يظهرون مشاكل جوهرية خلال الأسابيع القليلة الأولى في المدرسة مع معلم جديد وصف دراسي جديد.

(عبد الرحيم، ١٩٨٢؛ خليل ١٩٩١؛ Roberts, et al, 1994؛ دببس والسمادونى ، ١٩٩٨؛ أحمد وبدر ، ١٩٩٩؛ Connors and Jett, 1999؛ الشربيني ، ٢٠٠٠، DSM-IV-TR-2000؛ الحامد ، ٢٠٠٢؛ الرويتع ، ٢٠٠٢؛ الشوربجي ودانيال، ٢٠٠٢).

٢ - النشاط الزائد "فرط الحركة" Hyperactivity :

تشير الدراسات على تباين صورة النشاط الزائد حسب المرحلة العمرية فهي تبدو لدى الأطفال في صورة عدم الاستقرار ، الحركة الدؤوب الخالية من الهدف، صعوبة في البقاء في وضع الجلوس، وفي حالة الجلوس يلوح بيديه في كل اتجاه أو يضرب بقدميه الأرض، قرع الأصابع ، قرع الطاولة باليدين ، العبث بالأدوات ، تسلق الأشياء، السقوط من الكرسي أو الخروج والتجوال داخل الفصل ، أو الانتقال خارجه ، يصدر أصوات غير ملائمة ويتكلم بصوت عالي ، وفي المنزل يجد صعوبة في الأكل بهدوء أو مشاهدة التلفاز، ومع النمو يأخذ النشاط الزائد مظهراً أكثر تخفياً في صورة تملل وصعوبة في البقاء ساكن لفترة طويلة (المرجع السابق).

٣ - الاندفاعية Impulsivity :

تتضمن عدم القدرة على ضبط السلوك ، وسرعة الاستجابة دون تفكير ، وعدم القدرة على تأجيل أو كف الاستجابة، لذا يقع الأطفال المندفعين في الأخطاء لعدم القدرة في التفكير في البدائل المتاحة، كما أنهم يقدمون على أعمال خطيرة تعرضهم للحوادث مثل قطع الطريق دون النظر في الاتجاهات المختلفة ، إشعال الحرائق ، السرقة، كما تأخذ الاندفاعية شكلا اجتماعياً مثل التطفل على الآخرين، مقاطعة الآخرين في الحديث

عدم التروي، صعوبة في انتظار الدور بشكل يؤدي إلى فقد العلاقات حيث أشارت الدراسات أن ٦٠% من الأطفال ذوي قصور الانتباه والنشاط الزائد منبوزين من نظرائهم لذا يعانون من قلة الأصدقاء وضعف في العلاقات الاجتماعية (المرجع السابق).

والأعراض سابقة الذكر - نقص الانتباه ، النشاط الزائد ، الاندفاعية - تتباين من حيث صورها وحدتها من فرد إلى آخر (Roberts, et al. , 1994; Connors and Jett, 1999; Wender, 2000).

وحسب ما أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR-2000 فإن هذه الأعراض ، نقص الانتباه ، النشاط الزائد ، الاندفاعية ، تقابل المحكات التشخيصية التالية :

أ - يجب أن يكون (١) أو (٢).

١ - ستة (أو أكثر) من أعراض نقص الانتباه والتي تظهر لمدة ستة أشهر على الأقل ، لدرجة يكون هناك سوء تكيف ، وغير متناسقة مع المرحلة العمرية.

● أعراض نقص الانتباه :

أ - يفشل غالباً في إعطاء اهتمام أو تركيز للتفاصيل ، أو يرتكب أخطاء توصف بالإهمال في المدرسة ، أو العمل.

ب - غالباً ما يواجه صعوبة مواصلة الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

ج - لا يبدو بأنه يستمع عند التحدث إليه مباشرة.

د - غالباً لا يتبع التعليمات ، ويفشل في إنجاز العمل المدرسي ، والأعمال الخفيفة، أو مهام العمل (ليس بسبب سلوك المعارضة).

هـ - غالباً ما يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

و - غالباً ما يتجنب أو لا يفضل المشاركة في المهام التي تتطلب جهد عقلي مستمر (مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي).

ر - غالباً ما يضيع الأشياء الضرورية أو المهام أو الأنشطة الهامة (مثل الألعاب، أقلام الرصاص ، الكتب ، أو الأدوات).

ز - غالباً ما يكون عرضه للتشتت عن طريق المنبهات الخارجية.

ط - غالباً ما ينسى الأنشطة اليومية.

٢ - ستة (أو أكثر) من أعراض النشاط الزائد ، والاندفاعية استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل لدرجة تكون فيها سوء تكيف وغير متناسقة مع مستوى النمو.

● أعراض النشاط الزائد :

أ - غالباً ما يتمل ممسكاً بيديه أو يضرب بقدميه الأرض أو يتلوى في المقعد.

ب - غالباً ما يترك المقعد في غرفة الدراسة أو في الأماكن الأخرى المتوقع أن يكون جالساً فيها.

ج - غالباً ما يجري أو يتسلق بكثرة في الأماكن غير المناسبة (ولدى المراهقين والراشدين تظهر في صورة عدم الارتياح أو التملل).

د - غالباً ما يواجه صعوبة في اللعب أو الانهماك في الأنشطة بهدوء.

هـ - غالباً ما يكون متعجلاً ، وكأنه مقاد بمحرك.

و - غالباً ما يتحدث بإفراط.

● أعراض الاندفاعية :

ر - غالباً ما يجيب على الأسئلة قبل الانتهاء منها.

ز - غالباً ما يواجه صعوبة في انتظاره دوره.

ط - غالباً ما يقاطع أو يتدخل في شؤون الآخرين (مثل مقاطعة المحادثة أو اللعب).

ب - يجب أن تظهر الأعراض - عدم الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاعية المسببة للإعاقة أو التعطل - قبل سبع سنوات.

ج - يحدث إعاقة أو تعطل بسبب الأعراض ويكون متواجد في اثنين أو أكثر في الأوساط (مثل المدرسة ، البيت ، أو العمل).

د - يجب أن يكون هناك دليل واضح للإعاقة أو التعطل من الناحية الإكلينيكية في المهام الوظيفية (الاجتماعية ، أو المهنية ، أو الأكاديمية).

هـ - لا تحدث الأعراض نتيجة لاضطراب نمائي.

ولا يمكن تفسيره باضطراب عقلي (مثل اضطراب وجداني ، اضطرابات القلق ، اضطراب الفصام ، أو اضطرابات الشخصية).

٤ - الأنواع الفرعية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

كما سلف يظهر هذا الاضطراب على ثلاثة أبعاد : نقص الانتباه ، والنشاط الزائد، والاندفاعية . والأقسام الفرعية لا تخرج عن هذه الأبعاد كما وضحاها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR, 2000)، وهي:

أ - اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد : نمط مشترك وهذا يضم الأعراض التشخيصية للبعدين : نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ب - اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد : نمط يسود فيه نقص الانتباه. وهذا النوع يضم أكثر الأعراض التشخيصية لنقص الانتباه مع بعض أعراض النشاط الزائد.

ج - اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد : نمط يسود فيه النشاط الزائد ، وهو عكس السالف من حيث غلبة الأعراض التشخيصية للنشاط الزائد (الرويتع، ٢٠٠٢ : ٤٢).

٥ - معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

تشير الدراسات إلى تباين في نسب انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وإجماع الرأي يفيد أن ٣% إلى ٥% من مجموع الأطفال يتأثرون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Barkley, 1998; Holowenko, 1999).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR-2000) فيشير إلى أن اضطراب النشاط الزائد أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث، ونسبة الذكور إلى الإناث تتراوح ٢ : ١ .

وتوصل باركلي (Barkely, 1998) إلى أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ينتشر بنسبة ٣% إلى ١٠% بين أطفال المدرسة في أمريكا ، وهذا النسبة تعني وجود ٣:١ من الأطفال ذوي النشاط الزائد في كل صف دراسي.

وفي دراسة قام بها ستوران على عينة من أطفال المرحلة الابتدائية في المدارس العادية أتضح أن نسبة من يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ٤% إلى ٨% (الشخص ، ١٩٨٥ : ٧٤).

٦ - أسباب الاختلاف في تحديد معدل الانتشار :

يرجع اختلاف التقديرات في تحديد النسبة المئوية إلى :

أ - عدم الاتفاق على التعريف بسبب تداخل هذا الاضطراب مع غيره.

ب - الاختلاف في التصنيف Classification على سبيل المثال الاختلاف بين التصنيف الأميركي الذي يعتمد على الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) والتصنيف الأوربي الذي يعتمد على (ICD).

ج - طريقة التشخيص ونوعية عينات الدراسة المختارة.

د - الفئة العمرية المختارة للدراسة.

هـ - نسبة التوافق بين الوالدين والمعلم والطبيب في تقييم حالة الطفل (حامد، ٢٠٠٢ : ١٢١).

٧ - ظهور اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

تعتبر منتصف مرحلة الطفولة هي أكثر الأوقات شيوعاً لظهور أعراض بارزة من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد . فالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سن الخامسة والتاسعة هم أكبر فئة تشاهد في عيادات الصحة النفسية تعاني من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (Connors, and Jett, 1999). وسلوك عدم الانتباه يتأخر عادة في الظهور عن سلوك النشاط الزائد، والظهور المبكر لهذه الأعراض ينبئ بنتائج أسوأ في المراهقة (توني وربورت، ١٩٩٨).

٨ - الملامح الجسمانية والإثارة العضوية والاستجابة :

لا توجد هناك ملامح جسمانية مترافقة مع اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد بالرغم من وجود حالات جسمانية بسيطة مثل : إرتفاع سقف الحنك، انخفاض مستوى الأذنين. والتي قد تحدث بمعدل أعلى من معدل حدوثها، وسط عامة السكان، بالإضافة إلى إرتفاع معدل الإصابات الجسمانية (91 : DSM-IV-TR- 2000).

وقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت في العقود الأخيرة لفحص إمكانية وجود فروق سيكوفيزيولوجية بين المصابين باضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد وبين الأسوياء، وقد استخدمت مقاييس عديدة مثل استجابات القلب، وضغط الدم، واستجابة الجلد، وموجات المخ، وقورنت عند المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأسوياء تحت ظروف متنوعة. وقد بينت النتائج وجود فروق بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وبين الأسوياء في استجاباتهم لهذه المثيرات المتنوعة، فالمصابين بنقص الإنتباه والنشاط الزائد يملكون حالة متدنية من الإثارة والتنبه، مقارنة بالأسوياء (عبد الله، ٢٠٠١).

٩ - مسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

تتباين المسببات بتباين الخلفية النظرية والفلسفية التي يتبناها المفسرون في تفسير الاضطراب ، حيث يرى البعض أنه يرجع لمسببات وراثية ، والبعض أرجعها إلى عوامل بيئية، والبعض يرى أنها انعكاسا لعوامل عضوية عصبية أو نتيجة لخلل في التوازن الكيميائي وفيما يلي عرض مختصر لتلك النظريات المفسرة.

أ - العوامل الوراثية The Genetic Factors :

أشارت الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية ونقص الانتباه والنشاط الزائد إلى أن ما بين حوالي ٥٥% إلى ٩٢% من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد مرتبط بعوامل وراثية (ميركولينو ، ٢٠٠٣) . وقد دعم

باركلي (Barkley,1998) هذه النتائج وأضاف أن هذا الانتشار إنما هو ناتج عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية.

وتقدم الدراسات التي أجريت على التوائم ، والأسر دليلاً على أهمية العوامل الوراثية في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فقد وُجد تماثل في تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في ٥٩% إلى ٨١% . كما توصلت الدراسات التي أجريت على الأقرباء من الدرجة الأولى (الأخوان والأبوين) للأفراد ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أن حوالي ٢٥% من هؤلاء الأقارب يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهم مقارنة مع ٤% إلى ٨% فقط من أقرباء الأفراد غير المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (سيسالم، ٢٠٠١؛ ميركولينو وتوماس، ٢٠٠٣).

ب - العوامل العصبية Neurological Factors :

في القرن السابق افترض الباحثون أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ناتج عن تلف في المخ، أما الآن فقد ساعدت التقنية الحديثة المختصين في البحث في قطاعات متعددة من المخ، حيث كشفت نتائج الدراسات التجريبية باستخدام الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging (MRI) وجهاز قطاعات المخ CTScans ، وأشعة التآين Ionizing Radiation عن وجود فروقات دقيقة بين أدمعة الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وغير المصابين، فمثلاً وجد أن عدم التماثل الطبيعي بين الجزء الأمامي من فصي الدماغ الأيسر والأيمن ، وأواسط العقد العصبية الدماغية السفلية Caudate Nucleus اليمنى واليسرى لا يتوفر لدى الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

(Holowenko, 1995; Wender, 2000; Valeriel, et al, 2002; Wood, 2003).

كما أقترحت العديد من النظريات أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد نتيجة خلل في وظيفة الدوبامين Dopamine وهو ناقل عصبي يتمركز في المناطق الدماغية المسؤولة عن الحركة والدافعية (Holowonko, 1999؛ الخميس ، ٢٠٠٠؛ Charloottee, et al. ,2002).

ج - العوامل الكيميائية Chemical Factors :

لقد وجدت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتناقص لديهم تأيض الجلوكوز - مجموعة العمليات المتصلة ببناء البروتوبلازما ودورها وبخاصة التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية - في الفصوص الجبهية، والجدارية من القشرة الدماغية (ميركولينو ، ٢٠٠٣).

د - العوامل البيئية Environmental Factors :

تعد العوامل البيئية تعد من الافتراضات الأخرى المفسره لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حيث تشير الدراسات أن الأطفال الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم والمقيمين في مؤسسات داخلية ينتشر بينهم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، كنتيجة للحرمان من الرعاية الأسرية والتفاعل الاجتماعي الايجابي (إبراهيم ، ب، ت ، Barkley, 1998).

ومن خلال دراسة أجراها باركلي (Barkley, 1998) على مجموعتين من الأطفال، إحداهما يعاني أفرادها من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأخرى من الأطفال العاديين، حيث كشفت نتائج الدراسة أن آباء الأطفال ذوي نقص الانتباه النشاط الزائد أكثر استخداماً لأساليب العقاب البدني مع أطفالهم في حين وجد أن آباء الأطفال العاديين يستخدمون المكافآت والتدعيم لتشجيع أبنائهم على ممارسة السلوكيات المرغوبة.

ومن العوامل البيئية التي يعتقد أنها من الأسباب وراء اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، الألوان الصناعية التي تدخل في صناعة بعض المشروبات والأطعمة، والرصاص الملوث للماء والهواء والأطعمة، وتعرض الأطفال لإضاءة الفلورسنت (المعروفة بالنيون) بصفة مستمرة لفترة طويلة ، والتشوهات أثناء الولادة ، والرضوض، واصابات الرأس بسبب الحوادث (Dupaul, et al., 1992; Jan, et al., 1987)؛ الشرييني، ٢٠٠٠؛ Peter, 2001).

ومن الطرح السابق لمسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتضح أنه لا يوجد عامل محدد يُعزى إليه اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، ولكن تظافر مختلف العوامل الوراثية، والعصبية، والبيئية، والكيميائية يمكن أن تفسر لنا مجتمعه أسباب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

يقصد به دراسة الحالات المرضية المشابهة إلى حد كبير لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، والتي يجب تمييزها عنه. مثل الحالات التالية :

١- **القلق**: يتمثل في الانزعاج المفرط لتوقع حدوث موقف أو حدث غير سار، ويؤدي القلق إلى التوتر والتهيج الشديد مما يؤثر سلباً على قدرة الفرد على الانتباه والتركيز، إضافة إلى امكانية الخطأ في إصدار الأحكام أو الاستجابة لبعض المواقف بالانغماس في أحلام اليقظة. ومن السهل الفصل بين المظاهر أو الأعراض السلوكية الانفعالية الناتجة عن القلق وتلك الأعراض المرتبطة بنقص الانتباه والنشاط الزائد، وذلك عن طريق التعرف على مصادر القلق أو الخوف عند الطفل وتحليلها .

٢- **التخلف العقلي**: تعتبر مظاهر التخلف العقلي (الاضطرابات الحركية، نوبة الغضب) من أكبر المظاهر تداخلاً مع مظاهر نقص الانتباه والنشاط الزائد، وتسهم مقاييس الذكاء والسلوك التكيفي في تمييز التخلف العقلي عن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد .

٣- **الوسواس القهري**: إن السلوك والفكر المتكرر حول نقطة واحدة بشكل استحواذي يشغل الطفل عن التركيز والانتباه وهنا تكون نقطة التداخل مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، إلا أن السلوك والتفكير الاستحواذي مظاهر بارزة لاضطراب الوسواس القهري .

٤- **صعوبات التعلم**: تتداخل مظاهر صعوبات التعلم تداخل كبير مع مظاهر نقص الانتباه والنشاط الزائد، فلقد قدر عدد الأطفال ذوي نقص الانتباه، الذين يعانون في نفس الوقت من صعوبات التعلم بنسبة ٥٠% من المجموع الكلي للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. ويرى جولد شين (١٩٩٥) أن المشكلة الأساسية للطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم هي صعوبات التعامل مع المعلومات لا الانتباه، فهو قد ينتبه ويركز على ما يقال من معلومات لكنه لا يستطيع التعامل بما يتطلبه التعامل من استجابة واستدعاء، وتذكر، وتخزين، وربط العلاقات، وهذا راجع لقصور في قدرة المخ على التعامل مع المعلومات، ولهذا فإن استخدام الأدوية التي تساعد على استثارة الانتباه لا تفيد في هذه الحالة كما يمكن التفريق بينهما بإجراء اختبار نفسي وتربوي، كما يلاحظ أنه في جميع الحالات السابقة (القلق، التخلف العقلي، الوسواس القهري، صعوبات التعلم) أن أعراض عدم الانتباه تبدأ في

الحدوث من بعد سن السابعة، كما أن تاريخ التكيف المدرسي في مرحلة الطفولة لا يتميز بالسلوك الفوضي (سيسالم، ٢٠٠١ : ٧٠-٧١).

٥- يجب تمييز النشاط الحركي الزائد والذي يحدث في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عن سلوك الحركة المتكرر والذي يميز اضطراب الحركة المتكررة والذي يكون السلوك مُركز وثابت بصفة عامة (إهتزازات، عض الذات) بينما يكون التملل بعصبية والقلق في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، بالإضافة إلى أن الأفراد المصابين باضطراب الحركة المتكررة لا يتميزون بالنشاط الزائد ، وإنما التكرار الحركي ، بل ربما يكونوا قليلي الحركة والنشاط (91: DSM-IV-TR-2000) .

٦- هناك بعض الحالات الطبية التي لها أعراض شبيهة بأعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد مثل: ردود الفعل الناتجة عن تعاطي بعض الأدوية، متلازمة تورتي Tourette Syndrome (اضطراب الحركات العصبية اللاإرادية) ، التهاب الأذن، اضطراب الغدد الدرقية، أصابات الدماغ، الصداع، تسهم الفحوصات الطبية في الكشف عن هذه الحالات وتميزها، ولا يتم تشخيصها قبل سن السابعة كاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. (DSM-IV-TR,2000 وسيسالم، ٢٠٠١؛ ميركولينو؛ ٢٠٠٣).

١١- مآل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

كان يعتقد في السبعينات أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يأخذ في التلاشي بمجرد دخول الطفل سن المراهقة، ولكن الأبحاث الحديثة كشفت خلاف ذلك (عبدالله، ٢٠٠١) .

أما المؤشرات السلبية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والتي تنبئ ظهورها عن نتائج مستقبلية سيئة فهي :

أ - الاضطرابات النفسية مثل : القلق، الاكتئاب.

ب - انخفاض نسبة الذكاء.

ج - العدوانية.

د - سرعة الغضب.

هـ - صعوبات التعلم، فكلما زاد نسبة التداخل بين هذه الحالات، واضطراب الانتباه والنشاط الزائد كانت النتائج المستقبلية أشد سوءاً (عبدالله، ٢٠٠١؛ الحامد، ٢٠٠٢).

ومن الدلائل والمؤشرات الإيجابية التي تتبئ بنتائج مستقبلية جيدة للأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد ما يلي :

أ - ارتفاع نسبة الذكاء.

ب - التدخل العلاجي المبكر.

ج - الاستقرار الأسري.

د - ارتفاع الدخل الاقتصادي للأسرة (عبدالله، ٢٠٠١) .

١٢ - الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

يُصاحب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مجموعة من الاضطرابات النفسية مثل اضطراب المسلك Conduct Disorder حيث وجد أن قرابة ٢٠% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون أيضاً من اضطراب المسلك. كما وجد أن ما بين ٩ إلى ١٨% من الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (الحامد ، ٢٠٠٢). ويشير باركلي (Barklay,1998) أن ما يقارب من ٥٥% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهم صعوبات تعليمية. كما أشار الحامد (٢٠٠٢) أن اضطراب المعارضة والتحدي Oppositional Defiant Disorder واضطرابات القلق Anxiety Disorders من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

١٣ - أساليب تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

هناك عدة مقاييس تستخدم في عملية تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، وستقتصر الباحثة في عرضها على الأساليب الأكثر أهمية وشيوعاً :

١ - الفحص الطبي (الإكلينيكي) :

يُعد الخطوة الأولى التي يجب على الوالدين القيام بها نحو الطفل المصاب بنقص الانتباه والنشاط الزائد ، وللحصول على التشخيص التفريقي لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الحالات الطبية والسيكولوجية ذات الأعراض المشابهة (Holowenko,1999 ؛ حامد ، ٢٠٠٢).

يرى سيتورات (Stawart,1966) أن الفحص الجسدي كأداة تشخيصية تسهم في تقييم الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد (أبو خالد، ١٤١٨ : ٣٨).

ويُجرى التشخيص العصبي لتقييم المهارات الحركية والعلامات العصبية الحساسة باستخدام اختبارات أدائية مثل : الأكمال السريع والصحيح للوحة مخرمة بالسدادات المناسبة ، وضع الأصابع على نحو تقابلي تنابعي ، وتعتبر العلامات العصبية الحساسة- ضعف التناسق ، ضعف إدراك الاتجاهات ، الحركات غير الهادفة - شائعة بين المصابين بأضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ميركولينو، ٢٠٠٣) . وهناك وسائل تشخيصية أكثر تعقيداً في طور البحث ، مثل المسح الدماغى الكهربائى Electroencephalographic Scanning (الرويتع ، ٢٠٠٢ : ٤٦).

ب - الملاحظة : Observation

تعتبر ملاحظة سلوك الطفل من الأساليب الرئيسة التي يتم عن طريقها جمع المعلومات عن حالة الطفل. تتألف طرق الملاحظة غالباً من تسجيل سلوك الطفل طبقاً لفئات سلوكية (Barkley, 1998) . ويستخدم أسلوب الملاحظة في العيادة، وفي فصول الدراسة، وفي أماكن اللعب، والمنزل، وتتم الملاحظة أما بصورة مباشرة، أو باستخدام أجهزة التصوير لملاحظة سلوك الأطفال في فترات زمنية مختلفة، ومواقف متنوعة (Roberts, 1993; Barkley, 1998; Holland, 1999; Wender,2000).

ج - مقاييس تقدير السلوك : Behavior Rating Scales

تقدم مقاييس تقدير السلوك العديد من المزايا التي لا تقدمها طرق التقويم الأخرى، فمثلاً تسمح مقاييس التقدير بجمع بيانات من السلوكيات النادرة والتي من المحتمل أن لا تكون مضمنة في الملاحظات، كما أن مقاييس التقدير تعتبر سهلة نسبياً للاستخدام وهي رخيصة الثمن (Barkley, 1998 ؛ سيسالم، ٢٠٠١).

توجد العديد من مقاييس التقدير التي تستخدم للتعرف على اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وستعرض الباحثة بعض منها :

أولاً : مقاييس تقدير المعلمين :

توجد مجموعة من المقاييس التي تستخدم للحصول على تقديرات المدرسين وأهمها:

أ - مقياس كونرز المعدل لتقدير المعلمين : The conner's Teachers Rating Scale – Rivised

من أكثر المقاييس شمولية وهو صالح للأطفال فيما بين ٣ سنوات إلى ١٧ سنة، وهو ثمره ٣٠ سنة من البحث والتطوير.

يحتوي المقياس على ٥٩ بند مقسمة على ثمانية مقاييس فرعية هي :

- ١ - مقياس المقابلة أو المعارضة.
- ٢ - مقياس المشكلات المعرفية.
- ٣ - مقياس النشاط الزائد والانفعال.
- ٤ - مقياس القلق والخجل.
- ٥ - مقياس الإتقان.
- ٦ - مقياس المشكلات الاجتماعية.
- ٧ - مقياس الاضطرابات النفسية.
- ٨ - مقياس أعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة ، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي بالإضافة إلى مقياس لقياس الجوانب النفس جسمية. (Barkley, 1998، سيسالم، ٢٠٠١).

ويؤكد شافر وزملاؤه (Shaffer, et al., 1985) في دراستهم التي أجريت على الأطفال الصغار أن تقديرات المعلمين والآباء من أصدق المحكات التي يمكن في ضوءها الحكم على الطفل بأنه مصاب بنقص الانتباه والنشاط الزائد (أبو خالد، ١٤١٨).

ب - مقياس تقدير المعلمين الشامل لاضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد:

The ADHD Comprehensive Teachers Rating Scale (ACTRS).

ويتكون هذا المقياس من ٢٤ بند وأربعة مقاييس رئيسه لقياس الانتباه، والنشاط الزائد، والمهارات الاجتماعية والسلوك المعارض. وهو مناسب للأطفال من سن ٥ سنوات إلى ١٣ سنة (Dupaul, et al. , 1992).

ج - مقياس سبادافورد لتقدير نقص الانتباه والنشاط الزائد Spadafare-ADHD Rating Scale:

يحتوي على ٥٠ بنداً لتقدير سلوك الاندفاع ، والنشاط الزائد، والانتباه ، والتوافق الاجتماعي. ويستخدم مع مدرسي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات إلى ٩ سنة (Holland, 1999).

ثانياً : مقاييس تقدير الوالدين : Parents Rating Scale

أ - مقياس كونرز - المعدل لتقدير الوالدين:

The Conner's Parents Rating Scale – Revised

يشتمل على ثمانية مقاييس رئيسة التي يشتمل عليها مقياس تقدير المعلمين بالإضافة إلى قائمتين تستخدمان للتمييز بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد، وصالح للأطفال فيما بين ٣ سنوات و١٧ سنة.

ب - مقياس للوالدين من قائمة التدقيق السلوكي للطفل CBCL تحتوي على ١٣ بنداً ويكشف عن ٨ مشاكل : النشاط الزائد ، نقص الانتباه ، القلق ، الانسحاب الاجتماعي ، الاكتئاب ، العدوان ، عدم محبة الآخرين، إيذاء الذات (يحيى ، ٢٠٠٠ : ١٠٨).

ج - استبانة الأوضاع المنزلية ، تحتوي الاستبانة على ١٦ حالة أو مشكلة سلوكية، يتم تعبئتها من قبل الوالدين (Barkely,1998).

ثالثاً : مقاييس التقدير الذاتي :

تعد مماثلة لبنود قوائم مراجعة سلوك الأطفال للوالدين والمعلمين ما عدا أنه تتم صياغته بلغة المتكلم (Barkely, 1998).

د - المقابلة التشخيصية : Diagnostic Interview

هي التي تجري بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة تشخيصية ضمن فئات الدليل التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية (عبد المعطي ، ١٩٩٨).

ويرى كانتول (Cantwel,1977) أن استخدام المقابلة يتم في خطوتين هما مقابلة الآباء والمدرسين ، ومقابلة الطفل ، وأشار كانتول إلى نقاط في المقابلة تعطي السمات الرئيسية التي تساعد في اكتشاف وتشخيص حالة الطفل والأسباب الكامنة وراءها.

ويراعي عند إجراء المقابلة مع الطفل نقاط هامة منها ملائمة المقابلة لسن الطفل وذكاؤه ، وكذلك المشكلة المراد حلها، توفير المكان المناسب لإجراء المقابلة، كتابة تقرير مفصل عن سلوك الطفل أثناء المقابلة (أبو خالد ، ١٤١٨ ؛ Barkely, 1998).

وميزة المقابلات مع الوالدين والمدرسين أنها تزودنا بمعلومات ذات قيمة كبيرة في عملية التشخيص والتقييم المرتبطة بحالة الطفل (Barkley,1998; Holland, 1999).

ز - الاختبارات الأدائية البسيطة :

يوجد أربع اختبارات تساعد على قياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

- ١ - اختبار الحركة البصرية لبندر.
- ٢ - اختبار فورستنج لقياس الإدراك البصري النمائي.
- ٣ - اختبار رسوم الأشكال الإنشائية.
- ٤ - اختبار بورتي للمتاهات (Reid, et al., 1994).

ز - بطارية الاختبارات العصبية والنفسية Neuropsychological Battrey :

تعتبر هذه البطارية من الأدوات الشاملة في تشخيص النمو العصبي النفسي عند الأطفال من سن ٣ سنوات إلى ١٢ سنة ، وهي تنقسم إلى خمسة أبعاد رئيسية هي : الانتباه ، اللغة ، الإحساس الحركي، أداء الذاكرة (سيسالم ، ٢٠٠١ : ١١١).

مما سبق يلاحظ تنوع الأساليب المستخدمة في تشخيص وتقييم اضطراب النشاط الزائد ما بين الفحص الطبي، والملاحظة ، ومقاييس تقدير السلوك التي تم تقديرها من قبل الوالدين، والمعلمين ، والمقابلة التشخيصية واختبارات الأداء البسيطة ، إلا أن هناك بعض المآخذ على كل أسلوب، ويعد المدخل المتعدد الطرق الذي يأخذ أكثر من أسلوب في التشخيص هو الأفضل لكونه يساعد على موازنة نقاط القوى ونقاط الضعف من خلال دمج المعلومات للحصول على تشخيص دينامي شامل للنواحي السلوكية ، والجسمية ، والأكاديمية ، والنفسية للطفل والتي تساعد على رسم الخطط العلاجية والإرشادية.

١٤ - العلاج Treatment :

تعددت اتجاهات علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية من ناحية، ومن ناحية أخرى تبعاً لتعدد اهتمامات المتخصصين والباحثين الذين اهتموا بهذه المشكلة، إلا أن جميع التيارات العلاجية أشارت إلى أهمية التدخل المبكر لمنع الآثار السلبية على حياة الطفل (Peter, 2001). وستعرض الباحثة للتيارات العلاجية الأكثر استخداماً :

أ - العلاج الدوائي Drug Therapy :

الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تقسم إلى نوعين :

١ - الأدوية المنبهة Stimulants : طريقة عملها بما أن سبب الأختلال في سلوك الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعود إلى اضطراب في الموصلات العصبية المخية Neuro.transmitters فإن هذه الأدوية المنبهة تشبه في تركيبها تلك الموصلات وبالتالي تشكل دعماً قوياً لتلك الموصلات العصبية المخية وتنشيط مراكز التحكم والانتباه في قشرة المخ (حامد ، ٢٠٠٢ : ٨٨).

ومن العقاقير المنبهة المستخدمة على نطاق واسع في علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الميثايلفينيديت Methylphenidate والذي يعرف تجارياً ريتالين Reitalin ، والبيمولالين Pemoline والذي يعرف تجارياً بإسم سيليرت Cylert وكذلك الدكستروأمفتيامين Dextroamphetamine والذي يعرف تجارياً بإسم ديكسادارين Dexadrine (Holowenkoe, 1999; Barkley, 1998).

وتوثق الدراسات الحديث فعالية تلك الأدوية في علاج ما يقارب من ٧٠% من مجموع الأطفال المشخصين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، فقد ساهمت الأدوية المنبهة في تحسن ملحوظ في السلوك الصفي ، ومستوى الانتباه ، وتحسن في علاقة الطفل بوالديه وأقرانه (ميركولينو، ٢٠٠٣؛ Linet, 2003).

٢ - الأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressants ، وأهمها المركبات ثلاثية الحلقات، من أمثلتها : ديسبرامين Desipramine وإيميبرامين Imipramine وأسمه التجاري توفرانيل Tofranil ، وتستعمل هذه الأدوية في علاج حالات الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب باضطراب القلق أو الاكتئاب، والحالات التي لم تستجيب للأدوية المنبهة ، والحالات المصحوبة بلزمات عصبية Tics (حامد ، ٢٠٠٢). كما تم مؤخراً اكتشاف بعض الأدوية التي تساعد على التخفيف من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، إلا أنها لا زالت قيد البحث والدراسة

للقوف على آثارها السلبية مثل زولفت سيرترالين Zolft-Sertraline ، وباكسل باروكيستين Paxil-paroxetine (سيسالم ، ٢٠٠١).

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لا يوجد من بين هذه العقاقير ما يساعد على الشفاء التام من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، فهي جميعاً تساعد على تحسين الأداء الاجتماعي والأكاديمي داخل المدرسة وفي المنزل (ميركولينو، ٢٠٠٣).

ب - العلاج الغذائي :

ينصح بعض الأطباء بعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، بإتباع نظام غذائي، يتضمن الامتناع عن تناول بعض الأطعمة التي تسبب هذا الاضطراب ، مثل الحلوى التي تحتوي على الألوان الصناعية والأغذية المحفوظة كيميائياً، وذلك بعد أن ظهرت أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند بعض الأطفال المتناولين مثل هذه الأطعمة بصفة مستمرة ولفترات طويلة (إبراهيم، ب.ت : ٥٨).

ج - العلاج السلوكي : Behavioral Therapy

العلاج السلوكي أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي لحل المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية بطريقة مناسبة تتوخى ضبط وتعديل السلوك غير المناسب والمتمثل في الأعراض وتنمية السلوك السوي لدى الفرد. ويرى الخطيب (١٩٩٤) أن البيئة هي السبب الرئيس وراء السلوك الإنساني ، ويقصد بالبيئة مجموعة الظروف التي يعيشها الفرد وتؤثر فيه ويؤثر فيها ، ومن ثم يمكن تغيير سلوك الفرد عن طريق إحداث تغيير في عناصر البيئة المحيطة به (الخطيب، ١٩٩٤؛ خاشقجي، ١٩٩٩).

ويفترض علماء النفس السلوكيين أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو حصيلة تعلم خاطئ لعادات سلوكية أكتسبها الطفل وتداولها ، ولا يمكن محو هذه العادات من سلوك الطفل إلا بتعليمه عادات سلوكية سليمة تحل محلها (إبراهيم ، ب.ت: ٥٩). ويرى بيتر (Peter, 2001) أن العلاج السلوكي يساعد الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في بدء تحمل مسؤولية أكثر نشاطاً من سلوكه.

وقد أجمعت نتائج بعض الدراسات على فاعلية برامج العلاج السلوكي في خفض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وبخاصة تلك التي استخدمت تعزيز السلوك المناسب، والنمذجة (دبيس والسماذوني ، ١٩٩٨؛ إبراهيم ، ب. ت).

١ - تعزيز السلوك المناسب :

يقصد به مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتم تدريبه عليه ، على أن يُراعى عند استخدام هذه الاستراتيجية-تعزيز السلوك المناسب - العوامل التي تؤثر على فعالية التعزيز مثل : فورية التعزيز ، وثبات التعزيز، وكمية التعزيز، والجهد، والتنوع، مستوى الحرمان والإشباع من المعززات لدى الفرد (الخطيب ، ١٩٩٤؛ أحمد وبدر ، ١٩٩٩؛ ميركولنيو، ٢٠٠٣).

٢ - النمذجة : Modeling :

إن التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين يسمى بالنمذجة وهي عملية هادفة وموجهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معين بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يطلب منه الملاحظة والتقليد، على أن يُراعى عند استخدام هذه الاستراتيجية - النمذجة - العوامل التالية التي تزيد من فعالية النمذجة مثل انتباه الملاحظ ، ودافعية الملاحظ ، ومقدرة الملاحظ على تقليد السلوك النمذجي (الخطيب، ١٩٩٤).

ويرى كلا من كونرز وجت (Connors and Jett, 1999) أن النمذجة تلعب دوراً هادف في إكساب المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المهارات الاجتماعية ، والشخصية واللغوية ، والمهنية (Connors, and Jett, 1999).

٣- الاسترخاء: Relaxation

ينطلق استخدام أسلوب الاسترخاء من افتراض مفاده أن الاسترخاء العضلي يهدئ الطفل ويقلل من تشتته، كما تضمنت هذه الطريقة استخدام التخيل بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث على الراحة في نفوسهم أثناء الاسترخاء، وفي دراسة قام بها كلاين تم استخدام الاسترخاء لمعالجة النشاط الزائد لدى (١٢٤) طفل بنجاح منطلقين من افتراض أن الاسترخاء لا بد أن يقلل التوتر وزيادة درجة الهدوء لدى الطفل كثير الحركة (يحيى، ٢٠٠٣).

٤- التغذية الحيوية الراجعة: Biofeedback

استخدم كل من شولمان، وسوران جهاز الكروني يقيس مستوى النشاط الحركي لدى الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد، ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوت مسموع)، ويعني صدور هذا الصوت أن مستوى النشاط الحركي عند الطفل مرتفع، وفي هذه الحالة يمتنع المعالج عن تعزيز الطفل، في حين عدم صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي لدى الطفل منخفض وبالتالي يقدم المعالج التعزيز للطفل، وقد أشار الباحثان شولمان وسوران إلى فاعلية أسلوب التغذية الحيوية الراجعة في علاج الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (عبد الرحمن وحسن، ٢٠٠٣).

د - العلاج المعرفي السلوكي : Cognitive Behavioral Therapy

يجمع هذا النوع من العلاج بين أساليب وتقنيات العلاج السلوكي والعلاج المعرفي (الخطيب ، ١٩٩٤).

إن من أهم المشاكل التي تواجه الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو نقص القدرة على السيطرة على المثيرات الخارجية. لذا يحتاج الطفل إلى مراحل العلاج التالية :

المرحلة الأولى : خلق وتصميم بيئة تقل فيها المؤثرات الخارجية.

المرحلة الثانية : تطبيق أساليب وفنيات العلاج السلوكي مثل: التدعيم الإيجابي، الإقصاء، والاقتصاد الرمزي.

المرحلة الثالثة : تدريب الطفل على عملية ضبط النفس من خلال :

١ - مراقبة الذات: Self-monitoring :

يتضمن مراقبة الذات تعلم الأطفال فحص سلوكياتهم بصورة واعية ومقصودة، وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح في زيادة معدل ممارسة الأطفال للسلوكيات المرغوبة مثل الاستذكار، الاشتراك في المناقشة داخل الصف (ريزو وزابل، ١٩٩٩، يحيى، ٢٠٠٣).

٢ - التقييم الذاتي: Self-evaluation :

يتضمن هذا الأسلوب تعليم الأطفال سلوكياتهم وفقاً للمعايير السلوكية التي تم تحديدها مسبقاً، وهنا يتم تعليم الأطفال كيفية مقارنة ادائهم للسلوك موضع الاهتمام مع معدل حدوثه قبل التعلم (المعدل القاعدي)، فقد يتعلم الطفل مثلاً أن يقول (لقد تكلمت بصوت مرتفع ثلاث مرات فقط اليوم، وذلك بالمقارنة بما كان يحدث في الأسبوع الماضي قبل بدء البرنامج، حيث كنت أتكلم عشرين مرة) (ريزو وزابل، ١٩٩٩؛ يحيى ٢٠٠٣)

٣ - التعزيز الذاتي Self-reinforcement :

يستخدم أسلوب التعزيز الذاتي والعقاب الذاتي لتعليم الأطفال تزويد أنفسهم بتغذية راجعة سواء إيجابية أو سلبية مثل: لقد أديت العمل بصورة صحيحة، ثم وضع دائرة حول الوجه الذي يعبر عن السعادة، أو الوجه الذي يعبر عن عدم السعادة في حالة عدم تأدية العمل على مقياس التقدير. وقد أوضحت دراسة برولستد وجونسون (Bolstad and Johnson, 1972) أن استخدام أسلوب التقييم الذاتي والتعزيز الذاتي مع الأطفال أدى إلى خفض معدل حدوث السلوك الفوضوي بدرجة تفوق استخدام التعزيز الخارجي فقط (ريزو وزابل، ١٩٩٩؛ يحيى، ٢٠٠٣)

وقد أفادت مراجعة كلاً من مشن بام (Mechenbaum, 1980) وبرلانند (Burland, 1979) لبعض البحوث عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين المهام الوظيفية، والاجتماعية، والأكاديمية لمن يعاني من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Yasser, 2000).

