



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم علم النفس

الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري

إعداد الباحث

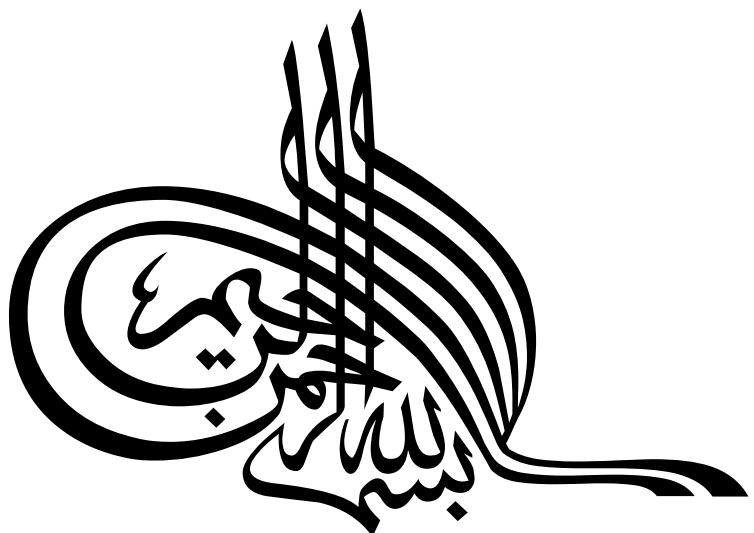
علاء جمال الربعي

إشراف

أ.د. سمير رمضان قوته

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس من كلية التربية بالجامعة الإسلامية - غزة

٢٠١١



رَأَوْ زَعْلَيْشِنْكُرَ نِعْمَتَكَ الْأَتَنِي عَمْتَعَلَيْهَ عَلَى الدَّيَّ
وَأَنْأَعْمَلَ صَدَالَحَلَرَ ضَوَاهَا دَخْلَنِي حَمَتِكَ فِي عَبَادِكَ
الصَّدَالَحِينَ } (سورة النمل، آية: 19)

الإله داع

إلى تلك الجوهرة العالمية.. والوردة اليانعة التي تأبى أن تفتح و تزهر إلا بدماء الأبطال وأعماق الرجال..

إلى فلسطين

إلى رجال عرّفوا معنى الحياة.. فتقديموا في ميادين البطولة.. وسطروا للدنيا بطولات عز وفخار.. ستبقى الأيام تزهو وتضيء صفحاتها بها..

إلى القلب الدافئ والنور الذي لا يزال يتزاء لي في كل طريق.. والحب الإلهي الذي تزيده الأيام عملاً وأثراً.. إلى والدي ووالدتي الحبيبين..

إلى باقة الأمل والسعادة و القوة.. و وقود الطريق الذي أسلك.. شريكتي في حلؤ الأيام ومرها..

إلى زوجتي الكريمة..

إلى الزهرة الصغيرة.. و البسمة البريئة.. والمستقبل الذي أستشرفه مشرقا حلوا.. إلى طفلي الصغير .. مؤمن
إلى كل من قدم لي حرفًا.. أو قاسمني في وقته أو من حمده.. إلى كل من كان له فضل على من البشر..

أهدي بحثي المتواضع هذا..

الشكرا والعرفان

أحمد الله عز وجل كما يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، وشكراً على نعمه التي لا تعد ولا تحصى، وارفع إليه أسمى آيات الحمد والثناء حتى يرضي مسجد حمداً وشكراً أن من على بنعمة الصحة والتوفيق إلى طريق العلم والمعرفة، والصلوة والسلام على سيدنا محمد نبي هذه الأمة وقدوة الأولين والآخرين وعلى الله وصحابه وسلم أجمعين.

وبعد شكر الله عز وجل وحمده، يسعدني أن أتقدم في هذا المقام بجزيل الشكر والعرفان إلى أستاذِي ومعلمِي ومشرفي على الرسالة الأستاذ الدكتور / سمير رمضان قوته الذي تعهدني برعايته العلمية بحسن تعامله وكرم أخلاقه وسعة صدره بتوجيهاته السديدة فقد أعطي الكثير من وقته ، وبذل كل ما في وسعة لتذليل المصاعب وتحطيم العقبات التي واجهته ، وقد كان لكل ما قدمه أبلغ الأثر في هذه الدراسة ، ومهما قلت وعبرت بما في نفسي من امتنان فلن أوفيه حقه من التقدير .

كما وأخص بالشكر الأخ المرشد النفسي بجمعية أطفالنا للصم الأستاذ/سم كرّاز والذى قام بمساعدتى بتطبيق الاستبيانات على الطالب عينة البحث بتعاون واهتمام رائعين، والأستاذة الفاضلة/ آية خالد المشهراوى التى تكرمت بترجمة ملخص البحث إلى اللغة الانجليزية.

الشكر أيضاً لكل الزملاء والأصدقاء الذين ساندوا الباحث وأخص بالذكر منهم: محمد عودة، ومحمد رزق اليازجي، ورائد أبوهويشل، وجميع زملاء الدفعه، وكل من كان له دور في مساندة الباحث ودعمه.

وأخيراً أختم شكري وتقديرني بتقديم باقة شكر خاصة لزوجتي التي لم تدخر جهداً في مساعدتي لإنجاز هذا البحث، فجعلها الشغف لوعندي.

الباحث

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة للتعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، والتعرف على الفروق الجوهرية بين كل من الجنس، والعمر، ودرجة الإعاقة، وترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأفراد الصم داخل الأسرة في متغيرات الدراسة: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري.

وتكونت عينة الدراسة من (١٩٧) طفل بين (٤-١٤) من طلبة جمعية أطفالنا للصم . واستخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون، النسب المئوية، المتosteats الحسابية، واختبار (t)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

واستخدم الباحث (مقياس التحديات والصعوبات) ، إعداد (جودمان) ترجمة سمير قوته، واستبانة التوافق الأسري إعداد الباحث.

وأظهرت نتائج الدراسة حصول الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية على وزن نسبي (٤٧.٠٧٪)، بينما أحتل الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٩.٥٤٪)، في حين حصل ميزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٠.٩٦٪)، وحصل ميزان الأعراض العاطفية على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩٪)، في حين حصل مقياس مشاكل الأصحاب على المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٤٠.٦٦٪)، وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (٣٤.٩٧٪).

وقد أظهرت نتائج الدراسة حصول مقياس التوافق الأسري لدى الأطفال الصم على وزن نسبي (٦٩.٣١٪).

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين الاضطرابات السلوكية الانفعالية والتوافق الأسري.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس ، والعمر، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة، وترتيب الطفل الأصم داخل الأسرة على مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

وأظهرت نتائج الدراسة كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠٠٥) في ميزان مقياس مشاكل الأصحاب لمتغير درجة الإعاقة.

وأسفرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠٠٥) تعزى لمتغير درجة الإعاقة في الميزان الاجتماعي ولقد كانت الفروق لصالح درجة الإعاقة الخفيفة، ولصالح درجة الإعاقة العميق في ميزان الحركة الزائد، وميزان الأعراض العاطفية (القلق والاكتئاب)، وميزان المشاكل السلوكية(العدوان)، وميزان مشاكل الأصحاب.

محتويات الدراسة

رقم الصفحة	الموضوع
أ	العنوان
ب	آية قرانية
ج	إهادء
د	الشكر والعرفان
٥	ملخص الدراسة باللغة العربية
و	محتويات الدراسة
ح	قائمة الجداول
ك	قائمة الملاحق
١	الفصل الأول: خطة الدراسة ومشكلتها وأهدافها وأهميتها
٤	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
٥	أهمية الدراسة
٦	أهداف الدراسة
٦	مصطلحات الدراسة
٨	حدود الدراسة
٨	منهج الدراسة
	الفصل الثاني: الإطار النظري
١١	المبحث الأول: الأضطرابات السلوكية والانفعالية
١٢	مفهوم الأضطرابات السلوكية والانفعالية
١٥	نسبة انتشار الأضطرابات السلوكية والانفعالية
١٥	أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية
١٧	صفات الأطفال المضطربين سلوكياً انفعالياً
٢٢	النظريات المفسرة للأضطرابات السلوكية والانفعالية
٣٠	أساليب الوقاية من الأضطرابات السلوكية والانفعالية
٣٢	أشكال الأضطرابات السلوكية والانفعالية
٣٢	ولاً : السلوك العدواني
٣٣	تعريف السلوك العدواني
٣٤	أسباب السلوك العدواني

٣٥	أشكال السلوك العدواني
٣٧	أساليب التغلب على السلوك العدواني
٣٩	العدوان لدى الصم
٤١	ثانياً : تشتت الانتباه والنشاط الزائد
٤١	مفهوم تشتت الانتباه والنشاط الزائد
٤٣	أسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد
٤٧	مظاهر وخصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد
٥٠	علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد
٥٦	ثالثاً : القلق النفسي
٥٦	مفهوم القلق
٥٨	أسباب القلق
٥٩	أعراض القلق النفسي
٦١	أنواع القلق النفسي
٦٢	العوامل الهامة التي تحسن مصير المرض
٦٢	العوامل التي تسيء لمصير المرض
٦٣	علاج اضطراب القلق
٦٥	رابعاً : الاكتئاب
٦٥	مفهوم الاكتئاب
٦٦	الاكتئاب عند الأطفال
٦٨	تصنيف الاكتئاب (أنواعه)
٦٩	أنواع الاكتئاب عند الأطفال
٧٢	أسباب الاكتئاب
٧٣	أعراض الاكتئاب
٧٣	الأعراض الخاصة بالاكتئاب عند الأطفال
٧٤	ما آل الاكتئاب
٧٤	علاج الاكتئاب
٧٦	أساليب التدخل التربوي والعلجي مع لأشخاص المضطربين سلوكياً وانفعالياً
	المبحث الثاني: التوافق الأسري
٧٩	تعريف عملية التوافق

٨٠	خصائص عملية التوافق
٨٢	أبعاد عملية التوافق
٨٤	النظريات المفسرة للتوافق
٨٧	مفهوم وطبيعة التوافق الأسري
٨٩	مجالات التوافق الأسري
٩١	مظاهر التوافق الأسري
٩٣	العوامل المؤثرة على التوافق الأسري
٩٥	العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري
	المبحث الثالث: الإعاقة السمعية والأطفال الصم
٩٧	مفهوم الإعاقة السمعية
٩٨	الطفل الأصم وتعريفه
٩٩	أسباب الإعاقة السمعية
١٠٠	خصائص المعاقين سمعياً
١٠٤	تصنيفات الإعاقة السمعية
١٠٧	المشكلات والصعوبات التي يقابلها الطفل الأصم
١٠٨	طرق التواصل مع المعاقين سمعياً
١١٢	الفصل الثالث: دراسات سابقة
١١٤	ولاً : الدراسات العربية
١٢٣	نيًّا : الدراسات الأجنبية
١٢٨	تعقيب على الدراسات السابقة
١٣١	الفصل الرابع: اجراءات الدراسة
١٣٢	منهج الدراسة
١٣٢	مجتمع الدراسة
١٣٢	عينة الدراسة
١٣٥	أدوات الدراسة
١٤٢	المعالجات الإحصائية
١٤٣	الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها
١٤٤	نتائج التساول الأول وتفسيره
١٤٧	نتائج التساول الثاني وتفسيره

١٤٨	نتائج التساؤل الثالث وتقسيره
١٥٠	نتائج التساؤل الرابع وتقسيره
١٥٢	نتائج التساؤل الخامس وتقسيره
١٥٣	نتائج التساؤل السادس وتقسيره
١٥٨	نتائج التساؤل السابع وتقسيره
١٦٠	نتائج التساؤل الثامن وتقسيره
١٦٢	توصيات الدراسة
١٦٣	مقترنات الدراسة
١٦٤	المراجع العربية
١٧٦	المراجع الأجنبية
١٧٨	الملحق
١٩١	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
٨٢	الفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهني.	-١
٨٣	الفرق بين الاكتئاب السيكولوجي والاكتئاب الفسيولوجي	-٢
١٣٣	توزيع مفردات عينة الدراسة حسب الجنس.	-٣
١٣٣	توزيع مفردات عينة الدراسة حسب العمر.	-٤
١٣٤	توزيع مفردات عينة الدراسة حسب درجة الاعاقة.	-٥
١٣٤	توزيع مفردات عينة الدراسة حسب ترتيب الطفل الأصم في الأسرة.	-٦
١٣٤	توزيع مفردات عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الصم داخل الأسرة.	-٧
١٣٦	توزيع فقرات مقياس التحديات والصعوبات.	-٨
١٣٧	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لجميع المجالات	-٩
١٣٧	مصفوفة معلمات ارتباط كل مجال من مجالات المقياس والمجالات الأخرى للمقياس وكذلك مع الدرجة الكلية.	-١٠
١٣٨	معاملات الارتباط بين نصفي كل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك استبانة كل قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل.	-١١
١٣٩	يوضح معاملات ألفا كرونباخ لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك مقياس ككل.	-١٢
١٤١	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات استبانة التوافق الاسري مع الدرجة الكلية للاستبانة	-١٣
١٤٥	لتكرارات والمتosteات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد مقياس التحديات والصعوبات وكذلك ترتيبها	-١٤
١٤٧	لتكرارات والمتosteات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لاستبانة التوافق الاسري ككل.	-١٥
١٤٨	معامل ارتباط بيرسون بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسري.	-١٦
١٥٠	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمقياس تعزى لمتغير الجنس (ذكر ، إنثى).	-١٧
١٥٢	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمقياس تعزى لمتغير العمر	-١٨

١٥٣	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-١٩
١٥٤	اختبار شيفيه في الميزان الاجتماعي تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-٢٠
١٥٥	اختبار شيفيه في ميزان زيادة الحركة تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-٢١
١٥٥	اختبار شيفيه في ميزان الأعراض العاطفية تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-٢٢
١٥٦	اختبار شيفيه في ميزان المشاكل السلوكية تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-٢٤
١٥٧	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية للمقياس تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	-٢٤
١٥٨	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة.	-٢٥
١٦٠	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد الأطفال الصم داخل الأسرة	-٢٦

قائمة الملحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
١٧٩	قائمة بأسماء السادة المحكمين.	١.
١٨٠	الرسالة الموجهة للسادة المحكمين.	٢.
١٨١	الرسالة الموجهة لأهالي للعينة المستهدفة.	٣.
١٨٢	مقياس الصعوبات والتحديات.	٤.
١٨٢	استبانة التوافق الأسري في صورتها الأولى.	٥.
١٨٧	استبانة التوافق الأسري بصورةها الثانية.	٦.
١٨٩	استبانة التوافق الأسري بصورةه النهائية.	٧.

الفصل الأول

خطة الدراسة

ومشكلة الدراسة

وأهدافها وأهميتها وفرضياتها

مقدمة:

إن الطفولة محور الحياة الإنسانية في هذا الكون العظيم، ومرحلة هامة من مراحل الحياة بل هي أغلى مراحل الحياة ببراءتها وانطلاقتها وعالمها الجميل وأحلامها الوردية.

و تعد مرحلة الطفولة مرحلة أساسية يجب على الآباء الاهتمام بها لأنها القنطرة التي من خلالها ينتقل الطفل من الاعتماد على الآخرين إلى الاعتماد على نفسه، وأن انعكاساتها قد تكون خطيرة على الطفل وعلى تطوره. (حنفي، ٢٠٠١: ٣٢)

و في هذه المرحلة قد يظهر عند الأطفال بعض السلوكيات غير المرغوبة و التي قد تعرضهم لسوء التوافق مع الآخرين. نظراً لأنهم لا يستطيعون معرفة السلوكيات المرغوبة و غير المرغوبة كما أنهم لا يستطيعون معرفة أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تؤدي إلى تصرفاتهم غير السوية فهذه المشاعر السلبية هي إشارة لوجود اضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال. (بهادر، ١٩٨٣: ٨٥)

ومن الجدير ذكره أن التكوين النفسي للطفل يرتبط بالتكوين الفسيولوجي وسلامة الجسم فالأطفال الأسواء بدنياً ونفسياً أقل عرضة للوقوع في اضطرابات سلوكية ، ونجد أن الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا مثلاً تظهر اضطراباتهم في عدم قدرتهم على ضبط دوافعهم وغرائزهم وعدم استقرارهم انتفعاليًا فتأتي سلوكيات مغايرة للمواقف التي يمرون بها ؛ والاضطرابات لا توجد كلها لدى حالة واحدة بل إنها تخف حدتها في الدرجات البسيطة من هذه الاضطرابات. (عبد الحميد، يونس: ١٩٩١: ٣٦)

لقد أثبتت الدراسات النفسية أن الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة يعانون من مشكلات اجتماعية و تعليمية بالإضافة للمشكلات النفسية كالرغبة في الانعزal و القلق و الخوف ومشاعر الإحباط أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال النزعة العدوانية والانفعال والغضب و ترجع أهمية التعرف على اضطرابات الطفل المعوق في أن يصبح مواطناً قادرًا على رعاية شئونه و الإسهام في العملية الإنتاجية للمجتمع في حدود إمكانياته الجسدية و العقلية. (حمزة، ١٩٩٥: ١٢٢)

و يرى البعض أن الإعاقة تؤدي إلى أن ينعزل الطفل عن الأفراد فينسحب إلى قوقة سيكولوجية فيصبح متبايناً غير متجاوب بالمحيطين به و في الحالات الزائدة قد يحدث للطفل الامتناع عن الكلام أو النكوص لأن يمتص إيهامه أو يستسلم لنوبات الغضب. كما أن رفض الآباء لأطفالهم المعوقين وحرمانهم من الرعاية يؤدي إلى الشعور باليأس الانفعالي والاكتئاب الأمر الذي من شأنه قد يمثل مفتاحاً للتباوء باضطرابات سلوكية وانفعالية. (القمش ، ٢٠٠٦: ١٨٥)

وقد يأتي هذا في وقت تكون الأسرة فيه عاجزة عن تفسير هذا السلوك المضطرب، مما يوقعها تحت طائلة الحرج من المجتمع المحبط الأمر الذي يعكس على طفلها وبالتالي قد يؤثر على توافقه مع الأسرة والمجتمع ويولد لديه شعوراً بعدم الرضي عن إعاقته من جهة، وعن ما بدا لديه من اضطرابات سلوكية وانفعالية والناتجة عن التفاعل اللاسوسي مع العوامل والمتغيرات المحيطة به من جهة أخرى. (محمد، ١٩٩٠: ١٤٦)

ومن هنا جاءت أهمية الأسرة وتوافقها في تنشئة الطفل الأصم وتحسين اتجاه الآخرين نحوه ، وخاصة اتجاه الأدوار التي يمكن أن يمارسها كل من الآباء والأمهات لإعداد ابنائهم الصم للحياة، بحيث لا يكون هناك حواجز بين الطفل الأصم والأسرة التي يعيش فيها، وهذا بطبيعة الحال يتطلب من الآباء والأمهات إيجاد جو من التوافق داخل الأسرة والاتصال الدائم مع مراكز إعداد الصم لتقديرهم كيفية التعامل مع أطفالهم وكيفية التفاهم والاتصال معهم حتى لا يل JACK الطفل إلى انتهاج نمط سلوكي عدائٍ مثل الصرار أو كسر بعض أوانٍ المنزل أو ضرب أخيه.... الخ، عقلياً عن عدم فهم الآخرين له أو عدم فهمه للآخرين، الأمر الذي يولد لدى الآباء والأمهات اتجاهات سلبية نحو سلوك ابنائهم الصم، مما يزيد من تفاقم المشكلة وزيادة حدتها. (عفانة ، وكياجة ، ١٩٩٧، ٥:)

ويعد المعاقون سمعياً من أكثر فئات الإعاقة تأثراً بالمجتمع المحبط بهم؛ نظراً لاتصالهم المبتور به ، ومع الإشارة على أن هناك من بين المعاقين من كانت إعاقته حافزاً للتوفيق مع ذاته والعطاء لمجتمعه، فإن من بينهم من شرحت هذه الصورة لديه لتضاؤل قدرته على التوفيق مع نفسه وببيئته بسبب الإعاقة ؛ لأنَّه بحاجة إلى تكوين صورة لبيئة فوجئ بأنَّها ترفضه وتعامل معه بحساسية، وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه العاديين، والطفل الأصم قد يكون عاجزاً أحياناً عن فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا

فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه بخبرات سلبية من المحيطين به، مما يولد لديه بعض سلوكيات و مشاعر قد تتسم باللasse. (وافي ٢٠٠٦، ٥)

ولكون الصم أكثر المعاقين إحساساً بالعزلة نتيجة لما لهم من خصوصية في طبيعة التواصل المبتور بينهم وبين المجتمع، وما يتسم به من قصور محدودية؛ في ضوء ما تفرضه هذه الإعاقة على أصحابها من محدودية القدرات الاتصالية، إضافة إلى ما يعانيه المعاقين من عدم الرضى عن واقعهم الشخصى، أو أساليب التعامل معهم، ولندرة الدراسات التي تهتم بالجوانب النفسية والسلوكية والانفعالية لهم وعلاقة كل هذه الجوانب مع بعضها البعض فقد ارتأى الباحث أن تتناول دراسته أكثر من مجال، والربط بين جملة من الموضوعات والميادين الإنسانية، وذلك من خلال التعرف على بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم، وما هي العلاقة بينهما وبين التوافق الأسرى.

مشكلة الدراسة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم من المعيقات التي يجب العمل على مواجهتها، والحد منها قدر الإمكان، الأمر الذي يبرر إجراء مثل هذه الدراسات العلمية للتعرف على مثل هذه الاضطرابات، حيث تسعى هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بالتوافق الأسرى. وبالتالي تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ما العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسرى لدى الأطفال الصم ؟

و ينبعق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- ١- ما مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟
- ٢- ما مستوى التوافق الأسرى لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟
- ٣- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومستوى التوافق الأسرى لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟
- ٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \leq \alpha$) في الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) ؟
- ٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \leq \alpha$) في الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير العمر ؟

- ٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير درجة الإعاقة ؟
- ٧- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة ؟
- ٨- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير عدد الأطفال الصم داخل الأسرة ؟

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحالية في العديد من المجالات التي يمكن توضيحها على النحو التالي:

- أولاً) إن دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال الصم من الدراسات القليلة عالمياً في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة ، ويمكن القول بأن الدراسة الحالية قد تكون هي الأولى من نوعها في فلسطين (على حد علم الباحث) .
- ثانياً) قد تساهم هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الدارسين والباحثين لتناول موضوعها وتغذيته تربوياً بطرق وأساليب علمية مختلفة ومن جوانب متعددة.
- ثالثاً) قد تتيح هذه الدراسة الفرصة للطلاب في ميدان العلوم الإنسانية للبحث في كافة الجوانب الشخصية والاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة، كما أنها قد تشجع هؤلاء الطلاب " ذوى الاحتياجات الخاصة " وذويهم في البحث عن طرق وأساليب جديدة في التكيف مع الحياة .
- رابعاً) قد تساعد نتائج هذه الدراسة كلاماً من المشرفين والمدرسين و العاملين في مجال علم النفس والتربية الخاصة في وضع برامج وآليات للتغلب على الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم إما بمعالجتها أو التقليل من آثارها السلبية وتحديد أفضل الخدمات المقدمة والتي تساعد على إبراز السمات الشخصية المطلوبة للطفل الأصم وذلك للعمل على تكيف هذه الشريحة مع المجتمع .

خامساً) قد تعمل هذه الدراسة التوجّه لدعم هذه الفئة لتكون عاملًا اجتماعيًّا صالحًا في البناء والتطوير لا مدعاه للشفقة والإحسان أو فريسة للنبذ والإهمال أو ضحية للحاجة والانسحاب.

سادساً) نتائج هذا البحث تفيد في وضع بعض المقترنات التي يمكن الاستفادة منها في تصميم البرامج الإرشادية النفسية والأسرية لعلاج الأضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم.

أهداف الدراسة:

لكل دراسة أو بحث هدف حتى تكون ذات قيمة علمية أو إضافات جديدة وإثراء للمعرفة وهذا هو الهدف العلمي ، والهدف الثاني للبحث هو الهدف التطبيقي والذي يهدف إلى ارتباط نتائجه وتطبيقاته بالوصول إلى حل للمشكلة التي قام الباحث بدراستها. (عبد اللطيف، ٢٠٠٧، ١٤)

وتتحدد أهداف هذه الدراسة في:

- ١-محاولة إثراطنزات العلمي حول الظاهرة وإثراء المعرفة في المكتبة العربية.
- ٢-التعرف إلى مستوى الأضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم في محافظة غزة .
- ٣-التعرف إلى مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم في محافظة غزة.
- ٤-التعرف إلى العلاقة بين الأضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم والتوافق الأسري.
- ٥-التعرف إلى الفروق بين متغيرات الدراسة التي تعزى إلى (النوع، العمر، درجة الإعاقة، ترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأطفال الصم داخل الأسرة).

مصطلحات الدراسة

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية أمر ضروري في الدراسة العلمية وكلما اتسم هذا التحديد بالدقة والوضوح سهل على الباحثين الذين يهتمون في مجال الدراسة إدراك المعاني والأفكار التي يريد الباحث التعبير دون أن يختلفوا في فهم ما يقوله (حنفي ، ٢٠٠١، ٦:٦) ونحن في هذه الدراسة نحاول التعرف على بعض المفاهيم التي تتعلق أو ترتبط بها الدراسة وهي كالتالي :

١- الاضطرابات السلوكيّة :

تعريف (حسن ، عبد الرحمن ، ٢٠٠٣ : ٢٣) : الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وبيئته ويستدل على وجود اضطراب سلوكي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذى فيه نفسه والآخرين .

وتعرّفها (وافي، ٢٠٠٦: ١٧) : لاضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسواء من بيئه الفرد نفسه

ويعرف الباحث الاضطرابات السلوكيّة إجرائياً بأنّها مجموعة من السلوكيّات غير المفهومة والمضرّة في علاقه الطفل مع الآخرين أو مع ذاته، وتُظهر آثار الإعاقة، ويتضمن (السلوك العدوانى ، تشتت الانتباه والحركة الزائدة) .

٢- الاضطرابات الانفعالية

تعريف (زهران، ٢٠٠٥: ٤٢٠) : الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقاً لا يعتبر اضطراباً انفعالياً بل استجابة انفعالية عادلة وضرورة لحفظ علي الحياة ، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً انفعالياً .

أما (يحيى، ٢٠٠٠: ١٧) فتعرّفها من خلال الأفراد المضطربين بأنّهم غير القادرين على التوافق والتكييف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول وبناءً عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء .

ويتبّنى الباحث تعريف (زهران، ٢٠٠٥: ٤٢٠) والذي يشير إلى أن الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقاً لا يعتبر اضطراباً انفعالياً بل استجابة انفعالية عادلة وضرورة لحفظ علي الحياة ، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً انفعالياً .

٣- التوافق الأسري:

_ تعرفه (عبد الله، ٢٠٠٦: ٧٢) بأنه: قدرة أفراد الأسرة على الانسجام معاً، وحساهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياة الأسرية، وإقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية ، والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصاً فاعلاً ونافعاً في محیطه الاجتماعي من ناحية أخرى .

_ ويعرف الباحث التوافق الأسري إجرائياً بأنه تلك العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة (الأب، الأم، الأبناء) على نحو يحقق التوازن داخل الأسرة.

٤- الأطفال الصم

_ تعريف (عبد الفتاح، ١٩٩٤: ٥) الأطفال الصم بأنهم: الأطفال الذين يعانون من فقد في السمع نتيجة لتضرر العصب السمعي أو القناة السمعية بدرجات مقاوتة (خفيفة من 40_25dB، متوسطة من 40-70dB، شديدة من 70-90dB ، عميقه من 90-110dB) ناجمة عن أسباب وراثية و أخرى بيئية. وقد يكون الصمم قبل اكتساب اللغة أو بعد اكتساب اللغة، وفي الحالتين يحتاجون إلى مساعدة خاصة في السمع والنطق واللغة والتعلم.

ويعرفهم (كباجة، وكراز ، ٢٠٠٨: ٨) بأنهم: الأطفال الذين لديهم فقد في حاسة السمع حسياً أو وظيفياً ودرجة تترواح ما بين الشديد والعميق (١١٠-٧٠ ديسيل) ويعوقه ذلك فقد عن الاتصال والتواصل اللفظي حتى لو استعمل المعينة السمعية.

_ ويعرف الباحث الأطفال الصم إجرائياً : بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من قصور شديد في قدراتهم السمعية، بحيث لا يمكنهم من اكتساب أو استخدام اللغة اللفظية والاستفادة من بقایا حاسة السمع لديهم إن وجدت في التفاعل بشكل سليم مع المثيرات السمعية من حولهم، ويتلقون تعليمهم في مؤسسات الصم الخاصة.

حدود الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في العام الدراسي (٢٠١١) على الأطفال الصم (جمعية أطفالنا للصم) في محافظة غزة.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي لوصف وتحليل المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة وذلك عن طريق استخدام الاستبيانات الخاصة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول : الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

المبحث الثاني : التوافق الأسري .

المبحث الثالث : الإعاقة السمعية .

المبحث الأول

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً .

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية .

أساليب الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

أساليب التدخل التربوي والعلاجي .

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

مقدمة:

إن الصحة هي أعظم ما يبحث عنه الإنسان؛ لكونها أكثر الأمور التي يمكن أن تسهم بشكل كبير في تعزيز قدرته على تلبية احتياجاته واحتياجاته، كيف لا؟ وهي تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، وبما أن النفس والجسد كل لا يتجزأ فالصحة النفسية هي أيضاً من أبرز جوانب الصحة التي يبحث عنها الإنسان سواء في علاقته مع ذاته أو بيئته، ويسعى بشكل مستمر للوصول إليها من خلال محاولاته الدائمة للتغلب على ما يمكن أن يعترضه من مواقف ضاغطة وإحباطات قد تغمر صفوه؛ لكونه يتمتع بقدرات خاصة (تسمى بالعتبة النفسية)، تمكنه من استيعاب المثيرات، فإن فاقت تلك المثيرات عن الحد وعجزت ميكانيزمات الجسم الدفاعية عن التكيف معها؛ أدى ذلك إلى الاختلال في السلوك مما يتسبب في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القاضي، ١٩٩٤:٥٠)، التي قد تظهر لدى الطفل محاولة منه لتحقيق نوع من الانسجام مع البيئة المحيطة به أو التخلص من مشاعر الصراع والإحباط التي يتعرض لها كنتيجة للضغوط المختلفة ذات الأثر المباشر أو غير المباشر على شخصيته، فبدلاً من أن تساعده على التمتع بالتوافق النفسي (الذي قد يعتبر أحد أوجه الصحة النفسية)، تراها تلقي به في شباك الانتقاد والألم والهم النفسي، لكونها من الممكن أن تلازم سلوكه ومشاعره وانفعالاته، وقد تصبح سمة مميزة له، وعليه فإن الضغوط النفسية والاجتماعية وما يتبعها من تأثيرات سلبية على واقع الأطفال الصم (والتي يمكن أن تترجم عن إعاقتهم وقدتهم أساليب اتصال هامة) قد تدفع بهم لإبداء ميل لا شعوري نحو إظهار أي من السلوكيات والمشاعر المضطربة كأحد أساليب التعويض أو التهرب من مشاعر الحرمان والنقص والإحباط، رداً على ما يواجهونه من صراعات داخلية ذاتية أو خارجية بيئية، فتصبح هذه الاضطرابات عائقاً جديداً يحول بينهم وبين محاولاتهم للوصول للتوافق الأسري المنشود.

فهناك العديد من أبعاد الاضطراب فمنها ما هو ذات طابع انفعالي كالخوف والاكتئاب والانسحاب الانفعالي ومنها ما يُصبح بصبغة سلوكية مباشرة كاضطرابات التواصل والنشاط الزائد والعدوان وغير ذلك، وما الأطفال الصم من ذلك بعيد، فقد تكون إعاقتهم أحد العوامل المحفزة لظهور تلك الاضطرابات، مما قد يعكس نمطاً لا توافقياً يدفع بهم تحت سنابك هذه الاضطرابات وخاصة في ظل مجتمع قد لا يتقهم طبيعة إعاقتهم وطريقة تفكيرهم.(الظاهر، ٤:٢٠٠، ٦٤)

وبما أنه لم يطرق باب الاضطرابات السلوكية والانفعالية بقوة من قبل الباحثين والمختصين في ميدان المعاين، فقد جاءت هذه الدراسة لتكشف عن علاقة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بالتوافق الأسري ، ويعرض الباحث في هذا الجانب جملة من الموضوعات المتعلقة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية وفق ما يراه من الممكن أن يخدم هذا الميدان ضمن الدراسة الحالية على أقل تقدير .

مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكملاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية (يكون بالإمكان الاتفاق على مضمونه ومفرداته) أمر ليس بالسهل على الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس، ولا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب، بل تظهر في " تعدد يشوبه الوضوح والتباين لهذا المفهوم بما يجعله مختلفاً عن المصطلحات النفسية في هذا الميدان. (يوسف، ٢٠٠٠: ٢٨)"

فالاضطرابات السلوكية والانفعالية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة ودرجات متباعدة، ومن هنا يأتي صعوبة إيجاد تعريف يتلقى عليه المهتمون، حيث أن كل مختص يعرفه برؤيته الخاصة. وبالفعل هذا ما واجهه الباحث عند إلقاء الضوء حول ماهية الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، فال المشكلة ليست ناتجة عن قلة في التعريف بالرغم من حداثة الموضوع، وإنما ناتجة عن تعدد التعريفات واختلافها فكل يعرفه حسب اختصاصه (المعلم، الطبيب، رجل القانون، الأخصائي النفسي،...)، وحسب الاتجاه أو المدرسة التي ينتمي إليها (السلوكية، التحليلية، البيئية، الفسيولوجية، الإنسانية)، وكذلك حسب المعيار أو المحك (الاجتماعي، الإحصائي، النفسي، الذاتي...) لذلك ظهرت تعريفات وسميات متعددة. (الجمعة، ٢٠٠٥: ٤٢)

ويشير (القاسم و آخرون، ٢٠٠٠: ١٣) إلى أن كون هذه الاضطرابات ميداناً جديداً تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، إلا أنه اختلف الاختصاصيون والتربييون في تحديد تعريف واحد واضح له عدا أنهم اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عدة مصطلحات . ويعود هذا التباين لعدد من الأسباب التي أشار إليها هالahan وكوفمان (Hallahan and Kauffman) وهي:

١. عدم توفر تعريف محدد ومتقن على الصحة النفسية.
٢. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

٣. تباين السلوك والعواطف.

٤. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.

٥. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وخدمتهم (العز، ٢٠٠٣: ٣١)

إلا أن هناك عدد من التعريفات التي اقتربت من القبول في تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتي منها:

ترى " بهادر " أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي جميع الأفعال والتصورات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة، بحيث لا تتناسب مع معايير السلوك السوي المتعارف عليها والمعمول بها في البيئة وتشكل خروجاً ظاهراً عن السلوك المتوقع من الفرد العادي، وتتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء. (قاسم، ١٩٩٤: ١١٢)

وتقول (قطامي، ١٩٩٩: ٢٥) بأنها عبارة عن زيادة أو نقصان في المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية، مقارنين هذا النقص بمستوى مقبول أصلاً.

وكمما وضع هيوت (Hewett, 1986) تعريفا آخر حدد فيه المضطربين سلوكياً وانفعالياً على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعياً وغير المتافق في سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه وهو الذي ينحرف سلوكه بما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووصفه الاجتماعي بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متافق ويمكن أن يعرض صاحبه خطيرة في حياته (القاسم وأخرون، ٢٠٠٠ : ١٥)

تعريف وود (Wood: 1969) يرى أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول مما يؤدي إلى تراجع مستوى الدراسي، والتأثير على علاقته الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، كما أنه يعني من مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي. (يحيى، ٢٠٠٠: ١٧)

تعريف جروبر (Grauber, 1973) ويعرف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ وتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب. (يوسف، ٢٠٠٣: ٣١)

تعريف نيوكر (١٩٨٠) : هي الانحراف الواضح والملحوظ في سلوك ومشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطرابات عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذى نفسه والآخرين. (القاسم وأخرون، ٢٠٠٠: ١٧٦)

تعريف بارو (Bower, ١٩٦٩) يرى أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً على أنهم الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة لفترة زمنية طويلة نسبياً ومنها ما يلي :

- عدم القدرة على التعليم التي لا يمكن تقسيرها في ضوء خصائص هؤلاء الأطفال الجسدية والفعالية والصحية.
 - عجز هؤلاء والأطفال عن بناء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو الراشدين والمعلمين.
 - ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في الظروف العادية .
 - المعاناة من أعراض جسمية وألام ومخاوف فيما يتعلق بالمشاكل الصحية والمدرسية.
 - لديهم شعور بالحزن والاكتئاب. (العز، ٢٠٠٢: ٣٢)
- تعريف هارينج وفيليبس (Haring & Philips, ١٩٦٢) الأطفال المضطربين انفعاليا هم الذين يعانون من مشاكل صغيرة أو كبيرة مع الناس الآخرين والزماء والآباء والمعلمين ، وهم يتصفون بأنهم غير سعداء وغير قادرين على العمل مع أنفسهم بصورة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن المضطرب انفعاليا لديه معايير فشل كبير في الحياة بدلاً من معايير النجاح. (الظاهر، ٤٠٠: ٧٥)

ومن خلال هذه التعريفات يرى الباحث أنه على الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى :

١. الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.
٢. المشكلة مزمنة وليس متوقعة.
٣. السلوك يعتبر مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.
٤. السلوك المضطرب يمكن أن يشكل خطراً على الفرد وبؤدي بالفرد للوقوع في مشاكل في حياته.

٥. أهمية الرجوع إلى عدد المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس،العمر عند الحكم على السلوك .

٦. السلوك المضطرب يؤثر على المستوى الأكاديمي والدراسي للفرد.

٧. السلوك المضطرب يمكن تعديله.

٨. يؤثر على توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه.

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية

من الصعوبة تحديد نسبة ثابتة توضح مدى انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية وذلك بسبب عدم وجود تعريف واضح ومتقن عليها للاضطرابات السلوكية والانفعالية وكذلك بسبب اختلاف معايير السلوك السوي أو السلوك المضطرب من مجتمع إلى آخر وهذا أما أكده كلا من (العزز، ٢٠٠٠)، و(حيبي، ٢٠٠٠)، و(القاسم وآخرون، ٢٠٠٠) وأشاروا أنه عند فحص مدى انتشار هذه الاضطرابات أو نسبة أولئك الذين يعانون من اختلال في الأداء الوظيفي في عدد من الدراسات وذلك باستخدام محركات تشخيصية مقتنة وأساليب مختلفة للتقدير تراوحت قيم معدلات انتشار هذه الاضطرابات بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ سنوات) إلى (١٨ سنة) بين ٦% - ٦٢% تقريباً وذلك وفقاً للإحصائيات التي أصدرها المعهد الصحي بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٩ وهذا يعني أن ما بين ٣٠.٨ - ١٠.٣ مليون طفل يظهرون اضطرابات سلوكية وانفعالية، وبضيف قائلاً : ومع ذلك من الصعب أن نحدد عدد الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية في سن معين.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

إن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة، فالأطفال أشخاص متميزون، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث مع الأطفال من جهة ومع أسرهم والبيئة والمجتمع من جهة أخرى معقدة جداً، لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ومع ذلك نستطيع تحديد عدد من المجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولكن تكون هذه الأسباب متداخلة فيما بينها ومتعددة و هذه المجالات هي:

أولاً : المجال الجسمي و البيولوجي

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك البيولوجية: أو بذلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة دقيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

فكثير من الأطفال العاديين وغير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات، وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة جداً، فإن هناك أسباباً وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم وأمزجتهم.

بالإضافة لما تقدم فإن هناك عوامل بيولوجية وجسمية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل : الأمراض المزمنة، سوء التغذية، إصابات الدماغ، العاهات والتشوهات الجسمية، القصور الجسمي والإصابات، الصرع. (يحيى، ٢٠٠٠: ٣٢).

ثانياً: المجال النفسي

نظراً لكون الإنسان من مجموعة من المشاعر والأمزجة والتأثيرات والتآثرات من وفي البيئة التي حوله، فإن الجانب النفسي له الأثر البالغ في تكوين الاضطرابات السلوكية والانفعالية فإن تعرض الإنسان للإحباط والفشل، والصراع بين الرغبة الجنسية والإشباع الجنسي، وعدم إشباع الحاجات الجنسية، الرفض، والجوع ونقص الأمن الانفعالي، له أثر بالغ الأثر في تكوين تلك الاضطرابات.

إلى جانب هذه الأسباب النفسية، فإن هناك مجموعة من الأسباب الأخرى ذات التأثير في الفرد للوصول به إلى الاضطرابات ومنها الصدمات العنيفة في الطفولة، التوحد مع أحد الوالدين المضطربين سلوكياً أو اجتماعياً، وعدوى الخوف من الكبار، التسلط والقسوة في المعاملة، الضغوط الموجهة إلى الفرد، وجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لها و الصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق و حل مشاكلهم. كل تلك الأسباب النفسية تلعب دوراً مهماً في تكوين و ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (أو جاموس، ٢٠٠٩: ١٥-١٤)

ثالثاً: المجال الاجتماعي

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة، والشعور بفقدان الأهل، والحرمان العاطفي، وأسلوب التربية الخاطئ كما في نقص وخطأ التربية الجنسية، وأخطاء التدريب على النظافة وغيرها، التفرقة في المعاملة بين الأخوة وتفضيل جنس على آخر، والسلطة الوالدية الزائدة، التدخل الزائد عن الحد في شؤون الفرد، والبيئة المدرسية المضطربة مثل إهمال المدرسين وتهكمهم وسوء المعاملة والعقاب، والاضطراب مع الزملاء والامتحانات الصعبة المحبطة. (زهران: ٤٢٠-٤٢١: ٢٠٠٥)

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز الأنماط السلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً التكرار والشدة والطبوغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك، وسأعرض بعض هذه الصفات والتي منها:

١. الفهم والاستيعاب

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات، ولفظ سلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنى الشتائم، وغير قادرين على إعادة نص معين وتقدير القصص والمسائل والاتجاهات ومع ذلك يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق. (يحيى، ٢٠٠٠: ٩٣)

٢. السلوك الهدف إلى جذب الانتباه

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصرارخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بأخر حرف من الكلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين؛ مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة لكن ما يميزهم هو جذب الانتباه. (Shea, 1987: 151)

٣. عجز الإدراك

يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل منظم وموضوعي، والذين نستطيع تطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم متخلدون عقلياً بدرجة شديدة، في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الأطفال عندما يستمر في محادثة ما ، لكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعاً واحداً محدوداً فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أو أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعالياً وسلوكياً يبدون ذكاءً وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكن ذكاؤهم هذا يكون زائفاً، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء واظهاره في المهارات والمهامات كل يوم.

(Hallahan&Kauffman, 1987:151)

٤. عدم النضج الاجتماعي

ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكاً غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر سنًا، يظهر عادة هذا السلوك عندما يكون الطفل في وضع غير مألف أو مضغوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعياً في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكانيزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجاً، مما يدع الآخرين يصفونه بأن طفل غير ناضج. ومن الصفات لهؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سنًا أو الأكبر منهم سنًا كأصدقاء، ويختارون اللعب والدمى والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية غير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب مع مرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

٥. الانسحاب

هو سلوك انفعالي يتضمن الترک أو الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صراعاً نفسياً أو عدم راحة، يوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خامل، خجل، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام يقظة. (الخلidi، وهبي، ١٩٩٧:١٥)

٦. السلوك الذي يتأثر بالآخرين

عبارة عن سلوك يقوم به الفرد بناء على طلب الآخرين أو لإرضائهم دون التفكير بعواقب ذلك السلوك، فالطفل أو الشخص الذي يتأثر بالآخرين يوصف دائما بأنه غير قادر على تحمل المسؤولية، أو سهل القيادة أو تابع، ولا يشعر الأطفال الذين يتأثرون بالآخرين بالأمان في بيئتهم ويختارون عادة قائدا ليوجههم، ويفعلون أي شيء لإرضاء قائدتهم المختار، وعادة ما يكون استخدامهم لهذا القائد كعذر لسلوكه ونشاطه الشخصي.

٧. التمرد المستمر

عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائماً يشتراك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم، وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكياً والمعوقين افتعالياً، هم متمردون بشكل مستمر، فهم يتحدون بعدوانية سلطة المعلم، بحيث لا يطيعون حتى أبسط القوانين وبشكل دائم. (ملحم، ٢٠٠٤: ٥٤)

٨. التكرار

وهو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر في الضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرين توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في ترداد كلمة أو رقم معين لمدة طويلة، وهكذا.. .

