



سلطنة عمان

جامعة نزوى

كلية الآداب والعلوم

قسم التربية والدراسات الإنسانية

**بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات
التعلم في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط**

**Some psychological disorders among students
with learning disabilities in basic Education
schools in Muscat Governorate**

رسالة ماجستير مقدمة من

جنان بنت عبد اللطيف بن عبد الله القبطان

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص
الإرشاد النفسي

إشراف

د/عواطف عبد المجيد عبد الجبار السامرائي

د/ ثابت الالوسي

د/ عادل شكري محمد كريم

٢٠١٠-٢٠١١م

"وقتل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

التوبة ١٠٥

استمارة توقيع لجنة المناقشة بإجازة الرسالة

اسم الطالبة: جنان بنت عبداللطيف بن عبدالله القبطان



التخصص: الإرشاد النفسي

العام الجامعي: 2011/2010

عنوان الرسالة: بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في
مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط .

- تاريخ المناقشة: 22 مارس 2011م.

توقيع لجنة المناقشة

| اسم المناقش | التوقيع |
|---------------------|---|
| د. محمد محمد العاصي |  |
| د. هدى أحمد الضوى |  |
| د. بكار سليمان بكار |  |

الإهداء

إلى من شاركني الحياة... إلى زوجي ورفيق دربي
إلى والدي الغالي الذي تعلمت منه الصبر
إلى أمي الغالية التي علمتني أن العلم هو الحياة
إلى أخواتي الغاليات يامن ترقبن نجاحي وتقدمي، وتقدمن لي
كل الوقت .. وكل الدعم ...
إلى ينابيع المحبة التي لا تنتضب .. إلى بناتي
زهراء وزينب ورباب
لهم جميعا أهدي عملي المتواضع هذا مع المحبة والعرفان

شكر وتقدير

احمد الله عز وجل ، واشكر فضله أن من علي بالصحة والعافية
واعانتي على السير في هذا الطريق حتى نهايته.

يسرني وقد فرغت من إعداد هذه الرسالة أن أتقدم بوافر شكري
وتقديري إلى أستاذتي القديرة المشرفة على الرسالة الدكتورة عواطف عبد
المجيد السامرائي، التي منحتني الكثير من وقتها وجهدها وعلمها وتوجيهاتها
من اجل إخراج هذه الرسالة إلى حيز الوجود بهذه الصورة العلمية الملائمة.

كما أتقدم بوافر شكري وتقديري إلى الدكتور علي مهدي كاظم
والدكتور أمجد هياجنة ، الذي أبدى الكثير من النصح والإرشاد والاقتراحات
العلمية التي ساعدت على تعزيز هذه الرسالة.

و الدكتور الفاضل/ عادل شكري كريم على إعانته لي بالمراجع القيمة
والدكتور الفاضل/ ثابت الالوسي على ملاحظاته القيمة وتصويباته اللغوية.

والشكر موصول لكل من

أعضاء لجنة التحكيم.

أعضاء لجنة المناقشة.

فهرس المحتويات

| رقم الصفحة | المحتويات | م |
|--|--------------------------------|----|
| ج | أعضاء لجنة المناقشة | ١ |
| د | الإهداء | ٢ |
| هـ | شكر وتقدير | ٣ |
| و-ز | فهرس المحتويات | ٤ |
| ح | قائمة الملاحق | ٥ |
| ط-ل | قائمة الجداول | ٦ |
| ٢-١ | ملخص الدراسة باللغة العربية | ٧ |
| ٤-٣ | ملخص الدراسة باللغة الانجليزية | ٨ |
| الفصل الاول | | |
| ٧-٦ | المقدمة | ٩ |
| ١٠-٨ | مشكلة الدراسة | ١٠ |
| ١١ | أهمية الدراسة | ١١ |
| ١١ | أهداف الدراسة | ١٢ |
| ١١ | حدود الدراسة | ١٣ |
| ١٩-١٢ | تحديد مصطلحات الدراسة | ١٤ |
| الفصل الثاني (الإطار النظري ودراسات سابقة) | | |
| ٢١ | أولاً: الإطار النظري | ١٥ |
| ٣٧-٢٢ | صعوبات التعلم | ١٦ |
| ٤٦-٣٧ | القلق | ١٧ |

تابع فهرس المحتويات

| رقم الصفحة | المحتويات | م |
|--|---------------------------------|----|
| ٥٧-٤٧ | الاكتئاب | ١٨ |
| ٦٣-٨٥ | المخاوف المرضية | ١٩ |
| ٧٥-٦٤ | ثانياً : الدراسات السابقة | ٢٠ |
| ٧٩-٧٦ | ثالثاً: مناقشة الدراسات السابقة | ٢١ |
| الفصل الثالث (منهجية الدراسة وإجراءاتها) | | |
| ٨٢-٨١ | منهج الدراسة | ٢٢ |
| ٨٤-٨٣ | المجتمع وعينة الدراسة | ٢٣ |
| ٩٥-٨٥ | أداة الدراسة | ٢٤ |
| ٩٦ | الاجراءات | ٢٥ |
| ٩٧-٩٦ | الأساليب الإحصائية | ٢٦ |
| الفصل الرابع (نتائج الدراسة) | | |
| ١٠٧-٩٩ | عرض النتائج | ٢٧ |
| الفصل الخامس (مناقشة النتائج والتوصيات) | | |
| ١١٧-١٠٩ | مناقشة النتائج | ٢٨ |
| الفصل السادس (التوصيات والمقترحات) | | |
| ١١٨ | التوصيات | ٢٩ |
| ١١٩ | المقترحات | ٣٠ |
| ١٣١-١٢٠ | قائمة المراجع العربية والأجنبية | ٣١ |
| ١٣٢ | الملاحق | ٣٢ |

قائمة الملاحق

| رقم الصفحة | إسم الملحق | م |
|------------|---|---|
| ١٣٣ | خطاب رسمي لتسهيل مهمة باحث من المكتب الفني للدراسات والتطوير بوزارة التربية والتعليم بسلطنة عمان | ١ |
| ١٣٤ | خطاب رسمي لتسهيل مهمة باحث من كلية العلوم والآداب بجامعة نزوى | ٢ |
| ١٣٥ | قائمة بأسماء المحكمين لتحكيم مقياس الاضطرابات النفسية | ٣ |
| ١٥١-١٣٦ | مقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط | ٤ |
| ١٥٨-١٥٢ | مقياس الاضطرابات النفسية لطلبة ذوي صعوبات التعلم الحلقة الثانية في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط | ٥ |

قائمة الجداول

| م | عنوان الجدول | رقم الجدول | الصفحة |
|----|---|------------|--------|
| ١ | توزيع طلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم على مدارس وولايات محافظة مسقط | ١ | ٨٢ |
| ٢ | توزيع العينة الأساسية لطلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم على مدارس وولايات محافظة مسقط | ٢ | ٨٣ |
| ٣ | معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس القلق | ٣ | ٨٧ |
| ٤ | معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب | ٤ | ٩٢ |
| ٥ | معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس المخاوف المرضية | ٥ | ٩٥ |
| ٦ | معياري لتفسير متوسطات تقدير درجة استجابة طلبة صعوبات التعلم على مقياس الاضطرابات النفسية بمحافظة مسقط | ٦ | ٩٩ |
| ٧ | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاضطرابات النفسية على مجالات مقياس القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية وفق النوع والدرجة | ٧ | ١٠٠ |
| ٨ | المتوسطات الحسابية والمئوية لأفراد الدراسة وفق مقياس القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية | ٨ | ١٠٢ |
| ٩ | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية ومستويات الدلالة لحدّة الاضطرابات النفسية وفق متغير النوع | ٩ | ١٠٣ |
| ١٠ | نتائج تحليل التباين الأحادي لإيجاد دلالة أثر كل من الجنس والمنطقة السكنية والمرحلة التعليمية في تحديد نوع الاضطراب | ١٠ | ١٠٤ |
| ١١ | اختبار (LSD) للمقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير المنطقة السكنية لمقياس اضطراب القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية | ١١ | ١٠٦ |

ملخص الدراسة

بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي

بمحافظة مسقط

إعداد: جنان بنت عبد اللطيف بن عبد الله القبطان

لجنة الإشراف: د. عواطف السامرائي، د. عادل شكري، د. ثابت الالوسي

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً لدى طلاب صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة في الصفوف: (الخامس و السادس والسابع والثامن) من التعليم الأساسي، والتعرف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في حدة الاضطرابات النفسية لمستوى القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وفقاً لمتغير النوع، والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية، وقد اشتمل مجتمع الدراسة على جميع طلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم من مدارس الحلقة الثانية بولايات محافظة مسقط، والبالغ عددهم (١٥٣) طالب وطالبة من طلبة ذوي صعوبات التعلم، حيث بلغ عدد الطلاب الذكور (٦٢) طالباً، وعدد الإناث (٩١) طالبة.

وقد تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، كما تم بناء أداة لقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية بمحافظة مسقط، والتي تضمنت ثلاثة مقاييس، مقياس القلق لدى الأطفال وتضمن (٤٣) فقرة، موزعة على ست مجالات هي مجال الضغوط الحادة، وقلق الانفصال، والمخاوف الخاصة، وسلوك رفض المدرسة، والقلق العام، والمخاوف الاجتماعية، أما مقياس الاكتئاب فقد تضمن (٣٢) فقرة، موزعة على أربع مجالات هي مجال السوداوية والقنوط، واضطراب النشاط الجسمي والحركي، وانخفاض الروح المعنوية، والتبديل الانفعالي، أما مقياس المخاوف المرضية فقد تضمن على (٢٤) فقرة، وأربع مجالات هي مجال المخاوف البسيطة، والخوف من الأماكن المفتوحة، والمخاوف الاجتماعية والخوف من المستقبل، وقد تم التحقق من صدق الأداة من خلال استخدام أسلوب التحكيم، ومن خلال الصدق التكويني الذي تم حسابه عن طريق معاملات الارتباط بين المقياس ككل ومجالاته.

كما تم تقدير ثبات الأداة، بطريقة ألفا كرونباخ وأظهرت النتائج تمتع الأداة بمعاملتي

صدق وثبات مقبولين لأغراض الدراسة.

كما عولجت بيانات الدراسة بالحزمة الإحصائية SPSS، باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) واختبار (T- Test) للإجابة عن أسئلة الدراسة، ومعامل الاختبارات البعدية (LSD) للتحقق من مصدر الفروق ، ومعامل ارتباط بيرسون لتقدير الصدق البنائي للمقياس، وألفا كرونباخ لتقدير ثبات المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

بعد تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة تم التوصل إلى الآتي:

١. الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا لدى الطلبة من ذوي صعوبات التعلم في الصفوف (الخامس ، والسادس، والسابع، والثامن) من التعليم الأساسي هي المخاوف المرضية وقد بلغ قيمة المتوسط الحسابي (٢,٠٥)، والمتوسط المنوي (٦٨,٤٥)، يليه اضطراب القلق بمتوسط حسابي قيمته (١,٧٧)، والمتوسط المنوي (٥٨,٨٩)، أما اضطراب الاكتئاب فقد بلغ المتوسط الحسابي له (١,٧٤)، والمتوسط المنوي (٥٧,٨٩).
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدة اضطراب القلق والمخاوف المرضية وفق متغير النوع عند مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠١$) لصالح الإناث، في حين كانت قيمة مستوى الدلالة لحدة اضطراب الاكتئاب وفق متغير النوع عند مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) لصالح الإناث.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لحدة اضطراب القلق والاكتئاب، والمخاوف المرضية وفق متغير المرحلة الدراسية، لطلبة ذوي صعوبات التعلم لجميع المراحل من الصف (الخامس، والسادس، والسابع، والثامن) لمدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط.
٤. وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحدة اضطراب القلق وفق متغير المنطقة السكنية لصالح طلبة ذوي صعوبات التعلم لولاية بوشهر، مقابل طلبة ذوي صعوبات التعلم لولاية السيب عند مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠٥$)، أما حدة الاضطرابات الاكتئابية فقد دلت النتائج بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المنطقة السكنية في مقياس الاكتئاب لجميع الولايات. أما بالنسبة لحدة اضطراب المخاوف المرضية فقد أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لطلبة ذوي صعوبات التعلم لولاية قريات مقابل طلبة ذوي صعوبات التعلم بولاية السيب في مقياس المخاوف المرضية ككل عند مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠٥$).

Summary

Some Psychological disorders among students with learning Disabilities in the basic education schools in Muscat Governorate

Prepared by:

Ginan Bent AbdulLatif Bin Abdullah Alquptan

Supervised by:

D.r Awatif AlSamuraei, .D.r Adil Shukri, D.r Thabit Al Alusi

The purpose of this study was to determine the most common psychological disorders among students with learning disabilities, and determine if there were any significant differences in assessing these disorders due to gender, school stage and housing area. The population of this study consisted of all students with learning disabilities in all elementary schools in muscat governorate which have classrooms for students with learning disabilities; that is, its size was 153(Male= 62, Female= 91).

Three scales of the following psychological disorders: anxiety disorders, phobia disorders and depression disorders were developed based on literature validity and reliability of these scales were assessed, that is, construct validity was estimated by correlation coefficients, and reliability was assessed by cronbach alpha. To answer study questions, means and standard deviations were calculated according to total scales and subscales. One-way ANOVA, T-test and LSD were utilized to find significance of any differences in assessing psychological disorder due to gender, school stage and housing area. Findings of this study revealed that:

1. The most common psychological disorder in student with learning disabilities were in succession as follows: phobias, anxiety disorders and depression disorders.

2. There were significant differences (at $\alpha \leq 0.05$) in assessing anxiety disorders and phobia due to gender and housing area, while there were no significant differences due to school stag.
3. There were no significant differences (at $\alpha \leq 0.05$) in assessing anxiety disorders, phobia and depression disorder due to gender, housing area, and school stag.

The study concludes with some recommendation related to dealing with psychological disorders in students with learning disabilities.

الفصل الأول

(مشكلة الدراسة وأهميتها)

- المقدمة
- مشكلة الدراسة وأهميتها
- أهداف الدراسة
- حدود الدراسة
- تحديد مصطلحات الدراسة

المقدمة:

تشهد المجتمعات المعاصرة تغيرات اقتصادية، واجتماعية، وحضارية، وثقافية، ومعرفية كبيرة، وسريعة قد تنشأ عنها ضغوط اقتصادية، واجتماعية، وبيئية، ربما تعرض بعض الأفراد إلى أزمات شديدة وضغوط نفسية قد تؤدي إلى نشوء الصراعات النفسية لديهم مما يثير لديهم بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية التي قد تنعكس على أسرهم وبخاصة أبنائهم سواء كانوا في مرحلة الطفولة أم في مرحلة المراهقة، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالضغوط النفسية التي ربما تتطور إلى اضطرابات نفسية أو سلوكية، ولقد وجدت بعض الدراسات علاقة قوية بين الأعراض الاكتئابية للأطفال ذوي صعوبات التعلم وبيعض المتغيرات كالجنس والصف الدراسي كما جاء في دراسة الزاير (٢٠٠٥)، إذ كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم تعزى لمتغير الصف الدراسي. أما في دراسة لكريستينا ودونالد، (Christina & Donald, 1989)، للمقارنة بين القلق والكآبة بين الأطفال القادرين على التعلم وغير القادرين على التعلم فقد كشفت الدراسة على أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم والمدرجين في الصفوف الجديدة لم يحصلوا على مستويات عالية من الكآبة والقلق أو حتى التكيف مع نوع التعليم، عكس أولئك الأطفال الذين تعودوا على وضعية التربية الخاصة. وفي المقابل توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين المدمجتين، والمجموعة الضابطة في عملي القلق والكآبة.

لذا وجب على الأفراد والمجتمعات أن يبحثوا عن السبل الكفيلة لتخفيف تلك الضغوط للحيلولة دون تطورها إلى اضطرابات نفسية لدى الأطفال أو المراهقين وبخاصة الذين يعانون من صعوبات التعلم لاحتمالية تعرضهم لسوء التوافق النفسي والاجتماعي أكثر من غيرهم، نتيجة لما يعانون من صعوبات تربوية، واجتماعية، أو نفسية.

إن الدول المتقدمة أولت اهتماما كبيرا بالطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم والبالغ نسبتهم حوالي ٣% من مجموع طلبة المدارس، إذ لا تعاني تلك الفئة من إعاقات عقلية أو سمعية أو بصرية ومع ذلك فإنها تواجه مشكلات نفسية وتربوية في المدرسة. (الروسان، ٢٠٠٠، ٦٨٦).

وغالبا ما يكون واضحا للمعلم أن الأطفال من ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات اجتماعية، وانفعالية، وسلوكية، وقد يساهم المعلم في الكشف عن تلك المشكلات وخصوصا العدوانية لدى هذه الفئة، فقد كشفت دراسة محمود وصابر (٢٠٠٤)، عن بعض الخصائص

النفسية والسلوكية للتلاميذ من صعوبات التعلم، تراوحت أعمارهم ما بين ٨-١٢ سنة، أن التلاميذ حصلوا على درجات مرتفعة على أبعاد القلق النفسي.

وقد نجد أن الأطفال من ذوي صعوبات التعلم يكونون هادئين بشكل غير عادي، ومنسحبين عن أي موقف أو تفاعل اجتماعي، ولا تتواجد لديهم أي صداقات، وتؤدي كل تلك المشكلات والانسحاب من الأقران والحياة الاجتماعية إلى نشوء بعض الاضطرابات إلى جانب الصعوبات مثل الاكتئاب، والتكاسل، وقلة عدد الأصدقاء والخوف من إقامة علاقات اجتماعية. (هالاهان وكوفمان و لويد و يس ومارتنيز، ٢٠٠٧، ٣٠٢).

لذا نجد أن الاضطرابات النفسية عامل من عوامل التعثر الدراسي والإخفاق في التعلم، ومن أهم المشكلات التي تسبب بطء التعلم لدى الطفل، فالقلق الذي يتعرض له أثناء دراسته نتيجة لصعوبة المادة، أو لطريقة تعامل المعلم معه، أو لعدم فهمه لكثير من مصطلحات المادة الدراسية، غالباً ماتجعله أقل كفاءة. وكذلك الخوف الذي يتعرض له نتيجة عدم استطاعته وقدرته على استيعاب المواد الدراسية مثل بقية أقرانه العاديين في الفصل الدراسي يرتبط بشكل مباشر بسلوك المعلم، أو تقبل الطفل لبقية أقرانه، أو أحد والديه. (راشد، ٢٠٠٢، ٧٩).

وترى الباحثة من خلال ماتقدم أن الضعف التحصيلي والأكاديمي للطلبة ذوي صعوبات التعلم يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب والمخاوف لديهم، حيث يتوتر ويشعر الفرد بعدم الارتياح عندما يتعرض لموقف يتطلب منه التعامل مع الأرقام والرموز الرياضية والعمليات الحسابية أو قراءة فقرة وكتابة تعبير أو عند دراسة غيرها من المواد التعليمية.

وما زالت الجوانب النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في حاجة إلى المزيد من الدراسات التي لا بد أن تكون في نطاق الاهتمام المباشر لكل من علماء النفس والمربين والآباء، لأن هنالك ندرة في الدراسات العربية لهذه الفئة من طلبة ذوي صعوبات التعلم، لذا فالدراسة الحالية قد تسهم في الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم والوقوف عليها من أجل إيجاد العلاج والحلول الناجحة للحد منها.

مشكلة الدراسة:

إن كفاءة المنظومة التعليمية في المجتمع العماني تضع في اعتبارها قضايا ومشكلات الصحة النفسية في المرتبة الأولى من الاهتمام والرعاية، حيث قطعت سلطنة عمان شوطاً كبيراً في تحقيق تعلم متقدم بكل المعايير العالمية وفي انسجام ووظيفية مع طبيعة المجتمع العماني كمجتمع إسلامي عربي خليجي له هويته الوطنية المتميزة سواءً داخل الأسرة العربية أم الإسلامية أم العالمية وفي هذا فإن الاهتمام ببناء الشخصية العمانية بمقومات الصحة النفسية وتجسيدها في الممارسات التربوية والتعليمية في مدارس السلطنة يعد مدخلاً فعالاً لتحقيق التربية وأهدافها ووظائفها. (عسقلاني، ١٩٩٥، ٤).

إن الأنماط التربوية التي تتبعها الأسرة في تنشئة أطفالها إذا لم تكن سليمة فإنها قد تؤدي إلى وجود اضطرابات نفسية أو سلوكية لدى الأطفال، ومن هذه الأساليب، الحماية الزائدة والدلال، والتوقعات العالية، أو المتدنية، والتميز بين الإخوة، والتجاهل، والرضا، والقسوة الزائدة، وحرمان الطفل والمراهق من مشاعر الحب والحنان. (العزة، ٢٠٠٢، ٢٤).

وتلعب المؤثرات الأسرية والاجتماعية دوراً في تطور المشكلات السلوكية أو النفسية، لذا يبرز الدور التربوي للآباء والمعلمين والاختصاصيين وكذلك الأطباء النفسيين للتوجيه والإرشاد والعلاج من خلال البرامج التوجيهية والعلاجية للتخفيف مما يعانيه الأطفال والمراهقين جراء الاضطرابات الانفعالية أو النفسية إن وجدت، وتحقيق أكبر قدر من التوافق النفسي والاجتماعي. (خلف الله، ٢٠٠٤، ٥٣٣).

بالإضافة إلى المؤثرات الأسرية والاجتماعية التي تسهم في ظهور الاضطرابات النفسية نجد أن عوامل أخرى قد تتضافر معها لتؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية فمعاناة الأبناء من مشكلات صعوبات التعلم قد يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية لديهم. حيث تمثل الاضطرابات النفسية المشكلة الصحية العامة خلال السنوات الأخيرة، حيث تشير الإحصائيات التي أجريت في بريطانيا إن ١٢% من المرضى يعانون من الاضطراب النفسي. (شربت، ٢٠٠٨، ٢٣٠).

ومن الجدير بالذكر أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بمرحلة الطفولة هو اضطراب القلق إذ يؤثر على حوالي ١٠% من الأطفال، وتؤثر أعراضه حوالي (٨%-١١%) من الأطفال والمراهقين. (العطية، ٢٠٠٨، ٢٣).

إن طلبة ذوي صعوبات التعلم قد يتعرضون للاضطرابات النفسية أكثر من غيرهم نتيجة لصعوبة توافهم النفسي والتربوي والاجتماعي مع أقرانهم، والمنهج الدراسي، وأساليب التدريس والتعليم، مما يؤدي إلى تفاقم حالتهم النفسية وظهور العديد من المشكلات السلوكية لديهم، لذلك كله تؤثر الاضطرابات السلوكية أو النفسية في حياة الطفل أو المراهق بشكل كبير، حيث تؤثر في علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء وعلى تحصيله الأكاديمي، وإذا ترك بدون تدخل وقائي أو علاجي سيعاني من الضيق والتوتر والعزلة وقد يترك المدرسة، ويندمج في سلوكيات ضد المجتمع، وقد اثبتت الدراسات أن التدخل في مرحلة المدرسة الابتدائية من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد على تحسن مستواهم الأكاديمي وتقوية علاقاتهم الاجتماعية والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين. (القبالي، ٢٠٠٨، ٢٧).

إن حوالي ٣٠% من طلبة ذوي صعوبات التعلم يتم تشخيصهم بشكل رسمي على أنهم يعانون من الاكتئاب، أو النشاط الحركي المفرط، أو أي اضطراب آخر إلى جانب صعوبات التعلم. حيث إن العديد من الدراسات التي أجريت على طلبة ذوي صعوبات التعلم قد أسفرت نتائجها عن أن هؤلاء الطلبة تواجههم مشكلات في تنشئتهم الاجتماعية مع أقرانهم، أو يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية. (هالاهان وكوفمان ولويد و يس ومارتنيز، ٢٠٠٧، ٣٠٣).

وترى الباحثة أن الاضطرابات النفسية لا تؤدي إلى ظهور صعوبات التعلم، حيث إن السبب الرئيسي لصعوبات التعلم يكمن في الخلل الذي يصيب الجهاز العصبي ويؤدي بالتالي إلى حدوث خلل في الأداء الوظيفي للمخ وهو ما يعرف بالقصور النيورولوجي أو العصبي، ولا يرجع مجملاً في الأصل إلى أسباب داخلية، وإنما البيئة التي يتعايش فيها الطالب ذو صعوبات التعلم هي التي قد تساعد على ظهور بعض من الاضطرابات النفسية لديه. (هالاهان وآخرون، ٢٩).

ويشكل الطلبة ذوو صعوبات التعلم نسبة كبيرة من بين الطلبة العاديين، فعلى المستوى العالمي تعاني نسبة كبيرة من الطلبة من صعوبات التعلم إذ تشير ليرنر (lerner,2000) إلى أن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين فئات التربية الخاصة تشكل ما نسبته النصف تقريباً (٥١، ٥%)، كما جاء في تقرير دائرة التربية الأمريكية عام ١٩٩٧م. (جرار، ٢٠٠٨، ٢٨).

ولقد أشار هلالاهان وآخرون (٢٠٠٧) إلى أن نسبتهم في الولايات المتحدة الأمريكية عموماً تصل إلى ٢% في حين تصل تلك النسبة في بعض الولايات الأمريكية الأخرى إلى أكثر من ٩%. (هلالاهان، وآخرون، ٢٠٠٧، ٧٩).

أما في سلطنة عمان فقد وجدت عن دراسة (اللواتي، ٢٠٠٧، ٨) أن عدد حالات صعوبات التعلم قد وصلت عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ إلى (٤٥٠٠) طالب وطالبة موزعين على (١٧٩) مدرسة من جميع مناطق السلطنة، وبحسب إحصائية المديرية العامة للتعليم قسم التربية الخاصة لبرنامج معالجة صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي، كان عدد العاملين الذين يدرسون طلبة صعوبات التعلم قد وصل إلى (١٨٠) معلمة. وقد بلغ عدد المشرفين على البرنامج في المناطق التعليمية (١٣) مشرفة، منذ بدء البرنامج وحتى العام الدراسي ٢٠٠٦/٢٠٠٧م، ولقد قامت السلطنة بدمجهم مع أقرانهم الطلبة العاديين من أجل الوصول إلى تناسق فكري لكل طالب ذي صعوبات تعلم مع قرينه من الطلبة العاديين في الصف الواحد، لمحاولة وقايتهم من التعرض إلى الإحباط والفشل والصراعات والمخاوف التي قد تنتابه والانفتاح على التجارب والخبرات لجديدة.

لقد بحثت مشكلات صعوبات التعلم وتأثيرها في حياة الفرد وأسرتهم من منظور تربوي واجتماعي، أما عن المنظور النفسي فلم تجد الباحثة إلا النزر اليسير من الدراسات وكان معظمها دراسات أجنبية. وبناءً على ماتقدم تود الباحثة أن تلقي الضوء على الحياة النفسية لطلبة ذوي صعوبات التعلم والتعرف فيما إذا كانت قد تطورت لديهم اضطرابات نفسية، لذلك سعت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى طلاب صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة للصفوف: (الخامس والسادس والسابع والثامن) في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي؟

٢. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في حدة الاضطرابات النفسية: القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية تبعاً لمتغير النوع (الجنس)، والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية؟

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى قلة الدراسات التي قصدت دراسة الجوانب النفسية قياساً بالجوانب الأخرى التربوية كدراسة (Meadan,2008)، ودراسة الزيات (٢٠٠٢)، ودراسة غبريال (٢٠٠٢)، ودراسة الفوري (٢٠٠٣)، ودراسة الهاجري (٢٠٠٢)، ودراسة من الجانب الأكاديمي، كدراسة اللواتي (٢٠٠٧). ولم تجد الباحثة سوى دراسات قليلة بحثت في المشكلات النفسية لهذه الفئة من الطلبة، كدراسة الفضة و أحمد (٢٠٠٩) عن دراسة كوري وبكالاً التي أشارت إلى أن نسبة انتشار القلق والاكتئاب بلغت (٨٠%) ممن يعانون من صعوبات التعلم، لذا تود الباحثة تسليط الضوء على الجوانب النفسية للطلبة ذو صعوبات التعلم لتزويد المكتبة العربية بإحدى المجالات الهامة وهي التعرف على الاضطرابات النفسية إن وجدت لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في محافظة مسقط.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على:

١. الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً لدى الطلبة ذوو صعوبات التعلم في الصفوف: (الخامس و السادس والسابع والثامن) من التعليم الأساسي من حيث النوع والدرجة.
٢. دلالة الفروق الإحصائية في حدة الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وفق متغير، النوع (الجنس) والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية.

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية بطلبة الحلقة الثانية ذكورا وإناثا في الصفوف الخامس السادس والسابع والثامن في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط للعام الدراسي ٢٠٠٩-٢٠١٠.

مصطلحات الدراسة:

ورد في هذه الدراسة العديد من المصطلحات ، وفيما يلي تعريفاتها:

الاضطرابات النفسية:

- عرف وودي (Woody, 1969) الاضطرابات النفسية على أنها "عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول والذي ينعكس سلباً في قدرة الفرد على النجاح في المهارات الأكاديمية". (الزغول، ٢٠٠٦، ٢٢).

- وعرفها كل من الخليفة وعيسى (٢٠٠٧)، على أنها مجموعة من الاضطرابات في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته وتظهر آثار الإعاقة وتشمل سبعة أبعاد لهذه الاضطرابات وهي الاضطرابات السلوكية، الاكتئاب، القلق، واضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب، الانفعالي، اضطراب التواصل. (خليفة و عيسى، ٢٠٠٧، ٨٩).

- وتعرف سهير أحمد (٢٠٠٠)، الاضطرابات النفسية من كتابها "الصحة النفسية والتوافق" على أنها مجموعة من الاضطرابات الوظيفية التي لم يكشف عنها سبب عضوي وتصيب الشخص وتبدأ في صورة أعراض نفسية، وجسدية، وتؤدي إلى اختلال جزئي تصيب أحد جوانب الشخصية، ومن مظاهرها القلق، والاكتئاب، والسلوك القهري، والمخاوف، والوحدة النفسية". (احمد، ٢٠٠٨، ٦٠).

- وقد عرفها دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة وتتخذ شكلاً مستمراً مقاوماً للعلاج وتفوق تلك التفاعلات العابرة أو الموقفية التي لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية". (ارنوط www.uqu.edu).

- أما تعريف الباحثة النظري للاضطرابات النفسية فهو، اضطراب يصيب الفرد يؤدي إلى حالة من الاختلال النفسي أو الانفعالي قد يظهر بصورة قلق أو اكتئاب أو مخاوف تؤثر في سلوك الفرد وتوافقه النفسي.

- وتعرف الاضطرابات النفسية إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها الدرجة التي يحصل عليها الطلبة في مقياس الاضطرابات النفسية المستخدم في الدراسة الحالية.

القلق:

- يعرفه سيلبرجر (Spielberger) بأنه "ردود أفعال تركز أصلا على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية". (العطية، ٢٠٠٨، ٢١).

- ويعرفه احمد عكاشة بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد". (العطية، ٢٠٠٨، ٢١).

- أما معجم أكسفورد (Oxford) فيعرف القلق بأنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل"، بينما يراه هارولد وبينكسي (Harold & binskiy) بأنه "دافع غير ملائم أو حالة من التوتر تنتج من تصارع أو تنافس رغبتين أو أكثر حول استجابة معينة، وتمنع هذه الحالة من التوتر تخفيف حدة دافع هام وملائم". (فرج، ٢٠٠٩، ١٢٧-١٢٨).

- يعرفه علماء النفس بأنه "خبرة انفعالية مؤلمة جارحة قاسية قد تظهر وتتجسد في صورة وقتية تزول بزوال انفعالاتها أو بعدها بقليل". (الموسوعة النفسية، ٢٠٠٢، ٧).

- ترى كابن، (Kaplan, 1996)، أن القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويختلف القلق عن الخوف بأن الخوف يمثل استجابة لسبب معروف. (غانم، ٢٠٠٦، ٣٥).

- ويعرفه عبد الخالق بأنه "انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو وهم دائم، وعدم الراحة والاستقرار، وهو أساس التوتر والشد والخوف الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية". (العطية، ٢٠٠٨، ٢١).

- أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل. (فايد، ٢٠٠١، ٤٥).

- ولقد عرف(طه وآخرون، ١٩٩٣) القلق بأنه حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد". - أما تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فهي أكثر تعريفات القلق شيوعا، إذ عرفته بأنه "خوف أو توتر وضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كلا من القلق والخوف عدد من التغيرات الفزيولوجية". (الأنصاري وكاظم، ٢٠٠٧، ٢).

- بالنسبة لتصنيف الدليل الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية المعدل (DSM-IV) فقد تناول مفهوم القلق من خلال تصنيفه لعدد من الاضطرابات وهي اضطراب الهلع Panic Disorder with Agoraphobia، واضطراب الهلع ورهاب الأماكن المتسعة. Panic Disorder with Agoraphobia، واضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder with Agoraphobia، ورهاب الأماكن المتسعة بدون نوبات الهلع out Agoraphobia، والمخاوف الاجتماعية Social Phobia، واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder، وضغوط ما بعد الصدمة Disorder without Panic Attack، واضطراب القلق العام Disorder Generalized، واضطراب القلق غير المصنف Other Wise Anxiety Disorder Not (العطية، ٢٠٠٨، ١٣).

بعد مراجعة التعاريف السابقة للقلق تعرف الباحثة القلق نظرياً بأنه حالة انفعالية غير سارة ممزوجة بنوع من التوتر وعدم الراحة نتيجة تعرض الفرد لمثير مزعج. وتعريف القلق إجرائياً هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية.

الاكتئاب:

- يعرف الإمام الغزالي الاكتئاب بأنه "حالة من الألم النفسي تؤدي إلى الإحساس بالذنب، وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات، والتحسر على الماضي والتفكير فيه والبحث في العلل والأسباب وراء المجهول. أما ستات فيرى أن الاكتئاب هو " احد المظاهر العامة للاضطراب الانفعالي الذي يتدرج في الشدة من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى حالة عقلية تتسم باليأس التام". (بشرى، ٢٠٠٧، ١٣).

- يعرف دريفر الاكتئاب بأنه "اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل على مشاعر النقص، واليأس، وأحياناً أخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي". (أبو زيد، ٢٠٠٠، ٢٢).

- أما ستراكل فيعرفه بأنه "ذلك الاضطراب الانفعالي الذي غالباً ما يحدث ويتكرر بفقدان تقدير الذات وضياع الأمل في المستقبل، بالإضافة إلى مشاعر الحزن، والذنب، ولوم الذات". (أبو زيد، ٢٠٠٠، ٣٤).

- أما إنجرام فيعرف الاكتئاب حسبما ورد في المعاجم والموسوعات العلمية على إنها "اضطراب مزاجي أو وجداني ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى". (فايد، ٢٠٠١، ٩٥).

- وتعرفه السامرائي بأنه "مجموعة أعراض تتميز بالشعور بالانقباض والسوداوية والألم النفسي، والانسحابية والعجز والدونية وانخفاض الروح المعنوية، وتدهور النشاط العقلي والتبدل الانفعالي، واضطراب النشاط الحركي والجسمي". (السامرائي، ١٩٩٧، ١١).

- ويعرفه بنيامين وولمان بأنه "الإحساس بمشاعر العجز واليأس، والنقص، والحزن"، بينما تعرفه إليزابيث زيتزيل بأنه "درجة أو حالة أساسية لأننا تتميز بفقدان تقدير الذات ويعبر عن استجابة الأنا للأحداث الداخلية والخارجية". (أبو زيد، ٢٠٠٠، ٢٣).

- أما عبد الخالق (١٩٩٩)، فقد عرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر بها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشبع فيه مشاعر الغم والهم والشؤم فضلا عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز". (احمد، ٢٠٠٨، ٦٠)

من خلال التعريفات السابقة تشتق الباحثة تعريفها النظري، أن الاكتئاب هو شعور بالحزن والنقص وبفقدان تقدير الذات والكسل وتدهور النشاط النفسي الحركي .

أما تعريف الاكتئاب إجرائيا فهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية.

المخاوف المرضية:

- الخوف هو عاطفة قوية غير محببة سببها إدراك خطر ما. (العزة، ٢٠٠٢، ٨٠).

- ويعرف (الفوال، ٢٠٠٦) أن الخوف هو حالة انفعالية طبيعية يشعر بها جميع الكائنات الحية في بعض المواقف، فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب.

- اما الشربيني فعرف الخوف على أنه "انفعال وقتي إزاء خطر نوعي حقيقي أو غير حقيقي يظهر كرد فعل مؤقت نتيجة تقدير الفرد لقوته تقديرا أقل مما تحتاجه مقاومة الخطر وعدم استطاعة التصدي له". (الشربيني، ١٩٩٤، ١١٤).

- ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM-IV) باسم المخاوف الخاصة والتي تعني الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف وموضوعات اجتماعية معينة لدى الفرد. (العطية، ٢٠٠٨، ٨٤).

من خلال التعاريف السابقة تشتق الباحثة تعريفاً نظرياً للخوف بأنه، انفعال موصول بالعقل والإدراك وبالجسد ورهبة شاذة يصعب السيطرة عليها.

أما تعريف الخوف إجرائياً فهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس الخوف المستخدم في الدراسة الحالية.

صعوبات التعلم:

- عرفها كيرك (Kirk, 1962)، بأنها "تشير إلى تأخر، أو اضطراب، وتعطل النمو في واحدة أو أكثر من عمليات التحدث والتخاطب، أو اللغة، أو القراءة، أو الكتابة، أو الحساب، أو أي مادة دراسية أخرى ينتج عن إعاقة نفسية تنشأ عن واحد على الأقل من هذين العاملين وهما اختلال الأداء الوظيفي للمخ، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ولا تنتج صعوبات التعلم في الواقع عن التخلف العقلي، أو الإعاقة الحسية، أو العوامل الثقافية، أو التعليمية، أو التدريسية". (هلالمان وآخرون، ٢٠٠٧، ٥١).

- قدمت الوكالة المشتركة لصعوبات التعلم تعريفاً يشير إلى "إنها مجموعة متعددة من الاضطرابات التي تظهر في صورة صعوبات واضحة في اكتساب واستخدام السماع، الكلام، القراءة، الكتابة، التفكير، الحساب، المهارات الاجتماعية، وتنشأ هذه الاضطرابات لدى الفرد وتعود إلى الاختلاف الوظيفي للجهاز العصبي". (سالم وعبد الله ومجدي و عاشور، ٢٠٠٣، ٢٦).

- تعرفه ليرنر Learner بأنه اضطراب ناتج عن أسباب فسيولوجية وظيفية عن الفرد، قد تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب والدماغ، ويؤثر الاضطراب على قدرات الفرد العقلية بحيث تؤثر على تحصيله الأكاديمي في مجال مهارات لقراءة والكتابة والتهجئة والمهارات العددية. (ابوشعيرة وأحمد، ٢٠٠٩، ٢٧).

- كما تعرف اللجنة الوطنية الأمريكية صعوبات التعلم بأنها مجموعة متجانسة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع والكلام والقراءة والاستدلال الرياضي، ويفترض أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة خلل في الجهاز

العصب المركزي، أو ربما تظهر مع حالات أخرى كالتخلف العقلي أو العجز الحسي أو الاضطرابات الانفعالية. (عبد الرؤوف، ٢٠٠٧، ١٩).

تجد الباحثة أن صعوبات التعلم هي مجموعة من الاضطرابات تنشأ عن خلل وظيفي في الدماغ وتؤثر في قدرات الفرد العقلية في مجال القراءة والكتابة، ومهارات الرياضيات، والتحدث.

أما تعريف صعوبات التعلم إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها وفق مقياس صعوبات التعلم المستخدم في برنامج صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية.

طلبة ذوي صعوبات التعلم:

- عرفهم جيمس Games تعريفاً ينحاز إلى جانب الذكاء الكمي عندما أشار إلى أن "الأطفال في هذه الفئة تتراوح نسبة الذكاء عندهم من (٧٠-٩٠) درجة، باختبارات الذكاء وتظهر صعوبات هؤلاء الأطفال في تعلم المهارات الأكاديمية وبطناً في مهاراتهم العقلية". (راشد، ٢٠٠٢، ٣٢).

- أما دول Doll فعرفهم على أنهم "أطفال يظهر عليهم بطء في تعلم المهارات الدراسية، برغم إنهم قادرين على تعلم هذه المهارات، إلا أنهم أبطأ من الأطفال العاديين وتتراوح نسبة ذكائهم بين (٧٥-٩٠) درجة حسب اختبارات وكسلر. (راشد، ٢٠٠٢، ٣٢).

- تعرف جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم، بأنها تعد بمثابة حالة مزمنة ذات أصل نيورولوجي تؤثر على كل من القدرات اللفظية وغير اللفظية، أو على أحدها فقط. (هلالهان، وآخرون، ٢٠٠٧، ٥١).