هـ - الإرشاد الأسري :

تعتبر الرعاية الأبوية لطفل مصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تحدياً، لذلك ينبغي أن يكون الأخصائيون (طبيب الأطفال - الطبيب النفسي -

الأخصائي النفسي - معلم التربية الخاصة - الإدارة المدرسية) مصدراً للمعلومات والدعم لهؤلاء الوالدين. وقد لا حظ كلا من فاندرو وبيس (Vander and pace,1995) أن أغلب استراتيجيات إرشاد أسر ذوي الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد تقع ضمن أربعة محاور رئيسة وهي :

- ١- برامج المعلومات، وهي توفر للأباء الحقائق عن حالة طفلهم .
- ٢- برامج علاجية نفسية لمساعدة الأباء في التعامل مع مشكلاتهم ومشكلات أطفالهم .
- ٣- برامج تدريب الأباء في تطوير مهارات فعالة لتعليم طفلهم .
- ٤- برامج العمل الفردي مع الطفل من أجل الشروع في استراتيجيات الإدارة الذاتية مثل (تنمية طريقة منظمة لإنجاز الواجبات المنزلية والمهام الأخرى، وتنمية طريقة حل المشكلات في المواقف الاجتماعية، وتنمية طريقة للتحكم في حالات الغضب والقلق) (استيورت، ١٩٩٦؛ ميركولينو، ٢٠٠٣).

و- التدخل التربوي:

يعاني الطلبة المصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من صعوبات في التعامل مع البيئة التربوية، مما سبب قصور في انخراطهم في العمل الأكاديمي، وعدم كفاية الفرص المتاحة لهم لتعلم المهارات الأكاديمية وممارستها. لذلك تقتضي الحاجة خطة تدخل متعددة الأشكال تشمل المعلم والوالد والقرين، والذات، وتعديل البيئة الصفية، وغالباً ما يصحبها تعاطي العقار العلاجي الملائم، وذلك من أجل الإدارة الناجحة للمشكلات التربوية التي يواجهها الطلبة المصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ميركولينو، ٢٠٠٣) .

ومن الاستعراض السابق يتضح أن الخطة المعدة من قبل فريق عمل مختص والشاملة والمعتمدة على أكثر من أسلوب في العلاج تعد فعالة لعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ثانياً : بعض الخصائص النفسية للمصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

أ- العدوانية Aggressiveness :

تعتبر العدوانية من الخصائص النفسية التي لا يوجد لها تعريف متفق عليه من قبل العلماء المهتمين بدراسة هذه الخاصية، لذا سنتناول الباحثة تعريفات العدوانية من عدة زوايا، والنظريات المفسرة للعدوانية، والعلاقة بين الجنس والعدوانية، العلاقة بين العدوانية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

١ - تعريف العدوانية :

عرف دولارد وزملاؤه (Dollard, et al.,1948) العدوانية بأنها "السلوك الذي يستهدف إلحاق الأذى بشخص آخر" (المطروودي، ١٩٩٦). يلاحظ في التعريف السابق اقتصره على اتجاه واحد للتعبير عن العدوانية وهو إلحاق الأذى بشخص آخر.

ويعرف الزعبي (٢٠٠١ : ٢٠٠٠) العدوانية بأنها "ذلك السلوك الهجومي الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالناس أو بالذات أو الممتلكات".

ويتضح من عرض التعريف السابق أنه تناول العدوانية من حيث اتجاهها سواء ضد الذات أو ضد الناس أو ضد الممتلكات، ولم يتعرض لصور التعبير عنها، وهذا ما سيضيفه ماريون (١٩٩٧) حيث يوضح بأن الهجوم أو الإيذاء يكون إما مادياً أو معنوياً، وأن دائرة العدوانية تشمل إلحاق الأذى بالذات أو الناس أو الممتلكات والتي يقصد بها الأشياء أو الحيوانات.

ويلاحظ من التعريفين السابقين أنها لم يقسما العدوانية إلى عدوانية مباشرة، وعدوانية متحولة (إزاحة) كما في تعريف كلا من فايد (٢٠٠١) ومختار (١٩٩٩) "أن العدوانية استجابة يرد بها المرء على الخيبة، والإحباط والحرمان، وذلك بأن يهاجم مصدر الخيبة، أو بديلاً عنه".

وعرفت مني شعبان (١٩٨٧) العدوانية على أنها "سلوك ظاهري علني يمكن ملاحظته وتحديده وقياسه، وهو إما أن يكون سلوكاً بدنياً، أو سلوكاً لفظياً مباشراً، أو غير مباشر متوفر فيه الاستمرارية والتكرار ويعبر عن انحراف الفرد عن معايير الجماعة، مما

يترتب عليه إلحاق الأذى والضرر البدني، والنفسي، والمادي بالآخرين، وتختلف في مسيبياته ومظاهره وحدته من فرد لأخر من مجتمع لأخر" (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٧٢).

أما بارون, Baron فيرى أن العدوانية "شكل من الأشكال السلوكية الموجهة بقصد إيذاء أو إلحاق الضرر بالكائن الحي الآخر الذي لديه الرغبة التامة في تحاشي مثل هذه المعاملة، ويشمل التعريف على معايير يمكن من خلالها الحكم على سلوك الفرد أهو عدوان أم لا؟ وتتمثل في : السلوك، وتوفر النية بقصد إلحاق الضرر أو إيذاء الآخرين، والكائن الحي كجاني ومجني عليه، رغبة المجنى عليه في تجنب تلك المعاملة" (فايد، ٢٠٠١). ويرى مختار (١٩٩٩ : ٥-١٥) أن العدوانية مصطلح يتضمن ثلاثة مفاهيم أساسية وهي :

١ - العدوان Aggression : ويقصد به الهجوم الصريح على الغير أو الذات، ويأخذ الشكل البدني أو اللفظي أو التهجم (العدوان الصريح).

٢ - العدائية Hostility: ويقصد به ما يحرك العدوان وينشطه ويتضمن الغضب والكراهية والحقد والشك، وهو ما يسمى بالعدوان المضمّر أو الخفي.

٣ - الميل للعدوان (نزعة عدوانية) Aggressivity : ويقصد به ما يوجه العدائية، أي أنه حلقة تربط العدائية كمحرك والعدوان كسلوك فعلي.

أما هوت وماجرت Hut and Magret ١٩٦٧ فقد عرفا العدوان بأنه "صورة من السلوك اللا إدراكي، ويشمل على مكونات هي السلوك العدواني، والسلوك التخويفي، والسلوك الدفاعي" (الجويان، ٢٠٠٣ : ٣٣).

ويعرف باندرورا Bandura, ١٩٧٣ العدوان على أنه "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو السيطرة، من خلال القوة الجسدية، أو اللفظية على الآخرين وينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم الممتلكات وقد وضع ثلاث معايير لتحديد السلوك العدواني :

- أ- خصائص السلوك نفسه: كالاعتداء الجسمي، أو الإهانة، أو اتلاف الممتلكات.
- ب- شدة السلوك: فالسلوك الشديد يعتبر عدوانياً .
- ج- خصائص المعتدي: عمره، وجنسه، وسلوكه في الماضي" (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٤٤-٤٥).

أما ديبس (١٩٩٧ : ٣٦٦) فيرى أن العدوان يشمل سلوكيات العدوان الصريح الذي يتمثل في المظاهر السلوكية التي تعبر عن الإعتداء البدني والمتمثل في العض، والخنق، والشد، والعرقلة، وكذلك يتمثل في السلوك العدواني العام الذي يتمثل في المظاهر السلوكية للعدوان اللفظي مثل الشتم واستفزاز الآخرين بالألفاظ واستخدام الألفاظ الجارحة والخارجة عن حدود الأدب، ومضايقة زملاء والتحرش بهم ومشاكستهم وأخذ حاجاتهم وإخفائها أو الاستحواذ عليها، ويضم أيضاً السلوك الفوضوي وهو مجموعة المظاهر السلوكية غير المقبولة اجتماعياً والتي تحدث ضوضاء وفوضى مثل الشوشرة على المعلم أثناء الدرس وعدم إتباع الأوامر والخروج على النظام وأخيراً عدم قدرة الطفل على ضبط سلوكه في مختلف المواقف وعدم القدرة على التحكم في انفعالاته.

وتستخلص الباحثة مما سبق التعريف التالي للعدوانية : "سلوك قصدي يصدره الفرد لفظياً أو إشارياً (غير لفظي) أو بدنياً أو مادياً، صريحاً أو ضمناً، مباشراً أو غير مباشراً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو معنوي للشخص نفسه، أو الآخرين سواء أشخاص أو حيوانات أو أشياء".

وتعرف الباحثة العدوانية إجرائياً بأنها "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس العدوانية المستخدم في الدراسة الحالية".

٣- النظريات المفسرة للعدوانية :

تعددت النظريات التي تفسر العدوانية عند الأطفال، وفيما يلي عرض لأبرز النظريات المفسرة للعدوانية :

أ - نظرية التحليل النفسي :

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي إن العدوان طبيعة فطرية في التكوين الإنساني، وأنه ليس مكتسباً، معترفين بأن أساليب التنشئة الاجتماعية تسهم بدرجات متعددة في مدى كبر حجم العدوانية أو صغرها (مختار، ١٩٩٩) .

يرى مؤسس النظرية "فرويد" بأن للعدوانية جانبين أساسيين :

١ - الجانب الأول : الجانب السوي البناء الذي يستخدم كميكانزم دفاعي Defence Mechanism درءاً للأخطار التي تهدد الإنسان من أجل الحياة ، والحفاظ على الذات وتحقيق الوجود ومقاومة الظلم، والتطلع إلى الحرية.

٢ - الجانب الثاني : هو الجانب غير السوي الهدام الذي يستخدم - عن وعي أو غير وعي - كسلاح يعمل لصالح الاعتداء والتخريب والتدمير والفناء والسيطرة بشكل يؤكد فيه الفرد على رغباته ويتجاهل رغبات الآخرين، وقد يكون موجه للإنسان أو للبيئة التي يعيش في كنفها على حد سواء (مختار ، ١٩٩٩ : ٤٩؛ ربنسون ، ٢٠٠٢).

أما أدلر أحد تلامذة فرويد والمنشقين عنه فيرى أن العدوانية عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص (العيسوي، ٢٠٠١).

ب - النظرية السلوكية :

ترى المدرسة السلوكية أن العدوانية سلوك متعلم يزداد عندما يكافأ الأطفال لقيامهم بسلوكيات عدوانية، أو عندما يحصلون على ما يريدون، أو يجذبون انتباه الراشدين في محيطهم (هربرت، ب. ت ؛ مختار، ١٩٩٩).

وفي إطار هذه النظرية يمكن وصف طبيعة العدوان عند الطفل في عمليات أربع

هي :

أ - عملية إدراك المثير وكيفية إدراكه والتعرف عليه.

ب - عملية إرجاع المثير إلى مجموعة من أطر الخبرة السابقة.

ج- عملية التعبير عن المثير بالاستجابة السيكولوجية والفسولوجية.

د - عملية السلوك أي الاستجابة الإجرائية (العدوان) (عبد الرحمن، ١٩٩٣).

ج - نظرية التعلم الاجتماعي :

تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي والتي وضع أسسها باندورا Bandura ١٩٧٣ بأن العدوان مثله مثل الأنماط السلوكية الأخرى يتعلم بالملاحظة والتقليد فالنماذج العدوانية (العنف عبر التلفاز، الاستجابات العنيفة للمعلمين والآباء، والزملاء) هي المسؤولة عن السلوك العدواني لدى الأطفال، وتزيد احتمالات حدوث هذه النمذجة عندما يعزز السلوك

العدواني، وعندما يكون النموذج ذا مكانة مرموقة، وعندما يبهر الإنسان عقلياً الأفعال العدوانية التي يقوم بها، وعندما يتعرض الإنسان للعقاب فالعنف يقود إلى عنف مضاد (الخطيب، والحديدي، ١٩٩٧) .

وتشير الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار العدوانية من خلال خبراتهم في أسره معينة وثقافة معينة فمثلاً العدوانية في ثقافة إحدى القرى البرازيلية والهندية نوع من الشجاعة، وعليه تلعب الخبرة دوراً في الارتقاء بالعدوانية أو كفها (هيرت، ب.ت؛ سمارة وزملاؤه ، ١٩٩٣).

ويشير باندورا Bandura صاحب هذه النظرية إلى حلقات أربع متتالية في عملية التعلم هذه وهي :

١ - الانتباه Attention :

وهو الحلقة الأولى حيث يعبر الطفل اهتمامه للنموذج أو القدوة ثم يتجاوز الانتباه والاهتمام إلى إدراك هذه القدوة إدراكاً يخضع للعوامل التي تؤثر على الموقف التعليمي. ومن أهم هذه العوامل علاقة الطفل بالنموذج (القدوة) فالنموذج الذي يجذب انتباه الطفل مثل أبطال الأفلام السينمائية أو المتحركة أو الخيال العلمي هو النموذج الذي يكون نوعاً من العلاقة الدافئة إلى الحد الذي يتحكم في كيفية إدراك الطفل له. ومن العوامل الأخرى مدى التشابه بين الطفل والنموذج وهو عامل بالغ الأهمية إذ أن عملية إدراك الشخص الآخر تتوقف إلى حد كبير على هذا التشابه المفترض الذي يجعل الطفل دون أن يدري في حالة استعداد دائم لامتناس خصائص هذا النموذج أو القدوة (عبد الرحمن، ١٩٩٣ : ٢١٢-٢١٤).

٢ - الاحتفاظ Retention :

أشار باندورا Bandura, ١٩٧٧ بأن الانتباه يؤدي إلى الاحتفاظ حتى تتم عملية التعلم بالملاحظة Observational Learning وهذا الاحتفاظ والذي يعد الحلقة الثانية ضرورياً لأن عملية التعلم سوف تستكمل في غياب النموذج وبالتالي كان لابد من عملية الاحتفاظ والتي تعتمد بدورها على قدرة الطفل على الاستدخال Internalization والتمثل Assimilation وهاتان عمليتان لا تخضعان فقط لقدرة الطفل بل أيضاً على خبرة سابقة مشابهة للمثير الجديد ليضيفها إلى بنائه المعرفي Cognitive Structure بطريقة الأمتصاص المشتق أو المترابط Derivative and Correlative Absorbtion وبجانب هذا

يعتمد الطفل على عوامل التدعيم والتعزيز من البيئة الخارجية : من الأسرة من المدرسة من وسائل الإعلام والتعليم المختلفة. أما في حالة التمثل Assimilation فإن الطفل يتمثل بأبعاد النموذج الشخصية وخصائصه المختلفة لتصبح أقرب ما تكون إلى عملية التقمص أو التقليد على مستوى اللاشعور وعليه فإن القدوة أو النموذج يصبح متجانس مع الخصائص النفسية والشخصية للطفل ذاته. ونرى أن مستوى نضج الطفل ونموه يؤثر في عملية الاحتفاظ التي وصفها باندورا Bandura ففي مرحلة الطفولة المبكرة تكون استجابات الطفل سريعة وتالية لمجرد ملاحظته للنموذج أي أن زمن الاحتفاظ يكون قليلاً نسبياً أما في المراحل التالية كالطفولة المتأخرة نجد أن زمن الاحتفاظ يطول كما أن قدرات الطفل العقلية واستعداداته تؤثر أيضاً بدرجة واضحة على زمن الاحتفاظ بالإضافة إلى عامل النمو (المرجع السابق).

٣ - الأداء الحركي Motor Reproduction

الحلقة الثالثة في عملية التعلم الأداء الحركي أو التعبير الحركي عن التكوين الداخلي الذي تم الاحتفاظ به واستدخاله وتمثيله، وهنا تؤثر قدرة الطفل ومهارته على تحويل الصورة الداخلية Internal Image إلى سلوك خارجي فعلي، وهذا يسمى بعملية تحقيق أو تنفيذ البرنامج الداخلي. فعلى سبيل المثال نجد أن طفل ما قبل المدرسة يستطيع أن يخدش بأظفاره أو يعض بأسنانه أو يركل بقدميه ولكنه لا يستطيع أن يقوم بمهارات حركية أعلى مثل لعب الكرة أو الإمساك بأداة من الأدوات بكلتا يديه رغم أنه استدخل وتمثل واحتفظ بمثل هذه الأدوات من القدوة أو النموذج. وتعتبر هذه الحلقة هي صورة السلوك العدوانى أو السلوك غير الاجتماعى (المرجع السابق).

٤ - الدافعية Motivation

الدافعية تمثل الحلقة الرابعة وفي هذه المرحلة يكون الدافع في حالة الفعل والتأثير وليس فقط في حالة الإلحاح ويرى باندورا Bandura ١٩٨٢ أن دافع الطفل لأن يوائم بين سلوكه وبين ذلك النمط من السلوك الذي احتفظ به وتعلمه من النموذج يعتمد على ما يتوقعه الطفل من فائدة تعود عليه أو هدف يحققه أو تعزيز وتدعيم يستقبله من المحيطين به (المرجع السابق).

د - النظرية البيولوجية :

وتفسر النظرية البيولوجية العدوانية عند الأطفال على أنها خلل في تكوين الجينات الموروثة، أو تأخر في اكتمال نضج الجهاز العصبي المركزي، أو إفراز الغدد فوق الكلية للأدرينالين والنورداينالين والكورتيزون وغيره من الهرمونات التي تلعب دوراً في العدوان أو نتاج عوامل جسدية مثل التعب، أو الحد من النشاط الحركي للأطفال، أو وجود آلام جسدية أو توتر الجهاز العصبي (مقبل، ١٩٩٥ ؛ الهمشري وعبد الجواد، ٢٠٠٠).

وهناك فرضية تحاول تفسير العدوانية أنها نتاج إعاقة إشباع الرغبات والحاجات الغريزية لدى الفرد مثل الحاجة الفسيولوجية، الحاجة للأمان، الحاجة للحب، الحاجة للتقدير، يثير لديه الشعور بالإحباط فيمارس العدوانية (هربرت، ب.ت؛ مختار، ١٩٩٩؛ الهمشري وعبد الجواد، ٢٠٠٠).

لقد كشفت الدراسات التي تناولت الطفولة المتوسطة أن الذكور أكثر عدواناً من الإناث وأن السبب ليس عائداً للتركيب البيولوجي، بل يعزى ذلك إلى أن الكبار يبدون تسامحاً نحو عدوانية الذكور، لأن الطبيعة الذكرية حسب المفهوم الثقافي لبعض المجتمعات ينبغي أن تتميز بالسلطة والقوة والعدوانية. كما لوحظ أن عدوانية الإناث تكون لفظية وتدور حول موضوعات مجردة (غيره، عتاب، تفاخر) بينما عدوان الذكور جسدياً يدور حول الملكية وانتزاعها، والقيادة، ومخالفة القوانين (سحيمي، ١٩٩٤؛ العيسوي، ١٩٩٧).

٣ - تطور مشاعر العدوان لدى الأطفال :

ستقتصر الباحثة على ذكر تطور مشاعر العدوان في مرحلة الطفولة من ٦ اعوام إلى ١٢ عام لأن الدراسة تُعني بهذه الفئة العمرية.

عندما يبلغ الطفل سن السادسة ينشأ لديه ضمير رادع لسلوكه العدواني، أي يكون قد نشأت في ذهنه أفكار عن الخير والشر، فضلاً عن اكتساب قدر جيد من الضبط الذاتي الذي يجعله يحاول قمع النزاع التي يحس إنها خاطئة، إن الطفل في هذه المرحلة قد يحمل في أعماقه قدراً بالعداء، ولكنه لا يشتبك مع الآخرين إلاً حينما يستفزه خصمه، كي يدفعه إلى هجوم مضاد، مما يجعل الطفل على إعتقاد بأنه يدافع عن حقوقه وكيانه، وقد وجد فيشباخ Feshbach أن الطفل يكف عن ثورات غضبه بعد السابعة. ويستعمل الألفاظ العدوانية بدلاً عنها، ويتطور غضبه بحيث يصبح نتيجة عدوان عدائي.

- ويمكن تلخيص مظاهر الغضب عند الطفل في تلك المرحلة على النحو التالي:
- سن ستة أعوام: عدوان بالجسم والكلام، ونوبات غضب فقد يلقي بنفسه على الأرض، يضرب ويرفس ويدمر الأثاث والأشياء .
 - سن سبعة أعوام: سلوك أقل عدواناً قد يحدث بينه وبين إخوانه الصغار، ويعترض بالكلام بقوله (هذا ظلم) .
 - في سن ثمانية أعوام: يستجيب للهجوم أو النقد بحساسية شديدة أكثر منه بالعدوان، اعتدائه يندر أن يكون بالجسم، بل معظمه بالكلام، يهرب ويتصل من المسؤوليات وقد يسب .
 - من ٩ إلى ١٢ عام : العراك والضرب شائع بين الأولاد الذكور في صورة لعب، ومعظمه لفظي، أما الإناث فيكون في صورة عدوان لفظي (مختار، ١٩٩٩ : ٨٣).

٤ - أشكال العدوان :

هناك أشكال للعدوان تناولها الباحثون وهي:

١ - العدوان اللفظي:

يرتبط العدوان اللفظي لدى الطفل عند ظهور نزعة العنف لديه والذي يتمثل عادة بالصراخ أو الصياح، أو الكلام البذيئ وغالباً ما يتضمن سلوك الطفل هذا الشتائم والمناجزة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب السيئة، وقد يستخدم كلمات أو جمل التهديد أيضاً (ملحم، ٢٠٠٢) .

٢ - العدوان البدني :

وهو العدوان الذي يستخدم فيه الجسد في الاعتداء على الآخر، مثل استخدام الأرجل في الركل والرفس، والضرب، واستخدام اليدين كأدوات فاعلة في الضرب والصفع أو الخنق، والقتل، والأظافر للخدش، أو استخدام الأسنان في العض، وربما يُستخدم الرأس في توجيه العدوان، ويدخل في ذلك أيضاً، التشويه، والقتل، والاعتصاب الجنسي، والسلب بالإكراه تحت تهديد السلاح أو القوة، العنف الجسدي (عبدالمعطي، ٢٠٠١) .

٣- العدوان الإشاري :

ويستخدم الفرد إشارات في عدوانه على الأخر مثل: إخراج اللسان، أو إشارات التهديد (ملحم، ٢٠٠٢) .

٤- تدمير الممتلكات :

يقصد به إلحاق ضرر مادي بممتلكات شخص آخر مثل : إتلاف سيارته، أو كتبه ، تخريب منزله، أو أدواته الخاصة، تخريب الممتلكات الخاصة بالغير، كما يشمل إتلاف الممتلكات العامة، الاستحواذ عليها بالقوة، أو دون علم أصحابها أو نقلها إلى أماكن أخرى دون علم أصحابها (ملحم ٢٠٠٢) .

٥- عدوان مادي اجتماعي:

أن يقاتل الفرد أو يقتل من أجل الدفاع عن شيء يؤمن به مثل : القتال في سبيل الوطن، كما يشمل العدوان المادي الاجتماعي معاقبة السلطة (الوالدين، أو البوليس) لفرد مخطئ (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٤٥٠-٤٥٣).

٦- عدوان مادي غير اجتماعي :

كاحتجاز إنسان أو إيذائه جسماً، أو قتله بطريقة غير مشروعة، البدء في القتال بدون سبب مباشر، الانتقام من ظالم بوحشية مفرطة، القتال ضد السلطات المشروعة القائمة، القتال ضد الوطن، الخروج على المعايير السلوكية العامة المتفق عليها، والخروج على القيم والعادات، وعدم الالتزام بالسلوك المقبول اجتماعياً (عبدالمعطي، ٢٠٠١ : ٤٥٠-٤٥٣).

٧- العدوان الفردي:

هو عدوان يوجهه فرد ضد فرد آخر بعينه (صغيراً كان أو كبيراً) ولهذا النوع من السلوك دوافع عديدة منها: دافع التملك أو الاستحواذ، أو دافع القوة والسيطرة، أو التنفيس عن عدوان كامن، أو التمرد على السلطة أو دفاع الفرد عن حقه في تأكيد ذاته، أو دافع المنافسة، دافع الشعور بالنقص، أو التعويض، أو لفت إنتباه الآخرين (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٤٥٠-٤٥٣).

٨- العدوان الجمعي:

وهو عدوان يوجهه فرد ضد جماعة أو توجهه جماعة ضد فرد من الغرباء أو الدخلاء المستجدين، أو عدوان يوجهه ضد السلطة (الوالدية، أو السلطة العامة في المجتمع) أو يكون عدوان ضد المستضعفين (عبدالمعطي، ٢٠٠١: ٤٥٠-٤٥٣).

٩- العدوان الموجه نحو الذات:

هو عدوان يهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها، وتتخذ صور إيذاء النفس Self Mutilation أشكالاً مختلفة كتمزيق أو تحطيم الممتلكات الشخصية، أو لطم الوجه، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط، أو جرح الجسم بالأظافر أو شيء حاد، أو عض الأصابع، أو حرق أجزاء من الجسم، النظر إلى الذات نظرة دونية، أو تحقير الذات (مسن وزملاؤه، ب.ت : ٢٧٥).

١٠- العدوان المباشر:

هذا النوع من السلوك يكون موجهاً بشكل مباشر إلى الشخص مصدر الاحباط، ويتم هذا العدوان باستخدام القوة الجسدية أو اللفظية أو كلاهما معاً (ملحم، ٢٠٠٢: ٢٩٠-٢٩١).

١١- العدوان غير المباشر :

قد يفشل الفرد في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الاحباط خوفاً من العقاب، أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحول سلوكه العدواني إلى طرف آخر (قد يكون شخصاً، أو ممتلكات) يكون قادراً على توجيه العدوان له (ملحم، ٢٠٠٢: ٢٩٠-٢٩١).

١١- العدوان المؤقت :

قد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي يميل إلى الانتهاء بسلوك عدواني يفرغ الفرد من خلالها الشحنات الانفعالية التي يعاني منها (الزعبي، ٢٠٠١) .

ويرى الدايل (١٩٩٥) أن الاطفال يمكن أن يعبروا عن عدوانيتهم بشكل لفظي عن طريق السب، والشتم أو الصراخ، والكلام المتسم بالسيطرة، والتهديد، كما أنه يأخذ أشكال بدنية مثل الدفع، والشد والمصارعة، والضرب، والعرض، والركل، ويمكن أن يتجه إلى تدمير الممتلكات مثل: تكسير الأدرج، والنوافذ، أو الكتابة عليها، أو تلطيخ ملابسهم أو ملابس الآخرين، أو تمزيقها .

٥- العوامل المسببة للعدوانية :

أولاً : أساليب المعاملة الأسرية :

أ - أسلوب التدليل :

تلعب الطريقة التي يُربى بها الطفل في سنواته الأولى دوراً هاماً في تكوينه النفسي، فمثلاً اعتماد التدليل كأسلوب في تربيته يؤدي إلى تطور السلوك العدواني لدى الطفل، ومن صور التدليل تحقيق رغبات الطفل بالشكل الذي يحب، والسكوت عن الطفل في حالة ظهور مظاهر الأنانية لديه، وعدم تعويد الطفل على احترام ممتلكات الآخرين، التساهل مع الطفل في حالة اعتدائه على الآخرين وقد توصل كل من سيرز وليفين، Sears and Levin ٢٠٠٠ إلى أن التسامح الزائد من الآباء مع الأبناء، وعدم معاقبتهم على سلوكهم العدواني يجعل درجة العدوان ترتفع عند الأبناء. لذا يلاحظ أن الطفل المدلل الذي لا يعرف سوى لغة الطاعة لكل رغباته يمارس العدوانية، عندما يجابه بالرفض لمتطلباته (ملحم، ٢٠٠٢).

ب - أسلوب القسوة :

إن الوالدين أصحاب الاتجاهات القاسية والعدوانية، لا يتقبلا الطفل ويميلان إلى استخدام العقاب الجسدي مما يولد لدى الطفل الميل للعدوانية والانتقام (شيفر وملمان، ١٩٩٩).

ويرى باندورا Bandure أن الأطفال الذين يعاملون بصرامة ويعاقبون في المنزل يكونون عدوانيين في أماكن أخرى (ملحم، ٢٠٠٢).

ومن أبرز أساليب القسوة التي يستخدمها الآباء مع الأطفال بشكل يدفعهم إلى العدوانية ما يلي :

- العقاب الجسدي كأسلوب أساسي في التنشئة.
- إصدار الأوامر والنواهي وطلب تنفيذها، وعند محاولة الطفل مناقشتها قد يعرضه للعقاب.
- التشهير بالطفل أو عقابه أمام الآخرين.
- عقاب الطفل على سلوك غير متعمد.
- عدم شرح أسباب العقاب للطفل (المطرودي، ١٩٩٦) .

ج - أسلوب التناقض في التعامل :

يتأثر البناء النفسي للطفل بطبيعة الجو السائد في أسرته، فإذا تميزت العلاقة بالتوترات الانفعالية، ومشكلات السيطرة أو الخضوع بين الزوجين، أو الانفصال أو الخلاف بينهما في أسلوب تربية الطفل، فإن هذا يؤثر بشكل كبير على توازن الطفل النفسي ويقوده نحو التوتر الذي قد يأخذ صور السلوك العدواني (علي، ١٤١١).

كما أن تعدد السلطات الضابطة لسلوك الطفل والذي يحدث عادة للأطفال الذين يعيشون في بيئة تشمل الجد والأخوال والأخوة الكبار والأم والأب، ويكون لكل منهم سلطة توجيه أو نقد للطفل، في مثل هذه الحالة يشعر الطفل بالارتباك وبتعدد السلطة الضابطة، وقد يلاحظ الطفل أن سلوك ما غير مقبول في موقف، أصبح مقبول في موقف آخر، مثل أن يعاقب الطفل على سلوك مرة من الأب، ولكن لا يعاقب من قبل الأم أو أحد الأخوة أو من نفس الأب في موقف آخر عندما تختلف التوقعات باختلاف المواقف، وكذلك التضارب بين ما هو متوقع في البيت وما هو متوقع في المدرسة، فإن هذه الممارسات ستدفع الطفل نحو السلوك العدواني للتخلص من ضغوط الكبار (المطرودي، ١٩٩٦؛ ملحم، ٢٠٠٢).

ثانياً : الشعور بالحرمان :

يظهر السلوك العدواني عندما يفشل الطفل في تحقيق هدفه فيوجه عدوانه إلى مصدر الإحباط - العائق الذي حال بين الفرد وبين أن يحصل على هدفه أو يشبع حاجته. ويبدأ الطفل في إشباع الحاجات الأولية كالطعام والشراب، وكذلك بعض الحاجات النفسية كالحاجة إلى الحب والإحساس بالانتماء، والتفوق، والتقدير، والتحرر من مشاعر الذنب والخوف والحرمان، كذلك الحاجة إلى الأمان، وعلى هذا يتضح أن هناك علاقة قوية بين العدوانية والحاجات التي لم تشبع، فسيولوجية كانت أم سيكولوجية (علي، ١٤١١).

ثالثاً : الغيرة : والغيرة شعور مؤلم يجعل صاحبه قلقاً، ناقماً، تعباً لا يريحه نجاح

غيره، فيتجه الطفل نحو الانسحاب، لا يسهل انسجامه مع المجموعة ولا يميل إلى التعاون أو الأخذ والعطاء، ويميل أحياناً إلى التعبير عن الغيرة بإظهار أنواع من السلوك العدواني مثل : الصراخ، ركل الأشياء، التخريب، أو التشجار، أو النقد، أو التشهير، أو الإيقاع بغيره.

رابعاً : الشعور بالنقص : قد تُخفي العدوانية وراءها إحساساً دفيناً بالضعف لدى الطفل، كأن يكون مصابة بإعاقة جسمية، أو مرض مزمن، أو يقارن ذاته بأقرانه فيرى نقاط ضعفه، فيعتمد الطفل إلى استخدام العدوان كأسلوب في التعامل مع الآخرين، وذلك كوسيلة تعويضية، ويرى أرلر أن الإحساس بالنقص يشكل الدعامة الأساسية في السلوك العدواني للطفل والشباب على السواء (مختار، ١٩٩٩) .

خامساً : الرغبة في جذب الانتباه : قد يقوم بعض الأطفال باجتذاب انتباه الآخرين وذلك بإبراز موقفهم أمام الكبار وممارسة العدوانية ضد الآخرين (ملحم، ٢٠٠٢).

سادساً : تقليد الطفل للآخرين : التقليد ميل فطري يدفع الإنسان إلى محاكاة الغير في أقواله وأفعاله، فالأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج العدوان مثل: والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم، وفي أفلام التلفاز، والسينما، والراديو، ومسرح الطفل، والصحافة، والقصص التي يقرأونها. وقد قام الجمل ١٩٩٨ بدراسة للتعرف على أثر مشاهدة العنف في بعض برامج التلفاز على بعض مظاهر السلوك العدواني لدى عينة قوامها ١٥٠ طفلاً من الذكور أعمارهم من ١٠-١٢ سنة وقد توصلت الدراسة إلى أن للبرامج التلفزيونية أثر دال على سلوك الأطفال العدواني (المطرودي، ١٩٩٦ : ٣٥ ؛ ملحم ٢٠٠٢).

٦ - وصف الطفل العدواني :

يرى شيفر (١٩٨٩) أن الطفل الذي يكثر عدوانه يميل إلى أن يكون قهرياً، ومتهيجاً، وغير ناضج، وضعيف التعبير عن مشاعره، كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات، ويجد صعوبة في تقبل النقد، أو الاحباط، كما أن الاطفال الأقل ذكاءً أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأكثر ذكاءً (الزعيبي، ٢٠٠١) .

٧ - وظيفة العدوانية في الطفولة :

- خفض القلق والتوتر الناشئ عن النزوع إلى العدوان سواء كان مرضياً أو سويًا، وبالطرق البناءة الهامة .
- الدفاع ضد الأخطار والتهديدات المادية والمعنوية التي تهدد الإنسانية وبقاء العنصر البشري في ذاته وقيمه .
- الحصول على الإشباع الخارجي لحاجات الإنسان المشتقة من صميم وجود الإنسان كحاجته للحب والانتماء والحرية .

- الهجوم على مصادر الألم والإحباط التي تحول دون إشباع حاجات الإنسان المختلفة (الجوبان، ٢٠٠٣ : ٥٧).

٨ - الفرق بين الجنسين في العدوانية:

يميل العدوان لدى الإناث إلى أخذ الشكل اللفظي، بينما يتخذ العدوان لدى الذكور شكل الهجوم الجسمي، ويوجه هذا العدوان ضد الصبيان الآخرين (علي، ١٤١١) .
وهناك دراسات تبين أن الإناث أقل ميلاً من الذكور إلى ممارسة السلوك العدواني في وجود البالغين (ملحم، ٢٠٠٢) .

وتشير التقارير الذاتية للذكور إلى أنهم أكثر عدواناً من الإناث، وكذلك كشفت الاختبارات الإسقاطية للذكور أنهم يعبرون تعبيراً مباشراً عن الغضب والعدوان أكثر من الإناث (علي، ١٤١١) .

وقد تعود بعض الفروق بين الجنسين من حيث العدوان إلى طبيعة الثقافة السائدة، حيث أنه خلال عمليات التنشئة الاجتماعية قد نجد الوالدين يميلان إلى عدم قبول السلوك العدواني الصادر من الإناث طبقاً لهذه الثقافة يجب أن يؤدي دور مخلوقات تتصف بالسلبية والوداعة. وتتوقع هذه الثقافة تأكيد الذات عند الذكور لذلك يشجع الآباء والأمهات السلوك العدواني لدى الذكور ويعتبرونه نوعاً من الرجولة، ويعزز الآباء والأمهات لا شعورياً هذا النوع من السلوك (ريزو، وزابل، ١٩٩٩ : ٤٠٩).

٩ - أساليب تشخيص العدوانية :

هناك عدة طرق لتشخيص العدوانية كلاً حسب المدرسة والاتجاه الذي يتبناه في تفسير هذه الظاهرة :

- الملاحظة المباشرة: وهي من أكثر وسائل جمع المعلومات وأقدمها في العلاج السلوكي، وهي ملاحظة الفرد في قطاع محدد من سلوكه، حيث تتم الملاحظة في غرفة الصف أو المنزل وهكذا في جميع الأماكن التي يكون فيها السلوك المستهدف .

- التقرير الذاتي: وهنا يقوم الطفل بتقييم مستوى السلوك العدواني لديه فقد يسأل الطفل عن عدد المرات التي يتشاجر فيها مع الأطفال الآخرين، وعن عدد المرات التي يتلف فيها ويكسر الأشياء .

- المراقبة الذاتية: وهنا يقوم الطفل بتسجيل سلوكه بعد ملاحظته، ولهذه الطريقة فائدة وهي أنها تساعد الشخص المعتدي على الوعي بسلوكه العدواني والعوامل المرتبطة به مما قد يساعد على العلاج .
- تقدير الأقران: وهنا يقوم المعلمون أو الوالدان أو المعالجون بتقييم سلوك الطفل من خلال القوائم السلوكية التي يجيب عنها الأقران .
- المقابلة: تساعد المقابلة العيادية إلى التعرف على خصائص السلوك العدواني والعمليات المعرفية والانفعالية المصاحبة للعدوان، وردود فعل الآخرين على حدوث العدوان .
- دراسة الحالة: وتتضمن التاريخ الطبي والأسري والمدرسي بحيث تكون هناك حصيلة كاملة من المعلومات عن الطفل والتي من الممكن أن تساعد في العملية العلاجية (المطرودي، ١٩٩٧: ٦٧-٦٨).

١٠- التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

- أطلق الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي للأمراض النفسية على هذه الفئة من الاضطرابات السلوكية الفردية اسم نمط العدوان الفردي Solitary aggressive type وعادة ما يفهم السلوك العدواني كنوع من السلوكيات، وليس كتشخيص فهو شكل يمتد بجذوره في العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى، لذا عند التشخيص الفارق لابد من معرفة هل أعراض السلوك العدواني قائمة بذاتها أم أنها مرتبطة بغيرها من الاضطرابات الأخرى مثل :
- ارتباط السلوك العدواني باضطراب العناد والتمرد الذي يوصف عادة باعتباره نموذجاً ثابتاً ومتكرراً للسلوك من السلبية والعناد والعصيان والتمرد العدائي تجاه السلطة .
- كذلك يدخل السلوك العدواني ضمن اضطراب المسلك الذي هو سلوك عدواني ينتهك حرية الغير، ويحيد الفرد عن قيم المجتمع، هنا يراعي أن يكون سن الطفل مناسباً للالتزام بهذه القوانين، وأن يصل الخرق للقوانين عن كونه مجرد إزعاج أو مزاج يقبل من المراهقين .
- كذلك يدخل السلوك العدواني ضمن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، الذي يتميز بالاندفاعية والحركة الزائدة وتششت الانتباه .
- كذلك يرتبط السلوك العدواني باضطرابات المزاج ثنائي القطب (اكتئاب - هوس) خاصة الهوس منه .

- كذلك يرتبط السلوك العدوانى بتعاطى المخدرات، فهو نتيجة لهذا التعاطى (عبدالمعطى، ٢٠٠١ : ٤٥٩-٤٦٠).

11 - العلاج Treatment

١- العلاج الطبى : Medical Therapy

كان هذا الأسلوب سائداً قبل ظهور العلاج السلوكى وفيه تستخدم العقاقير الطبية للحد من السلوك العدوانى، وقد استخدم سبرت وزملاؤه عقار (كربونات الليثيوم)، بخفض السلوك العدوانى فوجد أن (٦٣%) من الحالات قد انخفض لديهم معدل السلوك العدوانى، ومع هذا يفضل الكثيرون من الأطباء معالجة الطفل سلوكياً، وترك العلاج الطبى خياراً ثانوياً (عبد المعطى، ٢٠٠١ : ٤٦٤).

