

برنامج إرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان بالمملكة العربية السعودية

د. هاله عطية محمود شاهين
أستاذ مساعد الصحة النفسية
جامعه جازان

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان بالمملكة العربية السعودية، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة مقياس الاضطرابات الانفعالية الذي أعده السعود (٢٠١٤)، وكذلك مقياس (كونرز) لقصور الانتباه والنشاط الزائد تعريب أحمد الربابعة (٢٠١١)، وبرنامجا إرشاديا أعدته الباحثة تكون من (٧) جلسات زمن الجلسة الواحدة (٩٠) دقيقة تم تنفيذه على مدى (٧) أسابيع متواصلة، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج توصلت الباحثة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى الأمهات (عينة البحث)، وأوصت الباحثة بدعم أمهات الأطفال المعاقين عامة والمعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بصفة خاصة من خلال البرامج الإرشادية والتوعوية نظرا لما يتعرضن له من ضغوط حياتية، وتوفير مراكز للإرشاد تقدم خدمات إرشادية لأسر الأطفال المعاقين عقليا، وتوفير فرص للتواصل الفعال بين الأمهات اللاتي لهن نفس الظروف والمشكلات لتبادل الخبرات وتخفيف الضغوط الحياتية، وتحسين الخدمات العامة المقدمة لذوي الإعاقة العقلية لمساعدة أسرهم على رعايتهم.

An counseling Program to Relieve Emotional Disorders in the Mothers of pupils Mentally Retardation with Hyperactivity in Jazan Area kingdom Saudi Arabia

Abstract

The aim of the study was to reduce emotional disturbances in the mothers of mentally handicapped children with hyperactivity in Jazan, Saudi Arabia. To achieve the research objectives, the researcher used the measure of emotional disorders prepared by Saud, (2014), As well as the scale

(Koners) for the Attention deficit and hyperactivity Arabization Ahmed Rababa'a (2011), and a counseling program prepared by the researcher (7) sessions, the session (90) minutes were implemented over a period of (7) weeks continuous, and after the completion the program, the researcher reached the effectiveness of the counseling program to alleviate emotional disorders in mothers (sample research) He recommended support the mothers of disabled children in general and the mentally handicapped, especially those with hyperactivity, through counseling and awareness programs, in view of the pressures they on life, providing guidance centers for families of mentally disabled children, and providing opportunities for effective communication between mothers who have the same case and problems to share experiences Reducing life pressures and improving public services for people with mental disabilities to help their families care for them.

المقدمة

الأم هي صاحبة الاهتمام الأكبر بتربية الأبناء خاصة في مقتبل العمر، وتزداد المسؤولية ويتضاعف الاهتمام في حالة ميلاد طفل من ذوي الإعاقة العقلية، حيث إن هذه الفئة من الأبناء لها صفات خاصة، أهمها تأخر النمو العقلي مما يوجب على الأسرة توفير رعاية خاصة لهم، بهدف تأهيلهم قدر الإمكان للتعايش والاندماج في المجتمع.

وتتلخص أهم أسباب الإعاقة العقلية في ما يلي: أسباب ما قبل الولادة وهي العوامل التي تؤثر على الجنين خلال أشهر الحمل منها: سوء تغذية الأم، أو التعرض للإشعاع، أو العوامل الوراثية أو غيرها من الأسباب التي تحدث قبل ميلاد الطفل. أسباب تحدث أثناء الولادة وهي العوامل التي تحدث أثناء الولادة وتؤدي إلى حدوث الإعاقة ومنها احتناق الطفل أثناء الولادة، أو تأخر صرخة الميلاد، أو الأخطاء الطبية التي تؤثر على المخ .

ومن السمات العامة للأطفال المعاقين عقليا: انخفاض المعدل العام لنمو الجسم، وصعوبة التحكم في الحركة والاتزان، وضعف الانتباه والإدراك والتمييز البصري والسمعي، وصعوبة التحكم في عمليات الإخراج، وضعف الذاكرة مقارنة بالعاقلين،

وبطء النمو اللغوي، وضعف القدرة على استخدام اللغة، وقلة المفردات والحصيلة اللغوية، وتأخر واضطراب مهارات النطق والكلام.

والم تأمل للسمات العامة السابقة يستنتج أن القصور العام والخاص لدى ذوي الإعاقة العقلية يستوجب توفير رعاية واهتمام خاص من الأسرة عامة والأم على وجه الخصوص وهذا يؤدي بالضرورة إلى المزيد من الضغوط النفسية على الأسرة عامة والأم بصفة خاصة، ومن المشكلات الشائعة لدى بعض ذوي الإعاقة العقلية النشاط الزائد الذي يصاحب سلوكيات وحركات الطفل المعاق ذهنياً، وهذا يزيد من الضغوط النفسية لدى الأم، خاصة أم الأطفال المعاقين عقلياً ليس لديهم القدرة على فهم التعليمات والتوجيهات الأسرية والتي تهذب السلوك.

مشكلة البحث

تحدد مشكلة البحث في ظهور بعض الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية نتيجة ضعف الاستجابة لتوجيهات الأم فيما يخص أنشطة الحياة اليومية كما أن بعض هؤلاء التلاميذ يتسمون بفرط الحركة والنشاط الزائد مما يزيد من الأعباء النفسية لدى الأمهات مسبباً الاضطرابات الانفعالية لهن، ويمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي: كيف يمكن تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقلياً ذوي فرط الحركة من خلال البرنامج الإرشادي المقترح؟

ويتفرع عن السؤال الرئيس التالي الأسئلة الآتية:

(١) ما الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقلياً ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان؟

(٢) ما البرنامج المقترح لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقلياً ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان؟

٣) ما فاعلية البرنامج المقترح في تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان؟

أهداف البحث

يهدف البحث إلى ما يلي:

- ❖ تحديد الاضطرابات الانفعالية التي تصيب أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان.
- ❖ بناء برنامج إرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان.
- ❖ قياس فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بمنطقة جازان.

أهمية البحث

تتضح أهمية البحث فيما يقدمه لكل من:

- ❖ أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة من خلال توفير برامج إرشادي لهن يخفف الاضطرابات الانفعالية.
- ❖ التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة العقلية من خلال تقديم الدعم والمساندة لهم من الأمهات بعد تفهم طبيعة الإعاقة وسبل التعامل معها لدي أولادهم.
- ❖ المتخصصين في مجال تدريب وتعليم ذوي الإعاقة العقلية حيث يوفر لهم البحث برنامجا إرشاديا لأمهات الأطفال من هذه الفئة مما يسهل التعاون بين المختص وأسرة الطفل المعاق عقليا.
- ❖ الباحثين في مجال تعليم وتأهيل التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية من خلال تقديم نموذج لبرنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يحتذي

به ويمكن الاستفادة منه في بناء برامج مشابهة لذوي الإعاقة العقلية أو الإعاقات الأخرى.

مصطلحات البحث.

برنامج إرشادي (Counseling Program)

يعرف إجرائيا في هذا البحث بأنه: مجموعة من الإجراءات المخطط لها مسبقا مستندة على مبادئ الإرشاد النفسي وفتياته وفقا لجدول زمني محدد بهدف تقديم نوع من الدعم النفسي للمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة لتخفيف الاضطرابات النفسية لديهم.

الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disorders)

تعرف إجرائيا في هذا البحث بأنها: اضطرابات ينتج عنها اختلاف تصرفات وسلوكيات مهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بما يتطلب تقديم خدمات إرشادية لهم لتخفيف نوبات الغضب والقلق والخجل والانسحاب والسلبية تجاه أولادهم أو الآخرين.

المعاقين عقليا (Mentally Retardation)

يعرفون إجرائيا في هذا البحث بأنه: تلاميذ بمرحلة التعليم الابتدائي لديهم قصور في القدرات العقلية والتواصلية والاجتماعية والمهارات الحياتية بشكل عام بسبب خلل في الجينات الوراثية أو خلل بالجهاز العصبي المركزي قبل أو أثناء أو بعد الولادة بما ويؤدي إلى احتياجهم إلى رعاية خاصة.

فرط الحركة (Hyperactivity)

يعرف إجرائيا في هذا البحث بأنه: حالة من الزيادة الملحوظة في النشاط الحركي تجعل التلميذ المعاق عقليا كثير الحركة لا يهدأ رغم عدم وجود سبب واضح لذلك وهذه الحالة تصاحبه في كل مكان.

حدود البحث

يلتزم البحث بالحدود الآتية:

- ❖ عينة من أمهات التلاميذ المعاقين عقليا (من ٥ : ١٢) سنة، المستفيدين من خدمات مركز تنمية الإنسان للرعاية النهارية وفصول التربية الفكرية بجازان بالمملكة العربية السعودية.
- ❖ الاضطرابات الانفعالية التي سيكف عنها البحث.

منهج البحث

يلتزم البحث بالمنهج الوصفي في الاطار النظري، والمنهج شبه التجريبي في تنفيذ وقياس أثر البرنامج الإرشادي للبحث.

الإطار النظري

المعاقين عقليا (Mentally handicapped)

تهتم الدول المتقدمة بثرواتها البشرية وبالأطفال منذ الولادة؛ لتقليل نسبة احتمال حدوث مشكلات الإعاقة، وإذا أخفق هذا الاهتمام في تحقيق السوية للأطفال، يبدأ الاهتمام بالمعاقين على اختلاف أنواع إعاقاتهم، حيث إن المعاق يمكن استثمار إمكاناته بتربيته، والاستفادة من قدراته إلى أقصى حد ممكن؛ ليصبح إنساناً سوياً في مجتمعه يشعر بالثقة والأمان وقد زاد الاهتمام في العصر الحديث بالمعاقين عقليا.

