

ناصر بن سعد العجمي: الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

إعداد

ناصر بن سعد العجمي

أستاذ التربية الخاصة المشارك، جامعة الملك سعود

قدم للنشر ١٤٣٦/٦/٦ هـ - وقبل ١٤٣٦/٩/٢ هـ

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (٣٨٠) طالباً من الذكور الملتحقين ببرامج ومعاهد التربية الفكرية الثانوية بمدينة الرياض، تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨) عاماً بمتوسط عمري (١٧،٢) عاماً، وانحراف معياري (١،١)، منهم (٢١٤) طالباً من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، و(١٦٦) من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة. تم تطبيق بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه، وبطاقة ملاحظة نوبات الغضب، ومقياس القلق العام، ومقياس اضطراب الوسواس القهري وجميعها من إعداد الباحث. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً هو اضطراب نوبات الغضب، يليه اضطراب القلق العام، ثم اضطراب قصور الانتباه، وأخيراً اضطراب الوسواس القهري، كما أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠،٠١) بين متوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة في جميع الاضطرابات النفسية وذلك لصالح مجموعة ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة، مما يدل على العلاقة الطردية بين الاضطراب النفسي ومستوى شدة الإعاقة.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية، الإعاقة الفكرية.

مقدمة الدراسة:

تلقي الإعاقة الفكرية بظلالها على الفرد، فتدني القدرات العقلية وضعف مستوى السلوك التوافقي والفشل في القيام ببعض الأنشطة الحياتية المختلفة، يجعل الفرد ذا الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية والاجتماعية، والتي تتحول فيما بعد إلى مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية، فيلاحظ كثرة نوبات الغضب، وارتفاع مستوى القلق العام أو انخفاضه، فضلاً عن الميل إلى العدوانية، وممارسة العديد من الأنماط السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا.

ويرى مرسى (١٩٩٩) أن ذوي الإعاقة الفكرية يتعرضون للفشل في مواقف كثيرة بسبب نقص قدراتهم على مواجهة الصعوبات وحل المشكلات، مما يعرضهم للشعور بالإحباط والخط من شأن الذات واللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية، كما يتعرضون بسبب ضعف قدرتهم على اتخاذ القرار إلى الارتباك ويقعون في صراع الإقدام - الإحجام، وهو ما يجعلهم عرضة للعديد من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية.

وإذا كانت "السوية" خرافة، ومثل أعلى يحاول الأفراد الاقترب منه، فلا يوجد أحد في هذا العالم إلا ولديه اضطراب أو قصور أو نقص في مستوى الصحة النفسية، وبلغة أخرى، فإن جميع الأفراد لديهم اضطراب نفسي، ولكن الفروق بينهم تكون في درجة هذه الاضطرابات وشدها، الأمر الذي يجعل جميع الأفراد لديهم جميع أنواع الاضطرابات النفسية ولكن بدرجات مختلفة تتراوح ما بين وجود الاضطراب بدرجة بسيطة مما لا يؤثر بشكل حاد على حياة الفرد، أو يكون الاضطراب بدرجة شديدة فيعيق أداء الفرد ويعرقل مسيرة حياته.

ويرى العزة (٢٠٠٩) أن الفاصل بين السواء والشذوذ غير واضح تماماً لذلك تتفاوت نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية لدرجة كبيرة، وتتراوح ما بين ١ - ١٥% غير أن النسبة المعتمدة في كل الدول هي ٢% وفيما يتعلق بنسبة

توزيع هذه الاضطرابات حسب متغير الشدة فإن معظم الحالات هي من النوع المتوسط، أما من حيث العمر فترتفع في مرحلة المراهقة، ولاشك أن ذوي الإعاقة أكثر حظاً من غيرهم في انتشار الاضطرابات النفسية.

وإذا كان الاضطراب النفسي 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 (القمش، والمعاطة، ٢٠٠٧) فإن العديد من الدراسات التي أجريت في مجال التربية الخاصة مثل دراسة (منصور، ٢٠١٢) ودراسة (الزهراني، ٢٠١١)، ودراسة (Thomas, 2001)، ودراسة (Bruce, 2002) أكدت على أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من غيرهم، بسبب إعاقاتهم، غير أنه لا توجد إحصاءات دقيقة عن مدى انتشار الأمراض والاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية بينهم، كما إنه لا توجد دراسات دقيقة توضح العلاقة بين مستويات شدة الإعاقة الفكرية (البسيطة، والمتوسطة، والشديدة، والشديدة جداً) والاضطرابات والأمراض النفسية والمشكلات السلوكية. الأمر الذي دفع الباحث لإجراء الدراسة الحالية للتعرف على الاضطرابات النفسية المنتشرة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية.

مشكلة الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية التعرف على أهم الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية بمدينة الرياض، وتحدد مشكلتها في الإجابة عن التساؤلات الآتية: ما أهم الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية؟

ناصر بن سعد العجمي: الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

الإعاقة الفكرية ، وهذا ما يساعد على فتح المجال لدراسات أخرى تهتم بنفس موضوع الدراسة الحالية .

مصطلحات الدراسة:

الاضطرابات النفسية: (Psychological Disorders):

هي الاضطرابات التي تتضح حينما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يكون هذا السلوك متكرراً باستمرار (القمش، والمعاينة، ٢٠٠٧) ويعبر عن الاضطرابات النفسية في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المراهق ذو الإعاقة الفكرية في الأدوات المستخدمة بالدراسة وهي: بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه، وبطاقة ملاحظة نوبات الغضب، ومقياس القلق العام، ومقياس العصاب القهري الوسواسي (إعداد: الباحث).

المراهقون ذوو الإعاقة الفكرية: Adolescents with Intellectual Disability)

هم الأفراد ذوو الإعاقة الفكرية الذين لديهم قصور واضح في القدرات الفكرية مصحوب بقصور في المهارات التكيفية (AAIDD, 2010) (الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية، ٢٠١٠) (American Association on Intellectual and Developmental disabilities). ويقصد بهم في الدراسة الحالية الطلاب الذكور الملتحقين ببرامج ومعاهد التربية الفكرية بالمرحلة الثانوية الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥، ١٨ عاماً بمتوسط عمري ١٧،٢ عاماً وانحراف معياري ١،١.

الإعاقة الفكرية البسيطة: (Mild Intellectual Disability)

يعرف الباحث ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة إجرائياً بأنهم: التلاميذ المقبولون في معاهد وبرامج التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم بالرياض، وتقع درجة ذكائهم ما بين ٧٥ إلى ٥٥ درجة على اختبار وكسلر أو ما بين ٧٣ إلى ٥٢ على اختبار ستانفورد بينيه.

هل توجد فروق في مستويات الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لمستوى شدة الإعاقة (البسيطة، المتوسطة)؟

أسئلة الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١- ما أهم الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية؟

٢- هل توجد فروق في مستويات الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لمستوى شدة الإعاقة (البسيطة، المتوسطة)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على ما يأتي:

١- التعرف على أهم الاضطرابات النفسية الشائعة بين المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية بمعاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وأهم هذه الاضطرابات.

٢- التعرف على إذا ما كان هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات النفسية ومستوى شدة الإعاقة الفكرية (البسيطة، المتوسطة).

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في قلة البحوث والدراسات العربية والمحلية علمية، فقد تفيد الدراسة الحالية في أن تكون إضافة للمعرفة في مجال الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية بمعاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض. كما تبرز أهمية الدراسة بتوجيه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع والتي تحتاج إلى الرعاية النفسية بجانب الرعاية الطبية.

الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في أنها تقدم وصفاً لأهم الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي

الإعاقة الفكرية المتوسطة: (Moderate Intellectual Disability)

يعرف الباحث ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة إجرائيًا بأنهم: التلاميذ المقبولون في معاهد وبرامج التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم بالرياض، وتقع درجة ذكائهم ما بين ٥٤ إلى ٤٠ درجة على اختبار وكسلر أو ٥١ إلى ٣٦ درجة على اختبار ستانفورد بينيه.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تعريف الإعاقة الفكرية:

تعرف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية الإعاقة الفكرية (AAIDD, 2010) بأنها القصور في بعض الجوانب الشخصية التي تتضح في ضعف القدرات الفكرية المصحوب بقصور في المهارات التكيفية مثل: التواصل، والعناية بالذات، والأداء الأكاديمي، والمهارات العملية، والتوجيه الذاتي، والاستقلالية وهذا القصور يظهر قبل بلوغ الفرد سن ١٨ عامًا.

ويعرف (Smith, 2003:3) الإعاقة الفكرية بأنها: "إحدى أنواع الاضطرابات النمائية لأنها تظهر في باكورة الحياة بالنسبة للفرد، وتكون ذات تأثير مستديم طوال الحياة، إذ ينخفض الأداء الوظيفي العقلي بجميع مستوياته.

ومن الناحية النفسية الاجتماعية يذكر (عبد الله، ١٩٩٧) أن استخدام مصطلح الإعاقة الفكرية ينطوي على عنصرين أساسيين هما: أن يكون الأداء العقلي أقل من المتوسط بكثير، وأن يكون هناك خلل ملحوظ في قدرة الفرد على التكيف مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية.

وقد أشار (Seligman, 2005:264) إلى "أن الدليل الإحصائي الرابع يقرر تشخيص الإعاقة الفكرية من خلال سوء التكيف لاثنتين أو أكثر من المهارات الآتية: التواصل، وحماية الذات، والمعيشة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية".

ويستخلص الباحث تعريفًا للإعاقة الفكرية، وهو: القصور الواضح في القدرة العقلية العامة، يصاحبه انخفاض في مستوى السلوك التوافقي، وما قد ينتج عنه من اضطراب عام في الشخصية والسلوك، ومن ثم فإن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية هم الذين استمرت إعاقاتهم الفكرية حتى فترة المراهقة، وهم يعانون العديد من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تجعلهم ينحرفون عن المسار الطبيعي في الحياة إذا ما قورنوا بأقرانهم العاديين.

أسباب الإعاقة الفكرية:

هناك العديد من الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة الفكرية، منها: الوراثة، فيذكر (السبكي، ١٩٩٨) أنه إذا كان أحد الوالدين أو الأجداد من ذوي الإعاقة الفكرية، فيكون هناك احتمال لوراثة الابن هذه الإعاقة من خلال الجينات المسؤولة عن الصفات الوراثية المنقولة من أحد الوالدين أو الأجداد، كما أكدت الفحوص الباثولوجية أن العامل الريزي (RH) يكون سببًا في الإعاقة الفكرية حينما يخالف دم المولود دم الأم. وهناك أسباب قبل الولادة تتلخص في إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية أو مرض الزهري أو الصفراء المخية، أو الاضطرابات الهرمونية، أو سوء التغذية أو تعرضها للحوادث المفاجئة أو لأشعة إكس أو إصابة الجنين بالتسمم العضوي الذي ينتقل إليه عن طريق الحبل السري ويؤثر في جهازه العصبي، أو عدم توفر كمية الأكسجين اللازمة لنمو للجنين، كل هذه العوامل قد تكون سببًا مباشرًا في حدوث الإعاقة الفكرية، كما توجد بعض الأسباب التي تصاحب عملية الولادة.

وقد يتعرض الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة إلى ظروف مرضية أو حوادث تؤدي إلى الإعاقة الفكرية، وقد أجمل (كمال، ٢٠٠٢) هذه الظروف في: الحمى الشوكية، والتهابات أنسجة المخ، والشلل الدماغي، والحوادث، وانخفاض أداء الغدة الدرقية، وسوء التغذية.

تصنيفات الإعاقة الفكرية:

تعددت تصنيفات الإعاقة الفكرية بين التصنيف الطبي، والتصنيف النفسي الاجتماعي والتصنيف التربوي التعليمي، وهذه التصنيفات اختلفت في تفاصيلها من مرجع لآخر، ومن باحث لآخر، ومن أهم تصنيفات الإعاقة الفكرية ما قدمه الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية (١٩٩٤) والتي اعتمدت نسبة الذكاء كمحك للتصنيف، ومن ثم توجد أربع مجموعات هي: الإعاقة الفكرية البسيطة ويتراوح مستوى الذكاء بين ٥٠-٥٥ إلى ٧٠ تقريباً، والإعاقة الفكرية المتوسطة ويتراوح مستوى الذكاء بين ٣٥-٤٠ إلى ٥٥-٥٥، والإعاقة الفكرية الشديدة ويتراوح مستوى الذكاء بين ٢٠-٢٥ إلى ٣٥ - ٤٠، والإعاقة الفكرية الشديدة جداً ويقل مستوى الذكاء عن ٢٠ أو ٢٥.

الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة الفكرية:

هناك العديد من الأمراض والاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي يتعرض لها ذوو الإعاقة الفكرية، وسوف يقتصر الحديث هنا على: اضطراب قصور الانتباه، واضطراب نوبات الغضب، واضطراب القلق العام، واضطراب الوسواس القهري، وذلك على النحو الآتي:

اضطراب قصور الانتباه:

يعد الانتباه من أهم العمليات المعرفية التي تلعب دوراً مهماً في النمو المعرفي لدى الفرد، فمن خلاله ينتقي الفرد المنبهات الحسية المختلفة التي تساعد على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحية بما يحقق التوافق مع البيئة.