- بينما عرف بيتمان Bateman الأطفال ذوي اضطرابات التعلم "بأنهم هؤلاء الأطفال الذين يظهرون اضطراباً تعليمياً واضحاً بين مستوى الأداء العقلي المتوقع وبين المستوى الفعلي المرتبط بالاضطرابات الأساسية في العملية التعليمية. (سالم وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٤).

- بينما نرى أن كريك وبيتمان Kirk & Bateman عرفا الطفل ذا صعوبة التعلم "أنه طفل لديه مشكلات تعلم عامة، وصعوبة في موضوع من موضوعات التعلم كالقراءة والتهجئة وإجراء بعض العمليات الحسابية". (عبد الرؤوف وعامر، ٢٠٠٧، ٢٠٠).

- ولقد عرفت اللجنة الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين (NASHC) الأطفال ذوي صعوبات التعلم بما نصه "هم أولئك الذين تظهر لديهم اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو اللغة المنطوقة، وتظهر في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب، وتعود إلى إصابة بسيطة في وظيفة الدماغ، وليس لها علاقة بأي إعاقة من الإعاقات سواء أكانت عقلية أم سمعية أم بصرية أو غيرها". (الفار، ٢٠٠٣، ١).

حددت جمعية الأطفال الأمريكية ذوي صعوبات التعلم المسماة (ACLD) الطفل ذو صعوبات التعلم الذي يملك قدرة عقلية مناسبة، وعمليات حسية مناسبة واستقرار انفعالي، ألا إن لديه عددا محددًا من الصعوبات الخاصة بالإدراك والتكامل وصعوبات خاصة بالعمليات التعبيرية التي تؤثر بشده على كفاءته في التعلم" ويتضمن هذا التعريف الأطفال الذين يعانون من خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي والذي يؤثر تأثيرًا أساسيًا على كفاءة المتعلم. (ملحم، ٢٠٠٢، ٤٢).

تعرف الباحثة الأطفال ذوي صعوبات التعلم بأنهم فئة تتراوح نسبة ذكائهم من (٧٥-٩٠) درجة حسب اختبارات وكسلر، ويظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو في المهارات الحسابية.

أما التعريف الإجرائي لطفل ذي صعوبات التعلم فهي الدرجة التي ستحصل عليها الدراسة من خلال المقياس التشخيصي الذي تم تطبيقه من قبل برنامج صعوبات التعلم المنفذ في المدارس .

التعليم الأساسي:

هو تعليم موحد يوجه التعليم فيه لجميع أبناء السلطنة ممن هم في سن المدرسة، مدته عشر سنوات، يقوم على توفير الاحتياجات التعليمية من المعلومات والمعارف والمهارات التي تمكن الطلاب من الاستمرار والتدريب وفقا لميولهم واستعداداتهم وقدراتهم والتي يهدف هذا التعليم إلى تنميتها لمواجهة تحديات الحاضر وتطلعات المستقبل في إطار التنمية المجتمعية الشاملة. (وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٩، ٩).

وتعرفه دائرة الإحصاء بأن التعليم الاساسي، مدته عشر سنوات ويقبل بالصف الأول التلاميذ ذوي الأعمار ٦ سنوات وينتقل الناجحون في نهايتها إلى مرحلة التعليم ما بعد الأساسي، وتقسم سنوات التعليم الأساسي إلى حلفتين، الأولى من الصف الأول وحتى الرابع، والثانية من الصف الخامس وحتى العاشر، وقد بدأ تطبيق هذا النظام في العام الدراسي ١٩٩٩/٩٨. (دائرة الإحصاء والمعلومات، ٢٠٠١، ٢١).

الحلقة الثانية :

تضم الطلبة الذين يدرسون في الصفوف من ٥-١٠ وتتراوح أعمارهم ما بين ١١ إلى ١٦ سنة مناهج الحلقة الثانية من التعليم الأساسي.

الفصل الثاني

(الاطار النظري والدراسات السابقة)

أولاً: الإطار النظري:

- صعوبات التعلم.
- انتشار صعوبات التعلم.
- الخصائص النفسية والسلوكية لذوي صعوبات التعلم.
- فئات صعوبات التعلم.
- العوامل المسهمة في صعوبات التعلم.
- النماذج النظرية المفسرة لصعوبات التعلم.
- القلق.
- اضطراب القلق في مرحلة الطفولة.
- أسباب القلق.
- أنواع القلق.
- النظريات المفسرة للقلق.
- الاكتئاب.
- أعراض الاكتئاب.
- أسباب الاكتئاب.

- أنواع الاكتئاب.
- أنماط الاكتئاب.
- مراحل الاكتئاب.
- النظريات المفسرة للاكتئاب.
- المخاوف المرضية.
- شيوع المخاوف المرضية وانتشارها.
- أنواع المخاوف المرضية
- مثيرات مخاوف الأطفال.
- أسباب المخاوف.
- النظريات المفسرة للمخاوف المرضية.

ثانياً: الدراسات السابقة.

ثالثاً: مناقشة الدراسات السابقة.

أولاً: الإطار النظري

يتناول هذا الجزء من الفصل استعراضاً للنظريات التي بحثت صعوبات التعلم والاضطرابات النفسية.

(١) صعوبات التعلم: Learning Disabilities

تزايد الاهتمام بصعوبات التعلم، وخاصة بعد إدراجها ضمن الفئات الخاصة، فأجريت دراسات وبحوث عديدة، إهتم بعضها بالجانب الأكاديمي، بينما اتجه الآخر نحو خصائص شخصيات ذوي صعوبات التعلم، في شتى جوانب نموها. إن طلبة ذوي صعوبات التعلم يمثلون مشكلة نفسية تربوية واجتماعية، تؤثر في الفرد، وعلى علاقته بالآخرين من أفراد أسرته، وزملائه، نظراً لعدم مقدرة البعض منهم في التعبير عن مشاعره، لذا قد ينتج عن ذلك بعض من الاضطرابات النفسية التي تؤثر فيهم.

لقد ظهر مصطلح صعوبات التعلم لأول مرة في عام ١٩٦٣ بعد أن اجتمعت عدة مجموعات من الآباء والمربين المتحمسين لأموال التربية لتكوين رابطة تهتم بشؤون التربية في المدارس، والمعاونة في دراسة المشكلات التربوية التي تواجه أبنائهم وبخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة وهم الذين كان يطلق عليهم في ذلك الوقت المعوقين إدراكياً **Perceptually Handicapped** والتشوّهات المخية **Brain-injured** وذوي الخلل أو القصور الوظيفي العصبي **Nervous maifunction** وكانت كل مجموعة من هذه المجموعات تهتم بنوعية معينة من هذه المشكلات التي يعاني منها أبنائهم في المدارس، وبعد عدة لقاءات بين هذه المجموعات من الآباء والمربين تم الاتفاق على أن يطلق مصطلح (صعوبات التعلم) على جميع الفئات المشار إليها وتكوين رابطة لرعاية وعلاج هؤلاء الأطفال وسميت باسم رابطة صعوبات التعلم **Learning Disabilities Associaton**. (عبد الرؤوف وعامر، ٢٠٠٧، ١٧).

صعوبات التعلم، هي عبارة عن اضطراب في جانب أو أكثر في الوظائف العقلية أو النفسية التي تشمل الذاكرة والإدراك والانتباه والتخيل وحل المشكلات وفهم واستخدام اللغة والتعبير بالكلام والكتابة، ويظهر الاضطراب عند الفرد بسبب عدم مقدرة على الانتباه والتفكير والنطق والقراءة والكتابة أو القيام بالعمليات الحسابية. إن بداية فترة الاضطراب لا يكون ناتجاً عن إعاقات ظاهرة عند الفرد من هنا يظهر لدينا بأن ذوي صعوبات التعلم ليسوا هم بالضرورة الأفراد ذوي الإعاقات المختلفة مع إن المفهوم يتداخل مع أصحاب هذه الإعاقات التي لها علاقة

باضطرابات اللغة كما هو الحال في الإعاقة السمعية والعقلية على وجه التحديد. ومن التعريف السابق نستطيع أن نلمح بأن أصحاب هذا الاضطراب عندهم صعوبات دراسية تؤثر على مستواهم التحصيلي، ومن ثم معاناتهم من الفشل المستمر نتيجة تلك الاضطرابات ويشار لهؤلاء الأطفال بأنهم معاقون لمدة ساعات في أثناء وجودهم على مقاعد الدراسة. (العزة، ٢٠٠٧، ٤١).

ويرى القاسم على أن عناصر وخصائص صعوبات التعلم تتلخص بالآتي:

- أن يكون لدى الطفل شكل من أشكال الانحراف في القدرات، في إطار نموه الذاتي.
- أن تكون الصعوبة غير ناتجة عن إعاقة.
- أن تكون الصعوبة نفسية، أو تعليمية.
- أن تكون الصعوبة ذات صفة سلوكية مثل: النطق، التفكير، تكوين المفاهيم. (الفار، ٢٠٠٣، ١٧).

وتشير اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم بأنه ميدان شامل يرجع إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب أو استخدام القدرة على الاستماع، أو الكلام أو القراءة، أو الكتابة، أو العمليات الحسابية وتعتبر هذه الاضطرابات أساسية في الفرد ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي إذا حدث وإن ظهرت صعوبات التعلم متلازمة مع حالات إعاقة أخرى مثل قصور في الحواس أو التخلف العقلي، أو اضطراب انفعالي اجتماعي أو متلازمة مع مؤثرات بيئية مثل الاختلافات الثقافية، أو طرق التدريس غير المناسبة، أو عوامل نفسية، فإن صعوبات التعلم لا تكون ناتجة مباشرة عن تأثير هذه الإعاقات. (ملحم، ٢٠٠٢، ٤٧).

ومن نفس المنطلق يقول الصمادي لا تعد صعوبات التعلم مشكلة تربوية فحسب، بل مشكلة نفسية تكيفية تؤثر على الطفل ووالديه وأسرته، مما يستلزم التدخل التربوي والعلاجي، بل واستخدام تكتيكات الإرشاد والعلاج النفسي الملائمة، بما يسهم في تخفيف معاناة هؤلاء الطلاب. (فضة وأحمد، ٢٠٠٥، ٨٨٩).

ولقد أشار كليمنت Clement، إلى أن الأطفال الذين تم تشخيص حالاتهم على أنهم يعانون من خلل وظيفي مخي بسيط هم أولئك الذين يقع معدل ذكائهم ضمن المعدل الطبيعي للذكاء أو أقل قليلاً، ويعانون من صعوبات في التعلم والسلوك تتراوح ما بين الخفيفة إلى الحادة،

وتنتج هذه الصعوبات عن انحرافات بسيطة ناتجة عن متغيرات وراثية أو أذى للمخ قبل الولادة، أو أعراض وإصابات تحدث خلال مرحلة نمو ونضج أجزاء الجهاز العصبي المركزي والتي تؤثر في الإدراك واللغة وعلى كبت الحوافز وعلى التحكم في الجوانب الحركية. (ملحم، ٢٠٠٢، ٤٣).

إن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لا يتفاعلون على نحو موجب ومقبول مع الآخرين، وتتجه أنشطتهم وتفاعلاتهم وسلوكياتهم إلى أن تكون مضطربة نفسياً، ويؤدي ذلك إلى ضعف السلوك التوافقي خلال تعاملاتهم الاجتماعية، ومن أنماط السلوك اللاتوافقي: مقاطعة المتحدث، القلق أو التوتر غير المبرر، عدم الانتباه أو اللامبالاة وضعف السيطرة على الذات. (الزيات، ٢٠٠٨، ٥١).

وتشير الدراسات والبحوث في مجال صعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي إلى أن ذوي صعوبات التعلم - النمائية أو الأكاديمية - يغلب عليهم الآتي:

- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية في التعامل مع الأقران.
- الافتقار إلى الحساسية للآخرين والإدراك الملائم للمواقف.
- عدم التقبل الاجتماعي من الآخرين.
- سوء التكيف الشخصي والاجتماعي. (الزيات، ٢٠٠٨، ٢٧).

بناء على ماتقدم ترى الباحثة أنه قد توجد علاقة بين صعوبات التعلم والمشكلات الانفعالية والسلوكية والاجتماعية حيث من المتوقع ان الغالبية العظمى من الطلاب ذوي صعوبات التعلم يبدون مشكلات تربوية مدرسية كالنشاط الحركي المفرط، أو الاكتئاب أو أي اضطراب آخر إضافة إلى صعوبات التعلم.

طرق التعرف على الإعاقات التعليمية عند الأطفال:

هناك عدة مؤشرات تدل على وجود إعاقات تعليمية عند الأطفال منها:

١. ضعف قدرة الطفل على التحدث في عمر ٣ سنوات.
٢. ضعف المهارات الحركية المناسبة، مثل فك الأزرار وربطها وتسلق الأشياء عند سن ٥ سنوات.
٣. ضعف القدرة على اكتساب الطفل للمهارات المناسبة في سنه. (مجيد، ٢٠٠٨، ٢٤٦).

قد يواجه الطلاب في المدارس، مشكلات في التعلم الأكاديمي التي من شأنها أن تؤدي إلى حدوث مشكلات سلوكية ونفسية من جانبه في غضون سنوات لذا أشار (هلالاهان، وآخرون، ٢٠٠٧)، نسبة إلى كوفمان (١٩٩٩)، إلى أن العديد من المعلمين يرفضون ولأسباب مختلفة تشخيص وتحديد المشكلات السلوكية أو الانفعالية في مراحلها الأولى، ويفضلون اللجوء إلى الأساليب الوقائية، حيث إن هذه المشكلات قد تخدع الكثيرين نظراً لأن تشخيصها يتطلب الدقة إلى جانب الممارسة والمعرفة الجيدة بالفرد. (هلالاهان وآخرون، ٢٠٠٧، ٣٠٤).

وعموماً فإن مشكلة صعوبات التعلم ليست مشكلة محلية ترتبط بمجتمع معين أو ثقافة معينة ولكنها مشكلة ذات طابع عالمي، ففي الولايات المتحدة الأمريكية والتي فيها أكبر الحقل التربوية الخاصة من حيث عدد التلاميذ، أشار مكتب التربية الأمريكي إلى أن حوالي ١,١% من مجموع مستحقي خدمات التربية هم من فئة الصعوبات. (السيد، ٢٠٠٣، ٣٣).

انتشار صعوبات التعلم:

نجد أن نسبة انتشار فئة صعوبات التعلم قد أخذت في التزايد وشكلت ظاهرة لا بد من دراستها وإيجاد الحلول العلمية لعلاجها، فقد انتشرت أعدادهم في المدارس الحكومية في أمريكا منذ تطبيق القانون في سنة ١٩٧٥، إلى نحو (١,٨%)، من مجموع الطلاب ذوي صعوبات التعلم في تلك السنة، إذ وصلت في السنة الدراسية (٨٤/٨٣)، إلى مليوني طفل في الولايات المتحدة الأمريكية، أي مانسبته (٤,٥٧%) من المجتمع المدرسي الكلي خلال السنة المذكورة ووصلت هذه النسبة إلى (٥,٥%) في العام (٩٧/٩٦). (الوقف، ٢٠٠٩، ٧٤).

ووفقاً للأرقام التي توجد بحوزة الحكومة الأمريكية فإن المدارس قد حددت نسبة انتشار صعوبات التعلم بين تلاميذها تتراوح بين (٥-٦%) تقريباً من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة عشرة من العمر. وتعد فئة صعوبات التعلم من أكبر فئات التربية الخاصة عدداً حيث إن أكثر من نصف عدد التلاميذ هم من مدارس التعليم العام، هذا وقد تضاعف أعداد الأفراد في هذه الفئة منذ عام ١٩٧٦/١٩٧٧ بل إن عددهم قد زاد في الواقع عن الضعف. (هالالان وكوفمان، ٢٠٠٨، ٣٢٣).

وتشير نتائج دراسة كامل (١٩٨٨) على عينة قوامها (٤١٦) تلميذا وتلميذة، أن نسبة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في القراءة كانت (٢٦ %) وفي الكتابة (٢٨,٤ %). أما دراسة عاشور (٢٠٠٢) على عينة قوامها ٤٢٧ تلميذا وتلميذة، فقد بلغت نسبة انتشار صعوبات التعلم بين تلاميذ المرحلة الابتدائية إلى ١٤ % . ووجدت دراسة زكي (٢٠٠٨) لدى عينة قوامها (٤٥٠) أن نسبة صعوبات التعلم (١٦ %)، وفي دراسة للزراد (١٩٩١) على عينة قوامها (٥٠٠) تلميذ وتلميذة، وجد أن نسبة تلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المدارس الابتدائية (١٣,٤ %)، أما في قطر فقد أجرى رياض (١٩٩٢) دراسة لتحديد الصعوبات التعليمية حيث بلغت صعوبات التعلم في القراءة (٤٠ %)، واضطراب الدافعية والانجاز الدراسي (٣٩ %)، بينما كانت صعوبات الانتباه والذاكرة (٣١ %)، أما الاضطرابات الانفعالية فقد بلغت نسبتها (٦ %)، وأشارت دراسة توفيق (١٩٩٣)، التي أجريت على عينة عمانية في نتائجها أن نسبة شيوع صعوبات التعلم للذكور كانت (١٢ %)، فيما بلغت لدى الإناث (٩,٣ %) . (سالم وزكي، ٢٠٠٩، ١٩-٢٠).

الخصائص النفسية والسلوكية لذوي صعوبات التعلم:

حددهارنج وبيتمان (Haring&Bateman, 1977) ثلاث خصائص لذوي صعوبات

التعلم وهي:

١. وجود تباعد واضح بين الاستعدادات الدراسية الكافية عند الطفل وبين المستوى الدراسي الفعلي له يرجع إلى خلل وظيفي في عمليات التعلم.
٢. وجود ضعف في وظيفة الجهاز العصبي المركزي.
٣. عدم الارتباط بين صعوبات التعلم وبين كل من التخلف العقلي، أو الحرمان الثقافي، أو الجسمي، أو التعليمي، أو البيئي. (ملحم، ٢٠٠٢، ٤٣).

ويرى سامرز (Summers, 1977) أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم قد يبدون واحدة أو أكثر من الخصائص السلوكية التي تعيق القدرة على التعلم في غرفة الصف، وهي خصائص تتعلق بالسلوك الصفي، وبالقراءة، والحساب والتهجئة والكتابة والسلوك اللفظي والسلوك الحركي. أما فيما يتعلق بالخصائص النفسية والسلوكية التي يبديها الأطفال ذوو الصعوبات التعليمية منها:

١. النشاط الزائد.
٢. الضعف الإدراكي.

٣. التقلبات الشديدة في المزاج.
٤. ضعف عام في التآزر.
٥. اضطرابات الانتباه.
٦. التهور.
٧. اضطراب الذاكرة والتفكير.
٨. مشكلات أكاديمية محددة في الكتابة والقراءة والحساب، والتهجئة.
٩. مشكلات في الكلام والسمع (مشكلات لغوية).
١٠. علامات عصبية غير مطمئنة. (العليان والمسلم وعباس، ٢٠٠٣، ٦٧-٦٨).

فئات صعوبات التعلم:

(١) صعوبات التعلم النمائية:

أشير إليها في تعريف الحكومة الاتحادية بالعمليات النفسية الأساسية وتشتمل صعوبات التعلم النمائية على المهارة التي يحتاجها الطفل بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية. (سالم وزكي، ٢٠٠٩، ٧٤)، وهي تتمثل في كونها عمليات عقلية أساسية تعتبر مسئولة عن أي نشاط عقلي يقوم به الفرد لذا فهي تمثل اللبنة الأساسية الأولى لغيرها من العمليات الأخرى التي تؤثر فيها وهي العمليات الثانوية، فلكي يتعلم الطفل كتابة اسمه لابد أن يطور كثيراً من المهارات الضرورية في الإدراك، والتناسق الحركي، والتناسق في حركة العين واليد والتسلسل، والذاكرة. وعندما تضطرب هذه الوظائف تتطور بدرجة كافية وكبيرة حيث يعجز الطفل عن تعويضها من خلال وظائف أخرى، عندئذ تكون لديه صعوبة في تعلم الكتابة أو التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية.

لقد تم وضع صعوبة الانتباه والذاكرة والصعوبات الإدراكية والحركية ضمن الصعوبات الأولية إذ تعتبر وظائف عقلية أساسية متداخلة مع بعضها البعض، فإذا أصيبت باضطرابات فإنها تؤثر في التفكير واللغة الشفوية، وقد سميت صعوبات اللغة والتفكير بالصعوبات الثانوية، إذ أنها تتأثر بشكل واضح بالصعوبات الأولية، وكثيراً ما تكون لها علاقة بصعوبات الانتباه والتذكر، والوعي بالمفاهيم والأشياء، والعلاقات المكانية. (الفار، ٢٠٠٣، ٢٤).

وتشير النتائج إلى أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم لديهم تأخر نمائي على صعيد القدرة على الانتباه الانتقائي لفترة طويلة، أي أنهم لا يملكون سعة في الانتباه تمكنهم من انتقاء المعلومات بالصورة الصحيحة، والتأزر في هذه القدرة لدى الصعوبات يعيق من إمكانية التعلم المبكر في المدرسة، وذلك يضعف في قدراتهم التربوية الأساسية مما يقودهم لاحقاً إلى صعوبات في التعلم. (جرار، ٢٠٠٨، ٣٩).

ويتألف ميدان صعوبات التعلم من حالات متنوعة واسعة، ولعل أهمها مشكلات القراءة واللغة وهي جوهر صعوبات التعلم، كما ذهب بعض المهنيين إلى أن الصعوبة في الانتباه تعتبر الأساس الذي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، حيث أن هذا المصطلح يستخدم في الحقل الطبي ليصنف على أنه نوع معين من القصور الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، الذي يتصل بصعوبات التعلم، ويقدر أن نسبة تتراوح ما بين (٢٥ - ٥٠ %) من الأطفال ذوي الصعوبات يظهرون أعراضاً تدل على إصابتهم بهذا الاضطراب، وإن ما نسبته (٤٠-٦٠ %) من الذين يعانون هذا الاضطراب يعانون في الوقت نفسه اضطرابات سلوكية اجتماعية كالعدوان والفضاضة والميل والتخريب والكذب والمزاجية وضعف التقدير للذات، والعداوة ومشكلات الانتباه تظل ملازمة للفرد في المراهقة والرشد فضلاً عن إمكانية ظهور أعراض أخرى كمشكلات السلوك وتدني التقدير للذات وربما الاكتئاب والقلق، وهناك عدة مصطلحات من مثل متلازمة فرط النشاط، واضطراب نقص الانتباه الذي يعد أكثرها استعمالاً وذكر ذلك لأول مرة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التي صدرت عام (١٩٩٤). (الوقفي، ٢٠٠٩، ٨٠).

٢) صعوبات التعلم الأكاديمية:

هي المشكلات الملاحظة والظاهرة على الطفل خاصة في نواحي ضعف التحصيل الأكاديمي وتشمل: الصعوبات الخاصة بالكتابة، والقراءة وبالتهجئة والتعبير الكتابي، والمهارات الحسابية. وهذا التعريف حسبما أشار إليه كلا من (الفار، ٢٠٠٣، ٢٤) و (جدوع، ٢٠٠٧، ٢٥).

إن العلاقة بين الصعوبات النمائية والصعوبات الأكاديمية هي علاقة سبب ونتيجة، فمثلاً إذا حدث خلل في الإدراك البصري فإنه غالباً ما تظهر آثار ذلك الخلل على كيفية قراءة الطالب وجودة الخط اليدوي عنده، وكذلك الحال في الإدراك السمعي حيث تظهر أعراض سلوكية على هيئة أخطاء إملائية متكررة وضعف في الاستيعاب السمعي ومهارة الاستماع. (جرار، ٢٠٠٨، ٣٩).

وتشكل صعوبات القراءة أحد المحاور الأساسية الهامة لصعوبات التعلم الأكاديمية، إن لم يكن المحور الأهم والأساسي فيها، حيث يرى الباحثون المختصون في صعوبات التعلم أن صعوبات القراءة تمثل السبب الرئيسي للفشل المدرسي، فهي تؤثر في صورة الذات لدى الطالب، وعلى شعوره بالكفاءة الذاتية، وأكثر من هذا فإن صعوبات القراءة يمكن أن تقود إلى العديد من أنماط السلوك اللاتوافقي، والقلق، والافتقار إلى الدافعية، وانحسار احترام الذات والآخرين لها، وقصور في السلوك الاجتماعي والانفعالي. (الزيات، ٢٠٠٧، ٥٩).

العوامل المسهمة في صعوبات التعلم:

العوامل الوراثية:

اهتمت عدة دراسات بالتعرف على دور الوراثة في صعوبات القراءة والكتابة واللغة، فقد أجريت بعض الدراسات على بعض العائلات التي تضم عددا كبيرا من الأفراد الذين يعانون من مشكلات في القراءة أو اللغة، مثل دراسة هالجرن الشاملة لعدد من الأسر وقد بلغت العينة (٢٧٦) فرد لديهم صعوبات في القراءة (Dyslexia) ووجد أن نسبة شيوع صعوبات القراءة والكتابة والتهجئة عند الأقارب كبيرة، وهذا يدل على دور الوراثة الكبير أي أنها تخضع لقانون الوراثة (الفار، ٢٠٠٣، ٤٠). غير أن الأطفال الذين يفقدون بعض المهارات المطلوبة للقراءة مثل سماع الأصوات المميزة والمفصلة للكلمات، من المحتمل أن يكون أحد الآباء يعاني من مشكلة مماثلة. (مجيد، ٢٠٠٨، ٢٣٩)

وقد وجد جمع من الباحثين أن ما بين (٣٥-٤٥%) تقريبا من الأقارب من الدرجة الأولى لأولئك الأشخاص ذوي صعوبات التعلم؛ أي من آبائهم وإخوانهم، يعانون من صعوبات القراءة وقد كشفت الدراسات عن حدوث نفس الدرجة في تلك الأسر التي تعاني من اضطرابات اللغة والتخاطب والتي تعاني من اضطرابات التهجئة. (هالالان، وكوفمان، ٢٠٠٨، ٣٢٨)

وفي نطاق الدراسات الأسرية والدراسات الأجنبية تناولت القراءة والتي أجريت على عائلات مكونة من (١٢٥) طفلا يعانون صعوبات قرائية، ظهر بعد مقارنة آدائهم بأداء مجموعة ضابطة مكونة من (١٢٥) طفلا لا يعانون صعوبات قرائية، إن أداء الأطفال الذين يعانون صعوبات في القراءة قد اختلفوا بوضوح في كل المقاييس عن أداء أطفال المجموعة الضابطة. وإن أداء إخوة ذوي صعوبات التعلم وأداء والديهم كان أدنى بوضوح في كل المقاييس عن أداء الأخوة والوالدين في المجموعة الضابطة، وقد انتهت دراسة حديثة

(smith&strick ١٩٩٩) أن (٦٠%) من ذوي صعوبات التعلم ينحدرون من أسر يعاني فيها أحد الوالدين أو الإخوة أو أكثر من صعوبات مشابهة، يعاني فيها (٢٥%) من الأجداد و الأعمام أو الأخوال نفس الصعوبات. (الوقفي، ٢٠٠٩، ١٢١).

أما الدراسة التي قام بها استين (Styan, 1980)، والتي كانت تهدف إلى دراسة العوامل المسببة لصعوبات تعلم القراءة لدى الأطفال فلقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن للعوامل الوراثية دوراً كبيراً في وجود هذه الصعوبات، حيث وجد أن (٩٤%) من الحالات يعاني أفراد أسرهم من صعوبات تعلم في القراءة، و (٦٤%) يعاني من مشكلات بصرية، و (١٢%) من مشكلات سمعية، و (٣٢%) من مشكلات في النطق، و (٧٢%) من مشكلات انفعالية واجتماعية. (عبد الرؤوف وعامر، ٢٠٠٧، ٦٠).

وقد أجريت دراسة أخرى تهدف إلى تحديد العلاقات الوظيفية بين الصعوبات التعليمية من جهة ومشكلات التعلم الأسرية من جهة ثانية وقد اشتملت عينة الدراسة على مئة طفل لديهم صعوبات تعليمية، و (١٧١) طفلاً ليس لديهم صعوبات تعليمية، وباستخدام استبانة خاصة، استطاعت هذه الدراسة من جمع المعلومات عن تاريخ المشكلات التعليمية في الأسرة. وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن "العوامل الأسرية" لعبت دوراً مهماً في صعوبات التعلم. وهذا يعني أن ليس بالضرورة أن تكون العوامل الوراثية هي وحدها المسؤولة فدراسات الأقارب من هذا النوع تقدم معلومات عن كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية. (جرار، ٢٠٠٨، ٢٩).

العوامل البيئية:

إن للعوامل البيئية دور كبيراً في تعميق اثر الصعوبات على تعلم الفرد، فالظروف البيئية يمكن أن تنعكس على الفرد وتحيل الصعوبة الطفيفة إلى إعاقة تعليمية حقيقية، وعلماء النفس العصبي بدأوا حديثاً بجمع الأدلة الفيزيولوجية التي تفيد بأن الأدمغة الإنسانية يمكن أن تستجيب للتمرين العقلي. فالظروف البيئية المشجعة للطفل والمستثيرة لقدراته والمشبعة لحاجاته الجسمية والعقلية والانفعالية يمكن أن تنعكس ايجابياً على الطفل ذي الصعوبة فتحسن من قدرته على التكيف وتخلق فيه اتجاهات ايجابية نحو التعلم. (الوقفي، ٢٠٠٩، ١٢٦).

نجد أن انجلمان (Engleman, 1977) كان أكثر ميلاً لتحديد حالة الصعوبات التعليمية لدى الأطفال بسبب العامل البيئي حيث أن (٩٠%) من الذين تم تشخيصهم وعزى حالتهم إلى سوء طريقة التدريس وضعف إعداد المعلم، وليس بسبب عامل خطأ أو عدم الأداء

الوظيفي لأعضاء الاستقبال والإرسال والقدرات العقلية، ويرى أن أفضل طريقة لمساعدة الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة، هو التأكيد على القياس والتدريب المخطط له ومعالجة نوع السلوك الصادر منه، وقد انجلمان نسبة (١٠%) من الأطفال الذين لديهم حالة صعوبات تعليمية بأن سببها اضطرابات الجهاز العصبي ومع ذلك فإنه أكد على ضرورة دقة التعليمات والتوجيهات الصحيحة من قبل المعلم. (راشد، ٢٠٠٢، ٧٣).

وهناك علاقة كبيرة بين العوامل البيئية وعامل التغذية في تأثيره على الفرد بطريقة تجعل من الصعوبة عليه أن يتعلم بطريقة مناسبة فقد وجد ان نقص التغذية يؤثر سلبا في نضج الدماغ وبخاصة فيما يتعلق بإنتاج الخلايا الدماغية مما يقلل من وزن الدماغ. ونقص التغذية له نتائج خطيرة جدا في الأشهر الستة الأولى لمرحلة ما بعد الولادة من حياة الطفل، وقد أشير في كثير من الأبحاث والدراسات التي تتعلق بالعوامل البيئية والتغذية إلى أن الأطفال الذين عانوا من سوء التغذية الشديدة في سن مبكر يعانون من إعاقات في تعلم بعض المهارات الأكاديمية الأساسية، مما يضعف من قدرتهم على الإفادة من الخبرات المعرفية المتوفرة لديهم. (جرار، ٢٠٠٨، ٣٠).

وقد وجد العلماء أن التلوث البيئي من الممكن أن يؤدي إلى صعوبات التعلم وتأثيره الضار على نمو الخلايا العصبية. فمادة الكانديوم والرصاص، هي من المواد الملوثة للبيئة التي تؤثر في الجهاز العصبي، وقد أظهرت الدراسات أن الرصاص هو من المواد الملوثة للبيئة والنتائج عن احتراق البنزين والموجود كذلك في مواسير مياه الشرب من الممكن أن يؤدي إلى كثير من صعوبات التعلم. (مجيد، ٢٠٠٨، ٢٤٠).

وقد أشار (العشاوي، ٢٠٠٤)، في كتابه عن استنتاج كرلفيتو وريكاردو عام ١٩٩٥ بعد قيامه بمراجعة الأبحاث وإجراء الدراسات المتعلقة بعوامل البيئة والتغذية إلى أن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الشديدة لفترة كافية في حياتهم في سن مبكرة أنهم يعانون من إعاقات في تعلم بعض المهارات الأكاديمية الأساسية وذلك فهم غير قادرين على الاستفادة من الخبرات المعرفية المتوفرة لغيرهم لطبيعتهم الاجتماعية الاقتصادية.

أما علاقة العوامل البيئية بنمو الجنين وأثرها على إيجاد صعوبات التعلم فمرجع ذلك حسبما أشارت إليه الدراسات الحديثة إلى ما يحدث لهؤلاء الأطفال أثناء الحمل والولادة فتعاطي الأم الحامل للعقاقير والتي ترتبط بالتخلف العقلي، وتناول الرصاص هو ما يؤدي إلى حدوث تلف بالمخ وحدوث صعوبات التعلم. (هلالهان وآخرون ٢٠٠٧، ١٢٩).

أما إذا أردنا الوقوف على علاقة العوامل البيئية بنمو الجنين والتي تعد من أهم المراحل العمرية فقد بينت الدراسات الحديثة أن زيادة احتمال الإصابة بصعوبات التعلم في حالات التبني، أو أن يعيش الطفل في عائلة تعاني الفقر والحرمان، أو أن يتربى في حضان مربية قد يشكل أسلوب تعاملها القاسي غير المرن في إيجاد الصعوبة لديه، جميع هذه العوامل قد تخلق لدى الفرد عندما يكبر نوع من الفوضى والاضطراب والقلق داخل أعماقه ويتربى عليها. (العشاوي، ٢٠٠٤، ٩٨).

البيئة الأسرية الاجتماعية:

يلاحظ كثير من المربين أن صعوبات التعلم ظاهرة متعددة الأبعاد، وذات آثار ومشكلات تتجاوز النواحي الأكاديمية إلى نواحي اجتماعية وانفعالية تترك بصماتها على شخصية الطفل، ولهذا يعتقد المتخصصون والمشتغلون بصعوبات التعلم بأنه يتعين ألا يقتصر تناول هذه الصعوبات على النواحي الأكاديمية بمعزل عن المؤثرات الأسرية والبيئية فأحداث الحياة المفاجئة تترك أثراً واضحاً في الحالة الانفعالية للطفل، ومنها فقدان احد الوالدين، أو انتقال الطالب من بيئة إلى أخرى. وتفيد الملاحظات بأن عدداً من الطلبة ذوي صعوبات التعلم يظهرون اكتئاباً وشعوراً بالإحباط أكثر من غيرهم مما يؤدي إلى تدني في استعداد هذه الفئة من الطلاب لبذل طاقاتهم الكامنة في المواقف التعليمية المختلفة، كما يلاحظ على الكثير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم أنهم قلقون لايشعرون بالأمان، مندفعون وعنيون، وقد تكون مثل هذه السلوكيات ناشئة عن نقص الشعور بالأمن والانسجام والحب والدفء والقبول في البيت والمدرسة. وقد يتأثر الأساس النفسي بل وحتى الفيزيولوجي للتعلم إذا تعرض الأطفال لفترة طويلة من الحرمان العاطفي أو كان الحرمان في الفترات الحرجة للنمو العاطفي. (جرار، ٢٠٠٨، ٣٤).

لذلك نجد الإحساس بالعجز وعدم الثقة بالنفس، وجرح مشاعرهم أمام التلاميذ الآخرين وعدم الاشتراك في المناقشات نتيجة الشعور بعدم الثقة بالنفس وشدة التباين في قدرات التلاميذ داخل الفصل الدراسي تعد جميعها أبعاد لها ارتباط بصعوبات التعلم لدى التلاميذ. (الفار، ٢٠٠٣، ٢٥).

إن دور العوامل البيئية الأسرية أساسياً في اتساع حالات صعوبات التعلم، فحرمان الطفل من أحضان أمه، ونومه بعيداً عن الوالدين في حالة انفصالهما، وحرمانه من اللعب مع والديه، وفقدانه للمعرفة وحب الاستكشاف، إضافة إلى التذبذب في معاملتهم تؤدي إلى ظهور حالة صعوبات التعلم. (العشاوي، ٢٠٠٤، ٩٨).

عوامل طبية:

هنالك العديد من الحالات الطبية التي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي في الأطفال حيث تؤدي إلى صعوبات التعلم، ومن المعروف أن العديد من هذه الحالات أو أغلبها يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي، فمثلا يمكن أن تؤدي الولادة المتعسرة إلى تعريض الطفل لمخاطر اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي، كما أن نقص المناعة المكتسبة خلال مرحلة الطفولة يمكن أن تحدث تلف نيورولوجي الذي يؤدي بدوره إلى حدوث صعوبات التعلم. (هالالان وكوفمان، ٢٠٠٨، ٣٣٠).

المشكلات التي يعاني منها الأفراد ذوي صعوبات التعلم:

١. مشكلات مدرسية، تتمثل في عدم تقبلهم من قبل المعلمين وأقرانهم الآخرين في الصف والمدرسة والتحيز ضدهم مما يحد من إمكانية تحقيق أقصى درجة من النمو تسمح به طاقاتهم.
٢. الشعور بالإحباط والفشل، وذلك نتيجة فشلهم المتكرر لتحقيق النجاح في المتطلبات المدرسة، وانعكاس الفشل داخل الأسرة، والمجتمع، وكنتيجة ذلك فإنهم يصبحون أقل مقاومة للإحباط وأميل للاستجابة المبالغ فيها في المواقف الضاغطة.
٣. الشعور باليأس والاستسلام وذلك نتيجة تكرار الضغوط النفسية لديهم بالإضافة إلى معاناتهم من القلق والاكتئاب.
٤. المعاناة من مشكلات تربوية ونفسية تعود إلى ضعف الاستجابة لحاجاتهم الخاصة من قبل المدرسة وذلك لعدم توفر الاختصاصيين الذين يمكن أن يكون لهم الدور الأكبر لتوفير الخدمات النفسية التأهيلية لهذه الفئة. (عبد العزيز، ٢٠٠٨، ٣٠٦).

النماذج النظرية المفسرة لصعوبات التعلم:

النموذج الطبي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المشكلة الأساسية التي تكمن وراء ظهور هذه الصعوبات هو الجانب الفسيولوجي حيث يحدث اختلال في الأداء الوظيفي للمخ الذي يعد السبب الرئيسي لصعوبات التعلم، ويركز الاتجاه الطبي في التوصل إلى الأسباب الفسيولوجية التي تحدث هذه المشكلة، فعدم التوازن في كيمياء الدم يسبب مشكلة سلوكية أو تعليمية وعليه من الممكن تقديم معالجة طبية تتضمن بعض العقاقير التي تعمل على تصحيح وعلاج اختلال التوازن، واختلال

التوازن بين النصفين الأيمن والأيسر من المخ ومعالجة مشكلة التعرض للرصاص وعليه فإن اتجاه الطب المعاصر يحدد علاج العديد من الاضطرابات السلوكية وصعوبات التعلم، وهناك أيضاً مشكلات تحدث أثناء الولادة كالاختناق الذي يعيق وصول كميات كافية من الأكسجين إلى الاندفاع مما قد يسبب هذه المشكلة. (هالان وآخرون، ٢٠٠٧، ٤٣٥).

يفترض هذا النموذج أن العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم إصابات دماغية، ويظهر الأطفال ذوو صعوبات التعلم كثيراً من الإشارات العصبية البسيطة أكثر من الأطفال العاديين، حيث يمكن أن تؤدي الإصابة في نسيج المخ إلى ظهور سلسلة من جوانب تأخر النمو في الطفولة المتأخرة، وصعوبات في التعلم المدرسي يمكن أن يؤدي إلى خلل المخ الوظيفي، وتغيير في وظائف معينة تؤثر بالتالي على مظاهر معينة في سلوك الطفل أثناء التعلم مثل عسر القراءة واختلال الوظائف اللغوية. (سالم وآخرون، ٢٠٠٣، ٤٢).

النموذج السلوكي:

يرى أصحاب الاتجاه السلوكي أن التدريس غير المناسب الذي يتلقاه الطالب، هو الذي يعكس ظهور صعوبات في التعلم لديه ونجد هنا أن السلوك الأكاديمي وهو عبارة عن الاستجابات للمهام الأكاديمية، شأنه شأن السلوك الاجتماعي الذي هو استجابة للمواقف والنواتج، وكما يرى (هالاهان وآخرون، ٢٠٠٧) "أن السلوك الأكاديمي والاجتماعي على حد سواء يتم تعلمه من التغذية الراجعة البيئية" لذا نجد أن هذا الاتجاه لايركز بالصورة الأساسية على المتعلم بقدر مايركز على البيئة. (هالاهان وآخرون، ٢٠٠٧، ٤٣٩).

إن التفسير السلوكي للصعوبات التعليمية، لا يخوض في متاهة معرفة طبيعة العمليات المعرفية التي يفترض أنها سببا في جعل طفل مايكتب الحرف مقلوبا، بل يبحث أصحاب هذا الاتجاه عن أفضل الوسائل والاستراتيجيات التي تساعد الطالب على التغلب على هذه المشكلة الأكاديمية، فيكون التركيز على السلوك الظاهر الذي يعبر عنه التلميذ سواء كان ذلك في مهارة القراءة أم الكتابة أم الحساب. إذ أن الصعوبات من وجهة نظر السلوكيين تنجم عن أسباب عديدة مثل الاختيار غير الملائم للإجابات المستهدفة، أو عدم كفاية التعزيز، أو عدم استخدام التعزيز اللازم، أو التعزيز غير الملائم، أو الإفراط في استخدام العقاب. (جرار، ٢٠٠٨، ١١٤).