٩. السلبية

هي المقاومة المتطرفة المستمرة للاقترادات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، والموافقة على نشاطات قليلة، ودائماً يقولون لا، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

١٠. الدافعية

تتضمن الدافعية أن يكون للفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين، وبشكل عام فالكبار لديهم الدافعية الذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنهم ليس لديهم دافعية. عدد قليل من الأطفال لا يحثون على ممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد

حماسه للمدرسة، والسبب وراء انخفاض مستوى الدافعية يمكن أن يكون لعدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات عندهم نتيجة تكرار الفشل. (Shea, 1987:163)

١١. النشاط الزائد

هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متبنٍ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديداً، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

١٢. الشكوى من علل نفسية جسمية

إن مصطلح نفسجسي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسمي (الجسدي) اعتماداً كل منها على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمى، إما حقيقى أو وهمى وهذا كثير ما يحدث ومعظم الناس تتعرض له، فمثلاً عندما يكون الإنسان في وضع ضغط نفسي فيه فكثيراً ما يشكو من الصداع أو الغثيان والألم في المعدة، لهذا السبب يتم فحص الطفل أو أي شخص فحصاً كاملاً من قبل الأطباء. (بشناق، ٢٠٠١:٨٢)

١٣. السلوك العدوانى

يعتبر السلوك العدوانى واحداً من الخصائص التي يتتصف بها كثير من المضطربين سلوكياً، ويتمثل في الضرب والقتال والصرارخ والشتمن ورفض الأوامر والتخييب المتعمد. وهذا ما لاحظه العديد من الباحثين وهو أن العدوان من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال.

٤. مفهوم ذات سلبى أو متن

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم فاشلين أو غير مقبولين. ويتمثل مفهوم ذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم مثل: لا "أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، لن أفوز أبداً " ، "أنا لست جيداً " . ومثل هؤلاء الأفراد يكون ليهم حساسية مفرطة ضد النقد، ولا يكون لديهم رغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

١٥. العجز عن تركيز الانتباه

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنتهاء مهمة ما ، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدود ، هذا السلوك يتضمن عدم الانتباه بالأهمية، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف ، ويظهر انه مشغول البال، أو يتبع أحلام اليقظة. (يوسف، ٢٠٠٠: ٨٦)

١٦. الاندفاع

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، غالباً ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

١٧. السلوك الفوضوي

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

١٨. عدم الاستقرار النفسي

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغيير السريع، في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدوانى إلى السلوك الانسحابي، ومن المهدوء إلى الحركة ، وبين كونه متعاونا إلى غير متعاون، وهكذا. هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر ، ويوصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعاً التهيج وسلوكهم غير قابل لأن تنبأ به. (الشرييني: ٢٠٠٣: ٥٨)

١٩. التنافس الشديد

وهو عبارة عن سلوك لفضي أو غير لفضي يكون للفوز بالمنافسة، أي يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين، وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا، وهذه المنافسة تكون

موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة، وأما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيراً كبيراً على مفهوم الذات لدى الطفل ، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية. (يحيى، ٢٠٠٠: ٩٩)

النظريات المفسرة للأضطرابات السلوكية والانفعالية

لكل ظاهرة من الظواهر النفسية والتربوية عدد من النظريات التي تفسر حدوث تلك الظاهرة وتبيّن الأسباب التي أدت إلى هذه الظاهرة، والأضطرابات السلوكية والانفعالية حالها كباقي الظواهر لها من النظريات ما يفسر حدوثها ويطلعنا على أسبابها، حيث تعطي النظريات تصوّراً واضحاً وإنما شاملًا للأسباب التي تكمن وراء تلك الأضطرابات، ومن هذه النظريات:

أولاً : نظرية التحليل النفسي

حولت نظرية التحليل النفسي التي وضع فرويد أصولها ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكتب في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكتوبة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي وبالتالي إلى الانحرافات السلوكية ويفسر أنصار التحليل النفسي الأضطرابات السلوكية في هذه الإطار (يحيى، ٢٠٠٠: ٧٧).

وهنا يؤكد (الخطيب، ٤: ٢٠٠٤) على أن فرويد يرى أن منشأ الأضطراب السلوكى يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائفه النفسية عبر مسارين هما:

- المسار الأول: تعليم غير ملائم في مراحل الطفولة الأولى (الخمس سنوات الأولى).
- المسار الثاني: اختلال الحكمة المتوازنة بين منظمات النفس (الهو) و(الإ أنا) و(الإ أنا العلوي).

ومن الجدير ذكره أن الاتجاه والتحليل اتجاه عريض يضم عدداً من المدارس والتوجهات النظرية بعضها خرج على مؤسس النظرية وكون له مدارس خاصة، مثل كارل جونج (Jung) الذي أسس "علم النفس التحليلي"، ولفرد أدلر الذي أسس "علم النفس الفردي" كما أن بعض تلاميذ فرويد مثل كارين هورني (Horney) وايريك فروم (Fromme) وهاري ستال سولفيان (Sullivan) وأنا فرويد واريكسون طوروا في نظرية وإن اعتبروا أنفسهم تحليليين ولا يزالون ينطون تحت اللواء التحليلي الفرويدي ويسمون التحليلين الجدد أو الفرويديون الجدد. (كافافي، ١٩٩٠: ٢١)

ثانياً: النظرية السلوكية

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكى والمشكلات السلوكية هو سلوك ما يتعلمته الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجية وغيرها وتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محیطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمنجة وتشكل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحو أو العزل أو الإطفاء أو النمنجة الايجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك. (العزّة، ٢٠٠٢: ٤٣)

هذا ويؤكد كلاً من (لقاسم وآخرون، ٢٠٠٢: ٩٢) على أن العلماء أصحاب هذا الاتجاه السلوكى توصلوا إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وشدة الدافعية لديه، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسان الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي كما ويرى أصحاب هذا الاتجاه السلوكى أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئية وليس للعمليات النفسية الداخلية كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي في علم النفس، لذلك فهو يهتم بالأغراض السلوكية ولا يهتم بما في اللاشعور أو في الأعمق الإنسانية من عقد أو غيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تكتسب وفقاً لقوانين محددة (قوانين التعلم أو الاشتراط).

وبالنسبة دور الوراثة يرى (العزّة، ٢٠٠٢: ٤٣) أن الوراثة تحدد أبعاد السلوك الإنساني، ولكن البيئة تترك آثارها الايجابية أو السلبية على الخصائص السلوكية عند الفرد، وبما أن السلوك من وجهة نظر هذا الاتجاه هو سلوك متعلم سواء كان سلوكاً شاداً أو سوياً، إلا أن عملية التعلم هذه تتحدد في ضوء خبرات الفرد وظروفه الحالية. والسلوك محكوم بنتائجـه بمعنى أنه يزداد إذا كانت المفرزات سلبية على الفرد و على الآخرين من حوله، وفي الإطار نفسه وتأكيداً على دور الوراثة في السلوك المتعلم يرى (Paull&Epanchin, 1999) أن السلوكيين يعتقدون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرث تركيبة بيولوجيا يساعدـه في عملية التفاعل التي تحدد السلوك كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادة و الصداقة... الخ تورث بل تنتـج

عن التفاعل ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلاً من ما هو؟ ومن الضروري فهم الطفل بدلاً من إطلاق التسميات (يحيى، ٢٠٠٠: ٤٠).

أما بالنسبة للأساليب الإرشادية والعلاجية التي يعتمد عليها الاتجاه السلوكي في تعديل السلوك الإنساني فهي تتتنوع ما بين التعزيز والانطفاء والتمييز والتشكيل وال التعاقد والنماذج و غيرها.

ويخلص (هران: ٢٠٠٢: ٣٣٦) الفرضيات التي ترتكز عليها النظرية السلوكية مكونة الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

١. معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب سواء كان السلوك سوياً أو مضطرب.
٢. السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متافق.
٣. السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.
٤. جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
٥. السلوك المتعلم يمكن تعديله.
٦. يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجات النفسية وقد تكون تعلمتها غير سوية يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً.
٧. وتضيف شوا (SHWA, 1978) أن محتوى النظرية السلوكية يتلخص بعبارة "السلوك محكم بتواضعه" وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديلاته.

ثالثاً: النظرية الفسيولوجية

يذكر (أسعد، ١٩٩٤: ٣٨) أن إميل كريبلان (Emil Krpelan) قد لعب دوراً حاسماً في تأكيد فكرة الأسباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام (١٩٦٣) والذي فيه أهمية مرض الدماغ في توليد المرض النفسي، وكذلك فقد وضع تصنيفاً للاضطرابات النفسية اتخذته التصنيفات الحديثة أساساً لها.

هذا ويشير كيرك (Kirk, 1981) إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي تؤدي إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في المجتمع، وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكاناً كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

كما ويرى هيور وأورلنسكي (Hewar & Orlansky) أن بعض المختصين يعتقدون أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل السلوكية، فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في اضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة جداً.

ويضيف هالان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى أن السلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجنسية والعصبية والبيوكيميائية، أو بأكثر من عامل فيها، وأن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه لذلك ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء اضطراب السلوك والانفعالي ونادراً ما يمكن إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي والاضطراب السلوكى والانفعالي (يحيى، ٢٠٠٠: ٦٤).

أما (العزة، ٢٠٠٢: ٤٤) فيشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفسيولوجي يرى أن الاضطراب السلوكى هو نتاج ومحصلة لخلل في وظائف أعضاء جسد الإنسان الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم وهذا مرتبط بعلم البيولوجيا الذي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور اضطراب السلوكى، كما أن لعمليات النمو والأيض (الممثل الغذائي) دور في ذلك وكذلك الحساسية للأدوية والأصياغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوى والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل لأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري وعدم وجود بيئة رحمية مناسبة لديها وتعرضها لمرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده التسمم الولادي ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة وتتناولها للحبوب للخدرة والتدخين وتتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسيرة وتعرضها لأشعة (X) وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامه مولودها كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات معينة عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه

لاضطرابات سلوكية وانفعالية، كما أن حرمان الطفل عاطفياً ومادياً يمكن اعتباره أحد الأسباب المؤدية إلى اضطرابات بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمه عن دم الأم.

رابعاً : النظرية البيئية

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ أن المشكلات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي تحدث نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به. وبالنسبة للبيئة المحيطة بالفرد يرى (جلال، ١٩٨٦ : ٨٥) أنه لا يقصد بالبيئة النطاق الجغرافي ولا المحلي ولا العالمي، وإنما المقصود بها ذلك النتاج الكلي لجميع المؤثرات التي تؤثر في الفرد من الحمل إلى الوفاة.

فيعرف خوري البيئة بأنها "جميع المؤثرات الاقتصادية، الجغرافية، الفكرية، السياسية، الخ... التي تؤثر في الفرد منذ بدء حياته و حتى مماته. (خوري، ١٩٩٦ : ١٠)

ويقول البيئيون إن حدوث اضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث اضطراب السلوكي لدى الطفل، فالنظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكيًا مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان والطبيعة والعالم، هذا ويرى شيرك (Sheak 1978) أن الطفل المضطرب سلوكيًا يحتاج لنمط معين من البيئات بحيث يتجه ويميل لممارسة حياته العامة بشكل طبيعي.

والاتجاه البيئي يميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع و لا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي و كنتيجة إذا كان هناك اضطراباً لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، فالنظام البيئي يقدم لنا نموذجاً يقول: لقد أساءت لي، وأنا سوف أسألك، هذا ويعرف هارنج وفليب (Haring & Philips) المضطرب سلوكيًا بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء أو المدرسين. (يحيى، ٢٠٠٠ : ٥٣)

ولقد شدد عدد كبير من علماء النفس والتربية على أهمية البيئة في حياة الفرد و حدوها العوامل التي تؤثر فيه وهي كالتالي:

أ_ العوامل الجغرافية

فالعوامل الجغرافية تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك، فمثلا سلوك أبناء الشواطئ، كما أن النضج والنمو ليس واحدا عند جميع الأطفال، فنمو الطفل في المناطق الحارة غيره في المناطق الباردة والمعتدلة، وهذا ما يؤكد عليه (راجح، ١٩٦٦) أنه إذا كان الطفل يعيش في أرض يحميه خوف الجماعة من الأخطار الخارجية كقمم الجبال، فإن مثل هذا الفرد سيخرج إلى الحياة مبتسما بروح المسالمة كما في قبائل إيش Ebish التي تسكن في غينيا وأما الآخر فإنه يتسم بروح التحدي والاعتماد على النفس والمبادئ أو الأنانية، والشدة كما في قبائل الاسكيمو التي تسكن شبه جزيرة غرين لاند. (خوري ١٩٩٦: ١٢)

ب_ العوامل الأسرية

تعتبر العوامل الأسرية من أكثر العوامل تأثيراً على الطفل ، فهي التي تلازمه لفترة طويلة من حياته وتؤثر في شخصيته ، فالإنسان عندما ينشأ ويتربى في كنف أسرة يتعلم عادتها، ولغتها وقيمها ، وهذا ما شدد عليه (جبل، ٢٠٠٠: ٥٢) حيث يعتبر أن الأسرة هي العامل الأول والأساسي في صنع سلوك الطفل بصبغته الاجتماعية لأن السنوات الأولى التي تتولاها الأسرة بالرعاية والعناية تؤثر تأثيراً بالغا في التوافق النفسي أو عدم التوافق النفسي، وكل ما يكتسبه الطفل في هذا الأسرة من خبرات مؤلمة والناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تبقى معه هذه الخبرات حتى يكبر وتؤدي به إلى اضطرابات في شخصيته، مما يكون عرضة للأمراض النفسية التي تبعده من حالة الأسواء .

أما (خوري، ١٩٩٦: ١٣) فيرى أن الطفل يتعلم في الأسرة الكثير من عقائده، ومخلوفه، وأفكاره التي تدل على التسامح أو الغضب، كما هي المكان الذي يتأثر به من جوها فيتأثر بها وتؤثر في مركزه الاقتصادي الاجتماعي.

من هنا ترى (يجيبي، ٢٠٠٠: ٥٥) أن سلوك الأطفال يعكس الاتجاهات والآراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم من خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالدين، والحرمان، والضغط من أجل الحصول على سلوكيات ناضجة جداً، وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة كلها بالتأكيد ستساهم في المشكلات السلوكية، هذا وقد أكدت الدراسات والبحوث أن الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات الحب والتقدير والاحترام والثقة في

النفس وفي الآخرين هي الأسرة التي تبني أشخاصاً أسواء، وذلك على العكس من الأسر التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات سلبية كالكراء والبغضاء والخوف وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجامحة والمضطربين اجتماعياً لسلوكياً والعصابيين والذهانيين. (حسين، 1986: 19)

جـ- العوامل المدرسية

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل، والتربية وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة، وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملاءه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علمياً وثقافة وتتمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ ومن هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوبة، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي (جبال، 2000 : 54)

من خلال العرض السابق يرى الباحث أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تحدث من وجهاً نظر الاتجاه البيئي نتيجة للتفاعل الذي يحدث ما بين الفرد والبيئة المحيطة به، فإذا كان هذا التفاعل إيجابياً ينبع عن ذلك سلوك سويًّا أما إذا كان هذا التفاعل سلبيًّا ينبع عن ذلك سلوكاً مضطربًا.

وهذا ما يؤكد عليه كلًّا من بل وزينشن (Paul & Espanchin, 1992) حيث يعتبرا أن من أساسيات النظرية البيئية أنه ليست هناك سلوك مضطرب بالوراثة ولكنه نتيجة عدم التوازن والتطابق بين الأفراد والمحظوظ البيئي، وعن طريق إحداث تغيرات في الفرد أو البيئة أو كليهما يمكن أن يعمل على تخفيض حدة الاضطراب، كما أن الاتجاه البيئي لا يعتبر الاضطراب السلوكى مرضياً للطفل، بل تنظر للنظام كمعيق، وحسب الاتجاه البيئي يجب أن يتم التركيز على عدم التوازن بين الفرد وب بيئته، والتصورات البيئية للاضطراب السلوكى والانفعالي لها جذور في الأنظمة المختلفة، ومن بين المنظرين لذلك المفهوم أخصائيون أنثربولوجيون عملوا على توضيح

العلاقة المتبادلة بين الأفراد وببيئتهم والطبيعة المتصلة بالانحراف، هذا ويتفق البيئون على أن السلوك ناتج عن التفاعل بين القوى الداخلية وظروف البيئة.
ويخلص كل من ستيفن وكولني (Steven & Conoley , 1984) الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية بالآتي:

أن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير والاضطراب ليس مرضًا يصاب به الطفل بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة والاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها (بحيى، 2000: 56).

خامساً : نظرية الذات لكارل روجرز

يقول كارل روجرز أن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ونقص احترام الذات، وأكثر ما يؤدي إلى الاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومها عن ذاتنا ويحدث التهديد تبعاً لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها الفرد الذي يوجه عملية الانتقادات للخبرات فإذا كان ونظام القيم الذي لدينا مأخذ عن الآخرين وليس نابعاً عن الأصلية فإننا نستمر في الضياع أو أننا لا نكون أصحاب ذاتنا، ينشأ الاضطراب النفسي من وجود شروط لأهمية توقف حائلة بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق (منسي ومنسي، ٢٠٠٤: ١٩٥).

من خلال العرض السابق لاتجاهات النظرية المختلفة (السلوكية - التحليلية - الفسيولوجية - البيئية - الإنسانية) المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن القول بأن أسباب هذه الاضطرابات متعددة ومتعددة، وبالتالي لا يمكن عزو الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى سبب بعينه وتجاهل الأسباب الأخرى، فيمكن أن تكون هذه المشكلات ناتجة تضافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً . فالعادات والسلوكيات الخاطئة والشاشة المتعلمة من المحيط الاجتماعي تلعب دوراً أساسياً في تشكيل السلوك المضطرب ، وكذلك العمليات النفسية الداخلية والعوامل النفسية البيولوجية الغريزية، والتعلم غير الملائم في المراحل الأولى من الطفولة ، كل ذلك يمكن أن يكون له بالغ الأثر في تشكيل السلوك المضطرب، وبالإضافة إلى ذلك لا يخفى على أحد ما للعوامل الفسيولوجية والمتمثلة في الوراثة ووظائف أعضاء الجسم من تأثير كبير في تشكيل

السلوك المضطرب، فعلى سبيل المثال أي خلل في أداء ووظيفة أي عضو من أعضاء جسم الإنسان، أو أي خلل في إفرازات الغدد والهرمونات، أو أي خلل أثناء تكوين الكروموسومات أو انقسامها، كل ذلك من شأنه أن يساعد في نشأة الاضطراب السلوكي . وأيضاً من الجدير ذكره أنه لا يمكن إغفال ما للعوامل البيئية المحيطة بالفرد من دور في تشكيل الاضطراب السلوكي، وذلك من خلال عملية الاتصال والتفاعل التي تتم ما بين الفرد وببيئته ، ومن أهم هذه العوامل البيئية العوامل الأسرية وكذلك العوامل المدرسية .

أساليب الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وبما أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن أن تضفي بآثارها السلبية على علاقة الطفل مع ذاته ومع البيئة من حوله فلا بد من العمل بشكل جاد على الوقاية منها فدراهم وقاية خير من قططار علاج، وبقدر ما تكون أساليب الوقاية يسيرة حيث تتركز في تقادي التعرض لأسباب ظهور تلك الاضطرابات، وفي هذا الجانب فيجدر الإشارة إلى جملة من الإجراءات الوقائية التي ينبغيأخذها في الاعتبار عند التفكير في إستراتيجية شاملة للوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومنها :-

١. التوعية: لا خلاف على أهمية جهود التوعية في الوقاية من الاضطرابات السلوكية كما هو الحال في شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأمراض الجسمية والثلوث، والأداب العامة، ومظاهر السلوك الحضاري رغم صعوبة التوعية بالاضطرابات السلوكية وما يتعلق بها .

٢. التنشئة الاجتماعية: تشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الاجتماعية فهي التي ينبغي أن تقدم للنشء القدوة الصالحة، سلوكاً مجدداً كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم ومعايير السلوك الاجتماعي المقبول وغير المقبول ، وتغرس في نفوسهم القيم الأصلية والصفات الحسنة وتحميهم من مواطن الزلل من خلال المراقبة والتوجيه المستمر، وما لا شك فيه أن تغيير تركيب الأسرة وضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التي تجعل الطفل أو المراهق يشعر بعدم الاطمئنان والاغتراب مما يولد لديه القلق والسلوك العدواني الذي يؤدي إلى الجنوح والانحراف والخروج عن المجتمع وتكون جماعات فرعية مضطربة .

٣. تقوية الوازع الديني: تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتتوافق مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وصحته والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية

التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع، وقد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن انتماء الشباب إلى الجماعات الدينية يساعده كثيراً على إزالة التوتر والقلق والإحباط لديهم . ومن البديهي أن الحديث عن تقوية الواقع الديني رغم عموميته كمطلوب أساسى فإنه أكثر وجوباً للحماية من بعض الاضطرابات السلوكية ذات الطابع الاجتماعي كالكب والسرقة والعدوان والقلق وغيرها ، كما يحميه من مثل هذه الاضطرابات فمثلاً فيما اكتسبه من تعاليم دينية صحيحة.

٤. استخدام نظام التربية والتعليم: يمكن توظيف نظام التربية والتعليم في الوقاية من الاضطرابات السلوكية فيما يتعلق بالمناهج والمقررات الدراسية، أو فيما يسمى بالأنشطة اللاصفية أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجزء من المقررات الدراسية . ويمكن الاستفادة من هذه النشاطات في تكوين ما يسمى بالجماعات المدرسية المختلفة التي تعمل على استيعاب طاقة التلاميذ في أنشطة مفيدة، وامتصاص السلوك العدوانى وخفض تشتيت الانتباه والحركة الزائدة، وتعليم الأمانة والصدق والالتزام، والانتماء، والتفاعل الإيجابي.

٥. البرامج الإرشادية كوسيلة دفاعية: رغم أن الإجراءات الدافعية السابقة تتصرف بالعمومية ويمكن توظيفها لصالح الوقاية من عدد كبير من الاضطرابات السلوكية، فإن البرامج الإرشادية ومجموعة أخرى من الإجراءات تعد أكثر ملائمة للاضطرابات السلوكية والانفعالية ذات الطابع الاجتماعي(يوسف، ٢٠٠٠ : ٣٥٢ - ٣٥٣)

خلاصة القول يرى الباحث أن الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية أمر ممكن وأن هناك العديد من الوسائل للنهوض بهذا الأمر ولكن يحتاج إلى مزيد من العناية والاهتمام من المتخصصين المعندين في فروع العلم المختلفة لعلم النفس والطب النفسي والطب وعلم الاجتماع وغيرهما .

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعتبر الاضطرابات السلوكية والانفعالية من أبرز المعوقات التي تواجه الأطفال، حيث تعتبر هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان باعتبارها مرحلة انتقالية حيث الاعتماد على الكبار وهذا ما أكد عليه العديد من علماء النفس والتربية، بأن مرحلة الطفولة هي فترة الاعتماد على الأهل ، وفيها يبذل الطفل طاقة غير عادية للتصرف حسب ردود أفعال الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة ، كما ويتصرف الطفل باستمرار ليكون محور اهتمام المحيطين به، هذا بالإضافة إلى التغيرات النمائية والنفسية والاجتماعية والثقافية المترابطة في هذه المرحلة، أضف إلى هذا أن عينة الدراسة هم من ذوي الاحتياجات الخاصة (الصم)، فكل ذلك كفيل أن ينتج عنها العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومن هنا يحاول الباحث إلقاء الضوء على ماهية هذه الاضطرابات، وأسبابها، والعوامل المؤثرة فيها، وتصنيفاتها، والاتجاهات المفسرة لها، وتعتمد الدراسة الحالية إلى الإبحار في ميدان هذه الاضطرابات انطلاقاً من أشكال أربعة متمثلة في اضطراب تشتت الانتباه والحركة الزائدة والسلوك العدواني والخوف والخجل، وللاطلاع أكثر على طبيعة تلك الأشكال فسيتمتناول كل منها بقدر من التفصيل، وذلك على النحو التالي:

أولاً : السلوك العدواني

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً مزعجاً في كثير من الأحيان. (يحيى، ٢٠٠٠: ١٨٥)

والسلوك العدواني لا يأخذ شكلاً واحداً أو ظهراً محدداً وإنما له أشكال ومظاهر كثيرة ومتعددة لذلك تعدت تعريفاته وتصنيفاته، ومن هنا حظي باهتمام كثير من المهتمين كعلماء النفس والتربية وغيرهم. ومن الجدير ذكره أن السلوك العدواني ظاهرة موجودة منذ القدم على هذه الأرض وخير دليل على ذلك سؤال الملائكة لله عن كيفية استخلاف ذرية آدم عليه السلام في هذه الأرض ويوجد فيهم من يفسد ويقتل ويسفك الدماء ويتسم بالعدوان، ويتمثل ذلك في قوله

تعالى وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيُسْفِكُ الدَّمَاءَ وَنَحْنُ نَسْبُحُ بِحَمْدِكَ وَنَقْدِسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ" (البقرة ، ٣٠)

تعريف السلوك العدواني

لقد تعددت تعاريف العداون تبعاً لتنوع الزوايا والمنظفات للباحثين، وتبعاً لتنوع مجالات علم النفس والتربية، هذا التعدد والاختلاف جعل من الضروري إلقاء الضوء على بعض التعريفات الخاصة بالعداون والتي ذكر منها:

تعريف بص (BUSS، ١٩٦١) السلوك العدواني هو أي سلوك يصدر عن الفرد لفظياً أو بدنياً أو مادياً، صريحاً أو ضمنياً أو مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي للشخص نفسه أو الآخرين. (دحلان، ٢٠٠٣: ١٧)

تعريف (العيسيوي: ١٩٩٩: ٣٦٢) حيث يرى العداون بأنه نزعة نحو الهجوم أو التهجم في مقابل الانسحاب أو المسلومة أو التفاهم ، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد.

ويعرفه (مخтар، ٢٠٠١، ٥٠: ٢٠٠) بأنه سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنوياً أو بدنياً صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق الأذى بدنياً أو مادياً أو نقصاً للشخص نفسه صاحب السلوك أو الآخرين.

تعريف (جاد وآخرون، ٢٠٠٢: ٢٣) أن السلوك العدواني هو عبارة عن مجموعة من التعريفات والسلوكيات التي يقوم بها الفرد والتي تسبب الأذى للفرد نفسه، أو الآخرين، أو للممتلكات العامة.

تعريف (أبو حطب، ٢٠٠٢: ٨) العداون هو كل قول أو فعل أو تقرير لفعل أو إشارة يقصد به إلحاق الأذى، أو الدمار بالآخرين، أو بذات الإنسان نفسه.

وتعرفه موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه كل فعل يتم بالعداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدم والتمدير نقىضاً للحياة، وأنه هجوم أو فعل موجه نحو شخص ما أو شيء ما، كما يعني الرغبة في الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم أو الاستخفاف بهم، أو السخرية منهم بغرض إزالة عقوبة بهم أو إظهار تفوق عليهم. (الحربي، ٢٠٠٣: ٢٢)

ويعرفه (الجبالي، ٢٠٠٩: ٧٦) بأنه عبارة عن سلوك ناجم عن تفاعل الطاقة الكامنة بداخل طفل المدرسة مع عوائق خارجية ضاغطة موجودة في بيئه الفرد بحيث تحد من تحقيق أهدافه، مما يؤدي إلى إيذاء الآخرين.

تعريف الباحث الإجرائي: "السلوك العدوانى عبارة عن إلحاق ضرر وأذى متعدد الأشكال منه المادي واللفظي، ويكون موجه نحو أشخاص، أو أشياء، أو نحو ممتلكات، أو نحو الذات . ووفق هذا السياق كان تعريف الباحث الإجرائي للسلوك العدوانى".

ومن خلال ما سبق عرضه من تعاريف للعدوان نجد أنها تركز على النقاط التالية:

١. أن العدوان سلوك مكتسب متعلم.
٢. أن العدوان يصدر من فرد أو جماعة.
٣. أن العدوان يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً.
٤. أن العدوان يمكن أن يكون مادياً أو معنوياً.
٥. أن العدوان يمكن أن يكون مباشراً أو غير مباشر
٦. أن العدوان يمكن أن يكون موجه للذات أو الآخرين.
٧. أن العدوان ناتج عن الإحباطات والصراعات بين الفرد وواقع المجتمع.

أسباب السلوك العدوانى:

عند الحديث عن تعريف السلوك العدوان يذكرنا أن هناك تعدد للتعریف و هذا التعدد ناتج عن تعدد وجهات النظر لهذا السلوك، ومن هذا المنطلق نجد أن تحديد أسباب السلوك العدوانى يختلف و يتعدد بناء على تعدد الآراء و المنشآت التربوية و النفسية و البيئية و البيولوجية التي يعتمد عليها كل باحث و عالم في تفسير السلوك العدوانى، ومن هذه الأسباب ما يلي:

١. عدم اكتمال النضج العقلى و الانفعالي لدى الأفراد، لذلك فإن السلوك العدوانى قد يأخذ في التضاؤل و الانطفاء كلما كبر الفرد.
٢. يعتمد بعض الآباء تعلم أبنائهم العدوان من أجل أن يدافعوا عن أنفسهم ضد الآخرين، أو ليكونوا بذلك السلوك مثل الرجال. كما أن الآباء من ذوي العلاقات النموذجية في التحكم والسيطرة ربما يسهمون في تربية عدوانية أطفالهم.

٣. فشل الطالب في الدراسة، أو فشل في كسب عطف المعلم ومحبته، مما يجعل الطفل والمرأة يعادي السلطة ممثلة في نظم المدرسة ودارتها ومعلميها.

٤. قد يرجع العداون إلى إحساس المرأة بـ عدم قبوله اجتماعياً، إما لعيوب ظاهر فيه، أو لقبح في منظره، أو لعدم توافقه اجتماعياً مع أقرانه وغيرهم، فيسلك هذا السلوك لكي يفرض ذاته ويُعادي المجتمع. (العقد، ٢٠٠١: ٢٠٢-٢٠٤)

٥. عندما العداون وسيلة يستخدمها الطفل لجذب الانتباه واستعراض قوته، وقد يكون تعبيراً عن الغيرة، وقد ينبع عن التوحد مع شخص عدواني يعايشه، أو مع الشخصيات الخرافية والعدوانية في الأفلام والمسلسلات.

٦. الازدحام في المدرسة والأماكن العشوائية والبيوت المزدحمة عاملًا مهمًا للعداون، وقد يعزى هذا إلى أنه في ظل التكدس الشديد للأفراد في مكان يصعب فيه إشباع الكثير من الحاجات الأساسية مثل: الحاجة للهدوء والاسترخاء والخصوصية، ومن ثم يصبح الفرد أكثر توتراً، ويصبح صدور الاستجابة العدوانية أكثر احتمالاً.

٧. تبني الفرد لبعض الأفكار اللاعقلانية المدمرة قد يبرر لديه القيام بالسلوك العدواني. (محمد، ٢٠٠٣: ٢٦١)

مع كل ما تقدم من أسباب وعوامل، وعلى الرغم من أن كل رائد نظرية تقريباً يوافق على أن العداون مقصود وليس هناك إجماع على أن هناك أهدافاً معينة يسعى العداون إلى تحقيقها، فقد يكون هدف السلوك العدواني الإكراه (الإجبار) حيث أكد كل من جيمس تدش وبيتدرسن (James Tedesch & Patterson) أن العداون في الغالب محاولة إكراه، فالمهاجمون يلحقون الأذى بضحاياهم لإجبارهم على أن يفعلون ما يريدون، وقد يكون هدفه السلطة والهيمنة، أو تكوين انطباع جيد عند الآخرين، أو ما يعرف بإدارة الانطباع ، فالعدوانيون يهتمون أساساً فيما يظنه الآخرون فيهم. (دحلان، ٢٠٠٠: ٤٦)

أشكال السلوك العدواني

يُتَّخِذُ السُّلُوكُ العُدوَانِيُّ أَشْكَالًاً وَصُورًاً مُتَعَدِّدَةً يُمْكِنُ عَرْضُهَا فِيمَا يَلِيْ :

أَوْ لَا : مِنْ حِيثِ الْأَسْلُوبِ

١. عداون لفظي، سلوك لفظي مباشر أو غير مباشر يستهدف إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين، بهدف استفزازهم أو السخرية منهم.

٢. عداون إشاري/رمزي، وفيه يمارس الفرد سلوكاً يرمز إلى احتقار الآخر، أو يقود إلى توجيه الانتباه إلى إهانة به، باستخدام الإشارات باليديو اللسان.. الخ.

٣. عداون_جسدي/مادي، وفيه تستخدم أشياء مادية لإلحاق أذى بدني بالآخر أو الذات.(أبورياح،٦٠٠٦:٣٦)

ثانياً: من حيث الهدف

١. عداون موجه نحو الذات، وقد يتخذ صوراً متعددة كلطم الوجه وضرب الرأس..الخ.

٢. عداون_موجه نحو الآخرين، وفيه يوجه العداون نحو الآخرين أو الأشياء وما يرمز لهم.

ثالثاً: من حيث حجم المصدر

١. عداون فردي، سلوك يتجه به الشخص إلى إيقاع الأذى بغيره من الأفراد أو الجماعات أو الأشياء.

٢. عداون جمعي، سلوك تمارسه جماعة ضد شخص أو أشياء أو ما يرمز لهم.

رابعاً: من حيث الطريقة

١. عداون مباشر، حيث يوجه إلى مصدر الإحباط أو نحو الموضوع الأصلي للمثير.

٢. عداون غير مباشر، ويوجه إلى أحد رموز الموضوع الأصلي، أو أي شيء تربطه صلة بالموضوع الأصلي.(الزغبي،١٠٠٢:٢٠١)

خامساً: من حيث الإيجاب والسلب

١. عداون إيجابي، ويهدف إلى الحماية من الهجوم الخارجي أو بغضه الاستقلال.

٢. عداون سلبي، ويؤدي دائماً إلى التدمير والخراب.

سادساً: من حيث مظهره

١. العداون العدائي، ويستخدمه الطفل انتقاماً من آخر أغضبه في موقف سابق.

٢. العداون الوسيلي، ويستخدمه الفرد كوسيلة للحصول على مأرب معينة.(قطامي،

(٩٨٩:١٥١)

سابعاً: المضايقة

تمثل المضايقة إحدى صور العداون وأشكاله المتعددة، والتي تؤدي في غالب الأحيان إلى شجار حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل آخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر. (الجبالي، ٢٠٠٩: ٨٣)

ثامناً: البلطجة والتمر

قد يوجه الطفل سلوكه العدوانى نحو شخص أو شيء آخر بهدف التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المعندي على المعندي عليه، ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذنين أو الملابس أو الفرص أو العض أو غير ذلك. (ملحم، ٢٠٠٢: ٢١٩)

أساليب التغلب على السلوك العدوانى:

توجد عدة أساليب فعالة لعلاج وضبط سلوك العداون عند الأطفال ومنها:

١. تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال

فالدراسات تظهر أن مزيج من التسيب في النظام والاتجاهات العدوانية لدى الآباء يمكن أن ينتج أطفال عداوينين جداً، وضعيفي الانضباط والأب المتسيب أو المسماح أكثر من اللازم هو ذاك الذي يستسلم للطفل ويستجيب للطفل ويدلل له ويعطيه كلّيّاً من الحرية، إما بسبب انصياعه للطفل أو إهماله والأب ذو الاتجاهات العدوانية لا يتقبل غالباً الطفل ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف أو الفهم أو التوضيح، كما أنه يميل إلى استخدام العقاب البدني الشديد وعندما يمارس الأب العدوانى سلطته فهو يقوم بذلك بطريقه غير مناسبة وغير متوقعة، واستمرار هذا المزيج من ضعف العطف الأبوي والعقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العداونية والتمرد و عدم تحمل المسؤولية لذى الطفل.

٢. الإقلال من التعرض للعنف المتألف

أظهرت الدراسات قوة التلفاز كأداة لتعلم العداونية عند الأطفال وتشير الدراسات الحديثة بأن أفلام التلفاز تؤثر على الأطفال من 8-9 سنوات وتخلق فيهم السلوك العدوانى في تلك السن،

وفي أواخر المراهقة كلما كانت الأفلام عنيفة كلما كانت العدوانية أكبر حتى بعد عشر سنوات من ذلك. (الشربيني، ٢٠٠١: ٥٢)

٣. تنمية الشعور بالسعادة

حيث تشير الدراسات إلى أن الناس الذين يمارسون اتجاهات إيجابية سعيدة يميلون أن يكونوا لطيفين نحو أنفسهم ونحو الآخرين بطرق متعددة، أما الأطفال الذين يعيشون في جو من النقد فأنهم يميلون أكثر إلى العدوان. (الزغبي، ٢٠٠١: ١١٦)

٤. أعط الطفل مجالاً للنشاط الجسمي وغيره من البدائل:

إذ أن من الضروري أن يعطي الأطفال فرصاً كثيرة للتدريب والتمرينات الرياضية بحيث يتم من خلالها تصريف الطاقة الزائدة والتوتر.

٥. تغيير البيئة:

يمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة ترتيب المكان الذي يعيش فيه الطفل سوءاً داخل الأسرة أو في المدرسة أو داخل حجرة الدراسة من حيث ترتيب المقاعد، مثلاً فكلما كان لدى الأطفال حيز مكاني أوسع للعب كلما قل احتمال العدوان لديهم، ولذا فإن اللعب الخارجي الذي يعطي فرصاً كثيرة للحركة من موقع لأخر أمر هام يساعد على التخفيف من حدة العدوانية كما أن للموسيقى تأثيراً ممهدًا على النزعات العدوانية. (بشناق، ٢٠٠١: ٢٣٤)

٦. تجنب الأطفال النزاعات الزوجية

الطفل يتعلم الكثير من السلوك الاجتماعي عن طريق الملاحظة والتقليد، ولهذا يجب على الأبوين التأكد من أن لا يجعلوا الأطفال يتعرضون إلى درجات عالية من الجدال والمشاجرات بينهما.

٧. تعزيز السلوك المرغوب

كثيراً ما نفترض نحن الراشدين أن سلوك الأطفال الطيب أمر مفروغ منه، وبالتالي لا تقوم بتعزيزه مع أن الخطوة الأولى في معالجة السلوك العدوانى هي تعزيز السلوك الجيد الصادر عن الطفل، ففي كل مرة يقوم الطفل فيها باللعب مع أحد أقرانه دون شجار أو صراخ يجب أن يمتدح من طرف الأب أو المعلم أو المرشد. (الخطيب، ١٩٩٨: ٣١٧)

٨. تعليم المهارات الاجتماعية

يتقاتل الأطفال لأنهم يفتقرن للمهارات الاجتماعية مثل التحدث بلطف مع الآخرين أو التعبير عن أنفسهم بدون إيذاء مشاعر الآخرين، لذلك يجب تعليمهم مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين.

٩. التجاهل المخطط

إن تشجيع السلوكيات الغير العدوانية يجب أن يكون مقروراً بتجاهل السلوكيات العدوانية، ولا تعطيها انتباهاً ولا توبخ أو تتعاقب ، لأنك إن فعلت ذلك فانك تعزز استمرار سلوكيات العداون، ويجب تقديم التأديب والتربية للأطفال أثناء العداون، ولكن ليس العقاب أو التوبيخ، وقدم التعاطف للطفل المعتمدي عليه. (العزة، ١٩٩٩: ٢٤٧)

١٠. اكتشاف الميول العدوانية

يمكن اكتشاف الميول العدوانية لدى الأطفال، إما بمحاذاتهم أثناء ممارسة النشاط الحر كاللعب أو الرسم، أو بالاستماع إلى قصصهم التلقائية دون استخدام مواجهات لها، أو عند استخدام صور تعرض عليهم كنوع من المثيرات التي يسقط الطفل عليه انفعاله. (بشناق، ٢٠٠١: ٢٣٣)

العدوان لدى الصم:

يذكر (زهران، ١٩٩٧: ٨٤) إلى أنه كثيراً ما أسيء فهم الشخص الأصم وباعتباره شخصية ذات قدرة عقلية منخفضة، وبالتالي يتعرض للإهمال ويصبح منطويًا وأنه لا ينتبه فإنه يعتبر غير خيالي وعنيف وعديني ومهمل، وهناك صفات شائعة للأصم من قبل المعلمين الذين يدرسونه منها انه كسول عقلياً وغير منتبه وشكاك وسولوي وغير صادق وعديني.

فإلاعقة لها جانبان مشتركان:

- الجانب الأول: نقص في مفهوم الذات مما يؤثر عليه، وقد يتسبب في انهيار الذات لديه، وليس هذا فحسب بل إن الأصم لا يختلف عن العاديين فقط وإنما يرى أنهم لا يفهمون معنى الإعاقة وأثره.

- الجانب الثاني: اختلال علاقته بأقرانه المعاقين الآخرين بسبب إعاقته فيكون سلوكه إما الانبطأء أو الخوف من الناس ومن الحياة والاسلام، وإنما التحدي والعدوان.

ويرى (الغانم، ١٩٩٠: ٦٧) أن الطفل يعاني من أمرين أساسين هما:

١. الصمم بحد ذاته الذي يحجب عنه بعض جوانب العالم الخارجي.
 ٢. موقف و استجابات البيئة من حوله كما يدركها هو على أنها تناصبه العداء ولا توفر له الظروف الملائمة أو تعامله معاملة خاصة من شفقة أو قسوة أو إهمال.
- و أنه عندما يزيد الإحباط تزداد الرغبة في السلوك العدواني و ازدياد هذه الرغبة يعني توجيه جزء من الطاقة النفسية لدى الفرد نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط. (عبد الغفار، ١٩٨٣: ١٦٤)
- وقد ذكر مختار حمزة (١٩٦٤) أن عدم الشعور بالأمن الذي ينتاب الأصم يرجع إلى المواقف الكثيرة التي يتعرض لها، أن كثيراً من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ناتجة عن عدم تقبل الآخرين المحظوظين به في بيته. (الحربي، ٢٠٠٣: ٦٢)

ثانياً: تشتت الانتباه والنشاط الزائد

كم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركة والنشاط والحيوية على نحو منقطع النظير، ولكن في سن المدرسة غالباً ما تتحول تلك النشاطات إلى سبب إزعاج لهم والمدرسین ولأداء الطفل المدرسي على حد سواء، فما يكون مقبولاً في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في أخرى، وهذا هو الحال في النشاط الزائد، والذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تودي بالطفل إلى هاوية قصور الانتباه وتدني التحصيل الدراسي، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سلوكية يمكن تهذيبها في أحسن الأحوال، أو اضطراباً سلوكياً يحتاج من الجهد والوقت الكثير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف، حيث يتميز بنقص مدى الانتباه والاندفاعة الزائدة وفرط الحركة، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعله موضع شكوى من الآخرين خصوصاً في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجة كافية من الانتباه لاستقبال المعلومة وفهمها وتتشتت أفكاره بسهولة ولا يمكن من إنهاء مهامه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنية، مع أنه لا يعني من نقص في مستوى الذكاء وهو بحاجة لإشراف مكثف لإنجاز واجباته وكثيراً ما يلجأ إلى أسلوب النداء العلني والحديث المستمر مع زملائه في الفصل ويحاول التحرك باستمرار ويسهل إخلاله بالنظام العام أو الخاص في المواقف المختلفة ويقطّع الآخرين ويقحم نفسه عليهم ولا يكف عن الحركة إلا عندما يشعر بالإعياء. (الخطيب، ٢٠٠٤: ٥٦٥ - ٥٦٦)

وإذا كان اضطراب تشتت الانتباه والحركة الزائدة يمثل مشكلة بالنسبة للأطفال العاديين والمحبيتين حولهم، فإنه يبدوا لدى الأطفال المعاقين سمعياً بشكل كبير، فهم يلحوظون لإصدار كل سلوك من شأنه أن يساهم في التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم، حيث الأطفال الصم لا يمكنون من استخدام اللغة الفظوية في عملية الاتصال مع المجتمع، وتعد الإشارات والحركات والتلميحات هي لغتهم ووسيلتهم الوحيدة لتحقيق ذلك، وقد أوضحت النتائج الوصفية الأولية لدراسة (وافي، ٢٠٠٦) أن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يتربع على عرش اضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم .

مفهوم تشتت الانتباه والنشاط الزائد

يعتبر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أحد أهم المشكلات السلوكية التي تظهر على الأطفال وتحرمهم الاستمتاع بطفولتهم لأنها تستنزف كثيراً من طاقاتهم الذهنية والبدنية وتعرضهم للنقد والعقاب على سلوكياتهم ويمتد الأثر السلبي لهذه الظاهرة إلى المحبيتين بهؤلاء الأطفال من زملائهم

واخوانهم ومعلميهم وأبائهم، وهو من الاضطرابات الشائعة الانتشار بين الأطفال حيث أنه ينتشر بنسب متفاوتة بينهم تصل من ٦٣٪ إلى ١٦٪ في البيئات المختلفة. (القطانى، ٢٠٠٥: ٨٣)

تعريف الاضطراب:

لاقت زمرة الأعراض السلوكية والتي تعرف الآن باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد **Attention Deficit Hyperactivity Disorde (ADHD)** بعض الاختلافات في تحديد مصطلح متافق عليه يعبر عن أعراض هذا الاضطراب ويرجع اختلاف الباحثين والعلماء في الاصطلاح على تسمية لهذا الاضطراب إلى الاختلاف في نظرة كلا منهم إلى طبيعة هذا الأعراض المكونة لهذا الاضطراب وأي منها أكثر بروزًا.

يعرفه (يوسف، وزكريا ٢٠٠٠: ٢١٨)، بأنه اضطراب سلوكي يتضح من خلال عدة مظاهر أهمها تشتت الانتباه والاندفاعة والحركة العشوائية المستمرة ويتربّ عليه سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل مع عدم تقبل الآخرين له ورفضهم لانفعاله وتصرفاته.