والإعاقة العقلية مصطلح يشير إلى انخفاض وتدهور الوظائف العقلية العامة مما يؤدي إلى نقص معدل الذكاء لدرجة لا تسمح للمصاب بحياة مستقلة وحماية ذاتية وتتراوح درجة الذكاء من (٥٠ - ٧٠) على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، وتلقى فئة التخلف العقلي الرعاية الأكاديمية الخاصة بها في مدارس مختلفة (التربية

الفكرية) حيث تتوفر بها الخدمات الأكاديمية التي تناسبهم (محمود مصطفى، ٢٠١٦، ٧)، والإعاقة العقلية تظهر نتيجة ضمور أو خلل في النمو العقلي للطفل مما يؤثر على لغته وهذا يجعله معتمدا على غيره في حياته اليومية (فاروق صادق: ٢٠٠٢، ٢٣)، والإعاقة العقلية ليست مرضا وإنما حالة من الانحراف التأخر في القدرات العقلية وهذا التأخر يستدعي توفير نمط خاص وأساليب مختلفة لتأهيل وتعليم هذه الفئة، وتهتم جميع الدول في الوقت الحالي برعاية وتأهيل ذوي الإعاقة العقلية وهناك اهتمام بتعليم وتأهيل هذه الفئة من خلال إعداد الدراسات التي تيسر سبل تحقيق ذلك (Abbeduto & Boudreau, 2004).

ويصنف المعاقين عقليا طبقا لدرجة الذكاء وشدة الإعاقة إلى عدة فئات أعلاها القابلين للتعليم وتتراوح درجة ذكاؤهم من (٥٠ : ٧٠) درجة على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، (عبد المطلب القريطي: ٢٠٠٥، ٢٣)، وللمعاقين عقليا القابلين للتعليم سمات وخصائص منها: قصور في معدل النمو الجسدي والحركي بشكل عام، وتشوهات جسمية خاصة في الحجم الرأس والأطراف، وصعوبات في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة العضلات الدقيقة. (أمل معوض، ٢٠٠٢، ١٧٦)

كما أن ذوي الإعاقة العقلية لديهم قلة الحصيلة اللغوية، واضطراب النطق والكلام، والحذف والإبدال والتشوية للكلمات المنطوقة، وتأخر الاستجابة الكلامية أثناء الحديث، وقصور شديد في الفهم العام وفهم اللغة بشكل خاص، وصعوبة التذكر والحاجة للتكرار، وقصور في تمييز المتشابهات، وقصور في التعبير الشفهي، وضعف القدرة على التمييز والتخيل وتحديد الاتجاهات، وانخفاض القدرة على التحصيل. (قحطان أحمد: ٢٠٠٥، ٩١).

تصنيفات الإعاقة العقلية

تتنوع التصنيفات التي تحدد نوع وشدة الإعاقة العقلية وذلك نظرا لاختلاف الغرض من كل تصنيف على حده ومن أشهر التصنيفات ما قدمته الجمعية الأمريكية للإعاقة التي صنفت للإعاقة العقلية إلى:

• الإعاقة العقلية البسيطة

ويتصف من يقل في هذه الفئة بدرجة ذكاء ما بين (٥٥ : ٦٩) درجة ذكاء على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، كما يتصف هؤلاء بوجود مشكلات لغوية وتواصلية ويحتاجون لرعاية خاصة وقابلين للتعليم واكتساب المعرفة.

• الإعاقة العقلية المتوسطة

ويقع ذكاء هؤلاء بين (٤٠ : ٥٤) درجة ذكاء على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، وهذه الفئة إضافة إلى المشكلات اللغوية والتواصلية غير قابلين للتعليم ولكن يمكن تدريبهم على المهارات الأعمال البسيطة التي لا تحتاج إلى معرفة معقدة.

• الإعاقة العقلية الشديدة

ويقع ذكاء هؤلاء دون (٢٥ : ٣٩) درجة ذكاء على اختبارات الذكاء الفردية المقننة وهذه الفئة غير قابلة للتعليم أو التدريب ويحتاجون إلى رعاية كاملة من الآخرين ويعتمدون بشكل كامل على غيرهم في كافة الأمور الحياتية الخاصة بهم.

• الإعاقة العقلية الشديدة جدا

درجة ذكاء هؤلاء دون (٢٥) درجة ذكاء على اختبارات الذكاء الفردية المقننة وهذه الفئة تعتمد على غيرها في أبسط الأشياء وغير قابلة للتعليم أو التدريب ويحتاجون إلى رعاية كاملة من الآخرين ويعتمدون بشكل كامل على غيرهم في كافة الأمور الحياتية الخاصة بهم. (مصطفى القمش، ٢٠١٠، ٣٩).

سمات المعاقين عقليا

للمعاقين عقليا سمات وخصائص ظاهرة وقد حدد العديد من الدراسات والبحوث صفات المعاقين عقليا منها:

- ❖ صغر حجم الجسم بشكل عام والرأس بصفة خاصة.
- ❖ تشوهات في الوجه والرأس والأطراف .
- ❖ الضعف العام للجسم.

- ❖ صعوبة في الاتزان الحركي خاصة مع الحركات الدقيقة .
- ❖ ضعف الانتباه.
- ❖ التشتت المستمر.
- ❖ ضعف القدرة على الاستمرار في المهام خاصة التعليمية.
- ❖ ضعف التذكر.
- ❖ ضعف التمييز بين الألوان والأشكال.
- ❖ قصور الإدراك وضعف التفكير.
- ❖ تأخر في النطق.
- ❖ اضطرابات في الكلام.
- ❖ إصدار أصوات غير مفهومة. (القريوطي وآخرون، ١٩٩٥، ٤٢)

يلاحظ مما سبق أن القصور الواضح في كل جوانب النمو تقريبا إضافة إلى فرط الحركة والنشاط الزائد غير المبرر يعتبر ذلك كله من مسببات الاضطرابات الانفعالية للأسرة عامة والأم بصفة خاصة باعتبارها أكثر من يرمى الطفل المعاق ويلبي احتياجاته، وعدم تفهم الأم لصفات المعاق عقليا هو الذي يؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية، ويحاول البحث الحالي تقديم برامج إرشادي لتبصرة الأم وتعريفها بذلك بغرض تخفيف أو منع الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة.

فرط الحركة (Hyperactivity)

اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة من الاضطرابات التي تظهر لدى الأطفال عامة وذوي الإعاقة العقلية خاصة، ويظهر في صورة ضعف في التركيز وتشتت ونشاط مفرط غير مبرر.

ويختلف النشاط الزائد من طفل لآخر فقا للعمر والمستوى النمائي فقد يظهر فرط الحركة في سن مبكرة أو سن متأخرة، ومن مظاهر النشاط الزائد ما يلي:

- ❖ حركات جسدية تعبر عن القلق.

- ❖ مغادرة المقعد في الوقت الذي يجب فيه الجلوس.
- ❖ الجري والتسلق بشكل مبالغ فيه.
- ❖ يمارس اللعب مع الحركة الدائمة والمستمرة.
- ❖ عدم الثبات الانفعالي.
- ❖ يحرك الطفل أطرافه وهو واقف أو جالس.
- ❖ غالبا ما يجري ويتسلق الأشياء في مواقف غير مناسبة.
- ❖ لا يستطيع على دائما الاندماج في اللعب بهدوء.
- ❖ يبدو دائما أنه مستعد للحركة.
- ❖ غالبا ما يكون كلامه زيادة عن المعتاد.
- ❖ لا يستطيع الانتظار ودائم التوتر.
- ❖ يصدر أصوات مزعجة مستمرة مصاحبة للحركة. (كمال سيسالم، ٢٠٠١، ٧٤)

كما تتسم حركة الطفل المصاب بفرط الحركة بالعشوائية وانعدام الغاية والهدف وهذا يدفعه الى الانتقال من عمل الى اخر دون أن ينتهي من العمل الأول وتزداد خطورة النشاط الزائد مع الاعاقة العقلية حيث يصعب توجيه الطفل او السيطرة عليه خاصة في الاماكن العامة مما قد يعرضه للخطر.

أسباب فرط الحركة .

كما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسية فلا يوجد سبب واحد لهذا الاضطراب، بل مجموعة من العوامل، فيلاحظ أن الاضطراب يزيد في بعض العائلات وأن بعض الجينات الوراثية تلعب دورا في حدوثه، كما أن عوامل بيئية مختلفة قد يكون لها أثر في فترات حرجة من تطور الطفل، مثل التسمم بالرصاص. كما أن فترة الحمل وما يتعرض له الطفل فيها من أخطار مثل تعاطي الأم الأدوية، وقد تساهم في ظهور هذه الحالة. ويلاحظ أيضا أن الأطفال المولودين بشكل مبكر أكثر عرضة للإصابة به، وكثيرا ما تتهم السكريات بأنها سبب لفرط الحركة ولكن هذا لم يثبت

علميا، ويجتهد البعض في ربط النشاط الزائد بمأكولات معينة وهذا لا أساس علميا له.

(وليد سرحان، ٢٠١٣، <http://bit.ly/2EXqbmU>)

ومن الأسباب التي يعتقد أنها تؤدي إلى فرط الحركة :

الأسباب الوراثية حيث أشارت الدراسات إلى أن (٥٥ : ٩٢ %) من أعراض فرط الحركة تعود إلى أسباب وراثية (سيسالم، ٢٠٠١، ٨٠)

الأسباب العصبية.