٢- العلاج المعرفى : Cognitive Therapy

ويهدف هذا الأسلوب إلى استبدال أفكار الطفل العدوانى ومعتقداته نحو نفسه ونحو الآخرين وتلك الأفكار التى تدفعه إلى السلوك العدوانى غير المرغوب فيه، فكثير من السلوكيات العدوانية ورائها أفكار غير منطقية محورها الاعتماد على القوة الذاتية، والسلطة والتقاليد، واختلال النظرة إلى البيئة والآخرين (عبد المعطى، ٢٠٠١ : ٤٦٢).

٣- العلاج السلوكى : Behavioral Therapy

ويتضمن العلاج السلوكى عدة أساليب منها :

أ- تعزيز السلوك المرغوب فيه:

لا بد من إظهار الرضا وامتداح الطفل فى كل مرة يقوم بها فى اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم، ولا مانع من مزج المديح مع المكافأة المادية إذا تكرر سلوكه غير العدوانى مع الآخرين (الخطيب، ١٩٩٤).

ب- التجاهل المنظم للسلوك العدوانى :

يستند هذا الأجراء على الافتراض التالى: إذا كان السلوك الذى يعزز يقوى ويستمر، فالسلوك الذى لا يعزز يضعف وقد يتوقف نهائياً بعد فترة زمنية معينة، ويعتمد التجاهل على إيقاف وإلغاء المعززات التى كانت تتبع السلوك غير المقبول فى الماضى والتى كانت تحافظ على استمراريته (الخطيب، ١٩٩٤). ويشير

الزعبى (٢٠٠١) إلى أهمية التجاهل في علاج سلوك الطفل العدوانى شريطة ألا يترتب عليها تهديد سلامة الآخرين، أو سلامة الطفل مع مراعاة سحب المعززات التالية للسلوك العدوانى مثل: المجادلة، الانتباه، التوبيخ، المعاقبة. وتشير الدراسات إلى أن الراشدين يمكن أن يخفصوا من استجابات العدوان اللفظية والجسدية عند الأطفال بشكل واضح عن طريق التجاهل المنظم للتصرفات العدوانية، وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاونى لديهم والعمل على امتداحه .

ج- الإقصاء عن التعزيز الإيجابى:

هو إجراء عقابى يعمل على تقليل السلوك غير المقبول من خلال إزالة المعززات الإيجابية مدة زمنية محددة مباشرة بعد حدوث ذلك السلوك ويمكن أن يأخذ شكلين :

- إقصاء الفرد من البيئة المعززة لفترة زمنية .
- سحب المثيرات المعززة من الفرد لمدة زمنية محددة بعد تأدية للسلوك غير المقبول مباشرة (الخطيب، ١٩٩٤) .

٦ - النمذجة : Modeling

يقصد بها التعلم من خلال المراقبة وهي عملية حتمية قد تحدث بشكل غير مقصود أو تكون نتيجة لعملية هادفة تتضمن قيام نموذج بإيضاح السلوكات المستهدفة للشخص والطلب منه أن يقلدها وذلك وفقاً لقوانين محددة. وهناك عدة عوامل تؤثر على فعاليات النمذجة مثل : إنتباه المراقب للنموذج، ودافعية المراقب، مقدرة المراقب على تقليد سلوك النموذج، مقدرة المراقب على الاستمرار بتأدية السلوك بعد إكتسابه (الخطيب ١٩٨٧؛ ١٢٧-١٣٠).

واحد أساليب النمذجة الفعالة "فنية السلحفاة" وهي عبارة عن برنامج يتضمن استخدام أسلوب التعليم الذاتى لخفض السلوكيات العدوانية المتبادلة بين أطفال المرحلة الابتدائية المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وتتضمن هذه الفنية تعليم الطفل ممارسة أسلوب السلحفاة عندما يتعرض للاحباط أو تنتابه نوبة غضب، حيث يقوم بجذب الذراعين، والرجلين ويوثق ضمها إلى جسده، ثم يضع رأسه على مكتبه، ويتخيل أنه يشبه السلحفاة، التي تحاول الانسحاب كي تدخل حجرها وهنا يقوم المعلم، بأداء هذا الأسلوب فى بداية الأمر كنموذج أمام الأطفال ثم يطلب منهم أداءه بنفس

الطريقة وكأنهم يواجهون مشكلة سلوكية، ثم يقوم المعلم بالثناء وتقديم التعزيز المتقطع لكل طفل يؤدي تلك الفنية بصورة صحيحة (ريزو، وزابل، ١٩٩٩) .

٤- العلاج الأسري Family Therapy

وهنا ينصح الآباء بالاعتدال في التنشئة وعدم اللجوء إلى العدوان والغضب والشدة، وعندما يخطئ الطفل لابد من التحكم في الغضب وتوجيهه قدر الإمكان، ويهدف هذا الأسلوب إلى تدريب الآباء والأمهات على مهارات صحيحة في التعامل مع سلوك الأطفال غير المقبول، ثم يؤكد على ضرورة تهيئة أجواء أسرية يسودها المودة والتعاون وتوفير مساحة من الحرية للطفل يعبر عن مشاعره للوصول به إلى الاستقرار النفسي (الجوبان، ٢٠٠٣) .

٥- التدخل التربوي :

تلعب المدرسة دور كبير في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال، فالسلوك العدواني يشترك مع الضعف في التحصيل الدراسي الذي يجعل خبرات الطفل المدرسية غير سارة، لذا من المهم إكساب الطفل خبرات تربوية ناجحة للتقليل من السلوك العدواني. لذلك على المدرسة مراعاة ما يلي :

- إتاحة الفرصة أمام الطالب للتفيس عن رغباته وتوتراته من خلال الأنشطة المختلفة .
- إمداد المعلمين بالمعلومات التربوية عن الطلاب ومشكلاتهم .
- توفير أخصائيين نفسيين في المدارس يكونوا عوناً للطلاب والمعلمين وأولياء أمورهم .
- التوعية بالسلوك العدواني من خلال المناقشات والمحاضرات والسيكودراما وقراءة الكتب والتوعية بصورة مباشرة أو غير مباشرة .
- ينبغي أن يكون المعلم قدوة حسنة في السلوك الاجتماعي لتلاميذه وعدم التعالي عليهم، وتوفير بيئة صالحة تمكن الطفل من تعديل سلوكه العدواني من خلال مساعدته في الانخراط في الأنشطة والتحكم في سلوكه (سماره وزملاؤه، ١٩٩٣) .

٧ - التدريب على مهارات السلوك الاجتماعي: Social Behavior Skills Training

يعاني الأطفال العدوانيون من مشاكل في الجانب الاجتماعي وكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية. وغالباً ما يظهر هؤلاء الأطفال الكثير من السلوكيات الاجتماعية

السلبية مثل: الضرب، والمقاطعة، والمضايقة، وما إلى ذلك، والقليل من السلوكيات، الإيجابية، المشاركة، الاعتذار للآخرين، مساعدة الآخرين، وحتى ينمي الأطفال الصداقة يجب عليهم أن يقللوا من السلوكيات الاجتماعية السلبية ويزيدوا من السلوكيات الإيجابية. ويستحسن أن يكون التدخل مبكراً لتعليم الأطفال مهارات السلوك الاجتماعي. وتتم عملية تعليم مهارات السلوك الاجتماعي وفقاً لعدة خطوات هي:

- ١- حدد السلوكيات الاجتماعية لتتخذها هدف مع طفلك .
- ٢- تعاون من أجل مساعدة طفلك على فهم مشاكل السلوك الاجتماعي واختيار السلوكيات الاجتماعية المستهدفة .
- ٣- درب طفلك على ممارسة مهارات السلوك الاجتماعي من خلال النمذجة مع تعزيز الطفل عند أداءه لتلك المهارات .
- ٤- عزز طفلك عند قيامه بالسلوكيات الاجتماعية المرغوبة في مواقف اجتماعية واقعية (عبدالرحمن وحسن، ٢٠٠٣) .

وقد عالج بيرمان وزملاؤه Bierman, ١٩٨٨ الأطفال العدوانيين والمرفوضين ووجدوا أن التدريب على مهارات السلوك الاجتماعي مؤثره في تحسين مهاراتهم الاجتماعية السلوكية وفي انخفاض عدوانهم (جابر، ٢٠٠١) .

١٣- علاقة العدوانية باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

أما عن علاقة العدوانية باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فقد أوضح كلا من بلام ويندر, Pelam and Bender, ١٩٨٨ أن الأمهات والأنداد والمعلمين توصلوا إلى أن الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد يكونوا أكثر عدوانية، وإزعاج ومرفوضين اجتماعياً مقارنة بالأطفال العاديين. (Pennington, 2001).

ويشير باركلي (Barkley, 1998) أن الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد يتميزون بأنهم عدوانيين ويميلون نحو الإفراط في تفسير تصرفات الآخرين نحوهم كتصرفات عدوانية، وعليه فإنه من الأكثر احتمالاً بأن يستجيبوا بهجمات عدوانية مضادة نحو الحد الأدنى من الاستفزاز.

ويذكر كلا من بلازاكا (Pliszka, 2003) ومايرز (Myers, 2001) أن الدراسات التي قامت بملاحظة التفاعلات الاجتماعية للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مع الأقران توصلت إلى أنهم يتميزون بسلوك عدواني، لذلك يستجيب الأقران نحوهم بكره نقد، ورفض، وأحياناً هجوم عدواني مضاد .

ويرى الطيبي (١٩٩٩) أن عدوانية الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد ناجمة من الاندفاعية والحركة الزائدة وتشتت الانتباه بشكل يجعلهم غير قادرين على السيطرة على مشاعرهم ويقودهم نحو العدوانية.

ويرى باركلي (Barkley, 1998) أن هناك مدخلاً مقبولاً من الناحية العلمية والإكلينيكية لاعتبار العدوانية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كنوع فرعي من أنواع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ب - القلق Anxiety :

القلق ظاهرة طبيعية في الإنسان كشأن مختلف الإنفعالات Emotions التي يتعرض لها الإنسان في حياته، كإنفعال الغضب، الحب، الكره، الحقد، الرحمة (العيسوي ، ١٩٩٧). كما أن القلق يعد من المشكلات المتجهة إلى الداخل لدى الأطفال ومن أقل المشكلات خضوعاً للدراسة. ويبرر كامل Campbell, ١٩٩٠ بأن السلوكيات المتجهة للداخل غالباً ما يجري تجاهلها أو عدم ملاحظتها من قبل الراشدين لأنها عادة ما تكون أقل وضوحاً وأقل مضايقة للآخرين من الأعراض المتجهة إلى الخارج (توني وربوت، ١٩٩٨).

١ - تعريف القلق :

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية DSM-IV-1994 القلق بأنه "خوف شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول عدد من الأحداث أو الأنشطة أو ظروف الحياة والذي يستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه الأعراض أغلب الأيام، ويجد صعوبة في السيطرة على هذا القلق الشديد" (آل سليمان، ٢٠٠٣ : ١١).

ويعرف شيفر وملمان Sheefar and Millman (١٩٩٩ : ٥٩) القلق على أنه "شعور عام تسوده قلة الراحة والاهتمام بأحداث مستقبلية". ونجد أن هذا التعريف ركز على الجانب الانفعالي. في حين تعريف العزة (١٩٩٩ : ١٢) ركز على الجانب العقلي بأن القلق "حالة من الانزعاج في التفكير في صورة توقع الشر".

ويرى أسعد (ب.ت:١٥٨) أن القلق هو " الخوف من الأشياء الغامضة التي لاتجد تفسيراً معقولاً في ذهن الخائف".

ويرى بروز وديل, Barrios and Dell, ١٩٨٩ أن القلق عبارة عن "مجموعة ردود فعل الخوف الشديد والمعتدل التي تحدث على الرغم من غياب التهديد المباشر" (توني، وربورت، ١٩٩٨ : ٨٢).

أما عبد المعطي (٢٠٠١ : ٣٦٤) فيرى أن القلق في الطفولة هو "حالة من التوتر المصحوب بالخوف وتوقع الخطر، كما أن القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الطفل عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها، فالقلق مجموعة من المخاوف غير المحددة التي تظهر في السلوك سواء في حالة اليقظة أو في حالة النوم".

ويعرف بارلو (٢٠٠٢ : ١٠١) القلق بأنه "حالة مزاجية موجهة مستقبلياً، يصبح الشخص وفقاً لها مستعداً أو مهيناً لمحاولة مواجهة أية أحداث سلبية، ويرتبط القلق بحالة انفعالية سيئة شديدة وبحالة من الاستشارة المزمنة والمرتفعة، وبحالة الشعور بالعجز عن الضبط والتحكم، وبتركيز الانتباه على المنبهات المحددة".

ويصف بلوم (١٩٩٥ : ١٨) القلق بأنه "خبرة ذاتية مؤلمة يعيشها الفرد في صورة اضطراب وتوقع الشر، ويمكن للفرد معرفته بسهولة وتميزه عن الانفعالات السلبية الأخرى مثل الحزن، الغضب، ويرافق القلق اضطراب فسيولوجي".

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للأمراض العقلية DSM-II بأن "القلق هو الخاصية الرئيسية للاضطرابات العصابية جميعها. أنه يظهر بصورة مباشرة ويمكن ضبطه بشكل مستقل عن آليات الدفاع الأخرى" (عبد الله، ٢٠٠١ : ٧٧).

وقد عرف عكاشة "القلق بأنه شعور غامض غير سار مصحوب بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، يرافقه بعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر على الفرد" (أل سلمان، ٢٠٠٣ : ١٣).

ويعرف عبد الخالق (٢٠٠٠ : ٣٥) القلق بأنه "حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالباً ما يرتكز هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً وتكون هذه الحالة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك".

ويذكر الصباطي (ب.ت : ٧) بأن "القلق خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، ويعتبر القلق شأنه شأن سائر الانفعالات بمثابة تذكير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن".

أما الحفني (١٩٩٥ : ٢٢) فيرى أن القلق النفسي "قلق هائم لا يرتبط بشيء، وليس له مصدر خارجي، وهو قلق أساسي أي يولد المريض به كاستعداد وراثي".

وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية غير الراجعة إلى خطر حقيقي تحدث على فترات أو بصورة مستمرة، لأعراض هستيرية موجودة ولكنها لا تسود الصورة الإكلينيكية" (الجوبان، ٢٠٠٢ : ٩٢).

ويضيف عبد الغفار (١٩٩٢) على ما سبق أن القلق يصاحبه بعض التغيرات الفسيولوجية. ويقسم عبد الرحمن (٢٠٠٠ : ٢٥٩) أعراض القلق إلى ثلاثة أنواع وهي أعراض التوتر الحركي (الارتعاش : التوتر العضلي) ، أعراض اضطراب نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (كالتهجان، وخفقان القلب، وتصبب العرق، وبرودة اليدين، وجفاف الحلق والغثيان، وكثرة التبول) وأخيراً الإستنثاره التنبيهية كالأرق، وصعوبة التركيز.

وعرف مورر (١٩٦٧) القلق بأنه "رد فعل شرطي لمنبه مؤلم، قد يكون المنبه من الداخل أو من الخارج يصاحبه توتر وتنبيه لأجهزة الجسم، ليستجيب الإنسان بما يساعده على تخفيف هذا الشعور، ويجنبه الألم" (عبد الرحمن، ٢٠٠٠ : ٤٣).

وتعرف الباحثة القلق إجرائياً بأنه "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية".

٣ - النظريات المفسرة للقلق :

أ - نظرية التحليل النفسي :

يعتبر فرويد من أوائل من تحدثوا عن القلق ويرى فرويد أن القلق استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد، ومصحوبة بإستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقل، مثل : القلب، والجهاز التنفسي، والغدد العرقية. وقد رأى فرويد في القلق إشارة إنذار للآنا حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها، وغالباً ما يكون المهذب هو رغبات مكبوتة أو حفزات عدوانية أو نزعات جنسية، فإما أن تقوم الأنا بعمل ما- نشاط ما - تدافع به عن نفسها نحو ما يهددها أو يتراكم القلق فتقع الأنا فريسة الانهيار العصبي (موسى، ١٩٨١).

ويرى فرويد أن هناك عدة مصادر لقلق الطفل وهي:

١- صدمة الميلاد، حيث يصاحب هذه الصدمة مشاعر مؤلمة بسبب انفصال الطفل عن أمه .

٢- خوف الطفل أن يترك وحيداً .

٣- خوف الطفل أن يجد نفسه في الظلام .

٤- خوف الطفل أن يجد شخصاً آخر غريباً مكان الوالدين .

ومع مرور الطفل خلال المراحل النفسجسمية تتغير مصادر قلقه، ففي المرحلة الفمية يقلقه إختفاء التغذية سواء كان الثدي أم زجاجة الرضاعة، وفي المرحلة الشرجية فقدان الجسم مصدر الانشغال والقلق، أما المرحلة القضيبيية فيدور حول الخوف من الخصاء وبعد تمايز الأنا الأعلى كقوة فعالة من الشخصية ينتج عنه قلق اجتماعي يدور حوال نبذ الجماعة بسبب الأفعال اللا اجتماعية (بلوم، ١٩٩٥) .

وقد أعتبر فرويد القلق محركاً أساسياً لجميع اضطرابات الطفل وميز بين ثلاث

أنواع من القلق :

أولاً : القلق الموضوعي :

القلق الموضوعي خبرة إنفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد، هناك وجود موضوعي لمصدر الخطر الذي يهدد الفرد في البيئة، وإدراك الفرد لوجود هذا الخطر هو ما يثير القلق - وقد يرث الفرد ميلاً للخوف من بعض الظروف البيئية، وقد يكتسب هذه المخاوف، ويسهل اكتساب المخاوف في مراحل الطفولة الأولى، حيث يكون الطفل من العجز بحيث لا يتحمل الإثارات القوية. والخبرات التي تشتد فيها الإثارة والتي تؤدي إلى حدوث القلق تسمى بالصدمات حيث أنها تحيل الفرد إلى حالة الطفل العاجز، والنموذج الأولى لهذه الخبرات هو صدمة الميلاد، وهكذا يصبح كل موقف بيئي يبلغ من الشدة بحيث يهدد الفرد بإحالته إلى حالة الطفولة العاجزة مبعثاً لقلق موضوعي (عبد الغفار، ١٩٩٢: ١٢١).

ثانياً: القلق العصابي :

نوع آخر من القلق قد يعاني منه الإنسان غير أن منشأ هذا القلق لا يعود إلى مصدر خارجي، ولكنه يستثار عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تجد منفذ للخارج، وبعبارة أخرى ينشأ القلق عندما تهدد الهو بالتغلب على دفاعات الأنا وإشباع تلك المحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها، والتي جاهدت الأنا في سبيل كبتها، وهي إشارة إنذار تطلق للأنا، وعلى الأنا أن تأخذ حرصها وتتخذ من الأساليب

الدفاعية ما يمنع ما كُبت من أن يجد له منفذا للخارج، وغالباً ما تلجأ الأنا في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية مثل التبرير، والإسقاط، والنكوص وغيرها من حيل دفاعية، غير أن استخدام هذه الحيل لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة، ذلك لأنها تقوم أساساً على تشويه الواقع والتمويه على الأنا حتى تحظى الأنا بقليل من الراحة، وتدفع ثمناً لذلك، إذ لا تتخذ الأنا حلاً موضوعياً لعلاج هذه المشكلة، وتطلق إشارات إنذار مرات أخرى تواجه من الأنا إلى استخدام مزيد من الحيل الدفاعية، وفجأة تفقد هذه الحيل وظيفتها في التمويه على الأنا، ويشد القلق، وتلجأ الأنا لا شعورياً إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتمويه، حتى لا تشعر بمشاعر الإثم والهوان، والفشل، والقلق الانفعالي هو الوسيلة الأخيرة (الصباطي، ب.ت : ٨١).

ثالثاً : القلق الخُلقي :

الأنا الأعلى هو مصدر الخطر، حيث يهدد الأنا إذا قدمت على فعل معين، أو دار في فكرها ما يتعارض مع معايير الوالدين، فالعقاب ينتظرها من الأنا الأعلى في صورة مشاعر الأثم والخجل (عبد الغفار، ١٩٩٢ : ١٣٢).

ويتضح مما سبق أن مصدر القلق في النوع الأول - القلق الموضوعي - مصدر خارجي ، في حين أن مصدر القلق في النوع الثاني والثالث - العصابي، الخُلقي - مصدر داخلي.

أما هورني Horny فترى أن القلق استجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى المكونات الأساسية للشخصية. وتعتقد أن الخطر يجب أن يهدد قيمة حيوية بالنسبة إلى الإنسان. وتضيف أن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث نظرهم إلى المواضيع التي تمثل قيمة حيوية لديهم، فالبرغم من وجود قيم عامة يشترك فيها الناس جميعاً، كالحرية، وحب الحياة، وإنجاب الأطفال، وغيرها، إلا أن نظرة الشخص إلى ماله قيمة حيوية تختلف باختلاف ثقافات الأفراد وبيئاتهم ومراحل نموهم، كما تختلف بين الذكور والإناث ومن هذه القيم: السمعة، والممتلكات، والمركز الاجتماعي والعملي، والعلاقات العاطفية (الموسوعة الطبية، ٢٠٠٠ : ٧٩).

ويذكر الجوبان (٢٠٠٣) أن هناك عاملان مؤثران في مستوى القلق، هما :

- درجة الصراع داخل الشخصية: حيث تتحدد درجة الصراع جزئياً بالمعايير التي يقررها الأنا الأعلى، وبما أنه - الأنا الأعلى - صارم فيما يتعلق بالسلوك المرغوب، فإن الصراع يكون شديداً، ويصير الفرد بدوره قلقاً بشكل مرتفع .

- فاعلية آليات الدفاع: حيث أن آليات الدفاع تعمل على تجنب الصراع وبالتالي تجنب القلق، فعلى سبيل المثال قد تستخدم آليات الكبت، أو الإنكار، أو القمع في التعامل مع الرغبات التي يجدها الانا الاعلى غير مرغوبة .

ب - النظرية الإنسانية :

ويذكر أصحاب هذا المذهب أن القلق هو الخوف من المستقبل من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانية الفرد، أو افتقار الإنسان لمعنى لوجوده في الحياة، فلا يجد لنفسه دور يحقق ذاته بحيث تبدو حياته عبثاً لا هدف لها، ويذهب أصحاب هذا المذهب إلى القول بأن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع فجائية حدوث الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. كما يزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضاً من طاقاته وقدراته نتيجة لإعتلال صحته، أو إذا ما تقدم به السن، حيث يعنى ذلك انخفاضاً في عدد الفرص المتاحة أمامه، وانخفاض نسبة النجاح في مستقبله (عبد الغفار، ١٩٩٢).

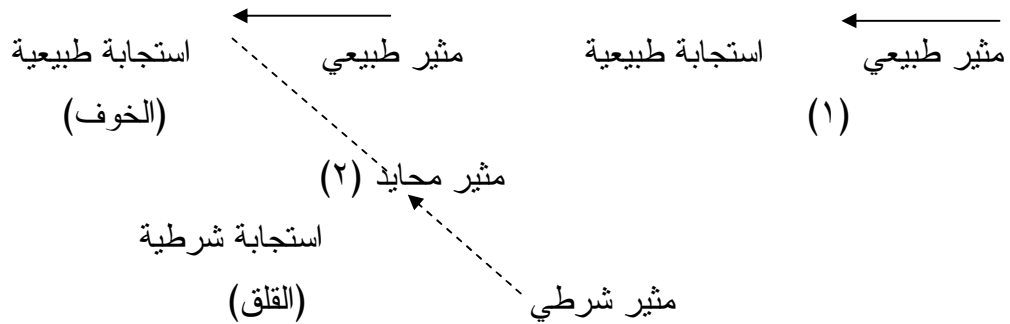
ج - النظرية السلوكية :

ذهب السلوكيون إلى أن القلق سلوك مكتسب، فالطفل يدرك التهديد في أشياء معينة ثم يتعلم الخوف منها (الكناني ، والموسوي، ب.ت : ١٥).

ويرى السلوكيون (بافلوف، واطسون) أن القلق يلعب دوراً مزدوجاً فهو من ناحية يمثل حافز، ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب فيه، وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (عثمان، ٢٠٠١ : ٢٣).

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الإستجابة، غير أنها أكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة. فالخوف والقلق إستجابة إنفعالية واحدة، فإذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير إستجابة الخوف، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف، فهذه استجابة قلق، والذي يحدث أن المثير المحايد - مثير ليس من شأنه إثارة هذه الاستجابة- يكتسب القدرة على إثارة الاستجابة نتيجة لحدوثه في ذات الوقت (تقريباً) الذي حدث فيه المثير الطبيعي الذي أدى إلى استجابة الخوف، أي أن

القلق هو استجابة خوف اشتراطية والفرد غير واع بالمثير الطبيعي لها. كما هو موضح في الشكل الآتي :



استجابة القلق إذن استجابة اشتراطية، تخضع لقوانين التعلم التي يتحدث عنها الاشتراطيون. ويعتبر حدوث هذه الاستجابة أمر طبيعياً، إلا إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون باستجابة القلق، أو إذا بلغ الفرق بين شدة استجابة القلق عند فرد معين في موقف معين وشدها عند الآخرين قدراً كبيراً، حيث تعتبر هاتين الحالتين استجابة مرضية. ولا فرق بين استجابة القلق الطبيعية واستجابة القلق المرضية من حيث التكوين والنشأة كلاهما، استجابة مكتسبة (عبد الغفار، ١٩٩٢؛ الأحمد، ٢٠٠١).

د- نظرية القلق الدافعي :

في الخمسينات من القرن العشرين ظهرت نظرية القلق الدافعي، حيث ترى أن القلق هو الذي يدفع الإنسان إلى العمل والنشاط والتعلم، ويؤدي الإنسان ما يطلب منه ويعود إلى حالته فيشعر بالارتياح، ومن هنا فإن النظرية تعتبر القلق دافع - عامل محفز - إلى التعلم والإنتاج (باترسون، ١٩٩٥).

ر- النظرية المعرفية :

لقد تبني بعض العلماء وجهة نظر تطورية Evolutionary ويرى بيك وإمري Beck and Emery، ١٩٨٥ أن العديد من المخاوف التي نولد بها تكون فطرية Innate، وأنها قامت في الماضي بوظيفة هامة هي حماية الإنسان، وأنها قد تظل مفيدة في السنوات الأولى من حياته، ويبدو أن أعراض القلق هي استجابات لتهديدات واقعية في ماضي الإنسان وهي لا تزال تحتفظ بقيمة ما. ويشير بيك (Beak, 1985) من خلال نموذج المعرفة السلوكي الذي تناول من خلاله القلق، أن القلق المرضي هو إدراك غير واقعي للخطر، حيث يبالغ الفرد في تقدير الخطر، ويشير إلى أن المبالغة في تقدير الخطر ترجع إلى الأخطاء التالية :

- ١ - المبالغة في تقدير احتمال وقوع الحدث الذي يخشى منه الفرد.
- ٢ - المبالغة في تقدير قوة مقدار وقوة الحدث الذي يخشى منه الفرد.
- ٣ - قلة تقدير وسائل التغلب على الخطر.
- ٤ - قلة عوامل الإنقاذ أو النجاة (ما يمكن أن يفعله الآخرون لمساعدته) (آل سلمان، ٢٠٠٣: ٢٧).

ز - نظرية قلق السمة :

في نهاية الستينات ظهرت نظرية قلق السمة، وتميز بين جانبيين من القلق :

١ - **قلق الحالة State Anxiety** : وهي حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان في مواقف التهديد فينشط جهازه العصبي اللاإرادي ويستعد لمواجهة التحدي والتهديد وتزول بزوال مصدر التهديد فيعود الإنسان جسماً ونفسياً إلى حالته العادية.

٢ - **قلق السمة Trait Anxiety** : وهو استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً عند الإنسان حتى تنبئه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية؛ فيثير شعوره بالقلق وصاحب سمة القلق العالية يستجيب بقلق زائد، وصاحب سمة القلق المنخفض يستجيب بحالة قلق عادية (الكناني والموسوي، ب.ت).

و - النظرية الوراثية :

وجد نويز وآخرون, Noyes et al, ١٩٨٧ نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق المعم بين الأفراد الذين تربطهم معاً صلة قربي، وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة الذين ينحدرون من آباء لديهم قلق معم ارتفاع نسبة القلق لدى التوائم المتماثلة مما يوحي بفكرة تأثر هذا الاضطراب بالعوامل الوراثية، وتقدر الدراسات التي تناولت الأساس البيولوجي للقلق المعم أن نسبة العوامل الوراثية تتراوح بين (١٩-٣٠%) (عبدالرحمن، ٢٠٠٠).

٣ - الفرق السيكولوجي بين القلق والخوف :

اختلفت آراء الباحثين في الفرق بين القلق والخوف فالبعض يرى أنهما مترادفان، والبعض يرى أنهما مختلفان وقد حدد كلاً من الكناني والموسوي (ب.ت) الفرق بينهما في جوانب عدة تلخصها الباحثة في الجدول التالي :

موضوعات المقارنة	السبب	التهديد	الصراع	الاستمرارية
القلق	غير معروف	داخلي	موجود	مزمن
الخوف	معروف	خارجي	غير موجود	طارئ حسب المواقف

ويرى غالي وأبو علام (١٩٧٧) أن القلق يمكن تمييزه دائماً عن الخوف على أساس القيمة الخاصة والتي ترتبط بالذات الواقعة تحت التهديد، أي احترام الذات، وعلى هذا فإن القلق لا يمكن ظهوره للمرة الأولى إلا بعد تكون إحساس أولي بالكفاية يمكن الطفل إدراك ذاته على أنه شيء قادر ومستقل.

٤ - تأثير القلق على التحصيل الدراسي :

لقد دلت بحوث كثيرة على أن القلق يعوق عملية التعلم وخاصة المواقف الجديدة (العيسوي، ١٩٧).

ويرى مسن وزملاؤه (ب.ت) أن القلق بدرجة متوسطة قد يفيد التعلم إن كان العمل الذي يتم تعلمه عملاً سهلاً وإن كانت الإستجابة الصحيحة من نوع الإستجابات التي سبق أن تعلمها واقتنها. أما إن كان القلق عنيفاً وكان العمل المطلوب صعباً أو يتضمن استجابات يعجز الطفل عن القيام بها، عندئذ نجد أن القلق يؤخر عملية التعلم ويعرقلها. وتضيف الأحمد (٢٠٠١) أن من أبرز الجوانب التي تتأثر بالقلق التعلم اللفظي، وإستخدام المفاهيم المجردة والأطفال من أصحاب القلق المرتفع تصدر عنهم استجابات غير ملائمة ومعطلة بدرجة أكبر مما تصدر عن الأطفال من أصحاب القلق المنخفض، فقد بينت الدراسة التجريبية التي قام بها كوتلر (Cotler,1969) على تلاميذ الصف الرابع حتى السادس الابتدائي أن الأطفال الأكثر قلقاً يقرأون ببطء وبطريقة غير صحيحة بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال غير القلقين فيما يتعلق بالقراءة الشفهية (الزغبى، ١٩٩٤). ويرى الشرجي (٢٠٠٢) أن الامتحانات من المواقف المثيرة لقلق الطالب بإعتبارها موقفاً مصيرياً حاسماً في حياته. فعلى أساسه يتحدد مستقبله ومن الممارسات السلبية والتي تزيد من مستوى القلق في فترة الامتحانات ضغط المعلمين والأسرة على الطالب لتحقيق النجاح ويعتبر هذا النجاح أهم نجاحات حياته، في حين يشير العيسوى (١٩٩٧) أن الموقف المثالي هو خلق الشخصية المتكاملة جسماً وروحياً وخلقياً ونفسياً ويتطلب ذلك القيام بكافة الأنشطة بقدر معقول، بحيث لا يطغى جانب على بقية الجوانب (شعيب، ١٩٨٨).

ويلخص سيقرمان Sugerman, ١٩٧٠ العلاقة بين التحصيل الدراسي والقلق لدى عينة من الطلاب بأن الطلاب ذوي القلق المرتفع يتسمون بأنخفاض تحصيلهم الدراسي بالمقارنة مع الطلاب الذي لا يعانون من القلق، كما وجد أن القلق البسيط يعتبر دافعاً للتعلم والتحصيل المرتفع، أما إذا زاد القلق فهنا يتحول ليكون أحد معوقات التحصيل الدراسي (المرجع السابق).

٥ - علاقة القلق بالخبرات المؤلمة في الطفولة :

توصلت العديد من الدراسات إلى أن الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الطفل في البيت مثل : خبرات الحرمان، خبرات عدم انسجام الطفل مع والديه، تعمل ككل في تنمية الاستعداد للقلق لدى الطفل وهذا يدعم ما أشار إليه أريكسون من أهمية علاقة الطفل بوالديه في النمو النفسي للطفل، فإذا كانت العلاقة مضطربة بين الطفل ووالديه

فإنه سيدرك عدم التقبل وسينمي لديه الاستعداد للقلق (موسى، ١٩٨١؛ توني، وربوت، ١٩٨٨).

٦ - أعراض القلق :

أ- الأعراض العضوية :

من أهم الأعراض التي تظهر عضوياً في حالة القلق مايلي :

- على مستوى الجهاز القلبي والدوري الدموي: حيث يشعر المريض بالأم عضلية فوق القلب، والناحية اليسرى من الصدر، مع سرعة ضربات القلب، أو عدم انتظامها .
- على مستوى الجهاز التنفسي: يشكو المريض في أكثر الأحيان من سرعة التنفس، والتنهدات المتكررة مع الشعور بالضييق في الصدر، وعدم القدرة على استنشاق الهواء، وقد تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتغير درجة حموضة الدم، وقلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل المريض عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف وتقلص العضلات وبدوار وتشنجات عصبية وأحياناً بالإغماء .
- على مستوى الجهاز العصبي: يظهر القلق في شدة الانعكاسات العميقة للمصاب، مع اتساع حدقة العين، ارتجاف الأطراف وخصوصاً الأيدي، الشعور بالدوار والدوخة والصداع .
- على مستوى الجهاز البولي والتناسلي: يتعرض معظم المصابين بالقلق لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، وأحياناً يظهر عكس ذلك، فيشعر المريض باحتباس البول رغم رغبته الشديدة في التبول، ومن مظاهر القلق أيضاً فقد القدرة الجنسية أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف لدى الرجل، أما المرأة فالبرود الجنسي وعدم الاستجابة، وأحياناً قد يسبب القلق اضطرابات الطمث من انقطاعه تماماً، إلى كثرة تردده، أو إلى الآلام الشديدة قبله .
- على مستوى الجهاز العضلي: يشكو مريض القلق من ألم في الساقين والذراعين والظهر وفوق الصدر (الموسوعة الطبية، ٢٠٠٠: ١١٥-١١٩).

ب-الأعراض النفسية للقلق :

أما أبرز الأعراض النفسية فهي التالية :

- الخوف: عندما يشتد القلق النفسي على المريض، يبدأ بالخوف من أشياء لم تكن في السابق تسبب استجابة مرضية، فنراه يخاف من الأماكن المغلقة، ومن الأماكن الواسعة، أو من الأمراض .
- التوتر العصبي: يفقد مريض القلق السيطرة الفعلية على أعصابه بسهولة، ولأنفه الأسباب، فيكون سهل الاستثارة للضوضاء مثل: الجرس، ضوضاء الأطفال .
- عدم القدرة على التركيز وسرعة النسيان، والشروذ الذهني .
- فقد الشهية للطعام، ونقصان الوزن، والشعور بالأرق، والنوم المتقطع أو نوم مصحوب بالأحلام والكوابيس المزعجة (الموسوعة الطبية، ٢٠٠٠؛ سي ووكر، ٢٠٠١).

٧- أعراض القلق لدى الأطفال :

يظهر القلق عند الأطفال بأعراض تختلف عن أعراض القلق لدى الراشدين ويتمثل في صورة خوف من الظلام، ومن الغرباء، والأطفال الكبار، والحيوانات، كما يظهر لدى الأطفال الاعتمادية والانطوائية، كما قد يظهر القلق في صورة أحلام مزعجة وفزع ليلي (الموسوعة الطبية، ٢٠٠٠) .

ويرى هربرت (ب، ت) وعبد المعطي (٢٠٠١) أن الطفل يعبر عن قلقه بعدة مظاهر منها :

- ١- كثرة البكاء .
- ٢- كثرة الحركة وعدم الاستقرار في مكان واحد .
- ٣- اضطراب النوم .
- ٤- فقدان الشهية .
- ٥- تصرفات غريبة أو نكوصية فيلجأ الطفل إلى مص الاصبع، أو قضم الأضافر أو التبول اللا إرادي، حركات عصبية لا إرادية .

ويضيف توني وروبرت (١٩٩٨)، بأن الأطفال القلقين يعانون من الأعراض الجسدية مثل أوجاع المعدة والرأس كما يظهر عند الأطفال توتر جسدي يبدو على شكل تكرار لحركات معينة، وتحذب الكتفين، ولف الشعر، وقضم الأظافر.

أما عبد المعطي (٢٠٠٠: ٣٦٤) فيذكر الملامح الاكلينية للقلق لدى الأطفال بأنه توتر مفرط غير واقعي يستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر يكون الطفل خلالها مفرط الشعور بالذات، لديه انشغال أو توقع الشر أو الخطر حول مجالين على الأقل من مجالات الحياة أو حول الأحداث المستقبلية (كالامتحانات، أو احتمالات الإصابة بمكروه) بالإضافة إلى الانشغال بما مضى من تصرفات، وبسبب قلقه قد يقضي وقتاً لا ينتهي مستقراً عن الإزعاجات والمخاطر لمختلف المواقف، ويلزمه كثير من الطمأنينة، ويتزايد قلقه عندما يتنافس مع آخرين في عدد من المجالات مثل: الدراسة أو الرياضة.

٨- المحكات التشخيصية للقلق :

لقد أورد الدليل التشخيصي العاشر للأمراض النفسية ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) المحكات التشخيصية التالية لاضطراب القلق المعمم وهي :

أ- قلق بالغ وخوف متوقع يحدث على الأقل في نصف عدد الأيام لمدة ٦ شهور على الأقل، كما أن القلق المتوقع يشير إلى العديد من الأحداث كالأداء المدرسي مثلاً، أو التنافس الدراسي، أو الرياضي، أو الاجتماعي ... الخ .

ب- صعوبة السيطرة على القلق المتوقع .

ج- يرتبط القلق على الأقل بثلاث من الأعراض التالية :

١- الشعور بعدم الارتياح (كما يظهر بالتوتر النفسي المرتبط بعدم القدرة على الاسترخاء) .

٢- الشعور بالإرهاق، أو الشعور القوي بالتعب .

٣- صعوبة التركيز .

٤- سرعة الانفعال .

٥- الشد والتوتر العضلي .

٦- اضطراب النوم .

د- يحدث القلق خلال موقفين على الأقل أو نوعين من الأنشطة أو الأحداث. والقلق المعمم لا يظهر فيه نوبات انفعالية منفصلة لا يمكن السيطرة عليها (كالهلع

أو الرعب)، كما أن المخاوف ليست قاصرة على موضوع واحد أساسي كما في قلق الانفصال، أو فوبيات الطفولة .

هـ- تحدث الإصابة في فترة الطفولة أو المراهقة (قبل سن ٨١ سنة) .

و- ألا يكون الاضطراب بسبب تأثير أدوية أو عقاقير منشطة نفسية أو ناتجاً عن الأحوال الصحية العامة مثل: زيادة الهرمونات وإفراط نشاط الغدة الدرقية، أو أي اضطراب نمائي مثل: التوحد أو سبرقر .

ولقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-1994 نفس هذه المحكات التشخيصية، غير أنه أكد على أن القلق المعمم لدى الأطفال والمراهقين يتركز حول الانشغال والهم المرتبط بالأداء المدرسي والرياضي والاجتماعي (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٢٦٦؛ عبد الرحمن، ٢٠٠٠ : ٢٨٨).

٩- التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

أ- اضطراب القلق المعمم ليس انشغالياً حول حدوث نوبة هلع كما في الفوبيات .
ب- اضطراب القلق المعمم يختلف عن القلق الاجتماعي حيث ينتاب الفرد خشية من مواجهة الجمهور .

ج- يختلف القلق المعمم عن قلق الانفصال، حيث يكون الفرد قلقاً حين يكون بعيداً عن مسكنه أو أقاربه المباشرين .

