

حقيبة إثرائية في مجال التربية الخاصة



سلطنة عُمان
وزارة التربية والتعليم
للدراسة العامة للتربية الخاصة والعلوم المسند

الاضطرابات السلوكية والانفعالية وآلية الكشف والتشخيص

سعاد بنت جمعه بن موسى الخروصية
مشرفة صعوبات التعلم مجال ثان



الأهداف المتوقع تحقيقها من الورقة

الهدف العام من المادة العلمية

أن يتدرب المعلمون والمعلمات على آلية الكشف والتشخيص عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتطبيق مقياس القوة والصعوبات لذلك وتحليل النتائج وتفسيرها.

الأهداف الخاصة للمادة العلمية

- يتوقع من المعلم المطلع على هذه المادة العلمية أن يكون قادرا على أن :
- يتعرف على مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
 - يستنتج الفرق بين الاضطرابات السلوكية والمشكلات السلوكية بصورة صحيحة.
 - يُعدّد محكات تحديد الاضطراب السلوكي والانفعالي بشكل صحيح.
 - يذكر أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
 - يستنتج تصنيفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية
 - يتمكن من ذكر خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا.
 - يتمكن من تطبيق مقياس مواطن القوة والصعوبات لتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

المهارات المكتسبة:

- القدرة على التطبيق والتنفيذ لمقياس مواطن القوة والصعوبات وتحليل النتائج وتفسيرها.
- القدرة على تحديد خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا من خلال محكات السلوك المضطرب.
- العمل الجماعي المتعاون باستراتيجية حل المشكلات في دراسة نماذج لحالات نفسية وتحديد نوع الاضطراب السلوكي الوارد في الحالة.

الفئة المستهدفة: المعلمون والمعلمات.

الصفحة	الموضوع	م
3	المقدمة	١
6	مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية	٢
8	محكات الاضطراب السلوكي والانفعالي	٣
9	أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية	٤
12	تصنيفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	٥
15	معدل انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية	٦
17	خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا	٧
20	قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية	٨
23	مقياس مواطن القوة والصعوبات SDQ للاضطرابات السلوكية والانفعالية	٩
27	بعض أنماط الاضطرابات السلوكية والانفعالية في قياس مواطن القوة والصعوبات SDQ	١٠
30	الخاتمة	١١
31	المراجع والتوثيق	١٢
34	الملحق	١٣

لعل من أهم المشكلات التي تنبه علماء النفس، والتربية لأهمية الكشف المبكر عنها هي الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي لا تقف عند عمر معين، أو مجتمع معين، مع الاختلاف في نوعيتها، ونسبة حدوثها، ومسبباتها، كما أنها متعددة الأشكال، والأنواع، والأعراض، منها ما يهدم الشخصية كاملاً، ومنها ما تمس آثاره طرفاً خفيفاً من سلوك الشخص، ومنها ما يفسد علاقة الإنسان مع المحيط حوله، ويعطل قدرته على العمل، والإنتاج، وتنطوي الاضطرابات السلوكية أياً كان نوعها على صعوبات تزج صاحبها، وتكشف عن اضطراب لديه، وتكون مصدر قلق رئيسي للأسرة، والمعلمين؛ لأنها تعيق الطالب عن تنفيذ العديد من الأنشطة، والبرامج التربوية التي تقدمها المدرسة له، وتسهم في رفع مستوى قدراته، وإمكاناته (آل سعيد و بريدزي و هاملتون، ٢٠١٢).

وقبل التطرق إلي الاضطرابات السلوكية المختلفة، لابد من الإشارة إلى أمراً غاية في الأهمية يختلف عن الاضطرابات السلوكية اختلافاً كبيراً وواضحاً، ومع ذلك فإن الكثيرين يخلطون بينه وبين تلك الاضطرابات إلا وهو المشكلات السلوكية Behavior Problems والتي عرفها (محمد، ٢٠١١) بأنها " سوء سلوك يمثل خروجاً على عادة أو عرف أو تقاليد أو نظام أو قانون بما يجعل منه سلوكاً لا تكييفياً يمكن أن يصدر عن أي شخص حتى من جانب غير المعوقين، ومن ثم فهو يؤثر سلباً على علاقة الفرد بالآخرين" (ص ١١٧).

وعندما يزداد معدل تكرار المشكلات السلوكية وتصبح مزمنة، وتزداد حدتها، وتكون غالباً مصاحبة لغيرها من السلوكيات المضادة للمجتمع، وتعمل على تعطيل الأداء الوظيفي اليومي للفرد، ويقر الوالدين أو احدهما إلى جانب المعلم أنه تم بذل العديد من المحاولات الجادة لتعديل سلوك الفرد، ولكن رغم ذلك كان سلوكه غير قابل للتعديل؛ فبذلك تتحول المشكلة السلوكية إلى اضطراب سلوكي (روزنبرج وويلسون وماهيدي وسنديلار، ٢٠٠٤ / ٢٠٠٨).

إن الاضطرابات السلوكية والانفعالية Behavioral and Emotional

Disorders هي مصطلح يصف مجموعة من الأشخاص يظهرون، وبشكل متكرر أنماطاً سلوكية مؤذية أو شاذة عما هو مألوف، ويرى بطرس (٢٠١٠) أن الاضطراب السلوكي هو " اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته، والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد" (ص ١١). في حين يعرف الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية على أنهم: " غير القادرين على التوافق، والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول" (يحيي، ٢٠٠٣، ص ١٧).

لقد حظيت قضية الكشف المبكر عن ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتعرف عليهم، وتشخيصهم باهتمام مطرد من المربين والآباء وعلماء علم النفس

التربوي والمرشدين النفسيين، فوجدت العديد من الأساليب والأدوات التشخيصية المقننة وغير المقننة التي يتم استخدامها لتشخيص هذه الفئات وفرزها، وتحديد الإجراءات العلاجية المناسبة لها. وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية؛ يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت، هذا ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية، لعل من أهم تلك الطرائق: التقديرات سواء للمعلمين أو الوالدين أو الأقران أو الذات، واختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية ومنها: مقاييس تقدير السلوك، وأدوات التقدير الذاتي، وقوائم الشطب، ومقاييس مفهوم الذات (القمش والمعايطة، ٢٠٠٧).

ورغم تعدد الأدوات والمقاييس الخاصة بتشخيص فئة الطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية في الدول الأجنبية، إلا أن العالم العربي بشكل عام وسلطنة عمان بشكل خاص لا تزال تفتقر إلى حد ما لوجود مثل هذه المقاييس، ورغم أن هناك محاولات عديدة لا يُستهان بها لاستحداث وتقنين أدوات ومقاييس خاصة بهذه الفئة، إلا أن الحاجة لا تزال مستمرة لإجراء المزيد من الدراسات والبحوث لإيجاد مقاييس مقننة يمكن استخدامها لتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الكايد، ٢٠١٢)، لا سيما وأن العديد من الباحثين تناولوا في أبحاثهم موضوع المشكلات السلوكية كاضطرابات سلوكية أو العكس، وهذا الخلط بين المفاهيم أدى إلى عدم إمكانية وضع برامج علاجية ناجحة لتلافي المشكلات السلوكية قبل تفاقمها وزيادة حدتها؛ مما نتج عن ذلك تكبد المجتمع لتكاليف باهظة نظير التخلص من الآثار المترتبة على تفاقم تلك المشكلات وتحولها لاضطرابات سلوكية تستلزم تكاليف باهظة لإعداد برامج علاجية متميزة، وأفراد متمرسين لعلاج هؤلاء الأفراد المضطربين (محمد، ٢٠١١؛ إسماعيل، ٢٠٠٩؛ علي، ٢٠١١).

ولقد كان لحركة القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس دورا مهما ورئيسيا في التعرف والكشف المبكر عن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية، وتشخيصهم، من خلال توفير أدوات التشخيص المناسبة لهذه الفئة، ولكن في ظل عدم توفر أدوات القياس والتشخيص المناسبة؛ فإنه يصعب على معد البرامج التربوية تحويل تلك الفئات إلى المكان المناسب لها لتلقي الرعاية الملائمة لهم؛ لذا كان من المهم توفير المقاييس المقننة التي ستمكن العاملين في القطاع التربوي من اتخاذ الإجراءات اللازمة للتدخل المبكر للعناية بهذه الفئة وتقديم البرامج العلاجية المناسبة لهم؛ وعليه فإن عملية التقنين للاختبارات تعتبر عملية ضرورية ومهمة في ظل غياب أدوات القياس العربية والمحلية (حريري، ٢٠١٢).

وتعرف عملية التقنين للاختبار بأنها: " العملية التي يتم خلالها التحكم في العوامل غير المناسبة والتي يمكن أن تؤثر في عملية القياس، وتخفيض أخطاء القياس إلى حدها الأدنى عن طريق اختيار عينة ممثلة لمجتمع الدراسة يطبق عليها اختبار تم توحيد فقراته، وإجراءات تطبيقه، وتصحيحه بشكل يوفر للاختبار خصائص سيكومترية تتفق مع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

يمر الإنسان أثناء نموه بعدد من المراحل المتسلسلة والمتداخلة، والتي تؤثر في بعضها البعض، بدءاً من الحمل وحتى مرحلة الشيخوخة، وأثناء مروره بهذه المراحل تتغير بعض خصائصه المعرفية، والاجتماعية، والانفعالية، والحركية، واللغوية بما يحقق مطالب تتناسب وطبيعة كل مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها.