ونتيجة لانتشار وشيوع الاتجاه السلوكي فقد اهتم عدد من الباحثين باشتقاق العديد من المبادئ والاستراتيجيات التي تحكم أساليب التعامل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم، فترى هاردنج (Harding,1986)، بضرورة استخدام إستراتيجية أساسية في التعامل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وهو استخدام التعزيز الايجابي لتكوين وتدعيم الأنماط السلوكية المرغوبة، أما التعزيز السلبي فهو للتخلص من الأنماط السلوكية غير المرغوبة، ويرى جيرهيرت، (gearheart,1985)، بجدوى وفعالية الاستراتيجيات والبرامج والأنشطة التي يستخدمها أصحاب التوجه السلوكي مع الأطفال الذين يفتقرون إلى التشجيع والانجاز.(الزيات، ١٩٩٨، ١٦٤).

النموذج البنائي:

يرى مؤيدو النموذج البنائي أن المهام التربوية التي يتم تقديمها للطلاب، لا بد أن تكون من واقع حياته الحقيقية، ويكون تعلمها بوساطة الجانب الاجتماعي وهو من خلال التفاعل الاجتماعي، وبناء معارفهم من خلال المواقف الاجتماعية الحقيقية التي يتعرضون لها. والمهام الأساسية للمدرسة كما يراها مؤيدو هذا النموذج تتمثل في مساعدة التلاميذ على تطوير معان جديدة، كاستجابة للخبرات الجديدة عن طريق المشاركة في المواقف الاجتماعية والتواصل بوضوح مع الأقران، وهم من يتعلمون عن طريق النتائج الطبيعية لسلوكهم. ويرى هوي أن العديد من المعلمين أنصار هذا النموذج يوصون بما يأتي:

١. تقديم مهام حقيقية وتعليمية من واقع البيئة.
٢. الاهتمام بالتفاوض الاجتماعي والمسئولية المشتركة كجزء أساسي في عملية التعلم.
٣. تقديم تمثيلات متعددة للمحتوى.
٤. تقديم تعليم متمركز حول الطالب. (هلالاهان وآخرون، ٢٠٠٧، ٤٥٣).

النموذج المعرفي:

إن أصحاب الاتجاه المعرفي يرون أن المتعلم عادة يقوم بفاعلية بتناول العمليات المعرفية كالذاكرة والانتباه حتى يحدث تكاملاً بين الخبرات السابقة والمعارف الحالية حيث ان عملية الربط بين المعلومات السابقة مع المطلوبة يؤدي إلى فهم المعلومات الجديدة وقد قام الرواد في مجال صعوبات التعلم بدراسة الموضوع، حيث

إن الدراسات دلت على أن العديد من الطلاب ذوي صعوبات التعلم يواجهون مشكلات تتعلق بالذاكرة منها: التسميع، والتنظيم، وأساليب التذكر (هلالهان وآخرون، ٢٠٠٧، ٤٥٠).

يعتقد علماء النفس المعرفيون أن هنالك تفاعلاً متواصلاً بين المؤثرات البيئية، والعمليات المعرفية والسلوك، ويسمى ألبرت بندورا Bandura هذا التفاعل بالحتمية المتبادلة Reciprocal Determinism، أو التبادل السببي Reciprocity of Causation، مما يعني أن الإنسان يطور مفاهيم معينة عن المثيرات البيئية وعلاقة بعضها ببعض، وهذه المفاهيم تؤثر بدورها في ردة الفعل الذي يحدث لديه، فالاعتصار بين المؤثرات والاستجابات ليس كافياً وإنما لابد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة. (جرار، ٢٠٠٨، ١١٥).

النموذج التطوري:

يرى علماء النفس التطوريون أن هنالك علاقة بين النضج والتعلم، فالنضج يحدد مستوى ما يستطيع الفرد أن يقوم به، بينما التعلم شأنه تحسين ذلك المستوى ورفعته، ويقدم علم النفس مساراً لنمو الأطفال العاديين في المراحل المختلفة ويشمل النمو الجسمي، والحركي، والعقلي، والاجتماعي، والانفعالي. ويمكن تفسير مظاهر صعوبات التعلم بأنها انحراف عن مظاهر النمو العادي عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم. أما بالنسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلم فهم يعكسون نضجاً طبيئاً للعمليات الإدراكية والحركية واللغوية المتعلقة بالانتباه وكثيراً ما يستخدم أصحاب هذا النموذج مفاهيم بياجيه لتفسير الطبيعة المتطورة لصعوبات التعلم ويفسرونها على أنها تحرك الطفل تحركاً غير مناسب كأن تقدم له معلومات لم يكن مهيباً لتعلمها عبر مراحل تطوره العقلي وتضعف حينئذ قدرتهم على تطوير منظومات معرفية وتعديل هذه المنظومات في ضوء المعلومات الجديدة. (جرار، ٢٠٠٨، ١٢١-١٢٢).

النموذج التشخيصي-العلاجي

الفكرة التي يقوم على أساسها النموذج التشخيصي العلاجي هو أن بعض العمليات النفسية السيكلوجية أو المجالات الأكاديمية قد تتعرض للخطأ، ومن ثم يتم تقديم برامج علاجية معينة تعمل على علاج تلك العمليات الخاطئة حيث يشير جورجسون (Georgnson, 2002) على أن النموذج التشخيصي العلاجي يركز بطبيعة الحال على مجالات أكاديمية كالقراءة، أو كما يرى سننيل (Snell, 2003) على أنه يركز على الإعاقات الشديدة والمتعددة، وغالباً ما يركز أخصائيو التشخيص والمعلمون على تحديد المشكلات التي تظهر في العمليات

السيكولوجية كالذاكرة السمعية حيث يفترضون أن بإمكانهم علاجها. فإذا واجه التلميذ صعوبة في القراءة فيجب على أخصائي التشخيص أن يقوم بتقييم التلميذ ليرى فيما إذا كان يواجه مشكلات تتعلق بالذاكرة السمعية أو ثبات الأشكال أو الغلاف البصري أي إدراك شيء معين بعد رؤية جزء منه، أما بالنسبة للمفاهيم الحسابية فيجب التعرف على أي المفاهيم الرياضية التي قد تم التعرف إليها وأنها يستطيع القيام بحلها. ولذا يركز كلا من سوانسون وتورجيسين (Torjessen Swanson,2002)، على أمرين هامين وهما :

١. الاختبار الدقيق المناسب الذي يكشف عن صعوبات التعلم النوعية والمحددة التي يعاني منها التلاميذ. حيث إن الاختبار يستخدم بهدف التشخيص والتخطيط للعلاج.
٢. التركيز على تجهيز المعلومات وهي تعتبر الإجراءات التي يتضمنها التفكير. (هالاهاان وآخرون، ٢٠٠٧، ٤٣٨).

(٢) القلق:

القلق هو شعور بعدم الارتياح والاضطراب والاهتمام بأحداث مستقبلية تكون عادة مصحوبة بالأمل والتفكير وتوقع الشر وعدم الراحة والشعور بالضيق وانشغال الفكر، وتنفرد معظم النظريات النفسية بمكانه كبيرة في دراستها للشخصية.

تأتي كلمة القلق في أصلها من *Angustia* وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إرادياً، نتيجة عدم قدرة البدن على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين. فالشخص الذي يضيق تنفسه يبدو وكأنه يرفض أن يفتح نفسه للهواء الآتي من العالم الخارجي، مما يجعله رافضاً للمحيط الخارجي. (العلو، ٢٠٠٨، ٨٠)..

لقد كشفت نتائج دراسة الغانم (١٩٩٤) التي أجريت على عينة من طلبة جامعة الكويت بواقع (٢٤٥) طالباً، و(٥٨٤) طالبة. عن انتشار القلق بواقع (١٧، ٧٨%) لدى أفراد العينة. في حين كشفت دراسة توفيق (٢٠٠٣) التي أجريت على عينة من المراهقين في البحرين قوامها (٤٠٠) مراهقاً، عن ارتفاع معدلات القلق لدى المراهقين بواقع (١٨%). (الأنصاري و كاظم، ٢٠٠٧، ٦).

وقد أسفرت نتائج دراسة قام بها كلا من كراندز و كومبارو كيلكارني و شاه (Karands, kumbhare, kulkarni, shah, 2009)، من خلال المقابلات الشخصية التي أجراها مع مائة أم لأطفال صعوبات التعلم من الذكور والإناث (٧٠ ذكر و ٣٠ أنثى)، أن نسبة القلق إجمالاً قد وصلت لديهن إلى (٥٠,٦٥)%. أما درجة القلق النفسي والعقلي فقد بلغت (٣,٩٢) %، ومتوسط القلق الجسدي (١,٧٦)%. حيث تنوعت أسباب قلق الأمهات فقد بلغت نسبة (٩٥) % من اللاتي يقلقن على الأداء المدرسي الضعيف للطفل، ومنهن من تقلق على مستقبل الطفل وبنسبة (٩٠) %، وأخريات يقلقن على سلوك الطفل وبنسبة (٥١)%. ومنهن من يترددن على العيادات الخارجية وبنسبة (٣١)%. حيث يلاحظ أن معظم أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم الخاصة قد أحرزوا تطوراً في مستويات القلق.

اضطراب القلق العام في مرحلة الطفولة:

يرى (شيفروميلمان، ٢٠٠٨، ٨٤) أن الأطفال القلقين عادة يكونوا مترددين وحذرين وأقل شعبية وإبداع عن بقية الأطفال، ويمثل القلق النفسي المرتبة الأولى في الانتشار من بين الأمراض النفسية.

يقترن القلق والهم بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية:

- القلق (عدم الاستقرار) أو الشعور بالإثارة أو النرفزة.
- سرعة الشعور بالتعب.
- صعوبة التركيز أو الاستيعاب.
- التوتر العضلي.
- اضطراب النوم (صعوبة البدء في النوم أو مواصلته، أو نوم متقلب غير مشبع).

ويؤدي القلق أو الهم أو الأعراض الجسمية إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى. (السماك ومصطفى، ٢٠٠١، ٢٣٣-٢٣٤).

قد ينشأ القلق من الإحساس بالضعف، وعدم القدرة على مجابهة الأخطار، والطفل المرتعب يشعر بأنه لا يستطيع التصدي للخطر بعينه، أما الطفل القلق فإنه يقلل دائماً من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة، أو مواجهة معظم المواقف، فالقلق لا يأتي من الخارج بل من الداخل فالمشكلة تكمن في نفس وشخصية الطفل. بينما الطفل الذي يخاف الكلاب، تكون مشكلته محدودة

فهو يستطيع التغلب على المشكلة من خلال زيادة الثقة في قدراته وطاقاته بحيث تساعده على التغلب على مخاوفه.(وولمان، ٢٠٠٦، ٣٤).

نجد أن الطفل القلق يعاني من شدة الخوف عن مواجهة متطلبات التفاعلات الإنسانية البسيطة، حيث يصعب عليه تحية أحد الأصدقاء في الأسرة، أو توجيه سؤال للمعلم، أو حتى التحدث لأحد زملائه في المدرسة، وقد يظهر القلق الذي تم تعميمه لدى بعض الأطفال والمراهقين في صورة توقع أي شيء مخيف أو مزعج باستمرار، كما أشار إلى ذلك دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها فغالبا مانجد هؤلاء الأطفال منزعجين بشأن قدرتهم على الالتحاق بالفصل المناسب بالمدرسة، وما إذا كانوا سيجدون الوقت الكافي لتناول طعام الغداء، أو إذا كانت أمهاتهم سوف يتعرضن لحادث قد يؤدي إلى إصابتهن إصابات خطيرة أو حتى الوفاة أثناء اليوم، وما إذا كان سوف يسقط منهم أي شيء على الأرض خلال . (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ٢٥٧).

وردد عن(يحي، ٢٠٠٠، ٩٣) أن من الخصائص الانفعالية الاضطرابية لدى الأفراد بمختلف الفئات، يظهر في السلوك الملاحظ الذي يوحى بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجلون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكيات هادفة في بيئتهم، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء، أو عند لقاء أصدقاء جدد، أو وداع أصدقاء قداماء، أو عند البدء بنشاطات جديدة، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة.

وترى العناني(١٩٩٠) أن للقلق أسباب وهي:

١. الاستعداد الوراثي.
٢. الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئي.
٣. مواقف الحياة الضاغطة: فالضغوط الثقافية والبيئية الحديثة، ومطالب المدنية المتغيرة، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف، والوحدة والحرمان وعدم الأمان، واضطراب الجو وتفكك الأسرة.
٤. مشكلات الطفولة والمراهقة ومشكلات الحاضر التي تنتشط ذكريات الصراع في الماضي.

٥. التفكير بالمستقبل: يسبب هذا العامل القلق الإنساني، ويساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة وضغوط الحياة.(العناني، ١٩٩٠، ١١٤).

أنواع القلق:

١. القلق الواقعي (الموضوعي) **Realistic Anxiety**، وهو القلق العادي المؤقت الذي تسببه مواقف معينة، وتختلف حدته حسب الظروف التي تسببه وهو موضوعي موجود في العالم الخارجي، وهو قلق يساعد على البناء والانجاز والنجاح. (عثمان، ٢٠٠١، ٢٨).

٢. القلق العصابي **Neurotic Anxiety**، هو القلق الذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو اذ لا يستطيع المصاب به أن يميزه بوضوح لأنه في معظم حالاته نتيجة الكبت الذي حدث في ماضي الإنسان، ككبت الشاب لنزواته الغريزية المحرمة والتصرفات والأفكار التي جلبت له العقاب.(عثمان، ٢٠٠١، ٢٨)، (علو، ٢٠٠٨).

٣. القلق الأخلاقي **Moral Anxiety**، وينتج عندما يرتكب الإنسان أعمالاً مخالفة للضمير، أو يفكر في ارتكابها، وهو حصر نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى وهذا من وجهة نظر التحليل النفسي الكلاسيكي(فرويد)، أما ادلر فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق.(عثمان، ٢٠٠١، ٢٨).

٤. قلق الانفصال **Separation Anxiety**: ويرى أوتورانك(Otto. Rank) ، أنه الخوف الذي يعترى الطفل من فقدان الأم. أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون القلق أنه الاتجاه الانفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل. (فايد، ٢٠٠١، ٤٥).

النظريات المفسرة للقلق:

مدرسة التحليل النفسي

لقد نظر فرويد Freud إلى القلق باعتباره إشارة إنذار، فمشاعر القلق تعني الدوافع وهي الأفكار غير المقبولة والتي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها، تجاهد لتظهر وتقترب من منطقة الشعور والوعي مرة أخرى، وعليه فإن مشاعر القلق تقوم بوظيفة الإنذار للأنا والأنا الأعلى لمنع حدوث المكبوتات والإفلات إلى منطقة الوعي والشعور ودفعها بعيدا إلى اللاشعور. وقد كان اهتمام فرويد بظاهرة القلق من ناحيتين، الأولى هي الاعتماد العاجز للطفل الصغير على حب ورعاية والديه مستهدفا لقلق الانفصال. ومن ناحية أخرى يعتبر القلق نتاج صراع لاشعوري بين محفزات الدافع "الهو" والقيود المفروضة عليها بواسطة الأنا الأعلى. (العطية، ٢٠٠٨، ٥٦).

كما فرق فرويد بين القلق العصابي أو المرضي والقلق الموضوعي فالأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية في حين أن الثاني يكون ناتجا أو كامنا في العالم الخارجي وحين يدرك الفرد انه عاجز عن مواجهة الأخطار فانه يستشعر نوعا من القلق. (غانم، ٢٠٠٦، ٤٦).

بينما يرى يونج Jung أن هنالك مستودعا كبيرا للطاقة تتبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وقال "إن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي". (غانم، ٢٠٠٦، ٤٦).

أما كارين هورني Karen Horney فترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

- الشعور بالعجز.
- الشعور بالعداوة.
- الشعور بالعزلة.

وهذه العوامل تنشأ عن الأسباب الآتية:

١. انعدام الدفء العاطفي وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ محروم من الحب والعاطفة والحنان، وانه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني.

٢. نشوء القلق من خلال المعاملة التي يتلقاها الطفل، فالسيطرة المباشرة وغير المباشرة، وانعدام العدالة بين الإخوة، والاختلاف وعدم احترام الطفل كلها توظف مشاعر القلق في النفس.

٣. البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات، وما تشتمل عليه من أنواع الحرمان والإحباط، كله يشعر الطفل بأنه يعيش في عالم متناقض. (غيث، ٢٠٠٦، ١٨٨).

ولقد أشارت كارين هورني إلى أن القلق وانعدام الأمن هما من العوامل التي تؤثر في تشكيل الشخصية، لذا يلجأ الفرد إلى عدة أساليب دفاعية حتى يقلل من عزلته وعجزه، وقد يصبح عدوانياً أو مذعناً ليستعيد الحب الذي فقده، وقد حددت العديد من الحاجات التي قد يكتسبها الفرد في محاولته لإيجاد الحلول لمشاكله، وقد سميت بالحاجات العصابية ومنها، الحاجة العصابية إلى الحب والتقبل، والحاجة إلى الشريك، والحاجة إلى القوة، والتقدير، والطموح في التحصيل الشخصي، والاكتفاء الذاتي. (الزيود، ١٩٩٨، ١٠٩).

أما إيريك فروم Eric Fromm، فيرى أن فترة اعتماد الطفل الطويلة على والديه تقيدته حينما يبدأ في التحرر والاستقلال ويبدأ بالشعور بالتفرد ويهتم فروم اهتماماً خاصاً بأن بعض الإمكانيات الجديدة لدى الطفل قد تقابل بعدم الاستحسان أو لعقاب قاسي من الأب يؤدي إلى ظهور القلق. (عبد الباقي، ١٩٩٣، ١٠٦).

في حين ينظر سوليفان إلى القلق على أنه عبارة عن خبرة التوتر الذي ينتج عن أخطار حقيقية تهدد إحساس المرء بالأمن، وإذا زاد القلق عن حده أدى إلى انخفاض قدرة الفرد على إشباع حاجاته، وأدت إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة مع الآخرين وتفاعله معهم، ويعتقد سوليفان إن القلق هو المؤثر التربوي الأول في الحياة وينتقل إلى الطفل عن طريق الأم التي ترعاه، لذا يتبين أن القلق قد ينشأ عن طبيعة العلاقات الشخصية المتفاعلة والمتبادلة في حياة الفرد مع البيئة المحيطة به مثل : نبذ الطفل من خلال التنشئة الاجتماعية داخل أو خارج البيت، وقد وضع سوليفان أن العقاب لا يخلق اضطرابات في سلوك الفرد، ولكن العقاب المصحوب بالغضب والحقد هو الذي يخلق القلق والخوف لدى الطفل. أما السخرية من الطفل، فتعتبر الأسلوب الأكثر استخداماً لدى الآباء مع أطفالهم وله تأثير كبير لدى المراهقين. (الزيود، ١٩٩٨، ٨٩).

وباتجاه مشابه يرى اوتورانك Otto Rank أن صدمة الميلاد تعد مصدرا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن، ويبين أن الإرادة أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور إمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات.(غانم، ٢٠٠٦، ٤٦).

القلق والنظرية السلوكية:

تتفق المدرسة السلوكية مع مدرسة التحليل النفسي، على إرجاع القلق إلى خبرات مؤلمة في ماضي الفرد، إلا أنهما يختلفان في تصورهما لتكوين القلق، حيث يتحدث الفرويديون عن علاقة القلق بالهوس والأنا؛ والأنا الأعلى أو بالشعور واللاشعور، بينما يحلل السلوكيون القلق في ضوء الاشراف فالقلق في رأي السلوكيين؛ هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، أي هو استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة. فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، وإذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوفا. أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته إثارة الخوف، فتعد الاستجابة قلقاً. وترى النظرية السلوكية أن القلق أو الخوف يمكن محوه لأنه مكتسب ويكون ذلك عن طريق الاشراف الكلاسيكي. (العناني، ١٩٩٠، ١١٣).

ويعني ذلك أن أصحاب المنهج السلوكي ينظرون إلى القلق باعتباره خبرة متعلمة في ضوء مبادئ التعلم، وتمثل الأسرة المصدر الأول لهذا التعلم يليها المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وبالرغم من اختلاف المنتمين إلى المنهج السلوكي إلا أن جميعهم يتفقون على أن العصاب سلوك يتم تعلمه وينطبق هذا على القلق فهو مكتسب من البيئة. (عبد الباقي، ١٩٩٣، ١٠٥).

ومن جهة أخرى يعد القلق أهم مفهوم في نظرية ولبى، وهو جزء أساسي من السلوك العصابي. والقلق والخوف كلمتان مترادفتان ضارتان تؤديان إلى سلوك غير مرغوب يختفي عادة طالما لم يعزز، والسلوك غير المرغوب فيه والذي يستمر يعتبر سلوكا عصابياً، ويرى ولبى بأن القضاء على القلق يتم من خلال استجابة منافسة من خلال الكف المتبادل، وذلك بعرض المواقف المثيرة للقلق على الفرد في ظروف يحدث فيها استجابات غير القلق وبتكرارات كافية للموقف التعليمي المصمم لهذا الغرض. (الزويد، ١٩٩٨، ١٦٤، ١٦١).

ويرى السلوكيون أمثال (بافلوف، وواطسون)، أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافظاً، ومن ناحية أخرى يعد مصدراً للتعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب فيه وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزيه سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك (عثمان، ٢٠٠١، ٢٥).

ويلخص أصحاب المدرسة السلوكية القلق في الآتي:

١. ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.
٢. إن مجرد المرور بخبرة سارة فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً واحداً للضغط النفسي.
٣. ارتباط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية والخارجية المخيفة.

وقد أكد البعض بضرورة اخذ الضغوط البيئية بنظر الاعتبار وهناك نوعين منها:

- الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تحدث اختلالاً للفرد في بيئته الخارجية.
- الضغط غير المباشر والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين. (غانم، ٢٠٠٦، ٤٧).

استراتيجيات العلاج السلوكي:

- التحصين التدريجي: يرى علماء النفس السلوكي أن القلق سلوك مكتسب يمكن التخلص منه واختزاله إلى أدنى حد، والفلسفة التي ينطلق منها التحصين التدريجي هو بناء هرم من المخاوف بحيث يقع في قاعدته الأشياء الأقل خوفاً ثم الأشياء الأكثر خوفاً، حتى يصل القلق في السيطرة على جميع مخاوفه بطريقة واقعية مثل الذي يخاف من الحشرات نجعله يواجه الحشرة حي يستطيع أن يمسكها وهذا العلاج يفيد للذين لديهم خوف من الأماكن المرتفعة والمغلقة.
- العلاج بالغمر: وضع الشخص في الموقف الذي يقلق ويخاف منه حتى يذهب عنه.
- التدريب على المهارات الاجتماعية: يحدث القلق نتيجة تفاعل الفرد مع جمهور من الناس فالمواجهة تؤدي إلى حالة من الخوف وهذا يطلق عليه قلق المواجهة، يبدأ العلاج هنا بتدريب الفرد على اكتساب الثقة في النفس وذلك من خلال تكوين مفهوم الذات

الإيجابي لديه، ويرى (سيمونديس، ١٩٥١)، أن الذات عبارة عن مجموعة من العمليات هي الإدراك والتفكير والتذكر المسؤولة عن تطوير وتنفيذ خطة للوصول إلى إشباع الدوافع الداخلية.

• التأمل: عبارة عن التفكير المكثف العميق، والاستغراق في شيء أو فكرة ويتحقق بالتركيز على شيء واحد وإزالة كافة العوامل التي تشتت الانتباه سواء أكانت خارجية أو داخلية والتأمل هو أسلوب للتدريب النفسي. ويمكن استخلاص نتائج التأمل للتخفيف من القلق والتوتر في الآتي:

١. استحضار منظر جميل والاحتفاظ به.
٢. إغلاق العينين وعدم التفكير في أي شيء آخر سوى المنظر الجميل.
٣. التركيز في المنظر بدرجة كبيرة، في فترة خمس دقائق، ثم زيادة الوقت إلى خمس عشرة دقيقة يوميا.

• الاسترخاء: حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد شاق، واحد الأساليب الفعالة لتعليم الاسترخاء هو إحداث تجاوب عن طريق أجهزة تكشف عن مستوى النشاط الكهربائي لتجعله في متناول إدراك الشخص. ولقد أثبتت التجربة أن القلق والتوتر يمكن أن تزولا بالاسترخاء. (عثمان، ٢٠٠١، ١٤٣-١٤٦).

التفسير الإنساني للقلق:

إن القلق لدى المذهب الإنساني هو الخوف من المستقبل وما قد يحمل هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس القلق ناتجا من ماضي الفرد، ويبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، ومما سبق نستنتج أن القلق حالة انفعالية نشعر بها ونعيشها، وهي حالة مزعجة ومؤلمة، لأنها تنطوي على مشاعر الحزن والتوتر والغضب والخوف والتهديد. (العناني، ١٩٩٠، ١١٤).

وبنفس الاتجاه ترى ماي May أن القلق حالة ذاتية يدرك الفرد فيها أن وجوده يمكن أن يتحطم ويفقد فيها نفسه وعالمه، فالقلق هو تهديد للحضور الوجودي للفرد يرجع إلى التصادم الأساسي والجوهري بين الوجود والتهديد بعدم الوجود. (العطية، ٢٠٠٨، ٦١).

تمثل المدرسة الإنسانية كما ورد عن (المهندس، ٢٠٠٦)، امتداد للفكر الوجودي، فهم يرون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإن المثير الأساسي للقلق هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه. ومن أهم روادها أبراهام ماسلو Abraham Masliw صاحب نظرية هرم الحاجات التي ترى أن عدم تحقيق الحاجة الثانية للإنسان وهي "الحاجة إلى الأمن" سبب في نشوء القلق والاضطراب وعدم الثقة فيمن حوله وقد لاقى القلق اهتماما كبيرا يفوق مراحل اهتمام مدرستي التحليل النفسي والسلوكي، فهو ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الفرد أو استجابة يكتبها أثناء عملية التعلم، وإنما جوهر طبيعة النفس الإنسانية، حيث إن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يستشعر القلق ويعانيه كخبرة مستمرة تبدأ مع بداية حياته، فمصدر القلق هنا ليس الماضي أو المستقبل وإنما يكمن في ماضيها وحاضرها ومستقبلها.

التفسير المعرفي للقلق:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاضطرابات الإكلينيكية هي نتيجة لأنماط من التفكير الخاطئة وغير المتكيفة، وأن عمل العلاج هو تحديد هذه الأنماط واستبدالها بمعارف أكثر تكيفا، وهي عملية تسمى بإعادة البناء المعرفي (العطية، ٢٠٠٨، ٦٢).

ويرى بيك Beck أيضا أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون، فإذا فسر موقف على أنه خطير فإنهم يشعرون بالقلق ويحاولون الهرب، وربط بين الانفعالات والتفكير في اضطرابات القلق، حيث أشار إلى أن من يعاني من القلق يخبر أنواعا من التهديد وأفكارا ترجع إلى توقع أو تصور الخطر وغالبا تؤدي إلى نوبات غضب. أما اليليس Ellis فقد وضع إثني عشر إعتقاداً لا عقلانياً والتي تؤدي حتماً إلى الانهزامية والعصاب إذا اعتنقها الناس وداوموا عليها فههدف العلاج لديه هو تعريف وتحديد الاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها ومهمة المعالج هنا مساعدة الفرد على التخلي عن أفكاره غير العقلانية وتغييرها (العطية، ٢٠٠٨، ٦٦).

(٢) الاكتئاب:

يؤكد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 وفي الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV الذي يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي على تقسيم قطاع الاضطرابات المزاجية إلى ثلاثة أجزاء. الجزء الأول يصف النوبات المزاجية وهي تتضمن نوبات الاكتئاب الأساسية، نوبات الهوس، والنوبات المختلطة، ونوبات الهوس الخفيف أما الجزء الثاني فقد وضعت محكات لتشخيص الاضطرابات المزاجية التي تتضمن الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطب، والاضطرابات المزاجية التي ترجع إلى حالات طبية عامة والحالات الناتجة عن تعاطي للمواد، ويتضمن الجزء الثالث المحددات التي تصف إما النوبة المزاجية أو الطبيعية المرضية للنوبات المتكررة. (ابراهيم، ٢٠٠٥، ٣٧-٣٨).

ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا، وهو أكثر من مجرد مشكلات مزاجية، فوجود المشكلات معا في حياة الفرد قد يجعل من الاكتئاب هو أكثر من مجرد مشكلات مزاجية، وقد يجعل من الاكتئاب مكدرا ويصبح عاملا مهما في اضطراب حياة الفرد. والأفراد الذين يمرون بخبرة الدائرة المفرغة للاكتئاب، ويعانون من صعوبات لم تحل، ويقعون فريسة للاكتئاب أكثر من مرة، ويؤثر ذلك على حياتهم كونهم أفراد داخل الأسرة أو المجتمع.

إن الاكتئاب هو استجابة اكتئابية مبالغ فيها لحادثة واقعية مرت في حياة الفرد مثل فقدان وظيفة مهمة، أو مكانة مرموقة، أو فشل في الدراسة أو العمل، أو غير ذلك من الأمور التي تبدو صعبة في بدايتها. ويسمى الاضطراب الاكتئابي باسم "المرض الشائع" حسبما يطلق عليه علماء النفس، فقد تبين في دراسة أجريت على الراشدين من الشعب الأمريكي أن (١٥%) منهم يعاني من الاكتئاب، ويقدر الخبراء أن (٥٠%) من سكان الولايات المتحدة يعانون الاكتئاب خلال فترات معينة في حياتهم. (الطواب، ٢٠٠٨، ٢٦٨).

ويصف "جيمس كالات" Kalat الشخص المكتئب بقوله "يشعر الشخص المكتئب بالخوف والتكدير وقلة الحيلة وفقدان الأمل، ويكون الأفراد المكتئبون عموما خاملين ويعبرون عن شعورهم بعدم السعادة ويبدو ذلك في تعبيرات وجوههم. كما أنهم يعانون من اضطرابات في النوم فهم ينامون أكثر من الشخص الطبيعي ويستغرقون وقتا أطول للدخول في النوم". ويؤكد كالات في تعريفه أن اضطرابات النوم المصاحبة للاكتئاب هي أحد الأعراض الفسيولوجية الشائعة في الاكتئاب بل أحيانا تكون الشكوى الأساسية التي تأتي بهم إلى عيادة الطب النفسي. (ابراهيم، ٢٠٠٥، ٢٧).

إن القلق، والاكتئاب، والاضطرابات العقلية، جميعها مشكلات خطيرة تصيب الكثير من الأطفال والمراهقين، وللأسف ففي العديد من الحالات والمواقف، كان الآباء والمعلمون يعرفون جيداً هذا الأمر وبناء عليه سيمكنهم ذلك من التعرف على المشكلات وعلاجها، وهناك بعض الأطفال حتى لو يبدي أبواهم أكثر درجات المحبة والرعاية، لهم سوف يصابون بالاكتئاب من خلال عوامل بيولوجية، أو خبرات مؤلمة. وفي مرحلة الطفولة يتضاعف احتمال إصابة الأولاد بالاكتئاب عن احتمال إصابة البنات، وفي المراهقة يكون العكس فإن احتمال إصابة البنات بالاكتئاب يتضاعف، مع العلم بأن الأولاد عادة ما يظهرون أعراضاً للاكتئاب أكثر مما تظهره البنات، فعندما يصاب الولد بالاكتئاب فقد يميل إلى الغضب والثورة والتشاؤم أو حتى العدوان. حيث أن دلائل وأعراض الاكتئاب لدى البنات في كل الأعمار تعد أكثر صعوبة في تمييزها وتحديدها، حيث يمكن أن تختلط هذه الدلائل والأعراض مع أنماط سلوكية يمكن اعتبارها أحياناً مقبولة اجتماعية مثل الانسحاب، والإذعان، والسلبية. إن أفضل وسيلة دفاعية ضد الاكتئاب تمنح للأبناء من الآباء هي توفير بيئة عائلية مليئة بالحب والاستقرار، وأهم مافي الأمر هو تشجيع الأطفال على بناء ثقتهم بأنفسهم، وتقديرهم لذواتهم، فإنهم سيكتسبون الشخصيات المستقلة التي تساعد على مواجهة الضغوط والذين لا يتلقون التشجيع سوف يصبحون متورطين بالمشكلات، وستكون تلك أرضية خصبة للإصابة بالقلق الشديد، والاضطرابات المزاجية، واحتمال الإصابة بالاكتئاب. (هيندز، ٢٠٠٥، ٩٣-٩٥).

وهناك تعريفات قاموسية للاكتئاب، فالتعريف الذي وضعه "بتروفسكي وياروشفنسكي" ١٩٩٦ حيث أورد ما نصه "في علم النفس يعرف الاكتئاب عامة بأنه حالة انفعالية تتسم بالاعتمادية، تتميز بمواقف انفعالية سلبية وتغير في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عموماً، ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة وحزن عميق (السوداوية) وقلق ويأس وتقل الحوافز والدوافع والنشاط الإرادي إلى حد كبير لديه. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٢٦).

نجد أن الاكتئاب ظاهرة عالمية تصيب أبناء الدول الغنية والفقيرة على حد سواء، وإن كان نصيب الدول النامية أكثر حظاً منه عن الدول المتقدمة. كما أنه أصبح يصيب أفراد المجتمع من جميع الفئات العمرية، بما في ذلك الأطفال وإن كانت نسبته تزداد بتقدم الفرد في السن وفي مرحلة الشيخوخة. (العيسوي، ٢٠٠٦، ٣١).

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الدول الصناعية الكبرى، فمن أصل ١٠٠ ألماني مثلاً يصاب على الأقل حوالي ١٣ شخص مكتئب مرة واحدة في حياته، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي ١٠٠ شخص يعانون من الاكتئاب. ونسبة النساء تبلغ ضعف نسبة الرجال تقريباً. (رضوان، ٢٠٠٧، ٤١٨).

قام دينيس كانتول (Dennis Kantol, 1982)، بمراجعة شاملة لما أجري من أبحاث حول اكتئاب الطفولة وتوصل إلى أن الاكتئاب يحدث للأطفال بأعراض مماثلة إلى حد كبير بتلك التي تظهر لدى الكبار والتي تشمل، الانقباض، واليأس، والشعور بعدم القيمة، والرغبة في الابتعاد عن الظروف البيئية التي يعيش فيها أو الهروب منها، ومحاولة الانتحار أو التفكير فيه، واضطراب النوم، وتدني مستوى التحصيل الدراسي، والعزلة الاجتماعية، والشكوى من الأمراض العضوية، وفقدان الشهية، وفقدان الطاقة أو الحيوية والاهتمامات. (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ٢٦٨).

إن الاكتئاب الطفولي يصيب الطفل عندما يتعرض لتجربة الانفصال عن أمه، ويحدث في السن المبكرة، حيث يحتاج الطفل لرعاية أمه، فإذا غابت شعر الطفل بالاكتئاب حيث أن في الاكتئاب الحاد يتصف المريض بالعزلة الشديدة، ورفض الاختلاط بالناس، واليأس، والحزن، ويعتقد المريض انه يجلب المصائب والنحس إلى غيره، وقد يطالب بعقاب نفسه، أو إيداع نفسه في السجن، وقد تظهر عليه أعراض توهم المرض، وتتركز الأعراض في بطنه أو أمعائه مع الإمساك الشديد، ويتوهم المريض أنه يقاسى بما لم يقاسه مثله، ويفقد الشعور بالحقيقة والواقع ويعاني من الهلاوس السمعية. (العيسوي، ٢٠٠٦، ٣٣).

إن المشاعر المصاحبة للقلق غالباً ما تؤدي إلى شعور الفرد بالاكتئاب بدرجة ما، كما أن الاكتئاب نادراً ما يحدث دون أن يكون مصحوباً بدرجة من القلق حيال ما يتوقعه الفرد في المستقبل. لذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار أن التمييز الذي نضعه هنا بين الحالتين يأتي بهدف التركيز والدراسة فحسب ولا يعبر عن الاختلاف بينهما. فالطفل القلق قد يتعرض للاكتئاب أيضاً نتيجة الشعور بوجود خلل ما في شخصيته، سواءً كان حقيقياً أو وهمياً، كما أن الطفل المكتئب كثيراً ما يشعر بالقلق حيال قدرته على مواجهة أعباء الحياة. (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ٢٦٦).

وفي دراسة أجريت على عينة كبيرة من الأطفال بلغ قوامها (٣٠٢٠)، من تلاميذ الصفوف النهائية للمرحلة الابتدائية، وقد تم قياس الاكتئاب لدى أمهات الأطفال وقد بلغوا (٨٥٠) فردا، وبفحص النتائج وجد أن هنالك علاقة ارتباطية موجبة بين درجة اكتئاب الأم ومعاناة الطفل من الاكتئاب، كما تبين أن الأم المكتئبة تنعكس حالتها الانفعالية على معاملتها لأطفالها، وأنهم يقلدون كثيرا من سلوكيات الاكتئاب لديها. وتكشف دراسات أخرى معرفة الأسباب العميقة لاكتئاب الأطفال، وتوصلت إلى أنها تكمن في الظروف البيئية الضاغطة في البيت والمدرسة وكذلك التوتر الشديد في العلاقات بالآخرين، ونقص التدعيم، وفقد العلاقات الحميمة أو الخوف من فقدها، وتمت دراسة الحالة لعدد من أفراد العينة وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أعراض الاكتئاب عند الأطفال وبين عدد من المشكلات النفسية لديهم، وهي: الشعور بالذنب، اليأس والقنوط، العداة الداخلي، الخجل الشديد، المخاوف المرضية، عدم القدرة على منافسة الأقران، وقد بينت الدراسات التي أجريت على الأطفال المكتئبين أن الحرمان من التواصل وعدم السماح للطفل بالتعبير عن نفسه، وعدم الاعتراف بمشاعره، يدفع الطفل إلى الصمت ويمتلئ داخله بالمشاعر السلبية نحو نفسه، فتجعله مكتئبا. وأيضاً الانتقاد المستمر للطفل والتقليل من فاعليته وقيمه تجعله محبطا ويشعر أنه لا يستحق السعادة ويعيش في حالة من الكآبة. (إبراهيم، ٢٠٠٩، ١٠٠).

وقد خلصت الدراسة التي أجريت على عينة مكونة من (٩٨٦) تلميذا من الذكور والإناث في المدارس المصرية إلى أن هناك متغيرات تسهم في نشوء الاكتئاب منها: التدهور الدراسي، وانخفاض مفهوم الذات، والحزن، والتشاؤم، والعزلة الاجتماعية، كما ارتفعت درجات اكتئاب الأطفال بارتفاع مستويات تعليم آبائهم، وزاد الاكتئاب بزيادة حجم الأسرة، وقد كشفت الدراسة عدد من الحالات المرتفعة على الاكتئاب إلى أن هناك: غياب في التفاعل الأسري، بالإضافة إلى الشعور بالنقص والفقر، ونقص الحاجة إلى الحب والدفع والدعم الاقتصادي. (توفيق، ١٩٩٩، ١٨١).

أعراض الاكتئاب :

يمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب في أي مرحلة من مراحل العمر وهذه الأعراض يمكن أن تظهر تدريجياً على مدار السنين أو تظهر فجأة، وقد صنف بيك Beak، الأعراض الاكتئابية إلى:

- المظاهر الانفعالية: مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع والمرح والضحك والتقليل من قيمة ذاته.
- المظاهر المعرفية: وتتمثل في تكوين صورة سلبية عن الذات، وتوجيه اللوم إلى الذات، وتضخيم المشكلات، وعدم القدرة على الحسم، واستهزاءات للحط من قيمة الذات.
- المظاهر التي تتعلق بالدوافع: تتمثل في شلل يصيب الإرادة والرغبة في الهروب، والموت، وتزايد الرغبات الإتكالية.
- المظاهر الجسمية : تتمثل في التعب بسرعة وبسهولة، وفقدان الليبدو والشعور بالأرق. (بشرى، ٢٠٠٧، ١٩).

أما (السرхан والخطيب وحباشنة، ٢٠٠٣، ٨٧) فقد وجدوا أن أعراض الاكتئاب لدى الأطفال هي:

- الشكوى من أعراض عضوية مثل، التعب، والصداع، وآلام العضلات، وآلام المعدة.
- التغييب عن المدرسة وضعف التحصيل.
- التفكير في الهرب والحديث عن ذلك.
- الشكوى المتكررة من الملل.
- عدم الاهتمام باللعب مع الأصدقاء.
- العزلة الاجتماعية.
- الخوف من الموت.
- الحساسية الشديدة للرفض أو الفشل.
- مشاكل في العلاقات.
- زيادة العدوانية والغضب والضجر.