وترى (عجلان، وطنطاوى ١٩٩٥: ٦٥)، أن قصور الانتباه يشير إلى الاضطراب السلوكي الذي يعد النشاط المفرط وتشتت أو قصر فترة الانتباه والاندفاعة أهم مكوناته.

ويرى (الشخص، ١٩٨٤: ١٠٠) الطفل ذي النشاط الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه أو مدرسيه.

هذا ويعرفه (شيفر، وميلمان، ١٩٩٦: ٦) بأنه عجز في الانتباه مع حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول، ويظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فاعليته بأنها هادفة ومنتجة.

ويعرفه (علي، وبدر، ١٩٩٩: ٢٣) بأنه عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه والاحتفاظ به لفترة عند ممارسة النشاط مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة دون الماء أو الراحة مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق.

ويرى روس وروس (Ros and Ros) أن الطفل ذو النشاط الزائد هو الطفل الذي يكون مستوى نشاطه عاليًا في المواقف التي لا تتطلب ذلك غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك لديه القدرة على أن يصدر استجاباته بسرعة أكثر من الطفل العادي. (السمادونى، ١٩٩٠: ٩٣٦)

ويعرف شيفر (١٩٨٩) النشاط الزائد بأنه حركات جسميه تفوق الحد الطبيعي أو المقبول أنه متلازمة Syndrome مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعصبية^١. (الزغبي، ٢٠٠١: ١٩٦)

وأورد (عاكاشة، ٢٠٠٣: ٧٥٩) أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتشابك بين مفرط النشاط وقليل التهدیب مع عدم انتباھ شديد وفقدان القدرة على الاندماج، وتنتشر هذه الخصائص عبر مواقف عديدة وتكون ثابتة مع الوقت .

ويعرفه (القحطاني، ٢٠٠٥: ١٨) بأنه "عدم استطاعة الطفل تركيز انتباھه والاحتفاظ به فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار، والحركة الزائدة دون الماء أو الراحة مما يجعله مندفعاً^١ يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق "

من خلال ما سبق عرضه من تعريف لاضطراب " تشـتـت الـانتـباـھ والـحـرـکـة الـزـائـدـة " يجد الباحث أنها ترکز على النقاط التالية:

١. قلة مدى الانتباھ والتـركـیـز .
٢. فشـل الطـفـل فـي إـنـهـاء الـمـهـاـم الـتـي يـبـدـأـها .
٣. سهولة تشـتـت الأـفـڪـار لـدى الطـفـل المـضـطـرب .
٤. عدم إـجـادـة مـهـارـة الـاسـتـمـاع .
٥. صـعـوبـة كـبـيرـة فـي التـرـكـیـز عـلـى الـأـعـمـال الـتـي تـتـطلـب جـهـداً عـقـليـاً .

ويجمع الباحثون على أن تشـتـت الـانتـباـھ وـالـنـشـاط الـزـائـد لـھ خـصـائـص أـسـاسـيـة تمـيـزـه عـن الـاضـطـرـابـاتـ السـلـوكـيـةـ الـأـخـرىـ وـهـذـهـ الـخـصـائـصـ هـيـ:

- ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.
- تشـتـت الـانتـباـھ وـضـعـفـ التـرـكـیـز .
- الاندفـاعـيـة وـدـعـمـ الـقـدرـةـ عـلـى ضـبـطـ النـفـسـ . (الخـشـرمـيـ، ٢٠٠٤: ٢٢)

أـسـبـابـ اـضـطـرـابـ تـشـتـتـ الـانتـباـھـ وـالـنـشـاطـ الـزـائـدـ

تعددت أـسـبـابـ اـضـطـرـابـ تـشـتـتـ الـانتـباـھـ وـالـنـشـاطـ الـزـائـدـ فقد أـرـجـعـهـ الـبعـضـ إـلـىـ أـسـبـابـ عـصـبـيـةـ مثلـ الإـصـابـةـ فـيـ الـمـخـ أوـ إـلـىـ خـلـلـ وـظـيـفـيـ فـيـ الـجـهاـزـ عـصـبـيـ أوـ إـلـىـ حدـوثـ خـلـلـ فـيـ التـواـزنـ الـكـيـمـيـائـيـ لـلـدـمـاغـ أوـ أـنـهـ نـتـيـجـةـ إـلـىـ التـأـخـرـ فـيـ النـضـجـ عـصـبـيـ أوـ أـسـبـابـ نـفـسـيـةـ ،ـ كـمـ أـنـ

البعض أرجعها إلى أسباب وراثية أو أسباب بيئية مثل الضوضاء والتلوث البيئي أو نتيجة تناول أطعمة معينة، وسوف يتناول هنا هذه الأسباب بشيء من التفصيل.

أ- الأسباب العضوية

من الشائع أن نرى أن هناك سمات معينة يمكن أن يتوارثها الأبناء عن الآباء وأن هذه السمات يتتابع ظهورها في أفراد العائلة جيلاً بعد جيل، فمثلاً (لون العينين، لون الشعر، الطول، نسبة الذكاء) هي سمات وراثية، وكذلك يتوارث الأبناء بعض الأمزجة التي تنزع إلى الظهور في أجيال متعددة بمعنى أن هذه الأمزجة تكون وراثية، فترى مثلاً أطفال عصبي المزاج بينما ترى أطفال هادئين واضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو أحد الاضطرابات التي يمكن أن تنتقل عن طريق الوراثة. (الخطيب، ١٩٩٨: ٥٦)

ويرى السيد وبدر (السيد وبدر ، ١٩٩٩ : ١٤٠) أن العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذا الاضطراب وذلك بطريقه مباشرة من خلال نقل المورثات (الجينات) التي تحملها الخلية التنسالية لعوامل وراثية خاصة يتلف أو يضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه في المخ أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي بدورها إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ب- أسباب نفسية

إن تداخل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مع غيره من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى مثل (القلق، الاكتئاب، واضطراب السلوك) يدل على أن هناك أسباب نفسية كامنة وراء هذا الاضطراب ومن العوامل النفسية التي تكمن وراء هذا الاضطراب ما يلي :

١. القلق: وهو كثير الحدوث ويتدخل مع اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وهو ظاهر

عند الأطفال ذوي الاضطراب حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.

٢. وجود الطفل في مؤسسات إصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتواافقه

مع الآخرين والذي يكون غالباً أتكيفاً غير سوي.

٣. الرفض المستمر للطفل وأشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم

معنياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين.

٤. الإحباط الذي يتعرض له الطفل في التحصيل الدراسي حيث أن معظم الاضطراب يظهر عند من يتميزون بضعف الذكاء والذي يكون متلازمًا مع ضعف في التركيز وصعوبات تعليمية. (الزغبي، ٢٠٠١: ٢٧١)

٥. التعزيز قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته، ففي مرحلة ما قبل المدرسة، يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه.

٦. المزاج: قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة، وخاصة عندما يمتنع الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض.

٧. النمذجة: أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطاً يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريباً من الطفل الأكثر نشاطاً. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل، وقد يعملان على تعزيزه. (حيبي، ٢٠٠٠: ١٨٤)

جــ العوامل البيئية

يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي، مما يزيد احتمال الإصابة به، حيث تصل نسبة ارتباطها بـ(٦٦%) من الحالات فيؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب، ومن هذه العوامل:

١. الضوضاء:

تمثل الضوضاء الوجه الأكثر إزعاجاً لعلاقة الإنسان بالبيئة، حيث أن الصراع بين مثيرات الضوضاء المنبعثة من محیطنا، بما يحويه من مصانع ووسائل نقل ومكبرات صوت وازدحام السكان وبين الاحتفاظ بالتكوين العضوي والفردي للفرد متوازياً يؤدي إلى ما يسمى باستجابات التوتر التي تتزامن مع مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وتسلك الضوضاء طرقاً محددة فتنتقل على الأعصاب وتثيرها وتؤثر في الانفعالات والسلوك، وعن علاقة الضوضاء باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يرى (العيق، ٢٠٠٠: ١١٧) أن هناك دراسات عديدة أظهرت أن الضوضاء المرتفعة تؤدي إلى تشتت الانتباه وضعف التركيز وتشویش الذاكرة وتؤثر سلباً على الأداء العقلي والحركي للطفل ويرى أن معظم التفسيرات لتأثير الضوضاء على الانتباه تركز على خصائص الاستثناء والتشتت للضوضاء. (كمال، ٢٠٠٤: ١٢٥)

٢. الإضاءة:

التعرض للإضاءة العادمة (كالإضاءة المستخدمة في غرفة الصف) والإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز، قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا أو ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم، فينتج النشاط الزائد. (الخطيب، ١٩٩٣)

د- أسباب غذائية

من الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تناول بعض الأطعمة وخصوصاً الأطعمة التي تحتوي على مضافات الطعام مثل مكسبات اللون والطعم والمواد الحافظة أو الأطعمة التي تحتوي على سكريات أو الأطعمة التي تسبب الحساسية في الجسم، وقد بينت الدراسات أن مضافات الطعام تؤدي إلى بعض التأثيرات السلوكية لدى بعض الأطفال. ووجدت دراسات أخرى أن أكثر من ١٠ % من الأطفال ذوي الاضطراب يظهرون تحسناً في سلوكهم عندما يتم استبدال طعامهم بأطعمة خالية من الأصباغ وأنه عند إعادة هذه الأصباغ إلى طعامهم يصبح سلوكهم أسوأ (عدم استقرار، الغضب، مشاكل في النوم)، وهناك بعض الأطفال يعانون من الحساسية لبعض الأطعمة الطبيعية ويظهرون أعراضاً تتوافق مع أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مثل زيادة سرعة الغضب وزيادة السلوك السلبي. وقد لاحظ أطباء الحساسية أنه عندما تعالج الحساسية للأطعمة بحذف الأطعمة المؤذية فإن سلك الطفل يتحسن. وقد كشف ويندر (Wender، ١٩٨٦) في دراسته عن أن بعض المواد الكيميائية المضافة إلى الأغذية قد تسهم في إحداث اضطراب الانتباه مفرط النشاط وبين أن نسبة تتراوح ما بين (٣٠%-٥٥%) من الأطفال مفرطي النشاط قد تحسن سلوكياً عندما استبعدت هذه الإضافات من غذائهم. (العتيق، ٢٠٠٠: ١١٧)

هـ- الاضطراب سلوك متعلم:

يرى بعض الباحثين أن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو نوع من التكيف كما أنه سلوك متعلم ، ومن النظريات التي تبنت فكرة أن الاضطراب هو نوع من التكيف أي أنه التي نادى بها سيدنى زينتال (zentall) وقد اقترحت هذه النظرية أنه يوجد لكل كائن حي احتياج لمستوى مفضل من الإثارة وعندما لا يكون هذا المستوى من الإثارة موجوداً يحدث تغير في الانتباه والنشاط الزائد ، ويعمل هذا التغير كوظيفة للبحث عن مستوى أعلى للاستثارة بمعنى أن (تشتت

الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية) تكون بمثابة سلوك وظيفي يساعد الفرد للوصول إلى مستوى أعلى للاستثارة. حيث يتملكه شعور البحث عن نشاط ما أو مثير ما، ويمكن تطبيق هذه النظرية على الأطفال ذوي اضطراب تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد بفرض أن الطفل المضطرب يكون تحت حالة الاستثارة بسهولة أكثر من الطفل العادي ومن أجل ذلك يبدي شوقاً أكثر للبحث عن النشاط ويكون أكثر سهولة للالتفات للمثيرات المختلفة (مشتبه بالانتباه). (الجبالي، ٢٠٠٩: ١٨٦)

مظاهر وخصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد:

تعددت سمات ومظاهر اضطراب تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد إلا أن كثيراً من الدراسات ركزت على ثلاثة أبعاد رئيسية لهذا الاضطراب وهي تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية ، أما السمات والمظاهر الأخرى فهي مظاهر ثانوية ناتجة عن المظاهر الرئيسية، وسوف يتناول الباحث هذه السمات والمظاهر فيما يلي بشيء من التفصيل:

١. سمات الطفل الذي يعاني من تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد من بعض المشاكل الانتباهية مثل تشتبه الانتباه، وقصر مدى الانتباه وعدم الاحتفاظ بالانتباه. وقد ذكر (العامي، ١٩٩٣: ٩٨) أوجه كثيرة من خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتبه بالانتباه والنشاط الزائد الخاصة بتشتبه الانتباه منها أنه يفشل في إعطاء انتباه كامل إلى تفاصيل الموقف، يعمل أخطاء طائشة في العمل المدرسي، لديه صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهام أو أنشطة اللعب. غالباً ما يبدو أنه لا ينصلح عند الحديث إليه، لا يتبع التعليمات يفشل في إنهاء الأعمال المدرسية، لديه صعوبات في تنظيم الأنشطة والمهام. يتتجنب المهام التي تتطلب جهد عقلي مثل الأعمال المدرسية والأعمال المنزلية. يفقد أشياء ضرورية يحتاجها في المهام المدرسية (أقلامه وكتبه وأدواته المدرسية) سهولة تشتبه بالثيرات الغريبة، كثير النسيان.

ويرى (صبرة، ١٩٩٤: ١١٢) أن تشتبه بالانتباه يعتبر بعداً أو سمة من سمات اضطراب النشاط الزائد ويرى أن هذا البعد يتمثل في المظاهر السلوكية الآتية: يعني من صعوبة في التركيز، لا يستطيع كتابة ما ي ملي عليه، لا ينصلح لما يقال إليه، يفقد وينسى الأشياء المهمة، يترك بعض الكلمات أو الحروف عند القراءة أو الكتابة، يعني من ضعف في أداء الأعمال المدرسية.

وقد بينت دراسة (السمادوني، ١٩٩٠: ٢٥١) أن الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد يتميزون بوجود نقص في المهام الانتباهية السمعية والبصرية وأن أداء هؤلاء الأطفال ذوي الاضطراب يكون منخفضاً عن العاديين في تلك المهام وأن هذا العجز في الانتباه عند هؤلاء الأطفال يرجع إلى تركيز انتباهم للمثيرات التي ليست لها علاقة بالمهام.

٢. الاندفاعية

هي سلوك يتمثل في سرعة الاستجابة لمثيرات الموقف مع ارتكاب عدد كبير من الأخطاء، والاندفاعية هي أحد الأبعاد الرئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ويظهر ذلك من خلال الدراسات العديدة التي تناولت خصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، فقد اعتبر (الشخص، ١٩٨٤: ١٢١) الاندفاعية (عدم القدرة على ضبط النفس) أحد الأبعاد الأساسية في مقياسه عن الاضطراب وتمثل هذا البعد عنده في الصفات التالية: يندفع إلى السلوك دون حساب لما يترتب عليه من نتائج، إذا أعطي سؤالاً يندفع إلى الإجابة دون تفكير، إجابته تكون خاطئة، وغير مطيع.

كما أنه يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب الرياضية ويجب عن الأسئلة بدون استئذان أو في غير دورة، ويرى أن هناك مجموعة من المحددات تعتمد على الاندفاعية هي نقص المثابرة، تشتت الانتباه، نقص التنظيم، التسرع في اتخاذ القرار. (صبرة، ١٩٩٤: ١٢٩)

٣. ضعف تقدير الذات

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من الضعف في تقدير الذات والثقة بالنفس وينتج هذا الضعف في تقدير الذات من الإحباط والفشل الذي يتعرض له هذا الطفل في حياته المدرسية وفي البيت، فشعوره بأنه غير محظوظ من والديه ومعلميه وزملاءه والانتقادات الشديدة التي يتعرض لها ومعاملة أقرانه له في المدرسة حيث يستثنى من اللعب وقد يتعرض إلى اللوم الشديد من المعلم باستمرار ويحثه على الاجتهاد ويشعره أنه بمنتهى بغضبه وكذلك يجد أن أهله دائمًا يبدون خيبة أملهم فيه وغضبهم منه ويعبرون باستمرار عن انزعاجهم منه. وكذلك تفضيل أهله لأخوه ومقارنته بهم يشعره بأن أهله يكرهونه وعندما يرى الطفل أن كل من حوله ينظر إليه على أنه غبي وكسل وغريب وغير محظوظ وأنه فاشل في جميع المجالات فإن هذا يؤدي به إلى ذات

متهدمة ضعيفة وضعف شديد في الثقة بالنفس وشعور بالإحباط كل يؤدي إلى تدني تقدير الطفل لذاته، فتقدير الطفل لذاته ينبع من نظرة الناس إليه واستجابتهم إزائه. (الخشماني، ٢٠٠٤: ٥٤)

٤. ضعف العلاقة مع الآخرين

يعاني الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من سلبية في العلاقة الاجتماعية سواء مع أقرانهم أو إخوانهم أو آباءهم أو معلميهم ، فالسلوك غير السوي الذي يقوم به هؤلاء الأطفال يؤدي إلى ضعف علاقتهم بالآخرين بسبب اندفاعهم وحركتهم الزائدة وعدوانيتهم.

وقد اعتبر (صبره، ١٩٩٤: ١٢٨) أن ضعف العلاقة مع الآخرين هو من السمات الثانية للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، وبين التحليل العامل الذي أجراه في دراسته أن هذا العامل تشبع بمفردات مثل متحيز في أحکامه، يطرد من الفصل بسبب الشقاوة، متطفل يتدخل فيما لا يعنيه، عندما يغضب لا يستطيع ضبط نفسه ويتفوه بألفاظ نابية وهذه الصفات تجعل علاقة الطفل سلبية بالآخرين، وكذلك لا يهتم هؤلاء الأطفال بشعور الآخرين وأنهم يعانون من نقص في الشعور بالنتائج القريبة والبعيدة لسلوكهم، هؤلاء الأشخاص يسببون الذعر للأشخاص الذين يعيشون معهم أو يتعاملون معهم أو الذين يقومون برعايتهم أو معلميهم وهذا السلوكيات التي تميز هؤلاء الأطفال تؤدي إلى علاقة سالبة مع الآخرين وهذه العلاقة السالبة تؤدي إلى التباعد والنبذ من جانب المحيطين بهؤلاء الأطفال.

ويرى (الحامد ، ٢٠٠٢: ١٦) أنه بسبب اندفاعية الطفل المضطرب وتدخله يسبب له الخصومات مع أقرانه كما أن معارضته وعناده تفقد صفة الاجتماعية والاستمرار في الصداقة لذلك نراه سلبي في كسب صداقه الآخرين.

٥. العجز المعرفي

يعاني الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من العجز المعرفي نتيجة لتشتت انتباهم واندفاعيّتهم وعدم تركيزهم وهذا ينعكس على تفكيرهم وأسلوبهم في حل المشكلات ويؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي لديهم.

وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عجز في الوظائف التنفيذية والذاكرة العاملة وصعوبات في مهارات القراءة (النطق ، الفهم القرائي)، وجود تأثير سلبي

لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد على التحصيل الدراسي العلمي لهؤلاء الأطفال المصابين به، وبالتالي يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائهم المدرسي. (الحامد، ٢٠٠٢: ١٠٩) إلى وجود مشاكل أكاديمية عند الأطفال ذوي اضطراب (ADHD) وخاصة في القراءة والكتابة والحساب، وكذلك وجود عجز في الفهم الاستماعي عند الأطفال ذوي اضطراب وأنهم يتميزون بضعف الذاكرة العاملة اللفظية والمكانية ورأى أن هذا يؤثر على التحصيل الدراسي.

يرى الباحث من العرض السابق لسمات ومظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أن هذه المظاهر (السمات) عديدة ومتعددة، إلا أن معظم الدراسات اتفقت على ثلاثة أبعاد رئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هي (تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية).

كما يرى الباحث أن الدراسات التي تناولت مظاهر اضطراب (ADHD) مثل ضعف العلاقة بالآخرين والعجز المعرفي وضعف تقدير الذات قد اعتبرتها مظاهر ثانوية لاضطراب وأنها تأتي نتيجة للأعراض الجوهرية الرئيسية الثلاثة وإن السمات الفرعية تأتي كأعراض ثانوية لهذا الاضطراب.

علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد

إذا كانت أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تشمل جميع نواحي السلوك سواء كان سلوكاً اجتماعياً أو تعليمياً أو انفعالياً مما يؤثر على حياة الطفل الحالية والمستقبلية، لذلك فإنه يصبح لزاماً علينا البحث عن طرق علاجية للتخفيف من حدة أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أو إزالتها.

وفي الوقت الحاضر فإن علاج اضطرابات الانتباه علاج متعدد الأشكال ويعرف هذا النوع من العلاج بأنه تقييم منظم للأفراد من منظور متعدد الأبعاد فلابد وأن يقابل العلاج الحاجات الفردية لكل طفل ولكل أسرة، ويتضمن كذلك تقديم الخدمات خلال الموقف الإكلينيكي (مصطففي، ٢٠٠١: ٢٥٣). ولذا فسيتم التدخل العلاجي لاضطرابات الانتباه باستخدام عدة مداخل علاجية لهذا الاضطراب نذكر منها العلاج الطبيعي، والعلاج النفسي والعلاج الأسري والعلاج التربوي. وسوف نقدم عرضنا لكل منها فيما يلي:

١. العلاج الطبي

تستخدم العقاقير الطبية كمنبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة "الدكستروامفيستامين" ويعرف تجارياً باسم الدكسدرين ، و"المثيل فينيدان" ويعرف تجارياً باسم ريتالين ، وتؤدي هذه العقاقير إلى خفض حدة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط ، ويظهر ذلك من خلال قياسات الآباء والمعلمين والتحسين الأكاديمي الملحوظ ، ولكن نجد أن لهثاراًً جانبياً تمنع استخدامها على المدى البعيد حيث تعيق النمو الطبيعي للطول والوزن بالإضافة إلى إنها تؤدي إلى نقص في الوظائف المعرفية(محمود، ١٩٩٢: ٥٣) ، كما يصعب الحصول على هذه العقاقير المنشطة لوضعها ضمن جدول المخدرات ، كما إن من أثارها الجانبية اضطراب النوم ، وفقدان الشهية ، ونقص النمو ، والتواتر لذا يمكن استبدالها (العقاقير المنشطة) بمنبهات قشرة المخ الطبيعية مثل الشاي والقهوة لوجود مادة الكافيين فيها التي تنشط قشرة المخ وحتى لا ينظر الطفل إلى نفسه على أنه مريض ويعاطى علاج (حمودة ، ١٩٩٨ : ٢٠٧)

ولهذا لم يعد الاختيار الطبي هو الاختيار الأمثل للعلاج ، فعلماء النفس يفضلون تغيير السلوك باستخدام مبادئ التعلم المتكاملة لتنقيل احتمالات التشتت ويتم هذا من خلال تهيئة المهام التعليمية بطريقة تضمن استمرارية انتباه الطفل واهتمامه (محمود، ١٩٩٢: ٥٣)

٢. العلاج الغذائي

يعتمد التدخل الغذائي في علاج اضطرابات الانتباه على وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدى الأطفال ، فتناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات تزيد من الاضطراب. (على، وبدرة، ١٩٩٩: ٨٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية بمشكلات اضطرابات الانتباه، والتي حددتها (الخشماني، ٢٠٠٤ : ٧٩) في عدة أشياء منها: الصبغات المضافة على الأطعمة ، والposure للتلويث البيئي ، والكافيين الموجود في الشيكولاتة، والقهوة والمشروبات الغازية ، وبعض العصائر المسكرية ، والألوان الصناعية في الأطعمة والعصائر، ولذلك من الضروري أن يتتجنب الوالدين تناول أبنائهم لمثل هذه الأشياء مع التركيز على الواجبات الغذائية المتكاملة والمتوافقة والتي يتم إعدادها في المنزل.

٣. العلاج التربوي

يعاني الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه من بعض صعوبات التعلم والتي إما أن تكون سببًا أو نتيجة لهذا الاضطراب ، ولذا أكد كل من (علي، وبدرة، ١٩٩٩: ٨٨)، و(الخشمي، ٢٠٠٤: ٧٩)

على أهمية التدخل بالتدريس العلاجي و يتطلب ما يلي :

أ- أن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيدًا عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتبك الانتباه السمعي لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب.

ب- أن تكون حجرة الدراسة جيدة الإضاءة والتهوية وأناثها يريح الطفل في جلسته ليقلل من تململه وكثرة حركته البدنية.

ج- أن تخلو حجرة الدراسة من اللوحات التي تعلق على جدران الفصل وغيرها من الأشياء التي قد تؤدي إلى تشتيت الانتباه البصري لدى الطفل .

د- أن يتم التدريس لهذا الطفل بطريقة فردية عن طريق معلم متقمم طبيعية اضطراب الطفل وخصائصه ليقوم بتنوع المواقف التعليمية لمنع الممل وجعل الموقف التعليمي أكثر إثارة وتشويقًا .

هـ- ألا يكثر المعلم من نقد الطفل لأن ذلك يقابل بالعناد والسلوك العدواني ، بينما التفاعل الإيجابي يساعد على تكوين مفهوم إيجابي للذات ينعكس على التحصيل.

و- يتم تشكيل فريق عمل علاجي من المعلم، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي والزائرة الصحية وتزويدهم بالمعلومات عن طبيعة وماهية وأعراض وكيفية علاج هذا الاضطراب لمتابعة الطفل وأن يكون هذا الفريق على اتصال بأسرة هذا الطفل لإمدادهم بالمعلومات والإرشادات لمتابعة سلوك الطفل في البيئة المنزلية . واستخدم (الموافي، ١٩٩٥) أسلوبي التعاقد التبادلي، والتدريس الملطف لخفض النشاط الزائد لدى (٦٦) طفلًا تم اختيارهم من خلال قائمة تقدير المعلمة للنشاط الزائد ، ويتوزعهم على مجموعتين تجريبيتين، ومجموعة ضابطة أظهرت النتائج فاعلية كل من أسلوبي التعاقد التبادلي والتدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال ، وكذلك زيادة فاعلية أسلوب التدريس الملطف مقارنة بأسلوب التعاقد التبادلي.

٤. العلاج النفسي

يعد من أكثر أنواع العلاج فائدة خاصة على المدى البعيد، حيث إنه يسمح للطفل بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج يجعله يفهم الصعوبات التي يلاقيها الطفل ويحاول الوصول إلى حلول له (حمودة ، ١٩٩٨: ٢٠٧ ، و(مصطفى، ٢٠٠١: ٢٥٤) ولذا فلا بد أن يصاحب العلاج الطبي مساعدات نفسية لإعطاء الطفل مضطرب الانتباه والنشاط الزائد فرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له ، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد حتى يقلل من قلقه ومن ثم يجب أن يضع الوالدين والمعلمين نظاماً ممعيناً^١ للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل وأن يواجهوا الجوانب الطبيعية للنضج ويشبعوا الحاجات النفسية للأطفال لاكتساب القيم وتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكييف. (شقر ، ١٩٩٩: ٣٦) ومن أساليب العلاج النفسي ما يلي:

أ. العلاج السلوكي

يعتمد هذا العلاج على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف العلاج السلوكي إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكييف. (الحفني ، ١٩٩٤: ٩٣)

ولذا يرى السلوكيون أن اضطراب الانتباه ناتج عن أربعة عوامل هي الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه ، وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة ، ومواجهه الفرد مواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب ، وربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثاره الاستجابة. (شقر ، ١٩٩٩: ٣٧)

وغالباً^١ يستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرّب عليه ، وقد يكون التدعيم مادياً عن طريق النقود أو الحلوى وقد يكون معنوياً^١ بتقبيل الطفل أو مدعايته أو مدحه أو بعبارات شكر (علي، وبدر ، ١٩٩٩) ، كما يستخدم في العلاج السلوكي أساليب التدريب على التحكم في الذات وتنمية ملاحظة الطفل لنفسه وسلوكياته والتدريب على الاسترخاء وما إلى ذلك من وسائل الضبط الذاتي. (مصطفى ، ٢٠٠١: ٢٥٩)

فقد هدفت دارسة (القطانى، ٢٠٠٥) إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال المختلفين عقلياً^١ القابلين للتعلم ، وتوكونت العينة من (٨) أطفال

تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، وطبق عليهم قائمة تقدير اضطراب تشتهي الانتباه ومقياس النشاط الزائد ، ومقياس السلوك الانتباхи ، والبرنامج السلوكي التعزيز ي، والنذجة، والمناقشة، وأداء الأدوار ، والتلقين، وتكلفة الاستجابة، والاقتصاد الرمزي، وأظهرت النتائج وجود تحسن في أداء المجموعة التجريبية مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في خفض اضطرابات الانتباه.

ب. العلاج السلوكي المعرفي

العلاج المعرفي من الطرق الحديثة في علاج اضطرابات السلوكية والأمراض النفسية وهو يقوم على أساس من علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل (الإحساس، الإدراك، الذاكرة، اللغة، التفكير). ويركز العلاج المعرفي على العمليات العقلية حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لهذا الحادث، وعلى سبيل المثال فإن الأفراد يعيشون مأساة نفسية (حزن نفسي) عندما يدركون موقفاً ما على أنه مهدد لمصالحهم الحيوية، وفي مثل هذه الحالات فإن إدراكاتهم وتفسيراتهم للأحداث تعتبر ذات انتقائية عالية ومتمركزة حول الذات ومتشددة ولها ينتج تصور وظيفي في النشاط المعرفي المعتمد وتكون هناك قدرة منخفضة على إغلاق أو وقف التفكير الخاص والتركيز والاسترجاع والتعليق كما لو أن الوظائف التصحيحية التي تسمح باختبار الواقع وتصحيح التصورات العامة يعتريها الوهن (الشناوي، ١٩٩٦: ٤١٢)

ويستخدم العلاج المعرفي التدخل المعرفي في إحداث تغيير في التفكير والشعور والسلوك ، إنه يهتم بكٌّ من البيئة الخارجية والعمليات الداخلية عند الفرد وفي العلاج المعرفي يكون المعالج إما مرشدًا أو مشخصًا أو معلمًا. وكمرشد يعمل المعالج على تزويد الطفل بأفكار يعمل الطفل على تجربتها وتساعده هذه الأفكار أثناء خبراته وترتقي بمستواه في حل المشكلات، وكمشخص يقوم المعالج بجمع بيانات متعددة ويدمجها لتحديد ما هو أفضل للطفل على أساس أوضاعه الحالية، وكمعلم يشترك مع الطفل للتأثير عليه للتفكير في نفسه ويبني فيه قوة الشخصية ويكسبه مهارات معرفية ومهارات ضبط سلوكه. كما أن العلاج المعرفي يعمل على تغيير السلوك وتقييم النتائج على أساس هذا التغيير ويدمج إجراءات التغيير في الإدراك مع التعامل مع السلوك الطارئ ويتم تصميم الخبرة التعليمية لتعمل على علاج العجز في العمليات المعرفية. (القحطان ، ٢٠٠٥ ، ٥٦)

ومن الأساليب المعرفية المستخدمة "التعلم بالنمذجة" وذلك من خلال نماذج سلوكية تقدم للطفل في صورة تمثيلية، وقد بينت نتائج العديد من الدراسات تأثير التعلم بالنمذجة في خفض أعراض اضطراب (ADHD) منها دراسة قام بها (أبو مصطفى والنجار، ٢٠٠٢: ١١٩) أثر برنامج علاجي يعتمد على فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد عند الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم، وقد بينت نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائية^١ في درجات الأطفال قبل الانظام في البرنامج العلاجي وبعده في مقياس النشاط الزائد المستخدم.

٥. العلاج باللعب

اللعب هو النشاط الذي يطغى على المرحلة السنية للطفل في طفولته المبكرة فيكون له تأثير ملحوظ عليه من الناحية النفسية، ويعتبر العلاج باللعب أحد الأساليب المهمة في تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال المضطربين نفسياً حيث يعمل اللعب على التفيس الانفعالي أو تتفيس الطاقة الزائدة وتعليم السلوك المرغوب. وقد وجدت دراسة قامت بها (عبد الحافظ، ٢٠٠٢) فروق دالة إحصائية^١ بين متوسطات درجات النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد إجراء التجربة مما يدل على اثر العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد عند الأطفال.

(القطاناني، ٢٠٠٥: ٨٦)

٦. العلاج الأسري

إن التفاعلات الأسرية ونظرية الأسرة للطفل وموقفها منه تعد من أهم الأسباب لمعاناة الأطفال من اضطرابات الانتباه ولذا يهدف العلاج النفسي للأسرة لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها وتهيئة الصراعات القائمة بينهم أو علاج بعض أفرادها علاجًّا نفسياً^١ فإذا لزم الأمر ، كما يلزم إعادة ترتيب الجو المنزلي بحيث لا يكون مثيراً^١ أو مغلقاً^١ ومفاصحاً^١ لأن الطفل يحتاج إلى هدوء ونظام مع ضرورة توجيه الوالدين إلى عدم استخدام العقاقير كعلاجٍ وحيد لأي اضطراب في سلوك أبنائهم. (حمودة، ١٩٩٨: ٢٠٩)

القلق النفسي

مقدمة:

بعد الشعور بالقلق أمراً طبيعياً إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه، ولكن قد ينتاب الفرد قلقاً دون سبب محدد يتملك كيانه ويشل أدائه وتفكيره، مما يشكل لديه اضطراباً "يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في أي مجتمع، والبعض يقول إن الحضارة الحديثة مسؤولة عن كثرة حالات الإصابة به" وهو أساس لكل الاختلالات الشخصية واضطرابات السلوك (كمال، ٢٠٠٥: ٥٤)

ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالماضي، حيث الطفولة بأحداثها، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالحاضر كضغطه ومشكلاته، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل وتغيراته المتلاحقة التي تفوق قدراتنا على التنبؤ، ومن ثم التهديد والاستعداد، وعندما يقلق الإنسان يتوتر ويود لو أنه استطاع أن يصرخ ويبكي طلما استحال عليه أن يزيل هذا القلق، أو يخفضه. (الكبير، ٢٠٠٢: ٥٣).

والقلق مفهوم رئيسي في علم النفس المرضي والطبيب النفسي يعرف أنه العرض الرئيسي الدال على الاضطراب العصبي، وهو متغير أساسي في كثير من البحوث والدراسات التي أجريت من قبل علماء النفس التجريبي وأصحاب نظريات التعلم، ومع ذلك فإن التراث السيكولوجي زاخر بمجموعة كبيرة من المصطلحات مختلفة الإشارة إلى مفهوم القلق ذاته. (محمد، ٢٠٠٤: ٢٤٢)

مفهوم القلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل، ولكن عاكasha يقول بأنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي، يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد." (عاشا، ٢٠٠٣: ١٣٤).

والقلق بصفة عامة: خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، غالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية، مثل ارتفاع ضربات القلب، الغثيان، عدم القدرة على النوم، وقد تصاحب القلق توتر عضلي وارتفاع في النشاط الحركي، عدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة. (بلان، ٢٠٠٩: ٢١)

ولقد عرفته (بخش، ٤:٢٠٠) بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف.

لكن يعرفه (محمد، ٢٠٠٤) كخبرة ذاتية يتميز بها مشاعر الخوف من شر مرتفع، والشك والعجز والمشاعر التي تتعلق بخطر خارجي حقيقي، بالإضافة إلى الوعي الذاتي لعديد من المتغيرات الفسيولوجية، تتضمن هذه التغيرات توترًا متزايدًا في العضلات الخارجية في الهيكل العظمي كالتنيس أو التصلب والارتعاش والوهن، ونقلب الصوت، وعدم استقراره.

وتعرفه(البشر،١٨:٢٠٠٥) كحالة: عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديدا في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي، وتتوتر عضلاته، ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد.

ويضيفا كلا من (شحادة والنجار، ٢٠٠٣: ٢٣٩) ويعرفانه بأنه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل.

ويعرفه (موسى، ٢٠٠٠: ٤٩) بأنه حالة من الخوف الدائم غير معروف السبب والحدود، يؤدي إلى حدوث استجابات سلوكية وفسيولوجية تؤثر في النشاط العام للفرد.

واعتبره (كافي، ١٩٩٠: ٣٤٢) القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية وهو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو تلقى إهانة أو أحبط مساعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد، ويمتد في نشأته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها أثناء التنشئة الاجتماعية.

ويذكر (زهان، ١٩٩٥: ٤٧٨) بأنه مركب انتعالي من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر والتوتر والانقباض .

ويتمثل في رأي كل من (شيفر وميلمان، ١٩٨٩: ١١٣) حالة من الشعور بعدم الارتباط والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والأطفال الذين يعانون منه في الغالب أقل شعبية ومرؤوناً بداع بين أقرانهم، وهم أكثر قابلية للإيحاء والتردد والحدق والجمود والفقر النسبي لمفهوم الذات، ويعتمدون على الراشدين اعتماداً زائداً ولا يعبرون عن غضبهم من الآخرين بحرية،

ويؤدي في الغالب إلى حلقة مفرغة حيث يزداد مستوى التوتر واحتمالات إنكار الحقائق غير المريحة، وفي فترة المراهقة وتؤدي مشكلات الهوية إلى كثير منه .

ويعرف الباحث القلق إجرائيا بأنه: حالة توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطر غير محدد يقف المرء أمامها جازًّا عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسمية ونفسية.

أسباب القلق:

١. الاستعداد النفسي: كالشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.
٢. مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والحضارية الحديثة.
٣. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثلالية وعدم تحقيق الذات.
٤. التعرض للخبرات الحادة (عاطفيًا - تربوياً - اقتصادياً) كذلك الخبرات الجنسية الصادمة، خاصة في الطفولة والمراهقة.
٥. الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين أو المعلمين أو الأقارب وخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة.
٦. ربط بعض العلماء، ومنهم (فرويد) بين القلق و إعاقة الليبido، من الإشباع الجنسي الطبيعي وجود عقدة أوديب أو عقدة الكترا وعقدة الإلخماء غير المحلولة.
٧. الاستعداد الوراثي: وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية فلقد أثبتت دراسات التوائم المتشابهة عن مشابهة الجهاز العصبي اللاإرادي، واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥% من آباء و إخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض، وقد وجد (سليتير وشيلدز) ١٩٦٦، ١٩٦٢ أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٥% وأن حوالي ١٥% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة، فوصلت إلى ٤% فقط، أما سمات القلق فظهرت في ١٣% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا هاما في الاستعداد للمرض، وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال، والقلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأجمعه. (محمد، ٤:٢٠٠٤)

وقد وجد (عكاشة، ٢٠٠٣، ١٣٨٧:٢٠٠) أن حوالي ٢٠% من جميع المرضى المترددين في عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية، وتبيّن في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار أمراض القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى ١٤-٨%， وللسن تأثير على القلق، حيث يزيد مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك مع ضموره في المراهقة.

وما أشد تأثير القلق على سلوك الأطفال الصم، فالتهديدات التي تحيط بهم لقصور اتصالهم مع العالم من حولهم كثيرة ومتعددة، حيث يمكن أن يشكل انفصالهم الجزئي عن العالم واتصالهم المنقوص بالبيئة حافزاً شديداً لظهور هذا الاضطراب لديهم، سواء كان من الشدة بمكان ليصبح اضطراباً أو يهدد لحظات من حياتهم ليتمكنوا بعدها من استعادة نشاطهم ودافعيتهم لمقاومته.

أعراض القلق النفسي:

أما أعراضه عند (آدم، ٢٠٠٣: ٢٩٣) فضمت كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور الطفل بالخطر من تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة . وسنفصل في هذه الأعراض على النحو التالي:

أ- أعراض القلق بشكل عام: يعرف القلق بأن تكون أعراضه سائدة، وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرعب، ويكون مصحوباً بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات، مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق، الارتعاش واضطرابات المعدة، والشعور بالافتقار لمزيد من الهواء في الرئتين وآلام في الصدر (محمد، ٤: ٢٠٠٢).

وأعراض القلق النفسي بشكل عام التوتر العام، والقلق على الصحة والعمل، وعدم الاستقرار والخوف، حيث يكون الفرد خائفاً، ولكنه لا يعرف مصدر الخوف، ويكون متوقعاً لحدوث شيء ما دون أن يعرف ما هو هذا شيء، هذا إلى جانب الشك والتردد والاكتئاب، والضيق وترقب المستقبل، بالإضافة إلى توهם المرض، وبطبيعة الحال فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور قدرة

الفرد على الإنجاز والعمل، كما تؤثر على توافقه الاجتماعي و المهني والأسري. (بخش، ٤٠٠٢:٦١)

بـ- الأعراض النفسية للقلق:

الخوف والتوتر والتهيج العصبي، وعدم القدرة على التركيز، فقد الشهية للطعام، وشرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة والمهدئة(عكاشه، ٣٠٠٢:٤٤).

جـ- الأعراض السريرية للقلق:

١. الخوف الهائم المبهم الذي لا مصدر له ولا مبرر ولا تفسير له.

٢. صداع وتوتر غالباً ما يكن موضع الصداع مؤخرة الرأس، وقد يصحب ذلك شعور الفرد بالدوار وعدم التوازن، ويدعى هذا الصداع Tension Headache

٣. الفرد القلق حساس جداً أو يهيج بسرعة و لأنفه الأسباب، وربما ينفعه جداً من الأصوات والضوضاء والأضواء الساطعة.

٤. الخوف من الجنون خاصةً عندما تكون حالة المريض مصحوبة بأعراض العصاب الцеفي.

٥. ضعف عام في الجسم، وشعور بضيق بالصدر، وزيادة في عدد مرات التنفس وعمقه مع شعور بالاختناق.

٦. صعوبة في التركيز أو فترات نسيان يتواهم المريض أنها بداية الخرف.

٧. ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في عدد ضربات القلب.

٨. الزيادة في عدد مرات التبول أو إفراز السكر في البول، ولعل ذلك يفسر علاقة التبول السكري بالحالات النفسية

٩. اضطراب في النوم يمتاز بصعوبة في النوم في ساعات الليل الأولى، وتنخل النوم أحلام مزعجة.

١٠. تييس في الفم والبلعوم مع صعوبة في البلع وتعسر الهضم.

وفي الحقيقة أن للقلق مجموعة من الأعراض الفسيولوجية التي تميزه، وتدفعنا للاستدلال عليه من خلال هذه الأعراض التي يمكننا ملاحظتها عند الكشف على المريض، وهذه الأعراض لا تحدث جميعها في وقت واحد، كما وأنها إذا وجدت فإنها لا تكون لدرجة واحدة، أي أن الاختلاف ليس

في المنحى ولكنه في الدرجة التي تعتمد على نوع الموضع وشدة البعث على القلق (أبو الخير، ٢٠٠١: ٧٦).

د- الأعراض الجسمية للقلق:

تصبب العرق وارتعاش اليدين، وارتفاع ضغط الدم وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، والدوار و الغثيان، والقيء وزيادة عدد مرات الإخراج، فقد الشهية وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق، واضطراب التنفس ونوبات التهجد والشعور بالضيق في الصدر، والتعب والصداع المستمر والأزمات العصبية مثل مص الأصابع، وهز الكتفين... الخ (بخش، ٤: ٢٠٠١٧).

أنواع القلق:

حدد (بان ٩: ٢٠٠٩)، ثلاثة أنواع للقلق كال التالي :

١. القلق المطلوب: ليس كل قلق يعتبر سيء، بل هناك قلق طبيعي، فالإنسان لا بد لأن يكون قلقاً من سقوطه من أعلى مبني أو مرتفع، أو المشي في شارع تجوبه السيارات السريعة، أو من قبول العمل عند الله... فهذا القلق طبيعي.
٢. القلق المقبول: هناك قلق يعتري جميع الناس من الحروب أو القلق على صديق مسافر أو ولد مريض ، فهذا مقبول ما لم يصل حد التأثير المستمر على دورة الحياة.
٣. القلق المرفوض: هو الهم على الحاضر، والخوف الدائم على المستقبل، فهذا إذا طغى أصبح مرفوضاً، ومنه الوساوس المستمرة في عقل الإنسان.

وهناك أنواع أخرى للقلق نذكرها كالتالي :

١. القلق الظاهر: يقصد به بصورة أساسية وجود علاقات فسيولوجية مميزة مع وجود سلوك التجنب والتقاديم، كذلك أنه القلق الذي يمكن للأخرين إدراكه.
٢. القلق الخفي الكامل: وهو القلق غير الفعال أو غير القائم بالفعل، ولكن إذا قوبل بالقلق الظاهر فإنه يحمل دلالات القلق، أي أن عملي، وقائم بالفعل، ولكن إذا قوبل بالقلق انفعالاً وإلا أنه من المستحيل بالنسبة له أن يكون فعالاً وقائماً بالفعل، ولا يمكن أن يرى أو يجرب.

٣. القلق الوعي والقلق غير الوعي: حيث يصنف الإكلينيكيون القلق غالباً على إنه واع أو غير واع، ويتركز اهتمام واضعي هذين المصطلحين في الجانب الذاتي من مظاهر القلق، ويترافق الوعي بمعناه مع القدرة على التعبير عن الشيء الوصفي، ووصفه بالألفاظ، وبناءً عليه فإن القلق الوعي يثير القلق غير الوعي للاستجابة الفسيولوجية أو السلوكية، إداهماً أو كليهماً المميزة له في غياب التقدير الذاتي.

٤. القلق الحاد: يحدث في القلق الحاد نوبات فجائية في الأعراض الحادة التي تسيطر على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة تبعث فيه حالة من الرعب المرضي، يقولون أنه أكثر إيلاماً من أية حالة جسمانية حادة.

٥. القلق المزمن: يحتوي على أعراض أقل حدة، وقد يكون الشكلان من المعوقات مما يجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب (محمد: ٢٠٠٤: ٢٤٣).