وقد اتفقت أدبيات التراث السيكلوجي على ثلاثة أنماط لاضطراب الانتباه تتمثل في: اضطراب قصور الانتباه، واضطراب النشاط الحركي المفرط، واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، والدراسة الحالية تقتصر على اضطراب الانتباه فقط أو ما يسمى Attention

(ADD) Deficit Disorder إذ يعرض الدليل الإحصائي

الرابع لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية (١٩٩٤) اضطراب الانتباه (ADD) بوصفه أحد أنماط اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)، ويعد من أهم الاضطرابات النمائية الشائعة بين ذوي الإعاقة الفكرية ويظهر في: عدم القدرة على الانتباه للتفاصيل، وقصر مدى الانتباه، وسهولة التشتت، وعدم القدرة على التركيز أو الترتيب، أو التنظيم، وضعف القدرة على اتباع التعليمات، وكثرة النسيان في الأعمال المتكررة والمعتادة يومياً، وفقد الأدوات الضرورية للقيام بالأنشطة المختلفة.

ويعرف محمد (٢٠٠٣) اضطراب قصور الانتباه بأنه عدم قدرة الفرد على أن يستمر في تركيزه على مثير معين لمدة محدودة، وذلك لعدم قدرته على انتقاء هذا المثير أو التركيز عليه لمدة زمنية محددة تتطلبها المهمة المستهدفة أو النشاط الذي يجب عليه أن يؤديه، وذلك لعدم قدرته على استبعاد المثيرات البيئية المختلفة.

وقد عرف (Kendall, 2000: 69) اضطراب قصور الانتباه بأنه "اضطراب نمائي يتسم بوجود أوجه قصور في السلوك تتمثل في قصور الانتباه بشكل لا يتناسب مع المستوى النمائي للفرد، والنشاط الحركي المفرط والاندفاعية". ويذكر (Pual, 2003:7) أن اضطراب الانتباه "لا يتعدى أكثر من كونه وصفاً لتجميعات عصبية، ومن ثم لا ينتج عن ضعف في أساليب التربية، وهذا ما يؤكد تحسن كثير من حالات اضطراب الانتباه مع النضج وتقدم العمر من ناحية، والتعرض لخبرات موجهة أو غير موجهة تزيد من قوة الانتباه لدى الفرد".

في حين يرى (Alessandri, 2002) أن اضطراب الانتباه يتضح في سلوكيات معينة، فيبدو الفرد وكأنه لا يسمع، كما إنه لا يتمكن من إنهاء المهام المطلوبة منه بجانب قصر مدى الانتباه والذي يتجلى في التحول السريع من نشاط إلى آخر

قبل انتهاء النشاط الأول، كما تشتت انتباهه بسهولة، ولا يتمكن من تركيز انتباهه على التعليمات.

وقد أوضح (Flick, 1998) المظاهر الأساسية لقصور الانتباه في: عدم الانتباه، Inattention، والحركة المفرطة Hyperactivity، والاندفاع Impulsivity، والفوضى وعدم النظام Disorganization، وضعف العلاقات مع الأقران Poor Peer Relation، والسلوك العدواني Aggressive Behavior، وضعف تقدير الذات Poor Self- Esteem، وضعف مفهوم الذات Poor Self- Concept، وكثرة أحلام اليقظة Day Dreaming، وضعف التناسق Poor Coordination، ومشكلات الذاكرة Memory Problems، وغيرها.

ويرى الباحث أن قصور الانتباه يعني ضعف التركيز والانتباه، وهذا لا يعني أن ذوي قصور الانتباه لا ينتبهون على الإطلاق ولكن الانتباه لديهم يخضع لمجموعة من المؤثرات الداخلية والخارجية التي تؤدي إلى تشتت انتباههم، وتشغلهم عن التركيز، فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها أو فهمها بهدف إنجاز الأعمال والواجبات المكلفون بها، فيكون الإخفاق في الأداء وعدم الإنجاز هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه.

وتذكر عجلان (٢٠٠١) أن أهمية اضطراب قصور الانتباه ترجع إلى نسبة انتشاره المرتفعة، واستمراره، وارتباطه باضطرابات نفسية أخرى، وانعكاسه السلبي على علاقة الفرد مع الآخرين وصعوبة علاجه. لأن اضطراب قصور الانتباه يعد من أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى جميع الفئات.

ويشير قزازه (٢٠٠٧) إلى أن اضطراب قصور الانتباه يعد من الاضطرابات الشائعة، وهو اضطراب متغير الصفات وغير واضح المعالم وينتشر بنسبة ٣-٥% لدى الأطفال، واضطراب قصور الانتباه يظهر صعوبات عديدة.

ويؤكد (Cantwell, 2006) على أن نحو ٥٠% من المتكردين على عيادات الطب والعلاج النفسي يعانون من اضطرابات قصور الانتباه، ويرجع السبب في ذلك إلى أن هذا الاضطراب يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يستمر إلى مرحلة الرشد، مع تغير في المظاهر السلوكية خلال مراحل النمو المختلفة. كما يرى (Kronemberger, & Mayer, 2006) أن نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه تتجاوز ٣,٥% بين الأطفال العاديين، وتتجاوز ٤٢% بين ذوي الإعاقة الفكرية، في حين تذكر (Grantham, 2009) أن نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه تبلغ نحو ٩% بين الأطفال العاديين، وتتجاوز ٤٦% بين ذوي الإعاقة الفكرية.

وقد أجرى (Walsh, 2002) دراسة للتعرف على النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة بمدارس ولاية تينيسي الأمريكية، وأوضحت النتائج أن: ٤,٧% من الأطفال يعانون من اضطراب قصور الانتباه، و٣,٤% من الأطفال يعانون من اضطراب الحركة المفرطة، و٤,٤% من الأطفال يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالحركة المفرطة.

وقد أورد (Davis, 2004) الخصائص المميزة لاضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية في أن الفرد ذا اضطراب الانتباه يبدو عليه ثمانية على الأقل مما يأتي: الاتجاه بالعين مع عدم الاستماع، وعدم اتباع التعليمات بجدية، والشعور السريع بالملل، والمماطلة في تنفيذ المهام والواجبات المنزلية، والانصراف من التركيز على شيء ما إلى غيره بسرعة كبيرة، واصطناع الضوضاء والصخب في حالة عدم وجودها، وافتقاد بعض الأشياء المهمة عن طريق الإهمال أو النسيان، وإزعاج الآخرين بمقاطعة أحاديثهم، والتصرف دون تفكير ودون العبء بالأحداث المترتبة على التصرفات، والانصراف إلى أشياء يسيرة مثل: صوت مروحة أو صورة ملققة على الحائط، والتنقل بعنف والجري بقوة

والتعامل مع الأشياء بعدوانية، والصعوبة البالغة في إتمام الأعمال، وعدم النظام وقلة النظافة.

ويخلص الباحث إلى أن قصور اضطراب الانتباه أحد الاضطرابات المهمة التي تتعلق بكل جوانب الشخصية: المعرفية، والوجدانية، والسلوكية لذوي الإعاقة الفكرية، ويتبدى اضطراب قصور الانتباه في عدم قدرة الفرد على التجاوب مع غيره نتيجة شroud الدهن، والتشتت، وعدم القدرة على الإمساك الجيد بالأفكار والانفعالات، وضعف القدرة على اتخاذ القرار بسلوك معين، وعدم الدراية الكاملة بكل عناصر الموقف.

وقد أثبت (Coe, 1999) من خلال دراستهم عن الاضطرابات المنتشرة بين ذوي الإعاقة الفكرية أن اضطراب قصور الانتباه أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى هذه الفئة، ويؤكد محمد (٢٠٠٣) أن اضطراب قصور الانتباه لدى ذوي الإعاقة الفكرية يسبب قصوراً ذا دلالة في الأداء الوظيفي اليومي سواء أفي المنزل أم في المدرسة، مع وجود أدلة واضحة وقاطعة تؤكد حدوث الاضطراب في الجانب الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني، ولكن يشترط ألا ترجع الأعراض إلى اضطراب نمائي عقلي آخر كأن يكون اضطراباً وجدانياً أو اضطراب القلق أو اضطراباً تفكيرياً أو نفسياً أو اضطراب الشخصية.

وهناك بعض الدراسات التي تناولت اضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية، منها دراسة (Barkley, 2004) التي استهدفت عقد مقارنة بين الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والطلاب ذوي الإعاقة الفكرية من غير ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك في السلوكيات داخل الفصل المدرسي، للتعرف على تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على سلوك ذوي الإعاقة الفكرية داخل الفصل المدرسي، واستخدمت هذه الدراسة مجموعة من الأدوات هي: مقياس

اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبطاقة ملاحظة للسلوكيات داخل الفصل المدرسي، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما ممن يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، والثانية ممن لا يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، تتألف كل منهما من ٧ أفراد تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ - ١٨ عاماً، وتوصلت هذه الدراسة إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وذوي الإعاقة الفكرية الذين لا يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في السلوكيات داخل الفصل وذلك لصالح ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علماً بأن السلوكيات داخل الفصل تتضمن: ارتفاع مستوى العدوان، وارتفاع مستوى التشتت والانتباه وعدم التركيز، وانخفاض المستوى التحصيلي، وانخفاض السلوكيات التكيفية.

كما استهدفت دراسة (Benavidez, 2005) التعرف على العلاقة بين مستوى المهارات الاجتماعية واضطراب قصور الانتباه لدى المعاقين فكرياً، واستخدمت هذه الدراسة أداتين هما: مقياس المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية، ومقياس اضطراب الانتباه لدى ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت العينة من ٣٧ من ذوي الإعاقة الفكرية تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ - ١٧ عاماً منهم ١٤ من الإناث، و ٢٣ من الذكور، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات مقياس المهارات الاجتماعية ومقياس اضطراب الانتباه لدى ذوي الإعاقة الفكرية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في مقياس المهارات الاجتماعية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في مقياس اضطراب الانتباه لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، كما توصلت النتائج إلى انخفاض المهارات الاجتماعية (القدرة على التواصل مع الآخرين، مهارات التعاون، مستوى الاستقلالية) لدى عينة الدراسة بشكل عام.

كما أجرى (Erk, 2007) دراسة طولية تتبعية للوظائف العقلية لدى المعاقين فكرياً ذوي اضطراب قصور الانتباه، واستهدفت هذه الدراسة تتبع مسار الوظائف العقلية والمستويات المعرفية لدى عينة الدراسة المكونة من ١٢ فرداً من المعاقين فكرياً ذوي اضطراب قصور الانتباه، وقد استمرت الدراسة لمدة ٣ سنوات. واستخدمت بطاقات الملاحظة للمستويات المعرفية الدالة على الوظائف العقلية لدى المعاقين عقلياً، وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: تدني مستوى الوظائف العقلية والمستويات المعرفية لدى المعاقين فكرياً بتقدم العمر.

ويستخلص الباحث من هذه الدراسات اتفاق نتائجها على التأثير السالب لاضطراب قصور الانتباه على السلوك داخل الفصل، والنشاط الحركي المفرط، وضعف المهارات الاجتماعية، وتدني مستوى الوظائف العقلية والمستويات المعرفية لدى المعاقين فكرياً.

اضطراب نوبات الغضب:

يعد الغضب من أكثر الانفعالات انتشاراً بين المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، وغالباً ما يكون بدافع كسر قيود السلطة والتقاليد، ويظهر الغضب عند إحساس الفرد بأنه مازال معتمداً على الآخرين، والإصرار على معاملته كطفل، وإزاء هذه الحالة فإن التعبير عن الغضب قد يكون في ممارسة السلوك العدواني بجميع أشكاله، أو بالانسحاب وظهور الأعراض الاكتئابية والمحاولات الانتحارية.

ويذكر حسيب (٢٠٠٦) أن المراهقة بوصفها الميلاد الوجودي للفرد، فإنها تفرض على الكيان البشري أن يعيش عصياً صدمياً، فتتعبأ طاقة الفرد لمواجهة فيض الطاقة

الجنسية، ومن ثم لا يبقى إلا أقل القليل من الطاقة متاحاً تحت تصرف الأنا لمواجهة مواقف الحياة، فيعجز الانتباه عن الاستمرار في التركيز فيظهر اضطراب الانتباه، وتزداد القابلية للتهيج الانفعالي، وقد ينحطم اتزان المراهق بسبب الدفقة البيولوجية الطارئة، فتتفجر في يسر نوبات الغضب والقلق وتكثر الوسواس والأفعال القهرية، وغيرها من الاضطرابات النفسية، وإذا كان الأمر على هذا النحو بالنسبة للمراهقين العاديين، فإنه يكون أكثر تعقيداً لذوي الإعاقة.

ويرى الباحث أنه عند النظر إلى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يلاحظ أنهم أكثر الفئات إحساساً بالعجز والظلم، لأنهم يشعرون بأن الطبيعة تعاقبهم على ذنب لم يقرئوه، وأنهم بالنسبة لغيرهم حملة عاهات لا جدوى من حياتهم، ومع تكرار سلسلة الأحداث المحبطة التي تهدد الكيان الوجودي فتتفجر لديهم نوبات الغضب ترمداً على واقعهم الأليم، وتصبح خبرة الغضب لديهم مؤلمة ومزعجة، قد تتحول إلى السلوك العدواني، أو إلى الأعراض الاكتئابية والمحاولات الانتحارية.