تشير بعض الدراسات إلى وجود اختلال في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية التي تعمل على نقل السيالات العصبية المختلفة داخل الجهاز العصبي وهذا الاعتلال يؤدي إلى تأثير ميكانيزمات الانتباه فتضعف القدرة على الانتباه والتركيز وتزداد الحركة والاندفاعية (القرعان، ٢٠٠٦، ٦٢)

يلاحظ مما سبق أن فرط الحركة يعد بمثابة إعاقة إضافية للمعاق عقليا حيث غن مظاهر فرط الحركة تؤدي إلى التوتر لكل المحطين بالطفل المصاب، وإذا أضفنا إلى ذلك الإعاقة العقلية بكل مشكلاتها تتولد مشكلة أكبر وهي نشاط زائد مع عدم القدرة على فهم التوجيهات التي تضبط هذا النشاط وذلك بسبب الإعاقة العقلية وهذا يدفع بالأمر إلى مزيد من الاضطرابات الانفعالية، ويحاول هذا البحث تقديم برنامج إرشادي يخفف أو يمنع الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة.

الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disorders)

يشير مصطلح الاضطرابات الانفعالية إلى مجموعة من السلوكيات التي تتراوح بين الانسحاب النهائي والعدوان المفرط، وقد ظهر مصطلح الاضطرابات الانفعالية لأول مرة عام (١٩٧٥) حين تم تشريع قانون تربية الاطفال المعاقين من قبل جمعية الصحة العقلية والتربية الخاصة وأقر هذا القانون في كل المدارس الحكومية الأمريكية حيث أكد على توفير رعاية تربوية ملائمة لكل طلاب المدارس بما فيهم المعاقين عقليا وذوي

صعوبات التعلم من عمر (٣) سنوات حتى عمر (٢٢) سنة . (Diamond, 2003, p:2) ، وقد ورد في القانون تعريفا يحدد الاضطرابات الانفعالية تضمن عدة معايير حتى يعتبر الشخص مصابا بالاضطرابات الانفعالية وهي:

- ❖ عدم القدرة على بناء علاقات مع الآخرين بشكل طبيعي.
- ❖ ظهور أنواع غير ملائمة من السلوك أو المشاعر في الظروف الطبيعية.
- ❖ ظهور أعراض بدنية مثل الخوف نتيجة مشكلات شخصية.
- ❖ مزاج مضطرب واكتئاب. (Abbott, 2002, p:5)

وقد تكون الاضطرابات الانفعالية في محيط الأسرة حيث تشمل سلوكيات عدوانية معادية لأفراد الأسرة فقط، أو تكون الاضطرابات الانفعالية معادية للجميع وهذه أخطر من الأولى لأنها تدمر علاقات المصاب بالزملاء والجيران ومن يتعامل مع الشخص المصاب في حدود مجتمعه، وقد تكون الاضطرابات الانفعالية تجاه حدث أو سلطة معينة مثل الحساسية تجاه شخص معين يضطرب الفرد عندما يقابل او يعامل هذا الشخص وتظهر عليه علامات وسلوكيات الاضطراب الانفعالي فيما يعرف بالاضطرابات تحدي السلطة. (سلوى عبد الغني، منال طه، ٢٠١٧، ٢٦٣)، وتؤدي الاضطرابات الانفعالية إلى العنف الأسري إذا كان سببها متعلق بفرد من أفراد الأسرة وذلك لوجود المثير داخل الدائرة الضيقة للشخص المصاب مما يدفعه لسلوكيات غير طبيعية تعبر عن الاضطراب النفسي وهي:

- ❖ القهر النفسي.
- ❖ التهديد بالضرب.
- ❖ الضرب الشديد وإيذاء الآخرين.
- ❖ إجبار الآخرين بالقوة لعمل شيء ما .
- ❖ التوبيخ واللوم المستمر.
- ❖ حبس حرية الآخرين. (يوسف الرميح، ٢٠١٣، ١٤)

وفي حالات أخرى تظهر الاضطرابات الانفعالية في شكل عنف لفظي من الاسرة تجاه أحد أفرادها وتسبب الإساءة اللفظية ألما وضغوطا نفسية وتضجر لديهم العنف والحقد والكراهية وأحيانا استخدام القوة من أجل رفع القهر الناتج عن هذا الاستهزاء حيث إن الكثير من الحالات أكدت أن مشكلات الأطفال غير العاديين سببها تسلط الكبار عليهم بالسخرية والاستهزاء. (عبد الفتاح الهمص، ٢٠٠٦، ٣٥)

يلاحظ مما سبق ان الضغوط النفسية نتيجة وجود طفل معاق عقليا من ذوي فرط الحركة تعتبر من المسببات الأساسية التي تدفع الأم إلى الشعور بالقهر النفسي نتيجة عدم فهم طبيعة الإعاقة العقلية وربما يتطور الأمر إلى الإساءة لهؤلاء الأطفال ويحاول البحث تقديم برنامج إرشادي لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة لمنع أو تخفيف الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها.

الدراسات السابقة:

دراسة نور الهدى عمر، ونوبيات قدور (٢٠١٨) أشارت إلى ظهور المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أسر المعاقين عقليا بسبب عدم تقبل الطفل المعاق لذلك أصبحت مؤشرات الرفض تظهر بقوة، حيث هدفت الدراسة إلى قياس نسبة الرضا عن الحياة لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقليا واستخدمت البحثان لتحقيق أهداف الدراسة مقياس الرضا عن الحياة إعداد (قدور، ٢٠١٣) وتم تطبيق البحث على عينة من الآباء والأمهات بالمركز النفسي للمعاقين ذهنيا بالمسيلة، وبعد تطبيق أداة الدراسة تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج (SPSS) وأظهرت النتائج تقبل عينة البحث لأبنائهم المعاقين عقليا بصفة عامة إلا أنهم غير متقبلين لظروف الحياة والاستمتاع بها وهذا يعد مؤشرا على نوع من الاضطرابات او الضغوط النفسية التي يتعرض لها الآباء والأمهات نتيجة وجود طفل معاق داخل الأسرة ، وقد أوصت الدراسة بتطوير برامج إرشادية للآباء والأمهات تساعد على تقبل أولادهم المعاقين عقليا وتوفير سبل الرعاية الخاصة بهم، وهذا يدعم إجراء البحث الحالي الذي يهدف تخفيف الاضطرابات النفسية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة.

دراسة جهاد التركي (٢٠١٤) التي هدفت إلى خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال متلازمة داون في مدينة عمان بالأردن، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) من أمهات أطفال متلازمة داون قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدم الباحث لتحقيق أهداف الدراسة مقياس الضغوط النفسية إعداد (الشخص والسرطاوي، ١٩٩٨) وأكدت الدراسة أن أمهات أطفال متلازمة داون لديهن ضغوط نفسية متزايدة نتيجة وجود طفل معاق بالأسرة وقد أظهرت النتائج أن البرنامج الإرشادي قد خفض منها وقد أوصت الدراسة بضرورة بناء وتطوير برامج للأمهات الأطفال المعاقين عقليا لمساعدتهن في التغلب على الضغوط النفسية التي يتعرضن لها نتيجة وجود طفل معاق بالأسرة وهذا يدعم إجراء البحث الحالي.

دراسة وحيد كامل (٢٠٠٥) التي هدفت إلى تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئة لأطفالهن المعاقين عقليا وأعد الباحث برنامجا إرشاديا لتحسين التوافق النفسي لدى الأمهات وتكونت عينة الدراسة تكون من (١٠) من أمهات الأطفال المعاقين عقليا وقد استخدم الباحث مقياس التوافق النفسي إعداد (صلاح عبد القادر، وليد القفاص) وكذلك استخدم الباحث مقياس التوافق النفسي الذي أعده، وأعد الباحث برنامجا إرشاديا تكون من (٨) جلسات إرشادية استخدمت فيه فنيات الإرشاد النفسي ومنها: (المحاضرة، المناقشة، النمذجة) وأظهرت النتائج تحسن التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليا.

دراسة Johnston, C., Weiss. M., Murray, C., Miller, N, (2014) التي هدفت إلى قياس دور الأمهات في علاج النشاط الزائد لدى أطفالهن وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) من الأمهات قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدمت الدراسة مقاطع الفيديو لعرض وتوضيح النشاط الزائد لدى الأبناء وتدريب الأمهات على التفريق بين النشاط الزائد والسلوك العادي للأطفال، وبعد المعالجة الإحصائية وأظهرت النتائج تحسن مهارات الأمهات في ملاحظة وتحديد

سلوكيات النشاط الزائد لدى الأبناء وكذلك تحسن مهارات الأمهات في التعامل مع أبنائهن من ذوي النشاط الزائد المصحوب بضعف الانتباه.

دراسة (Maria. Rogers,2008) التي هدفت إلى تحديد العوامل المؤثرة في مشاركة الآباء في تعليم الأبناء ذوي النشاط الزائد مقابل الأطفال العاديين ودور الوالدين في تعديل سلوكيات الأبناء وتعليمهم وقد أجريت الدراسة على عينة عددها (١٠١) من الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه أعمارهم من (٨:١٢) عاماً، (٤٨) من التلاميذ العاديين واستخدمت الباحثة مقياس سلوك الأطفال وعدداً من الاختبارات التحصيلية واستبانة لتقديرات الأسرة والمدرسة لسلوكيات التلاميذ عينة الدراسة، وأظهرت النتائج انخفاض الكفاءة الذاتية لدى آباء الأطفال في معالجة سلوكيات أبنائهم وظهروا أنهم أكثر سلبية تجاه حل مشكلات أولادهم وأظهرت النتائج كذلك كثرة الضغوط النفسية الواقعة على الآباء من أبنائهم ذوي فرط الحركة.

