



## البحوث والدراسات

## الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين

أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

مُدرسة علم نفس تربوي  
taghreed@squ.edu.om

د. علي مهدي كاظم

أستاذ مشارك ورئيس قسم علم النفس  
amkazem@squ.edu.om

قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة السلطان قابوس - سلطنة عُمان

## الملخص:

استهدف هذا البحث معرفة البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري، ولاستبانة تقدير الأبوين لهذا الاضطراب، ومعدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين، وأثر النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري، وعلاقته بعدد الإخوة وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؛ ولأجل ذلك تم تكييف الصورة المعدلة من المقياس العربي للوسواس القهري (شكري، والعنزي، 1995)، كما صُممت استبانة لتقدير الأبوين للوسواس القهري. وتم تطبيق الأدوات على (121) طالباً و(107) طالبات من مدارس محافظة مسقط ومنطقة الباطنة التعليمية، متوسط أعمارهم 12.59 سنة بانحراف معياري مقداره 2.60، وباستعمال التحليل العاملي، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وتحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات، ومعامل ارتباط بيرسون، تم التوصل إلى بنية عاملية للمقياس العربي تتكون من ثلاثة عوامل (عامل عام للوسواس القهري، والشك والتكرار، والتردد وعدم الاكتراث)، وعاملان لاستبانة تقدير الأبوين هما: (النظام والدقة، والتكرار والشك). وأما معدلات انتشار الوسواس القهري فقد كان عامل «التردد وعدم الاكتراث» مرتفعاً لدى جميع أفراد العينة (10.92%)، ولدى المراهقين (12.33%)، في حين كان التكرار والشك منتشرًا لدى الأطفال (11.69%).

## Obsessive-Compulsive Among Omani Children and Adolescents

Ali Mahdi Kazem

Taghreed Turki Al-Said

Dept. of Psychology, College of Education, Sultan Qaboos University, Oman

## Abstract

The aim of this study was to explore the factorial structure of Arabic Obsessive-Compulsive Scale (AOCS), and Inventory Obsessive-Compulsive (IOC), as well as the prevalence of obsessive-compulsive among Omani children and adolescents. The study also aimed at finding the effect of gender, age, family income, number of siblings and birth order of the child in the family. For this purpose, an adapted version of AOCS, and IOC were administered to 121 males, and 107 females in Basic Education schools in the Muscat and Batinah educational regions. Data were analyzed using factor analysis, means, standard deviation, T-test, Multivariate three-way ANOVA, and Pearson correlation. The results revealed that the factorial structure of AOCS consisted of three factors: (1) obsessive thought general factor, (2) repetition and doubtfulness, and (3) carelessness and hesitation. With reference to IOC, results revealed two factors: (1) orderliness and discipline, and (2) repetition and doubtfulness. Concerning the prevalence of obsessive-compulsive, two factors were found to be most prevalent: (a) carelessness and hesitation for the whole sample (10.92%) and adolescent (12.33%), (b) repetition and doubtfulness for children (11.69%).

يتوجه الباحثان بخالص الشكر وعظيم التقدير لمجلة الطفولة العربية وجميع القائمين عليها، كما يسرهما أن يوجها الشكر والتقدير للمحكمين الذين أبدوا ملاحظات قيمة ومهمة.

## مقدمة:

إن المتتبع لحركة البحث العلمي في مجال الوسواس القهري Obsession Compulsion يلاحظ اهتماماً لافتاً للانتباه من قبل الباحثين الأجانب والعرب بدراسة هذا المفهوم لدى البالغين والراشدين (مثلاً: سعفان، 1996؛ شكري والعنزي، 1995؛ فرج، 1999؛ Okasha, 2001؛ Okashs, Raafat, Seif Al-Dawla, & Effat, 1991؛ Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, & Synodi, 2002). ولكن هذا الاهتمام أقل لدى الأطفال والمراهقين (أبو هندي، 2003). وربما كان ذلك نتيجة للاعتقاد الشائع بأن الوسواس القهري نادر الحدوث لدى الأطفال، أو لصعوبة دراسته، بسبب عدم قدرة الطفل على التعبير عن نفسه بشكل واضح (عبد الخالق، 2002).

والوسواس Obsession هو تكرار الأفكار التي تدخل في السلوك السوي فتعطله وتسيء إلى صاحبه وتؤذيه، مثال ذلك: اعتقاد الفرد بأنه سيرتكب جريمة. أما القهر Compulsion فهو تكرار أفعال طقوسية بدرجة عالية من الدقة والكمال، لإزالة التوتر مثل: تكرار غسل اليدين للخوف من الجراثيم أو القذارة. وبذلك فمن الطبيعي أن تكون الوسواس من دون القهر، ولكن القهر لابد أن يكون معه الشكوك الوسواسية (إبراهيم، 2004؛ سعفان، 1996).

وفي علم النفس المرضي Abnormal Psychology، والطب النفسي Psychiatry يوجد الوسواس القهري في اضطرابين هما: اضطراب الوسواس القهري، وهو أحد مكونات اضطراب القلق، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وهو أحد اضطرابات الشخصية (العنزي، 1997). وأما لغوياً، فالوسوسة كما وردت في المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية، 1985) هي الشيطان، والفعل وسوس، فيقال: وسوس الشيطان إليه، وله، وفي صدره وسوسة، ووسواساً؛ وهي حديث النفس بما لا نفع فيه ولا خير (ص 1033)، أما القهر فهو من قَهَرَ قَهراً: غلبه، فهو قاهر، وقَهَّار، وهو الإتيان بالفعل بغير رضا، فيقال: أخذهم قهراً، يعني من غير رضاهم (ص 764).

وبشكل عام، يشير مفهوم الوسواس إلى الأفكار أو الصور أو الاندفاعات impulses التي تستمر بإصرار، وتداوم بصورة عنيدة، وتستحوذ على تفكير الإنسان، وتسيطر عليه، وتتخذ صورة معاودة recurrent، وأمثلتها: التفكير في ارتكاب فعل عنيد، وأفكار التلوث وعدم النظافة أو الشك، وقد تكون الوسواس حميدة كأنواع التماذي أو المداومة perseveration لأشياء معينة (لحن موسيقي، اسم دواء، جملة لا معنى لها)؛ أو خبيثة (مرضية) morbid تسيطر على الشعور وتتحكم في السلوك إلى حد تأثيرها في أوجه نشاط الفرد وإعاقتها لأعماله، مثال ذلك المخاوف الوسواسية: كالرعب من التلوث، والخوف من التفكير في أفكار غير خلقية، والاندفاعات الوسواسية كالصور العقلية التي تشتمل على إيذاء الآخرين أو قتلهم، والخيالات الوسواسية كالصور العقلية أو أحلام اليقظة التي تداوم باستمرار. أما مفهوم القهر فيشير إلى الأفعال التكرارية النمطية، أو الاندفاع المستمر الذي لا يمكن التحكم فيه، ولا يستطيع الفرد مقاومته للقيام بفعل نمطي غير معقول، أو تافه لا معنى له، أو لا هدف من ورائه، كغسل اليدين عشرات المرات، أو العد، أو تغيير الملابس بقصد صرف التوتر وتفادي القلق، أو لتجنب اندفاعات غير مقبولة، أو للتخفيف من الشعور بالذنب (العنزي، 1997، ص 183.182).

والوسواس القهري موجود لدى جميع الأفراد الأسوياء منهم والمرضى، ولكن الفارق هو في الدرجة، فهناك الشخصية **Personality** القهرية (السواء)، وهناك اضطراب **Disorder** الوسواس القهري (المرض)؛ فالشخصية يلازمها عرض واحد، أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة أو خصلاً حميدة، كالنظافة والدقة والنظام وبقية الضمير والوفاء بالعهد؛ أما إذا زادت عن حدها وارتفع عددها فإنها تصل إلى اضطراب الوسواس القهري، حيث تتجمع الأعراض في زملة أو متلازمة **Syndrome**، وبدلاً من أن تيسر حياة الفرد فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه (العنزي، 1997). وهناك شرطان مهمان للتفريق بين الحالة السوية والحالة المرضية: وهما التكرار **Frequency** والشدة **Intensity**، أما الأولى فيجوز أن يصاحبها عرض واحد أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة، أو خصلاً حميدة، أو خصائص يوسم بها الأخيار من البشر، ولكن بدرجة متطرفة كالنظافة والدقة والنظام وبقية الضمير والوفاء بالعهد، ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات لازمة لبعض المهن، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح، والدقة والنظام والمراجعة للباحث العلمي، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار، والشك في العد بالنسبة إلى المحاسب. أما إذا زادت حدة هذه الأعراض وأشبابها، وارتفع عددها فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري، فبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد، فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره (عبد الخالق، 1992).

وقد أشار الدليل العاشر للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD / 10 إلى المكونات الخمسة الآتية للوسواس القهري، وهي: اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية، واضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية)، وأفكار وأفعال وسواسية مختلطة، واضطرابات وسواسية قهرية أخرى، واضطراب وسواسي قهري غير معين (منظمة الصحة العالمية، 1999).

أما أسباب الوسواس القهري، فهناك تفسيرات عديدة؛ فمثلاً يربط فرويد **S. Freud** (صاحب نظرية التحليل النفسي) بين عصاب الوسواس القهري وبين الخبرات الجنسية السيئة، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويرجع هذا الاضطراب إلى المرحلة الشرجية **Anal Stage** (إحدى مراحل النمو الخمس)، حيث تشدد أحكام الوالدين على الطفل لتدريبه على استخدام المراض، وحسب رأي إريكسون **E. Erikson** يتصف اضطراب الوسواس القهري في المرحلة الشرجية بالاستقلال الذاتي في مقابل الشعور بالخجل والشك في النفس **Autonomy vs. Shame Self Doubt** مما يساعد على نمو الشخصية الوسواسية القهرية (إبراهيم، 2006)، وتؤكد السلوكية **Behaviorism** على أهمية اكتساب الأبناء مبادئ التعلم من الآباء متضمنة عصاب الوسواس والأفعال القهرية. في حين يرى بيرلز **Perls** (أحد علماء الجشالت) أن الوسواس القهري هو اضطراب نمائي يعبر عن الصراع بين الحاجات البيولوجية والإنسانية، وبين المتطلبات الخلقية الاجتماعية، وهذا الاضطراب ناتج من عدم تحقيق التعادلية بينهما. وأخيراً، يرى بك **Beck** وأليس **Ellis** (من أصحاب الاتجاه المعرفي **Cognitive Approach**) أن الوسواس القهري يرجع إلى الإمكانيات التي يولد بها الفرد، التي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً، واضطراب الوسواس يُشخص على أنه أفكار مشوشة ومزعجة تحدث مصادفة، وتكون عرضة لتصبح طبيعية وحقيقية. أما القهر فهو سلوك علني يأخذ شكل السلوك المعرفي، هذا التابع من الأفكار والسلوك يقود

إلى الآلام والشعور بالبوأس والاضطراب، ويؤدي إلى السلوك المزعج (سعفان، 1996).

أما الدراسات التي تناولت الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين في البيئة العربية فهي قليلة ومحدودة، ففي عام 1992 درست الرخاوي الوسواس القهري لدى الأطفال المصريين وعائلاتهم، باستخدام مقياس ليتون للأطفال بعد ترجمته وتقنيته، وتوصلت الدراسة إلى أن الضغوط العائلية من أهم الأسباب المؤدية للوسواس القهري لدى الأطفال (El-Rakhawy, 1992).

وتناول عبد الخالق والدماطي (1995) الوسواس القهري لدى 923 طالباً من طلبة المدارس الثانوية وطلبة الجامعة في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وباستخدام المقياس العربي للوسواس القهري توصلت الدراسة إلى أن مستوى الوسواس القهري لدى العينات السعودية كان أقل من نظرائهم المصريين والقطريين واللبنانيين، وأن الفروق في متغيري الجنس والعمر الزمني غير دالة إحصائياً.

واستهدفت دراسة العنزي (1997) الكشف عن معدلات انتشار الوسواس القهري لدى 398 تلميذاً وتلميذة في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، وتعرّف طبيعة الفروق بين التلاميذ في الوسواس القهري، والتوصل إلى العوامل المكونة للمقياس. وبعد تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري على العينة، توصلت الدراسة إلى أن مستوى الوسواس القهري لدى التلميذات أعلى من التلاميذ، وكشفت نتائج الدراسة عن 12 عاملاً لها مدلول نفسي لدى التلاميذ والتلميذات، وكانت متشابهة إلى حد كبير.

وأجرى عبد الخالق دراسة على عينة قوامها 1550 فرداً (473 تلميذاً وتلميذة، و521 طالباً وطالبة في المرحلة الجامعية، و227 مدرساً ومدرسة، و123 موظفاً وموظفة، و108 أطباء، و53 ممرضة، و45 ربة بيت)، وكشفت نتائج التحليل العاملي عن سبعة عوامل (الشكوك الوسواسية، والترتيب والتنظيم، والبطء والتردد، واجترار الأفكار والقهر، والتكرار والتدقيق، والمراجعة، والأفكار الوسواسية)، وقد ارتبط مقياس الوسواس القهري إيجابياً بمقاييس العصابية، والقلق، والخوف، والاكئاب، واضطراب النوم، بينما ارتبط سلبياً بالانبساط والكذب (Abdel - Khalek, 1998).

وقام توفيق (2000) بدراسة على 402 من الطلاب والطالبات في المرحلتين الثانوية والجامعة بمملكة البحرين، وباستخدام المقياس العربي للوسواس القهري تم التوصل إلى بنية عاملية للمقياس تكونت من سبعة عوامل (عامل عام للوسواس القهري، والمراجعة والتدقيق، وعدم النظام - الحسم، وعدم الدقة، والأفكار الملحة، والاضطراب - التحرر من الوسوسة، والسرعة - التردد)، وظهرت فروق بين الجنسين من طلاب الجامعة؛ حيث كان متوسط الإناث أعلى، ولكن هذه الفروق لم تكن دالة لدى طلبة الثانوية، كما كان مستوى الوسواس القهري لدى طلبة الثانوية أعلى من طلبة الجامعة.

وقام عبد الخالق وليستر وباريت (Abdel-Khalek, Lester, & Barrett, 2002) بتعرف البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري لدى 204 من الطلبة الكويتيين و137 من الطلبة الأمريكيين. توصلت نتائج التحليل العاملي إلى ثلاثة عوامل في العينة الكويتية (الأفكار الوسواسية، والترتيب، والتدقيق)، وثلاثة عوامل أيضاً في العينة الأمريكية

(الأفكار الوسواسية، والترتيب والتدقيق، وقلة الوسواس).

كما قام جيوشبرج بمراجعة منهجية وتحليل بعدي Meta-analysis لـ 93 دراسة تناولت علاج الوسواس القهري للأطفال والمراهقين، وتوصلت إلى وجود أثر دال للعلاج السلوكي والمعرفي (Guggisberg, 2005).

ولخص أبو هندي (2003) بعد مراجعته عدداً من الدراسات السابقة الجوانب المميزة لكل من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية لدى الأطفال، والجدول (1) يبين ذلك.

جدول (1) الجوانب المميزة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية لدى الأطفال

م	الأفكار التسلطية	الأفعال القهرية
1	الاهتمام الزائد بالقدارة أو الجرائم أو ملوثات البيئة.	الغسل للأيدي أو الأسنان أو الوضوء أو الاستحمام بشكل طقسي أو مبالغ فيه.
2	الخوف من حدث مرعب كالحرائق أو الموت أو المرض.	تكرار طقوس معينة كالدخول والخروج من الباب، أو الصعود والهبوط على السلم عدداً معيناً من المرات.
3	التنظيم والترتيب والدقة الصارمة.	التحقق المتكرر من غلق الباب أو أنبوب الغاز أو من إتمام الواجب المدرسي.
4	الشكوك الدينية.	طقوس معينة للتخلص من الملوثات، كالغسل من اليمين إلى اليسار، أو من أعلى إلى أسفل.
5	الاهتمام الزائد أو الاشمئزاز من مخلفات الجسم، أو إفرازاته المختلفة كالبول أو البراز أو اللعاب.	اللمس بطريقة معينة.
6	الانشغال الزائد بالأرقام التي تجلب الحظ، والأخرى التي تجلب النحس أيضاً.	ممارسة طقوس معينة لمنع الأذى عن النفس أو عن الآخرين.
7	أفكار أو صور أو اندفاعات جنسية شاذة، أو محرمة.	الترتيب أو التنظيم.
8	الخوف من إيذاء الآخرين أو الذات.	العد حتى رقم معين مثلاً.
9	الحاجة إلى السؤال المتكرر، أو الاعتراف المتكرر.	تخزين الأشياء وتجميعها بطريقة طقسية باستثناء الهوايات كجمع الطوابع مثلاً.
10	التكرار اللاإرادي لأصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها، ولكنها تحشر نفسها في وعي الطفل.	التنظيف الزائد عن الحد المعقول للأدوات المنزلية أو المدرسية أو قطع الأثاث.
11	الخوف من قول أشياء لا يجب قولها أو أسرار لا يريد الطفل إفشاءها.	الحركة أو الكلام أو الكتابة بشكل معين.

وتأسيساً على ما تقدم، فإن دراسة الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين تعود إلى المسوغات الآتية:

- 1 - إن الدراسات التي تناولت الوسواس القهري لدى الأطفال في منطقتنا العربية قليلة جداً إذا ما قارناها بالدراسات الأجنبية (أبو هندي، 2003). وفي البيئة العمانية لم تتم دراسة هذا الموضوع - على حد علم الباحثين - من قبل، وما سيتوصل إليه البحث الحالي من نتائج سوف تسهم في إلقاء الضوء على هذا الموضوع، من حيث نسبة انتشاره، ومكوناته، وخصائصه.
  - 2 - طبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية، يُعد الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق (American Psychiatric Association, 1994)، مما يشكل مصدراً أساسياً لكل من القلق والاكتئاب والخوف، ويؤثر في حسن توافق الفرد، ويقيد مجاله الحيوي، ويحصره في نطاق ضيق، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل الإرادة بشكل تام، ومن الممكن أن يعوق تكيف الفرد مع من حوله، ويجعله لا يعيش حياته بشكل طبيعي (توفيق، 2000).
  - 3 - هناك إشارات إلى احتمال كون اضطراب الوسواس القهري الذي يبدأ في فترة الطفولة مختلفاً عن ذلك الذي يبدأ لأول مرة في فترة الرشد، وعلى الرغم من أن الوسواس القهري لدى الأطفال أشار إليه جانيه Janet عام 1903 (أي: منذ قرن من الزمان)، إلا أنه لم يحظ بالاهتمام والدراسة العلمية إلا في العقد الأخير، على أساس أنه اضطراب نادر الحدوث في الطفولة (أبو هندي، 2003).
  - 4 - يحتل اضطراب الوسواس القهري المرتبة الرابعة بين أكثر الاضطرابات السيكاترية انتشاراً، وهو اضطراب معوق يتطلب تدخلاً علاجياً للحد من التفكير الوسواسي والسلوك القهري الذي يؤدي إلى اضطراب المريض وكدره، ويؤثر على أدائه (فرج، 1999).
  - 5 - إن الوسواس القهري ينتشر بين صفوف الأطفال والمراهقين بنسب عالية؛ حيث تشير بعض الدراسات (مثلاً: AACAP, 2003; Douglas, Moffitt, Dar, McGee, & Silva, 1995; Flament, Koby, & Rapoport, 1990; Valleni-Basile, Garrison, & Jackson, 1994) إلى أنه يصيب طفلاً أو طفلين من بين كل مائتي طفل (أي: من 0.5 - 1 %). مما يترك أثراً سلبياً في حياة الطفل الاجتماعية والأسرية، وفي تحصيله الدراسي. ويشير تمبلر (Templer) المذكور في توفيق، (2000) إلى أن نسبة انتشاره تصل إلى 5% من الجمهور العام، بينما يشير إنسل (Insell) إلى أن النسبة تتراوح بين 2-1.3%، في حين يشير ماركس (Marks) إلى أن النسبة تتراوح بين 2.5-1.6%.
- وعلى مستوى مكونات الوسواس القهري، توصل عكاشة وزملاؤه (Okasha, Raafat, Seif, -Al-Dawla & Effat, 1991) إلى أن نسبة انتشار الاجترار الوسواسي (وهو الوقوع في شرك مجموعة من الأفكار متعلقة بموضوع معين) (51%)، والخوف الوسواسية (48%)، والأفكار الوسواسية (38%)، وتوصل راسموسن وتسيانج (Rasmussen & Tsuang, 1986) إلى أن أبرز ثلاثة أفعال قهرية (مرتبة تنازلياً) هي: التحقق وإعادة التأكد (63%)، والغسل (50%)، والعد (36%). في حين وجد كارنو وزملاؤه أن اضطراب الوسواس القهري أكثر انتشاراً بين صغار السن، والمطلقين، والمنفصلين، والمتعطلين عن العمل (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988). ومهما كانت معدلات الانتشار قليلة أو كثيرة،

- فإن التدخل المبكر والتشخيص وبرامج الوقاية مهمة جداً للتقليل من الأثر السلبي لهذا الاضطراب على السلوك وصولاً إلى الصحة النفسية للفرد، ومن ثم للمجتمع.
- وعلى ضوء ما تقدم فإن مشكلة هذا البحث تتمثل في دراسة اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:
1. ما البنية العامية للمقياس العربي للوسواس القهري في البيئة العُمانية، ولاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري؟
  2. ما معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين؟
  3. ما علاقة النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري؟
  4. ما العلاقة بين الوسواس القهري ومتغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؟

### المنهج والإجراءات

#### العينة:

تم اختيار عينة حجمها (229) طالباً وطالبة من المدارس الحكومية في محافظة مسقط ومنطقة الباطنة التعليمية. والجدول (2) يتضمن وصفاً لعينة البحث وفقاً للمتغيرات الديموغرافية:

جدول (2) عينة البحث موزعة حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغيرات وفئاتها	العدد	المجموع	قيم مفقودة*
1- النوع	ذكور	121	228
	إناث	107	
2- العمر*	7- 21 سنة	77	223
	31- 81 سنة	146	
3- عدد الإخوة	1 - 61	222	222
4- عدد الأخوات	1 - 21	215	215
5- الترتيب الولادي	1 - 61	224	224
6- الدخل الشهري	003 ر.ع.*** فأقل	86	172
	008 - 103 ر.ع.	55	
	108 ر.ع. فأكثر	31	

\* بيانات لم تتم الإجابة عنها من أفراد العينة.  
 \*\* المتوسط = 12.59 سنة، والانحراف المعياري = 2.60 سنة.  
 \*\*\* ريال عُمانى (كل ريال يعادل 2.6 دولار أمريكي).

## أداة البحث:

## أولاً. المقياس العربي للوسواس القهري:

تم استعمال «المقياس العربي للوسواس القهري» أداة للبحث الحالي، وهو من إعداد عبد الخالق (1992). يتكون المقياس من (32) فقرة تمت صياغتها على شكل عبارات خبرية، إزاء كل فقرة بديلان (نعم / لا). وقد استمدت فقرات المقياس من مصدرين أساسيين هما: (1) المراجع المتخصصة (مصادر علم النفس المرضي والطب النفسي لتحديد الأعراض المرضية لاضطراب الوسواس القهري، والسمات المميزة للشخصية الوسواسية القهرية)؛ و(2) العوامل المستخرجة من التحليلات العاملية لقوائم الوسواس القهري (قائمة لايتون Leyton الوسواسية، وقائمة مودسلي Maudsley للوسواس القهري، وقائمة بادوا Padua). وللمقياس مؤشرات سيكومترية مقبولة، حيث تتوافر فيه مؤشرات للصدق العاملي (تم إجراء التحليل العاملي ثلاث مرات)، والصدق التلازمي (علاقته دالة مع قائمة مودسلي، ومع مفاهيم نفسية أخرى كاضطرابات النوم، والقلق، والخاوف، والاكنتاب، وفقدان الشهية العصبي)؛ وتتوافر فيه مؤشرات للثبات (بلغ معامل الاتساق الداخلي عن طريق التجزئة النصفية وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون 0.73، وبلغ معامل الاستقرار عن طريق إعادة التطبيق 0.85)؛ فضلاً عن ذلك للمقياس معايير على عينات قطرية ومصرية ولبنانية بلغ حجمها (2223) فرداً (عبد الخالق، 1992).

وبما أن المقياس لطلبة الجامعة، فقد قام شكري والعنزي (1995) بإعداد نسخة منه للأطفال والمراهقين تتسم بسهولة لغتها، وقاما بحساب معامل الصدق الاتفاقي بينه وبين مقياس العصابية من استخبار آيزنك للشخصية للأطفال، كما حسبا معامل الثبات عن طريق إعادة الإعادة وبلغ 0.90، وعن طريق التجزئة بعد التصحيح بلغ 0.85 (شكري والعنزي، 1995).

وعلى صعيد الدول العربية والأجنبية تم تطبيق المقياس في دول عديدة، مثل الكويت (شكري والعنزي، 1995؛ العنزي، 1997)؛ والسعودية (عبد الخالق والدامطي، 1995)؛ والبحرين (توفيق، 2000)، والولايات المتحدة الأمريكية (Abdel-Khalek, Lester, & Barrett, 2002).

## إجراءات تكييف المقياس للبيئة العمانية:

قام الباحثان بمراجعة فقرات المقياس كما وردت في النسخة الأصلية (عبد الخالق، 1992)، والنسخة المعدلة للأطفال والمراهقين (العنزي، 1997)، وتم تعديل صياغة تعليمات الإجابة، وفي صياغة بعض الفقرات بما يتوافق والبيئة العمانية. وللتحقق من صحة التعديلات التي تم إجراؤها عرضت النسخة المعدلة على ثمانية\* من أساتذة علم النفس

\* الأساتذة الأفاضل هم :

1. أ.د. عبد القوي سالم الزبيدي
2. د. علي عبد جاسم الزامل
3. د. أسامة سعد أبو سريع
4. د. سكرين إبراهيم المشهداني
5. د. عبد الحميد سعيد حسن
6. د. فوزية عبد الباقي الجمالي
7. د. محمود إبراهيم عبد الله
8. د. منذر عبد الحميد الضامن

في جامعة السلطان قابوس، وقد اتفق الخبراء على صلاحية التعديلات التي أجريت على المقياس، واقتروا تعديلات في صياغة بعض الفقرات تم الأخذ بها جميعها، كما اقترحوا إلغاء فقرتين لعدم ملاءمتها للمستوى العمري للعينات، وهما الفقرة (3) «قبل النوم أعمل حاجات معينة و بانتظام كل يوم»، والفقرة (6) «أرجع أحياناً إلى المنزل حتى أتأكد من أنني أغلقت الأبواب والحنفيات». وبذلك أصبح المقياس يتكون من (30) فقرة يجب عن كل منها على أساس مقياس تقدير ثلاثي (نعم، لا أدري، لا)، والملحق (1) يتضمن نسخة من المقياس المكيف للبيئة العمانية.

### ثانياً. استبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري:

صمم الباحثان استبانة مكونة من (9) فقرات بهدف قياس الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين عن طريق تقدير الأبوين لسلوك الابن، وقد مرت إجراءات التحقق من الصدق الظاهري للاستبانة بنفس الخطوات التي مر بها المقياس العربي للوسواس القهري، والملحق (2) يتضمن نسخة من الاستبانة.

### تطبيق الأدوات وتصحيحها:

طبق الباحثان الصورة المعدة للبيئة العمانية من المقياس العربي للوسواس القهري (الملحق، 1)، واستبانة تقديرات الأبوين للوسواس القهري (الملحق، 2) على عينة البحث من الأطفال والمراهقين بالاستعانة ببعض طلبة الدراسات العليا في قسم علم النفس\*، حيث كان يعطى لكل فرد في العينة نسخة من مقياس الوسواس القهري ليحجب عنها، في حين يعطى استبانة تقديرات الأبوين للوسواس القهري إلى أحد الأبوين ليقوم سلوك الابن، وليحجب عن المتغيرات الديموغرافية.

وأما التصحيح، فقد تم إعطاء إجابات أسئلة المقياس العربي للوسواس القهري الدالة على الوسواس (2، 1، 0) للبدائل (نعم، لا أدري، لا) على التوالي، في حين أعطيت الفقرات غير الدالة عليه عكس الميزان السابق والتي تحمل الأرقام (5، 8، 13، 15، 16، 20، 22، 26، 29). وأما استبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري فقد أعطيت الدرجات (4، 3، 2، 1) للبدائل (بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، غير موجودة) لجميع أسئلة الاستبانة.

### التحليلات الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة البحث، تم استعمال الوسائل الإحصائية الآتية المتوافرة في الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS:

1. التحليل العاملي Factor Analysis.
2. المتوسط الحسابي Mean، والانحراف المعياري SD.
3. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha.
4. تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات Multivariate Three-way ANOVA.
5. معامل ارتباط بيرسون Pearson.

\* يتوجه الباحثان بجزيل الشكر والتقدير للإخوة والأخوات من طلبة الدراسات العليا الذين أسهموا في تطبيق المقياس على عينة البحث.

## النتائج ومناقشتها

## نتائج السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول للبحث «ما البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري في البيئة العمانية، ولاستبانة تقدير الأبوبين للوسواس القهري؟»، اتبع الباحثان الخطوات الآتية في كل أداة:

## 1 - البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري:

تم أولاً فحص مدى ملاءمة البيانات للتحليل العاملي عن طريق اختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت *KMO & Bartlett's test* وبلغت قيمة اختبار مربع كاي (987.074) وهي دالة عند مستوى (0.001) وبدرجة حرية (435). ودلالة قيمة مربع كاي تعني أن البيانات صالحة للتحليل العاملي. وبناءً على ذلك أُجري تحليل عاملي *factor analysis* بطريقة المكونات الأساسية *principal component analysis*، وتم تدوير العوامل تدويراً متعامداً *orthogonal rotation* بطريقة تعظم التباين التي تُنسب إلى كايزر *Varimax with Kaiser normalization*. أسفر التحليل عن (11) عاملاً جذرها الكامن *eigenvalue* أكثر من واحد (معيار جتمان)، فسّرت (58.081%) من التباين الكلي؛ وعند دراسة محتواها من أجل تسميتها، اتضح أن محتوى معظم العوامل مختلط من جوانب متعددة.

لذلك تم استبعاد الفقرات غير المرتبطة بالمجموع الكلي للوسواس القهري بوساطة معامل ألفا كرونباخ، حيث كانت (17) فقرة فقط تمثل أعلى معامل ثبات يمكن الحصول عليه من الفقرات الثلاثين وهو (0.73).

أُجري تحليل عاملي ثان بنفس المواصفات السابقة، بلغت قيمة مربع كاي لاختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت (496.773)، وهي دالة عند مستوى (0.001) وبدرجة حرية (136)، وأسفر عن ثلاثة عوامل فسّرت 36.408% من التباين الكلي، وهي نسبة جيدة يمكن اعتمادها إحصائياً وتفسير عواملها وفقاً للمنطق النظري والأدبيات السابقة (فرج، 1988). تشبعت بالعوامل الثلاثة المستخلصة جميع الفقرات الداخلة في التحليل (17 فقرة) بواقع (8، 5، 4) فقرات على التوالي. والجدول (3) يتضمن خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني والأخير للمقياس العربي للوسواس القهري للتشبعات التي لا تقل عن (0.30).

جدول (3) خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني للمقياس العربي للوسواس القهري على الأطفال العمانيين

العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الأول	العوامل وفقراتها
<b>العامل الأول: عامل عام للوسواس القهري</b>			
		0.617	17 - أنا شخص دقيق ومرتب ومنظم.
		0.613	10 - أجد نفسي أفكر في أغنية معينة أو شخص ما لفترة طويلة.
		0.544	18 - تسيطر عليّ أفكار مزعجة.
		0.541	12 - تسيطر عليّ أفكار سيئة ولا أستطيع التخلص منها.
		0.537	14 - أحس أن أشياء تافهة أو غير مهمة كثيرة تشغلني.
		0.530	27 - أجد نفسي مضطراً لعمل أشياء لا قيمة لها.
		0.517	25 - عند صعودي السلم (الدرج) أقوم بعد الدرجات.
		0.414	4 - تسيطر عليّ عادات خاصة لا أستطيع تغييرها.
<b>العامل الثاني: الشك والتكرار</b>			
	0.743		6 - أشك في كل عمل أقوم به.
	0.567		19 - أحب أن أعيد الأعمال التي أقوم بها مرات ومرات.
0.410	0.455		24 - لا استمتع بحياتي مثل زملائي.
	0.447	0.398	28 - أنا شخص شكاك (موسوس).
	0.403	0.326	3 - أكرر العبارات التي أتحدث بها مرات عديدة.
<b>العامل الثالث: التردد وعدم الاكتراث</b>			
0.637			30 - تخطر على بالي أسئلة لا أستطيع أن أجيب عليها.
0.572			8 - أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة بسرعة.
0.514			5 - لا أهتم بما يقوله الناس عني.
0.445			7 - أتردد قبل أن أقوم بأي عمل.
0.42	0.53	0.69	معامل ألفا لجميع الفقرات المنتسبة بالعوامل الثلاثة 0.73
1.304	1.468	3.418	الجزر الكامن
7.668	8.634	20.106	التباين المفسر (36.408%)

يتضح من الجدول (3) أن العوامل المستخلصة من التحليل العاملي مقبولة إحصائياً (من خلال معامل ألفا، ونسبة التباين المفسر، والجزر الكامن لكل عامل)، كما أنها مقبولة منطقياً (من خلال الأسماء التي أعطيت لكل عامل). على أساس هذه العوامل سيتم التحقق من نتائج البحث.

## 2 - البنية العاملية لاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري :

باتباع نفس خطوات التحليل العاملي السابقة، بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة لاختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت (225.967)، وهي دالة عند مستوى (0.001)، وبدرجة حرية (36). أسفر التحليل عن عاملين فسرا (41.772%) من التباين الكلي، وهي نسبة جيدة يمكن اعتمادها إحصائياً وتفسير عواملها وفقاً للمنطق النظري والأدبيات السابقة (فرج، 1988). تشبعت بالعاملين ثمان فقرات بواقع (3.5) فقرات على التوالي. والجدول (4) يتضمن خلاصة نتائج التحليل العاملي لاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري للتشبعات التي لا تقل عن (0.30).

جدول (4) خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني للمقياس العربي للوسواس القهري على الأطفال العمانيين

العامل الثاني	العامل الأول	العوامل وفقراتها
<b>العامل الأول: النظام والدقة</b>		
	0.727	7 / التأكد من غلق الأبواب.
	0.632	9 / العد بشكل مستمر حتى رقم معين.
	0.628	8 / اللمس بطريق معينة.
	0.594	2 / التنظيم والدقة الصارمة.
	0.584	6 / غسيل الأيدي أو الأشياء بشكل مبالغ فيه.
<b>العامل الثاني: التكرار والشك</b>		
0.764		5 / تكرار لا إرادي لأصوات أو كلمات معينة.
0.699		4 / السؤال المتكرر عن شيء ما.
0.510		3 / الشكوك الدينية.
0.52	0.64	معامل ألفا لجميع الفقرات المتشعبة (0.65)
1.402	2.537	الجذر الكامن
15.579	26.193	التباين المفسر (41.772%)

يتضح من الجدول (4) أن العاملين المستخلصين من التحليل العاملي مقبولان إحصائياً (من خلال معامل ألفا، ونسبة التباين المفسر، والجذر الكامن لكل عامل)، كما أنهما مقبولان منطقياً (من خلال الأسماء التي أعطيت لكل عامل). وعلى أساس هذين العاملين سيتم التحقق من نتائج البحث.

إن نتائج التحليل العاملي للمقياس العربي للوسواس القهري في هذا البحث تتشابه من حيث عدد العوامل مع نتائج دراسة عبد الخالق وآخرين (Abdel Khalek, Lester, & Barrett, 2002) الذين توصلوا إلى ثلاثة عوامل، ولكنها تختلف مع نتائج الدراسات

الأخرى، فقد توصل كل من توفيق (2000)، وعبد الخالق (Abdel-Khalek, 1998) إلى سبعة عوامل، في حين توصل العنزي (1997) إلى 12 عاملاً، أما من حيث محتوى العوامل، فقد كان محتوى العوامل المستخلصة في هذه الدراسة متسقاً مع محتوى ما توصلت إليه معظم الدراسات السابقة، وإن الفرق يتلخص في شمول عوامل الدراسة الحالية، وهذا راجع إلى قلة عددها، «فالعلاقة عكسية بين عدد العوامل المستخلصة وبين عددها» (فرج، 1988).

إن تشابه محتوى العوامل في الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة يعكس تشابه العادات والتقاليد، ومن ثم السلوكيات في البلدان العربية التي أجريت فيها تلك الدراسات، كما يمكن أن يعكس مستوى التشابه بين مكونات هذا الاضطراب عبر الثقافات، وأما اختلاف عدد العوامل في الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة، فيمكن إرجاعه إلى خصائص العينة في كل دراسة، وإلى طبيعة مفهوم الوسواس القهري، باعتباره سمة (أو اضطراب) من سمات الشخصية.

### نتائج السؤال الثاني:

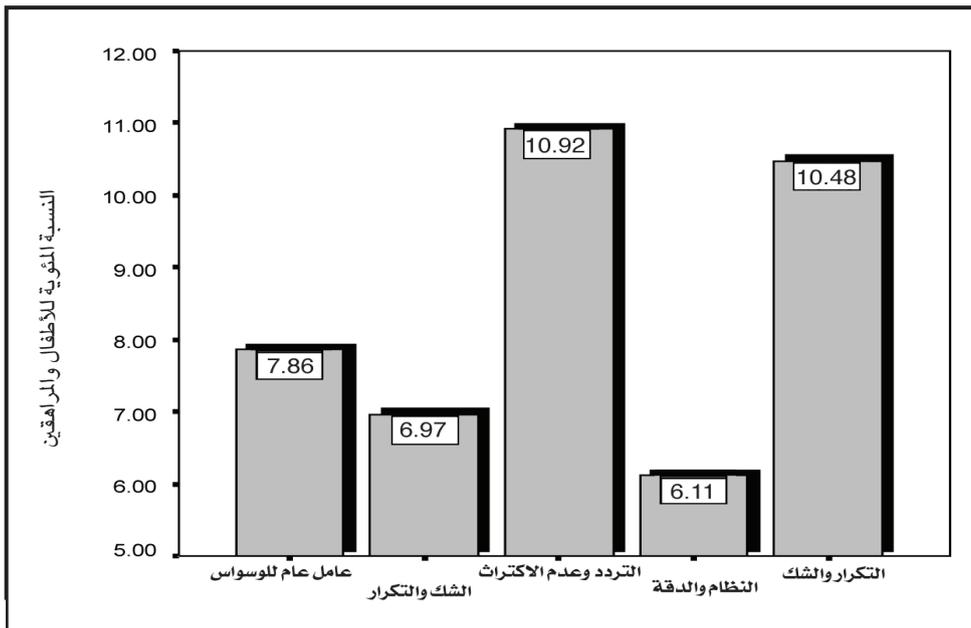
للإجابة عن السؤال الثاني «ما معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين؟»، تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأفراد الحاصلين على الدرجات التي تقابل المئين (95) فأعلى، وهذا المئين يشير إلى درجة خام يتفوق بها الفرد على 95% من أفراد العينة، وهو نقطة على التوزيع يقع دونها 95% من الأفراد، كما أن هذا المئين يناظر الدرجة المعيارية (2+) انحراف معياري عن المتوسط، ويستوعب 95% من الدرجات، وما زاد عنه يُعد مبعثاً كثيراً عن الدرجات السوية (Grimm, 1993, p.82)، وتطبيقاً لذلك في مجال قياس الوسواس القهري في هذه الدراسة فإن اتخاذ معيار المئين (95) وما زاد عنه، يُعد مناسباً لتحديد من يبتعد كثيراً عن الدرجات السوية، ومن ثم يمثل الأفراد الذين لديهم وسواس قهري شديد. والجدول (5) يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري بين الأطفال والمراهقين العمانيين.