العوامل الهامة التي تحسن مصير المرض الآتي:

١. تاريخ عائلي سوي، مع اختفاء العصبية في العائلة.
٢. شخصية متكاملة ثابتة وسوية قبل المرض.
٣. عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي.
٤. حدة بدء المرض، أي أن الأعراض بدأت فجأة.
٥. ذكاء فوق المتوسط.

العوامل التي تسيء لمصير المرض فهي:

١. تاريخ عائلي واضح للمصاب، مع شخصية عصبية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية.
٢. زحف المرض ببطء على المريض.
٣. طول مدة المرض، فكلما زادت مدة الأعراض قل الأمل في الشفاء.
٤. بعض الأعراض الإكلينيكية مثل توهם العلل البدنية، واحتلال الآنية، والأعراض القهيرية المتعددة، وأعراض الھستيريا الانشقاقية، وحالات المخاوف المرضية الشديدة (عكاشة: ٢٠٠٣: ١٤٨).

علاج القلق:

يتوزع علاج حالات القلق كما هو الحال في علاج الأمراض النفسية، وسنوردها بشكل بسيط كال التالي:

١. العلاج النفسي:

لقد اتفق علماء الصحة النفسية على حقيقة هامة في العلاج النفسي وهي أن الطريق غير المباشر في العلاج أفضل بكثير من الطريق المباشر، سواء قام أحد بمهمة العلاج أم قام الشخص نفسه بعلاج نفسه، فإن الطريق المباشر والمفضل إلى العلاج الناجح وال سريع هو الطريق غير المباشر (محمد، ٤٠٠:٢٥١).

أما عاكasha فقد كان له رأي مخالف حيث يتم إتباع العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير، والتشجيع، والإيحاء، والتوجيه، والاستماع إلى صراعات المريض، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الجهد والمال، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة التي يتطلب علاجها التضحيه بالوقت والمال (عاشاشه، ٣٠٠:٤٩).

٢. الإرشاد النفسي:

ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد الزوجي وحل مشكلات المريض وتعليميه كيف يحلها وبهاجمها دون الهرب منها. (زهران، ١٩٩٧:٤٨٨)

٣. العلاج الاجتماعي:

بعد دراسة حالة المريض وظروفه الحياتية المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت، و يمكن تلافي تلك المصادر بتغيير الوضع الأسري والمحيط الاجتماعي، أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يسيء إلى صفاء وطمأنة المريض. (أبو الخير، ٢٠٠١:٧٧)

٤. العلاج الجشتالطي:

ويركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواقعية بذاته وبيئته، باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنون مثل فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض على مقعد وأمامه مقعد خال يتخيّل جلوس شخص آخر عليه، ويبداً في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك فنية الاسترخاء، والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد، وغير ذلك من الفنون المختلفة. (داود وآخرون، ١٩٩٢:٢٩١)

٥. الإعادة الحيوية:

وهي محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والخشوية عن طريق أجهزة الكترونية خاصة، تجعله يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب، أو يقاس ضغط الدم، بل ويرى المؤشر أمامه منبئاً بحالته المرضية، ومن خلال الإبصار والسمع، يستطيع شعورياً الوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء. (عكاشه، ٢٠٠٣: ١٥١)

الاكتئاب

مقدمة:

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة لحياة الإنسان، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والدُّر (مما يدل على سلامة بناءه النفسي) ، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطاً كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلازمته إلى حد كبير وفي أسوأ الأحوال مرضًا لا ينفك عنه بسهولة فيودي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضًا لأضطرابات انفعالية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول غالبية الناس بالمراهقين، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئاً مما يتعلق به.

ولأهمية وأثره على سلوك الأطفال وجد بين هذه الأبعاد، وذلك محاولة للكشف عن مدى ظهوره لدى الأطفال الصم ، وخاصة في ظل الضغوط والصراعات المحيطة بهم، وما إن كان ذا أثر فعلي على توافهم الأسري أم لا، وستتناول هذه الزاوية عرضاً لبعض ما تناوله الباحثين عنه ؛ لوضع تصور ميسر له ولجوانبه المختلفة ..

مفهوم الاكتئاب

يعرفه (مراد، ٢٠٠٤ : ٥) بأنه حالة من الحزن والهم ينسحب معها الفرح والسرور تدريجياً وبصيغة الفكر حالة من البلادة والسكون ويقل النشاط والحيوية ويبعد الإنسان عن المجتمع والناس .

وفي نفس الاتجاه أشار (الخطيب، ٢٠٠٤ : ٥٧٤) إلى أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي ؛ لتراكم العديد من الأضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته وإحساسه بالعجز والتشاؤم .

وعرفه (ملحم، 2001: 234) بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشائم، غالباً ما يشعر بالذنب والعار كما يقلل شخص من ذاته.

ويقول (العيسي، 1990: 149) أنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة.

ويشير (محمد، 2005: 146) أن الاكتئاب مرض نفسي يصيب الشخصية وهو حالة نفسية لها تعبيراتها الخارجية المتعددة التي يضمنها العبوس، فإلى جانب ارتسام علامات الحزن والأسى على حياة المكتئب فإنه يرفض العالم الخارجي ولا يستطيع أن يتعامل بنجاح مع الآخرين.

ويعرف دسوقي الاكتئاب علي أنه: "اتجاه انفعالي ينطوي على شعور متطرف بعدم الكفاية وفقدان الأمل، يصبحه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي، وتكرر واعتمام وتشاؤم من المستقبل ، والحط من قدر النفس، وتوهمات وعدم كفاية وفقدان للأمل ويشعر الفرد أيضا بالتعب وفقدان الطاقة بانعدام القيمة، وينقصان القدرة على التفكير أو التركيز"(البشر، ٢٠٠٥: ٤٠٥). في حين أوضح (ثابت، ١٩٩٨: ٥٢) أنه عبارة عن اضطرابات تتميز بنقص مستمر في الوجдан وانعدام الشعور بالفرح واللذة في الحياة .

ويؤكد (زهران، 1997: 514) أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

أما الباحث فيرى أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي الذي يكون مرتبط بخبرة ذاتيه وجданية والتي تظهر على الإنسان المريض بصورة أعراض سلوكية وانفعالية وفسيولوجية من انكسار النفس والكآبة والشعور بالذنب والقلق.

الاكتئاب عند الأطفال

واكتئاب الأطفال Anactitic Depression في رأي (العيسي، ٢٠٠٠: ٦٢) نوع من الاكتئاب العصبي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع والتأييد العاطفي. وبالنسبة لأعراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى إن من يعاني من خمس من أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) اعتير مكتئباً وهي تغير في المزاج العام

للأسوأ، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، قلة النشاط والحركة، نقص أو زيادة واضحة للوزن، اضطراب النوم، الهياج أو الهدوء النفسي والحركي، الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل، الإحساس بالسوء وعدم الراحة والقلق وزيادة الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك، قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة توالياً وتكرار التفكير في الموت .

هذا وأكد "شعان" على أنه يظهر عند الأطفال بصورة فقدان للشهية أو الرفض للطعام والقيء والإمساك مما يضعف مقاومتهم للأمراض ويجعلهم عرضة للإصابة بالعضوية منها أو النفس جسمية، أما نفسياً فيؤدي إلى فقدان الرغبة في التعامل مع الآخرين والاهتمام بالبيئة، الحزن والبكاء. (باطة، ١٩٩٩ : ١١)

ويرى (آدم، ٢٠٠٣ : ٢٩٤) بأنه عبارة عن مجموعة من السلوكيات تتضمن الشعور بالملل والمخاوف، والتي تترجم عن شعور الطفل بفقد ما إما لإصابة جسمية، أو فقد أحد مصادر الحب، وما علاجه إلا بإزالة أسبابه.

وُعرف (الشوريجي، ٢٠٠٣ : ١٣٥) الاكتئاب النفسي للطفل بأنه " يحدث نتيجة للأحداث المؤلمة بحزن أكبر مما يستجيب لها الطفل العادي لمثل هذه المواقف، كما أنه يفشل في التخلص من أحزانه في فترة زمنية معقولة، وقد الطفل لشخص عزيز أو المهر أو فقد الشعور بالحب والأمن والانتماء والترابط الأسري، ونبذ الطفل دائماً كلها أحداث تعجل بحدوث الاكتئاب النفسي لدى الأطفال ، فيمكن أن نلمسه من خلال شعورهم بأنهم يحسون بوعكة صحية بدون أسباب أو أعراض مرضية واضحة".

ويشير (الزعبي، ١٩٩٤ : ٨٤) أن الاكتئاب عند الأطفال هو "يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسام والعزلة ، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنا وبالآخر وقلة الحيلة وانخفاض الحماس والهمة ".

تصنيف الاكتئاب (أنواعه):

يمكن للاكتئاب أن يتخذ أشكالاً عدّة، وما يميّز هذه الأشكال عن بعضها هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها ، فضلاً عن مدة العوارض وقوتها.

إلا أنه لا يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب فهي تتشارك في العديد من الخصائص نفسها ويحتمل أيضاً أن تعاني من أكثر من نوع واحد من اضطراب المزاج، ويصعب في الوقت الراهن الاتفاق على نظام تصنيف موحد لاضطرابات الاكتئابية وإن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسية العامة .

وبسبب كثرة وتعدد أنواع الاكتئاب إلى الحد الذي لا يستطيع الفرد أن يلم بها مجتمعة في قالب واحد ولكنها تتفق في كونها تجعل المصاب بعيداً عن الواقع ، وتقوده إلى لا شيء .

لقد شرّت جمعية الطب العقلي الأمريكي تصنيفها التشخيصي والإحصائي لاضطرابات العقلية أو الدليل الإحصائي التشخيصي لاضطرابات العقلية(DSM4) وقد أشار هذا التصنيف الثالث والأخير لهذه الجمعية إلى ثلاثة أنواع من الاكتئاب هي:

١. الاضطراب الهوسى.
٢. الاضطراب الاكتئابى. (يطلق عليهما اسم الاكتئاب وحيد القطب)
٣. الاكتئاب الثنائي القطب. (بشرى:٢٠٠٣:٢٧)

أما عن أنواع الاكتئاب بشكل عام فهي كالتالي:

١. **الاكتئاب الخفيف:** وهو أخف أنواع الاكتئاب.

٢. **الاكتئاب البسيط:** وهو أبسط صور الاكتئاب كما يقول (زهران، ١٩٩٧: ٥١٤) ويعلق (محمد، ٢٠٠٤: ١٤٦) على ذلك بقوله إنه في هذه الحالة لا يوجد إلا شعور خفيف نسبياً من الحزن والمناخolia ومن التأثر في النشاط العقلي، هذه الحالات تشخيص أحياناً خطأ على أنها حالات عصبية، وذلك بسبب وجود عدم الرعاية النفسية فيما يختص بإشباع حاجاته الأولية، مثل الأكل والإخراج والنوم ولا يظهر الهذيان والهلاوس، وإنما تظهر الميول الانتحارية، وفي معظم حالات الاكتئاب البسيط يكون المريض راضياً وسعيراً في بقائه وحيداً بعيداً عن الناس.

٣. **الاكتئاب الحاد (السود)** هو أشد صور الاكتئاب.

٤. **الاكتئاب النكوصي أو الانتكاسي** فهو مرض عقلي يحدث في النصف الأخير من حياة الفرد، ويعتقد أن له أسباب تكوينية أو استعدادية أي وراثية، ويطلع عليه أحياناً اسم (اكتئاب سن اليأس).

٥. **الاكتئاب الهائج** حيث يوجد فيه مشاعر الحزن والمانحوليا، ولكن لا توجد فيه إعاقة حركية نفسية للمريض، فالمريض يمتاز بالنشاط القوي، فيمكن أن يجري أماماً وخلف، ويقفز ويتأرجح بشدة وعنف (محمد، 2004: 148).

أنواع الاكتئاب عند الأطفال:

١- **الاكتئاب الحاد:** وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت في السابقة أو بعضها بصورة مفاجئة نتيجة حادث طارئ كفقدان عزيز مثلاً، ويتميز الطفل قبل الورق في مثل هذا النوع من الاكتئاب بأنه مشهور بنشاطه وعلاقاته الطبيعية.

٢- **الاكتئاب المزمن:** وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت سابقاً أو بعضها، ويكون الطفل معروفاً عنه التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثة أو أزمة نفسية ويتوافق وجود حالات الاكتئاب في عائلة هذا النوع من الأطفال.

٣- **الاكتئاب المقفع :** لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والنشاط الزائد وأفعال تدل على ميل عدوانية.

(الشرييني، ١٩٩٤: ١٧١)

من خلال العرض السابق لأنواع الاكتئاب يتضح أن مشكلة هذه التصنيفات ليست ثابتة أو قاطعة فليس هناك اتفاق بين العلماء على أي تصنيف منها، وحيث أن الاكتئاب النفسي مثل معظم أنواع الاضطراب العقلي يتدرج من حالة السواء إلى حالات المرض العقلي الذي يتطلب علاجاً لذلك تتعدد تصنفياته وتعدّدت.

(جدول 1)

يوضح الفروق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهني كما أشار إليها (زهران، 1997: 520).

الاكتئاب الذهني	الاكتئاب العصبي
عميق الجذور.	غير عميق الجذور.
يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح.	لا يصاحبه جمود انفعالي تام.
الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية.	الاتصال بالواقع موجود.
التقييم الذاتي يميّزه تحفير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص، والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلحته وعدم نفعه.	التقييم الذاتي سلبي.
درجة النكوص السلوكية شديدة وخطيرة.	درجة النكوص عادلة.
بطء وھبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية.	النشاط العقلي بطيء نسبياً.
توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيات الخطيئة وأفكار الانعدام.	لا يوجد فيه أوهام أو هلاوس أو أفكار الانعدام.
فكرة الانتحار تراود بعض المريض ولكن ليس عن نية صادقة.	فكرة الانتحار تراود المريض ولكن ليس عن نية صادقة.
المريض لا يسعى للعلاج.	المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج.
علاجه في مستشفى الأمراض النفسية.	علاجه في العيادة النفسية.

أما علماء الصحة العقلية فيميزون بين نوعين من الاكتئاب هما:

- الاكتئاب الداخلي.
- الاكتئاب الخارجي (العي Sovi، 1990: 151).

(جدول 2)

يوضح الفروق بين الاكتئاب السيكولوجي والاكتئاب الفسيولوجي كما أشار إليها (عكاشه، 1980:212)

اكتئاب فسيولوجي	اكتئاب سيكولوجي	الظواهر
1) الأسباب		
حياناً	دائماً	الإجهاد البيئي
حياناً	حياناً	الإجهاد الجسمي
2) الشخصية		
حياناً	غالباً	صفات عاجزة غير سوية
3) التغيرات السيكولوجية		
غالباً	ائماً.	الشعور بالاكتئاب
غالباً	غالباً	الهبوط النفسي
غالباً	غالبة	الضلالات
4) التغيرات الفسيولوجية		
غالباً	في النوبات الشديدة	الجهاز العصبي الالإرادي
غالباً	غالبة	الغدد الصماء
5) اضطرابات الهيروثلاموس		
غالباً	غائب	الأرق واليقظة المبكرة
غالباً	غائبة	فقد الشهية

غالباً	غائب	فقد الوزن
غالباً	غائبة	ضعف الطاقة الجنسية
غالباً	غائب	سوا صباحاً

أسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف في تقسيم أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرین والباحثین، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة. كما أن هناك عدة أسباب تداخل معاً لظهور الاكتئاب:

١. العوامل الوراثية (الجينات):

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيأة وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جداً حيث وجد أن هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العائلات، حيث أن الدراسات التي أجريت على التوأم أحادي البوصلة، وجد أن إصابة أحد التوائم بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر إلى 70% ويكون عرضة للإصابة بالاكتئاب، ومنها: الروح الانهزامية، الاعتمادية على الغير، المتأثرون بالمتغيرات الخارجية، والشخصيات التي لها دائماً نظرة تشاؤمية للأمور.

٢. العوامل البيئية:

مثل التنشئة الاجتماعية، وكثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي، كذلك كثرة العرض للضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة، وهي من أهم المؤديات للاكتئاب. (عبد الوهاب، 2001: 45)

٣. عوامل نفسية ومنها:

- أ. الصراعات اللاشعورية.
- ب. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ت. الخبرات الصامدة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- ث. التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والسلط والإهمال... الخ).
- ج. عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المثالى.

ح. سوء التوافق (زهان، 1997: 515-516).

أعراض الاكتئاب:

١. **أعراض عامة:** هناك أعراض عامة كثيرة ولكن سنذكر منها:
الوجه الحزين، وبطء الكلام، ومزاج منخفض، ومشاعر فقدان الأمل، الشعور الوعي بالذنب،
وانشغال البال بالجسم، أوضاع الانحناء (العيسيوي، 1990: 156).

٢. **الأعراض النفسية:** وهي كثيرة ولكن سنذكر منها:
البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه،
وانحراف المزاج وتقبله، والانكفاء النرجسي على الذات، عدم ضبط النفس وضعف الثقة
بالنفس، والقلق والتوتر والأرق، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزal والصمت والسكوت
والشروع (زهان، 1997: 516).

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج
وزيادة الحساسية، وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي، والهروب والعلاقات
السطحية المؤقتة. (الشرييني، 1993: 170)

الأعراض الخاصة بالإكتئاب عند الأطفال

من النادر أن نجد مظاهر اكتئاب للأطفال في الفئة العمرية ٦-١٢ عاماً تختلف عن تلك التي
تظهر عند الكبار ، ولقد اتضح أن الأطفال يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية ، حتى وإن
كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق ، فإنه لا يمكن غض البصر عنها ، لأنها تعطينا مؤشرات
لاعتلالات في الصحة النفسية متوقعة مستقبلاً. (بكري، ٩٠٢: ٨٢)

وتتلخص أعراض الاكتئاب عند الأطفال في خمسة جوانب هي: رفض الطفل للمدرسة وأعراض
نفسية فيزيولوجية، والعدوانية ، مشكلات في التعلم ونقص في النشاط أو زيادته. ومن المهم جداً
ملاحظة الإباء والأمهات الطفل إذا كان الطفل مكتئب أم لا، والحقيقة أن علي الوالدين تقديم
الملاحظات للطبيب ، المؤهل للتشخيص ويمكن للوالدين أن يستعرضوا الأوجه الخمسة التالية:

١- **المشاكل:** الحزن والفراغ ، واليأس وتأنيب الضمير وعدم الجدوى وعدم القيمة وعدم
الاستمتاع بالأمور اليومية التي طالما كانت ممتعة .

٢ - التفكير: ويشمل التركيز واتخاذ القرار وإنهاء الواجبات المدرسية والمحافظة على المستوى الدراسي من تدهوره.

٣ - الشكاوى الجسدية: الصداع، وألم البطن ، والألم المفاصل والظهر، والإرهاق، واضطراب النوم، تغير الوزن بالزيادة والنقصان.

٤ - السلوك الاضطراب وعدم الرغبة بالذهاب إلى المدرسة والرغبة في الانزواء وصعوبة في التعامل مع الآخرين والتأخر عن الحصص والتخلّي عن الرياضة والنشاطات والهوايات ، واستعمال مؤشرات عقلية.

٥ - خطورة الانتحار: هل يتحدث الطفل عن الموت والانتحار؟ وهل يتتساعل في ما إذا كان ذلك محظياً؟ وهل يتتساعل عن ردة فعل الأهل فيما لو أقدم على ذلك. (سرحان، وآخرون، ٢٠٠٣:٨٩)

ما آل الأكتئاب

يشفي معظم المرضى في فترة تتراوح بين شهرين وأربعة شهور، ويحتاج المريض أثناء هذه المدة للعلاج النفسي، والتشجيع، والمطمئنات، حتى يمر خلال الفترة الحرجة، ويلعب الزمن دوره القوي في نسيان الصدمة المسببة للمرض. (عكاشه، ١٩٨٠: ١١٤)

علاج الأكتئاب

لحسن الحظ أن الاكتئاب النفسي من الأمراض التي يمكن علاجها، وتقييد الدراسات الحديثة أن أغلبية المرضى ٩٠-٨٠٪ من الذين يواصلون ويواطرون على العلاج الموصوف لهم يتم شفائهم بسبة عالية، ومن المهم أن نلاحظ أن الاكتئاب مرض نفسي، والذي يحتاج إلى علاج دوائي لتعويض الخلل الكيميائي الذي يحدث بالمخ. (الشرييني، ١٩٩٣: ١٧٢)

وفيما يلي أهم معالم عالم علاج الأكتئاب:

١. العلاج النفسي: وخاصة العلاج التدعيمي، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة، والتخلص من الشعور بالذنب، والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز إيجابيات الشخصية

والمساندة العاطفية والتشجيع، وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض، وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل (هران، 1997: 518).

٢. العلاج الطبي: وذلك يكون من خلال إعطاء المكتتب عقاقير دوائية مضادة للاكتئاب وهي:

أ. مضادات الاكتئاب ثلاثة حلقات.

ب. مضادات الاكتئاب المؤثرة في مادة السيروتونين.

ت. مضادات الاكتئاب المضادة لأنزيم المونوامين.

ولكن تجدر الإشارة هنا إلى أنه لا يجوز تناول العقار دون استشارة الطبيب، لما قد يؤديه ذلك من أعراض جانبية، وتعارض من احتياج المريض، ولذا يجب استشارة طبيب نفسي في الحالة حتى يتسعى له الوقوف على الأعراض، ومدى تأثيرها على حياة المريض، مع وصف العقار المناسب للفترة المناسبة بالجرعة المطلوبة. (ثابت، 1998: 119)

٣. لا يوجد علاج بالجلسات الكهربائية لما لها من مضاعفات سلبية على حالة المريض.

(عكاشه، 1980: 144)

إذا كان الطفل مصاباً بالاكتئاب فقد حددت أساليب للتغلب على الاكتئاب كالتالي:

الحماية للأطفال من الوقع فريسة للحزن والعجز، عن طريق تخطيط مناشط، وإشراكهم في جماعات للعب أو الرحلات أو النوادي.

٢. عدم تركيز الأهل على سلبيات الطفل ونقط ضعفه.

٣. إذا كان الطفل تحت سن المدرسة فلا يحتاج الأمر إلى أكثر من علاج الوالدين أو علاج الطفل عن طريقهما.

٤. للعلاج الجماعي فائدة بحيث يشرك الإخوة والأخوات والوالدين.

٥. ثبت صلاحية العلاج الدوائي مع حالات كثيرة من المكتتبين وبدون أعراض جانبية شريطة أن يحل بدون وجود نفس الظروف المقدمة لحالة الطفل. (الشرييني، 1994: 172)

أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

بالرغم من حداثة الاهتمام بالاضطرابات السلوكية والانفعالية حيث سلطت الأضواء عليها في السنوات الأخيرة إلا أنه قد تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية، وذلك وفقاً للاتجاهات النظرية المتعددة في تفسير وفهم أسباب السلوك المشكّل، وتعدد المعايير التي تحدد السلوك السوي واللاسوبي واحتلافها، وبالرغم من تعدد هذه الأساليب إلا أنه لا يمكن الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الأساليب التي يمكن إتباعها هي :

١. الأسلوب السلوكي

ويعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه واللاسوبي يمكن تعديله ومحوه وإعادة تشكيله. ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العزيز الإيجابي والسلبي، تشكيل السلوك، خفض الحاسبة التدريجي، النمذجة، الإطفاء، التصحيح الزائد. (العيسي، ١٩٩٩: ٢٢٥)

٢. الأسلوب السيكودنيمي : (قوى النفسية)

ويستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد من بعده ومن الأساليب التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التبصير، التداعي الحر، تحليل وتفسير الأحلام، الطرح والطرح المضاد (المقاومة والتحويل).

٣. الأسلوب النفسي تربوي

ويعتمد هذا الأسلوب على الإجراءات التربوية والنفسية في التعامل مع الاضطراب السلوكي، ويركز على الأساليب التربوية الأبوية والأسرية والمدرسية وقد يشمل الإرشاد الأسري لذوي الاضطرابات السلوكية . ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريسهم ومناهجهم وتعليمهم بهدف تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية لهم ، والتي يقوم بتقديمها المرشد النفسي أو اخصاصي التربية الخاصة أو الطبيب النفسي أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة الاجتماعية. (القرطي، ١٩٩٨: ٥٢)

٤. الأسلوب البيئي

يستند هذا الأسلوب على الاتجاه البيئي، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دوراً أساسياً في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة وتفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابياً كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية والعكس صحيح لذلك يرى المختصون أن العلاج البيئي يقوم بدراسة جميع المؤثرات البيئية التي قد تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة ومنفصلة ومشهود لها في تحسين سلوكيات وانفعالات الطفل المضطربة. (العز، ٢٠٠٢: ٢٠٠)

٥. العلاج المعرفي

وهنا يقوم المعالج بالتعرف على الأفكار التي تسببت في ظهور الاضطراب ومدىوعي الطفل بها والعمل على تقويم تلك الأفكار ومساعدته في التخلص من مشاعر الإحباط والنقص أو الصراع الناجمة عنها، ويستند إلى نظرته عن ذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه. (وافي، ٢٠٠٦: ٤٥)

٦. العلاج الديني

وما أروع أن تستند جميع أساليب العلاج إلى مبدأ ترسیخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعاً للتغلب على كل ما يمكن أن يعترى النفس من ألم، وشعور بالنقص أو الحرمان والهم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم، وتوثيق نظام الحقوق والواجبات لكل فرد في المجتمع.

فقد جاء الإسلام لتقويم سلوك الأطفال وتربيتهم بما يحسن نفوسهم من كل ما يمكن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق، فتراه يرضي بالقضاء والقدر ويشكر الله جل شأنه على كل حال وتكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضا والصبر والرغبة في الأجر والثواب من الله تعالى، فيضحي متوافقاً مع نفسه وأسرته ومتاغماً مع مجتمعه، مراقباً سلوكه .

المبحث الثاني

التوافق الأسري

تعريف عملية التوافق.

خصائص عملية التوافق.

أبعاد عملية التوافق.

النظريات المفسرة للتوافق.

مفهوم وطبيعة التوافق الأسري.

تعريف التوافق الأسري.

مجالات التوافق الأسري.

ظواهر التوافق الأسري.

العوامل المؤثرة على التوافق الأسري.

العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري.

مقدمة:

بعد مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية المهمة في علم النفس و الصحة النفسية خاصة إلى الحد الذي جعل علماء النفس و الصحة النفسية يتذكرونها موضوعا لهم، فالتوافق من أهم متطلبات النمو ، والحياة كلها عبارة عن عملية تواافق؛ فالإنسان كثيرا ما يقابلها مواقف عديدة لابد أن يواجهها و يتافق معها؛ ليوفق فيها بين رغباته و رغبات الآخرين، و هذا ما أكدته الدسوقي(٢٨:١٩٧٤) حيث اعتبر علم النفس بكل فروعه ما هو إلا دراسة لعملية التوافق فقد عرفه بأنه: "علم دراسة توافق الفرد أو عدم توافقه على متطلبات مواقف حياته التي تمليها عليه طبيعته الإنسانية الشخصية في استجابتها للموقف". كما يرى أن الحياة بكل مجالاتها التي تقع عندها علم النفس يمكن النظر إليها على أنها مسألة توافق أو عدم توافق.

و يشير (حسونة، ٢٠٠٢، ١٥) إلى أنه نتيجة لتعدد مصطلح التوافق أصبح معناه يتوقف على الموقف الذي يستخدم فيه، فقد يأتي هذا المصطلح بمعنى قبول الأشياء التي لا تستطيع السيطرة عليها، وقد يأتي بمعنى الاتفاق مع الأغلبية في الأفعال أو الأفكار، أو بمعنى التوافق بين الرغبات، أو بمعنى توافق الأفكار مع الأفعال.

و لقد اتفق كثير من المفكرين و الباحثين على أن التوافق هو قدرة الفرد على تحمل موجات متكررة من العنف مع ارتفاع مستوى القلق و الصراع الداخلي لديه، ومحاولته إشباع حاجاته النفسية و الجسمية ، وانسجامه مع مجتمعه، فهو عملية مركبة من عنصرين أساسيين: أحدهما الفرد بدوافعه و حاجاته وتعلماته، وثانيهما البيئة المحيطة بهذا الفرد، وأن تكون العلاقة بين هذين العنصرين علاقة منسجمة ودينامية مستمرة.(الدعدي، ٢٠٠٩، ٣٦:٢٠٠٦، عبدالله، ٢٠٠٦، وموسى، والمغربي، ٢٠٠٥، ٦٣٧:٢٠٠٥)

تعريف التوافق:

تعددت تعاريف التوافق، وذلك لاستخدامه لمعاني مختلفة في إطار علم النفس، و من هذه التعريفات:

عرفه (زهران، ١٩٨٥، ٢٩): بأنه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك و البيئة الاجتماعية والثقافية بالتغيير بالتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

ويعرفه (عبد الحميد، ١٩٩٨: ٣٠١) بأنه تفاعل بين سلوك الفرد و الظروف البيئية بما في ذلك الظروف التي تتبع من داخل الفرد.

وإلى ذلك أشار كابلان (kablan 1984) في تعريفه للتواافق حيث أكد أنه " وسيلة أكثر من كونه غاية فالحياة سلسلة من التغيرات والتحديات، ونتيجة لذلك فالناس في عملية تغير مستمرة ويتبنون تقنيات جديدة واستراتيجيات للتكيف، وهذه التغييرات هي جزء لا يتجزأ من النمو والتطور

وهذا ما أكدته ريتشارد (Richard 1984: 4) حيث يرى أن التواافق يتضمن علاقة الفرد بمحيهه، حيث إن الفرد المتواافق يتصرف بطريقة توافقية مع محيهه الذي يعيش فيه في نطاق الأسرة والعمل والمدرسة(الدعدي، ٢٠٠٩: ٤٥)

و يشير (حسونة، ٢٠٠٢: ٣٠٠) بأن التواافق يتمثل في قدر من التقدير الذاتي والرضى عن النفس على أساس واقعي يؤدي إلى التقليل من الإحباط والقلق عن طريق السعادة مع النفس وقوة الشخصية والاتزان الانفعالي الجيد، والفطرة الإيجابية للحياة، والشعور بالكفاءة.

ومن التعريفات السابقة يرى الباحث أن التواافق عملية كلية يقوم بها الفرد شعورياً ولا شعورياً لمواجهة ظروفه الحياتية الطبيعية والطارئة على نحو إيجابي (لا إفراط ولا تفريط) مراعياً حاجاته النفسية والاجتماعية والبيولوجية بما يتلقى وحاجات المجتمع من حوله وقيمه وعاداته وتقاليده وبما يحفظ على الإنسان توازنه الداخلي والخارجي .

خصائص عملية التواافق

يمكن استخلاص مجموعة من الخصائص المميزة لعملية التواافق، وهي:

١. التواافق عملية كلية

و هي تعني ضرورة النظر للإنسان باعتباره شخصية كلية تتفاعل مع البيئة المحطة به فالإنسان بين جزئيات مكونات الشخصية الإنسانية و البيئية، ومحيهه لا يعد متوافقا، كما أن اقتصار التواافق على السلوك الخارجي مع إفال تجاربه الشعورية الوعية لا يعد توافقا، فالتوافق هو التفاعل الكلي بين الفرد و البيئة المحطة من حوله. (الدمنهوري، ١٩٩٦: ٨٩)

٢. التوافق عملية نشوية وارتقاءية

إن التعرف على التوافق لا يتم إلا من خلال الرجوع إلى مرحلة النمو التي يعيشها الفرد، فكل مرحلة لها متطلباتها و حاجاته و النمو الإنساني ليس إلا سلسلة من الواجبات التي يجب أن يستعملها الإنسان في الوقت الذي يفرضه المجتمع، فالراشد يعيد توازنه مع البيئة بأسلوب الراشدين، ويستخدمها للحصول على رضا المجتمع عنه و رضاه عن نفسه، وعدم تعلم الإنسان الواجبات أو استخدام بشكل غير موفق يؤدي إلى حالة الفشل مع النفس و مع المجتمع من جهة أخرى. (فهمي، ١٩٩٧: ٣٨)

و السلوك المتفاوت في مرحلة نمو سابقة قد يعد سلوكاً لاتفاقياً أو مرضياً إذا استخدم في مرحلة نمو ثانية. (دمنهور، ١٩٩٦: ٨٤)

٣. التوافق عملية وظيفية

ويقصد به أن التوافق ينطوي على وظيفة أساسية هي تحقيق التوازن أو مادة التوازن الناشئة عن صراع القوى بين الذات و البيئة أو المحيط، و في هذا لابد من التمييز بين التكيف كمفهوم مادي فيزيائي وبين التوافق بمعناه الشامل و الكلي. والإنسان شعاره الدائم أنا موجود في حالي الصحة والمرض (التوافق و سوء التوافق) على السواء، والتوازن ليس مجرد خفض التوتر و إنما تحقيق لقيمة الذات و تحقيق لوجود الإنسان كموقف من العالم. (المغربي، ١٩٩٢: ١٢)

٤. التوافق عملية دينامية

لا يتم التوافق دفعاً واحدة وبصفة نهائية و لكنه يستمر ما أسفرت الحياة، وهو المحصلة النهائية لصراع القوى هذا الصراع بين الذات والآخر، فالتوافق عملية دينامية كلما أوقفت صراع و أزالت التوتر، نشأ صراع جديد يحتاج إلى توافق آخر.

٥. التوافق عملية اقتصادية

يرى علماء التحليل النفسي أن مصدر الطاقة النفسية مودع في النظام الأساسي للشخصية، وتستمر هذه الطاقة من عمليات الهدم الكيميائية الناتجة عن عمليات الأيض لدى الإنسان، وهذه الطاقة قابلة للتحول، ويستفاد منها في جميع الأنشطة التي يحتاج إنجازها إلى طاقة، مثل عمل أجهزة الجسم المختلفة، وهذه الطاقة تتجلو حسب احتياجات الإنسان وهي طاقة محددة تتنافس أجهزة الجسم على استفادتها وتنتقل من صورة إلى أخرى.

واذا تعددت مواقف الحerman و ازدادت حدتها فإن التوتر يبقى ملزماً لاحتاجات النظام الأساسي وستعلق الشخصية من الاضطراب و الصراع. (أبو مصطفى، والنجار، ١٩٩٨: ٥٢)

وهكذا فإن عملية التوافق تتأثر بعوامل عديدة ومختلفة باختلاف البيئة و المحيط الإنساني، بل تغير الحالة النفسية للفرد ذاته حسب العوامل الضاغطة ليصبح التوافق بسمته، مما يبين أن التوافق حسب طبيعة العوامل المؤثرة في الإنسان، فالتوافق تطوري وكلّي ووظيفي ودينامي واقتصادي، ويتحذّل الإنسان هذه السمات ليتلاعّم مع الطبيعة المحيطة به.

أبعاد عملية التوافق

إن من الممكن اعتبار محاولات الفرد المستمرة لتحقيق قدرًا من التوافق الذي من شأنه أن يساعد على التوازن والانسجام مع المتغيرات البشرية والفيزيقية من حوله يأتي بالاستناد إلى بعدين اثنين هما التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي وللقترب أكثر من هذين البعدين كان لا بد من تسلیط الضوء عليهما من خلال العرض الموجز لبعض جوانبهما، وذلك على النحو التالي:

أولاً : التوافق الشخصي

إن الأطفال الصم هم أكثر الناس حاجة إلى التمتع بقدر مناسب من التوافق الشخصي المتمثل في حالة من الاتزان الداخلي والشعور بالرضى والثقة بالنفس والقدرة على إشباع الحاجات والاعتماد على النفس والتغلب على مشاعر الألم والنقص الناجم عن الإعاقة والتعايش معها والتغلب على الآثار السلبية المترتبة عليها، حتى يتمكنون من أن يكونوا أقدر على إثبات ذاتهم وتلبية احتياجاتهم ورغباتهم، فيصبحون فاعلين على نحو يمنحهم الأمان النفسي والسعادة برغم الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها في ظل ما تسبب لهم الإعاقة من قصور في الاتصال مع العالم من حولهم، وذلك من وجهة نظر الباحث.

واعتبرت (أحمد، ٢٠٠٣: ٢٤) التوافق الشخصي بأنه أحد معايير الصحة النفسية، ويعني قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة وإرضائها الإرضاء المتنز.

ويتضمن التوافق الشخصي السعادة مع النفس، والرضا عن الفرد، وإشباع الدافع وال حاجات الداخلية الأولية الفطرية، والعضوية، والفيسيولوجية، والثانوية، والمكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث لا صراع داخلي، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة. (عبدالله، ٢٠٠٦: ٧١)

فهو حالة من الرضى عن الذات، بحيث تتسم حياة الفرد النفسية بالخلو من الصراعات والتوترات المصاحبة لمشاعر النقص والقلق، والذي منحه شعوراً بالسعادة مع نفسه والرضا عنها وإشباع دوافعه واحتياجاته الأساسية والتمتع بالأمن الداخلي.

ثانياً : التوافق الاجتماعي

يعتبر التوافق الاجتماعي امتداد طبيعي للتوافق الشخصي أو النفسي ، وإن فقد الإنسان توافقه النفسي ، فإنه حتماً لن يستطيع التوافق مع الجماعة أو الأسرة أو المدرسة التي يعيش فيها ، والتوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة ، فالتوافق الاجتماعي يتمثل في قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية وفعالة ومشبعة مع الغير .

أما بالنسبة للتوافق الاجتماعي لدى الأطفال فإنه يعتمد أساساً على شعور الطفل بالأمن الاجتماعي ، ويتضمن ذلك :

١. مدى استمتاع الطفل بعلاقاته الاجتماعية .
٢. فهم الطفل للمستويات الاجتماعية أي إدراكه لحقوق الآخرين وإخضاع بعض رغباته لحاجات الجماع .
٣. تنوع نشاطه وميوله .
٤. مدى كفاءته في مواجهة مشكلات الحياة اليومية .
٥. اكتسابه للمهارات الاجتماعية أي أنه يظهر مودته نحو الآخرين .
٦. تحرر الطفل من الميول المضادة للمجتمع وعدم التشاجر مع الآخرين .
٧. علاقة الطفل بالبيئة الاجتماعية من جيران وأصحاب دون أن يكون شعوره سلبياً أو عدوانياً .
٨. علاقة الطفل بأسرته أي أن له علاقة طيبة مع الأسرة ويشعر بأن الأسرة تحبه وتقدرها كما يشعر في كنفها بالأمن والاستقرار .(أبوشمالة، ٢٠٠٣: ٣٢-٣٣)

ويرى الباحث أن استمتاع الطفل مع بيئته الاجتماعية ، وتوافقه معها أمر نسبي وليس مطلقاً؛ لأن ميول ورغبات الأطفال في سنواته الأولى قد تكون غير مناسبة فتسعى البيئة الأسرية من حوله والمشتملة الأبوين والأخوة والأخوات إلى توجيه رغبات الأطفال نحو ما هو مناسب ، هذا

من ناحية ومن ناحية أخرى فإن اتجاه الأسرة وميولها ورغباتها وطريقة حياتها تؤثر في ميول ورغبات الأطفال وبالتالي توافقهم الاجتماعي.

النظريات المفسرة للتواافق

١- نظرية التحليل النفسي

يؤكد " سigmوند فرويد " - مؤسس هذه المدرسة - وأتباعه على أن هناك ثمة حياة لا شعورية يعيشها الفرد إضافة إلى الواقع الشعوري له، كما أنه يولد مزوداً بغرائز دوافع معينة تسير سلوكه ويسعى بشكل مستمر لإشباعها، وهم علاوة على ذلك يعتبرون أن الحياة ما هي إلا سلسلة من الصراعات، تسبب في ظهور الإشباعات أو الإحباطات لدى الفرد . (مليكة، ١٩٧٠ : ٩٥) فيرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة قوى أساسية وتشمل: الهو ويتضمن الموروثات المعبرة عن الغرائز معتمدةً مبدأ اللذة ، أما الأنما فتعتبر بمثابة المدير التنفيذي للشخصية حيث يسعى لإيجاد حالة من التوازن بين مطالب كل من الهو والأنما الأعلى، ويركز إلى مبدأ الواقع، بينما يعتمد الأخير مبدأ المثالية والدافع عن السعي نحو الكمال . (الشنداوي، ١٩٩٩ : ٣٨١)

ويقرر بأن السمات الأساسية للشخصية المتواقة تتمثل في ثلاثة سمات هي قوة الأنما والقدرة على العمل و الحب . (كفافي، ١٩٩٠ : ٣٢ - ٣٣) هذا وقد أكد " يونج " على أن استمرارية النمو الشخصي دون انقطاع هو مفتاح للتواافق النفسي، كما أنه يتطلب الموازنة بين ميول الفرد الانطوانية والانبساطية والتكامل بين كل من عمليات الإحساس والإدراك والمشاعر والتفكير عند تخير الحياة والعالم الخارجي (عبد اللطيف، ١٩٩٠ : ٨٦)

وهناك من أكد على أن التواافق يتحقق للكائن الحي عندما يقوم بإشباع دوافعه بأيسر الطرق فإذا لم يتيسر له ذلك أخذ يبحث عن أشكال جديدة للاستجابة إلى إحداث تعديل في البيئة أو تعديل دوافعه نفسها بهذا المعنى الحياة كلها عبارة عن عملية تواافق مستمرة للكائن الحي.

لذا يرى الباحث أن أنصار هذه النظرية يركزون على عملية إشباع الدافع وما يتعلق بذلك في طبيعة الفرد وقدرته على تحقيق درجة من الاتزان بين جوانب شخصيته المختلفة، ولا تغير

اهتمامًا لخبرة الفرد والظروف المحيطة به؛ مع أنها تلعب دوراً هاماً وأساسياً في بناء تلك الشخصية، وتمتعها بالتوافق النفسي الذي هو طريق للصحة النفسية .

٢- النظرية السلوكية

يعتبر كل من " واطسن " و " سكنر " من أشهر مؤسسي هذه المدرسة، والتي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق ما هي إلا أنماط سلوكية متعلمة (مكتسبة) من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد، والتي أكدت على أن التوافق هو عبارة عن جملة من العادات التي تعلمها الفرد في السابق وساهمت في خفض التوتر لديه؛ إذ أثبتت آنذاك دوافعه وحاجاته وأضافة إلى كونها مناسبة وذات فاعلية في التعامل مع الآخرين، ولذا فقد تعززت وأمست سلوكاً يستخدمه في حال تعرض لمثل ذلك الموقف مرة أخرى. (كفافي، ١٩٩٠ : ٤٢)

ومن هنا يتضح أن مفهوم العادة لدى أتباع هذه المدرسة يحتل مركزاً هاماً وأساسياً فهي من وجهة نظرهم مفهوم يعبر عن رابطة بين كل من المثير والاستجابة واعد تكوين مؤقت، متعلم ومكتسب. (زهران، ٢٠٠٢ : ٦٢)

واعتقد " واطسن، وسكنر " أن عملية التوافق لا يمكن لها أن تتم عن طريق الجهد الشعوري، بل تتشكل بطريقة آلية من خلال التكرار والتلميحات البيئية والمعززات وأوضح " ولمان وكريينز " أن الفرد الذي لا يثاب على علاقته مع الآخرين قد يتتجنب التعامل معهم ؛ مما يتسبب في ظهور أشكال شاذة للسلوك . (أبو مصطفى و النجار ، ١٩٩٨ : ٦٥)

ومن المؤكد في رأي الباحث أن هذه المدرسة جعلت من الإنسان آلة تكرر سلوكيات متعلمة، كانت قد عززت في السابق، بعيداً عن مشاعر الإنسانية التي تسكن نفس الفرد وتساهم في تشكيل شخصيته، ولذا فهي تجعل من الإنسان مجرد مستجيب لما حوله وليس مقاوماً أو مغير ومعدل لما هو سلبي في مجتمعه.

٣- النظرية الإنسانية

يرى أصحاب المدرسة الإنسانية، وعلى رأسهم روجرز صاحب نظرية الذات ، أن الإنسان لديه القدرة على قيادة نفسه والتحكم فيها، وعزى أنواع السلوك الإنساني كافة إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات .. والشخصية عند نتاج للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة المادية والاجتماعية ،

فهي ليست ساكنة بل هي دائمة الحركة والتغيير ، والسلوك الإنساني عنده يعمل بشكل كلي موحد إيجابي نحو هدف تحقيق الذات (القاضي، وآخرون، ١٩٨١: ٢٣٢)

ويقرر روجرز أن معايير التوافق، تكمن في ثلاثة نقاط:

أ - الإحساس بالحرية.

ب - الانفتاح على الخبرة.

ج - الثقة بالمشاعر الذاتية.

أما ماسلو فيؤكد على أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق السوي الجيد، ووضع معايير للتوافق

منها :

أ- الإدراك الفعال للواقع .

ب- قبول الذات.

ت- التمركز حول المشكلات لحلها.

ث- الاستقلال الذاتي.

ج- العلاقات الاجتماعية القوية.

ح- الخلق الديمقراطي.

خ- التوازن أو الموازنة بين أقطاب الحياة المختلفة. (عبد اللطيف ، ١٩٩٠ : ٩٠ - ٨٩)

أما سوء التوافق عند أصحاب المدرسة الإنسانية، فينشأ عندما لا تستطيع الذات مواجهة الواقع أو إشباع حاجاتها سواء إشباع الحاجات بصفة عامة، أو حسب هرم ماسلو للجذات الإنسانية، وإن فشلها المستمر في ذلك فلن يكون هناك تواافقاً إشباع للحاجة إلا عند إشباع ما قبلها من حاجات، فعلى سبيل المثال من المحال أن يحقق المرء ذاته قبل إشباع حاجاته الفسيولوجية أو حاجاته للأمن .. وهكذا.