د- يختلف القلق المعمم عن توهم المرض الذي يرتبط بأوهام حول الإصابة بمرض خطير .

هـ- ويختلف القلق المعمم عن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد حيث لا يوجد في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد انشغال حول الأحداث المستقبلية .

و- يختلف القلق المعمم عن اضطراب ما بعد الصدمة فالانشغال في القلق لا يحدث بعد حادث عرضي أو ضاغط (عبد المعطي، ٢٠٠١) .

١٠- نسبة الانتشار والظهور :

يمثل اضطراب القلق المعمم نسبة تتراوح ما بين ١٠ - ١٥% من المترددين على العيادات الخارجية في أمريكا، وفي المملكة العربية السعودية تصل حالات القلق إلى ١٤,٨١% من الحالات التي يتم تشخيصها في العيادات النفسية، وغالباً لا يسعى مرضى القلق المعمم للعلاج ما لم تصبح الأعراض الجسمية المصاحبة للمرض حادة ومؤلمة،

ومعدل اضطراب القلق المعم بين الأطفال غير قليل، ونسبة انتشاره بين الجنسين متساوية، ويظهر القلق بكثرة لدى الطفل الأول في الترتيب الميلادي الذي يأتي من أسرة صغيرة تنحدر من مستوى اقتصادي واجتماعي راقى، كما يلاحظ أن أمهات وآباء هؤلاء الأطفال يعانون من الاضطراب غالباً (عبد المعطي، ٢٠٠١ : ٣٦٦؛ آل سلمان، ٢٠٠٣ : ١٥).

١١- المسار والمضاعفات :

يبدأ القلق المعم لدى الأطفال والمراهقين بداية مفاجئة وأحياناً متدرجة مع فترات من الاشتداد مرتبطة بظغوط نفسية أو اجتماعية، وقد يستمر الاضطراب حتى الحياة البالغة. وفي بعض الحالات الشديدة المزمنا يظهر الطفل أعراضاً جسدية عديدة ونقصاً في الإنجاز الدراسي وعزلة اجتماعية. وفي الحالات الشديدة يعجز الطفل عن الوفاء بالاحتياجات الواقعية المطلوبة في البيت والمدرسة (عبدالمعطي، ٢٠٠١) .

١٢- العلاج: Treatment

أ - العلاج الطبي Medical Therapy

يعد العلاج الطبي أكثر طرق العلاج شيوعاً لمرضى القلق وعادة ما يشمل مضادات القلق مثل الليبريوم، والزانكس، والفاليوم، وتسهم هذه الأدوية من خفض مستوى القلق لمدة قصيرة تتراوح ما بين أسبوع إلى اسبوعين، واستخدامها لمدة طويلة يضعف فعاليتها، ولكن، توجد فئة جديدة من العقاقير ليس لها آثار جانبية هي مجموعة الأزابيرونات azapirones وتشمل البوزبيرون buspirone والتي لها فعالية جيدة على العلاج كما أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لها فعالية جيدة في الحد من القلق (عبدالرحمن، ٢٠٠٠ : ٢٦٠).

ب - الإزالة المنتظمة للتحسس: Systematic Desensitization

يهدف أسلوب تقليل الحساسية التدريجي إلى مساعدة القلقين ليكونوا أقل توتر وأن يكونوا بطئي الاستجابة لمصادر التوتر، هذا الأسلوب نتاج بحوث علماء النفس لإزالة استجابات القلق الإشرافية (الخطيب، ١٩٩٤).

وساهم جوزيف Joseph في تطوير هذا الأسلوب بناءً على ملاحظة مؤداها أنه طالما أن القلق يزيد من توتر العضلات فإن استرخاء العضلات قد يحد من درجة القلق تبعاً لذلك (شيفر ملمان، ١٩٩٩؛ سي ووكر، ٢٠٠١) .

وتتم هذه العملية في ثلاث خطوات :

أ- - التدريب على الاسترخاء: أي التدريب على الاسترخاء العميق للعضلات في خطوات يتم خلالها شد وإرخاء العضلات المختلفة بالجسم في تتابع يحدده المعالج .

ب- - إعداد مدرج القلق Anxiety hierarchy : أي إعداد قائمة متدرجة تبدأ بالمواقف أقل مستوى في إثارة القلق وصولاً بالمواقف الأعلى مستوى في إثارة القلق .

٣- تخيل الموقف الأقل إثارة للقلق، وعندما تعود مشاعر القلق مرة أخرى، يتم إيقاف المشهد التخيلي، والعودة إلى الاسترخاء من جديد، تستمر المحاولات حتى يستطيع المريض تخيل المشهد دون أن يشعر بالقلق وعندما ينجز الموقف الأول ينتقل إلى الثاني وفقاً لقائمة مدرج القلق (عبد الرحيم، ١٩٨٢؛ سي ووكر، ٢٠٠١).

ج - التغذية الحيوية : Biofeed Back

تشير التطورات الحديثه في ميدان علم النفس إلى أن قدراً كبيراً من السيطرة الواعية يمكن بذلها للتحكم بالعمليات الفسيولوجية الأساسية التي يعتقد سابقاً أنها لا إرادية ولا تخضع لمثل هذا النوع القصدي (سي ووكر، ٢٠٠١) .

التغذية الحيوية المرتدة تساعد المصاب بالقلق على الاسترخاء، وتوضح له كيفية فهم وظائف الجسد والتحكم فيها مثل: سرعة ضربات القلب، درجة حرارة الجسد، موجات المخ. والمفهوم الأساسي للتغذية الحيوية المرتدة يتركز على فكرة أنك قد لا تكون قادراً على التحكم فيما حولك، لكن يمكنك أن تتعلم كيف تغير أسلوب استجابتك لما حولك. وأسلوب التغذية الحيوية المرتدة يجعل جسد الشخص متصلاً بأجهزة مثل رسام العضلات الكهربائي، جهاز المقاومة الجلدية الكهربائي، جهاز قياس نبض الإصبع الذي يعكس معدل ضربات القلب، وجهاز قياس التغذية الجسدية التنفسية، ومن خلال تلك الأجهزة يتعرف المعالج على مقدار التوتر العضلي وسرعة القلب والتنفس، والعرق ودرجة حرارة الجسم ومنها يستدل إذا كان الشخص مسترخياً أم لا. ويبدأ بتدريبه على التخلص من قلقه وتوتره بمراقبة تلك الأجهزة ومشاهدة الفرق بين حالة القلق وحالة الاسترخاء، والهدف النهائي من استخدام أسلوب التغذية الحيوية المرتدة هو مساعدة الفرد على استعمال هذه المهارة خارج العيادة عندما يواجه مصادر القلق في معترك حياته (Mayers, 2001).

د - التحدث مع الذات : Self Talking

يعتبر أحد فنيات العلاج المعرفي يمكن استخدامه بمفرده، أو استخدامه أثناء الاسترخاء، يعتمد هذا الأسلوب على عدة خطوات :

- الخطوة الأولى: إيقاف العبارات السلبية مثل: أعرف أن شيء سيء سيحدث، أو من الأفضل ألا استمتع كثيراً وإلا شيئاً سيئاً سيحدث .
- الخطوة الثانية: أن تسأل وتقترح عبارات إيجابية مثل: لا أحد كامل، سوف أفعل أقصى جهدي، أو القلق لن يساعدني ولكن العمل هو الذي يساعدني .
- الخطوة الثالثة : يبدأ الطفل بقول العبارات الإيجابية بصوت عالي أولاً ثم بصوت منخفض مع نفسه، والهدف من هذا الأسلوب هو تدريب الأطفال أن يقولوا عبارات إيجابية لأنفسهم بشكل يجعلهم قادرين على تحليل الموقف والاستجابة لمتطلباته دون أن يصيبهم القلق (شيفر وملمان، ١٩٩٩؛ عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

ذ - التنفس العميق : Deep Breathing

يعتقد الكثير من الناس أنهم يتنفسون بشكل صحيح طالما أنهم يستنشقون الهواء ويزفرونه، والحقيقة أن أجسامنا لا تحصل على الأكسجين الضروري للتمتع بالصحة الجيدة، إلا إذا كنا نتنفس بشكل عميق وشامل ومتواصل. وتبدأ جلسة التنفس باستلقاء الشخص في مكان مريح مليء بالوسائد، هادئ، وذا تهوية جيدة، وأسهل طريقة لبدء الجلسة هي مجارات المعالج وهو يجسد الوضع التنفسي المثالي، فهذا الشكل التنفسي أشبه بموجة ترتفع وتخفض في حركة مستمرة، ويكون الشهيق المثالي طويلاً يملأ الجسم كله بينما يكون الزفير قصيراً ومسترخياً، في الجلسات الأولى يفضل التنفس من الفم كي تسمح بدخول أكبر قدر من الهواء إلى الجسم، أما الأنف فهو أضيق من أن يتسع لحجم الهواء الكبير الذي تستلزمه عملية الشهيق وهو عرضه للانسداد، ولا سيما في فترات الانفعال الشديد (كرافتير، ٢٠٠٢).

إن التنفس العميق يساعد على إنهاء الضغط العصبي، ويمكن نبضات القلب وضغط الدم من العودة إلى معدلاتها الطبيعية، وبذلك يفرز المخ مسكنات الألم الخاصة والتي تشبه في وظيفتها المورفين وتسمى إندورفينات Endorphins وإنكفالينات Enkephalins وهي ترتبط بالشعور بالسعادة والمشاعر الإيجابية (هاجن، ٢٠٠٠).

ر - الاسترخاء Relaxation :

إن حالة الاسترخاء عكس حالة التوتر أو الضغط النفسي، فحدوث الاسترخاء من مهام الجهاز العصبي الباراسمبثاوي Parasympathetic nervous system وهو مسئول عن إبطاء ضربات القلب، وتنظيم حركات التنفس بصورة هادئة، وتدفئة الجلد، والسيطرة الهادئة على وظائف الهضم، وهو المسئول عن إثارة الرغبة للنوم، والإحساس بالطمأنينة (حجار. ب، ت). وقد قام كلا من أولينديك وكنينج Olindick and King، ١٩٩٤ بتلخيص نتائج لدراسات الخاصة بالعلاجات السلوكية لمعالجة أعراض القلق، وتم التواصل إلى أن التدريب على الاسترخاء مفيد على وجه الخصوص مع الأطفال الذين يعانون من القلق (عبد الرحمن و حسن، ٢٠٠٣) .

فوائد الاسترخاء :

- المساهمة في الشفاء من القلق والاكتئاب .
 - التخلص من التوتر العضلي، والذي يعد سبباً مباشراً للشكوى من الصداع النصفي .
 - يساعد على انخفاض ضغط الدم المرتفع، كما يساعد على انخفاض مستوى سكر الدم المرتفع .
 - يساعد على الشفاء من القولون العصبي .
 - يساعد على الشفاء من اضطرابات النوم مثل الأرق .
 - تحسين القدرة على التركيز، والتذكر، والقدرة على الابتكار .
 - يعد الاسترخاء وسيلة طبيعية مهدئة للتنفس يمكن أن تغني عن استخدام العقاقير الكيميائية المهدئة المعروفة بأضرارها الجانبية العديدة .
- هناك فنيات عديدة تساعد على الوصول إلى حالة الاسترخاء، وأياً كانت طريقة الاسترخاء المستخدمة ينبغي ممارستها بصفة منتظمة حتى تحقق الفائدة الجسمية والنفسية المنشودة (الحسيني، ب.ت).

الاسترخاء العميق Deep Relaxation :

ويسمى أحياناً بالاسترخاء العضلي العميق، وهناك ضوابط لممارسة الاسترخاء العميق وهي :

- يمارس الاسترخاء بمعدل مرة إلى مرتين يومياً خلال أول أسبوعين ثم يزيد هذا المعدل إلى ثلاث أو أربع مرات خلال الأسبوع التالي، وبعد عدة أشهر يمكن تقليل جلسات الاسترخاء إلى واحدة أسبوعياً، لأن الاسترخاء له تأثير تراكمي واستجابة الجسم له تكون سريعة مع تكرار التدريب .

- لا ينبغي ممارسة الاسترخاء العميق إلا بعد ساعة على الأقل من تناول الطعام وذلك لأنه بعد الأكل مباشرة يكون جزءاً كبيراً من طاقة الجسم موجهة لعملية الهضم مما يعوق تحقيق حالة الاسترخاء العميق .
- لا ينبغي ممارسة الاسترخاء العميق في حالة الإحساس بالجوع، لأن حاجة المعدة إلى الطعام، تشتت الانتباه، وتعوق بالتالي الاسترخاء المطلوب .
- يجب ممارسة الاسترخاء بمكان هادئ جيد التهوية .
- يجب ارتداء ملابس خفيفة لا تضغط على منطقة الصدر أو الخصر، كما يجب خلع الحذاء قبل بدء تمارين الاسترخاء .
- تتطلب ممارسة التمارين في البداية إلى الالتزام بعدة إرشادات، ولذلك يفضل البدء مع معالج متخصص لمساعدة الشخص على إتقان مهارة الاسترخاء، وبعد ذلك يمكن استخدام شريط صوتي للقيام بالتدريب بشكل فردي مع مراعاة التوقف للحظات بعد الانتهاء من كل إرشاد حتى يتسنى توفير الوقت المناسب للتنفس وشد الجسم .
- يمكن الاستفادة من أبخرة الزيوت العطرية لتشجيع الوصول لحالة الاسترخاء مثل: زيت اللافندر، زيت البابونج، زيت الورد ... الخ . (حجار، ب.ت: ٢٥٩).

خطوات الاسترخاء العميق :

- اجلس على مقعد مريح له مسندان لليدان، أو استلقي على ظهرك فوق أرضية مريحة واسند رأسك وركبتيك بوسائد .
- أغلق عينيك وخذ شهيقاً من خلال الأنف، احبسه لثوان، ثم أزر الهواء ببطء، كرر العملية ثلاث مرات .
- ركز انتباهك لوضع قدميك، خذ شهيقاً، شد قدميك مع جعل الأصابع متجهة إلى الأمام ثم أثن قدميك تجاه الجسم، احتفظ بهذا الوضع المشدود لقدميك لمدة العد من ((١-٥)) بعد ذلك أرخي قدميك المشدودتين مع إخراج الزفير .
- ركز انتباهك على ركبتيك، خذ شهيقاً، شد ركبتيك واحتفظ بهما في الوضع المتوتر المشدود لمدة العد من ((١-٥)) أرخ ركبتيك مع خروج الزفير، تابع بنفس النظام مع عضلات الفخذين، وعضلات الآلية، ومنطقة البطن، ومنطقة الصدر، ومنطقة الكتفين، واليدين والذراعين، والعنق، والوجه وفروة الرأس.

- قم بتكرار قبض وإرخاء المناطق السابقة حتى تشعر بحالة من الاسترخاء العميق، حافظ على الاستمتاع بهذه الحالة لفترة من الوقت قبل الانتقال إلى العالم الخارجي
- للخروج من حالة الاسترخاء خذ شهيقاً وفي الوقت نفسه أرفع ذراعيك فوق الرأس، ثم قم بتمديد جسمك مرة واحدة .
- عندما تشعر بأنك صرت مستعداً للخروج من حالة الاسترخاء استدر بجسمك على الأرض تجاه أحد الجانبين، وأنهض تدريجياً وببطء (هاجن، ٢٠٠٠: ١٩١).

ب- الاسترخاء العضلي السريع Rapid Muscular Relaxation :

ويطلق عليه أيضاً الاسترخاء قصير المدة وله عدة طرق، وفيما يلي أحد الطرق لأدائه :

- ١- استلقي على ظهرك أو أجلس في وضع مريح مناسب للاسترخاء .
- ٢- ركز انتباهك على ذراعك الأيمن وتصور أثناء ذلك خروج الاجهاد والتوتر من الذراع وإحلال الاسترخاء محله ابتداءً من اليد إلى الكتف .
- ٣- ركز انتباهك على الذراع الأيسر، وانتقل من اليد إلى الكتف بتصورك للتخلص من التوتر بنفس الكيفية السابقة .
- ٤- ثم انتقل بانتباهك إلى الأجزاء التالية بالترتيب واستشعر حلول الاسترخاء وزوال التوتر :

- الساق اليمنى (من القدم إلى أعلى الفخذ) .
- الساق اليسرى (من القدم إلى أعلى الفخذ) .
- المؤخرة .
- البطن .
- أسفل الظهر .
- أعلى الظهر .
- الصدر .
- الكتفين .

- العنق، ثم الفك، واللسان، والعينين، ثم فروة الرأس، ثم بعد ذلك بالتركيز على حركات التنفس واجعلها بطيئة عميقة هادئة .

استمر في ممارسة الاسترخاء بالكيفية السابقة حسب الوقت المسموح به لك ثم أخرج من حالة الاسترخاء بهدوء وابدأ في ممارسة أنشطتك بعد حلول الراحة لجسمك والصفاء لذهنك (الحسيني، ب.ت : ٢٩).

ز - تقديم الدعم العاطفي :

تسهم عملية تشجيع الأطفال للتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم واهتماماتهم في تحريرهم من القلق، وللأسرة والمدرسة دور في تشجيع الطفل لممارسة حقه في التعبير عن مشاعره، تهيئة بيئة ملائمة لتفريغ المشاعر السلبية من خلال الألعاب والقصص والتمثيل، فإنها تقوده نحو التخلص من مصادر قلقه، والتمتع بالمستوى المنشود من الصحة النفسية، يمكن تعريف الطفل أن بإمكانه الرجوع لوالديه أو معلمته عندما يكون منزعج، وأنهم سيكونون متقبلين لمشاعره، وسيقدمون له المساندة (والاس، ٢٠٠١؛ ملحم، ٢٠٠٢).

س - العلاج الأسري Family Therapy :

إذا كان الوالدان هما المسئولان إلى حد كبير عن إحساس القلق فعلى الآباء والأمهات أن يتجنبوا الأسباب التي تؤدي إلى إحساس الطفل بالقلق وعدم الأمان خاصة إذا كان القلق مصحوباً بالفشل الدراسي، والعمل على إشباع حاجات الطفل للحب، والاهتمام والرعاية والأمن، وأن يمنحوا أطفالهم الحب والحماية دون إفراط أو تقريط، إلى جانب فهم ما يحيط بالطفل من مواقف ومنبهات تثير القلق وتتطلب حلاً، وتشجيع الأطفال على الثقة بأنفسهم وكيف يواجهون مشكلات الحياة بشجاعة وواقعية، وفي حالة وجود القلق لدى أحد الوالدين أو كلاهما فلا بد من علاج قلق الوالدين أولاً (الزيود، ١٩٩٨) .

ش - التحليل النفسي Psychoanalysis :

ينظر التحليل النفسي إلى الطفل بوصفه يعيش صراع بين ثلاث قوى وهي: الهو (الغرائز الفطرية) الأنا (المجتمع بضوابطه)، الأنا الأعلى (القيم، الضمير) .

ويهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى تقوية أنا الطفل باعتبارها الجزء المنسق بينها وبين ضوابط الأنا الأعلى، والسعي إلى إظهار الأحداث المكبوتة بمعنى تحديد أسباب

القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام وزلات اللسان حتى يصل المريض إلى الاستبصار بدلالة مشكلته (الكناني، والموسوي، ب، ت؛ الخلف، ١٤١٥).

ص - العلاج البيئي Environment Therapy :

يقصد بالعلاج البيئي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ في إثارة القلق مثل: تخفيف أعباء الطفل والضغوط المؤثرة عليه ومثيرات التوتر، إلى جانب العلاج الاجتماعي والرياضي، والرحلات، وتنمية الصداقات، والترفيه، والموسيقى (عبدالمعطي، ٢٠٠١).

١٢- علاقة القلق باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

أما عن علاقة القلق باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فقد أسفر الاستقصاء البحثي عن وجود علاقة موجبة بين القلق و اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (إبراهيم ، ب.ت. 1993; Peter et al., 1999; Holowenko, 2001; Pickhart).

ويقدر باركلي Barkely ١٩٩٨ نسبة انتشار القلق بين المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بحوالي ٢٥%.

ويذكر توني وربورت (١٩٩٨) بأن الأطفال المصابين بنقص الإنتباه والنشاط الزائد الذين يعانون من القلق ينتمون إلى أسر من الطبقة الاقتصادية الأعلى ذات توقعات التحصيل العالي نسبياً (توني، وربورت، ١٩٩٨).

ج - تقدير الذات Self Esteem :

لاحظ الباحثون تداخلاً بين عدة مفاهيم هي : تقدير الذات، وإدراك الذات، والموقف من الذات وهي بمجملها تتفاعل في تكوين ما يسمى بالذات. وكل هذه المفاهيم تحتل مكانة هامة في تكيف الإنسان في حياته (حمود، ٢٠٠١).

١ - تعريف تقدير الذات :

ستقف الباحثة عند مفهوم الذات لكونه وحدة تجمع كل المصطلحات السابقة وبعدها تنتقل إلى تبيان مفهوم تقدير الذات لأنه أحد أبعاد الدراسة الحالية.

يحتل مفهوم الذات مكانة محورية لدى علماء النفس، يمكن من خلاله، الكشف عن السواء واللاسواء، وعن الطاقات الكامنة وعن الإحباطات أيضاً، فارتفاع مستواه يعني

أن يمضي الإنسان بطاقاته إلى الأمام، وانخفاض مستواه يعني انحصار الإمكانيّة والطاقة داخل الذات وظهور الأعراض المرضية (عيد، ب.ت).

يرى أدلر أن الذات تمثل نظاماً شخصياً ذاتياً يفسر خبرات الكائن العضوي ويعطيها معناها، بالإضافة أن الذات تبحث عن الخبرات التي تساعد على تحقيق أسلوب الشخص الفريد في الحياة (عبدالرحمن وحسن، ٢٠٠٣).

ويعرف سوليمان الذات بأنها ما يتحدث عنه الشخص عندما يتكلم عن نفسه مستعملاً ضمير الفاعل، أو عندما يتحدث عما يتعلق به (حمود، ٢٠٠١).

ويرى إيفانس، Evans، ١٩٦٣ أن مفهوم الذات يقصد به إدراك الفرد لخصائصه وصفاته الذاتية والطرق التي يتشابه فيها مع الناس أو يختلف عنهم (Roberts, 1993:25).

ويعرف جونسون (Johnson) ١٩٦٧ مفهوم الذات بأنه اتجاه الفرد نحو ذاته البدنية وسلوكه الخاص (شعيب، ١٩٨٨ : ٧٣).

ومن وجهة نظر جورارد، Jourard، ١٩٧٣ فإن مفهوم الذات لدى الشخص يتضمن اعتقاداً عن طبيعته الخاصة، وهو يتضمن افتراضاته عن جوانب قوته وضعفه وإمكانات نموه كما يتضمن وصفه الصريح لجوانب سلوكه (موسى ودسوقي، ١٩٨١ : ١٩).

ويرى كلارك، Clark، ١٩٩٢ أن الذات نظام معقد وديناميكي (حركي) من المعتقدات التي يؤمن بها الأفراد كمعتقدات حقيقة عن أنفسهم لها أربعة أوجه : الذات المادية ، والذات الاجتماعية، والذات المعرفية، والذات الروحية (Vance, 2002:31).

وقد بدأ مصطلح تقدير الذات في الظهور في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، وأخذ مكانه بسرعة في كتابات الباحثين والعلماء بجانب المصطلحات الأخرى في نظرية الذات، التي زودت بها نظرية الأدب السيكلوجي وقتذاك مثل مفهوم "الذات الواقعية" Real-self الذي يشير إلى إدراك الفرد لذاته كما هي في الواقع، ومفهوم الذات المثالية Ideal-self الذي يشير إلى الصورة المثالية أو النموذجية التي يتمنى المرء أن يرى نفسه على منوالها، ومفهوم "تقبل الذات" Self-Acceptance وهو المفهوم الذي يشير إلى الفرق بين المفهومين السابقين، أو بين ذات الفرد الواقعية وذاته المثالية. ثم ظهر مفهوم "تقدير الذات" وهو يشير بدرجة أساسية إلى حسن تقدير المرء لذاته وشعوره بجدارته وكفايته (الدوسري، ٢٠٠١ : ٨١).

أما تقدير الذات فيرى بيكارد (٢٠٠١ : ١٩) أنه "مفهوم سيكولوجي تجريدي مثل الذكاء أو الضمير، ويصبح وجود هذا الكيان المعنوي ملموساً فقط من خلال الأفعال والتغيرات الشخصية المدركة لتظهر الدليل على وجوده".

ويعتبر تقدير الفرد لذاته حاجة ملحة، يحتاج لإشباعها، ذلك أن كل فرد يحتاج إلى تكوين رأي طيب عن نفسه، وعن إحترام الآخرين له، وإلى الإحساس بأهميته، وإلى تجنب النبذ، وعدم القبول من الآخرين. ويحتل تقدير الذات من حيث الحاجات النفسية يحتل مكانة هامة ففي تنظيم ماسلو Maslow يمثل تقدير الذات المستوى الرابع على هرم ماسلو للحاجات كما ارتكزت عليه نظرية هورني Horney من حيث الرغبة في أن يقدر الفرد ذاته وأن يقدره الآخرون (الدوسري، ٢٠٠١ : ٨٠).

وفقاً للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ، لا يعد تقدير الذات أمراً فطري، إنما شيء يبدأ الطفل تعلمه من خلال التجربة المتعلقة بالظروف والمعاملة من الآخرين وبالتفاعل مع العالم (Myers, 2001).

ويصف ملير Miller تقدير الذات بأنه تقويم الفرد لخصائصه الشخصية (حمود، ٢٠٠١).

ويرى روجرز Rogers أن الحاجة إلى تقدير الذات تنشأ مع نشوء مفهوم الذات وهو متعلم ويعبر عن النزعة إلى تحقيق الذات (Roberts, 1993).

ويعرف كوبر سميث Cooper Smith ١٩٦٧ تقدير الذات على أنه حكم شخصي يعنى القيمة Worthiness التي يعبر عنها بالاتجاه الذي يشعر به الفرد نحو نفسه، وهو خبرة موضوعية يقدمها الفرد للآخرين من خلال التعليق اللفظي والسلوكيات الأخرى (شعيب، ١٩٨٨ : ١٠).

وتصف برقرز Briggs, ١٩٧٠ تقدير الذات على أنه مجموع مشاعر الفرد التي يكونها عن ذاته، بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها، بمعنى أن لدى الفرد الكفاية التي تدفعه إلى التصرف بمسؤولية إزاء نفسه والآخرين (ريزونر، ١٩٩٩ : ٥٧).

وترى سيمونز Simons ١٩٩٣ بأن تقدير الذات هو الموقف الإيجابي أو السلبي الذي يتخذه الفرد نحو ذاته (حمزة وحمود، ٢٠٠٢ : ١٧).

أما بالنسبة لتقدير الذات فيوضحه ماسلو Maslow في تنظيمه للحاجات النفسية حيث تتضمن حاجات التقدير شقين :

الشق الأول : احترام الذات ويحوي أشياء مثل الجدارة والكفاءة والثقة بالنفس والقوة الشخصية والإنجاز والاستقلالية.

الشق الثاني : التقدير من الآخرين ويتضمن المكانة والتقبل والانتباه والمركز والشهرة (الفحل ، ٢٠٠٠ : ٧).

ويرى عبد الرحيم (١٩٨٥ : ٢٢٥) "أن تقدير الذات هو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستند إليها الفرد عندما يواجه العالم المحيط".

وعرف كوهن, Cohen, ١٩٨٦ تقدير الذات بأنه "درجة التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية" (موسى، ودسوقي، ١٩٩١ : ٢١).

في حين يعرف رونر (Rohner,1986) تقدير الذات بأنه "تقويم الفرد العام لذاته فيما يتعلق بأهميتها وقيمتها. حيث يشير التقدير الإيجابي للذات إلى مدى قبول الفرد لذاته وإعجابه بها وإدراكه لنفسه، على أنه شخص ذو قيمة جدير بالإحترام وتقدير الآخرين، أما التقدير السلبي للذات فيشير إلى عدم قبول المرء لنفسه، وخيبة أمله وتقليله من شأنها وشعوره بالنقص عند مقارنته بالآخرين" (عيد، ب.ت : ٤٣). واعتبر فرنش وزملاؤه French et al أن تقدير الذات "هو تلك الأبعاد التي يضعها الفرد ومن خلالها يرى ذاته والآخرين، وتتصف هذه الأبعاد بأنها ليست كلها على نفس الدرجة من الأهمية للشخص وإنما تختلف في درجة مركزيتها" (في شعيب، ١٩٨٨ : ١٢).

وتعرف الباحثة تقدير الذات إجرائيا بأنه "الدرجة التي يمكن أن تحصل عليها التلميذة على مقياس تقدير الذات المستخدم في الدراسة الحالية".

٣- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات :

يستخدم الكثير من الباحثين مصطلح تقدير الذات ومصطلح مفهوم الذات كمصطلحين مترادفين، إلا أن هناك فرق بين المصطلحين تستعرضه الباحثة وفق آراء الباحثين.

يرى عبد الحافظ ١٩٨٢ أن مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير الذات تقييم لهذه الصفات، فمفهوم الذات يتضمن فهم موضوعي أو معرفي للذات، بينما "تقدير الذات" فهم إنفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس (الدوسري، ٢٠٠١: ٨٦).

ويشير مقبل (١٩٩٥) إلى أن الذات تتحدد بمفهوم الذات والذي يعد جانب معرفي -
معلومات وصفات، وتقدير الذات يعد جانب تقييمي.

وقدم كوبر سميث (Copper Smith, 1967) تعريفاً للتفرقة بين مفهوم الذات وتقدير
الذات يمكن إيجازه فيما يلي :

مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص وآراءه عن نفسه بينما تقدير الذات يتضمن
التقييم الذي يصنعه، وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه على اعتباره لذاته. ولهذا فإن
تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض، ويشير إلى معتقدات الفرد تجاه ذاته،
وباختصار يكون تقدير الذات هو الحكم على صلاحيته، معبراً عنها بواسطة الاتجاه الذي
يكنه نحو ذاته، فهو خيرة ذاتية ينقلها للآخرين عن طريق التقارير اللفظية، ويعبر بالسلوك
الظاهر (شعيب، ١٩٨٨ : ٧٨).

وفي الأبحاث التي قام بها فوكس Foxx ١٩٩٠ ميز بين الاصطلاح الوصفي "مفهوم
الذات"، والاصطلاح العاطفي الوجداني "تقدير الذات" ففي تعليقه يذكر أن مفهوم الذات يشير
إلى وصف الذات الذي يمكن من خلاله استخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل "أنا
رجل"، "أنا طالب" وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب. أما "تقدير
الذات" فيهتم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات، حيث أن الأفراد يقومون بصياغة وإصدار
الأحكام الخاصة الشخصية كما يرونها. وببساطة فإن مفهوم الذات يسمح للفرد بأن يصف
نفسه في إطار تجربة مثيرة، أما تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد
بأدائه خلال هذه التجربة (ريزونر، ١٩٩٩ : ١٣).

ومما سبق يتضح أن هناك فرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، فمفهوم الذات هو
الصورة التي يحملها الفرد عن نفسه، أما تقدير الذات فهو الشعور الذي يحمله الفرد عن
تلك الصورة.

٣- النظريات المفسرة لتقدير الذات :

أ - نظرية روزنبرج Rosenberg :

تدور أعمال روزنبرج حول محاولته دراسة نمو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته،
وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به. وقد اهتم روزنبرج
بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم. ثم كان اهتمامه بعد ذلك أشمل بحيث درس ديناميات

تطور صور الذات الإيجابية في ضوء الدور الذي تقوم به الأسرة في نمو تقدير الفرد لذاته. وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي للفرد مستقبلاً. كما أهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات مثل تلك التي بين المراهقين الزوج والمراهقين البيض والتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر، والمنهج الذي استخدمه روزنبرج هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك. حيث أعتبر أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه. وطرح فكرة أن الفرد يكون اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها ويخبرها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات ويكون الفرد نحوها اتجاهها لا يختلف كثيراً عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى حتى ولو كانت نوع الصابون الذي يستخدمه. ولكنه فيما بعد عاد وأعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف- ولو من الناحية الكمية- عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى (شعيب، ١٩٨٨ : ٣٥).

ب - نظرية كوبر سميث Cooper Smith :

أما أعمال كوبر سميث Cooper Smith فقد تمثلت في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية ولقد اعتبر أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب. لذا فإن علينا ألا نغلق داخل منهج واحد أو مدخل معين لدراسته، بل علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم. وإذا كان تقدير الذات عند روزنبرج ظاهرة أحادية البعد بمعنى أنها اتجاه نحو موضوع نوعي فإنها عند كوبر سميث ظاهرة أكثر تعقيداً لأنها تتضمن كلاً من عمليات تقييم الذات كما تتضمن ردود الفعل أو الاستجابات الدفاعية. وإذا كان تقدير الذات اتجاهات تقييمية نحو الذات لدى كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق وهو يقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين : التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته و وصفه لها. والتعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية.

كما يميز كوبر سميث بين نوعين من تقدير الذات : تقدير الذات الحقيقي، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة. وتقدير الذات الدفاعي، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة، ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين. وقد ركز كوبر سميث على الخصائص

العملية التي تصبح من خلالها مختلف جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات. وقد أفترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي : النجاحات والقيم والطموحات والدفاعات.

ويذكر كوبر سميث أنه بالرغم من عدم قدرتنا على تحديد أنماط أسرية مميزة بين أصحاب الدرجات العالية وأصحاب الدرجات المنخفضة في تقدير الذات من الأطفال إلا أن هناك ثلاث حالات من الرعاية الوالديه تبدو مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات، هي : تقبل الأطفال من قبل الآباء، وتدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من جانب الآباء، واحترام مبادرة الأطفال وحريرتهم في التعبير من جانب الآباء (الدوسري، ٢٠٠١ : ٩٠).

ج - نظرية زيلر Zelar :

أما أعمال زيلر Zelar فقد كانت أقل انتشار من نظرية روزنبرخ Rosenberg ونظرية كوبر سميث Cooper Smith. حيث يعتبر زيلر تقدير الذات ما هو إلى البناء الاجتماعي للذات. وينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث - في معظم الحالات- إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، وهو تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي. وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في البيئة الاجتماعية للشخص فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك. وعلى ذلك فتقدير الذات مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى. ولذلك أفترض زيلر أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات. وهذا يساعدها على تأدية وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه. إن تأكيد زيلر على العامل الاجتماعي جعله يدعم مفهوم "تقدير الذات الاجتماعي". وقد ذكر أن المناهج أو المداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات (بيكارد، ٢٠٠١ : ٤٩).

٤ - كيف يتكون تقدير الذات لدى الأطفال ؟

لدى الأطفال يتم إكتساب فكرة الذات كشخص مستقل ومتميز بصورة تدريجية، ينبثق من هذا النشوء تطور مستوى تقدير الذات عبر مراحل النمو (Roberts, 1993).

يبدأ الأطفال بتكوين الاتجاهات عن ذواتهم عندما يبدأون بالتعامل مع الآخرين، فعند البدء بعملية المشي، وحينما تقابل هذه المحاولة بإستجابة إيجابية من قبل الوالدين فإنهم يبدأون بتكوين الشعور بالثقة، وحين تقابل هذه المحاولة بإستجابة سلبية فيميل إلى الشعور بأنه غير مرغوب أو أنه أقل أهمية من غيره، أما إذا بدأ الأبوين خائفين من وقوع طفلهما عند بدء خطواته الأولى فيميل الطفل للخوف وعدم المحاولة، لذا تُعد إستجابة الأبوين لمحاولات الطفل للمشي أو استخدام الحمام أثر على تقديره لذاته (ريزونر، ١٩٩٩).

ولقد درس كوبرسميث Cooper Smith, ١٩٦٥ الظروف المنزلية لدى الأطفال، ونتيجة لهذه الدراسة حدد ثلاث ظروف أساسية تسهم في تكوين تقدير عال للذات في البيئة المنزلية :

أ - الحب غير المشروط.

ب - وجود قوانين محددة بشكل جيد يتم تطبيقها باتساق.

ج - إظهار قدر واضح من الإحترام للأطفال (ريزونر، ١٩٩٩ : ٩٨).

وفيما بين الثانية والثالثة من العمر ينظر الطفل إلى نفسه على أنه مختلف عن والديه والأطفال الآخرين ويميز جنسه ويبدل جهود للتعرف على معاني المفردات مثل "أنا" ، "ولي" تضيف له شعوراً بالهوية الذاتية كفرد مستقل، وعند أنضمامه للروضة تبدأ بذرة تقدير الذات في التكوين (Roberts, 1993 ؛ ريزونر، ١٩٩٩ ; Powell, 2000).

ويشير كلا من الديب (١٩٩٠) وماريون (١٩٩٧) أنه خلال الثمان سنوات الأولى من العمر يجمع الطفل المعلومات عن نفسه ويستخدمها كأساس للتقييم الذاتي، وتؤثر ممارسات الكبار ذوي الأهمية في حياة الطفل توجيه مشاعره نحو ذاته بشكل إيجابي أو سلبي.

ويرجع ميرز (Myers, 2001) تأثير فترة الطفولة المتوسطة على تطوير تقدير الذات إلى عدة أسباب كما يلي :

١ - نظراً لأتساع البيئة الاجتماعية للأطفال في سن المدرسة فإنهم يتعلمون وضع احتياجاتهم الخاصة داخل بيئة الآخرين.

٢ - نظراً لأنهم يصبحون أنانيون بدرجة أقل فإنهم يصبحون قادرين على فهم وجهات نظر الآخرين.

٣ - يدركون بأن هناك مكافآت اجتماعية، بالإضافة إلى المكافآت المادية البسيطة.

٤ - تزداد الذخيرة السلوكية للأطفال بسرعة، بما في ذلك العديد من المهارات الجديدة والتي تستعمل بمثابة الأساس لتقدير الذات.

ويضيف روبرت (Robert,1999) أن مستوى تقدير الذات يؤثر في ثقة الطفل بنفسه ويؤثر على اختياره لأنشطته ، ويعزز أو يُحد من إمكانيات الطفل وهذا ما أتفق عليه كلا من كوبر سميث (Cooper Smith,1967) وبول (Powell,2000) بأن تقدير الذات العالي مرتبط بالثقة بالنفس والمشاركة الاجتماعية والتوقعات الجيدة حول نتائج السلوك الفردي، وتقدير الذات المنخفض يقترن بضعف الثقة بالنفس والانسحاب من المشاركة الاجتماعية (Powell, 2000; حمود، ٢٠٠١).

كما أوضح كلا من ايزنك وولسون (Eysenck and Welson) أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة في تقدير الذات لديهم قدر كبير من الثقة في ذواتهم وقدراتهم ويعتقدون في أنفسهم الجدارة والفائدة وأنهم محبوبين من قبل الأفراد الآخرين، بينما الأشخاص الذين يحصلون على درجات منخفضة في تقدير الذات لديهم فكرة متدنية عن ذواتهم، ويعتقدون أنهم فاشلون غير جذابين (الفحل، ٢٠٠٠).

وعندما يبلغ الطفل سن المراهقة فإن العوامل التي لها أشد الأثر على تقديرهم لذواتهم تبدأ بالتحول من إرضاء الكبار إلى كسب قبول الأقران ولفت نظر الجنس الآخر (ريزونر، ١٩٩٩).

ويرى بول (Powell, 2000) أن مستوى تقدير الذات لا يتميز بالثبات حيث يمكن أن يزيد أو ينقص معتمداً على الصحة والمرض ، والنجاح والفشل وغيره من الأحوال المتغيرة التي تعتبر جزءاً طبيعياً من التجربة الإنسانية.

٥ - مؤشرات تدني مستوى تقدير الذات لدى الأطفال :

هناك بعض المؤشرات التي توصل إليها بيكارد (٢٠٠١ : ٣٤) من مطالعاته لعدة بحوث في هذا الجانب يمكن للوالدين والمعلمين الاستدلال منها على مدى مستوى تقدير الذات لدى الطفل، وهي :

أ - إذا أصبح الطفل يتوق للكمال ويغضب ويكتئب عند اقتراف الأخطاء العادية.