أسباب الاكتئاب:

لا يوجد سبب وحيد للاكتئاب ولكن هنالك مجموعة من العوامل التي تظهر هذه الأسباب ومنها:

العوامل البيئية:

توصلت بعض الدراسات إلى أن مشكلات التفاعل مع البيئة، من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب في سلوك الطفل فعندما لاتدعم البيئة السلوكيات الايجابية للطفل، أو عندما تفرق الأسرة في المعاملة بين الأبناء، يمكن أن يصبح الطفل سلبيًا وينسحب من التفاعل مع الآخرين، وأظهرت دراسات أخرى أن عدم الاهتمام بتنمية المهارات الاجتماعية للطفل يجعله فاشلاً في تحقيق التوافق مع الآخرين ويواجه صعوبات في التفاعل معهم فيلجأ للعزلة والانسحاب ومن ثم تظهر عليه الأعراض الوجدانية للاكتئاب (إبراهيم، ٢٠٠٩، ٩٦-٩٧).

عوامل عضوية:

هي تغيرات في بعض كيميائيات المخ ومنها مادة السيروتين، والنور أدرينالين، اللتان تسهمان في حدوث الاكتئاب النفسي. (رضوان، ٢٠٠٩، ٤١٢) و(بشرى، ٢٠٠٧، ٢٣).

إن العوامل البايولوجية والفسولوجية ، تلعب دوراً مهماً في الإصابة بالاكتئاب وماقد صاحبه من سلوك عدواني وغضب وضجر، إذ يخضع سلوك الفرد إلى عاملي الاستثارة والكف، فمراكز الاستثارة تنتشر في المراكز والنوى الدماغية تحت القشرة، وتؤدي استثارة هذه الخلايا في أجهزة عديدة كالثلامس والهايبيوثلامس واللوزة الدماغية إلى جعل الفرد عنيفا وعدوانيا أو عصبيا وقد تتناوبه في الحالة العصبية حالة من فقدان التركيز وتضمحل العملية الفكرية ويسود اضطراب الوجدان والقلق على الوظائف العقلية ويتشوش الانتباه لديه، وتحدث حالة كف عامة للعمليات العقلية الواعية. (السامرائي، ١٩٩٧، ١٤).

عوامل اجتماعية:

أشار الهواري نقلاً عن دراسة (الزاير، ٢٠٠٥)، إلى عدد من العوامل التي يمكن اعتبارها ضمن العوامل الاجتماعية وهي كالآتي:

- سوء التوافق الاجتماعي والعزلة والتفكك الأسري.

- التفرقة في المعاملة بين الأبناء، والإهمال، واضطراب العلاقة بين الوالدين.
- التعرض للصدمة من خلال الظروف والخبرات المحزنة.(الزاير، ٢٠٠٥، ١٦).

وقد كشفت نتائج دراسة عبد الباقي ١٩٩٢، على عينة مكونة من (٩٨٦) تلميذاً من الذكور والإناث في المدارس المصرية، ارتفاعاً في درجة الاكتئاب تعزى إلى غياب في التفاعل الأسري، بالإضافة إلى الشعور بالنقص والفقر، والحاجة إلى الحب والدفء والدعم الاقتصادي.(توفيق، ١٩٩٩، ١٨١).

أنواع الاكتئاب:

هنالك فرق بين الاكتئاب الخارجي المنشأ والداخلي المنشأ، حيث إن الاكتئاب الخارجي المنشأ يطلق عليه الاكتئاب التفاعلي، ويشير إلى الاضطرابات النفسية التي ترجع أساساً إلى خلل جوهري في النظام البيئي الذي نشأ فيه الفرد أو يعيش فيه حالياً، فموت أحد الأقارب أو انفصال الوالدين أو طلاقهما أو تكرار التعرض لإساءة المعاملة الجسدية أو الجنسية أو الانفعالية، أو الرفض من قبل الأصدقاء، أو الفشل الدراسي تعد من العوامل الشائعة خلف الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، أما حالات الاكتئاب داخلي المنشأ فغالبا يصعب تحديد مصادر الضغوط البيئية المعينة المرتبطة بها، حيث تعتمد الحالة المزاجية أو النفسية للفرد إلى حد كبير على العمليات الداخلية التي يبدو إنها كيميائية في طبيعتها. ورغم أن الحالات المزاجية تختلف من فرد لآخر إلا أن التغيرات لا ترتبط بصورة واضحة بالأحداث البيئية كما في الاكتئاب الخارجي.(السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ٧٦).

أما الاكتئاب الظاهر، فمن الممكن التعرف عليه من خلال أعراضه ومن بينها: عدم الاستمتاع بأي شيء، فقدان الحماس والحيوية لأي شيء، وغياب الحافز، والحزن الدائم، والانطواء على النفس، وهذه الأعراض لا توجد في حالة الاكتئاب المقنع، فالمصاب في مثل هذه الحالة لا يشعر ابداً بأنه مكتئب كما أن الذين حوله لا يشعرون بذلك.(محمود، ٢٠٠٤، ٧٦).

أنماط الاكتئاب:

يحدث الاكتئاب في صورة اضطراب أحادي القطب أو ثنائي القطب. يحدث الاكتئاب أحادي القطب في صورة واحدة تتراوح فيها الحالة المزاجية بين الحالة الطبيعية إلى حالات الاكتئاب والحزن المرضي. أما الاكتئاب ثنائي القطب فهو يعرف باسم الاضطراب الهوسي الاكتئابي.(إبراهيم، ٢٠٠٥، ٢٧).

مراحل الاكتئاب:

- المرحلة الأولى: تعقب الإرهاق النفسي، وتتميز هذه المرحلة بالوهن والضعف بالإضافة للحساسية البالغة. ويظل الاكتئاب مستترا في هذه المرحلة.
- المرحلة الثانية: تتميز بالاضطرابات النفسية الجسدية، ويظهر الاكتئاب هنا عن طريق ظهور نوبات عدائية، حيث إن المكتئب يظهر انفجاره أكثر مما يظهر انهياره وفي هذه المرحلة تبدأ الوسواس المرضية .
- المرحلة الثالثة: يبدأ هنا ظهور علائم الإرهاق الجسدي وهنا تظهر تغيرات بيولوجية عميقة في داخل الجسم، حيث إن القلق يصبح واضحا وملازما للاكتئاب (النابلسي، ٢٠٠٣، ٧١).

النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب:

الاكتئاب في المدرسة التحليلية:

قدم أبراهام Abraham أول تفسير سيكودينامي للاكتئاب يعزو فيه الاكتئاب إلى كبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من عدوان متحول إلى الداخل. واعتماد على تفسيرات أبراهام قدم فرويد Freud تفسيرات للاكتئاب تتصف بتحول الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد، واعتبر الاكتئاب عدوانا على الذات. ويتفق الكثير من العلماء؛ على أن التفسير التحليلي للاكتئاب يعتمد على فكرة الربط بين فقدان، والاكتئاب، والاكتئاب كرد فعل للفقدان. والعلاقة بين الفقدان والاكتئاب علاقة غير مباشرة؛ فالإكتئاب ليس تعبيراً مباشراً عن الحزن والمعاناة نتيجة الفقدان وإنما الفقدان يتم الشعور به في مستوى من عدم الوعي، حيث يشعر الفرد بمزيج من الذنب. (إبراهيم، ٢٠٠٥).

ونقلاً عن (الزاير، ٢٠٠٥) يصف فرويد مؤسس نظرية التحليل النفسي الاكتئاب أنه التناقض العاطفي حيث تعتبر الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب. وترى نظرية التحليل النفسي أن العوامل المسببة للاكتئاب هي:

- تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان.
- تغيير في علاقة المريض بموضع الحب. (الزاير، ٢٠٠٥، ١٩).

وقد أشار جون بولبي jhon bowlby إلى أن الأفراد قد يصبحون مكتئبين إذا ماتمت تنشئتهم بواسطة آباء فشلوا في إمدادهم بعلاقة ثابتة وآمنة، أو كانوا يكررون على مسامعهم دائماً كيف أنهم غير أكفاء وغير ناجحين مقارنة بقرنائهم، وأنهم غير محبوبين ممن حولهم. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٦٦).

الاكتئاب في المدرسة السلوكية:

نجد المدرسة السلوكية التي تحاول تفسير الاكتئاب أساساً في ضوء التعميم المفرط للمنبه والاستجابة فالفرد المكتئب يببالغ في الاستجابة، وأنه يفقد الاهتمام بمدى واسع من الأنشطة، ويفقد الشهية ويقل اهتمامه بالجنس، وينخفض تقديره لذاته. وفي عام ١٩٥٣ فسر سكر ولزاروس الاكتئاب، على أنه نتيجة انخفاض التعزيز الإيجابي فالناس المكتئبون وفقاً لهذه النظرية ينسحبون من الحياة لأنهم ليس لديهم حوافز ليكونوا أكثر نشاطاً، ويهتم هذا الاتجاه بدراسة العلاقة بين التوافق الانفعالي للناس والأحداث التي تحدث في حياتهم، فالأحداث الضاغطة قد تستثير عدداً من ردود الفعل الانفعالية في حياة الناس، والخبرات الصادمة يمكن أن تستثير اضطرابات وتوتراً مابعد الصدمة، وفي المنظور السلوكي ينظر للاضطرابات النفسية عموماً على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل الخبرات الخاطئة وليس نتيجة لغرائز وصراعات داخلية. وينظر للاكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٦٧).

الاكتئاب في المنحى المعرفي:

تشير النظريات المعرفية أن أكثر النظريات المعرفية للاكتئاب تعتمد على افتراض أن بعض أشكال الاكتئاب، على الأقل في مرحلة الطفولة والمراهقة هي نتيجة لأنماط المعرفية السلبية والأحكام العقلية النهائية فمن جهة يمكن للعمليات المعرفية السلبية أن تسبق الاكتئاب أو أن تزيد وتصدر من ظهوره، حيث أن أشكال وأنماط التفكير السلبية هي أسباب للاكتئاب (عبد الله، ١٩٩٥، ١٢٨).

تختلف الصياغات المعرفية للاكتئاب عن النظريات السلوكية في جانبين مهمين:

- الجانب الأول: تركز النماذج السلوكية لتفسير الاكتئاب على السلوكيات الظاهرة، بينما تؤكد الصياغات المعرفية على أهمية السلوك الضمني، مثل: الاتجاهات والعبارات الذاتية والصور والذكريات والمعتقدات. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٧٠).

• الجانب الثاني: هو أن المناحي المعرفية لتفسير الاكتئاب تعتبر من المعارف اللاتكيفية واللاعقلانية، أما التشويهات المعرفية فتعتبر هي السبب في الاضطرابات، أي أن المشاعر السلبية، ونقص الدافعية، والأعراض البدنية والسلوكية الاكتئابية الأخرى ينظر لها على أنها مظاهر ثانوية تنتج من المعارف اللاتكيفية. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٧٠).

يعد منحنى بيك (Beck, 1979) في التفسير والعلاج المعرفي للاكتئاب، هو أبرز التفسيرات المعرفية وأكثرها شيوعاً في مجال العلاج المعرفي. فقد حاول بيك من خلال نظريته عن الاكتئاب أن يعتمد على ثلاثة مفاهيم معرفية، من أجل شرح المظاهر النفسية المختلفة له: الخبرات والمحاولات المعرفية، المخطط المعرفي، والتشويه المعرفي، فبالنسبة للخبرات والمحاولات المعرفية، وفقاً لبيك فإنها تبنى من أشكال التفكير استناداً إلى تقييم الناس لأنفسهم ولمواقفهم، فالشخص المكتئب يدرك المواقف بطريقة سلبية عندما تكون التفسيرات الإيجابية معقولة وممكنة. أما بالنسبة للمخطط المعرفي فيساعد في شرح سبب مكوث المكتئبين وتعلقهم بانهزامية الذات، والضيق والكدر الذاتي. ويقول بيك أن المخطط المعرفي هذا يتميز بالثبات حيث أن له تمثيل ثابت ومنظم للخبرات السابقة التي تشكل الأساس في التفسير كونهم يواجهون مشكلات ومواقف بقوة خبراتهم السابقة، ويدركون التفاصيل السلبية الإيجابية للمواقف والأحداث، والاكتئاب مرتبط بنمو الأفكار السلبية وهذا النوع من الأفكار يحدث بسبب الاتجاهات المضطربة. (عبد الله، ١٩٩٥، ١٢٨).

وقد كان لكثير من المنظرين مجهودات كبيرة في وضع تفسيرات وطرق علاجية للاضطرابات النفسية وفقاً للمنحنى المعرفي، أبرز هذه المجهودات وأكثرها شبيهاً بمنحنى "بيك" هو منحنى اليس (Ellis, 1969)، والذي يعرف بالعلاج العقلاني الانفعالي. وهناك توجه معرفي آخر في هذا الشأن توجه ميكينبوم (Mikenbum)، والأساليب العلاجية المنبثقة منه، ومنها ما يعرف بأسلوب الحديث الذاتي. أما بالنسبة لنموذج العجز المتعلم لسليجمان وآخرين (Silgman, 1979)، الذي يفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لمشاعر العجز عن التحكم في النتائج السالبة للحياة مما يؤدي بالفرد للاكتئاب حيث شهد هذا النموذج تعديلات على يد سليجمان وزملائه آخرها نموذج اليأس، الذي يعد تطوراً للمنحنى المبكر للعجز المتعلم. (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٧٢).

وفي نظرية نموذج ضبط الذات في الاكتئاب يفترض ريهم (Rehm,1977)، أن الاكتئاب يحدث نتيجة خلل في واحد أو أكثر من المجالات التالية، ملاحظة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات ويقترح ريهم وهارا (١٩٨٠)، افتراضاً بأن التوقعات السلبية أكثر من مجرد أنماط عزو وصفية مسؤولة عن تطور الاكتئاب ولذا فإن المكتئب يعزو وينسب للأحداث اتجاهات وتوقعات سلبية. كل هذه العوامل مجتمعة تمثل نموذجاً لصفات ضبط الذات عند المكتئبين، وهي ما تظهر في حالة التشاؤم وصورة الذات السلبية والحزن.(عبد الله، ١٩٩٥، ١٢٨).

النظرية البيولوجية:

يشير جيلدر ١٩٨٤ نقلاً عن (الزاير، ٢٠٠٥، ١٩) عن النظرية البيولوجية على أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية للدماغ، وأن الخلل في الخلايا العصبية أو نقص المادة الكيميائية المنقولة أو أي خلل في خلايا الاستقبال تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب.

وورد عن (السامرائي، ١٩٩٧، ١٣) أن هنالك من البيولوجيين من يرى أنه لا بد من وجود خلل بيولوجي يكمن وراء الاكتئاب وأن التغيرات الأيضية هي التي تملئ نوع السلوك الذي يسود لحظة معينة، ولاضطراب الهرمونات تأثيراً على الحالة المزاجية، فقد كشف وولي وشو Wolly&Show، وجود خلل في مادة السيروتونين، فنقصها مرتبط بالاكتئاب والقلق، وهنالك فرضيات متعددة لتفسير الاضطراب منها فرضية الكاتيكولامين Catecholamine التي مفادها، أن الاكتئاب يرتبط مع نقص الكاتيكولامين في المستقبل الحسي في الدماغ، وهناك فرضية أخرى ترى أن الاندولامين، الأمين الحيائي(سيروتونين 5-HT) في مرحلة الأيض تتناقص نسبته في سائل النخاع الشوكي، لمرضى الاكتئاب.

٤) المخاوف المرضية:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الإنسان. (الشربيني، ١٩٩٤، ١١٣).

يتميز الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV بين أربعة أنواع شديدة الشيع من المخاوف المحددة منها، النوع المرتبط بالحيوانات وهو الخوف الذي تسببه الحيوانات والحشرات، والنوع المرتبط بالبيئة الطبيعية أي الخوف الذي تسببه موضوعات موجودة في

البيئة الطبيعية مثل العواصف، الظلام، والماء، أما النوع المرتبط بالدم والحقن والضرر فهو الخوف الذي تثيره موقف محدد مثل وسائل المواصلات العامة، الأنفاق، ونوع آخر متنوع وهو الخوف الذي تثيره مثيرات مثل: الضغط، وتجنب المواقف التي تؤدي إلى الاختناق. ويعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV الخوف الاجتماعي على أنها خوف واضح وثابت من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو موقف الأداء التي يتعرض فيها الفرد لأشخاص غير مألوفين أو لاحتمال تفحص الآخرين له. (عجلان، ٢٠٠٩، ٦).

ويعتبر الخوف المرضي حالة نفسية انفعالية، تتضمن خوفاً مفرطاً من أشياء أو مواقف أو أشخاص ليس له ما يبرره في الواقع وهذا ما يجعله خوفاً غير معقول. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٦١).

ويرى ماركس (Marx)، أن الخوف بصفة عامة مثل أي سلوك آخر ينمو من خلال ثلاث أنواع من الظواهر وهي: الفطرة، ثم الاعتماد على النضج، فالتطور من خلال التعلم الفردي والخبرة الاجتماعية، وتلك المصادر الثلاثة قد أسهمت بصفة خاصة في تنوع الاستجابات وذلك طبقاً لدرجة تطور قشرة المخ. (شكري، ٢٠٠٨، ٣٤).

وقد صنف القوصي (١٩٥٢)، مخاوف الأطفال إلى مخاوف حسية وغير حسية وعد أن موضوعات المخاوف الحسية يمكن للطفل إدراكها بحواسه المختلفة بخلاف موضوعات المخاوف غير الحسية؛ حيث لا يمكن للطفل إدراكها. (غيث، ٢٠٠٨، ١٨٨).

إن خوف الطفل مبعثه الحقيقي في الغالب الجهل بطبيعة الأشياء وعدم معرفته بها وقلة إدراكه، ولا يسهل التغلب عليه إلا بتوسعة مدارك الطفل وتبصيره بالأشياء المحيطة وربطها بخبرات سارة محببة (حجازي، ٢٠٠٩، ١٧٤).

ومع تقدم الأطفال في السن فإن محتوى مخاوفهم يتغير أيضاً، فنجد أن الخوف من الأشباح والكوابيس تشيع بين الأطفال في سن الروضة، ولكنها تستبدل بالمخاوف من الأذى أو الأحداث الاجتماعية لدى الكبار. ويبدو أن مخاوف الأطفال الشائعة تتمركز أساساً حول الخوف من الانفصال عن الأسرة، والخوف من المدرسة، أو بعض المطالب والتوقعات المرتبطة بها وفي دراسة شاملة للمخاوف لدى الأطفال قام جرازينو وإينادي جيوفاني عام ١٩٧٩، بمراجعة البحوث التي أجريت في هذا المجال على مدى ٥٠ عام تقريباً، وقد وجد أن معظم المخاوف المرضية المنتشرة بين الأطفال (٨٦%) ترتبط بالمدرسة. (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ٢٥٧).

وهناك مخاوف شائعة جداً بين الأطفال وهي المخاوف المحسوسة والتي لها مصادر واقعية ومحددة، يلمسها الآباء في أطفالهم بسهولة، لأنهم يعبرون عنها بوضوح كالخوف من الشرطي، والطبيب، والمدرسة، وبعض الحيوانات، والظلام، وطلقات المدافع والبرق والأماكن العالية، والنار، والثعابين، والحشرات وهناك بعض الأطفال يخافون من السفر بالقطارات والبواخر وعادة ما يخاف الأطفال من الأماكن غير المألوفة ومن الأشياء الغريبة والشاذة والجديدة عليه، لأن الجديد ماهو إلا مثير مفاجئ لم يتعلمه الطفل. أما المخاوف غير المحسوسة فهي تلك التي تكون محددة المصدر كالخوف من الموت أو من الحيوانات. (محمود، ٢٠٠٤، ٢٠).

لقد قام العديد من الاخصائين النفسيين بدراسة رد فعل الأطفال من سن السادسة حتى الحادية عشر إزاء مواقف الاختبار بالمدرسة وتوصلوا إلى أن أداء الأطفال القلقين يزداد سوءاً عندما يجدون أنفسهم مراقبين من قبل آبائهم ومعلميهم. وغالباً مايميل الأطفال في هذا السن إلى إخفاء مخاوفهم حتى يتجنبوا سخرية الغير وتسميتهم بمسميات مثل خواف، لذا يجب على الآباء أن يبقوا قنوات الاتصال الفكري بينهم وبين أطفالهم مفتوحة، وأن يشجعوا أطفالهم على المشاركة في المشاعر والخبرات. (ولمان، ٢٠٠٦، ٨٧).

شروع المخاوف المرضية وانتشارها:

في دراسة مسحية أجراها علماء النفس في نيوانجلاند، وجدوا أن حوالي ١٥ مليون أمريكي يعانون من المخاوف الحادة، التي تسبب الإعاقة لهم (شكري، ٢٠٠٨، ٥٠).

وفي دراسة أخرى لجيرزيلد jersild ، وزملائه على (٣٩٨) طفلاً، في سن ما بين (٥-١٢) سنة، تبين أن ١٩% منهم يخافون من الأشباح والجن والسحر، و ١٥% يخافون من الأماكن المظلمة، و ١٤% يخافون من عض الحيوانات، و ١٣% يخافون السقوط والمرض والحوادث والعمليات الجراحية. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٦٤).

وتشير دراسة جرانيل دي الداو وآخرين (Graneli de aldaz.et.al ,1984) أن نسبة انتشار رفض المدرسة من قبل الأطفال بلغ (٤%) وذلك لدى إجمالي عينة قوامها (١٠٣٤) طفلاً بمدى عمري يتراوح ما بين (٣-١٤) عاماً. (أبو زيد، ٢٠٠٩، ٣٤).

أنواع المخاوف المرضية:

وهناك أنواع مختلفة للمخاوف المرضية منها:

١. المخاوف من الأماكن المفتوحة:

تعتبر هذه المخاوف مزيجا بين خوفين محددتين أولهما الخوف من أن يكون الفرد بمفرده وخوفه من أن يترك المألوف والذي نفترض أنه البيئة المنزلية الآمنة ويبدو أن الخوف من ترك البيت هو العامل الأكبر في الخوف من الأماكن المفتوحة، ومع ذلك فإن العديد من الأطفال المصابين بالخوف من الأماكن المفتوحة يقل خوفهم من الخروج من البيت عندما يصاحبهم شخص ودود. فالأطفال المصابون بالخوف الأماكن المفتوحة عادة إما يكونون منطوين وانسحابين ومكتئبين للغاية ويعانون من العديد من الأعراض النفسية مثل فقدان الشهية، والإحساس بالغثيان، واضطراب النوم، وبالصداع. (وولمان، ٢٠٠٦، ١٢٦).

٢. المخاوف الاجتماعية:

هي اضطرابات غير منطقية تنجم عند تعرض الفرد لإحراج في مواقف اجتماعية، تتطلب مسؤوليات إنجازية محددة مؤديا كل ذلك إلى تجنب الفرد التعامل مع الآخرين والانعزال عن الواقع ومن المخاوف الاجتماعية المخيفة للفرد: الحفلات والاجتماعات العامة، وتناول الطعام مع الآخرين، وإلقاء كلمة أمام الجمهور، والتحدث مع الآخرين، ومقابلة أناس جدد. (عبد الله، ٢٠٠٦، ٢٤٢).

٣. المخاوف الخاصة:

هي اضطرابات الخوف أو الهلع والذعر التي تنتاب الفرد نتيجة إحساسه بالمشاهدة أو السماع أو عن طريق لمس الأشياء، مؤدياً ذلك إلى تجنبها والانسحاب من مواقفها، ومن أمثلة المخاوف الخاصة مايلي:

- الخوف من حيوانات محددة مثل: الأفاعي، والزواحف، والكلاب، والقطط، والفئران، والحشرات.
- الخوف من المظاهر الطبيعية مثل: والفيضانات والعواصف والبحار، والأنهار الهائجة. والأماكن المرتفعة مثل: الأبنية والجبال المنحدرة العالية.

- الخوف من بعض المواقف الخاصة: مثل المواصلات العامة، والأنفاق، والمصاعد والركوب بالطائرة، وقيادة السيارة، والأماكن الضيقة، والجسور، والممرات أو الأودية السحيقة. (عبد الله، ٢٠٠٢، ٢٤٢).

٤. الخوف من المدرسة:

الإحجام أو رفض الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء في المدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام أو الرفض في صورة استجابات طبيعية أو شكاوي جسمية يقنعون بتأديهم بإبقائهم في المنزل، ومن هذه الشكاوي، الصداع، وألم البطن، والغثيان، والإسهال، والإمساك، والتقيؤ. إن المصدر الحقيقي للخوف من المدرسة حينئذ ليس من شكاوهم المتزايد ولكن من تقلبهم وعدم ثباتهم وأحياناً عدم الشعور والجمود، ويظهر الخوف المدرسي غالباً في أي وقت أثناء سنوات الدراسة إلا أن القضايا المرتبطة به تتغير مع العمر، وتظهر ميول الخوف المدرسي لدى الأطفال في المراحل الأولية؛ خاصةً في مرحلة العمر من (٥-١٠) سنوات، وفيها يعبر الطفل عن خوف شديد عند حضوره للمدرسة ويتمنى أن يظل في البيت. (عبد الله، ٢٠٠٦، ٢٤٢).

مثيرات مخاوف الأطفال:

وعموماً يمكن أن تصنف الأشياء التي تثير الخوف عند الأطفال إلى الآتي:

١. أشياء مؤذية: هي المخاوف المحسوسة والتي لها مصادر واقعية ومحددة، يلمسها الآباء في أطفالهم بسهولة، لأنهم يعبرون عنها بوضوح مثل الثعابين والحيوانات المفترسة والنار والسقوط تحت السيارات والعقارب والعمليات الجراحية. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٦٤)
٢. أشياء يتوقعون الأذى منها: مثل ركوب الطائرة أو الباخرة أو الأماكن المرتفعة أو المزدحمة أو الظلام ومن الأشخاص مثل الشرطي أو الطبيب أو الحشرات مثل الصراصير والخنافس، وبعض الحيوانات مثل الثعابين. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٦٤).
٣. أشياء غير ملموسة: لا يعرفون حقيقتها، ويتوهمون فيها الأذى مثل الأشباح والعمالقة. أما المخاوف غير المحسوسة فهي تلك التي تكون محددة المصدر كالخوف من الموت أو من الحيوانات. (محمود، ٢٠٠٤، ٢٠).

أسباب المخاوف:

كما ورد عن (الحجازي، ٢٠٠٩، ١٧٥) فإن أهم أسباب المخاوف المرضية التي تنتاب الطفل:

١. ينشأ الخوف في نفس الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية للآخرين وتقليدهم، وتنتقل المخاوف للأطفال عن طريق الأم والأب أو المربية في المدرسة.
٢. ينشأ الخوف نتيجة لإتباع الأساليب الخاطئة في تربية الطفل، مثل وضع الطفل في غرفة مظلمة.
٣. ينشأ الخوف أيضاً من الجو الصاخب في الأسرة لأي شجار واستخدام الألفاظ غير المستحبة والمعارك المستمرة بين الكبار، التي يفقد الطفل الشعور من خلالها بالأمن وبالتالي يفقد الثقة بنفسه.
٤. الصدمات النفسية التي يتعرض لها الطفل، فيشعر بخوف ويمتد لفترات طويلة، مثل التعرض لهجوم قط أو كلب أو الخوف من الاستحمام بسبب التعرض للانزلاق فجأة.
٥. وينشأ الخوف لدى الطفل أو الفرد الضعيف جسدياً عندما تؤدي حالة الضعف إلى ضعف المقاومة والشعور بالعجز.

النظريات المفسرة للمخاوف المرضية:

نظرية التحليل النفسي:

إن تفسير الخوف وفقاً لوجهة نظر نظرية التحليل النفسي psychoanalysis هي ردود أفعال مزاجية مرتبطة بالقلق محولة أو منقولة من مواقف أخرى، واستبدالات لمخاوف من دوافع مكبوتة. (الطواب، ٢٠٠٨، ٢٦٠).

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الفرد يعاني صراعاً عصبياً بين نوازعه وغرائزه من ناحية ومثله ومعايير المجتمع من ناحية أخرى، وبما إن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف، فإنه يسقط هذا الخوف الداخلي على موضوع خارجي من خلال ميكانيزم الإزاحة أو النقل. (غانم، ٢٠٠٦، ٦٢).

النظرية السلوكية:

يعتمد أنصار هذا الاتجاه في تفسير الاضطراب الرهابي على ميكانيزم التشريط فالرهاب قد مر في الماضي، وغالبا مايتعرض الفرد في مرحلة الطفولة لخوف شديد، ولكن يظل الارتباط قائما بين هذا الموقف وخبرة الخوف المؤلمة، ولذلك فإن المخاوف وخاصة حين نقرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة. (غانم، ٢٠٠٣، ٦٣).

الخوف ماهو إلا تعلم اجتماعي سالب وخاطئ يحتاج إلى تصويب، ورأى ماركس، (Marks, 1969) أن الخوف يمكن تفسيره في ضوء النمذجة Modeling وعاد باندورا (١٩٧٧) ليؤكد عامل الفعالية الذاتية وضعفها في حال الخوف وأن لاسبيل لعلاجها إلا بشحد فعالية ذات الطفل. (ابو زيد، ٢٠٠٩، ٣٨).

ويرى علماء النفس السلوكيون أن الفرد يتعلم الخوف بطريقة مباشرة، ويمكن اكتساب المخاوف بالاستجابة الشرطية حين ترتبط المثيرات المحايدة بأشياء وصور وأفكار مثيرة للقلق، فتتفرح نظرية التعلم التفسير الاشتراطي لحالات الخوف، فحقيقة الخوف مرتبطة بحادث معين قد تعرض لها الطفل مسبقا. (الطواب، ٢٠٠٨، ٢٦٠).

النظرية البيولوجية:

ترى كالين (Kalin, 1993) أن النظرية البيولوجية تعد من التيارات الحديثة في دراسة الخوف، وهي تفسر الخوف أو الرهان في ضوء وجود استعداد أو تهيؤ بيولوجي عصبي لذلك. (ابو زيد، ٢٠٠٩، ٣٦).

النظرية المعرفية:

أصحاب الاتجاه المعرفي فسروا الخوف أو الرهاب أنها التي يمزج أصحابها الرؤية المعرفية بنظيراتها الوجدانية في تفسير الرهاب وذلك من خلال الأبعاد الآتية: إدراك التهيؤ القومي، وسوء استقبال الإدراكات، وعوامل وجدانية سالبة مثل: الخجل، والإحراج، والسلبية في تصور أحكام الآخرين. (ابو زيد، ٢٠٠٩، ٣٦).

ويعتقد الفرد أنه محط لأنظار الجميع الذين ينتقدونه وعادةً مايشعرون بمشاعر سلبية تجاهه. وهذه الأفكار هي نتيجة الإدراك الخاطئ التي يجب على الاتجاه المعرفي السلوكي التعامل معها. (آرثر بل، ٢٠٠٦، ١٥٦).

ثانياً: الدراسات السابقة:

١. دراسة بات وميد وبوني وفيليب و يونج (Pat, Med, Bonnie, Philip, Young,1982):

"صعوبات التعلم كعوارض لأطفال يعانون من الكآبة".

بحثت الدراسة صعوبات التعلم كعوارض لأطفال يعانون من الكآبة، وهدفت إلى الكشف عن وجود الكآبة لدى الأطفال بالمدارس والتي قد لا تكون ملاحظة من قبل معلمي المدارس، حيث تم البحث في عينة مكونة من (٢٨٢) طالب مندرجين في وحدة الطب النفسي العائلي لمختلف السلوكيات والانفعالات المضطربة، وقد تم استخدام اختبار مستوى الانجاز الشخصي(wrat)، و الاختبار التحصيلي الفردي للجسم (piat)، الذي تم إعداده من قبل وحدة المعلمين لحل المشكلات، وأظهرت النتائج أن (١٥٣) طفلاً و بنسبة(٥٤%) يعانون من الاكتئاب منهم (١١٧) ذكر، و (٣٦) أنثى، من عمر (٦-٨) عاماً حيث بلغت نسبة الذكور إلى الإناث مابين (٦-١) أما المرحلة العمرية مابين (٩-١١) عاماً فقد بلغت نسبة الاكتئاب لدى الذكور إلى الإناث من (٣-١) أما المرحلة العمرية الأخيرة (١٢-١٣) عام فقد كانت نسبة الذكور إلى الإناث بمعدل (١,٥ - ١).

٢. دراسة ستيفنسون و رومني (Stevenson D.T & Romney D.M, 1984):

"مدى شيوع الاكتئاب عند أطفال ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الأطفال الأكثر اكتئاباً والأقل اكتئاباً، ومدى شيوع الاكتئاب عند أطفال صعوبات التعلم، حيث تم استخدام قائمة الاكتئاب للأطفال، والاختبار القبلي والبعدي للقدرات وقد تكونت عينة الدراسة من (١٠٣) طفلاً من عمر (٨-١٣) عام، وقد كانت نسبة الأولاد إلى البنات (٥:١)، وأظهرت النتائج انه لم ترصد أية اختلافات بين المجموعتين سواءً من ناحية العمر، الجنس، الذكاء، نوع صعوبة التعلم، أو حتى توقع الوالدين. وبالرغم انه تم تخمين أن صعوبات التعلم عند الأطفال قد يؤدي إلى الاكتئاب إلا أنه لم يتم التأكيد على هذه الفرضية بشكل دال معنوياً.

٣. دراسة كريستينا ودونالد (Christina&Donald, 1989):

"القلق والكآبة وأسلوب العزو في تعليم الأطفال القادرين على التعلم وغير القادرين على التعلم".

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين القلق والكآبة وأسلوب العزو في تعليم الأطفال القادرين على التعلم وغير القادرين على التعلم، وتم استخدام أدوات القياس الآتية: قائمة الأسئلة النمطية، وقائمة الاكتئاب للأطفال، حيث تكونت عينة الدراسة من ٦٢ طفلاً (٤٤ ذكراً) و(١٨ أنثى)، من (فلوريدا، ميامي، ومسقط رأس آباء الأطفال، والمدارس الحكومية)، وقد تراوح عمر الأطفال ما بين (٨-١٣) عام، فقد تم توزيع العينة على ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تكونت من (١١) طفلاً، من هم جدد على نظام صعوبات التعلم، والمجموعة الثانية من (٢٠) طفلاً، ممن هم في فصولهم لأكثر من عام لنظام صعوبات التعلم، أما المجموعة الثالثة فقد تكونت من (٣١) طفلاً، وهم خليط ما بين المجموعة الأولى والثانية، وقد دلت النتائج على أن الأطفال المدرجين في الصفوف الجديدة لم يحصلوا على مستويات عالية من الكآبة والقلق أو حتى التكيف مع نوع التعليم، عكس أولئك الأطفال الذين تعودوا على وضعية التربية الخاصة. وفي المقابل توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين المدمجتين، والمجموعة الضابطة في عاملي القلق والكآبة.

٤. دراسة كارول وبيلي (Carol&Billy, 1992):

" عوارض الكآبة لدى أطفال ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى البحث عن مدى ارتباط الكآبة كعوارض لدى أطفال ذوي صعوبات التعلم في عينة من المدارس الحكومية للمرحلة الابتدائية، إذ يرى بعض الباحثين أن صعوبات التعلم تسهم في ظهور أعراض اكتئاب مرحلة الطفولة، بينما يتعامل آخرون مع الاكتئاب كسبب للصعوبات المعرفية بما فيها صعوبات التعلم، وقد تم استخدام قائمة الاكتئاب عند الأطفال. حيث بلغ عمر أفراد العينة ما بين (٨-١١) عام إذ بلغ عدد أفراد العينة (٥٣) فرداً، منهم (٣٧) ذكر، و(١٦) أنثى، تم اعتبارهم من فئة صعوبات التعلم (LD) بواسطة معايير حكومية للولايات المتحدة الأمريكية، حيث صنف (٣٥,٨٥%) منهم في نطاق الاكتئاب وأظهرت النتائج عدم وجود فروق كبيرة ودلالة إحصائية عند مقارنة التقارير الذاتية للأطفال وتقارير أولياء الأمور حول أعراض الاكتئاب لدى أطفالهم.

٥. دراسة جبريل (١٩٩٧):

"بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الإعدادية في ضوء الجنس والمادة الدراسية".

استهدفت الدراسة التعرف إلى نسبة شيوع صعوبات التعلم لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية ومدى اختلاف هذه النسبة في ضوء الجنس ومجال صعوبات التعلم، وكذا التعرف على الخصائص السلوكية النفسية والاجتماعية لذوي صعوبات التعلم ومدى اختلافها في ضوء الجنس ومجال صعوبات التعلم ومدى اختلافها مع العاديين من الذكور والإناث في مادة اللغة العربية والرياضيات. واستخدمت الدراسة اختبار الذكاء غير اللفظي ومقياس الاتجاهات نحو المدرسة، ومقياس التوافق الدراسي، ومقياس فقدان الأمن. وقد بلغت عينة الدراسة (٣٤٥) تلميذا وتلميذه منهم (١٧٣) تلميذ، و(١٧٢) تلميذه. وتمت المعالجة الإحصائية من خلال استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون، وتوصلت الدراسة إلى أن اختلاف الخصائص النفسية والاجتماعية لذوي صعوبات التعلم يختلف باختلاف الجنس ومجال صعوبات التعلم.

٦. دراسة باتريك و مايكل (Patric&Michael ,1998) :

"السلوك الترابطي والمعرفي العقلي للاكتئاب لدى الطلبة المراهقين من ذوي صعوبات التعلم وغير صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى ارتباط السلوك المعرفي العقلي لدى الطلبة المراهقين من ذوي صعوبات التعلم وغير صعوبات التعلم في الاكتئاب، وفي مدى ارتباط التقييم الذاتي لأعراض الاكتئاب وبشكل واضح من اختلاف العمليات العقلية ودرجات التعزيز عند طلبة ذوي صعوبات التعلم، و طبقت استبيان الاكتئاب لبيك، واستبيان الصفات النمطية، وقائمة التفكير الاوتوماتيكي، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٣٢) طالباً منهم، (٣٣) طالباً من البالغين وذوي صعوبات التعلم و(٩٩) طالباً من غير ذوي صعوبات التعلم، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة ذوي صعوبات التعلم ومن غير ذوي صعوبات التعلم في شدة الاكتئاب، وأظهر طلاب ذوي صعوبات التعلم اشتراكهم في أنشطة غير جماعية أكثر من الطلاب من غير ذوي صعوبات التعلم. وقد تمت مناقشة هذه النتائج في سياق نظريات الاكتئاب في المعرفة والسلوك.

٧.دراسة كاثرينا وايرلني (Katharina &Arlene, 2000):

" تحديد العواطف من قبل أطفال المتوترين والذين عانوا من صعوبات تعلم".

هدفت الدراسة إلى النظر في كيفية تحديد مشاعر الأطفال الذي يعبر به للآخرين وهو تحديد العواطف من قبل أطفال متوترين ويعانون من صعوبات التعلم، تكونت عينة الدراسة من (٦٤) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) عاماً وهم يعانون من اضطرابات التوتر وصعوبات تعلم ذات طابع لغوي، وفي الحالتين تم قياسهما باستخدام اختبار حركة الدمج البصرية، واختبار التحصيل لمقدار التفاوت، ومن ثم تمت مقارنة النتائج حيث لوحظ أن الاختلاف في المجموعتين كان في قصور الإدراك السمعي للعواطف لأطفال ذوي صعوبات التعلم أما مجموعة الأطفال المتوترين فقد لوحظ استجاباتهم أكثر للحزن المسموع. إذ سجل الأطفال ذوي صعوبات التعلم قدرة أقل على التحفيز السمعي، وكثافة عاطفيه منخفضة، في حين أظهر الأطفال المصابون بالقلق دقة عالية للحزن السمعي.

٨. دراسة الدريت فان (Aldrete-phan, 2002):

"مقارنة استجابات التوتر للأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى مقارنة استجابات التوتر للأطفال ذوي صعوبات التعلم، والأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم، وتم استخدام قياس التعبير عن الذات للأطفال، واختبار تحديد التوتر داخل الموقف المدرسي، وقد اشتملت عينة الدراسة على طلبة الصفوف من(٦-١٢) من طبقات اجتماعية فقيرة ومتوسطة وغنية، وأشارت النتائج أن الطلاب الذين صنفوا من ذوي الاحتياجات الخاصة للتعلم والذين يتلقوا خدمات تربوية خاصة، حصلوا على نتائج سيئة في التوافق إذا ما قورنوا بقرنائهم غير المصنفين في التعليم المنتظم ومجمل النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن المعلمين لديهم إدراك حول توتر الطلاب والأساليب والاستراتيجيات المتبعة للتغلب على المشكلات لدى الأطفال كانت أكثر مما كان متوقعا.

٩. دراسة الهاجري (٢٠٠٢):

"دراسة لبعض الخصائص الشخصية والانفعالية لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم في القراءة، والعاديين بالمرحلة الابتدائية بمملكة البحرين".