٤- النظريّة المعرفية

يرى أصحاب النظريّة المعرفية أن طريقة الفرد في معالجة محیطه تؤدي إلى توافقه فالتوافق الشخصي. كما يرى كيلي Kelly أن التوافق يأتي عبر تفاعل الشخص مع عالمه المحیط به. بالطريقة نفسها التي يتفاعل بها مع العالم، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها. تعتمد هذه الفروض على الأسلوب الذي يتّخذه الفرد في تنظيم خبرته وتغييرها، أما الشخص الذي يعني من

تهديد ما فإنه يشعر بأن تغييراً أساسياً على وشك الحدوث في جهازه التكويني (الزعبي ١٩٩٤: ١٩٩٤)

(٨٢-٨١)

أما ألبرت إلليس Albert Ellis فيرى أن التوافق يأتي عبر معرفة الإنسان لذاته وقدراته والتكيف معها والتوافق حسب إمكانياته الممتدة وأن كل إنسان يمتلك القدرة على التوافق الذاتي ، وعلى هذا الأساس فقد أكد عبر خبراته مع المرضى أن يوضح لهم امتلاك القدرة - عبر الحديث الداخلي - على التوافق ، فقد أكد على أهمية تعليم المرضى النفسيين كيف يغيرون تفكيرهم في حل المشكلات وأن يوضح للمريض أن حديثه مع ذاته يعتبر مصدراً لاضطرابه الانفعالي ، وأن يبين له كيف أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية وأن يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فاعلية وبالتالي غير مصحوب بانفعالات سلبية أو بسلوك إحباطي لا تكفي للذات. (سمارة ، ١٩٩١: ٦٩)

كما رأى أصحاب هذا المذهب أن للإنسان حرية في اختيار أفعاله التي يتواافق بها مع نفسه ومع مجتمعه وهو يقبل على اختيار السلوك المقبول اجتماعياً ويتناول توافقاً حسناً مع نفسه ومجتمعه ولا يتناول توافقاً سيئاً إلا إذا تعرض لضغوط بيئية ، فالطفل لا ينحرف ولا يعتدي إلا إذا شعر بضغط في الأسرة والمدرسة وتعرض للظلم وشعر بالتهديد وعدم التقبل. (مرسي، ١٩٨٨: ٩١)

وهكذا ترى المدرسة المعرفية أهمية قدرة الفرد الذاتية والمعرفية في إكسابه التوافق فكلما كان الفرد متعملاً ومكتسباً للأفكار التي تتناسب مع الواقع المحيط؛ كلما كان قادراً على التوافق السليم.

مفهوم وطبيعة التوافق الأسري

ينظر إلى الأسرة على أنها وحدة من الأشخاص المتفاعلين، يحدد فيها لكل شخص داخل الأسرة عدد من الأدوار؛ أي أن الفرد يدرك معايير وتوقعات الدور الذي يحدده له الأعضاء الآخرون في الأسرة وينسبونها إليه وإلى سلوكه. (الطبع، ٢٠٠٢: ٧٤)

و الكيان العضوي الأسري يمثل الوحدة الاجتماعية الأساسية في المجتمع، وكلما كانت تلك العلاقات الأسرية والتطابق والتماسك الأسري بين أعضاء الأسرة قوية، أدى ذلك إلى علاقات وروابط وضوابط اجتماعية سليمة بين أفرادها في تعاملهم داخل الأسرة وفي المجتمع الأكبر، والعكس من ذلك عندما

يسود جو الأسرة التناحر وعدم الرغبة في تحمل المسؤوليات من قبل الآباء والأبناء.

(منصور، ٢٠٠٠: ١٣٤)

وذكر عبد الحميد (١٩٩٨: ٦٣) أن نجاح الأسرة وتكاملها يتوقف على مدى التكيف والتوفيق الذي يحدث لأفراد الأسرة، فالتكيف عملية لابد من أن تتم في مستهل الحياة الزوجية؛ وإن الأسرة ستتعرض في المستقبل لخطر الانحلال والانهيار. كما أضاف أن التكيف والتوفيق لا يأتيان عفويًا أو تلقائياً؛ بل هما نتيجة طبيعية لما يبذله جميع أطراف الحياة الأسرية، وإن الإنسان الأكثر تكاملاً في شخصيته يكون أسرع في تحقيق توافقه وتكيفه في حياته الأسرية؛ وخاصة إذا قام على أسس ثابتة تتمثل في الإقرار بالفارق الفردي والقبول بهذه الفوارق والاختلافات التي تقام بين الناس.

تعريف التوافق الأسري

الأسرة هي مجتمع الطفل الأول الذي يمنحه كثير من أساليب التوافق والتكيف، والطفل الذي يتكيف تكيفاً صحيحاً مع العوامل المحيطة طفل مطمئن على حياته متزن في انفعالاته وعواطفه، بينما الذي يفشل في إقامة هذا التوافق فإنه لا يقوى على مواجهة مشكلاته اليومية، وهكذا تنشأ اضطرابات الطفل السلوكية والانفعالية من فشله في توافقه مع بيئته (أسرته) ومع أحداث حياته أثناء عملية التطوير، وبقدر ما يكون هناك تماسك أسري وتنسئة سليمة يكون التوافق الأسري السليم للأطفال.

يعرف عبد الحميد (١٩٩٨: ٦١) التوافق الأسري بأنه هو "قدرة الأسرة على التكيف مع إمكانياتها في حدود ما يتتوفر لها من دخل وموارد مالية بما يحقق لها إشباعاً معقولاً على أساس من الشعور بالمسؤولية، والقدرة على تحقيق الموازنة السليمة بين المتطلبات والالتزامات المادية، بحيث يقي الأسرة من الانهيار، ويحول بينها وبين الصراع أو الاضطراب".

وأوضح أبو مصطفى والنجار (١٩٩٨: ٣٤) بأنه عبارة عن السعادة الأسرية والمتمثلة في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالبيها وسلامة العلاقات بين الوالدين فيما بينهما وفيما بين الأولاد وكذلك بين الأولاد مع بعضهم البعض، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع والتمتع بقضاء وقت الفراغ معاً، ويمتد في رأيهما ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية .

وأشار (عبد الخالق، ٢٠٠١: ٦١) إلى كونه يعني بأن تسود المحبة بين أفراد الأسرة وأن ينظر الزوجين إلى العلاقة بينهم على أنها سكن ومودة ورحمة، وتقوم العلاقات بين أفراد الأسرة المتواقة على الحب والاحترام والتعاون.

في حين عرفه (الأستاذ وأخرون، ٢٠٠٢: ٣٢) بأنه مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية مشبعة بينه وبين أفراد أسرته، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية، وتوفير جو من الحب والتعاون والتضحيه بين أفراد الأسرة .

وهو في رأي (القرطي، ٢٠٠٣: ٦٥) إشارة إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته، وعلاقات الحب والمودة والمساندة والترابط والاحترام والتعاون بينه وبين والديه وأخوته، مما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة .

ويعرفه (عبد العاطي، وأخرون، ٤:٦٥:٢٠٠٤) على أنه قدرة أفراد الأسرة على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة، وتجنب بلوغ الصراع حافة الأزمة الأسرية.

تعرفه (عبدالله، ٦:٧٢:٢٠٠٦) بأنه هو : قدرة أفراد الأسرة على الانسجام معاً حساسهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياة للأسرية، وإقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصاً فعالاً ونافعاً في محظوظه الاجتماعي من ناحية أخرى.

مجالات التوافق الأسري

١. التوافق الاجتماعي

المقصود بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على عقد صلات و علاقات طبيعية مرضية مع الآخرين، علاقات تتسم بتحمل المسؤولية، والقدرة على الاعتراف بحاجة الآخرين. وفي المجال الأسري أن يقيم الرجل والمرأة علاقة زوجية تقوم على السكينة والطمأنينة بحيث يشعر كل طرف بحاجته إلى الطرف الآخر وينطبق ذلك على الآباء والأبناء.

٢. التوافق الاقتصادي والمادي

من المعروف أن لكل أسرة دخلاً وإنفاقاً، ولكن انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة قد يثير كثيراً من المشكلات الأسرية للأفراد الذين لا يستطيعون إشباع حاجاتهم اليومية وحرمانهم قد يعرضهم للأمراض المختلفة. فيلاحظ أن فقدان المال يحدث نوعاً من الحرمان، يختلف عند الأغنياء عنه عند الفقراء، فالأول يفقد السلطة والجاه، والآخر يفقد الطعام، وفقدان السلطة أو الجاه أو المركز الاجتماعي يؤثر مباشرة في جرح "الأنما" و إصابتها قد تدفع الإنسان إلى الانتحار.

فإذا توقف الأب عن العمل فجأة بسبب دخوله السجن أو مرضه أو وفاته، فإن هذا الأمر يتطلب من أفراد الأسرة إعادة تشكيل عاداتهم ورغباتهم في إطار هذا التغيير الذي حدث للأسرة. وقد يسهم عمل المرأة في ميزانية الأسرة، مما أدى إلى زيادة احتمال التوافق الاقتصادي للأسرة، الذي يتضمن في زيادة الخدمات التعليمية والترفيهية، وقضاء وقت الفراغ خارج المنزل. (حسين، ١٩٨٩: ٧٢)

٣. التوافق الجنسي

يلعب التوافق الجنسي دوراً بالغ الأهمية في الحياة الزوجية، فالإشباع الجنسي أحد أهم الدوافع التي يسعى الإنسان بالزواج.

ومن العوامل التي تساعد على التوافق الجنسي بين الزوجين:

١. الصراحة واتساع الأفق العقلي عنصران مهمان من عناصر التوافق الجنسي.
٢. التوافق الجنسي يقتضي فهماً ومعرفة وإدراكاً لمعنى الجنس ودوافعه وأهدافه وغاياته. وألا يكون هناك اندفاع نحو إشباعه بمناسبة أو غير مناسبة، وإذا كان الاندفاع نحو الإشباع الغريزي، والرغبة فيه، أمراً مقبولاً، حيث يزداد في بدء الحياة الزوجية نظراً لاعتبار هذا الشيء جديداً بالنسبة للأزواج الجدد، وإن الجهل بالجنس، وعدم الفهم لمعناه ودواعيه، أمر له خطورة، فقد ينظر إلى الجنس على أنه عمليات آلية ميكانيكية. ولذلك فالثقافة الجنسية من الأمور المهمة في برامج التعلم، و عدد الشباب للحياة الزوجية الأسرية. (بشير، وجمعة: ١٩٨٦: ٥٩)

٤. التوافق الديني

يعد الدين من أهم النظم الاجتماعية التي لها أهمية خاصة في مجال تواافق الفرد مع أسرته ومجتمعه. ولذلك فمنذ الصغر تحاول الأسرة أن تعرّض بعض القيم الدينية في نفوس الأبناء، ومن الوسائل التي تؤدي إلى التوافق بين أعضاء الأسرة الممارسات الدينية بين أفرادها، خاصة سلوك الوالدين، الذي يشجع على التمسك بالقيم الدينية، حيث يتحقق التوافق الديني من خلال الإيمان بالله

سبحانه وتعالى، وأن يرضي الفر بما قسمه له من رزق ومال وجاه ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية واتزانها.

٥. التوافق الثقافي

التقارب بين أفراد الأسرة في المستوى الثقافي لكل منهم أصبح من الأمور المهمة للتفاهم، والانسجام والمحبة بينهم. ولقد بينت كثير من الدراسات الحديثة أن من أهم العوامل المؤثرة في التوافق الأسري الثقافة بصورة عامة، وتعليم المرأة بصورة خاصة. ولذلك فإن الخلفية الثقافية لكل من الزوجين تؤثر في حياتهما المشتركة. حيث يختلفان حول تنظيم الأسرة أو تحديد عدد الأبناء مثلاً. (الكندي، ١٩٩٢: ١٨٥)

مظاهر التوافق الأسري

إن قدرة أفراد الأسرة وخاصة الزوجين على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة وتجنب بلوغ حافة الأزمة الأسرية، يشكل أساساً جيداً لحياة مستقرة ومناخاً طيباً للتفاعل الأسري، وبذلك يكون معيار الزواج الناجح هو خلة الحياة الأسرية من الصراع المعلن والصريح، والزام الزوجين بمعايير السلوك المتعارف عليها. (عبدالعاطي، وأخرون، ٤: ٢٠٠، ٦٥: ٢٠٠) ويلخص (اللحيان، ١٩٩٢، ٢٤: ٢٤) عدداً من مظاهر التوافق الأسري وهي:

١. العامل العاطفي: ويقصد به توفر صلات عاطفية تربط بين كل من أطراف الحياة الأسرية، وأيضاً تكامل الأسرة من حيث توحد الاتجاهات والstances بين عناصرها، ومن حيث التماسك والتضامن في الوظائف والعمل المشترك، والاتجاه نحو غايات وأهداف واحدة، ومن حيث التكفل لدرء أي خطر خارجي يهدد كيان الأسرة أو ينال من عناصرها.

٢. العامل الاقتصادي: ويقصد به توفير الإشباع اللازم للحاجات التي يحتاج إليها الفرد في حياته الأسرية، ويقوم هذا الإشباع على ضرورة توافر الموارد الاقتصادية والمالية التي تسمح بتوفير هذه الحاجات بأشكالها المختلفة.

٣. النظام في الأسرة: ويقصد به احترام القانون العام، وآداب السلوك، وقواعد العرف والتقاليد، ومستويات الذوق العام، وإرساء القواعد الإيجابية القائمة على احترام والحب بين أفراد الأسرة.

٤. العامل الديني: ويقصد به تمنع الأسرة بالقيم والفضائل الروحية والدينية؛ حيث يساعد ذلك على تماسك الأسرة فكريًا ومعنوياً، من التفكك والانحراف.

وأكَدَ (حسن، ١٩٨١: ١٣٠) أنَّ من أهمِ الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التوافق والتكمال بين أعضاء الأُسرة ممارسة الشعائر الدينية بطريقة جماعية. كما أشار على ضرورة توجيه المناقشات الأُسرية والتصرفات نحو توكييد الفضائل والتمسك بالقيم الروحية؛ وذلك لمساهمتها في الوصول إلى التوافق الأسري. كما أضاف أنَّ التفاعل المستمر بين أعضاء الأُسرة يعتبر من المظاهر الأساسية لتوافق الأُسرة؛ حيث يعطيها أهميتها الخاصة في نمو شخصية أعضائها.

وذكر (منصور، ٢٠٠٠: ١٣٦) أنَّ حقيقة التوافق الأسري مرتبطة بطبيعة العلاقات داخل الأُسرة والتي تأخذ مسارات متعددة أهمُّها:

١. علاقَةُ الزوج والزوجة: حيث تقوم على أساس الحقوق الزوجية والجنسية والمسؤولية، وتقييم العمل بين الزوجين تحت إطار ما يحدده المجتمع من حقوق وواجبات لكلِّ منها.

٢. علاقَةُ الأب والابن: والتي تقوم على مسؤولية الأب تجاه ابنه؛ من لرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، وما يقابل ذلك من قبلِ ابنه من احترام وطاعة وإسهام في البناء الأسري.

٣. علاقَةُ الأم والبنت: وتشبه علاقَةُ الأب والابن؛ إلا أنها تتحدد بطبيعة دور كلِّ منهما الذي يهتم غالباً بشؤون المنزل وما يحتاجه.

٤. علاقَةُ الأب بالبنت: وتمثل في مسؤولية الأب تجاه حماية البنت ومساعدتها حتى بعد الزواج.

٥. العلاقة بين الإخوة الذكور: وتبدأ بعلاقة اللعب في الصغر، وتطور إلى التعاون والتكافف ورعاية الأخ الأكبر وما يتربُّ على ذلك من مسؤوليات يتحملها؛ خاصة عند غياب الأب.

٦. العلاقة بين الأخوات الإناث: وتشبه العلاقة بين الإخوة الذكور وإن كانت تمتاز عادة في كثير من المجتمعات بأنه يوكل للأخت الكبرى أمر العناية بأختها الصغرى، وبذلك تقف منها موقف الأم.

٧. العلاقة بين الأخ والأخت: وهي علاقة زمالة في اللعب أثناء الطفولة، وما تثبت أن تتطور تدريجياً حتى يطأ عليها نوع من التحفظ في السلوك، ويرتبط ذلك بقصيل المركز الاجتماعي لكل منها، وما يشعر به الأخ من مسؤولية نحو أخيه؛ خاصة عند غياب الأب.

كما ذكر (عبد الحميد، ١٩٩٨: ٦١) عدداً من العلاقات الداخلية أو الأفعال الاجتماعية التي تعبر عن طبيعة التوافق الأسري، وتؤدي بدورها إلى مزيد من التوافق أو سوء التوافق وهي:

١. التعاون: وهو العملية التي تربط أعضاء الجماعة الاجتماعية لتحقيق الهدف أو الأهداف المشتركة لها، والتعاون بهذا المعنى يفترض أنه السمة المميزة للأسرة أياً كان نوعها أو نمطها.

٢. التنافس: وهو العملية الاجتماعية التي يستخدمها بعض أعضاء الجماعة الاجتماعية للحصول على مكانة معينة، أو التميز في معاملة من المعاملات، وقد يؤدي بعض أنواع التنافس إلى الانحراف والتفكك.

٣. الصراع: وهو العملية الاجتماعية التي تختلف عن عملية التنافس في أن التنافس يأخذ عادة مظهراً سلبياً، حتى إذا ما تغير الوضع وأخذ مظهراً عائرياً يحل الصراع محل التنافس.

العوامل المؤثرة على التوافق الأسري:

أولاً: العوامل الاجتماعية: تستجيب الأسرة للأحداث المتشابهة بصورة مختلفة، وذلك تبعاً للبعد المعنوي. والأحداث تتبعث من مصادر مختلفة، إما من داخل الأسرة، أو من خارجها، وبالتالي فإن النتائج والاستجابات تختلف تبعاً لمصدرها، وهذه الأحداث قد تؤدي إلى تماسك الأسرة وتضامن أعضائها حتى يتمكنوا من التغلب عليها، وقد تؤدي إلى انهيارها (عبد الحميد، ١٩٩٨: ٦٥).

ويذكر (الكندي، ١٩٩٢: ١٨٥) أن التوافق الأسري يتأثر بمجموعة من العوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد وهي:

- **الحاجات الاجتماعية** وخاصة الأسرية فعلى الفرد أن يكيف سلوكه لمطالب الأسرة حتى يهيئ لها ولنفسه أكبر قسط من السعادة.

- **العادات والتقاليد:** فعملية التوافق تتأثر ب مدى ونوع العادات والتقاليد السائدة في البيئة، بكل مرحلة من مراحل النمو.

التطور الاجتماعي: فالفرد يتأثر خلال نموه بالمظاهر الاجتماعية السائدة في بيئته، وتتغير هذه المظاهر نتيجة للتغير الأحداث التي تساهم في تطور المجتمع القائم.

ثانياً : العوامل الشخصية : وتشمل السمات المزاجية وهي التي ترجع إلى ارتباط مجموعة من الصفات الوراثية التي تحدد ردود الفعل الانفعالية والعاطفية عند الفرد وقدر تشابهها أو اختلافها عند الطرفين، وتشمل كذلك الاستجابات المكتسبة عن طريق الفرد في وضع اجتماعي خاص. ويلاحظ الباحثون في شؤون الأسرة أن التوترات الزوجية بسبب الأنماط السلوكية المتعارضة عند الزوجين تصل إلى درجة خطيرة، خاصة إذا تعلقت بمسائل كالأخلاق الاجتماعية، والنظافة، وطرق تربية الأطفال، وطرق اتخاذ القرارات ومعاملة الآخرين، والتوترات التي ترجع إلى الفشل في تحقيق العاطف التي كانت متصورة قبل الزواج.(غيث، ١٩٩٠: ١٦٩)

ثالثاً : العوامل المادية: القضايا المتعلقة بالاقتصاد والمال من الأهمية بمكان في حياة الأسرة، فهي المعاملات الواقعية بين الزوجين وأطراف الأسرة، حيث أنه دائمة ومستمرة لا يمكن التغاضي عنها ولا تسير الحياة بدونها وإن استقلال المرأة اقتصادياً وما قد يصاحبها من عدم وضوح دورها كزوجة وكأم؛ وخاصة إذا حاولت أن تمارس حقوقاً تتعارض مع واجباتها الأساسية في الأسرة ، بشعر الرجل تدريجياً بأن الوحدة الأسرية قد بدأت تفقد مقوماتها الأساسية، وبالتالي تبدأ في الظهور بعض النقاط الخلافية التي إذا استمرت فترة طويلة دون أن يتکيف أحد الزوجين باتجاهات الآخر يصبح النزاع أمراً لا مفر منه. (شاذلي، ٢٠٠١: ١٢٦)

ويضيف (الأستاذ، آخرون، ٤٩: ٢٠٠٢) عدداً من العوامل المرتبطة بالزوجين أو الخارجة عنهما المؤثرة على التوافق الأسري وهي:

١. طغيان شخصية أحد الزوجين بصورة ملموسة: إذ يقف أحد الزوجين للآخر موقف الند والتحدي غير مبال بوحدة الأسرة وتماسكها، ويحل الصراع والجدل محل التفاهم والاتفاق ومن ثم تهدد الأسرة بالانهيار والتفكك.

٢. انعدام العواطف الأسرية: لأسباب شخصية، أو لطول مدة الزواج، مما يعرض الأسرة لمشاكل عديدة.

٣. الأصدقاء والجيران وما يقومون به من تدخلاتهم في العلاقات الأسرية وما قد ينشأ عن ذلك من حالة توتر.

٤. قلة الوسائل الترويحية: والترمت في معاملة أفراد الأسرة، وعدم الاستمتاع بأوقات الفراغ.

٥. تدخل الأقارب في العلاقات الأسرية، أو اشتراكهم في معيشة الأسرة.
٦. العادات الضارة، والانحرافات الشاذة، ومظاهر السلوك التي تتنافي مع الآداب العامة.

العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري

لقد بذل الباحثين عدداً كبيراً من المحاولات لدراسة العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري بين الأفراد ومن عوامل التوافق الأسري أن يكون هناك استقرار في العلاقات الأسرية، و التفاهم، والحب المتبادل بين لأفراد الأسرة، حيث التوافق في الحياة الزوجية يرتبط بالعلاقات الوثيقة المتبادلة بين الزوجين، كما تبدو في تبادل وجهات النظر والمشاركة في مناقشة الأمور ، وتبادل الآراء و الأفكار يحدد مدى التفاعل بين الزوجين. ولهذا يعد عاملاً بالغ التعقيد في العلاقات الزوجية. فالحياة الزوجية ارتباط مقدس، بحيث يشارك الطرفان بالتفاهم في أمور الحياة فيما بينهما.

ويعتقد البعض الآخر أن توفير الجو الأسري الملائم للزوج، كي يقوم بدوره و مسؤولياته في الأسرة على أكمل وجه من الأمور المهمة أيضاً، حيث إن الحياة الزوجية حياة قوامها تحمل المسؤوليات، فعلى المرأة أن تهتم بزوجها ومنزلها، و تبذل كل ما في وسعها من أجل توفير السعادة للحياة الزوجية في الأسرة.(القريطي، ٢٠٠٣: ٢٠٧)

ولعل من العوامل المهمة التي تؤدي إلى التوافق والتكيف الأسري، إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الأسرة سواء كان طفلاً أو رجلاً، وسواء كان ذكراً أو أنثى. وقد ذكر (عبد الله، ٢٠٠٦: ٨٦) مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى التوافق الأسري وهي كالتالي:

١. وجود أهداف مشتركة للأسرة، وقدرة على الإسهام في خدمة المجتمع، و النهوض به، وارتباط بأخلاقيات هذا المجتمع، وقيمته الاجتماعية السليمة.
٢. تفاهم واتفاق بين الوالدين حول علاقتها مع الأبناء، والاهتمام بتوفير الرعاية والاهتمام لهم، دون تفرقة بينهم.
٣. مشاركة الأبناء للأسرة في إدراك احتياجاتها، والعمل على مقابلتها.
٤. الالكتفاء والاستقرار الاقتصادي، وتقدير كل فرد لما يبذله الآخرون في سبيل إسعاد الأسرة.
٥. التجارب الناجحة في مواجهة الصعوبات التي تعترض الأسرة.
٦. توفر الصحة والقدرة الجسمية التي تهيئ لكل أفراد الأسرة القيام بمسؤولياتهم وتحقيق إشباع العلاقات الأسرية.

المبحث الثالث

الإعاقة السمعية والأطفال الصم

مفهوم الإعاقة السمعية

الطفل الأصم وتعريفه.

أسباب الإعاقة السمعية.

خصائص المعاقين سمعياً.

تصنيفات الإعاقة السمعية.

المشكلات والصعوبات التي يقابلها الطفل الأصم.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً.

مقدمة:

تلعب حاسة السمع دوراً مهماً وحيوياً في حياة الإنسان، وبدونها يصبح الإنسان سجين عالم من الصمت والسكون، عالم صامت مجهول تغلفه الرهبة والخوف من الأخطار التي تحدق به في المنزل والشارع والمدرسة، عالم خال من انفعالات اللغة التي يستشعرها الإنسان من خلال الكلمات. إدراك الإنسان لعالمه يعتمد على المعلومات التي يحصل عليها عبر حواسه المختلفة، وبالرغم من أهمية جميع الحواس في عملية الاتصال والتعلم والنمو، إلا أن حاسة السمع تعتبر أهم هذه الحواس، فمن خلالها يمكن الإنسان من تعلم اللغة، ويتطور اجتماعياً وانفعالياً، ويعي عناصر بيئته. (أبو حمزة، ٢٠٠٣: ١٥)

ونتيجة لأهمية حاسة السمع فقد تعددت تعريفاتها وتصنيفاتها وأسبابها، فقد تناولها الأطباء، من ناحية تشريحية وعصبية ومن ناحية الأسباب المؤدية إليها، بينما تناولها التربويون من زاوية مدى تأثير هذه الإعاقة على التعلم، وتم تناولها من الناحية الفسيولوجية من زاوية مدى قدرة جهاز السمع على القيام بوظيفته، ومن هنا يورد الباحث تعريفات الإعاقة السمعية كما يلي:

- التعريف الوظيفي:

يعتمد هذا التعريف على مدى تأثير فقدان السمعي على إدراك وفهم اللغة المنطقية فالإعاقة السمعية من هذا المنظور تعني انحرافاً في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي-اللظفي وتعتبر شدة الإعاقة السمعية بناءً على ذلك ناتجاً لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى كالعمر الزمني عند فقد السمع وهو الأهم، إذ تتحدد شدة الإعاقة في ضوئه استناداً إلى قدرة الفرد على السمع وفهم الكلام وتفسيره وتمييزه، والمدة الزمنية التي استغرقتها حدوث فقدان السمعي، ونوع الاضطراب الذي أدى إليه، والخدمات التأهيلية المقدمة، وغيرها. (محمد،

(١٥٠: ٢٠٠٤)

التعريف الطبي:

الإعاقة السمعية هي تلك الإعاقة التي تعتمد على درجة فقدان السمعي عند الفرد مقاسة بالديسيبل (db)(Decibels).

التعريف التربوي:

الإعاقة السمعية هي تلك الإعاقة التي تؤثر على أداء الفرد التربوي. (العز، ٢٠٠٠: ٢٨٦)

ومن الملاحظ أن لفظ الإعاقة السمعية Hearing Impairment يضم فئتي الصم وضعاف السمع، ويشمل مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً، وما يعنينا في إطار الدراسة هو تسلیط الضوء على الطفل الأصم.

الطفـل الأصم وتعريفه

يعرف فهمي (١٩٨٠) الأصم بأنه: "الفرد الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد قدرته السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة (سلیمان، ١٩٩٩: ٧١)

ـ ويشير (منصور، ٢٠٠٣: ٣٠٦) إلى الأصم بأنه "الفرد الذي فقد حاسة السمع تماماً لأسباب وراثية فطرية منذ ولادته، أو فقدتها لأسباب مكتسبة لدرجة أن آثار التعلم قد تلاشت تماماً، ويترب على ذلك إعاقة بناء الكلام، واكتساب اللغة لديه، مما يحول دون متابعة الدراسة، إلا من خلال أساليب تعليمية جديدة تتناسب مع إعاقته الحسية، وكذلك إعاقته تعلم خبرات الحياة مع افرائه العاديين".

ـ ويعرف (المخلافي، ٢٠٠٥: ١٧) الأصم بأنه: "من فقد القدرة على السمع إلى درجة تعوقه عن فهم الحديث من خلال الأذن سواء باستعمال أو بدون استعمال المعين السمعي، وتجعله يعتمد على بصره في اللغة والتواصل".

ـ ويعرفهم (القريطي، ٢٠٠٥: ٢٩٩) بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحسنة السمع في أغراض الحياة العادية، سواء منهم من ولدوا فاقدين السمع تماماً، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة، أو من أصيروا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة، أو من أصيروا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً، وهذا قد يكون الصمم سابقاً على اكتساب الكلام واللغة أو بعد تعلم الكلام واللغة .

ـ ويعرف (تقاـحة، ٤:٤٠٠٦) الأصم بأنه: "ذلك الطفل الذي يبلغ من العمر ما بين (٨-١٠) سنوات ويعاني من فقدان سمعي أكثر من (٧٠) ديسيل، مما يجعله لا يستطيع الحصول على المعرفة باستخدام عضو السمع ولا باستخدام الوسائل المعينة ولكن باستخدام طرق ووسائل خاصة"

— ويعرف (موسى والعربي، ٢٠٠٧:١٤٢) الأصم بأنه: الشخص الذي يعاني فقدانًا في السمع لدرجة تجعل من المستحيل عليه فهم الكلام المنطوق مع استعماله المعينات السمعية أو بدونها، فهو لا يستفيد من حاسة السمع لأنها معطلة لديه.

— ويذهب (عيسى وخليفة، ٢٠٠٧:٩٥) إلى أن الأصم: هو من فقد السمع كلياً منذ الميلاد أو بعده لأسباب وراثية أو مكتسبة، ولا يمكن استخدام المعينات السمعية معه.

— ويرى (رجب، ٢٠٠٨:١٩) أن الأصم هو: الطفل الذي لا يصلح سمعه من الناحية العملية الوظيفية لمسايرة الأنشطة العادية أو لتحقيق فعالية الفرد الاجتماعية في الحياة العامة.

مما سبق يستخلص الباحث أن أهم الخصائص التي يتتصف بها الطفل الأصم كالتالي:

- أنه فقد تماماً لوظيفة حاسة السمع ولا يمكنه الاستفادة منها في الحياة العادية.
- أنه فقد وظيفة حاسة السمع أما منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام، وأن هذا فقدان يعود لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة.
- أن آثار التعلم التي اكتسبها الأصم قلي فقدان السمع قد تلاشت تماماً.
- يستحيل عليه فهم الكلام المنطوق سواء باستعمال المعينات السمعية أو بدونها، ومن ثم يلجأ إلى الاعتماد على بصره في اللغة والتواصل.

ويخلص الباحث إلى أن الأصم هو الفرد الفاقد تماماً لوظيفة حاسة السمع، منذ ولادته أو قبل أن يتعلم الكلام، ويعود هذا فقدان لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة، وبالتالي لا يمكنه الاستفادة من حاسة السمع سواء في الحياة العادية أو التربوية، سواء استخدم المعينات السمعية أم لم يستخدمها، الأمر الذي يجعله يعتمد على حاسة البصر من خلال استخدام طرق التواصل الخاصة بالمعاقين سمعياً.

أسباب الإعاقة السمعية

ليس من السهل تحديد عوامل حدوث الإعاقة السمعية ومسبباتها، خصوصاً وأن كثيراً منها يقع في مجال الاختصاصات الطبية والذين يقومون بالعملية العلاجية لها، ولكن ينبغي التعرف على عوامل حدوث الإعاقة وأسبابها بالقدر الذي يساعد على التخطيط للوقاية والعلاج والتأهيل والتعليم بما يتتيح فرصةً أكبر لإدماج المعاقين سمعياً في مسيرة الحياة العادية (عبدالواحد،

(٦٣:٢٠٠١)

الأولى: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية)، نتيجة انتقال الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهما عن طريق الوراثة و من خلال الكروموسومات الحاملة لهذه الصفات لضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي ويقوى احتمال خطورة هذه الحالات عند زواج الأقارب من يحملون تلك الصفات ،أو اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنيين (الصايغ، ٢٠٠١: ٢٥)

الثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية التي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة، أو أثناءها، أو بعدها، وهنا يمكن ذكر مجموعة من الأسباب منها: سوء تغذية الأم الحامل، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، خاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وتعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب، وإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والزهري، ونقص الأكسجين، أثناء عملية الولادة، والتهابات الأذن والحوادث التي تصيب الأذن: (الروسان، ١٤٢: ١٩٩٨ - ١٤٣)، والتهاب الأذن الوسطى، والخداج، والضجيج، ومرض منيرز، وتصلب الأذن وغيرها(عبدالعزيز، ١٧٩: ٢٠٠٥)

خصائص المعاقين سمعياً

يمثل الأفراد المعاقين سمعياً فئات غير متجانسة فكل فرد له خصائص تميزه عن غيره ولذلك فإن الإعاقة السمعية لا يكون لها نفس التأثير على جميع الأفراد المعاقين سمعياً وذلك لوجود عدد من الأسباب منها: مقدار فقدان السمعي، العمر عند الإصابة بالإعاقة، الوعي الذاتي لدى الأطفال بفقدانهم السمعي ، مدى الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية وتأثيره على نموهم و حياتهم اليومية، وكذلك انفعالات الآباء والأسر والاستجابات السلوكية للأسرة ،والتوافق الداخلي لها والذي يؤثر بدوره على إحساس الطفل بالشعور بالأمن، واتجاهات الآباء نحو أطفالهم (والتي تؤثر على اتجاهات الطفل نحو ذاته)، ووضع الأسرة الاقتصادي والتربوي (والذي ينعكس على مدى الضغط النفسي وتقديم الرعاية للطفل الأصم) لذلك فإن الباحث يورد عدد من الخصائص المشتركة التي تجمع بين المعاقين سمعياً وهي كالتالي:

أ- الخصائص اللغوية

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية. فالإعاقة السمعية تؤثر سلبياً على جميع جوانب النمو اللغوي(الخطيب، ١٩٩٨:٨٥)، ومن تلك الآثار السلبية على

النمو اللغوي عدم تلقي الطفل المعاق سمعياً لأي تعزيز سمعي عندما يصدر أي صوت من الأصوات، كما أنه لا يستطيع سماع كلام الكبار كي يقلده وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدره من أصوات. (التهامي، ٤٩ : ٢٠٠٦)

وتتصف لغة المعاقين سمعياً بالفقر البالغ قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة، وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وألفاظهم تدور حول الملموس، وتتصف جملهم بالقصر والتعقيد علاوة على بطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية (عبدالعزيز، ١٨٣: ٢٠٠٥)، فالطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن (٢٠٠٠) كلمة، أما الطفل الأصم لا يعرف أكثر من (٢٠٠) كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم للطفل الأصم لا يعرف أكثر من (٢٥) كلمة فقط. (عيسى وخليفة، ٥٣: ٢٠٠٧)

وبذلك يرى الباحث أن الخصائص اللغوية تختلف من فرد لآخر، وهناك علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية لدى المعاقين سمعياً، الأمر الذي يجعل من الصعب على الوالدين فهم المعاق سمعياً وما يزيد إصاله من معنى بسهولة ويسر، وبالتالي قد تسوء المعاملة الوالدية له الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بعدم توافقه الأسري نتيجة لعدم فهمه و تعرضه لأساليب والديه غير سوية.

ب- الخصائص المعرفية

تبينت الآراء ونتائج الدراسات حول أثر الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للأفراد المعاقين سمعياً مقارنة بعادي السمع، فقد أشارت بعض البحوث إلى أن النمو المعرفي لا يرتبط باللغة بالضرورة ولذلك يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، ويعزو هؤلاء اختلاف المعاقين سمعياً على العاديين في اختبارات الذكاء إلى عدم توافر طرق فعالة لتعليم المعاقين سمعياً (الخطيب، ٨٧: ١٩٩٨) بينما أشار البعض الآخر إلى ارتباط القدرة العقلية : بالقدرة اللغوية، وبما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل كبير على القدرات اللغوية فليس من المستغرب أن نلاحظ تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء وذلك لتشبع هذه الاختبارات بالناحية اللفظية. (الروسان، ١٤٧: ١٩٩٨).

والجدير بالذكر وجود فروق في القدرات المعرفية بين المعاقين سمعياً والعاديين، فيعزى (المخلافي، ٢٥-٢٦: ٢٠٠٧) هذه الفروق في القدرات المعرفية بينهم إلى الفارق الزمني، مما قد

يتعلم عادي السمع خلال ساعة قد يتعلم المعايق سمعياً خلال ساعتين، ويضيف أن الطفل المعايق سمعياً لا يتعرض إلى ما يتعرض له الطفل العادي من رعاية وخدمات، ففائد الشيء لا يعطيه، بالإضافة إلى ضعف كفاءة القائمين على تطبيق اختبارات الذكاء في عملية التواصل مع المعايقين سمعياً، وعدم ملائمة هذه الاختبارات لقياس ذكاء المعايقين سمعياً.

على أية حال، فيما يتعلق باختلاف الآراء حول تأثير الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للمعوقين من حيث ارتباطها بالجانب اللغوي أو عدم ارتباطها، فإن الباحث يرى أن الإعاقة السمعية تؤثر في أي حال من الأحوال على القدرات المعرفية سواء اعتمدت القدرات المعرفية على اللغة أم لا، وما يهم هو هذا التأثير الذي ينبغي أخذة بعين الاعتبار عند التعامل مع المعايقين سمعياً سواء من حيث تدريبهم أو تعليمهم أو تأهيلهم.

ج- الخصائص الأكاديمية

بالرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العلمي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطالب العاديين، فغالباً ما يعني هؤلاء الطلاب - وبخاصة الصم منهم - من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي (الخطيب، ١٩٩٨ : ٩٠)، والفارق التعليمي بين ذوي الضعف السمعي وذوي السمع العادي يتسع مع النقدم العلمي (بطرس، ٢٠٠٧: ٢٤١)، وبذلك فإن تحصيل المعايقين سمعياً يأتي ضعيفاً، حيث يتناسب ضعف تحصيلهم الأكاديمي طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها ويزداد الطين بله بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس حيث أشارت بعض الدراسات بأن (٥٥%) من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم تقاس بمستوى قراءة (طلب الصف الرابع الأساسي، وأن (١٥%) كانوا بمستوى الصف الثامن من التعليم الأساسي (عبد العزيز، ٢٠٠٥: ١٨٥)

د- الخصائص الاجتماعية والنفسية

إن افتقار الفرد في أي مجتمع من المجتمعات لمهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وضعف مستوى قدراته وأنماط تنشئته الأسرية يقود إلى عدم بلوغه النضج الاجتماعي المناسب لعمره الزمني، ولا يستثنى من ذلك الأفراد المعايقين سمعياً . (القريوتى، ٢٠٠٦ : ٥٦)

وبما أن المعوقين سمعياً لديهم فقراً في طرق الاتصال الاجتماعي فإنهم يعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين، ويسقطون فهم تصرفاتهم، ويتصفون بالأأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة، ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي. ويتصف هؤلاء بالإذعان للآخرين، والاكتئاب، والقلق، والتهور، وقلة توكيد الذات، والشك في الآخرين، والسلبية والتناقض (العز، ٢٠٠١: ٥٢)، والدونية ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي والضبط الذاتي والشعور بنقص الكفاءة، وتتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع مما يثير لديهم القلق والاضطراب الانفعالي الذي يؤدي إلى العزلة والعجز وشعورهم بالوحدة النفسية . (الصناعي، ٢٠٠٩: ٣٠)

كما يشير حسن (١٩٩٩) إلى عدد من الدراسات التي بينت أن المعاقين سمعياً يؤثرون العزلة على المشاركة، والانسحاب على الإقدام، ويميلون إلى الانزواء (حسن، ١٩٩٩: ٤٤) ويميلون إلى الألعاب الفردية التي تتطلب مشاركة عدد محدود (موسى والعريبي، ٢٠٠٧: ١٥٠)

ويشير بعض الباحثين إلى أن القصور في قدرة المعوقين سمعياً على التواصل مع الآخرين، وكذلك أنماط تشتتهم الاجتماعية تؤدي إلى الاعتمادية وعدم النضج الاجتماعي، كما إن المعاقين سمعياً يبدون قدرًا كبيراً من التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم المعوقين سمعياً وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقات الأخرى وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعوقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين (محمد، ٢٠٠٤: ٢٠٥_٢٠٦) كما يعدون أقل معرفة بقواعد السلوك المناسب، ويعانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية وقد ترجع الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعياً إلى تعرضهم لمواقف تتسم بالإهمال وعدم القبول والسخرية أحياناً أو تتسم بالإشفاق والتعير عن هذا الإشفاق أمامهم (التهامي، ٢٠٠٦: ٥١)

ويؤكد الباحث أن المعاقين سمعياً الذين يولدون لأسرة تعاني من العوق السمعي قد يكونون أكثر توافقاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالمعاقين سمعياً الذين يولدون لأبوين عاديين، ذلك لأن الأبوين المعاقين سمعياً يستطيعانفهم ابنهم المعاق سمعياً ويكون بمقدورهما أيضاً التواصل معه، وبالتالي يحصل المعاق سمعياً على فرص أكبر لتطوير علاقاته الاجتماعية سواء مع مجتمع العاديين بشكل عام أو مجتمع المعاقين سمعياً بشكل خاص، ويحصل على فهم أكثر من

قبل والديه ومن ثم ينعكس هذا على إتباع الأساليب الإيجابية في معاملة الوالدين له الأمر الذي من شأنه أن يؤدي إلى التوافق الأسري.

هـ- الخصائص الجسمية والحركية

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة (الخطيب، ١٩٩٨: ٨٩) وعلى أية حال، فإن الإعاقة السمعية تؤثر على حركة الأطفال حيث يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتوصل. (عبدالعزيز، ٢٠٠٥: ١٨٤)

فقدان القدرة على السمع ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متاخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص العاديين، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمان عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض. (موسى والعريبي، ٢٠٠٧: ١٤٩)

لذا فالأشخاص المعوقين سمعياً لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة مع الأشخاص العاديين، ويعاني المعاقين سمعياً من إضطرابات في التأزر الحركي وتبلغ نسبة الأطفال المعاقين بصفة التأزر الحركي نحو ٣٠% من مجموعة أطفال هذه الفئة، ونعني باضطراب التأزر الحركي والذي يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقاً لحركات منظمة ومخططة أو ما لدى الشخص من قدرة على السيطرة على أطرافه والتسيق بينهما بسرعة ويسر. (عبيد، ٢٠٠٠: ٣١٣)

تصنيفات الإعاقة السمعية

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعددة ولعل من أهمها وجهتي النظر الفسيولوجية والتربوية، وهما وجهتان مكملتان لبعضها البعض فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم على أساس كمي تتحدد فيه درجة فقدان السمعي بوحدات صوتية معينة تسمى ألد يسبل Decibel ، أما

التصنيف التربوي فيقوم على أساس وظيفي يعني بالنظر إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها على فهم الكلام، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة (القريطي، ١٩٩٥: ١٣٨)

ويرى الباحث بأن التصنيف التربوي هو المهم بالنسبة للدراسة ولكن لابد من ذكر التصنيفات الأخرى للفائدة وهي كالتالي :

أ- التصنيف الطبي

يقوم هذا التصنيف على تحديد الجزء المصابة من الجهاز السمعي المسبب للإعاقة السمعية، ووفقاً للمجال الطبي يتم تصنيف الإعاقة السمعية إلى الفئات الآتية:

١- فقدان السمعي التوصيلي

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناتجة عن خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى، على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، وبوجه عام فإن فقدان السمع لا يتجاوز (٦٠) ديسيل (الأصول، بـ ت: ٧٣) (وغالبًا ما يأتي العلاج الطبيعي أو الجراحي بنتائج إيجابية في علاج هذه الحالة).

٢- فقدان السمعي الحس عصبي

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناجمة عن تلف في القوقةة بالأذن الداخلية أو في العصب السمعي أي عن تلف في المستقبلات الحسية بالأذن الداخلية أو في المسارات العصبية للعصب السمعي إلى المخ أو في مركز السمع بالمخ ويعتبر هذا النوع من الصمم من النوع الدائم وقد يكون ولادياً أو مكتسباً وقد لا يفيد التدخل الطبيعي أو العلاجي مع هذه الحالات.