ويعرف (Novaco, 2006) الغضب بأنه استجابة انفعالية تدل على التوتر وعدم الرضا، وتنشأ في المواقف المحبطة التي يشعر فيها بالفشل والتهديد، وتتميز بتغيرات بيولوجية وفسيولوجية، وتتفاوت من فرد لآخر، كما إن الغضب واحد من أكثر الانفعالات التي يصعب التحكم فيها، لأنه يظهر فجأة وقد يتصاعد بسرعة.

وقد اتفقت آراء معظم الباحثين في مجال الإعاقة الفكرية مثل دراسة (منصور، ٢٠١٢) ودراسة (الزهراني، ٢٠١١)، ودراسة (Thomas, 2001)، ودراسة (Bruce, 2002) على أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يغلب عليهم سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي الذي يتبدى في تكوين مفاهيم سلبية عن ذواتهم تؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الإحساس بالأمن، فضلاً عن مشاعر العجز والدونية التي ترفع مستوى الإذعان والاعتماد المسرف على الآخرين،

استثناس الغضب قد يكون تجنباً للتهديد الذي تتعرض له الذات.

وقد أوضح عبد الحميد، وكفاي، (١٩٩٥) أن الغضب هو استجابة انفعالية تدل على التوتر، يثيرها عدد من مواقف منها: التنبيه، والعدوان، والتقييد، والهجوم الكلامي، والإحساس بخيبة الأمل، والإحباط، والفشل، والتهديد، والشعور بالظلم والتمييز، وتتضمن نوبات الغضب استجابات من الجهاز العصبي مثل: ارتفاع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وزيادة إفراز العرق، وسرعة التنفس، وغيرها.

وقد أشارت دراسة (Lehman, 2005) إلى انتشار الغضب غير الصحي لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، فضلاً عن ارتباط الغضب لديهم بالقلق والعدوانية وحدة السلوك الانطوائي، وهذا يعني أن الغضب المرتفع هو الانفعال المختبئ وراء القلق والسلوك العدواني، وأن الغضب المنخفض هو الانفعال المختبئ وراء السلوك الانطوائي، وكل من المرتفع والمنخفض يعبران عن الوجه غير الصحي للغضب.

ويشير (Fava & Rosenbaum, 2009) إلى أن نوبات الغضب تحدث في المواقف الضاغطة إذ لا يتمكن الفرد من التعبير الانفعالي الجيد، فتتولد انفجارات الغضب غير الملائمة للموقف. كما إن الغضب يتطور في أغلب الأحيان داخل الأسرة.

ويرى Taylor (2010) أن الغضب عامل مهم في تطوير بعض السلوكيات المختلفة وظيفياً، إذ توجد مستويات كLINIكية ذات دلالة لمشاكل الغضب التي ترتبط بالأنماط المختلفة للجنوح، كما توجد علاقة موجبة بين الغضب وكل من العنف والعدوان خلال مراحل النمو الإنساني المختلفة. وعن أسباب الغضب يذكر Smith (2002) أن الغضب ينشأ نتيجة الشعور بالظلم والاضطهاد، ويرتبط بإدراك الفرد لمدى عجزه، مما يولد لديه الرغبة في الانتقام، وينشط سلوك

والإحساس بالخجل الذي يرجع إلى الإعاقة، فيحاول الفرد المعاق الابتعاد عن الآخرين والانطواء، كما يترتب على ذلك بعض المشكلات في عمليات النمو الاجتماعي، واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكْتفاء الذاتي، وربما ينشأ ذلك من محدودية الحركة وعدم القدرة على ملاحظة سلوك الآخرين.

فيذكر (Lehman, 2005) أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يعانون بعض المشكلات الانفعالية التي قد تجعلهم من ذوي السلوكيات المختلة وظيفياً، وربما يرجع ذلك بالأساس إلى قصور الخدمة التربوية والنفسية التي تقدم لهم، إذ إن مهمة المشتغلين بالصحة النفسية في مجال التربية الخاصة ليست مقتصرة على معالجة المشكلات الواقعة بالفعل لذوي الإعاقة، بل إن المهمة الأكثر فاعلية تكمن في التنبؤ بما قد يطرأ من مشكلات على واقع مجتمع هؤلاء الأفراد، واتخاذ ما يلزم من إجراءات نحو محاصرة هذه المشكلات والتغلب عليها قبل وقوعها.

ويذكر Novaco (2006) أن مشاكل الغضب والعدوان والاكتئاب تنصدر اهتمام المعالجين النفسيين، لأن الغضب الجامح قد يتحول بسهولة إلى عدوان مدمر، وأن الغضب المقموع قد يتحول إلى الاكتئاب، وقد أكد (Mac-Caffary, 2011) على أن الغضب هو ذلك الانفعال الذي يتصاعد بسهولة ما لم يتم التدريب على كيفية التعرف عليه والتعامل معه بطرق ملائمة، إذ إنه طاقة تحتاج إلى الاستثمار والتوجيه.

وعند النظر إلى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، يلاحظ أنه من الصعوبة بمكان التحكم في غضبهم، فقد أوضح (Froggatt, 2007) أن هؤلاء الأفراد تكون حينما يقعون في برائن الغضب، فتتمثل الاستجابة الجسدية لديهم في زيادة تدفق هرمون الأدرينالين، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وإطباق الأيدي بإحكام، علاوة على أن

العدوان. ويعدُّ المراهقون ذوو الإعاقة الفكرية من أكثر الفئات شعوراً بالظلم والعجز، وهذا ما يزيد من رغبتهم في الانتقام من المجتمع الذي يصير على إطلاق تسميات تثير غضبهم مثل "المتخلفين"

كما إن ضعف القدرات العقلية في حد ذاته يكون سبباً في الغضب، فحينما يكون الفرد في موقف ما ولا يستطيع إدارته أو التصرف حياله بما ينم عن ضعف القدرات العقلية لديه فإن ذلك يستثير انفعال الغضب لديه، فيذكر (Stevens, 2004) أنه من الأسباب المؤدية للغضب ضعف القدرة العقلية في معالجة موقف ما، ومن ثم فإن الفرد الغاضب تكون لديه بعض القضايا التي لم يستطع حلها، ومن ثم فإن ذوي الإعاقة الفكرية من أكثر الأفراد عرضة للغضب.

ويضيف Duncan (2010) أن أهم ما يثير الغضب لدى الأفراد يتمثل في الشعور بالإهانة أو التهديد أو التدخل في الشؤون الخاصة، وتذكر الأحداث المأساوية التي يكون من جرائها انخفاض مستوى تقدير الذات.

ويشير Cotterell (2013) إلى أن الغضب يتأثر بالأفكار، والتخيلات، والانفعالات، والإحساسات الجسدية التي تتاب الفرد، كما إنه لا يتضمن العنف دائماً، فالفرد قد يكون غاضباً دون أن يكون عنيفاً، وقد يكون عنيفاً دون أن يكون غاضباً. ويؤكد (Mollick, 2013) أن المعارف التي تزيد الغضب تتضمن: الإلحاح المعزو للعدائية، والعزو الخارجي لعملية اللوم، والإدراك للآذراء، وعدم الإنصاف، وأفكار العقوبة والانتقام.

ولاشك أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية من أكثر الفئات التي تجتمع لديها مبررات الغضب وأسبابه، والدراسة الحالية ترصد اضطراب نوبات الغضب لديهم.

اضطراب القلق العام:

يذكر Anderson (2000) أن القلق هو رد فعلي نفسي وجسدي طبيعي لمواجهة الشد العصبي في المواقف غير

المرحبة. وارتفاع مستوى القلق يعني عدم قدرة الفرد على الارتياح، ويمكن أن يكون القلق مفيداً في بعض الحالات بالنسبة لبعض الأفراد، ومع ذلك، يمكن أن يصبح كلٌّ من القلق المنخفض والقلق المفرط دَوِيَّ طابع مرضي، وهو ما يؤدي إلى العديد من المشكلات.

فالفرد القلق يعاني من التوتر الزائد، وتكون لديه صعوبة في السيطرة على ذاته، ولا يتمكن من حل مشكلاته، وهو ما يؤثر على حياته اليومية. وهناك العديد من أشكال اضطراب القلق منها: اضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، واضطراب قلق ما بعد الصدمة، واضطراب القلق الاجتماعي، وغيرها.

ويرى (Cooper, Smiley, Finlayson, Jackson, 2007) أن اضطراب القلق العام يعود إلى عدة أسباب منها: الوراثة، فقد أثبت العلماء الدور الذي تلعبه الجينات في تطور هذا الاضطراب، وأشارت نتائج الدراسات إلى أن ٢٥ % من أقارب المصابين باضطراب القلق العام يصابون أيضاً بالاضطراب نفسه، وترتفع بينهم نسبة الاكتئاب، وتصل هذه النسبة إلى ٥٠% بين التوائم المتطابقة. وكذلك تعد العوامل البيئية أسباباً أخرى، فالتلوث، والإجهاد البدني والنفسي، والنظام الغذائي تؤدي جميعها إلى اضطرابات القلق.

كما توصلت دراسات (Dykens, 2002) إلى أن أمراض القلب، والسكري، واضطراب النواقل العصبية مثل السيروتونين ودور عدة أجزاء من الدماغ هي الجهات الفاعلة في ظهور اضطراب القلق العام. عند استخدام تكنولوجيا تصوير الدماغ والتقنيات الكيميائية العصبية، اكتشف الأطباء أن اللوزة (مركز الاتصالات بين أجزاء الدماغ التي تعالج الإشارات الحسية) والحصين (الجزء من الدماغ الذي يشفر الأحداث في الذكريات) والنظام الحوفي (Limbic System) والعقد القاعدية (Basal Ganglia)

والغثيان، وتصبب العرق، والاهتزازات العضلية مع الشعور بعدم الراحة الجسدية، ومشكلات النوم.

ويرى فرج (١٩٩٩) أن أعراض اضطراب القلق تختلف باختلاف نمطه على النحو الآتي: الإحساس بالذعر والخوف والارتباك، والأفكار الوسواسية غير المسيطر عليها، واضطراب النوم، وضيق التنفس، وخفقان القلب، والسلوكيات الشعائرية أو الطقوسية كالغسل المتكرر لليدين، وبرودة أو تعرق اليدين والقدمين، وجفاف الفم، والغثيان، والدوار، والكوابيس، والتذكر المستمر للأحداث المؤلمة السابقة، وفقدان القدرة على الهدوء والاستقرار.

ويذكر كمال (٢٠٠٣) أنه بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية، تظهر عليهم الأعراض السابقة نفسها بالإضافة لتمييزهم ببعض المظاهر الأخرى التي تبدو في سهولة استشارتهم، وخوفهم غير المبرر من أي شيء يعترض حياتهم حتى لو كان بسيطاً في عرف المجتمع، كما إن قلقهم المتواصل يجعل التركيز على شؤون الحياة اليومية لديهم صعباً، فهم يشعرون بالتشتت الدائم، ويزداد هذا القلق لديهم عند التعرض لطارئ ما حتى لو كان بسيطاً. فيتعذر عليهم ترتيب أولوياتهم كما إن ارتفاع مستوى القلق لديهم يؤثر على المستوى العام لذاكرتهم.

ويرى الباحث أن اضطراب القلق العام هو حالة مرضية تتصف بالخوف والتوتر في مواقف لا تستدعي ذلك، بمعنى أن اضطراب القلق يكون بلا سبب وجيه للقلق، ولا يمكن التحكم في إيقاف الشعور به، وفي الحالات المرضية يكون اضطراب القلق أحد أهم أسباب عدم التقدم أو التفكير في حل المشكلات إذ يحدث اضطراب القلق عادة جنباً إلى جنب مع غيره من الأمراض العقلية أو البدنية، وينتشر بنسبة لا تقل عن ٥% في المجتمع، كما ينتشر بنسبة ١٨% لدى المراهقين العاديين، وهو أكثر الاضطرابات الشائعة لذوي الإعاقة الفكرية.

والفص الدماغية الأمامي (Frontal Lobe) تلعب أدواراً مهمة في ظهور معظم اضطرابات القلق.

ومن حيث الأسباب النفسية، تؤكد القطان (١٩٨٦) أن الفرد القلق يسيء استقبال وفهم واستيعاب ما يتواجد في حياته من مخاطر فإما أن يبالغ فيها أو يراها بغير الصورة التي هي عليه أو ينظر للجزء السيئ من الأشياء التي تمر عليه فينتبه للتفاصيل غير المحببة إلى نفسه، كما يرتبط اضطراب القلق بالشعور العميق والخوف من الفقد ويقصد به فقد شيء عزيز على الفرد كجزء من شخصية أو فقد قريب أو فقد القدرة على عمل شيء ما.

ويعزي بعض المحللين النفسيين الشعور باضطراب القلق إلى اضطراب في نمو الأنا الأعلى كجزء من الخوف من عدم القدرة على إرضاء ذات أخرى مثالية في نظره.