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين التلميذات العاديات، وذوات صعوبات التعلم في القراءة من حيث الخصائص الشخصية والانفعالية لديهن في المتغيرات الآتية: القلق، والاكتئاب، والانبساط، والعصابية؛ وذلك من خلال استخدام أدوات ومقاييس للكشف عن مدى تواجدها لديهم منها: اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة لرافن العادي، ومقياس اختبار تحصيلي في مهارات القراءة للصف الثالث، ومقياس قلق الأطفال، واختبار أيزنك لشخصية الأطفال. و أجريت الدراسة على عينة من (١٠٠) تلميذة، منهن (٥٠) تلميذة من ذوات صعوبات القراءة، و(٥٠) تلميذة من العاديات، من خمس مدارس حكومية من مناطق مختلفة بمملكة البحرين، وذلك بعد تطبيق الاختبارات الخاصة باختيار العينة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠،٠١) في متغير القلق والاكتئاب.

١٠. دراسة سشراوفناجل (Schraufnagel, 2003):

"العلاقة بين الاكتئاب والإدراك - دراسة طولية وعرضية للأفراد ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى تحديد أي العمليات الادراكية التي لها صلة بأعراض اكتئاب معينة أو بالاكتئاب بشكل عام، حيث تم إجراء نموذج المعادلة التجريبية لاختيار النموذج الذي فحص كيفية العوامل العلاجية الادراكية الثلاثة (الشفهية، والتفكير المرئي، الانتباه، والذاكرة العملية)، التي ترتبط مع عوامل أعراض الاكتئاب الثلاثة (الحالة المزاجية، والخمولية، والإدراكية)، أخذت كاتلين المعلومات من نموذج المعادلات التركيبية لمجموعة من المعلومات الكبيرة لطلبة يعانون من صعوبات التعلم فقد تم اختيار (٤٠) طالباً من ذوي صعوبات التعلم من (٢٢٧) طالباً تم دراستهم مسبقاً وإعادة تقييمهم بعد مرور (٢٠-٢٥) عام. وقد أجريت لهم التحليلات الطولية لتحديد قوة التنبؤ لهذه العملية بعد مرور الوقت، وأيدت النتائج النموذج المقترح واكتشفت علاقة وطيدة بين التفكير الشفهي والأعراض الاكتئابية الإدراكية ولوحظ أيضاً اتجاه نحو مستوى تقليدي من الدلالة بين التفكير المرئي والأعراض الاكتئابية والإدراكية، و دلت النتائج على وجود دلالة على أداء الإدراك المرئي لقوة التنبؤ في مرحلة الطفولة وظهور أعراض الحالة المزاجية للاكتئاب في مرحلة المراهقة لفئة ذوي صعوبات التعلم، وبينت الصلة القوية في كل من المرحلة الأولى والثانية في أداء الانتباه والذاكرة العملية والأعراض الإدراكية للاكتئاب.

١١ . دراسة محمود وصابر (٢٠٠٤):

"بعض الخصائص النفسية والسلوكية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض الخصائص النفسية والسلوكية (تقدير الذات، مركزية الذات، القلق النفسي)، للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم على عينة مكونة من (٨٠) طفلاً منهم (٣٠) طفلاً عاديين، و(٥٠) طفلاً من ذوي صعوبات التعلم، تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٢) سنة، شملت الذكور والإناث من طلاب مرحلة التعليم الابتدائي والمتوسط بالكويت. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يحصلون على درجات مرتفعة على أبعاد القلق النفسي (الانفعالي، الفسيولوجي، المعرفي)، بينما يحصل الأطفال العاديون على درجات مرتفعة على أبعاد مركزية الذات (الاجتماعي- المزاجي)، (تقدير السلوك الشخصي، والتأزر الحركي، والتوجيه، والفهم السمعي)، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الذكور من ذوي صعوبات التعلم يحصلون على درجات مرتفعة على بعد الجسمية (مركزية الذات)، وبعد السلوك الشخصي (تقدير السلوك). بينما يحصل الأطفال الإناث على درجات مرتفعة في القلق النفسي العام. ولم تشر النتائج إلى وجود فروق بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم باختلاف نوع المرحلة التعليمية (الابتدائي)، وكذا باختلاف وجودهم بالفصول الدراسية (العادية والفصول الخاصة) على أبعاد الدراسة.

١٢ . دراسة ميركير (Mercer,2004):

" العلاقة بين قدرة الذات على التأثير وأعراض الاكتئاب والقلق عند المراهقين أصحاب صعوبات التعلم".

سعت الدراسة إلى فحص العلاقات بين قدرة الذات على التأثير وأعراض الاكتئاب والقلق لعينة من المراهقين بلغ عددهم (٨٣) طالباً، تتراوح أعمارهم ما بين (٣-١٧) عاماً، وفحصت الدراسة أيضاً العلاقات داخل مجموعتين فرعيتين من العينة، المجموعة الأولى تشمل طلبة مشتركين لديهم صعوبات تعلم، والمجموعة الثانية تشمل طلبة تم تصنيفهم كطلبة لديهم صعوبات في القراءة، وقد تم استخدام اختبار الانجاز الشامل الطبعة الثالثة، واختبار القراءة الصامتة، واستبانات قدرة الذات العاطفية والاجتماعية والدراسية على التأثير واستبيان التأييد الاجتماعي، واستبيان مجريات الحياة، وسلسلة اختبارات الاكتئاب للمراهقين لرينود، وسلسلة اختبار القلق المتعددة الأبعاد عند الأطفال، وقد أظهرت النتائج بأنه توجد فروق دالة إحصائية على تأثير قدرات الذات الاجتماعية على أعراض القلق والاكتئاب تشمل الطلبة المشتركين الذين

لديهم صعوبات في التعلم و لا توجد فروق دالة على تأثير قدرات الذات الاجتماعية على القراءة والدراسة، والمجموعة الثانية لم تظهر النتائج أي مستويات أعراض عالية حيث أن قدرات الذات على التأثير كانت بشكل اقل من المشاركين في المجموعة الأولى وقد كان انتشار أعراض الاكتئاب في هذه العينة أن النسبة (٦%) وهي اقل بشكل ملاحظ من التقديرات السابقة للمراهقين أصحاب صعوبات التعلم وعلى النقيض كان انتشار أعراض القلق بنسبة (١٠,٨%) والعلاقة بين الاكتئاب والقلق (٣,٦%) وهي تتناسق مع التقديرات السابقة للمراهقين.

١٣. دراسة مايكل ومارتن وارنولد وبيريندوفيليب (Michiel,Martin,Arnold,Berend :Philip,2004)

" التحليل التطوري لتقارير المخاوف من قبل الفرد في أواخر سن الطفولة إلى منتصف سن المراهقة، والتقدير الاجتماعي المرتفع للمخاوف".

بحثت الدراسة حول الاختلاف بين المخاوف المرتبطة بمخاطر محسوسة وتلك المرتبطة بتقدير المجتمع للفرد، وقد تم استخدام استبيان ولنديك لجدول الخوف ، وجدول مسح الخوف عند الأطفال(FSSSR)، ومقياس النضج الاجتماعي والمعرفي(BCE)، واختبار إكمال الجمل للصغار، ونموذج لوقينغر لمعايير تطورات الذات. وقد بلغت عينة الدراسة (٨٨٢) طفلاً ومراهق، تتراوح أعمارهم بين ٨-١٨ سنة تم توظيفهم للدراسة، وأظهرت النتائج ارتباط المخاوف بالنضج الإدراكي الاجتماعي أكثر من عمر الفرد.

١٤. دراسة الجمل (٢٠٠٤):

"فعالية برنامج إرشادي في تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي لعينة من تلاميذ ذوي صعوبات التعلم والبحث في فاعلية هذا البرنامج على خفض درجة الضغوط النفسية لديهم، واستعانت بأدوات الدراسة الآتية: استبانة الضغوط النفسية المرتبطة بصعوبات التعلم، واختبار الذكاء المصور، واستمارة تقييم أداء الطفل، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. واستخدم في الدراسة مقياس التكيف الاجتماعي، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٤٠) تلميذا وتلميذه قسمت إلى مجموعتين متجانستين تكون كل منهما من (٢٠) تلميذا وتلميذه، (١٠) ذكور، و(١٠) إناث، أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتمت المعالجة الإحصائية من خلال استخدام المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، واختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات. وتم تطبيق أدوات الدراسة التالية: استبانة الضغوط النفسية المرتبطة بالصعوبات، اختبار الذكاء المصور، استمارة تقييم لأداء الطفل، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وقد توصلت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة قد خفض الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي.

١٥. دراسة الزاير (٢٠٠٥):

"الأعراض الاكتئابية للأطفال ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض المتغيرات".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأعراض الاكتئابية للأطفال ذو صعوبات التعلم، وإلى معرفة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومغريات الجنس، والصف الدراسي (الرابع، والخامس، والسادس). استخدم الباحث قائمة الاكتئاب للأطفال، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٩١) طالباً وطالبة من أطفال ذوي صعوبات التعلم الملتحقين في غرف المصادر التابعة لوزارة التربية والتعليم في مدينة عمان، وقد بلغ عدد الطلاب الذكور (١٢٣) طالباً، وعدد الإناث (١٥٩) طالبة. وتمت المعالجة الإحصائية من خلال استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، واختبار (T-test)، لدلالة الفروق بين المتوسطات، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية. استخدمت الباحثة قائمة الاكتئاب للأطفال والتي قام بتعريبها واستخراج دلالات الصدق والثبات على البيئة الأردنية غيشان (١٩٩٤)، وأشارت النتائج إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم تعزى لمتغير الجنس، وفي ثلاثة أعراض فقط هي: (انخفاض الشهية، كراهية المدرسة، الشجار بين الذكور والإناث)، وقد كانت هذه الأعراض عند الإناث اعلي منها لدى الذكور في (انخفاض الشهية)، بينما كانت عند الذكور أعلى في (كراهية المدرسة، الشجار)، كما أشارت النتائج أن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية في الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم تعزى إلى متغير الصف الدراسي في (الأفكار الانتحارية، نوبات البكاء، اضطراب النوم، انخفاض الشهية، قلق حول وظائف الجسم بين الصفين الرابع والسادس)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الصف السادس في جميع الأعراض السابقة ماعدا في عرض القلق حول وظائف الجسم، فكانت الفروق لصالح الصف الرابع، في حين كانت هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين الصفين الخامس، والسادس في الإحساس

بالوحدة، وقد كانت هذه الفروق لصالح الصف الخامس، أما فيما يتعلق بالفروق في الدرجة الكلية للأعراض الاكتئابية فقد وجدت فروق بين الصفين الرابع والخامس تعزى لمتغير الصف الدراسي كانت لصالح الصف الخامس.

١٦. دراسة لي (Li, 2007):

"تقييم المخاوف وحالات القلق عند الأطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات تعلم وبطء في التقدم الذهني".

سعت الدراسة إلى فحص مخاوف التعبير عن الذات لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات التعلم وبطء في التقدم الذهني، وتم استخدام برنامج مسح الخوف لدى الأطفال، وقائمة ظاهرة القلق . وتكونت عينة الدراسة من طلبة ذوي صعوبات التعلم تراوحت أعمارهم من (٧-١٨) سنة، واطهر المراهقون الذكور ذوي البطء في التقدم الذهني أعلى مستويات الخوف المتعلقة بالفشل والتوبيخ بينما أظهرت الإناث مستويات أعلى من الذكور في الخوف إجمالياً، والمخاوف المتعلقة بالإصابات الصغيرة والحيوانات الصغيرة، والقلق والحساسية المفرطة.

١٧. دراسة أحمد (٢٠٠٨):

"العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم".

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج علاجي يعمل على تحسين صور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم، ومقارنة فاعليته في تحسين صور التلعثم الثلاث (التوقف، والتكرار، والتطويل) لدى الأطفال المتلعثمين، وتم استخدام اختبار الذكاء المصور، ومقياس وكسلر لذكاء الطفل، واختبار تشخيص صعوبات التعلم، واختبار بندر جشطلت البصري والحركي، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، واختبار شدة التلعثم، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠) تلميذاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية من ذوي صعوبات التعلم ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) سنة، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وقوامها (١٥) تلميذاً، والمجموعة الضابطة وقوامها (١٥) تلميذاً، وتمت المعالجة الإحصائية من خلال استخدام اختبار(ت)، واختبار كروس كال- واليز لتحليل التباين في اتجاه واحد، واختبار توكي للمقارنة بين المتوسطات. وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية وجدوى البرنامج النفسي التخاطبي بالنسبة للأطفال المتلعثمين عينة الدراسة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم في خفض شدة التلعثم لديهم

في صورته التكرارية وكذلك خفض درجة شدة التلثم في صورته التطويلية والتوقفية، ويرجع ذلك إلى الطرق الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي كالإرشاد الجماعي والأساليب المتضمنة. كما أن تضمين البرنامج الإرشادي لطريقة التحصين التدريجي ساعد على تخليص الطفل المتلثم إلى حد ما من الخوف والتردد الموجودين لديه، نتيجة اضطراب نطقه وقصور قدرته على التواصل.

١٨. دراسة جاين و كينيث و كراول وجوسي (Jayne ,Kenneth ,Crowel,Joyce,2009):
"القلق لدى الأولاد الذين يعانون من ضعف الانتباه واضطراب النشاط المفرط المصاحب وغير المصاحب باضطراب تقلص لإرادي في عضلات الوجه المزمن والمتعدد".

هدفت الدراسة إلى فحص الحالات السلوكية والنفسية والاجتماعية المصاحبة للقلق في عيادة لمعالجة الأولاد الذين يعانون من ضعف الانتباه واضطراب النشاط المفرط المصاحب وغير المصاحب باضطراب تقلص لإرادي في عضلات الوجه المزمن والمتعدد، تكونت عينة الدراسة من (٦٥) طالباً يعانون من ضعف الانتباه واضطراب النشاط المفرط، و(٩٥) لطلبة آخرين يعانون من اضطراب تقلص لا إرادي وبمعايير الأعراض لأمراض الطب النفسي أو العقلي وب عوامل مخاطرة الصحة الذهنية وبالآداء الاجتماعي والدراسي، وأثبتت النتائج أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب تقلص لا إرادي لديهم قلق أكثر حده وكفاءة اجتماعية أقل ويستطيعون التعايش مع الوالدين بشكل أكثر من الأولاد الذين يعانون من ضعف الانتباه واضطراب النشاط المفرط.

١٩. دراسة الفضلي (٢٠٠٩):

"فاعلية برنامج تدريبي لتعديل صعوبات القراءة وبعض المتغيرات النفسية لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لتعديل صعوبات القراءة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة(القلق، ودافعية الانجاز) لدى الأطفال في مرحلة التعليم الأساسي للصف الثاني الأساسي في محافظة ظفار بسلطنة عمان. تم استخدام البرنامج التدريبي لخفض صعوبات التعلم، والمقاييس النفسية لتشخيص صعوبات القراءة، والقلق، ودافعية الانجاز. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) فرداً قسمت إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وأخرى ضابطة، وقد تكونت كل مجموعة من (١٥) تلميذ وتلميذة، في الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ممن

تراوح المتوسط الحسابي لأعمارهم (٨,٢١)، وانحراف معياري مقداره (٠,٦٧)، وقد تم التجانس بين أفراد المجموعتين، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي حيث انخفضت درجات القلق في القياس البعدي، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في القلق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي، حيث انخفضت درجة القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية بينما ظلت درجة القلق مرتفعة لدى أفراد المجموعة الضابطة. كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في القلق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، حيث استمرت درجة القلق في الانخفاض حتى القياس التتبعي.

٢٠. دراسة جيليفري و كاب (McGilivray & McCabe, 2010):

" اكتشاف وعلاج الاكتئاب عند الأفراد ذوي صعوبات عقلية معتدلة"

هدفت الدراسة حول اكتشاف أسباب وجود الاكتئاب لدى الأفراد ذوي الصعوبات العقلية المعتدلة، وقد تم استخدام أسئلة المقابلة الشخصية للمكتئبين فقد بلغت عينة الدراسة (٦٤) فرداً ممن يعانون من صعوبات عقلية ومن هم بارعين في العناية بالصحة والأسرة والمشرفين المهتمين بالعوامل والصفات الخطرة للاكتئاب، وأظهرت النتائج أن الكثير من الأشياء تثير الشخص المكتئب الذي لا يريد أن يؤدي أي أعمال وينعزل بنفسه وربما يصاب بنوبة غضب قد تؤدي إلى الضرر به، ومن الأمور الهامة التي تساعده على الخروج من هذه الحالة العثور على أصدقاء صالحين.

٢١. دراسة العلمي (٢٠١٠):

"فصائل الدم وبعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الطلاب والطالبات ذوي صعوبات التعلم والعاديين في المرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة".

هدفت الدراسة إلى إيجاد العلاقة بين فصائل الدم وصعوبات التعلم وبعض الاضطرابات النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم والعاديين من طلاب وطالبات المرحلة الابتدائية وذلك من خلال التعرف على فصيلة الدم التي بها أعلى نسبة من ذوي صعوبات التعلم، والاضطرابات النفسية، ومحاولة استخدام النتائج كمؤشر بيولوجي (جينى) للتعرف على ذوي صعوبات التعلم، وعلى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب- القلق- العدوان). والتعرف على الفروق بين ذوي صعوبات التعلم من الجنسين في فصائل الدم، والاضطرابات النفسية (الاكتئاب- القلق- العدوان).

وطبقت استمارة البيانات الأولية عن الطلبة، ومقياس القلق العام للأطفال والمراهقين، ومقياس الاكتئاب لدى الأطفال، ومقياس العدوان لدى الأطفال، وقد بلغ حجم العينة (٥١٧) طالب وطالبة وهم موزعون كآتي: (٧٦) طالب من ذوي صعوبات التعلم، و(١٩) طالبة ذوات صعوبات التعلم، و(٢٩٦) طالب من العاديين، و(١٢٦) طالبة من العاديين، وقد تم استخدام الطرق الإحصائية التالية سيبرمان وبروان ومعامل ألفا كرونباخ، واختبار (T- test)، واختبار تحليل التباين والتكرارات والنسب المئوية، وقد أظهرت النتائج الآتي:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والطلاب العاديين في الاكتئاب، ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات ذوي صعوبات التعلم والطالبات العاديات في الاكتئاب عند مستوى دلالة (٠,٠٥) لصالح طالبات ذوات صعوبات التعلم.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والطالبات ذوي صعوبات التعلم والعاديين في القلق، وذلك بسبب ارتفاع مستوى القلق لدى العينة ككل.
٣. لا يتوزع طلاب وطالبات صعوبات التعلم بين فصائل الدم المختلفة بنسب متساوية في القلق والاكتئاب والعدوان، ويوجد تأثير واضح للجنس على توزيع طلاب وطالبات صعوبات التعلم بين فصائل الدم المختلفة.

ثالثاً: مناقشة الدراسات السابقة:

تناولت معظم الدراسات السابقة الخصائص النفسية والشخصية للطلبة ذوي صعوبات التعلم كدراسة محمود وصابر(٢٠٠٤)، والهاجري(٢٠٠٢)، وجبريل(١٩٩٧)، حيث اهتمت ببعض الخصائص النفسية والانفعالية. ودراسة الفضلي(٢٠٠٩)، التي هدفت إلى تعديل صعوبات القراءة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة (بالقلق، ودافعية الانجاز) ودراسة أحمد(٢٠٠٨)، التي هدفت إلى تحسين صور التلعثم لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم، ودراسة الجمل (٢٠٠٤)، التي هدفت إلى خفض درجة الضغوط النفسية لعينة من تلاميذ ذوي صعوبات التعلم. غير أن قلة من الدراسات تناولت الاضطرابات النفسية لذوي صعوبات التعلم ومنها دراسة الزاير(٢٠٠٥)، ودراسة العلمي (٢٠١٠).

اتفقت معظم الدراسات السابقة في أهدافها ببحث الاضطرابات النفسية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، فبعض الدراسات هدفت إلى مقارنة استجابات التوتر لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم، كدراسة الدريت-(Aldrete, 2002) ، ودراسة كاثرينا وايريلني (Katharina & Arlene, 2000)، التي هدفت إلى تحديد العواطف من قبل أطفال متوترين ويعانون من صعوبات التعلم . وهناك دراسات تحدثت عن اضطراب الاكتئاب ومدى شيوعه لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم كدراسة سشراوفناجل (Schraufnagel, 2003)، التي هدفت إلى تحديد العمليات الإدراكية التي لها صلة بأعراض الاكتئاب ودراسة كارول وبيلي(Carol & Billy, 1992)، التي هدفت إلى البحث عن مدى ارتباط الكآبة كعوارض لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم ودراسة جيلفيري وكاب(McGilivraye & McCabe, 2010)، التي هدفت إلى اكتشاف أسباب وجود الاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم. ودراسة باتريك ومايكل(Patric & Michael, 1998)، التي هدفت إلى معرفة مدى ارتباط السلوك المعرفي العقلي بالاكتئاب لدى الطلبة المراهقين من ذوي صعوبات التعلم. وهناك دراسات تحدثت عن مدى وجود المخاوف لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم مثل دراسة لي(Li, 2007)، التي هدفت لمعرفة مدى تواجد المخاوف في التعبير عن الذات لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم، ودراسة مايكل وآخرون(Michiel.P, et, al, 2004) التي هدفت إلى التعرف على المخاوف المرتبطة بمخاطر محسوسة وتلك المتعلقة بتقدير المجتمع للفرد. وهناك دراسات تحدثت عن العلاقة بين قدرة الذات على التأثير وأعراض الاكتئاب والقلق عند المراهقين أصحاب صعوبات التعلم كدراسة ميركير(Mercer, 2004)، ودراسة كريستينا

و دونالد (Christina&Donald,1989)، التي هدفت إلى المقارنة بين القلق والكآبة وأسلوب العزو في تعليم الأطفال القادرين على التعلم وغير القادرين على التعلم.

معظم الدراسات السابقة استخدمت عينات كبيرة من ذوي صعوبات التعلم كدراسة الزاير(٢٠٠٥)، ودراسة جيريل (١٩٩٧)، ودراسة بات وآخرون(Pat, et,al,1982)، ودراسة مايكل وآخرون(Michiel,et, al,2004)، وجميعها بحثت في عينات شملت طلبة من ذوي صعوبات التعلم و من غير ذوي صعوبات التعلم في حين استخدمت دراسات أخرى عينات متوسطة كدراسة الهاجري(٢٠٠٢)، ودراسة محمود وصابر(٢٠٠٤)، وهناك عينات صغيرة كدراسة الجمل (٢٠٠٤) ودراسة أحمد (٢٠٠٨) ودراسة الفضلي (٢٠٠٩)، ودراسة كارول وبيلي (Carol&Billy, 1992)، ودراسة كريستينا ودونالد (Chritina&Donald, 1989). وقد أعطت هذه الدراسات مؤشرات للدراسة الحالية أفادت منها في طريقة اختيار العينة بصورة شاملة.

معظم الدراسات استخدمت الاستبانات أو المقاييس في جمع البيانات ولكن الاختلاف فيما بينها يكمن في تصميم الأداة، فبعض الدراسات استخدمت أداة من تصميم الباحث، كدراسة جيلفر وكاب (McGilivraye&McCabe,2010)، حيث استخدم الباحثان أدوات الملاحظة وأسئلة مقابلة متعددة عن الاكتئاب، غير أن دراسات أخرى طوروا أدوات قياس لباحثين آخرين، كدراسة سشراوفناجل (Schraufnagel,2003)، كما استخدمت بعض الدراسات مقياسا واحدا مثل دراسة الزاير(٢٠٠٥)، ودراسة كارول وبيلي (Carol&Billy, 1992)، في حين استخدمت دراسات أخرى مقاييس عدة لقياس أهدافها، مثل دراسة الفضلي (٢٠٠٩)، وأحمد(٢٠٠٨)، ولي (Li, 2007)، والجمل(٢٠٠٤)، وميركير(Mercer,2004)، ودراسة مايكل وآخرون(Michiel,et,al,2004)، ودراسة الهاجري (٢٠٠٢)، وكاترينا وايرليني (Katharina &Arlene,2000)، ودراسة باتريسي (Patric&Michael, 1998)، ودراسة جيريل (١٩٩٧)، ودراسة كريستينا ودونالد (Christina&Donald, 1989)، ودراسة بات وآخرون(Pat,et,al, 1984)، ودراسة ستيفنسون ورومني(Stevenson&Romney, 1984).

واغلب ما اطلعت عليه الباحثة من الأدوات التي استخدمتها الدراسات السابقة أفادتها في تحديد مايمكن تحديده من مجالات وابتعاد، وفي الاستفادة من المحتوى والاعتماد عليه في صياغة الفقرات ودمج المقاييس مع بعضها لتصميم المقياس الحالي.

لقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة وجود الاضطرابات النفسية لدى طلبة صعوبات التعلم، حيث أجمعت معظمها وبدلالة إحصائية حول ظهور الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم، كدراسة العلمي (٢٠١٠)، حيث أظهرت نتائجها وجود اضطرابات نفسية لدى طلبة صعوبات التعلم مثل (الاكتئاب)، لكن لم تظهر القلق لديهم، وقد أظهرت نتائج دراسة محمود وصابر (٢٠٠٤)، أن الإناث من ذوات صعوبات التعلم قد حصلوا على درجات مرتفعة في القلق النفسي العام، ولكن لم تظهر القلق لدى الذكور. وأسفرت دراسة الزاير (٢٠٠٥)، عن وجود الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم وقد كانت هذه الأعراض عند الإناث أعلى منها لدى الذكور في انخفاض الشهية، بينما كانت عند الذكور أعلى في كراهية المدرسة، والشجار. أما دراسة الهاجري (٢٠٠٢) فقد أوضحت بأن توجد هنالك اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم عند مستوى دلالة (٠,٠١). أما دراسة بات وآخرون (Pat,et,al,1982)، فقد أظهرت نتائجها أن من بين (١٥٣) طفلاً، توجد نسبة (٥٤%) منهم يعانون من الاكتئاب. وفي دراسة كارول وبيلي (Carol&Billy,1992) صنف الأطفال ذوي صعوبات التعلم وبنسبة (٣٥,٨٥%) منهم في نطاق الاكتئاب، ودراسة ميركير (Mercer,2004)، إذ وجدت تأثير لقدرات الذات الاجتماعية على ظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم، وكما في دراسة شراوفناجل (Schraufnagel,2003)، فقد دلت نتائج دراسته أن هناك دلالة كبيرة على أداء الإدراك المرئي لقوة التنبؤ في مرحلة الطفولة وظهور أعراض الحالة المزاجية للاكتئاب في مرحلة المراهقة لفئة ذوي صعوبات التعلم. وهناك دراسات كشفت وجود القلق والتوتر لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم كدراسة كاثرينا وايرليني (Katharina &Arlene,2000) حيث سجل الأطفال قدرة أقل على التحفيز السمعي وكثافة عاطفية منخفضة في حين أظهر الأطفال المصابون بالقلق دقة عالية للحزن السمعي، أما بالنسبة لاضطرابات الخوف فقد ظهرت لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبات في التعلم كدراسة لي (Li,2007)، التي أسفرت عن أعلى مستويات الخوف إجمالاً لدى الإناث. ودراسة مايكل وآخرون (Michiel,et,al,2004)، التي أظهرت النتائج فيها ارتباط المخاوف بالنضج الإدراكي الاجتماعي .

ركزت بعض الدراسات على تأثير متغيرات الجنس والمرحلة العمرية والمرحلة التعليمية في حدة ظهور الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم. ففي دراسة لبات وآخرون (Pat, et al, 1982) ، كشفت النتائج أن نسبة اكتئاب الذكور إلى الإناث كانت من (٦-١) في المرحلة العمرية من (٦-٨) سنوات في حين بلغت نسبة الاكتئاب لدى الذكور إلى الإناث (٣-١) في المرحلة العمرية (٩-١١)، أما المرحلة العمرية الأخيرة التي تراوحت ما بين (١٢-١٣) فقد كانت نسبة الذكور إلى الإناث بمعدل (٥-١،١).

أما دراسة محمود وصابر (٢٠٠٤) فقد دلت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من ذوي صعوبات التعلم باختلاف النوع المرحلة التعليمية الابتدائية وباختلاف وجودهم بالفصول الدراسية، في حين كشفت دراسة الزاير (٢٠٠٥)، أن الأعراض الاكتئابية لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور وذلك عند مستوى دلالة إحصائية بدلالة (٠,٠١) في انخفاض الشهية بينما كانت عند الذكور أعلى في (كراهية المدرسة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، و(الشجار) عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وكشفت دراسة ستيفنسون ورومني (Stevenson&Romney, 1984)، بعدم ثبات فرضية أن صعوبات التعلم عند الأطفال قد تؤدي إلى الاكتئاب بشكل دال معنويًا بنسبة (٥:١) للأولاد إلى البنات ، أما بالنسبة لدراسة لي (Li, 2007)، فقد أظهرت أن المراهقين الذكور من ذوي البطء في التقدم الذهني حصلوا على أعلى مستويات الخوف في الفشل والتوبيخ أما الإناث فقد أظهرن مستويات أعلى من الذكور في الخوف إجمالاً.

ولقد أفادت نتائج الدراسات السابقة في بلورة عنوان الدراسة الحالية وأهدافها وإعطاء أهمية لدراسة تأثير كلا من الجنس والمرحلة التعليمية والعمرية على ظهور الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم.

الفصل الثالث
(منهجية الدراسة وإجراءاته)

أولاً: منهجية الدراسة.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها.

ثالثاً: أدوات الدراسة.

رابعاً: الأساليب الإحصائية.

تتناول الباحثة في هذا الفصل منهجية الدراسة الحالية وإجراءاتها متضمنة التعريف بمجتمع الدراسة وعينتها، ووصف أدوات الدراسة، وكيفية إعدادها، وطرق التحقق من صدقها وثباتها، وإجراءات تطبيقها، وانتهاءً بأساليب المعالجة الإحصائية.

أولاً: منهجية الدراسة.

منهجية الدراسة التي ستتبعها الباحثة المنهج الوصفي المسحي، وحسب أهداف الدراسة، فالمتغيرات المستقلة هي الجنس، والمرحلة التعليمية والمنطقة السكنية، أما المتغيرات التابعة فهي بعض الاضطرابات النفسية (القلق، والاكتئاب، والخوف).

ثانياً: مجتمع الدراسة.

تكون مجتمع الدراسة من جميع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في محافظة مسقط والبالغ عددهم (١٨٧) طالبا وطالبة في الصفوف : الخامس والسادس والسابع والثامن، بحسب إحصائية وزارة التربية والتعليم وتحديدًا المديرية العامة للتربية والتعليم بمسقط للعام الدراسي (٢٠٠٩-٢٠١٠) موزعين على المدارس التي تضم مع طلبتها العاديين طلبة من ذوي صعوبات التعلم في ولايات محافظة مسقط وعلى النحو الآتي:

١. ولاية السيب، إذ تضمنت المدارس الآتية:

- مدرسة زهرة قريش للبنات، وقد بلغ عدد طالباتها من ذوات صعوبات التعلم (١٤).
- مدرسة ناصر الخروصي للبنين، إذ بلغ عدد طلابها من ذوي صعوبات التعلم (٤٢).
- مدرسة عائشة بن عبد الله الراسبية للبنات، التي احتوت على (٢٢) طالبة من ذوات صعوبات التعلم.

٢. ولاية بوشهر، إذ تضمنت المدارس الآتية:

- مدرسة الشيخ أبو نيهان الخروصي للبنين، وقد بلغ عدد طلابها من ذوي صعوبات التعلم (٣٤).
- مدرسة فيض المعرفة للبنات، إذ بلغ عدد طالباتها من ذوات صعوبات التعلم (٣١).

- مدرسة أروى بنت عبد المطلب للبنات، التي احتوت على (١٤) طالبة من ذوات صعوبات التعلم.

٣. ولاية قريات:

إذ تضمنت المدارس الآتية:

- مدرسة دغمر للبنات، وقد بلغ عدد طالباتها من ذوات صعوبات التعلم (١٠).
- مدرسة زينب بنت أبي سفيان للبنات، التي احتوت على (٢٠) طالبة من ذوات صعوبات التعلم.

ويوضح الجدول (١) توزيع أفراد مجتمع الدراسة من ذوي صعوبات التعلم والولايات والمدارس التابعة لها في محافظة مسقط للعام الدراسي ٢٠٠٩-٢٠١٠م.

جدول (١)

توزيع طلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم على مدارس وولايات محافظة مسقط

| المجموع | عدد الطلبة | | المدرسة | الولاية |
|---------|------------|------|-----------------------------|---------|
| | إناث | ذكور | | |
| ١٤ | ١٤ | - | زهرة قريش | السيب |
| ٤٢ | - | ٤٢ | ناصر الخروصي | |
| ٢٢ | ٢٢ | - | عائشة بنت عبد الله الراسبية | |
| ٣٤ | - | ٣٤ | الشيخ أبو نبهان الخروصي | بوشر |
| ٣١ | ٣١ | - | فيض المعرفة | |
| ١٤ | ١٤ | - | أروى بنت عبد المطلب | |
| ١٠ | ١٠ | - | دغمر | قريات |
| ٢٠ | ٢٠ | - | زينب بنت أبي سفيان | |
| ١٨٧ | ١١١ | ٧٦ | المجموع | |

ثالثاً: عينة الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من طلبة الصفوف الخامس، والسادس، والسابع، والثامن، في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي بمدارس محافظة مسقط المسجلين للعام الدراسي ٢٠١٠/٢٠٠٩. حيث تم اختيار (٣١) طالباً وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، لاستخراج معاملات الصدق والثبات من مجتمع الدراسة الأصلي وبذلك بلغت عينة الدراسة الأساسية القصدية الشاملة (١٥٦) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، إذ تراوحت أعمارهم ما بين، (١٠-١٣) سنة. وقد استبعد منهم (٣) طلبة لعدم صلاحية استماراتهم للتطبيق، فأصبح بذلك عدد أفراد العينة الأساسية (١٥٣) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول رقم (٢)

توزيع العينة الأساسية لطلبة وطالبات ذوي صعوبات التعلم على مدارس وولايات محافظة مسقط

| المجموع | عدد الطلبة | | المدرسة | الولاية |
|---------|------------|------|-----------------------------|---------|
| | إناث | ذكور | | |
| ١٤ | ١٤ | - | زهرة قريش | السيب |
| ٢٨ | - | ٢٨ | ناصر الخروصي | |
| ٥ | ٥ | - | عائشة بنت عبد الله الراسبية | |
| ٣٤ | - | ٣٤ | الشيخ أبو نيهان الخروصي | بوشر |
| ٢٨ | ٢٨ | - | فيض المعرفة | |
| ١٤ | ١٤ | - | أروى بنت عبد المطالب | |
| ١٠ | ١٠ | - | دغمر | قريات |
| ٢٠ | ٢٠ | - | زينب بنت أبي سفيان | |
| ١٥٣ | ٩١ | ٦٢ | المجموع | |

رابعاً: أدوات الدراسة.

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس وهي كالآتي:

أولاً: مقياس القلق للأطفال.

قامت الباحثة بتطوير مقياس القلق للأطفال وذلك بالاعتماد على الخطوات الآتية:

١. الإطلاع على المراجع والأدبيات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة، والتي تناولت صعوبات التعلم، والاضطرابات النفسية حيث تم تكوين تصور واضح حول الاضطرابات النفسية التي تواجه الأشخاص ذوي صعوبات التعلم، وصياغة بعض الفقرات منها ومن أهم المراجع، (البيلاوي، ١٩٨٧) و(حسين، ٢٠٠٥).

٢. مراجعة الدراسات السابقة المتعلقة بالاضطرابات النفسية، ومقاييس الاضطرابات النفسية وبخاصة ما يرتبط بقلق الأطفال ومن أهم المقاييس:

أ - مقياس القلق الصريح للأطفال، الذي صممه وبناه (كاسنيديا، وماك، وبالرمو، ١٩٨٧)، والذي تم تعريبه وإعداده من قبل البيلاوي (١٩٨٧)، إذ تضمن (٥٣) فقرة.

ب - مقياس القلق للأطفال المبصرين والمكفوفين الذي أعدته (حسين، ٢٠٠٥) في دراستها على عينة من الأطفال المبصرين والمكفوفين من الذكور والإناث.

واستناداً على ماسبق، تم إعداد الصورة المبدئية للإستبانة (ملحق ٤)، والتي تكونت من (٤٧) فقرة تشير كل منها إلى عرض من أعراض القلق لدى الأطفال، وقد وزعت على ستة مجالات مرتبة كالآتي:

١. الضغوط الحادة: عدد فقراته (٦).

٢. قلق الانفصال: عدد فقراته (٧).

٣. المخاوف لخاصة: عدد فقراته (٦).

٤. سلوك رفض المدرسة وعدد فقراته (٩).

٥. القلق العام عدد فقراته (١٤).

٦. القلق الاجتماعي وعدد فقراته (٥).

وتكون الاستجابة لفقرات المقياس بحسب تقدير المفحوص للحدة التي تنطبق عليه من خلال مضمون الفقرة وحسب مقياس مدرج في ثلاث نقاط، حيث يشير الرقم (٣) إلى الاستجابة بـ"نعم"، والرقم (٢) إلى "غير متأكد"، أما رقم (١) فيشير إلى "لا". ويتم حساب الدرجة بجمع استجابات المفحوص للفقرات المختلفة والتي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٤٣-١٢٩) درجة. حيث تعبر الدرجة (١٢٩) عن وجود الحد الأعلى من اضطرابات القلق لدى المشارك، وتعبر الدرجة (٤٣) عن الحد الأدنى لاضطراب القلق، وتعتبر الدرجة (٨٦) عن الوسط الفرضي لمقياس القلق باعتبار أن الوسط الفرضي لكل فقرة هو (٢). وقد خصص الجزء الأول في المقياس للتعريف بأداة الدراسة وكيفية الاستجابة لها.

الصدق الظاهري لمقياس القلق:

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بطريقة الصدق الظاهري والصدق البنائي إذ تم استخراج صدق المقياس بعد عرضه بصيغته الأولية (ملحق ٤)، على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال العلوم التربوية والنفسية، إذ بلغ عددهم (١٩) محكم (ملحق ٣) حيث طلبت الباحثة منهم إبداء رأيهم وملاحظاتهم في فقرات المقياس والتعديلات التي يرونها مناسبة لفقرات المقياس (ملحق ٤) وبناءً على اقتراحات لجنة التحكيم وأرائهم حول صلاحية الفقرات ومدى انتمائها للمجالات التي وضعت فيها ومدى مناسبة الفقرات للبيئة العمانية، واعتمدت الباحثة الفقرات التي حازت على نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر من المحكمين والذين اجمعوا على صحتها، وتمت إعادة صياغة الفقرات على النحو الآتي:

١. مجال الضغوط الحادة: عدلت الفقرات الآتية، الفقرة (٢) حيث كانت، (أضايق أخي وأختي) فأصبحت، (أضايق أخوتي). والفقرة (٤) حيث كانت، (كثيراً ما أكسر الأشياء) فأصبحت، (أقوم بتكسير الأشياء). والفقرة (٥) إذ كانت، (أفكر في عمل أشياء شريرة) فأصبحت، (أفكر في عمل أشياء شريرة تحصل للأقارب)، والفقرة (٦) كانت، (أفكر دائماً بأشياء مزعجة راح تحصل لي) فأصبحت، (أفكر بأشياء مزعجة تحصل لي).
٢. مجال قلق الانفصال: لم تحذف أي من الفقرات لانتمائها جميعاً للمجال، والفقرات هي (٧-١٣) كما هو في الملحق رقم (٤).
٣. مجال المخاوف الخاصة: حذفت (٦) فقرات منه لعدم انتمائها للمجال والفقرات هي الفقرة (١٤) والتي كانت، (أتمنى لو كنت مختلفاً عما إنا عليه الآن)، والفقرة (١٥) والتي كانت، (أنام جيداً في الليل)، والفقرة (١٦) والتي كانت، (كثيراً ما أكون مريضاً)،

والفقرة (١٧) والتي كانت، (غالبا ما تورط بالمشكلات)، والفقرة (١٨) والتي كانت، (كثيرا ما أزعج الآخرين). وعدلت الفقرة (١٩) حيث كانت، (غالبا ما أشعر بالخوف) فأصبحت، (غالبا ما أشعر بالخوف من الأماكن المرتفعة). وأضيفت الفقرات الآتية كما هو في الملحق (٥): الفقرة (١٤)، (أخاف من الجلوس في الأماكن المرتفعة)، والفقرة (١٥)، (تثير خوفا في الأماكن المظلمة)، والفقرة (١٦) (أتذمر من السير في الأماكن الفارغة).

٤. مجال رفض المدرسة: حذفت (٥) فقرات لعدم انتمائها للمجال وهي الفقرة (٢٣) حيث كانت، (اشعر بالضيق عندما يطلب مني الإجابة على الأسئلة)، والفقرة (٢٤) حيث كانت، (أشعر بالقلق وقت الامتحانات)، والفقرة (٢٥)، حيث كانت (أنا بطيء في الانتهاء من واجباتي المدرسية)، والفقرة (٢٦)، حيث كانت (أسرح كثيرا عندما أكون في المدرسة)، وتم حذف الفقرة (٣٠)، لتكرارها مسبقا مع الفقرة (٢٨)، وأضيف بدلا منها الفقرة (٢١)، (أفضل اللعب في المنزل)، والفقرة (٢٢)، (اشعر بالخوف من مخالطة الطلاب)، والفقرة (٢٣) (المدرسة تثير مخاوفي)، والفقرة (٢٤)، (اشعر بالارتياح خلال بقائي في المنزل). وتمت إعادة صياغة الفقرة (٢٧)، حيث كانت (أكره المدرسة) فأصبحت، (اكره الذهاب إلى المدرسة)، (ملحق ٥).