- ب - إذا أصبح هم الطفل الدفاع ليثبت أنه لا شيء خاطئ فيه.
- ج - إذا عقد الطفل مقارنات عن كونه أفضل أو أدنى من الأشخاص الآخرين.
- د - إذا كان الطفل يعتذر بشكل مستمر عندما يحدث شيء خطأ، وإن لم يكن مرتكب لهذا الخطأ.
- ذ - إذا شعر الطفل أنه غير قادر أن يعتذر عن خطأ ارتكبه.
- ر - إذا شعر الطفل أنه مجبر على التبرير عندما لا ينفذ ما يريده الكبار.
- ز - إذا كان شعور الطفل بالسعادة بنفسه يعتمد على الاحتفاظ بالأشخاص الآخرين مسرورين.

- س - إذا استسلم الطفل عندما تفشل المحاولة الأولى بدلاً من المحاولة مرة أخرى.
- ش - إذا لام الآخرون الطفل لما فعله.
- ص - إذا عمل الطفل على إفساد منجزات الأطفال الآخرين.
- ض - إذا أنفق الطفل المال على الآخرين ولكن ليس على نفسه.
- ط - إذا تجنب الطفل قول ما يفكر به خشية الدخول في المعارضة.
- ظ - إذا رفض الطفل تجربة شيء جديد خشية الفشل.
- ع - إذا لم يستطع الطفل رفض الأصدقاء الذين يحثونه على ممارسة السلوك السلبي.
- غ - إذا استمر الطفل في تقبل المعاملة من الآخرين التي يعترف بأنها مؤذية وغير سليمة.

٦- أسباب تدني مستوى تقدير الذات :

أشار كلا من شيفر وملمان (١٩٩٩، ١٥٠-١٥٢) إلى الأسباب وراء تدني مستوى تقدير الذات لدى الأطفال على النحو التالي :

أ - الحماية الزائدة :

إن الأطفال الذين منحت لهم حماية زائدة من والديهم لم يتعلموا أن يتكيفوا مع أنفسهم أو أن يشعروا بالاستقلالية. أنهم يخافون الوقوع في الأخطاء، وعاجزون عن الاهتمام بأنفسهم ويظهرون مستوى متدني في تقديرهم لذواتهم.

ب - الإهمال :

تفسر الدراسات إلى أن الأطفال المفتقرون إلى الاهتمام الوالدي يشعرون بأنهم مهملون نفسياً وجسدياً والنتيجة المباشرة هو الشعور بانخفاض القيمة الذاتية.

ج - التوقعات المثالية للآباء :

يقع الكثير من الآباء في نمط التوقعات المثالية والعالية إنهم يتوقعون من أطفالهم أن يتمتعوا بلياقة بدنية، وقدرة على التفوق الدراسي، وعندما يخفق الأطفال في تحقيق ذلك يشعرون بتدني قيمهم الذاتية.

د - العقاب والاستبداد :

هناك فئة من الآباء طريقتهم في تربية أبناءهم سلطوية قاسية تعتمد على العقاب وتفننوا إلى الاحترام المتبادل، إن هذا النمط التعاملي يشعر الأطفال بمستوى منخفض من تقدير أنفسهم.

ذ - النقد وعدم الموافقة :

إن الرفض والنقد وسب الطفل بصفات سلبية تولد مفهوم متدني لتقدير الذات، وتجعل الأطفال يركزون اهتمامهم للبرهنة على أن السلوك السيء هو الصحيح.

ر - النموذج الأبوي :

إن الآباء الذين يعانون من تقدير منخفض للذات يظهر في سلوكهم اللفظي والفعلية، ما يشير إلى ذلك وهم بمثابة نماذج سلبية لأطفالهم. إن نمو الأطفال في مثل هذا المناخ النفسي يقودهم نحو مستويات منخفضة لتقدير الذات.

ز - الخصائص الجسمية :

يقصد بها صورة الجسم وما تتضمنه من حيث الطول والوزن، الشكل العام فالأطفال الذين يشعرون بالقبح أو القصر أو المصابين بأعاقات قد يعانون من مستويات منخفضة لتقدير الذات (الطبيبي، ١٩٩٩ : ٧٣).

٧ - العناصر الخمسة لبناء تقدير الذات :

تشير الأبحاث إلى أنه يمكننا أن نؤثر على مستوى تقدير الذات من خلال تنمية خمسة اتجاهات أساسية طبقاً للترتيب التالي :

- الشعور بالأمان The sense of security.
- الشعور بالهوية الذاتية أو مفهوم الذات The sense of identity or self-concept.
- الشعور بالانتماء The sense of belonging.
- الشعور بالهدف أو الغرض The sense of purpose.
- الشعور بالكفاية The sense of competence.

لقد وُجد أن لهذه العناصر الخمسة تأثيراً مهماً في تنمية الشعور بتقدير الذات والدافعية لدى الصغار والكبار على السواء. فالذين يشعرون بالقوة في هذه النواحي يميلون إلى إقامة علاقات جيدة مع الآخرين. ويعالجون المشاكل بثقة. ويعملون على تحقيق أهداف محدّدة. ويفكرون ويتصرفون على أساس تقييمهم المستقل. ويحققون النجاح في معظم الأشياء التي يؤديونها (Davi1,1993؛ ريزونر، ١٩٩٩؛ Judy, 2003).

وفيما يلي شرح تفصيلي للعناصر الخمسة :

أ - الشعور بالأمان :

الشعور بالأمان حاجة إنسانية أساسية تنشأ من عدة أمور مثل معرفة ما هو متوقع. والقدرة على الثقة بالآخرين. والقدرة على توقع تسلسل الأحداث من خلال الخبرة. ويتضمن الشعور بالأمان أيضاً معرفة حدود قوة الفرد ومعرفة كيفية العمل في البيئة. (ريزونر، ١٩٩٩ : ١٩-٢٧).

قد يشعر الأطفال بعدم الأمان نتيجة لانحذارهم من أسر يفتقد أفرادها لدعم بعضهم بعضاً، أو بسبب انفصال الأبوين أو طلاقهما، أو بسبب تغيير المسكن عدة مرات، أو نتيجة انحذارهم من ثقافات مختلفة، أو بسبب تغيير المدرسة، أو بسبب قضاء وقت كبير تحت رعاية مجموعة مختلفة من الأشخاص، أو بسبب تركهم وحدهم لساعات طويلة.

عندما يشعر الأطفال بالأمان فإنهم نسبياً لا يشعرون بالقلق والتوتر. إنهم يشعرون بالارتياح والحماية، وبالرغبة في المجازفة والتعامل مع المواقف الجديدة بثقة. ويكونون أكثر قدرة على استخدام انتباههم وجهودهم في أداء المهمة المطلوبة. كما تصبح لديهم رغبة في طرح أسئلة والتعبير عن الآراء والمشاركة مع آخرين في خبرات جديدة. أما عندما يفتقر الطلاب للشعور بالأمان، فإنهم ينطوون على أنفسهم ويمتنعون عن الإدلاء بآرائهم ويعانون من قلق شديد عند مواجهتهم لمواقف جديدة. وقد يظهرون سلوكيات دفاعية كي يعوضوا عن شعورهم بعدم الأمان (المرجع السابق).

إن الظروف التي يمر بها الأطفال في المدرسة يمكن أن تترك أثراً مهماً على كيفية شعورهم وتصرفهم. فهم يتعلمون بصورة أفضل حينما تكون البيئة منظمة يعاملون فيها باحترام وتكون فيها الحدود محددة بشكل واضح ويعرفون فيها ما هو متوقع منهم. ويتعزز شعورهم بالأمان عندما يكون هناك روتين ثابت وعندما تطبق القوانين بطريقة إيجابية وليس باستخدام إجراءات عقابية فقط. إنهم بحاجة لأن يكونوا قادرين على توقع ما يمكن أن يحدث. وهذا يتطلب بقاء الظروف وبقاء سلوكيات الكبار إزاءهم متسقة إلى حد ما (ريزونر، ١٩٩٩ : ١٩-٢٧).

ولكي تبني المدارس الشعور بالأمان لدى الأطفال، فإنها يجب أن تكون أماكن إيجابية بالنسبة لهم. إن معظم الأطفال يأتون إلى المدرسة ولديهم مسؤولية ودفاعية إيجابية. ويمتلك الأطفال الصغار بشكل خاص دفاعية لإرضاء الآخرين والتصرف بشكل سليم. ومع ذلك فإن العديد من المعلمين يجدون أنفسهم يواجهون في صفوفهم عدداً من الطلاب الذين يفتقرون للشعور بالأمان ويميلون إلى التصرف بشكل غير مناسب. إن مثل هؤلاء الأطفال يختبرون الحدود ويفشلون في تحمل المسؤوليات

المتوقعة منهم عادة. ولذا فإن بعض المعلمين يلجأون إلى إجراءات عقابية في محاولة منهم لضبط الصف. ولسوء الحظ، فإن ذلك يعمل في أغلب الأحيان على زيادة الشعور بعدم الأمان (المرجع السابق).

ب - الشعور بالهوية الذاتية :

يُستخدم مصطلح الشعور بالهوية الذاتية ليعني الشعور بالوعي الشخصي أو الإدراك الذاتي الذي يمتلكه الأفراد عن ذاتهم. وأحياناً يشار إليه بمفهوم الذات أو صورة الذات ويُنظر إليه كعنصر من عناصر تقدير الذات. ويمكن وصف الهوية أو مفهوم الذات على أنه الصورة التي يحملها الفرد عن نفسه، وتقدير الذات هو الشعور الذي يحمله الفرد عن تلك الصورة (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢٩).

كما تعتبر معرفة الذات حجر الأساس في علم النفس والذي بدأ مع وليم جيمس في عام ١٨٩٠م . ويتطلب الشعور القوي بالهوية الذاتية أن يمتلك الأفراد نظرة واقعية عن ذاتهم. ويتضمن أيضاً الشعور بالقدرة على اكتساب محبة الآخرين والشعور بالسعادة وهو ما يُعرف أحياناً بأنه الشعور بالأهمية الشخصية أو احترام الذات (المرجع السابق).

ويبدأ الشعور بالهوية الذاتية لدى الأطفال في سن مبكرة استناداً إلى الطريقة التي يستجيب فيها العالم من حولهم لجهودهم المبذولة للتعريف باحتياجاتهم. وتبقى التغذية الراجعة الموجهة إليهم من الكبار عاملاً مهماً في هويتهم لحين بلوغهم سن الثامنة . حين يبدأون بعد ذلك بتكوين شعور أقوى بالوعي الشخصي. وعندما تكون التغذية الراجعة التي يتلقونها إيجابية أكثر من كونها سلبية، فإن الأطفال يكونون مشاعر إيجابية عن أنفسهم وقيمون بشكل عام علاقات إيجابية مع الآخرين. ولكن عندما تغلب السلبية على التغذية الراجعة التي يتلقونها فإنهم يميلون إلى الانسحاب، ويشعرون بأنهم غير محبوبين. ويتخذون أدواراً سلبية أكثر. وربما يكون فقدان التغذية الراجعة هو الأكثر ضرراً على الأطفال لأن الذين لا يتلقون تغذية راجعة أو يتلقون القليل منها لا يكونون متأكدين كيف ينظر الآخرون لهم وكيف يكسبون انتباههم الإيجابي نظراً لأن جهودهم

السابقة في هذا المجال كانت غير فاعلة. ونتيجة لذلك. فإن مثل هؤلاء الأطفال يتصرفون غالباً بشكل غير متنسق ومن الصعب فهمهم (المرجع السابق).

ويذكر وليام بيركي William Purkey ١٩٨٧ بأن الهوية الذاتية لا تحدد السلوك بل توجه الفرد في اختيار سلوكيات تتسجم مع تلك الهوية. وعليه. فإن الأطفال الذين يحملون إحساساً واقعياً بنقاط قوتهم ونقاط ضعفهم يميلون أكثر لوضع أنفسهم في مواقف تكون فرص نجاحهم فيها جيدة ويتجنبون تلك المواقف التي من المحتمل أن يفشلوا فيها. كما أنه من غير المحتمل أن يستجيبوا بشكل دفاعي للنقد أو للملاحظات المتعلقة بنقاط ضعفهم لأنهم على معرفة مسبقة بها وكذلك، فإنهم لا يزعجون بسهولة من ملاحظات الآخرين السلبية لأنهم يعرفون نقاط قوتهم ويمكنهم أن يجدوا عزاءهم بها (Nancy, etal., 1996: 51).

إن الطلاب الذين يعتقدون بأن الآخرين ينظرون إليهم على أنهم غير قادرين أو غير ملائمين قد يتصرفون على نحو ينسجم مع صورة الذات هذه وعليه، فإن الأطفال الذين يتم تذكيرهم باستمرار بأنهم غير مرتبين، ويسببون مشاكل كثيرة، أو يتأخرون كثيراً سيستمرون على الأرجح في ممارسة هذه السلوكيات، وبناء على ذلك؛ فإنه من المهم بالنسبة للآباء والمعلمين أن يساعدوا في بناء تقدير الذات الإيجابي لدى الأطفال في سن مبكرة وذلك من خلال تزويدهم بتغذية راجعة إيجابية ولفت انتباههم إلى نقاط قوتهم وخصائصهم الإيجابية (المرجع السابق).

وكذلك فإن الأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم كطلاب ضعفاء في الرياضيات أو الإملاء، أو القراءة يميلون إلى تقديم أداء ينسجم مع صورة الذات هذه بحيث تصبح تلك الصورة محققة للذات. إن إحدى الطرق الفاعلة لتغيير أداء الطالب هي تغيير صورته عن ذاته. بين الطريقة الإيجابية التي تراه بها وأشر إلى التناقض بين نظرتك الإيجابية له وبين سلوكه. وعندما يتمثل الطفل تلك النظرة. فإن سلوكه. على الأرجح. سيتغير وسيصبح منسجماً مع نظرتك له (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢١).

ويتألف الشعور العام بالهوية الذاتية من عدة صور للذات. فالأطفال على سبيل المثال يمتلكون صوراً عن ذواتهم كأبناء أو كبنات، كأشقاء أو شقيقات. كأصدقاء، كطلاب بارعين في الرياضيات أو كقارئيين أو كرياضيين... إلخ ويتغير مستوى شعورهم العام بتقدير الذات عندما تتغير أهمية هذه النواحي أو عندما يكونون صوراً جديدة عن ذواتهم في تلك الأدوار أو النواحي. ففي السنوات الأولى تكون التغذية الراجعة التي يتلقاها الأطفال من الآباء ذات أهمية كبرى، وعندما يدخلون المدرسة يبدأ المعلمون بلعب دور مهم في هويتهم الذاتية، وعندما يدخلون مرحلة المراهقة يصبح لدى الأقران تأثير متزايد على شعورهم بهويتهم الذاتية (المرجع السابق).

كما يتغير شعور الأطفال بالهوية الذاتية عندما يكتسبون خبرات جديدة، ويتلقون ويتمثلون ذهنياً المزيد من التغذية الراجعة، وينمون مزيداً من الوعي الذاتي. وعندما يصلون إلى سن المراهقة، فإنهم يبدأون بمقارنة أنفسهم مع الآخرين، وأثناء هذه العملية يصبح شعورهم بالهوية الذاتية أكثر واقعية حيث يختبرون قدراتهم. وإلى أن تتم هذه العملية. فإنه من الممكن أن يكون لدى الأطفال انطباعات غير واقعية عن أنفسهم. ولهذا السبب من المهم أن تكون التغذية الراجعة التي يتلقونها مع الآخرين مستندة إلى أداء فعلي أو سلوك ملاحظ (David, 1993).

ويتفق علماء النفس على أنه يمكن تغيير الشعور بالهوية. وقد دلت التجارب على أن تغيير سلوك الأطفال من خلال تغيير نظرتهم لذواتهم أسهل من تغييره من خلال استخدام أساليب الإكراه أو العقوبة أو التهديد أو أية وسيلة سلطوية أخرى. كما أظهرت التجارب أيضاً بأن تبادل أفكار مع الطالب تفيد بأنه طالب جيد وحريص في الإملاء مثلاً كان له أثر أكبر على تحصيله في الإملاء من الوقت الإضافي الذي يُصرف في تعليم أو في لوم أولئك الذين يرتكبون أخطاء ناجمة عن الإهمال (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢١).

ج - الشعور بالانتماء :

من المهم بالنسبة للطلاب أن ينمو شعورهم بالخصوصية أو التفرد أولاً لكي يتمكنوا من تقدير حقيقة أنهم مختلفون عن غيرهم من الأفراد. إنهم بحاجة لأن يعرفوا أية نقاط قوة أو نقاط ضعف قد تكون مختلفة عن تلك الموجودة لدى أقرانهم. ومع ذلك

فإنه من المهم أيضاً أن يشعروا أنهم متساوون مع الأفراد الآخرين في المجموعة. من المهم جداً أن يشعر الأطفال بأن لديهم نفس الخصائص الأساسية مثلهم مثل الطلاب الآخرين. فهم يرغبون بأن يقرؤوا بنفس المستوى وأن يستخدموا نفس الكتب المقررة وأن ينظر إليهم بأنهم يمتلكون نفس القدرة من الذكاء الموجود لدى أقرانهم. كما أنهم يرغبون في أن يشعروا بالأهمية والخصوصية غير أنهم بحاجة لأن يفهموا أن هناك بعض النواحي التي لا يختلفون فيها عن غيرهم. ويتمثل دور معلمهم هنا في مساعدتهم على معرفة متى يكون من المهم بالنسبة لهم أن يتصرفوا كأفراد لهم خصوصيتهم. ومتى يكون من المناسب لهم أن يتصرفوا كأعضاء ينتمون إلى مجموعة (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢٢).

الشعور بالانتماء مسألة مهمة لأن الطلاب يحتاجون لأن يشعروا بأنهم جزء من شيء أكبر من أنفسهم. كأن يشعروا مثلاً بأنهم مقبولون كأعضاء في أسرة أو فريق أو ثقافة يشعرون بالاعتزاز بالانتماء إليها. إن العديد من الشباب الصغار ينضمون إلى زمر أو عصابات لتحقيق هذا الشعور بالترابط أو الانتماء لأنهم لم يستطيعوا أن يكتسبوا ذلك الشعور في البيت أو في المدرسة (David, 1993).

ولكي يشعر الأطفال بالرضا عن أنفسهم فإنه يتعين عليهم أن يشعروا بالقبول من قبل الآخرين. إن الشعور بالعزلة يمكن أن يكون له أثر تدميري مرعب على تقدير الذات لدى الطفل، فالأطفال الذين مروا بتجربة انفصال آبائهم أو طلاقهم أو الذين يغيرون مدارسهم باستمرار بحاجة ماسة لأن يشعروا بالانتماء. وفي الماضي كان العديد من الأطفال ينمون شعورهم بالانتماء من خلال الأسرة والنوادي الشبابية. وكانت مثل هذه المجموعات تضع عادة معايير تجعل كل طفل يشعر بالانتماء والقبول. غير أن تلك المجموعات لم تعد تؤثر على عدد كبير من الطلاب كما كانت في الماضي (المرجع السابق).

ويفتقر بعض الأطفال للمهارات الاجتماعية اللازمة للقبول من قبل الآخرين إما لأنه لم يتم تعليمها لهم، أو لأنه لم تتح لهم الفرصة للتفاعل مع أطفال في مثل عمرهم. وبسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية. فقد يشعر هؤلاء الطلاب بعدم الارتياح مع

الأخرين وقد يتصرفون على نحو يعزلهم عنهم. وينظر غالباً للطلاب الذين يرغبون على نحو يائس في أن يقبلوا من جانب الآخرين على أنهم طلاب بغيضون أو مزعجون. وفي حين أن المدارس قد لا تكون قادرة على التعويض عن الشعور بالرفض إلا أنها تستطيع أن تقلل من مشاعر العزلة وأن تزيد من مشاعر الانتماء (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢٢).

ج - الشعور بالهدف أو الغرض :

إن بناء الشعور بالأمان والشعور بالهوية الذاتية والشعور بالانتماء جميعها تسهم في بناء تقدير الذات ولكنها ليست كافية بمفردها، فبدون بناء الشعور بالهدف، يمكن أن يبقى الطلاب معتمدين دائماً على الآخرين في بناء تقدير الذات لديهم. إن تلك القاعدة التي يُشار إليها بالهدف تنشأ عن المعرفة الشعورية لما يرغب الفرد في تحقيقه أو في أن يكون عليه (Nancy, etal., 1996).

ويحتاج الطلاب لأن ينموا في نفوسهم الشعور بالهدف لأن ذلك هو ما يعطي معنى لجهودهم. فما دامت جهودهم موجهة نحو إرضاء الكبار أو الإذعان لمطالبهم. فإنهم سيستمرون في الافتقار للدافعية الداخلية Intrinsic Reward . فهناك هدف رئيس يجب أن نحققه لدى الطلاب وهو أن ننمي فيهم الإحساس بالمتعة الداخلية من التعلم والتحصيل وحل المشكلات الشخصية. وهذا يؤدي إلى بناء الشعور بتقدير الذات. إن الطلاب الذين يضعون لأنفسهم أهدافاً واقعية لديهم على الأرجح تقدير أعلى للذات من الطلاب الذين يفتقرون لتلك الأهداف. كما أن الطلاب الذين لا يمتلكون شعوراً بالهدف لا يوجد لديهم عادة دافعية للتعلم في غرفة الصف ويكون تقدير الذات لديهم متدنياً بصفة عامة (ريزونر، ١٩٩٩).

ويتطور هذا الشعور بالهدف مع تقدم الأطفال في العمر. فالاطفال في الصفوف الابتدائية يضعون لأنفسهم أحياناً أهدافاً غير واقعية تصبح أكثر واقعية فقط عندما يكتسبون مزيداً من الخبرة في وضع الأهداف، ومع ذلك فإنهم يستطيعون أن يستفيدوا

إذا تم تشجيعهم على تعريف مقاصدهم قبل أن يبدأون العمل على مهمة ما. وبعد تعريف تلك المقاصد يمكنهم تحديدها أكثر بعد أن يكملوا المهام وذلك لكي يتمكنوا من تحديد ما إن كانوا قد أنجزوا المهام التي وضعوها أم لا. وإذا كانوا لم ينجزوها فلماذا. ومع اكتساب الأطفال لمزيد من الخبرة فإنهم يأخذون بوضع أهداف أكثر واقعية لأنفسهم، ويصبحون أكثر وعياً بالمهمة التي يؤدونها ولماذا يؤدونها. وهذا يجعل سلوكهم هادفاً وذا فاعلية أكبر (المرجع السابق).

ويحتاج الأطفال في الصفوف الابتدائية الدنيا لأن يكونوا قادرين على وضع مقاصدهم أو أهدافهم قبل البدء بأداء النشاط. بينما يستطيع الأطفال في الصفوف من الرابع إلى السادس الابتدائي أن يعطوا بدائل وخيارات تتعلق بأهدافهم لمساعدتهم في تمثيل العملية لكي يتمكنوا في النهاية من سؤال أنفسهم عن الأشياء التي يأملون أن يكتسبوها من الخبرات المقدمة (بيكارد، ٢٠٠١).

لقد أظهرت الأبحاث التي قام بها دوفيك وإليوت، Duveck & Elliot، ١٩٨٣ حول الدافعية للتحصيل أن الجهد والمثابرة يكونان أكثر لدى الأفراد الذين يضعون لأنفسهم أهدافاً معتدلة الصعوبة. والذين يلزمون أنفسهم بشكل جدي في متابعتها. ويرتبط مقدار الجهد والمثابرة الذي يبذله الطلاب ارتباطاً وثيقاً بشعورهم بالهوية الذاتية أو بتقييمهم لفرص تحقيق النجاح. فالطلاب الذين لديهم شعور قوي بالهوية الذاتية يستطيعون عادة أن يضعوا أهدافاً أكثر واقعية. وهذا يؤكد على أهمية بناء الشعور بالهوية الذاتية قبل جعل الطلاب يضعون أهدافاً ذات معنى لأنفسهم (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢٣).

ويمكن تنمية الدافعية بعدة طرق مختلفة : يمكن زيادة عدد المكافآت ذات المعنى بالنسبة للطلاب على الرغم من أن ذلك يعتبر باعتراف الجميع مصدراً خارجياً للدافعية Extrinsic Reward . ويمكن تشجيع الطلاب على قياس تقدمهم باستخدام معايير الأداء الخاصة بهم أو باستخدام معايير سابقة. أو يمكن استخدام أشكال أخرى من الدافعية الذاتية. ومن المفيد أيضاً إذا قام المعلمون بمكافآت الجهد بدلاً من مكافأة التحصيل فقط.

ويضع بعض المعلمين أنظمة للحوافز ترتبط بزيادة الجهد. وذلك من أجل تعزيز النظرة التي تركز على النمو والتطوير من خلال بذل مزيد من الجهد، مما يمكن الطلاب من التركيز على زيادة جهودهم بدلاً من التركيز فقط على تحصيل علامات أو درجات معينة. وبشكل أساسي يجب أن يكون الهدف هو إيجاد ظروف تشجع على الدافعية الداخلية وذلك من خلال مساعدة الطلاب على إدراك أهمية ما يتم تعليمه لهم وجعل عملية التعلم عملية ممتعة، ومساعدتهم في أن يشعروا بالرضا عن التقدم الذي يحققونه (العيصوي، ١٩٩٧؛ ريزونر، ١٩٩٩).

د- الشعور بالكفاية :

يأتي الشعور بالكفاية أو التمكن من الاعتقاد بأننا نستطيع أن نحقق أهدافنا وأن نتغلب على المشاكل التي تواجهنا وأن نحقق النجاح الذي نطمح به. إن هذه الثقة الهادئة التي يشير إليها باندورا Bandura، ١٩٨٦ بالفاعلية الذاتية تعتبر أساسية في تكوين تقدير الذات. وهذا الشعور لا يتولد إلا بعد حدوث العديد من التجارب الناجحة. وهو يتضمن القدرة على استخدام المهارات الفرعية المعرفية والاجتماعية والسلوكية بما في ذلك مهارات اتخاذ القرار وذلك لتحقيق الأهداف الشخصية (David, 1993)؛ ريزونر، ١٩٩٩).

وتتطلب الكفاية الشخصية القدرة على تحديد البدائل. والاختيار الحكيم للقرارات والبدائل المناسبة وتطبيق مهارات حل المشكلة واستخدام المصادر بفاعلية. ويعتقد أولئك الذين يمتلكون ويستخدمون هذه المهارات بقدرتهم على تحقيق النجاح. ونتيجة لذلك، فإنهم يميلون إلى تحمل مسؤولية سلوكهم، وإظهار المبادرة في حل المشاكل وفي أن يكون لديهم دافعية عالية لتحقيق أهدافهم. (المرجع السابق).

أما الذين يفتقرون إلى الشعور بالكفاية، فإنهم يشعرون على الأرجح بأنهم ضحايا ودمى بيد الآخرين، أو أنهم غير محظوظين أبداً. كما يشعرون باستمرار بأن العالم ضدهم ويتساءلون دائماً. "ما الفائدة من الجهد أو العمل أو الحياة؟" إن مثل هؤلاء الأفراد يصبحون فيما بعد كارهين لوضع أهداف لأنفسهم. كما يفشلون في التصرف بمسؤولية.

ومن المحتمل أن يواجهوا منازعات مستمرة مع آبائهم ومعلميهم الذين يبدأون فيما بعد باتخاذ أساليب أكثر سلطوية إزاءهم لا تلاقي سوى مزيد من المقاومة والعدوانية والاستياء (ريزونر، ١٩٩٩ : ٢٥).

وتتمثل أكثر الطرق فاعلية في بناء الشعور بالكفاية الشخصية في وضع الأهداف، فعندما يضع الطلاب أهدافاً محددة ذات صلة بالمهارات الأكاديمية أو النمو الشخصي. فإن المعلمين والآباء يستطيعون أن يقدموا لهم الدعم لمساعدتهم في تحقيق النجاح.

وطوال هذه العملية - عملية بناء الشعور بالكفاية الشخصية- يكون دور المعلم المسهل والمزود بالمعلومات والأبدال والمصادر - دور الحارس الذي يحمل الهدف ويمكن للمعلم أيضاً أن يلعب دوراً مهماً من خلال مراقبة العملية. ومساعدة الطالب في التغلب على العقبات عندما تظهر، وتقديم الدعم أو الإرشاد الذي قد يحتاج إليه، وتقديم تغذية راجعة بشأن التقدم الحاصل (David, 1993).

كما يحتاج المعلمون أيضاً إلى بناء المهارات والاتجاهات الخاصة بالكفاية الشخصية وتعليم الطلاب معالجة المشكلات وحل المنازعات واستخدام المواد المرجعية والكتابة بفاعلية وتحديد مكان وزمان طلب المساعدة. ومن الواضح أن هذه المهارات لا يمكن اكتسابها دفعة واحدة. إن اكتسابها يحتاج إلى وقت وتجارب مخطط لها بعناية (ريزونر، ١٩٩٩؛ بيكارد، ٢٠٠١).

ويمكن تلخيص عملية بناء تقدير الذات بما في ذلك الأدوار والمهام المطلوبة لتنفيذها في الجدول التالي :

أدوار أو مهام الكبار	النتائج المرغوب فيها لدى الأطفال
<ul style="list-style-type: none"> - حدد الإجراءات والروتين. - أشرك الطلاب في تحديد القوانين. - طبق القوانين بطريقة تحفظ احترام الذات. - عزز المسؤولية الشخصية. 	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بالأمان
<ul style="list-style-type: none"> - قدر خصوصية الأفراد. - ابن صوراً ذاتية إيجابية. - أظهر القبول والعناية. - ابن الوعي بنقاط القوة ونقاط الضعف. 	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بالهوية الذاتية أو مفهوم الذات

<ul style="list-style-type: none"> - كون بيئة تبعث على القبول. - قلل مشاعر العزلة. - أتح فرصاً للخدمة. - شجع على الترابط ونم الاعتزاز الجماعي. 	<p>- الشعور بالانتماء</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أنقل التوقعات. - ابن الثقة والإيمان بالقدرات. - عزز القيم. - ساعد في وضع الأهداف. 	<p>- الشعور بالهدف أو الغرض</p>
<ul style="list-style-type: none"> - بين البدائل والخيارات. - قدم التشجيع والدعم. - قدم تغذية راجعة. - عزز النتائج المرغوبة. 	<p>- الشعور بالكفاية الشخصية</p>

٨ - حلقة تقدير الذات لدى الطالب :

عندما تم بناء عناصر تقدير الذات تبعاً للترتيب السابق. فإنها أثبتت فاعلية في عدة مواقف وخاصة في الصفوف الابتدائية. فما لم يتم أولاً بناء الاحتياجات الإنسانية الأساسية المتعلقة بالأمان والهوية الذاتية والانتماء لدى الطلاب، فإنه من غير المرجح أن يضعوا أهدافاً واقعية أو أن يستخدموا المصادر بفاعلية. كما أن الأطفال الذين لا تتم تلبية هذه الاحتياجات لديهم يركزون على اختبار حدود السلطة أو درجة قبولهم من جانب المعلم أو الأقران. ويميل الأطفال غير الواثقين بأنفسهم إلى أن ينساقوا بشكل شعوري أو لا شعوري إلى سؤال أنفسهم أسئلة مثل :

- ماهي حدود السلطة؟
- ما هو حجم القوة التي أمتلكها؟
- هل المعلم يحبني؟
- من أنا وما هو رأي الآخرين في؟
- هل أنا مقبول من جانب الآخرين كفرد مساوٍ لهم؟

وعندما يجيب الأفراد عن هذه الأسئلة. فإنهم عند ذلك فقط يصبحون راغبين في المجازفة بقبول تحد ما، معترفين بحقيقة شعورهم إزاء أنفسهم أو واضعين أهدافاً واقعية لها. إن عملية وضع الأهداف وتحقيقها تولد شعوراً بالإنجاز وبتقدير داخلي للذات. وتعتبر هذه العملية المفتاح الذي يولد الشعور بالسيطرة في الحياة والشعور بالفاعلية، وبالنجاح، كما أنها العملية التي تمكن الأفراد من أن يصبحوا هم مصدر تقدير ذواتهم (David, 1993؛ ريزونر، ١٩٩٩؛ بيكارد، ٢٠٠١).

ويحتاج المعلمون أولاً أن يحددوا بوضوح الإجراءات والأنظمة والقوانين الصفية. إذ إن ذلك يقلل على الأرجح من قلق الطلاب ويمكنهم من الأداء بشكل مريح في غرفة الصف. فعندما يفهم الطلاب كيف يتوقع منهم أن يعملوا. فإنهم يبنون ثقتهم بذواتهم ويعرفون بأنهم سيحظون بالحماية والمعاملة باحترام. وهذا بدوره يعزز الشعور بالأمان لديهم. بعد ذلك، ويتعين على المعلمين أن يرسخوا الألفة مع الطلاب لكي يشعروا جميعاً بالقبول كأفراد لهم خصوصيتهم ويكسبوا احتراماً شخصياً لأنفسهم بأن يصبحوا أكثر وعياً بنقاط قوتهم ونقاط ضعفهم (المرجع السابق).

٩ - علاقة تقدير الذات بنقص الانتباه والنشاط الزائد :

لعل من أبرز الخصائص النفسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد انخفاض معدل تقدير الذات، حيث أشارت الدراسات التي تناولت مستوى تقدير الذات لدى المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد إلى وجود علاقة ارتباطية موجبه بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتدني مستوى تقدير الذات، مبرره ذلك بمعاناتهم من مشاعر النبذ والكرهية من قبل الآخرين لما يقومون به من سلوكيات فوضوية ومتهورة ذات طابع عدواني بشكل يؤدي إلى رفضهم من قبل الأقران والآخرين ذوي العلاقة بالطفل هذه الحلقة المفرغة تقود إلى مستوى متدني من تقدير الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

(إبراهيم ، ب.ت، القريوتي والسرطاوي، ١٩٩٥؛ العزه، ٢٠٠٢؛ Barkley 1998; Connors and Jett., 1999; Holowenko, 1999; Pickhardt,2001).

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات السابقة.

أ - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالعدوانية.

ب - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالقلق.

ج - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بتقدير الذات.

د - دراسات تناولت تقدير المعلم كأحد الأساليب التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

ثانياً: التعليق على الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً : الدراسات السابقة :

تعرض الباحثة في هذا الفصل الدراسات السابقة التي تمكنت من الحصول عليها. وقد قامت الباحثة هنا بتصنيف تلك الدراسات على النحو التالي :

- أ - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالعدوانية.
- ب - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالقلق.
- ج - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بتقدير الذات.

د - دراسات تناولت تقدير المعلم كأحد الأساليب التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

وفيما يلي عرض لتلك الدراسات وفقاً لهذا التصنيف ووفقاً للتسلسل الزمني للدراسات من الأقدم إلى الأحدث.

- أ - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه الزائد وعلاقته بالعدوانية :

١- دراسة ولتشن Wolchin ١٩٨٠ :

هدفت الدراسة إلى دراسة السلوك العدواني لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد تكونت عينة الدراسة من (١٣٠) تلميذاً تراوحت أعمارهم بين (٨- ١٥) سنة. واستخدم الباحث مقياس العدوانية، وقائمة تقدير سلوك الطفل من قبل المعلم من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية .DSM-III

أسفرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أظهروا معدلاً مرتفعاً للسلوك العدواني مقارنة بأقرانهم العاديين.

٢- دراسة بيلهام ويندر Pelham and Bender ١٩٨٢ :

هدفت الدراسة إلى دراسة طبيعة التفاعل الاجتماعي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، أجريت الدراسة على ٩٧ طفل يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في المدارس الابتدائية، وقد استخدمت تقارير الأمهات والأقران. وأسفرت النتائج بأن أكثر من ٥٠% من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من مشاكل كبيرة في العلاقات الاجتماعية مع الأطفال بأن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه يكونون أكثر عدوانية، وسيطرة، وتدخّل، وإزعاج، وفوضوية، ومرفوضون في علاقاتهم الاجتماعية مقارنة بالعاديين.

٣- دراسة ستيفن Steven ١٩٨٤

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. تكونت العينة من (٣٦ ولد، ١٢ بنت) في المرحلة الابتدائية، وقد استخدمت الدراسة مجموعة من المقاييس لدراسة الخصائص النفسية لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قائمة تقدير سلوك الطفل المستمدة من (DSM-III)، قائمة تقدير السلوك لكونرز تقدير المعلم، اختبار الأشكال المألوفة، اختبار الأداء المستمر (نوع المهام الادائية التي تعتمد بدرجة كبيرة على تركيز الانتباه، اختبار وكسلر المعدل لقياس ذكاء الأطفال، قائمة تقدير سلوك الطفل (للتعرف على المشكلات السلوكية والتوافق النفسي)، مقياس البيئة الأسرية (للتعرف على المناخ النفسي الاجتماعي للأسرة). وأسفرت نتائج الدراسة أن الاطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكون سلوكهم أكثر عدوانية وأكثر ميلاً لعصيان الأوامر.

٤- دراسة آرثرش وزملاؤه Archer et al ١٩٨٧ :

فقد قاموا بدراسة تناولت العدوانية المادية المباشرة واللفظية لدى مجموعة من التلاميذ المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١١) سنة، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس السلوك العدواني اللفظي والمادي للأطفال، وأسفرت النتائج أن التلاميذ كانوا أكثر استخداماً للعدوانية المادية مقارنة بالعدوانية اللفظية.

٥ - دراسة لندي ومور Landay and More ١٩٩١ :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. تكونت العينة من ٥٣ طفل مصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تتراوح أعمارهم ما بين ٧-١٢ سنة. أسفرت النتائج عن تدني مستوى المهارات الاجتماعية وارتفاع معدل العدوانية لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، واضطراب علاقاتهم بإخوانهم وزملائهم.

٦ - دراسة بارنس وزملاؤه Barns, et al ١٩٩٧ :

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من السلوك العدواني واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال .

تكونت عينة الدراسة (٢٠) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) مصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك العدواني واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. بمعنى أن الطفل يزداد عدوانه بازدياد شدة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديه .

٧ - دراسة ستفن ولايز Steven and Liz ١٩٩٩ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأسباب التي تمكن وراء عدم التوافق الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن السلوكيات غير مرغوب فيها (العدوانية، تجاهل القوانين السلوكية) التي يقوم بها هؤلاء الأطفال تجعل الآخرين ينبذونهم، مما يؤثر على توافقهم الاجتماعي.

٨ - دراسة رمي وزملاؤه Remei, et al ٢٠٠٣ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقات بين ناقل السيروتين مع العدوانية، واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، واضطراب الضبط في عينة أطفال التبني.

تكونت عينة الدراسة من (٨٦) طفل من أطفال التبني على درجة عالية من خطر الإصابة بالعدوانية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطراب الضبط، فيما يتعلق بالمنطقة الناقلة لهمون السيروتونين باستخدام التحليل المنطقي لإجراء دراسة علاقة.

وكانت نتائج الدراسة مؤيدة للافتراض الذي مفاده بأن التفاعلات العائلية البيولوجية الوراثية تشترك في السلوكيات الخارجية وتشكل نتائج هامة لتكرارها في المستقبل .

ب- دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالقلق:

١- دراسة ستاتون وبرمباك Staton and Brumback ١٩٨١:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والقلق في مرحلة الطفولة على مجموعة مؤلفة من ١٧٨ طفلاً، تم استخدام قائمة معايير سلوك الطفل DSM-III ومقاييس القلق.

أسفرت نتائج الدراسة أن ٧٥% من الأطفال المحولين للعيادة المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قابلوا معايير القلق.

٢- دراسة بليزكا Pliszka ١٩٨٩ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى الاستجابة للعلاج لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويلزمه اضطراب انفعالي آخر، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال، الأولى تعاني من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مصحوب بقلق، والثانية كانت تعاني من هذا الاضطراب بدون قلق .

أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويصعبه قلق لا يستجيبون للعلاج، بينما استجاب أطفال المجموعة الثانية للعلاج والذين كانوا يعانون من اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد بدون قلق .

٣- دراسة بولاين Bohline ١٩٩٥ :

هدفت الدراسة إلى معرفة الخصائص الانفعالية لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (٦ - ١١) بلغ عددهم

٩٩ طفل قسموا إلى مجموعتين مجموعة مصابة بإضطراب نقص الانتباه مصحوبة بنشاط زائد ومجموعة مصابة بإضطراب نقص الانتباه بدون النشاط الزائد باستخدام تقدير المعلم من معايير DSM-III-R ومقياس القلق. أسفرت النتائج أن مجموعة الأطفال المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أظهرت انحرافاً انفعالي، وسلوك غير اجتماعي وقلقاً مقارنة بالمجموعة المصابة بنقص الانتباه بدون نشاط زائد.