جدول (5) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري (ن=229)

%	التكرارات	عوامل الوسواس القهري	
7.86	18	عامل عام للوسواس القهري	جميع أفراد العينة ن=229
6.97	16	الشك والتكرار	
10.92	25	التردد وعدم الاكتراث	
6.11	14	النظام والدقة	
10.48	24	التكرار والشك	
6.49	5	عامل عام للوسواس القهري	الأطفال من 7-12 سنة ن=77
10.39	8	الشك والتكرار	
9.09	7	التردد وعدم الاكتراث	
7.79	6	النظام والدقة	
11.69	9	التكرار والشك	
7.53	11	عامل عام للوسواس القهري	المراهقون من 13-18 سنة ن=146
7.53	11	الشك والتكرار	
12.33	18	التردد وعدم الاكتراث	
5.48	8	النظام والدقة	
9.59	14	التكرار والشك	

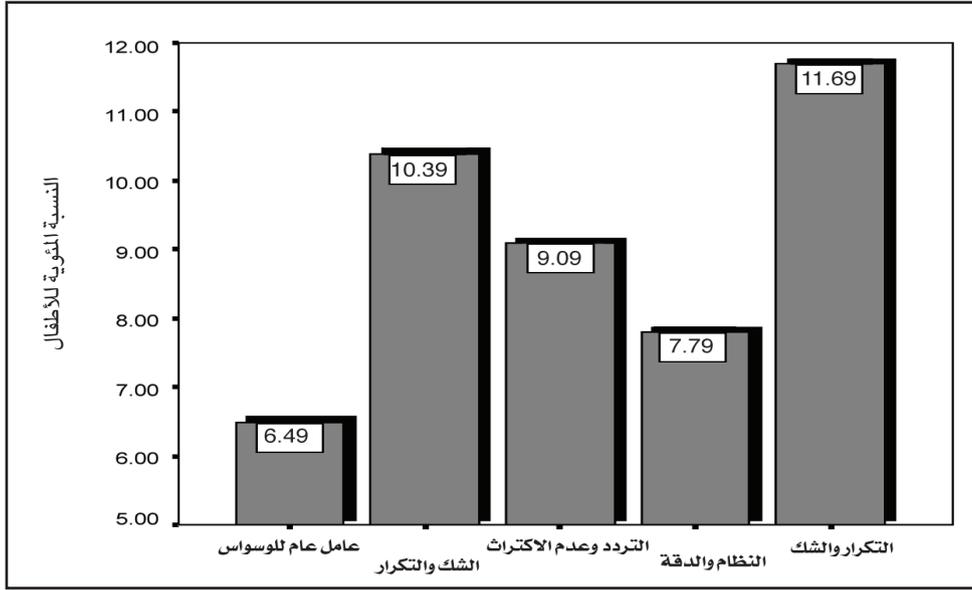
يتضح من الجدول (5) ما يلي:

1. تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى جميع أفراد العينة بين 6.11% (النظام والدقة)، و10.92% (التردد وعدم الاكتراث). والشكل البياني (1) يبين ذلك:



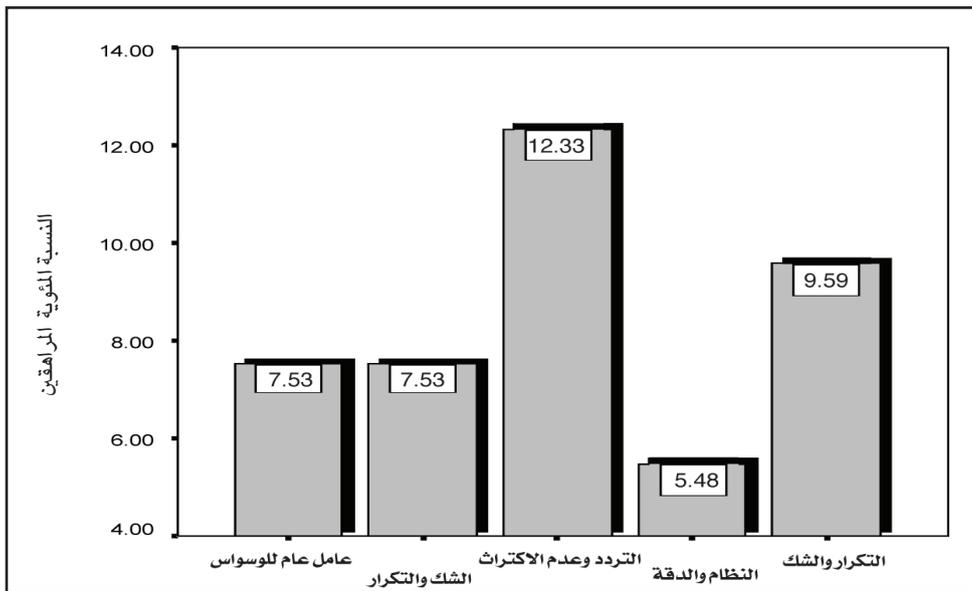
شكل (1) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين

2 - تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى الأطفال بين 6.49% (عامل عام للوسواس القهري)، و11.69% (التكرار والشك). والشكل البياني (2) يوضح ذلك:



شكل (2) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال العمانيين

3 - تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى المراهقين بين 5.48% (النظام والدقة)، و12.33% (التردد وعدم الاكتراث). والشكل البياني (3) يوضح ذلك:



شكل (3) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى المراهقين العمانيين

وهكذا فإن مشكلة جميع أفراد العينة تتمثل في التردد وعدم الاكتراث (طبقاً للمقياس العربي للوسواس القهري)، في حين أن مشكلة الأطفال تتمثل في التكرار والشك (طبقاً لاستبانة تقدير الأبوين)، ومشكلة المراهقين تتمثل في التردد وعدم الاكتراث (طبقاً للمقياس العربي للوسواس القهري).

إن هذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة (انظر: ACAP, 2003; Douglas, Moffitt, Dar, McGee, & Silva, 1995; Flament, Koby, & Rapoport, 1990; Valleni-Basile, Garrison, & Jackson, 1994)؛ حيث أشارت تلك الدراسات إلى انتشار الوسواس القهري بين صفوف الأطفال والمراهقين بشكل عام، ولكن تعتبر مشكلة التردد وعدم الاكتراث لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين هي الأكثر. فمثلاً أشار تمبلر Templer (المذكور في توفيق، 2000) إلى أن نسبة انتشاره تصل إلى 5% من الجمهور العام، بينما أشار إنسل Insell إلى أن النسبة تتراوح بين 1.3 - 2%، في حين أشار ماركس Marks إلى أن النسبة تتراوح بين 1.6 - 2.5%.

### نتائج السؤال الثالث:

ولإجابة عن السؤال الثالث للبحث «ما دور النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري؟»، تم استخدام تحليل للتباين الثلاثي متعدد المتغيرات ( $3 \times 3 \times 2$ ) لعوامل الوسواس القهري في المقياس والاستبانة (خمسة عوامل). وللتأكد من دلالة التأثيرات الرئيسية (main effects) (المتغيرات الديموغرافية الثلاثة)، والتأثيرات الثانوية (secondary effects) (التفاعلات الثنائية والتفاعل الثلاثي)، تم اللجوء إلى اختبار ويلكس لمبدأ. والجدول (6) يتضمن خلاصة النتائج:

جدول (6) خلاصة نتائج اختبار ويلكس لمبدأ للمتغيرات الديموغرافية وتفاعلاتها في عوامل الوسواس القهري

مصدر التباين	قيمة ويلكس لمبدأ	قيمة "ف" المحسوبة	درجات حرية الفرضية	درجات حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
النوع (أ)	0.960	1.288	5	153	غير دالة
العمر (ب)	0.971	0.919	5	153	غير دالة
الدخل (ج)	0.862	2.349	10	306	0.011
(أ) × (ب)	0.991	0.274	5	153	غير دالة
(أ) × (ج)	0.877	2.069	10	306	0.027
(ب) × (ج)	0.948	0.823	10	306	غير دالة
(أ) × (ب) × (ج)	0.952	0.765	10	306	غير دالة

يتضح من الجدول (6) أن قيم «ف» المحسوبة على قيم ويلكس لمبدأ تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في متغير الدخل، وفي التفاعل الثنائي بين النوع والدخل. ومن أجل تحديد اتجاه الفروق في عوامل الوسواس القهري الدالة، تم استخدام الخطوة الثانية في تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات. والجدول (7) يتضمن خلاصة نتائج تحليل التباين الثلاثي:

جدول (7) خلاصة نتائج تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات لمعرفة دور الدخل والتفاعل بين النوع والدخل في الوسواس القهري

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مكونات الوسواس	مصدر التباين
غير دالة	1.627	0.352	2	0.703	عامل عام للوسواس القهري	الدخل
غير دالة	0.494	0.119	2	0.238	الشك والتكرار	
غير دالة	2.960	0.869	2	1.737	التردد وعدم الاكتراث	
0.004	5.815	2.355	2	4.709	النظام والدقة	
غير دالة	0.924	0.340	2	0.681	التكرار والشك	
غير دالة	1.501	0.324	2	0.649	عامل عام للوسواس القهري	النوع × الدخل
غير دالة	0.277	0.067	2	0.133	الشك والتكرار	
غير دالة	1.278	0.375	2	0.750	التردد وعدم الاكتراث	
غير دالة	1.326	0.537	2	1.074	النظام والدقة	
0.008	4.949	1.824	2	3.648	التكرار والشك	
---	---	0.216	157	33.937	عامل عام للوسواس القهري	الخطأ
---	---	0.241	157	37.799	الشك والتكرار	
---	---	0.293	157	46.077	التردد وعدم الاكتراث	
---	---	0.405	157	63.577	النظام والدقة	
---	---	0.369	157	57.863	الشك والتكرار	

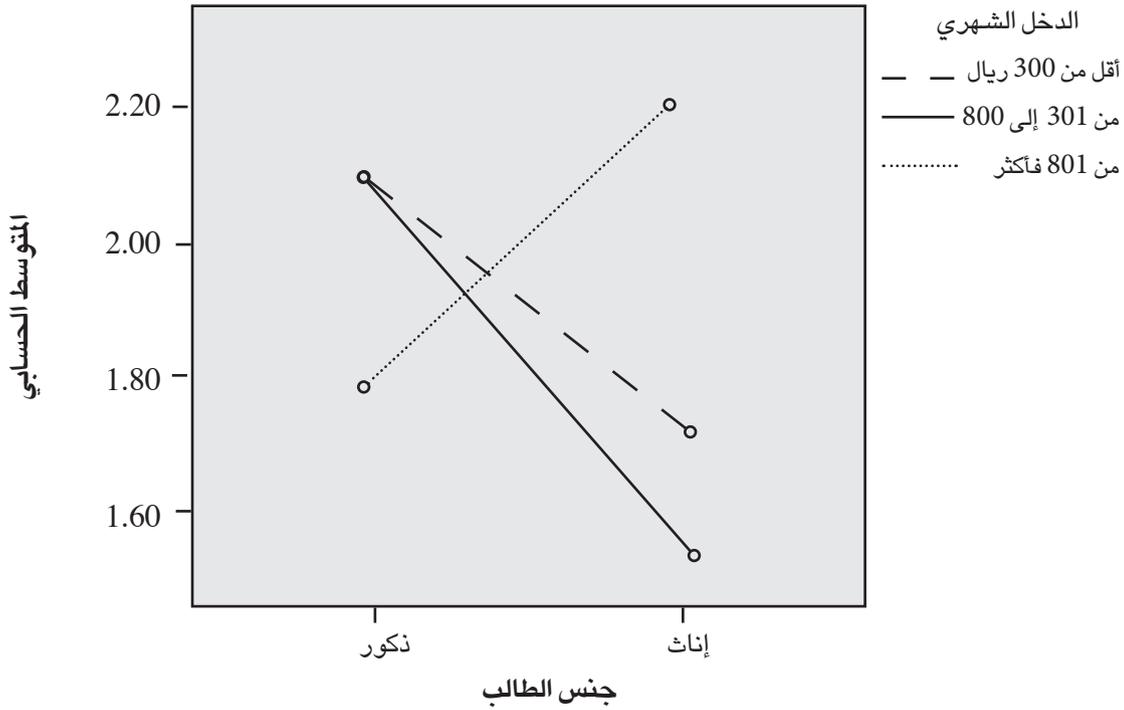
يتضح من الجدول (7) وجود تأثير دال إحصائياً للدخل في عامل واحد فقط، وهو: «النظام والدقة»، ووجود تأثير دال إحصائياً للتفاعل بين النوع والدخل في عامل واحد أيضاً وهو: «التكرار والشك». وفيما يلي عرض لاتجاه الفروق في العاملين الدالين:

1. بما أن الدخل بثلاثة مستويات، فقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة في «النظام والدقة»، وأشارت النتائج إلى أن ذوي الدخل المنخفض لديهم «النظام والدقة» بدرجة أعلى من ذوي الدخل المرتفع، وأن باقي المقارنات غير دالة إحصائياً. والجدول (8) يتضمن خلاصة نتائج اختبار شيفيه:

جدول (8) خلاصة نتائج اختبار شيفيه لمتوسطات النظام والدقة

الدلالة	الاحتمال	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	مستويات الدخل ومتوسطاتها
غير دالة	0.207	0.11099	0.1979	منخفض (2.576) متوسط (2.365)
باتجاه المنخفض	0.001	0.13373	0.5077	منخفض (2.576) مرتفع (2.066)
غير دالة	0.100	0.14339	0.3098	متوسط (2.365) مرتفع (2.066)

2. لتحديد اتجاه الفروق في التفاعل الثنائي بين النوع والدخل في «التكرار والشك»، تم استخدام الرسم البياني، وقد أشارت نتائج التحليل إلى أن خلية (إناث- دخل مرتفع) لديها أعلى مستوى في «التكرار والشك»، وأن خلية (إناث- دخل متوسط) لديها أدنى مستوى. والشكل (4) يبين ذلك:



شكل (4) رسم بياني يوضح التفاعل بين النوع والدخل في «التكرار والشك»

إن النتائج التي توصل إليها السؤال الثالث للبحث في متغيري النوع والعمر تتفق مع ما توصلت إليه دراسة عبد الخالق والدماطي (1995)؛ حيث أشارت إلى أن الفروق في متغيري النوع والعمر الزمني غير دالة إحصائياً، وتختلف مع دراستي العنزي (1997)، وتوفيق (2000) حيث أشارت نتائجها إلى ارتفاع متوسط الإناث عن الذكور. إن عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغيري النوع والعمر في عوامل الوسواس القهري، يشير إلى قوة تأثير هذه العوامل في السلوك، وعدم تأثرها بتلك المتغيرات الديموغرافية، كما تشير إلى وجود نوع من التجانس بين أفراد العينة في مدى الاستجابة للوسواس القهري؛ حيث يوجد اضطراب الوسواس القهري بدرجة واحدة تقريباً لدى جميع الأطفال والمراهقين الذين خضعوا لهذا البحث، وهذا يتطلب برامج علاجية ووقائية توجه لهم جميعاً دون استثناء.

أما تأثير متغير الدخل فقد ارتبط بالنظام والدقة، وكان الأطفال والمراهقون من ذوي الدخل المنخفض متوسطهم أعلى من باقي فئات الدخل، مما يعكس ما يدور من سلوكيات تشجع على الوسواس القهري ممثلاً بالمبالغة في النظام والدقة داخل الأسر الفقيرة، مقارنة بالأسر المتوسطة الدخل أو الأسر الغنية. كما تفاعل متغير دخل الأسرة مع نوع الطالب في التكرار والشك؛ حيث كان متوسط الإناث من ذوي الدخل المرتفع هو الأعلى مقارنة بباقي الخلايا، في

حين كان متوسط الإناث من ذوي الدخل المتوسط هو الأدنى، وهكذا فإن الإناث فرصتهن أكثر من الذكور للتعرض للوسواس القهري ممثلاً بالتكرار والشك إذا كان مستوى دخل الأسرة مرتفعاً، في حين تكون فرصتهن أقل إذا كان دخل الأسرة متوسطاً.

يمكن أن نستنتج أن الدخل المتوسط هو الأفضل من الدخل المرتفع أو المنخفض في توفير جو يسوده الأمن والاستقرار والدفع والحنان، وهذا ما ينعكس في الحصول على سلوك أكثر سواءً واستقراراً.

### نتائج السؤال الرابع:

للإجابة عن السؤال الرابع للبحث الذي ينص على «ما العلاقة بين الوسواس القهري ومتغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؟»، تم استعمال معامل ارتباط بيرسون. والجدول (9) يتضمن معاملات الارتباط:

جدول (9) معاملات ارتباط بيرسون بين العوامل الخمسة للوسواس القهري وبعض المتغيرات الديموغرافية

العينة	العوامل / المتغيرات	عدد الإخوة	عدد الأخوات	الترتيب الولادي
ذكور 118	عامل عام للوسواس القهري	0.112-	0.079-	0.147-
	الشك والتكرار	0.013	0.032	0.011
	التردد وعدم الاكتراث	* 0.192-	0.037	0.120 -
	النظام والدقة	0.121	0.095	0.120
	التكرار والشك	0.026	0.115	* 0.197
إناث 104	عامل عام للوسواس القهري	0.137-	0.005	0.116-
	الشك والتكرار	0.060	0.121	0.041
	التردد وعدم الاكتراث	0.107-	0.063-	0.085-
	النظام والدقة	0.072	0.092-	0.136-
	التكرار والشك	0.092-	0.071-	0.047-
العينة الكلية 229	عامل عام للوسواس القهري	0.118	0.034-	0.129-
	الشك والتكرار	0.056	0.076	0.042
	التردد وعدم الاكتراث	* 0.192-	0.007-	0.126-
	النظام والدقة	* 0.142	0.009	0.038
	التكرار والشك	0.018	0.025	0.108
* دال عند مستوى 0.05.				

يتضح من الجدول (9) دلالة أربعة معاملات ارتباط من بين 45 معاملاً. والارتباطات الدالة هي:

1. العلاقة بين «عدد الإخوة الذكور»، وعامل «التردد وعدم الاكتراث» علاقة سالبة ودالة في عينة الذكور وفي العينة الكلية، أي: كلما قل عدد الإخوة ازداد مستوى التردد وعدم الاكتراث.

2. العلاقة بين «الترتيب الولادي» وعامل «الشك والتكرار» علاقة موجبة ودالة في عينة الذكور، أي: أن الشك والتكرار يقل عندما يكون الترتيب صغيراً (الأول أو الثاني)، ويزداد عندما يكون الترتيب كبيراً.
3. العلاقة بين «عدد الإخوة الذكور» وعامل «النظام والدقة» علاقة موجبة ودالة، أي كلما ازداد عدد الإخوة الذكور ارتفع مستوى «النظام والدقة». وهكذا نجد أن عدد الإخوة ليس له علاقة متسقة مع الوسواس القهري.

وعلى الرغم من صعوبة تفسير العلاقة بين عدد الإخوة الذكور والترتيب الولادي من جهة، وبين الوسواس القهري من جهة أخرى، ربما بسبب عدم تناول هذا المتغير في الدراسات السابقة ووضوح دوره في الوسواس القهري، ولكن التفسير الذي يمكن أن يقدمه الباحثان في هذا المجال يربط بين كبر حجم العائلة وكثرة عدد الأطفال فيها، وبين الضغوطات التي يمكن أن يسببها على الأطفال الأكبر، أو الذين يكون ترتيبهم الولادي الأول أو الثاني؛ حيث يتوقع منهم الأهل أن يتحملوا مسؤوليات تفوق مستواهم العمري والعقلي، ويطلب الوالدان منهم المساعدة في الاهتمام بالإخوة الأصغر سناً ورعايتهم، وهذا ما أشارت إليه دراسة الرخاوي (El-Rakhawy, 1992).

#### التوصيات:

إن ارتفاع نسبة انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين تتطلب من الجهات ذات العلاقة (مثلاً: وزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية)، في سلطنة عُمان العمل على وضع برامج وقائية وعلاجية للحد من انتشارها، والتقليل منها، لاسيما أن السلطنة إحدى الدول الموقعة على إعلان الألفية الذي أقرته 189 دولة عام 2000، والذي يتضمن خارطة طريق لمستقبل أفضل يتصدى للفقر المدقع، والجوع المفرط، ولوفيات الأطفال والأمهات، ولمرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز)، والأمراض الأخرى النفسية منها والجسمية. تعمل أهداف الألفية كإطار يجعل الرؤية التي يتصورها إعلان الألفية لعالم يسوده السلام والأمن والتضامن والمسؤولية المشتركة واقعاً حقيقياً (اليونيسيف، 2005). وعليه لابد من تعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين العُمانيين من خلال:

- 1- إعداد برامج وقائية وعلاجية.
- 2- وجود اختصاصي نفسي - تربوي في المدارس يقوم بتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية.
- 3- متابعة الحالات المتطرفة للأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب الوسواس القهري من طبيب نفسي متخصص.
- 4- نشر الوعي الصحي عبر وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية.

#### المقترحات:

- استكمالاً للبحث الحالي، يقترح الباحثان إجراء الدراسات الآتية:
- 1- إجراء دراسة حالة Case Study على الطلبة الحاصلين على درجات عالية في الوسواس القهري.

2. حساب معدلات انتشار الوسواس القهري على عينات كبيرة من الأطفال والمراهقين العُمانيين، حيث إن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية كانت على عينات صغيرة، وهي لا تعطي صورة دقيقة عن معدلات انتشار الظاهرة المدروسة.
3. زيادة حجم عينة الدراسة لتشمل جميع المناطق التعليمية في السلطنة لمعرفة أثر المنطقة على الوسواس القهري.
4. استخدام الانحدار المتعدد كوسيلة إحصائية لمعرفة المتغيرات الديموغرافية القادرة على التنبؤ بالوسواس القهري.
5. التعمق في دراسة تأثير متغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي، على الوسواس القهري، وذلك على عينات أكبر، وباستخدام أدوات قياس أخرى، مثل المقابلة والملاحظة، فضلاً عن المقياس الحالي.

## المراجع

### المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الرحمن (2006). اضطرابات الشخصية. (الكتاب الإلكتروني الرابع). تونس: شبكة العلوم النفسية. [http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=104](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104)
- إبراهيم، محمد عبد الله (2004). إعداد صيغة موضوعية للإجابة عن اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي TAT. أطروحة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية، جامعة بغداد، العراق.
- أبو هندي، وائل (2003). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد 293.
- توفيق، توفيق عبد المنعم (2000). الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس، القاهرة، 55، 46، 77.
- سعفان، محمد أحمد إبراهيم (1996). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج الوسواس والأفعال القهرية: دراسة حالة. مجلة كلية التربية بالزقازيق، 27 (ج1)، 95-136.
- شكري، عادل؛ العنزي، فريح (1995). دراسة نمائية لبعض المتغيرات الباثولوجية لدى فئات عمرية متباينة. مركز الدراسات النفسية، 6 (21)، 115-95.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1992). المقياس العربي للوسواس القهري. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد؛ الدماطي، عبد الغفار (1995). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية. دراسات نفسية. تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 5 (1)، 1-17.
- العنزي، فريح عويد (1997). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين. دراسات نفسية-تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 7 (2)، 181-202.
- فرج، صفوت (1988). التحليل العاملي في العلوم السلوكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج، صفوت (1999). العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهري. وقائع مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، ص ص 497-538، الكويت: جامعة الكويت.
- مجمع اللغة العربية (1985). المعجم الوسيط. ج 2. القاهرة: مجمع اللغة العربية.
- منظمة الصحة العالمية (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات

النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية. القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

اليونيسيف (2005). وضع الأطفال في العالم 2006: المَقْصُونُ والمحبوبون. عمان: مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

### المراجع الأجنبية :

Abdel-Khalek, A. M. (1998). The development and validation of the Arabic obsessive compulsive scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (2), 146-158.

Abdel-Khalek, A. M., Lester, D., & Barrett, P. (2002). The factorial structure of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American college students. *Personality and Individual Differences*, 33, 3-9.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), (2003). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Retrieved (September 30, 2003), <http://www.aacap.org/publications/factsfam/ocd.htm>

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington: APA.

Douglas, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). OCD in a birth cohort of 18 years olds: prevalence and predictors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, (34), 1424-1431.

El-Rakhawy, M. Y. (1992). Some variables related to the obsessional manifestations and symptoms in children attending psychiatric clinics. (Unpublished MA thesis), Cairo University, Egypt.

Flanment, M. F., Koby, E., & Rapoport, J. L. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, (31), 363-380.

Grimm, L. G. (1993). *Statistical Application for the Behavioral Sciences*. New York: John Wiley.

Guggisberg, K. W. (2005). Methodological review and meta analysis of treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Dissertations Abstracts International (DAI-B)*, 66/02, 1170.

Leonard, H. L., Swedo, S. E., & Lenane, M. (1993). A two to seven years follow-up study of 54 obsessive-compulsive disorder children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, (50), 429-439.

Okasha, A. (2001). OCD: A transcultural approach from an Egyptian Islamic perspective. In: Okasha, A. & Maj, M. (Editors). *Images in psychiatry an Arab perspective*. Cairo: WPA, Scientific Book House.

Okashs, A., Raafat, M., Seif Al-Dawla, A., & Effat, S. (1991). Obsessive-compulsive disorder in different cultures: an Egyptian perspective. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 14, 15-30.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy Research*, 26 (4), 505-517.

Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, (33), 782-791.

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السلطان قابوس  
كلية التربية - قسم علم النفس

## ملحق (1)

أعزّاءنا الطلاب والطالبات  
تحية طيبة وبعد....

نرجو قراءة العبارات التالية، والإجابة عنها بما ينطبق على سلوكك اليومي، وذلك بوضع إشارة (✓) في المكان المناسب.  
علما بأن الاستبانة الحالية تتعلق بدراسة علمية، ولا علاقة لها بدرجاتك في المدرسة، لذلك نرجو الإجابة عن جميع الأسئلة، ولكم خالص الشكر والتقدير...

الباحثان

أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

د. علي مهدي كاظم

م	الفقرات	نعم	أحياناً	لا
1	أحب أن أعمل الأشياء ببطء حتى أتأكد من إنجازها بطريقة سليمة.			
2	أغسل يداي عدداً كبيراً من المرات كل يوم.			
3	أكرر العبارات التي أتحدث بها مرات عديدة.			
4	تسيطر عليّ عادات خاصة لا أستطيع تغييرها.			
5	لا أهتم بما يقوله الناس عني.			
6	أشك في كل عمل أقوم به.			
7	أتردد قبل أن أقوم بأي عمل.			
8	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة بسرعة.			
9	قبل النوم أتأكد عدة مرات من أنني أغلقت الأبواب والشبابيك.			
10	أجد نفسي أفكر في أغنية معينة أو شخص ما لفترة طويلة.			
11	أجد نفسي مضطراً لأن أرتب الأشياء بطريقة معينة.			
12	عندما ارتكب خطأ ولو بسيطاً أحس أن هناك مصائب ستحدث.			
13	لا أحب النظام الصارم الشديد.			
14	أحس أن أشياء تافهة أو غير مهمة كثيرة تشغلني.			
15	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو أي عمل.			
16	أنا غير مجبر على عمل أشياء معينة.			
17	أنا شخص دقيق ومرتب ومنظم.			
18	تسيطر عليّ أفكار مزعجة.			
19	أحب أن أعيد الأعمال التي أقوم بها مرات ومرات.			
20	أحب أن اتخذ القرار بسرعة.			
21	تسيطر عليّ أفكار سيئة ولا أستطيع التخلص منها.			
22	لا أقوم بتكرار عمل شيء دون هدف محدد.			
23	عندما أخطئ أشعر بالضيق ولا أستطيع النوم.			
24	لا أستمتع بحياتي مثل زملائي.			
25	عند صعودي السلم (الدرج) أقوم بعد الدرجات.			
26	أنا متفائل.			
27	أجد نفسي مضطراً لعمل أشياء لا قيمة لها.			
28	أنا شخص شكاك (موسوس).			
29	أستطيع حسم أي أمر من الأمور بسرعة.			
30	تخطر على بالي أسئلة لا أستطيع أن أجيب عليها.			

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق (2)

جامعة السلطان قابوس  
كلية التربية - قسم علم النفس

الأعزاء أولياء أمور الطالب

تحية طيبة وبعد....

نرجو التكرم بإبداء المساعدة الممكنة في سبيل إنجاز دراسة علمية تتعلق ببعض جوانب شخصية الطفل العُماني؛ لذا نرجو أن تتكرموا بالإجابة عن الأسئلة المدرجة أدناه، وإعادة الاستمارة إلى إدارة المدرسة، ومن الله العون والتوفيق.....

الباحثان

د. علي مهدي كاظم  
أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

تعليمات الإجابة:

ما درجة توافر الممارسات السلوكية التالية لدى ابنكم / ابنتكم خلال الأسابيع الماضية؟  
يرجى إعطاء درجة واحدة لكل ممارسة سلوكية وفقاً للبدائل الآتية:

بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	غير موجودة
4	3	2	1

م	الممارسات السلوكية	درجة التوافر
1	الاهتمام الزائد بالنظافة.	
2	التنظيم والدقة الصارمة.	
3	الشكوك الدينية.	
4	السؤال المتكرر عن شيء ما.	
5	تكرار لا إرادي لأصوات أو كلمات معينة.	
6	غسيل الأيدي أو الأشياء بشكل مبالغ فيه.	
7	التأكد من غلق الأبواب.	
8	اللمس بطريق معينة.	
9	العد بشكل مستمر حتى رقم معين.	

معلومات عامة: (يرجى الإجابة عنها بما هو مناسب)

1. جنس الطفل  ذكر  أنثى
2. العمر الزمني للطفل:  سنة.
3. عدد الإخوة (الذكور):
4. عدد الأخوات (الإناث):
5. ترتيب الطفل بين الإخوة والأخوات:
6. دخل الأسرة ( بما فيه دخل الزوج والزوجة ):  ريالاً عُمانياً .

## إصدار جديد

صدر حديثاً عن الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية كتاب :  
إعادة البناء التربوي للعراق  
استعادة الذات الوطنية

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية



# إعادة البناء التربوي للعراق استعادة الذات الوطنية

الدكتور محمد جواد رضا

2008



## مقدمة:

يشعر كل إنسان تقريباً في مرحلة أو أخرى من مراحل حياته. ببعض المشاعر السلبية من مثل: الحزن، والضيق، وعدم السرور، والتعاسة، والهم، والغم... وغير ذلك، وليست هذه المشاعر سوى بعض أعراض الاكتئاب depression، ولكننا نسارع إلى القول بأن حدوث مثل هذه المشاعر لأي إنسان أمر طبيعي وعادي، وتحسن الغالبية العظمى منها تحسناً تلقائياً، كما أن حدوث أي منها بمفرده لا يسوغ تشخيص الاكتئاب؛ ذلك أن لهذا التشخيص محكات محددة ومعايير خاصة. وربما كان الاكتئاب أقدم اضطراب نفسي مسجل عبر التاريخ، حيث أصيبت به وعانت منه شخصيات تاريخية كثيرة، فضلاً عن عدد من العظماء والمشاهير من أمثال: شوبنهاور، وشوبان، وجون ستيوارت ميل، وجراهام جرين، وتوماس وولف، وسكوت فيتزجيرالد، وبلزاك، وصامويل جونسون، ومارلين مونرو، وإيرنست همنجواي، وغيرهم.

ويعتقد بعض الباحثين في علم النفس المرضي أن الاكتئاب ليس خاصية بشرية فقط، بل يمكن أن نلاحظه كذلك في كثير من الثدييات (Angst, 1983, p. 2)، ويمكننا أن نضرب مثلاً لذلك بأنثى الحيوان (وكذلك الذكر) التي يموت قرينها، فتنزوي بعيداً، وقد ترفض تناول الطعام، وينخفض معدل نشاطها، ويصيبها الوهن والهزال، ثم لا تلبث أن تذوي وتموت.

ويرى «سيليجمان» أن «الاكتئاب هو إنفلونزا الأمراض النفسية، فهو معروف، ولكنه غامض في الوقت نفسه». وترجع خطورته إلى ارتباطه بالانتحار، إذ يُعدُّ الاكتئاب من أهم المؤشرات المنبئة بالانتحار (Abdel-Khalek & Lester, 2002; Lester & Abdel-Khalek, 1998). وقد ظهر أن اكتئاب الطفولة يزيد من احتمال حدوث الانتحار، وبخاصة لدى الفتيان الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عاماً (Davison & Neale 1996, p. 448).

وقد عرّف عبد الخالق (1999) الاكتئاب بأنه «حالة انفعالية دائمة أو وقتية، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والتشاؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز، وهي حالة مصحوبة بأعراض محددة مرتبطة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومن بين هذه الأعراض: ضعف الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وانخفاض الجدارة، والأفكار الانتحارية».

وعلى الرغم مما أكدته المشاهدات الإكلينيكية منذ ما يربو على قرن من الزمان من ظهور أعراض الاكتئاب لدى الأطفال فإن الباحثين والممارسين لم يُبدوا اهتماماً باكتئاب الطفولة والمراهقة إلا في عقد الستينيات من القرن الماضي (Nurcombe, 1992; Petti, 1989)، وقد كان الاعتقاد السائد قبل ذلك أن الأطفال لم ينضجوا بالقدر الكافي الذي يجعلهم مكتئبين (Rie, 1966)، ولكن هذا الرأي أضحى الآن غير مقبول من قبل أي من المتخصصين، فقد اتضح أن الاكتئاب يمكن أن يحدث في أي سن، كما يمكن أن يظهر في شكل أنماط مختلفة من الأعراض في الطفولة المبكرة ثم المراهقة والرشد والشيخوخة (Charman, 1994).

(Parry-Jones, 1989).

لقد افترض الكلينيكيون في الستينيات من القرن الماضي أنه من غير المحتمل أن يطور الأطفال الاكتئاب قبل أن يبلغوا سن المراهقة؛ لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر غير ناضج بالقدر الذي يجعلهم يطورون تقدير الذات المنخفض، والإحساس بالذنب، والشعور باليأس. ولكن الأبحاث التي أجريت خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي بينت أن الأطفال قبل أن يبلغوا سن المراهقة يطورون فعلاً الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب. والمؤكد أن الاكتئاب الأساسي ينتشر في الطفولة بمعدل أقل من انتشاره لدى الراشدين، فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من 3% في الجمهور العام للأطفال، ولكنه يتزايد في مرحلة المراهقة بطريقة حادة ليبلغ ما يقارب ضعف معدل انتشاره في الطفولة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 615).

ثم شهدت السبعينيات من القرن الماضي وما بعدها اهتماماً متزايداً من الكلينيكيين والباحثين بفحص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وذلك بعد فترة طويلة كان يُنظر فيها إلى الاكتئاب على أنه إما غير موجود، وإما أنه مَقْنَعٌ مستتر، أو أنه يعبر عنه في صورة أعراض مختلفة تماماً عن نظيرتها لدى الكبار. ويوجد حالياً اتفاق عام بين الباحثين على أن الاكتئاب يظهر في المراهقة بالأعراض ذاتها التي يظهر بها عند الراشدين، وكما هو الحال عند الراشدين فإن الاكتئاب لا يعبر عنه لدى المراهقين على أنه عرض واحد (كالمزاج الحزين مثلاً) بل على شكل مجموعة cluster من الأعراض من بينها فقد الاستمتاع بمباهج الحياة، وانخفاض تقدير الذات، والانسحاب الاجتماعي، والتعب، وانخفاض الأداء المدرسي، ونوبات البكاء، واضطرابات النوم والأكل، والدفعات المدمرة للذات. ومن الأهمية بمكان ألا يُنظر إلى اكتئاب المراهقة وأعراضه على أنه مظهر طبيعي سويٍّ من مظاهر التطور في المراهقة، فاكْتئاب المراهقة اضطراب نفسي إذا لم تتم معالجته فإنه يمكن أن يدوم شهوراً بل سنين عدداً، ويمكن أن يؤدي - في صورته الشديدة - إلى الانتحار (Reynolds, 1987).

وتتشابه عوامل الخطورة المؤدية إلى إصابة الأطفال بالاكتئاب مع نظيرتها لدى الراشدين، والتي من بينها: انخفاض تقدير الذات، والاتجاهات التشاؤمية، واختلال الوظائف الأسرية. ويعد العامل الأخير قوياً بوجه خاص بوصفه مصدراً للاكتئاب لدى الأطفال، ويعتقد كثير من الكلينيكيين أنهم لا يستطيعون علاج اكتئاب الأطفال دون علاج الأسرة بأكملها. وعلى الرغم من أن كثيراً من الأطفال الذين يصابون بالاكتئاب يتمثلون للشفاء بسرعة عندما تحدث تغيرات إيجابية في بيئاتهم، فإن نسبة لا يُستهان بها منهم تظل مكتئبة مدة أشهر، وربما لسنوات. ومن ثم فإنه يمكن لنوبة من الاكتئاب في الطفولة أن تؤثر سلباً في قيام الطفل بوظائفه خلال الفترات الحرجة من تطور المهارات ومفهوم الذات، بحيث تترك آثاراً كالندبات scars فيما لدى الطفل من اعتقادات عن نفسه وعن العالم (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 616).