٥. مجال القلق العام: حذفت خمس فقرات لعدم انتمائها للمجال والفقرات هي: (٣١) حيث كانت، (كثيرا ما أكون حزينا)، والفقرة (٣٢) حيث كانت (لا يعجبني مظهري)، والفقرة (٣٣) حيث كانت، (عادة ما أكون سببا لحدوث بعض الأشياء الخطأ)، والفقرة (٤٠) حيث كانت (أنسى ما تعلمته بسرعة)، والفقرة (٤٢)، حيث كانت (كثيرا ما أخرب الأشياء من حولي)، والفقرة (٤٣)، حيث كانت (ابكي بسرعة). وأضيفت بدلها الفقرتين (٣٢) (أتضايق من المواقف الجديدة)، والفقرة (٣٤) (اتردد من المساهمة مع الآخرين) (ملحق ٢). وتمت إعادة صياغة الفقرات الآتية: الفقرة (٣٠) حيث كانت، (اشعر بالتعب بسرعة)، فأصبحت (أشعر بالتعب والإرهاق خلال انجاز الأعمال)، و فقرة (٣١)، حيث كانت (كثيرا ما أكون قلقا)، فأصبحت (كثيرا ما أكون قلقا من تحمل المسؤولية)، والفقرة (٣٥) حيث كانت، (أنا شخص غير سعيد) فأصبحت، (أشعر بانني غير سعيد) (ملحق ٥).

٦. مجال المخاوف الاجتماعية: حذفت فقرة واحدة وهي الفقرة (٤٧) (عندما أحاول عمل شيء ما أنفذه بطريقة خاطئة)، وأضيفت بدلها الفقرة (٤٢) (تسبب لي الامتحانات توترا) والفقرة (٤٢) (انا أخاف من تأدية الامتحانات)، وعدلت صياغة الفقرات الآتية: فقرة (٤٤) (حيث كانت (من الصعب علي تكوين أصدقاء) فأصبحت، (أشعر بصعوبة من تكوين علاقات مع الآخرين)، والفقرة (٤٥) (حيث كانت، (أصدقائي لا يحبونني) فأصبحت، (أشعر أن زملائي لا يحبونني)، والفقرة (٤٦) (حيث كانت، (أنا شخص خجول) فأصبحت، (أشعر بالخجل خلال التحدث مع الآخرين) (ملحق ٥).

الصدق البنائي:

تم استخراج صدق البناء لمقياس القلق من خلال تطبيق المقياس على عينة الصدق المتكونة من (٣١) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، وتحقق ذلك من خلال استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة المجال والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على أن المجال يقيس المفهوم ذاته الذي تقيسه الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٣) يبين معاملات ارتباط كل مجال بالدرجة الكلية لمقياس القلق.

جدول (٣)

معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس القلق

| م | المجالات | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|------------------|----------------|---------------|
| ١ | الضغوط الحادة | ٠,٥٦١ | ٠,٠١ |
| ٢ | قلق الانفصال | ٠,٣٤٤ | ٠,٠١ |
| ٣ | المخاوف الخاصة | ٠,٤٤٩ | ٠,٠١ |
| ٤ | سلوك رفض المدرسة | ٠,٦٨٥ | ٠,٠١ |
| ٥ | القلق العام | ٠,٧٧٨ | ٠,٠١ |
| ٦ | القلق الاجتماعي | ٠,٦٥٥ | ٠,٠١ |

يتضح من الجدول رقم (٣)، أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة تحت مستوى الدلالة (٠,٠١) بين مجالات مقياس القلق والمجموع الكلي للمقياس.

الثبات:

من أجل التأكد من ثبات مقياس القلق، قامت الباحثة بتوزيع الأداة بعد تعديلها على عينة الثبات المكونة من (٣١) طالباً وطالبة من ذوي صعوبات التعلم التي اختبرت كعينة ثبات تمثل من داخل العينة الأصلية الشاملة للدراسة، ولقد تم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ (Cronbachs Alpha) لجميع مجالات الأداة، وكانت قيمة المعامل (٠،٧٨)، وهذه القيمة كافية لاعتبار الاداة ثابتة وهي مناسبة لاستخدامها في الدراسة الحالية .

ثانياً: مقياس الاكتئاب للأطفال.

قامت الباحثة بتطوير مقياس الاكتئاب للأطفال وذلك بالاعتماد على الخطوات الآتية:

١. الإطلاع على المراجع والأدبيات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة، والتي تناولت صعوبات التعلم، والاضطرابات النفسية حيث تم تكوين تصور واضح حول الاضطرابات النفسية التي تواجه الأشخاص ذوي صعوبات التعلم، وصياغة بعض الفقرات منها ومن أهم المراجع (بيرلسون، ١٩٨٧) و(عبد الخالق، ٢٠٠٣) و(السامرائي، ١٩٩٧).

٢. مراجعة الدراسات السابقة المتعلقة بالاضطرابات النفسية، ومقاييس الاضطرابات النفسية وبخاصة ما يرتبط بالاكتئاب لدى الأطفال ومن أهم المقاييس:

أ - مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (BDS)، الذي قام بتصميمه وبناءه بيرلسون وآخرون (Birlerson, et, al, 1987)، إذ تضمن (18) فقرة، لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، وتم ترجمة المقياس من قبل (عبد العزيز ثابت)، ويتم الإجابة عنه ب"دائماً" و "بعض الأحيان" و"لا".

ب - مقياس صف مشاعرك للاكتئاب الأطفال والمراهقين (MCADS)، الذي أعده عبد الخالق مستندا إلى النتائج العاملية التي استخلصها من دراسة ثمانى دول فيها القائمة العربية للاكتئاب الأطفال، ويقاس كل بعد فيها بخمسة بنود، ويشتمل المقياس على (٤٠) فقرة يجب عن كل منها على أساس مقياس ثلاثي الأوزان: "لا" و "أحيانا" وكثيرا". (عبد الخالق، ٢٠٠٣).

ت - مقياس الأعراض الاكتئابية (Symptoms OF Depression)، الذي قامت بتصميمه وبناءه وثباته (السامرائي، ١٩٩٧)، بصورتين، الصورة (أ)، والصورة (ب) يتضمن أربع مجالات لقياس الأعراض الدالة على الاكتئاب والمجالات هي:

١. مجال السوداوية والقنوط والانقباض.
٢. مجال انخفاض الروح المعنوية والانسحابية وانكسار النفس.
٣. مجال التبدل الانفعالي وتدهور النشاط العقلي.
٤. مجال اضطراب النشاط الجسمي والحركي.

ويشتمل المقياس على (٢٥) فقرة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي الأوزان: تنطبق علي دائماً، تنطبق علي كثيراً، تنطبق علي إلى حد متوسط، تنطبق علي إلى حد قليل، لا تنطبق علي أبداً. (السامرائي، ١٩٩٧، ٤٤).

واعتماداً على ما سبق تمكنت الباحثة من صياغة (٣٢) فقرة تشير كل منها إلى عرض من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال، وقد وزعت على أربع مجالات هي:

١. السوداوية والقنوط: عدد فقراته(٦).
٢. اضطراب النشاط الجسمي والحركي: عدد فقراته(١٠).
٣. انخفاض الروح المعنوية: عدد فقراته (٧).
٤. التبدل الانفعالي: عدد فقراته(٩).

وتكون الاستجابة لفقرات المقياس بحسب تقدير المفحوص للحدة التي تنطبق عليه من خلال مضمون الفقرة وحسب مقياس مدرج في ثلاث نقاط، حيث يشير الرقم (٣) إلى الاستجابة ب"نعم"، والرقم (٢) إلى "غير متأكد"، أما رقم (١) فيشير إلى "لا". ويتم حساب الدرجة بجمع استجابات المفحوص للفقرات المختلفة والتي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٣٢-٩٦) درجة، حيث تعبر الدرجة (٩٦) عن وجود الحد الأعلى من اضطرابات القلق لدى المشارك وتعبر الدرجة (٣٢) عن الحد الأدنى من اضطراب الاكتئاب، وتعبر الدرجة (٦٤) عن الوسط الفرضي لمقياس القلق باعتبار أن الوسط الفرضي لكل فقرة هو(٢). وقد خصص الجزء الأول في المقياس للتعريف بأداة الدراسة وكيفية الاستجابة لها.

الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب:

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بطريقة الصدق الظاهري والصدق البنائي إذ تم استخراج صدق المقياس بعد عرضه بصيغته الأولية (ملحق ٤) على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال العلوم التربوية والنفسية، إذ بلغ عددهم (١٩) محكم (ملحق ٣)، حيث طلبت الباحثة منهم إبداء رأيهم وملاحظاتهم في فقرات المقياس والتعديلات التي يرونها مناسبة لفقرات المقياس (ملحق ٥)، وبناءً على اقتراحات لجنة التحكيم وآرائهم حول صلاحية الفقرات ومدى انتمائها للمجالات التي وضعت فيها ومدى مناسبة الفقرات للبيئة العمانية، اعتمدت الباحثة الفقرات التي حازت على نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر من المحكمين والذين اجمعوا على صحتها. وبناءً على ذلك تمت إعادة صياغة الفقرات وعلى النحو الآتي:

١. مجال السوداوية والقنوط: حذفت فقرة (٨) حيث كانت، (أشعر بالوحدة)، والفقرة (٧) حيث كانت، (اشعر برغبة في البكاء)، وعدلت صياغة الفقرات الآتية: الفقرة (٢) حيث كانت، (أشعر بالملل) فأصبحت، (أشعر بالملل خلال تأدية الأعمال). والفقرة (٣) حيث كانت، (أشعر بأنني سوف ابكي) فأصبحت، (أشعر بأنني سوف ابكي معظم الأوقات). والفقرة (٥) إذ كانت (أنا حزين، زعلان)، فأصبحت (ينتابني الحزن باستمرار)، والفقرة (٦) كانت (أنا متضايق) فأصبحت، (أتضايق في أوقات كثيرة) (ملحق ٥).
٢. مجال اضطراب النشاط الجسمي والحركي: حذفت (٤) فقرات منه لعدم انتمائها للمجال والفقرات هي الفقرة (٩) حيث كانت، (أشعر بألم في بطني)، والفقرة (١١) حيث كانت (أشعر بألم في رأسي)، والفقرة (١٢) حيث كانت، (أشعر بألم في صدري)، والفقرة (١٥) حيث كانت، (أهمل واجباتي ومذكراتي)، والفقرة (١٨) حيث كانت، (استيقظ من نومي وأنا تعبان). وأضيفت بدلها الفقرات الآتية: الفقرة (١٤) (أشعر بعدم الشهية للطعام)، والفقرة (١٥) (أشعر بأن وزني يتناقص باستمرار)، والفقرة (١٦) (ينتابني الأرق خلال النوم). وتمت إعادة صياغة الفقرة (٧) حيث كانت (أشعر بأنني مريض) فأصبحت (تظهر علي علامات المرض الجسمي). والفقرة (٨) حيث كانت (أشعر بألم في جسمي) فأصبحت، (أشعر بالألم في أغلب أعضاء جسمي)، والفقرة (٩) حيث كانت (أشعر بالتعب) فأصبحت، (أشعر بالتعب خلال تأدية المهارات الحركية)، والفقرة (١١) حيث كانت (نومي قليل) فأصبحت، (يتميز نومي بالاضطراب) (ملحق ٥).

٣. مجال انخفاض الروح المعنوية والانسحابية: حذفت فقرة (٢٠) في المقياس قبل التعديل لعدم انتمائها للمجال حيث كانت (مازلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها) وأضيفت بدلها الفقرة (١٧) (اشعر بعدم جدوى للحياة)، والفقرة (١٨) (أشعر انه لا فائدة مني)، والفقرة (١٩) (أقضي ساعات طويلة لوحدي)، والفقرة (٢٠) (اشعر بالتردد عندما يطلب مني الإجابة على الأسئلة)، والفقرة (٢١) (افقد القدرة على التمتع بمباهج الحياة)، والفقرة (٢٢) (ينتابني الكسل في تأدية الواجبات الملقاة على عاتقي)، والفقرة (٢٣) (أفكر في الأشياء المزعجة) (ملحق ٥).

٤. مجال التبدل الانفعالي: حذفت ثمان فقرات لعدم انتمائها للمجال والفقرات هي الفقرة (٢٤) حيث كانت، (اشعر بأن كل شيء سيكون جيدا)، والفقرة (٢٥) حيث كانت (أفكر في الأشياء المزعجة)، والفقرة (٢٦) حيث كانت (ستحدث لي أشياء سيئة)، والفقرة (٣٦) حيث كانت (اشعر إنني فاشل)، والفقرة (٣٨) حيث كانت (اكره نفسي)، والفقرة (٣٩) حيث كانت (أنا إنسان راضي عن حياتي)، والفقرة (٤٠) حيث كانت (أنا إنسان ناجح في حياتي)، وأضيفت بدلها الفقرة (٢٧) (أشعر بالألم عند تذكر الخبرات الماضية) (ملحق ٥). وتمت إعادة صياغة الفقرة (٢٨) حيث كانت، (اشعر بان كل شيء سيكون سيئاً) فأصبحت، (اشعر بأن كل شيء سيكون سيئاً بالنسبة لي)، والفقرة (٣٠) حيث كانت (انتباهي ضعيف) فأصبحت، (انتباهي ضعيف خلال الاستماع إلى الدرس)، والفقرة (٣٢) حيث كانت (من السهل أن اسرح) فأصبحت، (أشعر بالسرحان حين أكون بمفردي)، والفقرة (٣٣) حيث كانت، (تركيزي ضعيف) فأصبحت، (أحس أن تركيزي ضعيف)، والفقرة (٣٤) حيث كانت، (زملائي يكرونني) فأصبحت، (أشعر بان أصدقائي لا يحبوني)، والفقرة (٣٧) حيث كانت، (أشعر بأنني أقل من زملائي) فأصبحت، (أشعر بأنني أقل من زملائي قدرة في العطاء) (ملحق ٥).

الصدق البنائي:

تم استخراج الصدق البنائي لمقياس الاكتئاب من خلال تطبيق المقياس على عينة الصدق المكونة من (٣١) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، وتحقق ذلك من خلال استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة المجال والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على أن المجال يقيس المفهوم ذاته الذي تقيسه الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) يبين معاملات ارتباط المجالات بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب.

جدول (٤)

معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

| م | المجالات | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|------------------------------|----------------|---------------|
| ١ | السوداوية والقنوط | ٠,٨٠٣ | ٠,٠١ |
| ٢ | اضطراب النشاط الجسمي والحركي | ٠,٨٠٠ | ٠,٠١ |
| ٣ | انخفاض الروح المعنوية | ٠,٧١٢ | ٠,٠١ |
| ٤ | التبلد الانفعالي | ٠,٧٢٩ | ٠,٠١ |

يتضح من الجدول رقم (٤) أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة معنويا تحت مستوى (٠,٠١) بين مجالات مقياس الاكتئاب بالمجموع الكلي للمقياس .

النتائج:

من أجل التأكد من ثبات مقياس الاكتئاب، قامت الباحثة بتوزيع الأداة بعد تعديلها على عينة الثبات المكونة من (٣١) طالباً وطالبة من ذوي صعوبات التعلم التي اختبرت كعينة ثبات من داخل العينة الأصلية الشاملة للدراسة، ولقد تم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ Cronbach Alpha لجميع مجالات الأداة، وكانت قيمة المعامل (٠,٨٦)، وهذه القيمة كافية لاعتبار الأداة ثابتة، وهي مناسبة لاستخدامها في الدراسة الحالية.

مقياس المخاوف المرضية:

قامت الباحثة بتطوير مقياس المخاوف للأطفال وذلك بالاعتماد على الخطوات الآتية:

١. الإطلاع على المراجع والأدبيات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة، والتي تناولت صعوبات التعلم، والاضطرابات النفسية حيث تم تكوين تصور واضح حول الاضطرابات النفسية التي تواجه الأشخاص ذوي صعوبات التعلم، وصياغة بعض الفقرات منها ومن أهم المراجع (باضة، ٢٠٠٥) و(حسين، ٢٠٠٥)
٢. مراجعة الدراسات السابقة المتعلقة بالاضطرابات النفسية، ومقاييس الاضطرابات النفسية وبخاصة ما يرتبط بالمخاوف لدى الأطفال ومن أهم المقاييس:
 - أ - مقياس المخاوف الشامل: الذي قامت بتصميمه وبنائه (باضة، ٢٠٠٥)، إذ تضمن (٦٠) فقرة، لتقييم درجة المخاوف من العلاقات الاجتماعية، والخوف من المرض، والحوادث، والخوف من الموت، والحساب، والخوف غير معروف مصدره، ويحتوي كل

بعد على (١٢) فقرة وتقع الإجابة على كل فقرة في خمس مستويات تتراوح ما بين (٠-٤) درجات، وهي "درجة مرتفعة جدا" و"درجة مرتفعة" و"درجة متوسطة" و"درجة بسيطة" و"إطلاقاً". وقد تم تطبيق هذا المقياس على طلبة وطالبات كلية التربية لتقييم درجة المخاوف الشاملة لديهم. (باضة، ٢٠٠٥، ٢٢-٢٥).

ب- مقياس المخاوف لدى الأطفال: هو المقياس الذي أعدته (حسين، ٢٠٠٥) إذ يتضمن (٢٤) فقرة، ويجب عليه الأولاد والبنات بـ "نعم" أو "لا" وتعطى درجة واحدة لكل إجابة بـ "نعم" وتحسب الدرجة الكلية بالجمع الجبري لكل استجابات "نعم" وقد اعتمدت في مقياس مخاوف الأطفال، على سؤال مفتوح، تم صياغته على النحو التالي: ماهي الأشياء التي تخاف منها أو تشعرك بالخوف، وقد أعطي هذا السؤال لعينة من المبصرين والمكفوفين وكان قوام العينة (٣٠) فرداً، بواقع (٢٠) من المبصرين .

واعتماداً على ماسبق تمكنت الباحثة من صياغة (٢٤) فقرة تشير كل منها إلى عرض من أعراض المخاوف المرضية لدى الأطفال، وقد وزعت على أربع مجالات هي:

١. الفوبيا البسيطة: عدد فقراته (٦) .
٢. الفوبيا من الأماكن: عدد فقراته (٣) .
٣. الفوبيا الاجتماعية: عدد فقراته (٨) .
٤. الخوف من المستقبل: عدد فقراته (٧).

وتكون الاستجابة لفقرات المقياس بحسب تقدير المفحوص للحدة التي تنطبق عليه من خلال مضمون الفقرة وحسب مقياس مدرج في ثلاث نقاط، حيث يشير الرقم (٣) إلى الاستجابة بـ "نعم"، والرقم (٢) إلى "غير متأكد"، أما رقم (١) فيشير إلى "لا". ويتم حساب الدرجة بجمع استجابات المفحوص للفقرات المختلفة والتي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٢٤-٧٢) درجة، حيث تعبر الدرجة (٧٢)، عن وجود الحد الأعلى من اضطرابات المخاوف لدى المشارك. وتعبر الدرجة (٢٤) عن الحد الأدنى من اضطراب المخاوف، وتعبر الدرجة (٤٨) عن الوسط الفرضي لمقياس المخاوف باعتبار أن الوسط الفرضي لكل فقرة هو (٢) وقد خصص الجزء الأول في المقياس للتعريف بأداة الدراسة وكيفية الاستجابة لها.

الصدق الظاهري لمقياس المخاوف المرضية:

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بطريقة الصدق الظاهري والصدق البنائي، إذ تم استخراج صدق المقياس بعد عرضه بصيغته الأولية(ملحق ٤)، على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال العلوم التربوية والنفسية، إذ بلغ عددهم (١٩) محكم (ملحق ٣)، حيث طلبت الباحثة منهم إبداء رأيهم وملاحظاتهم في فقرات المقياس والتعديلات التي يرونها مناسبة لفقرات المقياس(ملحق ٤)، وبناءً على اقتراحات لجنة التحكيم وآرائهم حول صلاحية الفقرات، ومدى انتمائها للمجالات التي وضعت فيها، ومدى مناسبة الفقرات للبيئة العمانية، واعتمدت الباحثة الفقرات التي حازت على نسبة اتفاق (٨٥%) فأكثر من المحكمين والذين اجمعوا على صحتها. وبناءً على ذلك تمت إعادة صياغة الفقرات على النحو الآتي:

١. مجال المخاوف البسيطة: حذفت فقرتين وهما: فقرة (٦) حيث كانت، (أخاف من المواقف الحزينة) وفقرة(٧) حيث كانت، (اشعر بالخوف لأسباب لأعرفها). وتمت إعادة صياغة الفقرة(٦) حيث كانت، (أشعر بالخوف عندما أكون في غرفة مفتوحة لوحدي) فأصبحت، (أشعر بالخوف عندما أكون في غرفة لوحدي)(ملحق ٥).
٢. مجال الخوف من الأماكن الواسعة أو المزدحمة: حيث تم حذف الفقرة (١٢). وعدلت الفقرات الآتية: الفقرة (١١) حيث كانت، (أخاف من وجودي في الأماكن المرتفعة) فأصبحت، (أخاف من الأماكن المرتفعة).
٣. مجال المخاوف الاجتماعية: تم حذف الفقرة (١٩) حيث كانت، (أخاف من حقد وكراهية الآخرين) والفقرة (٢١) حيث كانت، (أخاف من أصدقائي)، وعدلت فقرة (١٨) حيث كانت، (أخاف من أن أفقد والدي، أمي وأبي) فأصبحت، (أخاف من فقدان والدي)(ملحق ٥).
٤. مجال الخوف من المستقبل: حذفت الفقرة(٢٩) لعدم انتمائها للمجال حيث كانت، (أخاف من حياتي القادمة، مصيري). وتم إعادة صياغة الفقرة(٢٣) حيث كانت، (أخاف من أن أفقد من أحب) فأصبحت، (أخاف فقدان من أحب)، والفقرة (٢٦) حيث كانت، (أخاف من الأمراض التي يصعب علاجها) فأصبحت، (أخاف من الإصابة بأمراض يصعب معالجتها)(ملحق ٥).

الصدق البنائي:

تم استخراج الصدق البنائي لمقياس المخاوف المرضية، من خلال تطبيق المقياس على عينة الصدق المتكونة من (٣١) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، وتحقق ذلك من خلال استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة المجال والدرجة الكلية للمقياس. وهذا يدل على أن المجال يقيس المفهوم ذاته الذي تقيسه الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٥) يبين معاملات ارتباط المجالات بالدرجة الكلية لمقياس المخاوف المرضية.

جدول (٥)

معامل ارتباط كل مجال والدرجة الكلية لمقياس المخاوف المرضية

| م | المجالات | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|-------------------|----------------|---------------|
| ١ | المخاوف البسيطة | ٠,٧١٤ | ٠,٠١ |
| ٢ | الخوف من الأماكن | ٠,٧٢٤ | ٠,٠١ |
| ٣ | الخوف الاجتماعي | ٠,٨٦٢ | ٠,٠١ |
| ٤ | الخوف من المستقبل | ٠,٧٧١ | ٠,٠١ |

يتضح من الجدول رقم (٥) انه توجد علاقة ارتباطيه موجبة تحت مستوى الدلالة (٠,٠١) بين مجالات مقياس المخاوف المرضية بالمجموع الكلي للمقياس.

الثبات:

من أجل التأكد من ثبات مقياس القلق، قامت الباحثة بتوزيع الأداة بعد تعديلها على عينة الثبات المكونة من (٣١) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم التي اختيرت كعينة ثبات تمثل من داخل العينة الأصلية الشاملة للدراسة، ولقد تم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ (Cronbachs Alpha) لجميع مجالات الأداة، وكانت قيمة المعامل (٠,٨٥)، وهذه القيمة كافية لاعتبار الاداة ثابتة وهي مناسبة لاستخدامها في الدراسة الحالية.

رابعاً: الإجراءات

بعد أن انتهت الباحثة من الموافقات المطلوبة من الجهات المسؤولة سواء من جامعة نزوى أم وزارة التربية والتعليم لتطبيق أداة الدراسة شرعت في الإجراءات الآتية:

١. الحصول على إحصائية وزارة التربية والتعليم لتطبيق أداة الدراسة بمحافظة مسقط.
٢. اختيار عينة الدراسة الأصلية الشاملة من مدارس وولايات محافظة مسقط.
٣. البدء بتطبيق الاختبار بتاريخ ٢٠١٠/٥/١ والانتهاه بتاريخ ٢٠١٠/٥/٢٦، وذلك بشكل جماعي داخل الفصول الدراسية بالاتفاق مع إدارات المدارس التي كانت تمنح الباحثة الوقت المناسب لتطبيق اختبارها.
٤. أشرفت الباحثة بنفسها على تطبيق المقياس بالتعاون مع معلمي صعوبات التعلم سواء في مدارس الذكور أم مدارس الإناث، حرصاً منها على أن تكون التعليمات واضحة لجميع الطلبة، وان تكون ظروف التطبيق نفسها للجميع، وللتأكد من عدم محاولة نقل الطلبة الإجابات من زملائهم وذلك عن طريق الإجراءات الآتية:
 - عرض فقرات الاختبار عن طريق استخدام الشفافيات وجهاز العرض فوق الرأس (O.H.P) لجميع الطلبة مراعاة للصعوبات القرائية التي تواجه الطلبة، والاضطرابات في الإدراك السمعي والبصري.
 - المرور على جميع المجموعات لملاحظة مدى إجابتهم على الفقرات.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج الوصفي المسحي، لتحديد الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً لدى طلبة صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة للصفوف من (٥-٨) في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي إذ تم تحليل استجابات العينة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وعلى النحو التالي:

١. للإجابة عن السؤال الأول تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
٢. للإجابة عن السؤال الثاني تم استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والمتوسطات المئوية، وارتباط بيرسون لاستخراج معامل الارتباط الداخلي للمجالات بالمقياس ككل، واختبار (ت) T-test لمجموعتين مستقلتين للتحقق من دلالة الفروق بين

العينة وفقا لمتغيرات الجنس. وتحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لقياس أكثر من مستويين وفقا لمتغير المرحلة، والمنطقة السكنية، واستخدام اختبار (LSD) للتحقق من مصدر الفروق.

الفصل الرابع

عرض النتائج

عرض النتائج:

تستعرض الباحثة النتائج في ضوء ترتيب أهداف الدراسة وعلى النحو الآتي:

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على جميع محاور وعبارات الاختبار لتحديد درجة الاضطرابات النفسية لدى طلبة صعوبات التعلم في محافظة مسقط. وقد اعتمدت الباحثة في تصنيفها لدرجة الاضطرابات النفسية للطلبة على التصنيف الذي يوضحه الجدول (٦).

الجدول (٦)

مقياس لتفسير متوسطات تقدير درجة استجابة طلبة صعوبات التعلم على مقياس الاضطرابات النفسية بمحافظة مسقط

| مدى المتوسط الحسابي | درجة الاضطرابات |
|---------------------|-----------------|
| ٣,٠٠-٢,٣٤ | مرتفعة |
| ٢,٣٣-١,٦٧ | متوسطة |
| ١,٦٦-١,٠٠ | منخفضة |

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.

للإجابة عن السؤال الأول والذي نصه "ما أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى طلبة صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة للصفوف (الخامس، والسادس، والسابع، والثامن) في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي؟".

يبين الجدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات طلبة ذوي صعوبات التعلم في مجالات الدراسة المتعلقة بتقديرات طلبة ذوي صعوبات التعلم لدرجة مقياس القلق، والاكتئاب والمخاوف المرضية مرتبة تنازلياً وفق قيمة الوسط الحسابي.

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاضطرابات النفسية على مجالات مقياس القلق والاكتئاب، والمخاوف المرضية وفق النوع والدرجة

| نوع الاضطراب | المجالات | عدد فقرات المجال | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|-----------------|------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| القلق | المخاوف الخاصة | ٦ | ٢,٠٠ | ٠,٦٢٨ |
| | القلق الاجتماعي | ٥ | ١,٩٠ | ٠,٥٢٤ |
| | سلوك رفض المدرسة | ٨ | ١,٨١ | ٠,٣٨٧ |
| | القلق العام | ١١ | ١,٨٠ | ٠,٣٨٧ |
| | قلق الانفصال | ٧ | ١,٦٢ | ٠,٢٠٦ |
| | ضغوط حادة | ٦ | ١,٤٨ | ٠,٤٢٦ |
| | المجموع الكلي | ٤٣ | ١,٧٧ | ٠,٢٦١ |
| الاكتئاب | اضطراب النشاط الجسدي والحركي | ١٠ | ١,٨٦ | ٠,٤١٨ |
| | التبدل الانفعالي | ٩ | ١,٧٦ | ٠,٤١٥ |
| | انخفاض الروح المعنوية | ٧ | ١,٦٣ | ٠,٤١٣ |
| | السوداوية والقنوط | ٦ | ١,٦٣ | ٠,٤٩٤ |
| | المجموع الكلي | ٣٢ | ١,٧٤ | ٠,٣٢٨ |
| المخاوف المرضية | الخوف من المستقبل | ٧ | ٢,٢٢ | ٠,٥٣٣ |
| | الخوف الاجتماعي | ٨ | ٢,١٢ | ٠,٥١٦ |
| | الخوف من الأماكن | ٣ | ١,٩٣ | ٠,٦٩٣ |
| | المخاوف البسيطة | ٦ | ١,٨٣ | ٠,٦٩٢ |
| | المجموع الكلي | ٢٤ | ٢,٠٥ | ٠,٤٥٥ |

يتضح من الجدول (٧) بأن مجال "المخاوف الخاصة" في اضطراب القلق قد احتل الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢,٠٠)، وانحراف معياري (٠,٦٢٨). يليه مجال "القلق الاجتماعي" بمتوسط حسابي (١,٩٠)، وانحراف معياري (٠,٥٢٤). وجاء مجال "سلوك رفض المدرسة" بمتوسط حسابي (١,٨١)، وانحراف معياري قدره (٠,٣٨٧). وجاء مجال "القلق العام" بمتوسط حسابي (١,٨٠) وانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٣٨٧). أما مجال "قلق الانفصال" فقد بلغ بمتوسط حسابي (١,٦٢)، وانحراف معياري (٠,٢٠٦). وجاء المجال "الضغوط الحادة" في المركز الأخير بمتوسط حسابي (١,٤٨)، وانحراف معياري (٠,٤٢٦). وقد بلغ المتوسط الحسابي لاضطراب مقياس القلق لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط في جميع المجالات الستة (١,٧٧) وهي درجة منخفضة.

كما يبين الجدول (٧)، أن درجة اضطراب النشاط الجسمي والحركي هي أكبر المجالات من حيث قياس مستوى الاكتئاب بمتوسط حسابي (١,٨٦) وانحراف معياري (٠,٤١٨)، يليه مجال التبدل الانفعالي بمتوسط حسابي (١,٧٦)، وانحراف مقداره (٠,٤١٥)، ثم مجال انخفاض الروح المعنوية بمتوسط حسابي (١,٦٣)، وانحراف معياري قدره (٠,٤١٣)، ويليه مساواةً في الدرجة مجال انخفاض الروح المعنوية والقنوط، بمتوسط حسابي (١,٦٣)، وانحراف معياري (٠,٤٩٤). وقد بلغ المتوسط الحسابي لجميع المجالات (١,٧٤) وهي درجة متوسطة.

كذلك فإن مجال "الخوف من المستقبل" في اضطراب المخاوف المرضية احتل أكبر المجالات من حيث قياس مستوى المخاوف المرضية بمتوسط حسابي (٢,٢٢)، وانحراف قدره (٠,٥٣٣)، يليه مجال "الخوف الاجتماعي" بمتوسط حسابي (٢,١٢)، وانحراف معياري (٠,٥١٦)، ثم مجال "الخوف من الأماكن" بمتوسط حسابي (١,٩٣) وانحرافا قدره (٠,٦٩٣)، وآخر مجال هو "للمخاوف البسيطة" بمتوسط حسابي (١,٨٣) وانحراف معياري (٠,٦٩٢). وقد بلغ المتوسط الحسابي لجميع المجالات (٢,٠٥) وهي درجة متوسطة.

والجدول رقم (٨) يبين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا لدى طلبة صعوبات التعلم حسب متوسطات درجات أفراد الدراسة على مقياس القلق، والاكتئاب والمخاوف المرضية مرتبة تنازليا وفق المتوسط المئوي.

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والمئوية لأفراد الدراسة وفق مقياس القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية

| نوع الاضطراب | عدد الفقرات | الحد الأدنى | الحد الأعلى | المتوسط الحسابي | المتوسط المئوي |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|----------------|
| المخاوف المرضية | ٢٤ | ٢٤ | ٧٢ | ٤٩,٢٩ | ٦٨,٤٥ |
| القلق | ٤٣ | ٤٣ | ١٢٩ | ٧٥,٩٨ | ٥٨,٨٩ |
| الاكتئاب | ٣٢ | ٣٢ | ٩٦ | ٥٥,٥٨ | ٥٧,٨٩ |

في ضوء النتائج السابقة للجدول (٨)، يتضح أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم هو لاضطراب المخاوف المرضية بمتوسط حسابي قيمته (٤٩,٢٩) درجة، ومتوسط مئوي (٦٨,٤٥)، يليه اضطراب القلق بمتوسط حسابي (٧٥,٩٨) درجة، ومتوسط مئوي (٥٨,٨٩)، وقل الاضطرابات النفسية انتشارا هو الاكتئاب حيث بلغ المتوسط الحسابي له (٥٥,٥٨) درجة، ومتوسط مئوي قدره (٥٧,٨٩%).

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.

للإجابة عن السؤال الثاني والذي يتمثل في الآتي "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدة الاضطرابات النفسية لمستوى القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية وفقاً لمتغير النوع، والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية".

تم التعامل مع كل متغير على حده كما جاء بالشكل الآتي:

(١) متغير النوع:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين، وذلك للتعرف على الفروق في حدة القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية باختلاف النوع (ذكور، إناث)، ويوضح الجدول (٨)، نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية ومستوى الدلالة لحدة القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية، لتقديرات أفراد ذوي صعوبات التعلم على مجالات ومجموع مجالات استجابات طلبة ذوي صعوبات التعلم وفقاً لمتغير النوع (ذكور وإناث).

جدول (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية ومستويات الدلالة لحدة الاضطرابات النفسية وفق متغير النوع

| نوع | الجنس | المتوسط | الانحراف | قيمة (ت) | مستوى الدلالة |
|-----------------|-------|---------|----------|----------|---------------------|
| القلق | ذكور | ١,٦٧ | ٠,٢٤٣ | ٣,٧٨٩ | **٠,٠١ لصالح الإناث |
| | إناث | ١,٨٣ | ٠,٢٥٥ | | |
| الاكتئاب | ذكور | ١,٦٧ | ٠,٣٢ | ٢,٠٩٠ | *٠,٠٣٨ لصالح الإناث |
| | إناث | ١,٧٨ | ٠,٣٣ | | |
| المخاوف المرضية | ذكور | ١,٧٨ | ٠,٤٦ | ٦,٧١٥ | **٠,٠١ لصالح الإناث |
| | إناث | ٢,٢٤ | ٠,٣٥ | | |

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من (٠,٠١). * عند مستوى دلالة إحصائية أقل من (٠,٠٥).

يتضح من الجدول (٩) أن الفروق في حدة اضطراب القلق بين الذكور والإناث على مقياس القلق ككل كانت ذات دلالة إحصائية حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (١,٧٦) درجة وانحراف معياري مقداره (٠,٢٤٣) درجة. في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث على مقياس القلق ككل (١,٨٣) وانحراف معياري (٠,٢٥٥). وكانت القيمة التائية المستخرجة (٣,٧٨٩). مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس القلق ككل ولصالح الإناث عند مستوى ($\alpha < ٠,٠١$).

إن النتائج المذكورة في الجدول (٩)، تشير إلى توفر الحدة في اضطراب القلق لدى الإناث ذوات صعوبات التعلم أكثر من الذكور ذوي صعوبات التعلم.

كما يتضح من الجدول (٩)، أن الفروق في حدة الاكتئاب بين الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب ككل كانت ذات دلالة إحصائية حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (١,٦٧) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٠,٣٢) درجة. في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث على مقياس اضطراب الاكتئاب ككل (١,٧٨) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٠,٣٣) درجة. وكانت القيمة التائية المستخرجة (٢,٠٩٠). مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب ككل ولصالح الإناث عند مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠٥$).

أما الفروق في حدة المخاوف المرضية بين الذكور والإناث على مقياس المخاوف المرضية ككل كانت ذات دلالة إحصائية حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (١,٧٨) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٠,٤٦) درجة. في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث على مقياس اضطراب المخاوف المرضية ككل (٢,٢٤) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٠,٣٥) درجة. وكانت القيمة التائية المستخرجة (٦,٧١٥) تحت مستوى دلالة ($\alpha < ٠,٠١$)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس المخاوف المرضية ككل ولصالح الإناث.

٢) متغير المرحلة التعليمية:

ولاختبار الدلالة الإحصائية لمتغير المرحلة التعليمية تم استخدام تحليل التباين الأحادي للدرجات الكلية في القلق، والاكتئاب والمخاوف المرضية و الجدول (١٠) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي ودلالة أثر كل من الجنس والمنطقة السكنية والمرحلة التعليمية في تحديد نوع الاضطراب.

جدول (١٠)

نتائج تحليل التباين الأحادي لإيجاد دلالة أثر كل من الجنس والمنطقة السكنية والمرحلة التعليمية في تحديد نوع الاضطراب

| مستوى الدلالة | قيمة ف | متوسط المربعات | درجات الحرية | مجموع المربعات | مصدر التباين | | نوع الاضطراب |
|---------------|--------|----------------|--------------|----------------|----------------|-------------------|-----------------|
| | | | | | بين المجموعات | داخل المجموعات | |
| ٠,٥٠٨ | ٠,٧٧٨ | ٠,٥٣٠ | ٣ | ٠,١٦٠ | بين المجموعات | المرحلة التعليمية | القلق |
| | | ٠,٩٦٠ | ١٤٩ | ١٠,٢١٩ | داخل المجموعات | | |
| *٠,٠٢٩ | ٣,٦٢٤ | ٠,٢٣٩ | ٢ | ٠,٤٧٨ | بين المجموعات | المنطقة السكنية | |
| | | ٠,٠٦٦ | ١٥٠ | ٩,٩٠٠ | داخل المجموعات | | |
| ٠,٦٠٦ | ٠,٦١٥ | ٠,٠٦٧ | ٣ | ٠,٢٠٠ | بين المجموعات | المرحلة التعليمية | الاكتئاب |
| | | ٠,١٠٩ | ١٤٩ | ١٦,١٧٨ | داخل المجموعات | | |
| ٠,٠٨٩ | ٢,٤٦٢ | ٠,٢٦٠ | ٢ | ٠,٥٢١ | بين المجموعات | المنطقة السكنية | |
| | | ٠,١٠٦ | ١٥٠ | ١٥,٨٥٨ | داخل المجموعات | | |
| ٠,٧٧٦ | ٠,٣٦٨ | ٠,٠٧٧ | ٣ | ٠,٢٣١ | بين المجموعات | المرحلة التعليمية | المخاوف المرضية |
| | | ٠,٢٠٩ | ١٤٩ | ٣١,١٧٥ | داخل المجموعات | | |
| *٠,٠٢٠ | ٤,٠١٨ | ٠,٧٩٩ | ٢ | ١,٥٩٧ | بين المجموعات | المنطقة السكنية | |
| | | ٠,١٩٩ | ١٥٠ | ٢٩,٨٠٦ | داخل المجموعات | | |

يتضح من الجدول (١٠)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير المرحلة التعليمية لكل من مقياس اضطراب القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية. حيث بلغ قيمة "ف" للمرحلة التعليمية في مقياس اضطراب القلق (٠,٧٧٨)، عند مستوى دلالة (٠,٥٠٨)، أما قيمة "ف" للمرحلة التعليمية في مقياس الاكتئاب (٠,٦١٥) عند مستوى دلالة (٠,٦٠٦)، في حين بلغت قيمة "ف" للمرحلة التعليمية في مقياس المخاوف المرضية (٠,٣٦٨) عند مستوى دلالة (٠,٧٧٦).

ويوضح الجدول رقم (٩) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المنطقة السكنية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,05$)، لكل من مقياس اضطراب القلق، والمخاوف المرضية حيث بلغت قيمة "ف" لمقياس اضطراب القلق (٢,٦٢٤)، في حين بلغت قيمة "ف" لمقياس اضطراب المخاوف المرضية (٤,٠١٨). ولم تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس اضطراب الاكتئاب حيث بلغت قيمة "ف" (٢,٤٦٢).

وللتحقق من مصدر هذه الفروق تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية، والجدول (١١) يوضح ذلك.