٤- دراسة ميشيل Michaels ١٩٩٦ :

الدراسة تهدف إلى تمييز وظائف الانتباه لدى الأطفال المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بالقلق والأطفال العاديين المصابين بالقلق. تم استخدام مقياس متغيرات الانتباه (T-O-V-A) ، ومقياس الأداء (CPT) كان أفراد العينة من الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين (٦ - ١٦) سنة والمشخصين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وإضطرابات القلق. وأظهرت النتائج إن العلامات التي حصل عليها أفراد العينة المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بالقلق أقل بكثير من العلامات التي حصل عليها أفراد العينة المصابين بإضطرابات القلق مما يدل على ضعف اليقظة وسط عينة المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بالقلق.

٥- دراسة تانوك Tannock ١٩٩٦ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار التفرقية لعقار Methylphenidate (MPH) على ذاكرة العمل لدى الأطفال المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد القلقين وغير القلقين. وتكونت العينة من ٤٠ طفل مصاب بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، ٢٢ طفل منهم غير قلقين ، و ١٨ طفل قلقين، كانت أدوات الدراسة مكونة من استبيان بالإضافة إلى ٣ جرعات من عقار (MPH) ، ومهام متسلسلة لتقويم ذاكرة العمل، والملاحظة المباشرة للنشاط الحركي لتصنيف السلوك. أسفرت النتائج إلى أن عقار (MPH) أدى إلى تحسين ذاكرة العمل لدى مجموعة الأطفال المصابين بإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بدون قلق، ولكن لم يعطي نفس النتيجة لدى المصابين بالقلق المشترك مع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وفي المقابل عقار (MPH) أدى إلى خفض النشاط في كلا المجموعتين.

٦- دراسة بيدرمان وزملاؤه Biderman, et al ١٩٩٩ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق العام واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الاطفال. تكونت عينة الدراسة من ٧٦ طفل يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطراب القلق العام .

استمر الباحثون بمتابعة أفراد العينة لمدة أربعة سنوات متتالية، وقد بينت نتائج الدراسة أن أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ترتفع لدى الأطفال الذين يعانون من القلق.

٧- دراسة راكلدج وتونك Rucklidge and tannock ٢٠٠١ :

هدفت الدراسة إلى معرفة الوظائف النفسية، والاجتماعية والمعرفية لدى المراهقات المصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بعينة ضابطة من المراهقات العاديات، بلغ عدد العينة ١٠٧ من المراهقين وتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٦ سنة، وتم تقويم الجميع باستخدام أساليب المقابلة الشخصية، الاستبيانات، واختبارات الانجاز والوظائف الفكرية، أظهرت النتائج أن الإناث المصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كن أكثر إعاقة من الإناث في المجموعة الضابطة فيما يتعلق بالقلق، والإكتئاب، الإجهاد، العلاقات مع المعلمين، وعلى مقاييس الإنجاز، والمقاييس المعرفية.

٨- دراسة ستيفن وزملاؤه Stephen, et al ٢٠٠١ :

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة الطفولة وسط المصابين باضطراب القلق العام (المعمم) ومقارنتهم بالمرضى المصابين بمرض الخوف الاجتماعي. بلغ عدد عينة الدراسة ٢٢ طفل تم تشخيصهم بصفة رئيسة باضطراب الخوف الاجتماعي .

اسفرت النتائج إلى أن الأطفال المصابين باضطراب القلق العام لديهم معدل من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أعلى من معدل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال المصابين باضطراب الخوف الاجتماعي، وهذا يؤكد وجود تداخل بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطراب القلق العام.

٩- دراسة فاسن وزملاؤه Vance et al ٢٠٠٢ :

كان هدف الدراسة اختبار الفرضية القائلة بأن الأطفال في سن المدرسة المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بالقلق لديهم ارتفاع معدل ضغط الدم مقارنة بالأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بدون قلق من وجهة نظر الوالدين والطفل. أجريت الدراسة على ٣٨ طفل يتعاطون أدوية جرعتها بسيطة تتراوح أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٢ سنة مصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتم تشكيل أربعة مجموعات من تقارير الوالدين والأطفال حول القلق، باستخدام مقاييس تصنيفية ومستمرة للقلق، وتمت مقارنة المجموعات باستخدام الأسلوب الاحصائي Anova احادي الاتجاه. وكانت النتيجة هناك زيادة كبيرة في معدل ضغط الدم للأطفال الذين هم في سن المدرسة والمصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والمحدد من تقارير الأطفال فقط وذلك في وضع الجلوس ووضع الوقوف أكثر ارتفاعاً من معدل ضغط الدم لدى الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد بدون اضطراب القلق .

١٠- دراسة آلين وزملاؤه Ellen, et al ٢٠٠٣ :

هدف الدراسة التعرف على العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطرابات القلق (القلق المعمم، الوسواس القهري، المخاوف الاجتماعية، الاكتئاب) تحليل عائلي. تم فحص خطر الإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضطرابات القلق في الأقارب من الدرجة الأولى وذلك بعد تصنيف مجموعات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بوجود أو غياب اضطرابات القلق وأظهرت النتائج بأن الإصابة باضطراب القلق في مجموعات الأقارب المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كان أعلى من الإصابة بنفس الاضطراب وسط المجموعات الضابطة وأقاربهم .

ج- دراسات تناولت اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد وعلاقته بتقدير الذات.

١- دراسة كايزر Kaiser ١٩٩٣ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج تعديل السلوك في تحسين الأداء الأكاديمي داخل غرفة الصف وتحسين تقدير الذات لدى الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٦ أطفال ممن تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٣) سنة تم اختيارهم باستخدام قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل داخل غرفة الصف (تقدير المعلم)، وتقدير سلوك الطفل داخل البيت وخارجه (تقدير الآباء)، والتقديرات المدرسية، ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات، بالإضافة إلى تقرير

الفحص الطبي للطفل، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الذي استغرق مدة ١٠ أسابيع بمعدل ٥,٥ ساعات كل يوم في مناخ تعليمي فقد توصلت الدراسة للنتائج الآتية :

- انخفاض مظاهر النشاط الحركي الزائد، وزيادة تركيز الإنتباه .
- القدرة على ضبط السلوك في غرفة الصف.
- إنجاز المهام التعليمية التي تقدم .
- تحسن في تقدير الذات.

٢- دراسة هوزا وزملاؤه Hoza,et al ١٩٩٣ :

هدفت الدراسة إلى مقارنة إدراك الذات وتقدير الذات والعدوانية لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بعينة من العاديين. قورن إدراك الذات ونسبته لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأطفال في العينة الضابطة كانت العينة مكونة من ٢٥ طفل عادي، و ٢٧ طفل شخصوا باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. أعمار العينة ما بين (٨,٥ - ١٣) سنة.

أسفرت النتائج بأن الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد مماثلين للأطفال في العينة الضابطة في قدرة إدراك الذات وتقدير الذات. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين كما أظهرت النتائج إلى أن العدوان اللفظي لدى البنات أكثر منه عند الذكور، كما أظهرت النتائج أن العدوان المباشر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث.

٣- دراسة جينفر و توم Jennifer and Tom ١٩٩٤ :

هدف الدراسة فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعي بين الأقران وتقدير الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. تكونت العينة من الأطفال الذين يدرسون في الصف الرابع ابتدائي حيث كان من بينهم (٨) أطفال يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وطفلان يعانيان من اضطراب نقص الانتباه بدون نشاط زائد، و (٢٦) طفل من الأسوياء أستخدمت الدراسة مقياس كوبر سميث Cooper Smith.

أوضحت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوضع الاجتماعي للطفل بين أقرانه وتقديره لذاته، أي كلما ازداد رفض الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من قبل الأقران انخفض تقديره لذاته كما كان هناك علاقة ارتباطية سالبة أيضاً بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتقدير الطفل لذاته، أي كلما ازداد اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الطفل كلما انخفض تقديره لذاته.

٤ - دراسة سلومكوسكي وزملاؤه Slomkowski, et al ١٩٩٥ :

هدفت الدراسة إلى معرفة هل تقدير الذات نتيجة مهمة لدى المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ؟

تكونت العينة من ٦٥ طفلاً شخصوا بأنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة الطفولة، و ٧٢ طفل كمجموعة ضابطة اختيرت من عيادة طبية، بعد ضبط عدم وجود اضطراب عقلي لدى أفراد العينة .

أظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهم تقدير ذات مخفض، ومستوى منخفض من التكيف في المراهقة، ولديهم تحصيل تعليمي منخفض وترتيب مهني أكثر انخفاضاً في سن البلوغ عند مقارنتها، بالمجموعة الضابطة.

٥ - دراسة بيدرمان وزملاؤه Biederman, et al ١٩٩٦ :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بالقلق، والاكتئاب، وتقدير الذات.

أجريت الدراسة على الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٧ - ١٢) أسفرت النتائج أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من أعراض القلق، والاكتئاب وانخفاض مستوى تقدير الذات أكثر مما يعاني الأطفال العاديين.

٦ - دراسة بنقتون Penington ٢٠٠١ :

هدفت الدراسة إلى معرفة اختلافات الجنس في تقدير الذات لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. تكونت العينة من ٩٤ مراهق بالعيادة الخارجية. استخدمت الدراسة مقياس منسوتا (MMP I-A) أو مقياس الشخصية المتعدد المراحل للمراهقين، لتحديد تقدير الذات لكل مراهق. وقد تم استخدام تحليل التباين أنوفا (Anova) لتشخيص اختلافات الجنس في تقدير الذات. أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر رئيس وهام بالنسبة للتشخيص وليس للجنس، بمعنى أن المراهقين المشخصين بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه الزائد النشاط لديهم تقدير ذات منخفض، لم يكن لنوع الجنس أهمية مميزة.

د - دراسات تناولت تقدير المعلم كأحد الأساليب التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

١ - دراسة أبو خالد ١٤١٨هـ :

هدفت إلى التعرف على احتمالية وجود تباين في تقدير المعلمات والأمهات للنشاط الزائد لبناتهن وفقاً لأعمارهن والصف الدراسي لهن، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين التلميذات ذوات النشاط الزائد والتلميذات العاديات في

المرحلة الابتدائية. وقد أجريت الدراسة على عينة تم تقسيمها إلى مجموعتين : المجموعة الأولى تكونت من ٢٠٤ تلميذة، والمجموعة الثانية تكونت من ١٩٨ تلميذة. استخدمت الدراسة الأدوات التالية : مقياس النشاط الزائد أعداد الباحثة، ومقياس مفهوم الذات أعداد السمدوني، ولقد أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً في تقديرات المعلمات للنشاط الزائد لدى التلميذات وفقاً للصف الدراسي (ثالث، رابع، خامس، سادس) وكانت التلميذات في الصف السادس أكثر التلميذات في عدم القدرة على التركيز والاندفاعية مقارنة بزميلاتهن في الصفوف الدراسية الأخرى. كما تنطبق تلك النتيجة في تقدير الأمهات لبناتهن البالغات من العمر ١٢ سنة عن الأصغر سناً منهن وكانت الفروق لصالح بناتهن ذوات العمر ١٢ سنة. كما توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التلميذات العاديات وذوات النشاط الزائد في التحصيل الدراسي لصالح العاديات في كل صف دراسي. كما توجد فروق دالة إحصائياً في مفهوم الذات بين التلميذات ذوات النشاط الزائد والعاديات لصالح العاديات في الدرجة الكلية وبعض الأبعاد الفرعية وفقاً للعمر.

٢ - دراسة الشخص ١٩٨٤ :

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس للتعرف على النشاط الزائد عند الأطفال من خلال تقديرات المعلمين والآباء حيث أجريت الدراسة على عينة عشوائية قوامها ٦٠٠ طفل وطفلة (٤٠٠ ولد و ٢٠٠ بنت)، وفي أعمار مختلفة تبدأ من سن الحضانة حتى الصف السادس بالمرحلة الابتدائية وشملت العينة متخلفين عقلياً، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقديرات المعلمين وأولياء الأمور ذات أهمية في الكشف عن الأطفال ذوي النشاط الزائد من خلال التعرف على المشاكل السلوكية لهم سواء في المدرسة أو المنزل.

٣ - دراسة شافر وزملائه Shaffer, et al ١٩٨٥ :

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال تقديرات المعلمين للأطفال من سن الحضانة (إلى سن ٣-٤ سنوات)، من خلال نشاطهم في المدرسة والبيت. تكونت عينة الدراسة من ٢٨ طفلاً. وقد تبين أن تقديرات المعلمين وأحكامهم على مستوى نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال من خلال ملاحظتهم يُعد من أصدق المحكات للتعرف على اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

٤ - دراسة السمدوني ١٩٨٩ :

هدفت الدراسة إلى دراسة الفروق بين تقديرات المعلمين والآباء لأطفالهم الصغار والكبار من الجنسين. تكونت العينة من (٥٩٨) طفلاً في سن الروضة وفي مرحلة التعليم الأساسي من مدارس تابعة لمحافظة الغربية والمنوفية وكفر الشيخ. وقد روعي عند اختيار العينة أن يكون مستوى تعليم الأبوين - أو أحدهما على الأقل - المستوى المتوسط. ويتراوح أعمار هؤلاء الأطفال ما بين (٤ - ١٤) سنة. مستخدماً الأدوات التالية:

مقياس قائمة تقدير سلوك الطفل الأكلينيكي التشخيصي (DSM-III) ومقياس كورنر لتقدير سلوك الطفل Conners Scale وقائمة مشكلات الطفل إعداد الباحث. لإستخراج النتائج قام بالمعالجة الإحصائية باستخدام تحليل التباين الأحادي، ومعاملات الارتباط. وجاءت نتائج الدراسة على النحو التالي :

- وجود فروق جوهرية بين تقديرات المعلمين وأولياء الأمور لسلوك فرط النشاط لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٤-١٤) سنة. وأن الفروق بين تقدير المعلمين وأولياء الأمور لسلوك فرط النشاط الزائد لدى الإناث ذوات الأعمار المختلفة غير دال إحصائياً.

- وجود فروق جوهرية بين الذكور العاديين وذوي فرط النشاط في نسب شيوع المشكلات السلوكية لعدم القدرة على الانتباه وكانت الفروق دالة إحصائياً لصالح الأطفال ذوي فرط النشاط.

- وجود اختلاف في ترتيب انتشار المظاهر السلوكية لفرط النشاط عند الأطفال الذكور والإناث من خلال تقديرات المعلمين.

ثانياً: التعليق على الدراسات السابقة :

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن معظم الدراسات التي تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أجنبية، أما الدراسات العربية - حسب علم الباحثة - فقد كانت قليلة مثل : دراسة الشخص (١٩٨٤)، ودراسة السمدوني (١٩٩٨)، ودراسة أبو خالد (١٤١٨)، مما يعطي الدراسة الحالية أهمية نظرية وتطبيقية. أتفقت الدراسات الأجنبية على تسمية الاضطراب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وهذا يتفق مع مسمى الاضطراب في الدراسة الحالية.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت الخصائص النفسية (العدوانية، والقلق، وتقدير الذات) لدى المصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد فجميعها أجريت في بيئة أجنبية ولم يكن هناك دراسات في البيئة العربية حسب علم الباحثة مما يمنح الدراسة الحالية أهمية نظرية وتطبيقه وتُرجع الباحثة سبب ذلك إلى:

- ١ - قلة التوثيق لهذه الدراسات في القوائم والمراكز المعلوماتية.
- ٢ - أن هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة ذائبة في المدارس العادية وتُفسر أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على أنه سلوك قصدي إستفزازي، لا على أنه سلوك قهري لا إرادي.
- ٣ - قلة الاهتمام بهذه الفئة في العالم العربي، وذلك عائد إلى قلة المختصين في هذا المجال.
- ٤ - الافتقار إلى مراكز للتشخيص والقياس لإجراء الدراسات المسحية والتطبيقية للتعرف على هذه الفئة.

وقد أظهرت الدراسات السابقة تباين في حجم العينة من دراسة إلى أخرى، حيث تراوحت بين [٦] أطفال كما في دراسة كايزر (Kaiser, 1993)، وحتى [٦٠٠] تلميذ وتلميذة كما في دراسة الشخص (١٩٨٤)، أما عن نوع العينة فقد كانت معظم الدراسات عينات مختلطة (ذكور وأناث)، وقليل من الدراسات اقتصرت العينة على الإناث مثل: دراسة راكلدج وترنك (Rucklidge and Tannock, 2001)، ودراسة أبوخالد (١٤١٨).

أما أعمار أفراد العينات فقد كانت متقاربة إلى حد ما، حيث يقع أغلبها في المدى العمري للطفولة المبكرة والوسطى والمتأخرة، حيث تراوحت أعمار أفراد عينات الدراسات السابقة بين المدى العمري [٣-١٤] سنة كما في دراسة بولاين (Bohline, 1995)، ودراسة أرنتشر وزملاؤه (Archer, et al., 1987)، وهذه المرحلة تقع في المدى العمري لعينة الدراسة الحالية من [١٠-١٣] سنة. أما المرحلة الدراسية فقد كانت في الغالب المرحلة الابتدائية وهذا يتفق مع المرحلة الدراسية لعينة الدراسة الحالية.

أما أدوات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة فقد أنفقت العديد من الدراسات على استخدام قائمة تقدير سلوك الطفل تقدير المعلم المأخوذة من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III) أو الطبعة الثالثة المعدلة (DSM-III-R) كما في الدراسات التالية: دراسة ستيفن (Steven, 1984)، ودراسة بولاين (Bohline, 1995)، ودراسة ولتشن (Wolchin, 1980)، ودراسة ستاتون وبرمباك (Staton

and Brumback, 1981) ، بهدف تشخيص اضطراب الانتباه والنشاط الزائد وهذا يتفق مع الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

كما يلاحظ اتفاق نتائج الدراسات السابقة بأن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أظهروا معدلاً مرتفعاً للسلوك العدواني وانخفاض في مستوى المهارات الاجتماعية مقارنة بأقرانهم العاديين. وأشارت الدراسات أن العلاقة بين العدوانية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد علاقة ارتباطية موجبة، بمعنى تزداد العدوانية بازدياد شدة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، كما في الدراسات التالية : دراسة بورنس وزملاؤه (Barns, et al., 1997)، ودراسة ولتشن (Wolchin, 1980)، ودراسة ستيفن (Steven, 1984) ، ودراسة آرنتشر وزملاؤه (Archer, et al, 1987).

وكشفت دراسة كلاً من ستيفن ولايز (Steven and Liz, 1999) ودراسة بيلهام وبندر (Pelham and Bender, 1982)، ودراسة لندي ومور (Landy and Morr, 1991) إلى أن عدوانية المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كانت سبب في معاناتهم من النبذ والرفض في العلاقات الاجتماعية مقارنة بالعاديين.

وأوضح من دراسة آرنتشر وزملاؤه (Archer, et al., 1987) أن المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أكثر استخداماً للعدوانية المادية مقارنة بالعدوانية اللفظية.

أما دراسة رمي وزملاؤه (Remei, et al., 2003) فيتضح منها أن دور العامل الوراثي المرتبط بالناقل العصبي (السيروتين) في الإصابة بالعدوانية واضطراب الانتباه والنشاط الزائد.

كما أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من القلق كما في دراسة ستاتون وبرمباك (Staton and Brumback, 1981) ودراسة بولاين (Bohline, 1995) ، ودراسة بيدرمان وزملاؤه (Biderman, et al., 1991) ، ودراسة ستيفن وزملاؤه (Steven, et al., 2001) ، ودراسة بيدرمان وزملاؤه (Bidermman, et al., 1996).

وأوضحت دراسة ميشيل (Michales, 1996) إلى ضعف وظائف الانتباه لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والقلق مقارنة بالعاديين المصابين بالقلق.

كما أشارت دراسة بليزكا (Pliszka, 1989) أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالقلق لا يستجيبون للعلاج مقارنة بالأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بدون قلق.

كما أوضحت دراسة ألين وزملاؤه (Ellen, et al., 2003) أن القلق ينتشر في الأقارب المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أعلى من انتشاره وسط العاديين وأقاربهم.

كما أظهرت دراسة تانوك (Tannock, 1996) أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بالقلق يستجيبوا للعلاج بعقار Methyphenidate (MPH) مقارنة بالأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بدون قلق.

كما اتفقت نتائج الدراسات السابقة بأن المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهم تقدير ذات منخفض مقارنة بأقرانهم العاديين وهذا يتضح من دراسة جنيفر وتوم (Jennifer and Tom, 1994) ، ودراسة سلومكوسي وزملاؤه (Slomkowski, et al., 1995)، ودراسة بنقتون، (Pennination, 2001) ، بإستثناء دراسة هوزا وزملاؤه (Hoza, et al., 1993) التي ترى أن تقدير الذات لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مماثل للعاديين.

أما نتائج الدراسات التي تناولت تقدير المعلم كأسلوب تشخيص لإضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. فقد أسفرت نتائج دراسة أبو خالد (١٤١٨) إلى وجود فروق دالة إحصائياً في تقدير المعلمات للنشاط الزائد وفقاً للصف الدراسي (ثالث، رابع، خامس، سادس) ، وكانت تلميذات الصف السادس أكثر التلميذات في عدم القدرة على التركيز في الصف الدراسي، والإندفاعية، مقارنة بزميلاتهن في الصفوف الدراسية الأخرى.

أما دراسة السمدوني (١٩٨٩) فقد أظهرت نتائجها أن الفروق بين تقديرات المعلمين وأولياء الأمور لسلوك فرط النشاط الزائد لدى الإناث ذوات الأعمار المختلفة غير دال إحصائياً.

أما دراسة الشخص (١٩٨٤) فقد كشفت أن تقديرات المعلمين وأولياء الامور ذات أهمية في الكشف عن الأطفال ذوي النشاط الزائد من خلال التعرف على المشاكل السلوكية لهم سواء في المدرسة أو المنزل.

أما دراسة شافر وزملاؤهم (Shaffer, et al. , 1985) أظهرت نتائج الدراسة أن تقدير المعلمين وأحكامهم على مستوى نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال من خلال ملاحظتهم يعد من أصدق المحكات للتعرف على اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً : فروض الدراسة.

ثانياً : منهج الدراسة.

ثالثاً : مجتمع الدراسة.

رابعاً : عينة الدراسة.

خامساً : أدوات الدراسة.

سادساً : إجراءات الدراسة.

سابعاً : الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

تعرض الباحثة في هذا الفصل منهج الدراسة وفروضها وعينتها والأدوات المستخدمة لجمع بياناتها وكيفية التحقق من صدقها وثباتها. كما تعرض لإجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة فروض الدراسة .

أولاً : فروض الدراسة :

قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة في ضوء الأطر النظرية ونتائج الدراسات السابقة على النحو التالي :

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد .

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد و متوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد .

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد و متوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات في كل صف دراسي، لصالح التلميذات العاديات .

٤- لا تختلف تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي .

ثانياً : منهج الدراسة :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج الوصفي المقارن باعتبارها دراسة للكشف عن الفروق بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات في عدد من المتغيرات النفسية المتمثلة بالعدوانية والقلق وتقدير الذات .

ثالثاً : مجتمع الدراسة :

يشمل مجتمع الدراسة جميع تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات في المدارس الحكومية بمدينة الرياض .

رابعاً : عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الكلية من (١٦٦) تلميذه من تلميذات المرحلة الابتدائية (الصفوف: رابع ، خامس ، سادس) ، منهن (٤٣) تلميذه من ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد تراوحت أعمارهن بين (١٠ - ١٣) سنة بمتوسط عمري قدره (١١,١٩) وانحراف معياري قدره (١,٢) ، و (١٢٣) تلميذة من العاديات تراوحت أعمارهن بين (١٠ - ١٣) سنة بمتوسط عمري قدره (١١,٢٤) وانحراف معياري قدره (٠,٩٢).

وقد تم اختيار عينة ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد بطريقة عمدية وفق الشروط التالية :

- ١- أن يكن من تلميذات المرحلة الابتدائية الصفوف العليا (الرابع - الخامس - السادس) .
- ٢- خلو التلميذة من الإعاقة الحسية والعقلية والبدنية .
- ٣- حصول التلميذة على درجة مرتفعة على قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المعربة الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR-2000) . (دييس غير منشور).
- ٤- استمرار سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد لفترة لا تقل عن ستة شهور .

أما عينة العاديات فقد تم اختيارهن بطريقة عمدية وفق الشروط التالية:

- ١- أن يكن من تلميذات المرحلة الابتدائية الصفوف العليا (الرابع - الخامس - والسادس) .
- ٢- خلو التلميذة من الإعاقة الحسية والعقلية والبدنية .
- ٣- أن لا تعاني التلميذة من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كما يتضح من نتائج تطبيق قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المعربة الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR-2000) (دييس ، غير منشور) .

خطوات اختيار العينة :

- ١- قامت الباحثة باختيار أكبر عشرة مدارس حكومية من حيث عدد الطالبات من مدارس مدينة الرياض بمعدل مدرستين من كل منطقة من مناطق الرياض (شمال، جنوب، شرق، غرب، وسط) . كما اختارت بطريقة عشوائية صف واحد من كل مستوى دراسي بمعدل ثلاثة صفوف من كل مدرسة.
- ٢- قامت الباحثة بعمل محاضرة توعوية للتعريف باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في المدارس الابتدائية التي تم اختيارها .
- ٣- تم اختيار عينة نقص الانتباه والنشاط الزائد بطريقة عمدية بناء على ملاحظات معلمات الصفوف (رابع، خامس، سادس) وتم مراجعة سجلاتهن المدرسية والتي تتضمن التقرير الطبي للتأكد من خلوهن من الإعاقة الحسية والعقلية والبدنية ، مع مراعاة استمرار سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد لمدة لا تقل عن ٦ أشهر.
- ٤- تم اختيار عينة العاديات من نفس المدارس الابتدائية بطريقة عمدية بناء على ملاحظات معلمات الصفوف (رابع، خامس، سادس)، وتم مراجعة سجلاتهن المدرسية والتي تتضمن التقرير الطبي للتأكد من خلوهن من الإعاقة الحسية والعقلية والبدنية . والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة من التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات .

جدول رقم (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لنوع العينة ومتغيري الصف والعمر

العينة	الصف			العمر					
	الرابع	الخامس	السادس	المجموع	١٠	١١	١٢	١٣	المجموع
عاديات	٤٢	٣٨	٤٣	١٢٣	٣٠	٤٣	٤٠	١٠	١٢٣
ذوات نقص الانتباه	١٨	١١	١٤	٤٣	١٤	١٠	١٠	٩	٤٣
المجموع	٦٠	٤٩	٥٧	١٦٦	٤٤	٥٣	٥٠	١٩	١٦٦

خامساً : أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية :

- ١- قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد (دبيس ، غير منشور) .

- ٢- مقياس تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال (ديبس ، ١٩٩٨) .
 ٣- مقياس القلق لدى الأطفال (عبدالخالق والنيال ، ١٩٩١) .
 ٤- مقياس كوبر سميث لتقدير الذات لدى الأطفال (عبد الحافظ ، ١٩٨٤) .

وفيما يلي عرض تفصيلي لتلك الأدوات :

قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد : وهي قائمة تشخيصية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تضمنتها الطبعة الرابعة المعدلة للدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR,2000) . وقد قام سعيد ديبس بترجمتها إلى العربية وتحقق من توفر خصائص سيكومترية جيدة تسمح باستخدامها والثقة في نتائجها . وتتكون القائمة من (١٨) بنداً يطلب من المعلم/المعلمة ذو المعرفة للصيقة بالتلميذ أن يجيب عليها بما يتمشى مع ما يعرفه ويخبره عن الطفل داخل المدرسة بوجه عام وداخل الفصل بوجه خاص .

وقد تم التحقق من ثبات القائمة وصدقها بطرق مختلفة . ففيما يتعلق بثبات الأداة توصل الباحث إلى معامل ثبات بإعادة التطبيق قدره (٠,٧٩٣) ، ومعامل ثبات بطريق التجزئة النصفية قدره (٠,٨٦٤) بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون ، في حين بلغت قيمة معامل ثبات "ألفا" لكرونباخ (٠,٩٣) . وفيما يتعلق بالصدق توصل الباحث إلى معاملات ارتباط بين درجات كل بند والدرجة الكلية للأداة تراوحت بين (٠,٦٥٣) و (٠,٩٠٦) ، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) . كما تم التوصل إلى أن جميع بنود القائمة قد استطاعت التمييز بين من لديهم درجة مرتفعة على المقياس (الإرباعي الأعلى) ومن لديهم درجات منخفضة (الإرباعي الأدنى) مما يشير إلى قدرة بنود القائمة على التمييز .

وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بالتحقق من صدق وثبات الأداة على النحو التالي :

١- الثبات : تم تطبيق قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية تم تقدير نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهن من قبل معلماتهن ذوات المعرفة الوثيقة بهن وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين بنود القائمة الزوجية والبنود الفردية وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٩٦) . كما تم حساب الثبات بطريقة "ألفا" لكرونباخ حيث تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠,٩٨) ، وتلك القيمتان للثبات تشيران بوضوح إلى تمتع القائمة بثبات مرتفع .

٢- الصدق : قامت الباحثة بحساب صدق قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط

الزائد بطريقتين على النحو التالي :

أ- صدق الاتساق الداخلي : قامت الباحثة بإيجاد صدق الاتساق الداخلي

للقائمة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين بنود القائمة والدرجة الكلية

للقائمة . والجدول التالي رقم (٢) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٢)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد والدرجة الكلية للقائمة

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٨٩	٠,٠١	١٠	٠,٨٤	٠,٠١
٢	٠,٩٢	٠,٠١	١١	٠,٧٨	٠,٠١
٣	٠,٨٩	٠,٠١	١٢	٠,٩٠	٠,٠١
٤	٠,٨٦	٠,٠١	١٣	٠,٨١	٠,٠١
٥	٠,٨٥	٠,٠١	١٤	٠,٨٥	٠,٠١
٦	٠,٨٥	٠,٠١	١٥	٠,٧٥	٠,٠١
٧	٠,٧٠	٠,٠١	١٦	٠,٨٩	٠,٠١
٨	٠,٨٨	٠,٠١	١٧	٠,٩٠	٠,٠١
٩	٠,٧٤	٠,٠١	١٨	٠,٨٦	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط لبندود قائمة تقدير نقص الانتباه والنشاط الزائد كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت قيمها بين (٠,٧٠) و (٠,٩٢) وهذا يشير بوضوح إلى اتساق القائمة وتماسك بنودها ومن ثم صدقها .

ب- صدق المقارنة الطرفية : تم تطبيق قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد على العينة الاستطلاعية ، وبعد التصحيح ورصد التقديرات تم اختيار مجموعتين من تلك العينة وفقاً لدرجاتهم الكلية ، حيث تمثل إحداها مجموعة الإرباعي الأعلى الحاصلات على درجات عالية وفقاً للدرجة الكلية ، والأخرى مجموعة الإرباعي الأدنى الحاصلات على درجات منخفضة وفقاً لدرجات هاتين المجموعتين على كل بند من بنود القائمة . وتم إيجاد دلالة الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار دلالة الفروق بين المتوسطات . والجدول التالي رقم (٣) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد

رقم البند	مجموعة الإرباعي الأعلى		مجموعة الإرباعي الأدنى		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
١	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٣٩	٠,٥٨	١٩,٦٧-	٠,٠٠٠
٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٧٥	٠,٥٣	٢٥,٣٤-	٠,٠٠٠
٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٠	٠,٦٦	١٨,٥٧-	٠,٠٠٠
٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,١٧	٠,٩٦	١١,٠٢-	٠,٠٠٠
٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٥	٠,٨٤	١٣,٠١-	٠,٠٠٠
٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٤	٠,٧٧	١٢,٧٧-	٠,٠٠٠
٧	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٣٥	٠,٨٩	٧,٣١-	٠,٠٠٠
٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,١٨	٠,٧٣	١٣,٩٧-	٠,٠٠٠
٩	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦٣	١,١٠	٧,٢٦-	٠,٠٠٠
١٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,١٣	٠,٨٠	١٣,٠٦-	٠,٠٠٠
١١	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٩٥	٠,١٠	٩,١٨-	٠,٠٠٠
١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٧٥	٠,٥٣	٢٥,٣٤-	٠,٠٠٠
١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,١٣	٠,٩٥	١٠,٩٩-	٠,٠٠٠
١٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,١٣	٠,٨٥	١٢,٢٤-	٠,٠٠٠
١٥	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦١	٠,٨٩	٨,٦٦-	٠,٠٠٠
١٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٢	٠,٧٣	١٦,٥٦-	٠,٠٠٠
١٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٧٥	٠,٦١	٢٢,١٦-	٠,٠٠٠
١٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٥	٠,٧٩	١٣,٨٨-	٠,٠٠٠

ويتضح من الجدول السابق أن جميع بنود قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد قد استطاعت التمييز بين المجموعتين - مجموعة الإرباعي الأعلى ومجموعة الإرباعي الأدنى - حيث تراوحت قيم "ت" بين (٧,٢٦-) و (٢٥,٣٤-) وجميعها قيم

دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) ، مما يشير إلى قدرة القائمة الجيدة على التمييز بين المجموعتين العالية والمنخفضة .

طريقة تصحيح القائمة : تم إتباع طريقة ليكرت وذلك بوضع أربعة أوزان لبنود القائمة وذلك على النحو التالي :

- تنطبق دائماً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد يحدث بشكل دائم عند الطفل .
- تنطبق كثيراً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد يحدث كثيراً عند الطفل .
- تنطبق أحياناً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد يحدث أحياناً عند الطفل .
- لا تنطبق أبداً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه والنشاط الزائد غير موجود نهائياً عند الطفل .

ويتم تصحيح القائمة في ضوء الأوزان الأربعة على النحو التالي :

- تنطبق دائماً وتعطى ثلاث درجات - تنطبق كثيراً وتعطى درجتان
- تنطبق أحياناً وتعطى درجة واحدة - لا تنطبق أبداً وتعطى صفر

وعلى ذلك فإن الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها الطفل من خلال تقدير المعلم/المعلمة على هذه القائمة تتراوح بين (صفر) كحد أدنى ، و (٥٤) كحد أعلى .

(١) مقياس تقدير السلوك العدوانى : من إعداد سعيد دببىس (١٩٩٨) :

وهو عبارة عن أداة لتقدير السلوك العدوانى للأطفال العاديين وغير العاديين . وقد تم تصميمه في الأصل للاستخدام مع الأطفال المعاقين عقليا من الدرجة البسيطة القابلين للتعلم ، إلا أنه قد تم استخدامه من قبل باحثين آخرين لتقدير السلوك العدوانى عند العاديين (الجوبان، ١٤٢٤هـ) . ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (٦٠) عبارة تقيس مختلف مظاهر السلوك العدوانى للأطفال توفر لها خصائص سيكومترية جيدة . فمن حيث ثبات المقياس قام معد المقياس بحسابه من طرق ثلاث : الاتساق الداخلى ، والتجزئة النصفية ، و معامل الثبات بطريقة "الفا" لكرونباخ حيث توفر للمقياس معاملات ثبات مرتفعة جداً . فقد بلغ معامل ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (٠,٩٧) ، في حين بلغت قيمة الثبات بطريقة "الفا" (٠,٩٨٨) . أما معاملات الاتساق الداخلى فقد كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يشير إلى أن المقياس يتوفر له ثبات عال .

ومن حيث الصدق قام معد المقياس بالتحقق منه بأربع طرق هي : صدق المحكمين ، وصدق المقارنة الطرفية ، وصدق المحك ، والصدق العملي وقد توفر للمقياس معاملات صدق مرتفعة . فعلى سبيل المثال تم تطبيق البعد الخاص بالسلوك العدواني من مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل كمحك خارجي لمقياس تقدير السلوك العدواني وتم الحصول على معامل صدق قدره (٠,٧٧١) . أما الصدق العملي للمقياس فقد أثبت تمتع المقياس بالصدق حيث يشكل مصفوفة عامل واحد مما يشير إلى تجانس أبعاده ، وإعطاء الفرصة لجمع أبعاده لتعطي درجة كلية للمقياس . كما توفر للمقياس معاملات ثبات وصدق مرتفعة من خلال دراسات أخرى (السديري ، ١٤٢٠هـ؛ الجويان ، ١٤٢٤هـ) .

وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بالتحقق مرة أخرى من ثبات وصدق المقياس للتأكد من مناسبته للاستخدام مع أفراد الدراسة الحالية وذلك كما يلي :

أ- **ثبات المقياس** : قامت الباحثة في الدراسة الحالية بتطبيق مقياس تقدير السلوك العدواني على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية تم تقدير السلوك العدواني لهن من قبل معلماتهن ذوات المعرفة اللصيقة بهن وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين البنود الزوجية والبنود الفردية للمقياس وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٩٦) . كما تم حساب الثبات بطريقة "ألفا" لكرونباخ حيث تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠,٩٩) ، وتلكما القيمتان للثبات مرتفعتان جداً وتشيران بوضوح إلى تمتع المقياس بثبات مرتفع .

ب- **صدق المقياس** : قامت الباحثة بحساب صدق مقياس تقدير السلوك العدواني بطريقتين على النحو التالي:

أ- **صدق الاتساق الداخلي** : قامت الباحثة بإيجاد صدق الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس . والجدول التالي رقم (٤) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٤)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس تقدير السلوك العدواني
والدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٨٤	٠,٠١	٣١	٠,٧٧	٠,٠١
٢	٠,٧٧	٠,٠١	٣٢	٠,٧٣	٠,٠١
٣	٠,٧٧	٠,٠١	٣٣	٠,٦٧	٠,٠١
٤	٠,٨١	٠,٠١	٣٤	٠,٧٥	٠,٠١
٥	٠,٨٦	٠,٠١	٣٥	٠,٧٦	٠,٠١
٦	٠,٦٧	٠,٠١	٣٦	٠,٦١	٠,٠١
٧	٠,٧٣	٠,٠١	٣٧	٠,٨٥	٠,٠١
٨	٠,٨٣	٠,٠١	٣٨	٠,٧٢	٠,٠١
٩	٠,٧٠	٠,٠١	٣٩	٠,٧٧	٠,٠١
١٠	٠,٧٠	٠,٠١	٤٠	٠,٧٦	٠,٠١
١١	٠,٨٠	٠,٠١	٤١	٠,٥٠	٠,٠١
١٢	٠,٨٢	٠,٠١	٤٢	٠,٧٦	٠,٠١
١٣	٠,٨٩	٠,٠١	٤٣	٠,٥٢	٠,٠١
١٤	٠,٨٢	٠,٠١	٤٤	٠,٧٧	٠,٠١
١٥	٠,٨٣	٠,٠١	٤٥	٠,٧٩	٠,٠١
١٦	٠,٨٢	٠,٠١	٤٦	٠,٨٥	٠,٠١
١٧	٠,٧٣	٠,٠١	٤٧	٠,٨٢	٠,٠١
١٨	٠,٧٥	٠,٠١	٤٨	٠,٤٨	٠,٠١
١٩	٠,٨١	٠,٠١	٤٩	٠,٦٥	٠,٠١
٢٠	٠,٧٨	٠,٠١	٥٠	٠,٦٦	٠,٠١
٢١	٠,٦٤	٠,٠١	٥١	٠,٦٦	٠,٠١
٢٢	٠,٨٠	٠,٠١	٥٢	٠,٧٧	٠,٠١
٢٣	٠,٧٦	٠,٠١	٥٣	٠,٦٦	٠,٠١

٠,٠١	٠,٧٢	٥٤	٠,٠١	٠,٧٣	٢٤
٠,٠١	٠,٧١	٥٥	٠,٠١	٠,٦٦	٢٥
٠,٠١	٠,٦٦	٥٦	٠,٠١	٠,٦٩	٢٦
٠,٠١	٠,٦٦	٥٧	٠,٠١	٠,٧٣	٢٧
٠,٠١	٠,٧٦	٥٨	٠,٠١	٠,٨٤	٢٨
٠,٠١	٠,٧٦	٥٩	٠,٠١	٠,٥٤	٢٩
٠,٠١	٠,٧٣	٦٠	٠,٠١	٠,٨١	٣٠

ويتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط لبنود مقياس تقدير السلوك العدوانية كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت قيمها بين (٠,٤٨) و (٠,٨٩) وهذا يشير بوضوح إلى اتساق المقياس وتماسك بنوده ومن ثم صدقه .