٣- فقدان السمعي المركب أو المختلط

يعتبر فقدان السمع مركباً أو مختلطًا إذا ما حدث تداخل بين تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه لتجتمع بذلك بين النوعين السابقين من فقد السمع أي التوصيلي والحس عصبي، وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علاج هذه الحالة (رجب، ٢٠٠٨: ١٨)

٤- فقدان السمعي المركزي

وفيه يحدث تفسير خاطئ لما يسمعه الإنسان بالرغم من أن حاسة السمع ذاتها قد تكون طبيعية. فالمشكلة ترتبط بتوصيل السيارات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة الأورام أو أي تلف دماغي آخر. وفي هذا النوع تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة (موسى والعريبي، ٢٠٠٧: ١٤٥)

بـ- التصنيف الفسيولوجي (الوظيفي)

تصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع فئات حسب درجة الخسارة السمعية التي تقايس بوحدات تسمى ديسبل (db) Decibels) وأشار بعض الباحثين إلى تصنیف لیبورتا وزملائها (Laporta, et al., ١٩٧٨) كما يلي:

١- الإعاقة السمعية البسيطة Mild وتتراوح درجة فقدان السمعي بين (٤٠ _ ٢٠) ديسبل: ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في سمع الأصوات البعيدة والمنخفضة، كما يجدون صعوبة في فهم الموضوعات الأدبية اللغوية.

٢- الإعاقة السمعية المتوسطة Moderate وتتراوح درجة فقدان السمعي بين (٤٠ _ ٧٠) ديسبل ويستطيع هؤلاء الأطفال فهم كلام الحوار من مسافة (٣ _ ٥) أقدام(وجهاً لوجه).

٣- الإعاقة السمعية الشديدة Severe وتتراوح درجة فقدان السمعي بين (٧٠ _ ٩٠) ديسبل ، وهنا قد يسمع الطفل الأصوات العالية التي قد تكون على بعد مسافة قدم واحد من الأذن، وقد يستطيع تمييز الأصوات وليس كل الأصوات الساكنة، ويلاحظ عليهم خلل في اللغة والكلام ولن ينمو الكلام واللغة تلقائياً إذا كان فقد السمع قبل السنة الأولى من العمر .

٤- الإعاقة السمعية الشديدة جداً Profoundly وهذا تزيد درجة فقدان السمعي عن ٩٠ ديسبل : قد يسمع الطفل الأصوات العالية ولكن لا يعي الترددات بل يشعر بالنغمات فقط، ويعتمد على الرؤية أكثر من السمع في عملية التواصل (الروسان، ١٩٩٨: ١٤٢) (بحي، ٢٠٠٦ : ١٢٨-١٢٧)

واستفاد الباحث من هذا التصنيف في تحديد نسبة الخسارة السمعية لكل من الصم وضعاف السمع، حيث تدخل الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة في إطار ضعاف السمع، بينما تقع

الإعاقة السمعية الشديدة والشديدة جداً في إطار الصمم، وبذلك اعتبر الباحث أن من تتراوح نسبة الخسارة السمعية لديهم بين (٣٠ - ٦٩) ديسيل هم من ضعاف السمع، وان من تصل أو تزيد نسبة الخسارة السمعية لديهم عن (٧٠) ديسيل هم من الصم.

جـ-التصنيف التربوي

يركز التصنيف التربوي على العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة، ويميز التربويون بين فئتين من المعوقين سمعياً كالتالي:

١ـ-الصم Deaf

٢ـ-تقليل السمع (ضعف السمع) Hard of Hearing

وبوجه عام ومهما كانت تصنيفات الإعاقة السمعية، ومهما اختلفت مسمياتها و مجالاتها سواء في الجانب الوظيفي أو الطبيعي أو التربوي أو العمري، إلا أنها تشتراك جميعها في تفسير مدى تأثير فقدان السمع على حياة الفرد المعاك سمعياً وإعاقة عن التواصل مع الآخرين وحرمانه من الاستفادة من وظيفة حاسة السمع، وبالتالي فإن هذا فقدان يمنع المعاك سمعياً من فهم كلام الآخرين ومحادثاتهم، وقد يولد لديه مشاعر الإحباط والعزلة، الأمر الذي قد يقوده إلى الشعور بالاغتراب النفسي سواء عن ذاته أو عن مجتمعه من الصم أو من العاديين. (الصناعي، ٢٠٠٩: ٢٦)

المشكلات والصعوبات التي يقابلها الطفل الأصم

ما لا شك فيه أن العلماء قد قطعوا شوطاً كبيراً في التعرف على العوامل المسببة للإعاقة السمعية من خلال دراساتهم ومعرفتهم لبناء التركيبي والوظيفي للجهاز السمعي وكذا العيوب المتصلة به سواء الخلقية أو المرضية أو العارضة (حلاوة، ١٩٩٦: ٤٩)

ويعد فقدان والقصور السمعي والبصري من أفحى أنواع فقدان الحسي الذي يمكن أن يتعرض له الفرد، وذلك لما للسمع والبصر من أهمية في تشكيل مفاهيمنا وعالمنا الإدراكي، ولما لها من تأثير بالغ على نموها الشخصي والاجتماعي .

فالطفل يستجيب منذ أسابيعه الأولى للتغيرات السمعية من حوله استجابات بدائية ربما تمثلت في فتح عينه وإنغماضها، ثم يأخذ شيئاً شيئاً في الانتباه للأصوات التي يسمعها من حوله خصوصاً صوت أمه الذي يرتبط بإشباع حاجاته الفسيولوجية - وفي التمييز بين الأصوات، وما

إذا كانت هامسة حانية أم شديدة مفزعة ومع تزايد نمو الطفل فإنه يبدأ في بناء لغته وتطوير كلامه. (القريطي، ١٩٩٦: ١٣٥)

وقد ذكر (الأشقر، ٢٠٠٢: ٥٣ - ٥٢) أهم هذه الصعوبات والمشاكل :

١- عدم إمكانية تحديد الشخصية المميزة بهم ، بسبب البطء في عملية التعلم ، ونقص المهارات والنسيان وعدم تمكّنهم من اللغة التي تساعدهم على التعبير عن كل شيء وذلك يؤدي إلى عدم إمكانية تحديد شخصياتهم المميزة لهم .

٢- نجد الطفل الأصم دائم الشك وعدم الاطمئنان للأفراد المحيطين به مما يؤدي إلى الخوف المستمر حتى من أقرب الأفراد له.

٣- صعوبة الاتصال والتفاعل مع الآخرين بالوسائل السمعية المتعارف عليها مما يشكل عائقاً اجتماعياً شديداً.

٤- افتقار الأصم وبخاصة من يفقد سمعه في سن مبكرة إلى أساليب التفاهم مع وسطه الاجتماعي.

٥- صعوبة النمو الاجتماعي والعاطفي ، وهذا بسبب الصعوبات التي تقابلهم للاتصال بالآخرين مما يتربّط عليهم إلى الانطواء والابتعاد عن الأفراد حتى المجتمع الأسري ، كذلك عدم الاتزان العاطفي لشعوره إنه مختلف عن غيره بسبب إعاقة، وكذلك عدم مشاركتهم الاجتماعية مع بقية الأفراد في المواقف السارة منها أو المحزنة.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً

الإنسان بطبيعة كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش وحيداً منفرداً عن الآخرين، وهو في هذا يتفاعل معهم تأثيراً وتأثراً من خلال أهم وسيلة للتواصل التي تتمثل في اللغة المنطوقة، وبما أن الإعاقة السمعية تفرض على الفرد قيوداً في التواصل والتفاعل، فإن تاريخ التربية الخاصة شهد اهتماماً كبيراً بتنمية قدرة المعاقين سمعياً على التواصل مع الآخرين، والخروج بهم قدر الإمكان من دائرة اغترابهم عن مجتمعهم. وفيما يلي يورد الباحث هذه الطرق:

أ- طريقة التواصل الشفهي

يؤكد أنصار الطريقة الشفهية في التواصل أن التواصل اللفظي ، أو الشفوي- الذي يمثل الكلام فيه قناة التواصل الرئيسية- يجعل الأشخاص المعاقين سمعياً أكثر قدرة على فهم الكلمات

المنطقية، وذلك من خلال الإفادة من التلميحات، والإيماءات الناجمة عن حركة شفاه المتكلم.

(كامل، ٤:٢٠٠)

ويتضمن هذا النظام في التواصل استخدام السمع المتبقى وذلك من خلال التدريب السمعي وتضخيم الصوت، وقراءة الشفاه، والكلام، و تستند هذه الطريقة في التواصل إلى حقيقة أن الأشخاص المعاقين، في الغالبية العظمى من الحالات لديهم بعض القدرات السمعية التي يجب تطويرها وتنميتها بالطرق المختلفة. (الخطيب، ١٩٩٨ : ١٢٤)

ب- طريقة قراءة الكلام

يقصد بذلك تربية المعايق سمعياً على قراءة الشفاه Lip reading وفهمها، ويعني ذلك أن يفهم المعايق سمعياً الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء الكلام من قبل الآخرين، وقد يكون مصطلح قراءة الكلام (Speech Reading) أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه، وذلك لأن قراءة الكلام يتضمن عدداً من المهارات البصرية الصادرة عن الوجه بالإضافة إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم فقط. (الروسان، ١٩٩٩: ١٥٣)

وتشتمل طرفيتان لتدريب المعايق سمعياً على مهارة قراءة الكلام هما: الطريقة التحليلية، وتشمل تعليم المعوق سمعياً وتعريفه بالشكل الذي يأخذه كل صوت على الشفتين وتدريبه على تحديد كل صوت. أما الطريقة الثانية فهي الطريقة التركيبية، وفيها يتم تدريب المعايق سمعياً على التعرف إلى أكبر عدد ممكن من الكلمات المنطقية ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفايته اللغوية. (كامل، ٤:٢٠٠)

ج- طريقة التدريب السمعي

يركز هذا الأسلوب على استخدام المعيقات السمعية المناسبة لإعاقة الطفل السمعية في السنوات المبكرة قدر الإمكان، حيث تعتبر القناة السمعية السبيل الأول لتعليم اللغة وتطورها لدى الطفل، وهناك ضرورة للبدء في استخدام التدريب السمعي عقب اكتشاف حدوث إعاقة السمعية الذي يعتبر العامل الرئيسي لتعليم الطفل المعوق سمعياً كيف يستفيد من السمع المتبقى لديه لأن الأداة السمعية وحدها لا تكفي (بطرس ٢٠٠٧: ٢٠٨)

د- طريقة التواصل اليدوي

تعد الطريقة اليدوية في تواصل المعاقين سمعياً مع بعضهم البعض من أكثر طرق التواصل وضوحاً وظهوراً، وتشمل هذه الطريقة نوعين من التواصل اليدوي هما:

١- لغة الإشارة : لغة الإشارة عبارة عن نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى (الروسان ١٩٩٨: ١٥٤).

والإشارات التي يستعملها المعاقون سمعياً تقسم إلى قسمين: الأول، الإشارات الوصفية، وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة، مثل رفع اليد للتعبير عن الطول.

والثاني، الإشارات غير الوصفية وهي إشارات خاصة لها دلالتها الخاصة وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بين المعاقين سمعياً، مثل الإشارة إلى أعلى دلالة على شيء حسن. (عمر، ٢٠٠٥: ٧٣)

٢- الهجاء الإصبعي

يشكل الهجاء الإصبعي ركناً هاماً من أركان نظام الاتصال الكلي بالأصم وهي تنشأ تكويناً موحداً مع لغة الإشارة وتستعمل للتعبير عن الكلمات التي ليس لها إشارات (رجب، ٢٠٠٨: ٧٦)، ويقوم أسلوب الهجاء الإصبعي على رسم أشكال : الحروف الهجائية بواسطة أصابع اليد، ويكون لكل حرف شكله الخاص، وعادة ما تستخدم كطريقة مساندة للغة الإشارة، إذا ما كان الشخص لا يعرف الإشارة لكلمة ما أو لتهجي أسماء الأشخاص. (الصناعي، ٢٠٠٩: ٣٣)

٣- طريقة اللفظ المنغم (فيريبتونال)

وهذه الطريقة من أحدث طرق تواصل المعاقين سمعياً، وذلك من خلال استخدام البقايا السمعية مهما كانت ضئيلة، حيث تعتمد على مبدأ إدراك الصوت من خلال ذبذبات تصل إلى المخ مباشرة عن طريق أعصاب اليد أو أي جزء عظمي آخر في الجسم، وبالتالي مساعدة المعاق سمعياً على إدراك الكلام وفهمه، وتحتاج هذه الطريقة إلى أجهزة خاصة تعمل بالأشعة تحت الحمراء وفلاتر لتقوية الصوت وغير ذلك. (التهامي، ٢٠٠٦، ٧١)

٤- التواصل الكلي

أسلوب التواصل الكلي عبارة عن استخدام أكثر من طريقة من الطرق السابقة معاً في الاتصال مع المعاقين سمعياً، وبعد هذا الأسلوب من أكثر طرق الاتصال شيوعاً في الوقت الحاضر في

البرامج التربوية المختلفة للمعاقين سمعياً حيث إن اختلاف المواقف التي يتم فيها الاتصال تقتضي طرقاً مناسبة لها يجب أن يستخدمها الأطفال المعاقين سمعياً. (عبد الواحد، ٢٠٠٠: ١٦٨) ومن خلال ما سبق عرضه من أساليب تواصل مع المعاقين سمعياً يلاحظ الباحث أن بعضها تتناسب وتكون ملائمة مع ضعاف السمع أكثر من الصم، مثل: طريقة التدريب السمعي، وطريقة اللفظ المنغم (فيريونال)، والبعض الآخر تلامع الصم أكثر من ملائمتها لضعف السمع، مثل: الهجاء الإصبعي أو لغة الإشارة.

ويلاحظ أيضاً على أساليب التواصل أنها تقتصر في استخدامها على المعاقين سمعياً والعاملين معهم فقط ولا يهتم بها بقية أفراد المجتمع، كما أن كثيراً من أسر المعاقين سمعياً لا يستطيعون التواصل مع أبنائهم من خلال هذه الأساليب، الأمر الذي يجعل المعاق سمعياً يسيء فهم معاملة والديه له، وبالتالي يشعر بالعزلة عن الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، لذلك من الضروري لجميع أفراد الأسرة تعلم طرق التواصل مع أبنائهم حتى يتتوفر أجواء التوافق الأسري لهؤلاء الأطفال .

الفصل الثالث

دراسات السابقة

أولاً : دراسات العربية

ثانياً : دراسات الأجنبية

تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثالث

دراسات سابقة

وحتى تكون جوانب هذه الدراسة أكثر وضوحاً كان لا بد للباحث من أن يجري مسحًا مكتبياً بكافة وسائل البحث المتاحة سواء التكنولوجية أو العادية، سعياً لبناء قاعدة معرفية قوية عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأشكالها المتنوعة لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري ولكن رغم تنوع وسائل البحث واختلاف أوجه النشاط البحثي المتبعة إلا أن الباحث لم يتمكن من الحصول على أي دراسة تحوي بين طياتها أو في مضمونها جميع الجوانب التي سعت الدراسة الحالية التركيز عليها، ولذا فقد ارتأى الباحث أن يلقي الضوء على ما أمكنه الحصول عليه من دراسات فلسطينية وعربية وأجنبية كانت قد اهتمت بجانب أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية لجمع ما أمكن من المعلومات كقاعدة علمية ومعرفية يمكن الارتكاز عليها والاستفادة منها سواء منهجاً أو أسلوباً أو نتائج لها دورها في إعطاء تصورات أولية لما يتعلق بمتغيرات الدراسة الحالية، وقام بتصنيف هذه الدراسات على النحو التالي :

١. دراسات عربية

٢. دراسات أجنبية.

وقد ركز الباحث على محرين المحور الأول وهي الدراسات التي تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية والمحور الثاني وهي الدراسات التي تناولت التوافق الأسري.

المحور الأول: دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وقد تطرق الباحث في هذه المجموعة إلى الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات السلوكية والانفعالية أو أي من أشكالها الأربع التي تحاول الدراسة الحالية التركيز عليها لدى الأطفال الصم، وتتجدر الإشارة إلى أن من بين دراسات هذه المجموعة من تطرقت إما للمشكلات أوللاضطرابات السلوكية والانفعالية ؛ ولكون الأولى أقرب ما يكون في حدتها من الاضطراب، والتدخل الشديد بين كل منهما سواء في التعريف أو الأعراض، وغالباً ما استخدمت المشكلات السلوكية أو الانفعالية كمصطلح يدل في مضمونه على الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية (من وجهة نظر الباحث)، وخاصة في ظل الندرة الواضحة للدراسات التي ركزت على الاضطرابات السلوكية والانفعالية تلفظاً ومضموناً .

المحور الثاني: دراسات تناولت التوافق لدى الأطفال الصم

وتضم هذه المجموعة بين طياتها ثلاثة من الدراسات التي اهتمت بموضوع التوافق الأسري أو أحد أبعاد التوافق (النفسي، الاجتماعي) لدى أي من الأطفال الصم أو المعاقين بصفة عامة.

أولاً : دراسات عربية

١. دراسة (وافي، 2006):

بعنوان " **الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين**"

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي للتعرف على علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي بأبعاده الأربع (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والمكفوفين في ضوء عدة متغيرات شملت الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية لهم ودرجة الإعاقة (بالنسبة للمكفوفين فقط).

وقد اختارت الباحثة عينتين إحداها للصم (١٣٥ طالب وطالبة من مؤسسات الصم التعليمية الخاصة في قطاع غزة) وأخرى للمكفوفين (٨٦ طالب وطالبة من مركز النور ومدرسة النور والأمل بمحافظة غزة) وتراوحت أعمار أفرادهما ما بين (٩-١٦) سنة، طبق عليهم مقياس الاضطرابات السلوكية من إعداد د. أمال عبد السميم باظهه وتعديل الباحثة (الذي اعتمد على تقييرات الملاحظين) ومقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثة، وذلك بعد التأكد من أنهم يمتلكون بمستوى جيد من الصدق والثبات . وقد أسفرت المعالجات الإحصائية المتمثلة في حساب الدرجة الزائدة واختبارات وتحليلي التباين الثلاثي والرباعي عن جملة من النتائج أهمها : أن الازمات العصبية والنشاط الزائد هي أبرز الاضطرابات السلوكية لدى المكفوفين بينما كانت الازمات العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلوك هي أبرز تلك الاضطرابات لدى الصم . كما وتوجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي وجميع أبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين لصالح غير المضطربين.

٢. دراسة (القمش، 2006):

عنوان " المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات"

هدفت هذه الدراسة للتعرف على المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين كما هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات وكل من المتغيرات التالية: (عمر الطفل، درجة إعاقة، وجنسه)، وتكون مجتمع الدراسة من جميع والذي الأطفال المعوقين عقليا الملتحقين في مراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية في عمان إذ بلغ عدد المراكز عند إجراء الدراسة ١٦ مركزا لـإعاقة العقلية، وقد بلغ عدد الأطفال المعوقين في هذه المراكز (١٠٨٣) طالبا وطالبة، وقد استخدم الباحث عينة تكونت من والدي (٢٤٠) مفحوصا ومحفوظة والذين تراوحت أعمارهم من (الولادة-١٨ سنة) حيث تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة ومن أجل جمع المعلومات اللازمة للدراسة؛ وقد قام الباحث بتطوير أداة (قائمة تقدير) تكونت من ٤٧ فقرة مثلت خمس المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وهي (العدوان، السلوك النمطي، الحركة الزائد، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي) وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:

- أن أكثر المشكلات شيوعا لديهم مرتبة ترتيبا تنازليا بدءا بأكثرها حدوثا هي: مشكلة الزائد، يليها مشكلة الانسحاب الاجتماعي، ثم مشكلة السلوك النمطي وبعدها العدوان وأخيرا إيذاء الذات

- وأشارت النتائج كذلك إلى وجود علاقة قوية بين كل من المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل ودرجة الإعاقة التي يعاني منها.

- وأنهت النتائج عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين داخل المنزل و الجنس الطفل.

٣. دراسة (النجار، 2005):

عنوان "مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم".

وتهدف هذه الدراسة لمعرفة مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في تعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية لدى الأطفال الصم في المرحلة الابتدائية

ووضع مقياس لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديهم، واستند فيها عينة من الأطفال الصم (لا تقل درجة إعاقتهم السمعية عن ٨٠ ديسيل) يتراوح عمرهم ما بين (١١ - ٩) سنة من مدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بالمرحلة الكبرى، الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وفق درجاتهم على مقياس (من إعداد الباحث) وطبق البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) على مجموعة تجريبية من ضمنهم، وتوصل إلى نتائج عدّة من أبرزها وجود فروق بين درجات أطفال كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وجميع محاورها بالنسبة للتطبيق البعدى لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وذلك على صورتي المقياس المنزلي، وبالنسبة للصورة المدرسية فقد وجد أن هناك فروق في نقص الانتباه وفرط الحركة فقط لصالح التطبيق البعدى ولأطفال المجموعة التجريبية .

٤. دراسة (الكاشف ، 2004):

عنوان: **المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاقين سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج** . وتهدف الدراسة للمقارنة بين الطلاب الصم المدمجين في فصول ملحقة بالمدارس العادية وأقرانهم الملتحقين بمعهد الصم المختصة بتعليم المعاقين سمعياً ؛ للتعرف على تأثير الدمج مع الأطفال العاديين على درجة انتشار المشكلات السلوكية بينهم ومدى تقديرهم لذواتهم والكشف عن العلاقة بين انتشار المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى الأصم المدمج وغير المدمج والمشكلات السلوكية التي تنبأ بتكوين تقدير ذات سلبي لديهم وذلك على عينة مكونة من (١٤ - ٨٠) من التلاميذ الصم المدمجين وغير المدمجين تراوحت أعمارهم بين (١٠) عاماً، وطبقت فيها كل من قائمة المشكلات السلوكية ومقياس تقدير الذات للأصم (إعداد الباحثة)، ودللت نتائجها على وجود فروق واضحة بالنسبة للمشكلات السلوكية لصالح الطلاب غير المدمجين، في حين لم تظهر فروق بين تقدير الذات لدى الطلاب وسلوك الانسحاب وسلوك الانسحاب والنمي واللازمات، وقد كان سلوك الانسحاب فقط هو المبدأ بتقدير ذات سلبي لدى الأصم المدمج .

٥. دراسة (الحربي، 2003):

عنوان "العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني عند الأطفال الصم" دراسة مقارنة بين معهد وبرنامجي الأمل للصم.

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات و السلوك العدواني في المرحلة المتوسطة بمعهد وبرنامجي الأمل بمدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من ٨١ طالب أصم بمعهد وبرنامجي الأمل للصم، وتتراوح أعمارهم (١٣-١٩) سنة، وقد استخدمت الدراسة أدوات التالية: مقياس مفهوم الذات (إعداد الباحث)، مقياس السلوك العدواني لـ (بص) وترجمته كل من (صالح أبو عبا ومعتز عبدالله) بعد إجراء التعديلات الازمة عليه من قبل الباحث ليتناسب تطبيقه على الطالب الصم، استماراة معلومات اقتصادية واجتماعية (إعداد الباحث). وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة عند مستوى (٠٠٠١) بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطالب الصم، توجد فروق بين الطالب الصم في السلوك العدواني تبعاً للبيئة التربوية (معهد وبرنامجي الأمل الملحقان) لصالح برامج الأمل الملحة.

٦. دراسة (مسعد، ٢٠٠٣):

عنوان: "فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال المعاقين ذهنياً".

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشاد أسري يهدف إلى خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلمأيضاً ما التعرف على مدى استمرارية فعالية برنامج الإرشاد الأسري بعد توقعه في خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى هؤلاء الأطفال وتكونت العينة من ١٠ أطفال متذمرين عقلياً قابلين للتعلم وأسرهم، ولقد استخدم الباحث استماراة المستوى الاجتماعي والاقتصادي إعداد محمد بيومي خليل ١٩٩٧ ومقياس ستانفورد بينه للذكاء تعریب وتقنين لویس ملکیه ١٩٩٨ ومقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما يدركه الوالدان والمعلم واستماراة التقدير الذاتي لبعض متغيرات البيئة الأسرية كما تدركها الأسر وبرنامج الإرشاد الأسري إعداد الباحثة وأظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وكانت عن مستوى ٠٠١ في بعد ضعف الانتباه والاندفاعية والدرجة الكلية بينما دالة إحصائية عند مستوى ٠٠٥ في بعد النشاط الحركي الزائد وذلك على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما تدركه كل من الأم والمعلمة وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبيةأيضاً ما يوجد فروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي

والبعدي عند مستوى ١٠٠ في أبعاد الضغوطات الوالدية والمشاركة الوالدية والتعزيز والتفاعلات الأسرية والتهذيبوا، تباع القواعد والتغلب على ثورات الغضب.

٧. دراسة (باظه، 2001):

عنوان: "مقياس الاضطرابات السلوكية والوجودانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين" تهدف الدراسة إلى تصميم مقياس للاضطرابات السلوكية لذوي الإعاقات الحسية ومقارنتها بالعاديين وتكون من أبعاد سبعة تمثلت في الاضطرابات السلوكية، الاكتئاب الأساسي، اختلال التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، الفلق، اضطرابات التواصل (خاص بالصم)، اضطرابات الكلام (خاص بالمكفوفين)، وقد طبق هذا المقياس على عينة قوامها (١٢٠) طفلاً من الأطفال الصم والمكفوفين والعاديين ؛ لدراسة ثبات المقياس، فوجد أن نسبته (٧٥%) لدى الذكور، بينما كان ثباته لدى الإناث بنسبة (٧٨%).

٨. دراسة (الصايغ ، 2001):

عنوان: " فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدوانى لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة ".

وتهدف هذه الدراسة الكشف عن مظاهر السلوك العدوانى، ومدى فاعلية الأنشطة الفنية في تعديل السلوك العدوانى لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة (٩-١٢) سنة. وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٠ طالب وطالبة مقسمة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية قوام كل مجموعة ٢٠ طالب وطالبة، وطبقت البرنامج المقترن على العينة التجريبية واستغرق تطبيقه ٤ شهور.

فقد استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لإثبات صحة فرضتها واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: استماراة الحالة الاجتماعية والاقتصادية والمرضية للأطفال الصم، استطلاع رأي حول اختيار أهم الموضوعات لمجالات البرنامج (إعداد الباحثة)، مقياس السلوك العدوانى للأطفال وتم تطبيقه قبل إجراء البرنامج وبعده (إعداد الباحثة)، البرنامج المقترن الخاص بالأنشطة الفنية والتشكيلية (إعداد الباحثة).

وبيّنت النتائج أهمية الأنشطة الفنية في تخفيف حدة السلوك العدواني عند الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات السلوك العدواني لدى المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي.

٩. دراسة (خسيفان، 2000):

عنوان: "دراسة مقارنة للتكييف الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً وأقرانهم من الأسوىاء في منطقة مكة المكرمة".

وتهدف إلى معرفة الفروق بين المعوقات سمعياً والسويات في درجة التكييف الشخصي والاجتماعي، وتم اختيار العينة من طالبات الصف الرابع والخامس والسادس في معهدي الأمل الابتدائي بمنطقة مكة المكرمة ومحافظة جدة وطالبات نفس المرحلة في عشرة من المدارس العادية بالمناطقين وقسمت عينة المعوقات سمعياً إلى ضعيفات سمع وصم، وطبق على جميعهن اختبار الشخصية للأطفال (إعداد وتعريب : هنا) والمقرر على البيئة السعودية، لتنوصل في نهاية الدراسة لوجود فروق في التكييف الشخصي والاجتماعي والعام بين السويات والمعوقات سمعياً لصالح السويات وبين الصم منها وضعيفات السمع لصالح ضعيفات السمع.

١٠. دراسة (صوالحة، 1999):

عنوان: " المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً (الصم) في الأردن ".

وتهدف للكشف عن مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الصم الملتحقين بمدرسة الأمل للصم في مدينة اربد، وشملت عينتها (١٠١) أصم من تراوحت أعمارهم ما بين(٦-١٤) سنة، وزعت عليهم استبانة تقيس مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لظهور النتائج أن الفروق الظاهرية بين الجنسين والأطفال الأقل عمراً من (١٠) سنوات والأكثر منها في مدى انتشار المشكلات السلوكية كل كانت دالة ولصالح الذكور المعوقين سمعياً الأكبر سناً باستثناء حالة المشكلات السلوكية الشخصية التحصيلية التي وجد أن الفروق فيها غير دالة، ولم تكن الفروق دالة أيضاً تبعاً لأنثر التفاعل بين الجنس والعمur في مدى انتشارها .

١١. دراسة الطهراوي، (1997) :

عنوان: "الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال".

وهدفت للوقوف على العلاقة بين إدراك الأبناء للشقاق الأسري والمشكلات السلوكية والانفعالية لديهم وفحص المعاناة الاقتصادية كمتغير نفسي وسيط بين إدراكهم له وبين أعراض المشكلات السلوكية والانفعالية، وضمت عينتها (٣٥٠) تلميذ وتلميذة من المدارس الإعدادية العامة بمحافظة الشرقية تراوحت أعمارهم بين (١١-١٣) سنة، وشملت أدواتها استماره جمع البيانات ومقاييس إدراك الأبناء للشقاق الأسري (وهما إعداد الباحثة) واستبيان المعاناة الاقتصادية (إعداد : سالمه) ومقاييس السلوك العدوانى (إعداد : منير) ومقاييس القلق للأطفال (إعداد : البيلاوي) ومقاييس الاكتئاب " د " للصغرى (إعداد : عبد الفتاح) لتوضيح النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في إدراك الشقاق الأسري والمعاناة الاقتصادية، ووجدت فروق واضحة بين الجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية فكانت لجانب الإناث في القلق والاكتئاب ولجانب الذكور في العدوان واتضح أن المعاناة الاقتصادية تزيد من حدوث الشقاق بين الزوجين مما يؤثر على أطفالهم فيجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

١٢. دراسة (وريكات والشحوري، 1996) :

عنوان: "المشكلات السلوكية للطلبة المكتوفيون في مراكز التربية الخاصة وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر".

وتهدف للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة المكتوفيون في مدارس التربية الخاصة ومرافقهم بمدينة عمان والعلاقة بينها وبين متغيري العمر والجنس، فتألفت عينتها من (١٤٩) طالب وطالبة، واستخدم مقاييس المشكلات السلوكية (إعداد : أستاذة في الجامعة الأردنية) كأداة لها بعد أن تم تقسيمه بما يتناسب مع المكتوفيون، والتي أظهرت بأن أكثر المشكلات السلوكية حدة لدى الطلبة المكتوفيون تمثلت في الحساسية الزائد والسلوك الاعتمادي والشرود والتشتت والتشكيك والنزع والمخاوزل والانسحاب من المشاركة الاجتماعية والشعور بالقلق، وقد برزت فروق بين الجنسين ولصالح الذكور على أبعاد السلوك العدوانى والحركة الزائد والتمرد والمخادع والمخاوزل والنزع، أما الفروق لصالح الإناث فكانت في بعدي الشعور بالقلق والحساسية الزائد، وبالنسبة لمتغير العمر فقد وجدت فروق دالة لصالح الأطفال من (١٠ - ١٣) سنة في أبعاد سلوك الحركة الزائد والمخاوزل والشرود والتشتت والحساسية الزائد والتشكيك، وكانت لصالح الأطفال من (٦ - ٩) سنوات في بعدي السلوك النزع .

١٣. دراسة (عبد الغفار، ١٩٩٥):

عنوان : " التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المصابين بشلل الأطفال ".

هدفت الدراسة لمعرفة مدى تأثر التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال المصابين بشلل الأطفال بدرجة تميزهم عن غيرهم من العاديين ، ومدى التباين في توافقهم النفسي والاجتماعي ، واشتملت العينة على (١٨٠) طفلاً من الذكور والإناث (٩٠ عاديين ، ذكور وإناث) ، (٩٠ مصابين بالشلل من ذكور وإناث) وطبق على أفراد العينة مقاييس التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال من إعداد عطية محمود منها (١٩٦٥) ومقاييس الرعاية الاجتماعية للمصابين بشلل الأطفال من إعداد الباحثة ، وقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التوافق الشخصي والاجتماعي بين الأطفال المصابين بشلل الأطفال والأطفال العاديين لصالح الأطفال العاديين ، ووجود فروق دالة إحصائياً في بعد الخلو من الأمراض العصبية وبعد العلاقات في المدرسة ، والتوافق الاجتماعي والتوافق العام ، وتوجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الرعاية المرتفعة والرعاية المنخفضة لصالح الرعاية المرتفعة .

٤. دراسة (القمش، ١٩٩٤):

عنوان: "مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، وكذلك التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات.

تكونت العينة من (٢٢٠) من الأطفال المعوقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٤) أعوام، وطبق على العينة مقاييساً للتعرف على مستويات حدوث المشكلات لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، ومقاييس حول استراتيجيات الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات، ولقد كشفت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى هؤلاء الأطفال، الحركة الزائد، الانسحاب الاجتماعي، العدوان، إيهام الذات، كما كشفت النتائج إلى أن أكثر الاستراتيجيات استخداماً مع الأطفال المعاقين عقلياً، هو العقاب الجسدي بالإضافة إلى استخدام الحرمان والعزل، والتبيه، والتوبیخ اللفظي.

١٥. دراسة (مصطفى، 1993):

عنوان: "الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم".

هدفت هذه الدراسة التعرف على أكثر الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم التي تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي حيث تنتهي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية وتكونت عينة الدراسة من ٢٥ طفل أصم (١١ ذكر و ١٤ أنثى) في سن (١١-٧) سنة من مدارس الأمل في مصر، واستخدمت الباحثة استبانة الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحث) ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة انتشار الانطواء والنشاط الزائد عند هؤلاء الأطفال وكذلك أظهرت أنه كلما زادت درجة التوافق النفسي والاجتماعي لديهم قلت مظاهر الاضطرابات السلوكية.

١٦. دراسة (فؤاد، 1986):

عنوان: "الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوازن الشخصي والاجتماعي". وقد هدفت الدراسة إلى دراسة الفروق في مفهوم الذات والتكييف بين المعاقين حركياً والمعاقين بصرياً وقد بلغت عينة الدراسة (١٠٠) طفل معاق منهم (٥٠) معاق من حالات الشلل السفلي ومنهم (٥٠) معاق من حالات الإعاقة البصرية ، وقد استخدمت الباحثة مقياس الذات من إعداد الباحث "عادل الأشول" ، واختبار الشخصية للأطفال من إعداد الباحث "عطية هنا" "وتوصلت الدراسة إلى التالي:

وجود علاقة بين مفهوم الذات ومتغير التوازن الشخصي والاجتماعي لصالح شلل الأطفال الحركي . ووجود فروق في مفهوم الذات والتوازن بين المجموعتين وكانت مجموعة الشلل الحركي أكثر إيجابية من الإعاقة البصرية.

١٧. دراسة (عزيز، 1983).

عنوان: "اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم".

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم ومعرفة أهم أسباب المؤدية إلى ظهور هذه الاضطرابات و وضع أنساب وسائل الوقاية من مشكلات السلوك. حيث تنتهي هذه الدراسة إلى الدراسات التجريبية و تكونت عينة الدراسة من العينة التجريبية وتتكون من مائة طفل معاق سمعياً ٧٠ ذكر ، ٣٠ أنثى) و العينة الضابطة وتتكون من الأطفال

العاديين، واستخدمت الباحثة في توصيلها لنتائج الدراسة أداتين وهما: المقابلات المقمنة مع الأطفال و الآباء و المدرسين، واختبار الذكاء. وقد توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية :

- انتشار اضطرابات السلوكية " الخوف ، التمرد ، القلق ، الاعتماد على الغير ، اللزمات العصبية و الغضب" لدى الأطفال الصم
- وأظهرت كذلك النتائج أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم التنشئة الخلطة وعدم التوافق بين الوالدين و عدم إشباع الحاجات المختلفة للأطفال.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

١ . دراسة دراسة (بورنا وآخرون، Poorna et al. 2007) بعنوان : "الذكاء، الاكتئاب الوالدي، والتواافق السلوكي لدى الأطفال الصم الذين تم زراعة قوقة لهم".

أشارت الدراسة إلى أن القدرة المعرفية والقدرة على التكيف السلوكي مميزة وبالغة الأهمية في نمو الطفل وكلاهما غالباً ما يكون بدرجة أقل عند الأطفال الصم لوالدين عاديين لا يملكان ما يكفي من سبل التواصل والاتصال اللغوي. بالإضافة إلى ذلك ، ومن منطلق شيوخ الاكتئاب لدى الوالدين بسبب صعوبات التواصل بينهما وبين طففهم الأصم مما يؤدي إلى مشاعر الوالدين بعدم الكفاية والإحباط ، قامت الدراسة بتقييم إذا ما كان هناك ارتباطاً بين التواافق السلوكي لدى الأطفال الصم مع الاتصال غير شفهي واكتئاب الوالدين . حيث تم تقييم آباء الأطفال الذين تم زراعة قوقة لهم من الناحية العصبية بمقاييس مؤشر الضغط الوالدي والتواافق السلوكي للحصول على مقاييس للضغط الوالدي وتواافق الطفل السلوكي. وجرى تقييم العمليات المعرفية لدى الأطفال الذين تم زراعة قوقة لهم باستخدام مقياس مولن للتعلم المبكر (Mullen Scales of Leiter International) أو مقياس ليتر لفعالية الأداء الدولي (Early Learning Performance Scale-Revised)، اعتماداً على سن الطفل في وقت الاختبار. وقد أظهرت النتائج باستمرار وجود علاقة قوية بين السلوك التواافقي لدى الطفل الأصم بالذكاء بغض النظر عن السن أو الحالة العصبية. وقد لوحظ علاقة ارتباطية متوسطة بين الاكتئاب الوالدي والتواافق السلوكي للطفل فقط في الفئة الأصغر سناً . وتم تقدير العلاقة بين اكتئاب الوالدين ومقاييس

التواصل للأطفال الصم من دون مضاعفات عصبية . وأكدت النتائج على أهمية تواصل الأسرة اللغوي في وقت مبكر.

٢. دراسة (ستونمان ، جافيديا-باين، فلويد 2006، Stoneman, Gavidia-Payne Floyd) بعنوان " التوافق الزوجي لدى أسر الأطفال المعوقين "

استخدمت الدراسة إطار النظم الأسرية لفحص الارتباط بين كل من الضغوط والمتاعب اليومية، القدرة على التغلب على المشكلات ومدى التأقلم معها ، والتوافق الزوجي في عينة تكونت من ٦٧ أسرة لديها أطفال معاقين. وقد بينت الدراسة أن معظم الأزواج لديهم توافق زوجي فوق المتوسط، بينما عندما تكون المتاعب والضغط في مستوى عال، فإن الأزواج ينظرون بشكل سلبي إلى زواجهم. كذلك لوحظ أن الآباء الذين لديهم استراتيجيات في التغلب على مشاكلهم كانوا أكثر إيجابية في نظرتهم إلى علاقاتهم الزوجية. بيد أن الزوجات (وليس الأزواج) تتأثر بالشريك في تغلبه على المشكلات، وأن مستوى التوافق الزوجي لدى الزوجات يكون أعلى عندما يكون أزواجهن يملكون القدرة على التغلب على المشكلات والتعامل معها .

٣. دراسة (أولوفسين، ريتشاردسون 2006,Natius Oelofsen, Phil Richardson) بعنوان: " الإحساس بالتماسك الأسري والضغط الوالدي لدى أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقة في النمو " .

تستكشف الدراسة العلاقة بين الضغوط الوالدية والتماسك الأسري، والدعم الاجتماعي والصحي للأطفال ذوي إعاقات في النمو والأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة. كما تهدف الدراسة أيضا الكشف عن أهمية التماسك الأسري بناء على التوافق الوالدي.

ومن خلال توزيع استبيان على عينة من ٥٩ عائلة لديها أطفال معافي النمو في مرحلة ما قبل المدرسة و عينة من ٤٥ عائلة لأطفال عاديين أيضا في مرحلة ما قبل المدرسة، كشفت النتائج أن أمهات وأباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو لديهم مستويات عالية من التوتر الوالدي وضعف في التماسك الوالدي.

كذلك أوضحت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من مستوى صحي أقل، مستوى ضغط مرتفع أكثر وتماسك أسري أقل من الآباء، وبالمقابل لم تكن هناك فروق ذات دلالة في المستوى الصحي و الضغط والتماسك الأسري بين آباء وأمهات الأطفال العاديين. ويشير ضعف التماسك الأسري بين آباء هؤلاء الأطفال إلى وجود أثر كبير على آباء الأطفال المعاقين جراء الإعاقة. وأكدت

الدراسة على وجود فروق بين كلا الجنسين في توافق الوالدين مع أطفالهم ذوي الإعاقة وهذا يدعم أهمية نظرية التماسك الأسري في فهم التوافق لدى آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو.

٤. دراسة (أندرسون وآخرون، 2000 Andersson et al.):

عنوان: " الكفاءة الاجتماعية والمشكلات السلوكية لدى المعاقين سمعيا ". وهدفت الدراسة لمعرفة الكفاءة الاجتماعية(السلوك الاجتماعي الإيجابي و المبادأة الاجتماعية) والمشكلات السلوكية لدى المعاقين سمعيا، وذلك على عينة تكونت من مجموعتين: المجموعة الأولى تكونت من (٥٧) طفلاً معاقاً سمعياً تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات: الأولى فقد سمعي تام، متوسط، سمع بسيط، وبالنسبة لمجموعة العاديين تتكون من ٢١٤ طفلاً عادي السمع استخدمو كمجموعة مقارنة، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد اختلافات بسيطة بين المجموعتين، فيما عدا أن الأطفال المعاقين سمعياً أظهروا مبادأة اجتماعية أقل طبقاً لتقرير الوالدين، ولا توجد علاقة بين الكفاءة الاجتماعية ودرجة فقد السمعي، والوضع الدراسي، وأن المعاقين سمعياً لا يقلوا في درجة تكيفهم عن الأقران العاديين.

٥. دراسة (أويا، 2000 Oya):

عنوان: " العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمرأهقين المترددين على العيادات النفسية ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على تقصي العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمرأهقين المترددين على العيادات النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٠) طالب وطالبة من ذوي الدخل المحدود في مناطق الضواحي ومن يترددون على العيادات النفسية ومن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٤) سنة ومن ثلاثة أصول عرقية هي: مجموعة بيضاء ومجموعة سوداء وثلاثة من أصول أمريكية لاتينية وبعدد متساوي تقرير^١ا، ومن الأدوات التي تم استخدامها لقياس مظاهر العنف نموذج تقارير الآباء وقائمة التدقيق الخاصة بسلوك الأطفال، وقد أظهر نتائج الدراسة بأن الأعمار والأصول العرقية، ترتبط وبدلة بالخبرات الكلية للأطفال في مجال العنف ومستوياته. أما الجنس فلم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية سواء بمستوى العنف أو

مجاله. كما وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية مع قائمة التدقيق الخاصة بالعنف بصورة عامة وبكل من المشكلات السلوكية الظاهرة والباطنية خاصة.

٦. دراسة (كابر科夫 Koubekova، 2000):

عنوان : "مستوي التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا". حيث تكونت عينة الدراسة من (١١٥) من المعاقين والمعاقات الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٦) سنة ، وذلك من المدارس العامة والمدارس الخاصة التي تعلم المعاقين حركيا وكانت أدوات الدراسة قد اشتملت على اختبار كاليفورنيا للشخصية واستبيان القلق كحالة والقلق كسمة واستبيان تقدير الذات . وأشارت نتائج الدراسة على أن الأطفال المعاقين حركيا يظهرون قدرًا عالياً من السلوكيات المضادة للمجتمع، والتجلب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين ، كما اتضح أن الفتيات من المعاقات كن يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين ، كما أكدت الدراسة أيضاً أن المعاقات يعاني من قدر أكبر في تدني مستوى تقدير الذات وكن أقل رضا عن أنفسهن وكن يشعرن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن لهن .

٧. دراسة (لامبرت وآخرون Lambert et al. 1999):

عنوان: "المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والراهقين المحولين من العيادات النفسية". هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والراهقين المحولين من العيادات النفسية، والمقارنة بين الأطفال والراهقين الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول أفريقية ونظرائهم الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول جامايكية، وكذلك دراسة أثر الاختلافات الاجتماعية والثقافية على مشاكلهم، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال والراهقين المنحرفين ذوي المشكلات السلوكية والمشكلات الانفعالية من سن (٤-١٨) سنة من خلال مسح لسجلات الأطفال والراهقين الجامايكين والأفارقة موجودة بعيادة ، وكشفت نتائج الدراسة بشكل دال على أن مشكلات الأطفال والراهقين الأمريكيين الأفارقة أكثر من مشكلات نظرائهم الأمريكيين الجامايكين.

٨. دراسة (هائز و آخرون، Hayes et al. 1997) :

عنوان: " المشكلات السلوكية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم ".

وهدفت لفحص المشكلات السلوكية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم خاصة فيما يتعلق بطرق التواصل المختلفة، وتكونت عينة الدراسة من آباء (٨٤) طفلاً من الصم أكملوا قائمتين أحدهما خاصة بالآباء و الثانية يتعلق بسلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن ٤٠٪ من الأطفال الصم كانوا ضمن المعدل الطبيعي على قائمة سلوك الطفل، وحوالي ٨٢٪ يعانون من سوء التوافق الاجتماعي، وكشفت القائمة الخاصة بالآباء أن حوالي ٧٠٪ من الأطفال لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية، أيضاً بالرغم من أن الأطفال الصم يستخدمون لغة الإشارة، أيضاً يستخدمون الكلام والتي تشير إلى زيادة المقدرة السمعية و التي ذات تأثير كبير على توافهم.

٩. دراسة : (ميتشل وقيتن، Mitchell & quittner 1996) :

عنوان: " مشكلات الانتباه و السلوك للمعاقين سمعياً ".