فالصورة الإكلينيكية للقلق كما يذكر (عبد الخالق، ١٩٩٢) هي التوتر (الشدة) المتواصل (في أغلب الوقت) وعدم القدرة على الهدوء، ويكون القلق شديداً ويشكل عائلاً أمام الفرد في القيام بمهام الحياة المكلف بها ويمنع استمتاعه بما حوله، ويظهر التوتر العضلي على شكل رجفة، وصداع في مؤخرة الرأس وآلام في الكتفين. وفي شكل حركات يقوم بها الفرد كهز الرجلين أو النقر على طاولة أمامه أو ما شابه ذلك. كما يعاني الفرد من الأرق وصعوبة بدء النوم وتقطعته، والتعب العام والإجهاد غالب الوقت.

أما اضطراب الجهاز العصبي السمبتاوي فتظهر على شكل صعوبة في التنفس، والتعرق الزائد، والخفقان، وأعراض الجهاز الهضمي المختلفة.

ويشير (Molteno, Finchilescu, Dawes, 2001) إلى أن هناك بعض الأعراض التي تبدو على الأفراد ذوي القلق المرتفع منها: التوتر والشدة العصبي الزائد والمزمن، وعدم القدرة على الاسترخاء، واعتلال المزاج (العصبية) فضلاً عن الأعراض الجسمانية المتمثلة في: الإرهاق، والصداع، والأرق،

ويذكر Kendall (2000) أن هناك بعض أنواع اضطرابات القلق منها:

الهلع: وهو قلق نفسي حاد يتميز عن غيره بشدة الأعراض وحدوثها فجأة دون سابق إنذار، مع الشعور بأن الفرد سوف يموت في هذه اللحظة، وقد تتطور الحالة إلى تجنب المواقف التي حدثت فيها أعراض الهلع، فمثلاً: إن حدثت في الشارع يتجنب الفرد الخروج إلى الشارع، إذ تسيطر عليه فكرة أن الموت سيدركه ولن يكون هناك منقذ له، وهناك بعض الأعراض الأساسية هي: سرعة ضربات القلب، تصبب العرق، وارتعاش الأطراف، عدم القدرة على التنفس بشكل طبيعي، والإحساس بالاختناق، والغثيان وآلام بالبطن .

الخوف الشديد: إذ يكون الفرد نفسه مدرّكاً بعدم جدوى الخوف، فالأمر لا يستحق هذا الكم من الخوف ولكنه لا يستطيع التحكم فيه، وعادة ما يكون الخوف مرتبطاً بأشياء معينة أو أنشطة محددة أو بمواقف بعينها، وقد يكون هذا الخوف بدرجة عالية بحيث يجعل الفرد يتجنب هذه المواقف أو الأماكن مما يؤثر بصورة سلبية على حياته العملية ومنها: الخوف الاجتماعي، وهو الخوف الشديد الذي يصاحب الفرد عندما يتعرض لموقف اجتماعي معين إذ يشعر الفرد بكم من القلق الشديد يظهر في ضربات القلب السريعة، والعرق الشديد، والرعدة في اليد، والرغبة في التبول ورهبة شديدة للموقف.

الرهاب: حالة الخوف من التعرض لنوبة هلع في أماكن عامة يصعب الهروب منها، ومن شدة الشعور بالخوف يتجنب المريض التواجد في هذه الأماكن العامة، مما له تأثير على نشاطه اليومي وحياته الاجتماعية.

ومما يجدر ذكره قيام إدارة رعاية وتأهيل المعاقين في وزارة الشؤون الاجتماعية في مدينة دبي (٢٠١٠) بدراسة حول المشكلات السلوكية التي تواجه ذوي الإعاقة في الدولة، والتعرف على أثر المتغيرات الرئيسة لدى ذوي الإعاقة

الفكرية والسمعية، من الملحقين بمراكز رعاية وتأهيل المعاقين، في ظهور مشكلات سلوكية لديهم، وتوصلت الدراسة إلى أن ٧٨% من ذوي الإعاقة الفكرية في الدولة، يواجهون مشكلات سلوكية تخف حدتها مع تقدمهم في العمر، منهم ١٦% يعانون من القلق الدائم، وأوضحت الدراسة أن ذوي الإعاقة الفكرية يعدون أكثر عرضة لظهور هذا النوع من المشكلات بسبب عدم تكيفهم مع متطلبات المجتمع المحيط بهم، ونقص الإدراك العقلي أو الحسي، وصعوبة تقييم قدراتهم بشكل يتناسب مع السلوك الاجتماعي المتعارف عليه. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام ببرامج تعديل السلوك الموجهة لذوي الإعاقة الفكرية؛ لكونهم الفئات التي تنتشر بينها المشكلات السلوكية، وضرورة الاهتمام بإعداد برامج التأهيل النفسي والاجتماعي لذوي الإعاقة الشديدة، ودعم تواصلهم مع محيطهم.

اضطراب الوسواس القهري:

يبدأ تاريخ اضطراب الوسواس القهري برواية "ماكبت" لشكسبير في القرن السابع عشر، إذ عانت السيدة ماكبت من بعض الأفعال القهرية، وبعد كارل فيستيفال ١٨٧٨م هو أول من وصف هذا الاضطراب بدقة وعده من اضطرابات التفكير، وبذلك فتح الطريق أمام العديد من الأطباء وعلماء النفس الذين ساهموا بدراساتهم في الوصول إلى تفاصيل كثيرة عن هذا الاضطراب (Jenike, 1998) . وتعد دراسة الوظائف المعرفية في اضطراب العصاب القهري الوسواسي من المواضيع الخاضعة للأبحاث والدراسات المتجددة حتى الوقت الحالي.

ويشير (DSM-IV, ١٩٩٤) Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th, ed) الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية إلى اضطراب الوسواس القهري بوصفه أحد الاضطرابات النفسية، المدرجة تحت فئة اضطرابات القلق. إذ يشعر فيه الفرد بأن لديه أفكاراً،

أو منخفضة جداً للعديد من الأفعال والتصرفات وأن محتوى اضطراب الوسواس القهري يتضمن خطأً من المبالغة.

ويرى Abdel-Khalek, & Lester (2000) أن أفكار التشكك هي التي تدفع الفرد للتكرار والمراجعة والتدقيق مرات ومرات مع التردد، مثلاً إعادة التدقيق عند القيام بعمليات حسابية أو التأكد من إحكام الأقفال في المنزل أو أزرار الكهرباء والغاز. وكذلك تكرار عمليات الغسل والنظافة والوضوء والصلاة وترتيب وتنظيم الأغراض مما يكون سبباً في التأخير وإضاعة الوقت، أما الأفكار الجنسية فهي وسواس تدور حول أفكار أو مشاعر ذات طبيعة جنسية تثير القلق أو الاشمئزاز باستمرار. وقد تكون الأفكار القهرية ذات طابع ديني تشكك في الإيمان، وتكون محتوياتها متشككة تتعارض مع قيم الفرد وأخلاقه. ومن أكثر الأفكار ذات الطابع الديني المؤلمة هي التي تتعلق بالذات الإلهية.

ويؤكد فرج (١٩٩٩) على أن النزعات تكون في شكل دافع أو رغبة عارمة بالقيام بفعل ذي طابع عدواني، فالصور الذهنية التي تقتحم الخيال باستمرار، تكون ذات محتوى عدواني أو جنسي، فمثلاً الفرد الذي يتخيل نفسه أو غيره في أوضاع جنسية مختلفة تبعث في نفسه الاشمئزاز والتقزز. أو يتخيل الفرد أن أحد أفراد الأسرة قد تعرض لحادث مخيف يبعث فيه الرعب.

وقد ذكر Okasha, et. al., (2000) أن أكثر أعراض اضطراب الوسواس القهري هي: الوسواس الدينية والطقوس القهرية المتعلقة بالغسيل والنظافة، وأعزى أهم الأسباب إلى التاريخ العائلي للمضطربين، والتخطيط الدماغى لدى هؤلاء المرضى، والاضطرابات المعرفية، ونمط النوم.

وعلى الرغم من استخدام مصطلحي الوسواس، والأفعال القهرية بصورة مختلطة يرى الباحث أنهما يدلان على ظاهرتين مختلفتين، فالوسواس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله، كما إنها معاودة ومتكررة، وتسبب في

ومشاعر، وأحاسيس، وتصرفات، تجعله يشعر أنه منقاد لعمل شيء ما، وبمعنى آخر يكون لدى الفرد هواجس أو ما يسمى بالاستحواذ obsessions .

ويذكر Tezcan, & Millet (1997) أن اضطراب الوسواس القهري عبارة عن أفكار ونزعات قسرية، وصور ذهنية متكررة ومتواصلة، تقتحم ذهن الفرد باستمرار فاضئة نفسها عليه بإلحاح دون أية رغبة منه أو محاولته مقاومتها أو السيطرة عليها. وقد تسبب له آلاماً نفسية شديدة بالإضافة إلى حالة من التوتر والقلق والانزعاج وتؤثر سلباً على حياته المهنية والأسرية والاجتماعية.

وأضاف (Al-Sabaie, et. al., 1992) أن هذه الوسواس قد تكون مصاحبة بدافعية أو رغبة قوية في القيام بسلوك أو طقوس حركية أو ذهنية معينة في محاولة من الفرد لإبطال أو لتخفيف المعاناة، وقد تكون هذه الوسواس عبارة عن أفكار تدور غالباً حول التلوث والتشكك والجنس والدين. فمثلاً هاجس التلوث بالقاذورات أو التعرض للجراثيم والأمراض يدفع الفرد لأن يبالغ في الاغتسال أو تنظيف الملابس وأوعية الطعام والشراب، أو الامتناع عن مصافحة الآخرين أو استعمال آنياتهم أو مشاركتهم طعامهم أو شراهم، كما يتجنب زيارة المستشفيات أو زيارة المرضى خوفاً من التعرض للعدوى.

ويذكر Greisberg (2005) أن اضطراب الوسواس القهري يشمل ظهور أفكار، أو صور، أو دوافع في ذهن الفرد بشكل متكرر رغماً عنه.

ويرى (Nasayuki, et. al., 2003) أن هذه الأفكار تؤدي إلى ارتفاع مستوى التوتر لدى الفرد، ومحاولة إبعاد تلك الأفكار، مما يؤدي إلى تكرار الفرد لأعمال معينة وبصورة قهرية.

ويشير فرج (١٩٩٩) إلى أن اضطراب الوسواس القهري يرجع إلى التوقعات غير العادية للنتائج السلبية، إذ إن الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم توقعات عالية جداً

ارتفاع مستوى التوتر والقلق، أما الأفعال القهرية فهي أفعال نمطية جسمية عقلية يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوسواس، ولكنهما يوجدان معاً، والغالبية العظمى من ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم الوسواس والأفعال القهرية، وأن قليلاً منهم يعاني من الوسواس فقط، ومن النادر أن يوجد الفعل القهري منفرداً، لأن الأفعال تكون نتيجة أفكار.

وعند النظر إلى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يلاحظ أنهم أكثر الفئات تعرضاً لاضطراب العصاب القهري الوسواسي، فيذكر سعفان (٢٠٠٧) أن الوسواس لديهم تكون مصاحبة بسلك أو طقوس حركية أو فكرية مكررة هذه الطقوس الفكرية قد تكون في شكل عمليات عقلية قسرية، مثل: ترديد بعض الأرقام أو العمليات الحسابية أو ترديد بعض الكلمات أو العبارات سراً، وقد يحدث أن يتفوه الفرد بما بصوت عال، وهناك بعض الطقوس أو الأفعال الحركية تكون في شكل غسيل اليدين عدد لا نهائي من المرات.

ولا شك أن اضطراب الوسواس القهري يعرقل وبشدة المهام الأكاديمية، والاجتماعية، والمهنية، لذوي الإعاقة الفكرية، لأن السمة الأساسية لهذا الاضطراب هي تكرار الأعراض والعلامات التي تؤثر على الحياة اليومية للفرد، كما إنه ينتشر بنسبة لا تقل عن ١٦% لدى الأطفال والمراهقين معاً. وأن حوالي ٢٠% من المصابين باضطراب لديهم تقلصات لا إرادية متكررة بالعضلات، وهذا ما يجعل العلماء يشيرون إلى العلاقة بين هذا الاضطراب ومتلازمة توريت Tourette syndrome، لأن الأفراد المصابين بهذا الاضطراب ليس لديهم السيطرة الكافية على مناطق المخ المسؤولة عن إيقاف السلوكيات المتكررة.

وقد أكدت نتائج بعض الدراسات (Dykens, 2004) أن نسبة الإصابة بهذا المرض متساوية بين الذكور والإناث. وليس المريض فقط هو الذي يعاني، بل أفراد أسرته كذلك.

وفي بعض الأحيان يعتقد المريض أن الأسرة تزيد من معاناته باعتراض طقوسه أو تلويث أغراضه الشخصية أو بمداومة انتقاد تصرفاته. ولذلك يفضل بعض الذكور السكن منفردين. ويرى الباحث أن اضطراب الوسواس القهري يجعل الفرد متصفاً بالصلاية والتزمت ويجعله ينزع إلى تفكير وسلوك نمطي غير متوافق اجتماعياً ويسبب للفرد كرباً وهماً وقلقاً مستمراً ويعيق حياته الاجتماعية والأسرية والمهنية.