ويؤكد «دولجان» (Dolgan, 1990) أن «الاكتئاب مشكلة مرضية كبرى تعاني منها حالات كثيرة في الطفولة والمراهقة، وقد يرجع السبب الكامن وراء ذلك إلى ما يواجهه من مشكلات مجتمعية وصحية متعددة في هاتين المرحلتين من مثل: الحمل في المراهقة، وسوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية، واضطرابات الأكل كالشره أو فرط الشهية وفقدان

الشهية العصبي، والانتحار، والحوادث الخطيرة، والجرائم الفظيعة، حيث يمكن أن تكون كلها أعراضاً لاكتئاب الطفولة أو مصاحبة له» (ص 45). والمشكلة الكبرى هنا أن الأطفال والمراهقين المكتئبين يتزايد الاحتمال لديهم في تطوير فترات من الاكتئاب عندما يكبرون ويبلغون مرحلة الرشد (Moore & Carr, 2000, p. 205). من أجل ذلك كله زاد اهتمام الكلينيين والمختصين بما يصيب الأطفال والمراهقين من اكتئاب في الطفولة والمراهقة (Ollendick & Greene, 1990; Wicks-Nelson & Israel, 2000, p. 146).

#### الدراسات السابقة:

قام عبد الخالق (1991) بتأليف القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، ووضع لها صيغة إنجليزية (Abdel-Khalek, 1993, 2000). وفي دراسة لعبد الخالق والنيال (1991) استخدمت هذه القائمة لبيان الفروق في الاكتئاب بين الأعمار من ناحية، وبين الجنسين من ناحية أخرى. وقد أوضحت النتائج أن أعلى متوسطات الاكتئاب كانت لدى الأولاد في المجموعتين العمريتين 11 و14 سنة، ولدى البنات في المجموعتين 12 و13 سنة، كما أوضحت أن متوسطات البنات كانت أعلى جوهرياً من متوسطات الأولاد في المجموعتين 13 و15 سنة فقط.

وقد استخدم دويدار (1992) ثلاثة مقاييس هي: القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، ومقياس اليأس للأطفال، وقائمة اكتئاب الأطفال من وضع «كوفاكس»؛ حيث قام بتطبيقها على عينة مصرية من الأطفال الذكور والإناث ممن تراوحت أعمارهم بين 12 و15 سنة. وقد توصل هذا المؤلف إلى استخراج عامل عام للاكتئاب تشبعت به تلك المقاييس الثلاثة بدرجات مرتفعة تشير إلى انصافها جميعاً بصدق عاملي مرتفع.

كذلك فقد قامت عبد الباقي (1992) بتطبيق قائمة «اكتئاب الأطفال» من تأليف «كوفاكس» وترجمة غريب على عينة كبيرة من تلاميذ المدارس المصرية وتلميذاتها في أعمار تراوحت بين 11 إلى 15 سنة، وقد أظهرت هذه الدراسة ارتفاع متوسط الاكتئاب ارتفاعاً جوهرياً لدى البنات بالمقارنة إلى الأولاد، فضلاً عن ارتفاع متوسط الاكتئاب بارتفاع مستويات تعليم الآباء، وزيادة الاكتئاب بزيادة حجم الأسرة.

أما غريب (1994) فقد طبق الصيغة العربية من قائمة اكتئاب الأطفال من تأليف «ماريا كوفاكس»، ومن إعدادها على عينتين من الذكور والإناث من تلاميذ المدارس الابتدائية في كل من مصر والإمارات العربية المتحدة، بهدف تحديد البنية العاملية لهذه القائمة، وقد أظهرت النتائج قدراً كبيراً من التشابه بين المكونات العاملية لاكتئاب الأطفال في الدولتين.

وفي دراسة للمشعان (1995) تم تطبيق قائمة «بيك» للاكتئاب على عينة كويتية قوامها 329 من طلاب وطالبات المدارس الحكومية والجامعة، وقد أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً بين الجنسين في الاكتئاب، حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور في العينة المقابلة لهم، وحصل الشباب من طلاب الجامعة من الجنسين على متوسط اكتئاب أعلى من نظيره لدى المراهقين من طلاب المدارس.

كذلك فقد طبق عبد اللطيف (Abdullatif, 1995) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على

عينة كبيرة الحجم (ن = 1,981) من الأولاد والبنات الكويتيين ممن يدرسون في المدارس المتوسطة، حيث حصلت المجموعتان على متوسط أقل في الاكتئاب بالمقارنة إلى نظرائهم المصريين، وقد حصل الأطفال الكويتيون الذين كان في أسرهم شهيد أو أسير على متوسط اكتئاب أعلى جوهرياً من نظرائهم لدى الأطفال الذين لم يوجد في أسرهم شهيد أو أسير. ومن تطبيق القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة كبيرة من الأولاد والبنات الكويتيين استخرج عبد الخالق (Abdel-Khalek, 1996) ستة عوامل تشير بوضوح إلى عوامل أساسية في اكتئاب الطفولة.

وقد قام الأنصاري (1997، ص 146) بتحديد معدلات انتشار الاكتئاب بعد العدوان العراقي لدى عشر عينات فرعية من الكويتيين عبر مدى عمري واسع. وكان من بينهم طلاب المدارس الثانوية وطالباتها (ن = 673)، وقد بلغ متوسط أعمارهم ما يقارب 17 عاماً، وأسفرت النتائج عن حصول طالبات الثانوي على أعلى معدل في الاكتئاب بين المجموعات العشر من الجنسين جميعاً.

وأجرى العنزي (1997) دراسة لبحث العلاقة بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي لدى عينة كبيرة (ن = 867) من التلاميذ والتلميذات الكويتيين المسجلين بالصف الرابع المتوسط، واستخدم فيها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. وكشفت النتائج عن وجود ارتباط دال إحصائياً وسالب بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي، ولم تظهر فروق دالة بين الجنسين في الاكتئاب.

وفي دراسة لعدد غير قليل من المتغيرات النفسية من بينها الاكتئاب درست فخرو، والنيال، وتركي (1998) مجموعات عمرية مختلفة (من 11 إلى 16 سنة) من تلاميذ المدارس وتلميذاتها في دولة قطر، وقد استخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وكشفت النتائج عن اتساق داخلي مرتفع لهذه القائمة في هذه العينة، كما أسفر التحليل العاملي لهذه القائمة عن ستة عوامل استوعبت قدرًا لا بأس به من التباين المشترك، وحسبت الفروق بين الأعمار لدى الجنسين، حيث ظهرت فروق دالة بين بعض الأعمار في الاكتئاب.

كذلك فقد أجرى عبد الخالق (Abdel-Khalek, 1998) دراسة هدفت إلى تحديد الصدق الاتفاقي Convergent للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في مقابل قائمة «بيك» للاكتئاب لدى عينتين من الأولاد والبنات الكويتيين، وقد أظهرت هذه الدراسة أن هذه القائمة تتسم بالصدق الاتفاقي.

وقارن عبد الخالق، وسليمان (Abdel-Khalek & Soliman, 1999) متوسطات الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ثلاث دول هي الكويت ومصر والولايات المتحدة، ولإجراء هذه المقارنة طبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها العربية في كل من الكويت ومصر، في حين استخدمت الصيغة الإنجليزية للقائمة نفسها في الولايات المتحدة. وكانت معاملات ألفا مرتفعة للصيغتين العربية والإنجليزية، وفي العينة الأمريكية استخرج من القائمة سبعة عوامل، ولم تظهر فروق لابين الجنسين ولا بين الأعراق، وقد حصلت الكويتيات على أقل متوسط في الاكتئاب بالمقارنة إلى الإناث المصريات والأمريكيات.

وفي مملكة البحرين أجرى توفيق (1999) دراسة على عينة كبيرة (ن = 570) من

تلاميذ المرحلة الإعدادية وتلميذاتها، ممن تراوحت أعمارهم بين 13 و15 سنة، حيث أجابوا عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وقد استخرج من هذه القائمة سبعة عوامل، كما كان متوسط الذكور مرتفعاً - بمستوى دال - عن متوسط الإناث.

وفي سوريا طبق عبد الخالق ورضوان (1999) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وتلميذاتها في مدينة دمشق، ممن تراوحت أعمارهم بين 13 و16 سنة. وقد كشفت هذه القائمة - على العينات السورية - عن اتساق داخلي مقبول وثبات مرتفع، وصدق مرتبط بالمحك مرتفع أيضاً. كما أسفر التحليل العاملي لبنود القائمة عن استخراج سبعة عوامل، وحصلت البنات على متوسط أعلى جوهرياً من متوسط الأولاد، ولم تظهر فروق بين الأعمار في الدرجة الكلية للاكتئاب.

وفي المملكة العربية السعودية طبق إسماعيل (1999) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة كبيرة من تلاميذ المدارس من الجنسين، وقد كشفت هذه القائمة عن اتساق داخلي مرتفع، كما استخرجت أربعة عوامل من التحليل العاملي لبنود القائمة، ولم تظهر فروق دالة بين الجنسين في الدرجة الكلية للاكتئاب.

وفي عام 1999 قام عبد الخالق بعرض للدراسات التي أُجريت على عينات من ثمانية مجتمعات باستخدام القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، التي نشرت نتائجها من خلال خمس عشرة دراسة. وهذه الدول هي: مصر والكويت والسعودية وقطر والبحرين وسوريا والأردن والولايات المتحدة الأمريكية. ويشير مجمل هذه النتائج إلى أن هذه القائمة تتسم بارتفاع الثبات والصدق. كما استخرج من هذه القائمة عوامل واضحة المعالم وقابلة للتفسير، وتستوعب قدرًا لا بأس به من التباين المشترك.

وقد درس الدماطي وعبد الخالق (2000) الاكتئاب لدى عينات سعودية من طلاب المدارس الثانوية والجامعة من الجنسين، حيث طبقت عليهم قائمة «بيك» للاكتئاب، ويهنا هنا عينة المدارس الثانوية حيث تراوحت أعمار أفرادها بين 16 و19 سنة، ولم تظهر فروق دالة إحصائية بين الجنسين في الدرجة الكلية على قائمة «بيك».

ومن جانب آخر بحث عبد الخالق وسليمان (Abdel-Khalek & Soliman, 2002) الفروق بين الجنسين لدى عينة أمريكية في البنود الفرعية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها الإنجليزية. وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن الفروق بين الجنسين لم تكن في اتجاه محدد، حيث كان متوسط الأولاد أعلى في بعض البنود الإيجابية أي الدالة على وجود الاكتئاب، وأعلى كذلك في بعض البنود السلبية النافية لوجود الاكتئاب، وقد تكرر الأمر نفسه في عينة البنات.

درست وحيد (Waheid, 2002) في رسالتها للماجستير في ترميز الطب النفسي المشكلات السلوكية والانفعالية لدى من انخفض تحصيلهم الدراسي من أطفال المرحلة الابتدائية، واستخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. وقد كشفت هذه الدراسة عن علاقة دالة سالبة بين التحصيل الدراسي والاكتئاب، وكان الاكتئاب أكثر شيوعاً في المجموعة ذات التحصيل المنخفض.

وقد استخدم عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003a) عينة كويتية ذات حجم كبير (ن=6,108) لتحديد معدلات انتشار الاكتئاب، حيث تراوحت أعمار أفراد هذه العينة بين 10 و18 سنة. وقد أجابوا عن القائمة العربية للاكتئاب الأطفال، وظهر أن أعلى متوسط للاكتئاب لدى الذكور حصلت عليه المجموعة العمرية 12 سنة، في حين حصلت المجموعتان 13، و14 سنة على أقل متوسط. أما فيما يتعلق بعينة الإناث فقد حصلت المجموعة 18 سنة على أعلى متوسط للاكتئاب، في حين حصلت المجموعتان 10 و12 سنة على أقل متوسط، وكانت الفروق بين الجنسين دالة إحصائياً في المجموعات العمرية 10، 11، 12، 13 فقط، حيث كان متوسط الذكور أعلى من الإناث.

وفي الأردن طبقت القائمة العربية للاكتئاب الأطفال على عينة أردنية قوامها 637 من تلاميذ المدارس ممن تراوحت أعمارهم بين 13 و15 سنة، وقد اتصفت القائمة المطبقة على هذه العينة بثبات اتساق داخلي مرتفع، كما استخرجت خمسة عوامل من التحليل العاملي لبنود القائمة، وحصلت البنات على متوسط اكتئاب أعلى جوهرياً من الأولاد. وقد استخدم معيار الدرجات التي تزيد على المتوسط بأكثر من انحرافين معياريين لتحديد معدلات الانتشار حيث وصلت إلى 2.8% للأولاد، و5.4% للبنات. وحين قورنت متوسطات الاكتئاب لدى العينة الأردنية بمتوسطات عينات من ثمانية دول تبين أن الأولاد والبنات الأردنيين حصلوا على متوسطات منخفضة (Abdel-Khalek, 2003b).

من جانب آخر فإن الدوخي وعبد الخالق (2004) أجريا دراسة كويتية على العلاقة بين الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم، وقد تراوحت أعمار أفرادها بين 12 و17 عاماً (ن=482)، حيث أجابوا عن المقياس متعدد الأبعاد للاكتئاب الأطفال والمراهقين، ومقياس العدوان من وضع «باص، وبييري». وقد تبين أن متوسط الاكتئاب لدى كل من مجهولي الوالدين والأحداث الجانحين أعلى من المقيمين مع أسرهم، كما كان متوسط الاكتئاب لدى الأحداث الجانحين أعلى من متوسطه لدى مجهولي الوالدين، وكانت الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور في العينة الكلية، كما ظهرت فروق محددة في الأبعاد الفرعية للاكتئاب، وارتبط الاكتئاب بالعدوان ارتباطاً دالاً.

كما قامت عباس وعبد الخالق (2005) بدراسة اتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين الكويتيين (ن=724) من طلاب المدارس الثانوية من مختلف محافظات دولة الكويت، وقد طُبِّق عليهم مقياس اتجاهات التنشئة الاجتماعية من تأليف زين العابدين درويش، والمقياس متعدد الأبعاد للاكتئاب الأطفال والمراهقين. وقد حصلت البنات على متوسط أعلى من الأولاد في الاكتئاب بوجه عام، كذلك فقد أسهم الاتجاه الإيجابي نحو أسلوبَي الثبات في المعاملة والتقبل من قبل الأب في عدم ظهور الأعراض الاكتئابية لدى الأولاد، كما أسهم الاتجاه الإيجابي نحو أسلوبَي الثبات في المعاملة والشورى من قبل الأم في عدم ظهور الأعراض الاكتئابية لديهم، وأخيراً فإن الاتجاه الإيجابي نحو أسلوبَي التقبل، وتوفير الحماية المعتدلة من قبل الأب، وبث الطمأنينة من قبل الأم قد أسهم في عدم ظهور الأعراض الاكتئابية لدى البنات.

كما درس عبد الخالق وعبد الغني (2005) معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة (ن=3,313) من الأطفال المصريين في عمر 11 عاماً، حيث طُلب منهم الإجابة عن القائمة

العربية لاكتئاب الأطفال، وقد أسفر التحليل العاملي للقائمة عن خمسة عوامل، كما حصلت البنات على درجة كلية في الاكتئاب أعلى جوهرياً من الأولاد. واستخرجت معدلات انتشار مقدارها 4.6% لدى الجنسين من أفراد العينة على أساس النسبة المئوية للمبحوثين الذين حصلوا على درجة كلية في الاكتئاب عند المئين 95 وما بعده.

وفي وقت قريب أجرى عبد الخالق (Abdel - Khalek, 2006) دراسة على عينة قوامها 5,437 من تلاميذ المدارس وتلميذاتها في دولة الكويت، وقد تراوحت أعمارهم بين 10 و18 سنة، وكشفت هذه الدراسة عن ميل عام إلى زيادة متوسطات الاكتئاب بزيادة السن لدى الجنسين، وبين اختبار «شيفيه» وجود فروق دالة بين الأعمار 10، و11، و13 (متوسطات منخفضة) والأعمار 17، و18 (متوسطات مرتفعة) لدى الأولاد. أما عند البنات فقد ظهرت الفروق الجوهرية بين سن 10 (متوسط منخفض) مقابل الأعمار من 12 إلى 18 (متوسطات مرتفعة)، وبين عمر 11 (متوسط منخفض) مقابل كل الأعمار من 13 إلى 18 سنة (درجات مرتفعة)، وبين العمرين 12 و13 (متوسطان منخفضان) مقابل الأعمار من 15 إلى 18 (متوسطات مرتفعة). وحصلت البنات على متوسطات أعلى من نظرائهن الأولاد في ست مجموعات عمرية من 13 إلى 18 سنة، في حين حصل الأولاد في سن 10 سنوات على متوسط اكتئاب أعلى من البنات في السن نفسه.

#### تعقيب على الدراسات السابقة:

- بعد استقراء الدراسات الواردة في الفقرة السابقة وغيرها كثير نثبت الملاحظات الآتية:
- (1) الدراسات الأجنبية التي أجريت على اكتئاب الأطفال والمراهقين في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين تفوق الحصر، لاسيما ما أجري منها في العقد الأخير، ويكفي استرجاع الدراسات عن طريق أي قاعدة بيانات عالمية وبخاصة PsychInfo ليبرهن على وجود آلاف الدراسات المنشورة في هذا المجال.
  - (2) يشير تسارع وتيرة النشر في هذا المجال إلى أهمية دراسة اكتئاب الأطفال والمراهقين من نواح عدة من أهمها: البحوث والتشخيص والعلاج والمأل والوقاية، فضلاً عما ظهر من ارتباط بين اكتئاب الطفولة واكتئاب الرشد.
  - (3) على الرغم مما أجري من دراسات عربية في مجال اكتئاب الأطفال والمراهقين في عدد من الدول فإن حجم هذه الدراسات لا يتناسب وأهمية الموضوع.
  - (4) أجريت الدراسات العربية في هذا الموضوع في كل من: مصر والكويت والسعودية والإمارات وقطر وسوريا والأردن، بمعدل دراسة واحدة على الأقل في كل دولة من هذه الدول.
  - (5) معظم الدراسات العربية التي أجريت في هذا الموضوع استخدمت عينات ذات حجم كبير وصل بعضها إلى بضعة آلاف.
  - (6) شملت البحوث العربية في هذا المجال مرحلتي الطفولة والمراهقة من 10 إلى 18 سنة. وفي بعض هذه الدراسات قسمت العينات إلى مجموعات عمرية قوام كل منها سنة واحدة، في حين تعاملت بحوث أخرى مع هذه العينات على أنها وحدة واحدة، وكان الأفضل تقسيم العينات ذات الحجم الكبير والمدى العمري الواسع إلى مجموعتين - على أقل تقدير - تبعاً للسن.

- (7) أكثر المقاييس استخداماً في البحوث العربية المنشورة القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من وضع عبد الخالق (1991)، ثم قائمة اكتئاب الأطفال من تأليف «ماريا كوفاكس» وترجمة غريب (1994). وفي وقت أحدث ألف عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2002, 2003c)، القائمة متعددة الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، ولكن البحوث المنشورة عن القائمة الأخيرة قليلة نظراً لحدائتها.
- (8) استخدمت البحوث الأجنبية والعربية معادلات مختلفة لاستخراج معدلات انتشار الاكتئاب، ومن هنا ظهرت فروق كبيرة بين نتائجها، وحبذا لو حدث اتفاق على طريقة واحدة لاستخراج هذه المعدلات حتى يمكن المقارنة بينها.
- (9) أسفرت دراسة الفروق بين الجنسين في الاكتئاب عن نتائج متضاربة إلى حد بعيد، وقد يرجع ذلك إلى تأثير متغير السن، أو اختلاف المقاييس المستخدمة.

### مسوغات هذه الدراسة:

تعد الدراسات التي أُجريت حول اكتئاب الأطفال والمراهقين باستخدام عينات سعودية قليلة العدد، فقد استخدم إسماعيل (1999) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في دراسة مهمة أجراها على عينة سعودية كبيرة الحجم، حيث استخرج من هذه القائمة درجة كلية واحدة. كما أجرى الدماطي وعبد الخالق (2000) دراسة على عينات سعودية من طلاب المدارس الثانوية والجامعة، استخدمها في إجرائها قائمة «بيك» للاكتئاب. ويكمن الفرق بين هاتين الدراستين والدراسة الحالية في اعتماد هاتين الدراستين على مقياس تستخرج منه درجة واحدة هي الدرجة الكلية، في حين تعتمد الدراسة الراهنة على مقياس متعدد الأبعاد (ثمانية)، يقدم صورة أشمل لمختلف جوانب الاكتئاب على شكل «مبيان نفسي» Profile لدى الأطفال والمراهقين.

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام مصطلح «الاكتئاب» في هذه الدراسة يعد استخداماً مجازياً؛ حيث إن العينات المستخدمة في هذه الدراسة عينات غير إكلينيكية في مجملها، وعلى الرغم من أن الأدق أن يُستخدم مصطلح «الأعراض الاكتئابية» كما جاء في عنوان هذه الدراسة، فإن استخدام مصطلح «الاكتئاب» في متن البحث كان توجهاً نحو استخدام المصطلح الموجز فحسب.

### مشكلة الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- 1 - ما معاملات ثبات وصدق المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين على عينة سعودية من الجنسين؟
- 2 - هل توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب؟
- 3 - هل توجد فروق بين الأعمار في الاكتئاب؟
- 4 - ما معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى هذه العينة السعودية؟

## أهداف الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على عينات من الأطفال والمراهقين من تلاميذ المدارس الحكومية وتلميذاتها في المملكة العربية السعودية، حيث طُبِّق عليهم «المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين». وتتلخص أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- (1) تحديد معاملات الثبات والصدق لهذا المقياس.
- (2) فحص الفروق بين الجنسين في الاكتئاب.
- (3) تحديد الفروق بين الأعمار في الاكتئاب.
- (4) استخراج معدلات انتشار الاكتئاب.

## المنهج:

## العينات:

تمّ -بطريقة قصديّة- اختيار عدد كبير من المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية في أنحاء مختلفة من المملكة العربية السعودية شملت منطقة الرياض وما حولها، بالإضافة إلى مناطق أخرى من بينها القصيم، ومكة، والمدينة، وجدة، والطائف، والدمام، والأحساء، وأبها، وعسير، والجوف في سكاكا، وتبوك، ونجران. وقد طبق المقياس على العينة المتاحة من الأولاد والبنات في الصفين الخامس والسادس الابتدائيين، وفي الصفوف الثلاثة في كل من المدارس المتوسطة والثانوية، حيث شملت العينة الإجمالية النهائية 7,211 ولداً (ن = 2,159) وبناتاً (ن = 5,052) تراوحت أعمارهم بين 11 و19 سنة. وقد استُخدم 200 ولد وبنات لحساب معامل الثبات ألفا، كما تم حساب صدق المحك (محكين) على عينة أخرى قوامها 81 من الأولاد والبنات. وكان جميع أفراد العينة من الجنسية السعودية.

## المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين:

تمّ وضع القائمة العربية لاكتئاب الأطفال عام 1991 في صيغتها العربية، وفي عام 1993 تم وضعها في نسختها الإنجليزية. وقد طُبِّقت على ما يربو على 27,000 طفل ومراهق من سبع دول عربية بالإضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وعند إجراء التحليل العاملي لهذه القائمة في عدة دول ظهرت عوامل متشابهة وأخرى مختلفة، وكذلك كان الحال في كل مقاييس الاكتئاب تقريباً؛ حيث لايسفر التحليل العاملي لمقاييس اكتئاب الأطفال والمراهقين عن عوامل واحدة، فلا تنتج العوامل نفسها عن المقياس الواحد عندما يتم تطبيقه على عينات مختلفة، وبخاصة إذا كانت تنتمي إلى ثقافات مختلفة.

وقد اتبع عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003c) استراتيجية مختلفة في وضع المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، حيث اعتمد -في المقام الأول- على نتائج التحليلات العاملية التي أُجريت للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في ثماني دول، بالإضافة إلى التحليلات العاملية لمقاييس سابقة في نفس المجال في المقام الثاني. واعتماداً على ذلك تمّ تحديد المقاييس الفرعية الثمانية الآتية بوصفها العوامل الأساسية الثمانية لاكتئاب الأطفال والمراهقين: التشاؤم، وعدم التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد اللذة، والتعب، والوحدة، ونقص

## تقدير الذات، والشكاوى الجسمية.

ويقاس كل عامل أو مقياس فرعي - في الصيغة النهائية - بوساطة خمسة بنود، فيكون مجموع بنود المقياس 40 بنداً، يجاب عن كل منها على أساس بدائل ثلاثية: لا، أحياناً، كثيراً، وتُصحح على أساس 1، 2، 3 على التوالي. وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع الاكتئاب تبعاً لكل مقياس فرعي (انظر الملحق).

ولهذا المقياس خواص سيكومترية جيدة من ناحيتي الثبات والصدق طبقاً لحسابهما على عينات كويتية، كما يعد مناسباً لتحديد «بروفيل» الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وفي ذلك تكمن إحدى مزايا المقياس متعدد الأبعاد. وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس قد تم تصميمه بهدف استخدامه لتقدير الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، لا يمدنا بتشخيص اضطراب اكتئابي معين؛ ومن ثم فإن استخدام مصطلح «الاكتئاب» يُعدُّ من قبيل الإيجاز الذي يعني فقط الأعراض الاكتئابية كما سبق أن ذكرنا، وسوف نشير إليه إيجازاً بمقياس الاكتئاب.

## إجراءات التطبيق:

قام بتطبيق المقياس مجموعة (بلغ قوامها 170) من المعلمين (53) والمعلمات (106) وبعض مديري ومديرات المدارس (11) الذين كانوا يدرسون مع الباحث الثاني مقررًا في القياس والتقويم النفسي؛ ضمن متطلبات الحصول على دبلوم عال في التربية الخاصة. وقد طبق مقياس الاكتئاب بصورة جماعية - مع مقياس آخر مختصر - على التلاميذ والتلميذات في فصول المدارس المتاحة، ولم يجبر أحد منهم على المشاركة، وقد استبعدت كل الأوراق التي اشتملت على بنود لم يجب بعض المبحوثين عنها، وكان عدد هذه الأوراق قليلاً.

## النتائج:

يبين الجدول (1) معاملات الثبات والصدق لمقياس الاكتئاب كما حُسبت على عينات سعودية من الأولاد والبنات. ويتضح من ملاحظة هذا الجدول أن معاملات ألفا للمقاييس الفرعية الثمانية تتراوح بين 0.66، و0.75، وتعد هذه المعاملات مقبولة تماماً نظراً لأن طول كل مقياس فرعي خمسة بنود، والثبات دالة لطول المقياس، والدليل على ذلك ارتفاع معامل ألفا للدرجة الكلية حيث وصل إلى 0.89 وهو معامل مرتفع. وتشير هذه المعاملات إلى أن مقياس الاكتئاب يتسم باتساق داخلي مرتفع طبقاً لاستخدامه مع تلك العينات السعودية.

ولحساب الصدق المرتبط بالمحك استخدم مقياس تقدير الضيق (Lefkowitz et al., 1989) ومقياس التقدير الذاتي لاكتئاب الأطفال (Birleson, 1981) في صيغتهما العربية، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للاكتئاب والدرجة الكلية في جانب وهذين المحكين في الجانب الآخر بين 0.22، و0.74 كما يبين الجدول (1)، وتشير هذه المعاملات بوجه عام إلى صدق مقبول لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين، نظراً لدلالة هذه المعاملات عند مستوى 0.05 وما بعده.

جدول (1) معاملات ثبات ألفا والصدق المرتبط بالمحك لدى عينات سعودية من الجنسين للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية للمقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين

صدق المحك (ن = 81)*		معاملات ألفا (200=ن)	المقاييس الفرعية
المحك (2)	المحك (1)		
0.48	0.41	0.68	1 - التشاؤم
0.33	0.32	0.68	2 - عدم التركيز
0.22	0.27	0.66	3 - مشكلات النوم
0.74	0.68	0.75	4 - افتقاد اللذة
0.56	0.41	0.67	5 - التعب
0.43	0.65	0.70	6 - الوحدة
0.60	0.62	0.70	7 - نقص تقدير الذات
0.39	0.41	0.74	8 - الشكاوي الجسمية
0.64	0.63	0.89	الدرجة الكلية

\* المحك 1: مقياس تقدير الضيق (Lefkowitz et al., 1989).  
المحك 2: مقياس التقدير الذاتي لاكتئاب الأطفال (Birlson, 1981).

ولحساب الصدق العاملي للمقياس تم تحليل معاملات الارتباط المتبادلة بين المقاييس الفرعية الثمانية تحليلاً عاملياً بطريقة «هوتيلنج»: المكونات الأساسية، وقد استخرج عامل واحد لكل من الجنسين على حدة، وتراوحت التشبعات بهذا العامل بين 0.445 و0.779 (انظر الجدول 2)، ويمكن أن يسمى بالعامل العام لأعراض الاكتئابية، وتشير هذه التشبعات إلى أن مقياس الاكتئاب يتصف بصدق عاملي مرتفع.

جدول (2) الصدق العاملي لمقياس الاكتئاب على العينات السعودية

العامل الأول		المقياس الفرعي
البنات	الأولاد	
0.624	0.681	1 - التشاؤم
0.500	0.613	2 - عدم التركيز
0.591	0.610	3 - مشكلات النوم
0.631	0.779	4 - افتقاد اللذة
0.556	0.692	5 - التعب
0.625	0.668	6 - الوحدة
0.527	0.671	7 - نقص تقدير الذات
0.445	0.553	8 - الشكاوي الجسمية

ولفحص الفروق بين الجنسين يبين الجدول (3) المتوسطات والانحرافات المعيارية للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية للاكتئاب. ويتضح من فحص هذا الجدول أن جميع الفروق بين الجنسين دالة إحصائياً، كما أن قيم «ت» مرتفعة، حيث كان متوسط البنات أعلى من نظيره لدى الأولاد في كل المقارنات.

جدول (3) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) ونسب «ت»  
ودلالة الفروق بين الأولاد والبنات السعوديين

الدلالة	«ت»	البنات (ن = 5,052)		الأولاد (ن = 2,159)		المقاييس
		ع	م	ع	م	
0.0001	17.89	1.63	9.29	1.98	8.42	1 - التشاؤم
0.0001	16.95	1.83	9.30	2.24	8.37	2 - عدم التركيز
0.0001	12.69	1.67	9.37	2.07	8.73	3 - مشكلات النوم
0.0001	14.85	1.75	9.35	2.10	8.58	4 - افتقاد اللذة
0.0001	8.48	1.65	9.24	1.93	8.83	5 - التعب
0.0001	15.01	1.93	7.71	2.10	6.92	6 - الوحدة
0.0001	25.16	1.64	9.22	2.07	7.96	7 - نقص تقدير الذات
0.0001	8.38	1.83	7.30	2.16	7.75	8 - الشكاوي الجسمية
0.0001	20.15	7.91	70.78	10.95	65.53	الدرجة الكلية

ويبين الجدول (4) الإحصاءات الوصفية للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، ونسب «ف»، ودلالة الفروق بين متوسطات العينات الفرعية في الأعمار المختلفة (من 19.11 سنة)، ومن ملاحظة هذا الجدول يتضح أن أعلى المتوسطات بالنسبة إلى كل الأعمار توجد في المقاييس الفرعية: مشكلات النوم، وافتقاد اللذة، والتعب على التوالي، وأن أقل المتوسطات لدى كل الأعمار توجد في المقاييس الفرعية: الشكاوي الجسمية، والشعور بالوحدة على التوالي. كما يتضح أن نسب «ف» كلها دالة إحصائياً ومرتفعة، مما يشير إلى أن الفروق جوهرية بين المجموعات العمرية، وهذا أمر يستدعي حساب اختبار «شيفيه» لبيان الفروق بين كل مجموعة وأخرى.

جدول (4) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين ونسب «ف» بين الأعمار المختلفة لدى العينة السعودية

الدرجة الكلية	الشكاوي الجسمية	نقص تقدير الذات	الوحدة	التعب	افتقاد اللذة	مشكلات النوم	عدم التركيز	التشاؤم	السن
63.04	7.64	7.41	6.49	8.81	8.09	8.77	7.72	8.39	11 م
10.89	2.36	1.83	1.81	2.40	2.04	2.11	2.14	2.10	ع
66.87	7.72	8.31	7.12	9.22	8.99	9.21	7.64	8.65	12 م
11.02	2.09	2.04	2.16	2.01	2.30	2.02	1.96	2.03	ع
66.30	7.39	8.43	7.07	8.74	8.70	8.84	8.53	8.61	13 م
10.28	2.09	2.04	2.02	1.82	2.03	1.87	2.20	1.98	ع
68.99	7.35	8.80	7.30	9.11	8.85	9.38	9.08	9.12	14 م
9.98	2.03	1.91	1.93	1.68	1.80	1.91	2.04	1.91	ع
69.27	7.38	8.92	7.56	9.06	9.04	9.13	9.11	9.09	15 م
8.57	1.90	1.94	1.94	1.69	1.86	1.78	1.94	1.71	ع
69.30	7.34	8.99	7.43	9.06	9.18	9.03	9.21	9.06	16 م
8.31	1.72	1.76	1.97	1.70	1.78	1.77	1.91	1.65	ع
70.67	7.37	9.09	7.75	9.25	9.23	9.32	9.51	9.19	17 م
7.65	1.69	1.60	1.89	1.65	1.62	1.65	1.76	1.59	ع
71.44	7.57	9.14	7.74	9.36	9.62	9.40	9.42	9.21	18 م
8.41	2.11	1.62	2.12	1.69	1.89	1.69	1.82	1.64	ع
68.19	7.43	8.48	7.60	8.98	9.37	9.22	8.37	8.75	19 م
10.23	1.99	2.02	1.99	1.77	2.10	2.04	2.02	2.19	ع
69.22	7.42	8.86	7.47	9.11	9.11	9.19	9.04	9.03	كل
9.17	1.94	1.85	2.00	1.74	1.89	1.81	2.00	1.79	الأعمار
29.92	2.79	22.20	14.04	8.86	20.20	9.12	55.90	12.72	نسبة "ف"
0.0001	0.004	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	الدلالة

ويبين الجدول (5) نتائج اختبار «شيفيه» للمقارنات المتعددة بين المجموعات العمرية في الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب، وقد اكتفينا بالمقارنة بين المجموعات العمرية في الدرجة الكلية للاكتئاب فقط، نظراً لارتفاع ثباتها وصدقها بالمقارنة إلى بقية المقاييس الفرعية، فضلاً عن أن الدرجة الكلية هي الأشمل والأكثر تلخيصاً لمختلف الأعراض الاكتئابية.

ومن استقراء الجدول (5) يتضح وجود فروق دالة بين المجموعات العمرية كما يلي:

- 1 - متوسط الاكتئاب لدى المجموعة العمرية (11) سنة أقل من كل الأعمار (من 12-19 سنة).
- 2 - متوسط الاكتئاب لدى المجموعة العمرية (12) سنة أقل من كل الأعمار (من 13-18 سنة).
- 3 - متوسط الاكتئاب لدى المجموعة العمرية (13) سنة أقل من الأعمار (14 - 18).
- 4 - متوسط الاكتئاب لدى المجموعة العمرية (14) سنة أقل من (17، 18).

5. متوسط الاكتئاب لدى المجموعة العمرية (15) سنة أقل من (18)، ومتوسط المجموعة (19) سنة أقل من (18).

وبالرجوع إلى الجدول (4) يتضح أن متوسط الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب يبدأ منخفضاً في العمر (11) سنة ثم يتزايد باطراد مع استثناءات قليلة - حتى عمر (18) سنة، ثم ينخفض قليلاً في عمر (19) سنة (انظر الشكل 1).

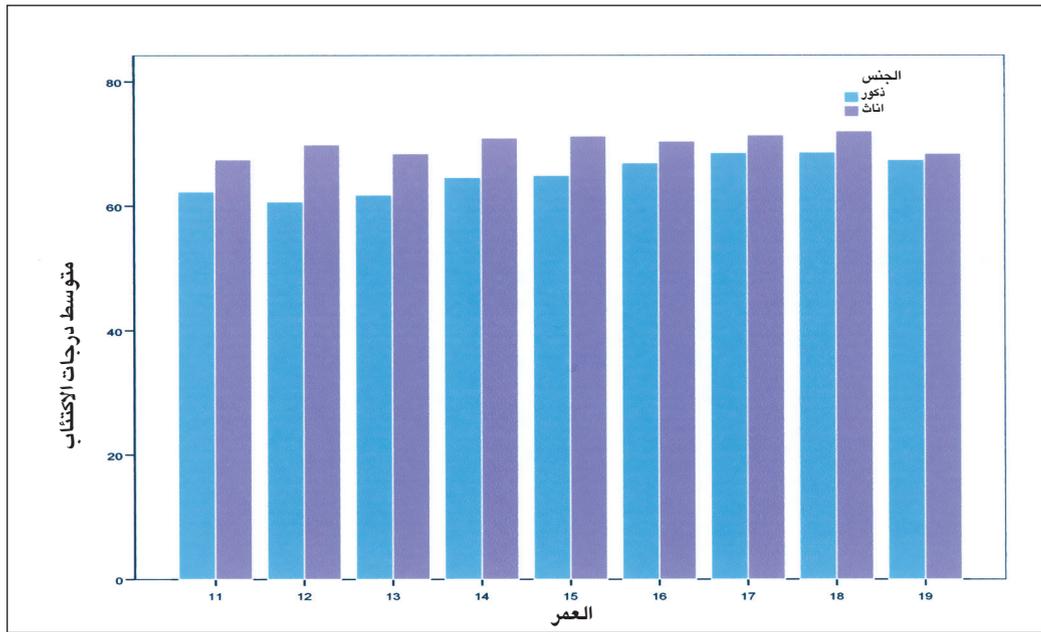
جدول (5) دلالة المقارنات المتعددة بين المجموعات العمرية في الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب اعتماداً على اختبار «شيفيه»

العمر	11	12	13	14	15	16	17	18	19
11	-								
12	-	-							
13	-	-	-						
14	***	*	***	-					
15	***	***	***	-	-				
16	***	***	***	-	-	-			
17	***	***	***	*	-	-	-		
18	***	***	***	***	***	***	-	-	
19	*	*	*	*	*	*	*	*	*

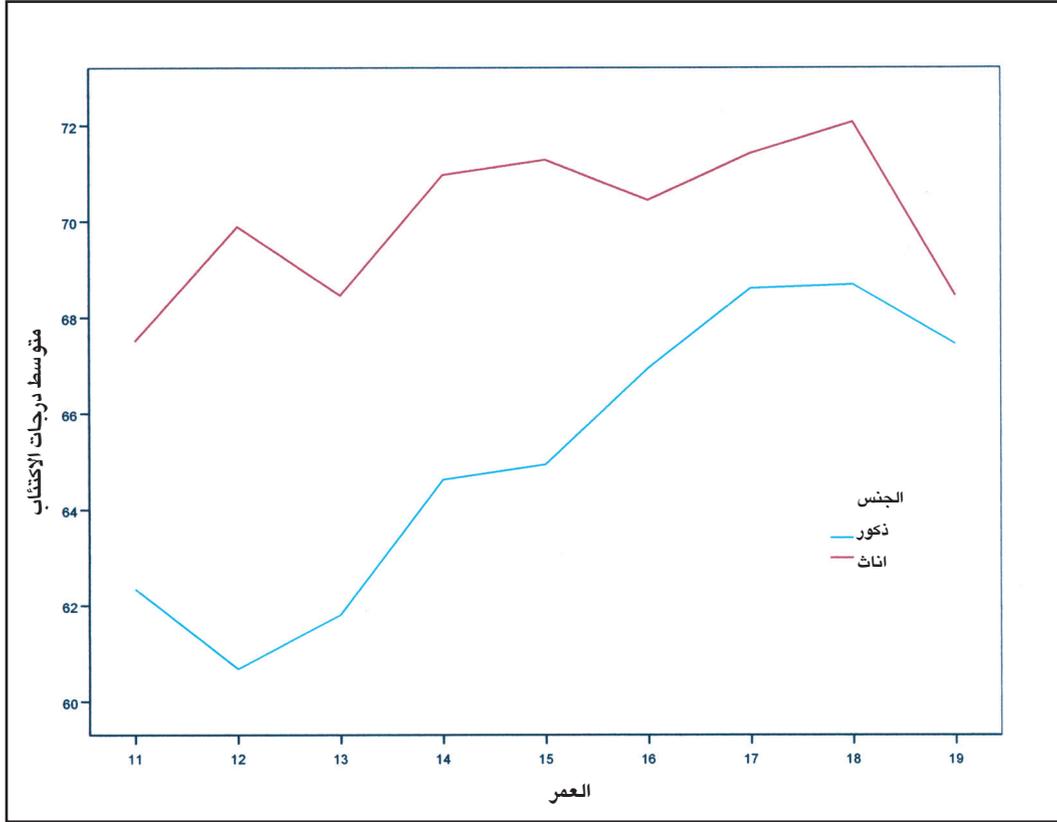
\* دال عند مستوى 0.05 .