وخلال مراحل النمو المختلفة يعاني الأفراد عموماً من الكثير من الاضطرابات النفسية (الانفعالية والسلوكية) التي تعيق عمليات التكيف والتعلم والاكتساب لديهم، وتكون غالباً مزعجة وذات آثار ونتائج سلبية لا تنعكس على الفرد نفسه، بل تتعدى لتصل إلى المحيطين بالفرد، وربما تطل المجتمع ككل. وهذه الاضطرابات ليست قاصرة على فئة أو ثقافة ما، فهي تنتشر في كافة الثقافات والمجتمعات، ولكن بدرجات متفاوتة في مدى الانتشار ومستوى الشدة، وفي أنواعها، تبعاً لاختلاف الموقع الجغرافي وطبيعة المناخ ونوعية الغذاء وأنماطه، إضافة لفلسفة التربية السائدة وأساليب التنشئة والرعاية الاجتماعية (الزغول، ٢٠٠٦).

مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية Emotional & Behavioral Disorders

لقد ظهرت تعريفات متعددة تناولت موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين، والتي حددت من قبل الأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين، والمربين، واستخدمت مسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بهذه الاضطرابات منها:

سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment، الانحراف Delinquent Behavior، الاضطرابات الانفعالية Emotionally Disturbances، الإعاقة الانفعالية Emotionally Handicap، الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders... وغيرها، وقد تباينت التعريفات التي تطرقت لهذا الموضوع؛ لاختلاف تخصصات واهتمامات الباحثين، ولعل التعريف الذي حظي بكثير من القبول هو تعريف بور (Bower) الذي صدر عام ١٩٦٩م وطوره عام ١٩٧٨م لغايات التربية الخاصة، والذي يرى أن الأطفال المضطربون يمكن أن يظهروا واحدة أو أكثر من الخصائص التالية ولفترة زمنية وهي كما ذكرها القبالي (٢٠٠٨):

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية ايجابية مع المعلمين والأقران، وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.

- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام أو مخاوف مرتبطة باضطرابات شخصية ومدرسية.

أن الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم: " غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم اضطرابات تتعلق بالصراعات النفسية وبالتعلم الاجتماعي، ووفقا لذلك لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم والتفاعل مع الأقران والمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية مقبولة" (يحيي، ٢٠٠٣، ص ١٧).

في حين عرّف الزغول (٢٠٠٦) الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنها "عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول، والذي ينعكس سلبا على قدرة الفرد في تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها، وفي قدرة الفرد على النجاح في المهارات الأكاديمية (ص ٢٢).

مما سبق نجد أن الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم في الغالب أفراد يمارسون أنماطا سلوكية أو انفعالية غير لائقة تجاه الآخرين، وهذه السلوكيات تكون غير منسجمة ولا متوافقة مع المعايير الاجتماعية للسلوك المقبول في البيئة المحيطة بهم، وتكون مزعجة تؤثر سلبا في طريقة تفاعل الفرد مع المحيط الخارجي، وفي قدرته على توظيف واستغلال قدراته العقلية على النحو الأمثل في عمليات التعلم وحل المشكلات التي تواجهه في حياته.

محكات تحديد الاضطراب السلوكي والانفعالي

لقد ذكر العلماء العديد من المحكات للحكم على الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولعل المحكات التي ذكرها كل من (يوسف، ٢٠٠٠؛ الزغول، ٢٠٠٦) هي الأكثر شيوعاً وتتمثل في:

شدة وتكرار السلوك: حيث أن سلوك الفرد يعتبر منحرفاً عن المعايير المقبولة إذ بلغ حد التطرف أو الإفراط، إلى جانب استمرار السلوك المضطرب الذي يعاني منه الفرد فترة زمنية طويلة لا يقل عن ستة أشهر بمعنى لا يكون سلوكاً موقفياً أو عابراً.

انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً وثقافياً: حيث يفترض أن الطفل الذي ينشأ ويتربى في مجتمع معين أو ثقافة ما، يشب وهو متمثل لقيم هذا المجتمع وتقاليدته، وأنماط السلوك السائدة فيه، غير أن بعض الأطفال والمراهقين لا يفعل ذلك. فالشخص السوي هو المتوافق مع قيم المجتمع ومعاييرهم، وقوانينه وأهدافه، مع ملاحظة أن بعض أنواع السلوك قد تعتبر شاذة في مجتمع أو ثقافة معينة بينما تعتبر عادية في ثقافة أخرى والعكس صحيح، كذلك هناك أنواع من الاضطرابات قد توجد في ثقافة معينة وتندم في أخرى؛ لذا نضع في اعتبارنا أن المعايير الاجتماعية نسبية وتختلف من مجتمع لآخر. فمثلاً دخول البنت في مشاجرة أو اثنتين يختلف عن دخول الولد في مثل تلك المشاجرات، وذلك في ضوء التوقعات الثقافية والاجتماعية للمجتمع الذي نعيش فيه (كوفمان ولاندروم، ٢٠١١/٢٠١٢).

علاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات الديموغرافية: لا يعد السلوك مضطرباً إلا إذا تم النظر إليه في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية كالنوع، والعمر، والموقف الذي يحدث فيه السلوك، ومستوى التعليم، وذلك لنرى مدى ملاءمته لها. فبعض السلوكيات تعتبر اضطراباً في عمر معين بينما لا تعد كذلك بعد هذا العمر، كذلك قيام الذكور بأدوار هي من خصائص الإناث أو العكس فهذا يعد اضطراباً خاصة بعد حدوث واستقرار التنميط الجنسي وتمايز الأدوار. وكثيراً ما يتم تقييم السلوك في الموقف الذي يحدث فيه، لذلك لا بد من أخذ هذه المتغيرات في عين الاعتبار عند الحكم على السلوك المضطرب.

فعلى سبيل المثال تبلغ نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية بين المراهقين العاديين ما بين ٢-٦%، ولوحظ أن الاضطراب السلوكي بين البنين يتضاعف من ثلاث إلى أربع مرات قياساً بالبنات، إضافة إلى أن ظهور الاضطرابات السلوكية تكون أكثر احتمالاً في مرحلة الطفولة بالنسبة للبنين، وفي مرحلة المراهقة بالنسبة للبنات (كازدين، ٢٠٠٠/٢٠٠٠).

علاقة الاضطراب بالفروق الفردية: إن مبدأ الفروق الفردية يحكم الكثير من الخصائص والصفات والقدرات، لذا لا بد من أخذ هذا المبدأ بعين الاعتبار عند دراسة الاضطراب

السلوكي والانفعالي، فهناك بعض الأطفال الذين يختلفون عن أقرانهم ممن هم في مثل سنهم سواء كانوا أقل ذكاءً منهم أو لا تكون لديهم القدرة على الحركة أو النمو اللغوي بنفس الدرجة التي تكون لدى أقرانهم، ومن هنا يكون الطفل مضطرباً سلوكياً إذا أبدى سلوكاً إيجابياً (أقل) أو سلبياً (أعلى) بدرجة جوهرية عن أقرانه.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

هناك مجموعة من التصنيفات للأسباب التي تقف وراء الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومن هذه التصنيفات ما تمت الإشارة إليه من قبل القبالي (٢٠٠٨) وهي: المجال الجسمي البيولوجي، ومجال العائلة أو الأسرة، ومجال المدرسة ومجال المجتمع.

المجال الجسمي البيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية وكذلك البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، أن هناك الكثير من الدلائل التي نتجت عن دراسة التوائم المتماثلة والتي أثبتت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة لدى الأطفال والمراهقين، حيث تبين عند دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيداً عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية، أنه لو حدث وأصيب أحد التوائم بمرض الفصام فإن الآخر سوف يصاب في وقت ما بنسبة ٣٥% (القمش والمعايطة، ٢٠٠٧). ويذكر الزغول (٢٠٠٦) أنه بفعل العوامل الوراثية تتحدد الاستعدادات لدى البعض من الأفراد للإصابة ببعض الأمراض النفسية أو تطوير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ومثل هذه الاستعدادات تظل كامنة ما لم تتوفر لها الظروف البيئية المناسبة لظهورها مثل: الأزمات الاجتماعية والعاطفية، الحرمان، الأحداث المزعجة والصدمات، والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد الخ. كما أن بعض الاضطرابات يكون سببها خلل في الجوانب الفيزيولوجية الوظيفية للجهاز العصبي نتيجة حدوث تلف أو خلل بسيط في الخلايا العصبية أو وجود نشاط فوق العادي لهذه الخلايا كما هو الحال في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، أيضاً الاضطراب في افرازات الغدد يلعب دوراً بارزاً في نشوء الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ويورد محمد (٢٠١١) أن كل الأطفال يولدون ولديهم أسلوب سلوكي معين يتحدد بيولوجياً ويعرف بالطبع والمزاج، وعلى الرغم أن الحالات المزاجية للأطفال تتغير متأثراً بأسلوب التنشئة الأسرية، إلا أن البعض يعتقد أن الأطفال ذوي الحالات المزاجية

الصعبة يكون لديهم في الواقع الاستعداد لتطوير اضطرابات انفعالية، ولكن مع ذلك لا توجد علاقة تطابق بين الحالة المزاجية والاضطراب.

مما سبق نجد أن فهمنا لمثل هذه العوامل السببية البيولوجية يظل ضعيفا، حيث لا نعرف على وجه الدقة كيف يمكن لهذه العوامل الجينية أو البيوكيميائية أن تسهم بالتحديد في حدوث مثل هذه الاضطرابات، ورغم وجود بعض الدلائل العلمية لعلاقة العوامل الجينية في تطور حدوث بعض الاضطرابات السلوكية، إلا أن الحاجة لا تزال ملحة لإجراء المزيد من البحوث العلمية التي تكشف حقيقة الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في حدوث مثل هذه الاضطرابات.

مجال العائلة أو الأسرة:

حيث يعزوا أخصائيو الصحة النفسية أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى علاقة الطفل بوالديه ، حيث أن الأسرة لها تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، ولذلك فإن أساليب التنشئة الاجتماعية غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، فالمعاملة القاسية كضرب الطفل، وإلحاق الأذى به وإهماله، وانخفاض التفاعلات الإيجابية بين الآباء والأبناء، ووجود العلاقات المفككة، والشعور بفقدان الأهل له تأثير كبير في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القمش والمعاطة، ٢٠٠٧؛ القبالي، ٢٠٠٨).