الطريقة وإجراءات الدراسة:

مجتمع الدراسة:

تم إجراء الدراسة الحالية في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض بعد الحصول على موافقة الجهات الإدارية المختصة بإجراء الجانب التطبيقي للدراسة بها، إذ تمت زيارة ١١ معهداً وبرنامجاً للتربية الفكرية في المرحلة الثانوية في منطقة الرياض.

ومن خلال الاطلاع على بيانات المتعلمين في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمرحلة الثانوية، تم تحديد مجتمع الدراسة الحالية والمكون من (٤٧٥) طالباً.

اشتراط الباحث بعض الشروط لتحقيق التجانس المبدي بين أفراد العينة أهمها:

أن يكون المتعلم من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة أو الإعاقة الفكرية المتوسطة فقط.

أن يتراوح العمر الزمني ما بين ١٥، ١٨ عاماً.

أن يكون المتعلم هو المعاق الوحيد في أسرته، ومقيماً معها.

أن يكون والدي المراهق على قيد الحياة دون وفاة أحدهما أو سفره للخارج.

أن يكون لديه إخوة، لاستبعاد الابن الوحيد وما يعانيه من مشكلات نفسية.

ألا يجمع بين إعاقتين أو أكثر. (الخلو من الإعاقات الأخرى).

أن يكون منتظماً بالدراسة ولا يتغيب لأوقات طويلة.

ألا يقع تحت تأثير أي عقار طبي.

ناصر بن سعد العجمي: الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

ألا يكون من المتزدين على أحد مراكز الإرشاد والعلاج النفسي.
ألا يعاني من اضطرابات شديدة في النطق أو الكلام تعوقه عن المشاركة في الدراسة.
بمساعدة مجموعة من الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين بمعاهد وبرامج التربية الفكرية تم تطبيق الشروط الأولية على جميع أفراد عينة الدراسة الأولية المكونة من (٤٧٥) طالباً، وتم استبعاد (٨٩) طالباً، فأصبحت عينة الدراسة (٣٨٦) طالباً، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١)

مجتمع الدراسة والمستبعدون والعينة المبدئية للدراسة

المعهد / البرنامج	عدد الطلاب	إعاقة شديدة	السن غير مناسب	المعاق غير وحيد	وفاة/ سفر أحد والديه	غير منتظم	عقار - إرشاد	عدد الطلاب
بدر	٤٨	٤	٣	-	-	٢	٢	٣٧
المعتمد بن عباد	٥٩	٥	٣	-	-	١	-	٥٠
الأمير سعد بن عبد العزيز	٢٧	١	٢	-	١	٢	٤	١٧
الأمير ناصر بن عبد العزيز	٥٨	٤	١	-	١	١	١	٥٠
القدس	٧٣	٦	١	-	-	-	٥	٦١
الشيخ محمد بن إبراهيم	٣٤	٢	٢	١	-	-	-	٢٩
ابن أبي حاتم	٤٤	٢	٣	-	١	١	٢	٣٥
بلاط الشهداء	٤١	٢	٣	١	-	-	١	٣٤
عبد الله بن مسعود	٣٧	١	٣	-	١	١	٢	٢٩
مجمع الأمير سلمان	٣٣	١	٢	-	-	-	-	٣٠
تبوك بحري النسيم	٦١	٥	٢	١	-	-	-	٥٣
الإجمالي	٤٧٥	٣٣	٢٥	٣	٤	٨	١٦	٣٨٦

بمتوسط عمري (١٧,٢) عاماً، وانحراف معياري (١,١)، منهم (٢١٤) طالباً من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، و(١٦٦) من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة.

أدوات الدراسة:

قام الباحث بتصميم بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه، وبطاقة ملاحظة نوبات الغضب، ومقياس القلق العام، ومقياس اضطراب الوسواس القهري لذوي الإعاقة الفكرية، وقد تم إعداد هذه الأدوات نظراً لعدم توافر أدوات قياس عربية مقننة تقيس هذه الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية لذوي الإعاقة الفكرية، وتم اتباع الإجراءات الآتية:

تم تطبيق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء: الصورة الرابعة (مليفة، ١٩٩٨) وتطبيق مقياس السلوك التوافقي (فرج، ورمزي، ٢٠٠١) على أفراد العينة المتبقية وعددهم (٣٨٦) طالباً، وأسفرت النتائج عن استبعاد (٦) طلاب منهم (٤) غائبون، و(٢) رفضا التطبيق، فأصبحت العينة (٣٨٠) طالباً، منهم (٢١٤) طالباً من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، و(١٦٦) من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة.

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية على عينة تتألف من (٣٨٠) طالباً من الذكور الملتحقين ببرامج ومعاهد التربية الفكرية الثانوية بمنطقه الرياض، تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨) عاماً

بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث)

بناء الصورة الأولى: لإعداد الصورة الأولى لبطاقة الملاحظة تم اتباع الخطوات الآتية:

الدراسة النظرية وتشمل: مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة التي تناولت اضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية واستعراض بعض الاختبارات والمقاييس وقوائم التقدير وبطاقات الملاحظة ذات العلاقة ومنها: مقياس كونرز لتقدير السلوك Conner's Behavior Rating Scale (دييس، والسماذوني، ١٩٩٨)، ومقياس اضطرابات الانتباه (كمال، ٢٠٠٤)، والمقياس الإلكتروني لتشخيص اضطراب الانتباه لذوي الإعاقة العقلية (حسيب، ٢٠٠٨) ومراجعة مظاهر اضطراب الانتباه المذكورة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV.

الدراسة الاستطلاعية وتشمل: إعداد وتطبيق استبانة مفتوحة على عينة عشوائية من معلمي ذوي الإعاقة الفكرية للتعرف على بعض المواقف التي يتبدى فيها اضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية.

تحديد أكثر المواقف التي يظهر فيها اضطراب قصور الانتباه، وصياغة ٢٠ مفردة كل منها تعبر عن موقف معين، ولها ثلاثة مستويات هي: المرتفع، والمتوسط، والمنخفض، وقد روعي حسن الصياغة، ووضوح المعاني، والخصائص المميزة لعمر العينة والفئة النوعية التي تنتمي إليها.

صدق بطاقة الملاحظة:

صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولى لبطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه، على ٨ من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة في جامعة الملك سعود لتحكيمها، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة لا تقل عن ٧٥% على ١٨ مفردة، وحذف مفردتين، وإعادة الصياغة لمفردتين، وإضافة مفردتين جديدتين، فأصبحت بطاقة الملاحظة مكونة من ٢٠ مفردة.

صدق المحك: تم اختيار مقياس كونرز لتقدير السلوك ليكون مقياس المحك، وتم تطبيقه على عينة من ذوي الإعاقة الفكرية تتألف من ٣٠ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ - ١٦ عاماً، عن طريق أحد المعلمين، فأُسفر ذلك عن ثلاث مجموعات تتألف من ١١، و ١١، و ٨ أفراد تمثل مجموعات اضطراب قصور الانتباه المرتفع، والمتوسط، والمنخفض على الترتيب، كما تم تطبيق بطاقة الملاحظة الجديدة على هذه المجموعات بنفس المعلم وحساب معاملات الارتباط بين المقياسين، فبلغت ٠,٨٢، ٠,٧٤، ٠,٧٦، على الترتيب، وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١ تدل على صدق بطاقة الملاحظة.

صدق المقارنة الطرفية لمفردات بطاقة الملاحظة: تم حساب معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية التي حصل عليها الفرد في بطاقة الملاحظة ككل، اعتماداً على نسبتها العليا والسفلى بالرجوع إلى جداول فلانجان للارتباط الثنائي، واتضح أن جميع المفردات صادقة وموجبة الاتجاه باستثناء مفردتين غير دالتين مما استوجب حذفهما، لتصبح بطاقة الملاحظة مكونة من ١٨ مفردة.

ج- ثبات بطاقة الملاحظة:

إعادة الإجراء: تم إعادة تطبيق بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه على عينة التقنين، بفاصل زمني ١٢ يوماً، وحساب معامل الارتباط بين التطبيقين، فبلغ ٠,٧٦، وهي قيمة دالة عند ٠,٠١ تدل على ثبات بطاقة الملاحظة.

استخدام معادلة ألفا كرونباخ: حساب معامل ألفا فبلغ ٠,٧٤، وهي قيمة دالة على ثبات البطاقة.

طريقة التجزئة النصفية: تم حساب معامل الارتباط بين استجابات أفراد عينة التقنين على المفردات الفردية والزوجية، وحساب الثبات باستخدام معادلة سبيرمان- براون فبلغ ٠,٨٢، وهو يدل على الثبات.

طريقة الاحتمال المتوالي: تم حساب التكرار والتكرار النسبي لاستجابات الأفراد عن كل احتمال من الاحتمالات

تحديد أكثر المواقف المثيرة للغضب بين أفراد العينة، وصياغة ١٨ مفردة كل منها تعبر عن موقف يدعو للغضب بمستوياته الثلاثة: المرتفع، والمعتدل، والمنخفض، وقد روعي حسن الصياغة، ووضوح المعاني، والخصائص المميزة للمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية.

صدق بطاقة الملاحظة:

صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية لبطاقة ملاحظة نوبات الغضب لذوي الإعاقة الفكرية على ٨ من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة بجامعة الملك سعود، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة لا تقل عن ٧٥% على ١٧ مفردة، وحذف مفردة واحدة، وإعادة الصياغة لمفردتين، فأصبحت البطاقة مكونة من ١٧ مفردة.

صدق المحك: تم اختيار مقياس الغضب (Novaco, 2006) ليكون مقياس المحك، وتم تطبيقه على عينة التقنيين، عن طريق أحد المعلمين، فأُسفر ذلك عن ثلاث مجموعات تتألف من ١١، و١٢، و٧، فرداً تمثل مجموعات الغضب المرتفع، والمعتدل، والمنخفض على الترتيب، كما تم تطبيق بطاقة الملاحظة الجديدة عن طريق نفس المعلم على هذه المجموعات وحساب معاملات الارتباط بين المقياسين، فبلغت ٠,٨٢، ٠,٧٨، ٠,٧٨، على الترتيب، وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١ تدل على صدق بطاقة الملاحظة.

صدق المقارنة الطرفية لمفردات بطاقة الملاحظة: تم حساب معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية التي حصل عليها الفرد في بطاقة الملاحظة ككل، اعتماداً على نسبتها العليا والسفلى بالرجوع إلى جداول فلانجان للارتباط الثنائي، واتضح أن جميع المفردات صادقة وموجبة الاتجاه باستثناء مفردة واحدة غير دالة، مما استوجب حذفها، لتصبح بطاقة الملاحظة ١٦ مفردة.

الاختيارية: مرتفع، متوسط، منخفض، لكل مفردة على حدة، وحساب معامل الثبات لكل منها، وأوضحت النتائج دلالة جميع المفردات عند مستوى ٠,١، باستثناء مفردتين تم حذفهما، لتصبح البطاقة ١٦ مفردة.

الصورة النهائية لبطاقة الملاحظة:

تتكون بطاقة ملاحظة اضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث) من ١٦ مفردة، لكل منها ثلاث استجابات: مرتفع، متوسط، منخفض، إذ يستجيب المعلم عن البطاقة الواحدة لفرد واحد، فإذا اختار المعلم الاستجابة "مرتفع" يحصل الفرد على ٣ درجات، وإذا اختار المعلم الاستجابة "متوسط" يحصل الفرد على درجتين، وإذا اختار المعلم الاستجابة "منخفض" يحصل الفرد على درجة واحدة، ومن ثم تتراوح درجة الفرد بين ١٦، ٤٨ ويمكن التعرف على مستوى اضطراب الانتباه للفرد باعتماد ثلاثة مستويات هي: المستوى المنخفض ما بين ١٦، ٢٦ والمستوى المتوسط ما بين ٢٧، ٣٧ والمستوى المرتفع ما بين ٣٨، ٤٨.

بطاقة ملاحظة نوبات الغضب لذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث)

بناء الصورة الأولية: لإعداد الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة، تم اتباع الخطوات الآتية:

الدراسة النظرية وتشمل: مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة التي تناولت مفهوم الغضب، واستعراض بعض الاختبارات والمقاييس مثل: استبانة حالة- سمة الغضب (Spielberger, 1988)، ومقياس الغضب (Novaco, 2006)، واستفتاء الغضب والعنف، (Marcia, 2008)، ومقياس الغضب، (Dahlen, 2002).

الدراسة الاستطلاعية وتشمل: إعداد وتطبيق استبانة مفتوحة على عينة عشوائية من معلمي المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، للتعرف على المواقف التي تثير الغضب لديهم، وطريقة التصرف حيالها.

ثبات بطاقة الملاحظة:

إعادة الإجراء: تم إعادة تطبيق بطاقة ملاحظة نوبات الغضب على عينة التقنين، بفواصل زمني ١٢ يوماً، وحساب معامل الارتباط بين التطبيقين فبلغ ٠,٧٧ وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ تدل على ثبات بطاقة الملاحظة.