بعد استقراء الدراسات السابقة تم الاستفادة منها في تحديد الأدوات المناسبة لهذا البحث وهي: مقياس الاضطرابات النفسية، ومقياس النشاط الزائد، وكذلك تم تحديد أساسيات البرنامج الإرشادي وأهم فنيات الإرشاد النفسي التي سوف يعتمد عليها البرنامج، ومنها: المحاضرة، المناقشة، التعزيز، التحصين التدريجي، العقاب، لعب الأدوار، تبادل الأدوار، العلاج باللعب، العلاج بالعمل، التكرار، المتصل المعرفي، الجدل المباشر، الوعي الحسي، ملء الفراغات، الأسئلة السقراطية، إيقاف الأفكار، اختبار الدليل، التجريد الانتقائي، الواجبات المنزلية، النمذجة، حل المشكلات.

أدوات البحث

(١) مقياس الاضطرابات الانفعالية.

اعتمدت الباحثة على مقياس الاضطرابات الانفعالية الذي أعده يوسف السعود (٢٠١٤) لقياس الاضطرابات الانفعالية لدى الأمهات عينة الدراسة، حيث شمل المقياس البيانات الأساسية للمفحوص ثم عدد (٣٦) فقرة أمام كل فقرة خمسة استجابات هي: مطلقاً، نادراً، أحياناً، كثيراً، أبداً، وقسمت فقرات المقياس على خمسة

د. هالة عطية محمود شاهيه برنامج إرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا

أبعاد هي: الوسواس القهري، والاكتئاب، والحساسية التفاعلية، والقلق، والعدوان، وللتأكد من صدقه وثباته قام معد المقياس بتطبيقه على عينة قدرها (٥٠) مفحوصا وتم حساب معامل الصدق الداخلي ومعامل الارتباط والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١) صدق وثبات المقياس

المعامل ارتباط بيرسون (ثبات الاستقرار)	الصدق الداخلي (ألفا كرونباخ)	الفقرات	البعد
٠,٨٣	٠,٨٩	(٧ : ١)	الوسواس القهري
٠,٨٥	٠,٨١	(١٦ : ٨)	الاكتئاب
٠,٨٧	٠,٨٦	(٢٢ : ١٧)	الحساسية التفاعلية
٠,٨٧	٠,٨٣	(٣١ : ٢٣)	القلق
٠,٨٤	٠,٨٠	(٣٦ : ٢٢)	العدوان
٠,٨٨	٠,٨٢	(٣٦ : ١)	المقياس ككل

وللتأكد من الصدق والثبات قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قدرها (٥٣) مفحوصا من طالبات المرحلة الجامعية وأظهرت النتائج صدق وثبات المقياس والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٢) صدق وثبات المقياس

معامل ارتباط بيرسون (ثبات الاستقرار)	الصدق الداخلي (ألفا كرونباخ)	الفقرات	البعد
٠,٨٠	٠,٨٤	(٧ : ١)	الوسواس القهري
٠,٨١	٠,٨٦	(١٦ : ٨)	الاكتئاب
٠,٨٥	٠,٨١	(٢٢ : ١٧)	الحساسية التفاعلية
٠,٨٣	٠,٨٥	(٣١ : ٢٣)	القلق
٠,٨٠	٠,٨٣	(٣٦ : ٢٢)	العدوان
٠,٨٣	٠,٨٠	(٣٦ : ١)	المقياس ككل

(٢) مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل.

من أشهر المقاييس في لتحديد ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى المعاقين عقليا مقياس كونرز (CTRS, 1997) حيث تضمنت الصورة المختصرة (تقديرات المعلمين) من هذا المقياس (٢٨) فقرة مقسمة على عدة أبعاد هي: المعارضة، قصور الانتباه، النشاط الزائد، القلق والخجل، السعي نحو الكمال، المؤشرات الاجتماعية، الاندفاعية، وقد عمل كونرز على تطوير المقياس لمدة تقارب (٣٠) عاما، حتى انتهى منه عام (١٩٩٧)، وهو مخصص للأطفال من سن (٧: ١٧) عاما من العاديين وذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقة العقلية، وتستغرق مدة تطبيق المقياس من جاني المعلم (١٥ : ٢٠) ، وبلغت درجة ثبات المقياس بطريقة الفا كرونباخ (٠.٩٩ : ٠.٥٤) وهو مدى صدق مقبول وموثوق . وقد أعاد (أحمد الربابعة، ٢٠١٥) تقنين المقياس حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين (٠.٩٥,٢%) كما تم حساب دلالات الصدق التلازمي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأداء على المقياس ومقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي أعدته (جريسات، ٢٠٠٧) وقد بلغت معاملات الارتباط (٠.٩٧ : ٠.٥٢)، كما أشارت دلالات الصدق بطريقة إعادة إلى نسبة مرتفعة بلغت (٠.٨٥ : ٠.٩٥) وكذلك درجة الاتساق الداخلي (الفا كرونباخ) حيث تراوحت بين (٠.٧١ : ٠.٩٧).

تحديد عينة البحث

تم اختيار عينة البحث من أمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة الذين يتلقون الخدمات التعليمية، بمركز تنمية الإنسان للرعاية النهارية. وفصول التربية الفكرية بالمدارس الابتدائية، بجازان بالمملكة العربية السعودية. وتم تحديد الأمهات عينة البحث بعض تطبيق مقياس (كونرز) لقصور الانتباه والنشاط الزائد (تقديرات المعلمين) لتحديد التلاميذ ذوي فرط الحركة من المعاقين عقليا؛ وذلك تمهيدا لاختيار أمهات هؤلاء التلاميذ، وفي النهاية تم اختيار العينة المقصودة وعددها عددها (١٦) .

التطبيق القبلي

تم تطبيق مقياس الاضطرابات الانفعالية على عينة البحث وعددها (١٦) من أمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٣) نتائج التطبيق القبلي لمقياس الاضطرابات الانفعالية على عينة البحث

الرتبة	نوع الاضطراب	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الاضطراب الانفعالي
٣	الوسواس القهري	٢٠,٣١	٢,٧٠	شديد (٧٢٪)
٢	الاكتئاب	٢٦,٠٦	٣,٧٨	شديد (٧٢,٣٪)
٤	الحساسية التفاعلية	١٨,٢٥	١,١٢	شديد (٧٦٪)
١	القلق	٣١,٠٦	٠,٨٥	شديد جدا (٨٦,٢٪)
٥	العدوان	١٤,٣١	١,٤٩	شديد (٧١,٥٪)
	المقياس ككل	٢٠٥,٦٨	١٤,٥٩	شديد (٧٢,٤٪)

البرنامج الإرشادي . (Counseling Program).

الإرشاد النفسي من الوسائل الأساسية التي يعتمد عليها في تخفيف الاضطراب والضغط النفسية وتعدد المدارس النفسية التي يعتمد عليها الإرشاد النفسي، وأهداف البرنامج الإرشادي هي التي تحدد الوسائل والإجراءات التي يعتمد عليها، وتهدف الدراسة الحالية إلى تقديم برنامجا إرشاديا لأمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة ويعتمد البرنامج الإرشادي على عدد من فنيات العلاج النفسي وهي: المحاضرة، المناقشة، التعزيز، التحصين التدريجي، العقاب، لعب الدور، العلاج باللعب، النمذجة، تقديم الذات، ضبط النفس، الاستبعاد المؤقت، الواجبات المنزلية، حيث أشارت العديد من الدراسات السابقة فاعلية هذه الفنيات في تخفيض الاضطرابات النفسية.

أهداف البرنامج الإرشادي.

- الهدف العام للبرنامج الإرشادي هو تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة، أما الأهداف الفرعية للبرنامج فهي:
- ١) تعديل الأفكار السلبية التي تسيطر على أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة حول مستقبل أطفالهن.
 - ٢) مساعدة الأمهات لإتمام الأعمال التي بها يحققن الرعاية لأطفالهن.
 - ٣) مساعدة الأمهات لتقبل الواقع وقبول بذل الجهد لتغييره.
 - ٤) تدريب الأمهات على التوقف عن جلد الذات والقسوة على النفس نتيجة سلوك الابن.
 - ٥) كسر القيود والعزلة التي قد تشعر بها الأمهات ومساعدتهن للانطلاق والتفاعل الايجابي في الحياة الأسرية بما فيها الطفل المعاق.
 - ٦) تبصير الأمهات بالطرائق والأماكن التي يمكن أن تقدم لها المساعدة فيما يخص طفها المعاق.
 - ٧) توجيه الأمهات إلى الوسائل التي تخفف بها ضغوط الحياة اليومية مع الطفل المعاق.
 - ٨) تدريب الأمهات على مواجهة المجتمع وتقبل الواقع الخاص بطفلها بنفس راضية.
 - ٩) تدريب الأمهات على طرق الاستفادة من الآخرين ذوي الظروف المشابهة فيما يخص الحياة الأسرية عامة ورعاية ذوي الإعاقة العقلية خاصة.
 - ١٠) توجيه الأمهات إلى التعامل الآخرين والتفاعل معهم برغم وجود الطفل المعاق.
 - ١١) تدريب الأمهات على طرق ضبط سلوكيات الطفل المعاق في الأماكن العامة.

- ١٢) تدريب الأمهات على الاسترخاء والتخلص من الانفعالات والاضطرابات الداخلية.
- ١٣) تدريب الأمهات على التعامل مع المواقف التي تسبب الضغوط النفسية بمزيد من الهدوء.
- ١٤) تدريب الأمهات على تفرغ الشحنات الانفعالية بشكل صحيح.
- ١٥) تعديل نظرة الأمهات السلبية حول صفوف التربية الخاصة.
- ١٦) تدريب الأمهات على تقديم المعززات اللازمة لتحسين معارف الطفل المعاق ومهاراته.
- ١٧) تعديل اعتقاد الأمهات حول الطفل المعاق بأنه نعمة وليس عقاب من الله.

ولتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي اعتمدت الباحثة على بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بالجانب المعرفي للاضطرابات النفسية وتنطلق منه إلى تعديل السلوكيات التي تسبب الاضطرابات النفسية، وهذا يزيل الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق أو اضطرابات، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدتها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية صحيحة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ٦٧ - ٦٩) وهناك العديد من الفنيات الإرشادية التي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي ومنها:

١) تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

الأفكار التلقائية هي الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وتأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير

معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة، ويُدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. (قتيبة الجلبى، فهد اليحيى، ١٩٩٦: ٢٧١)، والشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوبه وشعوره ومدى استمتاعه بالحياة، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. (أرون بيك، ٢٠٠٠: ١٨٩)

وهناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها. ونظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق، يحاول بعض المرضى تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة، وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً، وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة، كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض، وهناك العديد من الطرق التي تساعد المضطربين انفعالياً على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية. ومن أشهر هذه الطرق:

(١) طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية:

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أو

المواقف المرتبطة بالموضوع الانفعالي لديه؛ على أن يكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيداً؛ بحيث يصف المريض الحادثة بشيء من التفصيل، ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة مثل (ما هو أسوأ ما توقعته حدوثه عندما كنت قلقاً جداً ؟) ما الذي خطر في ذهنك آنذاك ؟ هل تخيلت شيئاً ما في تلك اللحظة ؟

٢) استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية:

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض.

٣) المراقبة الذاتية

المراقبة الذاتية، هي: قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها؛ لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته (ناصر المحارب، ٢٠٠٠: ١٠٩ - ١١٨) ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر - ١٠٠) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على

المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها.

المتصل المعرفي

يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و ١٠٠٪ (فعال جداً). وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير المزدوج ذو النقيضين (موجود أو غير موجود).

الجدل المباشر

وهي إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لأراء المريض، إلا أنه في بعض الأحيان لا بد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمريض شعور بالانتحار فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة؛ وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جداً مقنعاً دون أن تسبب للمريض نوعاً من الدونية والهزيمة والضييق، كما أنها بلا نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي. وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً (Freeman, D .et.al, 1993).

صرف الانتباه

تُستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يُطلب من المريض الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه المريض كأسلوب لتجنب الأعراض، ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج؛ لكي يجعل المريض يُدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية.

مثال ذلك: عندما يأتي المريض الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما؛ ففي هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطّي المجال البصري للعميل، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل. فقد يطلب المعالج من المريض عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للعميل كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه. وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

(1) التركيز على شيء معين.

يُدرّب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها: (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه؟)

(٢) الوعي الحسي .

يُدرّب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك ؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك ؟ في الغرفة ؟ خارج الغرفة ؟ خارج المبنى ؟

(٣) التمرينات العقلية.

يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من بطرح (٥٠) سبعة كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) وهكذا . تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

(٤) الذكريات والخيالات السارة.

تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (مناسبة سعيدة) أو التخيل (ما الذي سيفعله المريض لو كسب شيء غير متوقع).

ملء الفراغ

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها، وقد يذكر المريض أحياناً عدد من المواقف التي أحس فيها بضيق لا مبرر له، ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة المريض أن يفهم سر اضطرابه الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (أرون بيك، ٢٠٠٠: ١٩٢)

الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج، وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المريض، بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض. ويتم فحص هذه

الفروض باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المريض واعتقاداته، إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى . وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية، يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة؛ كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير، ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك. أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السقراطية توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق، و مساعدته اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيراً تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه)، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

إيقاف الأفكار

غالباً ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد ، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد نجد المريض غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة المريض على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم المريض كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخاطئة) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن المريض يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مضاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للعميل بشكل متكرر وهي: لا تقلق بشأن ذلك.

وبسبب عدم قدرة المريض على استخدام هذه الفنية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصداقية، حيث إن هذا الأسلوب يكون

أكثر فاعليه عندما يتم عرضه على المريض بشكل مفصل. وبعد أن يجد المريض أن هذا الأسلوب له تأثير، يشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصداقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف) .

اختبار الدليل

وهي إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح، حتى لو كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل، فالعملية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل، ولكنها تضع في الاعتبار أيضاً مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها المريض، بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان المريض قد أغفل بعض المعلومات المتاحة. والكثير من العملاء يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل "أنا لست شخص جيد"، ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه.

وهذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة المرضى على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذ يُطلب من المريض أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك.

فنية الحوار الذاتي .

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية. فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج على

محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب. (عوض، ٢٠٠١: ١١٢)

التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال:

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية. ومن التحريفات المعرفية التي تحدث ما يأتي:

المبالغة:

وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء ، أو الخبرات الواقعية وتصور أفكارا مبالغاً فيها؛ كتصور الخطر والدمار في المنزل لسبب تافه، ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق، فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف، مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته، كما نجد أن التقليل من المخاطر الواقعية، قد تكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة؛ إذ يؤدي ذلك إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٣٠٧ - ٣١٢)

التعميم الزائد:

من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل، يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية، كالتعصب أو غيرها، فكثير من الخصائص السلبية ننسبها لجماعة معينة لكي نبرر تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعميماً خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينسب لهذه الجماعة. والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بالأنماط المرضية، وخاصة الاكتئاب والفصام، ويعتبر التعميم الخاطئ أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية.

التجريد الانتقائي:

هو أسلوب خاطئ في التفكير؛ كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام ، ويؤكد لها في سياق آخر. فمثلاً شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رُفِضَ في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه ومتطلبات العمل الجديد، والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين، فقد تبين أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل (مثلاً يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله ، وفلاناً قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا، وأن لا يقول كذا وكذا .. إلخ.) عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٢٠٧ - ٣١٢ .

لعب الأدوار

تُعتبر من الفنيات التي تُستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتضريح الشحنات والرغبات الظاهرة والمكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج أو المشاركون في العلاج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب (زينب محمود شقير، ٢٠٠٠ : ٢٧٢) فلعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط، والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي، كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين. ويعد لعب الدور أحد الطرق التي تُعين على نمو المهارات الاجتماعي .

النمذجة

يعتبر الإرشاد بالنموذج من أهم الأساليب المستخدمة في تعليم المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها. فالمعالج يعرض على الحالة النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فتقوم بتقليدها بعد ملاحظتها مع

تعزيز أدائها للسلوك. ومن استخدامات النمذجة زيادة السلوك الإيجابي وخفض السلوكيات العدوانية غير المرغوبة. (رشدي فام منصور، ٢٠٠٠: ١٠٤)، وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي؛ إذ توجد ثلاث عمليات أساسية لحدوث التعلم بالنمذجة وهي:

(١) الانتباه:

فمن الضروري الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة. ويجب أن يكون النموذج مؤثراً على القائم بالملاحظة كي ينتبه للسلوك المراد تعلمه.

(٢) الاحتفاظ:

فمن الضروري أن يتوفر لدى الفرد القدرة على التعلم، فلا يتأثر الفرد بسلوك النموذج المشاهد؛ إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه، فيحتفظ بالمشهد ويعيد تنفيذه.

التدريب على حل المشكلات

هناك عدة مراحل يجب اتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة وهي:

(١) مرحلة إدراك وجود المشكلة: وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً -مضطرباً-. فالمنير يذكرك بأنك قلق فهناك شيء ما غير سليم.

(٢) خفض الإثارة: عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف)، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة؛ لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

(٣) وضع صياغة للمشكلة: من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.

(٤) التفكير بطريقة الحل البديل: يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.

(٥) التفكير بالعواقب: فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان

على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.
 (٦) مهارة التفكير العلمي: وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة؛ مثل لماذا؟ كيف يمكن؟
 وسوف تعتمد الباحثة على الفنيات السابقة في بناء وتنفيذ البرنامج الإرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة.