وفي هذا الصدد يذكر محمد (٢٠١١) أن الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعالياً يمكن أن يكون لهم تأثيرهم على والديهم بما يوازي تأثير والديهم عليهم، ومن ثم فإن تلك الآثار التي يمكن أن يتركها الوالدان والأطفال على بعضهما البعض تعد تبادلية، حيث أن النتائج المترتبة على ذلك النظام الوالدي لا تعتمد على أساليب معينة يستخدمها الوالدان فحسب، بل تعتمد أيضا على الخصائص المميزة للطفل.

مجال المدرسة:

قد يساهم المعلمون في بعض الأحيان من خلال تفاعلهم مع الطلاب في حدوث السلوكيات المضطربة أو زيادة حدوثها عند البعض منهم، فعندما لا يراعي المعلم الفروق الفردية بين الطلاب فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وقد يلجأ بعض الطلاب إلى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية اضطرابات أخرى مثل صعوبات التعلم، كما توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها : استخدام الشدة مع

التلاميذ، وأساليب النقد والتهكم والسخرية، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ. كما أن المنهج غير المدروس ربما يتسبب في إيجاد اضطرابات سلوكية؛ لكونه لا يلبي حاجات الطلاب بجميع مستوياتهم العقلية (القبالي، ٢٠٠٨؛ كازدين، ٢٠٠٠/٢٠٠٠).

مجال المجتمع :

قد يسبب المجتمع أو يساعد في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فالفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال، وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة، والشعور بفقدان الأهل... الخ كلها عوامل قد تؤدي لظهور هذه الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين (القمش والمعايطة، ٢٠٠٧).

كما يتأثر الأطفال والمراهقون بالعوامل الثقافية التي تؤثر على السلوك بما في ذلك القيم والمعايير الثقافية السائدة في المجتمع الذي يعيشه الطفل أو المراهق، والذي بدوره يسهم في توليد مجموعة من الضغوطات النفسية لديه؛ خاصة مع وجود تناقضات بين هذه المعايير والقيم داخل المجتمع الواحد. فالصراعات بين الثقافات المختلفة لها أثر سلبي على سلوك الفرد، وليس هذا فحسب بل أن الرسائل المختلطة التي تصدر من نفس الثقافة يمكن أن يكون لها نفس الأثر، لذا فإن الثقافات أحيانا تشجع وتعاقب أنواعاً معينة من السلوك في نفس الوقت. ولعل من أهم العوامل الثقافية التي تؤثر على السلوك: الإعلام، مجموعة الرفاق، الحي، الطبقة الاجتماعية، الحرمان الاقتصادي... الخ فهذه جميعها قد تساهم جميعها في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد (كوفمان ولاندروم، ٢٠١١/٢٠١٢).

تصنيفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعاني عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية من مشكلة عدم وجود معيار أو اسلوب ثابت ومحدد يمكن على أساسه توزيع الأفراد المضطربين إلى مجموعات متجانسة. وربما يرجع ذلك لكثرة وتعدد الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتباينها في الأسباب، والأعراض، والنتائج ومستوى استمرارها، إضافة لتباين اسس ومعايير التصنيف تبعاً لتعدد الجهات المهتمة بالموضوع، إلى جانب عدم وجود حدود فاصلة بين العديد من هذه الاضطرابات (محمد، ٢٠١١).

وعموماً يوجد هناك عدداً من التصنيفات للاضطرابات السلوكية والانفعالية، نورد ثلاثة تصنيفات الأهم منها على سبيل المثال لا الحصر:

تصنيف النظام السلوكي

يعتمد النظام السلوكي كتصنيف كوفمان (Kauffman, 1987) في تصنيف اضطرابات السلوك على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ثم وضع السلوكيات التي تنطبق عليها هذه الصفات في مجموعة واحدة، وتصنف اضطرابات السلوك إلى:

- الحركة الزائدة، والتخريب، والانذفاعية.
- العدوان.
- الانسحاب وعدم النضج، والشخصية غير المناسبة.
- الاضطرابات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف (القمش والمعايطة، ٢٠٠٧).

التصنيف النفسي التربوي

يُعنى هذا التصنيف بالاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث في البيئة المدرسية، وتنعكس آثارها في عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي، وتؤثر على التحصيل الأكاديمي للطالب، وهي:

- اضطرابات الاتصال والتواصل.
- الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

• الاضطرابات السلوكية.

• الاضطرابات المرتبطة بالتعلم مثل صعوبات التعلم.

وهذه الاضطرابات تؤدي لوجود مشاكل في مجالات الحياة المختلفة للطفل ومن هذه المجالات:

- الأسرة والتفاعل مع أفرادها والآخرين.
- مشكلات في الانفعال (الهياج، ثورات الغضب، الصراخ).
- مشكلات في المدرسة مثل: الهروب، والتشتت، وتدنى مستوى التحصيل الدراسي.
- الصحبة السيئة.
- مشكلات تكيفية غير آمنة مثل الاكتئاب والقلق والسلوك وإيذاء الذات، و العدوان.
- مشكلات مع الرفاق والإخوة بشكل متكرر وغير طبيعي.
- عدم القدرة على تكوين صداقات.
- عدم القدرة على تعلم مهارات حل المشكلات.
- تدنى مفهوم الذات.
- ظهور المشكلات الانسحابية (العزلة والانسحاب).
- ظهور مشكلات عدوانية متكررة في سلوكه .
- الأنانية والاعتماد والفوضوية.
- عدم تقبل التغيير و التجديد (العزة، ٢٠٠٢؛ إسماعيل، ٢٠٠٩).

مما سبق نجد ان التصنيف النفسي التربوي هو الأكثر دلالة على الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يتناولها المقياس المراد التطرق له في هذه الورقة، حيث أنه يشتمل على أنماط الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يتناولها مقياس القوة والصعوبات، والمتمثلة في المشكلات السلوكية، والمشكلات الانفعالية، ومشاكل الأقران والنشاط الزائد.

تصنيف جمعية علم النفس الامريكية U.S.Association of Psychology

أوردت جمعية علم النفس الامريكية في دليلها التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية تصنيفاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تظهر لدى الأطفال والمراهقين اعتماداً على طبيعة الأعراض المرتبطة بها ونوعية الخدمات والبرامج العلاجية المناسبة لهم، ولعل أهمها ما أورده يوسف (٢٠٠٠) والتي تتمثل في:

- صعوبات التعلم كاضطرابات القراءة، واضطرابات الرياضيات، واضطراب التعبير الكتابي، وصعوبات التعلم الأخرى.
- اضطرابات المهارات الحركية مثل اضطراب التآزر النمائي، واضطرابات التكيف.
- اضطرابات التواصل مثل اضطراب اللغة التعبيرية، واللججة، واضطرابات التواصل الأخرى.
- اضطرابات القلق، واضطرابات السلوك القهري – الاستحواذي، واضطرابات الاكتئاب.
- الصمت (الخرس) الاختياري، و اضطرابات سوء التصرف.
- الاضطرابات السلوكية، واضطرابات التوحد، واضطرابات عجز الانتباه/ النشاط الزائد.

معدل انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية

يشير روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨/٢٠٠٤) إلى أن معدلات انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأطفال والمراهقين تتباين بشكل كبير؛ لعدم وجود معيار أو تعريف ثابت أو أداة فرز وتصفية يمكن الاعتماد عليها في هذا الإطار. وقد حددت الحكومة الفيدرالية لعقود طويلة أن حوالي ٢% من الأطفال في سن المدرسة مضطربين انفعالياً، ورغم ذلك فقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم كما يرى (كوفمان ولاندروم، ٢٠١٢/٢٠١١) أن ما بين حوالي ٦-١٠% تقريبا على الأقل من الأطفال والمراهقين في سن المدرسة يُبدون العديد من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية.

وفي هذا الصدد يذكر محمد (٢٠١١) أن حوالي ١% فقط من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية وفقا لما تشير إليه وزارة التربية الأمريكية، قد تم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً، وإن أكثر أنماط الاضطرابات السلوكية شيوعا هي السلوك العدواني والسلوك الفوضوي، وأن أعداد البنين تزداد كثيراً عن أعداد البنات، حيث تصل النسبة بينهما ٥ : ١ وربما أكثر من ذلك، وأنه يتم إحالة حوالي ٣% تقريباً من المراهقين الأمريكيين سنوياً إلى محاكم الأحداث.

أما عن معدل انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية على الصعيد العربي، فيذكر القبالي (٢٠٠٨) إلى أن نسبة المضطربين انفعالياً المسجلين في الأردن لعام ١٩٧٩م هي ٢,٤%، بينما تبين أن نسب المضطربين سلوكياً وانفعالياً في قطاع غزة وفقا لدراسة مسحية أجراها برنامج غزة للصحة النفسية في عام ٢٠٠١ باستخدام مقياس مواطن القوة والصعوبات SDQ للاضطرابات السلوكية والانفعالية بلغت ٢٥% (وافي، ٢٠٠٦، ص ٤٣)، بينما كشفت الدراسة التي أجراها زجلم ودارات (Zeglam & Darrat, 2011) في ليبيا مستخدماً مقياس القوة والصعوبات SDQ أن السلوك العدواني هو من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال حيث بلغت نسبته لدى أفراد عينة الدراسة ٤٤% ثم اضطراب فرط الحركة بنسبة ٦,٢%.