\*\* دال عند مستوى 0.01 .

\*\*\* دال عند مستوى 0.001 .



شكل (1) متوسط الدرجة الكلية للأعراض الاكتئابية في المجموعات العمرية من الأولاد والبنات



شكل (2) المنحنى الارتقائي للأعراض الاكتئابية لدى الأولاد والبنات في الأعمار من 11 إلى 19 سنة

ويبين الجدول (6) معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينتي الأولاد والبنات اعتماداً على أربعة معايير: النسبة المئوية للحاصلين على درجة كلية تزيد عن المتوسط + انحراف معياري واحد، وانحرافين، والنسبة المئوية للحاصلين على درجة تزيد عن المئين 90 %، وعن المئين 95 %. ومن ملاحظة الجدول (6) يتضح أن معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى البنات تزيد عن نظائرها لدى البنين.

جدول (6) معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأولاد والبنات السعوديين

المعيار	% للأولاد	% للبنات
< (1) انحراف معياري	11.58	12.32
< (2) انحراف معياري	2.03	2.47
< المئين 90	10.17	12.32
< المئين 95	6.59	6.64

## مناقشة النتائج:

حققت هذه الدراسة الأهداف الأربعة التي رُسمت لها، ففيما يختص بالهدف الأول والخاص بثبات المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين وصدقه على عينات سعودية، تراوحت معاملات ثبات ألفا بين 0.66، و0.75 للمقاييس الفرعية الثمانية، وهي معاملات لا بأس بها بالنظر إلى قصر هذه المقاييس الفرعية (خمسة بنود)، والدليل على تأثر هذه المعاملات بقصر المقاييس الفرعية أن معامل ثبات الدرجة الكلية للمقياس (40 بنداً) قد ارتفع إلى 0.89 وهو معامل مرتفع، وتشير هذه المعاملات بوجه عام إلى أن مقياس الاكتئاب ومقاييسه الفرعية تتصف باتساق داخلي يتراوح بين المقبول والمرتفع، وذلك حسب استخدامه مع العينات السعودية، ويمكن القول بأن هذه النتائج تشير إلى الثقة في ثبات هذا المقياس الذي يستخدم لأول مرة مع العينات السعودية.

وفيما يتعلق بصدق هذا المقياس فقد حسب الصدق المرتبط بمحكين هما مقياس تقدير الضيق (Lefkowitz et al., 1989) ومقياس التقدير الذاتي لاكتئاب الأطفال (Birleson, 1981)، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي للاكتئاب (المقاييس الفرعية الثمانية والدرجة الكلية) وهذين المحكين بين 0.22 و0.74، وكلها معاملات دالة، وتشير إلى صدق مقياس الاكتئاب مقابل هذين المحكين، كما استخدم مع العينات السعودية من الأطفال والمراهقين. كذلك فإن التحليل العاملي للمقاييس الفرعية الثمانية للمقياس (بعد استبعاد الدرجة الكلية وهو إجراء سليم) يشير إلى استخراج عامل عام للأعراض الاكتئابية لدى الأولاد والبنات منفصلين (انظر الجدول 2)، ويمكن أن يُعد ذلك دليلاً على الصدق العاملي لمقياس الاكتئاب.

وتتفق نتائج معاملات ثبات الاتساق الداخلي والصدق المرتبط بالمحك والصدق العاملي التي تم استخراجها في العينات السعودية مع نظيراتها المستخرجة من عينات كويتية (Abdel-Khalek, 2003c).

وفيما يتعلق بالهدف الثاني لهذه الدراسة الذي يتعلق بالفروق بين الجنسين (انظر الجدول 3) فإن متوسطات البنات كانت أعلى من متوسطات البنين المقابلين لهم في العمر، وينطبق ذلك على الدرجة الكلية للاكتئاب، وعلى الدرجات على المقاييس الفرعية الثمانية. وتتفق هذه النتيجة التي تكشف عن فروق جوهرية في الأعراض الاكتئابية، حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى في عدد لا بأس به من الدراسات (انظر مثلاً: الأنصاري، 1997؛ المشعان، 1995؛ عبد الباقي، 1992؛ عبد الخالق ورضوان، 1999؛ فخر ووالنيال وتركي، 1998؛ وعبد اللطيف، 1989؛ Abdel-Khalek, 1993, 2003c)، من جانب آخر فإن هذه النتيجة تختلف مع دراسات أخرى لم تكشف عن فروق جوهرية بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية (انظر: توفيق، 1999؛ Abdullatif, 1995).

والراجح أنه يمكن إرجاع تضارب النتائج الخاصة بالفروق بين الجنسين في الاكتئاب إلى اختلاف خصائص العينات، والأهم من ذلك ما لوحظ من اختلاف بين الأعمار التي تمت فيها المقارنة بين الجنسين؛ إذ تختلف الفروق بين الجنسين تبعاً للعمر في مختلف الدراسات، وعلى الرغم من ذلك فإن النتيجة الخاصة بارتفاع متوسطات الاكتئاب لدى البنات بالمقارنة

إلى الذكور في العينات السعودية الحالية تتسق بدرجة أكبر مع الانطباعات العامة عن المجتمع العربي بوجه عام، والخليجي بوجه خاص، والسعودي بوجه أخص. ويرجع ذلك في الغالب إلى أن الضغوط المفروضة على البنات أكثر من نظيراتها المفروضة على الولد، فضلاً عن أن الفرص المتاحة أمام الولد للاستمتاع بالأحداث السارة وقضاء وقت الفراغ أكثر من الفرص المتاحة لذلك أمام البنات، وقد بينت بحوث كثيرة العلاقة السلبية المرتفعة بين الأحداث السارة والاكتئاب (انظر: الصبوة، وعبد الخالق، 1994؛ عبد الخالق، والصبوة، 1996).

وتلخص الهدف الثالث لهذه الدراسة في تحديد الفروق بين الأعمار في الاكتئاب، وقد بينت هذه الدراسة أن متوسط الاكتئاب يبدأ منخفضاً لدى المجموعات العمرية الأصغر سناً (11، 12، 13)، ثم يتزايد باطراد. مع استثناءات قليلة. حتى عمر 18 عاماً، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مصرية (عبد الخالق، والنيال، 1991 أ)، كما كشفت دراسات مصرية أن سن البلوغ لدى الجنسين يبدأ قرابة 13 عاماً (عبد الخالق، والنيال، 1991 ب، 1992)، وإذا كانت هذه النتائج تنسحب على العينات السعودية الحالية فإن هذا العمر (13 عاماً) يعد فاصلاً بين الدرجات المنخفضة والمرتفعة للاكتئاب إلى حد ما، وذلك نظراً لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسمية وانفعالية واجتماعية، وبعد عمر 18 فمن المتوقع أن يتزايد تكيف المراهق لهذه التغيرات، ومن ثم تتناقص متوسطات الاكتئاب. ولا تتاح بيانات عن متوسطات سن البلوغ لدى الأولاد والبنات في المجتمع السعودي بحسب علم الباحثين، والحاجة ماسة إلى إجراء مثل هذه الدراسة لبيان علاقة سن البلوغ بالاضطرابات النفسية، وعلى رأسها الاكتئاب.

وأما بالنسبة لمعدل انتشار الأعراض الاكتئابية (وهو الهدف الرابع للدراسة) فقد ظهر أن هذا المعدل يزيد لدى البنات بالمقارنة إلى البنين، وذلك اعتماداً على أربعة معايير كما يلي: < انحراف معياري واحد، < انحرافين معياريين، < المئين 90، < المئين = 95 (انظر الجدول 6). وتتفق هذه النتيجة مع دراسات سابقة كثيرة خاصة بالفروق بين الجنسين كما أسلفنا. وقد قورنت معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية في العينة السعودية الحالية بمعدلاته لدى عينات عربية أخرى: مصرية، وسورية، وكويتية، وأمريكية (عبد الخالق ورضوان، 1999؛ عبد الخالق وعبد الغني، 2003c، 2005، Abdel-Khalek, 2003c, 2005). وتكشف نتائج هذه المقارنات عن ارتفاع معدل انتشار الأعراض الاكتئابية لدى العينة السعودية بالمقارنة إلى هذه العينات. ومن الواضح أن الأفراد الذين يحصلون على درجات تعلقو على المدى السوي يكونون في حاجة إلى تلقي برنامج إرشادي أو علاجي.

وتشير نتائج هذه الدراسة بوجه عام إلى الثقة في استخدام المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين مع عينات سعودية، كما كشف استخدام هذا المقياس عن فروق بين الجنسين وبين الأعمار، كما استخدم على عينات سعودية كبيرة الحجم، ويتفق ذلك مع دراسات سابقة كثيرة؛ ومن ثم يُوصى باستخدام هذا المقياس في البحوث على العينات السعودية.

## المراجع

## المراجع العربية:

- إسماعيل، أحمد السيد (1999). البنية العاملية لقائمة اكتئاب الأطفال لدى عينة من تلاميذ المدارس السعودية. بحث ألقى في: مؤتمر الخدمة النفسية والتنموية، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، في المدة من 5.7 أبريل 1999.
- الأنصاري، بدر محمد (1997). الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي. الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي: إدارة البحوث والدراسات.
- توفيق، توفيق، عبد المنعم (1999). المكونات العاملية للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بدولة البحرين. المجلة التربوية، جامعة الكويت، 13، 173-200.
- الدماطي، عبدالغفار، وعبدالخالق، أحمد (2000). قائمة «بيك» للاكتئاب: دراسة على عينات سعودية، رسالة التربية وعلم النفس، الرياض، ع11، ص ص 63-100.
- الدوخي، حنان، وعبدالخالق، أحمد (2004). الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم. دراسات نفسية، 14 (4)، 541-573.
- دويدار، عبدالفتاح محمد (1992). المكونات العاملية والمعالم السيكومترية لمقياس اليأس للأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية، 2 (1)، 25-55.
- الصبوة، محمد نجيب، وعبدالخالق، أحمد (1994). العلاقة بين الأحداث أو الأنشطة السارة والاكتئاب. مجلة علم النفس المعاصر، 4، 53-71.
- عباس، سوسن، وعبدالخالق، أحمد (2005). اتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين الكويتيين. دراسات نفسية، 15 (2)، 203-230.
- عبدالباقي، سلوى (1992). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس. دراسات نفسية، 2 (3)، 437-479.
- عبدالخالق، أحمد (1991). بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية، 1 (2)، 219-251.
- عبدالخالق، أحمد (1999). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات. مجلة العلوم الاجتماعية، 27 (3)، 103-123.
- عبدالخالق، أحمد، ورضوان، سامر (1999). تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية. المجلة التربوية، المجلد 14، ص ص 29-58.
- عبدالخالق، أحمد، والصبوة، محمد نجيب (1996). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 24 (3)، 147-185.
- عبدالخالق، أحمد، وعبدالغني، السيد (2005). معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين. مجلة الطفولة العربية، الكويت، المجلد 6، العدد 23، 8-25.
- عبد الخالق، أحمد، والنيال، مايسة (1991). الاكتئاب لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال. المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، المنعقد في المدة من 27 - 30 أبريل 1991، ص ص 1053 - 1076.
- عبد الخالق، أحمد، والنيال، مايسة (1991 ب). سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. دراسات نفسية، 1 (3)، 439-458.
- عبد الخالق، أحمد، والنيال، مايسة (1992). سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيان. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2، 72-92.

- عبد اللطيف، مدحت (1989). العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى الأطفال: دراسة عاملية. الكتاب السنوي في علم النفس، 6، 86-103.
- العنزي، فريخ عويد (1997). الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد 45، المجلد 12، ص ص 157-180.
- غريب، غريب عبد الفتاح (1994). اكتئاب أطفال المرحلة الابتدائية: دراسة مقارنة للبنية العاملية للاكتئاب بين مصر ودولة الإمارات العربية المتحدة. دراسات نفسية، 4 (2)، 219-262.
- فخرو، حصة عبد الرحمن، والنيال، مایسة أحمد، وتركي، أمّنة عبد الله (1998). بعض المتغيرات النفسية لدى مجموعات عمرية مختلفة من تلاميذ وتلميذات المدارس في دولة قطر (دراسة ارتقائية ارتباطية). ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، 11، 13 مايو 1998، كلية التربية، جامعة قطر.
- المشعان، عويد سلطان (1995). دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب في الكويت. المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد 37، المجلد 10، ص ص 127-148.

### المراجع الأجنبية:

- Abdel-Khalek, A.M. (1993). The construction and validation of the Arabic Children's Depression Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 41-50.
- Abdel-Khalek, A. M. (1996). Factorial structure of the Arabic Children's Depression Inventory among Kuwaiti subjects. *Psychological Reports*, 78, 963-967.
- Abdel-Khalek, A.M. (1998). Criterion-related validity of the Arabic Children's Depression Inventory. *Psychological Reports*, 82, 930.
- Abdel- Khalek, A. M. (2000). The Arabic Children's Depression Inventory. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, Vol. 2, pp. 538-541.
- Abdel-Khalek, A.M. (2002). The Multidimensional Children and Adolescent Depression Scale ( MCADS ) : Psychometric properties . Paper presented at the first Biennial Conference of the International Society for Affective Disorders (ISAD) - Taormina , Sicily , Italy, March 9-12, 2002 .
- Abdel-Khalek, A. M. (2003a). Assessment and prevalence rates of depressive symptoms in a Kuwaiti sample of school children and adolescents. *Journal of Arab Children*, 5, 102-117.
- Abdel-Khalek, A. M. ( 2003b). Prevalence of childhood depression in a sample from Jordan. *Arabic Studies in Psychology*, 2 (2), 5-15.
- Abdel-Khalek, A.M. (2003c). The multidimensional child and adolescent depression scale: Psychometric properties . *Psychological Reports*, 93, 544-560.
- Abdel-khalek, A.M. (2006, March). Age and gender differences in depression among Kuwaiti children and adolescents (N=5,437) ages 10 to 18 years. Presented at the Third Biennial Conference of the International Society for Affective Disorders, held in Lisbon, Portugal, March 3-6, 2006.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Can personality predict suicidality? A study in two cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 231-239.
- Abdel-Khalek, A.M., & Soliman, H.H. (1999). A cross cultural evaluation of depression in children in Egypt, Kuwait, and the United States. *Psychological Reports*, 85, 973-980.
- Abdel-Khalek, A.M., & Soliman , H.H ( 2002 ). Sex differences in symptoms of depression among American children and adolescents. *Psychological Reports*, 90, 185-1
- Abdullatif, H.I. (1995). Prevalence of depression among middle school Kuwait students following the Iraqi invasion. *Psychological Reports*, 77, 643-649.
- Angst, J. (1983). Introduction. In J. Angst (Ed.), *The origins of depression: Current concepts and approaches* (pp. 1-3). Berlin: Springer-Verlag.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorders in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.

- Charman, T. (1994). The stability of depressed mood in young adolescents: A school-based survey. *Journal of Affective Disorders*, 30, 109-116.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology* (6<sup>th</sup> ed). New York: Wiley.
- Dolgan, J. I. (1990). Depression in children. *Pediatric Annals*, 19, 45-50.
- Lefkowitz, M. M., & Tesiny, E.P. (1985). Depression in children: Prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 647-656.
- Lefkowitz, M. M., Tesiny, E. P., & Solodow, W. (1989). A rating scale for assessing dysphoria in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 337-347.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M.(1998). Suicidality and personality in American and Kuwaiti students. *International Journal of Social Psychiatry* , 44, 280-283.
- Moore, M., & Carr, A. (2000). Depression and grief. In A. Carr (Ed.), *What works with children and adolescents ? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families* (pp. 203-232) New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Nurcombe, B. (1992). The evolution and validity of the diagnosis of major depression in childhood and adolescence. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology*, Vol. 4: *Developmental perspectives on depression* (pp. 1-27). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Ollendick, T. H., & Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. In: G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 403-422). New York: Pergamon.
- Parry-Jones, W. (1989). Depression in adolescence. In K. R. Herbst & E. S. Paykel (Eds.), *Depression: An integrative approach* (pp. 111-123). Oxford: Heinemann.
- Petti, T. A. (1989). Study and treatment of childhood depression as a prototype for the research and conceptualization of other psychopathologies in child psychiatry. In B. Lerer & S. Gershon (Eds.), *New directions in affective disorders* (pp. 335-339). New York: SpringerVerlag.
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: W. W. Norton & Comp.
- Waheid, R. M. A. (2002). Behavioral and emotional problems among underachievers in primary school children. Master Degree (Unpublished), Faculty of Nursing, Alexandria University, Egypt.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A.C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

## ملحق : المقياس متعدد الأبعاد لآكتئاب الأطفال والمراهقين صف مشاعرك

الاسم:	العمر:
المدرسة:	الصف:
	الجنس (ولد / بنت):

**تعليمات :** أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف الأولاد والبنات . اقرأ كل عبارة بعناية ، وضع دائرة حول كلمة واحدة من الكلمات الثلاث المكتوبة بعد كل عبارة : « لا ، أحياناً ، كثيراً » . ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، ولا تفكر كثيراً في معنى كل عبارة ، تذكر أن تضع دائرة حول الكلمة التي تصف مشاعرك بوجه عام .

1	أشعر بأن كل شيء سيكون جيداً .	لا	أحياناً	كثيراً
2	أفكر في الأشياء المزعجة .	لا	أحياناً	كثيراً
3	ستحدث لي أشياء سيئة .	لا	أحياناً	كثيراً
4	أنا سيء الحظ .	لا	أحياناً	كثيراً
5	أشعر بأن كل شيء سيكون سيئاً .	لا	أحياناً	كثيراً
6	أستطيع أن أنتبه لشرح المدرس .	لا	أحياناً	كثيراً
7	انتباهي ضعيف .	لا	أحياناً	كثيراً
8	عندي صعوبة في الانتباه إلى دراستي .	لا	أحياناً	كثيراً
9	من السهل أن أسرح .	لا	أحياناً	كثيراً
10	تركيزي ضعيف .	لا	أحياناً	كثيراً
11	أنا جيداً .	لا	أحياناً	كثيراً
12	أحلم أحلاماً مزعجة .	لا	أحياناً	كثيراً
13	نومي قلق (أقلب على فراشي) .	لا	أحياناً	كثيراً
14	أستيقظ من نومي وأنا تعبان .	لا	أحياناً	كثيراً
15	أستيقظ خلال نومي عدة مرات .	لا	أحياناً	كثيراً
16	أشعر بالسعادة .	لا	أحياناً	كثيراً
17	أنا متضايق .	لا	أحياناً	كثيراً
18	أنا حزين (زعلان) .	لا	أحياناً	كثيراً
19	هناك أشياء تضايقني .	لا	أحياناً	كثيراً
20	أشعر برغبة في البكاء .	لا	أحياناً	كثيراً
21	أشعر بالتعب .	لا	أحياناً	كثيراً
22	أشعر بالكسل .	لا	أحياناً	كثيراً
23	أشعر بالنشاط .	لا	أحياناً	كثيراً
24	أشعر بالملل .	لا	أحياناً	كثيراً
25	أشعر بالملل .	لا	أحياناً	كثيراً
26	أشعر بأن الآخرين يبتعدون عني .	لا	أحياناً	كثيراً
27	أكره اللعب مع زملائي .	لا	أحياناً	كثيراً
28	أشعر بالوحدة (إنني وحيد) .	لا	أحياناً	كثيراً
29	زملائي يكرهوني .	لا	أحياناً	كثيراً
30	أشعر برغبة في الابتعاد عن الناس .	لا	أحياناً	كثيراً
31	أشعر أنني فاشل .	لا	أحياناً	كثيراً
32	أشعر بأنني أقل من زملائي .	لا	أحياناً	كثيراً
33	أكره نفسي .	لا	أحياناً	كثيراً
34	أنا إنسان ناجح في حياتي .	لا	أحياناً	كثيراً
35	أنا راض عن نفسي .	لا	أحياناً	كثيراً
36	أشعر بالألم في بطني .	لا	أحياناً	كثيراً
37	أشعر بأنني مريض .	لا	أحياناً	كثيراً
38	أشعر بالألم في رأسي (صداع) .	لا	أحياناً	كثيراً
39	أشعر بالألم في صدري .	لا	أحياناً	كثيراً
40	أشعر بالألم في جسمي .	لا	أحياناً	كثيراً

# المجلة التربوية



مجلة فصلية، تخصصية، محكمة  
تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت  
رئيس التحرير: أ.د. صالح عبدالله جاسم

نشر:

- البحوث التربوية المحكمة
- مراجعات الكتب التربوية الحديثة
- محاضر الحوار التربوي
- التقارير عن المؤتمرات التربوية  
وملخصات الرسائل الجامعية

تقبل البحوث باللغتين العربية والإنجليزية.  
تنشر لأساتذة التربية والمختصين بها من مختلف الأقطار العربية والدول الأجنبية.

**الاشتراكات:**

في الكويت: ثلاثة دنانير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.  
في الدول العربية: أربعة دنانير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.  
في الدول الأجنبية: خمسة عشر دولاراً للأفراد، وستون دولاراً للمؤسسات.

توجه جميع المراسلات إلى:

رئيس تحرير المجلة التربوية - مجلس النشر العلمي ص.ب. ١٣٤١١ كيفان - الرمز البريدي 71955  
الكويت هاتف: ٤٨٤٦٨٤٣ (داخلي ٤٤٠٣ - ٤٤٠٩) - مباشر: ٤٨٤٧٩٦١ - فاكس: ٤٨٣٧٧٩٤  
E-mail: TEJ@kuc01.kuniv.edu.kw

## مدى فاعلية برنامج سلوكي للتعامل مع مشكلة الانطوائية عند طلبة المرحلة الأساسية في الأردن

د. جلال كايد ضمرة

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي والتربوي - كلية العلوم التربوية

جامعة إربد الأهلية

### الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى استقصاء فعالية برنامج علاجي سلوكي علي الشعور بالانطواء عند طلبة المرحلة الأساسية في الأردن. اشتملت الدراسة على (30) طالباً في الصف الثامن والسابع، تم تقسيمهم عشوائياً على مجموعتين: المجموعة التجريبية، واشتملت على (15) طالباً تعرضت للبرنامج العلاجي السلوكي لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة كل أسبوع، والمجموعة الضابطة اشتملت على (15) طالباً. وتم استخدام مقياس الشعور بالعزلة والانطواء المطور لأغراض الدراسة الحالية لتقويم درجة الشعور بالعزلة الاجتماعية لدى أفراد الدراسة، وقد دلت النتائج على وجود فروق في درجة الشعور بالانطواء والعزلة الاجتماعية بين طلبة المجموعة التجريبية والضابطة، ولصالح الطلبة في المجموعة التجريبية بالقياس البعدي، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين خلال فترة المتابعة بعد شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.

## The Effect of Behavioral Therapeutic Program on Student's Introversion Feeling at Intermediate Stage in Jordan Schools

Jalal K. Damra

Assistant Professor, Department of Educational & Psychological Counseling  
Faculty of Education - Irbid National University

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the efficacy of behavioral therapeutic program on students introversion feeling. (30) seventh and eighth grade students were chosen for this study who were divided randomly into two groups: experimental group which consisted of (15) students and control group which consisted of (15) students. The experimental group was exposed to behavioral therapeutic program for two months (one session per week). The results indicated that there were significant differences between two groups in introversion feeling in favor of experimental group. However there were not significant differences between the two groups in introversion feeling in the follow up measurement.

## مقدمة:

يلجأ الأفراد عادة إلى استخدام أساليب تكيفية متنوعة عند تعاملهم مع البيئة المحيطة بهم، بما تفرضه عليهم من ضغوط أو مشكلات تتطلب ردود فعل مباشرة، لإشباع حاجاتهم ودعم شعورهم بالأمن النفسي ورفع مفهومهم لذواتهم، مما قد يؤدي إلى خفض مستويات القلق النفسي والتوتر ومستويات الضغوط النفسية.

ويظهر بأن الأفراد يختلفون في استراتيجيات أو أساليب التوافق الموظفة للتعامل مع البيئة المحيطة، تبعاً للعديد من المتغيرات الشخصية والبيئية والاجتماعية، فقد يجد أحدهم السلوك العدواني وسيلة من وسائل التكيف مع البيئة المحيطة، في حين قد ينزع آخر إلى الانطواء والانعزال عن تلك البيئة، بما فيها من متغيرات ومواقف مهددة، رغبة منه في تجنب المشكلات والصعوبات (Cowen, & Pedro 1985).

ومن الواضح بأن أنماط التكيف العدوانية والانطوائية أو الانسحابية قد تشكلان وجهان لعملة واحدة، باعتبارهما وسيلتي تكيف وتوافق غير ملائمة مع البيئة، بالإضافة إلى اشتراكهما بالعديد من الأسباب التي تقف وراءهما، وتشابه نتائجهما السلبية على متغيرات الشخصية المختلفة (داوود، حمدي، 1989).

وضمن هذا المجال تشير المصري (1994) إلى أن نمط السلوك الانطوائي أو الانسحابي قد يكون بمثابة رد فعل لمحاولة التكيف مع الصعوبات التي تفرزها ظروف الحياة ومتغيراتها، مما ينجم عنه آثار سلبية غير مرغوب فيها، وقد لا يمثل السلوك الانسحابي بالانسحاب الجسدي والابتعاد عن المواقف الاجتماعية فقط، وإنما قد يتعداه إلى الانسحاب النفسي الذي يعبر عنه بتبني أنماط سلوكية وانفعالية غير مرغوبة مثل: الخضوع أو الكف، أو ضعف التأكيد الذاتي، أو الخوف، أو الشعور بالذنب والشعور بعدم الكفاءة، وضعف القدرة على إقامة قنوات اتصال فعالة مع الآخرين، مما سيؤدي إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي، والذي يمثل الانطواء Introversion أهم مظاهره السلبية على الأفراد.

تعد مشكلة الانطواء من أخطر المشكلات المؤثرة على شخصية الفرد؛ لما لها من تداعلات على حياة الأفراد، وعلى الأخص خلال مرحلة المراهقة؛ ولذلك نجد العديد من المحاولات لدراساتها واكتشاف أسبابها وطرق علاجها، مما أوجد العديد من المترادفات التي تشير إلى نفس المعنى تقريباً مثل الوحدة Loneliness والانفصال Detachment والانطوائية Introversion (Peak, 2006).

وتعد سمة الانطواء من السمات الشخصية المؤثرة سلباً على مكونات الشخصية وعناصرها المختلفة؛ لما يترتب عليها من آثار وأنماط سلوكية وانفعالية سلبية تقود إلى سوء التوافق والاضطرابات النفسية، وما يرافقها من ضعف القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، والانغماس في أحلام اليقظة والخيالات (Link, 1990).

ويشير كل من شيفير وميلمان (1989) إلى الأسباب التي تقف وراء السلوك الانطوائي لدى الأطفال، والتي يمكن جمعها بالاتي:  
- انعدام الشعور بالأمن لدى الطفل.

- أسلوب التنشئة الاجتماعية الذي مارسه الأهل خلال مراحل نمو الطفل المختلفة مثل الحماية الزائدة والتجاهل والإهمال وتوجيه النقد بشكل مستمر.  
- تعلم الطفل السلوك الانطوائي من خلال نموذج الوالدين الانطوائي في التعامل مع البيئة المحيطة.  
- ارتباط السلوك الانطوائي ببعض الإعاقات الجسمية للأطفال، وخاصة الحركية والبصرية والسمعية.

وفي ضوء ما نشهده من تغيرات وتطورات تقنية واجتماعية وتربوية في الوقت الحالي، تتزايد المشكلات النفسية لدى الأفراد، ولاسيما لدى فئة المراهقين، الذين يواجهون صعوبات كبيرة في التكيف النفسي مع تلك التغيرات السريعة في حياتهم، مما يخلق لهم العديد من المشكلات التوافقية والصعوبات النفسية، وخاصة على الجوانب الاجتماعية والانفعالية والأكاديمية، وقد يرجع سبب معاناة المراهقين كفئة عمرية أكثر من غيرهم من الأفراد في الفئات المختلفة، إلى حساسية مرحلة المراهقة كمرحلة عمرية انتقالية يواجه خلالها المراهق العديد من التغيرات النفسية والجسدية والانفعالية والاجتماعية والجنسية (المزاهرة، 2002).

وضمن هذا المجال يشير كوب (Cobb, 1994) إلى أهمية البرامج العلاجية المصممة لعلاج مشكلات المراهقين بشكل أساسي؛ وذلك لوجود احتمالية مرتفعة لامتداد هذه المشكلات إلى المراحل اللاحقة في حياة المراهق على جميع الجوانب، وخاصة تلك المرتبطة بالجوانب الاجتماعية.

ونظراً لعدم توافر البرامج العلاجية والإكلينيكية السلوكية المصممة لعلاج الانطواء لدى طلبة المرحلة المتوسطة، جاءت الدراسة الحالية محاولة لتصميم برنامج علاجي يستند على خلفية علاجية سلوكية، واستقصاء أثره على مستويات السلوك الانطوائي لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الأردنية.

وتعتبر العزلة من أهم المظاهر السلوكية التي تقود إلى سوء التكيف النفسي والاجتماعي والأكاديمي للمراهق؛ ولذلك نرى أنها قد حظيت باهتمام الكثير من الدراسات (المصري، 1995؛ المزاهرة، 2002؛ الداود، 1997؛ (Bergman, 1998; Jupp & Griffints, 1991) التي حاولت العمل على تصميم البرامج العلاجية والإرشادية لعلاج المشكلة لدى الطلبة المراهقين.

#### مشكلة الدراسة:

إن الغرض من الدراسة الحالية هو بناء برنامج إرشادي سلوكي، وقياس فاعليته في التخفيف من الانطواء عند طلبة المرحلة الأساسية من المراهقين في المدارس الأردنية.

#### فرضيات الدراسة:

حاولت الدراسة الحالية اختبار صحة الفرضيتين الآتيتين عند مستوى دلالة (0.05):  
1 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالانطواء في القياس البعدي بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج،

ولصالح الطلبة المشاركين بالبرنامج العلاجي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالانطواء في القياس خلال فترة المتابعة بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج، ولصالح الطلبة المشاركين بالبرنامج العلاجي.

### أهمية الدراسة:

تعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل العمرية التي يعيشها الفرد، ويتعرض خلالها المراهق للعديد من الصعوبات والمشكلات الانفعالية والنفسية، والتي تقف وراءها طبيعة علاقاته الاجتماعية بشكل خاص، وتعتبر المشكلات الاجتماعية بشكل عام ومشكلات الانطواء بشكل خاص، من أهم المشكلات التي يعاني منها طلبة المدارس، والتي يجد الكثير من الأخصائيين النفسيين والمرشدين التربويين صعوبات في التعامل معها بسبب انتشارها الواسع (الداوود، 1997).

وبما أن المراهقين يتعرضون أكثر من غيرهم للاضطرابات النفسية والأزمات الانفعالية نتيجة لمشكلاتهم الاجتماعية والأكاديمية المختلفة، فهم معرضون بذلك إلى تبني الانطواء أو الانسحاب الاجتماعي كوسيلة تكيفية مع البيئة المحيطة بهم، مما يجعلها سمة شخصية يصعب إحداث تغييرات فيها خلال الفترات اللاحقة من حياتهم (Cobb,1994).

وهذا ما يستدعي توافر الخدمات النفسية العلاجية والوقائية للتعامل المبكر مع مشكلة الانطواء الاجتماعي لدى المراهقين. ومن هنا تظهر أهمية تصميم البرامج العلاجية للتعامل مع مشكلات المراهقين بشكل عام ومشكلة الانطواء الاجتماعي بشكل خاص (Bergman,1998).

وتهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي سلوكي لمساعدة الطلبة في المرحلة الأساسية على التغلب على مشكلة الانطواء، مما يبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها تحاول البحث في مشكلات الطلبة الذين يقفون على أعتاب مرحلة المراهقة والعمل على علاجها، الأمر الذي قد يتيح المجال واسعاً إلى التعامل مع مشكلاتهم والاستجابة لحاجاتهم مبكراً، بالإضافة إلى أن الدراسة الحالية قد توفر أدوات علاجية وبرامج إرشادية يمكن استخدامها من قبل المرشدين التربويين والأخصائيين النفسيين العاملين في قطاعات الخدمات النفسية في المدارس. إذا ما ثبتت فعالية البرنامج في علاج الانطواء. وقد تزود الدراسة الحالية المرشدين العاملين في المدارس الأردنية، بأداة تتميز بالصدق والثبات والموضوعية لقياس مستويات السلوك الانطوائي لدى الطلبة من جهة، وبرنامج علاجي قابل للتطبيق الفعلي في واقع المدرسة لعلاج مشكلات العزلة الاجتماعية والانطواء من جهة أخرى.

كذلك قد تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال اعتبارها محاولة لكشف الصورة أمام المخططين للعملية التربوية في الأردن، لإبراز أهمية الدور الذي يقوم به الإرشاد التربوي بالمدارس في علاج العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية التي تواجه الطلبة، مما قد يوجه الاهتمام نحو تصميم البرامج العلاجية الإرشادية لمواجهة مشكلات الطلبة المتزايدة.

## التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

### الشعور بالانطواء:

عبارة عن التوجه المقتصر على الذات والانشغال الدائم بالأفكار الذاتية والشخصية مع نقص واضح بالعلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين. ولأغراض الدراسة الحالية يعرف الانطواء إجرائياً بأنه درجة الطالب على مقياس السلوك الانطوائي المقنن لأغراض الدراسة، والذي تتراوح درجته الكلية بين (38-152 درجة). وتم تحديد الدرجة التي تشير إلى الشعور بالانطواء ما بين 73.48 درجة.

### البرنامج العلاجي السلوكي:

هو برنامج علاجي جمعي يستند على التطبيقات العلاجية السلوكية في العلاج النفسي والإرشاد ( الضبط الذاتي، ضبط المثير، التعزيز، العقاب، النمذجة، لعب الدور) بهدف التقليل من مستويات الانطواء لدى الطلبة.

### طلبة المرحلة الأساسية:

عبارة عن طلبة الصفوف من الأول إلى العاشر الأساسي، والذين تتراوح أعمارهم من (6-15) عاماً؛ ولأغراض الدراسة تم تحديدهم بطلبة الصف السابع والثامن الأساسي.

### محددات الدراسة:

تقتصر نتائج الدراسة في ضوء المحددات الآتية:

أفراد الدراسة: وهم طلبة الصفين: السابع والثامن في المرحلة الأساسية في مدارس الاتحاد الثانوية للبنين في الأردن، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (12-13) عاماً.

أدوات الدراسة: والمتمثلة بمقياس الانطواء المقنن للبيئة الأردنية والبرنامج العلاجي السلوكي لعلاج مشكلة الانطواء لدى الطلبة، والمطور لأغراض الدراسة الحالية، ومن ثم فإن نتائج الدراسة ترتبط بظروف تقنين أدواتها من حيث صدقها وثباتها وموضوعيتها.

### متغيرات الدراسة:

تقتصر نتائج الدراسة على استقصاء أثر البرنامج العلاجي على درجة الشعور بالانطواء الاجتماعي، مما يحد من إمكانية تعميم نتائجها على متغيرات أخرى.

### الدراسات السابقة ذات الصلة:

تنوعت الدراسات التي حاولت تصميم البرامج الإرشادية أو العلاجية، واستقصاء أثرها على مستويات الشعور بالانطواء لدى الطلبة، ويمكن الإشارة إلى بعض الدراسات التي حاولت التعامل مع المشكلات الاجتماعية للطلبة من خلال تصميم البرامج العلاجية:

فقد حاولت بيباك (Peake,2006) استقصاء فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي

لعلاج المشكلات الاجتماعية لدى الطلبة، حيث تم تقسيم أفراد الدراسة إلى مجموعتين: تلقت المجموعة الأولى جلسات علاجية سلوكية ومعرفية لتحسين السلوك الاجتماعي، وخفض مستويات الاكتئاب لدى أفرادها، في حين لم تتلق المجموعة الثانية أي من المعالجات المشابهة، وقد دلت النتائج على وجود أثر لبرنامج العلاج السلوكي والمعرفي في خفض مستويات السلوك الانطوائي والمشاعر الاكتئابية خلال القياسات البعدية والقياسات خلال مراحل المتابعة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

أجرت مارجولين (Margolin, 2001) دراسة هدفت إلى مساعدة عدد من الطلبة في التعامل مع مشكلة العزلة الاجتماعية في ولاية شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية، من خلال تعريضهم لعدد من الخبرات العلاجية ذات الطابع الجماعي والتدريبي على المهارات الاجتماعية ومهارات التوافق مع المواقف الاجتماعية المختلفة، واشتملت الدراسة على (27) طالباً، تم تدريبهم على تلقي وتقديم الدعم الانفعالي للتعامل مع مشاعر الإحباط والفشل والانعزال، وقد دلت النتائج على وجود أثر للبرنامج العلاجي على تحسين التكيف النفسي الاجتماعي للشباب المشاركين بالبرنامج الإرشادي.