جدول (١١)

اختبار (LSD) للمقارنات البعدية للفروق تبعاً لمتغير المنطقة السكنية لمقياس اضطراب القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية

| نوع الاضطراب | المنطقة السكنية (أ) | المنطقة السكنية (ج) | متوسط الفرق | مستوى الدلالة | اتجاه الفروق |
|-----------------------|---------------------|---------------------|-------------|---------------|--------------|
| مجموع القلق | قريات | بوشر | ٠,١٠١ | ٠,٠٦٨ | |
| | | السيب | ٠,٠١٦ | ٠,٧٨٩ | |
| | بوشر | قريات | ٠,١٠١ | ٠,٠٦٨ | |
| | | السيب | *٠,١١٨ | ٠,٠١٥ | لصالح بوشر |
| | السيب | قريات | ٠,٠١٦ | ٠,٧٨٩ | |
| | | بوشر | ٠,١١ | ٠,٠١٥ | |
| مجموع المخاوف المرضية | قريات | بوشر | ٠,١٠٦ | ٠,٢٧٣ | |
| | | السيب | ٠,٢٨١ | ٠,٠٠٨ | |
| | بوشر | قريات | ٠,١٠٦ | ٠,٢٧٣ | |
| | | السيب | ٠,١٧٦ | ٠,٠٣٦ | |
| | السيب | قريات | *٠,٢٨١ | ٠,٠٠٨ | لصالح قريات |
| | | بوشر | *٠,١٧٦ | ٠,٠٣٦ | لصالح بوشر |

* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من (٠,٠٥).

أشارت نتائج جدول (١١)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طلبة صعوبات التعلم لولاية بوشر مقابل طلبة ذوي صعوبات التعلم لولاية السيب في مقياس اضطراب القلق عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,05$). في حين أشارت نتائج مقياس اضطراب المخاوف المرضية بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طلبة ذوي صعوبات التعلم من ولاية قريات مقابل طلبة ذوي صعوبات التعلم ولاية السيب، ولصالح طلبة ذوي صعوبات التعلم من ولاية بوشر مقابل طلبة ذوي صعوبات التعلم ولاية السيب عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,05$).

الفصل الخامس

أولاً: مناقشة النتائج

ثانياً: التوصيات والمقترحات

أولاً: مناقشة النتائج.

يتضمن هذا الفصل مناقشة للنتائج المستخلصة من الدراسة الحالية وعدداً من التوصيات والمقترحات بناءً على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة من معطيات.

بالنسبة للسؤال الأول: ما أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم من حيث النوع والدرجة للصفوف (الخامس، والسادس، والسابع، والثامن) في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي؟

أشارت نتائج الدراسة الحالية من السؤال الأول عن درجة انتشار اضطراب القلق لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم، ودلت النتائج أن درجة اضطراب القلق لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية من التعليم الأساسي بمحافظة مسقط كانت منخفضة، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (١,٧٧). ومتوسط مؤوي قيمته (٥٨,٨٩)

وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة العلمي (٢٠١٠)، حيث أكدت نتائجها بارتفاع مستوى القلق لدى العينة ككل. ودراسة ميركير (٢٠٠٤، Mercer) التي أظهرت نتائجها وجود القلق لدى طلبة صعوبات التعلم بنسبة (١٠,٨%)، ودراسة محمود وصابر (٢٠٠٤)، التي أظهرت نتائجها إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يحصلون على درجات مرتفعة على أبعاد القلق النفسي (الانفعالي، والسيولوجي، والمعرفي).

وتعزو الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى اهتمام المعلمين المختصين بهذه الفئة من ذوي صعوبات التعلم، من خلال تنمية مهاراتهم وأدائهم التعليمي بإشراكهم في مختلف الأنشطة والبرامج التعليمية المتخصصة لتعزيز القدرات التي يمتلكونها، ودمجهم مع الأقران عند تنفيذ معظم الأنشطة الصفية واللاصفية مما يجعلهم غير قلقين سواءً داخل البيئة المدرسية وخارجها .

وقد ورد عن (المهندس، ٢٠٠٦)، أن الإنسان يستطيع التغلب على شعوره بالقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به، ويستطيع الفرد أن يعيش بدون قلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع إلي يعيش فيه.

إن أهمية إعادة الدمج في الجماعة يتحقق حالياً في مدارس السلطنة حيث أتيحت الفرصة للطلبة ذوي صعوبات التعلم الإنضمام إلى باقي الطلبة العاديين ويعملون معهم في جماعات صغيرة حتى يتسنى لهم أن يتقبلوا ويتعلموا المهارات التواصلية ويشعرون بالارتياح(فضة واحمد، ٢٠٠٥).

أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بالدراسة حول درجة انتشار اضطراب الاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي (١,٧٤) وهي درجة متوسطة. ومتوسط مؤوي قدره (٥٧,٨٩).

تعزو الباحثة انخفاض حدة اضطراب الاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم إلى أن الطفل في هذه المرحلة يمتلك طاقة كبيرة، تسمح له بأن ينسى بسرعة أية إخفاقات يتعرض لها، وفي الوقت نفسه يتقدم نحو كل ما يبدو مرغوباً بالنسبة له، ويكون أكثر ارتياحاً وحباً للآخرين، وأحكامه عادة هي أكثر براعةً، ويصبح نشطاً ويبدى وعياً أكبر بذاته. (ابو جادو، ٢٠٠٧، ٣٢٤).

أما نتائج الدراسة حول درجة انتشار اضطراب المخاوف المرضية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم. فقد تبين أن المتوسط الحسابي العام للمخاوف المرضية قد بلغت قيمته (٢,٠٥) ومتوسط مؤوي (٦٨,٤٥)، وهي ذات درجة متوسطة وقريبة من الدرجة العالية، وقد حاز اضطراب المخاوف المرضية على أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً من حيث الدرجة والنوع لدى طلبة صعوبات التعلم حيث تمركزت المخاوف المرضية لدى الطلبة في المجالات: الخوف من المستقبل، والخوف الاجتماعي، والخوف من الأماكن غير المألوفة، وأخيراً المخاوف البسيطة.

وترى الباحثة أن الخوف مرتبط بذوي صعوبات التعلم وبالأعراض المصاحبة لهم، وبالسلوكيات المرتبطة بهم حيث إن الكثير من الأطفال الذين عندهم صعوبات تعلم لا يستطيعون الانطلاق في الحديث، والتعبير عن آرائهم ومشاعرهم، فهم غير قادرين على مواجهة الأشخاص سواء كانوا معلمين، أو زملائهم في المدرسة أو حتى عند الالتقاء بأهاليهم، ويرجع ذلك إلى ظاهرة التلعثم لدى هذه الفئة من الطلبة، أو إلى أساليب التربية الوالدية الخاطئة، والمعاملة غير المناسبة حيث النقد المستمر والتوبيخ الدائم أو كثرة المطالب التي تفوق قدرة الطفل وإمكانياته، الأمر الذي يولد لدى الطفل شعوراً بالخوف من الفشل، نتيجة ردود فعل الآخرين، وبالتالي يؤثر ذلك على حياتهم المستقبلية، لما يواجهوا في بدء حياتهم من الصدمات نتيجة مرورهم بالخبرات الحادة سواء كانت: عاطفية، أو تربوية، أو اقتصادية.

بالنسبة للسؤال الثاني: - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدة الاضطرابات النفسية لمستوى القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية وفقا لمتغير النوع(الجنس)، والمرحلة التعليمية، والمنطقة السكنية.

(أ/١) حدة اضطراب القلق وفق متغير النوع(ذكور، إناث):

كشفت نتائج الدراسة الحالية، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة اضطراب القلق بين الذكور والإناث، عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,01$) لصالح الإناث. وذلك على المقياس ككل وعلى المجالات الستة للمقياس كما عكسته المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الهاجري (٢٠٠٢)، وذلك بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0,01$)، في متغير القلق لصالح نوات صعوبات التعلم. ودراسة محمود وصابر (٢٠٠٤)، التي دلت على حصول الإناث على درجات مرتفعة في القلق النفسي العام.

وتعزو الباحثة نتيجة الدراسة الحالية في حدة اضطراب القلق لدى الإناث أكثر عنه لدى الذكور إلى أن المعلمات قد يفقدن فهم كيفية اعتماد تلك الطالبات على الخطط الإستراتيجية النفسية للتغلب على مشكلات التوتر لديهن، وأن لدى الطالبات من نوات صعوبات التعلم مشكلة في الحفاظ على مجموعة من الزميلات للتغلب على تلك المشكلات. (Brewster,2010,2).

ومن ناحية أخرى نجد أن الإناث يتولد لديهن القلق بصورة أكبر عنه لدى الذكور وذلك لأن طبيعة الأنثى عاطفية وتحتاج إلى الاهتمام من قبل الآخرين أكثر، سواءً أكان من قبل الأقران في المدرسة أو أولياء الأمور أو المعلمين المختصين في هذا الجانب.

(ب-١) / حدة اضطراب الاكتئاب وفق متغير النوع(ذكور، إناث):

كشفت نتائج الدراسة الحالية، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة اضطراب الاكتئاب بين الذكور والإناث، عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,05$) لصالح الإناث، وذلك على المقياس ككل وعلى مجالات المقياس الأربعة كما عكسته المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. وهذه النتيجة تؤكد مدى توفر اضطراب الاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم وتحديداً الإناث منهم.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة الزاير (٢٠٠٥)، فقد أكد على تواجد دلالة الفروق الإحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب في ثلاثة أعراض (انخفاض الشهية، وكراهية المدرسة، والشجار)، حيث كانت نتيجة أعراض الاكتئاب لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور في (انخفاض الشهية)، وقد كانت هذه الأعراض عند الذكور أعلى منها لدى الإناث في (كراهية المدرسة، والشجار). وقد اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة ستيفنسون ورومني (Stevnson&Romney, 1984)، التي أشارت بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في ظهور أعراض الاكتئاب، ودراسة بات وآخرون، (Bat, et, al, 1982)، التي أشارت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور عن الإناث في ظهور أعراض الاكتئاب لديهم بنسبة (٦-١) في المرحلة العمرية من (٦-٨)، و بنسبة (٣-١) من المرحلة العمرية (٩-١١)، كما كانت نسبة الذكور إلى الإناث في المرحلة العمرية (١٢-١٣) هي (٥-١،٥).

وتعزو الباحثة اختلاف الأعراض الاكتئابية بين الذكور والإناث إلى طبيعة التغيرات البيولوجية والتغيرات الهرمونية الجنسية وتطور الشخصية والأنماط السلوكية وبخاصة للإناث، ولأن الإناث ذوات صعوبة التعلم يجدن صعوبة في التعبير عن الأفكار، ولديهن مستوى أقل لاحترام الذات وحالة أكثر حدة من الاكتئاب، بينما الذكور لديهم سلوك الإهمال والعنف بشكل أكثر وضوحاً. (الزاير، ٢٠٠٥، ٥٣). لذا لا بد من تدخل النظام الصحي الملائم لمعالجة الأطفال والمراهقين المكتئبين بغض النظر عما إذا ما كانت لديهم حالة مصاحبة من صعوبات التعلم أم لم تكن. (Jones, 2006, 3).

(١-ج) حدة اضطراب المخاوف المرضية على وفق متغير النوع (ذكور، إناث).

كشفت نتائج الدراسة الحالية، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة اضطراب المخاوف المرضية بين الذكور والإناث، عند مستوى دلالة ($\alpha < 0,01$) لصالح الإناث. وذلك على المقياس ككل وعلى جميع مجالات القياس الأربعة كما عكسته المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. وهذه النتيجة تؤكد مدى توفر اضطراب المخاوف المرضية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم وتحديدًا الإناث منهم، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة لي (Li, 2007)، التي دلت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخوف إجمالاً لصالح الإناث والمخاوف المتعلقة بالحيوانات الصغيرة، والقلق والحساسية المفرطة.

وتجد الباحثة أن الإناث يملكن الخوف أكثر من الذكور نتيجة قلة خروجهن من البيت وقلة اختلاطهن بالمجتمع الخارجي، ولا ينفصلن عن آبائهن، مما يؤدي إلى اصطدامهم بواقع الحياة الخارجية ويولد القلق لديهن، عكس الذكور الذين هم لا يستطيعون المكوث داخل البيت ونجدهم مخالطين للمجتمع الخارجي كلاً حسب شخصيته.

ويوصف هؤلاء الأطفال من ذوي صعوبات التعلم بأنهم: وحيدون، قلقون بشكل عام، ولديهم ندرة في الأصدقاء، وقد لا يكون لديهم أصدقاء أبداً، وتشيع لدى هؤلاء الأطفال أعراض جسدية مثل: الصداع وآلام المعدة، وفي كثير من الأحيان وجد أن مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم أقل بشكل دال من غيرهم (عجلان، ٢٠٠٩، ٦).

(٢) حدة اضطرابات القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية على وفق متغير

المرحلة التعليمية:

أكدت نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، التي أجريت لمعرفة مدى الفروق بين متوسطات تقديرات طلبة ذوي صعوبات التعلم على المجالات ومجموع مجالات الدراسة وفقاً لمتغير المرحلة التعليمية اتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير المراحل التعليمية، بين أفراد طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية للتعليم الأساسي لجميع المراحل على مستوى محافظة مسقط في مقياس القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية. وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة محمود وصابر (٢٠٠٤)، بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الخصائص النفسية والسلوكية باختلاف نوع المرحلة التعليمية الابتدائية، والمتوسطة.

وقد تعارضت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة الزاير (٢٠٠٥)، حيث أشارت نتائج دراسته إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم تعزى لمتغير الصف الدراسي في (الأفكار الانتحارية، ونوبات البكاء، واضطراب النوم، وانخفاض الشهية، وقلق حول وظائف الجسم بين الصفين الرابع والسادس). وقد كانت هذه الفروق لصالح الصف السادس في جميع الأعراض السابقة ماعدا في عرض القلق حول وظائف الجسم. إذ كانت الفروق لصالح الصف الرابع. أما فيما يتعلق بالفروق في الدرجة الكلية للأعراض الاكتئابية فقد وجدت فروق بين الصفين الرابع والخامس تعزى لمتغير الصف الدراسي إذ كانت لصالح الصف الخامس. أما دراسة بات وآخرون (Bat, et, al , 1982)، فقد

دلت فيها النتائج أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم لجميع المراحل التعليمية يعانون من اضطرابات في الاكتئاب تصل نسبتها إلى (٥٤%).

وتعزو الباحثة عدم وجود الفروق ذات الدلالة الإحصائية وفق متغير المرحلة التعليمية في الدراسة الحالية، إلى العوامل التي تؤدي إلى صعوبات التعلم وهي العوامل الوراثية والكيميائية والبيئية والإصابات الدماغية التي تصيب هذه الفئة، وعلاقة سوء التغذية بظهور الصعوبة في التقدم التحصيلي لديهم، حيث نجد أن جميع طلبة صعوبات التعلم يتشاركون في صعوبات واحدة وهي التي تتعلق بالمهارات الحسابية، أو القرائية، أو قلة الاستيعاب للدروس، أو ضعف القدرة على اكتسابهم للمهارات المتعلقة بالأنشطة التعليمية، مما يجعلهم لا يختلفون عن بعضهم في المستويات التحصيلية، وهذا بدوره لا يؤدي إلى نشوء الاضطرابات النفسية لديهم من قلق أو اكتئاب أو مخاوف مرضية وفق المرحلة التعليمية.

(٣-أ) حدة اضطراب القلق وفقاً لمتغير المنطقة السكنية:

كشفت نتائج الدراسة الحالية أن أعلى المتوسطات الحسابية الذي ظهرت في متغير السكن كان لمجال المخاوف الخاصة، ثم يليه القلق الاجتماعي، ومن ثم ودرجة متساوية مجال القلق العام، و الضغوط الحادة، وأدنى المتوسطات الحسابية كان لقلق الانفصال. وللتحقق من دلالة هذه الفروق معنوياً، تم استخدام تحليل التباين الأحادي واتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير السكن للمجالات الآتية: المخاوف الخاصة عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,05)$ ، ومجال القلق العام عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,05)$ ، ومجال القلق الاجتماعي عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,01)$ ، وللتحقق من مصدر هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية، حيث أشارت النتائج للمجموع الكلي لمقياس القلق ومن خلال الجدول (١١)، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طلبة صعوبات التعلم عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,05)$ ، بالنسبة للمقياس ككل وكل من المجال المخاوف الخاصة، ومجال القلق العام، ومجال القلق الاجتماعي، لصالح الطلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس ولاية بوشر بمحافظة مسقط. بينما لم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائية لاضطراب القلق لصالح طلبة ذوي صعوبات التعلم نحو المنطقة السكنية في كل من مجال الضغوط الحادة، وقلق الانفصال، وسلوك رفض المدرسة.

وتعزو الباحثة الفروق بين طلبة ذوي صعوبات التعلم وفق متغير المنطقة السكنية على المقياس ككل إلى خصائص الطلبة ذوي صعوبات التعلم في بعض الولايات، وضعفهم في تنمية الاتجاهات والمتطلبات الاجتماعية الأساسية لديهم، مثل مهارات الاتصال مع الآخرين لتحقيق القبول الاجتماعي. فمن الصفات الواضحة لهذه الفئة من الطلبة الضعف الواضح في المهارات الاجتماعية التي تعد متطلباً أساسياً في تحقيق التكيف المناسب. كما أن الرفض الاجتماعي من قبل الآخرين قد يزيد من حدة القلق الاجتماعي لديهم مما يؤدي إلى ظهور المخاوف الخاصة لدى الطلبة وتظهر على شكل قلق وانسحاب اجتماعي من المجتمع.(القضاة، ٢٠٠٤، ٦٥).

وترى الباحثة ان اتجاهات المجتمع نحو هذه الفئة من الطلبة، تختلف من منطقة الى أخرى، حيث إن بعض الأسر العمانية لديها وعي وثقافة نحو كيفية التعامل مع أبنائهم من خلال إحاطتهم بكل رعاية واهتمام، وتوفير الأمن والطمأنينة لهم، والتواصل مع المختصين والمهتمين للسؤال عنهم في المدرسة، في حين أن المناطق الأخرى تفتقر الى ذلك، حيث تستخدم بعض الأسر طرق وأساليب غير محببه في معاقبة أبنائها مما تجعلهم مضطربين وقلقين نتيجة المعاملة القاسية التي يتلقونها .

(٣-ب) حدة اضطراب الاكتئاب وفقاً لمتغير المنطقة السكنية:

أما بالنسبة للمنطقة السكنية فقد كشفت النتائج الموضحة في جدول (١٠) وفقاً لاستخدام تحليل التباين الأحادي للدرجات الكلية في الاكتئاب بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاكتئاب ككل في جميع المناطق السكنية على مستوى محافظة مسقط.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الولايات بالنسبة لمتغير المنطقة السكنية إلى أن العينة المأخوذة من طلبة ذوي صعوبات التعلم للمرحلة العمرية من (١٠-١٣) عام، لا يدركون المشاكل التي تواجههم أو التي قد تواجههم في المستقبل، لكن كلما كبر هؤلاء الأطفال أحسوا بعمق المشكلات الأكاديمية والاجتماعية لديهم كونهم طلبة من فئة صعوبات التعلم وربما سيترتب عليه تدهور في الحالات النفسية لديهم والتي من أخطرها الاكتئاب. (الزبير، ٢٠٠٥، ٥٤).

(ج-٣) حدة اضطراب المخاوف المرضية وفقاً لمتغير المنطقة السكنية:

كشفت نتائج الدراسة الحالية أن أعلى المتوسطات الحسابية الذي ظهرت في متغير السكن كان لمجال الخوف من المستقبل، ثم يليه الخوف الاجتماعي، ويليه مجال الخوف من الأماكن، وكان أدنى المتوسطات الحسابية هو مجال المخاوف البسيطة. وللتحقق من هذه الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي، واتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير السكن للمجالات الآتية: الخوف من الأماكن المفتوحة عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,01)$ ، ومجال الخوف من المستقبل عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,05)$ ، وللتحقق من مصدر هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية، حيث أشارت النتائج للمجموع وكما موضح في جدول (١١) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طلبة صعوبات التعلم عند مستوى دلالة $(\alpha < 0,01)$ بالنسبة للمقياس ككل، وكل من مجال الخوف من الأماكن المفتوحة، ومجال الخوف من المستقبل لصالح ولاية بوشر لطلبة ذوي صعوبات التعلم، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لكل من مجال المخاوف البسيطة، ومجال الخوف الاجتماعي.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة مايكل وآخرون (Michiel, et, al, 2004)، التي أظهرت ارتباط مخاوف الأفراد من سن الطفولة لمنتصف سن المراهقة إلى النضج الإدراكي الاجتماعي أكثر من عمر الفرد. في حين عكست الدراسة الحالية أن الخوف من المستقبل والأماكن المفتوحة هما السببان الرئيسان في توليد الخوف لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم وفق متغير المنطقة السكنية.

وتعزو الباحثة الفروق بين طلبة ذوي صعوبات التعلم لحدة اضطراب المخاوف المرضية وفق متغير المنطقة السكنية وعلى المقياس ككل وخاصة لمجالي الخوف من المستقبل والخوف من الأماكن المفتوحة، إلى توقعات الوالدين والمعلمين إزاء أبنائهم، وطلبتهم فهم يتوقعون انجازات مفرطة من النجاح والتميز من قبل أبنائهم وهذا عادة يسبب إخفاقا من قبلهم عندما لا يستطيعون انجاز المهام الملقاة عليهم، مما يتولد لديهم الخوف، والشعور بعدم النجاح والفشل مما يؤثر على مستقبلهم، لذا على الوالدين ألا يصبحوا مفرطين في مطالبهم وصارمين ورافضين لأن الطفل يحتاج إلى المدح عندما يكون ناجحا، وقدرًا معقولا من الطمأنينة والتشجيع عند الفشل. (وولمان، ٢٠٠٦، ١٤٦).

وقد نجد متغيرات أخرى تثير المخاوف لدى الأطفال وحتى ذويهم، كتغير البيئة التي يعيشها الطفل، ويتفق هذا مع ما جاء في إحدى الدراسات التي أظهرت أن دخول الطفل إلى المدرسة ووجوده في أماكن أخرى مختلفة عن مجال أسرته قد يثير لديه القلق والخوف أو الذعر الذي يصاحبه التوتر والتحفز وحدة الانفعال مما يؤثر سلباً على إمكانية التركيز داخل غرفة الصف والمدرسة، وهذا يحدث غالباً مع طلبة ذوي صعوبات التعلم. (بطرس، ٢٠١٠، ٢١٣).

إن هؤلاء الطلبة من ذوي صعوبات التعلم يحتاجون إلى مساندة من الغير لإعادة تكيفهم وتوافقهم مع باقي المجتمع؛ مثل الأهل والأصدقاء والبيئة التي يعيش فيها، حيث ترى الباحثة أن ثقافة كل ولاية تختلف عن الأخرى وذلك لاختلاف قيم الناس ومعاييرهم عما كانت عليه بفعل المتغيرات الحياتية المستمرة، وسوف تتغير في المستقبل عما هي عليه الآن وذلك من ناحية النظرة الشمولية لهذه الفئة من الطلبة، حيث أن الظروف التي يمارسها الآباء والأجداد تختلف عن تلك التي يعيشها الأبناء، ومن المهم أن يتقبلوا ذلك وان يفهموه. وأن يؤمنوا بأن ما عاصروه هم واستقبلوه يختلف عن ذلك الذي يعاصره أبنائهم.

ثانياً: التوصيات والمقترحات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من معطيات، صاغت الباحثة عددا من التوصيات لدراسات مستقبلية وعلى النحو الآتي:

١. الكشف المبكر عن مدى انتشار صعوبات التعلم بين الطلبة والطالبات في مدارس سلطنة عمان.
٢. الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية (الاكتئاب- القلق- المخاوف المرضية) بين طلبة ذوي صعوبات التعلم.
٣. الاهتمام بتوفير برامج الرعاية النفسية للطلبة ذوي صعوبات التعلم بحيث يتم تأهيلهم وتدريبهم على مواجهة ضغوط الحياة.
٤. حث الطلبة ذوي صعوبات التعلم على المشاركة والتفاعل في المناقشات الجماعية سواء داخل قاعات الدراسة أو الندوات العامة، والأنشطة المدرسية.
٥. تزويد جميع مدارس السلطنة بفريق مختص بالجانب الإرشادي النفسي لطلبة ذوي صعوبات التعلم إلى جانب معلمي ومعلمات طلبة ذوي صعوبات التعلم، لما لهم من دور في بناء المجتمع .
٦. التركيز على دور الأسرة في الرعاية والوقاية والإرشاد لأنها قد تلعب دورا كبيرا في ظهور الاضطرابات النفسية لدى ابنائها من ذوي صعوبات التعلم، كما ويجب توضيح طبيعة هذه الفئة وقدراتها، حتى لا تتسبب الضغوط الأسرية في المشكلات والاضطرابات النفسية لدى أبنائهم.
٧. تحديد الخصائص النفسية التي يعاني منها طلبة ذوي صعوبات التعلم، في جميع المراحل التعليمية ولكلا الجنسين (ذكور، وإناث)، في المدارس والمؤسسات التربوية التي تساعد على تحديد احتياجاتهم وتقديم الخدمات لهم.
٨. إعداد برامج إرشادية وتوعوية مناسبة لأولياء أمور الطلبة من ذوي صعوبات التعلم المضطربين نفسيا، تساعد على المساهمة مع الجهات الصحية في الحد ومعالجة الاضطرابات النفسية والتمثلة في القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية.
٩. الوقوف على بعض الاضطرابات النفسية لدى الإناث من ذوات صعوبات التعلم في مدارس منطقة مسقط والحد من انتشارها بتوفير طاقم من المرشحات النفسيات المتابعات لهذه الفئة.

المقترحات:

تقترح الدراسة الحالية بعض البحوث المستقبلية لغرض الإحاطة الشمولية بموضوع صعوبات التعلم ومدى إسهامها ببعض المشكلات النفسية:

١. إجراء دراسة حول بعض العوامل المسهمة في ظهور الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم.
٢. إجراء دراسة مقارنة حول الضغوط النفسية لدى معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم ومعلمي الطلبة العاديين.
٣. إجراء دراسة حول بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة الحلقة الأولى من ذوي صعوبات التعلم من مدارس التعليم الأساسي بسلطنة عمان.
٤. دراسة مقارنة حول الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس الحكومية والمدارس الخاصة.
٥. دراسة لبعض الاضطرابات النفسية للأطفال ذوي صعوبات التعلم ودور الأخصائي النفسي في التعامل معها.
٦. الاحتراق النفسي لدى معلمي طلبة ذوي صعوبات التعلم.
٧. برنامج إرشادي تدريبي في تخفيف اضطراب القلق لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم.
٨. برنامج إرشادي تدريبي في تخفيف اضطراب الاكتئاب لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم.
٩. برنامج إرشادي تدريبي في تخفيف المخاوف المرضية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، زيزي السيد (٢٠٠٥). العلاج المعرفي للاكتئاب، اسسه النظرية وتطبيقاته العملية
واساليب المساعدة الذاتية. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- إبراهيم، علا عبد الباقي (٢٠٠٩). الاكتئاب، أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقائية
(ط١)، القاهرة، عالم الكتاب للنشر والتوزيع.
- أبوجادو، صالح محمد علي (٢٠٠٧). علم النفس التطوري، الطفولة والمراهقة. (ط٢)، عمان،
الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ابوزيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٠). الاكتئاب، دراسة في السيكوباتومتري. تقديم: عباس محمود
عوض. الأزاريطة، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
- ابوزيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٨). علم نفس الطفل، قلق الاطفال. القاهرة، دار المعرفة
الجامعية.
- ابوزيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٩). الخوف والرهاب لدى الاطفال، علم نفس الطفل.
(ج٢)، الأزاريطة، مصر، دار المعرفة الجامعية.
- ابوشعيرة، خالد محمد؛ احمد، ثائر (٢٠٠٩). صعوبات التعلم بين النظرية والتطبيق. (ط١)،
عمان، الأردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر.
- احمد، سليمان رجب سيد (مارس، ٢٠٠٨). العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوي
صعوبات التعلم. جمعية اولياء الامور المعاقين، الجمعية الخليجية للاعاقة، ١٨ المركز
الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب، القاهرة، دبي، ص١٦٠-١٩٦.
- ارثريل، جيمس جاردنر (٢٠٠٧). ادارة الخوف. ترجمة: خالد العامري، القاهرة، مصر، دار الفاروق
للنشر والتوزيع.
- ارنوط، بشرى اسماعيل أحمد (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية للاطفال، الاسباب، التشخيص،
العلاج. جامعة ام القرى، www.uqu.edu.
- الانصاري، بدر محمد؛ كاظم، علي مهدي (٢٠٠٧). الفروق في القلق والاكتئاب بين طلاب
وظالبات جامعتي الكويت والسultan قابوس، مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة
القاهرة، جمهورية مصر العربية.

باطنة، أمال عبد السميع مليجي(٢٠٠٥). مقياس المخاوف الشاملة. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

بشرى، صمويل تامر(٢٠٠٧). الاكتئاب والعلاج بالواقع. القاهرة، جمهورية مصر العربية، مكتبة الانجلو المصرية.

بطرس، بطرس حافظ(٢٠١٠). طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليا.(ط١)، عمان، الاردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

توفيق، عبد المنعم توفيق (١٩٩٩). المكونات العاملة للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الاعدادية بدولة البحرين. المجلة التربوية، المجلد(١٣)، العدد(٥٢)، ص١٧٥-١٨٣.

جبريل، مصطفى السعيد(١٩٩٧). بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الاعدادية في ضوء الجنس والمادة الدراسية. مجلة كلية التربية، العدد(٣٤)، ص٣-٥٧.

جدوع، عصام (٢٠٠٧). صعوبات التعلم. الطبعة العربية، عمان، الاردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

جرار، عبد الرحمن محمود (٢٠٠٨). صعوبات التعلم قضايا حديثة.(ط١)، دولة الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الجمل، مديحة عبد العزيز(٢٠٠٤). فعالية برنامج ارشادي في تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

حجازي، سناء نصر (٢٠٠٩). علم النفس الاكلينيكي للاطفال.(ط١)، عمان، الاردن، دار المسيرة. حسين، ميرفت عبد المنعم سلامة(٢٠٠٥). ابعاد مفهوم الذات وعلاقتها ببعض اضطرابات القلق لدى عينة من الاطفال المبصرين والمكفوفين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.

حمدان، محمد زياد (٢٠٠٦). اضطرابات نفسية وسلوكية للأبناء. دمشق، سوريا، دار التربية الحديثة.

الخطيب، جمال؛ الصمادي، جميل؛ الروسان، فاروق؛ الحديدي، منى؛ يحي، خولة؛ الناطور، ميادة؛ الزريقات، إبراهيم؛ العميرة، موسى؛ السرور، ناديا (٢٠٠٧). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.(ط١)، عمان، الاردن، دار الفكر.

- خلف الله، سلمان (٢٠٠٤). الطفولة المشكلتات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية. (ج١)، عمان، الاردن، جهيئة للنشر والتوزيع.
- خليفة، وليد السيد؛ عيسى، مراد علي (٢٠٠٧). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، المفاهيم-النظريات-البرامج. (ط١)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- راشد، عدنان غائب (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية. (ط١)، القاهرة، مصر، دار وائل للنشر .
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠٩). الصحة النفسية. (ط٣). الاردن، عمان، دار المسيرة.
- الروسان، فاروق (٢٠٠٠). دراسات وابحث في التربية الخاصة. (ط١)، عمان، الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزاير، فيصل محمد خير (٢٠٠٥). الاعراض الاكتئابية للاطفال ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، المملكة الاردنية الهاشمية.
- الزغول، عماد عبد الرحيم (٢٠٠٦). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. (ط١)، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي (١٩٩٨). صعوبات التعلم والاسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. (ط١)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار النشر للجامعات.
- الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٢). نمذجة العلاقات السببية بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية واضطرابات السلوك الاجتماعي والانفعالي، ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، نضمها جامعة الخليج العربي ضمن مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة، جامعة الخليج العربي، البحرين ٢٠-٢٢ مايو، ٧٥-٨٠.
- الزيات، فتحي (٢٠٠٧). صعوبات التعلم الاستراتيجيات التدريسية والمداخل العلاجية. (ط١)، القاهرة، جمهورية مصر العربية، دار النشر للجامعات.
- الزيات، فتحي (٢٠٠٨). قضايا معاصرة في صعوبات التعلم. (ط١)، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- الزيود، نادر فهمي (١٩٩٨). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. (ط١)، عمان، الاردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

سالم، محمد عوض؛ عبد الله، الشحات؛ مجدي، محمد؛ عاشور، احمد حسن(٢٠٠٣). صعوبات التعلم التشخيص والعلاج. (ط١)، عمان، الاردن، دار الفكر.

سالم، محمود عوض الله سالم؛ زكي، امل عبد المحسن(٢٠٠٩). صعوبات التعلم والتنظيم الذاتي.(ط١)، القاهرة، جمهورية مصر العربية، الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق التوقيمية.

السامرائي، عواطف عبد المجيد عبد الجبار(١٩٩٧). بعض الاضطرابات النفسية وأثرها في ارتكاب الجريمة. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة المستنصرية، بغداد. سرحان، وليد؛ الخطيب، جمال؛ وحباشنة، محمد (٢٠٠٣). الاكتئاب.(ط١)، عمان الاردن، دارمجدلاوي للنشر والتوزيع.

السرطاوي، زيدان؛ الشخص، عبد العزيز(١٩٩٩). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا، النظرية والتطبيق. (ج١)،(ط١)، دولة الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

السماك، امينة؛ مصطفى، عادل (٢٠٠١). الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، المعايير التشخيصية. (ط١)، الكويت، مكتبة المنار الاسلامية.

السويد، عبد الحميد سليمان السويد (٢٠٠٣). صعوبات التعلم، تاريخها، مفهوما، تشخيصها، علاجها. (ط٢)، القاهرة، دار الفكر العربي.

شربت، اشرف محمد عبد الغني (٢٠٠٨). الصحة النفسية بين الاطار النظري والتطبيقات الاجرائية. جمهورية مصر العربية، مؤسسة حورس الدولية. الشربيني، زكريا. (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الاطفال.(ط١). المملكة العربية السعودية: دار الفكر العربي.

شكري، محمد كريم شكري (٢٠٠٨). الفوبيا، التصنيف والتشخيص والقياس. مصر، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

شيفر؛ ومليمان (٢٠٠٦). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مشكلاتها واسبابها وطرق حلها. ترجمة: سعيد حسني العزة. عمان، الاردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

شيفر؛ و ميلمان (٢٠٠٨). مشكلات الاطفال والمراهقين واساليب المساعدة. (ط١)، ترجمة: نزيه حمدي، ونسيمة داود. عمان، الاردن، دار الفكر .

الطواب، سيد محمود (٢٠٠٨). الصحة النفسية والارشاد النفسي. مصر، الاسكندرية، دار الهناء للتجليد الفني.

- عبد الباقي، سلوى (١٩٩٣). مسببات القلق، خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل. مجلة الدراسات التربوية، المجلد (٨)، العدد (٥٨)، ص ١٠٢ - ١٠٨.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٣). مقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
- عبدالرؤوف، فاروق؛ عامر، ربيع (٢٠٠٧). صعوبات التعلم، مفهومه، تشخيصه، علاجه. (ط١)، المؤسسة العربية للعلوم والتقانة.
- عبد العزيز، سعيد (٢٠٠٨). ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. (ط١)، عمان، الاردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبد الله، مجدي احمد محمد (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية للأطفال، الاعراض والاسباب والعلاج. جمهورية مصر العربية، دار المعرفة الجامعية.
- عبد الله، محمد قاسم (١٩٩٥). النظريات المعرفية للاكتئاب. المجلة الثقافية النفسية، المجلد (٦)، العدد (٢٤)، ص ١٢٨-١٣٢.
- عبيدي، محمد جاسم (٢٠٠٩). مشكلات الصحة النفسية، امراضها وعلاجها. (ط١)، عمان، الاردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١). القلق وادارة الضغوط النفسية. (ط١)، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عجلان، عفاف محمد محمود (٢٠٠٩). دراسة سيكومترية لمخاوف الأطفال والمراهقين في ضوء كل من العمر والنوع وارتباط تلك المخاوف بالصحة النفسية. المجلة العلمية، المجلد (٢٥)، العدد (١)، (ج١)، ص ٢-١٤.
- العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. (ط١)، الاردن، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢). صعوبات التعلم، المفهوم، التشخيص، الاسباب، اساليب التدريس واستراتيجيات العلاج. عمان، الاردن، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عسقلاني، عائشة بنت عبد الخالق محمد (١٩٩٥). مدى فاعلية العلاج الواقعي في علاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بسلطنة عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، جمهورية مصر العربية، جامعة عين شمس.

العشاوي، هدى عبد الله الحاج عبد الله (٢٠٠٤). اطفالنا وصعوبات التعلم. السلسلة العلمية الميدانية لصعوبات التعلم وتنمية رعاية الطفل. (ط١)، الرياض، المملكة العربية السعودية.

العطية، أسماء عبد الله (٢٠٠٨). اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. (ط١)، الإسكندرية، مركز التطوير التربوي للنشر والتوزيع.

العلو، بن الازرق (٢٠٠٨). الانسان والقلق. سلسلة عالم الثقافة، المملكة العربية السعودية، دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع.

العلمي، ابتسام محمد احمد (٢٠١٠). فصائل الدم وبعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الطلاب والطالبات ذوي صعوبات التعلم والعادين في المرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

العليان، راشد كفاية؛ المسلم، رابحة علي؛ وعباس، طالب حمزة (٢٠٠٣). التربية الخاصة في الكويت. دولة الكويت، إدارة مدارس التربية الخاصة، وزارة التربية.

العناني، حنان عبد الحميد (١٩٩٠). الصحة النفسية للطفل. (ط١)، الاردن، دار الفكر للنشر والتوزيع. العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية وعلاجها. الاسكندرية، مصر، الدار الجامعية.

غانم، محمد حسن (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. (ط١)، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

غبريال، طلعت منصور (٢٠٠٢). استراتيجيات الصحة النفسية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي، ص ٢١-٧٣، البحرين، مايو ٢٠٠٢.

غيث، سعاد منصور (٢٠٠٦). الصحة النفسية للطفل. عمان، الاردن، دار الصفا.

الفار، مصطفى محمد (٢٠٠٣). الدليل الى صعوبات التعلم. (ط١)، الاردن، دار يافا العلمية.

فايد، حسين (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية، تشخيصها-اسبابها-علاجها. (ط١)، القاهرة: طيبة للنشر والتوزيع.

فرج، عبد اللطيف حسين (٢٠٠٩). الاضطرابات النفسية

الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال. (ط١)، المملكة العربية السعودية، مكة المكرمة، دار الحامد.

فضة، حمدان محمود؛ احمد، سليمان رجب سيد احمد (٢٠٠٥). العلاج النفسي لذوي صعوبات التعلم، الراشدون والموهوبون. المؤتمر العلمي الأول، جامعة بنها، ص ٨٨٩ - ٩٠٨، المملكة العربية السعودية.

الفضلي، نورة عوض عبد الله (٢٠٠٩). فاعلية برنامج تدريبي لتعديل صعوبات تعلم القراءة وبعض المتغيرات النفسية لدى أطفال الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الاساسي في محافظة ظفار بسلطنة عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

الفوال، محمد خير احمد (٢٠٠٦). مقاومة الخوف والسلوك الفردي عند الاطفال، مؤتمر فيلادلفيا الدولي الحادي عشر (ثقافة الخوف)، ٢٤-٢٦ ابريل، جامعة ام القرى، www.uqu.edu.sq

الفوري، سعاد مبارك (٢٠٠٣). برنامج معالجة صعوبات التعلم لدى تلاميذ الحلقة الأولى في مدارس التعليم الأساسي ودور المعلم في اكتشاف صعوبات التعلم. دائرة محو الأمية والتربية الخاصة، ٢٦/٨/٢٠٠٦، سلطنة عمان، وزارة التربية والتعليم. www.moe.gov.om

القبالي، يحي (٢٠٠٨). الاضطرابات السلوكية الانفعالية. (ط١)، عمان، الاردن، الطريق للنشر والتوزيع.

القضاة، مامون حامد (٢٠٠٤). التكيف النفسي الاجتماعي لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية في مدينة عمان وعلاقته بالتحصيل الدراسي والجنس ونوع المدرسة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، المملكة الاردنية الهاشمية.

كاستنياد، ماك كاندلس؛ بالرمو (١٩٨٧). مقياس القلق للاطفال. القاهرة، مكتبة انجلو المصرية. اللواتي، محمد حسن داود (٢٠٠٧). الصعوبات التي تواجهها معلمات المجال الاول في تدريس الدراسات الاجتماعية لذوي صعوبات التعلم بسلطنة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

مجيد، سوسن شاكر (٢٠٠٨). مشكلات الاطفال النفسية والأساليب الارشادية لمعالجتها. (ط١)، عمان، الاردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع.