أما في دول الخليج العربي، فقد بينت الدراسة التي قامت بها الحربي (٢٠٠١) في السعودية، والتي كان هدفها الكشف عن أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال، أن اضطراب فرط الحركة كان هو الاضطراب الأكثر شيوعاً لدى أفراد العينة ويمثل ٦٨,٨٧%، ثم يليه الانفعال الزائد ويمثل ٤٦,٢٥%، أما في سلطنة عمان فقد كشفت دراسة الشربتي والحسيني وانتوني (Sharbati, Al-Hussaini, Antony, 2003) أن اضطراب فرط الحركة هو أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأفراد في الفئة العمرية (٣-١٨) سنة المترددين على العيادة النفسية ويمثل ٦٠%، يليه اضطراب السلوك العدواني بنسبة ٤٩%.

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجرتها الهاجري (٢٠١٤) في البحرين، والتي كان هدفها التعرف على الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى أطفال الروضة في

الفئة العمرية ٣-٦ سنوات من وجهة نظر معلمات الروضة، فقد تبين أن اضطراب تشتت الانتباه جاء في المرتبة لأولى وكان حجم المشكلة ٢٤,٣٤%، ثم يليه فرط الحركة والاندفاعية ويمثل ما نسبته ٢٢,١٠%، وأخيراً السلوك العدواني بنسبة ٢١,٨٨%. ونلاحظ مما سبق أن أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً في الوطن العربي هي فرط الحركة والعدوان، كما نجد أن مثل هذه النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات التي تناولت معدل شيوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية تضيء بعض الوضوح على الموقف، وتستلزم ضرورة التخطيط الجيد لتقديم خدمات التربية الخاصة والتدخل المبكر للأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً؛ لتلافي مثل هذه الاضطرابات قبل تفاقمها لديهم وصعوبة علاجها فيما لو تأخر التدخل العلاجي والتربوي لمثل هذه الحالات.

خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا

لا يصدر السلوك المختلف عن سلوك الأسوياء إلا عن الأشخاص الذين بلغ اضطرابهم حداً شديداً، ومع ذلك فإنهم يمرون بفترات كثيرة يكون فيها سلوكهم على درجة عالية من السواء، والكثير من خصائص الشواذ تبدو على الأسوياء كذلك، والفرق بين سلوك كل منهم هو في الشدة والملاءمة لا في صفته أو نمطه، وإن كان الشخص المضطرب شديد الحساسية، وقد يكثر من إساءة تفسير وإدراك تصرفات الآخرين إلا أنه يقدر من يعامله معاملة سوية في غير خوف ولا تهيب، والأسوياء أنفسهم يسيئهم أن يتعامل معهم الآخرون، بحذر ويؤذيهم أن يشعر الناس في وجودهم بالتوتر، فالقلق يولد القلق، والنفور يؤدي إلى الانسحاب، والخشية تبعث على الاستياء (وافي، ٢٠٠٦).

إن عملية حصر جميع خصائص الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا ليست بالأمر الهين؛ ويرجع ذلك لتعدد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتداخلها من جهة، والتفاوت في شدتها من جهة أخرى. ولكن بالرغم من ذلك ترى الباحثة أنه بالإمكان الجمع بين ثلاث خصائص رئيسية تشترك فيها جميع الاضطرابات وتتمثل في الخصائص التالية:

الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

من أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية العدوانية، والانسحاب، والسلوك الفج:

العدوانية: يعتبر العدوان أياً كان شكله أو نوعه من أهم الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا سواءً ضد الذات أو الآخرين.

السلوك الانسحابي: يعتبر مظهراً آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويعبر السلوك الانسحابي عن فشل الفرد المضطرب انفعاليا في التكيف مع المتطلبات الاجتماعية.

السلوك الفج: ويقصد به السلوك غير الناضج انفعاليا والذي يصدر عن الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا مقارنة مع من يماثلونهم في العمر الزمني من العاديين، فما يصدر عنهم من مواقف انفعالية لا تتناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي مثل المبالغة في الضحك أو اللامبالاة في المواقف المحزنة (وافي، ٢٠٠٦؛ كوافحة وعبدالعزيز، ٢٠٠٥؛ يحيي، ٢٠٠٣).

الخصائص العقلية والتحصيلية (الأكاديمية)

الذكاء: أظهرت نتائج الدراسات إن نسبة ذكاء الطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا تقع في المتوسط أو دون المتوسط، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا أعلى من المتوسط.

التحصيل: إن الأطفال المضطربين سلوكيا لديهم جوانب ضعف أكاديمية، فهم يعانون من اضطرابات تعليمية مختلفة وتدني في التحصيل العلمي، وعادة ما يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من أقرانهم في نفس العمر العقلي وقليل جدا منهم من يحصلون على درجات عالية في التحصيل (كوفمان ولاندروم، ٢٠١١/٢٠١٢؛ عامر و محمد، ٢٠٠٨).

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا:

فيما يلي عرض لبعض الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا كما وردت في (القمش والمعايطة، ٢٠٠٧؛ لجنة التعريب والترجمة، ٢٠٠٧؛ خلف الله، ٢٠٠٤)، مع مراعاة أنه ليس بالضرورة وجود جميع هذه الخصائص لدى الطفل المضطرب سلوكيا، وإنما تختلف من فرد إلى آخر بناءً على خصائص الفرد ودرجة الاضطراب لديه والمتغيرات البيئية من حوله:

الفهم والاستيعاب: يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات لتكوين جملة قصيرة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، يستطيعون حل المسائل الحسابية البسيطة، وهم غير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والاتجاهات.

الذاكرة: بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع صفوفهم في المدرسة وممتلكاتهم الخاصة.

السلوك الهادف الى جذب الانتباه: وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي عادة ما يقوم به هؤلاء الأطفال لجذب انتباه الآخرين إليهم، من خلال القيام بأنماط سلوكية معينة تتمثل في الصراخ أو المرح الصاخب أو القيام بحركات جسدية باليدين والرجلين.

السلوك الفوضوي: وهو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد والجماعة ويتمثل في غرفة الصف بالكلام غير الملائم والضحك والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وغيره من السلوكيات المزعجة.

العدوان اللفظي والجسدي: وهذا السلوك موجه إلى الذات أو إلى الآخرين مثل الضرب، والعض، والشتم.

عدم الاستقرار: يتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور ومن الهدوء إلى الحركة.

تشبت الانتباه: هو عدم القدرة على التركيز على مثير معين لوقت كاف، وهذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المعلم، ويظهر أنه مشغول البال.

النشاط الزائد: هو فرط النشاط الحركي، ويوصف هؤلاء الأفراد بأن لديهم نشاطاً زائداً من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية، وفي الانتباه، والاستجابات الاندفاعية.

الاندفاع: هو الاستجابة الفورية لأي مثير، فتظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، والتخطيط، وتكون الاستجابة سريعة ومتكررة وغير ملاءمة وغالبا ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة.

قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

إن إجراءات القياس والتعرف والتصنيف للأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا هي إجراءات هامة، ويؤكد البعض على أهمية القياس الجيد والمبني على فهم أن التقييم الدقيق لنقاط قوة وضعف الطفل، ومستوى أداءه الحالي هو الأساس لكل ما سيأتي لاحقا. فالقياس يتضمن إجراءات من أجل التعرف على الخصائص المميزة لكل حالة اضطراب، بينما يتضمن التصنيف وضع الحالات في مجموعات بناءً على هذه الخصائص؛ ولذا فإن قياس الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا وانفعاليا يجب أن يتضمن تقييما نفسيا وطبيا بالإضافة للتقييم التربوي (كوفمان ولاندروم، ٢٠١٢/٢٠١١).

وتعد عملية الكشف المبكر عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية على غاية من الأهمية؛ حيث يسهم الكشف المبكر في تسهيل وتسريع العلاج لتلك الاضطرابات. فمن الصعوبة بمكان الحكم على الفرد بأنه يعاني من نوع من الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لمجرد اظهاره لبعض الأعراض السلوكية غير المقبولة، أو التي لا تتفق مع معايير السلوك المقبول، فعملية الكشف والتعرف والتقييم لحالة الفرد الذي يعاني فعلا من اضطراب ما هي إلا عملية معقدة تتم عبر مراحل منفصلة تشتمل على الكشف والتعرف والتشخيص، وكل مرحلة من هذه المراحل الثلاثة تتطلب تضافر الجهود المشتركة بين كل من الاباء والمعلمين والأخصائيين النفسيين والتربويين والعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية؛ بهدف الوصول لفهم أفضل ودقيق حول طبيعة الاضطراب الانفعالي أو السلوكي الذي يعاني منه الفرد (الزغول، ٢٠٠٦).

هذا وقد وجدت العديد من الأدوات والوسائل المستخدمة لكشف وتقييم الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأفراد، وقد صنف الباحثون هذه الأدوات لعدد من التصنيفات حسب الهدف الذي استخدمت فيه، فهناك من رأى استخدام ادوات وطرق محددة للكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وبعد عملية الكشف يتم استخدام أدوات أخرى بهدف التعرف والتشخيص على المضطربين سلوكيا وانفعاليا (القبالي، ٢٠٠٧)، في حين يرى البعض أن هناك مجموعة من أساليب التقييم المختلفة التي يمكن استخدامها بهدف قياس وتشخيص المضطربين سلوكيا وانفعاليا والمتمثلة في مقاييس التقرير الذاتي، وتقارير الآخرين، وتقديرات الأقران، والملاحظة المباشرة، والسجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية (محمد، ٢٠١١). ومن جهة أخرى قسم خلف الله (٢٠٠٤) أساليب الكشف والتشخيص عن الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا إلى ثلاثة أقسام هي: أساليب القياس الطبية، وأساليب القياس السيكومترية العقلية، وأساليب قياس وتشخيص البعد الاجتماعي.

وفي هذا الصدد ذكر كل من القمش والمعايطة (٢٠٠٧) و الزغول (٢٠٠٦) أن أدوات الكشف والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن تقسيمها إلى ستة أقسام هي: الفحص الطبي، ودراسة الحالة، والتقديرات، والملاحظة، والمقابلة، والمقاييس والاختبارات.