ت- صدق المقارنة الطرفية : تم تطبيق مقياس تقدير سلوك مقياس تقدير السلوك العدوانية على العينة الاستطلاعية ، وبعد التصحيح ورصد التقديرات تم اختيار مجموعتين من تلك العينة وفقاً لدرجاتهم الكلية ، حيث تمثل إحداهما مجموعة الإرباعي الأعلى الحاصلات على درجات عالية وفقاً للدرجة الكلية ، والأخرى مجموعة الإرباعي الأدنى الحاصلات على درجات منخفضة وفقاً لدرجات هاتين المجموعتين على كل بند من بنود المقياس . وتم إيجاد دلالة الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات . والجدول التالي رقم (٥) يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

جدول رقم (٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس تقدير السلوك العدواني

رقم البند	مجموعة الإرباعي الأعلى		مجموعة الإرباعي الأدنى		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
١	٠,٠٠٠	١,٨٨	٠,٨٥	١٠,٨٠-	٠,٠٠٠	
٢	٠,٠٠٠	١,٥٨	٠,٩٧	٧,٩٦-	٠,٠٠٠	
٣	٠,٠٠٠	١,١٣	٠,٩٠	٦,١٢-	٠,٠٠٠	
٤	٠,٠٠٠	٢,١٧	٠,٩٢	١١,٥٨-	٠,٠٠٠	
٥	٠,٠٠٠	٢,٠٤	٠,٩٦	١٠,٤٨-	٠,٠٠٠	
٦	٠,٠٠٠	٠,٩٢	٠,٩٢	٤,٨٤-	٠,٠٠٠	
٧	٠,٠٠٠	١,٠٤	١,٠٤	٤,٩٠-	٠,٠٠٠	
٨	٠,٠٠٠	١,٦٣	١,٠١	٧,٨٥-	٠,٠٠٠	
٩	٠,٠٠٠	٠,٧٥	٠,٩٠	٤,١٠-	٠,٠٠٠	
١٠	٠,٠٠٠	٠,٥٤	٠,٨٠	٣,٤١-	٠,٠٠٢	
١١	٠,٠٠٠	٠,٩٢	١,٠٦	٤,٢٤-	٠,٠٠٠	
١٢	٠,٠٠٠	١,٦٣	١,٠١	٧,٨٥-	٠,٠٠٠	
١٣	٠,٠٠٠	١,٥٠	٠,٩٨	٧,٥١-	٠,٠٠٠	
١٤	٠,٠٠٠	١,٦٧	١,٠٥	٧,٧٨-	٠,٠٠٠	
١٥	٠,٠٠٠	١,٩٦	١,٠٠	٩,٦٠-	٠,٠٠٠	
١٦	٠,٠٠٠	٠,٩٢	٠,٩٧	٤,٦١-	٠,٠٠٠	
١٧	٠,٠٠٠	١,١٣	١,٠٨	٥,١٢-	٠,٠٠٠	
١٨	٠,٠٠٠	٠,٨٨	٠,٩٥	٤,٥٣-	٠,٠٠٠	
١٩	٠,٠٠٠	٢,٢١	٠,٨٨	١٢,٢٤-	٠,٠٠٠	
٢٠	٠,٠٠٠	٢,٠٤	٠,٨٦	١١,٦٥-	٠,٠٠٠	
٢١	٠,٠٠٠	٠,٣٨	٠,٨٢	٢,٢٣-	٠,٠٣٦	
٢٢	٠,٠٠٠	١,٠٩	١,٠٨	٤,٨١-	٠,٠٠٠	

٠,٠٢٤	٢,٤١-	٠,٩٣	٠,٤٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٣
٠,٠٠٠	٨,٠٩-	٠,٨٨	١,٤٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٤
٠,٠٠٠	٤,٧٨-	١,١٥	١,١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٥
٠,٠٠٠	٥,٤١-	٠,٨٣	٠,٩٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٦
٠,٠٠٠	٦,٠٦-	١,١٨	١,٤٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٧
٠,٠٠٠	٤,٨١-	١,٠٨	١,٠٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٨
٠,٠٠٠	١,٨١-	٠,٣٤	٠,١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٩
٠,٠٠٠	٤,٧١-	١,٠٨	١,٠٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٠
٠,٠٠١	٣,٨٠-	١,٠٢	٠,٧٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٣١
٠,٠٠٢	٣,٥٦-	١,٠٣	٠,٧٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٢
٠,٠٠٢	٣,٤١-	٠,٦٦	٠,٤٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٣
٠,٠٠١	٣,٨٠-	١,٠٢	٠,٧٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٤
٠,٠٠٠	٨,٨٨-	١,٠٣	١,٨٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٥
٠,٠٠٠	٤,٣٤-	٠,٨٥	٠,٧٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٦
٠,٠٠٠	٧,٠٥-	١,١٠	١,٥٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٧
٠,٠٠٠	٤,٣٤-	٠,٨٥	٠,٧٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٨
٠,٠٠٠	٩,٣٣-	٠,٩٦	١,٨٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٣٩
٠,٠٠٧	٢,٩٦-	٠,٨٥	٠,٥٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٠
٠,٠٤٣	٢,١٣-	٠,٣٧	٠,١٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٤١
٠,٠٠٠	١١,١٤-	٠,٩٩	٢,٢٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٢
٠,٠٢٦	٢,٣٩-	٠,٧٧	٠,٣٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٣
٠,٠٠٠	٤,٢٤-	٠,٩٦	٠,٨٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٤
٠,٠٠٠	٧,٥٤-	١,٠٦	١,٦٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٥
٠,٠٠٠	٦,٠٩-	١,١٤	١,٤٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٦
٠,٠٠٠	٦,٦٢-	١,١٤	١,٥٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٧
٠,٠٤٣	٢,١٥-	٠,٣٩	٠,١٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٨
٠,٠٤٣	٢,١٥-	٠,٣٩	٠,١٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٤٩
٠,٠٠٠	٤,٣٩-	٠,٨٨	٠,٧٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٠

٠,٠٠٤	٣,٢١-	٠,٨٤	٠,٥٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٥١
٠,٠٠٠	٥,٠٦-	١,١٣	١,١٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٢
٠,٠٠٩	٢,٨٤-	٠,٦٥	٠,٣٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٣
٠,٠١١	٢,٧٩-	٠,٩٠	٠,٥٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٤
٠,٠٠٠	٥,٣٢-	١,١٥	١,٢٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٥
٠,٠٠٠	٥,٣٣-	١,٠٤	١,١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٦
٠,٠٠٥	٣,١٤-	٠,٧٣	٠,٤٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٧
٠,٠٠٠	٦,٤٩-	١,٠١	١,٣٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٨
٠,٠٠٠	١٠,٩٩-	٠,٩٥	٢,١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٥٩
٠,٠٠٠	٧,٦٢-	١,٠٢	١,٥٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٦٠

ويتضح من الجدول السابق أن جميع بنود مقياس تقدير السلوك العدوانى قد استطاعت التمييز بين المجموعتين - مجموعة الإرباعي الأعلى ومجموعة الإرباعي الأدنى - حيث تراوحت قيم "ت" بين (-٢,١٣) و (-١٢,٢٤) وجميعها قيم دالة إحصائياً ، معظمها دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) ، والبقية أرقام (٢١ ، ٢٣ ، ٤١ ، ٤٣ ، ٤٨ ، ٤٩) كانت قيم "ت" لها (-٢,١٣) ، (-٢,٤١) ، (-٢,١٣) ، (-٠,٠٥) . وتشير جميع تلك القيم إلى قدرة المقياس الجيدة على التمييز بين المجموعتين العالية والمنخفضة .

طريقة تصحيح المقياس : تم إتباع طريقة ليكرت وذلك بوضع أربعة أوزان لبنود مقياس تقدير السلوك العدوانى وذلك على النحو التالى :

- دائماً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه يحدث دائماً عند الطفل .
- أحياناً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه يحدث أحياناً عند الطفل .
- نادراً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه يحدث نادراً عند الطفل .
- أبداً : وتشير إلى أن سلوك نقص الانتباه غير موجود نهائياً عند الطفل .

ويتم تصحيح القائمة في ضوء الأوزان الأربعة على النحو التالى :

- دائماً وتعطى ثلاث درجات - أحياناً وتعطى درجتان
- نادراً وتعطى درجة واحدة - أبداً وتعطى صفر

وعلى ذلك فإن الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها الطفل من خلال تقدير المعلم/المعلمة على هذه القائمة تتراوح بين (صفر) كحد أدنى ، و (٢٤٠) درجة كحد أعلى .

(٢) مقياس القلق : من إعداد أحمد عبدالخالق ومايسه النبال (١٩٩١م):

يتكون المقياس في صورته الأصلية من (٢٣) بنداً يستجيب عليها الأطفال في ثلاثة بدائل هي : (نادراً ، أحياناً ، كثيراً) . وقد تحقق معداً المقياس من صدق المقياس من خلال التأكد من البناء العاملي للمقياس على عينة مكونة من (١٣٥) طفلاً وتوصلاً إلى وجود ستة مكونات (عوامل) عامليه للمقياس هي : القلق ، المشاعر الذاتية ، الأعراض النفسية والعضوية ، الجوانب المعرفية ، الأعراض الجسمية ، والأرق والتوتر . كما تأكداً من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية ، حيث بلغت قيمة الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون (٠,٨٤) للذكور ، و (٠,٨٦) للإناث ، و (٠,٨٧) للعينة الكلية .

وقد قامت بهيجة الساعاتي بتطبيق المقياس على عينة قوامها (١٦٢) طفلة تراوحت أعمارهن بين (١٠) ، و (١٢) سنة وتحققت من صدق المقياس بطريقتين هما الاتساق الداخلي والمقارنة الطرفية وتوصلت إلى أن جميع بنود المقياس كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يعد مؤشراً على صدق المقياس . كما تحققت من ثبات المقياس بطريقتي "الفا" و"جوتمان" وتوصلت إلى قيمتا ثبات قدرهما (٠,٨٨) و (٠,٨٧) على التوالي وهما قيمتان مرتفعتان تشيران إلى تمتع المقياس بالثبات.

أما في الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بالتحقق من صدق وثبات الأداة على النحو التالي :

(١) **الثبات** : تم تطبيق مقياس القلق على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية . وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين بنود القائمة الزوجية والبنود الفردية وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٩١) . كما تم حساب الثبات بطريقة "ألفا" لكرونباخ حيث تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠,٩٠) ، وتلك القيمتان للثبات مرتفعتان وتشيران بوضوح إلى تمتع المقياس بثبات مرتفع .

(٢) **الصدق** : قامت الباحثة بحساب صدق مقياس القلق بطريقتين على النحو التالي :

١. **صدق الاتساق الداخلي** : قامت الباحثة بإيجاد صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق عن طريق حساب معاملات الارتباط بين بنود القائمة والدرجة الكلية للمقياس . والجدول التالي رقم (٦) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٦)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٣١	٠,٠١	١٣	٠,٤٩	٠,٠١
٢	٠,٥٠	٠,٠١	١٤	٠,٥١	٠,٠١
٣	٠,٥١	٠,٠١	١٥	٠,٦٢	٠,٠١
٤	٠,٤٥	٠,٠١	١٦	٠,٥٦	٠,٠١
٥	٠,٤٧	٠,٠١	١٧	٠,٤٦	٠,٠١
٦	٠,٥٧	٠,٠١	١٨	٠,٥١	٠,٠١
٧	٠,٣٧	٠,٠١	١٩	٠,٥٩	٠,٠١
٨	٠,٥١	٠,٠١	٢٠	٠,٦٨	٠,٠١
٩	٠,٥٥	٠,٠١	٢١	٠,٥٨	٠,٠١
١٠	٠,٤٧	٠,٠١	٢٢	٠,٦٣	٠,٠١
١١	٠,٣٥	٠,٠١	٢٣	٠,٦٥	٠,٠١
١٢	٠,٦٧	٠,٠١			

ويتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط لبنود مقياس القلق كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت قيمها بين (٠,٣١) و (٠,٦٨) وتلك القيم تشير بوضوح إلى اتساق القائمة وتماسك بنودها ومن ثم صدقها .

٢. صدق المقارنة الطرفية : تم تطبيق مقياس القلق على العينة الاستطلاعية ، وبعد التصحيح ورصد التقديرات تم اختيار مجموعتين من تلك العينة وفقاً لدرجاتهم الكلية ، حيث تمثل إحداها مجموعة الإرباعي الأعلى الحاصلات على درجات عالية وفقاً للدرجة الكلية ، والأخرى مجموعة الإرباعي الأدنى الحاصلات على درجات منخفضة وفقاً لدرجات هاتين المجموعتين على كل بند من بنود المقياس . وتم إيجاد دلالة الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبارات لدلالة الفروق بين المتوسطات . والجدول التالي رقم (٧) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس القلق

رقم البند	مجموعة الإرباعي الأعلى		مجموعة الإرباعي الأدنى		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,١٥	٠,٣٧	٢,١٣-	٠,٠٤٣
٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٠	٠,٥١	٥,٠٠-	٠,٠٠٠
٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٥	٠,٤٩	٦,٠٨-	٠,٠٠٠
٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٠	٠,٥١	٣,٨٤-	٠,٠٠٠
٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٩	٠,٤٧	٥,٣٣-	٠,٠٠٠
٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٢	٠,٥١	٥,١٠-	٠,٠٠٠
٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٢	٠,٥٠	٣,١٨-	٠,٠٠٣
٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٦	٠,٥١	٤,٨٨-	٠,٠٠٠
٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٢	٠,٥٠	٦,٣٢-	٠,٠٠٠
١٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٢	٠,٥٠	٤,٩٨-	٠,٠٠٠
١١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٢	٠,٥٠	٣,١٨-	٠,٠٠٣
١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٩	٠,٤٧	٧,٥٠-	٠,٠٠٠
١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٠	٠,٥١	٤,٣٧-	٠,٠٠٠
١٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٤	٠,٥١	٤,٧٥-	٠,٠٠٠
١٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٤	٠,٥١	٤,١٩-	٠,٠٠٠
١٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٢	٠,٥٠	٤,٠٥-	٠,٠٠٠
١٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٢	٠,٥٠	٣,٦٩-	٠,٠٠٠
١٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٦	٠,٥١	٤,٨٨-	٠,٠٠٠
١٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨١	٠,٤٠	٧,٩١-	٠,٠٠٠
٢٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨٨	٠,٣٣	١١,٤٨-	٠,٠٠٠
٢١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٤	٠,٥١	٤,٧٥-	٠,٠٠٠
٢٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨٥	٠,٣٧	١٠,٠٧-	٠,٠٠٠
٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٧٣	٠,٤٥	٨,٢٤-	٠,٠٠٠

ويتضح من الجدول السابق أن الغالبية العظمى من بنود مقياس الفلق قد استطاعت التمييز بين المجموعتين - مجموعة الإرباعي الأعلى ومجموعة الإرباعي الأدنى - حيث تراوحت قيم "ت" بين (-3,18) و (-10,07) وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) ، فيما عدا البند الأول فبلغت قيمة "ت" له (-2,13) وهي قيمه دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,05) . وتشير تلك القيم إلى قدرة المقياس الجيدة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين العالية والمنخفضة .

طريقة تصحيح المقياس : تم تعديل نمط الاستجابة على المقياس ليتم الاستجابة عليه إما بـ "نعم" أو "لا" وذلك على النحو التالي :

- نعم : وتشير إلى أن محتوى العبارة ينطبق على الطفل .
- لا : وتشير إلى أن محتوى العبارة لا ينطبق على الطفل .

ويتم تصحيح المقياس على النحو التالي :

- نعم وتعطى درجة واحدة
- لا وتعطى صفر

وعلى ذلك فإن الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها الطفل من خلال تقدير هـ على عبارات المقياس تتراوح بين (صفر) كحد أدنى ، و (23) درجة كحد أعلى .

(3) **مقياس كوبر سميث لتقدير الذات :** من إعداد ليلي عبد الحافظ (1984م):

يتكون مقياس كوبر سميث لتقدير الذات Coppersmith Self-esteem Inventory في صورته الأصلية من ثلاث صور هي : الصورة الطويلة الخاصة بالمدرسة ، والصورة القصيرة الخاصة بالمدرسة ، والصورة الخاصة بالكبار . وتستخدم الصورة الخاصة بالمدرسة مع التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين (8-15) سنة . وتتكون الصورة الطويلة من (58) بنداً ، في حين تتكون الصورة القصيرة من (25) بنداً يستجيب عليها المفحوص بإحدى استجابتين (تنطبق) (لا تنطبق) ، ويجب الطفل بـ (تنطبق) إذا كان البند يصف ما يشعر به عادة ، في حين يجب بـ (لا تنطبق) إذا كان البند لا يصف ما يشعر به الطفل . وقد تحققت عبد الحافظ من صدق المقياس في البيئة المصرية بطريقتين : صدق المضمون حيث تم عرض المقياس على عشرة محكمين الذين تراوحت نسب اتفاقهم على بنود المقياس بين (80% و 100%) . كما قامت بحساب الصدق التلازمي للمقياس عن طريق إيجاد معامل ارتباط الصورة القصيرة للمقياس بمقياس تقبل الذات من اختبار مفهوم الذات للصغار لعقاد الدين إسماعيل وتوصلت إلى معاملات صدق مرتفعة . كما تأكدت من ثبات المقياس عن طريق الاتساق الداخلي حيث توصلت إلى معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) لجميع

البنود ، كما قامت بحساب الثبات بالتجزئة النصفية وتوصلت إلى معامل ثبات كلي قدره (٠,٨٠) بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون .
وقد قامت أمل مقبل (١٤١٥) بتعديل صياغة عبارات المقياس بما يتناسب مع مستوى فهم الأطفال في الفئة العمرية (٩-١٢) سنة وعرضها على عدد (١٢) محكماً من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة الملك سعود وذلك بعد عرضها على عينة من الأطفال في دراسة استطلاعية للتأكد من فهم تلك العبارات . كما قامت بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٤٠) طفلاً (١٧ من الإناث ، و ٢٣ من الذكور) تراوحت أعمارهن بين (٩) ، و (١٢) سنة ، وتحققت من صدق المقياس بثلاث طرق : صدق المضمون ، صدق الاتساق الداخلي ، وصدق المقارنة الطرفية ، وقد ترتب على ذلك استبعاد (١٢) بنود المقياس كانت غير دالة إحصائياً ، أما بقية العبارات فكانت دالة إحصائياً . كما تحققت من ثبات المقياس بثلاث طرق هي : "إعادة التطبيق" و"التجزئة النصفية" و "الفا" وتوصلت إلى قيم ثبات قدرها (٠,٧٥) ، (٠,٨٣) ، (٠,٨٠) على التوالي وهي قيم مرتفعة تشير إلى تمتع المقياس بالثبات.

أما في الدراسة الحالية ونظراً إلى أن المقياس قد مر عليه عقد من الزمن فقد رأت الباحثة التأكد من صدقه وثباته وذلك بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية . وتحققت من صدق وثبات المقياس على النحو التالي :

(١) **الثبات** : تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين بنود المقياس الزوجية والبنود الفردية وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٨٠) . كما تم حساب الثبات بطريقة "ألفا" لكرونباخ حيث تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠,٧٨) ، وتلكما القيمتان للثبات تشيران بوضوح إلى تمتع المقياس بثبات مرتفع .

(٢) **الصدق** : قامت الباحثة بحساب صدق مقياس القلق بطريقتين على النحو التالي :
١. صدق الاتساق الداخلي : قامت الباحثة بإيجاد صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات عن طريق حساب معاملات الارتباط بين بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس . والجدول التالي رقم (٨) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٨)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٣٩	٠,٠١	٨	٠,٥٩	٠,٠١
٢	٠,٥٣	٠,٠١	٩	٠,٥٠	٠,٠١
٣	٠,٥٨	٠,٠١	١٠	٠,٦٧	٠,٠١
٤	٠,٤٧	٠,٠١	١١	٠,٢٢	٠,٠٥
٥	٠,٤٩	٠,٠١	١٢	٠,٥٧	٠,٠١
٦	٠,٥٣	٠,٠١	١٣	٠,٦٥	٠,٠١
٧	٠,٥٧	٠,٠١			

ويتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط لبنود مقياس تقدير الذات كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت قيمها بين (٠,٣٩) و (٠,٦٥) فيما عدا بند واحد هو البند رقم (١١) كان دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حيث بلغت قيمة معاملته (٠,٢٢). وهذا يشير بوضوح إلى اتساق القائمة وتماسك بنودها ومن ثم صدقها .

٢. صدق المقارنة الطرفية : تم تطبيق مقياس تقدير الذات على العينة الاستطلاعية ، وبعد التصحيح ورصد التقديرات تم اختيار مجموعتين من تلك العينة وفقاً لدرجاتهم الكلية ، حيث تمثل إحداهما مجموعة الإرباعي الأعلى الحاصلات على درجات عالية وفقاً للدرجة الكلية ، والأخرى مجموعة الإرباعي الأدنى الحاصلات على درجات منخفضة وفقاً لدرجات هاتين المجموعتين على كل بند من بنود المقياس . وتم إيجاد دلالة الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبارات لدلالة الفروق بين المتوسطات . والجدول التالي رقم (٩) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات الإرباعي الأعلى والأدنى على كل بند من بنود مقياس تقدير الذات

رقم البند	مجموعة الإرباعي الأعلى		مجموعة الإرباعي الأدنى		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
١	٠,٢١	٠,٤٢	٠,٦١	٠,٥٠	٣,١٥-	٠,٠٣
٢	٠,١٧	٠,٣٨	٠,٨٦	٠,٣٦	٦,٧١-	٠,٠٠
٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٧١	٠,٤٦	٨,٢٢-	٠,٠٠
٤	٠,٣٥	٠,٤٩	٠,٨٦	٠,٣٦	٤,١٨-	٠,٠٠
٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٤	٠,٤٩	٦,٩٧-	٠,٠٠
٦	٠,٠٤	٠,٢٠	٠,٦١	٠,٥٠	٥,٥٠-	٠,٠٠
٧	٠,٠٤	٠,٢٠	٠,٨٥	٠,٣٦	٩,٩٨-	٠,٠٠
٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٤٣	٠,٥٠	٤,٥٠-	٠,٠٠
٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٥٠	٠,٥١	٥,٢٠-	٠,٠٠
١٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨٢	٠,٣٩	١١,١٤-	٠,٠٠
١١	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,١٥	٠,٣٧	٢,١٣-	٠,٠٤٣
١٢	٠,٠٤	٠,٢٠	٠,٦٨	٠,٤٨	٦,٤٣-	٠,٠٠
١٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٧٩	٠,٤٢	٩,٩٥-	٠,٠٠

ويتضح من الجدول السابق أن جميع بنود مقياس تقدير الذات قد استطاعت التمييز بين المجموعتين - مجموعة الإرباعي الأعلى ومجموعة الإرباعي الأدنى - حيث تراوحت قيم "ت" بين (-٢,١٣) و (-١١,١٤) وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لمعظم البنود فيما عدا البندين الأول والحادي عشر فكانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وجميع تلك القيم تشير إلى قدرة بنود المقياس على التمييز بين المجموعتين العالية والمنخفضة.

طريقة تصحيح المقياس : تم تعديل نمط الاستجابة على المقياس ليتم الاستجابة

عليه إما بـ "نعم" أو "لا" وذلك على النحو التالي :

- نعم : وتشير إلى أن محتوى العبارة ينطبق على الطفل .

- لا : وتشير إلى أن محتوى العبارة لا ينطبق على الطفل .

ويتم تصحيح المقياس على النحو التالي :

- نعم وتعطى درجة واحدة - لا وتعطى صفر

وعلى ذلك فإن الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها الطفل من خلال تقدير ه على عبارات المقياس تتراوح بين (صفر) كحد أدنى ، و (١٥) درجة كحد أعلى .

سادساً : إجراءات التطبيق :

١- تم تحديد أكبر عشر مدارس حكومية بمدينة الرياض بمعدل مدرستين من كل منطقة من مناطق الرياض (شمال، جنوب، شرق ، غرب، وسط) من خلال مركز الإحصاء بالوكالة المساعدة لتعليم البنات .

٢- تم وضع فترة زمنية لتحديد تطبيق الأدوات بحيث ينتهي خلال فصل دراسي .
٣- قامت الباحثة بعمل محاضرة توعوية للمعلمات للتعريف باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في المدارس التي تم اختيارها، مع التعريف بأهداف البحث، وأهمية التعاون والدقة في الإجابة على نتائج الدراسة .

٤- تم توزيع قائمة تقدير سلوك نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير للمعلم (دبيس، غير منشور) لتقوم المعلمة بالإجابة بما يتوافق مع خصائص التلميذات اللاتي تم اختيارهن من وجهة نظر معلمات الصفوف بأنهن مصابات بنقص الانتباه والنشاط الزائد بعد التأكد من خلوهن من الإعاقة الحسية والعقلية والبدنية من خلال التقرير الطبي المرفق بالملف المدرسي ، وكذلك اختيار خمس تلميذات عاديات من كل صف دراسي حسب الشروط المحددة لاختيار التلميذات العاديات.

٥- بعد تحديد أفراد العينة تم تطبيق أدوات الدراسة ، حيث قامت المعلمات ذوات المعرفة الوثيقة بالتلميذات بتقدير سلوك التلميذات على مقياس السلوك العدواني (دبيس، ١٩٩٨) ، في حين قامت الباحثة بتطبيق بقية الأدوات على التلميذات العاديات وذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد باعتبار أن الاستجابة عليها يتم من خلال التلميذات .

٦- حرصت الباحثة أثناء التطبيق على التلميذات توفير المكان الملائم للتطبيق من حيث الهدوء وملائمة درجة الضوء والحرارة كما تحرت أن يتم التطبيق في قاعة تكون بمفردها مع التلميذات حتى لا تتأثر إجابة التلميذات بوجود شخص له سلطة .

٧- تم التطبيق على التلميذات العاديات في صورة مجموعات صغيرة، أما التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد فقد تم التطبيق بشكل فردي لقلة العدد .

٨- قامت الباحثة بقراءة التعليمات بصوت واضح، مع توضيح طريقة الإجابة والتنبيه على عدم ترك بند من المقياس بدون إجابة أو وضع إجابتين .

٩- أوضحت الباحثة لعينة الدراسة أن هذه الاختبارات ليست اختبار للذكاء وأن ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، بل العبارة التي تختارها التلميذة وتطبق عليها تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن شعورها .

١٠- لم توضح الباحثة لعينة الدراسة ما تقيسه الأدوات، ولم يتم كتابة أسماء الأدوات عليها، وتم الاكتفاء بكتابة الرموز عليها .

١١- زمن التطبيق كان صباحا ما بين الساعة الثامنة والنصف حتى العاشرة والنصف .

١٢- لم تحدد الباحثة وقت محدد للإجابة، لكنها كانت تتراوح كل فترة تطبيق من (٣٠-٤٠) دقيقة .

١٣- استغرق التطبيق فصل دراسي واحد (الفصل الدراسي الثاني لعام ١٤٢٥هـ/١٤٢٦هـ) .

١٤- عند الانتهاء من الإجابة قامت الباحثة بمراجعة جميع الأدوات للتأكد من سلامة التطبيق.

١٥- قامت الباحثة بتصحيح المقاييس لأفراد العينة وإدخال البيانات في الحاسب الآلي التابع لمركز البحوث التربوية بكلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض وذلك لتحليل البيانات .

سابعاً : الأساليب الإحصائية :

- ١- اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين المتوسطات .
- ٢- اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه one-way analysis of Variance
- ٣- اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Test for Post Hoc Multiple Comparisons

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

- أولاً : نتائج الفرض الأول وتفسيرها
- ثانياً : نتائج الفرض الثاني وتفسيرها
- ثالثاً : نتائج الفرض الثالث وتفسيرها
- رابعاً : نتائج الفرض الرابع وتفسيرها
- خامساً : نتائج الفرض الخامس وتفسيرها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

في هذا الفصل تعرض الباحثة لنتائج الدراسة مبتدئة بكتابة نص الفرض ، يلي ذلك الأسلوب الإحصائي المستخدم للتحقق من صحته ، وعرض تلك النتائج والتعليق عليها ، ثم تفسير نتائج كل فرض في ضوء الأطر النظرية ونتائج الدراسات السابقة .

أولاً : نتائج الفرض الأول وتفسيرها :

ينص الفرض الأول على أنه :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس العدوانية وفقاً للصف . والجدول التالي رقم (١٠) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (١٠)

نتائج اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس العدوانية وفقاً للصف الدراسي

الصف	نوع العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الرابع	العاديات	٤٢	١١,٠٥	٦١,٣٣	٧,١٤٣-	٠,٠٠٠
	ذوات نقص الانتباه	١٨	١٨,٨١	٣٥,٧٥		
الخامس	العاديات	٣٨	١٢,٨٤	٢٣,٨١	٥,٧٢٥-	٠,٠٠٠
	ذوات نقص الانتباه	١١	٦٥,٠٠	٣٥,٠٧		
السادس	العاديات	٤٣	٨,٥٨	١٥,٣٤	٧,٦٣-	٠,٠٠٠
	ذوات نقص الانتباه	١٤	٦١,٨٦	٣٧,٦٩		

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية لصالح ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصفوف الدراسية الرابع والخامس والسادس كل على حده حيث بلغت قيمة "ت" لتلك الصفوف (٧,١٤٣-) ، (٥,٧٢٥-) ، (٧,٦٣-) على التوالي وجميعها قيم دالة إحصائية عند مستوى دلالة تقل عن (٠,٠١) مما يشير إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي لصالح ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة التي توصلت لها هذه الدراسة منطقية ومقبولة، حيث تتفق تلك النتيجة مع الأطر النظرية التي أوضحت أن الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد يكونوا أكثر عدوانية مقارنة مع العاديين (Pennington, 2001) ، كما أشار باركلي (Barkley, 1998) بأنه تمت ملاحظة تزايد السلوك العدواني بين الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالأطفال العاديين. كما أوضح كلاً من بلهام وبندر (Pelham and Bander, 1988) أن الأمهات والأنداد والمعلمين توصلوا إلى أن الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد يكونوا أكثر عدوانية مقارنة بالعاديين. ويذكر كلاً من بلازاكا (Pliszka, 2003) وميرزا (Mayers, 2001) أن الدراسات

التي قامت بملاحظة الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد أثناء تفاعلهم الاجتماعي مع الأقران أظهر أنهم يميلون إلى الإفراط في تفسير تصرفات الآخرين نحوهم كتصرفات عدوانية، لذا فإنه من الأكثر احتمالاً بأن يستجيبوا بهجمات عدوانية مضادة نحو الحد الأدنى من الاستقزاز. كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة لكلاً من بورنس وزملاؤه (Borns, et at., 1997)، ودراسة ولتشن (Wolehin, 1980)، ودراسة ستيفن (Steven, 1984)، ودراسة أرشر وزملاؤه (Archer, et al., 1987)، حيث أشارت نتائج تلك الدراسات بأن المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أظهروا معدلاً مرتفعاً للسلوك العدواني وانخفاض في معدل المهارات الاجتماعية مقارنة بأقرانهم العاديين. كما أشارت الدراسات إلى أن العلاقة بين العدوانية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد علاقة ارتباطية موجبة بمعنى تزداد العدوانية بازدياد شدة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد .

ثانياً : نتائج الفرض الثاني وتفسيرها :

ينص الفرض الثاني على أنه :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد و متوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد " .
وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس القلق . والجدول التالي رقم (١١) يوضح النتائج المتعلقة بذلك :

جدول رقم (١١)

نتائج اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس القلق وفقاً للصف الدراسي

الصف	نوع العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
الرابع	العاديات	٤٢	٥,٦٠	٥,٠٨	٢,١٥٩-	٠,٠٣٥
	ذوات نقص الانتباه	١٨	٨,٦١	٤,٦٥		
الخامس	العاديات	٣٨	٦,٧٤	٦,٥٥	١,٤٤٤-	٠,١٥٥
	ذوات نقص الانتباه	١١	١٠,٠٠	٦,٨٠		
السادس	العاديات	٤٣	٦,٧٢	٦,٣٤	٠,٥٢١	٠,٦٠٥
	ذوات نقص الانتباه	١٤	٧,٧١	-٥,٧٣ ٠,٥٢١		

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في الصف الدراسي الرابع حيث بلغت قيمة "ت" (-٢,١٥٩) ، وتلك القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) . كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات التلميذات العاديات في القلق في الصفين الدراسيين الخامس والسادس كل على حده حيث بلغت قيمة "ت" للصفين (-١,٤٤٤) ، (٠,٥٢١) على التوالي وهما قيمتان غير داليتين إحصائياً عند أي من مستويات الدلالة المتعارف عليها مما يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في الصفين الخامس والسادس في متغير القلق وهذا يجعلنا نقول بصحة الفرض الثاني جزئياً .

أظهرت نتائج الفرض الثاني وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات العاديات في القلق في الصف الدراسي الرابع لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد، وهذه النتيجة منطقية ومقبولة حيث أنها تتفق مع الأطر النظرية التي أشارت إلى أن القلق أحد الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (الحامد، ٢٠٠٢)، ويقدر باركلي (Barkley, 1998) نسبة انتشار القلق بين المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بحوالي ٢٥%. كما ذكر كلاً من هولونك (Holownk, 1990) وبكرت (Pickart, 2001) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. كما تتفق نتيجة هذا الفرض جزئياً مع نتائج الدراسات السابقة لكلاً من ستاتون وبرمباك (Staton and Brumock, 1981)، التي أسفرت نتائجها أن ٧٥% من المحولين للعيادة المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قابلوا معايير القلق. بالإضافة إلى دراسة ستيفن وزملاؤه (Steven, et al., 2001)، التي توصلت إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يعانون من القلق. أما دراسة راكلدج وتوك (Ruklidge and Tannick, 2001) فقد أظهرت أن الإناث المصابات باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كن أكثر إعاقة من الإناث في المجموعة الضابطة فيما يتعلق بالقلق ومتغيرات أخرى. أما الشق الثاني من نتائج هذا الفرض فقد أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في الصفين الدراسيين الخامس والسادس وهذا يتعارض مع صحة الفرض الثاني جزئياً وقد يرجع التباين إلى عامل النمو وخبرات

النضج في التقليل من مستوى القلق لدى التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصف الخامس والسادس. كما تعزو الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في الصفين الخامس والسادس إلى عدة عوامل مثل : عامل النضج، وعامل تكيف ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد نحو ردة فعل العاديات نحوهن وألفة العاديات لسلوكيات التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد. كما أن الأطر النظرية أشارت إلى وجود ثلاث أنواع من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أحد هذه الأنواع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي تسود فيه أعراض نقص الانتباه (الرويتع، ٢٠٠٠)، وترى الباحثة أن هناك احتمال مقبول بأن تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصف الخامس والسادس مصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي تسود فيه أعراض نقص الانتباه، فهذه الفئة كما أشارت دراسة بولاين (Bohline 1995) أن مجموعة الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أظهرت انحراف انفعالي، وسلوك غير اجتماعي وقلق مقارنة بالمجموعة المصابة بنقص الانتباه بدون نشاط زائد.

ثالثاً : نتائج الفرض الثالث وتفسيرها :

ينص الفرض الثالث على أنه :

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد و متوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات في كل صف دراسي، لصالح التلميذات العاديات " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس تقدير الذات . والجدول التالي رقم (١٢) يوضح النتائج المتعلقة بذلك :

جدول رقم (١٢)

نتائج اختبار "ت" T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات على مقياس تقدير الذات وفقاً للصف

الصف	نوع العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الرابع	العاديات	٤٢	٥,٠٠	٢,٦٥	٠,٥٣٢-	٠,٥٩٧
	ذوات نقص الانتباه	١٨	٥,٣٩	٢,٤٥		
الخامس	العاديات	٣٨	٤,٠٠	٣,٣٨	١,٨٢٤-	٠,٠٧٥
	ذوات نقص الانتباه	١١	٦,٠٩	٣,٢٤		
السادس	العاديات	٤٣	٥,١٦	٣,٠٧	٠,٠٥٢-	٠,٩٥٩
	ذوات نقص الانتباه	١٤	٥,٢١	٣,٦٠		

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والتلميذات العاديات في تقدير الذات في الصفوف الدراسية الرابع والخامس والسادس كل على حده حيث بلغت قيمة "ت" لتلك الصفوف (٠,٥٣٢-) ، (١,٨٢٤-) ، (٠,٠٥٢-) على التوالي وجميعها قيم غير دالة إحصائية عند أي من مستويات الدلالة المتعارف عليها مما يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والتلميذات العاديات في تقدير الذات في كل صف دراسي ، بمعنى أنه لا يختلف تقدير الذات لدى تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والتلميذات العاديات باختلاف متغير الصف الدراسي وهذا يتعارض مع صحة الفرض الثاني .

أظهرت نتائج الفرض الثالث عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد و متوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات وهذا يتعارض مع صحة الفرض، كما لا يتفق مع الأطر النظرية التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطراب

نقص الانتباه والنشاط الزائد وتدني مستوى تقدير الذات مبررة ذلك إلى وجود مشاعر النبذ والكرهية من قبل الآخرين لما يقومون به من سلوكيات فوضوية ومتهورة ذات طابع عدواني بشكل يؤدي إلى رفضهم من قبل الأقران هذه الحلقة المفرغة تقود إلى مستوى متدني من تقدير الذات لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (إبراهيم، ب. ت ؛ القريوتي والسـرطاوي ؛ ١٩٩٥؛ العزة، ٢٠٠٢؛ (Barkely,1998; Connes: and jett,1999; Holowenko,1999).

في حين تتفق نتيجة الفرض الثالث مع نتيجة الدراسة السابقة لهوزا وزملاؤه (Hoza, et al, 1993) التي توصلت إلى أن تقديرات الذات لدى المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد مماثل للعاديين وتتعارض مع نتائج الدراسات السابقة دراسة سلومكوسي وزملاؤه (Slomkowski, et al.,1995) التي توصلت إلى أن المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لديهم تقدير ذات منخفض مقارنة بأقرانهم العاديين .

وتعزو الباحثة التباين بين نتائج الفرض الثالث والأطر النظرية والدراسات السابقة باستثناء دراسة هوزا وزملاؤه (Hoza, et al 1993) التي جاءت متفقة مع نتائج الفرض الثالث، إلى اختلاف مظاهر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الجنسين، فالأعراض لدى الإناث تظهر غالباً في صورة نقص في الانتباه أكثر من ظهورها على صورة نشاط زائد وسلوكيات فوضوية ذات طابع عدواني تؤدي إلى نفور العاديات بشكل يؤدي إلى رفضهن وانخفاض مستوى تقدير الذات لديهن. فالتلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد يحظين بقبول اجتماعي من قبل العاديات الأمر الذي يجعل تقديرهن لذواتهن مماثل للعاديات وقد يكون الاضطراب لديهن في أدنى مستوياته، ومما يجعل هذا الاحتمال مقبول ما توصلت له دراسة جينفر وتوم (Jenniffer and Tom, 1994) التي أشارت إلى أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوضع الاجتماعي للطفل بين أقرانه وتقديره لذاته أي كلما زاد رفض الطفل المصاب بنقص الانتباه والنشاط الزائد من قبل الأقران أنخفض تقديره لذاته. كما توصلت نتيجة الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتقدير الطفل لذاته، أي كلما ازدادت شدة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الطفل انخفض تقديره لذاته.