محتوى البرنامج الإرشادي

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	ملخص محتوى الجلسة الإرشادية
الجلسة الأولى	التعارف . توقعات الأمهات المشاركات. شرح الإطار العام للبرنامج .	المحاضرة . المناقشة . تبادل الأدوار.	قامت الباحثة بالتعريف بنفسها وخبراتها العلمية السابقة وميدان عملها ، وطلبت إلى كل أم من الحاضرات تقديم نفسها وما تحب أن تقول عن نفسها في جمل موجزة؛ لتتعرف عليها الباحثة وتتعرف عليها الأمهات الأخريات ، وبعد الانتهاء من التعارف قامت الباحثة بطرح سؤال عن توقعات المشاركات حول البرنامج وبعد رصد التوقعات وحصر غير المكرر منها ، قامت الباحثة بشرح الاطار العام للبرنامج الإرشادي والهدف العام والأهداف الفرعية ، وتمت مناقشة الأمهات في مدى حاجة كل منهن إلى ما سيقدم في جلسات البرنامج وأعربت الأمهات عن سعادتهن البالغة لأن البرنامج لمس حاجتهن ومشكلاتهن الراهنة مع أطفالهن المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة.
الجلسة الثانية	التعريف بأسباب الإعاقة العقلية . عرض سمات المعاقين عقليا . التعريف بالنشاط الزائد . عرض سمات ذوي فرط الحركة .	المحاضرة . المناقشة . التقليد والمحاكاة .	بعد تقديم الباحثة للتقديم الخاص بالجلسة الثانية عرضت أسباب الإعاقة العقلية وشرحت للأمهات العوامل الوراثية وغيرها من العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية واستمعت إلى الأمهات وتجاربهن حيال تلك الأسباب ، ثم عرضت الباحثة سمات المعاقين عقليا الجسمانية والمعرفية والمهارية ، وناقشت الأمهات حول توافر هذه الصفات من عدمها لدى أطفالهن ، ثم شرحت الباحثة معنى مصطلح (فرط الحركة) وسمات الأطفال الذين يتصفون بالنشاط الزائد من ذوي الإعاقة العقلية ، وناقشت الأمهات حول مدى توافر هذه الصفات لدى أطفالهن ، وطلبت إلى بعض الأمهات شرح وإيضاح سلوكيات النشاط الزائد لدى أبنائهن وتبادل الخبرات الحياتية الخاصة بهن مع الأمهات الأخريات.
الجلسة الثالثة	تصحيح الأفكار الخاطئة لدى الأمهات حول الإعاقة العقلية. تدريب الأمهات	المتصل المعرفي. ملئ الفراغات إيقاف الأفكار.	عرضت الباحثة ملخص لما سبق ثم عرضت بعض الأفكار الخاطئة الشائعة حول الإعاقة العقلية واستخدمت فنية المتصل المعرفي مع الأمهات حيث اختارت صفة (أنا من الأمهات التقيسات) ثم طلبت إلى الأمهات بالتبادل أن تنفذ فنية المتصل المعرفي لتحديد ما إذا كانت كذلك أم أن هذه الفكرة غير صحيحة ويجب تغييرها . ثم استخدمت الباحثة فنية (ملء

د. هالة عطية محمود شاهيه برنامج إرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	الضنيات المستخدمة	ملخص محتوى الجلسة الإرشادية
	على تقبل الواقع والاعتراف به ومواجهته. تدريب الأمهات على التوقف عن جلد الذات وتنايب الضمير.	الحوار الذاتي. حل المشكلات.	الفراغات) حيث طلبت إلى الأمهات تذكر أكبر رد فعل قامت به مع تحديد المبرر له . مع ذكر الأحداث التي وقعت بعده ومشاركة الأمهات الأخريات لذلك والحكم عليه وتقييمه وذلك بالتبادل ، ثم قامت الباحثة بتدريب الأمهات على إيقاف الأفكار الخاطئة التي تسبب لهن جلد الذات وتنايب الضمير وذلك عن طريق استخدام تقنية (إيقاف الأفكار) من خلال المنولوج الداخلي وتخيل صوت آخر يقول (توقف عن هذه الأفكار) أو فعل شيء معين يوقف تدفق هذه الأفكار مثل الحوار الذاتي، تسأل وتجبب عن نفسها بأن ذلك واقع يجب التعايش معه وأنها أدركت هذه المشكلة ومتقبلة لها وسوف تواجهها وتضع حلولاً لها وتتغلب عليها.
الجلسة الرابعة	كسر القيود وإنهاء العزلة. تبصير الأمهات بوسائل المساعدة ووسائل التخلص من الضغوط اليومية.	المتصل المعرفي. الجدل المباشر. الوعي الحسي. اختيار الدليل. التجريد الانتقائي.	بعد التمهيد للجلسة الإرشادية استخدمت الباحثة تقنية (المتصل المعرفي) من خلال عبارة (أنا اجتماعية وأحب الحياة) وتبادلت الأمهات طرح هذه العبارة ووضع الأدلة عليها والفوائد التي تنتج عن هذه الصفة. ثم ناقشت الباحثة مع الأمهات وسائل وطرق الوصول إلى مقدمي الخدمات الذي يمكن أن يقدم المساعدة لهن في المشكلات الحياتية من خلال تبادل الخبرات بين الأمهات وبمشاركة الباحثة وقد قدمت الباحثة لهن العديد من المصادر التي تنمي معرفتهن بما يمكن أن يساعدهن في الحياة اليومية، ثم استخدمت الباحثة تقنية (الوعي الحسي واختيار الدليل) وذلك للتخلص من الضغوط اليومية التي يمكن أن يتعرضن لها مثال طرح عبارة (أنا مرهقة وكارهة للحياة) ثم السؤال من الأخريات (وما الدليل على ذلك؟) ثم عرض الأدلة التي يتقدمها الأمر ويلي ذلك تنفيذ الباحثة لهذه الأدلة ونفيها واحداً واحداً مع تقديم الدعم للأمهات الأخريات وتقديم أدلة مضادة على جودة الحياة تخلص الأمر من الشعور بالاكئاب، كما استخدمت الباحثة تقنية (التجريد الانتقائي) وذلك لتخفيف الضغوط التي تتعرض لها الأمر حيث وضحت أن الحياة لا تتقف عن نقطة معينة أو لسبب معين ولكنها مستمرة طالما الإنسان على قيد الحياة ؛ لذلك فوجد طفل معاق لا يعني أن السعادة والاستمتاع بالحياة قد توقفت، ولكن على كل أمر أن تكيف حيثها مع ظروفها وتسد بحياتها.
الجلسة الخامسة	تدريب الأمهات على تبادل الخبرات المرئية. تدريب الأمهات على ضبط سلوكيات الطفل المعاق في المنزل والأماكن العامة.	الأسئلة السقراطية النمذجة ملئ الفراغ	بعد التمهيد للجلسة الخامسة دربت الباحثة الأمهات على طرح الأفكار وتبادل الخبرات فيما يتعلق بالتخلص من الضغوط اليومية من خلال استخدام تقنية (طرح الأسئلة السقراطية) حيث تطرح سؤالاً (كيف تتخلصي من الضغوط اليومية؟) وتبدأ الأمهات في الإجابة عن السؤال إلى أن ينتهي الحوار بالوصول إلى إجابات مقنعة قابلة للتنفيذ في الواقع وعندها تنتهي الأسئلة السقراطية، كما طبقت الباحثة تقنية النمذجة حيث طلبت إلى الأمر أن تحاكي موقفاً ضاعطاً ثم تتبادل مع نفسها الأسئلة السقراطية إلى أن تنتهي لإجابات تخفف الضغط النفسي. ودربت الباحثة الأمهات على ضبط سلوكيات الأطفال المعاقين عقلياً ذوي فرط الحركة في المنزل والأماكن العامة من خلال تقنية (ملئ الفراغ) حيث تستغل الأمر الفجوات بين تصرفات الطفل أو بين الأحداث المتتالية ثم تملئ هذه الفجوات بمثيرات تصرف الطفل عن السلوكيات غير المرغوبة مثال ذلك: استغلال الفجوة بين نوبات البكاء بتقديم الحلوى أو لعبة مفضلة تخرج الطفل من سياق البكاء إلى سياق آخر يكفه عن السلوك غير المرغوب.
الجلسة السادسة	تدريب الأمهات على التخلص من	صرف الانتباه. لعاب الأدوار. اختيار الدليل.	بعد التقديم للجلسة السادسة دربت الباحثة الأمهات على التخلص من الانفعالات من خلال تقنية (صرف الانتباه) حيث دربت الباحثة الأمهات على التركيز على شيء معين مثل استخدام حاسة البصر لمشاهدة مقطع فيديو مثلاً يصرف انتباه الأمر عن

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	الضغيات المستخدمة	ملخص محتوى الجلسة الإرشادية
	الانفعالات . تدريب الأمهات على الاستخدام الأمثل للمعززات		الموقف الضاغط . ثم دريت الباحثة الأمهات على استخدام التمرينات العقلية لتخفيف من الانفعالات مثل ذكر (١٠) كلمات تبدأ بحرف (الباء) مثلا وذلك للهروب من انفعال معين . وكذلك دريت الباحثة الأمهات على الاستدعاء من الذاكرة للخيارات السارة مثل استدعاء مناسبة سعيدة وتذكر أحداثها للهروب من الانفعال . كما دريت الباحثة الأمهات على الاستخدام الأمثل للمعززات لضبط سلوك الطفل والقيام بدور المعلمة مرة والاب مرة أخرى ويانع حلوى مرة ثالثة وذلك لضبط سلوك الطفل من خلال تقديم المعززات المناسبة في الوقت المناسب .
الجلسة السابعة	حصر المشكلات ومسببات الضغوط النفسية لدى الأمهات عينة البحث . اقتراح حلول تبادلية بين الأمهات المشاركات . طرح حلول بدلية من الباحثة .	تحديد الأفكار التلقائية . استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية حل المشكلات .	بعد التقدير للجلسة السابعة حصرت الباحثة المشكلات التي تتعرض لها الأمهات من خلال فنية (تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها) حيث دريت الباحثة الأمهات على تحديد الأفكار السلبية التلقائية وتصحيحها حيث بينت الباحثة للأمهات أن الأفكار السلبية هي التي تسبق الانفعالات غير السارة ويأتي حصر هذه الأفكار تمهيدا لاستبدالها بأفكار ايجابية من خلال استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية لاستحضارها والتعامل معها والتغلب عليها وتحويلها من خبرة سلبية إلى ايجابية من خلال تطبيق أسلوب حل المشكلات بالخطوات الآتية : إدراك المشكلة . خفض التوتر الناتج عنها . وضع أكثر من حل لها . تجريب الحلول المختلفة حتى الوصول إلى أفضلها وأكثرها مناسبة . بعد الانتهاء من جلسات البرنامج أعربت الأمهات (عينة البحث) عن سعادتهن باللفة بالأنشطة والتدريبات التي حصلن عليها أثناء الجلسات الإرشادية وأن ذلك ساعدهن على التخلص من الضغوط والانفعالات التي كن يعانين منها قبل ذلك .