وهدفت الدراسة التعرف على مشكلات الانتباه و السلوك للمعاقين سمعياً، و ذلك على عينة قوامها (٣٩) طفلاً معاقة سمعياً، و (٢٥) طفلاً عادي السمع طبق عليهم ثلاثة اختبارات لانتباه، وأكمل المعلمون و الوالدان قائمة سلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن الطلاق المعاقين سمعياً واجهوا (٢) من (٣) مهام خاصة بالانتباه، مقارنة بالعاديين، وتحليل الأخطاء في مهام اختبارات الانتباه اتضح أن لديهم مشاكل في الانتباه والتركيز، وأوضحت تقارير الوالدين أن حوالي ٥٥٪ من المعاقين سمعياً يعانون من مشكلات في السلوك وأن هناك علاقة ارتباطية بين الأداء في مهام اختبارات الانتباه و معدل السلوك على قائمة سلوك الطفل.

١٠. دراسة (بلاتشر و جان وآخرون، Blacher, Jan; And Others 1987) :

عنوان: " خصائص البيئة المنزلية للأسر التي لديها أطفال مختلفين عقلياً : مقارنة بين مستويات التخلف ".

قام بلاتشر و جان وآخرون بمقارنة خصائص البيئات الأسرية لدى الأطفال المختلفين عقلياً بشكل حاد والأقل منهم في درجة التخلف، وتكونت العينة من (١٥٧) أسرة وخلصت الدراسة إلى أن تأثير الأطفال المختلفين عقلياً على التوافق الأسري أعلى لدى الأسر التي يعاني أطفالها من مستوى عال من التخلف، وبينت أنه لا توجد فروق واضحة في تأثير الطفل المعاق على التوافق الزوجي.

التعليق على الدراسات السابقة:

ويعقب الباحث على الدراسات السابقة في عدده موضع منها:

١. موضوع الدراسة

ـ كثير من الدراسات قامت بدراسة الاضطرابات أو المشكلات السلوكية والانفعالية، ولكن ليس لدى الصم مثل دراسة (القمش، ٢٠٠٦)، (باطه، ٢٠٠١)، (أويا، ٢٠٠٠)، (أندرسون وآخرون، ٢٠٠٠)، (لامبرت وآخرون، ١٩٩٩)، (الطهراوي، ١٩٩٧)، (وريكات والشحوري، ١٩٩٦)، (القمش، ١٩٩٤).

ـ ومنها دراسات قامت بدراسة الاضطرابات أو المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الصم مثل دراسة، (وافي، ٢٠٠٦)، (الكافش، ٢٠٠٤)، (صوالحة، ١٩٩٩)، (هایز وآخرون، ١٩٩٧)، (مصطفی، ١٩٩٣).

ـ ومنها دراسات قامت بدراسة بعض أبعاد الاضطرابات التي تتناولتها الدراسة الحالية عند الصم (المعاقين) مثل دراسة: (النجار، ٢٠٠٥)، (الحربي، ٢٠٠٣)، (مسعد، ٢٠٠٣)، (الصايغ، ٢٠٠١)، (ميتشل وقيتن، ١٩٩٦).

ـ وهناك دراسات قامت بدراسة التوافق بأبعاد المختلفة مثل دراسة: (وافي، ٢٠٠٦)، (عبد الله، ٢٠٠٦)، (ستونمان، وآخرون، ٢٠٠٦)، (خصيفان، ٢٠٠٠)، (عبد الغفار، ١٩٩٥)، (فؤاد، ١٩٨٦).

٢. الفروض

جاءت الفروض في الدراسات السابقة متعددة بين صفرية (غير موجهة)، وموجبة (موجهة) ولقد توافقت فروض الدراسة الحالية مع الفروض الصفرية.

٣. الأساليب الإحصائية

تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لنوع الهدف، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات ارتباط، وتحليل تباين، واختبار (ت)، والتحليل العائلي، والدراسة الحالية استضاعت بهذه الأساليب واستخدمت معظمها. ومنها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات والنسبة المئوية

والوزن النسبي، معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

يتضح لنا من العرض السابق للدراسات ما يلي:

- ١- أنها تناولت موضوعاً مهماً في التراث السيكولوجي، حيث إنه يحتل مكانة بارزة لدى كل من له صلة بالعملية التعليمية.
- ٢- أن درجة الإعاقة ذات أثر واضح على مستوى الاضطرابات والتوافق النفسي أو الاجتماعي لدى الأطفال الصم.
- ٣- دراسة علاقة الاضطرابات والمشكلات السلوكية أو الانفعالية (أو بعد من أبعادها) بالأطفال المعوقين.
- ٤- معظمها عالجت نتائجها بالنسبة للذكور والإإناث معاً.
- ٥- اهتمت بدراسة المظاهر السلوكية والانفعالية في مرحلة الطفولة.
- ٦- أن كل من الإعاقة والخلل الأسري وسوء التوافق يحمل بين طياته شعوراً بالعجز والحرمان

ولقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في الجوانب التالية:

- ١- تحديد مشكلة الدراسة.
- ٢- تحديد مصطلحات الدراسة.
- ٣- بناء أداة الدراسة (التوافق الأسري).

وافتقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في عدد جوانب، أهمها:

- ١- تناولها لموضوع سيكولوجي مهم في الميدان التربوي، والمجال النفسي، وهو اضطرابات المعوقين وعلاقتها بالتوافق (النفسي والاجتماعي).
 - ٢- اختيار معظمها عينات من مرحلة الطفولة، والتي تعد الداعمة الأساسية في المراحل العمرية، لما لها من أهمية خاصة.
- ٤٣لاهتمام بفئة المعوقين (ذوى الاحتياجات الخاصة)، حيث إن الاهتمام بهم يعتبر ضماناً لعدم تبذيد الطاقات البشرية، والاستفادة منهم في العطاء والإنتاج.

أمّا ما تتفق به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- ١- أول دراسة تُطبق في البيئة الفلسطينية من حيث متغيراتها.

- ٢- أنها تناولت دراسة متغيرات - فئة العمر (١٤-٧) سنة، والجنس (الذكور والإناث)، وعدد أفراد الأطفال الصم داخل الأسرة، ودرجة الإعاقة السمعية، وترتيب الطفل المعوق (الأصم) داخل الأسرة - وهي متغيرات لم تهتم بها الدراسات السابقة.
- ٣- إنها تناولت دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري في البيئة الفلسطينية، لم تتعرض لها الدراسات السابقة.

وقد توصلت الدراسات السابقة إلى أهم النتائج التالية:

- ١- أشارت جميع الدراسات إلى أن هناك علاقة سالبة بين كل من الاضطرابات السلوكية والانفعالية من جهة والتوافق النفسي أو الاجتماعي من جهة أخرى.
- ٢- يعد الشعور بالحرمان أو العجز العائد لأسباب أسرية أو جسمية ذا أثر واضح على التوافق النفسي والاجتماعي.
- ٣- أوضحت أن من أبرز الاضطرابات والمشكلات السلوكية والانفعالية والتي أشارت إليها هذه الدراسات لدى الأطفال تمثلت في والعدوان والسرحان والغش والقلق والاكتئاب والنشاط الزائد والغيرة والمشكلات ذات الطابع الاجتماعي كالكذب والسرقة والانسحاب الاجتماعي والالتزامات العصبية.
- ٤- إن المعوّقين يميلون إلى إلقاء مسؤولية الفشل في التوافق الأسري مع إعاقتهم على كاهل الوالدين.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

الطريقة والإجراءات

- ❖ منهج الدراسة.
- ❖ مجتمع الدراسة.
- ❖ عينة الدراسة.
- ❖ أدوات الدراسة.
- ❖ صدق الإستبانة.
- ❖ ثبات الاستبانة.
- ❖ المعالجات الإحصائية.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعها الباحث في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تغيف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الإستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، والتأكد من صلاحتها للتطبيق في البيئة الفلسطينية عامة وعلى مجتمع الدراسة خاصة وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعرف بأنه " وصف منظم للحقائق ولميزات مجموعة معينة أو ميدان من ميادين المعرفة الهامة بطريقة موضوعية وصحيحة".

و يعرف "الأغا" المنهج الوصفي بأنه " دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي، دون تدخل الباحث في مجرياته ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها". (الأغا، ١٩٩٧: ٤١)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أطفال جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١٣ والبالغ عددهم (٢٩٧) طفل.

ثالثاً - عينة الدراسة:

١ - العينة الاستطلاعية للدراسة:

وتكونت من (٣٠) طفل من جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١١ تم اختيارهم بالطريقة العشوائية ليتم تقنين أدوات الدراسة عليهم من خلال الصدق والثبات بالطرق المناسبة .

٤- العينة الأصلية للدراسة:

حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة وبلغت العينة من طفل من جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١١ والجدول التالى توضح عينة الدراسة:

وصف عينة الدراسة:

قام الباحث بحساب التكرار والنسب المئوية للمتغيرات الديمografية في الدراسة، وهي (الجنس، العمر، ودرجة الإعاقة ، وترتيب الطفل في الأسرة، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة) .

أولاً : بالنسبة للجنس:

جدول (3)

يوضح عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
45.18	89	ذكر
54.82	108	أنثى
100	197	المجموع

ثانياً : بالنسبة لعمر الطفل الأصم:

جدول (4)

يوضح عينة الدراسة حسب العمر

النسبة المئوية	العدد	العمر
48.73	96	أقل من ١٠ سنوات
51.27	101	أكبر من ١٠ سنوات
100.00	197	المجموع

ثالثاً : بالنسبة لدرجة الإعاقة:

جدول (5)

يوضح عينة الدراسة حسب درجة الإعاقة

النسبة المئوية	العدد	درجة الإعاقة
11.68	23	خفيفة
18.27	36	متوسطة
51.78	102	شديدة
18.27	36	عميقة
100	197	المجموع

رابعاً : بالنسبة ترتيب الطفل الأصم في الأسرة:

جدول (6)

يوضح عينة الدراسة حسب ترتيب الطفل الأصم في الأسرة

النسبة المئوية	العدد	ترتيب الطفل في الأسرة
52.28	103	1-3
34.52	68	4-6
13.20	26	أكثر من 6
100	197	المجموع

خامساً : بالنسبة لعدد الأطفال الصم داخل الأسرة:

جدول (7)

يوضح عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الصم داخل الأسرة

النسبة المئوية	العدد	عدد الأطفال الصم داخل الأسرة
42.13	83	طفل واحد

31.47	62	طفلان
14.21	28	ثلاثة أطفال
12.18	24	أربعة أطفال
100	197	المجموع

أدوات الدراسة:

أولاً : مقياس التحديات والصعوبات

وصف المقياس:

تم وضع مقياس (الصعوبات والتحديات) ليقيس عرضين أساسيين، الأول: وهو مكون من الأربع مقاييس الفرعية للنسخة العربية لمقياس جودمان للتحديات والصعوبات، وقد تم تطبيق الأداة لقياس الأعراض التالية: المشاكل الانفعالية: (القلق والاكتئاب)، والمشكلات السلوكية والاجتماعية (العدوان) الحركة الزائد وتشتت الانتباه، ومشاكل الأقران.

وقد استخدمه الباحث لقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وهو من إعداد(جودمان) وقام بترجمته للعربية د. سمير قوتة أستاذ الصحة النفسية في الجامعة الإسلامية.

كل ميزان في هذا المقياس يتكون من خمسة بنود، ويتم تقييم المشاركين على مقياس من ثلاثة نقاط (صفر:لا - ١: أحيانا - ٢:نعم). البنود الخمسة والعشرون في هذا المقياس تضم ٥ بنود لكل من الموازين الفرعية الخمسة. المرحلة الأولى في هذا المقياس تحسب كل من المقاييس الفرعية الخمسة. الأجابة "أحيانا" تأخذ نقطة واحدة ولكن نعم أو لا تأخذ نقاط مختلفة. حساب كل اجابة مقسمة كل ميزان على حده.

لقد استخدم الباحث فقط مقياس الصعوبات والتحديات المكون من ورقة واحدة تحتوي على (٢٥) بند، بمعنى أن الباحث لم يستخدم الصفحة الثانية في المقياس التي تقيس تأثير الصعوبات على الطفل على المدى الطويل.

جدول (٨)

يوضح توزيع فقرات الاستبانة

العدد	المجال	م
٥	الميزان الاجتماعي	١
٥	ميزان زيادة الحركة	٢
٥	ميزان الأعراض العاطفية	٣
٥	ميزان المشاكل السلوكية	٤
٥	مقاييس مشاكل الأصحاب	٥
٢٥	المجموع	

صدق المقياس:

قام الباحث بتقنين فقرات المقياس وذلك للتأكد من صدقها كالتالي:

أولاً : صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملحوظاتهم حول مناسبة فقرات الإستيانة، ومدى انتفاء الفقرات إلى كل مجال من مجالات الاستيانة، وكذلك وضوح صياغتها اللغوية.

ثانياً : صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستيانة بتطبيق الإستيانة على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) طفل من جمعية أطفالنا الصم في محافظة غزة من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل مجال من مجالات الاستيانة والدرجة الكلية للاستيانة وكذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستيانة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتهي إليه وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

الجدول (9)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لجميع المجالات

مقياس مشاكل الأصحاب	ميزان المشاكل السلوكية	ميزان الأعراض العاطفية	ميزان زيادة الحركة	الميزان الاجتماعي	α
**0.521	**0.830	**0.647	*0.382	**0.477	١
*0.374	**0.566	**0.828	**0.678	*0.458	٢
**0.475	**0.725	**0.819	**0.512	**0.697	٣
**0.694	**0.509	**0.812	**0.622	**0.751	٤
*0.392	**0.611	**0.502	**0.733	**0.572	٥

*^r الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = .٣٦١

*^r الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = .٤٦٣

يبين الجدول السابق معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لفقراته،

والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١ ، ٠.٠٥)، ومعاملات الارتباط محسورة بين المدى (٠.٣٧٤ - ٠.٨٣٠)، وكذلك قيمة ر المحسوبة أكبر من قيمة ر الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية(٢٨) والتي تساوي (٠.٣٦١) وبذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للمجالات قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات المقياس والمجالات الأخرى وكذلك كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس والجدول (١٢) يوضح ذلك.

الجدول (10)

مصفوفة معاملات ارتباط كل مجال من مجالات المقياس والمجالات الأخرى للمقياس وكذلك مع الدرجة الكلية

مقياس مشاكل الأصحاب	ميزان المشاكل السلوكية	ميزان الأعراض العاطفية	ميزان زيادة الحركة	الميزان الاجتماعي	المجموع	
				1	-0.549	الميزان الاجتماعي
			1	-0.626	0.776	مizaran زيوادة الحركة
		1	0.585	-0.647	0.881	مizaran الأعراض العاطفية
	1	0.554	0.552	-0.594	0.716	مizaran المشاكل السلوكية
1	0.360	0.741	0.518	-0.451	0.810	مقياس مشاكل الأصحاب

ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.٣٦١

ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.٤٦٣

يتضح من الجدول السابق أن جميع المجالات ترتبط بعضها البعض وبالدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ثبات المقياس :Reliability

أجرى الباحث خطوات التأكيد من ثبات الإستبانة وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين وهما التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

١ - طريقة التجزئة النصفية : Split-Half Coefficient

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة جتنان والجدول (١٣) يوضح ذلك:

الجدول (11)

يوضح معاملات الارتباط بين نصفي كل مجال من مجالات المقياس وكذلك المقياس ككل قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل

المعامل الثبات بعد التعديل	الارتباط قبل التعديل	عدد الفقرات	المجالات
0.488	0.481	٥	الميزان الاجتماعي
0.476	0.469	٥	میزان زيادة الحركة
0.672	0.636	٥	میزان الأعراض العاطفية
0.601	0.531	٥	میزان المشاكل السلوكية
0.426	0.416	٥	مقياس مشاكل الأصحاب
0.798	0.788	٢٥	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.798) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٢ - طريقة ألفا كرونباخ :

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات وهي طريقة ألفا كرونباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك للمقياس ككل والجدول (١٤) يوضح ذلك:

الجدول (12)

يوضح معاملات ألفا كرونباخ لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك للمقياس ككل

المعال المعياري	النوع	المجال
0.549	٥	الميزان الاجتماعي
0.412	٥	میزان زيادة الحركة
0.769	٥	میزان الأعراض العاطفية
0.664	٥	میزان المشاكل السلوكية
0.407	٥	مقياس مشاكل الأصحاب
0.676	٢٥	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (٠.٦٧٦) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

ثانياً : استبانة التوافق الأسري

قام الباحث بناء المقياس ضمن الخطوات التالية:

- بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قام الباحث بناء الإستبانة وفق الخطوات الآتية:

- إعداد الاستبانة في صورتها الأولية والتي شملت (٦١) فقرة والملحق رقم (١) يوضح الإستبانة في صورتها الأولية.
- عرض الاستبانة على المشرف من أجل اختيار مدى ملائمتها لجمع البيانات.
- تعديل الاستبانة بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.
- عرض الاستبانة على (٧) من المحكمين التربويين بعضهم أعضاء هيئة تدريس في الجامعة الإسلامية، وجامعة الأقصى، والملحق رقم (١) يبين أعضاء لجنة التحكيم.
- بعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تم حذف (٢٥) فقرات من فقرات الإستبانة، وكذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات وقد بلغ عدد فقرات الاستبانة بعد صياغتها النهائية (٣٠) فقرة ، حيث أعطى لكل فقرة وزن مدرج وفق سلم متدرج ثلاثي (نعم ، أحياناً ، لا) أعطيت الأوزان التالية (٢ ، ٠١ ، ٠٠١) بذلك تتحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين (٧٢،٠) درجة والملحق رقم (٦) يبين الاستبانة في صورتها النهائية.

وصف الاستبانة:

تضمن المقياس من (٣٠) فقرة للتعرف على التوافق الأسري لدى الأطفال الصم.

صدق الاستبانة:

قام الباحث بتنقين فقرات الاستبانة وذلك للتأكد من صدقها كالتالي:

أولاً : صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الإستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى المقياس، وكذلك وضوح صياغتها اللغوية.

ثانياً : صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة بتطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) طفل من جمعية الصم في محافظة غزة من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط

ببرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية الاستبانة الذي تنتهي إليه وذلك باستخدام البر نامج الإحصائي (SPSS).

الجدول (13)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات استبانة التوافق الاسري مع الدرجة الكلية للاستبانة

معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**0.580	١٩	*0.378	١
**0.510	٢٠	**0.493	٢
**0.794	٢١	**0.707	٣
**0.687	٢٢	*0.461	٤
**0.550	٢٣	**0.718	٥
**0.491	٢٤	**0.826	٦
**0.663	٢٥	**0.535	٧
**0.685	٢٦	**0.603	٨
*0.433	٢٧	0.026	٩
**0.559	٢٨	**0.819	١٠
*0.457	٢٩	0.116	١١
**0.809	٣٠	**0.471	١٢
0.264	٣١	**0.656	١٣
0.298	٣٢	**0.735	١٤
**0.661	٣٣	*0.407	١٥
0.170	٣٤	**0.639	١٦
**0.802	٣٥	**0.526	١٧
**0.751	٣٦	0.340	١٨

*^ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٣٦١.

*^ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٤٦٣.

يبين الجدول السابق معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى (٠٠٠٥) عدا الفقرات (٩، ١١، ١٨، ٣٢، ٣١) فهي غير دالة إحصائياً وتم حذفها، يتبين أن معاملات الارتباط محسوبة بين المدى (٠٣٧٨ - ٠٠٨٢٦)، وكذلك قيمة ر المحسوبة أكبر من قيمة ر الجدولية عند مستوى دالة (٠٠٠٥) ودرجة حرية (٢٨) والتي تساوي (٠٠٣٦١)، وبذلك تعتبر فقرات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه وحيث أصبحت الاستبانة مكوناً من (٣٠) فقرة تتراوح درجته الكلية بين (٦٠ - ٣٠) درجة.

ثبات الاستبانة:

تم تقدير ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

١-طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات الاستبانة بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للمقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان بروان وكانت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية قبل التعديل (٠٠٨٧٧) وكان بعد التعديل فوق (٠٠٩٣٤) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٢-طريقة ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا كرونباخ (٠٠٩٠٩) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

١- تم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS Stochastic Package for Science)، لتحليل البيانات ومعالجتها.

٢- تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية للتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة:

• معامل ارتباط بيرسون: التأكد من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك بإيجاد معامل "ارتباط بيرسون" بين كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة.

• معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ: للتأكد من ثبات أداة الدراسة.

٣- تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية لتحليل نتائج الدراسة الميدانية:

• النسب المئوية والمتوسطات الحسابية.

• اختبار T.test independent sample لمعالجة الفروق بين مجموعتين .

• تحليل التباين الأحادي.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

❖ عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

❖ توصيات الدراسة

❖ مقتراحات الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة :

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز نتائج المقياس التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، بهدف التعرف على **الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم** وعلاقتها **بالتوافق الأسري**، وكذلك ترتيب أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، كما تم دراسة هذا المستوى في ضوء مجموعة من المتغيرات هي:

١. جنس الطفل الأصم.
٢. عمر الطفل الأصم.
٣. درجة الإعاقة السمعية.
٤. ترتيب الطفل الأصم في الأسرة.
٥. عدد الأطفال الصم داخل الأسرة .

وقد تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المجتمعية من استبانة الدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS)، للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

السؤال الأول:

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على : " ما مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى أطفال الصم بمحافظة غزة ؟

وللإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام التكرارات والمتosteات والنسب المئوية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (14)

التكارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك ترتيبها ($n = 197$)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	عدد الفقرات	الأبعاد
1	69.54	2.631	6.954	1370	٥	الميزان الاجتماعي
2	49.19	2.444	4.919	969	٥	میزان زيادة الحركة
3	40.96	3.219	4.096	807	٥	میزان الأعراض العاطفية
5	34.97	2.782	3.497	689	٥	میزان المشاكل السلوكية
4	40.66	1.879	4.066	801	٥	مقياس مشاكل الأصحاب
	47.07	6.590	23.533	4636	٢٥	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن الميزان الاجتماعي حصل على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩%)، وحصل میزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٩.٥٤%)، وحصل میزان الأعراض العاطفية(القلق والاكتئاب) على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٤٠.٩٦%)، في حين حصل مقياس مشاكل الأصحاب على المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٤٠.٦٦%)، وحصل میزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (٤٠.٩٧%) أما الدرجة الكلية للمقياس ككل حصل على وزن نسبي (٤٧.٠٧%).

ويعزى الباحث حصول الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٤٩.٥٤%)، يرجع إلى أن الأطفال الصم يسعون إلى مساعدة الآخرين كونهم يشعرون بالحاجة إلى الآخرين وطيب المعاملة منهم فإنهم يبادلون الناس هذا الشعور كي لا يقصر أحداً في مساعدتهم أو الشفقة عليهم بمساعدتهم ، وكذلك فإن تواصلهم مع الآخرين من خلال المشاركة والتقطيع لأن عنصر اللغة عند هذه الفئة محدود إن لم يكن معذوم فهذا هو السبيل الأمثل للتعبير عن وجودهم،

وحصل میزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩%)، ولهذا يرى الباحث أن میزان الحركة الزائدة بتربع على عرش الاضطرابات لدى الطفل الأصم وهذا يتوافق مع دراسة

كلاً من (القمش، ١٩٩٤)، (وريكات والشحوري، ١٩٩٦)، (وافي، ٢٠٠٦) فإن الحركة الزائدة لدى الطفل الأصم تأتي محاولةً منه لفرض ذاته على العالم المحيط بهواً ثبات وجوده ضمن المجتمع فتري أكثرهم يسعى وبشكل ملحوظ لا شعوري لكسر جدار العزلة الذي تضرره الإعاقة نحوهم، فيحولون الصمت المطبق لحركة دويبة ونشيطة غالباً ما تزيد عن الحد المقبول فتصبح مصدر إزعاج للمحيط واضطراباً يوسم سلوكهم ويحاولون من خلاله جذب انتباه الآخرين إليهم، وكطريقة لا مباشرة يستخدمها الطفل الأصم لقرير طاقاته الكامنة وإثبات رغباته.

وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسيبي (٣٤.٩٧٪)، ومع أنها قليلة في مكونهم النفسي إلا أنها أعلى من الأطفال الأسيوياء، حيث إن التوافق الأسري الذي تم التوصل إليه لدى الصم كان مرتفعاً لحد ما وتوصلت الدراسة إلى أن السلوك العدواني لدى الصم كان منخفضاً نسبياً وعلى ذلك يتضح أن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة سالبة بين التوافق الأسري و السلوك العدواني فالأطفال الذين يتمتعون بتوافق أسري عالي تنخفض لديهم السلوكيات العدوانية نظراً لازانهم الانفعالي واتفاقهم مع المجتمع الذي ينتمون إليه. وهذا يتافق مع ما جاءت به دراسة (القمش، ٢٠٠٦)، و(الحربي، ٢٠٠٣) بيد أننا حينما نراه يستخدم أساليب عنيفة في التفاعل مع بيئته، ويبدي نمطاً من العدائية أو عدم التعاون أو المخادعة والتلاعب ؛ فهذا محاولة من الأصم ليكون أكثر تأثيراً في تلك البيئة وهذا يتافق مع دراسة (الصايغ، ٢٠٠١).

السؤال الثاني من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على : " ما مستوى التوافق الأسري لدى طلبة الصم بمحافظة غزة ؟

وللإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام التكرارات والمتosteات والنسب المئوية، والجدوال التالي توضح ذلك:

الجدول (15)

التكرارات والمتosteات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي للمقياس ككل (ن = ١٩٧)

الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	الفقرة
69.31	15.452	41.589	8193	الدرجة الكلية للتوافق الأسري

يتضح من الجدول السابق أن الدرجة الكلية للتوافق الأسري حصل على وزن نسبي (٦٩.٣١٪).

يرى الباحث أن مستوى التوافق الأسري الجيد هذا يرجع إلى تقبل الأسرة لوجود معاق بينها وجود المحبة المتبادلة وتحمل المسئولية المشتركة والقدرة على مواجهة وحل المشكلات، وبالتالي الاستقرار والتواصل الأسري والقدرة على تحقيق مطالب واحتياجات الأسرة وسلامة العلاقة بين الأبناء في الأسرة والمساواة في التعامل معهم سواء كان أصم أو سليمًا معافي، ومشاركة الجميع في زيارة الأقارب وتوطيد العلاقات الاجتماعية، كل ذلك يساهم بفاعلية في تحقيق التوافق الأسري وهذا يتفق مع دراسة (الدудدي، ٢٠٠٩).

كما يرى الباحث أن النمط الاجتماعي الذي يتميز به سكان قطاع غزة حيث أن العديد من الأسر لا تزال تعيش ضمن نظام الأسر المتمدة والتواصل الاجتماعي القوي بين الأقرباء والجيران في المجتمع يساعد على ارتفاع مستوى التوافق الأسري عند أسر الأطفال الصم. وقد تصبح إعاقاة الطفل وسيلة من وسائل تدعيم العلاقة بين أفراد الأسرة ^أ وأنسجام ^أ، وذلك من أجل مواجهة إصابة طفلهما وهذا يتفق مع دراسة (العرعير، ٢٠١٠).

وبالتالي وجود جو من التوافق داخل الأسرة، ستخلو منه كلمات اللوم والعتاب وتحل مكانها كلمات التسامح والمحبة انطلاقاً من ثقافة مثل المؤمنين دوادهم وترابحهم وتعاطفهم مثل الجسد الواحد، يجد فيها الطفل الأصم من يتقهنه ويتوافق معه ويضفي على نفسيته بالقبول الذاتي والتوافق النفسي والاجتماعي.

الإجابة عن السؤال الثالث من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على: " هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأضطرابات السلوكية الانفعالية ومستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ".

وللاجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام معامل ارتباط بيرسون والجدول (٢٣) يوضح ذلك:

جدول (16)

معامل ارتباط بيرسون بين الأضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسري

مستوى الدلالة	الأضطرابات السلوكية الانفعالية	المقياس
دلالة عند ٠.٠١	- **0.743	التوافق الأسري

ر الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.١٣٨

ر الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.١٨١

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين الأضطرابات السلوكية الانفعالية والتوافق الأسري أي انه كلما زاد مستوى التوافق الأسري ، قلت الأضطرابات السلوكية الانفعالية لدى الصم بمحافظة غزة.

وبفسر الباحث أي كلما زاد الاهتمام من جميع أفراد الأسرة ب الصم يقلل من حدة الأضطرابات لديهم حيث إن الأسرة تلعب دوراً هاماً في التخفيف من الأضطرابات السلوكية والانفعالية لدى طفليها الأصم، حيث تعتبر التنشئة الاجتماعية والتقبل النفسي والاتزان منبعاً رئيسياً لهما وكل ذلك يلعب دوراً هاماً في بناء شخصيته كغيره من في مثل سنـه. (زهران، ٢٠٠٥)

إضافة إلى الخدمات المقدمة للأطفال الصم من خلال المؤسسات والجمعيات التي تهتم برعايتهم والأخصائين العاملين في هذا المجال له أثر كبير على التخفيف من مستوى الأضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم، وأن دور جمعيات ومؤسسات الإعاقة هام جداً في تحقيق مستوى جيد من التوافق الأسري لدى أسرة الأصم (الاشقر، ٢٠٠٢:٦٥). فهذه الجمعيات والمؤسسات عادة ما تقوم بأغراض متعددة وهي تعمل كملتقى يساعد المعاقين على تحقيق الاندماج التدريجي عن طريق الاختلاط المحدود بالمعوقين أقرانه وكذلك العاديين مما يضمن توفير بيئة آمنة لتجربة

أدواته ووسائله الخاصة في الانتماء للغير ومحاولة التوافق معهم كما تعمل تلك الجمعيات كمراكز للالتقاء بآباء المعوقين وذويهم لتبادل الآراء ومناقشة مشكلاتهم المشتركة وتنظيم جهودهم لتحقيق كل ما من شأنه التخفيف من مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ومساعدة الطفل الأصم على تحقيق قدر عالٍ من التوافق والاندماج، كما أنها تعمل على تسهيل الحصول على الخدمات التخصصية وتقديم المعلومات والإرشاد. كما أن وعي الأسرة بحقيقة الاضطرابات وأسباب حدوثها من خلال خدمات الإرشاد والتوجيه المقدمة لهن لها يضد دور كبير في الحصول على هذه النتيجة.

الإجابة عن السؤال الرابع من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الرابع من أسئلة الدراسة على : " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في الأضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر ، أنثى)

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار " T. test " والجدول (٢٤) يوضح

ذلك :

جدول (١٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة " ت " للمقياس تعزى لمتغير الجنس (ذكر ، إناث)

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة " ت "	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	الأبعاد
غير دالة إحصائية	0.358	0.921	2.714	6.764	89	ذكر	الميزان الاجتماعي
			2.563	7.111	108	أنثى	
غير دالة إحصائية	0.174	1.364	2.609	5.180	89	ذكر	ميزان زيادة الحركة
			2.289	4.704	108	أنثى	
غير دالة إحصائية	0.810	0.240	3.364	4.157	89	ذكر	ميزان الأعراض العاطفية
			3.110	4.046	108	أنثى	
غير دالة إحصائية	0.514	0.654	2.793	3.640	89	ذكر	ميزان المشاكل السلوكية
			2.781	3.380	108	أنثى	
غير دالة إحصائية	0.642	0.466	1.817	4.135	89	ذكر	مقياس مشاكل الأصحاب
			1.936	4.009	108	أنثى	
غير دالة إحصائية	0.508	0.663	6.772	23.876	89	ذكر	الدرجة الكلية
			6.453	23.250	108	أنثى	

قيمة " ت " الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠٠٠٥) = ١.٩٦

قيمة " ت " الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠٠٠١) = ٢.٥٨

يتضح من الجدول السابق أن قيمة " ت " المحسوبة أقل من قيمة " ت " الجدولية في المجالات والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس (ذكور ، إناث).

ويعلو الباحث عدم وجود فروق في مستوى الأضطرابات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير جنس الطفل المعاق (ذكر ، أنثى) إلى أن وجود فرد معاق سمعياً داخل الأسرة يعني وجود الإعاقة،

بغض النظر عن المعايير سواء أكان ذكراً أم أنثى، وهذا يتحقق مع العديد من الدراسات منها دراسة (القمش، ٢٠٠٦) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها المعوقين و الجنس الطفل، هذا فضلاً عن أن الإعاقة تترك نفس التأثير على الأسرة حتى في ظل اختلاف نوع المعايير سمعياً إضافة إلى أن خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل المقدمة لهم تقدم لكلا الجنسين من المعاقين، وأن عائلات يمتلكون بدرجة عالية من التوافق الأسري، الأمر الذي يعكس نظرة إيجابية للجنسين على السواء.

ويرى الباحث أنه ورغم بعض العادات المجتمعية التي كانت تسود في قطاع غزة والمتمثلة في التمييز بين الذكر والأنثى سواء كان ذلك متعلقاً بالطبعيين أو بالمعاقين، إلا أن هذه النتيجة تعطي مؤشرًا طيباً على تحول إيجابي للمجتمع نحو نظرة عادلة للذكر والأنثى. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة. (وافي، ٢٠٠٦).

الإجابة عن السؤال الخامس من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الخامس من أسئلة الدراسة على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.005$) في الأضطرابات السلوكية الانفعالية بين متقطعتات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من ١٠ سنوات، أكبر من ١٠ سنوات)"

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار "T. test" والجدول (٢٤) يوضح ذلك:

جدول (18)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمقياس تعزى لمتغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة "ت"	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	الأبعاد
غير دالة إحصائية	0.681	-0.412	2.649	6.875	96	أقل من ١٠ سنوات	الميزان الاجتماعي	
			2.625	7.030	101	أكبر من ١٠ سنوات		
غير دالة إحصائية	0.133	1.509	2.394	5.188	96	أقل من ١٠ سنوات	ميزان زيادة الحركة	
			2.475	4.663	101	أكبر من ١٠ سنوات		
غير دالة إحصائية	0.700	0.386	3.268	4.188	96	أقل من ١٠ سنوات	ميزان الأعراض العاطفية	
			3.186	4.010	101	أكبر من ١٠ سنوات		
غير دالة إحصائية	0.532	0.626	2.840	3.625	96	أقل من ١٠ سنوات	ميزان المشاكل السلوكية	
			2.734	3.376	101	أكبر من ١٠ سنوات		
غير دالة إحصائية	0.579	-0.555	1.827	3.990	96	أقل من ١٠ سنوات	مقياس مشاكل الأصحاب	
			1.934	4.139	101	أكبر من ١٠ سنوات		
غير دالة إحصائية	0.492	0.688	6.477	23.865	96	أقل من ١٠ سنوات	الدرجة الكلية	
			6.712	23.218	101	أكبر من ١٠ سنوات		

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٠٥) = ١.٩٦

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٠١) = ٢.٥٨

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة أقل من قيمة "ت" الجدولية في المجالات والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر. ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن العمر لا يؤثر على وجود الأضطرابات لدى الطفل الأصم، وذلك لأن الإعاقة السمعية تترك نفس التأثيرات في حال وجود ابن معاق سمعياً سواء كان في مرحلة الطفولة الأولى أو المتأخرة. وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة (صوالحة، ١٩٩٩) كما يفسر الباحث عدم وجود فروق بسبب قرب الفئات من نفسها، ويرى الباحث أنه لو تم مقارنة طفل وجد في المؤسسة بعد سن ١٤ سنة، بطفل قبل ٤ سنة لوجدت الفروق في صالح الكبير بعد (١٤) سنة.

الإجابة عن السؤال السادس من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال السادس من أسئلة الدراسة على: " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في الأضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات طلبة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير درجة الإعاقة (خفيفة، متوسطة، شديدة، عميقة) . One Way ANOVA . وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي جدول (19)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير درجة الإعاقة

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الأبعاد
دالة عند 0.001	0.000	7.709	48.388	3	145.164	بين المجموعات	الميزان الاجتماعي
			6.277	193	1211.424	داخل المجموعات	
				196	1356.589	المجموع	
دالة عند 0.005	0.024	3.218	18.587	3	55.762	بين المجموعات	ميزان زيادة الحركة
			5.777	193	1114.938	داخل المجموعات	
				196	1170.701	المجموع	
دالة عند 0.001	0.000	11.062	99.337	3	298.010	بين المجموعات	ميزان الأعراض العاطفية
			8.980	193	1733.157	داخل المجموعات	
				196	2031.168	المجموع	
دالة عند 0.001	0.000	6.783	48.237	3	144.710	بين المجموعات	ميزان المشاكل السلوكية
			7.112	193	1372.539	داخل المجموعات	
				196	1517.249	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.130	1.904	6.631	3	19.892	بين المجموعات	مقاييس مشاكل الأصحاب
			3.483	193	672.250	داخل المجموعات	
				196	692.142	المجموع	
دالة عند 0.001	0.003	4.787	196.482	3	589.445	بين المجموعات	الدرجة الكلية
			41.045	193	7921.591	داخل المجموعات	
				196	8511.036	المجموع	

ف الجدولية عند درجة حرية (٢٠١٩٦) وعند مستوى دلالة (0.001) = ٤.٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢٦،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠٠٥) = ٣٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠٠٥) في جميع المجالات والدرجة الكلية للمقياس عدا مجال مقياس مشاكل الأصحاب، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير درجة الإعاقة، وللتعرف إلى اتجاه الفروق قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه Scheffe المعياري والجدول (٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١) توضح ذلك:

جدول (20)

يوضح اختبار شيفيه في الميزان الاجتماعي تعزى لمتغير درجة الإعاقة

عميقة	شديدة	متوسطة	خفيفة	
5.611	7.088	6.750	8.783	
			٠	٨.٧٨٣ خفيفة
		٠	*2.033	٦.٧٥٠ متوسطة
	٠	0.338	*1.694	٧.٠٨٨ شديدة
٠	1.477	1.139	*3.171	٥.٦١١ عميقة

* دلالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة لصالح الخفيفة، وبين الخفيفة والشديدة لصالح الخفيفة، وبين الخفيفة والعميقة لصالح الخفيفة، ولم يتضح فروق في درجات الإعاقة الأخرى.

ويعزو الباحث ذلك إلى الخصائص التي يتمتع بها الأصم ذو الدرجة الخفيفة من الإعاقة، حيث أنه يتلقى تعزيزات لفظية من الآخرين، ويتمكن من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار ويحاول تقليدها، وهذا يعني أنه غير محروم بشكل كلي من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها. ويستطيع أن يشارك المحيط الاجتماعي بمقدار السمع و اللغة البسط الذي يتمتع به، أو أن يتكيف _ ولو بالقدر الضئيل_ اجتماعياً ونفسياً وانفعالياً، ويعي عناصر بيئته (أبو حمزة، ٢٠٠٣) فدرجة سمعه الخفيفة تؤهله من الناحية العملية

الوظيفية لمسايرة الحياة الاجتماعية والأنشطة العاديّة مع الآخرين، فإشراكه بالمحادثات و إقامة علاقات معه و إكسابه الإحساس بالانتماء لأسرته يشعره بالأمن والطمأنينة وهذا يتافق مع دراسة العرعيـر (٢٠١٠)، وقد أشارت نتائج دراسة (القمش، ٢٠٠٦) كذلك إلى وجود علاقة قوية بين كل من المشكلات السلوكية التي يظهرها المعوقين عقلياً داخل المنزل ودرجة الإعاقة التي يعاني منها. وكذلك فقد توصلت دراسة (خصيفان، ٢٠٠٠) لوجود فروق في التكيف الشخصي والاجتماعي والعام بين السويات والمعوقات سعياً لصالح السويات وبين الصم منهم وضعيفات السمع لصالح ضعيفات السمع.

جدول (21)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان زيادة الحركة تعزى لمتغير درجة الإعاقة

عميقة	شديدة	متوسطة	خفيفة	
6.028	4.725	4.667	4.435	
			0	خفيفة 4.435
		0	0.232	متوسطة 4.667
	0	0.059	0.291	شديدة 4.725
0	*1.302	*1.361	*1.593	عميقة 6.028

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقـة لصالح العميقـة، ولم يتضح فروق في درجات الإعاقة الأخرى.

جدول (22)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان الأعراض العاطفية تعزى لمتغير درجة الإعاقة

عميقة	شديدة	متوسطة	خفيفة	
6.583	3.716	3.667	2.565	
			0	خفيفة

				2.565
		0	1.101	متوسطة 3.667
	0	0.049	1.150	شديدة 3.716
0	*2.868	*2.917	*4.018	عميقة 6.583

* دالة عند ٠٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقه لصالح العميقه، ولم يتضح فروق في درجات الإعاقة الأخرى.

جدول (23)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان المشاكل السلوكية تعزى لمتغير درجة الإعاقة

عميقة	شديدة	متوسطة	خفيفة	
4.778	3.382	3.750	1.609	
			0	خفيفة 1.609
		0	*2.141	متوسطة 3.750
	0	0.368	*1.774	شديدة 3.382
0	1.395	1.028	*3.169	عميقة 4.778

* دالة عند ٠٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقه لصالح العميقه، ولم يتضح فروق في درجات الإعاقة الأخرى.

جدول (24)

يوضح اختبار شيفيه في الدرجة الكلية للمقياس تعزى لمتغير درجة الإعاقة

عميقة	شديدة	متوسطة	خفيفة	
26.917	22.873	23.556	21.130	
			0	خفيفة 21.130
		0	2.425	متوسطة 23.556
	0	0.683	1.742	شديدة 22.873
0	*4.044	3.361	*5.786	عميقة 26.917

* دالة عند .٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والعميقة لصالح العميق، وبين الشديدة والعميقة لصالح العميق، ولم يتضح فروق في درجات الإعاقة الأخرى.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأنها تأتي متفقة مع المنطق والواقع إذ إنه وبزيادة شدة الإعاقة تزداد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم، وبالتالي تؤثر على مستوى التوافق الأسري لديهم.

وتحول درجة الإعاقة دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي وتبدو أثار الإعاقة واضحة على كثير من سلوك وانفعالات الأصم المضطربة، وانطلاقاً من خبرة الباحث في هذا المجال يرى أن زيادة شدة الإعاقة أيضًا تؤثر على مستوى التوافق الاجتماعي والأسري لدى الصم وعلى تقدم نمو وتطور الطفل المعاق في نواحي و مجالات النمو المختلفة، وأن هناك علاقة طردية بين درجة الإعاقة وبين تقدم عملية تأهيل المعاق، إذ إن الصم والمصنفين بدرجة إعاقة شديدة يعانون من اضطرابات شديدة لأن هناك بطئاً شديداً في عملية النمو يصاحب العمليات التأهيلية، وكلما خفت درجة الإعاقة كلما قل ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية وارتفاع مستوى التوافق الأسري.

الإجابة عن السؤال السابع من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال السابع من أسئلة الدراسة على : " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في الأضطرابات السلوكية الانفعالية بين متقطعتات طلبة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة (١-٣، ٤-٦، ٧ فأكثر)

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي . One Way ANOVA

جدول (25)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الأبعاد
غير دالة إحصائية	0.197	1.638	11.265	2	22.530	بين المجموعات	الميزان الاجتماعي
			6.877	194	1334.059	داخل المجموعات	
				196	1356.589	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.297	1.222	7.281	2	14.562	بين المجموعات	ميزان زيادة الحركة
			5.959	194	1156.138	داخل المجموعات	
				196	1170.701	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.062	2.821	28.699	2	57.398	بين المجموعات	ميزان الأعراض العاطفية
			10.174	194	1973.769	داخل المجموعات	
				196	2031.168	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.083	2.520	19.209	2	38.418	بين المجموعات	ميزان المشاكل السلوكية
			7.623	194	1478.830	داخل المجموعات	
				196	1517.249	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.305	1.193	4.206	2	8.412	بين المجموعات	مقاييس مشاكل الأصحاب
			3.524	194	683.730	داخل المجموعات	
				196	692.142	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.064	2.796	119.234	2	238.469	بين المجموعات	الدرجة الكلية
			42.642	194	8272.567	داخل المجموعات	
				196	8511.036	المجموع	

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠٠١) = ٤.٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠٠٥) = ٣٠٤

وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠٠٥) في جميع المجالات، والدرجة الكلية للمقياس ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرترتيب الطفل في الأسرة .

ويعزّو الباحث ذلك إلى أن هذا ناتج عن طبيعة الإعاقة السمعية، حيث أن المعاق سمعياً هو معاق بالدرجة الأولى مهما كان ترتيبه داخل الأسرة ، بمعنى أن هناك خصائص مشتركة تجمع بين غالبية المعاقين سمعياً، وهي الخصائص التي تفرضها الإعاقة السمعية، فتجعل المعاقين سمعياً يحاولون التخلص من اتجاهات الآخرين السلبية في التعامل معهم والنظرية الدونية إليهم، لذلك فهم يحاولون التغلب على هذه المشكلات التي تواجههم، وشق طريقهم إلى الاندماج في المجتمع، وأن يقتربوا حواجز الإعاقة لكي يكونوا فاعلين، معتمدين على أنفسهم وليسوا عالة على الآخرين.

الإجابة عن السؤال الثامن من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثامن من أسئلة الدراسة على : " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متواسطات طبقة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير عدد الصم داخل الأسرة (٤، ٣، ٢، ١) .