من كل ما سبق تُقسم أدوات جمع المعلومات والبيانات المستخدمة لكشف وتقييم ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى قسمين أساسيين هما:

(أ) التقديرات Ratings (ب) الاختبارات والمقاييس Measures & Tests

وفيما يلي تفصيل لكل منهما:

التقديرات Ratings:

وهنا يتم اللجوء إلى تقديرات أولياء الأمور أو المعلمين أو الأقران أو التقرير الذاتي، وأخذ ملاحظاتهم حول سلوك الطفل، وفي هذا الصدد يذكر (يحيي، ٢٠٠٣) أن تقديرات المعلمين وأولياء الأمور أو الأقران، والتي تتم من خلال قوائم الشطب أو قوائم التقدير تعد مصدراً هاماً للمعلومات المراد الحصول عليها عن الطالب المضطرب، كذلك تعد التقارير الذاتية التي يقوم الطالب بالاستجابة عنه، مصدراً آخر للحكم على تكيف الفرد، فمن خلال تقدير الطالب لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف على الاضطرابات التي قد يعاني منها.

المقاييس والاختبارات Measures & Tests

بالإضافة إلى التقديرات بأنواعها المختلفة يمكننا اللجوء إلى المقاييس والاختبارات المختلفة لتقييم الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين. وتتباين هذه المقاييس باختلاف أهدافها لتشمل مقاييس تقدير السلوك، وقوائم الشطب، ومقاييس مفهوم الذات، وأدوات التقدير الذاتي، وجميع هذه الأدوات تسعى لقياس أبعاد الشخصية وأنماط السلوك التكيفي لدى الطفل أو المراهق، ومن هذه المقاييس كما ذكرها (كوفمان ولاندروم، ٢٠١١/٢٠١٢؛ الزغول، ٢٠٠٦؛ يحيي، ٢٠٠٣):

قوائم الشطب: عبارة عن مجموعة من الفقرات تتعلق بمظهر سلوكي أو عدد من المظاهر، يطلب من المفحوص مباشرة أو من له علاقة بالطفل (كالمعلم أو ولي الأمر أو الأخصائي النفسي) تقدير مدى انطباق هذه المظاهر لما هو موجود لدى الطفل بنعم أو لا أو وفق سلم متدرج من الاجابات (سلالم تقدير). ومن هذه القوائم: قائمة كوي وبترسون للسلوك المشكل ١٩٦٧، ودليل برستول للتكيف الاجتماعي (١٩٧٠)، ومقياس تقدير السلوك لبيركس (١٩٧٥-١٩٨٠)، ومقياس

السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، ومقياس رسم الرجل لجودانف وهاريس ١٩٦٣، ونظام التقييم السلوكي للأطفال – المعلم – الوالدين (BASC-2)، ونظام أشنباش للتقييم المكون من قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL)، واستمارة تقرير المعلم (TRF).

مقاييس الذات: تستخدم هذه المقاييس في تقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين، بهدف التعرف على الكيفية التي يشعر بها الطفل بذاته، وكذلك الكيفية التي يدرك من خلالها نقاط القوة والضعف في شخصيته. ومن هذه المقاييس السلوكية: مقياس بيرس- هارس لمفهوم الذات عند الأطفال.

الاختبارات النفسية: وتستخدم لقياس جوانب الشخصية التكيفية، وأنواع الصراعات التي قد يعاني منها الأفراد. ومن هذه الاختبارات:

- **الاختبارات الإسقاطية مثل:** اختبار بقع الحبر (الروشاخ): تقوم على افتراض أن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية.
- **اختبارات تفهم الموضوع (TAT):** لقياس مدى الترابط الحسي وطريقة تفسير الأفراد للمثيرات البيئية المحيطة به.
- **اختبارات الشخصية:** لقياس الجوانب والمظاهر الشخصية لدى المضطرب سلوكيا وانفعاليا، ومن أبرز هذه الاختبارات: مقياس منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI).
- **مقاييس أخرى:** إلى جانب الاختبارات الإسقاطية واختبارات الشخصية يمكن استخدام وسائل أخرى لتقييم الاضطرابات السلوكية والانفعالية منها:

الأساليب التفرغية كاختبار ليفي الإسقاطي: وتتمثل في ملاحظة الطفل أثناء اللعب أو انشغاله بمعالجة الأشياء وأدوات اللعب أو خلال انشغاله بالرسم.

الأساليب التحريفية: ويتم فيها ملاحظة سلوك الطفل أثناء التعبير الكلامي أو أثناء سرده لقصة حول موضوع معين أو موقف ما، حيث يتم الاستدلال من خلال تعابيره على وجود الاضطراب لديه.

مقياس مواطن القوة والصعوبات لجودمان "SDQ" للاضطرابات السلوكية والانفعالية

يُعدُّ مقياس مواطن القوة والصعوبات للاضطرابات السلوكية والانفعالية "SDQ" أحد مقاييس التقدير الذاتي التي شاع استخدامها لدى الباحثين الأجانب بسبب توفيرها للوقت والجهد مقارنة بالمقاييس الطويلة في المجال ذاته، بالإضافة لإمكانية استخدامه في مجالات بحثية وتطبيقية مختلفة.

قام ببناء هذا المقياس الدكتور جودمان (Goodman, 1997) في بريطانيا، وهو بمثابة اختبار الفحص السلوكي المختصر، مناسب للأعمار ما بين 3-17 سنة، يوجد منه ثلاث نُسخ (للآباء، والمعلمين، والطلاب)، تم تطوير هذا المقياس من مقياس روتر Rutter للاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد أظهرت الدراسة التحقيقية/ الاستكشافية المبكرة إن كلا الأدوات (مقياس SDQ، ومقياس روتر) لهما نفس القدرة في التعرف على حالات الاضطرابات السلوكية، إلا أن مقياس القوة والصعوبات يمتاز عن مقياس روتر بأنه يتضمن مقياس فرعي للمشكلات الانفعالية، ومقياس السلوك الاجتماعي الإيجابي، وبالتالي فهو يكشف لنا عن ثلاثة جوانب مهمة من مجالات تطور الطفل هي: الجانب السلوكي، والجانب الانفعالي، وجانب السلوك الاجتماعي الإيجابي (Smedje, Broman, Hetta & Knorrning, 1999).

كما يمتاز مقياس مواطن القوة والصعوبات بصيغته المختصرة مقارنة بمقياس روتر، والتركيز على جوانب الصعوبة لخمسة أبعاد هي: (النشاط الزائد، مشاكل السلوك، مشاكل الأقران، المشاكل الانفعالية والسلوك الشخصي الاجتماعي) بينما مقياس روتر يقيس ثلاثة أبعاد فقط (مشاكل السلوك، والنشاط الزائد، والمشاكل الانفعالية)، إلى جانب التوصل لنموذج واحد يناسب كلا من المعلمين والآباء، بالإضافة لوجود نسخة التقرير الذاتي للطفل في مقياس القوة والصعوبات وعدم توفر ذلك في مقياس روتر (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2003).

وقد ترجم هذه المقياس إلى حوالي 30 لغة مختلفة من لغات العالم: كالعربية، والفرنسية، واليابانية، والصينية،... الخ، وطبق في العديد من الدول الأجنبية، ووضعت جميعها ضمن موقع واحد يتضمن النسخ الأصلية لكل لغة من اللغات التي ترجم لها المقياس، بالإضافة للمعايير التي اشتقت في بعض الدول التي طبقت هذه المقاييس، إلى جانب الأبحاث والدراسات التي استخدمت هذه المقياس في تشخيص الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية؛ وكل ذلك بهدف توفير احتياجات الباحثين، والأطباء، والتربويين الذين يسعون لتشخيص وعلاج مثل هذه الحالات (Youth in Mind, 2005).

هذا وقد تم ترجمة مقياس مواطن القوة والصعوبات إلى اللغة العربية عام (٢٠٠٠) بواسطة مجموعة من المتخصصين في علم الطب النفسي يتكلمون اللغة العربية، وقد تم عمل ترجمتين مستقلتين بواسطة متخصصين في الطب النفسي* ونتائج التراجع تم مقارنتها، وقد تم إعادة ترجمة النموذج المتفق عليه إلى اللغة الانجليزية بواسطة طبيب نفسي ثالث يعمل في بريطانيا.

الترجمة العربية وكل من الترجمتين الاصليتين والترجمة الاخيرة نوقشت بواسطة صحفي يتكلم لغتين وواحد متخصص في علم النفس ويتحدث العربية ويعمل في بريطانيا وخلال هذه العملية لم تكن هناك أية شكوك حول النسخة الانجليزية بالنسبة للمعنى، وكانت المناقشة تتم بوجود مؤلف المقياس الدكتور جودمان (ثابت، ٢٠٠٠).

إن مقياس القوة والصعوبات يطبق على الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٣-١٧ سنة. يوجد منه ثلاث نُسخ (نسخة ولي الأمر، نسخة المعلم، ونسخة الطالب)، وذلك بهدف توفير احتياجات الباحثين والأطباء والتربويين المهتمين بمجال تشخيص الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليا. كل نسخة من النسخ الثلاث تتكون من ثلاث أقسام رئيسية (Youth in Mind, 2005)، هي:

- خمس وعشرون مفردة تقيس الخصائص النفسية في سلوك الأفراد (مفردات المقياس ككل).
- أسئلة تكلمة الأثر.
- أسئلة المتابعة.