وفي دراسة قام بها كل من واين ولارسون وكلاك (Winnie, Larson & Kalrk, 2001)، حاولت استقصاء فعالية برنامج علاجي جمعي لعلاج المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعي لدى عينة من الأفراد المصابين بالخوف المرضي من المواقف الاجتماعية المختلفة، اشتملت الدراسة على (49) شخصاً ممن شخصوا بمعاناتهم من المشكلات الاجتماعية ونقص الاتصال مع الآخرين، تعرضوا لجلسات علاجية ذات طابع جمعي من خلال تطبيق المبادئ والأفكار السلوكية والمعرفية على المشكلات الاجتماعية التي يعانون منها، وقد دلت النتائج على فعالية البرنامج الإرشادي في التقليل من المشكلات الاجتماعية والسلوك الانطوائي لدى الأفراد المشاركين.

وحاول هندية (2003) استقصاء أثر برنامج علاجي معرفي - سلوكي على مستويات الاكتئاب والانطواء لدى عينة من الأطفال المشاركين بالبرنامج العلاجي، وتألفت الدراسة من (30) طفلاً، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، بواقع (10) أطفال في كل مجموعة: الأولى المجموعة التجريبية، والتي تم تعريضها للبرنامج الإرشادي الجمعي القائم على مبادئ وأفكار العلاج العقلي العاطفي لخفض مستويات العزلة الاجتماعية وخفض الأفكار والمشاعر الاكتئابية لديهم والمجموعة الثانية تلقت أفرادها جلسات علاجية تستند على العلاج المعرفي بحسب آراء وأفكار بيك في العلاج النفسي المعرفي، والثالثة ضابطة لم تتعرض للبرنامج العلاجي المصمم. دلت النتائج على انخفاض مستويات التفكير الاكتئابي، وازدياد المهارات الاجتماعية لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة مع المجموعة الضابطة.

وقامت المزاهرة (2002) بإجراء دراسة بهدف التعرف على أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض العزلة الاجتماعية، وزيادة السلوك الاجتماعي لدى عينة خاصة من المراهقات، اشتملت الدراسة على (60) مراهقة، وتم تقسيمهن بالتساوي على مجموعتين: الأولى المجموعة التجريبية، والتي تم تعريضها للبرنامج الإرشادي الجمعي، لخفض مستويات العزلة الاجتماعية لديهم، والثانية المجموعة الضابطة لم تتعرض للبرنامج العلاجي إلا أنها تلقت برنامجاً رياضياً نشطاً، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود أثر للبرنامج العلاجي

الإرشادي في خفض سلوك العزلة والمشاعر الانطوائية لدى الطالبات المشاركات.

وفي دراسة قام بها الداود (1997) هدفت إلى التعرف إلى أثر برنامج إرشادي جمعي في تخفيف الانطوائية عند طلاب المدارس الثانوية، واشتملت الدراسة على (24) طالباً تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين: (الضابطة، والتجريبية). دلت النتائج على وجود فروق في مستويات السلوك الانعزالي والانطوائي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة.

ودرس اللاذقاني (1995) فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي والعزلة الاجتماعية ضمن عينة من طلاب المراكز المهنية في الأردن من المراهقين، وقد تضمن البرنامج تدريب الطلاب على المهارات الاجتماعية، والعلاج العقلي العاطفي، وطبق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدريب. دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق الاجتماعي بين الطلاب المشاركين والطلاب الذين لم يشاركوا في البرنامج.

وفي دراسة قامت بها المصري (1994) حاولت استقصاء أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على عدد من التدريبات السلوكية والمعرفية في مستويات الشعور بالعزلة لدى الطالبات المراهقات، وقد اشتملت الدراسة على (40) طالبة، وتم تقسيمهن بالتساوي إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية تعرضت للبرنامج الإرشادي العلاجي الجمعي لخفض مستويات العزلة الاجتماعية لديهن، والمجموعة الضابطة، ولم تتعرض للبرنامج العلاجي المصمم، دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء البعدي على مقياس العزلة الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية.

### تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراسات السابقة نجد فعالية البرامج العلاجية ذات الطابع الجمعي في علاج مشكلات الأطفال والمراهقين، وخاصة تلك المرتبطة بالجوانب الاجتماعية، حيث أشارت نتائج دراسات كل من (المصري، 1994؛ الداود، 1997؛ المزاهرة، 2002) وغيرها من الدراسات إلى دور برامج الإرشاد الجمعي في علاج مشكلات الشعور بالانطواء لدى الطلبة المراهقين، بالإضافة إلى وجود نقص واضح في الدراسات التي حاولت التعرف إلى أثر البرامج العلاجية على مدى فترات طويلة من انتهاء البرامج العلاجية والإرشادية باستثناء دراسة بياك (Peake, 2006)، والتي اشتملت خلال إجراءاتها على قياسات المتابعة للتعرف على ثبات الأثر الإيجابي للمعالجات. ومن المهم ملاحظة أن جميع البرامج العلاجية المصممة احتوت على جلسات علاجية تشتمل على تطبيق المهارات العلاجية السلوكية والمعرفية لمحاولة التعامل مع مشكلة الانطواء والانعزال الاجتماعي للمراهقين (Winnie, et al., 2001)، كذلك نجد اعتمادها على تصميم البحث التجريبي وشبه تجريبي من خلال استخدام تصميم المجموعات التجريبية والضابطة (Winnie, et al., 2001; Margolin, 2001)، وقد تتميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة في اعتمادها على القياسات المتكررة خلال فترات ما قبل المعالجة وما بعدها، وخلال فترة متابعة استمرت لمدة شهر بعد الانتهاء من

تطبيق البرنامج العلاجي، بالإضافة إلى توجه الدراسة الحالية نحو محاولة التعامل مع مشكلات الانطواء لدى الطلبة خلال مرحلة المراهقة المبكرة من خلال الاعتماد على الأساليب العلاجية السلوكية فقط.

### الطريقة والإجراءات:

#### أفراد الدراسة:

تكونت الدراسة الحالية من (30) طالباً من طلبة الصفين: السابع والثامن الأساسي الذين يدرسون في مدارس الاتحاد الثانوية للبنين بمنطقة عمان في الأردن، وتراوح أعمارهم ما بين (12 - 13) عاماً، وتم اختيار المدرسة بشكل قصدي لتوافر العدد الكافي من طلبة الصفين: السابع والثامن الأساسي، وتم اختيار أفراد الدراسة من خلال تطبيق أداة الشعور بالانطوائية المطورة لأغراض الدراسة الحالية على جميع طلبة الصفين: السابع والثامن، وعددهم (350) طالباً؛ حيث تم اختيار الطلبة الذين حصلوا على أقل الدرجات (تراوحت درجاتهم ما بين 48-73 درجة) على المقياس كأفراد للدراسة الحالية، وتم توزيعهم عشوائياً باستخدام طريقة الأرقام العشوائية على مجموعتين:

- 1- المجموعة التجريبية: واحتوت على (15) طالباً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي للتعامل مع مشكلة الانطواء.
- 2- المجموعة الضابطة: واحتوت على (15) طالباً لم يتم إخضاعهم لأي من المعالجات النفسية المشابهة خلال فترة إجراء الدراسة.

#### أدوات الدراسة:

مقياس الشعور بالانطواء؛ حيث اشتمل على (38) فقرة تقيس مدى توجه المفحوص نحو السلوك الاجتماعي أو الانطوائي، وتتم الإجابة على المقياس من خلال ميزان رباعي يتراوح ما بين (موافق بشدة 4 درجات، وموافق 3 درجات، وغير موافق 2 درجتين، وغير موافق بشدة درجة واحدة)، ويتم عكس القيم في حالة الفقرات السلبية. وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (38-152 درجة)، وتعكس الدرجات المنخفضة وجود مستويات مرتفعة من الشعور بالانطواء.

وتم العمل على تطوير مقياس الشعور بالانطواء لدى الطلبة من خلال مراجعة أدب البحث السابق (المصري، 1994؛ الخميسي، 2001؛ اللاذقاني، 1995؛ الداود، 1997)، والاستعانة بأدواتها في إعداد فقرات مقياس الشعور بالانطواء.

وتم العمل على تقنين أداة الدراسة من خلال استخراج:

الصدق المنطقي والظاهري؛ حيث تم عرض الأداة بصورتها الأصلية المكونة من (45) فقرة على (10) خبراء في مجالات الإرشاد النفسي وأساتذة الإرشاد النفسي في الجامعة الأردنية، وجامعة عمان العربية للدراسات العليا، وجامعة إربد الأهلية للتعرف على مدى ملاءمة فقراتها لأغراض الدراسة، وقد أشار المحكمون إلى ضرورة تعديل (5) فقرات، وحذف (7) فقرات.

وللتأكد من صدق الأداة قام الباحث باستخراج دلالات الصدق التمييزي من خلال استخراج الفروق بالأداء بين مجموعتين مختلفتين في الخصائص والمهارات الاجتماعية من الطلبة - بحسب آراء معلمهم - وقد دلت نتائج اختبار (t) للتعرف على دلالات الفروق بين المجموعات المستقلة على قدرة المقياس على التمييز بين الطلبة في المجموعتين ولصالح الطلبة ذوي الخصائص والمهارات الاجتماعية المرتفعة.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس فقد تم استخراج معاملات الثبات من خلال تطبيقه بطريقة الإعادة (Test re-Test) على (20) طالباً من طلبة الصفين: السابع والثامن الأساسي، تم استبعادهم من إجراءات الدراسة، وبفاصل زمني يتراوح بين (14 - 21) يوماً، واستخراج معامل ارتباط بيرسون بين القياس الأول والثاني، وقد بلغ معامل الارتباط (0.86).

البرنامج العلاجي: تم تطوير برنامج علاجي جمعي قائم على استخدام المبادئ والأفكار السلوكية لعلاج مشكلة الانطواء عند أفراد الدراسة، وتكون البرنامج الإرشادي من (8) جلسات إرشادية وعلاجية ذات الطابع الجمعي (مدة كل جلسة 60 دقيقة) بحيث اشتملت كل جلسة على الفعاليات الآتية:

- 1 - تحديد أهداف الجلسة العلاجية.
- 2 - عرض محتوى الجلسة العلاجية.
- 3 - تلخيص محتوى الجلسة العلاجية.
- 4 - تعيين الواجب المنزلي ومناقشة الواجب المنزلي السابق.

وقد احتوى البرنامج العلاجي على الفعاليات الإرشادية الآتية:

- 1 - الجلسة الأولى: جلسة التعارف والتهيئة للبرنامج العلاجي، وتم خلالها مناقشة الأهداف والتوقعات وشروط الاشتراك بالمجموعة العلاجية والاتفاق على مواعيد اللقاءات والجلسات.
- 2 - الجلسة الثانية: تم العمل على توضيح مفهوم العلاقات الاجتماعية وأهميتها في حياة الأفراد، والعمل على توضيح مفهوم الانطواء والعزلة الاجتماعية وأعراضها وأسبابها، والمتغيرات السلوكية والمعرفية التي تقف وراءها.
- 3 - الجلسة الثالثة: تم التعرف على المثيرات والظروف التي تقود إلى الشعور بالعزلة والانطواء من خلال تعلم مهارة المراقبة الذاتية (Self Monitoring).
- 4 - الجلسة الرابعة: تعلم طرائق التحكم بالمثيرات البيئية المثيرة لمشاعر العزلة والانطواء.
- 5 - الجلسة الخامسة: نمذجة السلوك الاجتماعي وتقديم التغذية الراجعة.
- 6 - الجلسة السادسة: تقديم التعزيز الإيجابي الذاتي عند المواقف الاجتماعية.
- 7 - الجلسة السابعة: الإنهاء والمتابعة والتقويم.

### صدق البرنامج العلاجي:

تم عرض البرنامج العلاجي بصورته الأولية على مجموعة من الخبراء (10 خبراء) في مجالات الإرشاد النفسي والصحة النفسية ممن يعملون أساتذة للإرشاد النفسي في الجامعة

الأردنية، وجامعة عمان العربية للدراسات العليا، وجامعة إربد الأهلية ومعالجين نفسيين، للعمل على تحكيم البرنامج العلاجي من خلال الحكم على مدى ملاءمة جلساته وفعالياته ونشاطاته للأفكار السلوكية في علاج المشكلات الاجتماعية للأفراد، وفي نهاية إجراءات التحكيم تم إحداث التغييرات التالية في ضوء آراء المحكمين:

- 1 - تقليل عدد جلسات البرنامج العلاجي من (10) جلسات إلى (8) جلسات.
  - 2 - تقليل المدة الزمنية للبرنامج العلاجي من (90 دقيقة) إلى (60) دقيقة.
  - 3 - إضافة جلسة تدريبية لتعليم الطلبة السلوك الاجتماعي من خلال أسلوب النمذجة.
- متغيرات الدراسة: في ضوء إجراءات الدراسة تم تحديد متغيرات الدراسة على النحو الآتي:
- المتغير المستقل: وهو البرنامج العلاجي المقنن والمصمم، المستند على الأفكار السلوكية في علاج مشكلة الانطواء لدى الطلبة في المرحلة الأساسية.
- المتغير التابع: وهو مستويات الشعور بالانطوائية لدى الطلبة المشاركين في الدراسة، والمقدرة على مقياس الشعور بالانطواء المصمم لأغراض الدراسة، الحالية.
- إجراءات الدراسة: تم إتباع الإجراءات الآتية خلال عملية اختبار مدى صحة فرضيات الدراسة:

- 1 - مراجعة أدب البحث المتعلق بالانطوائية لدى الطلبة والعمل على الاستعانة بأدواتها لتصميم أداة قياس الانطوائية لدى الطلبة.
- 2 - تقنين أداة الدراسة من خلال استخراج دلالات الصدق والثبات لتكون قابلة للتطبيق لأغراض الدراسة الحالية.
- 3 - تصميم البرنامج العلاجي السلوكي الجمعي لعلاج مشكلة الانطواء لدى الطلبة.
- 4 - التأكد من صدق البرنامج العلاجي وقابليته للتطبيق لعلاج مشكلة الانطواء لدى الطلبة من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين.
- 5 - مراجعة إدارة مدارس الإتحاد في عمان للحصول على الإذن الرسمي لإجراء الدراسة، والالتقاء بالمرشد التربوي ( يحمل درجة الماجستير بالإرشاد النفسي) هناك، وتقديم شرح حول أهداف الدراسة وإجراءاتها وطرق تطبيق البرنامج.
- 6 - تطبيق مقياس الشعور بالانطواء على جميع طلاب الصفين: السابع والثامن الأساسي في مدارس الإتحاد من قبل المرشد التربوي المقيم، حيث تم التطبيق في يومي الأحد والاثنين (25-26/12/2005) والعمل على تصحيح المقياس واختيار الطلبة الذين حصلوا على أقل الدرجات كأفراد للدراسة، وخلال عملية تصحيح أداة الدراسة تم استبعاد (16) طالبا بسبب تعمد الإجابة الآلية وعدم إكمال الإجابات .
- 7 - توزيع الطلبة أفراد الدراسة على معالجات الدراسة بشكل عشوائي (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة).
- 8 - تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية، بالوقت الذي لم يتم فيه تطبيق أي معالجات مماثلة على أفراد المجموعة الضابطة، وقد استمرت فترة تطبيق البرنامج العلاجي شهرين ما بين (2/5 - 4/4 / 2006 ) بواقع جلسة علاجية كل أسبوع.
- 9 - بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تم تطبيق مقياس الانطواء على أفراد

المجموعتين بشكل بعدي.

10. تطبيق القياس خلال فترة المتابعة على جميع أفراد الدراسة في المجموعتين بعد شهر من إنتهاء البرنامج العلاجي بتاريخ (4/5/2006).
11. تحليل نتائج الدراسة وتقديم التوصيات.

### تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي:

تحاول الدراسة الحالية اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي على مستوى الانطواء للطلبة، وبذلك تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي المعتمد على تصميم المجموعات، وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة وظروفها التجريبية. ويشكل الشكل الآتي تصميم الدراسة شبه التجريبي:

30	20	X	10
60	50	-	40

إن 10 و40 تشيران إلى القياس القبلي لأفراد الدراسة على مقياس الانطواء. في حين تشير 20 و50 إلى القياس البعدي لأفراد الدراسة على مقياس الانطواء. و30 و60 تشيران إلى القياس خلال فترة المتابعة، وتشير (X) إلى المعالجة التجريبية المتمثلة بالبرنامج العلاجي السلوكي.

اعتمدت الدراسة على الإحصاء الوصفي (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)، الإحصاء التحليلي (اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستخراج الفروق بالأداء البعدي على مقياس الانطواء بين المجموعتين.

نتائج الدراسة: حاولت الدراسة الحالية التعرف على أثر برنامج علاجي سلوكي على مستويات العزلة والانطواء لدى طلبة المرحلة الأساسية في مدارس الاتحاد، وتم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد الدراسة في المجموعتين على مقياس الانطواء. ويشير الجدول (1) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد الدراسة في المجموعتين في القياس القبلي والبعدي، والقياس خلال فترة المتابعة.

جدول (1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد الدراسة في المجموعتين في القياس القبلي والبعدي والقياس خلال فترة المتابعة على مقياس الانطواء

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي		قياس المتابعة	
	المتوسط (ن=15)	الانحراف	المتوسط (ن=15)	الانحراف	المتوسط (ن=15)	الانحراف
المجموعة التجريبية	58.53	15.44	67.33	15.69	63	13.95
المجموعة الضابطة	58.60	16.60	55.86	14.72	59.2	15.71

ويشير الجدول (1) إلى عدم وجود فروق بالمتوسطات بين أداء أفراد المجموعتين في القياس القبلي لمقياس الشعور بالانطواء، في الوقت الذي يشير فيه إلى وجود فروق في الأداء البعدي والمتابعة على المقياس.

ولفحص صحة فرضية البحث الأولى، والتي نصت على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالانطواء في القياس البعدي بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج، ولصالح الطلبة المشاركين بالبرنامج العلاجي).  
تم استخدام اختبار (ف) لاستخراج الفروق في القياس البعدي للانطواء بين المجموعتين. ويشير الجدول (2) إلى نتائج تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد المجموعتين على مقياس الانطواء.

جدول (2) نتائج تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد المجموعة التجريبية فيما بين الاختبار البعدي والمتابعة لسلوك الانطواء

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	(F)	Sig.
الإختبار البعدي	1	6136.03	6136.03	474.66	0.00
المجموعات	1	996.74	996.74	77.10	*0.00
الخطأ	27	349.02	12.92		
المجموع	29	7481.79			

\* ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05).

يشير الجدول (2) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي لسلوك الانطواء بين المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى (0.05)، ولصالح المجموعة التجريبية التي بلغ متوسطها الحسابي بالقياس البعدي (67.33) مقارنة مع متوسط المجموعة الضابطة الذي بلغ (55.86).

ويتضح من النتائج السابقة صحة الفرضية الأولى التي افترضت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالانطواء في القياس البعدي بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج.

ولفحص صحة الفرضية الثانية التي نصت على (وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالانطواء في القياس خلال فترة المتابعة بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج) تم استخدام اختبار (t) للفروق بالمتوسطات في المجموعات المستقلة، ويشير الجدول (3) إلى نتائج اختبار (t) لاستخراج الفروق على الأداء خلال فترة المتابعة بين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة.

جدول (3) نتائج اختبار (t) لاستخراج الفروق على الأداء خلال فترة المتابعة لأفراد المجموعتين

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الفروق بالمتوسطات	(t)	الدلالة
التجريبية	15	63	3.8	0.737	0.467
الضابطة	15	59.2			

ويشير الجدول (3) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء خلال فترة المتابعة بين أفراد المجموعتين، مما يشير إلى عدم صحة الفرضية الثانية التي افترضت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في درجة الشعور بالانطواء في القياس خلال فترة المتابعة بين الطلبة المشاركين في البرنامج السلوكي العلاجي والطلبة غير المشاركين بالبرنامج.

### المناقشة والتوصيات:

دلّت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بالقياس البعدي، ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، في حين لم تظهر فروق في القياس خلال فترة المتابعة بين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة.

### مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء ما اشتمل عليه البرنامج العلاجي من فعاليات وإجراءات، أسهمت إلى حد كبير في الحد من الشعور بالانطواء لدى المشاركين، حيث تعرض المشاركون إلى الكثير من خبرات التفاعل الاجتماعي فيما بينهم، مما انعكس على تحسن مستويات السلوك الاجتماعي لديهم، فالفترة التي قضاها الطلبة خلال تنفيذ البرنامج العلاجي والتي استمرت لمدة شهرين، قد تكون قد أثرت بشكل كبير على تحسن مستويات السلوك الاجتماعي للطلبة، من خلال محاولة تجريب واختبار ما تم تعلمه من مهارات وأنماط سلوك جديدة في المحيط الفعلي للطلاب، الأمر الذي انعكس على انتقال أثر التعلم من بيئة التعلم إلى البيئة الفعلية.

وضمن هذا المجال يلاحظ إن برنامج العلاج السلوكي الحالي قد ساعد الطلاب المشاركين على اكتساب مهارات للتعامل مع المشكلات الاجتماعية، ومشكلات الانسحاب الاجتماعي مقارنة مع أفراد المجموعة التي لم تشارك بالبرنامج، وقد ساعد على ذلك قيام المرشد بطرح حوادث واقعية يتعرض لها الطلاب، وتحتاج إلى مهارات وقدرات اجتماعية للتعامل معها، فالنشاطات الإرشادية جميعها قد أعطيت بحسب تلك المواقف، وبهذا يكون البرنامج الإرشادي قد أسهم في مساعدة الطلاب المشاركين في تحسين مستويات السلوك الاجتماعي، والتقليل من مستويات الشعور بالانطواء.

ويمكن الإشارة إلى أن رغبة الطلاب ودافعيتهم الكبيرة للاشتراك في البرنامج العلاجي كان متغيراً مهماً له أثر إيجابي على نتائج الدراسة، وقد ظهرت هذه الرغبة والدافعية من خلال التحدث عن الخبرات الشخصية دون حرج والمواظبة على أداء الواجبات المنزلية، وهذا بدوره يمكن أن يفسر تحسن أداء طلاب المجموعة التجريبية على مقياس الانطواء بعد الانتهاء من البرنامج. كما أن التصميم شبه التجريبي المستخدم في هذه الدراسة والمعتمد على المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية يسمح بالاستنتاج بأن الفروق في مستويات الانطواء بين أفراد المجموعتين كانت راجعة إلى البرنامج العلاجي المستخدم.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من (هندي، 2003؛ المزاهرة، 2002؛ المصري، 1994؛ الداود، 1997؛ Peake, 2006) وغيرها من الدراسات، والتي أشارت إلى فعالية برامج العلاج والإرشاد الجمعي على خفض مستويات الشعور بالانطواء لدى الطلبة.

### مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

دلت النتائج على أن الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي لم يثبت خلال الفترة التي تلت تنفيذ البرنامج العلاجي، وتتعارض نتائج هذه الفرضية مع ما توصل إليه بياك (Peake, 2006)، والذي أظهرت نتائج دراسته وجود أثر للبرنامج الإرشادي العلاجي خلال فترة المتابعة، ويمكن تفسير ذلك في ضوء المتغيرات التي تتحكم في السلوك الانطوائي والعزلة الاجتماعية، فالطالب الذي يعاني من الانطواء الاجتماعي يحتاج إلى الدعم والتعزيز المستمر خلال الفترات التي تلي فترة ما بعد العلاج وتعديل السلوك، فالتغييرات السلوكية، وخاصة في المشكلات الاجتماعية، تحتاج إلى عمليات متابعة طويلة المدى للتأكد من استمرار الطالب بالتغيير السلوكي. بالإضافة إلى أن التغيير السلوكي يحتاج إلى تضافر العديد من الجهود الأسرية والمدرسية والاجتماعية لمساعدة الطالب على التخلص من الانطواء. مما يبرز أهمية استمرار التدخل العلاجي الفردي من قبل المرشد التربوي داخل المدرسة لمتابعة مدى استمرار الطالبة في التقدم العلاجي الذي تم تحقيقه في الفترات العلاجية السابقة.

### التوصيات:

1. في ضوء نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها توصي الدراسة بما يأتي:  
1. ضرورة توجه الدراسات نحو تطوير وتطبيق البرامج العلاجية ذات الطابع الجمعي، لما لها من دور في علاج العديد من المشكلات الاجتماعية والأكاديمية والنفسية للطلبة.
2. إعادة تطبيق البرنامج العلاجي الحالي واستقصاء أثره على فئات أخرى من الطلبة مثل الطالبات أو الطلبة في المراحل الثانوية.
3. ضرورة تطوير برامج متابعة ومساندة لمتابعة الطلبة بعد تنفيذ البرامج العلاجية لفترات طويلة للحفاظ على استمرارية الأثر الإيجابي الذي تم الحصول عليه من البرامج العلاجية.
4. تعميم البرنامج العلاجي السلوكي على الأخصائيين النفسيين والمرشدين التربويين في المدارس من أجل العمل على تطبيقه لعلاج المشكلات الاجتماعية، وخاصة مشكلات الانطواء للطلبة المراهقين.

## المراجع

### المراجع العربية:

- الخميسي، محمد (2001). فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية لدى جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية (دراسة تجريبية)، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- الداوود، علاء (1997). أثر برنامج إرشادي في تخفيف الانطوائية عند طلاب المرحلة الثانوية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، بغداد، العراق.
- داوود، نسيمه وحمدى، نزيه (1989). (مترجم) مشكلات الأطفال وأساليب المساعدة فيها، منشورات الجامعة الأردنية، شيفر، شارلز وميليمان، هوارد الكتاب الأصلي منشور (1985).
- اللاذقاني، محمد (1995). أثر برنامج إرشاد جماعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- المزاهرة، رانية (2002). أثر برنامج إرشاد جماعي في خفض العزلة وزيادة السلوك الاجتماعي لدى عينة خاصة من المراهقات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- المصري، أناس (1994). فاعلية برنامج إرشاد جماعي في خفض سلوك العزلة لدى طالبات المراهقة الوسطى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- هنديّة، محمد (2003). مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي -سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس: القاهرة، مصر.

### المراجع الأجنبية:

- Bergman,L.(1998). A guide for conducting a support group for siblings of children with disabilities, California school of professional psychology \_ Berkeley, In: *Dissertation Abstracts International*, 59, 30-46.
- Cobb, B.(1994).Cognitive \_ behavioral treatment of children and adolescents, In Granvold, D (Edt).Cognitive and behavioral treatment (Method and Applications )Brooks / Cole Publishing Company, California.
- Cowen, E., & Pedro, J.(1985).The children of divorce intervention of the efficacy of a school based program , *Journal of counseling and clinical Psychology* ,53,603-611.
- Jupp, D., & Griffints, M.(1991).Self concept in shy socially isolated adolescents following social skills training emphasizing role play. *psychological Abstract* 78, 1- 6,2222.
- Link, J.(1990).The effects of cognitive \_behavioral group intervention on lineless, *Dissertation Abstracts International*, 51,2321.
- Margolin, S.(2001).Do social support and activity involvement reduce isolated youths internalized difficulties? .Unpublished Doctoral dissertation Illinois University , In: *Dissertation Abstracts International*,62,1211.
- Peake, E.(2006).A meta-analysis of group cognitive behavior therapy for children and adolescents with social phobia. *The journal of wright institute*,10,153-166.
- Winnie, S., Klark,L., & Larson,N.(2001). The effects of cognitive \_behavioral program on social problem in social problem, *Journal of depression and anxiety* ,2,192-193.

## دعوة إلى الباحثين العرب للمشاركة في مجلة الطفولة العربية بثوبها الجديد

تسترعي الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية عناية الباحثين العرب إلى أن مجلة الطفولة العربية تعترم انتهاج خطة إصدار جديدة اعتباراً من العدد (33) -ديسمبر 2007 وفقاً للمحاور الآتية، والتي ستصبح بمثابة الملفات الخاصة لأعداد المجلة، وسيكون كل محور منها عنواناً بارزاً لأغلفتها:

- 1 - الأطفال والديمقراطية.
- 2 - الأطفال وثقافة التسامح.
- 3 - الأطفال والعلوم.
- 4 - الأطفال وثقافة الصورة.
- 5 - الأطفال وفضاء اللعب.
- 6 - الأطفال والثقافة الإلكترونية.
- 7 - الأطفال والعدالة التربوية.
- 8 - مدارس المستقبل لأطفال ما قبل المدرسة والرياض ( المبنى - التأنيث - اللعب - وسائل الإيضاح - الخبرات... إلخ).

لذا، فإنه يسعد الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية دعوة الباحثين العرب أينما وجدوا للمساهمة في مجلة الطفولة العربية ببحث يعدونه خصيصاً لأي من المحاور المذكورة، هذا وستقوم الجمعية بتقديم مكافأة مالية رمزية\* تشجيعاً للأبحاث والدراسات المقدمة، على أن تكون تلك الأبحاث وفقاً لقواعد وشروط النشر في المجلة التي يجدونها على موقع الجمعية الآتي: [www.ksaac.org.kw](http://www.ksaac.org.kw)

آملين استجابتكم الكريمة، مع موافقتنا بعنوان الدراسة التي ترغبون في إعدادها وفقاً للمحاور الثمانية المذكورة، ومن ثم تزويدنا بدراساتكم حال الانتهاء منها.

ترسل جميع المكاتبات على العنوان الآتي:

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

مجلة الطفولة العربية

ص.ب: 23928 - الصفاة: 13100

دولة الكويت

هاتف: 4748250، 4748479، فاكس: 4749381

البريد الإلكتروني: [haa49@qualitynet.net](mailto:haa49@qualitynet.net)

\* (500 دولار أمريكي) للأبحاث الميدانية والتجريبية، و(150 دولاراً أمريكياً) للأبحاث والدراسات النظرية.

## معايير النمو الأطفال من سن 4 - 14 سنة مرجع للآباء والمعلمين

تأليف: تشب وود

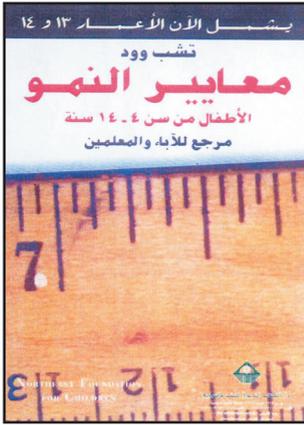
ترجمة: مدارس الظهران الأهلية

الناشر: دار الكتاب التربوي للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2006

عدد الصفحات: 193

عرض ومراجعة: د. بدر إبراهيم الشيباني

قسم علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة الكويت



يحتوي الكتاب في الجزء الأول منه على مقدمة ركّز الباحث فيها على الإضافات التي شملتها هذه الطبعة، والتي تمثلت بإضافة جداول خاصة بخصائص الأطفال بأعمار 4-14 سنة، وبذلك شمل جميع المراحل بما فيها سنوات المرحلة المتوسطة. وأشار إلى أهمية فهم هذه الخصائص، حيث «هي توقعات عامة تساعدنا في الحصول على تقدير لأنماط النمو، وليست معايير أو تنبؤات دقيقة لما سيحدث في سن معين». كما أنها ليست أنماطاً مطلقة أو ثابتة أبداً. وأضاف أن الثقافة والبيئة والصحة والمزاج والشخصية كلها عوامل تؤثر على تنشئة كل طفل في كل سن. وأكد أن هذا الكتاب لا يقدم أجوبة لأسئلة النمو البشري، بل هي لقطات ملحوظة في قاعات الدرس قام بتجميعها بنفسه، وبمساعدة منظرين ومعلمين آخرين في الكثير من الأماكن، وفي الكثير من المراحل التاريخية المختلفة.

في الجزء الثاني تناول المؤلف باختصار قضايا النمو التي تؤثر على جميع الأطفال؛ حيث تشكل احتياجات الأطفال النمائية الأساس الذي تقوم عليه قراراتنا بشأن تنظيم المدرسة وسياساتها والبرامج والممارسات اليومية. هذه القرارات قد تؤثر على الأطفال سلبياً، وتعيق النمو والتعلم بدلاً من التشجيع عليه، وإذا ما فهمنا احتياجات الأطفال النمائية على نحو أكمل فسوف تقودنا إلى تغيير وتحسين مدارسنا. بناءً عليه قدّم المؤلف مقترحات حول قضايا غالباً ما يتم إغفالها، أو يُساء فهمها في طبيعة المدارس الأمريكية.

### تجميع الطلاب في مجموعات مختلطة الأعمار:

حاولت المدارس الأمريكية طرقاً عديدة لتصنيف الطلاب تاريخياً بدءاً بالمدرسة المؤلفة من صف واحد إلى نموذج خط التجميع الذي تألف من صف يضم طلاباً من عمر محدد. ولكن بسبب الفوارق الزمنية في أعمار الأطفال، وبسبب السياسات المقننة للترسيب في

الصف، فأعمار الأطفال تختلف بما لا يقل عن سنتين في تلك التصنيفات. في التسعينيات تجدد الاهتمام بتجميع الأطفال بأعمار مختلفة في صف واحد خاصة في المرحلة الابتدائية، وتركز الانتباه على صفوف يعمل فيها الأطفال بأعمار بين السادسة والتاسعة على شكل مجموعات غير متجانسة، ويتقدمون أكاديمياً طبقاً لقدراتهم واحتياجاتهم وجداولهم الزمنية. وقد تم تجريب هذه الطريقة أيضاً فيما يطلق عليه مدارس «الصف المفتوح» في حقبة الستينيات والسبعينيات، والتي كان يعمل بها في الثلاثينيات وأواخر الأربعينيات، مع أن الأطفال يستطيعون كسب الكثير من تعليم الأطفال الأصغر منهم، واستفادة الصغار من اتصالهم بالمعرفة الجديدة، ومن محاكاتهم للأطفال الكبار، إلا أن تعليم الأطفال بأعمار مختلفة في صف واحد يطرح تحديات واضحة بعد عشرين سنة من الخبرة الصفية:

1. استمتع الأطفال اجتماعياً من هذا الخلط، ووجدوه مثيراً.
2. من المستحيل للمعلمين مواكبة احتياجات الأطفال الأكاديمية نتيجة الفرق الشاسع في القدرات بينهم.
3. كانت بيئة محببة للأطفال، لكنها منهكة جداً للمعلمين الجادين.
4. من الواضح أنها لم تحقق الاحتياجات الأكاديمية لجميع الأطفال.

#### بعض الاقتراحات حول تجميع الطلاب:

يقول المؤلف: إن أعماراً محددة من الأطفال تعمل معاً بشكل أفضل من أعمار أخرى بناءً على طرق تجميع مختلفة لمدة سنتين في مدرستهم التجريبية، فمثلاً، يعمل أطفال الخامسة والسادسة معاً بشكل جيد للغاية مما يجعل دمج الصفين أمراً جيداً طوال اليوم.

- يبدو أن أطفال السابعة يعملون بشكل أفضل عندما يُتركون وحدهم؛ حيث يتصف هذا العمر «الانتقالي» بالحاجة إلى الخصوصية، وبالحساسية الشديدة والمزاجية في أغلب الأحيان. إلا أنهم يعملون بشكل جيد مع الأطفال الأكبر سناً عن الأطفال الأصغر سناً؛ لذا استقر الرأي على مجموعة واحدة للصف الثاني تشمل أطفال السابعة والثامنة (نتيجة الترسيب).

- يعمل أطفال الصفين: الثالث والرابع (8 و9 من العمر) بشكل جيد في سياق بيئة مختلطة الأعمار، حيث ينتقل المعلمون معهم من الصف الثالث إلى الرابع لكن في مجموعتين منفردتين.

- تتصف مجموعة الصف الخامس والسادس (10 - 11 سنة) باستقرار أكبر، وطاعة لتعليمات المدرسة في سن العاشرة، وبفاعلية عالية، وميل لجعل الصراعات في المدرسة أقل حدة بالنسبة لأطفال الحادية عشرة، مما يساعد في انتقال من إلى سنوات المدرسة المتوسطة.

- كذلك يعمل طلاب الصفين السابع والثامن (12 - 13 سنة) بشكل جيد معاً في بيئات مختلطة الأعمار، على الرغم من ميل طلاب الصف الثامن إلى إيجاد مكانتهم وامتيازاتهم الخاصة، ويمكنهم تقديم نماذج فاعلة جداً لطلاب الصف السابع الذين يتصف سلوكهم

عموماً بأنه أقل نضجاً.

### الفوارق العادية في النمو:

بصرف النظر عن الكيفية التي يصنف بها الاطفال سواء كان تصنيفاً زمنياً أو بحسب الصف، مازال هناك مدى واسع من الفوارق النمائية العادية، خاصة إذا كانت بحدود السنيتين. فالفوارق الزمنية في نواحي نمو الطفل سواء كانت بدنية، معرفية، لغوية أو اجتماعية هي عادة متقاربة وشبه مماثلة. تلعب الشخصية دوراً واضحاً غالباً في الطريقة التي ينتقل بها الطفل عبر مراحل نموه أيضاً، ولكن من المهم أن نتذكر أن كل طفل متفرد في نموه على الرغم من توافقه مع نمط نمائي عام. وأن المعايير الواردة في هذا الكتاب ليست معايير يجب اتباعها بقدر ما هي مؤشرات تساعدنا في توجيه الطريق الذي نتعامل به مع الطفل في مرحلة زمنية معينة من نموه.

### الاعتبارات العرقية والثقافية:

أشار الكاتب إلى أن معظم معارفنا عن أنماط نمو الطفل ونضجه هي نتيجة دراسات البيض من قبل باحثين بيض، فهي بذلك تعكس البيئة البيضاء في المجتمع الأمريكي، مما يشجعنا على الوصول إلى معلومات إضافية من أبحاث وتقارير يقوم بها باحثون من أعراق أخرى، في حين أن التوقعات النمائية الأساسية مماثلة لجميع الأطفال في جميع الثقافات، إلا أن الباحثة قاريت هوليدي تشير إلى أنه يتعين على الأطفال الأمريكيين من أصل أفريقي مواجهة مجموعة من المهمات النمائية أكثر تعقيداً مقارنة بالأطفال البيض. وأن هذه «البنية البيئية» قد تترك أثراً إيجابياً أو سلبياً على مسار النمو عند الأطفال من أصل أفريقي. عموماً، قد يُظهر هؤلاء الأطفال (من أصل أفريقي) سلوكاً اجتماعياً تكيفياً أكثر نضجاً من نظرائهم البيض. وهذا تذكير مهم عند قراءة هذا الكتاب، وعند تقويم التوقعات النمائية للأطفال الأمريكيين من أصل أفريقي.