استخدام معادلة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا فبلغت قيمته ٠,٧٤ وهي قيمة تدل على ثبات بطاقة الملاحظة.

طريقة الاحتمال المتوالي: تم حساب التكرار والتكرار النسبي للاستجابات عن كل احتمال من الاحتمالات الاختيارية: مرتفع، معتدل، منخفض، لكل مفردة على حدة، وحساب معامل الثبات لكل منها، وأوضح النتائج دلالة جميع المفردات عند مستوى ٠,١ باستثناء مفردة واحدة تم حذفها، لتصبح بطاقة الملاحظة مكونة من ١٥ مفردة.

د-الصورة النهائية لبطاقة الملاحظة:

تتكون بطاقة ملاحظة نوبات الغضب لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث) من ١٥ مفردة، ويتم الاستجابة عنها عن طريق أحد المعلمين بالمدرسة، باختيار إحدى الاستجابات الثلاث: مرتفع، معتدل، منخفض، فإذا اختيرت الاستجابة "مرتفع" حصل على ٣ درجات، وإذا اختيرت الاستجابة "معتدل" حصل على درجتين، وإذا اختيرت الاستجابة "منخفض" حصل على درجة واحدة، ومن ثم تتراوح درجة الفرد بين ١٥، ٤٥ ويمكن التعرف على مستوى نوبات الغضب للفرد باعتماد ثلاثة مستويات هي: المستوى المنخفض لنوبات الغضب ما بين ١٥، ٢٥ والمستوى المتوسط لنوبات الغضب ما بين ٢٦، ٣٥ والمستوى المرتفع لنوبات الغضب ما بين ٣٦، ٤٥.

مقياس القلق العام لذوي الإعاقة الفكرية (إعداد:

الباحث)

أ-بناء الصورة الأولية: لإعداد الصورة الأولية للمقياس، تم اتباع الخطوات الآتية:

الدراسة النظرية وتشمل: مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة التي تناولت مفهوم القلق العام، استعراض بعض الاختبارات والمقاييس مثل: قائمة حالة-سمة القلق Spielberg (كاظم، ١٩٨٥)، ومقياس القلق السوي (القطان، ١٩٨٦)، ومقياس القلق الظاهرياتي (فضة، ١٩٩٥)، ومقياس الشخصية متعدد الأوجه (مليكة، ١٩٩٧)، ومقياس قلق المراهقين (الدسوقي، ١٩٩٧)، ومقياس المشكلات الراهنة للمراهقين بالمرحلة الثانوية (حرب، على، ٢٠٠٢)، ومقياس القلق (حسيب، ٢٠٠٤).

الدراسة الاستطلاعية وتشمل: إعداد وتطبيق استبانة مفتوحة على عينة من معلمي المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، للتعرف على المواقف الداعية للقلق العام لديهم، وطريقة التصرف حيالها.

تحديد أكثر المواقف الداعية للقلق بين أفراد العينة، وصياغة ١٥ مفردة كل منها تعبر عن موقف يدعو للقلق بمستوياته الثلاثة: المرتفع، والمعتدل، والمنخفض، وقد روعي حسن الصياغة، ووضوح المعاني، والخصائص المميزة للمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية.

ب-صدق المقياس:

صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية لمقياس القلق العام لذوي الإعاقة الفكرية على ٨ من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة بجامعة الملك سعود لتحكيمها، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة لا تقل عن ٧٥% على ١٤ مفردة، وحذف مفردة واحدة، وإعادة الصياغة لمفردة واحدة، فأصبح المقياس مكوناً من ١٤ مفردة.

صدق المحك: تم اختيار مقياس قلق المراهقين (الدسوقي، ١٩٩٧) ليكون مقياس المحك، وتم تطبيقه على عينة التقنين، فأُسفر ذلك عن ثلاث مجموعات قوامها ١٤، و٨، و٨ فرداً تمثل مجموعات القلق المرتفع، والمتوسط، والمنخفض على الترتيب، كما تم تطبيق المقياس الجديد على هذه المجموعات وحساب معاملات الارتباط بين المقياسين فبلغت ٠,٨٤، ٠,٨٨، ٠,٨٦، على الترتيب، وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١. تدل على صدق المقياس.

صدق المقارنة الطرفية لمفردات المقياس: تم حساب معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية التي حصل عليها الفرد لمفردات المقياس ككل، اعتماداً على نسبتها العليا والسفلى بالرجوع إلى جداول فلانجان للارتباط الثنائي، واتضح أن جميع المفردات صادقة وموجبة الاتجاه ومن ثم يكون المقياس مكوناً من ١٤ مفردة.

ج- ثبات المقياس:

إعادة الإجراء: تم إعادة تطبيق مقياس القلق العام لذوي الإعاقة الفكرية على عينة التقنين، بفاصل زمني ١٢ يوماً، وحساب معامل الارتباط بين التطبيقين فبلغ ٠,٨٠. وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١. تدل على ثبات المقياس. استخدام معادلة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا فبلغت قيمته ٠,٧٦. وهي قيمة تدل على ثبات المقياس. طريقة الاحتمال المنولي: تم حساب التكرار والتكرار النسبي للاستجابات عن كل احتمال من الاحتمالات الاختيارية: بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة منخفضة، لكل مفردة على حدة، وحساب معامل الثبات لكل منها، وأوضحت النتائج دلالة جميع المفردات عند مستوى ٠,١ باستثناء مفردة واحدة تم حذفها، ليصبح المقياس مكوناً من ١٤ مفردة.

د- الصورة النهائية للمقياس:

يتكون مقياس القلق العام لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث) من ١٤ مفردة، ويتم الاستجابة

عنها عن طريق الفرد بذاته باختيار إحدى الاستجابات الثلاث: بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة منخفضة، فإذا اختار الفرد الاستجابة "بدرجة كبيرة" حصل على ٣ درجات، وإذا اختار الفرد الاستجابة "بدرجة متوسطة" حصل على درجتين، وإذا اختار الفرد الاستجابة "بدرجة منخفضة" حصل على درجة واحدة، ومن ثم تتراوح درجة الفرد بين ١٤، ٤٢ ويمكن التعرف على مستوى القلق العام للفرد باعتماد ثلاثة مستويات هي: المستوى المنخفض ما بين ١٤، ٢٣ والمستوى المتوسط ما بين ٢٤، ٣٢ والمستوى المرتفع ما بين ٣٣، ٤٢.

مقياس اضطراب الوسواس القهري لذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث)

أ- بناء الصورة الأولية: لإعداد الصورة الأولية للمقياس، تم اتباع الخطوات الآتية:

الدراسة النظرية وتشمل: مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة التي تناولت مفهوم اضطراب العصاب الوسواس القهري، واستعراض بعض الاختبارات والمقاييس مثل: المقياس العربي للوسواس القهري (عبد الخالق، ١٩٩٢) وقائمة الوسواس القهري Hodgson.

الدراسة الاستطلاعية وتشمل: إعداد وتطبيق استبانة مفتوحة على عينة من معلمي المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، للتعرف على المواقف التي يتبدى فيها اضطراب العصاب الوسواس القهري.

تحديد بعض المواقف التي يتبدى فيها اضطراب العصاب الوسواس القهري بين أفراد العينة، وصياغة ٢٠ مفردة كل منها تعبر عن سلوكيات اضطراب العصاب الوسواس القهري بمستوياته الثلاثة: المرتفع، والمعتدل، والمنخفض، وقد روعي حسن الصياغة، ووضوح المعاني، والخصائص المميزة للمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية.

ب- صدق المقياس:

صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية لمقياس اضطراب العصاب الوسواس القهري لذوي الإعاقة الفكرية على ٨ من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة بجامعة الملك سعود لتحكيمها، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة لا تقل عن ٧٥% على ١٨ مفردة، وحذف مفردتين، وإعادة الصياغة لمفردتين، فأصبح المقياس مكوناً من ١٨ مفردة.

صدق المحك: تم اختيار المقياس العربي للوسواس القهري (عبد الخالق، ١٩٩٢) ليكون مقياس المحك، وتم تطبيقه على عينة التقنين، فأسفر ذلك عن ثلاث مجموعات تتألف من ١٥، ٧، و ٨ فرداً تمثل مجموعات اضطراب العصاب الوسواس القهري المرتفع، والمتوسط، والمنخفض على الترتيب، كما تم تطبيق المقياس الجديد على هذه المجموعات وحساب معاملات الارتباط بين المقياسين فبلغت ٠,٨٨، ٠,٨٦، ٠,٨٠، على الترتيب، وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١ تدل على صدق المقياس.

صدق المقارنة الطرفية لمفردات المقياس: تم حساب معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية التي حصل عليها الفرد لمفردات المقياس ككل، اعتماداً على نسبتها العليا والسفلى بالرجوع إلى جداول فلانجان للارتباط الثنائي، واتضح أن جميع المفردات صادقة وموجبة الاتجاه باستثناء مفردتين غير دالتين مما استوجب حذفهما، ومن ثم يكون المقياس مكوناً من ١٦ مفردة.

ج- ثبات المقياس:

إعادة الإجراء: تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب العصاب الوسواس القهري لذوي الإعاقة الفكرية على عينة التقنين، بفاصل زمني ١٢ يوماً، وحساب معامل الارتباط بين التطبيقين فبلغ ٠,٨٢ وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ تدل على ثبات المقياس.

استخدام معادلة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا فبلغت قيمته ٠,٧٨ وهي قيمة تدل على ثبات المقياس. طريقة الاحتمال المنوالي: تم حساب التكرار والتكرار النسبي للاستجابات عن كل احتمال من الاحتمالات الاختيارية: "نعم، إلى حد ما، لا" لكل مفردة على حدة، وحساب معامل الثبات لكل منها، وأوضح النتائج دلالة جميع المفردات عند مستوى ٠,١ باستثناء مفردتين غير دالتين مما استوجب حذفهما، ليصبح المقياس مكوناً من ١٦ مفردة.

د- الصورة النهائية للمقياس:

يتكون مقياس اضطراب العصاب الوسواس القهري لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية (إعداد: الباحث) من ١٦ مفردة، ويتم الاستجابة عنها عن طريق الفرد بذاته باختيار إحدى الاستجابات الثلاث: "نعم، إلى حد ما، لا" فإذا اختار الفرد الاستجابة "نعم" حصل على ٣ درجات، وإذا اختار الفرد الاستجابة "إلى حد ما" حصل على درجتين، وإذا اختار الفرد الاستجابة "لا" حصل على درجة واحدة، ومن ثم تتراوح درجة الفرد بين ١٦، ٤٨ ويمكن التعرف على مستوى اضطراب العصاب الوسواس القهري للفرد باعتماد ثلاثة مستويات هي: المستوى المنخفض ما بين ١٦، ٢٦ والمستوى المتوسط ما بين ٢٧، ٣٧ والمستوى المرتفع ما بين ٣٨، ٤٨.

منهجية الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي التحليلي، إذ قام الباحث بجمع البيانات عن عينة الدراسة باستخدام الأدوات المقننة، ومن ثم تصنيف هذه البيانات، وتبويبها، وتحليلها، وقراءتها، وتفسيرها، في ضوء أهداف الدراسة.

أساليب المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية المناسبة في الإجابة عن تساؤلات الدراسة وهي: التكرارات والنسب

ناصر بن سعد العجمي: الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

المثوية، وتحليل التباين أحادي الاتجاه، واختبار توكي لدلالة الفروق، باستخدام برنامج SPSS.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أ- السؤال الأول : ما مدى انتشار الاضطرابات

النفسية (قصور الانتباه، نوبات الغضب، القلق

جدول (٢)

التكرارات والنسب المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

الاضطراب النفسي	مستوى الاضطراب	التكرارات	النسبة المئوية
قصور الانتباه	مرتفع	٩٥	٢٥,٠%
(ن= ٣٨٠)	متوسط	١٥٠	٣٩,٤%
	منخفض	١٣٥	٣٥,٦%
نوبات الغضب	مرتفع	١٥٠	٣٩,٤%
(ن= ٣٨٠)	متوسط	١٣٢	٣٤,٨%
	منخفض	٩٨	٢٥,٨%
القلق العام	مرتفع	١٤٦	٣٨,٤%
(ن= ٣٨٠)	متوسط	١٠١	٢٦,٥%
	منخفض	١٣٣	٣٥,١%
اضطراب الوسواس القهري	مرتفع	٧٧	٢٠,٢%
(ن= ٣٨٠)	متوسط	١٨٠	٤٧,٤%
	منخفض	١٢٣	٣٢,٤%
الاضطرابات النفسية	مرتفع	٤٦٨	٣٠,٧%
(ن= ١٥٢٠)	متوسط	٥٦٣	٣٧,٠%
	منخفض	٤٨٩	٣٢,٣%

المراهقين، وقد تبدو هذه النتائج منطقية لأن عينة الدراسة لديها قصور في القدرة العقلية العامة، وقصور آخر في السلوك التوافقي.