رابعاً : نتائج الفرض الرابع وتفسيرها :

ينص الفرض الرابع على أنه :

" لا تختلف تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي . "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه وذلك للكشف عن دلالة الفروق في متوسطات درجات تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي (رابع ، خامس ، وسادس ابتدائي) . والجدول التالي رقم (١٣) يوضح النتائج المتعلقة بذلك :

جدول رقم (١٣)

نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه لدلالة الفروق بين متوسطات درجات تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢٦٣,٨٦٦	٢	١٣١,٩٣٣	٠,٤٧٧	٠,٦٢٢
داخل المجموعات	٤٥٠٩٧,٩٦٦	١٦٣	٢٧٦,٦٧٥		
المجموع	٤٥٣٦١,٨٣١	١٦٥			

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي (رابع ، خامس ، وسادس) حيث بلغت قيمة "ف" (٠,٤٧٧) وهي قيمة غير دالة إحصائية عند أي من مستويات الدلالة المتعارف عليه ، وهذا يؤكد صحة الفرض الصفري الذي يشير إلى أنه لا تختلف تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي .

أظهرت نتائج الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي وهذا يؤكد صحة الفرض الصفري . نتيجة الفرض الرابع لا تتفق مع ما جاءت به نتائج دراسة (أبو خالد ١٤١٨) التي أظهرت وجود فروق دالة

إحصائياً في تقديرات المعلمات لتلميذات ذوات النشاط الزائد وفقاً للصف الدراسي (ثالث ورابع و خامس و سادس)، ودراسة الشخص (١٩٨٤) التي أشارت إلى أن تقدير المعلمين وأولياء الأمور ذات أهمية في الكشف عن الأطفال ذوي النشاط الزائد. ودراسة شافر وزملاؤه (Shaffer, et al., 1985) والتي أظهرت أن تقديرات المعلمين وأحكامهم على مستوى نقص الانتباه والنشاط الزائد من أصدق المحكات للتعرف على اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. وتعزو الباحثة التباين بين نتائج الدراسات السابقة ونتيجة الفرض الرابع إلى عدم تأهيل المعلمات للتعرف على اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد وبالتالي عدم تمييز الفروق الدقيقة في شدة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وفقاً للصفوف الدراسية ، وهذا ما لاحظته الباحثة عند عمل المحاضرة التوعوية، فالمعلمات كن يجهلن ماذا يعني اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

الفصل السادس

ملخص الدراسة والتوصيات والبحوث المستقبلية المقترحة

أولاً : ملخص الدراسة.

ثانياً : التوصيات.

ثالثاً : البحوث المقترحة

الفصل السادس

ملخص الدراسة والتوصيات والبحوث المستقبلية

أولاً : ملخص الدراسة :

تتبع أهمية المرحلة الابتدائية في كونها مرحلة تعليمية حاسمة في حياة التلميذ الأكاديمية، ففيها يوضع حجر الأساس لبناء المهارات والخبرات ذات الصلة بهذه المرحلة، إلا أن هناك مشكلات قد تحول دون تحقيق ذلك، من أخطر تلك المشكلات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder حيث أجمعت الدراسات على أن تأثير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد واضح وجلي على مناحي النمو المختلفة، النفسية، والتربوية، والعقلية، والاجتماعية (أحمد وبدر، ١٩٩٩؛ ريزو وزابل، ١٩٩٩؛ DSM-IV-TR,2000).

وقد كان وما زال اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الاضطرابات التي حظيت باهتمام كثير من الباحثين (الرويتع، ٢٠٠٢)، وقد توالت البحوث التي رصدت ظاهرة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وتمت مراجعة مسمى الاضطراب عدة مرات من التلف الدماغى الأدنى إلى الاختلاف الوظيفي، فالخلل الدماغى البسيط، ثم اضطراب النشاط الزائد، وأخيراً حسب ما ورد في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV-R-2000 اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-IV-R,2000)؛ الرويتع، ٢٠٠٢ ميركولينو وزملاؤه، ٢٠٠٣).

تعددت التعريفات التي تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات العلمية التي حاولت التعرف على هوية الظاهرة، وإرتكاز كل تعريف على قاعدته النظرية الفلسفية التي ينتمي إليها في تفسير الاضطراب، ويُعرف كولاتا، Kolata ١٩٧٨ اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بأنه نشاط عضوي مفرط، وأسلوب حركي قهري يبدو في شكل سلسلة من الحركات الجسمية المتتالية،

وتحول سريع للانتباه، وضعف القدرة على التركيز على موضوع معين، والاندفاعية التي تحول دون إقامة علاقات إجتماعية ناجحة. (Peter, 2001:11).

ويرى هولونكو (Holowenko, 1998) بأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد "تشخيص طبي لحالة سلوكية تشير إلى مجموعة مختلطة من السلوكيات الفوضوية وتظهر في صورة صعوبة في النمو والأداء والتفاعل الاجتماعي".

أما باركلي (Barkley, 1998:17) فيرى أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد "اضطراب يتصف بدرجات متفاوتة من عدم الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاع غير الملائم من ناحية النمو، تنشأ في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي أعراض ذات طبيعة مزمنة نسبياً ولا يتم تفسير ظهورها على أساس الإعاقة الجسمية، أو العصبية، أو الاضطراب العقلي، أو الاضطراب العاطفي الحاد، وهذه الصعوبات - عدم الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاع - مترافقة مع حالات عجز السلوك في المحافظة على نمط متسق من الأداء عبر الزمن".

أما الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR-2000) الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فتعرف نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أنه "اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سن سبع سنوات)، ويظهر في بيئات مختلفة (مدرسة، ومنزل، وملعب، ويستمر لمدة لا تقل عن ٦ أشهر ويحدث تعطل في الوظائف الأكاديمية، والاجتماعية، والمهنية، والنفسية، ولا يظهر نتيجة لاضطراب نمائي آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental كاضطراب التوحد، أو اسبرجر على سبيل المثال، ولا يمكن تفسيره باضطراب القلق أو اضطراب الشخصية أو الفصام، أو اضطراب وجداني" (DSM-IV-2000 : 85).

ويُعد نقص الانتباه Attention deficit، و النشاط الزائد Hyperactivity، والاندفاعية Impulsivity، أعراض أساسية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وهي تقابل المحكات التشخيصية التالية :

أ - يجب أن يكون (١) أو (٢).

١ - ستة (أو أكثر) من أعراض نقص الانتباه والتي تظهر لمدة ستة أشهر على الأقل،
لدرجة يكون هناك سوء تكيف، وغير متناسقة مع المرحلة العمرية.

أعراض نقص الانتباه :

أ - يفشل غالباً في إعطاء اهتمام أو تركيز للتفاصيل، أو يرتكب أخطاء توصف
بالإهمال في المدرسة، أو العمل.

ب - غالباً ما يواجه صعوبة لمواصلة الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

ج - لا يبدو بأنه يستمع عند التحدث إليه مباشرة.

د - غالباً لا يتبع التعليمات، ويفشل في إنجاز العمل المدرسي، والأعمال الخفيفة،
أو مهام العمل (ليس بسبب المعارضة).

هـ - غالباً ما يواجه صعوبة في تنظيم المهام التي تتطلب جهد عقلي مستمر
(مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي).

ر - غالباً ما يضيع الأشياء الضرورية أو المهام أو الأنشطة الهامة (مثل الألعاب،
أقلام الرصاص، الكتب، أو الأدوات).

ز - غالباً ما يكون عرضة للتشتت عن طريق المنثرات الخارجية.

ط - غالباً ما ينسى الأنشطة اليومية.

٢ - ستة (أو أكثر) من أعراض النشاط الزائد، والاندفاعية استمرت لمدة ستة أشهر
على الأقل لدرجة تكون فيها سوء تكيف وغير متناسقة مع مستوى النمو.

أعراض النشاط الزائد :

أ - غالباً ما يتمل ممسكاً بيديه أو يضرب بقدميه الأرض أو يتلوى في المقعد.

ب - غالباً ما يترك المقعد في غرفة الدراسة أو في الأماكن الأخرى المتوقع أن يكون
جالساً فيها.

ج - غالباً ما يجري أو يتسلق بكثرة في الأماكن غير المناسبة (ولدى المراهقين
والراشدين تظهر في صورة عدم الارتياح أو التملل).

د- غالباً ما يواجه صعوبة في اللعب أو الإنهماك في الأنشطة بهدوء.

هـ - غالباً ما يكون متعجلاً، وكأنه مقاد بمحرك.

و - غالباً ما يتحدث بإفراط.

أعراض الاندفاعية :

أ - غالباً ما يجيب على الأسئلة قبل الانتهاء منها.

ب- غالباً ما يواجه صعوبة في انتظار دوره.

ج- غالباً ما يقاطع أو يتدخل في شؤون الآخرين (مثل مقاطعة المحادثة، أو اللعب).

د - يجب أن تظهر الأعراض - عدم الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاعية المسببة للإعاقة أو التعطل - قبل سبع سنوات.

هـ - يحدث إعاقة أو تعطل بسبب الأعراض ويكون متواجد في اثنين أو أكثر في الأوساط (مثل المدرسة، البيت، أو العمل).

و- يجب أن يكون هناك دليل واضح للإعاقة أو التعطل من الناحية الإكلينيكية في المهام الوظيفية (الاجتماعية، أو المهنية، أو الأكاديمية).

ز- لا تحدث الأعراض نتيجة لاضطراب نمائي، ولا يمكن تفسيره بأضطراب عقلي (مثل اضطراب وجداني، اضطرابات القلق، اضطراب الفصام، اضطرابات الشخصية) (DSM-IV-TR.2000 : 92-93).

تشير الدراسات إلى تباين في نسب انتشار اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وإجماع الرأي يفيد أن النسبة ما بين ٣% إلى ٥% من مجموع الأطفال يتأثرون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Barkley, 1998, Holowank, 1999).

وتتباين مسببات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بتباين الخلفية النظرية والفلسفية التي يتبناها المفسرون في تفسير الاضطراب، فالنظرية الوراثية تقترض أن ظروف نقل الجينات الوراثية يمكن أن يؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، في حين فسر بعض العلماء سبب اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على أنه ناتج عن خلل في ناقلات الأعصاب ، في حين أظهرت نتائج دراسات أخرى إلى

وجود ارتباط دال بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والعوامل المتمثلة في التفاعلات العائلية المتنافرة، والافتقار إلى الرعاية الأسرية الإيجابية، والإقامة في المؤسسات الداخلية، والعقاب البدني، وطبيعة الأطعمة التي يتناولها الأطفال، وتلوث الماء والهواء والطعام، والتدخين أثناء الحمل، وحجم الأسرة، والحوادث وإصابات المخ، والتعلم الاجتماعي (إبراهيم، ب، ت؛ Barkely, 1998; Holland, 1999; Linet, 2003).

وقد تنوعت الأساليب المستخدمة في تشخيص وتقييم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ما بين الفحص الطبي، والملاحظة، ومقاييس تقدير السلوك التي تم تقديرها من قبل الوالدين والمعلمين، والمقابلة التشخيصية، ومقاييس النشاط البدني، واختبارات الأداء البسيط، ويعد المدخل المتعدد الطرق الذي يأخذ أكثر من أسلوب في التشخيص هو الأفضل لكونه يساعد على موازنة نقاط القوى ونقاط الضعف من خلال دمج المعلومات للحصول على تشخيص وتقييم دينامي شامل للنواحي الجسمية والذهنية، والأكاديمية والسلوكية والنفسية للطفل والتي تساعد على رسم الخطط العلاجية والإرشادية (Dupaul, et al ., 1994; Holland, 1999).

كما تعددت اتجاهات علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية من ناحية، ومن ناحية أخرى تبعاً لتعدد اهتمامات المتخصصين والباحثين الذين اهتموا بهذه المشكلة. ومن أهم التيارات العلاجية، العلاج الطبي، والعلاج بالغذاء، والعلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي. وقد أثبتت نتائج الدراسات أن استخدام العلاج السلوكي والعلاج المعرفي ذا أهمية كبيرة في تحسين المهام الوظيفية والاجتماعية والأكاديمية لمن يعاني من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، إلا أنها أشارت في الوقت نفسه بأن العلاج النفسي بدون علاج دوائي غير فعال ويتفق الباحثون على أن التدخل العلاجي المبكر يعتبر عامل حاسم لمنع الآثار السلبية على حياة الأطفال (باترسون، ١٩٩٥، دببيس والسمادون، ١٩٩٨؛ الزيود، ١٩٩٨ Valeriel and Jean, 2002, Peter, 2001; Barkley, 1998).

وقد تناولت الدراسة الحالية بعض الخصائص النفسية لدى الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد بالدراسة باعتبارها عوامل هامة ومؤثرة في نموهم الشخصي، والنفسي، والاجتماعي، والأكاديمي.

حيث يشير باركلي (Barkley, 1998) بأنه تمت ملاحظة تزايد السلوك العدواني بين الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالأطفال العاديين.

كما أشار بيدمان Biedman, ١٩٩١ أن ٢٥% من الأطفال المصابين بنقص الانتباه والنشاط الزائد مصابين بالقلق. وقد أظهرت نتائج الدراسات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كلا من القلق واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (Barkley, 1998; peter, 1993؛ أحمد وبدر، ١٩٩٩).

ويرى باركلي (Barkley، 1998) بأن المصابون باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكون لديهم تقدير منخفض لذواتهم بشكل يسهم في التأثير على مستوى أدائهم لأنشطتهم اليومية، كما يتميزون بالعدوانية، ومرفوضين اجتماعياً مقارنة بالعاديين.

ومن هنا يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيس التالي :

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والعاديات في متوسطات درجات كل من العدوانية والقلق وتقدير الذات؟
وتتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في قلة الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة على المستوى العربي والسعودي، بالإضافة إلى أهمية المرحلة الابتدائية وتأثيرها على المراحل اللاحقة، ويمكن أن تضيف هذه الدراسة للأطر النظرية والتداعي المعرفي في مجال الدراسات النفسية المتعلقة بمتغيرات الدراسة لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

أما الأهمية التطبيقية للدراسة تتمثل في إرشاد العاملين في وزارتي الصحة والتربية والتعليم للوقوف على خصائص المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بشكل يسهم في إعداد البرامج العلاجية والوقائية والتربوية الملائمة لاحتياجاتهم.

وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في الخصائص النفسية المتمثلة في العدوانية، والقلق، وتقدير الذات بين تلميذات المرحلة الابتدائية للمصابات بنقص الانتباه

والنشاط الزائد والعاديات، والتعرف على تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي.

ومن خلال الأطر النظرية ونتائج الدراسة السابقة وفي ضوء مفاهيم الدراسة قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة على النحو التالي :

١ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات في كل صف دراسي لصالح العاديات.

٢ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد.

١- توجد فروق دالة إحصائية بين التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد والتلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد.

٤ - لا تختلف تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية باختلاف الصف الدراسي.

وتقتصر حدود الدراسة في عينة الدراسة المتمثلة في مجموعتين من تلميذات المرحلة الابتدائية (ذوات نشاط زائد والعاديات) تم اختيار العينة من أكبر عشرة مدارس حكومية من مدارس مدينة الرياض بمعدل مدرستين من كل منطقة (شمال، جنوب، شرق، غرب، وسط). كما تم تحددت بأدوات الدراسة ومتغيراتها.

وقد تكونت عينة الدراسة من (١٦٦) تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية (الصفوف : رابع، خامس، سادس) تم اختيار الصفوف بطريقة عشوائية صف في كل مستوى بمعدل ثلاثة صفوف من كل مدرسة منهن (٤٣) تلميذة من ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد تراوحت أعمارهن بين (١٠-١٣) سنة بمتوسط عمري قدره (١١,١٩) وانحراف معياري قدره (١,٢)، و (١٢٣) تلميذة من العاديات تراوحت أعمارهن بين

(١٠-١٣) سنة بمتوسط عمري قدره (١١,٢٤) وانحراف معياري قدره (٠,٩٢). وقيم تم اختيار عينة الدراسة وفق شروط معينة.

أما أدوات الدراسة فقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية :

١ - مقياس تقدير سلوك نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (دبيس، غير منشور).

٢ - مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال (دبيس، ١٩٩٨).

٣ - مقياس القلق لدى الأطفال (عبد الخالق والنيال، ١٩٩١).

٤ - مقياس كوبر سميث لتقدير الذات لدى الأطفال (عبد الحافظ، ١٩٨٤).

وللتحقق من صحة فروض الدراسة قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة في اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات، واختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

١ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في العدوانية في كل صف دراسي لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد.

٢ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في الصف الدراسي الرابع، لصالح التلميذات ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصف الرابع ولا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في القلق في الصف (الخامس والسادس).

٣ - عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تلميذات المرحلة الابتدائية ذوات نقص الانتباه والنشاط الزائد ومتوسطات درجات التلميذات العاديات في تقدير الذات.

٤ - عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات تقديرات المعلمات لنقص الانتباه والنشاط الزائد لدى تلميذات المرحلة الابتدائية وفقاً لمتغير الصف الدراسي.

ثانياً : التوصيات :

في ضوء نتائج الدراسة استطاعت الباحثة تقديم بعض التوصيات على النحو التالي :

١ - تقديم برامج تدريبية (إرشادية وعلاجية) للتلميذات المصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لمساعدتهن على خفض مستوى القلق والعدوانية.

٢ - التوعية المكثفة والشاملة للعاملين في المؤسسات التربوية من إداريين ومرشدين ومعلمين، إلى جانب التوعية الطلابية للتعريف باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال ورش العمل، والكتيبات والمطويات التوعوية.

٣ - التوعية الإعلامية وتشمل تعريف العامة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وطرق تشخيصه وعلاجه، بالإضافة إلى التغطية الإعلامية للمستجدات العالمية في هذا المجال.

٤ - التوعية الأسرية لأسر الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال تفعيل دور الوحدات الصحية ومجالس الأمهات لنشر الوعي بالتعريف باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وتأثيره على النواحي الأكاديمية والنفسية والاجتماعية والمهنية بصورة تعيق سير العملية التربوية.

٥ - تصميم خطة تربوية علاجية فردية لكل طفل مصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من قبل فريق عمل مختص، وإشراك الأسرة والطفل كأعضاء ضمن فريق العمل بحيث تراعى فيها الفروق الفردية النفسية والاجتماعية والأكاديمية لكل طفل.

ثالثاً : البحوث المستقبلية المقترحة :

في ضوء الدراسة الحالية وما استعرضته الباحثة من دراسات تقترح الباحثة على الباحثين المهتمين بهذا المجال إجراء الدراسات التالية :

- ١ - إجراء دراسات مسحية للوقوف على نسب انتشار هذا الاضطراب في البيئة السعودية والعربية.
- ٢ - إجراء الدراسة الحالية على عينة أكبر من الذكور والإناث للمقارنة بينهما في ضوء المتغيرات الحالية.
- ٣ - إجراء دراسات مقارنة على خصائص نفسية أخرى مثل : مفهوم الذات، الاكتئاب، الخجل، الثقة بالنفس.
- ٤ - إجراء دراسة لتأثير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على التحصيل الدراسي.
- ٥ - دراسة مقارنة بين المصابات باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وأخواتهن في الخصائص النفسية والاجتماعية.
- ٦ - دراسة اتجاهات أفراد الأسرة نحو اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٧ - دراسة اتجاهات الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد نحو الاضطراب.
- ٨ - دراسة اتجاهات المعلمين وجماعة الرفاق نحو المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- ٩- أثر برنامج علاجي لخفض مستوى القلق لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الذكور والإناث.
- ١٠- أثر برنامج علاجي على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي وخفض مستوى العدوانية لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من الذكور والإناث.
- ١١- أثر برنامج التدخل المبكر في تحسن الأداء الأكاديمي، وإنشاء علاقات اجتماعية ناجحة، وأثره على مستوى تقدير الذات.

المراجع

أولاً : المراجع العربية

ثانياً : المراجع الأجنبية

أولاً : المراجع العربية :

- ١- ابراهيم، علاء عبد الباقي (ب.ت): علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع .
- ٢- أبو خالد، آرييت عبد الله (١٤١٨): مفهوم الذات والتحصيل الدراسي لدى ذوات النشاط الزائد والعاديات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم نفس. جامعة الملك سعود.
- ٣- أحمد، على سيد؛ بدر، فائقة محمد (١٩٩٩): اضطراب الانتباه لدى الاطفال، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .
- ٤- الأحمد، أمل (٢٠٠١): حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والتخصص العلمي، مجلة دمشق. المجلد (١٧). العدد (١). ص ص ٤٠-٣٢ .
- ٥- ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم (ب.ت): لسان العرب. بيروت: دار صاور.
- ٦- اسيتورت، جاك (١٩٩٦): إرشاد الآباء ذوي الاطفال غير العاديين. ترجمة عبد الصمد الاغبري، وفريدة آل مشرف. الرياض: النشر العلمي والمطابع جامعة الملك سعود .
- ٧- أسعد، يوسف ميخائيل (ب.ت): الشخصية القوية. القاهرة: مكتبة غريب .
- ٨- باترسون (١٩٩٥) الارشاد النفسي والعلاج النفسي. ترجمة سيد مرسي القاهرة: مكتبة وهبة.
- ٩- بارلو، ديفيد (٢٠٠٢): الاضطرابات النفسية. ترجمة صفوت فرج، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ١٠- بارون، جون (ب.ت): الأمراض النفسية. ترجمة كمال مصطفى، القاهرة: دار قباء.
- ١١- بلوم، جيرالد (١٩٩٥): الديناميات النفسية. ترجمة رزق إبراهيم، بيروت: دار النهضة العربية .
- ١٢- بروس، دايبيرا، ماكيلوين، هاريس (٢٠٠١): الدليل غير الرسمي للطب البديل .
- ١٣- بيكارد، كارل (٢٠٠١): الاسلوب الأمثل لتنمية احترام الذات لدى الأطفال. الرياض: مكتبة جرير. ترجمة مكتبة جرير.

- ١٤- توني، همبر؛ وربوت، ليمان (١٩٩٨) تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة. ترجمة سليمان الريحان، بيروت: الحوار الثقافي .
- ١٥- جابر، عبد الحميد جابر (٢٠٠١): خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي .
- ١٦- الجوبان، هذاب بن عبد الله (٢٠٠٣): فاعلية الذات وعلاقتها ببعض مظاهر السلوك الانفعالي والاجتماعي لدى التلاميذ مضطربي الكلام والعاديين. رسالة ماجستير، الرياض، كلية التربية، جامعة الملك سعود .
- ١٧- الحامد؛ جمال حامد (٢٠٠٢): اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- ١٨- حجار، حمد (ب.ت) : العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل. الرياض: دار النشر.
- ١٩- الحسيني، أيمن (ب.ت) : فن الاسترخاء. القاهرة: دار الطلائع .
- ٢٠- الحفني، عبد المنعم (١٩٩٥): الموسوعة النفسية. القاهرة : مكتبة مدبولي.
- ٢١- حمزة، جمال مختار (٢٠٠٢) صورة الأب وتقدير الذات لدى الأبناء في مرحلة التعليم الثانوي. مجلة علم النفس، العدد (٦١). ص ص ٦٥-٧١ .
- ٢٢- حمود، حمد الشيخ (٢٠٠١): تقدير الذات في السلوك الدراسي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية وعلاقته ببعض المتغيرات. المجلة العربية للتربية. العدد ١٠ .
- ٢٣- خاشقجي، محاسن (١٩٩٩): فاعلية برنامجي التدريب على ضبط الذات والتعزيز الإيجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من التلميذات في المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير، الرياض، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- ٢٤- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (١٩٩٢): ارشاد اسر ذوي الحاجات الخاصة. عمان: جار حنين.
- ٢٥- الخطيب، جمال (١٩٩٤): تعديل السلوك الإنساني. الطبعة الثالثة، الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الانسانية .
- ٢٦- الخلف، سعد إبراهيم (١٤١٥): القلق لدى المراهقين في المدينة والقرية دراسة مقارنة على عينة من مراهقي منطقة الرياض. رسالة ماجستير كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى .
- ٢٧- الخميس، عبد الله (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية. العين: دار الكتاب الجامعي.
- ٢٨- الدليل، محمد عبد العزيز (١٩٩٥): أثر الألعاب الرياضية الجماعية على السلوك العدواني. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الملك سعود .
- ٢٩- دببسي، سعيد بن عبدالله إبراهيم (١٩٩٧) : أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة في ضوء متغيري العمر والإعاقة، مجلة دراسات نفسية. المجلد (٧) العدد (٣) ص ص ٣٥٠-٣٨٥.

- ٣٠- ديبس، سعيد بن عبد الله إبراهيم، والسماذوني، السيد إبراهيم (١٩٩٨): عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٥)، ص ص ٣٥٣-٣٧٨.
- ٣١- الدوسري، سارة (٢٠٠١) : إيراك القبول والتحكم الوالدي لدى طالبات الجامعة وعلاقتها بتقدير الذات والفاعلية الذاتية. رسالة ماجستير كلية التربية، قسم علم النفس.
- ٣٢- ربنسون، ديوك (٢٠٠٢): لا تكن لطيفاً أكثر من اللازم. الرياض: مكتبة جرير. ترجمة مكتبة جرير.
- ٣٣- الرويتع، عبد الله صالح (٢٠٠٢): اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد، مجلة الطفولة والتنمية، العدد (٦)، المجلد (٢). ص ص ٣٩-٥٨ .
- ٣٤- ريزو، جوزيف؛ وزابل، ربروت، هـ (١٩٩٩): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً. ترجمة زيدان السرطاوي، وعبد العزيز الشخص، الإمارات: دار الكتاب الجامعي .
- ٣٥- ريزونر، روبرت (١٩٩٩): بناء تقديرات الذات في المدارس الابتدائية. الظهران: دار الكتاب التربوي للنشر والتوزيع.
- ٣٦- الزبيد، نادر (١٩٩٨): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الفكر.
- ٣٧- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠١): الأمراض النفسية عند الأطفال. عمان: دار زهران.
- ٣٨- الزعبي، أحمد محمد (١٩٩٤) : الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية. عمان: دار الحكمة.
- ٣٩- سالمى، أحمد؛ محمد، كامل، مصطفى، محمود (١٩٩٨) : المشاكل النفسية. عمان: دار الفكر.
- ٤٠- آل سلمان، أحمد (٢٠٠٣) : فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق لدى عينة من مرضى القلق العام. رسالة ماجستير ، كلية التربية قسم علم نفس.
- ٤١- سمارة، جامعة الملك سعود، عزيز، والنمر، والحسن، هشام (١٩٩٣): سيكولوجية الطفولة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع .
- ٤٢- سي، أيوجين، ووكر (٢٠٠١): تعلم أن تسترخي. ترجمة جمال الخطيب، الرياض: مكتبة العبيكان .
- ٤٣- سيسالم، كمال سالم (٢٠٠١): اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة. العين: دار الكتاب الجامعي .

- ٤٤- سيلامي، نوبير (٢٠٠١): المعجم الموسوعي في علم النفس. ترجمة وجيه أسعد، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
- ٤٥- شحيمي، محمد أيوب (١٩٩٤): مشاكل الأطفال كيف نفهمها؟. بيروت: دار الفكر اللبناني .
- ٤٦- الشخص، عبد العزيز (١٩٨٤): دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبعض المتغيرات المرتبطة به. مجلة التربية، العدد (٩)، ص ص ٣٣٣-٣٥٨ .
- ٤٧- شعيب، علي محمود (١٩٨٨): العلاقة السببية بين تقدير الذات والقلق والتحصيل الدراسي لدى المراهقين من المجتمع السعودي. مكتبة التربية، جامعة الملك سعود .
- ٤٨- شيفر وملمان (١٩٩٩): سيكولوجية الطفولة والمراهقة. ترجمة سعيد العزة، عمان: مكتبة دار الثقافة .
- ٤٩- الشرجي، نبيلة عباس، ودانيال، عفاف عبد القادر (٢٠٠٢): علم نفس الشخصية. القاهرة: زهراء الشرق .
- ٥٠- الشربيني، زكريا (١٩٩٩): المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي .
- ٥١- الصباطي، ابراهيم سالم (ب. ت): الفروق في درجات الاعراض العصائية بين الصم والمكفوفين والعاديين. عمان. مجلة اتحاد الجامعات. العدد (٣٣). ص ص ٧٠٢ .
- ٥٢- الطيبي، عكاشة (١٩٩٩): التربية الفنية للأطفال. بيروت: دار الجيل .
- ٥٣- عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٠) : قياس الشخصية. قناة السويس، دار المعرفة الجامعية.
- ٥٤- عبدالرحمن، سعد (١٩٩٣): الأطفال والنزعة إلى العدوان. مجلة الطفل والمجتمع. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. العدد (٢١). ص ص ٨٧-٩٢ .
- ٥٥- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠): علم الأمراض النفسية والعقلية (الجزء الثاني). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر .
- ٥٦- عبد الرحمن، محمد؛ وحسن، منى خليفة (٢٠٠٣) : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية. القاهرة: دار النشر.
- ٥٧- عبد الرحيم، بخيت عبد الرحيم (١٩٨٥): دور الجنس وعلاقته بتقدير الذات، مجلة علم النفس. العدد (٢٤). ص ص ٥٥-٦٢ .
- ٥٨- عبدالرحيم، فتحي (١٩٨٢): سيكولوجية الاطفال غير العاديين. الكويت: دار القلم.
- ٥٩- عبد الغفار، عبدالسلام (١٩٩٢): مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية .

- ٦٠- عبدالله، محمد قاسم (٢٠٠١): أمراض الاطفال النفسية وعلاجها. دمشق: دار المكتبي .
- ٦١- عبد المعطي، حسن مصطفى (١٩٩٨): علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر .
- ٦٢- عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠١): الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار القاهرة .
- ٦٣- عثمان، فاروق (٢٠٠١) : القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٦٤- العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢): التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان: الدار العلمية .
- ٦٥- العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢) : صعوبات التعلم. عمان : الدار العلمية.
- ٦٦- علي، مي وجيه (١٤١١) : أنماط السلوك العدوانى لدى الأطفال من الجنسين فى مرحلة ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير، كلية التربية، علم النفس.
- ٦٧- عيد، محمد إبراهيم (ب.ت): الهوية والقلق والإبداع. القاهرة: دار القاهرة .
- ٦٨- العيسوي، عبدالرحمن محمد (١٩٩٧): سيكولوجية الطفولة والمراهقة. بيروت: دار النهضة العربية .
- ٦٩- العيسوي، عبدالرحمن محمد (٢٠٠٢): دراسات فى الجريمة والجنوح والانحراف. بيروت: دار الراتب الجامعية .
- ٧٠- غالي، أحمد؛ وأبو علام، رجاء (١٩٧٧) : القلق وأمراض الجسم. الرياض: مكتبة الفلاح.
- ٧١- فايد، حسين علي (٢٠٠١): العدوان والاكنتئاب فى العصر الحديث. القاهرة: دار الكتاب .
- ٧٢- الفحل، نبيل محمد (٢٠٠٠): دراسة تقدير الذات وواقعية الانجاز لدى طلاب المرحلة الثانوية فى كل من مصر والسعودية. مجلة علم النفس. العدد (٥). ص ٧٣-٧٨ .
- ٧٣- القريوتي، يوسف؛ والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة. دبي: دار القلم .
- ٧٤- كامل، محمد علي (١٩٩٦) : سيكولوجية الفئات الخاصة. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٧٥- كرافتيز، جوديت (٢٠٠٢). التنافس أسلوب الحياة الجديدة. ترجمة نور الشهيل، الخبر: الدار الوطنية الجديدة .
- ٧٦- الكناني، ممدوح؛ والموسوي، حسن (ب.ت): سيكولوجية الطفولة المبكرة. الكويت: دار الفلاح .
- ٧٧- كونجر، جون؛ وموسن، بول؛ وكيجان، وجيروم (١٩٨٧): سيكولوجية الطفولة الشخصية. القاهرة: دار النهضة العربية .

- ٧٨- ماريون، ماريان (١٩٩٧): توجيه الأطفال. ترجمة سهام مناع. الإحساء: أروى للنشر .
- ٧٩- مبيض، مأمون (١٩٩٧): أولادنا من الطفولة إلى الشباب. بيروت: المكتب الثقافي.
- ٨٠- مختار، وفيق صفوت (١٩٩٩): مشكلات الأطفال السلوكية. القاهرة: دار العلم والثقافة .
- ٨١- مسن، بول؛ كونجر، جون؛ كاجان، وجيروم (ب.ت): أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة. ترجمة أحمد سلامة، الكويت: مكتبة الفلاح.
- ٨٢- المطرودي، ضيف الله إبراهيم (١٩٩٦): فاعلية التعزيز الإيجابي والإقصاء في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس. كلية التربية، جامعة الملك سعود .
- ٨٣- مقبل، منال علي (١٩٩٥) : دراسة لبعض الخصائص الشخصية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللججة في الكلام. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- ٨٤- ملحم، سامي محمد (٢٠٠٢): مشكلات طفل الروضة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع .
- ٨٥- موسوعة علم النفس الشاملة (١٩٩٩) بيروت.
- ٨٦- الموسوعة الطبية (٢٠٠٠) بيروت، المجلد (١٤).
- ٨٧- ميركولينو، ماريني؛ وتوماس، ناتن (٢٠٠٣): اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. ترجمة عبدالعزيز الشخص؛ وزيدان السرطاوي: دار القلم للنشر والتوزيع .
- ٨٨- موسى، فاروق؛ ودسوقي، محمد (١٩٩١): اختبار تقدير الذات للأطفال. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .
- ٨٩- موسى، كمال إبراهيم (١٩٨١): علاقة سمة القلق في المراهقة والرشد بإدراك الخبرات المؤلمة في الطفولة. مجلة كلية الآداب. جامعة الرياض. المجلد (٢). ص ص ٢٩-٣٦.
- ٩٠- هاجن، فليب (٢٠٠٠) الدليل الكامل للعناية الشخصية. بيروت: مركز التعريب والترجمة .
- ٩١- هربرت، مارتين (ب.ت): مشكلات الطفولة. ترجمة عبدالمجيد نشواني، عمان: دار الكتاب .
- ٩٢- الهمشري، محمد علي؛ وعبدالجواد، وفا محمد (٢٠٠٠): عدوان الأطفال. الرياض: مكتبة العبيكان .
- ٩٣- والاس، ميري (٢٠٠١): الاسلوب الأمثل لتربية الطفل بعد عامه الرابع. الرياض: مكتبة جرير .
- ٩٤- ويلسون، يول (٢٠٠٤) : أساليب الهدوء. ترجمة مكتبة جرير : الرياض: مكتبة جرير .
- ٩٥- يحيى، خولة احمد (٢٠٠٣): الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

1. American Psychiatric Association (2000) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington DC.
2. Barkley, A. R (1998) : Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Guilford Press, New York.
3. Burnley, G. (1993) : Term Approach For Identification of An Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child. The School Counselor, Vol. (40), PP. 228-230.
4. Charloottee, J., Canadice, M., Stephen, P., William, E., and Hoza, D. (2002) : Responsiveness In Interactions of Mothers And Sons With ADHD : Relations to Material And Child Characteristics. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. (30), No. (1), PP. 77-80.
5. Conners, K., and Jett, J. (1999) : Attention Deficit-Hyperactivity disorder. United State of American.
6. Daniel, J (2003) : Working With The Family of A child ADHD. Pediatric Nursing. Vol. (29), No. (4), PP. 302-308
7. David, D (1993) : Self-Esteem. Harper Collins Publishers Inc., New York.
8. Dupaul, G., Arthur, A., Terri, S., and David, S. (1992) : Multimethod Assessment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. (21). No. (4), PP. 394-402.
9. Ellen, B., Braaten, J., Michael, C. (2003) : Revisiting The Association Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Anxiety Disorders. : Biological Psychiatry. Vol. (53), No. (11), PP. 93-99.
10. Ephant, H (2003) : ADHD in Elementary School Rhode Island : Associated Psychosocial Factors and Medications Used. Department of Pediatrics and Neurology. Vol. (501), No. (3), PP. 497-501.
11. Edwards, G. (2001) : Parent – Adolescent Conflict in Teenagers with ADHD and ODD. Journal of Psychology. Vol. (29), No. (6), PP. 557-570.

12. Hankin, C. (2002) : ADHD Its Impact on The family. Drug, Benefit, Trends. Vol. (13), (Supplc). PP. 15-16
13. Holland, M.L. (1999) : An Investigation of Psychometric Properties and Factor Structure of The Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms Rating Scale for Children. Dissertation Services, Michigan. Vol. (22) No. (11), PP. 61-77.
14. Holowenko, H. (1999) : Attention Deficit Hyperactivity Disorder. London : Jessica Kingrley Publishers, Ltd.
15. Jan, L. W., Stephen, R. S., Joseph, A. M., and Thomas, G. (1987): Classroom Social Interactions of Deficit Disorder with Hyperactivity Children as a Function of Stimulants Medication. Journal of Pediatric Psychology. Vol. (12), No. (1), PP. 61-77.
16. Judy, K (2003) : Children's Accounts of ADHD. Advance in Nursing Science. Vol. (20), No. (2). PP. 114-130.
17. Linet, L. (2003) : Understanding Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York, Medical center. Vol. (14), No. (6), PP. 34-37.
18. Michales, K. (1996) : Differentiating Attentional Functions in Children with ADHD, and Anxiety. Biological Psychiatry. Vol. (57), No. (3-A). PP. 10-18
19. Myers, D. (2001) : Psychology. New York : Worth Publishers.
20. Nancy, S., Boyles, M., Darlene C. (1996) : Parenting A child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lowell House Los Angeles.
21. Pennington, P. (2001) : Gender In Self-Essteem In Adolescents with ADHD. The Sciences. Vol. (74), No. (5), pp. 46-51.
22. Peter, J. (2001): Treating ADHD During The School Year. Psychiatric Institute. Vol. (52), No. (10), PP. 9-17.
23. Pliszka, Steven (2003) : Psychiatric Comobridities in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatric Drug. Vol. (5), No. (11). PP. 73-80.
24. Powell, T. (2000) Stress Free Living. London : Adrling Kindersley Book.

25. Reid, R., John, M., and Stanley, V. (1994) : Who are The Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Journal of special Education, Vol. (30), No. (14), PP. 43-55.
26. Remi, J., Cadoret, D., Kristin, C., and Edward, P. (2003) : Associations of The Serotonin Transporter Promoter Polymorphism With Aggressivity, Attention Deficit, An Conduct Disorder in An Adoptee Population. Comprehensive Psychiatry. Vol. (44), No. (2), PP. 70-72
27. Roberts, E. M. (1999) : Self-Concepts Of Children Who Are Dually Labeled As Gifted and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Dissertation Services, Michigan.
28. Rucklidge, J., Tannock, R. (2001) : Psychiatric, Psychosocial and Cognitive Functioning of Female Adolescents with ADHD. Journal of the American Academy of Children Adolescent Psychiatry. Vol. (4), No. (5). PP. 530-540.
29. Stephen, S. Lanka, G., and Otto, M. (2001) : Prevalence of Children ADHD Among Patients With Generalized Anxiety Disorder and A Comparison Condition, Social Phobia. Journal Article. Vol. (13), No. (4), PP. 190-191.
- Swallow, H. (1998): Child Behavior, Parent-Child Relationship In Families With A Child With ADHD. The Sciences. Vol. (58), No. (10-B). PP. 2-10.
30. Tannock, R. (1996) : Differential Effects of Methylphenidate in Working Memory in ADHD Children With and Without comorbid. Anxiety. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. (34), No. (7). PP. 886-896.
31. Valeriel, S., Karen, A. S., and Jean L. D. (2002) : Strategies for Counselors Working with High School Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Counseling and Development. Vol. (80), PP. 3-10
32. Vance, A., Costin, J., Maruff, P. (2002) : Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Combined Difference In Blood Pressure Due to Posture And The

Child Report of Anxiety. European Children Adolescent Psychiatry. Vol. (11),
No. (1). PP. 24-30

33. Wender, P. (2000) : Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Children;
Adolscents And Adults. Oxford University Press.
34. Woods, S. (2003) : Understanding ADHD. British Library.
35. Yasser, A. (2000) : Cognitive Behavior for Teaching Subtraction Skills to
Hearing and Deaf-hard of Hearing Elementary Students. Journal of Rehabilitation
Research. Vol. (23), No. (3). PP. 41-46