عرض المؤلف خلاصة الكتب والدراسات التي تؤكد على أن التحصيل غير المناسب للطلاب الأمريكيين من أصل أفريقي، خاصة الذكور، هو في الأساس نتيجة الطريقة التي ينظر بها إليهم، والأسلوب الذي يتعامل به معلموهم معهم، وليس نتيجة للبيئة المنزلية أو الاجتماعية، كما أكد الكثير من الباحثين حقيقة أن المعلمين أكثر توقعاً وتقديراً للسلوكيات المدرسية للإناث البيض، ثم الذكور البيض، ثم الإناث السود، وأخيراً الذكور السود على التوالي. تقدم الفروق بين ثقافة المدرسة وثقافة المجتمع والأسرة الأمريكية من أصل أفريقي رسائل متناقضة ومحبطة للذات في معظم الأحيان للأطفال الصغار. وينصح المؤلف مرة أخرى عند قراءة «المضامين الصفية» للأطفال في أعمار مختلفة، كما هي موضحة في هذا الكتاب، الأخذ في الحسبان التحذيرات بالغة الأهمية للتحيز العرقي والثقافي في البيئة المدرسية.

### تجميع الطلاب وفقاً لقدراتهم:

وفقاً للمؤلف، تاريخ التعليم الأمريكي مليء بأمثلة الاستخدام السيئ للتجميع بحسب القدرة في المدارس كأسلوب لتطبيق الفصل الثقافي، ولتعزيز الصور النمطية التي تمت

مناقشتها سابقاً. وقد تطرق بإسهاب إلى نمطين هما: التجمع في مسارات أو شعب، والضم أو الدمج.

### التجمع في مسارات أو شعب:

عرف الكاتب التجمع بحسب القدرة أو «التجمع في مسارات أو شعب» تقليدياً بأنه وسيلة لتقسيم الطلاب بحسب «الذكاء» والطبقة الاجتماعية، وفيه يتم تحديد أي طلاب سيستمررون في التعليم الرسمي عبر الثانوية وما بعدها، وهو غالباً ما يقيد الأطفال، ولا يشجعهم على التحصيل الأعلى، كما هو ضار للغاية، وممارسة مشكوك فيها للأطفال الصغار بدءاً من الروضة وانتهاءً بالمرحلة الثانوية. لحسن الحظ أن الكثير من المدارس أخذت أخيراً في الابتعاد عن هذا الإجراء، مع هذا فإن بعض أساليب التجميع بحسب القدرة مازالت شائعة جداً.

يعتقد المؤلف أيضاً أن تجميع طلاب المرحلة المتوسطة بحسب القدرة ونقلهم إلى معلمين جدد كل 50 دقيقة إجراء يتناقض مع الصراع النمائي الأساسي، كالحاجة الشديدة للانتماء والهوية، في هذه المرحلة العمرية. بينما المدارس التي تسير وفق تصنيف الطلاب إلى «فرق» هي مدارس تسير على الطريق الصحيح، بحسب تعبير الكاتب. في هذا النظام تعمل مجموعة من المعلمين مع (100-150) طالباً على مدى العام الدراسي كله، ويكون للمعلم مرونة أكثر في تنظيم الجدول الدراسي، مما يتيح لهم تخصيص وقت للرحلات الميدانية، خدمة المجتمع، مشاريع التعلم التعاوني، الجلسات الإرشادية، أو لخصصهم الأساسية، مما يسمح للطلاب العمل على القضايا الاجتماعية، مجلس الطلاب، جمعيات، ونشاطات أخرى مع زملائهم. هذه الفرق المجموعة بشكل غير متجانس ترسخ هوية حميمة خاصة بها، وتشجع القيم الديمقراطية لدى الطلاب، وتكافح اللامبالاة والشكوك التي تغلب على هذه الفئة العمرية.

### الضم أو الدمج:

نموذج الضم يعني إحضار معلمين أو مساعدين خاصين إلى الصف المعتاد لمساعدة الطلاب من مختلف المستويات (الموهوبين أو الذين لديهم صعوبات تعليمية)؛ لمساعدة معلم الصف في تحقيق التقدم. هذا النموذج ينطوي على إمكانية كبيرة لاحترام الأهمية الذاتية لكل متعلم، وتحفظ بالمعلم كـ «راع أساسي» لفرص التعلم، والبقاء مع المجموعة معظم اليوم الدراسي في المدرسة الابتدائية، ويوفر هذا النموذج بالتأكيد حساسية كبيرة لجميع حاجات الأطفال النمائية.

### الترسيب:

يُعدُّ نظام «الترسيب» (إعادة الطالب لصفه لسنة أو أكثر) أحد أكثر الموضوعات إثارة في التعليم على مدى السنوات الثلاثين الماضية، وتم الاتفاق حالياً على أن ترسيب طالب ما بسبب إخفاقه أكاديمياً لن يؤدي إلى النتائج المطلوبة، وهي التقدم والنجاح أكاديمياً في المدرسة، وتشير الأبحاث إلى فشل الطلاب الذين يعيدون الصف فعلاً، والانسحاب من المدرسة للذين يعيدون الصف مرتين. هذه الممارسة أثرت بتفاوت على أعداد كبيرة من الطلاب الأمريكيين

من أصل أفريقي، ومن أصل لاتيني؛ لذا يجب أن تكون المدرسة حذرة جداً بخصوص الطريقة التي يقرر بها إبقاء الطالب سنة إضافية في صف ما، بل يجب إشراك الآباء في خطوات هذا الإجراء. يؤكد المؤلف أن تقرير ترسيب الطالب سنة إضافية في الصف يجب ألا يكون مطلقاً لأسباب أكاديمية محضة مهما كان المستوى العمري للطفل؛ لأنه إذا تم ترسيب الطالب لأسباب أكاديمية فذلك يعني أن المدرسة هي التي أفضلت الطالب، وليس العكس. خاصة إذا وضعنا في الحسبان أن الفوارق الأكاديمية في المدرسة أسهل بكثير مقارنة باستيعاب الفوارق الواسعة في النمو والنضج. بناءً عليه يؤكد المؤلف على أن يتمعن المربون والآباء عند تقرير وقت إضافي يقضيه الطالب في المدرسة.

### الغذاء:

يُعدُّ الطعام عنصراً أساسياً في احتياجات الطلاب اليومية، وهو جزء مكمل للمنهج الأكاديمي والاجتماعي. وأدرك المربون المختصون بالطفولة المبكرة منذ أمد بعيد مدى أهمية الوجبة الغذائية لأطفال ما قبل المدرسة ورياض الأطفال والصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية. في الحقيقة إن الافتقار إلى وجبة خفيفة يسهم في ضعف الانتباه والتركيز والتكاسل؛ لذا يرى الكاتب أن قانون «ممنوع تناول الطعام في غرفة الفصل» يجب أن يتغير ويشرك الطلاب في وضع لوائح منظمة لجعل الأكل في غرفة الصف إجراءً ناجحاً حتى لا يُساء استخدامه بتناول أغذية غير صحية وحلويات، وهي التي قد تسهم في نشاط عصبي مفرط.

### التمارين الرياضية:

مثل الطعام يحتاج جميع الطلاب إلى تمارين مستمرة، فالأكسجين هو غذاء المخ، كما أن ضوء الشمس والهواء مهمان لنموننا، كما هما مهمان لنمو النباتات والأشجار، إن العديد من مشكلات الطلاب السلوكية في المدرسة يمكن أن تُعزى مباشرة إلى الافتقار للنشاط البدني، وأن التحصيل الأكاديمي سيزداد لجميع الأطفال مع ازدياد النشاط البدني، وليس العكس.

### اليوم المدرسي:

أكد المؤلف أن جداولنا المدرسية لا تنتبه لإيقاع الطفولة أو للاحتياجات النمائية المتغيرة للأطفال، على سبيل المثال، الفسحة بعد الغداء، أليست معكوسة؟ أليس من المعقول أكثر أن تعالج الشهية للأكل أولاً، ثم تتبعها استراحة هادئة قصيرة في الصف بعد الغداء، بدلاً من الأكل، ثم الجري واللعب والحركة؟ المدارس التي أعادت تنظيم جداولها بمثل هذا التغيير البسيط وجدت فرقاً واضحاً في سلوكيات الأطفال ومستوى حيويتهم ونشاطهم في فترة ما بعد الظهر. الاستراحة الهادئة عادة مدتها نصف ساعة، يكون الطفل حراً في الراحة أو القراءة أو الرسم أو أداء واجب منزلي أو أي نشاط آخر يرغب فيه، لكن بدون حديث وحركة وانتقال في غرفة الصف خلال هذه الفترة.

### الاعتبارات النمائية الرئيسة:

تطرق الكاتب إلى الأنماط النظرية لنمو الأطفال ونضجهم، والمتفق عليها بشكل واسع

لمنظرين مثل بياجيه وجزل وإريكسون وفايقوتسكي، والتي قد تتغير أو تعدل أو ترفض بناءً على تدقيق الباحثين لها، ومدى محكاتها للواقع، وتطبيقاتها الميدانية، وعرض بعض الأفكار التي صمدت أمام اختبار الزمن حتى الآن:

1. هناك أنماط من النمو يمكن التنبؤ بها على نحو معقول، مثل أنماط النمو البدني واكتساب اللغة والسلوك الاجتماعي والإدراك أو التفكير. قسمت هذه الأنماط إلى مراحل محددة بطرق مختلفة وعامة نسبياً طبقاً لنظريات معينة.
2. يتأثر النمو بالثقافة والشخصية والبيئة. والتفرد يعني أن ليس هناك طفلان أو أسرتان أو مجتمعان متماثلان. ومع أن الأطفال جميعاً يمرون بمراحل متوقعة بنفس الترتيب فإنهم لن يمروا بها بنفس السرعة، وقد تمتد الفروقات الطبيعية لمدة عامين تقريباً.
3. لا يسير النمو والذكاء بنفس الوقت؛ فالطفل الذكي جداً قد ينضج بدنياً واجتماعياً ببطء، وقد يكون طفلاً بذكاء متوسط أو متدن متقدماً على الآخرين في النمو البدني والاجتماعي. إن الذكاء في القدرات والمهارات قد يسبق الذكاء التقليدي في التعليم المدرسي العام.
4. النمو عملية غير مستقرة، نرى الطفل هادئاً في وقت ما من اليوم، ونراه صعباً في وقت آخر، أكثر طاعةً وإذعاناً في سن ما، وأكثر رفضاً ومقاومة في سن آخر. يبدو أن التعلم يحدث على شكل طفرات تتبعها فترات من الاستقرار، كما أن طفرات النمو البدني المفاجئة تتبعها فترات من الهدوء النسبي. هذا التقلب في شدة وضعف النمو هو أمر طبيعي من دورة الحياة. بالطبع تكون التغييرات متقاربة في مرحلة الطفولة، وتكون أقل حدوثاً كلما تقدمنا في العمر.

#### معايير النمو:

استخلصت معايير النمو من البحث العلمي والنظرية والتطبيق العملي، وتهدف إلى مساعدتنا على تفهم ما يمر به أطفالنا حتى لانقل كاهلهم، أو نقيدهم بتوقعاتنا غير الواقعية، كما أن أنماط النمو عامة في طبيعتها، إلا أن لكل طفل خصوصيته. هنا قام الباحث بالتركيز على كل عمر من الأعمار (4-14 سنة) بشيء من الدقة المختزلة، تناول من خلالها على النمو البدني والاجتماعي (جمع النمو النفسي والاجتماعي معاً) واللغوي والمعرفي. من ثم استعرض بيئة الصف، وما يجب أن تكون عليه لتلائم عمره الزمني من ناحية البصر والمهارة الحركية الدقيقة، المهارات الحركية الكبيرة، النمو المعرفي، والنمو الاجتماعي. بعد ذلك ركز الكاتب بنمعة على طبيعة المنهج المناسب لكل عمر من الأعمار من حيث قدرات القراءة، الكتابة، الوحدات القائمة على عدة موضوعات (دراسات اجتماعية، علوم، أحداث حالية)، والرياضيات. بالإضافة إلى اقتراحه نشاطات صافية للمعلمين.

#### خلاصة:

يعرض الكتاب خصائص الأطفال البدنية والاجتماعية واللغوية والمعرفية بشكل من

الدقة المستخلصة من نتائج البحث والنظرية والتطبيق العملي الممارس من عمر أربع سنوات إلى أربع عشرة سنة، وهو يعرض جوانب غاية في الأهمية لمعلم/ معلمة تلك المرحلة، وما يجب أن يفهم عن قدرات الأطفال وميولهم وضعفهم، للتمكن من النهوض بهم ومساعدتهم على النضج السليم في قدراتهم ومهاراتهم.

كتاب «معايير النمو» مصدر ثمين جداً يوفر وصفاً تفصيلياً للسلوك «الطبيعي» الذي في مستويات عمرية مختلفة، وهو دليل ومرجع عملي في نمو الأطفال. اعتقد أنه مصدر عظيم للمعلمين والآباء، إذا كانوا يودون تكوين فكرة عما يتوقعونه من طفلهم وهو يتقدم في السن، أو رؤية ما يفعله «الآخرون» في مستوى طفلهم، كما أن الكتاب يساعد المعلم/ المعلمة على وضع منظور للطلاب من حيث ما هو ملائم لأفضل تعليم ممارس، وكيفية دعم مستوياتهم النمائية.

**أخطاء مطبعية أو في الترجمة يرجى الانتباه لها:**

- 1- صفحة 4، الفقرة الثالثة... فإن الحديث المتواصل والنشاط المحموم... أطفال السادسة. التعديل أطفال السابعة.
- 2- الضم (الملاح) Inclusion والقصد هنا الضم أو الدمج وليس الملاح.



# المجلة العربية للعلوم الإنسانية



## المقالات

## صعوبات القراءة وعلاقتها بالاضطرابات اللغوية

د. لينا عمر بن صديق

أستاذ مساعد - دبلوم التربية الخاصة

جامعة الملك عبد العزيز

## مقدمة:

لقد اهتم الباحثون لأكثر من ثلاثين عاماً بدراسة جوانب المعرفة اللغوية، وقدرات المعالجة اللغوية المميزة، وعلاقتها بالقراءة، واكتسابها، وقد أكدت معظم البحوث جديّة العلاقة التي تربط بينهما. فمن خلال مراجعة الأدب التاريخي لهذا المجال نجد أن الأبحاث التي أجريت على الاضطرابات اللغوية قادت إلى ظهور مصطلح صعوبات التعلم، لأنه قد تم تجاهل دور اللغة في صعوبات التعلم بشكل كبير لعدة سنوات، حيث تحول التركيز على المشكلات الحركية والإدراكية، فمنذ أن تم تقديم هذا المصطلح عن طريق صاموئيل كيرك (Samuel Kirk) أدرجت مشكلات الفهم والتعبير في اللغة كأحد العناصر التي يستدل منها على وجود صعوبات في القراءة (Brown, Aylward & Keogh, 1996).

ففي بداية القرن التاسع عشر اهتم الكثير من العلماء بتحديد بعض أجزاء الدماغ المسؤولة عن اللغة والمتعلقة بالقراءة والكتابة وخاصة القشرة الدماغية، وأشاروا إلى أن أي خلل أو صدمة تحدث في تلك المنطقة قد تؤثر على تعطيل إحدى العمليات المتعلقة باللغة كالاستماع والحديث والقراءة والكتابة. حيث أشار ليرنر (Lerner, 1992) إلى أن مظاهر الاضطرابات اللغوية تتمثل في تأخر ظهور اللغة، وفقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها، وصعوبة فهم الكلمات والجمل، وكذلك الصعوبة في القراءة والكتابة، وصعوبة في تركيب الجمل، بالإضافة إلى صعوبة في التذكر والتعبير.

وقد كان لجهود وليام برودبنت (William Broadbent) السبق الأول في إجراء البحوث والدراسات المتعلقة بصعوبات القراءة، والتي وصف من خلالها بعض حالات الأفراد الذين يعانون من عدم القدرة على القراءة. وأضاف كاسموئيل (Kussmaul) أن هذه الصعوبات قد تحدث على الرغم من تمتع أصحابها بالذكاء العادي وقوة الإبصار والكلام العادية؛ حيث تم الإشارة إلى صعوبات القراءة بمصطلح "ديسلكسيا" (Dyslexia) الذي قدمه العالم الألماني بيرلين (Berlin) ليصف الصعوبات الشديدة في القراءة، والتي أرجع سببها إلى مرض في الدماغ. في حين أرجع ديجيرني (Dejerine) سببها إلى فقدان الربط بين جزأي الدماغ من حيث العمل والوظيفة، ووجد أن ذلك ينطبق على الحالات التي يعاني أصحابها من فقدان القدرة على القراءة والكتابة أو فقدان القدرة على القراءة فقط على الرغم من القدرة على الكتابة. ثم قدم مورقان (Morgan) أول أدبيات عمى الكلمات، وعرض فيه وصفاً مختصراً لهذه الحالة، عزا فيه سبب الإصابة بها إلى خلل في المنطقة المسؤولة عن معالجة اللغة في الجزء الأيسر من الدماغ، وليس لخلل في عملية الإبصار (Thomas, 2000).

الإأن أول تقرير طبي عن صعوبات القراءة ظهر على يد العالم الأمريكي أورتون (Orton)، وقد صنف أمراض الكلام إلى خمس حالات هي: عمى الكلمات Developmental Alexia، الأفيزيا الصوتية Developmental Word Deafness، صعوبات القراءة والكتابة Dyslexia & Dysgraphia، التأخر في الكلام Motor Speech Delay، التأتأة Stuttering؛ ولذا يعتبر أورتون (Orton) أول من قام بوصف عمليات الكلام، وكأنها جهاز واحد مسؤول عن عمليات اللغة المتمثلة في الاستماع والتحدث والقراءة والكتابة (Richardson, 1992). كما اعتبر أول من أظهر العلاقة بين خلل عمليات الدماغ اللغوية وصعوبات القراءة؛ حيث أكد أن تأخر نمو الأعصاب هو المسؤول عن فشل النصف الأيسر في تطوير المهارات اللغوية بصورة تفوق مثيلها في الجانب الأيمن، وأن هذا الفشل في الجانب الأيسر هو المسؤول عن صعوبات القراءة، والتي تظهر في التمييز بين الأشكال المتماثلة (Brunswick, 1998).

وقد أكدت الدراسات التشريحية لدماغ وخلايا الأطفال ذوي صعوبات القراءة التي استخدمت التقنيات الحديثة في أواخر الستينات وجود علاقة بين بعض مهام المعالجة اللغوية التي يقوم بها الدماغ ومهارات القراءة والكتابة، وحل المشكلات (Ratner & Harris, 1994). فمنذ بداية عام (1970) أصبح هناك كم هائل من الأبحاث التي أكدت الارتباط بين المشكلات اللغوية وصعوبات القراءة. وتزايدت الأبحاث والدراسات في أواخر السبعينات، وأشارت إلى أهمية اللغة بالنسبة للقراءة وفهم صعوباتها (Browen, et al., 1996).

فالمعرفة بعناصر اللغة المختلفة واستيعابها يحقق النجاح في القراءة. فقبل أن يتعلم الطفل القراءة عليه اكتساب معرفة الوعي بأبعاد اللغة؛ لأنها تشير إلى كيفية تفكيره باللغة، واستخدامها، وقدرته على التلاعب بالألفاظ اللغوية. وقبل أن يتعلم الطفل قول جمل كاملة لمدة طويلة، فإنه يتعلم أهداف الأحرف، ويصبح لديه اهتمام بالملصقات، والأحرف، والمجلات، والكتب. فالقدرات اللغوية هي الأساس لتطوير مهارات صحيحة في القراءة، وإن أي خلل أو عطل في هذه القدرات يسبب صعوبات في القراءة (Hall, Oyer & Hass, 2001). حيث تتمثل صعوبات القراءة في واحدة أو أكثر من الأعراض الآتية: قراءة الأرقام والحروف بطريقة معكوسة، وصعوبة في تذكر وفهم وترديد المسموع، كذلك صعوبة في فهم وتذكر المقروء، وصعوبة في فهم التوجيهات المكتوبة أو الملفوظة، بالإضافة إلى عكس الكلمات أو الأرقام في أثناء الكتابة، وضعف الخط والنسخ، والقدرة على الرسم، وتسجيل الأفكار على الورق (Shaywitz, 1996).

وبهذا تُعرّف الاضطرابات اللغوية بأنها «صعوبة في إنتاج أو استقبال الوحدات اللغوية بغض النظر عن البيئة التي قد تتراوح في مداها من الغياب الكلي إلى الوجود المتباين في إنتاج النحو واللغة المفيدة، ولكن بمحتوى قليل ومفردات قليلة وتكوين لفظي محدد وحذف لسائدات، وأحرف الجر وإشارات الجمع والظروف» (السرطاوي وأبو جودة، 2000). أما صعوبات القراءة فتُعرّف «بانخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع للقارئ من ناحية عمره الزمني ونسبة ذكائه، شرط ألا يحدث هذا الانخفاض في مستوى القراءة بسبب مشكلات عاطفية أو أمراض عصبية أو عدم تكافؤ الفرص التعليمية» (Siegel, 1992).

## علاقة اللغة بالقراءة :

إن اكتساب وتعلم اللغة الذي يحدث في أثناء تطور الطفل ربما يكون من أكثر علامات الذكاء الإنساني، ليس فقط لأن استخدام اللغة يمثل إحدى الخصائص الإنسانية الفريدة ولكن لأنه يخدم كعنصر أساسي في جميع مراحل الإنجاز الأكاديمي. وتعتبر القدرة على اكتساب واستخدام اللغة واحدة من أكثر الملامح المميزة للإنسان، فبدون اللغة سوف يكون فهم المعاني المتبادلة والقيم والتقاليد مستحيلاً.

فاللغة كما يراها كارول (Carroll) هي « نظام من الرموز اللفظية (كلمات) يستخدمها الأفراد للتواصل فيما بينهم ». وتظهر اللغة بأشكال مختلفة كالمحادثة والاستماع والقراءة والكتابة. ويعتبر الاستماع أكثر أشكال اللغة ظهوراً، ثم المحادثة، ومن ثم تتراكم الخبرات لتصل إلى اللغة المكتوبة، فالخبرة اللغوية المبكرة تشكل القاعدة المتينة للقراءة، ومع تراكم الخبرة واستمرارها يتشكل لدى الطفل الألفة في البناء اللغوي، كما تتوسع دائرة مفرداته، ويصبح لديه المعرفة بالأنماط المختلفة للجملة. وهكذا نجد أن تشكيل اللغة يتبع نسقاً وترتيباً معيناً يتمثل في الاستماع Listening، التحدث Conversation، القراءة Reading، الكتابة Writing (Lerner, 1992).

فالأطفال يتعلمون اللغة من بيئتهم بالاستماع لمن حولهم، وبالتمرن على ما استمعوا له، وعادة ما يبدأون بتعلم اللغة من خلال مقدرتهم على نطق كلمة أو كلمتين بصورة واضحة وكافية لمعرفة معناها من قبل الوالدين، كما أن بإمكانهم أن ينفذوا طلبات بسيطة، وأن يستجيبوا لبعض الأسئلة. وفي عامهم الثاني يتمكن الطفل من صياغة جمل بسيطة مكونة من ثلاث إلى أربع كلمات، والاستجابة لطلبين متتابعين. وعادة ما تنمو لديهم المهارات اللغوية، وتستمر في مرحلة الحضانة، وحتى مرحلة الروضة، وبهذه الفترة يتمكن الطفل من إخبارنا بقصة ذات تسلسل منطقي، وفي حالات أفضل يتمكن من العد ومعرفة الحروف. وكما لاحظنا فإن اللغة بالنسبة للطفل في هذه الفترة مكونة من الاستماع والتحدث، وعندما يدخل الطفل المدرسة تزداد خبرته اللغوية لتشمل القراءة والكتابة (Hall, et al., 2001). حيث يصبح الطفل قادراً على جمع الكلمات في عبارات ذات معنى، وعندها يكون قد اكتسب الكفاءة اللغوية؛ حيث يقوم ببناء جمل مكونة من كلمات مرتبة بطريقة تعطي لها معنى، يعبر عنها من خلال تحكمه بالأصوات الدالة عليها (Polloway & Smith, 1992).

فكلما تقدم الطفل خلال المراحل المبكرة من التعليم فإنه يكتسب الكفاءة اللغوية إذا قام بتطوير لغته الداخلية، والاستقبالية، والتعبيرية. وتعرف اللغة الداخلية بأنها لغة الأفكار؛ حيث يقوم الطفل من خلالها ببناء جسر بين الأفكار واللغة المنطوقة توجهه للبيئة، وتزوده بالتصور اللفظي للكلمات والمفاهيم، ومن الممكن أن نستدل على أن الطفل اكتسب اللغة الداخلية على أساس كيفية الرموز اللغوية التي يعبر عنها أو يستقبلها بشكل واقعي. وفي أثناء اكتساب الطفل للغة الداخلية فإنه يؤسس الكفاءة اللغوية المناسبة لإتقان اللغة المنطوقة، والقراءة، والهجاء، والكتابة، وفنون اللغة الأخرى. ويشار للغة الاستقبالية بأنها قدرة الطفل على فهم الرموز المنطوقة والمكتوبة، ويشار إليها أيضاً على أنها حل للرموز اللغوية لإجراء بعض العمليات العقلية، وتعتبر اللغة الاستقبالية معززة لتطور اللغة الداخلية ومتطلباً سابقاً لمهارات اللغة التعبيرية، والتي يعبر عنها بالقدرة على تفسير أو نقل الأفكار والآراء من

خلال الرموز المكتوبة أو المنطوقة، حيث تتطور مهارات اللغة حين يتعلم الطفل كيفية تحويل الرموز المنطوقة إلى رموز مرئية، وعندها يكون الطفل قد اكتسب مهارات الكفاءة اللغوية (Wallace, et al., 1992).

وأشار ليرنر (Lerner, 1992) إلى أن عدم اكتساب الطفل للكفاءة اللغوية لأي سبب سوف يؤثر بشكل سلبي على التقدم في المهمات الأكاديمية المرتبطة به. فالأطفال يمكن أن يتقدموا عبر مراحل القراءة ليصبحوا قراء فاعلين إذا ما اكتسبوا مهارات ما وراء اللغة، وأتقنوا مكونات وعناصر اللغة الأساسية.

حيث تشير مهارات ما وراء اللغة حسب فانكليك (Vankleeck) إلى القدرة على عكس الوعي على طبيعة وخصائص اللغة، ويظهر هذا بوضوح عندما يلعب الأطفال لعبة الكلمات، حيث يستخدمون السجع، أو التعرف على الجمل المركبة بشكل قواعدي غير جيد؛ ولذا تعتبر مهارات ما وراء اللغة أساسية لتطور اللغة المنطوقة (in Kuder, 1996, 46).

كما قسم فانكليك (Vankleeck) مهارات ما وراء اللغة إلى ثلاثة أقسام: أولها المعرفة بأن اللغة نظام تحكم حيث يدرك الطفل بأن الأصوات التي يختارها المجتمع للتعبير أو الإشارة إلى كلمة هي أصوات تحكمية، فالجسم الحقيقي أو الحدث لا يرتبط بالكلمة المشار إليها، بل هو مجرد اسم يطلق للتعبير والإشارة إلى الشيء المسمى.

ثانيها معرفة اللغة على أساس أنها نظام قواعد محددة لربط الكلمات والأصوات، حيث يدرك الطفل بأنه عند التحدث يمكن تجزئة الكلمات وتغييرها. وأخيراً معرفة وإدراك أن اللغة وسيلة للتواصل، فحساسية الطفل في مجال الرسائل تزداد، حيث يبدأ بتحديد ما إذا كانت إحدى العبارات تتلاءم مع موضوع المحادثة، وتناسب المستمع أو جلسة بحد ذاتها (Ratner & Harris, 1994).

أما مكونات وعناصر اللغة الأساسية فهي تتضمن: أصوات الكلام Phonology، التشكيل Morphology، القواعد النحوية Syntax، ومعاني الكلمات Semantics، واستخدام اللغة Pragmatic.

ويشير علم أصوات الكلام إلى أنه القدرة على معالجة النظام الصوتي للغة المنطوقة، وتشير كلمة فونيمات (Phonemes) إلى الوحدات الصوتية التي تشكل اللغة، والفونيم ليس له معنى بمفرده، ولكن عند إنتاجه ودخوله في تركيب الكلمة سوف يغير من معنى الكلمة بشكل دائم؛ لذا على الطفل أن يتعلم أولاً كيفية تحديد الأصوات (الوعي بأصوات الكلام)، ومن ثم يتعلم مطابقة هذه الأصوات للحروف (الفونيم)؛ وذلك ليتمكن من إنتاج الفونيم الفردي لتطوير اللغة الطبيعية بشكل مفهوم.

ويشير علم التشكيل إلى قدرة الفرد على تجزئة اللغة إلى وحدات صوتية، أي: إلى مقاطع. وتعتبر القدرة على تجزئة الجمل إلى كلمات ومن ثم تجزئة الكلمات إلى أصوات عنصراً مهماً لإتقان مهارة القراءة. ويتوقع من الأطفال أن يجدوا الكلمات التي تحتوي نفس الأصوات أو الإيقاعات في تمارين القراءة المبكرة، وعن طريق فهم قواعد وأنظمة اللغة يستطيع الأطفال أداء مثل هذه المهام.

أما القواعد النحوية فهي ترتبط بترتيب الكلمات في مراحل ، وجمل لها معنى ، وتركيب الكلمات يمكن أن يكون له أثر كبير على معنى الجمل المعطاة، فإن إعادة تركيب الكلمات بشكل بسيط يعتبر علامة على تغير معنى الجملة الأصلية؛ حيث يجب على الطفل أن يتعلم أهمية الترتيب المناسب للكلمات داخل الجمل لتسهيل اللغة الاستقبالية والتعبيرية. وتلعب القواعد النحوية دوراً ضرورياً في إنتاج وفهم اللغة، وإن كان لدى الطفل صعوبة باكتساب أو استخدام قواعد النحو فإن تطور اللغة الشفهية سيبدو غير منظم ، وسوف يواجه الطفل صعوبة في الفهم.

ويشير علم معاني الكلمات والجمل إلى أن المكونات الأخرى للغة تم دراستها بشكل واسع، إلا أن معاني الكلمات تلقت القليل من الانتباه. وبشكل مبدئي فإن الطفل يكون الارتباطات بين الكلمات والأشياء الشائعة في البيئة، والكثير من الأطفال يظهرون بسرعة معرفة معاني الكلمات عن طريق تعلم الرموز اللفظية الشائعة. أما استخدام اللغة فيشير إلى قدرة الطفل على استخدام أشكال اللغة والمحتوى، فاستخدام اللغة يعمل على توصيل معرفة كيفية أن الأشياء تصب في قلب اللغة لتتناسب مع حاجات المتكلم وأهدافه (Owens, 1999).

وبعد نمو عناصر ومكونات اللغة يصبح الطفل قادراً على استخدامها في المهارات الأكاديمية ، وخاصة مهارة القراءة والتعبير الكتابي.

ولذا تعتبر القراءة مهارة أساسية لجميع أفراد المجتمع ، ومن أعظم إنجازات الإنسان. فمن الصعب أن نجد أي نشاط لا يتطلب القراءة، سواء كان هذا النشاط في المدرسة أو المنزل أو العمل أو المهن أو حتى في المجالات الترفيهية، فضلاً عن أنها تعتبر قناة مهمة للاتصال والتواصل مع العالم الخارجي. فإذا ما لاحظنا النشاط الاجتماعي للناس ندرك الدور المهم الذي تلعبه القراءة في حياتهم، وأن ما يفعلونه يعتمد على ما يقرؤونه سواء من مجلات أو صحف، أو كتب أو مواد علمية، وذلك بهدف الحصول على معلومات أو متعة أو لأهداف أخرى؛ ولذا يمكننا القول بأن للقراءة أهمية كبيرة في النجاح الأكاديمي والمهني والاجتماعي.

وقد بدأ مفهوم القراءة في أوائل القرن العشرين على أنه عملية ميكانيكية تقوم على التعرف على الرموز والنطق بها. فمفهوم القراءة في هذه الفترة كان يهتم بالتعرف على الكلمة وأصوات حروفها ودراسة حركة العين من ناحية فسيولوجية، أما في العقد الثاني من هذا القرن اتسعت النظرة إلى عملية القراءة مما أدى إلى تطور مفهومها من حيث كونها عملية ميكانيكية بحتة إلى كونها عملية فكرية تستلزم فهم المعاني والربط بينها (سليمان وآخرون، 2003).

وهذا ما أشار إليه هاريس وسوزان (Harris & Susan, 1998) من أن القراءة « تفسير ذات معنى للرموز اللفظية المطبوعة أو المكتوبة، والقراءة من أجل الفهم تحدث نتيجة التفاعل بين إدراك الرموز المكتوبة التي تمثل اللغة ومهارات القارئ اللغوية، والمهارات المعرفية والمعرفة عن العالم، وفي هذه الحالة يحاول القارئ فك رموز المعاني المقروءة».

في حين نظر شال (Chall, 1990) إلى القراءة على أنها « مهارة تتطور باستمرار، وأن تعلمها لا يتوقف حينما يكون الطفل قادراً على حل شفرة الترميز المطبوع. فعندما يصبح الطفل قادراً على الترميز بكفاءة وسرعة ودقة، تصبح القراءة أداة للتعلم والفهم » فالقراءة

قدرة تتمثل في فك رموز ثنائية، تتضح أولاً في تحويل الرمز المكتوب إلى رمز منطوق، أي: معرفة الكلمة وتحليلها، وثانياً في معرفة معناها، أي: فهم واستيعاب المقروء (Polloway & Smith, 1992).

وليصبح الطفل قارئاً فعالاً لابد أن يتقن عدداً من المهارات كالتعرف على الكلمة، ومهارات الاستيعاب، فعلى الرغم من أن هدف القراءة هو استنتاج المعنى من الصفحة المطبوعة، فإن هذا لا يمكن إتمامه إذا لم يستطيع الفرد التعرف على الكلمات التي تشكل فقرات القراءة. فهناك حاجة لمهارات التعرف على الكلمة لترجمة الحرف المطبوع، ومطابقة الحروف والكلمات مع الأصوات (Wallace, et al., 1992). في حين أن مهارات الاستيعاب يحتاجها الفرد لفهم معنى ما يقرأ، أشار شال (Chall, 1990) إلى أن الفشل في القدرة على استيعاب القراءة تعتبر نتيجة ثانوية للفشل في اكتساب مهارات الترميز في المراحل المبكرة لتعلم القراءة، والتي يتم اكتسابها عن طريق التعرف على أصوات الحروف (الفونيمات الصوتية) لأسماء الأشياء، واستخدام الخصائص الصوتية من الذاكرة طويلة المدى والتي تتضمن معالجة اللغة.

وميز التربويون ثلاثة مستويات لمهارات القراءة، حيث يشير المستوى الأول إلى المستوى المستقل والوظيفي، وهو مستوى القراءة الأعلى الذي يقرأ فيه الطفل بسهولة وطلاقة دون مساعدة، والثاني يشير إلى المستوى التعليمي الذي يقرأ فيه الطفل بشكل مُرضٍ مع المساعدة، في حين يحدد المستوى الثالث مهارات الطفل القرائية وهو مستوى الإحباط، وفيه يفقد الطفل على الأقل نصف المادة المقروءة (Twain, 1981).

كما حدد هاريس وسوزان (Harris & Susan, 1998) مراحل تطور مهارة القراءة، بحيث تعتمد كل مرحلة على إتقان المرحلة السابقة. وأولى هذه المراحل مرحلة الاستعداد للقراءة، والتي تعتبر أساسية لنمو التسلسل القرائي، والذي يحدث منذ الولادة وحتى عمر ست سنوات، ويتضمن الاستعداد للقراءة تطور مهارات القراءة، والتي تتضمن الإصغاء والكلام وتطور الحركات العامة والدقيقة والتمييز البصري والسمعي والتفكير المعرفي، والقدرة على التركيز على النشاطات. وتليها المرحلة الأولية للقراءة، والتي اعتبرت بداية برامج القراءة الرسمية، وهي تحدث في العادة في الصف الأول الابتدائي، وفيها يتعلم الطفل بناء المفردات الأساسية، واستخدام العلاقة بين الحرف والصوت، وذلك لترميز الكلمة المطبوعة بالإضافة إلى تطوير الثقة في مواقف القراءة، وبداية التدريس باستخدام مهارات تحليل الكلمة المتنوعة. ومرحلة التطور السريع لمهارات القراءة، وتحدث هذه المرحلة بشكل طبيعي خلال الفترة الممتدة من الصف الثاني إلى الصف الثالث، وتعرف بمرحلة الوعي بتراكيب القواعد، وفيها يكتسب الطفل العلاقة من خلال الممارسة والتدريب، وتعتبر هذه المرحلة أساسية لتعلم عادات ومهارات القراءة.

وتبدأ مرحلة الذاكرة العاملة عند حوالي الصف الرابع، وفيها يتوقف الطفل عن تعلم القراءة، ويبدأ القراءة للتعليم. وتليها مرحلة القراءة الواسعة، والتي تحدث بشكل طبيعي في أثناء الصفوف المتوسطة ويمكن ملاحظتها من خلال استخدام مدى واسع من أساليب ومواد متنوعة، كما أنها تركز على مهارات الاستيعاب. وأخيراً مرحلة تهذيب القراءة، والتي تحدث خلال سنوات المرحلة الثانوية، حيث يتطور المزيد من الاستيعاب، وتؤكد هذه المرحلة تزايد معدل القراءة التي لها أهداف متنوعة وبالتالي تطوير مهارة فاعلية الدراسة.

- ويشير فاكوييت (Facoetti, 2005) إلى أن الباحثين يجمعون على أهمية العناصر الآتية في تعلم مهارة القراءة :
- 1- أن القدرة على ممارسة العمليات اللغوية يساعد في فهم العلاقة بين الحرف وصوته.
  - 2- جميع الأطفال بحاجة إلى تدريس مباشر ومنظم لتعليم الأصوات ، وكذلك تعريضهم لمادة قرائية ثرية.
  - 3- تعتبر إستراتيجيات تطوير الفهم واللغة والكتابة أساسية لكل الأطفال حتى خلال المرحلة المبكرة من تطور القراءة.
  - 4- تعتبر مساعدة الأطفال على تطوير الاهتمام بالقراءة والاستماع لها بنفس المستوى من أهمية تطوير مهارات القراءة الأساسية.

كما ربط الكثير من الباحثين القدرة على القراءة بالخبرات التي يتم اكتسابها داخل المنزل، فقراءة القصص على مسامع الطفل يرتبط بالتطور اللغوي، وباستخدام نماذج لغوية أكثر تعقيداً. فالقراءة تطور الأفكار المجردة التي تساعد الطفل على التعامل مع المعلومات التي يقرؤها بالشكل الذي يجعله يعتمد على الإشارات الرمزية المخزنة لديه. فعندما يبدأ الطفل بتخزين الكلمات يقوم بربطها بخبراته اللغوية ، وبما يتعرض له من مواقف ؛ ولهذا فإن استيعاب القراءة يعتمد على الخبرات المشتركة، وعلى المعرفة بالكلمات، وفهم تركيب اللغة. فإن الرمز المطبوع يحتاج إلى أن يكبر ويوضع ضمن إطار كلمات أخرى داخل القطعة، ويجب أن تكون المعلومات المكتوبة متصلة بخبرات الطفل (Ratner & Harris, 1994).