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي

. One Way ANOVA

جدول (26)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد الصم داخل الأسرة

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة "ف"	متواسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الأبعاد
غير دالة إحصائية	0.222	1.477	10.149	3	30.446	بين المجموعات	الميزان الاجتماعي
			6.871	193	1326.143	داخل المجموعات	
				196	1356.589	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.109	2.047	12.036	3	36.107	بين المجموعات	ميزان زيادة الحركة
			5.879	193	1134.594	داخل المجموعات	
				196	1170.701	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.228	1.457	14.995	3	44.984	بين المجموعات	ميزان الأعراض العاطفية
			10.291	193	1986.183	داخل المجموعات	
				196	2031.168	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.070	2.386	18.086	3	54.259	بين المجموعات	ميزان المشاكل السلوكية
			7.580	193	1462.990	داخل المجموعات	
				196	1517.249	المجموع	
غير دالة إحصائية	0.243	1.404	4.926	3	14.779	بين المجموعات	مقاييس مشاكل الأصحاب
			3.510	193	677.363	داخل المجموعات	
				196	692.142	المجموع	
غير دالة	0.259	1.352	58.405	3	175.214	بين المجموعات	الدرجة الكلية

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباین	الأبعاد
إحصائية			43.191	193	8335.822	داخل المجموعات	
				196	8511.036	المجموع	

ف الجدولية عند درجة حرية (٣) وعند مستوى دلالة (٠٠١) = ٣٠٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (٣) وعند مستوى دلالة (٠٠٥) = ٢٠٦٥

وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠٠٥) في جميع المجالات، والدرجة الكلية للمقياس ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة .

يرى الباحث أنه ولتسهيل الإجابة على السؤال الثامن أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

ويرى الباحث أن الإعاقة لها نفس الواقع والتأثير على الأسرة أيًّا كان عدد المعاقين فيها، وأن النتيجة المتوقعة من عملية الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة تؤثر إيجابيًّا على الأسرة سواء كان لديها معاق واحد أو أكثر. كما أنه وفي ظل توفر الدعم المالي والاجتماعي للأسرة يزداد مع زيادة عدد المعاقين فيها مما يؤدي إلى تدني في مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية وارتفاع في مستوى التوافق الأسري.

كما يرى الباحث أن التعاليم الإسلامية التي يتمتع بها المجتمع الفلسطيني لها الأثر الأكبر في عدم تأثير مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية على متغير عدد المعاقين في الأسرة، فالإسلام يدعو إلى إيمان وصلة قوية بالله تريح النفس وترضي العقل والشعور، وتسمو بالأفراد والجماعات. إن الإسلام يخلق الجو الصحي النفسيًّا وعقليًّا ويقضي على أكثر ما تعانيه مجتمعاتنا المعاصرة من الشعور بالاغتراب والإحباط والشعور بالعجز وما يصاحب ذلك من عنف وتوتر وجريمة.

و بالرغم من ندرة الدراسات التي تناولت دراسة متغير عدد المعاقين في الأسرة فقد اتفقت دراسة (القمش:٦٠٠٢) مع نتيجة هذا الفرض حيث توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

التوصيات والمقررات

أولاً : التوصيات

بالرجوع إلى نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يلي:

١. أن يقوم المختصين بوضع خطط علاجية للاضطرابات السلوكية والانفعالية بأبعادها المختلفة لدى الصم بهدف التغلب عليها .
٢. ضرورة توعية أولياء الأمور بمستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الصم، وما يترتب عليها من مشاكل مستقبلية.
٣. أن يقوم المرشدين التربويين في مؤسسات التربية الخاصة للأطفال الصم بوضع برامج تقويمية للسلوك أملأ في عدم الانحدار بذلك السلوك إلى درجة الاضطراب الذي قد يكون له تأثيره على مستوى توافهم الأسري.
٤. يرى الباحث أهمية دور الأسرة في التخفيف من الاضطرابات التي تواجه الصم وذلك عن طريق الاهتمام والعناية والتواصل مع المراكز المهمة بأطفالهم.
٥. تنظيم البرامج التلفزيونية التي تسهم في توعية المجتمع بأسباب الإعاقة السمعية وأساليب الوقاية منها وكيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين حتى يساعدهم على التوافق مع أفراد المجتمع بما يعمل على تنقيف المجتمع بظروف الإعاقات المختلفة.
٦. أن تعمل الجهات المعنية على تطوير مستوى وعي الأسرة والمجتمع بالأهمية الكبيرة للغة الإشارة وضرورة تدريبهم على تعلمها عن طريق البرامج التوعوية من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وتصحيح بعض المفاهيم والاتجاهات الخاطئة.
٧. على الجهات المعنية توفير الأجهزة والمعينات السمعية بالشكل الذي قد يساعدهم على ممارسة مهارات الحياة، وفي النواحي التعليمية والاجتماعية.
٨. الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدة هذه الحالات على الاستفادة من خدمات المؤسسة.
- ٩ توفير فرص عمل للصم بما يتوافق مع قدراتهم وإمكاناتهم التي تم تدريبهم عليها خلال التأهيل المهني في المدارس الخاصة.

ثانياً : المقترنات

يقدم الباحث بعض العناوين لدراسات مستقبلية عليها تضيف شيئاً يوضح أهمية الموضوع ويساعد في التعامل مع موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية من جوانب أخرى.

١. دراسة سمات الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل الأصم في قطاع غزة.
٢. دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية وعلاقتها ببعض المتغيرات (بتقدير الذات / ومهارات الحياة / النظرة للمستقبل) لدى الصم.
٣. تصميم برنامج إرشادي في علاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الصم.
٤. أثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأبعادها المختلفة على التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
٥. إجراء نفس الدراسة الحالية على عينات أخرى من المعاقين (بصرياً وحركياً).
٦. دراسة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم و (أساليب التنشئة الاجتماعية / القبول والرفض الوالدي / التوافق الزوجي).
٧. إجراء نفس الدراسة الحالية على الصم والعاديين (دراسة مقارنة) بعد الحرب الأخيرة على غزة.

المصادر والمراجع

١. آدم، حاتم محمد (٢٠٠٣) : الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى ١٢ سنة، ط ١، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر.
٢. الأغا ، إحسان (١٩٩٧) : البحث التربوي (عناصره، مناهجه، أدواته) ، ط ٢ ، مطبعة الرنتيسي ، غزة.
٣. أبو الخير، عبد الكريم قاسم (٢٠٠١) : أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
٤. أبو السعود، شادي محمد السيد (٢٠٠٤) : فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين ضعاف السمع، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
٥. أبو جاموس، أسامة(٢٠٠٩)؛ الاضطرابات الانفعالية ومهارات حل المشكلات لدى المراهقين، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الرسائل الجامعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .
٦. أبو حطب، ياسين مسلم (٢٠٠٢) : فعالية برنامج مقترن السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع الأساسي بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٧. أبو حمزة، عيد جلال على (٢٠٠٣) : دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من مرضى الطنين والدوار، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة طنطا ، مصر
٨. أبو رياح، محمد مسعود(٢٠٠٦)؛ المشكلات السلوكية لدى التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء (دراسة تشخيصية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الفيوم، القاهرة.
٩. أبوشمالة، أنيس عبد الرحمن (٢٠٠٣)؛ أساليب الرعاية في مؤسسات رعاية الأيتام وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
١٠. أبو مصطفى، نظمي والنجار، محمد (١٩٩٨) : مقدمة في الصحة النفسية، ط ١ مطبعة المقاد، غزة، فلسطين.

- ١١.أحمد، سهير كامل (١٩٩٨) : **سيكولوجية نمو الطفل** " دراسات نظرية وتطبيقات عملية " مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
- ١٢.أحمد، سهير كامل(٢٠٠٣) : **الصحة النفسية والتواافق**، ط ٢ ، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
- ١٣.الأستاذ، زينب محمد والزيناتي، هيا م محمد والأستاذ، فاطمة محمد (٢٠٠٢) : **أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة الصف العاشر في مدينة غزة**، بحث محكم(غير منشور)، قسم البحوث العلمية، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- ١٤.أسعد، ميخائيل (١٩٩٤) : **علم الاضطرابات السلوكية**، ط ١ ، دار الجيل، بيروت، لبنان.
- ١٥.الأشقر، علاء الدين محمد(٢٠٠٢) : **الخدمات المقدمة للأطفال الصم وعلاقتها بسماتهم الشخصية** بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- ١٦.إقبال محمد بشير، سلمى محمود جمعة (١٩٨٦) : **ديناميكية العلاقات الأسرية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ١٧.باطhe، آمال عبد السميم (١٩٩٩) : **بحث وقراءات في الصحة النفسية**، ط ١ ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- ١٨.بخش، أميرة طه (٢٠٠٤) : **أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية**، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد ٨، العدد ٣، ص ص ٣٥-١٣ ، كلية التربية، جامعة البحرين، البحرين.
- ١٩.بن علو، الأزرق (٢٠٠٣) : **كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- ٢٠.البشر، سعاد عبد الله (٢٠٠٥) : **التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد** ، دراسات نفسية ، المجلد (١٥) العدد (٣) ، يوليوب ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢١.بشرى ، صمويل تامر (٢٠٠٣) : **الاكتئاب والعلاج بالواقع** ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- ٢٢.بشناق، رافت محمد (٢٠٠١) : **دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**، الطبعة الأولى، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

٢٣. بلان، كمال يوسف (٢٠٠٩) : دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم، مجلة جامعة دمشق - المجلد ٢٥ - العدد ٢+١، ص ١٥-٦، كلية التربية، جامعة دمشق.
٢٤. بقري، مي كامل (٢٠٠٩) : إساعة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتتاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية (١٢-١١) بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
٢٥. تقاحة، جمال السيد (٢٠٠٦) : سلوك الغضب لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين وأثر برنامج إرشادي معرفي/ سلوكي في تعديله، مجلة البحث في التربية وعلم النفس بجامعة المنيا، المجلد ١٩ ، العدد الثالث، ص ٣٧-٣٢ ،١٠٢، مصر.
٢٦. بطرس، بطرس حافظ (٢٠٠٧) : إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، ط (١)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٢٧. بهادر، سعيدية محمد (١٩٨٣) : دليل الآباء و المعلمين في مواجهة المشكلات اليومية للأطفال والمراهقين، ط ١ ، مطبعة الرسالة الكويتية.
٢٨. التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن (٢٠٠٦) : تربية الأطفال المعاقين سمعياً في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة، ط (١)، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.
٢٩. ثابت، عبد العزيز (١٩٩٨) : الطب النفسي للأطفال والمراهقين، الطبعة الأولى، المطبعة الجديدة، جامعة دمشق.
٣٠. جاد، صلاح و آخرون (٢٠٠٢) : إدماج مفاهيم التربية المدنية في الإرشاد التعليمي، ط ١، مركز إبداع المعلم ، رام الله، فلسطين.
٣١. الجبالي، أشرف إبراهيم (٢٠٠٩) : المشكلات السلوكية لدى الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٣٢. جبل، فوزي محمد (٢٠٠٠) : الصحة النفسية وسociology الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
٣٣. جلال، سعد (١٩٨٦) : في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

٤. جمعة، أمجد عزات (٢٠٠٥) : مدي فعالية برنامج إرشادي مقترن في السيكودrama للتحفيظ من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين.
٥. الحامد، جمال (٢٠٠٢) : اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال أسبابه و علاجه، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، السعودية.
٦. حربي، عواض محمد (٢٠٠٣) : العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
٧. حسن، مرسلينا شعبان (١٩٩٩) : حاجات الأولياء للتواصل مع أطفالهم المعوقين سمعياً وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
٨. حسين، علياء شكري (١٩٨٩) : الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة، ط١، دار المعارف، مصر.
٩. حسين، محمد عبد المؤمن (١٩٨٦) : مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.
١٠. حسين، محمود (١٩٨١) : الأسرة ومشكلاتها، بيروت، دار النهضة العربية.
١١. حلاوة، محمد السيد (١٩٩٦) : الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم (دراسة في الخدمة الاجتماعية)، ط١، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع الإسكندرية.
١٢. حمودة، محمود عبد الرحيم (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج، دار غريب للنشر والطباعة، القاهرة.
١٣. حمزة، جمال مختار (١٩٩٥) : دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات المعوقين عقلياً، مجلة علم النفس، العدد ٣٥، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.
١٤. حنفي، غادة عبد الحميد (٢٠٠١) : دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس ، مصر.
١٥. الحنفي، عبد المنعم (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ج ٤، القاهرة، مكتبة مدبولي.

٤٦. الخشمي، سحر أحمد (٢٠٠٤) : العلاج التربوي والأسرى لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه " دليل المعلم والأسرة " ، الرياض ، وكالة دار المصمم للدعائية والإعلان.
٤٧. الخطيب، جمال(١٩٩٣) : المشكلات التعليمية والسلوكية ، ط(١)، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.
٤٨. الخطيب، جمال (١٩٩٨) : مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر، عمان – الأردن.
٤٩. الخطيب، محمد جواد (٢٠٠٤) : التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، ط ٣، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين.
٥٠. الخليدي، عبد المجيد و وهبي، كمال حسن (١٩٩٧) : الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال ،الطبعة الأولى ،دار الفكر العربي،بيروت.
٥١. دلودد، عزيز حنا وآخرون (١٩٩٢) : الشخصية بين السواء والمرض، ط(١) مكتبو الأنجلوالمصرية.
٥٢. سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشه، محمد (٢٠٠٣) : سلوكيات الاكتئاب، ط ٣، دار مجذلاني للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
٥٣. دحلان،أحمد محمد (٢٠٠٣) : العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدائي لدى الأطفال بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية، الجامعة الإسلامية ،غزة،فلسطين.
٥٤. الدسوقي، كمال(١٩٧٤) : علم النفس ودراسة التوافق، دار النهضة العربية، بيروت.
٥٥. الدعدي ،غزلان شمسي محمد (٢٠٠٩) : الضغوط النفسية والتوافق الأسري و الزواجي لدى عينة من أباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع و درجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
٥٦. دمنهوري - رشاد صالح (١٩٩٦) : " بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي (دراسة مقارنة) "، مجلة علم النفس ، عدد (٣٨) إبريل ،السنة (١٠)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر .
٥٧. رجب، مصطفى محمد مصطفى(٢٠٠٨) : فعالية بعض فنيات تعديل السلوك في تخفيف أعراض النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ، جامعة المنوفية- مصر .
٥٨. الروسان، فاروق (١٩٩٨) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط (٣)، دار الفكر ، عمان – الأردن.

- ٥٩.الزعيبي، احمد محمد (٢٠٠١) : **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والمدرسية عند الأطفال**، ط٢، دار الحكمة اليمنية، صنعاء، اليمن.
٦٠. زهران، حامد (٢٠٠٢) : **التوجيه والإرشاد النفسي**، ط٣، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
٦١. زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٥) : **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، عالم الكتب، القاهرة.
٦٢. سليمان، عبد الرحمن سيد (١٩٩٩) : **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة المفهوم والفتات**، الجزء الأول، ط(١٩٩٩) ، زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
٦٣. السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩٠) : "الانتباه السمعي و البصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط/ دراسة ميدانية" ، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته- المجلد الثاني، ص ص ٩٣٥ - ٩٥٣ ، جامعة عين شمس.
٦٤. شاذلي، عبد الحميد محمد (٢٠٠١) : **التوافق النفسي للمسنين**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
٦٥. الشخص، عبد العزيز (١٩٨٤) : بحوث و دراسات في المشاكل السلوكية للأطفال: مقياس ن.ز. للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال" ، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، العدد السابع- ١٢٨_٩٧ ص، كلية التربية جامعة عين شمس، مصر.
٦٦. الشربيني، زكريا (٢٠٠١) : **المشكلات النفسية عند الأطفال**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر الجديدة.
٦٧. الشربيني، زكريا أحمد (٢٠٠٣) : **سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والإرهاب**، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
٦٨. شقير، زينب (١٩٩٩) : **فاعلية برنامج معرفي سلوكي متعدد المحاور مقترن في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط** "مجلة الآداب والعلوم الإنسانية" ، جامعة المنيا، المجلد ٣٤، ص ٧١-١٠.
٦٩. الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦) : **العملية الإرشادية العلاجية**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
٧٠. شيفر، شالز وميلمان، هوارد (١٩٩٦) : **مشكلات الأطفال والمرأهقين وأساليب المساعدة فيها**، ترجمة: نسمة داود و نزيه حمدي، ط٢، منشورات الجامعة الأردنية، عمان.
٧١. الصايغ، فالنتينا وديع (٢٠٠١) : **فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الفنية، جامعة حلوان، مصر

٧٢. صبره، أشرف (١٩٩٤) : دراسة للنشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلاقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط، رسالة كثرة غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس ، جامعة أسيوط.
٧٣. الصناعي، عبده سعيد (٢٠٠٩) (العلاقة بين الاعتراض النفسي وأساليب المعاملة الوالدية لدى الطلبة المعاقين سمعياً في المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة تعز ، اليمن).
٧٤. الضبع، عبد الرؤوف (٢٠٠٢م) : علم الاجتماع العائلي، دار الوفاء الإسكندرية، مصر.
٧٥. الظاهر، فحطان أحمد (٢٠٠٤) : تعديل السلوك، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
٧٦. عبد الله، سها أحمد (٢٠٠٦م) : الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الأطفال المتخلفين عقلياً وعلاقتها بالتوافق الأسري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق.
٧٧. عبد الباقي، علا (١٩٩٩) : علاج النشاط الزائد لدى الأطفال، الجريسي للطباعة، القاهرة.
٧٨. عبد الحافظ، مثال (٢٠٠٢) : فعالية العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر.
٧٩. عبد الحميد، أحمد يحيى (١٩٩٨م) : الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
٨٠. عبد العاطي، السيد وحسن، حسن محمد والرامخ، السيد ويومي، محمد أحمد وعمر، نادية ورشاد، السيد (٢٠٠٤م). علم اجتماع الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٨١. عبد العزيز، سعيد (٢٠٠٥) : إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، ط (١)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٨٢. عبد الغفار، عبد السلام (١٩٨٣) : مقدمة في الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة
٨٣. عبد الواحد، محمد فتحي عبد الحي (٢٠٠١) : الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل، ط (١)، دار الكتاب الجامعي، العين - الإمارات العربية المتحدة.
٨٤. عبد الوهاب، ممتاز (٢٠٠١) : القلق والاكتئاب بداية المعاناة من المرض النفسي.
٨٥. عبيد، ماجدة السيد (٢٠٠٠) : السامعون بأعينهم "الإعاقة السمعية"، ط (١)، دار صفاء، عمان -الأردن.

٨٦. العتيق، أحمد (١٩٩٩) : التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعض جوانب الأداء العقلي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضين له، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس- العدد الثالث والعشرون ص ٢٢٩ - ٢٢٧ ، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.
٨٧. العتيق، أحمد (٢٠٠٠) : تأثير التعرض لمستويات مختلفة من الضواعف على ظهور شكل سلوكى ينذر باحتمالية الإصابة باضطراب الانتباه مفرط النشاط لدى عينات من أطفال مرحلة الطفولة الوسطى، مجلة كلية التربية_ العدد الرابع والعشرون_ الجزء الرابع ص ١١٣ - ١٥٠ .
٨٨. عجلان، عفاف محمد محمود و طنطاوى، أحمد عثمان (١٩٩٥) : بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال و المراهقين، المجلة المصرية للدراسات النفسية- العدد الحادى عشر ، ١٣١ - ٦٥ ص.
٨٩. العرعيير، محمد مصباح (٢٠١٠): الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٩٠. العزة، سعيد حسني (٢٠٠٠) : التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط (١)، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة، عمان-الأردن.
٩١. العزة، سعيد حسني (٢٠٠١) : الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، سلسلة التربية الخاصة، ط (١)، الدار العلمية ودار الثقافة، عمان - الأردن.
٩٢. العزة، سعيد حسيني (٢٠٠٢) : التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٩٣. عفانة ، عزو إسماعيل و كباقي نعيم عبد الهادي (١٩٩٧) : اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبنائهم الصم،جامعة الإسلامية بغزة ، كلية التربية جمعية أطفالنا للصم - غزة ، مجلة الجامعة الإسلامية المجلد الخامس ، العدد الثاني ، غزة
٩٤. العقاد، عصام (٢٠٠١) : سيكولوجية العداون وترويضها، الطبعة الأولى ، دار غريب، القاهرة، مصر.
٩٥. عكاشه، أحمد (١٩٨٠): الطب النفسي المعاصر، ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٩٦. عكاشه، أحمد (٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر، ط٤، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩٧. على، سيد أحمد ويدر، فاتحة محمد (١٩٩٩) : اضطراب الانتباه لدى الأطفال - أسبابه وتشخيصه وعلاجه، القاهرة، النهضة المصرية.
٩٨. عمر، عمرو رفعت (٢٠٠٥) : الإعاقة السمعية، سلسلة التربية الخاصة، ط(بدون)، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
٩٩. عيسى، مراد على و خليفة، وليد السيد (٢٠٠٧) : كيف يتعلم المخ الأصم"النظيرية والتطبيق" سلسلة كيف يتعلم المخ ذو الاحتياجات الخاصة، ط (١)، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
١٠٠. العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٠) : الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
١٠١. العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٩) : علم نفس الشواذ والصحة النفسية، ط ١، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
١٠٢. العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٠) : التربية النفسية للطفل والمرأة، ط ١ ، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
١٠٣. الغانم، عبد الله (١٩٩٠) : الاتجاهات العامة إزاء الأطفال المعوقين وتغيرها في العالم العربي، مجلة النيل، العدد (٤)، الهيئة العامة للاستعلامات، القاهرة.
١٠٤. غيث، محمد عاطف (١٩٩٠م) : المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
١٠٥. فهمي، مصطفى (١٩٩٧) : الصحة النفسية - دراسات في سيكولوجية التكيف- مكتبة الخانجي، القاهرة.
١٠٦. القحطاني، ظافر (٢٠٠٥) . فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقلياً القabilin للتعلم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
١٠٧. قاسم، أنسى (١٩٩٤) . مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحروميين من الوالدين "دراسة مقارنة" ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
١٠٨. القاسم، وأخرون (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

١٠٩. القاضي، علي (١٩٩٤) : التوافق النفسي من منظور إسلامي، مجلة منبر الإسلام، "المجلد ٢١" ، العدد ٤، القاهرة، مصر.
١١٠. القرطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠٥) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط(٤)، دار الفكر العربي، القاهرة- مصر.
١١١. القرطي، عبد المطلب (١٩٩٦) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط ١، دار الفكر العربي، القاهرة.
١١٢. القرطي، إبراهيم أمين (٢٠٠٦) : الإعاقة السمعية، ط(بدون)، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
١١٣. قطامي، يوسف (١٩٨٩) : سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي، ط(١)، دار الشروق، عمان.
١١٤. قطامي، نابية (١٩٩٩) : علم النفس المدرسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان
١١٥. القمش ، مصطفى نوري (٢٠٠٦) : المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية ، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني . المملكة العربية السعودية.
١١٦. القمش، مصطفى نوري (٢٠٠٠) : الإعاقة السمعية واضطرابات النطق، ط (١)، دار الفكر، عمان، الأردن.
١١٧. القمش، مصطفى (١٩٩٤) مشكلات الأطفال المعوقين عقليا داخل الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان.
١١٨. الكبير، أحمد علي (٢٠٠٢): القبول / الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقته بالقلق في ضوء بعض المتغيرات демografie لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد(١٤)، الجزء(٢)، ص ٥١-٧٨ جامعة الأزهر.
١١٩. كمال، صافيناز أحمد (٢٠٠٤) : فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حرکي زائد لدى الأطفال المختلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
١٢٠. كمال، طارق (٢٠٠٥) : الصحة النفسية للأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.

١٢١. كفانى، علاء الدين (١٩٩٠) : **الصحة النفسية**، دار هجر للطباعة، القاهرة، للنشر والتوزيع، عمان.
١٢٢. الكندي، أحمد محمد مبارك (١٩٩٢م) : **علم النفس الأسري**، الكويت، الكويت للنشر والتوزيع.
١٢٣. اللحيان، عمر محمد (١٩٩٢) : **علاقة التماسك الأسري ومفهوم الذات بالتوافق الأسري لدى طلاب المرحلة المتوسطة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
١٢٤. المخلافي، صادق عبده سيف (٢٠٠٥) : **فعالية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الشخصية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال الصم في الجمهورية اليمنية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس - مصر.
١٢٥. محمد، محمد جاسم (٢٠٠٤) : **علم النفس التجربى والتجرب و التجرب فى فروع علم النفس**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
١٢٦. محمد، جاسم محمد (٢٠٠٥) : **مشكلات الصحة النفسية، أمراضها وعلاجها**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان
١٢٧. محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٤) : **الإعاقات الحسية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة**، ط (١)، دار الرشاد ، القاهرة- مصر.
١٢٨. محمد ، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٠ م) : **العلاقة بين الرعاية الوالدية كما يدركها الأبناء ومفهوم الذات لديهم** " مجلة علم النفس ، العدد الثالث عشر ، الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة.
١٢٩. مختار، وفيق صفت (٢٠٠١) : **مشكلات الأطفال السلوكية**، الطبعة الثانية، دار القلم والثقافة، القاهرة، مصر.
١٣٠. مراد، عصام (٢٠٠٤) : **الاكتئاب مرض العصر الحديث**، دار الطائع للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، مصر.
١٣١. المغربي، أسعد(١٩٩٢): **حول مفهوم الصحة النفسية والتوافق**، مجلة علم النفس، العدد(٢٣) السنة(٦) ، ص ١٨-٦ ، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، مصر.
١٣٢. مصطفى، فهمي (٢٠٠١) : **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، ط (٣)، دار مصر للطباعة، مصر .

١٣٣. مصطفى، وفاء محمد (١٩٩٣) : **الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم** ، مركز البحث والتطوير والخدمات النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية.
١٣٤. ملحم، سامي محمد (٢٠٠١) : **الإرشاد والعلاج النفسي** ، دار الميسرة للنشر والتوزيع . عمان.
١٣٥. ملحم، سامي محمد (٢٠٠٢) : **مشكلات طفل الروضة** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر ، عمان،الأردن.
١٣٦. منسي، حسن ومنسي، إيمان (٢٠٠٤) : **التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته** ، ط١ ، دار الكندي للنشر والتوزيع ، عمان.
١٣٧. منصور، السيد كامل الشرييني (٢٠٠٣) : **اتجاهات الطلاب الصم نحو إعاقتهم السمعية: دراسة مقارنة بين العاملين منهم وغير العاملين** ، دراسات نفسية صادرة عن رابطة الأخصائيين المصرية رام، المجلد ١٣ ، العدد ٢ ، ص ٣٢١-٢٩٩.
١٣٨. منصور، عبد المجيد سيد أحمد (٢٠٠٠م) : **الرعاية الأسرية والاتجاهات الوالدية بين القبول والرفض والإنكار لذوي الحاجات الخاصة** ، مداولات المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة والتأهيل: ١٢٦-١٦٧.
١٣٩. الموافي، فؤاد حامد (١٩٩٥) : **دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد والاندفاعية لدى أطفال ما قبل المدرسة** ، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٢٨) مايو، ص ١-٣٨.
١٤٠. موسى، جمال محمد و العربي، أميرة عبد العزيز (٢٠٠٧) : **الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة** ، دار المهندس للطباعة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، مصر.
١٤١. موسى، رشاد علي عبد العزيز، والدسوقي، مدحية منصور سليم (٢٠٠٠) : **المشكلات والصحة النفسية** ، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.
١٤٢. وافي، ليلى أحمد (٢٠٠٦) : **الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
١٤٣. وريكات، خوله يحيى والشحوري، ملك (١٩٩٦) : **المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر** ، دراسات العلوم التربوية، المجلد " ٢٣ "، العدد " ١ " الجامعة الأردنية.

١٤٤. اليامي، عادل محمد (١٩٩٣): دراسة مقارنة بين الأطفال المصابين بعجز الانتباه وبين الأطفال الأسوبياء في الصف الأول الابتدائي بمدينة جدة، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ٠
١٤٥. يحيى، خوله (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
١٤٦. يحيى، خوله أحمد (٢٠٠٦) : البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ط(١)، دار المسيرة، عمان – الأردن.
١٤٧. يوسف، جمعة(٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
١٤٨. يوسف، يوسف جلال وذكريا، يحيى محمد (٢٠٠٠) : دراسة تشخيصية علاجية للنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد الرابع والعشرون،الجزء الرابع ص ٢١٣ -٢٤١ ، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
١٤٩. يونس، أحمد السعيد وعبد الحميد، مصري(١٩٩١): رعاية الطفل المعوق صحياً ونفسياً واجتماعياً ، دار الفكر العربي، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1. Anderson, G., Olsson, E., Rydell, A. and Larsen, H. (2000): Social Competence and Behavioral Problems in Children with Hearing Impairment Audiology, Vol. 39,pp.88-92.
2. Blacher & Jan & Others, G.H. S. (1987). Characteristics of Home Environment of Families with Mentally Retarded Children: Comparison across Levels of Retardation. Research And Practice For Persons With Severe Disabilities, Vol. 91, Issue 2, P313, 8P.
3. Farber, B. (1959): Effects of a Severely Mentally Retarded Child on family integration, Monographs of the Society For Research in Child Development, Vol. 24, No. 2, pp 5-108, Illinois, USA.
4. Goodman, R. (1997). The strengths ad difficulties Questionnaire. Child psychology and psychiatry journal, 38, 581- 586.

5. Hayes, V., Feu, D. and Warren, G. (1997):Detection of Behavioral Emotional Problems in Deaf Children And Adolescents: Comparison of Two Rating Scales. Child, Care, Health and Development, Vol. 23(3), 233-246.
6. Hallahan, D. & Kauffman, J (1978). Exception children: introduction to special education, Prentic-Hall, INC. Englewood cliffs, New Jersey. U.S.A.
7. Koubekova , E. (2000): Personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psychologia Dietata , J 35(1), pp.32-39.
8. Lambert, MC , et . al (1999) : Behavior and emotional problems of clinic Referred Children in school of African and Jamaican children age (4-18). Journal of black psychology , vol .29, No (4) , pp 405-522.
9. Mitchell, Teresa and Quittner, Alexandra (1996): Multimethod Study of Attention and Behavior Problems in Hearing Impaired Children. Journal of Clinical Child psychology, Vol. 25(1), pp. 83-96.
- 10.Oya , M. Mieko (2000):Violence exposure and behavioral problems among children and adolescents in clinical population. Dissertation Abstract International, Vol.60,No.(8),Pp4243.
- 11.Poorna et al. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation.
- 12.Shea, Thomas M.(1978), Teaching children and youth with behavior disorders, The c.v. Mosby company, U.S.A.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (1)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

م	اسم المحكّم	المؤسسة التي يعمل بها
-١	د. عاطف الأغا .	الجامعة الإسلامية
-٢	د. نبيل دخان .	الجامعة الإسلامية
-٣	د. ختم السمار .	الجامعة الإسلامية
-٤	د. عون محسن .	جامعة الأقصى
-٥	د. درداح الشاعر .	جامعة الأقصى
-٦	د. أنور البنا .	جامعة الأقصى
-٧	أ. راغب أبوليلة .	مستشفى الطب النفسي

ملحق رقم (2)

الرسالة الموجهة للسادة المحكمين

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث/ علاء جمال الريعي بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس من الجامعة الإسلامية
عنوان:

"الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري"

وذلك تحت إشراف الدكتور / سمير قوته

وهذا يتطلب إعداد مقياس لتطبيقه على عينة الدراسة والمتمثلة في مجموعة من الأطفال الصم في "مؤسسة أطفالنا للصم" ، ولذا نرجو منكم التكرم بالاطلاع على المقياس المرفق "التوافق الأسري" ، و إبداء الرأي في عباراته وبنائه من حيث الوضوح ومدى ملاءمتها لموضوع الدراسة .

ويُعرف الباحث التوافق الأسري إجرائياً بأنه " تلك العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة (الأب، الأم، الأبناء) على نحو يحقق التوازن داخل الأسرة".

مع العلم أن التدريج المستخدم في أداة القياس مرتبط بموافقة وعدم موافقة أسر الأطفال على عبارات المقياس ويتضمن البنود التالية:

(١) لا (٢) أحياناً (٣) نعم .

و يقدر الباحث وقتكم الثمين الذي اقتطعه منكم في تحكيم هذه الأداة

ولسيادتكم وافر الشكر والتقدير،،،

الباحث

علاة جمال الريعي

ملحق رقم (3)

الرسالة الموجهة للأهالي للعينة المستهدفة

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا-كلية التربية
علم النفس / إرشاد نفسي
عزيزي الأب / عزيزتي الأم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،

يقوم الباحث بإعداد دراسة حول **الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري**، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في علم النفس / إرشاد نفسي بالجامعة الإسلامية بغزة.

ويضع بين يديكم مقاييسن : الاضطرابات السلوكية والانفعالية، التوافق الأسري. لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام البديل الذي تراه/ترى أنه مناسبًا لحالة الطفل.

مع العلم أنه توجد أمام كل عبارة ثلاثة خيارات قد تتطابق على حالة الطفل كل ما هو مطلوب منك/ي، هو أن تضع/ي علامة (x) أسفل الاختيار المناسب، مثل :

العبارة	م
يراعي مشاعر الأطفال الآخرين	١

علماً أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم تعاونكم ،

الباحث: علاء جمال الريعي

الملحق رقم (4)

مقياس الصعوبات والتحديات

البيانات الاولية:

الجنس (ولد بنت)

العمر :

درجة الاعاقة :

ترتيب الطفل داخل الأسرة : .. .

عدد الأطفال الصم داخل الأسرة : .. .

Strengths and Difficulties Questionnaire for completion by Parents (T4-16)

مقياس التحديات و الصعوبات – لوالدين (٤-١٦ منه)

عزيزي الأب / عزيزتي الأم

امامك مجموعه من البنود التي تصنف التصرفات التي يظهرها بعض الاطفال بعد كل اجابه هناك ثلاثة اعمده (لا ، احيانا ، نعم) . خلال السنة أشهر الماضية، إذا كان في اعتقادك بأن الطفل لا يظهر التصرف فضع علامة صح على الخانة الموجودة تحت العمود الأول "لا". اذا اظهر الطفل تصرف ولكن اقل درجه واقل حدوثا نضع علامه صح في الخانه الموجوده تحت العمود الثاني "احيانا" . اذا اظهر الطفل التصرف الموصوف في الاستبانه فنرجو ان تضع علامه صح تحت العمود الثالث "نعم " .

البنود	نعم	احيانا	لا
١- يراعي مشاعر الأطفال الآخرين			
٢- لا يستطيع الاستقرار في مكان واحد لفترة طويلة من الوقت (كثير الحركة)			
٣- يشكو من صداع ، وجع في المعدة ، و الشعور بالغثيان			
٤- يشارك الأطفال الآخرين في الألعاب و الأدوات المدرسية			
٥- تنتابه نوبات من فقدان السيطرة على أعصابه تماما مع الصراخ والحركات الغاضبة			
٦- يميل للوحدة و يميل إلى اللعب لوحده			

			٧- مطيع على وجه العموم و يفعل ما يطلبه منه الكبار
			٨- كثير القلق وتبدو عليه الهموم
			٩- يساعد الآخرين إذا ما حدث لهم مكره أو شاهدهم متضايقين
			١٠- متململ وعصبي باستمرار
			١١- لديه صاحب واحد جيد على الأقل
			١٢- يتعارك مع الأطفال الآخرين أو يعاكسهم
			١٣- غير سعيد، و الدموع في عينيه
			١٤- في الغالب محبوب من الأطفال الآخرين
			١٥- شارد الذهن و الفكر وانتباشه قليل
			١٦- عصبي وملتصق بالآخرين في المواقف الجديدة ومن السهل أن يفقد ثقته في نفسه
			١٧- لطيف مع الأطفال الأصغر منه
			١٨- من عادته الكذب والغش
			١٩- يستهزاً به و يضطهده الأطفال الآخرين
			٢٠- عادة ما يتطلع لمساعدة الآخرين (والوالدين، المدرسين، الأطفال الآخرين)
			٢١- يفكر كثيرا قبل القيام بأي شيء
			٢٢- يأخذ أشياء من البيت، والمدرسة أو أماكن أخرى
			٢٣- يتماشي أكثر مع الكبار عنه مع الأطفال الآخرين
			٢٤- كثير المخاوف و سهل أخافته
			٢٥- يتبع اداء واجباته و عمله حتى النهاية وعندئه انتباه جيد

الملحق رقم(5)

استيانة التوافق الأسري في صورتها الأولى

مسلسل	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات
.١	عادة ما نلتزم برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية.			
.٢	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد.			
.٣	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر.			
.٤	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير.			
.٥	نعيش في جو أسري هادئ.			
.٦	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميا.			
.٧	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة.			
.٨	نقبل وجود أصم في الأسرة.			
.٩	لا نفرق بين الابن الأصم والابن السليم.			
.١٠	ابني الأصم محبوب بين أفراد أسرتي.			
.١١	يرحص إخوته على مشاركته في العابهم.			
.١٢	يشعر بالسعادة أكثر وهو خارج المنزل.			
.١٣	يتتجنب إخوته مشاركته في أي عمل يقومون به.			
.١٤	يعبر عن رأيه بحرية في المسائل التي تهم الأسرة.			
.١٥	يضطرنا أن نعامله بعصبية.			
.١٦	نجد أنه يشعر بالأمان وهو وسط الأسرة.			
.١٧	يتناول الطعام مع جميع أفراد الأسرة.			
.١٨	أتمنى لو أنه غير موجود بيننا.			
.١٩	نقدر مشاعره دائمًا.			
.٢٠	أخاف عليه كثيرا.			
.٢١	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة.			
.٢٢	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة أحد			

			الأقارب.	
			لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته.	.٢٣
			يشعر بأنه شخص مهم في أسرته.	.٢٤
			بسخر أفراد الأسرة من آرائه.	.٢٥
			إخوته لا يغارون من اهتمامنا الزائد به.	.٢٦
			الإعاقة هي مصدر الإزعاج لكل الأسرة.	.٢٧
			يتفق إخوانه بآرائه.	.٢٨
			التعاون هو عنوان لحياتنا داخل المنزل.	.٢٩
			تبادل الاحترام داخل الأسرة.	.٣٠
			يمتلك علاقات جيدة مع جميع أفراد الأسرة.	.٣١
			أصفه بأنه إنسان ضعيف.	.٣٢
			يحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة.	.٣٣
			المشاكل الأسرية تزيد من شعوري بالألم.	.٣٤
			تتنابني رغبة في الهروب من المنزل بسبب هذا المعاق.	.٣٥
			أشعر برغبة أثناء وجودي في المنزل بسبب هذا المعاق.	.٣٦
			ابتعاده عن الأسرة يشعره بالخوف.	.٣٧
			فقد أحد أفراد أسرتي يعني نهاية سعادتي.	.٣٨
			أسرتي هي كل شيء في حياتي.	.٣٩
			يخطئ من يظن أن الحياة الأسرية تسير بدون شجار.	.٤٠
			يهمنا أن يكون هذا الطفل بيننا.	.٤١
			قلما تقابل أسرتي ما يعرضها من مشكلات بروح الفريق.	.٤٢
			معظم الخلافات الأسرية ترجع لعدم فهم هذا الطفل.	.٤٣
			كثيراً ما يحدث خلاف بينه وبين أفراد أسرته.	.٤٤
			انعدام الحوار حينما يكون بين أفراد أسرتي يجعل الحياة مملة	.٤٥
			يتضيّد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره.	.٤٦
			يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه.	.٤٧
			نحرص جميعاً على استمرار علاقات الود داخل أسرتي.	.٤٨

			لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حقي.	.٤٩
			تكثر كلمات اللوم و العتاب بيني وبين أفراد أسرتي.	.٥٠
			كل فرد من أفراد أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته.	.٥١
			أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية.	.٥٢
			أحياناً أتمنى أن تكون لي أسرة غير أسرتي.	.٥٣
			الحب والتآخي داخل أسرتي قليل.	.٥٤
			كثيراً ما يتدخل المقربون لحل المشاكل الأسرية.	.٥٥
			أسرتي دائماً تحسن الظن به.	.٥٦
			أعاني من كثرة الخلافات بين أفراد أسرتي.	.٥٧
			لكل فرد من أفراد أسرتي اهتماماته التي لا تهم الآخرين.	.٥٨
			أشعر أن له دوراً هاماً داخل أسرتي.	.٥٩
			لا أهتم كثيراً بأسرتي.	.٦٠
			لاميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت.	.٦١

الملحق (6)

استبيانه التوافق الأسري بصورتها الثانية

م	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
١	عادة نأخذ برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية			
٢	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد			
٣	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر			
٤	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير			
٥	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جمیعا			
٦	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة			
٧	لا افرق بين أبنائي			
٨	يتتجنب إخوانه مشاركته في أي عمل يقومون به			
٩	يعبر عن رأيه بحرية في المسائل التي تهم الأسرة			
١٠	يشعر بالأمان وهو في الأسرة			
١١	يتناول الطعام مع جميع أفراد الأسرة			
١٢	تعاني كثيرا في التعامل معه			
١٣	نقدر مشاعره دائمًا			
١٤	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة			
١٥	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب			
١٦	لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته			
١٧	يشعر بأنه شخص مهم في الأسرة			

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
١٨	إخوانه لا يغافرون من اهتمامنا الزائد به			
١٩	الإعاقه هي مصدر الإزعاج لكل الأسرة			
٢٠	التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية			
٢١	تبادل الاحترام داخل الأسرة			
٢٢	يمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة			
٢٣	يحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة			
٢٤	يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره			
٢٥	يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه			
٢٦	تحرص جميعا على استمرار علاقات الود داخل الأسرة			
٢٧	لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حق أخيهم			
٢٨	تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي			
٢٩	كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته			
٣٠	أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية			
٣١	أتمنى أن تكون لي أسرة غير أسرتي			
٣٢	التآخي والحب داخل أسرتي قليل			
٣٣	كثيرا ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية			
٣٤	كل فرد من أفراد أسرتي له اهتماماته التي لا تهم الآخرين			
٣٥	لا اهتم كثيرا بأسرتي			
٣٦	لاأميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت			

الملحق رقم (7)

استبانة التوافق الأسري بصورةه النهائية

رقم الفقرة	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
1	عادة نأخذ بأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية			
2	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد			
3	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر			
4	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير			
5	نقضى وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جمياً			
6	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة			
7	لا افرق بين أبنائي			
8	يتجنب إخوانه مشاركته في أي عمل يقومون به			
9	يشعر بالأمان وهو في الأسرة			
10	نعاي كثيراً في التعامل معه			
11	نقدر مشاعره دائماً			
12	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة			
13	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب			
14	لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته			
15	يشعر بأنه شخص مهم في الأسرة			

رقم الفقرة	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
16	الإعافه هي مصدر الإزعاج لكل الأسرة			
17	التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية			
18	تبادل الاحترام داخل الأسرة			
19	يمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة			
20	يحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة			
21	يتصدى كل فرد من أفراد أسرتي للأخطاء لغيره			
22	يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه			
23	نحرص جميعاً على استمرار علاقات الود داخل الأسرة			
24	لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حق أخيهم			
25	تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي			
26	كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته			
27	أنا وأسرتي سعداء ب حياتنا الأسرية			
28	كثيراً ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية			
29	لا اهتم كثيراً بأسرتي			
30	لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت			

Abstract

The study basically aims at identifying the behavioral and emotional disorders of deaf children and their relation to family compatibility. In addition, it aims at identifying the key differences between each of the sex, age, and degree of disability, the order of the child within the family, the number of deaf people in the family in the light of the variables of: behavioral disorders, emotional, and family compatibility.

The study sample consisted of (197) children ranged between (7-14) years old out of the total students of the Deaf Children Society. The researcher used Pearson correlation coefficient, percentages, averages, T-Test, and Single-Variance Analysis for the treatment of the study data.

Also, the researcher used the scale of emotional and behavioral disorders (the scale of the challenges and difficulties), prepared by (Goodman) translated by Samir Quta, and family compatibility questionnaire prepared by the researcher.

The results of the study demonstrated that the total score of emotional disorders and behavioral scale recorded relative weight of (47.07%), while the social scale occupied the first rank with relative weight of (69.54%). The over-movement scale occupied the second rank with relative weight of (49.19%), The emotional symptoms scale ranked the third relative weight of (40.96%), while the companion problems scale ranked the fourth relative weight of (40.66%), and the behavioral problems scale ranked the last with relative weight of (34.97%).

The results of the study showed that the scale of family compatibility for deaf children recorded relative weight of (69.31%). The results clearly showed that negative correlation was statistically significant ($\alpha \leq 0.01$) between the emotional behavioral disorders and the family compatibility.

Besides, this study pointed out that there is no statistically significant differences related to gender, age, the number of deaf children in the family, and the order of the deaf child in the family on the scale of

emotional and behavioral disorders. The results of the study concluded that there is no significant differences ($\alpha \leq 0.05$) on the scale of companion problems for the variable of disability degree.

On the other hand, the results of the study showed that there are significant differences ($\alpha \leq 0.05$) attributable to the variable of disability degree on the social scale. The differences were in favor to the low-degree of disability and in favor to the high-degree of disability on the scale of the over movement, on the scale of emotional symptoms (anxiety and depression), on the scale of behavioral problems (aggression), and on the scale of companion problems.