وفيما يلي شرح لكل مكون من هذه المكونات:

● المفردات التي تقيس الخصائص النفسية:

جميع نسخ مقياس القوة والصعوبات تتكون النسخة المفردة منها من صفحة واحدة مكونة من خمسة وعشرين مفردة تقيس الجوانب السلوكية والانفعالية في شخصية الفرد، وهذه المفردات بعضها إيجابي وبعضها سلبي، تتوزع هذه المفردات على خمسة مقاييس فرعية على النحو التالي:

١. الأعراض الانفعالية (خمس مفردات).
٢. مشاكل السلوك (خمس مفردات).
٣. النشاط الزائد (خمس مفردات).
٤. مشاكل الأقران (خمس مفردات).
٥. السلوك الاجتماعي الشخصي (خمس مفردات).

المقاييس الأربعة الأولى تضاف إلى بعضها البعض لتكوّن المجموع الكلي للصعوبات، بمعنى أن مجموع الدرجات على العشرين مفردة في الأبعاد الأربعة يعطينا

الصعوبات الكلية التي يعاني منها الفرد، وهي بذلك تمثل السلوك السلبي في شخصيته. في حين أن البعد الخامس (السلوك الاجتماعي الشخصي) يمثل الجانب الإيجابي في شخصية الفرد.

هذا ويوجد لكل مقياس من هذه المقاييس الثلاثة (مقياس ولي الأمر، أو مقياس المعلم، أو مقياس الطالب) نسختين: النسخة المفردة تشتمل فقط على خمسة وعشرين مفردة بدون أسئلة المتابعة وتكملة الأثر، والنسخة المزدوجة وتشتمل إلى جانب خمسة وعشرين مفردة على خمسة أسئلة إضافية للمتابعة وتكملة الأثر. حيث يتم اختيار النسخة الأولى في التشخيص المبدئي لحالة الطفل بهدف المسح والكشف السريع عما إذا كان لديه مشكلات نفسية أو لا، في حين تستخدم النسخة المزدوجة من قبل المختصين الذين يهتمون بتتبع حالة الطفل المضطرب وتشخيص حالته ومتابعة تأثير الحالة على الجوانب الأخرى من حياة الطفل. وينبغي الانتباه لنقطتين فيما يتعلق بهذه المقاييس وهي:

- تحتوي نسخة المعلم ونسخة ولي الأمر على نفس هذه المفردات (خمس وعشرون مفردة)، ليتم تقدير سلوك الطلبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤-١٦) سنة من قبل أولياء الأمور أو المعلمين.
- نسخة الطالب "للمراهقين" الذين تتراوح أعمارهم بين (١١-١٦) سنة، تشتمل أيضا على نفس ٢٥ مفردة مع اختلاف طريقة صياغة المفردات بحيث تكون موجهة للطالب بدلا عن ولي الأمر أو المعلم؛ وذلك اعتماداً على مستوى فهمهم ومستوى القراءة والكتابة لديهم.

• تكملة الأثر:

العديد من النسخ المزدوجة لمقياس القوة والصعوبات تحتوي على ٢٥ مفردة التي تقيس الخصائص النفسية، وذلك في الصفحة الأولى من المقياس، ثم يليها في الصفحة الثانية أسئلة تكملة الأثر. وهذه الأسئلة تركز على عدة نقاط تتمثل في ما إذا كان المجيب عن المقياس يعتقد بأن الطفل لديه مشكلة، إذا كانت الإجابة نعم، سيستفسر منه عن الفترة الزمنية لهذه المشكلة، مدى تأثير المشكلة على الطفل، وعلى حياته اليومية، وهل هذه المشكلة تمثل عبئاً للمشخص ولأسرة الطفل؟ وكل هذه المعلومات من شأنها أن تفيد التربويين والأطباء والباحثين المهتمين بالأمراض النفسية لعلاج مثل هذه الحالات والتدخل المبكر لها.

• أسئلة المتابعة

نسخ المتابعة من مقياس القوة والصعوبات لا تحتوي فقط على ٢٥ مفردة للخصائص النفسية، الخصائص الأساسية والأسئلة الخمسة لتكملة الأثر، ولكنها أيضا تشتمل على سؤالين يتم الإجابة عليهما بعد التدخل العلاجي للحالة، وهي تتمثل في: هل قلل التدخل من المشاكل التي يعاني منها الطفل؟ هل ساعد التدخل بطرق أخرى في جعل المشكلة أكثر احتمالية للحدوث؟ أم زاد من إمكانية الكشف عن التغيير في مسار المشكلة؟

كما أن نسخة المتابعة من مقياس القوة والصعوبات تهتم بالسؤال عن المشكلة في الشهر الماضي مقارنة بالأشهر الستة الماضية.

مجالات استخدام مقياس القوة والصعوبات SDQ:

● **التقييم أو الفحص السريري:** الكثير من عيادات الأطفال والمراهقين في الدول الغربية تستخدم مقياس القوة والصعوبات كجزء من عملية التقييم أو الفحص الأولي، بحيث يتم إعطاء كلا من الآباء والمعلمين و الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ١١ سنة هذا المقياس كخطوة سابقة لعملية الفحص السريري ، وبالتالي فإن النتائج التي يتم الحصول عليها من الممكن أن تؤثر على الآلية التي سيجري بها الفحص، كما يؤثر على الخطوات العلاجية التي سيتبعها الأخصائيين الذين سينظمون إلى عملية التقييم. فمثلاً: إذا تعرض الطفل لمشكلة سلوكية معينة فإن الفحص الذي يركز على سلوكيات الطفل وتصرفاته المصاحبة من الممكن أن تهمل فرط النشاط المصاحب لهذه السلوكيات، ولكن إذا ما تم إعطاء الطفل فرصة الاستجابة على مقياس القوة والصعوبات لتقدير فرط النشاط سواء عن طريق تقدير سلوكه من قبل والدي الطفل أو معلميه في حالة ما إذا كان الطفل صغيراً أو أجاب الطالب بنفسه على المقياس، فإن ذلك الأمر من شأنه أن يساعد في التأكد ما إذا كان الطفل يعاني من نشاط زائد أو لا، مع أهمية الحصول على رأي الطب النفسي أو طب الأطفال قبل ذلك؛ من أجل إعطاء الوصفة العلاجية المناسبة.

● **تقييم النتائج:** من الممكن استخدام مقياس القوة والصعوبات قبل أو بعد الممارسات اليومية (سواء في العيادة النفسية أو المدرسة)، وذلك لتقييم فاعلية بعض التدخلات العلاجية التي تم اتباعها في تشخيص سلوك الأطفال أو المراهقين. لقد أظهرت الدراسات التي استخدمت مقياس القوة والصعوبات بجانب المقابلات والتقديرات السريرية، بأن لهذا المقياس تأثيراً كبيراً في مساعدة المختصين على تحديد الخطوات العلاجية المناسبة للحالات التي تعاني من مشكلات نفسية، ولهذا نجد أن خدمات الصحة النفسية المقدمة للأطفال والمراهقين وغيرها من الخدمات المختصة بالأطفال ذوي الصعوبات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية من الممكن أن تضيف قيمة معتمدة لمقياس القوة والصعوبات كدليل على دوره الفعال في تقديم المساعدة المناسبة لهذه الفئات بما يُمكن من تقديم الخدمات العلاجية والتربوية المناسبة لهم (Youth in Mind, 2005).

● **علم الأوبئة:** يركز مقياس القوة والصعوبات على مواطن القوة بالإضافة إلى مواطن الضعف، الأمر الذي أبرز أهمية استخدامه في تشخيص الأفراد في المجتمع. ويعتبر

هذا المقياس واسع الاستخدام في مجال الدراسات والعلوم الوبائية، حيث يتم ملاءمة هذا المقياس بشكل جيد للدراسات التي تُجرى على عامة الشعب، والجدير بالذكر أن الزيادة في نقطة أو بعد معين في أحد المقاييس الفرعية لهذا المقياس يقابله زيادة في معدل الاضطراب، بمعنى أن الدرجة المرتفعة في المقياس الفرعي الأعراض الانفعالية تؤدي إلى الحكم على الفرد بأنه يعاني من اضطراب في هذا الجانب كما يؤدي إلى ارتفاع درجة الصعوبات الكلية لديه بشكل عام.

- **البحث التربوي:** يستخدم مقياس القوة والصعوبات كأداة بحث في كل من المجالات التالية: التطور العضوي، والاجتماعي، والسريري، والدراسات والبحوث التربوية.
- **الفحص والمسح الأولي:** في العينات المجتمعية الكبيرة، فإن استخدام مقياس القوة والصعوبات، يستطيع التنبؤ عن وجود اضطراب نفسي من عدمه لدى العينات الكبيرة في عمليات المسح الأولي للكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

بعض أنماط الاضطرابات السلوكية والانفعالية وفق مقياس القوة والصعوبات SDQ:

- **النشاط الزائد:** كم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركة، والنشاط الحيوية، ولكن في سن المدرسة غالباً ما تتحول تلك النشاطات إلى سبب إزعاج لهم وللمدرسين، ولأداء الأطفال المدرسي علي حد سواء، فما يكون مقبولاً في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في مرحلة أخرى. إن النشاط الزائد الذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تؤدي بالطفل إلى الهاوية وبالتالي فهو يشكل مشكلة سلوكية يمكن تهذيبها قبل تفاقمها وتحولها لاضطراب سلوكي يحتاج الكثير من الجهد والوقت لخفضه أو التقليل من أثاره علي أداء الطفل (إسماعيل، ٢٠٠٩). ويقصد بالنشاط الزائد أو الإفراط بالنشاط " قيام الطفل بنشاط حركي مفرط لا غرضي أو بلا هدف في الغالب، ويكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه لدى الطفل وسهولة تشتتته، ويتصف سلوك الطفل غالباً بأنه أخرج أو أحمق، سريع الغضب أو الانفعال، والتلمل أو الاستياء" (عامر ومحمد، ٢٠٠٨، ص ١١٥).

- **السلوك السيئ:** يمثل السلوك السيئ المحور الأساسي للحكم على مدى وجود المشكلات السلوكية، وتوجد أشكال عديدة للسلوك السيئ لعل أهمها السلوك العدواني.