وتنقسم القراءة من حيث طريقة أدائها إلى ثلاثة أنواع هي : القراءة الاستماعية، والقراءة الصامتة، وأخيراً القراءة الجهرية.

وتظهر القراءة الاستماعية مرتبطة بقضاء أوقات الفراغ، ويبدأ اهتمام الطفل بهذه القراءة في بادئ الأمر بإقباله على مطالعة القصص الخرافية والصور الطريفة، ثم يزداد هذا الاهتمام كلما تقدمت به السن. أما القراءة الصامتة فيقصد بها معرفة الكلمات والجمل ، وفهمها دون النطق بأصواتها ، وبغير تحريك الشفتين أو الهمس عند القراءة، مع مراعاة سرعة الفهم ودقته وإثراء المادة اللغوية، وتعتبر القراءة الصامتة عملية فكرية لا دخل للصوت فيها. في حين يقصد بالقراءة الجهرية نطق الكلمات والجمل بصوت مسموع، بحيث يراعي القارئ سلامة النطق، وعدم الإبدال، أو التكرار، أو الحذف، أو الإضافة، كما يراعي صحة الضبط النحوي. وتعتبر القراءة الجهرية وسيلة لإتقان النطق، وتمثيل المعنى، ووسيلة للكشف عن عيوب النطق عند الطلاب بالشكل الذي يسمح بعلاجها. (العوامل ، 2004).

أي أن اكتساب الطفل للغة ومعرفته بمهاراتها الأساسية التي تتمثل في علم أصوات الكلام والقواعد النحوية، وعلم معاني الكلمات، واستخدام اللغة ، والتي تعكس كفاءة الطفل اللغوية وقدرته على الترميز والاستيعاب ، تعتبر هي الركيزة الأولى والمطلب السابق لتعلم القدرة على القراءة وتطور مهارتها، ومن ثم يمكن أن يتساءل القارئ عن :

1. طبيعة الصعوبات القرائية المرتبطة بالاضطرابات اللغوية.
2. الخصائص والمظاهر اللغوية للطلاب الذي يعانون من صعوبات في القراءة.

## أولاً. طبيعة الصعوبات القرائية المرتبطة بالاضطرابات اللغوية :

تعتبر العلاقة بين الاضطرابات اللغوية وصعوبات القراءة معقدة، حيث تتزايد الأدلة بأن الكثير من الطلبة الذين لديهم صعوبات في القراءة لديهم اضطرابات في النمو اللغوي، كما أن الفشل في تطوير مهارات لغوية لفظية كافية يكون سبباً في فشل نمو مهارات القراءة (Kuder, 1996).

وقد تم تحديد الدور المركزي للغة في القراءة وصعوباتها من خلال توضيح أنواع صعوبات القراءة التطورية، حيث يمكن وصف ثلاثة أنواع للاضطرابات اللغوية في صعوبات القراءة هي: الصعوبات الواضحة في القراءة، وضعف القدرة على القراءة، وصعوبات القراءة غير المحددة.

فصعوبات القراءة الواضحة تشير إلى اضطراب لغوي في عملية تكوين الأصوات، وهي تشمل صعوبات إخراج الصوت الصحيح للكلمة بما فيها مشكلات في الترميز والاسترجاع، واستخدام رموز صوتية من الذاكرة، وإضافة إلى ذلك يمكن ملاحظة صعوبات في إخراج الكلام والوعي ما وراء اللغوي لأجزاء أصوات الكلام. في حين يمثل ضعف القدرة على القراءة بشكل عام الضعف في استيعاب وفهم المقروء، بالإضافة إلى ضعف مهارات التعرف إلى الرموز. أما صعوبات القراءة غير المحددة، وتظهر في ضعف استيعاب القراءة ومهارات الترميز المناسبة، بالإضافة إلى ضعف القدرات الصوتية والابتعاد الاجتماعي، وذلك نظراً لتعرض الطفل لطريقة إلزامية في تعلم القراءة في سن مبكرة (Goldsworthy, 1996).

وفي هذا السياق قام سيجال وريان (Siegel & Ryan) بإجراء دراسة حول تطور مهارات القراءة لدى القراء العاديين وذوي صعوبات القراءة ممن تراوحت أعمارهم ما بين (7-50) سنة، وقد توصلوا إلى أنه في نهاية عمر (9) سنوات كان القراء العاديون فعالين وقادرين على قراءة الكلمات الصعبة، أما القراء من ذوي صعوبات القراءة فكان أدائهم مختلفاً بشكل تام، فهم يكتسبون مهارات القراءة ببطء حتى في عمر (50) سنة.

كما اختبروا تطور مهارات القواعد لدى العاديين وذوي صعوبات القراءة، باستخدام مهمات لفظية محكمة، بحيث كانت الجملة تقرأ بصوت عال للطفل ويطلب منه أن يملأ الفراغ المخصص بالكلمة المفقودة والمناسبة، ولقد أنجز الطلاب ذوو صعوبات القراءة المهمات بشكل منخفض عن القراء العاديين.

كما تم دراسة الذاكرة العاملة لدى القراء العاديين وذوي صعوبات القراءة، وفي هذه المهمة كان الأفراد يقرأون بصوت عال جملتين أو ثلاثة أو أربعة أو خمسة، ويطلب منهم أن يملؤوا الكلمة المفقودة في نهاية كل جملة، ويطلب منهم تذكر كل كلمة مفقودة، وكان أداء ذوي صعوبات القراءة ضعيفاً بشكل دال مقارنة بأداء القراء العاديين، مما يشير إلى وجود مشكلات في الذاكرة العاملة.

ولاحظوا أخيراً عند دراسة معاني المفردات وجود أخطاء فيها على الرغم من أن الكلمة تقرأ بشكل صحيح، كما أشاروا إلى أن الأخطاء المتنوعة تحدث فقط في المراحل المبكرة في اكتساب القراءة. وتوصلوا في نتائجهم النهائية إلى أن الضعف بالعمليات الأساسية الثلاثة والتي

تتضمن معالجة أصوات الكلام والوعي بالقواعد النحوية والذاكرة العاملة ، يمكن أن تكون أساساً لصعوبات القراءة (in fawcett & Nicolson, 2000, 56).

وقد أشار رامس وزملاؤه (Ramus, et al., 2003) إلى أن صعوبات القراءة تتمثل في :

- 1 - قلب الأحرف وتبديلها.
- 2 - حذف بعض الكلمات أو أجزاء منها.
- 3 - ضعف التمييز بين حروف العلة.
- 4 - إبدال بعض الكلمات بأخرى لها المعنى نفسه.
- 5 - تكرار قراءة الكلمة أو الجمل أكثر من مرة دون مُسَوِّغ.
- 6 - قراءة الجملة بطريقة سريعة وغير واضحة، أو بطريقة بطيئة.
- 7 - إضافة بعض الكلمات أو المقاطع أو الأحرف غير الموجودة إلى الكلمة المقروءة.
- 8 - ضعف التمييز بين الأحرف المتشابهة كتابة والمختلفة لفظاً، وكذلك ضعف التمييز بين الأحرف المتشابهة لفظاً والمختلفة كتابة.
- 9 - صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة، والانتقال من نهاية السطر إلى بداية السطر التالي.

فكل هذه المظاهر والأعراض يمكن اعتبارها مؤشراً إلى أن اضطرابات عناصر ومكونات اللغة قد تكون أحد أسباب صعوبات القراءة، ولما نشة ذلك سيتم عرض صعوبات القراءة الناتجة عن اضطرابات كل عنصر من عناصر اللغة كما تناولتها الدراسات، وذلك فيما يلي:

#### أ - صعوبات القراءة الناتجة عن اضطرابات الوعي بأصوات الكلام :

يوجد الكثير من الدراسات التي تشير إلى أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة لديهم صعوبات دالة في معالجة المعلومات الخاصة بوعي أصوات الكلام. وبشكل خاص وجد لديهم ضعف في الوعي بأصوات الكلام.

فقدت وجدت دراسة برادلي وبرايانت (Bradley & Bryant) أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة غير حساسين لنمط وقوافي الكلام. كما أشار فوكس وروث (Fox & Routh) إلى أنهم يعانون من صعوبات في تقسيم الكلمات إلى وحدات صوتية (فونيمات). كما توصل ويلر ومان (Weiler & Mann) إلى أن لديهم مشكلات في أصوات الكلام (in Kuder, 1996, 74).

ويمكن تفسير ذلك بناء على وجود صعوبات في النظام اللغوي أو في عملية المعالجة الصوتية، والتي تعيق من قدرة الطفل على فك الرموز والتعرف على الكلمة. والمشكلة الأساسية هي أن المرتبة الصوتية الدنيا للعملية الصوتية تحجب الدخول إلى المرتبة الصوتية العليا المختصة بالمعالجة اللغوية، ومن ثمَّ الحصول على معنى من الكلمة. وبما أن العملية اللغوية يتدخل فيها كل من الفهم والمعنى، فإن هذين الجانبين سيبقيان معطلين أو مشوشين؛ لأنهما سيتداخلان فقط عندما تتم عملية التعرف على الكلمة، وهكذا يؤدي الخلل الصوتي في صعوبات القراءة (Wise, 2000).

كما أكدت العديد من الدراسات الأخرى أن الأطفال الأفضل وعياً بأصوات الكلام يكونون

أفضل في القراءة. فهم لا يعانون من مشكلة عامة في مخرجات السمع، ولكن لديهم صعوبة محددة في معالجة أصوات اللغة، حيث لا بد من التمييز بين الإدراك السمعي والوعي بأصوات الكلام.

وفي هذا السياق قام كل من برادي ووينر ومان (Brady, Weiner & Mann) بإجراء دراسة على القراء الجيدين والقراء الذين يعانون من صعوبة في القراءة، هدفت إلى قيام المجموعتين بتحديد كل من الكلام (الكلمات الحقيقية)، وعدم الكلام (مثيرات الأصوات البيئية)، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ارتكاب القراء الذين لديهم ضعف في القراءة الكثير من الأخطاء، وبشكل أكبر من القراء الجيدين في مجال تحديد أصوات الكلام، وخاصة عند وجود ضوضاء وضجيج، إلا أن المجموعتين لم تظهر أي اختلاف في إدراك الأصوات البيئية (in Kuder, 1996, 76).

كما أشارت طلال وزملاؤها (Tallal, et al., 1996) إلى أن المشكلات بأصوات الكلام في عجز القراءة يمكن توضيحها عن طريق الصعوبة في المعالجة السريعة للأصوات التي يتعرض لها الطفل. وقد حاول الباحثون مودي وكيندي وبرادي (Mody, Kennedy & Brady) تكرار نتائجها، والتي تشير إلى أن الأطفال الذين لديهم صعوبة في القراءة لديهم ضعف في التحكم بالمهمات التي تتضمن مهارات المعالجة السمعية السريعة.

وفي دراسة أخرى تم قياس أداء (17) طفلاً من الذين لديهم صعوبة في القراءة على بطارية اختبارات تقيس المهمات السمعية وأصوات الكلام، ومقارنة ذلك والعمر الزمني مع المجموعة الضابطة، وكان الأطفال الذين لديهم صعوبة في القراءة يختلفون من حيث العمر الزمني على جميع مهمات أصوات الكلام والمهمات السمعية. كما وجد أن أداء الأطفال الذين لديهم صعوبة في القراءة لا يختلفون في مقاييس السرعة في المعالجة السمعية (Marshall, Snowling, & Bailey, 2001).

فمثل هذه النتائج تدعم الاستنتاج بأن مشكلات الوعي بأصوات الكلام قد تكون سبباً في صعوبات القراءة.

### ب- صعوبات القراءة الناتجة عن اضطرابات النظام الصوتي للغة:

توصلت الكثير من الدراسات التي أجريت حول القدرة على تشكيل الكلمات لدى الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة، إلى أن أكثر المشكلات شيوعاً وانتشاراً في النظام الصوتي للغة تعود إلى صعوبة مقاطع الكلمات.

وفي هذا الصدد وجد فيجل (Vegel, 2001) في دراسته التي استخدم فيها اختبارين بهدف معرفة التشكيل لدى الطلبة الذين لديهم صعوبة في القراءة، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (7-8) سنوات، بأن قراءتهم أسوأ من الطلبة الجيدين في القراءة بشكل واضح، حيث كان أداء الأطفال الذين لديهم صعوبة في القراءة ضعيفاً كلما زادت صعوبة وتعقيد القطعة المقروءة.

كما حدد كل من وييج وسميل (Wiig & Semel, 1985) الكثير من مشكلات التشكيل

التي وجدت منتشرة بين الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة، والتي تؤثر على استيعاب القراءة كما تظهر في الكتابة، وهي كالتالي:

- 1 - صعوبات تكوين أسماء الجمع للمفردات المؤلفوة.
- 2 - صعوبات تشكيل أسماء الملكية للفرد والجماعة.
- 3 - صعوبات تكوين الحرف الثالث في زمن الأفعال المضارعة.
- 4 - صعوبات تكوين الزمن الماضي للأفعال المؤلفوة وغير المؤلفوة.
- 5 - صعوبات تكوين أشكال المقارنة بالصفات.
- 6 - صعوبات استخدام التصنيف.
- 7 - صعوبات اشتقاق الأسماء.
- 8 - صعوبات اشتقاق الظروف.
- 9 - صعوبات استيعاب واستخدام مقاطع البداية.

### ج - صعوبات القراءة الناتجة عن اضطراب فهم واستخدام القواعد النحوية للغة:

أشارت الدراسات إلى أن الكثير من الطلبة الذين لديهم صعوبات في القراءة يعانون من مشكلات في فهم واستخدام عناصر قواعد اللغة.

فقد أشار فيجل (Vegel, 2001) إلى أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة يستخدمون جملاً أقصر ويرتكبون أخطاء أكثر في القواعد، كما أشار سيمس وكرامب (Simms & Crump) إلى أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة يستخدمون جملاً أقل تعقيداً، ويتأخرون في تطوير قواعد اللغة.

وتوصلت العديد من الدراسات إلى أن المزيد من التعقيد في الجمل أصبح يسبب المزيد من المشكلات لدى الطلبة الذين لديهم صعوبات القراءة، خصوصاً في فهم الجمل التي تحتوي على الظروف الشرطية، والتي تستخدم المبني للمجهول، وتستخدم النفي.

وفي هذا الصدد قام جونزاليز (Gonzalez, 2000) بإجراء دراسة تفسر صعوبات القراءة في قواعد الإملاء لدى القراء العاديين، والقراء الذين يعانون من صعوبات في القراءة، وذلك من خلال فحص آثار استخدام المعجم، وتكرار الكلمات الطويلة عن طريق استخدام الرموز والأداء في تسمية الكلمات. وبعد تسجيل استجابات الطلاب في تسمية المهمات وتحليلها، أشارت النتائج إلى وجود مدى واسع في تكرار الأخطاء في التسمية كوظيفة في استخدام المعجم، مما يشير إلى ضعف المعالجة الصوتية في قواعد الإملاء خصوصاً في القراءة بين المجموعتين لصالح الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة.

كما وجدت الدراسات التي أجريت على إنتاج اللغة المنطوقة عدداً من المشكلات في تطور القواعد بين الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة، فقد اختبر كل من سيمس وكرامب (Simms & Crump) اللغة المستخدمة من قبل الطلاب الذين لديهم صعوبات والذين ليس لديهم صعوبات في القراءة عند مناقشتهم لفلمين تم عرضهما، حيث تم تحليل عينات لغوية من حيث طول وتعقيد اللغة المستخدمة من قبل الطلاب، ووجدوا أن الطلاب الذين لديهم صعوبات في القراءة بشكل واقعي استخدموا جملاً طويلة ودالة بشكل أقل من حيث

تعقيد القواعد من الطلبة الآخرين.

وبشكل عام وجدت الأبحاث التي اهتمت بدراسة استخدام النحو وقواعد اللغة لدى الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة، أن لديهم مشكلات في فهم واستخدام تراكيب القواعد المعقدة، وهذه المشكلات قد تسهم في مشكلات فهم وإنتاج اللغة المكتوبة (in Kuder, 1996, 82).

#### د - صعوبات القراءة الناتجة عن اضطرابات فهم معاني الكلمات:

أجمع الباحثون على أن الكثير وليس الأغلب من الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة لديهم مشكلات في فهم معاني المفردات، والتي تتضمن تطور العلاقة بين الأفكار واللغة؛ لذا يمكن اعتبار صعوبة فهم معاني الكلمات مشكلة دالة لدى الكثير من الطلبة الذين يعانون من صعوبات في القراءة.

وقد اكتشفت البحوث مشكلتين رئيسيتين في هذا المجال: هما إيجاد الكلمات، واستخدام اللغة الرمزية، كما أشارت نتائج أبحاث وييج وسيميل (Wiig & Semel, 1985) حول مشكلات إيجاد الكلمات للأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة من أنهم يعانون من بطء في استرجاع الكلمات، بالإضافة إلى ما يعانونه من فهم خاطئ للكلمات المتعددة المعاني، وتظهر الاضطرابات في اللغة الرمزية في القراءة والكتابة.

حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن اضطرابات اللغة الرمزية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة، تظهر في فهم واستخدام الاستعارة المجازية *metapho*، وضعف في استيعاب التشبيه *simile*، وضعف في تقدير وفهم الألفاظ *Fowles & Glanzk*، ومشكلة في فهم الحكم، وكذلك في فهم واستخدام الفكاهة *humor*.

وبما أن اللغة الرمزية تعتبر مهمة في المنهاج، كما أن استخدام أدوات التشبيه والاستعارة المجازية والفكاهة مطلب أساسي في قراءة القصص والكتابة، فإن فهم مشكلات استخدام اللغة الرمزية يمكن أن يعكس الصلابة التي يظهرها الكثير من الطلبة الذين لديهم صعوبات في القراءة لمدخل اللغة، حيث يبدو أنهم يصبحون أكثر ارتباطاً بالمعاني المجردة للكلمات (Lion, 2003).

ويؤكد ذلك الدراسة التي قام بها ناشين وسنولينج (Nation & Snowling, 1999) بهدف توضيح العلاقة بين الفهم والاستيعاب اللغوي ومعرفة الكلمات ومهارات الترميز، بالإضافة إلى معالجة قوة الارتباط بين المفردات واستخدام المعجم من خلال مقارنة أزواج الكلمات ذات الارتباط المرتفع بأزواج الكلمات ذات الارتباط المنخفض، وذلك عن طريق مقارنة القارئ الجيد من الأطفال بالأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة لديهم ضعف في مهارات الاستيعاب اللغوي بالشكل الذي يجعلهم أكثر ارتباطاً بالمعاني المجردة للكلمات مقارنة بأقرانهم العاديين.

#### هـ - صعوبات القراءة الناتجة عن اضطراب استخدام اللغة:

وجدت الأبحاث أن مجال استخدام اللغة يمكن أن يكون مشكلة رئيسية للأطفال الذين

لديهم صعوبات في القراءة، خاصة وأن كلاً من المهارات المعرفية الاجتماعية واللغة تسهم في استخدام اللغة وتوظيفها. فقد تم الإجماع على أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة يعانون بالإضافة إلى مشكلات اللغة من ضعف في القدرة على معرفة وتحليل المواقف الاجتماعية والمعرفية، والتخطيط للاستجابات وتقويم أفعالهم المتتابة.

وقد ركزت الدراسات في مجال مهارات استخدام اللغة لدى الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة على مهارات المحادثة؛ حيث تم اكتشاف الكثير من المشكلات في هذا المجال. فعند المشاركة في حوار تلفزيوني نجد إن الطلبة الذين لديهم صعوبات في القراءة يميلون ليكونوا أقل فاعلية في المقابلات من رفاقهم الذين ليس لديهم صعوبات، حيث يسألون أسئلة أقل من نوع الأسئلة المفتوحة أو مغلقة النهائية (Lion, 2003).

ففي السياق ذاته قام هاريس وسوزان (Harris & Susan, 1998) بإجراء دراسة حول اضطرابات استخدام اللغة لدى الطلبة الذين يعانون من صعوبات في القراءة عن طريق أخذ عينة من محادثة طالبين في الصف الرابع الابتدائي، حيث تم اختبارهما في موقفين يتبادلان الأدوار فيهما، ففي الموقف الأول كان المضيف هو الطالب الذي تم تصنيفه بأن لديه صعوبات في القراءة، والمضيف هو الطالب الذي ليس لديه صعوبات في القراءة. وفي الموقف الثاني تم تبديل الأدوار حيث كان المضيف الطالب الذي لا يعاني من صعوبات في القراءة، والذي وجه لزميله الثاني أسئلة طويلة كانت تتطلب إجابات مفصلة.

إن هذين الموقفين يقترحان أن الطلاب الذين لديهم صعوبات في القراءة أقل كفاءة في المشاركة والمحادثة. وباختصار يظهر أنه من الآمن أن نستنتج أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في القراءة لديهم مشكلات دالة في استخدام اللغة بشكل خاص بمهارات المحادثة، ولديهم مشكلات واضحة في التعبير عن أنفسهم، وهم يفشلون دائماً في تكييف لغتهم لحاجاتهم أو مستوى استماعهم، وهذه المشكلات تسبب ضعف في التفاعل الصفي والعلاقات الاجتماعية والقدرة على فهم واستخدام اللغة المكتوبة والقراءة.

**ثانياً. الخصائص والمظاهر اللغوية للطلاب الذي يعانون من صعوبات في القراءة:**

يؤكد فرض ليرنر (Lerner) أنه يمكن التنبؤ بحدوث صعوبات القراءة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية، وذلك وفقاً لما أشار إليه من إمكانية التنبؤ بصعوبات التعلم الأكاديمية من خلال صعوبات التعلم النمائية (Lerner, 1992)، والتي أكدته توقعات الباحثين أن التأخر اللغوي في مرحلة ما قبل المدرسة اليوم ينتج عنه طالب ذو صعوبات في القراءة غداً (Browen, et al., 1996).

وتشير الدراسات إلى أن صعوبات القراءة تظهر في مرحلتين، تتمثل المرحلة الأولى في الصعوبات النمائية، والتي تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة رياض الأطفال، أما المرحلة الثانية فتتمثل في الصعوبات الأكاديمية، والتي تظهر في مرحلة المدرسة والمقدرة بسن خمس سنوات فأكثر.

وبما أن مرحلة ما قبل المدرسة، مرحلة مهمة في تأسيس الجوانب اللغوية والمعرفية لدى الطفل يمكننا مناقشة ذلك من خلال ما يعاني منه الأطفال من اضطرابات لغوية في هذه

المرحلة، وأثرها في إمكانية التنبؤ المبدئي بحدوث صعوبات القراءة لديهم.

#### أ - الخصائص والمظاهر اللغوية لطلاب صعوبات القراءة في مرحلة ما قبل المدرسة :

في مرحلة ما قبل المدرسة يُظهر الأطفال بشكل عام تأخراً أو ضعفاً لغوياً مما يعرضهم للفشل المدرسي، حيث تظهر الاضطرابات اللغوية المبكرة في عدد من المجالات. فالأطفال الذين لديهم خطر التعرض لهذه الاضطرابات لا يظهرون الاهتمام بالنشاطات اللفظية، فهم غير قادرين على متابعة ما يقال لهم كأحداث القصص، كما أنهم لا يستمتعون بالقراءة. ولكن على الرغم من أن الأسماء والأفعال وحروف الجر مفهومة بالنسبة لهم، فإنه يمكن أن يكون لديهم مشكلات في استرجاع الكلمات أو مشكلات في متابعة تسلسل التعليمات اللفظية، وبشكل كلي فإن تطور المفهوم اللفظي من الممكن أن يكون بطيئاً ومن ثم يبقى الأطفال غير قادرين على تسمية الألوان والحروف، أو تسمية أيام الأسبوع عندما يدخلون المدرسة.

وفي مراجعة شاملة للأبحاث التي تهتم بالاضطرابات اللغوية عند الأطفال قدم ليونارد (Leonard) وصفاً للمشكلات اللغوية بشكل عام، والتي تتضمن تأخر تطور المهارات اللغوية للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة مقارنة مع الأطفال العاديين، حيث إن التركيبات التي استخدمت لهؤلاء الأطفال مشابهة للتركيبات التي استخدمت مع الطلبة العاديين، وعلى الرغم من ذلك فإن الأطفال المعرضين للإصابة بالاضطرابات اللغوية يظهرون استخداماً أقل في محتويات اللغة فهي محدودة لديهم، كما أن حجم مفرداتهم وطولها يشبه الأطفال الأصغر سناً منهم، وهناك مؤشرات على أن التأخر في اللغة يكون باستخدام اللغة وخصائص أصوات الكلام لدى هؤلاء الأطفال (in Lion, 2003).

وعلى الرغم مما أثبتته الدراسات من إمكانية تغلب الأطفال على مشكلة التأخر اللغوي، فإنها أكدت عدم قدرتهم على التغلب على صعوبة معالجة النظم الرمزية. فقد وجد بعض الباحثين أن شدة مشكلات اللغة عند الأطفال الذين تمت دراستهم قد قلت مع الزمن حتى إنه يبدو ظاهرياً أنهم قد تخلصوا منها عند سن الخامسة، إلا أن هؤلاء الأطفال قد أظهروا صعوبات في القراءة في الصف الثاني الابتدائي (Lion, 2003).

وقد حدد قطامي (2000) أعراض صعوبات القراءة التي تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة رياض الأطفال، والتي تتمثل في: ضعف التركيز النمائي، اللعب غير الملائم كأن يلعب الطفل بمفرده، ويكون إنطوائياً أو عدوانياً، وتأخر في النطق والكلام مقارنة بمن هم في مثل عمره، الإصابة المستمرة بالبرد والصداع والألم في الأذن، وكذلك التأخر في تشخيص المشاكل البصرية، الضعف في تعلم القوافي البسيطة أو أداء الألعاب الشفهية، وصعوبة في إكمال الصور المتقطعة أو في ركوب الدراجة، أو لبس ملابس أو توازنه، وأخيراً عدم الرغبة في قراءة الكتب والمطبوعات.

#### ب - الخصائص والمظاهر اللغوية لطلاب صعوبات القراءة في مرحلة المدرسة :

يظهر الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة في مرحلة المدرسة، مشكلات في فهم اللغة والوعي بأصوات الكلام مقارنة مع رفاقهم العاديين الذين لا يعانون من مثل تلك الصعوبات. فقد أشار كل من وييج وسيميل (Wiig & Semel, 1985) إلى أن أكثر

الاضطرابات اللغوية المنتشرة في الصفوف الابتدائية المختلفة تتضمن الأسماء والأفعال والصفات والظروف وحروف الجر، بالإضافة إلى عدم القدرة على معالجة النظم الرمزية.

إلا أن بعض الدراسات وجدت أن الأطفال الذين لديهم مشكلات لغوية واضحة في المراحل الابتدائية يتحسنون مع الوقت، واستنتج الكثير من الباحثين أن الضعف يستمر في تعلمهم بشكل دال مقارنة مع الأطفال العاديين ممن يماثلونهم في العمر، حيث تستمر صعوبات القراءة لديهم حتى في مرحلة المراهقة. فقد أشارت الإحصائيات إلى أن (0.70%) من المراهقين الذين يعانون من اضطرابات لغوية مبكرة يبقى لديهم مشكلات أكاديمية متعلقة بالقراءة (Tallal et al., 1996). ويؤكد ذلك ما يظهروه الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة من فروق فردية في درجة الاضطرابات اللغوية، ويوجد الكثير من الأدلة التي تعرض طبيعة صعوبات القراءة من الطفولة وحتى البلوغ بالاعتماد على معالجة أصوات الكلام (Fawcett & Nicolson, 2000).

حدد قطامي (2000) أعراض صعوبات القراءة التي تظهر في مرحلة المدرسة، وهي كالآتي: صعوبة غير متوقعة في اكتساب وتطوير المهارات في تعلم القراءة والكتابة. صعوبة تعلم المتتاليات اليومية مثل أيام الأسبوع أو الشهور أو حروف الهجاء، وصعوبة تجزئة الكلمات إلى مصادرها الصوتية، أو تجميع الأصوات لبناء الكلمات، بالإضافة إلى ضعف تقدير القوافي، واللعب واللهو وصعوبة التركيز، وكذلك ضعف التنسيق والتوازن، وضعف في التحكم الدقيق كطريقة مسك القلم، حيث تظهر الكتابة غير واضحة. بالإضافة إلى ضعف في التحكم الكلي يظهر في عدم التنسيق بالحركات في أثناء الجري أو المشي وكثيراً ما يصاب بكدمات في أثناء اللعب، كما أنه يجد صعوبة في ممارسة بعض الألعاب الرياضية. كما يظهر أعراض عدم التنظيم وضعف في تقدير الوقت، كما يتسم عمله بأنه غير مرتب، وينسى الأدوات كالأقلام وملابس السباحة وغيرها. كما أنه يعاني من مشكلات في النظر، ويتضح هذا في صعوبة الكتابة على السطر باستمرار، وضعف شكل العمل الكتابي، وصعوبة في تحديد الاتجاه إلى اليمين واليسار وصعوبة في قراءة الخريطة وفهمها، بالإضافة إلى صعوبة في التعرف على طريقه عندما يتبع التعليمات وفي القراءة والكتابة، ويبرز عنده مشكلات في عكس الأحرف والأرقام والكلمات، وكذلك صعوبة واضحة في تنظيم وكتابة المواضيع أو فهمها، وصعوبة نسخ الكتب أو السبورة، وصعوبة في الرياضيات والحساب. كما أنه يعاني من مشاكل سلوكية، فهو غالباً ما يتصف بالإنطوائية والهدوء، إلا أنه يبدو عدوانياً وكثيراً إذا ما طلب منه القراءة بطريقة جهرية أمام الفصل.

كما تظهر أعراض صعوبات القراءة في مرحلة المدرسة بصعوبة في النطق واللغة كالصعوبة في نطق العديد من الألفاظ بشكل صحيح، وصعوبة الكلام اللغوي السليم من حيث التأنيث والجمع وتحديد الزمان، ويتضح ذلك من خلال: النطق غير السوي أو المتأخر، صعوبة نطق الكلمات المتعددة المقاطع، ضعف المعلومات في المفردات اللغوية، استخدام جمل صغيرة غير كاملة، صعوبة في الذاكرة قصيرة المدى، كتذكر التعليمات ومجموعة من الأرقام، أو صعوبة تذكر تفاصيل صورة عرضت في السابق.

بعد العرض السابق، نجد أن الاضطرابات اللغوية ذات العلاقة بصعوبات القراءة في مرحلة ما قبل المدرسة تنحصر في صعوبة معالجة النظام الصوتي، وإنتاج الوحدات

الصوتية، واضطرابات استخدام اللغة. في حين تحددت الاضطرابات اللغوية ذات العلاقة بصعوبات القراءة في مرحلة المدرسة بفهم اللغة، والوعي بأصوات الكلام، ومعالجة النظام الصوتي لها، بالإضافة إلى صعوبة استخدام القواعد النحوية. وهكذا يمكن للمعلمين التنبؤ بصعوبات القراءة لدى بعض الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في اللغة، مما يحتم عليهم ضرورة تدارك ذلك، وتقديم التدخل المناسب الذي يحد ويمنع من تطور هذه الاضطرابات؛ لتتحول فيما بعد إلى صعوبات أكاديمية تتمثل في القراءة والكتابة على حد سواء.

فبعد مراجعة الدراسات المتباينة التي جاءت في هذه الدراسة، والتي ناقشت العلاقة بين اضطرابات اللغة وصعوبات القراءة في محاور متعددة، وكذلك خصائص هذه الفئة، والحلول المقترحة التي يمكن اللجوء إليها لعلاج تلك الاضطرابات، يمكننا أن نلخص تلك الاضطرابات والحلول فيما يلي :

### الاضطرابات اللغوية لدى الطلاب ذوي صعوبات القراءة :

- 1- إن الأطفال ذوي صعوبات القراءة يعانون من اضطرابات نمائية في العناصر المكونة للغة، والتي تتمثل في الوعي بأصوات الكلام، والنظام الصوتي للغة، وفهم قواعد اللغة، واستخداماتها.
- 2- أشارت الدراسات السابقة إلى أن أكثر الاضطرابات اللغوية انتشاراً عند الأطفال ذوي صعوبات القراءة، هي كالاتي :
  - أكثر المشكلات شيوعاً وانتشاراً في اضطرابات النظام الصوتي للغة ترجع إلى صعوبة مقاطع الكلمات.
  - أكثر المشكلات شيوعاً في اضطراب معالجة أصوات اللغة، هي اضطرابات عملية المعالجة السريعة لأصوات اللغة.
  - أكثر المشكلات شيوعاً في اضطرابات استخدام اللغة، عدم القدرة على المشاركة بالمحادثة والحوارات الجماعية.
  - أكثر المشكلات اللغوية انتشاراً في المراحل الابتدائية عدم القدرة على معالجة النظم الرمزية، وصعوبة في استخدام القواعد النحوية، وفهم معاني المفردات.
- 3- إن الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الأطفال ذوو صعوبات القراءة قد تؤدي إلى مشكلات أكاديمية أخرى في الكتابة، والإملاء، والتعبير.
- 4- إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية يظهرون مهارات قرائية أقل من أقرانهم في العمر الزمني.
- 5- إن نمو المهارات القرائية في سن مبكر يتأثر بعدة عوامل منها: نمو المهارات اللغوية بشكل سليم، البيئة اللغوية التي يتعرض لها الفرد، بالإضافة إلى طريقة تعلم القراءة.
- 6- إن هناك مؤشرات للاضطرابات اللغوية يمكن التنبؤ من خلالها بصعوبات القراءة قبل سن دخول المدرسة، كعدم الاهتمام بالنشاطات اللفظية والقراءة، واسترجاع الكلمات وغيرها.
- 7- إن أنواع صعوبات القراءة تتحدد تبعاً لاضطرابات العناصر المكونة للغة، وذلك وفقاً للمتطلبات اللغوية لكل مستوى أو مرحلة نمائية لتعلم مهارة القراءة.
- 8- إن صعوبات القراءة الناتجة عن اضطرابات لغوية قد تتحسن مع الوقت في المدرسة، إلا أن تلك الصعوبات قد تستمر إلى فترة المراهقة.

- الحلول المقترحة لعلاج صعوبات القراءة الناتجة عن الاضطرابات اللغوية:**
- 1 - ضرورة التدخل المبكر ووضع برامج تشخيصية وتدريبية مناسبة لمشكلات صعوبات القراءة عند الأطفال المضطربين لغويا اللذين يظهرون أعراض تلك الصعوبات في سن مبكر.
  - 2 - التقويم المستمر للمهارات اللغوية عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لاكتشاف جوانب الضعف في تلك المهارات والعمل على تنميتها وتطويرها، للحد من صعوبات القراءة فيما بعد.
  - 3 - تصميم برامج علاجية تراعي الفروق الفردية بين الطلاب، حيث يتم تصميمها بناء على احتياجات الطالب.
  - 4 - تنمية مهارات الطفل اللغوية عن طريق استخدام تدريب الطفل في بيئة طبيعية غنية لغويا، وكذلك باستخدام مواد قرائية مشوقة من قصص وكتب مصورة.
  - 5 - تنوع المادة القرائية المقدمة، كما يجب أن تكون مناسبة من حيث صعوبتها.
  - 6 - استخدام الأساليب والاستراتيجيات التعليمية المتنوعة، والبعد عن الأسلوب الإجباري في تعليم الطفل القراءة، والذي قد يؤثر سلباً على التحصيل الأكاديمي للطفل في مواد أكثر.
  - 7 - تطبيق البرامج العلاجية في خطوات فعالة وبطئية نسبياً.
  - 8 - تشجيع المحادثات الفردية والجماعية لتنمية المهارات اللغوية للأطفال ذوي صعوبات القراءة.
  - 9 - إجراء المزيد من البحوث التطبيقية المتعلقة بالاضطرابات اللغوية النمائية، وصعوبات القراءة الأكاديمية.

## المراجع

### المراجع العربية :

- السرطاوي، عبد العزيز؛ أبو جودة، وائل (2000). اضطرابات اللغة والكلام، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.
- العوامل، حابس (2004). مهارات تعليم القراءة والكتابة للأطفال. عمان، دار وائل.
- سليمان، نايف؛ الحموز، محمد؛ الشناوي، محمد؛ البكري، أمل (2003). أساليب تعليم القراءة والكتابة. عمان، دار الصفا للنشر والتوزيع.
- قطامي، محمد (2000). صعوبات التعلم الخاصة - الديسلكسيا - الندوة الإقليمية الأولى في صعوبات التعلم. عمان.

### المراجع الأجنبية :

- Brown F., Aylward, E., & Keogh, B. (1996). Diagnosis and management of learning disabilities: An interdisciplinary lifespan approach. San Diego, London: Singular Publishing Group.
- Brunswick, N. (1998). Psycho physiological perspectives on reading disorders. Psychophysiology Society. B.P.P.S. Quarterly, 27.
- Chall, S. (1990). American Reading Instruction: Science, Art and Ideology. In w. Ellis (Ed.), All Language and The Creation of Literacy Baltimore. Md: Orton Dyslexia Society. 20-25.
- Facoetti, A. (2005). Multimodal at attentional capture is sluggish in children with developmental

dyslexia. *Acta neurobiol Exp*, 65, 61-72.

Fawcett, R., & Nicolson, A. (2000). *Dyslexia, the cerebellum and phonological skill: A hypothetical causal chain*. University of Sheffield, UK.

Goldsworthy, C. (1996). *Developmental reading disabilities: A language based treatment approach*. San Diego, London: Singular Publishing Group.

Gonzalez, J. (2000). Reading disorders in the Spanish language. *Isabel Hernandez Valle Abstract*, 15, 480.

Hall, B., Oyer, H., & Hass, W. (2001). *Speech, Language, and hearing disorders a guide for the teacher (3 rd ed .)*. New York: Allyn & Bacon.

Harris, D. & Susan, J. (1998). A comparative study with the intuitive colormater. *Opt today*, 38.

Kuder, S. (1996). *Teaching students with language and communication disabilities*. Boston, London: Allyn & Bacon.

Lerner, J. (1992). *Children with learning disabilities*. Boston: Houghton Mifflin company.

Lion, D. (2003). *Phonological and Orthographic Components Contributing to Word Recognition That Differentiate Students With and Without Learning Disabilities: A meta-Analysis for The Period 1985-1996*. The University of Iowa. (Non Published).

Marshall, C., Snowling, M., & Bailey, P. (2001). Rapid auditory processing and phonological processing in developmental dyslexics. *Journal of Rehabilitation*, 11.

Nation, K., & Snowling, M. (1999). Developmental differences in sensitivity to semantic relations in children with language comprehension difficulties: Evidence from semantic priming. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*, January 01, 3.

Owens, R. (1999). *Language disorders: A functional approach to assessment and intervention (3 rd ed.)*. Boston, London: Allyn & Bacon.