تنفيذ البرنامج الإرشادي

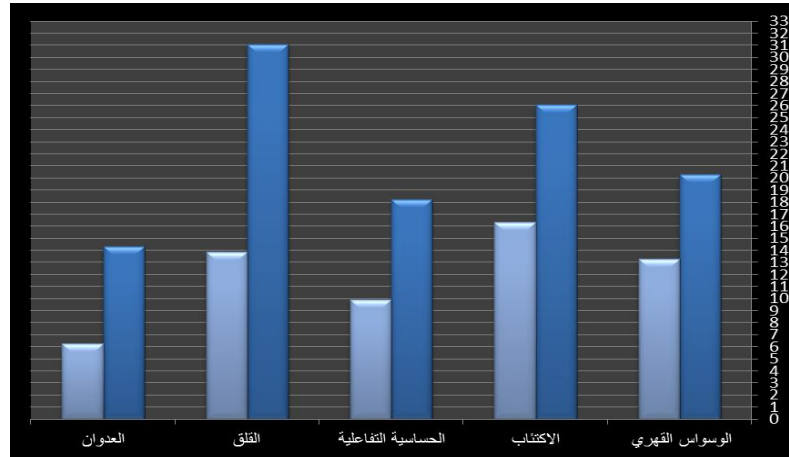
تم تنفيذ البرنامج الإرشادي مع الأمهات (عينة البحث) وكان إجمالي عدد الجلسات (٦) جلسات، زمن الجلسة الواحدة (٩٠) دقيقة، بواقع جلسة أسبوعيا وبعد الانتهاء من تنفيذ جميع جلسات البرنامج الإرشادي تم تطبيق مقياس الاضطرابات الانفعالية بعديا على نفس العينة والجدول التالي يوضح ذلك:

د. هالة عطية محمود شاهييه برنامج إرشادي لتخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا

جدول (٤) نتائج التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات الانفعالية على عينة البحث

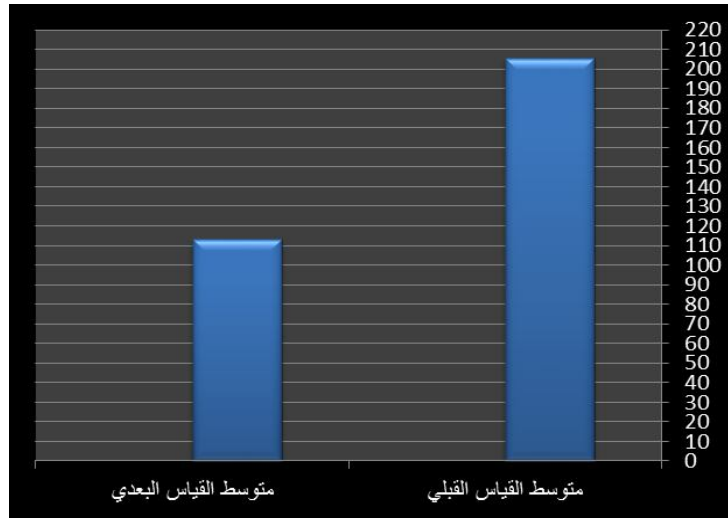
الرتبة	نوع الاضطراب	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الاضطراب الانفعالي
٣	الوسواس القهري	١٣,٣١	٢,٠٨	متوسط (٤٧,٥%)
١	الاكتئاب	١٦,٣٧	٢,٤٧	متوسط (٤٥,٤%)
٤	الحساسية التفاعلية	٩,٩٣	١,٥٦	ضعيف (٤١,٤%)
٢	القلق	١٣,٨٧	٢,٧٠	ضعيف (٣٨,٥%)
٥	العدوان	٦,٢٥	٠,٩٣	ضعيف (٣١,٢%)
	المقياس ككل	١١٣,٢٥	١٠,٨٢	ضعيف (٤١,٤%)

والشكل التالي يوضح الفرق بين أبعاد المقياس الخمسة قبليا وبعديا .



شكل (١) الفرق بين أبعاد المقياس الخمسة قبليا وبعديا

كما يبين الشكل التالي المقارنة بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمقياس ككل.



شكل (٢) المقارنة بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي للمقياس ككل كما قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) من خلال تطبيق اختبار (T test) لمجموعتين مرتبطتين لتحديد الدلالة الإحصائية بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام البرنامج الاحصائي (SPSS, V, 14) والجدول التالي يوضح النتائج.

جدول (٥)

الفرق بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الاضطرابات الانفعالية

المقياس ككل	نوع القياس	العدد (ن)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجة الحرية (د ح) ن-١	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
الأبعاد مجتمعة	القياس القبلي	١٦	٢٠٥,٦٨	١٤,٥٩	١٥	٢٤,٥٥	دالة عند مستوى ٠,٠١
	القياس البعدي	١٦	١١٣,٢٥	١٠,٨٢			

نتائج البحث

بعد العرض السابق للقياس القلبي والقياس البعدي ومقارنة النتائج من خلال اختبارات) توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

- ❖ ارتفاع نسبة الاضطرابات الانفعالية لدى الأمهات عينة البحث في القياس القلبي حيث أظهر القياس رتب هذه الاضطرابات فجاء ارتفاع القلق في المرتبة الأولى بنسبة (٨٦,٢%) ثم الاكتئاب بنسبة (٧٢,٣%) ثم الوسواس القهري بنسبة (٧٢%) ثم الحساسية التفاعلية بنسبة (٧٦%) وأخيرا العدوان بنسبة (٧١,٥%) وهي نسب مرتفعة تدل على ارتفاع مستوى الاضطرابات الانفعالية لدى الأمهات عينة البحث قبل تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- ❖ وبعد أن طبقت الباحثة البرنامج الإرشادي على الأمهات (عينة البحث) تغيرت متوسطات أبعاد مقياس الاضطرابات الانفعالية في القياس البعدي فقد أظهرت انخفاض نسبة الاضطرابات وتحولت من الشديد والشديد جدا إلى المستوى المتوسط والضعيف والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٦) مقارنة بين مستوى الاضطرابات الانفعالية قبلها وبعديا

نوع الاضطراب	مستوى الاضطراب الانفعالي (في القياس القبلي)	مستوى الاضطراب الانفعالي (في القياس البعدي)
الوسواس القهري	شديد (٧٢%)	متوسط (٤٧,٥%)
الاكتئاب	شديد (٧٢,٣%)	متوسط (٤٥,٤%)
الحساسية التفاعلية	شديد (٧٦%)	ضعيف (٤١,٤%)
القلق	شديد جدا (٨٦,٢%)	ضعيف (٢٨,٥%)
العدوان	شديد (٧١,٥%)	ضعيف (٣١,٢%)
الأبعاد مجتمعة	شديد (٧٢,٤%)	ضعيف (٤١,٤%)

وهذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي الذي قدمته الباحثة في تخفيف حدة الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا ذوي فرط الحركة (عينة البحث).

التوصيات

في ضوء النتائج السابقة توصي الباحثة بما يلي:

- ❖ دعم أمهات الأطفال المعاقين عامة والمعاقين عقليا ذوي فرط الحركة بصفة خاصة من خلال البرامج الإرشادية والتوعوية؛ نظرا لما يتعرضن له من ضغوط حياتية تسبب لهن مستوى مرتفع من الاضطرابات الانفعالية وهذه الاضطرابات تنعكس سلبا على حياتهن بصفة عامة وتؤثر بدورها سلبا على مقدر الرعاية التي يحظى بها الطفل المعاق.
- ❖ توفير مراكز الإرشاد النفسي المجانية التي تقدم الخدمات الإرشادية للأسر الأطفال المعاقين عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة.
- ❖ توفير فرص ووسائل للتواصل الفعال بين الأمهات اللائي لهن نفس الظروف والمشكلات لتبادل الخبرات وتخفيف الضغوط الحياتية.
- ❖ مخاطبة وجدان الأمهات من خلال الإرشاد المعرفي السلوكي لتقبل الواقع وقبول بذل الجهد للتغلب على المشكلات الحياتية والتعايش معها.
- ❖ تحسين الخدمات العامة المقدمة لذوي الإعاقة العقلية لمساعدة أسرهم على رعايتهم .