فالسلوك العدواني: هو " استجابة انفعالية مشوشة ينتج عنها سلوك تدميري موجه ضد البيئة الخاصة بالفرد (أشياء، موضوعات)، أو اتجاه الفرد نفسه نتيجة

الاحباطات، أو بدافع من ثورة وكره شديد نحو الآخرين، أو نحو الذات والأشياء" (لجنة التعريب والترجمة، ٢٠٠٧). هذا ويأخذ السلوك العدواني أشكالاً متعددة لعل أهمها: السب والاستهزاء، والتحقير، والاستفزاز بالحركات، والسلبية الجسدية، والتنفير، والتزمت بالأراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشة (مختار، ١٩٩٩، ص، ٥٠). بينما العدوان وهو " سلوك يصدره الفرد لفظياً أو بدنياً أو مادياً، صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، يترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك أو للآخرين " (إسماعيل، ٢٠٠٩، ص ٢١).

● **الأعراض الانفعالية:** إن الكثير من مشكلات الطفولة المبكرة والمتأخرة ينجم عن الشعور بانخفاض تقدير الذات، فالشعور الذي يحمله الأطفال نحو أنفسهم هو احد محددات السلوك المهمة جداً، وشعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة، يفتقر إلى احترام الذات يؤثر على دوافعه واتجاهاته وسلوكه، فهو ينظر إلى كل شيء بمنظار تشاؤمي ويمكن التعرف على صورة الذات من خلال ثلاثة أسئلة: (من أنا؟، وكيف أقوم بعملتي؟، وكيف أقوم بعملتي مقارنة بالآخرين؟). وتقاس كمية الذات عادة بالأداء في المدرسة، وفي العمل، وفي العلاقات الاجتماعية. إن الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بذواتهم لا يكونون متفائلين حول نواتج جهودهم، فهم يشعرون بالعجز، والنقص، والتشاؤم، ويفقدون الحماية بسرعة، وتبدو الأشياء بالنسبة لهم كأنها تسير دائماً بشكل خاطئ، وهم يستسلمون بسهولة وغالباً ما يشعرون بالخوف (بشناق، ٢٠٠١). وتأخذ الأعراض الانفعالية أشكالاً متعددة لعل أهمها: الخوف، والقلق، والخجل.

١. **الخوف (الفوبيا):** قد يكون الخوف من مواقف طبيعية وخفيفة أو مواقف غير طبيعية وغير حقيقية، كما أن الأطفال قد يشعرون بالخوف من أشياء غامضة قد تذكرهم من قريب أو بعيد بالموقف المفزع وتذكرهم بالخوف الأصلي. وتظهر أعراض الخوف لدى الأطفال في خوفهم من بعض الأشياء البسيطة التي لا تثير فيه الخوف، أو لم يسبق أن أثارت إليه خوفاً أو من الأصوات العالية أو من الحيوانات، ويظهر أيضاً في التصاق الطفل بالكبار وعدم افتراقه عنهم، أو عدم اللعب مع الأطفال والبقاء في المنزل بجوار الأم أو يظهر علي شكل أوجاع مثل " الارتجاج، وضربات القلب، وشحوب الوجه" (إسماعيل، ٢٠٠٩).

٢. **القلق:** قد تتحول بعض خصائص الشخصية مثل الجمود والحساسية الزائدة، والخجل والتشاؤم لتصبح مشكلات للشخصية، عندما تبدأ في أحداث قلق مزمن لدى الأطفال، وتحده من قدرته علي الإنجاز المهم للنمو الطبيعي، فالطفل الذي يعاني من اضطراب القلق لا يتسم بالجين فحسب، وإنما يعاني من خوف يشل حركته عن مواجهة متطلبات التفاعلات

الإنسانية البسيطة، إذ يصعب عليه مثلاً تحية أصدقاء الأسرة أو توجيه سؤال للمعلم، وقد يظهر القلق لديه في صورة توقع أي شيء مخيف أو مزعج باستمرار (لجنة التعريب والترجمة، ٢٠٠٧).

٣. الخجل: تؤدي الحساسية حيال ردود أفعال الآخرين غالباً إلى شعور هؤلاء الأطفال بالخجل غير المناسب، وسهولة الارتباك وبدلاً من المخاطرة باحتمال تعرضهم للحماقة، فإن هؤلاء الأطفال يحاولون تجنب عمل أي شيء جديد، أو الذهاب إلى أماكن جديدة أو مقابلة أناس جدد، دون صحبة أو حماية الوالدين لهم، ويفضلون الجلوس منزويين في غرفة الدراسة بدلاً من احتمال تعرضهم لقول المعلم بأن إجاباتهم خاطئة، أو سماع تعليق سخيف من زملائهم (بشناق، ٢٠٠١).

● **مشاكل الأقران:** مما لا شكَّ فيه أنَّ الأقران لديهم مشاكل مختلفة باختلاف العمر الذي هم فيه، فمشاكل الأقران من الثانية حتى الثامنة أكثر ما تتمثل في ردود الأفعال اليدوية مع اللفظية، وتقلُّ بعد ذلك ردود الأفعال اليدوية في السنين التي بعدها؛ لتبقى اللفظية. فالطفل لا يضطهد أخواته فقط، بل يضطهد الأطفال الآخرين سواء في الحي أو المدرسة، إذا وجد أن في استطاعته فعل ذلك دون عقاب، حتى إذا عوقب فإنه لا يرتدع، بل يتمادى في إيذاء الآخرين، وقد يتلذذ بذلك وعادة ما ينشأ توتر بين هذا الطفل وبين والديه ومعلميه (مختار، ١٩٩٩).

ومن وجهة نظري أرى أن مشكلات الطفل مع أصدقائه وزملائه تعتبر من المشكلات الأكثر شيوعاً داخل المؤسسات التعليمية، حيث يعاني منها المعلمين والإدارة والطلبة الآخرين على حد السواء، فهي تعتبر عائقاً أساسياً في طريق نمو وتطور الأطفال.

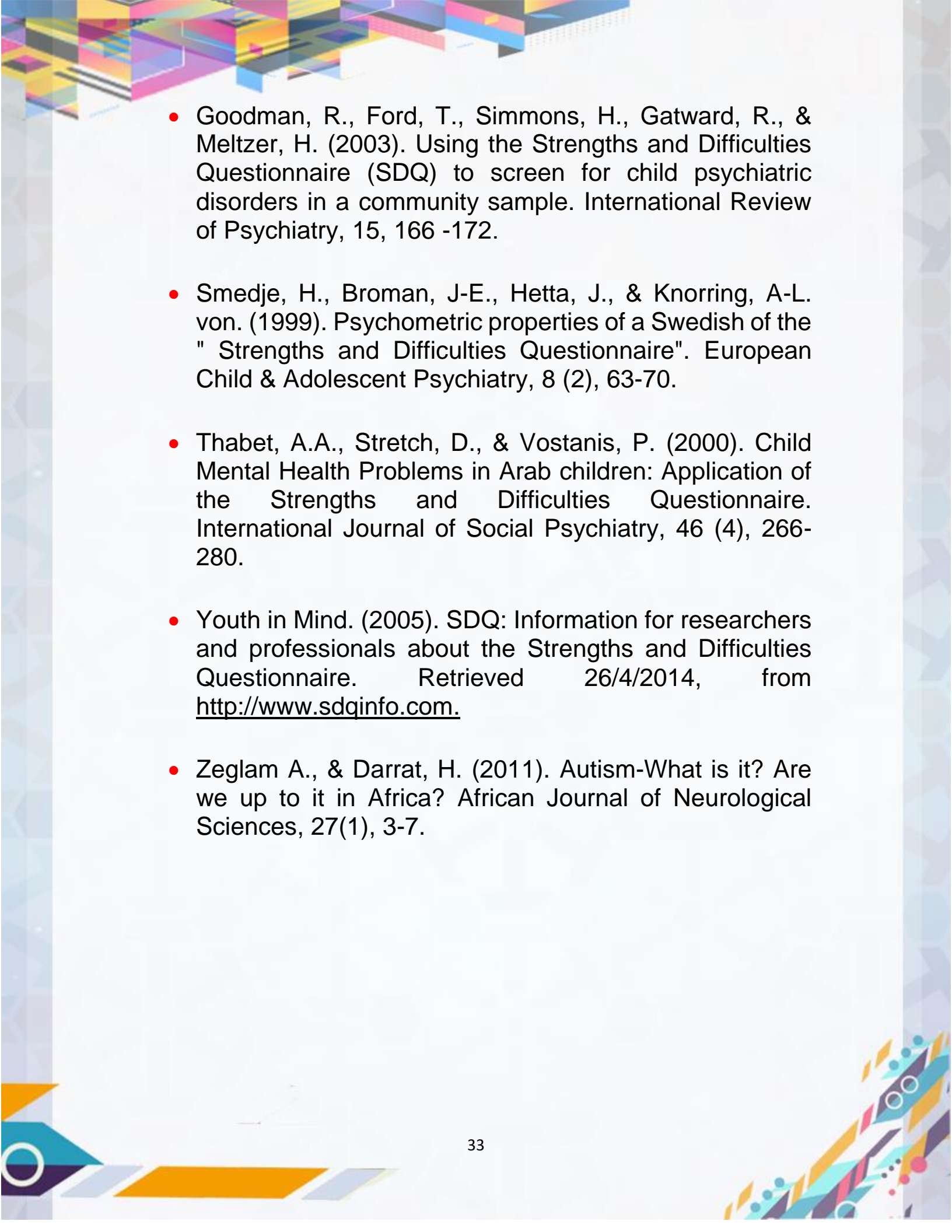
وفي الختام نأمل أن تكون هذه الورقة مرجعاً هاماً لجميع العاملين في مجال التربية عامة ومجال صعوبات التعلم خاصة، ولكل من هو مهتم بتشخيص المضطربين سلوكياً وانفعالياً سواء من اخصائيين نفسيين أو اجتماعيين في المدارس، كما نأمل أن تستجيب هذه الورقة لحاجات الأنظمة التربوية في تطوير التعليم، ولحاجات المختصين في تنمية مهاراتهم وخبراتهم في مجال الكشف والتشخيص للمضطربين سلوكياً وانفعالياً، وأن تكون لهم عوناً في تحقيق رسالتهم النبيلة في تعليم أبنائنا الطلبة.