كما يتضح أيضاً ارتفاع نسبة انتشار نوبات الغضب لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، إذ يعاني ٣٩,٤% منهم من اضطراب نوبات الغضب الشديدة، والتي تظهر في الضيق والضرر والميل إلى العدوان، وإيذاء الذات، وإيذاء الآخرين، ويكون المراهق ذا الإعاقة الفكرية أثناء غضبه في أعنف حالاته الحدية فهو يستطيع الفتك بأي شيء حوله، ومما يجدر ذكره أن ضعف القدرة العقلية العامة إنما يجعل المراهق

ويتضح من الجدول السابق أن نسبة ٣٠,٧% من المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من الاضطرابات النفسية ذات المستوى المرتفع، وهي نسبة ليست قليلة، في حين يعاني ٣٧,٠% منهم من الاضطرابات النفسية ذات المستوى المتوسط، ويعاني ٣٢,٣% منهم من الاضطرابات النفسية ذات المستوى المنخفض، والتي تمثل في بعض الاضطرابات شكلاً حدياً كما في القلق العام، وهذه النتائج تشير أول ما تشير إلى الحاجة الشديدة إلى برامج الإرشاد والعلاج النفسي لذوي الإعاقة الفكرية، كما توضح هذه النتائج تأثير الإعاقة الفكرية على ظهور الاضطرابات النفسية لدى

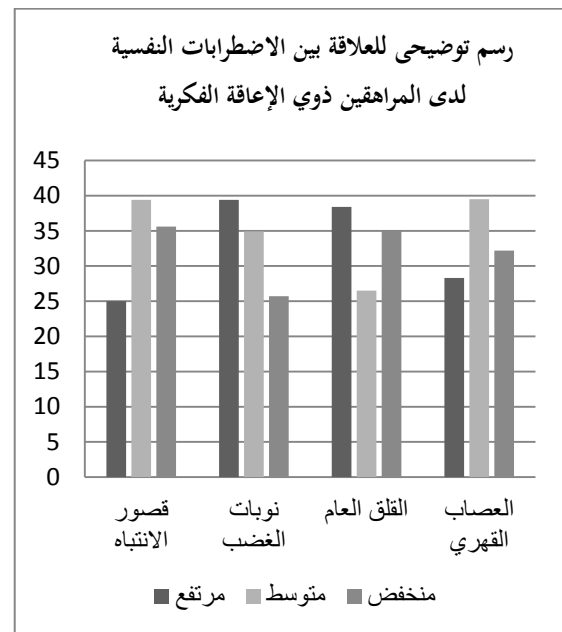
وعند النظرة التفصيلية لكل اضطراب نفسي على حدة يلاحظ ما يأتي:

اضطرب قصور الانتباه، بوصفه أحد الاضطرابات المتعلقة بالبنية المعرفية للفرد، ينتشر بمستوياته المرتفع والمتوسط بنسبة ٦٤,٤% من جملة عينة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، وارتفاع معدل انتشار هذا الاضطراب يعني أن مدى الانتباه Attention Span ضعيف وهذا يعني أن المدة الزمنية التي يبقى الفرد خلالها منتبهاً لمثير معين مدة قليلة جداً، كما إن اضطراب قصور الانتباه يعني أن زمن الرجوع Attention Time قليل أيضاً وهذا يعني أن المدة الزمنية المنقضية بين حدوث المثير وصدور الاستجابة لدى الفرد مدة كبيرة، تشير إلى عدم حضور الذهن، وعدم الاستعداد التام للقدرات الذهنية للقيام بوظائفها الحيوية من التفاعل العصبي مع المحسوسات وإعطاء الإشارات العصبية للاستجابة للمثيرات المختلفة، كما إن اضطراب قصور الانتباه لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يعني أن معدل الاحتفاظ بالانتباه Attention Maintaining معدل ضعيف مما يعني صغر طول مدة زمنية التي يتمكن فيها الفرد من مواصلة الانتباه دون تشتت.

اضطراب نوبات الغضب بوصفه أحد الاضطرابات النفسية المتعلقة بالبنية الانفعالية لدى الفرد، يلاحظ أن ارتفاع معدل نوبات الغضب وانخفاض معدل نوبات الغضب هما الوجهين المضيئين "للغضب"، وأن المستوى المتوسط هو الوجه الوحيد للسوية في مجال الغضب، وقد أشارت النتائج إلى أن ٧٤,٢% من عينة الدراسة يعانون من اضطراب نوبات الغضب بمستوياتها المرتفع والمنخفض، لأن الغضب قد يبدو في ارتفاع مستواه الذي يعبر عنه الضيق والضرر الشديد لأتفه الأسباب وارتفاع مستوى ضغط الدم، والهيجان الشديد، وقد يبدو في انخفاض مستواه الذي يعبر عنه بالانسحاب التام واللامبالاة المفرطة وانخفاض مستوى ضغط الدم، والكمون.

ذا الإعاقة الفكرية غير متحكم في ذاته، ولا يستطيع التحكم في سلوكياته أثناء نوبات الغضب، كما يظهر انتشار مستوى القلق العام المرتفع بنسبة ٣٨,٤% وهو ما يظهر في العديد من المواقف التي يُبدي المراهقون ذوو الإعاقة الفكرية توتراً شديداً، وأما بالنسبة لاضطراب قصور الانتباه المرتفع فيعاني منه نحو ٢٥% من المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، ويتعلق هذا الاضطراب بالنواحي المعرفية التي هي بطبيعة الحال متدنية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، ولا شك أن الانتباه مرتبط بالتأزر الحس-حركي والذاكرة والإدراك والتكيز، والاستيعاب، وجميعها من الأمور المتدنية لذوي الإعاقة الفكرية نتيجة انخفاض القدرة العقلية العامة.

ويأتي في نهاية قائمة الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية اضطراب الوسواس القهري، إذ ينتشر المستوى المرتفع منه بنسبة ٢٠,٢% ويرى الباحث أن التشابه في أعراض هذا الاضطراب وبعض الاضطرابات الأخرى قد يكون سبباً في صعوبة تشخيصه، ولكنه اضطراب نفسي موجود ويحتاج إلى إرشاد وعلاج نفسي مكثف. والرسم البياني الآتي يوضح المقارنة بين الاضطرابات النفسية الأربعة:



ناصر بن سعد العجمي: الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية

هذا الترتيب يبدو منطقياً لأنه يبدأ باضطراب العمليات الانفعالية التي تظهر في اضطراب نوبات الغضب، وينتهي باضطراب العمليات المعرفية التي تظهر في اضطراب قصور الانتباه، كما إن نوبات الغضب - الأكثر انتشاراً - يلاحظها كل من المعلم، ومدير المدرسة، والوالدين، والإخوة والأخوات، وهي حالة ملازمة لجميع الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، كما أن المراهقة تلقي بظلالها على ذوي الإعاقة الفكرية، فتجعلهم أكثر غضباً، ويأتي بعد ذلك القلق العام الذي يدل على الاستعداد لكل مرض نفسي أو مشكلة سلوكية، ثم الوسواس والأفعال القهرية التي يأتيها المراهق ذو الإعاقة الفكرية دون الشعور بها، وأخيراً يكون اضطراب الانتباه الدال على تشتت الذهني والاضطراب الانفعالي وعدم دقة السلوكيات المعبرة عن الاستجابات للمثيرات المختلفة.

ب- السؤال الثاني: هل يختلف انتشار الاضطراب النفسي باختلاف شدة مستوى الإعاقة الفكرية (بسيطة، متوسطة)؟ وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام أسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج:

اضطراب القلق العام، وهو أحد الاضطرابات النفسية الأساسية والذي يعد منشأ جميع الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية، وإذا كان المستوى المتوسط من القلق يعبر عن السوية أو القلق الدافعي، فإن القلق المرتفع أو القلق المنخفض يعبران عن الوجه المرضي للظاهرة، وقد انتشر مستوي القلق المرتفع والمنخفض لدى المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة ٧٣,٤ % من عينة الدراسة، ويظهر القلق العام في المستوى المرتفع بتوتر شديد حيال العديد من المواقف منها: الشعور بخيبة الأمل، وغموض المستقبل، وعدم وضوح الهدف العام للحياة، والمعاناة التي يلاقيها المراهقون ذوو الإعاقة الفكرية في الحصول على الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية.

اضطراب الوسواس القهري، الذي يعاني منه نحو ٦٧,٦% من المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية في مستوييه المرتفع والمتوسط، ويشير هذا الاضطراب إلى انتشار الأفكار والأفعال القهرية والسلوكيات النمطية لدى عينة الدراسة. وجملة القول، أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية، يعانون الاضطرابات النفسية، وتنتشر بينهم بعض هذه الاضطرابات وهي: نوبات الغضب، والقلق العام، واضطراب الوسواس القهري، وقصور الانتباه على الترتيب، ويرى الباحث أن

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه في الاضطرابات النفسية تبعاً لنوع الإعاقة

الاضطراب	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ت	الدلالة
قصور الانتباه	داخل المجموعات	٤٩٩٧٠٧,٧	٣٧٩	١٣١٨,٥	٧,٥٤	٠,٠١
	بين المجموعات	١٨٢,٨	١	١٨٢,٨		
نوبات الغضب	داخل المجموعات	٣٨٣٠٥٥,٣	٣٧٩	١٠١٠,٧	٦,٩٨	٠,٠١
	بين المجموعات	١٤٤,٦	١	١٤٤,٦		
القلق العام	داخل المجموعات	٥٤٥٠٣٩,٩	٣٧٩	١٤٣٨,١	٨,٥٤	٠,٠١
	بين المجموعات	١٦٨,٢	١	١٦٨,٢		
الوسواس القهري	داخل المجموعات	٦٥٢٠٧٢,٥	٣٧٩	١٦٤٢,٥	٩,١١	٠,٠١
	بين المجموعات	١٨٠,١	١	١٨٠,١		

ويتضح من الجدول السابق: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المنخفضة ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة في اضطراب (جدول ٤)

قصور الانتباه، واضطراب نوبات الغضب، واضطراب القلق العام

اضطراب الوسواس القهري، ولمعرفة اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار توكي والجدول الآتي يوضح ذلك:

نتائج اختبار توكي لدلالة الفروق بين مجموعتي الإعاقة البسيطة والإعاقة المتوسطة في الاضطرابات النفسية.

الاضطراب	المجموعة	العدد(ن)	المتوسط (م)	الفرق بين المتوسطات	قيمة توكي	الدلالة
قصور الانتباه	الإعاقة البسيطة	٢١٤	٣٠,٤	٨,٤	٤,٢	٠,٠١
	الإعاقة المتوسطة	١٦٦	٣٨,٠			
نوبات الغضب	الإعاقة البسيطة	٢١٤	٣٥,٣	٩,٣	٤,٨	٠,٠١
	الإعاقة المتوسطة	١٦٦	٤٤,٦			
القلق العام	الإعاقة البسيطة	٢١٤	٣٤,٧	٥,٤	٣,٢	٠,٠١
	الإعاقة المتوسطة	١٦٦	٤٠,١			
الوسواس القهري	الإعاقة البسيطة	٢١٤	٣٧,٢	٨,٣	٤,٢	٠,٠١
	الإعاقة المتوسطة	١٦٦	٤٥,٥			

ويتضح من الجدول السابق: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة في اضطراب قصور الانتباه وذلك لصالح مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة.

وتشير هذه النتائج بصفة عامة إلى ارتفاع مستوى الاضطرابات النفسية بارتفاع مستوى شدة الإعاقة، وهو ما يتفق مع جميع نتائج الدراسات السابقة مثل: دراسة (منصور، ٢٠١٢) ودراسة (الزهراني، ٢٠١١)، ودراسة (Thomas, 2001)، ودراسة (Bruce, 2002) ودراسة (Walsh, 2002)، ودراسة (Coe, 2009) ودراسة (Barkley, 2004) ودراسة (Benavidez, 2005) ودراسة (Erk, 2007) التي أكدت على أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من غيرهم بسبب إعاقاتهم.

كما إن هذه النتائج تتفق مع وجهة نظر (مرسي، ١٩٩٩) الذي يرى أن المعاقين فكرياً يتعرضون للفشل في مواقف

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة في اضطراب نوبات الغضب وذلك لصالح مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة في اضطراب القلق العام وذلك لصالح مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة.

توصيات الدراسة:

- ١- إنشاء قاعدة بيانات في الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التعليم تشمل جميع المتعلمين ذوي الإعاقة الفكرية والاضطرابات النفسية التي يعانون منها.
- ٢- إعداد وتنفيذ برامج تدريبية للمعلمين والمشرفين التربويين والأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين على عمليات القياس والتشخيص الأولية للاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة الفكرية.
- ٣- إنشاء مراكز للإرشاد والعلاج النفسي لذوي الإعاقة الفكرية.
- ٤- تقديم الخدمات المساندة، بما فيها الخدمات الصحية والنفسية، بشكل منظم لذوي الإعاقة الفكرية، وتقييم دورية تقديمها وفعاليتها.
- ٥- إجراء العديد من الدراسات والبحوث النفسية العميقة على ذوي الإعاقة الفكرية، وربطها بالواقع الفعلي حتى تكون ذات جدوى ميدانية.