محمد، عبد الصبور منصور (٢٠٠٨). الأنشطة اللاصفية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى تلاميذ المعاقين عقليا في مدارس الدمج. الملتقى الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة، المملكة العربية السعودية، ١٨-٢٠ مارس، ص ٥٦-٨٧.

محمود، أمان؛ صابر، سامية (٢٠٠٤). بعض الخصائص النفسية والسلوكية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم. *مجلة الطفولة العربية*، المجلد (٥)، العدد (١٩)، www.arabpsynet.com

محمود، عكاشة عبد المنان (٢٠٠٤). *الخوف والارق والقلق عند الاطفال*. عمان، الاردن، دار الاخوة للنشر والتوزيع.

المديرية العامة للتخطيط والمعلومات التربوية (٢٠٠١). *الكتاب السنوي للإحصاءات التعليمية بسلطنة عمان*. عدد (٣١)، ص ٢١-٣١.

المقبالي، سعيد بن خميس سعيد (٢٠٠٩). *فاعلية ارشاد جمعي في خفض قلق الامتحان لدى طلبة الصف الحادي عشر بسلطنة عمان*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نزوى، سلطنة عمان.

مقياس بيرسلون (١٩٨٧). *مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الاطفال*. ترجمة: عبد العزيز الثابت، www.childrenandwar.org

ملحم، سامي محمد. (٢٠٠٢). *صعوبات التعلم*. (ط١)، عمان، الاردن، دار المسيرة. مهندس، ميساء يوسف بكر (٢٠٠٦). *اساليب المعاملة الوالدية والشعور بالامن النفسي والقلق لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة جدة*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.

الموسوعة الطبية (٢٠١٠). *الصحة النفسية والعقلية والعصبية*. ٢٢/١/٢٠١٠، www.feedo.net

النابلسي، محمد احمد (٢٠٠٣). *الاكتئاب اسبابه وعلاجه*. *مجلة الثقافة النفسية*، المجلد (١٤)، العدد (٥٦)، ص ٧١-٨٠.

الهاجري، أمل محمد عبد الله الهرمسي (٢٠٠٢). *دراسة لبعض الخصائص الشخصية والانفعالية لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم في القراءة، والعاديين بالمرحلة الابتدائية بمملكة البحرين*. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، المجلد (٣)، العدد (٤)، ص ٢٥٠.

هالالاهان، دانيال ب وكوفمان، جيمس م (٢٠٠٨). *سيكولوجية الاطفال غير العاديين وتعليمهم*. (ط١). ترجمة: عادل عبد الله محمد. عمان، الاردن، دار الفكر .

هالالاهان، دانيال ب؛ كوفمان، جيمس؛ لويد، جون؛ ويس، مارجريت؛ مارتينز، إليزابيث (٢٠٠٧). *صعوبات التعلم مفهومها-طبيعتها-التعلم العلاجي*. (ط١)، ترجمة: عادل عبد

الله محمد. مصر، دار الفكر ناشرون وموزعون.

هنلي، مارتن؛ ورامزي، روبرتا؛ والجوزين (٢٠٠٤). خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم. ترجمة: جابر عبد الحميد جابر. القاهرة، دار الفكر العربي.

هيندرز، ديفيد (٢٠٠٥). أقره الاككتاب. (ط١)، الملكة العربية السعودية، مكتبة جرير للطباعة والنشر والتوزيع.

وزارة التربية والتعليم (١٩٩٩). التعليم الأساسي في سلطنة عمان اطاره النظري. سلطنة عمان، مسقط، مطابع وزارة التربية والتعليم.

الوقفي، راضي (٢٠٠٩). صعوبات التعلم النظري والتطبيقي. (ط١). عمان، الاردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

وولمان، ب (٢٠٠٦). مخاوف الأطفال. ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب. تقديم: عبدالعزيز القوصي. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

يحي، خولة أحمد (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان، الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Aldrete-Phan, Chau N (2001). **Comparison of stress responses of children with and without learning disabilities**. Proquest Dissertations And Theses . Section 0225, Part 0529 ,pp 127 .

Brewster, Laurel Renee (2001). **Stress, coping, and social support of students with learning disabilities**. Proquest Dissertations And Theses . Section 6060, Part 0529, pp 60.

Carol Wright-Strawderman and Billy L.Watson(1992).The Prevalence of Depressive Symptoms in Children with Learning Disabilities. **Journal of Learning Disabilities**. Texas tegh university.UK.vol 25, Number 4, April, 1992, pp 258-264.

Christina m.Rodriguez and Donald K. Routh (1989). Depression, Anxiety, and Attributional Style in Learning-Disabled and Non-Learning-disabled children.Leiden. **Journal of Clinical Child Psychology**. Vol.18, No. 4, pp299-304.

D.T.Stevenson, MSc and D.M. Romney, PhD (1984). **Depression in Learning Disabled Children**. **Journal of Learning Disabilities**.vol (17), number10, pp 582-579.

Jayne Schneider, Ph.d., Kenneth D.Gadow, Ph.D., Judith A.Crowell, M.D., and Joyce Sprafkin, Ph.D(2009). Anxiety in Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With And Without Chronic Multiple Tic Disorder. Stony Brook University. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**.vol19, no6, pp737-748.

John W Maag, Robert Reid(2006).Depression Among Students with Learning Disabilities. **Journal of learning disabilities**.vol39, no1, pp3-10.

Karandes S, Kumbhare N, Kulkarni M, Shah N1. (2009). Anxiety Levels in mother of Children with Specific learning disability. **Journal of postgraduate medicine**.vol55, issue 3, pp165-170.

Katharina Manassis M.D., FRCPC, and Arlene Young, ph.D (2000). **Perception of Emotions in Anxious and Learning Disabled Children. Depression and Anxiety**, Canada.vol12, pp209-216.

Li, huijun, Morris, Richard j (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. **Academic journal**.,PP445-457.

McGillivray, Jane A., McCabe, Marita (2010). Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability. The views of key stakeholders. **British Journal of learning Disabilities**. Vol38.issue1, pp68-76. UK.

Meadan, monda-amaya (2008). **collaboration to promote social competence for students with mild disabilities in the general classroom, intervention in school and clinic**, vol43, no3, pp158-167.

Mercer, Kay Louise(2004). **Relations of self-efficacy to symptoms of depression and anxiety in adolescents with learning disabilities.** Proquest Dissertations and Theses, Section2500, Part 525, pages 222.

Pat Colbert, Med, Bonnie Newman, MSc, Philip Ney.MD, and Judy Young, RN (1982). Learning Disabilities as Symptom of Depression in children. **Journal of Learning Disabilities.** Vole 15, no 6, pp333-337.

Patrice W. Mattek and Michael Wierzbicki(1998). Cognitive and Behavioral Correlates of Depression in learning-Disabled and Nonlearning-Disabled Adult Students. **Journal of Psychology.** vol 54, no6, pp831-837.

P.Michiel Westenberg, Martine j.Drewes, Arnold W.Goedhart, Berend M.Siebelink, and PhilipD.A Treffers(۲۰۰۴). Adevelopmental analysis of self – reported fears in late childhood through mid-adolescence: sccial-evaluative fears on the rise. **Journal of psychology and psychiatry.**volum45, number3, p 481-495.

Schraufnagel-Caitlin Davies(2003). **Association between Cognition and Depression Across-Sectional and Longitudinal Study of Individuals with Learning Disabilities.** proquest document. section158, part622, pp122. university of north texas.

الملاحق

ملحق (١)

Sultanate of Oman
Ministry of Education
Directorate General of Education - Muscat
Director General Office

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سَلْطَنَةُ عُومَانِ
وَزَارَةُ التَّوْبِيغِ وَالْعِلْمِ
الْمَدِيرِيَّةُ الْعَامَّةُ لِلتَّوْبِيغِ وَالْعِلْمِ بِمُحَافَظَةِ مَسَقَطِ
مَكْتَبُ الْمَدِيرِ الْعَامِلِ

الرقم: م ع ت م ١٠١ / ١ / ١٥١

التاريخ: ٤ / ٢٧ / ١٤٣٧ هـ
الموافق: ٤ / ١٢ / ٢٠١٥ م

المحترمين الأفاضل / مديري ومديرات مدارس محافظة مسقط

السادة المعلمين ورممة اللها وبركاتة

الموضوع / تمهيد مهمة باسمة

تقوم الباحثة / جنان بنت عبداللطيف بن عبدالله القبطان ، بإجراء دراسة حول بعض الاضطرابات النفسية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط .
وترغب الباحثة في تطبيق اداة الدراسة على عينة من طلبة وطالبات الصفين السادس و السابع بمدارس المنطقة .
وبالإشارة إلى رسالة مستشارة الوزير / المكلفة بأعمال المكتب الفني للدراسيات والخطط ، رقم (٥٥٥) بتاريخ ٢٠١٥/٤/٧ م ، فإننا نرجو منكم التكرم بتسهيل مهمة الباحثة في مدارس الولاية لديكم ، خدمة لأغراض البحث ، علما بأن البيانات المطلوبة لن تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

شاكرين لكم إسهامكم العلمي
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير



عضو الدراسات والمناجحة

ملحق (٢)

University of Nizwa

College of Arts & Sciences
Dean's Office



جامعة نزوى

كلية العلوم والآداب
مكتب العميد

الموافق: 17 مارس 2010

لمن يهمه الأمر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:

الموضوع: تسهيل مهمة باحث

تقوم الطالبة/ **جنان بنت عبد اللطيف بن عبد الله القبطان**، الرقم الجامعي (02757481) ؛ تخصص ماجستير تربية في الإرشاد النفسي بإعداد بحث بعنوان :

"بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في

مدارس التعليم الأساسي بمحافظة مسقط"

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير، وتحتاج لاستكمال بحثها تطبيق إستبانة ؛ لذا نرجو تسهيل مهمتها البحثية. شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم معنا.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

وهي

أ.د محمد عبد المنعم إسماعيل
عميد كلية العلوم والآداب



أ.د عبد الهادي السيد عبده
رئيس قسم التربية والدراسات الإنسانية

١٠١٧/٧/٢٠١٠

Initial Campus at Birkat Al Mouz, P.O. Box 33, Postal Code 616,
Nizwa, Sultanate of Oman.
Tel. : 25446216-25446319, Fax : 25443400

Email address: uofnizwa@omantel.net.om
Website : www.unizwa.edu.om

الحرم المبدئي ص.ب: ٣٣، الرمز البريدي: ٦١٦
بركة الموز. مدينة نزوى. سلطنة عمان
هاتف: ٢٥٤٤٦٢١٦-٢٥٤٤٦٣١٩، فاكس: ٢٥٤٤٣٤٠٠

ملحق (٣)

قائمة بأسماء المحكمين لتحكيم مقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس الحلقة الثانية بمحافظة مسقط

| م | الاسم | جهة العمل |
|----|---------------------------------|--|
| ١ | أ.د عبد الرزاق فاضل القيسي | جامعة نزوى |
| ٢ | د. أمجد محمد هياجنة | جامعة نزوى |
| ٣ | د. باسم دحادحة | جامعة نزوى |
| ٤ | أ.م هدى احمدالضوي | جامعة نزوى |
| ٥ | د. فايز محمد منصور | جامعة نزوى |
| ٦ | د. أمال محمد بدوي | جامعة نزوى |
| ٧ | د. علي مهدي كاظم | جامعة السلطان قابوس |
| ٨ | د. سعاد بنت محمد علي سليمان | جامعة السلطان قابوس |
| ٩ | د. ابراهيم القريوتي | جامعة السلطان قابوس |
| ١٠ | د. عائشة محمد عجوة | جامعة السلطان قابوس (مركز الارشاد الطلابي) |
| ١١ | أ.د عبد القوي سالم الزبيدي | جامعة السلطان قابوس |
| ١٢ | أ.د صبحي عبد اللطيف المعروف | جامعة السلطان قابوس (مركز الارشاد الطلابي) |
| ١٣ | د. فوزية بنت عبد الباقي الجمالي | جامعة السلطان قابوس |
| ١٤ | د. عبد الفتاح خواجه | جامعة السلطان قابوس |
| ١٥ | د. يسرية بنت علي آل جميل | جامعة السلطان قابوس/وزارة التربية والتعليم |
| ١٦ | أ. خولة هلال المعمري | جامعة السلطان قابوس |
| ١٧ | د. عائشة حسين علي البلوشي | كلية العلوم التطبيقية بالرستاق |
| ١٨ | د. نور احمد الرمادي | كلية العلوم التطبيقية بالرستاق |
| ١٩ | د. كاظم العادلي | كلية العلوم التطبيقية بالرستاق |
| ٢٠ | صفاء بنت علي آل جميل | طبيبة نفسية بالخدمات الطبية للقوات المسلحة |

ملحق (٤)

مقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم في مدارس التعليم
الاساسي بمحافظة مسقط

(نموذج للمحكمن)

جامعة نزوى

كلية العلوم الأداب

قسم التربية والدراسات الانسانية

المحترم

الفاضل الدكتور/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

تقوم الباحثة بدراسة علمية بعنوان "بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة ذوي صعوبات
التعلم في مدارس التعليم الاساسي بمحافظة مسقط". لذا ستقوم بتطوير المقاييس الاتية:

- ❖ مقياس القلق والذي يعرف بانه الدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس
القلق المستخدمة في الدراسة.
- ❖ مقياس الاكتئاب ويعرف بأنه الدرجة التي سيحصل عليها الطالب في مقياس
الاكتئاب المستخدمة في الدراسة.
- ❖ مقياس المخاوف المرضي (الفوبيا) ويعرف بأنه الدرجة التي سيحصل عليها
الطالب في مقياس المخاوف المرضية المستخدم في الدراسة.

وقد وضع أمام كل فقرة (ثلاث) بدائل تمثل الأعراض في الأيام الحالية وكما
في المثال الآتي:

| الفقرات | نعم | غير متأكد | لا |
|--------------------------------|-----|-----------|----|
| أتصرف بطريقة جيدة داخل المدرسة | ٣ | ٢ | ١ |

ونظرا لما تتمتعون به من خبرة علمية، تود الباحثة الأخذ بأرائكم القيمة للحكم على الفقرات التي جمعت من خلال المقاييس والأدبيات السابقة ، والتي منها محك (DSM) الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، لغرض بيان مدى صلاحيتها ووضوحها أو تكرارها وإمكانية تعديلها، إذا كنتم ترون ذلك ضروريا أو إضافة فقرات أخرى ترونها مناسبة، أو اي ملاحظة أخرى .

طالبة الماجستير / جنان بنت عبد اللطيف بن عبد الله القبطان

بيانات المحكم:

الاسم :

الدرجة العلمية:

مكان العمل:

المسمى الوظيفي:

وصف المقاييس الفرعية

أولاً: مقياس القلق

القلق: حالة نفسية غير سارة، وخوف شديد غامض يمتلك الانسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق تدل على ان المصاب يتوقع خطرا من اللاوعي، وصراع مستمر في اعماق اللاشعور ناتج عن فقدان التوازن وفشل في التكيف، وعدم الراحة والاستقرار وعدم سهولة الحياة الداخلية للفرد (العبيدي، ٢٠٠٩، ١٣٣)

المجال الأول : الضغوط الحادة وتشير إلى "المواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد وتشغل تفكيره وتؤثر في سلوكه، و علاقته بالمحيطين به، وتسبب له توترا وضيقا شديداً.(العطية، ٢٠٠٨، ١٠٥).

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|---|-------------------------------------|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|----------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ١ | اسبب المتاعب لأسرتي | | | | | | | | | |
| ٢ | أضايق أخي وأختي | | | | | | | | | |
| ٣ | فعلت الكثير من الأمور السيئة | | | | | | | | | |
| ٤ | كثيرا ما أكرس الأشياء | | | | | | | | | |
| ٥ | أفكر في عمل أشياء شريرة | | | | | | | | | |
| ٦ | أفكر دائما بأشياء مزعجة راح تحصل لي | | | | | | | | | |

المجال الثاني: قلق الانفصال وتشير إلى "الشعور بالخوف والتوتر من الانفصال عن الوالدين وما يرتبط به من سلوك التجنب". (عطية، ٢٠٠٨، ١٠٥).

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|-----------------------------|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ٧ | انا شخص مهم داخل أسرتي | | | | | | | | | |
| ٨ | تصرفاتي سيئة داخل المنزل | | | | | | | | | |
| ٩ | أنا شخص مطيع داخل المنزل | | | | | | | | | |
| ١٠ | اشعر بالضيق من المنزل | | | | | | | | | |
| ١١ | أحب أخواتي | | | | | | | | | |
| ١٢ | اشعر بان اهلي لا يحبوني | | | | | | | | | |
| ١٣ | أنا لا اتكلم مع أسرتي كثيرا | | | | | | | | | |

المجال الثالث: المخاوف الخاصة وتشير الى مخاوف الفرد من بعض الأشياء كالحوانات وبعض المواقف الضاغطة والتي تسبب له توتراً وضيقاً وخوفاً شديداً من الأماكن المظلمة والعالية، وما يرتبط بها من أفكار.

| م | الفقرات | صلاحية الفقرات | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|---|----------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ١٤ | أتمنى لو كنت مختلفاً عما انا عليه الآن | | | | | | | | | |
| ١٥ | أناام جيداً في الليل | | | | | | | | | |
| ١٦ | كثيراً ما أكون مريضاً | | | | | | | | | |
| ١٧ | غالباً ما أتورط بالمشكلات | | | | | | | | | |
| ١٨ | كثيراً ما ازعج الآخرين | | | | | | | | | |
| ١٩ | غالباً ما أشعر بالخوف | | | | | | | | | |
| ٢٠ | أنا اخاف من الكلاب والقطط | | | | | | | | | |
| ٢١ | أنا اخاف من الحشرات | | | | | | | | | |

المجال الرابع: سلوك رفض المدرسة وتشير إلى الشعور بالخوف والضييق والرغبة في البقاء بالمنزل وتمني الخلاص من المدرسة وتأثير تلك المشاعر على السلوك والعلاقة بالآخرين.

| التعديلات ان وجدت | الصياغة اللغوية | | وضوح الفقرات | | الانتماء للمجال | | صلاحية الفقرة | | الفقرات | م |
|----------------------|-----------------|-----|--------------|------|-----------------|-------|---------------|-------|---|----|
| | غير جيد | جيد | غير واضح | واضح | لا ينتمي | ينتمي | غير صالحة | صالحة | | |
| | | | | | | | | | يسخر مني زملائي في المدرسة | ٢٢ |
| | | | | | | | | | اشعر بالضييق عندما يطلب مني الاجابة على الاسئلة | ٢٣ |
| | | | | | | | | | اشعر بالقلق وقت الامتحانات | ٢٤ |
| | | | | | | | | | أنا بطيء في الانتهاء من واجباتي المدرسية | ٢٥ |
| | | | | | | | | | اسرح كثيرا عندما أكون في المدرسة | ٢٦ |
| | | | | | | | | | أكره المدرسة | ٢٧ |
| | | | | | | | | | لا أستطيع أن أفهم معظم دروسي | ٢٨ |
| | | | | | | | | | كثيرا ما أنتازع مع زملائي | ٢٩ |
| | | | | | | | | | لا أستطيع أن أفهم دروسي | ٣٠ |

المجال الخامس: القلق العام ويشير إلى الشعور بالضيق، والهم حول الكثير من الأمور والتردد، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالتعب والإرهاق المستمر.

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|--|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ٣١ | كثير ما أكون حزينا. | | | | | | | | | |
| ٣٢ | لا يعجبني مذهري | | | | | | | | | |
| ٣٣ | عادة ما أكون سببا لحدوث بعض الأشياء الخطأ. | | | | | | | | | |
| ٣٤ | اشعر بالتعب بسرعة | | | | | | | | | |
| ٣٥ | أنا شخص أثار بسرعة | | | | | | | | | |
| ٣٦ | كثيرا ما أكون قلقا. | | | | | | | | | |
| ٣٧ | أنا شخص غير سعيد | | | | | | | | | |
| ٣٨ | اشعر بعدم الحماسة نحو الأشياء | | | | | | | | | |
| ٣٩ | اشعر بأنه يفتقني كثير من المهارات | | | | | | | | | |
| ٤٠ | أنسى ما تعلمته بسرعة | | | | | | | | | |
| ٤١ | مزاجي يتعكر بسهولة | | | | | | | | | |
| ٤٢ | كثيرا ما أخرج الأشياء من حولي | | | | | | | | | |
| ٤٣ | ابكي بسرعة | | | | | | | | | |

المجال السادس: المخاوف الاجتماعية: وتشير إلى مشاعر الخوف من بعض المواقف الاجتماعية، أو المواقف الضاغطة كالامتحانات، أو الأنشطة الاجتماعية، وغيرها.

| التعديلات ان وجدت | الصياغة اللغوية | | وضوح الفقرات | | الانتماء للمجال | | صلاحية الفقرات | | م | الفقرات |
|-------------------------|-----------------|-----|--------------|------|-----------------|-------|----------------|-------|----|--|
| | غير جيد | جيد | غير واضح | واضح | لا ينتمي | ينتمي | غير صالحة | صالحة | | |
| | | | | | | | | | ٤٤ | من الصعب علي تكوين أصدقاء |
| | | | | | | | | | ٤٥ | زملائي لا يحبونني |
| | | | | | | | | | ٤٦ | انا شخص خجول |
| | | | | | | | | | ٤٧ | عندما أحاول عمل شيء ما أنفذه بطريقة خاطئة |

ثانياً: مقياس الاكتئاب

الاكتئاب: هي مجموعة اعراض تتميز بالشعور بالانقباض والسوداوية والالام النفسي، والانسحابية والعجز وانخفاض الروح المعنوية وتدهور النشاط العقلي والتبلد الانفعالي، واضطراب النشاط الحركي والجسمي والشعور بالحزن العميق والبطة النفسي، واليأس وفقدان الاهتمامات. (السامرائي، ١٩٩٧، ١١).

المجال الاول: السوداوية والقنوط والانقباض الحزن العميق وشدة التشاؤم واليأس والهم والضيق، والبكاء، والشعور بعدم جدوى الحياة، والوحدة (السامرائي، ١٩٩٧، ٣٤).

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|---|-----------------------------|---------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالح | غير صالح | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ١ | أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق | | | | | | | | | |
| ٢ | أشعر بالملل | | | | | | | | | |
| ٣ | اشعر بأنني سوف ابكي | | | | | | | | | |
| ٤ | أشعر بأن الحياة لا تساوي شي | | | | | | | | | |
| ٥ | انا حزين(زعلان) | | | | | | | | | |
| ٦ | انا متضايق | | | | | | | | | |
| ٧ | اشعر برغبة في البكاء | | | | | | | | | |
| ٨ | أشعر بالوحدة | | | | | | | | | |

المجال الثاني: اضطراب النشاط الجسمي والحركي تشير الى " قلة أو انعدام الشهية للطعام وفقدان الوزن، والأرق، واليقظة المبكرة جداً والإرهاق، وكف النشاط الحركي وبطء الحركة الجسمية، ويفقد المضطرب الاهتمام بالنشاطات اليومية. ويصل لحالة من عدم الحركة والشلل" (السامرائي، ١٩٩٧، ٣٤)

| م | الفقرات | صالحة | غير صالحة | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|---------------------------|-------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | | | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ٩ | أشعر بألم في بطني | | | | | | | | | |
| ١٠ | اشعر بأنني مريض | | | | | | | | | |
| ١١ | اشعر بألم في رأسي | | | | | | | | | |
| ١٢ | اشعر بألم في صدري | | | | | | | | | |
| ١٣ | اشعر بالألم في جسمي | | | | | | | | | |
| ١٤ | اشعر بالتعب | | | | | | | | | |
| ١٥ | أهمل واجباتي ومذاكرتي | | | | | | | | | |
| ١٦ | استيقظ من نومي وأنا تعبان | | | | | | | | | |
| ١٧ | نومي قليل | | | | | | | | | |
| ١٨ | استيقظ خلال نومي عدة مرات | | | | | | | | | |
| ١٩ | أحلم أحلام مزعجة | | | | | | | | | |

المجال الثالث: انخفاض الروح المعنوية والانسحابية والعجز والكسل وتشير إلى "فقدان القدرة على التمتع بمباهج الحياة وشعور متضخم بالذنب ولوم الذات واحتقارها والانطواء والعزلة والخمول والكسل فتقل قدرة المضطرب على العمل" (السامرائي، ١٩٩٧، ٣٤).

| التعديلات إن وجدت | الصياغة اللغوية | | وضوح الفقرات | | الانتماء للمجال | | صلاحية الفقرة | | الفقرات | م |
|-------------------|-----------------|-----|--------------|------|-----------------|-------|---------------|-------|---|----|
| | غير جيد | جيد | غير واضح | واضح | لا ينتمي | ينتمي | غير صالحة | صالحة | | |
| | | | | | | | | | مازلت انظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها | ٢٠ |
| | | | | | | | | | اشعر انه لافائدة مني | ٢١ |
| | | | | | | | | | اقضي ساعات طويلة وحدي | ٢٢ |
| | | | | | | | | | اشعر بالتردد حينما يطلب مني الإجابة على الأسئلة | ٢٣ |

المجال الرابع: التبدل الانفعالي وتدهور النشاط العقلي ،حيث يفقد الفرد العطف والحب لافراد عائلته وللآخرين ويشعر بالفضاضة ويعجز عن تذكر خبراته الماضية،وقلة الانتباه وضعف القدرة على التركيز وبطء ردود الفعل الفكرية. (السامرائي،٢٠٠٧، ٣٤).

| م | الفقرات | صالحة | غير صالحة | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات إن وجدت |
|----|-----------------------------------|-------|-----------|-----------------|----------|--------------|-----------------|-----------------|---------|-------------------|
| | | | | ينتمي | لا ينتمي | واضح | الانتماء للمجال | جيد | غير جيد | |
| ٢٤ | أشعر بأن كل شيء سيكون جيدا | | | | | | | | | |
| ٢٥ | أفكر في الأشياء المزعجة | | | | | | | | | |
| ٢٦ | ستحدث لي أشياء سيئة | | | | | | | | | |
| ٢٧ | انا سيء الحظ | | | | | | | | | |
| ٢٨ | أشعر بأن كل شيء سيكون سيئا | | | | | | | | | |
| ٢٩ | استطيع ان انتبه لشرح المدرس | | | | | | | | | |
| ٣٠ | انتباهي ضعيف | | | | | | | | | |
| ٣١ | عندي صعوبة في الانتباه الى دراستي | | | | | | | | | |
| ٣٢ | من السهل ان أسرح | | | | | | | | | |
| ٣٣ | تركيزي ضعيف | | | | | | | | | |
| ٣٤ | زملائي يكرهونني | | | | | | | | | |
| ٣٥ | اشعر برغبة في الابتعاد عن الناس | | | | | | | | | |
| ٣٦ | اشعر انني فاشل | | | | | | | | | |
| ٣٧ | اشعر بانني اقل من زملائي | | | | | | | | | |
| ٣٨ | أكره نفسي | | | | | | | | | |
| ٣٩ | انا انسان راضي عن حياتي | | | | | | | | | |
| ٤٠ | انا انسان ناجح في حياتي | | | | | | | | | |

ثالثاً: مقياس المخاوف المرضية

المخاوف المرضية: خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر، وهذا الخوف يدرك الفرد بعدم معقوليته ومنطقيته. (عطيه، ٢٠٠٨، ٨٣).

المجال الأول: المخاوف البسيطة: هي الخوف من الحيوانات والمرتفعات وأطباء الأسنان وركوب الطائرات والحقن الطبية وبعض الأمور البسيطة والخوف من أمور كثيرة وبسيطة بلا مبرر كالخوف من الظلام والوحدة والدواء والحقنة والذهاب إلى الطبيب وتنتهي هذه المرحلة مع النمو والمساعدة من الأهل.

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات إن وجدت |
|---|---|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ١ | أخاف من الجلوس بمفردي | | | | | | | | | |
| ٢ | أخاف من هطول الأمطار | | | | | | | | | |
| ٣ | أخاف من الأصوات القوية | | | | | | | | | |
| ٤ | أخاف من الظلام | | | | | | | | | |
| ٥ | أخاف من المجهول | | | | | | | | | |
| ٦ | أخاف من المواقف الحزينة | | | | | | | | | |
| ٧ | أشعر بالخوف لأسباب لا أعرفها. | | | | | | | | | |
| ٨ | أشعر بالخوف عندما أكون في غرفة مفتوحة لوحدي | | | | | | | | | |

المجال الثاني: الخوف من الأماكن الواسعة أو المزدحمة وهي الخوف من الابتعاد عن المنزل أو السفر والخوف الشديد من السير في شوارع خالية أو مزدحمة بالناس واستعمال القطارات الأنفاق والمصاعد وهذا يؤثر كثيرا على نشاط الإنسان

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|--------------------------------------|---------------|--------------|-----------------|----------|--------------|-------------|-----------------|------------|----------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ٩ | أخاف من الأماكن غير المألوفة | | | | | | | | | |
| ١٠ | أخاف من الزحام | | | | | | | | | |
| ١١ | أخاف من وجودي في الأماكن المرتفعة | | | | | | | | | |
| ١٢ | أخاف من تسلق الجبال | | | | | | | | | |

المجال الثالث: المخاوف الاجتماعية: وتشير الى مشاعر الخوف من بعض المواقف الاجتماعية، أو المواقف الضاغطة كالاختبارات، أو الأنشطة الاجتماعية وغيرها.

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات ان وجدت |
|----|--|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ١٣ | أخشى من مواجهة الناس | | | | | | | | | |
| ١٤ | أخاف من التحدث أمام زملائي في الصف | | | | | | | | | |
| ١٥ | أخشى من مواجهة المعلمين في المدرسة | | | | | | | | | |
| ١٦ | أخاف من الغرباء | | | | | | | | | |
| ١٧ | أشعر بالخوف عندما أفكر بالمشاكل العائلية | | | | | | | | | |
| ١٨ | أخاف من أفقد والداي (امي وابي) | | | | | | | | | |
| ١٩ | أخاف من حقد وكراهية الآخرين | | | | | | | | | |
| ٢٠ | أخاف من المرضى | | | | | | | | | |
| ٢١ | أخاف من أصدقائي | | | | | | | | | |
| ٢٢ | أخاف من النصابين (الحرامية) | | | | | | | | | |

المجال الرابع: الخوف من المستقبل: هو خوف الإنسان على مصيره سواء أكان دراسيا أو مهنيا أو صحيا أو اجتماعيا.

| م | الفقرات | صلاحية الفقرة | | الانتماء للمجال | | وضوح الفقرات | | الصياغة اللغوية | | التعديلات إن وجدت |
|----|--|---------------|-----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------|---------|-------------------|
| | | صالحة | غير صالحة | ينتمي | لا ينتمي | واضح | غير واضح | جيد | غير جيد | |
| ٢٣ | أخاف من ان افقد من أحب | | | | | | | | | |
| ٢٤ | أخاف من الإحباط واليأس | | | | | | | | | |
| ٢٥ | أخاف من أن افشل في دراستي | | | | | | | | | |
| ٢٦ | أخاف من الامراض التي يصعب علاجها | | | | | | | | | |
| ٢٧ | أخاف ان يكرهني الناس ولا يحبوني | | | | | | | | | |
| ٢٨ | أخاف من ان أخطأ عند الاجابة على سؤال ما. | | | | | | | | | |
| ٢٩ | أخاف من حياتي القادمة (مصيري) | | | | | | | | | |
| ٣٠ | أخاف من تكرار الاحباطات من قبل زملائي والمعلمين واسرتي | | | | | | | | | |

(ملحق ٥)

(الصورة النهائية للمقياس)

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

فيما يلي مجموعة من الفقرات الشائعة التي لا تمثل محكا لتقييم الآخرين، لذا فالرجاء أن تكون الإجابة كما تشعر بالفعل ولا تفكر في الإجابة الأحسن، علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كما يرجى التفضل بعدم ترك أي عبارة بدون إجابة، حتى تتمكن الباحثة من الاستفادة من إجاباتكم التي ستكون في موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، فإذا كانت الفقرة تنطبق عليك فضع إشارة (√) كما في المثال الآتي:

| م | الفقرة | درجة انطباق الفقرة | | |
|---|------------------------|--------------------|-----------|-----|
| | | لا | غير متأكد | نعم |
| ١ | انا شخص مهم داخل اسرتي | | | √ |

أما إذا كانت الفقرة لا تنطبق عليك فضع إشارة (√) كما في المثال الآتي:

| م | الفقرة | درجة انطباق الفقرة | | |
|---|------------------------|--------------------|-----------|-----|
| | | لا | غير متأكد | نعم |
| ١ | انا شخص مهم داخل اسرتي | | √ | |

وأما إذا كانت الفقرة غير متأكد منها فضع إشارة (√) كما في المثال الآتي:

| م | الفقرة | درجة انطباق الفقرة | | |
|---|------------------------|--------------------|-----------|-----|
| | | لا | غير متأكد | نعم |
| ١ | انا شخص مهم داخل اسرتي | √ | | |

البيانات الشخصية :

الاسم (إختياري) :

الصف : الخامس السادس السابع الثامن

الجنس : ذكر انثى

المنطقة السكنية :

رقم (١)

| درجة انطباق الفقرات | | | الفقرات | م |
|---------------------|-----------|-----|---|----|
| لا | غير متأكد | نعم | | |
| | | | اسبب المتاعب لأسرتي | ١ |
| | | | أضايق إخوتي | ٢ |
| | | | فعلت الكثير من الأمور السيئة | ٣ |
| | | | أقوم بتكسير الأشياء | ٤ |
| | | | أفكر في عمل أشياء شريرة تحصل للأقارب | ٥ |
| | | | أفكر بأشياء مزعجة تحصل لي | ٦ |
| | | | انا شخص مهم داخل أسرتي | ٧ |
| | | | تصرفاتي سيئة داخل المنزل | ٨ |
| | | | أنا شخص مطيع داخل المنزل | ٩ |
| | | | اشعر بالضيق من المنزل | ١٠ |
| | | | أحب إخوتي | ١١ |
| | | | اشعر بان أهلي لا يحبوني | ١٢ |
| | | | أنا لا أتكلم مع أسرتي كثيراً | ١٣ |
| | | | أخاف من الجلوس في الأماكن المرتفعة | ١٤ |
| | | | يثير خوفي الأماكن المظلمة | ١٥ |
| | | | أتذمر من السير في الأماكن الفارغة | ١٦ |
| | | | غالباً ما اشعر بالخوف من الأماكن المرتفعة | ١٧ |
| | | | أخاف من الكلاب والقطط | ١٨ |
| | | | أخاف من الحشرات | ١٩ |
| | | | يسخر مني زملائي في المدرسة | ٢٠ |
| | | | أفضل اللعب في المنزل | ٢١ |

| م | الفقرات | درجة انطباق الفقرات | | |
|----|---|---------------------|-----------|----|
| | | نعم | غير متأكد | لا |
| ٢٢ | اشعر بالخوف من مخالطة الطلاب | | | |
| ٢٣ | المدرسة تثير مخاوفي | | | |
| ٢٤ | اشعر بالارتياح خلال بقائي في المنزل | | | |
| ٢٥ | اكره الذهاب إلى المدرسة | | | |
| ٢٦ | يصعب علي فهم معظم دروسي | | | |
| ٢٧ | كثيرا ما أتنازع مع زملائي | | | |
| ٢٨ | اشعر بالضيق عندما لا يتم تحقيق رغبتي | | | |
| ٢٩ | أنا شخص متردد كثيرا | | | |
| ٣٠ | اشعر بالتعب والإرهاق خلال انجاز الأعمال | | | |
| ٣١ | كثيرا ما أكون قلقاً من تحمل المسؤولية | | | |
| ٣٢ | أتضايق من المواقف الجديدة. | | | |
| ٣٣ | أنا شخص أثار بسرعة | | | |
| ٣٤ | أتردد من المساهمة مع الآخرين | | | |
| ٣٥ | اشعر بانني غير سعيد | | | |
| ٣٦ | اشعر بعدم الحماسة نحو الأشياء | | | |
| ٣٧ | مزاجي يتعكر بسهولة | | | |
| ٣٨ | ابكي بسرعة | | | |
| ٣٩ | اشعر بصعوبة من تكوين علاقات مع الآخرين | | | |
| ٤٠ | اشعر إن زملائي لا يحبوني | | | |
| ٤١ | اشعر بالخجل خلال التحدث مع الآخرين | | | |
| ٤٢ | تسبب لي الامتحانات توترا | | | |
| ٤٣ | أنا أخاف من تأدية الامتحانات | | | |

رقم (٢)

| م | الفقرات | درجة انطباق الفقرات | | |
|----|---|---------------------|-----------|----|
| | | نعم | غير متأكد | لا |
| ١ | اشعر بالتعاسة | | | |
| ٢ | اشعر بالملل خلال تأدية الأعمال | | | |
| ٣ | اشعر بأنني سوف ابكي معظم الأوقات | | | |
| ٤ | اشعر بان الحياة لا تساوي شيء | | | |
| ٥ | ينتابني الحزن باستمرار | | | |
| ٦ | أتضايق في أوقات كثيرة | | | |
| ٧ | تظهر علي علامات المرض الجسمي | | | |
| ٨ | اشعر بالآلام في أغلب أعضاء جسمي | | | |
| ٩ | أشعر بالتعب خلال تأدية المهارات الحركية | | | |
| ١٠ | استيقظ من نومي وأنا تعبان | | | |
| ١١ | يتميز نومي بالاضطراب | | | |
| ١٢ | استيقظ خلال نومي عدة مرات | | | |
| ١٣ | أحلم أحلام مزعجة | | | |
| ١٤ | اشعر بعدم الشهية للطعام | | | |
| ١٥ | أشعر بأن وزني يتناقص باستمرار | | | |
| ١٦ | ينتابني الأرق خلال النوم | | | |
| ١٧ | اشعر بعدم جدوى الحياة | | | |
| ١٨ | اشعر انه لا فائدة مني | | | |
| ١٩ | أقضي ساعات طويلة وحدي | | | |

| م | الفقرات | درجة انطباق الفقرة | | |
|----|---|--------------------|-----------|----|
| | | نعم | غير متأكد | لا |
| ٢٠ | اشعر بالتردد عندما يطلب مني الإجابة على الأسئلة | | | |
| ٢١ | أفقد القدرة على التمتع بمباهج الحياة | | | |
| ٢٢ | ينتابني الكسل في تأدية الواجبات الملقاة على عاتقي | | | |
| ٢٣ | أفكر في الأشياء المزعجة | | | |
| ٢٤ | اشعر بأن كل شيء سيكون سينا بالنسبة لي | | | |
| ٢٥ | انتباهي ضعيف خلال الاستماع إلى الدرس | | | |
| ٢٦ | أحس بصعوبة في الانتباه إلى دراستي | | | |
| ٢٧ | اشعر بالسرحان حين أكون بمفردي | | | |
| ٢٨ | أحس أن تركيزي ضعيف | | | |
| ٢٩ | اشعر بأن أصدقائي لا يحبوني | | | |
| ٣٠ | اشعر برغبة في الابتعاد عن الناس | | | |
| ٣١ | اشعر بأنني أقل من زملائي قدرة في العطاء | | | |
| ٣٢ | أشعر بالآلم عند تذكر الخبرات الماضية | | | |

رقم (٣)

| درجة انطباق الفقرات | | | الفقرات | م |
|---------------------|-----------|-----|--|----|
| لا | غير متأكد | نعم | | |
| | | | أخاف من الجلوس بمفردي | ١ |
| | | | أخاف من هطول الأمطار | ٢ |
| | | | أخاف من الأصوات القوية | ٣ |
| | | | أخاف من الظلام | ٤ |
| | | | أخاف من المجهول | ٥ |
| | | | اشعر بالخوف عندما أكون في غرفة لوحدي | ٦ |
| | | | أخاف من الأماكن غير المألوفة | ٧ |
| | | | أخاف من الزحام | ٨ |
| | | | أخاف من الأماكن المرتفعة | ٩ |
| | | | أخشى من مواجهة الناس | ١٠ |
| | | | أخاف من التحدث أمام زملائي في الصف | ١١ |
| | | | أخشى من مواجهة المعلمين في المدرسة | ١٢ |
| | | | أخاف من الغرباء | ١٣ |
| | | | اشعر بالخوف عندما أفكر بالمشاكل العائلية | ١٤ |
| | | | أخاف من فقدان والدي | ١٥ |
| | | | أخاف من المرضى | ١٦ |
| | | | أخاف من النصابين (الحرامية) . | ١٧ |

| درجة انطباق العبارة | | | الفقرات | م |
|---------------------|-----------|-----|--|----|
| لا | غير متأكد | نعم | | |
| | | | أخاف فقدان من أحب | ١٨ |
| | | | أخاف من الإحباط واليأس | ١٩ |
| | | | أخاف من أن أفشل في دراستي | ٢٠ |
| | | | أخاف من الإصابة بأمراض يصعب معالجتها | ٢١ |
| | | | أخاف ان يكرهني الناس ولا يحبوني | ٢٢ |
| | | | أخاف من أن أخطأ عند الإجابة عن سؤال ما | ٢٣ |
| | | | أخاف من تكرار الاحباطات من قبل زملائي والمعلمين وأسرتي | ٢٤ |