المراجع

أولا: المراجع العربية

- ١) أحمد عبد الله الربابعة (٢٠١١): فاعلية صورة أردنية من مقياس كونرز لتقديرات المعلمين لقصور الانتباه والنشاط الزائد لدى ذوي صعوبات التعلم والمعاقين عقليا والعادين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، المملكة الأردنية الهاشمية.
- ٢) أحمد عبد الله الربابعة (٢٠١٥): تطوير صورة أردنية من مقياس كونرز لتقدير اضطرابات ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، جمهورية مصر العربية، مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، المجلد ٢، العدد ٧.
- ٣) أرون بيك (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، القاهرة، دار الأفق العربية.
- ٤) أمل معوض الهجرسي (٢٠٠٢): تربية الأطفال المعاقين، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ٥) جابر محمد عيسى (٢٠١٢): فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المفاهيم الرياضية لدى المعاقين عقليا القابلين للتعليم ومقارنة أدائهم بالعادين المكافئين لهم في العمر العقلي، مجلة دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد ٧٤.
- ٦) جهاد التركي (٢٠١٤): فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أمهات أطفال متلازمة داون، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (٣٨)، الجزء (٢).
- ٧) جهاد القرعان (٢٠٠٦): أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

- ٨) رشدي فام منصور . (٢٠٠٠) . علم النفس العلاجي والوقائي " رحيق السنين " ،
القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٩) رثيفة رجب عوض (٢٠٠١): ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج،
القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٠) زينب محمود شقير (٢٠٠٠): التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة لغير القادرين،
القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١١) سلوى عبد الغني، منال طه (٢٠١٧): فالية برنامج إرشادي للأطفال المعرضين
لخطر العنف الأسري في المجتمع السعودي في خفض الاضطرابات
الانفعالية والسلوكية لديهم، مجلة العلوم التربوية، جامعة
القاهرة، العدد الأول ج١.
- ١٢) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات،
القاهرة، دارالرشاد للتوزيع والنشر.
- ١٣) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): العلاج المعرفي السلوكي الحديث أساليبه وميادينه
التطبيقية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع.
- ١٤) عبد الفتاح الهمص (٢٠٠٦): الطفل المعاق حقوقه ومتطلبات تربيته من منظور
إسلامي، مجلة الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، العدد ١٤.
- ١٥) عبد المطلب أمين القريطي(٢٠٠٥): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة
وتدريبهم، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٦) عبد المطلب أمين القريطي(٢٠٠٥): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة
وتدريبهم، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٧) قتيبة سالم الجلبي، فهد سعود اليحيى (١٩٩٦): العلاج النفسي وتطبيقاته في
المجتمع العربي، الرياض، السعودية، الإعلامية للنشر.
- ١٨) قحطان أحمد الظاهر (٢٠٠٥): مدخل إلى التربية الخاصة، الأردن، دار وائل
للنشر والتوزيع.

- (١٩) كمال سالم سيسالم (٢٠٠١): اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها واسبابها وأساليب علاجها، الإمارات، دار الكتاب الجامعي.
- (٢٠) محمود مصطفى محمود السيد (٢٠١٦): التدريس الاستراتيجي لذوي صعوبات التعلم النظرية والتطبيق، دار صفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- (٢١) مصطفى نوري القمش (٢٠١٠): الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، دار المسيرة، عمان، الأردن، ص، ص، ص، ٤٠، ٤٥.
- (٢٢) ناصر المحارب (٢٠٠٠): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، السعودية، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- (٢٣) نور الهدى عمر، نوبيات قدور (٢٠١٨): الرضا عن الحياة لدى آباء وأمهات ذوي الإعاقة الذهنية دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، العدد ٣٢.
- (٢٤) وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥): فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئة لأطفالهن المعاقين عقليا، مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٥)، العدد (٢)، كلية التربية جامعة الزقازيق، مصر.
- (٢٥) يوسف الرميح (٢٠١٣): العنف الأسري ضد الاطفال دراسة ميدانية في محافظة عنيزة بمنطقة القصيم، مجلة البحوث الأمنية، جامعة الملك سعود، العدد ٥٤.
- (٢٦) يوسف القريوطي، عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (١٩٩٥): مقدمة في التربية الخاصة، دبي، الإمارات العربية المتحدة، دار القلم.
- (٢٧) يوسف فهد السعود (٢٠١٤): الفاعلية الذاتية الاجتماعية وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك، رسالة

ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة اليرموك، المملكة
الأردنية الهاشمية.

ثانيا المراجع الأجنبية:

- 28) Abbott, Dana (2002). Head Start Children At Risk For Emotional And Behavioral Disorders: An Examination Of Personal And Programmatic Characteristics. PhD. State University Of New York At Albany.
- 29) Diamond, Suzanne, (2003). Self-Concept, Depression, Behavior, And Achievement Of At Risk And Not At-Risk Adolescents For Emotional And Behavioral Disorders, PhD, University Of Miami.
- 30) Weiss. J.A., Sullivan A. & Diamond, T. (2003). Parent Stress and Adaptive Functioning of Individuals with Developmental Disabilities Journal on Developmental Disabilities, Volume I O, Number 1.
- 31) Shelley, M.C., Kraaij, Nadia (2009). Cognitive Coping Strategies and Stress in Parents of Children with Down Syndrome: A Prospective Study, Intellectual and Developmental Disabilities, Volume 47, Number 4: 295—3 06 f August.
- 32) Johnston, C., Weiss. M., Murray, C., Miller, N, (2014): “The Effects of Instructions on Mothers Ratings of Child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms”. Journal of Abnormal Child Psychology 39(8).
- 33) Maria. Rogers(2008): The Role of Parental involvement in the Learning of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. Doctoral Dissertation. University of Toronto.

34) Freeman, Arthur; Pretzer, James(1993): Fleming, Barbara; Simon, Karen; Clinical Applications of Cognitive Therapy, Plenum, Press, New york.

الملاحق

مقياس الاضطرابات الانفعالية

بيانات المفحوص

اسم الأم : المستوى التعليمي:

عمل الأم :

المستوى التعليمي للزوج: عمل الزوج:

مستوى دخل الأسرة: مرتفع متوسط منخفض

مكان الإقامة: قرية مدينة أخرى

م	الفقرة	مطلقا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١	تقتحم عقلي أفكار غريبة ولا تفارقني.					
٢	لدى صعوبة في تذكر الأشياء.					
٣	أشعر بعدم القدرة على إتمام أعمالي.					
٤	أقوم بأعمالي ببطء شديد لأتأكد من دقتها.					
٥	أكر أفعالي عدة مرات كي أتأكد أنني فعلتها.					
٦	أكرر القيام ببعض الأفعال مثل (غسل اليدين ، الصلاة، العد ...)					
٧	لدى صور ذهنية غير مرغوبة لا تفارقني.					
٨	أفكر في الانتحار.					
٩	لدى إحساس أنني محبوس أو مقيد الحركة.					
١٠	ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي.					
١١	أشعر بالوحدة والحزن.					
١٢	أشعر بعدم الاهتمام بما حولي أو بمن حولي.					

م	الفقرة	مطلقا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٣	لدى إحساس بأن حياتي كلها تعب وشقاء.					
١٤	أشعر أنني عديم الأهمية.					
١٥	أعاني من الأرق عند الدخول للنوم.					
١٦	أعاني من فرط النوم يوميا.					
١٧	أشعر بالحساسية تجاه الآخرين.					
١٨	تجرح مشاعري بسهولة.					
١٩	أشعر بأن الآخرين لا يفهموني.					
٢٠	أشعر أن الناس من حولي لا يحبونني.					
٢١	لدى إحساس بأنني أقل من الآخرين.					
٢٢	أشعر بالضيق عندما يتحدث الناس عني .					
٢٣	أشعر بنقص في الثقة أثناء وجود الآخرين.					
٢٤	أتجنب ممارسة الأنشطة والأعمال التي تتطلب الاحتكاك بالآخرين.					
٢٥	أحس بالخجل والهيبة عند وجود الآخرين.					
٢٦	أشعر بالضيق عندما أتناول طعام أو شراب في مكان عام.					
٢٧	أشعر بسرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.					
٢٨	أشعر بالخوف من فقدان السيطرة على الأمور التي أقوم بها .					
٢٩	تنتابني نوبات من الضرع والزرع بدون سبب معقول.					
٣٠	أشعر بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكني من الجلوس في هدوء.					
٣١	أشعر أن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية .					
٣٢	أشعر بسرعة المضايقة والاستثارة.					
٣٣	تنتابني ثورات مزاجية لا يمكن السيطرة عليها .					
٣٤	لدى دافع ملح بأن أضرب الآخرين.					
٣٥	أشعر برغبة ملحة لتخريب الأشياء					
٣٦	تنتابني نوبات من الصراخ .					

مقياس كونرز

(تقديرات المعلمين لقصور الانتباه والنشاط الزائد)

اسم الطالب: النوع: () ذكر () أنثى

تاريخ الميلاد: / / العمر () عاما الصف:

اسم المعلم: مكان العمل:

الحالة: () عادي () صعوبات تعلم () إعاقة عقلية

م	الفقرة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
١	يتشتت انتباهه بسهولة لأي مثيرات خارجية.					
٢	عنيد ومشاكس.					
٣	لا يهدأ أبدا.					
٤	ينسى الأشياء التي تعلمها مباشرة.					
٥	يزعج الأطفال الآخرين ويشوش عليهم.					
٦	يرفض الاستجابة لطلبات الآخرين ويتحدها بقوة.					
٧	يبدو في نشاط دائم دون كلل أو ملل.					
٨	ضعيف في تهجي الكلمات.					
٩	يصعب عليه البقاء هادئا.					
١٠	حقود وانتقامي.					
١١	يترك مقعده في غرفة الصف دائما.					
١٢	يحرك أطرافه دائما عند الجلوس.					
١٣	يقرأ بمستوى أقل من عمره الزمني.					
١٤	مدة انتباهه قصيرة.					
١٥	يجادل الكبار.					
١٦	ينتبه فقط للأشياء التي تثير انتباهه.					
١٧	يصعب عليه انتظار دوره.					
١٨	ضعيف الاهتمام بالواجبات المدرسية.					
١٩	مشتت الانتباه.					

م	الفقرة	أبدا	نادرا	أحيانا	غاليا	دائما
٢٠	يثور بشكل مفاجئ وغير متوقع.					
٢١	يقفز في أماكن غير مناسبة.					
٢٢	ضعيف في العمليات الحسابية.					
٢٣	يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم ويتدخل في نقاشات الآخرين أو لعبهم.					
٢٤	يواجه صعوبة في اللعب بهدوء أو الانخراط في الأنشطة الترفيهية.					
٢٥	يفشل في إتمام الأشياء التي بدأها.					
٢٦	يرفض اتباع التعليمات ويفشل في إتمام الأعمال المدرسية في وقتها.					
٢٧	سرع الاستتار ، واندفاعي.					
٢٨	ضجر ومتضايق (لا يهدأ).					