المراجع:

- إدارة رعاية وتأهيل المعاقين (٢٠١٠). المشكلات التي تواجه ذوي الإعاقة في الدولة: وزارة الشؤون الاجتماعية، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الدسوقي، مجدي محمد (١٩٩٧). مقياس القلق للمراهقين، المؤتمر السنوي الخامس، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٢١-٥٤.
- الزهراني، عبدالله (٢٠١١). دراسة مقارنة عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في منطقة الرياض، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى.
- السبكي، عزت سيد (١٩٩٨): الأمراض الوراثية والإعاقة، المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة، القاهرة ٨-١٠ ديسمبر ص ص ٢٢٣-٢٢٥.
- العزة، سعيد (٢٠٠٩): التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

كثيرة تعرضهم للشعور بالإحباط والخط من شأن الذات واللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية. كما تتفق مع ما ذكره (Kronemberger, & Mayer, 2006) من أن نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه تتجاوز ٤٢% بين ذوي الإعاقة الفكرية، والخصائص التي أوردتها (Davis, 2004) لاضطراب قصور الانتباه لذوي الإعاقة الفكرية كما تتفق مع ما اتفقت عليه آراء معظم الباحثين في مجال الإعاقة الفكرية مثل دراسة (منصور، ٢٠١٢) ودراسة (الزهراني، ٢٠١١)، ودراسة (Thomas, 2001)، ودراسة (Bruce, 2002) على أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية يغلب عليهم سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي الذي يتبدى في تكوين مفاهيم سلبية عن ذواتهم تؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الإحساس بالأمن، فضلاً عن مشاعر العجز والدونية التي ترفع مستوى الإذعان والاعتماد المسرف على الآخرين، والإحساس بالخجل الذي يرجع إلى الإعاقة، فيحاول المعاق الابتعاد عن الآخرين والانطواء، كما يترتب على ذلك بعض المشكلات في عمليات النمو الاجتماعي، واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكفاء الذاتي، وربما ينشأ ذلك من محدودية الحركة وعدم القدرة على ملاحظة سلوك الآخرين. ونتائج دراسة مدينة دبي (٢٠١٠) التي توصلت إلى أن ٧٨٪ من المعاقين فكرياً في الدولة، يواجهون مشكلات سلوكية تخف حدتها مع تقدمهم في العمر، منهم ١٦% يعانون من القلق الدائم، وأن ذوي الإعاقة الفكرية يعدون أكثر عرضة لظهور هذا النوع من المشكلات بسبب عدم تفهمهم مع متطلبات المجتمع المحيط بهم، ونقص الإدراك العقلي أو الحسي، وصعوبة تقييم قدراتهم بشكل يتناسب مع السلوك الاجتماعي المتعارف عليه. كما تتفق نتائج الدراسة مع وجهة نظر (سعفان، ٢٠٠٧) عند دراسة اضطراب الوسواس القهري التي لوحظ منها أن المراهقين ذوي الإعاقة الفكرية أكثر الفئات تعرضاً له.

فرج، صفوت (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي، مترجم، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت، ورمزي، ناهد (٢٠٠١). مقياس السلوك التوافقي، مترجم عن لجنة التخلف العقلي الأمريكية، الصورة الرابعة، الطبعة الخامسة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فضة، حمدان محمود (١٩٩٥). العلاج النفسي المتمركز على الشخص ومدى فاعليته في تحسين القلق، رسالة دكتوراه، كلية التربية ببها، جامعة الرقازيق.

قزازه، أحمد (٢٠٠٧). أثر التدريب على المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى انتباه الطفل، مجلة الطفولة العربية بالكويت، العدد ٣٢. كاظم، أمينة (١٩٨٥). قائمة حالة-سمة القلق، لسيبيلجر، الكويت: دار القلم.

كمال، صافيناز (٢٠٠٤). فاعلية الإرشاد الأسري في خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الرقازيق.

كمال، محمد (٢٠٠٢). برنامج تدريبي لتنمية التواصل لدى المعاقين عقلياً، كفر الشيخ: مكتبة النيل.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٣). فاعلية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه للأطفال المتخلفين عقلياً، القاهرة: دار الرشاد.

مرسي، كمال (١٩٩٩). مرجع في علم التخلف العقلي، القاهرة: دار النشر للجامعات.

مليكة، لويس كامل (١٩٩٧). اختبار الشخصية متعدد الأوجه، القاهرة: النهضة العربية.

مليكة، لويس كامل (١٩٩٨). دليل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، الصورة الرابعة، المراجعة الأولى، الطبعة الثانية، القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

منصور، عبد الصبور (٢٠١٢). البيئة الاجتماعية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية لدى التلاميذ المعاقين فكرياً وأقرانهم العاديين، مجلة كلية

التربية جامعة الرقازيق، العدد ٧٤، ص ص ١٥٥ - ٢٠٥

Abdel-Khalek, A. & Lester, D. (2000). Obsession-compulsion, locus of control, depression and hopelessness: a constructive validity of the Arabic obsessive-compulsive scale in American and Kuwaiti students. *Psychological reports*, 86 (3), 2, 1187-1188

Alessandri, S. A., (2002), Attention, play, Social behavior in ADHD preschoolers, *Journal of Abnormal child psychology*, (20) 3, 289-302

القطان، سامية (١٩٨٦): مقياس القلق السوي، المؤتمر الثاني لعلم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٦٣٦-٦٥٤.

القمش، مصطفى، والمعاطة، خليل (٢٠٠٧). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار المسيرة.

حرب، عادل، وعلى، فتحية (٢٠٠٢). المشكلات الراهنة للمراهقين من طلبة المرحلة الثانوية، وعلاقتها بمستوى التحصيل، دراسة نفسية تفويجية، المجلة المصرية للتقويم التربوي، المجلد التاسع، العدد الأول، ص ص: ٩٦-١.

حسيب، حسيب محمد (٢٠٠٤): مقياس القلق، مكتبة الاختبارات النفسية، العدد ٣، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

حسيب، حسيب محمد (٢٠٠٦). فاعلية التدريب على إدارة الغضب في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، العدد الخامس، ص ص ١٣٠-١٩١.

حسيب، حسيب محمد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام الحاسب الآلي في تعديل اضطراب قصور الانتباه، وتحسين مستوى التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد ٦٨ - الجزء الثاني، ص ص ١٢٢-١٦٢. ديبس، سعيد، والسماذوني، السيد (١٩٩٨): فاعلية التدريب على ضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة علم النفس، العدد ٤٦، ص ص ٨٨-١١٨.

سعدان، أحمد (٢٠٠٧). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

عبد الحميد، جابر، وكفافي، علاء (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.

عبد الخالق، أحمد (١٩٩٢). المقياس العربي للوسواس القهري، كلية الآداب جامعة الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الله، مجدي أحمد (١٩٩٧). الطفولة بين السواء والمرض، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عجلان، عفاف (٢٠٠١). صعوبات التعلم الأكاديمية وعلاقتها بكل من اضطراب القصور في الانتباه- النشاط المفرط واضطراب السلوك لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، العدد (١)، المجلد (١٨).

فرج، صفوت (١٩٩٩). العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري، دراسات نفسية، العدد الثاني، المجلد التاسع، ص ص ١٩١-٢٢٤.

- Dykens E. (2002) Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Psychology and Psychiatry*, (41) 2, 407-417.
- Dykens E. (2004) Maladaptive and Compulsive Behavior In Prater-Willi Syndrome: New Insights From Older Adults. *American Journal of Mental Retardation*, (1), 9, 142-153.
- Erk, R, (2007): Multidimensional Treatment of Attention Deficit Disorder: A Family Oriented, *Journal of Mental Health Counseling*, (19) 1., 3-22
- Fava, M., & Rosenbaum, F., (2009): Anger a Hacks in Patients With Depression, *Journal Clinical Psychiatry*; (15) 1, 21-24
- Flick, Grad L. (1998) ADD/ADHD behavior-change resource kit: Ready to use strategies and activities for helping children with ADD. *Center for Applied Research in Education*, West Nyack, NY.
- Froggatt, W., (2007): The Rational Management of Anger, *An Outline Therapeutic Intervention*, WWW.Rational.Org-Nz., 1-8.
- Grantham, F. (2009): Comorbidity of hyperactivity impulsivity inattention and conduct problems: Risk Factors in Social, affective and academic domains. *J. Abnorm Child psychol*, (26), 5, 21-34.
- Greisberg, S., (2005). *Neuropsychological Functioning Of Children With Obsessive Compulsive Disorder*, DAI-B, (66), 3, 1719- 1728
- Jenike, M. (1998). *An overview of obsessive compulsive disorder. in: junkie m, baer I, minichiellow (ed.). obsessive-compulsive disorder practical management*, 3-11 3) 12, (
- Kendall, P. (2000). *Childhood Disorders*. UK., psychology press Ltd, publishers
- Kronemberger, A., & Mayer, U, (2006). Three pitfalls in the early diagnosis, *Mental Retardation Chinp Ediautr*, (24), 1, 123- 131
- Lehman, C., (2005). Stressed ,Aggressive and Anger Adolescents Benefit From Progressing muscle Relaxation: A Random, Prospective, *Controlled Trial, Stress & Health*, (21), 3, 169-175.
- Mac-Caffary, S., (2011). It Can't Happen Here: Teens and Anger, the Masks of Aggression, *New York: Chanters Publishing Company*, 1-18.
- Marcia, E., (2008). *Anger Adolescents Who Worry about Becoming Violent*, New Jersey: Libra Publishers, INC.
- Al-Sabaie, A, Abdul-Rahim, F. & Al-Hamad, A. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Annals of Saudi medicine*. (1)12, 558-561
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) . (2010) .*Definition of Intellectual Disability*.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th, ed) *DSM-IV, Washington, DC: Authour*.
- Bennavidez J. (2005) Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 57, 1215-20
- Bruce, B. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delay. *American Journal of Mental Retardation*, (107), 6. 166- 181.
- Cantwell, D., (2006): Psychiatric Illness in the Families of Hyperactive Children, *Archives of general psychiatry*
- Coe, J., (1999): Prevention of violence and antisocial behavior In Ray, D. & McMaban R. (Eds) preventing Childhood disorders, substance abuse and delinquency California, *Sagepubication Inc.*, (1), 18, 243- 255.
- Cooper, S, Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Williamson, A., Mantry, D., & Morrison, J. (2007) The prevalence, incidence, and factors predictive of mental ill-health in adults with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. (20) 2, 493-501.
- Cotterell, N., (2013): *Anger Versus Aggression: Copyright*, (8), 2, 9-22.
- Dahlen, C., (2002): Questions and Answers About Cognitive Therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy International*, (7), 2, 44-66
- Davis, E., (2004). Use The Solution- Focused "Miracle Question "Technique to Intervention Professionals about Intervention Efficacy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Dissertation Abstracts International*, (22), 3, 897- 905.
- Duncan J (2010), "The multiple-demand (MD) system of the primate brain: mental programs for intelligent behaviour." *Trends Cogn Sci* 14(4):172-9

- American Journal of Mental deficiency*, (85) 2, 662-680
- Smith, R., (2002). *A quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill Evaluation and Program Planning*, (25) 5, 101-111.
- Spielberger, C., (1988). *Assessment of Anger; the State-Trait Anger Scale, Advances in Personality Assessment*, (2), 4, 159-187
- Stevens, W., (2004): Anger and Aggression; Ph. D, Department Of Psychology, Washington University.
- Taylor, J., (2010). Anger Assessment and Treatment for Offenders With Learning Disabilities, *Center of Clinical Psychology and Health Care Research*, New Castle: University of North Umbrian, 18-19
- Tezcan, E. & Millet, B.(1997). *Phenomenology Of Obsessive-Compulsive Disorder: Forms And Characteristics Of Obsessions And Compulsions In East Turkey. Encephale*, (23), 5, 342-350.
- Thomas, M. (2001). The rate of behavior disorders among a community based population aged between 16 . 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6): 506 - 514.
- Walsh, B., (2002). Attitudes of parents of Hmong deaf or hard of hearing (DHH) students: *An ethnographic study. Dissertation Abstracts International*. 44, (5), 876- 889.
- Molteno, G., Molteno, C.D.; Finchilescu, G.; Dawes, A.. (2001). Behavioral and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa, in *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 515-520
- Mollick, L., (2013). *Ray Diguseppe Describes New Treatment for Anger*, New Jersey: ACT Workshop, 15-25.
- Nasayuki, O., Masahiro, K., & Yoshio, M., (2003). *Features Of Obsessive Compulsive Disorder In Patients Primarily Diagnosed With Schizophrenia Psychiatry And Clinical Neurosciences*, (57) 1, 67-74.
- Novaco, R., (2006). Anger Treatment and Its Special Challen; *National Center for Post- Traumatic Stress Disorders, Clinical Quarterly* (6), 3, 33-45.
- Okasha, A., Lotaief, F, Ashour, A., El Mahalawy, N., Seif el Dawla, A., & El Kholy, G. (2000). *The prevalence of obsessive compulsive symptoms in a sample of egyptian psychiatric patients. Encephala* (4) 26, 1-10
- Pual, W., (2003). *Functional communication training: A contemporary behavior analytic intervention for problem behaviors focus on autism, other Developmental Disabilities*. (1), 2, 111- 123
- Seligman, A., (2005). Effects of Socialization Games on Proximity and Prosocial Behavior of Aggressive Mentally Retarded, Institutionalized Woman