قائمة المراجع العربية والأجنبية

- إسماعيل، ياسر يوسف (٢٠٠٩). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية ، غزة.
- آل سعيد، تغريد تركي؛ و بريدزي، نيكولا؛ و هاملتون، إيان سيوارت (٢٠١٢). تطوير وتقنين مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال العمانيين. مجلة بحوث كلية الآداب. جامعة المنوفية، ٢١٥-٢٣٥.
- بشناق، رأفت محمد (٢٠٠١). سيكولوجيا الأطفال دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية. بيروت: دار النفائس.
- بطرس، بطرس حافظ (٢٠١٠). طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليا. عمان: دار المسيرة.
- الحربي، زهور (٢٠٠١). المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال الملتحقين برياض الأطفال كما تدركها الأمهات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية وكيفية مواجهتها، دراسة مقارنة بين المدينة والقرية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- حريري، نجلاء هاشم بكر (٢٠١٢). تقنين مقياس برايد PRIDE للكشف عن الموهوبين لمرحلة رياض الأطفال بمدينة عرعر. دراسات تربوية واجتماعية، ١٨ (١)، ١٧١-٢٥٢.
- خلف الله، سلمان (٢٠٠٤). الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية. عمان: جهينة للنشر والتوزيع.
- روزنبرج، مايكل؛ و ويلسون، ريتش؛ و ماهيدي، لاري؛ و سنديلار، بول (٢٠٠٨). تعليم الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية. ترجمة عادل عبدالله محمد. عمان: دار الفكر. (٢٠٠٤).
- الزغول، عماد عبدالرحيم (٢٠٠٦). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. عمان: دار الشروق.
- عامر، طارق عبدالرؤوف؛ ومحمد، ربيع (٢٠٠٨). تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان: دار اليازوردي العلمية.
- القمش، مصطفى نوري؛ والمعايطة، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٧). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة.
- القمش، مصطفى نوري؛ والإمام، محمد صالح (٢٠٠٦). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: مؤسسة الطريق للنشر.
- كازدين، ألان (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. ترجمة عادل عبدالله محمد. القاهرة: دار الرشاد. (٢٠٠٠).

- الكايد، زين صالح (٢٠١٢). اشتقاق معايير أردنية للأداء على مقياس الملف النفسي للأطفال والمراهقين في الكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأعمار (١٧-٢) سنة. مجلة الطفولة والتربية، ٢ (٩)، ٢٠٧-٢٥٥.
- كوافحة، تيسير مفلح؛ وعبدالعزيز، عمر فواز (٢٠٠٥). مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- كوفمان، جيمس م؛ ولاندروم، تموتيلي ج (٢٠١٢). خصائص الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية للأطفال والمراهقين. ترجمة غالب محمد الحيارى. عمان: دار الفكر. (٢٠١١).
- لجنة التعريب والترجمة (٢٠٠٧). أنواع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. العين: دار الكتاب الجامعي.
- محمد، عادل عبدالله (٢٠١١). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الرشاد.
- مختار، وفيق (١٩٩٩). مشكلات الأطفال السلوكية. القاهرة: دار العلم والثقافة.
- النفيعي، عبدالرحمن عبدالله أحمد (٢٠٠١). تقنين اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة المتقدم على طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمنطقة مكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- القبالي، يحيى (٢٠٠٨). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: الطريق للنشر والتوزيع.
- يحيى، خولة أحمد (٢٠٠٣). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.
- يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب.

- Al-Sharbati, M., Al-Hussaini, A., & Antony, S. (2003). Profile of child and adolescent psychiatry in Oman. Saudi Med Journal., 24(4), 391-395. Retrieved 10/8/2015, from www.smj.org.sa.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38 (5), 581-586.

- 
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15, 166 -172.
 - Smedje, H., Broman, J-E., Hetta, J., & Knorrning, A-L. von. (1999). Psychometric properties of a Swedish of the " Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (2), 63-70.
 - Thabet, A.A., Stretch, D., & Vostanis, P. (2000). Child Mental Health Problems in Arab children: Application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 46 (4), 266-280.
 - Youth in Mind. (2005). SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. Retrieved 26/4/2014, from <http://www.sdqinfo.com>.
 - Zeglam A., & Darrat, H. (2011). Autism-What is it? Are we up to it in Africa? *African Journal of Neurological Sciences*, 27(1), 3-7.

الملحق (١)

مقياس مواطن القوة والصعوبات SDQ للاضطرابات السلوكية والانفعالية للأعمار
(١٧-١١) سنة (نسخة الطالب)

أخي الطالب/ أختي الطالبة:

أمامك عدد من العبارات التي تصف سلوكيات قد يظهرها بعض الطلبة، أقرأ كل عبارة بعناية، وضع دائرة حول كلمة واحدة من الكلمات الثلاثة المكتوبة بعد كل عبارة: "لا، أحيانا، نعم" وذلك حسب ما تراه مناسباً من مدى انطباق العبارة عليك أو كيف كانت الأمور بالنسبة لك خلال الأشهر الستة الماضية، وليس فقط وضعكم في الوقت الحالي. ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، ولا تفكر كثيراً في معنى كل عبارة، تذكر أن تضع دائرة واحدة حول الكلمة التي تصف سلوكك بوجه عام. علماً بأن الاستجابات ستكون سرية، ولن يطلع عليها أحد مطلقاً عدا الباحث، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

معلومات عامة: (يرجى تعبئتها بما هو مناسب)

الاسم:	العمر: سنة	الجنس: ذكر أنثى
المدرسة:	تاريخ الميلاد: //	الصف:
تاريخ الاختبار: / / م	وظيفة الأب:	المؤهل: الأب الأم
عدد الأخوة (الذكور): عدد الأخوات (الإناث):	وظيفة الأم:	لا يقرأ ولا يكتب يقرأ ويكتب (بدون شهادة)
الحالة الاجتماعية للوالدين: يعيشان معا مطلقان أبي متوفي أمي متوفاة	مكان المدرسة:	الابتدائية أو أقل الإعدادية أو أقل الثانوية أو أقل شهادة دبلوم شهادة جامعية فأعلى
الدخل الشهري للأسرة: ر.ع	* مدينة * قرية	
الجنسية: عماني غير عماني		

مفردات المقياس:

م	العبارة	لا	أحيانا	نعم
١	أحاول أن أكون لطيفا مع الآخرين، وأهتم بمشاعرهم.	لا	أحيانا	نعم
٢	أنا كثير الحركة، لا أستطيع البقاء في مكان واحد لفترة طويلة.	لا	أحيانا	نعم
٣	كثيرا ما تصيبني آلام في الرأس أو آلام في البطن أو الشعور بالغثيان.	لا	أحيانا	نعم
٤	أشرك الآخرين فيما يخصني من أشياء (أكل، أقلام، ألعاب، .. الخ).	لا	أحيانا	نعم
٥	ينتابني غضب شديد، وكثيرا ما أفقد أعصابي.	لا	أحيانا	نعم
٦	أحب العزلة، وألعب لوحدي معظم الوقت.	لا	أحيانا	نعم
٧	أنا عادة أفعل ما يطلب مني.	لا	أحيانا	نعم
٨	أقلق كثيرا.	لا	أحيانا	نعم
٩	أساعد الآخرين إذا ما حدث لأحدهم مكروه.	لا	أحيانا	نعم
١٠	أتململ (أشعر بالملل)، وجسدي يتحرك باستمرار أثناء جلوسي.	لا	أحيانا	نعم
١١	لدي صديق عزيز واحد أو أكثر.	لا	أحيانا	نعم
١٢	أتعارك (أتشاجر) مع الآخرين، وأتسلط عليهم لجعلهم ينفذون ما أريد.	لا	أحيانا	نعم
١٣	كثيراً ما أكون غير سعيد، حزين أو سريع البكاء.	لا	أحيانا	نعم
١٤	بشكل عام من هم في سني يحبونني.	لا	أحيانا	نعم
١٥	يتشتت انتباهي بسرعة، وأجد صعوبة في التركيز.	لا	أحيانا	نعم
١٦	أنا عصبي في المواقف الجديدة غير المعتادة، وبسهولة أفقد ثقتي بنفسي.	لا	أحيانا	نعم
١٧	أنا لطيف مع من هم أصغر مني سناً.	لا	أحيانا	نعم
١٨	كثيرا ما يتهمني الآخرون بالكذب أو الخداع.	لا	أحيانا	نعم
١٩	الأطفال الآخرون يسخرون مني أو يتنمرون علي.	لا	أحيانا	نعم
٢٠	كثيرا ما أتطوع لمساعدة الآخرين (الوالدين، المدرسين، الأطفال الآخرين).	لا	أحيانا	نعم
٢١	أفكر قبل أن اتصرف.	لا	أحيانا	نعم
٢٢	أخذ أشياء ليست ملكي من البيت أو المدرسة أو من أماكن أخرى.	لا	أحيانا	نعم
٢٣	أنسجم مع الكبار بشكل أفضل عن من هم في سني.	لا	أحيانا	نعم

م	العبارة	لا	أحيانا	نعم
٢٤	لديّ مخاوف كثيرة، ومن السهل تخويفي.	لا	أحيانا	نعم
٢٥	أكمل العمل الذي أقوم به حتى النهاية، وانتباهي جيد.	لا	أحيانا	نعم

انتهى المقياس.....شكرا جزيلا لتعاونك