Polloway, E., & Smith, T. (1992). *Language instruction for students with disabilities (2 nd ed.)*. Denver, Colorado: Love Publishing Company.

Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S., Day, B., Castellote, J., White, S., and Firth, U. (2003). Theories of developmental dyslexia; Insights from a multiple case study of dyslexia. *Brain*, 126(4), 841-865.

Ratner, V., & Harris, L. (1994). *Understanding language disorders: The impact of learning*. Thinking publications. A Division of Mckinley Companies .

Richardson, S. (1992). Historical perspectives on Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 40-47.

Shaywitz, S. (1996). Dyslexia . *Scientific American Article Dyslexia*. November. 1-13.

Siegel, L. (1992). An evaluation of the discrepancy definition of Dyslexia . *Journal of Learning Disabilities*, 25, 618-629.

Tallal, P. et al. (1996). Language comprehension in language – learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science*, 271, 81-84.

Thomas, W. (2000). *Whole Language, Phonics, or Balanced Approach to Reading Instruction: Performances of Kindergarten Through Third– Grade Teachers in One Alabama School District*. The University of Alabama. (Non Published).

Twain, M. (1981). *Literacy. An euro developmental perspective on specific learning disabilities*. University park press, 32 .

Vegel, M. (2001). Try it You Will Like It: Whole Language. *The Reading Teacher* , 103 , 348-349 .

Wallace, G., Larsen, S., & Elksnin, L. (1992). *Educational assessment of learning problems testing for teaching*, Boston, London: Allyn & Bacon.

Wiig, E. & Semel, E. (1985). Productive language abilities in learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 8, 105-112.

Wise, B. (2000). The phonological model. *Journal of Special Education*, November, 19.

## البنك الدولي

قراءة اقتصادية لأزمات التعليم في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا  
هل يجيب الاقتصاد عن كل الأسئلة؟

الدكتور/ محمد جواد رضا

## - 1 -

مع بداية العام 2008 أصدر البنك الدولي تقريره السادس عن التنمية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا(\*) متمسكاً بالعلاقة التفاعلية بين أنماط التعليم الشائعة في المنطقة وبين مستويات التنمية الاقتصادية غير العالية فيها وذلك من خلال تحرى الإجابة عن ثلاثة أسئلة حيوية:

- 1 - هل أنتجت الاستثمارات في التعليم النتائج المتوقعة وأعدت البلدان المعنية لتلبية الطلبات المتوقعة الجديدة على قوة عمل متعلمة تتمتع بمهارات مختلفة؟
- 2 - ما هي أنواع الاستراتيجيات والسياسات التي ينبغي بحثها لمعالجة أي فجوات في الإنجاز والإعداد على نحو أفضل للمستقبل؟
- 3 - بالنظر من جانب الطلب - هل تتيح أسواق العمل المحلية والدولية منافذ فعالة لجني المنافع التي تحققها قوة عمل أكثر تعليماً؟

لكل سؤال من الأسئلة الثلاثة قضيته المركزية. السؤال الأول يتلمس إجابته من خلال مناقشة (الحجج المؤيدة لإصلاح التعليم) انطلاقاً من (الاستثمارات الماضية في التعليم وتقييم أثرها على التنمية واستعراض مدى استعداد الأنظمة التعليمية في المنطقة للتصدي للتحديات الجديدة التي تواجهها المنطقة).

يختار التقرير منظورين لبلوغ هذا التقييم (أ) النسبة العددية الكبيرة للشباب بين سكان المنطقة وعلاقتها بالحاجة إلى تغيير مناهج التعليم بقصد تحسين قدرة مجتمعات المنطقة - اقتصادياً وبشرياً - على التنافس دولياً. (ب) القيود المالية التي تجعل من الصعب معالجة أي من هذين الاهتمامين.

للإجابة عن السؤال الثاني يؤكد التقرير نظرية مفادها أن للإصلاح الفعال للتعليم ثلاثة مكونات (1) الهندسة التي تكفل وجود المدخلات الفنية السليمة واستخدامها بكفاءة عالية<sup>(1)</sup>. (2) الحوافز اللازمة لتشجيع تحسين الأداء والاستجابة لاحتياجات النماء الشامل للمتعلمين. (3) المساءلة العامة والتأكد من أن التعليم كـ (سلعة عامة) يخدم أوسع نطاق من المواطنين.

(\*) صدر التقرير بعنوان (الطريق غير المسلك - إصلاح التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

The Road Not Traveled - Education Reform in the Middle East and North Africa.

(1) يستعمل التقرير مصطلح «هندسة» للدلالة على: I- الموارد المادية لتأسيس البنى التحتية للتعليم مثل الأبنية وما إليها، 2- المناهج والتدريس 3- التمويل والإدارة. كذلك يستعمل التقرير مصطلح «الحوافز» للدلالة على: I- التقييم والمتابعة، 2- الحوافز والمكافآت. 3- المعلومات والأسواق. أما «المساءلة العامة» فالتقرير يستعملها بدلالة: I- مسؤولية الأجهزة الإدارية عن جودة التعليم، 2- مسؤولية العوائل ومنظمات المجتمع المدني عن مراقبة جودة التعليم.

السؤال الثالث يركز على (المطلوب) من الأيدي العاملة محلياً وخارجياً على حد سواء، وكيف يمكن تغيير خصائص أسواق العمل في المنطقة لتعظيم الفوائد من الاستثمار التعليم للأفراد والمجتمعات من حيث (أن خصائص أسواق العمل تحدد العوائد من الاستثمار في التعليم) بناءً على أن (أسواق العمل التي تعمل بصورة جيدة تعتبر أساسية لتعظيم العوائد من الاستثمار في التعليم. لأنها (تخصص رأس المال البشري عادة لأكثر الأنشطة قدرة على زيادة معدلات النمو).

الأسئلة الثلاثة وأجوبتها الافتراضية تتوجه نحو غاية واحدة وهي (أن الأنظمة التعليمية في المنطقة يجب أن تسلك مساراً جديداً إلى الإصلاح، مساراً يتميز بسمتين رئيسيتين، السمة الأولى هي إتباع نهج جديد إزاء إصلاح التعليم ينصب التركيز فيه على الحوافز والمساءلة العامة. أما السمة الثانية فهي التأكيد على سد الفجوة بين المعروض من الأفراد المتعلمين وبين الطلب الداخلي والخارجي على الأيدي العاملة).

منذ خمسينات القرن الماضي كانت بلدان المنطقة وفيه لطموحاتها التعليمية فأنفقت بسخاء على تحقيق تلك الطموحات حتى لقد بلغت - باستثناء البعض منها - مستوى الالتحاق الكامل في مرحلة التعليم الابتدائي وزادت معدلات الالتحاق في المدارس الثانوية ثلاثة أمثال تقريباً فيما بين عامي 1970 و2003 وخمسة أمثال في مرحلة التعليم العالي. وقد توجت إنجازات المنطقة بسد فجوة التعليم بين الجنسين. وقد أصبحت المساواة بين الجنسين شبه كاملة في مرحلة التعليم الأساسي. وعلى الرغم من أن المنطقة بدأت ولديها مستويات منخفضة نسبياً للمساواة بين الجنسين، فإن مؤشرات مرحلتي التعليم الثانوي والعالي لا تختلف كثيراً عنها في منطقتي أمريكا اللاتينية وشرق آسيا. وقد أدى هذا الاستثمار أيضاً إلى تحسن في مستويات التعليم وبعض القدرات الأساسية المعينة. وقد خفضت معدلات الأمية إلى النصف في العشرين سنة الماضية وانخفض بسرعة الفرق المطلق بين الذكور والإناث في معدلات محو أمية البالغين. ومن حيث نواتج تعليم الطلاب تسجل بعض بلدان المنطقة درجات جيدة نسبياً في الاختبارات الدولية، مثل اختبارات TIMSS، أو الاتجاهات العالمية في دراسة الرياضيات والعلوم<sup>(2)</sup>.

غير أن البنك يأخذ على هذا التقدم الواضح في ميدان التعليم كونه (لم ينعكس بصورة عامة في شكل نواتج إنمائية مثل النمو الاقتصادي وتوزيع الدخل وتخفيض أعداد الفقراء). ليس هذا وحسب، بل إن البنك يلاحظ أن الطموح والتوسع في الإنفاق على التعليم ظلا قاصرين - بالمعيار الدولي - عن المأمول من التحسن في أداء المؤسسات التعليمية لدول المنطقة وهذا هو ما أبعدنا عن تحقيق تبدل جوهري في أنماط التفكير عند الأجيال التي تخرجت في هذه المؤسسات لهذا ظل الإنجاز التعليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أدنى منه في البلدان الأخرى التي لديها مستويات تنمية اقتصادية مماثلة. وعلى الرغم من أن المنطقة لحقت تقريباً بركب منطقتي شرق آسيا وأمريكا اللاتينية فيما يتعلق بالالتحاق الكامل في المرحلة الابتدائية فإنها لا تزال متخلفة بالنسبة للالتحاق في مرحلتي التعليم الثانوي والعالي. فما

(2) هذه الاقتباسات ونظائرها التي سترد في هذا العرض لتقرير (الطريق غير المسلول) مأخوذة من الخلاصة التنفيذية للتقرير وهي باللغة العربية.

الذي ذهب خطأ وطاش في تمتين العلاقة بين انتشار التعليم على كل المستويات وبين القصور الذي يكاد يكون تغيباً كلياً للتغير في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للناس؟

يرجع التقرير هذه القطيعة بين التوسع في التعليم والإنفاق عليه وبين سكونية الحراك الاقتصادي والاجتماعي إلى (خصائص معينة في النظام التعليمي) من جهة وإلى طبيعة (الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية العامة) في بلدان المنطقة ذاتها. ولا مشاحة في أن انخفاضاً ملحوظاً قد سجل في عدد الفقراء في دول المنطقة ولكن البيانات الإحصائية تؤشر إلى أن انخفاض عدد الفقراء لا يبدو أنه كان نتيجة لارتفاع معدل النمو الاقتصادي وارتفاع الدخل بفضل التحصيل التعليمي، بل أن معدلات الفقر انخفضت على الرغم من انخفاض معدلات النمو الاقتصادي ويرجع السبب في ذلك إلى حد كبير إلى أن معظم بلدان المنطقة نفذت سياسات اجتماعية نشطة لصالح الفقراء وأن البلدان الغنية بالبتترول تمكنت من ضمان حد أدنى من الدخل لأشد الناس فقراً.

لقد كانت بعض الظواهر غير المقصودة سبباً مضافاً لخفض عدد الفقراء (فمن المتعارف عليه على نطاق واسع أن الاستثمار في تعليم النساء يمكن أن يؤدي إلى انخفاض معدلات الخصوبة، وبالتالي إلى انخفاض أعداد الفقراء ووفيات الأطفال. وقد قابل انخفاض مؤشرات التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في الستينيات والسبعينيات انخفاض مماثل في معدلات التنمية الاجتماعية. وفيما نجحت بلدان المنطقة في سد الفجوة بين الجنسين في التعليم، انخفضت معدلات خصوبة النساء من 7.1 طفلاً في المتوسط في عام 1962 إلى 3.4 طفلاً في عام 2003 ومع أن أحدث معدلات الخصوبة في المنطقة لا تزال أعلى مما هي في منطقتي شرق آسيا وأمريكا اللاتينية، فإن الفجوة قد سدت تقريباً).

إذا كان انخفاض معدلات الخصوبة عند النساء المتعلمات سبباً في خفض عدد الفقراء فإن مخرجات النظم التعليمية نفسها تنقذ ما تبرمه الطبيعة. إن (حوالي ثلثي الطلاب في أكثر من نصف بلدان المنطقة يخرجون في مجالات العلوم الاجتماعية والدراسات الإنسانية، وليس في مجالات العلوم الأساسية والرياضيات. هذا النمط في الالتحاق هو نقيض النمط الملاحظ في منطقة شرق آسيا وبدرجة أقل في منطقة أمريكا اللاتينية. ونظراً لأن ابتكار وتطوير التكنولوجيا يلعب دوراً متزايد الأهمية في عملية التنمية، فإن مدارس منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ربما تنتج المزيج الخاطئ من القدرات).

- 2 -

أين يمكن الوقوع على جرثومة هذا التناقض بين التضحية والمكافأة في مجال تنمية التعليم؟

يجيب التقرير عن هذا السؤال بالإشارة إلى عوامل ثلاثة:

أولاً - أن معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا تزال تستخدم نموذجاً تدريسياً أكثر ميلاً إلى التقليديّة مثل النقل من السبورة وانخفاض درجة التفاعل بين المعلمين والطلاب، على حين أن مهارات حل المشاكل والاتصالات - وليس القدرة على أداء مهام روتينية - أصبحت أمورا جوهرية لزيادة الإنتاجية.

ثانياً - البلدان التي تتيح فرصاً متعددة للتعليم تسجل أيضاً درجات أعلى على مؤشر اقتصاد المعرفة وبدلاً عن التعليم الذي يتخذ شكل الهرم، حيث تنتقل مجموعة متناقصة من الطلاب إلى المراحل التعليمية الأعلى، بدأت الأنظمة التعليمية تصبح أكثر إشراكاً وتنوعاً، خاصة بعد مرحلة التعليم الإلزامي أي المرحلتين الثانوية والعالية. ولكن التعليم اللاحق للمرحلة الإلزامية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا يتسم بهذا النوع من المرونة. فحالما يتم اتخاذ قرار بشأن مجال الدراسة، فليس هناك سبيل للرجوع عنه والفرص المتاحة قليلة أمام أي شخص لمواصلة دراساته بعد دخوله سوق العمل لفترة محدودة.

ثالثاً - في بلدان المنطقة يمثل التعليم المهني الرسمي عادة طريقاً مسدوداً في معظم الأنظمة وتركز أنظمة الامتحانات على الاختبار لمواصلة الدراسة أكثر مما تركز على منح شهادات الاعتماد، وقد شرعت بعض بلدان المنطقة ( تونس والأردن، على سبيل المثال ) في معالجة هذه المشكلة عن طريق إدخال آليات لضمان الجودة وزيادة درجة استقلال المدارس، والالتزام بالتعلم مدى الحياة، غير أن هذه المبادرات ما تزال في أول الطريق.

العوامل الثلاثة المتقدمة - منفردة جاءت أم مجتمعة - كان لها مردود سلبي مشترك على جميع أوجه عمل المؤسسات التعليمية في بلدان المنطقة ... مردود تمثل في توهين العلاقة بين نواتج التعليم وبين عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية توهيناً تتمثل علته في واحد من التفسيرات الثلاثة التالية:

( أحد التفسيرات هو أن مستوى التعليم في المنطقة منخفض جداً بحيث أن التعليم لا يسهم في زيادة النمو والإنتاجية. وثمة تفسير آخر وهو أن المستوى النسبي وليس المطلق للنواتج التعليمية هو الذي يفسر الصلة الواهية بين التعليم والنمو الاقتصادي في المنطقة فالاستثمار الأجنبي المباشر، على سبيل المثال، يجذب إلى البلدان التي لديها نواتج تعليمية أفضل مع تساوي كافة العوامل الأخرى، ويرتبط تفسير ثالث بالتباين في التحصيل التعليمي، فهو أكثر في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا منه في المناطق الأخرى، وتشير بحوث دولية إلى أن التوزيع الأكثر تساويًا للتحصيل التعليمي يرتبط ارتباطاً إيجابياً بتحقيق معدلات نمو اقتصادي أعلى. وأخيراً، يمكن أيضاً أن تكون الصلة الضعيفة بين نواتج التعليم والنمو الاقتصادي مرتبطة بارتفاع مستويات التوظيف في القطاع العام، وانخفاض أعداد القطاعات الديناميكية القادرة على المنافسة الدولية ).

لقد تمخض هذا التناقض بين عظم الجهود التي بذلت للارتقاء بالتعليم وبين ضآلة مردودها على تعظيم الطاقة الإنتاجية الاقتصادية عن وضع متعاضل في بلدان المنطقة. كان متوقعا من الاستثمار المالي في التعليم أن يحقق نواتج إنمائية إيجابية تقاس بالنمو الاقتصادي وتحسن توزيع الدخل وانخفاض أعداد الفقراء. غير أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حققت نتائج إنمائية (أقل عدداً مما حققته البلدان المماثلة في شرق آسيا وأمريكا اللاتينية) مما يفرض السؤال التالي: ما الذي يحتمل أن يكون قد منع التعليم من تحقيق نتائج إنمائية أفضل؟

أول جواب محتمل - من وجهة نظر التقرير - يتمثل في انخفاض العائد من التعليم العالي، وانخفاض معدلات العائد من التعليم العالي راجع، بدوره، إلى انخفاض معدلات

النمو الاقتصادي وارتفاع معدلات التوظيف في القطاع العام، ومما يقلل أكثر وأكثر من مجال حدوث تباين في الدخل حسب المستوى التعليمي هو أن أعداداً متزايدة باطراد من النساء تدخل سوق العمل - وهؤلاء النساء يحققن عادة دخلاً أقل من الرجال، وهذا ما جعل النمو الاقتصادي - بنسبة الفرد في المنطقة على مدى السنوات العشرين الماضية منخفضاً نسبياً ومن هنا نشأ التعاضل بين ما حققته الأنظمة التعليمية وبين ما تحتاجه المنطقة لتحقيق أهدافها الإنمائية الحالية والمستقبلية إذ لا تزال بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مختلفة عن كثير من البلدان المماثلة (حيث يقاس الإنجاز بسنوات التحصيل التعليمي بين السكان البالغين. والإنجازات التعليمية التي تحققت حتى الآن تتعرض للخطر جزئياً بسبب ارتفاع معدلات التسرب والدرجات المنخفضة نسبياً التي تسجل في الاختبارات الدولية. وعلى الرغم من حدوث تحسينات ملحوظة في زيادة إمكانية الحصول على التعليم وتضييق الفروق بين الجنسين في المرحلة الابتدائية، فإن معدل محو أمية الكبار لا يزال منخفضاً ولا تنتج الأنظمة التعليمية المهارات المطلوبة في عالم تتزايد فيه درجة المنافسة ومعدلات البطالة مرتفعة بشكل خاص بين الخريجين، ويعمل قطاع كبير من قوة العمل المتعلمة في الجهاز الحكومي. ونتيجة لذلك، فإن الصلة تظل ضعيفة بين التعليم وبين النمو الاقتصادي، وتوزيع الدخل وتخفيض أعداد الفقراء).

تحولات العقم في المردود الاقتصادي من النظم التعليمية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تصطدم في نهاية الأمر بتحديات الأوضاع الكونية للتعليم. إن متطلبات الصمود في حلبات التنافس الاقتصادي الشرس لامتلاك مصادر القوة الاقتصادية والمعرفية تفرض على النظم التعليمية في المنطقة الانفتاح على رؤى غير مسبوقه في تاريخها التربوي مثل إعادة هندسة البرامج التعليمية وطرائق التعليم من جهة، وإعادة هيكلة نظام الحوافز وآليات المساءلة العامة من جهة أخرى. كما تفرض تغييرات في العلاقة بين أسواق العمل والتعليم. إن مجمل هذه التوقعات الجديدة من التعليم يبرر القول بأن هناك حاجة مشروعة إلى إصلاح تربوي شامل على الأصعدة المتقدمة كلها.

في الماضي كانت هندسة النظم التعليمية بسيطة ومباشرة تتمثل في إيجاد المباني والمدرسين والمواد التدريسية استناداً إلى تنبؤ بسيط بشأن الطلب. أما الآن فيجب أن ينتج التعليم مهارات ملائمة للمنافسة العالمية وأن يلبي الطلب المتزايد على التعليم اللاحق للمرحلة الابتدائية. وهذا التعقيد المتزايد يتطلب نوعاً جديداً من الهندسة يستند إلى الشراكة وليس القيادة الهرمية التسلسلية. (فعلى سبيل المثال، بدلاً من التحكم في تخصيص جميع المدخلات والموارد التعليمية، تحتاج السلطات التعليمية إلى تنسيق إسهامات مجموعة متنوعة من الفاعلين) من القطاع الخاص والقطاع العام، وعلى المستوى المحلي لتحقيق الأهداف المتوقعة وتشمل بعض أدوات هذا النوع من الهندسة مراقبة الجودة والشراكات بين القطاعين العام والخاص. إضافة إلى ذلك، سيتحمل «مهندسون» من مستوى الوزارة إلى مستوى المدرسة مسؤولية إيجاد مصادر تمويل إضافية.

على أنه مهما بلغت هندسة النظم التعليمية من الجودة فإن الذين يفعلونها ويوجهون آثارها في وجوه الحياة الفعلية للناس هم المعلمون والإداريون التعليميون وما لم يكرس هؤلاء المهنيون فكرهم وولاءهم لمهنتهم ولتلاميذهم تظل النظم التعليمية غير مكفولة

النجاح. من أجل تشجيع هؤلاء الفاعلين في مجال التعليم على تحسين أدائهم يقترح التقرير ثلاثة مجالات يمكن فيها لبلدان المنطقة مواصلة تحسين هيكله الحوافز المقدمة لهذه القوى المهنية التي تتحمل ثقل مسؤولية إنجاز التعليم وتعظيم وظيفته في التنمية الاقتصادية وذلك بالطرق التالية:

أولاً - يمكن زيادة تشجيع تقديم التعليم من مؤسسات غير عامة، لا سيما في المجالات التي تتمتع فيها تلك المؤسسات غير العامة بميزة نسبية واضحة لتلبية الطلب المتنوع على الخدمات التعليمية مثل، التعليم غير الرسمي، والتدريب المهني، والتعليم اللاحق للمرحلة الثانوية.

ثانياً. يمكن نقل قدر أكبر من مسؤوليات اتخاذ القرارات إلى مستوى المدرسة أو الجامعة من أجل زيادة المرونة. وبالتوازي، يمكن ربط التمويل العام، الإضافي بالنواتج والابتكار، وبالتالي ضمان المساءلة عن الأداء.

يتوقع الآن من المدرسين أن يعملوا بدرجة أكبر من الاستقلالية مثل الأطباء أو المحامين بحيث يطبقون نظام التشخيص ويكيفون الاستجابات لتلائم الاحتياجات المحددة للطلاب والبيئة. ولمساندة هذا التغيير، هناك حاجة إلى هيكله حوافز جديدة للمدرسين. وعلى الرغم من أن ربط أجور المدرسين أو ترقياتهم بنواتج الفصل الدراسي (\*) أمر مثير للجدل، فإن بلداناً كثيرة تجرب استخدام نظام تقديم حوافز لفرق من المدرسين أحياناً على مستوى المدرسة بأكملها، وأحياناً على مستوى أقسام محددة للعمل معاً لتحسين نواتج التعليم. كما أن حصول المدرسين على التراخيص والترقيات يمكن أن يشترط استمرارهم في تطوير مهاراتهم وقدراتهم بدلاً عن الاعتماد على الأقدمية.

- 3 -

من أجل تعظيم الإفادة من هذا التقرير القيم الغني بالمعلومات.. ينبغي التعامل معه من منظور الإطار الوظيفي Functional والعملياتي Operational للبنك الدولي، بهذا يمكن فهم أو تفهم تأكيد التقرير على الغايات الاقتصادية من التربية حيث يعتبر التعليم - بلغة البنك - (سلعة عامة) (يفترض أن تخدم مصالح أوسع نطاق من المواطنين) وبهذا يبدو مفهوماً - ومقبولاً إلى درجة ما - أن يكون الغرض الأعلى من التعليم (تغيير خصائص أسواق العمل في المنطقة لتعظيم العوائد من الاستثمار في التعليم للأفراد والمجتمعات. والافتراض الأساسي هنا هو أن خصائص أسواق العمل تحدد العوائد من الاستثمار في التعليم: فأسواق العمل التي تعمل بصورة جيدة تعتبر أساسية لتعظيم العوائد من الاستثمار في التعليم لأنها تخصص رأس المال البشري عادة لأكثر الأنشطة قدرة على زيادة معدلات النمو ويمكن أيضاً أن تؤثر بصورة إيجابية على المساواة. غير أن تشوهات أسواق العمل وعدم معالجة مظاهر عدم اكتمال الأسواق من شأنهما إحداث الآثار العكسية .

(\*) الصف.

هكذا إذن... « تغيير خصائص أسواق العمل في المنطقة لتعظيم العوائد من الاستثمار في التعليم ». هذه دعوة يتبناها كثير من أعلام الفكر الاقتصادي / الاجتماعي Socio Economic في العالم اليوم ولكنهم يفعلون ذلك بكثير من التحفظ على مطلق الدعوة. لأنهم مرتابون في قدرة الاقتصاد وسوق العمل وحدهما على تقرير وجهة التعليم العليا. جون كينيث غولبريث John K. Galbraith هو واحد من هؤلاء المتحفظين. في كتابه (المجتمع الصالح - جدول أعمال للإنسانية 1996) (The Good Society - The Humane Agenda) هو يثمن عالياً التبشير بالدعوة إلى القراءة الاقتصادية لأزمات التعليم ولكنه يتحفظ عليها. من ناحية المبدأ هو يسلم بأنه في المجتمعات المعاصرة - وبخاصة المجتمعات الصناعية - تتميز التربية بدور مركزي لأن الاقتصاد الحديث يتطلب قوة عمل مدربة تدريباً جيداً وقادرة على التكيف مع المستجد من الظروف. إن القطاعات الصناعية المتوسعة باستمرار - مثل الإنتاج المبني على التكنولوجيا وعلى الفنون والتصميم وصناعة السياحة الضخمة والمتعاظمة أبدأ والمهن الراقية مثل الطب والقانون والإعلام، كل هذه القطاعات يجب أن تتوفر لها قوة عمل مدربة. وفي الوقت ذاته فإن التربية تلهم المبتكرين الذين يستجيبون لاحتياجات هذه القطاعات عالية التدريب بالجديد والمتجدد من الأفكار التي تجعل عملية التقدم ممكنة. غير أنه سرعان ما يبادر إلى التحفظ على مطلق الدعوة منبهاً إلى وجوب التمييز بين ما هو اجتماعي وما هو اقتصادي في فهم الوظيفة الإنسانية للتربية لأن المجتمع الصالح لا يمكن أن يرضى بتحديد وظيفة التربية بخدمة الاقتصاد.

إن للتربية دوراً أساسياً واجتماعياً أوسع بكثير من محض خدمة الاقتصاد وتطويره ولهذا الدور الأوسع مبرراته الأخلاقية: إن للتربية واجباً غير منازع في تحقيق السلام الاجتماعي لأن التربية هي التي توفر للناس الأمل والوسيلة للتحرر من قيود المراكز الاجتماعية والاقتصادية الواطئة ومن الحرمان وفي الصعود إلى المستويات الأعلى في البنية الاجتماعية.

إن قدراً معيناً من التباين الاجتماعي والاقتصادي أمر لا مهرب منه في المجتمع الصالح كما أن الإلغاء الكامل للنظام الطبقي أمر مستحيل أو هو استحالة عملية. ولكن النبل الاجتماعي والاستقرار السياسي يتطلبان - في كل الأحوال - وجود فرص معترف بها للارتفاع في السلم الاجتماعي، فرص للهروب من المستويات الدنيا إلى المراتب الأكثر رفعة. إذا لم توجد هذه الفرص فستحل محلها قطعاً النقمة الاجتماعية... أكثر من هذا احتمال الثورة العنيفة، وعلى هذا فإن أحسن الفرص التربوية يجب أن تتوفر للذين هم في الأوضاع الاجتماعية الأسوأ. إنهم الأعظم حاجة إلى الوسيلة للتحرر من أوضاعهم الاجتماعية القاسية.

في المجتمع الصالح هناك مهمتان أخريان للتربية، الأولى هي مساعدة الناس على حكم أنفسهم بأنفسهم حكماً ذكياً أما الثانية فهي إعانتهم على الاستمتاع بالحياة استمتاعاً تاماً.

الاقتصاد الزراعي القديم كان يتطلب القليل من التدخل الحكومي، والقليل من الذكاء المتطور كان يخدم الحاكم والمحكوم معاً. مع التقدم الاقتصادي والصناعي وما يصاحبه من مسؤوليات اجتماعية تأخذ المشاكل الاجتماعية بالازدياد والتعقد وهذا يتطلب أن يكون هناك (ناخب) متعلم ومتطور عقلياً وإفسوف يكون الأمر كله إلى الحكومة وأجهزتها البيروقراطية وخارج هذين الاحتمالين سيكون هناك استسلام كامل لحكم الجهالة وسوء التقدير وهذا

بدوره سيكون مدمراً للبنية السياسية نفسها.

تحت ضغط الخوف من الحاجة أو الجوع يمكن التأكد مقدماً بأنه سيكون في البيئة الاجتماعية قطاعات من الناس مستعدة عملياً لتأييد أية كارثة سياسية يقود إليها الغلاة من المتعصبين أو الديماغوغيين. إن التربية - والتربية وحدها - هي القادرة على تقليص حجم هذه النوعية من الناس وحجرتها في الحدود الدنيا.

غير أن هناك علاقة أخرى - خفية أو أقل وضوحاً - بين الديمقراطية والتربية. التربية لا تجعل الديمقراطية ممكنة وحسب وإنما هي تجعلها ضرورية أو جوهرية للمجتمع الصالح. لا تخلق التربية المجتمع المسؤول فقط ولكنها تغرس في أفراد هذا المجتمع التمسك بالمطالبة بحقهم في أن يكون لهم صوت مسموع في إدارة شؤون المجتمع. الأميون والأميات يمكن إخضاعهم ببساطة لإرهاب السلطويين ووضعهم تحت سلطتهم وتوجيههم حيث شاء المتسلطون. هذا أمر معروف لدى الجميع. ولكن الحال لا يمكن أن يكون كذلك مع الناس المتعلمين والمتنورين المعنيين بالمواطنة المتكاملة. هذه حقيقة ثابتة في عالمنا المعاصر. ليس في المجتمعات المتعلمة تعليماً ديمقراطياً ثورات ولا انقلابات ولا مذابح بشرية. الثورات والانقلابات والمذابح تقع في المجتمعات المحرومة من التربية ومن التربية الديمقراطية على وجه التحديد.

تقليدياً ينظر إلى الديمقراطية على أنها حق من حقوق الإنسان ولكن الديمقراطية هي أيضاً ثمرة طبيعية للتربية والتنمية الاقتصادية وليست هناك أية وسيلة عفوية أو مصممة لإكراه الناس المتعلمين المثقفين على السكوت والخنوع.

هاهنا عشر غايات إنسانية نبيلة يلزم غولبريث بها التربية، اثنتان منها فقط تلتقيان مع نهج البنك الدولي في تكريس التعليم لخدمة أسواق العمل والتنمية الاقتصادية على حين توظف الغايات الثمان الأخرى لإعادة تأهيل الأفراد والمؤسسات الاجتماعية - الاقتصادية وغير الاقتصادية - للعمل من أجل رفعة الإنسان الحضارية وتحرير عقله وإرادته كما تحريره من خوف الفقر والعازة.

من قبل غولبريث كان غوناميردال Gunnar Myrdal سباقاً إلى المطالبة بالتركيز على العمليات الاجتماعية التحويلية التي يستطيع - ويجب - أن يسهم التعليم في تنضيجها وتوجيهها نحو غايات اجتماعية إيجابية. لهذه الغاية ظل ميردال من (المعضلة الأمريكية (The American Dilemma - 1944 إلى (الدراما الآسيوية 1968 - Asian Drama) يؤكد أن المؤسسات الاجتماعية لا تتغير من تلقاء نفسها وإنما يغيرها الناس عندما يحل زمن إعادة اختراع النظم الاجتماعية التي يعيشون ضمنها. بكلمات آخر.. أن التغيير يجب أن يكون مقصوداً لغاية معينة مسبقاً. وإرادة التغيير والقدرة عليه محكومان - أو ينبغي أن يكونا محكومين - بصراحة النوايا والتقييم الجيد للأهداف التي يراد تحقيقها، إن هذه التقييمات تنجم عن نظام معقد من العقلانية وتخطيط المستقبل ورفع الإنتاجية والارتقاء بمستويات المعيشة وتحقيق المساواة الاجتماعية والاقتصادية والتلاحم الوطني والديمقراطية السياسية والانضباط الاجتماعي. إن هذا التأكيد على وضوح النوايا وجودة التقييمات المسبقة لأي مشروع تنموي إنما ينجم عن حقيقة أن التوزيع غير المتكافئ للسلطة ومصادر الثروة يشكل

عائقاً ليس أمام تحقق المساواة فقط وإنما أمام النماء الاجتماعي أيضاً.

في أي مشروع للتغيير الاجتماعي هناك - وفي آن واحد - تفاعل وصراع بين (المثُل) وبين (الواقع) ولا بد لنفاذ المشروع من تغليب ديناميكية التفاعل على ديناميكية الصراع. بين المثل والواقع. إن منافع النماء الاقتصادي والاجتماعي قد تكون ذات طبيعة تراكمية في ظرف اجتماعي دون آخر فيحصل (الذين يملكون) على المزيد من المكاسب على حين أن (الذين لا يملكون) لا يصيبهم من نعم النماء إلا رذاذ غير ذي جداء. من هذا التوجس في احتمال أن يزداد الأغنياء غنىً جرّاء تحكمهم بالموارد الثقافية والتربوية - إن لم يكن احتكارهم لها - على حين يزداد الفقراء فقراً جرّاء حرمانهم من نعم تلك الموارد، من هذا التوجس بلور ميردال نظريته في (السببية التراكمية Cumulative Causation) القائلة بأن مصادر الثروة - فردية كانت أم وطنية - هي النتيجة وليست السبب للنماء في الدخل والثروة بفعل توفر تعليم تخصصي عالي النوعية لأفراد المجتمع أجمعين ومن هنا اشترط ميردال أن يشتمل تحليل التنمية على تفحص العلاقة بين التغذية الأفضل والصحة الأفضل والتعليم الأفضل والإنتاجية الأعلى نوعاً والأوفر كماً لأن تفحص هذه العلاقة سيكشف العلاقة - سلباً أو إيجاباً - بين جودة الإنتاج ووفرتة من جهة وبين المتغيرات الثلاثة الأخرى. إن إدخال متغيرات غير اقتصادية في تحليل التنمية يزيد من إمكانية الكشف عن وجود عمليات تراكمية متعددة غائبة عن نظر المحلل الاقتصادي التقليدي ومن شمولية هذا التحليل للعملية التنموية تتبلور مسؤولية المؤسسة التربوية عن توفير العدالة التربوية والتقدم الاجتماعي بإعادة توجيه نفسها وفق المقتضيات التي تملحها التحولات التي يشهدها المجتمع البشري (\*).

- 4 -

لقد اختار البنك الدولي لنهجه في إصلاح التعليم في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا اسم (الطريق غير المسلوك) ولم يكن الأمر كذلك تماماً. فمنذ خمسينات القرن الماضي حملت الأدبيات التربوية العربية دعوات عالية الصوت للربط بين التعليم والإنماء الاقتصادي كما أن تجارب ناجحة قد صممت وبوشر في تنفيذها من أجل ربط التعليم بالتنمية الاقتصادية وسوق العمل مثل (مشروع الدجيللة) في العراق .. غير أن الطرق التي سارت فيها تلك الدعوات كانت مليئة بالعثرات فلم تكن الرحلة عليها راشدة دائماً لأن الهدف الاقتصادي كان يحبط بإغفال عناصر القوة المضافة أو المساندة له من التحرر السياسي والتجديد القيمي في المجتمع. اليوم ينور الاقتصاديون الاجتماعيون تلك القوة المغيبة. وليس من ريب أن تجارب نصف القرن المنصرم قد فتحت عيون أهل المنطقة على الحقيقة المحيطة بهم، هناك طريق أخرى يجب أن تسلك هي طريق التنوير العقلي وإذا ما استطاع أهل المنطقة أن يعيدوا اختراع مؤسستهم التعليمية بما يتوافق والتوجهات العالمية نحو الديمقراطية والمساواة بين الناس وتحريرهم فكرياً، وتدريبهم على أن يكونوا أعضاء فاعلين في مجتمعاتهم السياسية، آنئذ سيتاح لكلا الطريقين غير المسلوكين أن يتلاحما في طريق واحدة يكون السفر عليها راشداً إلى الغايات الاقتصادية والمقاصد الاجتماعية التنويرية في وقت معاً.

(\*) للتوسع في آراء غولبريث وميردال حول الوظيفة الاجتماعية للتربية والتعليم، راجع محمد جواد رضا - (العرب والتربية والمستقبل .. تربية النكوص أم تربية الأمل) فصل (التغيير وإرادة التغيير)، ص 70-81، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، 2000.

## دعوة إلى الباحثين العرب للمشاركة في المرحلة الثالثة 2004-2009 من مشروع مبارك العبد الله المبارك الصباح للدراستات العلمية الموسمية

تسترعى الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية انتباه الباحثين العرب بأنها سوف تبدأ باستقبال وتمويل الخطط البحثية للمشاركة في مشروع الدراستات العلمية الموسمية، والذي يهدف لتشجيع الباحثين القيام بالدراستات والبحوث المتعلقة بالطفولة العربية واحتياجاتها وفقاً للقواعد التالية:

- يجب أن يعالج موضوع الدراسة مشكلة متعلقة بالطفولة العربية، وتعطى أولوية للدراستات ذات الامتدادات الإقليمية.
- يجب أن تكون الدراسة أمبريقية، مع التقيد بأن يكون الحد الأعلى لصفحات الدراسة خمسين صفحة فقط.
- مدة الدراسة ثمانية أشهر من تاريخ الموافقة عليها.
- يقدم الباحث خطة تفصيلية للدراسة، وتخضع هذه الخطة للتحكيم وفق شروط الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- يلتزم الباحث التزاماً كاملاً بما جاء في خطة الدراسة التي تمت الموافقة عليها.
- يلتزم الباحث بتقديم تقارير مرحلية عن كيفية سير الدراسة.
- لا تقبل الدراستات والبحوث المستقلة من رسائل الماجستير أو الدكتوراه أو بحوث سبق نشرها.
- لا تلتزم الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية بإعادة المشروعات التي لا تحظى بالموافقة.
- يتقدم الباحث للجمعية بميزانية مالية لتكاليف البحث من كل وجوهه.
- تقوم الجمعية بدراسة خطة البحث والتكاليف المالية، وعند إقرارها توقع مع الباحث عقداً ينظم عملية التنفيذ وتغطية التكاليف المالية الخاصة بها.
- تكون حقوق النشر الناجمة عن البحث العلمي محفوظة للجمعية على أن يوضع اسم الباحث على الدراسة التي يقوم بتنفيذها.
- ترسل جميع المكاتبات تحت اسم الدراستات الموسمية إلى رئيس المشروع على العنوان التالي:

الدكتور/ حسن علي الإبراهيم

رئيس مجلس الإدارة

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

ص.ب: 23928 الصفاة

الرمز البريدي: 13100 - دولة الكويت

تلفون: 4748250 / 4748479

فاكس: 4749381

البريد الإلكتروني: e-mail: haa49@qualitynet.net